

## פיקוח ובקרה על שירותי הפיזיותרפיה בישראל מנקודת מבטם של המנהלים הארציים של שירותי הפיזיותרפיה

תמר יעקב,<sup>1</sup> יוגב גרמה,<sup>2</sup> רננה פטנה,<sup>2</sup> אילה פרג<sup>3</sup>

<sup>1</sup> תמר יעקב, PhD, MPH, PT, המחלקה לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל.  
<sup>2</sup> יוגב גרמה, רננה פטנה, סטודנטים לפיזיותרפיה שנה ד', המחלקה לפיזיותרפיה, אוניברסיטת אריאל.  
<sup>3</sup> אילה פרג, MPA, BPT, פיזיותרפיסטית ראשית, המחלקה לפיזיותרפיה, משרד הבריאות.

הערה: המחקר הזה נתמך על ידי מענק מטעם המכון לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות.

### תקציר

**רקע:** השירות הפיזיותרפי בישראל מעוגן ב"חוק ביטוח בריאות ממלכתי" והוא חלק מסל הבריאות. שירות זה, כשאר שירותי הבריאות, מחויב לעמוד בקריטריונים המקצועיים המוגדרים בחוק, ובהם פיקוח ובקרה של משרד הבריאות.

**מטרה:** לתאר את מערך הבקרה הפנימי והחיצוני על שירותי הפיזיותרפיה בישראל ולזהות חוזקות וחולשות של מערך זה בארגונים השונים.

**שיטה:** נערך מחקר איכותני המבוסס על ראיונות אישיים מובנים-למחצה עם המנהלים הארציים של שירותי הפיזיותרפיה ועל נהלים שמפורסמים באתר משרד הבריאות. הראיונות הוקלטו, תומללו ותוכנם נותח.

**תוצאות:** משרד הבריאות מקיים מנגנון פיקוח ובקרה על השירות הפיזיותרפי הציבורי בישראל. מנהלי השירות מכירים בחשיבות הבקרה ומברכים על קיומה. הגופים המבוקרים משתמשים בבקרה ככלי לשיפור השירות, לבדיקה עצמית ואף למינוף הדרישות מן הארגון שבו הם פועלים. ברוב הגופים קיימות גם בקרות פנימיות, וברובם הן מינהלתיות בלבד. שירותי הפיזיותרפיה שמסופקים ישירות במסגרות של משרד הבריאות מבוקרים על-ידי המשרד עצמו, ואילו שירותי הפיזיותרפיה שמסופקים במסגרות של משרדי ממשלה אחרים או במסגרות פרטיות מבוקרים באופן חלקי בלבד.

**מסקנות:** מערך הבקרה על שירותי הפיזיותרפיה בישראל עונה באופן חלקי על הוראת החוק. הבקרה שנעשית כיום על-ידי משרד הבריאות היא מינהלית בלבד ויש צורך גם בבקרות מקצועיות. כדי לעמוד בדרישות החוק, יש צורך לבנות מנגנון בקרה בכל המסגרות שבהן ניתן השירות הפיזיותרפי, כולל המסגרות הפרטיות ומשרדי ממשלה אחרים.

**מילות מפתח:** פיזיותרפיה, בקרה, פיקוח, שירותי בריאות.

### הקדמה

שירותי הבריאות במערכת הציבורית בישראל ניתנים מתוקף "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"<sup>1</sup>. החוק, מבטיח סל שירותים לכלל האזרחים, הכולל גם פיזיותרפיה. שירותי הפיזיותרפיה נדרשים לעמוד בכל דרישות החוק, כולל פיקוח ובקרה של משרד הבריאות על מתן השירות ואיכותו. אחת ההגדרות לאיכות הטיפול הרפואי היא "המידה שבה שירותי הבריאות מגדילים את הסיכוי לתוצאות בריאות רצויות ותואמים את הידע המקצועי הקיים"<sup>2</sup>. במהלך השנים התפתחה ההבנה שאיכות כוללת לא רק מדדים קליניים, אלא גם מדדים של איכות השירות למטופל (היחס לחולה, נגישות וכו') ומדדים של איכות ארגונית (שימוש הולם במשאבים, מניעת כפילות וכו').<sup>3</sup> המדדים האלה במערכת בריאות ציבורית יכולים להשפיע ישירות ובעקיפין גם על האיכות הקלינית. ארגון הבריאות העולמי מדגיש את החשיבות של קידום בקרת איכות הטיפול במערכות הבריאות וזאת משתי סיבות עיקריות: הראשונה היא שלמרות ההתקדמות וההתפתחות של מערכות הבריאות עדיין לא ניתן לחזות את תוצאות הטיפול ולכן לא ניתן לקבוע מהו הטיפול האופטימלי מתוך המגוון הרחב של הסטנדרטים והטיפולים הקיימים. הסיבה השנייה היא שבשל הגידול בדרישה לשירותי הבריאות ושימוש בהם קיים מחסור במשאבים המחייב מיצוי מרבי של התועלת המופקת מן השירותים הקיימים.<sup>4</sup> לפי הארגון, כדי לשפר את איכות הטיפול, יש לשאוף לשיפור השירות בשישה תחומים:

1. **אפקטיביות** - שירותי הבריאות צריכים להיות מבוססים על מחקרים שמראים תוצאות ברורות בשיפור בריאות המטופל לפי צרכיו.
2. **יעילות** - יש לספק שירותי בריאות תוך כדי שימוש מרבי במשאבים והימנעות מבזבז.
3. **נגישות** - שירותי הבריאות צריכים להיות מסופקים בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו של המטופל ובמסגרת

שבה תהיה התאמה בין המשאבים והמיומנות לשירותים הבריאותיים הנדרשים.

4. **החולה במרכז** - נותני שירותי הבריאות יתחשבו בשאיפות החולה, בצרכיו ובתרבות הקהילה שהוא שייך אליה.

