פרק שני

היבטים בתחום
הטיפול בצורכי קשישים

היבטים בתחום הטיפול בצורכי קשישים

פעולות הביקורת

העלייה בתוחלת החיים הביאה לגידול ניכר בשיעור הקשישים בחברה הישראלית - בשנת 2010 היו כ-10% מאוכלוסיית ישראל, שמנתה כ-7.6 מיליון נפש, בני 65 ומעלה. חלקם סובלים מבעיות בריאות ומירידה בתפקוד הפיזי, האינטלקטואלי והנפשי, חלקם זקוקים להשגחה בכל שעות היממה ולעזרה בפעולות היום יום וחלקם זקוקים לשירותי בריאות בקהילה ובבתי החולים.

נוכח חשיבות הנושא בדק משרד מבקר המדינה בתקופה פברואר-ספטמבר 2010 את הנושא מהיבטים שונים, כדלקמן:

במשרד הבריאות ובקופות החולים נבדקו סדרי הפעלת היחידות לטיפולי בית של הקופות ובכלל זה נבדקו סדרי מתן השירות לקשישים; קביעת תקני כוח האדם ביחידות; פעולות משרד הבריאות להסדרת תחום זה; הרשומות הרפואיות ביחידות; הפעולות למניעה ולאבחון של מחלות האופייניות לקשישים המרותקים לביתם, והטיפול בבית החולים הנוטים למות.

במשרד הבריאות ובקופות החולים נבדקו, בין היתר, הטיפול בקשישים הנוטלים תרופות רבות - שמונה תרופות או יותר; בקרת המשרד על הרפואה בקהילה בנושא זה; פעילותן של מרפאות להערכה גריאטרית הבודקות את מצבם הרפואי של אותם קשישים, לרבות נטילת התרופות; מתן ייעוץ של רוקחים קליניים לקשישים בעניין ריבוי נטילת תרופות; סדרי הדיווח של קופות החולים למשרד הבריאות על ניפוק תרופות ושימוש המשרד בדיווח זה.

במשרדי הבריאות והאוצר, בכמה בתי חולים כלליים-ממשלתיים ובתי חולים של שירותי בריאות כללית ובקופות החולים נבדקה סוגיית סדרי האשפוז של חולים במחלקות הפנימיות, לרבות העומס שנוצר לעתים וסיבותיו; בכלל זה נבדקו סדרי מימוש התכניות שהכין משרד הבריאות להוספת מיטות אשפוז בכלל ומיטות פנימיות בפרט, והצעדים שאפשר לנקוט לשיפור תנאי האשפוז במחלקות הפנימיות גם ללא תוספת מיטות. עקב חשיבות הנושא, והשפעתו על חולים רבים - בעיקר קשישים - ונוכח המצב הקשה שנחשף לפני צוות הביקורת במחלקות פנימיות בבתי חולים ברחבי הארץ, כבר ביולי 2010, לפני סיום הביקורת, הציג משרד מבקר המדינה באופן חריג את הסוגיות העקרוניות לפני ראש הממשלה ושר הבריאות, מר בנימין נתניהו, סגן שר הבריאות, הרב יעקב ליצמן, ושר האוצר, ד"ר יובל שטייניץ.

במוסד לביטוח לאומי נבדקו סדרי מתן גמלת הסיעוד לקשישים בקהילה. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: בדיקת הזכאות לגמלת סיעוד ואישורה; סדרי עבודתן של הוועדות המקומיות בכל הנוגע לקביעת תכנית הטיפול בקשיש ולפיקוח ולבקרה על ביצועה; מתן שירותי סיעוד; פיקוח ובקרה על הארגונים המספקים שירותי סיעוד; תשלום הגמלה ישירות לזכאי לעומת מתן "גמלה בעין"; המצב האקטוארי של ענף הסיעוד ותמיכת מערכות המחשוב בתהליכי העבודה הקשורים ליישום הוראות החוק בנושא זה.

ברשות האוכלוסין, ההגירה ומעברי הגבול שבמשרד הפנים נבדקו איכות השירותים הניתנים לקשיש לצורך העסקת עובד זר בסיעוד וסדרי העסקתם של העובדים הזרים. בדיקות השלמה נעשו במשרד האוצר ובמשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה.

הקשיש בקהילה -
טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים

תקציר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, וכי הטיפול יינתן בין במרפאה ובין בבית. ואכן קופות החולים נותנות שירות של טיפולים רפואיים בבית (להלן - טיפולי בית) לכ-29,000 חולים בסך הכול (רובם קשישים). סוגי טיפולי הבית שמספקות קופות החולים כוללים בעיקר טיפולים חלופיים לאשפוז בבית חולים[1]; שירותי מרפאה לחולים שאינם מסוגלים להגיע בכוחות עצמם למרפאות; טיפולי שיקום לאחר ניתוחים או אירועים בריאותיים חריפים; הוספיס בית - טיפול בחולים הנוטים למות (בעיקר חולי סרטן).

לטיפול הרפואי בבית יתרונות רבים על פני אשפוז במוסד או בבית חולים, ובהם מניעת חשיפה לזיהומים; שהיית המטופל בסביבה מוכרת לו, דבר המונע מצבים של בלבול, דיכאון ואי-התמצאות (דיס-אוריינטציה) העלולים להתלוות לאשפוז בסביבה שאינה מוכרת למטופל; מתן אפשרות תמיכה רציפה של בני המשפחה; הפחתת העומס במחלקות האשפוז הפנימיות בבתי החולים שברבות מהן מצוקת אשפוז ומחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי[2]; ככל הנראה גם הפחתת ההוצאה הלאומית על שירותי בריאות[3]. כדי שמערך הטיפול הרפואי הניתן בבית יאפשר את מילוי כל צורכי המטופלים, על כל קופה להיערך בהתאם, ובין היתר להקצות לכך צוות רפואי הכולל מטפלים במגוון של מקצועות רפואיים.

פעולות הביקורת

בדוח שפרסם מבקר המדינה בשנת 2006 הוא ציין[4] כי "רק בשנים האחרונות החל משרד הבריאות ליזום תהליך של פיתוח סטנדרדים וגיבוש קריטריונים לטיפול רפואי בבית". בחודשים פברואר-אוגוסט 2010, בדק משרד מבקר המדינה את הנושאים האלה: שמירה על עקרון השוויון שנקבע בחוק במתן טיפולי בית; סדרי הטיפול בחולים המטופלים בביתם (להלן - מטופלי בית[5]); קביעת תקני כוח אדם ליחידות לטיפולי בית (להלן - היחידות); הפעולות שנקטו משרד הבריאות (להלן - המשרד) והקופות להמשך הסדרת תחום טיפולי הבית; תיעוד רפואי ביחידות; מתן תמריצים

---

1 כגון מתן תרופות בעירוי תוך-ורידי והנשמת חולים.

2 עוד על נושא זה ראו בכרך זה בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

3 מחקר של הכללית, משרד הבריאות והדסה על מאושפזי הבית של הכללית במחוז ירושלים שפורסם ב-2007 מצא כי עלות אשפוז בית היא כחמישית מעלות אשפוז בבית חולים.

4 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 56ב** (2006), בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 577.

5 מרבית מטופלי הבית הם קשישים - חולים בני 65 ומעלה.

לקופות לעידוד טיפולי בית; טיפולי בית וטיפול פליאטיבי[6] לחולה הנוטה למות; מניעה ואבחון של מחלות האופייניות לחולים המטופלים בביתם.

הבדיקה נעשתה במשרד ובארבע קופות החולים: שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית); מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי); קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת); לאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). נבדקו, בין היתר, תיקים רפואיים של 114 מטופלי בית אשר נבחרו מכל הקופות באופן אקראי. בדיקות השלמה נעשו במועצות הלאומיות[7], במכון ברוקדייל[8], במוסד לביטוח לאומי ובאגודה למלחמה בסרטן[9].

עיקרי הממצאים

חשש לפגיעה בעקרון השוויון בין מבוטחים

החוק קובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". אשר על כן, חשוב שפיתוח היחידות בכל קופה יאפשר מתן שירות שווה, בכל רחבי הארץ, לכל מבוטחי הקופה. הביקורת העלתה כי בקופות הכללית, מאוחדת ולאומית קיימים הבדלים ניכרים בין מחוז למחוז מבחינת שיעור הקשישים המטופלים על ידי היחידות מכלל הקשישים המבוטחים במחוז, ונמצא כי בפריפריה שיעור הקשישים המקבלים שירות זה קטן משיעורם במרכז הארץ. הבדלים אלה הם משמעותיים ומשקפים לכאורה פגיעה בעקרון השוויון שנקבע בחוק.

סדרי הטיפול בקשישים מטופלי בית

בדיקה ראשונית של מטופל בית: חשוב כי עם קליטתו של המטופל ביחידה, הטיפול בו בביתו יהיה טיפול המשך לטיפול שקיבל במסגרת הרפואית הקודמת שבה שהה (בדרך כלל חדר מיון או מחלקת אשפוז בבית חולים), וכי בדיקה ראשונית של אותו מטופל תיעשה בתוך פרק זמן סביר שיאפשר שמירה על הרצף הטיפולי. הביקורת העלתה שאמנם כל הקופות, למעט הכללית, קבעו תקן לזמן המרבי עד ביצוע הבדיקה הראשונית, ואולם הן לא הקפידו לעמוד בו, והבדיקה הראשונית נעשתה לעתים רק לאחר עשרה ימים עד שלושה שבועות מההפניה ליחידה. עוד נמצא כי בכללית, שכאמור לא קבעה תקן לכך, חלק מהמטופלים נבדקו לראשונה רק יותר מחודש לאחר הפנייתם ליחידה, ובכך יש סכנה להידרדרות במצבו הרפואי של החולה.

הפרדה בין תפקידי ביצוע ובין תפקידי פיקוח בכללית: בניגוד לכללי מינהל תקין, נוהלי הכללית מאפשרים מצב שבו אותו בעל תפקיד ימלא

---

6 טיפול תומך, בעיקר להקלת כאביו של החולה, המיועד בעיקר לחולי סרטן.

7 גופים מקצועיים המייעצים להנהלת המשרד בכל תחומי מערכת הבריאות.

8 מכון ברוקדייל הוא מכון מחקר המבצע מחקרים בסוגיות חברתיות לרבות נושא הזקנה.

9 האגודה למלחמה בסרטן מפעילה יחידה להוספיס בית.

גם תפקיד ביצועי-רפואי באחת המינהלות[10] וגם את תפקיד הפיקוח הרפואי מטעם הנהלת היחידה המחוזית על פעילותו שלו באותה מינהלה.

קביעת דרגת החומרה של המצב הרפואי ותכנית טיפול: כדי לייעל את הטיפול, חשוב שבעת קבלת מטופל ליחידה תיקבע דרגת החומרה הרפואית של מצבו ותוכן תכנית טיפול הנגזרת ממנה, ובה יצוינו, בין השאר, יעדים רפואיים, תמהיל אנשי הצוות המטפל ותדירות טיפוליהם וביקוריהם. אולם הבדיקה העלתה כי במחוז דרום של לאומית לא נקבעו דרגות חומרה רפואיות ותוכניות טיפול למטופלים.

תדירות הביקורים של רופאים ואחיות אצל מטופלי הבית: המשרד הכיר בחשיבות קביעת מספר מזערי של ביקורי רופאים ואחיות (להלן - הצוות המטפל או המטפלים) לכל אחת מדרגות החומרה הרפואיות. המשרד קבע, במסגרת מבחני תמיכה, כי חולה הנמצא בדרגת חומרה רפואית שהטיפול בבית מהווה עבורו תחליף לאשפוז יזכה לתדירות ביקורים של רופא לפחות 6 פעמים בחודש או יותר מכך, בהתאם למצבו הרפואי. אולם המשרד לא פרסם הנחיות מחייבות בנוגע למספר הביקורים המזערי של הצוות המטפל לכל מטופלי הבית, גם בדרגות החומרה הרפואיות האחרות.

הכללית ולאומית קבעו בנוהליהן לכל דרגות החומרה תדירות אחידה של ביקורים בלי קשר לחומרת מצבו של המטופל, תדירות הנמוכה במידה ניכרת מהתדירות שקבע המשרד במבחני התמיכה למטופלים שהטיפול בהם בביתם הוא תחליף אשפוז. כמו כן בכללית, במכבי ובלאומית נמצאו מקרים שבהם לא נעשו ביקורים בתדירות הנדרשת על פי נוהלי הקופות עצמן.

קבלת החלטות רפואיות ותיעודן: נוהלי הקופות קובעים את החובה לקיים ישיבות צוות ואת תדירותן, על מנת להבטיח רצף טיפולי בין המטפלים השונים, העברת מידע ועדכון תכנית הטיפול בהתאם לשינויים במצבם של המטופלים. בניגוד לכך נמצא כי במחוזות מרכז ודרום של לאומית לא מתקיימות ישיבות צוות. הועלה גם כי בחלק מהיחידות בכללית ובמאוחדת ישיבות הצוות תועדו בתיקי פרוטוקולים באופן מרוכז ולא בתיקיהם הרפואיים של המטופלים. גם בחלק מתיקי המטופלים שנבדקו במכבי לא נמצא תיעוד על ישיבות צוות. עקב כך התיקים הרפואיים של מטופלי הבית אינם משקפים את מלוא ההחלטות שהתקבלו בעניינם.

תיעוד רפואי ממוחשב ביחידות: נמצא כי קופות החולים עדיין לא עברו למחשוב מלא של הרשומות ביחידות. חלק מהקופות עשו פעולות בתחום זה, אך הן לא הושלמו, וכך נמצאו יחידות שבהן חלק מאנשי הצוות הרפואי משתמשים בתיק ממוחשב וחלק בתיק ידני. כך למשל ביחידה במחוז מרכז של הכללית נמצא כי כל המידע הרפואי נרשם ידנית בתיקים פיזיים שנמצאים רק בבית המטופל בלא העתק ביחידה המחוזית או במחשב המרכזי של הקופה.

קביעת תקני כוח אדם רפואי ליחידות: חשוב לקבוע תקני כוח אדם ליחידות, בין השאר כדי למנוע הבדלים בין השירות של יחידות שונות באותה קופה העלולים לפגוע בעקרון השוויון שנקבע בחוק. ואולם בביקורת עלה כי מלבד מאוחדת, שקבעה תקני כוח אדם ברורים, הכללית ומכבי לא קבעו תקנים כאמור, ולאומית

---

10 היחידה של הכללית במחוז מרכז מאורגנת בשלוש מינהלות אזוריות הכפופות להנהלת היחידה המחוזית.

קבעה תקן אך לא עיגנה אותו בנוהל כתוב והוא אינו מיושם. כך לדוגמה היחידה של לאומית בקריית גת, אינה עומדת בנוהלי הקופה בדבר תדירות הביקורים המזערית וגם לא בתקן הזמן המרבי שקבעה הקופה לבדיקה ראשונית, בין היתר נוכח העובדה שלא נקבע נוהל כאמור.

