

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל

מאת רויטל גרוס*, יעל אשכנזי*, חוה טבנקין**, אבי פורת***
ואליק אבירם****

שיפור תהליכי ותוצאי טיפול הוא סוגיה מרכזית על סדר היום בארגוני בריאות בעולם ובישראל. מגמה זו קשורה לעלויות העולות של אספקת השירותים ובמקביל לדרישה הגוברת מצד הלקוחות לקבל שירות איכותי. בארגונים שונים המספקים שירותי בריאות אימצו גישות שיפור שהתפתחו בתעשיית הבריאות, שעיקרן שיפור תהליכים ומדידת תוצאות, ולא חיפוש אשמים בתקלות.

תכניות הבטחת איכות הן תכניות מתמשכות ומובנות שכוללות "מעגל איכות" של איסוף וניתוח נתונים לצורך זיהוי בעיות, בניית התערבות ויישומה, ואיסוף נתונים חוזר כדי לבחון את השפעת ההתערבות ולהכניס תיקונים במקרה הצורך. תכניות כאלה עשויות לשפר איכות וגם למנוע בזבוז משאבים, אבל מחקרים שונים הראו שלא תמיד קל להטמיע אותן בארגונים ולשמר אותן לאורך זמן.

מטרת המחקר המוצג כאן היתה לבדוק את פעילות שיפור האיכות הנעשית בקופות החולים בישראל, במסגרת שירותי הבריאות בקהילה. באמצעות שיטות מחקר איכותניות בחנו אילו סוגי פעולות שיפור קיימות, מהו המקום שתופסות תכניות הבטחת האיכות בפעולות אלו, ובאילו תחומים יש צורך בתכניות נוספות. המחקר מצא שישנה התייחסות רצינית לנושא שיפור האיכות בקופות החולים, ושהקופות נוקטות פעולות שונות כדי לקדם נושא זה. ממצא מרכזי הוא שתכניות הבטחת איכות אינן האסטרטגיה המרכזית במאמצי השיפור. בדיון מועלים הסברים אפשריים למצב זה וכן דרכים לעידוד פעילות בנושא שיפור האיכות בקופות.

* מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, אוניברסיטת בריאלין.

** בית חולים העמק ושירותי בריאות כללית.

*** אוניברסיטת בן גוריון ושירותי בריאות כללית.

**** המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי של המחקר על הערותיהם המועילות: ד"ר יצחק אלשיך, ד"ר מרגלית גולדפרכט, ד"ר אנתוני היימן, גב' גילה סעדיה, גב' יהודית צמרת ופרופ' אלי קיטאי. אנו מודים לכל המרואיינים שהקדישו מזמנם, וכן לרונית מצליח שסייעה בביצוע הראיונות וניתוחם. תודה מיוחדת לשופטים האנונימיים של ביטחון סוציאלי שהערתיהם סייעו לנו מאוד בשיפור איכות המאמר.

מבוא

הרצון לספק שירותים רפואיים באיכות גבוהה, למרות המשאבים המוגבלים, הוא סוגיה מרכזית במערכות בריאות בכל העולם (Batchelor & Esmond, 1989; Donabedian, 1989). בעקבות כך, שיפור תהליכי איכות ותוצאי טיפול הפך גם הוא לסוגיה מרכזית במדיניות הציבורית במדינות רבות, וארגונים המספקים שירותי בריאות מחפשים דרכים לתת טיפול איכותי יותר במסגרת המשאבים הקיימים. התפיסה הרווחת הינה שטיפול רפואי באיכות גבוהה יהיה אפקטיבי יותר בהשגת תוצאות בריאות, ימנע סיבוכים וטיפולים מיותרים, והצפי הוא כי כתוצאה מכך יופחתו ההוצאות (שניידר ובואן, 1995).

בשנות השמונים של המאה הקודמת החלה להתפתח בארצות הברית "תנועה לאיכות" בתעשיית הבריאות בעקבות תנועה דומה שהתפתחה קודם לכן. המניעים להתפתחות זו היו דרישות מצד ספקים ולקוחות וגם הכרה בכך שחוסר איכות מתבטא במחיר כספי גבוה כתוצאה מבזבז משאבים, טעויות שצריך לתקן, תלונות וחוסר שביעות רצון מצד לקוחות. תנועת האיכות החדשה אימצה גישות מודרניות שהיו שונות מהגישות המסורתיות לאיכות, שנשענו בעיקר על בקרה ופיקוח וחיפוש מקרים חריגים. הגישות שהתפתחו, כמו TQM (Total Quality Management) ו-CQI (Continuous Quality Improvement), מדגישות את מקומם המרכזי של תהליכים ורואות בהם את המפתח לשיפור. גישות אלה גם מדגישות את הצורך במעורבות רחבה של חברי הארגון במאמץ לענות על צורכי הלקוחות. באופן כללי, למרות שימוש בשמות שונים, גישות אלה כוללות את אותם יסודות: זיהוי ובחירה של בעיה; איסוף נתונים, ניתוח הבעיה והבנת התהליך; בחירת דרך לפתרון הבעיה ויישום הפתרון; מעקב מתמשך אחר תוצאות ונקיטת פעולות נוספות בהתאם לצורך (Berwick et al., 1990, Blumenthal & Kilo, 1998). פעולות אלה ידועות גם כ"מעגל האיכות".

דונבידיאן, שהיה אחד ממניחי היסודות בתחום שיפור האיכות ברפואה, הגדיר סוג של תכניות איכות כ"תכניות הבטחת איכות". תכניות אלה הן תכניות שיפור מובנות ומתמשכות שכוללות מספר שלבים: איסוף נתונים על תהליכי או תוצאי טיפול קליני או שירות, ניתוח הנתונים וקביעת דרכים לשיפור התהליך (ללא הטלת אשמה על הפרט), הפעלת התערבות מערכתית (לא ברמת הפרט) שמיועדת לשפר את המצב ואיסוף נתונים חוזר כדי לבדוק את השפעת ההתערבות. תכניות אלו אמורות להיות מופעלות באופן מתמשך לאורך זמן, כאשר איסוף הנתונים החוזר באופן תקופתי מאפשר שיפור מתמיד על ידי גילוי נקודות חולשה מערכתיות ותיקונן לפי הצורך. בתכניות אלה נאסף באופן קבוע מידע שיטתי ומהימן המשמש בסיס לנקיטת פעולות לשיפור האיכות (Donabedian, 1991).

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל 171

בארצות הברית המונח "הבטחת איכות" קיבל משמעות של סטנדרטים חיצוניים ובקרה, הנתפסים באופן שלילי. באירופה המונח משמש לתיאור שיטה שכוללת ניטור איכות ונקיטת פעולות תיקון במקרה הצורך, ללא ייחוס משמעות שלילית. ההגדרה האירופאית של הבטחת איכות כוללת בתוכה גם CQI, כאחת השיטות שמשמשות לניטור ותיקון בדרך שיטתית (Ovretviet, 1997). במחקר זה השתמשנו במונח "הבטחת איכות" במובן האירופי וכפי שהשתמש בה במקור דונבידיאן.

מהספרות עולה שתכניות הבטחת איכות עשויות לשפר איכות, ובו בזמן גם לרסן עלויות בטווח הארוך על ידי הגברת היעילות והאפקטיביות של הטיפול. השקעת משאבים בטיפולים או בתהליכי טיפול לא יעילים היא לא רק בזבזנית, אלא גם מונעת השקעה בטיפולים שהיו יכולים להיטיב עם המטופלים ולפיכך פוגעת באיכות הטיפול בהם. לכן יעילות ואיכות כרוכות זו בזו. בעולם של משאבים מוגבלים ועלויות הולכות וגדלות, חשוב לאתר ולקדם תכניות שיכולות להשיג את שני היעדים – איכות וריסון עלויות. עם זאת, מחקרים ממדינות אחרות הראו שלא תמיד היתה הצלחה בהחדרת תכניות אלו לארגונים והן לא תמיד השיגו שיפור בתהליכי ובתוצאי הטיפול (Benbassat & Taragin, 1998; Chambers et al., 1995; Fooks et al., 1990; Klazinga, 1994; Shortell et al., 1995; Walshe, 1995; Walshe & Buttery, 1995).

