

המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)



כנס ים-המלח ה-17

8 במרץ 2017

המטופל במרכז:
אתגר בעידן החדש



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

כנס ים-המלח ה-17
8-9 במרץ 2017

המטופל במרכז: אתגר בעידן החדש

- ◆ המטופל במרכז - צורך, ערכים, מדידה ותועלות
- ◆ "המטופל במרכז" כסוגיה חברתית וכלכלית
- ◆ מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט

יו"ר הכנס: אבי ישראלי

כנס ים-המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות.

הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון.

הכנס אינו גוף מחליט.

העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

תוכן עניינים

| | |
|-----|--|
| 4 | תוכנית הכנס |
| 5 | רשימת חברי הצוותים |
| 6 | אבי ישראל: דברי פתיחה |
| 12 | גיורא קפלן: תוצאות סקר "המטופל במרכז" דוחות הצוותים: |
| 27 | צוות 1: ורד עזרא, איל צימליכמן המטופל במרכז - צורך, ערכים, מדידה ותועלות |
| 97 | צוות 2: שולי ברמלי-גרינברג, שמעון רייסנר "המטופל במרכז" כסוגיה חברתית וכלכלית |
| 177 | צוות 3: אמנון להד מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט |
| 227 | משתתפי הכנס |

כנס ים-המלח ה-17 המטופל במרכז: אתגר בעידן החדש

תוכנית הכנס

יום ד', 8.3.2017

הרשמה וכיבוד 09:00 - 10:00

מושב פתיחה 10:00 - 13:00

יו"ר: אורלי מנור, יו"ר הועד המנהל, המכון הלאומי

משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

דברי ברכה:

Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe

עוז אלמוג, אוניברסיטת חיפה: מאפייני דור ה-Y ומשמעויותיהם

למערכת הבריאות - מטפלים ומטופלים

אבי ישראלי, יו"ר הכנס

הצגת עבודת הצוותים:

צוות 1: ורד עזרא, איל צימליכמן - המטופל במרכז - צורך, ערכים, מדידה ותועלות

צוות 2: שולי ברמלי-גרניברג, שמעון רייסנר - "המטופל במרכז" כסוגיה חברתית וכלכלית

צוות 3: אמנון להד - מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט

גיורא קפלן תוצאות סקר "המטופל במרכז"

ארוחת צהריים 14:00 - 13:00

דיונים בצוותים 16:00 - 14:00

הפסקת קפה 16:30 - 16:00

דיונים בצוותים 18:00 - 16:30

ארוחת ערב 22:00 - 20:00

הרצאת אורח: דורון אלמוג, אלוף (במיל), יו"ר עלה נגב-נחלת ערן:

"מבחן החלשים בחברה - כמבחן החברה כולה"

יום ה', 9.3.2017

דיונים בצוותים 11:00 - 09:00

הפסקת קפה 11:30 - 11:00

דיונים בצוותים 13:00 - 11:30

ארוחת צהרים 14:00 - 13:00

מליאת סיכום 16:30 - 14:00

יו"ר: אליק אבירם

ח"כ הרב יעקב ליצמן, שר הבריאות

הצגת סיכום דיוני הצוותים

דברי סיכום: אבי ישראלי

המטופל במרכז - אתגר בעידן החדש

רשימת חברי הצוותים:

| | |
|-------------|--|
| ועדת ההיגוי | יו"ר - אבי ישראלי, אליק אבירם, גבי בן נון, שולי ברמלי-גרינברג, אמנון להד, אורלי מנור, ורד עזרא, איל צימליכמן, ניר קידר, שמעון רייסנר |
| מרכזת | זיוה ליטבק |

צוותי הכנה:

| צוות 1 | צוות 2 | צוות 3 |
|---|---|---|
| המטופל במרכז - צורך, ערכים, מדידה ותועלות | "המטופל במרכז" כסוגיה חברתית וכלכלית | מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט |
| <p>יו"ר ורד עזרא יו"ר איל צימליכמן</p> <p>צוות הכנה: רותי אופטובסקי ענת אנגל נטע בנטור גילי גבאי איילת גרינבאום קרן זילכה שירי טננבאום יואב יחזקאלי לילי פרלמן גלית קאופמן עמיר שמואלי</p> | <p>יו"ר שולי ברמלי-גרינברג יו"ר שמעון רייסנר</p> <p>צוות הכנה: אסתי אנגלצ'ין-ניסן שגית ארבל-אלון רועי בן משה אביבית גולן זיו גיל דן גרינברג תמר מדינה-הרטום ודים פרמן אנג'לה עירוני חן שפירא</p> | <p>יו"ר אמנון להד</p> <p>צוות הכנה: מאיר אורן ליאור ברק ליאורה ולינסקי אמיתי זיו אשרף כראמי קרן כהן-נחום עדי ניב-יגודה ענאן עבאסי אבי פורת גיל פייר תמי קרני אורית קרניאלי-מילר סיגל רגב-רוזנברג</p> |

דברי פתיחה: האדם במרכז העשייה הרפואית

פרופ' אבי ישראלי, יו"ר הכנס

אנשי מקצועות הבריאות הגיעו למקצועות אלה מתוך אהבת אדם, נדיבות, תחושת שליחות, חמלה ואמפטיה, אלטרואיזם ורצון כן לעשות אך טוב.

התפיסה, לפיה האדם הוא במרכז העשייה הרפואית, באה לידי ביטוי באתוס של מקצועות הבריאות, בהסדרים הנורמטיביים ובכללי האתיקה של מקצועות אלה. ביטוי מוחשי לכך נמצא למשל בשבועות הרופא למיניהן - החל משבועת היפוקרטס (מהמאה הרביעית לפנה"ס) בה מתחייב הרופא לפעול למען החולה בכל דרך כדי להציל את חייו, ובכל מקרה שלא לגרום לו לנזק, דרך המסורת היהודית שרבות בה שבועות ותפילות שהרופא נושא למען מטופליו, ובהן שבועות אסף הרופא והרמב"ם. הגרסאות של שבועת הרופא השגורות כיום, שמות במרכז את האדם המטופל וכולן מתמקדות בצרכי החולה, ולא בצרכי הרופא או מערכת השירותים. העקרונות האתיים המבוטאים בשבועות השונות, חלים על כל אנשי הצוות הרפואי ולא רק על הרופא.

אף על פי כן, לעיתים, חוויית המטופל איננה משקפת לא את הכוונות הטובות, לא את תחושת השליחות והחמלה ולא את השבועות והעקרונות האתיים. היא כוללת לא אחת תחושות שליליות וקשות.

בכנס ים-המלח הפעם החלטנו להתמקד בסיבות לכך שהמטופל איננו תמיד במרכז, להגדיר את הבעיות ולהציע חלופות לטיפול בהן. כול זאת במגמה להחזיר את המטופל למרכז ולשפר את חווייתו מן המפגש המקצועי.

ניתן למנות מגוון סיבות למצב בו המטופל נדחק מהמרכזיות הראויה לו, אמנה כמה מהן:

- התמקצעות ואטומיזציה של ההתמקצעות - ככל שהמדע והידע מתקדמים, נוצרים מומחים לתחומים צרים וספציפיים יותר, ובצד ההתמחויות נוצרות תת-התמחויות ובתוכן נישות של התמקצעות באיבר מסויים, בבדיקה פרטנית או בניית מיוחד - להתמקצעות כזו יתרון של מומחיות ומצינות אך לצידה גם חיסרון של אטומיזציה של הטיפול והיעדר ראייה כוללת של המטופל ובעיותיו. תופעת לוואי נוספת היא נדידה ממומחה למומחה, שעשויה להיות כרוכה בתקלה בממשקים או במילים אחרות "נפילה בין הכיסאות".

■ הפן השני של התמקצעות-היתר ועליית כוחם של התת התמחויות, הוא כרסום במעמדו של הרופא הכללי או רופא המשפחה או רופא הילדים, כלומר הרופא הראשוני שאמור לרכז את הטיפול. הרופא הראשוני עלול לא לראות את התמונה השלמה אם משום שמידע חשוב בכלל לא מגיע אליו ואם משום שאין בידיו את כל הידע הדרוש כדי להתמודד עם המידע שזורם אליו מהמומחים (ולעיתים גם עם המידע שיש בידי חלק מהמטופלים). מצד שני המטופל מצפה שיהיה גורם מקצועי/רפואי שיתכלל את הטיפול בו, ייעץ לו ויראה אותו כמכלול ולא כאוסף של סימפטומים, צילומים ותוצאות של בדיקות מעבדה.

■ שכלולים טכנולוגיים והתקדמות בבדיקות ובאמצעי דימות, הפריה חוץ גופית וכיו"ב - לשימוש המואץ בטכנולוגיות יתרונות רבים ותרומה לשיפור באיכות הטיפול, אך הוא כרוך גם בסכנה להגברת תחושת הניכור בחדר הטיפול. המטפלים מתרכזים במסך המחשב ובתוצאות הבדיקות ומתבוננים בצילומי הרנטגן ובסרטי הדימות, על חשבון ההסתכלות במטופלים עצמם. הם מעדיפים להתבסס על תוצאות המעבדה מאשר לשאול את המטופל לתחושותיו. לכך מצטרפת הדרישה לדיווח ולתיעוד הן לצרכים ניהוליים כספיים והן לצורך המעקב הרפואי. המטופלים מדווחים פעמים רבות כי הם חשים "שקופים", שטכנולוגיה חוצצת בינם ובין המטפל, שהמטפל עסוק בהקלדה במחשב ובקושי מרים ראש ומתבונן בהם. קיימים אף דיווחים על תחושה כי נוכחותם רק "מפריעה" למטפלים לבצע את עבודתם.

■ מעבר מגישה סמכותנית-פטרנליסטית ביחסי מטפל-מטופל ליחסי נותן שירות-לקוח, שהוא בעל זכויות, העומד על זכויותיו. "צרכן" הבריאות החדש הוא בעל נגישות גבוהה לידע ומידע, מודע לזכויותיו ומרבה לבטא את צרכיו ורצונותיו. לכאורה, מעבר זה מבוסס על הכרה בזכויות המטופל, באוטונומיה שלו על גופו ובמעמד שיש לתת לרצונו ולהחלטותיו. אולם הרופא עלול לפעמים לחוש מאוים - המטופל הדעתני עלול לא לקבל את המלצת הרופא, הסבור שהמליץ על החלופה הטובה ביותר עבור המטופל, הוא לעיתים תובעני ועומד על זכויותיו והדיאלוג מטפל-מטופל עלול להתנהל באווירה לא נעימה. תחושת השליחות, האמפתיה והחמלה של המטפל מתחלפות בתחושת איום ובצורך להתגונן ולהימנע מעימות.

■ קִשְׁפוּט הרפואה והוספת נדבך של יחסי תובע-נתבע פוטנציאלי ליחסי מטפל-מטופל. בהמשך לשיח הזכויות, עשוי המטופל להפוך לתובע פוטנציאלי והמטפל לנתבע פוטנציאלי, בתביעת רשלנות מקצועית עתידית. המטפל מונחה על ידי פסיקת בתי המשפט, היוצרת סטנדרטים חדשים של זהירות, ומוטרד ממצאיאות של ביטוחים, ניהול סיכונים, מעגלי אשמה ובירורים של מחדלים וכמעט תקלות. כל

אלה עלולים לגזול את תשומת הלב מהמטופל עצמו ולשים במרכז שיקולים ועניינים אחרים.

■ הגישה הכלכלית לרפואה - המחסור התקציבי המתמיד מביא להתמקדות בשיקולים כלכליים ומכתיב צורך לפעול בחיסכון וביעילות. מדידת התשומות והתפוקות והצורך למקסם תועלות ולפעול ביעילות עלולים להעמיד שיקולים אלה לדחוק את המטופל ממקומו הראוי במרכז. כאשר קוצבים למטפל כמה דקות לכל מטופל ובודקים את ביצועי המטפל בהשוואה לחבריו, הוא מתקשה ליישם גישה הרואה במטופל אינדיבידואל ייחודי ומורכב, ולא רק מושא של סימפטומים, שמצבו הנוכחי מושפע מגורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסוציולוגיים גם יחד. אם המטפל צריך לחשוב כיצד למקסם את התועלת מהמשאבים והתשומות שברשותו ולא רק כיצד למקסם את טובת המטופל - טובת המטופל עלולה להידחק מפני השיקול הכלכלי, של המוסד, הקופה או "המערכת".

■ מהפיכת המידע - המטופל של היום הוא בעל ידע רב. הוא מגיע למפגש עם המטפל לאחר שקרא באינטרנט על המחלה, הסימפטומים, הטיפול האפשרי וסיכויי ההחלמה. הוא יודע גם על תרופה חדשנית וטיפול ניסיוני בארץ או בחו"ל. הוא בוחן את המטפל - האם יגיד בדיוק מה שכתוב באינטרנט? האם יציע את הטיפול שהוצע ברשת? האם יזכיר את הטיפול החדשני? האם יסתיר ממנו דבר מה? כך נוסף אלמנט לעומתי ביחסי מטפל-מטופל - כשהרופא חש מאוים ושהידע שלו מוטל בספק קשה לו לשים את המטופל במרכז. עוד יזכרו הרשתות החברתיות המופעלות ככוח של מטופלים, שמאפשרות שיתוף ופרסום החוויות, התאגדות של מטופלים בעלי אותה בעיה והצבת סטנדרטים למוסדות ולמטופלים. בד בבד עם העצמת המטופלים והתועלת שעשויה לצמוח מכך, עלול להיווצר איום על המטפל שיגביר את הגישה הלעומתית והמתגוננת.

■ שחיקה - מחסור במשאבים (תקציבים, תקנים, כוח אדם, מכשור, מיטות), עודף מטלות וביורוקרטיה מיותרת יוצרים עומס קשה על הצוות הרפואי. עייפות, עבודה בשעות רבות מעבר לאופטימאלי, ביטול חופשות, התמרמרות וכו' - גורמים לסגל שחוק מתקשה לשים את המטופל במרכז ועסוק יותר בהישרדות.

■ מגמות סותרות וערכים סותרים והצורך ליישב ביניהם מציבים אתגרים קשים. כך תפיסת התועלת לרבים מחייבת לתעדף. דוגמאות לכך לא חסרות: בדרוג התרופות לסל הבריאות עומדת הדילמה של הצלת חיים של מעטים מול טיפול שמשפר באופן ניכר את איכות החיים של רבים, כשהתקציב נתון. תפיסת המטופל

במרכז, הצלת הפרט בכל מחיר, עומדת מול תפיסת בריאות הציבור ורפואה מונעת, אשר שמה את הציבור בכללותו במרכז ולא פרט מסוים. הצורך בחיסון למשל נובע מהתועלת המקובצת של כלל הפרטים ולא מהתועלת האישית של המטופל הבודד. מגמות סותרות ניכרות גם בתפיסת האוטונומיה של הפרט ומעורבות המשפחה; הגישה שמעניקה למטופל פרטיות ואוטונומיה מכבדת את רצונו לשמור את מחלתו בסוד ולא לשתף איש בידיעות ובטיפול. מאידך, הגישה ההוליסטית של 'המטופל במרכז' מבקשת לשתף את המשפחה ולערב אותה כחלק מהטיפול הרציף והכוללני במטופל. לפעמים קשה ליישב ביניהם.

■ במערכת הבריאות קיימת תרבות של תחרותיות, בין-ארגונית ופנים ארגונית. בנוסף יוזכר הלחץ על המטפלים להישגיות של קידום, פרסום וכו', ההופכים את המטופל לאמצעי במקום למטרה.

על כל אלה ועוד התעוררה בעולם גישה המבקשת להחזיר את האדם למרכז, לתת לו את מקומו הראוי, לחזור לגישה הוליסטית המתייחסת לגוף ולנפש ולא רואה רק את הסימפטומים אלא את האדם, משפחתו, קהילתו ותרבותו. האדם בעת חוליו ובהרגלי הבריאות שלו. במכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (להלן המכון הלאומי) עמדנו על חשיבות הנושא ברמה הלאומית והבין לאומית ונענינו לבקשת משרד הבריאות להקדיש את הכנס השנה לנושא זה.

זהו נושא חשוב ומרכזי המציב בפנינו אתגרים משמעותיים - ליישב בין מגמות סותרות, לגשר בין חידושי הטכנולוגיה, ההתמקצעות ומהפכת המידע ובין האדם, הגוף והנפש. הסיבות לכך שהמטופל לא במרכז שמינית לעיל הן חלק מהחסמים הפוטנציאליים להחזרת המטופל למרכז ויהיה צורך להתמודד עמם ולתת עליהם את הדעת.

לקראת הכנס יזמנו סקר, שנערך בקרב הציבור הרחב, במטרה לשקף את העמדות, הציפיות והדימוי שיש לציבור הישראלי לגבי מערכת הבריאות בסוגיית "האדם במרכז". נמצאו פערים משמעותיים בין אמון הציבור בקופות החולים והדימוי החיובי שיש לציבור ביחס לרופא המשפחה (הרפואה בקהילה) ובין מידת האמון הפחותה בבתי החולים והדימוי החיובי פחות שיש לציבור ביחס לצוותי בתי החולים. הציבור הביע עמדה ביקורתית כלפי הרופאים בישראל ועמד על עקרון האוטונומיה של המטופל ועל רצונו להיות אקטיבי בטיפול. בסקר בא לידי ביטוי חוסר אמון של הציבור כלפי מערכות ממשלתיות ובהן מערכת הבריאות הציבורית וחשש באשר ליכולתה לספק לו מענה הולם בעת הצורך.

למשתתפי הכנס הוצגו אותן שאלות שהציבור נשאל עליהן והם התבקשו להעריך מה לדעתם ענה הרוב בסקר הציבורי. נמצא כי משתתפי הכנס התקשו לחזות חלק גדול מתשובות הציבור. רוב משתתפי הכנס לא חזו נכון את עמדות הציבור החיוביות ביחס לרופאי המשפחה ואת אמון הציבור בקופות החולים. חילקנו את הצוותים לשלוש קבוצות:

צוות 1 עסק ב"מטופל במרכז - צורך, ערכים, מדידה ותועלות" - הצוות גיבש הגדרה כוללת המתאימה למציאות הנוכחית בישראל, סקר את שינויי הפרדיגמות אותן צריכה מערכת הבריאות לעבור בדרך להשגת היעד של מערכת ממוקדת מטופל, דן במדדים הנדרשים בכדי לעקוב אחר ההתקדמות והציע שיטה לביצוע תיעודף לקראת היישום. הצוות המליץ על שינוי מהותי, עד כדי עיצוב מחדש של תהליכים משמעותיים במערכת הבריאות ושברית פרדיגמות בשלושה תחומים עיקריים: עיצוב מחדש של מבנה ותשתיות ושל מקצועות הרפואה והבריאות, עיצוב מחדש של ארגון, תהליכים ושיטות ושל הרגולציה והעצמת הקשר הטיפולי.

צוות 2 עסק ב"המטופל במרכז כסוגיה חברתית וכלכלית" - הצוות הגיע למסקנה ולפיה אפשרי גם במסגרת המשאבים הקיימים או בהשקעה קטנה יחסית, באמצעות תיעודף נכון וקשב ניהולי, לשנות את מערך התמריצים לצורך עמידה ביעדי איכות, שיפור חוויית המטופל וקידום פרקטיקת המטופל במרכז. הצוות הציע מודלים לקידום פרקטיקת המטופל במרכז לאורך רצף הטיפול במספר תחומים מרכזיים - התחום המנהלי והבירוקרטי במערכת; בחירת בית החולים והרופא המטפל בבית החולים; שקיפות ומערך המדידה במערכת הבריאות; שינוי מערכות התמריצים לשחקנים השונים באמצעות מנגנוני פיזיו מונונים. הצוות אף עמד על אתגרי משרד הבריאות בארגון המערכת כך שהמטופל יהיה במרכז.

צוות 3 עסק ב"מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט" - הצוות המליץ על בחינת ישימות מודל "הבית הרפואי" ברמה הלאומית, התמקדות ברצף הטיפולי, בחינת קידום Case Management, הוספת מקצועות חדשים למערכת (Nurse practitioner, מלווי מטופלים בצמתים מורכבים, עוזרי רופא ומזכירות רפואית) והעברת משימות בין מטפלים למקסום הפוטנציאל המקצועי. הצוות עמד על הצורך בתשתית ממוחשבת המבוססת על עבודת צוות - שקיפות בצוות הטיפולי ובין מוסדות, יצירת תשתית לתקשורת מילולית בהעברת מטופלים במצב מורכב ברצף הטיפולי והתייחסות למטופל ולמלווה גם כווקטור מתווך במעברים. הצוות הדגיש את הצורך במנהיגות ומחויבות של בכירי המערכת, באסטרטגיה ברורה המשודרת לכלל הארגון בהתמדה, בטיפול במטפלים באמצעות יצירת סביבת עבודה מכבדת תומכת ונעימה ובשיתוף

המטופל ומשפחתו בכל רמות הארגון, כולל ועדות היגוי.

אין ספק כי מערכת הבריאות בישראל יכולה לעשות רבות בכדי לקדם את תפיסת המטופל במרכז. השינוי נדרש בכל הרמות - למשרד הבריאות כרגולטור תפקיד מרכזי וחשוב, כך גם לקופות החולים ובתי החולים הממשלתיים ולכל אחד מהמטפלים והעובדים במערכת הבריאות. החזרת תחושת הערך למטופל ותחושת השליחות ומרכזיות המטופל למטפל אינן כרוכות בהכרח בתוספת משאבים חומריים - בהינתן חזון ומחויבות בכל הרמות, אפשר להביא לשיפור משמעותי. פעולות קטנות ומשמעותיות, כגון הצגה של הצוות המטפל במחלקה בבית החולים ועדכון לגבי האחראים עם חילופי משמרת, העלאת נושא אפטרופסות וייפוי כוח ביוזמת הסגל הרפואי לפני שאלה הופכים להיות בעיה יכולות להיעשות באופן מיידי, ברמה המקומית, ללא המתנה לשינויים מערכתיים.

הנהלת משרד הבריאות, שיזמה את העיסוק בנושא זה בכנס ים-המלח, מתכוונת להמשיך בפעולות לקידום החזרת המטופל למרכז, כך שהאדם יהיה במרכז העשייה הרפואית, תוך שיתוף פעולה עם כל ה"שחקנים" הרלוונטיים במערכת הבריאות. אני תקווה כי תוצרי הכנס ועבודת הצוותים יתרמו למגמות חשובות אלה הן בטווח המיידי והן בהמשך, בעתיד הנראה לעין.

תודה מקרב לב לראשי הצוותים ולחברי צוותי ההכנה על עבודתם הטובה, המקצועית והמסורה ועל מאמצייהם וחריצותם הן לפני הכנס והן אחריו לגיבוש מסמך סופי זה, שאני מקווה שישמש להמשך התהליך ולקידומו. תודה לעורכי הסקר, שתרם נופך חשוב לדיונים. תודות למשתתפים בכינוס חשוב זה על תרומתם ועל נכונותם לעצב פתרונות ולקחת חלק בהסדרתם. תודות לחברי ועדת ההיגוי על ההובלה ולמנכ"ל משרד הבריאות וראש המטה על הצעתם ותרומתם.

תודה מיוחדת לצוות המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות שבמקצועיות, ברצינות, באחריות ובמסירות האופיינית להם הביאו לעוד כנס חשוב ומוצלח, שיתרום לגיבוש מדיניות לטובת הציבור בישראל.

שאו ברכה ותודה.



פרופ' אבי ישראלי - יו"ר הכנס

“האדם במרכז”: רחשי לב הציבור ביחס למערכת הבריאות

אשר נערך לקראת כנס ים-המלח ה-17, מרס 2017

ד"ר גיורא קפלן

לקראת כנס ים-המלח הזמין המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות סקר בקרב הציבור הרחב.

מטרת הסקר הייתה לשקף את העמדות, הציפיות והדימוי שיש לציבור הישראלי לגבי מערכת הבריאות. הסקר התמקד בשאלות הבאות:

- מה הציבור בישראל צופה שיתרחש במפגש עתידי שלו עם מערכת הבריאות?
- מה היא רמת האמון של הציבור במערכת?
- איך הציבור מתייחס לתפיסות הקשורות לגישה של “המטופל במרכז”?

שיטות:

סקר טלפוני במדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל הבוגרת (מגיל 18 ומעלה).

איסוף הנתונים נעשה על ידי **מכון כהן למחקרי דעת קהל** של אוניברסיטת תל-אביב.

המדגם: נבנה מדגם אקראי של בני 21 ומעלה מתוך מאגר משרד הפנים. בתוך כול משק בית רואיין אדם אחד מעל גיל 21. מרואיינים במגזר הערבי בערבית, על ידי מראיינים שזו שפת האם שלהם.

תיעוד הדגימה: בתהליך הדגימה בוצע תיעוד מלא הכולל את סה"כ הכתובות שנדגמו, מספר הכתובות הרלוונטיות, מספר הראיונות (מלאים או חלקיים) אחוז הסירובים וכן סיבות אחרות בגינן לא התבצע ראיון כמו קשיי שפה, בתי עסק או משרדים, משקי בית שחזרו אליהם 5 פעמים ולא בוצע בהם ראיון וכדומה. איסוף הנתונים התבצע בין התאריכים 5.2.17 ועד ה-27.2.17, סה"כ 17 ימי עבודה.

תוצאות:

המדגם הסופי (לוח 1) הכיל 600 מרואיינים: 499 במגזר היהודי ו-101 במגזר הערבי.

השוואה עם נתוני הלמ"ס מלמדת שהמדגם מייצג במידה מספקת את אוכלוסיית ישראל. יש ייצוג נמוך במקצת של צעירים אבל רבע מהמדגם מתחת לגיל 35. כמו כן, יש במדגם ייצוג גבוה יחסי של השכלה גבוהה ותת ייצוג של מרואיינים המגדירים עצמם כחולים.

לוח 1: מאפייני המדגם בהשוואה לאוכלוסיית ישראל (באחוזים)

| אוכלוסיית ישראל* | מדגם | |
|------------------|------|----------------------------|
| | | מגדר: |
| 48.6 | 46.7 | גבר |
| 51.4 | 53.3 | אישה |
| | | גיל: |
| 33.2 | 24.7 | 18-34 |
| 49.7 | 51.3 | 35-64 |
| 17.1 | 23.8 | +65 |
| | | קבוצת אוכלוסייה: |
| 82.2 | 83.2 | יהודים |
| 17.8 | 16.8 | ערבים |
| | | השכלה:** |
| 26.6 | 39.2 | תואר אקדמי |
| 46.6 | 57.9 | +13 שנות לימוד |
| | | הכנסה למשק הבית***: |
| 40.0 | 35.6 | מתחת לממוצע |
| 20.0 | 22.7 | ממוצע |
| 40.0 | 30.8 | מעל הממוצע |
| | 10.8 | אין תשובה |
| | | מצב הבריאות: |
| 49.7 | 60.0 | מצוינת וטובה מאוד |
| 34.7 | 31.0 | טובה |
| 11.4 | 7.3 | לא כל כך טובה |
| 4.1 | 1.2 | לא טובה |

* למ"ס - בני 20 ומעלה

** למ"ס - בני 15 ומעלה

*** למ"ס - הכנסה נטו למשק בית לפי עשירונים

סדרת השאלות הראשונה נועדה לברר מה הן ציפיות המשתתפים לגבי ההתייחסות לה יזכו אם וכאשר יזדקקו למערכת הבריאות עקב בעיה רפואית. המשתתפים נדרשו לתת ציון בסולם של 1 עד 10 לחמישה אספקטים של האינטראקציה הטיפולית הן לגבי ביקור אצל רופא המשפחה והן לגבי אשפוז אפשרי בבית חולים (לוח 2).

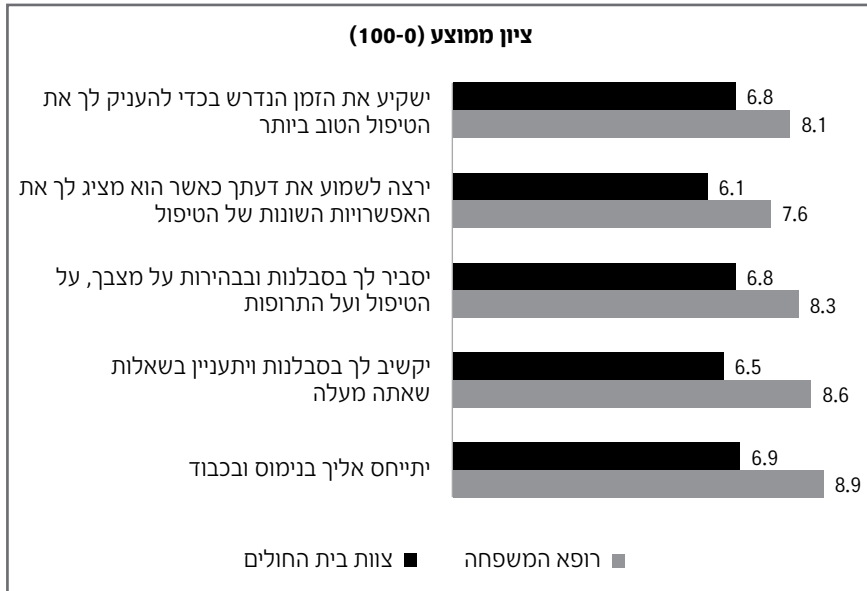
רופא המשפחה זכה לציון ממוצע גבוה יותר בכל אחת מחמשת השאלות, בין 7.6 ל-8.9. השאלה שקבלה את הציון הגבוה ביותר הייתה באיזו מידה אתה מעריך שרופא המשפחה יתייחס אליך בנימוס ובכבוד? לשאלה זו 52% מהמשיבים נתנו ציון 10 ורק 5% נתנו ציון 5 ומטה. השאלה שקבלה את הציון הנמוך ביותר הייתה באיזו מידה אתה מעריך שרופא המשפחה ירצה לשמוע את דעתך כאשר הוא מציג לך את האפשרויות השונות של טיפול? לשאלה זו רק 28% נתנו ציון 10 ו-18% נתנו ציון עד 5.

כאמור, הציפיות מצוות בית החולים היו נמוכות בהרבה בכל פניו של המפגש הטפולי. השיעור בו ניתן ציון 10 נע בין 13% ל-16% בלבד (לעומת 28% ל-52% לגבי רופא המשפחה) וציון נמוך מתחת ל-6 נע בין 25% ל-37% (לעומת 5% עד 18% בלבד לגבי רופא המשפחה).

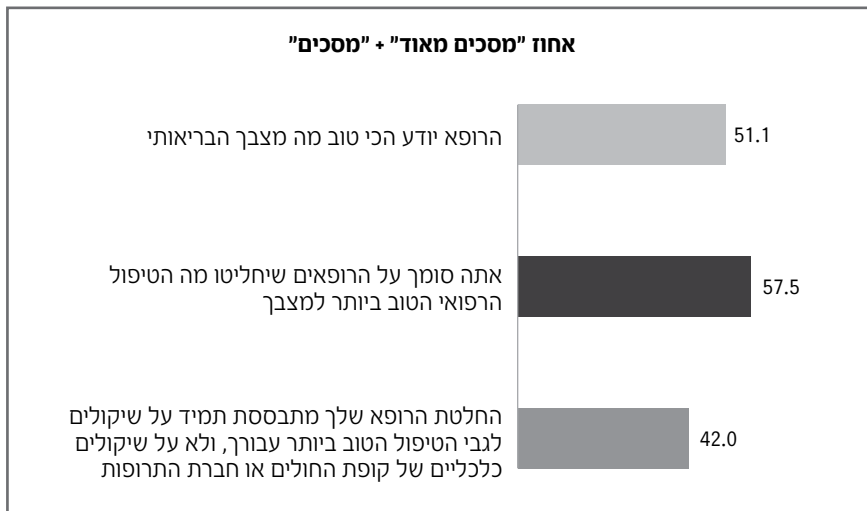
מדד המסכם את חמש השאלות המתייחסות לרופא המשפחה מנפיק ציון ממוצע של 8.3 (\pm סטית תקן של 1.80) והחציון הוא 8.6. לעומת זאת, הציון המסכם לגבי צוות בית החולים הוא נמוך בהרבה - ממוצע 6.6 (\pm 2.16) והחציון הוא 6.8.

בסידרת השאלות השניה הוצגו למרואיינים משפטי עמדה והם התבקשו להביע את רמת הסכמתם על גבי סולם ליקרט (Likert scale) בעל חמש דרגות מ-"מאוד לא מסכים" ל-"מסכים מאוד". שלושת משפטים הראשונים (לוח 3א') ביטאו עמדות כלפי רופאים באופן כללי. המשפטים האחרים התייחסו לעמדות הקשורות לגישת "המטופל במרכז" (לוח 3ב').

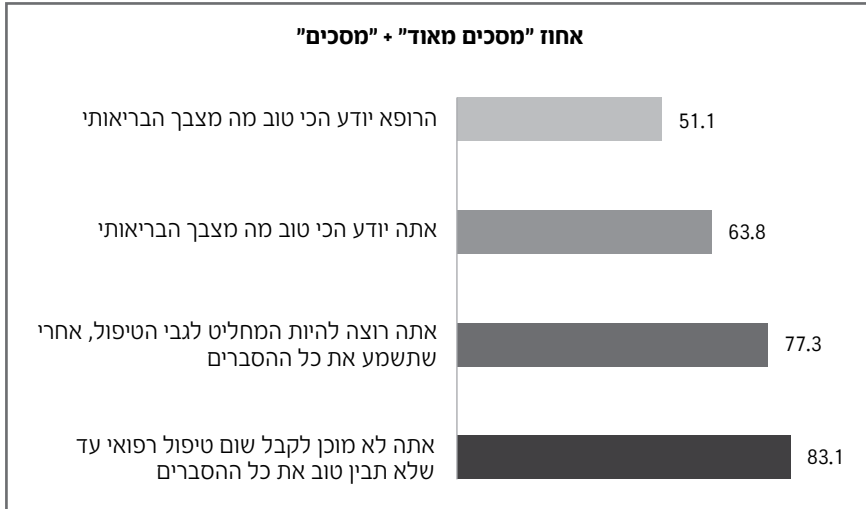
לוח 2: באיזו מידה אתה מעריך שאם תצטרך לפנות לרופא משפחה / להתאשפז בבית חולים עקב בעיה רפואית, רופא המשפחה / צוות בית החולים יתייחס אליך...?



לוח 3א: הסכמה עם המשפטים הבאים:



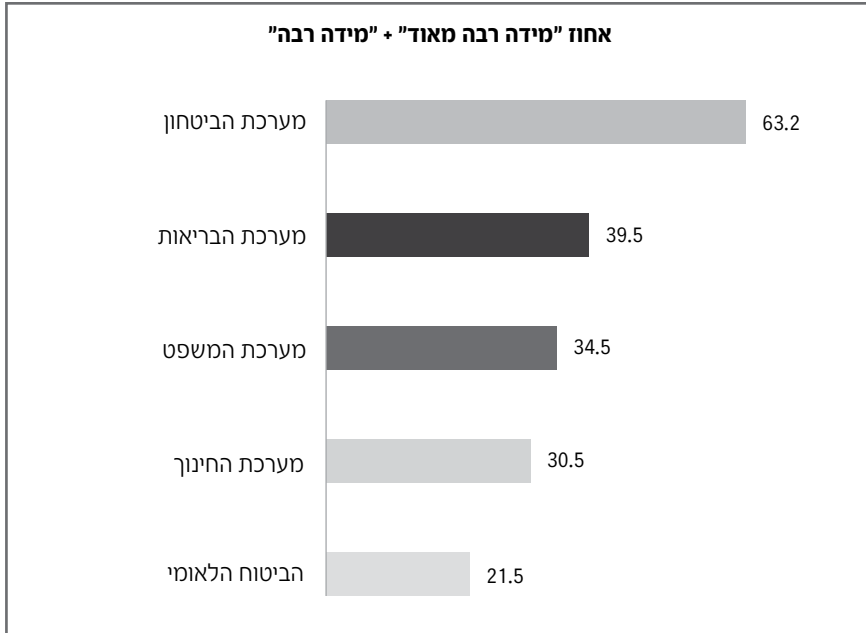
לוח 3 ב': הסכמה עם המשפטים הבאים:



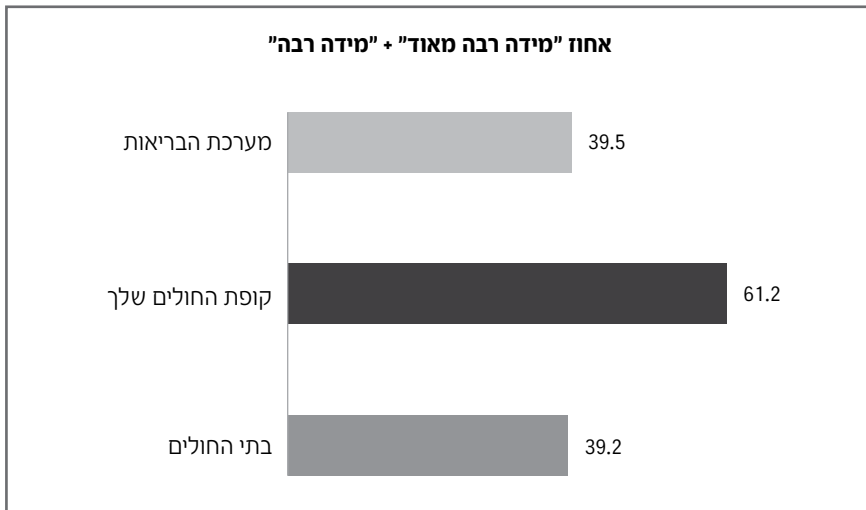
מן התוצאות המוצגות בלוחות 3א' ו-3ב' עולה בבירור שרוב הציבור שהשתתף במדגם (58%) לא היה מוכן להסכים עם הקביעה שהחלטות הרופא "נקיות" משיקולים כלכליים של קופת החולים או של חברות תרופות. עוד בולט שרוב גדול הסכים עם עמדות המדגישות את האוטונומיה של המטופל.

הסקר בחן גם את מידת האמון שיש לציבור הישראלי במערכת הבריאות. לשם השוואה ובמטרה לקבל קנה מידה, נשאלו המשתתפים על מידת האמון שהם רוחשים למערכות ממלכתיות אחרות וזאת על פני סולם בעל חמש דרגות (לוח 4א'). לגבי מערכת הבריאות התבקשו המשיבים להביע את עמדתם הנפרדת לגבי שני מרכיביה העיקריים: קופות החולים ובתי החולים (לוח 4ב').

לוח 4א': מידת האימון במוסדות הבאים:



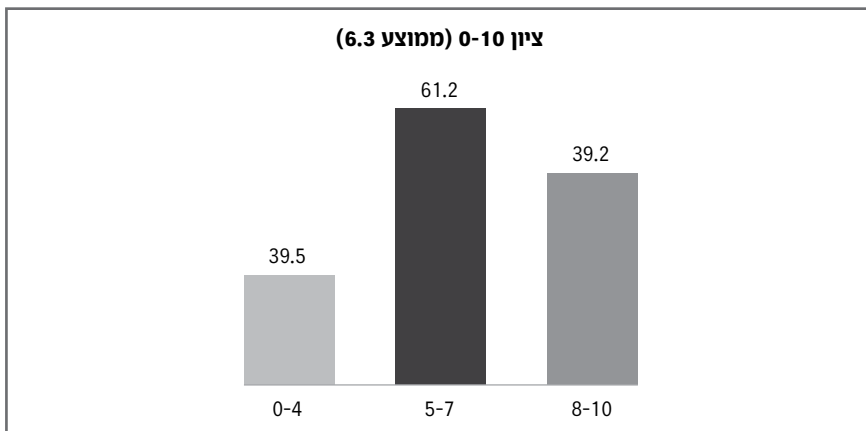
לוח 4ב': מידת האימון במוסדות הבאים:



מלוח 4' ניתן לראות ששני שלישים מן הציבור נותן אמון רב עד רב מאד במערכת הביטחון בעוד שמערכת הבריאות זוכה לאמון כזה רק מ-40% של הציבור ומידת האמון עוד הולכת ופוחתת לגבי יתר המערכות. מעניין במיוחד שמידת האימון שהציבור רוחש כלפי קופות החולים גבוהה בהרבה ממידת האימון שהוא נותן במערכת האישפוז (לוח 4').

העובדה שהציבור מפגין מידת אמון נמוכה יחסית מקבלת אישוש גם מהתשובות לשאלה "באיזה מידה אתה בטוח, שבמקרה הצורך, תזכה לקבל את השירות, או הטיפול שתזדקק לו במערכת הבריאות הציבורית?" רק 35% מן המשיבים נתנו ציון בין 8 ל-10 בדירוג על סולם של 1 עד 10. משמע, שני שלישים מן הציבור לא בטוחים שיקבלו את הטיפול לו יהיו זקוקים במקרה הצורך (לוח 5).

לוח 5: באיזו מידה אתה בטוח, שבמקרה הצורך, תזכה לקבל את השירות או הטיפול הרפואי שתזדקק לו במערכת הבריאות הציבורית?



פילוח התוצאות לפי המשתנים הבלתי תלויים (לוח 6) מלמד שתשובות המדגם אינם מושפעות מגיל, מגדר וממחלה. חולים כרוניים אינם עונים תשובות שונות במיוחד ברוב שאלות הסקר. אלה מן המשתתפים שחוו אישפוז בשנה האחרונה נוטים לדעה חיובית יותר על מערכת האישפוז אך ההבדל אינו משמעותי סטטיסטית. הרמה החברתית-כלכלית, לעומת זאת, כן משפיעה על העמדות כלפי מערכת הבריאות, כפי שמתבטא במאפיינים של השכלה, הכנסה ומגזר. מיעוטים ובעלי הכנסה נמוכה מביעים אמון יותר גבוה כלפי המערכת ואילו בעלי השכלה גבוהה יותר ביקורתיים כלפיה.

לוח 6: פילוח האוכלוסייה

| | | |
|---|------------|----------------------|
| בני 65+ הסכימו יותר למשפט "הרופא יודע הכי טוב מה מצבך הבריאותי" | אין הבדלים | קבוצת גיל |
| נשים קצת פחות אמון במערכת הביטחון | אין הבדלים | מגדר |
| בכמעט בכל השאלות רמת ההסכמה והציונים יורדים ככל שעולה ההשכלה | יש הבדלים | השכלה |
| בכל השאלות רמת ההסכמה והציונים גבוהים בהרבה בקרב ערבים | יש הבדלים | מגזר |
| בעלי הכנסה נמוכה נותנים אימון גבוה יותר ברופאים ומערכות בכלל. נותנים ציונים גבוהים יותר לצוות בית החולים. פחות מסכימים שהם רוצים להחליט לגבי הטיפול | יש הבדלים | הכנסה |
| 132 עם מחלה כרונית נתנו ציונים גבוהים במקצת אבל אין אף הבדל מובהק סטטיסטי | אין הבדלים | חולים כרוניים |
| 94 שאושפזו בשנה האחרונה נתנו ציונים גבוהים במקצת לצוות בית החולים והביעו אימון גבוה יותר בבתי החולים אבל נמוך יותר בקופות החולים | אין הבדלים | מאושפזים |

מסקנות:

נמצאו פערים משמעותיים בין הדימוי שיש לציבור ביחס לרופא המשפחה (הרפואה בקהילה) ובין הדימוי שיש לו ביחס לצוותי בתי החולים. הציבור צופה לקבל יחס טוב מאוד מצד רופא המשפחה אם הוא יצטרך לפנות אליו, לעומת זאת צופה לקבל יחס פחות טוב מצוות בית החולים אם יצטרך להתאשפז. בנוסף, המרואיינים הביעו אימון רב יותר בקופת החולים שלהם מאשר בבתי החולים.

הציבור הביע עמדה ביקורתית כלפי הרופאים בישראל. חלק גדול מהציבור לא הסכים עם אמירות כגון: הרופא יודע הכי טוב מה מצבי הבריאותי; החלטת הרופא שלך מתבססת תמיד על שיקולים לגבי הטיפול הטוב ביותר עבורך, ולא על שיקולים כלכליים של קופת החולים או חברת התרופות.

נראה כי הציבור הישראלי הפנים את הגישות החדשות לגבי טיפול רפואי, לפחות ברמה הצהרתית. רוב הציבור חושב שהוא בעצמו יודע הכי טוב מהו מצבו הרפואי, הוא לא מוכן לקבל שום טיפול רפואי עד שיבין היטב את כל ההסברים (עיקרון האוטונומיה של המטופל), הוא רוצה להחליט בעצמו לגבי הטיפול אחרי שישמע את כל ההסברים (להיות אקטיבי בטיפול).

בסקר בא לידי ביטוי חוסר אמון של הציבור כלפי מערכות ממשלתיות כגון מערכת הבריאות, מערכת החינוך, מערכת המשפט. בנוסף הסקר משקף חשש שקיים בציבור ביחס ליכולתה של מערכת הבריאות הציבורית לספק לו מענה הולם כאשר יצטרך.

מה יודעים מקבלי ההחלטות על רחשי הלב של הציבור?

סקר בקרב משתתפי כנס ים-המלח 2017

גיורא קפלן, סיגל שפר-בנטון, אליק אבירם

כנס ים-המלח מרכז אחת לשנה את צמרת מערכת הבריאות הישראלית. מיוצגים בו רוב קובעי המדיניות ומקבלי ההחלטות מכול מגזריה של המערכת. לפיכך היה אפשרי ומעניין לברר מה יודעים וחושבים משתתפיו על רחשי הלב של הציבור לגבי המערכת עליה הם מופקדים. לשם כך נשלח לקראת הכנס שאלון אינטרנטי לכלל המוזמנים בו התבקשו לחזות מה לדעתם ענה הרוב לשאלות הסקר הציבורי.

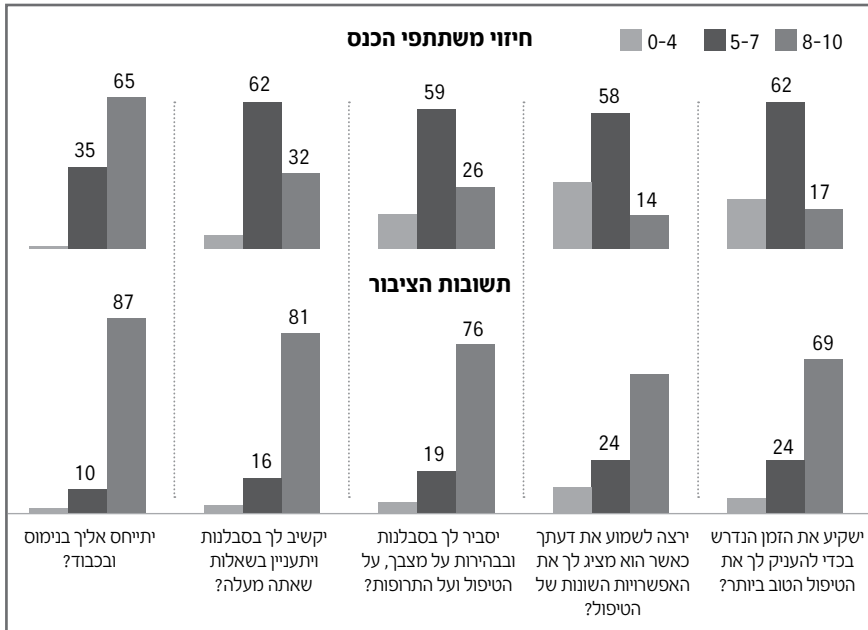
למשתתפים הוצגו אותן השאלות שהציבור נשאל עליהן והם התבקשו להעריך מה לדעתם ענה הרוב בסקר הציבורי. ההענות הייתה גבוהה: מתוך 138 מוזמני הכנס 108 השיבו על השאלון במלואו (78.3%).

בתרשימים הבאים מוצגות התפלגויות החיזוי של משתתפי הכנס לגבי סדרת השאלות שהוצגו לציבור מול ההתפלגות האמתית של תשובות הציבור.

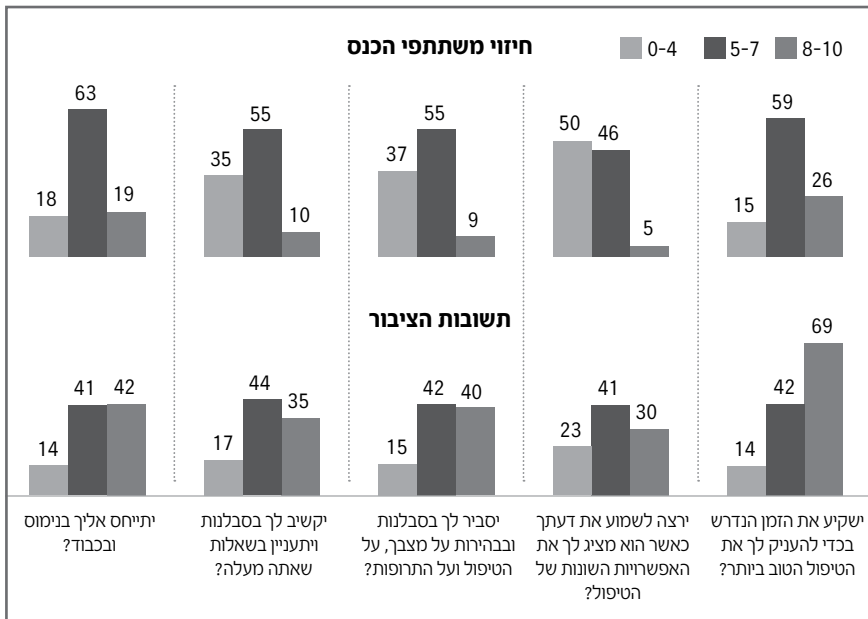
בכול הנוגע לרופא המשפחה טעו משתתפי הכנס בהעריכם את תשובות הציבור כנמוכות יותר מהתשובות שהמדגם סיפק בפועל: רוב הציבור נתן ציונים 8-10 אבל רוב משתתפי הכנס העריכו שרוב התשובות יהיו 5-7 או אפילו נמוכות יותר.

בתרשימים הבא מוצגות השאלות לגבי צוות בית החולים. כאן תשובות הציבור היו נמוכות יותר אבל עדיין גבוהות יותר ממה שחזו המשתתפים.

בשאלות על רופא המשפחה

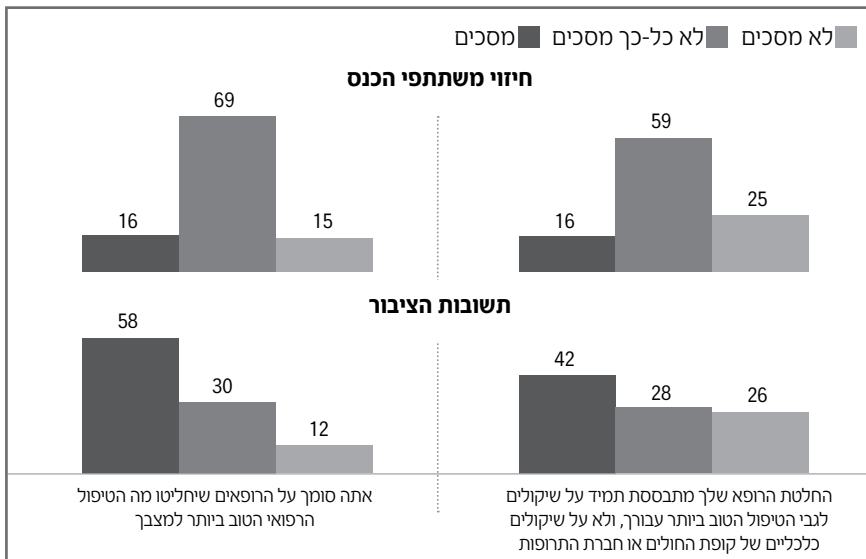
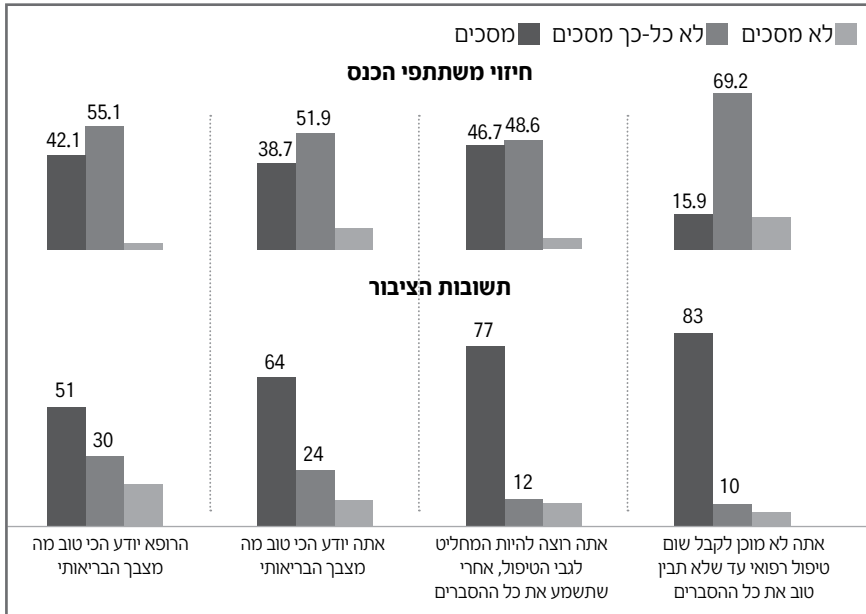


בשאלות על צוות בתי החולים



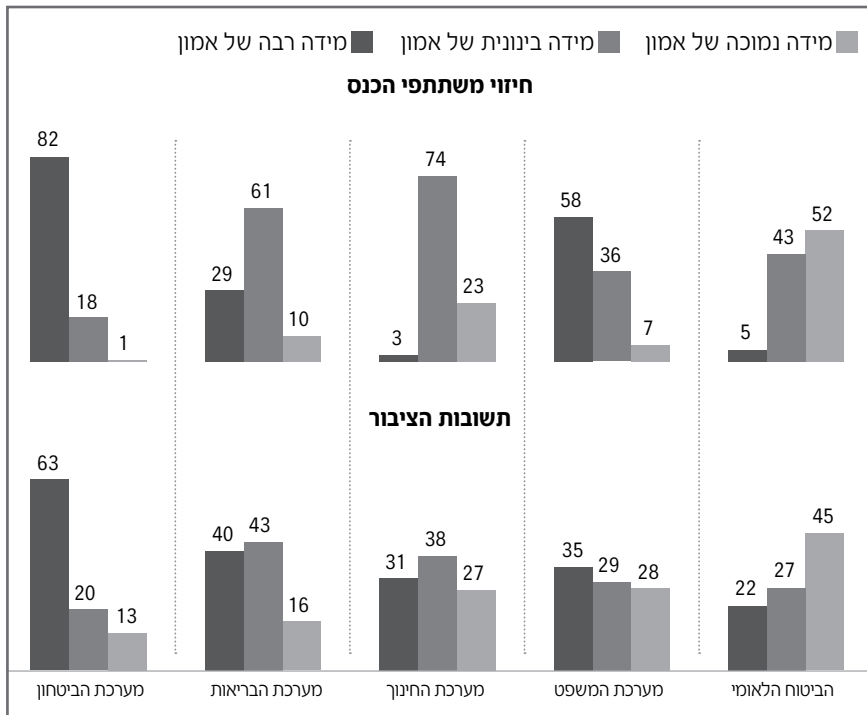
גם לגבי מידת ההסכמה של הציבור עם המשפטים המביעים עמדה על אוטונומיה ומעורבות של המטופלים, ניתן לראות שמשנתפי הכנס לא חזו את ההסכמה הגבוהה של הציבור עם עמדות אלו.

הסכמה עם המשפטים הבאים

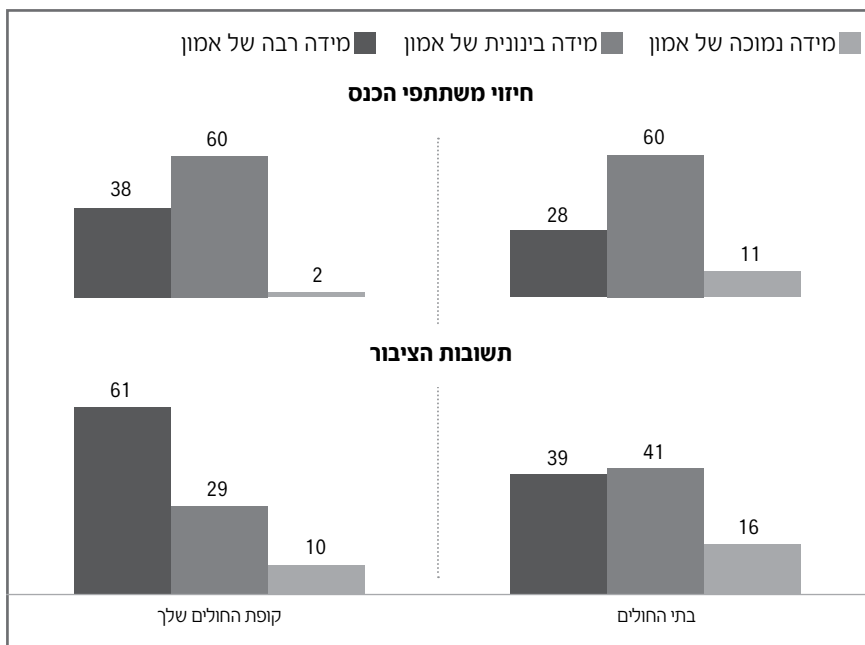


המשתתפים בכנס חזו קצת יותר טוב את מידת האמון שהציבור מביע עם מערכות ממשלתיות, כולל מערכת הבריאות, אך לא חזו את רמת האימון הגבוהה של הציבור בקופות החולים.

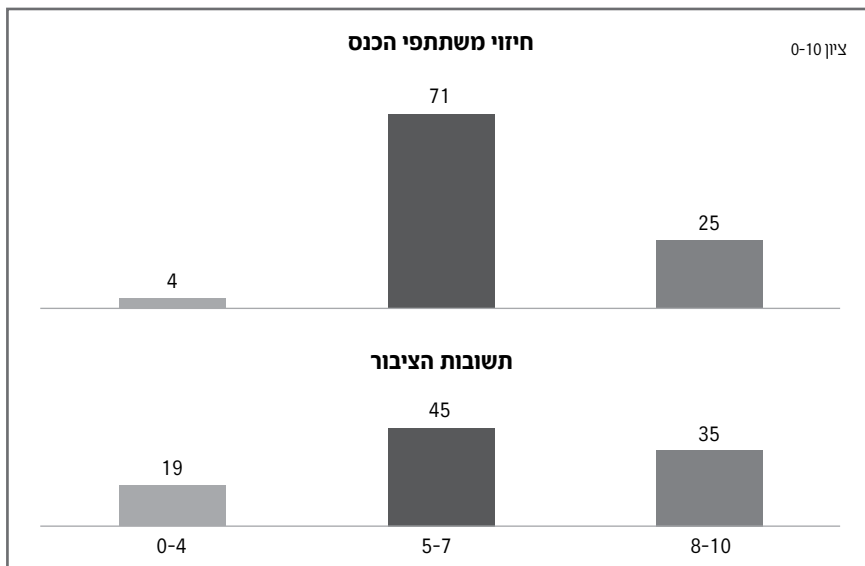
מידת האמון במערכות ממשלתיות



הסכמה עם המשפטים הבאים



באיזו מידה אתה בטוח שבמקרה הצורך, תזכה לקבל את השירות או הטיפול הרפואי שתזדקק לו במערכת הבריאות הציבורית?



לסיכום

מהסקר המקביל, שנערך בקרב בכירי מערכת הבריאות בישראל המשתתפים ב"כנס ים-המלח" של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות, עולה כי משתתפי הכנס התקשו לחזות חלק גדול מתשובות הציבור:

- בדימוי הציבור לגבי רופא המשפחה, בכל השאלות (פרט לראשונה) הם חשבו שרוב הציבור ייתן ציוני ביניים, אבל הציבור נטה לציונים גבוהים.
- בציוני הציבור לגבי צוות בית החולים הייתה בקרב הציבור התפזרות גדולה - מציונים נמוכים ועד לציונים גבוהים, כלומר לא הייתה דעת רוב בקרב הציבור, ולכן היה קשה למשתתפי הכנס לחזות.
- בשאלות על עמדות הציבור, משתתפי הכנס לא הצליחו לחזות את התשובות. לדוגמה, לגבי המשפט "אתה לא מוכן לקבל שום טיפול רפואי עד שלא תבין טוב את כל ההסברים" רוב בולט של משתתפי הכנס לא חזו את ההסכמה הגבוהה שהציבור הביע עם המשפט.
- רוב משתתפי הכנס חזו נכון יותר את רמת האמון של הציבור במוסדות ממשלתיים.
- רוב משתתפי הכנס לא חזו נכון את רמת האמון הגבוהה של רוב הציבור בקופות החולים.

צוות 1

תפיסת "המטופל במרכז"

טיפול רפואי ממוקד מטופל - צורך, ערכים,
מדידה ותועלות

צוות 1 - תפיסת "המטופל במרכז"

טיפול רפואי ממוקד מטופל - צורך, ערכים, מדידה ותועלות

הקדמה

תפיסת הקשר הטיפולי מבוססת על הנחת יסוד שלפיה המטופל מצוי במרכזו של הקשר, בעוד המערכת הטיפולית סובבת סביבו ותכליתה אחת - להושיעו ממחלתו. אלא שעם התקדמות הרפואה ובעקבות זאת התמורות הנלוות, הלך ונעשה הקשר הטיפולי מורכב יותר, ומפת הרצונות והאילוצים שהייתה לפנים משותפת, שקופה וברורה בין המטפל למטופל התפתחה לכדי מערכת סבוכה של אינטרסים, לעתים מנוגדים, ואלה ערערו את הקשר האינטימי בין החולה לרופאו. כל השינויים הללו אתגרו את הקשר מטפל-מטופל, ותרמו להכרה הולכת וגוברת בקרב מטופלים כי לא תמיד הם וצורכיהם מצויים במרכז המרחב הטיפולי.

מגוון רחב של גורמים העיבו על מעמד הבכורה של המטופל במרחב הטיפולי, ותרמו בעקיפין לקריאה גוברת למערכות הבריאות לייצר שינוי שיגדיר מחדש את יחסי הגומלין בין רובד המטפלים לרובד צרכני הבריאות. כמה מהגורמים הללו הם תולדה של שינויים מערכתיים, ואחרים מקורם בהתפתחויות בשדה המחקר, המדע והטכנולוגיה, כגון הבנה אטיולוגית טובה יותר של כלל התופעות והמחלות, לצד השלכות של תמורות חברתיות וטכנולוגיות, כגון מהפכת המידע והאינטרנט. זו חוללה מפנה בגישתם של המטופלים, שנעשו מפוכחים עשרות מונים. השבת המטופל למרכז במציאות הנתונה למערכת כללי משחק חדשים אלה ולמכלול תנאים, כפי שנמנו לעיל ואחרים, מנתיבה בראש ובראשונה הגדרה מחדש של מרכיבי תפיסת הטיפול.

השבת המטופל למרכז מצריכה תחילה היפרדות מפרדיגמות ישנות בשלושה תחומים עיקריים:

1. תשתיות פיזיות ואנושיות;
2. ארגון ותהליכים;
3. איכות הקשר הטיפולי.

לאחר קביעת הגדרות מתקדמות וקווים מנחים בשלושה תחומים אלה, שכל אחד מהם הוא עולם ומלואו, יש לוודא כי רכיבי השינוי המומלצים ניתנים למדידה, להערכה, לתיקוף ולשיקוף. בתוך כך יש להציע כלים תואמים לתעדוף במציאות של משאבים מוגבלים בתחומי ההון האנושי, הכלכלי והפיזי.

צוות המומחים המרכיב את קבוצת החשיבה נחלק לארבעה מושבים בתתי-קבוצות של דיון ועבודה. כל אחד מהמושבים טיפל בסוגיה אחרת המשקפת פן מרכזי של ליבת העיסוק בהשבת המטופל למרכז המרחב הטיפולי.

■ **דיוני מושב 1 (הגדרת התפיסה):** הדיונים התמקדו בהגדרת התפיסה המקדמת טיפול רפואי ממוקד מטופל, במרכיבי התשתית של ההגדרה ובגבולות גזרתה. המושב עסק במנעד רחב של סוגיות המאתגרות את גבולות ההגדרה, החל בהיבטים מבניים של מערכת הבריאות, מתוך דיון בצורך לעצב מחדש תהליכי טיפול ואדמיניסטרציה, וכלה במשתנים המשפיעים על חוויית המטופל בעידננו במגעו עם מערכת הבריאות, לרבות סוגיות של תקשורת בין-אישית בין המטפל למטופל, כשבמרכז הדיון עמדו מילות המפתח רגישות, הבנה, הזדהות, תמיכה, אמפתיה וחמלה ומונחים מקבילים מאותו עולם תוכן. לבסוף, לא נעדר מהדיון תפקידו של המטופל עצמו בתהליך הטיפול הרפואי.

■ **דיוני מושב 2 (מידת נחיצותה של מערכת פרדיגמות עדכנית):** השאלה שניצבה במרכז הדיון במושב זה הייתה, האם היעד המוצב בפני מערכת הבריאות להשיב את המטופל למרכז הקשר הטיפולי תובע בהכרח מערכת פרדיגמות חדשה לאיכות האספקה והצריכה של שירותי הרפואה, או שמא אין אלה שנינויים סמנטיים בלבד? מוקד הדיון נסב סביב כמה סוגיות מרכזיות: 1. שינוי בפרספקטיבה המערכתית - ניהול המקרה מול ניהול המחלה; 2. שינוי במישור הקונספטואלי - עיצוב מחדש של תשתיות ותהליכים; 3. שינוי במישור הארגוני - צורך בתפקידים חדשים בצוות הטיפול; 4. שינויים במרחב - ארגון תואם של המרחב הפיזי המאפשר את הקשר מטפל-מטופל שאמור להתקיים בו; 5. שינויים בפרדיגמה המקצועית - עיסוק בתמורות המשתקפות בהכשרת הקלינאים.

