



מאיירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

**תפיסות רופאים, חולים וקובעי מדיניות
לגבי טיפול משולב ברפואה משלימה
וברפואה קונבנציונלית**

רויטל גרוס ♦ יעל אשכנזי ♦ אירית אלרועי
ליאורה שכטר ♦ יהודית ט' שובל

המחקר מומן בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

דוח מחקר



דמ-571-11



פרסומים נוספים של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה

ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; מצליח, ר'. 2007. **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים - ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006**. דמ-495-07.

גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; וייצברג, ר'. 2009. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות**. דמ-541-09.

להזמנת פרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037,
טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il
ניתן לעיין בפרסומים אלה גם באתר המכון: www.jdc.org.il/brookdale

תמצית המחקר

1. מבוא

בשנים האחרונות מתפתח, בישראל ובמדינות אחרות, דפוס חדש של טיפול משולב שבו רופאים קונבנציונליים לומדים שיטות של רפואה משלימה (להלן ר"מ) ומשתמשים בהן בעת מתן טיפול רפואי קונבנציונלי. מגמה זו נובעת מהעלייה בביקוש לטיפולים אלה בקרב החולים, למאמצי שיווק שעושים יצרני תרופות טבעיות ותוספי מזון, לגידול בהיקף המחקרים על טיפולי ר"מ והצטברות עדויות לאפקטיביות של חלק מהטיפולים וללגיטימציה הגוברת שמקבלת הר"מ בקרב הממסד הרפואי. עם זאת, מסקירת הספרות עולה כי טיפול משולב מעלה סוגיות בתחומים הרפואי, החוקי, האתי והכלכלי, ביניהן: בטיחות ואפקטיביות הטיפול, הכשרה, רישוי ופיקוח על מטפלים ועל אופן המימון. מחקר מועט נערך לגבי האופן שבו רופאים משלבים טיפול קונבנציונאלי ואלטרנטיבי, לגבי השפעת הטיפול המשולב על תהליך מתן הטיפול הקונבנציונאלי ולגבי האופן שבו רופאים, חולים וקובעי מדיניות מתמודדים עם הסוגיות שמעלה הרפואה המשלימה.

2. מטרת המחקר

המחקר נועד לתאר ולהבין את תופעת הטיפול המשולב ברפואה הראשונית בישראל, מנקודת המבט של הרופאים המשלבים, של המטופלים שלהם ושל קובעי מדיניות. ביתר פירוט, המחקר נועד לבחון מספר היבטים בנושא:

1. אופן היישום של הטיפול המשולב, יתרונותיו, הקשיים שהוא גורם והתמודדות הרופא עמם;
2. ההשפעה של שיטות הטיפול המשלימות על החלטות רפואיות, על דפוסי הטיפול הקונבנציונלי הניתן לחולים ועל איכות הטיפול, לפי תפיסת הרופאים;
3. תפיסות המטופלים לגבי תהליך הטיפול ואיכותו ומניעיהם בבחירת הרופא;
4. הטיפול המשולב, יתרונותיו, הקשיים הכרוכים בו והסדרת הנושא, לפי תפיסותיהם של קובעי המדיניות.

3. שיטות המחקר

המחקר נערך בשיטה איכותנית. במהלך המחקר ראינו מדגם מכוון שכלל 15 רופאים משלבים, 14 מטופלים שלהם ו-16 קובעי מדיניות רפואית בכירים בקופות החולים, במשרד הבריאות ובהסתדרות הרפואית, שהם בעלי השפעה על הסדרת הנושא. נערכו ראיונות עומק חצי-מובנים באמצעות "מדריך ראיון" עם שאלות מתאימות לכל קבוצה, והם נמשכו כשעה עד שתיים. נערך רישום ידני של הנאמר במהלך הראיונות ושכתוב מלא עם סיומם. ניתוח המידע התבסס על מיון וקטגוריזציה, כדרך לאיתור דפוסים חוזרים, לגילוי מגמות ולזיהוי קטגוריות מושגיות.