5. **הוגנות** - שירותי הבריאות יסופקו באופן שוויוני וללא קשר למאפיינים אישיים של המטופלים כמו מין, גזע, דת, שייכות אתנית או מצב כלכלי.

6. **בטיחות** - שירותי הבריאות יסופקו בדרך שתצמצם למינימום את הסכנות והנזקים שעלולים להיגרם למטופלים.

בקרת האיכות היא מושג הלקוח מעולם התעשייה והיא משמשת כלי שנועד לחיסכון בעלויות הקשורות לטעויות ולחוסר שביעות רצון של הלקוחות. עיקרון מרכזי בשיפור האיכות הוא מעגל מדידה, התערבות ומדידה נשנית.<sup>2</sup> בעולם התעשייה המדדים ברורים, ולרוב המטרות ידועות מראש. לא כך בשירותי הבריאות, שבהם יש מספר רב של מדדים ומטרות מגוונות עד שעולות שאלות, כמו, באילו מדדים נכון להתמקד ובאיזה מחיר. מן הראוי להדגיש שמערכת הבריאות במדינת ישראל מתמודדת עם קשיים תקציביים תמידיים בשל הרצון לספק את שירותי הבריאות הטובים ביותר ובשל העלייה בהזדקקות לשירותי בריאות עקב שינויים דמוגרפים כמו עלייה בשיעור הקשישים באוכלוסייה. כדי להעריך את איכות שירותי הבריאות, יש צורך בפיתוח מערכת מדדים הכוללת נתונים השוואתיים.<sup>5</sup> עם זאת, מלבד מערכות הבקרה הבירוקרטיות של הגורמים הממונים, הבטחת האיכות מתאפשרת גם על-ידי תחושת אחריות מקצועית שמניעה את העוסקים במקצועות הבריאות לתת את הטיפול הטוב ביותר.<sup>6</sup>

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי" דורש פיקוח ובקרה על השירותים הניתנים מתוקפו: "משרד הבריאות יפקח על פעילותן של קופות החולים לפי חוק זה ויבקר את איכות שירותיהן; דרכי הפיקוח והבקרה ייקבעו בתקנות".<sup>1</sup> לצורך כך בנה משרד הבריאות מערך בקרה שמטרתו לבקר ולפקח על מערך שירותי הבריאות. מערך הבקרה בוחן את עמידת קופות החולים בהוראות החוק בעניין מתן שירותים למבוטחים, ומפרסם נהלים מחייבים המגדירים סטנדרטים ודרכי פעולה אחידים בקרב ספקי השירות השונים. הבקרה נעשית על-ידי צוות רב-מקצועי, הכולל רפואה, סיעוד, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, עבודה סוציאלית, וכן תשתית ותחזוקה, בריאות הסביבה ורוקחות. הבקרה מתנהלת באמצעות כלי בקרה מותאמים לכל אחד מן המקצועות האלה. נוהל הבקרה בתחום

הפיזיותרפיה פותח על-ידי צוות המחלקה לפיזיותרפיה במשרד הבריאות ומבוצע על ידו.<sup>7</sup> לצורך זה נבנה טופס בקרה שכולל סעיפים בתחומים האלה: כוח אדם, פעילות שוטפת, ניהול ופיתוח מקצועי, רשומה רפואית וסביבת העבודה. הבקרות נערכות פעם בשנתיים בכל מחוז של קופות החולים ובדקות את השירותים הניתנים במחוז. בחירת המכונים או המחלקות שבהם ייערכו הבקרות היא מדגמית; חלק מן הבקרות ידועות מראש וחלק הן בקרות פתע.

מעבר לבקרה מטעם משרד הבריאות מוטלת חובה על נותני השירות לקיים מערכת בקרה מקצועית פנימית.<sup>8</sup> נוהלי משרד הבריאות מחלקים את תהליך הבקרה הפנימית לשתי רמות: רמת המחוז ורמת המכון. התחומים המבוקרים ברמת המחוז הם מנהליים, ובהם בדיקת רישוי, נוהלי עבודה, תהליכי עבודה, וכן יישום של ממצאי בקרות קודמות. הבקרה במכונים מיועדת לבדוק את התחום המקצועי, והאחריות על ביצועה מוטלת על מנהלי המכונים. בקרת מנהלי המכונים מחולקת על פי הנהלים לשני חלקים: החלק הראשון מורכב מרישום מלא של שדות החובה ברשומה הרפואית ושימוש בכלי מדידה אשר אינם מוגדרים מראש בנוהלי משרד הבריאות. החלק השני בבקרה המקצועית מתייחס לאיכות הפעילות הקלינית, ומוגדר כהלימות בין מטרות הטיפול לתכנית הטיפול ולאמצעים שנדרשו למימושה. נוסף על כך, נבדקת גם מידת ההתאמה בין זמן הטיפול ובין מורכבות המקרה, וכן מצוין כי גם על השירות הקנוי לעמוד בנוהל זה. בקרב נותני השירות השונים פותחו מערכות בקרה פנימיות המבוססות על נוהלי משרד הבריאות ומאפשרות בקרה מקצועית בתדירות גבוהה יותר.