מתן הסכמה לטיפול בבית: הטיפולים המבוצעים בבית כוללים לעתים פעולות רפואיות מורכבות. ועדה של המשרד שפעלה בשנת 1995 המליצה בטיוטת קובץ תקנים שכתבה כי קבלת מטופל ליחידה תהיה רק בתנאי שהוא או האפוטרופוס שלו הביעו מראש בכתב את הסכמתם לטיפול זה. הביקורת העלתה כי הקופות (למעט הכללית) לא בחנו את הצורך בחתימת מטופלי הבית על טופסי הסכמה, גם כאשר מדובר בטיפולים מורכבים או בחולים שנמצאים בטיפול בבית כתחליף לאשפוז.

הסדרת תחום טיפולי הבית ובקרתו על ידי המשרד

חשיבות תחום טיפולי הבית הולכת וגוברת, בייחוד נוכח מצוקת האשפוז הקשה בבתי החולים. הביקורת העלתה כי אף שבשנים 1995-2008 הקים המשרד שלוש ועדות לצורך ביצוע עבודת מטה שתשמש להסדרת תחום טיפולי הבית, ואף שבבקרות שעשה ביחידות נמצא שנושאים רבים מחייבים הסדרה, הוא לא קבע נוהל מחייב לקופות בכל הנוגע לשירות טיפולי הבית.

היעדר מידע אחיד על טיפולי הבית: כדי לאפשר למשרד השוואה בין קופות החולים מהיבטים שונים של שירות טיפולי הבית לשם קביעת מדיניות בנושא, על הקופות לקבוע באופן דומה את דרגות החומרה של מצבם הרפואי של מטופלי הבית. ואולם בביקורת עלה כי יש שוני מהותי בין הקופות בקביעת דרגת החומרה ביחידות וכן בהגדרת ייעודן של היחידות בנוהלי הקופות. בשל כך המשרד אינו מקבל דיווחים מהקופות במתכונת אחידה, ולכן הוא מתקשה לקיים פיקוח ובקרה הולמים ורגולציה נאותה בתחום זה. לפיכך המשרד גם אינו יכול לתגמל את הקופות בהתאם להישגיהן ובהתאם לעמידתן באמות המידה שקבע.

תמריצים לעידוד טיפולי בית

בשנים 2008-2010 חילק המשרד לקופות שלושה תמריצים בסך כולל של כ-20 מיליון ש"ח שיועדו לביצוע פעולות מוגדרות ובהן פעולות בתחום טיפולי הבית. אך בביקורת עלה כי חלוקת כספי התמריצים לקופות החולים לא תאמה את החלטות הממשלה והמשרד במלואן, ובכך נפגעה הסדרת הנושא. כמו כן קיים חשש שהקופות לא עשו די פעולות לפיתוח נושא טיפולי הבית כפי שנדרשו בעקבות התמריצים שקיבלו.

מניעה ואבחון של מחלות אופייניות לקשישים המטופלים בביתם

כדי לשפר את מצבם הבריאותי של מטופלי הבית, למנוע אשפוזים ואף להשיג את החיסכון הכלכלי הנובע מכך, על הקופות להפנות את מטופלי הבית לבדיקות המיועדות למניעה ואבחון של מחלות האופייניות לקשישים ולתת להם את הטיפול הנדרש. נמצא כי הקופות אינן שולחות את מטופלי הבית הקשישים לבדיקות חיוניות של צפיפות העצם. כמו כן נמצא כי מלבד יחידה אחת של מאוחדת, היחידות בכל

הקופות אינן מבצעות בדיקות עיניים לחולי סוכרת בביתם כדי לאבחן בזמן תהליך של התעוורות.

טיפולי בית וטיפול פליאטיבי בחולה הנוטה למות

1. בארץ מתים בכל שנה כ-10,000 חולי סרטן. גישת הטיפול הפליאטיבי (palliative care) בחולים הנוטים למות הוכרה בידי ארגון הבריאות העולמי כטיפול שמשפר את איכות החיים של חולים סופניים ושל בני משפחותיהם, באמצעות מניעת סבל והקלת הכאב על ידי זיהוי מוקדם ואיתור הכאב והבעיות, לרבות הסימנים הפיזיים, הפסיכולוגיים, החברתיים והרוחניים שלהם, וטיפול בכל אלה. ואולם בשנים 2004-2009 לא גדל מספר מיטות האשפוז המיועדות לחולים הנוטים למות (הוספיס) בישראל ומספרן היה 76 בלבד - כ-20% מהדרוש לפי הצרכים שנקבעו עוד ב-2005 על ידי ועדה שפעלה בנושא.

2. ביולי 2009 פרסם המשרד חוזר מנכ"ל בנושא "הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי" שקבע בין השאר כי על הקופות להקים מערך פליאטיבי ייעודי שייתן את השירות בבית המטופל ויהיה זמין 24 שעות ביממה.

ואולם ברוב היחידות - מלבד היחידות במחוז דרום שבקופות הכללית ומכבי - ניתנו טיפולי הבית על ידי צוותים שאינם ערוכים לתת את השירות הפליאטיבי 24 שעות ביממה לחולים הנוטים למות כנדרש בחוזר. כמו כן הועלה כי היחידות אינן די מיומנות במתן טיפול פליאטיבי.

יידוע המבוטחים על שירות טיפולי הבית

כדי להבטיח שכל מי שזכאי לשירות טיפולי הבית יקבל אותו, יש לפרסם מידע בדבר השירות בקרב ציבור המבוטחים. נמצא כי משרד הבריאות לא קבע כי מחובתן של הקופות לפרסם מידע זה, וכי הוא אינו מפרסם בעצמו את שירותי טיפולי הבית שנותנות הקופות ואת הדרכים לקבלתם. אשר לפרסום בידי הקופות - באתרי האינטרנט של הכללית ומכבי לא נמצא מידע על השירות.

פעולות הקופות לאיתור קשישים הזקוקים לטיפולי בית

נמצא כי לאומית ומאוחדת אינן מפעילות תכנית מקיפה ושיטתית לאיתור יזום של קשישים הזקוקים לטיפול רפואי בביתם ואף אינן פועלות לגיבוש תכנית כאמור. מכבי מסרה שבכוונתה להפעיל בשנת 2011 תכנית כזו על פי נתונים שיש בידיה על הקשישים המבוטחים אצלה, והכללית מסרה שהיא מבצעת פעולות לאיתור קשישים הזקוקים לטיפולי בית.

המוסד לביטוח לאומי העביר במשך כשנה בכל רבעון לכל אחת מהקופות מידע על קשישים סיעודיים שייתכן שחלקם מתאימים לקבלת שירות טיפולי הבית. ואולם מלבד הכללית אף אחת מהקופות לא השתמשה במידע ולא פנתה ביוזמתה לקשישים אלו. כמו כן נמצאו טעויות בנתונים שמעביר המוסד לביטוח לאומי לקופות.

סיכום והמלצות

על אף הדרישה בחוק לפעולה של הקופות על פי עקרון השוויון, בכללית, במאוחדת ובלאומית נמצאו הבדלים ניכרים בין מחוזות המרכז למחוזות הפריפריה בכל הנוגע לשיעור הקשישים המטופלים על ידי היחידות. לדעת משרד מבקר המדינה, על הקופות והמשרד למצוא דרכים לצמצם פערים אלו בין הפריפריה למרכז ועל המשרד לשקול מתן תמריצים ייעודיים לקופות לשם כך. כמו כן על המשרד והקופות לפעול ליידוע הציבור על שירות הטיפול בבית על יתרונותיו.

על קופות החולים לבצע בקרות על סדרי פעולתן של היחידות כדי להבטיח את פעילותן על פי נוהלי הקופות. כמו כן על הקופות לעגן בנהלים את כל היבטי פעילות היחידות. בכלל זה, על הנהלות הכללית, מכבי ולאומית לקבוע מפתחות תקינה ותקני כוח אדם ליחידות.

על הכללית לבחון את הצורך להוציא למחוזות וליחידות הנחיות שיבטיחו את הפרדת התפקידים הנדרשת במבנה הארגוני ביחידות.

על המשרד לקבוע תקנים לפעולת היחידות כדי להבטיח שירות מיטבי והולם למטופלי הבית, וכדי שיוכל לפקח על פעולות הקופות בתחום טיפולי הבית ולעודד את הקופות להרחיב את השירות על בסיס נתונים אמינים גם באמצעות מתן תמריצים. בכלל זה, על הקופות להשלים את מחשובן המלא של היחידות ואת הסדרת הטיפול ברשומה הרפואית.

נוכח מצוקת האשפוז בבתי החולים, על המשרד לקבוע מדיניות לאומית לפיתוח תחום טיפולי הבית שתתבסס בין השאר על בחינת היעילות הכלכלית והרפואית של פעולות היחידות לטיפולי בית; על המשרד והקופות לפעול להאחדת הפעילות והמידע בתחום זה, ובין השאר לקביעה אחידה של דרגות החומרה הרפואיות של החולים ביחידות, כדי לאפשר ניתוח של המידע והשוואה בין הקופות, קיום פיקוח ובקרה, וחלוקת תמריצים לפי מדדים קבועים.

על הקופות לפעול לאבחון מוקדם וטיפול במחלות אופייניות לקשישים גם אצל קשישים המטופלים בביתם, גם אם הדבר כרוך בהפעלת רופאים מומחים בבתיהם של החולים.

על הקופות לפעול למתן שירות הוספיס בית על ידי יחידות ייעודיות לכך כנדרש בחוזר המשרד ולקיים פיקוח ובקרה על היחידות שהן מפעילות ועל הגופים החיצוניים שמהם הן רוכשות שירותים בתחום זה.

על קופות החולים לשקול לאמץ תכנית מקיפה ושיטתית לאיתור יזום של אוכלוסיית הקשישים המתאימה לטיפולן של היחידות, במיוחד לקשישים לאחר אשפוז, ולפנות אליהם ואל בני משפחותיהם במטרה לשלבם במערך הטיפול של היחידות. לשם כך על הקופות להתבסס, בין היתר, על מידע מהמוסד לביטוח לאומי.

חשיבותו של הטיפול בבית הולכת וגדלה הן עקב יתרונותיו והן עקב מצוקת האשפוז בבתי החולים. לכן חשוב שמשרד הבריאות והקופות ישימו את נושא טיפולי הבית במקום גבוה בסדר העדיפויות שלהם ויפעלו להסדרת השירות ועידוד השימוש בו.

♦

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי "קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי... בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", וכי "הטיפול יינתן בין במרפאה ובין בבית". ואכן כל קופות החולים (להלן - הקופות) נותנות שירותי בריאות למבוטחיהן גם בבית (להלן - טיפולי בית).

להלן סוגי טיפולי הבית שמספקות הקופות ומאפייניהם: 1. תחליף לאשפוז בבית חולים - לטיפול הרפואי בבית יתרונות רבים על פני אשפוז במוסד או בבית חולים, ובהם מניעת חשיפה לזיהומים, שהיית המטופל בסביבה מוכרת לו המונעת בלבול, דיכאון ואי-התמצאות (דיס-אוריינטציה), העלולים להתלוות לאשפוז בסביבה שאינה מוכרת; מניעת הרעה במצב המטופל לאחר שחרורו לביתו בשל אי-קבלת הנחיות ברורות לגבי ההתנהגות בבית או בשל אי-הבנת ההוראות; מתן אפשרות תמיכה רציפה של בני המשפחה; הפחתת העומס במחלקות האשפוז הפנימיות בבתי החולים, שברבות מהן מצוקת אשפוז ומחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי[11]; וככל הנראה ועל פי מחקר שנעשה - גם הפחתת ההוצאה הלאומית על שירותי בריאות[12]. 2. שירותי מרפאה (בדיקת רופא ואחות) לחולים שאינם מסוגלים להגיע בכוחות עצמם למרפאה בשל מצבם הבריאותי או בשל תנאי המגורים שלהם, כגון מגורים בקומה גבוהה ללא מעלית או במרחק רב מהמרפאה. 3. הוספיס[13] בית - טיפול בחולים הנוטים למות[14]. כך לדוגמה, בישראל מתים ממחלת הסרטן כ-10,000 איש בכל שנה שרבים מהם זקוקים לטיפול כזה. 4. שיקום רב-מקצועי[15] - בדרך כלל כהשלמה לשיקום בבית חולים.

כדי להבטיח טיפול רפואי ראוי בקשיש המטופל בביתו (להלן - מטופל בית[16]), ומכיוון שלעתים אין בבית הקשיש השגחה צמודה כפי שקיימת בבתי החולים ובמוסדות, יש לקבל כתנאי ראשוני והכרחי לטיפול בית את הסכמתם של החולה ומשפחתו לטיפול ואת נכונותם לשיתוף פעולה. תנאי נוסף לקיום כל סוגי טיפולי הבית הדרושים הוא הרכבת צוות רפואי מגוון ובו רופאים מומחים במגוון תחומים, אחיות, פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק, עובדים סוציאליים, דיאטנים ועוד.

כל אחת מקופות החולים הקימה מערך של יחידות שייעודן מתן שירות למטופלי הבית (להלן - היחידות לטיפולי בית או היחידות)[17]. על פי נתונים שמסרו הקופות למשרד מבקר המדינה, מספרי

---

11 עוד על נושא זה ראו בכרך זה בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

12 מחקר של הכללית, משרד הבריאות והדסה על מאושפזי הבית של הכללית במחוז ירושלים שפורסם ב-2007 מצא כי עלות אשפוז בית היא כחמישית מעלות אשפוז בבית חולים.

13 הוספיס - מוסד סיעודי, בעיקר לחולים חשוכי מרפא (מילון אבן שושן).

14 חולה הנוטה למות - חולה בסוף ימיו; terminally ill patient; end of life patient

15 תהליך שמטרתו לשפר תפקודים מוטוריים וקוגניטיביים שנפגעו בעקבות מחלה או פציעה. תהליך זה מצריך טיפול על ידי צוות רב-מקצועי ועשוי לכלול, בין השאר, פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור וריפוי בעיסוק.

16 מרבית מטופלי הבית הם קשישים - חולים בני 65 ומעלה.

17 כפי שיפורט בהמשך, הקופות הגדירו באופן שונה את שמות היחידות ואת ייעודן; בדוח זה, תחת ההגדרה "יחידות" נכללים כל סוגי היחידות לטיפול בחולים בביתם, אלא אם כן צוין אחרת. עוד על ייעוד היחידות כפי שכל אחת מן הקופות הגדירה ראו בפרק "הצורך במידע אחיד על טיפולי הבית".

