



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

**דו"ח הוועדה לשיפור הטיפול
במערך האשפוז הפנימי במדינת
ישראל, 2019**

יו"ר הוועדה: פרופ' רן טור-כספא

הקמת הצוות

בתאריך 10/02/2019 מינה מנכ"ל משרד הבריאות, מר משה בר סימן טוב, ועדה לשיפור הטיפול במערך האשפוז הפנימי, בראשות פרופ' רן טור-כספא שיוביל את הוועדה לחולל שינוי לשיפור איכות האשפוז במחלקות הפנימיות. (נספח).

הקו המנחה את המשרד הוא הנכונות לטפל בבעיות המערכת ולחולל שינויים. למשרד הבנה של הצורך להתמודד עם העומסים במחלקות הפנימיות, השחיקה בקרב הצוותים העובדים, והצורך בשינויים משמעותיים במערך האשפוז הפנימי.

הקמת הוועדה מעלה את נושא הרפואה הפנימית על מרכיביה השונים לראש סדר העדיפויות, ומקרינה אור ותקווה לשטח, וציפייה לשינויים.

ההמלצות של הוועדה אמורות להשפיע בטווח הקצר ובטווח הארוך.

יש לציין כי לאיגוד לרפואה פנימית בראשות פרופ' אבישי אליס, תפקיד משמעותי בעצם הקמת הוועדה ובדיוני הוועדה.

בכתב המינוי התבקשו חברי הוועדה להמליץ על פעולות אשר יש בהן כדי לשפר את מצב המערך הפנימי, בשים לב לאילוצים התקציביים, ביניהן:

1. בחינת כוח האדם במחלקות הפנימיות ומתן המלצות בנושא;
2. בחינת אופן שילוב מומחים בהתמחויות על במחלקות הפנימיות באופן קבוע;
3. עידוד מסלול הרופא הפנימי המומחה במחלקות האשפוז הפנימי;
4. בחינת מערכי האשפוז ההמשכי, ומתן המלצות בנושא לרבות לעניין תמריצים להעברת מטופלים למערך זה על ידי קופות החולים;
5. שינויים בתעריפי האשפוז ותמריצים כלכליים לשיפור תשומות איכות הטיפול.

י"ר הוועדה:

- פרופ' רן טור-כספא, מנהל לשעבר של מחלקה פנימית ומכון הכבד, מרכז רפואי רבין, בי"ח בלינסון, הדיקן המייסד של הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בגליל.

חברי הצוות (לפי א'ב'):

- פרופ' אבישי אליס, מנהל מחלקה פנימית, מרכז רפואי רבין, בי"ח בלינסון
- ד"ר הדר אלעד, ראש אגף רפואה קהילתית, משרד הבריאות
- פרופ' נחמן אש, ראש חטיבת הבריאות, מכבי שירותי בריאות
- פרופ' אורנה בלונדהיים, מנהלת המרכז הרפואי העמק
- פרופ' אהובה גוליק, מנהלת לשעבר של מחלקה פנימית, מרכז רפואי שמיר (אסף הרופא)
- גב' נועה היימן, אגף תקציבים, משרד האוצר
- גב' גילה היימס, מנהלת מערך הסיעוד, הקריה הרפואית לבריאות האדם- רמב"ם
- גב' נטע יונה, אגף תכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות
- ד"ר סיגל ליברנט, ראש אגף רפואה כללית, משרד הבריאות
- מר ישי נאמן, ראש אגף תקציבים, שירותי בריאות כללית
- ד"ר דורון נצר, ראש אגף רפואה בקהילה, שירותי בריאות כללית
- ד"ר גדי סגל, מנהל מחלקה פנימית, המרכז הרפואי שיבא
- ד"ר הילה פיגל, מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי, מנהל הסיעוד, משרד הבריאות
- מר ניר קידר, סמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
- ד"ר איריס קלירס, סגנית מנהלת המרכז הרפואי וולפסון ורכזת הוועדה
- ד"ר איילת רז פסטר, מנהלת מחלקה פנימית, הקריה הרפואית לבריאות האדם- רמב"ם
- גב' אילה גרבר, אשת הקשר בין הוועדה למשרד, חטיבת הרפואה, משרד הבריאות

אנשי מקצוע נוספים שתרמו לעבודת הצוות וגיבוש ההמלצות (לפי א'-ב'):

- גב רונית אנדוולט, מנהלת אגף התזונה במשרד הבריאות
- ד"ר גידי ברגר, עוזר רפואי לראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות
- מר אלי גבאי, יו"ר האיגוד למקצועות הבריאות
- גב' מירי גולדברגר, אגף מידע ומחשוב, משרד הבריאות
- גב' דנה ויינר, מנהלת המחלקה לתזונה במרכז הרפואי שיבא
- גב' ציונה חקלאי, מנהלת אגף מידע ומחשוב, משרד הבריאות
- גב' שרי פנג שגב, חטיבת רגולציה, משרד הבריאות

תודות

תודה לסגן השר, הרב יעקב ליצמן ולמנכ"ל משרד הבריאות, מר משה בר-סימן-טוב, על מינוי הועדה, ותודה מיוחדת לד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה על מעורבותה בקידום הנושא.

