

ג'וינט-מכון ברוקדייל

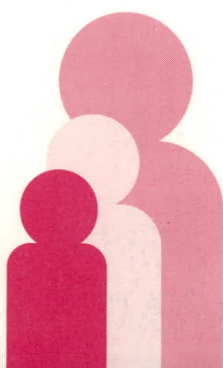
לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה



תפיסות רופאים ראשוניים את מידת השפעתם
על החולים בבחירת בית-חולים ואת יכולתם
להעריך את איכות שירותי האשפוז

חיטל גרוס • דוד חניניץ

ס ד ר ת ת ד פ י ס י ם





ג'וינט-מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם ורווחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בשיתוף עם הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם למחקר יישומי בסוגיות חברתיות בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה שנטלה על עצמה מחויבות לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים בתכנון וביישום תכניות רווחה.

המחקר במכון מתבסס על גישה בין-תחומית. במכון חמש יחידות עיקריות:

- ♦ זיקנה
- ♦ מדיניות בריאות
- ♦ קליטת עלייה
- ♦ מוגבלות
- ♦ המרכז לילדים ולנוער



**תפיסות רופאים ראשוניים את מידת השפעתם
על החולים בבחירת בית-חולים ואת יכולתם
להעריך את איכות שירותי האשפוז**

דוד חניץ

רויטל גרוס

תדפיס מתוך: הרפואה, 95-90:129, אוגוסט 1995.



מאי 1996

ירושלים

אייר תשנ"ו



גזינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-612391

ISSN 0334-9128

תקציר

במחקר זה מדווח על ממצאי סקר דואר ארצי שנערך ב-1993 בקרב 677 רופאים ראשוניים המועסקים ב-4 קופות-חולים. במחקר נבדקה מידת השפעתם של הרופאים הראשוניים על בחירת בית-חולים לאשפוז על פי תפיסתם של הרופאים עצמם, ושיקוליהם בבואם להמליץ על בית-חולים. סוגיות אלה נבדקות על רקע השינויים רחבי ההיקף העוברים על מערכת הבריאות בישראל, העשויים להביא להגברת מעורבותם של הרופאים הראשוניים בתהליך ההפניה לאשפוז.

תוצאות המחקר הראו, שכ-50% מהרופאים העריכו שהם בעלי השפעה רבה או רבה מאוד, על בחירת בית-חולים לאשפוז אלקטיבי. מרביתם דיווחו שהם מסוגלים להעריך את איכות הטיפול הניתן בבתי-החולים, בפרט את התוצאות הקליניות של הטיפול (89%). ניתוח רב-משתני הדגים שקיים קשר מובהק בין דיווח הרופא על מידה רבה של השפעה בבחירת בית-החולים לבין היות הרופא גבר שלא מלאו לו 65 שנה, המועסק כעצמאי באחת מקופות-החולים הקטנות, או בכמה קופות, החש יכולת להעריך את איכות הטיפול, ובעל קשר עם בית-חולים. השיקולים העיקריים של הרופאים בהמלצה על בחירת בית-החולים הם: רמת הטיפול הרפואי של רופאי המחלקה, יחס הצוות לחולים ורמת הציוד והטכנולוגיה הקיימים בבית-החולים. חשיבות פחותה יוחסה למדיניות האשפוז של קופת-החולים.

במאמר נדונה משמעות הממצאים לרופאי הקהילה וכן לקובעי מדיניות ברמה הלאומית, בקופות החולים ובבתי-החולים.

אנו מודים לדן יובל על תרומתו המרכזית למחקר שמהווה בסיס למאמר זה, ולפיתוח השאלון; ליוחנן בן-בסט על עזרתו בגיבוש נושא המחקר, בסקירת הספרות ובעיבוד ראיונות העומק שבוצעו בשלב הראשון של המחקר.

תפיסות רופאים ראשוניים את מידת השפעתם על החולים בבחירת בית-חולים ואת יכולתם להעריך את איכות שירותי האישפוז

חיטל גרוס¹ ודוד חניניץ²,

¹היחידה לחקר מדיניות בריאות, ג'וינט'מכון ברוקדייל, ירושלים; ²היחידה לחקר מדיניות בריאות, ג'וינט'מכון ברוקדייל, והמח' לאקולוגיה ומינהל רפואי, בית'ס בראון לבריאות הציבור ולרפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית הדסה, ירושלים

שלא מלאו לו 65 שנה, המועסק כעצמאי באחת מקופות החולים הקטנות, או בכמה קופות, החש יכולת להעריך את איכות הטיפול, ובעל קשר עם בית-חולים. השיקולים העיקריים של הרופאים בהמלצה על בחירת בית-החולים הם: רמת הטיפול הרפואי של רופאי המחלקה, יחס הצוות לחולים ורמת הציוד והטכנולוגיה הקיימים בבית-החולים. חשיבות פחותה יוחסה למדיניות האישפוז של קופת החולים.

במאמר נדונה משמעות הממצאים לרופאי הקהילה וכן לקובעי מדיניות ברמה הלאומית, בקופות החולים ובבתי החולים.

תפתחויות במדיניות הבריאות בישראל ובהן ביטול האזוריות באישפוז, מתן יתרה-אוטונומיה לבתי-חולים, הגברת התחרות ביניהם והרחבת חופש הבחירה של החולה, מעלות את האפשרות שיחולו שינויים בתפקידו של הרופא הראשוני כלפי בית-החולים, כך שתהיה לו השפעה רבה יותר על בחירת בית-החולים, כאשר חוליו יודקקו לאישפוז. הדעות על מידת ההשפעה שיש כיום לרופא הראשוני חלוקות. ביטוי לכך ניתן לראות בהתבטאויות סותרות של

במחקר זה מדווח על מימצאי סקר דואר ארצי שנערך ב-1993 בקרב 677 רופאים ראשוניים המועסקים ב-4 קופות-חולים. במחקר נבדקה מידת השפעתם של הרופאים הראשוניים על בחירת בית-חולים לאישפוז על פי תפיסתם של הרופאים עצמם, ושיקוליהם בבואם להמליץ על בית-חולים. סוגיות אלה נבדקות על רקע השינויים רחבי-ההיקף העוברים על מערכת הבריאות בישראל, העשויים להביא להגברת מעורבתם של הרופאים הראשוניים בתהליך ההפניה לאישפוז.