■ **דיוני מושב 3 (מדדים ליישום תפיסת "המטופל במרכז" מערכת הבריאות):** מושב זה עסק ביכולות המדידה, ההערכה והבקרה המתחייבות בבסיסו של כל שינוי כדי לאפשר שיפור מתמיד במדדי השינויים. השאלות שנדונו במסגרת זו היו: 1. כיצד יש למדוד את מרכיבי הגדרת "המטופל במרכז"? 2. האם בכלל אפשר לכמת את מידת ההצלחה ביישום הגדרת "המטופל במרכז", כלומר בהצבת המטופל

במוקד מרחב הקשר הטיפולי, כפי שנגזר מההגדרה? 3. האם קיימים מדדי הצלחה השוואתיים? 4. האם נחוץ לפתח מדדים נוספים במישור הלאומי כדי להשלים תהליכי מדידה המקיפים את התחום לעומקו ולרוחבו?

סביב שאלות כבדות משקל אלה בתחום מדדי האיכות אותגר הצוות בשאלות מעשיות נלוות הנוגעות לאיכות המדדים, לדרכי יישום, לאיסוף הנתונים ולעיבוד המידע. לדוגמה, את מי שואלים? מי מודד? האם מפרסמים? מהן שיטות המדידה המקובלות והיעילות ביותר בסוגיות מפתח כגון חוויית המטופל, זמני המתנה, נגישות, מידת קיומו של רצף טפולי, מידת מעורבותו של המטופל (Patient Activation Measure) ותוצאים של דיווח עצמי של מטופלים (Patient Reported Outcome Measures - PROMs)?

■ **דיוני מושב 4 (תעדוף בטיפול):** הדיון בסוגיה המורכבת של תעדוף בטיפול התמקד בשאלות עיקריות אלה: 1. היכן ממוקמות הבעיות הכאובות ביותר בסוגיות "המטופל במרכז" בכלל רכיבי ההגדרה? 2. כיצד מתעדפים טיפול, ומהם הקריטריונים המנחים בתהליך התעדוף? 3. היכן דרושה השקעת משאבים בעדיפות עליונה? 4. האם יש אוכלוסיות שנדרשת בהן התערבות בעצימות גבוהה יותר, ועל סמך אילו מדדים - פריפריה-מרכז, גיל, סוגי תחלואה או מדדים אחרים?

על סמך הדיונים שהתקיימו בארבעת המושבים, הציע צוות החשיבה בתום התהליך כלי המתכלל את הרכיבים העשויים לסייע בהטמעה של תפיסת "המטופל במרכז" בשגרת הטיפול. כלי זה נועד לשמש את קובעי המדיניות בבואם לקבוע קדימויות על בסיס משתנים של צורך, אפקטיביות ומשאבים פוטנציאליים.

דיוני מושב 1 - תפיסת "המטופל במרכז" - הגדרה ומרכיבים

1. "המטופל במרכז" - התפתחות התפיסה והרקע להגדרתה

כבר בשנת 2001 קבעה האקדמיה הלאומית לרפואה של ארצות הברית¹ כי המשתנה "טיפול רפואי ממוקד מטופל" (Patient Centered Healthcare) הוא אחד משישה משתנים החוברים יחד להגדרת מדד איכות הטיפול. באותו מעמד אף נטבעה הגדרה למהותו של הטיפול ממוקד המטופל: "לספק טיפול מכבד שמגיב להעדפותיו האישיות, לצרכיו ולערכיו של המטופל, ומוודא שערכיו של החולה ינחו את כל ההחלטות הקליניות בניגוד" (1).

רק שנים לאחר מכן החל בישראל הדיון הרשמי בדבר מכלול רכיביה של רפואה איכותית ובטוחה, ובכלל זה אופיו של טיפול רפואי ממוקד מטופל, אם כי זרעי הדיון נזרעו כבר בסוף המאה הקודמת, עם חקיקתו של חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, שסיפק ביטוי משפטי להכרה כי בד בבד עם זכותו של המטופל לטיפול רפואי איכותי - הוא זכאי גם ליחס אנושי (2). החוק הגדיר למעשה כי שני המרכיבים - איכות ויחס - שווים במשקלם, בקובעו: "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". סעיפים 10 ו-13 לחוק מגדירים את זכותו של המטופל לפרטיות ולשמירה על כבודו וכן הם מגדירים את זכותו להסכמה מדעת שתאפשר לו מעורבות מלאה בתהליך קבלת ההחלטות הנוגעות לבריאותו. מרכיבים אלו הבשילו ומהווים כיום חלק מהתשתית הרעיונית המבססת את תפיסת "המטופל במרכז".

המרכיבים המרכזיים בגישת "המטופל במרכז"

■ **הוליסטיות:** גישה המשקללת את מכלול צרכיו של המטופל, ואינה מתמקדת רק בתגובה מקומית המוגבלת לבעיה רפואית ממוקדת. גישה המתאפיינת בהוליסטיות של הטיפול אינה רואה במטופל מושא של תסמינים אלא אינדיבידואל ייחודי שמצבו מושפע ממכלול מורכב של גורמים - ביולוגיים, פסיכולוגיים וסוציולוגיים גם יחד.

1. The National Academy of Medicine (NAM), Institute of Medicine (IOM), לשעבר

■ **סובייקטיביות:** תפיסה המתייחסת למידע, לחוויות, לתחושות הסובייקטיביות ולהעדפות המטופל, כרכיבים הכרחיים בתהליך הטיפול המייעצים התייחסות נכבדת בגיבוש תוכנית ההתערבות. גישה המייחסת ערך קליני, ולא ערכי בלבד, לשיתוף המטופל בתהליך הטיפול, להעצמתו ולסיפוק כלים לניהול אורח חיים בריא ועצמאי עבורו ככל האפשר.

■ **קואורדינציה ואינטגרציה:** תפיסה המבטיחה יעילות ובטיחות, הן באמצעות גישה אינטרדיסציפלינרית, המשתפת ומשלבת מומחים ונותני שירותים ממגוון תחומים, והן באמצעות הבטחת הרצף הטיפולי, אחריות, מעקב ושיתוף מיטבי של מידע רלוונטי בין אנשי הצוות ובין לבין המטופל. כל זאת מתוך שאיפה למנוע טעויות, תקלות וסבל בר-מניעה.

אתגר ההגדרה

הניסיון להקיף במשפטים אחדים הגדרה של תפיסה כוללת הוא בבחינת משימה מורכבת, המושפעת בראש ובראשונה מהרכיבים שבוחרים להכליל בגבולות המושג, אך גם מהמשקל המיוחס לכל אחד מהרכיבים. חרף אופייה האוניברסלי, מרכיביה של ההגדרה עשויים להשתנות מחברה לחברה, בהיותם תלויים בעולם ערכי של כל חברה ובסדר החברתי האופייני לה.

הגדרות למושג טיפול ממוקד מטופל

להלן מובאות הגדרות נבחרות לטיפול ממוקד מטופל, על פי תפיסת "המטופל במרכז", כפי שהגדירו מוסדות מובילים בתחומי חקר מערכות הבריאות ברחבי העולם.

א. הגדרת הסוכנות למחקר ולאיכות בשירותי הבריאות²: טיפול ממוקד מטופל הוא טיפול רפואי שמבסס שותפות בין מטופלים, מטופלים ומשפחותיהם (לכשראו), ומטרתו להבטיח כי ההחלטות הטיפוליות יכבדו את רצונותיו של המטופל, צרכיו והעדפותיו, וכי למטופל יינתנו המידע והתמיכה שיאפשרו לו להחליט החלטות ולהיות שותף לטיפול הרפואי בו. טיפול ממוקד מטופל אינו עוסק במחלה בלבד, אלא מכיל את תפיסת המטופל כאדם ייחודי, מתוך בניית ברית טיפולית המבוססת על תפיסותיהם של המטופל ומטפלו (1).

2. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), סוכנות פדראלית הממשייכת למשרד הרווחה והבריאות של ארצות הברית. אחראית לאיכות, לבטיחות וליעילות בשירותי הבריאות האמריקניים.

ב. הגדרת מכון פיקר, אירופה (Picker Institute Europe): טיפול ממוקד מטופל מתבסס על שמונה עקרונות: 1. כיבוד ערכיו של המטופל, העדפותיו ורצונותיו; 2. קואורדינציה ואינטגרציה של הטיפול; 3. מתן מידע והשקעה בהסברה למטופל; 4. הספקת נוחות/ נחמה פיזית; 5. תמיכה נפשית והקלת תחושות של פחד וחרדה; 6. מעורבות של בני משפחה וחברים; 7. הבטחת הרצף הטיפולי וההמשכיות במעברים; 8. הנגשת הטיפול (4).

ג. הגדרת המכון לשיפור שירותי הבריאות Institute for Healthcare Improvement - (IHI), ארצות הברית: טיפול ממוקד מטופל נועד לייצר עבור המטופל חוויה (במידה שהוא חפץ בה) של שקיפות, אינדיבידואליזציה, הכרה, כבוד, יושרה ויכולת בחירה בכל אחד ואחד מהמרכיבים הקשורים למכלול הנסיבות ולמערכות היחסים בטיפול רפואי (5).

ד. הגדרת משרד הבריאות של מחוז קולומביה הבריטית (British Columbia Ministry of Health), קנדה: טיפול רפואי ממוקד מטופל מציב את המטופל בחזית הטיפול הרפואי המוענק לו, כדי לאפשר לו לממש את זכותו להיות בעל השליטה על ההחלטות הנוגעות לטיפול בו. בתוך כך מסייע הטיפול למטופל לפי תפיסה זו להגיע להחלטות מדעת ותומך בשותפות בין המטופל ומשפחתו לבין מגוון הספקים של שירותי הבריאות. לשם כך, טיפול רפואי ממוקד מטופל משלב רכיבים מרכזיים אלה: ניהול עצמי, קבלת החלטות מודעות ומשותפות, חוויה מועצמת של טיפול רפואי, שיפור בידע ובהבנה ועידוד פעולות לקידום בריאות ולרפואה מונעת (6).

ה. משרד הבריאות (חוזר שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות), ישראל: "טיפול רפואי ממוקד מטופל נחשב לאחד המרכיבים של טיפול איכותי, והוא מוגדר 'טיפול שמכבד את המטופל ומגיב להעדפות, לצרכים ולערכים של המטופל'. נכללים בו ממדים כגון תמיכה רגשית, יחס מכבד, תמיכה פיזית, מידע ותקשורת, רצף ותיאום הטיפול, מעורבות המטופל ומשפחתו ונגישות לטיפול" (7).

ו. עמיתי המחזור הראשון של תוכנית ענב"ר (עתודה ניהולית ברפואה, משרד הבריאות), ישראל: "רפואת האדם במרכז היא גישה לטיפול יזם, כוללני, נגיש, מותאם ואיכותי על פי תפיסת המטופל, הכולל היבטים נפשיים, חברתיים ורפואיים. רפואת האדם במרכז מושתתת על יצירת ערך למטופל באמצעות מעורבות המטופל ומשפחתו, הנגשת מידע, שקיפות, אחריותיות, עבודת צוות

רב מקצועי ושמירה על רצף הטיפול".

שש ההגדרות שהוצגו לעיל מכילות רכיבים משותפים, שעיקרם:

- שיתוף המטופל בתהליכי הטיפול.
- הקניית כלל המידע הנדרש למטופל.
- העברת השליטה על המהלך הטיפולי לידי המטופל.
- מעורבות משפחתו של המטופל, ככל שהוא מעוניין ומאפשר.

ההגדרה שגובשה במושב הדיונים

התדיינות חברי הקבוצה ובאי הכנס שהשתתפו בדיונים בהשראתן של ההגדרות שלעיל הניבה את הגדרתנו לתפיסת "המטופל במרכז". הגדרה זו, על הרכיבים הנכללים בה, גובשה מתוך ניסיון לשקף את היררכיית הערכים וההעדפות של הקבוצה, כמייצגת את קהל המטופלים בישראל:

טיפול שלם, מתואם, רציף ונגיש, המכבד את המטופל בהתאם לערכיו, להעדפותיו ולצרכיו, ומקיים שותפות פעילה בקבלת ההחלטות בינו לבין הצוות המטפל, במטרה להשיג את תוצאי הבריאות והערך הרצויים עבורו, כאינדיבידואל.

2. מרכיבי תפיסת "המטופל במרכז"

שלושה רבדים משתלבים בתשתית גישת "המטופל במרכז" בתפיסת הטיפול הרפואי ממוקד המטופל: 1. המטופל; 2. המטפל; 3. המערכת. מארג הממשקים והתיאום בין שלושת הרבדים הם בעלי השפעה מכרעת על יכולתו של כל אחד מהם לספק טיפול ממוקד מטופל. האחריות על אינטגרציה זו בין הרבדים מוטלת על המערכת, שכן מתפקידה לייצר את המצע ואת האמצעים המאפשרים טיפול ברוח זו ולתכלל אותם.

■ רובד המטופל

תמורות חברתיות והתקדמות טכנולוגית ממלאות תפקיד דומיננטי יותר ויותר בשנים האחרונות גם בהקשר של תפיסת המטופל במרכז. "צרכן הבריאות החדש" שיצרו שינויים דינמיים אלה מתאפייני בנגישות גבוהה לידע ולמידע ובמודעות לזכויותיו, הוא מטיב לבטא את צרכיו ורצונותיו, ומאתגר את הגישה הפטרנליסטית שאפיינה את הפרופסיה הרפואית לפניו. המטופל החדש שואף למימוש זכויותיו לטיפול

באיכות הוליסטית בבעיותיו הרפואיות, מתוך ראיית המורכבות של צרכיו כפרט ייחודי בהקשר הכוללני של תחלואתו, ולא רק כנושא מחלה. צרכן זה מבקש להיות שותף פעיל בקבלת ההחלטות הנוגעות לדרכי הטיפול בו ואף בטיפול עצמו, ויתרה מכך הוא מושפע מעולם הצריכה החוץ-רפואי בציפיותיו לאיכות גבוהה של שירות, זמינות ונגישות. בתוך כך התבססה במערכת הרפואית דרישה מקבילה של המטופל מהמטופל להיות אחראי לבריאותו ולהיות שותף פעיל בטיפול, החל בביטוי קוהרנטי מצדו של רצונותיו והעדפותיו וכלה בהיותו בפועל חלק בלתי נפרד מהצוות המטפל בו ואחראי להצלחת הטיפול, בהתאם למדדי הצלחה שנקבעו מראש במשותף.

אפשר לסווג את המרכיבים החשובים בטיפול הרפואי מנקודת ראותו של המטופל לארבעה שדות. להלן מיוצגים מרכיבים אלה באמצעות היגדים ומשאלות שנוסחו על סמך משוב המטופלים כפי שעלו בקבוצות מיקוד:

א. אמן ואכפתיות

- "שיגלו כלפיי חמלה ואמפתיה".
- "שהמטפל יפעל למעני, ולא יעדיף את טובת המערכת".
- "שיתייחסו אליי כאל מטופל, ויראו אותי כאדם, ולא כ'מספר'".
- "שיכבדו אותי כאדם".
- "שיגלו כלפיי סבלנות ויתייחסו לכאב שלי".
- "שיאפשרו לי לשאול שאלות וישתפו אותי".
- "שתיווצר בי תחושה שאני מטופל בידיים טובות".

ב. תהליכים רציפים ומתואמים, פישוט תהליכים ונגישות המידע

- "שיראו אותי כמכלול, ולא כאוסף של מחלות".
- "שלא יטרטרו אותי במערכת".
- "שיעזרו לי במעברים בין תחנות הטיפול".
- "שיספקו לי מידע פשוט, בלי שאצטרך לבקש".
- "שאשקיע מינימום מאמץ כדי לקבל שירות".
- "שיפשוטו עבורי תהליכים וינהגו בגמישות".

ג. זמינות ונגישות השירותים

- "שיקבעו לי תור בתוך פרק זמן סביר".
- "שאוכל לבחור את הרופא שלי מתוך מגוון רופאים".

- "שהשירות יינתן בשעות גמישות".
- "שתהיה מרפאה במרחק סביר ממקום מגוריי".
- "שאשקיע מינימום מאמץ בקביעת תורים".
- "שיתחשבו בזמן שלי".

ד. תשתיות, סביבה ונראות

- "שתהיה אווירה של סדר וארגון".
- "שהמרפאה תיראה אסתטית ונעימה".
- "שהיו תנאים הולמים לשמירה על הפרטיות שלי".

ארבעת השדות שלעיל מתייחסים לארבעה היבטים במכלול הטיפול שמספקים המטפלים והמערכת ולממשקים ביניהם. מדובר אמנם בממדים הנפשיים של הטיפול, שלכאורה אינם תנאי הכרחי לריפוי, אך אלה מתברר חשובים בהחלט, ומהווים מפתח לטיפול רפואי איכותי ומכבד מנקודת ראותו של המטופל. מתברר כי דווקא ממדים אלה הם המנוע העיקרי לשיעור רצונו של המטופל מהטיפול, וחשוב לזכור בהקשר זה כי בעקיפין שיפור בחווייתו הסובייקטיבית של המטופל תורם בהשפעתו החיובית על מדדים קליניים אובייקטיביים כגון שיעורי ריפוי והחלמה (12,11).

מחקרים רבים בדקו את החשיבות היחסית של מבחר מרכיבים הידועים כתורמים לשיעור רצונו של המטופל מהטיפול, וניסו לייצר היררכיית צרכים ולזהות את המשתנים בעלי מרב הפוטנציאל במדד שביעות רצון המטופל. מחקרים אלו בדקו פרמטרים מגוונים, אך עלתה בהם ההכרה החוזרת כי המשתנה המשפיע ביותר על שביעות רצונם של המטופלים, הן במרכזים הרפואיים בקהילה והן בבתי החולים, אינו סביבת הטיפול אלא איכות הקשר רופא-מטופל. אמנם במצבים שהתנאים הפיזיים אינם מובנים מאליהם או בסטנדרט נמוך מאוד, מיוחסת חשיבות לגורמים המוחשיים, אך בהיותם קיימים, מתברר כי הם אינם מוסיפים לשיעור רצון המטופל, וחשיבותם פוחתת (8). משתנים כדוגמת יחס אמפתי מצד המטפל, הצגת מידע באופן שהמטופל יכול להבינו, אינטראקציה טובה עם הצוות הרפואי, רצף טיפולי, אמינות ותחושת ביטחון - אלה המרכיבים המייצרים תקשורת מבוססת אמון בין המטופל למטפל ובעקבות זאת משפיעים על רמת שביעות הרצון, על רמת ההיענות, וכפועל יוצא גם על הצלחת הטיפול (9).

בסקר "חוויית המטופל באשפוז" שנערך בשירותי בריאות כללית נמצא כי המשתנים

בעלי הפוטנציאל הגבוה ביותר לשיפור במדד שביעות רצון המטופל הם יעילות תהליך הקבלה, תיאום בין אנשי הצוות, יחס אדיב ומכבד מהצוות הרפואי ורגישות שהצוות מגלה לכאב והסבל של המאושפז. התנאים בחדר הטיפול התבררו כמשתנה בעל השפעה נמוכה מאוד על שביעות רצון המטופל (10).

מחקרים אחרים, הן מישראל והן מרחבי העולם, העלו ממצאים דומים, ומכולם עולה ההכרה כי מהותו של טיפול איכותי, כפי שהמטופל רואה אותו, מתמקדת בהרגשתו כי הוא מטופל באופן אישי.

במסגרת התהליך ההופך את המטופל בהדרגה לחלק אינטגרלי בצוות הטיפולי, עולה ההכרה כי גם בידי המטופל עצמו מופקדים תחומי אחריות שיש בהם כדי להבטיח את איכות הטיפול בו, לפי תפיסתו. דרישת המטפלים כי המטופל יהיה שותף פעיל בניהול מחלתו, יהווה מקור ידע חשוב ואמין בנוגע למחלתו, יהיה בעל אחריות מלאה על תחומי הטיפול העצמי - מניעה, ניהול אורח חיים בריא, תחזוקת הגוף, היצמדות להנחיות רפואיות - יביע את העדפותיו וצרכיו, ישתף את בני המשפחה או גורמי תמיכה אחרים לפי מידת הרלוונטיות, יספק משוב למטפל ולמערכת וישתמש בכלים הייעודיים שהמערכת מפתחת כדי לסייע בידו לקבל מידע ולהיות שותף פעיל בטיפול ובקבלת ההחלטות. אלא שמימושן של הדרישות הללו כרוך בהיענות של המטפל לשינוי תפיסה, כמפורט להלן.

■ רובד המטפל והקשר מטפל-מטופל

כאמור לעיל, הקשר מטפל-מטופל מצוי בלב תפיסת המטופל במרכז. עם זאת, בניגוד למרכיבים פיזיים ותשתיתיים, הרי שההגדרה של קשר אנושי מיטיב היא סובייקטיבית, רבת-ממדים ומשתנה מאדם לאדם ומסיטואציה לסיטואציה. לפיכך זהו גם המשתנה המאתגר ביותר, הן להגדרה והן לשינוי ארוך טווח. הנטייה המחקרית הראשונית היא להתייחס לקשר זה כאל רובד "רך", כלומר לא משתנה מדעי מובהק שיש למצוא ביחס אליו עדות ליעילות מרכיביו במונחים של עלות-מועילות או תוצאים טיפוליים מדידים. אלא שבפועל, בחינה של הספרות המקצועית מראה בנקל אין ספור עדויות להשפעות מיטיבות במובהק על איכות הטיפול הנובעות מטיפול החותר באופן פעיל לחוויית טיפול מיטיבית של המטופל, הכוללת בניית מערכת יחסים של אמון עם המטפל, מתוך שיתוף המטופל במידע ובהחלטות המתקבלות ביחס לטיפול בו.

המעבר ממודל ביולוגי, המציב את המחלה במרכז, למודל ביו-פסיכו-סוציאלי הוליסטי: מעתק זה קנה לו אחיזה של ממש בפילוסופיית הטיפול בישראל, והשיח

בגינו שכיח מאוד, בעיקר בהקשרים של רפואת הקהילה. לפי עקרונות המודל, הנלמד כיום בבתי הספר לרפואה, על המטפל לראות במטופל אינדיבידואל, לנתח את מצבו הקליני בהקשר רחב ולהתייחס אליו כאל מכלול מורכב וייחודי, בחמלה וברגישות, מתוך שימת דגש על צרכיו האישיים ועל העדפותיו, לרבות כיבוד ערכיו ושיתוף המשפחה, ככל שהדבר רלוונטי.

שיתוף המטופל: אבן יסוד נוספת של מודל הטיפול הרפואי ממוקד המטופל היא שיתופו בקבלת החלטות. נמצא כי השפעתו החיובית של השיתוף בקבלת החלטות אינה מוגבלת למפגשים חד-פעמיים במצבים אקוטיים בלבד, וניכרת אף יותר במצבים של טיפול מתמשך ובקרב חולים כרוניים. נמצא כי מטופלים ששותפו בתהליכי קבלת החלטות בנוגע לטיפול בהם היו בעלי ידע רב יותר לגבי מצבם ולגבי הטיפול הניתן להם. תנאי הכרחי לשיתוף פעולה אפקטיבי הוא העברת מידע ברור ומותאם למטופל. המידע יינתן בשפה הנוחה לו, יותאם תרבותית ויונגש לבעלי מוגבלויות, ויש לוודא שהמטופל אכן הבין את ההסבר, כך שיוכל לקבל החלטות מושכלות בנוגע לניהול בריאותו.

מתברר כי השפעת שיתוף הפעולה של המטופל אינה מסתכמת במדד שביעות רצונו מהטיפול אלא מתפרסת גם לעבר מדדים אובייקטיביים של תוצאים קליניים משופרים. מהלכים לעידוד שיתוף המטופל יכללו: 1. יישום שגרות של סבב רופאים והחלפת משמרות התומכות בשיתוף המטופל ומשפחתו; 2. עזרה בשימוש בכלים המסייעים למטופל להגיע להחלטה מושכלת (Patient Decision Aids); 3. יצירת אווירה טיפולית המעודדת שיתוף של המטופל ושאלות מצדו; 4. תיעוד ביצוע פעולות הקשורות לשיתוף המטופל בתיק הרפואי (11,12).

תפקיד נוסף של המטפל לפי מודל הטיפול הרפואי ממוקד המטופל הוא להבטיח רצף טיפולי על ידי תיאום ותקשורת בין המטפלים האחרים, ניהול המעברים במהלך הטיפול, ליווי המטופל ופנייה יזומה במעברים בין תחנות טיפול, לצד הטמעה של שגרות לתיווך השלב הבא. כל זאת תוך שיקוף התיאום למטופל (13).

במשך השנים ועל סמך ניסיון מצטבר ודינמי פותחו עבור המטפלים אמצעים שתכליתם העצמת הקשר הטיפולי ושיתוף מוצלח של המטופל: 1. כלים והכשרות לשימור האינטליגנציה הטיפולית - תקשורת בין-אישית, אמפתיה וחמלה - ולהעצמתה בקרב המטפלים, לרבות התערבויות בשחיקת החמלה בקרב מטפלים; 2. פיתוח שגרות ומערכות מידע למטפל כדי לסייע בהנגשת מידע למגוון אוכלוסיות של מטופלים - הנגשה תרבותית ולבעלי מוגבלויות; 3. הגברת התיאום בין המטפלים;

4. פיתוח מדדי תוצא מכווני מטופל (PROMs), החשובים למטופלים לפי הגדרתם; 5. קביעת מטרות לטיפול; 6. שילוב מטופלים ובני משפחתם בוועדות היגוי, במועצות מייעצות המבוססות על מטופלים ("קול המטופל", Patient Advisory Council), בכנסים ועוד (14).

בכל שלב על המטפל להפנים כי כשירותו כמטפל בגישה המציבה את המטופל במרכז כרוכה באחריות הן למסירת מידע הולם למטופל ולעידודו להיות שותף בטיפול, והן ליצירת אינטגרציה מרבית ורצף טיפולי בין המטופל לבין תחנות הטיפול האחרות - להיות חוד החנית של הידע הרלוונטי לטיפול הרפואי הממוקד מטופל מחד גיסא, ולהתמקצע בכלי העבודה החדשים והמתעדכנים בהתמדה מאידך גיסא. אחריות זו אינה נופלת במרכזיותה מאחריות המטפל להתעדכן בחידושים המדעיים והקליניים בתחומי מומחיותו.

■ רובד המערכת

מערכת הבריאות היא המצע שעל גביו ובאמצעותו מתקיים הקשר מטפל-מטופל, והיא הנושאת העיקרית באחריות ליצירת האפשרויות לקיומה בפועל של גישה טיפולית המרוממת את מעמדו ואת מידת השפעתו של המטופל על הטיפול בו. תפיסתה הכוללת של מערכת המציבה את המטופל במרכז היא ייעודית ומתוכננת מראש לספק את התנאים והכלים עבור המטופל וכן עבור המטפל, כדי לאפשר הגעה לתוצאה הרפואית הרצויה למטופל. על מערכת בריאות שכזו לתפוס את עצמה כחלק אינטגרלי מרצף טיפולי הנע במרחב שבין ביתו של המטופל, קהילת מגוריו הפיזית והחברתית לבין ספקי הבריאות שלו, ולאפשר גמישות מרבית של התשתיות הפיזיות והאנושיות שלה באופן שיתאים למגוון רחב ככל האפשר של מטופלים ובעיות רפואיות.

על המערכת לפתח ולקדם:

1. תשתיות פיזיות - חללים מותאמים ומכבדים לטיפול, לאשפוז ולשהייה, המצוידים כהלכה ומספקים סביבה ותנאים המשרים ביטחון פיזי ונפשי. על המערכת לספק למטופל פרטיות עד לרמה הנחוצה מבחינת המטופל. על הסביבה להיות מונגשת הן לבעלי מוגבלויות ולבעלי צרכים מיוחדים והן לכלל המטופלים על פי גילם והרקע שלהם, הן מהבחינה הפיזית והן מבחינה שפתית ותרבותית.

2. תשתיות אנושיות - תכנון התשתיות האנושיות צריך להיעשות באופן מתקלל ובקנה מידה לאומי, וכן בכל מוסד ומרכז טיפול בנפרד. מן הראוי שתכנון כוח

האדם ייעשה בהתאם למגמות דמוגרפיות, אך גם בהתאם לתחזיות בדבר התפתחות טכנולוגיות, הן בתחומי הרפואה והן בתחומי מערכות המידע ותחומים אחרים שעשויים להשפיע על צורכי כוח האדם העתידיים. בתוך כך יש לקיים בחינה רציפה ומתמשכת של הגדרות מיושנות לתפקידים ולהתאימם בהתמדה למגמות עכשוויות ועתידיות. מקצועות חדשים, תחומי התמחות אינטגרטיביים, הגדרת סמכויות שונה ואוטומוטיזציה של תפקידים הם חלק מהמשימה (15). על המערכת לבצע התערבויות כבר בשלב החינוך הרפואי של צוותי בריאות במוסדות להשכלה גבוהה, ולצד זאת להמשיך בקיום מנגנונים מבוקרים של מיון וגיוס כוח אדם מתוך הגדרת כשירות מקצועית רחבה יותר, המתייחסת לתפיסת המטופל במרכז, ומכלילה לדוגמה גם כישורי תקשורת בין-אישית ויכולת אמפתיה. לאחר קבלתם של מטפלים ואנשי צוות לעבודה, יש להמשיך בהכשרה, בהטמעה, בהסרת חסמי טיפול ובהתערבויות למניעת שחיקה. בתוך כך יש לדאוג לתקנון ולאיוש ראוי של כלל בעלי המקצועות הרפואיים, מקצועות הבריאות והצוותים התומכים. כל זאת מתוך הכרה שמערכת הבריאות נשענת בראש ובראשונה על ההון האנושי המקצועי המקיים אותה.

3. ארגון ותהליכים - לרכיבים המרכזיים של המדיניות הממשלתית, (רגולציה, מבנה התמחור ומערך תמריצים לאומי ופנימי), יש תפקיד חשוב ביצירת מערכת הטיפול ממוקד המטופל. יש לקיים ולקדם חקיקה ראשית ומשנית התואמת את הצבת המטופל במרכז, לנסח נהלים פנימיים הרואים את צורכי המטופל לפני צורכי המערכת, מעודדים רצף טיפולי, ומעל לכול - נכתבים מראש דרך פילטרים של הפחתת חסמים וצמצום הבירוקרטיה, הן עבור המטופלים והן עבור המטפלים. תנאי הכרחי לקידומה של מערכת הפועלת ברוח "המטופל במרכז" הוא אחריות (Accountability) ההנהלה הבכירה של מערכת הבריאות, הקופות והמוסדות הרפואיים האחרים להצלחת השינוי. הנעת השינוי מותנית בהירתמות של קברניטי המערכת למען שתי משימות כלל-מערכתיות עיקריות שהן המפתח להצלחת התהליך: 1. הטמעת תרבות ארגונית של טיפול רפואי ממוקד מטופל הרואה בחויית המטופל רכיב אינטגרלי בטיפול הקליני; 2. הטמעת התבונה שלפיה חויית המטופל היא באחריותו של כל אחד ואחד מחברי הצוות (לפי עיקרון חוזק השרשרת כחוזק החוליה החלשה). על המערכת לספק רפואה באיכות הגבוהה ביותר האפשרית, ולשמר נגישות גבוהה של השירותים הרפואיים, במדדים של מרחק זמן, כפי שמשתקף באורך התורים ובזמן ההמתנה, וכן באפשרויותיו של המטופל לבחור את מקום הטיפול ואת המטפלים.

מחויבותן של המערכות הרפואיות להליך השבת מעמדו של המטופל למרכז כוללת רשימה ארוכה של אתגרים ומשימות ארוכות טווח: 1. להטמיע עקרונות של מתן שירות, כחלק אינטגרלי הן מהטיפול הרפואי והן מהשגרות הקליניות, באמצעות נהלים, מדידה ותמרוץ; 2. לקדם יחס מכבד, כחלק אינהרנטי מהטיפול; 3. לספק למטופל מידע מונגש ומותאם; 4. לייצר עבור המטופל רצף ואינטגרציה בתוך תחנות הטיפול וביניהן; 5. לקיים הליכים פשוטים וברורים שאינם דורשים מהמטופל השקעה יוצאת דופן ומאמץ מיוחד בהיבט הבירוקרטי; 6. לפתח שירות רפואי מותאם לצרכים ולהעדפות, הכולל מסלולי שירות ייעודיים למטופלים בעלי מכנה משותף טיפולי בהגדרתו המרחיבה. לדוגמה, מסלול ייחודי עבור חולים אונקולוגיים לפי מגדר ובטווח גילאי שהוגדר מראש על סמך בחינה מוקדמת של צרכים משותפים; 7. להיות פרואקטיבית מבחינה שירותית - להקדים את המטופל, לקרוא את צרכיו ולהציע לו באופן יזום מידע, שירות או טיפולים הרלוונטיים למצבו; 8. לפעול בנחישות לשיפור התיאום והאינטגרציה בין מטפלים, בתוך המוסדות וביניהם, בין מערכות מידע, בהנחיות ובנהלים; 9. לפעול מתוך אמפתיה לחוויית המטופל מנקודת ראותו, מבחינת רצף הטיפול בממדי זמן ורציפות ביחסים, בין השאר באמצעות שילוב מטופלים בדיוני צומת וב"קול המטופל" (Patient Advisory Council); 10. לצמצם חסמים בירוקרטיים הפוגעים ברצף הטיפול; 11. להקפיד על מצבת כוח אדם ראויה של רופאים ראשוניים או רופאים מתכללים (Generalist, Hospitalist) ושל מתאמי טיפול, ובעיקר אחיות מתאמות (Patient Navigator), שכן אלה מספקים סביבת טיפול יציבה, מוכרת והמשכית למטופל; 12. לשלב ואף לפתח מערכות מידע ופתרונות טכנולוגיים שיאפשרו למטופל רצף טיפולי מרבי ונגישות גבוהה לצוות המטפל בו; 13. לייצר מבנה תמחור ותמריצים ליעדי טיפול רפואי ממוקדי מטופל; 14. לבנות ולהטמיע שיטות למדידה ולהערכה המותאמות לקשת הרכיבים בתפיסת "המטופל במרכז"; 15. לשקף את תוצאות המדידה לציבור; 16. לתמרץ שיפור במדדים רלוונטיים.

סיכום

תפיסת "המטופל במרכז" היא משימה מורכבת להגדרה, בעיקר בשל גבולותיה הדיפוזיים והיקף הרכיבים הגדול שיש להכיל בתוכה. צפוי כי ההגדרה ורכיביה ישתנו בהתאם לתרבות, וכל חברה תעדיף רכיבים שונים; רכיבים יצורפו ויושמטו כתלות בשינויים חברתיים וטכנולוגיים המתקיימים בכל חברה. הטמעת התפיסה כשלעצמה היא אתגר מורכב וארוך טווח הן עבור המערכת והן עבור המטפלים והמטופלים, שכן השינוי התודעתי הנדרש הוא עמוק. מפתח מרכזי להצלחת המהלך הוא מיסוד הממשקים ותיאום בין כלל הגורמים הרלוונטיים - המערכת, המטפלים והמטופל - לצד קבלת האחריות להובלת שינוי זה בידי משרד הבריאות וקברניטי מערכת הבריאות.

גישת "המטופל במרכז", לפי שלושת הרבדים - סיכום ערכי המודל ומרכיבי תפיסת הטיפול הרפואי ממוקד המטופל

המטופל

- **שותפות פעילה:** המטופל הוא שותף פעיל בניהול הטיפול במחלתו, ומקור מידע משמעותי להצלחת הטיפול.
- **אחריות על טיפול עצמי:** המטופל אחראי לקידום בריאותו, באמצעות מניעה, ניהול אורח חיים בריא, תחזוקת הגוף והיצמדות להנחיות רפואיות.
- **שיקוף מרבי של העדפות וצרכים:** המטופל אחראי להביא לידי ביטוי בפני המטפל את מכלול הרצונות, המשאלות, הבקשות והשאיפות שלו כסובייקט בנוגע לטיפול.
- **אחריות על מתן משוב:** המטופל אחראי לספק משוב הן למטפל והן למערכת, כחלק מתפיסה של תקשורת מוכוונת מטופל.
- **שיתוף בני המשפחה:** המטופל אחראי להיות החוליה המקשרת בין בני משפחתו לבין הרובד המטפל ורובד המערכת.
- **שימוש בכלים שהמערכת מפתחת:** המטופל אחראי להשתמש בכלים הייעודיים שפיתחה המערכת עבורו כמטופל לצורך סיוע בקבלת מידע, בהשתתפות בטיפול ובהליך קבלת ההחלטות בנוגע לטיפול.

המטפל

- **יחס מכבד:** המטפל מחויב ליחס מכבד כלפי המטופל:
 - (1) ראיית האינדיבידואל והתייחסות אליו כאל מכלול, באמפתיה, בחמלה וברגישות, לאור המעבר מהמודל הביולוגי ממוקד המחלה למודל ביופסיכוסוציאלי הוליסטי;
 - (2) התייחסות לצרכיו ולהעדפותיו של המטופל ביחס לטיפול, מתוך כבוד לערכיו;
 - (3) התייחסות לבני משפחתו של המטופל ושיתופם ככול שרלוונטי.
- **רצף, תיאום ואינטגרציה:** תיאום ותקשורת בין מטפלים למען הבטחת איכות הרצף הטיפולי, ניהול המעברים במהלך הטיפול, ליווי המטופל ופנייה יזומה במעברים בין תחנות טיפול.
- **הטמעת שגרות של תיווך השלב הבא ושיקוף התיאום למטופל:** המטפל מחויב לניהול המעברים במהלך הטיפול, תוך הטמעת שגרות של תיווך השלב הבא ושיקוף התיאום למטופל, לפי עיקרון "מילים בונות מציאות".
- **מקצוענות:** המטפל אחראי שהטיפול המסופק למטופל ישקף רמה מקצועית גבוהה.
- **עדכניות:** המטפל אחראי להיות מעודכן בהתמדה הן בחזית הידע והן בקווים המנחים ובכלים הרלוונטיים לגישת "המטופל במרכז".
- **שיתופי פעולה מקצועיים:** המטפל אחראי ליזום וליצור שותפויות ידע רב-מקצועיות ואינטר-דיסציפלינריות למען הצלחת הטיפול.
- **עידוד המטופל להיות שותף להחלטות הטיפוליות:** המטפל מחויב להגברת מעורבותו של המטופל ולעידוד שותפותו בטיפול, תוך יצירת אווירה טיפולית המעודדת שיתוף ומאפשרת למטופל להביא לידי ביטוי שאלות ומשאלות המתעוררות ועולות בדעתו בנוגע לטיפול, גם בהקשרים רחבים.
- **יישום שגרות של סבב רופאים והחלפת משמרות התומכות בשיתוף המטופל ומשפחתו:** המטפל אחראי כלפי המטופל להכללתו בשגרות הסבבים והתמיכה של המערך המקצועי.
- **שימוש ב-Decision Aids:** המטפל מחויב לשימוש בכלים להנגשת שיקול הדעת הרפואי בקבלת ההחלטות הקליניות הנוגעות לטיפול מול המטופל.
- **תיעוד:** המטפל אחראי לתיעוד פעולות הקשורות לשיתוף המטופל בתיק הרפואי.
- **הנגשת מידע:** המטפל ייזום מתן מידע ברור המובן למטופל והסברים מונגשים ומותאמים, כך שבידי המטופל יהיו הכלים לקבלת החלטות מושכלות ככל

האפשר בניהול בריאותו. בתוך כך על המטפל ליצור סביבה מעודדת שאלות ולוודא כי המטופל אכן הבין את המידע.

- **הנגשה תרבותית:** המטפל מחויב לכבד את תרבותו של המטופל, מתוך הכרה כי לגורמים תרבותיים תיתכן השפעה על ההחלטות הטיפוליות המתקבלות.
- **הנגשה לבעלי מוגבלויות:** המטפל מחויב לטיפול המונגש לצורכיהם המיוחדים של בעלי מוגבלויות מקרב מטופליו. יישום החקיקה בתחום ומימוש זכויותיהם של בעלי מוגבלויות מתוקף החוק בתחומי הנגשה בהקשרים קליניים מתווכים באמצעות מערכת הבריאות והמטפלים. עם זאת, החקיקה אינה אלא נדבך בתפיסת "המטופל במרכז", היוצרת מחויבות של המטפל לעמידה במכלול אמות מידה כפי שתומצתו לעיל, אל מול צורכי המטופל.

המערכת

- **תשתיות:** מערכת הבריאות מחויבת לאספקת תשתיות מותאמות לפי תפיסת "המטופל במרכז":
 - (1) **תשתיות פיזיות -** תכנון תשתיות מונגשות, הולמות ומכבדות בממד הפיזי;
 - (2) **תשתיות אנושיות -** תכנון מצבת כוח אדם, לרבות מיון וגיוס, בקנה מידה לאומי על פי אמות המידה שמכתיב המודל ובהסתמכות על רכיביו. מצבת כוח האדם תהיה תואמת את תפיסת "המטופל במרכז", הן כמותית והן איכותית, ובכלל זה יאוישו יותר תפקידים תומכים, מתוך תשומת לב לתנאים המאפשרים למטפלים ליישם את מודל הטיפול הרפואי ממוקד המטופל.
- **ארגון ותהליכים:** מערכת הבריאות מחויבת להטמעת הגישה ממוקדת המטופל בתחומיה, לצד ייצוגה וקידומה כתפיסה אורגנית מחוץ לתחומי המערכת:
 - (1) **מדיניות ורגולציה -** המערכת מחויבת לקידום מדיניות ממשלתית התומכת ביעדי הגישה ממוקדת המטופל ולעידוד רגולציה מותאמת ומושכלת;
 - (2) **תמרוץ ותמחור -** על המערכת לפעול להתאמת מבנה התמחור והתמריצים להשגת יעדי הטיפול הרפואי הממוקד מטופל;
 - (3) **קידום גישת "המטפל במרכז" בתכניות הלימודים ובהשתלמויות -** על המערכת לפעול להטמעת עקרונות מתן שירות התואמים את הגישה כחלק מהטיפול הרפואי, הן באמצעות שילוב תפיסת "המטפל במרכז" בתכניות הלימודים של המטפלים ונותני השירות, מיומם הראשון ללימודים, והן באמצעות חינוך והסברה של הצוות המטפל במהלך השתלמויותיהם לאורך מסלול הקריירה;
 - (4) **הנגשת השירות, תיאום ואינטגרציה -** המערכת מחויבת לשיפור מתמיד

של הרצף הטיפולי, התיאום והאינטגרציה, בין השאר באמצעות הסרת חסמים בירוקרטיים;

- (5) **תפיסת המקצוע והגדרות התפקידים** - מבחינה ארגונית על המערכת לדאוג להתאמות הנדרשות בתפיסת המקצוע ובניהול הגדרות התפקידים. בתוך כך ייתכנו תנודות בהרכב הפרופיל של המשאב האנושי, לצד שינויים מספריים במצבת כוח האדם, ובעיקר יותר בעלי תפקידים תומכים, ומבחינת תפיסת המקצוע, תשומת לב לתנאים מאפשרים למטפלים;
- (6) **זמינות ונגישות סבירים** - המערכת אחראית להטמעת עקרונות של נגישות סבירה לשירותים שהיא מספקת ולזמינותם הגבוהה עבור המטופל;
- (7) **אחריות מיניסטריאלית** - מתפקידה של המערכת לדאוג לטיפול אחריותם של המנהלים והממונים בכל הנוגע לגישת "המטפל במרכז".

■ **כלים להעצמת הקשר הטיפולי ושיתוף המטופל:**

- (1) האינטליגנציה הטיפולית - באחריות המערכת לספק לצוות המטפל כלים לשימור האינטליגנציה הטיפולית ולהעצמתה, ליזום הכשרות ולפתח מערכות מידע למטפל המיועדות לסייע בהנגשת מידע למגוון מטופלים ובהגברת התיאום בין המטפלים;
- (2) **מדידה והערכה** - המערכת מחויבת לפיתוח שגרות וכלים לשיתוף המטופל ומשפחתו, מתוך התייחסות למטופל כבעל תפקיד בטיפול. מעבר לזה, המערכת אף אחראית לשיפור מתמיד בגישת "המטופל במרכז" באמצעות כלים למדידה, להערכה ולמשוב, ובעיקר מדדי תוצא מכווני מטופל (PROMs), ו"קול המטופל" (Patient Advisory Council).

דיוני מושב 2 - שינויים סמנטיים או פרדיגמות חדשות?

אחת הסוגיות המרכזיות סביב הדיון ביישום תפיסת "המטופל במרכז" היא בדבר מידת השינוי הנדרש לשם כך במערכת הפרדיגמות המתקיימת כיום במסגרת שירותי הבריאות הממלכתיים. סוגיה זו רלוונטית במיוחד לאור העובדה שהדיון בעקרונות התפיסה חושף כי הטיפול הרפואי היה מאז ומתמיד מכוון למען רווחת המטופל, ואולם במהלך התפתחות מדע הרפואה ועם ההתקדמות בתחומי השירות הרפואי, לצד השינויים החברתיים הנלווים - הוסט בהדרגה הפוקוס מהמטופל. עם זאת, לנוכח המגמה, כיום התוצאה היא כבר מרחיקת לכת, שכן הקשר עם המטופל שנעשה מורכב הרבה יותר שחק ואף שלל את מעמדו המרכזי במרחב הטיפולי. הירתמות להשבת מעמדו של המטופל לקדמותו מעוררת דיון ער בשינויים הנחוצים כיום במערכת כדי לבלום את המגמה המתמשכת כך שהטיפול הרפואי יהיה ממוקד מטופל בתפיסתו. האם אלה מתמצים ברובד הסמנטי בלבד, או שמא השבת מעמדו תובעת ניתוח מוחלט של פרדיגמות טיפוליות קיימות, תוך עיצובה מחדש של המערכת כולה? האם מדובר בכיוונים עדינים של מערכת שסטתה מעט ממסלולה, או בכיול המערכת ובחישוב מסלול מחדש של כלל התהליכים הטיפוליים, המבנים האדמיניסטרטיביים, התפקידים, המקצועות, יחסי הגומלין בצוות הטיפולי, אופי ההכשרה הרפואית כולה, המבנה והתשתיות - מהמסד עד הטפחות?

הדיון שלפנינו עוסק בחמש פרדיגמות מרכזיות נבחרות שבהן טמון הכוח להשפיע על ביסוסה מחדש של תפיסת "המטופל במרכז" ולקדם את השינוי המיוחל (טבלה 1).

טבלה 1: פרדיגמות מרכזיות של מדיניות, השוואה בין דפוסים הנוטים להסתת המיקוד מהמטופל לבין דפוסים המקדמים ביסוס מחדש של גישת "המטופל במרכז"

| פרדיגמה התואמת נטייה להסתת המיקוד מהמטופל | Ⓢ | פרדיגמה המבססת מחדש את גישת "המטופל במרכז" |
|--|---|--|
| גישה טיפולית ביומדיקלית | Ⓢ | יצירת ערך בטיפול עבור המטופל |
| פטרנליסטיות | Ⓢ | העצמת המטופל |
| פראגמנטציה של הטיפול הרפואי | Ⓢ | רצף טיפולי |
| מבנה ארגוני מסורתי של בעלי מקצועות ותפקידים, תוך קיום יחסי גומלין מינימליים ובלתי רציפים | Ⓢ | הגדרה מחדש של בעלי תפקידים המייצרים סינרגיה ביניהם ורצף טיפולי אל מול המטופל |
| מבנה ותשתיות המייצגים מודלים פטרנליסטיים שמרניים | Ⓢ | תשתיות פיזיות המשקפות הלימה גבוהה לצורכי המטופלים |

1. מגישה ביומדיקלית קונבנציונלית למודל יצירת ערך עבור המטופל

בענפים המספקים שירות נהוג כי הערך של השירות נמדד גם לפי נקודת מבטו של הלקוח. בשירותי הבריאות, חרף השאיפה הגוברת לספק שירות כוללני, היחס ללקוח הוא בראש ובראשונה כאל מטופל, והערך הרצוי לו מהטיפול אינו נתפס בהכרח כתוצאה הטיפולית בעלת הרלוונטיות המרכזית. יתרה מכך, הערך הטיפולי החשוב למטופל בבואו לקבל טיפול אינו מקובל בהכרח כרכיב אינטגרלי של טיפול איכותי, אינו נמדד בשגרה ואינו זוכה לכל תגמול במערכת.

לעומת זאת, בבסיס תפיסת "המטופל במרכז" ניצב עיקרון השגת הערך הטיפולי, כפי שהמטופל עצמו מגדיר. מימושו של ערך זה זוכה למיקום מוביל ברכיבי הגדרתו של המושג "רפואה איכותית". השגת ערך למטופל מצריכה: 1. גישה הוליסטית של המטפל והמערכת לבריאות המטופל; 2. שיתוף פעיל של המטופל בהגדרת מטרות ריאליות לטיפול; 3. שיתוף פעיל של המטופל בהחלטות הטיפוליות לאורך התהליך כולו, עד להשגת הערך המרבי האפשרי (1-3).

כדי לעמוד על משמעות המושג "ערך בטיפול", יש להבין מה חשוב למטופלים, הן בקנה מידה של המטופל היחיד והן בקנה מידה של קבוצות מטופלים בעלות מכנה משותף רלוונטי. מכנה משותף כזה יכול להיות מצב רפואי או מחלה מסוימת, אך גם

משתנים דמוגרפיים, כגון גיל ומגדר, עשויים להיות רלוונטיים בהשפעתם על הגדרת ערך טיפולי עבור מטופלים. לדוגמה, ייתכן כי לאישה צעירה המועמדת להסרת גידול סרטני מהשד תהיה הגדרת ערך נוספת למושג תוצאה טיפולית טובה, מלבד הסרה שלמה של הגידול. יתרה מכך, ייתכן כי מנעד הערכים הרצויים לאישה הצעירה מניתוח הסרת גידול סרטני בשד יהיה שונה מהערך הרצוי לאישה בעשור התשיעי לחייה או לגבר במצב דומה.

מעבר מתפיסה טיפולית ביומדיקלית קונבנציונלית לתפיסה המקדמת את השגת הערך המבוקש על ידי המטופל יחייב בהכרח גם הגדרה מיוחדת של רכיבי הטיפול האיכותי ומדדיו. דומיננטיות של פרדגימת הערך למטופל תניב מטיבה התמודדות תחרותית בין ספקי שירות על הדרך המיטבית להשגת טיפול מוצלח במונחים של תוצאי ערך שאינם מזוהים עם מדדים קונבנציונליים של תמותה, תחלואה, תפוקות ורווחיות (4).

מתוקף מודל יצירת הערך עבור המטופל, לכל שחקן במערכת - מטופל, מטפל, מבטח או בית חולים - יש תפקיד ביחסי הגומלין ליצירת ערך זה. מכאן שביסוס תפיסת "המטופל במרכז" ויישומה מחייבים הגדרה מיוחדת של הפרדיגמות בתחום יחסי הגומלין בין כלל גורמי הטיפול ומרכיביו (5-9). גם ליצירת רצף בין המשתתפים בטיפול וכן בין שלל רכיבי המערכת נודעת חשיבות רבה בתפיסת "המטופל במרכז". לדוגמה, הערך מטיפול בחולה כרוני נקבע לאורך הרצף הנע מרפואת הקהילה, דרך מהלך האשפוז ועד לתהליך עיבוד החוויה לאחר שחרורו של המטופל מבית החולים. על פי מודל הערך למטופל, יש לזהות מה חשוב עבור אותו מטופל, הן ברגעי קיצון המשתקפים במעבר חד מבריאות לחולי והן במצבי שגרה הכוללים חולי כרוני או במניעת מצבי חולי עתידיים. לפיכך, גם בתחום הרצף הטיפולי מתחייבת הגדרה מיוחדת של הפרדיגמות.

2. מפטרנליסטיות להעצמת המטופל

לפי הגדרת ארגון הבריאות העולמי, המושג "העצמת המטופל" מתייחס לתהליך שבמסגרתו המטופל מבין את תפקידו וניתנים בידיו הכלים לבצע את משימתו בסביבה המזהה הבדלים תרבותיים וקהילתיים ומעודדת את השתתפותו. תהליך מוצלח של העצמת המטופל מספק לו הזדמנויות וסביבה לפיתוח מיומנויות, ביטחון וידע שיאפשרו לו לנוע מעמדה סבילה להשתתפות פעילה בטיפול (10).

לאור רציונל זה, מפגש בין מטופל מועצם - מונע, אקטיבי ובעל ידע - לבין צוות

טיפול מוכן, יוזם ופרואקטיבי יוביל לאינטראקציה איכותית יותר ולתוצאות משופרות עבור המטופל (11). כבר בעצם הגדרת המושג "העצמת המטופל", רכיביו ותכליתו מגולמת גישת "המטופל במרכז". העצמת המטופל - כפי שמתבטאת בהבנת תפקידו, ברכישת מיומנויות, באקטיביות ובמעורבותו, מתוך התרחקות מהמודל הפטרנליסטי והתקרבות למודל השיתופי מטפל-מטופל - מתמקדת בעיקר בארבע חזיתות: 1. חיזוק אוריינות הבריאות של המטופל; 2. הגנה על זכויות המטופל וקידומו; 3. אפשור השתתפותו של המטופל בתהליכי קבלת החלטות; 4. תמיכה לניהול הטיפול העצמי של המטופל במסגרת הטיפול ההוליסטית.

ארגוני בריאות וגורמים מקצועיים בתחום מתמקדים בהעצמת המטופל באמצעות הדרכה לניהול הטיפול העצמי. מטופל מועצם יהיה מסוגל לקבל עליו את הניהול העצמי של בריאותו מתוך הבנה של מצב בריאותו, ירגיש מסוגל להשתתף בתהליך קבלת ההחלטות ולקבל החלטות מושכלות לגבי טיפול מול אנשי מקצוע, יבין את הצורך בהחלת שינויים, מרחיקי לכת לעתים, באורח חייו, יהיה כשיר לנסח את השאלות המציקות לו ולחפש תשובות, יוכל לחפש מידע ויהיה מסוגל לקבל אחריות פעילה על בריאותו (12,13). זאת ועוד, מטופלים מועצמים מצויים פחות באזורי מצוקה של חוסר אונים, שכן הם מבינים טוב יותר כיצד לנווט בין השחקנים המרובים במערכת הבריאות, הם ידעו לאיזה גורם לפנות, איזה מידע לדרוש וכיצד לפעול. כך, למעשה, ההעצמה אף נמצאת בשירות הרצף הטיפולי.

בתהליך ההעצמה, רוכש המטופל מיומנויות לניהול הטיפול העצמי המיושמות בפעילות היומיומיות שלו לטיפול מחלתו או במצב בריאותו לטווח הארוך. כל זאת, מתוך רציונל שלפיו שינויים חיוביים בהתנהגויותיו של הפרט, באמונותיו ובמצבו הרגשי נקשרים בחוסן והם בעלי השפעה ניכרת על מצב בריאותו ועל איכות חייו. המטופל אחראי לבצע את שינויי ההתנהגויות בתמיכת אנשי מקצועות הבריאות, והשינויים יכולים לכלול את תפריט התזונה שלו, את דפוסי פעילותו הגופנית, ניטור פעיל של תסמינים, דיווח על שינויים לצוות הרפואי ויישום דרכים להתמודדות עם מצבים רגשיים (14).

תמיכה בניהול עצמי מתייחסת לשירותים התומכים במטופלים בביצוע שינויים חיוביים בחייהם ובהתמדה בשינויים שהושגו. לדוגמה, קורסים ייעודיים למטופלים שאובחנה בהם מחלה כרונית, סדנאות קבוצתיות, סדנאות תמיכה בהתמודדות עם תסמינים נפוצים, כגון כאב, עייפות ומתח, תוכניות אימון אישיות, ייעוץ טלפוני ותוכניות מקוונות (15). דוגמאות ליישום:

- **שירותי אימון אישי לחולי סוכרת -** אימון שנועד לשנות את גישת המטופל למחלה, מתפיסת המחלה כגזרת גורל ומעמדה פסיבית כלפיה לעמדה אקטיבית, ללמידה ולקבלת אחריות. האימון כולל הסברה ולימוד אינפורמטיבי בנוגע למחלה, יצירת תחושה של מחויבות אישית, התמקדות בעשייה ורכישת מיומנות להתמודדות יומיומית עם המחלה.
- **סדנאות קבוצתיות למבחר מטרות ובמגוון תחומי התמודדות -** מהתמודדות עם מחלה כרונית ועד צעדים לקידום בריאות, כגון גמילה מעישון.
- **מוקד מקוון -** מעניק לחולה במחלה כרונית שירות וטיפול פרואקטיבי המתבסס על עבודת צוות רב-מקצועי ואחות אישית, כגון מוקד "מומה" שמפעילה מכבי שירותי בריאות, שירות רב-תחומי מתקדם לתמיכה ולטיפול בחולים כרוניים.
- **שילוב טכנולוגיות מידע ותקשורת בשירות בריאותי/רפואי -** מדובר בפרקטיקה יומיומית במאה ה-21, דוגמת יישומי בריאות, חיישנים רפואיים ומוצרי ניטור המייצרים אפשרויות חדשות לטיפול ולמעקב מרחוק. אמצעים אלה ואחרים מאפשרים טיפול בקהילה או בבית, ויתרה מכך גם את ניהולו השוטף של הטיפול באופן רציף כמעט מכל מקום.

3. מפרגמנטציה לרצף טיפולי

הפרגמנטציה המאפיינת את שירותי הרפואה כיום היא אחד הרעות החולות בכל הקשור להסטת המיקוד הטיפולי מהמטופל. דוגמה בולטת לכך משתקפת בטיפול בחולים במחלות כרוניות, טיפול המאופיין בגישה רב מקצועית ובריבוי מטפלים. מתברר כי לעתים קרובות אין תיאום בין אנשי המקצוע ושלל המטפלים, וכך מתאפיין הטיפול בקטיעה ובפרגמנטציה של הטיפול, בייחוד לנוכח העלייה בשיעורי התחלואה במחלות כרוניות (17,16).

רצף טיפולי בהגדרתו הוא מתן שירות מתואם ואינטגרטיבי, תוך הימנעות מכפילות טיפולית, והקלת התנועה במעברים בין מטפלים ובין מסגרות טיפוליות שונות. הרצף הטיפולי הוא אחד הרכיבים החשובים בתפיסת הטיפול הרפואי הממוקד מטופל. שמירת הרצף הטיפולי וההמשכיות בהיבטים של קשר, מידע וניהול המחלה הן מאתגריהן הגדולים של מערכות הבריאות במערב בהקשר של העצמת המטופל והצבתו במרכז. במהלך השנים פותחו מודלים רב ממדיים קְתָקְלִים המושתתים על כמה היבטים של המשכיות ורצף טיפולי (18). המודל המקובל ביותר עוסק בשלושה סוגים של המשכיות:

- **המשכיות במידע (Informational Continuity)** - מידע על המחלה או על המטופל המועבר בין מטפלים ומאירוע רפואי למשנהו. המידע המתועד הוא בדרך כלל אודות המצב הרפואי, אבל המידע אודות העדפות החולה, ערכיו וההקשר שלו חשוב אף הוא.
- **המשכיות בניהול המחלה (Management Continuity)** - רכיב במודל ההמשכיות המייצג גישה עקבית וקוהרנטית המגיבה לצורכי הטיפול המשתנים של המטופל. ההמשכיות בניהול המחלה היא גורם חשוב במיוחד בהקשר של מחלות כרוניות מורכבות הדורשות מעורבות של צוות רב מקצועי הכשיר לעבוד בשיתוף פעולה על מטרות טיפוליות משותפות.
- **המשכיות בקשר הבין-אישי (Relational Continuity)** - מתייחסת לקשר טיפולי מתמשך בין המטופל למטפל אחד או יותר. סוג זה של המשכיות חשוב במיוחד ברפואה הראשונית ובבריאות הנפש, אך גם בהקשרים טיפוליים המתאפיינים בציפייה מועטה לביסוס קשרים מתמשכים עם מטפלים שונים, דוגמת טיפולי בית, נדרש צוות ליבה יציב של מטפלים (19).

חשיבות הרצף הטיפולי מנקודת ראותו של המטופל והערך המיוחס לטיפול:

- **המשכיות של קשר בין-אישי** - מדובר בערך המצוי בליבת הרפואה הראשונית ועניינו באחריות טיפולית, בקשר אישי ומתמשך ובמתן אמון. המשכיות על רקע קשר בין-אישי מסוג זה, כפי שמשקפת בטיפול אצל רופא המכיר את המטופל ואת ההיסטוריה הרפואית שלו, נקשרה עם שיפור בתוצאי בריאות, מאפשרת ביטחון רב יותר במטפל, מטופלים שבעי רצון יותר ואיכות חיים גבוהה יותר של המטופל (20-22).
- **המשכיות במידע** - סוג זה של המשכיות פוטר את המטופל מהצורך להציג את עצמו ואת מצבו הרפואי מחדש בכל מפגש ראשון שלו עם רופא או מומחה. ההכרח "לספר את סיפור המחלה" עלול להתברר כנטל נפשי וכגורם שוחק עבור חולים במחלה מורכבת או בתחלואה נלווית. לעתים קרובות נופל נטל זה על כתפיהם של בני המשפחה המלווים. זאת ועוד, ריבוי המידע לצד בעיות זיכרון לעתים עלולים להפוך את השליטה של המטופל בכל הפרטים בזמן אמת למשימה מעיקה, לרבות בהקשרים של מעקב אחר השינויים בטיפול התרופתי, רגישויות ואלרגיות.

■ **המשכיות בניהול המחלה** - משמעה שהמטופל נהנה מגישה עקבית וקוהרנטית של צוות רב מקצועי הפועל לניהול מחלתו באופן משלים בתקופת זמן מוגבלת (25-23). בהקשר זה, תוכניות ניהול מחלה משותפות או פרוטוקולים טיפוליים ברורים מחזקים את ממד המשכיות הניהולית ומעניקים תחושה של ניבוי וביטחון בטיפול מנקודת ראותו של המטופל. המטופל חווה את המשכיות הטיפול כשהוא חש כי מטפלים שונים מכירים את עברו הרפואי, מאוחדים בדעתם על דרכי הטיפול וממשיכים לטפל בו לאורך זמן (27,26).

4. מקצועות, תפקידים יחסי גומלין - מקונפליקט לתפיסת ערך טיפולי משותפת

הארגון הקיים של שירותי בריאות בקהילה ובבית החולים מתבסס על תהליכים ומבנים מקובעים ומקבעים, שעלולים לעתים להוות חסם ליצירת ערך מרבי עבור המטופל. נדמה כי קיים פער בין השאיפה למקם את המטופל במרכז לבין מבנה מערכת הבריאות בישראל ומתן מענה לצורכיהם של המטופלים והעדפותיהם. קביעת הערך למטופלים כיום נדונה בין השחקנים השונים בסביבה מפולחת ומורכבת: הקופות, בתי החולים, ספקים של ציוד רפואי אסטרטגי ותרופות, משרד הבריאות, משרד האוצר ואנשי טיפול שונים. בהתחשב באילוצים הכלכליים, מתקיימים מטבע הדברים ניגודי עניינים וקונפליקטים בין השחקנים.

תפיסת ערך משותפת המכוונת עבור המטופל עשויה לאחד בין כלל השחקנים, התומכים ממילא בקידום בריאות ביעילות מרבית עבור המטופלים. פיתוח האינטרס המשותף בין כלל השחקנים ייעשה באמצעות ביסוס תהליכים כגון אקלים ארגוני, תקשורת בין פרופסיות ובתוך כל פרופסיה, פיתוח סגל רפואי ועידוד יכולות המעגנות תקשורת מבוססת דיאלוג ומשא ומתן מתמיד עם מטופלים. כל זאת, לאורו של הערך למטופל מנקודות ראותו (28).

תנאי הכרחי ליישומה של תפיסת המטופל במרכז הוא ההכרה של קברניטי המערכת בנחיצות המיפוי מחדש של חלוקת התפקידים והמקצועות המסורתיים ויחסי הגומלין ביניהם. חשיבה שכזו חיונית במיוחד לאור ההתקדמות המדעית והטכנולוגית המואצת, המייתרת מקצועות מסוימים ומנגד מייצרת צורך בוער בתפקידים אחרים (29-31). בבסיס המיפוי מחדש נדרשת נורמה עדכנית של צוותים רב תחומיים ובין-תחומיים בקהילה ובבתי החולים, שייצרו התמחויות ושירותי בריאות "ללא גבולות", הן ברובד הפיזי והן בהיבט רצף האחריות לבריאותו של המטופל. צוותים רב תחומיים אלה יגובשו בין התמחויות ומקצועות כדי להגיע לשילוב

כוחות מיטבי למען המטופל, מתוך הסכמה הדדית. שירותי בריאות "ללא גבולות" נחוצים גם כמגמת נגד לנטייתם של אנשי צוות להסתגר באזורי הנוחות של תחומי התמחותם, בעוד שהידע הרפואי המתפתח בהתמדה מערער את הסדר הישן עד כדי פריצתם המוחלטת של הגבולות והפלת החומות בין ההתמחויות המסורתיות. פער זה מייצר קונפליקט קבוע בין החשיבה הרפואית התבניתית הנגזרת מאותה חלוקה להתמחויות נבדלות לבין המגמה המואצת הפורצת את הסכרים בין התחומים בבתי החולים וכן בין מקצועות רפואיים בקהילה כדי לייצר תפיסת עולם טיפולית שלמה ומגובשת. תפיסת המטופל במרכז שואפת בהתאמה לעצב מערכת פתוחה ונטולת חיץ בין ההתמחויות והדיסציפלינות, מערכת שהיעד שלה הוא יצירת תמונת רפואה שלמה יותר.

מרכיבי עיצובה מחדש של מערכת הבריאות:

1. צוותים רב-מקצועיים - סגנון העבודה בצוותים רב מקצועיים חשוב במיוחד בטיפול בחולים במחלות כרוניות, אך חיוני גם במצבים רפואיים מורכבים אחרים. מחויבות אישית לגישה זו היא גורם מכריע בתפקוד הצוות, ולשם כך נחוץ תחילה שינוי פרדיגמה כולל בקרב מטפלים - רופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות השונים - לצד הכרה של כל אחד מהם בהיותו חלק בלתי נפרד מצוות חשיבה ועבודה רב מקצועי משותף הפועל להשגת יעדים טיפוליים וליצירת ערך עבור המטופל, מנקודת ראותו. האחריות לקיומו של מערך ארגוני המאפשר ומתמרץ סגנון עבודה זה מוטלת הן על המערכת, מעצם תפקידה ליצור תנאים מאפשרים ומערך תגמול מתאים, והן על בתי הספר לרפואה, שמתפקידם להטמיע את ההכשרה לעבודה בצוות רב מקצועי כחלק אינטגרלי מלימודי הרפואה, הסיעוד ומקצועות הבריאות.