בסוף שנות התשעים ראינו בלומנטל וקילו (Blumenthal & Kilo, 1998) אנשים מובילים מתחום האיכות בארצות הברית. הרושם של רבים מהמרוויינים שלהם היה שהעקרונות הבסיסיים של CQI עדיין לא חדרו לעומק, ושחלק גדול מהרופאים עדיין לא הכירו אותם או היו חשדניים לגביהם. הראשונים לאמץ מתודולוגיות של שיפור איכות בארגוני בריאות היו דווקא אדמיניסטרטורים ולא רופאים, ולכן רבות מהתכניות הראשונות היו בתחום האדמיניסטרטיבי ולא בתחום הקליני.

אתגר מיוחד קיים ביישום תכניות שיפור איכות בשירותי הבריאות בקהילה (לעומת בתי חולים), לאור המאפיינים המיוחדים של שירותים אלה: הטיפול מתפצל פעמים רבות בין מטפלים שונים ומתקנים שונים, דבר שיוצר בעיות ברצף טיפול ובהעברת מידע; הטיפול משולב בשגרת החיים של החולה, כך ששליטת הרופא בטיפול נמוכה יותר והרבה תלוי בהיענות המטופל; חלק גדול מהרופאים עובדים לבדם, כך שאינם יכולים להתייעץ או להשוות ביצועים עם עמיתיהם; לרוב אין לרופאים תמיכה מערכתית לביצוע המטלות שלהם, ולא תמיד הם יכולים ליהנות מעזרה ומתמיכה של אחיות ואנשי צוות נוספים; רופאים מתוגמלים לפי מספר הביקורים או הפעולות שלהם, ואין להם תמריץ להשקיע זמן נוסף בחולה (ווילף-מירון ושמר 2004). בגיבוש תכניות שיפור בקהילה יש להתייחס למאפיינים אלה, ולבצע את ההתאמות הנדרשות.

בישראל, מאז אמצע שנות התשעים נעשות פעולות רבות לשיפור איכות הטיפול

בשירותי הבריאות. בהסתדרות הרפואית הוקמה "החברה הישראלית לאיכות ברפואה" ומדי שנה מתקיים כנס שנתי, שבו מוצגות עבודות רבות המתארות תכניות שיפור שנעשו בבתי חולים ובקהילה (ראו למשל: ספר תקצירים של החברה מ-2006). בסקירת מאגרי מידע ממוחשבים לפי מילות המפתח "איכות הטיפול" ו"ישראל" נמצאו כ-360 מאמרים העוסקים בהערכת היבטים שונים של איכות הטיפול הרפואי, שפורסמו מאז 1995. ביניהם מצאנו מאמרים המדווחים על תכניות שיפור ספציפיות בבתי חולים (למשל: Eldar 2003, Fleishman & Dynia 1996; Glezerman et al., 1999; Golfracht & Porath 2000), בקופות חולים (למשל: Stern et al., 2005) ובמרפאות צבאיות (למשל: Mankuta et al., 1999; Riskin et al., 2006). בנוסף, במספר מאמרים דיווחו הכותבים על יישום מערכות כוללות להבטחת איכות. למשל, שטרן ואח' דיווחו על תהליך של הקמת צוותי שיפור בהתאם לעקרונות TQM בבית חולים הדסה בתחילת שנות התשעים (שטרן ואח' 1995). אלדר ורוגן דיווחו באותה שנה על תכניות הבטחת איכות בבתי חולים בארץ כחלק מפרויקט אירופאי לקידום הנושא (Eldar & Ronen, 1995), ופרידמן ואח' תיארו יישום מדדי איכות במכבי שירותי בריאות (Friedman et al., 2003). לבסוף, קבוצה אחרת של מאמרים בנושא שיפור איכות בישראל עוסקת בהיבטים מתודולוגיים של שיפור איכות, ובפרט בבניית כלים למדידת איכות הטיפול (Bentur & Reznizky, 2005; Gross, 2004; Maor et al., 1998; Mozes et al., 1996). בסקירת הספרות המקיפה שערכנו לא מצאנו אף פרסום שמציג סקירה שיטתית של פעולות שיפור ברפואת הקהילה בארץ, הנותנת מבט רחב על האסטרטגיות השונות שננקטות לשיפור איכות, ועל התחומים שבהם מתמקדות פעולות השיפור האיכות.

לאור זאת, הוגדרו למחקר זה שלוש מטרות:

- א. לעמוד על סוגי הפעולות לשיפור איכות הטיפול והשירות הקיימות בקופות החולים.
 - ב. לבחון מהו המקום שתופסות תכניות הבטחת איכות במסגרת כלל הפעולות לשיפור של קופות החולים.
 - ג. לבחון באילו תחומים יש צורך בתכניות הבטחת איכות נוספות, האם קיימת תשתית להפעלתן, ומהם הקשיים העומדים בפני הפעלתן.
- חשיבות המחקר במידע הייחודי על אסטרטגיות שיפור האיכות בקופות החולים, על התחומים בהם הן פועלות, ועל התנאים הנדרשים כדי להפעיל תכניות העונות להגדרה של "תכניות הבטחת איכות". מידע זה יכול לשמש ללמידה הדדית בין הקופות במטרה להרחיב את היקף התכניות מסוג זה.

שיטת המחקר

המחקר נערך במתודולוגיה איכותנית, המתבססת על ראיונות עומק עם אנשי מפתח שיכולים לספק מידע מעמיק ותובנות על התופעה הנחקרת. באמצעות ראיונות העומק קיבלנו מידע על כלל התכניות לשיפור איכות הפועלות בכל אחת מקופות החולים ברמת כלל הקופה או ברמת המחוז, וכן על האסטרטגיה הכוללת לשיפור איכות ועל מקומן של תכניות הבטחת האיכות במסגרת אסטרטגיה זו.

רואיינו 71 איש, מיעוטם בראיונות פנים אל פנים ורובם בראיונות טלפוניים, לפי החלוקה הבאה: 20 משירותי בריאות כללית, 21 ממכבי שירותי בריאות, 16 מקופת חולים לאומית ו-14 מקופת חולים מאוחדת. כמקובל במחקרים איכותניים, בחירת המרואיינים נעשתה על ידי דגימה מכוונת ולא מקרית, כלומר בחירת מרואיינים שיוכלו לתרום את המידע המקיף ביותר בנושאי המחקר. נעשה מאמץ לראיין אנשים מרכזיים במטה הקופה בכל תחומי הפעילות העיקריים (סיעוד, רפואה, מינהל, לוגיסטיקה, מעבדות, הדמיה); ולפחות אדם בכיר אחד מכל מחוז בכל קופה, מנהל המחוז או המנהל הרפואי, ובשתי הקופות הגדולות את שניהם. הראיונות נערכו בחודשים יוני עד נובמבר 2001 באמצעות שאלון חצי-מובנה, ורובם ארכו כשעה עד שעה וחצי, לפעמים בשני מפגשים או בשיחות טלפוניות.¹ הראיונות נערכו ונרשמו על ידי חוקרת ועוזרת מחקר. שבעה אנשים סירבו להתראיין.

השאלון התייחס למספר נושאים:

- סקירה של פעולות שיפור איכות בכלל (לאו דווקא הבטחת איכות) המתנהלות בקופה/במחוז בתקופה האחרונה (כשנה) ("מהם הדברים העיקריים שנעשים בקופה/מחוז לשיפור איכות?").
- האסטרטגיה הכללית של הקופה/המחוז לגבי שיפור איכות ("האם יש לקופה/מחוז תכנית כוללת בנושא שיפור איכות? האם מדובר בתכנית עבודה מפורטת עם יעדים ברורים?").
- תכניות הבטחת איכות המתנהלות בקופה/במחוז ("כמה ואילו תכניות פועלות ומהם המרכיבים שלהן?").
- התשתית הקיימת להפעלת תכניות להבטחת איכות ("האם קיימים במחוז פורומים קבועים בהם דנים בהבטחת איכות, ומהם?") "האם מוקצב תקציב מיוחד לנושא?").
- התייחסות ההנהלה והעובדים לנושא האיכות ("האם לדעתך הנהלת הקופה

1 לצורך קיום ריאיון טלפוני קבענו מראש מועד מתאים עם המנהל, כך שיוכל להקדיש את מלוא הזמן ותשומת הלב לשיחה, בדומה לריאיון פנים אל פנים.