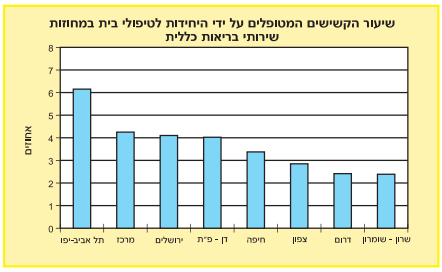
מטופלי הבית שהיו מטופלים ביחידות בתחילת שנת 2010 היו כדלהלן: בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) - 18,722 מטופלים; במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי) - 6,307; בלאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית) - 2,120; בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) - 1,565. מספר המטופלים ביחידות בכל הארץ הוא אפוא כ-29,000.

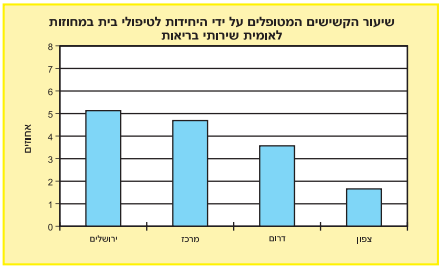
בדוח שפרסם מבקר המדינה בשנת 2006 הוא ציין[18] כי "רק בשנים האחרונות החל משרד הבריאות ליזום תהליך של פיתוח סטנדרדים וגיבוש קריטריונים לטיפול רפואי בבית". בחודשים פברואר-אוגוסט 2010, בדק משרד מבקר המדינה את הנושאים האלה: הפעולות שנקטו משרד הבריאות (להלן - המשרד) והקופות להסדרת תחום טיפולי הבית; מתן תמריצים לקופות לעידוד טיפולי בית; טיפולי בית וטיפול פליאטיבי[19] (palliative care) לחולה הנוטה למות; מניעה ואבחון של מחלות האופייניות לקשישים המטופלים בביתם; סדרי הטיפול במטופלי הבית; קביעת תקני כוח אדם ליחידות; שמירה על עקרון השוויון שנקבע בחוק במתן טיפולי בית; תיעוד רפואי ביחידות.

הבדיקה נעשתה במשרד ובמחוזות של ארבע הקופות: במחוז מרכז ובמחוז דרום של הכללית; במחוז ירושלים והשפלה ובמחוז צפון של מכבי; במחוז ירושלים ובמחוז מרכז של מאוחדת; במחוז דרום ובמחוז מרכז של לאומית. נבדקו, בין היתר, תיקים רפואיים של 114 מטופלי בית, אשר נבחרו באורח אקראי ממטופלי הבית המבוטחים בכל הקופות. בדיקות השלמה נעשו במועצות הלאומיות[20], במכון ברוקדייל[21], במוסד לביטוח לאומי ובאגודה למלחמה בסרטן.

חשש לפגיעה בעקרון השוויון בין המבוטחים

החוק קובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". לכן על הקופות להקפיד על מתן שירות שווה למבוטחיהן ברחבי הארץ, לרבות ביחידות לטיפולי בית. כדי לעמוד על שיעור הקשישים המקבלים שירות זה בכל מחוז משרד מבקר המדינה השווה את מספר הקשישים המטופלים על ידי היחידות למספר הקשישים המבוטחים בכל מחוז ממחוזות הקופות. להלן תרשימים המציגים את ניתוח הנתונים שנאספו בכל אחת מן הקופות:



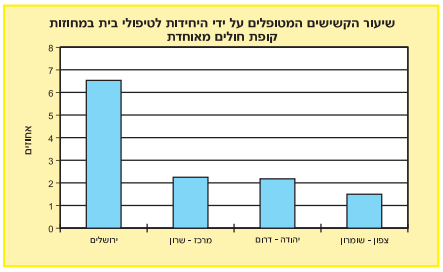


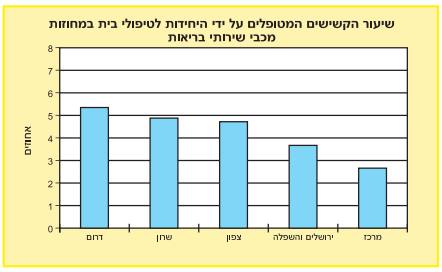
18 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 56ב** (2006), בפרק "היבטים בטיפול בקשיש הסיעודי", עמ' 577.

19 טיפול תומך, בעיקר להקלת כאביו של החולה הנוטה למות. עוד על נושא זה ראו להלן.

20 ועדות מקצועיות בשילוב מומחים, שהמשרד מקים כדי שייעצו לו.

21 "מכון ברוקדייל" הוא מכון מחקר המבצע מחקרים בסוגיות חברתיות לרבות בנושא הזקנה.





הביקורת העלתה כי בכללית, מאוחדת ולאומית קיימים הבדלים ניכרים בין שיעורי הקשישים המטופלים על ידי היחידות במחוזות השונים של אותה קופה. בייחוד בולטים ההבדלים בין המחוזות שבמרכז הארץ ובין מחוזות פריפריים. כך, נמצא כי במחוז תל אביב-יפו של הכללית שיעור הקשישים שזכו לטיפול היחידה גדול פי 2.5 משיעורם במחוז דרום ופי 1.5 משיעורם במחוז ירושלים; שיעור המטופלים במאוחדת שזכו לטיפול היחידות במחוז ירושלים גדול פי ארבעה ויותר משיעורם במחוז צפון-שומרון ופי שלושה משיעורם במחוז מרכז-שרון; בלאומית שיעור המטופלים ביחידה של מחוז ירושלים הוא יותר מפי 3 משיעורם במחוז צפון וכמעט פי 1.5 משיעורם במחוז דרום. הבדלים ניכרים אלה משקפים לכאורה פגיעה בעקרון השוויון שנקבע בחוק.

בתשובתה מאוקטובר 2010 השיבה מאוחדת כי טיפולי הבית מבוצעים על פי תפיסת השירות של כל מחוז, וכי במחוז ירושלים מטופלים ביחידה גם מבוטחים שאינם מרותקים לביתם ושמצבם אינו מחייב טיפול בית, ועל כן לא ניתן להסיק מכך על אי-שוויון.

לדעת משרד מבקר המדינה, תשובת מאוחדת מאשרת כי קיימת אי-אחידות בפעולת היחידות במחוזות השונים שאף עלולה להוביל לאי-שוויון, ולכן על המשרד ומאוחדת לשוב ולבחון את דרך פעולתה של הקופה בעניין זה.

בתשובתה מדצמבר 2010 מסרה מאוחדת כי היא משלימה בימים אלו הקמת מחלקה ייעודית לטיפול כוללני בקשישים בקופה הן במרפאות ייעודיות והן ביחידות לטיפולי בית, ובמקביל ייבנו יחידות מחוזיות שירכזו את פעולות היחידות לטיפולי בית במחוזות השונים. להערכת מאוחדת מהלכים אלו יביאו לאחידות במסגרות הטיפוליות, בנוהלי הטיפול ובאופן הדיווח בכל מחוזות הקופה.

בתשובתה מאוקטובר 2010 השיבה הכללית כי היחידה לטיפולי בית היא גורם "מסייע ותומך" לשירות הניתן על ידי המרפאות, וכי מידת השימוש במשאב זה משתנה ממחוז למחוז וממרפאה למרפאה ותלויה בגורמים רבים, ולכן לדעתה אין לקשר בין מספר הקשישים במחוז ובין מספר הקשישים המטופלים על ידי היחידות באותו מחוז.

משרד מבקר המדינה מציין כי לפי נוהלי הכללית, במקרים רבים היחידות לטיפולי בית אינן רק "גורם מסייע ותומך" אלא גורם הנותן את עיקר הטיפול למטופלים בביתם, ולגבי חלק מהם הטיפול הוא אף תחליף לאשפוז. לכן ההבדלים הגדולים בין שיעורי הקשישים הזוכים לטיפול היחידות במחוזות השונים מצביעים על חשש לפגיעה בעקרון השוויון.

סדרי הטיפול בקשישים מטופלי בית

בדיקה ראשונית של המטופלים

הטיפול בקשיש בביתו בא לעתים כתחליף לאשפוז והוא עשוי להציל את חייו, להאריכם או לשפר במידה ניכרת את איכותם. על כן חשוב להתחיל בטיפול בקשיש בביתו סמוך ככל האפשר לסיום הטיפול במסגרת הרפואית הקודמת שבה שהה (בדרך כלל חדר מיון או מחלקת אשפוז בבית חולים), וכי הצוות הרפואי של היחידה יבדוק את הקשיש בדיקה ראשונית מקיפה בתוך פרק זמן סביר וקצר שיאפשר שמירה על הרצף הטיפולי לאחר ששב לביתו. קיימת סכנה שאם יחלוף זמן רב מדי קודם שיוחל בטיפול בבית, יידרדר מצבו של הקשיש והוא יזדקק לאשפוזים נוספים, דבר העומד בניגוד למטרות הטיפול בבית, שכוללות את ייצוב המצב הבריאותי של המטופל והפחתת מספר ההפניות לבתי חולים וימי האשפוז בהם.

נמצא כי כל הקופות, מלבד הכללית, קבעו תקן לפרק הזמן המרבי שיחלוף עד קיום הבדיקה הראשונית, אולם הן לא הקפידו על עמידה בתקן שקבעו. להלן דוגמאות לליקויים בתחום זה:

פרק הזמן העובר עד הבדיקה הראשונית

הכללית: כאמור, הכללית לא קבעה בנהליה תקן בעניין זה. ואכן בבדיקה אקראית של עשרה תיקים ביחידה של הכללית במחוז מרכז נמצא כי בשלושה מהם חלף יותר מחודש ימים מההפניה ליחידה ועד הבדיקה הראשונית. זהו פרק זמן ניכר גם בהשוואה ליתר הקופות, כפי שיפורט להלן.

בתשובתה מאוקטובר 2010 מסרה הכללית כי לא קבעה מהו פרק הזמן המרבי מההפניה ליחידה עד הבדיקה הראשונית, משום שהשיקול הקובע הוא השיקול הרפואי, ולכן, זמן הבדיקה הראשונית נקבע לכל מטופל בית לפי המידע הרפואי שהתקבל בהפנייתו ליחידה.

משרד מבקר המדינה מציין כי לעתים עלולה לחול הידרדרות מהירה במצבו הרפואי של קשיש שאך השתחרר מבית החולים. לפיכך חשוב לקבוע פרק זמן מרבי שיחלוף מההפניה ליחידה עד הבדיקה הראשונית ולעמוד בו.

לאומית: לאומית קבעה בנהליה כי צוות היחידה יגיע לביתו של המטופל בתוך 24 שעות מההפניה ליחידה. ואולם בביקורת נמצאו דוגמאות למקרים שבהם היו עיכובים בביצוע הבדיקה הראשונית; באחד מעשרת התיקים שנבדקו אקראית ביחידה בקריית גת נמצא שחלפו יותר מעשרה ימים מההפניה ליחידה עד בדיקה הראשונית, ובתיק אחר - אף יותר משלושה שבועות.

מכבי: מכבי קבעה בנהליה כי גורם מקצועי מטעם היחידה יבקר בבית המטופל בתוך 48 שעות מההפניה ליחידה (בשבתות וחגים - 72 שעות). ואולם בביקורת נמצאו דוגמאות לעיכובים בביצוע הבדיקה הראשונית; מ-29 תיקים שנבדקו בבדיקה אקראית בשתי יחידות, בארבעה תיקים נמצא כי עברו יותר משבועיים מההפניה ליחידה עד הבדיקה הראשונית.

מאוחדת: מאוחדת קבעה בנהליה כי רופא יבדוק את הקשיש בדיקה יסודית בתוך 24 שעות מהפנייתו ליחידה. ואולם בביקורת נמצאו דוגמאות לעיכובים בביצוע הבדיקה הראשונית, ובאחד מ-20 התיקים שנבדקו במחוז ירושלים נמצא כי חלפו יותר משבועיים עד הבדיקה הראשונית.

בתשובתה מדצמבר 2010 מסרה מאוחדת כי תדגיש ותהדק את נוהלי קבלת קשישים לשירות טיפולי הבית.

בקרת הקופות על העמידה בזמנים שנקבעו

הביקורת העלתה כי הקופות אינן מקיימות בדיקות תקופתיות או בקרות על העמידה בפרקי הזמן המרביים עד הבדיקה הראשונה למטופל הבית. רק ביחידה של הכללית במחוז מרכז מחשבת מנהלת היחידה ממוצעים של פרקי הזמן שחלפו מההפניה עד הבדיקה הראשונית, אולם גם ביחידה זו לא נעשית בדיקה פרטנית של כל אחד מהתיקים.

לדעת משרד מבקר המדינה, חשוב שהבדיקה הראשונית תבוצע בהקדם האפשרי ועל קופות החולים לקיים בקרה בנושא זה.

הפרדה בין תפקידי ביצוע ובין תפקידי פיקוח בכללית

על פי המקובל במינהל תקין, יש צורך בהפרדה בין בעלי תפקידים של פיקוח ובקרה ובין בעלי תפקידים ביצועיים. זאת על מנת למנוע מצב שבו מי שהוטלו עליו משימות מסוימות ימלא גם תפקיד שבו עליו לקיים פיקוח ובקרה על מילוי אותן משימות[22].

היחידה של הכללית במחוז מרכז מאורגנת בשלוש מינהלות אזוריות הכפופות להנהלת היחידה המחוזית. בהנהלת היחידה המחוזית עובדת מנהלת רפואית שהיא רופאה גריאטרית ותפקידיה הם, בין השאר, ניהול כוח האדם הרפואי העוסק בטיפולי בית, ייעוץ רפואי לרופאים העוסקים בטיפולי בית ואבטחת איכות ובקרה על תהליכי הטיפול הביתי בשלוש המינהלות. לכל אחת משלוש המינהלות הכפופות ליחידה המחוזית יש מנהלת אחראית, אשר גם היא רופאה, ותפקידיה הם ליווי והדרכה של צוותי המינהלה, מיון וסיווג של המטופלים המועמדים לקבל את הטיפול ביחידה, אבטחת איכות ובקרה על תהליכי הטיפול הרפואי במינהלה, מתן טיפול ישיר למטופלים ועוד.

בניגוד לכללי מינהל תקין, נוהלי הכללית מאפשרים מצב שבו אותו בעל תפקיד ימלא גם תפקיד ביצועי-רפואי באחת המינהלות וגם את תפקיד הפיקוח הרפואי מטעם הנהלת היחידה המחוזית על פעילותו שלו באותה מינהלה. ואכן נמצא כי המנהלת הרפואית של היחידה במחוז מרכז מכהנת גם כמנהלת הרפואית של אחת משלוש מינהלות הפועלות תחת אחריותה, ועקב כך היא אמורה לבצע בקרת איכות על תפקודה שלה במינהלה זו.

---

22 גם דוח מבקר המדינה משנת 2006 (דוח 56ב) בפרק "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים" העלה מקרה של חשש לניגוד עניינים בכללית, שנבע מכך שרופאים מכהנים בשני תפקידים. הועלה כי בקרי תרופות בהנהלות המחוזות של הכללית עובדים גם כרופאים בקהילה, וכך, בכובעם כרופאים הם נותנים מרשמים לחולים שבהם הם מטפלים ובכובעם המינהלי הם מאשרים מרשמים אלה. הכללית השיבה אז כי תבדוק עניין זה ותוציא הנחיות בנדון.