2. הגדרת מקצועות ופיתוח תפקידים חדשים - פיתוח ויצירה של מקצועות ותפקידי בריאות חדשים, שינוי ייעודם של מקצועות וביטול תפקידים שחיוניותם פחתה, כל אלה הם חלק בלתי נפרד מעיצובה מחדש של מערכת הבריאות. הדוגמאות שלהלן למקצועות חדשים ולשינויים בהגדרת התפקידים מהוות נקודות זינוק להליך פיתוחו של מערך ארגוני מתואם שישתפר בהתמדה, תוך כדי תנועה:

■ **מתאמי טיפול ורצף (אינטגרטורים):** מדובר במגוון תפקידים בדרגים ניהוליים שונים, המבטיחים רצף טיפולי ותיאום בתוך המערכות וביניהן. תפקידם כולל, בין השאר, תכנון, כתיבה והפעלת דפוסי עבודה מובנים, תוך שיפור תהליכים ויצירת אחידות בשירותי הבריאות. תפקיד נוסף של מתאמי הטיפול והרצף הוא יצירת

שיתוף פעולה בין-סקטוריאלי נרחב לצורך פיתוח מענה טיפולי כולל - רפואה, סיעוד, תזונה, עבודה סוציאלית, שיקום, רוקחות, חינוך וקידום בריאות, לצד הפעלת מערך מעקב ובקרה שוטף להשגת יעדים. עבודת המתאם, כמשמעה - מתבצעת מחד גיסא מול המערכות ומאידיך גיסא מול המטופל.

■ **מ-Generalist ל-Hospitalist:** מדובר בשינוי קונספטואלי שהתחולל בארצות הברית ובמרכזו מעבר מתפיסה של רופא כללי המטפל במטופל הן בקהילה והן באשפוז, לרופאי אשפוז כלליים המטפלים במטופל האופייני - גיל מבוגר, ריבוי מחלות נלוות ותרופות - הן בסביבת הטיפול הפנימית והן בסביבת הטיפול הכירורגית. תפקיד זה מאפשר התמקצעות בטיפול כוללני יותר במטופל האופייני ותורם לשיפור במדדי הרצף הטיפולי ועקביותו.

■ **אחות מומחית:** תפקיד האחות המומחית כולל ניהול עצמאי של טיפול רפואי במצבים שגרתיים. מדובר במקצוע מוכר בארצות הברית, המקודם גם על ידי משרד הבריאות בישראל. כיום, תוכנית ההכשרה המוצעת מיועדת לאחיות מוסמכות בעלות תואר שני וכוללת ניהול טיפול במחלות כרוניות שכיחות, זיהוי מצבים חריפים ומסכני חיים, כלים מתקדמים הנדרשים לקבלת החלטות ועוד. התחומים המאושרים כיום כוללים אחים ואחיות מומחים בטיפול תומך, סיעוד גריאטרי, סוכרת, פגים וכירורגיה. משרד הבריאות ממשיך בפיתוח תוכניות נוספות לאחיות מומחיות.

■ **רוקחים קליניים:** חשיבות הרוקחים הקליניים היא בטיוב הטיפול התרופתי, לרבות מינוני תרופות ותגובות בין-תרופתיות, תוך התייחסות ייחודית למצבו של המטופל ולמחלות הרקע שלו. יתרה מכך, תפקיד הרוקח הקליני הוא לייצר אינטראקציה עם מטופל הממוקדת בטיפול התרופתי שהוא נוטל, ובתוך כך להקנות לו ידע שיאפשר לו היענות טובה יותר לטיפול ויצמצם נזקים הנובעים מטיפול תרופתי לא-מיטבי.

■ **עוזרי רופא:** יישום תפיסת "המטופל במרכז" כולל בין השאר דרישה לאפשר לבעלי המקצועות לעסוק במהות העיקרית של תפקידם (Practicing at the top of the license). אחד הכלים המאפשרים קיומו של עיקרון זה בא לידי ביטוי בתפקיד חדש, שהוכר לא מכבר גם במערכת הבריאות בישראל - עוזר הרופא. התפקיד כבר מוכר בכמה תחומים: רפואה דחופה במלר"ד בבתי החולים, הרדמה ופתולוגיה, וכיום נבחנת הרחבת התפקיד אל עבר תחומים ואתרים נוספים.

■ **תפקידים תומכים:** תפקידים כגון כתבנים, נוטלי דגימות ומבצעי אק"ג, שנוצרו מתוך צורך בשטח לאפשר למטפלים זמן רב יותר לאינטראקציה ישירה עם מטופליהם - שיחה, בדיקה וטיפול - בלי שמסך המחשב יחצוץ ביניהם.

3. הגדלת המרחב הפיזי והווירטואלי שבגבולותיו מתבצע הטיפול - מרכיב זה נוגע לקידום עקרונות "הרפואה השלמה", הדוגלת בטיפול המתמשך מעבר לנקודת הציון של הביקור בחדר הרופא - לפניו ולאחריו. מרכיבי הרפואה השלמה כוללים בין השאר הכנה מקדימה לביקור, במטרה לאפשר זיהוי מוקדם של צורכי הטיפול, תכנון הביקור ועיון בחומר הנדרש לשם כך בטרם הביקור, שימוש ברפואה וירטואלית כחלופה וכהשלמה לביקורים במרפאה, יישוג (Outreach) שיטתי של צרכים שלא סופקו במהלך הביקור, וכן מעקב אחר אשפוזים בבתי חולים ובחדרי מיון ומעקב אחר בטיחות בטיפול התרופתי.

5. ממבנה ותשתיות המייצגים מודלים ישנים להלימה גבוהה לצורכי המטופלים

מבנה מערכת הבריאות והתשתיות שבשימושה תוכננו לפני שנים רבות, ומייצגים לעתים קרובות תפיסה שמרנית המקדשת את המודלים הטיפוליים המסורתיים. בכוחן של תשתיות - הן במישור הפיזי והן במישור המבנה הארגוני - להוות חסם בדרך ליישום תפיסת "המטופל במרכז", אם על ידי אי-התייחסות לצרכיו של המטופל בתחומי הפרטיות, או אם עקב היות התשתית בלתי מונגשת לכלל האוכלוסייה או משמרת היררכיות מיושנות ביחסי מטפל-מטופל. ההתמודדות עם פערי תשתית ומבנה היא מורכבת מאוד, ולעתים כרוכה בהשקעה כספית שאינה מצדיקה את הערך הצפוי מהשינוי. עם זאת, על מתכנני המערכת להיות מודעים לשכיחות הגבוהה של העדר הלימה בין התשתיות הפיזיות לבין צורכי המטופלים ולפעול לתכנון רגיש יותר של תשתיות עתידיות, לצד תכנון מבנים טיפוליים חדשים המשתמשים בפתרונות טכנולוגיים ובשינויים מבניים קלים יחסית ליישום. דוגמאות לפרדיגמות חדשות הקשורות לשימוש בתשתית:

■ **טֵלֶרפּוּאָה כסביבת טיפול חדשנית ונגישה:** סוגים רבים של מפגשי מטפל-מטופל ואף טיפולים מסוימים יכולים להינתן באמצעים דיגיטליים, המבטלים את התלות במרחק הגיאוגרפי, ומנגישים את הטיפול למטופל מתוך בחירתו. התייעצות סינכרונית וא-סינכרונית עם רופאים מומחים מתקיימת כבר שנים רבות, ובאחרונה אף ניכרת התקדמות אל עבר טיפולי שיקום מרחוק - פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאי תקשורת - שנמצאו יעילים כטיפולים פנים

אל פנים. הִטְלָרְפּוּאָה מתבררת ככלי יעיל לצמצום פערים, ואלה אינם מסתכמים בפערי מרחק אלא במכלול היבטים של נגישות השירות. השימוש באמצעי זה אמנם כבר הוכיח את עצמו במונחי עלות-תועלת, שכן בכוחו לחסוך עלויות ולהתאים יותר לצרכיו של המטופל, אך הוא מחייב שינוי קונספטואלי בסביבת הטיפול.

■ **טיפול ביתי:** ביתו של המטופל הוא לעתים קרובות הסביבה הטובה והנוחה ביותר עבורו לקבל טיפול ולחוות שיפור בתוצאים קליניים ואחרים. הבית כסביבה טיפולית עשוי לשמש חלופה עדיפה לאשפוז בבתי חולים כלליים או במוסדות להמשך טיפול. השאיפה היא כי חולים כרוניים בדרגות שונות - מסוכרתיים צעירים בגיל העבודה ועד לקשישים מרותקי בית - יישארו בקהילה, כשהמערכת נערכת בפתרונות מותאמים - מהעצמה לניהול טיפול עצמי ועד לטיפול מוגש טכנולוגית בבית המטופל. על פני כל הטווח הזה, המטופל נשאר במרכז, בעוד המערכת היא שמפתחת גמישות ומבצעת שינויים כדי להיענות לצרכיו ולהעדפותיו של מטופל, כפי שהוא עצמו הגדיר. טיפול ביתי יכול לכלול טווח רחב של שירותים, לרבות שיקום בית למגוון מצבים, מסלול אקוטי דינמי, שמשמעו קיצור אשפוז או תחליף אשפוז, וכן מסלול משמר, שמיטיב אף עם המערכת בתרומתו לצמצום אשפוזים ולמניעתם.

סיכום

נראה כי בדרך ליישום תפיסת "המטופל במרכז", אין מנוס במרבית המקרים מפרידה מפרדיגמות מיושנות. ההתלכדות סביב המטרה - יצירת ערך עבור המטופל והתמקדות בו - כרוכה ככל הנראה בעיצובה מחדש של המערכת בכללותה, שכן השינויים הנדרשים רבים מספור, ונוגעים בכל מנעד הרבדים - המטופל, המטפל והמערכת. השינוי המתרחש הוא הדרגתי מטיבו, ומקרב שלל המשימות הצפויות כדאי להגדיר תחילה את אלו המהוות תשתית בסיסית ביותר שתאפשר את התחלת יישומה של התפיסה:

א. טיפוח מנהיגות - דרג ניהולי בכיר המהווה מודל והשראה בהצבת המטופל במרכז, מנהיגות המבינה לעומקם את עקרונות הגישה.

ב. יצירת תרבות ארגונית תואמת - תרבות ארגונית המאפשרת הטמעה ויישום כלים המאפשרים טיפול מיטבי. יש להעצים את עיצוב תרבות "המטופל במרכז" גם על ידי מיסוד מנגנוני הערכה ותגמול מתאימים והחזרים הולמים.

ג. הכשרת סגל קליני וסיעודי - הכשרת הסגל למקצוענות בתחום ולניהול ציפיות המטופל.

ד. שיתוף משאבים ויצירת שותפויות - לצורך שיפור הטיפול בחולים כרוניים, על המרפאות בקהילה ובבתי החולים למסד קשרים עם מוסדות קהילתיים המספקים שירותים משיקים במגוון תחומים, ולשתף פעולה עם הגופים הרלוונטיים, כגון ארגונים המציעים סדנאות לניהול עצמי וקבוצות תמיכה, מרכזים לפעילות גופנית ומרכזי גמלאים.

ה. תמיכה ועידוד לניהול עצמי - הטיפול הראשוני והמרכזי במצבים כרוניים הוא על ידי המטופל עצמו. לפיכך, יש לספק למטופלים אמצעים לשליטה יומיומית במצבם, החל מכלים וידע לניהול תזונתי, עבור באפשרויות לניהול אורח חיים בריא ומקיים, וכלה במיומנויות שימוש בכלי מדידה קליניים, הבנת התוצאות ואיזון.

ו. תמיכה מקצועית בהחלטות - כדי להבטיח מקצועיות בטיפול, גם בהעדר מעורבות קבועה של איש מקצוע, לצוות המטפל צריכה להיות גישה לסטנדרטים הקליניים המבטיחים טיפול הולם במצבים כרוניים, לצד אפשרות נוחה וזמינה להתייעצות עם מומחים.

ז. מערכת מידע קליני למעקב אחר תוצאים - למערכת מידע קליני ייעודית שלושה תפקידים מרכזיים: 1. לספק סימנים ותזכורות עבור הצוות המטפל המאפשרים להם לעמוד בסטנדרטים מקצועיים; 2. לספק לצוות הרפואי משוב בנוגע למצב המטופלים במבחן מדדים; 3. לייצר רשימות ממוינות של מטופלים לפי מצבם הכרוני, כתשתית להרכבת תוכניות טיפול מותאמות אישית. הסימנים והתזכורות המתקבלים על סמך תוצאות הבדיקות מאפשרים לצוות המטפל בניית תוכניות גלובליות לפי תתי-אוכלוסיות וכן לשפר בהתמדה תוכניות טיפוליות שהותאמו אישית עבור המטופל.

דיוני מושב 3 - מדדים ליישום תפיסת המטופל במרכז מערכת הבריאות

רקע

העדויות בדבר השפעתו המיטיבה של הטיפול הממוקד מטופל (Patient Centered Care), הן על התוצאים הקליניים של הטיפול והן על איכות חייו של המטופל, מעלה את שאלת המדידה וההערכה: מהן השיטות המיטביות, ואילו כלים הם היעילים ביותר למדידת טיפול ממוקד מטופל? האם נחוצה אינטגרציה בין שיטות מדידה או לחלופין האם יש שיטת מדידה מיטבית אחת?

בתחילת הדרך, נחלקו הדעות בשאלת הערך שמניבה בחינת תוצאים על סמך עמדה סובייקטיבית ואינדיבידואלית, שכן אין זו פרקטיקה מבוססת ראיות (Evidence-Based Practice). עם השנים יושבו חילוקי הדעות, וכיום אין חולק כי תוצאי בריאות משופרים נמדדים ומוגדרים גם על סמך עמדתו הסובייקטיבית והאינדיבידואלית של המטופל.

את תהליך המדידה יש להתחיל ברובד מקבלי החלטות בקנה מידה לאומי, במדידת עמידתם ביעדים הלאומיים שהציבו לאור החזון והמדיניות שנקבעו.

בפרק זה ייסקרו מבחר שיטות למדידת איכות הטיפול הממוקד מטופל מישראל ומהעולם: סקרים הבודקים את חוויית המטופל ומשפחתו (Patient Reported Experience Measures); סקירת מדדים של תוצאי הטיפול, לפי דיווח המטופל (Patient Reported Outcome Measures); מדדי שיתוף המטופל בקבלת החלטות רפואיות (Shared Decision Making); הערכה והשוואה בין-לאומית של סטנדרטים ואמות מידה במבחר תחומים, לרבות תשתיות, רצף טיפולי ונגישות לטיפול רפואי; הערכת ביצועים והערכת ההכשרה של מטפלים רפואיים לפי קריטריונים מוגדרים, ובראשם הערכת מקצוענות ואמפתיה.

שיטות ותהליכים למדידת טיפול ממוקד מטופל ויישומה של גישת "המטופל במרכז"

1. תפיסת המטופל את תוצאי הטיפול בו מבחינה רפואית, תפקודית וכללית (PROMs)

מדד PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) מסתמך על איסוף שיטתי של נתוני הדיווח העצמי של המטופל על מצבו הרפואי ועל מצב בריאותו

הכללי במבחר מצבים רפואיים. עבודות מראות כי שימוש שיטתי במידע מ-PROMs תורם לקידום תקשורת טובה יותר בין רופאים למטופלים, לשיפור תהליך קבלת ההחלטות ולהגברת שביעות רצון המטופל מהטיפול. עבודות אחרות מדגימות שיפור גם בתוצאים הקליניים, כגון הפחתה של תסמיני דיכאון.

אף שהשימוש במדדי PROMs מאפשר לקובעי המדיניות חלוקת משאבים מושכלת יותר - מבוססת ערך (Value Based) במקום מבוססת נפח (Volume Based) - הרי שמחקרים מעידים על חסמים טכניים, חברתיים, תרבותיים, חוקיים ולוגיסטיים המונעים הטמעה מוצלחת של מדדים אלה בחיי היומיום. אמנם לרוב מטופלים מברכים על מערכות המשתמשות בקביעות ב-PROMs, אך עם זאת מציינים כי מערכות הדיווח עלולות להפריע למפגש הרפואי ולהעמיס על המטופל, וכי יש להקפיד שיהיו יעילות, ויתמקדו בקריטריונים החשובים מנקודת ראותו של הרופא בלבד. כך לדוגמה, רופאים נרתעים לעתים קרובות משימוש קבוע ב-PROMs עקב חשש מעומס ומפגיעה ביעילות. יתרה מכך, רופאים רבים מניחים כי אינם זקוקים למידע נוסף ממטופליהם, שכן מבחינתם רמת ההיכרות שלהם עם המטופל על בעיותיו בדרך הבלתי אמצעית - מספקת.

סקירת השימוש ב-PROMs ברחבי העולם - יישום שוטף של PROMs מתקיים בהיקף נרחב ברחבי העולם. להלן דוגמאות נבחרות לשימוש זה: 1. שוודיה - במערכת הבריאות במדינה קיים רישום איכות בתחום הראומטולוגיה שנוסד בשנת 1995 ומכיל נתונים על יותר מ-66,000 מטופלים, שהם 85% ממטופלי דלקת מפרקים שגרונתית (Rheumatoid Arthritis) בשוודיה. מטופלים אלה מזינים מידע במדדים הקשורים במחלה וכן במדדים כלליים של תפקוד ובריאות, והרופאים מסתמכים על הנתונים כדי לשפר את הטיפול, הן במדדים קליניים והן במונחי ערך למטופל וקידום בריאות. דוחות PROMs מציגים מגמות ומסייעים לכוון לטיפול מתאים, לקבלת החלטות משותפת ולהנעת המטופל לפעול למען עצמו באמצעות הטיפול העצמי, מתוך קבלת אחריות ומחויבות לטיפול. הניסיון מראה שדוחות אלה מסייעים בהעצמת המטופלים ובגיוסם למען הטיפול העצמי. יכולתו של המטופל לנהל את המחלה ולשלוט בה תורמת להעלאת ביטחונו, וכך בעקיפין מסייעים הדוחות להעצמת המטופל ולשיפור במדדי מצב רוחו וחוסנו הנפשי והגופני. עבודות מראות נסיגה של המחלה במדדים קליניים (C-reactive protein, CRP) באזורים במדינה שהטמיעו את ה-PROMs לעומת אזורים אחרים שלא הטמיעו. מעבר לרמת המטופל היחיד, הצטברות הנתונים ברישום מאפשרת בחינה של מצב הבריאות בכלל האוכלוסייה, שיפור באיכות

הטיפול הרפואי בכללותו ושיקוף מידע רפואי לציבור; 2. ארצות הברית - בארצות הברית קיים מודל תואם ברפואה הראשונית (HowsYourHealth.org), שפותח ב-1994. גרסתו האינטרנטית הועלתה כבר ב-1999, ומאז המערכת פתוחה לשימושן של מרפאות ראשוניות, ומהווה מקור מידע רב ערך בנוגע למבחר מדדי בריאות: תפקוד, אבחנה, תסמינים, אורחות חיים, צורכי מניעה, מסוגלות לניהול עצמי של מצבים כרוניים, דרכי טיפול במטופלים ועוד. המטופלים הרשומים כמשתמשים נכנסים למערכת דרך האינטרנט, מזינים את המידע לפי השאלונים המובנים באתר ובאפשרותם לשתף את המידע עם צוות המרפאה, לקבל מידע ה"תפור" למידותיהם וליצור תוכנית טיפול מותאמת אישית כדי לעקוב אחר מצב בריאותם ואורחות חייהם. לרשות המשתמשים עומדים גם כלים לחיזוק הביטחון, לשיפור מיומנויות הטיפול העצמי ולהעמקת ההבנה של התועלת והסיכונים הנובעים מהטיפול בהם. המערכת אוספת מידע גנרי מדיווחי המטופלים, והנתונים מעובדים למדדי תוצא במבחר תחומים: מדדי כאב, ניידות, מצב נפשי, צורכי בריאות הקשורים לגיל ולמגדר וכן מסוגלות לניהול עצמי של מצבים וסיכונים שכיחים. מחקר שבחן 1,651 מטופלים בני 71 שנה ומעלה מ-45 מרפאות ראשוניות מצא שהמערכת שיפרה באורח ניכר את דירוגם של המטופלים ביחס לאיכות הטיפול בהם ואת הבנתם בסוגיות רפואיות חשובות הרלוונטיות להם. יתרה מכך, המטופלים דיווחו שהשימוש במערכת סייע בידם בפעילות היומיומית, בעניינים רגשיים ובתמיכה חברתית. מודל אינטרנטי נוסף המופעל בארצות הברית הוא ImproveCareNow.org, המצוי בשימושן של יותר מ-60 מרפאות. ברשת זו מדווחים מדדי תוצא ומידע קליני לשיפור התוצאות בילדים החולים במחלת מעי כרונית. מאז היווסדה של הרשת בשנת 2007, הושג שיפור ניכר בשיעור הנסיגה המתועד של המחלה - מ-55% ל-77%, וזאת בקרב אוכלוסייה של 17,000 מטופלים ב-30 מדינות ברחבי ארצות הברית; 3. אנגליה: במערכת הבריאות באנגליה, נתוני PROMs מצויים בשימוש לצורכי מעקב אחר מדדי תוצא של מטופלים ביחס לארבעה מצבים כירורגיים, ובהם החלפת ירך וברך. הנתונים הנאספים מהמטופלים משמשים לעזרה למטופלים אחרים בבחירת בית החולים שינותחו בו; 4. הולנד: צוותים מטפלים משתמשים באפליקציות אינטרנטיות לניטור איכות החיים של ילדים חולי סרטן.

2. מצב בריאותו של המטופל לפי תפיסתו (Perceived Health Status)

מדד זה משקף את התפיסה הכללית של האדם את בריאותו. יעילותו של המדד הוכחה זה מכבר כבעלת חשיבות טיפולית במבחר מדדי בריאות. המשיבים

לסקרי תפיסת הבריאות הסובייקטיבית ממלאים לרוב שאלון מובנה, המציג לנשאל שאלות כלליות, כגון: "מה מצב הבריאות שלך באופן כללי?" לצד דירוג יורד של הגדרות, כגון: "טוב מאוד, טוב, סביר, גרוע, גרוע מאוד". הערכה זו היא אמנם סובייקטיבית ויכולה להיות מושפעת ממשתנים תרבותיים, ממגדר, ממצב סוציו-אקונומי וכמובן מגיל, אך מתברר כי תפיסת הבריאות הסובייקטיבית היא מנבא טוב לשימוש עתידי של המשיבים במערכת הבריאות וכן בהקשר של תמותה. השאלון משמש במדינות רבות ב-OECD, לרבות ישראל, מדרג התשובות לשאלות משתנה בין המדינות, גם על רקע שוני תרבותי.

3. חוויית המטופל לפי דיווח עצמי (Patient-Reported Experience) (Measures, PREMs)

מאז אמצע שנות ה-90 של המאה הקודמת נעשים מאמצים למדידה ולניטור של חוויית המטופל. מדינות רבות פיתחו כלים, ובהם סקרים ייעודיים לאיסוף קבוע של נתונים על חוויית המטופל, תיקפו את איסוף הנתונים, וניתחו את משמעותם ואת משמעות פרסומם לציבור הרחב. מדינות מודדות את חוויית המטופל כדי להניע תהליכים של שיפור איכות במערכות הבריאות. להלן יובאו דוגמאות לדרכי המדידה של חוויית המטופל במדינות נבחרות: 1. אנגליה: סקרי חוויית המטופל משמשים כדי להניע לשיפור השירות ולסייע בידי מטופלים לבחור בין ספקי שירותים; 2. קוריאה, נורווגיה, שוודיה ואנגליה: הטמיעו את מדדי חוויית המטופל בתוך מנגנוני ההתחשבות או בחלוקת כספי תמיכה כדי לקדם שיפור איכות וטיפול ממוקד מטופל; 3. אוסטרליה, קנדה, צ'כיה, דנמרק, צרפת: משתמשות במדדי חוויית המטופל להערכת שיפור איכות של ספקי השירות בהקשר של קבלת החלטות מושכלות בענייני רגולציה, בקרה ואקרדיטציה של ארגוני הבריאות.

במרבית המדינות מדווחים מדדי חוויית המטופל בקנה מידה לאומי מעת לעת. בנייר עמדה זה לא יפורטו המתודולוגיות המשמשות בסיס לשאלוני PREMs, שכן המתודולוגיות מגוונות מאוד ונתונות לשינויים מהותיים, לפי ארגוני הבריאות (רפואת קהילה, רפואה אמבולטורית, רפואה אשפוזית), לפי משיבים (המטופל עצמו או המטפל), לפי מדינות וכן לפי הנושא העומד לבחינה בתחום הטיפול הנבדק בשאלון.

4. מידת האקטיביות של המטופל בטיפול העצמי (Patient Activation)

(Measure = PAM)

בשאלון זה, שנועד להעריך את אקטיביות המטופל בטיפול בעצמו, השלבים הנבדקים הם: 1. באיזו מידה המטופל מאמין שיש לו תפקיד בטיפול; 2. באיזו מידה יש בידי המטופל הידע והביטחון להיות מעורב בטיפול; 3. פעילות המטופל לקידום בריאותו; 4. כיצד משמר המטופל את ההישגים גם במצבי לחץ בחיים. הציון בשאלון זה משקף ביחס ישר את מצבו התפקודי של המטופל, את איכות הטיפול בעצמו ואת הקפדתו על אורח חיים בריא. עבודות הצביעו על קשר בין שיפור בציון זה, המעיד על מטופל פעיל יותר בטיפול העצמי, לבין ירידה במספר האשפוזים ובמספר האשפוזים החוזרים, לצד היצמדות הדוקה יותר לטיפול התרופתי.

5. נגישות לטיפול רפואי (Access to Care)

קיימים מגוון מדדי נגישות לטיפול רפואי הרלוונטיים למערכות הבריאות. ארגון ה-OECD משווה בין מדינות במדדי הנגישות לטיפול רפואי בשישה תחומים: היקף הכיסוי של הביטוח הרפואי ועלותו למטופל, היקף המימון הפרטי, היקף הצרכים הרפואיים של האוכלוסייה שאינה מקבלת מענה, והסיבות לאי-קבלת המענה, כגון מימון, מרחק מהמענה הרפואי וזמני המתנה. זמני ההמתנה כמדד נגישות נפרס לקטגוריות של תורים, לרבות זמני ההמתנה לביקור רופא, פרוצדורות פולשניות, דימות או טיפול אונקולוגי בקרינה, ולצד המדדים האלה גם מדד הנגישות לבעלי צרכים מיוחדים - תרבותיים, לשוניים, פיזיים ורוחניים ודתיים.

6. מדידת ביצועיהם של הצוות הרפואי, של ארגוני הבריאות ושל קובעי המדיניות

קביעת יעדים בקנה מידה לאומי, ארגוני ופרטני של רכיבי הטיפול הממוקד מטופל, ומדידה ישירה של העמידה ביעדים. לדוגמה, מדידה של שמירת הרצף הטיפולי לפי סטנדרטים תואמים, כגון משך הזמן החולף מעת השחרור מבית החולים ועד לבדיקת רופא משפחה, מדידת תיעוד של הדרכה שמעביר הצוות הרפואי למטופלים או שיעור האשפוזים החוזרים.

7. חינוך למקצוענות ברפואה ומדידת עמידה ביעדים של מקצוענות ואמפתיה

מקצוע הרפואה מאופיין במחויבות גבוהה לאיכות חייהם של המטופלים, בסטנדרטים גבוהים של התנהגות אתית, לשליטה בידע ובמיומנויות המתרחבים בהתמדה, ולרמה גבוהה של עצמאות קלינית. בדומה למחויבות הצוותים

הרפואיים לשמור על כשירות קלינית גבוהה, הרי שיש משמעות לא פחותה לפיתוח מקצוענות אצל צוותים אלו כדי לעמוד ביעדים הכלולים בחזון ובתפיסת הטיפול המציבים את המטופל במרכז ומתמקדים בו. מקצוענות ברפואה (Medical professionalism) כוללת בין השאר את הקשר בין המטפל הרפואי למטופל וכן מעין חוזה חברתי בין כלל המטפלים הרפואיים. ההגדרות משתנות ומונות ערכים, כגון אלטרואיזם, מחויבות וקבלת אחריות, רגישות וסובלנות לשונות תרבותית, גילאית, מגדרית, פיזית ועוד, התנהגות מכבדת, יושרה ואמינות, אמפתיה, אכפתיות וחמלה, תקשורת טובה, מנהיגות, ידע ומיומנויות ותפקוד אתי. שלושה מאפיינים מרכזיים של מקצוענות ברפואה - טיפול אתי, עצמאות קלינית ובקרה עצמית - כבר הוכחו כמועילים למטופלים, למטפלים ולחברה:

■ **טיפול אתי:** טיפול לאור ערכים של אמפתיה, חמלה, חסד, טוב, כבוד הדדי וצדק, מחויבות למטופלים ומסירות.

■ **עצמאות קלינית:** נובעת מתקופת הכשרה ארוכה מאוד במסלול שבסופו המטפלים נעשים מומחים ומרפאים הפועלים עצמאית.

■ **בקרה עצמית:** מתייחסת לתוצאת התהליך הנדרש כדי להיעשות מטפל: ההכשרה, המבחנים, ולאחר מכן הבדיקה העצמית שמבצע הארגון או הפרט על עבודתו כמטפל רפואי. את האלמנטים האלו יש ללמד, למדוד ולהעריך בכל שלב של עבודת הצוות הרפואי, החל בתקופת ההכשרה כסטודנטים וכלה בתפקידי מפתח בכירים.

מדידה של מקצוענות ואמפתיה אינה פשוטה ליישום. אמנם כיום כבר ברור לכול הצורך במיומנויות של אמפתיה מצד המטפל ליצירת אינטראקציה טיפולית מוצלחת עם המטופל, אך עדיין רכיביה המרכזיים של האמפתיה, וכן מדידת רכיבים אלו - עדיין אינם בקונצנזוס, ומצויים מחקרים רבים ומגוון שאלונים להערכת מיומנות זו. שאלוני אמפתיה יכולים להיות חלק מההערכה העצמית של המטפל, חלק מההערכה של המטופל את מידת האמפתיה שקיבל בטיפול או כהערכה באמצעות תצפית של מעריכים חיצוניים בעזרת כלים כגון סימולציה, משחקי תפקידים או ריאיון אישי. להלן דוגמאות מרחבי העולם: 1. קנדה - הקנדים פיתחו שאלון למטפלים (TEQ, The Toronto Empathy Questionnaire), המשלב בתוכו מבחר מרכיבים המצביעים על מידת היכולת של המטופל לאמפתיה. אותו שאלון אף נועד לשלול מאפיינים של אוטיזם. השאלון מורכב מ-16 היגדים ומשפטי חיווי הנוגעים לתחושות אמפתיה, והמשיב מדרג את מידת הזדהותו עם כל אחד מהמצבים או התחושות המתוארים

בהיגדים, כפי שהוא חווה כסובייקט³; 2. בריטניה - הבריטים פיתחו שאלון עצמי למטפלים רפואיים, המורכב ממודל של חמישה מרכיבי האמפתיה לתפיסתם: הנעה רגשית; הנעה קוגניטיבית; יכולת רגשית; יכולת קוגניטיבית; תגובה רגשית לאמפתיה; סקוטלנד - אחד השאלונים הנפוצים להערכת רכיבי האמפתיה במפגש מטפל-מטופל, המיועד למטופלים - Consultation and Relational Empathy Measure (CARE) - פותח בסקוטלנד ב-2004, ומאז משמש במדינות נוספות. שאלון ייעודי זה להערכת רכיבי האמפתיה תוקף לרפואה ראשונית ולרפואה שניונית, ומשמש להערכה בהכשרת מטפלים (GPs) ברחבי בריטניה כולה (תמונה 1). עבודות שבדקו שימוש בשאלון CARE במבחר מצבים רפואיים מעידות על קמתם בין הציון לבין איכות תוצאי הטיפול.

3. משפטי החיווי וההיגדים לדירוג המטפל הם: 1. כשמישהו אחר מתרגש, אני נוטה להתרגש גם; 2. חוסר מזל של אנשים אחרים לא מטריד אותי במיוחד; 3. מרגיז אותי לראות מישהו אחר זוכה ליחס לא מכבד; 4. אני לא מושפע כשמישהו קרוב אלי מרגיש שמח; 5. אני נהנה לגרום לאנשים אחרים להרגיש יותר טוב; 6. יש לי חמלה כלפי אנשים שגורלם שפר עליהם פחות מאשר עליי; 7. כשחבר מתחיל לדבר על הבעיות שלו, אני מנסה לנווט את השיחה לנושא אחר; 8. אני יכול לזהות כשאנשים עצובים גם אם הם לא אומרים כלום; 9. אני חושב שאני מתאים את עצמי למצב הרוח של אנשים אחרים; 10. אני לא חש סימפתיה כלפי אנשים שגרמו לעצמם את מחלותיהם הקשות; 11. אני נעשה עצבני כשמישהו בוכה; 12. אני לא באמת מתעניין באיך אנשים אחרים מרגישים; 13. יש לי דחף עז לעזור כשאני רואה מישהו במצב מעורער; 14. כשאני רואה אנשים שזוכים ליחס לא הוגן, אני לא באמת מרחם עליהם; 15. אני סבור שזה טיפשי לבכות מאושר; 16. כשאני רואה מישהו מופלה לרעה, אני חש צורך לגונן עליו.

מקור: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775495>

- תמונה 1: (CARE) Consultation and Relational Empathy Measure

שאלון למטופל, סקוטלנד 2004⁴

| <i>How was the doctor at ...</i> | Poor | Fair | Good | Very Good | Excellent | Does Not Apply |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Making you feel at ease..... <i>(being friendly and warm towards you, treating you with respect; not cold or abrupt)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Letting you tell your “ story”..... <i>(giving you time to fully describe your illness in your own words; not interrupting or diverting you)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Really listening <i>(paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Being interested in you as a whole person ... <i>(asking/knowing relevant details about your life, your situation; not treating you as “just a number”)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fully understanding your concerns..... <i>(communicating that he/she had accurately understood your concerns; not overlooking or dismissing anything)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Showing care and compassion.... <i>(seeming genuinely concerned, connecting with you on a human level; not being indifferent or “detached”)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Being Positive..... <i>(having a positive approach and a positive attitude; being honest but not negative about your problems)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Explaining things clearly..... <i>(fully answering your questions, explaining clearly, giving you adequate information; not being vague)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Helping you to take control..... <i>(exploring with you what you can do to improve your health yourself; encouraging rather than “lecturing” you)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Making a plan of action with you ... <i>(discussing the options, involving you in decisions as much as you want to be involved; not ignoring your views)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. http://www.gla.ac.uk/media/media_65352_en.pdf

8. מדד השיתוף בקבלת החלטות (Shared Decision Making)

עידוד שיתופו של המטופל בקבלת ההחלטות הקשורות בטיפול בו הוא רכיב ליבה בגישת "המטופל במרכז". מודלים רבים פותחו בתחום זה ברחבי העולם, והפעילות לקידום התחום היא ענפה. אחד המודלים הבולטים פותח בארצות הברית מטעם הסוכנות לחקר ולאייכות שירותי הבריאות (Agency for Healthcare Research and Quality, SHARE). התוכנית (Effective Healthcare Program) מציעה למטופלים כלים תומכי החלטה ייעודיים במבחר תחומים רפואיים, מתוך מטרה לסייע בידם לקבל החלטות ביחס לבריאותם. הארגון מציע הכשרה מובנית למטפלים כדי לרכוש מיומנויות להתנהלות בשיטה זו, וכן אקדמיטציה לבוגרי ההכשרה.

תוכנית אמריקנית נוספת לעידוד שותפותם של המטופלים בקבלת החלטות הנוגעות לטיפול בהם היא Ask Me 3, המייעצת למטופלים ולבני משפחותיהם להתמקד בשלוש שאלות מנחות פשוטות כדי לשפר את הבנתם ביחס למצב הרפואי: 1. מה הבעיה הרפואית המרכזית שלי? 2. מה אני צריך לעשות? 3. למה חשוב לי לעשות זאת?

כלים ייעודיים רבים נוספים לתמיכה בהחלטות למטופלים פותחו עד כה ברחבי העולם, ובהקשר זה התעורר קושי לברור את כלי העזר העומדים באמות מידה מספקות. לשם כך הוקם שיתוף הפעולה הבין-לאומי לסטנדרטיזציה של כלים תומכי החלטות למטופלים (IPDAS - The International Patient Decision Aid Standards Collaboration) - שמובילים שני חוקרים, מאנגליה ומקנדה. IPDAS הציב לו למטרה לגבש סטנדרטיזציה של כלים אלו ולהפיץ את הדוחות עבור מטופלים ומטפלים.

מדידת שיתופיות המטופל בקבלת החלטות, כחלק מהערכת ביצועיהם של ארגוני בריאות, אפשרית בכמה דרכים: שאלון למטופל, במסגרת סקר חוויית הטיפול - רבים מסקרי חוויית המטופל כוללים שאלות העוסקות בתחושותיו של המטופל בנוגע למידת מעורבותו בטיפול; ספירת הכלים התומכים בהחלטות למטופלים (Decision Aids) הנמצאים בשימוש, בשאיפה להרחבת השימוש בכלים אלו לצומתי החלטות רבים ככל האפשר.

בחירת המדדים המרכזיים להכללה בתוכנית המדדים הלאומית

דיוני מושב זה עסקו במבחר המדדים ליישום תפיסת המטופל במרכז מערכת הבריאות. בתום הדיונים התבקשו המשתתפים לדרג את מידת הרלוונטיות של המדדים המרכזיים לקיומה של תפיסת "המטופל במרכז", וכן את סדר החשיבות להכללתם בתוכנית המדדים הלאומית. בסך הכול התקבלו נתונים מ-27 משתתפים בדיון, ורובם (55%) דירגו את מדד "תוצאי הטיפול לפי דיווח המטופל" - Patient Reported Outcome Measures (PROMs) - כמדד החשוב ביותר להוספה לתוכנית המדדים הלאומית.

טבלה 2: דירוג המדדים להכללה בתוכנית המדדים הלאומית לקידום טיפול ממוקד מטופל בישראל, תוצאות הסקר שנערך בקרב המשתתפים בדיוני מושב 3

| שיעור המדרגים את המדד במקום הראשון (%) | המדדים להכללה בתוכנית המדדים הלאומית, כפי שדירגו משתתפי הדיונים |
|--|--|
| 55 | מדדי תוצא לפי דיווח המטופל Patient Reported Outcome Measures (PROM's) |
| 18 | אמפתיה ומקצוענות Empathy and Professionalism |
| 14 | רצף טיפולי Continuity of Care |
| 9 | מידת האקטיביות של המטופל Patient Activation Measure (PAM's) |
| 5 | שיתוף המטופל בקבלת החלטות Shared Decision Making |

אופן פרסום נתוני המדדים המקדמים את יישום תפיסת "המטופל במרכז"

את פרסום המידע על מערכת הבריאות באמצעות מדדים המקדמים את תפיסת "המטופל במרכז" מקובל להציג בשלושה ממדים יחסיים: 1. בקנה מידה לאומי; 2. בקנה מידה של מוסד, מחלקה או מרפאה; 3. באמות מידה של המטפל.

רוב המדינות מפרסמות את הממצאים הנמדדים בקנה מידה לאומי, לפי מוסד רפואי. להלן יובאו דוגמאות לאופן פרסום הממצאים ברחבי העולם.

פרסום מדדים בארצות הברית, באתר Medicare: המדדים מתפרסמים ביחס לבתי החולים באופן המאפשר השוואה ביניהם. כמו כן מתפרסמים מדדי איכות קליניים, ומוצגים תוצאים קליניים, מדדי חוויית מטופל, נתונים כלכליים וזמינות תורים. ביחס לכל אחד מהמדדים מעובד המידע לכדי דירוג במודל של "כוכבים" לבתי החולים (ר' תמונה 2).

תמונה 2: דוגמאות ממסך השוואה של המדדים המתפרסמים ביחס לשירותי הבריאות בארצות הברית⁵

| General information | Survey of patients' experiences | Timely & effective care | Complications | Readmissions & deaths | Use of medical imaging | Payment & value of care |
|---------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
|---------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|

פרסום מדדים באנגליה: המדדים מתפרסמים ביחס לבתי החולים הכלליים ולמבחר רכיבים וחוליות בשרשרת אספקת שירותי הבריאות למטופל: ספקי השירות בקהילה, חברות האמבולנס, טיפולי בית, בריאות הנפש ועוד. כל המידע מפורסם בקנה מידה של ספק השירות ומאפשר השוואה בין מבחר ספקים של אותו שירות. עבור כל סוג מוסד רפואי מוצגים מדדים המותאמים אליו, אך עולמות התוכן של המדדים דומים: מדדי איכות קליניים, מדדי חוויית מטופל, מדדי שביעות רצון העובדים, משך השגייה במלר"ד, זמינות תורים ועוד (ר' תמונה 3).

5. <https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>

תמונה 3: דוגמאות ממסך השוואה של המדדים כפי שמתפרסמים ביחס לשירותי הבריאות באנגליה⁶

| Showing 1-10 of 1060 results Results per page <input type="text" value="10"/> | Care Quality Commission inspection ratings | A&E performance | Mortality rate | Recommended by staff | Percentage of patients waiting less than 18 weeks | Friends and Family Test: Inpatient |
|---|--|--|--|------------------------------------|--|--|
| Freeman Hospital Freeman Road, High Heaton, Newcastle Upon Tyne, Tyne and Wear, NE7 7DN See on NHS Choices | Outstanding Visit CQC profile | 95.1% Patients seen within 4 hours | As expected in hospital and up to 30 days after discharge (0.9769) | Among the best with a value of 89% | 94% of patients waiting less than 18 weeks from referral | 98% Patients recommend this hospital. 1236 responses |

Overview and CQC Inspections

| | | |
|--|-----------------|---------------|
| Overall Outstanding Read overall summary | Safe | Outstanding ☆ |
| | Effective | Good ● |
| | Caring | Good ● |
| | Responsive | Outstanding ☆ |
| | <u>Well-led</u> | Outstanding ☆ |

פרסום מדדים באוסטרליה: פרסום המדדים הוא בקנה מידה של בית חולים, המאפשר השוואה בין בתי חולים. מתפרסמים גם מדדי איכות קליניים, מדדי בטיחות הטיפול, נתונים כלכליים, זמינות תורים לניתוחים וזמני שהייה במלר"ד (ר' תמונה 4).

6. <https://www.nhs.uk/service-sefarch/scorecard/results/1015>

תמונה 4: המסך המציג את סיווגי המדדים להשוואה, המתפרסמים ביחס לשירותי הבריאות באוסטרליה⁷



מדידה לפי רופא

מדידה בקנה מידה של רופא אינה מקובלת בהיקף לאומי, אלא כיוזמות מקומיות ופרטניות, מצד הרופאים עצמם או מצדם של ספקי השירות. בארצות הברית באתר CMS יש אפשרות לאתר רופא ולהשוות מדדים מסוימים, אך מדידת האיכות היא חלקית ביותר או רק מתוכננת לעתיד לבוא. כיום הנתונים מדווחים בידי הרופאים ועל ידי הציבור⁸.

הספרות מציגה את המורכבות במדידה בקנה מידה של רופא ובוחנת את שימות המדידה לנוכח אילוצים רבים. לדוגמה, התנגדויות רופאים, קושי בהגדרת מדדים ובאיסוף נתונים שאפשר למדוד עד רמת הרופא היחיד, חשש לחוסר מהימנות של הנתונים הנאספים, עקב המורכבות המשתקפת בהיקפי דגימה בעייתיים ובתיעוד לקוי, מדדים רבים הם תוצאה של עבודת צוות, ויתרה מכך יש חשש שמדידה תוביל לסירוב לטפל במטופלים מורכבים ולעדיפות למטופלים קלים ועוד הטיות ממגוון היבטים.

7. <http://www.myhospitals.gov.au/about-the-data>

8. <https://www.medicare.gov/physiciancompare>

טבלה 3: סקירת שיטות ותהליכים למדידת טיפול רפואי ממוקד מטופל בישראל, לפי סוג המדד

| ממד מקומי ² | מדד לאומי ופרסום ¹ | מקור המדד | תוכן המדד |
|--|----------------------------------|--|--|
| ⊖ מדדי תוצא | | | |
| | ✓ | מכון ברוקדייל, למ"ס | אמון הציבור במערכת הבריאות ³ |
| ✓ | ✓ | מכון ברוקדייל, משרד הבריאות | מאמץ בצריכת שירותי בריאות |
| ✓ | ✓ | משרד הבריאות, קופות החולים | תחושת "טיפול בידיים טובות" |
| ✓ | ✓ | מכון ברוקדייל, משרד הבריאות | שביעות רצון כללית מקופות החולים ומבתי החולים |
| ✓ | ✓ | מכון ברוקדייל, משרד הבריאות | המלצה |
| ✓ (חלקי) | | | היענות לטיפול |
| ✓ | | | אשפוזים חוזרים הניתנים למניעה ⁴ |
| ⊖ סקרי חוויית המטופל - עולמות תוכן רחביים | | | |
| ✓ | ✓ | משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים | יחס וכבוד למטופל |
| ✓ | ✓ | | מידע והסברים |
| ✓ | ✓ | | העצמת המטופל ושיתופו |
| ✓ | ✓ | | רצף שירות וטיפול |
| ✓ | ✓ | | סביבה ותנאים פיזיים |
| ✓ | ✓ | | יעילות הטיפול |
| ✓ | ✓ | | זמני המתנה |
| ⊖ מדדי PROMs⁵ | | | |
| ✓ | | בתי החולים | |

| מדד מקומי ² | מדד לאומי ופרסום ¹ | מקור המדד | תוכן המדד |
|-------------------------------|----------------------------------|--|--|
| צ זמינות | | | |
| ✓ | ✓ | משרד הבריאות, בתי החולים, שירותי בריאות כללית | זמני המתנה לניתוחים ⁶ |
| ✓ | | קופות החולים, מכון ברוקדייל | זמני המתנה לרפואה ראשונית |
| ✓ | | קופות החולים, מכון ברוקדייל | זמני המתנה לרפואה מייעצת |
| ✓ | | קופות החולים | זמן המתנה בתור |
| ✓ | ✓ | משרד הבריאות, בתי החולים | זמן שהייה במלר"ד |
| ✓ | | קופות החולים, בתי החולים | זמני המתנה למענה במוקד/ במחלקה/ במרפאה |
| ✓ | | קופות החולים בתי החולים | שיעור המענה במוקד/ במחלקה/ במרפאה |
| ✓ | | קופות החולים, בתי החולים | שיעור התורים המזומנים במגע אחד במרפאות החוץ של בית החולים |
| ✓ | | שירותי בריאות כללית | שיעור המטופלים הממתנים לניתוח יותר משנה, וטרם נקבע להם תור |
| צ נגישות לשירותי רפואה | | | |
| | ✓ | מכון ברוקדייל | ויתור על שירות רפואי או על תרופות מסיבה כלכלית/ זמני המתנה/ מרחק |
| ✓ | | קופות החולים | שיעור התורים המזומנים בדיגיטל |
| ✓ | ✓ | משרד הבריאות | שימוש במוקד התרגום של המשרד ⁷ |

| ממד מקומי ² | ממד לאומי ופרסום ¹ | מקור הממד | תוכן הממד |
|---|----------------------------------|--|--|
| Ⓒ מדדי ארגון | | | |
| ✓ | | בתי החולים משרד הבריאות ⁸ | שחרור מוקדם ממחלקות פנימיות/ שיעור המטופלים ששוחררו עד השעה 12:00 |
| ✓ | | למ"ס קופות החולים | שיעור המטופלים שיש להם רופא קבוע/ רופא משפחה |
| | | | שיעור החולים הכרוניים שיש להם "מנהל מקרה" (case manager) ⁹ |
| | | | שיעור החולים הכרוניים שיש להם "מתאם שירות" (case coordinator) ⁹ |
| ✓ | | בתי החולים | ניצולת חדרי ניתוח |
| Ⓒ מדדי יעילות תפעולית המשפיעים על המטופל | | | |
| ✓ | | בתי החולים | שיעור הדחייה/ הביטול של ניתוחים, שלא מסיבות רפואיות |
| ✓ | | בתי החולים | שיעור הדחייה/ הביטול של יומנים במרפאות |
| ✓ | | בתי החולים | שיעור הדחייה/ הביטול של בדיקות תוך כדי אשפוז, שלא מסיבות רפואיות |
| Ⓒ פניות הציבור | | | |
| ✓ | | משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים | מספר תלונות ל-1,000 מטופלים/ ממוצע תלונות לביקורים |
| ✓ | | משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים | מספר מכתבי תודה ל-1,000 מטופלים/ ממוצע מכתבי תודה לביקורים |

| ממד מקומי ² | ממד לאומי ופרסום ¹ | מקור הממד | תוכן הממד |
|---------------------------|----------------------------------|--------------|--|
| Ⓒ מדדי איכות | | | |
| | ✓ | משרד הבריאות | התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים |
| | ✓ | משרד הבריאות | התוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה |
| ✓ | | משרד הבריאות | תוכנית לאומית למדדי רצף ¹⁰ |
| ✓ | ✓ | משרד הבריאות | מניעת זיהומים ¹¹ |

1. מדד שבסיס הנתונים שלו הוא בקנה מידה לאומי, והוא מתפרסם ומוצג לציבור הרחב.
2. מדד שבסיס הנתונים שלו הוא בקנה מידה מקומי, והוא אינו מכיל את נתוניהם של כל המוסדות.
3. מדד אמון הציבור במערכת הבריאות ישולב בסקרי חוויית המטופל.
4. מדד אשפוזים חוזרים הניתנים למניעה מיועד לשמש במסגרת פיתוח תוכנית מדדי האיכות הלאומית בישראל.
5. מדדי PROMs מיועדים לשמש במסגרת תוכנית מדדי האיכות הלאומית.
6. נמדד במסגרת תוכנית מדדי האיכות הלאומית ויפורסם בהמשך.
7. כיום עדיין לא כל הקופות ובתי החולים מחוברים למוקד; הממד אינו מפורסם לציבור.
8. נמדד במסגרת מודל התמרוץ של המרכזים לרפואה דחופה.
9. מדד זה עדיין לא נמדד.
10. בפיתוח.
11. פורסם חלקית השנה, בפעם הראשונה.

דיוני מושב 4: צורך אוניברסלי מול צרכים ברירניים - איך מתעדפים?

1. מבוא

גישת "המטופל במרכז" מבוססת על הסכמה רחבה, ולפיה טובת המטופל מחייבת יישום תהליך קבלת החלטות טיפוליות המוביל לתוצאות הרצויות ביותר עבור המטופל. לאור מורכבותה ורב ממדיותה של גישה הומניסטית-אוניברסלית זו מחד גיסא, ולנוכח חסמים כלכליים, ארגוניים, תרבותיים ואחרים המכבידים על מימושה מאידך גיסא, יש צורך לקבוע קדימויות ליישומה, על בסיס קריטריונים רלוונטיים, ברורים, הוגנים ושקופים. דיוני מושב זה נועדו לפיתוח הצעה למודל שיסייע בתעדוף ביישום גישת "המטופל במרכז". זאת, מתוך התייחסות לקבוצות אוכלוסייה בעלות מגוון מאפיינים, ולמרכיבים הכלולים בטיפול ממוקד המטופל, כפי שהוצגו ונדונו בהרחבה בדיוני המושבים 1-3.

2. "המטופל במרכז" בעידן של משאבים מוגבלים

התפיסה שלפיה המטופל ממוקם במרכז העשייה הרפואית מוכרת כבר מן המאה הרביעית לפנה"ס בשבועת היפוקרטס, ולפיה הרופא מחויב לפעול למען המטופל בכל דרך להצלת חייו, ובכל מקרה שלא לגרום לו נזק. גם במסורת היהודית ידועות שבועות, כדוגמת שבועת הרמב"ם, ואף תפילות שהרופא נושא למען מטופליו. רבים ממאפייני גישה זו מתקיימים גם בספרה של פלורנס נייטינגל (1). כך, גם גרסאות שבועת הרופא השגורות כיום, מציבות במרכז את המטופל, וכולן מתמקדות בצרכיו, ולא בצורכי הרופא או בצרכיה של המערכת המספקת את השירותים (2). מטבע הדברים, העקרונות האתיים המשתקפים בכל אחת מהשבועות חלים על כלל אנשי הצוות הרפואי, ולא דווקא על רופאים. אלה גם אלה מחויבים לעשות את המרב למען שיפור מצבו של המטופל ולהקלת סבלו של כל אדם חולה. גם הגדרת ארגון הבריאות העולמי את המושג "בריאות" - מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית כוללת, ולא רק היעדר מחלה - עולה בקנה אחד עם אותה תפיסה. כל אלה מטילים את החובה על מערכת הבריאות להיענות לכלל צרכיו הגופניים, הנפשיים, החברתיים והרוחניים של המטופל, ומעגנים את תפיסת "המטופל במרכז" כתפיסה הומניסטית ואוניברסלית שהתקיימה משחר ההיסטוריה האנושית, ולפחות תיאורטית חובקת את כלל רכיבי העשייה הרפואית.

אלא שעלות שירותי הבריאות מאיימת, לפחות לכאורה, על האפשרות לאמץ וליישם

תפיסה אוטופית-אוניברסלית זו. קובעי מדיניות בריאות, מנהלים, ספקי שירותים ואפילו צרכנים מתמודדים על בסיס יומיומי עם מחסור הולך וגדל במשאבים למימון שירותי הבריאות. כיום כבר ברור כי ככל ששירותי הבריאות יוסיפו להתפתח בקצב מואץ מבחינה טכנולוגית, יגבר הקושי במימון שירותי הבריאות. בעשורים האחרונים הושקעו משאבים רבים בפיתוח גישות וכלים להשגת תוצאות מיטביות בסביבה של משאבים מוגבלים, מתוך התמודדות עם אתגר צמצום העלויות. עם זאת, מחקרים אחדים מראים כי דווקא משאבים מוגבלים עשויים להוות מנוע לצמיחה ביישום תפיסת "המטופל במרכז", שכן גישה זו נקשרה עם תוצאות קליניות משופרות ובהתאמה גם היחס עלות-תועלת, כפי שהוצג גם בחלקים הקודמים, משתפר לאין ערוך בעקבות יישום הגישה (5-3).

3. גישת התעדוף: קווים לדמותה ושיטות ליישומה

תעדוף היא אחת הגישות המרכזיות להתמודדות עם מציאות של משאבים מוגבלים, ולפיה נקבעות קדימויות לחלוקת המשאבים, כך שרכיבים מסוימים של שירותי הבריאות ניתנים לקבוצות אוכלוסייה מוגדרות, על סמך קריטריונים רלוונטיים, מדויקים, ברורים, הוגנים ושקופים. יישומה של גישת התעדוף מגביר את הסיכוי לספק את השירותים ההולמים ביותר במסגרת המשאבים המצומצמת. המושג "משאבים" כולל כמובן, מלבד כספים באופן ישיר, גם משאבי זמן, כוח אדם ומיומנות מקצועית, וכן משאבים פיזיים, המתבטאים במבנה, במכשור ועוד. בהקשר של גישת "המטופל במרכז", גם להעדפות אישיות, לערכים, לתרבות ולרגישויות יש מקום מרכזי בתעדוף.

גישת התעדוף מיושמת במערכת הבריאות בראש ובראשונה בתהליך עדכנון השנתי של סל שירותי הבריאות בידי משרד הבריאות, התהליך שלאורו נקבעות הטכנולוגיות הרפואיות והתרופות שיוקצו מתקציב המדינה לצד הגדרת קבוצות המטופלים שיזכו לאותן טכנולוגיות ותרופות, לפי קריטריונים רפואיים, דמוגרפיים וסוציאליים בעיקרם.

כדי לתעדף ולקבוע קדימויות לתקצובן ולביצוען של פעולות, פותחו פונקציות תעדוף, המאפשרות לדרג מטרות במבחר תחומים בהתאם לקריטריונים ולהציב קדימויות לפעילויות מוגדרות. המערכות הממוחשבות המשמשות לביצוע התהליך מסתמכות על מבחר שיטות לתעדוף. השיטה הבסיסית אינה ייעודית דווקא לתחומי הבריאות, היא חד-ממדית ומתבססת על טיפול במשימות לפי סדר הגעתן, בלי לייחד משקל נפרד לכל משימה. שיטה זו יעילה כל עוד המשימות שוות במהותן, בתרומתן

ובעלותן, אך מאחר שבמערכת הבריאות כמעט תמיד יש להתייחס בעת ובעונה אחת למרכיבים רבים ולקבל החלטה מודעת לגבי סדר ביצוע הפעולות וברירתן, הרי ששיטה בסיסית זו אינה מתאימה לתעדוף במערכת הבריאות. שיטת אחרת מתעדפת לפי משך הזמן הנדרש לביצוע הפעולה וממדים טכניים אחרים, וניתנת בה עדיפות למשימות שביצוען יצמצם במהירות את רשימת המשימות הכוללת. גם שיטה זו אינה מתאימה למערכת הבריאות משום שהיא אינה משקללת משתנים אחרים מלבד מהירות קיצור הרשימה, בעוד שרוב תהליכי קבלת ההחלטות במערכת מתייחסים לקריטריונים שלכל אחד מהם עשוי להיות משקל שונה. כמו כן תהליך התעדוף במערכת הרפואית מתייחס לקבוצות אוכלוסייה בעלות צרכים ומאפיינים רפואיים, דמוגרפיים ופסיכו-סוציאליים שונים, וכולל מגוון רחב של ממדים. לפיכך, יש צורך בציון משוקלל שיקבע את מקומה של הפעילות ברשימת הקדימויות מרובת המשימות.

4. יישום שיטת התעדוף וגישת "המטופל במרכז"

גישת "המטופל במרכז", כפי שהוגדרה בנייר עמדה זה, ובהתאמה לתפיסות המקובלות ברחבי העולם, ניתנת לבחינה ולהצגה מאינספור ממדים, זוויות ונקודות ראות, וזאת בשל היקפה העצום. במוקד הגישה - השאיפה למקסום הערך הטיפולי למטופל, מתוך הסכמה כי טובתו של המטופל מנקודת ראותו היא המנחה את ההחלטות הטיפוליות, ומכאן שקבלתן ויישומן של החלטות אלה יובילו לתוצאות הרצויות עבור אותו מטופל. תפיסה זו שרירה במיוחד במצבים המתאפיינים באפשרות בחירה בין כמה סוגי טיפולים, כשאינן עדיפות חד-משמעית לאחד מהם ביחס לאחרים. במצבים כאלה קבלת החלטות משותפת עשויה להבטיח שהטיפול הרפואי יתאם את העדפות החולה וערכיו, ובמבחר מדדים יש בכך כדי לשפר את סיכויי של הטיפול להצליח. בהקשר זה ראוי לציון האסטרטגיה שהציעו פרופ' פורטר, מומחה לאסטרטגיות עסקיות, ופרופ' לי, מומחה לניהול מערכות בריאות, ולפיה יש צורך בשינוי תפיסתו של העולם הרפואי, כך שתתבסס על איכות ומקסום התוצאות עבור המטופל, בעלות הכלכלית הנמוכה ביותר (4). השגת חיסכון כשלעצמו היא אמנם אינה היעד המרכזי של תהליך התעדוף, אך בצד השאיפה להשגת התוצאה המיטבית, מן הראוי לבחון גם את תחשיבי היחס עלות-תועלת במונחים כספיים.

התעדוף במערכת הבריאות צריך לשקלל מבחר גדול של רכיבים, משתנים, קריטריונים וממדים, ביחס לתוצאה המיטבית. סקירת ספרות מקיפה מעלה כי תעדוף מיטביליישום גישת "המטופל במרכז" ולהטמעתה במערכת הבריאות בישראל

מצריך בחינה של הגישה בקרב האוכלוסייה במדינה, מתוך התייחסות למאפייניה הייחודיים, השונים לעתים מאלה הרווחים במדינות אחרות. בחינה חלקית התאפשרה באמצעות סקר שנערך בקרב הציבור הרחב לקראת הכנס הנוכחי, אך עדיין - נראה כי דרושה התייחסות למכלול רחב הרבה יותר של ממדים ביחס לאלה שנכללו בסקר.

לביצוע תעדוף במערכות בריאות רווחות כמה שיטות, כגון **Focusing Matrix** ואחרות.

המודל המטריציוני לתעדוף התערבויות ממוקדות מטופל: אחת השיטות, הניתנת ליישום באמצעות סקר, מתוכננת להיערך במדגם מייצג של אנשי מקצועות הבריאות והציבור הרחב. הסקר יבחן את הקדימויות ליישום פעולות ומרכיבים של גישת "המטופל במרכז", בהתייחס לשלוש שאלות מרכזיות: מהי החשיבות, מהי התרומה/ התוצאה ביחס לעלות, ומהי מידת הישימות של כל אחד מהתחומים שתפיסת "המטופל במרכז" משתקפת בהם. כל זאת, בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות, במערכות/ מסגרות טיפול שונות ובהתייחס לממדים שגורים של גישת "המטופל במרכז".

לדוגמה, הניקוד להתערבויות במבחר התחומים יינתן בנפרד עבור תתי-קבוצות, לפי הפירוט שלהלן:

1. קבוצות אוכלוסייה - לפי מאפיינים דמוגרפיים (לדוגמה: הורים לילדים, נשים בהיריון בסיכון), קשישים, לפי תחלואה ראשית ותחלואה נלווית ולפי מאפיינים סוציו-כלכליים ובעלי צרכים מיוחדים, לדוגמה שפה, מצב סוציו-כלכלי, השכלה ופריפריה.

2. מקום טיפול - בית חולים, מרפאה ראשונית, מרפאות יעוץ, חדר מיון, יחידות לטיפול בית, כולל אשפוז בית והוספיס, מוסד סיעודי, וכן לפי שלבים בטיפול, לדוגמה שחרור מאשפוז.

החיתוכים בין הממדים מוצגים בטבלה 4 בדרך מטריציונית, ועבור כל חיתוך יש לענות על שלוש השאלות שלהלן, הן עבור יישום רכיב אחד והן בהשוואה לקבוצות אוכלוסייה אחרות, אתרי טיפול אחרים או שלבים טיפול:

1. באיזו מידה קשה ליישם ממד זה - הן כלכלית והן ארגונית?
 ■ דירוג עולה מ-1 עד 10 - מהקל אל הקשה ביותר ליישום.

2. מהי מידת ההשפעה של התועלת על בריאותו ועל רווחתו של החולה היחיד?
 ■ דירוג עולה מ-1 עד 10; ציון 10 ישקף גודל מרבי של אפקט התועלת.

3. מהו גודלה של האוכלוסייה שתושפע מיישום הרכיב?
■ דירוג עולה מ-1 עד 10; ציון 10 ישקף את כלל אוכלוסיית המדינה.

ממכפלת שלושת הדירוגים יתקבל ציון מסכם הנע בין 1 ל-1,000. ככל שהניקוד גבוה יותר, כך יתועדף הנושא במקום גבוה יותר.⁹

בבואנו לבחון דרגת ישימות בביצוע מהלכים דרמטיים במערכת הבריאות במטרה להחזיר את המטופל למרכז, אין ספק כי בידי הרגולטור - משרד הבריאות ומשרדי ממשלה נוספים - כוח רב הנובע מיכולת לקבוע את כללי המשחק כך שספקי הבריאות יישמו את השינויים הנדרשים. לדוגמה, הגדרת מבחני תמיכה או בניית תמריצים מתאימים יביאו עמם שינוי בתהליכים ואף במבנה המערכת, ואת אלה יובילו הקופות ובתי החולים. יישום תפיסת "המטופל במרכז" יכולה לכלול רכיבים כגון הנגשת מידע למטופלים, מדידת PROMs, יצירת שירותים חדשים ושימוש במתאמי טיפול. הקצאת תקציב לתמריצים עבור יישום התפיסה בידי ספקי השירותים הופכת את התמריץ לכלי ישים יותר באורח ניכר מאשר, לדוגמה, הוספת תקנים למערכת הבריאות או בינוי תשתיות יקרות. אין ספק אפוא שהרגולטור ממלא תפקיד מרכזי בהשבת המטופל למרכז המרחב הטיפולי ובהכוונת המערכת לטיפול ממוקד מטופל.

9. הניקוד הינו מכפלה של הציון בכל אחד מהמדדים. לדוגמה, אם נבחר את יישום התפיסה של העצמת המטופל עבור מחולי סכרת, ונדרג מבחינת קלות היישום 6/10, תועלת 10/10, וגודל האוכלוסייה המושפעת יהיה 2/10 (כ-20% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל לוקים בסוכרת). הניקוד להתערבות הזו עבור אוכלוסיית חולי הסוכרת יהיה $6 \times 10 \times 2 = 120$ מתוך 1,000 נקודות אפשריות.

סיכום

תפיסת "המטופל במרכז" - צורך, ערכים, מדידה ותועלות

פרק זה סקר את ממדיה של תפיסת "המטופל במרכז", ובכלל זה הצורך ביישום התפיסה הלכה למעשה, הערכים שתפיסה זו מייצגת, השיטות והדרכים למדידתה, ולבסוף התועלות שבצדה במונחים של ערך למטופל לצד מדדי עלות-תועלת. צוות החשיבה נחלק לארבעה מושבים, ובמסגרתם סקרנו את התמורות הפרדיגמטיות הנחוצות במערכת הבריאות בדרך להשגת היעד של מערכת ממוקדת מטופל, דנו במדדים הנדרשים כדי לעקוב אחר ההתקדמות בתחום זה, והוצעה שיטה לביצוע תעודוף לקראת שלב היישום. בתום הדיונים גובשה הגדרה כוללת לתפיסה, ביחס למציאות בישראל.

