

20

המחלקה לניהול מערכות בריאות

הפקולטה למדעי הבריאות • הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

באר-שבע | שדה בוקר | אילת



חברות וחברים, חברי הסגל סטודנטים ובוגרים, של המחלקה לניהול מערכות בריאות,

ברכותי האישיות, וברכת אוניברסיטת בן גוריון בנגב, למחלקה לניהול מערכות בריאות, במלאת 20 שנה להקמתה.

מאז הקמתה, ייעודה של המחלקה לניהול מערכות בריאות להכשיר בוגרים בעלי ידע נרחב והיכרות מעמיקה לעמדות מפתח במערכת הבריאות בארץ.

עד כה כמעט **שלושת אלפים** סטודנטים סיימו את לימודי התואר במחלקה, **לאלפיים מאה ושבעה עשר** הוענק תואר מוסמך, **לשבע מאות ארבעים ושניים** תואר בוגר **ולארבעים ושבעה** תואר דוקטור לפילוסופיה.

בוגרי המחלקה מאיישים עמדות מפתח במערכת הבריאות וחברים בוועדות ציבורית מרכזיות. השפעתם ניכרת בכל הארגונים ובכל התחומים.

חברי הסגל ותלמידי המחקר עוסקים במחקרים חשובים בתחומי ניהול מערכת הבריאות, תורמים לעיצוב פני המערכת וניצבים בחזית המחקר בתחום זה בעולם. המחלקה פורצת דרך בפרויקטים ייחודיים במשמעותם למערכת הבריאות ולחברה בישראל ושותפה פעילה בהצבת אי השוויון בבריאות בראש סדר היום הלאומי.

אני מאחלת לחברי סגל המחלקה ולסטודנטים במחלקה המשך עשייה פורייה בשנים הבאות למען המחקר האקדמי ומערכת הבריאות בישראל.

בברכה,

פרופ' רבקה כרמי

נשיאת אוניברסיטת בן-גוריון בנגב





לחברי הסגל האקדמי, המינהלי-טכני, לבוגרים ולסטודנטים במחלקה לניהול מערכות בריאות,

ביום חגה של המחלקה, במלאת 20 שנה להקמתה, אני מברך את כולכם על העשייה המדעית והמחקרית המשמעותית, על בוגרים שנמצאים בעמדות מפתח משמעותיות ובצמתים החשובות במערכת הבריאות, על ייחודיות וחיבה חברתית וקהילתית, כפי שקיימת רק באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

המחלקה מתמחה בכלכלה וניהול של מערכת הבריאות, נושאים שיש להם השפעה מכרעת על חיי האזרחים במדינה, בדגש על תושבי הפריפריה ונגישות האזרחים לשרותי בריאות מתקדמים וטובים.

המחקרים המתנהלים במחלקה משפיעים על מקבלי ההחלטות ברמה הלאומית וחברי הסגל במחלקה שותפים פעילים בכל הוועדות הלאומיות הנוגעות בחיי כל אחד ואחת מאיתנו.

אני מאחל למחלקה שתמשיך להכשיר עובדים מעולים למערכת הבריאות, שתמשיך במחקרים פורצי דרך ומשפיעים ושעשרים השנים הבאות יהיו אף טובות יותר מאלה שחלפו.

עלו והצליחו,

פרופ' צבי הכהן
רקטור



לחברי המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, בוגרים ובוגרות יקרים,

ברצוני לברך את המחלקה לרגל יום חגה - מלאת עשרים שנה להקמתה. המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון ממלאת מקום משמעותי בעשייה המחקרית ובקידום תחום ניהול ומדיניות הבריאות בישראל ובעולם.

נציגים חברי המחלקה היו והינם חברים בועדות מקצועיות וציבוריות בנושאי מדיניות בריאות לאורך השנים, החל מועדת נתניהו שהובילה בין היתר לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולאקדמיציה של תחום ניהול מערכות הבריאות ועד לוועדה בראשותי אשר פועלת בשנה האחרונה לגיבוש המלצות לחיזוק הרפואה הציבורית, זאת בנוסף לפעילות המחקרית העניפה, פרסום ניירות עמדה בנושאים שונים והכשרת כח האדם הניהולי במערכת הבריאות.

ייחודה של המחלקה הינו העובדה שאינה נשארת ספונה בתוככי מגדל השן האקדמי. באמצעות ההוראה והמחקר, חברי המחלקה מעורבים באופן שוטף בדיונים ובשאלות הקשות איתן מתמודדת מערכת הבריאות בישראל. כחלק מהפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, המחלקה עוסקת גם בקידום בריאות בנגב ובמציאת דרכים לצמצום פערים בבריאות.

בוגרי המחלקה ניצבים היום בחזית העשייה בתחום הבריאות במשרדי ממשלה, בקופות החולים, בבתי חולים ובארגוני בריאות. אני נפגשת בהם בעבודתי במשרד הבריאות ורואה את המשמעות של קידום המחקר והעשייה בתחום ניהול מערכות בריאות.

ברצוני לברך אתכם ביום חגכם ולאחל לכם עוד שנים ארוכות של עשייה פורייה!

בכבוד רב
ח"כ יעל גרמן
שרת הבריאות

אוניברסיטת בן גוריון בנגב המחלקה לניהול מערכות בריאות

המחלקה לניהול מערכות בריאות הוקמה במטרה לשפר את הניהול והארגון של שירותי הבריאות בישראל באמצעות הכשרת סטודנטים לתפקידי תכנון וניהול מקצועיים בכל הרמות. במהלך הלימודים רוכשים הסטודנטים כלים מתחום הכלכלה והניהול ומתחום מדיניות הבריאות ולומדים טכניקות לפתרון בעיות בנושאי מדיניות, ארגון, תכנון וניהול מערכות בריאות.

המחלקה שואפת להוביל באמצעות בוגריה למהפכה ניהולית במערכת הבריאות הישראלית ולהעמיד את שירותי הבריאות בישראל בשורה הראשונה של מערכות הבריאות בעולם. המחלקה מציעה תואר ראשון בניהול מערכות בריאות (B.A), תואר שני בניהול מערכות בריאות (M.H.A) ותואר שלישי (Ph.D).

תכנית לימודים לתואר ראשון (B.A)

מטרת תכנית הלימודים להקנות לסטודנטים ידע רב תחומי אשר יאפשר לבוגרי התואר להשתלב בארגונים במערכת הבריאות ומחוצה לה. הקורסים בתואר מועברים על ידי מרצים מהמובילים בתחומם במחקר ובהוראה תוך דגש מיוחד על יחס אישי ותומך לכל סטודנט.

תכנית הלימודים משלבת בין קורסי ליבה במדעי הניהול לבין קורסים ייחודיים בתחום מערכת הבריאות וכוללת מגוון קורסים, כגון:

בתחומי ניהול: כלכלה, מדעי התנהגות במנהל, מימון, חשבונאות, ניהול משאבי אנוש, שיווק ופרסום, חשבונאות ניהולית, חקר ביצועים, ניהול ייצור ותפעול.