בישראל, מדידת איכות ופרסום תוצאות אינם מחויבים על פי חוק, ולכן המשאבים המוקצים לשם לכך אינם מספקים.<sup>2</sup> בשנת 2004 אומצה "תכנית המדדים הלאומית" שהחלה כפרויקט מחקרי של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בשיתוף עם קופות החולים.<sup>5</sup> במסגרת התכנית פותחה מערכת מדדים אחידה עבור רפואת הקהילה. נתונים אלו, המתעדכנים באופן שוטף, מאפשרים לבקר ולהבטיח את איכות הטיפול הרפואי הניתן בקהילה. למרות החובה והחשיבות של קיום בקרות מקצועיות, קשה למצוא ספרות עולמית בתחום מדידת איכות בפיזיותרפיה. יש להניח שמדידת איכות אחידה בקרב נותני שירותי הפיזיותרפיה תקדם ותפתח את המקצוע ותאפשר מתן שירות מתאים יותר למטופלים. מדידת איכות אחידה כחלק מן הבקרה על שירותי הפיזיותרפיה תתאפשר רק

הנושאים לריאיון אושרו על-ידי שני פיזיותרפיסטים בכירים. לאחר תמלול הראיונות, נעשתה עריכה לשונית של הטקסט במטרה לצמצם חזרות ולבטל תכנים לא רלוונטיים. לאחר מכן נערך ניתוח טקסט של כל ריאיון בנפרד על-ידי שני עוזרי מחקר. בשלב זה לוקטו ציטוטים נבחרים מדברי המרואיינים. בשלב הבא מוזגו הראיונות תוך כדי הסתרת שמות המרואיינים וקופות החולים.

## תוצאות

במחקר רואיינו עשרה מבין אחד עשר מנהלי השירות הפיזיותרפי הארציים בישראל בהווה ובעבר (מנהל אחד לא קיבל אישור להתראיין על ידי הממונים עליו). במקצת הארגונים קיימת מערכת בקרה פנימית וחיצונית, בחלק מהם קיימת מערכת בקרה פנימית חלקית, ובקצתם אין מערכת כזאת. התוצאות יוצגו לפי סוג הבקרה - בקרה פנימית ובקרה חיצונית - תוך כדי התייחסות למערכת הקיימת, לחוזקותיה ולחולשותיה.

**בקרה חיצונית** - הפיזיותרפיסטית הראשית במשרד הבריאות תיארה את הבקרה על שירותי הפיזיותרפיה הנעשית כחלק מתהליך בקרה רב-מקצועי. הבקרה נערכת על פי טופס בקרה מובנה אשר פיתחה המחלקה לפיזיותרפיה במשרד הבריאות, והוא פורסם מראש באתר האינטרנט של המחלקה.<sup>7</sup> דיווח על תוצאות הבקרה מגיע להנהלת הקופה עם המלצות לתיקון הליקויים. כיום, מתפרסמים לקהל הרחב דו"חות הבקרה על בתי החולים, אך לא דו"חות הבקרה על הרפואה הקהילתית. לדבריה: "בקרה נעשית גם על מכונים, בתי חולים, בתי חולים שיקומיים ובקופות החולים, פעם בשנתיים בערך. צוותי המשרד מגיעים למחוז בקופה מסוימת ועושים בקרה מדגמית שכוללת גם בקרת פתע. בכל בקרה משתדלים לראות מכונים שעדיין לא עברו בקרה אלא אם כן היו ליקויים חמורים ואז חוזרים לאותו מכון לבקרה חוזרת. וכן: "הבקרה שנעשית היום לא בהכרח משקפת את איכות ומגוון השירות הפיזיותרפי כי כמות הבקרות אינה מספקת. כמו כן הבקרה אינה יורדת לרזולוציה מספיק עמוקה". לדבריה, הבקרות מאפשרות למשרד הבריאות לקדם נושאים החשובים לו על-ידי הדגשתם בבקרה. לדוגמה, נושא קידום הבריאות בקהילה נבדק לאחרונה בבקרה. עם זאת, צריך להוסיף בקרות במכונים ובבתי החולים. בתחום ביקורי הבית נעשית בקרה עמוקה יותר.

**חוזקות הבקרה החיצונית** - כל מנהלי השירות בקופות החולים מכירים בחשיבות הבקרה, אף על פי שהיא מדגמית, ואף ציינו

אם תחויב בחוק ואם יוקצו לכך המשאבים הנדרשים.

עבודה זו באה לתאר את מערך הבקרה הפנימי והחיצוני על שירותי הפיזיותרפיה בישראל מזווית הראייה של המנהלים הארציים של השירות הפיזיותרפיה. קבוצה זאת של מנהלים אמונה על עריכת הבקרה ולפיכך אמורה להכיר היטב את המערך הקיים. בעבודה יתואר מנגנון הבקרה בארגונים השונים תוך כדי התייחסות לחוזקותיו ולחולשותיו. מערך זה טרם תואר, אף על פי שהוא מחויב על פי חוק זה כעשרים שנה. לפיכך, מטרות העבודה הן לתאר את מערך הבקרה הפנימי והחיצוני על שירותי הפיזיותרפיה בישראל ולזהות חוזקות וחולשות של מערך זה בארגונים השונים.

## שיטות

נערך מחקר איכותני המבוסס על ראיונות עומק אישיים עם המנהלים הארציים של השירות הפיזיותרפי הציבורי בישראל. בין המשתתפים: הפיזיותרפיסטית הראשית במשרד הבריאות ושבעה מנהלי השירות הפיזיותרפי בארבע קופות החולים הגדולות בארץ (בשנתיים האחרונות התחלפו כל המנהלים ולכן רואיינו המנהלים החדשים והמנהלים שפרשו לאחרונה). נוסף על כך, רואיינו המדריכה הארצית של שירותי הפיזיותרפיה במשרד החינוך והיועצת הארצית של שירותי הפיזיותרפיה במסגרות שבחסות ובפיקוח משרד הרווחה.

הקשר הראשון עם המרואיינים נוצר באמצעות שיחת טלפון שכללה הסבר על מטרות המחקר והזמנה להתראיין. מנהלים שנוקקו לאישור להתראיין מטעם הארגון שבו הם עובדים התבקשו לחזור אל החוקרת לאחר קבלתו. כל המנהלים אישרו לבסוף את השתתפותם וחתמו על הסכמה מדעת. הראיונות בוצעו על-ידי החוקרת הראשית (ברובם השתתף גם עוזר מחקר), הוקלטו ולאחר מכן תמללו. תמלילי הראיונות נשלחו אל המרואיינים לאישור לפני ניתוח הטקסט. מרואיינים, יחידים במערכת, שזהותם ידועה לציבור, נתנו אישור מיוחד. עריכת המחקר אושרה על-ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל.

