

היחסים בין שירותי הרפואה בקהילה ומערכת האשפוז

יובל וייס, יאיר בירנבאום, שלמה מור-יוסף*

1. מבוא וסיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה הישג חברתי מרשים בהבטיחו שירות רפואי ברמה גבוהה ובנגישות סבירה לכל אזרחי ישראל. יחסי הגומלין בתוך מערכת הבריאות בין בתי-החולים מחד וקופות-החולים מאידך הולכים ונעשים מורכבים יותר ויותר. שינויים בתוך המערכת ומחוצה לה, כגון: הזדקנות האוכלוסייה, עלייה בתוחלת החיים, עלייה בכמות החולים הכרוניים, הופעתן המתמדת של טכנולוגיות חדשות, שינויים בשיטות התגמול והסבסוד, הנחיות רגולטוריות, עליית מחירי השירותים ושינויים בנורמות החברתיות, מעצבים באופן תדיר את התנהגות ספקי השירות מחד ושל המבטחים מאידך. תהליכים אלו הביאו לנתק הולך ומתעצם בין המערכת הרפואית האמבולטורית ובין המערכת הרפואית האשפוזית, וכתוצאה לטיפול תת מיטבי בחולה ולהעדר רצף טיפולי.

המציאות היא, שבת-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. גם תגמול הקופות בגין ההתפתחות הטכנולוגיות החדשות אינו מדביק את עלותן

* ד"ר יובל וייס, סגן מנהל בית-החולים הדסה עין-כרם ;
ד"ר יאיר בירנבאום, משנה למנכ"ל ומנהל בית-החולים הדסה עין-כרם ;
פרופ' שלמה מור-יוסף, מנכ"ל הסתדרות מדיצינית הדסה.

הפרק נסמך על חומר מדיוני כנס ים-המלח החמישי, קבוצת העבודה: "בית-
החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם".

וגורם למתח ניכר בין המבטחים, המנסים לשמור על איזון תקציבי, לבין בתי-החולים, המעוניינים לפתח ולהנחיל את הטכנולוגיות החדשות. יש לציין, כי שני הגופים העיקריים במערכת הבריאות, הקופות ובתי-החולים, שמים את איכות הטיפול וטובת המטופל בראש מעייניהם אך נקודת מבטם שונה. מציאות זו מביאה לעיתים את החולה למצב בלתי אפשרי, בו בית-החולים מעוניין לטפל בו בטכנולוגיה חדשנית והקופה מונעת זאת. כך החולה, ברגעים הקשים ביותר מוצא את עצמו בלב מחלוקת בין המבטח ובין ספק השירותים. בנוסף, התקשורת בין קופת-החולים ובית-החולים לוקה בחסר והחולה המטופל בבית-החולים נאלץ להתמודד גם עם בעיות של חוסר מידע ואי-וודאות. החולה אף עלול למצוא את עצמו אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות המתגלעות בין קופת-החולים לבית-החולים בנוגע לקבלת טיפולים ומימונם. במציאות זו מוצא החולה את עצמו ניצב בפני המערכת הרפואית נבוך וחסר אונים ומקבל מסר כפול האחד מבית-החולים והשני מהקופה.

לאור מציאות זו אנו מציעים לפעול לשיפור הקשר בין המערכת הרפואית בקהילה ובין המערכת האשפוזית וזאת הן במישורים הקליניים, הן באפיקים המנהליים, תוך הוצאת החולה מהוויכוח בין המבטחים לספקי השירותים. הצעדים המומלצים הנם:

- **גיבוש הסכמה בין קופות-החולים ובתי-החולים על הקמת משרד קשר רפואי בכל בית-חולים** לפתרון המחלוקות ביניהם ללא מעורבות החולה ותוך חלוקת הסיכון בין שני הגורמים. אנו ממליצים, כי "משרד הקשר הרפואי" יהיה בעל סמכות ביצוע כאשר הנדבך המרכזי שינחה אותו הוא טובת החולה. יש להוציא את החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת-החולים ובית-החולים. בכל מקרה בו מתגלעת מחלוקת בין הקופה לבית-החולים בנוגע למימון בדיקה או טיפול יעמוד לזכות המשרד סכום כסף, אשר יוקצה בחלקים שווים על-ידי הקופה ובית-החולים. אנו מציעים כי הן בתי-החולים והן הקופות יפקידו אחוז מסוים ממחזור הפעילות של הקופה בבית-החולים לטובת משרד זה.
- **נציג אישי לחולה בתוך בית החולים.** יש לדאוג כי לכל מאושפז יהיה נציג אישי רפואי, אשר יהווה עבורו "מורה-דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז, ויהיה אף אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה כשיש צורך בכך. נציג זה יסייע לחולה לשמור על זכויותיו

ולתמודד עם בעיות חוסר המידע והא-סימטריה של המידע בזמן אשפוז, ואף יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית. אנו סבורים, כי אנשי הצוות הרפואי אשר יאיישו את "משרד הקשר הרפואי" יהיו אמונים גם על הקשר בין הקהילה ובית-החולים. איש צוות מסוים ירכז את פרטי הטיפול בחולה ספציפי מתחילת האשפוז ועד סופו, יהיה בקשר עם הרופא בקהילה על מנת לקבל פרטים רפואיים רלוונטיים ויעדכן את הרופא בקהילה במהלך האשפוז. אותו איש קשר יהיה בקשר עם הצוות המטפל בבית-החולים ויעדכןם בהנחיות הקופה הרלוונטיות. תפקיד נוסף שיוטל על איש הקשר הוא שמירת רציפות הטיפול והדאגה כי ביום השחרור כלל אבזרי הטיפול והתרופות הדרושות יהיו זמינים עבור החולה.

● **שיפור הרצף הטיפולי בחולה באמצעות מחלקת אם.** מודל "מחלקת האם" ניתן לביצוע בשני אופנים: האחד הוא מחלקת אם אזורית, והשני – מחלקת אם "קופתית". המודל האזורי גורס זיקה בין מחלקה פנימית / גריאטרית / ילדים נתונה ובין אזור מגורים נתון. כל חולה מאזור זה שיזדקק לאשפוז יופנה תמיד לאותה מחלקת אם. כמו כן, יתקיים קשר רצוף של רופאי מחלקת האם עם הרופאים הראשוניים המטפלים בחולים, המתגוררים באזור מגורים זה. במודל הקופתי תוגדר זיקה בין מחלקה פנימית / גריאטרית / ילדים נתונה ובין קופת-חולים נתונה, כך שכשמבוטח של הקופה יזדקק לאשפוז, הוא יופנה למחלקה הספציפית לאותה קופה. בשני המודלים, תישמר לחולה זכות הסיורב להתאשפז במחלקה מסוימת. הדבר מהווה בעיה בנוגע להגבלת חופש הבחירה לחולה. הזיקה למחלקת אם מחייבת את החולה לפנות תמיד לאשפוז באותו בית-חולים (במידה שקיימים באזור מגוריו מספר בתי-חולים). אנו ממליצים כי הנהלות המחוזות של הקופות השונות ובתי-החולים יבחנו גישה זו תוך ביצוע התאמות נדרשות לכל אזור.

● **קידום הפרויקט הלאומי שמטרתו יצירת ממשק מקוון בין מערכות המידע בארגוני הבריאות.** המטרה היא זמינות של מידע רלוונטי ותמציתי אודות החולה בכלל אתרי מערכת הבריאות הציבורית (תיק רפואי אישי ממוחשב). יש לפעול להקמת מערכת מידע רפואית לאומית שתבנה תוך יצירת ממשקים בין המערכות הקיימות במרכיבים השונים של מערכת הבריאות בישראל. המדובר במערכת מידע, המציבה את הלקוח במרכז ומאפשרת למידע ללוות אותו בין

נותני השירות השונים, כלומר ממרפאתו למרפאות אחרות או לבית-חולים וחזרה לפי הצורך. מערכת המידע תקשר בין המערכת האמבולטורית למערכות האשפוזיות, על מרכיביהן השונים, ותאפשר איסוף מקוון של רכיבי מידע רפואיים, ממקורות מידע שונים ומבוזרים והעברתם למשתמשים מורשים על פי פרופילי שימוש שונים, תוך שניות ספורות. מערכת מקוונת זו תייעל ותשפר את הטיפול בחולה ותמנע ביצוע בדיקות חוזרות ומיותרות במרכיבים השונים של מערכת הבריאות.

לפרק שני חלקים עיקריים, לאחר סעיף המבוא ורקע כללי קצר על מערכת הבריאות, הפורס את תמונת המצב של מערך האשפוז והמערך בקהילה (סעיף 2). סעיף 3 של הפרק מתייחס לסל השירותים ולמתח בין קופות-החולים ובתי-החולים. הסעיף דן במבוטח למול סל השירותים, באופנים שונים של הגדרת הסל עבור בתי-החולים ומציע חלופות שונות אותן ניתן להנהיג בהסדרת השירותים. סעיף 4 עוסק בהסדרת הממשק בין בתי-החולים וקופות החולים להבטחת רציפות הטיפול ונפרסות בו שלוש גישות עיקריות לשיפור הממשק בין המערכות.

2. רקע כללי – מערך האשפוז ומערך הקהילה

בישראל פועלים 47 בתי-חולים כלליים ובהם כ-14,350 מיטות. היסודות של מערכת האשפוז הונחו עוד בטרם הקמת המדינה והתפתחותה של מערכת הרפואה בישראל עוצבה תוך כדי התפתחויות פוליטיות-היסטוריות שפקדו את המדינה מאז הקמתה. עד היום מתקיימת מערכת האשפוז על שלושה נדבכים עיקריים:

1. **בתי-החולים הממשלתיים:** רובם נבנו על בסיס בתי-החולים הצבאיים הבריטיים, שהועברו עם קום המדינה לשירות הרפואי של צה"ל (לימים חיל-הרפואה) ובהמשך הועברו מאחריות הצבא לאחריות משרד-הבריאות. במערכת זו כ-50 אחוז ממיטות האשפוז הכלליות במדינה.
2. **בתי-החולים של שירותי בריאות כללית:** בתי-החולים הוקמו על-ידי הקופה בהתאם לריכוז חברי ההסתדרות הכללית וצורכי הקופה. במערכת זו כ-30 אחוז ממיטות האשפוז הכלליות.
3. **בתי-החולים הציבוריים:** בעיקר בתי-חולים בעלי אוריינטציה דתית מובהקת הממוקמים בערים בעלות צביון דתי (ירושלים, נצרת, בני

ברק). חריגים בתוכם שני בתי-החולים של הדסה. בבתי-החולים הציבוריים כ-20 אחוז ממיטות האשפוז הכללי.

עקב בנייתן של שלוש המערכות במקביל נוצר מצב בו פריסת בתי-החולים בישראל אינה מיטבית (כך ניתן למצוא שלושה מרכזי-על בגוש דן במרחק דקות נסיעה מועטות ביניהם בעוד שבעיר הרביעית בגודלה בישראל, אשדוד, אין בית-חולים). מערכות אלו פועלות ללא תאום רוחבי דבר הגורם לבזבוז משאבים רב ולתחרות עזה.

היחס בין מספר המיטות לגודל האוכלוסייה עומד על 2.13 מיטות לאלף נפש והוא נמוך בהשוואה למדינות המפותחות (OECD), כמו גם משך האשפוז הממוצע (4.2 ימים), שהוא הקצר ביותר בעולם המערבי. לעומת זאת מספר האשפוזים ביחס לגודל האוכלוסייה הוא גדול יחסית (17.8 לאלף נפש), ושיעורי התפוסה בבתי-החולים בישראל הם מהגבוהים בעולם (96 אחוז).

עיקר ההכנסה של בתי-החולים למימון פעילותם (כ-80 אחוז) נובע ממכירת שירותי בריאות לקופות-החולים וכ-20 אחוז ממכירת שירותי בריאות למבטחים/גורמים מממנים אחרים, כגון צה"ל ומשרד הביטחון, מבטחים פרטיים, המוסד לביטוח לאומי, ומימון עצמי של המטופלים.

בקהילה פועלות כיום ארבע קופות-חולים, אף הן תולדה של התפתחויות היסטוריות-פוליטיות טרום ואחרי קום המדינה:

1. **שירותי בריאות כללית**: לשעבר קופת-חולים של ההסתדרות הכללית, שנוסדה בתחילת המאה העשרים ונועדה להבטיח שירותי רפואה לחברי ההסתדרות. טרום חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו חברים בה כ-80 אחוז מתושבי המדינה וכיום מדובר על כ-55 אחוז בלבד. שירותי בריאות כללית היא הקופה היחידה שבבעלותה בתי-חולים כלליים.