בתחומי מערכת הבריאות: מערכת שירותי הבריאות בישראל, מערכות בריאות בעולם, ניהול מרפאות, כלכלת בריאות, סוציולוגיה של הבריאות, אפידמיולוגיה ובריאות הציבור, מערכות מידע במערכת הבריאות, תכנון והערכת שירותי בריאות, ניהול לוגיסטי במערכת הבריאות, חשבונאות מלכ"ר. תכנית הלימודים משלבת בתוכה סיוורים לימודיים במערכת בריאות, מפגש עם מנהלים וקובעי מדיניות והתנסות מעשית במבחר מוסדות בריאות.

אופק תעסוקתי והמשך לימודים

הידע והכלים הנרכשים במסגרת תכנית הלימודים מאפשרים לבוגרי המחלקה להשתלב במגוון תפקידים במרפאות, ציבוריות ופרטיות, בבתי חולים, במשרד הבריאות, בהנהלות קופות החולים ובארגוני חברה אזרחית העוסקים בתחום הבריאות ובתחומים משיקים אחרים. ההכשרה הנרחבת בניהול מאפשרת לבוגרי המחלקה להשתלב גם בתפקידים במגזרים אחרים במשק. חלק גדול מבוגרי המחלקה ממשיכים את לימודיהם לתארים מתקדמים (בתחומים כגון: מנהל עסקים, בריאות הציבור, מנהל ומדיניות ציבורית וגרונטולוגיה) באוניברסיטאות בארץ ובח"ל.

תכנית לימודים לתואר שני (M.H.A)

מטרת תכנית התואר השני בניהול מערכות בריאות להכשיר מנהלים וקובעי מדיניות בדרגי הביניים ובדרגים הבכירים במערכת הבריאות. התוכנית מיועדת בעיקר לרופאים ורופאי שיניים, לבוגרי תואר ראשון בתחומים: סיעוד, רוקחות, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, רפואת חירום, כלכלה וניהול, מדעי ההתנהגות ומשפטים, המעוניינים להרחיב את הרקע האקדמי והמיומנויות הניהוליות לקראת שילובם בתפקידי ניהול, מחקר וקביעת מדיניות. רבים מבוגרי התואר השני משתלבים בתפקידי ניהול בכירים במשרד הבריאות, בקופות החולים ובבתי החולים בישראל. המרצים בתוכנית הם אנשי אקדמיה מובילים בתחומם ומנהלים בכירים במערכת הבריאות.

מסלולי לימודים

תכנית הלימודים כוללת שני מסלולים: מסלול ללא עבודת גמר ומסלול מחקרי עם עבודת גמר (תזה). המחלקה מציעה מסלול לימודים כללי ללא מגמת התמחות או אפשרות בחירה באחת מתוך שלוש מגמות לימוד: ניהול רפואת חירום ואסונות, ניהול והערכת טכנולוגיות רפואיות, מדיניות בריאות וסביבה.

תכנית הלימודים כוללת קורסי חובה כגון:

מערכת הבריאות בישראל, מערכות הבריאות בעולם, כלכלת בריאות, מימון ציבורי, אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, חשבונאות, איכות וניהול סיכונים בשירותי בריאות, היבטים חברתיים על בריאות, חולי ומערכת הבריאות, סמינר מחקר במערכות בריאות וסוגיות נבחרות במדיניות וניהול מערכות בריאות.

ומגוון קורסי בחירה כגון:

ניהול אסטרטגי של משאבי אנוש במערכת הבריאות, הערכת תכניות ושירותים, ניהול בתי חולים, הנעת עובדים במערכת הבריאות, קידום בריאות למנהלים במערכת הבריאות, מדיניות מערכות בריאות, הערכה כלכלית של טכנולוגיות במערכת הבריאות, מדיניות וכלכלת תרופות, אינפורמטיקה רפואית: מערכות מידע ברפואה.

המסלול המחקרי מיועד לסטודנטים המעוניינים להשתלב בתחום המחקר וההוראה במערכת הבריאות ו/או להמשיך לימודיהם לקראת תואר שלישי.

לימודים לתואר שלישי (Ph.D)

הלימודים לתואר שלישי מיועדים לבוגרים מצטיינים של תואר שני במסלול מחקרי בתחומים שונים המעוניינים לעסוק במחקר והוראה של ניהול ומדיניות מערכות בריאות. מרבית הלימודים מוקדשים למחקר עצמאי בהנחיית חברי סגל המחלקה.





הגשת תכנית להקמת הפקולטה לרפואה ובית הספר למינהל וכלכלת בריאות ורווחה

1972

סמינר בת-שבע במינהל רפואי וכלכלת בריאות, אוניברסיטת הנגב, באר שבע

הוועדה המרכזת והוועד הפועל אישרו את התכנית ומינו את פרופ' משה פריבס ליו"ר הוועדה לתכנון הפקולטה למדעי הבריאות

1973

המועצה להשכלה גבוהה מאשרת את למדעי הבריאות

1974

הקמת המגמה למינהל וכלכלת בריאות ורווחה במסגרת התואר השני במינהל תעשייתי, המחלקה להנדסת תעשייה וניהול

קליטת חבר הסגל הראשון מבין המייסדים - פרופסור שלמה ברנון

1975

פגישה ראשונה של הוועדה המייעצת לתכנון הלימודים במינהל וכלכלת בריאות ורווחה

קורס ראשון בניהול רפואי במסגרת לימודי תעודה לאחיות

1976

קורס ראשון בניהול רפואי במסגרת לימודי תעודה למנהלים אדמיניסטרטיביים במערכת הבריאות

1978

קליטת חבר הסגל השני מבין המייסדים - פרופסור דב צ'רניחובסקי

1982

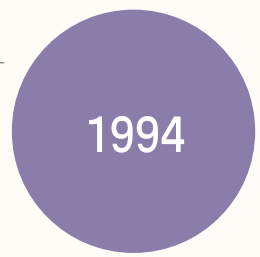
קליטת חבר הסגל שלישי מבין המייסדים - פרופסור יוסף פליסקין

1988-90

וועדת נתניהו: החלטה על אקדמיזציה של תחום המנהל הרפואי

1992

הגשת תכנית לתואר ראשון בניהול מערכות בריאות למועצה להשכלה גבוהה



הקמת המחלקה לניהול מערכות בריאות

1996

הקמת בית הספר לניהול

התואר הראשון לניהול מערכות בריאות באחריות אקדמית משותפת של הפקולטה למדעי הבריאות ושל בית הספר לניהול

פתיחת התכנית לתואר שני בניהול מערכות בריאות במסגרת בית הספר לניהול

2003

פתיחת תכנית המנהלים לתואר שני בניהול מערכות בריאות - קופת חולים מאוחדת

פתיחת תכנית המנהלים לתואר בריאות - שירותי בריאות כללית

1999

פתיחת תכנית המנהלים לתואר שני בניהול מערכות בריאות - צה"ל, חיל הרפואה



במחלקה 9 חברי סגל. סך הכל בוגרי תואר ראשון - 742; בוגרי תואר שני - 2117; בוגרי תואר שלישי - 47

2010

בית הספר לניהול הופך לפקולטה לניהול על-שם גילפורד גלייזר



להקמתה של המחלקה לניהול מערכות בריאות אולם ע"ש ג'ויס גולדמן, הפקולטה למדעי הבריאות, 2.7.2014

תוכנית הכנס:

8:30-9:30 - התכנסות ורישום

9:30-10:00 - **ברכות: פרופ' רבקה כרמי**, נשיאת האוניברסיטה

פרופ' גבריאל שרייבר, דיקן הפקולטה למדעי הבריאות

פרופ' עודד לוונגרט, דיקן הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר

10:00-11:00 - הקמתה של המחלקה לניהול מערכות בריאות בראי התפתחות תחום

ניהול מערכות בריאות בישראל ובעולם - מנחה: **פרופ' יוסי פליסקין**

פרופ' נדב דוידוביץ', **פרופ' שלמה ברנן**, **פרופ' חיים דורון**

11:00-11:30 - מערכת הבריאות בישראל - הישגים ואתגרים

פרופ' רוני גמזו

11:30-12:00 - מוועדת נתניהו לוועדת גרמן - שני עשורים של ועדות

פרופ' גבי בן נון

12:00-13:00 - **מושבים מקבילים** (פירוט בעמוד הבא)

13:00-14:00 - ארוחת צהריים

14:00-15:30 - **רפורמות במערכת הבריאות בישראל** - מנחה: **פרופ' דב צ'רניחובסקי**

הרפורמה ברפואת שיניים כמודל - **ד"ר טוביה חורב**, משרד הבריאות

מגיב: **מר איתן רגב**, מרכז טאוב

הרפורמה בבריאות הנפש - **ד"ר טל ברגמן-לוי**, משרד הבריאות

מגיב: **פרופ' אורי אבירם**, מרכז טאוב והמרכז האקדמי רופין

הרפורמה בביטוח הסייעודי - **ד"ר אביגדור קפלן**, מנכ"ל לשעבר המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה

מגיב: **מר ניר קידר**, משרד הבריאות

15:30-16:15 - פרמקולוגיה של מילים: שימוש במילים בניהול

ד"ר צחי בן ציון

16:15-16:30 - סיכום

מושבים מקבילים

איכות רפואית ושיפור השירות - יו"ר דינה ון-דייק (חדר 301 בניין דייכמן)

השפעת מוקד הוויסות (קידום, מניעה) על היענות חולים לטיפול עצמי בסוכרת מסוג 2

רינת אברהם, המחלקה לסייעוד והמחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

בחינת הקשר בין מדדי איכות קליניים לתוצאי בריאות ועלות: צעד ראשון לקראת הוכחה של "החזר על השקעה" באיכות

רונית פלד, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

גישה חדשנית לחיסון נגד שפעת: תיעדוף אלה שחלו בעונה שעברה

יוסי פליסקין, המחלקה להנדסת תעשייה וניהול והמחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

קידום שביעות רצון המטופל באמצעות התערבות מובנית לשיפור מיומנות התקשורת בחטיבה הפנימית של בית החולים

טלי שורר, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

המשאב האנושי במערכת הבריאות - יו"ר פאולה פדר-בוביס (אולם גולדמן)

מיפוי החסמים ומקדמי השינוי במעמד האחיות בניהול מחלות כרוניות בקהילה בישראל

איתן ברודסקי, מכבי שירותי בריאות והמחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

צמצום פערים בבריאות: התפקיד החברתי של החינוך הרפואי

קרן דופלט, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מעבר רופאים לעבודה ב"פריפריה": תוצאות ראשוניות ליישום הסכם העבודה החדש

פאולה פדר-בוביס, דנה זרחין, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

השפעת העיסוק בענף הבריאות על דפוסי אימוץ אורח חיים בריא

מאיה פרופיס, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פיתוח כלי מדידה והערכה - יו"ר צחית סימון-תובל (חדר 204 בניין דייכמן)

מידול ההשפעה של נגישות לחלופות טיפוליות במסגרת אילוץ תקציבי על התוצאים הרפואיים של כלל אוכלוסיית היעד לטיפול

רון ארבל, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

"מודל מדידה משולב" בלאומית שירותי בריאות

לימור ברוך, לאומית שירותי בריאות

פיתוח כלי מדידה השוואתי אינטגרטיבי לצורך בקרה ניהולית ושיפור תוצאים

אורלי וויינשטיין, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

מערכת סטאטוס מטופלים במלר"ד

משה שדה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

מיפוי החסמים ומקדמי השינוי במעמד האחיות בניהול מחלות כרוניות בקהילה בישראל

איתן ברודסקי^{1,2}; דינה ון-דייק²; נדב דוידוביץ²

1. מכבי שירותי בריאות

2. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



רקע ומטרות

מערכת הבריאות מתמודדת עם הצורך לנצל בצורה מושכלת את משאביה המוגבלים. אחד המהלכים המרכזיים להתייעלות ולשיפור איכות הטיפול הנו הפעלת תכניות לניהול מחלות כרוניות בקהילה המבוססות על עבודת צוות רב מקצועי בהובלת אחות מנהלת המחלה. תהליך הכנסת השינוי למערכת הבריאות, הכולל בין היתר את הרחבת מרחב הפעולה של תפקיד האחיות, הינו תהליך מאתגר אשר נתקל לעיתים בקשיים העלולים לגרום להאטתו ואף לכישלונו. מטרת המחקר הנה בחינה ותיאור עמדות כלפי שילוב האחיות בתפקיד מנהלות המחלה, ומיפוי הגורמים המשפיעים על מידת קבלת או התנגדות לשינוי זה.



שיטות

ניתוח מקרה של מכבי שירותי בריאות, באמצעות מחקר איכותני. מכבי נבחרה כשדה המחקר היות ובעבר תפקיד האחיות בארגון זה נתפס כתגובתי טכני בעיקרו, וכיום מופעלות בו תכניות בהן האחיות מוגדרת כמנהלת מחלה. בוצעו 25 ראיונות עומק בקרב אחיות מנהלות המחלה, הרופאים המומחים העובדים עמן וקובעי מדיניות.



ממצאים עיקריים

הודגמו חסמים ומקדמי השינוי, ברמות שונות: רמת הארגון - מידת הכנת המנהלים ושותפי התפקיד, תיאום ציפיות, הגדרת מרחב פעולה והשטח האפור, תמיכת ההנהלה, מנהיגות וחזון, תקצוב ומשאבים; רמת המטופל - דעות מוקדמות, ידע והיכרות עם התפקיד, התנסות וקבלת סמכות; הרמה הבין מקצועית - חשש הרופאים מפגיעה בסמכות, באוטונומיה המקצועית ובמעמד הכלכלי, מידת השפעת השינוי על הפחתת העומס, התנסות והיכרות מוקדמת עם התפקידים החדשים; רמת מקצוע הסייעוד - חשש מפגיעה באופי ובייחוד המקצוע, סיווג מחדש של תת הקבוצות במקצוע, פערים במעמד ובסמכויות; רמת אחות מנהלת מחלה - זהות מקצועית לא אחידה, שונות בהגדרות, בסמכות ובאחריות, פער בין תפיסה עצמית לבין המעמד בארגון.



מסקנות והמלצות

קיים צורך להגדיר בהסכמה עם המקצועות השותפים את גבולות ומרחב הפעולה של התפקידים החדשים תוך זיהוי הקבוצות המתנגדות לשינוי והבנת מקור חששותיהן. על מובילי השינוי לשכנע את כלל המטופלים, כי האצלה והרחבה של סמכויות ולמידה הדדית הנם כלי למימוש חזון משותף שהנו הענקת טיפול איכותי למטופל. מומלץ לשתף את בעלות התפקיד החדש בתכנון ויישום השינוי ולספק תמיכה הן בשלבי ההטמעה והן בעשייה היומיומית תוך הפניית משאבים ויצירת מערכות מסייעות.