המסקנה העיקרית הנובעת מהדיונים נוגעת לצורך בשינוי מהותי, עד כדי עיצוב מחדש של תהליכים מרכזיים במערכת הבריאות. את המושג "עיצוב מחדש", או Care Redesign, טבע פרופ' מייקל פורטר מבית הספר למנהל עסקים באוניברסיטת הרווארד, בוסטון, כחלק מתפיסות ה-Value Based Healthcare שפיתח - מושג שנעשה חלק בלתי נפרד מהרפורמה בשירותי הבריאות שהנהיג נשיא ארצות הברית לשעבר ברק אובמה - אך אין ספק כי חלק נכבד מההבנות ומהמסקנות שיושמו מעבר לים תקף גם בישראל. מצאנו כי Patient Centered Medical Home, מודל שנוסח בשנים האחרונות בארצות הברית, מאגד רכיבים רבים הקשורים לעיצוב מחדש של מערכת הבריאות כשהמטופל במרכז. עיצוב מחדש במערכת הבריאות בישראל התואם את תפיסת המטופל במרכז כרוך בפעולות בכמה מישורים ומתייחס למערך שלם של אספקטים:

1. עיצוב מחדש של מבנה ותשתיות

מעבר לתנאים הפיזיים, החשובים כמובן לצורכי קיומו של שירות מוכוון מטופל, התאמת המבנה למטופל ולמצבו הרפואי מחייבת למידה ממערכות בריאות אחרות בעולם וגיבוש סטנדרטים מבוססי ראיות. על מערכת הבריאות, ובעיקר משרד הבריאות וקופות החולים, להירתם למען קביעת סטנדרטים אלו, כך שהבינוי יענה ביעילות על הצרכים המתקדמים.

תשתיות טכנולוגיות במערכת הבריאות העתידית ימלאו תפקיד מרכזי יותר ויותר ויאפשרו הרחבה של שירותים במרחב הווירטואלי ובבתי המטופלים. לרפואה הדיגיטלית ולרפואת המובייל תפקיד חשוב בהנגשת פתרונות מתקדמים, והפורטלים

האינטרנטיים למטופלים יהפכו למרחב הטיפולי החדש. כבר כיום על המערכת לפעול ביתר שאת ולהיערך להעברה של עוד ועוד אמצעים למרחבי טיפול אלו, אם כי מנגד, אף שקופות החולים מתקדמות במהירות בתחום זה, עדיין השימוש בשירותי אינטרנט אינו נחלתם של כלל המטופלים.

2. עיצוב מחדש של מקצועות הרפואה והבריאות - המשאב האנושי

מחסור בכוח אדם במערכת אינו תורם ליכולת לספק שירותי בריאות ממוקדי מטופל, ויהיה צורך בהקצאת תקציבים לכוח אדם רפואי, סיעודי ובכל קשת מקצועות הבריאות לרוחב המערכת. עם זאת, מעבר לשינויים הכמותיים, יש צרכים הנוגעים להגדרה מחדש של תפקידים, סמכויות והכשרות. הגדרת תפקידים חדשים נועדה לגשר על פני פערים במערכת, כגון מתאמי טיפול שתפקידם יהיה לשפר את איכויות המערכת בבואה לטפל לאורך הרצף הטיפולי. מתאמי הטיפול הם רק דוגמה אחת למקצועות חדשים שיש להגדיר. בדומה לתהליכים הפוקדים מדינות מפותחות אחרות, המגמות הבולטות שנהיה עדים להן בשנים הקרובות במערכת יהיו הגדלת המקצועיות והסמכויות לצד דיפרנציאציה של כוח האדם הסיעודי. הכשרת אחיות מומחיות קליניות, תהליך שהחל בהובלת משרד הבריאות, עתיד להתרחב ויכלול תחומים רבים נוספים על פי צורכי האוכלוסייה - באשפוז ובקהילה.

הכשרות הצוותים הרפואיים אף הן עתידות להשתנות באורח ניכר, הן ההכשרות הבסיסיות והן המתמשכות. לאקדמיה בהקשר זה תפקיד מכריע בהשפעתה על עולמות התוכן הנלמדים בבתי הספר, וגם כאן, אפשר ללמוד רבות מבסיס הידע המצטבר ברחבי העולם. לדוגמה, בתחום יכולתם של בעלי המקצועות ומידת מיומנותם לקיים עבודת צוות יעילה סביב המטופל, יכולת שלמצער מתקיימת כיום חלקית בלבד. חשיפת הרופאים וצוותי הסיעוד זה לזה לצד שילוב מקצועות הבריאות בשלבי ההכשרה הבסיסיים יניבו תחושת שייכות גבוהה לצוות והבנה טובה יותר של התפקיד הקריטי שממלא כל אחד מאנשי המקצוע כדי לקיים טיפול הוליסטי סביב המטופל, העונה על כלל צרכיו.

3. עיצוב מחדש של ארגון ושיטות

יש צורך להגדיר שירותים חדשים המוכוונים למטופל ולפתחם מתוך ראיית הפערים הקיימים כיום, ובאופן ייעודי לפי קבוצות מוגדרות של מחלות. לדוגמה, תכנון מחדש רוחבי של הטיפול באי-ספיקת לב או במחלות כרוניות אחרות הדורשות מעטפת רציפה וכוללת סביב המטופל במטרה למנוע החמרה של המחלה, סיבוכים

ואשפוזים הניתנים למניעה. שירותים אלו ילוו בפיתוח פתרונות כדוגמת טלרפואה וטיפולי בית - הן במצב הכרוני, בדומה לשירותי "מומה" של מכבי שירותי בריאות, והן בהחמרה החדה - מתוך מגמה של מעבר משירותים הניתנים רק במסגרת אשפוז בבתי החולים לשירותים באזור הנוחות של המטופל, בביתו. יידרש מאמץ מתוכלל לטיוב תהליכים קיימים במסגרת בתי החולים ורפואת הקהילה, כדי שיתאימו לתפיסת "המטופל במרכז" ובתוך כך יצמצמו תהליכים שאינם מספקים ערך. לשם כך יהיה צורך להשתמש בכלים מעולם הנדסת התעשייה והניהול ובתפיסות אינטגרטיביות, כגון תפיסת "Lean" הנפוצה כיום ביותר ויותר מערכות בריאות בעולם. שיטות אלו יאפשרו לטייב תהליכי זרימות מטופלים וכך לצמצם זמני המתנה לטיפולים ומעברים מיותרים ולהפחית תהליכים בירוקרטיים. גם בהקשר זה, לשירותים הדיגיטליים והאינטרנטיים תפקיד חשוב בהנגשה ובקיצור תהליכים.

4. עיצוב מחדש של הרגולציה

כרגולטור, בכוחו של משרד הבריאות וביכולתו להניע תהליכים עוצמתיים שיובילו את מערכת הבריאות כולה להשיג את יעדי תפיסת "המטופל במרכז". על הרגולטור לקיים מדיניות מאפשרת ומתמרצת, ובתוך כך לדאוג להסרת חסמים כדי להכשיר את תוואי התהליכים שנדון במסגרת צוות החשיבה, וביעילות מרבית. התמריצים הניתנים ליישום בעיקר דרך מבחני תמיכה לקופות ובאמצעות תוכנית תמריצים פרטנית לבתי החולים הממשלתיים - יעודדו את ספקי הבריאות להנגיש מידע תומך החלטות עבור ציבור המטופלים. תמריצים אלה אף יתרמו לפיתוח מערכות אלקטרוניות לחיזוק הטווח הדיגיטלי אל מול החולה (Patient Facing Technology), ידרבנו קופות ובתי חולים למסד מועצות של מטופלים ומשפחות המייעצות להנהלת המוסד (Patient and Family Advisory Council) ועוד. גם לחיבורם של כלל הקופות ובתי החולים למערכת ממוחשבת אחת צפויה השפעה חיובית על מדדי הרצף הטיפולי, תוך צמצום הבירוקרטיה, ביחס למצב הנוכחי שבו לעתים המטופל מוצא את עצמו משמש בלדר להעברת טפסים ומידע בין מטפלים, בשירות המערכת.

התמורות בשיטת התמחור וכן בדרכי ההתחשבות הכספית בין הגופים יעודדו רפואה מוכוונת מטופל לאורך הרצף הטיפולי. לדוגמה, יש לשנות את המצב שלפיו לבתי חולים ממשלתיים אין תמרוץ למניעת אשפוזים חוזרים, אם באמצעות מדיניות תגמול ואם לחלופין על ידי סנקציה כספית. מדיניות שכזו תיצר עבור בתי החולים והקופות אינטרס משותף ברור סביב רווחתו של המטופל. כמו כן, על הרגולטור לאפשר תגמול כספי לספקי בריאות שיפעילו שירותי רפואה וירטואליים באמצעי

טלרפואה, שיחליפו בהדרגה חלק מהשירותים הניתנים כיום פנים אל פנים.

כפי שניכר בשנים האחרונות, לפרסום מדדי איכות לאומיים לציבור הרחב נודעת השפעה של ממש על ספקי הבריאות. לקביעת מדדים ממוקדי מטופל, כגון PROMs או מדדי תוצא אחרים, ושיקופם לציבור, כמפורט בפרק, צפויה השפעה מיטיבה על ביצועיהם של ספקי הבריאות בתחומים הנמדדים. שלב נחוץ במיקוד מערכת הבריאות בתוצאים החשובים למטופלים הוא הרחבת תוכנית המדדים הלאומית, הן עבור בתי חולים והן עבור הקהילה, ובייחוד ההתמקדות במדדי הרצף הטיפולי. בהמשך, שילוב המדדים הללו בתוכניות **Pay for Performance** יהווה תמריץ נוסף עבור הספקים להמשיך ולשפר את הערך המסופק למטופל.

אין ספק כי בכוחה של מערכת הבריאות הממלכתית בישראל לפעול עוד רבות לקידום תפיסת "המטופל במרכז", וכי לרגולטור תפקיד מרכזי וחשוב, אך גם קופות החולים ובתי החולים הממשלתיים ממלאים תפקיד חיוני בהצעת המערכת לכיוון בלתי נמוע זה. הסכמה רחבה שוררת בין חברי צוות החשיבה בנוגע להכרח לזנוח את הפרדיגמות הישנות. מדובר בשינוי הכרוך בעיצוב מחדש של מכלול השירותים, מתוקף תהליך הדורש היערכות אסטרטגית והכוונה כוללנית - תפקיד שעל הרגולטור לקבל עליו, ובנוכחות חזון ותוכנית מגובשת הנובעת מתפיסת "המטופל במרכז", גם בצעדים קטנים ורציפים תוכל המערכת כולה להתקדם לעבר היעד הראוי.

מקורות

מקורות לדיון מושב 1:

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
2. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
3. National Healthcare Quality and Disparities Reports 2010. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr10/qdr10.html>
4. Principles of Patient Centered Care. Picker Institute. <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>
5. Berwick DM. What "patient-centered" should mean: confessions of an extremist. Health Aff (Millwood). 2009 Jul-Aug;28(4):w555-65. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555. Epub 2009 May 19.
6. The British Columbia Patient Centered Care Framework: www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2015_a/pt-centred-care-framework.pdf.
7. חוזר מנכ"ל משרד בריאות מס' 6/13, פברואר 2013.
8. Tropic K. Customer service vs patient care. Patient Experience Journal 2014.
9. סקירת ספרות חוויית המטופל בשירותי רפואה בקהילה, כללית וקונספט, 2013.
10. סקרי חוויית מטופל, שירותי בריאות כללית, 2013-2014.
11. Shabason JE1, Mao JJ, Frankel ES, Vapiwala N. Shared decision-making and patient control in radiation oncology: implications for patient satisfaction. Cancer. 2014 Jun 15;120(12):1863-70. doi: 10.1002/cncr.28665. Epub 2014 Mar 19.
12. Wilson SR, Strub P, Buist AS et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. Am J Respir Crit Care Med 2010.
13. Laura Schang, Sina Waibel, Sarah Thomson. Measuring care coordination: health system and patient perspectives Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions, April 2013.

14. O'Connor AM. Modifying Unwarranted Variations In Health Care: Shared Decision Making Using Patient Decision Aids. *Health Affairs*, October 2004.

15. ניר קידר, עו"ד עדי ניב-יגודה, ד"ר עזיז דראושה, ערן פוליצר, ד"ר שולי ברמלי-גרניברג. המטופל במרכז - מודל "קברט". מוגש לוועדה הציבורית לחיזוק מערכת הבריאות (ועדת גרמן).

מקורות לדין מושב 2:

1. גבאי, ג. (2015) "מה שרואים משם לא רואים מכאן" אמון רופאים מומחים בהנהלות בתי החולים בישראל, הרצאת אורח, סמינר מחקר, המחלקה לניהול משאבי אנוש, אוניברסיטת חיפה.
2. Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
3. Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525.
4. טנאי, ג. וליבוביץ, נ. המטופל במרכז דו"ח מחקר מלווה 2016 ERI.
5. Glickman, S. W., Boulding, W., Manary, M., Staelin, R., Roe, M. T., Wolosin, R. J., ... & Schulman, K. A. (2010). Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 188-195.
6. Isaac, T., Zaslavsky, A. M., Cleary, P. D., & Landon, B. E. (2010). The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health services research*, 45(4), 1024-1040.
7. Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The patient experience and health outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(3), 201-203.
8. Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among Patients with Acute Myocardial Infarction: The Influences of Patient-Centered Care and Evidence-Based Medicine. *Health services research*, 45(5p1), 1188-1204.
9. Zimlichman, E., Rozenblum, R., & Millenson, M. L. (2013). The road to patient experience of care measurement: lessons from the United States. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 35.

10. Institute of Medicine. (2001). 'Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century'. Washington: National Academy Press.
11. Health Foundation 2011 Evidence: Helping people help themselves A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management.
12. Gabay, G. (2012). G-Systems - a Model for planning systemic changes in implementing business strategies. *Organizational Analysis*, 15, 107-110. (Hebrew).
13. Nuoo, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCF Framework, *Health Policy*, 105, (1), 55-64. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851011002193>).
14. Gabay, G. (2016). Exploring perceived control and self-rated health in re-admissions among younger adults: A retrospective Study. *Patient Education and Counseling*, 99, (5), 800-806.
15. Gabay, G. (2015). Perceived control over health, communication and patient-physician trust. *Patient education and counseling*, 98(12), 1550-1557.
16. Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G., & van den Bosch, W. J. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family practice*, 29(3), 264-271.
17. Van Servellen, G., Fongwa, M., & Mockus D'Errico, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing & health sciences*, 8(3), 185-195.
18. Uijen, A. A., & Schers, H. J. (2012). Which questionnaire to use when measuring continuity of care. *Journal of clinical epidemiology*, 65(5), 577-578.
19. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7425), 1219.
20. Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., ... & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069.
21. Heller, K. S., Solomon, M. Z., & Initiative for Pediatric Palliative Care (IPPC) Investigator Team. (2005). Continuity of care and caring: what matters to parents of children with life-threatening conditions. *Journal of pediatric nursing*, 20(5), 335-346.

22. Schers, H., van den Hoogen, H., Bor, H., Grol, R., & van den Bosch, W. (2005). Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Family Practice*, 22(1), 15-19.
23. Stange, K. C., Ferrer, R. L., & Miller, W. L. (2009). Making sense of health care transformation as adaptive-renewal cycles. *The Annals of Family Medicine*, 7(6), 484-487.
24. Alazri, M. H., Heywood, P., Neal, R. D., & Leese, B. (2007). UK GPs' and practice nurses' views of continuity of care for patients with type 2 diabetes. *Family practice*, 24(2), 128-137.
25. Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., Beaulieu, C., & Bréton, M. (2012). Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. *The Annals of Family Medicine*, 10(5), 443-451.
26. Reid, R. J., McKendry, R., & Haggerty, J. (2002). *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care: Final Report*. Canadian Health Services Research Foundation= Fondation canadienne de la recherche sur les Services de santé.
27. Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 337.
28. Coleman, E. A., & Boult, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
29. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.
30. Prasad, V., Gall, V., & Cifu, A. (2011). The frequency of medical reversal. *Archives of internal medicine*, 171(18), 1675-1676.
31. Prasad, Cifu, & Ioannidis, 2012Stewart, M. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Publishing.

מקורות לדין מושב 3:

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
2. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
3. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001; 323(7318):908-911.
4. Guyatt G, Montori V, Devereaux PJ, Schünemann H, Bhandari M. Patients at the center: in our practice, and in our use of language. *ACP J Club.* 2004;140(1):A11-A12.
5. McWhinney IR. 'An acquaintance with particulars...'. *Fam Med.*1989;21(4):296-298.
6. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(8):1489-1495.
7. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Health Serv Res.*2013;13:211.
8. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *J Eval Clin Pract.*2006;12:559-68.
9. Santana M-J, Feeny D. Framework to assess the effects of using patient-reported outcome measures in chronic care management. *Qual Life Res.*2014;23:1505-13.
10. Valderas JM, Kotzeva A, Espallargues M, Guyatt G, Ferrans CE, Halyard MD, et al. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res.*2008;17:179-93.
11. Wasson JH, Stukel TA, Weiss JE, Hays RD, Jette AM, Nelson EC. A randomized trial of using patient self-assessment data to improve community practices. *Effect Clin Pract.*1999;2:1-10.
12. Ahles TA, Wasson JW, Seville JL, Johnson DJ, Cole BF, Hanscom B, et al. A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. *Ann Fam Med.*2006;4:341-50.

13. Dawson J, Doll H, Fitzpatrick R, Jenkins C, Carr AJ. The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *BMJ*.2010;340:c186.
14. Nelson EC, Fisher ES, Weinstein JN. A perspective on patient-centric, feed-forward "collaboratories." In: Institute of Medicine. Engineering a learning healthcare system: a look at the future: workshop summary. National Academies Press, 2011:149-70.
15. Nelson EC, Hvitfeldt H, Reed R, Grossman D, Lindblad S, Mastanduno M, et al. Using patient-reported information to improve health outcomes and health care value: case studies from Dartmouth, Karolinska and Group Health. 2012.
16. Pincus T, Summey JA, Soraci SA, Jr, Walston K, Hummon N. Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum*1983;26:1346-53.
17. Taylor W, Wang MC, Lozano P, Bradford SC. Patient reported data to engage patients and inform clinical and population care: using patient reported outcome data to provide patient-centered care and improve clinical care delivery. National Quality Conference, Sacramento, CA, 4 June 2013.
18. Nelson EC, Eftimovska E, Lind C, Hager A, Wasson JH, Lindblad S. patient reported outcome measures in practice.*BMJ* 2015;350:g7818.
19. Hvitfeldt H, Carli C, Nelson EC, Mortenson DM, Ruppert BA, Lindblad S. Feed forward systems for patient participation and provider support: adoption results from the original US context to Sweden and beyond. *Qual Manag Health Care*2009;18:247-56.
20. Wasson JH, Benjamin R, Johnson D, Moore LG, Mackenzie T. Patients use the internet to enter the medical home. *J Amb Care Mgmt*2011;34:38-46.
21. Wasson JH, Stukel TA, Weiss JE, Hays RD, Jette AM, Nelson EC. A randomized trial of using patient self-assessment data to improve community practices. *Effect Clin Pract* 1999;2:1-10.
22. CIHI - Canadian Institute for Health Information, "CIHI Proms Forum, Background Document", (2015) www.cihi.ca/proms.
23. Devlin NJ, Appleby J. Getting the most out of PROMs: putting health outcomes at the heart of NHS decision-making (Internet). Health Economics. 2010.
24. Devlin NJ, Parkin D, Browne J. Patient-reported outcome measures in the NHS: new methods for analyzing and reporting EQ-5D data. *Health Econ* 2010;19:886-905.

25. Haverman L, Engelen V, van Rossum MA, Heymans HS, Grootenhuis MA. Monitoring health-related quality of life in paediatric practice: development of an innovative web-based application. *BMC Pediatr.* 2011;11:3.
26. Crandall W, Kappelman CW, Colletti RB, Leibowitz I, Grunow JE, Ali S, et al. ImproveCareNow: the development of a pediatric inflammatory bowel disease improvement network. *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:450-7.
27. DeSalvo, K.B. et al. (2005), "Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question", *Health Services Research*, Vol. 40, pp. 1234-1246.
28. European Union Statistics on Income and Living Conditions survey (EU-SILC) 2013 Commonwealth Fund.
29. Commonwealth Fund (2010), "2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries", Chart pack, Commonwealth Fund, New York.
30. Fujisawa, R. and N. Klazinga (forthcoming), "Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-2015", *OECD Health Working Papers*, Paris.
31. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, et al. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res.* 2007;42(4):1443-63.
32. International Health Policy Survey OECD (2015), "Measuring Health Coverage", *OECD Publishing*, Paris.
33. OECD (2015), *OECD Health Statistics 2015*, online, *OECD Publishing*, Paris, www.oecd.org/health/health-data.
34. CMA policy 2005.
35. R. Nathan Spreng, Margaret C. McKinnon, Raymond A. Mar, Brian Levine. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *J Pers Assess.* 2009 Jan; 91(1): 62-71.
36. Batchelder L, Brosnan M, Ashwin C (2017) The Development and Validation of the Empathy Components Questionnaire (ECQ). *PLoS ONE* 12(1): e0169185.
37. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney DH, and Watt GCM. Relevance and performance of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice.* 2005; 22 (3), 328-334.
38. Rakel D1, Barrett B, Zhang Z, Hoefft T, Chewing B, Marchand L, Scheder J.

- Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec; 85(3):390-7.
39. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366 (9):780-1.
40. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, et al. Towards a feasible model for shared decision-making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999;319:753-6.
41. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J. Through the patient's eyes. Understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
42. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, et al. on behalf of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*. 2006 ;333(7565):417.
43. Bruce E. Landon; Sharon-Lise T. Normand; David Blumenthal; et al. Physician Clinical Performance Assessment: Prospects and Barriers *JAMA*. 2003;290(9):1183-1189 (doi:10.1001/jama.290.9.1183).

מקורות לדיון מושב 4:

1. Nightingale, F. Notes on Nursing, (1859).
2. Bardes, C. L. (2012). Defining "patient-centered medicine". *New England Journal of Medicine*, 366(9), 782-783.
3. Oshima Lee, E., & Emanuel, E. J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs. *New England Journal of Medicine*, 368(1), 6-8.
4. Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525.
5. Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.

צוות 2

"המטופל במרכז" כסוגיה חברתית וכלכלית



צוות 2 - "המטופל במרכז" כסוגיה חברתית וכלכלית

"כי ימְכַר סוֹס בְּשׁוּק
אִישׁ לֹא יִשְׁאַל אֶת הַנֶּפֶשׁ הַסּוֹסִית
אִם מֶרְשָׁה הִיא
לְפָתַח אֶת פִּי הַסּוֹס בְּיַד זָרָה
וּבְאֵיבָרָיו לְנַעַת.
אֶת בְּשָׂרֵי הַנֶּקֶלָם הַנִּיחוּ
לְפָנָי דְּרָקוֹן הַמַּדָּע
בְּלִי לְשֹׂאֵל אֶת נְפֹשֵׁי
עֲשָׂרָה רְאִשִׁים שֶׁל דְּרָקוֹן נַעֲלָה
הַתְּבוֹנָנוּ בְּעֵינָי
בְּלִי לְשֹׂאֵל אֶת נְפֹשֵׁי" שירה האחרון של זלדה שנכתב בבית חולים

הקדמה

בשירה האחרון של זלדה, שנכתב בבית החולים, זלדה מדמה את מטפליה לעשרה ראשים של דרקון נעלה, דרקון המדע. המטפלים בה ודאי רצו בבריאותה ובטובתה אבל זלדה מבקשת שישאלו לדעתה ולנפשה. נקודת המוצא שלנו, בבואנו לדון במטופל במרכז כסוגיה חברתית וכלכלית, היתה הגדרת "המטופל במרכז" כפי שניתנה על ידי מארגני הכנס: "תפיסת עולם הגורסת הצבת טובת האדם בראש תהליך קבלת ההחלטות של מערכת הבריאות לכול רבדיה. התמורות החברתיות, ההתפתחות הטכנולוגית, השינויים במהלך של מחלות והעליה המתמדת והבלתי נמנעת בהוצאה לבריאות, מחייבים את כול העוסקים בתכנון, בנייה וניהול של ארגוני בריאות בכלל וסביבת המטופל בפרט, להתחשב בצורה מירבית בצרכים, בהעדפות וביכולות של הפרטים הנזקקים לשירותיהם".

במהלך הדיונים ליוו אותנו שתי הנחות עבודה בסיסיות:

- א. הצוות עוסק במטופל במרכז על פני רצף הטיפול והחיבורים בין נותני השירות השונים ובמסגרת התנאים של רפואה נכונה.
- ב. הדיון מתמקד בהספקת שירותי הבריאות במימון ציבורי, בשאיפה לצמצום המימון הפרטי לבריאות.

הדיונים בכנס הציפו שלוש בעיות מרכזיות במערכת אשר על פי משתתפי הכנס מהוות חסם מרכזי ליישום הנרטיב של המטופל במרכז:

1. מערכת הבריאות אינה מוכוונת על פי צרכי המטופל והעדפותיו אלא על פי השירותים הקיימים.
2. חוסר אמון בתוך המערכת בין השחקנים השונים וחוסר אמון של הציבור במערכת.
3. חוסר המשאבים במערכת.

שלוש בעיות אלו הועלו שוב ושוב לא רק כחסמים לפרקטיקה של המטופל במרכז אלא אף כגורמים מרכזיים לפגיעה במטופלים המבקשים לקבל טיפול במערכת הציבורית.

הדיונים בכנס התמקדו בהצעת פתרונות/מודלים לקידום של שלושה נושאים אשר נבחרו במהלך עבודת ההכנה בשל היותם מרכזיים ומשפיעים, לדעת חברי צוות ההכנה, על פרקטיקת המטופל במרכז במערכת הבריאות הישראלית.

שלושת הנושאים:

1. **פתיחת/ מזעור החסמים המנהליים והבירוקרטיים:** כללים מנהליים ("נהלים") הם כללים חיוניים לפעילות תקינה של כל ארגון בהתאם ליעדיו ולתקציבו. חסמים "בירוקרטיים" נובעים מעודף נהלים, המסרבלים את פעילות הארגון ופוגעים ביעילותו ובהשגת מטרתו. מיפוי החסמים נעשה על ידי הצוות באמצעות שני מסעות מטופלים.

2. **הגדלת הבחירה והשקיפות במערכת הבריאות:** על מנת ליישם את הנרטיב של "המטופל המרכז" יש לנסות קודם כל "להיכנס לנעליו" ולשקף את סדר העדיפויות שלו. השערת העבודה, המבוססת על סקרי דעת קהל וניתוח שוק הבריאות, היתה שאחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על שחיקת אמון המבוטחים במערכת הבריאות הציבורית, הוא העדר ביטוי לרצון המטופל לרבות בחירת בית החולים והרופא המטפל. ברור שתנאי הכרחי לבחירה מושכלת היא

שקיפות הנתונים הרלבנטיים.

3. סקירת מערך התמריצים: פונקציית המטרה ועל כן גם מערכת התמריצים של כל "שחקני" מערכת הבריאות חייבת לכלול השגה של הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות תוך הצבת המטופל במרכז.

הנחת העבודה היתה שגם כאשר משאבי מערכת הבריאות יהיו מוגבלים, קובעי המדיניות חייבים להעמיד את מערכת הבריאות בסדר עדיפויות נכון, התואם את צמיחת המשק, בתקווה להשקעה עתידית גדולה בעקבות מקורות חדשים, כגון מתמלוגי הגז, שיועדו לטובת הציבור. לדעת חברי הצוות גם במסגרת המשאבים הקיימים, או בהשקעה קטנה יחסית, ניתן, באמצעות תעדוף נכון וקשב ניהולי, לשנות את מערך התמריצים לצורך עמידה ביעדי איכות, שיפור חוויית המטופל וקידום פרקטיקת המטופל במרכז.

כל קבוצה גיבשה שאלות המובילות ליישום פרקטיקת המטופל במרכז תוך כדי התייחסות לנקודות הבאות:

א. מה התועלת ומי מרוויח: מהו הרווח (התועלת) למטופל ומשפחתו, למערכת הבריאות ולחברה כולה?

ב. מחיר וגבולות: האם לנושא הנדון בקבוצה יש מחיר לא כספי? ואם כן, מהו המחיר לפרט, לארגוני הבריאות, לפרופסיות ולחברה כולה? כאן יש התייחסות גם לכשלי השוק.

ג. יישום: איזה השקעה נדרשת בטווח הקצר והארוך? על מי האחריות? איזה שינוי נדרש במערך התמריצים שיכולים לעודד קבלה והטמעה של המודל המוצע?

במסמך זה, בסיומו של כל חלק, מובאות המלצות ליישום כפי שגובשו על ידי הצוות ומשתתפי הכנס.

ברצוננו להודות לצוות המכון הלאומי ולוועדת ההיגוי על פניתם אלינו לתרום בנושא חשוב זה.

1: פתיחת/ מזעור החסמים המנהליים והבירוקרטיים

המטופל במרכז הינו תיאור מטפורי לתפיסה הממקדת תשומת לב טיפולית כוללת באדם: בצרכיו, בדאגותיו ובעמדותיו ונותנת לכך ביטוי ארגוני בקביעת תהליכי מדיניות, בדרך בה ניתנים שירותי בריאות, בשיתוף המטופל ומשפחתו במידע ובהחלטות, בהקצאת משאבים ובשינוי התרבות הארגונית (1).

תפיסה זו מתפתחת ועוברת הטמעה ברחבי העולם מזה למעלה מעשור ואף בישראל אומצה התפיסה ביחידות ובארגונים, אולם לא הפכה לגישה המובילה. מתוך מטרה ליצוק תוכן, כלים ושיטות בבחינת החסמים המנהליים והבירוקרטיים המקשים על יישום גישת האדם במרכז, בדקנו אילו צרכים, רצונות והעדפות של מטופלים מופרים על ידי החלטות מנהליות ובירוקרטיות המקשות ואף אינן מאפשרות יישום מלא של תפיסה זו. הסרת החסמים צריכה להתבצע במקביל להכשרת הצוותים הרפואיים ולהדרכת המטופלים בבחירה מושכלת של טיפולים ושירותים רפואיים ומתוך שיקולים הנועצים במגבלת המשאבים הקיימים.

1. רקע

בשנת 2015 יצא ארגון הבריאות העולמי בקריאה (2) לשנות את הדרך בה שירותי הבריאות מתוקצבים, מנוהלים וניתנים, לאור שביעות רצון נמוכה והיעדר נגישות של רבים מתושבי כדור הארץ לשירותי בריאות וקרא לארגנם מחדש סביב האדם במרכז, על פי צרכיו והעדפותיו של המטופל.

נוסחו חמש מטרות אסטרטגיות לבנית People Centered Health Services:

1. העצמת ורתימת המטופלים - באמצעות יצירת הזדמנות, שיפור האוריינות וחינוך לבריאות, קבלת החלטות קליניות משותפות, שקיפות הרשומה הרפואית, ניהול עצמאי של מחלות, סקרי שביעות רצון, שיח עם החברה האזרחית וארגוני חולים ויזום פעולות לאוכלוסיות מודרות, העצמת הרפואה הראשונית ושימוש בטלה-רפואה.

2. חיזוק המשילות והאחריות - שיתוף הציבור בקביעת מדיניות משתפת ושילוב הגישה בכל התוכניות לבריאות לאומית, קידום שירותים משלבים בגישת האדם במרכז, ביזור ככל שניתן, מימוש הזכות לבריאות, שימוש במדדי איכות מנקודת ראות החולים לקבלת החלטות מדיניות (PROMs).

3. עיצוב מודל המטופל - מעבר ממודל אשפוז לרפואת קהילה מחייב השקעה בטיפול הוליסטי וכוללני. באמצעות הערכת הצרכים והטכנולוגיה בקהילה, הענקת טיפול כוללני מותאם תרבותית, יזום רפואה מונעת אף באמצעות תקנות, ביסוס רפואת קהילה הניתנת על ידי צוותים רב מקצועיים והסתת משאבים לכינונה.

4. שירותים מותאמים - באמצעות רשומות דיגיטליות, מסלולי טיפול, מערכת הפניות מתואמת ומנהלי מקרה, תוכניות ורטיקליות ותמריץ לתיאום בין גופים, שותפות בין מגזרים ומיזוג שירותי הרווחה בטיפול הרפואי.

5. יצירת סביבה תומכת - כדי לחולל שינוי יש צורך בתנאים מתאימים, כגון מנהיגות מעצבת, הקצאת משאבים, שיתוף במידע ובמחקר, הבטחת איכות ושיפור מתמיד, הכשרה מתמשכת של מקצועות הבריאות, יצירת צוותים רב מקצועיים ותנאי עבודה ותגמול הולמים.

תפיסת האדם במרכז הוכרזה במשרד הבריאות כ"עמוד אש" בשנת 2016. ההחלטה נתמכת על תוצאות מחקרים בהם נמצא כי אימוץ הגישה משפר את תוצאי הבריאות, מעלה את שביעות הרצון של המטופלים והמטפלים, משפר את איכות הטיפול וחוסך במשאבים.

מייקל פורטר במאמרו *The strategy that will fix health care* (3) מניח על סדר היום את נושא הערך: האם וכיצד הטיפול הרפואי הכוללני שאנו מציעים הינו בעל ערך עבור המטופל. הוא קורא למטפלים לחדול ממנהגם לשאול את המטופל *What's the matter with you?*, ותחת זו לשאול, כבדרך שגרה, שאלה שתסייע בהכוננת הטיפול: *What matters to you?*

2. היועצות עם הציבור

לצורך מיפוי הפערים ביישום תפיסת המטופל במרכז, התקיים בהובלת משרד הבריאות תהליך היועצות עם הציבור, שכלל מטופלים ובני משפחתם המתמודדים עם מחלה כרונית, כמטופלים שלהם מידת ההזדקקות הגבוהה ביותר למערכת הבריאות. יחד עם אנשי מערכת הבריאות - רופאים, אחיות ועובדי מקצועות הבריאות, אנשי אקדמיה ומחקר, ארגונים חברתיים ונציגי ציבור. פיתוח מדיניות בריאות בזיקה לתהליכי היועצות טומן בחובו ערך מוסף בגיבוש מדיניות מבוססת עקרונות דמוקרטיים של שותפות, שקיפות בקבלת החלטות ואתגר לדפוס חשיבה מקובלים. בנוסף, מדיניות לה שותף הציבור מניחה את היסודות לבנית הסכמות.

ההיוועצות נעשתה באמצעים מקוונים ובמפגשים פיזיים. כחלק מכך, התקיימו מפגשי שולחן עגול בחודשים מרץ עד יולי 2016, שהתאפיינו בכך שאפשרו שיח בין בעלי העניין השונים בנושא הטיפול והמניעה של המחלות הכרוניות ובחינת הסוגיות העולות בהיוועצות דרך פריזמת תפיסת המטופל כאדם (4).

התובנות המרכזיות הרלוונטיות לפרק זה מצביעות על מערך צרכים ללא מענה מספק (UNMET NEEDS), ובכללם צרכים "חיצוניים" הקשורים לאיכות שירותי הבריאות הניתנים (זמינות, נגישות, יעילות, עלות) בצד צרכים "פנימיים" הקשורים לציפייה ממערכת היחסים עם שירותי הרפואה הראשונית והמטפלים הראשוניים (קשר, דאגה, ליווי, אחריות).

התובנות שנאספו ורכזו לתחומים: תקשורת ומידע, הקלת הביורוקרטיה והפשטתה, הוספת Case Manager כעוגן מתכלל במערכת פרגמנטרית, טיפול כולל ומתאים, שמירה על רצף טיפולי וחיזוק הרפואה הראשונית.

3. מסעות של מטופלים

ד"ר חגי קדם ז"ל, מנהל האגף לתכנון מדיניות במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, שחלה במלנומה גרורתית ונפטר בנובמבר האחרון, הציג לראשונה בכנס ים-המלח ב-14.1.15, את תפיסת המטופל כאדם במרכז.

"זו מערכת בה כל נותן שירות מברר לעצמו בכל פעולה בה הוא מעורב, ובכל רגע נתון, באיזה אופן היא משרתת את החולה המקבל את השירות. זהו שינוי תודעתי הנוגע לכל הרמות במערכת... אחת הדרכים לעשות זאת, כמתכנן או כנותן שירות, היא לשים עצמך לרגע קטן, מדי פעם, במקום אלה שאתה נותן להם שירות. זוהי טכניקה מחוללת פלאים".

בפרק זה נציג שני מסעות של מטופלים ובאמצעותם נסקור את החסמים המנהליים והביורוקרטיים ליישום תפיסת האדם במרכז.

מסעה של מטופלת:

גברת ג.א. בת 42 נשואה ואם לשלושה, עובדת במשרה ציבורית אקדמאית

להלן תלונתה של גברת ג.א. כפי שהגיעה אלינו.

"קופת חולים יקרה, אתם אמורים לתמוך בחולים ולא להקשות עליהם. אני חולת קרוהן שמקבלת באופן קבוע עירוי רמיקייד בכל ארבעה שבועות מזה שנתיים. עקב כך אני צריכה להתמודד עם הבירוקרטיה הבלתי נסבלת וחסרת ההיגיון שלכם בניסיון לקבל טופס 17 לטיפולים שלי!

אני לא מצליחה להבין למה כל פעם אני צריכה לקבל סירוב לטופס 17 מהסניף שלי בתואנה שאינם יכולים לאשר את מתן התרופה מאחר שאין לי מכתב סיכום מהרופא....

את השיחה הזו אני מנהלת אתכם בכל פעם. בעת מתן עירוי אינני נפגשת בהכרח עם הרופא המטפל שלי. את המכתב האחרון הוא כתב לכם לפני שישה חודשים ובו צוין כי אזדקק לטיפול זה בשנה הקרובה (כמו גם בשנה שחלפה). מכתב זה נמצא במערכת שלכם ולפיכך אין הגיון שאחזור ואשלח לכם את אותו המכתב בדיוק בכל ארבעה שבועות. על בסיס המכתב הזה אישרתם לי את מתן התרופה לשנה הקרובה, ואם אתם רואים שכל ארבעה שבועות אני מקבלת עירוי בבית החולים מדוע כל ארבעה שבועות אני צריכה לנהל עמכם שיחות מתישות ולא הגיוניות?

אם מטרתכם לגרום לי להיות חולה יותר, אני יכולה לבשר לכם שהצלחתם.

מה בסך הכל ביקשתי? אישור לעירוי כל ארבעה שבועות? ברור לכם שהייתי שמחה לו לא הייתי חולת קרוהן שצריכה לבלות בבית החולים באופן קבוע לפחות אחת לחודש.

אנא סדרו את העניינים אצלכם וכתבו איזושהי הערה קבועה בתיק שלי שיש לי אישור לבצע עירוי אחת לארבעה שבועות ומכאן שיש לי אישור לטופסי 17 לשם כך. נסו לשם שינוי להקל עלינו החולים ולא לעשות את החיים שלנו יותר מסובכים".

מסע של מטופל:**מר א.א. בן 76, אב לשלוש וסב לעשרה נכדים**

מר א.א. סובל מסוכרת, אי ספיקת לב מתקדמת, מחלת ריאות חסימתית, הובהל באמבולנס לבית החולים הקרוב לאזור מגוריו בשל קושי בנשימה. מר א.א. מטופל באי ספיקת הלב שלו בבית חולים שכן בדרך כלל. הוא נושא בארנקו את רשימת התרופות המעודכנת ואת כרטיס הקוצב.

לאחר שלושה ימי אשפוז פנתה בתו להנהלת בית החולים ושטחה את הטענות הבאות:

"הגענו למיון והרופא ניסה להעלות במערכת המחשוב את מכתב השחרור מאשפוז יום בבית החולים השכן מלפני יומיים. לא ניתן היה לראות את הסיכום. הוא ניסה ליצור קשר עם הרופא המטפל בקופת החולים אליו הגיע אבי עם הסיכום למחרת שחרורו, אך במרפאה לא ענו, ולא היו לא לנו ולא לצוות במיון את הפרטים כדי ליצור קשר עם הרופא. בסוף הוא שוחח עם הקרדיולוג המטפל בבית החולים השכן שמסר לו מידע מהאשפוז האחרון. בשל החמרה באי ספיקת לב אבי אושפז בטיפול נמרץ קרדיאלי. בקבלתו הרופא בדק את רשימת התרופות במערכת הממוחשבת ושאל מתי הוא לוקח את הדיזותיאזידים. ענינו לו שהוא כבר שנתיים לא מקבל את התרופה והצבענו על רשימת התרופות שעודכנה לפני יומיים. כך תרופה אחר תרופה עד שהרופא אמר בכעס שהרשימות אינן תואמות. בשעה שמונה בערב נשלחנו כל בני המשפחה הביתה. כל בקשותינו להישאר ליד אבי לא הועילו. אמרתי לרופא התורן: אבא שלי במצב מסכן חיים. לא יכול להיות שלא אהיה לידו בשעות קשות שכאלו שעשויות להיות גם שעותיו האחרונות. שום דבר לא עזר. וחוץ מזה היא אמרה, "אף אחד לא מסביר מה רוצים לעשות לו. אולי תדאגו שידברו איתנו?"

הוסבר לה שזו מדיניות בית החולים, המבקרים מכניסים זיהומים, לחולה יש השגחה בבית חולים ואין צורך בעזרה.

אמש חזרה הבת נסערת אחרי חמישה ימים נוספים.

"בטיפול נמרץ שינו את הטיפול התרופתי, איזנו את מצבו של אבי והוא נשלח ביום חמישי אחר הצהריים הביתה. בקופת החולים לא עודכנו מבעוד מועד על שחרורו, התרופות לא הוחלפו לפני סוף השבוע. התקשרנו למחלקה שם הפנו

אותנו למוקד קופת חולים, במוקד אמרו תחכו לרופא המשפחה ביום א'. לא ידענו מה לעשות. אבא חזר ליטול את התרופות שהיו בבית. בשבת החזרנו אותו לבית החולים, הוא שוב התקשה לנשום, הזיע והיה לבן, שוב מיון שוב טיפול נמרץ בשל החמרה נוספת במצבו. אחרי יומיים אבא נפטר".

באמצעות שני מסעות מטופלים אלו בחנו את החסמים ליישום התפיסה על פי עקרונות המטופל במרכז:

א. מפגש טיפולי כוללני ויעיל:

1. זמן מפגש קצר מדי עם הרופא והצוות המטפל בקהילה ובאשפוז.
2. העדר גורם מתכלל לטיפול רציף אפקטיבי ומנוהל.

ב. תקשורת, מידע, תאום ורצף:

1. חסם ביצירת קשר בין צוותים מטופלים ובהעברת מידע בין ארגונים.
2. חסמים בתהליך השחרור מבית החולים.

ג. המטופל כאדם השלם:

1. העדר מידע על העדפות המטופל ועל צפיותיו מהאשפוז/טיפול.
2. שיתוף, עדכון ולווי המטופל במהלך האשפוז.
3. היעדר אפשרויות בחירה.
4. קטיעת רצף האחריות הביטוחית כחסם.

ד. טיוב ופישוט תהליכים בירוקרטיים:

1. הליך הנפקת התחייבויות כחסם למימוש תפיסת האדם במרכז.
2. שימוש במסע מטופל לזיהוי חסמים בירוקרטים ומנהלים חמורים.

3.1 מפגש טיפולי כוללני ויעיל

3.1.1. זמן מפגש קצר מדי עם הרופא והצוות המטפל בקהילה ובאשפוז

זמן מקצועי של רופא הינו משאב הנמצא בחסר ופוגע ביישום תפיסת המטופל במרכז, הנשענת על תקשורת בין המטופל למטפל, הקשבה, מתן תמיכה רגשית, העברת ועיבוד מידע, קבלת החלטות קליניות משותפות והתייחסות לאדם כשלם. מצב זה נכון הן לרפואת הקהילה והן לרפואת בתי החולים, וצפוי עוד להחמיר עם הזדקנות האוכלוסייה, העלייה בתחלואה הכרונית ומחסור מתמשך באחיות ורופאים.

כמו כן, עומס אדמיניסטרטיבי מהווה חסם ביישום תפיסת האדם במרכז ומקפח הן את רווחת המטופל והן את רווחת המטפלים. קיים הכרח לפינוי זמן הרופא הראשוני לעיסוק במטופל וברפואה תוך צמצום הזמן הבירוקרטי בעבודתו.

פתרונות מוצעים: להגביר את יעילות וכוללניות המפגש וניצול זמנו של הרופא לפעילות רפואית מקצועית ולשחרר אותו ממשימות אשר ניתנות לביצוע על ידי גורמים אחרים ("תומכי לחימה") (5). בארה"ב ובמדינות ה-OECD גויסו והוכשרו בעלי תפקידים ובעלי מקצוע שונים על מנת לאפשר לרופא זמן נוסף לטיפול בחולים:

א. אחות מומחית בקהילה - בעלת השכלה והכשרה מתאימה, וסמכויות טיפול ייחודיות, מוגדרות ומוסכמות אשר יאפשרו מתן טיפול כוללני רפואי וסיעודי (חוזר המנהל הכללי מס' 2014/9 מיום 20.2.2014).

ב. עוזר רופא - איש מקצוע בתחום הבריאות, שהכשרתו קצרה יחסית, המוסמך לעסוק ברפואה תחת השגחתו של רופא. הוא עוסק במניעה, אבחון וטיפול רפואי באמצעות מתן מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר באופן מסורתי ניתנו על ידי הרופא.

ג. רוקחים קליניים - ליעוץ תרופתי אישי, להדרכה תרופתית להפחתת ריבוי תרופתי (polypharmacy) הנפקת מרשמים כרוניים ובקרת מרשמי שחרור מאשפוז כמו גם מניעת תרופות צולבות ומינורים שגויים.

ד. Case Manager - איש מקצועות הבריאות לניהול ותיאום הטיפול בין כל הגורמים המטפלים, בקהילה, ברפואה היועצת, באשפוז, בעת ואחרי ביקורים בחדר המיון או מוקדי טיפול ושאר מקצועות הבריאות (דיאטנית קלינית, רוקח קליני, בריאות הנפש, עובד סוציאלי ועוד) (6-7).

ה. Community Case Coordinator - מתאמי טיפול קהילתיים- בתחום הבריאות, מתמחים בהנגשת הטיפול ומסייעים לאדם ולמשפחתו בתאום הטיפול, במיצוי זכויות ובאיתור שירותים בעיקר עבור אנשים עם מחלות כרוניות, אקוטיות או סופניות. לתפקיד זה אין צורך בהשכלה במקצועות הבריאות דווקא.

ו. כוח אדם מנהלי (מזכירות) - להקלת העומס המנהלי, מילוי טפסים, מענה לדואר אלקטרוני ושיחות טלפון.

ז. דיאטניות קליניות - להכוונה תזונתית לבעיות בריאותיות וכרפואה מונעת.

ח. נוטלי דם - (phlebotomist) במקומות רבים בקהילה ובבתי חולים עדיין בדיקות דם מבוצעות על ידי אחיות ורופאים וגוזלים זמן מקצועי יקר ביותר.

באמצעות "תומכי לחימה" אלו ניתן לתעל את זמן המפגש בין המטופל לרופא למפגש משמעותי ביניהם, להקצות זמן מפגש ארוך יותר לחולים מורכבים, הן בקהילה והן בבית החולים. עלות העסקתם של אנשי המקצוע אלו פחותה מעלות העסקתו של רופא נוסף או אחות, עבודה בצוות מפחיתה שחיקה בקרב מקצועות הבריאות, ומשפרת את איכות הטיפול בזכות מיצוי הפוטנציאל המקצועי של כל בעל מקצוע.

על משרד הבריאות לבחון תכנון כוח אדם שלא על פי התקינה הקיימת (גולדברג והסכם האחיות), כך שיוכלו להיות צוותים מטפלים ותומכי טיפול מתקננים על פי מקצוע/מחלה ועומסים.

ההקלה בעומס המנהלי הוכרה כצו השעה הן על ידי משרד הבריאות והן בקופות החולים, בשל הצורך לפנות זמן מקצועי לרופא, והוחל במיפוי, יצירת ערוצי תקשורת ופתרונות לאתגר זה. בחינת העומס האדמיניסטרטיבי וטיוב, שינוי ואף ביטול תהליכים מיותרים ומכבידים, חיונית ליישום תפיסת המטופל במרכז. שימוש במדיה הווירטואלית להעברת בקשות לרופא ויצירת "קו לרופא", המאפשר קישור טלפוני ישיר עם גורמים שונים לאבחנה וטיפול וסיוע בתיאום תורים דחופים רפואית. הקמת מוקדים אחוריים לסיוע בקביעת תורים וטיפולים מזורזים לחולים בברור אונקולוגי לחולים אונקולוגים או מורכבים בכל קופות החולים.

תנאים ליישום, מחיר וגבולות: החשש העיקרי הינו מעלות השינוי בטווח הקצר.

בטווח הארוך הוכח כי קיים חיסכון כלכלי למערכת בצד עליה באיכות הטיפול, הפחתת שחיקה ומיצוי היכולת המקצועית של אנשי מקצועות הבריאות. מחויבת הגדרת תפקידים נוספים והרחבת סמכויות של מקצועות קיימים.

3.1.2 העדר גורם מתכלל לטיפול רציף אפקטיבי ומנוהל

בישראל קיימת מגמת ירידה בשיעורי הרופאים וחמורה אף יותר בשיעור האחיות, יחסית לגידול האוכלוסייה. מעבר להוספת מקצועות ותפקידים נוספים לצד המסורתיים, על מנת להתמודד טוב יותר עם תחלואה מורכבת ולהיענות לאתגר הטמון בתפיסה המוצעת, מתבקש מעבר לעבודה במודל צוותי תוך שיתוף סביבתו של המטופל.

עבודה בצוותים רב מקצועיים - רופאים, אחיות, ושאר מקצועות הבריאות ובעלי תפקידים נוספים כפי שתוארו לעיל, בשילוב ורתימת המטופל ומשפחתו כחלק אינטגרלי מהצוות, יאפשר מתן טיפול נגיש, מקיף והמשכי תוך שמירה על רצף החיים של המטופל ושיפור איכות החיים של המטפלים.

פתרון מוצע: אימוץ מודל טיפולי PCMH - Patient-Centered Medical Home (8-9). מערך באמצעותו מיושמת תפיסת רפואת האדם במרכז ברפואת הקהילה, המרחב בו מתרחשים עיקר המפגשים של המטופלים עם מערכות הבריאות. בהנחה שבעלי התפקידים הנוספים יצטרפו למערכת, מדובר בהקצאה שונה של המשאבים הקיימים. ב-PCMH ניתן טיפול רפואי איכותי מתואם וכוללני, נגיש ובעל ערך על פי תפיסת המטופל על ידי צוות רב מקצועי.

על פי מודל זה כל מטופל משויך לרופא אישי המנהל צוות רב מקצועי שמעניק יחד טיפול מתמשך ומקיף. הטיפול מתואם בין כל הגורמים והוא מושתת על רפואה מבוססת ראיות ומעורבות של המטופל בקבלת ההחלטות, בתהליכי שיפור ומשוב.

הספרות המקצועית מצביעה כי שימוש במודל ה-PCMH משפר את תוצאי הבריאות (ירידה ברמות HgbA1c) לעומת מטופלים ברפואה ראשונית, מצמצם את הביקורים בחדרי מיון ואשפוזים חוזרים, מעלה שביעות רצון של המטופלים והמטפלים, מפחית שחיקה ומפחית עלויות.

תנאים ליישום, מחיר וגבולות: השקעה ראשונית בגיוס בעלי התפקידים ובנית צוותים, שינוי תפיסתי משמעותי, חשש מקושי ביישום המודל, מחייב הכרות מעמיקה עם המודל והבנה שמדובר בארגון מחודש של המערכת. יישומים חלקיים של המודל בחמש מדינות באירופה הובילו לתוצאה איכותית פחות.

3.2 תקשורת, מידע, תאום ורצף

3.2.1. חסם ביצירת קשר בין צוותים מטפלים ובהעברת מידע בין ארגונים

תפיסת האדם במרכז נשענת על תקשורת ותאום בין כלל המטפלים (בין חברי הצוות בתוך אותו המוסד ובין מוסדות שונים). מידע עדכני, איכותי, רלוונטי וכוללני מסייע בהפחתת טעויות ואף משפר את איכות הטיפול (10).

בישראל קיימות תשתיות טכנולוגיות המאפשרות שיתוף מידע ממוחשב בין התיקים הרפואיים השונים (לדוגמה מערכת אופק/איתן). למרות זאת אופן העברת המידע בין הארגונים השונים אינו מוסדר באופן מלא (כנס ים-המלח 2013), ועד היום קיימת

אי בהירות באשר לשדות החובה ואוניברסליות השימוש בהם.

עד כה לא נסללה דרך זמינה והולמת להתקשרות ישירה בין המטפלים השונים בקהילה ובבית החולים בעת הטיפול בחולה. מעבר לחשיבות מעורבותו של הצוות בקהילה בעת אשפוזו של המטופל המוכר להם, העברת מידע ושיח מביא לשיפור באיכות הטיפול, למניעת טעויות, לחיסכון ביעוצים בבדיקות ובפרוצדורות ומניח את היסודות לשחרור המטופל בחזרה לקהילה.

פתרונות מוצעים:

א. תיבחן אפשרות ליצירה אוטומטית של מסמך "תמונת מצב" עדכנית ב"אופק" או "איתן" שיכלול את פרטי המרפאה, הצוות והרופא המטפל בקופת החולים ודרכי ההתקשרות עימם, אבחנות עיקריות, רמת תפקוד, רמת ניידות, תרופות קבועות, גישות לתרופות, בדיקות דימות ומעבדה אחרונות, ייעוצים אחרונים.

ב. בד בבד עם קבלתו של המטופל לבית החולים לאשפוז, תשלח הודעת דואר אלקטרונית למרפאת המטופל, לצוות המטפל ולרופא, ובו מידע על מקום אשפוזו, זהות הצוות המטפל בו, דרכי התקשרות עימם והאבחנה בגינה אושפז. כמו כן תבחן האפשרות להטמעת תקשורת א-סינכרונית בין צוות בית החולים לצוות בקהילה.

ג. מסמך זה יהיה חלק מהגיליון הרפואי ובסיס לקבלה ולשחרור מבית החולים.

ד. הסדרת העברת המידע באופן דיגיטלי כך שיהיה מעודכן מידית, זמין ומאומת.

3.2.2. חסמים בתהליך השחרור מבית החולים

ממשלתי שלא למטרות רווח, שהוסמך על ידי הקונגרס ב-2010, העוסק בשיפור האיכות ורלוונטיות המידע על מנת לסייע למטופלים, למטפל העיקרי (caregiver), לצוות הרפואי, למעסיקים, למבטחים וקובעי מדיניות לקבל החלטות רפואיות/בריאותיות. מטרתם להנגיש מידע ולקדם תקשורת משתפת בנושאים המטרידים את המטופלים לגבי איכות הטיפול והתהליכים.

כתוצאה ממחקר מקיף זה נבנתה רשימת תיוג לחולים ולבני משפחותיהם הבוחנת מוכנות לשחרור לביתם (מעבר להחלטה הקלינית לגבי השחרור) הנשענת על ארבעה יסודות: בהירות הטיפול התרופתי, סימני האזהרה לגבי מצבו של החולה

וכיצד יש לפעול בעת הופעתם, האם המטופל ומשפחתו מסוגלים ויודעים כיצד להתנהל בעצמם - הנחיות לטיפול בפצע, תזונה ועוד. כמו כן האם נקבעו פגישות מעקב תוך בדיקה שהמטופל מעוניין ומתכוון להגיע אליהן. על פי ממצאי המחקר העדר תהליך מוסדר מביא לחזרתם של כ-20% מהמטופלים המורכבים לאשפוז תוך 30 יום מעת שחרורם (11).

פתרונות מוצעים:

א. הכנת המטופל לשחרור:

1. מכתב שחרור - מכתב השחרור ייועד לרופא המטפל, למטופל ולבני משפחתו ויכתב בשפה ברורה ובהירה ויכלול: פירוט הטיפול התרופתי, טיפולים נדרשים נוספים, הנחיות תזונה ודיאטה, המלצות לפיזיותרפיה, שיקום וחזרה לפעילות, המלצות להתנהגות בריאותית (כגון הפסקת עישון), פירוט המשך הבריור והמעקב הנדרש כולל פירוט התורים שתואמו.
2. מקצועות הבריאות - סיכום הטיפול על ידי מקצועות הבריאות יהווה חלק אינטגרלי ממכתב השחרור המפורט, על מנת שכל המידע יועבר באופן מסודר ומלא למטופל ולמטפל הרלבנטי בקהילה.
3. טיפול תרופתי - בשל הפער בין התרופות הנרשמות במכתב השחרור, לתרופות הקיימות במגוון הקיים בקופה ובמקרים מסוימים לתרופות הקיימות בסל, לנרכשות והניטלות על ידי המטופלים בפועל, מוצע כי תתבצע בקרה והדרכה לכל חולה מורכב ובני משפחתו על ידי רוקח קליני טרם שחרורו. צעד זה ישפר את איכות הטיפול, יפחית טעויות וטיפולים צולבים, יגביר את היענות לטיפול, יפחית סיבוכים ויביא לחיסכון כספי רב למערכת הבריאות.
4. מעבר למוסד אחר - במעבר לשיקום/קימום/מונשמים/סיעודי מורכב - יש לתאם את השחרור מוקדם ככל האפשר עם המשפחה והשירות הסוציאלי.
5. במרכזים גדולים בהם שיעור האוכלוסייה המבוגרת גבוה במיוחד תיבדק האפשרות להקמת נציגות של הביטוח הלאומי ושירותי הרווחה על מנת לסייע במיציא זכויות ותאום טיפול מתאים טרם השחרור בד בבד עם הכשרת צוות בשימוש ב"עוס"ים ישיר" (ביטוח לאומי).

ב. הערכות הקהילה לקליטת חולה מאשפוז:

1. עד התאמת המערכות להעברת מכתבי השחרור בזמן אמת, ישלח מכתב השחרור לרופא המשפחה ולצוות המטפל במייל, על מנת לגשר על פער הזמנים, ולוודא שהמרפאה נערכת במועד לקליטת המטופל והתאמת המפגש לצרכיו.

2. מוקד הבקרה של קופת החולים יוודא שלכל חולה מורכב לאחר אשפוז, יקבע ביקור אצל רופא המשפחה תוך שתי יממות משחרורו, תתואם הערכה סיעודית ובמידת הצורך יתואם שיוך לצוות אשפוז בית. באחריות בית החולים להעביר למוקדי הבקרה של הקופות את כל החומר הנדרש לפחות יממה טרם השחרור.

3. הערכות רוקחות לכל חולה, שהטיפול התרופתי שלו שונה באופן מהותי, או שהותחל טיפול הדורש אישור, או טיפול שקיימת לגביו חשיבות עליונה לשמירת הרצף.

4. יצירת קשר עם מרפאות בריאות הנפש בקהילה, או במרפאות בית החולים אם החל טיפול.

תנאים ליישום, מחיר וגבולות:

א. על מנת להעביר מידע עדכני ומדויק מהקהילה לבית החולים ומבית החולים לקהילה בזמן אמת, יש להמשיך את פיתוח מערכת אופק/איתן ועד השלמתה להכין מערכת תקשורת חליפית במייל לקיום רצף המידע. יישום במסגרת תקנות רצף הטיפול.

ב. לבקרה והדרכה על טיפול תרופתי בשחרור לחולים מורכבים נדרשים רוקחים קליניים שתקינתם חסרה וקיים מחסור. יש צורך בתקינה והסדרה בחוזר מנהל רפואה.

ג. טיפול אינטגרטיבי על ידי שילוב הביטוח הלאומי בתוך בתי החולים ומחוזות קופת חולים מחייב שינוי תפיסה ושיח עם הביטוח הלאומי.

3.3 המטופל כאדם השלם

3.3.1 העדר מידע על העדפות המטופל ועל צפיותיו מהאשפוז/טיפול

תנאי ליישום תפיסת האדם במרכז הוא להבין מה חשוב למטופל, איזה טיפול יהיה בעל ערך עבורו. לשם כך יש להכיר מה הציפיה שלו מהמפגש הרפואי, מהתהליך הטיפולי ומתוצאותיו. כיום, האנמנזה הרפואית והסיעודית אינן כוללות מרכיבים חשובים אלו (12).

פתרון מוצע:

הטמעת שאלון סטנדרטי ומובנה בתיק הרפואי הממוחשב, לברור ציפיות והעדפות מטופלים. מילוי שאלון זה יתבצע על ידי איש הצוות המטפל או על ידי המטופל, וסיכום השאלון יהיה נגיש, במידה שהמטופל יסכים לכך, לכלל הצוותים המטפלים, הן בקהילה והן בבית החולים. לדוגמה: העדפתו לקבל הסבר מעמיק על מצבו הרפואי או לחילופין שלא יועמסו פרטים שעשויים להיות מבלבלים או מאיימים, מידת השותפות הרצויה מבחינתו בעת קבלת החלטות, מהי הגדרת הצלחת טיפול וברור בנוגע להעדפות סוף החיים (מעורבות אישית ובקשות) (5).

תנאים ליישום, מחיר וגבולות:

הטמעת שאלון ממוחשב בתיק הרפואי כחלק מהאנמנזה, יידרש זמן להחלטה משותפת של המטופל והצוות (חסכון בבדיקות ובפרוצדורות) יש צורך בהנגשת מלוא המידע הנדרש לקבלת החלטה מושכלת.

3.3.2 שיתוף, עדכון ולווי המטופל במהלך האשפוז

חווית המטופל נמצאה כנדבך חשוב בתפיסת האדם במרכז, מאחר שנמצאה במחקרים כמשפרת תוצאי בריאות ורווחה של המטופלים, משפרת את בטיחות החולה, היענותו לטיפול. קבלת החלטות משתפת, מסייעת בבחירה מושכלת של תהליכי הברור והטיפול, מגבירה את שביעות הרצון של המטופל והצוות, מפחיתה את עלויות הטיפול, מפחיתה טעויות ותביעות, ומגבירה את נאמנות המטופלים (13). *circulation* 2010. תקשורת הינה הגורם המרכזי המשפיע על חווית המטופל, שימת לב לצרכיו ושיתופו בתהליך קבלת ההחלטות.

פתרונות מוצעים:

א. אפשרות ללווי בן משפחה ליד החולה בכל עת שיחפוץ בכך. מטופלים רבים רואים בלווי צורך בסיסי, נוכחות בן לוויה מקטינה חרדות, משפרת תקשורת והענות והרתמות לטיפול. נוכחות מלווה מסייעת בשיח ובהעברת המידע.

ב. עדכון המטופל ובן המשפחה באופן יומי במצבו הרפואי, בתוכנית הטיפול, בצפי לבדיקות ובאפשרויות הטיפול. הליך העדכון והמחויבות שתיווצר יתרמו באופן עקיף לקיצור זמן האשפוז וייעולו.

תנאים ליישום, מחיר וגבולות:

נוכחות מלווה מחייבת הערכות על מנת למנוע פגיעה בפרטיות של המטופלים הנוספים שבחדר.

מתן עידכון יומי כתוב יחייב את הצוות המטפל בבניית תוכנית טיפול ברורה וניסיון לעמוד בתוכנית שנקבעה. עד לפיתוח דף עדכון במערכת קמליון/פרומתאוס, ניתן להדפיס את סיכום הביקור מהמערכות הקיימות.

3.3.3. קטיעת רצף האחריות הביטוחית כחסם

כיום אין אפשרות בזמן אשפוז לחסוך למטופל המשך ברור בקהילה בשל חסם מנהלי שאינו מאפשר העברת התחייבויות בעת אשפוז. מנקודת ראותו של המטופל חסם זה אינו מסייע במיצוי האשפוז מנקודת מבטו. בית החולים לא ירחיב בירור לא אקוטי באין דחיפות רפואית ומנגד, קופת החולים תעדיף משיקולים כלכליים שיבצעו זאת בקהילה. למעשה לא קיים היום מנגנון בירוקרטי להעברת התחייבות לבדיקה חריגה בעת אשפוז, האם יש מקום לדון במנגנון שמאפשר למטופל לסיים בירור תוך אישור הקופה למהלך מתוך ראית טובתו של המטופל?

3.4. טיוב ופישוט תהליכים בירוקרטיים

3.4.1. הליך הנפקת התחייבויות כחסם למימוש תפיסת האדם במרכז

כרבע מהמטופלים בקופות החולים מדווחים על מאמץ, קושי ואף סירוב בקבלת התחייבות לאורך זמן. כמו כן, הטיפול בהתחייבויות מהווה עד כ-90% מכלל הבירוקרטיה הדורשת טיפול. אחוז גבוה מכלל הפניות הטלפוניות והפניות החוזרות לקופות החולים הינו בנושא התחייבויות. העומס בירוקרטי מהווה גורם משמעותי לאי שביעות רצון, כיום, חסרה פעילות יזומה להפחתת הבירוקרטיה המתבטאת

בממוצע של שישה מגעים בין המטופל לקופת החולים על מנת לקבל התחייבות אחת. חסם בירוקרטי זה הינו אחד הגורמים המסיטים מטופלים לקבלת שירותי רפואה פרטיים.

פתרונות מוצעים:

א. הפתרון המרכזי ראוי שיהיה דיגיטלי על סמך אלגוריתם מתמטי הקיים בחברות ביטוח מרכזיות ברחבי העולם. משמע, החלק הארי של ההתחייבויות שמופקות כיום על ידי מתאמות שירות יומר להליך אוטומטי. רק במיעוט הפניות (כ-10%) מענה באמצעות מתאמות שירות או מוקד אנושי.

ב. יש להפסיק ולהשתמש בחולה ובמשפחתו כשליחים. לשם כך קיים צורך בבניית מערכת ממוחשבת וישירה להעברת הזמנות, התחייבויות וחובים בין בתי החולים לקופות.

ג. המטופל ו/או נציגו, יעודכן בתהליך מתן האישורים, בדוא"ל, בטלפון הנייד, בטלפון או במזכירות המרפאה (המערכת קיימת בקופות) ואת הגביה הכספית בגין ההתחייבות יאשר בלחיצת כפתור.

ד. מוקד הבקרה של קופת החולים יפעל כמתווך ומתאם בין הקופה לבין בית החולים בכל הנושאים המנהליים.

תנאים ליישום, מחיר וגבולות:

קיים חשש מעלייה בביקוש ובשימושים ברפואה יועצת ובבדיקות מיותרות. בבתי חולים - חשש לקבלת התחייבות שאיננה תואמת את ההזמנה וחשש לאי-הופעה של המטופל לטיפול בגינו נגבתה התחייבות. בצד ההשקעה הראשונית צפוי חיסכון בכוח אדם בטווח הארוך.