2. **מכבי שירותי בריאות**: נוסדה בתחילת שנות הארבעים של המאה העשרים על-ידי קבוצת רופאים ובשנת 1975 התמזגה קופת-החולים מכבי עם קופת-חולים אסף. מכבי שירותי בריאות מבטחת כיום כ-24 אחוז מתושבי המדינה ובבעלותה בתי-חולים פרטיים.

3. **קופת-חולים מאוחדת**: קופה זו היא תולדה של מיזוג בין קופת-חולים עממית, שפעלה במושבות הוותיקות וקופת-חולים מרכזית, שהייתה שייכת למפלגת הציונים הכלליים. קופת-חולים מאוחדת מבטחת כ-12 אחוז מתושבי המדינה.

4. **קופת-חולים לאומית**: נוסדה בשנות השלושים של המאה הקודמת והייתה קשורה לתנועה הרוויזיוניסטית. הקופה מבטחת היום כ-10 אחוזים מתושבי המדינה. הקופה בבעלות הסתדרות העובדים הלאומית.

לוח 1. התפלגות כלל המבוטחים בין קופות-החולים, 2004

מבוטחים (%)	קופות-החולים
100.0	סך-הכל
54.8	שירותי בריאות כללית
23.8	מכבי שירותי בריאות
11.6	קופת-חולים מאוחדת
9.9	קופת-חולים לאומית

3. סל השירותים והמתח בין קופות-החולים ובתי-החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1994 ונכנס לתוקף בתחילת 1995 הביא לשינוי מהותי במערכת היחסים שבין המבוטחים (הקופות) ובין ספקי השירות האשפוזי – בתי-החולים. החוק קבע סל שירותי בריאות לו זכאי כל תושב. הסל מחייב את הקופות בלבד, בעוד שהמערכת האשפוזית רשאית, להעניק לפונים אליה סל שירותים רחב בהרבה. הסל מגדיר את השירותים שקופת-החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. מכיוון שהסל אינו "ממוקד חולה" הוא לא מגדיר את השירותים המסופקים על-ידי כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" של קופות-החולים, כגון בתי-החולים. בהעדר מאפיינים של אינטגרציה במערכת הבריאות בישראל, הרי שבעוד שרשימת הטיפולים (בעיקר תרופות) בקהילה מפורטת, אין כל פירוט לגבי השירותים שיש לספק באשפוז. לאור זאת עשוי להיבצר שוני בין סל השירותים המוגדר בחוק, לבין השירות הניתן בבתי-החולים. קופות-החולים, המבטחות, מקבלות מהמדינה תשלום פרוספקטיבי עבור אספקת השירותים למבוטחיהן, המבוסס על סל השירותים, על גודל אוכלוסיית מבוטחיהן ועל הרכב גילאי המבוטחים (נוסחת הקפיטציה). בתמורה לתגמול זה, על קופת-החולים מוטלת החובה (ועיקר הסיכון הכלכלי) לדאוג לסיפוק צורכי הבריאות של המבוטח, כולל בעת אשפוז.

א. המבוטח למול הקשר בין קופות החולים ובתי-החולים

בניגוד למערכת שבה רוכש השירותים והספק מהווים יחידות שונות במסגרת ישות כלכלית אחת (אינטגרציה אנכית), מבנה המערכת בארץ הוא כזה שהמערכות האמבולטוריות והאשפוזיות מהוות ישויות כלכליות נפרדות (למעט שירותי בריאות כללית, שהם גם בעלים של כשליש ממיטות האשפוז הכלליות), ולכן הקשר רוכש-ספק ביניהן מותנה במערכת חוזים והבנות (אינטגרציה אופקית). בניגוד לתשלום הקבוע, שהקופה מקבלת מהמדינה מראש, היא נדרשת לשלם, ברוב המקרים, תשלום משתנה לבית-החולים עבור השירותים אותם סיפק למבוטח "שלה" (תגמול רטרוספקטיבי). קשר זה של אינטגרציה אופקית, עלול ליצור מצב בו לבית-החולים יש דילמה בין המחויבות המוגבלת יחסית לקופת-החולים בה מבוטח החולה והמחויבות המוחלטת שלו לחולה המטופל בבית-החולים. במסגרת המחויבות לקופת-החולים, משתדל בית-החולים להעניק למטופל רק את הטיפול ההכרחי ולהעתיק חלק מההוצאות למבטח (כגון ביצוע בדיקות הדמיה שלא במסגרת האשפוז). במסגרת המחויבות לחולה מחויב בית-החולים להעניק לחולה את הטיפול המרבי שביכולתו לספק. הלחצים הכלכליים המופעלים על המערכת גורמים להקטנת התמריצים של בית-החולים לשמירה על מחויבותו לחולה בזמן אשפוזו ועל רצונו להסיט חלק מהמחויבות לקופה במסגרת האמבולטורית.

בין בית-החולים לחולה לא קיים קשר חוזי מחייב כפי שקיים בין המטופל והמבטח שלו (קופת-החולים). לא קיים סל שירותים מוגדר לבית-החולים והחובה להעניק את מגוון הטיפולים והשירותים המפורטת בסל מוטלת על המבטח כלומר על קופת-החולים ולא על בית-החולים. לכן, לחולה המאושפז אין כמעט השפעה על סוג שירותי הבריאות הניתנים לו בבית-החולים או על היקפם.

לכל אחד מהגורמים קיימת מגבלת תקציב קשה. לאור זאת פועל כל שותף במערכת לפי התמריצים הקיימים לגביו וללא השותפים האחרים. לקופה יש תמריץ ניכר לפקח על היקף השירותים המסופק בבית-החולים ועל המחיר. לאור תפקידו המרכזי ואולי היחיד של המרכיב המוניטרי ביחסים בין קופת-החולים לבית-החולים עולה השאלה של מקומם של מרכיבי איכות הטיפול בחוזים אלו. לבית-החולים יש אינטרס מובהק לצמצם את הוצאותיו ולכן החולה עלול להיפגע מקיומם של פערים אלו

ולמצוא עצמו כלי משחק בין מוסדות גדולים שעתותיהם בידם, בעוד שמצבו הבריאותי מחייב טיפול מידי.

מאידך, נראה כי במצב הקיים גלומים גם יתרונות מנקודת המבט של החולים: העדר סל שירותים מחייב לבתי-החולים והתגמול הרטרופקטיבי, מקנים לבתי-החולים עצמאות לאספקת שירותים, שהם בבחינת חוד החנית של החידושים הקליניים, ושמעצם היותם חדשים, הם אינם נכללים בסל השירותים הציבורי. בתי-החולים מעניקים טיפול רפואי לכל שכבות האוכלוסייה ולכן בני השכבות הכלכליות החלשות יכולים ליהנות משירותי בריאות בסיסיים במסגרת בתי-החולים. נמצא כי ציבור זה אכן פונה יותר לקבלת שירותים הניתנים במסגרת בתי-החולים, בהשוואה לבני השכבות החברתיות-הכלכליות הגבוהות. האחרונים פונים יותר לשירותים אמבולטוריים ופרטיים וכך נוצר תיקון מסוים לאי-השוויוניות באספקת שירותי בריאות בסיסיים לאוכלוסייה. במקביל, בעשורים האחרונים התרחשה מהפכה במערכת הבריאות בעולם, כאשר מחד גיסא, עיקר ההליך האבחוני, הטיפול הרפואי והאחריות לחולה עברה לקהילה, ומאידך גיסא, בבתי-החולים מתפתחת רפואה מורכבת הדורשת טיפול נמרץ והמתבססת על טכנולוגיות חדשניות ומתוחכמות ביותר. הירידה בשיעור המחלות הזיהומיות, מחד, והזדקנות האוכלוסייה, מאידך, הובילו לכך שמרבית התחלואה הפכה כרונית ומורכבת. חולים רבים סובלים ממספר מחלות בו זמנית והטיפול בהן הביא ל-polypharmacy (ריבוי תרופות אצל אותו מטופל). בנוסף, בית-החולים נתפס כ"אורים ותומים" של הרפואה, כך שהמטופל נוטה לבטל בקלות יתרה, ושלא תמיד בצדק, את ההמלצות וההנחיות של הרופא הראשוני, אם הן עומדות בסתירה להמלצות שהתקבלו מבית-החולים.

האשפוזים במחלקות השונות בבתי-החולים התקצרו עם השנים משבועות לימים, הן בשל השיפור בטכנולוגיות הרפואיות (אבחנתיות וטיפוליות) וההתקדמות בהבנת המחלות, והן בשל הירידה במספר המיטות לנפש במדינת ישראל והלחץ לקיצור משך האשפוז מצד הקופות. שיטת העבודה במחלקות העמוסות, המבוססת על מתמחים, ההולכים הביתה בבקרים שלאחר תורנות, ועל מספר רב של רופאים בכירים ורופאים יועצים ממחלקות שונות, המטפלים בחולה הבודד, מובילים גם לירידה באחריות האישית ועל מעבר, במקרים רבים, לרפואה מתגוננת (משיקולים מדיקולגאליים יותר מאשר שיקולים קליניים הנוגעים לטובת

החולה) ולפגיעה ברציפות הטיפול. כך נוצרה המציאות של טיפול במשכי זמן קצרים יותר בבת-החולים לעומת הטיפול ארוך הטווח והמתמשך בקהילה. עם זאת, השהייה הקצרצרה בבית-החולים מתרחשת בצמתים קריטיים של בריאות החולה.

בסופו של דבר, ניצב החולה המאושפז, ברגעיו הקשים ביותר, בפני מערכת הרפואה במצב של חוסר מידע ואי-וודאות, ללא כתובת ברורה אליה יוכל לפנות לסיוע, ובמקרים רבים הוא אף בן ערובה בין בית-החולים והקופה. בנוסף, מבנה המערכת והתהליכים שתוארו גורמים לבעיות הן בהליך האבחוני והן בטיפול, והם עשויים להפוך לנקודות כשל מערכתיות הפוגעות במטופל, בבית-החולים ובקהילה. בעיות אלו כוללות בין היתר: קיטוע הרצף הטיפולי-אבחנתי, מעבר מידע לקוי בין הקהילה ובית-החולים, כפל בדיקות, ולעיתים הסתמכות על בדיקות וטיפולים שלא בוצעו או שלא פוענחו כהלכה.

לאור זאת הדיון מתמקד בסוגיה, כיצד ניתן לשפר את הממשק בין בתי-החולים וקופות-החולים על מנת לוודא שהחולה לא יהיה צד בוויכוחים המתמשכים בין הקופות לבתי-החולים, יזכה לטיפול המיטבי ותישמר רציפות הטיפולית בו?

אנו סבורים, כי הפתרונות האפשריים לבעיה שהוצגה לעיל מסתמכים על שינוי בממשק מנהלי ובממשק הקליני; כיצד ניתן להתגבר על בעיות מנהליות בין בתי-החולים וקופות-החולים מבלי לערב את החולה כשחקן במחלוקת בניהם. שיפורים בממשקים קליניים יובילו לשיפור ברצף הטיפול (שיתוף ביצירת מידע חדש ובעיבוד מידע קיים) בין קופת-החולים ובית-החולים וזאת על-ידי שינויים בזיקות בין המחלקה המאשפזת והקופה המבטחת ומינוי נציג אישי למטופל בבית-החולים. בניית מערכת מידע רפואי לאומית אשר תפעל כמערכת מקוונת בין בתי-החולים והקופות ובין בתי-החולים השונים וזאת בכל הקשור לשיתוף במידע, היא שינוי נוסף המשפר את הממשק הקליני בין המערכת האמבולטורית והאשפוזית.

ב. הגדרת סל שירותים לבתי-החולים

חוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל פירוט השירותים אשר האזרח זכאי לקבל מקופת-החולים בה הוא מבוטח. סל השירותים מצוין בחוק כרשימה מפורטת של אלפי תכשירים רפואיים, אביזרים ומכשור רפואי, בדיקות ופרוצדורות, הכוללת התוויות טיפוליות, מינונים ועוד. מאז החלת החוק, שירותים שנוספו במהלך השנים אלו אף הוגדרו בפירוט נוסף לגבי התוויותיהם והשימוש בהם באמצעות חוזרים של משרד הבריאות.

קופת-חולים רשאית להחליט על מתן תרופות או טכנולוגיות אחרות מעבר לסל שירותי הבריאות, אך מדובר בהחלטה עצמאית של קופה, אשר אינה מחייבת את הקופות האחרות.