הכללית מסרה בתגובתה מדצמבר 2010 כי בעקבות הערת המבקר הנושא נבדק וטופל, וכי המנהלת הרפואית של היחידה מכהנת בתפקיד זה בלבד ואינה מכהנת יותר כמנהלת הרפואית של אחת משלוש המינהלות הפועלות ביחידה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הכללית לקיים עבודת מטה בנושא ולבחון את הצורך במתן הנחיות למחוזות וליחידות כדי למנוע חשש לניגוד עניינים מהסוג האמור לעיל.

קביעת דרגת החומרה של המצב הרפואי ותכנית טיפול

כדי לייעל את הטיפול וכדי לתאם בין נותני השירות השונים, חשוב שבעת קבלת המטופל ליחידה תיקבע דרגת החומרה של מצבו הרפואי (להלן - דרגת החומרה הרפואית)[23] ותוכן תכנית טיפול המתאימה למצבו, ובין השאר ייקבעו בה יעדים רפואיים ויפורטו אנשי הצוות שישתתפו בתהליך הטיפול ותדירות טיפוליהם וביקוריהם.

ביחידות שנבדקו במכבי ובמאוחדת נמצא כי אכן יש הקפדה על קביעת דרגת החומרה הרפואית והכנת תכנית טיפול. במחוז דרום של לאומית נמצא כי לא נקבעו דרגות חומרה רפואיות ותכניות טיפול.

תדירות הביקורים של רופאים ואחיות אצל מטופלי בית

כדי להבטיח טיפול ראוי במטופלי הבית, חשוב לקבוע לכל דרגת חומרה רפואית תדירות ביקורים מזערית של רופא ואחות בבתי המטופלים ולהקפיד על ביצוע מעקב מקצועי אחר מצבו של מטופל הבית.

ניכר כי המשרד הכיר בחשיבות קביעת תדירותם המזערית של ביקורי רופא. ואכן ביוני 2006 קבע המשרד, כחלק ממבחני התמיכה[24] לקופות, כי חולה הנמצא בדרגת חומרה רפואית שהטיפול בבית מהווה עבורו תחליף לאשפוז יזכה לתדירות ביקורים של רופא "לפחות 6 פעמים בחודש או יותר מכך, בהתאם למצבו הרפואי".

ואולם נמצא כי המשרד לא פרסם הנחיות מחייבות בנוגע למספר הביקורים המזערי של רופאים ושל אנשי הצוות הרפואי לכל אחת מדרגות החומרה הרפואיות של מטופלי הבית.

למעט מכבי, שאר שלוש הקופות לא אימצו את הנורמה שקבע המשרד כחלק ממבחני התמיכה לגבי אותה דרגת חומרה רפואית שהטיפול בבית מהווה תחליף לאשפוז.

נמצא גם כי חלק מהקופות לא קבעו בנוהליהן תדירות ביקורים מזערית של רופא אצל מטופל הבית לפי דרגות חומרה רפואיות; חלקן קבעו תדירות אחידה של ביקורים לכל דרגות החומרה בלא קשר לחומרת מצבו של החולה, ותדירות זו נמוכה במידה ניכרת מהתדירות שקבע המשרד במבחני התמיכה. להלן דוגמאות:

---

23 דרגת החומרה הרפואית נקבעת לפי כמה נתונים, ובהם סוג המחלה ורמת תפקודו של החולה.

24 מבחנים שקבעו משרדי הבריאות והאוצר לתמיכה בקופות עבור פיתוח פתרונות של טיפולי בית. עוד בנושא זה ראו להלן.

הכללית: הכללית קבעה בנהליה את אותו מספר מזערי של ביקורי רופא ואחות - ארבעה ביקורים בחודש, לפחות אחד מהם של רופא לכל החולים שאחריות הטיפול היא של היחידה. למטופלי בית שהם ברמת מורכבות נמוכה יותר ואחריות הטיפול היא של צוות המרפאה, לא נקבע מספר ביקורים מזערי, והביקורים מתקיימים לפי החלטת הרופא או האחות או לפי בקשת המשפחה.

יוצא אפוא שהכללית אינה עומדת בתקן שקבע המשרד במבחני התמיכה, גם לא לגבי דרגת החומרה הגבוהה ביותר שמהווה תחליף לאשפוז.

מכבי: מכבי קבעה בנהליה תדירות ביקורים מזערית של רופא או אחות אחת לשלושה חודשים ועד ביקור יומי, הכול לפי הגדרת חמש דרגות החומרה הרפואיות האפשריות.

ואולם בבדיקת 19 תיקים במחוז ירושלים והשפלה של מכבי נמצא כי רופאים אינם מקיימים ביקורי בית בתדירות ובמתכונת שנקבעו בנוהלי הקופה. להלן דוגמאות לליקויים בתחום זה באותו מחוז:

במקרה אחד במקום לבקר בבית החולה אחת ליום כפי שנדרש נוכח דרגת החומרה הרפואית, ביקר הרופא בביתו אחת לחודש.

הועלו שני מקרים שבהם הרופאים לא ביקרו בבתיהם של החולים ולא בדקו אותם בפרקי זמן של תשעה חודשים עד שנה, ורק רשמו מרשם לבקשת בני המשפחה. יצוין שדרגת החומרה הרפואית שנקבעה לאחד מחולים אלה חייבה ביקור בית של רופא אחת לשבוע.

בשלושה תיקים נמצא כי החולים לא זכו לביקורי בית של רופא במשך פרקי זמן של חודש וחצי עד שנתיים, והקשר עמם היה באמצעות הטלפון בלבד. אחת מאותם חולים, שלפי נוהלי הקופה נזקקה לבדיקת רופא בביתה אחת לשבוע לפחות, קיבלה את השירות במשך כמעט חודשיים באמצעות הטלפון בלבד.

יצוין כי גם בקרה שעשה המשרד במרס 2009 באותו מחוז העלתה כי "ישנם חולים רתוקים, הסובלים מבעיות כרוניות, שלא נבדקו על ידי רופא במשך מספר שנים, ועם זאת מתבצעים רישומים בתיקם הרפואי". הביקורת העלתה כי מכבי לא פעלה לתיקון הליקוי.

לאומית: **לאומית קבעה בנהליה כי התדירות המזערית של ביקורי רופא ואחות אצל מטופלים בכל דרגות החומרה הרפואית תהיה אחת לחודש בלבד, בניגוד למה שנקבע במבחני התמיכה לדרגת חומרה רפואית המהווה תחליף לאשפוז.**

בבדיקה ביחידה של לאומית בקריית גת נמצאה גם חריגה משמעותית בתדירות ביקורי האחות בבית המטופלים. נמצא כי לאחת האחיות של היחידה בקריית גת, האחראית לביצוע טיפולי בית, הקצתה הקופה ארבע שעות עבודה שבועיות בלבד עבור טיפולי בית, הקצאה נמוכה כשלעצמה. וכי בארבע השנים האחרונות הקצאת שעות זו נותרה בעינה למרות גידול של 48% במספר מטופלי הבית (מ-27 ל-40). עקב כך לעתים לא זכו מטופלים לביקור אחות במשך זמן רב (עד כשבעה חודשים), אף שנוהלי לאומית קובעים כי כל מטופל בית יזכה לביקור אחת לחודש לפחות.

השוואה שעשה משרד מבקר המדינה בין המחוזות השונים של לאומית העלתה הבדלים בהקצאת השעות לאחיות; כך, לאותה אחות בקריית גת הוקצתה שעה שבועית לכל עשרה מטופלי בית, ואילו ביחידה בנתניה הוקצתה לאחות שעה שבועית לכל 2.5 מטופלי בית (מספר גדול פי ארבעה של שעות למטופל).

משרד הבריאות כתב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי "ממצאי הבקרות שעורך המשרד משקפים תמונה דומה לממצאי דוח זה של מבקר המדינה, ולכן הוא שותף לצורך הניכר בבקרה קפדנית ומעמיקה בתחום זה, ועושה ככל יכולתו במסגרת המשאבים העומדים לרשותו... בימים אלה האגף[25] נערך לסבב בקרות נוסף בשנת 2011 במחוזות שכבר נבדקו ב-2009".

על המשרד לקבוע או לחייב את הקופות לקבוע בנוהל מחייב את תדירות הביקורים בבתי המטופלים בהתאם למצבם הרפואי, ולוודא שהנוהל אכן מקוים על ידי הקופות.

הכללית מסרה בתשובתה מדצמבר 2010 שחטיבת הקהילה בכללית פיתחה כלי לבקרה על פעילות היחידות, ובאמצעותו הופעלה ב-2009-2010 בקרה על חלק מהמחוזות כפיילוט, והחל משנת 2011 תקוים בקרה על כל היחידות בכל המחוזות.

קבלת החלטות רפואיות ותיעודן

על מנת להבטיח רצף טיפולי בין המטפלים השונים בצוות הרפואי של היחידה, העברת מידע ועדכון תכנית הטיפול לפי שינויים במצבם של החולים, חשוב לקיים מפעם לפעם ישיבות משותפות לכל אנשי הצוות המשתתפים בטיפול. כמו כן ראוי לתעד את הישיבות ולעדכן את התיקים הרפואיים על הדיונים וההחלטות שהתקבלו בישיבות הצוות. ואולם הביקורת העלתה כי אין הקפדה על קיום ישיבות משותפות ותיעודן. להלן דוגמאות:

הכללית: הכללית קבעה בנהליה שכדי להבטיח את איכות הטיפול, על מנהל היחידה לקבוע ישיבות של כל הצוות המטפל. ואכן ביחידה של הקופה במחוז מרכז תועדו ישיבות צוות כאלה, אולם הן תועדו בתיקי פרוטוקולים באופן מרוכז בלבד, ולא בתיקיהם הרפואיים של מטופלי הבית. עקב כך התיקים הרפואיים של מטופלי הבית אינם משקפים את מלוא ההחלטות שהתקבלו בעניינם.

בתשובתה מאוקטובר 2010 ציינה הכללית כי היא נמצאת בעיצומו של תהליך מחשוב תיקי היחידות, וכי במסגרת התיעוד הממוחשב יתועדו בתיקיהם של מטופלי הבית גם החלטות המתקבלות בישיבות הצוות.

מכבי: מכבי קבעה בנהליה כי הצוות המטפל יקיים ישיבות שבועיות שוטפות וידווח בהן על מצב מטופלי הבית. ואולם בדיקת תיקים של מכבי במחוז ירושלים והשפלה העלתה שבכ-60% מהם לא תועדו ישיבות צוות; מבדיקת תיקים של מטופלי היחידה בנהרייה עלה כי ב-10% מהם לא תועדו ישיבות צוות וב-40% מהם תועדו ישיבות שהתקיימו רק יותר משלושה חודשים לאחר שהיחידה החלה לטפל באותם מטופלי הבית.

מאוחדת: מאוחדת קבעה בנהליה כי ישיבות צוות יתקיימו באופן סדיר ביום קבוע אחת לחודש. על היחידות היה לעדכן בתיקי המטופלים את ההחלטות הרפואיות שהתקבלו לגביהם. ואולם בביקורת שנעשתה ביחידות הקופה במחוז ירושלים ובמחוז מרכז עלה כי המסמכים המתעדים את הדיונים ובכלל זה ההחלטות הרפואיות לגבי כל מטופל נמצאים בתיק פרוטוקולים, והתיקים הרפואיים של המטופלים לא עודכנו לפיהם.

---

25 האגף לרפואה קהילתית במשרד הבריאות.

לאומית: לאומית קבעה בנהליה כי הצוות המטפל יקיים אחת לחודש לפחות ישיבת הערכה תקופתית לשם דיווח ודיון על מצב המטופלים. ואולם ביחידות של הקופה במחוז מרכז ובמחוז דרום לא נמצאו מסמכים המתעדים קיום ישיבות אלה.

תיעוד רפואי ממוחשב ביחידות

אחד העקרונות החשובים ברפואה הוא תיעוד המידע הרפואי על החולה. ציוד צוות היחידה במחשב נייד שאפשר לקשרו למחשב המרכזי של הקופה דרוש כדי לאפשר עדכון הרשומה הרפואית בזמן אמת ושיתוף מידע בין אנשי הצוות באופן שוטף.

בסיכום דיון בנושא אשפוז בית שהתקיים באפריל 2008 בהשתתפות שר הבריאות דאז, ח"כ יעקב בן-יזרי, צוין כי "חשוב כי התיק הרפואי של מאושפזי הבית יהיה ממוחשב ברמה הקלינית - כך שתינתן אפשרות טכנולוגית לכל רופא המטפל במאושפזי בית לתעד את הטיפולים ברשומה ממוחשבת, לפחות ברמה שקיימת בקופות לגבי חולים אמבולטוריים[26]. בנוסף, על המחשוב לתת מענה לסוגיות ייחודיות לאשפוז הבית, לרבות עבודת צוות רב מקצועי". משרד מבקר המדינה בדק את מחשוב המידע של היחידות. להלן הממצאים:

מחשוב הרשומות הרפואיות

נמצא כי קופות החולים עדיין לא עברו למחשוב מלא של הרשומות ביחידות. חלק מהקופות עשו פעולות בתחום זה, אך הן לא הושלמו, וכך נמצאו יחידות שבהן חלק מאנשי הצוות הרפואי משתמשים בתיק ממוחשב וחלק בתיק ידני.

הכללית: במועד הבדיקה עדיין לא נעשה ביחידות הקופה שימוש במחשבים ניידים. יתרה מכך, ביחידה במחוז מרכז עדיין אין שימוש בתיק ממוחשב, וכל המידע הרפואי נרשם ידנית בתיקים פיזיים שנמצאים רק בבית המטופל בלא העתק ביחידה המחוזית או במחשב המרכזי של הקופה. התוצאה - אין מידע רפואי שלם ונגיש לאנשי הצוות כאשר הם אינם בבית המטופל, בזמן ישיבת צוות למשל. ביחידה במחוז דרום של הכללית האחיות תיעדו את ביקוריהן בתיק הממוחשב של היחידה, הרופאים תיעדו את ביקוריהם בתיק הממוחשב של הסניפים, ויתר בעלי התפקידים תיעדו את ביקוריהם בתיקים שאינם ממוחשבים ושאינם נגישים לכל הצוות הרפואי.

בתשובתה מאוקטובר 2010 מסרה הכללית כי היא נמצאת בעיצומו של תהליך ניסיוני (פיילוט) של מעבר כלל בעלי התפקידים ביחידות לתיעוד ממוחשב, וכי על בסיס ממצאי הפיילוט יושם המודל ביתר היחידות.