מייחסת חשיבות גדולה לפעולות של הבטחת איכות? איך הדבר בא לידי ביטוי?"
 "באיזו מידה אנשים בכירים לוקחים חלק פעיל בתכניות להבטחת איכות?".

• קשיים בהפעלת תכניות הבטחת איכות.

כאן המקום לציין שהמושג "הבטחת איכות" כפי שהוא מוגדר בספרות (ראו מבוא) לא היה מושג שגור אצל חלק מהמרוואיינים. היו מקרים שבהם מרוואיינים ציינו תכניות שלדעתם הן תכניות להבטחת איכות, אך לפי הגדרת המחקר הן אינן נכללות בקטגוריה זו; והיו גם מקרים הפוכים, שבהם המרוואיינים תיארו תכניות שכללו את כל ארבעת המרכיבים המאפיינים תכניות הבטחת איכות, אך לא הגדירו אותן כתכניות כאלה. לפיכך, לצורך הניתוח לא התבססנו על הגדרות המרוואיינים, וסיווג תכנית כ"תכנית הבטחת איכות" נעשה על פי הקריטריונים שפירטנו בהגדרה (במבוא).

ניתוח הממצאים נעשה בשיטות איכותניות. המחקר האיכותני מתאים במיוחד למצב שבו רוצים להבין תופעה חדשה ולא מוכרת, שלא קיים לגביה מידע קודם או תיאוריות מנחות. המחקר האיכותני נעשה בגישה אינדוקטיבית, כאשר המערכת המושגית לתיאור התופעה היא תוצר המחקר האמפירי. שיטת הניתוח של מידע איכותני מתבססת על מיון וקטגוריזציה, כדרך לגלות דפוסים חוזרים, מגמות וקטגוריות מושגיות (שקדי, 2003; Bogdan & Biklen, 1998; Miles & Huberman, 1994).

לבסוף, מטרת המחקר היתה להבין אילו סוגי תכניות קיימות ולא דווקא באיזו קופה הן מופעלות. לפיכך נענינו לבקשת קופות החולים והתכניות המפורטות אינן מוזהות לפי קופה. כמו כן, לאור מטרה עיקרית זו של המחקר, ניתן דגש להבנה מעמיקה של האסטרטגיות לשיפור איכות ולא נעשה ניסיון לתת אומדן כמותי של מספרי התכניות הפעילות בעת ביצוע המחקר. לפיכך, הערכת מקומן של תכניות הבטחת האיכות התבססה על הערכת חשיבותן ומרכזיותן בפעילות שיפור האיכות כפי שהן נתפסות בכל קופה, ולא על ההיקף הכמותי של פעילות מסוימת לעומת פעילויות אחרות, שחלקן הגדול אינו ניתן כלל לכימות (למשל פעולות בקרה).

ממצאים

א. התייחסות הקופות לנושא האיכות

מהראיונות עלה כי כל הקופות מכריזות על מחויבות לאיכות, ורוב המרוואיינים בכל הקופות מאמינים שהנהלת הקופה שלהם אכן מייחסת חשיבות לנושא. אחרים הטילו ספק במחויבות האמיתית של ההנהלה לאיכות, וטענו כי מדובר במס שפתיים בלבד שאין בצדו מחויבות להקצאת משאבים: "אם תשאלו את ההנהלה תקבלי תשובה שכן.

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל 175

אבל הצהרות בוחנים במונחים פרקטיים של מה משקיעים בנושא ושם התשובה: כמה משקיעים בכוח אדם, תקציבים, זמן. "הנהלת הקופה לדעתי תומכת יותר בעל פה מאשר במציאות. מדברים הרבה, עושים מעט מאוד."

לשתיים מהקופות (כללית ומכבי) יש מסמך חזון ומסמך אסטרטגיה, שמפרטים את המחויבות שלהן לאספקטים שונים של איכות. כמו כן, יש להן תכניות עבודה שנתיות שמפרטות תכניות ספציפיות. לקופת חולים לאומית יש מסמך המפרט את מדיניות הקופה בנושא איכות השירות, וכולל סטנדרטים כמו קביעת זמני המתנה מקסימליים לשירותים שונים (מענה טלפוני, שירות ראשוני ומקצועי וכו'). בקופת חולים מאוחדת, תכנית העבודה השנתית מכריזה על נושא שיפור השירות והטמעת איכות בקופה כאחת ממטרותיה, וכל אגף צריך לפעול לקידום המטרה הזאת. אין תכנית כלל-קופתית מפורטת של פעולות שיש לבצע, אך בראיונות נאמר כי כל אגף מקדם את הנושא לפי שיקול דעתו.

מעבר לרמה ההצהרית, נמצא שוני בין הקופות גם מבחינת התשתית הארגונית. בכללית ובמכבי יש במטה יחידות מיוחדות העוסקות בהבטחת איכות או בשיפור איכות, בתחום הקליני או בתחום השירות. בקופת האחרות, לעומת זאת, אין תשתית ארגונית מיוחדת לנושא. עם זאת, בכל הקופות, לפחות חלק מהפעולות נעשות כחלק מהעבודה השוטפת של מנהלים מתחומים שונים.

מהראיונות עלה שלשירותי בריאות כללית יש באגף הרפואי מדור להבטחת איכות בקהילה. לכל תכניות האיכות יש גם רכזים במחוזות, שעושים עבודה זו כמטלה נוספת במסגרת העבודה שלהם. לכל תכנית יש ועדת היגוי שחברים בה נציגים מהמטה ומהמחוזות. נושאי איכות עולים בישיבות הרגילות של האגף הרפואי, ויש גם ועדת היגוי ארצית לאיכות בתחום הרפואי, שבה יש נציג רפואי מכל מחוז. במחוזות יש צוותי היגוי רב תחומיים לנושא. גם בחטיבת הסיעוד יש מחלקה שעוסקת בהבטחת ובבקרת איכות, ויש אחראיות לנושא במחוזות. בשירותי בריאות כללית אין תשתית מבנית נפרדת בתחום איכות השירות, ונושא זה מובל לרוב על ידי מנהלי המחוזות כחלק מתפקידם. יצוין עוד, כי במסגרת תכנית הביזור בקופה² הוקמה "מינהלת ביזור", שתפקידיה כוללים קביעת מדדים לאיכות ומדידת איכות הטיפול והשירות ברמת מרפאה ומחוז.

במכבי שירותי בריאות יש לנושא איכות השירות (שכולל גם הרבה פעולות שמופנות כלפי העובדים, לא רק כלפי הלקוחות) מערך שכולל מנהלת במרכז, אחראים במחוזות ותקציב. את המדיניות בתחום זה מתווה ועדת היגוי שבראשה עומד המנכ"ל. הקופה גם הקימה בית ספר לאיכות שירות שבאמצעותו מכשירים את כל העובדים והמנהלים בקופה. המרואיינים דיווחו כי בתחום הרפואי אין מערך ארגוני

2 תכנית הביזור קיימת בקופה מאמצע שנות התשעים ועיקרה העברת אחריות וסמכויות לניהול עצמי למרפאות.

מיוחד לאיכות, ופעולות לשיפור איכות נעשות במסגרת כלל הפעילות של בעלי תפקיד רלוונטיים. למשל, שיפור איכות בתחום הרפואי מובל על ידי מנהל המחלקה לבריאות הקהילה האחראי על הפרויקטים הכלל קופתיים בתחום זה. המחלקה מכינה את התשתית לפעולות ומסייעת למחוזות להוציא אותן לפועל.