צמצום פערים בבריאות: התפקיד החברתי של החינוך הרפואי

קרן דופלט¹; זהבה יהב²; יעקב אורקין^{2,3}; יעקב בכנר³; נדב דוידוביץ¹

1. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. מרכז משה פריבס לחינוך רפואי, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

3. המחלקה לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



רקע ומטרות

צמצום פערים בבריאות הינו אחד הנושאים המאתגרים ביותר בתחום מדיניות בריאות. מחקרים הדגישו את תפקידם של הרופאים בשיפור תוצאות בריאותיות ובצמצום פערים בבריאות באמצעות מעורבות חברתית. חינוך רפואי, המושתת על עקרונות הרפואה החברתית, יכול לתרום ל"יצירת" רופאים שיהיו מעורבים יותר בפעילות חברתית. מטרת המחקר הייתה להשוות בין בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ במעורבותם החברתית ובתפיסת האוריינטציה הדומיננטית בלימודיהם.



שיטות

מחקר חתך, שהתבצע באמצעות שאלון מקוון שנשלח במהלך חודש מאי 2011 לכ- 12,000 רופאים שכתובות הדוא"ל שלהם מעודכנות בהסתדרות הרפואית. עיבוד נתונים נעשה באמצעות מבחני שונות חד כיווניים (One way ANOVA), מבחני χ^2 ורגרסיות לוגיסטיות.



ממצאים עיקריים

במחקר השתתפו 1,050 רופאים בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ המתגוררים בישראל ועוסקים ברפואה. מהם 36% בוגרי האוניברסיטה העברית, 26% בוגרי אוניברסיטת תל-אביב, 22% בוגרי הטכניון ו- 16% בוגרי אוניברסיטת בן-גוריון. כמחצית מבוגרי הטכניון ובן גוריון עובדים כיום או עבדו

בעבר בפריפריה ביחס לפחות משליש מבוגרי האוניברסיטה העברית ואוניברסיטת תל-אביב. כמחצית מבוגרי אוניברסיטת בן-גוריון פעילים בקהילה ביחס ל- 34-38% בקרב בוגרי שאר האוניברסיטאות. מבין הרופאים הפעילים בקהילה, כשליש מבוגרי בן-גוריון (32%) מעריכים כי לחינוך הרפואי שקיבלו הייתה השפעה רבה - רבה מאוד על מעורבותם בתוכניות קהילתיות, לעומת 15%-8 בקרב שאר קבוצות הבוגרים. בוגרי האוניברסיטה העברית דירגו באופן גבוה משמעותית את לימודיהם כבעלי אוריינטציה מחקרית. לעומתם, דירגו בוגרי אוניברסיטת בן-גוריון את הלימודים כבעלי אוריינטציה חברתית גבוהה, וגילו עמדות חיוביות יותר באשר לתפקיד הרופא לפעול לצמצום פערים בבריאות.



מסקנות והמלצות

חינוך רפואי בעל אוריינטציה חברתית הינו בעל פוטנציאל ליצור תהליך סוציאליזציה המחזק ערכים חברתיים ומייצר עמדות חיוביות בקרב הרופאים לעתיד באשר לתפקידם החברתי. הממצאים מדגישים את הצורך בפיתוח תוכניות לימודים מכוונות חברתית ובחיזוק בתי הספר לרפואה בפריפריה. שני ההיבטים - החברתי והמחקרי - חיוניים להתפתחותו המקצועית של הרופא ואינם סותרים זה את זה. השאלה מהו המינון הנכון בין שני ההיבטים הללו בלימודי הרפואה דורשת דיון ציבורי מעמיק.

מעבר רופאים לעבודה ב"פריפריה": תוצאות ראשוניות ליישום הסכם העבודה החדש

פאולה פדר-בוביס¹; דנה זרחין¹; גבי בן-נון¹; מיכאל שרף²; ניצה היימן-נוימן³
1. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
2. שירותי בריאות כללית
3. המרכז הרפואי האוניברסיטאי סרוקה



רקע ומטרות

פיזור לא אחיד של כוח אדם רפואי בתוך ובין מדינות נתפס כבעיה משמעותית עבור מערכות בריאות בעולם. מתוך רצון לצמצם את אי-השוויון בפיזור כוח אדם רפואי, מספר מדינות עיצבו ומיישמות מנגנונים שונים. לרוב, מדינות OECD מיישמות בו-זמנית מספר מנגנונים בקרב נותני שירותי הבריאות על-מנת להשפיע על פיזורם הגיאוגרפי. אחד המנגנונים הללו הינו מתן תמריצים כלכליים או תכניות פיננסיות הכרוכים בהסכמי שירות באיזורים בהם קיים מחסור בכוח אדם. בישראל, עם סיום שביית הרופאים ב-2011 נחתם הסכם עבודה חדש ובו נספח המתייחס למענקים כספיים לרופאים אשר יתחילו עבודתם ב"פריפריה", על-מנת לצמצם את המחסור ברופאים בבתי-חולים פריפריים, לשדרג את תנאי עבודתם של הרופאים ולשפר את איכות הטיפול הרפואי הניתן בבתי-החולים הללו.

על-מנת לבחון את השפעת מענקי הפריפריה, אנו עורכים מחקר דו-שלבי, שמטרתו הראשונה הינה למפות את דפוסי הפיזור ואפיוני הרופאים שהגיעו לבתי-חולים בפריפריה עם כניסתו לתוקף של ההסכם. בשלב שני יבחנו הסיבות שהביאו רופאים לעבור לעבוד בבתי-חולים שונים בפריפריה, הערכתם את תהליך מעברם וציפיותיהם המקצועיות העתידיות.



שיטות

המחקר משלב מתודולוגיות כמותנית (המיפוי) ואיכותנית (ראיונות עם רופאים שעברו לפריפריה). נתוני המיפוי נדלים בימים אלה באופן בלתי מזהה ממחלקות כוח אדם בבתי-חולים שנכללו בהסכם העבודה החדש והוגדרו כ"פריפריה". לאחר ביצוע המיפוי, תבנה דגימה של רופאים בעלי נתוני רקע מגוונים על-מנת לבצע ראיונות עומק חצי-מובנים עימם.



ממצאים עיקריים

ממצאי המיפוי יוצגו בכנס ויכללו עיבודים סטטיסטיים המתייחסים לאפיוני רקע של הרופאים שהחלו את עבודתם בפריפריה (כולל, בין השאר, מגדר, גילאים, מצב משפחתי ומספר ילדים, מקום לימודי רפואה ותחום התמחות מקצועית), התפלגות התמחויות ודפוסי הגעתם לבתי החולים השונים.



מסקנות והמלצות

המחקר יכול לשמש כלי ניטור והערכת ביניים של השפעות יישום ההסכם שנחתם עם הרופאים. המיפוי יכול להניח את התשתית הדרושה על-מנת לקבוע באלו אתרים נמשכת או נפתרה סוגיית מצוקת כוח אדם ובכך לתרום בהערכת משך מתן המענקים מעבר לנקבע בהסכם עד יולי 2019.

