



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

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

מידת איכות ברפואה ראשונית: זווית הראייה של הרופא המטפל

ברוך רוזן ♦ רחל ניסנהולץ-גנות

המחקר הוזמן ומומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות בריאות

דוח מחקר



דמ-600-12

מדידת איכות ברפואה ראשונית: זווית הראייה של הרופא המטפל

ברוך רוזן רחל ניסנהולץ-גנות

המחקר הוזמן ומומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות

פברואר 2012

ירושלים

שבט תשע"ב

עריכה: ענת ברבריאן
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): נעמי הלסטד
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבראות
ת"ד 3886

ירושלים 91037
טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale
דואר אלקטרוני : brook@jdc.org.il



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

ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'; יאיר, י'; עקיבא, א'. 2011. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות**. דמ-11-587.

רוזן, ב'; פורת, א'; פאולסון, ג"ל; חסין, מ"ר; בן בסט, י'. 2011. **מערכות לניטור איכות הטיפול הקהילתי בקופות החולים בישראל ובארצות הברית**. דמ-11-576 (באנגלית).

רוזן, ב'; ניסנהולץ-גנות, ר'. 2010. **ממידע על איכות – לשיפור האיכות**. דוח ביניים: סיכום וניתוח ראיונות עם מנהלים בקופות החולים. דמ-10-562.

פורת, א'; רוזן, ב'. 2006. **פורום איכות: אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל**. פמ-06-61.

רוזן, ב'; סיקרון, מ'; סייקס, י'; ברג-ורמן, א'; ניראל, נ'; שוורץ, ר' (דוח זה לא ראה אור בדפוס, אך ניתן לעיין בו ללא תשלום באתר המכון - www.jdc.org.il/brookdale). **מידע וקבלת החלטות בעידן ביטוח הבריאות: דוח מסכם**. דמ-06-467.

אשכנזי, י'; גרוס, ר'; טבנקין, ח'; פורת, א'; אבירם, א'. 2005. **מיפוי תכניות הבטחת איכות בקופות החולים בישראל וזיהוי גורמים התורמים להצלחה או לכישלון של תכניות**. דמ-05-452.

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, גבעת הג'וינט, 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

רקע

התכנית למדידת איכות בקהילה החלה לפעול בשנת 2000 כפרויקט מחקר באוניברסיטת בן גוריון בנגב במימון המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. בשנת 2004 היא אומצה על ידי משרד הבריאות כתכנית לאומית שפועלת בחסות המכון הלאומי. התכנית מאפשרת בדיקה מתמשכת ודינמית של שירותים נבחרים בתחומי המניעה, האבחון והריפוי, הניתנים על-ידי קופות-החולים. כל קופות החולים משתתפות בתכנית ומקבלות תמיכה כספית מהמדינה למימון עלויות המדידה והדיווח על המדדים. עם זאת, בתכנית לא מוצעים תמריצים כלכליים לפי ביצועים (לא לקופה ולא לרופאים). עד היום פותחו למעלה מ-40 מדדים והם נבחנים בשיטתיות בקרב כלל האוכלוסייה בישראל. מדובר במדדים בתחומים הבאים: חיסונים, גילוי מוקדם של סרטן השד והמעיים הגס, טיפול בסוכרת, באסתמה ובבעיות לב. יש לציין כי התכנית הלאומית הייתה בהשגחה מ-2008 והופעלה שוב בהדרגה החל מאמצע 2010. עם זאת, גם כאשר התכנית הושגחה ברמה הלאומית, המשיכו קופות החולים לפעול לשיפור האיכות ולמדידתה.

במחקר שהשווה בין התכנית למדדי איכות בארץ לבין תכנית דומה בארצות הברית¹ נמצא כי לעומת המצב בארצות הברית, בישראל, בתקופת פעולתה של התכנית, חל שיפור ניכר כמעט בכל המדדים בזמן האחרון. השינויים שחלו בתקופה שבין שנת 2005 לשנת 2007 נבדקו ב-49 המדדים שעליהם היה מידע בשני תאריכים אלה. נמצא כי חל שיפור אבסולוטי של יותר מ-20 נקודות אחוז בעשרה מדדים מתוך 49 המדדים, וכן שיפור של 10-20 נקודות אחוז ב-9 מדדים נוספים.

באמצע שנת 2009 החליט המכון הלאומי להזמין בכל שנה מחקרים ספורים בנושאים בעלי חשיבות לאומית. כאחד מנושאים אלה הוא בחר בתכנית הלאומית למדדי איכות וביקש ממאגרי-גיוני-מכון ברוקדייל להכין הצעת מחקר בנדון. הצעתו של המכון - שהתמקדה בשאלה כיצד הצליחו הקופות לשפר את האיכות הנמדדת - זכתה לתמיכתם של המכון הלאומי, של קופות החולים ושל משרד הבריאות. את המחקר ליוותה ועדת היגוי שכללה את נציגיהם של ארגונים אלו ושל איגוד רופאי המשפחה בישראל. ועדת ההיגוי הייתה פעילה בחידוד המטרות והשיטה של המחקר ובדיון על הממצאים.

בבסיס המחקר עמדה ההכרה כי הן הקופות, כארגוני בריאות שמובילים את יישום תכנית המדדים בשטח, והן הרופאים, כמטפלים הישירים בחולים - תורמים להישגים החשובים בשיפור איכות הטיפול הרפואי. לפיכך, חולק המחקר לשניים. החלק הראשון עסק בתפיסותיהם של המנהלים, בדרגים השונים בקופות ובארגונים נוספים, בנוגע לתכנית המדדים, וממצאיו פורסמו בשנת 2010 בדוח "ממידע על איכות - לשיפור האיכות - דוח ביניים: סיכום וניתוח ראיונות עם מנהלים בקופות החולים" מאת רוזן וניסנהולץ-גנות. החלק השני עסק בתפיסות הרופאים המטפלים בשטח בנוגע לתכנית המדדים ולהשפעותיה, וממצאיו מוצגים בדוח זה.

¹ Rosen, B.; Porath A.; Pawlson G.; Chassin, M and Benbassat, J. 2010. "Adherence to Standards of Care by HMOs in Israel and the United States ". *Int J Qual Health Care* (2011) 23(1): 15-25

מטרת חלקו הראשון של המחקר הייתה לזהות את הפעולות שעושות הקופות כדי "לתרגם" את תוצאות המדידה לשיפור באיכות. מממצאיו העיקריים עלה כי מתבצעות פעולות רבות לשיפור האיכות - חלקן התמקדו בתחומים קליניים ספציפיים (כגון ממוגרפיה או סוכרת) וחלקן היו פעולות "חותכות" שהיו רלוונטיות למכלול העשייה הקלינית (כגון חיזוק עבודת הצוות ופיתוח מערכות המחשוב). עוד עלה מהממצאים כי היו פעולות שנעשו בכל הקופות (במינון שונה ובהיקף שונה) והיו פעולות ייחודיות לקופה אחת או לשתיים או למחוז מסוים. מראיונות העומק עם המנהלים גם עלה שתכנית המדדים משפיעה מאוד על הרופא ועל עבודתו. הקופות אוספות נתונים על מידת עמידתו של כל רופא בכל מדד, מעבדות נתונים אלו ומציגות אותם לרופאים; כך שכל רופא יכול לראות עד כמה הוא השתפר, באילו תחומים יש מקום לשיפור נוסף, ואיך עבודתו מדורגת לעומת עבודתם של רופאים אחרים במחוז. יש לציין שחלק מהקופות גם מציבות יעדים כמותיים בפני הרופאים, והן יכולות לראות האם, ועד כמה, הם עמדו ביעדים. בכל הקופות מקיימים שיחות בין הדרגים המטפלים (רופאים ראשוניים) למנהלים. בשיחות אלו בוחנים את הביצועים של הרופא על פי המדדים, ובוחנים דרכים לשיפורם. שיחות אלו עשויות להתפרש על ידי חלק מהרופאים גם כלחץ מטעם ההנהלה.

בהמשך לחלקו הראשון של המחקר נבחנו בחלקו השני תפיסתם של הרופאים על תכנית המדדים ועמדתם כלפיה. עשייתם היום-יומית של הרופאים מספקת להם נקודת מבט ייחודית, ואיסוף מידע שיטתי על תפיסותיהם עשוי לסייע למנהלי המערכת, לרופאים ולאנשי מקצוע אחרים לשפר את השימוש המושכל במדדי האיכות. חשיבותו של מחקר זה נובעת מכך שהרופאים, כמטפלים ישירות במטופל, הם המיישמים וה"מוציאים לפועל" של תכנית המדדים, בכל קופות החולים, ומכך שתמיכתם במאמצים הארגוניים לקידום מדדי איכות חיונית להצלחת מדידת האיכות ברמה הארגונית והלאומית. יתר על כן, לפני עריכת המחקר נשמעו התנגדויות חזקות של רופאים לתכנית, אבל לא היו בנמצא נתונים שיטתיים על היקף התנגדות זאת. המחקר מאפשר לעמוד על היקף שביעות הרצון ואי שביעות הרצון מהתכנית, לבחון את הגורמים לכך ולשקף למנהלים במערכת הבריאות את עמדות הרופאים בנוגע לדרכים לשיפור תכנית מדידת האיכות – ברמה הארצית וברמת הקופה. כמו כן, מאפשר המחקר לבחון עד כמה הרופאים סבורים שמדידת האיכות אכן מועילה להם ומקדמת את איכות עבודתם.

מטרות המחקר

מטרות המחקר הן:

1. לבחון כיצד חווים הרופאים הראשוניים את תהליך המעקב אחר איכות הטיפול הרפואי ושיפורו בקופות החולים, במסגרת התכנית למדדי איכות.
2. לבחון את תפיסות הרופאים הראשוניים באשר להשפעת תכנית המדדים על עבודתם ועל יחסיהם עם המטופל ועם הקופה.
3. לבדוק כיצד הרופאים משתמשים במידע שנוצר על ידי התכנית בנוגע לאיכות עבודתם.
4. לבחון את טיבן של הבעיות העולות מדרך יישומה של התכנית ואת היקפן.
5. לשמוע את דעתם של הרופאים באשר לדרכים לשיפור תכנית המדדים.

שיטות המחקר

המחקר התבסס על סקר בקרב מדגם ארצי של רופאים ראשוניים במסגרת הקופות (ללא קשר לאחוזי המשרה שלהם (מלאה או חלקית) וללא קשר להיותם שכירים או עצמאיים. לא נכללו במדגם רופאי ילדים ורופאים שרוב עיסוקם במנהל או בניהול). מכל קופה נדגמו במדגם מייצג 250 רופאים ראשוניים ובסך הכול נדגמו 1,000 רופאים. מתוך קבוצה זו, 884 רופאים עמדו בקריטריונים של המחקר, ומתוכם 605 רופאים, המהווים כ-70% מהמדגם, ענו על השאלון.

הסקר נערך בחודשים אוגוסט-דצמבר 2010. לכל רופא ניתנה האפשרות לענות באמצעות דואר, דוא"ל או באמצעות הטלפון. מרבית הרופאים השיבו באמצעות הדואר (53%), כשליש (33%) באמצעות הטלפון ו-14% באמצעות הדוא"ל.

הנתונים שוקללו כדי לבטא הבדלים בין הקופות ביחס הדגימה ובשיעור ההיענות לסקר. בשקלול הובא בחשבון גם הקשר בין הסתברות הדגימה ומספר הקופות שאתן עובד כל רופא (כלומר, סיכויי של רופא שעובד ב-2 קופות להיכלל במדגם היו גדולים יותר מאלו של רופא שעובד רק באחת מהקופות (הללו)).

ממצאים עיקריים

כפי שיפורט בהמשך, מהממצאים עולה תמונה מורכבת. מצד אחד, רוב הרופאים דיווחו שמדידת האיכות חשובה, שהיא מסייעת להם לשפר את איכות הטיפול הרפואי וכי הם תומכים בהמשכה. מצד אחר, רופאים רבים גם דיווחו על בעיות משמעותיות הנובעות מהפעלת התכנית ומיישומה. בקריאת הממצאים חשוב להביא בחשבון שני היבטים אלה, המשלימים זה את זה.

1. הערכה כללית (התפיסות הכלליות) בנוגע לתכנית ולמדדים

- ♦ 87% מהרופאים ציינו כי חשוב או חשוב מאוד לעקוב אחר מדדי איכות. היתר חשבו כי אין חשיבות למעקב זה.
- ♦ 66% מהרופאים העריכו כי המעקב אחר המדדים ונקיטת פעולות בעקבות מעקב זה תורמים לשיפור איכות הטיפול הרפואי במידה רבה או במידה רבה מאוד.
- ♦ 76% מהרופאים סברו כי תחומי הרפואה שנבחרו מתאימים במידה רבה או במידה רבה מאוד, ו-21% נוספים סברו כי הם מתאימים במידה בינונית או אף פחות מכך.
- ♦ 60% מהרופאים העריכו כי המדדים הוגדרו בצורה נכונה מבחינה מדעית במידה רבה או במידה רבה מאוד. 40% היו "ביקורתיים" וסברו כי המדדים הוגדרו נכון במידה בינונית או פחות מכך.
- ♦ הרופאים ציינו כי התחומים העיקריים שחסרים במדדים הם בריאות הנפש ותקשורת עם החולה ; והתחומים המיותרים הם אסתמה, חיסונים בגיל המבוגר ומדידת משקל.

2. השפעת התכנית על הקשר רופא-מטופל-קופת החולים ועל שגרת העבודה של הרופא

א. הקשר רופא-מטופל

- ♦ כ-50% מהרופאים דיווחו על שיפור בקשר עם מטופליהם בעקבות תכנית המדדים, כ-40% טענו כי לא היה כל שינוי בקשר ומעטים (10%) סברו כי התכנית הרעה את הקשר עם המטופל.

- ♦ 65% מהרופאים דיווחו כי העיסוק במדדים מסיט את תשומת לבם מנושאים קליניים אחרים – 34% במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-30% – במידה בינונית.

ב. הקשר רופא-קופה

- ♦ 91% מהרופאים ציינו כי הם מקבלים תזכורות ממוחשבות כאשר מגיע אליהם מטופל שלא נבדק בבדיקות הנדרשות לפי המדדים. כמו כן, 76% מהרופאים אמרו כי הם מקבלים, אחת לתקופה (אין אחידות בכל הקופות), רשימת מטופלים, שטרם נבדקו או שטרם קיבלו את הטיפולים הנדרשים.
- ♦ כשני שלישים מהרופאים שהכירו את כלי העזר האלו (תזכורות ממוחשבות ורשימות מטופלים) ציינו כי הם סייעו להם בטיפול בחולים במידה רבה או במידה רבה מאוד.
- ♦ כמחצית הרופאים חשו כי התכנית הגבירה את עבודת הצוות בקופה – 39% במידה רבה ו-8% – במידה רבה מאוד.

ג. שינויים בפרקטיקה

הרופאים נשאלו על השינויים בפרקטיקה שלהם. בתחילה הם נדרשו לציין אילו שינויים הם עשו, ולאחר מכן הם נדרשו לציין שינויים ב-3 תחומים: סוכרת, ממוגרפיה וחיסונים. הרופאים יכלו לציין כמה שינויים שרצו, ללא הגבלה.

- כמחצית מהרופאים (56%) דיווחו על שינויים שחלו בעבודתם. השינויים שצינו הרופאים כללו:
- ♦ שינויים במכלול הפרקטיקה: יותר בדיקות (32%) ומעקב הדוק יותר אחר מטופלים (30%).
 - ♦ סוכרת: שינויים בהפניות ובביצוע בדיקות (53%), הדרכה באמצעים שונים (22%) והיעזרות ברופאים יועצים מתחומים שונים² (7%).
 - ♦ ממוגרפיה: שינויים בהפניות בכלל ובהפניות היוזמות לנשים (54%); ושינויים ביחס להסבר שניתן על חשיבות הבדיקה (22%).
 - ♦ חיסונים: שינויים בהסברה ובהעלאת המודעות (27%) ובפניות יוזמות למטופל והמלצות להתחסן (27%).

ד. תפיסות ביחס לבעיות ביישומה של התכנית

למרות השינויים החיוביים שצוינו לעיל, רבים מהרופאים דיווחו גם על בעיות משמעותיות הקשורות ליישומה של התכנית, למשל, הגברת העומס, תחרות-יתר, לחץ ניהולי עודף והתחושה שתשומת לבו של הרופא מוסטת מבעיות קליניות אחרות של המטופל. נוסף לכך, היו רופאים שצינו כי הגדרתם של כמה מהמדדים בעייתית.

- ♦ עומס: 65% מהרופאים חשו גידול בעומס כתוצאה מהמדידה במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-19% – במידה בינונית.

² הכוונה הן לרופאים מומחים באנדוקרינולוגיה והם למומחים בתחומים אחרים לגמרי, כגון: דיאטניות

- ♦ תחרות-יתר: 48% מהרופאים חשו תחרות-יתר בעקבות תכנית המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-27% – במידה בינונית.
- ♦ לחץ ניהולי עודף³: 60% חשו לחץ ניהולי עודף בעקבות תכנית המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-27% – במידה בינונית.
- ♦ הסטת תשומת הלב מבעיות קליניות אחרות של המטופל: 35% חשו כי העיסוק במדדי איכות מסיט את תשומת לבם מנושאים קליניים אחרים במידה רבה או במידה רבה מאוד – 30% נוספים חשו בכך במידה בינונית.
- ♦ תפיסת הגדרת המדדים כבעייתית: 68% ציינו כי חלק מהמדדים היו בעייתיים.

3. תפקיד האחיות

כבר מראיונות העומק עם המנהלים, שהתבצעו בחלקו הראשון של המחקר, למדנו על תפקידן החשוב של האחיות בקידום האיכות בקופות. חלקו השני של המחקר אמנם התמקד בנקודת מבטו של הרופא המטפל, אך ניצלנו את סקר הרופאים כדי לבחון עד כמה גם הם רואים את האחיות כגורם חשוב בקידום האיכות.

- ♦ 80% מהרופאים ציינו כי יש שותפות מלאה בין הרופאים והאחיות באחריות להישגים בתכנית המדדים.
- ♦ 60% סברו כי האחיות מסייעות בפועל לשיפור האיכות בפרקטיקה שלהם, במידה רבה או במידה רבה מאוד.

4. שביעות הרצון

במחקר נבחנו השפעת התכנית על שביעות רצונם של הרופאים. לשם קבלת רקע, שאלנו בריאיון את הרופאים על מידת שביעות רצונם הכללית מעבודתם. רובם השיבו כי הם מרוצים מעבודתם, ויש לציין כי רבים מהם ציינו שבעקבות תכנית המדדים שביעות רצונם אף עלתה.

- ♦ 80% מהרופאים ציינו כי הם שבעי רצון מעבודתם במידה רבה או במידה רבה מאוד, 15% היו שבעי רצון במידה בינונית ו-5% – במידה מועטה מאוד או במידה מועטה.
- ♦ 46% מהרופאים ציינו כי התכנית שיפרה את שביעות רצונם מהעבודה, כ-33% השיבו כי התכנית לא השפיעה על שביעות רצונם ו-21% השיבו כי התכנית הפכה את שביעות רצונם מהעבודה.

5. התחשבות בתמהיל המטופלים

אחת הטענות נגד התכנית שהועלו בדיון הציבורי הייתה כי במדידה לא חושב התמהיל של המטופלים ושל הקופה; על פי טענה זו, לרופא ולקופה שעובדים עם אוכלוסייה בעלת אמצעים קל יותר להגיע לתוצאות טובות מאשר לקופה או לרופא שעובדים עם אוכלוסייה קשה. נוסף לכך, הנהגת התכנית הלאומית למדידת איכות שוקלת לערוך תקנון להרכב המטופלים, כאשר היא תתחיל לפרסם את הממצאים לפי קופה. על רקע זה, חשוב היה לבדוק מה עמדתם של הרופאים בסוגיה זו.

³ בשיחות עם הרופאים עלה שתחושת "לחץ ניהולי עודף" מושפעת הן ממידת העומס והן מהתדירות ומהדרך שבה המנהלים מדברים עם הרופאים על הביצועים שלהם.

- ♦ 83% מהרופאים הסכימו כי מצבו הפסיכו-סוציאלי ומעמדו החברתי-כלכלי של המטופל עשויים להשפיע על הצלחת הטיפול הרפואי וכי יש להתאים את הטיפול למצבו במידה רבה או במידה רבה מאוד.
- ♦ בהמשך לכך, סבורים רוב הרופאים כי ראוי או מאוד שהמדדים יתחשבו במצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל (53% ראוי ו-32% ראוי מאוד) וכן במצבו הכלכלי (46% ו-27% בהתאמה) ובמצב בריאותו הכללי (53% ו-39%).

6. מבט לעתיד ושינויים אפשריים

רוב הרופאים (71%) ענו שהיו ממשיכים בתכנית המדידה, 18% לא היו ממשיכים ו-11% ענו "אחר" (כלומר, תמיכתם בתכנית מותנית או חלקית).

שליש מהרופאים (33%) דיווחו כי היו משנים את המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד, וכרבע נוספים (27%) היו משנים אותם במידה בינונית. כלומר, מעל מחצית מהרופאים רואים צורך בשינויים בהגדרת המדדים במידה משמעותית. השינויים שהציעו הרופאים כוללים התאמות למצב החברתי-כלכלי של האוכלוסייה שבה הם מטפלים, שינויים בתחום כוח האדם שמסייע לרופא במתן הטיפול הרפואי ותורם לשיפור באיכות (סיוע אדמיניסטרטיבי וקליני) ושינויים בכמות המדדים.

7. הבדלים בין רופאים בעלי מאפיינים שונים

ממצאי המחקר העיקריים נותחו לפי מאפיינים שונים של המרואיינים (גיל, מגדר, לאום, ארץ לידה, מומחיות ואופן העסקה).

נמצא כי בעלי עמדות חיוביות כלפי תכנית המדדים הם רופאים בגיל הביניים (45–60), רופאים לא-יהודים, רופאים פנימאים ורופאים עצמאיים. חשוב לציין שגם בקרב קבוצות הרופאים המשלימות (כלומר, רופאים שהם צעירים, יהודים, מומחים ושכירים) יש שיעור גבוה של תמיכה בתכנית ובהמשכה. בה בעת, גם בקרב הרופאים שעמדתם כלפי התכנית הייתה חיובית יותר, דיווחו שיעורים משמעותיים על עומס, על תחרות-יתר ועל לחץ ניהולי עודף.

8. ניתוחים מרובי-משתנים

בוצעו גרסיות לוגיסטיות שנועדו לבחון את השפעתם הסגולית של מגוון משתני רקע (כגון גיל, לאום, מומחיות, אופן העסקה) על המשתנים שנבדקו במחקר זה: הגדלת עומס, לחץ ניהולי עודף, תחרות-יתר, הערכת התכנית כתורמת לאיכות ותמיכה בהמשך התכנית. הניתוח כלל גם פיקוח על שייכות לקופה, אך על פי החלטת ועדת ההיגוי, לא מוצגים המקדמים של משתני "קופה".

משתני הרקע בעלי "ההשפעות" החזקות ביותר היו לאום (דעתם של היהודים לגבי התכנית חיובית פחות) וסוג עבודה עיקרית (רופאים שעובדים בעיקר ברפואה שניונית הביעו דעה חיובית יותר לגבי התכנית). נמצאו קשרים גם בין משתני רקע אחרים לבין המשתנים המרכזיים, אך בעוצמות פחות חזקות.