בקופת חולים לאומית ראש אגף התקציבים ריכזה את נושא איכות השירות. התכנית המרכזית שהקופה נכנסה אליה בתחום זה ושנתפסה על ידי רבים מהמרוויינים כאסטרטגיה המרכזית של הקופה בנושא איכות היא ISO (International Standards Organization). בקופת חולים לאומית הפעילו את התכנית באופן כולל והכשירו את כל מרפאות הקופה לקבלת תקן, כמו גם מרכזי שירות כגון מעבדות ומכוני רנטגן. זוהי החלטה שדורשת השקעת משאבים גדולים של זמן וכוח אדם. להפעלת ה-ISO יש מערך ארגוני (שהקופה מחויבת בו כחלק מקבלת התקן), שכולל ועדת היגוי עליונה וועדות במחוזות. בכל מחוז יש נאמן איכות מחוזי ויש נאמני איכות בסניפים. המרוויינים דיווחו כי בתחום איכות הטיפול הרפואי, אין מערך כולל מסוג זה ופעילות שיפור האיכות נעשית כחלק ממכלול המטלות של נושאי התפקידים באגף הרפואי ובמחוזות. בדומה, גם בקופת חולים מאוחדת נעשו פעולות לשיפור השירות ולשיפור הטיפול הרפואי על ידי מנהלים במחוזות ובהנהלה המרכזית כחלק מהעבודה השוטפת.

מהראיונות עלה עוד כי לשיקול הכלכלי יש מקום חשוב בהקשר של שיפור איכות. בתקופה בה נערך מחקר זה היו כל הקופות נתונות בקשיים כלכליים, ובמקרים רבים שיפור האיכות הוא חלק מתהליך התייעלות. המרוויינים הדגישו כי שיפור איכות מסייע במניעת בזבז משאבים על ידי מניעת אשפוזים יקרים, חיסכון בתרופות, בדיקות, שעות עבודה וכו'. חלק מהנושאים לשיפור, גם בתחום הרפואי, עולים קודם כל מתוך ניתוח נתונים כלכליים ולא דווקא רפואיים. כפי שאמר אחד הרופאים שראיינו: "לשיקול הכלכלי יש מקום מאוד חשוב, מאוד גדול. אני מאמין שהיום חלק גדול מהיוזמות נובע מאדמיניסטרטורים ולא מרופאים, וגם משיקולים כלכליים."

מצד שני, ישנן תכניות בתחום הרפואי שההשקעה הראשונית בהן גבוהה מאוד, והתועלת, אם ישנה, היא רק בטווח רחוק יותר. לתפיסת המרוויינים, במקרים מסוימים תכניות כאלו בטווח של מספר שנים רק מייצרות עוד עלויות (למשל, הוצאות גדולות על תרופות בעקבות איתור חולים חדשים). אבל רוב אנשי המקצוע (רופאים ואחיות) שראיינו ומעורבים בתכניות כאלו, מאמינים שבטווח הארוך איכות טיפול גבוהה חוסכת משאבים. כדברי אחד המרוויינים: "לטווח ארוך אני מאמין שרפואה יותר טובה היא יותר זולה. לכן תכניות לשיפור איכות מביאות גם תועלת כלכלית." כמעט כל המרוויינים אמרו שלשיקול הכלכלי יש מקום בהחלטה להיכנס לתכניות, אך הוא איננו השיקול הבלבדי. אחד המרוויינים ביטא גישה זו ואמר: "כדי להשיג תקציב לתכנית צריך שיהיה לה גם היגיון כלכלי אבל יש הסכמה על כך שקופת חולים איננה

רק ארגון כלכלי ולא בכל מקרה השיקול הכלכלי הוא המוביל." בנוסף, מרואיינים ציינו שתכניות שיפור, בעיקר בתחום השירות, משמשות הרבה פעמים ככלי שיווקי בידי הקופות. מספר מרואיינים דיברו על כך שבעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכפה על הקופות סל שירותים אחיד, גותר לקופות להתחרות על לב המבוטחים בזירה אחת – רמת השירות ללקוח. ואכן ניתן לראות שחלק לא קטן מתכניות השיפור אכן מוקדש לשיפור השירות על ידי סדנאות לעובדים בנושא איכות שירות ויחס ללקוח, הרחבת שעות הפעילות, פיתוח אתרי אינטרנט ומוקדים טלפוניים וכו'.

ב. אסטרטגיות הקופות לשיפור איכות ומקומן של תכניות הבטחת איכות באסטרטגיה הכוללת

מהראינות עלה כי קופות החולים משתמשות באסטרטגיות שונות לשיפור או לשמירה על איכות. בראינות הוזכרה קשת רחבה של פעולות שיפור, שבהן נעשה שימוש באסטרטגיות מגוונות: החל מפעולות כלליות לשיפור, שלא נעשה ניסיון למדוד או לתעד את השפעתן, דרך תכניות שבהן יש מדידות חד פעמיות או שהתכניות עצמן הן חד פעמיות, ועד תכניות מתמשכות שמלוות באיסוף ובניתוח נתונים, שנכנסות להגדרה של "תכניות הבטחת איכות" (ראו הגדרה במבוא). התכניות השונות עליהן דיווחו המרואיינים במחקר זה סווגו לקבוצות על פי סוג האסטרטגיה הננקטת בהן לשיפור איכות הטיפול. האסטרטגיות שונות זו מזו באופן שבו נערכות מדידות ונאסף מידע על איכות, ובשימוש שנעשה במידע זה. ניתוח ממצאי הראינות העלה מספר אסטרטגיות שונות לשיפור איכות שיפורטו להלן. לגבי כל אסטרטגיה הדגמנו תכניות ספציפיות שמתאימות לאסטרטגיה זו.

1. פעולות שיפור כלליות: פעולות שנעשות מתוך מטרה ברורה לשפר את איכות הטיפול או השירות, ללא כל מדידה של השפעתן. דוגמאות לפעולות מסוג זה הן: שיפור פיזי של פני המרפאות, החלפת ציוד מיושן בציוד חדש, פעולות שונות לטיוב כוח אדם כמו השתלמויות וקורסים מקצועיים. פעולות אלו הן הנפוצות ביותר.
2. בקרות שוטפות: בקרות תקופתיות שנערכות לרוב על ידי הגורם הממונה ובהן נשוא הבקרה נבדק מול סטנדרט קבוע כלשהו. בבקרה יש לרוב ניסיון לאתר פגמים או כשלים ברמת הפרט או היחידה, לא ברמת המערכת, והבקרה אמורה לתקן את הפגם באופן ישיר. דוגמאות לפעולות מסוג זה הן: בקרה מובנית על עבודת עובדים סוציאליים, בקרה מובנית על עבודת אחיות, בקרת רשומות רפואיות, בקרה על הימצאות ציוד ותרופות במרפאות, ועמידה בסטנדרטים של איכות (ISO).

לוח מס' 1. סוגי אסטרטגיות לשיפור איכות בקופות החולים בישראל

אפיון האסטרטגיה על פי הימצאות מרכיבי מעגל האיכות					
סוג האסטרטגיה	איסוף נתונים על תהליכי או תוצאי טיפול קליני או שירות	ניתוח הנתונים וקביעת דרכים לשיפור	התערבות שמיועדת לשפר את המצב	איסוף נתונים חוזר כדי לבדוק את השפעת ההתערבות	פעילות מתמשכת לאורך זמן
פעולות שיפור כלליות	-	-	+	-	
בקורות שוטפות	+	-	+	-	+
מתן משוב על ידי הגורם הממונה	+	-	-	-	+
הקמת תשתית מידע שתאפשר הפעלת תכניות בעתיד	+	-	-	-	-
איסוף וניתוח נתונים בתחום מסוים כדי לראות אם צריך ואפשר להתערב	+	+	-	-	-
פיילוטים עם מדידות	+	+	+	+	-
תכניות חד פעמיות עם מדידות	+	+	+	+	-
תכניות הבטחת איכות	+	+	+	+	+

3. מתן משוב על ידי הגורם הממונה: פעולות שבהן נערך איסוף נתונים ואחר כך ניתן משוב לעובדים או ליחידות על רמת הביצועים או תוצאי הביצועים שלהם, יחסית לאחרים, כדי לדרבן שינוי ותיקון, כאשר מצפים שהמידע יהיה המניע לשיפור. דוגמאות לפעולות מסוג זה הן: סקרי שביעות רצון לקוחות, איסוף נתונים על פעולות שונות של רופאים, והצגת הממצאים בפני הרופאים.