השפעת העיסוק בענף הבריאות על דפוסי אימוץ אורח חיים בריא

מאיה פרופיס; צחית סימון תובל
המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



רקע ומטרות

מחקרים רבים הוכיחו קשר בין אימוץ אורח חיים מקדם בריאות למניעת תחלואה ותמותה. אורח חיים מקדם בריאות הינו מכלול רב ממדי של תפיסות ופעולות, ביניהן: דיאטה, פעילות גופנית, אחריות לבריאות, גדילה רוחנית, התמודדות עם מצבי לחץ ויחסים בינאישיים מיטיבים. ישנה עדות לכך שעיסוקו המקצועי של הפרט עשוי להשפיע על דפוסי אימוץ אורח חיים בריא על-ידו.

מעט ידוע על דפוסי אלה בקרב אנשי מקצועות הבריאות. השאלה העומדת במרכזו של מחקר זה- האם הידע שרכשו, חשיפתם לחולים, והצורך להוות מודל לחיקוי, גורמים לאנשים העובדים בענף הבריאות לאמץ אורח חיים בריא יותר לעומת עובדים בענפים אחרים.

מטרות המחקר הן לבחון האם קיימים הבדלים במידת אימוץ אורח חיים בריא בין עובדים בענף הבריאות לבין עובדים בענפי המשק האחרים.



שיטות

מחקר חתך בקרב מדגם נוחות, שכלל 285 עובדים בענף הבריאות ו-137 עובדים בענפי משק שונים. כלי המחקר כלל: מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים-כלכליים, מצב בריאות, מאפייני תעסוקה ושאלון תקף ומקובל לאמידת אורח חיים בריא - Health-Promoting Lifestyle Profile הכולל 52 היגדים המתייחסים לששת המרכיבים של אורח החיים בסולם 1-4. השאלון הופץ למייל של עובדים בקופות החולים לאומית ומאוחדת, בעריית מודיעין-מכבים-רעות ובקרב חברים וקרובים של עורכות המחקר.



ממצאים עיקריים

מודל רב-משתני העלה כי בהשוואה לעובדים בענפים האחרים, המועסקים בענף הבריאות מאמצים יותר: דיאטה מומלצת ($\beta=0.23, P<0.001$) ופעילות גופנית ($\beta=0.13, P=0.05$) וכי הם אחראים יותר לבריאותם ($\beta=0.13, P=0.02$). לא נמצאו הבדלים בין העובדים בענף הבריאות לבין העובדים בענפים אחרים בהתייחס להתמודדות עם מצבי לחץ, גדילה רוחנית ויחסים בינאישיים מיטיבים.



מסקנות והמלצות

העיסוק בענף הבריאות מגדיל את הסיכוי לאימוץ דיאטה ופעילות גופנית ומעלה את האחריות לבריאות. לעומת זאת, הוא אינו קשור להתמודדות טובה יותר עם מצבי לחץ, לקיומם של יחסים בינאישיים מיטיבים ולגדילה רוחנית. יתכן שהשפעת העיסוק בענף הבריאות משמעותית רק בהתייחס למרכיבי אורח חיים אשר הקשר ביניהם לבין תוצאי בריאות נתפש כישיר יותר. נדרש מחקר המשך אשר יבחן סוגיה זו בקרב מדגם מייצג של עובדים בענפי המשק השונים וייתייחס לגורמים לדפוסי התנהגות אלה.

השפעת מוקד הויסות (קידום, מניעה) על היענות חולים לטיפול עצמי בסוכרת מסוג 2

רינת אברהם¹; דינה ון-דייק²; צחית סימון-תובל²
1. המחלקה לסיעוד, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
2. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע ומטרות

שיפור היענות חולים במחלות כרוניות עשוי לשפר תוצאי בריאות. על פי תיאוריית מוקד הויסות של היגנס (Higgins, 1997) אנשים מונעים על ידי שני מוקדי ויסות: מוקד קידום - כלומר, מוטיבציה להשגת מטרה רצויה, ומוקד מניעה - כלומר, מוטיבציה להימנעות ממצב בלתי רצוי. מחקרים מראים כי מוקד הויסות קשור לביצוע התנהגויות בריאות שונות, אולם עדיין לא ברור מנגנון ההשפעה. מטרת המחקר הן: א. לבחון את השפעתו של מוקד הויסות על היענות חולי סוכרת מסוג 2 לטיפול. ב. לבחון האם מסר המותאם למוקד הויסות משפיע על הנכונות להיענות לטיפול.

שיטות

מחקר חתך תצפיתי שכלל מדגם נוחות של 130 חולי סוכרת שאושפזו במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה. המשתתפים מילאו שאלון לאמידת מוקד ויסות, היענות לטיפול ומשתנים דמוגרפיים. בנוסף, נתבקשו החולים לקרוא מסר המותאם למוקד קידום (למשל: "אחרי שנכחמים שההרגשה והבריאות משתפרים משתדלים עוד יותר"), או למוקד מניעה (למשל: "הדבר שמחזיר אותי בכל זאת לתלם...לראות ערכי סוכר מפחידים במד הסוכר..."), ולדווח על מידת כוונתם לשפר את היענותם לטיפול בעתיד.

ממצאים עיקריים

מודל רב-משתני העלה כי חולים בעלי מוקד קידום דומיננטי נענים יותר להתנהגויות של שינוי אורח חיים (דיאטה ופעילות גופנית) ($\beta=0.18, p<0.05$), בהשוואה לחולים בעלי מוקד מניעה דומיננטי. מאידך, לא נמצאה השפעה של מוקד הויסות הדומיננטי על היענות לטיפול רפואי (נטילת תרופות, ניטור סוכר בדם ובדיקת כף הרגל) ($\beta=0.16, p>0.05$). בחינת השפעת התאמת המסר מעלה כי חולים בעלי מוקד קידום דומיננטי הביעו נכונות גבוהה יותר לשפר את רמת היענותם בכלל, ואת רמת היענותם לשינוי אורח חיים בפרט, כשהמסר היה מותאם למוקד קידום ($F(1,100)=4.31, p<0.05$).

מסקנות והמלצות

מוקד הקידום קשור להיענות גבוהה לאימוץ שינויים באורח החיים ופחות להיענות לטיפול הרפואי. כמו-כן, נמצא כי חשיפה למסר המותאם למוקד קידום מעלה את הנכונות של חולים בעלי מוקד קידום דומיננטי לשפר את היענותם לשינוי באורח החיים. ממצאים ראשוניים אלה עשויים לתרום לפיתוח תכניות להגברת היענות חולים לטיפול, באמצעות כלים המותאמים למאפייני האישיות שלהם. נדרש מחקר המשך, אשר יבחן את הקשר בין מוקד ויסות להיענות, בקרב אוכלוסיית חולים מגוונת יותר (מבחינת משך וחומרת המחלה, מצב חברתי-כלכלי וכו'), ובאמצעות מדדים אובייקטיביים להיענות.