ניתוחים מיוחדים הראו שגם אופן מילוי השאלון (דואר, דוא"ל, טלפון) והתפיסות לגבי נכונות ההגדרות של המדדים השפיעו על המשתנים העיקריים.

לבסוף, נבדק כיצד תפיסות לגבי היבטים שונים של התכנית השפיעו על תמיכה בהמשך התכנית. נמצא שתמיכה בהמשך התכנית מושפעת הן מהתפיסות לגבי היבטים חיוביים של התכנית (כגון שיפור באיכות הטיפול) והן מהתפיסות לגבי היבטים שלילים (כגון עומס או תפיסה ביקורתית לגבי הגדרת המדדים).

9. רופאים ומדידת איכות בפרספקטיבה בין-לאומית

נמצאו מעט מחקרים שרלוונטיים למחקר שלנו - בארצות הברית, בבריטניה ובקנדה. ממחקרים אלה עולה כי, בדומה לממצאי המחקר שלנו, גם במדינות אחרות, רוב הרופאים מכירים בתרומתם של מדדי איכות לשיפור האיכות ויש קשר הדוק בין תמיכה במדידת האיכות ובין התפיסה שמדדי האיכות הוגדרו כראוי מבחינה מדעית.

בין ממצאינו לבין ממצאי המחקרים שנעשו במקומות אחרים היו כמה הבדלים משמעותיים. למשל, לעומת רופאים בארצות הברית, הרופאים הישראלים נוטים לחשוב שיש תועלת בתזכורות ממוחשבות. כמו כן הם נוטים פחות לדווח שמדידת ביצועים פוגמת ביחסים שבין הרופא למטופל. ראוי לציין כי יש להקפיד בפרשנותם של הבדלים אלו ושל הבדלים נוספים בין המדינות ולהביא בחשבון הקשרים תלויי-מקום.

עם זאת, למרות ההבדלים הקשורים במאפיינים הייחודיים לכל מדינה, בדיקת הממצאים העיקריים של המחקרים בחו"ל עוזרת לגבש תובנות מועילות ואף להעלות שאלות למחקר נוסף. למשל, במחקרים שנעשו בקנדה ובבריטניה הודגש הקשר בין מדדי איכות, אוטונומיה קלינית ואחריות דיווח (accountability). המחקר שלנו לא בדק קשרים אלו, וייתכן שחשוב יהיה להתמקד בהם במחקרים עתידיים בארץ. כמו כן אולי יהיה כדאי לחקור למה, לעומת רופאים בארה"ב, רופאים בישראל נוטים יותר למצוא את התועלת בתזכורות ממוחשבות ומדוע פחות רופאים ישראלים דיווחו כי מדידת איכות פוגמת ביחסיהם עם המטופלים.

דיון

מהממצאים עולה תמונה מורכבת. מצד אחד, הרוב הגדול של הרופאים דיווחו שמדידת האיכות חשובה ושהיא מסייעת להם לשפר את האיכות. כמחציתם אף דיווחו שהתכנית מעלה את שביעות רצונם מהעבודה, ו-71% מהרופאים אף תמכו בהמשכה של המדידה בתוך הקופות; מצד אחר, רופאים רבים דיווחו על בעיות משמעותיות בהפעלת התכנית וביישומה בקופות החולים. הבעיות הבולטות קשורות לעומס, ללחץ ניהולי עודף ולתחרות-יתר; נוסף לכך, קיימת ביקורת מסוימת לגבי המדדים עצמם.

יצוין שהתכנית הלאומית הייתה בהשגחה מ-2008 וחזרה לפעולה בהדרגה החל מאמצע 2010. עם זאת, גם כאשר התכנית הושהתה ברמה הלאומית, המשיכו קופות החולים בשיפור האיכות ובמדידתה, בין היתר באמצעות המשך הפקת מדדים, המשך דיווח לרופאים על מיקומם ביחס לעצמם וביחס לחבריהם ועוד. לכן, על אף שהסקר שדווח עליו כאן התבצע בסוף 2010, יש בו כדי לתת תמונה נכונה על המצב בשטח בתקופה שהתאפיינה במעקב אחר המדדים ובמאמצים לשיפורם.

כבכל מערכת לבקרת איכות, שמעצם טבעה היא מקיפה וחדשה, יצרו התכנית הלאומית והמאמצים למדידת איכות שנגזרו ממנה בכל אחת מהקופות, שינוי גדול. שינוי זה הגביר מאוד את מידת הבדיקה של עבודתם של הרופאים, על פי קריטריונים מקצועיים. התופעה המרשימה היא שלמרות גודל השינוי, נמצא כי רובם המכריע של הרופאים תומכים בהמשך התכנית, להבדיל מהרושם שנוצר על ידי דיווחים נקודתיים, אך בולטים מאוד, על התנגדויות.

בה בעת, חשוב להכיר בקיומן של הבעיות הנלוות ליישומה של התכנית למדידת איכות ולהיקפן. ההתמודדות עם הבעיות עשויה להגביר את השקעתם של הרופאים בקידום האיכות, לחזק את תמיכתם בתכנית ולתרום להמשך התכנית ולפיתוחה.

ייתכן כי כדי להפחית חלק מהבעיות יכולות קופות החולים לשקול את הפעולות הבאות:

- ♦ הפחתת העומס - באמצעות הגדלת כוח האדם המסייע לרופא;
- ♦ הפחתת תחושת תחרות-היתר, אולי באמצעות שינוי בהשוואות בין הרופא לעמיתיו, למשל ניתן לשקול מחדש את תדירות ההשוואה ואת מידת הבלטתם של נתוני המדידה ההשוואתיים בין הרופא לעמיתיו.

כמו כן מדיניות התכנית ברמה הלאומית יכולה להשפיע על היכולת להתמודד עם חלק מהבעיות שעלו. להלן מספר דוגמאות:

- ♦ עדכון ההגדרות של חלק מהמדדים - נמצא שככל שהרופאים מעריכים שהמדדים מוגדרים נכון יותר, כך הם נוטים יותר לתמוך בהמשך המדידה והמעקב. בשנה שחלפה כבר החלו מאמצים לעדכון המדדים באחת הקופות, ויש התחלה של חשיבה בכיוון גם ברמה הלאומית.
- ♦ קצב הוספת המדדים - נמצא כי רופאים שחשים עומס רב בעקבות התכנית פחות תומכים בהמשכה. הוספת מדדים עלולה להגביר את העומס עליהם, ולכן, כאשר מעוניינים במדדים נוספים (בשל הפוטנציאל לשיפור איכות בתחומי רפואה נוספים), יש לשקול עובדה זאת בכובד ראש.
- ♦ חיזוק ההיבטים החיוביים של התכנית והגברת המידה שבה הרופאים מכירים את ההיבטים הללו - מדובר בהיבטים כגון תרומת התכנית לעבודת הצוות ותרומתה לשיפור האיכות.
- ♦ פרסום המדדים לפי קופה – במהלך ביצועו של מחקר זה, פורסמו רק התוצאות ברמה הכלל-ארצית. על פי פסיקה חדשה של בית המשפט נקבע כי יש לפרסם את המדדים לפי קופה עד מארס 2012⁴. לשאלה האם רצוי לפרסם את המדדים לפי קופה יש כמה פנים. סקר זה לא עסק בנושא זה באופן ישיר, אך יש קשר עקיף בין סוגיה זו לממצאי הסקר. פרסום הנתונים לפי קופה עלול להגביר את התחרות על האיכות בין הקופות, ותחרות כזו עשויה להביא, בתוך הקופות, להגברת הלחץ הניהולי על הרופאים גם מעבר לממדיו כיום. על פי המחקר, לחץ ניהולי עודף קשור לאחוזי תמיכה נמוכים יותר של הרופאים בתכנית. ייתכן שבהשוואה זו יש להביא בחשבון את השינויים בתמהיל המטופלים בקופות.

⁴ עת"מ 883/07, התנועה לחופש המידע נ' משרד הבריאות ואח', ניתן ב 15 למאי 2011.

לסיום נציין, כי כפי שעלה מראיונות העומק עם המנהלים שהתבצעו בחלקו הראשון של המחקר, העובדה שהקופות והרופאים פועלים יחדיו לקידום איכות הטיפול הרפואי לתושבי המדינה מהווה אחת החוזקות של מערכת הבריאות בישראל. מחקר זה הצביע על הכרת הרופאים בחשיבות המדידה ועם זאת הצביע על קשיים שיש להתמודד אתם בהמשך. גם בהתמודדות זו, שיתוף הפעולה בין הרופאים למנהלים, לטובת המטופלים, יכול לתרום רבות. ייתכן שבשיתוף פעולה כזה ניתן לגשת לפתרון הבעיות, גם הקשות שבהן, מבלי לערער את החוסן ואת ההכרה בחשיבותה של התכנית.

ממצאי המחקר נועדו לסייע לראשי מערכת הבריאות בישראל להתאים את תכנית המדדים לרופאים הראשוניים בקהילה – להפיג את חששותיהם ולתת מענה הולם לצורכיהם. גם בזירה הבין-לאומית, במיוחד על רקע פריחתן של תכניות למדידת האיכות בעולם, יש למחקר חשיבות רבה, בהיותו אחד המחקרים המקיפים הראשונים, הבוחנים את תפיסתם של הרופאים הראשוניים לגבי מערכות מדידה אלו.

המחקר כבר הוצג במגוון כנסים ובפורומים שונים בתוך קופות החולים. הצגת המחקר הביאה לדיון ער בממצאים ובהשלכותיהם על המאמצים לשיפור האיכות.

דברי תודה

ברצוננו להודות לחברי ועדת ההיגוי על ליווי המחקר, על הסיוע בעיצוב המחקר, בפיתוח כלי המחקר ובפירוש הממצאים ועל הערותיהם לטיוטות הדוח. אנו מעריכים מאוד את נכונותם להקדיש מזמנם היקר למחקר זה. רשימת חברי ועדת ההיגוי מופיעה בעמוד הבא.

אנו מודים מאוד לכל הרופאים בקופות החולים, אשר העניקו לנו מזמנם ומילאו את השאלונים בדואר, בדוא"ל ובטלפון. פעילותם היום-יומית לשיפור איכות הטיפול הרפואי ונקודת מבטם על התכנית ועל הפעילות הנערכת בקופות היו אבני הבניין למחקר זה.

אנו מודים לוועד הרופאים של שירותי בריאות כללית על שיתוף הפעולה ועל הנכונות לשמוע ולסייע בקידום המחקר.

תודה מיוחדת לפרופ' אורלי מנור על בדיקת שיטת שקלול הנתונים ועצותיה בנושאים נוספים.

תודה שלוחה גם לאליענה מאירוביץ-נלסון, אשר במסגרת שהותה בארץ סייעה בכל ההיבטים הקשורים לסקירת הספרות בעולם בנושא.

אנו מודים לעמיתינו במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל על קריאת הטיוטות וההערות החשובות. נורית ניראל ויעל אשכנזי סייעו לנו רבות לחדד את המסרים בצורה הנכונה ביותר, ובייחוד תודתנו נתונה לג'ק חביב על הערותיו המעמיקות לתמצית המחקר. תודה לדורית גנות-לוינגר ולסו בוביס, על הסיוע בהדפסה ובעיצוב התרשימים.

תודה מיוחדת שלוחה לפרופ' חוה טבנקין על ההירתמות לסיוע למחקר, על העצות וההערות החשובות. אנו מודים גם למשתתפי הכנס השמיני למדיניות בריאות, אשר העניקו לנו במה להציג את ממצאינו.

אנו מודים למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות על שהזמין אותנו לבצע מחקר חשוב זה ועל מימון המחקר.

חברי ועדת ההיגוי

אליק אבירם	המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
רחל ווילף-מירון	מכבי שירותי בריאות
שלמה וינקר	איגוד רופאי המשפחה בישראל
טוביה חורב	משרד הבריאות
ארנון כהן	שירותי בריאות כללית
בועז לב	משרד הבריאות
זיוה ליטבק	המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
גורדון ליטמן	איגוד רופאי המשפחה בישראל
ערן מץ	קופת חולים לאומית
יוסף רוזנבלום	קופת חולים מאוחדת
עמיר שמואלי	האוניברסיטה העברית, התכנית הלאומית למדדי איכות

תוכן עניינים

1	מבוא	1
3	מטרת סקר הרופאים	2
4	שיטות	3
8	ממצאים	4
8	4.1 תפיסות הרופאים לגבי המעקב אחר מדדי האיכות ולגבי המדדים	4.1
11	4.2 השפעת התכנית על הקשר רופא-מטופל ועל פרקטיקת העבודה של הרופא	4.2
18	4.3 תפקיד האחיות	4.3
19	4.4 שביעות הרצון	4.4
20	4.5 ההתחשבות בתמהיל המטופלים בבחינת ההישגים במדדים	4.5
21	4.6 מבט לעתיד ושינויים אפשריים	4.6
22	4.7 הבדלים בין רופאים בעלי מאפייני רקע שונים	4.7
29	4.8 ניתוח רב-משתני	4.8
34	5. ממצאי המחקר והשוואות בין-לאומיות	5
36	6. מגבלות המחקר	6
36	7. דיון	7
37	7.1 החיובי בתכנית	7.1
37	7.2 הבעיות בתכנית	7.2
38	7.3 כיוונים אפשריים להתמודדות עם הבעיות	7.3
39	7.4 עם הפנים קדימה	7.4
41	ביבליוגרפיה	

רשימת לוחות

פרק 3: שיטות

4	לוח 1: אומדן מספר הרופאים הנכללים באוכלוסיית המחקר בכל קופה	
7	לוח 2: התפלגות נדגמים, לפי משתני רקע	

פרק 4: ממצאים

13	לוח 3: הזמן שמשקיעים הרופאים במדדים	
	לוח 4: מידת הצורך בשקלול המצב הפסיכו-סוציאלי, המצב הכלכלי והמצב הבריאותי של המטופל על פי תפיסת הרופאים	
20		
	לוח 5: מידת השינוי הנדרש במדדים ומידת השינוי באופן השימוש של הקופה במדדים על פי תפיסת הרופאים	
22		

- לוח 6 : הממצאים העיקריים, לפי קבוצת גיל.....23
- לוח 7 : הממצאים העיקריים, לפי מגדר.....24
- לוח 8 : המשתנים העיקריים, לפי מוצא אתני.....25
- לוח 9 : הממצאים העיקריים, לפי ארץ לידה.....26
- לוח 10 : הממצאים העיקריים, לפי הכרה כמומחה.....27
- לוח 11 : הממצאים העיקריים, לפי אופן העסקה.....28
- לוח 12 : תוצאות הרגרסיות הלוגיסטיות – המודל הבסיסי.....30
- לוח 13 : תוצאות הרגרסיות הלוגיסטיות – המודל הבסיסי + הערכת נכונות המדדים.....31
- לוח 14 : תוצאות הרגרסיות הלוגיסטיות – המודל הבסיסי + אופן מילוי השאלון.....32
- לוח 15 : קשרים בין השפעות נתפסות של התכנית ותפיסת המדדים כמוגדרים נכון לבין תמיכה בהמשך התכנית – תוצאות רגרסיה לוגיסטית.....33

רשימת תרשימים

פרק 4: ממצאים

- תרשים 1 : חשיבות המעקב אחר המדדים על פי תפיסת הרופאים9
- תרשים 2 : תרומת המדידה לשיפור איכות הטיפול על פי תפיסת הרופאים9
- תרשים 3 : המידה שבה העיסוק במדדים מסיט את תשומת לבו של הרופא מנושאים קליניים אחרים12
- תרשים 4 : השפעת העיסוק במדידה על היחס לתלונת המטופל12
- תרשים 5 : המידה שבה המעקב מגדיל את העומס13
- תרשים 6 : ביצוע בדיקות או פרוצדורות רפואיות ללא הצדקה רפואית14
- תרשים 7 : מידת הסיוע של התזכורות ושל הרשימות בטיפול בחולים על פי תפיסת הרופאים16
- תרשים 8 : רופאים שחשים תחרות-יתר ולחץ ניהולי עודף בעקבות תכנית המדדים18
- תרשים 9 : השפעת תכנית המדדים על שביעות רצונו של הרופא מעבודתו20
- תרשים 10 : הרופאים שמעוניינים בהמשך תכנית המדידה21

1. מבוא

התכנית למדידת איכות הוקמה בשנת 2000 כפרויקט מחקר של צוות חוקרים מאוניברסיטת בן-גוריון, בשיתוף פעולה של כל ארבע קופות-החולים ובמימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. בשנת 2004 אומצה התכנית על-ידי משרד הבריאות והפכה לתכנית לאומית שפועלת בחסות המכון הלאומי (תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, אפריל 2008). התכנית מאפשרת בדיקה שוטפת של איכותם של שירותים נבחרים, הניתנים על ידי קופות החולים, בתחומי המניעה, האבחון והטיפול ברפואה הראשונית. בהמשך מתוכנן לבצע הערכת איכות גם בתחומים נוספים.

כל קופות החולים משתתפות בתכנית ומקבלות תמיכה כספית מהמדינה למימון עלויות המדידה והדיווח על המדדים. עם זאת, בתכנית לא מוצעים תמריצים כלכליים לפי ביצועים (P4P) לא לקופה ולא לרופאים.

עד כה פותחו למעלה מ-40 מדדים⁵ בשישה תחומי רפואה: חיסונים, גילוי מוקדם של סרטן השד ושל סרטן המעי הגס, טיפול בסוכרת (Diabetes Mellitus), באסתמה ובעיות לב. התחומים נמדדים באופן שוטף בקרב כלל אוכלוסיית ישראל. רק הממצאים הכלל-ארציים מתפרסמים, ואין פרסום של הממצאים לפי קופה. כל קופה מקבלת פעם בשנה דוח על ביצועיה לעומת הממוצע הכלל ארצי.

בתקופת פעולתה של התכנית חל שיפור ניכר כמעט בכל המדדים. בעבודה קודמת (Rosen et al., 2010) נבדקו השינויים שחלו בין 2005 ל-2007 ב-49 המדדים שעליהם היה מידע בתקופה זאת. נמצא כי בעשרה מדדים מתוך 49 המדדים חל שיפור אבסולוטי של יותר מ-20 נקודות אחוז, וכן שיפור של 10–20 נקודות אחוז ב-9 מדדים נוספים.

בהשוואה זו, בין תכניות מדידת איכות בישראל לבין תכניות מדידת איכות בארה"ב, נמצא, שמבחינת ההישגים האיכות בשתי המדינות דומה, על אף שבשראל ההוצאה הלאומית לבריאות קטנה מזו שבארה"ב, וקצב השיפור מהיר יותר מקצב השיפור בארה"ב.

במערכת הבריאות בארץ שוררת תמימות דעים (אמנם ללא הוכחות) כי השיפור הניכר במדדים לא היה מתרחש אלמלא התכנית. עם זאת, פיתוח מדדי איכות, יישומם והפצתם, כשלעצמם אינם גורמים ישירות לשיפור באיכות. צריך שיתפתחו גם תהליכי ביניים, הקשורים בשינוי ההתנהגות של קופות החולים, של המנהלים, של הרופאים ושל האחיות העובדות בקופות ואפילו של המטופלים עצמם.

באמצע שנת 2009 החליט המכון הלאומי להזמין בכל שנה מחקרים יזומים בנושאים בעלי חשיבות לאומית. כאחד הנושאים האלו הוא בחר בתכנית הלאומית למדדי איכות ופנה למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בבקשה שיכין הצעת מחקר בנדון. הצעתו של המכון התקבלה על ידי המכון הלאומי, קופות החולים ומשרד הבריאות. את המחקר ליוותה ועדת היגוי שכללה נציגים של הארגונים הנ"ל ושל

⁵ חלק מהקופות מוסיפות בבדיקה שלהן מדדים שהן יצרו.

איגוד רופאי המשפחה בישראל; שמות חברי הוועדה מוצגים לעיל (אחרי דברי התודה). ועדת ההיגוי הייתה פעילה בחידוד מטרות המחקר ושיטת המחקר ובדיון על הממצאים.

בבסיס המחקר עמדה ההכרה כי הן הקופות, כארגוני בריאות המובילים את יישום תכנית המדדים בשטח, והן הרופאים, כמטפלים הישירים בחולים – תורמים להישגים החשובים בשיפור איכות הטיפול הרפואי. לפיכך, חולק המחקר לשניים. חלק אחד עסק בתפיסותיהם של מנהלים בדרגים שונים בקופות ובארגונים נוספים (כגון: משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית) בנוגע לתכנית המדדים, ופורסם בשנת 2010 (רוזן וניסנהולץ-גנות, 2010). החלק השני עסק בתפיסות הרופאים לגבי תכנית המדדים ולהשפעותיה במישורים שונים, וממצאיו מוצגים בדוח זה.

מטרת חלקו הראשון של המחקר הייתה לזהות את פעולותיהן של הקופות שנקטו כדי לתרגם את תוצאות המדידה לשיפורים באיכות. מהממצאים העיקריים של חלקו הראשון של המחקר עולה כי מתבצעות פעולות רבות לשיפור האיכות - חלקן התמקדו בתחומים קליניים ספציפיים (כגון ממוגרפיה או סוכרת) וחלקן היו פעולות "חותכות" שהיו רלוונטיות למכלול העשייה הקלינית (כגון חיזוק עבודת הצוות ופיתוח מערכות המחשוב). נמצא גם כי יש פעולות שנעשו בכל הקופות (במידה שונה) וכי יש פעולות ייחודיות שנעשו רק בקופה אחת או בשתיים או במחוז מסוים.

מראיונות העומק עם המנהלים גם עלה שתכנית המדדים משפיעה רבות על הרופא ועל עבודתו. הקופות אוספות נתונים על המידה שבה כל רופא עומד בכל מדד, מעבדות נתונים אלו ומציגות אותם לרופא בדרכים שונות. באמצעותם הוא יכול לראות את מידת השיפור שחל בעבודתו, באילו תחומים דרוש שיפור נוסף, ואיך הביצועים שלו עומדים ביחס לרופאים אחרים במחוז. יש לציין שחלק מהקופות גם מציבות יעדים כמותיים לרופאים, והן יכולות לבדוק האם הם עמדו בדרישות ועד כמה. בכל הקופות מתקיימות שיחות בין הדרגים המטפלים (רופאים) למנהלים. בשיחות אלו נבחנים ביצועיו של הרופא על פי המדדים, ונידונות דרכים לשיפורם. שיחות אלו עשויות להתפרש על ידי חלק מהרופאים גם כלחץ מטעם המנהלה.

החשיבות שבשמיעת עמדתם של הרופאים נבעה מההכרה בעובדה כי, בסופו של דבר, השינויים בעבודתם של הצוותים המטפלים, הם המביאים ישירות לשיפור האיכות בפועל. רוב המנהלים שראיינו בשלב הראשון של המחקר ראו ברופאים את הגורם המוביל בהבטחתם של סטנדרטים איכותיים ומקצועיים של הטיפול בפרט (במטופל).

זאת ועוד, לאחרונה נשמעו במסגרת פורומים שונים (לרבות כנסים, מפגשי רופאים, פורומים לדיון באינטרנט ועוד) התבטאויות של חוסר שביעות רצון מצד ה"שטח". עד כה, לא ניתן היה לאמוד עד כמה תחושות אלו שכיחות בקרב הרופאים המטפלים ועד כמה, אם בכלל, הן משפיעות על עבודתו של הרופא מול המטופל. חלק זה של המחקר מנסה להשיב על שאלות אלו. כמו כן, המחקר מאפשר לבחון עד כמה הרופאים תופסים את התכנית כמועילה וכתורמת לשיפור איכות הטיפול הרפואי או ההפך. העשייה היום-יומית של הרופא מספקת לו נקודת מבט ייחודית, ואיסוף מידע שיטתי על תפיסות הרופאים עשוי לסייע למנהלי המערכת לשפר את השימוש המושכל במדדי האיכות.