רקע

מערך האשפוז הפנימי ניצב בליבת מערך האשפוז במדינת ישראל, ועומד בראש סדר היום הלאומי. האשפוז במחלקה הפנימית הינו מרכיב חשוב ביותר וקריטי בטיפול באדם החולה. המחלקה הפנימית היא ייחודית, מהווה את הבסיס המוצק של מערכת האשפוז בכל מרכז רפואי ואין לה תחליף.

במחלקה הפנימית מתקיים המרכיב הבסיסי והמשמעותי ביותר של הוראת מקצוע הרפואה והסיעוד, וההתמחות ברפואה פנימית מהווה בסיס להתמחות במקצועות רפואה רבים וחשובים.

למחלקה הפנימית מתקבלים חולים הסובלים ממחלות חריפות או מהתלקחות חריפה של מחלתם הכרונית. כל חולה הזקוק לטיפול, מורכב ככל שיהיה, מתקבל למחלקה הפנימית ללא התחשבות במספר החולים המאושפזים. עליית תוחלת החיים במדינת ישראל מביאה בהכרח לקבלתם של חולים מבוגרים יותר ומורכבים יותר מבחינת בעיותיהם הרפואיות.

המחלקות הפנימיות מהוות את הבסיס המוצק העיקרי של השרות הרפואי במערך האשפוז. על פי נתוני אגף המידע של משרד הבריאות לשנת 2017, אודות אשפוזים במחלקות הפנימיות לשנים 2000 – 2015, היו כ 300,000 אשפוזים בשנה, כ – 200,000 מאושפזים במחלקות הפנימיות בשנה, שהסתכמו ב – 1,373,100 ימי אשפוז בשנה.

בשנת 2015, 27% מהחולים התאשפזו באשפוז חוזר.

מבחינת שרותי רפואה פנימית במערך האשפוז, יש לציין שהרופאים המחלקות הפנימיות נדרשים למספר גדול של ייעוציים, הגדל משנה לשנה, לכל מחלקות בית החולים, בלי יוצא מן הכלל. בנוסף המחלקות הפנימיות (מתמחים ומומחים) נושאות בנטל כבד של תורנויות במלר"ד וביחידות לטיפול נמרץ.

הרפואה הפנימית היא הגזע ממנו יוצאים כל ענפי הידע של תתי המקצועות. המחלקה הפנימית היא המניחה את היסודות ומספקת את ההכשרה הדרושה לכל המומחים בתתי המקצועות במהלך התמחותם. זאת ועוד, במחלקה הפנימית, ובעיקר בה, לומדים סטודנטים לרפואה את אומנות העיסוק ברפואה. מספר הסטודנטים הגדל משנה לשנה, וההוראה הניתנת בקבוצות קטנות מביאות לכך שכל מחלקה פנימית משקיעה בהוראת סטודנטים כ 7-8 חודשים בשנה. מיותר לציין שכדי לעמוד במשימה רבת חשיבות זו

המחלקה נדרשת להפנות משאבי זמן וכוח אדם יקרים ומוגבלים. נזכיר גם, שהשלב המשמעותי ביותר בלימודים של סטודנטים לסיעוד מתקיים במחלקה הפנימית.

עד כאן, ברור הדבר כי המחלקות הפנימיות חיוניות יותר מתמיד בהיבטים: מקצועי, הוראה ומחקר, ולכן הוועדה סבורה שטיפול במשבר של המחלקות הפנימיות נמצא בעדיפות עליונה.

התפתחות בולטת נוספת שארעה בעשורים האחרונים ומשחקת תפקיד משמעותי במשבר קשורה בשינוי בתמהיל המאושפזים.

החלק היחסי של חולים מורכבים וסיעודיים עולה בהתמדה עם הזדקנות האוכלוסייה, כפי שמשקף בעלייה המתמדת במדדי צ'רלסון ונורטון, בהתאמה. גם שעור המאושפזים עם עדות לירידה קוגניטיבית והמורכבים יותר לטיפול, עלה במרוצת השנים. במוצע, נרשמו 7.6 אבחנות למאושפז במחלקות הפנימיות בבתי החולים.

החטיבה הפנימית, בהיותה החטיבה הגדולה ביותר בכל בית חולים, נאלצת והתרגלה לקלוט אליה חולים מדיסציפלינות אחרות (אונקולוגיה, עור, נירולוגיה, כירורגיה, המטואונקולוגיה ועוד) בשל מצוקת אשפוז באותן המחלקות, בנוסף כמובן לקבלת חולים מהמלר"ד. המחלקות הפנימיות קולטות גם חולים מהמחלקות לטיפול נמרץ: כללי, לב, ופנימי, כחלק מתהליך שגרתי של step-down.

כל האמור לעיל יוצר עומס פיזי ונפשי כבד על הצוות הרפואי ואף יותר מזה על הצוות הסיעודי (אחים, אחיות וסייעות). נדרשת מעורבות הולכת וגדלה גם משאר מקצועות הרפואה, והנטל על כתפיהם גדל משנה לשנה, כגון: עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, תזונאים קליניים ועוד.