מרבית הטכנולוגיות הרפואיות מסופקות לאזרח בקהילה ישירות על-ידי קופות-החולים (תרופות, ביקורים אצל רופא), אך חלקן (ניתוחים, קבלת תרופות באשפוז יום, ועוד) מצריכות קבלת השירות בבתי-החולים במימון הקופה. סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים אמור להיות מעודכן אחת לשנה בהליך מוסדר אשר מתעד את כלל הטכנולוגיות המועמדות להוספה לסל וקובע אילו תכללנה במגבלת התקציב הקיימת. מרבית הטכנולוגיות המועמדות לסל ניתנות בקהילה, אך גם חלק מהטכנולוגיות המתבצעות בבתי-חולים (המתאימות במאפייניהן להיכלל בסל) נדונות ו"מתחרות" על הכניסה לסל השירותים הלאומי.

סל שירותי הבריאות המוגדר בחוק ביטוח בריאות הוא "ממוקד מבטח" והוא מגדיר את השירותים שקופת-החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. אולם הסל אינו "ממוקד חולה", ואינו מגדיר את השירותים המסופקים על-ידי כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, ובכללם "קבלני משנה" העיקריים של קופות-החולים – בתי-החולים. יוצא מכך, שבניגוד לקופות-החולים להן נקבע סל שירותים מחייב, חוק ביטוח הבריאות הממלכתי אינו מגדיר את סוגיית מחויבות בתי-החולים לאספקת שירותים לאזרח. מעבר לכך, אין למעשה חוק או תקנות כלשהן אשר מגדירים אילו שירותים על בתי-החולים לספק לאוכלוסייה המטופלת בהם, למעט שירותי חדר מיון.

יש לציין שוועדת הסל אינה מפרידה בדיוניה והחלטותיה בין שירותים הניתנים באשפוז לבין שירותים הניתנים בקהילה. עם זאת, המצב הקיים הוא, שכ-95 אחוז מהנושאים עליהם מחליטה הוועדה נוגעים לשירותי בריאות המסופקים במסגרת הקהילה ורק כ-5 אחוזים לשירותים

המסופקים במהלך אשפוז. כך מודגש המצב, שבעוד שרשימת הטיפולים בקהילה מפורטת, הרי אין כל פירוט ממשי לגבי השירותים שיש לספק באשפוז. על בית-החולים חלה, אם כן, החובה לקלוט את האזרח בחדר המיון ולספק לו טיפול, אולם אין כל הגדרה של מה צריך טיפול זה לכלול. אופי, הרכב והיקף השירותים הניתנים על-ידי בתי-החולים הוגדרו לאורך השנים על-ידי גורמים שונים ביניהם: סטנדרטים שנוצרו במערכת הבריאות, צרכים רפואיים קיימים, שיקול דעת של הנהלות בתי-החולים ועוד. כך נוצר מצב אפשרי של קונפליקט בין סל השירותים המוגדר בחוק, לבין השירות הניתן בבתי-החולים.

מכאן עולים שני היבטים שיש לדון בהם לגבי שירותי הבריאות המסופקים בבתי-החולים: ההיבט האחד, הלאומי, האם יש מקום להגדרה בחוק של סל שירותי בריאות מחייב לבתי-החולים. ההיבט השני, החוזי, של הגדרת שירותי בריאות שעל בית-החולים לספק בהתאם לחוזה התקשרות בינו לבין קופת-החולים.

מערכת הבריאות הישראלית, המורכבת משני מרכיבים עיקריים – קופות-החולים ובתי-החולים, מצויה כיום במצב בו מרכיב אחד מחויב לסל שירותים פרטני, בעוד השני פועל ללא הגדרות מחייבות ונותר בעל דרגת גמישות גבוהה. נשאלת השאלה – האם יש מקום להגדיר "סל שירותים" גם לבתי-החולים? על מנת לדון בשאלה זו, נתאר את המצב הקיים, את המאפיינים השונים בין קופות-החולים לבתי-החולים, נציע את החלופות הקיימות בראייתנו ונבחן את היתרונות והחסרונות לקיום סל שירותים מוגדר לקופות-החולים ולבתי-החולים.

ג. הבדלים במאפיינים של בתי-חולים וקופות-חולים

נתייחס לחלק מההיבטים הארגוניים, הכלכליים והרפואיים: בבתי-החולים קיימת אוכלוסייה "קבועה" מצד אחד, כלומר מאושפזים המרבים לחזור לאשפוז באותו בית-חולים אך מאידך קיימת ניידות של חלק לא מבוטל מהמטופלים בין בתי-החולים השונים, בהתאם לטיפול הרפואי הנדרש והסכמי הבחירה של קופות-החולים.

קיימת שונות ביכולות הרפואיות ובמורכבות הטיפול המתאפשרים בבתי-החולים, בהשוואה לטיפולים בקהילה – השירותים המבוצעים בבתי-החולים הם ברוב המקרים מורכבים יותר מהשירותים הניתנים בקהילה, והם ברמת סיכון גבוהה יותר לחולים – דבר המצריך מיומנות גבוהה ומערכת ארגונית שונה.

הצורך במתן מענה באמצעות טיפולים דחופים בכל שעות היממה, ללא יכולת לעיכוב לשם ברור "זכאות" או "האם הטיפול כלול בסל או לא" – מבדיל בין בית-החולים לקופות. בעוד שבמערכת הקהילתית קיימים ויכוחים בין גורמים שונים לגבי הגדרות הסל, אשר אורכים לעיתים שבועות או חודשים ולעיתים מסתיימים בהכרעת בית משפט, לבית-החולים אין אפשרות להמתין להחלטות מסוג זה.

קופות-החולים מתוגמלות לפי מספר המבוטחים שלהן ובהתאם לנוסחת הקפיטציה. עדכון הסל שבאחריותן מבוצע בהתאם לעקרונות שנקבעו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי וכן באמצעות תקציבים שונים שהועברו החל משנת 1998 לצורך הרחבת סל השירותים. לעומתם, בבתי-החולים קיים קשר בין הכנסות המוסד לרמת הפעילות. בתי-החולים פועלים בהתאם להכנסותיהם המתקבלות ממכירת שירותים לקופות-חולים, צה"ל, ביטוח-לאומי, חברות ביטוח ולמטופלים באופן פרטי ועוד. בהתאם לכך, אף קיימת שונות בין בתי-החולים לגבי יכולותיהם הכלכליות. בניגוד לקופות, לא קיים כל מנגנון לעדכון תקציבי של בתי-החולים ולמתן מענה לקידום הטכנולוגי.

ההתפתחות הטכנולוגית קיימת הן בקופות-החולים והן בבתי-החולים, ובשנים האחרונות ההתפתחות בכלל מערכת הבריאות מהירה ביותר. יחד עם זאת, הקצב מהיר יותר בבתי-החולים. בנוסף, בבתי-החולים מתבצע אימוץ טכנולוגיות שהן בדרגות "בשלות" שונות. קיים דחף פנימי חזק לקידום טכנולוגי בבתי-החולים הנובע בין השאר, ממגוון ההתמחויות והשירותים הפועלים במסגרתם, מקשרי עבודה בינלאומיים, וממעורבות אקדמית ולעיתים אף ממניעים כלכליים.

ד. יתרונות וחסרונות בקיום סל שירותי בריאות מוגדר

יתרונות: סל שירותי הבריאות מגדיר את זכויות האזרח באופן ברור ומהווה בסיס למתן השירותים במערכת הבריאות. כל אזרח יכול לדעת מהם השירותים לו הוא זכאי. כל האזרחים, ללא קשר לקופת-החולים בה הם מבוטחים, זכאים לסל שירותים אחיד.

קיום סל שירותים מפורט מאפשר הגדרה ברורה של "מה כלול בסל" ו"מה אינו כלול בסל זה". שקיפות הגדרות אלו אמורה למנוע מצבים של דרישת האזרח מקופת-החולים בה הוא מבוטח לספק לו טכנולוגיות שאינן כלולות בסל. עצם הגדרת סל שירותי בריאות מפורט מביאה בעת ובעונה אחת להגדרה משלימה של מהם השירותים אשר אינם כלולים

בסל. באופן זה ניתן למפות שירותים אלו ולנהל תהליך של קביעת סדרי עדיפויות וקביעת רמת המימון הנדרשת לצורך הכללתם בסל. בהקשר זה יש לציין, כי מפסיקות של בתי המשפט, שניתנו לאחרונה, עולה, כי לעיתים נדרשת הקופה לממן שירותים גם כאשר הם מחוץ לסל. תהליך עדכון וקביעת סדרי עדיפויות של הטכנולוגיות הכלולות בסל, ברמה לאומית, מאפשר דיון ציבורי בהשוואה למצב בו קבלת ההחלטות מתבצעת ברמת המוסדות הרפואיים. האחרונים, בנוסף למטרותם לתרום לשיפור בריאות הציבור, הם בעלי מטרות נוספות, הנוגעות לשיקולים של המוסד עצמו, כגון שיקולי מוניטין, שיקולים כלכליים ועוד.

חסרונות: תהליך כניסת הטכנולוגיות לשימוש ומימון מתרחש אחת לשנה, היות שהתהליך חייב להתבצע ברמה הלאומית עם אילוצים מקצועיים ותקציביים שונים. לעיתים, קצב זה יוצר בעייתיות בהכנסת טכנולוגיות באופן מהיר ודינמי יותר, וחולים נאלצים להמתין פרק זמן ארוך עד שיתאפשר להם לקבל את הטכנולוגיה במימון ציבורי.

הגדרת סל בתנאים של שמירה על השוויוניות מחייבת לאפשר את אותה טכנולוגיה לכלל המטופלים העומדים באותם קריטריונים מקצועיים. מצב זה מונע אפשרות של התנסות הדרגתית בטכנולוגיות (לדוגמה, הכנסת הטכנולוגיה רק בחלק מהמוסדות המקצועיים או רק על-ידי חלק מהרופאים). להתנסות הדרגתית יש חשיבות במיוחד במצבים בהם קיים רצון להתחיל שימוש בטכנולוגיות חדישות ביותר, שקיימת חשיבות להיחשף אליהן ולמיומנות הכרוכה בהן, למרות שהן לעיתים בדרגת "בשלות" נמוכה.

במצב בו מערכת הבריאות פועלת באילוצי תקציב, מצב הצפוי להחריף עם השנים, החלטה על הכנסה גורפת של טכנולוגיה רפואית לסל (קרי, זכאות לכל האזרחים המתאימים לקריטריונים המקצועיים), מתבצעת אך ורק לגבי טכנולוגיות אשר לגביהן נאסף מידע רב ושאינן עוררין על יעילותן ומקומן ברצף הטיפולי בחולה. באופן זה לא מתאפשרת הכללת טכנולוגיות אחרות, אשר אינן עונות על הקריטריונים. במצב הקיים הסל חל אך ורק על קופות-החולים, אך אם וכאשר הסל יחול על כלל מערכת הבריאות, הדבר עלול להביא לפגיעה ביכולת המערכת להמשיך ולהתקדם מבחינה רפואית-טכנולוגית.

קיומו של סל שירותים מצריך ניהול ברמה הלאומית תוך הקצאת משאבים ומנגנון עדכון ריאלי. באם להסתמך על הניסיון שהצטבר בעדכון סל שירותי הבריאות של קופות-החולים, קיים ממד של חוסר ודאות לגבי

היקף העדכון ותדירותו. מצב זה מוביל לפגיעה ביכולת התכנון לטווח הבינוני-ארוך ולפגיעה בגמישות ההחלטה ובאוטונומיות של המוסדות הרפואיים לגבי ההחלטה על הבדיקות, הטיפולים ושירותים אחרים אשר אמורים להתבצע במסגרתם.

הגדרת שירותים אותם מחויב בית-החולים לספק (במסגרת סל שיוגדר בחוק או חוזה עם קופת-חולים) עלולה להביא לגיטימציה למניעת שירותים בבית-החולים, ובראשם הטיפולים החדשניים שעלותם גבוהה, ושאינם מוגדרים עדיין בסל/בחוזה. באופן זה, ובהתחשב באילוצים הכלכליים הקיימים, פתרון מימון השירותים יוסט לאזרח ברמה הפרטית תוך הגברת העומס הכלכלי עליו ופגיעה בשוויוניות. כמו כן יש לבחון את השאלה הנגזרת של התמריצים של בתי-החולים למכור שירותים שאינם כלולים בסל והשפעת תמריצים אלו על השוויוניות במערכת הבריאות. קיים גם חשש כבד, שהגדרת סל שירותים לבתי-החולים תגדיל עוד יותר את הדיפרנציאציה בין סוגי ביטוחי הבריאות השונים ותגדיל במקביל את הפגיעה בשכבות החלשות.