הראיונות נערכו כחלק ממחקר מקיף על שירותי הפיזיותרפיה בישראל בראי החוק. בראיונות נשאלו שאלות פתוחות במגוון נושאים הנוגעים למצב המקצועי והמינהלי של מקצוע הפיזיותרפיה בישראל בעבר, בהווה ובעתיד. בשאלות הרלוונטיות למחקר זה התבקשו המרואיינים לתאר את מערכי הבקרה החיצוניים והפנימיים בשירות שהם ממונים עליו, את התיאום ביניהם ואת ההשפעה שלהם בפועל (ראו נספח 1).

החלשות בלבד, כפי שאמר אחד המנהלים: "הדרישות שלה תואמות את הקופות החלשות ולדעתי היופי יהיה שמשרד הבריאות ימשוך אותנו קדימה שיעלה קצת את הרמה של הבקרה, ולתת דרישות מעבר לדרישות האדמיניסטרטיביות". לדעת המנהלים, אחת המגבלות של תהליך הבקרה הנוכחי היא משך הזמן שאורך בין הבקרה ובין קבלת הדו"ח. הדו"חות מגיעים לאחר תקופה ארוכה כאשר בקופה כבר מתכוננים לביקורת הבאה וכך הם מאבדים מן הרלוונטיות שלהם. נקודת חולשה נוספת היא העובדה שתוצאות הבקורות אינן מחייבות את הקופה לערוך שינויים והן בגדר המלצה בלבד. כמו כן, קיימת בעייתיות בכך שמשרד הבריאות הוא גם הגורם המבקר וגם הגורם המממן. "הבעיה היא התפקיד הכפול שמשרד הבריאות משחק פעם בתור רגולטור ופעם בתור מעסיק.... הקופה יכולה לטעון שאם לא נותנים תקציב אז לא ניתן לבצע את התיקון הדרוש".

מדברי המנהלים ניתן ללמוד שמלבד מכוני הפיזיותרפיה בקופות החולים ישנם מספר רב של מכוני פרטיים אשר אינם מבוקרים על ידי משרד הבריאות וגם אין נהלים המסדירים את הבקרה עליהם, חוץ מחוק הסדרת מקצועות הבריאות,<sup>9</sup> שמבקר רק את ההכשרה הראשונית של העובדים. לפי דיווחי מנהלי השירות, מכוני עצמאיים רבים מספקים שירות קנוי לקופות החולים. הסדר זה נפוץ במיוחד בקופות הקטנות ובפריפריה. לכן, במקצת הקופות נוצר מצב שבו חלק ניכר מן השירות לא נמצא תחת שום בקרה מקצועית.

יתר על כן, ישנם גם משרדי ממשלה, ובהם משרד החינוך, משרד הרווחה ומשרד הביטחון, המספקים שירותי פיזיותרפיה. משרד החינוך מספק טיפולים, על ידי פיזיותרפיסטים המועסקים על ידו, לתלמידים הזקוקים לכך במסגרת בתי הספר והגנים לחינוך מיוחד, בתוקף "חוק חינוך מיוחד"<sup>10</sup>. בדומה לכך, משרד הרווחה מספק טיפולים לבעלי מוגבלות שכלית והתפתחותית החוסים במוסדות שנמצאים בבעלותו או בפיקוחו בתוקף "חוק הסעד (טיפול במפגרים)".<sup>11</sup> כיום, משרד הבריאות אינו מפקח על שירותי פיזיותרפיה שנותנים משרדי ממשלה אחרים, ולכן שירותים אלה ניתנים ללא בקרה חיצונית. לדוגמה: "משרד החינוך לא רצה לקבל פיקוח מבחוץ ולכן הגיעו לפשרה שהיו לו מפקחים משל עצמו ולא נתנו דרגת פיקוח אלא של מדריכים ארציים". וכן: "הפיקוח שמחויב בחוק שמי שממונה על ביצועו זה משרד הבריאות לא מקצה אנשים אל מערכת החינוך, משרד החינוך בטח לא מתנדב, וזה נשאר שטח מת". מציאות זאת דומה

שהיא מקצועית ואובייקטיבית. דוגמאות ליתרונות שהועלו: "הבקרה היא מדגמית אך משפיעה על כל המכונים במחוז", "זה מסיר תמיד אבק, מכונים מתרעננים יש איזו שהיא דריכות של השטח לקראת הבקרה". נאמר גם כי "הבקרה נעשית באופן מובנה ולכן קל להתכונן אליה". נוסף על כך, צוין כי הבקרה הינה תהליכית ולא איכותנית ובודקת פערים בין נוהלי משרד הבריאות למציאות בשטח. לדברי אחד המנהלים: "הבקרה חשובה בשביל החיבור שלנו עם משרד הבריאות, יש פה דיאלוג, לא רק הם באים לראות אותנו אנחנו גם מראים להם, אנחנו מדברים איתם ואנחנו משקפים גם את הצרכים שלנו. בתוך התהליך הזה יש למידה הדדית". כמה מנהלים ציינו כי תוצאות הבקרה מסייעות בדיאלוג ומחזקות את עמדתם מול הנהלת הקופה, לדוגמה: "זה פשוט העלה אותנו למפה. הבקורות האלה הכריחו את הקופה להתייחס יותר ברצינות לפיזיותרפיה. בעקבותיהן מונו פיזיותרפיסטים מחוזיים". וכן: "בעקבות הבקורות הבינו שאי אפשר להשאיר מכוני שהם חדר רופא, שתי מיטות, וזהו, בלי שום התייחסות למקצוע עצמו. הבקורות האלה תרמו לנו מאוד מבחינת ציוד, תקנים והיחס לפיזיותרפיה. אנחנו חלק בלתי נפרד מאגף הרפואה, אי אפשר להתעלם מאיתנו". בעקבות הבקורות נערכו שינויים, כמו החלפת ציוד והוספת תקנים נדרשים, שספק אילו היו נעשים ללא הבקורות, "לפעמים זה איזה שהוא מנוף לעוד תוספת להגדיל או לשנות מכוון ולהחליף ציוד".