4. הקמת תשתית מידע שתאפשר הפעלת תכניות בעתיד: הקמת תשתית שיכולה לשמש (בין השאר) לבניית תכניות הבטחת איכות בעתיד, בעיקר תשתית בתחום איסוף וניתוח נתונים באופן שגרתי וקל לביצוע, ללא עלויות איסוף מיוחדות. פעילות זו לא קשורה בהכרח להפעלת תכניות איכות. הפעולה הבולטת בתחום זה בכל

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל 179

- הקופות היא המעבר לתיק רפואי ממוחשב. פעולות נוספות הן בניית מערכות לאיסוף נתונים בתחום ספציפי כמו ביצוע בדיקות ממוגרפיה, ובניית מערכת ניטור לכל הפעולות המתבצעות במעבדה בקופת חולים לאומית.
5. **איסוף וניתוח נתונים בתחום מסוים כדי לראות אם צריך ואפשר להתערב:** המידע הנאסף נותן מענה לשאלה ספציפית ואינו נאסף באופן שגרתי. דוגמאות לפעולות מסוג זה הן: איסוף נתונים לגבי השימוש בתרופות שונות (למשל חוסמי בטא), כדי לראות האם יש טעם להפעיל התערבות ולנסות לשנות את המצב הקיים, ניסיון לאפיין מאושפזים חוזרים כדי לראות באילו מקרים כדאי להתערב, בדיקת השימוש בבדיקות מעבדה כדי לראות אם יש בעיה שדורשת התערבות.
6. **פיילוט עם מדידות:** פיילוטם שבהם נבדקת היעילות של התערבות מסוימת, מלווים באיסוף נתונים למדידת המצב לפני הפעלת ההתערבות, ואחרי ההפעלה, למשך זמן מסוים. התכנית איננה המשכית בהכרח. דוגמאות: תכנית של המגזר הסייעודי לשיפור הטיפול בחולים כרוניים, שיפור איכות הטיפול בחולי אסתמה, התערבות פסיכו-סוציאלית אצל צרכני שירותים מרובים.
7. **תכניות חד פעמיות עם מדידות:** תכניות מוגבלות בזמן, בהן מפעילים התערבות מלווה במדידות לשיפור תחום מסוים, אבל בלי כוונה להמשיך לאחר מכן את ההתערבות או את המדידות. דוגמאות לתכניות מסוג זה הן: צוותי שיפור מרחביים, תכנית לשיפור המענה הטלפוני, תכנית לקידום בריאות נשים.
8. **תכניות הבטחת איכות (תכניות מתמשכות עם מדידות):** תכניות הבטחת איכות שכוללות איסוף וניתוח נתונים ראשוני, הפעלת התערבות ואיסוף נתונים מתמשך כדי לראות את השפעת ההתערבות לאורך זמן, ולאפשר שינויים ותיקונים במידת הצורך על מנת להגיע לשיפור מתמיד. דוגמאות לתכניות מסוג זה: שיפור הטיפול באסתמה בילדים, שיפור זמינות רופאים, שיפור הטיפול בחולי סוכרת, מניעת הפניות מיותרות לבדיקות CT, תכנית לטיפול באלימות במשפחה, שיפור ויעול הטיפול בחולים מרותקים לבית על ידי הקמת מינהלה לטיפול בית.
- מתוך ניתוח סוגי התכניות שדווחו על ידי המרואיינים מתברר כי באסטרטגיה הכוללת של הקופות, תכניות הבטחת איכות אינן דרך הפעילות העיקרית לשיפור איכות מבחינת מרכזיות הפעילות הו לעומת פעילויות שיפור אחרות. פעולות אלה (אסטרטגיות 1-5) נערכות באופן שוטף, בדרך כלל ללא נקודת התחלה או סיום ברורות, ולכן לא ניתן לכמת אותן. אולם מדברי המרואיינים עלה שפעילויות אלה נתפסות כמרכזיות במאמץ לשפר את איכות הטיפול והשירות בכל הקופות. מספר התכניות שכוללות את כל המאפיינים של תכנית "הבטחת איכות" מועט (34) וכך

גם מספר התכניות שכוללות את מרבית המאפיינים (אסטרטגיות 6-7) – מצאנו 19 תכניות כאלה.

יש לציין כי קיימת שונות בין הקופות מבחינת היקף התכניות מסוג הבטחת האיכות: בשתי הקופות הגדולות (כללית ומכבי) יש יותר תכניות מסוג הבטחת איכות (28) מאשר בשתי הקופות הקטנות (מאוחדת ולאומית) (6). במכבי יש גם מספר רב יחסית של תכניות פיילוט ותכניות חד פעמיות עם מדידות (11).

ג. תחומים בהם מופעלות תכניות מסוג "הבטחת איכות"
לאחר מיפוי האסטרטגיות השונות לשיפור איכות, ניתחנו את תחומי הפעילות שבהם פועלות תכניות מסוג "הבטחת האיכות". נמצא כי תכניות אלה הופעלו בעיקר בתחומים הקליניים, ומעט בתחום איכות השירות. להלן מפורטים התחומים בהם פועלות תכניות הבטחת האיכות, וכן ניתנות דוגמאות של תכניות בכל תחום.

תחום הטיפול הקליני – תכניות לדוגמה (מצאנו 24 תכניות כאלה ברמה ארצית או מחוזית)

- שיפור האבחון והטיפול בסוכרת: התכנית כוללת שינוי ארגון העבודה; הוצאת והטמעת הנחיות קליניות; בניית מפה טיפולית לאחיות ולרופאים; תכניות מיוחדות לאוכלוסייה הערבית ולאוכלוסייה האתיופית; הערכת ההשתלמויות לצוותים; בדיקת מדדי איכות חיים של החולים; מעקב אחר בדיקות; תוצאות הבדיקות; איזון החולים.
- שיפור ההיענות לממוגרפיה: התכנית כוללת פנייה לנשים שלא הגיעו בעקבות הזימון הראשון, עידוד וקביעה מיידית של תור; מלווה בנתונים על ביצוע ממוגרפיות.
- מניעת טעויות בחיסונים: תכנית של המגזר הסיעודי. כוללת הדרכה במתן חיסונים לכל האחיות, מלווה במדידת מספרית של סוגי האירועים החריגים והתלונות בנושא זה.

תחום הטיפול הפסיכו־סוציאלי – תכניות לדוגמה (מצאנו חמש תכניות כאלה ברמה ארצית או מחוזית)

מתן תמיכה פסיכו־סוציאלית לקשישים שהתאשפזו יותר משלוש פעמים. מלווה במדידת ימי אשפוז ובאיסוף נתונים על איכות חיים.

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל 181

תחום איכות השירות – תכניות לדוגמה (מצאנו חמש תכניות כאלה ברמה ארצית או מחוזית) תכנית לשיפור השירות והקשר ללקוחות פנים במינהל הספקה בקופה, באמצעות הקמת מחלקה לשירות לקוחות ומערכת מעקב אחר דרישות, מלווה במדידות שביעות רצון, מדידת חריגות בלוח זמנים ומדידת חסרים בהזמנות.

ד. תפיסות לגבי הצורך והאפשרות להרחיב את הפעילות בתחום שיפור האיכות בקופות בתשובה לשאלה, המרואיינים ציינו תחומים רבים בהם יש לדעתם צורך בהפעלת תכניות שיפור, אך לא דווקא תכניות מסוג "הבטחת איכות". הנושאים שעלו מתייחסים לתחום הרפואי (למשל, שיפור אבחון וטיפול בדיכאון), לתחום הפרה-רפואי (למשל, גיבוש נוהלי עבודה בפיזיותרפיה), לתחום המינהלי (למשל, ניהול תור במרפאה וברפואה מקצועית), ולתחום הטכנולוגי (למשל, בניית ארכיון ממוחשב של צילומי רנטגן).