ה. החלופות השונות

לבתי-החולים ולקופות-החולים מאפיינים שונים, המצריכים פתרונות שונים לפעילותם. **החלופה הראשונה** היא המשך השיטה הקיימת – כלומר, המשך המצב בו אין חוק המגדיר בפירוט את השירותים החייבים להינתן על-ידי כל בתי-החולים. בתי-החולים חופשיים במידה רבה להחליט איזה שירותים לפתח, אילו טכנולוגיות לאמץ ומתי, אילו תחומים לפתח כמרכזי מצוינות ועוד. הדבר מוביל לקיום מגוון רחב של פעילות רפואית-טכנולוגית בפיזור ארצי. יחד עם זאת, המצב הקיים מחייב את בתי-החולים לממן שירותים וקידום טכנולוגי מרווחים תפעוליים (שכמעט ואינם קיימים) או ממקורות אחרים (תרומות, תקציבי מחקר ועוד). פעילות מסוג זה בעייתית עקב חוסר השוויון בהיקף הצמיחה וההתפתחות הטכנולוגית בין בתי-החולים השונים, וקשיים הולכים וגוברים במימון טכנולוגיות חדשות, שאינן ממומנות ציבורית, ללא קבלת פתרון הולם ברמה הלאומית.

בנוסף, קיים סל שירותי בריאות ותהליך תיעדוף ברמה הלאומית, אשר מחליט על בסיס שיקולים רפואיים, אפידמיולוגיים, כלכליים וחברתיים אילו טכנולוגיות יש להכליל במימון ציבורי. התהליך מתעדף שירותים שונים, הכוללים, בין השאר, גם טכנולוגיות המתבצעות בבתי-

חולים. טכנולוגיות אלו "מתחרות" על כניסה לסל מול עצמן ומול טכנולוגיות אחרות הניתנות בקהילה. לדוגמא, בתהליך הרחבת סל השירותים האחרון נדונו מספר טכנולוגיות המזוהות כ"טכנולוגיות בתי-חולים" כגון "סטנט מצופה תרופה".

חלופה שנייה היא להגדיר "מקדם טכנולוגי לבתי-החולים" – מדובר בתוספת משאבים לבתי-החולים עבור קידום ופיתוח טכנולוגיות. הדבר ישאיר רמת גמישות גבוהה לקידום יכולות מערכת הבריאות, הגדלת מיומנות בתחומים קליניים חדשים ושונים ואת היכולת להמשיך ולהוביל את הקידום הטכנולוגי של מערכת הבריאות. חלופה זו מצריכה הגדלת המקורות למערכת הבריאות וכן החלטה על הקריטריונים על פיהם יוקצו המקורות בין בתי-החולים השונים. מסקירת חומר מקצועי בנושא עולה כי קיימים מספר שיקולים אשר ניתן להתחשב בהם בעת החלטה על אופן הקצאת המשאבים. לדוגמא, מגוון השירותים הקיימים בבית-החולים, תמהיל החולים, שיקולי פריפריה מול מרכז, מידת האקדמיזציה של המוסד ועוד. כמו כן, יש לקבוע מהן המגבלות וה"חובות" של בתי-החולים אשר יקבלו הקצאה זו.

חלופה שלישית היא לקבוע סל שירותים לבתי-החולים. הסל יכול להיות בדרגת פירוט גבוהה בדומה למפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או בדרגת פירוט נמוכה יותר (הגדרת תחומי הפעילות באופן כללי).

חלופה רביעית היא מתן פירוט רב יותר לשירותים הקיימים כבר בסל ואשר מבוצעים בבתי-החולים. הפירוט יבוצע כתוספת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בדרך זו יתאפשר להגביר את הבהירות לגבי זכויות המבוטח לשירותים להם הוא זכאי, במסגרת מערכת האשפוז.

אנו ממליצים, שלא להגדיר סל שירותים מפורט מחייב לבתי-החולים. ייתכן שיש מקום להגדרת מכלול שירותים בסיסיים המחייבים כל בית-חולים, כגון שירותי חירום בחדר מיון, מחד, ודרגת איכות מינימלית, כגון good clinical practice, מאידך. במסגרת זאת, יש לבחון אם יש מקום להגדיר ביתר פירוט מהם שירותי האשפוז שעל קופת-החולים לספק למבוטחיה במסגרת הסל הקיים. בנוסף, יש לבחון את דרכים להקצאת משאבים ייחודית לטכנולוגיות חדשות. ישנן פרוצדורות יקרות הדורשות מומחיות (כגון השתלת מח עצם או נוירו-רדיולוגיה פולשנית), המסופקות, לכן, בבתי-חולים מסוימים בלבד. מומלץ כי פרוצדורות אלו ייכללו ברשימה ארצית, בדומה לרשימת המחלות "הקשות", ולוודא

הקצאת תגמול לביצוע, בנוסף על התגמול עבור האשפוז הניתן כיום על-ידי קופת-החולים וכן להוציאם מחשבונות ה-CAP על מנת שלא לגרום למצב בו בית-החולים המבצע פרוצדורות יקרות אלו ימנע מביצוען משיקולים כלכליים קצרי טווח.

4. יצירת ממשק בין בתי-החולים וקופות-החולים להבטחת רציפות הטיפול

להצלחת הטיפול בחולה יש השלכות, הן על איכות חייו של החולה ומשפחתו והן של חיסכון בעלויות למערכת הבריאות ולמשק כולו. אחד התנאים החיוניים להצלחת טיפול בחולה הוא שמירה על רציפות טיפולית. המציאות הקיימת של יחסי הגומלין בין המערכת האמבולטורית לזו האשפוזית פוגעת ברצף טיפולי חיוני זה. למרות שעומס התחלואה של המטופלים הולך וגדל, זמן הביקור במרפאה הולך ומתקצר, והלחץ המופעל על הרופא הראשוני הולך וגדל. במקביל, מכיוון שתגמול הרופאים נעשה לפי מספר הנפשות הנמצאות בטיפולם, והם אינם מקבלים כל תגמול עבור טיפולים נוספים, ובכללם ביקור החולה המאושפז בבית-החולים, הרי שקיים תמריץ שלילי לשמירת הרציפות בין הטיפול בקהילה לטיפול בבית-החולים.

פן נוסף המקשה על רציפות הטיפול הוא פער היוקרה והמוניטין של רופאי בית-החולים ביחס לרופאי הקהילה: התקשורת מתמקדת בעיקר ברפואת בתי-החולים. הטיפולים החדשניים זוכים לכיסוי תקשורתי ניכר, כאשר רוב הרופאים המופיעים בטלוויזיה ובעיתונות מדברים על מצבים נדירים וטיפולים חדשניים. עקב כך נתפס בית-החולים כ"אורים ותומים" של הרפואה כך שהמטופל נוטה לבטל בקלות יתרה, שלא תמיד בצדק, את ההמלצות וההנחיות של הרופא הראשוני. קיומה של רפואה פרטית (המבוצעת רובה ככולה על-ידי רופאי בתי-החולים) אף מגביר מצב זה. הרופא ה"פרטי" נתפס כטוב בהרבה מהרופא במערכות ציבוריות. לדוגמה, מזה מספר שנים מפרסם אחד העיתונים היומיים הנפוצים רשימה של "טובי הרופאים" לפי תחומים שונים. רפואת המשפחה ורפואת הקהילה כלל אינן מוזכרות ברשימה זו.

הרצף נפגע החל משלב האבחנה, דרך שלב הטיפול בבית-החולים וכלה בשלב שחרור החולה בחזרה לקהילה. העובדות מצביעות על כך, שרק מיעוט מהחולים מתאשפזים בהפניית הרופא הראשוני. אפילו מקרב

החולים המופנים, רק לחלק יש "תיאום אשפוז" והרוב "מגיעים למיון". מצב זה גורם לחוסר מעבר מידע לבית-החולים עד כדי חוסר הבנה לסיבת האשפוז (למשל חולה במחלה סופנית, מאובחנת וידועה, המאושפז למתן אנטיביוטיקה דרך הווריד למספר ימים, שבמסגרת האשפוז עובר בירור מחודש של מחלתו היסודית). באותה מידה, עשוי להגיע לאשפוז חולה עם מכתב מקופת-החולים, המציין את הטיפול התרופתי אותו הוא מקבל, אולם בשל כתב לא ברור והעדר כתובת בקופת-החולים אליה יוכל הרופא מבית-החולים לפנות לקבלת הבהרות, יימנע ממנו הטיפול או שיקבל טיפול שגוי.

יתרה מזאת, מכיוון שעל בתי-החולים לא חלות אותן ההנחיות התקפות בקהילה, עלול להיגרם בלבול בכל הנוגע להמלצה על טיפול תרופתי. חלק מרופאי בתי-החולים חושבים שההנחיות בקהילה מקורן בעיקר בשיקולים כספיים, בעוד שלמעשה חלק ניכר מהשיקול הוא רפואי. כך למשל, הקווים המנחים לטיפול בקהילה, זהירים יותר, בדרך-כלל, במעבר לטיפולים תרופתיים חדשניים, ודוגמא בולטת לכך היא השוני בטיפול ביתר לחץ דם בין בתי-החולים והקהילה. מנגד אם יבחר הרופא הראשוני להחליף מידע עם רופאי בית-החולים בזמן אשפוזו של חולה שבטיפולו הוא ייתקל בקשיי תקשורת. אם בחר הרופא הראשוני לבקר את החולה, ועשה זאת בשעות סגירת המרפאה, אחה"צ, ייתקל ברוב המקרים בתורן בלבד שאינו מכיר בהכרח את המקרה על פרטיו. אם בחר להתקשר בשעות הבוקר, ייתקל בסירוב להעברת השיחה בזמן עריכת "ביקור הרופאים".

בכל הנוגע לשחרור החולים מאשפוז – רק עבור חולים כרוניים או אלו המאושפזים זמן ארוך, יש תיאום שחרור של החולה לקהילה, תיאום המאפשר את ארגון המשך הטיפול בחולה. הבעיה מוחמרת אצל חולים קשישים, הזקוקים לעזרה בבית ולהכוונה לגבי המשך טיפול. דוגמא לדבר הן בדיקות קרישה (INR) לחולים עם טיפול נוגד קרישה. כדי להחליט על המשך המינון (המשתנה מיום ליום) יש צורך במידע לגבי המינון ותוצאות הבדיקות בימים שקודם לשחרור. רק בחלק מהמקרים מידע זה ניתן לחולה או לרופא הראשוני. מכתב השחרור, המהווה חוליה חיונית בשרשרת המידע בין בית-החולים והקהילה, מגיע לרופא הקהילה ברוב המקרים על-ידי החולה או בני משפחתו ולא בהכרח בסמוך לשחרור מאשפוז. במקרה שהחולה איננו מגיע לרופא הראשוני, יתכן שהוא לא ידע על השחרור ועל השינוי הטיפולי המומלץ.

ראוי לציין ניסיון, שהתבצע במשך השנתיים האחרונות בין המחלקות הפנימיות בהדסה לבין רופאי הכללית בירושלים, ליצור "קוד התנהגות הדדי". במסגרת זאת התחייבה קבוצה מרופאי הקהילה לצייד כל חולה במכתב הפניה. במקרה של אשפוז שלא בהפניית הרופא הראשוני – לשלוח פקס למחלקה מיד עם היוודע האשפוז. כמינימום בכל פקס יצינו המחלות הכרוניות, התרופות ותוצאות הבדיקות אחרונות המצויות בתיק הממוחשב. במקביל המחלקות הבטיחו להקדיש פקס, המיועד רק לרופאי הקהילה, ליצור מציבה בתיק הרפואי המיועד לדיווחי רופא המשפחה, להקפיד על קוד התנהגות והתבטאות כלפי רופאי הקהילה ובמיוחד בנוכחות המטופל. למרות תמיכה ניכרת של ההנהלות בשני הצדדים היה השינוי קטן ביותר. ניתן אמנם לציין שהתעניינות של רופאי המשפחה במטופליהם בזמן אשפוז נמצאת במגמת עלייה, אולם, קיימים קשיים מערכתיים המעיבים על מימוש התעניינות זאת, כפי שתואר לעיל. מציאות זו מעלה את השאלה של חשיבות הביקור הבלתי אמצעי של רופא המשפחה ביחס להעברת המידע הנוגע לחולה המאושפז.