3.4.2. שימוש במסע מטופל לזיהוי חסמים בירוקרטים ומנהלים

מטופלים רבים מקבלים יעוץ בבתי חולים או במרפאות ומקבלים הפניות לבדיקות מעבדה. מרביתם, מטופלים במחלות כרוניות שהופנו לבדיקת רופא מומחה. חלק מקופות החולים מחייבות המרה של טופסי מעבדה ובדיקות אחרות לטפסים של קופת החולים. מדובר בחסם בירוקרטי המחייב פעמים רבות מעורבות מיותרת של רופא נוסף בשרשרת/רצף. חסם זה נפוץ במיוחד בחולים אונקולוגיים, חולי כבד ומושלתי אברים שנשלחים לבדיקות באופן תכוף ובקר

מטופלות פריון הנדרשות לבדיקות הורמונליות תכופות (בדיקות פרוגסטרון, LH, E2 ביתא דחופות ומאידך בדיקת זרע, השבחה, הכנת זרע להזרעה).

פתרונות מוצעים:

ביטול הצורך בהמרה של הפנייה לבדיקות מעבדה הכלולות בסל הבריאות. קביעת פרוטוקולים לקביעה באילו מקרים אין צורך בהמרה ובניית פתרון טכני לניתוב התשובה למקומה ולרופא שיעקוב אחר התוצאות.

המלצות ליישום:

ברמת המערכת:

- יש לפעול לפתרון כשל השוק המנהל הסוכן (principal-agent) להקטין את ניגוד האינטרסים המובנה בין השחקנים השונים ולהגביר את האמון בין השחקנים במערכת.
- מיזעור עד כדי הסרת הבירוקרטיה במפגש של המטופל עם מערכת הבריאות בקהילה, בממשק בין הקהילה לבתי החולים ובמשרד הבריאות.
- העצמת תפקיד הרופא הראשוני.
- הרחבת סמכויות האחיות בקהילה והעצמת תפקידן.
- הגדרה מחדשת של גבולות הגזרה בין המטפלים, הוספת מקצועות נוספים והעצמת מקצועות קיימים: מהלך שיגביר את זמן המגע של המטופל עם בעלי המקצוע השונים, תוך מתן אפשרות לאנשי מקצועות הבריאות לפעול בגבולות היכולות המקצועיות והרישיון ולהשיא את התועלת למטופלים. הומלץ על ידי הצוות אימוץ מודל טיפול PCMH - Patient-Centered Medical Home אשר הוזכר למעלה. לחיזוק מודל זה הומלץ לקדם את העבודה בצוות רב מקצועי אשר מעניק ביחד טיפול מתמשך ומקיף.

ברמת בית חולים/הקופה:

- טופס 17 דיגיטלי ובחינת אימוץ אלגוריתמים המייתרים את תהליך האישור הנוכחי.
- זימון תורים ישיר למרפאות החוץ.
- הנגשת מספרי הטלפון של המנהלים למטופלים.
- יצירת תקשורת א-סינכרונית בין צוות בית החולים לקהילה באמצעות מערכת האיתן.

- אימוץ מודל ה-Case Manager בקהילה ובבית חולים.
- הוצע לצאת למספר פיילוטים לגבי פרויקטים ספציפיים או אוכלוסיות ספציפיות לדוגמה פיילוט ברור ותיעוד העדפות המטופל בכניסה לאשפוז, פיילוט Case Manager או פיילוט עבודת צוות.

2: הגדלת הבחירה והשקיפות במערכת הבריאות

1. מבוא

אחד מעמודי האש של משרד הבריאות הוא נושא המטופל במרכז. מושג "המטופל במרכז" נגזר מהמלצות ה-OECD אולם משמעות המושג בראי המטופל ובני משפחתו והדרכים ליישמו לוטים בערפל.

על מנת ליישם את הנרטיב של "המטופל המרכז" יש לנסות קודם כל "להיכנס לנעליו" של המטופל, או במילים אחרות לשקף את סדר העדיפויות של המטופל, ואת טובתו בתוך מערכת הבריאות.

על מנת לשקף נאמנה את עקרון המטופל במרכז עומדים לרשותנו שני אמצעים:

א. סקרים - בסקרים שנערכו לאחרונה נשאלו חולים על סדרי העדיפויות שלהם, ועל החולשות או החוזקות של מערכת הבריאות בישראל בראי המטופל. מתוך הנתונים עולים שלושה מרכיבים עיקריים:

1. כמיהה להגברת הבחירה;
2. חוסר שביעות רצון מהזמינות לטיפול;
3. צורך ביחס אישי בקשר מטופל-רופא.

ב. ניתוח השוק - מניתוח שוק הבריאות בעשורים האחרונים צפה ועולה בעיית מעבר המבוטחים מהמגזר הציבורי למגזר הפרטי. מנתונים ניתן לראות כי העליה בשיעור הביטוחים הפרטיים (משלים ומסחרי) נובעת מהרצון של המטופלים בחופש בחירה ובזמינות הטיפול.

בשורה התחתונה, הציבור מעוניין לבחור את בית החולים והרופא המטפל ולשפר את חווית המפגש עם שירותי הבריאות, ונראה כי הוא מוכן לשלם על כך סכומי כסף גבוהים. מעקרון זה ניתן ללמוד היכן עלינו לשים את האצבע על מנת לשפר את ביטחון הצרכנים במערכת הבריאות, או במילים אחרות, ליישם את הנרטיב של המטופל במרכז הלכה למעשה.

בדיוני הצוות עלה כי שני מרכיבים אלו של בחירה ושקיפות הם מהותיים לשינוי מערך הכוחות בין המטופל למערכת.

2. חלק א': הגדלת אפשרויות הבחירה במערכת הבריאות

2.1. רקע

אפשרויות הבחירה של המטופל בקהילה כוללות את:

1. קופת החולים;
2. הרופא המטפל בתוך הקופה;
3. הרופא המומחה בתוך הקופה.

לעומת זאת, במערכת האשפוז הציבורית, לרוב אין למטופל כל אפשרות בחירה רשמית. בקופות ניתנת למטופל אפשרות לבחור את בית החולים בו הוא יטופל במסגרת הסדרי הבחירה הקבועים בחוק או בטיפולים מסויימים (כגון אונקולוגיה), אולם אפשרות זו מסתיימת ברגע בו עבר המבוטח את מפתן בית החולים. בחירת מחלקה או רופא מטפל/מנתח לא ניתנת כלל. הגבלת הבחירה במסגרת האשפוזית מאפשרת לשחקנים השונים במערכת להסיט ביתר קלות מטופלים אל המערכת הפרטית.

העקרון אשר הנחה את מחוקקי חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה לאפשר למבוטחים לבחור את הקופה בה הם חברים כאשר הקופה בוחרת את הספקים עימה היא עובדת. קופות החולים בדומה לארגוני **Managed Care** אחרים בעולם, הרחיבו את אפשרויות הבחירה בין נותני שירותים להם הקופה יש הסכם או היא המעסיקה (**network**). בתוך בתי החולים הציבוריים אין עדיין מנגנונים המאפשרים למטופל לבטא את העדפותיו האישיות, פרט ליוזמות מקומיות כפי שיפורט להלן.

בשנים האחרונות אנו עדים לירידה עקבית במדדי האמון של המבוטחים במערכת הבריאות הציבורית. הסיבה לכך נובעת ממספר גורמים כאשר אחת התוצאות של משבר אמון זה היא עליה בשיעור הביטוחים הפרטיים (שב"ן ומסחרי). שיעור המבוטחים בתוכניות השב"ן עלה מ-50% לפני עשור לכ-85% בתקופה הנוכחית. במקביל חלה עליה חדה בשיעור המבוטחים בביטוחים המסחריים, ולרבים מתושבי ישראל יש ביטוח כפול- גם שב"ן וגם מסחרי.

נראה כי מנקודת המבט של האזרח הפשוט, המערכת הציבורית אינה נותנת מענה לאופן בו הוא חווה את שירותי הבריאות ולכן הוא מוכן לשלם כסף על מנת לרכוש פוליסות אשר יתנו מענה לרצונותיו ולחששותיו. ההשלכות השליליות של תהליך זה הם עליה בהוצאה הכוללת לנפש לבריאות והגדלת הפערים בבריאות בישראל.

כמו כן, מעבר מבוטחים מהמגזר הציבורי לפרטי מלווה גם במעבר של רופאים מבתי החולים הציבוריים לפרטיים, בעליה בהוצאה על בריאות ובירידה ביכולות של מערכת הבריאות הציבורית לענות על הצרכים אשר המדינה מציבה בפניה.

השערת העבודה שלנו היא שאחד הגורמים המרכזיים המשפיע על שחיקת אמון המבוטחים במערכת הבריאות הציבורית ולמעשה זה המוציא את המטופל מהמרכז, הוא אי-היכולת לממש את בחירת בית החולים והרופא המטפל, ושהגברת אפשרויות הבחירה ללא תשלום מצידו של המטופל תוביל למיקום המטופל במרכז הלכה למעשה.

2.2. עקרון האוטונומיה ובחירת המטפל הרפואי

לאורך השנים תהליך קבלת החלטה רפואית היה בעל דפוסים שונים והוא שיקף תרבויות ואמונות שונות. נכון להיום, עקרון האוטונומיה, שעל פיו לחולה יש זכות לקבל החלטות על גופו ומחלתו, הוא אחד העקרונות הבולטים בביו-אתיקה המערבית (Beauchamp & Childress, 2001). היום מקובל להכיר בזכותו של חולה לקבל החלטות בנוגע לגופו ולטיפול הרפואי שלו, ובפרט לבחור מי יטפל בו.

האוטונומיה של האדם נתפסת כחלק מזכויות האדם וכצורך אנושי בסיסי (Fry, 2000), וכגורם הקשור לרווחה כללית (Reis et al., 2000). הגבלת האוטונומיה של האדם עלולה להשפיע לרעה על תפקודו הפיזי, החברתי והפסיכולוגי, ועלולה להביא לתוצאות בריאות גרועות, למצב רוח כללי ירוד ולהערכה עצמית נמוכה (Reinardy, 1992).

מדינת ישראל צעדה כברת דרך מאז ימי הקמתה באימוץ עקרון האוטונומיה, כאשר בעבר חופש הבחירה של הפרט לא היה ערך חשוב כפי שהוא היום. החברה הישראלית עוברת תהליכים סוציולוגיים מורכבים, המובילים לתופעה בולטת של שינוי ב"טעמי הציבור". חלק גדול מהציבור אינו מוכן עוד להפקיד את גורלו באופן בלעדי בידי מערכות גדולות, שמחליטות עבורו בשאלת בריאותו. אנשים רוצים להיות שותפים להליך הטיפולי ולקבל החלטות העשויות להשפיע על בריאותם, בייחוד בצומתי החלטות קריטיים. מטופלים מחפשים "פנים" ו"שם" של מטפל איתו יוכלו להתקשר, לקבל מידע אשר יאפשר להם להיות שותפים בקבלת החלטות על הטיפול בהם ולהבין את המשמעות. הדגש הוא על בחירת המטפל, הן ברמת המוסד והן ברמת הרופא. האמון שהמטופל רוחש לאדם המטפל משפיע לא פעם על סיכויי ההצלחה של הליך הריפוי (משרד הבריאות, 2014). לכן הדגיש משרד הבריאות את נרטיב "האדם במרכז".

עקרון האוטונומיה של המטופל מתבטא בישראל באופן פורמלי בהקשרים חוקיים כגון ב'חוק זכויות החולה' וב'חוק החולה הנוטה למות'. לאורך השנים עקרון האוטונומיה של הפרט הדגיש ועיצב את זכויותיו הבסיסיות של כל אדם המטופל במערכת הבריאות בישראל. מעקרון זה נגזרו בין היתר זכות המטופל לקבל מידע על הטיפול הרפואי והזכות שלא תבוצע בגופו של אדם פרוצדורה רפואית מבלי שהוא נתן הסכמתו במודע. כמו כן, התפתח דיון מכוחו של עקרון זה בדבר גבולות חופש הבחירה של המטופל בתוך מערכת הבריאות הציבורית (ניב-יגודה, 2015).

עקרון האוטונומיה הוזכר בהקשר של בחירת רופא גם על ידי הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה ("ועדת אמוראי"). הוועדה דנה בגבולות הרפואה הציבורית והפרטית בישראל. כל שבעת חברי הוועדה הכירו בחינויות מתן הזכות לבחירת רופא במערכת הציבורית, אבל נחלקו בעמדתם בנוגע לשיטות הביצוע, להיקף מנגנוני הבקרה ולעומקם. בדוח הוועדה נקבע כי: "הזכות לבחור רופא הינה נגזרת של הזכות לבריאות, ועל מנת להגשים את הזכות לבריאות במלואה, ראוי לאפשר בחירת רופא. זאת ועוד - יש והזכות לבחור רופא נתפסת כהגשמה של האוטונומיה של הרצון החופשי, במסגרת כבוד האדם וחירותו" (משרד הבריאות, 2003).

השילוב בין ציבורי לפרטי במימון מערכת הבריאות הוא אחד מן הנושאים המרכזיים הנדונים בישראל ובמדינות אחרות, ובשנים האחרונות הוא אף צבר תאוצה עקב הוצאות הולכות וגדלות על בריאות, לצד מחסור ומצוקה במשאבים. הדיונים בנושא זה נסובים לרוב סביב סוגיות של יעילות ועלות (efficiency and cost), שוויון, זכות המבוטח לבחירה חופשית והדרך לאזן בין כל אלה. באחדות מן המדינות בעולם הוויכוח מתמקד בשאלה מי יספק שירותים, ואילו באחרות - במימון השירותים.

הספרות המדעית בעולם בנושא זה מתמקדת בעיקרה בתהליך הבחירה של בית חולים על ידי הצרכנים ולא בנכונותם לשלם על שירותי אשפוז. הנכונות של המבוטחים לשלם מכיסם על שירותי אשפוז יכולה לנבוע מכשלי שוק במערכת הציבורית, כמו זמני המתנה ארוכים בבתי חולים ציבוריים. גם במצבים שבהם מבוטחים מאמינים שהאיכות הקלינית של השירותים הציבוריים עולה על איכותם של השירותים הפרטיים, הם עדיין בוחרים לפנות לשירותי רפואה במערכת הפרטית (Pita Barros & Siciliani, 2012).

בחירת המטופל בבית חולים היא לרוב תולדה של שקלול (trade-off) בין מחיר,

מרחק מבית החולים ואיכות הטיפול (Monstad, 2007). עוד נמצא כי גורמים נוספים המשפיעים על ההחלטה לבחור בבית חולים הם: השירותים המוצעים בו, מיתוגו ומעמדו של בית החולים (Town & Vistnes, 2001).

בהצעה זו נסקור את אפשרויות הבחירה בבית חולים ובמטפל ללא תשלום בעולם ובארץ, נציע מודל יישומי המאפשר הרחבת הסדרי הבחירה של בתי החולים ובחירת רופא במערכת הציבורית ללא תשלום מצד המטופל ונבדוק מה התמריצים האפשריים ליישומו. לבסוף נצביע על הרווח וההפסד מיישום מודל כזה במערכת זאת, כדי להעריך כיצד ניתן לקדם אותו ולממשו.

2.3 סקירה של המצב בעולם

חברה מערבית ליברלית מושתתת על עקרונות הבחירה החופשית. במדינות OECD רבות בחירת הגורם המטפל על כל פני רצף הטיפול היא רחבה מאד. מאז שנות ה-90 מדינות רבות מקדמות מדיניות רציפה של הרחבת בחירת המטפל/ספק השירותים (Groenewoud, 2008; Kumpunen et al., 2014). מערכות הבריאות הופכות ממערכות מונעות היצע (supply-driven) למערכות מונעות ביקוש (demand-led). במערכות בהן החולים מועצמים להיות שחקן משמעותי מול השחקנים האחרים, אחד הכלים המרכזיים הניתנים להם הוא כלי הבחירה, זאת בתמיכה של מערכות מידע מעודכנות, אמינות ונגישות (Groenewoud, 2008; p. 141).

מדינות מתקדמות רבות בעולם כמו אוסטרליה, ניו-זילנד, צרפת, אנגליה, צ'כיה, סלובניה, קנדה, יפן, שוויץ ואוסטריה מאפשרות בחירת מנתח ללא תשלום במערכת האשפוז הממומנת באופן ציבורי (Fried and Gaydos, 2012). בחלק מהמדינות (לדוגמה צ'כיה) זכות בחירת הרופא במערכת הציבורית מעוגנת בחוקי יסוד המדינה.

מאמר שפורסם לאחרונה והעריך את הרפורמה ב-NHS באנגליה אשר הרחיבה את אפשרויות הבחירה של המטופל מצא כי לאחר הרפורמה מטופלים נענו יותר לטיפול והרווחה שלהם עלתה, בתי החולים שיפרו את איכות הטיפול הניתן על ידם. החוקרים אף מצאו כי הרפורמה השפיעה על צמצום התמותה במערכת (Ganyor et al., 2016). פוטאקי ואחרים (Fotaki et al., 2008) אשר בדקו את ההשפעה של הגדלת הבחירה במערכות בריאות באיחוד האירופי ובארה"ב מצאו כי רוב האנשים מעדיפים לבחור את הרופא הראשוני שלהם, את המנתח בבית החולים ואת השירות הרפואי. הרחבת הבחירה מועלית כפתרון במערכות בהן רמת השירות נמוכה וזמני

ההמתנה הם ארוכים. הגדלת הבחירה באנגליה ובנורווגיה למשל הובילה לצמצום משמעותי בזמני המתנה לפרוצדורות רפואיות בבתי חולים (Bjorvatn & Ma, 2010). במדינות סקנדינביה יושמו בעשורים האחרונים מגוון רפורמות אשר בבסיסן הרחבת זכות הבחירה של החולה בספק השירותים/המטפל שלו לאורך רצף הטיפול (Magnussen et al., 2009). פוטאקי ואחרים (Fotaki et al., 2008) טוענים כי החולים משתמשים באופן מוגבל בזכות הבחירה שלהם ושעצם קיום הבחירה מדרבן נותני שירות לשפר את איכות הטיפול ומתן השירות. בנורווגיה נמצא כי הצעירים יותר, החולים הקשים, המשכילים יותר ומי שגרים באזורים מרכזיים יותר, נטו לממש את זכותם לבחור בית חולים (Bjorvatn & Ma, 2010).

2.4 סקירת המצב הקיים בארץ

במערכת הבריאות בישראל עוגנה אפשרות הבחירה בקופות החולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. כל פרט חופשי לבחור את הקופה שבה הוא מטופל. בתחום השירותים במסגרת רפואת הקהילה נמצא טווח בחירה רחב יחסית של רופאי המשפחה והרפואה היועצת (גם כאן רק בקרב הרופאים שמועסקים דרך או על ידי הקופה בה חבר המבוטח).

במערכת האשפוז, דווקא כאשר הפרט נמצא במצב הקשה ביותר, חופש הבחירה שלו מוגבל. במקרים רבים הוא אינו יכול לבחור את בית החולים שבו יטופל והוא תלוי במידה רבה בהפניה של הקופה. בתוך בית החולים הוא אינו יכול באופן פורמלי לבחור את הרופא המטפל/המנתח. במעבר לתוך מערכת האשפוז הציבורית המבוטח מאבד את היכולת לבחור ולהשפיע על הטיפול הניתן לו, למעט הזכות לסרב לקבל טיפול. בשונה מהסדרי הבחירה המעוגנים בחוק, חוסר היכולת לבחור מטפל בתוך בית החולים בעת קבלת שירות ציבורי אינו מוגבל בחקיקה אלא בפרקטיקה שהתפתחה בתוך בתי החולים הציבוריים ובכך משמרים בתי החולים הציבוריים את יתרונה של המערכת הפרטית בכל הקשור לאפשרות לבחור מטפל.

אמנם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו "לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר, ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים". אולם, ההגדרה הגמישה בחוק ומעורבות מעטה של הרגולטור במבחני הסבירות, מגבילים את הבחירה ולעיתים פוגעות ברמת השירותים העומדת לרשות המבוטח. פגיעה זו, מתבטאת לעיתים בזמינות גיאוגרפית מוגבלת הנובעת מהעדפה של נותן שירותים

מרוחק המעניק שירות במחיר נמוך יותר.

אפשרויות הבחירה של מבטחי קופות החולים, בין נותני השירותים הרפואיים, ובכלל זה בתי חולים, מוסדרות כיום בתקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי¹. לפי התקנות, על קופות החולים לקבוע הסדרי בחירה אשר יבטאו את עקרונות החוק, ובכלל זה ישמרו על רצף טיפולי ויאפשרו קבלת טיפול במוסד בעל רמה מיוחדת של ידע וניסיון מקצועי, אם המצב הרפואי מצריך זאת. חוזר סמנכ"ל משרד הבריאות² קבע כללים ליישום תקנות אלה.

להלן נוסח חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים (2011-06):

"נקבע ב"ח בהסדר בחירה לעניין שירות רפואי מסוים, תהיה למבוטח האפשרות לקבל שירות זה באותו בית חולים ללא כל סינון או הגבלה נוספת, פרט לצורך לקבלת הפניית רופא מטפל (משפחה או שניוני) או כל אישור נוסף של בעל תפקיד מקצועי בקופה וטופס התחייבות. בכלל זה, לא ייקבע דירוג או סדרי עדיפות בהפניה לבתי"ח (בין מטעמים של מיצוי קיבולת ובין מכל טעם אחר). והתור לקביעת השירות יהיה תלוי בתור הממתינים לשירות בביה"ח שבו בחר המבוטח ולא בשיקולי הקופה".

נראה כי חלק מהקופות לא מיישמות את רוח החוק ואת הנחיות המשרד הלכה למעשה. כתוצאה מכך המטופלים מוצאים מהמרכז באופן אקטיבי, כדי לשקף את מדיניות הקופה ואת סדר העדיפויות שלה. בהיעדר בקרה מסודרת אחר יישום התקנות, אנו עדים להפליה בין מבטחים בקופה אחת בה ניתן חופש הבחירה בבית החולים, לבין קופה אחרת בה לא מתאפשרת בחירה חופשית. תקנות אלו לחוק וחוזר הסמנכ"ל מהווים פלטפורמה ליישום הרפורמה להרחבת הסדרי הבחירה בהינתן זמני המתנה ארוכים לפרוצדורות בבתי חולים, עליה הכריז השר ליצמן בכנס יעדי מערכת הבריאות לשנת 2017 (ה-14 לפברואר, 2017).

היתרון המרכזי הקיים בהסדרי הבחירה- היכולת של הקופות לברור את הגופים אשר יספקו שירות למבוטחיהן (selective contracting) - מעניק להן כוח מיקוח במשא

1. תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), התשס"ה-2005.
2. חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, מספר 06-2011, בנושא "יישום תקנות ביטוח בריאות ממלכתי הסדרי בחירה בין נותני שירותים תשס"ה-2005" מתאריך 09/06/2011.

ומתן עם הספקים, ומאפשר לרסן את מחירי השירותים ובכך לשמור על מסגרת ההוצאה לבריאות בישראל. כיום, כוח המיקוח של הקופות מנוצל בעיקר להפחתת מחירים, שגורמת לפגיעה באיכות. אולם, הפרוש שחלק מהקופות עושות להסדרי הבחירה והביטוי בשטח (חסימה אקטיבית של הפניות לספקים שבהסדר בגלל שיקולים כלכליים) אינו ברוח החוק ולעיתים אף נמצא בסתירה להנחיות הנ"ל.

הרחבת הסדרי הבחירה הלכה למעשה וברוח החוק תוביל לחיזוק האחריות של קופות החולים על מתן מלוא שירותי הבריאות למבוטחיהן. אחריות זו, בהקשר של שירותי בתי החולים, לא יכולה להסתכם לכדי תשלום עלות השירותים בלבד, ויש לשאוף למצב שבו קופות החולים מקבלות על עצמן אחריות מלאה גם על איכות וזמינות השירותים וגם על אפשרות בחירת המנתח - מצב אשר אינו מתקיים כיום. שקיפות הסדרי הבחירה וכן פרסום מדדי איכות ברמת המחלקה של רשת הספקים של כל קופה, יעזרו לתמרץ את קופות החולים לנהוג כך. גם הסדרה של מערכת היחסים הפיננסיים של קופות החולים עם בתי החולים צריכה להתחשב במטרה זו ובצורך להרחיב את התחרות, מעבר לנושא העלות, גם לאיכות השירות.

בישראל, יש ניסיונות מועטים ומקומיים של הפעלת מודלים של בחירת רופא מנתח אחראי בחינם במערכת הציבורית. דוגמה מרכזית ליישום מודל כזה בפועל היא מחלקת אא"ג ניתוחי ראש צוואר שבמרכז הרפואי רמב"ם בחיפה. במחלקה זו ניתנת למטופלים מזה ארבע שנים האפשרות לבחור את המנתח האחראי (ראה אתר האינטרנט של המחלקה: [https://www.rambam.org.il/departmentsandclinics/\(surgicaldivision/OtolaryngologySurgery/Pages/Default.aspx\)](https://www.rambam.org.il/departmentsandclinics/(surgicaldivision/OtolaryngologySurgery/Pages/Default.aspx)).

יישום מודלים מוצלחים מסוג זה, הניזונים מתוך ההכרה של הצוות בזכות המטופל לבחור את הרופא המנתח, מצטרף לניסיון בינלאומי עשיר ומלמד כי ניתן ליישם מודל בחירת מנתח אחראי במערכת הציבורית תוך שמירה על עקרונות השוויון, הכשרת מתמחים ויעילות.

בחירת רופא מנתח בישראל קיימת באופן פורמלי אך ורק במסגרת הרפואה הפרטית. המערכת הפרטית מאפשרת בחירת מנתח תמורת תשלום ישיר או במסגרת ביטוח בריאות פרטי. הבדל זה מצמצם את האטרקטיביות של המערכת הציבורית אל מול הפרטית ומהווה גורם מרכזי המשפיע לרעה על אמון הציבור במערכת הבריאות בישראל. העלייה המתמדת בהוצאה הפרטית לבריאות מלמדת בין היתר על הרצון של מבוטחים רבים לממש את הרצון שלהם לבחור את הרופא שיטפל בהם. ביטויים נוספים לרצון המבוטחים להרחיב את הבחירה ניתן למצוא

גם באופי הקבילות המוגשות לנציבת קבילות הציבור במשרד הבריאות. בדוח 2015 של הנציבה נמצא כי 10% מהקבילות אשר הסתיימו ב-2015 היו בגין בחירת נותן השירות (וזה היה הנושא השלישי בשכיחותו אחרי קבילות בגין סל השירותים והטיפול המנהלי).

במאמרם של לאה אחדות וגבי בן נון מציינים השניים כי: "זכות הבחירה ברופא עולה בקנה אחד עם חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, עם חוק ביטוח בריאות ועם חוק זכויות החולה ולכן ומכיוון שזכות הבחירה חשובה יש להקנותה בחינם לכל" (אחדות ובן נון, 2012).

2.5. תמריצים לשחקנים ורווח ועלות למערכת

העדפתו של המטופל את חופש הבחירה היא ברורה. ברור גם כי עקרון זה הוא אחד הגורמים המרכזיים להסטה של מטופלים מהמערכת הציבורית לפרטית. כמו כן ברור כי מערכות מתקדמות בעולם הבינו את היתרונות של הגדלת אפשרויות הבחירה במסגרת ציבורית **והן מיישמות אותן בהצלחה. ברור גם מתוך דוגמאות ספורות בישראל כי ניתן ליישם בהצלחה את עקרון חופש הבחירה בלי לפגוע במטופלים ובמטפלים.** אם כן עולה השאלה מדוע לא מיושם עקרון זה במערכת הבריאות הציבורית בישראל.

להלן נסקור את הגורמים אשר מביאים להגבלת הבחירה במערכת הציבורית:

- א. חשש מפני חוסר יעילות כלכלית והעצמת כשלי השוק.
- ב. דרישות של איגודים מקצועיים לתוספת תגמול תמורת מימוש הזכות לבחירת מטפל.
- ג. קושי של בתי החולים הציבוריים להתחרות במערכת הפרטית.
- ד. פגיעה לכאורה בהכשרה של מתמחים.
- ה. ניגודי אינטרסים בתוך המערכת הציבורית ומחוץ למערכת.
- ו. קושי במעקב אחר יישום הרפורמה.

א. חשש מפני חוסר יעילות כלכלית והעצמת כשלי השוק

כמעט ואין דיון בספרות המקומית על חוסר יעילות כלכלית בבחירת מטפל/מנתח בחינם. כותבי דעת המיעוט בוועדת גרמן (משרד הבריאות, 2014) מציינים את החשש מפני חוסר יעילות כלכלית במקרים של מתן כל זכות בחירה באשר היא. הכותבים מפרטים כי לכל זכות בחירה יש מחיר במושגים של עלות כלכלית. כל ענף כלכלי

המבוסס על מוצר הומוגני הוא זול יותר, ממערכת עם מגוון מוצרים³.

חוסר יעילות כלכלית בבחירת מנתח בחינם במערכת הציבורית יכולה לנבוע מ:

1. האופן שבו בוחרים חולים את הרופאים המטפלים/המנתחים שלהם: לעיתים קשה לחולים לאמוד את איכות הרופא, ובפרט האם הוא רופא מקצועי ומיומן המתאים לבעיה שלהם. ומכאן עולה השאלה האם המטופל יכול לבחור ולפעול כלקוח הבוחר בצורה רציונלית את נותן השירות (Appleby et al., 2003; Groenewoud, 2008). פרמטרים המשפיעים על הבחירה כגון תפקיד (מנהל מחלקה) ותואר אקדמי (פרופסור) עלולים להוביל להקצאה לא יעילה של זמן הרופאים הבכירים לעומת הצעירים. פתרון שבדרך כלל מוצע לכך הוא אספקה של מידע השוואתי מספק ואמין המאפשר למטופל לבצע בחירה בצורה מושכלת, בין מאפיינים שונים ובין מטפלים/מנתחים. אי-קיומו של מידע או נתונים אלו, או לחילופין, פרסומו באופן לא נגיש או על ידי בעלי אינטרסים, יכול להעצים את חוסר היעילות שבבחירה ולמנוע בחירה מושכלת.

2. אופן חלוקת המשאבים בתוך בית החולים: אחד החששות העולים מהפעלת מודל הבחירה בבית החולים הוא שמתן אפשרות בחירה יגרום להקצאה לא יעילה של רופאים במערכת, כלומר שרופאים מסוימים לא יהיו מבוקשים ועל כן הם גם לא ינתחו, בעוד שרופאים מבוקשים יהיו תחת עומס גדול.

המודל המוצע בהמשך עונה על הנקודות הללו בראי שני עקרונות בסיסיים:

1. **איזון בין בחירה לבין זמן המתנה:** כאשר המטופל יכול לבחור בכל רופא שהוא רואה לנכון, קיים חשש למצב של חוסר איזון בין הרופאים אשר עלול לגרום שהתור לרופא אחד (המבוקש) יהיה ארוך, בעוד התור לרופא השני (הלא מבוקש) יהיה קצר. במצב הזה השיקולים שיעמדו בפני המטופל הם בין בחירה לבין זמינות.

צפוי שהעדפת הבחירה תהיה בעדיפות שניה לעומת זמינות בשני מקרים: א. הפעולה המבוקשת פשוטה ומספר רב של רופאים יכולים לבצע אותה (לדוגמה ניתוח שקדים); ב. הפעולה דחופה וזמן המתנה ארוך אינו בא בחשבון (לדוגמה

3 למשל, אם נצמצם את אפשרויות הבחירה ברכבים אפשר יהיה בהערכה שמרנית להוזיל את אחזקת המכוניות בארץ בכ-30%-40%. כך נהגו מדינות טוטאליטריות במהלך המאה הקודמת והכתיבו לאזרחיהן באיזה רכב מותר להם לנסוע, אם בכלל. כך גם בנוגע למוצרי אלקטרוניקה, לשירותי עריכת דין, לבגדים ועוד. אולם הדבר אינו נראה הגיוני. מדוע אם כן, שיהיה כך בבריאות, היכן שלבחירה ברגע הצורך יש ערך עצום בעיני החולה?

ניתוח להסרת גידול סרטני). בשאר הפעולות המטופל יכריע בעצמו בין בחירה לזמינות בקרב מספר רופאים במחלקה.

האיזון בפעילות של המערכת יקרה באופן אוטומטי, כאשר המטופל יעדיף לבחור ברופא אחר עבורו זמן ההמתנה קצר יותר. בכל מקרה, אפשרות הבחירה שווה לכולם ונמצאת בידי המטופל. האיזון בין בחירה לבין זמינות יאפשר ניהול תקין של האמצעים במוסד הטיפולי, לטובת עקרון המטופל במרכז.

2. עידוד תחרות חיובית בין הרופאים: רופאים, בדומה לאנשי מקצוע בתחומים אחרים, מונעים מהרצון לזכות ביוקרה מקצועית ובמוניטין גבוה. הפרמטרים המעודדים יוקרה ומביאים למוניטין טוב לרופא הם: יחס טוב לחולים, מיומנות, יכולת אבחון, שיטות טכניות גבוהות, יושרה ועוד. שיקולים נוספים כמו מעמד אקדמי, דרגה ניהולית והמלצות על ידי אחרים גם תורמים לכך.

בדומה לרופא במגזר הפרטי גם במערכת הציבורית אפשר ליישם עקרונות של תחרות התורמת לשיפור השירות. מתן אפשרות בחירה ברופא המטפל עשוי לגרום לרופאים לשפר את השירות אותו הם נותנים למטופל, זאת גם במערכת הציבורית. כך, אפשרות הבחירה תתרום לנרטיב המטופל במרכז בשתי צורות: 1. בעצם מתן אפשרות הבחירה עצמה; 2. בעצם שיפור השירות הניתן על ידי הרופאים.

בתכנון המודל אנו נשענים על המשאבים הקיימים והפרקטיקה הרפואית הנהוגה כיום. נלקחה בחשבון אחריות המערכת להכשרת דור העתיד של הרופאים. בנוסף, ובהמשך ישיר להגברת הבחירה במערכת, נציג בפרק הבא מודל להנגשת המידע הדרוש למטופל על מנת לאפשר בחירה מושכלת.

ב. תמריצים לרופאים ולשחקנים במערכת המאפשרים את הגדלת הבחירה

לו מתן בחירה ברופא מנתח במערכת הציבורית בחינם היתה אינטרס ראשי של השחקנים במערכת סביר להניח שהבחירה היתה מתאפשרת באופן טבעי וללא מאמץ. אולם ניגודי אינטרסים של שחקנים חזקים במערכת, לצד תרבות של צמצום בחירה במערכת הציבורית, לא אפשרו עד עתה הגדלת הבחירה במערכת הציבורית. בסעיף זה נסקור בקצרה את ניגודי האינטרסים של השחקנים במערכת המונעים מתן בחירת מנתח ללא תשלום ונדון באיזה מערך תמריצים ניתן ליישם כדי לאפשר הגדלת הבחירה.

רופאים והצוות הרפואי - כדי לעודד את הרופאים ואת הצוות הרפואי בבית החולים לאפשר בחירה, יש לאפשר הגדלה של הפעילות במסגרת המערכת הציבורית. הגדלת אפשרויות הבחירה תיצור מערך תמריצים מגוון הכולל בין היתר: תמריצים מקצועיים, הגדלת הכנסות המוסד מהפעילות, והגדלת הכנסות כתוצאה מפעילות לקיצור תורים אחר הצהריים. בדומה לקיים במערכות בריאות אחרות בעולם, השאיפה למוניטין מקצועי ולביקוש מצד הרופאים יובילו לתחרות חיובית על המטופלים, תחרות שתביא לשיפור השירות, האיכות והיחס.

מנהלי בתי חולים - הרחבת הבחירה בבית החולים תביא להגברת התחרותיות של בתי החולים הציבוריים אל מול הפרטיים ולכן תגדיל את הכנסות בתי החולים. עם זאת הרפורמה בבתי החולים צפויה ליצור מתחים בתוך המערכת בין גורמים בעלי אינטרס לבין ההנהלות של בתי החולים, וכך להשאיר את המטופל מחוץ למרכז. לפיכך, יש ליצור אמצעים שיגדילו את הזיקה של מנהלי בתי החולים להגדלת הבחירה.

החלופה בה הרופאים עובדים גם במערכת הפרטית, במקביל למשרה במערכת הציבורית, מובילה לכך שמשאב הזמן של הרופא ופונקציית המאמץ שלו נחלקים בין הרפואה הציבורית לבין המערכת הפרטית. כיום, במערכת הפרטית ניתן לבחור את הרופא ואילו במערכת הציבורית ככלל אין אפשרות כזו, ולכן, אי-שוויון הנובע מקיום בחירה במערכת הפרטית ולא בציבורית משפיע לא רק על המטופל הבודד, אלא תקף גם לגבי הרופא הבודד.

מכיוון שהרופא מתוגמל במערכת הפרטית על פי FFS (תשלום עבור שירות) הפעילות במערכת הפרטית רווחית יותר עבורו, נוסף לכך שרק במערכת הפרטית ניתן לבחור בו הדבר יוצר תמריץ ברור של הרפואה הפרטית על פני הציבורית. ככל שהרופא יותר פעיל במערכת הפרטית כך כדאי לו לשמר את חוסר השוויון הנ"ל. במקביל, אומנם הרחבת הבחירה בתוך בית החולים תביא להגברת האטרקטיביות של בתי החולים הציבוריים אל מול הפרטיים, עם זאת, הרפורמה של הרחבת הבחירה צפויה ליצור מתחים בתוך בית החולים- בין הרופאים להנהלה, ובין הרופאים בינם לבין עצמם. חלק ממנהלי בתי החולים חוששים ממתחים כאלו ויותר מזה הם חוששים מעזיבה של רופאים מבוקשים לטובת המערכת הפרטית. לפיכך סביר להניח כי כדי ליישם את הרפורמה יהיה צורך בהצעת סל תמריצים למנהלי בתי החולים. אולם, לדעתנו, מספיק שבית חולים אחד במחוז יממש את הבחירה בתוך בית החולים כדי שהדבר יצור תחרות חיובית שתביא ליישום הרפורמה בכל בתי החולים באזור.

קופות - החשש המרכזי של הקופות הוא שהרפורמה תביא לעלייה בשימושים במגזר הציבורי והסטה חזרה של חלק מהמטופלים היום במערכת הפרטית אל המערכת הציבורית, כלומר, עליה בהוצאות של הקופות. תוכנית קיצור התורים (קצת"ים) של משרד הבריאות מהווה פלטפורמה לפיצוי הקופות בגין עלייה זו. חלק גדול מהשימושים במערכת הפרטית ממומנים על ידי השב"נים, לכן הסטת פעילות מהשב"ן לסל ולהיפך יש לה השפעה על ההוצאה הציבורית של הקופה. לקופה, המקבלת את מימון הסל באמצעות הקפיטציה יש תמריץ כיום להסיט פעילות לשב"ן.

משרד הבריאות ומשרד האוצר - משרד הבריאות קבע כי החזרת האמון של המבוטחים במערכת הציבורית והסטת חולים ממימון פרטי למימון ציבורי הם יעדים מרכזיים של המשרד בשנים הבאות. הגברת התחרותיות של המערכת הציבורית אל מול הפרטית היא דרך מרכזית להשגת יעדים אלו. השוואת אפשרות הבחירה במערכת הציבורית לזו שבמערכת הפרטית תביא להגברת התחרותיות וגם להחזרת האמון במערכת הציבורית. עם זאת, אנשי משרד הבריאות והאוצר עשויים לחשוש מרפורמה כזו, עקב שני טיעונים עיקריים:

1. הגדלת ההוצאה הציבורית לבריאות: רפורמה כזו תביא לעלייה בשימושים במימון ציבורי ומכאן תדרוש הגדלת התקציבים למערכת הציבורית. אולם, במבט לאומי הכולל את סך ההוצאה לבריאות נראה כי הגדלת התחרותיות של המערכת הציבורית במקביל להכנסת המטופל למרכז ולהשבת האמון במערכת הציבורית יובילו לצמצום במימון פרטי, ומכאן לא בהכרח תגדיל את סך ההוצאה הלאומית לבריאות. תחשיב שנעשה בבריטניה שנציג להלן מראה שלמעשה מתן בחירה ושיפור השקיפות חוסכים כסף למערכת יותר מהעלות הנדרשת לתמרוץ השחקנים לביצוע הרפורמה.

2. הימנעות ממתחים בתוך המערכת: משרד הבריאות אינו פועל בריק. שחקנים נוספים כמו הר"י וחברות הביטוח רואים עצמם כניזוקים אפשריים מהרפורמה ולכן צפוי שיובילו למניעתה. על משרד הבריאות לשים את טובת המטופל בראש מעיניו ולעמוד מול לחצים אלו.

לסיכום, על מנת לאפשר בחירה יש לתמרץ את השחקנים ובנוסף ולא פחות חשוב יש לפקח על יישום הרפורמה. פיקוח כזה צריך להיות ברמת הרגולטור - בתי החולים, ברמת הנהלת בתי החולים - מחלקות וברמת הנהלת המחלקות - רופאים. יישום ופיקוח כאלו הם מורכבים ודורשים כוח אדם ומשאבים. יש צורך גם בפלטפורמות

לפיקוח, שיווק, פרסום ותמרוץ של השחקנים כדי לאפשר את הבחירה. קושי נוסף ביישום הוא החשש מעליה בתקציב הבריאות. בחירת מנתח מעודדת שוויוניות ומקטינה את ההשפעות האקסוגניות השליליות, הקיימות כיום להקטין את ההוצאה הפרטית ולהוסיף משאבים למערכת הציבורית. ההסטה של הפעילות מהמגזר הפרטי לציבורי תסיט משאבים ממערכת אחת למערכת השנייה ולכן לא בהכרח תגדיל את סך ההוצאה על בריאות. כמו כן, בעוד שכשלי שוק כגון: *moral hazard* ו-*supply induced demand* מועצמים במערכת הפרטית, הם מצטמצמים במידה ניכרת במערכת הציבורית והתוצאה היא התייעלות של כלל המערכת.

כיצד אפשר ליישם את הרחבת אפשרויות הבחירה במערכת?

על מנת לאפשר את הגדלת אפשרות הבחירה במערכת האשפוזית יש ליצור מערך תמריצים אשר יוביל באופן אקטיבי את השחקנים להרחיב את הבחירה של המטופל. אפשר לעשות זאת בשתי דרכים:

1. בחקיקה - בצ'כיה ובמדינות אחרות (Fried and Gaydos, 2012) בחירת רופא מעוגנת בחקיקה. בדומה למדינות אלה ניתן לקדם בחירת רופא מטפל במערכת הציבורית בישראל במסגרת חוק של הכנסת. מהלך זה יצור תנאים חדשים במערכת והשחקנים ידרשו על פי חוק לאפשר בחירה במערכת הציבורית. עלותו של חוק להגדלת אפשרות הבחירה הוא מינימלי. החוק ידרוש מספר כלים רגולטורים לפקח על יישומו. מצד שני חוק כזה עלול להיתקל בלובי חזק המתנגד לחקיקה ואשר בסופו של דבר יביא לעצירת תהליך החקיקה כולו.

2. בניית מכלול מערך תמריצים כלכליים-חברתיים לשחקנים. כיום התמריץ של לא לאפשר בחירה עולה על התמריץ של לאפשר בחירה. יישום הרפורמה צריך לכלול סל תמריצים, במסגרת החקיקה הקיימת, שיעודד את השחקנים במערכת הציבורית לאפשר בחירה מרצון. במסגרת זו תינתן חבילת תמריצים לשחקנים אשר יכולים לתרום ליישום הרפורמה קרי קופות, בתי חולים ורופאים. מודל כזה צריך להיבחן בראייה של עלות-תועלת למערכת ולקחת בחשבון את הגורמים שהוזכרו לעיל, העלולים לפגוע ביעילות.

2.6. על בסיס כל הכתוב לעיל הבאנו כאן מודל יישומי אפשרי לבחירת רופא מנתח אחראי בחינם במערכת הציבורית:

הנחות יסוד

1. במחלקה כירורגית, או במחלקה בה מתבצעות פרוצדורות חודרניות (קרדיולוגיה, גסטרואנטרולוגיה), יש מספר מצומצם יחסית של רופאים המבצעים באופן שגרתי פרוצדורות מורכבות. לעומת זאת, יש מספר גדול יותר של רופאים המבצעים פרוצדורות פשוטות.
2. בכוחה של הנהלת בית החולים לעודד את מנהלי המחלקות ואת הרופאים לאפשר למטופל בחירה מושכלת במנתח, תוך יצירת מנגנוני תמרוץ מתאימים.
3. יוסות מטופלים יעיל יכול להתבצע על ידי צוות הרופאים הבכיר שיכוון את המטופלים לרופאים המתאימים יותר לביצוע הפעולה מבין כלל הצוות (ללא קשר לביקוש או דרגה).
4. בצוות המנתח לוקחים חלק, פרט למנתח האחראי, גם רופאים בכירים נוספים או מתמחים, כמקובל בבתי חולים אוניברסיטאיים מובילים בעולם. עם זאת, המנתח האחראי הוא הנושא באחריות הכוללת להצלחת הפעולה, כולל החלטה על ביצועה, ביצוע בפועל ומעקב.
5. כדי שמודל בחירת המנתח האחראי יוטמע באופן משמעותי במערכת יש לתמרץ את בתי החולים והרופאים להצטרף לתוכנית. לפירוט ראה סעיף 7 למטה.

מנגנון איזון בין בחירת מנתח לבין זמינות

קיימים שני עקרונות מרכזיים המנחים את החולה בבואו לבקש טיפול:

- א. האפשרות לבחור את הרופא המטפל;
- ב. זמן המתנה לביצוע הפעולה.

בבואו לבקש טיפול בבית החולים, החולה מבסס את בחירתו על עקרון שקלול העדפת הרופא המטפל עם זמן המתנה לניתוח. לפיכך יתקיים איזון בין רופאים מבוקשים, להם זמן המתנה ארוך, לבין רופאים פחות מבוקשים להם זמן המתנה קצר.

עקרונות הפעולה

1. משרד הבריאות יאפשר לבתי החולים (ציבוריים ופרטיים) להשתתף בתוכנית בחירת מנתח תמורת סל תמריצים.
2. הנהלת בית החולים תציע למחלקות בית החולים להיכלל בתוכנית בחירת מנתח אחראי על בסיס נתונים מתוקפים ורלבנטיים, ותוך מתן תגמול למחלקות המשתתפות.
3. בחירת המנתח במחלקות המשתתפות בתוכנית תתאפשר ללא קשר לשיוך הקופתי של המטופלים ולהסכמים בין בית החולים לקופות החולים במסגרת התוכנית לקיצור תורים.
4. המפתח להצלחה של התוכנית היא מהלך הדרגתי ובהסכמה עם הרופאים. לפיכך יש צורך בתנאי הטמעה אטרקטיביים למטופלים ולרופאים. תנאים אלו יבחנו מחדש כשהתוכנית תתבסס.
5. התגמול יהיה מבוסס על מספר נדבכים:
 - א. רמת בית החולים - בית החולים יזכה לסל תמריצים אטרקטיבי לפי מנגנון שיקבע באופן פרטני עם משרד הבריאות.
 - ב. רמת המחלקה - הנהלת בית החולים תקבע מדיניות עידוד לצוות המחלקה ולרופאים שישתתפו בתוכנית אשר תכלול:
 - תמריצים מקצועיים: מימון השתתפות בכנסים, מימון מחקרים, ספרות מקצועית, מימון רכישת ציוד מקצועי לבדיקה, לניתוח וכו'.
 - תמריצים ארגוניים: מפגשים מקצועיים וערבי גיבוש.
 - תמריצי תשתיות: שיפור התשתיות בסביבת העבודה.
 - תמריצים ביצועיים: עידוד פעילות קיצור תורים אחר הצהריים אשר תאפשר תגמול כלכלי עבור שעות עבודה נוספות לצוות אחרי השעה 15:00.
6. הכניסה של מחלקה לתוכנית תהיה גורפת לגבי כל הרופאים הבכירים במחלקה.
7. לא תתאפשר כניסה של מחלקה לתוכנית בלי לכלול בה את מנהל המחלקה.
8. התוכנית תתבצע בתזמון של משרד הבריאות לפי מפת דרכים שתיקבע מראש:

- א. בשלב הראשון - יוצאו תנאי סף להכללה בתוכנית בשיעור 30% לפחות מבין כלל הפעולות המבוצעות בבית החולים/במחלקה.
- ב. בשלב השני - משרד הבריאות ימציא רשימת פעולות חובה בהן תתאפשר בחירת מנתח.
- ג. בשלב השלישי - משרד הבריאות יגדיל את תנאי הסף לקבלת התגמול ל-50% ובהמשך באופן הדרגתי ל-100% מהפעולות.
9. משרד הבריאות יפקח באופן שוטף על עמידה בתנאי התוכנית. תנאי זה הוא הכרחי להצלחת הפרויקט.
10. תוכנית תמרוץ אטרקטיבית תביא להצטרפות הדרגתית של בתי חולים ומחלקות לתוכנית על בסיס תחרות ומתוך רצון של מנהלי בתי החולים והרופאים להיכלל בתוכנית "הטובים מאפשרים בחירה".

מנגנוני תגמול אפשריים להטמעת המודל

מנגנוני התגמול יסוכמו באופן אינדיבידואלי בין משרד הבריאות למנהלי בתי החולים, על פי היעדים והצרכים הייחודיים של כל בית חולים, וזאת על מנת להביא להצלחת התוכנית. בית החולים ידאג לתמרץ את המחלקות בכדי לעודד אותן להשתתף בתוכנית בחירת מנתח אחראי.

קיימים מספר מנגנוני תגמול אפשריים.

להלן מנגנון תגמול אפשרי מוצע:

התגמול עבור כל הפעילות של מחלקה המשתתפת בתוכנית יוכפל במקדם אדמיניסטרציה ($\alpha < 1$). מקדם האדמיניסטרציה ישקף את השינויים האדמיניסטרטיביים והניהוליים הנדרשים לצורך הפעלת התוכנית, וזאת כדי למנוע הפסדים לבית החולים בגין הפעלת התוכנית. בית החולים יעביר למשרד הבריאות בתחילת השנה לאישור את אופן חישוב המקדם האדמיניסטרטיבי והנתונים הרלוונטיים.

יצוין בזאת:

- א. התגמול יחושב על בסיס כל הפעילות של המחלקה כולל הפעילות האמבולטורית והפעילות הניתוחית בפרוצדורות שאינן כלולות בבחירת מנתח.
- ב. המקדם יחושב ברמת בית החולים.
- ג. המקדם יחושב בשלוש דרגות, כך שישקף בתוכו את מספר המחלקות הרלוונטיות

המשתתפות בתוכנית (30%, 50%, 100% מהמחלקות), ואת שיעור הפעולות הכלולות בתוכנית מתוך כלל הפעולות המבוצעות בבית החולים (30%, 50%, 100% מהפעולות).

ד. באמצע השנה הראשונה יתאפשר לבית החולים לבצע התאמה של המקדם לפעילות בפועל.

מנגנון התחשבות

מוצע לתת לבית החולים מקדמה בשיעור 30% של התגמול הגלובלי בתחילת השנה ואם יעמוד בכל התנאים הדרושים, יקבל את שארית הסכום בסוף השנה. אם יעמוד ב-50% מהדרישות או 75% מהדרישות יתוגמל פחות באופן שיסוכם עם הנהלת בית החולים. מנגנון זה יצור תמריץ לבית החולים לעמוד בדרישות התוכנית.

יתרון הבחירה לרצף הטיפולי

יתרון מרכזי של המודל בכך שהוא יאפשר לרופאים העובדים גם בקהילה וגם בבתי החולים "להביא עמם" את החולה לבית החולים הציבורי, לנתחו ולחזור למעקב אחרי החולה בקהילה. מאפיין זה מאפשר בחירת רופא תוך שמירת רצף טפולי. מודל זה מציב את המטופל במרכז לא רק מבחינת האפשרות לבחור מנתח אלא גם שומר על רצף טפולי ומונע את החסמים הנובעים ממעבר מהקהילה לבית החולים ובחזרה.

העובדה כי לאורך כל הדרך הקופה היא המעסיק של הרופא תאפשר לוודא כי המחויבות למבוטח נשמרת. מצד המבוטח הבחירה ברופא אינה מלאכותית ונעשית רק לצורך הניתוח, אלא מדובר ברופא איתו נוצר קשר ואמון עוד טרם הצורך בניתוח. כך מנגנון הבחירה משתכלל מבחירה לפי "סימנים" חיצוניים כגון בכירות ותפקיד ניהולי לקשר ואמון לאורך זמן.

את הרפורמה חייבת ללוות מערכת מידע שקופה ואמינה. אספקה של מידע השוואתי על איכות השירות, מאפשרת למטופל לחפש נתונים הנדרשים לשקלול מרכיבים החשובים עבורו לצורך הבחירה ולבחור בין ספקי שירות שונים. כשמדובר בהחלטות הקשורות לבריאות, מטופלים מרגישים פחות מסוגלים לקבל החלטות בגלל פערי מידע שאין בתחומים אחרים. בנוסף, ההחלטות שצריך לקבל הן מורכבות, עם השלכות משמעותיות לעתיד וצריכות להתקבל בזמן דחוק.

אחד מכשלי השוק המרכזיים של מערכת הבריאות נובע מפערי מידע בין נותני

השירות לבין הלקוח. כשל שוק זה הנקרא גם *Adverse selection* נמצא בניגוד מוחלט לעקרון המטופל במרכז ואף פוגע בו. הגברת השקיפות בד בבד עם הגדלת הבחירה ישמשו ככלי לצמצום כשל שוק. פריחתם של ארגוני מידע פרטיים אשר אינם מסתמכים על נתונים אובייקטיבים נובעת מכישלון המערכת להנגיש את המידע הזה לחולה. משמעות הגברת השקיפות במערכת היא העברה אקטיבית של נתונים המצויים בקרב נותני שירותי בריאות אל המטופל ומשפחתו. בפרק הבא נבחן דרכים להגברת השקיפות של המערכת הציבורית ונציע מודלים אשר מטרתם להעביר נתונים חשובים למטופל על מנת להגדיל את חופש הבחירה, לשפר זמינות ולהקטין פערי מידע בין המטופל לנותני השירות.

3. חלק ב': הגברת השקיפות

3.1. רקע

בתחום הבריאות, בהשוואה לתחומי חיים אחרים, חשים לעיתים המטופלים שהם פחות מסוגלים לקבל החלטות בשל פערי מידע (*information asymmetry*) שלא קיימים בתחומים אחרים (Kumpunen, Trigg and Rodrigues, 2014). הסיבות לכך הן מורכבות ויכולות להיות בעלות השלכות משמעותיות ובלתי הפיכות על עתידם של המטופלים. פערי מידע בין נותני השירות לבין המטופלים הם כשל שוק מרכזי של מערכת הבריאות, המנוגד לתפיסת המטופל במרכז. שקיפות במערכת הבריאות, המצמצמת כשל שוק זה, כרוכה בהעברה אקטיבית של נתונים שמצויים בידי נותני השירותים אל המטופל ומשפחתו. אספקה של מידע השוואתי על איכות השירות, יכולה לתת למטופל אפשרות לחפש את הנתונים להם הוא זקוק כדי לשקלל את המאפיינים החשובים לו, ואז לבחור בין ספקי שירות שונים⁴ (Kumpunen, Trigg and Rodrigues, 2014). העמדת המטופל במרכז מחייבת מציאת פתרונות להעברה דו סטרית של ידע, באופן שיאפשר לרופא להציע פתרונות ומידע דרך עיני המטופל ולהתאים את הטיפול המוצע למטופל. הנחת העבודה של הקבוצה היא שהגברת השקיפות במערכת הבריאות, בשילוב הרחבת אפשרות הבחירה במערכת, תתרום לשינוי בתפיסת המטופל במרכז.

4. עם זאת, פער המידע בין רופא למטופל יהיה קיים גם לאחר הגברת השקיפות, שכן לרוב לרופא יש יתרון ידע שמאפשר לו "לכוון" את המטופל לתוצאה הרצויה.

שקיפות לאורך רצף הטיפול

שקיפות בשירותי בריאות יכולה להיות מיושמת בתחומים שונים לאורך הרצף הטיפולי, החל מקופת החולים ושירותי הקהילה הבסיסיים ביותר וכלה בשירותים המורכבים ביותר בבתי החולים. בכל מקרה, בין אם מדובר על הקהילה או על בתי החולים, שקיפות המידע הבריאותי מתייחסת לשלושת הגורמים המרכיבים את המשולש הטיפולי- המטופל, המטפל והמוסד בו הוא מטופל. בקהילה, נראה כי קופות החולים עושות מאמצים רבים להגברת השקיפות בתוך המערכת והזמינות של המידע למטופל. עם זאת, גם בקהילה קיימים פערי מידע, וחשוב שתהיה שקיפות בנוגע לקופת החולים, לרופאים המטפלים ולטיפול עצמו. אחד המקומות בהם הגברת השקיפות יכולה לסייע לקדם את גישת המטופל במרכז, היא במה שנוגע לממשק שבין המטופל לבית החולים. נראה כי דווקא כאשר המטופל נמצא במקום רגיש יותר, בו זקוק לטיפול רפואי בבית חולים, מקום אותו הוא לא מכיר בשגרה כמו את קופת החולים, דווקא שם אין לו די מידע שיכול לעזור לו לבחור את הטיפול, המטפל והמקום בו הוא מעוניין לקבל מטופל.

3.2 תמונת המצב בישראל

השקיפות במערכת הבריאות בישראל מוסדרת ומעוגנת באופן מצומצם למדי במספר מקומות בחקיקה, ובמקומות אחרים היא מעוגנת בתהליכי עבודה ובהנחיות של הרגולטור. נושא השקיפות אינו ייחודי למערכת הבריאות, אם כי מערכות אחרות נוטות לפרסם מידע באופן פומבי, וזאת למרות מורכבות פרסום המידע, למשל מערכת החינוך, שוק ההון ותחום הביטוח. במערכת הבריאות ניתן לחלק את נושא השקיפות ל:

1. המטופל והטיפול;
2. המטפל;
3. המוסד המטפל- קופות חולים ובית חולים.

המטופל והטיפול - חוק זכויות החולה מחייב את המטפל למתן מידע מלא למטופל, הכולל את כל האופציות הטיפוליות העומדות לרשותו. גם החובה לקבל הסכמה מדעת לטיפול רפואי מחייבת שיקוף מידע למטופלים, כולל פירוט ההשלכות הטיפוליות והאלטרנטיבות הקיימות. עם זאת עולה השאלה האם מערכת הבריאות בישראל אכן מנגישה למטופל מידע המאפשר בחירה מושכלת. בעולם של אינפורמציה א-סימטרית, יש למטפל יתרון הנובע מידע ומידע על איכות הטיפול

והשירות, העשויים לשמש ל"הפקת רווח" מהמטופל שאינו מודע לאיכות הטיפול. הנחת העבודה של הקבוצה היא כי מערכת הבריאות מחויבת לטובת הלקוח ואינה משתמשת בידע זה על מנת להעניק למטופל טיפול ושירות טובים פחות. בהקשר לכך יש לציין כי יש הסוברים שהשקיפות תביא במקביל גם לשיפור במדדי שביעות רצון ובמדדי איכות הטיפול. כיום ידוע שתפיסת המטופל במרכז היא רכיב ליבה במדדי איכות שירותי הבריאות בעולם, והמטופל במרכז הוכר כרכיב אינטגרלי בהערכת הטיפול הרפואי, וטיפול איכותי להגדרת ה-IOM הוא טיפול בטוח, מועיל, בעיתוי הנכון, יעיל והוגן ומרוכז במטופל (Groene, 2011).

המטפל - חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב את קופות החולים לפרסם באופן פומבי את רשימת הספקים מבניהם ניתן לבחור את המוסד המטפל. עם זאת, משום שאין התייחסות לממד של הרופא המטפל עצמו, עולה השאלה האם המטופלים מקבלים את המידע לו הם זקוקים כדי לעשות בחירה מושכלת. כמו כן, בזמן שקופות החולים מאפשרות בחירה ברופא המטפל, בבתי החולים במערכת הציבורית אין אפשרות כזו. לרשות המטופלים אין לרוב את המידע לו הם זקוקים כדי לבחור ברופא המטפל, כמו למשל היסטוריה על רשלנות רפואית של הרופא, או דירוג/ציון איכות של הרופא⁵. מעבר לכך, אם כי משרד הבריאות פרסם בעבר נתונים על תורי המתנה לניתוחים לפי בתי חולים, פרסום זה נעשה באופן רטרואקטיבי ולא בזמן אמת, וברמה מסכמת לפי מוסדות, כך שבמערכת הציבורית כמעט ולא קיים מידע על זמינות תורים, בייחוד לא ברמת הרופא המטפל עצמו. אולם משנת 2015 חדל המשרד לפרסם באופן פומבי גם מידע זה. חוסר בחירה וחוסר מידע משתלבים זה בזה ולמעשה משאירים את המטופל מחוץ למרכז. יש לציין שבעוד שחוסר בחירה קיים במערכת הציבורית ולא בפרטית, היעדר מידע קיים בשתי המערכות. הגברת השקיפות יכולה להיכפות על ידי הרגולטור במערכת הציבורית. כך שבשילוב עם הגדלת הבחירה, השקיפות למעשה תיצור עדיפות כלפי הלקוח במערכת הציבורית ותגרום לחזרה של מטופלים למערכת הציבורית. צפוי אם כך שבתי החולים הפרטיים ילכו בעקבות המערכת הציבורית משיקולי תחרות חופשית ויאפשרו גם הם שקיפות שתפעל לטובת המערכת כולה.

5. בישראל קיימים פרסומים מסחריים אודות 10 הרופאים הטובים ביותר, המדרגים איכותית את הרופאים, אולם מידע זה אינו מבוקר. בנושא ציון איכות של הרופא ראו למשל:

www.fticonsulting.com/~media/Files/us-files/insights/white-papers/physician-scorecards.pdf או <https://www.advisory.com/research/medical-group-strategy-council/practice-notes/2014/april/member-asks-how-do-i-structure-a-physician-performance-scorecard>.

המוסד המטפל - מערכת הבריאות פועלת לפרסום מידע המאפשר תהליכי שיפור ברמה מוסדית, בקופות החולים ובבתי החולים, כולל למשל: תוכנית המדדים הלאומית, פרסום תורים לניתוחים, דוח זיהומים בבתי חולים, מערכת 'כל הבריאות'⁶ הכוללת מידע השוואתי מעודכן על קופות החולים⁷, פרסום דוח נציבת קבילות הציבור⁸, פרסום ספר השירותים של הקופות והסדרי הבחירה, ומחקר מכון ברוקדייל העוסק בדעת הציבור על תפקוד מערכת הבריאות⁹, והמדווח על שביעות הרצון וזמינות השירותים בקופות החולים. עם זאת, המידע המצומצם הקיים מפורסם רטרואקטיבית והרלוונטיות שלו למטופל מצומצמת מאד. חשוב להדגיש כי המדדים הארציים באים לשרת מטרה אחרת. הם באים ליצור תחרות חיובית בין המוסדות בעיקר בדגש על יוקרה מוסדית. הרלוונטיות שלהם לשיקולי הבחירה של החולה הקיימת בעיקר בפעולות אלקטיביות היא מינימלית. המדדים הארציים גם אינם מפולחים ברמת המרפאה או המחלקה, אלא מסוכמים ברמה מוסדית. הדבר מונע בפועל את היכולת של המטופלים לבחירה מושכלת של שירותי בריאות. מצב זה מותיר חופש רב בידי מוסדות מטפלים (קופות חולים ובתי חולים) ומונע תחרות על שיפור רמת השירות, תחרות המצריכה השקעת משאבים.

בדוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית משנת 2014¹⁰ הוצע להקים מערכת מידע ארצית לתורים, שתאסוף באופן שוטף מידע גולמי על מועד ההפניה והתורים במערכת הבריאות ושתשקף את מצב התורים במערכת הבריאות, כדרך לאפשר למטופלים בחירה מושכלת בין בתי החולים. הוצע כי מערכת זו תהיה בעלת ממשקים למערכות המידע של קופות החולים ותיתן מידע שקוף ובזמן אמת של תורים במערכת, וכך תאפשר בחירה בין בתי חולים, רופאים במרפאות חוץ, נותני

6. למאמר על 'כל הבריאות' ככלי מדיניות דל תקציב להעצמת מבוסחים לקבלת זכויותיהם במערכת הבריאות הישראלית:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014003042/>

7. לקישור לאתר כל הבריאות: <http://call.gov.il/infocenter/index?page=home>

8. דוח נציבת קבילות הציבור לשנת 2015, מצוין כי על הקופות לשקף למטופלים מידע מלא על הסדרי הבחירה, כולל פירוט השירותים העומדים לרשותם, עם חלוקה לבעלי מקצוע, רשימת מכונים, בתי חולים, שירותים רפואיים ובתי מרקחת. לדוח המלא:

http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_542/da3f72c1-a5b1-4c41-9bf6-5e0519b06ade/Report2016_Final_LR_double.pdf

9. ראה למשל דוח מכון ברוקדייל על דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בישראל ב-2014: <http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&ArticleID=406>

10. לדוח המלא: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/publichealth2014.pdf>

שירות אחרים ומומחים בקהילה וכדומה. במודל "קברט"¹¹, שהוצע לוועדה זו, הוצע מודל אפקטיבי לבניית מערכת לאבטחת איכות השירות, שתמדוד את איכות השירות בפרמטרים שונים- איכותיים וכמותיים, בניהם: זמינות מידע, נגישות לשירותים, שביעות רצון, העצמת המטופל ושיתופו, זמינות תורים, ניהול התור במרפאות החוץ, ביטול ודחיית ניתוחים ותורים, תפוסה במחלקות, זיהומים, זמני המתנה במענה טלפוני, תלונות הציבור ועוד. עד כה לא הוקמה מערכת זו.

3.3. למידה ממודלים מוצלחים של שקיפות בעולם

שקיפות במערכת הבריאות, כבסיס לאפשרות בחירה של שירותי בריאות על ידי המטופל, קיימת במספר מדינות בעולם, והיא לרוב מוצעת לשם התמודדות עם זמני המתנה ארוכים. בהולנד ובאנגליה פותחו מערכות מידע דומות כאמצעי להתמודדות עם זמני המתנה למומחים במרפאות חוץ בבתי החולים. מערכת ה-ZorgDomein בהולנד ומערכת ה-Choose and Book באנגליה כוללות נתונים מעודכנים בזמן אמת של זמני המתנה בפועל, מערכות תשלום חדשות המבוססות על תשלום עבור פעילות ונתונים רפואיים של המטופל (Dixon, Robertson and Bal, 2010). החלק המהותי העומד בבסיס מערכות אלו הוא שקיפות ואספקת מידע למטופלים. השאלה החשובה היא איזה מידע נגיש ושקוף למטופלים. בהולנד, המערכת תומכת הבחירה כוללת את נתוני זמני המתנה בבתי החולים, וכן מידע נוסף, כולל מדדי איכות שונים של בתי החולים¹². באנגליה יש אתר בחירה של קופות החולים¹³, שמספק מידע על ספקים ומאפשר למטופלים להשוות אפשרויות שונות ובו מידע על איכות הטיפול של מרפאות/מומחים ספציפיים בבתי חולים. בנוסף, באנגליה, עבור מטופלים עם בעיות לבביות, מפורסמים גם שיעורי הישרדות ברמת הרופא היועץ¹⁴.