בתשובה לשאלה לגבי קיום תשתית ארגונית להפעלת תכניות שיפור איכות נוספות ובפרט תכניות מסוג "הבטחת איכות", צוין בעיקר המחסור בכוח אדם. המחסור מתייחס הן לרמת היחידות האמורות לבצע את התכניות והן לרמת המטה שתפקידו לרכז את הנושא, לעסוק בהטמעה, ולאסוף ולנתח את הנתונים. צוין גם מחסור בתקציב ייעודי לנושא וכן העובדה כי מערכות המידע אינן מספיק מפותחות כדי לספק את הנתונים הנדרשים.

המרואיינים נשאלו על קשיים נוספים המונעים הרחבת הפעילות לשיפור איכות, ובכל הקופות צוינו קשיים דומים.

- עומס העבודה: תכניות שיפור מוסיפות עבודה, ולרוב אין על כך תגמול מיוחד. לפיכך, חסר תמריץ ליוזם ולהפעיל תכניות נוספות. קשורה לכך הבעיה שצוינה בעיקר בשירותי בריאות כללית והיא קיום תכניות רבות לשיפור איכות שיוזמת ההנהלה המרכזית והעובדים במחוזות נדרשים להפעילן לעתים אף בטרם הוטמעו תכניות קודמות. עם זאת, חשוב לציין כי היו גם מרואיינים שדיברו דווקא על כך שתכניות כאלה הן החלק המהנה בעבודה, יציאה מהשגרה והזדמנות לעשות משהו אחר. כפי שאמר מרואיין בכיר בכללית: "בחלק גדול מהמקומות זה הצימוק שבחיים. זה לא החולה הנודניק, לא עיסוק בניירת. זה משהו שאתה חושב, פעיל, עסוק בו."

- התנגדויות או חוסר שיתוף פעולה מצד העובדים ביישום תכניות שיפור איכות: בהקשר זה צוינו מספר מקורות להתנגדות, בנוסף לבעיית עומס העבודה ללא תגמול שצוינה לעיל, שנתפסה כחריפה ביותר לגבי רופאים עצמאיים, עליהם יש לקופה פחות שליטה, לעומת הרופאים השכירים. באופן רחב יותר, ההתנגדות של רופאים ואנשי צוות אחרים קשורה גם בכך שבתכניות הבטחת איכות

ישנו מרכיב של מדידת ביצועים ותוצאים, ולכן התכניות נתפסות כבקרה על העבודה. מרואיין מהנהלת אחת הקופות אמר על אחת התכניות: "הרופאים שונאים את זה, רואים בנו קלגסים שרק מפעילים עליהם חישוקים." בהקשר זה אחד המרואיינים ציין כי קביעת סטנדרטים לאיכות רפואית ברמה הלאומית יקל על הקופה להתמודד עם התנגדויות בתוך הארגון לבקרה על עבודת הרופאים. אחר הדגיש כי מכיוון שקידום האיכות הוא משימה לאומית, חשוב גם שמשרד הבריאות יקצה כספים לעניין, דבר שסייע גם כן להתגבר על התנגדויות אנשי הצוות.

מרואיינים ציינו גם שישנם רופאים שמתנגדים לתהליכי שיפור איכות בתחום השירות, הנתפסים על ידם כהשקעת מאמץ מיותר. לבסוף, מרואיינים ציינו גם היעדר שיתוף פעולה של הנהלת המחוזות עקב ריבוי דרישות ומטלות והיעדר גיבוי מספיק של הנהלת הקופה להפעלת תכניות שיפור.

- גישת הארגון: קושי נוסף שהוזכר על ידי חלק מהמרואיינים היה ש"המערכת איננה מעודדת איכות רפואית." ההסבר שניתן לכך היה שלתכניות בתחום הרפואי יש השפעה לטווח הארוך והמערכת מטבעה ממוקדת בטווח הקצר, ולכן אינה מעודדת השקעה בתחום זה. הסבר נוסף היה שהמערכת מעודדת את העובדים לרצות את הלקוח, גם על חשבון רפואה איכותית כאשר יש התנגשות בין השניים. "לרוב המצב הפוך – נותנים איכות יותר טובה והקהל בורח. תפיסת האיכות אצל הלקוח שונה לגמרי מהבנת האיכות שלך. הרבה פעמים תפיסת האיכות של הלקוח היא על דברים שלא לעניין." כדוגמה הביא הדובר את הבעיה של רישום יתר של אנטיביוטיקה. הקופה מנסה לצמצם שימוש מיותר אבל הדבר מכעיס את החולים. בהקשר אחר אחד המרואיינים דיבר על כך ש"צריכה להיות חקיקה שמכניסה את האיכות באופן מובנה למערכת הבריאות," והנושא לא צריך להיות נתון להחלטה זו או אחרת של כל קופה וכך ניתן להגביר את הפעילות הזו בקופות החולים.

- הכרת המתודולוגיה: לבסוף, אחד המרואיינים ציין גורם נוסף המונע הפעלת תכניות הבטחת איכות והוא המחסור בכוח אדם מיומן מספיק במתודולוגיה ספציפית זו. זאת, שכן כדי לקיים תכנית הבטחת איכות מוצלחת צריך אנשים מיומנים במתודולוגיה עצמה – בניתוח בעיות, בבניית מדדים, בבניית פתרונות ישימים ויעילים וכו'. לדברי המרואיין, אחת הבעיות היא שאין בקופה מספיק אנשים כאלה והדבר פוגם באיכות התכניות שנבנות במרפאות.

לצד הקשיים, מספר מרואיינים הדגישו את הערך המוסף של תכניות הבטחת איכות ותכניות שיפור אחרות בכך שהן גורמות לתהליכים חיוביים נלווים בתוך המערכת. למשל, בתכניות אלו יש לרוב שיתוף של העובדים, מקום לגילוי יוזמה

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל 183

ולקייח את אחריות מצדם. העבודה על הכנת התכניות ובנייתן תורמת לתקשורת טובה בין הגורמים השונים השותפים בה. זוהי הזדמנות לאנשים מדרגים שונים להרגיש שהם שותפים, מאנשי ביצוע בשטח ועד למומחים שלהם ניתנת הזדמנות להיות שותפים בקביעת מדיניות. פעילות צוותי שיפור במרפאות וביחידות קטנות נותנת גם לעובדים זוטרים יותר תחושה שהם יכולים להציע שינויים והדברים יתקבלו ויבוצעו. יש בכך שינוי מדרך הניהול הישנה שבה היו רק "הוראות מלמעלה" בלשון המרואיין.

דיון

מטרת המחקר היתה לבחון את מקומן של תכניות הבטחת איכות כחלק מאסטרטגיות השיפור של קופות החולים, ולבחון דרכים כדי להגביר פעילות זו בקופות החולים. ראינו שנושא שיפור האיכות זוכה להתייחסות רצינית בכל הקופות, הן ברמה ההצהרתית והן ברמה המעשית. שיפור האיכות נעשה בתחומים שונים, הן בשיפור תשתיות כמו ציוד, מחשוב ורמת כוח האדם, והן בתחומים ספציפיים כמו איכות הטיפול הרפואי ואיכות השירות. עם זאת, צוינו קשיים המונעים הרחבת הפעילות וביניהם היעדר תשתיות כוח אדם, מחשוב ותקציב; עומס עבודה; התנגדויות או חוסר שיתוף פעולה מצד רופאים ועובדים אחרים; וריבוי תכניות. היו מרואיינים שטענו כי המערכת אינה מעודדת איכות רפואית, שכן השפעתה ניכרת רק בטווח הארוך, ועיקר הדגש הוא לרצות את הלקוחות.