מכבי: ביחידות שנבדקו במכבי אין שימוש במחשבים ניידים, ורק לאחר ביצוע ביקורי הבית מזין איש הצוות את המידע הרפואי למחשב הנייח שביחידה. דרך פעולה זו יוצרת עבודה נוספת ומגבירה את החשש לטעויות ולהשמטת פרטים חשובים מן התיק הממוחשב.

---

26 חולים שאינם מאושפזים.

בתשובתה מאוקטובר 2010 מסרה מכבי כי חלק מהרופאים ומהאחיות העובדים ביחידות מצוידים במחשבים ניידים, וכי אם הרישום בתיק החולה אינו נעשה בזמן אמת, התיק מעודכן בתוך 24 שעות משעת הביקור.

מאוחדת: הקופה אמנם קנתה מחשבים ניידים וחילקה אותם לרופאים ולאחיות ביחידות, אך הביקורת העלתה כי ביחידה במחוז ירושלים רק חלק מבעלי התפקידים משתמשים במחשבים אלה.

לאומית: התיעוד הרפואי על ידי הפיזיותרפיסטים, המרפאים בעיסוק וקלינאי התקשורת אינו מתבצע בתיק הרפואי הממוחשב של החולה, אלא בנפרד, בתיקים פיזיים שהם מנהלים בעצמם, כל אחד בתחומו, ומאחסנים אצלם. עקב כך, מידע רפואי רב-ערך אינו נגיש לכלל אנשי הצוות הרפואי ואף לרופא ולמנהל הטיפול. ביחידה בנתניה איש מאנשי הצוות אינו משתמש במחשבים ניידים שנרכשו עבור הרופאים והאחיות העובדים ביחידה.

נגישות המידע לרופאים של חברות חיצוניות

מרבית היחידות אינן נותנות שירות בשעות הערב, בלילה ובסופי שבוע, והשירות הרפואי למטופלי הבית ניתן על ידי חברות פרטיות[27] שהקופות התקשרו עמן. לפיכך חשוב שהמידע הרפואי העדכני ולפחות תמציתו יהיו זמינים לצוותי אותן חברות כדי לאפשר עיון בו בעת הצורך.

נמצא כי מלבד היחידות של מאוחדת, שנוסף על התיק הרפואי הממוחשב מרכזות גם תמצית של המידע בבית המטופל, והיחידה של הכללית במחוז מרכז, שבה כאמור התיקים נמצאים רק בבית המטופל - שאר היחידות שנבדקו אינן מחזיקות תיק רפואי או תמצית שלו בבית המטופל, ועקב כך בחלק ניכר מהטיפול עלול שלא להישמר עקרון הרצף הטיפולי.

על הקופות להסדיר את ניהול הרשומות הרפואיות של מטופלי הבית באופן שיבטיח את נגישות המידע לכל הצוות הטיפולי בכל עת.

קביעת תקני כוח אדם ליחידות ואיוש היחידות

לצורך פעילות תקינה של היחידות יש להסדיר בין השאר גם נושאים אלה: תקני כוח אדם ליחידות, היקפי המשרה של המועסקים בהן ותמהיל הצוות הגרעיני[28] של היחידות והצוות המסייע להן. קביעת התקנים חשובה בין השאר כדי למנוע הבדלים בין השירות שנותנות היחידות השונות באותה קופה באופן העלול לפגוע בעקרון השוויון לפי החוק. בקביעת תקן כוח האדם יש להביא בחשבון בין השאר את תדירות הביקורים הנדרשת ואת היקף האוכלוסייה הזקוקה לשירות.

---

27 דוגמת "ביקורופא" ו"יד להחלמה".
28 רופאים ואחיות שמטפלים בכל סוגי החולים.

בבדיקה נמצא כי מלבד מאוחדת, שקבעה בנוהל מספר מרבי של מטופלי בית למשרת רופא ולמשרת אחות ומספר שונה של ביקורים, לכל משרה, לתחום עירוני ולתחום בין-עירוני, יתר הקופות לא קבעו נהלים בנדון. להלן דוגמאות לליקויים בתחום זה:

תקני כוח אדם רפואי ליחידות

הכללית: הנהלת הכללית לא קבעה מפתחות תקינה לרופאי היחידות. במחוז דרום של הקופה לא תוקננו רופאים ליחידה, וטיפולי הבית נעשו בידי רופאים מסניפי הקופה ולא על ידי רופאים מהיחידה, ולכן התיעוד הרפואי שלהם לא נשמר בתיק הממוחשב של היחידה אלא של הסניף.

בתשובתה מאוקטובר 2010 ציינה הכללית כי תקינת הרופאים והאחיות בכל מחוז מבוססת הן על משאבי המחוז והן על מבנה היחידות ותפקידן. בתשובתה מדצמבר 2010 ציינה הכללית שנוסף על הרופאים והאחיות המועסקים בתקן, מופעלים גם נותני שירותים במסגרות העסקה שונות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הכללית ליצור מפתחות תקינה ליחידות המביאות בחשבון גם עובדים קבועים וגם מיקור חוץ, באופן שיאפשר מתן שירות באופן שוויוני בין מחוזותיה השונים.

מכבי: גם מכבי לא קבעה מפתחות תקינה לרופאי היחידות. בשל כך, הרופאים הפועלים מטעם היחידה שבמחוז ירושלים והשפלה של הקופה אינם חלק מהצוות הגריעיני של היחידה. יצוין כי באותו מחוז נמצא כי נוהלי הקופה בנוגע לתדירות הביקורים המזערית ולפרק הזמן המרבי שיעבור עד הבדיקה הראשונית אינם מיושמים.

לאומית: לאומית דיווחה למשרד מבקר המדינה באפריל 2010 כי קבעה תקן לא רשמי, ולפיו לכל 100 מטופלי בית תוקצה משרת אחות ומשרת רופא. ואולם הקופה לא עיגנה מפתח זה בנוהל. יצוין כי היחידה של לאומית בקריית גת, השייכת למחוז דרום, אינה עומדת בנוהלי הקופה בדבר תדירות הביקורים המזערית וגם לא בתקן הזמן המרבי שקבעה הקופה לבדיקה ראשונית, בין היתר נוכח העובדה שלא נקבע נוהל כאמור.

שילוב רופאים גריאטרים בצוות היחידות

לרופא גריאטר התמחות במכלול המצבים הייחודיים לזקנה. מדוחות בקרה שפרסם המשרד על מחוזות הקופות עולה החשיבות של הגריאטרים במערך טיפולי הבית; המשרד העיר בדוחותיו[29] כי אין די מעורבות של גריאטרים מומחים בטיפול הרפואי בבית, אך לא קבע הנחיה או תקן בנושא. גם בנוהלי הקופות לא נקבע כי יש להעסיק רופא גריאטר במערך טיפולי הבית, לא כגורם מבצע ואף לא כגורם מנהל, מייעץ ומפקח.

ואולם, חלק מהקופות מעסיקות גריאטרים ביחידות בתפקידי ניהול וחלקן מעסיקות גריאטרים בתפקידי ביצוע. לדוגמה, ביחידה של הכללית במחוז מרכז מכהנת רופאה גריאטרית כמנהלת הרפואית של היחידה; ביחידה של לאומית בנתניה מכהן גריאטר כרופא היחידה; ביחידה של

---

29 דוחות בקרה שעשה משרד הבריאות על מחוז מרכז ומחוז שרון - שומרון של הכללית ופורסמו במרס 2009.

מאוחדת בירושלים מועסקים חמישה גריאטרים; ביחידה של מכבי במחוז ירושלים והשפלה מכהן גריאטר כמנהל רפואי וחלק מהרופאים ביחידות הם גריאטרים.

הביקורת העלתה כי לעומת יחידות אלו היחידות הפועלות בפריפריה מעסיקות רופאים גריאטרים בתפקידי ניהול בלבד בהנהלות המחוזות; כך למשל, ביחידה של הכללית בבאר שבע, ביחידה של מכבי בנהרייה וביחידה של לאומית בקריית גת.

מרבית המטופלים על ידי היחידות הם כאמור קשישים, ולכן חשוב שהקופות יבחנו את האפשרות לשלב רופא גריאטר במערך היחידות, או להעסיק רופא גריאטר שייעץ לצוות המטפל ויקיים בקרה ופיקוח על פעולות היחידה שבתחום התמחותו.

מתן הסכמה לטיפול בבית

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת; החוק אינו מחייב מסירת הסכמה בכתב. מטופל בית עשוי להזדקק לטיפול רפואי מורכב שיש בו סיכונים הנובעים ממתן הטיפול בבית ולא בבית חולים[30]. לכן חשוב שהיחידה תביא לפני המטופל את המידע הרפואי על מצבו ועל הטיפול שיינתן לו, ושהמטופל ייתן הסכמה מדעת לטיפול הרפואי בבית. ועדה של המשרד שפעלה בשנת 1995 קבעה בטיוטת קובץ תקנים כי מטופל בית יתקבל ליחידה רק בתנאי שהוא או האפוטרופוס שלו הביעו מראש ובכתב את הסכמתם לטיפול במסגרת היחידה.

הביקורת העלתה כי רק הכללית קבעה בנהלים כי יש להחתים את מטופלי הבית על טופסי הסכמה כאמור. יתר הקופות לא בחנו את הצורך בהחתמת החולים על טופסי הסכמה גם כאשר מדובר בטיפולים מורכבים או בחולים שנמצאים בטיפול בבית כתחליף לאשפוז, וכאשר קיימים סיכונים גדולים בגין זה שהמטופלים אינם נמצאים בצמוד לציוד והשגחה כפי שקיימים באשפוז.

בבדיקה אקראית שעשה משרד מבקר המדינה בתיקים של עשרה ממטופלי היחידה של הכללית במחוז מרכז נמצא בשלושה תיקים כי המטופלים הוחתמו על טופס ההסכמה זמן רב (כחצי שנה) לאחר קבלתם ליחידה, ובשני תיקים לא היו חתימות של המטופלים על הטפסים.

נמצא כי ביחידה של הכללית במחוז דרום אין כלל שימוש ב"טופס בקשה, הסכמה והתחייבות לקבלת טיפול רפואי במסגרת ביתית", כפי שמחייבות הוראות הקופה. המטופלים מוחתמים על טופסי הסכמה רק כאשר מדובר בטיפולים מורכבים, כגון טיפול תרופתי בעירוי.

הממצאים מלמדים על חוסר אחידות בנושא ההחתמה על טופסי הסכמה לטיפולי בית במחוזות הכללית. על הנהלת הקופה להנהיג אחידות בנושא זה במחוזותיה. כמו כן ראוי שהמשרד והקופות האחרות ישקלו אם יש צורך בהחתמה על טופסי הסכמה.

בתשובתה מדצמבר 2010 מסרה מאוחדת כי הנושא ייבחן מידית על ידי היועץ המשפטי של הקופה ויטופל על פי הנחיותיו.

---

30 לדוגמה, אי-השגחה רפואית צמודה ומחסור במכשור רפואי.

הסדרת תחום טיפולי הבית ובקרתו על ידי המשרד

1. נושא טיפולי הבית לא הוזכר בסל שירותי הבריאות. לפיכך היה ראוי שמשרד הבריאות, כמאסדר (רגולטור) של תחום הבריאות, ינחה את הקופות בנושא זה, ובין היתר יורה להן לקבוע תכנית תקציבית מתאימה כדי שהן יוכלו להיערך מהבחינה הארגונית למתן השירות לפי הנחיותיו. בדוח 56ב של מבקר המדינה צוין, כאמור לעיל, כי רק בשנים האחרונות החל המשרד לקבוע תקנים ולגבש אמות מידה לשירות טיפולי הבית.

הביקורת הנוכחית העלתה כי גם ארבע שנים לאחר פרסום הדוח האמור לעיל, וכשנתיים לאחר שהמשרד הציב בתכנית העבודה שלו לשנים 2009-2010 יעד של יצירת חלופות קהילתיות לפתרון האשפוז המוסדי, הוא עדיין לא פרסם תקנים ואמות מידה לטיפול רפואי בבית[31], למעט בנושאים של הוספיס בית ושיקום בבית (ראו להלן).

המשרד הכיר בחשיבות של הסדרת נושא טיפולי הבית ואף הקים לשם כך שלוש ועדות שפעלו בשנים 1995[32], 2003[33] ו-2005[34] וניסו, בין היתר, לקבוע קובץ תקנים בנושא. למרות זאת, ולמרות הנחיית שר הבריאות בעניין זה מאפריל 2008[35], לא קבע המשרד הנחיות לקופות בנושא אשפוז הבית על בסיס המלצות הוועדות.

2. האגף לרפואת הקהילה שבמשרד מפעיל מינואר 2009 הליך בקרה בשירותי הבריאות בקהילה שבין היתר נועד לבחון את השירות שהקופות נותנות למבוטחים, את התשתיות שהן מספקות לשם כך ואת מידת מיצוי זכויות המבוטחים.

נמצא שבדוחות הבקרה העיר המשרד לכל קופת חולים בנפרד על בעיות מערכתיות הנוגעות ליחידות שהיא מפעילה, כגון היעדר מענה של 24 שעות למטופלי הבית והיעדר תשתית לרישום רפואי ממוחשב. אך גם במקרה הנוכחי לא קבע המשרד הנחיות מערכתיות לכל הקופות על בסיס הערותיו.

---

31 בין השאר המשרד לא קבע באילו מקרים חייבות הקופות לספק את שירות טיפולי הבית, אילו טיפולים יינתנו בבית, באילו דרגות חומרה רפואיות יסווגו המטופלים ומה רמת השירות שתינתן למטופלים המסווגים בכל דרגה; עקרונות הנוגעים לתקינה מזערית ליחידות או מפתחות להקצאת כוח אדם על פי מספר המטופלים; באילו מקרים חייב המטופל להיבדק על ידי רופא מומחה וכיצד יינתן שירות זה - על ידי הבאת הרופא המומחה לבית המטופל או על ידי הסעת המטופל אל הרופא.

32 ועדה שהקים מנכ"ל המשרד דאז לקביעת עקרונות לפעולתן של יחידות המשך טיפול.

33 ועדה לטיפול בית ואשפוז בית שהקימה המועצה הלאומית לגריאטריה שמייעצת להנהלת המשרד. הוועדה גיבשה מסמך עקרונות.

34 ועדה שהקים המשרד בשנת 2005 בנושא אשפוז בית ואשר גיבשה טיוטת נוהל בנושא זה.

35 בישיבה שהתקיימה באפריל 2008 אצל שר הבריאות דאז, ח"כ יעקב בן-יזרי, בהשתתפות מנכ"ל המשרד דאז, המשנה למנכ"ל, ראש מינהל רפואה, מנהל אגף גריאטריה ובעלי תפקידים נוספים במשרד, סיכם השר כי "יש לפתח את אשפוז בית, לרווחת החולים ובני משפחותיהם כחלק מהמאמץ הכולל של משרד הבריאות לשיפור איכות חייהם של האזרחים". באותה ישיבה סיכם מנכ"ל המשרד דאז כי "יש לקבוע את הסטנדרט לאשפוז בית".