תוצאות המחקר הראו, שכ-50% מהרופאים העריכו שהם בעלי השפעה רבה או רבה מאוד, על בחירת בית-חולים לאישפוז אלקטיבי. מרביתם דיווחו שהם מסוגלים להעריך את איכות הטיפול הניתן בבתי-החולים, בפרט את התוצאות הקליניות של הטיפול (89%). ניתוח רבי-משנתי הדגים, שקיים קשר מובהק בין דיווח הרופא על מידה רבה של השפעה בבחירת בית-החולים לבין היות הרופא גבר

Keywords:

Primary Care Physician, Quality of Care, Hospitalization.

לחולה. אם הוא חש שהוא בעל הידע על איכות שירותי האישפוז ובעל השפעה על הבחירה, אזי קיימת האפשרות שהוא אכן יהווה יועץ בררסמכא, אם וכאשר החולים יפנו אליו בבקשת עצה. אם אינו חש כך, סביר שלא יראה עצמו כמתאים ליעץ.

להלן נציג את מערך המחקר ואת המימצאים שהתקבלו מסקר ארצי שנערך בקרב רופאים ראשוניים לגבי תפיסת מידת השפעתם בבחירת בית-החולים, שיקוליהם בהמלצה, יכולתם להעריך את איכות הטיפול ובקורות המידע שלהם. החלק האחרון של המאמר דן בסוגיות מתודולוגיות ובהשלכות של המחקר לקביעת מדיניות במשרד הבריאות. קופות-החולים ובתי החולים.

שיטות

אוכלוסיה וכלי מחקר

מחקר זה הוא חלק ממחקר רחב בנושא תפקיד הרופא הראשוני בישראל, שנערך על-ידי הכנ"ך ההולנדי למחקר ברפואה ראשונית (NIVEL) בשיתוף גרמני-מכון בורקדל בירושלים [5].

בסקר השתתפו 677 רופאים ראשוניים המהווים מידגם מייצג של הרופאים הראשוניים המועסקים בארבע קופות-חולים בישראל (2,925 רופאים). ההגדרה של רופא ראשוני מתבססת על הגדרת WONCA: רופא מטפל במיגוון מצבים וסוגי אוכלוסיה. לפיכך רופאים המטפלים רק בילדים לא נכללו באוכלוסיית המחקר. נרשמו 1,065 רופאים במידגם שכבות לפי קופות-חולים (עובד רק בקופות-חולים כללית; עובד בקופה אחרת או בכמה קופות) ומומחיות (כימחה ברפואת משפחה או מתמחה; ללא מומחיות או בעל מומחיות אחרת). מאה תיסעים ושלושה רופאים נמצאו כלא שייכים למסגרת הרגימה (בנימלאות, נפטרו, רופאים יועצים), לפיכך שיעור ההיענות היה 77.6%. המימצאים שיוצגו להלן שוקללו בהתאם ליחס הרגימה בכל שיכבה ולשיעור הנפל. הנתונים נאספו באמצעות סקר דואר שנתיך בתזמורת טלפונית בחודשים מרס-אוגוסט 1993.

בשאלון נכללו שאלות בנושאים הבאים: פרטים אישיים על הרופא הראשוני, מידע על הפרקטיקה (מיקום, עומס עבודה, צוות, ציוד), פעילות רפואית בפרקטיקה, ושיעורי-רצון בהעבודה. בסקר הישראלי נכלל פרק מיוחד בנושא קשר עם בתי-חולים, ובו שאלות בנושא השפעה על בחירת בתי-חולים, קשר עם בתי-חולים ויכולת להעריך את איכות שירותי האישפוז [5].

בנושא ההשפעה על בחירת בתי-חולים, נשאלו הרופאים: "כשתחלה שלך זקוק לאישפוז אלקטיבי, באיזו מידה יש לך השפעה על בחירת בית-החולים בו יאושפז? אפשרויות התשובה היו "השפעה רבה מאוד", "השפעה רבה", "השפעה בינונית", "השפעה מועטה" ו"השפעה מועטה מאוד". הרופאים נשאלו רק על המצב שבו החולה זקוק לניתוח אלקטיבי, משום שמידת השפעתם סינה במקרה של אישפוז חירום ובמקרה של אישפוז ברירי והיה צורך להבחין בין שני המקרים. הוחלט לשאול על ניתוח ברירי בעיקרית ראיונות הגישוש [1], מהם עולה, שרוב הפניות של חולים להתייעצות עם הרופא הראשוני נעשו במקרה כזה. שיעור האישפוזים הברירניים הוא בין 15% ל-20% מכלל האישפוזים [6]. יחד-עם-זאת, נראה, שלרופאים הראשוניים יכולה להיות השפעה מסוימת גם לגבי אישפוזים דחופים, שכן מסקר שנערך בקרב מאושפזים ביחידות כירורגיות ופנימייות [7] התברר, שכ-20% מהחולים דיווחו על בחירת בתי-חולים גם במקרים דחופים.

ניתוח סטטיסטי

הניתוח הסטטיסטי של הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS. הקשרים בין המשתנים התלויים למשתני הרקע נבחנו באמצעות הבחין Chi Square ומקדם מיתאם ספיירמן. בשל שני נעדר ניתוח ריב-משתני מסוג multiple regression analysis כדי לבדוק את ההשפעה העצמאית של המשתנים הבלתי תלויים על רגשתנה התלוי — מידת ההשפעה על בחירת בתי-חולים.

רופאים בעניין זה. כך, ציין רופא מרואיין אחד, ש"כ-80% מהמקרים אני קובע היכן יאושפזו חולים שלי", ואילו מרואיין אחר טען, ש"רוב הרופאים הראשוניים אינם רוצים להיות מעורבים בהפניית החולים לאישפוז". מרואיין אחר אף טען, ש"רוב הרופאים אינם יודעים כלל על אישפוז החולים שלהם וגם אינם מקבלים מכתבי שיחרור" [1].