בפרק הבא בדוח, פרק 2, מוצגת מטרת המחקר, בפרק 3 מוצגות שיטות המחקר, בפרק 4 מוצגים הממצאים: בסעיף 4.1 מוצגות תפיסותיהם של הרופאים לגבי המעקב אחר מדדי האיכות ולגבי המדדים עצמם. בסעיף 4.2 מובאים ממצאים הקשורים להשפעת התכנית על יחסי רופא-מטופל ועל פרקטיקת העבודה של הרופא. סעיף 4.3 דן בעבודת הצוות וסעיף 4.4 מתמקד בנושא שביעות הרצון של הרופאים. בסעיף 4.5 מוצגים הממצאים על ההתחשבות בתמהיל המטופלים ובסעיף 4.6 מובאות תפיסותיהם של הרופאים בנוגע לעתיד ולשינוי אפשרי. בסעיפים 4.7 ו-4.8 נידונים ההבדלים בין קבוצות רופאים ומובא ניתוח רב-משתני. בפרק 5 מוצגים ממצאי המחקר והשוואות בין-לאומיות ופרק 6 הוא פרק הדין.

2. מטרת סקר הרופאים

מטרות המחקר הן:

1. לבחון כיצד חווים הרופאים הראשוניים את תהליך המעקב אחר איכות הטיפול הרפואי ואת שיפורו בקופות החולים במסגרת תכנית המדדים.
2. לבחון את תפיסות הרופאים הראשוניים בנוגע להשפעת תכנית המדדים על עבודתם ועל יחסיהם עם המטופל ועם הקופה.
3. לבדוק כיצד הרופאים משתמשים במידע שנוצר על ידי התכנית בנוגע לאיכות עבודתם.
4. לבחון אילו בעיות עולות מדרך יישומה של התכנית ומהו היקפן.
5. לשמוע את דעתם של הרופאים באשר לדרכים לשיפור תכנית המדדים.

חשיבותו של מחקר זה נובעת מכך שהרופאים, כמטפלים ישירות במטופל, הם ה"מוציאים לפועל" של תכנית המדדים בכל קופה, ותמיכתם במאמצים הארגוניים לקידום מדדי איכות חיונית להצלחת מדידת האיכות ברמה הארגונית והארצית. טרם עריכת המחקר נשמעו קולות שונים המצביעים על חוסר שביעות רצון של הרופאים ממדידת האיכות בקופות. המחקר מאפשר לעמוד על היקף חוסר שביעות הרצון ועל הגורמים המשפיעים עליו ולשקף למנהלים במערכת הבריאות את עמדות הרופאים בנוגע לדרכים לשיפור תכנית מדידת האיכות – ברמה הארצית וברמת הקופה. כמו כן, המחקר מאפשר לאמוד עד כמה הרופאים תופסים את מדידת האיכות כמועילה ומקדמת את האיכות.

מחקר זה הוא המחקר הראשון הבוחן באופן שיטתי ואובייקטיבי את תפיסות הרופאים לגבי תכנית המדדים בארץ. למרות חשיבות הנושא, טרם נערך מחקר מעין זה, המקיף מדגם מייצג של רופאים מכל הקופות ובוחן את עמדותיהם בנוגע להיבטים רבים של מדידת איכות בקופות. גם בספרות הבין-לאומית כמעט שאין מחקרים הבודקים כיצד רופאים בקהילה משתמשים במידע על איכות עבודתם וכיצד הם חווים ניטור ארגוני של איכות.

3. שיטות

אוכלוסיית המחקר: אוכלוסיית המחקר כללה רופאים ראשוניים שעובדים בקופות החולים, ואשר מטופליהם כוללים מבוגרים,⁶ ללא קשר לאחוזי המשרה שלהם (מלאה או חלקית) וללא קשר להיותם שכירים או עצמאים. לא נכללו רופאים שמטפלים רק בילדים, מאחר שכמעט כל מדדי האיכות עוסקים באוכלוסייה הבוגרת. לא נכללו רופאים שעוסקים רק במנהל, כי אין להם מצבת חולים אשר הם האחראים הישירים לאיכות הטיפול בהם. מסיבות דומות, לא כללנו מתמחים בשלב א' ברפואת המשפחה; אשר גם להם אין אחריות למצבת חולים.

לפי הערכתנו, אוכלוסיית המחקר כוללת כ-4,400 רופאים. בלוח 1 מוצג מספר הרופאים הכלולים באוכלוסיית המחקר, בכל קופה; מדובר ביותר מ-4,400 רופאים, כי יש רופאים (כ-9%) שעובדים ביותר מקופה אחת.⁷ יצוין שחלקה של שירותי בריאות כללית באוכלוסיית הרופאים קטן מחלקה באוכלוסיית המבוטחים; הדבר נובע בין היתר מכך שבכללית שיעור גבוה יחסית של רופאים עובדים במשרה מלאה.

לוח 1: אומדן מספר הרופאים הנכללים באוכלוסיית המחקר בכל קופה*

כללית	2,166
מכבי	1,059
מאוחדת	835
לאומית	857

*מספר הרופאים העובדים עם מבוגרים שמצוין ברשימות הקופות גדול יותר. הנתונים בלוח מביאים בחשבון אומדן של מספר הרופאים העומדים בקריטריונים של המחקר, מתוך הרשימות הללו.

מסגרת הדגימה, שיטת הדגימה וגודל המדגם: מסגרת הדגימה הייתה רשימות הרופאים של הקופות. לגבי שתי קופות הוציא צוות המחקר את המדגם מתוך רשימות שהתקבלו מהקופות ואשר היו אמורות לכלול את הרופאים המתאימים לאוכלוסיית המחקר. לגבי שתי הקופות האחרות, הקופות הוציאו את המדגם על פי הנחיות שסופקו על ידי צוות המחקר, והעבירו לצוות המחקר רק את רשימת הרופאים שנדגמו.

בכל אחת מארבע קופות החולים נדגמו 250 רופאים, העוסקים בפועל ברפואה ראשונית, ואשר מטופליהם כוללים מבוגרים. למרות השוני בין הקופות בכמות הרופאים המועסקים בכל קופה, מכל אחת מהקופות נדגם מספר זהה⁸ כדי לאפשר ניתוח נתונים מהימן עבור כל קופה, כולל גם הקופה הקטנה ביותר.

⁶ נדגיש כי המחקר בודק רופאים ולא משרות רופאים. לפיכך, רופא שעובד משרה חלקית מקבל, למעשה, שקלול זהה לרופא העובד משרה מלאה.

⁷ כ-7% מהרופאים עובדים ב-2 קופות, וכ-2% ב-3 קופות. הערכות אלו מבוססות על התשובות שהתקבלו בסקר לשאלה "עם אילו קופות אתה עובד כרופא ראשוני?" ניתנה האפשרות לציין יותר מתשובה אחת.

⁸ כפי שיוצג להלן, כדי שניתוח הנתונים ישקף את תפיסתם של כלל הרופאים באוכלוסיית המחקר, שוקללו התשובות כדי לבטא בין היתר את ההבדלים בשיעורי הדגימה בין הקופות.

מתוך 1,000 רופאים אלה, 884 רופאים עמדו בקריטריונים של הסקר.⁹

איסוף הנתונים ודרכי ההפצה של השאלון: נתוני המחקר נאספו באמצעות שאלונים שמולאו בדואר או בטלפון או בדוא"ל. הראיונות הטלפוניים ארכו כ-20 דקות בממוצע.

הסקר נערך בחודשים אוגוסט-דצמבר 2010. בתקופה זו נשלחו מכתבי הסבר לכלל הרופאים, ובהם ניתנה להם האפשרות לבקש שלא להשתתף במחקר ולבקש להשיב על הסקר באמצעות דוא"ל או באמצעות ריאיון טלפוני במקום ברירת המחדל שהייתה סקר דואר רגיל. כשבוע לאחר שליחת המכתבים נשלחו שאלונים בדואר, למילוי ידני לרופאים (למעט אלו שביקשו להתראיין בדוא"ל או בטלפון).

במסגרת הראיונות נבדקה התאמתם של המרואיינים לאוכלוסיית המחקר ונופו רופאים שמסיבות שונות לא התאימו למחקר (למשל, רופאים מהרפואה היועצת שהשתרבו למדגם, רופאים מחליפים שלא עובדים עם קבוצת חולים קבועה וכדומה).

מתוך המדגם ברוטו, כפי שפורט לעיל, של 1,000 רופאים, 116 לא התאימו למחקר, כך שהמדגם נטו כלל 884 רופאים. שיעור ההיענות לסקר היה 69%, ובפועל רואיינו 605 רופאים. הסיבות העיקריות לנפל¹⁰ היו: סירובים (15%) ובעיות איתור (7%).¹¹ טווח שיעור ההיענות בכל קופה נע בין 53% ל-77%. כמחצית (53%) מהראיונות התבצעו באמצעות שאלון דואר, כשליש (33%) באמצעות ריאיון טלפוני, וכשישית (14%) באמצעות שאלון דוא"ל.

המחקרים מראים כי השימוש בכמה שיטות באותו סקר יכול להגביר את שיעורי ההיענות ובכך לתרום לאיכות המחקר. במחקר של דילמן ואחרים (Dillman et al., 2008) ששילב בין סקרי טלפון, דואר ודוא"ל נמצא שפנייה שנייה לאלה שלא השיבו בפעם הראשונה באמצעות שיטה אחרת (מעבר מדואר לטלפון ולדוא"ל לדוגמה) הגדילה את שיעור ההיענות. עוד נמצא כי בסקרים הממוענים לרופאים, עירוב מתודולוגיות של סקרים ישנים יותר ובעל יחס עלות-תועלת גבוה יותר מזה של מתודולוגיות אחרות (Katherine et al., 2010).

עם זאת, השילוב בין השיטות מורכב, ומחקרים הראו כי לעומת מי שמרואיינים באמצעות הדואר או הדוא"ל, המרואיינים בטלפון נוטים לתת תשובות חיוביות יותר לשאלות בנושא עמדות (Dillman et al., 1994; Tarnai and Dillman, 1992; Dillman and Mason, 1984; al., 2008); והדבר מקשה

⁹ בסיבות לאי התאמה למחקר ניתן למנות: רופאים שאינם עוסקים ברפואה ראשונית; מתמחים בשלב א (שאינם אחראים למטופלים משל עצמם ואינם נמדדים במסגרת התכנית); רופאים העוסקים בעבודה ניהולית ומנהלתית בלבד; רופאים שיצאו לפנסיה; רופאים השוהים בחו"ל תקופה ארוכה וכן רופאים שנפטרו.

¹⁰ נציין כי הייתה שונות בשיעורי הנפל בין קופות החולים.

¹¹ ייתכן שחלק מאלה שלא ענו היו בעלי מאפיינים שאינם מתאימים למחקר; אם כן, שיעור ההיענות האמיתי אף גבוה מ-69% המדווחים כאן.

להשוות בין מרואיינים שהשיבו בשיטות שונות. נדון בנושא זה בהמשך, כאשר נציג את הממצאים מהניתוחים הרב-משתניים (ר' סעיף 4.8)

צוות המחקר מנסה לבדוק, בשיתוף הקופות, עד כמה דומים מאפייניהם של המרואיינים מבחינת גיל, מין והתמחות לאלו של הנפל. עד כה הושלמה הבדיקה רק בשירותי בריאות כללית, שם נמצאה מידה רבה של דמיון בין מאפייני המרואיינים לבין מאפייני הנפל. הדגימה כללה מעט יותר צעירים ומעט יותר מומחים מאשר האוכלוסייה בקופה זו.

כלי המחקר: השאלון כלל כ-70 שאלות, רובן סגורות; בשאלות שהתמקדו במידה ובהיקף של תופעות משמעותיות השתמשו החוקרים בסולם תשובות בן 6 דרגות שנעו מ"כלל לא" ל"במידה רבה מאוד". בין היתר הן עסקו בתחומים הבאים:

- ◆ תפיסות כלליות של המעקב אחר מדדי איכות
- ◆ המדדים והגדרותיהם
- ◆ השפעת התכנית על הקשר בין הרופא, המטופל והטיפול הרפואי
- ◆ השפעת התכנית על הקשר בין הרופא והקופה
- ◆ שביעות רצון
- ◆ התחשבות בתמהיל המטופלים בבחינת ההישגים במדדים
- ◆ תפקידה של האחות
- ◆ עתיד התכנית
- ◆ מאפייני רקע של הרופא

השאלות התמקדו בעבודתו של הרופא בקופה שאותה הוא הגדיר כעיקרית.

שקלול הנתונים וניתוחם: הנתונים שוקללו כדי לבטא הבדלים בין הקופות ביחס הדגימה ובשיעור ההיענות לסקר. בשקלול התחשבו בקשר בין הסתברות הדגימה לבין מספר הקופות שאֶתן עובד כל רופא, כלומר בעובדה שלרופא שעובד ב-2 קופות היה סיכוי גדול יותר להיכלל במדגם לעומת רופא שעובד רק באחת מהקופות הללו.¹²

הנתונים נותחו באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), גרסה 13. הניתוחים הדו-משתניים והרב-משתניים נעשו באמצעות תוכנת complex samples כדי שבדיקות המובהקות יתחשבו בעובדה שהמחקר התבסס על מדגם שכבות.

ניתוח השאלות הפתוחות בשאלון נעשה באמצעות תוכנה המאפשרת להעלות סדרה מלאה של כל התשובות לשאלה נתונה. התשובות לשאלות קודדו לפי קטגוריות. כך נבנה ספר קידוד לשאלון. לאחר מכן קודדו תשובותיו של כל מרואיין לפי הקטגוריות והן הועברו לתוכנת SPSS. הצורה הסופית שבה הוצגו הנתונים כללה את הפיכת הנתונים לכמותיים ואת הצגתם בלוחות המראים את שכיחות התשובות השונות.

¹² יצוין שהשקלול אכן שינה את הממצאים, אך רק במידה מועטה.

להלן לוח המפרט את התפלגות המדגם על פי משתני רקע:

לוח 2: התפלגות נדגמים, לפי משתני רקע

המשתנה	אחוזי המדגם (%)
גיל	
44–0	26
60–45	55
+61	19
מגדר	
גבר	56
אישה	44
לאום	
יהודי	76
לא יהודי	24
ארץ לידה	
ישראל	40
ארצות אחרות	60
מומחיות מוכרת	
רפואת משפחה	43
רפואה פנימית/אחר	19
אינו מומחה	38
אופן העסקה	
שכיר	48
עצמאי	25
גם שכיר וגם עצמאי	26
מידת העיסוק ברפואה ראשונית	
עיסוק בלעדי	47
עיסוק עיקרי	45
בעיקר רפואה שניונית או אחר	8
מקום עבודה	
סניף או מרפאה של הקופה	61
מרפאה אישית או קבוצתית שאינה בבעלות הקופה	18
גם בסניף וגם מרפאה אישית או קבוצתית	21
שותפות בקליניקה שמתחלקת בחולים	
שותף בקליניקה	39
אינו שותף בקליניקה	61

משתני רקע: במדגם נכללו רופאים בעלי משתני רקע שונים. ניתן לראות שמעט יותר ממחצית המרואיינים הם גברים, רוב המרואיינים יהודים, וכמו כן רובם מומחים.¹³ כמחצית מהעונים לסקר הם שכירים וכרבע מהם עובדים הן כשכירים והן כעצמאיים. כמעט מחצית מהמרואיינים עוסקים

¹³ במחקר של שמש ואחרים נמצא בשנת 2003, כי 51% אחוז מהרופאים הראשוניים היו מומחים, גידול של 7 נקודות אחוז מהמצב בשנת 1998. ייתכן שמגמת גידול זה נמשכה גם בשנים 2003–2010. נוסף לכך, במחקרנו לא הכנסנו לאוכלוסיית המדגם רופאים לפני שלב א', גם עובדה זו העלתה את כמות המומחים במדגם הראשוני.

ברפואה ראשונית באופן בלבדי וכמו כן מעט פחות ממחצית עוסקים ברפואה ראשונית כעיסוק עיקרי. נוסף לכך, ניתן לראות כי למעלה מ-60% מהמרואיינים עובדים במרפאה או בסניף של הקופה.

4. ממצאים

מהממצאים עולה תמונה מורכבת. מצד אחד, רוב הרופאים דיווחו שמדידת האיכות חשובה, שהיא מסייעת להם לשפר את איכות הטיפול הרפואי וכי הם תומכים בהמשכה. מצד אחר, דיווחו רופאים רבים על בעיות משמעותיות בהפעלתה וביישומה. בקריאת הממצאים חשוב להיות קשובים לשת האמירות האלו, המשלימות זו את זו.

יש לציין כי בחלק גדול מהשאלות היו 3–5 קטגוריות תשובה. לשם הקלה על הקוראים, ברוב המקרים מוצג שיעור המרואיינים לקטגוריות הקצה; כך שבמקרים שבהם סכום התשובות אינו מגיע ל-100% ניתן להבין כי לא הוצגה העמדה ה"בינונית" שמשלימה ל-100%. במקרים רלוונטיים, שבהם זיהינו משמעות להצגת עמדת הביניים (כאשר יש עניין לחבר בין הקטגוריה "בינונית" לבין הקטגוריות הקיצוניות יותר) מוצגת גם העמדה ה"בינונית".

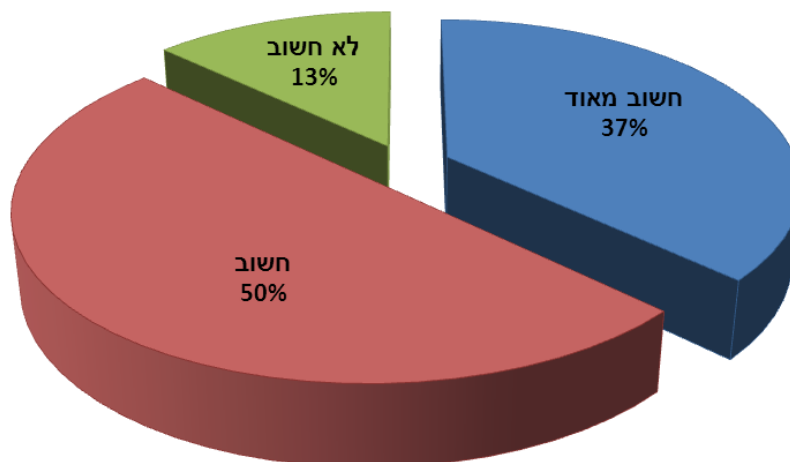
4.1 תפיסות הרופאים לגבי המעקב אחר מדדי האיכות ולגבי המדדים

בהתחלה נבחנו עמדותיהם של הרופאים הראשוניים בנושא מדידת האיכות באופן כללי. ממצאי בדיקה זו שימשו כבסיס וכרקע לבחינת עמדותיהם בנושאים ספציפיים יותר הקשורים לתכנית המדדים.

תפיסותיהם של הרופאים לגבי תכנית המדדים נבדקו באמצעות שתי שאלות. האחת, בחנה את חשיבות עצם המעקב אחר מדדי האיכות בעיני הרופאים (תרשים 1) והשנייה - את מידת תרומתו של המעקב לשיפור איכות הטיפול הרפואי בעיניהם (תרשים 2).

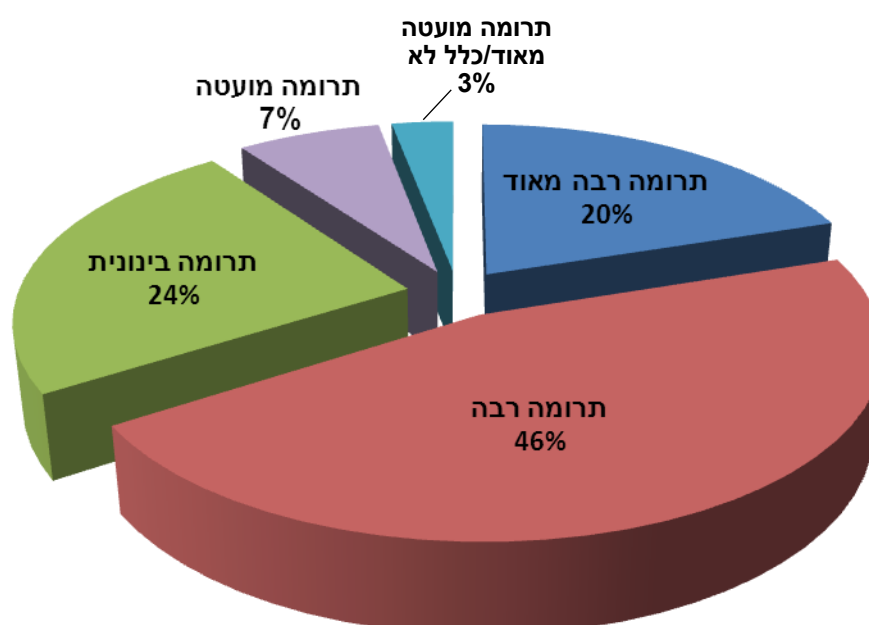
הרוב הגדול (87%) של הרופאים חשבו כי חשוב או מאוד לעקוב אחר מדדי איכות, 13% חשבו כי אין חשיבות למעקב זה (ר' תרשים 1).

תרשים 1: חשיבות המעקב אחר המדדים על פי תפיסת הרופאים (באחוזים)



מתרשים 2 עולה כי שישים ושישה אחוזים מהרופאים השיבו כי המעקב אחר המדדים ונקיטת פעולות בעקבות מעקב זה תורמים לשיפור איכות הטיפול הרפואי במידה רבה או במידה רבה מאוד, ועוד 24% דיווחו על שיפור במידה בינונית. 10% מהרופאים סברו כי המעקב תרם לשיפור איכות הטיפול הרפואי במידה מועטה מאוד, במידה מועטה או כלל לא.

תרשים 2: תרומת המדידה לשיפור איכות הטיפול על פי תפיסת הרופאים (באחוזים)



מעניין לציין ששיעור הרופאים שדיווחו שחשוב לעקוב אחר מדדי האיכות (87%) היה גדול משיעור הרופאים שדיווחו שלמידה יש תרומה רבה או רבה מאוד לאיכות (66%). כנראה, גם חלק גדול מהרופאים שדיווחו שלתכנית יש תרומה בינונית (24%) לאיכות חשבו שהמעקב חשוב או חשוב מאוד. יכולים להיות שני הסברים לכך: או שהם חשבו שתרומה בינונית לאיכות היא סיבה מספקת לבצע מעקב, או שהם חשבו שיש למעקב חשיבות גם מעבר לתרומתו לאיכות.

תפיסתם החיובית של הרופאים לגבי המדידה מתבטאת גם ביחסם לתוכן המדדים עצמם. 76% מהרופאים שנשאלו אמרו כי תחומי הרפואה שנבחרו מתאימים במידה רבה או במידה רבה מאוד, ו-21% נוספים – במידה בינונית.

מרבית הרופאים (60%) ציינו כי המדדים הוגדרו בצורה נכונה מבחינה מדעית וקלינית במידה רבה או במידה רבה מאוד, אבל 40% מהרופאים היו ביקורתיים יותר וסברו כי ההגדרות נכונות במידה בינונית או פחות מכך.