בחינת הקשר בין מדדי איכות קליניים לתוצאי בריאות ועלות: צעד ראשון לקראת הוכחה של "החזר על השקעה" באיכות

רונית פלד¹; ארקדי בולוטיין²; אבי פורת³; רחלי ווילף מירון⁴
1. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
2. המחלקה לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3. מכבי שירותי בריאות
4. מכון גרטנר

רקע ומטרות

בשנים האחרונות הוטמעו מערכות לאומיות וארגוניות למדידה ודיווח של מדדי איכות קליניים. שיפור במדדים אלו הוכח בישראל ובעולם אולם הקשר בין שיפור במדדים, תוצאי בריאות ועלויות לא הוכח דיו. בעידן של משאבים מצומצמים, מופעל על מקבלי ההחלטות בארגוני הבריאות לחץ להוכיח כי קיים "מקרה עסקי" (business case) בהשקעות באיכות: הארגון "יקצור", בטווח הבינוני או הארוך את פרי השקעותיו באיכות.

מטרת המחקר לבחון קשר בין שיפור עם הזמן במדדים קליניים, לבין תוצאי בריאות ועלויות במכבי שירותי בריאות.

שיטות

בוצע ניתוח רטרוספקטיבי של נתונים מהשנים 2003-2009 לגבי מטופלים בני 18+ שהיו ברשם הסוכרת. נבחן קשר בין מספר מדדי איכות במחלת הסוכרת לבין תמותה, מספר ימי אשפוז ומספר ביקורי מיון בהתאמה לגיל, מין ודירוג חברתי כלכלי של אזור מגורי המבוטח. הניתוח הסטטיסטי כלל מודלים לניתוח מדידות חוזרות מסוג: Cox Regression. עפ"י תוצאות המודלים חושב החיסכון הממוצע בימים בכל שנה והחיסכון הכספי. כל המודלים תוקנו לגיל, מגדר ומצב חברתי כלכלי.

ממצאים עיקריים

אוכלוסיית המחקר מנתה כ-97,000 חולי סוכרת. השיפור במדדי איכות בין השנים 2003-2009 נמצא מובהק סטטיסטית במדדים שנבחנו. נמצא קשר חיובי ומשמעותי בין איזון סוכרת גרוע ובין אי השגת יעד איזון כולסטרול לבין מספר ימי אשפוז. חיסון פנוימוקס לא נמצא כמשפיע. המודל נמצא כחלש לגבי ביקורי מיון.

תמותה כמשתנה תלוי נמצאה ביחס ישר ומשמעותי עם איזון סוכרת גרוע ואי השגת איזון כולסטרול. יחס הסיכון (Hazard Ratio) לאיזון סוכרת גרוע ואי השגת איזון כולסטרול היה 1.78 ו-1.17 ($P<0.001$) בהתאמה. הירידה הממוצעת השנתית באיזון גרוע של סוכרת תורגמה לחיסכון שנתי של 2% בימי אשפוז, ובחיסכון של מיליוני שקלים בשנה.

מסקנות והמלצות

שיפור במדדי איכות בסוכרתיים לאורך 7 שנות השקעה באיכות הניב ירידה בימי אשפוז והפחתה בתמותה. במגבלות המחקר ראוי לציין כי בשנים אלו נצפתה ירידה בימי אשפוז ובתמותה בקרב חולי סוכרת ברמה הלאומית, קרוב לוודאי בזכות שילוב של הטמעת תכנית מדדים לאומית ומאמצים של כלל הקופות לשפר איכות. ניידות חברים בין קופות החולים בישראל נמוכה. מכאן ניתן לשער שאפשר יהיה להוכיח חזר על ההשקעה הניכרת של ארגוני בריאות בשיפור איכות, לטווח הבינוני והארוך.

גישה חדשנית לחיסון נגד שפעת: תיעודף אלה שחלו בעונה שעברה

- דן ימין¹; אריה גביוס^{2,3}; אייל סולניק²; נדב דוידוביץ⁴; רן בליצר⁵; אליסון גלואני¹; יוסף פליסקין^{2,4}
1. המחלקה לאפידמיולוגיה, אוניברסיטת ייל
 2. המחלקה להנדסת תעשייה וניהול, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
 3. הפקולטה למנהל עסקים, המכללה האקדמית אונו
 4. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
 5. מכון המחקר, שרותי בריאות כללית



רקע ומטרות

חיסון כנגד שפעת הוא האמצעי היעיל ביותר להפחתת תחלואה בשפעת ולמניעת התפשטות המחלה. מדיניות הרשויות בארץ ובעולם הינה לתעדף חיסון בעיקר לפי גיל (ילדים צעירים וקשישים), אולם מעולם לא נבחנה מדיניות המבוססת על היסטוריית התחלואה בשפעת לבחינת מדיניות חיסון.



שיטות

במחקר זה בחנו מדיניות חיסון זו על-ידי ביצוע סימולציות המדמות התפשטות תחלואה בשפעת על פני רשתות מגע. ברשתות אלו כל אדם מיוצג באמצעות קודקוד וכל קשר בין שני אנשים מיוצג על-ידי קשת הנמתחת בין שני קודקודים. בנוסף, כדי לאמת את הממצאים, ניתחנו נתוני תחלואה שהתקבלו משתי קופות החולים הגדולות בישראל, שירותי בריאות כללית ומכבי שרותי בריאות המבטחות 74% מאוכלוסיית ישראל. נתונים אלו הצטברו לאורך עשור במערכות הניטור במרפאות ובבתי החולים וכוללים כתשעה מיליון דיווחי תחלואה דמוית שפעת.



ממצאים עיקריים

סימולציות ברשתות המגע מראות באופן גורף שלחולים בעונה הקודמת סיכוי גבוה יותר מאחרים להימצא במרכז הרשת החברתית, ומכאן השפעתם מכרעת על התפשטות המחלה. לכן, חיסון של אנשים אלו נמצא יעיל יותר ממדיניות החיסון הנוכחית בטווח רחב של הנחות אפידמיולוגיות גם כשנלקחת בחשבון חסינות חלקית (cross-reactivity) בעקבות תחלואה בעונה קודמת של עד 55%. נתונים אמפיריים מצביעים ללא קשר לקבוצת הגיל, הקופה אליה משתייך המטופל, מיקום האבחנה, השנה או אופן האבחנה, שלחולים בעונה הקודמת סיכון רב מיתר האוכלוסייה לחלות בעונה עוקבת.



מסקנות והמלצות

בהתאם לכך, תיעודף החולים בעונה הקודמת להתחסן בשפעת צפוי להוות פריצת דרך בהפחתת התחלואה ונטל השפעת. המדיניות המוצעת עשויה להיות יעילה גם בהתמודדות עם מחלות זיהומיות נוספות, התמודדות כנגד וירוסי מחשבים, או בבחינת אסטרטגיות לשמירה על יציבות במערכות אקולוגיות.

קידום שביעות רצון המטופל באמצעות התערבות מובנת לשיפור מיומנות התקשורת בחטיבה הפנימית של בית החולים

- טלי שורר¹; בותינה חליחל¹; מלי ממון¹; יגאל פלכט²
1. המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה
 2. בית הספר על-שם רקאנטי, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



רקע ומטרות

גישת "המטופל במרכז" (patient centered care) כוללת בין היתר את מרכיבי נגישות הצוות, מתן מידע וידע, העצמת המטופל. העברת המידע מהווה מרכיב קריטי ביצירת תקשורת עם המטופלים וגורם חשוב ביותר לשיפור שביעות רצונם. לאחרונה יושם בחטיבה הפנימית של המרכז הרפואי סורוקה פרויקט התערבות מובנית המכוון להעצמת האחות בעיני המטופל ושיפור מהלך התקשורת עם המטופלים. כחלק מהפרויקט נעשו הדרכות לצוות, הוטמעה הצגה עצמית של אחות, וציון שם האחות "המטפלת כך במשמרת" על שלט ייעודי בכניסה לחדר. מטרת המחקר היא לבדוק את השפעת ההתערבות על שביעות רצונם של המטופלים.