היעדר מדיניות לאומית בנוגע לבחינת יעילותם הרפואית והכלכלית של טיפולי בית

מקובל בעולם לבחון את היעילות הרפואית והכלכלית של טיפולי הבית בדרכים שונות[36]. בארצות הברית למשל נבחנת יעילותם על ידי בדיקת מספר האשפוזים, מספר השחרורים ומספר הפניות לחדרי מיון של המטופלים ביחידות לטיפולי בית[37]; בקנדה מתקיימות בדיקות של עלות לעומת תועלת של הטיפול בבית[38] על ידי חקר של התפקיד, היחס והמבנה של הטיפול בבית לעומת הטיפול בבתי החולים וההשפעה של הטיפול בבית על שחרור חולים מבתי החולים.

בביקורת עלה כי על אף החשיבות של פיתוח הטיפול בבית, ולמרות מצוקת האשפוז בבתי החולים, לא הנהיג המשרד בדיקות תקופתיות לבחינת יעילותן הרפואית והכלכלית של היחידות ולא בחן אם יש מקום לפתח תחום זה ולהגדיל את היקף שירות טיפולי הבית. המשרד גם לא קבע את עמדתו בנושאי טכנולוגיות הטיפול מרחוק[39], שכבר הוחל בשימוש בהן בקופות החולים.

המשרד בתגובתו מנובמבר 2010 מסר כי פרסם חוזרים בנושא, וכי הוא מכין חוזרים נוספים, בהם חוזר בנושא "אמות מידה להפעלת שירות רפואה מרחוק", שכבר נמצא בשלבי עריכה סופיים. עוד מסר המשרד כי המועצה הלאומית לגריאטריה והמועצה הלאומית לקהילה, שהם כאמור גופים המייעצים למשרד, יקיימו דיונים משותפים בנושא טיפולי הבית.

היעדר מידע אחיד על טיפולי הבית

כדי שהמשרד יוכל לקיים פיקוח ובקרה על טיפולי הבית ופעולות אחרות שעליו לבצע כמאסדר, יש צורך במידע אחיד על כל קופות החולים. בין השאר יש צורך שקביעת דרגות החומרה הרפואיות של מטופלי הבית תיעשה באופן דומה בכל הקופות כדי שיהיה אפשר לעשות השוואה ביניהן, בין השאר מבחינת העלות הכלכלית של הטיפול בבית בכל דרגה; מספר האשפוזים החוזרים שלהם; מספר מטופלי הבית המשוחררים מהיחידה לטיפול בסניפי הקהילה של הקופות ומספר מקרי המוות. משרד מבקר המדינה כאמור מצא כי יש שוני מהותי בסיווג דרגות החומרה הרפואיות ביחידות לפי נוהלי הקופות.

עוד מצא משרד מבקר המדינה כי קיים שוני בין הקופות בהגדרת ייעוד היחידות. כך למשל מאוחדת הגדירה את ייעוד היחידות בעיקר כתחליף לאשפוז ומניעתו - "לבנות/למסד מסגרות הקולטות מאושפזים מבתי החולים לאשפוז בבית כדי לקצר תקופת האשפוז בבית חולים, וכדי למנוע אשפוזים נוספים"; ואילו לאומית הגדירה את ייעוד היחידות ללא אזכור מפורש של תחליף לאשפוז - "מסגרת טיפולית כוללת לחולים הרתוקים לביתם וזקוקים לטיפול רפואי, סיעודי, שיקומי ופליאטיבי, אשר ניתן להם בביתם".

---

36 חשיבות טיפולי הבית עולה נוכח מצוקת האשפוז, עוד בנושא זה ראו בכרך זה בדוח " מצוקת האשפוז במחלקות פנימיות בבתי חולים כלליים".

37 מפורסם על ידי U.S department of health & human services - centers for medicare & Medicaid services באתר אינטרנט ממשלתי רשמי: www.cms.gov.

38 מפורסם על ידי The national evaluation of the cost-effectiveness of home care באתר האינטרנט www.homecarestudy.com.

39 באמצעות מערכות טלפון ומחשבים ניתן לעקוב אחרי מצב החולים בביתם, למשל על ידי שליחת תמונות של פצעי לחץ ושידור אק"ג למוקדים מקצועיים שמייעצים לחולים ואף לצוות הרפואי.

הבדלים אלה והשוני המהותי בנוהלי העבודה של היחידות בין קופות אינם מאפשרים למשרד לקבל מהקופות דיווחים במתכונת אחידה ולכן מקשים עליו לקיים פיקוח ובקרה הולמים. על המשרד אפוא לקבוע נהלים בנושא ולחייב את כל הקופות לפעול לפיהם.

אף שהמשרד הקים בשנים 1995-2008 שלוש ועדות כדי שיעשו עבורו עבודת מטה להסדרת תחום טיפולי הבית, ואף שבבקרות שעשה ביחידות נמצא שנושאים רבים מחייבים הסדרה, הוא לא קבע נוהל מחייב לקופות בכל הנוגע לשירות טיפולי הבית. בהיעדר הסדרה מטעם המשרד הפעילה כל קופה את היחידות שלה כראות עיניה ונמצאו הבדלים מהותיים בין הקופות בנושא זה; נמצאו גם הבדלים מהותיים בין היחידות באותה קופה באופן שיש בו חשש לפגיעה בשוויון בין מבוטחיה.

המשרד בתגובתו מאוקטובר 2010 מסר כי הוא סבור שהדרישה לשירות אחיד במסגרת קופות החולים אין לה על מה להסתמך, מאחר שקיימת שונות מובנית בין הקופות, דרכי הפעלתן ואופי השירותים שהן נותנות.

משרד מבקר המדינה סבור שלמרות השונות המובנית בין הקופות והחשיבות של עידוד התחרות ביניהן, על המשרד לקבוע תקנים מזעריים לשירות שהמבוטחים זכאים לו בנושא טיפולי הבית וכן לא לאפשר מצבים של אי-שוויון, לכאורה, במתן השירות, בין מחוזות שונים של אותה קופה. הדבר גם יאפשר למשרד לקיים פיקוח ובקרה על פעולות הקופות בנושא זה.

תמריצים לעידוד טיפולי בית

פיתוח שירות טיפולי הבית עשוי לא רק לשפר את מצבם של המטופלים, אלא גם לתרום לשיפור מערכת הבריאות בכלל ולייעול הקצאת המשאבים הלאומית, ובין היתר להקל על מצוקת האשפוז. לפיכך קיבלה הממשלה שתי החלטות על מתן תמיכות (להלן - תמריצים) לקופות החולים כדי לקדם את טיפולי הבית, בין היתר כחלופה לאשפוז, כדלקמן:

1. (א) במרס 2003 החליטה הממשלה "להקצות תמיכה חד פעמית בסך 5 מיליון ש"ח לקופות החולים לרכישת ציוד לשם פיתוח פתרונות אשפוז בית"[40].

בינואר 2006 פרסם שר הבריאות מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה בקופות החולים לשנות התקציב 2005-2007[41], שקבעו, בין היתר, כי חלוקת התמריץ תיעשה לפי דיווחים שיידרשו מן הקופות על פיתוח תחום "אשפוז בית".

יוצא אפוא שהמשרד פרסם את מבחני התמיכה[42] כמעט שלוש שנים לאחר החלטת הממשלה להעניק את התמיכות.

---

40 החלטה מס' 126.

41 ילקוט הפרסומים התשס"ו, 12.1.06, עמ' 1200.

42 תנאים לקבלת התמיכה שקבע המשרד באישור משרד המשפטים.

(ב) ביוני 2006 ביקש המשרד מהקופות דיווח על "אשפוז בית" שהן מעניקות למטופליהן על מנת לחלק להן את התמריצים. לבקשתו זו צירף המשרד הגדרות לנושא "השקעה לפיתוח פתרונות אשפוז בית" כפי שהוא קבע בהתאם להחלטת הממשלה ובהתאם למבחנים שהוא פרסם לפני כן. לפי אותן הגדרות, בשירות אשפוז בית יתקיימו לפחות שלושה תנאים בסיסיים: כל המטופלים שייכללו בדיווח לצורך קבלת התמריץ, צריכים להיכלל בתכנית ייעודית לאשפוז בית; על כל מטופל בשירות להיבדק על ידי רופא שיבקר בביתו לפחות שש פעמים בחודש; השירות יספק בעצמו כוננות רופא 24 שעות ביממה.

נמצא כי המשרד נתן את התמריצים לכללית, ללאומית ולמכבי אף שהן עמדו רק בחלק מהמבחנים[43] שקבע: המשרד לא בדק אם המטופלים שעליהם דיווחו הקופות אכן נבדקו לפחות שש פעמים בחודש בידי רופא; מרבית היחידות אינן מספקות בעצמן שירות כוננות של רופא 24 שעות ביממה כפי שנדרש במבחני התמיכה.

לפי סיכום שיחת ועידה מ-11.12.06 בהשתתפות חברי ועדת התמיכות של המשרד, אושר התמריץ בכפוף לנתונים שנתיים מלאים שיימסרו למשרד על ידי הקופות לא יאוחר מ-31.3.07. לפיכך כל קופה התחייבה בכתב כי אם יתברר בדיעבד (בסוף השנה) כי היא אינה עומדת באמות המידה לקבלת סכום התמיכה על פי הדיווח הסופי, תחזיר הקופה חלק מסכום התמיכה או כולו (לפי דרישת המשרד) שהועבר לה בגין שנה זו.

כללית, לאומית ומכבי לא מסרו דיווח על פעולותיהן בכל שנת 2006 אלא רק על המחצית הראשונה שלה, והמשרד אף לא דרש זאת מהן; המשרד לא וידא שהקופות הוציאו את הכסף שהקצה למטרות שנקבעו. עקב כך לא ניתן לדעת אם הושג היעד של פיתוח פתרונות אשפוז בית שקבעה הממשלה בהקצותה את התמריץ.

מאוחדת ציינה בתשובתה מאוקטובר 2010 כי סירבה להשתתף בתכנית התמריצים מכיוון שלדעתה המבחנים מוטים ואינם משקפים צורך אמיתי, וכי אמות המידה אינן מבטיחות שיפור מהותי בטיב השירות.

2. באוגוסט 2008 קיבלה הממשלה החלטה לתת תמריצים לקופות החולים על מנת לפתח את השירות הרפואי לאוכלוסיית הקשישים ולשפר את איכות הטיפול באוכלוסייה זו מחוץ למוסדות האשפוז - בקהילה ובבית[44]. בהחלטה נקבע, בין היתר, כי חלוקת מחצית מסכום התמריץ תלויה ב"עמידה של הקופה באמות מידה כמותיות בתחומי שירותי השיקום, ביצוע הערכה גריאטרית כוללנית, **טיפול רפואי בבית** ואמות מידה נוספות" (ההדגשה אינה במקור)[45].

ביולי 2009, פחות משנה לאחר שהתקבלה החלטת הממשלה, כתב ראש מינהל רפואה במשרד, ד"ר חזי לוי, לקופות החולים כי משרדי הבריאות והאוצר נענו לבקשות הקופות וצמצמו את הנושאים שעליהם נדרשו קופות החולים לדווח לפי המבחנים והתנאים שפורסמו וכי טיפולי הבית אינם כלולים בהם. מכאן שבניגוד להחלטת הממשלה ולפיה היה על הקופות לעמוד באמות מידה כמותיות גם בתחום הטיפול הרפואי בבית - לא דרש מהן המשרד לעמוד באמות מידה בתחום הטיפול הרפואי בבית.

---

43 מאוחדת לא מסרה דיווחים למשרד ולא קיבלה תמריצים.

44 החלטה מס' 3988.

45 סה"כ הסכום שנועד לתמריצים היה כ-20 מיליון ש"ח: כחצי מסכום זה נועד לחלוקה ללא תנאי והוא ניתן לקופות במהלך שנת 2010; חלוקה המחצית השנייה של הסכום מותנה בדיווח הקופות והן אמורות לקבל אותו במהלך שנת 2011.

מתגובת המשרד מאוקטובר 2010 עולה כי בשנת 2011 יידרשו הקופות לדווח גם על פעילותן בתחום טיפולי הבית. ואולם נמצא שנכון לדצמבר 2010, גם לגבי שנת 2011 טרם סיים המשרד את תהליך קבלת ההחלטות בעניין הדיווחים שידרוש מהקופות.

3. לפי מבחני התמיכה לשנים 2008-2010 שפורסמו בפברואר 2009, החליט המשרד לתת לקופות החולים בכל אחת משנות התקציב 2008 ו-2009 תמריץ נוסף של 5 מיליון ש"ח כדי לעודד את תחום "מונשמי הבית"[46], והדבר פורסם במבחני התמיכה לקופות החולים לשנות התקציב 2008 עד 2010.

הועלה שעד תום שנת 2008 לא דיווחו הקופות למשרד בנוגע למונשמי הבית, וסכום התמריץ לשנה האמורה חולק בין הקופות בעיקר לפי מספר המבוטחים שלהן וגילם[47]. ברור אפוא שהתמריץ לא השיג את יעדו לעודד את הקופות לפתח את תחום מונשמי הבית.

מהאמור לעיל עולה כי המשרד חילק בשנים 2008-2010 בסך הכל כ-20 מיליון ש"ח מכספי שלושת התמריצים שפורטו לעיל, שלא בהתאמה מלאה להחלטות הממשלה.

מניעה ואבחון של מחלות אופייניות לקשישים המטופלים בביתם

אחת התוצאות החיוביות של טיפול בית אמורה להיות צמצום מספר הפניות לחדרי מיון וצמצום מספר ימי האשפוז. כדי להשיג מטרה זו, וכדי לייעל את השירות הרפואי כך שיתרום לשיפור מצבם הבריאותי של הקשישים, על הקופות לעשות פעולות אחדות, ובהן: להפנות את מטופלי הבית לבדיקות; לאבחן בעוד מועד מחלות האופייניות לקשישים ולפעול למניעתן. חלק מהטיפולים והבדיקות הללו לא ניתן לעשות באורח שגרתי בבית המטופל ועל הקופות לדאוג לכך שהמטופלים יקבלו טיפולים ובדיקות אלה אף על פי שהם מטופלים בביתם. נמצא כי חלק ממטופלי הבית לא קיבלו שירותים אלה. להלן דוגמאות:

בדיקות לאיתור דלדול העצם: קשישים עלולים לחלות במחלת דלדול העצם (אוסטאופורוזיס). אבחון מחלה זו נעשה בבדיקת רנטגן במכון ייעודי. הבדיקה נכללת בסל הבריאות, ורצוי לבצעה פעם בחמש שנים לפחות.

בבדיקת 114 התיקים הרפואיים של מטופלים, שכאמור נבחרו באורח אקראי ממטופלי הבית המבוטחים בכל הקופות, וכן מתגובות כל קופות החולים על טיוטת דוח זה, נמצא כי קופות החולים אינן שולחות את הקשישים המטופלים בביתם לבדיקת צפיפות העצם אף אם הם מטופלים ביחידות תקופה ארוכה.