4. ממצאים

4.1 יישום הטיפול המשולב

מן הראיונות עם המטופלים עולים שלושה דגמים של טיפול:

1. מטופלים מקבלים טיפול משולב מרופא המשפחה שלהם במרפאת קופת חולים, ללא תשלום.
2. מטופלים מקבלים טיפול משולב באופן פרטי (בתשלום) מרופא המשפחה שלהם, במרפאה פרטית.
3. מטופלים מקבלים טיפול משולב באופן פרטי מרופא שאינו רופא המשפחה שלהם.

לדברי המטופלים, נעשה שימוש הן ברפואה קונבנציונאלית והן ברפואה משלימה בכל שלבי האבחון והטיפול.

גם מן הראיונות עם הרופאים עולים מספר דפוסים של מתן טיפול משולב. ברמה הארגונית, יש רמות שונות של הפרדה בין המטופלים הפרטיים למטופלים הציבוריים; מהפרדה מלאה בזמן ובמקום (מרפאות נפרדות), דרך הפרדה חלקית וכלה באי-הפרדה (רופאים פרטיים וציבוריים באותה מרפאה ובאותן שעות).

לגבי סוג הטיפול הניתן, טיפול משולב מוצע לעתים לציבור הרחב כמו גם למטופלים פרטיים, בתשלום או ללא תשלום. סוג הטיפול נקבע לפי הבעיה כפי שהוצגה ולפי רצון המטופל לקבל את הטיפול.

4.2 נקודת המבט של הרופאים המשלבים

לתפיסת הרופאים שרואיינו, גישת הטיפול המשולב נותנת מענה לבעיות שיוצרת הרפואה הקונבנציונלית (להלן ר"ק), הן מבחינת דרך הטיפול והן מבחינת המסגרת הארגונית שבה היא ניתנת. שילוב של גישות ר"מ בטיפול בחולים מקנה הזדמנות לגלות יוזמה, מעודד מחשבה עצמאית, מחזק את החיבור לחולים ומאפשר להקדיש להם יותר זמן. יתרה מזאת, הטיפול המשולב מאפשר רפואה יותר הומאנית ובגישה הוליסטית הרואה את האדם, ולא רק את המחלה, כפי שהם מאמינים שרפואה צריכה להיות. לכן, לתפיסתם, הטיפול המשולב אינו מהווה תחליף לטיפול הקונבנציונאלי, אלא מרחיב את מגוון חלופות הטיפול ומסייע בהתמודדות עם קשיים כגון שחיקת הרופאים העובדים במסגרות המקובלות.

המרואיינים העלו את הסוגיה האתית שבגביית תשלום על טיפולי ר"מ (שאינם נכללים בסל הבריאות) שנותנים רופאים משלבים העובדים במערכת הציבורית. דפוסי הטיפול שאימצו הרופאים מתווים בפניהם את הדרך להתמודד עם הסוגיה, בין מדובר באלטרואיזם (ויתור על תשלום לחולים בקופת החולים) ובין אם מדובר בקביעת גבולות של זמן ומקום, כדי להפריד בין הטיפול הפרטי לטיפול הציבורי. אולם, הגבולות עצמם יוצרים קושי מסוג אחר, שהרי כך אין הרופאים יכולים לתת טיפול משולב לכל המטופלים שלהם, אף שהם מאמינים בתועלת שבו.

לגבי הסדרת הנושא, חלק מהרופאים שרואיינו ראו צורך בקביעת סטנדרטים של הכשרה בר"מ לרופאים, לשם הבטחת איכות הטיפול. אחרים טענו שאין בכך צורך, מתוך אמון ברופאים, ומחשש לפגיעה באוטונומיה שלהם. יתרה מזאת, נטען כי במערכת הבריאות חסר ידע כיצד לנהל את תהליך ההסדרה, וכן, חסרה יכולת לאכוף את הסטנדרטים.

4.3 נקודת מבט של המטופלים

לדעת המטופלים, הטיפול המשולב עדיף הן על-פני ר"ק והן על-פני ר"מ. יתרון הטיפול המשולב על-פני טיפול בר"מ הוא בידע הרפואי ושימוש שעושים הרופאים גם בשיטות אבחון וטיפול של ר"ק בעת

הצורך. לעומת ר"ק, יתרונות הטיפול המשולב כוללים את גישת הרופא (הוליסטי, יחס אישי, כבוד, הקשבה) ואת השימוש בטיפולי ר"מ שנותנים לתפיסתם מענה, לא רק לסימפטום, אלא גם לסיבת הבעיה, ומסייעים בצמצום הסיכון להישנות הבעיה בעתיד.