את הממשק בין המערכות ניתן לשפר באמצעות שלוש גישות משלימות: **האחת מבנית**, באמצעות הרחבת התפקידים של נציגות קופת-החולים הפועלת בבית-החולים וכן מינוי איש קשר בין החולה ובין מערכות הבריאות המטפלות בו – הן ביה"ח והן המערכת הרפואית בקהילה. **השנייה על-ידי יצירת זיקה קבועה** בין מחלקה נתונה וקבוצת אוכלוסייה מוגדרת (מודל מחלקת האם). הגישה **השלישית** היא **טכנולוגית**, באמצעות מערכות מקוונות לניהול מידע רלוונטי והעברתו בין כל נקודות השירות בחולה.

יש להדגיש את ההדדיות של הממשק בין בית-החולים והקהילה: כשם שיש חשיבות לכיוון זרימת המידע מהקהילה לבית-החולים, כך יש לדאוג ששחרור החולה חזרה לקהילה יהיה "חלק" ורציף ושהמידע מבית-החולים יגיע לרופאי הקהילה. בכל פתרון יש בנוסף לשקוד על שיפור ההערכה המקצועית ההדדית ויחסי הגומלין בין רופאי בית-החולים והרופאים הראשוניים.

א. הגישה המבנית

1) יצירת משרד קשר רפואי

מוקדי קופות-החולים הנמצאים כיום בתוך בתי-החולים משמשים, בעיקר, לבקרה על הוצאות הקופה הנובעות מהפניית חולים לשירותים אמבולטוריים בבית-החולים (מתן התחייבויות ושמירה על כך שההתחייבות לא תורחב) או מהפניית חולים לאשפוז. ניצול נכון של נציגות זו והפיכתה ל"משרד קשר רפואי" יאפשר פתירת מחלוקות מנהליות בין הקופות ובית-החולים, בהן החולה ניצב בין שני הגופים אובד עצות, העברת מידע בין בית-החולים וקופת-החולים ושמירה על רציפות טיפולית. על משרד הקשר להיות מאויש בבעלי מקצוע רפואיים (רופאים ואחיות) הן של הקופה והן של בית-החולים. לנציגים אלו תהיה סמכות לקבל החלטות הנוגעות לטיפול במבוטחי הקופה המטופלים בבית-החולים. בעקבות הנהגת סל שירותים מוגדר, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המחייב את קופות-החולים ואינו מחייב ישירות את בתי-החולים, ועקב המצוקה הכלכלית במערכת הבריאות על כלל מרכיביה, מתעוררות מעת לעת בעיות, שבמרכזן נמצא החולה. בעיות אלו נוגעות למשל לאי-התאמה בין מגוון השירותים אותם מקבל החולה בקהילה לאלו הניתנים בבית-החולים (כגון תרופות שמקבל באופן כרוני מקופת-החולים ושבת-החולים מסרב לספקן בטענה שאינן קשורות לסיבת האשפוז), ו/או למחלוקות בין קופת-החולים לבית-החולים, הנוגעות להספקת שירותים יקרים, או לשירותים שניתנו בבית-החולים שלא בהתאם להנחיות סל השירותים וניתנה מבית-החולים המלצה להמשיך הטיפול בהם גם לאחר השחרור. במקרים מסוג זה עלול החולה למצוא את עצמו ממלא תפקיד בפתרון המחלוקת, בעוד שאין כל הצדקה שימלא תפקיד כזה. אנו ממליצים, כי "משרד הקשר הרפואי" יהיה בעל סמכות ביצוע כאשר הנדבך המרכזי שינחה אותו הוא טובת החולה. יש להוציא את החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת-החולים ובית-החולים.

בכל מקרה בו מתגלעת מחלוקת בין הקופה לבית-החולים בנוגע למימון בדיקה או טיפול יעמוד לזכות המשרד סכום כסף אשר יוקצה בחלקים שווים על-ידי הקופה ובית-החולים. אנו מציעים כי הן בתי-החולים והן הקופות יפקידו אחוז מסוים ממחזור הפעילות של הקופה בבית-החולים לטובת משרד זה. חולה הנזקק לבדיקת הדמיה מורכבת

באשפוּז לא ישוחרר על מנת שהבדיקה תהיה על חשבון הקופה או מצב בו נמנעת מהחולה במהלך אשפוזו תרופה או טכנולוגיה טיפולית חדשה עקב מחירה. שיתוף פעולה זה יביא לניצול משאבים טוב יותר מאשר המצב הנוכחי בו נציגות הקופה בבית-החולים משמשת כ"כלב שמירה" למניעת חריגות תקציב. בנוסף משרד הקשר הרפואי יעמוד בקשר רצוף עם הצוות המטפל בבית-החולים ובקהילה על מנת לשמור על זרימה דו כיוונית של מידע רפואי ורציפות הטיפול בחולה. יש להבטיח כי בסופו של הליך, החולה יקבל תשובה אחת בלבד, אשר תהיה מוסכמת על שני הצדדים. ניתן לאפיין מספר סוגי מקרים, בהם עלולה להתעורר מחלוקת מסוג זה: שירות הקיים בסל, אך אופן המתן או התעריף גוררים שינוי בנוהל קיים; שירות חדש המחליף שירות אחר בעלות זהה / דומה; שירות חדש לחלוטין.

א. שירות הקיים בסל, אך התגלעה מחלוקת לגבי אופן הנתינה שלו

כדוגמה לכך, ניתן לציין את הטיפול במיטומיציין בגידולי שלפוחית השתן. התעריף לכך במחירון משרד הבריאות הינו 254 ש"ח (קוד 51720 – שטיפה כימותרפית בגידולי שלפוחית השתן), מחיר התרופה (בלבד) כ- 1,000 ש"ח לטיפול, וזאת, ללא התייחסות ליתר רכיבי הטיפול, בדיקת רופא, הכנסת קטטר, מתן החומר, השגחה לאחר הביצוע וכו'. לאור זאת, נוצר נוהג בו הקופה מספקת את התרופה (כמקובל לגבי תרופות יקרות), ובית-חולים מבצע הטיפול תוך שימוש בקוד מוסכם. במסגרת בחינה פנימית, הגיעה קופה מסוימת למסקנה, שעל בית-החולים לספק תרופה זו, תוך חיוב הקוד שהוזכר לעיל. שינוי זה בוצע, באופן חד צדדי ללא התדיינות קודמת. כיוון שמדובר בטיפול שאינו דחוף וניתן לדחותו במספר ימים, ואין אף חובה לתת במסגרת בתי-החולים נוצרה מחלוקת בה היו החולים מעורבים ובמקרים רבים נדחה הטיפול בהם. אנו מציעים כי שינויים בנוהג קיים לא יבוצעו חד צדדית, ותינתן תקופת זמן (מומלץ על תקופה של שלושה חודשים) לפתרון המחלוקת, תוך המשך הנוהג הקיים. אנשי "משרד הקשר הרפואי" ייפגשו עם הצוות המטפל, יבינו את מהות הטיפול, יופנו לספרות מקצועית מעודכנת ויגבשו פתרון היכול להתבסס על מחיר דומה במחירון משרד הבריאות, או תמחור שיוסכם עליו על-ידי הצדדים. נתוני הבסיס לתמחור, יוגשו במסמך משותף למשרד הבריאות, במידה וקיימים חילוקי דעות (כגון: זמן רופא נדרש) יכריע משרד הבריאות בסוגיה.

משרד הבריאות ידאג להגדרת התמחור המחייב תוך זמן מוקצב וקצר, בהיוועצות עם הצדדים כמקובל כיום. המחיר שיומלץ על-ידי המשרד יהווה את המחיר על פיו ינהגו הצדדים, לפחות עד אשר יושלם התהליך הפורמלי (ועדת מחירים, פרסום שינויים במחירון וכו').

ב. שירות חדש המחליף שירות בעלות זהה/דומה

כדוגמא לכך, ניתן לציין ניתוח פתוח המוחלף בפרוצדורה מונחית על-ידי אמצעי הדמיה. בעקבות כך מתקצר האשפוז בצורה משמעותית, אך קיימות עלויות חלופיות משמעותיות. במקרים מסוג זה, מבקש המבטח לשלם על פי ימי אשפוז (שהתקצרו בצורה משמעותית), ואילו בית-החולים דורש שיפוי הולם בגין עלות הטיפול החליפי עקב העלויות הגבוהות. הרופא המטפל והחולה (על פי המלצותיו) מעדיפים בדרך-כלל טיפול חדשני ופחות פולשני.

במחלוקות מסוג זה מוצע כי תוקם קבוצת עבודה משותפת על בסיס משרד הקשר הרפואי, כדי להגיע להבנה, שאכן מדובר בטיפול חלופי אמיתי. הקבוצה תכלול בנוסף לאנשי משרד הקשר הרפואי גם אנשי מקצוע ומנהלים. תבוצע גם הערכה של השפעת השינוי הטיפולי על כמות החולים המטופלים. המחיר שייקבע, ייתן ביטוי הן לעלויות הכרוכות בפרוצדורה, והן לטענות בדבר עדיפות הפרוצדורה החדשה. כדוגמא: ייקבע מחיר לפרוצדורה, ועל מחיר זה יחולו כללי המחירים הדיפרנציאליים כך שאשפוז חוזר לא יחויב בנפרד. מעורבות משרד הבריאות כנדרש, ועל פי המוצע לעיל.

ג. שירות חדש לחלוטין

השירות יידון במסגרת ועדת הסל הקיימת. במידה, ולוועדה לא יהיו אמצעים לאורך זמן, יש מקום להקמת גוף מצומצם של מנכ"לי קופות או מנהלים רפואיים בקופות ונציגות של מנהלי בית-חולים, לקדם נושאים בוערים. למטופלים תישמר הזכות לרכוש השירות בתשלום, במידה שלא יימצא פתרון מערכתית, אך בית-החולים יודיע בצורה ברורה, שמדובר בשירות שאינו בסל, שאינו מוטל על הקופה, ושאינו מזכה בהחזר מהקופה. יש לוודא במקרה כזה, שהעדר יכולת מימון עצמית של השירות החדש על-ידי החולה, לא תמנע ממנו את קבלת הטיפול החדשני והמימון יינתן על-ידי הקרן המשותפת לבית-החולים ולקופה, במסגרת "משרד הקשר הרפואי" וזאת על מנת לוודא כי טיפולים חדשניים לא יהיו נחלתם

של השכבות המבוססות בלבד או שכל עלות הטיפול החדשני תיפול על כתפי בית-החולים.

(2) נציג אישי לחולה בבית-החולים

ריבוי הרופאים המטפלים בחולה בזמן אשפוזו מחד, והקצאת זמנים בעייתית של הרופאים בין הטיפול בחולים שבאחריותם הישירה, לתורנויות ולמחויבויותיהם האחרות, מאידך, פוגמים באפשרות לקשר אישי בין הרופא המטפל והחולה המאושפז.

כך לדוגמא, באגף הפנימי הרופאים המתמחים מחולקים לעיתים על פי אחריות לחדרי חולים. הרופא המקבל את החולה אינו בהכרח הרופא הממשיך בטיפולו, אלא מטפלים בו כלל רופאי הצוות. חולה החוזר תוך פרק זמן קצוב מתקבל בדרך-כלל למחלקה בה אושפז בעבר, אך לא בהכרח לאותו צוות מטפל. הרופא המתמחה האחראי על החדר אינו נמצא מדי יום בבית-החולים (חופשות, מילואים, לימודים לבחינות, תורנויות ורוטציות) וכך החולה מטופל על-ידי רופא אחר, תחת אחריות הרופא הבכיר של אותו הצוות. המידע לחולה ניתן בדרך-כלל על-ידי כל רופא שהמשפחה נתקלת בו באקראי, ובערב על-ידי רופא תורן. ובנוסף מתקיימת בדרך-כלל קבלת חולים ומשפחות על-ידי מנהל המחלקה והרופאים הבכירים בהתאם למועדים קבועים.

מציאות הטיפול באגף הכירורגי מורכבת אף יותר: בכירורגיה, ובעיקר בכירורגיה הכללית והאורטופדית, ישנן התמחויות משנה. המתמחים מחולקים, בדרך-כלל, לפי צוותים וחדרים, ואילו המומחים אחראים בדרך-כלל על המטופלים בהתאם לסוג הבעיה של המטופל והתאמתה למומחיות הספציפית. לא תמיד המתמחה מתמצא במהות הניתוח שהחולה עבר, ולעיתים גם מומחה אחר לא בקי דיו בנעשה ועלול, לכן, להיווצר ליקוי בהעברת המידע. בנוסף עלול להיווצר מצב בו המתמחה האחראי על החולה והרופא המקצועי נעדרים באותו יום. לעיתים קרובות הרופא המומחה המקצועי לא תמיד מועסק במשרה מלאה, ויש נתק בקשר בינו לבין המטופל. הרופא המומחה ניזון מדיווח המתמחים, החולה והצוות הסיעודי; מנהל המחלקה שואב מידע בדרך-כלל מהגיליון ומביקורים אותם הוא עורך, שאינם מתבצעים מדי יום. במרבית המקרים קיים מעט מאוד ידע למטפלים על צורכי המשפחה, על בעיות סביבתיות, צרכים סוציאליים ופיזיים שלהם יזדקק החולה לאחר שחרורו, ולעיתים קיים מידע חסר על קורות החולה במהלך אשפוזו.