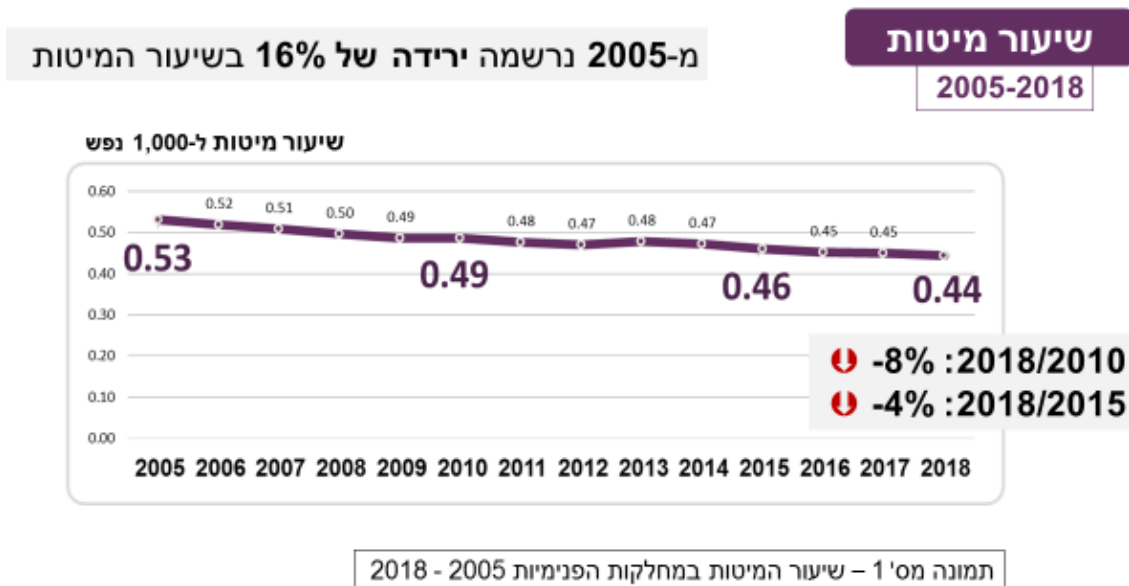
בשלושת העשורים האחרונים ירדה קרנה של הרפואה הפנימית, והמחלקות הפנימיות נקלעו למשבר קשה. המחלקות הפנימיות מפסידות בתחרות על המשאב האנושי מול המקצועות שמציעים אתגר, עניין, יוקרה, תנאי עבודה נוחים, אפשרות לביצוע מחקר וקידום אקדמי, תפקידים ותנאי השתכרות טובים יותר. שכבת הרופאים הבכירים במחלקות הפנימיות בתפקידי מפתח הולכת ומצטמצמת.

לרופא הפנימי הבכיר יתרונו וחוזקות בלעדיים כגון: בסיס ידע רחב, אובייקטיביות, הסתכלות הוליסטית, יכולת אינטגרציה. תכונות אלה הופכות אותו על כן למועמד הטבעי והאולטימטיבי להתמודד עם התחלואה המורכבת ותהליכים רפואיים רבים כגון: ניהול מקרה, תיאום בין התחומים, ביצוע תהליכי מיון, אבחון וחקירה רפואיים, טיפול בסינדרומים שמערבים מספר מערכות ועוד.

עם הזמן, נדרשת מיומנות בעיסוק ברפואה הפנימית יותר ויותר, שכן האוכלוסייה מזדקנת והתחלואה הופכת למורכבת יותר עקב ריבוי אבחנות במקביל, מחלות שמערבות מספר מערכות במקביל או ב"אפקט דומינו", וריבוי מספר התרופות בשימוש לאדם אחד. מצבן של המחלקות הפנימיות משליך באופן ישיר על כל אזרח, אשר הוא או קרובי משפחתו נזקקים לטיפול רפואי נאות.

נתונים

בסוף שנת 2018 עמדה מצבת מיטות האשפוז הפנימיות בישראל על 3,983 מיטות בתקן. שיעור המיטות הפנימיות לאלף נפש נמצא בירידה מתמדת מאז שנת 2015 ועומד בסוף 2018 על 0.44 מיטות לאלף איש. נתון זה מהווה ירידה של 15% בשיעור המיטות (תמונה מס' 1 של דוח אגף המידע של משרה"ב).



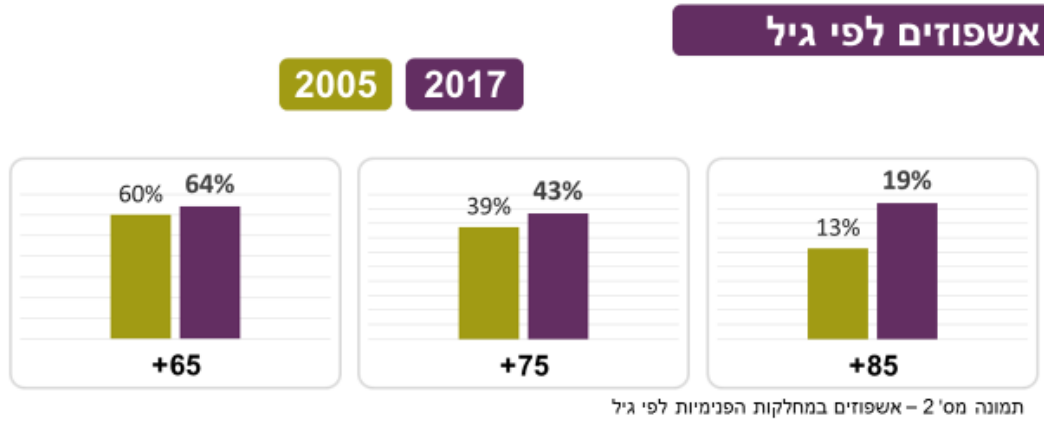
יש לציין כי בתכנית המיטות הכלליות לשנים 2017-2022 נכללת הקצאה של 243 מיטות פנימיות (כ-20% מכלל המיטות בתכנית).