בדיקות עיניים לחולי סוכרת: אחת המחלות האופייניות לקשישים היא הסוכרת, ובהיעדר טיפול היא עלולה לגרום לעיוורון. על מנת למנוע מחלה זו, על חולה הסוכרת לעבור

---

46 חולים שסובלים מקשיי נשימה או אינם מסוגלים לנשום בכוחות עצמם והם מקבלים בביתם תמיכה נשימתית בכל שעות היממה או בחלקן, ולכן למעשה מדובר בתחליף לאשפוז בבית חולים.

47 על פי הנוסחה המשמשת לחלוקת כספי ביטוח הבריאות לקופות החולים: בהתאם למספר המבוטחים בכל קופה בכל קבוצת גיל ותוך הקצאה מיוחדת על פי מספר החולים במחלות קשות.

בדיקת סקר של קרקעית העיניים בידי רופא עיניים אחת לשנה לפחות[48]. ניתן לבצע בדיקה כזו בבתי המבוטחים, ואם ממצאי הבדיקה מחייבים זאת, יש לעשות בדיקות וטיפולים משלימים במרפאות ובמכונים.

הכללית, מכבי ולאומית מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה באוגוסט 2010 כי היחידות שלהן אינן שולחות רופא עיניים לביצוע בדיקות מעקב לחולי סוכרת המטופלים בביתם. לעומתן היחידה של מאוחדת במחוז ירושלים נוהגת לשלוח רופאי עיניים לבתי חולי הסוכרת המטופלים בה לביצוע בדיקות עיניים, אך יחידות אחרות של מאוחדת ברחבי הארץ אינן נוהגות כך.

בתשובתה מדצמבר 2010 מסרה מאוחדת כי בכוונתה להרחיב את בדיקות קרקעית העין בבית החולה על ידי רופא עיניים, באורח תקופתי, וכי היא תחיל אותן על כל היחידות לטיפולי בית בקופה.

יוצא אפוא כי מטופלי הבית אינם זוכים לאותה נגישות לשירות רפואי כפי שזוכים לה קשישים אחרים. על המשרד לבחון נושא זה ולהנחות את הקופות בהתאם.

טיפולי בית וטיפול פליאטיבי בחולה הנוטה למות

מחלות רבות הן חשוכות מרפא, והחולים בהן צפויים למות בתוך זמן קצר כתוצאה ממחלות אלו או מסיבוכים הנגרמים מהן (להלן - חולים הנוטים למות[49]). גישת הטיפול הפליאטיבי בחולים הנוטים למות הוכרה בידי ארגון הבריאות העולמי כטיפול שמשפר את איכות החיים של חולים סופניים ושל בני משפחותיהם באמצעות מניעה והקלה של הסבל על ידי זיהוי מוקדם של הכאב והבעיות, לרבות התסמינים הפיזיים, הפסיכולוגיים, החברתיים והרוחניים שלהם, וטיפול בכל אלה[50].

חוזר משרד הבריאות מיולי 2009 קובע כי השירות הפליאטיבי הוא חלק מסל שירותי הבריאות, ועל קופות החולים לקיים מערך פליאטיבי ייעודי שיאפשר מתן שירות כזה בבית המטופל, הזמין 24 שעות ביממה, ולקיים שירותים מייעצים בתחום בכל מחוז של קופות החולים. השירות ניתן גם באשפוז בבתי חולים וכן על ידי יחידות פרטיות שמפעילים גופים כמו האגודה למלחמה בסרטן ועמותות כמו "הגליל המערבי". ואולם בביקורת עלה כי קיים מחסור חמור בשירות הפליאטיבי, כמפורט להלן:

---

48 כך למשל על פי הנחיה קלינית של לאומית - אבחון וטיפול של חולי סוכרת, אגף רפואה, אוגוסט 2004.

49 חולים הנוטים למות נקראים גם: חולים סופניים; חולים טרמינליים; חולי הוספיס.

50 הכנסת - מרכז המחקר והמידע, **מערך ההוספיסים האשפוזיים (אשפוז טיפול תומך) בישראל**, נובמבר 2009.

פעולות המשרד להקמת מיטות אשפוז הוספיס[51]

ב-2004 הקים המשרד ועדה לקביעת קווים מנחים לפיתוח מתן שירותים פליאטיביים בישראל, והיא הגישה את מסקנותיה והמלצותיה בפברואר 2005 (להלן - דוח ועדת שורצמן[52]). בדוח ועדת שורצמן הובא מידע על תקנים בעולם בדבר היחס בין מספר מיטות ההוספיס למספר התושבים: לפי תקן שנקבע בבריטניה[53], היחס הרצוי הוא 5 מיטות ל-100,000 תושבים, ולפי התקן של שירות הטיפול הפליאטיבי האוסטרלי, היחס הרצוי הוא 6.7 מיטות ל-100,000 תושבים. בשנת 2009 היו בישראל 1.02 מיטות הוספיס ל-100,000 תושבים. יוצא אפוא שדוח ועדת שורצמן הצביע על מחסור קריטי במיטות הוספיס. נכון לנובמבר 2009, במחוז צפון ובמחוז דרום אין אף מיטת אשפוז הוספיס[54].

כפי שיפורט בהמשך, בעקבות עבודת הוועדה פרסם המשרד חוזר בנושא הטיפול הפליאטיבי. ואולם הועלה שהמשרד לא פעל לעידוד הקמת מיטות ההוספיס בהתאם להמלצות הוועדה. בשנים 2004-2009 נותר מספר מיטות ההוספיס בישראל בעינו[55] - 76 מיטות בלבד, שהן כ-20% בלבד מהמספר שקבעה ועדת שורצמן כבר ב-2005.

הנחיות המשרד להפעלת שירות פליאטיבי בבית החולה הנוטה למות

המחסור במיטות אשפוז הוספיס מגביר את החשיבות של פיתוח השירות הפליאטיבי בבית. דוח ועדת שורצמן עסק גם בנושא הוספיס הבית וקבע כי "טיפול פליאטיבי כוללני הנו חלק אינטגראלי של שירותי הבריאות המודרניים, ועל מדינת ישראל לדאוג לשילובו ולהבטיח את הנגישות לטיפול". בדוח המליצה הוועדה, בין היתר, על פיתוח שירותים פליאטיביים שונים נוסף על השירות האשפוזי; הגדלת מספר יחידות הוספיס הבית ומספר המטופלים בכל יחידה; הקמת שירות בטווח גיאוגרפי סביר שיהיה זמין 24 שעות ביממה; הקמת צוות פליאטיבי הנותן ייעוץ ומטפל במקרים מורכבים בכל מוסד אשפוז; הגדרת מצבת כוח אדם להוספיס בית ולמחלקת אשפוז פליאטיבית; קביעת ההכשרה הבסיסית הנדרשת לצוותים הפליאטיביים.

ביולי 2009 פרסם המשרד חוזר מנכ"ל בנושא "הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי", המבוסס על דוח ועדת שוורצמן (להלן - חוזר המנכ"ל).

מעיון בחוזר המנכ"ל עולה כי אין בו די הנחיות להפעלת שירות פליאטיבי, ובין היתר לא נקבע פרק הזמן המרבי למענה לפניות של חולים סופניים בביתם, וכן לא נקבע בו דבר בנוגע למצבת כוח האדם בכל יחידה הנגזרת ממספר המטופלים ביחידה. כפי שיפורט בהמשך, הנחיות בעניינים אלה מופיעות בנהלים הפנימיים של אחת היחידות לטיפול פליאטיבי בבית.

---

51 מיטות אשפוז ייעודיות לחולים הנוטים למות הזקוקים בעיקר לטיפול פליאטיבי.

52 ועדה בראשות פרופ' פסח שורצמן, שהוקמה כדי לבחון את השירות הזה בישראל ולגבש המלצות שישמשו בסיס לתכנון שירותים פליאטיביים בהתאם לצורכי האוכלוסייה. המלצות הוועדה הוגשו הן למשרד והן לארבע מועצות לאומיות: לבריאות הקהילה; למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות; לגריאטריה; לבריאות הילד ופדיאטריה.

53 תקן משנת 1998 שפורסם ב-Oxford Textbook of Palliative Medicine.

54 ראו הערה 50.

55 לפי דוח שהוגש בשנת 2009 לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

דיווח הקופות על הקמת היחידות וההיערכות למתן השירות: חוזר המנכ"ל קבע כי על קופות החולים להיערך לאספקת השירותים על פיו בתוך ארבע שנים מיום הוצאתו ולדווח לראש מינהל הרפואה על ההתקדמות ביישומו בתוך שנה ממועד הוצאתו, דהיינו עד יולי 2010.

ואולם עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2010, דיווחה רק הכללית למשרד על התקדמות פעולותיה לפי חוזר המנכ"ל[56].

בתגובתו מאוקטובר 2010 ציין המשרד כי ביולי 2010 שלח לקופות בקשה לדווח על היערכותן ליישום חוזר המנכ"ל, אולם הן עדיין לא דיווחו על הקמת השירות הפליאטיבי. בתגובתו מדצמבר 2010 ציין המשרד כי בינתיים התקבלו דיווחים מכל קופות החולים.

בדצמבר 2010, כחצי שנה לאחר המועד שקבע המשרד, מסרה מאוחדת למשרד מבקר המדינה כי היא דיווחה למשרד על התקשרות עם חברה פרטית למתן שירות פליאטיבי לחולי הקופה.

הכשרת צוותי היחידות: כדי שהשירות הפליאטיבי ישיג את מטרתו העיקרית - הקלה על החולה, צריך הצוות הרפואי שנותן את השירות לקבל הכשרה מיוחדת. חלק מהשירות ניתן על ידי יחידות שאינן ייעודיות אלא על ידי היחידות לטיפולי בית.

נמצא גם כי חלק ניכר מנותני השירות לא קיבלו הכשרה בתחום הפליאטיבי, כמפורט להלן:

הכללית: מלבד היחידה של הכללית במחוז דרום שבה מועסקים רופא, אחות ועובדת סוציאלית, ואשר מספקת את השירות לחלק מהמחוז, הצוותים ביתר היחידות של הקופה שעוסקים במתן השירות לא קיבלו הכשרה בתחום.

בתשובתה מאוקטובר 2010 מסרה הכללית כי במסגרת תכניות העבודה לשנים 2010-2011, היא פועלת ליישום חוזר המנכ"ל ובכלל זה להכשרת הצוותים ושיפור המודעות לנושא. כמו כן דיווחה כי חתמה על הסכמים עם ספקים פרטיים ברחבי הארץ אשר יספקו את השירות 24 שעות ביממה, וכי הוקם מוקד אחיות אונקולוגי הפעיל בכל שעות היממה ונותן מענה מקצועי לחולים ולמשפחותיהם.

מכבי ולאומית: בתשובתה מאוקטובר 2010 מסרה מכבי ש-60 אנשי מקצוע (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ואחרים) הפועלים ביחידות לטיפול בית קיבלו עד כה את ההכשרה של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בטיפול פליאטיבי. גם לאומית התקשרה עם אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, וכל הרופאים והאחיות של היחידות לטיפולי בית החלו בקורס בנושא הטיפול הפליאטיבי.

מאוחדת: חלק מן הרופאים ביחידה במחוז ירושלים קיבלו הכשרה בתחום, אך שאר הצוותים ביתר יחידות הקופה שעוסקים במתן השירות לא קיבלו הכשרה זו.

---

56 הכללית מסרה בדיווחה כי בכל המחוזות קיים שירות פליאטיבי שמפעילות היחידות להמשך טיפול, וכי לאחרונה חתמה על הסכם עם ספקים פרטיים אשר מתמחים במתן שירות זה. כמו כן דיווחה הכללית כי היא מקיימת מעקב אחר יישום ההכשרה במחוזות וכי ברוב המחוזות החלו בתכניות הכשרה לצוותי היחידות.

מהבדיקה עולה שלאחרונה חלה התקדמות בהכשרת הצוותים הרפואיים בקופות בטיפול פליאטיבי, אולם נראה כי הדרך להכשרת כל הצוותים עוד ארוכה, והדבר נכון במיוחד לגבי מאוחדת.

מערך בקרה: לפיקוח ולבקרה על פעילות היחידות להוספיס בית חשיבות מיוחדת, מאחר שבדרך כלל השירות לחולים סופניים ניתן על ידי חברות חיצוניות או על ידי היחידות, שאין זה ייעודן העיקרי. על הפיקוח והבקרה לכלול, בין היתר, בדיקה של תיקים רפואיים וסקרי שביעות רצון.

בביקורת עלה כי מלבד לאומית, הקופות אינן מקיימות מנגנונים של פיקוח ובקרה על השירות של יחידותיהן ושל החברות החיצוניות.

בהיעדר יחידות ייעודיות למתן השירות בבית החולה ובהיעדר בקרה של הקופות על השירות שהן רוכשת מגורמים חיצוניים, עולה חשש לפגיעה באיכות השירות שנותנות הקופות בהתחשב בצרכים הייחודיים של החולים הסופניים.

בהשוואה למחסור הניכר ביחידות ייעודיות להוספיס בית המופעלות על ידי הקופות ולהיקף הפעילות המצומצם של היחידות הקיימות, בולטת לטובה וראויה לציון מיוחד היחידה להוספיס בית במחוז הדרום של הכללית, בראשות ד"ר יהורם זינגר. היחידה נותנת בין השאר שירות לחולים הנוטים למות בפזורה הבדואית שבנגב. נוהלי היחידה קובעים תקנים למילוי צורכי החולים הנוטים למות, כגון זמן מרבי של 20 דקות עד להגעת צוות לביתו של מטופל בעקבות קריאה שלו. מנתוני שנת 2009[57], שבה טיפלה היחידה ב-108 חולים, עולה כי 64 מ-80 החולים שנפטרו (80%) נפטרו בביתם. השיעור הגדול של חולים שנפטרו בשלווה בביתם מעיד על כך שפעילות היחידה משיגה את מטרתה.

✯

עקב שינויים בדפוסי התחלואה ובגורמי התמותה[58], אנשים רבים סובלים ממחלות סופניות ומתמודדים עם כאבים, קשיים פיזיים, נפשיים ואחרים בתקופת החיים האחרונה שלהם. שיטת הטיפול הפליאטיבי התפתחה אפוא לתמיכה בחולים שנוטים למות בפרט ובחולים בכלל.

נמצא כי היקף שירות הוספיס הבית שנותנות הקופות קטן מאוד בהתחשב בצרכים הייחודיים של החולים הסופניים, הן מבחינת מספר היחידות שהוקמו והן מבחינת היקף פעילותן. מספר מיטות ההוספיס בישראל קטן בהרבה מהנדרש, ובחלק מאזורי הארץ אין כלל מיטות כאלה, והדבר מגביר את החשיבות של פיתוח שירות ההוספיס בבית. על מנת לקדם זאת פרסם המשרד חוזר ובו הנחיות לקופות בנושא השירות הפליאטיבי. אולם בחוזר חסרות הנחיות בנושאים שמאפיינים את פעילות היחידות האלו.