**חולשות הבקרה החיצונית** - מנהלי השירות סבורים שהבקרה אינה מעמיקה מספיק שכן היא תהליכית בלבד ואינה נוגעת באיכות הטיפול. לדברי אחד המנהלים: "רוב הבקורות של משרד הבריאות הן בקורות תהליכיות ולא איכותיות. הן בודקות שיש תיק חולה, רשימת מוקדים, לאן להפנות וכדומה. אין להם כרגע הכלים לעשות בקורות איכותיות". מנהל נוסף ציין כי "מאוד הייתי רוצה שמשרד הבריאות יקבעו סטנדרטים טיפוליים כי זה קל לי בתור מי שמוביל את השירות לבוא להנהלת הקופה ולהגיד שאני צריך לעמוד גם בסטנדרט איכותי". מנהלי השירות רואים צורך בכך שבקורות משרד הבריאות יציבו דרישות גבוהות יותר אשר ישרו את רמתו המקצועית של השירות הפיזיותרפי ולא רק את רמתו המנהלית. לדעתם, לשם כך יש ליצור כלי למדידה תוצאות טיפול אחידה שישקף את יעילותן של החלטות טיפוליות ברמת המיקרו ואת יעילותן ומקצועיות ברמת המקרו.

לטענתם, הבקרה הנוכחית תואמת את היכולות של הקופות

לטיפול במפגר מפעיל מנגנון רב-מקצועי של בקרה. הבקרה כוללת ביקורים יזומים וביקורי פתע של צוות רב-מקצועי הכולל גם את הפיזיותרפיסטית היועצת. הביקורים נעשים גם אצל מפעילים פרטיים, ובדרך כלל נעשים שינויים על פי ההמלצות שניתנות בעקבות הבקרה. הביקורים מוגדרים "לא כפיקוח ובקרה אלא כיעוץ". בראש השירות הפיזיותרפי במשרד החינוך עומדת פיזיותרפיסטית במעמד של מדריכה ארצית. אבל כמו במשרד הרווחה, אין בידיה סמכויות ניהול ואכיפה. נוסף על כך, ישנם מעט מדריכים ארציים מחוזיים. אך כפי שנאמר: "תפקיד ההדרכה לא יעיל מבחינת בקרה ולמעשה אין בקרה של משרד החינוך על השירות הפיזיותרפי".

**שירות קנוי:** השירות הקנוי נפוץ יותר בשירות הפיזיותרפי בקופות הקטנות אף כי הוא קיים גם בקופות הגדולות. מנהל אחת הקופות הקטנות דיווח כי "יש בקופה חלק קטן של שכירים והיא נשענת בעיקר על עצמאיים וספקים חיצוניים". הבקרה על השירות הקנוי אינה נערכת דרך שגרה על-ידי גופי הבקרה של הקופה כמו במכוני הקופה אלא צריכה להיערך על-ידי מנהלי השירות הפיזיותרפי במחוז. אבל לא כך נעשה. לדברי אחד המנהלים "צוות הבקרה הפנימי של הקופה לא עושה בקרה בשירות הקנוי, בקרה בשירות הקנוי זה באחריות הפיזיותרפיה". מנהל אחר ציין שהבקרה הפנימית שנערכת על-ידי מנהלי המכונים בקופה טובה יותר מאשר בשירות הקנוי, "פיקוח ובקרה טובים יותר על איכות הטיפול במכוני הקופה על-ידי מנהלי המכונים מאשר במכונים עצמאיים", "במכוני הקופה יש גם יותר בקרה, גם איכות הטיפולים יותר טובה, גם איכות הרישום בתיקים יותר טובה כי מנהל המכון יבדוק אותם. במכונים חיצוניים יש לי שליטה פחות טובה אז חלקם מאוד טובים כי הם כאלה, וחלקם ממש לא". על פי דיווח המנהלים, בחלק גדול מן המקרים לא נערכת ביקורת פנימית על השירות הקנוי כפי שנדרש לפי נוהלי משרד הבריאות, למעט בקרה על הכשרת העובד לפני חתימת חוזה העבודה. אחד המנהלים סיכם ואמר כי "חולשה ממש גדולה זה הישענות על עצמאיים. כאשר נשענים על שכירים אז היכולת לפקח, הנאמנות שלהם כלפי הארגון והיכולת להכתיב דברים נמוכות... השליטה שם קשה יותר". גם במכונים פרטיים אין בדיקה אם מנהל המכון עושה בקרה פנימית כנדרש, ולדברי אחד המנהלים - מגבלה נוספת נובעת מחיסיון רפואי. השירות הקנוי לא שותף למערכות הממוחשבות של הקופה מה שפוגע ביכולתה של המערכת לבדוק ולבקר את איכות השירות.

גם לנעשה בשירות הפיזיותרפי במסגרות של משרד הרווחה. יש לציין כי גם משרד הביטחון מספק שירותי פיזיותרפיה, אך מערך הבקרה שבו לא נבדק במסגרת המחקר הנוכחי.

**בקרה פנימית:** לפי נוהלי משרד הבריאות חובה על מנהלי השירות לקיים בקרה מקצועית פנימית על כלל שירותי הפיזיותרפיה, לרבות השירות הקנוי.<sup>8</sup> הבקרה הפנימית צריכה להיערך לפחות אחת לשנה בכל מכוון, והגורם המבקר צריך להיות פיזיותרפיסט. על הבקרות להיות מתועדות, ויש להעביר את תוצאותיהן לגורם המבוקר בשיחת משותפת.