הקשיים שמדווחים המטופלים קשורים בעיקר לנגישות הטיפול: משך המתנה לתור, מרחק מהמרפאה, עלות טיפול פרטי, וכן, מגבלות על הרופא המונעות ממנו להציע טיפול משולב במקרה שהמטופל מגיע דרך הקופה. בצד האמון ברופא המטפל ושביעות הרצון הגבוהה ממנו, העלו חלקם את הצורך בהסמכת המטפלים בר"מ (כולל רופאים), כדי למנוע שרלטנות. לעומתם, סברו אחרים שאין בכך צורך.

4.4 נקודת המבט של קובעי המדיניות

קובעי המדיניות הביעו אמון רב במקצועיות וביושר של הרופאים, ועל כן, רווחת התפיסה שאין להגביל רופאים וניתן לסמוך על שיקול דעתם, גם בעת בחירת סוג הטיפול ובכלל זה טיפול משולב. לפי "פקודת הרופאים", הם רשאים להציע כל סוג טיפול, אך הם אחראיים לתוצאותיו. אחריותם לפי החוק ומבחינת הביטוח המקצועי שלהם נועדה להבטיח שיפעילו שיקול דעת מקצועי, נכון וזהיר. עם זאת, היו שהביעו חשש מפני ניצול כלכלי ואף שרלטנות של רופאים שיציעו טיפולים שאינם מועילים או טיפולים בעלי השפעה שולית או לא ברורה, בעבור בצע כסף.

ההתייחסות לטיפול המשולב עצמו לא הייתה אחידה ונבעה בעיקר מהתפיסות השונות לגבי אפקטיביות הר"מ. וכך, חלקם הדגישו את היתרונות של הטיפול המשולב: מגוון כלים, גישה הוליסטית, עזרה לחולים ומענה לצורכיהם. אחרים הדגישו שאין הוכחות לאפקטיביות של טיפולי ר"מ, ולכן, לא נכון להציע אותם. אחרים עדיין הביעו חשש שהסטת הטיפול לכיוון ר"מ תפגע במיומנות הרופאים ברפואה הקונבנציונאלית. כמו כן, נטען לחוסר יעילות שרופא שהכשרתו יקרה יעסוק בר"מ; פירוש הדבר שגם אם ר"מ הוא דפוס טיפול שימוש, אנשי מקצוע אחרים יכולים לתת טיפול יעיל יותר באמצעותה. הגישה ההוליסטית (ביו-פסיכו-סוציאלית) של רופאים משלבים נתפסה כיתרון, אך יוחסה בעיקר להקדשת זמן ארוך לביקור, ולא כמאפיין מיוחד של הטיפול המשולב. מרואיינים רבים ציינו כי ניתן היה לטפל בגישה זו גם בר"ק, אילו היה להם זמן, ואחדים אף טענו כי רבים מטפלים באופן כזה גם כיום.

עירוב בין רפואה פרטית לציבורית נתפס כסכנה העיקרית שבטיפול המשולב, ורוב המרואיינים תמכו בדפוסי שילוב בעלי גבולות ברורים (הפרדה בזמן ומקום בין רפואה פרטית לרפואה ציבורית). העמדות שהובעו כלפי הסדרת הטיפול המשולב לא היו אחידות. התומכים ברישוי, בהסדרת ההכשרה ובפיקוח על הטיפול טענו כי הדבר הכרחי לטובת המטופלים: מניעת הטעיה (גם אם בתום לב) ומניעת שרלטנות הנובעת מתאוות בצע של רופאים. המתנגדים טענו כי ניתן לסמוך על הרופאים, וכן, שמאחר שאין מספיק ידע על ר"מ כדי לקבוע סטנדרטים, לא ניתן לפקח על טיפול משולב הכולל מתן רפואה משלימה.