---

57 כפי שנמסר למשרד מבקר המדינה על ידי מנהל היחידה.

58 עד לפני חמישים שנים אנשים רבים בעולם המערבי נפטרו ממחלות זיהומיות ודרמטיות, בעוד שכיום רוב מקרי המוות בשל מחלות נגרמים עקב מחלות כרוניות המלוות בהתמוטטות של מערכות הגוף או מחלת הסרטן. מתוך נ' בנטור, ש' רזניצקי, י' שנור, **דוח מחקר בנושא שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (התשס"ה), עמ' 1.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להרחיב את ההוראות ולקבוע בהן, בין השאר, זמן מרבי למענה לפניות של חולים בביתם, וכן לקבוע מפתח לקביעת כוח האדם ביחידות הוספיס בית או לקבוע יעדי שירות שהקופות יוכלו לתרגמם לכוח אדם.

על הקופות לדווח למשרד בהקדם על פעולותיהן לפיתוח שירות הוספיס הבית כפי שנדרש בחוזר המנכ"ל, ועל המשרד לפעול להסדרת פעילותן של היחידות להוספיס בית, ולפקח על השירות במסגרת הבקרות שהוא מקיים בקופות. על הקופות לפקח ולקיים בקרה על הגופים שמהם נרכשים שירותים בתחום זה, ועל הכללית ומכבי לפקח גם על היחידות שהקימו.

יידוע המבוטחים על שירות טיפולי בית

כדי להבטיח שכל מי שזכאי לשירות יקבל אותו, יש ליידע את ציבור המבוטחים על עצם קיומו של השירות, להסביר מה כלול בו וכיצד אפשר לקבל אותו.

נמצא כי משרד הבריאות לא הטיל על הקופות לפרסם מידע על שירות טיפולי הבית, וכי גם הוא אינו מפרסם מידע על השירותים השונים ועל הדרכים לקבלתם. כמו כן נמצאו ליקויים בכללית ובמכבי, ועיקרם - באתרי האינטרנט שלהן אין כלל מידע על שירות טיפולי הבית. כך, כתוצאה מהיעדר המידע בפרסומי הקופות, והקושי של הציבור לקבל מידע על שירות טיפולי הבית, נמצא גם כי בפורום הפועל באתר הכללית, מבוטחים שנקלעו למצב שהם מרותקים לבית או בני משפחותיהם ניסו לברר כיצד ולמי לפנות כדי לקבל את השירות, לעומת זאת באתרי האינטרנט של מאוחדת ולאומית קיים מידע על שירות זה.

משרד מבקר המדינה סבור כי ראוי שמידע מפורט ואמין יימסר למבוטחים בכלל ולאוכלוסייה הקשישה בפרט, וכי הדבר ייעשה בכמה דרכים, ובכלל זה בפרסום כתוב ובאינטרנט, כדי לאפשר לקשישים ולבני משפחותיהם לדעת את זכויותיהם ולפעול למימושן.

בתשובתה מאוקטובר 2010 ציינה מכבי כי היא ערה להיעדר המידע באתר האינטרנט ופועלת לתיקון הליקוי. הכללית ציינה בתשובתה מאותו חודש כי בעקבות הערת משרד מבקר המדינה יושם דגש על ריכוז המידע בנושא טיפולי בית ופרסומו באתר האינטרנט.

פעולות הקופות לאיתור קשישים הזקוקים לטיפולי בית

הפניה של קשישים ליחידות לטיפולי בית יכולה להיעשות בעיקר בדרכים האלה: על ידי אחיות הקשר של קופות החולים המוצבות בבתי החולים; הפניה מטעם רופאי המשפחה בקהילה; פנייה יזומה של משפחות הקשישים. כדי להבטיח שכל קשיש הזקוק לכך יקבל טיפולי בית, חשוב שהקופות יפעלו באופן יזום לאיתור קשישים שזקוקים לטיפול זה ולא פנו אליהן; במיוחד נכון

הדבר לגבי קשישים המשתחררים מאשפוז במוסדות. על הקופות להפנותם במידת הצורך ליחידות לטיפולי בית ולקבוע להם מוקדם ככל האפשר תכנית טיפול המתאימה למצבם הרפואי.

נמצא כי לאומית ומאוחדת אינן מפעילות תכנית מקיפה ושיטתית לאיתור יזום של קשישים הזקוקים לטיפול רפואי בביתם ואף אינן פועלות לגיבוש תכנית כאמור.

מכבי דיווחה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי היא נמצאת בעיצומה של הכנת תכנית כוללת שלפיה היא תאתר כל קשיש העומד להשתחרר מאשפוז במוסד ותפנה אותו במידת הצורך ליחידות לטיפולי בית. אופי האיתור והליווי של הקשיש ייקבעו על פי ניתוח של נתונים שונים, כגון ההיסטוריה הרפואית של הקשיש ושל משפחתו.

לדעת משרד מבקר המדינה, על שאר קופות החולים לשקול לאמץ תכנית מקיפה ושיטתית לאיתור יזום של אוכלוסיית הקשישים המתאימה לטיפולן של היחידות לטיפולי בית לשם שילובם במערך הטיפול של היחידות.

איתור קשישים המרותקים לביתם בסיוע המוסד לביטוח לאומי

1. קשישים המרותקים לביתם עשויים להזדקק לשירותים נוספים מלבד שירות רפואי, ובהם שירות סוציאלי ועזרה סיעודית. את השירותים האלה נותנים גופים שונים ובהם המוסד לביטוח לאומי והרשויות המקומיות. כל אחד מהגופים מחזיק בבסיס נתונים על הקשיש ועל מצבו הרפואי והסוציאלי. המידע שבידי המוסד לביטוח לאומי על דירוג הסיעוד של קשישים מלמד על קשישים מוגבלים פיזית שמצבם עלול למנוע מהם או להקשות עליהם את ההגעה למרפאה. לכן חשוב שהקופות יפנו לקשישים אלה ויבדקו אם הם מתאימים למערך טיפולי הבית גם אם הם לא ביקשו זאת. ואכן בשנת 2009 סיכם המשרד עם המוסד לביטוח לאומי כי אף שמדובר במידע רפואי וסוציאלי רגיש, המוסד יעביר בכל רבעון לכל קופת חולים מידע על דירוג הסיעוד של המבוטחים שלה.

בנובמבר 2010 הודיע המוסד לביטוח לאומי למשרד הבריאות כי מאחר שהאישור להעברת המידע היה לשנה בלבד, הוא מפסיק להעביר מידע לקופות באמצעות המשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המוסד לביטוח לאומי לשקול לחדש את העברת המידע כדי שהקופות יוכלו להיעזר בו לאיתור קשישים הזקוקים לטיפול היחידות.

הביקורת העלתה כי מלבד הכללית, יתר הקופות אינן משתמשות בנתונים על דירוג הסיעוד ואינן פונות ביזמתן לקשישים. חריגתה של הכללית לטובה נובעת בעיקר משיתוף של אחיות הכללית בוועדות המחוזיות[59] הקובעות את תשלום גמלאות הסיעוד[60].

מכבי ציינה בתשובתה מאוקטובר 2010 כי חלק ממחוזותיה כבר ביצעו פעולות ראשוניות המבוססות על נתוני המוסד לביטוח לאומי וחלקם הציגו בתכניות העבודה לשנת 2011 פעולות נקודתיות לאיתור קשישים מקבלי גמלת סיעוד שאינם מטופלים בידי היחידות לטיפולי בית.

---

59 ועדה מחוזית היא ועדה שמתפקידה לקבוע את סל השירותים, את נותן השירות ולפקח על אופן יישום תכנית הטיפול לזכאי לגמלת סיעוד על פי החוק.

60 עוד בנושא זה ראו בכרך זה בדוח "מתן שירותי סיעוד לקשישים בקהילה", עמ' 221.

הכללית ציינה בתשובתה מדצמבר 2010 כי בשנים 2009-2010 היא פיתחה, באמצעות היחידות במחוזות, תהליכים לאיתור קשישים הזקוקים לטיפול היחידות ולפנייה יזומה אליהם על ידי צוותי היחידות.

2. על מנת לעמוד על השימוש שעושות הקופות במידע המתקבל מהמוסד לביטוח לאומי בדק משרד מבקר המדינה את נתוני אגף הסיעוד במוסד לגבי תשעה קשישים שביולי 2010 התגוררו בקריית גת, ושלפי נתוני אגף הסיעוד היו מבוטחי לאומית.

התברר כי שלושה מהם היו חברי מכבי, ורישומם בקובץ הנתונים של אגף הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי כחברי לאומית היה שגוי. שיעור הנתונים השגויים בבדיקה האקראית (33%) מעלה חשש לשיעור דומה של טעויות בנתונים שמעביר המוסד לביטוח לאומי לקופות[61].

מנכ"לית המוסד לביטוח לאומי מסרה בתשובתה מספטמבר 2010 כי בעקבות ממצאי הביקורת החל אגף הסיעוד בביצוע בדיקות ממוחשבות שמטרתן לאתר ולתקן את כל המקרים בקובץ הסיעוד שבהם יש אי-התאמה לקובץ המעודכן שקיים במוסד לביטוח לאומי.

על הקופות ליצור מערך יעיל לאיתור יזום של קשישים הזקוקים לטיפולי בית, בין השאר על ידי שימוש בנתונים של המוסד לביטוח לאומי.

סיכום

תפיסות רפואיות מתקדמות מעודדות טיפול רפואי בקהילה, לרוב בביתו של המטופל, במטרה להפחית את הצורך באשפוז בבית חולים. לטיפול הרפואי בבית יתרונות רבים על אשפוז במוסד או בבית חולים, ובהם: השארת החולה בסביבה המוכרת לו, מניעת זיהומים והקלה על מערכת האשפוז, הסובלת ממחסור בכוח אדם ומעומס רב.

בכל הנוגע לכללית, למאוחדת וללאומית קיימים הבדלים בין המחוזות מבחינת שיעור הקשישים שהיחידות לטיפולי בית מטפלות בהם, ובכך יש חשש לפגיעה בעקרון השוויון על פי החוק; נמצאו ליקויים במסירת המידע לחולים על שירות טיפולי הבית; נמצאה חריגה מהתקנים בדבר פרק הזמן המרבי העובר מהפניית החולה ליחידה עד ביצוע בדיקה ראשונית וכן בדבר תדירות הביקורים אצל החולים; אין קביעות ברורות ומתועדות של מפתחות תקינת כוח אדם רפואי וסיעודי ליחידות לטיפולי בית; עלו גם ליקויים בתיעוד של המידע הרפואי על המטופלים על ידי היחידות; נושא טיפולי הבית עדיין לא הוסדר על ידי המשרד, למרות פעולתן של שלוש ועדות בנושא; המשרד גם לא עשה פעולות לקביעת תקנים לפיתוח טיפולי הבית נוכח מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות; תמריצים לעידוד פיתוח טיפולי הבית לא חולקו באופן שיעודד את הקופות לפעול לפיתוח התחום; הקופות אינן פועלות לכך שקשישים המטופלים בביתם יזכו לפעולות מניעה ואבחון של מחלות אופייניות לקשישים; עולה חשש לפגיעה באיכות השירות שהקופות נותנות בהתחשב בצרכים הייחודיים של החולים הסופניים; רוב הקופות אינן משתמשות במידע שבידי המוסד לביטוח לאומי כדי לאתר קשישים הזקוקים לטיפול בביתם.

---

61 עם זאת יצוין כי לצורכי העברת כספים מהמוסד לביטוח לאומי לקופות החולים אכן דווח כי שלושת המבוטחים הם חברי מכבי.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הקופות והמשרד למצוא דרכים לצמצום הפערים בין הפריפריה למרכז בכל הנוגע לשיעור הקשישים המטופלים על ידי היחידות לטיפולי בית. על הנהלות הכללית, מכבי ולאומית לקבוע מפתחות תקינה ותקני כוח אדם ליחידות כדי למנוע הבדלים בין רמות השירות במחוזותיהן העלולים לפגוע בעקרון השוויון. על המשרד והקופות לפעול ליידוע הציבור על שירות הטיפול בבית.

על הקופות להשלים את מחשובן המלא של היחידות ואת הסדרת הטיפול ברשומה הרפואית.

על הכללית להוציא למחוזותיה הנחיות שיבטיחו את הפרדת התפקידים הנדרשת במבנה הארגוני ביחידות.

נוכח מצוקת האשפוז בבתי החולים, על המשרד לקבוע מדיניות לאומית לפיתוח טיפולי הבית שתתבסס בין השאר על בחינת היעילות הכלכלית והרפואית של פעולות היחידות לטיפולי בית; על המשרד והקופות לפעול להאחדת הפעילות והמידע בתחום זה, ובין השאר לקביעה אחידה של דרגות החומרה הרפואיות של החולים ביחידות, כדי לאפשר ניתוח של המידע והשוואה בין הקופות, פיקוח ובקרה, וחלוקת תמריצים לפי מדדים קבועים. על המשרד גם לקבוע תקנים מזעריים לפעולת היחידות כדי להבטיח שירות מיטבי והולם לחולים.

על המשרד להקפיד על חלוקת תמריצים לעידוד טיפולי הבית, בהתאם להחלטות הממשלה ובהתאם למבחנים שייקבעו על בסיס אותן החלטות, כדי לעודד את הפעילות של הקופות בתחום זה ולהקל את העומסים במערכת האשפוז.

על הקופות לאבחן ולטפל במחלות אופייניות לקשישים המטופלים בביתם, גם אם הדבר כרוך בהפעלת רופאים מומחים בבתיהם של החולים.

על הקופות לתת שירות הוספיס בית על ידי יחידות ייעודיות לכך ולקיים פיקוח ובקרה על יחידות אלו וכן על גופים חיצוניים שמהם הן רוכשות שירותים בתחום זה.

על קופות החולים לשקול לאמץ תכנית מקיפה ושיטתית לאיתור יזום של אוכלוסיית הקשישים המתאימה לטיפולן של היחידות לטיפולי בית, ובמיוחד לקשישים לאחר אשפוז ולפנות אליהם ואל בני משפחותיהם במטרה לשלבם במערך הטיפול של היחידות. לשם כך על הקופות להתבסס, בין היתר, על מידע מהמוסד לביטוח לאומי.

חשיבותו של הטיפול בבית הולכת וגדלה הן עקב יתרונותיו והן עקב המצוקה ההולכת וגדלה במערכת האשפוז בבתי החולים. לכן חשוב שמשרד הבריאות והקופות ישימו את הנושא במקום גבוה בסדר העדיפויות שלהם ויפעלו להסדרת התחום ועידוד השימוש בו, כדי שהשירות בבית ייתן מענה רפואי הולם לכל הקשישים שיכולים להסתייע בו.