תוספת זו משקפת בלימה של מגמת הירידה בשיעור למיטות פנימיות לנפש (כ-14% בין השנים 2005-2016) ומייצבת את שיעור המיטות הפנימיות לנפש על 0.45 בדומה לשיעורן ב-2016.

משך השהיה הממוצע באשפוז במחלקות הפנימיות עומד על 4.3 ימים.

התפוסה במחלקות הפנימיות חריגה וגבוהה ביותר בכל עונות השנה, ותפוסה חריגה זו מתעצמת בהתפרצויות מחלות עונתיות, בעיקר בחודשי החורף.

שני שלישי מהאשפוזים בפנימיות הם של מטופלים בני 65 ומעלה, וכחמישית מהאשפוזים (22%) הם של מטופלים בני 85 ומעלה. בכל המחלקות הפנימיות בארץ נרשמה בשנים האחרונות עליה בגיל הממוצע של המאושפזים (תמונה מס' 2 של דוח אגף המידע משרה"ב).



משמעות העלייה בגיל הממוצע של המאושפזים הינה עלייה בשיעור המחלות הכרוניות, במורכבות הרפואית ובחומרת התחלואה. מרכיב נוסף בעליית עומס התחלואה מתבטא בריבוי חולים מונשמים במחלקות הפנימיות. סקר שערך האיגוד לרפואה פנימית בשנת 2018 העלה כי שיעור החולים המונשמים עומד על 10% בממוצע, ויכול לעלות עד 20% בשיא תחלואת החורף.

יחד עם זאת, על פי איסוף נתונים של אגף המידע, קיימת ירידה הדרגתית בשיעור האשפוזים ל 1000 נפש, מ 38.2 בשנת 2015, ל 36.1 בשנת 2018.

תהליך עבודת הועדה

מאז הקמתה, התכנסה הוועדה על מנת לדון בנושאים השונים אשר ניתן ונדרש לעשות לשיפור הטיפול במערך האשפוז הפנימי. לנגד עיני הוועדה עמדה ראיית "המטופל במרכז" תוך מתן תשומת הלב לשיפור הטיפול במחלקה הפנימית וטיוב תנאי העבודה של המטפלים. המחלקות הפנימיות מהוות שלב במהלך הטיפול הכולל באדם החולה, ומצבן מושפע גם מטיב הטיפול הניתן בשלבים הקודמים לאשפוז והבאים בעקבותיו. משכך, הועדה דנה גם בסוגיות הטעונות שיפור במסגרות הללו.

מטרת הועדה הייתה לבחון פתרונות לשפור מצב האשפוז הפנימי בבתי החולים הכלליים, אחד מאבני היסוד של מערכת הבריאות.

במסגרת דיוני הועדה התקיימו ישיבות של מליאת הועדה וכן התקיימו דיונים בכל אחת מתת הועדות שהוקמו בפגישת הועדה הראשונה. תת הועדות:

1. תת ועדה לנושא כוח אדם, בהובלת פרופ' ארנה בלונדהיים
2. תת ועדה לנושא הכלכלי, בהובלת מר ניר קידר
3. תת ועדה לנושאים הפרופסיונליים, בהובלת ד"ר גדי סגל

לצורך ליבון ומיפוי הבעיות, נפגש הצוות עם אנשי מקצועות נוספים אשר האירו וחידדו את הנתונים הרלוונטיים מהשטח. מר אלי גבאי, יו"ר האיגוד למקצועות הבריאות, גב' ציונה חקלאי, מנהלת אגף מידע ומחשוב, גב' דנה ויינר, מנהלת המחלקה לתזונה ב-"שיבא" וגב' שרי פנג שגב מחטיבת רגולציה.

הצוות קיים חמש ישיבות, בנוסף למפגשים של תתי הוועדה, במסגרתן פעלו ודנו בסוגיות בהן עליו למקד את בחינתו, והזמין את בעלי העניין להעביר חוות דעתם לצוות. הצוות קיים התייעצויות ודיונים בהיבטים הרלוונטיים השונים, בין היתר - היבטים תקציביים, קשיים שהוצגו לצוות במערך האשפוז הפנימי כיום, ומצב הבינוי והתקינה. מובילי תת הועדות הציגו את עקרונות הדיונים והמסקנות של כל אחת מתת הועדות. בכל אחת מישיבות מליאת הועדה או תת הועדות, ניתנה לכל אחד מהחברים האפשרות להביע את דעתו.