שיטות

איסוף הנתונים נעשה ב-10 מחלקות החטיבה ב-3 נקודות זמן: לפני תחילת ההתערבות (I), כעבור חצי שנה (II) ושנה (III). במהלך האשפוז המטופלים מלאו שאלון אנונימי והעריכו את היכולת התקשורתית של הצוות (הצגה עצמית, הדרכה והסברים, מתן אפשרות לשאול שאלות) ושביעות רצונם מעבודת האחיות (מקצועיות, יחס, זמינות, מתן מידע ופתרון בעיות). הנחקרים התבקשו לציין אם הם יודעים מי האחות המטפלת בהם ולמי יפנו בעת הצורך. נאספו משתנים דמוגרפים, הערכה עצמית של מצב בריאותם ומאפייני האשפוז.



ממצאים עיקריים

מטופלים ענו על השאלון: 109 ו-125 בזמנים I, II ו-III בהתאמה. גיל ממוצע 58.4 (סטטיית תקן 18.7) שנים, 51% גברים, 35.8% ילידי ישראל. במעבר בין זמן I לזמן III הערכת היכולת התקשורתית של הצוות עלתה בהדרגה מ-4.1 ל-4.4 ושביעות רצונם מ-4.3 ל-4.6 בממוצע (מתוך 5) (p for trend<0.001 לכל אחד); אחוז גדול יותר ידעו את שם האחות המטפלת (78.2%-64.8%; p=0.02); ללא שינוי מובהק באחוז הנחקרים שיפנו ל"אחות מטפלת בחדר" בעת הצורך (-55.4% 60.9%, p=0.303). ניתוח רב משתני הראה את משתני הזמן, מצב בריאות כללי טוב ומיומנות תקשורתית גבוהה של הצוות כמנבאים שביעות רצון גבוהה.



מסקנות והמלצות

המטפל מהווה עבור המטופל מקור מידע, כתובת לשאלות ולפניות. שיפור מתן מידע למטופל אודות "האחות המטפלת בו" במסגרת תהליך ההתערבות התאימה כנראה לצרכיו ולצפיותיו; התאמה כזאת נתפסת כשירות איכותי ותורמת לעליה בשביעות רצונם. התהליך שהוטמע בחטיבה יכול להוות כמודל להתערבות דומה במחלקות וארגונים אחרים.

מידול ההשפעה של נגישות לחלופות טיפוליות במסגרת אילוץ תקציבי על התוצאים הרפואיים של כלל אוכלוסיית היעד לטיפול

רון ארבל; דן גרינברג

המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע ומטרות

השימוש בטכנולוגיות חדשות ברפואה כרוך בעלות כספית גבוהה, אולם בעקבות המשבר הכלכלי העולמי, נראה שישותו מגבלות קשות על מימון טכנולוגיות רפואיות חדשות. המטרה של כל חברה היא להשיא את הבריאות בתקציב נתון, אולם השיטות לתיעדוף טכנולוגיות במסגרת סל שירותים במימון ציבורי בהן נעשה שימוש כיום אינן מיטביות ולא תמיד עולות בקנה אחד עם מטרה זו. הסיבה המרכזית היא שהערכה כלכלית מלאה מתחשבת רק ביחס עלות-יעילות של טיפול חדש לעומת חלופה קיימת.

מטרות המחקר הן לפתח מודל כלכלי חדשני להערכת טכנולוגיות רפואיות, שייתן מענה להשוואת התוצאים של חלופות טכנולוגיות על פני כל אוכלוסיית היעד, תחת אילוץ תקציבי מוגדר. השערות המחקר הן ששימוש נרחב בטכנולוגיות יקרות פחות ויעילות פחות עשוי להביא לתוצאות טובות יותר בכלל האוכלוסייה מאשר שימוש מוגבל בטכנולוגיות יקרות יותר ויעילות יותר, בייחוד במקרים בהם יש פגיעה מזערית ביעילות וחסכון משמעותי בעלויות.

שיטות

הדגמנו את המודל על-ידי מקרה תיאורטי של אוכלוסיית מטרה הכוללת 1,000 מטופלים, ואילוץ תקציבי של \$1,000,000. השווינו שתי תוכניות התערבות: שימוש בטכנולוגיה קיימת, אשר עולה \$1,000 לשנה למטופל,

ומוסיפה חצי שנת חיים מתוקנת איכות (QALY) למטופל, וטכנולוגיה חדשה שעלותה כפולה, ומוסיפה 20% QALYs. פיתחנו נוסחה לקביעת תוספת העלות המקסימלית לטכנולוגיה החדשה, המצדיקה את העדפתה על פני הטכנולוגיה הקיימת.

ממצאים עיקריים

השימוש בטכנולוגיה החדשה והיקרה תפחית את התועלת לכלל האוכלוסייה, למרות יחס עלות-יעילות של \$10,000, הנמצא מתחת לערכי הסף המקובלים לאימוץ טכנולוגיות. תוספת העלות המקסימלית שתשמר את תוצאי הבריאות של האוכלוסייה היא 20%.

מסקנות והמלצות

תחת אילוצים תקציביים, אימוץ טכנולוגיה חדשה ויקרה יותר עלול לפגוע בתוצאי הבריאות של האוכלוסייה, למרות יחס עלות-יעילות הנמצא במסגרת ערכי הסף המקובלים. תוספת העלות המקסימלית לטכנולוגיה יעילה יותר שתשמר את תוצאי הבריאות של כלל אוכלוסיית המטרה נמצא ביחס ישיר לתוספת היעילות של הטכנולוגיה. שימוש במודל שהוצע עשוי לעזור למקבלי ההחלטות לשמור ו/או לשפר את תוצאי הבריאות של האוכלוסייה, בעיקר בזמנים של אילוצים וקיצוצים בתקציבי הבריאות.

“מודל מדידה משולב” בלאומית שרותי בריאות

לימור ברוך

לאומית שרותי בריאות

רקע ומטרות

לאומית שירותי בריאות מספקת שירותים לכ- 700 אלף לקוחות, במעל 120 מרכזים רפואיים הפזורים בכל רחבי הארץ, מקצרים עד אילת. המרכזים הרפואיים משויכים ל- 15 אזורים גאוגרפיים המשויכים ל-4 מחוזות. מטרת העבודה הינה בניית כלי למדידה והערכה של ביצועי יחידות השטח בתחומי הפעילות העיקריים, תוך הגדרת מטרות ויעדים מרכזיים אחידים, הגדרת סדרי עדיפויות ויצירת שפה ארגונית ברורה ומוסכמת.