בהמשך לכך ביקשנו לבחון האם הרופאים הבינו את שיטות המדידה. 83% מהרופאים ענו כי הם הבינו את שיטות המדידה ו-15% מהרופאים השיבו כי הם הבינו את שיטות המדידה במידה חלקית. שני אחוזים מהרופאים אמרו כי לא הבינו את שיטות המדידה.

נוסף לכך, ציינו הרופאים תחומים ומדדים ספציפיים שלדעתם הם חסרים או מיותרים. מרבית המרואיינים (76%) ציינו כי תחומי הרפואה בתכנית "מתאימים". בניתוח multi response של תשובותיהם של המרואיינים בנוגע לתחומים שאינם מתאימים¹⁴, צוינו, בין היתר, התחומים הבאים כחסרים, על ידי שיעור ניכר של רופאים:¹⁵ בריאות הנפש (20%), יחס למטופל (16%),¹⁶ יחס לנתונים שונים של המטופל (14%).¹⁷ התחומים שצוינו על ידי מספר רופאים כמיותרים כוללים:¹⁸ רפואה מונעת¹⁹ (29%), חיסונים (27%), כולסטרול ויל"ד (27%) אסתמה (17%) ועוד.

לגבי המדדים הספציפיים, 68% מהרופאים ציינו כי יש מדדים בעייתיים;²⁰ 70% מתוכם (שהם 48% מכלל הרופאים) ציינו כי רק מעט מדדים בעייתיים ורק 6% מהם (שהם 4% מכלל הרופאים) ציינו כי רוב המדדים בעייתיים. בניתוח multi response מצאנו כי במדדים שצוינו כבעייתיים על ידי שיעורים

¹⁴ השאלה שנשאלו הרופאים הייתה "עד כמה נבחרו תחומי הרפואה המתאימים?"

¹⁵ הרופאים הזכירו, בין היתר, תחומים שקיימים, כמו: סוכרת. ייתכן שהם התכוונו למדד מסוים בתחום של סוכרת אך אנו לא ציינו תחומים קיימים.

¹⁶ למשל, תקשורת עם המטופל ואמפתיה כלפיו.

¹⁷ למשל, מדדים פסיכו-סוציאליים, איכות חיים, תזונה.

¹⁸ בהמשך יהיה ראוי לחקור מדוע צוינו דווקא תחומים אלה.

¹⁹ הכוונה לאלו שהשיבו: רפואה מונעת, גילוי מוקדם של סרטן, רישומי שפעת ואנמיה בתינוקות

²⁰ הרופאים נשאלו: "האם לדעתך ישנם מדדים בעייתיים במסגרת התחומים השונים?"

ניכרים של רופאים נכללים מדדי סוכרת²¹ (30%), בדיקת דם סמוי בצואה (29%) ובדיקת LDL (11%).²²

4.2 השפעת התכנית על הקשר רופא-מטופל ועל פרקטיקת העבודה של הרופא

בחנו כיצד השפיעה תכנית המדדים על היחסים בין הרופא לבין המטופל. בפרק זה נסקרת תפיסת הרופאים לגבי השפעת התכנית על עבודתם ועל רמת הקשר הבין-אישי בין המטפל לבין המטופל. נוסף לכך, נציג את תפיסות הרופאים בנוגע להשפעת התכנית על שגרת העבודה של הרופא.

4.2.1 הטיפול בפרט והקשר רופא-מטופל

שאלנו את הרופאים עד כמה הם מסכימים להיגד "המידע על הביצועים שלי גורם לי להיות רופא טוב יותר". יש לציין כי בשאלה זו ניסינו לבחון את השפעת התכנית על הרופא באופן אישי (לעומת הנתון שהוצג לעיל, בתרשים 2 בסעיף 4.1, המתייחס לרופאים כקבוצה). כמחצית מהרופאים (49%) השיבו כי המידע אכן מסייע להם להיות רופאים טובים יותר במידה רבה או במידה רבה מאוד, 29% השיבו כי המידע מסייע להם במידה בינונית, 16% השיבו כי הוא מסייע להם במידה מועטה מאוד או במידה מועטה, ו-6% השיבו כי מידע זה אינו מסייע להם כלל להיות רופאים טובים יותר.

הרופאים נשאלו כיצד העיסוק במדדים השפיע על הקשר שלהם עם המטופל. למעלה מ-50% מהם דיווחו על שיפור בקשר בעקבות תכנית המדדים (11% השיבו כי העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים שיפור רב ו-42% השיבו כי היה שיפור מסוים). 38% ציינו כי העיסוק במדדים לא השפיע כלל על יחסיהם עם המטופלים ו-10% טענו כי הייתה הרעה בקשר עם המטופלים בעקבות תכנית המדדים.

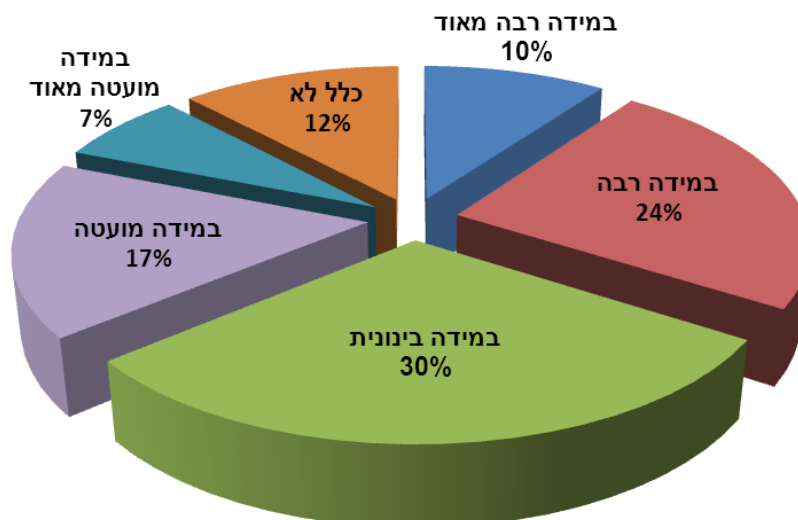
עוד נשאלו הרופאים האם, כאשר מטופל נכנס לחדרם הם בודקים קודם כול את הפרמטרים שלו על פי המדדים או את התלונה שבגינה הגיע. שאלה זו קשורה, בין היתר, למידת האוטונומיה הקלינית שחש הרופא בכניסתו של המטופל אליו. נמצא כי 63% מהמרואיינים אמרו כי קודם כול הם מתייחסים לתלונה, 6% טענו שקודם הם בודקים את מדדי החולה ו-31% אמרו כי הדבר תלוי במצבו של המטופל. נראה אפוא כי גם בעידן המדדים הרופאים יכולים להפעיל שיקול דעת בקשר להיבט זה של הטיפול.

נוסף לכך נשאלו הרופאים עד כמה העיסוק במדדים מסיט את תשומת לבם מנושאים קליניים אחרים. מניתוח הנתונים (ר' תרשים 3) עולה כי 34% מהרופאים חשו כי העיסוק במדדים מסיט את תשומת לבם מנושאים קליניים אחרים במידה רבה או במידה רבה מאוד. שלושים אחוזים חשו כי העיסוק במדדים מסיט את תשומת לבם מנושאים אחרים במידה בינונית, ו-36% חשו כי הדבר קיים, אם בכלל, במידה מועטה מאוד או במידה מועטה.

²¹ חלק מהמרואיינים התייחסו לתחומים כגון סוכרת גם כאשר נתבקשו לזהות מדדים ספציפיים שהם בעייתיים.

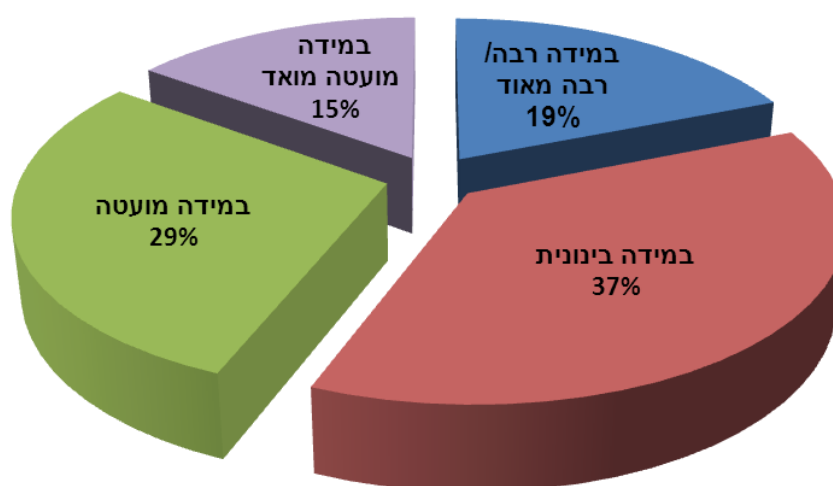
²² ראוי לחקור בהמשך מדוע צוינו דווקא תחומים אלה.

תרשים 3: המידה שבה העיסוק במדדים מסיט את תשומת לבו של הרופא מנושאים קליניים אחרים (באחוזים)



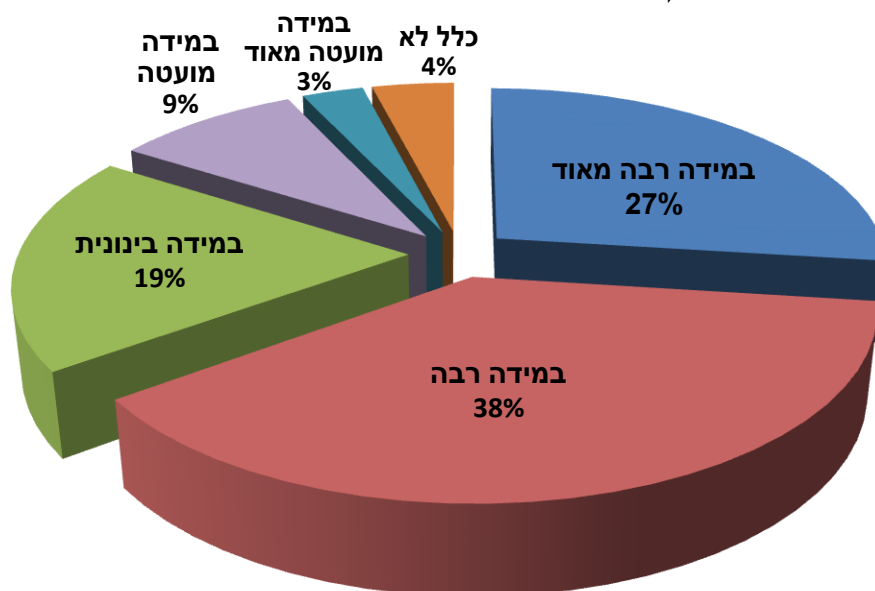
תמונה דומה, אך מעט חיובית יותר, מצטיירת גם בבחינת ההשפעה של העיסוק במדידה על תלונתו של המטופל (ר' תרשים 4): כ-19% מהמראיינים חשו במידה רבה או במידה רבה מאוד, כי המדידה באה על חשבון הקשבה לתלונתו של המטופל, 37% סברו כי הדבר קיים במידה בינונית ואילו למעלה מ-40% סברו כי העיסוק במדדים בא על חשבון תלונתו של המטופל במידה מועטה מאוד, במידה מועטה או כלל לא.

תרשים 4: השפעת העיסוק במדידה על היחס לתלונת המטופל (באחוזים)



אחת הטענות שנשמעה לפני עריכת המחקר הייתה שתכנית המדדים מטילה עומס רב על הרופאים. בסקר ביקשנו לבחון סוגיה זו. מהבדיקה עולה כי רבים מהרופאים חשו כי המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס המוטל עליהם (ר' התפלגות התשובות בתרשים 5), ושני שלישים (65%) מהם חשו עומס רב או עומס רב מאוד.

תרשים 5: המידה שבה המעקב מגדיל את העומס (באחוזים)



עומס ניכר זה הוא נקודה חשובה שיש לתת עליה את הדעת, ואנו בחנו, נוסף לתחושת העומס, איזה חלק מזמנם משקיעים הרופאים בהתבוננות בהישגיהם בתכנית המדדים ובמאמצים לשפר אותם²³ (ר' לוח 3). נמצא כי כמחצית מהרופאים (49%) השקיעו פחות מ-10% מזמנם במדדים, וכי 21% מהרופאים ייחדו למעלה מ-25% מזמנם למדדים.

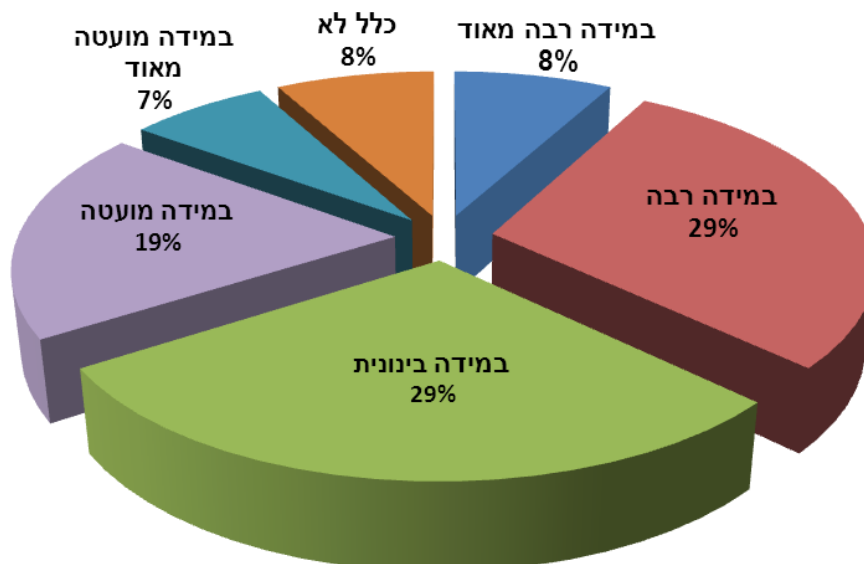
לוח 3: הזמן שמשקיעים הרופאים במדדים (באחוזים)

הזמן המושקע במדדים	הרופאים המשקיעים זמן זה
פחות מ-5%	16
5%–10%	33
10%–25%	30
25%–50%	14
למעלה מ-50%	7

²³ נוסח השאלה: "איזה חלק מזמנך מוקדש להתבוננות בהישגיך ולמאמצים לשפר אותם?" לא הגדרנו למה הכוונה ב"התבוננות בהישגיך ולמאמצים לשפר אותם", ולכן ייתכן שכל רופא פירש את הביטוי אחרת וקבע את הזמנים שבהם הוא עוסק במדדים בדרך שונה.

ביקשנו לבחון גם עד כמה חשו הרופאים כי בעקבות תכנית המדדים הם הפנו מטופלים לבדיקות או לביצוע הליכים רפואיים ללא הצדקה. מצאנו כי למעלה משליש סברו כי הדבר קורה במידה מועטה מאוד, במידה מועטה או כלל לא, ולמעלה משליש נוספים סברו כי הדבר קורה במידה רבה או במידה רבה מאוד (ר' תרשים 6).

תרשים 6: ביצוע בדיקות או פרוצדורות רפואיות ללא הצדקה רפואית (באחוזים)



שאלנו באיזו מידה הקופה מאפשרת לרופאים, על בסיס שיקול דעת רפואי, לפעול שלא על פי הפרוטוקול של המדדים. בשאלה זו, העוסקת בשיקול הקליני של הרופא, מצאנו כי 42% מהרופאים חשו שהם יכולים לפעול שלא לפי המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד, 33% ענו כי הם חשים כך במידה בינונית וכרבע ענו שהדבר מתאפשר להם במידה מועטה (18%), במידה מועטה מאוד (4%) או כלל לא (3%).

4.2.2 הקשר רופא-קופה

בישראל המדדים הם גורם חשוב בקשר בין הרופא לקופה. יתרה מזו, הקופה, כמעסיקה, בוחנת את הרופא על פי המדדים ומשתמשת בהם הן לשם הערכת עבודתו והן במישור הניהולי, כדי להדגיש נושא זה או אחר. לפיכך, ייחסנו חשיבות רבה לבחינת תפיסותיהם של הרופאים בנוגע לקשר בינם לבין הקופה ברמה הפרקטית וברמת הניהול הרפואי.

נמצא כי רוב הרופאים (62%) קיבלו הדרכה לגבי הבנת המדדים; 69% מתוכם סברו שההדרכה הייתה מספקת, 11% - שלא הייתה מספקת ו-20% סברו שהייתה מספקת באופן חלקי.

נוסף לכך, השיבו כמחצית הרופאים (55%) כי הם קיבלו הדרכה כיצד לשפר את המדדים שלהם. מעניין לציין כי בנוגע לשאלה "האם הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור המדדים או כל רופא אמור לחשוב בעצמו כיצד לשפר את מדדיו?" אמרו 19% מהרופאים כי הקופה מציעה דרך מובנית, 23%

סברו כי הרופא אמור לחשוב בעצמו כיצד לשפר את מדדיו, ומרבית המרואיינים (58%) ענו כי מדובר בשילוב של השניים. אם מחברים את הקבוצה הראשונה והשלישית, רואים שכשלושה רבעים מהרופאים (77%) דיווחו שהקופות מסייעות לרופאים לשפר את הישגיהם.

יש לציין כי פעילות הקופה אינה כוללת רק הדרכות, כמובן. הקופות פיתחו מנגנוני תזכורות שבהם ניתן להיעזר במהלך המעקב אחר המטופל. אחד המנגנונים הוא "תזכורת ממוחשבת", המדגישה בפני הרופא כי המטופל שהגיע אליו טרם עבר בדיקה או טיפול נדרש. מנגנון נוסף הוא "רשימות מטופלים חכמות", הניתנות לרופא למעקב.²⁴

תשעים ואחד אחוזים מהרופאים ציינו כי הם מקבלים תזכורות ממוחשבות כאשר מגיע אליהם מטופל שלא נבדק בכל הבדיקות הנדרשות לפי המדדים. כמו כן, 76% מהרופאים אמרו כי הם מקבלים, אחת לתקופה (אין אחידות בין הקופות), רשימה של מטופלים, שטרם נבדקו או שטרם קיבלו טיפולים נדרשים. לדברי המרואיינים, תזכורות ורשימות מעין אלו מסייעות להם, וניתן לראות מתרשים 7 שהתזכורות הממוחשבות מסייעות לרופאים מעט יותר מאשר הרשימות.

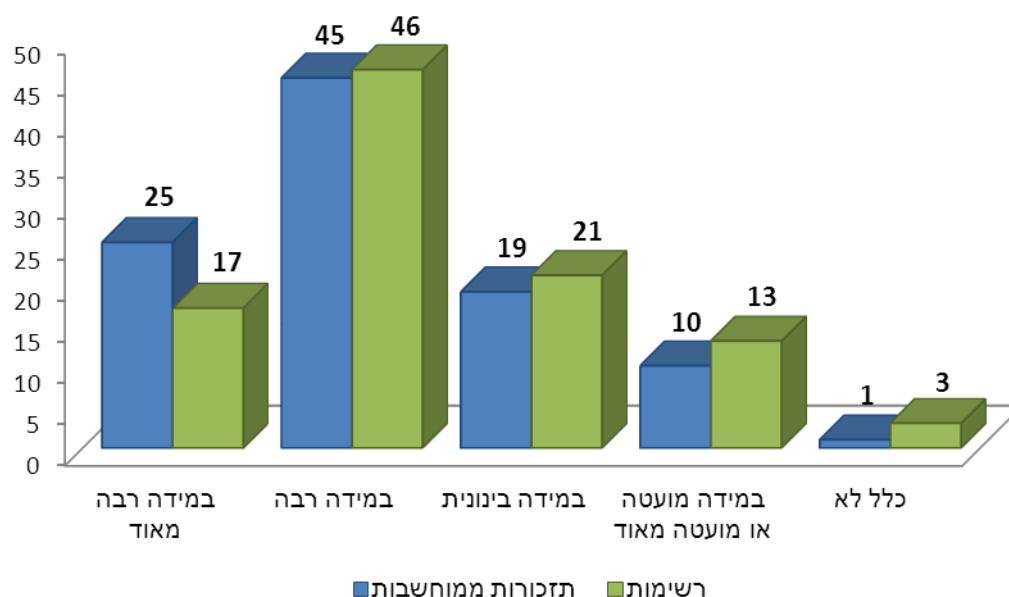
נוסף לכך, 71% מהרופאים חשו כי הממונים עליהם בקופה מעבירים להם מסרים הקשורים למדדים. במסרים שציינו כמה רופאים ניתן למנות את המסרים הבאים:

- ♦ הצורך לשפר את המדדים
- ♦ חשיבותם של המדדים
- ♦ תזכורות ממוחשבות שונות, כגון: חיסון לביצוע, בדיקות להפניות

מחצית מהרופאים הסכימו, במידה רבה או במידה רבה מאוד, ש"הקופה עושה ככל יכולתה כדי לסייע לרופאים לשפר את ביצועיהם", 23% הסכימו עם היגד זה במידה מועטה, במידה מועטה מאוד או כלל לא. עשרים ותשעה אחוזים מהרופאים הסכימו במידה רבה ובמידה רבה מאוד עם ההיגד ש"הרופאים מסייעים זה לזה בעצות לשיפור איכות הטיפול הרפואי", ו-29% נוספים הסכימו עמו במידה בינונית.

²⁴ "תזכורות ממוחשבות" הן תזכורות הנוגעות למטופל מסוים שהרופא רואה על המחשב שלו כאשר הוא מעביר את כרטיסו של המטופל. כך, לעתים מטופל מגיע לרופא עם בעיה כלשהי, והרופא מעביר את הכרטיס המגנטי ורואה שלמטופל חסרה בדיקה מסוימת, ושולח אותו לבצע אותה. "רשימות מטופלים חכמות" הן רשימות שניתנות לרופא על ידי צוות המרפאה או על ידי המנהלים ובהן רשימה של מטופלים שיש לזמן לבדיקות. שני מנגנונים אלו משמשים בקופות לתזכורות ולמעקב אחר מטופלים.

תרשים 7: מידת הסיוע של התזכורות ושל הרשימות החכמות בטיפול בחולים על פי תפיסת הרופאים (באחוזים)



בחלקו הראשון של המחקר, שהתבסס על ראיונות עם מנהלים בקופות, נמצא כי עבודת הצוות הפכה לרכיב חשוב בעבודת הרופא וכי תכנית המדדים הביאה לשיתוף פעולה בין הצוותים בקופה (רופאים, אחיות, עו"סים, פיזיותרפיסטים). מסקר הרופאים עולה שגם הרופאים חשים זאת: 47% חשו כי התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות במרפאה במידה רבה (39%) או במידה רבה מאוד (8%), 24% מהמרואינים חשו כי התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות במידה בינונית ופחות משליש מהמרואינים חשבו כי התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות במידה מועטה (13%), במידה מועטה מאוד (7%) או כלל לא (9%).

4.2.3 שינויים חיוביים בפרקטיקה

הרופאים נשאלו על השינויים בפרקטיקה שלהם. בתחילה הם נדרשו לציין מהם השינויים שעשו במכלול פרקטיקת העבודה שלהם, ולאחר מכן נדרשו לציין שינויים בשלושה תחומים: סוכרת, ממוגרפיה וחיסונים. הרופאים יכלו לציין כמה שינויים שרצו, ללא הגבלה. מעט יותר ממחצית הרופאים (56%) דיווחו על שינוי בפרקטיקה שלהם בעקבות תכנית המדדים, בניתוח multi response ראינו כי השינויים המרכזיים, ברמה הכללית, שנעשו על ידי הרופאים היו: ²⁵ יותר בדיקות (32%), מעקב הדוק יותר אחר מטופלים (30%) והקפדה על מדידות (13%).

