

## סיכום והמלצות עיקריות

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

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

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

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

1. הסביבה הכלכלית-ארגונית של מערכת האשפוז
2. תכנון לטווח ארוך של מערכת האשפוז
3. בית החולים, החולה, הקהילה ומה שביניהם.

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

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

להלן הנושאים הנבחרים ועיקרי המסקנות שהתקבלו בכנס ים המלח החמישי:

### צוות 1

יושבי ראש: יונתן הלוי; יעקב גלזר

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

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

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

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

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

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

התעריפים תשקף נכוחה את העליות.

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

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

## צוות 2

**יושבי ראש: ערן הלפרן, מאיר אורן**

**תכנון ארוך טווח של מערכת האשפוז / פיתוח שירותים ברמה לאומית**

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

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

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

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

**1. הדיון בביקוש העתידי למיטות על בסיס נתוני האוכלוסייה:**

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

**2. שינוי מבנה, מעמד וארגון בתי החולים:**

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

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

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

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

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

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

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

### צוות 3

#### יושבי ראש: מנחם פיינרו, שמעון גליק בית החולים, החולה, קופת החולים ומה שביניהם

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

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

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

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

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

## מסקנות

1. לפעול באינטנסיביות ובמהירות להקמת מנשק מחושב ברמה לאומית בין המערכת האשפוזית לבין הקהילה, שיאפשר העברת מידע רפואי חיוני בין שתי המערכות. בחינת דרך מעשית, יעילה ומהירה ליצירת מנשק מקוון בין המערכות שכבר קיימות בשלבי פיתוח שונים בארגוני הבריאות, כך שמידע תמציתי רלוונטי על אודות החולה יהיה זמין בכל נקודות השירות המורשות.
2. סל שירותי הבריאות, שנקבע ומתעדכן בהתאם לחוק ביטוח בריאות 1995, הוא "ממוקד מבטח", כך שמוגדרים בו השירותים שקופת החולים מחויבת לספק למבוטחיה, ובכללם אשפוז. מכיוון שהסל אינו "ממוקד חולה", הוא אינו מגדיר את השירותים המסופקים בידי כלל ספקי שירותי הבריאות האפשריים, לרבות "קבלני משנה" של קופות החולים, כגון בתי החולים. התקיים דיון בשאלה, אם יש מקום להגדיר "סל" גם לפעילות בבתי החולים; הנטייה היא שלא להמליץ בשלב זה על הגדרת סל שירותים מפורט ומחייב לבתי החולים. הועלתה הצעה כי פרוצדורות יקרות הדורשות מומחיות, ולכן מסופקות רק בבתי חולים מסוימים, ייכללו ברשימה ארצית, בדומה לרשימת המחלות הקשות, ופעילות זו תתוגמל בנפרד.
3. לגבש הסכמה בין קופות החולים לבתי החולים על מודל לפתרון מחלוקות מנהליות ביניהם בלא מעורבות החולה, מתוך חלוקת הסיכון בין כל הגורמים: בית החולים-קופה-חולה. בעקבות הנהגת סל שירותים מוגדר, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שמחייב את קופות החולים אך אינו מחייב ישירות את בתי החולים, ועקב המצוקה הכלכלית במערכת הבריאות, מתעוררות לעתים בעיות, שבמרכזן - החולה. בעיות אלו נוגעות, לדוגמה, לחוסר התאמה בין מגוון השירותים שמקבל החולה בקהילה לבין אלו הניתנים בבית החולים (כגון תרופות שהוא מקבל באופן כרוני מקופת החולים ושבת החולים מסרב לספקן בטענה שאינן קשורות לסיבת האשפוז), ו/או למחלוקות בין קופת החולים לבית החולים בנוגע לאספקת שירותים יקרים או שירותים שניתנו בבית החולים שלא בהתאם להנחיות סל השירותים וניתנה מבית החולים המלצה להמשיך את הטיפול בהם גם לאחר השחרור. אז עלול החולה למצוא את עצמו ממלא תפקיד בפתרון המחלוקת, אף שאין כל הצדקה שימלא תפקיד כזה. הקבוצה ממליצה לאמץ מודל, כפי שמוצג בהמשך, המציע דרך להתמודד עם מחלוקות בשני מתארים עיקריים. בשלב ראשון: שירות הקיים בסל, אך אופן המתן או התעריף גוררים שינוי בנוהל קיים, ושירות חדש המחליף שירות אחר בעלות זהה / דומה. בעתיד, תהיה אפשרות לבחון גם מתאר של שירות חדש לחלוטין. המשותף להתייחסות המודל בכל המתארים הוא הוצאת החולה מציר המחלוקת בד בבד עם שמירה על רציפות הטיפול בו, באמצעות פתרון מהיר המבוסס על הידברות ישירה בין קופת החולים לבית החולים.

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

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

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

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

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

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

שלמה מור-יוסף  
יו"ר הכנס