המערכת ההולנדית כוללת אפשרויות בחירה מובנות על בסיס השירותים האזוריים וזמני המתנה (התורים מתעדכנים מדי שבוע), מידע רפואי ולוגיסטי וסיוע

11. מודל קהילה-בתי חולים-רצף הטיפול שהוצע לוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית.

12. הכוונה לסדרה של 29 אינדיקטורים שכוללים בין השאר שיעור פצעי לחץ וזיהומים בבית החולים.

13. www.nhs.uk

14. <http://www.heartsurgery.healthcarecommission.org.uk>

בתקשורת בין הרופא הראשוני לרופא המומחה. במערכת קיימים סוגים שונים של הפניות, לפי רמת הדחיפות, כולל הפניה מקוצרת במקרים בהם אין צורך ביעוץ טלפוני בין הרופא הראשוני לבין המומחה. המטופל יוצר את הקשר עם בית החולים לקביעת התור על בסיס ההפניה המקצועית של הרופא. העברת המידע בין הרופא בקהילה למומחה בבית החולים חוסכת ביקורים ובדיקות ומייעלת את המערכת.

כשירות משלים למערכת ה-Choose and Book ה-NHS בבריטניה מפעיל מרכז מידע בשם NHS Digital (לשעבר The Health and Social Care (HSCIC) Information Centre), האוסף, מפרסם ומנתח מדדים ברמה הלאומית, מחולקים לפי אזור ולפי ספק, לגבי הטיפול הרפואי והסוציאלי בבריטניה. המרכז מדווח באופן גלוי לציבור הרחב על רשימה רחבה ביותר של מדדים בתחומים שונים, ביניהם מדדים קליניים, מדדי איכות השירות ומדדי חווית המטופל¹⁵. מטרתו העיקרית של המרכז היא לעזור למטופלים לקבל החלטות מושכלות בנוגע לטיפול בהם, תוך שמירה על חיסיון המידע האישי. עם תקציב פעולה של 250 מיליון אירו, ו-2,500 עובדים, למרכז יש אחריות חוקית, בין השאר, לאיסוף ופרסום מידע על הבריאות והטיפול, ולפיתוח כלים המגבירים את השקיפות במידע במערכת. כלים אלו מאפשרים למערכת התייעלות ברמות שונות, כמו למשל כלי אינטרנטי בשם e-Referral המשפר את היכולת של הרופאים הראשוניים לצפות בקרטריונים להפניות לפני שהם מפנים את המטופל לטיפול שניוני¹⁶, או אפליקציה בשם SCR המתריעה לצוות הקליני על מידע חשוב העשוי להיות מציל חיים¹⁷.

גם בפורטוגל פותחה מערכת לניהול זמני המתנה לניתוחים, בשם SIGIC, המצוינת לטובה בדוח ה-OECD העוסק במדיניות בנוגע לזמני המתנה בעולם¹⁸. המערכת מבוססת על מספר כלים המאפשרים ניטור וניהול של ניתוחים אלקטיביים, ביניהם מערכת מידע ייחודית, הנקראת SIGLIC ואשר אוספת מידע גולמי רב מכל ספקי השירותים הרלוונטיים, פרטיים וציבוריים. המידע שנאסף ומוצג במערכת מאפשר

15. ניתן לצפות ברשימת האינדיקטורים המלאה בקישור:

<https://indicators.hscic.gov.uk/webview/>

16. למפת הדרכים של שירותי ההפניה במערכת, ראה:

http://content.digital.nhs.uk/media/23184/NHS-e-Referral-Service-roadmap/pdf/NHS_eRS-Roadmap_Jan2017-v3.pdf

17. למידע נוסף על האפליקציה, ראה: <https://digital.nhs.uk/summary-care-records>

18. לדוח המלא ראה:

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8112091e.pdf?express=1485942645&id=id&accname=oid012407&checksum=3DD6F4F19DEEC8D3E66074D00E8CF43C>

תחרות על זמני המתנה ועל גודלן של רשימות ההמתנה, על פני מסלול המטופל במערכת ועל מועדי ההפניה וזמני ההמתנה שלו בכל נקודה. המידע במערכת, המגיע ממקורות שונים, ביניהם בתי החולים, קופות החולים והמטופלים, כולל מידע קליני ואדמיניסטרטיבי והוא נגיש למשתמשי המערכת, במגבלות מערכת הרשות, השומרת על המידע הרגיש של המטופלים. למערכת מספר מאפיינים התורמים להצלחתה כגון דוחות חדשניים המותאמים למשתמש ותיעוד אגרטיבי של כל האינטראקציות של המטופל במערכת (Luigi, Michael, Valerie, 2013).

3.4. תפקיד הרופא הראשוני במודל השקיפות

חשוב להבין את תפקידו המשמעותי של הרופא הראשוני בבחירת שירותי הבריאות על ידי המטופלים. בהולנד המטופל יכול לפנות לבית החולים ישירות או באמצעות הרופא הראשוני וקופת החולים. היתרון בפניה בסיוע הרופא המטפל הוא הקשר הישיר בינו לבין המומחים בבית החולים. המטופל נעזר ברופא הראשוני להבין ולקבוע את דחיפות הפנייה ולבחור בין האפשרויות השונות. הרופאים באנגליה מדווחים שבעת ייעוץ למטופלים הם משלבים בין "מידע רך" שיש להם לגבי הספקים השונים ובין פרסומים רשמיים. הרופאים מציינים שלעיתים הם סקפטיים לגבי מקורות המידע הרשמיים. בכל מקרה, בהתאם ל-street level bureaucracy, הרופאים הראשוניים פועלים כמתווכים והאינטראקציה בין הרופא למטופל יכולה להשפיע רבות על יישום מדיניות חופש הבחירה (Dixon, Robertson and Bal, 2010).

3.5. הנתונים והמדדים הרלוונטיים למטופל לצורך הגברת השקיפות במערכת הבריאות

איכות בבריאות מוערכת באמצעות מדדים רבים ומגוונים. הרלוונטיות של המדדים השונים נקבעת בהתאם למטרות הבודק והשאלות הנשאלות על ידו. קיימים מדדים העשויים לעודד את המערכת להגיע אליהם ולדווח עליהם. לכל מדד יש לקבוע סטנדרטים או יעדים, אם כי סטנדרטים כאלו עשויים לעודד גם התנהגות שלילית של הספקים, כגון דחייה של חולים מורכבים. במדינות ה-OECD המידע שנעשה בו שימוש ליצירת מדדי האיכות מגיע לרוב מנתונים מנהליים ומעקב אחר שירותים וספקים. רק לאחרונה נעשה שימוש גם בדירוג שניתן ישירות על ידי מטופלים ומשתמשים (Luigi, Michael, Valerie, 2013).

מדוח ה-WHO (Kumpunen, Trigg and Rodrigues, 2014) עולה כי על מנת להגביר את השימוש במידע על איכות לשם בחירה בספקי שירותים, כדאי:

1. להציג מידע רלוונטי.
 2. לעצב את המדדים בהתאמה לרמת המיומנות של המשתמשים.
 3. לשפר את שיטות ההצגה.
 4. להדריך את המטופלים והמשתמשים בנוגע לאיכות בבריאות ולהעלות את המודעות שלהם לחשיבות הדיווח.
 5. לגייס את אנשי המקצוע לתמוך במערכת הדיווח הציבורית.
 6. לעצב מנגנונים שיתמכו בקבלת החלטות ולעודד את השימוש בהם.
- בנוסף, כאשר שוקלים כיצד ליישם מערכת דיווח מדדים כדאי לשקול את הגורמים הבאים:

1. העלות ובעיקר כוח האדם הנדרש.
2. האם הדיווח יהיה חובה או רשות.
3. האם ניתן להפיק את הנתונים במסגרת הבדיקות הרגולטוריות או ביקורות קליניות.
4. אופן הטיפול בבעיות בדיווח.

מערכת מידע ציבורית מוצלחת, האמורה לתמוך בבחירה של ספקי שירותי בריאות, דורשת שותפות של אנשי מקצוע, מטופלים ומשתמשים. מסקירת הספרות ודיון בין חברי הקבוצה עלה כי ישנם ממדים שונים אותם כדאי לשקול להנגיש למטופלים במסגרת השקיפות, כדי שהם יוכלו לקבל החלטה מושכלת לגבי בחירת השירות הרפואי לו הם זקוקים. מדובר על אספקה גלויה ושקופה של מידע אודות שירותים ונותני שירותים על פני מדדי טיפול ושירות שונים, הן בקהילה והן בבתי החולים¹⁹:

19. חלק מהתחומים רלוונטיים רק לבתי החולים או רק לקהילה.

20. (בעמוד הבא) כבר בעיצוב מודל "קברט" הזכירו הכותבים ממצאי מחקר מארה"ב בו נמצא כי ההשפעה של רמת השירות והמזון בבית החולים על היקף הביקוש לשירותיו גבוהה בהרבה מהשפעת מדדי האיכות הרפואית בבית חולים, Goldman, Dana and Romley, John A. (2008), "Hospitals as hotels: The role of patient amenities in hospital demand", NBER working paper 14619.

לוח 1: ממדי השקיפות השונים הרלוונטיים לבחירה, עם חלוקה למידע אישי, זמינות, איכות, הרופא המטפל והמטופל במרכז

| | |
|--|----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ הטיפול המקובל בבעיה הספציפית של המטופל. ■ קירבה גאוגרפית של המוסד המתאים לטיפול בבעיה. | מידע אישי |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ תורים לרופא מומחה בפריסה ארצית. ■ תורים לניתוחים אלקטיביים. ■ קיום מערכת ממוחשבת להזמנת תורים. | זמינות התורים |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ אפשרויות הטיפול בבעיות מיוחדות. ■ שיעור ניתוחים חוזרים של אשפוזים מעל 21 יום (מדד לסיבוכים). ■ אחוז אשפוזים חוזרים. ■ שיעור זיהומים. ■ שיעורי תמותה. ■ זמן אשפוז ממוצע. ■ אחוז אשפוזים חוזרים תוך שבוע. ■ קיום צוות רב מקצועי לטיפול במחלקה. ■ סינוף אקדמי. ■ מספר ניתוחים בשנה שהמחלקה מבצעת. ■ מספר ביקורים במרפאה בשנה. ■ האם יש צורך בהפניה מרופא מומחה. ■ אחוז דיווח מעקב יומי (מדד בקרה על ביצוע ביקורי רופא יומיים). ■ מספר תביעות רפואיות מוצדקות בשנה. | איכות הטיפול |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ נוחות פיזית בטיפול, במרפאה ובחדר ההמתנה. ■ שביעות הרצון מהטיפול במרפאה. ■ שביעות רצון מהטיפול במחלקה. ■ שיתוף בקבלת החלטות בטיפול. ■ ליווי תמיכתי רגשי בטיפול. ■ מעורבות משפחה בטיפול. ■ נגישות לשונית. ■ הסדרי חנייה נוחים כולל עלויות. ■ קיום שירותי בידור ומזון בבית החולים²⁰. ■ קיום אמצעי תקשורת זמינים עם הרופאים. ■ שירות מנהל מקרה. ■ מתן בחירת רופא מטפל ללא תשלום. | המטופל במרכז |

כפי הנראה, נתונים אלו נמדדים במדידות שנערכות בקהילה ובבתי החולים, ובמוסדות מחקר חיצוניים, אולם משום שהם אינם נגישים למטופלים עצמם, התועלת שלהם מבחינת פתיחת האפשרות לבחירה מושכלת של שירותי בריאות, היא מצומצמת למדי.

3.6 גבולות השקיפות

כחלק מהדיון בממדים השונים שיש לדאוג לשקיפות שלהם בפני המטופלים, ולצד ההבנה של החשיבות והיתרונות של השקיפות חשוב לזכור כי גם לשקיפות יש גבולות. קיימים מקרים בהם יש לשקול האם הנגשת המידע לציבור עלולה לגרום ליותר תועלת או לנזק. ואם מדובר בנזק, נשאלת השאלה האם מדובר ביותר נזק מתועלת למטופלים או למערכת? למטופל או לבעלי אינטרסים בתוך מערכת הבריאות? יש מקרים בהם המאמץ הנדרש לצמצום פערי המידע הוא עצום ומחייב מחירים אלטרנטיביים יקרים (כמו למשל בחירה בין שני טיפולים מורכבים). במקרים אחרים יתכן ולגילוי המידע עלולה להיות השלכה שלילית על בריאות הציבור כמו במקרה של פרסום סיבוכים נדירים מאד של חיסונים. בעיה נוספת שעלולה להתעורר היא סלקציה הנובעת מהטיות בפרסום המידע מהגורם המעביר את המידע. הטיות הנובעות כתוצאה ממתן וקבלה של מידע חלקי וסלקציה בבחירת מטופלים, תוך פגיעה במטופלים הקשים או המורכבים יותר, כתוצאה מחשש לפרסום שיעורי תמותה וסיבוכים גבוהים מהמקובל בניתוחים או מפרסום שיעורי הצלחה נמוכים (כמו למשל בניתוחים, בשיעורי תמותה בבתי חולים, בטיפולי פוריות והפריה וכיוצא בזה).

3.7 התנגדויות פוטנציאליות

על אף החשיבות הרבה שיש להגדלת השקיפות ואפשרות הבחירה במערכת הבריאות הציבורית, והיתרונות הרבים הגלומים בכך לקידום הגישה של המטופל במרכז, גם כאן הניסיון מלמד ששינוי כזה יגרור התנגדויות מצד שחקנים שונים במערכת. למשל, לא ברור מה האינטרס של קופות החולים, הרופאים, מנהלי בתי החולים ומשרדי הממשלה בהגברת השקיפות. קובעי המדיניות עשויים גם להיות מודאגים מההשפעה של מתן אפשרות בחירה על קבוצות מוחלשות שיתכן ולא יכולות יהיו להשתמש בצורה מיטבית בשקיפות. ואכן, גם כאשר קיים מידע, היכולת של המטופלים להשוות בין השירותים והספקים השונים עשויה לדרוש אוריינות בריאות שלא תמיד יש ברשותם, ועל כן הניסיון מלמד שרבים מהמטופלים בוחרים ספקי שירותים על בסיס ניסיון עבר, אישי או של קרוביהם, או על פי המלצות של

אנשי מקצוע. אולם הנתונים מראים שאם הבחירה מלווה בתמיכה של יועצי/סוכני בריאות/טיפול, אין הבדל בשימוש במידע ובאפשרות הבחירה בין קבוצות מרקע סוציו-אקונומי שונה (Luigi, Michael, Valerie, 2013).

התנגדות נוספת עשויה להגיע ממנהלי בתי החולים אשר יחששו מפרסום תוצאות לא מחמיאות. אולם הניסיון ההולנדי מלמד כי מנהלי בתי החולים, דווקא רואים בהרחבת הבחירה כוח שמוביל לשינוי חיובי בבית החולים, שינוי אשר יוסיף לתרבות ניהולית תקינה של שקיפות ותחרות.

קשיים טכניים שונים עשויים גם לעלות מצדם של הרופאים הראשוניים שמשמשים כמתווכים בין המטופל לבין בית החולים²¹, ואשר עשויים לשנות את המדיניות מיסודה. לפיכך, ביישום המודל, יש לזכור את חשיבות רתימתו של הרופא הראשוני, לערב אותו בשלב עיצוב הכלי, ואף לתגמל אותו כמתווך לבחירה וככזה המפחית עלויות מבית החולים²² (Dixon, Robertson and Bal, 2010). יש להבין כי בשונה ממידע ממוחשב על אורך תורים, מתן מידע פרטני למטופל על אפשרויות הבחירה העומדות בפניו ידרוש תוספת זמן לביקור. אולם ההערכה היא שתוספת כזו לא תעלה על 10% מהזמן הקיים. שימוש בנציגי בריאות בקופה שאינם רופאים יכול לצמצם את העלות של הרפורמה ולאפשר ביצוע מוצלח לכל שכבות האוכלוסייה ללא תוספת זמן מצד הרופא. יש לזכור כי בדומה להגברת הבחירה, גם שיפור השקיפות ידרוש השקעת משאבים בקהילה ובבתי החולים לתמיכה במהלך זה. במערכת בה קיים מחסור ברופאים, הקדשת זמן להעברת מידע תשפר שביעות רצון מבוטחים בשל השקיפות ויחס הרופא, ומנגד עלולה לפגוע בזמינות השירותים. קופת החולים יכולה לדאוג שלא תהיה פגיעה בזמינות למשל על ידי הקצאת כוח אדם ייעודי כפי שתואר לעיל. כמו כן, מעדויות מהפעלת מודלים דומים בעולם נמצא שזה יגדיל את זמן הביקור בשתיים וחצי דקות בלבד (Department of Health, England, 2011).

21. כבר במסמך שהוגש לוועדה הציבורית לחיזוק המערכת הציבורית עולה תפקידו של רופא המשפחה כבעל התפקיד שמאפשר שימוש מושכל באפשרות הבחירה של המטופלים, כמי שמיעץ על נותן השירות המתאים לצרכיהם, ומתוקף כך יש להגיש לו את הכלים שיאפשרו בחירה מושכלת וליצור תשתית של מידע על רמת הזמינות והאיכות של נותני השירות.

22. למשל על ידי כך שהוא עצמו מפנה את המטופל לבדיקות אבחנתיות שונות, במקום שזה יעשה במסגרת הביקור אצל הרופא המומחה.

חלק מהחברים בוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית טענו כי מתן חופש בחירה ללא תשלום יביא להארכת זמני ההמתנה בבתי החולים בשל ריכוז התורים לרופאים ספציפיים. לכן יש לשלב כאמור את יישום הרפורמה עם סל תמריצים כדי לא להביא להרעה את רמת השירות במערכת.

המלצות ליישום:

הסדרי הבחירה ובחירת בית חולים:

על משרד הבריאות לפעול למיפוי של הסדרי הבחירה ופרסומם באתר כל הבריאות. הדבר יעצים את המטופלים, יאפשר השוואה בין הקופות, השוואה בין האזורים ויציף את הנושא לכיוון נציבת קבילות הציבור.

ואכן לאחר הדיונים בכנס התווספה לאתר כל הבריאות הזכות המשפטית לבחירת בית חולים:

http://call.gov.il/infocenter/index?page=content&id=EL11911&actp=LIST_RECENT

כאשר נאמר על ידי משרד הבריאות כי בהמשך תופיע תצוגה גרפית עם השוואת קופות, קישור לזימון תורים וקישור ל-WAZE.

בחירת הרופא המטפל/המנתח

- לחייב את בית החולים ליידע את המטופל מי מנתח אותו ומי הבכיר האחראי מספיק זמן מראש.
- נאמר שהיכולת של הרגולטור בצעד קטן לעשות שינוי דרמטי היא גדולה. למשל, על ידי חיוב המנתח הבכיר האחראי להציג עצמו למנותח עוד לפני ההרדמה לקראת הניתוח.
- הומלץ לחייב את בית החולים להיות אחראי על הצמדה של המנתח הבכיר לניתוחים המורכבים ולשווק את זה למטופלים.
- הומלץ לקדם יישום של מודל של בחירת מנתח מתוך קבוצת מנתחים מוגדרת שמית לפרוצדורה תוך קיום מחקר מקדים על הערכת העלות של הפעלת מודל כזה.

שקיפות

- הומלץ כי משרד הבריאות יקדם העברת מידע למבוטחים על זמינות, איכות, מרחק (הסדרי הבחירה) של השירותים הניתנים במערכת הציבורית.
 - הוצע להגדיר סטנדרטים לסבירות של זמינות, מרחק ואיכות.
- למרות שהתנהל דיון לגבי היקף השקיפות שיש להעביר לציבור האם זו שקיפות מוחלטת או לא, המסר שהועבר על ידי המשתתפים כי מקבלי ההחלטות צריכים לצאת מתוך הנחה כי עם הזמן הציבור ידרוש שקיפות מלאה.

3: סקירת מערך התמריצים במערכת המונעים את יישום פרקטיקת המטופל במרכז והצעות לשינויו

1. רקע ופונקציית המטרה של המערכת

עקרונות היסוד של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 קובעים, בין היתר, כי: "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13" (סעיף ד') וכן כי: "שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית" (סעיף ה').

חזון משרד הבריאות כולל את: "מימוש הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות של כלל אוכלוסיית ישראל, באמצעות מערכת בריאות השואפת לאיכות ושוויוניות מרביים, תוך כיבוד ערכי כבוד האדם והחברה". חלק מהמטרות והיעדים שהציב המשרד מתייחסים להיבטים הקשורים בצורה ישירה או עקיפה למטופל במרכז. בין השאר ניתן לציין את:

1. שיפור השירות הרפואי האבחנתי, הטיפולי, השיקומי והמניעתי, על ידי קביעת מדדי איכות ויישומם באמצעות תמריצים, פיקוח ואכיפה.
2. הבטחת רמת שירותי רפואה ובריאות מיטביים, תוך קביעת עדיפויות בהתאם למגבלת המשאבים.
3. טיפוח ציבור מעורב ואורייני בתחום הבריאות ויצירת אוירה המאפשרת שיתופו בקביעה ויישום מדיניות בריאות.

דגש נוסף על המטופל במרכז מובא בששת עמודי האש לשנת 2016 של משרד הבריאות. מעבר להתייחסות פרטנית למטופל כאדם במרכז, כוללים עמודי האש גם פרמטרים כגון הגדלת זמינות השירותים ואפשרויות הבחירה במערכת הציבורית, הבטחת רצף הטיפול, קידום איכות ובטיחות קלינית ועוד (ראה איור להלן).

עמודי האש של משרד הבריאות לשנת 2016

קידום אורח חיים בריא, רפואה מונעת וסביבה בריאה

- העלאת המודעות והשיח על אורח חיים בריא במערכת הבריאות ומחוצה לה
- נידול יישום אורח חיים בריא ופעיל באוכלוסייה
- הנמעת היבטים בריאותיים בכלל תחומי ניבוש מדינית
- הגברת פעילות רפואה מונעת

חיזוק מערכת הבריאות הציבורית זמינות, אמן ומובילות

- הדלת זמינות השירותים ואפשרויות הבחירה במערכת הציבורית
- חיזוק הרפואה בקהילה
- הבטחת לצף הטיפול
- שיפור במטרך יחסי הגומלין והתמהיל בין הרפואה הציבורית לפרטית

חיזוק היסודות - איתנות מערכת הבריאות

- חיזוק המשטית הכלכלית של מערכת הבריאות
- חיזוק המשטית הניהולית ומנגנוני ניהול
- בניית תשתית כיא מקצועית, הכשרתו והחמתו לצרכים המשטתים
- התמתת תשתיות פיזיות לצרכי המטופלים

קידום איכות ושקיפות במערכת הבריאות

- קידום איכות ובטחות קלינית
- שיפור איכות הרישום הרפואי
- קידום שירותיות
- קידום שקיפות והנגשת מידע לצביר

המטופל כאדם במרכז

- קידום השיח וחיזוק תפיסת המטופל במרכז
- מפיד הפועים, הסיבות ואתגרים במימוש התפיסה
- ניבוש תכנית פעולה

עיצוב מערכת הבריאות בהתאם לאתגרי העתיד

- היערכות מערכת הבריאות להזדקנות האוכלוסייה
- עיצוב והיערכות מערכת הבריאות בעידן המידע והבריאות הדיגיטלית
- התמתת מערכת הבריאות לשוניו במאפייני התחלואה הכרונית
- התמתת מערכת הבריאות למגמות החברתיות - כלכליות ותרבותיות בישראל

עמודי האש 2016

כאמור, אחד מהיעדים המרכזיים של משרד הבריאות הוא "שיפור השירות הרפואי האבחנתי, הטיפול, השיקומי והמניעתי, על ידי קביעת מדדי איכות ויישומם באמצעות תמריצים, פיקוח ואכיפה". (ההדגשה אינה במקור). לצורך זה פועלות בישראל התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה מאז 2004 והתוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים הפועלת משנת 2013. לצד תוכניות אלה החל משרד הבריאות לאחרונה בתכנון וביצוע של מדידות בתחומים שונים כגון התוכנית הלאומית למדדי איכות בטיפות חלב, מדדי איכות בשירות טרום בית החולים, מדדי איכות בבתי חולים לבריאות הנפש ועוד.

פונקציית המטרה ועל כן גם מערכת התמריצים של כל "שחקני" מערכת הבריאות חייבת לכלול השגה של הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות תוך הצבת המטופל במרכז. הצוות יוצא מנקודת ההנחה שמשאבי מערכת הבריאות יהיו מוגבלים תמיד, אם כי המחליטים חייבים להעמיד את מערכת הבריאות בסדר עדיפויות נכון, התואם את צמיחת המשק והזדקנות האוכלוסייה, בתקווה להשקעה עתידית גדולה בעקבות מקורות חדשים כגון מתמלוגי הגז שייעודו לטובת הציבור. כל עוד משאבים אלו לא

עומדים לרשות המערכת, יש לבחון את ההשלכות של כל מודל תמריצים שייבחר בהתאם למגבלת המקורות וההשלכות על זמינות השירות, איכות ותוצאי הטיפול ושביעות רצון מטופלים וכל זאת בטווח הקצר והארוך.

לדעת חברי הצוות גם במסגרת המשאבים הקיימים, או בהשקעה קטנה יחסית, ניתן באמצעות תעדוף נכון וקשב ניהולי לשנות את מערך התמריצים לצורך עמידה ביעדי איכות, שיפור חוויית המטופל וקידום פרקטיקת המטופל במרכז.

2. סוגי הלקוחות (מטופלים) וסוגי המטפלים/ספקי השירותים במערכת הבריאות

צרכי וציפיות המטופלים במערכת הבריאות נבדלים בהתאם למאפייני המטופל (ראה טבלה להלן) והאינטראקציה הטיפולית. בחרנו לחלק את המטופלים בחלוקה רחבה למטופלים צעירים (כולל ילדים) ומבוגרים וכן למטופלים בריאים בדרך כלל, חולים במחלה אקוטית, מחלה כרונית, משתקמים וחולים סופניים. מטופלים נבדלים גם לפי מגזר (למשל: יהודים וערבים), מוצא, רקע תרבותי ומעמד סוציו-אקונומי.

סוגים עיקריים של מטופלים במערכת הבריאות

| סופני | משתקם | חולה כרוני | חולה אקוטי | בריא | |
|-------|-------|------------|------------|------|-------|
| | | | | | צעיר |
| | | | | | מבוגר |

המטפלים איתם בא המטופל במגע נחלקים למטפלים קבועים (כגון: רופא משפחה ורופא יועץ במצבים רפואיים מסוימים, הוספיס במצבים סופניים), מטפלים וספקי שירות אקראיים (כגון חדרי מיון בבית חולים, מכוני הדמיה).

סוגים עיקריים של מטפלים במערכת הבריאות

| בית חולים ציבורי | ספק שירותים בקהילה | קופת חולים | |
|------------------|--------------------|------------|------------------|
| | | | מטפל קבוע |
| | | | מטפל/שירות אקראי |

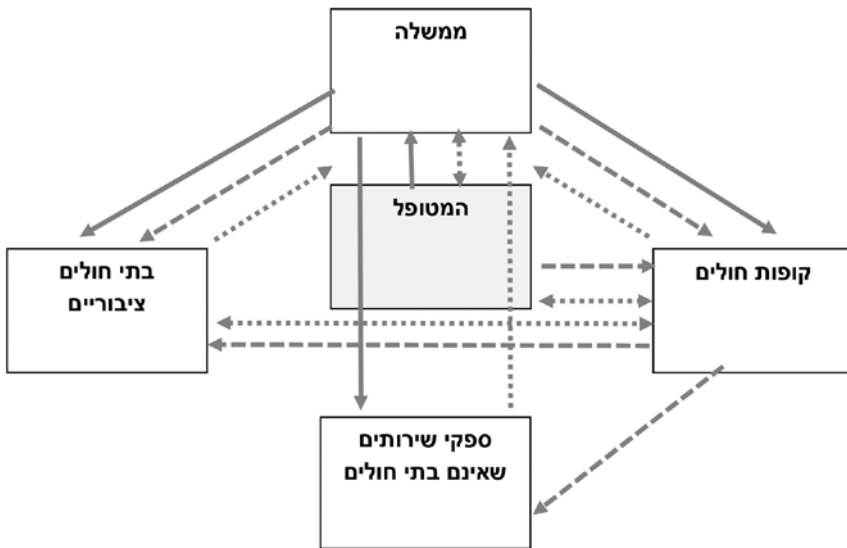
3. חלק א': סקירת מערך התמריצים הקיים

3.1 מסגרת קשרי הגומלין בין השחקנים במערכת

התרשים שלהלן מציג את קשרי הגומלין בין השחקנים העיקריים במערכת הבריאות. לצורך הפשטות לא כללנו גורמים נוספים העשויים להשפיע על המערכת, כגון בתי חולים שאינם בתי חולים כלליים, בתי חולים פרטיים, שירותי בריאות נוספים (שב"ן) וביטוחים פרטיים. קשרי הגומלין כוללים:

רגולציה (←), העברת כספים (← - - -) והעברת מידע (← ······).

קשרי הגומלין בין השחקנים העיקריים במערכת הבריאות



הרגולטור (ממשלה) - קובע את כללי התקצוב במערכת הבריאות (קפיטציה, מודל המחירים, כללי התחשבות - Cap) מפקח על פעילות בתי החולים, קופות החולים וספקי שירותים שאינם בתי חולים. כמו כן, הממשלה משלמת לקופות החולים עבור השירותים שבסל ומתקצבת את בתי החולים הממשלתיים. במודל "הוליסטי" הרגולטור צריך לאסוף מידע מקופות החולים, בתי החולים, ספקי שירותים אחרים והמטופלים עצמם.

בתי חולים ציבוריים - בתי החולים נתונים לפיקוח הממשלה, נתמכים חלקית על ידי הממשלה ומוכרים שירותים לקופות החולים ומעבירים מידע לממשלה ולקופות החולים.

קופות החולים - קופות החולים מספקות שירותים למבוטחים תמורת מימון המועבר על ידי המדינה מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשתתפות עצמית של מטופלים. קופות החולים משלמות לבתי חולים כלליים וספקי שירותים שאינם בתי חולים ומעבירים מידע לממשלה (משרד הבריאות).

ספקי שירותים שאינם בתי חולים - מפוקחים על ידי משרד הבריאות, מקבלים תשלום מקופות החולים ומעבירים מידע למשרד הבריאות.

המטופל - משלם דמי ביטוח בריאות למוסד לביטוח לאומי והשתתפות עצמית לקופות החולים עבור צריכת שירותים. מעביר מידע למשרד הבריאות (למשל-חיווית אשפוז) ולקופות החולים (למשל, סקרי שביעות רצון).

3.2 מימון קופות החולים: קפיטציה ומבחני תמיכה

עלות הסל של קופות החולים (כ-48.5 מיליארד ש"ח בשנת 2017) מהווה כמחצית מההוצאה הלאומית לבריאות בישראל. המימון לעלות הסל מגיע משלושה מקורות: דמי ביטוח בריאות הנגבים מהמשכורת של תושבי המדינה על ידי המוסד לביטוח לאומי, השתתפויות עצמיות שהקופות גובות ויתרת הסכום מושלמת מתקציב המדינה. תקציב עלות הסל מחולק בין ארבע קופות החולים במספר אופנים. קצת פחות מ-90% מהסכום מחולק לפי סעיפים 17(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בהתאם לנוסחת הקפיטציה המשקללת פרמטרים של גיל, מגדר ומקום המגורים של מבוטחי הקופות. מנגנון החלוקה העיקרי הנוסף הוא מנגנון המחלות הקשות בהתאם לסעיף 19 לחוק וכ-5% מסכום עלות הסל מחולק באמצעות מנגנון זה. כיום הרשימה מונה חמש מחלות - איידס, גושה, טלסמיה, המופיליה ואי-ספיקת כליות כרונית המטופלת באמצעות דיאליזה - וקופות החולים מקבלות בעבור כל מבוטח החולה באחת מהמחלות הללו סכום כספי שנתי קבוע נוסף, המתעדכן בכל שנה במדד יוקר הבריאות. ועדת הקפיטציה שוקדת על עדכונים ופרמטרים נוספים לשיפור יכולת הניבוי של הנוסחה ולשיפור מערך התמריצים לקופות החולים לאספקת שירותי בריאות לתושבים ולצמצום "גריפת שמנת" של מבוטחים. חשוב לציין כי אין בכוונת המשרדים לעשות שימוש נרחב בסעיף 17(א) לחוק, וחלקו הארי של סכום עלות הסל ימשיך להיות מחולק באמצעות נוסחת הקפיטציה.

מעבר להקצאת הכספים לקופות החולים לפי נוסחת הקפיטציה, מועברים לקופות החולים מידי שנה כספים כנגד עמידה בתנאי סף במבחני תמיכה ובהתאם לחוק יסודות התקציב התשמ"ה (1985). מבחנים אלה מכוונים לעודד את קופות החולים לפיתוח שירותים ותוכניות התערבות כגון, הפעלת שירותי רפואה מונעת באזורים מסוימים, תוכניות לצמצום אשפוזים חוזרים, הפעלת תוכניות לשיקום חולי ריאה ועוד. חלק מהכספים מחולק לקופות החולים כנגד עמידה ביעדי הוצאה והאיזון התקציבי כפי שנקבע בהסכמים בין הקופות והמדינה.

3.3. בתי חולים כלליים ציבוריים

בתי החולים הכלליים הציבוריים בישראל פועלים בסביבה כלכלית מאתגרת המורכבת מהוויה של ניהול במחסור, חוסר ודאות ותחרות קשה מול השוק הפרטי (בתי חולים וספקי שירותי רפואה בקהילה). בגלל הגירעונות התפעוליים של רובם המכריע של בתי החולים הכלליים היה צורך הולך וגובר בתוכניות הבראה ולהעברות כספים ישירות לבתי החולים (סבסוד). הסובסידיות לבתי חולים כלליים ציבוריים המסייעות בתפעולם השוטף מסתכמות בסכומים גבוהים מאוד (למעלה משני מיליארד ש"ח בשנת 2016). אולם, הסבסוד המועבר לבתי החולים, כמו גם שינויים הדרגתיים בשיטת ההתחשבות (מעבר מהתחשבות לפי יום אשפוז לתעריפים דיפרנציאליים) ושינויים במודל ה-Cap לא טיפלו בבעיות המקורות במערכת וחוסר היעילות שהלכו והעמיקו עם השנים. מערכת המחירים וההתחשבות הקיימת בין קופות החולים ובתי החולים ושיווי המשקל שנוצר במסגרת התמריצים במערכת מעמידים את המחיר כשיקול כבד משקל שמנחה את קופות החולים ובתי החולים במתן השירותים במערכת האשפוז, כך ששיקולים אחרים כמו איכות הטיפול ורמת הטיפול הרפואי שמקבל המטופל, כמו גם זמינותו תופסים מקום משני. לכן, הנפגע העיקרי הוא המטופל. לאחרונה החל משרד הבריאות במספר פעולות חקיקה ואחרות האמורות לתמרץ את ספקי השירותים לשפר את איכות הטיפול ורמת השירות הניתן במהלכו. מספר דוגמאות מובאות להלן.

3.4. דפוסי התחשבות עם בתי חולים

בהוראות לעניין ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים בחוק ההתייעלות הכלכלית (פרק ו') נקבע לראשונה תשלום מוגדל בעבור שירותי אשפוז בבתי חולים בדירוג גבוה במדד הלימת האשפוז. סעיף 68 לחוק קובע כדלקמן:

א. משרד הבריאות יפרסם בהוראת מינהל עד יום ט"ז בשבט התשע"ח (1 בפברואר

(2018) ומדי שנה לאחר מכן, מדד הלימת אשפוז לבתי חולים ציבוריים כלליים, שיכלול מדדים שונים אשר לפיהם יימדדו וידורגו כלל בתי החולים הציבוריים הכלליים לפי נתוני השנה הקודמת, ובהם, בין השאר, משך אשפוז ממוצע, שיעור אשפוזים חוזרים, שיעור אשפוזים לאחר ביקור בחדר המיון ושיעור אשפוזים בני יום אחד, וישוקלל בהתאם לגודלם של בתי החולים (בסימן זה - מדד הלימת אשפוז).

ב. על אף האמור בסעיף 66(א)(3)(א)(1) השרים רשאים לקבוע, בצו, עד יום י"ד באדר התשע"ח (1 במרס 2018) כי קופת חולים תשלם בעבור שירות אשפוז במחלקות פנימיות 25% מהמחיר המלא של השירות שרכשה מעבר לתקרת הצריכה ברוטו, לבתי חולים ציבוריים כלליים שידורגו בשליש העליון על פי מדד הלימת אשפוז.

במסגרת אותו חוק הוצא הטיפול במחלקות לרפואה דחופה ממנגנון ה-Cap ובוטלו רצפות הרכש לגבי שירות זה. השינוי נועד לעודד את קופות החולים לפתח שירותי רפואה מעבר לשעות פעילות המרפאות בקהילה. כאמור, שיטת ההתחשבות הקיימת בין קופות החולים לבתי החולים אינה יוצרת תמריץ מספק במערכת הבריאות לשיפור איכות השירות ושביעות רצון המטופל.

3.5. מחירי שירותים במערכת האשפוז

מחירון משרד הבריאות המהווה את העוגן החוקי להתחשבות בין בתי חולים לקופות החולים הוא קטלוג של אלפי שירותים מסוגים שונים. חלק ניכר מהשירותים במערכת האשפוז אינם מתומחרים (תלויים במשך אשפוז) ומרבית המחירים הקיימים עד כה לא עודכנו שנים רבות. בנוסף, המחירים כוללים עלויות בגין "תשתית לאומית" ואת מרבית העלויות הקבועות של מערכת האשפוז ולפיכך מייצרים ייקור יחסי המשפיע על התנהגות המבטחים (קופות החולים). השפעת המעבר ההדרגתי מתשלום לפי יום אשפוז (per-diem) לתשלום דיפרנציאלי לפעולה (procedure-related group-PRG) על איכות הטיפול והמטופל במרכז היתה חלקית בלבד, הדבר נעוץ בין היתר בקושי לבטא בצורה יחידנית ומדודה את רמת השירות הכללי. עם זאת כאשר מדובר בהיבטים תהליכיים מוחלטים הדבר ניתן ליישום ואף נעשה, כך אחד מסיפורי ההצלחה הוא ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות מהאשפוז. עיכוב הניתוח מעבר ל-48 שעות קשור בתחלואה, סיבוכים ותמותה. התשלום לפרוצדורה זו העומד על 29,332 ש"ח (נכון לינואר 2017), כמו גם הכללתה במסגרת מדדי האיכות בבתי החולים, הביאו לכך שלמעלה מ-80%

מהמטופלים עוברים את הניתוח תוך 48 שעות. השפעת שיטת וגובה התגמול על זמינות ומשך התור לביצוע פרוצדורות מורכבת.

3.6. חשיבות הדיוק בתמחור

תמחור שאינו נכון מהווה חסם למטופל במרכז גם אם מדובר במחיר שירות לא נכון וגם אם מדובר בהעמסת עלויות שלא לצורך. למשל, במידה והתגמול שנקבע עבור ביצוע הפרוצדורה מגלם הפסד כספי לבית החולים, הרי שנוצר תמריץ שלילי לביצוע פרוצדורות אלקטיביות ומשך ההמתנה עלול להיות ארוך. מנגד, כאשר התגמול מגלם רווח לבית החולים עלול להיווצר לבית החולים תמריץ להעדפת פעולות מסוימות על פני פעולות נחוצות אחרות ומנגד המבטח יידרש לבצע צעדי צמצום שימושים שיגזלו זמן ומשאבי כוח אדם מקצועי. דומה הדבר למקרה בו בהעמסת עלויות תשתית לאומית של בית חולים מועמסת על פעולה אמבולטורית רגילה המבוצעת בבית חולים ובקהילה, ספק פרטי המציע את השירות יהיה זול בהרבה למול קופות החולים ויתמרץ את הקופה להעביר את רכש השירותים אליו, ההליך יכול לצמצם את הבחירה של המטופלים שירצו לקבל את השירות בבית החולים.

קביעה דומה מובאת גם במודל "קברט" - המטופל במרכז שהוגש לוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן) (ראה קידר ואחרים). המחברים קובעים כי: "הסיבות להתמשכות זמני ההמתנה במערכת הבריאות הציבורית שלובות בבעיות היסוד של המערכת ובכלל זה: מחסור בתקציבים, הסדרי תשלום בעייתיים לבתי החולים, בעיות בתמחור שירותים רפואיים, תמריצים לשחקנים במערכת להסיט פעילות למערכת הפרטית, אי-יעילות בניהול התורים ובמיצוי המשאבים הפיזיים והאנושיים ועוד". ראוי לציין כי במצב של מחסור נוכחי במשאבים אנושיים ותשתיות במערכת הציבורית, העברת פעילות מהמערכת הפרטית לציבורית לא תגדיל בהכרח את זמינות השירותים ותפוקות המערכת.

4. חלק ב': קביעת תמריצים

4.1. מה חשוב למטופל?

מספר עבודות בדקו בשנים האחרונות את רצונות וציפיות המטופלים ממערכת הבריאות והטיפול הרפואי. האיור שלהלן מציג מספר דגשים שעלו בקבוצות מיקוד עם מטופלים בארצות הברית. המטופלים מעוניינים במערכת בריאות המסוגלת לשפר ולשחזר את מצב בריאותם הקודם במצבים בהם הם מפתחים תסמיני מחלה,

חשים בכאב, חרדה או סובלים מנכות. מרבית המטופלים שמים דגש רב יותר על טיפול בתסמיני מחלה מאשר ברפואה מונעת, כגון מניעת תחלואה ואיתור מוקדם של מחלות. החולים מעוניינים ברפואה איכותית הניתנת בזמינות גבוהה, כלומר גישה לשירותים רפואיים תוך פרק זמן סביר (Timeliness), מטופלים על ידי מטפלים אדיבים, אמפתיים המכבדים את פרטיותם. מטופלים מעוניינים ברצף טיפולי, כלומר המשכיות טיפול, בחירה ותיאום בין אנשי המקצוע וספקי השירות המטפלים בהם. הם מעוניינים שהמטפל יציג בפניהם אפשרויות טיפול, גם במצבים בהם לטיפול הרפואי סיכויים נמוכים לשפר את מצבם הרפואי²³.



הטבלה שלהלן מציגה חמש קבוצות עיקריות של מדדים העשויים להיות חשובים למטופל ולמערכת הבריאות כאחד ואותם יש לעודד. תשתיות פיזיות כוללות בין השאר את הסביבה הטיפולית (למשל: מחלקת אשפוז, מרפאה, אבל גם מכון הדמיה מחוץ לבית החולים והציוד בו). תשתיות כוח אדם עשויות לכלול תקנון עובדי בריאות (כגון: רופאים אחיות, עובדי מעבדה), אבל גם את רמת ההכשרה שלהם למתן הטיפול הרפואי. מדדי תהליך הם המדדים הנפוצים והמדידים ביותר במחקרים רבים ויכולים לכלול משתנים כמו אורך תור, זמן מהגעה לחדר מיון ועד קבלת טיפול, התהליך (מספר התחנות) אותו מטופל צריך לעבור על-מנת לקבל התחייבות של הקופה לטיפול רפואי. חוויית הטיפול מתייחסת בעיקר לשביעות רצון של המטופלים מהמגע עם עובדי הבריאות, היחס והטיפול שקיבלו. לבסוף, תוצאי בריאות יכולים לנוע ממדדים אבסולוטיים של תמותה למדדים "רכים" יותר כמו תחלואה, איכות חיים ועוד.

23. Detsky AS. What patients really want from health care. JAMA 2011; 30.

מדדים החשובים למטופל ולמערכת הבריאות

| תוצאי בריאות | תשתיות כוח אדם | חווית הטיפול | תהליכים | תשתיות פיזיות | תגמול ספק השירות | |
|--------------|----------------|--------------|---------|---------------|--------------------|-------|
| | | | | | קפיטציה | קופות |
| | | | | | תקצוב ישיר/ תמיכות | חולים |
| | | | | | מודל מחירים | בתי |
| | | | | | כללי התחשבות | חולים |

לכל אחד מהשחקנים העיקריים במערכת (קופות החולים ובתי החולים הכלליים) יש השפעה על כל אחד מהמדדים הקשורים למטופל במרכז. התמריץ הנקבע על ידי הרגולטור עשוי לכלול תמריצים כספיים ואחרים כפי שיפורטו להלן.

4.2. מה ניתן ללמוד מניסיון ממדינות אחרות?

מספר מדינות עושות שימוש בתמריצים כספיים ואחרים על מנת לתמרץ רופאים וספקי שירות אחרים לעמידה ביעדי איכות ושיפור חוויית המטופל. הניסיון ממדינות אלה מצביע על כך שהשפעת התמריצים הניתנים לספקי השירות על מדדים איטית יחסית ובמקרים רבים היא בטווח הקצר בלבד. תוכניות ההתערבות ניתנות לחלוקה גסה לתוכניות התערבות בקהילה ברמת המטפל (בדרך כלל הרופא) הבודד והתערבויות במערך האשפוזי (במרבית המקרים בבתי חולים כלליים).

סקירה שפורסמה לאחרונה (Mendelson et al., 2017) בחנה את הצלחתן של 69 תוכניות התערבות שרובן המכריע מתמקדות ברפואה האמבולטורית. מרבית התוכניות בחנו מדדים של הליך הטיפול (process of care), בעיקר בטיפול בחולים כרוניים והדגישו שבמקרים מסוימים ניתן להביא לשיפור תהליכים בטווח הקצר. מספר המחקרים הגדול ביותר בוצע להעריך פרמטרים שונים בתוכנית מדדי האיכות והתוצאים באנגליה (QOF - Quality and Outcomes Framework) אולם באף לא אחת מהתוכניות היתה עדות חזקה לשיפור תוצאי המטופלים (patient outcomes). בנוסף, המידע המוצג בטבלה שלהלן מצביע על בעיות מתודולוגיות משמעותיות בביצוע המדידות והערכות הצלחת תוכניות ההתערבות.

Annals of Internal Medicine®

From: The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review

Ann Intern Med. 2017;166(5):341-353. doi:10.7326/M16-1881

Table 3. Strength of the Evidence

| Outcome Type | Study Design | Study Limitations | Consistency | Strength of Evidence | Summary of Findings |
|-------------------|--|-------------------|--------------|----------------------|--|
| Ambulatory | | | | | |
| Process | 1 RCT 7 ITS studies 23 controlled before-after studies 13 uncontrolled before-after studies | Medium | Inconsistent | Low | Much of the evidence for positive effects comes from the QOF program. Little evidence of long-term effects; biggest improvements seen in areas with poor baseline performance. |
| Health | 8 controlled before-after studies 2 uncontrolled before-after studies | High | Inconsistent | Insufficient | Most of the controlled studies have significant selection bias, and the 2 uncontrolled studies do not provide sufficient information to draw conclusions. |
| Utilization | 11 controlled before-after studies 1 uncontrolled before-after study | Medium | Inconsistent | Low | Stronger study designs showed no effect. |
| Intermediate | 2 RCTs 2 ITS studies 1 controlled before-after study 7 uncontrolled before-after studies | Medium | Inconsistent | Low | No consistently large effects; stronger observational studies showed no effect; 2 trials produced conflicting results. |
| Hospital | | | | | |
| Process | 4 controlled before-after studies 4 uncontrolled before-after studies | High | Inconsistent | Low | Stronger study designs showed little to no effect. |
| Health | 53 controlled before-after studies | Medium | Inconsistent | Low | The strongest studies showed no effect. |
| Utilization | 1 ITS study | Medium | - | Low | 1 national U.S. study showed a significant reduction in readmissions after introduction of a hospital-level financial penalty program. |
| Intermediate | 1 controlled before-after study | High | - | Insufficient | 1 study with short-term follow-up assessing patient experience. |

ITS = interrupted time series; QOF = Quality and Outcomes Framework; RCT = randomized, controlled trial.

Date of download: 8/8/2017

Copyright © American College o

בסקירה של 34 תוכניות של P4P במערך האשפוז שהופעלו במדינות שונות מציינים המחברים את השונות הגדולה הקיימת בתמרוץ מסוג זה ואת הבעיות המתודולוגיות במדידה שלא אפשרו הערכה מלאה של תוכניות אלה (Milstein, 2016). מרבית ההתערבויות התמקדו במדידה של מדדי תהליך, למשל, ביצוע בדיקות הדמיה תוך פרק זמן שנקבע. תוכניות מסוימות יצרו תמריצים לרצף הטיפול בין בית החולים והקהילה לאחר שחרור המטופל ובחנו מדדים כמו אשפוז חוזר באותה אבחנה. חלק קטן יותר מהתוכניות התמקדו במדידת תוצאים, כגון תמותה תוך 30 יום מהאשפוז/ שחרור ומיעוטם בגורמים מבניים (structural), כגון תפוקות המערכת ויעילות מתן הטיפול הרפואי. התוצאים החיוביים של חלק מהתוכניות ניתנים לייחוס לפעולות שנעשו במקביל, כגון פרסום לציבור, איסוף ורישום מדוייק יותר של מידע ותוכניות אחרות לשיפור איכות הטיפול. הלקחים מהצלחות וכישלונות תוכניות אלה צריכים להילקח בחשבון בתכנון עתידי של תוכניות דומות. תכנון כזה צריך לכלול את בחירת המדדים הנכונים שיש לתמרץ, אופן התמרוץ ושיטת המדידה. הניסיון מראה כי במקרים מסוימים תמריצים פיננסיים עלולים להוביל לתגובה אגרסיבית מידי ומכאן

לתוצאה של סינון מטופלים, לעומת תמריצים לא פיננסיים המעודדים תהליכי שיפור ארוכי טווח.

4.3. חוויית המטופל ומערכת לאומית לאיסוף וניטור מידע על המטופל במרכז

בשנים האחרונות נבנתה על ידי משרד הבריאות תוכנית של סקרים לאומיים לניטור חוויית המטופל במפגשים השונים עם מערכת הבריאות, חוויית המטופל במחלקות לרפואה דחופה ועוד. סקרים אלה מתייחסים לממדים של יחס וכבוד למטופל, רצף הטיפול, מתן מידע והסברים למטופל, זמני המתנה כפי שהם נתפסים על ידי המטופלים והתנאים הפיזיים במקום הטיפול. כפי שמציינות מחברות דוח משרד הבריאות בנושא סקר חוויית המטופל במחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים כלליים: "תוצאות הסקר מהוות בסיס לתחילת מדידה רציפה של חוויית המטופל במחלקות לרפואה דחופה בישראל ובעתיד ישולבו במודל התמרוץ של בתי החולים הכלליים".

יישום כל מדיניות שתשים את המטופל במרכז, כמו גם מערכת תמריצים לעידוד שיפור איכות הטיפול, שביעות הרצון וחוויית המטופל דורשת בראש ובראשונה מערכת למדידת הפרמטרים הנחוצים ותשתית טובה של מערכות מידע שיאפשרו איסוף נתונים כולל, מהיימן ובאופן שוטף. חלק מהמידע נאסף כיום על ידי גופים שונים, למשל, סקרי שביעות הרצון מהשירות הנערכים על ידי כל קופת חולים בנפרד וחלק מהמידע נאסף על ידי גופים שונים (מדדי האיכות בבתי חולים על ידי משרד הבריאות, מדדי האיכות בקהילה על ידי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות ובית ספר לבריאות הציבור באוניברסיטה העברית בירושלים). חלק מהמידע, כגון משך התורים בקופות החולים ובתי החולים השונים אינו נאסף באופן רוטיני. המידע שנאסף צריך להיות מסונכרן ולאפשר לרגולטור לבנות תמונה מלאה ובזמן אמת על הנעשה בקופות החולים ובתי החולים והאם אלה עומדים ביעדים שהוצבו להם.

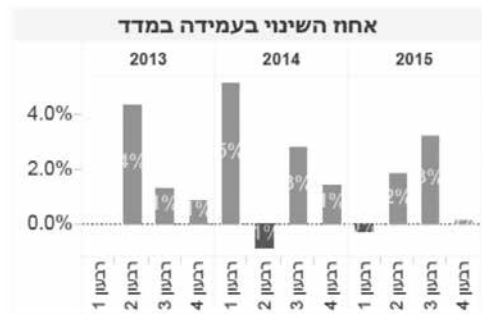
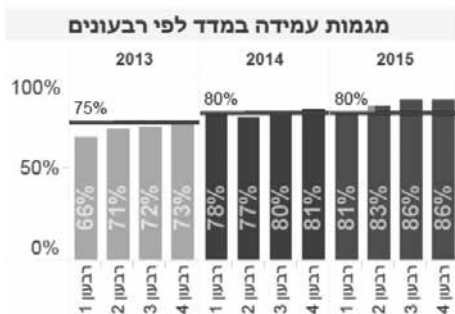
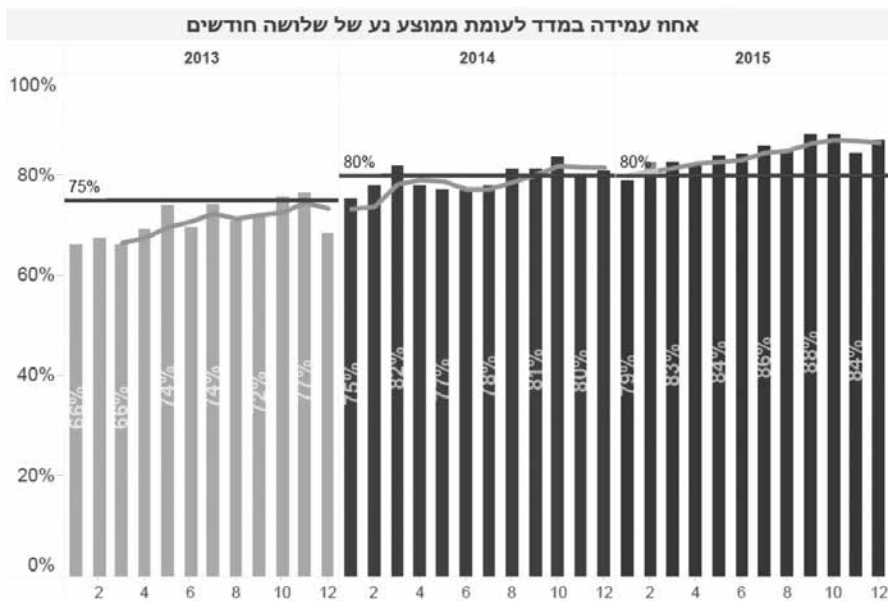
5. קביעת התמריצים

5.1. קביעת סף קבוע לעמידה ביעד?

ההחלטה הראשונה שיש לקבל היא האם לתמרוץ את ספקי השירות בהתאם לציון מוחלט/אבסולוטי או ציון יחסי. קביעת ערך סף אבסולוטי עלול להביא למצב של ceiling-effect בו לספקי השירות יהיה תמרוץ לשפר את ביצועיהם עד לערך הסף שנקבע וקצת למעלה ממנו, אבל לא מעבר לכך (Milstein et al., 2016). על מנת

להימנע מתופעה זו ולהמשיך לעודד תהליך שיפור, יש לעדכן את הסף על בסיס קבוע. גישה זו ננקטה במסגרת תוכנית מדדי האיכות בבתי החולים. כפי שמתואר בתרשימים הבאים, ככל הנוגע לניתוח שבר צוואר הירך תוך 48 שעות מרגע ההגעה לבית החולים, הסף הנדרש בשנת 2013 עמד על 75% ועודכן בשנת 2014 ל-80% מהמטופלים, בשנת 2017 עודכן הסף הנדרש ל-85% מהמטופלים. עדכון דומה נעשה במדד ביצוע צנתור בחולי STEMI תוך 90 דקות מההגעה לבית החולים, שנקבע על 70% בשנת 2014 ו-80% בשנת 2015 כאשר היעד לשנת 2017 יעמוד על 90%. בהקשר זה רצוי לבחון גם את השפעת השיפור בכל אחד מהמדדים על תוצאי המטופלים, לדוגמה: השוואה של תמותה תוך 30 יום בין חולים שביצעו צנתור תוך פרק הזמן הנדרש וכאלה שלא.

מדד איכות - ניתוח שצ"י תוך 48 שעות

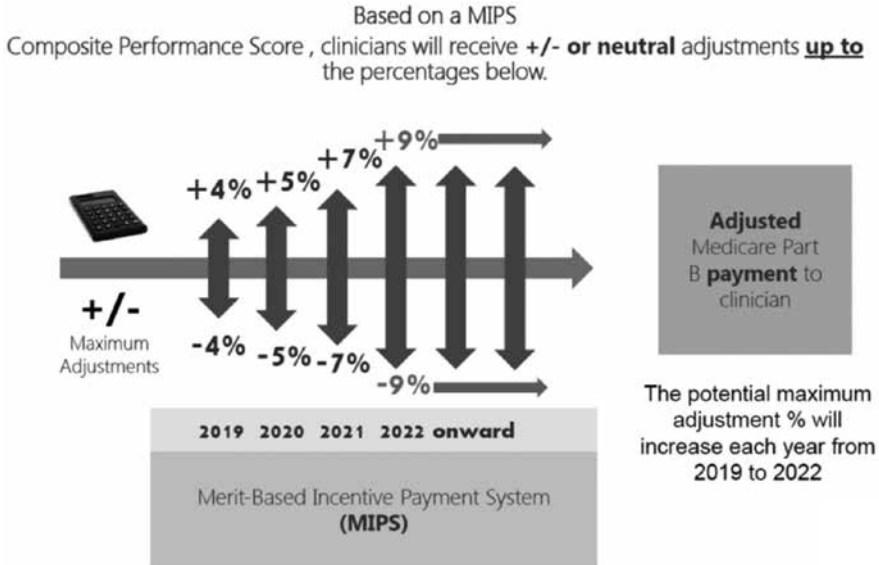


5.2. למי לתת את התמריץ?

ניתן להחליט על מתן תמריצים לפי אחד מהקריטריונים הבאים: מתן תמריצים לספקי השירות עם ההישגים הטובים ביותר (top-performer) ו/או לפי אחד ממדדי ההישג: Attainment, לפיו ההישגים בשיפור המדדים שנבדקים נבחנים בהשוואה להישגים של ספקי השירות האחרים ושיפור (improvement), לפיו השיפור נבחן בהתייחס לביצועים של אותו ספק שירות בתקופה קודמת. מתן תמריץ כספי לאלה עם ההישגים הגבוהים ביותר בלבד עלול להפלות בתי חולים חלשים יחסית ו/או כאלה עם תמהיל שונה של חולים. בבתי חולים אלה שלא יוכלו להתמודד עם בתי החולים הטובים ביותר קיים תמריץ נמוך לשיפור השירות. גם תוכניות התמריצים קבעו בתחילה תמריצים רק לספקי השירות הטובים ביותר (למשל: Premier HQID) הכלילו בהמשך גם תמריצים עבור שיפור. בשיח המתנהל כיום במערכת הבריאות בישראל (ראה למשל חוק ה-Cap ומדדי הלימת האשפוז במחלקות פנימיות) דובר על מתן תגמול למחלקות ובתי חולים שיקבלו את הציונים הגבוהים ביותר במדד זה (top-performer).

5.3. שיטת המקל ו/או הגזר?

תמריצים כספיים יכולים להינתן על פי אחת מהגישות הבאות ו/או שילוב ביניהם. הגישה הראשונה היא החזקת התקצוב (payment withholds) על ידי המשלם (בישראל - משרד הבריאות) והעברת התשלום לספק השירותים רק אם יעמוד בקריטריונים שנקבעו מראש. דוגמה טובה לכך הם הכספים המועברים כיום לקופות החולים בישראל בהתאם למבחני התמיכה והסכמי ייצוב. למשל, בשנת 2015 לא הועברו למכבי שירותי בריאות כספי רשת הביטחון מאחר וקופה זו לא עמדה ביעד הסכם הייצוב. בעוד הרגולטור קושר בין עמידה ביעדים כספיים למתן תמריצים כספיים, במקרה של מבחני תמיכה להם יעדים בריאותיים ולא כספיים, על הרגולטור להקפיד על מילוי התנאים שנקבעו מראש לתגמול הקופות על מנת להבטיח אמון במדידה ובמערכת התגמול. גישה נוספת קובעת בונוסים לספקי שירותים שיעמדו ביעד וקנסות לכאלה שלא. אחת הדוגמאות הטובות לכך היא ה-Merit-Based Incentive Payment System לתגמול רופאים העובדים עם ה-Medicare בארצות הברית. לפי תוכנית זו, התשלום עשוי לעלות או לרדת בשיעורים של עד 9% בהתאם למדדי ביצוע (ראה איור להלן). אולם, נראה כי לאור מצבם הכלכלי הנוכחי של קופות החולים ובתי החולים בישראל, הטלת קנסות על ספקי שירותים לא תשיג את מטרתה ועל כן יש להתמקד במתן תמריצים חיוביים בלבד. התמריץ (הכספי או



האחר) שניתן לספקי שירותים על מנת לשפר את ביצועיהם צריך להיות משמעותי מספיק על מנת לעורר את העניין בביצוע שינויים שיובילו לשיפור. לעיתים, שינויים כאלה מצריכים גיוס כוח אדם, שימוש בטכנולוגיה מתקדמת והטמעת תהליכי עבודה חדשים. כל אלה יתקשו להתקיים ללא תמריץ כספי משמעותי ויש הטוענים שהבנוס לבתי החולים, למשל, צריך להיות גבוה מ-2% מתקציבם השוטף על מנת ששיגו את מטרותם (Sutton et al., 2012; Milstein et al., 2016). אולם, ייתכן כי במציאות הכלכלית של בתי החולים בישראל ובמבנה העלויות הכולל נתח של למעלה מ-70% מהתקציב המיועד לתשלומי שכר לעובדים, תגמול נמוך יותר עשוי להיות אפקטיבי.

5.4 תמריצים לפרט לעידוד קידום בריאות

בשנים האחרונות החלו חוקרים לצדד באסטרטגיה של תגמול הפרט בעבור התנהגות בריאותית נאותה, לדוגמה: הימנעות עישון, ביצוע סקר לגילוי מוקדם של סרטן ואימוץ אורח חיים בריא (פעילות גופנית ותזונה נכונה). רוב המחקרים תוקפים את התמריצים השליליים (גישת המקל) בעבור התנהגות הפוגעת בבריאות בשל חוסר הוגנות אבל תומכת בנתינת תמריצים חיוביים לפרטים המשפרים את אורח חייהם.

5.4.1 האם התמריצים משנים את התנהגות הפרט?

דוגמאות לא מעטות מצביעות על כך שתמריצים כספיים משנים את התנהגות הפרט.

לדוגמה, מתן כרטיסי נסיעה חינם באוטובוס לנשים עם תוצאה של בדיקת פאפ לא תקינה, עודדה את הנשים לבצע בדיקה נוספת. גם העלות השפיעה אבל גם התובנה של הנשים שאם היו מוכנים לשלם להן על כך - סימן שהבדיקה חשובה לבריאותן (Marcus et al., 1992). בארה"ב מקובל שהתמריצים ניתנים על ידי המעסיקים. לדוגמה: השתתפות או החזר כספי על חדר כושר, או הורדה בפרמיית התשלום, הפחתה בהשתתפות העצמית לעובדים שלא מעשנים. תמריצים ניתנים גם על ידי מבטחים. לדוגמה: קופות חולים בגרמניה מספקות תרומות הנעות בין תשלום נמוך יותר להשתתפות עצמית, נגן mp3 למבטחים המבצעים פעולות סקר או משתתפים בתוכניות כושר והורדת משקל (Schmidt, 2007). באנגליה, הציגו לאחרונה פיילוט של תוכנית הנקראת: "פאונד בעבור פאונד" - כל ירידה במשקל תלווה במענק כספי (<http://nhsweightloss.com>).

המדיניות לגביי התמריצים יכולה לכלול את כל האוכלוסייה או רק אוכלוסייה נבחרת. לדוגמה, בגרמניה לקחו אוכלוסייה ברמה סוציו-אקונומית נמוכה (Claasseeen, et al., 2007). באופן דומה חלק מתוכניות הבריאות מתמרצות רק קבוצות אוכלוסייה עם בעיות בריאותיות ספציפיות, כגון (באנגליה) קבוצת חולים עם אבחנה פסיכיאטרית שניאותו לקחת תרופות. חלק מתוכניות הבריאות מציעות תמריצים חיובים להורים השומרים על רמת בריאות ילדיהם, כמו חיסונים. התמריצים מחולקים לתגמול או הענשה על סקאלה רחבה של התנהגויות. הפסקת עישון, התעמלות, סדנאות "רגיעה" תזונה ועוד. תגמול על היענות להנחיות הרופא: חיסונים, בדיקות סקר, נטילת תרופות. חלק מקופות החולים מתגמלות על אי-אשפוזים או מרשמים של רופא.

הבחנה אחת שחשוב לבצע היא בין תמריצים המתגמלים מבטחים המנסים לשנות התנהגות לאלה המתגמלות רק על הצלחה. בארה"ב חלק מתגמלים על השתתפות בסדנאות להורדת משקל ומניעת עישון וחלק מתגמלות על ירידה במשקל והפסקת עישון. בנוסף ייתכן שאדם ירד במשקל ב-10% אך עדיין מעל המשקל בגבול הנורמאלי. כיצד לתגמל על כך?

לבסוף, ניתן להעניק את התמריצים במגוון רחב של אופנים: 1. מזומן - הורדת הפרמיה; 2. מתנות - נגנים, כלי מטבח. גם כאן המתנות יכולות להיות קשורות להתנהגות בריאותית כמו קסדות לאופניים או שאינן קשורות.