במציאות זו החולה המאושפז מוצא עצמו במצב של חוסר מידע ואי-ודאות וללא כתובת ברורה במערכת האשפוז אליה יכול לפנות לסיוע. חלק ניכר מהחולים המאושפזים מלווים בקרובים המנסים לסייע להם בהתמודדות זו (לתווך ולקשר בין החולה לצוות הרפואי, לתמוך בחולה, להעניק טיפול סיעודי ממשי, לקבל החלטות עבור החולה וכו').

לפיכך, יש לשאוף לקיומו של נציג אישי לחולה, בתוך בית-החולים, שיהווה עבורו "מורה-דרך" בכל הנוגע לטיפול בו במסגרת האשפוז. רצוי להגדיר מחויבות של רופא בכיר במחלקה, שיספק לחולה מידע הנוגע למצבו ולטיפול בו. הוא יהיה אחראי על יצירת קשר עם הרופא בקהילה כשיש צורך בכך (למשל לתאום שחרור החולה), יסייע לחולה לשמור על זכויותיו ולהתמודד עם בעיות חוסר המידע והא-סימטריה של המידע בזמן אשפוזו, ואף יסייע לחולה במעבר חזרה למסגרת האמבולטורית (כגון, בהתאמת הטיפול התרופתי המוצע על-ידי בית-החולים לטיפול הקודם, וכו'). יש לפעול להרחבת קשר זה גם באשפוזים חוזרים, כדי שהחולה יטופל באחריות אותו רופא בכיר ותוך המשך התקשורת עם רופא המשפחה בכדי להבטיח את רציפות בטיפול.

אחד הפתרונות האפשריים, והקלים, יחסית ליישום, הוא הצבת שלטים במקומות בולטים ובהם מצוינים שמות הרופאים הבכירים האחראים על הטיפול בחולים המאושפזים (לפי מספר חדר האשפוז) ושעות הקבלה שלהם.

פתרון אחר ניתן למצוא בדמות "מנהל מקרה" (case manager). מכיוון שהתועלת הישירה מקיומו של הנציג האישי היא לקופת-החולים ולא בהכרח לבית-החולים, ייתכן שהמבנה הארגוני צריך לכלול את ה-case manager במסגרת קופת-החולים ולא בית-החולים. לשם כך ניתן לנצל את המבנה הקיים של מוקדי קופת-החולים, הנמצאים בתוך בית-החולים, שמטרתם העיקרית כיום היא בקרה על הוצאות הקופה הנובעות מאשפוז החולים. ייתכן, שהסבת נציגות זאת להעברת מידע בין בית-החולים וקופת-החולים ולשמירה על רציפות טיפולית, תביא לניצול משאבים טוב יותר מאשר הכללת ההוצאות בלבד. למעשה, אין צורך לאייש את הנציגות רק ברופאים למטרה זו, אלא ניתן להשתמש באנשי מקצוע נוספים, בעיקר באחיות.

אפשרות אחרת היא לאמץ את הגישה "האנגלוסקסית", לפיה רופא המשפחה הוא הכתובת והוא מלווה את החולה גם בזמן אשפוזו. פתרון כזה מצריך הקצאת תשומות נוספות מעבר לאלו הקיימות כיום, והוא

מחייב, לכן, הערכה של התועלת הכלכלית הכוללת שלו לפני החלתו או פסילתו. יש לזכור, כמו כן, שמבנה בתי-החולים בארץ הוא מבנה סגור: הרופא בבית-החולים לא מטפל בחולה בקהילה והרופא מהקהילה לא מטפל בחולה המאושפז. ועדת מן, שדנה בבעיית ההפרדה בין שתי המערכות, האשפוזית והאמבולטורית, נכשלה בניסיונותיה ליצור מערכת לגישור הפערים. ייתכן, שפתרון זה אינו ישים בתנאים הקיימים היום ולכן יש למצוא את פתרון המתאים למבנה מערכת הבריאות בישראל.

3 שינויים התנהגותיים

יש לשפר את ההיכרות האישית בין רופאי הקהילה לרופאי מערכת האשפוז, כדי להבטיח את הסיכוי לתקשורת טובה יותר ביניהם. לצורך זה מוצעים כמה שינויים וכמה דפוסי פעולה:

(א) הימצאות מתמחים מרפואת המשפחה במחלקות, שיהיו קשורים לשני הגופים העיקרים במערכת. המתמחים משמשים קשר מצוין לקהילה ומרגישים מחויבות למוריהם משני התחומים. מומלץ כי מתמחים של מרפאה/אזור מוגדר יבצעו את הרוטציות הנדרשות ברפואה פנימית וברפואת ילדים באותן מחלקות וכך ייווצר, עם השנים, קשר בין המרפאות באזור נתון לבין מחלקות מסוימות.

(ב) קידום פעילות אקדמית משותפת. לדוגמה, הרצאות שקהל היעד שלהם הוא רופאים משני תחומים (להבדיל מרופא בית-חולים הבא להרצות לרופאי הקהילה). ניסיון כזה נעשה על-ידי איגוד רופאי המשפחה ואיגוד האורטופדי במסגרת סידרת הרצאות על הגישה והטיפול בבעיות אורטופדיים שכיחות (כאבי גב, אוסטאוארטריטיס).
(ג) קידום מחקר משותף. המחקר אינו נחלת בתי-החולים בלבד ובמקרים רבים ניתן לבצע מחקרים תוך שילוב בין רופאי בית-החולים ורופאי הקהילה.

(ד) הגברת הוראת הסטודנטים לרפואה על-ידי רופאי הקהילה, כולל בקורסים שלא על-יד מיטת החולה (תקשורת, אתיקה, רפואה מניעתית וכו'). הסטודנטים הללו יהפכו לרופאים שיש להם היכרות עם חלק מרופאי הקהילה. בנוסף, יש מקום ליצירת קורסים המועברים במשותף על-ידי רופאים ראשוניים ורופאי בתי-חולים: כיום כשמאגר החולים הנמצאים באשפוז, שניתן להיעזר בהם ללימוד הסטודנטים קטן, ניתן ללמד חלק מהקורסים ברפואה פנימית, ברפואת ילדים ובאבחנה פיזיקאלית בקהילה (הדבר יצריך שינוי ארגוני ושינוי בהקצאת המשאבים של בתי הספר לרפואה).

יש לפעול להעצמתו של רופא המשפחה ומעמדו בעיני החולה. תנאי הכרחי להעצמת הרופא הוא ההבנה שבעתיד כל רופאי הקהילה יהיו בעלי התמחות במידה ותבוצענה החלטות המועצה הלאומית לבריאות הקהילה, לפיה לא יתקבל רופא לעבודה קבועה בקהילה ללא מומחיות. יש לוודא התעדכנות של רופאי הקהילה כדי לשמר רמה מקצועית גבוהה שלהם ולפעול להגברת המעורבות האקדמית של רפואת הקהילה. בנוסף, יש להקפיד על תפיסתו של רופא המשפחה כשווה לרופא בית-החולים בכל הנוגע לקבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בו ולא רק כ"מוציא לפועל". יש לפעול לכך שנוסח מכתב השחרור יהיה של המלצה ושיתוף ולא של קביעת עובדות ומתן הנחיות לביצוע. כמו כן, יש להקפיד שבכל מכתבי הקבלה והשחרור יצוינו שמותיהם של אנשי הקשר: רופא המשפחה ורופא המחלקה המאשפזת תוך ציון ברור של דרכי התקשרות. יש לפעול להטמעת הדדיות התקשורת בין בית-החולים וקופת-החולים. חשוב שרופאי בית-החולים יתנסו בעבודת רפואת הקהילה בין אם כחלק מתכנית ההתמחות ובין אם במסגרת הפעילות השוטפת. הכרתם של רופאי בית-החולים את מציאות העבודה של רופאי הקהילה תביא להבנה טובה יותר של הכלים הנדרשים לשיתוף פעולה פורה שיביא לשמירת רציפות הטיפול.

ב. גישת מחלקת אם

אחד הפתרונות המוצעים לבעיית רציפות הטיפול היא ליצור ממשק בין מוסדי על-ידי מבנה ארגוני המכונה "מחלקת אם". מדובר במחלקה אשפוזית המקיימת זיקה ישירה וקבועה לאוכלוסייה מוגדרת של חולים הזקוקים לשירותי אשפוז. כך יופנה חולה לאותו צוות מטפל בבית-החולים שעומד בקשר עם הרופא הראשוני שלו, מכיר את ההיסטוריה הרפואית שלו וידאג גם לרציפות הטיפול לאחר שחרורו. ישנם שני מודלים אפשריים למחלקת אם: זיקה לפי אזור מגורים, או, זיקה לפי שייכות ביטוחית (קופת-חולים). לפי המודל הראשון, תוגדר זיקה בין מחלקה נתונה ובין אזור מגורים נתון. כל חולה מאזור זה שיזדקק לשירותי אשפוז, בעיקר במחלקה פנימית או במחלקת ילדים יופנה תמיד לאותה מחלקת אם. לפי המודל השני, תוגדר זיקה בין מחלקה נתונה ובין קופת-חולים נתונה, כך שכשמבוטח של הקופה יזדקק לשירותי אשפוז, יופנה למחלקת האם הספציפית לאותה קופה.

1) מודל אזור המגורים. מודל שהתקיים בבית-חולים קפלן בשנות ה-80 וכלל שלוש מחלקות פנימיות, ואת חברי קופת-חולים כללית תושבי מחוז יהודה, שחולקו לשלוש קבוצות לפי אזורי המגורים. לכל מחלקה שויכו כ-100,000 תושבים על פי חלוקה גיאוגרפית. פונים לחדר המיון אשר הזדקקו לאשפוז במחלקה פנימית, הופנו למחלקות בהתאם לכתובת מגוריהם.

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

מטרות המודל, אשר הושגו ברובן, היו שמירת הרצף הטיפולי-אבחוני; שביעות רצון המטופלים, שנמנע מהם טרטור מיותר ושעות המתנה בחדר המיון; ירידה חדה באשפוזים החוזרים; המשך בירור ומעקב אחר המשתחררים לקהילה ותהליך אבחון וטיפול משותפים; היכרות וקשר ישיר בין רופאי הקהילה והמחלקה; תיאום בין אחיות הקהילה והמחלקה לקראת שחרור החולה; הקטנת סך ימי האשפוז ואורך האשפוז הממוצע.

הצלחת הפרויקט תלויה הן במנהל הרפואי המחוזי והן במנהלי המחלקות בבית-החולים. עם השנים גווע הפרויקט בשל חילופים פרסונאליים וירידה במחויבות הצדדים בבית-החולים ובקהילה כאחד.

2) מודל השייכות הביטוחית. מודל זה מתקיים בשנים האחרונות בבתי-החולים וולפסון ואסף הרופא וכולל שלוש מחלקות פנימיות, ומבוטחי מכבי שירותי בריאות המאושפזים בבתי-חולים אלה. באפריל 2001 הגיעה מכבי שירותי בריאות להסדר עם בית-החולים אסף הרופא להקמת מחלקת אס, אשר תאשפז מבוטחי מכבי. מחלקה פנימית ג' שמשה מחלקת האם אליה הופנו רוב מבוטחי מכבי המגיעים לבית-החולים. במאי 2003 הגיעה מכבי להסדר דומה עם בית-החולים וולפסון. המחלקות תוגברו בתקנים לטובת הפרויקט – רופא, אחות ומזכירה רפואית. "מכבי" קבעה אמות מידה להצלחת הפרויקט – השגת

מדדי איכות בטיפול ואבחון, ושביעות רצון המבוטחים. בנוסף, נבחנת גם השפעה על אימוץ מדיניות הקופה באבחון ובטיפול, אורך האשפוז הממוצע, מספר האשפוזים החוזרים, עלות כוללת של המבוטח ומדדים כלכליים אחרים. פרויקט זה הותקף בעיתונות לא מכבר, כאשר בית-החולים הואשם ב"טיפוח" מבוטחי מכבי לעומת אחרים.