מנהלי השירות בכל הקופות דיווחו כי מערך הבקרה הפנימית בתחום המנהלתי מבוסס על טופס הבקרה של משרד הבריאות עם תוספות שונות, כדברי אחד המנהלים: "תיק הנהלים וההנחיות שנבנה דומה מאוד לנוהל הבקרה של משרד הבריאות". מנהל שירות בקופה אחת בלבד תיאר תהליך מובנה של בקרה על המקצועיות של הטיפול הפיזיותרפי. לדבריו, התהליך כולל כתשעה מפגשים קבועים בשנה בין הפיזיותרפיסטים למנהל המכוון. במפגשים הללו נבדקים המדדים האישיים של הפיזיותרפיסט, נבחנים תהליך קבלת ההחלטות הקליניות שלו, המטרות הטיפוליות שקבע, אמצעי הטיפול שבהם השתמש ומשך זמן הטיפול. בשאר הקופות הפרשנות של מנהלי המכונים למושג "איכות הטיפול הקליני" אינה אחידה.

לדברי המנהלים, כיום, הקופות הגדולות נמצאות בשלבים שונים של תהליך הגדרת מדדי איכות ברמה המערכתית. התהליך מתאפשר הודות למערכות ממוחשבות שמאפשרות מדידה ובקרה: "מה שלא נמדד - לא נבדק". שתי הקופות נמצאות בשלבים שונים של שילוב מדדים תפקודיים ככלי מדידה ובקרה להערכת איכות הטיפול, וגם לצבירת ידע שיאפשר להנחות על שימוש באמצעי טיפול מתאימים יותר במקרים מסוימים. לדברי אחד המנהלים: "אי אפשר לבדוק את איכות הפיזיותרפיה רק על-ידי סקרי שביעות רצון. אנחנו רוצים ללכת ולבדוק גם את האיכות המקצועית וחיפשונו בעולם מערכות שיכולות לבדוק גם איכות מקצועית. מנהל נוסף ציין כי "המחשוב מאפשר לנו לבדוק מה אנחנו עושים בפתולוגיות ספציפיות, מאפשר לנו שקיפות, המנהל יכול לדעת מה קורה".

הממונים על תחום הפיזיותרפיה במשרד החינוך ובמשרד הרווחה דיווחו כי אין לא מערך ולא נוהלי בקרה פנימית מסודרים. בראש מערך הפיזיותרפיה במשרד הרווחה נמצאת פיזיותרפיסטית ראשית במעמד של יועצת, ללא סמכויות ניהול ואכיפה.<sup>12</sup> האגף

## דין

עבודה זו מתארת את מערך הבקרה על שירותי הפיזיותרפיה הניתנים בקהילה מזווית הראייה של מנהלי השירות הארציים. המסגרות המספקות שירותי פיזיותרפיה בקהילה שונות מאוד זו מזו מבחינת סוג האוכלוסייה שהן משרתות ומבחינת רמת הבקרה עליהן. מערך הבקרה על שירותי הפיזיותרפיה כולל בקרה חיצונית, שעורך משרד הבריאות, ובקרה פנימית, שעורכים הארגונים שמספקים את השירות. מערך הבקרה של משרד הבריאות מתמקד בבקרה מנהלתית, ולדעת מנהלי השירות, הוא מבצע את תפקידו כהלכה. מדיווח מנהלי השירות עולה כי אף על פי שהבקרה היא מדגמית, כל המכונים נערכים לה, כך שטווח השלכותיה רחב. מנהלי השירות הביעו שביעות רצון מן הבקרה, הם מכירים בחשיבותה וקצתם מאמצים את צורת הבקרה הזאת גם לצורך ביקורת פנימית. השאלה המתבקשת היא אם שביעות הרצון אינה מעידה על כך שהבקרה מותאמת למצב הקיים בשטח ואינה מציבה רף גבוה מספיק. רמז לכך ניתן לראות ברצון של מקצת המנהלים בהצבת סטנדרטים גבוהים יותר של בקרה. ייתכן שדבר זה נובע מכפילות התפקידים של משרד הבריאות שכן הוא משמש גם ספק השירותים, גם הגורם המבקר וגם הגורם המממן. דרישות גבוהות יותר של משרד הבריאות מן הקופות יכולות להוביל לדרישת תקצוב מתאים. כמו כן עולה מכאן שלמרות ההסכמה על חשיבות הבקרה החיצונית, בפועל אין לה תוקף מחייב ואין לגורם המבקר סנקציות נגד מי שאינו מיישם את מסקנות הבקרה. תוצאות הבקרות על בתי החולים מתפרסמות בציבור ובכך יוצרות לחץ על בתי החולים לעמוד בדרישות משרד הבריאות. יש להניח שפרסום תוצאות הבקרות הנערכות על קופות החולים, בדומה לנעשה בבתי החולים, יגביר את היענות הקופות לתיקון הליקויים הקיימים גם ללא הפעלת סנקציות. מגבלה נוספת היא שמערך הבקרה החיצוני מתרכז בבקרה מינהלית ומסיר מעצמו את האחריות לבקרת האיכות. למעשה, הוא מעביר אותה לגופים המבוקרים. כתוצאה מכך אין סטנדרטים אחידים להגדרת בקרת האיכות, וכל קופה עורכת בקרה זו על פי יכולותיה ורצונותיה. נוסף על כך, מערך הבקרה של משרד הבריאות אינו מבקר את שירותי הפיזיותרפיה הניתנים במסגרת משרדי ממשלה אחרים, ובהם משרדי החינוך והרווחה. במשרדים אלה, גם הביקורת הפנימית לוקה בחסר. אין גוף מבקר ואין נוהל המסדיר את פעילותו. מנהלי השירות מוגדרים כיועצים או כמדריכים, והם נטולי סמכות ניהול ואכיפה. במשרד הרווחה הפיזיותרפיסטית הראשית, המוגדרת כיועצת, משמשת כמערך הבקרה הארצי

עקב המחסור בכוח אדם המיועד לכך ועקב היעדר סמכויות ונהלים המסדירים זאת. במשרד החינוך המצב דומה, אך נוסף על הפיזיותרפיסטית הראשית פועלים כמה מדריכים מחוזיים. עם זאת, הגדרת התפקיד אינה יעילה מבחינת הבקרה, וכמות כוח האדם אינה מספקת. לאור מגבלות אלה אפשר לומר שהבקרה המחויבת על פי כוח החוק אינה מתבצעת כראוי הן במשרד החינוך והן במשרד הרווחה.