למידת ההשפעה שיש לרופא הראשוני על בחירת בתי-חולים מספר השלכות חשובות על מערכת הבריאות. ראשית, ככל שהשפעתו של הרופא הראשוני תהיה רבה יותר, כך יתחזק מעמדו במערכת הבריאות, כפי שקרה, למשל, באנגליה. במחקרים צוין, שבעיקבות הרפורמה בבריטניה, שבמסגרתה הוענקו לרופאים ראשוניים תקציבים וסמכות להתקשר עם בתי-חולים, התחזק מעמדם במערכת, עקב השפעתם הגדולה על המצב הכספי במחוזות ועל מידת הפעילות בבתי-החולים [2]. שנית, האישפוז בישראל הוא אחד מסעיפי ההוצאה המרכזיים בקופות-החולים, כך שלהכוונתם של החולים לבתי-חולים אלה או אחרים יכולה להיות השלכה על רמת ההוצאות של הקופות. לבסוף, הכנסות בתי-החולים תלויות בחוקק ההפניות אליהם. לפיכך, להמלצותיהם של הרופאים הראשוניים יכולה להיות השפעה על עמדתם התחרותית ומצבם הכספי של בתי-חולים.

אחד הגורמים שיכולים להביא לחיזוק השפעתו של הרופא הראשוני על בחירת בתי-החולים הוא פנייתם של החולים אליו לשם ייעוץ. במצב שבו לחולה הופש בחירה, אך אין לו מידע על איכות הטיפול, סביר להניח, שהוא ינסה להשיג מידע זה מכל מקור אפשרי וייתכן שהוא יפנה, בין השאר, לרופא הראשוני, מכיוון שהוא רואה בו בעל ידע מקצועי בתחום הרפואה, וכן משום שיש לו קשר מתמשך עם הרופא.

השפעת הרופא הראשוני על בחירת בתי-החולים עשויה להתחזק גם כתוצאה מכך, שבתי-החולים, המתחרים ביניהם על פלח שוק, יראו ברופא הראשוני מקור להפניות חולים אליהם ויעודדו אותו להשפיע על החלטת החולה. הניסיון שהצטבר במדינות אחרות (אנגליה, למשל) מורה, שלרופא הראשוני יכול להיות תפקיד מרכזי בהכוונת חולים למערכת האישפוז, וכן שבתי-חולים שעברו לניהול אוטונומי (trusts), מגלים עניין ברעתם של הרופאים על איכות הטיפול במחלקות השונות כחלק מתוכניתם השיווקית, ומנסים לשכנע אותם להפנות חולים אליהם [2, 3].

בישראל טרם נערך מחקר ישיר, שבו נבחנת התפיסה השיווקית של בתי-החולים, אולם במחקר שנערך באזור ירושלים והמרכז נמצא, שמנהלי בתי-החולים ערים לפוטנציאל זה הטמון ברופא הראשוני [4].

התפתחויות אלו במערכת הבריאות בישראל ובעולם היוו את התמריץ למחקר הניכחי, שבו הועלו לראשונה השאלות הבאות: באיזו מידה רואה עצמו הרופא הראשוני בעל השפעה על בחירת בתי-החולים לאישפוז? מה מאפיין את הרופאים המדווחים על השפעה רבה יותר? מהם השיקולים של הרופא בבואו להמליץ על בתי-חולים? האם הוא מצויד בידע הנחון על איכות שירותי האישפוז? כמה מקורות המידע שלו?

במחקר הנוכחי נבחנות שאלות אלו מנקודת מבטו של הרופא הראשוני עצמו. תפיסתו של הרופא את תפקידו כרופא היא תנאי הכרחי, אם כי לא מספיק לכך, שהוא ימלא את תפקיד היועץ

ט ב ל ה מ ס ' 2: שיעור המדווחים על השפעה רבה או רבה מאוד בבחירת בית-חולים לפי משתני רקע (באהודים) (n = 677)

סה"כ	השפעה רבה או רבה מאוד	השפעה בינונית	השפעה מועטה או מועטה מאוד	סה"כ
100	49.0	21.5	29.5	100
גיל*				
44-30	50.0	24.0	26.0	100
64-45	48.9	20.3	30.8	100
65 <	45.5	16.8	37.6	100
מין**				
גברים	53.8	20.0	26.2	100
נשים	40.6	24.7	34.7	100
מומחיות*				
כללי	48.7	20.9	30.4	100
משפחה	50.8	21.5	27.7	100
מתמחה	44.5	26.2	29.3	100
קופת-חולים*				
כללית בלבד	45.1	21.0	33.9	100
אחרת	56.0	23.3	20.7	100
תנאי העסקה*				
שכיר	40.7	25.3	34.1	100
עצמאי	60.5	13.9	25.5	100
שניהם	62.1	20.6	17.3	100
עבודה בבית-חולים*				
כן	64.3	15.3	20.4	100
לא	46.6	22.7	30.7	100

* P < 0.01

** P = 0.02

ט ב ל ה מ ס ' 3: מקדמי מיתאם (ספירמן) בין "השפעה בבחירת בית-חולים" לבין סידרת משתני "קשר עם בית-חולים" ו"יכולת להעריך איכות טיפול"

היכטים שונים של קשר עם בית-חולים	מיתאם עם "השפעה על בחירת בית-חולים"
יכול להעריך איכות טיפול בבית-חולים	*0.26
מבקר חולים בעת אישפוז	*0.26
תיאום המשך הטיפול עם רופאי בית-חולים	*0.25
לאחר אישפוז	*0.23
יכול להתקשר ולהתייעץ עם רופאי בית-חולים	*0.21
נפגש עם רופאי בית-חולים יותר מפעם בחודש	*0.21
יחס פוגעני מהרופאים מבית-חולים	* -0.12

* P < 0.0001

ני. בניתוח נכללו גם משתנים דמוגרפיים ואיגוויים מרכזיים: גיל, מין, קופת חולים, תנאי העסקה, עבודה בבית-חולים, והתמחות (ר' טבלה מס' 4).