היתרונות המיידיים של המודל נובעים מן הקשר ההדוק שנוצר בין המחלקה לקהילה ומן ההפריה ההדדית המתרחשת כתוצאה מכך. בין החסרונות ניתן למנות מניעה לכאורה של חופש הבחירה של המטופל באשר למחלקה בה יטופל (לא קיים גם כיום); ירידה בהכנסות בית-החולים בעקבות הירידה בימי האשפוז. הצלחת הפרויקט תלויה בהכרה של בית-החולים ושל הקהילה בחשיבות ובתועלות ההדדיות של הפרויקט. דרישות אלה כוללות גם מחויבות המחלקה לתרבות הקופה; רמה רפואית גבוהה של המחלקה הפנימית; שביעות רצון של סגל המחלקה; הסכמה בין הקופה לבית-החולים, המבוססת על מחלקה אחת (ללא רוטציה בין המחלקות); הגעה להסדר כספי עם בית-החולים, שימנע הפסד הכנסה מבית-החולים (תמריץ), וינציח מצב של WIN-WIN.

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

קיימים מספר קשיים שיש לתת עליהם את הדעת בהקשר של מודל מחלקת האם: ראשית, הגבלת חופש הבחירה לחולה – החולה מנותב למחלקה מסוימת שלא על פי בחירתו (קיים גם כיום); שנית, לחולה חשובה זיקה לרופא מטפל יותר מאשר למחלקה ועלול להיווצר קושי כאשר בבית-החולים ייתכן שרופא עובר ממחלקה אחת לאחרת ואילו החולה שהיה בטיפולו נותר בזיקה למחלקה הקודמת. שלישית, לקופת-חולים, שבבעלותה בתי-חולים (שירותי בריאות כללית), קל יהיה יותר ליצור זיקה אזורית מאשר לקופות-החולים האחרות. בעיה רביעית תתעורר באם קיימת מעורבות של יותר ממחלקה אחת בטיפול. כך לדוגמה, חולה המאושפז במחלקה פנימית ונוזק להתערבות ניתוחית או אונקולוגית. כיצד ניתן לשמור על הקשר עם הקהילה במתאר שונה?

לעיתים חזרת החולה בקביעות לאותה המחלקה (עקב ההסכמה בין הקופה לבית-החולים) מונעת חשיבה מחדשת על מצבו של החולה לעומת המצב הצפוי לו היה מתאשפז גם במחלקה אחרת (חשש מקיבועון מחשבתי אודות החולה).

מעבר לשיטות התגמול השונות, עצם מבנה המערכת שבו קיימת הפרדה ברורה בין רוכש השירותים וספק השירותים יוצר קונפליקט של תמריצים לאספקת שירותי בריאות, בדגש על שירותים חדשניים ויקרים, בין קופות-החולים, שרוכשות את הטיפולים, לבין בתי-החולים שמספקים אותם. לבד מנושא התגמול הכספי, הכרוך בחוזה אספקת שירותי הבריאות בין קופות-החולים ובתי-החולים, עולה השאלה העקרונית כיצד יכולה קופת-החולים לוודא אספקת שירותי בריאות התואמים את מדיניותה בבית-החולים, ולשמור בכך על רציפות הטיפול בחולה?

במסגרת מגעיו עם הקופה המבטחת, יש לחולה אפשרות לקבל מידע מלא על מצבו הרפואי ועל זכויותיו (ובכללן על הטכנולוגיות מהן הוא זכאי ליהנות במסגרת סל השירותים). כמו כן יש לחולה כתובת ברורה ומוכרת אליה הוא יכול לפנות על מנת לקבל מידע נוסף, או להתלונן, במידה וחש שקופת-החולים (נציב קבילות הציבור במסגרת קופת-החולים או נציב פניות הציבור לעניין חוק ביטוח בריאות ממלכתי במשרד הבריאות). לעומת זאת, אם נזקק המבוטח לשירותי אשפוז, הוא עלול למצוא את עצמו ניצב בפני מציאות שאין לו את הכלים להתמודד עמה: מציאות בה אין הגדרה של שירותי הבריאות בהם מחויב בית-החולים, התקשורת בין קופת-החולים ובית-החולים לוקה בחסר, מעורבות רופא המשפחה בטיפול בזמן האשפוז מוגבלת ביותר, החולה מטופל בבית-החולים על-ידי מספר גדול של אנשי צוות שונים (למרות משך אשפוז קצר יחסית) ומשחרר מאשפוז ללא תאום מספק עם המערכת האמבולטורית. נוסף על ההתמודדות עם מחלתו, נאלץ החולה להתמודד גם עם בעיות של חוסר מידע, קטיעת רציפות הטיפול בו ואף עלול למצוא את עצמו אנוס לשמש כלי משחק במחלוקות המתגלעות בין קופת-החולים לבית-החולים בנוגע למימון טיפולים. בתי-החולים מנסים באופן קבוע לאמץ ולפתח טכנולוגיות חדשות בעוד שלעיתים הקופות מונעות את השימוש בטכנולוגיות אלו מחשש להגדלה משמעותית של העלויות. במציאות זו מוצא החולה את עצמו ניצב בפני המערכת הרפואית נבוך וחסר אונים. מחד יתכן כי ברגעי השיא של מחלתו יוצע לו

טיפול חדש (ויקר) בבית-החולים ומאידך הקופה נאלצת, מטעמים עקרוניים ותקציביים, למנוע ממנו את הטיפול. במקרים רבים נוצרת סיטואציה בה ביה"ח מצטייר כ"מושיע" בעוד שהקופה מקבלת תדמית של גוף "מרושע", נטול שיקולים רפואיים שרק מניעים תקציביים משמשים נר לרגליו.

אנו ממליצים כי הנהלות המחוזות של הקופות השונות ובתי-החולים יבחנו את ההצעות השונות לשיפור הממשק בין ביה"ח והקהילה במטרה ליצור מודל מקומי בר-קיימא.

ג. הגישה המקוונת

משרד הבריאות נרתם לא מכבר להקמת מערכת מידע רפואי כלל ארצית, בה למשתמשים מורשים תהיה הרשות לקבל מידע רפואי עדכני בנוגע למטופלים הפונים אליהם.

מערכות מידע מקוונות קיימות כיום בכל ארגוני הבריאות בארץ ברמות חדירה שונות. לכאורה, קיימת "הבטחה טכנולוגית" לשיתוף נתונים קליניים, קיום ממשקים רציפים והעברת מידע על החולה בין הארגונים השונים, אולם, כאשר בוחנים בפועל את רמת שיתוף הנתונים, מסתבר שהמציאות אינה פשוטה. ניקח לדוגמה שלוש מערכות ממוחשבות לניהול מידע רפואי: מערכת הנמ"ר, מאגר אבחנות השחרור מבתי-החולים ומאגר רישום סרטן במשרד הבריאות:

פרוייקט הנמ"ר מהווה מערך מחשוב אדמיניסטרטיבי של 11 בתי-חולים בבעלות אחת. הפרוייקט נמצא כיום באיחור של 4 שנים (לפחות) בלוח הזמנים, בחריגה תקציבית של מעל 100 אחוז, כשאינן פתרון מוסכם ולוחות זמנים למחשוב התיק הרפואי. האבחנות הנקלטות במערכת אינן ניתנות עדיין לקריאה על-ידי מאגר האשפוזים.

מאגר אבחנות השחרור מבתי-החולים פועל מכוח חוק, ועוסק בפריט מידע בודד (אבחנה) בנקודת זמן אחת (שחרור) והוא מקודד בכל הארץ באותה שיטה (ICD) באמצעות אנשי מקצוע. מצבו הנוכחי של הפרוייקט הוא שהנתונים מעודכנים בו ב-80 אחוז בלבד, כאשר שלושה בתי-חולים כלליים לא מדווחים כלל למשרד הבריאות למרות התקנה המחייבת.

מאגר רישום סרטן במשרד הבריאות גם הוא מאגר מחייב, העוסק בפרטי מידע בודדים. עקב חשיבותו, האגודה למלחמה בסרטן מממנת

תקני מזכירה כמעט בכל מכוון אונקולוגי למטרת דיווח. יחד עם זאת, עדכון הנתונים הוא באיחור של שנתיים עד שלוש.

הגורם לליקויים בהפעלת מערכות אלו אינו טכנולוגי. למעשה קיים פרדוקס מובנה במפגש התרבויות בין הרפואה והטכנולוגיה. עולם המחשבים והתקשורת מציב בפני עולם הרפואה תשובה מצוינת ומחפש שאלה טובה. הנטייה לתת לטכנוקרטים לעצב את מרחב הפתרונות גורמת לכך שדברים פשוטים, לכאורה, העובדים מצוין בסביבות מסחריות ותעשייתיות – מסתבכים קשות בכניסתם לעולם הרפואה.

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

בזמנו, הוצג פרויקט הדגל של קייזר "כאם כל המערכות" וכדוגמה לאינטגרציה מוחלטת בין הגורמים השונים. רק לאחר חמש שנים הובן עומק השבר. לקייזר יש 8.4 מיליון מבוטחים – כלומר יותר מכל אזרחי מדינת ישראל!

ממד נוסף של הבעייתיות של המערכות המקוונות במערכת הבריאות נידון במאמר שפורסם זה לא מכבר בעיתון ניו-יורק טיימס. המאמר מתאר כיצד, למרות התרומה האפשרית של המערכות המקוונות למערכת, ולו בהיבט החיוני של מניעת טעויות (בהתאם לדו"ח המפורסם של IOM מנובמבר 1999), ולמרות לחץ כבד של צרכני שירותי הבריאות, רק עשרות בודדות של מרכזים רפואיים בארה"ב מנצלים באופן מלא מערכות מקוונות, וזאת בעיקר בשל התנגדות הרופאים ומנהלי המרכזים. המנהלים חוששים שההשקעה הכספית הניכרת בהטמעת המערכות היקרות לא תחזיר את עצמה (כ-7.9 מיליון דולר לבית-חולים בינוני ועוד 1.3 מיליון דולר אחזקה שנתית), ואילו הרופאים טוענים שהשימוש במחשב גוזל הרבה זמן יקר, יותר מכפי שהם יכולים להרשות לעצמם, במציאות העמוסה לעיפה. שתי דוגמאות מוחשיות לעוצמת הבעיה מובאות במאמר: האחת של בית-החולים Cedars-Sinai Medical Center בלוס אנג'לס, שבלחץ הרופאים, שטענו שמערכת המחשב מהווה הסחה גדולה מדי ממחויבותם הרפואית, בוטלה תכנית מקוונת שכבר חוברה

ליותר משני שלישי מ-870 המיטות של בית-החולים. דוגמא אחרת מובאת מסיאטל, שם רק בלחץ מתמשך וניכר של חברת בואינג, הוטמעו מדדי איכות.

ראוי לציין מיזם של שירותי בריאות כללית, הנוגע ליצירת מערכת מקוונת להעברת מידע רלוונטי ותמציתי בין כל נקודות השירות השונות במסגרתה. המדובר במערכת המהווה אוטוסטרדת מידע, השמה את הלקוח במרכז ומאפשרת למידע ללוות את המטופל לנותני השירות השונים, כלומר ממרפאות למרפאות אחרות או בית-חולים אחר וחזרה לפי הצורך. מכיוון שהרשומה הרפואית היא קניינו של המטופל, הרי שתהיה לו זכות להגביל נגישות למידע או לחלק ממנו לחלק מאנשי הצוות. האוטוסטרדה מאפשרת איסוף מקוון של רכיבי מידע רפואיים, ממקורות מידע שונים ומבוזרים, והעברתם למשתמשים מורשים לפי פרופילי שימוש שונים, תוך שניות ספורות.

האוטוסטרדה היא אוסף וירטואלי של תחנות (בתי-חולים, מחוזות, מכונים, מעבדות וכו'), בה כל המידע נשאר במקום, באופן, בזמן ובמבנה שהוא נוצר בכל תחנה. ייחודה של המערכת ביכולתה לאסוף את המידע על פי דרישה מכל מקורות המידע המבוזרים בארגון, לאחד אותו ל"חבילה" ולהעבירו תוך שניות אל נותן השירות העכשווי בנקודת מתן השירות. כך מקבל נותן השירות תמונה עדכנית, אמינה ושלמה של המידע הרלוונטי לצורך קבלת ההחלטות ומתן טיפול רפואי איכותי ויעיל. עם זאת, המידע מאורגן במתכונת של Minimal Data Set עם מידע שונה, הזמין לסוגי מטפלים שונים לפי פרופיל הרשאות המוגדר בהתאם למידע שכל איש צוות צריך לשם הטיפול בחולה, כך שנמנע מצב של אובדן ב"ים של מידע".