הממצא העיקרי של מחקר זה הוא שהאסטרטגיה של "תכנית להבטחת איכות" (הכוללת את כל השלבים של איסוף מידע, תכנון התערבות על סמך הנתונים, ביצוע התערבות ומדידה חוזרת) אינה נתפסת כאסטרטגיה עיקרית במכלול פעילות הקופות לשיפור איכות. מהמחקר עלה עוד כי בתקופת המחקר היו רק מעט (34) תכניות מסוג זה בכל קופות החולים. ממצא זה מפתיע, שכן הספרות הנורמטיבית הרחבה העוסקת בתחום שיפור איכות מצביעה על האסטרטגיה של הבטחת איכות כאסטרטגיה העדיפה לשיפור אמיתי לאורך זמן של איכות הטיפול (Benbassat & Taragin, 1998; Berwick, et al., 1990; Kritchevsky & Simmons, 1991). הגישה הדומיננטית בספרות הינה שללא מדידות סדירות לאורך זמן לא ניתן לעקוב אחר שינויים ברמת האיכות. לפיכך, לא ניתן לבחון האפקטיביות של תכניות שיפור ולכן גם לא ניתן להגיע לשיפור מתמשך ועקבי באיכות הטיפול. גישה זו נתפסת כגישה המתקדמת והעדיפה בקרב אנשי המקצוע בארצות הברית ובשנים האחרונות גם באירופה (Counter & Meurer, 2001; Ovretveit, 1997).

עם זאת, בדומה לממצאי המחקר הנוכחי בישראל, גם מחקר שמיה פועליות הבטחת איכות במדינות אירופה עמד על כך כי במדינות רבות הפרדיגמות של תכניות הבטחת איכות אינן מוכרות ונעשה שימוש במגוון אסטרטגיות אחרות, ביניהן פיקוח חיצוני, קביעת סטנדרטים ובקרה (Ovretveit, 1997).

ישנם מספר הסברים אפשריים לממצא כי תכניות הבטחת איכות אינן האסטרטגיה המרכזית בקופות החולים. ההסבר הראשון הוא שהגישה של "תכנית הבטחת איכות" אינה מוכרת לאנשים. כל האנשים שרואיינו בהחלט התייחסו ברצינות לצורך בהכנסת שיפורים, וכולם פועלים בנושא בתחומם, כל אחד בדרכים שמוכרות לו ונראות לו סבירות. לכן, העובדה שהם אינם מפעילים תכניות מסוג "הבטחת איכות" יכולה לנבוע מכך שהם אינם מכירים את הדרך הזו, ולא מכך שהם מכירים ודוחים אותה. ממצא המחזק את הסברה שמיעוט התכניות קשור להיכרות מועטה עם האסטרטגיה הזו הוא שמרבית התכניות מסוג הבטחת איכות נמצאו בתחום הקליני ולא בתחום המינהלי. סביר להניח שרופאים מכירים יותר את דרך הפעולה הזו, מהסביבה המקצועית שאליה הם נחשפים – כנסים, ספרות מקצועית, מפגשים עם רופאים אחרים. כימות ומדידה הן הדרכים שנחשבות נכונות לעשות דברים בעולם המקצועי שלהם. בנוסף, יכול להיות שישנה למידה הדדית בין הקופות, ורופאים שרואים תכניות בתחום הקליני שמופעלות בקופות אחרות, מנסים ליישם תכניות דומות אצלם בקופה.

ההסבר השני למיעוט תכניות מסוג הבטחת איכות נוגע לפער בין תיאוריה למציאות. תכניות הבטחת איכות כפי שהן מתוארות בספרות מורכבות ממעגלים חוזרים ונשנים של איסוף וניתוח נתונים, התערבות, וחזרה על איסוף וניתוח נתונים. בניגוד לתכניות שמציבות לעצמן יעד סופי לשיפור, ההנחה בתכניות הבטחת איכות היא שתמיד אפשר לשפר עוד, והשאיפה היא לעשות כן (Counter & Meurer, 2001). ממצאי המחקר מובילים להשערה שיתכן שמה שנראה נכון בתיאוריה איננו מתאים למציאות הארגונית כאשר משאבים מוגבלים צריכים לשמש למטרות רבות ושונות. השקעה גדולה של משאבים לזמן בלתי מוגבל במספר מצומצם של נושאים יכולה למנוע את העיסוק בנושאים אחרים, חשובים גם הם. יכול להיות גם שלגבי נושאים מסוימים לא נכון להפעיל תכניות כאלו, ותכניות חד פעמיות ונקודתיות נותנות מענה טוב מספיק לבעיה. צריך לציין שאפילו לגבי אותן תכניות שמצאנו בקופות, ברוב המקרים מדובר בתכניות שקיימות שנים ספורות בלבד, ואין לנו דרך לדעת בשלב זה כמה זמן הן יימשכו.

הסבר נוסף יכול להיות קשור למבנה ארגוני ולהסדרי ההעסקה. מצאנו כי בשירותי בריאות כללית היה מספר רב יחסית של תכניות הבטחת איכות ברמה ארצית או מחוזית לעומת קופות אחרות. לקופה זו יש מספר מאפיינים ארגוניים שיכולים לעודד הפעלת תכניות מסוג זה: בשירותי בריאות כללית יש אגף רפואי

מקומן של תכניות הבטחת איכות כאסטרטגיה לשיפור איכות בקופות החולים בישראל 185

נרחב ובו מספר גדול יחסית של אנשים שיכולים לעסוק בנושא; בתוך האגף יש מדור מיוחד להבטחת איכות, דבר שלא קיים באף קופה אחרת; מבחינת הסדרי ההעסקה, בקופה זו רוב הרופאים הם שכירים העובדים במרפאות בצוותים רב תחומיים. לקופות שמתבססות על עבודה עם רופאים עצמאיים יש פחות שליטה על עבודת הרופאים וכמו כן שיטת התגמול שלהם איננה מעודדת השקעת זמן בדברים שמעבר לטיפול הישיר בחולה.

לבסוף, הסבר למיעוט תכניות הבטחת איכות בכל הקופות נוגע להיעדר תשתית איסוף מידע, שהיא הכרחית להפעלת תכניות הבטחת איכות בצורה יעילה (כלומר, תשתית שמבטיחה שאין צורך להשקיע משאבים נוספים כדי לאסוף מידע). בעת עריכת המחקר (סוף 2001) תשתית המידע החלה להתפתח, אולם התהליך היה עדיין בראשיתו. בתחום זה ישנם בשנים האחרונות שינויים גדולים בכל הקופות, ותהליך פיתוח התשתיות נמשך. ייתכן שמיעוט התכניות מסוג "הבטחת איכות" המתבססות על מדידה קשור לכך, שכן ללא תשתית מידע ממוחשבת קשה ויקר לבצע מדידות חוזרות לאורך זמן על מנת לעקוב אחר תוצאות תכניות הבטחת איכות. יש לצפות לכך שכלל שמערכות המידע הממוחשבות יתפתחו, כך יהיה קל יותר לאסוף ולנתח נתונים, ותהליך זה יוכל לתרום רבות לבניית ולהטמעת תכניות הבטחת איכות מתמשכות בקופות.

בבואנו לשקול דרכים להגברת פעילות קופות החולים בפעילויות מסוג הבטחת איכות, חשוב לציין שתכניות מסוג זה דורשות לפעמים השקעה כספית גדולה בתשתיות לאיסוף וניתוח נתונים, שפירוטיהן הכלכליים אינם מובטחים (לפחות לא בטווח נראה לעיני). שיפור איכות הטיפול והשירות הוא לתועלת המבוטחים, ומשום כך יש מקום להניח כי למדינה יש אינטרס לקדם פעילות כזו. כיום המדינה איננה מעורבת בנושא, וסוג והיקף הפעילות נתונים לשיקול הקופות. לפיכך, ברמה הלאומית, ניתן לשקול תמריצים שיעודדו את קופות החולים להשקיע בפעילויות שיפור איכות. למשל, ניתן לתגמל קופות חולים על קיום פעולות לשיפור איכות. ניתן גם לאסוף מידע על מדדי איכות ולתגמל קופות על רמת איכות גבוהה, או להטיל סנקציות על רמת איכות נמוכה.