בתום המפגשים עם הגורמים הרלבנטיים שפורטו לעיל ובתום דיוני הצוות, מיפה הצוות את הקשיים והאתגרים העקרוניים:

1. קיימת תת תקינה לרופאים הבכירים ולצוות הסיעוד וכן לצוות מקצועות העזר במחלקות הפנימיות.
2. יש לשים קץ לאשפוז חולים שלא בחדר המיועד לאשפוז ובתנאים של שמירה על כבוד המטופל.
3. יש לשפר את תנאי העבודה של הרופא הבכיר במחלקות הפנימיות.
4. יש לשפר את רצף הטיפול בקהילה לאחר השחרור מבית החולים ולחזק את הרפואה בקהילה.
5. יש צורך בפיתוח והצטיידות המחלקות הפנימיות.

מספר המחלקות הפנימיות הוא גדול מאד יחסית למספרן של מחלקות אחרות ברמה הלאומית. עובדה זו מגבירה את הצורך בהגדלת מסגרות התקציב הדרוש לשיפור הטיפול במחלקות הפנימיות והכרוך בעלות ניכרת. מאידך, לא ניתן להשתמש בנימוק הגודל היחסי כנגד ההצעות לשיפור, שהרי יש צורך בפתרון לכל המחלקות הפנימיות.

החלטות הועדה הן פרי הדיונים (המתמוללים) ובקונצנזוס בין חברי הועדה.

להלן המלצות הועדה

א. אשפוז בפרוזדורים

אשפוז חולים בפרוזדורי המחלקה, או בכל אתר אחר שאינו חדר חולים הוא בלתי מתקבל על הדעת ומהווה פגיעה בכבוד האדם ובזכותו הבסיסית לפרטיות.

הועדה מציעה כי משרד הבריאות יוציא חוזר מנכ"ל האוסר על אשפוז חולים שלא בחדר חולים אשר יופעל בתוך 60 חודשים לכל היותר.

על מנת ליישם את ההוראה בחוזר מנכ"ל, יש להקצות תקציב ייעודי בתכנית רב-שנתית לטיפול, בינוי והתאמה של המחלקות הפנימיות כך שיעמדו בסטנדרטים לבינוי מחלקה חדשה בהתאם להנחיות מנהל תכנון פתוח ובינוי מוסדות רפואה.

יתרה מזאת, הועדה מציעה שהחדרים יהיו מיועדים לחולה אחד או שניים עם שירותים ומקלחת לכל חדר, כך שיינתן מענה גם לחולים הנדרשים לבידוד, ובמצב שגם בתפוסה העולה על 100% לא יאושפז אף חולה בפרוזדור.

כמו כן, ההמלצה היא כי היקף המיטות במחלקות הפנימיות החדשות יעמוד על 38 מיטות, כולל חדר המתאים לתכולה של עד 6 חולים הזקוקים לטיפול מוגבר. בינוי המחלקות יעשה כך שהחדרים יכילו 1 עד 2 חולים כאמור לעיל, אך יאפשרו תוספת חולה בחדר במקרה של תפוסה גבוהה מ-100% כך שלא יאושפזו חולים בפרוזדור.

בהמשך לאמור לעיל, יש לפעול לכך שאחוז התפוסה לא יעלה על 100%.

ב. כח אדם במחלקה הפנימית:

1) סיעוד - התפוסה הגבוהה שלא מתקננת, מורכבות החולים, עלייה בתוחלת חיים ותחלואה כרונית מהווים אתגר משמעותי בכלל ולסיעוד במיוחד.

- איוש על בסיס תקינה במפתחות מקובלים של 0.85 למיטת אשפוז בפנימית.
- הגדרה ברישיון של חדר / חדרי מונשמים כיחידה לטיפול מוגבר.
- איוש על בסיס תקינת סיעוד מקובלת ביחידות לטיפול מוגבר לפי מפתח של 1.73 למיטה בהלימה למספר ממוצע של מונשמים.

- כל האחיות שיעבדו בטיפול מוגבר תהיינה בוגרות קורס על בסיסי בטיפול נמרץ.

- בכל פנימית תהיינה לפחות 3 אחיות בוגרות קורס על בסיסי מהתחומים הבאים (בהתאם לאופי המחלקה): אונקולוגיה, סוכרת, גריאטריה, אי ספיקת לב, שבץ מוחי, נפרולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, טיפול בפצע.

(2) **רפואה - המספר הגדול של החולים, מורכבות התחלואה, העלייה בתוחלת חיים ותחלואה כרונית מהווים אתגר משמעותי. בנוסף לאיכות מקצועית וצורך בהכשרת הדורות הבאים של רופאים, נדרשת כל מחלקה ליעילות.**

- הצורך ביעילות מחייב עבודה מפוצלת, בצוותים, אשר יבצעו עבודה במקביל.
- בקביעת מספר הרופאים אשר נדרשים בפועל כדי לאפשר עבודה בצוותים במקביל, לקחה הועדה בחשבון את כלל המטלות ומשימות הצוות הרפואי ואת מספר ימי הנוכחות בפועל של כל מתמחה במחלקה כחלק מתוכנית ההתמחות הסטנדרטית.
- לאור זאת עלה כי יש צורך שהסטנדרט האידיאלי אליו שואפים הוא כי צוות של מחלקה פנימית יפעל בהיקף של 16 רופאים, מתוכם לפחות 4 מומחים: מנהל מחלקה, סגן מנהל מחלקה, 2 מומחים ו 12 מתמחים בכל פנימית, כאשר מספר המיטות הוא 38.