²⁵ יצוין שאחת הבעיות באיזון החולה הכרוני היא הגברת היענותו לטיפול המומלץ על ידי הרופא. העדר ציון הבעיה על ידי הרופאים עשוי להעיד על קושי בהתמודדות עם הנושא, ויש לתת על כך את הדעת.

השינויים העיקריים שצינו הרופאים בתחום הסוכרת (בניתוח ה-multi response) היו : הפניות וביצוע בדיקות (53%), מעקב יזום (48%), הדרכה באמצעים שונים (22%), שימוש במומחים מתחומים שונים²⁶ (7%), שינוי תרופתי²⁷ (2%) וכ-14% אמרו כי לא היה שינוי בתחום הסוכרת.

בתחום הממוגרפיה ציינו 54% מהרופאים שינויים בהפניות ובהפניות היזומות לנשים, 22% ציינו שינוי בהסבר שניתן על חשיבות הבדיקה, 13% ציינו מעקבים ובדיקות הדוקים יותר, 10% ציינו הקפדה על הוראות ונהלים והסתייעות בתזכורות של הקופה, 3% ציינו שינוי ברמה הטכנית, כגון : שימוש בניידת ממוגרפיה ובהסעות, ו-13% ציינו כי אין שינוי בפרקטיקה שלהם לגבי ממוגרפיה.

בתחום החיסונים ציינו 28% מהרופאים שינויים בכל הקשור לבדיקות ולמעקבים, ו-27% ציינו הגברת ההסברה והעלאת המודעות. 27% נוספים ציינו פניות יזומות למטופל והמלצות להתחסן, 9% ציינו עבודת צוות והגברתה וכ-20% ציינו כי אין שינוי בתחום החיסונים.

בהמשך לכך, למעלה משליש מהרופאים דיווחו כי חל שינוי במדדים שלהם, בשנים האחרונות, במידה רבה או במידה רבה מאוד, וכשליש נוסף דיווחו על שינוי במידה בינונית.

בדקנו, ממה, לדעתם, נבעו שינויים אלו. שאלנו עד כמה נבעו השינויים מכל אחד מהגורמים הבאים : מהמעקב אחר המדדים, מהשינויים שיזמה הקופה ומהשינויים שזים הרופא. מתשובות הרופאים עולה כי הם ייחסו השפעה רבה לכל שלושת הגורמים האלו. תשעים אחוזים סברו כי השינויים נבעו, במידה רבה או במידה רבה מאוד, מהמעקב אחר המדדים, ובמקביל, כ-75% סברו שהם נבעו במידה רבה או במידה רבה מאוד מיוזמות הקופות ומיוזמות הרופאים.

4.2.4 בעיות ביישומה של התכנית

למרות הכרתם של הרופאים בתרומותיה המשמעותיות של תכנית המדדים, כ-30% מהם דיווחו על השפעות לוואי שליליות, 50% סברו כי אין השפעות כאלה, וכ-20% ענו כי אינם יודעים.

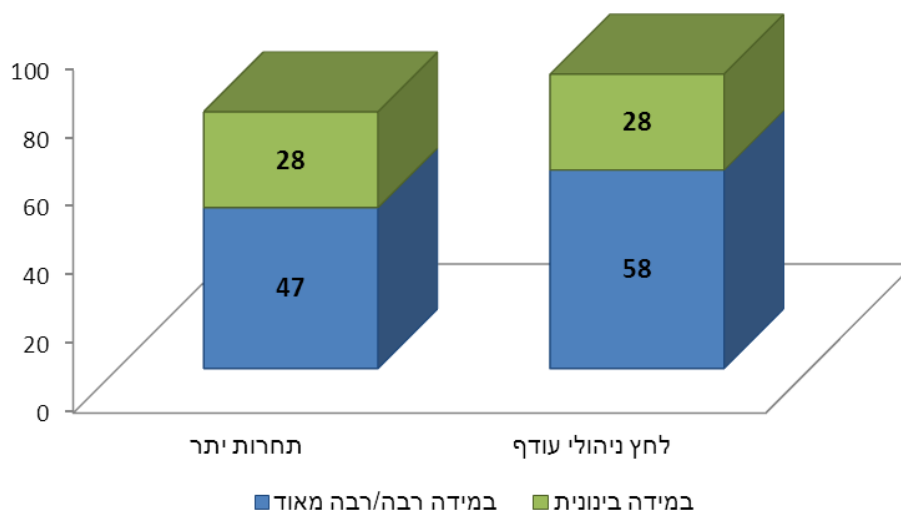
מהדוגמאות שלעיל עולה כי רופאים רבים חשו בעומס. השפעות לוואי נוספות שנבדקו במפורש הן תחרות-יתר ולחץ ניהולי עודף. ארבעים ושמונה אחוזים מהרופאים חשו תחרות-יתר בעקבות תכנית המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד, ו-27% חשו תחרות-יתר במידה בינונית. רופאים רבים²⁸ (60%) חשו לחץ ניהולי עודף בעקבות תכנית המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד, ובהמשך לכך, 27% חשו בלחץ זה במידה בינונית (ר' תרשים 8).

²⁶ הכוונה הן לרופאים מומחים באנדוקרינולוגיה והם למומחים בתחומים אחרים לגמרי, כגון : דיאטניות

²⁷ הכוונה לשימוש באינסולין

²⁸ משיחות עם רופאים הבנו שתחושת "לחץ ניהולי עודף" מושפעת הן ממידת העומס והן מהתדירות ומהדרך שבה המנהלים מדברים עם הרופאים על הביצועים שלהם.

תרשים 8: רופאים שחשים תחרות-יתר ולחץ ניהולי עודף בעקבות תכנית המדדים (באחוזים)



נתונים דומים התקבלו גם בנוגע להיגד "אני מרגיש לחץ מצד הממונים עליי לשפר את ביצועיי". 55% מהמרואינים ציינו כי הם מרגישים זאת במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-24% חשו זאת במידה בינונית. כדי להפחית את הלחץ הניהולי ואת תחרות-היתר הציעו הרופאים, בין השאר:

- ♦ להאריך את משך הביקור של החולה
- ♦ להתאים את המדדים לאוכלוסייה
- ♦ להוריד חלק מהמדדים
- ♦ להפסיק את ההשוואה הפומבית בין הרופאים

4.3 תפקיד האחיות

בדוח הביניים (רוזן וניסנהולץ, 2010), שסיכם כאיונות עומק בדרגים הניהוליים בקופות החולים ובארגונים נוספים, נמצא כי לסיעוד יש מקום משמעותי בתהליכי שיפור האיכות ובתכנית המדידה.

בבדיקת תפיסותיהם של הרופאים בשטח כלפי האחיות נצפתה מגמה דומה. 75% מהרופאים ציינו כי האחיות שותפות באחריות לשיפור איכות הטיפול הרפואי במידה רבה או במידה רבה מאוד. נתון זה מצביע על הערכתם של הרופאים כלפי האחיות ועל כך שהם חשים שלאחיות תפקיד חשוב בשיפור איכות הטיפול הרפואי, בהיותן חלק מהצוות המטפל באדם שזקוק לטיפול הרפואי.²⁹

²⁹ נציין כי לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי מגדר ולפי היותו של הרופא מומחה או לא מומחה. עם זאת נמצאו הבדלים של יותר מ-10 נקודות אחוז בין שכירים, לבין מי שעובדים גם כשכירים וגם כעצמאים (להלן: הקבוצה המשולבת) ובין רופאים העובדים כעצמאיים בלבד. בקבוצת השכירים ובקבוצה המשולבת רואים את האחיות כשותפות במידה רבה או במידה רבה מאוד (77% או 78% מהרופאים, בהתאמה), ואילו בקבוצת העצמאיים 65% רואים את האחיות כשותפות באחריות לשיפור איכות הטיפול הרפואי במידה רבה או במידה רבה מאוד.

שמונים אחוזים מהמרואיינים הסכימו³⁰ כי יש שותפות מלאה בין הרופא לאחיות באחריות לרמת המדדים בתכנית. ממצא זה עולה בקנה אחד עם התגובות להיגד הנגדי – שהאחריות לביצוע המדדים מוטלת על הרופא, ושהאחיות "כלל לא" אמורות לסייע בכך – 86% לא הסכימו עם היגד זה.

המחקר בחן כיצד תופס הרופא את חלוקת האחריות בינו לבין האחות בביצוע המדדים. שבעים ושלושה אחוזים מהרופאים ציינו כי הם והאחיות אחראיים לביצוע המדדים. פתשובות לא נמצא הבדל משמעותי בין גברים לנשים, בין מבוגרים לצעירים או בין מומחים לאלו שאינם מומחים. גם בבחינת הסיוע בפועל של האחיות לשיפור איכות עבודתו של הרופא נראה כי רוב הרופאים, 60% מהמרואיינים, חשבו כי האחיות מסייעות בפועל לשיפור האיכות בפרקטיקה שלהם במידה רבה או במידה רבה מאוד.

4.4 שביעות הרצון

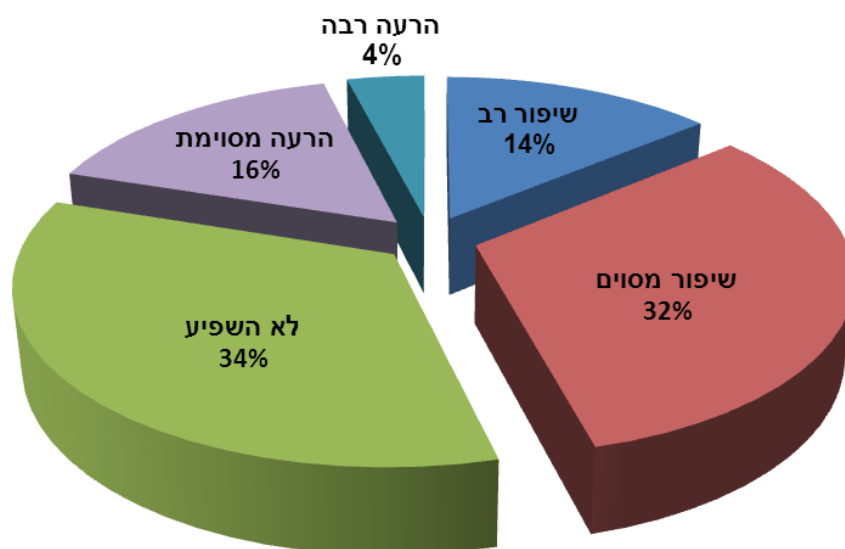
במחקרנו נבחנו גם השפעת התכנית על שביעות רצונם של הרופאים. בריאיון נשאלו הרופאים גם על מידת שביעות רצונם הכללית. רובם השיבו כי הם מרוצים מעבודתם. נמצא כי 80% מהרופאים היו שבעי רצון מעבודתם במידה רבה או במידה רבה מאוד, 16% היו שבעי רצון במידה בינונית ו-5% במידה מועטה או במידה מועטה מאוד. מדובר בשביעות רצון מהעבודה כרופא באופן כללי, וללא קשר לתכנית מדדי האיכות.³¹

בהמשך לכך נשאלו הרופאים כיצד השפיעה התכנית על שביעות רצונם מעבודתם. כמחציתם (46%) השיבו כי התכנית שיפרה את שביעות רצונם מהעבודה (14% – בהרבה; 32% – שיפור מסוים, כשליש השיבו כי התכנית לא השפיעה על שביעות רצונם, ובערך 21% (אחד מתוך חמישה) השיבו כי התכנית הפגעה את שביעות רצונם מהעבודה (ר' תרשים 9).

³⁰ הכוונה למי שענה "מסכים" או "מסכים בהחלט" לאמירה: "קיימת שותפות מלאה ביני לבין האחיות לגבי הביצועים הנמדדים".

³¹ נציין כי במחקר של ניראל ואחרים (2004) שבחן מאפייני העסקה והשלכות על חיי העבודה של רופאים מומחים בתחומים שונים, עלה כי על פי מדד שביעות הרצון שבנו החוקרים 66% מהרופאים המומחים מרוצים בעבודה. נמצא כי רמת שביעות הרצון נעה בין 55% בקרב הכירורגים ועד 79% בקרב רופאי העור. אמנם, קשה לבצע השוואה דיכוטומית בין שני הממצאים, שכן מדובר על קבוצות שונות (רופאים ראשוניים ורופאים מומחים) וכן על השוואות שונות (באחד מדד שהתקבל משקלול מספר שאלות ובשני תפיסות של הרופאים ותחושותיהם), אך מצאנו לנכון להביא לידיעת הקוראים את הנתונים הרלוונטיים שמצאנו בנושא.

תרשים 9: השפעת תכנית המדדים על שביעות רצונו של הרופא מעבודתו (באחוזים)



4.5 ההתחשבות בתמהיל המטופלים בבחינת ההישגים במדדים

בשנים האחרונות גוברת ההכרה כי מצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל משפיע על בריאותו. בנושא זה מתקיים דיון ציבורי ומקצועי בשאלה "האם כאשר משווים את ההישגים במדדי האיכות בין יחידות ארגוניות ובין רופאים, ראוי להביא בחשבון הבדלים בתמהיל המטופלים?" בסקר נבחנו עמדותיהם של הרופאים בנושא זה. הרופאים נשאלו באיזו מידה הם סבורים שמצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל משפיע על מצבו הבריאותי ועל הצלחת הטיפול הרפואי ובאיזו מידה הם סבורים שעליהם להתאים את הטיפול למצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל. רוב הרופאים הסכימו כי מצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל משפיע על הצלחת הטיפול הרפואי וכי יש להתאים את הטיפול למצבו, במידה רבה או במידה רבה מאוד (83% בשני המקרים).

לוח 4: מידת הצורך בשקלול המצב הפסיכו-סוציאלי, המצב הכלכלי והמצב הבריאותי של המטופל על פי תפיסת הרופאים (באחוזים)

האם ראוי שהמדדים ישקלו/יביאו בחשבון את...	ראוי מאוד	ראוי	לא ראוי	כלל לא ראוי	לא רלוונטי ³²
מצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל?	32	52	9	2	5
מצבו הכלכלי של המטופל?	27	46	19	3%	6
מצבו הבריאותי הכללי של המטופל?	39	53	6	0	2

³² כך הוגדרה קטגוריית התשובה בשאלון. ייתכן שמי שענה התכוון לכך שהדבר אינו ישים.

רוב הרופאים גם סברו כי על המדדים להתחשב במצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל וכן במצבו הכלכלי ובמצב בריאותו הכללי. מלוח 4 לעיל עולה שלדעת רוב הרופאים ראוי או ראוי מאוד להביא בחשבון את כל שלושת הפרמטרים; לגבי המצב הכלכלי התמיכה הייתה מעט קטנה יותר.

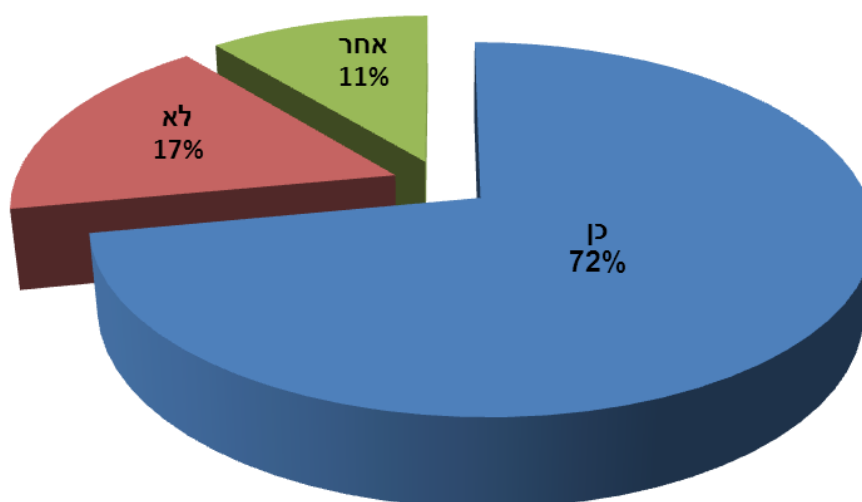
4.6 מבט לעתיד ושינויים אפשריים

תכנית המדדים הלאומית פועלת במתכונת זו, כאמור, משנת 2004. כיום, לאחר 7 שנים, ולאחר החלפת מנהלת הפרויקט, טבעי שגורמים שונים במערכת מתעניינים כיצד ייראה, וכיצד רצוי שייראה, השלב הבא של התכנית. לפיכך, שאלנו את הרופאים על העתיד ועל הכיוונים אשר לדעתם ראוי להמשיך בהם.

4.6.1 המשך המדידה

ברמה הבסיסית בחנו את העמדות בנוגע להמשך תכנית המדידה.³³ מהתפלגות התשובות (ר' תרשים 10) עולה כי 72% היו ממשיכים בתכנית המדידה, 17% לא היו ממשיכים במדידה ו-11% ענו "אחר" (בדרך כלל הכוונה הייתה לכך שהתמיכה בתכנית מותנית או חלקית).

תרשים 10: הרופאים שמעוניינים בהמשך תכנית המדידה (באחוזים)



פילוח כמותי של הנתונים הראה כי משמעות תשובה זו ("אחר") הייתה שהמשך התכנית, על פי עמדת מרואיינים אלו, צריך להיות מותנה בשינוי, בין אם מדובר בשינוי משמעותי צמצום התכנית והורדת חלק מהמדדים ובין אם מדובר בשינויים ארגוניים (התאמה לסוג אוכלוסייה, לגיל וכדומה); בשינויים מבניים (הוספת כוח אדם סיעודי ואדמיניסטרטיבי וכדומה) או בשינויים מהותיים (בדרך השימוש במדדים, באי התניה של עמידה במדדים וכדומה).

³³ הכוונה להמשך התכנית במתכונתה הנוכחית.

4.6.2 שינויים במדדים ובשימוש בהם

נכונותם של חלק הארי מהרופאים להמשיך בתכנית המדידה אינה מלמדת בהכרח כי אין הם רוצים לשנות את המדדים. לפיכך, המשכנו ושאלנו אותם על מידת רצונם לשנות, הן את המדדים עצמם והן את אופן השימוש של הקופה בהם. פילוח התשובות מופיע בלוח 5 להלן, וניתן לראות כי כמעט שליש מהרופאים היו משנים את המדדים במידה רבה או במידה רבה מאוד, ורבע נוסף היו משנים במידה בינונית. כלומר, מעל מחצית מהרופאים רואים צורך בשינויים במדדים במידה משמעותית. תשובות דומות התקבלו גם לשאלה על המידה שבה הרופאים סבורים כי יש לשנות את אופן השימוש במדדים.

לוח 5: מידת השינוי הנדרש במדדים ומידת השינוי באופן השימוש של הקופה במדדים על פי תפיסת הרופאים (באחוזים)

"באיזו מידה היית מכניס שינוי בדרך שבה הקופה משתמשת במדדים?"	"באיזו מידה היית מכניס שינוי במדדים?"	
7	10	במידה רבה מאוד
20	23	במידה רבה
22	27	במידה בינונית
19	19	במידה מועטה
10	8	במידה מועטה מאוד
23	14	כלל לא

באשר לשינוי בדרך השימוש במדדים, ציינו הרופאים שינויים טכניים ואדמיניסטרטיביים (הוספת זמן, תגבור הצוותים המטפלים והאדמיניסטרטיביים), שינויים בדרכי התזכורת ושינויים באופן המדידה (התאמה למצב חברתי-כלכלי) וכדומה. שאלנו את הרופאים אם יש, לדעתם, להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים. ששים ושלושה אחוזים מהמרוואיינים אמרו כי אין להרחיב את המדידה, ו-32% טענו שיש להרחיב אותה. חמישה אחוזים נוספים סימנו "אחר" וציינו בכתב מדדים נוספים, כגון: אוסטאופורוזיס, PAP, אלכוהול, דיכאון, ניטור השימוש באנטיביוטיקה ועוד.

4.7 הבדלים בין רופאים בעלי מאפייני רקע שונים

בסעיף זה מסוכמים בקצרה ההבדלים בעמדותיהם של הרופאים, המוגדרים על-פי גיל, מגדר וכו', כלפי תכנית המדדים. בכל לוח מהלוחות 6-11 המובאים בסעיף זה מוצגים כ-40 מהממצאים העיקריים. ככל שהערך גבוה יותר, העמדה כלפי התכנית חיובית יותר. בטורים מופיעים הערכים של כלל אוכלוסיית הרופאים ולאחר מכן הערכים של תת-האוכלוסיות (כגון קבוצות הגיל השונות בלוח 1). כאשר ערך של תת-קבוצה היה גבוה ביותר מ-5 נקודות אחוז מהערך של הסה"כ סימנו אותו בירוק, וכאשר הערך שלו היה נמוך ביותר מ-5 נקודות אחוז מזה של הסה"כ סימנו אותו באדום. הדבר מאפשר לקורא לתפוס בצורה חזותית ומהירה מי הן תת-הקבוצות, שיש להן, באופן כללי, יחס חיובי או שלילי לתכנית, וכן לזהות את המשתנים שבהם היו הבדלים גדולים יחסית. בטור הימני ביותר סימנו בכוכביות את המשתנים שבהם נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות (ברמת $p < .05$).³⁴

³⁴ דבר המעיד על כך שהסיכוי שאין הבדל בכלל בין הקבוצות נמוך מ-5%.