5.4.2 המקל או הגזר לפרטים

בספרות, החלוקה למקל וגזר מקובלת מאוד. Jochelson (2007) מגדיר כי תמריץ חיובי הוא פרס לפרטים על התנהגות רצויה או תוצאה רצויה בעוד שתמריץ שלילי הוא שימת הפוקוס על כישלון הפרט לאמץ התנהגות רצויה. במערב וירג'יניה מדיניות ה-Medicaid הייתה להחתיים מבוטחים המחייבת אותם להודיע בזמן על אי-הגעה לתור שנקבע, לבצע בדיקות בזמן, ליטול תרופות ועוד. אלה שהסכימו להתחייב קיבלו חבילת בריאות מועדפת על אלה שלא הסכימו להתחייב. זו דוגמה לתוכנית שהיא גם מתגמלת וגם מענישה. הבעיה שבתוכנית בריאות זו, מנעו טיפול לחולים הנזקקים לטיפול כמו טיפול פסיכיאטרי. מסיבה זו יש לשים לב שההענשה לא תימנע נגישות לטיפולים הכרחיים. באופן דומה, יש להיזהר שהעונשים לא יקבעו השתתפות עצמית כה גבוהה שימנעו צריכת שירותים חיוניים מהמטופלים. דוגמה נוספת, המדגימה שהגבול בין תגמול חיובי לשלילי אינו ברור: מבטחת בריאות בארה"ב שהעלתה את סכום הסף לתשלום מ-200 דולר ל-2,200 דולר ואז אפשרה לאלו שעמדו ביעדי בריאות: רמת כולסטרול, לחץ דם, ו-BMI לרדת שוב לרמה של 200 דולר (Warner & Murt, 1984).

5.4.3 אי-שוויוניות בנגישות לתמריצים החיוביים הניתנים

השאלה שצריכה להישאל האם לחלק מהפרטים הנמצאים בנקודת התחלה נמוכה יותר (רפואית או סוציו-אקונומית) יהיה קשה לעמוד בתנאים המזכים בהטבות (Daniels & Sabin, 2008). רבים מהתמריצים מתרכזים בהתנהגויות בריאות הקשות לאימוץ על ידי אנשים ברמה סוציו-אקונומית נמוכה. בארה"ב, כבמדינות אחרות, משקל, רמת כולסטרול ומידת עישון קשורים למדרג חברתי ולמעשה לפרטים מרקע מסוים יקשה יותר להגיע למטרה. מעבר לכך, בשכונות עניות הגישה למזון בריא וחדרי כושר נמוכה יותר והפרסום לסיגריות נרחב יותר מאשר באזורים עשירים. בנוסף הגעה לרופא (אחד מהתנאים לקבלת הבונוס) קשה יותר לאנשים קשי יום הנעזרים בתחבורה ציבורית ונאלצים להיעדר מהעבודה לצורך הגעה לרופא (Davine et al., 2006) בדומה לכך, ההוצאות הכרוכות בהגעה לסדנאות יכולות להקטין את שיעור ההשתתפות של בעלי ההכנסה הנמוכה. פתרון לכך יכול להיות תמריץ כספי, המשפיע בעוצמה חזקה יותר בשכבות הסוציו-אקונומיות הנמוכות, כגון: תשלום לאנשים המגיעים לבדיקות סקר. מענק זה יכול לכסות על התחבורה ועלות הבייביסיטר. מחקר סקוטי הראה (Ballard and Rdlet, 2009) כי נתינת מצרכים לנשים בהריון לכל שבוע שבו הן לא עישנו הוריד את שיעור המעשנות. יש לשים לב

שהתגמול יהיה מספיק גבוה כדי שישנה התנהגות. לדוגמה, עלות חדר כושר היא כה גבוהה שיש לתת תמריץ כלכלי גבוה לנרשמים אליו. בנוסף, יש לתגמל את הפרט בפרק זמן קצר לאחר ההוצאה שלו (להחזיר לו דמי רישום למכון ישר לאחר ששילם).

5.4.4 תמריצים ואי-שוויוניות בתוצאות

ממצאים בשטח מראים כי חלוקת התמריצים אינה סימטרית וכי האוכלוסייה העשירה יותר נהנית מהם יותר. פתרון לכך יכול להיות באמצעות הפניית התמריצים לקבוצות אוכלוסייה ייעודיות. לדוגמה, בניו יורק פנו לאוכלוסייה בשכונות עניות. לכל משפחה שילמו 20 דולר לחודש על הישארות בתוכנית בריאות, תשלום של 200 דולר על בדיקות לכל בני המשפחה ו-100 דולר על בדיקת שיניים תקופתית (Mccoll, 2008).

6. סיכום

במטרה לתגמל את מוסדות הבריאות בצורה שתמריץ ותעודד אותם לראות את המטופל במרכז אחד החסמים הינו החסם התפיסתי/מחשבתי. לאורך שנים "חונכו" והורגלו הארגונים האמונים על בריאות האוכלוסייה כדוגמת קופות החולים ובתי החולים להיות מתוגמלים על כמות ולא על איכות. ייתכן ורוב המימון הציבורי במערכת צריך להמשיך ולהיות משולם על פי הכמות, אולם יש לשלב גישה חדשנית בה חלק מהכסף המוזרם לארגוני הבריאות יוקצה על בסיס מדדי איכות התורמים לקידום תפיסת המטופל במרכז. על מנת להבטיח את עקרון המטופל במרכז יש למדוד את תפוקות ארגוני הבריאות בארבעה מישורים עיקריים:

1. שמירה על מצב הבריאות, קידום בריאות ומניעת תחלואה.
2. הצלחה בטיפול ואיזון במחלות כרוניות משמעותיות (איכות ותוצאי טיפול).
3. עמידה בתקינת איכות וכמות משאבי האנוש ותשתיות רפואיות.
4. הנגשת שירותים ומידע לציבור, יצירת אמון והבטחת שביעות רצון מטופלים.

המערכת בישראל חסרה כיום תמריצים המיועדים לעודד את התנהגות הפרט וכן את ארגוני הבריאות לתת יותר משקל לאיכות הטיפול ולשימת המטופל במרכז. מערכות תמריצים כפי שנסקרו במסמך אינן חסרות סיכונים, הן ביכולת של פרטים שונים להגיב אליהם, בהוגנות כלפי פרטים שונים ובהשפעה על התנהגות ארגוני בריאות. מודל התמריצים צריך להיות מאוזן באופן שיוכל להניע מטופלים בלי להביא להפליה או לפגיעה במטופלים שאינם מגיבים לתמריצים אלו ומבלי להביא ארגוני בריאות לחפש את הפרצות במנגנוני התמריצים.

החלטה לשלב איכות בתגמול עלולה לעורר חששות והתנגדויות בקרב מנהלי הגופים הרפואיים. במטרה להתמודד עם חששות והתנגדויות אלה לדעת חברי הקבוצה יש לשלב מימד זה של "תפוקה" בצורה הדרגתית ומבוקרת. החזון שלנו הוא שעם השנים החששות ואי-הוודאות יקטנו וניתן יהיה לתת משקל גבוה יותר למשתנה האיכות הן בבתי החולים והן בקופות החולים.

המלצות ליישום:

מודלים לשינוי מערך התמריצים אשר יש לשלב במנגנוני הפיצוי במערכת:

- שילוב של P4P במנגנוני הפיצוי לנותני השירות תוך כדי למידה של הבעד והנגד בשילוב כזה.
- שילוב בנוסחת הקפיטציה מקדם שביעות רצון מטופלים או תלונות מוצדקות לנציבת קבילות הציבור.
- שימוש נרחב יותר בכלים קיימים כמו מבחני התמיכה ותמריצים של בתי חולים כדי לקדם את הנרטיב של המטופל במרכז.

תהליכים שמוביל המשרד ליישום הפרקטיקה של המטופל במרכז שיש להביא

ליידי יישום סופי:

- זימון תורים ומדידה לאומית כולל קביעת סטנדרטים לזמינות סבירה.
- מדדי איכות.
- טופס 17 דיגיטלי.
- תקנות רצף הטיפול.
- התערבות בהסכמים בין בתי חולים לקופות שיכללו היבטים של איכות הטיפול.
- שינוי בנוסחת הקפיטציה.
- הכשרת מטפלים.
- אחריות בסיסית על בתי החולים של המדינה, עבודת המיסטריון והתוספת השלישית.

7. אחרית דבר

פונקציית המטרה של המערכת ועל כן גם מערכת התמריצים של כל "שחקני" מערכת הבריאות חייבת לכלול השגה של הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות תוך הצבת המטופל במרכז. מתוך הנחה שמשאבי מערכת הבריאות יהיו מוגבלים תמיד, לדעתנו קובעי המדיניות צריכים להעמיד את מערכת הבריאות בסדר עדיפויות נכון. אפשרי גם במסגרת המשאבים הקיימים, או בהשקעה קטנה יחסית, באמצעות תעדוף נכון וקשב ניהולי, לשנות את מערך התמריצים לצורך עמידה ביעדי איכות, שיפור חוויית המטופל וקידום פרקטיקת המטופל במרכז.

בהינתן קשרי הגומלין בין השחקנים העיקריים במערכת הבריאות, הצענו במסמך פתרונות/מודלים לקידום פרקטיקת המטופל במרכז לאורך רצף הטיפול במספר תחומים מרכזיים:

1. התחום המנהלי והבירוקרטי במערכת.
2. בחירת בית החולים והרופא המטפל בבית החולים.
3. שקיפות ומערך המדידה במערכת הבריאות.
4. שינוי מערכות התמריצים לשחקנים השונים באמצעות מנגנוני פיצוי מגוונים.

בתחומים אלו הצענו מודלים ספציפיים היכולים לדעתנו להיות מיושמים במערכת הבריאות הישראלית ומקדמים פרקטיקת המטופל במרכז.

עוד עלה בדיוני הכנס התפקיד החשוב שיש למשרד בקידום פרקטיקת המטופל במרכז. משתתפי הכנס ציינו כי תפקיד משרד הבריאות מרכזי בעידוד התחרות, הסרת חסמים ולהוות יד מכוונת המיישמת את נרטיב המטופל במרכז. המטרה הראשונה של המשרד היתה אכן לעורר את השיח בנושא המטופל במרכז ובניהול תהליכים ספציפיים שלא יתרחשו מעצמם. אולם, כיום המערכת מוכנה ליותר מכך והאתגר הבא של המשרד הוא בארגון המערכת כך שהמטופל יהיה במרכז.

מקורות קבוצה 1

1. Defining "Patient-Centered Medicine" Charles L. Bardes, M.D.
2. N Engl J Med 2012; 366:782-783 March 1, 2012 DOI: 10.1056/NEJMp1200070.
3. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. March 2015, WHO reference number: WHO/HIS/SDS/2015.
4. The strategy that will fix health care porter <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>.
5. <http://impact.health.gov.il/healthgov/home>.
6. סיכום נסיעה לימודית לבוסטון ותוכנית עבר מחזור א' (טיטה).
7. <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/coordinating-care-for-adults-with-complex-care-needs-white-paper.pdf>.
8. Funnell, M.M.&Mesing,C.R. Diabetes education in the management of diabetes. (In Complete Nurse's Guide to Diabetes Care 2nd Ed.) ADA, 2009, pp.
9. Reid RJ, Fishman PA, Yu O et al (2009) Patient-centered Medical Home demonstration: A prospective, quasi-experimental, before and after evaluation. American Journal of Managed Care, 15(9): e71-e87.
10. Stone S (2008) 'A Retrospective Evaluation of the Impact of the Planetree Patient Centered Model of Care Program on Inpatient Quality outcomes.' Health Environments Research and Design Journal 1(4): 55-69.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005), Contribution of primary care to health systems and health. The Midbank Quarterly; 83(3), pp. 457-502.
12. <http://www.pcori.org/research-results/patient-centered-outcomes-research>.
13. Docteur Elizabeth,Coulter Angela, (2012), Patient-Centeredness in Sweden's Health System An assessment and six steps for progress, Retrieved from: <http://www.vardanalis.se>.
14. Glickman et al. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2010;3:188-195 Originally published March 16, 2010.

מקורות קבוצה 2

מקורות בחירה:

1. בן נון ג', אחדות ל". 2012. בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של השר"פ. מחלוקת בכלכלה. 3. מכון ון ליר. ירושלים.
http://www.vanleer.org.il/sites/files/product-pdf/dispute3_0.pdf
2. ניב יגודה. ע., 2015. גבולות חופש הבחירה בתוך מערכת הבריאות הציבורית. רפואה ומשפט גליון 48 עמ' 13-18.
3. משרד הבריאות. 2014. ועדת גרמן - דוח דעת המיעוט.
4. משרד הבריאות. 2003. דוח ועדת אמוראי - הועדה לבחינת הרפואה ומעמד הרופא בה.
5. Appleby, J., A. Harrison and N. Devlin (2003), What is the Real Cost of More Patient.
6. Choice?, London: King's Fund.
7. Coulter, A. (2010). Do patients want a choice and does it work?. BMJ: British Medical Journal (Online), 341.
8. Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S., & Smith, P. C. (2007). The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. Health economics, 16(2), 113-128.
9. Dixon, A., Robertson, R., & Bal, R. (2010). The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. Health Economics, Policy and Law, 5(03), 295-317.
10. Fried, B., & Gaydos, L. M. (Eds.). (2012). World health systems: challenges and perspectives. Health Administration Press.
11. Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., & Smith, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. Journal of Health Services Research & Policy, 13(3), 178-184.
12. Gaynor, M., Propper, C., & Seiler, S. (2016). Free to choose? Reform, choice, and consideration sets in the English National Health Service. The American Economic Review, 106(11), 3521-3557.
13. Groenewoud, A. S. (2008). It's your Choice! A study of search and selection processes, and the use of performance indicators in different patient groups. Erasmus University, Rotterdam.

14. Kumpunen, S., Trigg, L., & Rodrigues, R. (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. World Health Organization, Regional Office for Europe, and European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth/full-list-of-past-issues/patient-choice-and-nurse-prescribing>.
15. Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. (2009). Nordic Health Care Systems: Recent Reforms And Current Policy Challenges: Recent Reforms and Current Policy Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Published by Open University Press. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/nordic-health-care-systems.-recent-reforms-and-current-policy-challenges>.
16. Reinardy, J. R. (1992). Decisional control in moving to a nursing home: Postadmission adjustment and well-being. *The Gerontologist*, 32(1), 96-103.
17. Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
18. Siciliani, L., & Martin, S. (2007). An empirical analysis of the impact of choice on waiting times. *Health Economics*, 16(8), 763-780.
19. Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12(1), 272.

מקורות שקיפות:

1. ברמלי-גרינברג, ש' ומדינה-הרטום, ת'. 2014. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 והשוואה ל-2012. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
2. משרד הבריאות. 2014. דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. ירושלים: משרד הבריאות.
3. משרד הבריאות. 2015. דוח נציבת קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. דוח מספר 11 לשנת 2015. ירושלים: משרד הבריאות.
4. Brammli-Greenberg, S., Waitzberg, R., Medina-Artom, T., & Adijes-Toren, A. (2014). Low-budget policy tool to empower Israeli insureds to demand their rights in the healthcare system. *Health policy*, 118(3), 279-284.
5. Dixon, A., Robertson, R., & Bal, R. (2010). The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health*

Economics, Policy and Law, 5(03), 295-317.

6. Groene, O. (2011). Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 531-537.
7. Kumpunen, S., Trigg, L., & Rodrigues, R. (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. World Health Organization, Regional Office for Europe, and European Observatory on Health Systems and Policies.
8. Luigi, S., Michael, B., & Valerie, M. (Eds.). (2013). *OECD Health Policy Studies Waiting Time Policies in the Health Sector What Works?: What Works?.* OECD Publishing.

מקורות קבוצה 3

1. Ballard, P., & Radley, A. (2009). Give it up for baby: A smoking cessation intervention for pregnant women in Scotland. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 3, 147-160.
2. Claassen, D., Fakhoury, W. K., Ford, R., & Priebe, S. (2007). Money for medication: Financial incentives to improve medication adherence in assertive outreach. *The Psychiatrist*, 31(1), 4-7.
3. Daniels, N., & Sabin, J. E. (2008). *Setting limits fairly: Learning to share resources for health* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
4. Devine, C. M., Jastran, M., Jabs, J., Wethington, E., Farell, T. J., & Bisogni, C. A. (2006). A lot of sacrifices: Work-family spillover and the food choice coping strategies of low-wage employed parents. *Social Science & Medicine*, 63(10), 2591-2603.
5. Families USA (2008b). Reward/penalty plans for wellness: Coming soon to an office near you? Retrieved from <http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/wellness-plans.pdf>.
6. Jochelson, K. (2007). *Paying the patient: Improving health using financial Incentives*. London: King's Fund.
7. Marcus, A. C., Crane, L. A., Kaplan, C. P., Reading, A. E., Savage, E., Gunning, J., ... & Berek, J. S. (1992). Improving adherence to screening follow-up among women with abnormal Pap smears: Results from a large clinic-based trial of three intervention strategies. *Medical Care*, 30(3), 216-230.

8. McColl, K. (2008). New York's road to health. *British Medical Journal*, 337, a673.
9. Mechanic, D. (2002). Disadvantage, inequality, and social policy. *Health Affairs*, 21(2), 48-59.
10. Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., et al. (2017). The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*. doi: 10.7326/M16-1881.
11. Milstein, R., & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140.
12. Nuckols, T. K. (2017). With the merit-based incentive payment system, pay for performance is now national policy. *Annals of Internal Medicine*. doi: 10.7326/M16-2947.
13. Schmidt, H. (2007). Personal responsibility for health-developments under the German healthcare reform 2007. *European Journal of Health Law*, 14(3), 241-250.
14. Schneider, E. C., & Hall, C. J. (2017). Improve quality, control spending, maintain access - Can the merit-based incentive payment system deliver? *New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMp1613876.
15. Sutton, M., Nikolova, S., Boaden, R., Lester, H., McDonald, R., & Roland, M. (2012). Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *New England Journal of Medicine*, 367(19), 1821-1828.
16. Warner, K. & Murt, H. (1984). Economic incentives for health. *Annual Review of Public Health*, 5(1), 107-133.
17. <http://nhsweightlosstrial.com>.

קישורים רלוונטיים

1. חזון ומטרות משרד הבריאות:
http://health.gov.il/PublicationsFiles/amud_esh2016.pdf , http://www.health.gov.il/About/Pages/about_us.aspx
2. תוכנית המדדים הלאומית לקהילה: <http://www.israelhpr.org.il/1043/470.htm>

3. תוכנית המדדים הלאומית לאשפוז: לינק למערכת מידע:

https://public.tableau.com/views/_5840/sheet3?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3AshowTabs=y&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y#3.

לינק להגדרות מדדים:

http://www.health.gov.il/SUBJECTS/PATIENT_SAFETY/HOSPITALS/NATIONAL_PLAN_DIMENSIONS_OF_QUALITY/Pages/Hospital_Indicators.aspx?WPID=WPQ8&PN=1

4. דוח נציבת קבילות הציבור:

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/NK_2015.pdf

צוות 3

מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט



צוות 3 - מפגש מטפל-מטופל ברמת הפרט

טיפול בו המטופל במרכז

"טיפול שמכבד ונענה להעדפות, לצרכים ולרצונות של מטופלים, כדי לאפשר להם לקבל החלטות שיתאימו בצורה הטובה ביותר לנסיבות האישיות שלהם" (Crossing the Quality Chasm, 2001).

"מושתת על התפישה על פיה יש להתייחס למטופלים, כבני אדם ייחודיים, הראויים לכבוד מלא" (Epstein & Street 2011).

הדיון בקבוצה זאת התרכז ברמה האישית בין מטפל למטופל תוך הסתכלות בקורה במרפאה, או ליד מיטת החולה. בנוסף ניסינו לדון בתוכן ההכשרות שיש לתת לצוותים הרפואיים ובהתאמות הארגוניות ברמה הבסיסית.

כדי להמחיש אתחיל בסיפור אישי:

לפני זמן קצר נאלצתי לאשפז מטופלת מבוגרת, רופאה במקצועה, עם פגיעה מנטלית. הגעתי לבקר אותה במחלקת האשפוז, בין היתר עקב חוסר תגובה ושיתוף פעולה מצוות המחלקה. במיוחד משפחת המטופלת לא הצליחה לקבל מידע, הסברים או להיות שותפה בקבלת החלטות לגבי מצבה המורכב. זאת למרות בירור ביו-רפואי מושלם. פניתי לרופא הבכיר בשאלה מה שלום ד"ר ע?

ד"ר ע?!

מה זאת ד"ר ע שלימדה אותי בפקולטה כשהייתי סטודנט והיא רופאה בכירה?

..... הכול השתנה.

"The word "patient" comes from Latin... "the one that suffers". Health care has been about "taking care" and "protecting" the patient that suffers. Under this view the patient is more or less helpless.

This attitude is all too prevalent today, in that the passive patient is not seen as having useful knowledge or capacity, and so must wait patiently

for the doctors' orders...

With people-centered care comes a new, fresher attitude and... perspective, which highlight the patients' capabilities, knowledge and own ...value-setting

Seeing the patient as an active person encourages professionals... working in the health care sector to create a partnership. Professionals will become more like consultants, and pedagogical skills will be needed." Olivia Wigzell Director General, National Board of Health and Welfare, Sweden.

http://oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/5789/People-centred_health_care:_What_empowering_policies_are_needed.html

במשך הכנס דנו ב-3 סוגיות מרכזיות:

1. המפגש הטיפולי עצמו:
 - א. שיתוף המטופל בקבלת ההחלטות.
 - ב. מי המטופל (כולל בני משפחה ומטפלים נוספים)?
 - ג. דרישות המערכת מול צרכי המטופל, ברמת הפרט.
2. כלים ומיומנויות לקידום פרקטיקה של המטופל במרכז:
 - א. כיצד מפתחים הכשרה לאורך כל שנות הלימודים והעבודה?
 - ב. כיצד מקדמים תהליך קבלת החלטות משותפת (Shared decision making)?
 - ג. טיפוח מודל ממוקד מטופל ומשפחה (Family and patient centered care).
 - ד. Case management - מי? איך? ומה ההכשרה והתנאים הראויים לביצוע (נגישות, מידע מסונכרן, זמן להכרות...)?
3. טיפול ממוקד אדם ברמה הארגונית:
 - א. האם וכיצד ניתן לארגן מחדש שירותים ותהליכי טיפול כך שיענו טוב יותר על צרכיהם/ציפיותיהם של המטופלים ויקלו עליהם את חווית הטיפול במערכת (הן ברמת קופת החולים, הן ברמת בתי החולים והן במעברים שבין מסגרות טיפול שונות)?
 - ב. כיצד ניתן לשלב מטופלים בתהליכי קבלת ההחלטות ברמה הארגונית, החל

מרמת האסטרטגיה, ודרך תכנון, הפעלה וניטור של פעילויות הארגון?
ג. כיצד ניתן לגשר בין רצונות/צרכי קבוצות המטופלים השונות לבין החלטות ארגוניות מבוססות מדעית ובעידן של אילוצים כלכליים וצורך באחריותיות ארגונית?
ד. כיצד נאמוד את הצלחת ההתערבויות לקדום "מטופל במרכז" ברמה ארגונית ולאומית? מה הם מדדי ההצלחה לתוכנית זו וכיצד נמדוד אותם?

לא היה זה ממטרות הצוות לעסוק בסוגיות של מקורות תקציביים, תקנים ותקציבי פיתוח, אך אין זה נכון להתעלם ממשקלן המשמעותי כחלק ממכלול הכלים לפתרון.

המלצות

בטווח המיידני אנו ממליצים על:

מינוי אדם בכיר כממונה על טיפול ממוקד מטופל בכל ארגון בריאות.

הסתכלות מחדשת על תהליכים אדמיניסטרטיביים קיימים (תהליכי עבודה במוקד זימון תורים, תזמון וזרימת העבודה במחלקת אשפוז) מנקודת מבט של מטופל במרכז.

שילוב מטופלים בתהליך קבלת ההחלטות, החל מקבוצות מיקוד כשגרת עבודה, גיוס נציגי מטופלים לבחינת תהליך, "ועדת מטופלים" ארגונית, ושילוב קבוע בפורומים מקומיים עד אסטרטגיים.

הפקת סט מדדים שהם תוצר של היגדים שנולדו בכנס.

נראה כי על מנת להגיע לשיתוף אמיתי בקבלת החלטות בין מטפל למטופל, מתוך כוונה לשים את המטופל במרכז, דרושה השקעת משאבים לתהליך שייעשה בשתי רמות:

- **ברמת מערכת הבריאות** - בצורה של הכשרה ולימוד צוותים לכל אורך הקריירה הרפואית להתמודד עם פערי המפגש הטיפולי, בנושאים של תקשורת, דרכי שיתוף מותאמים לשוני תרבותי ופעילות אקטיבית ויזומה בתשואול המטופלים לגבי רצונותיהם.
- **ברמת הציבור** - באופן של חשיפה יזומה לציפיות של המטפל במפגש הרפואי, ובצורך בחובת היידוע.
- יש לשווק למטופלים את התובנה שהם שותפים לטיפול ולבחירתו.
- יש לקדם את תובנת הצוותים הרפואיים שהמטופל הינו חלק מהצוות.
- יש לבנות תשתית מיחשובית האוספת מידע רלוונטי על העדפות המטופל ומשקפת מידע בצורה ידידותית למטפל.
- משובי מטופלים יכולים להיות תמריצים חיוביים לשינוי הרגלי הצוות וכך גם משובי עמיתים.

בחלק ניכר ממפגשי מטפל-מטופל יש שותף נוסף. חשוב להגביר את המודעות לבעייתיות וליתרונות במצב זה. ניתן לפתור את הקושי במערכות יחסים משולשות אלו על ידי קביעת אסטרטגיה מכוונת למפגש. יש להתייחס בתחילה באופן מכוון לסיבה שבגינה הגיע המלווה למפגש, וכך להגדיר באופן ברור את תפקיד המלווה. יש להיות מודע ולכבד את רצונותיו של המטופל לגבי מידת המעורבות של המלווה, לקבוע תוכנית טיפולית ספציפית למטופל שתכיל בתוכה את תפקידי המלווה כפי שהמטופל ירצה.

יש לחנך את הצוותים לגבי הצורך בהתייחסות מיוחדת למפגשים כאלו על ידי:

- הטמעת הכשרות (על בסיס מיומנויות התקשורת) המתמקדות בניהול שיחה בשלישייה.
- בדיקה עם המטופל לגבי אחר-משמעותי מועדף.
- תיאום ציפיות עם המטופל לגבי מעורבות האחר המשמעותי.
- תיאום ציפיות עם שניהם לגבי התנהלות השיח.
- תיאום ציפיות מחודש בצמתים מרכזיים.
- פיתוח מיומנויות לניהול השיחה והמעברים כדי לדבר עם שניהם ולא על אחד מהם.
- פיתוח מיומנויות לזיהוי אינטראקציות מסכנות בהן צריך להוציא את האחר המשמעותי מהשיח.
- אסור שמלווה יהיה "תלוי נוחות" של הצוות - עידוד שימוש במתורגמנות.

לעיתים קרובות קיים שוני בין צורכי המערכת לבין התפיסה של מטופל במרכז. נראה כי ניתן להקטין את אי הנוחות על ידי התייחסות יזומה לפער שנוצר, על ידי מתן הסבר מצד הגורם המטפל לרציונל העומד בבסיס דרישת המערכת, או לחילופין לשנות באופן מאורגן שיטות עבודה שיצמצמו את הפער או יאפשרו פלטפורמה אחרת להתייחסות לאספקטים שונים בטיפול.

על מנת שהמטופל ירגיש במרכז עשייתו של הצוות הטיפולי, יש להטמיע בתוך שיטת העבודה של המפגש הטיפולי התייחסות לאג'נדה שעמה מגיע המטופל למפגש, גם בנוכחות דגשים רפואיים חשובים אחרים.

יש לבחון מחדש את תהליכי העבודה במערכת הבריאות כולל:

- הסתכלות מחודשת על תהליכים אדמיניסטרטיביים קיימים (תהליכי עבודה במוקד זימון תורים, תזמון וזרימת העבודה במחלקות האשפוז).

- שילוב מטופלים בתהליך קבלת החלטות, החל מקבוצות מיקוד כשגרת עבודה, גיוס נציגי מטופלים לבחינת תהליך, "ועדת מטופלים" ארגונית, ושילוב קבוע בפורומים מקומיים אסטרטגיים.
- הפקת סט מדדים שהם תוצר של היגדים שנולדו בכנס.

יש חשיבות מרכזית בפיתוח הכשרות וכלים לקידום תהליך קבלת החלטות משותפת:

- יש צורך קודם כל בתמיכת ההנהלה הבכירה והחלטתה להשקיע בתחום ההכשרה.
- חשוב להשקיע בהכשרת קבוצה איכותית של אנשי מקצוע מתוך הארגון עצמו שיובילו את התהליך ויבצעו את ההכשרות של כלל הצוותים הרפואיים.
- הכשרה ביישום המודל של תהליך קבלת החלטות משותפת תוך דגש על החלטות נפוצות עמם מתמודדים מטופלים ואנשי המקצוע כדי להגיע להטמעה בשגרה.
- פיתוח כלים להעצמת המטופל (Patient Empowerment) וקידום מעורבותו בטיפול:

- קודם למפגש - הכנה לקראת המפגש הטיפולי, שימוש בכלים שונים כהכנה והתכוננות לקראת המפגש.
- בזמן המפגש - פיתוח כלים לעידוד מעורבות מטופלים.
- בתוך ומחוץ לחדר הטיפולי - פיתוח כלים למתן מידע בצורה ברורה ומותאמת (בהסתמך על מודלים מוצלחים מהעולם).
- פיתוח מקורות מידע מהימנים בשפות הרלוונטיות.
- פיתוח טכנולוגיות הכוללות תיעוד משתנה של רצונותיו והעדפותיו של המטופל והתנהגות בריאות (מצב רוח, מדדים...), תזכורות ממוחשבות, שיתוף המטפל במידע ושיח עליו.

כדי לקדם קבלת החלטות משותפת יש צורך ב:

- הכשרה בתקשורת מקדמת תהליך קבלת החלטות משותפת - כזו שתכלול למידה על העדפות, רצונות וצרכים של האדם, הבהרת מידע על אפשרויות טיפוליות - סיכונים ורווחים, ניהול משא ומתן, הגעה להסכמה משותפת והחלטה מתי בודקים מחדש.
- כלים של העצמת המטופל (Patient Empowerment) וקידום מעורבותו בטיפול.
- פיתוח כלי מידע ברורים (Decisional Aids) שניתן להשתמש בהם בתוך ומחוץ לחדר הטיפולי (Mayo Clinic, Option Grid, Common Ground).

- פיתוח טכנולוגיות הכוללות תיעוד מדויק של רצונותיו והעדפותיו של המטופל והתנהגות בריאות (מצב רוח, מדדים...) ואז שיתוף של הרופא במידע ושיח עליו.
- פיתוח כלים לעידוד מטופלים להיות מעורבים - Ask Me 3 מורחב, הכשרות על הכנה והתכוננות לקראת מפגש רופא-מטופל.

שילוב של "שאל אותי 3" עם "שתף אותי..."

1. מה הבעיה העיקרית שלי?
2. מה האפשרויות הטיפוליות שעומדות לפני?
3. מה היתרונות והחסרונות שלהן?
4. מה ההסתברות של כל יתרון וחסרון?
5. מה כדאי שאעשה כדי לטפל בבעיה?
6. למה חשוב שאיישם?
7. איך נדע שזה הצליח? מתי נתכנס שוב?

יש להטמיע הכשרות לקידום טיפול בו המטופל במרכז לאורך שנות הלימודים והעבודה:

- לחייב הכשרה מתמשכת של תקשורת של כלל הצוותים כולל מנהלי המערכת.
 - תפירת חליפת הכשרה ולמידה בהתאם לבשלות המקצועית והרגשית.
 - מיומנויות בינאישיות ומיומנויות תקשורת - עם דגש על מודל תקשורת משותף לכל הסגלים (לדוגמה מודל ארבעת ההרגלים) - הכשרה משותפת.
 - מיומנויות לניהול מפגשים מאתגרים (בשורה מרה, הודאה בטעות, הנחיות מקדימות).
 - דגשים על התאמה תרבותית וארגונית.
 - פיתוח יכולות רפלקטיביות והטמעת משוב - צמיחה מביקורת והתמודדות עמה. קבלה, הפנמה ולקיחת אחריות ואחריותיות ומוכנות ללמוד ולהתפתח. כולל טכנולוגיות ממוחשבות.

- קידום עבודת צוות - הכשרה משותפת, פיתוח שפה משותפת, תהליך העברה נכון, מניעת טרטורים.
- מיומנויות של שמירה על עצמך כדי להיות פנוי לעבודה עם האחר.
- פיתוח סגלים לקידום ויישום של הכשרות התקשורת.
- צוותים אינטגרליים רב מקצועיים בבתי החולים, בקהילה ובמוסדות להשכלה גבוהה, בשיתוף הר"י ואיגודים מקצועיים.
- הצוותים יטמיעו:
- יום הכשרה מרוכז - מחוייב לכלל הארגון.
- ליווי ומשוב פרטני מתמשך.
- נדרש מימון מוסדר, חובת ביצוע.
- פיתוח מדדים והטמעתם להערכת איכות ההכשרה והיישום.
- הכשרה מתמשכת לאורך חייו המקצועיים של המטפל.
- הכשרה **כצוות** לקידום עבודת צוות.
- שילוב הכשרה למיומנויות תקשורת לטיפול ממוקד מטופל.
- הכשרת מטופלים לנציגות במערכת.

בתחום השינוי המבני והארגוני אנו ממליצים על בחינת ישימות מודל הבית הרפואי ברמה הלאומית תוך התמקדות ברצף הטיפול.

בחינת קידום Case Management.

הוספת מקצועות חדשים למערכת (Nurse practitioner מלווי מטופלים בצמתים מורכבים, עוזרי רופא ומזכירות רפואית) והעברת משימות בין מטפלים למקסום הפוטנציאל המקצועי.

תשתית ממוחשבת המבוססת על עבודת צוות - שקיפות בצוות הטיפולי ובין מוסדות. יצירת תשתית לתקשורת מילולית בהעברת מטופלים במצב מורכב.

ברצף הטיפולי התייחסות למטופל והמלווה גם כווקטור מתווך במעברים.

כדי לקדם את נושא המטופל במרכז יש צורך במנהיגות ומחויבות מרמת המנכ"ל, הועד המנהל והמטה.

- אסטרטגיה ברורה המשודרת לכלל הארגון בהתמדה.
- שיתוף המטופל ומשפחתו בכל רמות הארגון, כולל ועדות היגוי.

- טיפול במטפל - סביבת עבודה המתייחסת לעובדים בכבוד המצופה מהם כלפי המטופלים.
- מדידה ומשוב שיטתיים.
- איכות הסביבה הבנויה - עיצוב סביבה תומכת ונעימה למטופלים ולעובדים.
- טכנולוגיה תומכת המגייסת מטופלים ומשפחות תוך תקשורת עם המטפלים.

דיון ראשון - המפגש הטיפולי

אחד מהתיאורים הקדומים שמציג את המפגש בין רופא למטופל מצוי בכתבי אפלטון: "הרופא בן החורין מטפל בדרך כלל במחלותיהם של בני החורין. הוא חוקר באלה מתחילתן ולפי טבען. משוחח עם החולה ועם ידידיו, וכך הוא לומד בעצמו דבר-מה מפי החולה ומצדו הוא מלמד את החולה ככל שיוכל..." ("כתבי אפלטון", הוצאת שוקן).

כבר בימי אתונה העתיקה, מתוארת מערכת היחסים שעולה במפגש בין הרופא למטופל כמערכת דואלית של למידה הדדית, בין שני בני אדם השווים זה לזה. רבות השתנה מאז שנת 300 לפני הספירה, אך נדמה שהצורך הבסיסי של המטופל להיות במרכז עשייתו ולמידתו של הרופא, או כל גורם טיפולי אחר, לא השתנה. לכאורה, זהו ערך פשוט למימוש, אך ככל שהמורכבות של המערכת הרפואית התעצמה, כך גם הקושי לקיים זאת גבר.

המפגש הטיפולי מגדיר למעשה את המסגרת הגשמית והרגשית של המטופל עם הגורם הטיפולי: רופא, אחות, מטפל אחר. גישת המטופל במרכז רואה את ערך השותפות כתמצית הקשר הנוצר במפגש הטיפולי. אך מה המשמעות בפועל של גישת המטופל במרכז בתוך גבולות מפגש זה?

המפגש הטיפולי יוצר בתוכו מספר פערים מובנים:

- א. פער הכוח - הרופא נתפס כבעל עמדת כוח כמייצג של עולם הידע הרפואי.
- ב. פער המודעות - המטופל נמצא ברמת מודעות גבוהה יותר במפגש עצמו והוא מודע לכל פרט בתקשורת המילולית או הבלתי מילולית מצד המטפל.
- ג. פער אתי - המטפל מחויב למערכת כללים, מגבלות וחוקים אתיים מצד השיוך המקצועי או הארגון אליו שייך, ואילו המטופל רואה את בעייתו מתוך תפיסתו האישית בלבד.

אי לכך, הפערים הקיימים מראש בתוך המפגש הטיפולי, מעלים קשיים ואתגרים דו-כיווניים במפגש. הפערים בציפיות בין המטפל למטופל במפגש ביניהם יוצרים לעיתים התנגשות המובילה לחוסר שביעות רצון ותסכול של המטופל.

שלושה אתגרים מהותיים עולים ביישום גישת המטופל במרכז במפגש הטיפולי.

הראשון הוא נושא **שיתוף המטופל בקבלת החלטות**. שיתוף המטופל בתהליך קבלת

ההחלטות במפגש הטיפולי מעלה שאלות בסיסיות בתקשורת של מטפל-מטופל. האם שיתוף יכול תמיד להתקיים? מה המקום שניתן למטופל להביע את רצונותיו בקבלת הידע וההחלטות? האם המטפל יודע לנהל את המפגש כך שתתאפשר קבלת החלטות משותפת? ומהם גבולות האחריות של שני הצדדים במפגש על מנת שיתאפשר שיתוף?

הנושא השני הוא **מי המטופל**, בהיבט של "מפגש טיפולי משולש" כאשר המטופל מופיע עם מלווה. מלווים מעצימים את המורכבות של המפגש הטיפולי, הם יכולים לשנות את הדינאמיקה של הייעוץ הרפואי, ולהשפיע על מערכת היחסים של המטופל עם המטפל.

הנושא השלישי הינו **דרישות המערכת מול צרכי המטופל**. המערכת הרפואית מציבה דרישות או יוצרת מגבלות בתוך המפגש הטיפולי. דרישות אלו לא בהכרח עולות בקנה אחד עם צרכיו של המטופל כמו שהוא מגיע עימם למפגש. מערכת הציפיות שונה, ומול כך נוצר לעיתים חוסר שביעות רצון בין המטופל לגורם הטיפולי.

בנוסף נציין שמגבלות הזמן המוקצה למפגש הטיפולי, העומס, ותנאי העבודה במערכת הרפואית כפי שקיימים כיום ברפואה ראשונית, בבתי החולים וברפואה היועצת, יוצרים חסם מהותי המקשה על מימוש גישת המטופל במרכז. אנו מעלים חסם זה כעובדה קיימת, שלא נידונה במסגרת הדיון של כנס זה.

1. שיתוף המטופל בקבלת החלטות

שיתוף מעצם הגדרתו, מחייב התייחסות דו-כיוונית, ומתאר מצב בו ישויות שונות תלויות זו בפעולתה של זו. כללי האתיקה הרפואית (1) שגיבשה הלשכה לאתיקה של הר"י ופורסמה כנייר עמדה ב-2014 מגדירה כסעיף הראשון של כללי האתיקה ביחסי מטפל-מטופל את נושא השיתוף: "הרופא והמטופל יפעלו במשותף לייסוד מערכת אמון הדדי ביניהם להצלחת הטיפול הרפואי".

שיתוף המטופל בידע ובקבלת ההחלטות במפגש הטיפולי מעלה את השאלה הבסיסית - מה המטופל רוצה לדעת? ומהצד השני כיצד המטפל יכול לשותף והאם הוכשר לכך?

לרגל ציון 20 שנה לחוק זכויות החולה, הובילה הלשכה לאתיקה בהר"י סקר שבחן את

עמדות הציבור: "עד כמה החולה הישראלי מעוניין להיות מעודכן על מצבו הרפואי?"

בסקר השתתפו 500 גברים ונשים בגילאי 18 ומעלה במהלך חודש ספטמבר 2016. מעל למחצית הציבור (55%) ציינו כי היו רוצים לקבל את כל המידע הרפואי לפרטי פרטים ועוד כחמישית מהציבור (18%) היו רוצים לדעת את הרוב. כשמדובר במחלה קשה, הנשאלים ציינו באופן מובהק (72%) כי היו רוצים לדעת הכל (לפרטי פרטים), ועוד 12% שרוצים לקבל מידע על הרוב.

נתון זה מצביע על כך שדווקא במחלות ובעיות רפואיות קשות חשוב מאוד לרופא לברר עם המטופל עד כמה הוא רוצה לדעת על מחלתו, ומומלץ למטופל ליידע את הרופא עד כמה הוא רוצה לדעת על מחלתו.

לגבי אופן קבלת ההחלטות, מחצית מהציבור מעדיפים להחליט בעצמם, רבע מהציבור מעדיפים שהרופא יחליט עבורם או ישתף אותם בהחלטה. שיעור גבוה יותר מהציבור היו רוצים שהרופא יחליט עבורם בנוגע לחיבור למכשיר הנשמה (14%), בהשוואה להחלטה בנוגע להליך ניתוחי, המהווה 4%. 6% מהציבור רוצים שהרופא יחליט עבורם בכל הנוגע לטיפול תרופתי עם תופעות לוואי קשות.

סקר זה מציג באופן שאינו משתמע לשתי פנים שמתופלים רוצים לקבל את המידע הרפואי, ובצורה בולטת יותר לגבי מחלה קשה. מתן המידע מאפשר למטופל לחוש שליטה מסוימת במצבו, גם אם לא ישתמש במידע זה לצורך החלטה. ולכן המטפל מחויב להתייחס לנושא הרצון לדעת של המטופל באופן מכונן, לשאול זאת באופן אקטיבי ויזום, לתעד זאת, ולהעביר מידע זה גם לשאר חברי הצוות הטיפולי.

הצד השני של מטבע השיתוף הוא אחריות המטופל וחובת היידוע מצדו (2). המטופל מגיע היום למפגש הטיפולי שונה מבעבר, זמינות המידע הקיימת ברשת והדרכים הפשוטות להשגת ידע צמצמו את פערי הידע הרפואי בין המטפל למטופל. המטופל לא תמים ידע כבעבר, ומגיע לעיתים עם תפיסות מגובשות שאינן בהכרח נכונות (להערכת הצוות המטפל) לגבי מצבו הרפואי. לעיתים המטופל מציג במפגש מידע מצומצם, התואם את השקפותיו המובנות מראש, ונמנע ממסירת מידע אחר. נראה שלא תמיד מודע המטופל לחשיבות הצורך ביידוע מלא בפרטים הרפואיים.

מעבר לחובת היידוע, עולה הצורך בציפיות נוספות של המטפל מהמטופל על מנת לקיים מערכת שיתופית, כפי שהוגדר באופן רשמי בארץ לראשונה ב-2014 בנייר עמדה מטעם לשכת האתיקה של הר"י שמגדירה את יחסי הגומלין בין מטפל למטופל (3). מסמך זה מציג את הציפיות שיש לרופא מהמטופל, ובנייהן הנושא

של אחריות המטופל למסור לרופא פרטים רפואיים, ושיתוף הרופא ברצונותיו לגבי מצבים מיוחדים בקשר למצבו הרפואי כמו החלטות של סוף החיים. אך האם הציבור אכן מודע לכך ונוהג באופן הזה?

נראה שאין עוררין ברפואה המודרנית על חובתו של המטפל להעביר את הידע ולשתף את המטופל בקבלת ההחלטות, מתוך הנחה שגם המטופל מחויב לשיתוף. אך השאלה המתבקשת היא האם המטפל באמת יודע לבצע זאת או הוכשר לעשות זאת בתוך הפערים המובנים מראש במפגש הטיפולי?

מחקר מעניין שבדק זאת הציג תפיסות שונות של רופאים בהתמודדות עם יחסי הכוחות ופער הכוח שנוצר במפגש הטיפולי (4). הודגמו באופן איכותי 3 גישות של רופאים: רופאים שמודעים לעמדת הכוח ומוכנים לקחת אחריות על אי ניצול לרעה ולנהוג ביושרה מול המטופלים. גישה שנייה לפיה רופאים חושבים שהכוח שלהם נשחק עקב שינוי התרבות הרפואית והעמדת זכויות המטופל במרכז, המפגש נתפס כמאבק כאשר החולה דורש והמטפל צריך לרצות אותו. וגישה שלישית שהודגמה היא רופאים שחושבים שדינאמיקה בעמדת כוח לא קיימת או לא רלוונטית במפגש, הרופא נמצא באותה עמדת כוח עם המטופל.

נושא נוסף בהקשר זה הוא שימוש במערכת מושגים המגדירה את המטופל כ"לקוח" ושואבת את מערכת היחסים בין המטפל למטופל למערכות יחסים מהעולם העסקי. שימוש בטרמינולוגיה זו מכניס לתוך המערכת הרפואית מדיניות של ריצוי, לכאורה בשם עקרון המטופל במרכז. השימוש במילה "לקוח" מעלה מיידית את הקונוטציה לאמירה "הלקוח תמיד צודק" שאובה מתוך כללים אקונומיים של עולם המסחר, ועלולה להכתיב את כללי ההתנהגות הן מצד המטופל והן מצד המטפל בתוך מפגש הטיפולי. מנגד, כללי האתיקה הרפואית מגדירים בצורה ברורה את גבולות החובה בטיפול הרפואי (5), בתנאים מסוימים, רופא רשאי לסרב לבקשת מטופל לקבלת טיפול רפואי, אם טיפול זה נוגד את עמדתו המקצועית או את מצפונו.

תהליך קבלת החלטות משותפת הוא לב לבו של טיפול בו המטופל במרכז ולכן על המטפל:

- ללמוד לזהות שיש צומת של החלטה (החלטות ברמות שונות).
- לברר העדפות, רצונות וצרכים של האדם - כולל סוג ואיכות המידע שחשובים לו.
- להבהיר מידע על התוכנית הטיפולית - סיכונים ותועלות.
- לבדוק ההבנה של המטופל את מצבו ואת המידע שרכש.

- לנהל דיון מאפשר חשיבה, התלבטות ומשא ומתן.
 - להגיע להסכמה משותפת (כשהחלטה יכולה בסוף להינתן על ידי המטופל בהתבסס על התהליך).
 - לבדוק ולקבוע מתי יש לדון מחדש בהחלטה שהתקבלה.
- כל זאת מתוך העיקרון של עבודת צוות משותפת.

המלצות

נראה כי על מנת להגיע לשיתוף אמיתי בקבלת החלטות בין מטפל למטופל, מתוך כוונה לשים את המטופל במרכז, דרושה השקעת משאבים לתהליך שיעשה בשתי רמות:

ברמת מערכת הבריאות - בתצורה של הכשרה ולימוד צוותים לכל אורך הקריירה הרפואית להתמודד עם פערי המפגש הטיפולי, בנושאים של תקשורת, דרכי שיתוף מותאמים לשוני תרבותי, ופעילות אקטיבית ויזומה בתשאול המטופלים לגבי רצונותיהם.

ברמת הציבור - באופן של חשיפה יזומה לציפיות של המטפל במפגש הרפואי ובצורך בחובת היידוע.

- יש לשווק למטופלים את התובנה שהם כמטופלים שותפים לטיפול ולבחירתו.
- יש לקדם את תובנת הצוותים הרפואיים שהמטופל הינו חלק מהצוות.
- יש לבנות תשתית מיחשובית האוספת מידע רלוונטי על העדפות המטופל ומשקפת מידע בצורה ידידותית למטפל.
- משובי מטופלים יכולים להיות תמריצים חיוביים לשינוי הרגלי הצוות וכך גם משובי עמיתים.

2. מי המטופל? מפגש עם בני משפחה ומלווים

מפגש טיפולי הנוצר בין מטפל, מטופל ומלווה בדמות בן משפחה/מלווה/מטפל עובד זר, יוצר מערכת יחסים משולשת בתוך המפגש. כמובן שהמורכבות עולה אף יותר כאשר המטופל עצמו מוגבל ביכולת שלו לקבל החלטות או להשתתף במפגש, למשל במצבים של מטופל קטין, מטופל הסובל מדמנציה, או בעלי פגם בשיפוט. נראה שככל שהמטופל נזקק יותר (חולה במחלה מורכבת/קשיש/בעל השכלה

נמוכה), כך עולה מידת המעורבות של המלווה במפגש הטיפולי. באופן בסיסי מפגשים מסוג זה דורשים השקעת זמן מרובה יותר מצד הצוות הטיפולי, ולא אחת עולים רצונות וצרכים שונים על ידי המטופל או המלווה.

תפקיד המלווה משתנה לפי אופי המפגש ואופי המחלה של המטופל, אך תפקיד זה גמיש ויכול להשתנות מעת לעת כתלות בדינאמיקה הטיפולית. דוגמה לכך היא תפקיד של תמיכה לוגיסטית בהקשר למטופלים גריאטריים ברפואה ראשונית, לעומת תפקיד של תמיכה רגשית בחולים הנוטים למות. נראה כי יש מקום לגורם המטפל להיות ער ומודע לתפקיד של המלווה בעיני המטופל, וכן לסגל שוני בהתייחסות אליו כאשר חלים שינויים בתפיסת תפקיד זה.

הנתונים בספרות הרפואית מראים כי בהיבט של אופן קבלת ההחלטות במפגש משולש, יש חלוקה לפיה שליש מהמטופלים רוצים שכל פרט במפגש יתרום באופן שווה לקבלת ההחלטות, שליש רוצים לקבל את ההחלטה בעצמם לאחר שהתייעצו עם הרופא ועם המלווה, ושליש נוסף רוצה שהרופא יהיה מקבל ההחלטות העיקרי (6). מחקרים גם מראים כי בתוך המפגש עצמו נמצא שהמטפל והמטופל מעריכים יותר מעורבות פעילה של המלווה. אך האם בתוך מסגרת המפגש הטיפולי יש מקום להגדרת הכללים למעורבות זו?

אין כיום הנחיות ברורות כיצד המטפל צריך לנהל מפגש מסוג זה. בנוסף, רוב הספרות הרפואית הקיימת על נושא זה מציגה נתונים מהעולם המערבי. האם הנתונים, כמו שהם מצויים כיום בספרות, נכונים גם למדינה רב תרבותית כישראל?

על מנת שהמטופל עצמו ירגיש במרכז במפגש משולש זה, חייבים להציג באופן ברור ומוצהר את הגבולות של המלווה בתוך קשר זה. המפגש המשולש מציב בפני הרופא קשיים אתים סביב קונפליקטים משפחתיים ודילמות לגבי מסירה או שיתוף יתר של מידע רגיש.

המלצות

ניתן לפתור את הקושי במערכות יחסים משולשות אלו על ידי קביעת אסטרטגיה מכוונת למפגש. יש להתייחס בתחילה באופן מכוון לסיבה שבגינה הגיע המלווה למפגש, וכך להגדיר באופן ברור את תפקיד המלווה. יש להיות מודע ולכבד את רצונותיו של המטופל לגבי מידת המעורבות של המלווה, לקבוע תוכנית טיפולית ספציפית למטופל שתכיל בתוכה את תפקידי המלווה כפי שהמטופל ירצה.

- יש לחנך את הצוותים לגבי הצורך בהתייחסות מיוחדת למפגשים כאלו על ידי:
- הטמעת הכשרות (על בסיס מיומנויות התקשורת) המתמקדות בניהול שיחה בשלישייה.
 - בדיקה עם המטופל לגבי אחר-משמעותי מועדף.
 - תיאום ציפיות עם המטופל לגבי מעורבות האחר המשמעותי.
 - תיאום ציפיות עם שניהם לגבי התנהלות השיח.
 - תיאום ציפיות מחודש בצמתים מרכזיים.
 - פיתוח מיומנויות לניהול השיחה והמעברים כדי לדבר עם שניהם ולא על אחד מהם.
 - פיתוח מיומנויות לזיהוי אינטראקציות מסוכנות בהן צריך להוציא את האחר המשמעותי מהשיח.
 - אסור שמלווה יהיה "תלוי נוחות" של הצוות - עידוד שימוש במתורגמנות.

3. דרישות המערכת מול צרכי המטופל

לעיתים, דרישות המערכת יוצרות מצב במפגש הרפואי, בו המטופל מרגיש שצרכיו כפי שהוא מגיע איתם למפגש נדחקים הצידה. יש לכך מספר דוגמאות למשל: בבתי החולים התשאול החוזר של המטופל לגבי מחלות רקע, תרופות קבועות, ואלרגיות, בכל השרשרת הטיפולית (אחות מיון, רופא חדר מיון, אחות מחלקה, ורופא המחלקה). לא אחת המטופל חווה זאת כבזבוז זמן, וכחוסר תאום בתוך במערכת. ברפואה ראשונית הפעולות היזומות בנושא מדדי איכות הנדרשות לביצוע על ידי הצוות הטיפולי (רופא/אחות) יוצרות לעיתים הטיה משמעותית במפגש הטיפולי. להמחשת הפער ניקח כדוגמה מטופל שמגיע בגלל תסמיני דיכאון, והמערכת מחייבת אותנו להתייחס באופן אקטיבי לשאלת ביצוע בדיקת צואה לדם סמוי, האם במצב שכזה המטופל מעוניין או פנוי רגשית לקבל מידע בנושא רפואה מונעת?

מדדי איכות, ללא כל קשר לחשיבותם הרבה בשיפור תוצאים ביו-רפואיים וללא ויכוח לגבי נחיצותם, יוצרים לעיתים מצב בו גישת המטופל במרכז לא יכולה להתממש באופן מיטבי. בסקרים שונים שנערכו בארץ (7) ובבריטניה (8) הודגם כי מתן תשומת לב בלתי מותאמת לאספקט בטיפול שאינו תואם את צרכי המטופל במפגש הטיפולי, גורם לתוצאות לא רצויות ולראיה צרה ומוכוונת מטרה של המטופל. רוב הרופאים בסקר שבוצע בארץ חשבו שהעיסוק במדדי איכות בא על חשבון דברים

אחרים, ולוקח מהזמן שמוקדש לתמיכה במטופל.

המלצות

נראה כי ניתן לשפר זאת על ידי התייחסות יזומה לפער שנוצר, על ידי מתן הסבר מצד הגורם המטפל לרציונל העומד בבסיס דרישת המערכת, או לחילופין לשנות באופן מאורגן שיטות עבודה שיצמצמו את הפער או יאפשרו פלטפורמה אחרת להתייחסות לאספקטים שונים בטיפול. על מנת שהמטופל ירגיש במרכז עשייתו של הצוות הטיפולי, יש להטמיע בתוך שיטת העבודה של המפגש הטיפולי התייחסות לאג'נדה שעמה מגיע המטופל למפגש.

יש לבחון מחדש את תהליכי העבודה במערכת הבריאות כולל:

- הסתכלות מחודשת על תהליכים אדמיניסטרטיביים קיימים (תהליכי עבודה במוקד זימון תורים, תזמון וזרימת העבודה במחלקת אשפוז).
- שילוב מטופלים בתהליך קבלת ההחלטות, החל מקבוצות מיקוד כשגרת עבודה, גיוס נציגי מטופלים לבחינת תהליך, "ועדת מטופלים" ארגונית ושילוב קבוע בפורומים מקומיים עד אסטרטגיים.
- הפקת סט מדדים שהם תוצר של היגדים שנולדו בכנס.

דיון שני - כלים ומיומנויות לקידום פרקטיקה של המטופל במרכז

* הטקסט המצורף נכתב בשיתוף ניכר של גלית נויפלד-קרושינסקי.

טיפול ממוקד אדם, מוגדר כטיפול שמכבד ונענה להעדפות, צרכים ורצונות של מטופלים כדי לאפשר להם לקבל החלטות שיתאימו בצורה הטובה ביותר לנסיבות החיים האישיות שלהם (9). זהו טיפול המושתת על התפישה על פיה יש להתייחס למטופלים, כבני אדם ייחודיים, הראויים לכבוד מלא (10).

טיפול ממוקד אדם שם לעצמו את המטרות הבאות:

- חיזוק/שיפור מערכת היחסים בין המטפל-למטופל (ולבני משפחתו כשזה נכון ומתאים).
- קידום התקשורת ביחס לדברים שמשמעותיים עבור הפרט, המטופל.
- סיוע למטופל להבין טוב יותר את מצבו הבריאותי.
- איפשור מעורבות גבוהה יותר שלו בטיפולו וביצוע בחירות מושכלות.

המציאות כיום הינה מאתגרת עבור יישום טיפול בו המטופל במרכז. מגוון סיבות מובילות לאתגרים אלו וביניהם, שחיקה משמעותית בקרב הצוותים המטפלים (רופאים, אחיות, מקצועות פארארפואיים ואחרים), כאשר אחת הסיבות לכך היא העומס הרב הקיים ומתעצם במערכת על נותני השירות. סיבה נוספת היא הפער המשמעותי בתשתיות המביא לצפיפות קיצונית בעיקר במחלקות האשפוז בבתי החולים, המקשה על היכולת לתת שירות אישי, מכבד, בו המטופל במרכז. הדיון נועד לזהות אילו מיומנויות והכשרות צריכות להיות מיושמות על מנת לאפשר טיפול מיטבי בו המטופל במרכז.

מיומנויות הנדרשות לקידום טיפול בו המטופל במרכז והצעות לתוכנית הכשרה

הפרוצדורה הרפואית השכיחה ביותר במהלך עבודתו המקצועית של רופא היא הראיון הרפואי. במהלך עבודתו יקיים הרופא למעלה מ-200,000 ראיונות רפואיים בהם ישתמש במיומנויות בינאישיות לבניית קשר ומיומנויות תקשורת לאיסוף מידע ושיתוף במידע ובהחלטות (11). מיומנויות התקשורת המקדמות טיפול בו המטופל במרכז הינן בעלות מאפיינים ייחודיים אשר שמים להם למטרה לבנות קשר של אמון, להגביר את ההבנה של מטפלים ביחס לצרכים האישיים, תפיסות העולם, הרצונות והערכים של המטופלים ולהנגיש מידע כדי לאפשר להם להיות

שותפים ומעורבים בטיפול שלהם. מדובר במיומנויות מורכבות הכוללות הקשבה, איסוף נתונים, מתן מידע מורכב במילים פשוטות, הכלת רגשות, גמישות והתאמה לאדם שעומד מולך, חוסר שיפוטיות ואמפתיה וכבוד למטופל ולמשפחתו. למעשה, מטופלים זקוקים לצוות רפואי בעל מיומנויות תקשורת ממוקדות מטופל ברמה מצוינת.

תקשורת של טיפול בו המטופל במרכז הינה בעלת השפעה חיובית על מגוון תוצאות חשובות לאיכות הטיפול (12-14). לינסון ועמיתיה (13) סקרו נושא זה ומצאו שתקשורת איכותית קשורה לשביעות רצון מטופלים, דבקות/הענות לטיפול המומלץ/נבחר, ושיפור מיומנויות הניהול העצמי של מחלתם (14-22). לדוגמה, מחקרים עדכניים הוכיחו שתקשורת ממוקדת מטופל משפרת תוצאות קליניות של ניהול סוכרת, לחץ דם גבוה וסרטן (17, 23-24). לעומת זאת, תקשורת בעייתית בה המטופל לא במרכז קשורה בעלייה בסיכון שמטופלים יתבעו את הרופא שלהם על רשלנות (25). למעשה התלונות התכופות ביותר של חולים הן שהרופאים לא מקשיבים לדאגותיהם, שלא אכפת להם מהבעיות שלהם, או שהם לא מספקים להם מספיק מידע לגבי הטיפול שלהם (26). לתקשורת בה המטופל במרכז יש גם השפעות חיוביות על הצוות הרפואי - תחושת מחויבות ומעורבות, שביעות רצון, הפחתה בתחושת העומס והלחץ וירידה בסיכון לתביעות (27).

אולם, על אף העובדה שתקשורת בה המטופל במרכז הינה מיומנות חיונית וניתנת ללמידה, (13, 28) - היא זוכה רק למעט הכשרה פורמאלית. בישראל, הוראת מיומנויות אלו והגישה הממוקדת מטופל נלמדות בעיקר בבתי הספר לרפואה בשנים הקדם קליניות (29-30). אין כמעט המשכיות ורציפות בהכשרות אלה בשלבים המתקדמים יותר של ההכשרה המקצועית. הבעיה החמורה יותר היא שבשנים הקליניות הסטודנטים נחשפים לדמויות לחיקוי שלא זכו בעצמם להכשרה כזו ולעיתים פועלים בדרכים שלא דווקא תואמות את גישת המטופל במרכז (31-33). חשיפה לדמויות לחיקוי אלו יוצרת תחושה בקרב הסטודנטים שהשלו אותם בשלבי ההכשרה המוקדמים ושהמציאות מחייבת התנהגות שאינה שמה את המטופל במרכז.

לכן, הוראת המיומנויות והגישה בה המטופל במרכז צריכה להתחיל בעבודתם של אנשי החינוך הרפואי בבתי הספר לרפואה ולהמשיך באופן רציף וקוהרנטי בהתערבויות יזומות בכל שלבי ההכשרה המתקדמת (Continuing Medical Education) ובמהלך העבודה המקצועית בבתי החולים והקהילה. ההכשרה המתמשכת חיונית כיוון שמיומנויות נכחדות ואחרות, פחות טובות, נרכשות והופכות

להרגל. האחריות להכשרה זו צריכה לכלול הכשרה אקדמית (בתי ספר לרפואה, בתי ספר לאחיות ותוכניות הכשרת צוות רפואי אחר) כמו גם את ארגוני הבריאות השונים - בתי החולים, קופות החולים, קובעי המדיניות ומשרד הבריאות.

ההכשרה המתמשכת למיומנויות התקשורת צריכה לכלול הבנה תיאורטית הכוללת ידע תיאורטי בנושא כולל:

- הכרות עם מודלים מבוססים להוראת תקשורת.
- למידת ותרגול מיומנויות (במשחקי תפקידים, סימולציות עם שחקנים).
- למידת מיומנויות הבדיקה העצמית והרפלקציה על יכולות אלו (משוב עצמי, משוב עמיתים, משוב ממומחה לתקשורת).
- הערכה ומשובים מתמשכים כדי לשמר ולשפר את המיומנויות בפרקטיקה היומיומית (שחקנים מדומים בקליניקה ומשוב שלהם, משוב מומחים על צילומי מפגשים עם מטופלים, קבלת וניתוח משובי מטופלים).

ההכשרה צריכה לכלול הוראת מיומנויות בסיסיות - כגון הקשבה ושאלת שאלות בראיון הרפואי, התמודדות עם אתגרי תקשורת מורכבים כמו קבלת החלטות משותפת, מתן בשורה מרה, כתיבת הנחיות מקדימות בפסיכיאטריה או בסוף החיים והתנצלות על טעות רפואית.

מוטב שההכשרה תתבסס על מודל שפוחח והוכח כאפשרי וישים, כזה הפועל במבנה של המפגש הרפואי, בין אם במרפאות ובין אם בבתי החולים, וכולל מיומנויות בסיסיות ומתקדמות שהוכחו כבעלי השפעה חיובית. מודל כזה, המיושם במקומות רבים בארה"ב וכעת גם מתחיל באירופה הנו מודל ארבעת ההרגלים (28). מודל ארבעת ההרגלים מתמקד במבנה ראיון שאמור לכלול ארבעה שלבים: השקעה בפתיחה, הכרות עם הפרספקטיבה של המטופל, הבעת אמפתיה והשקעה בסוף המפגש (ראה טבלה של המודל כנספח א). המודל, שיושם בארה"ב כלל הן את המודל הכללי והן התאמות ספציפיות לצרכים ייחודיים של יחידות שונות (כגון רפואת חירום), כמו גם מודל מורחב של חמישה ימים לרופאים שקיבלו הערכות תקשורת מאוד שליליות של מטופלים (34). המודל הוטמע כחלק מהאוריינטציה ותהליך הקליטה של רופאים שונים בבית החולים, וכך הפך לחלק מהתרבות הארגונית. מחקר נורווגי הדגים שניתן ללמדו במשך יומיים אינטנסיביים והוא בעל השלכות חיוביות (35).

כבכל מיומנות אחרת, אימון חד פעמי, סדנה כזו או אחרת, אינה מספיקה ולאחריה

חשוב לבנות התערבויות מתמשכות שיטפחו וישמרו את המיומנויות הנרכשות. התערבויות מתמשכות יכולות לכלול תיעוד מפגשים אמיתיים עם מטופלים ומתן משוב על מיומנויות התקשורת במפגש, וכן שימוש בהערכה ואימון "פתע" של מטופל מדומה במרפאה, התערבות זו מתרחשת בתוך המרפאה, באופן המדמה את המציאות בצורה האוטנטית ביותר, ומאפשר קבלת משוב מידי הן מהשחקן והן משוב מאוחר יותר מאיש מקצוע בזכות הצפייה בהקלטה. ביצוע תהליכי למידה אלו מאפשרים לרופא להתבונן בעשייתו ולהבין מה הוא מיישם וכיצד זה משפיע על התנהלות המפגש וחווית המטופל. תהליך כזה מאפשר גם פיתוח יכולות רפלקטיביות של התבוננות ובחינה עצמית למען שיפור בעתיד.

בהקשר זה, בשנים האחרונות יש הכרה גוברת בחשיבות של פיתוח יכולות רפלקטיביות. נמצא שרופא בעל יכולת רפלקטיבית מסוגל, על פי רוב, להתמודד טוב יותר עם מצבים מורכבים ומאתגרים, לזהות בעיות של חוסר במקצוענות, לתפקד בתוך צוות רפואי, לאתגר "אמיתות" מובנות מאליהן ולחפש אחר משוב בונה במטרה לקדם את ההתפתחות המקצוענית שלו (36-39). יכולות אלו חשובות ביותר על מנת לאפשר לרופא להבין טוב יותר את המפגש הרפואי מנקודות המבט השונות (40) ולאפשר תשומת לב לרגשות שלו עצמו ושל המטופל ומשפחתו. יכולתו של המטפל להבין את המורכבות והדילמה במפגש הרפואי ובהתמודדות היומיומית עם מחלה היא קריטית למתן טיפול בו המטופל במרכז. יכולת רפלקטיבית מאפשרת למטפלים לזהות מה קורה להם עם מטופלים שונים, מה עובר עליהם ועל מטופליהם במפגש הטיפולי כמו גם להבין מדוע הם הגיבו בעוינות או היו קצרי רוח, מדוע המטופל פרץ בבכי או מדוע המטפל תקשר באופן שבו הוא לא כיבד את צורכי, רצונות והעדפות המטופל ובכך פגע במתן טיפול בו המטופל במרכז.