הבקרות הפנימיות בקופות החולים שונות מקופה לקופה. משרד הבריאות דורש מן הקופות לערוך גם בקרה מנהלתית וגם בקרת איכות מקצועית. בקרת איכות מקצועית היא בקרה הבוחנת את דרך הפעולה של המטפל בתהליכים, כגון אבחון, רישום, הסקת מסקנות וטיפול. בקרת איכות מדדים היא בקרה המעריכה את תוצאות הטיפול על-ידי מדדים שונים. כלומר שני טיפולים יכולים להיות באיכות מקצועית דומה אך לא בהכרח באיכות מדדים דומה וזאת משום שתוצאות הטיפולים יכולות להיות שונות.

הבקרה המנהלתית דומה לבקרת משרד הבריאות ומתבצעת בצורה טובה ודומה בכל הקופות. גם בקרת האיכות המקצועית נעשית בקופות השונות אבל רק בקופה אחת נערך תהליך מובנה של בקרת איכות מקצועית. בקרת איכות המדדים אינה בגדר חובה על פי החוק ונעשית ביוזמה של מקצת הקופות. כתוצאה מכך ישנם הבדלים של ממש בין הקופות. בפועל, רק הקופות הגדולות החלו בשנים האחרונות לערוך בקרת איכות מדדים ברמה הארצית, וזאת הודות להתפתחות השימוש בתיק רפואי ממוחשב. לדעת המנהלים, תחום זה חשוב מאוד ועל משרד הבריאות לקחת על עצמו את האחריות להגדיר מדדי איכות אחידים ולחייב את כלל הקופות להשתמש בהם.

בקרת איכות המדדים אינה אמורה להחליף את בקרת האיכות המקצועית הנעשית על-ידי מנהל המכון באמצעות מפגש בין אישי עם הפיזיותרפיסטים. בקרת איכות מקצועית זו היא חלק מתהליך חשוב של הדרכה ופיתוח אישי- מקצועי של הפיזיותרפיסט.

הבקרה על השירות הקנוי היא נושא בעייתי. ישנן קופות שבהן לשירות הקנוי משקל גדול מאד והוא נפוץ אפילו יותר ממכונני הקופה. משרד הבריאות מחייב את הקופות לערוך בקרה על השירות הקנוי אך אינו עושה זאת בעצמו. בפועל, הבקרה על השירות הקנוי מבוצעת בצורה פחות טובה במכונני הקופה, ובמקרים חמורים אינה מבוצעת כלל, מלבד בקרה ראשונית על ההשכלה הבסיסית של הפיזיותרפיסט, לפני חתימת חוזה

## רשימת מקורות

1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד, 1994. נשלף מתוך: [http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah\\_01.pdf](http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf)
2. ברזיס מ, כהן מ, פרנקל מ וחיניץ ד. אתגרים והסמים בקידום האיכות בשירותי הבריאות. הרפואה, 2012; 151, 3: 136-132.
3. פורת א. איכות במערכת הבריאות בעידן המודרניזציה. פורום איכות: אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל. מאירס ג'וינט - מכון ברוקדייל, 2006; ירושלים: 7-30.
4. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. WHO, 2006. Available from: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
5. דריהר י, רוזנבלוט י, רגב - רוזנברג ס וכהן א. ד. מקורות למדדי איכות קליניים בישראל ובעולם. הרפואה, 2011; 150, 2: 147-141.
6. זלינגר א ומור יוסף ש. תפקיד המרכזים הרפואיים בקידום האיכות במערכת הבריאות בישראל. פורום איכות: אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל. מאירס ג'וינט - מכון ברוקדייל, 2006; ירושלים: 65-82.
7. טופס בקרה - מכוני פיזיותרפיה, משרד הבריאות. נשלף מתוך: [http://www.old.health.gov.il/Download/pages/machun\\_pis.pdf](http://www.old.health.gov.il/Download/pages/machun_pis.pdf)
8. חוזר מס' 46/2009, נוהל שירותי הפיזיותרפיה במכונים בקהילה, 17 בדצמבר 2009, משרד הבריאות ירושלים, נשלף מתוך: [http://www.health.gov.il/hozer/mr46\\_2009.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/mr46_2009.pdf)
9. חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008, הכנסת. נשלף מתוך: <http://www.knesset.gov.il/Laws/Data/law/2172/2172.pdf>
10. חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988. נשלף מתוך: <http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Zchuyot/ChukimVeamanot/Chukim/HockKhinuhMeuhad.htm>
11. חוק הסעד (טיפול במפגרים), 1969. נשלף מתוך: <http://makom-m.cet.ac.il/pages/item.asp?s=1&id=201&defid=&page=4&item=3205>
12. Jacob T, Bruill M, Cahana C. Physiotherapy services for people with developmental disabilities from a legal perspective. Int J Disabil Hum Dev. 2013[In Press].

ההתקשרות איתו. כמו כן ישנה בעייתיות בכך שהאחריות על עריכה של בקרת איכות מקצועית מוטלת על מנהל המכון אשר ייתכן שכבעל עסק פרטי יונחה על ידי שיקולים סותרים.