לוח 6: הממצאים העיקריים, לפי קבוצת גיל^א (באחוזים)

סה"כ	44-0	60-45	+61	
87	86	89	83	המעקב אחר המדדים חשוב
66	57	70	67	* המעקב תורם לשיפור במידה רבה +
76	75	79	69	נבחרו תחומי רפואה מתאימים במידה רבה +
60	45	64	63	* המדדים הוגדרו נכון במידה רבה +
83	85	81	83	שיטות המדידה מובנות
44	32	44	60	* כל המדדים, או רובם המכריע, הוגדרו נכון מדעית
49	45	49	51	המידע מסייע להיות רופא יותר טוב במידה רבה +
52	43	55	57	* העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים
94	94	94	91	כשמוטפל נכנס לחדר יתייחס קודם לתלונה, לפחות בחלק מהמקרים
35	31	33	45	* העיסוק במדדים מסיט את תשומת הלב רק במידה מועטה מאוד
44	48	42	44	העיסוק במדדים בא על חשבון עיסוק בתלונות במידה מועטה מאוד-
16	15	16	18	המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס במידה מועטה מאוד-
79	82	77	80	מקדיש עד 25% מזמנו לעיסוק במדדים
34	35	33	35	המדדים גורמים לפעולות לא מוצדקות במידה מועטה מאוד-
42	36	43	44	הקופה מאפשרת גמישות בהפעלת הפרוטוקולים במידה רבה +
62	58	67	53	* קיבל הדרכה על המדדים
69	62	74	63	ההדרכה הייתה מספיקה
55	47	60	47	* קיבל הדרכה כיצד לשפר את הביצועים
77	74	80	70	הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור (כולל שילוב עם יוזמת רופא)
91	94	90	89	מקבל תזכורות ממוחשבות
76	72	75	82	מקבל רשימות חכמות
69	66	70	73	התזכורות מסייעות במידה רבה +
63	57	65	68	הרשימות החכמות מסייעות במידה רבה +
50	39	54	54	* הקופה מסייעת ככל יכולתה - מסכים במידה רבה +
59	55	62	52	הרופאים מסייעים אחד לשני, לפחות במידה בינונית
47	40	51	47	התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות - במידה רבה +
69	64	70	75	לא דיווחו שלתכנית יש השפעות שליליות
25	23	23	32	התכנית גרמה לתחרות יתר רק במידה מועטה מאוד
13	10	14	15	התכנית גרמה לחץ ניהולי עודף רק במידה מועטה מאוד
21	19	23	19	מרגיש לחץ מהממונים רק במידה מועטה מאוד
56	61	57	45	* עשו שינויים בפרקטיקה בעקבות התכנית
80	76	79	85	שבע רצון מהעבודה כרופא - במידה רבה +
46	35	50	51	* התכנית שיפרה את שביעות הרצון
83	90	79	83	* למצב הפסיכו-סוציאלי השלכה על מצב בריאות במידה רבה +
86	86	84	84	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הפסיכו-סוציאלי
73	77	70	74	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הכלכלי
92	95	91	91	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הבריאותי
75	77	74	72	אחיות שותפות באחריות לשיפור האיכות במידה רבה +
60	61	61	55	אחיות תורמות לאיכות בפרקטיקה שלו במידה רבה +
71	68	72	75	מעוניין בהמשך התכנית (בלי "תלוי...")
42	35	41	49	המדדים צריכים שינויים במידה מועטה מאוד-
52	47	51	59	הקופות צריכות לשנות את אופן השימוש במדדים במידה מועטה מאוד-
32	29	34	33	יש להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים

* p<.05

לוח 6 מציג את הממצאים לפי קבוצות גיל. נמצא שבדרך כלל, הקבוצה של גילאי 0–44 מתאפיינת ביחס חיובי פחות מהממוצע בקרב כלל הרופאים. לדוגמה, 57% מהם העריכו שהמעקב תורם לשיפור במידה "רבה" או "במידה רבה מאוד", לעומת כ-70% בקרב קבוצות הגיל האחרות. קבוצת הגיל 45–60 התאפיינה ביחס חיובי, יחסית (אך במעט) לממוצע; לדוגמה, כ-60% מהם ציינו שקיבלו מהקופות הדרכה כיצד לשפר את הביצועים, וזאת לעומת פחות מ-50% בקבוצות האחרות. בקבוצת הגיל 61+, המגמה הייתה מעורבת.

לוח 7: הממצאים העיקריים, לפי מגדר (באחוזים)

אישה	גבר	סה"כ	
87	85	87	המעקב אחר המדדים חשוב
63	66	66	המעקב תורם לשיפור במידה רבה +
71	81	76	* נבחרו תחומי רפואה מתאימים במידה רבה +
61	54	60	המדדים הוגדרו נכון במידה רבה +
82	83	83	שיטות המדידה מובנות
42	47	44	כל המדדים, או רובם המכריע, הוגדרו נכון מדעית
51	43	49	המידע מסייע להיות רופא יותר טוב במידה רבה +
52	51	52	העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים
94	93	94	כשטופל נכנס לחדר יתייחס קודם לתלונה, לפחות בחלק מהמקרים
34	35	35	העיסוק במדדים מסיט את תשומת הלב רק במידה מועטה מאוד
43	47	44	העיסוק במדדים בא על חשבון עיסוק בתלונות רק במידה מועטה מאוד-
14	18	16	המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס במידה מועטה מאוד-
81	78	79	מקדיש עד 25% מזמנו לעיסוק במדדים
30	38	34	המדדים גורמים לפעולות לא מוצדקות במידה מועטה מאוד-
42	39	42	הקופה מאפשרת גמישות בהפעלת הפרוטוקולים במידה רבה +
64	60	62	קיבל הדרכה על המדדים
66	70	69	ההדרכה הייתה מספיקה
59	48	55	* קיבל הדרכה כיצד לשפר את הביצועים
80	72	77	הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור (כולל שילוב עם יוזמת רופא)
93	88	91	* מקבל תזכורות ממוחשבות
80	69	76	* מקבל רשימות חכמות
67	71	69	התזכורות מסייעות במידה רבה +
65	58	63	* הרשימות החכמות מסייעות במידה רבה +
53	43	50	הקופה מסייעת ככל יכולתה - מסכים במידה רבה +
57	58	59	הרופאים מסייעים אחד לשני, לפחות במידה בינונית
45	48	47	התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות - במידה רבה +
64	76	69	* לא דיווחו שלתכנית יש השפעות שליליות
25	24	25	התכנית גרמה לתחרות יתר במידה מועטה מאוד -
13	14	13	התכנית גרמה ללחץ ניהולי עודף במידה מועטה מאוד -
19	25	21	* מרגיש לחץ מהממונים במידה מועטה מאוד -
57	53	56	עשו שינויים בפרקטיקה בעקבות התכנית
79	79	80	שבע רצון מהעבודה כרופא - במידה רבה +
48	41	46	התכנית שיפרה את שביעות הרצון
81	84	83	למצב הפסיכו-סוציאלי השלכה על מצב בריאות במידה רבה +
84	84	86	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הפסיכו-סוציאלי
71	74	73	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הכלכלי
91	92	92	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הבריאותי
73	76	75	אחיות שותפות באחריות לשיפור האיכות במידה רבה +
61	55	60	אחיות תורמות לאיכות בפרקטיקה שלו במידה רבה +
70	71	71	מעוניין בהמשך התכנית (בלי "תלוי...")
39	43	42	המדדים צריכים שינויים במידה מועטה מאוד-
51	49	52	הקופות צריכות לשנות את אופן השימוש במדדים במידה מועטה מאוד-
36	26	32	* יש להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים

* מובהק ברמה של $p < .05$

לוח 7 מציג את הממצאים לפי מגדר. כמעט שלא נמצאו הבדלים לפי חתך זה. בלוח 8 מושווים הממצאים לפי מוצא אתני – בין יהודים ללא-יהודים. באופן כללי, יחסם של הלא-יהודים כלפי התכנית חיובי יותר. לדוגמה, 77% מהם ציינו שהמעקב תורם לשיפור (במידה רבה ובמידה רבה מאוד), לעומת 62% שסברו כך בקרב היהודים. כמו כן, 82% מהלא יהודים תמכו בהמשך התכנית (בלי "תלוי"), לעומת 67% מהיהודים. עם זאת, יש גם יוצאי דופן למגמה זו.

לוח 8: הממצאים העיקריים, לפי מוצא אתני (באחוזים)

סה"כ	לא-יהודי	יהודי	
87	96	84	* המעקב אחר המדדים חשוב
66	77	62	* המעקב תורם לשיפור במידה רבה +
76	83	74	* נבחרו תחומי רפואה מתאימים במידה רבה +
60	66	56	* המדדים הוגדרו נכון במידה רבה +
83	83	82	שיטות המדידה מובנות
44	41	45	כל המדדים, או רובם המכריע, הוגדרו נכון מדעית
49	64	43	* המידע מסייע להיות רופא יותר טוב במידה רבה +
52	71	46	* העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים
94	97	93	כשמוטפל נכנס לחדר יתייחס קודם לתלונה, לפחות בחלק מהמקרים
35	34	35	העיסוק במדדים מסיט את תשומת הלב רק במידה מועטה מאוד
44	43	44	העיסוק במדדים בא על חשבון עיסוק בתלונות רק במידה מועטה מאוד-
16	13	17	המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס במידה מועטה מאוד-
79	68	83	* מקדיש עד 25% מזמנו לעיסוק במדדים
34	23	37	* המדדים גורמים לפעולות לא מוצדקות במידה מועטה מאוד-
42	46	39	הקופה מאפשרת גמישות בהפעלת הפרוטוקולים במידה רבה +
62	60	63	קיבל הדרכה על המדדים
69	68	68	ההדרכה הייתה מספיקה
55	55	55	קיבל הדרכה כיצד לשפר את הביצועים
77	87	73	* הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור (כולל שילוב עם יוזמת רופא)
91	93	90	מקבל תזכורות ממוחשבות
76	84	73	* מקבל רשימות חכמות
69	79	66	* התזכורות מסייעות במידה רבה +
63	84	55	* הרשימות החכמות מסייעות במידה רבה +
50	58	47	* הקופה מסייעת ככל יכולתה - מסכים במידה רבה +
59	70	54	* הרופאים מסייעים אחד לשני, לפחות במידה בינונית
47	75	38	* התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות - במידה רבה +
69	61	72	* לא דיווחו שלתכנית יש השפעות שליליות
25	15	27	* התכנית גרמה לתחרות יתר רק במידה מועטה מאוד
13	9	15	* התכנית גרמה ללחץ ניהולי עודף רק במידה מועטה מאוד
21	23	21	מרגיש לחץ מהממונים רק במידה מועטה מאוד
56	63	54	עשו שינויים בפרקטיקה בעקבות התכנית
80	82	78	שבע רצון מהעבודה כרופא - במידה רבה +
46	68	38	* התכנית שיפרה את שביעות הרצון
83	83	83	למצב הפסיכו-סוציאלי השלכה על מצב בריאות במידה רבה +
86	83	85	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הפסיכו-סוציאלי
73	70	74	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הכלכלי
92	87	93	* בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הבריאותי
75	78	73	אחיות שותפות באחריות לשיפור האיכות במידה רבה +
60	77	53	* אחיות תורמות לאיכות בפרקטיקה שלו במידה רבה +
71	82	67	* מעוניין בהמשך התכנית (בלי "תלוי...")
42	50	37	* המדדים צריכים שינויים במידה מועטה מאוד-
52	63	47	* הקופות צריכות לשנות את אופן השימוש במדדים במידה מועטה מאוד-
32	35	30	יש להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים

* מובהק ברמה של $p < 0.05$

לוח 9 מציג את הממצאים לפי ארץ לידה. בחלק מהשאלות ילידי הארץ הביעו תפיסות חיוביות יותר מאשר ילידי חו"ל ובחלק - ההפך. 52% מילידי חו"ל ציינו שכל המדדים, או רובם, הוגדרו נכון מדעית (לעומת 33% מילידי הארץ); 86% מילידי הארץ דיווחו שהם מקבלים רשימות חכמות מהקופה (לעומת 68% מילידי חו"ל). ככלל, נראה שהמשתנים שכלפיהם יחסם של ילידי חו"ל חיובי יותר הם הערכתיים-שיפוטיים, ואילו המשתנים שיחסם של ילידי הארץ כלפיהם חיובי יותר הם דיווחיים-אובייקטיביים.

לוח 9: הממצאים העיקריים, לפי ארץ לידה (באחוזים)

סה"כ	נולד בחו"ל	נולד בארץ	
87	87	86	המעקב אחר המדדים חשוב
66	66	65	המעקב תורם לשיפור במידה רבה +
76	76	76	נבחרו תחומי רפואה מתאימים במידה רבה +
60	58	60	המדדים הוגדרו נכון במידה רבה +
83	83	81	שיטות המדידה מובנות
44	52	33	* כל המדדים, או רובם המכריע, הוגדרו נכון מדעית
49	46	52	המידע מסייע להיות רופא יותר טוב במידה רבה +
52	51	54	העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים
94	94	93	כשמטופל נכנס לחדר יתייחס קודם לתלונה, לפחות בחלק מהמקרים
35	38	31	העיסוק במדדים מסיט את תשומת הלב רק במידה מועטה מאוד
44	43	45	העיסוק במדדים בא על חשבון עיסוק בתלונות רק במידה מועטה מאוד-
16	20	11	* המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס במידה מועטה מאוד-
79	80	78	מקדיש עד 25% מזמנו לעיסוק במדדים
34	34	32	המדדים גורמים לפעולות לא מוצדקות במידה מועטה מאוד-
42	43	40	הקופה מאפשרת גמישות בהפעלת הפרוטוקולים במידה רבה +
62	61	63	קיבל הדרכה על המדדים
69	69	68	ההדרכה הייתה מספיקה
55	51	60	* קיבל הדרכה כיצד לשפר את הביצועים
77	73	82	* הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור (כולל שילוב עם יוזמת רופא)
91	87	96	* מקבל תזכורות ממוחשבות
76	68	86	* מקבל רשימות חכמות
69	70	69	התזכורות מסייעות במידה רבה +
63	62	65	הרשימות החכמות מסייעות במידה רבה +
50	51	48	הקופה מסייעת ככל יכולתה - מסכים במידה רבה +
59	55	63	* הרופאים מסייעים אחד לשני, לפחות במידה בינונית
47	45	51	התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות - במידה רבה +
69	78	56	* לא דיווחו שלתכנית יש השפעות שליליות
25	29	17	* התכנית גרמה לתחרות יתר במידה מועטה מאוד-
13	15	10	* התכנית גרמה ללחץ ניהולי עודף במידה מועטה מאוד-
21	26	14	* מרגיש לחץ מהממונים במידה מועטה מאוד-
56	53	59	עשו שינויים בפרקטיקה בעקבות התכנית
80	77	83	שבע רצון מהעבודה כרופא במידה רבה +
46	46	46	התכנית שיפרה את שביעות הרצון
83	80	87	* למצב הפסיכו-סוציאלי השלכה על מצב בריאות במידה רבה +
86	83	86	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הפסיכו-סוציאלי
73	72	74	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הכלכלי
92	92	91	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הבריאותי
75	71	80	* אחיות שותפות באחריות לשיפור האיכות במידה רבה +
60	58	62	אחיות תורמות לאיכות בפרקטיקה שלו במידה רבה +
71	73	68	מעוניין בהמשך התכנית (בלי "תלוי...")
42	40	43	המדדים צריכים שינויים במידה מועטה מאוד-
52	49	53	הקופות צריכות לשנות את אופן השימוש במדדים במידה מועטה מאוד-
32	29	36	יש להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים

* מובהק ברמה של $p < 0.05$

לוח 10 מציג את הממצאים לפי מעמד כמומחה המוכר על ידי המועצה המדעית. יצוין שקבוצת המומחים כוללת רופאים בעלי נושאי התמחות שונים; הנושאים העיקריים הם רפואת משפחה ורפואה פנימית. מהלוח עולה שבדרך כלל יחסם של הלא-מומחים חיובי יותר. לדוגמה, 91% מתוכם העריכו את המעקב אחר המדדים כחשוב מאוד, לעומת 84% בקרב המומחים.

לוח 10: הממצאים העיקריים, לפי הכרה כמומחה (באחוזים)

מומחה	לא מומחה	סה"כ	
84	91	87	* המעקב אחר המדדים חשוב
61	74	66	* המעקב תורם לשיפור במידה רבה +
74	79	76	נבחרו תחומי רפואה מתאימים במידה רבה +
51	72	60	* המדדים הוגדרו נכון במידה רבה +
84	80	83	שיטות המדידה מובנות
33	63	44	* כל המדדים, או רובם המכריע, הוגדרו נכון מדעית
43	60	49	* המידע מסייע להיות רופא יותר טוב במידה רבה +
47	61	52	* העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים
95	92	94	כשמוטפל נכנס לחדר יתייחס קודם לתלונה, לפחות בחלק מהמקרים
31	41	35	* העיסוק במדדים מסיט את תשומת הלב רק במידה מועטה מאוד
45	43	44	העיסוק במדדים בא על חשבון עיסוק בתלונות רק במידה מועטה מאוד-
14	19	16	המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס במידה מועטה מאוד-
80	77	79	מקדיש עד 25% מזמנו לעיסוק במדדים
34	32	34	המדדים גורמים לפעולות לא מוצדקות במידה מועטה מאוד-
40	46	42	הקופה מאפשרת גמישות בהפעלת הפרוטוקולים במידה רבה +
64	59	62	קיבל הדרכה על המדדים
69	67	69	ההדרכה הייתה מספיקה
57	51	55	קיבל הדרכה כיצד לשפר את הביצועים
77	76	77	הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור (כולל שילוב עם יוזמת רופא)
93	87	91	* מקבל תזכורות ממוחשבות
79	70	76	* מקבל רשימות חכמות
63	80	69	* התזכורות מסייעות במידה רבה +
57	78	63	* הרשימות החכמות מסייעות במידה רבה +
47	55	50	הקופה מסייעת ככל יכולתה - מסכים במידה רבה +
58	59	59	הרופאים מסייעים אחד לשני, לפחות במידה בינונית
44	53	47	התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות - במידה רבה +
63	81	69	* לא דיווחו שלתכנית יש השפעות שליליות
20	32	25	* התכנית גרמה לתחרות יתר רק במידה מועטה מאוד
12	15	13	התכנית גרמה לחץ ניהולי עודף רק במידה מועטה מאוד
18	26	21	* מרגיש לחץ מהממונים רק במידה מועטה מאוד
58	52	56	עשו שינויים בפרקטיקה בעקבות התכנית
78	81	80	שבע רצון מהעבודה כרופא - במידה רבה +
38	60	46	* התכנית שיפרה את שביעות הרצון
83	82	83	למצב הפסיכו-סוציאלי השלכה על מצב בריאות במידה רבה +
85	82	86	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הפסיכו-סוציאלי
72	73	73	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הכלכלי
94	89	92	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הבריאותי
76	73	75	אחיות שותפות באחריות לשיפור האיכות במידה רבה +
59	61	60	אחיות תורמות לאיכות בפרקטיקה שלו במידה רבה +
66	81	71	* מעוניין בהמשך התכנית (בלי "תלוי...")
35	52	42	* המדדים צריכים שינויים רק במידה מועטה מאוד-
44	63	52	* הקופות צריכות לשנות את אופן השימוש במדדים במידה מועטה מאוד-
31	34	32	יש להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים

* מובהק ברמה של $p < 0.05$

לוח 11: הממצאים העיקריים, לפי אופן העסקה

שניהם	עצמאי	שכיר	סה"כ	
88	95	82	87	* המעקב אחר המדדים חשוב
63	71	64	66	המעקב תורם לשיפור במידה רבה +
78	74	75	76	נבחרו תחומי רפואה מתאימים במידה רבה +
59	69	52	60	* המדדים הוגדרו נכון במידה רבה +
80	87	81	83	שיטות המדידה מובנות
39	55	41	44	* כל המדדים, או רובם המכריע, הוגדרו נכון מדעית
54	51	43	49	המידע מסייע להיות רופא יותר טוב במידה רבה +
51	57	51	52	העיסוק במדדים שיפר את הקשר עם המטופלים
93	96	93	94	כשמוטפל נכנס לחדר יתייחס קודם לתלונה, לפחות בחלק מהמקרים
28	43	34	35	* העיסוק במדדים מסיט את תשומת הלב רק במידה מועטה מאוד
38	50	44	44	העיסוק במדדים בא על חשבון עיסוק בתלונות רק במידה מועטה מאוד -
8	15	21	16	* המעקב אחר המדדים מגדיל את העומס במידה מועטה מאוד-
77	80	80	79	מקדיש עד 25% מזמנו לעיסוק במדדים
25	45	32	34	* המדדים גורמים לפעולות לא מוצדקות במידה מועטה מאוד-
41	51	36	42	* הקופה מאפשרת גמישות בהפעלת הפרוטוקולים במידה רבה +
64	62	61	62	קיבל הדרכה על המדדים
65	79	64	69	ההדרכה הייתה מספיקה
57	58	51	55	קיבל הדרכה כיצד לשפר את הביצועים
84	81	71	77	* הקופה מציעה דרך מובנית לשיפור (כולל שילוב עם יוזמת רופא)
94	90	90	91	מקבל תזכורות ממוחשבות
86	75	70	76	* מקבל רשימות חכמות
64	77	68	69	התזכורות מסייעות במידה רבה +
64	68	59	63	הרשימות החכמות מסייעות במידה רבה +
52	63	41	50	* הקופה מסייעת ככל יכולתה - מסכים במידה רבה +
68	52	56	59	* הרופאים מסייעים אחד לשני, לפחות במידה בינונית
53	49	45	47	התכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות - במידה רבה +
62	82	68	69	* לא דיווחו שלתכנית יש השפעות שליליות
17	33	23	25	* התכנית גרמה לתחרות יתר רק במידה מועטה מאוד
9	18	13	13	התכנית גרמה ללחץ ניהולי עודף רק במידה מועטה מאוד
16	29	20	21	* מרגיש לחץ מהממונים רק במידה מועטה מאוד
56	51	59	56	עשו שינויים בפרקטיקה בעקבות התכנית
80	89	74	80	* שבע רצון מהעבודה כרופא - במידה רבה +
47	46	45	46	התכנית שיפרה את שביעות הרצון
84	82	82	83	למצב הפסיכו-סוציאלי השלכה על מצב בריאות במידה רבה +
83	86	85	86	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הפסיכו-סוציאלי
70	71	75	73	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הכלכלי
91	92	92	92	בהפעלת המדדים, ראוי להתחשב במצב הבריאותי
79	65	77	75	* אחיות שותפות באחריות לשיפור האיכות במידה רבה +
62	45	65	60	* אחיות תורמות לאיכות בפרקטיקה שלו במידה רבה +
69	76	68	71	מעוניין בהמשך התכנית (בלי "תלוי...")
46	45	36	42	המדדים צריכים שינויים רק במידה מועטה מאוד-
49	60	46	52	* הקופות צריכות לשנות את אופן השימוש במדדים במידה מועטה מאוד-
28	30	35	32	יש להרחיב את המדידה לתחומים קליניים נוספים

* מובהק ברמה של $p < .05$

בלוח 11 המציג את הממצאים העיקריים לפי אופן ההעסקה הבחנו בין 3 קבוצות: עובד כשכיר (בלבד), עובד כעצמאי (בלבד), ועובד כשכיר וכעצמאי. יש לציין שקבוצת העצמאיים מתאפיינת ביחס חיובי יחסית, ובהמשך יהיה חשוב לבחון סיבות אפשריות לכך. לדוגמה, 95% מהם העריכו את המעקב אחר המדדים כחשוב מאוד, לעומת 82% בקרב השכירים ולעומת 88% בקרב הרופאים שעובדים בשני אופני ההעסקה. כמו כן, העצמאיים דיווחו על פחות תחרות-יתר ופחות לחץ ניהולי עודף. רק בשני משתנים נמצאו ערכים נמוכים יחסית בקבוצה זו - אלו הקשורים לתרומת האחיות לשיפור האיכות. הדבר, כנראה, נובע מהעובדה שחלק גדול מהעצמאיים עובדים בלי אחיות (אם כי קשה להוכיח את הדבר), ואין בו כדי להעיד על יחס שלילי כלפי היבט זה של תכנית המדדים.

סיכום ההשוואות בין קבוצות הרופאים

לסיכום, נראה שהיחס החיובי ביותר כלפי התכנית נמצא בקרב רופאים גילאי הביניים (45–60), רופאים לא-יהודים, רופאים מומחים ברפואה פנימית ורופאים עצמאיים. עם זאת, חשוב לציין שגם בקרב קבוצות הרופאים המשלימות (כלומר, הצעירים, היהודים, המומחים והשכירים) יש שיעור גבוה של תמיכה בתכנית ובהמשכה. מצד אחר, גם בקרב הרופאים שיחסם כלפי התכנית היה חיובי יותר, דווח בשיעור משמעותי על בעיות של עומס, של תחרות יתר ושל לחץ ניהולי עודף.