כדי לאפשר יישום משמעותי על ההתערבות יש צורך קודם כל בתמיכת ההנהלה הבכירה והחלטה שלהם להשקיע בתחום ההכשרה למיומנויות תקשורת. כדי ליישם את ההכשרות באופן משמעותי חשוב מאוד להשקיע בהכשרת קבוצה איכותית של אנשי מקצוע מתוך הארגון עצמו שיובילו את התהליך בארגון ויבצעו בו את ההכשרות של כלל הצוותים הרפואיים (34). אנשים אלו, שיכללו הן רופאים והן אנשי מקצוע מתחום התקשורת או עבודה סוציאלית, יעברו הכשרה מקיפה - כדוגמת Train the Trainer של הארגון האמריקאי לתקשורת ברפואה (41), ולאחריה הם יבצעו את ההכשרות בתוך הארגון כגון בית החולים או קופות החולים. קבוצה זו תוכל לבצע הן את ימי ההכשרה/הוראה הייעודיים והן את ההכשרות המתמשכות.

המלצות

הכשרות וכלים לקידום תהליך קבלת החלטות משותפת:

- יש צורך קודם כל בתמיכת ההנהלה הבכירה והחלטה שלהם להשקיע בתחום ההכשרה.
- חשוב להשקיע בהכשרת קבוצה איכותית של אנשי מקצוע מתוך הארגון עצמו שיובילו את התהליך ויבצעו את ההכשרות של כלל הצוותים הרפואיים.
- הכשרה ביישום המודל של תהליך קבלת החלטות משותפת תוך דגש על החלטות נפוצות עמם מתמודדים מטופלים ואנשי המקצוע כדי להגיע להטמעה בשגרה.
- פיתוח כלים להעצמת המטופל (Patient Empowerment) וקידום מעורבותו בטיפול.
- קודם למפגש - הכנה לקראת המפגש הטיפולי, שימוש בכלים שונים כהכנה והתכוננות לקראת המפגש.
- בזמן המפגש - פיתוח כלים לעידוד מעורבות מטופלים.
- בתוך ומחוץ לחדר הטיפולי - פיתוח כלים למתן מידע בצורה ברורה ומותאמת (בהסתמך על מודלים מוצלחים מהעולם).
- פיתוח מקורות מידע מהימנים בשפות הרלוונטיות.
- פיתוח טכנולוגיות הכוללות תיעוד משתנה של רצונותיו והעדפותיו של המטופל והתנהגות בריאות (מצב רוח, מדדים...), תזכורות ממוחשבות, שיתוף המטפל במידע.

קידום תהליך קבלת החלטות משותפת (Shared Decision Making)

בשנים האחרונות חל שינוי בציפיות לגבי האופן בו מפגשים בין אנשי מקצוע מתחום הבריאות לבין מטופלים צריכים להתקיים. ממפגשים בעלי אופי פטרנליסטי, בהם איש המקצוע הוא בעל הידע, המומחיות והסמכות הבלעדית לקבל את ההחלטות שתהיינה הכי טובות עבור המטופל, לעבר תפיסה של שותפות ומפגש בין שני מומחים (42): האחד, איש המקצוע, בעל המומחיות בנושא המחלה, דרכי הטיפול האפשריות, ותופעות הלוואי של הטיפולים השונים; והשני, האדם המתמודד עם בעיה (המטופל), שהוא בעל הידע לגבי חוויות החיים עם החולי, ערכיו, תפיסותיו, שאיפות חייו ורצונותיו (43). בעבר היה נהוג שאיש המקצוע יחליט באיזה מידע הוא משתף את המטופל, מתי ואיך ואיש המקצוע הוא זה שקבע את סוג הטיפול הנדרש. היום חל שינוי לעבר שיח בין השניים הכולל שיתוף הדדי, בקצב המותאם לרצונות המטופל ושקלול ההחלטה לגבי סוג הטיפול בהתבסס על הידע והניסיון של איש המקצוע יחד עם הידע של המטופל, העדפותיו, צרכיו וערכיו.

אחת הדרכים לקדם טיפול ממוקד וליישמו הוא על ידי התמעט תהליך קבלת החלטות משותפת (Shared Decision Making - SDM). תהליך קבלת ההחלטות המשותפת הינו תהליך אינטראקטיבי שבאמצעותו מתקיים דיון ומשא ומתן ומתקבלת החלטה לגבי התוכנית הטיפולית. התוכנית הטיפולית שתבחר משלבת בין הצרכים הבריאותיים לערכים ולהעדפות של היחיד. התוכנית הטיפולית כוללת התייחסות לתוכנית חייו, לציפיות ועמדותיו של המטופל (43-45).

תהליך קבלת החלטות משותפת מחייב כבוד לחופש הבחירה והאוטונומיה של המטופל - הן ביחס למידת השותפות/מעורבות הרצויה והן ביחס לבחירת המעורבים הנוספים בהחלטה, כמו בני משפחה, שיתוף בידע, מידע ועמדה. הרופא/איש המקצוע מלמד את החולה על המחלה, אפשרויות הטיפול השונות והשלכותיהן, והמטופל מלמד את הרופא/איש המקצוע לגבי עצמו, לגבי ההתנסות והניסיון שלו עם המחלה, הפחדים והחששות שלו, תוכנית חייו, מטרותיו, רצונותיו ושאיפותיו המנתבים אותו בעת ההתלבטות על סוג הטיפול המועדף. תהליך זה כולל מתן ואיסוף מידע אובייקטיבי (ביחס לאפשרויות הטיפוליות) וסובייקטיבי (ביחס למשמעויות שלהן על הפרט להעדפות ורצונות), תוך מתן זמן ומקום להתלבטות, משא ומתן ופשרה. השלב האחרון של תהליך זה כולל קבלת ההחלטה, בין אם על ידי איש המקצוע לאחר שאסף את כל המידע הרלוונטי, ובין אם על ידי איש המקצוע והמטופל או רק המטופל (42).

היישום של קבלת החלטות אינו משימה פשוטה, כיוון שהוא דורש נכונות ומעורבות של שני הצדדים לשתף במידע ולהשתתף באחריות להחלטה. היישום של קבלת החלטות משותפת כולל זיהוי הזדמנות למעורבות של המטופל, בחינת מידת המעורבות הרצויה למטופל והתאמה אליה, מתן מידע מורכב בצורה פשוטה, הקשבה למידע האישי והכנסתו במערך השיקולים ויצירת מרחב החלטה שתאפשר נטילת אחריות ומחויבות לטיפול. הקושי המרכזי ביישום נובע מכך שאין דרך אחת המתאימה לכל מטופל - לא בבחירת הטיפול ה"טוב" ביותר ולא בבחירת מידת המעורבות הנדרשת. הבנה זו מחייבת גמישות, התאמה ושיח פתוח על המעורבות הרצויה, על האפשרויות הקיימות והשיקולים הנלווים, על הטיפול ה"טוב ביותר" עבורו ועל האחריות הנלווית להחלטה (42). למעשה, לא מדובר רק בהעברת ידע ומידע, אלא בעיקר בתהליך של דיאלוג, שיתוף ושיח.

תהליך קבלת החלטות משותפת דורש מגוון פעולות ומיומנויות. ביניהן, פיתוח שותפות עם האדם, למידת ההעדפות של אנשים לכמות המידע הדרוש להם,

התפקיד הרצוי שלהם בקבלת החלטות, וידוא הבנת הרעיונות, חששות וציפיות של מטופלים, זיהוי האפשרויות הקיימות (כולל דברים שהאדם עצמו מעלה) לאור כל הנתונים, הצגת ממצאים על האפשרויות הטיפול השונות (לפי המידה בה האדם מעוניין), סיוע בזיהוי המשמעויות של האפשרויות השונות; קבלת החלטה משותפת (ניהול משא ומתן); קבלת החלטה על הצעדים הבאים וארגון תהליך המעקב (46).

על אף ההכרה הגוברת בחשיבות המודל ויישומו המשמעותי בחו"ל, ישראל עדיין לוקה בחסר בשימוש ובפיתוח המודל ואף בהערכתו (47-48). ככל הידוע לנו, פרט להתערבות אחת שפותחה לאחרונה בבריאות הנפש והראתה תוצאות מצוינות (49), חסרים כיום כלים להבניית שיח משתף. יש להמשיך לפתח וליישם את המודל שיאפשר למטופלים להיות יותר קשובים, מיידעים, אמפטיים, כאלו שמשתמשים פחות באוטוריטה ויותר בשותפות, שיתוף פעולה וסולידריות.

במקביל יש צורך לעודד את המטופלים להיות יותר פעילים ומעורבים בטיפול של עצמם ולשינוי תבניות התקשורת הנפוצות בהן הרופאים שלטו בתקשורת ובהתרחשות בחדר הטיפול. למעשה, מעורבות מטופלים בתקשורת היא אמצעי חשוב לקידום בטיחות המטופל, כמו גם אמצעי חשוב להגברת האחריות האישית לבריאות לעבר ניהול עצמי מיטבי. עידוד מטופלים להיות מעורבים בטיפול שלהם יכול להיות מיושם על ידי הזמנת המטופלים לשאול ולהבין טוב יותר את מצבם הבריאותי (Ask Me 3) בעזרת השאלות:

1. "מה הבעיה העיקרית שלי?"

2. "מה אני צריך לעשות כדי לטפל בבעיה?"

3. "למה חשוב שאעשה זאת?" (50).

כמו כן ניתן לעודד אותם להיות אקטיביים יותר בעזרת שלוש שאלות:

1. "מה האפשרויות הטיפוליות שעומדות לפני?"

2. "מה היתרונות והחסרונות שלהם?"

3. "מה הסבירות של כל יתרון וחסרון?" (51-52).

בנוסף, ניתן לפתח ולהטמיע שימוש בכלי עזר למתן מידע פשוט וברור למטופלים כמו אלו הקיימים בעולם (Decisional aids). כלים אלו, שניתנים לשימוש בתוך ומחוץ לחדר הטיפול, מפרטים למטופל אודות אפשרויות הטיפול השונות, הסיכונים והסיכויים, היתרונות והחסרונות, ומכינים את המטופל לקראת השיח על אפשרויות הטיפול והשתתפות בקבלת החלטה (53). ההתפתחות הטכנולוגית מהווה גם היא

דרך חדשה ובעלת פוטנציאל להגברת מעורבות המטופלים דרך פיתוח ושימוש בעזרים ואפליקציות חדשניים אשר מאפשרים ניטור ותיעוד של מדדים חשובים כגון רמת סוכר, לחץ דם, מצב רוח וכו'. שימוש בטכנולוגיות אלו יאפשר למטופל לקבל מידע אודות מצבו בצורה שקופה ונגישה, עשוי להגביר את ההיענות שלו לטיפול, ויהווה בסיס לשיתוף הרופא במידע וקיום שיח אודותיו.

תקשורת בכלל, וקבלת החלטות משותפת בפרט, הופכים להיות מורכבים יותר במצבים בהם לא מדובר רק בשיתוף המטופל, אלא עולה גם הצורך לשותף בן משפחה המתלווה אליו בטיפול הרפואי. צורך זה יסקר בחלק הבא.

טיפוח מודל ממוקד מטופל ומשפחה

בעוד שמרבית ההכשרה של רופאים מתמקדות בהוראה של כלים ומיומנויות של מפגש דיאדי של רופא-מטופל, הרי שבמציאות בין 20%-60 מהמפגשים הרפואיים הם במבנה של טריאדה: רופא-מטופל-מלווה (55-56) בהם מטופל מבוגר מלווה על ידי בן משפחה. לבני המשפחה יש לעיתים תפקיד מרכזי בניהול הטיפול בבן משפחתם, בניווט במערכת הבריאות, בסיוע בתקשורת עם המערכת הרפואית (57), בשמירה על בריאותו של המטופל, בעת ההחלטות על הטיפול הניתן לאור ניסיונם, מומחיותם ונקודת המבט הייחודית שלהם, המגיעה מהיכרותם רבת השנים עם בן משפחתם המטופל (58-59), ולעיתים אף בישום התוכנית הטיפולית. על כן ישנה חשיבות גדולה ביצירת קשר ומערכת יחסים עם בני המשפחה, פיתוח של תקשורת יעילה והשותפות. אולם, הרופאים נתקלים פעמים רבות באתגרים שונים בבואם לנסות ליצור קשר ולהגיע לשותפות עם בני משפחה של מטופליהם (57,60).

לנוכחות האדם השלישי במפגש הטיפולי יש השפעות שונות על הקשר הבסיסי שבין רופא ומטופל (21,62-63). לנוכחות עשויה להיות השפעה שלילית על ידי הגבלת ההשתתפות של המטופל, התעלמות ממנו תוך כדי השיח ודיבור עליו בלעדיו, או התעלמות ממנו בעת קבלת ההחלטות לגבי טיפול (63-66). בני המשפחה מגיעים לעיתים למפגשים הטיפולים עם צרכים ייחודיים משלהם (67), והם לעיתים פועלים מתוך אינטרסים שלהם הנוגדים את אלה של המטופל. לנוכחות של בן המשפחה יכולה להיות גם השפעה חיובית בשיפור התקשורת שבין הרופא והמטופל ובעקבות כך העלאת נושאים שהמטופל מתקשה להעלות בעצמו, הגברת המעורבות של המטופל בקבלת ההחלטות, הגברת היענות לטיפול התרופתי, ושיפור בשביעות הרצון (55,68-73).

אחד העקרונות החשובים בשותפות ומעורבות בני משפחה בטיפול, הוא בחינת העדפותיו של המטופל עצמו בנוגע לשותפות זו. ישנה חשיבות רבה להתאמת המעורבות להעדפתו של המטופל, מכיוון שלהתאמה זו עשויות להיות השלכות על היענותו לטיפול, על מידת שביעות רצונו ממנו ואף על הצלחת הטיפול (74). במחקר שנערך בבריאות הנפש ובחן את העדפותיהם של מטופלים בנוגע למעורבות משפחותיהם בטיפול נמצא כי מרבית המטופלים מעוניינים במעורבות בני משפחותיהם בטיפול וכי הם מאמינים שמעורבות זו תסייע להם בהתמודדות עם מחלתם ותסייע לתחושת הרווחה של בני משפחתם (74). לפיכך, התמודדות וניהול של מפגשים בטריאדה זו משימה מורכבת עבור הרופא שצריך למצוא את האיזון שבין עירוב ושילוב בני המשפחה/המלווים בתהליך מבלי למדר/להוציא מהשיח ומקבלת ההחלטות ולאפשר לכל אחד מהמשתתפים להביע את הציפיות והצרכים שלו מהמפגש (67,75).

כאשר מדובר במחלה משמעותית (Critical illness) ישנה השפעה גדולה גם על בני המשפחה כאשר קרוב לרבע עד מחצית מהם יחוו סימפטומים פסיכולוגיים כגון לחץ אקוטי, לחץ פוסט טראומטי, חרדה כללית ודיכאון (76-78). האופן שבו יתנהגו הרופאים ויתקשרו עם המטופל ובני משפחתו נמצא קשור לסימפטומים פסיכולוגיים אלו. על כן עולה החשיבות של תמיכה בבני המשפחה והמלווים במצבים משמעותיים אלו.

כל אלו מובילים לצורך במודל שבו המטופל והמשפחה במרכז. מודל שכזה מתייחס למשפחה כמקור לכוח ותמיכה עבור המטופל, ומכיר במשפחה כפרטנר אינטגרלי יחד עם הצוות הרפואי אשר מעניק פרספקטיבה ומידע הכרחיים לקבלת החלטות קליניות איכותיות (79). מודל כזה הוצע לאחרונה על ידי גאלו ושות' (80) וכולל את המרכיבים הבאים:

1. חינוך של המטופל ומשפחתו על ידי איש המקצוע - איש המקצוע מעניק למטופל והמשפחה מידע רלוונטי (סיבות לבעיה הרפואית, אפשרויות טיפול, השפעות ועוד).
2. שיתוף מידע מהמשפחה לאיש המקצוע - החלפת מידע בין המטופל והמשפחה ללא משא ומתן או קבלת החלטה.
3. תמיכה סוציו-רגשית - תמיכה פורמלית ובלתי פורמלית שניתנת בצורה ישירה ובלתי ישירה (לדוגמה דרך קבוצות תמיכה, רשתות תמיכה) שניתנת על ידי איש

המקצוע למטופל והמשפחה לשם הגברת תחושת היכולת, הגברת הביטחון העצמי, הפחתת חרדה ועוד.

4. התאמת הטיפול לרקע התרבותי של המשפחה - בחינת העדפות והצרכים של המטופל ומשפחתו כדי להתאים טיפול שיהיה מכבד ומותאם (בין היתר דת, אתניות, מגדר, תרבות, מצב סוציאקונומי).

5. קבלת החלטה משותפת - תהליך שיתופי אשר מאפשר למטופל ולמשפחה גישה למידע הדרוש להם בכדי לקחת חלק בטיפול. המידע יכול את אפשרויות הטיפול, הסיכונים והסיכויים. תהליך קבלת ההחלטה יכול שלב של משא ומתן ושיח בין איש המקצוע, המטופל והמשפחה תוך התייחסות למידע הקליני הידוע והעדפות והערכים של המטופל והמשפחה.

כדי ליישמו יש לטפח מיומנויות של ניהול שיח במפגש מרובה משתתפים, מיומנויות הדומות לאלו של טיפול משפחתי.

המלצות

קידום קבלת החלטות משותפת צריכה לכלול:

- הכשרה בתקשורת מקדמת תהליך קבלת החלטות משותפת - כזו שתכלול למידה על העדפות, רצונות וצרכים של האדם, הבהרת מידע על אפשרויות טיפוליות - סיכונים ורווחים, ניהול משא ומתן, הגעה להסכמה משותפת ובדיקה מתי בודקים מחדש (54).
- כלים של העצמת המטופל (Patient Empowerment) וקידום מעורבותו בטיפול.
- פיתוח כלי מידע ברורים (Decisional aids) שניתן להשתמש בהם בתוך ומחוץ לחדר הטיפולי (Mayo Clinic, Option Grid, Common Ground).
- פיתוח טכנולוגיות הכוללות תיעוד מדויק של רצונותיו והעדפותיו של המטופל והתנהגות בריאות (מצב רוח, מדדים...) ואז שיתוף של הרופא במידע ושיח עליו.
- פיתוח כלים לעידוד מטופלים להיות מעורבים - Ask Me 3 מורחב, הכשרות על הכנה והתכוננות לקראת מפגש רופא-מטופל.

שילוב של "שאל אותי 3" עם "שתף אותי..."

8. מה הבעיה העיקרית שלי?
9. מה האפשרויות הטיפוליות שעומדות לפני?
10. מה היתרונות והחסרונות שלהן?
11. מה ההסתברות של כל יתרון וחסרון?
12. מה כדאי שאעשה כדי לטפל בבעיה?
13. למה חשוב שאיישם?
14. איך נדע שזה הצליח? מתי נתכנס שוב?

Gagnon et al., 2010; National Patient Safety foundation, n.d Shepherd et al., 2011; Karnieli-Miller, 2017

הטמעת הכשרות לקידום טיפול בו המטופל במרכז לאורך שנות הלימודים והעבודה:

- לחייב הכשרה מתמשכת של תקשורת בה המטופל במרכז - של כלל הצוותים כולל מנהלי המערכת.
- תפירת חליפת הכשרה ולמידה בהתאם לבשלות המקצועית והרגשית.
- מיומנויות בינאישיות ומיומנויות תקשורת - עם דגש על מודל תקשורת משותף לכל הסגלים (לדוגמה מודל ארבעת ההרגלים) - הכשרה משותפת.
- מיומנויות לניהול מפגשים מאתגרים (בשורה מרה, הודאה בטעות, הנחיות מקדימות).
- דגשים על התאמה תרבותית וארגונית.
- פיתוח יכולות רפלקטיביות והטמעת משוב - צמיחה מביקורת והתמודדות עמה. קבלה, הפנמה ולקיחת אחריות ואחריותיות ומוכנות ללמוד ולהתפתח. כולל טכנולוגיות ממוחשבות.
- קידום עבודת צוות - הכשרה משותפת, פיתוח שפה משותפת, תהליך העברה נכון, מניעת טרטורים.
- מיומנויות של שמירה על עצמך כדי להיות פנוי לעבודה עם האחר.
- פיתוח סרגלים לקידום ויישום של הכשרות התקשורת.

- צוותים אינטגרליים רב מקצועיים בבתי החולים, בקהילה ובמוסדות להשכלה גבוהה, בשיתוף הר"י ואיגודים מקצועיים.
- הצוותים יטמיעו:
 - יום הכשרה מרוכז - מחוייב לכלל הארגון.
 - ליווי ומשוב פרטני מתמשך.
 - נדרש מימון מוסדר, חובת ביצוע.
 - פיתוח מדדים והטמעתם להערכת איכות ההכשרה והיישום.
 - הכשרה מתמשכת לאורך חייו המקצועיים של המטפל.
 - הכשרה כצוות לקידום עבודת צוות.
 - שילוב הכשרה למיומנויות תקשורת לטיפול ממוקד מטופל.
 - הכשרת מטופלים לנציגות במערכת.

נספח א: מודל ארבעת ההרגלים (Stein & Frankel, 1999; Rao et al., 2010)

| Habit | Skills | Techniques & Examples | Pay-off |
|--------------------------------|-------------------------------|---|---|
| Invest in the beginning | Create rapport | <ul style="list-style-type: none"> Introduce self to everyone in the room | <ul style="list-style-type: none"> Establishes a welcoming atmosphere |
| | quickly | <ul style="list-style-type: none"> Acknowledge wait | <ul style="list-style-type: none"> Allows faster access to real reason for visit |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Convey knowledge of patient's history by commenting on prior visit or problem | <ul style="list-style-type: none"> Increases diagnostic accuracy |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Attend to patient's comfort | <ul style="list-style-type: none"> Requires less work |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Make a social comment or ask a non-medical question to put patient at ease | <ul style="list-style-type: none"> Minimizes "Oh, by the way..." at the end of the visit |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Adapt own language, pace, and posture in response to patient | <ul style="list-style-type: none"> Facilitates negotiating an agenda |
| | Elicit the patient's concerns | <ul style="list-style-type: none"> Start with open-ended questions: | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - "What would you like help with today?" or, | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - "I understand you're here for... Could you tell me more about that?" or, | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - "What else?" | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Speak directly with the patient when using an interpreter | |

| Habit | Skills | Techniques & Examples | Pay-off |
|-----------------------------|---------------------------------|---|---|
| | Plan the visit with the patient | <ul style="list-style-type: none"> Repeat concerns back to check understanding | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Let patient know what to expect: "How about if we start with talking more about...then, I'll do an exam, and then we'll go over possible tests/ways to treat this? Sound OK?" | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Prioritize when necessary: "Let's make sure we talk about X and Y. It sounds like you also want to make sure we cover Z. If we can't get to the other concerns, lets..." | |
| Elicit the patient's | Ask for patient's ideas | <ul style="list-style-type: none"> Assess patient's point of view: | <ul style="list-style-type: none"> Respects diversity |
| | | <ul style="list-style-type: none"> "What do you think is causing your symptoms?" | <ul style="list-style-type: none"> Allows patient to provide important diagnostic clues |
| perspective | | <ul style="list-style-type: none"> "What worries you most about this problem?" | <ul style="list-style-type: none"> Uncovers hidden concerns |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Ask about ideas from significant others | <ul style="list-style-type: none"> Reveals use of alternative treatments or requests for tests |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Improves diagnosis depression and anxiety |

| Habit | Skills | Techniques & Examples | Pay-off |
|----------------------------|--|---|---|
| | Elicit specific requests | <ul style="list-style-type: none"> Determine patient's goal in seeking care: "When you've been thinking about this visit, how were you hoping I could help?" | |
| | Explore the impact on the patient's life | <ul style="list-style-type: none"> Check context: "How has the illness affected your daily activities, work, or family?" | |
| Demonstrate empathy | Be open to patient's emotions | <ul style="list-style-type: none"> Assess changes in body language and voice tone | <ul style="list-style-type: none"> Adds depth and meaning to the visit |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Look for opportunities to use brief empathic comments or gestures | <ul style="list-style-type: none"> Builds trust, leading to better diagnostic information, adherence, and outcomes |
| | Make at least one empathic statement | <ul style="list-style-type: none"> Name a likely emotion: "That sounds really upsetting." | <ul style="list-style-type: none"> Makes limit-setting or saying "no" easier |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Compliment patients on efforts to address problem | |
| | Be aware of your own reactions | <ul style="list-style-type: none"> Use own emotional response as a clue to what patient might be feeling | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Take a brief break if necessary | |
| Invest in the end | Deliver diagnostic information | <ul style="list-style-type: none"> Frame diagnosis in terms of patient's original concerns | <ul style="list-style-type: none"> Increases potential for collaboration |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Influences health outcomes |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Test patient's comprehension | <ul style="list-style-type: none"> Improves adherence |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Improves adherence | <ul style="list-style-type: none"> Reduces return calls and visits |

| Habit | Skills | Techniques & Examples | Pay-off |
|-------|------------------------------------|---|--|
| | Provide education | <ul style="list-style-type: none"> • Explain rationale for tests and treatments | <ul style="list-style-type: none"> • Encourages self care |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Review possible side effects and expected course of recovery | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Recommend lifestyle changes | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Provide written materials and refer to other sources | |
| | Involve patient in decision making | <ul style="list-style-type: none"> • Discuss treatment goals | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Explore options, listening for the patient's preferences | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Set limits respectfully: "I can understand how getting that test makes sense to you. From my point of view, since the results won't help us diagnose or treat your symptoms, I suggest we consider this instead." | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Assess patient's ability and motivation to carry out plan | |
| | Complete the visit | <ul style="list-style-type: none"> • Ask for additional questions: "What questions do you have?" | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Assess satisfaction: "Did you get what you needed?" | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Reassure patient of ongoing care | |

דיון 3 - טיפול ממוקד אדם ברמה הארגונית

"כאשר מטופלים משתתפים בצורה פעילה יותר בתהליכי הטיפול הרפואי, בידינו לייצר מערכת בריאות איכותית יותר, עם תוצאים טובים יותר, עלויות נמוכות יותר, פחות טעויות רפואיות ומטופלים בריאים ומאושרים יותר. המטרה של כל תהליך לשיפור איכות הטיפול צריכה להיות - לא בתי חולים טובים יותר, לא מרפאות טובות יותר, לא מערכות מידע משוכללות יותר, אלא מטופלים בריאים ומאושרים יותר" (81).

דבריו אלה של ד"ר צ'רלס ספרן מאוניברסיטת הרווארד ויו"ר האיגוד האמריקאי לאינפורמטיקה רפואית מצוטטים בכל מסמך הנוגע לטיפול ממוקד אדם, אך האם ארגונים באמת בשלים לפעול לפי המלצתו?

ארגונים במערכת הבריאות מתנהלים סביב ההנחה שמצופה מהמטופל להתאים את עצמו לתהליכים ושיגרות של הארגון. טיפול ממוקד אדם מוגדר כדרך חשיבה ועשייה שמתייחסת למטופלים כשותפים שווים בתכנון, פיתוח וניטור הטיפול. כדי שארגונים יהפכו לממוקדי אדם, יש צורך להגדיר את תהליכי העשייה בתוך הארגון תוך שילוב מטופלים בבנייתם, יצירת עבודה משותפת עם המטופלים ומשפחתם ותפיסתם כמומחים (82). במילים אחרות - לעשות דברים עם אנשים ולא בשביל אנשים.

על פי מסמך שפורסם בתמיכת ה-Commonwealth Fund העוסק בטיפול ממוקדם מטופל ברמה הארגונית, קיימים מספר עקרונות בסיסיים שצריכים להוביל את הארגון (83):

- מנהיגות ומחויבות מרמת המנכ"ל, ההנהלה ומטה.
- אסטרטגיה ברורה המשודרת לכלל הארגון בהתמדה.
- שיתוף המטופל ומשפחתו בכל רמות הארגון, כולל ועדות היגוי.
- טיפול במטפל - סביבת עבודה המתייחסת לעובדים בכבוד המצופה מהם כלפי המטופלים.
- מדידה ומשוב שיטתיים.
- איכות הסביבה הבנויה - עיצוב סביבה תומכת ונעימה למטופלים ולעובדים.
- טכנולוגיה תומכת המגייסת מטופלים ומשפחות תוך תקשורת עם המטפלים.

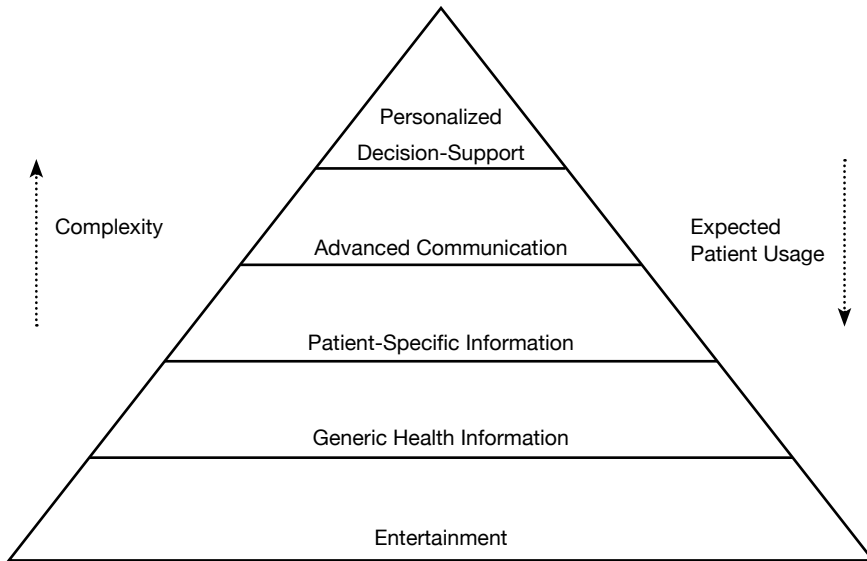
כדי לקדם שינוי ברמה הארגונית חשוב לנקוט באסטרטגיות לחיזוק היכולת הארגונית לאמץ הטמעה של טיפול ממוקד מטופל על ידי פיתוח מנהיגות ארגונית והכשרת עובדים, שימוש בתגמול, ואימוץ כלים מוכחים מדעית (83). המרכיבים החשובים ביותר בארגון ממוקד אדם, המבוססים על עקרונות שהותוו על ידי ה-Picker Institute (84-86), הם:

1. התייחסות לערכים, העדפות וצרכים ממוקדי מטופל.
2. קואורדינציה ואינטגרציה של הטיפול במעברים בתוך הארגון ובין ארגונים.
3. מידע, תקשורת וחינוך המאפשרים אוטונומיה וטיפול עצמי.
4. נוחות פיזית כולל מדידת כאב וסביבה נוחה.
5. תמיכה רגשית ויצירת מערכת יחסים מבוססי אמון בין מטפלים למטופלים.
6. מעברים והמשכיות - מידע המאפשר מעברים קלים בין מסגרות.
7. נגישות וזמינות (Access).

בעשור האחרון בוצעו מחקרים רבים, רובם מחקרים איכותניים, שבחנו את התפיסה של המטופלים לגבי המרכיבים החשובים להם במערכת הבריאות, וספציפית בסביבה הטיפולית שלהם. המשתנים החשובים ביותר (מתוך מחקרים) התורמים לטיפול ממוקד מטופל (82-83,85-86):

- הכרת המטופל והתייחסות לאינדיבידואליות שלו.
- הכרה בכך שהמטופל מומחה לגבי מצבו.
- אחריות משותפת.
- גישה הוליסטית.
- שירותים גמישים ונוחים לניווט.
- סביבה ארגונית פיזית, תרבותית ופסיכוסוציאלית התומכת בטיפול ממוקד מטופל.
- צוות בעל מודעות שיכול לתמוך בטיפול ממוקד מטופל.

אחת המגבלות המשמעותיות בפרק זה היא העובדה שקיים מיעוט מחקרים העוסקים בטיפול ממוקד אדם בסביבת הטיפול השלישוני. בסקירה מעמיקה של מחקרים העוסקים בטיפול ממוקד אדם במתקני אשפוז נמצא כי סביבה זו מאתגרת במיוחד לתהליכי העצמת מטופלים (87). הפערים המשמעותיים ביותר נמצאו בתחום המידע ושיתוף בקבלת החלטות. המחברים מציעים מודל להעצמת מטופלים מבוסס טכנולוגיות מידע:



להלן טבלה המסכמת את המרכיבים המרכזיים הנדרשים לטיפול ממוקד אדם ברמה הארגונית על פי שלושה מימדים: הממד הבין-אישי - מערכת היחסים בין המטופל ומשפחתו לבין הארגון על כל רמות הממשק, הממד הקליני - דרכי מתן הטיפול ותהליכי קבלת החלטות טיפוליות, והממד המערכתי (8).

| ממד בין אישי (מערכות יחסים) | ממד קליני (אספקת השירות) | ממד מבני (תכונות המערכת) |
|---|---|---|
| תקשורת הקשבה אמון, תקשורת ברורה מותאמת מטופל שיתוף משפחה וקרובים | תמיכה בהחלטות קליניות קבלת החלטות משותפת על בסיס ראיות עדכניות והעדפות המטופל תמיכה בניהול עצמי | סביבה מבנית סביבות נוחות ונעימות התאמה לצרכי המטופל, המטפל והמשפחה דגש על ניווט קל במערכת |
| הכרת המטופל שימוש במידע הוליסטי לטובת תקשורת יעילה מאפשרת מערכות יחסים מרפאות | תיאום ורצף טיפולי ניהול מעברים ומסירת מידע בצורה רציפה קשרים עם משאבים קהילתיים | נגישות הטיפול קביעת תורים בקלות זמני המתנה מיטביים השתתפות עצמית תיאום, עקביות יעילות |
| עבודת צוות תגובתיות של הצוות לצרכי המטופל ומשפחתו הכרה בהשפעת פעולות המטפלים והצוות על תפיסת הבריאות | סוגי ממשק התאמה לביקורים וירטואליים/טלפוניים/מייל שיטות תגמול מותאמות לממשקים מותאמי מטופל | טכנולוגיית מידע תמיכה במטופל ובמטפל לפני, במהלך ואחרי ביקור ניטור דינמי של העדפות, ערכי וצרכים של המטופל אספקת כלים לניהול עצמי |

הבעיות

פערם בין הרצוי למצוי

1. בארגוני הבריאות בישראל מורגשת עליה בעשור האחרון במודעות לצורך להתאים את המערכת לצרכי המטופלים. שינוי זה חל בעיקר על ארגוני הבריאות בקהילה (קופות החולים) ופחות בבתי החולים, בדומה למצב בעולם. הסיבות לשינוי נובעות בעיקר מחוסר האונים של ארגוני הבריאות מול העלייה בתחלואה הכרונית, וההבנה שללא גיוס המטופל לתהליכי שינוי לא יתכן מיתון בעליה בתחלואה ובסיבוכיה, שבעיקר נובעת מאורח חיים יושבני ולא בריא, ואי-היצמדות להמלצות

טיפוליות. בנוסף, התחרות בין הקופות במציאות של חברה חשופה למידע רב ורצון לשלוט בבריאותה מובילה את הקופות ליצירת מסרים שיווקיים הנותנים תחושה של העצמה, גם בשפה וגם במסר. הסיבה השלישית היא העלייה בקשב ובמודעות במשרד הבריאות לנושא של התאמה תרבותית וצמצום פערים, שהובילה להפצת נהלים בנושא, ולמיסוד מוקד הנגשה לשונית ברמה הלאומית.

האתגר העיקרי היום הוא מציאת פתרונות פרקטיים ושימיים ליצירת תהליכים מובנים ואחידים בארגוני הבריאות המבוססים על עקרונות מרכזיות המטופל.

2. יחד עם עקרונות העצמת המטופל אנו נתקלים בשאלות אתיות משמעותיות (3). העדפות המטופלים לא תמיד מקבילות להמלצות המטפלים או להחלטות המערכת, המבוססים על הערכת יתרונות הטיפול מול חסרונותיו. קיימת לעיתים סתירה בין אספקת טיפול יעיל ומועיל לבין הרצון או הצורך לכבד את העדפות המטופלים. בנוסף, כל ארגון צריך לקחת בחשבון את ההשלכות הכלכליות של ההמלצות הטיפוליות על אוכלוסיית המטופלים כולה. יש צורך לתחקר את הפערים הללו, וליצר "מרשם" לתהליכי קבלת החלטות המשתפות מטופלים ברמת האסטרטגיה, וברמת הפרט. בנוסף, הצורך לשלב מטופלים בתהליכי קבלת החלטות הארגוניות הוא נושא מורכב. גם כאשר משתפים מטופלים אנו בורחים לאזור הנוחות ונוטים לשתף את ה"חזקים" מתוך ה"חלשים": מובילים בארגוני מטופלים, מטפלים שהפכו למטופלים, ומובילי דעה. גם בכנס הזה, העוסק במרכזיות המטופל- לא משתתפים מטופלים בדיוני ההכנה, ובוודאי לא החלשים שביניהם.

3. אנו נמצאים במדינה מאתגרת במיוחד מבחינת רב-התרבותיות והפערים הכלכליים, גאוגרפיים, חברתיים ותרבותיים בין קבוצות באוכלוסייה. ריבוי הקבוצות מיותר מציאות שבה ארגונים מתקשים לבנות תהליכים אחידים ומסודרים תוך מקסום הפוטנציאל הטכנולוגי ולהתאימם לקבוצות שונות באוכלוסייה.

האסטרטגיה המוצעת לשינוי

הטבלה הבאה מתארת את ההמלצות של הקבוצה לשינויים הנדרשים כדי לייצר ארגונים ממוקדי אדם במערכת הבריאות הישראלית:

| כיווני פעולה | סביבה ארגונית |
|--|---|
| פיתוח סטנדרט מקצועי (בדומה להנחיות קליניות) בנושא טיפול ממוקד מטופל תוך שיתוף מטופלים בתהליך; יצירת תרבות שיח באמצעות הדרכה ותשתית מקוונת לאיסוף מנוהל של מידע על חששות/חרדות, צרכים והעדפות המטופל (לדוגמה- תמיד שואלים מה המטופל חושב שיש לו); מינוי גורם מתכלל בארגון. | תרבות ארגונית |
| Patient Centered Medical Home "בית רפואי" עם צוות רב מקצועי. | סביבה מותאמת לצרכי המטופל, המטפל והמשפחה |
| שילוב מטופלים בתהליך קבלת ההחלטות על שירותים. | דגש על ניווט קל במערכת |
| כיווני פעולה | נגישות הטיפול |
| הוספת מקצועות חדשים ב"בית הרפואי": ;Nurse Practitioner ;Health Coach מתאמות בריאות אישיות; עוזרי רופא/ עוזרי אחות; בניית מערך זיהוי ותמיכה בתהליכי בירור וטיפול לא שגרתיים או מורכבים - ב"בית הרפואי" וברמה הארגונית; מרכזי מצוינות בקהילה מקושרים ל"בית הרפואי". | קביעת תורים בקלות זמני המתנה מיטביים השתתפות עצמית מותאמת למצבי תחלואה ומשתנים דמוגרפיים תיאום, עקביות יעילות ונגישות הטיפול |
| כיווני פעולה | טכנולוגיית מידע |
| בניית מערכת ניטור (Tracking) של מסלולים שונים במערכת: מצב אקוטי הדורש בירור מורכב; אבחנה חדשה של מחלה משנת חיים; המשך טיפול אחרי שחרור מטיפול שלישוני; הרמת "דגל אדום" והכוונה לעוזר/מסלול ניווט מותאם למצב. | תמיכה במטופל ובמטפל לפני, במהלך ואחרי ביקור |
| איסוף מקוון ושיקוף בולט בתיק הרפואי של מרכיבים פסיכוסוציאליים אישיים; מצב משפחתי/ מערכת תמיכה; צרכים מיוחדים, נכות, מצב נפשי. | ניטור דינמי של העדפות, ערכי וצרכים של המטופל |
| מערכת ניווט ארגונית (Health Waze) דינמית ולומדת; פיתוח מסלולים קליניים מקוונים והנגשתם לפי צורך. | אספקת כלים ומידע לניהול עצמי |

המלצות

- בחינת ישימות מודל ה"בית הרפואי" ברמה הלאומית.
- התמקדות ברצף הטיפול.
- בחינת קידום Case Management.
- הוספת מקצועות חדשים למערכת (Nurse practitioner מלווי מטופלים בצמתים מורכבים, עוזרי רופא ומזכירות רפואית), והעברת משימות בין מטפלים למקסום הפוטנציאל המקצועי.
- תשתית ממוחשבת המבוססת על עבודת צוות - שקיפות בצוות הטיפולי, ובין מוסדות.
- יצירת תשתית לתקשורת מילולית בהעברת מטופלים במצב מורכב.
- ברצף הטיפולי - התייחסות למטופל והמלווה גם כווקטור מתווך במעברים.
- כדי לקדם את נושא המטופל במרכז יש צורך במנהיגות ומחויבות מרמת המנכ"ל, הועד המנהל והמטה.
- אסטרטגיה ברורה המשודרת לכלל הארגון בהתמדה.
- שיתוף המטופל ומשפחתו בכל רמות הארגון, כולל ועדות היגוי.
- טיפול במטפל - סביבת עבודה המתייחסת לעובדים בכבוד המצופה מהם כלפי המטופלים.
- מדידה ומשוב שיטתיים.
- איכות הסביבה הבנויה - עיצוב סביבה תומכת ונעימה למטופלים ולעובדים.
- טכנולוגיה תומכת המגייסת מטופלים ומשפחות תוך תקשורת עם המטפלים.

מקורות

דיון ראשון:

1. אתיקה רפואית, כללים וניירות עמדה, פרופ' אבינועם רכס, הר"י 2014.
2. עקרון ההדדיות במפגש הרפואי- בין חובת הגילוי (מטפל) לאחריות המטופל ו"חובת היידוע". עו"ד עדי ניב-יגודה, עלי משפט יג, תשע"ז.
3. יחסי הגומלין בין הרופאים לבין ציבור המטפלים בישראל, פרופ' אבינועם רכס, הלשכה לאתיקה, הר"י, פברואר 2014.
4. The "Handling" of power in the physician patient encounter: perceptions from experienced physicians. Nimmon L, Stenfors-Hayes T. BMC Med Educ. 2016 Apr 18;16:114.
5. גבולות החובה בטיפול הרפואי, הלשכה לאתיקה, הר"י, 2007.
6. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations Laidsaar-Powell, R. C.; Butow, P N; Bu, S.; Charles, C.; Gafni, A.; Lam, W W T; Jansen, J.; McCaffery, K J; Shepherd, H L; Tattersall, M H N; Juraskova, I. Patient Education and Counseling Vol: 91 (1) 2013 Page: 3-13.
7. עמדות רופאי המשפחה ביחס למדדי איכות, מיכל שני ושות', הרפואה, 151:10, אוקטובר 2012.
8. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. BMJ Qual Saf. 2011 Dec;20(12):1057-61.
9. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.

דיון שני:

10. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *The Annals of Family Medicine*, 9(5), 454-46.
11. Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., & Langdon, L. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79, 495-507.

12. Bensing, J., van Dulmen, S., & Bates, K. (2003). Communication in context: new directions in communication research. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 27-32.
13. Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310-1318.
14. Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796.
15. Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social science & medicine*, 57(5), 791-806.
16. Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528.
17. Epstein, R. M., & Street JR, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda (MD): National Cancer Institute.
18. Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. E. (1985). Expanding patient involvement in care. *Annals of Internal Medicine*, 102(4), 520-528.
19. Mead, N., & Bower, P. (2000). Measuring patient-centeredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 71-80.
20. Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
21. Coe, R. M., & Prendergast, C. G. (1985). The formation of coalitions: interaction strategies in triads. *Sociology of Health Illness*, 7(2), 236-247.
22. Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47(3), 213-221.
23. Bredart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351-354.

24. Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 51-61.
25. Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553-559.
26. Hickson, G. B., Clayton, E. W., Entman, S. S., Miller, C. S., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., & Sloan, F. A. (1994). Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction. *AACH, American Academy of Communication in Healthcare* (2016). Relationship-centered communication: Improving patient and clinician experiences. Presentation for Training Health Professionals satisfaction with care. *JAMA*, 272(20), 1583-1587.
27. AACH, American Academy of Communication in Healthcare (2016). Relationship-centered communication: Improving patient and clinician experiences. Presentation for Training Health Professionals.
28. Frankel, R. M., & Stein, T. (1999). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Permanente Journal*, 3(3), 79-88.
29. Karnieli-Miller, O., Zisman-Ilani, Y., Meitar, D., & Mekori, Y. (2014). The role of medical schools in promoting social accountability through shared decision-making. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(1), 26.
30. Reis, S., Urkin, J., Nave, R., Ber, R., Ziv, A., Karnieli-Miller, O., & Mevorach, D. (2016). Medical education in Israel 2016: five medical schools in a period of transition. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5(1), 45.
31. Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine*, 85(11), 1709-1716.
32. Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. (2009). Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Social Science & Medicine*, 69, 1-8.
33. Karnieli-Miller, O., Vu, T. R., Frankel, R. M., Holtman, M. C., Clyman, S. G., Hui, S. L., & Inui, T. S. (2011). Which experiences in the hidden curriculum teach students about professionalism? *Academic Medicine*, 86(3), 369-377.
34. Stein, T., Frankel, R. M., & Krupat, E. (2005). Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 4-12.

35. Jensen B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E. Frankel, R. M., Finset, A. (2011). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 163-169.
36. Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595.
37. Maudsley, G., & Strivens, J. (2000). Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. *Medical education*, 34(7), 535-544.
38. Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action* (p. 1983). New York: Basic Books.
39. Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685-695.
40. Wald, H. S., & Reis, S. P. (2010). Beyond the margins: reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 746-749.
41. AACH, American Academy of Communication in Healthcare. Website. <http://aachonline.org/dnn/Programs/Relationship-Centered-Communication-Facilitators-Program>.
42. קרניאלי-מילר, א. (2016). קבלת החלטות משותפת כפרקטיקה חשובה בעבודתם של מחנכי סכרת. *חוברת במסגרת כנס עוצמה השנתי השני, תל אביב*.
43. Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44 (5), 681-692.
44. Karnieli-Miller O., & Salyers M. (2011). Clinical communications with persons who have severe mental illnesses. In R, Rudnick & D. Roe (Eds), in *Serious Mental Illness (SMI): Person-centered Approaches* (pp. 155-166). London: Radcliff Publishing.
45. Tamhane, S., Rodriguez-Gutierrez, R., & Hargraves, I. & Montori, V. M. (2015). Shared Decision-Making in Diabetes Care. *Curr Diab Rep*, 15, 112-123.
46. Towle, A., & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319(7212), 766.

47. Miron-Shatz, T., Golan, O., Brezis, M., Siegal, G., & Doniger, G. M. (2011). The status of shared decision making and citizen participation in Israeli medicine. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 271-276.
48. Zisman-Ilani, Y., Roe, D., Scholl, I., Härter, M., & Karnieli-Miller, O. (2017). Shared Decision Making During Active Psychiatric Hospitalization: Assessment and Psychometric Properties. *Health Communication*, 32(1), 126-130.
49. Zisman-Ilani, Y., Roe, D., Elwyn, G., Kupermintz, H., Patya, N., Peleg, I., Karnieli-Miller, O. (2017). Shared decision making for psychiatric rehabilitation services before discharge from psychiatric hospitals. Manuscript under review.
50. National Patient Safety foundation (online) Ask-Me-3. Available at: <http://www.npsf.org/?page=askme3> accessed Feb 8, 2017.
51. Gagnon, S., Labrecque, M., Njoya, M., Rousseau, F., St-Jacques, S., & Légaré, F. (2010). How much do family physicians involve pregnant women in decisions about prenatal screening for Down syndrome? *Prenatal Diagnosis*, 30(2), 115-121.
52. Shepherd, H. L., Barratt, A., Trevena, L. J., McGeechan, K., Carey, K., Epstein, R. M., ... & Tattersall, M. H. (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 379-385.
53. Elwyn, G., O'Connor, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A., ... & Butow, P. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*, 333(7565), 417.
54. זיסמן-אילני, י. רועה, ד., וקרניאלי-מילר, א. (2015). שיתוף המטופל בקבלת החלטות מבט היסטורי וחישיבה על העתיד. איכות ברפואה, 3, 12-10.
55. Prohaska, T. R., & Glasser, M. (1996). Patients' views of family involvement in medical care decisions and encounters. *Research on Aging*, 18(1), 52-69.
56. Schilling L.M., Scatena L., Steiner J.F., Albertson G.A., Lin C.T., Cyran L., R.J., A. (2002). The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *The Journal of Family Practice*, 51(8), 685.
57. Mitnick, S., Leffler, C. & Hood, V. L. (2010). Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(3), 255-60.

58. Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.
59. Weimand, B. M., Hedelin, B., Hall-Lord, M.-L. & Sällström, C. (2011). "Left alone with straining but inescapable responsibilities:" relatives' experiences with mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703-10.
60. Leggatt, M. (2002). Families and mental health workers: the need for partnership. *World Psychiatry*, 1(1), 52-4.
61. Adelman, R. D., Greene, M. G., & Ory, M. G. (2000). Communication between older patients and their physicians. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 1-24.
62. Ishikawa, H., Roter, D. L., Yamazaki, Y., & Takayama, T. (2005). Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2307-2320.
63. Keady, J., & Nolan, M. (2003). The dynamics of dementia: Working together, working separately, or working alone? In M. R. Nolan, U. Lundh, G. Grant & J. Keady (Eds.), *Partnerships in family care: understanding the care-giving career* (pp. 15-32). Buckingham: Open University Press.
64. Karnieli-Miller, O., Werner, P., Neufeld-Kroszynski, G. & Eidelman, S. (2012a). Are you talking to me?! An exploration of the triadic physician-patient-companion communication within memory clinics encounters. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 381-90.
65. Greene, M. G., Majerovitz, S. D., Adelman, R. D., & Rizzo, C. (1994). The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(4), 413-419.
66. Beisecker, A. E. (1989). The influence of a companion on the doctor-elderly patient interaction. *Health Communication*, 1, 55-70.
67. Karnieli-Miller, O., Werner, P., Aharon-Peretz, J., Sinoff, G., & Eidelman, S. (2012b). Expectations, experiences, and tensions in the memory clinic: the process of diagnosis disclosure of dementia within a triad. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1756-1770.76. Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060.
68. Clayman, M. L., Roter, D., Wissow, L. S., & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making

- activity in geriatric primary care visits. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1583-1591.
69. DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207.
70. Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Patient proactivity enhancing doctor-patient-family communication in cancer prevention and care among the aged. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 67-73.
71. Labrecque, M. S., Blanchard, C. G., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (1991). The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science & Medicine*, 33(11), 1253-1261.
72. Petronio, S., Sargent, J., Andea, L., Reganis, P. & Cichocki, D. (2004). Family and friends as healthcare advocates: Dilemmas of confidentiality and privacy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(1), 33-52.
73. Wolff, J. L., & Roter, D. (2008). Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1409.
74. Cohen, A. N., Drapalski, A. L., Glynn, S. M., Medoff, D., Fang, L. J. & Dixon, L. B. (2013). Preferences for family involvement in care among consumers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 257-63.
75. Lecouturier, J., Bamford, C., Hughes, J. C., Francis, J. J., Foy, R., Johnston, M., & Eccles, M. P. (2008). Appropriate disclosure of a diagnosis of dementia: identifying the key behaviours of 'best practice'. *BMC Health Services Research*, 8(1), 95.
76. Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical care medicine*, 40(2), 618-624.
77. Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical care medicine*, 40(2), 618-624.
78. Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., & Curtis, J. R. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-478.
79. Committee on Hospital Care, Institute for Patient- and Family-Centered Care (2012). Patient-and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*,

129(2), 394.

80. Gallo, K. P., Hill, L. C., Hoagwood, K. E., & Olin, S. C. S. (2016). A Narrative Synthesis of the Components of and Evidence for Patient-and Family-Centered Care. *Clinical Pediatrics*, 55(4), 333-346.

דיון שלישי:

81. Tom Ferguson MD & the e-patients working group, e-patients: How they can help us heal health care, White Paper, 2007. http://e-patients.net/e-Patients_White_Paper.pdf. Last accessed 6.2.2017.
82. Health Innovation Network, South London, What is person centered care and why is it important? www.hin-southlondon.org Last accessed 6.2.2017.
83. Shaller, D., Patient-centered care: What does it take? The Commonwealth Fund & The Picker Institute, October 2007.
84. <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/> Last accessed 6.2.2017.
85. Institute of Medicine. "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century".
86. Davis, K. Schoenbaum, SC, Audet, A. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *JGIM* 2005: 20(10).
87. Prey, J.E. et al, Patient engagement in the inpatient setting: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* (2013) 21 (4): 742-750.

| משתתפי הכנס | | | | |
|-------------|---------------|----------------------|--------------------------------|----|
| שם פרטי | שם משפחה | שיוך מוסד | מייל | |
| אופיר | אביב | משרד הבריאות | ofir.aviv@moh.gov.il | 1 |
| אליק | אבירם | המכון הלאומי | aviram@israelhpr.health.gov.il | 2 |
| יואב | אבן | חדשות ערוץ 2 | yoavech2news@gmail.com | 3 |
| אלי | אדמוני | כללית | ronitsi@clalit.org.il | 4 |
| רותי | אופטובסקי | כללית | rutio@clalit.org.il | 5 |
| ארי | אור | מכבי | ari_or@mac.org.il | 6 |
| מאיר | אורן | הלל יפה | oren@hy.health.gov.il | 7 |
| מיכאל | אורן | כללית | michaelo@clalit.org.il | 8 |
| ניבה | אזוז | משרד הבריאות | niva.azuz@moh.gov.il | 9 |
| רותם | אליזרע | ידיעות אחרונות | elizera12@gmail.com | 10 |
| אביבה | אלעד | מאוחדת | ae7@netvision.net.il | 11 |
| הדר | אלעד | משרד הבריאות | hadar.elad@moh.gov.il | 12 |
| ענת | אנגל | אספי הרופא | anat.engel@asaf.health.gov.il | 13 |
| אסתי | אנגלצ'ין-ניסן | מכללת רמת גן | nissanen747@gmail.com | 14 |
| יאיר | אסרף | משרד הבריאות | yair.asraf@moh.gov.il | 15 |
| ארנון | אפק | משרד הבריאות | arnon.afek@moh.gov.il | 16 |
| שגית | ארבל-אלון | משרד הבריאות | sagit.arbel@moh.gov.il | 17 |
| נחמן | אש | מכבי | nachman_a@mac.org.il | 18 |
| רן | בליצר | כללית | rbalicer@clalit.org.il | 19 |
| גבי | בן-נון | אוני' בן-גוריון | gabibinnun@gmail.com | 20 |
| אסתר | בן חיים | משרד הבריאות | esther.ben-haim@moh.gov.il | 21 |
| שמוליק | בן יעקב | האגודה לזכויות החולה | itayby@012.net.il | 22 |
| רועי | בן משה | מאוחדת | roei.b@meuhedet.co.il | 23 |
| נטע | בנטור | ברוקדייל | bentur@jdc.org.il | 24 |
| אייל | בסון | משרד הבריאות | eyal.basson@moh.gov.il | 25 |
| משה | בר סימן טוב | משרד הבריאות | mankal@moh.gov.il | 26 |
| שולי | ברמלי-גרינברג | ברוקדייל | shuli@jdc.org.il | 27 |
| דניאל | ברמן | מכבי | berman_da@mac.org.il | 28 |
| ליאור | ברק | משרד הבריאות | lior.barak@moh.gov.il | 29 |

| | שם פרטי | שם משפחה | שיוך מוסד | |
|---------------------------------|---------|-------------|---------------------|----|
| r_gagin@rambam.health.gov.il | רוני | גאגין | רמב"ם | 30 |
| gillie.gabay@gmail.com | גילי | גבאי | המכללה למנהל | 31 |
| oreng@mof.gov.il | אורן | גבע | משרד האוצר | 32 |
| shoshy.goldberg@moh.gov.il | שושי | גולדברג | משרד הבריאות | 33 |
| dorit.g@meuhedet.co.il | דורית | גולדמן | מאוחדת | 34 |
| agolanchoen@leumit.co.il | אביבית | גולן | לאומית | 35 |
| g_ziv@rambam.health.gov.il | זיו | גיל | רמב"ם | 36 |
| mgissin@gmail.com | מידד | גיסין | צ.ב.י | 37 |
| gshimon@bgu.ac.il | שמעון | גליק | אוני' בן-גוריון | 38 |
| ronni@tlvmc.gov.il | רוני | גמזו | איכילוב | 39 |
| itamar.grotto@moh.gov.il | איתמר | גרטו | משרד הבריאות | 40 |
| ayelet.grinbaum@moh.gov.il | איילת | גרינבאום | משרד הבריאות | 41 |
| dangr@bgu.ac.il | דן | גרינברג | אוני' בן-גוריון | 42 |
| ehudda@clalit.org.il | אהוד | דוידסון | סורוקה | 43 |
| haimrdoron@gmail.com | חיים | דורון | המכון הלאומי | 44 |
| defes_e@clalit.org.il | אלי | דפס | כללית | 45 |
| biankad@israelhpr.health.gov.il | ביאנקה | דקל | המכון הלאומי | 46 |
| hadari_i@mac.org.il | עדו | הדרי | מכבי | 47 |
| elisha.h@meuhedet.co.il | אלישע | הוסמן | מאוחדת | 48 |
| mira.hibner@moh.gov.il | מירה | היבנר | משרד הבריאות | 49 |
| halevy@szmc.org.il | יונתן | הלוי | שערי צדק | 50 |
| yossi@assuta.co.il | יוסי | ווייס | אסותא | 51 |
| zeev.v@meuhedet.co.il | זאב | וורמברנד | מאוחדת | 52 |
| vidal_iga@mac.org.il | יגאל | וידאל | מכבי | 53 |
| orly.weinstein@moh.gov.il | אורלי | וויינשטיין | משרד הבריאות | 54 |
| doritwe@clalit.org.il | דורית | וייס | כללית | 55 |
| ahuvameilik@gmail.com | אהובה | וייס-מייליק | איכילוב | 56 |
| liora.v@meuhedet.co.il | ליאורה | ולינסקי | מאוחדת | 57 |
| zetlandr@clalit.org.il | ריקי | זטלנד | בילינסון | 58 |
| miriziv@cancer.org.il | מירי | זיו | האגודה למלחמה בסרטן | 59 |

| מייל | שיוך מוסד | שם משפחה | שם פרטי | |
|-------------------------------------|---------------|--------------|---------|----|
| amitai.ziv@sheba.health.gov.il | שיבא | זיו | אמיתי | 60 |
| keren.zilka@moh.gov.il | משרד הבריאות | זילכה | קרן | 61 |
| zarvibt@gmail.com | גל"צ | זרביב | טל | 62 |
| oferhev@clalit.org.il | כללית | חברוני | עופר | 63 |
| gil_ch@meuhedet.co.il | מאוחדת | חיימוביץ | גיל | 64 |
| hasid_d@mac.org.il | מכבי | חסיד | דבורה | 65 |
| ornatal@asaf.health.gov.il | אסף הרופא | טל | ארנה | 66 |
| shiri.tenenboim@sheba.health.gov.il | שיבא | טננבאום | שירי | 67 |
| yoav.y@meuhedet.co.il | מאוחדת | יחזקאלי | יואב | 68 |
| hizkiisrael@gmail.com | מועצת הבריאות | ישראל | חזקיה | 69 |
| avii@moh.gov.il | משרד הבריאות | ישראלי | אבי | 70 |
| kercona@gmail.com | כללית | כהן-נחום | קרן | 71 |
| salit@salitpr.com | המכון הלאומי | כץ-עפודי | סלעית | 72 |
| karamehashraf@gmail.com | כללית | כראמי | אשרף | 73 |
| boaz.lev@moh.gov.il | משרד הבריאות | לב | בעז | 74 |
| osnat@hadassah.org.il | הדסה | לבציון-קורח | אסנת | 75 |
| amnonl@ekmd.huji.ac.il | כללית | להד | אמנון | 76 |
| itzhakle@clalit.org.il | כללית | לוי | יצחק | 77 |
| Itzik.Levy@moh.gov.il | משרד הבריאות | לוי | יצחק | 78 |
| zival@israelhpr.health.gov.il | המכון הלאומי | ליטבק | זיוה | 79 |
| leshnom@post.tau.ac.il | אוני' תל-אביב | לשנו | משה | 80 |
| tamarm@jdc.org.il | ברוקדייל | מדינה-הרטום | תמר | 81 |
| mossinson@meuhedet.co.il | מאוחדת | מוסינזון | דודי | 82 |
| moryosef.sh@gmail.com | המכון הלאומי | מור-יוסף | שלמה | 83 |
| yaromu@clalit.org.il | כללית | מושקט | ירון | 84 |
| mizrahi_mi@mac.org.il | מכבי | מזרחי-ראובני | מירי | 85 |
| sefi.mendlovic@moh.gov.il | משרד הבריאות | מנדלוביץ | ספי | 86 |
| orlyma@ekmd.huji.ac.il | המכון הלאומי | מנור | אורלי | 87 |
| masasaead@gmail.com | משרד האוצר | מסאסא | אלעד | 88 |

| שם פרטי | שם משפחה | שיוך מוסד | מייל |
|---------|-----------|-----------------|-------------------------------------|
| תמר | נבו | אמון הציבור | tamarn@emun.org |
| לחיים | נגן | אוני' בן-גוריון | lnaggan@bgu.ac.il |
| עדי | ניב-יגודה | אוני' תל-אביב | adinivy@gmail.com |
| יורם | סגל | כללית | yoram95@clalit.org.il |
| ורדה | סוסקולני | אוני' בר-אילן | varda.soskolne@biu.ac.il |
| גיל | סיגל | האקדמית אונו | gil.siegal@ono.ac.il |
| נעמי | סיגל | מכבי | neomi_s@mac.org.il |
| רן | סער | מכבי | saar_r@mac.org.il |
| רוני | ספיר | משרד הבריאות | ronny.sapir@moh.gov.il |
| ענאן | עבאסי | זיו | abbasi100@gmail.com |
| גור | עופר | האוני' העברית | msgur@huji.ac.il |
| ורד | עזרא | משרד הבריאות | vered.e@moh.gov.il |
| אנג'לה | עירוני | מכבי | irony_an@mac.org.il |
| אבי | פורת | מכבי | porath_avi@mac.org.il |
| גיל | פייר | איכילוב | gulf@tasmc.health.gov.il |
| דב | פסט | משרד הבריאות | dov.fast@moh.gov.il |
| מלכה | פרגר | משרד הבריאות | malka.prager@moh.gov.il |
| לילי | פרלמן | כללית | phrlili@clalit.org.il |
| ודים | פרמן | משרד הבריאות | vadim.perman@moh.gov.il |
| אורלי | פרנקל | משרד הבריאות | orli.frenkel@moh.gov.il |
| אוליאל | ציון | מכבי | oliel_si@mac.org.il |
| איל | צימליכמן | שיבא | eyal.zimlichman@sheba.health.gov.il |
| גלית | קאופמן | מכבי | kaufman_g@mac.org.il |
| ליאור | קוטלר | משרד האוצר | liorkot@mof.gov.il |
| ניר | קידר | משרד הבריאות | nir.kaidar@moh.gov.il |
| מיכל | קידלשטיין | כללית | michalki@clalit.org.il |
| כלנית | קיי | כללית | calanitke@clalit.org.il |
| רפאל | קיים | לאומית | rcayam@leumit.co.il |
| אודי | קלינר | משרד הבריאות | ehud.kaliner@moh.gov.il |

| שם פרטי | שם משפחה | שיוך מוסד | מייל | |
|---------|----------|--------------|-----------------|------------------------------------|
| 118 | איריס | קלירס | משרד הבריאות | iris.kliers@moh.gov.il |
| 119 | גירא | קפלן | גרטר | giorak@gertner.health.gov.il |
| 120 | יצחק | קרייס | שיבא | yitshak.kreiss@sheba.health.gov.il |
| 121 | תמי | קרני | הר"י | tami@karni.org |
| 122 | אורית | קרניאלי-מילר | אוני' תל-אביב | oritkm@gmail.com |
| 123 | סיגל | רגב-רוזנברג | מאוחדת | sigal.r@meuhedet.co.il |
| 124 | ברוך | רוזן | ברוקדייל | bruce@jdc.org.il |
| 125 | משה | רוח | מכבי | revach_mo@mac.org.il |
| 126 | יהודה | רון | משרד הבריאות | yehuda.ron@moh.gov.il |
| 127 | רן | רידניק | משרד האוצר | ranr@mof.gov.il |
| 128 | שמעון | רייסנר | רמב"ם | reisnershimon@gmail.com |
| 129 | טל | שאול | מאוחדת | tal.s1@meuhedet.co.il |
| 130 | שפרה | שורץ | אוני' בן-גוריון | shvarts@bgu.ac.il |
| 131 | עינב | שימרון | משרד הבריאות | einav.shimron@moh.gov.il |
| 132 | קרן | שכטר-אזולאי | מכבי | azulay_K@mac.org.il |
| 133 | עמיר | שמואלי | האוני' העברית | amirsh@ekmd.huji.ac.il |
| 134 | יהושע | שמר | אסותא | tovit@assuta.com |
| 135 | מיכל | שני | כללית | michalsh@clalit.org.il |
| 136 | חן | שפירא | כללית | chensh2@clalit.org.il |
| 137 | סיגל | שפר-בנטון | המכון הלאומי | sigals@israelhpr.health.gov.il |
| 138 | מיכאל | שרף | כללית | michaelsh@clalit.org.il |
| 139 | הדס | תדהר | משרד הבריאות | hadas.tidhar@moh.gov.il |
| 140 | אריאלה | תורן | משרד הבריאות | ariella.toren@moh.gov.il |

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 רוב 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

03-5303516

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il