הוועדה ערה ומודעת למשמעויות הרחביות בגין תוספת התקינה על פי סעיף 2ב, אף על פי כן הוועדה רואה את הטיפול במשבר של המחלקות הפנימיות כעדיפות עליונה.

(3) **מקצועות נוספים -** למקצועות הנוספים חשיבות רבה ביותר בטיפול בחולה, בקביעת הטיפול המשכי, בארגון העבודה, הפניית חולים לבדיקות השונות והעברה למוסדות רלבנטיים להמשך טיפול. לכן הועדה החליטה, כי כל מחלקה פנימית אמורה לכלול את אנשי הצוות הנוספים בתקינה המפורטת ברשימה שלהלן:

- פיזיותרפיה – 1 - לכל מחלקה יוצמד פיזיותרפיסט לתפוקה יעודה של משרה מלאה
- שירות סוציאלי – 1 - לכל מחלקה יוצמד עובד סוציאלי לתפוקה יעודה של משרה מלאה
- מזכירת מחלקה – 1 - לכל מחלקה תוצמד מזכירת מחלקה (מזכירת דלפק) לתפוקה יעודה של משרה מלאה
- מתאם/ת טיפול – תפקיד חדש אשר משרד הבריאות החל בהפעלתו בימים אלה
- שירות נטילת דמים יינתן לכל מחלקה, 6 ימים בשבוע, 3 שעות בכל יום
- תזונה – 0.5 משרה
- רוקחות קלינית – 0.25 משרה

מנגנון יישום התקנים דלעיל, וכן תקנים למקצועות בריאות אחרים, ייקבע בין משרדי הבריאות והאוצר.

במהלך דיוני הוועדה לא הייתה הסכמה מלאה בין חברי הוועדה בנוגע לתוספת כוח האדם, ובפרט תוספת הרופאים. נציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר ונציגים נוספים בוועדה ציינו בדיונים כי במציאות בה פועלת מערכת האשפוז, הסטנדרט המוצע על ידי הוועדה יהיה שאפתני מאוד ליישום, ויש למצוא דרכים ריאליות, המתכתבות עם האילוצים הקיימים היום במערכת, ליצור שיפור בתקינת כוח האדם, ובפרט שיפור תקינת הרופאים.

4) דור העתיד למומחים ומנהלים במחלקות הפנימיות -

לרופאים המומחים תפקיד קריטי בטיפול בחולים במחלקה הפנימית. קביעת הטיפול ושמירת הרצף הטיפולי הם באחריותו של הרופא המומחה הבכיר. קיימת חשיבות רבה לעודד מומחים צעירים לראות במחלקה הפנימית את ביתם המקצועי ובכך גם להכשיר מנהלי מחלקות מנוסים:

- מנהלי שירות - הועדה ממליצה כי בהסכם שכר הרופאים הקרוב, יוקצו תקני מנהלי שירות חדשים עבור מומחים במחלקות הפנימיות כך שבכל מחלקה יהיה מומחה אחד שהנו מנהל שירות. הועדה רואה בנושא זה חשיבות עליונה.
- פולטיימר - יש לפעול למתן הגדרה של "פולטיימר", (FULLTIMER) במסגרת הסכם שכר הרופאים הקרוב, אשר יהיה בבית החולים בשעות אחר הצהריים והערב, עם מנגנון לתשלום ופיצוי, לפחות למומחה אחד בכל מחלקה.
- FELLOWSHIP - יש להקים קרן מלגות ל-FELLOWSHIP למומחים צעירים שיתחייבו להיות רופאים בכירים במחלקה הפנימית בתום ההשתלמות. מומחים אלו יוכלו לעבוד יום אחד בשבוע במקצוע ההשתלמות, ותינתן להם האפשרות לעסוק במחקר רפואי.
- הועדה ממליצה כי יתקיים דיון לקביעת מעמדו של הרופא הפנימי הרואה את עיקר שליחותו בעבודתו בבית החולים – הוספיטליסט - על כל המשתמע מכך, בנושא סטטוס ותגמול.

ג. התייעלות בית החולים ומוסדות אשפוז המשכי לשיפור האשפוז במחלקות הפנימיות

חלק משמעותי מהחולים במחלקות הפנימיות ממתין בכל רגע נתון לאחת מהפעולות שביצועה יאפשר הקדמת שחרורו של החולה לביתו או לקהילה:

1. סידור מוסדי
2. בדיקות שונות כגון אקו לב, דופלר כלי דם, דימות
3. פרוצדורות כגון צנתור לב, גסטרוסקופיה וקולונוסקופיה
4. בדיקת יועץ בכיר ממחלקה אחרת

בית החולים

הועדה מציעה כי מערכות בית החולים השונות, כולל הבדיקות שצוינו לעיל והפרוצדורות השונות יעמדו לטובת החולים במחלקות הפנימיות לשיפור מהירות

הבירור הרפואי, האבחנה והטיפול, בימי ששי (בשעות העבודה המקובלות ביום זה) ובשעות הערב בשאר הימים.

מנגנון התקצוב ואמות המידה לתקצוב ייקבעו על ידי משרדי הבריאות והאוצר.

• חיזוק האשפוז ההמשכי

חיזוק האשפוז ההמשכי הוא מהלך חשוב להפחתת העומס על המחלקות הפנימיות, וזאת על מנת שחולים לא ימתינו במחלקה הפנימית לאשפוז המשכי: שיקומי, סיעודי מורכב וסיעודי, ללא כל צורך. לשם כך על המדינה לעודד הקמת מוסדות אשפוז שיקומיים וסיעודיים.