4.8 ניתוח רב-משתני

בפרק זה נציג את הממצאים העיקריים מסדרת הרגרסיות הלוגיסטיות, שנועדו לבחון את הקשר הסגולי בין משתני רקע שונים (כגון גיל, מומחיות ואופן העסקה) לבין מבחר משתנים שנבדקו במחקר זה: הגדלת עומס, לחץ ניהולי עודף, תחרות יתר, הערכת התכנית כתורמת לאיכות ובעד המשך התכנית. המשתנים הבלתי-תלויים ברגרסיות הבסיסיות כללו משתנים סוציו-דמוגרפיים (גיל, ארץ לידה, לאום ומין), משתנים הקשורים להכשרה הרפואית (מומחיות), ומשתנים שקשורים לאופי העסקה (מידת העיסוק ברפואה ראשונית, ועבודה כשכיר ו/או כעצמאי). הרגרסיות גם כללו סדרת משתני-דמה המייצגים את הקופות השונות (לפי קופה עיקרית), אך בהתאם להחלטות שהתקבלו בוועדת ההיגוי של המחקר, המקדמים של משתנים אלו אינם מוצגים כאן.

4.8.1 המודלים הבסיסיים

ממצאי הרגרסיות מוצגים בלוח 12. בשלושת הטורים הימניים מוצגים הממצאים לגבי המשתנים התלויים הקשורים להיבטים שליליים של התכנית, ואילו שני הטורים השמאליים מציגים היבטים חיוביים. המספרים המוצגים בלוח הם היחסים הצולבים (odds ratios): ערך מעל 1.0 מעיד על קשר סגולי חיובי וערך מתחת ל-1.0 מעיד על קשר סגולי שלילי. המקדמים המובהקים מודגשים.

טיב ההתאמה של המודלים נבדק באמצעות מדד נגלרקה R^2 , שערכו 100% כאשר יש התאמה מלאה, ו-0% כאשר אין התאמה בכלל. כפי שניתן לראות מלוח 12, ברוב הרגרסיות מדד זה נע בסביבות ה-25%, כאשר היוצא דופן הוא הרגרסיה לגבי התרומה לאיכות; שם ערך המדד הוא 12% בלבד, ויש מקום לנסות לזהות משתנים בלתי-תלויים נוספים שעשויים להגביר את טיב ההתאמה של הרגרסיות למשתנה זה.

לוח 12: תוצאות הרגרסיות הלוגיסטיות (יחס צולב)*, המודל הבסיסי**

גיל	לחץ ניהולי עודף	עומס רב	תחרות יתר	תורמת רבות לאיכות	בעד המשך
גיל 45–60 (לעומת גיל עד 44)	1.0	1.3	1.2	1.8	1.1
גיל 61+ (לעומת גיל עד 44)	0.6	0.8	0.7	1.7	1.6
נולד בארץ	1.7	0.9	2.0	0.8	0.7
יהודי	1.3	1.1	0.8	0.3	0.3
זכר	1.3	1.2	1.1	0.6	0.7
מומחה (לעומת לא מומחה)					
רופא משפחה	1.2	0.9	1.1	0.7	0.7
רופא פנימי או מומחה אחר	0.6	0.8	0.6	0.7	0.6
עובד בעיקר כרופא שניוני	0.8	0.7	0.9	2.1	6.3
צורת עבודה (לעומת עצמאי בלבד)					
שכיר בלבד	1.2	0.7	1.4	0.9	1.3
שכיר וגם עצמאי	1.4	1.5	1.2	0.8	1.6
קוקס וסנל R^2	0.20	0.18	0.17	0.08	0.14
נגלוקרקה R^2	27	24	23	12	20
N (ללא שקלול)	557	554	557	552	556

* הרגרסיות כללו גם משתני דמי המייצגים את הקופות השונות;
 ** המקדמים המובהקים מודגשים

כמובן, המקדם של משתנה בלתי תלוי מסוים (למשל, נולד בארץ) אינו אחיד בין הרגרסיות השונות. עם זאת, עולים מספר דפוסים ברורים. למשל, המשתנה מרואיין מעל גיל 60³⁵ בדרך כלל קשור ליחס חיובי יחסית לתכנית, ואילו ברוב הרגרסיות נמצא קשר שלילי בין יחס חיובי לתכנית לבין המשתנים – המרואיין יליד הארץ, יהודי, זכר. מהממצאים לגבי מומחיות, שקבוצת הבסיס הייתה "ללא מומחיות", מסתמנת נטייה קלה לכך שלהיותו של המרואיין רופא משפחה יש קשר שלילי לתמיכה בתכנית. בולט יותר הקשר החיובי בין תמיכה בתכנית לבין היותו של המרואיין מומחה בפנימית או באחד מתחומי ההתמחות האחרים. בשלב זה אין לנו הסברים לדפוסים אלו. המקדם הבולט ביותר לגבי משתני התעסוקה הוא זה שמייצג את הקשר הסגולי בין תמיכה בתכנית לבין עבודתו של המרואיין בעיקר כרופא שניוני (6.3). גם מהרגרסיות האחרות עולה שלמאפיין זה יש קשר חיובי לתמיכה בתכנית (אם כי בעוצמות פחות חזקות). התמונה לגבי עבודה כשכיר (או כשכיר ועצמאי) מעורבת יותר ומתונה. ייתכן שעבודה בעיקר כרופא שניוני מביאה לכך שפחות מזמנו וממרצו של הרופא חשוף לתכנית המדדים וכל הלחצים הקשורים בה.

³⁵ נציין שבניתוח הדו-משתני עלה כי יחסם של הרופאים גילאי 45–60 כלפי התכנית היה החיובי ביותר, ואילו לאחר פיקוח על קופה ועל משתנים דמוגרפיים אחרים נמצא כי דווקא לגיל מעל 60 יש קשר חיובי עם גישה חיובית לתכנית.

4.8.2 מודלים הכוללים תפיסת הרופא את נכונות הגדרת המדדים

לוח 13 בוחן את ההשפעה של הוספת המשתנה "ענה שהמדדים הוגדרו נכון במידה רבה או רבה מאוד" על הרגרסיות.

לוח 13: תוצאות הרגרסיות הלוגיסטיות (יחס צולב)*, המודל הבסיסי + הערכת נכונות המדדים**

גיל	לחץ ניהולי עודף	עומס רב	תחרות יתר	תורמת רבות לאיכות	בעד המשך
גיל 45–60 (לעומת גיל עד 44)	1.1	1.3	1.2	1.7	1.1
גיל 61+ (לעומת גיל עד 44)	0.7	0.8	0.7	1.4	1.2
נולד בארץ	1.6	1.0	2.0	0.9	0.8
יהודי	1.3	1.1	0.8	0.3	0.3
זכר	1.2	1.1	1.0	0.6	0.7
מומחה (לעומת לא מומחה)	1.0	0.8	1.0	0.9	0.9
רופא משפחה	0.5	0.8	0.6	0.8	0.6
רופא פנימי או מומחה אחר	0.9	0.7	0.9	2.0	5.2
עובד בעיקר כרופא שניוני	1.2	0.7	1.4	0.9	1.4
צורת עבודה (לעומת עצמאי בלבד)	1.5	1.6	1.2	0.8	1.6
שכיר בלבד	0.4	0.8	0.9	2.4	3.6
שכיר וגם עצמאי	0.24	0.18	0.17	0.11	0.18
מדדים הוגדרו נכון במידה רבה או רבה מאוד	32	24	23	15	26
קוקס וסנל R^2	557	554	557	552	556
נגלרקה R^2					
N (ללא שקלול)					

* הרגרסיות כללו גם משתני דמה המייצגים את הקופות השונות;
** המקדמים המובהקים מודגשים

למשתנה זה קשר חיובי חזק לתמיכה בתכנית, והדבר עשוי לנבוע מכך שרופא יהיה פתוח יותר לבקרה ולתוספת משימות כאשר הוא רואה את המדדים כנכונים מדעית וכלגיטימיים. הוספת משתנה זה לרגרסיות הגדילה את המדד לטיב ההתאמה ב-0 עד 6 נקודות אחוז ומיתן במידה קלה חלק מהמקדמים של המשתנים האחרים.

4.8.3 מודלים הכוללים את אופן מילוי השאלון

לוח 14 בוחן את ההשפעה על הרגרסיות של הוספת שני משתנים המייצגים את אופן מילוי השאלון. רואים שלמילוי בדואר רגיל יש קשר שלילי לתמיכה בתכנית; ייתכן שהדבר נובע מכך שכלי זה מעניק תחושת סודיות גדולה יותר מאשר ריאיון טלפוני.³⁶

³⁶ ניתן לחשוב על שני הסברים אפשריים לפחות לתופעה היפותטית כזו: א. שמרואיינים בעלי גישה ביקורתית יותר יבחרו לענות באמצעות הדוא"ל או הדואר הרגיל; ב. שעצם השימוש בכלים אלו משנה את דפוסי התשובה של המרואייני.

לוח 14: תוצאות הרגרסיות הלוגיסטיות (יחס צולב)*, המודל הבסיסי + אופן מילוי השאלון**

גיל	לחץ ניהולי עודף	עומס רב	תחרות יתר	תורמת רבות לאיכות	בעד המשך
גיל 45–60 (לעומת גיל עד 44)	0.9	1.3	1.1	1.6	1.0
גיל 61+ (לעומת גיל עד 44)	0.5	0.8	0.6	1.5	1.4
נולד בארץ	1.8	1.0	2.1	0.9	0.8
יהודי	1.4	1.0	1.1	0.5	0.5
זכר	1.3	1.2	1.1	0.6	0.7
מומחה (לעומת לא מומחה)					
רופא משפחה	1.2	0.9	1.0	0.6	0.6
רופא פנימי או מומחה אחר	0.6	0.8	0.6	0.7	0.5
עובד בעיקר כרופא שניוני	0.8	0.7	0.9	2.2	6.1
צורת עבודה (לעומת עצמאי בלבד)					
שכיר בלבד	1.2	0.7	1.3	0.9	1.3
שכיר וגם עצמאי	1.4	1.5	1.2	0.7	1.5
מענה לשאלון (לעומת טלפון)					
מילוי בדואר רגיל	1.1	1.2	0.5	0.4	0.4
מילוי בדואר"ל	0.6	0.9	0.5	0.3	0.3
קוקס וסנל R^2	0.21	0.18	0.18	0.12	0.17
נגלרקה R^2	0.28	0.25	0.25	0.16	0.24
N (ללא שקלול)	557	554	557	552	556

* הרגרסיות כללו גם משתני דמה המייצגים את הקופות השונות;
** המקדמים המובהקים מודגשים

עם זאת, הממצאים לגבי מילוי השאלון בדואר"ל (שגם הם אמורים להעניק תחושת סודיות) מעורבים יותר. הוספתם לרגרסיות הגדילה את הממד לטיב ההתאמה ב-0 עד 4 נקודות אחוז, אך כמעט שלא השפיעה על המקדמים של המשתנים האחרים.

בעניין זה יש לזכור כי מרבית הרופאים השיבו באמצעות הדואר (53%), כשליש באמצעות הטלפון ו-14% באמצעות הדואר"ל. ייתכן שאילו כל המרואיינים שהשיבו בדואר או בדואר"ל (שהם שני שלישים מהסך הכול) היו עונים בטלפון, התמונה שהייתה עולה מהמחקר הייתה חיובית יותר במידה ניכרת, לאור משקלם הגדול בקרב כלל הרופאים. מצד אחר, אילו כל המרואיינים שהשיבו בטלפון (כשליש מהסך הכול) היו עונים בדואר או בדואר"ל ייתכן שהייתה מתקבלת תמונה שלילית יותר; אך רק במידה מסוימת, כי מדובר רק בשליש מהמדגם.

כך או כך, יש לזכור כי אין בספרות המקצועית הסכמה על השיטה המהימנה ביותר לאיסוף נתונים. למרות המורכבות בשילוב המידע הנאסף בכלים שונים, נוטים היום לשלב בין השיטות, במיוחד כאשר מדובר בסקר בקרב אנשי מקצוע. הדבר נעשה כדי להגביר את שיעורי ההיענות והייצוגיות של המדגם. הניתוח הרב-משתני, כפי שהוצג כאן, מאפשר לעמוד על הקשרים בין משתני תוצאה מרכזיים (כגון תמיכה בהמשך התכנית) לבין משתני רקע מרכזיים (כגון מומחיות), לאחר נטרול האפקט של שיטת איסוף הנתונים, שלולי-כן היה עלול להיות גורם מבלבל.

4.8.4 מודלים הבוחנים כיצד תפיסת היבטים שונים של התכנית קשורה לתמיכה בהמשך התכנית
 המחקר בחן כיצד הרופאים הראשוניים תופסים את השפעות התכנית על מגוון היבטים של עבודתם, כגון הקשר עם המטופל, איכות הטיפול וכו'. הרגרסיות המוצגות בלוח 15 בחנו כיצד תפיסת השפעות אלו קשורות לתמיכה בהמשך התכנית.

לוח 15: קשרים בין השפעות נתפסות של התכנית, ותפיסת המדדים כמוגדרים נכון, לבין תמיכה בהמשך התכנית - תוצאות רגרסיות לוגיסטיות (יחס צולב); **;

מודל בסיסי	מודל מלא	
0.3	0.4	עומס ^א
1.0	1.0	תחרות-יתר ^א
0.7	0.7	לחץ ניהול עודף ^א
2.7	2.6	כל, או כמעט כל המדדים הוגדרו נכון
3.8	3.8	שיפור באיכות ^א
1.9	2.1	הרחבת עבודת הצוות ^א
2.5	2.6	שיפור הקשר עם המטופל
2.6	2.5	שיפור שביעות הרצון מהעבודה
0.49	0.52	נגלֶקְרָה R^2
0.34	0.36	קוקס וסנל R^2
	541	N (ללא שקלול)

* הרגרסיות כללו גם משתני דמי המייצגים את הקופות השונות;
 ** המקדמים המובהקים מודגשים; ^אבמידה רבה או במידה רבה מאוד

כמו כן, הרגרסיות בוחנות את הקשר בין תפיסת המדדים כמוגדרים נכון לבין תמיכה בהמשך התכנית. במודל הבסיסי נעשה גם פיקוח על השייכות לקופה ואילו במודל המורחב (המוצג בלוח 15) נעשה פיקוח גם על השייכות לקופה וגם על מכלול סדרת המשתנים שנכללו בלוח 12 לעיל.

מהלוח עולה כי תמיכה בהמשך התכנית מושפעת הן מתפיסת השפעות שליליות של התכנית (כגון עומס) והן מתפיסת השפעות חיוביות (כגון שיפור באיכות הטיפול) ותפיסה חיובית לגבי הגדרת המדדים. מעניין לציין שהיוצא דופן היה "תחרות יתר" שלא יצא מובהק.³⁷ כמעט שלא נמצאו הבדלים בין המודל הבסיסי לבין המודל המורחב – הן לגבי המקדמים והן לגבי טיב ההתאמה. יצוין שבשני המודלים טיב ההתאמה היה בסביבות 50%.

חשוב לזכור שהקשרים שנמצאו ברגרסיה זו אינם מוכיחים שקיים קשר סיבתי. לדוגמה, יכול להיות שהקשר שנמצא בין דיווח על עומס לבין דיווח על תמיכה בהמשך התכנית נובע מגורם שלישי שלא נכלל ברגרסיה. נוסף לכך, גם אם קיים קשר סיבתי, הרגרסיות לא מאפשרות לנו לזהות את כיוון הקשר. לדוגמה, ייתכן שתחושת עומס מעיבה על תמיכה בהמשך התכנית, אך גם ייתכן שאי-תמיכה בהמשך התכנית מגבירה את הסיכוי לחוש עומס או לדווח על עומס.

³⁷ משתנה זה לא יצא מובהק ברגרסיות המוצגות כאן, וגם לא ברגרסיה דומה ללא המשתנה "לחץ ניהול עודף" (שאולי היה ניתן לחשוב שהכללתו מסתירה את הקשר בין תחרות יתר לבין תמיכה בהמשך התכנית).

5. ממצאי המחקר והשוואות בין-לאומיות

חיפושנו אחר מחקרים קודמים שנעשו בישראל על האופן שבו הרופאים חווים את הניסיון להנהיג מדדי איכות לא נשאו פרי. גם הרחבת החיפוש והכללת מדינות נוספות העלתה מחקרים בודדים בלבד העוסקים בסוגיות אלו.

מצאנו ארבעה מחקרים רלוונטיים מבריטניה, כולם בעלי אופי איכותני. שניים מהם (Exworthy et al., 2000; Wilkinson et al., 2003) ראו אור עוד טרם הונהגה שיטת "תשלום בעבור ביצועים" (כלומר, תגמול כספי על עמידה ביעדי איכות) בשנת 2004. הם התמקדו בתפיסותיהם של הרופאים בשאלה כיצד מדידת איכות משפיעה על עצמאות קלינית ובחסמים הנובעים מתרגום נתוני ביצוע לשיפורים באיכות הטיפול. שני המחקרים הבריטיים הנוספים (Campbell et al., 2008; Maisey et al., 2008) בחנו את תפיסות הרופאים בשאלה איך השפיעה שיטת ה"תשלום בעבור ביצועים" על הטיפול הראשוני, על התפקוד המקצועי ועל יחסי הרופאים עם מטופליהם ועם האחיות בצוות שלהם.

נוסף לכך, מצאנו שלושה מאמרים מארצות הברית שהיו רלוונטיים במידה מסוימת למחקר שלנו. שלושתם היו מחקרים כמותיים. פלורס ואחרים (Flores et al., 2000) בדקו באיזו מידה רופאי ילדים משתמשים בהנחיות קליניות ומהי השפעתו של שימוש זה. שני המחקרים האחרים (Bindman et al., 2003; Christianson et al., 2003) בדקו את הפעילויות של ארגוני בריאות לשיפור איכות הטיפול של הרופאים, תוך התמקדות בתפוצתן ובמידה שבה הן נחשבות מועילות.

מצאנו גם מחקר רלוונטי אחד מקנדה (Rowan et al., 2006). מחקר זה התמקד באופן שבו המשוב בעקבות הערכת ביצועים משפיע על שמירת המקצוענות הרפואית ועל האחריות בדיווח (accountability).

אחד מממצאינו העיקריים היה שכ-90% מהרופאים הראשוניים בישראל סבורים כי חשוב למדוד איכות. יתר על כן, שני שלישים מהם סברו כי בזכות מדדי האיכות הנוכחיים בישראל חל שיפור רב או שיפור רב ביותר באיכות הטיפול. בדומה לכך, במחקר שסקר רופאי ילדים בארצות הברית (Flores et al., 2000) הסכימו 90% מהמרואיינים שנוהלי העבודה גורמים לשיפור התוצאות הבריאותיות. סקר איכותני של קמפבל ואחרים (Campbell et al., 2008) שנערך בקרב רופאי משפחה ואחיות בבריטניה העלה גם הוא שרופאים נטו לדווח שהתכנית המתגמלת על ביצועים הובילה לשיפור בתהליכי הטיפול הקשורים במחלות מסוימות. מעניין לציין כי ממחקר זה עולה גם שייתכן כי תכנית התגמול הכספי על ביצועים הובילה לשחיקה ביחסים בין מטופלים לרופאים ולהתמקדות פחותה בבעיות שהמטופלים מציגים בפתיחת הביקור.

לעומת זאת, ממחקרנו עולה כי רק 10% מהרופאים שרואיינו דיווחו כי שיטת מדדי האיכות הישראלית הובילה להרעת יחסיהם עם מטופליהם, ו-50% אפילו דיווחו על שיפור ביחסים. כמו כן, 64% מהמרואיינים במחקר שלנו דיווחו כי בדרך כלל בתחילת הביקור הם מתמקדים בבעיות של המטופלים, ועוד 30% דיווחו שהם עושים כך על פי מצבו של המטופל.

ממצא חשוב נוסף במחקרנו היה שקיים קשר הדוק בין תמיכה בתכנית למדידת איכות ובין המידה שבה הרופאים חשו כי מדדי האיכות הוגדרו נכון מבחינה מדעית. בדומה לכך, סקר בארצות הברית שהקיף יותר מ-2,000 רופאים שהיו קשורים בקשר חוזי עם הארגונים הרפואיים IPA ו-PPO (Bindman et al., 2003) מצא כי: "האופן שבו הרופאים דירגו את יעילותם של דוחות עבודה³⁸ קשור לתפיסותיהם על דיוק הדיווחים...". מעניין לציין שאפילו בבריטניה, שבה מדידת האיכות זכתה בתמרוץ כספי, במחקר איכותני מן הזמן האחרון נמצא שרופאים רבים "... היו בעלי מוטיבציה פחותה לעמוד ביעדי הביצוע אם הם חלקו על הראיות שעליהן התבססו" (Maisey et al., 2008).

עוד סוגיה שנדונה הן במחקרנו והן במחקר מארצות הברית מ-2003 הייתה תפוצתן ויעילותן של התזכורות הממוחשבות. במחקרנו, 90% מהרופאים ציינו שהם מקבלים תזכורות ממוחשבות, ושני שלישים מהמרוואיינים המקבלים תזכורות סברו שהן מועילות במידה רבה או במידה רבה מאוד. במחקר האמריקני, רק 55% מ-1,703 הרופאים הכלליים שרואיינו דיווחו כי קיבלו תזכורת בעניין צורכי הטיפול השוטפים של מטופליהם. מקרב מקבלי התזכורות, רק 12% סברו שהן מועילות מאוד ואילו 44% נוספים סברו שהן מועילות במידת-מה.

הן בבריטניה (Exworthy et al., 2003) והן בארצות הברית (Flores et al., 2000) הדגישו המחקרים את חששם של הרופאים מכך שההנחיות הקליניות והמעקב אחר ביצועיהם יגבילו את עצמאותם הקלינית ואת מרחב השיפוט שלהם. לא שאלנו מפורשות על סוגיה זו במחקרנו, וייתכן כי זהו נושא חשוב למחקר בעתיד. בדומה לכך, שלא כמו במחקר שנערך בקנדה (Rowan et al., 2006) לא בדקנו סוגיות נלוות לגבי תרומתו של המעקב אחר ביצועים לאחריות בדיווח של רופאים הן כלפי מטופליהם והן כלפי המממנים, וגם נושא זה עשוי להיות מושא למחקר עתידי בישראל.

יש לזכור שהרלוונטיות של מחקרים אלו לישראל מוגבלת בשל הבדלים ניכרים בין המדינות בארגון הטיפול הראשוני ובטבעם של מדדי האיכות. בארצות הברית הקשר בין ארגוני הבריאות לבין הרופאים הראשוניים הרבה פחות הדוק מאשר בישראל, בין השאר משום שרופא ראשוני בארצות הברית עובד עם ארגונים רבים (Rosen et al., 2011). בבריטניה, בניגוד לישראל, הונהג תשלום משמעותי כתמריץ לביצוע מיד עם הנהגת מדדי הביצוע, וסביר להניח שהוא השפיע מאוד על ניסיונם של הרופאים הראשוניים בבריטניה בכל הקשור במדדים ובמעקב אחר ביצועים.

למרות ההבדלים הקשורים במאפיינים הייחודיים לכל מדינה, בדיקת הממצאים העיקריים – הן בהשוואה בין מחקרים והן בהשוואה בין מדינות – עוזרת לגבש תובנות מועילות ואף להעלות שאלות למחקר נוסף. למשל, כפי שנאמר כבר, על-פי המחקרים מהעולם ייתכן שיועיל אם מחקרים עתידיים בישראל יבחנו את הקשר בין מדידת האיכות לבין אוטונומיה קלינית ואחריות בדיווח. כמו כן אולי יהיה כדאי לחקור למה, לעומת רופאים בארה"ב, הרופאים בישראל נוטים יותר למצוא את התועלת בתזכורות ממוחשבות ומדוע פחות רופאים ישראלים דיווחו כי מדדי הביצועים פוגמים ביחסיהם עם המטופלים.