הגישה כלפי ההסדרה מצביעה על האמון הרב במקצועיות וביושר של הרופאים, השורר בכל שלוש קבוצות המרואיינים. אף על פי כן, היו מטופלים וקובעי מדיניות שחשו בקיומה של סכנה לשרלטנות

ובצורך להגן על המטופלים. אולם, הן רופאים והן קובעי מדיניות ראו בחוסר הידע על אופן קביעת הסטנדרטים לרפואה משלימה כמכשול להסדרה.

5. השלכות למדיניות והמלצות למקבלי ההחלטות

המחקר האיר את המורכבות של הטיפול המשולב על יתרונותיו ועל הקשיים שבו לתפיסת המרואיינים. מהמחקר עלו דפוסים שונים של מתן טיפול משולב, השונים זה מזה באופן קביעת גבולות בין טיפול קונבנציונלי ציבורי לבין טיפול משלים הניתן באופן פרטי בידי אותו רופא. המורכבות עלתה גם בהתייחסות של רופאים, של מטופלים ושל קובעי מדיניות להסדרת התחום. הועלו טיעונים נגד הצורך בהסדרה (אמון ביושר ובמקצועיות של הרופאים) ולגבי חוסר היכולת להסדיר את התחום (העדר כלים לקביעת סטנדרטים לגבי ר"מ). הטיעונים בעד ההסדרה התייחסו להכשרה בתחומי ר"מ, וכן, לקביעת גבולות ברורים רפואה משלימה פרטית (בתשלום) לבין רפואה קונבנציונאלית במימון ציבורי שקופות החולים מספקות לחבריהן.

בהתבסס על התובנות שעלו מהמחקר מוצע לשקול מספר כיוונים :

1. **הסדרת ההכשרה** ברפואה משלימה הנדרשת מרופאים הנותנים טיפול משולב לחברי קופות החולים בתהליך משותף של קובעי המדיניות ושל הרופאים המשלבים, שבו יקבעו דרישות סף שהרופאים יקבלו על עצמם.

2. **הסדרת "כללי המשחק"** של מתן טיפול משולב במסגרת קופות החולים, בהתייחסות נפרדת לשתי סוגיות: במי מותר לרופא לטפל ואופן התשלום לרופא על הטיפול.

3. **יישום מאפייני הטיפול המשולב במסגרות הרפואיות הממוסדות** להעלאת שביעות רצון הרופאים והחולים: הארכת משך הביקור, יישום רחב יותר של גישה הוליסטית ופיתוח תחומי מומחיות נוספים שיסופקו במסגרת פרטית.

4. **עידוד מחקרים** שיתרמו לקביעת מדיניות בסוגיות שזוהו במחקר הנוכחי, למשל, אופן ההסדרה של הכשרת הרופאים הנותנים טיפול משולב במדינות אחרות.

המחקר מומן בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

תוכן עניינים

1	מבוא	1
1	רקע מדעי	2
2	2.1 הרפואה האלטרנטיבית והממסד הרפואי	2
3	2.2 רופאים קונבנציונליים המטפלים גם בשיטות רפואה משלימה	3
4	2.3 סוגיות מדיניות הנוגעות למתן CAM בידי רופאים קונבנציונליים	4
5	2.4 סיכום הרקע המדעי	5
5	3. מטרת המחקר ושאלות המחקר	5
6	4. שיטת המחקר	6
7	5. ממצאים	7
7	5.1 דגמים ליישום בפועל של טיפול משולב	7
9	5.2 נקודת המבט של הרופאים הראשוניים הנותנים "טיפול משולב"	9
15	5.3 נקודת המבט של המטופלים	15
20	5.4 נקודת המבט של קובעי המדיניות	20
26	6. המלצות לגיבוש מדיניות למקבלי החלטות	26
26	6.1 הסדרת ההכשרה למתן טיפול משולב בידי רופאים	26
27	6.2 טיפול משולב במסגרת הרפואה הציבורית	27
28	6.3 יישום מאפיינים של הטיפול המשולב ברפואה הקונבנציונלית	28
30	6.4 עידוד מחקרים שיתרמו לקביעת מדיניות בתחום	30
31	רשימת מקורות	31
35	נספח: מאפייני המרואיינים	35