בנוסף למיעוט המיטות הכללי ניתן להצביע על פיזור לא שוויוני של מיטות ברחבי הארץ עם מחסור גדול יותר של מיטות בדרום, למשל.

ניתן להניח כי נדרשת הגדלה משמעותית של מספר המיטות לאשפוז המשכי על מנת לספק את הצורך שיאפשר שחרור מהיר של מטופלים הממתינים בפנימית למיטה סיעודית, סיעודי – מורכב או שיקומית.

כחלק מתהליך הסטת הטיפול לבית החולה צריך לתת את הדעת גם על הרחבת היכולות הסיעודיות והשיקומיות בבית המטופלים. המדינה צריכה לעודד את הרחבת הפעילות של הקופות בתחומים אלו. בין השאר, יש להרחיב את היכולת לתמיכה סיעודית בבית. חולה סיעודי נדרש למטופלים צמודים, בשעות מסוימות של יותר ממטפל אחד.

הועדה ממליצה לפעול מידית, בטוח הקצר, לתמרץ את הקופות למתן טיפול שיקומי איכותי בבית החולה, הכולל ביקור של בעלי המקצועות הנדרשים (פיזיותרפיסטים ומטפלים אחרים) בתדירות הנדרשת. התמרץ של משרד הבריאות צריך להיות גבוה דיו על מנת לתמרץ את הקופות למתן השירות הזה, תוך כדי בקרה שאיכות הטיפול אכן נשמרת ותוצאותיו טובות.

• חיזוק הרפואה בקהילה

אף שאין זה המנדט הישיר של הוועדה, נכון לציין כי ככל ששירותי הרפואה בקהילה יהיו איכותיים יותר ניתן יהיה למנוע אשפוזים. ההשקעה העיקרית בהקשר של מניעת אשפוזים מיותרים היא במיסוד מעטפת לטיפול בחולה הכרוני, ובעיקר בזה המורכב.

ככל שנשקיע בניטור רציף של מטופלים אלו בקהילה נוכל לאתר מגמות ראשוניות של הידרדרות במצבם, להתערב ולמנוע הידרדרות נוספת אשר מובילה לאשפוז. לשם כך, יש להמשיך לעודד ולתקצב את קופות החולים לפתח שירותים אלו לחולים מורכבים. יתרה מזאת, הוועדה סבורה כי האשפוז במחלקה הפנימית הוא חלק מהטיפול הכוללני בחולה: INTEGRATED CARE, ורואה חשיבות עצומה בחיזוק הקשר בין רופאי המשפחה ורופאי המחלקה הפנימית, למען חיזוק וייעול הטיפול במטופל המתאשפז במחלקה הפנימית.

טיפול בנושאים הנ"ל וביצועם באופן מידי ימנע ימי אשפוז מיותרים וישחרר מיטות רבות במערך המחלקות הפנימיות ברמה הלאומית.

ד. הצטיידות

- יש לצייד כל מחלקה פנימית במכשיר אולטרסאונד "כף יד", המאפשר ביצוע בדיקת סונר במחלקה. יש להכשיר את כל רופאי המחלקה, מתמחים כמומחים להיות בעלי יכולת לבצע ולפרש את בדיקת האולטרסאונד. מכשיר זה יאפשר אבחון מהיר וטיפול מידי במקרים רבים.
- יש לצייד את כל המחלקות הפנימיות במנוף להרמת חולים, אשר יאפשר מוביליות נאותה של החולים בלי לפגוע בבריאותם של אנשי הסגל.

ה. כללי התחשבות ומחירים

על מנת לתמוך במהלכים המתוכננים לשיפור המצב במחלקות הפנימיות יש לראות ראייה כוללת של הנעשה במחלקות הפנימיות כולל שיפור השירותים בקהילה, ויסות הגעה לחדרי המיון והסדרה כלכלית של מערך האשפוז ההמשכי.

המלצות לוועדת הקאפ:

1. להוציא את המיון מהקאפ באופן קבוע;
2. לייצר מחיר דיפרנציאלי בין קופות החולים לבתי החולים (על בסיס העיקרון שקיים בקאפ הנוכחי);
3. לפעול לצעדים משלימים בכל הקשור לכללי ההתחשבות במוסדות המשך.

ו. מודל תמרוץ

הוועדה מציעה לשקול בניית מודל תמרוץ לביצוע החלטות הוועדה.

הוועדה מציעה כי עקרונות מודל התימרוץ יכללו בין היתר:

1. התקציב שיינתן יובטח לטווח ארוך ותהיה יציבות במודל;
 2. המודל יבנה כך שלאורך השנים יינתן תמרוץ על שיפור במדדים;
 3. המדדים יהיו כאלו הנאספים וניתנים לדיווח שוטף ע"י ביה"ח.
- הפעלת מודל התימרוץ למחלקות הפנימיות מחייבת תקני כוח אדם ותקציב להפעלתו.



דברי סכום של יו"ר הועדה:

יישומן של המלצות הועדה יביא למהפך ברפואה הפנימית בישראל.