³⁸ המונח "דוחות עבודה" רלוונטי לסיכומים סטטיסטיים בעניין עמידתם של רופאים בסטנדרטים של איכות וכן לדפוסייהם בכל הקשור להפניית מטופלים ולכתיבת מרשמים.

6. מגבלות המחקר

אחת ממגבלות המחקר הנה המחסור במידע מהקופות ביחס למאפיינים של הרופאים בדגימה ושל כלל הרופאים שלהן. בשירותי בריאות כללית, מצאנו שהדגימה הכילה יותר מומחים ויותר רופאים צעירים, באופן יחסי, מאוכלוסיית הרופאים הכללית בקופה – שתי קבוצות אלה (מומחים וצעירים) נטו לתמוך בתכנית פחות מהממוצע. אם המצב דומה בשאר הקופות, הרי שהממצאים המוצגים כאן ממעיטים בהיקף הרופאים התומכים בתכנית המדידה.

נוסף לכך, ייתכן שתפיסות הרופאים ביחס להשפעות של התכנית (כגון: דיווחים על עומס כתוצאה מהמדידה) הושפעו גם משינויים חיצוניים. לדוגמה: בשנים 2000–2010 מספר הרופאים הישראליים עד גיל 65 ל-1000 נפש ירד מ-3.7 ל-3.4, עובדה שוודאי השפיעה על עומס העבודה של רופאים בקהילה.

מנגד, חשוב להדגיש שהמחקר נערך בתקופה שבה האחריות לתכנית המדידה הלאומית עברה מניהול של אוניברסיטה אחת לאחרת. בתקופה זו, דיווחו הקופות כי המאמצים לשיפור הביצועים המשיכו ללא הפסקה. עם זאת, העובדה כי לא היה שינוי במספר המדדים ובהגדרותיהם, ברמה הלאומית, עשויה להביא להפחתה זמנית בהיקף העבודה של הרופאים הראשוניים.

7. דיון

התכנית הלאומית למדדי איכות ויישומה על ידי קופות החולים נעשו עם השנים לחלק בלתי נפרד מעבודתו השגרתית של רופא המשפחה. התכנית יצרה שינויים משמעותיים גם בהתנהלותן ובדרכי עבודתן של קופות החולים, כארגונים המספקים שירותי בריאות, וגם אצל הרופא הרופא היחיד, אשר נדרש לעקוב אחר עבודתו ולבחון אותה בדקדקנות. שינוי מהותי זה דרש לבחון את תפיסותיהם של הגורמים הרלוונטיים (קופות חולים ורופאיהן) לגביו.

מהממצאים עולה תמונה מורכבת. מצד אחד, הרוב הגדול של הרופאים דיווחו שהתכנית חשובה וכי היא מסייעת להם לשפר את האיכות, וכמחציתם אף דיווחו שהתכנית העלתה את מידת שביעות רצונם מהעבודה. שבעים ואחד אחוזים מהרופאים אמרו שהיו ממשיכים בתכנית. מצד אחר, רופאים רבים דיווחו על בעיות משמעותיות בהפעלת התכנית וביישומה. הבעיות הבולטות ביותר היו קשורות לעומס, לתחרות-יתר וללחץ ניהולי עודף; נוסף לכך נמצאה ביקורת מסוימת לגבי המדדים עצמם.

יצוין שהתכנית הלאומית הייתה בהשגחה מ-2008 וחזרה לפעול בהדרגה החל מאמצע 2010. עם זאת, גם בתקופת ההשגחה ברמה הלאומית, קופות החולים המשיכו בניסיונותיהן לשפר את האיכות ולמדוד אותה במסגרת הקופתית, בין היתר באמצעות המשך הפקת מדדים, המשך דיווח לרופאים על מצבם ביחס לעצמם וביחס לחבריהם ועוד. לכן, על אף שהסקר שדווח כאן התבצע בסוף 2010, יש בו כדי לתת תמונה נכונה על המצב בשטח בתקופה שבשטח המשיכו להתקיים מעקב אחר האיכות ומאמצי שיפור.

חשוב להכיר בקיומן של הבעיות ובהיקפן. ההתמודדות עם הבעיות עשויה להגביר את השקעתם של הרופאים בקידום האיכות, לחזק את תמיכתם בתכנית ולתרום להמשך התכנית ולפיתוחה.

7.1 החיובי בתכנית

תרומת התכנית: רוב הרופאים (87%) היו סבורים כי מדידת איכות, כשלעצמה, חשובה או חשובה מאוד, וכשני שלישים סברו כי התכנית, באופן ספציפי, תורמת לשיפור איכות הטיפול הרפואי במידה רבה או במידה רבה מאוד. תמיכתם של הרופאים במדידה בכלל, ובתכנית המדדים בפרט, עשויה לנבוע הן מהעובדה שהרופאים חשו שהמדידה מדרבנת אותם למצוינות והן מהעובדה שהמדידה היא חלק מהמציאות ואין טעם להתנגד לה.

שיפור היכולת הקלינית: רוב הרופאים, כמטפלים בשטח, זיהו את הפוטנציאל של תכנית המדידה ככלי המאפשר להם לבחון את עצמם ולדעת את תוצאות עבודתם, ובהתאם לכך, לפעול לשפר את איכותה. זאת, גם אם יש מדדים ספציפיים הדורשים, לדעתם, שינוי. כך, ציינו רופאים רבים (49%) כי המידע על הביצועים שלהם מסייע להם להיות רופאים טובים יותר במידה רבה ובמידה רבה מאוד. יכולתו של הרופא לדעת מהו מיקומו המדויק לעומת רופאים אחרים ולעומת ביצועים קודמים שלו ("היכן אני עומד") והאם פעולה שעשה אכן קידמה את בריאותו של המטופל עשויה לתרום לתחושתו שהתכנית גרמה לו להיות רופאים טובים יותר.

העבודה מול המטופל: הרופא חש שהוא עדיין שולט בפרקטיקה שלו, מקשיב לתלונתו של המטופל ומצליח לפעול לפי שיקוליו המקצועיים. 63% מהרופאים ציינו כי בדרך כלל הם מתייחסים לתלונת המטופל בראשית הביקור, לפני שהם בודקים את מדדיו. כמחצית מהרופאים חשו שהם מייחדים רק חלק קטן מזמנם לעיסוק במדדים (פחות מ-10% מזמנם) וכשליש ציינו כי רק 10%–25% מזמנם מוקדש למדדים. נוסף לכך רופאים רבים חשו כי התכנית שיפרה את הקשר שלהם עם המטופל.³⁹

העבודה מול הקופה: מרבית הרופאים חשו כי הקופה נותנת להם כלים ומסייעת להם בשיפור ביצועיהם. חלק מהכלים שהקופה נותנת הם כלים מחשוביים, כגון: שיפור תשתיות המחשב, תזכורות שונות וכדומה. כלים נוספים הם ברמת כוח האדם, כגון: סיוע של אחיות, של מזכירות ושל בעלי מקצועות בריאות שונים. הסיוע ברמת כוח האדם יכול להינתן למשך תקופה קצובה, כגון: בתקופת חיסונים או בקביעות.

יש לזכור כי בכל אחת מהשאלות שהוצגו לעיל, הגם שתפיסתם של מרבית הרופאים היא חיובית, נמצאו גם רופאים שסברו אחרת.

7.2 הבעיות בתכנית

כפי שקורה פעמים רבות, כאשר בוחנים פרויקט מסוג זה, יש גם בעיות. במקרה שלנו, ציינו הרופאים בעיות משמעותיות. מן הראוי שמנהלי הקופות ומנהלי התכנית הלאומית ייתנו עליהן את הדעת, שכן, הן עלולות להפוך את תפיסת הרופאים לגבי התכנית, מחיובית, באופן עקרוני, לשלילית, עד כדי חוסר רצון לשתף פעולה עם תכנית המדידה.

³⁹ חשוב לציין שמדובר בהערכה "גסה" וסובייקטיבית וייתכן שיש לעבות ממצא זה בעתיד על ידי מדידות אובייקטיביות.

הבעיות העיקריות, המהוות את הגרעין הקשה של תופעות הלוואי, שצינו הרופאים בנוגע לתכנית הן :

1. עומס. 65% סברו כי יש עומס במידה רבה או במידה רבה מאוד, ו-19% חשו בעומס במידה בינונית.⁴⁰

2. תחרות-יתר, החורגת מרמת התחרות החיובית והבונה. 48% חשו בתחרות-יתר במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-27% נוספים חשו בה במידה בינונית.

3. לחץ ניהולי עודף, בייחוד מבחינת שיפור הביצועים. 60% חשו כי יש לחץ ניהולי עודף במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-27% נוספים חשו בו במידה בינונית.

4. הסטת תשומת הלב מבעיות קליניות אחרות של המטופל. 35% חשו כי העיסוק במדדי איכות מסיט את תשומת לבם מנושאים קליניים אחרים במידה רבה או במידה רבה מאוד – 30% נוספים חשו בכך במידה בינונית.

5. תפיסת הגדרת המדדים כבעייתית. 68% ציינו כי יש מדדים בעייתיים.

בעיות אלו ואחרות (למשל, תחושתם של חלק מהרופאים [19%] שהעיסוק במדדים בא על חשבון העיסוק בתלונה במידה רבה או במידה רבה מאוד) עלולות לגרום לחלק מהרופאים, גם אם הם תומכים במדידה, לתפוס את התכנית כמקשה עליהם ואף כבלתי רצויה.⁴¹ ככל הנראה לא ניתן להימנע מיצירת עומס רב יותר ולחץ מסוים מצד ההנהלה, כאשר מכניסים מערכת למדידת איכות. עם זאת, היקף המוראלי הרואים בעיה בנושאים אלו הוא רב, ועל כן חשוב להדגיש תחומים אלו. מהניתוח הדו-משתני עולה כי הרופאים הצעירים (מתחת לגיל 44), יהודים, מומחים אשר עובדים כשכירים או כשכירים ועצמאים, ייטו, יותר מאחרים, לראות בתופעות אלו בעיות משמעותיות. ייתכן שבהתמודדות עם הבעיות יש להתמקד באוכלוסיות אלו, לפחות במידה מסוימת.

7.3 כיוונים אפשריים להתמודדות עם הבעיות

ייתכן כי אפשר לצמצם את היקפן של חלק מהבעיות הללו באמצעות עשייה בתוך הקופות. למשל, אולי ניתן להפחית את העומס באמצעות הגדלת כוח האדם המסייע לרופא בשיפור המדדים או במשימות אחרות המוטלות עליו או להאריך את זמן הביקור.

כדי להפחית את תחושת תחרות-יתר אולי אפשר לשנות את אופן ההשוואה בין הרופא לעמיתיו, למשל, את תדירות ההשוואה ואת מידת הבלטתם של נתוני המדידה ההשוואתיים בין הרופא לעמיתיו.

ראוי שכל קופה תתעמק בממצאים הספציפיים לגביה, כדי שתוכל לחדד את הבעיות הרלוונטיות לה ולמקד את הפתרונות בהתאם להם.

⁴⁰ העומס המתבטא כאן יכול לבטא תוספת משימות לרופא כאשר בצידה אין פיצוי כספי או פיצוי המתבטא בהפחתת עומסים אחרים

⁴¹ נזכיר, כי הממצאים הראו שכבר כעת רופא אחד מכל 5 רופאים חש כי עצם התכנית הרעה את שביעות רצונו מהעבודה.

גם התכנית הלאומית יכולה לתרום להתמודדות עם תופעות אלו, בין היתר, באמצעות עדכון ההגדרות של חלק מהמדדים. נמצא כי ככל שהרופאים העריכו שהמדדים מוגדרים נכון יותר, כך גברה תמיכתם בהמשך התכנית. בשנה שחלפה כבר החלו מאמצים לעדכון הגדרות המדדים בתוך אחת הקופות, ויש התחלה של חשיבה בכיוון גם ברמת התכנית הלאומית.⁴²

נוסף לכך, במסגרת תכנית המדדים נמשכת ההתלבטות בנושא הוספת המדדים. מדובר בנושא מורכב, בעל השלכות משמעותיות על התכנית, על הקופות ועל הרופאים. ממצאי המחקר אינם יכולים להכריע בסוגיה. עם זאת, אחד השיקולים בסוגיה זו הוא העומס על הרופאים; שכן מדדים רבים יותר, ובמיוחד מדדים חדשים, משמעותם עומס רב יותר, וכפי שצינו, עומס על הרופאים משפיע על תמיכתם בתכנית ומקטין את נטייתם לתמוך בה.⁴³ חשוב להביא בחשבון שיקול זה כאשר בוחנים את היתרונות שבהוספת מדדים או בהחלפתם (כגון: שיפור איכות אפשרי בתחומי רפואה נוספים).⁴⁴

סוגיה נוספת קשורה לתכנית לפרסם את המדדים לפי קופה (לעומת המצב כיום שעל פיו מתפרסמים רק התוצאות הכלל-ארציות). מדובר בנושא מורכב, וסקר זה לא בחן אותו באופן ישיר. אך מאחר שפרסום הנתונים לפי קופה עלול להגביר את התחרות בין הקופות, ותחרות כזו עשויה להגביר, בתוך הקופות, את הלחץ הניהולי על הרופאים גם מעבר לממדיו כיום, חשוב לציין שעל פי המחקר, לחץ ניהולי עודף קשור לאי תמיכתם של הרופאים בתכנית. נציין כי פסיקה חדשה של בית המשפט קבעה כי יש לפרסם את המדדים לפי קופה עד מארס 2012.⁴⁵ לא ברור כיצד יפורסמו הנתונים, באיזו מתכונת וכיצד ניתן יהיה לבצע השוואה אמיתית בין הקופות, לאור השוני בתמהיל המטופלים ביניהן.

במחקר יש גם רמזים לכך כי, נוסף לצמצום היקף הבעיות, יש עוד דרכים להגביר את תמיכת הרופאים בהמשך התכנית: חיזוק ההיבטים החיוביים של התכנית והגברת המידה שבה הרופאים מכירים את ההיבטים הללו. מדובר בהיבטים כגון תרומת התכנית לעבודת הצוות ותרומתה לשיפור האיכות.

7.4 עם הפנים קדימה

מהמחקר עולה כי תחושותיהם של הרופאים הן תחושות מורכבות, יש דברים חיוביים, אך יש גם בעיות קשות, העלולות גם לשנות את תפיסתם של הרופאים ואף לגרום להם להתנגד לתכנית.

היתרון במחקר בנקודה זו זה כפול. ראשית, המחקר הראה שהבעיות קשורות בעיקר לדרך יישומה של התכנית ולא לעצם קיומה. ייתכן שגם אם לא ניתן למנוע בעיות אלו לחלוטין, בכל זאת ניתן לצמצם את היקפן. אנו סבורים כי שיתופם של נציגי רופאי המשפחה בחשיבה על פתרונות אפשריים עשוי להקל על הרופאים במימוש המדידה, כמתחייב מהבעיות הקשות שהעלו.

⁴² מהלך זה, של עדכון הגדרות המדדים, עלול גם ליצור קשיים למנהלי התכנית בהשוואות מדויקות לאורך זמן, מצד אחד, אך מצד אחר, הוא משדר לרופאים רצינות ואמינות של התכנית.

⁴³ נציין כי גם העובדה שקיים קשר בין עומס שחש הרופא למידת הסכמתו עם הגדרת המדדים, אין בכך כדי להצביע, בהכרח, על קשר סיבתי ביניהם.

⁴⁴ ייתכן שבשנים הקרובות יש להתמקד בבניית מדדים ברפואה שניונית או ברפואה יועצת, ורק לאחר מכן לשוב ולהוסיף מדדים ברפואה הראשונית.

⁴⁵ עת"מ 883/07, התנועה לחופש המידע נ' משרד הבריאות ואח', ניתן ב-15 במאי 2011.

שנית, מהמחקר עולה שהרופאים מעוניינים בהמשך התכנית ואף מציעים דרכים לשיפור. קברניטי המערכת יכולים להשתמש בהצעות אלו כבסיס לשינוי המתבקש, ובכך לתעל את השינוי גם לתחומים שיפחיתו את תחושותיהם הקשות של הרופאים.

דרך נוספת שבה ניתן לסייע לשיתוף פעולה של הרופאים קשורה לשקלול הנתונים. לפרמטרים אלו השפעה לא מבוטלת על מצב בריאותו של האדם ואף הרופאים חשו כך (ר' פירוט בסעיף 4.5 לעיל). מרביתם ציינו כי יש להתאים את הטיפול למצבו הפסיכו-סוציאלי של המטופל (83%), וכשלושה רופאים מתוך ארבעה סברו כי ראוי שהמדדים יביאו בחשבון מצבים אלו. שקלול המדדים, כך שיכללו גם את הנתונים הפסיכו-סוציאליים והכלכליים של המטופל, עשוי לשקף את מאמציו המיוחדים של רופא שעובד עם אוכלוסייה "קשה" ו"חלשה" לעומת רופא שעובד עם אוכלוסיית "שמנת"; שם הקשיים שונים. שקלול המדדים של הרופא הספציפי עם סוג האוכלוסייה שבה הוא מטפל עשוי לשפר את ה"ציון" של הרופא, דבר שיסייע להפחתת תחושת התסכול שחווה, למשל, רופא שעובד קשה מאוד כדי לאזן את המטופל, אך עדיין אינו מגיע לרמות הנדרשות ממנו. במקביל, ברמה הארצית, חשוב לפרסם את ההבדלים בהישגים בין קבוצות אוכלוסייה שונות, כדי לעודד את המערכת לפעול לצמצום פערים בין האוכלוסיות השונות.

לסיום, נציין כי, כפי שעלה מראיונות העומק עם המנהלים, העובדה שהקופות והרופאים פועלים יחדיו לקידום איכות הטיפול הרפואי לתושבי המדינה היא אחת החוזקות של מערכת הבריאות בישראל. במחקר זה נמצא כי הרופאים מכירים בחשיבותה של מדידת האיכות, אך עם זאת צוינו הקשיים שיש להתמודד אתם בהמשך. גם בהתמודדות זו, שיתוף פעולה בין הרופאים למנהלים, לטובת המטופלים, יכול לתרום רבות. ייתכן שבשיתוף פעולה כזה ניתן לגשת לפתרון הבעיות, גם הקשות שבהן, בלי לערער את החוסן ואת ההכרה בחשיבותה של התכנית.

בעתיד יש לשקול ביצוע סקר נוסף, כדי לבחון האם אכן נעשו שינויים ועד כמה הם תרמו לעיצוב תפיסתם של הרופאים בנושא ולשינוייה.

ביבליוגרפיה

נירל, נ'; שירום, א'; איסמעיל, ש'. 2004. "מאפייני העסקה של רופאים יועצים ברפואה השניונית בישראל", **הרפואה**, 143, יולי, 482-488.

עת"מ 883/07, **התנועה לחופש המידע נ' משרד הבריאות ואח'**, ניתן ב-15 למאי 2011.

רוזן, ב'; ניסנהולץ-גנות, ר'. 2010. **ממידע על איכות – לשיפור האיכות. דוח ביניים: סיכום וניתוח ראיונות עם מנהלים בקופות החולים**. מאיירס-גיוינט מכון ברוקדייל, ירושלים, דמ-10-562.

שמש, ע'; סמנטקוב, א'; דור, מ'; שרף, מ'; שלו, ו'; רוזנבלום, י'; מץ, ע'. 2007. "הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומקצועיים", http://www.health.gov.il/download/pages/HB_hebrew.pdf

תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לציבור עבור השנים 2005-2007, אפריל 2008, זמין באתר משרד הבריאות

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?PageId=4215&catId=98&maincat=1>

Ahlers-Schmidt, C.R.; Chesser, A.; Hart, T. Jones, J.; Williams, K.S.; Wittler, R. 2010. "Assessing Physician Response Rate Using a Mixed-Mode Survey". **KJM**; 3(5):1-6.

Bindman, A.B.; Wholey, D.R.; Christianson, J.B. 2003. "Physicians' Reports of their Experience with Health Plan Care Management Practices". **Am J Manag Care** 9

Campbell, S.M.; McDonald, R.; Lester, H. 2008. "The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study". **Annals of Family Medicine** 6(3):228-234.

Christianson, J.B.; Wholey, D.R.; Warrick, L.; Henning, P. 2003. "How are Health Plans Supporting Physician Practice? the Physician Perspective". **Health Affairs** 22(1):181.

Dillman, D.A.; Phelps, G.; Tortora, R.; Swift, K.; Kohrell, J.; Berck, J.; Messer, B.L. 2009. "Response rate and Measurement Differences in Mixed-Mode Surveys Using Mail, telephone, interactive voice response (IVR) and the Internet". **Social Science Research** 38 1-18

Dillman, D.A., Robert, G.M., 1984. The Influence of Survey Method on Question Response. Paper Presented at the **Annual Meeting of the American Association for Public Opinion Research**. Delavan, WI.

Exworthy, M.; Wilkinson, E.K.; McColl, A.; Moore, M. 2003. "The Role of Performance Indicators in Changing the Autonomy of the General Practice Profession in the UK". **Social Science & Medicine** 56(7):1493.

Flores, G.; Lee, M.; Bauchner, H.; Kastner, B. 2000. "Pediatricians' Attitudes, Beliefs, and Practices Regarding Clinical Practice Guidelines: A National Survey". **Pediatrics** 105(3):496.

Howie, J.G.R., Porter, A.M.D, Heaney, D.J and Hopton, J.L. 1991. "Long to Short Consultation Ratio: a Proxy Measure of Quality of Care for General Practice". **British Journal of General Practice** 41: 48-54

Howie J.R.G, Heaney D.J., Maxwell, M, Walker J.J. and Freeman, G.K. 2000. "Developing a 'Consultation Quality Index' (CQI) for use in general practice". **Family Practice**, 17(6): 455-461

Krysan, M., Schuman, H., Scott, L.J., Beatty, P., 1994. "Response Rates and Response Content in Mail versus Face-to-Face Surveys". **Public Opinion Quarterly** 58, 381-399.

Maisey, S.; Steel, N.; Marsh, R.; Gillam, S.; Fleetcroft, R.; Howe, A. 2008. "Effects of Payment for Performance in Primary Care: Qualitative Interview Study". **Journal of Health Services Research & Policy** 13(3):133-139.

Ofri, D. 2010. "Quality Measurers and the Individual Physician", **N Engl J Med** 363(7):606-607

Rosen, B.; Porath A.; Pawlson G.; Chassin, M and Benbassat, J. 2010. "Adherence to Standards of Care by HMOs in Israel and the United States ". **Int J Qual Health Care** (2011) 23(1): 15-25

Rowan, M.S.; Hogg, W.; Martin, C.; Vilis, E. 2006. "Family Physicians' Reactions to Performance Assessment Feedback". **Canadian Family Physician** 52(12):1570.

Tarnai, J., Dillman, D.A., 1992. Questionnaire Context as a Source of Response Differences in Mail Versus Telephone Surveys. In: Schwarz, N., Sudman, S. (Eds.), **Context Effects in Social and Psychological Research**. Springer-Verlag, New York.

Wilkinson, E.; McColl, A.; Exworthy, M.; Roderick, P.; Smith, H.; Moore, M.; Gabbay, J. 2000. "Reactions to the Use of Evidence-Based Performance Indicators in Primary Care: A Qualitative Study". **Quality in Health Care: QHC** 9(3):