**מגבלות המחקר:** המראיינת הציגה בפני המרואיינים שאלות מכוונות ואפשר שבכך הגבילה במידה מסוימת את התשובות. בישראל אין גוף יציג של הסקטור הפרטי, ולכן לא היה אפשר לראיין נציג מסקטור זה. נתוני המחקר מבוססים על ראינות עם מנהלי השירות הארציים. ייתכן שהמנהלים בשטח או המטופלים עצמם רואים את הנושא בצורה אחרת. נוסף על כך, דיווחי מנהלי השירות עלולים להיות מושפעים מרצונם להציג באור חיובי את הארגון שבראשו הם עומדים.

## סיכום ומסקנות

מערך הבקרה החיצוני על שירותי הפיזיותרפיה בישראל, מתבצע על-ידי משרד הבריאות, והוא מוגבל בעיקר לשירותים שניתנים על-ידי קופות החולים. מנהלי השירות בכל המסגרות מרגישים כי מערך זה חיובי והכרחי. הגופים המספקים את השירות בדרך כלל "מיישרים קו" עם דרישות הגורם המבקר, ורק במקרים מעטים מובילים שינוי או פריצת דרך. דבר זה נובע מן המבנה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל וממצבה הכלכלי, אשר מקשים את הדרישה להשקיע משאבים לשם מימוש מטרות שאינן מחויבות על פי החוק. הבקרה הפנימית בקופות הגדולות נעשית בצורה מעמיקה ומקיפה יותר מאשר בקופות הקטנות, בזכות יכולתן הכלכלית והמשאבים העומדים לרשותן. אין מערך בקרה חיצוני על שירותי פיזיותרפיה שניתנים במסגרות של משרדי ממשלה אחרים, והבקרה על מסגרות פרטיות היא חלקית ביותר. מערך הבקרה הפנימי במסגרות הללו חלקי ביותר.

המנהלים בשטח רוצים כי משרד הבריאות יעלה את רף הבקרות, הן הבקרה החיצונית והן הבקרה הפנימית. בשל כך, על משרד הבריאות להכתיב סדרי עדיפות, ולוודא כי המשאבים מנוצלים ביעילות ובכך תופק תועלת רבה יותר ממערך הבקרה. לצורך גילוי נאות, מומלץ לפרסם את תוצאות הבקרות בציבור הרחב, כפי שנעשה בבקרות על בתי החולים.

## Regulation of Physical Therapy Services in Israel - Views of physical therapy Directors

Tamar Jacob,<sup>1</sup> Yogev Garamé,<sup>2</sup> Renana Patena,<sup>2</sup> Ayala Parag<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Tamar Jacob, PhD, MPH, PT. Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Ariel University.

Email: tamar@ariel.ac.il.

<sup>2</sup> Yogev Garamé, Renana Patena, Physical Therapy student 4<sup>th</sup> grade, Ariel University.

<sup>3</sup> Ayala Parag, MPA, BPT. Chief Physical Therapist, Department of Physical Therapy, Ministry of Health.

The study was funded by the Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

### Abstract

Physical therapy (PT) treatments are included in Israel's basket of healthcare services covered by the National Health Care Law of 1994. These services must meet the standards and regulations required by the Ministry of Health (MOH), which regularly conducts audits of healthcare services.

**Purpose:** To describe the method of regulation of PT services.

**Method:** Qualitative research, based on semi-structured personal interviews with the national PT service directors of each of the HMOs in Israel, followed by content analysis of the data.

**Results:** The directors agreed that the regular audits of PT services conducted by the MOH are important and help improve the quality of PT services in Israel. The preparation for an upcoming audit serves as a platform for developing and improving services. Directors use the audit both as a tool for internal evaluation of services and to leverage development of PT services within the organization. The MOH audits only health services provided under its auspices, and refrains from auditing health services provided either by other ministries, such as the Ministry of Welfare or the Ministry of Education, or services provided

in private clinics that are not affiliated with the HMOs.

**Conclusions:** Audits performed by the MOH do not encompass all health care service providers, as required by law: services provided under the auspices of other ministries are audited by other bodies; consequently, these providers are not required to abide by the same standards as those enforced by the MOH. In addition, the audits performed by the MOH are merely procedural, and do not evaluate the quality of the professional services. The directors believe there is a need to audit all services equally, regardless of the entity that provides them.

**Key words:** Physical therapy, regulation, control, public service.

### נספח 1 - רשימת הנושאים שנידונו בריאיון

להלן שאלות המתייחסות למנגנוני הבקרה הפנימיים והחיצוניים של שירותי הפיזיותרפיה:

1. תאר בבקשה את מנגנוני בקרת האיכות המקצועית הפנימיים המופעלים במערכת שעליה אתה ממונה. (מי עושה בקרות, איך הן מתבצעות, באיזו תדירות, על פי אילו קריטריונים, האם קיים תיעוד, האם יש מעקב אחר תיקון הליקויים וכד').
2. תאר בבקשה את מנגנוני בקרת האיכות החיצוניים (של משרד הבריאות).
3. באיזו מידה יש תיאום בין מנגנוני הבקרה הפנימיים למנגנוני הבקרה החיצוניים.
4. תאר כיצד משפיעות הבקרות החיצוניות על השירות.
5. באיזו מידה את/ה מיישם את המלצות הבקרים של משרד הבריאות.
6. האם יש תחומים בנהלי השירות הפיזיותרפי שהיה צריך, לדעתך לעגן בחוק?
7. מהן לדעתך החזקות של השירות הפיזיותרפי שעליו אתה ממונה?
8. מהן לדעתך החולשות של השירות הפיזיותרפי שעליו אתה ממונה?
9. מה לדעתך צריך לשנות כדי לשפר את השירות?