תהיה זו הרפואה המיטבית למטופלים, היעילה ביותר, המקצועית ביותר ובתנאים של

שמירה על כבוד האדם.

לוח זמנים ליישום החלטות הוועדה

שלב ג' המלצות ליישום בטווח הארוך (2023-2024)	שלב ב' המלצות ליישום בטווח הקצר (2021-2022)	שלב א' המלצות ליישום בטווח המידי (2020)
התאמת כוח אדם – רופאים – 16 במחלקה	התאמת כוח אדם – רופאים – 14 במחלקה	התאמת כוח אדם – רופאים – 13 במחלקה ¹
		א. הקצאת מנהל שירות ב. הגדרת פולטיימר ברפואה פנימית
	התאמת כוח אדם – סיעוד – 25%	התאמת כוח אדם – סיעוד – 75% צמצום הפער באיוש בין הקיים בפועל לבין האיוש שצריך להיות בהתחשב בתפוסה ממוצעת ומפתחות תקינה
		הגדרת חדרי מונשמים והתאמה לתקינת סיעוד מקובלת ביחידות לטיפול מוגבר
		התאמת כוח אדם – פיזיותרפיה ועו"ס, רוקחות קלינית, תזונה מזכירה ומתאם טיפול
איסור על אשפוז חולים במסדרונות	איסור על אשפוז חולים במסדרונות	קביעת סטנדרט בינוי ותקצוב להתאמת המחלקות להוראה מנכל על איסור אשפוז במסדרונות
		הקמת קרן מלגות למומחים צעירים
		התייעלות בית החולים לשיפור האשפוז והאצת תהליך הברור הרפואי
		הצטיידות US- כף יד, מנוף, והכשרה של הרופאים בשימוש בו.
הגדלת מספר המיטות לאשפוז המשכי	תמרוץ קופות החולים לפיתוח שירותי שיקום וטיפול ביתי	
	עידוד ותקצוב קופות החולים לפיתוח שירותים קהילתיים לחולים מורכבים	
		דיון בנושא מודל התימרוץ

¹ ראו לעניין זה הערה בעמ' 11(התייחסות בריאות אוצר לכוח אדם)

www.health.gov.il

המנהל הכללי
Director General

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

י"ט באדר א', התשע"ט
24 פברואר 2019
סימולין: 10507019
(במענה: ציין סימולין)

ד"ר הילה פיגל	גבי נטע יונה	פרופ' אהובה גוליק	לכבוד [לסדר לפי סדר א-ב] פרופ' אבישי אליס
מר ניר קינדר	מר ישי נאמן	גבי נועה היימן	ד"ר הדר אלעד
ד"ר איריס קליס	ד"ר דורון נצר	ד"ר גילה היימס	פרופ' נחמן אש
ד"ר איילת רן	ד"ר גדי סגל	פרופ' רן טור-כספא	פרופ' אורנה בלונדהיים

שלום רב,

הנדון: ועדת לשיפור הטיפול במערך האשפוז הפנימי - תיקון

מערך האשפוז הפנימי הוא אחד מאבני היסוד של מערכת הבריאות.

במהלך השנים האחרונות חלו תמורות במערך האשפוז הפנימי, ובהן ירידה בשיעור המיטות הפנימיות לאלף נפש לצד עליה בחומרת התחלואה של המאושפזים במחלקות אלה. מגמות אלה צפויות להתעצם בשנים הקרובות בשל הזדקנות האוכלוסייה והעליה בתחלואה הכרונית. לצד זאת – מאמצי הממשלה השונים בשנים האחרונות, בתוכם תכנית התמריצים למערך המרכזים לרפואה דחופה, שינוי שיטת ההתחשבות בפנימיות בין הקופות לבתי החולים ואמצעים נוספים, הניבו פירות והובילו לירידה בפנימיות למחלקות לרפואה דחופה, בשיעור האשפוז בפנימיות ובאחוזי התפוסה.

לצד אתגרים אלה, ישנו מספר לא מבוטל של פעולות אשר ניתן ונדרש לעשות בעת הזו, בשים לב לאילוצים התקציביים, אשר יש בהן כדי לשפר את מצב המערך הפנימי, ביניהן:

1. בחינת כוח האדם במחלקות הפנימיות ומתן המלצות בנושא;
2. בחינת אופן שילוב מומחים בהתמחויות על במחלקות הפנימיות באופן קבוע;
3. עידוד מסלול הפנימאי המומחה במחלקות האשפוז הפנימי;
4. בחינת מערכי האשפוז ההמשכי, ומתן המלצות בנושא לרבות לעניין תמריצים להעברת המטופלים למערך זה על ידי קופות החולים;
5. שינויים בתעריף האשפוז ותמריצים כלכליים לשיפור תשומות איכות הטיפול.

כיו"ר הוועדה ישמש פרופ' רן טור-כספא.

אבקשם להגיש לי את המלצותיכם עד ליום 15 באפריל 2019.

אני מודה לכם על נכונותכם להתגייס לנושא ומאחל לכם הצלחה במשימתכם החשובה.

בכבוד רב,
משה בר סימן טוב

העתק: חה"כ הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1178 Jerusalem 91010
mankal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5080000 Fax: 02-5655066

המנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד. 1178 ירושלים 91010
mankal@moh.health.gov.il
טל: 02-5080000 פקס: 02-5655066