מטבלה מס' 4 עולה, שהמשתנים בעלי ההשפעה העצמאית על "מידת השפעה בבחירת בית-חולים" הם: רופא זכר, שלא מלאו לו 65, עצמאי, אינו עובד רק בקופת-חולים כללית, מבקר חולים בעת אישפוז, יכול להתקשר ולהתייעץ עם רופאי בית-חולים ונפגש עם רופאי בית-חולים יותר מפעם

המשתנה מדורג על סולם של 1-5 כאשר 1 — השפעה מועטה מאוד ו-5 — השפעה רבה מאוד.

למישוואה הוכנסו משתנים דמוגרפיים, משתנים שבאמצעותם נקבעת מידת הקשר עם בית-חולים ומשתנה של "יכולת להעריך את איכות הטיפול", כמשתנים מסבירים. המשתנים הדמוגרפיים והתדירות הפגישות עם רופאי בית-חולים הוכנסו לתסוגה כמשתנים דיכוטומיים. המשתנים האחרים של "קשר עם בית-חולים" הוכנסו לתסוגה בדירוג 1-5 (1 = תמיד, 5 = אף פעם). המשתנה "יכולת להעריך את איכות הטיפול" (נבנה כסיום מספר הפעמים שהרופא ענה "במידה רבה מאוד" או "במידה רבה" לשאלות המפורטות בטבלה מס' 6). המשתנה דורג על סולם מ-0 עד 6 כאשר 0 = יכולת מועטה מאוד ו-6 = יכולת רבה מאוד.

תוצאות

בטבלה מס' 1 מוסכמים המאפיינים הדמוגרפיים של איכלוסיית הרופאים הראשוניים בישראל.

שישים ושניים אחוז מהרופאים הם גברים, כמחציתם בני 30-44, כשני-שלישים עובדים בקופת-חולים כללית, כשכירים, ואין להם מומחיות ברפואת המשפחה.

ארבעים ותישעה אחוזים מהרופאים דיווחו שהם בעלי השפעה רבה או רבה מאוד על בחירת בית-חולים כשהחולה שלהם זקוק לאישפוז ברירתי (ר' טבלה מס' 2). הניתוח הדו-משתני מראה עוד, שהרופאים המדווחים על השפעה רבה יותר בבחירת בית-חולים מתאפיינים בכך, שהם צעירים, גברים, מומחים ברפואת המשפחה, אינם עובדים רק בקופת-חולים כללית, מועסקים כעצמאיים, ועובדים גם בבית-חולים.

בניתוח דו-משתני נמצאו גם מיתאמים בין מידת ההשפעה על בחירת בית-חולים לבין משתנים המלמדים על קשר עם בית-חולים, ולבין המשתנה "יכולת להעריך איכות טיפול" (ר' טבלה מס' 3).

מהטבלה עולה, שרופאים המדווחים על מידה רבה יותר של השפעה בבחירת בית-חולים, מדווחים גם על יכולת רבה יותר להעריך את איכות הטיפול בבית-החור לים, ועל קשרים הדוקים יותר עם בית-החולים, המתבטאים בביקור מאושפזים, בתיאום טיפול לאחר אישפוז, ביכולת להתקשר ול-התייעץ, ובתדירות גבוהה של פגישות עם רופאי בית-החולים. רופאים אלה גם מדווחים פחות על יחס פוגעני כעד רופאי בית-החולים.

כדי לבדוק מהי ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים המובאים בטבלה מס' 3 ("יכולת להעריך את איכות הטיפול" ומשתני "קשר עם בית-חור לים") על המשתנה "מידת השפעה בבחירת בית-חור לים", נערך ניתוח רב-משתני

ט ב ל ה מ ס ' 1: מאפייני רקע של הרופאים הראשוניים (באהודים) (n = 677)

אחוז הרופאים	
גיל:	
44-30	44
45-64	44
65 <	12
מין:	
גברים	62
נשים	38
מומחיות:	
מומחה ברפואת משפחה	24
מתמחה ברפואת משפחה	9
כללי או בעל מומחיות אחרת ¹	67
קופה:	
קופת-חולים הכללית	66
קופה אחרת או כמה קופות	34
תנאי העסקה:	
שכיר	60
עצמאי	24
גם שכיר וגם עצמאי	16

(1) במחקר זה, שהוא חלק ממחקר בין לאומי, לא נכללו נתונים על מומחיות אחרת של הרופא הראשוני, להוציא מומחיות ברפואת משפחה.

ט ב ל ה מ ס ' 6: יכולת להעריך את איכות הטיפול בבית-החולים
(באחוזים) ($n=677$) *

ממוצע	מאוד	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	תוצאות קליניות של הטיפול רמת הטיפול של רופאי המחלקה שביצוע-רצון של המאספוס זמינות שירותי האישפוז (למשל אורך התור) יחס הצוות הסיעודי תנאי האישפוז (מלונאות)
1.75	2	9	52	37	תוצאות קליניות של הטיפול
1.99	4	14	57	24	רמת הטיפול של רופאי המחלקה
2.08	5	23	46	26	שביעות-רצון של המאספוס
2.29	11	25	43	21	זמינות שירותי האישפוז (למשל אורך התור)
2.31	11	25	45	19	יחס הצוות הסיעודי
2.77	24	34	31	11	תנאי האישפוז (מלונאות)

* לכל פריט היו 5 אפשרויות תשובה מ-1 (במידה רבה) עד 5 (במידה מועטה). ממוצע התשובות לכל פריט חושב בהתאם.

ט ב ל ה מ ס ' 7: מקורות מידע להערכת איכות הטיפול בבית-חולים (ממוצע, 1 = חשיבות רבה מאוד, 5 = חשיבות מועטה מאוד)

ממוצע	סטיית התקן	
1.69	0.03	הערכה קלינית של חולה לאחר שיחרור
1.89	0.03	טיב מכתבי השיחרור
1.97	0.04	שיחות עם חולים שאושפזו בבית-החולים התרשמות תוך כדי השתלמות/התמחות במחלקות
2.05	0.04	שיחות עם רופאים אחרים
2.11	0.03	

אלקטיבי? (1 = חשיבות רבה מאוד, 5 = חשיבות מועטה מאוד). התוצאות מצביעות על כך, שלפי דיווחם הרופאים מייחסים חשיבות ניכרת לכל אחד מהשיקולים. דירוג השיקולים לפי סדר החשיבות (על סמך ממוצע התשובות לכל פריט) מראה, שהשיקולים העיקריים בעת המלצה על אישפוז הם רמת הטיפול של רופאי המחלקה, היחס של צוות המחלקה לחולים, ורמת הצידוד והטכנולוגיה. החשיבות המועטה ביותר מיוחסת לתנאי המלונאות בבית-החולים, וכן ליחס צוות המחלקה אל הרופא עצמו. חשיבות מועטה יחסית מיוחסת גם למדיניות קופת-חולים לגבי בית-החולים, שאליו מעדיפה הקופה להפנות. סטיות התקן של הממוצעים מראות, שקיימים הבדלים מובהקים בין החשיבות שיוחסה לפריטים השונים.²

מאחר שאחד השיקולים בהמלצה על אישפוז הוא איכות הטיפול, נשאלו הרופאים "באיזו מידה לדעתך אתה מסוגל להעריך את איכות הטיפול הניתן בבית-החולים בתחומים הבאים?" (1 = במידה רבה מאוד, 5 = במידה מועטה מאוד).

מטבלה מס' 6 עולה, שמרבית הרופאים סבורים שיש ביכולתם להעריך את איכות שירותי האישפוז במידה רבה או במידה רבה מאוד. שיעור גבוה במיוחד דווח על יכולת רבה להעריך את ממדי האיכות המתייחסים לתוצאות הקליניות של הטיפול ולרמת הטיפול של רופאי המחלקה (89%-1.81%).

¹ דירוג זה מתקבל גם כשמדרגים לפי החציון או השיעור השכיח של התשובות בכל פריט.

² דירוג דומה של השיקולים מתקבל גם מניתוח תת-קבוצה: הרופאים שדיווחו על השפעה רבה מאוד או רבה.

ט ב ל ה מ ס ' 4: משתנים המנבאים את מידת ההשפעה שיש לרופא בבחירת בית-החולים של חולה הזקוק לאישפוז אלקטיבי (תוצאות ניתוח גרסיה מרובה)

המשתנה	B value	standard error (se)	רמת מובהקות (p)
משתנים	-0.4484	0.1954	0.02
דמוגרפים	0.2929	0.1158	0.01
וארגוניים	-0.5588	0.1246	0.00
קופת-חולים (הכללית בלבד)	-0.2649	0.1239	0.03
תנאי העסקה (שכיר)	-0.1358	0.1692	NS
הרופא עובד בבית-החולים	0.0110	0.1257	NS
התמחות ברפואת המשפחה			
הערכת איכות הטיפול	0.1394	0.0332	0.00
הרופא יכול להעריך את איכות הטיפול בבית-חולים			
היבטים שונים	0.1478	0.0639	0.02
מבקר חולים בעת אישפוז	0.0746	0.0528	NS
תיאום המשך הטיפול עם רופאי בית-החולים לאחר אישפוז יכול להתקשר ולהתייעץ עם רופאי בית-החולים	0.1997	0.0645	0.00
הרופא נפגש עם רופאי בית-החולים יותר מפעם בחודש	0.3429	0.1129	0.00
יחס רופאי בית-החולים פוגעני	-0.0926	0.0614	NS

$R^2 = 24\%$

ט ב ל ה מ ס ' 5: החשיבות שהרופאים מייחסים לנושאים שונים בעת המלצה על בית-חולים לאישפוז בירוני (ממוצע תשובות, 1 = חשיבות רבה מאוד, 5 = חשיבות מועטה מאוד)

ממוצע	סטיית התקן	התשובות של הממוצע
1.35	0.03	רמת הטיפול של רופאי המחלקה
1.73	0.03	היחס של צוות המחלקה לחולים
1.85	0.03	רמת הצידוד והטכנולוגיה בבית-החולים
1.98	0.04	משך המתנה לאישפוז
2.02	0.04	איכות הטיפול הסיעודי במחלקה
2.06	0.04	איכות מכתב השיחרור הניתן במחלקה
2.17	0.05	היכרות אישית וקשרים אישיים עם אנשי צוות המחלקה
2.39	0.04	המוניטין של מנהל המחלקה
2.41	0.05	תיאום הטיפול עם הרופא הראשוני
2.42	0.04	המוניטין של בית-החולים
2.44	0.05	מדיניות הקופה בהפניה לאישפוז (בית-החולים אליו ממליצה הקופה להפנות)
2.68	0.05	היחס של צוות המחלקה אל הרופא הראשוני
2.85	0.04	תנאי המלונאות בבית-החולים

בחודש. בנוסף, נמצא קשר בין היכולת להעריך את איכות הטיפול הניתן בבית-החולים, לבין דיווח על השפעה רבה על בחירת בית-חולים.

למשתנים: עבודה בבית-חולים, התמחות ברפואת משפחה, דיווח על יחס פוגעני מצד רופאי בית-החולים ומידת תיאום הטיפול לאחר האישפוז — לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת על המשתנה "השפעה על בחירת בית-חולים".

בטבלה מס' 5 מסוכמות תוצאות השאלה "איזו חשיבות אתה מייחס לנושאים הבאים בעת המלצה לחולה שלך על בית-חולים לצורך אישפוז

לפעול להידוק מכוון של הקשר בין רופא הקהילה לבית-החולים. לדוגמה, ניתן לעודד את הרופאים הראשוניים לערוך ביקורים אצל חולים מאושפדים, ליוזם פגישות ממוסדות בינם לבין רופאי בית החולים וכו'. דרך נוספת להגביר את השפעת הרופא הראשוני היא באמצעות העלאת יכולתו להעריך את איכות הטיפול למשל, על-ידי הספקת מידע מתאים.

מימצא מרכזי נוסף, שראוי שיעורר את תשומת-הלב הן של בתי-החולים והן של קופות-החולים הוא, שהרופאים רואים את עצמם כבעלי ידע על איכות שירותי האישפוז. המימצא שרופאים רבים דיווחו על יכולת רבה או רבה מאוד להעריך את איכות שירותי האישפוז, והשיקולים של הרופאים בהפניה לבית-החולים, עולים בקנה אחד עם מימצאי מחקרים דומים שנערכו במדינות אחרות. במחקרים בחו"ל דווח, כי לרופאי הקהילה בבריטניה, אוסטרליה ואיטליה היו דעות והערכות מגובשות על איכות הטיפול במחלקות ספציפיות, על כוללנות השירותים של בית-החולים ועל שירותים בעייתיים, ואף המלצות לשינויים אירגוניים בבתי-החולים [3, 8, 9-11]. בסקרים שנערכו בבריטניה [3, 8, 12] ובאוסטרליה [10] בקרב רופאי קהילה הודגם, שהשיקולים המוצהרים של הרופאים לבחירת מקום אישפוז או ייעוץ, היו זמן ההמתנה עד לפגישה הראשונה, זמן המתנה לקבלת טיפול, המוניטין של היעוץ, המוניטין של בית-החולים, העדפות החולים, וההתנסות הקודמת של הרופא עם שירותי בית-החולים.

אולם, גם כאן חשוב לתת את הדעת לכך, שממצאי המחקר הנוכחי מתבססים על דיווח עצמי בלבד ואין כל הוכחה לכך, שהרופאים אכן מעריכים נכונה את איכות שירותי האישפוז. ואומנם, גם בספרות מועלים ספקות לגבי יכולתם של רופאים ראשוניים להעריך את האיכות של השירותים: חולים מאושפדים מהווים מיעוט מהפרקטיקה, המידע שבידיהם מתבסס בעיקר על התרשמות ושמועות, ולא על איסוף שיטתי של נתונים [9].

עם זאת, נודעת חשיבות לעצם תפיסת הרופאים את עצמם כבעלי ידע על איכות שירותי האישפוז. ראשית, תפיסה זו מהווה תנאי הכרחי לכך, שהרופאים הראשוניים יסכימו לייעץ לחולה הפונה אליהם. שנית, השיקולים המנחים את הרופאים, יכולים לכוון את בית-החולים בבואו לשכנע את הרופא הראשוני שיפנה אליו חולים. כך, למשל, ייתכן שבתי-החולים יגלו עניין בכך, שהרופאים ייחסו חשיבות מועטה בלבד לרמת המלונאות בבתי-החולים.

למימצאים על שיקולי הרופאים השלכות לא רק לגבי בתי-החולים אלא גם לגבי קופות-החולים. עם יישום הרפורמה במערכת הבריאות אמורות קופות-החולים לבחור בתי-החולים שערים יתקשרו בהסכמים חוזיים. משום כך, נראה שיש להן אינטרס לתאם עם הרופא את בחירת בית-החולים לאישפוז על-מנת שיתמוך בהכוונת חולים לבתי-החולים עימם יהיו להן הסכמים. אולם, שיקולי הרופאים (כאמור, רמת הטיפול, היחס לחולים ורמת הצידור) אינם בהכרח זהים לשיקולי קופת החולים: נמצא, כי מבין השיקולים המנחים אותם בהמלצה על בית-החולים, ייחסו הרופאים חשיבות מועטה יחסית למדיניות הקופה. לכן, נראה שעל הקופות לעשות פעולה מכוונת לגיוס שיתוף הפעולה של הרופאים הראשוניים כך, שהמלצות הרופאים לחולים על בית-החולים יעלו בקנה אחד עם מדיניות קופות-החולים. אחרת, קיים חשש, שייווצרו קונפליקטים

בהתאמה). שיעור נמוך יחסית של רופאים (42%) דיווחו שביכולתם להעריך את רמת תנאי האישפוז (מלונאות).

בטבלה מס' 7 מסוכמים ממצאי התשובות שניתנו לשאלה "איזו חשיבות אתה מייחס לכל אחד ממקורות המידע הבאים בהערכת איכות הטיפול בבית-החולים מסוים"? (1 = חשיבות רבה מאוד, 5 = חשיבות מועטה מאוד). הרופאים דיווחו על חשיבות רבה של כל מקורות המידע. החשיבות הרבה ביותר יוחסה להערכה קלינית של החולה לאחר שיחרור, והמועטה ביותר – לשיחות עם רופאים אחרים. סטיות התקן של הממוצע מראות, שקיים הבדל מובהק בין החשיבות שיוחסה לפרטים אלה.

דיון

בסקר זה הבאנו את נקודת המבט של הרופאים הראשוניים עצמם על מידת השפעתם על בחירת בית-החולים לאישפוז, ועל יכולתם להעריך את איכות הטיפול הניתן בבית-החולים.

מימצאי הסקר מראים, ששיעור ניכר מהרופאים הראשוניים בישראל תופסים עצמם בעלי השפעה על בחירת בית-החולים לאישפוז ברינני. השיעור הגבוה של רופאים במחקר זה שדיווחו על השפעתם בבחירת בית-החולים מראה, שכבר כיום חלקם ממלאים, כנראה, תפקיד של יועץ לחולה. המגמה הקיימת של היחלשות "תכתיבים בירוקרטיים", כגון הסכמי אזוריות [4], הקובעים היכן יאושפז חולה ומתן חופש בחירה רב יותר לחולה עצמו, מעלה מקום להשערה, שפניות החולים אליהם יגברו בעתיד אף יותר. בהקשר לכך מעניין לציין, שבסקר שנערך בקרב כאושפדים בעשרה בתי-החולים בישראל, דיווחו כ-27% מהמאושפדים, שהם בחרו בעצמם את בית-החולים בו יאושפזו ורק 13% עני שיקופת-החולים היא שקבעה באיזה בית-החולים יהיה האישפוז [7].

במחקר זה לא נבדק האם ההשפעה היא באמצעות ייעוץ לחולים או באמצעות נהלי ההפניה לאישפוז שהרופאים מופקדים על יישומם. אנו משערים, שהכוונה היא להשפעה באמצעות ייעוץ, משום שרופאים בקופות-החולים כללית דיווחו על פחות השפעה לעומת רופאים בקופות אחרות, ודווקא בקופות-החולים כללית קיימות יותר מיגבלות מינהליות על בחירת בית-החולים (לדוגמה, דרישה להפניה לבית-החולים של הקופה, אם קיים כזה באזור) מאשר בקופות האחרות. מכך אנו מסיקים, שהרופאים שדיווחו על השפעה רבה, התכוונו להשפעה אישית שלהם על החולה מכוח פנייתו להתייעצות.

יש לדעת, שהמימצאים מבוססים על דיווח עצמי, ולכן העובדה, שהרופא רואה את עצמו כבעל השפעה, אין בהכרח פירושה שהוא אכן משפיע. על-מנת לתקף את דיווחי הרופאים, וכן לצורך הרחבת הדיון בנושא זה, יש מקום להתייחס גם לנקודת המבט של החולה: באיזו מידה הרופא אכן משפיע על החלטת החולה לגבי בחירת בית-החולים לאישפוז ברינני, איזה שיעור מהחולים מתייעצים עם הרופא הראשוני ואיזה שיעור מהחולים פועלים, לבסוף, לפי עצתו. לא מצאנו מחקרים שבהם נבחנו שאלה זו, ויש לכך מקום במחקר בעתיד.

מימצאי המחקר לגבי מאפייניהם של הרופאים הרואים עצמם בעלי השפעה רבה בבחירת בית-החולים, הם בעלי כישמעות לקופות-החולים, לבתי-החולים או לגורמים אחרים המעוניינים להשפיע על המלצות הרופאים הראשוניים. מידע זה יכול לסייע במיקוד פעולות הסברה ושינוע בקרב קבוצות מסוימות של רופאים. בנוסף, גורם המעוניין להגביר את מידת השפעתו של הרופא הראשוני, יכול

3. Langan J. How big can we grow. The Health Service General. 9 Sept. 1990, 1990, 1320-1321.
4. Chinitz D & Rosen B. Patterns of hospital competition in Israel in early 1990. JDC-Brookdale Institute of Gerontology 1991. RR-26-91.
5. Gross R, Yuval D, Japhe Y & al. The role of the primary care physician in Israel: preliminary findings from a national survey. JDC-Brookdale Institute of Gerontology. 1994. RS-216-94.
6. משרד הבריאות, סדרות מידע ומיחשוב מוסדות אישפוז ויחידות טיפול יום בישראל. משרד הבריאות, 1993.
7. Yuval D. Who Chooses the Hospital. Forthcoming. JDC-Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1994.
8. Hicks NR & Baker IA. General Practitioners' Opinions of Health Services Available to Their Patients. BMJ, 1991; 302: 991-993.
9. Bennett C. The Worcester development project: general practitioner satisfaction with a new community psychiatric service. J. Royal College General Practitioners. 1989; 39: 106-109.
10. Webster P, Clark A & Robinson L. General practitioner acceptance of geriatric and rehabilitation assessment units. Australian Health Review, 1987; 10: 290-298.
11. Rizzardo R & Magni G. The general practitioner and the psychiatric health service in Italy after the reform: opinions and experiences in an urban district. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1986; 73: 234-238.
12. Whitefield MJ & Bradley B. Gp's and consultants: is there agreement of patient management? Bristol Medico-Chirurgical J, 1989; 104: 75-78.

— אלווהאל גלול לפעול כטרטוגן כבר החל בשבוע השלישי להריון, זמן רב בטרם תהייה הנשים מודעות לכך, שהן אכן הרות (Med J Australia, 1994; 161: 461-2). הינך מיני לצעירי העשרה, מן הדין שידגיש את פגיעות העובר לרעלים ולהסרים דיאטטיים ויעודד את הצורך ביעוץ טרום-הריוני.

— רפואה ובשפט, גיליון מס' 12, אפריל 1995 הופיע זה תוכנו: הוועדות הרפואיות לקביעת שיעור הנכות — קריאה לשינוי. טעות בשיקול דעת רפואי — פרופ' אמנון כרמי; הקרה לפיצויים בגין רשלנות רפואית — יונתן דיוויס; המתה חסד וחוק העונשין — ד"ר דוד א' פרנקל. מודלים לטיפול בתביעות רשלנות רפואית — ד"ר אילנה נירנברג; ניזקי רפואה להפסיק העברת הפצ"ר דרך הרופא — ד"ר מיכאל צור; הגדרת הורות וזכות איתור השורשים הביולוגיים — ד"ר מרדכי הלפרין; שבועת הרופאים ומשמעותה — פרופ' משה וולמן; קביעת דרגת נכות מורכבת בפני ביהמ"ש — ד"ר אהרון ארלייזרוב; כשרות משפטיות של הלוקה בדעתו — דודן חן; Cost effectiveness של הקשר עם המשפחות — ד"ר משה הרש; רישוי תוכנית טיפול למשכבשים בסמים — חיה היכל; הפרייה חרץ-גופנית, מעמד העובר ונזל לידה תרין — יונתן דיוויס; ניסויים בבני-אדם, איך נקבע המוות ונושאים אחרים — פרופ' אמנון כרמי; לית דין ולית דין; תקצירי מאמרים; תרגום לאנגלית של תקצירי מאמרים נבחרים — אסתר ורד זאב ניר. החוברת מזמינה קריאה.

בין קופת-החולים, הרופאים והחולים, שיקשו על תפקודה של קופת-החולים.

לבסוף, לאור דיווחי הרופאים על השפעתם על בחירת מקום אישפוז וניתוח המגמות שיתפתחו בעתיד נראה, שיש מקום לפעול כדי להבטיח שהערכותיהם של הרופאים הראשוניים על איכות שירותי האישפוז אכן משקפים נכונה את המציאות, כך שעצותיהם לחולים הפונים אליהם תהיינה מהימנות. אחת הדרכים לעשות זאת היא באמצעות הספקת מידע השוואתי ומהימן לרופא על זמני המתנה, תוצאות של ניתוחים, סקרי שביעות-רצון של מאושפזים וכו'.

נראה, שלכמה גורמים במערכת יכול להיות עניין לאסוף מידע על איכות הטיפול בבתי-החולים, ולהעבירו לרופאים הראשוניים. בתוקף תפקידו החדש של משרד הבריאות כמיניסטרו (כקובע מדיניות ולא כמספק שירותים), הוא יכול לאסוף את המידע כחלק מפעילות הבקרה השוטפת, עליה הוא מופקד, ולהעמידו לרשות הרופאים כשירות לציבור. קופת-החולים, שיתקשרו בהסכמים עם בתי-החולים, יוכלו לדרוש מידע על איכות הטיפול, שישרת אותן כתשומה להסכמים שייחתמו עם בתי-החולים, ויעמידו את המידע לרשות הרופאים כדרך לגייס את תמיכתם במדיניות האישפוז של הקופה. גם האיגודים המקצועיים של הרופאים הראשוניים יכולים להוות מקור למידע מתוך מודעות לכך, שבצורה זו הם מסייעים לחיזוק מעמדו של הרופא הראשוני. לא ברור אומנם, האם בתי-חולים ישתפו פעולה באופן מושלם, בשל כמה סיבות. לדוגמה, רצונם להדגיש מידע המציג "תמונה חיובית" של בית-החולים. אך יש להניח, שלמשרד הבריאות, לקופת-החולים ולאגודים די עוצמה כדי להשיג את המידע הדרוש.

בסיכום, מימצאי מחקר זה מצביעים על כך, שהרופאים הראשוניים רואים עצמם כבעלי יכולת להעריך את איכות שירותי האישפוז, וכן כמשפיעים על הפניית חולים לבתי-החולים. אנו צופים שעם השינויים במערכת הבריאות, הכוללים מתן יותר חופש בחירה לחולים, מהד גיסא, ועצמאות לבתי-החולים, מאידך גיסא, תגבר מעורבותם של הרופאים בתחום זה. גם אם בפועל השפעתם של הרופאים פחותה מכפי שהם חושבים, תפיסתם את השפעתם מצביעה לפחות על נכונותם למלא תפקיד ביעוץ לחולה, אם יפנו אליהם. מידע אמין ומדויק יכול לסייע להם בתפקיד זה, לתרום לקבלת החלטה טובה של כל חולה וחולה, ולשמש זרז לשיפור מתמיד של איכות הטיפול בבתי-החולים.

תודתנו נתונה ליוחנן בן-בסט על עזרתו בגיבוש נושאי המחקר, סקירת הספרות ועיבוד ראיונות העומק שבוצעו בשלב הראשון של המחקר. כמרכן נתונה תודתנו ליונה יפה ולחברינו לעבודה בגויינט-מכון ברוקדייל השותפים לעבודה — דן יובל, שלמה בוסידן וראביגיל דובני, למרים גרינשטיין על סיוע בעיבוד הנתונים, ולברוך רוזן ולמרק טרגין על הערותיהם המועילות. לבסוף, אנו מודים לסוקרים על תרומתם לשיפור המאמר.

ביבליוגרפיה

1. הינך ד' וגרוס ר', ניתוח ראיונות גישוש עם רופאים ראשוניים (מסמך פנימי, גויינט-מכון ברוקדייל) (לא פורסם) 1992.
2. Glennerster H, Mitsaganis M & Owens P. A footholding for fundholding. Research Report 12, Kings Fund Institute. 1992.



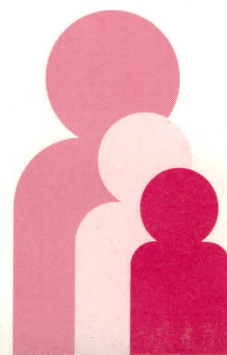
JDC-BROOKDALE INSTITUTE

OF GERONTOLOGY AND HUMAN DEVELOPMENT

Assessment by Primary Care Physicians of their Influence on Patient Hospital Choice and their Ability to Evaluate Hospital Quality

Revital Gross • David Chinitz

R e p r i n t S e r i e s





WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization, operating in partnership with the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

A center for professional exchanges, collaborative research and special forums in the international arena.

The Institute's research involves an interdisciplinary approach. The Institute has five major divisions:

- ♦ Aging
- ♦ Health Policy
- ♦ Immigrant Absorption
- ♦ Disability
- ♦ Center for Children and Youth

**Assessment by Primary Care Physicians
of their Influence on Patient Hospital Choice
and their Ability to Evaluate Hospital Quality**

Revital Gross

David Chinitz

Reprinted from: *HaRefuah*, 129:90-95, August 1995.

Abstract

This paper reports the findings of a survey conducted in 1993 of 677 primary care physicians employed in Israel's four sick funds. The project examined the influence of primary care physicians on patient hospital choice from the perspective of the physician, and the factors considered by physicians when recommending a hospital. This issue is analyzed in light of the far-reaching changes currently taking place in the health system in Israel, which are likely to increase the involvement of primary care physicians in the referral of patients for hospitalization.

The survey was administered by mail. About 50% of the physicians in the survey reported having a high or very high degree of influence over patient hospital choice for elective procedures. Most of those surveyed report themselves able to evaluate the quality of hospital care, especially the clinical results of treatment (89%). Multivariate analysis revealed that the physicians who reported a high degree of influence on patient hospital choice tended to be male, under 65 years of age, independently employed in one of the smaller sick funds or in several sick funds, able (in their own estimation) to evaluate hospital quality, and in regular professional contact with at least one hospital. The main issues considered in recommending a hospital were the quality of the physicians and the medical care in the hospital, the way in which the hospital staff relate to patients, and the level of equipment and technology available in the hospital. Less importance was given to sick fund hospitalization policy. The paper discusses the implications of the survey findings for primary care physicians, and for policymakers in both the sick funds and the government.

We are grateful to Dan Yuval for his valuable contribution to the study on which this report is based and to the design of the questionnaire used. We would also like to thank Yochanan Ben-Bassat for his contribution to the conceptualization of the study, the literature review, and the processing of the in-depth interviews conducted during the first stage of the study.