תמריץ נוסף יכול להיות פרסום של היקף פעולות השיפור שנעשות בקופות השונות, או אף פרסום השוואתי של תוצאות מדדי איכות. אסטרטגיה זו קיימת למשל בארצות הברית שבה מדדי ביצוע של הקופות מפורסמים על ידי סוכנות מרכזית (National Council of Quality Assurance (NCQA, 2005). עם זאת, חשוב לזכור כי מעורבות המדינה בנושא זה עלולה להגביר את הפיקוח על קופות החולים ולפגוע באוטונומיה שלהן, ולכן לא בהכרח תתקבל בברכה. יצוין שמ־2004 מופעלת בישראל תכנית לאומית לאיסוף מידע על מדדי איכות מסוימים של רפואה בקהילה (פורת

ואח' (2005), אבל בשלב זה הממצאים אינם מפורסמים לפי קופה ולא נעשה בהם שימוש לצורך תגמול.

לסיכום, לנוכח חשיבות שיפור האיכות בשירותי הבריאות חשוב להמשיך לבחון דרכים אפשריות לעידוד קופות חולים וארגוני בריאות אחרים להשקיע משאבים בפעילויות לקידום איכות. פעילויות אלו צפויות לשפר את הטיפול במבוטחים ולסייע למערכת לנצל את המשאבים המוגבלים בצורה מיטבית.

ביבליוגרפיה

- החברה הישראלית לאיכות ברפואה (2006). הכנס השנתי ה-13 של החברה הישראלית לאיכות ברפואה. תוכנית הכנס וספר תקצירים. תל אביב.
- ווילף-מירון, ר', שמר, י' (2004). איכות שירותי בריאות בקהילה. הרפואה, 143, 170-176.
- פורת, א', רבינוביץ', ג', רסקין-סגל, ע' (2005). תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: דו"ח לציבור עבור השנים 2002-2004. משרד הבריאות. מתוך: http://www.health.gov.il/2004.pdf-Download/pages/public_report_2002
- שטרן, צ', וולפנזון, מ', גדליה, נ', רותם, א', אדטו-לוי, ר', מור יוסף, ש' (1995). תוכנית להפעלת צוותים לשיפור איכות השירות בבית חולים. הרפואה, 128, 75-78.
- שניידר, ב', בואן, ד' (1995). שירות מנצח בשוק תחרותי. ספריית המרכז הישראלי לניהול, משרד ראש הממשלה המרכז לאיכות ומצוינות תל-אביב.
- שקדי, א' (2003). מלים המנסות לגעת: מחקר איכותני תיאורי ויישום. אוניברסיטת תל אביב: הוצאת רמות.
- Batchelor, G.J. & Esmond, T. (1989). Maintaining high quality patient care while controlling costs. *Healthcare Financial Management*, 3, 21-30.
- Benbassat, J. & Taragin, M. (1998). What is adequate health care and how can quality of care be improved? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11, 58-64.
- Bentur, N. & Resnizky, S. (2005). Validation of the McGill Quality of Life Questionnaire in home hospice settings in Israel. *Palliative Medicine*, 19, 538-44.
- Berwick, D.M., Godfrey, A.B. & Roessner, J. (1990). *Curing health care: New strategies for quality improvement*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
- Blumenthal, D. & Kilo, C.M. (1998). A report card on continuous quality improvement. *Milbank Quarterly*, 76, 625-647.
- Bogdan, R.C. & Biklen, S.K. (1998). *Qualitative research for education*. Boston: Allyn & Bacon.
- Chambers, R., Bowyer, S. & Campbell, I. (1995). Audit activity and quality of completed audit projects in primary care in Staffordshire. *Quality in Health Care*, 4, 178-193.

- Counter, M.A. & Meurer, S. (2001). Issues in the assessment of continuous quality improvement implementation in health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(3), 197-207
- Donabedian, A. (1989). Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*, 1, 3.
- Donabedian, A. (1991). Reflections on the effectiveness of quality assurance. In Palmer, R.H. Donabedian, A. & Povar, G.J. (Eds.). *Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice*. Michigan: Health Administration Press.
- Eldar, R. & Ronen, R. (1995). Implementation and evaluation of a Quality Assurance Programme. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8, 28-32.
- Eldar, R. (2003). Quality improvement activities in prostatectomy for benign prostatic hypertrophy. *Croat Med J*, 44, 244-5.
- Fleishman, R. & Dynia, A. (1996). Evaluating intervention programmes for quality assurance in hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9, 20-31.
- Fooks, C., Rachlis, M. & Kushner, C. (1990). Concepts of quality of care: National survey of five self-regulating health professions in Canada. *Quality Assurance in Health Care*, 2, 89-109.
- Friedman, L.N., Kokia, E. & Shemer, J. (2003). Health value added (HVA): Linking strategy, performance and measurement in healthcare organizations. *Israel Medical Association Journal*, 5, 3-8.
- Glezerman, M., Witznitzer, A., Reuveni, H. & Mazor, M. (1999). A model of efficient and continuous quality improvement in a clinical setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11, 227-32.
- Goldfracht, M. & Porath, A. (2000). Nationwide program for improving the care of diabetic patients in Israeli primary care centers. *Diabetes Care*, 23, 495-9.
- Gross, R. (2004). A consumer-based tool for evaluating the quality of health services in the Israeli health care system following reform. *Health Policy*, 68, 143-58.
- Klazinga, N. (1994). Concerted action program on quality assurance in hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA) global results of the evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 219-230.
- Kritchevsky, S.B. & Simmons, B.P. (1991). Continuous quality improvement: Concepts and applications for physician care. *Journal of the American Medical Association*, 266(13), 1817-23.
- Mankuta, D., Vinker, S., Itzhak, B., Kaiserman, I. & Beiran, I. (1999). A quality management project in Israeli navy primary care clinics. *American Journal of Medical Quality*, 14, 211-5.
- Maor, Y., Rubin, H.R., Gabbai, U. & Mozes, B. (1998). The importance of laboratory data for comparing outcomes and detecting "outlier" wards in the treatment of patients with pneumonia. *Journal of Health Services Research and Policy*, 3, 39-43.

- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis*. London: Sage publications.
- Mozes, B., Rosenblum, Y., Rom, L., Friedman, N., Shabtai, E. & Porat, A. (1996). Medical patients assessment protocol: A tool for evaluating the appropriateness of utilizing hospital-stay days for acute medical patients; development, reliability and applications. *American Journal of Medicinal Quality*, 11, 18-24.
- Ovretveit, J. (1997). Learning from quality improvement in Europe and beyond. *Journal of the Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*, 23, 7-22.
- Riskin, A., Reis, S., Tamir, A. & Shemer, J. (2006). Quality assessment in primary military clinics of the Israel Defense Forces northern command. *Military Medicine*, 171, 360-4.
- Shortell, S.M., O'Brien, J.L., Carman, J.M., Foster, R.W., Hughs, E.F.X., Boerstler, H. & O'Connor, E.J. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation. *Health Services Research*, 30, 377-401.
- Stern, E., Benbassat, CA. & Goldfracht, M. (2005). Impact of a two-arm educational program for improving diabetes care in primary care centers. *International Journal of Clinical Practice*, 59, 1126-30.
- Vinker, S., Nakar, S., Lustman, A., Ram, R. & Kitai, E. (2005). Quality of diabetes care in the community: A cross-sectional study in central Israel. *The Israel Medical Association Journal*, 7, 643-7.
- Walshe, K. (1995). Evaluating Clinical Audit: Past Lessons, Future Directions. In Walshe, K. (Ed.). *The traits of success in clinical audit*. London: The Royal Society of Medicine Press.
- Walshe, K. & Buttery, Y. (1995). Measuring the Impact of Audit and Quality Improvement Programs. *Journal of the Association for Quality in Health Care*, 2, 138-147.