שיטות

תחומים נמדדים- תחומי המדידה העיקריים שנבחרו ומקבלים משקל זהה בחישוב התוצאה הכללית הם: 1. איכות הרפואה - על בסיס תכנית המדדים הלאומית; 2. איכות השירות - על בסיס סקרי שביעות רצון; 3. צמיחה - על בסיס תוצאות מפקדים; 4. תקציב - על בסיס תוצאות כספיות. בכל תחום הוגדרו מס' מדדים אשר בוחנים הן את הביצוע המוחלט לתקופה והן את הביצוע ביחס ליעדים שנקבעו לכל יחידה. שיטת המדידה- בכל אחד מהתחומים הנמדדים ניתנת תוצאה ביחידת מידה שונה, כגון: שיעור חריגה מתקציב (אחוז), מס' לקוחות מצטרפים/נוטשים, ציון סקר שביעות רצון (ציון בין 1-10) ועוד.

ממצאים עיקריים ומסקנות

המדידה באמצעות המודל המשולב נערכת בלאומית שירותי בריאות החל משנת 2011 באמצעות מערכת מדידה ממוחשבת שפותחה בקופה. המודל הוטמע בלאומית באופן מלא והוא מהווה כלי ניהולי לבחינה והערכה של היחידות מחד וכלי תפעולי יומיומי לשיפור ביצועי היחידות מאידך, הודות למערכת הממוחשבת המאפשרת ניתוח מעמיק של הביצועים והתוצאות ונותנת דגש על התחומים הדורשים שיפור בכל יחידה.

פיתוח כלי מדידה השוואתי אינטגרטיבי לצורך בקרה ניהולית ושיפור תוצאים

אורלי וויינשטיין, משה שדה, נורית וויינשטיין, גבי גרימברג, איתי מזור, שירן בן ישעיהו, רינת מגרלשוילי, בותינה חליחל, אהוד דודסון
המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה



רקע ומטרות

כחלק מתפישת הניהול המוטמעת במרכז הרפואי סורוקה, קיימים מדדים ויעדים כמותיים חוצי ארגון לכלל המחלקות, המרפאות והמכונים בביה"ח, ממספר תחומים אסטרטגיים - איכות רפואית, ניהול סיכונים, שירות, משאבי אנוש והתייעלות תפעולית.

הנהלת המרכז הרפואי ומנהלי המחלקות נדרשים לעקוב באופן שוטף אחר מדדים אלה ולפעול בהתאם. ריבוי המשימות והמדדים מקשה על ביצוע מעקב שוטף, אחיד ועקבי תוך בחינת המגמות לאורך זמן, בעיקר במרכז רפואי עם היקף גדול של מחלקות, מרפאות ומכונים. בנוסף, לאור השונות בין המחלקות, המדדים אינם מותאמים בצורה הולמת לכולן וקשה להשוות ביניהן. מסיבה זו הוחלט להגדיר סט מדדים ייעודיים לכל מחלקה, המשקף את מטרות ויעדי המרכז הרפואי, המשוקללים על פי מידת החשיבות שלהם לארגון. המטרה היא מתן כלי ניהול ובקרה לצורך קבלת החלטות בידי המנהלים ברמת המחלקה וברמת הנהלת המרכז הרפואי תוך מתן אפשרות להשוואה בין מחלקות ובחינת המגמות לאורך זמן.



שיטות

פותח סט של כלל המדדים המרכזיים הנוגעים לתפקוד המרכז הרפואי המחולקים למדדי מחלקה פרטניים ומדדים רוחביים, חוצי ארגון, שמקורם בהנהלת שירותי בריאות כללית, במדדים בינלאומיים ובמדדים שפותחו במרכז הרפואי. הנתונים ברובם ממערכות המידע הממוחשבות וחלקם נאסף ידנית, זאת עד להטמעת מערכת תפעולית שתצור מאגר מידע

מערכת סטטוס מטופלים במלר"ד

משה שדה, אהוד דודסון, יוחנן פייזר, לאה כהן, כרמי ברטל, רחל דרורי, אלי גוזלן, עומרי יונה, סמי שהרבני, אביעד לזרוביץ'
המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה



רקע ומטרות

כרבע מיליון מטופלים מגיעים מידי שנה למרכז הרפואי דחופה (מלר"ד) בסורוקה. מטופל שמגיע למיון עובר תהליך מורכב הכולל מספר תחנות, בניהן בדיקות מעבדה, בדיקות דימות ויעוצים שונים. במצב זה, לצוות המנהל את המיון אין תמונת מידע מרוכזת לגבי מיקום המטופלים, רופאים מטפלים, סטאטוס הבדיקות ועוד. כדי לקבל מידע אודות המטופלים נדרש הצוות לגשת לתיק הידני והפרטני של כל מטופל, ואין אפשרות לקבל תמונה מקיפה של כלל המטופלים. התנהלות זו הביאה ליכולת בקרה נמוכה, וגרמה לזמנים ארוכים מאוד של המתנה ושהייה במיון. בעקבות זאת, עלה הצורך במערכת מידע שתרכז את הנתונים של כל המטופלים, ותאפשר לקדם את הטיפול בהם.

מטרות המערכת הן: א. קיצור זמני השהייה והמתנה של המטופלים במיון; ב. בקרה שוטפת של הצוות הרפואי אחר תהליך הטיפול במטופלים בכל תחנות המלר"ד.



שיטות

1. אפיון המערכת על פי הדרישות; 2. פיתוח המערכת הכוללת: מסך טריאז', מסך שיבוץ מטופל לאגף ומיטה, שיוך רופא למטופל, מסך להזמנת שירותים רפואיים, מסכים לפעולות אשפוז ושחרור, מסך לאיתור מטופלים ומסך בקרה; 3. פיתוח ממשקים למערכות: ATD - עדכון אוטומטי של המערכת

בפרטים דמוגרפיים ופרטי קבלה למיון, AutoLab - מערכת בדיקות מעבדה. עדכון אוטומטי של המערכת בסטאטוס בדיקות המעבדה, RIS - מערכת בדיקות דימות. עדכון אוטומטי של המערכת בסטאטוס בדיקות הדימות; 4. הטמעת תהליך בו רוב המידע מגיע ממערכות מידע קיימות, וחלקו מוזן ידנית על ידי מנהלנית או מזכירת המיון.



מסקנות והמלצות

המערכת מאפשרת לבצע בקרה אחר סטאטוס המטופלים בכל שלב בתהליך, וכיום המנהלים ומנהלנית המיון משתמשים בה כדי לקדם את הטיפול בחולים ולקצר את זמני ההמתנה והשהייה במיון.

בפן הניהולי, המערכת מאפשרת הפקת דו"חות המרכזים את משכי ההמתנה והשהייה הממוצעים בשלבי הטיפול השונים, ובכך מאפשרת איתור צווארי בקבוק הדורשים התייחסות וטיפול ממוקד, על מנת לקצר את הזמנים ולשפר את שביעות רצונם של המטופלים.

ליצירת קשר:

המחלקה לניהול מערכות בריאות
הפקולטה למדעי הבריאות
והפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר
אוניברסיטת בן גוריון בנגב
ת.ד. 653, באר-שבע 84105

טלפון:

תואר ראשון: 08-6477421
תואר שני: 08-6472448

דוא"ל:

תואר ראשון: malkam@bgu.ac.il
תואר שני: MHASec@som.bgu.ac.il

אתר המחלקה:

<http://in.bgu.ac.il/fom/HealthDep/Pages/default.aspx>



חפשו אותנו ב-

[facebook.com/bgu.uni](https://www.facebook.com/bgu.uni)



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

באר-שבע | שדה בוקר | אילת