המערכת, הפועלת בסביבת האינטרנט, מאפשרת לנותן השירות גלישה וניווט בין דפי מידע שונים, המכילים את המידע שהועבר באמצעות אוטוסטרדת המידע. לאחרונה הצטרפו למערכת זו מספר בתי-חולים גדולים, שאינם שייכים לקופה (שיבא, רמב"ם והדסה) ובכך חל מהפך בכל הקשור להעברת מידע במערכת הבריאות בישראל.

למערכת מספר רכיבים מרכזיים:

כתיבת מסמכים – המערכת מאפשרת לנותן השירות לכתוב ולהוסיף מסמכים לתיקו של המטופל, כגון: מכתבי קבלה ושחרור רפואיים, מכתבי קבלה ושחרור סיעודיים, סיכומי ביקור אמבולטורי, הזמנת

בדיקת ועוד. מסמכים אלו הם חלק מהמידע הרפואי הנע באוטוסטרדה, אל ומאת נותני השירות השונים.

קשר בין נותני השירות – המערכת מאפשרת קשר בין נותני השירות השונים בארגון (קהילה-בתי-חולים, רופאים ראשוניים, רופאים מקצועיים, בין בתי-חולים, ועוד). קשר זה כולל, בין היתר, העברה דיגיטלית של מכתבי סיכום אל רופאי המשפחה, העברת מסרים/התקשרויות/מידע, הודעה בדבר שחרור מתוכנן, אינדיקציה בדבר מטופלים שאושפזו/נותחו/ביקור במיון ועוד.

רשימות ניווט – רשימות מקוונות עדכניות של מטופלים, בעלי מאפיין משותף (המעודכן לכל רגע נתון): רשימת השוהים כרגע במחלקה כלשהי, רשימת החולים של כל מרפאה שביקרו באחד מחדרי המיון השונים ב-24 שעות האחרונות, רשימת החולים של מרפאה/מנהלת/מחוז המאושפזים כעת בבית-חולים כלשהו בארץ (מטופלים כעת) או העונים על תנאי כלשהו (לדוגמא "חריגי מעבדות") ועוד. בצורה זו יכול כל רופא מטפל לעקוב אחר חולה שלו בזמן האמת.

דפי מידע רפואי – דפי אינטרנט, המכילים את המידע הרפואי ההיסטורי אודות המטופל: (ביקורים בבתי-חולים/קהילה, אבחנות, רגישויות, תרופות קבועות, תוצאות מעבדה, תוצאות בדיקות דימות, תוצאות בדיקות פתולוגיות, מידע לגבי פרוצדורות, קבלות/שחרורים רפואיים, קבלות/שחרורים סיעודיים, סיכומי ביקור אמבולטורי ועוד).

אתראות ובקרות – מערכת מתקדמת, היכולה להביא אל נותן השירות, באמצעים מתקדמים (Notification, Email, SMS, Pop-up Messages), אתראה בדבר אירוע/תוצאה חריגה, הקשורה למטופל שלו: כניסה לאשפוז, מסי' אשפוזים גדול מידי בחודש, תוצאת מעבדה חריגה, ביצוע ניתוח ועוד.

מתברר שהטכנולוגיה קיימת וזמינה ולכן אין להקדיש את עיקר הדיון להגדרת הטכנולוגיה אלא לסוגיות האתיות ולשאלות של ארגון והבעלות על המידע. השאלות העולות על הפרק בהקשר זה הן:

(1) איזה מידע באמת נחוץ, למי, באיזו רזולוציה ובאילו קבועי זמן?
 (2) כיצד יש לארגן את המידע, ועל מי מוטלת אחריות ההצגה והאינטגרציה?

(3) האם המידע צריך להיות מחולק לפי יוצרי המידע, קרי – תיק המבוטח בקופה, תיקו בבית-חולים A, תיק ההדמיה במכון X? עיון בתיק יתבצע במתכונת זו לפי ספק השירות כמרכיב ראשוני בבחירה,

ואינטגרציית המידע וסידורו לפי זמן ורלבנטיות תעשה על-ידי המתבונן.

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

השיטה הראשונה – פשוטה יותר למימוש אולם הניצולת שלה למשתמש נמוכה, איתור מידע רלבנטי – בעייתי, היא מגלגלת את האחריות על משתמש הקצה, ודורשת זמן יקר שלא תמיד בנמצא. השיטה השנייה הינה מאד פונקציונלית, אולם מחייבת תיאום ושיתוף פעולה בין כל הגורמים במערכת – ברמת פריטי המידע הבודדים. בנוסף, יש צורך בהגדרות לאומיות בהיקפים שאיננו רגילים אליהם; בקביעת טבלאות אחידות, בכללי תיעוד סטנדרטיים וכדומה. לאחר קביעת הסטנדרטים, יש צורך בשכתוב מערכות המידע לתמיכה בסטנדרטים החדשים.

למעשה, ניתן לחלק את מרחב הפתרונות האפשריים לשיתוף מידע רפואי לשני ענפים עיקריים:

Provider Centered - שימור המידע הרפואי במסגרת ארגונית ומתן מנגנוני צפייה הדדיים בין-ארגוניים.

Patient Centered - רשומה רפואית מרכזית לאזרח שתרכז את כל המידע הרפואי לאדם ללא תלות במקום היווצרותו.

יישום חלופה 1 מחייב שיתוף פעולה רב מערכתי בין גורמים רבים, פיתוח תקינה, הכרה בצורך, אימוץ התקינה, והקמת מנגנון פיקוח. מתן נתוני הדמיה על CD הנה דוגמה טובה לטכנולוגיה נפלאה, הסובלת מהעדר סטנדרט מחייב לצפייה. כל מכון רנטגן מצייד את המטופל ב-CD, הכולל תוכנת צפייה משוכללת. הרופא נדרש להתאים את המידע למערכת הצפייה, ורואים זאת כמובן מאליו שתהיה לו מערכת לצפייה בצילומי אסותא, מערכת לצפייה בצילומי שיבא, מערכת לצפייה בצילומי הדסה ועוד.

במקביל – חייבת להתגבש הכרה רחבה של הקצאת זמן משמעותי לרופא לנבירה במאגרי המידע שילכו ויגדלו, היות שכיום אין מנגנון מוסכם לתקיפות מידע רפואי אלקטרוני, התבלותו החלפתו ומחיקתו.

יישום חלופה 2 כרוך בפרוייקט לאומי חלוצי הרה סיכון. ניתן לנבא ברמה גבוהה של סבירות, מבלי להיחשד כשוטה, שבשנת 2020 התיקים

הרפואיים של אוכלוסיית העולם המערבי ישכנו לבטח באינטרנט. הבעיה הנה כיצד מגיעים לנקודת זמן זו בהשקעה סבירה, תוך מזעור הסיכונים והשגת תועלות ביניים אמיתיות. טכנולוגית הדבר הינו בר מימוש מיידית, אולם מדובר במהלך בעל משמעויות תרבותיות, ארגוניות, אתיות וחוקיות מרחיקות לכת.

משרד הבריאות, כאמור, "הרים את הכפפה" לאחרונה ואנו תקווה כי יחול שינוי של ממש בתחום חשוב זה. קידום הנושא חייב להיעשות במספר מישורים במקביל:

במישור העקרוני, ארוך הטווח:

1. אימוץ סטנדרטים קיימים להעברת מידע (דוגמת HL7).
2. אימוץ טבלאות מובילות אחידות (דוגמת ICD, CPT, ACR) לנושאים מובילים דוגמת אבחנות, טיפולים, תרופות וכדומה. הטבלאות יתוחזקו מרכזית, יופצו כגירסה אחידה לכל גורמי הבריאות בארץ ויהפכו לסטנדרט מחייב.
3. נקיטת הצעדים הרגולטוריים המתחייבים מאימוץ והפצה של תקינה מחייבת.
4. הקמת ועדות משנה לסוגיות מפתח: אתיקה, אחריות מקצועית, סודיות וסייגים להפצה, קביעת סטנדרטים לתיעוד רפואי נדרש.

לשם ניצול הטכנולוגיה, ברמה הלאומית יש להגדיר "שפה משותפת" להעברת מידע בין הארגונים הרפואיים. מודל לכך יכולה לשמש תפיסת ה-Supply Chain Management (SCM) המשמשת פירמות גדולות, וכן ניתן לנצל את הניסיון שהצטבר בפרוייקט Health Level 7 (HL7) של מערכת הבריאות בארה"ב, להגדרת סטנדרטים להעברת מידע רפואי. המערכת המקוונת, משוכללת ככל שתהיה, לא יודעת לברור את עיקרי הדברים הנחוצים ליצירת תמונה בהירה ומדויקת. נדרשת לכן תרומה אנושית מקצועית בסילוק עודפי המידע ו"רעשי הרקע" ויצירת התמונה המסכמת בלבד, כך שהמידע יהיה שימושי לצרכנים. לשם ביצוע ארגון המידע בצורה שיטתית, נדרשת הגדרה לאומית של מהו המידע המינימלי הנחוץ לקבלת התמונה הקלינית האמורה. יש להגדיר מהו המוץ שיש לברור מן התבן בכדי ליצור מסגרת מידע שימושית ולמנוע אובדן ב"ים של מידע" ההולך ומצטבר במערכות אלקטרוניות זמינות ונגישות אבל לא שימושיות, ובמילים אחרות: יש להגדיר Minimal Data Set (MDS). מכיוון שארגון המידע המצטבר במסגרת MDS מחייב הגדרת תשומות אנושיות ייעודיות, יש לדון בשאלה אם האחראי על ארגון המידע הוא

רופא המשפחה (ואז תידרש תוספת זמן מתוגמל לביצוע משימה זו), גורם ייעודי בקופת-החולים, או גוף חיצוני לקופת-החולים שיתמחה בארגון המידע?

יש לדון בשאלת הבעלות על המידע, האם היא של הארגון שייצר את המידע – קופת-החולים בכל הנוגע לשירותי הבריאות שהיא מספקת ישירות לחולה, בית-החולים בכל הנוגע לשירותים שסופקו באשפוז וספקים נוספים (כגון מכוני בריאות פרטיים, המספקים שירות עבור קופת-החולים וספקי שירותי בריאות פרטיים, המספקים שירותים ישירות עבור החולה) עבור השירותים שסופקו על-ידם, או ישירות של החולה? במקרה הראשון יש לדאוג להרמוניזציה בין כל ספקי שירותי הבריאות. במקרה השני, תיק החולה יהיה זמין כמקשה אחת במדיה מקוונת זמינה ונגישה לכל ספקי שירותי הבריאות המורשים, וכן לכל המורשים האחרים (כגון חברות ביטוח, משרד הפנים וכו'). כבסיס לקביעת ה-MDS, ניתן להיעזר בפרוייקט שנערך כבר בשירותי בריאות כללית.

במישור המעשי קצר הטווח:

אנו ממליצים כי כל בתי-החולים בארץ יתחברו, בצורה זו או אחרת, ל"אוטוסטרדת המידע" של שירותי בריאות כללית. שירותי בריאות כללית מבטחים כיום כ-55 אחוז מהאוכלוסייה ולכן, לגבי מרבית האוכלוסייה ניתן לתת פתרון מחשובי על בסיס מערכת קיימת בזמן קצר ובהוצאות לא גדולות.

יש להסתמך על הגדרות מסד הנתונים המינימלי (MDS Minimal Data Set) לשיתוף המידע בין בתי-חולים והרפואה הראשונית, כפי שהוגדר בשירותי בריאות כללית ובהמשך ניתן להשוותו מול הצרכים בפועל בשטח, הגדרות דומות של הקהילייה האירופאית, ותיקוף מול מומחים.

מקורות

- בן-נון, ג., ברלוביץ, י., ושני מ., (2005), **מערכת הבריאות בישראל**, הוצאת משרד הביטחון.
- דין וחשבון הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה**, (ועדת אמוראי), (2002), מדינת ישראל. ירושלים.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, (2004), **סיכום כנס ים-המלח החמישי**.
- משרד הבריאות, תחום מידע, (2004), שירותי מידע ומחשוב: **מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2003**.
- (2001), שירותי מידע ומחשוב: **בריאות בישראל, נתונים נבחרים**.
- האגף לכלכלה וביטוח בריאות, (2005), **עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2004**.
- האגף לכלכלה וביטוח בריאות, (2003), **השוואות בינלאומיות במערכת הבריאות**.
- פויכטוונגר מ., (2004), **איכות התקשורת בין בית-החולים הדסה לבין רופאי המשפחה**, עבודת גמר, כמילוי חלק מהדרישות לקבלת תואר דוקטור לרפואה בבית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה.