

ח' מחקר דו"ח מחקר דו"ח ח' מחקר דו"ח מחקר דו"ח מחקר

רופאים עצמאיים בקופת חולים כללית רקע היסטורי וארגוני

דן יובל וברוך רוזן
ג'וינט-מכון ברוקדייל

אורי גבאי ודני אופנהיים
קופת חולים כללית

המחקר מומן בסיוע קרן מרכז קובנס לניהול מערכות בריאות באמצעות המכון למחקר עסקים בישראל,
הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב

ג'וינט ישראל
גבעת ג'וינט, ת.ד. 3489
ירושלים 91034

ג'וינט — מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
גבעת ג'וינט, ת.ד. 13087
ירושלים 91130

מהו ג'וינט-מכון ברוקדייל?

מרכז ארצי לחקר הזקנה, מדיניות בריאות וחתפתחות אדם וחברה בישראל.
מוסד עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בחסות ממשלת ישראל והג'וינט העולמי.
צוות מומחים המתמקד בזיהוי סוגיות נבחרות ונוקט גישה רבת-חומית לפתרון בעיות במערכות שירותי רווחה ובריאות.
נקודת מפגש לחוקרים, מעצבי מדיניות ואנשי מקצוע, המסייעים לקשור את ממצאי המחקר לביצועם של שינויים בשטח.
מרכז לשיתוף פעולה בין ישראל לקהילה הבינלאומית.

התכנית לחקר מדיניות בריאות בישראל

בתגובה למשבר המעמיק בשירותי הבריאות ולבקשת ממשלת ישראל, פיתח ג'וינט-מכון ברוקדייל בשיתוף ג'וינט ישראל תכנית לחקר מדיניות בריאות בישראל. מטרת התכנית היא לתרום למאמצים לשיפור מימון שירותי הבריאות והספקתם דרך ניתוחן של סוגיות מדיניות נבחרות. לתכנית שלושה יעדים עיקריים:

- לסייע לממשלת ישראל בתהליך התכנון, הביצוע וההערכה של רפורמות מרכזיות לשיפור ניהול מערכות בריאות.
- לסייע לספקי שירותי בריאות ולמבטחים בישראל במאמציהם לשפר את יעילותם ואת מועילותם.
- לפתח פרויקטים מחקריים אשר נועדו לתרום תרומה לטווח ארוך למערכת שירותי הבריאות בישראל.

BA-888-21-91 / 19950
C.3



רופאים עצמאיים בקופת חולים כללית רקע היסטורי וארגוני

**דן יובל וברוך רוזן
ג'וינט-מכון ברוקדייל**

**אורי גבאי ודני אופנהיים
קופת חולים כללית**

**המחקר מומן בסיוע קרן מרכז קובנס לניהול מערכות בריאות באמצעות המכון למחקר עסקים בישראל,
הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב**

יולי 1991

ירושלים

אב תשנ"א

copy 3

11.6.91

ג'וינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל
ת.ד. 13087
ירושלים 91130, ישראל
טל. (02) 618251
פקס (02) 661244

קופת חולים כללית היא הארגון הגדול בישראל להספקת שירותי בריאות. מספר חבריה גדול משלושה מיליון איש. כ-95% מחברי הקופה מקבלים טיפול ראשוני במרפאות קהילתיות, בעוד 5% מקבלים טיפול זה במשרדו הפרטי של "רופא עצמאי".

בעבודה זו אנו מנתחים כיצד נוצרה והתרחבה שיטת הרופא העצמאי, זאת בארגון שהוא בעל מחויבות היסטורית ואידיאולוגית חזקה למרפאה הקהילתית. העבודה מבוססת בעיקר על ראיונות עומק עם מנהלים בכירים במרכז קופ"ח ובמחוזות, ועם רופאים, אחיות, מזכירי מרפאה ומבוטחים במחוז ירושלים. בתחילה מתוארים ההבדלים העיקריים בין שתי השיטות. לאחר מכן מתואר הרקע הארגוני שהביא להנהגת השיטה, והוא המחסור החמור ברופאים בקופ"ח כללית והתחרות הגוברת מצד הקופות האחרות. בהמשך נבדקים הגורמים שהביאו להתרחבותה של השיטה. נטען, כי הסיבות לגידול זה אינן זהות לסיבות שהביאו להנהגת התכנית מלכתחילה, וכי שיטת הרופא העצמאי הפכה להיות מכשיר מוסדי לסיפוק אינטרסים וצרכים, שהם שונים במידת מה מן הסיבות שבגללן הוחל בתכנית המקורית. אמנם, דרישת קבוצות אחדות של צרכנים לאופן טיפול הדומה לזה שמספקות הקופות הקטנות נותרה בעינה כאחד הגורמים העיקריים להתרחבות השיטה, אך היו מספר גורמים נוספים שמילאו אף הם תפקיד מרכזי. הרופאים עצמם קיבלו בחיוב את השיטה, משום שהיא הציעה להם תגמול כספי ניכר וסיפוק מקצועי. הנהלת קופ"ח כללית נענתה לדרישות אלה מצד הצרכנים והרופאים, ופיתחה את התכנית בצורה שהגבירה את הגמישות הניהולית.

בעקבות התרחבות שיטת הרופא העצמאי, התעוררו חששות לגבי נושאי השוויון והאיכות. חששות נוספים התעוררו לגבי עלות השיטה והשפעתה על היחסים בין מגזרי עובדים שונים. קיימת עדות מסוימת לכך שנושא העלות היה אחד הגורמים העיקריים שבגללו הואט קצב הרחבת השיטה, ויתכן שגורמים נוספים, כולל אינרציה מוסדית, השפיעו באותו כיוון, אף כי במידה מועטה יותר.

בסיום המאמר מובא תיאור של ההתפתחויות האחרונות שחלו בארגון הרפואה הראשונית בקופ"ח כללית, ומועלית האפשרות של פיתוח דגמי-ביניים אשר ישלבו יחדיו מרכיבים משיטת המרפאה ומשיטת הרופא העצמאי.

בעת הכנת עבודה זו ריאיינו אנשי מקצוע רבים שהיו בעלי ידע נרחב לגבי תכנית הרופא העצמאי: פנינה אייל, פרץ בלומברג, סטפן גראייק, מיכאל דור, חיים דורון, יפה חרמוני, אלימלך לברון, טד מילר, לזר מרום, עמנואל מרקו, ססיליה פיגלר, יואל פרוינד, מרים צנגן, ראובן קריסטל, דוד רונן, נלו שביט ורון שפיר, ברצוננו להודות לכל אחד מהם עבור הערותיהם והזמן שהקדישו לנו. כמו כן ברצוננו להודות לאנשי הצוות ולחברים במרפאות הקהילתיות "דרום" ו"גילה", שם ערכנו תצפיות וראיונות, ולרוני מזרחי ומיכאל רוזנבלוט, שברשותם התבצע הדבר.

אנו מודים לאלה שקראו את הטיוטות הראשונות של מאמר זה: דורית אפשטיין, ג'ני ברודסקי, תמרה ברנע, נורברט גולדפילד, מילט ויינשטיין, יעקב זילברג, ג'ק חביב, דוד חניניץ, מרק כהן, אירה מוסקוביץ, פני פלדמן וננסי קיין. תשומות נוספות התקבלו כאשר העבודה הוצגה בצורות שונות, כולל בסמינרים מטעם אגף הכספים, האגף לתכנון ולמידע, והחטיבה הרפואית בקופ"ח כללית, הנהלת קופ"ח כללית במחוז ראשון לציון, ובכנס WONCA שנערך בירושלים.

ברצוננו לציין במיוחד את תרומתה של שפרה שוורץ, אשר היפנתה את תשומת ליבנו לצורך להעמיק את הניתוח ההיסטורי והיפנתה אותנו לחומר ולמקורות חשובים.

כמו כן, ברצוננו להודות למכון לחקר תנועת העבודה על שם פנחס לבון – ארכיון העבודה, על סיועו הרב במתן גישה לחומר ארכיוני רב-חשיבות.

לבסוף, ברצוננו לטרי בנינגה, לאראלה ברילנט ולג'ני רוזנפלד אשר סייעו לנו בעריכת הדו"ח ובתרגומו.

1	מבוא
2	1. ההבדלים בין שתי השיטות להספקת טיפול ראשוני
4	2. התפתחות שיטת הרופא העצמאי
4	מחויבותה ההיסטורית והאידאולוגית של קופ"ח כללית למרפאה הקהילתית
6	היחמה לשיטת הרופא העצמאי
11	התרחבותה של שיטת הרופא העצמאי
15	3. יתרונותיה של שיטת הרופא העצמאי
15	היתרונות לחברי הקופה
16	היתרונות לקופ"ח כללית כארגון
17	היתרונות לרופאים העצמאיים
18	היתרונות להנהלות המחוזיות
19	היתרונות לרופאי המרפאות
19	יתרונותיה של שיטת הרופא העצמאי: סיכום
20	4. חששות ובעיות
20	שיוויון
22	איכות הטיפול ואיכות השירות
23	עלות
24	יחסי עבודה והשלכות על צוות המרפאה
24	חששות לגבי שיטת הרופא העצמאי: סיכום
25	5. התפתחויות של התקופה האחרונה
26	6. מסקנות
27	מקורות

רשימת תרשימים ולוחות

10	ציוני דרך בהנהגת שיטת הרופא העצמאי	תרשים 1:
11	חברי קופ"ח כללית הרשומים אצל רופאים עצמאיים, 1988-1972	תרשים 2:
12	מספר הרופאים העצמאיים העובדים בקופ"ח כללית, 1988-1972	תרשים 3:
13	אחוז החברים הרשומים אצל רופאים עצמאיים, לפי מחוז (1987)	תרשים 4:
14	התפלגות החברים הרשומים אצל רופאים עצמאיים במחוז ראשון לציון לפי מרפאה (1989)	תרשים 5:
14	התפלגות כל חברי קופ"ח כללית במחוז ראשון לציון לפי מרפאה (1989)	תרשים 6:
21	מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחרים לפי קבוצת חולים (מחוז ראשון לציון 1989)	לוח 1:

לקופת חולים כללית מסורת ארוכה של מחויבות למרפאות הקהילתיות כמסגרת מועדפת להספקת שירותי טיפול ראשוני. המרפאה הקהילתית היא כיום הגורם העיקרי בקופ"ח כללית המספק טיפול ראשוני, כאשר מטרתה העיקרית היא מתן טיפול קהילתי מקיף לאוכלוסייה. המרפאה מכנסת תחת קורת גג אחת אנשי מקצוע ממגוון תחומים, ומעמידה לרשותם ציוד לאיבחון ולטיפול. הטיפול במבוטחים אמור להיות מתואם על ידי רופא שכיר של קופ"ח כללית (Doron and Ron, 1987).

ב-1987 כ-164,000 מחברי קופ"ח כללית (כ-5% מכלל החברים) לא קיבלו את הטיפול הראשוני במרפאות הקהילתיות (שביט, 1988). במקום זאת, הם קיבלו את הטיפול בפרקטיקות הפרטיות של רופאים עצמאיים. שיטת טיפול זו (להלן: שיטת הרופא העצמאי) התפתחה בעקביות מאז 1971.

עבודה זו בוחנת את תהליך היווצרותה של שיטת הרופא העצמאי, ומנתחת את השאלה כיצד התפתחה דווקא בתוך מסגרת של ארגון בעל מחויבות היסטורית ואידיאולוגית עמוקה למרפאה הקהילתית. בעבודה מוצגים ממצאים מן השלב הראשון של מחקר מקיף יותר על רופאים עצמאיים בקופ"ח כללית. עבודות נוספות בסדרה זו יציגו ממצאים אמפיריים, אשר ישוו בין טיפול במרפאה קהילתית לבין טיפול בידי רופא עצמאי באשר לשביעות רצון המטופל, שימוש בשירותי בריאות ועלות.

הניתוח המובא בעבודה זו מבוסס, בעיקרו, על ראיונות עומק עם מנהלים בכירים בהנהלת מרכז קופ"ח כללית ובהנהלות המחוזיות ועם כעשרים רופאים, אחיות, מזכירי מרפאות ומבוטחים במחוז ירושלים. בנוסף, הסתייענו בנתונים מנהליים על חברי קופ"ח כללית וכן במסמכים שונים.

העבודה מחולקת לששה פרקים עיקריים. פרק 1 מתאר את ההבדלים העיקריים בין שתי הדגמים של הספקת הטיפול הראשוני. פרק 2 מתאר את מחויבותה ההיסטורית והאידיאולוגית של קופ"ח כללית למרפאה הקהילתית ואת התפתחות שיטת הרופא העצמאי. פרק 3 מסכם את היתרונות של שיטת הרופא העצמאי עבור המבוטחים, הנהלת קופ"ח כללית, רופאי המרפאה והרופאים העצמאיים כפי שהם נתפשים על-ידי גורמים שונים בקופה. פרק 4 מסכם את החששות העיקריים שהועלו על ידי המרואיינים לסוגיהם באשר לשיטת הרופא העצמאי, בנוגע לעלות, איכות ושיווינות. ההתפתחויות שחלו לאחרונה ברפואה הראשונית מתוארות בפרק 5, ומסקנות העבודה מובאות בפרק 6.

1 ההבדלים בין שתי השיטות להספקת טיפול ראשוני

שיטת הרופא העצמאי ושיטת המרפאה הקהילתית נבדלות זו מזו בשלושה ממדים מבניים עיקריים:

1. מהות ההתקשרות החוזית בין הרופא לבין קופ"ח

במסגרת עיסוקו כרופא עצמאי, הרופא אינו עובד בקופ"ח כשכיר, אלא מוכר את שירותיו לקופ"ח בהתאם לחוזה שיש לחדשו מידי שנה.

2. שיטת תיגמול הרופא (reimbursement)

הרופא העצמאי מתוגמל בשיטת הקפיטציה (תשלום לכל נפש, capitation); דהיינו, הכנסת הרופא מבוססת על מספר הנפשות הרשומות אצלו. לעומת זאת, מרכיב ההכנסה העיקרי של רופא המרפאה הינו המשכורת. זו תלויה במספר השעות שהוא עובד ולא במספר הנפשות הרשומות אצלו. היות שקופ"ח כללית אינה מבטיחה לרופא העצמאי מספר מינימאלי של מבוטחים רשומים, ומשום שהרופא העצמאי אחראי להוצאות הכרוכות בהפעלת המרפאה, הרי שהסיכון שנוטלים הרופאים העצמאיים הוא, בעצם, גדול יותר משל עמיתיהם במרפאות.

3. מסגרת מתן השירות

יש להביא בחשבון ארבעה היבטים של מסגרת מתן השירות:

(א) מקום העבודה: מרבית הרופאים העצמאיים עובדים במקומות שבבעלותם או שהם שוכרים, בעוד רופאי המרפאות עובדים במתקנים שבבעלות קופת החולים. הדבר מאפשר לרופאים העצמאיים יתר שליטה בכל הנוגע לשעות העבודה והיבטים אחרים של ניהול, לעומת עמיתיהם רופאי המרפאות, ואולם לאחרונים עשויה להיות גישה לציד משוכלל ומגוון יותר.

(ב) מספר מוקדי הטיפול: כל חבר קופ"ח כללית, בין המטופל על ידי רופא עצמאי ובין על ידי רופא המרפאה, שייך למרפאה הנמצאת בשכונתו. גם מטופלים של רופאים עצמאיים תלויים במרפאה לצורך מגוון רחב של עניינים מנהליים וקליניים (הפניות, טיפול סיעודי, שירותי מעבדה וכו'). לפיכך, מטופלים אלו חייבים להיות בקשר עם הרופאים העצמאיים ועם מרפאות כאחד.

(ג) השתייכות ארגונית: רופאים עצמאיים אינם משתייכים למרפאה מסוימת; הם כפופים ישירות להנהלת המחוז. רופאים במרפאות כפופים למנהל הרפואי של המרפאה.

(ד) קשרי גומלין עם אנשי מקצוע אחרים מתחום הבריאות: בעוד מספר קטן של רופאים עצמאיים עובדים במסגרות של פרקטיקות קבוצתיות, מרביתם עובדים ללא רופאים נוספים וללא אחיות¹. לעומת זאת, מרבית רופאי המרפאות הקהילתיות עובדים במרפאות שבהן עובדים רופאים נוספים, אחיות, פקידים, וכולי.

עד לאחרונה, נבדלו שני המודלים זה מזה בממד נוסף – מידת החופש שניתנה למבוטחים בבחירת הרופא שלהם. במסגרת שיטת הרופא העצמאי, המבוטח יכול לבחור כל רופא עצמאי שבמחוז, בעוד שבמסגרת המרפאה היו המבוטחים כבולים לרופאים העובדים במרפאה הקהילתית. במקרים רבים, מבוטחים אף הופנו לרופא מסוים על ידי מזכיר המרפאה. לאחרונה, הורחב חופש הבחירה בתוך המרפאה, נושא שיידון בפרק 6.

מבחינה תיאורטית, ישנם יתרונות מסוימים מבחינת השירות והטיפול בכל אחת מן השיטות. נראה ששיטת הרופא העצמאי יוצרת תמריץ פיננסי גדול יותר לרופא לספק שירות באיכות גבוהה, כדי למשוך אליו מטופלים. הדבר עשוי להתרגם לקיצור משך ההמתנה והארכת משך הביקור. מרפאת הרופא העצמאי אף היא מושכת מבוטחים, כאלה המבקשים פרטיות רבה יותר ושעות ביקור מאוחרות יותר מאשר מציעות היום המרפאות הקהילתיות. לעומת זאת, למרפאה הקהילתית יתרונות במונחים של המשכיות הטיפול ושל כוללניות (שירותים רבים באותו מקום) ואולי איכות (בקרת עמיתים וצוות רב-מקצועי). בטרם נבחן ביתר פירוט את היתרונות ואת החסרונות היחסיים של שיטת הרופא העצמאי, יהיה זה מועיל לסקור את התפתחותה של שיטת הרופא העצמאי ואת הרקע ההיסטורי שלה. כפי שנראה להלן, הישרדותה של שיטת הרופא העצמאי במסגרת ארגון המחויב לגישת המרפאה הקהילתית הוא תשבץ שלא ניתן לפתור רק במונחים של העדפות המבוטחים וצורכיהם.

נדגיש, ששיטת הרופא העצמאי הראשוני מונהגת בקופ"ח הן בקרב רופאי משפחה והן בקרב רופאים מקצועיים – דו"ח זה עוסק בהתפתחות השיטה בקרב רופאי המשפחה.

1 לאחרונה אימצה קופת חולים מדיניות חדשה הקובעת, שלא ייחתם שום חוזה עם רופא עצמאי העובד לבד. אף על פי כן, ייקח עדיין זמן עד אשר פרקטיקות קבוצתיות תהיינה הצורה הנפוצה בקרב הרופאים העצמאיים.

פרק זה דן בשתי שאלות עיקריות:

(1) מה הביא להולדתה של שיטת הרופא העצמאי בתוך ארגון שיש לו מחויבות היסטורית

ואידיאולוגית חזקה למרפאה הקהילתית ?

(2) כיצד ומדוע התרחבה השיטה?

נפתח בתיאור מחויבותה של קופת החולים הכללית למרפאה הקהילתית. לאחר מכן נסקור את ציוני הדרך בראשית דרכה של שיטת הרופא העצמאי. לבסוף, נתאר את התפתחותה של שיטת הרופא העצמאי מאז החלה רשמית ב-1971. כפי שנראה, הגורמים אשר הביאו להרחבתה של השיטה אינם זהים לאלו שהביאו להיווצרותה.

מחויבותה ההיסטורית והאידיאולוגית של קופ"ח כללית למרפאה הקהילתית

לפחות עד שנות השמונים, היתה לקופ"ח כללית גאווה עצומה בזכות רשת מרפאותיה הקהילתיות הכלל-ארצית, שכללה כ-1,300 מרפאות. פרסומי קופ"ח כללית שיבחו את המרפאות הקהילתיות על מימוש רעיונות מתקדמים דוגמת המשכיות הטיפול, זמינות ועבודת הצוות, שהחלו רק אז לזכות להכרה באירופה ובצפון אמריקה (Doron and Ron, 1987).

הכרת תולדות קופ"ח כללית והרקע הפוליטי היא מהותית להבנת מחויבותה הארגונית למרפאות הקהילתיות. קופ"ח כללית נוסדה ב-1912. ב-36 השנים שלאחר מכן, לפני הקמת מדינת ישראל, היא מילאה תפקיד מרכזי בתהליך בניית האומה (nation building). אחרי כן היה לה תפקיד חשוב בהתפתחותה של מדינת ישראל. בספקה שירותי טיפול רפואי ראשוני הן לעניים והן לעשירים, באיזורי ספר כמו גם במרכזים עירוניים גדולים. קופ"ח כללית מילאה גם תפקיד מכריע בקליטתם של עולים רבים ממדינות אסיה ואפריקה אשר הגיעו בראשית שנות החמישים. רבים מהם סבלו מבעיות בריאות רבות ונזקקו להדרכה בשמירה על הגיינה אישית. קופ"ח כללית קשורה קשר אמיץ לאירגון האב שלה – הסתדרות העובדים הכללית. מבחינה היסטורית, לאידיאולוגיה היה תפקיד חשוב הן בקופ"ח כללית והן בהסתדרות, בהדגישה את ערכי השיוויון, החלוציות, זכויות העובדים והכבוד לעבודה (Shuval, 1988).

ניתן להבין טוב יותר את מחויבותה של קופ"ח למרפאה הקהילתית בתוך ההקשר ההיסטורי והארגוני הזה. קודם להיווסדותה של קופ"ח כללית, סופק הטיפול הרפואי בארץ על ידי רופאים שעבדו לבד (solo practitioner). הללו עבדו או על בסיס תשלום-עבור-שירות, כאשר המטופלים שילמו עבור הטיפול

מכיסם, או על בסיס של צדקה, כאשר משכורותיהם כוסו על ידי הקהילה המקומית או על ידי נדבנים יהודים מחו"ל. כחלק מן הניסיון הישראלי ליצור חברה סוציאליסטית, והמאמצים לבנות חברה שיוויונית, דחתה הקופה את שתי הגישות הללו גם יחד, והעדיפה הסדר של תשלום פרוגרסיבי-מראש לקופה (prepayment), שלפיו סייעו העשירים לעניים והבריאים סייעו לחולים (Reiss & Blanc, 1978).

באותם הימים הבחירה היתה בין "רפואה פרטית" לבין רפואה במרפאה קהילתית במסגרת קופת החולים. איש לא חשב במונחים של שיטות משולבות המוכרות היום, שבהן קופות החולים מתקשרות עם רופאים עצמאיים. העקרונות המנחים, שדגלו בתשלום-מראש ושיוויון הובילו, אם כן, להקמת פרקטיקות מאורגנות, שיטה שבה קופת החולים נשאה בסיכון הפיננסי והרופאים עבדו כשכירים. ערכי השיוויון והדגש על כבוד עבודת הכפיים מנעו הענקת סטטוס וזכויות יתר לעיליות מקצועיות; הרופאים נחשבו כחברים לכל דבר בצוות נותני הטיפול.

כתוצאה מן הקרבה הרבה להסתדרות העובדים והזיקה לתנועת העבודה, חוזק מעמדם של "מזכירי המרפאות", דהיינו – המנהלים האדמיניסטרטיביים של המרפאות אשר היו, לעתים קרובות, פעילי ההסתדרות וסניף המפלגה המקומי². חלק מתפקידם היה להבטיח, שרופאים ואנשי מקצוע אחרים לא יתנו לאמידים טיפול בתנאים מועדפים. ברמה הארצית, הכוח היה מרוכז בידי קבוצת עילית של עסקנים, אשר נתפשה כממלאת תפקיד מפתח בהבטיחה שהארגון לא יקריב מטרות סוציאליסטיות ולאומיות חשובות כל-כך, כצדק והקמת מרפאות באזורי הספר, בעבור שיקולים כספיים צרים (Halevi, 1980).

אמנם שיקולים אידיאולוגיים הקשורים לבניית האומה ולשיוויוניות היו כנראה השיקולים העיקריים בעיצוב המבנה הארגוני של קופ"ח כללית, ואולם גם נורמות מקצועיות מילאו תפקיד חשוב. גלי העלייה ממדינות עניות ונחשלות בשנות הארבעים המאוחרות ובתחילת שנות החמישים טיפחו את האמונה בקרב הרופאים הבכירים של קופ"ח כללית ובקרב האחיות, שהם, אנשי המקצוע, יודעים טוב יותר מן המבוטחים מהם צורכיהם של האחרונים (גישה שאפיינה את כלל החברה הישראלית). גם לאחר שהואט קצב העלייה, שלטה בקופ"ח כללית המנטאליות של טיפול במתכונת של פס-ייצור: לשירותי הבריאות היתה תכלית אחת ויחידה – הם נועדו לשמור על הבריאות ולא להעניק תנאי נוחות. תשומת לב מעטה ביותר ניתנה לדרישות הצרכן ולרצונותיו. במהלך השנים, רצונותיו של הצרכן קיבלו יותר ויותר תשומת לב, אך נשירת חברים בשנים האחרונות, ומעברם לקופות החולים הקטנות יותר, מעידים אולי שקצב השינויים הארגוניים בקופ"ח כללית לא סיפק את דרישות הצרכנים.

2 מתוך שיחה עם ר.דיציאן – קופ"ח כללית.

לסיכום, ניתן לזהות שלושה גורמים אפשריים שעשויים להסביר את מרכזיותה של המרפאה הקהילתית.

(א) שיויוניות: המרפאה הקהילתית הינה מכשיר בידי קופ"ח כללית להשגת שיויוניות. הוא מאפשר בידיה לקדם את השיויון בתוך מרפאה מסוימת ובאתרים שונים אלה מאלה.

(ב) הגמוניה מינהלית: מבנה המרפאה הקהילתית, המאופיין במזכיר חזק, מאפשר בידי קופ"ח כללית לפקח על קבוצות מקצועיות שונות המעורבות בהספקת השירות.

(ג) איכות הטיפול: המרפאה הקהילתית מאפשרת לקופ"ח כללית לספק טיפול רפואי בסיסי ברמה גבוהה לקשת רחבה של צרכנים. הטיפול מתבסס על צוותים בעלי מומחיות רב-תחומית הפועלים במסגרת אחת.

בהתחשב במחויבותה של קופ"ח כללית למרפאה הקהילתית, מוזר למדי שהיא יצרה ופיתחה את שיטת הרופא העצמאי בתוך מסגרתה. שיטת הרופא העצמאי פוגעת ברבים מן העקרונות אשר הביאו ליצירת המרפאות הקהילתיות. תגמול בשיטת הקפיטציה והתקשרות חוזית מעניקים לרופא מעמד שונה משאר עובדי הקופה. כאשר אתר הטיפול הוא ביתו של הרופא או משרדו הפרטי, האפשרות שיש לארגון ולנציגיו, מזכירי המרפאות למשל, לפקח ולהבטיח שכל המבוטחים יקבלו טיפול שיויוני בלי קשר ליכולתם הכלכלית, הינה קטנה יותר³. בנוסף לכך, כפי שידון בפרק 4, אנשי מקצוע בתוך קופ"ח כללית מודאגים מאוד באשר להשלכות שיש לשיטת הרופא העצמאי על עלות, איכות ושיויוניות. על פתרון התעלומה מקשה עוד העובדה הידועה, שקופ"ח כללית מנהלת מראשיתה כארגון ריכוזי למדי המדגיש מאוד את האחידות. באופן כללי, אין הוא מגלה סובלנות לשונות בינאזורית. כיצד, אם כן, נוצרה השיטה של רפואה מעין-פרטית הפועלת בקנה מידה מצומצם, וכיצד היא שרדה?

היוזמה לשיטת הרופא העצמאי

בסעיף זה נסקור את ציוני הדרך המרכזיים בהתפתחות שיטת הרופא העצמאי. אף על פי ששיטת הרופא העצמאי החלה רשמית ב-1971, שורשיה הם בהצעתו של משה סורוקה - אז גזבר קופ"ח כללית - מ-1956. סורוקה הציע אז, שקופ"ח כללית תתיר לחבריה לבקר אצל כל רופא פרטי שיחפצו. החברים ישלמו לרופא, ואילו קופ"ח כללית תפצה אותם על פי סולם תעריפים שייקבע מראש. בד בבד עם העתקת מרכז הכובד של הרפואה

3 ניתן להמחיש את הקונפליקט האידיאולוגי בין שיטת הרופא העצמאי לשיטת המרפאה בשני אירועים חשובים בתולדות הרפואה הציבורית בארץ: ייסודה של קופ"ח לאומית ב-1935 ושביית הרופאים בבי"ח בילינסון ב-1946. קופ"ח לאומית נוסדה על ידי הסתדרות העובדים הלאומית. אין זה מפתיע, אם כן, שמבנה הקופה היה, במידה רבה, אנטייתזה לקופ"ח כללית. בהכרזת ההקמה הודגשו שלושה נושאים: שיתוף הרופאים ברווחים, שימוש במרפאות פרטיות ומתן חופש בחירה ברופאים. שביית הרופאים בבי"ח בילינסון - ביה"ח הגדול ביותר של קופ"ח כללית - ב-1946 התמקדה בשני נושאים: התנגדותה של קופ"ח לכך, שרופאי ביה"ח יעסקו בפרקטיקה פרטית ודרישתה שהם יתגוררו בתוך שטח ביה"ח. אירועים אלה מבליטים את סוגיית האוטונומיה המקצועית של הרופאים ואת שאלת חופש הבחירה של המבוטח.

הראשונית מהמרפאות הקהילתיות, הציע סורוקה שקופ"ח כללית תקים מרפאות מקצועיות גדולות. במונחים מעשיים, הצעה זו פירושה ביטול המרפאות הקהילתיות לטיפול ראשוני של הקופה.

מטרתה העיקרית של ההצעה היתה להתגבר על הניכור שאיפין את המרפאות הקהילתיות הצפופות מדי, ולהגדיל את אחריותו האישית של הרופא כלפי המבוטחים. ההצעה נתקלה בהתנגדות חזקה, ובתגובה הציע סורוקה שבמקום לפצות את המבוטחים, מוטב שקופ"ח כללית תשלם ישירות לרופאים (זרטל, 1975). הצעתו

המתוקנת של סורוקה התקבלה כחלופה לגיטימית לדגם המרפאות; אף על פי כן, באותה העת, ועידת קופ"ח כללית, שהתכנסה ב-1957, אישרה שוב את מעמדה המרכזי של המרפאה הקהילתית (זרטל, 1975).

השיטה החדשה אומצה בהיקף קטן מאוד בירושלים ובמקומות אחרים בארץ, והמשיכה לפעול עד להופעתה הרשמית של שיטת הרופא העצמאי. את הגירסא המוקדמת הזו של שיטת הרופא העצמאי נכנה שיטת "הרופא הפרטי". יש לציין ששיטת הרופא הפרטי, לפחות בשלביה הראשוניים, התבססה על שירותיהם של רופאים פרטיים (כלומר, רופאים שאינם מועסקים במרפאות קופ"ח כללית או בבתי חולים). הסיבה הראשונית לכך היתה זיקתה של קופ"ח כללית להסתדרות העובדים הכללית. קופת החולים חשה שאין זה הולם אידיאולוגית, שרופאיה יצטרפו לשיטות מעין אלו. לעומת זאת, היות שארגון רופאי קופ"ח כללית ראה בשיטת הרופא הפרטי איום על בטחונם המקצועי של חבריו, הוא לחץ על חברי ההסתדרות הרפואית בישראל שלא יצטרפו לשיטה. כתוצאה מן הלחץ, התקשתה קופ"ח כללית לגייס לשורותיה רופאים שיעבדו בשיטה החדשה⁴.

הוויכוח על הצעתו של סורוקה ועל שינויים אחרים בשיטות העבודה במרפאות הקהילתיות נמשך במהלך שנות הששים. בישיבה של הוועד המפקח הארצי (אוקטובר 1963), תיקן סורוקה את הצעתו מ-1956. הוא הציע כי שיטת הרופא הפרטי תופעל במקביל לשיטה הנהוגה (במקום להחליף את כל המרפאות הקהילתיות). סורוקה הצביע על כך, שאלפי חברים מעדיפים לשלם 5-7 לירות לביקור אצל רופא פרטי, במקום לחכות שעות ארוכות בתור. הוא טען עוד, שהגיע הזמן שקופ"ח כללית תשתחרר מ"עקרונות וערכים שאינם מצויים יותר ומנוגדים לתהליכי החיים". הצעתו המתוקנת של סורוקה נדחתה מכמה טעמים: הראשונה והעיקרית היתה הטענה, שהשיטה עומדת בסתירה לאידיאולוגיה של תנועת העבודה, ושהיא עשויה לגרום לאי-שיוויון⁵.

מבקרי השיטה טענו, שהיא מיועדת לחברים בעלי הכנסות גבוהות ולא לציבור הרחב. כתוצאה מכך היא עשויה ליצור מערכת בעלת שני דבכים, שבה לחברים החיים באיזורים מרוחקים לא תהיה גישה לשירותים באיכות דומה לזו המסופקת לחברים החיים באיזורים מרכזיים⁶. טענה נוספת הייתה, ששיטת הרופא הפרטי תערער את

4 מכון לבן - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 21/66 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 26.1.1966."

5 מכון לבן - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 10/63 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 30.10.1963."

6 ראה שם.

המרפאה הקהילתית, "אוניית הדגל" של ארגון העובדים ומעוז השיויוניות, שכן בכך תימנע האפשרות לשפר את הליקויים במרפאה; תביא לכך שטובי הרופאים יעזבו את המרפאה; ותגרום לנטישתה ההמונית על-ידי החברים^{7, 8, 9}. ביקורת אחרת התמקדה בנושא האיכות הרפואית. הטענה שהובלט כאן היה, שהרופאים בשיטת הרופא הפרטי הם רופאים העובדים לבד, ועל כן נותנים טיפול באיכות פחות טובה מזו הניתנת במרפאה הקהילתית, שהיא רב-תחומית מטיבעה ומאפשרת פיקוח. לבסוף, היו מבקרים שטענו, כי שיטת הרופא הפרטי לא תקל את הלחץ על המרפאה בשל היקפה הקטן ובשל העובדה שכל החברים עדיין צריכים להסתייע בשירותי מעבדה ובבית המרקחת¹⁰.

ב-1966 העלה קנב, אז יו"ר מרכז קופ"ח כללית, התנגדות נוספת. הוא טען שהשיטה היא לקויה, בעיקר משום שהיא מבוססת על שיטת תיגמול של תשלום עבור כל ביקור. הוא גרס, שהדבר יכול להביא לגידול במספר הביקורים ובשימוש בשירותים מסוימים. יתרה מכך, טען קנב, שאין רשימת רופאים מאושרת, שממנה יכולים החברים לבחור רופא, ושאינן מנגנון פיקוח על אותם רופאים. המלצתו העיקרית היתה שהרופאים הפרטיים יתוגמלו על בסיס תשלום לכל נפש¹¹.

אף על פי כן, היו לדעתנו שני גורמים חשובים שזרזו את הנהגת שיטת הרופא העצמאי במתכונתה הנוכחית: מחסור גדל והולך ברופאים ותחרות גוברת מצד קופות חולים אחרות. החל מאמצע שנות הששים התקשתה קופ"ח כללית לגייס רופאים, למרות העובדה שאפילו אז, במונחים יחסיים, בישראל היה מספר הרופאים לנפש גבוה למדי. המחסור ברופאים בקופ"ח כללית היה חריף במיוחד במרפאות קהילתיות, בפרט באזורי הספר. בתגובה, עשתה הקופה מאמצים עילאיים לגייס רופאים. בין שאר הפעולות ניסתה הקופה להגדיל את כוח המשיכה של הרפואה הקהילתית עבור בוגרי בתי הספר לרפואה בישראל, לגייס רופאים מחו"ל ולהציע שהממשלה תחייב את הרופאים בשנת שירות חובה באזורי הספר^{12, 13}.

שתי דרכים נוספות להתגבר על המחסור ברופאים היו מאמצים להגדלת היקף שעות העבודה של רופאי המרפאה מחד גיסא, וניסיון להשתמש בכוח אדם רפואי שאיננו מנוצל במלואו, מאידך גיסא. היות שקופ"ח כללית נתקלה בקשיים לגייס רופאים שאינם עובדי הקופה לשיטת הרופא הפרטי, היה זה, אם כן, טבעי למדי, שלמרות ההסתייגויות האידיאולוגיות, היא תפנה שוב לרופאיה. בפגישה של הוועד המפקח הארצי ב-1965, הציע סורוקה, ששיטת הרופא הפרטי תיפתח בפני רופאי קופ"ח כללית. הוא טען, שרבים מרופאי הקופה מטפלים בחולים באופן פרטי למרות מדיניותה המוצהרת של הקופה, ושמתן לגיטימציה לטיפול הפרטי יאפשר בידי קופ"ח

7 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 11/63 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 27.11.1963."

8 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 11/63 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 27.11.1963."

9 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מכנס הוועדים המפקחים המחוזיים מיום 8.12.1965 בית רמז."

10 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 10/63 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 30.10.1963."

11 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 20/66 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 11.1.1966."

12 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מכנס הוועדים המפקחים המחוזיים מיום 8.12.1965 בית רמז."

13 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-23 "פרטיכל משיבת הוועדה לשירותים רפואיים מיום 4.9.68."

כללית לגייס רופאים, אשר אחרת לא היו יכולים להצטרף לשיטת הרופא הפרטי. סורוקה אף ציין, שבעוד רופאי הקופה מסרבים לעבוד שעות ארוכות יותר במרפאות הקהילתיות, רבים מהם מקבלים חולים בבתייהם באופן פרטי באותן שעות¹⁴.

הגורם השני, כאמור, שהאיץ את הנהגת שיטת הרופא העצמאי, היה התחרות הגדלה והולכת מצד קופות החולים האחרות, במיוחד קופ"ח "מכבי". באוקטובר 1968, ניהלה הנהלת קופ"ח כללית ישיבה כדי לדון בנושא. בפגישה הוצגו תוצאות סקר על נשירת חברים מן הקופה. על פי הסקר, הסיבה העיקרית לנשירה היתה העובדה שקופות החולים האחרות נותנות טיפול אישי יותר, ומאפשרות לחבריהן לבחור את הרופאים שיטפלו בהם. העובדה שקופ"ח כללית דרשה דמי ביטוח גבוהים יותר היתה רק סיבה שנייה במעלה לנשירה מן הקופה¹⁵. לאור ממצאים אלה, אחת ההצעות שהובאו בפני הנהלת קופ"ח כללית הייתה לסיים מהר ככל האפשר את המו"מ עם

איגוד רופאי הקופה בנוגע לשיטת הרופא הפרטי, ולאפשר לחברי קופ"ח כללית לבחור ברופאיהם. לקראת סוף 1968, קופ"ח כללית ואיגוד רופאי קופ"ח כללית הגיעו להסכם בדבר מסגרת הטיפול החדשה. רופאי קופ"ח העובדים במשרה חלקית, כך הוחלט, יורשו אף הם לעבוד במסגרת זו. ארגון רופאי קופ"ח כללית דרש הכללה גם של רופאים העובדים במשרה מלאה ולא רק במשרה חלקית¹⁶. ב-1969 התקבלה דרישת ארגון רופאי קופ"ח כללית¹⁷.

לסיכום, יש לציין שהוויכוח בדבר שיטת הרופא העצמאי (ובמתכונתו הקודמת - שיטת הרופא הפרטי), האידיאולוגי באופיו, נמשך יותר מ-15 שנה. הנהגת שיטת הרופא העצמאי - שיטה שהייתה אופיינית מאוד למתחרותיה של קופ"ח כללית, ואשר בישרה את היחלשותה האפשרית של המרפאה הקהילתית, ואולי אפילו את פירוקה, נתפשה על ידי רבים מחברי הוועד המפקח הארצי כמנוגד תכלית נגוד למסורת תנועת העבודה ולרעיון המרפאה הקהילתית - "נושאת הדגל" של קופת החולים.

14 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מכנס הוועדים המפקחים המחוזיים מיום 8.12.1965 בית רמז".

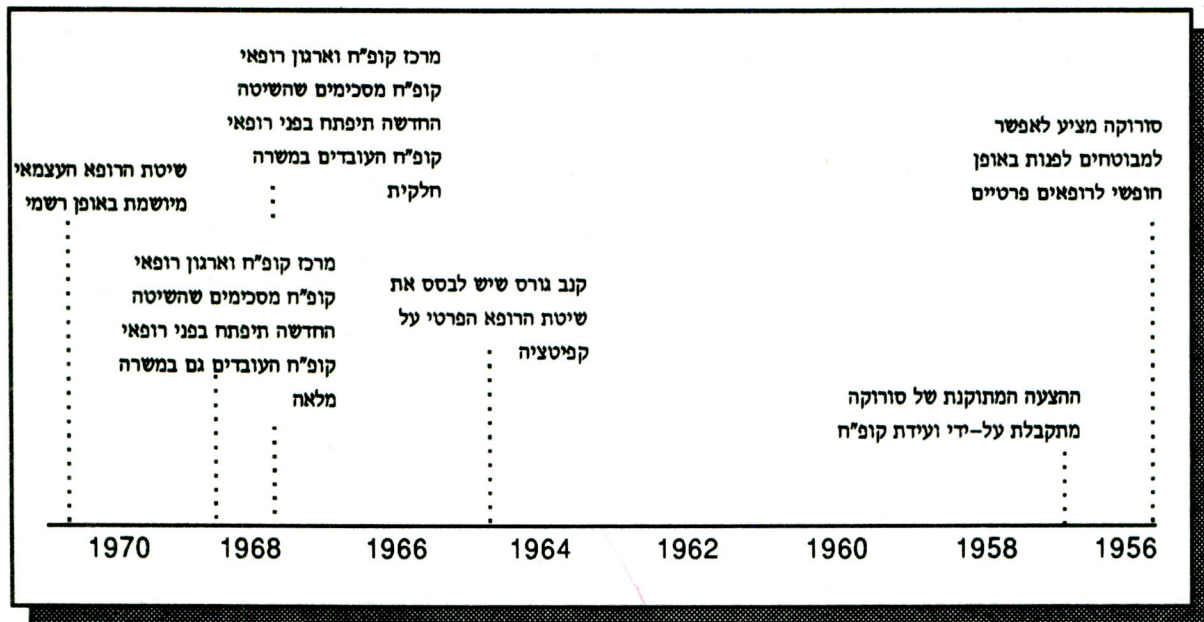
15 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-848 "הצעות לסיכום הדיון בענין קופת-חולים ההסתדרותית והקופות האחרות".

16 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-23 "פרטיכל משיבת הועדה לשירותים רפואיים מיום 4.9.68".

17 יש לציין עוד, שהרופאים, לפחות בתחילה, לא נטו לנצל הזדמנות זו, אשר באופן תיאורטי עשויה היתה להגביר את האוטונומיה המקצועית שלהם, מצד אחד, אבל, מצד שני, לסכן את הכנסותיהם. הם בחרו באפשרות שתבטיח את משכורתיהם. כיצד ניתן להסביר את השינוי הזה בעמדותיהם של קופת חולים כללית ושל ארגון רופאי קופת חולים? הסבר אחד הינו שקופת חולים כללית התקשתה מאוד להרחיב את היקף שעות העבודה של רופאיה, והיתה לה שליטה מועטה בלבד על הרופאים המקבלים משכורות. שיטת הרופא הפרטי נוצרה, בין היתר, להגדיל את כוח המיקוח של קופ"ח כללית מול ארגוני הרופאים. מצד שני, השיטה איפשרה לרופאים להגדיל את הכנסותיהם בלי סיכון מעמדם בקופ"ח הן כיחידים והן כארגון (מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 10/63 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 30.10.1963"; מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-24 "סיכום דברים מס' 11/63 משיבת הוועד המפקח הארצי מיום 27.11.1963").

תרשים 1

ציוני דרך בהנהגת שיטת הרופא העצמאי



באופן מעשי, אי היכולת להרחיב את השיטה נגרם כתוצאה מהתנגדות ארגון רופאי קופ"ח. הגידול האיטי נבע אולי גם מגורם אחר - אינרציה ממסדית. המרפאה הקהילתית הינה מרכיב מרכזי במבנה הממסדי ומבנה השירותים של קופ"ח כללית ולמספר גופים יש אינטרסים בקיומו. ביטול המרפאות פירושו גם בזבוז פוטנציאלי של הוצאות כספיות רבות שנדרשו להקמתן.

במהלך הוויכוח על הנהגת שיטת הרופא העצמאי היו אזכורים מעטים בלבד לאיכותן הגבוהה של המרפאות הקהילתיות. לדעתנו, טיעון זה התפתח רק מאוחר יותר. האפשרות ששיטת הרופא העצמאי עשויה לערער את יכולת הפיקוח על הרופאים לא הזכרה כלל.

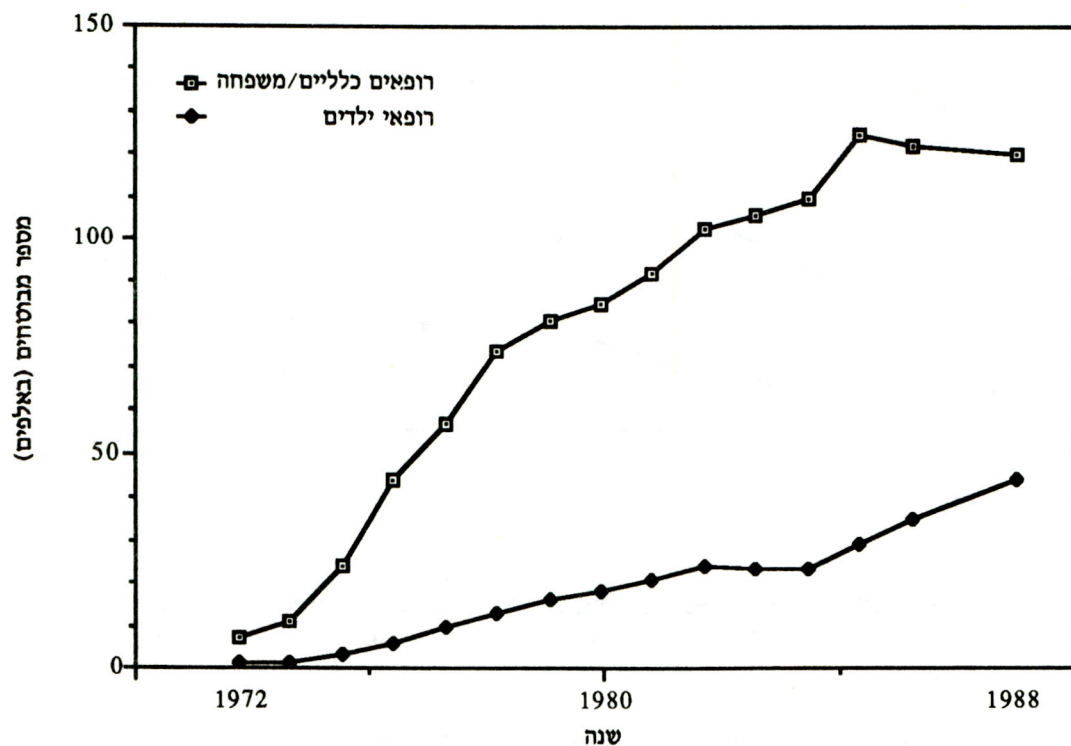
גורמים אחדים הביאו, בסופו של דבר, להחלטה הסופית "לצאת לדרך". כנראה, שהחשובים בהם היו המחסור החריף ברופאים ואי שביעות הרצון הגדלה והולכת של החברים מתפקודה של קופ"ח כללית במקביל לתחרות הגוברת מצד קופות חולים אחרות, תהליך שהביא לעזיבה של מקצת החברים.

התרחבות שיטת הרופא העצמאי

בסמוך להנהגתה הרשמית של שיטת הרופא העצמאי, במאי 1971, נמוג לפתע אחד הגורמים שהביאו להפעלת השיטה – המחסור ברופאים. במהלך שנות השבעים, הגיעו לישראל מספר גדול של רופאים מברית המועצות, וקופ"ח כללית הצליחה למשוך אותם אליה. אף על פי כן, השיטה המשיכה להתפתח בעיקר כתגובה לאיום התחרותי מצד קופות החולים הקטנות. היתרונות שהפיקו קבוצות שונות, שהם הגורמים העיקריים להתפתחות השיטה, יידונו בפרק 3.

תרשים 2

חברי קופ"ח כללית הרשומים אצל רופאים עצמאיים 1972–1988



מקור: קופ"ח כללית, "מוסדות ושירותים" (1972–88).

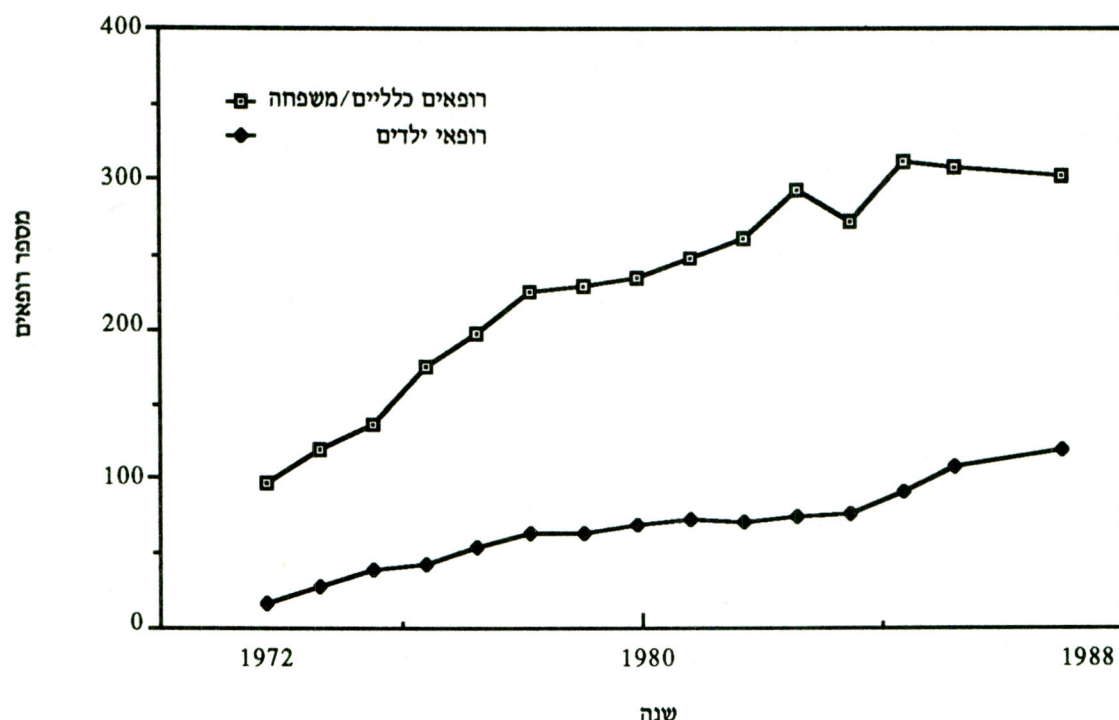
תרשימים 2 ו-3 מדגימים את התפתחות שיטת הרופא העצמאי בין השנים 1972 ל-1988. יש לציין, כי ב-1985, הגידול בהצטרפות מבוגרים לשיטת הרופא העצמאי נעצר בשל המשבר הכספי בקופ"ח כללית (השיטה נחשבה יקרה, ובמובן מסוים – מותרות)¹⁸. ב-1987, כאשר נוצר הרושם אצל בכירי הקופה שרבים מהצעירים בעלי השכלה רבה יותר בחרו לעזוב את קופ"ח כללית לטובת מתחרותיה, החלה צמרת מרכז קופ"ח להתעניין

18 באותה השנה, מספר המבקרים אצל רופאים מקצועיים העובדים בשיטת הרופא העצמאי ירד פלאים.

שוב בעתידה של שיטת הרופא העצמאי. באותה תקופה, כאשר מספר חברי קופ"ח כללית בסה"כ עלה מ-2.2 מיליון חברים ל-3.3 מיליון חברים, תפשה שיטת הרופא העצמאי תאוצה רבה אף יותר. כך, בעוד שהחברים בשיטת הרופא העצמאי היו פחות מחצי אחוז מכלל חברי הקופה ב-1972, הרי ב-1988 הם היו 5% בקירוב.

תרשים 3

מספר הרופאים העצמאיים העובדים בקופ"ח כללית, 1972-1988



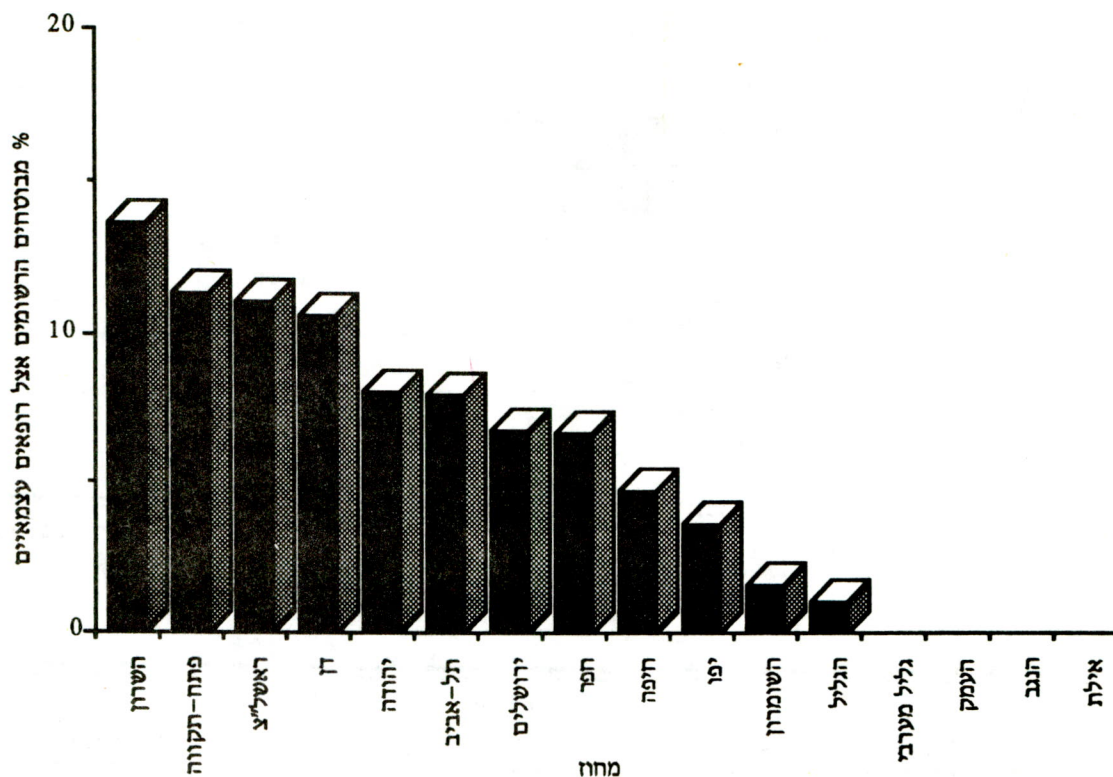
מקור: קופ"ח כללית, "מוסדות ושירותים" (1988-72).

תרשים 4 מציג נתונים על אחוזי חברי קופ"ח כללית המטופלים על ידי רופאים עצמאיים על פי מחוזות מנהליים של הקופה. יש לציין, שהשיטה פועלת בהיקף רחב יחסית במחוזות המרכזיים - השרון, פתח תקווה, ראשל"צ וכולי. במחוזות אלו במיוחד עומדת קופ"ח כללית בתחרות קשה מול קופות החולים הקטנות¹⁹. באזורי הספר מחוזות הנגב והגליל העליון, למשל, שיטת הרופא העצמאי אינה קיימת כלל, למרות העובדה שמבחינת עלות, אופציית הרופא העצמאי עשויה להתאים במיוחד לאיזורים דלילי אוכלוסייה כאלה.

19 לו מטרתה העיקרית של שיטת הרופא העצמאי אכן הייתה למשוך רופאים לאזורי הספר, היתה השיטה באיזורים אלה מתפתחת בהיקף דומה לזה שבאזורים המרכזיים.

תרשים 4

אחוז החברים הרשומים אצל רופאים עצמאיים, לפי מחוז (1987)



מקור: קופ"ח כללית, "מוסדות ושירותים" (1988).

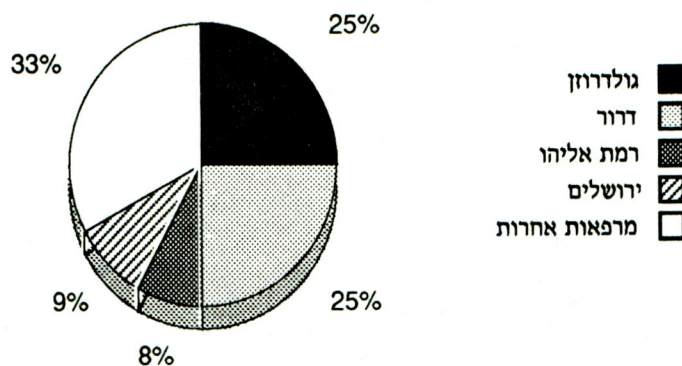
תרשימים 5 ו-6, מדגימים את התפלגות החברים במחוז ראשון לציון²⁰. ב-1989 היו במחוז כ-190,000 חברים והם טופלו ב-65 מרפאות. אוכלוסיות ארבע מרפאות קהילתיות – רמת אליהו, דרור, ירושלים וגולדרון – היוו 34% מתוך חברי קופ"ח כללית במחוז ראשון לציון, אבל 67% מתוך החברים המשתייכים למרפאות הללו היו רשומים בשיטת הרופא העצמאי. ארבע מרפאות אלו ממוקמות בשכונות של בעלי ההכנסה ממוצעת עד גבוהה.

על פי תרשימים 4, 5 ו-6 נראה כי ההצטרפות לשיטת הרופא העצמאי אינה תלויה רק בהעדפות החברים. מדיניות קופ"ח כללית ממלאת אף היא תפקיד מרכזי. יש להניח כי קופ"ח כללית הפעילה את השיטה במכוון באזורים שבהם גרים החברים האמידים ביותר (ולפיכך האזורים הרווחיים ביותר) אשר שם התחרות עם הקופות הקטנות היא גם החזקה יותר. כמו כן הופעלה השיטה באזורים שבהם מרפאות קופ"ח כללית עדיין לא הוקמו. לעומת זאת ישנם מחוזות ואזורים בתוך מחוזות שבהם אופציית הרופאים העצמאיים אינה קיימת כלל.

²⁰ במסגרת סדרת המחקרים על שיטת הרופא העצמאי, התמקדו המחקרים האמפיריים במחוז ראשון לציון.

תרשים 5

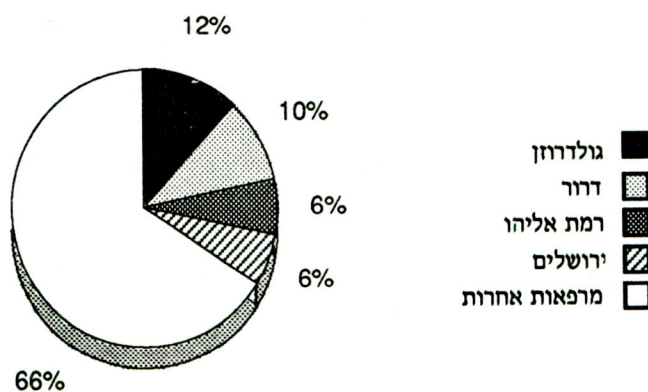
התפלגות החברים הרשומים אצל רופאים עצמאיים במחוז ראשון לציון לפי מרפאה (1989)



מקור: קובץ מבוטחים 1989.

תרשים 6

התפלגות כל חברי קופ"ח כללית במחוז ראשון לציון לפי מרפאה (1989)



מקור: קובץ מבוטחים 1989.

הסיבות להתפתחות השיטה מאז 1971 אינם דומים, בהכרח, לסיבות להיווצרותה. שיטת הרופא העצמאי שרדה ופרחה משום שהיו טמונים בה יתרונות חשובים לאי אלה קבוצות אינטרסנטיות הקשורות לקופ"ח כללית. פרק זה בוחן, בהסתמך על ראיונות הגישוש שקוימו, את היתרונות לחברים, לקופ"ח כללית כארגון, לרופאים העצמאיים, להנהלות קופ"ח המחוזיות ולרופאי המרפאה. החששות לגבי שיטת הרופא העצמאי שהועלו על ידי המרואיינים מובאים בפרק 4.

היתרונות לחברי הקופה

לשיטת הרופא העצמאי יש כמה יתרונות הקוסמים לחברים. ראשית כל, קיומה של שיטת הרופא העצמאי מגדיל את אפשרויות הבחירה ברופאים. המבוטח יכול לבחור כל רופא במחוז, ואינו מוגבל להיצע הרופאים שבמרפאה השכונתית. בנוסף, מרפאת הרופא העצמאי מציעה יתר פרטיות ויתר אינטימיות מאשר המרפאה הקהילתית, ומשך ההמתנה קצר יותר.

במקרים רבים מרפאת הרופא העצמאי קרובה יותר למקום מגוריו של המטופל מאשר המרפאה הקהילתית. מרבית המרפאות פתוחות לציבור בין השעות: 8:00 – 12:00. פעמיים בשבוע בין השעות: 8:00 – 14:00, ופעמיים בשבוע בין השעות: 16:00 – 19:00. מרפאת הרופא העצמאי נוטה להיות פתוחה לעתים קרובות יותר מוקדם בבוקר ובשעות הערב – דבר הקוסם להרבה אנשים עובדים. מרבית הרופאים העצמאיים גם עובדים בשיטת הזמן המתוכנן – שיטה שהונהגה במרפאות רק לאחרונה.

כמו כן, קיימים כמה ממדי איכות הנחשבים לטובים יותר אצל הרופאים העצמאיים. חלק מהמבוטחים שרואינו חשו שהרופא העצמאי הממוצע מיומן יותר מרופא המרפאה הקהילתית הממוצע. זאת בחלקו, אולי, משום שאחוז גבוה יותר של רופאים עצמאיים עובדים בבתי חולים או הוכשרו ברפואת משפחה. יתרה מכך, משיבים אחרים ציינו, שביקור ממוצע אצל הרופא העצמאי ארוך יותר מאשר ביקור ממוצע אצל רופא המרפאה הקהילתית, אם כי דבר זה עדיין לא הוכח באופן ברור²¹. ביקורים ארוכים יותר מאפשרים בידי הרופא בדיקה

21 חשוב להבחין בין שלושה מושגים הקשורים זה בזה: משך הזמן שמקדיש הרופא למטופל במהלך השנה, משך זמן כל ביקור ומספר הביקורים של כל מטופל לשנה. ברור ש –

זמן/מטופל-לשנה = (זמן/ביקור) X (ביקורים/מטופל-לשנה)

כאשר " זמן/ביקור " ו"ביקורים/מטופל-לשנה" תלויים זה בזה. קיימת סברה בקרב חלק מאנשי המקצוע בקופ"ח כי זמן/ביקור הוא ארוך יותר בשיטת הרופא העצמאי, ואילו ביקורים/לשנה הם רבים יותר בשיטת רופאי המרפאות. יש לבחון הנחות אלו באופן אמפירי. מחקר אמפירי כזה יספק מידע גם על כיצד שני גורמים אלו מאזנים זה את זה, ומשפיעים על זמן/מטופל-לשנה, המדד המסכם לשימוש במשאבים. חשוב יהיה גם להעריך את קשרי הגומלין בין כל אחד משלושת המשתנים לבין איכות הטיפול.

מעמיקה יותר של עברו הרפואי של המטופל, בדיקה גופנית יסודית יותר והדרכה טובה יותר. דבר זה יכול להשפיע הן על בריאותו של המטופל והן על הסבירות שלא ירגיש צורך בביקור נוסף. מרואיינים אחדים גם הביעו את האמונה שרופא עצמאי ייטה פחות מרופא המרפאה לתת למטופל מרשם לתרופה או הפנייה לרופא מומחה רק כדי להיפטר ממנו.

היתרונות לקופ"ח כללית כארגון

נתח השוק של קופ"ח כללית הוא היום כ-75%, אבל בעבר הוא היה גבוה יותר באופן משמעותי. התברר כי קופות החולים הקטנות, הנשענות בעיקר על רופאים עצמאיים ולא על מרפאות²², הן בעלות כוח משיכה גובר והולך, בעיקר לחברים הצעירים, הבריאים ובעלי ההכנסות הגבוהות יותר, אשר הם האוכלוסייה הרווחית ביותר לקופת החולים. לדעת מרואיינים אחדים עודד מרכז קופ"ח בשנים האחרונות את הרחבת שיטת הרופא העצמאי, בראש וראשונה כתגובה איסטרטגית לאיום התחרותי מצד קופות החולים האחרות (ראה פרק 2). כך, אין פלא איפוא, שבמובנים רבים שיטת הרופא העצמאי בקופ"ח כללית דומה לשיטה שבה עובדים רופאים בקופ"ח מאוחדת וקופת חולים "מכבי"²³ (רחון, 1989).

ניתן להסביר את התפלגות הרופאים העצמאיים בתוך המחוזות במושגים של האיום התחרותי שהציבו קופות החולים הקטנות. קופות חולים אלו מיקדו את מאמצי השיווק שלהם לאזורים מרכזיים. הנהלת קופ"ח כללית הגיבה בפיתוח נמרץ של שיטת הרופא העצמאי באזורים אלו. בפריפריה, שם יש לקופ"ח כללית בעצם מונופול, נהנתה הקופה מן המותרות שבאפשרות לדבוק בעקרונות המקצועיים והאידיאולוגיים שלה, באמצעות ביסוס השירותים רק על דגם המרפאה (ראה תרשים 3).

במחוזות מסוימים שיטת הרופא העצמאי עשויה להיות גם אמצעי לצמצום הוצאות. כאשר קופ"ח כללית חותמת על חוזים עם רופאים עצמאיים, אין היא צריכה להשקיע הון יקר בבניית מרפאה²⁴. בנוסף, אין הקופה צריכה להעסיק אחיות, רוקחים, פקידים ועובדי אחזקה, אשר מהווים, כקבוצה, כמחצית מסך כל העלות לכוח האדם במרפאות.

קופת החולים גם שומרת על גמישות תקציבית גדולה יותר כאשר היא חותמת על חוזים עם רופאים עצמאיים. כנהוג עם עובדים בשכר בישראל, סגל המרפאה מועסק כעובדים קבועים, ואילו החוזים הנחתמים עם רופאים

22 מבחינה היסטורית הדגישו קופות החולים הקטנות את גישת הרופא העצמאי על פני המרפאה, הן משום שלא היה בידיהן ההון הדרוש לבניית מרפאות והן מטעמים אידיאולוגיים, משום שהרופאים, שהיו חזקים יותר יחסית בקופות חולים אלו, העדיפו לשמור על עצמאותם.

23 יש לציין, שמרבית הרופאים בטיפול הראשוני בשתי קופות חולים אלה מקבלים תשלום על פי מה שמכנים "שיטת הנפש המבקרת" (שיטת הקפיטציה הפעילה - שבה מקבל הרופא תשלום לכל נפש רק עבור אותם מבוטחים שביקרו לפחות פעם אחת בתקופה של שלושה חודשים - רבעון), ואילו קופ"ח כללית משתמשת ב "שיטת הנפש הרשומה" ("שיטת הקפיטציה הפשוטה") (רחון ואלנצוויג, 1989).

24 מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-403. מכתב של א' לב-רון אל ל' ספירמן.

עצמאיים מתחדשים מדי שנה, וקופת החולים אף אינה חייבת בחידושם. לדבר עשויה להיות חשיבות מיוחדת עבור הקופה, בפרט בתקופות של קיצוצי תקציב וצמצומים. לדוגמה, בתקופת המשבר הכספי של 1985, מספר החברים שהורשו לקבל טיפול אצל רופאים עצמאיים מקצועיים הצטמצם ב-50% ויותר. ברור שקופ"ח יכולה לנקוט צעד דומה גם לגבי רופאים עצמאיים ראשוניים (אף שצעד דומה ללא ננקט עד כה).

כפי שיש גמישות בשיטת הרופאים העצמאיים בתקופות צמצום, כך יש גמישות בתקופות שגשוג. בתקופות של שגשוג יחסי, שיטת הרופא העצמאי מעניקה להנהלה את ההזדמנות לתת תגמול נוסף לקבוצת רופאים של הקופה מבלי להעלות את משכורותיהם של חברי הצוות הרפואי ואנשי מקצוע אחרים במרפאות שמשכורותיהם קשורות לאלה של הרופאים. זאת מבלי להביא לקרע ביחסי העבודה (יחסים עם האחיות ועובדי מנהל ומשק) ומבלי לפגוע בהסכמי השכר הקיבוציים, אשר יכולים להביא לעימות עם האוצר.

אחד מן המרואיינים העלה יתרון נוסף שיש להנהלת קופ"ח כללית מהמשך קיומה של שיטת הרופא העצמאי, אפילו בהיקף קטן: קיומו של דגם חלופי למרפאה מגדיל את כוח המיקוח של ההנהלה במשא-ומתן עם נציגים של רופאי המרפאה. אם דרישות השכר, או דרישות אחרות, גדלות מדי, להנהלה האפשרות להעביר חברים מן המרפאות לשיטת הרופא העצמאי. אמנם קשה לפטר רופאים בשל הקביעות, אבל צמצום בהיקף המרפאה יאפשר צמצום כוח העבודה בה בטווח הארוך בגלל פינוי תקנים.

היתרונות לרופאים העצמאיים

שיטת הרופא העצמאי מתגמלת היטב את הרופאים הפועלים בה. בסוף 1989 רופאים עצמאיים קיבלו תשלום חודשי לכל נפש לפי 12.1 ש"ח לכל מבוגר רשום (10.5 ש"ח + מע"מ) ו-13.8 ש"ח עבור כל ילד רשום (12 ש"ח + מע"מ). לפיכך, רופא עצמאי שהיו לו 400 מטופלים מבוגרים הרוויח כמעט 5,000 ש"ח ברוטו לחודש, ורופא עצמאי שהיו לו 2,000 מטופלים כאלו הרוויח 25,000 ש"ח בקירוב לחודש (לפני ניכוי הוצאות ניהול המשרד, מס ערך מוסף, מס הכנסה וכולי). כמובן, הרווח הנקי שלו קטן בהרבה, שכן עליו לנכות את המסים, שכר הדירה, הציוד והוצאות אחרות. על פי אומדן של אחד מבעלי התפקידים הבכירים בקופ"ח כללית, ההכנסה נטו של רופא עצמאי בפרקטיקות גדולות היא כשליש בערך מן ההכנסה ברוטו; אשר למרפאות הקטנות, שיעור השכר ברוטו/נטו הוא מעט נמוך יותר, כאשר שכר הדירה וסעיפי הוצאה אחרים הן עלויות קבועות. אך עם זאת, עבודתו של רופא עצמאי היא ריווחית הרבה יותר ממרפאה קהילתית, אשר בה הרופא הטיפוסי שיש לו 2,000 מטופלים מבוגרים מדי חודש עולה לקופת החולים כ-5,000 ש"ח, משכורתו ברוטו היא כ-3,500 ש"ח ושכרו נטו הוא כ-2,500 ש"ח (כאשר שיעור המס על ההכנסה הוא במוצע 30%). יש לציין, שב-1989

החציון של שכר הברוטו החייב במס לשכירים בישראל באותה תקופה היה 1,800 ש"ח לחודש²⁵.

נוסף על היתרונות הנובעים מן התגמולים, פרקטיקה עצמאית מציעה לרופא יתרונות מסוימים על פני פרקטיקה של מרפאה. השעות גמישות בהרבה, ומאפשרות לרופא לעבוד במשרה מלאה בבית החולים, או לקבל חולים מקופות חולים אחרות ועדיין לנהל גם פרקטיקה פרטית. הפיקוח הרפואי והמנהלי הוא רופף בהרבה לעומת המרפאות. באופן כללי, הרופא העצמאי הוא אדון לעצמו, והוא מנהל את הפרקטיקה שלו כראות עיניו.

יש לציין, עם זאת, שאמנם רופאים רבים מעוניינים לעבוד כרופאים עצמאיים, אך אחרים מעדיפים את העבודה וההכנסה הבטוחה שמציעה פרקטיקה במרפאה קהילתית. הצורך לשאת בעול הפרטים המנהליים, המחוייבים מן הקשר עם משרדי מע"מ, משרדי מס ההכנסה ובעלי הבית, הוא דבר שרבים שמחים להימנע ממנו. לבסוף, נוכחותם הזמינה-מיידית של עמיתים למקצוע חשובה לרופאים אחדים מסיבות מקצועיות וחברתיות כאחד.

היתרונות להנהלות המחוזיות

רוב היתרונות עבור מרכז קופ"ח שנדונו לעיל טובים גם להנהלות קופ"ח כללית ב-14 מחוזותיה. נוסף על כך, היכולת להחליט מי יזכה באישור לעבוד כרופא עצמאי הוא מקור כוח חשוב למנהלי המחוז. מרכז קופ"ח מפרסם הנחיות בנוגע לזכאות לעבוד כרופא עצמאי, כמו גם סטנדרטים באשר לזמינות, להכשרה וכדומה. אף על פי כן, מספר הרופאים המעוניינים (והרשאים מבחינת הסטנדרטים) לעבוד כרופאים עצמאיים גדול הרבה מעבר למה שקופ"ח כללית יכולה לאפשר. הבחירה ברופאים שיקבלו את האישורים הקורצים מבחינה כלכלית מצויה בלעדית בידיהם של מנהלי המחוז. אמנם ניתן לנצל כוח זה לרעה, אולם הוא מהווה גם כלי ניהולי חשוב²⁶. על פי דיווחים, מנהלי מחוז רבים משתמשים ברשיונות אלו כ"פרסים", שניתן להסתייע בהם כתמריץ לעודד

רופאים לעבוד באזורים או במרפאות שקשה לאיישם. מנהל המחוז יכול לומר לרופא: אם תעבוד בבקרים במרפאה הממוקמת באזור של בעלי הכנסה נמוכה, ארשה לך לפתח פרקטיקה של רופא עצמאי ל-400 מטופלים ויותר בשעות אחר הצהריים באזור שיש בו ריכוז של בעלי הכנסה ממוצעת.

²⁵ הסיבות ההיסטוריות לתשלומים הגבוהים המשולמים לרופאים העצמאיים אינן ברורות. ישנה עדות מסוימת לכך שכאשר נולדה שיטת הרופא העצמאי, אימצה קופת חולים כללית את גובה התשלום לכל נפש, שרווח בקופות הקטנות, למרות ההבדלים בין שתי שיטות הקפיטציה: בקופות החולים הקטנות פועלת שיטת הקפיטציה הפעילה, ואילו בקופ"ח כללית פועלת שיטת הקפיטציה הפשוטה. במילים אחרות, בקופ"ח כללית הרופא מקבל תשלום לכל נפש בין שהמטופל ביקר אצלו ובין שלא, ואילו בקופות החולים הקטנות משלמים רק כאשר ביקר המטופל אצל הרופא במהלך הרבעון. פירושו של דבר, שהתשלום לכל ביקור גבוה יותר בקופ"ח כללית; עד כמה התשלום גבוה יותר, הדבר מותנה באחוז החברים המבקרים לפחות פעם אחת בכל רבעון. ייתכן שעל מנת למשוך רופאים לעבוד בשיטה החדשה, היתה קופ"ח כללית חייבת להציע תשלום שיוכל לעמוד בתחרות עם הקופות הקטנות. רופאים שהיו עשויים להצטרף לשיטה לא יהיו פתוחים אולי להסברים מסובכים בדבר הצורך לכסות את ההפרש בין התשלום לפי עקרון הנפש הרשומה לבין תשלום לפי עקרון הנפש המבקרת. כאשר היתה השיטה בחיתוליה, השפעת התעריף על העלות הכוללת נתפשה ע"י קופ"ח כללית כמינימלית.

יהיו שורשי של התשלום הגבוה אשר יהיו, יש להניח שהעובדה שהוא ממשיך להתקיים, תלויה בחלקה בכך שרבים ממנהלי הרפואיים הבכירים של קופ"ח כללית עובדים כרופאים עצמאיים במשרות חלקיות. נוסף על כך, בישראל, בארצות אחרות, כאשר ניתנת הטבה -- קשה מאוד לקחתה חזרה.

²⁶ יש לציין שבשל המבנה הריכוזי של קופ"ח כללית, אין בידי מנהלי המחוזות כלי ניהול רבים.

היתרונות לרופאי המרפאה

כפי שיצוין להלן, לרופאי המרפאה ולסגל המרפאה יש סיבות לחשוש משיטת הרופא העצמאי. הם מפוצים באופן מסוים בכך, שהשיטה מקטינה את התורים במרפאות. מקצת הרופאים במרפאה גם עובדים כרופאים עצמאיים ובשל כך נהנים מהיתרונות שהוזכרו לעיל. אולם הדרך העיקרית, אשר באמצעותה הבטיחה הנהלת קופ"ח כללית את קבלת שיטת הרופא העצמאי על ידי רופאי המרפאה ובחטיבה שלהם בארגון רופאי קופ"ח, הייתה באפשרה להם ליהנות מיתרונות השיטה. הנהלת הקופה הבהירה חד-משמעית לרופאים, שקופ"ח כללית מעוניינת בהמשך קיומה של השיטה, ואם רופאי המרפאה אינם מעוניינים להצטרף לשיטה, כתוספת לעבודתם במרפאה, היא תציע לרופאים העובדים בבתי חולים לעבוד כרופאים עצמאיים. לאור האולטימטום, הבינו רופאי המרפאה שטוב יהיה אם יצטרפו לשיטה, שללא ספק משתלמת מבחינה כספית²⁷.

יתרונותיה של שיטת הרופא העצמאי: סיכום

כפי שניתן לראות, הסיבות להתרחבות שיטת הרופא העצמאי מאז 1971 אינן זהות לסיבות שהביאו להיווצרותה. שיטת הרופא העצמאי הפכה למכשיר מוסדי לסיפוק רצונם של כמה גורמים ומהווה מענה לצרכים מסוימים, בלי כל קשר לסוגיית המחסור ברופאים שמילאה תפקיד מכריע בהנהגת השיטה. אמנם דרישתו של הצרכן לצורת טיפול הדומה לזו המצויה בקופות החולים הקטנות נשארה גורם כבד-משקל בהתפתחותה של שיטת הרופא העצמאי, אך גם גורמים נוספים מילאו תפקיד מרכזי. הרופאים היו להוטים להצטרף לשיטה בשל התגמול הכספי והסיפוק המקצועי. הנהלת קופ"ח כללית פיתחה את השיטה להגברת גמישותה ולחיזוק כוחה ובכך גם נענתה לדרישות אלה של הצרכנים והרופאים.

²⁷ נוסף על כך, השיטה גם נפתחה בפני רופאי מרפאה שיצאו לגמלאות ועובדה זו היוותה סיבה נוספת לתמיכה בשיטה. מכון לבון - ארכיון העבודה IV-243-598, מכתב של ס' גראייק להנהלות המחוזות.

4 חששות ובעיות

במהלך הדיונים עם מנהלי קופ"ח כללית, הרופאים, האחיות והחברים, הושמעו ביקורות על שיטת הרופא העצמאי. חששות אלה – בנוגע לשיויון, לאיכות הטיפול, לעלות וליחסי העבודה – מובאים בפרק זה בליווי נתונים הקשורים אליהם ישירות.

שיויון

מבחינה ציבורית, סוגיית המדיניות, החשובה ביותר, הנובעת מקיומן של שני מודלים שונים להספקת טיפול ראשוני, היא אולי, האם הדבר מוביל ליצירת מערכת טיפול דו-נדבכית. חשוב לזכור, שהצטרפות לשיטת הרופא העצמאי אינה תלויה אך ורק בהעדפותיהם של חברים; מדיניות קופ"ח כללית ממלאת גם היא תפקיד חשוב בעניין זה. יש מחוזות (למשל הנגב ואילת), ואזורים בתוך מחוזות, שם שיטת הרופא העצמאי אינה קיימת כחלופה לשיטת המרפאות. מקורות אחדים טענו, שהדבר נובע מהחלטות של הנהלת קופ"ח כללית להגביל את שיטת הרופא העצמאי לאזורים מרכזיים, עשירים יותר בדרך-כלל (ראה תרשים 4), שם עומדת הקופה בפני תחרות קשה עם קופות החולים הקטנות. מרואינים אחרים סברו, שהדבר נובע מהחלטה ברמת המחוז ולא ברמה הארצית. בה בעת, ישנם אזורים שם אין מרפאות, וקופ"ח כללית מפנה את כל החברים לרופאים עצמאיים.

בתוך המחוז עצמו, על פי הדיווחים, שיטת הרופא העצמאי זמינה יותר באזורים המאוכלסים בבעלי הכנסה גבוהה, כפי שניתן לראות בתרשימים 5 ו-6. על פי הדיווחים קיים תהליך סינון מסוים – אפילו ברמת המרפאה. פקיד המרפאה מפנה לרופאי המרפאה הן את המבוטחים העניים יותר (אולי מתוך אמונה שההכנסות שתקבל הקופה עבור מבוטחים אלה לא יכסו את ההוצאות של שיטת הרופא העצמאי, הנחשבת יקרה יותר) והן את המבוטחים שבסיכון לחלות (מתוך אמונה שהמשכיות הטיפול המסופקת על ידי המרפאה חשובה למבוטחים אלו).

כמה נתונים מסכמים על מאפייני המטופלים בשיטת הרופא העצמאי ומטופלי המרפאה במחוז ראשון לציון מוצגים בלוח 1. אין לראות בהם נתונים המייצגים את כל מחוזות קופ"ח כללית. הגיל הממוצע במרפאות הוא גבוה מעט יותר (31.3 לעומת 27.9) ואחוז גבוה יותר של מטופלים הם מעל גיל 60 (12.4% לעומת 8.8%). אף על פי כן, ההבדלים בהרכב הגילים אינם כה גדולים כפי שסוברים. דבר זה אמור גם לגבי ההבדלים בשיעורי החברים בכל קבוצה הסובלת ממחלה כרונית אחת לפחות, מדד שימושי של מצב בריאות.

ההבדלים הסוציו-כלכליים בקרב שתי הקבוצות עשויים להיות משמעותיים יותר. שיעור מקבלי הטבות סוציאליות בקרב המבוטחים הרשומים בשיטת המרפאה הוא יותר מכפליים מאשר בקרב המטופלים של רופאים עצמאיים. בעוד שקרוב למחצית ממטופלי המרפאה במחוז ראשון לציון גרים בעיר ראשון לציון, כמעט שלושה רבעים ממטופלי שיטת הרופא העצמאי מתגוררים שם. זהו מדד סוציו-כלכלי גס מאוד, אבל שימושי, משום שהעיר ראשון לציון מאופיינת במעמד סוציו-כלכלי גבוה יותר בממוצע מאשר היישובים החקלאיים ושתי הערים האחרות של המחוז (רמלה ולוד).

לוח 1
מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחרים לפי קבוצת חולים
(מחוז ראשון לציון 1989)

מטופלים במרפאה	מטופלים אצל רופא עצמאי	
31.3	27.9	גיל ממוצע
3.3	1.1	אחוז מקבלי הטבות סוציאליות
43.1	72.6	אחוז המתגוררים בעיר ראשון לציון
13.8	11.2	אחוז הסובלים מבעיה כרונית אחת לפחות
48.2	48.5	אחוז הגברים
12.4	8.8	אחוז בני 60+
6,924	6,964	סה"כ המדגם

מקור: קובץ מבוטחים של קופ"ח כללית

לסיכום, קבוצות המבוטחים שונות זו מזו במגוון מאפיינים. אין להסיק מכך שקיים אי-שיוויון, וקבוצות אוכלוסייה מסוימות מקבלות טיפול "טוב יותר" מאחרות. כפי שנדון עוד בסעיף הבא, ייתכן מאד, שדגם המרפאה הולם יותר סוגים מסויימים של חברים, ואילו מודל הרופא העצמאי הולם יותר אחרים.²⁸

28 לו לכל חברי קופ"ח כללית הייתה האפשרות לבחור בחופשיות בין שתי מסגרות טיפול היו פחות סיבות לחשש. ניתן היה להניח שבאופן כללי חברים יבחרו במודל המתאים ביותר להם. אבל במסגרת הראיונות התברר, שאין בידי המבוטחים העובדות הנדרשות כדי להגיע לבחירה מיודעת, ושבמחוזות מסוימים אופציית הרופא העצמאי איננה קיימת או שהיא מוגבלת. מקורות אחרים מכחישים שמגבלות אלו קיימות, לפחות לא כתופעה נפוצה. יתרה מכך, חלים שינויים באשר לכך, משום שקופ"ח כללית עושה פרסום רב למאמציה להרחיב את הבחירה החופשית של המבוטחים. כחלק מהמשך מחקרנו ננסה לתעד את אופיין של ההגבלות על חופש הבחירה ברופא ואת שכיחותן.

יש לציין, למרות זאת, שבחירה חופשית לבדה אינה מבטיחה בהכרח את השיוויון. ההבדלים בכמות המשאבים המוקצים היא עדיין נושא חשוב. לו, למשל, שיטת הרופא העצמאי היתה נהנית מתקציבים נדיבים יותר מאשר המרפאות, היא היתה יכולה ליצור תנאי נוחות, שאינם קיימים היום במרפאות הקהילתיות. גם לו היתה בחירה חופשית מלאה, היו אנשים הסובלים מריבוי מחלות כרוניות בוחרים קרוב לוודאי במרפאה הקהילתית, בשל שירותי האחות הזמינים מיידית וכן בשל בית המרקחת. אף כי המרפאה הקהילתית היא האופציה "הטובה יותר" עבורם, נותר עדיין ספק לגבי הצדק שיש במצב שמאלץ אותם, לאמיתו של דבר, לוותר על תנאי נוחות הזמינים לאנשים בריאים יותר.

יתרה מכך, אפילו ימצא מודל המרפאה "נחות" מבחינה אובייקטיבית, יש להיזהר מלהסיק, שריכוחם של הקשישים והעניים במסגרת המרפאה הוא תוצאה של הפליה מצד קופ"ח הכללית. הבדלים בהרכב הגילים וההרכב הסוציו-כלכלי בין שתי הקבוצות הם תוצאה של צירוף של שלושה גורמים:

- א. בחירה חופשית של המבוטחים;
 - ב. "סינון" סוגים שונים של מבוטחים על ידי רופאים, או
 - ג. החלטות ברמה הארצית והמחוזית, היכן תפעל השיטה, וברמת המרפאה – בפני מי היא תיפתח.
- בשלב זה של המחקר שלנו אין אנו יודעים איזה משלושת הגורמים הללו הוא הדומיננטי.

איכות הטיפול ואיכות השירות

מרואיינים אחדים טענו, שמודל המרפאה הקהילתית מעניק יתרונות אחדים במונחי איכות הטיפול. בעוד שהרופא העצמאי עובד לבדו, המרפאה הטיפוסית מעסיקה מספר רופאים. דבר זה פותח הזדמנויות להתייעצות ובקרת עמיתים²⁹. יתרה מכך, המרפאות מעסיקות אחות אחת בערך לכל 1,600 מטופלים מתחת לגיל 13, אחות אחת לכל 2,000 מבוגרים במרפאות שבהן רופאים ואחיות עובדים במתכונת של עבודת צוות, ואחות אחת לכל 3,500 מטופלים מבוגרים בשאר המקומות. בנוסף לתפקידיהן המסורתיים, כגון החלפת תחבושות ומתן זריקות, אחיות הקופה עוסקות יותר ויותר במעקב, בהדרכת מטופלים ובקידום בריאות. היות שרק אחוז קטן של רופאים עצמאיים מעסיק אחיות, המטופל אינו מקבל שירותים אלה אלא אם כן הוא הולך לאחות המרפאה או שהרופא העצמאי מספקם בעצמו.

אחת הטענות הנפוצות שהזכרו בקשר לעדיפות המרפאה היא, שהיתרון החשוב ביותר של המרפאה במונחי איכות הטיפול כמו גם נוחות הוא, שהיא מרכזת את השירותים תחת קורת גג אחת. באתר אחד יכול המטופל לבקר אצל הרופא, לקבל טיפול מהאחות ותרופות מהרוקח ולסדר עם הפקיד את ענייניו המינהליים. נגישות לשירותי בית המרקחת עשויה להיות בעייתית במיוחד למבוטחים הרשומים אצל הרופא העצמאי המבקרים אצלו בשעות הערב, מקבלים אז מרשם תרופתי, ונאלצים לחכות עד למחרת כדי לקבל את התרופות³⁰. אף על פי כן נציין, שמשך ההמתנה בסה"כ עשוי להיות קטן יותר למטופלי הרופא העצמאי. צוינו גם חששות אחרים לגבי איכות שיטת הרופא העצמאי.

רווחת גם הסברה, שהתנאים הפיזיים במרפאות, במונחים של מרחב, ניקיון חמינותם של חדרי מנוחה הם ברמה גבוהה יותר. מאחר שרופאים אחדים עובדים באותה מרפאה, מילוי מקום בזמן חופשות ותקופות מילואים הוא קל יותר במרפאות מאשר בשיטת הרופא העצמאי. הרופא העצמאי נוטל על עצמו התחייבות מסוימות כאשר הוא חותם על חוזה, באשר לתנאים הפיזיים של המקום ולזמינותו, אולם לא ידוע באיזו מידה ההתחייבות הללו

29 מרואיינים אחדים גרסו, שלמרות שבאופן תיאורטי המרפאות מציעות מסגרת המאפשרת בקרת עמיתים, בפועל אין הדבר קורה. הם פקפקו גם בתרומתה של האחות לתהליך הטיפול. לדעתם, האחות מקדישה את מרבית זמנה, לפחות במצב הקיים כיום, למטלותיה הטכניות המסורתיות.

30 לאחרונה הבעיה נעלמה מעט באזורים עירוניים, שם הוחלט כי בכל עיר יהיה בית מרקחת תורן פתוח לקהל עד השעה 20:00.

מכובדות בפועל. יש לזכור שההתקשרויות החוזיות אינן נעשות עם המרפאה הסמוכה, אלא עם מנהל המחוז. למנהל המחוז אין מספיק זמן או עובדים לבצע פעולות של בקרת איכות לגבי כל הרופאים העצמאיים שבאזור. יש לציין, למרות זאת, שלשיטת הרופאים העצמאיים יש יתרונות באשר להבטי איכות אחרים. על פי הדיווחים, רופאים עצמאיים מקדישים זמן רב יותר לכל ביקור. בנוסף לכך, עד להנהגת שיטת הזמן המתוכנן, שלפיה התור לרופא נקבע מראש, חיכו המטופלים כשעה בתור לרופא המרפאה. בשיטת הרופא העצמאי זמן המתנה הוא קצר יותר³¹. לדאבוננו, אין נתונים מספריים לגבי נושאים אלה.

עלות

רבים מהמוראנים הביעו ביקורת על עלות שיטת הרופא העצמאי. אחדים ציטטו את המחקר הפנימי של קופ"ח כללית, שנערך ב-1983, ואשר מצא כי במונחים של עלות הטיפול הראשוני, מודל הרופא העצמאי הוא יקר יותר ממודל המרפאה הקהילתית ב-30% לערך³² (ברודי, 1985). יתרה מכך, כאשר הנהלת קופ"ח כללית שוקלת האם להעביר מטופלים מן המרפאה לרופאים עצמאיים, או ההפך, היא ערה לעובדה שהוצאות רבות במרפאה הן הוצאות קבועות, כך שהעברת מספר קטן של מטופלים לרופאים עצמאיים פירושה תשלומים גבוהים יותר לרופאים העצמאיים מבלי שהדבר ישפיע על היקף ההוצאות עבור אחזקה ופקידות במרפאות. חלק מן המוראנים טענו, שאת הכסף להרחבת שיטת הרופא העצמאי ניתן לנצל טוב יותר על ידי שיפור הטיפול במרפאות.

אף על פי שהמוראנים התמקדו מאוד בהוצאות הטיפול הראשוני, הוצאות אלו מהוות רק רבע מכלל עלויות הבריאות ולכן ראוי לבדוק מרכיבי הוצאה אחרים כגון אשפוז, תרופות רפואה מקצועית ועוד³³.

יש לציין, בנוסף לכך, שלמסגרת הטיפול יכולות להיות השפעות שונות ולעיתים מנוגדות על ההוצאה בסעיפים שונים. מצד אחד, רופאים עצמאיים מקבלים תשלום לכל נפש וכתוצאה מכך יש להם תמריץ להגדיל ככל האפשר את היקף הפרקטיקה שלהם (Reinhardt, 1985). על ידי הפניית מטופלים לרופאים מומחים ולבתי חולים, במקום להזמין לביקור חוזר, יכול הרופא העצמאי לשמור על גודל הפרקטיקה מבלי לעבוד שעות ארוכות מדי. כיום, אין הרופאים העצמאיים לוקחים סיכון פיננסי בשל ההפניות, ולא נעשה כל ניסיון לעקוב ולפקח על ההפניות הללו באמצעים מינהליים. מצד שני, לרופאים העצמאיים יש תמריץ להבטיח שהמטופלים שלהם יהיו שבעי רצון, ודרך אחת לעשות כן היא להמעיט ככל האפשר בהתרוצצויות – כולל ביקורים במרפאה

31 ניתן לתלות את הקצב הרגוע של מרפאות הרופאים העצמאיים בתגמולים הגבוהים יותר שהם מקבלים (דבר המאפשר בידיהם לקבל מספר קטן יותר של מטופלים בשעה), ופחות בנושאים מבניים, כגון אופן התשלום ומסגרת השירות.

32 הבדלי העלות עבור טיפול ראשוני מושפעים מטבע הדברים מגובה התשלום לרופאים עצמאיים ומרמות השכר של רופאי המרפאה הקהילתית.

33 ב-1987 קופ"ח כללית הוציאה כ-370\$ לחבר על שירותי בריאות. אשפוז הינו מרכיב ההוצאה הגדול ביותר של קופ"ח כללית, והוא מהווה 45% מסה"כ ההוצאות. מרכיבי ההוצאה העיקריים האחרים הינם: מרפאות לטיפול ראשוני, מרפאות מקצועיות (מרפאות חוץ בבתי"ח ומרפאות מקצועיות בקהילה) ותרופות, המהווים 15%, 25%, ו-10% בהתאמה מסה"כ הוצאות הקופה.

וביקורים אצל רופאים מקצועיים. יתרה מכך, מטופלי הרופא העצמאי עשויים להשתמש בשירותי אחות ובבית המרקחת פחות מאשר עמיתיהם במרפאה בשל הטיידה שבצורך לעשות את הדרך ממשרד הרופא העצמאי למרפאה. לרופאים עצמאיים, כך דוות, יש קצב עבודה רגוע יותר (מספר המטופלים המבקרים במרפאותיהם לשעה קטן יותר מאשר במרפאות הקהילתיות). דבר זה מקטין את הרצון להפנות מטופלים לרופאים מומחים ואחיות רק כדי להקל את הלחץ, ומעניק לרופאים זמן פנוי לתת חלק מן השירותים, אשר היו אולי ניתנים על ידי אחיות ורופאים מומחים.

יחסי עבודה והשלכות על צוות המרפאה

רופאי המרפאה, אחיות ושאר עובדי המרפאה מושפעים מהתפתחות שיטת הרופא העצמאי בכמה אופנים. מצד אחד, רופאים עצמאיים אכן סופגים חלק מן הנטל של המרפאות. בה בעת, אם שיטת הרופא העצמאי תתפתח באופן משמעותי, ייתכן שזה יהיה על חשבון משרות במרפאה. רבים מעובדי המרפאה שוללים גם את התנאים המועדפים שבהם פועלים רופאים עצמאיים. הם מתנגדים בעיקר לתעריף הגבוה לכל נפש הניתן לרופאים העצמאיים. התנגדות זו מחריפה עוד יותר על רקע העובדה שהמרפאה מספקת מגוון שירותים מינהליים ומקצועיים למטופלי הרופא העצמאי, בלי כל תגמול נוסף לצוות העובדים של המרפאה³⁴. עובדי המרפאה גם מביעים מורת רוח נגד תופעת "הסינון" – הרופאים העצמאיים בוחרים את המבוטחים הבריאים יותר ואלה שעליהם מרוויחים הרופאים יותר, ומשאירים למרפאות הקהילתיות את המבוטחים הקשים יותר וקבוצות המוצא שבהם גדולה יותר הנטייה להשתמש בשירותי טיפול ראשוניים.

חששות לגבי שיטת הרופא העצמאי: סיכום

החששות לגבי שיוויון ואיכות, אשר הועלו לראשונה עם הופעת השיטה, הובעו גם לאחר מכן עם התרחבותה. אולם נוספו עליהם חששות חדשים: עלות השיטה וההשפעה שלה על יחסי העבודה. ישנם כמה סימנים לכך שלעלות היה תפקיד מרכזי בהאטת קצב התרחבותה של השיטה, וסביר להניח, שגורמים אחרים, ובהם אינרציה מימסדית והתנגדות עובדי המרפאה, מילאו תפקיד דומה, אף כי במידה פחותה.

34 יש עדויות לכך שמזכירי המרפאות הערימו מכשולים על ההרשמה לשיטה. מכון לבון – ארכיון העבודה IV-243-598, מכתב של ס' גראייק להנהלות המחוזות ולמזכירי המרפאות.

במאי 1988 מונה מנכ"ל חדש לקופ"ח כללית. הוא, בתורו, ביצע שינויים מסוימים הן מבניים והן פרסונאליים. ההנהלה החדשה נתפשה כדבקה פחות באידיאולוגיה המסורתית של קופ"ח כללית לעומת קודמתה וכמייצגת דור חדש של מנהלים מקצועיים. בתגובה ללחצים פיננסיים, הם ניסו להציע גישה בעלת אופי עסקי יותר. למשל, גבר העניין בהערכת השלכות העלות המלאות של שני המודלים, בהתחשבות בעלות התרופות, האשפוז והטיפול הראשוני.

בטווח הקצר, אחת המטרות של ההנהלה החדשה הינה לשפר את המרפאות הקהילתיות, תוך מתן תשומת לב מיוחדת לממד השירות לצרכן במסגרת הטיפול. שיטת הזמן המתוכנן, אשר בעבר היתה אחד מסימני ההכר של הרופא העצמאי, ואשר הוחל ביישומה עוד בהנהלה הקודמת, הורחבה, והיא קיימת היום ברוב המרפאות העירוניות. התגמול על בסיס תשלום לכל נפש לרופאי המרפאות הורחב, ועודד את רופאי המרפאות להתחרות ביניהם על מטופלים. כך גדל באופן ניכר התגמול לרופאי המרפאה. אבל הדבר המשמעותי ביותר אולי היה הגדלת יכולתם של החברים לבחור ברופא הראשוני שלהם, ואפשרותם לעבור מרופא אחד למשנהו. ייתכן ששינויים אלו ישפיעו על רמות שביעות הרצון, איכות הטיפול וההוצאות.

שינויים אלה מצמצמים את ההבדלים בין מודל המרפאה לבין מודל הרופא העצמאי, אבל עדיין השוני בין שני המודלים גדול למדי. ההבדלים המסורתיים באשר ליחסים בין הרופא לקופות החולים ולפרקטיקה נשאו בעינם. בתחום התיגמול יש עדיין שוני ניכר: אשר לרופאים העצמאים, הקפיטציה מהווה 100% מן ההכנסה מקופ"ח, ואילו לגבי רופאי המרפאות, הקפיטציה צפויה, בממוצע, להוות עד 25% מן ההכנסה.

כאשר מעלים את האפשרות לפתח דגמי ביניים, חשוב לזהות במדויק אלו ממדים של שיטת הרופא העצמאי ושל מודל המרפאה הם הסיבות להבדלים בביצוע, למשל – נטייתם של הרופאים העצמאיים להאריך את משך הביקור יותר מאשר רופא המרפאה. יכולים להיות לכך כמה הסברים אפשריים. ייתכן שהרופאים העצמאיים מעניקים "טיפול טוב יותר" מאשר רפואת "הסרט הנע", הניתנת במרפאה בשל העובדה שמספר הביקורים אצלם הוא מועט, אך הזמן בסה"כ הניתן לכל מטופל הוא זהה בשתי השיטות. ייתכן גם שהתשלום הגבוה יותר הניתן לרופאים העצמאיים מאפשר בידיהם לטפל במספר מועט יותר של מטופלים ביחס לשעות העבודה לשבוע, ולהקדיש זמן רב יותר בחודש לכל מטופל. באותה מידה ייתכן שהחברים הבוחרים לקבל טיפול מידי רופא עצמאי הם צעירים יותר ובריאים יותר, ולכן אינם נוטים לבקר תכופות אצל הרופא – ומאפשרים משך ביקור ארוך יותר, אפילו כאשר זמן הביקור בסה"כ למטופל לחדש הוא קטן יותר מאשר במרפאה.

מטרתו העיקרית של דו"ח זה היא להסביר כיצד שיטת הרופא העצמאי שרדה למרות שעמדה בסתירה לעקרונות יסוד באידיאולוגיה של קופ"ח כללית ולמטרותיה. בהתאמה לכך, הדיון התמקד בתפישותיהן של קבוצות אינטרסים אחדות באשר ליתרונותיה של שיטת הרופא העצמאי ולחסרונותיה, ולא בדקה באופן שיטתי את תקפותן של תפישות אלו. בתכנון לעתיד חשוב להעריך את ההשפעה האמיתית של השיטה על העלות, האיכות והשיוויון. התפתחויות אחרונות בתוך קופת החולים מעידות שהענין בהערכות אלו גובר.

בשלב זה של התפתחות קופ"ח כללית, השאלה החשובה איננה האם המרפאה או גישת הרופא העצמאי טובה יותר במונחים מוחלטים, אלא מהם היתרונות של כל אחת מהגישות, ואיזו מהן מתאימה ביותר לסוגי אוכלוסיות מסוימים. הואיל ויש יתרונות למודל הרופא העצמאי ולמודל המרפאה, אין פלא שאנשים שונים יעדיפו מודלים שונים. לאנשים מסוימים שעות הערב הן חשובות, ואילו האחרים מעדיפים את שעות פתיחת המרפאה המסורתיות. עבור קבוצות מטופלים מסוימות (למשל קשישים, אנשים שאינם בעלי רכב וכולי) ריכוז שירותים תחת קורת-גג אחת הקיים במרפאות עשויה להיות גורם מכריע בבחירתם בין שתי השיטות. עבור סוג אחר, קיצור שעות ההמתנה והפרטיות בגישת הרופא העצמאי הינם הגורמים הקובעים.

לפיכך, בשנים הבאות, הנהלת קופ"ח כללית תבחון בזהירות את נקודות החוזק והתורפה של שיטת הרופא העצמאי לעומת שיטת המרפאה הקהילתית. סביר להניח שהיא תשמור על קיומן של שתי השיטות, ותפתח דגמי ביניים, וכן תפעל לתקן את הליקויים העיקריים בכל אחת מהן. השאלה, האם המגמה הכוללת תהיה לכיוון של מודל המרפאה הקהילתית או לכיוון של מודל הרופא העצמאי, תלויה בהתפתחויות השוק, בהשפעותיהן של קבוצות אינטרסים מסוימות בתוך קופ"ח ובמצאי מחקרים אמפיריים על השפעותיהן של שתי השיטות על עלות, איכות ושיוויון. ממצאי מחקרים אמפיריים אלה יפורסמו בעתיד בסידרת פרסומים זו.

- אופיר, י. 1959. ספר העובד הלאומי: תולדות תנועת העבודה הלאומית בארץ ישראל (חלק ראשון). הוועד הפועל של הסתדרות העובדים הלאומית.
- בונדי, ר. 1981. שיבא: רופא לכל אדם. זמורה, ביתן, מודן – הוצאה לאור, תל-אביב.
- ברדי, מ. 1985. השוואה של רופאי מרפאה עם רופאים עצמאיים מזוית של העלות הכלכלית. קופ"ח כללית, האגף לתכנון ולמידע, תל-אביב.
- גראייק, ש. ס. 1979. "שיטת הרופא העצמאי". מידע לרופא 22-21:19.
- זרטל, ע. 1975. ימים ומעשים: סיפור חייו של משה סורוקה. מחברות לספרות, תל-אביב.
- קופ"ח כללית. 1988. דו"ח לועידה ה-11.
- רחון, ב. 1989. "תגמול רופאים בישראל: ניתוח של הצעות מדיניות נבחרות". הרבעון הכלכלי 576-556:139.
- רחון, ב. ; אלנצוויג, א. 1989. שיטות תיגמול במערכת הבריאות: סקירת הקיים. דמ-14-88 מכון ברוקדייל, ירושלים.
- רון, א.; תל-ניר ד. 1987. מערכות מידע מרכזיות בקופת חולים כללית של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל. קופ"ח כללית, האגף לתכנון ולמידע, תל-אביב.
- Arian, A. 1984. "Health Care in Israel / Political and Administrative Aspects". *International Political Science Review* 2:43-56.
- Ben-Sira, Z. 1987. *Overutilization of Primary Medical Care: An Empirically Based Paradigm of "The Counter Health Promoting Effect" of the Clash Between Conflicting Latent Goals*. Israel Institute of Applied Social Research. Jerusalem.
- Cohen, R. 1985. *The Israeli Health System: Power, Politics, and Policies*. The University of Toronto (unpublished dissertation).
- Doron, H.R. 1981. "The Organization of Primary Care in Israel". In: *Getting Better*, H.P. Gleason (ed). Report on Health Care from the Saltzburg Seminar, Oelgeschlager, Gunn and Hain, Cambridge, MA. pp 85-102.
- Doron, H. 1984. "Planning Community-Oriented Primary Care in Israel". *Public Health Reports* 99(5):450-455.

- Doron, H.; and Ron A. 1987. "Primary-Care Promotion to Control Costs in Social Security Medical Care Systems". *International Social Security Review* 2:150-157.
- Glaser, W.A. 1970. *Paying the Doctor*. The Johns Hopkins Press. Baltimore.
- Halevi, H.S. 1980. *The Bumpy Road to National Health Insurance*. Brookdale Institute. Jerusalem.
- Reinhardt, U. E. 1985. "The Compensation of Physicians: Approaches Used in Foreign Countries". *Quality Review Bulletin* 11: 366-377.
- Reiss, N.; and Blanc, J. 1988. *Health Services to the Arab Population in Israel*. International Center for Peace in the Middle East. Haifa.
- Ron, A. 1986. "Shifting Resources in Israel". *World Health* May.
- Shuval, J.T. 1988. *Medical Manpower in Israel: Political Processes and Constraints*. Paper presented at the International Conference on "The Political Dynamics of Physician Manpower Policy", London.
- Welch, W.P. 1987. "The New Structure of Individual Practice Associations". *Journal of Health Politics, Policy and Law* 12:723-739.
- Wilensky, G.R.; and Rossiter, R.F. 1986. "Alternative Units of Payment for Physician Services: An Overview of the Issues". *Medical Care Review* 43:133-156.

PORT RESEARCH REPORT ARCH REPORT RESEA

INDEPENDENT PHYSICIANS IN KUPAT HOLIM CLALIT THE HISTORICAL AND ORGANIZATIONAL CONTEXT

*Dan Yuval and Bruce Rosen
JDC - Brookdale Institute*

*Uri Gabbay and Dani Oppenheim
Kupat Holim Clalit*

Prepared with the financial support of the Kovens Health Systems Management Center, through the Israel Institute of Business Research, Faculty of Management, Tel-Aviv University

JDC — BROOKDALE INSTITUTE OF
GERONTOLOGY
AND ADULT HUMAN DEVELOPMENT
JDC HILL, P.O.B. 13087
JERUSALEM 91130
ISRAEL

JDC ISRAEL
JDC HILL
P.O.B. 3489
JERUSALEM
ISRAEL 91034



WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, health policy and human development in Israel.

An independent non-profit organization that operates under the auspices of the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals devoted to identifying relevant issues and using an interdisciplinary approach to solving problems in the health and human service systems.

A meeting ground for researchers, policymakers, and professionals, facilitating the linkage of research findings to the implementation of changes in the field.

A center for collaboration between Israel and the international community.

THE HEALTH POLICY RESEARCH PROGRAM

In response to the growing national crisis in health care and a request from the Government of Israel, the JDC-Brookdale Institute, in cooperation with JDC-Israel, has developed a program devoted to health policy research in Israel. The objective of the JDC-Brookdale Health Policy Research Program is to contribute to efforts to improve the financing and delivery of health services in Israel through the analysis of selected policy issues. The program has three major thrusts:

- To assist the Government of Israel in the process of planning, implementing and evaluating the government's efforts to reform and better manage the health system.
- To assist health care providers and insurers in Israel in their efforts to improve efficiency and effectiveness.
- To undertake applied research projects which are designed to make a long-term contribution to the Israeli health care system.

SELECTED PUBLICATIONS
of the
Health Policy Research Program

H - publication in Hebrew

E - publication in English

- Cohen, M. and Barnea, T. 1991. *The Rise of Supplemental, Commercial Health and Long-term Care Insurance in Israel: Market Description and Implications for the Health Care System and Government Policy*. Summary Report RR-22-91 (H), RR-23-91 (E).
- JDC-Brookdale Health Policy Research Unit. Rosen, B. (ed). 1991. *The Netanyahu Commission Report: Background, Contents and Initial Reactions*. RR-24-91 (E).
- Boufford, J.I. 1991. *Managing Major Changes in Large Health Care Systems*. RR-20-91 (E).
- Bentur, N. and Rosen, B. 1991. *Instruments for Promoting Efficiency in the Israeli Health System* (H).
- Yuval, D., Rosen, B., Gabbay, U. and Oppenheim, D. 1991. *Independent Physicians in Kupat Holim Clalit: The Historical and Organizational Context*. RR-19-91 (E), RR-21-91 (H).
- Gross, R., Rosen, B., and Barnea, T. 1991. "Decentralization and Autonomy in Health Service Systems". *Social Security* 36:78-91, and Brookdale Reprint R-61-91 (H).
- Barnea, T. 1989. *Benefits Packages of Sick Funds in Israel*. RR-17-89 (H).
- Rosen, B. 1989. *Physician Reimbursement in Israel: An Analysis of Selected Policy Proposals*. RR-11-89 (E) and in *The Economic Quarterly* 139:556-576 (H).
- Rosen, B. 1989. *The Public-Private Mix in Israeli Health Care*. RR-13-89 (E).
- Rosen, B. 1989. "Professional Reimbursement and Professional Behavior: Emerging Issues and Research Challenges". *Soc Sci Med* 29(3):455-462 (E).
- Barnea, T. 1988. *Health Education for Adults in Israel: Overview of Programs and Educational Aids* (H).
- Javetz, R., Shye, D. and Shuval, J.T. 1988. *Self Care in Health: Attitudes and Approaches of Members of the Allied Medical Professions*. D-152-88 (H).
- Rosen, B. and Ellencweig, A. 1988. *A Mapping of Health-Care Reimbursement in Israel*. RR-5-88 (E); RR-14-89 (H).
- Rosen, B. 1988. *Health Services Literature in Israel: A Selected Bibliography*. RR-6-88 (H & E).
- Shuval, J.T., Javetz, R. and Shye, D. 1988. *Self Care in Health: Attitudes and Approaches of Physicians*. D-150-88 (H).
- Barnea, T. 1987. *Health Planning by Targets: A Review of the Health Targets of Israel, Ireland, United States and the World Health Organization*. Prepared for the Ministry of Health. RR-3-87 (H).
- Cohen, M. and Rosen, B. "New Directions in Israeli Health Care". Forthcoming in *New Approaches to Managing Health Services*, WHO (E).

**רשימת פרסומים נבחרים
של התכנית לחקר מדיניות בריאות**

ע - פרסום בעברית

א - פרסום באנגלית

- כהן, מ.; ברנע, ת. 1991. התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי וביטוח הסיעוד בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה. תמצית מחקר. דמ-91-22 (ע). דמ-91-23 (א).
- היחידה לחקר מדיניות בריאות ב'וינט-מכון ברוקדייל. 1991. דו"ח ועדת נתניהו: רקע, תוכן ותגובות ראשוניות. דמ-91-24 (א).
- בופורד, ג'א. 1991. הנהגת רפורמות מרכזיות במערכות בריאות גדולות. דמ-91-20 (א).
- בנטור, נ.; רחון, ב. 1991. כלים לקידום היעילות במערכת הבריאות בישראל. (ע).
- יובל, ד.; רחון, ב.; גבאי, א.; אופנהיים, ד. 1991. רופאים עצמאיים בקופת-חולים כללית: רקע היסטורי וארגוני. דמ-91-19 (א); דמ-91-21 (ע).
- גרוס, ר.; רחון, ב.; ברנע, ת. 1991. "ביזור ואוטונומיה בשירותי בריאות". בטחון סוציאלי 78-91:36, ותדפיס ברוקדייל ת-91-61 (ע).
- ברנע, ת. 1989. סל שירותי הבריאות בקופות-החולים בישראל. דמ-90-17 (ע).
- רחון, ב. 1989. תיגמול רופאים בישראל: ניתוח של הצעות מדיניות נבחרות. דמ-89-11 (ע). והרבעון הכלכלי 576-556:139 (ע).
- רחון, ב. 1989. תיגמול מקצועי והתנהגות מקצועית: סוגיות חדשות ואתגרים מחקריים. Soc Sci Med 29(3):455-462 (א).
- רחון, ב. 1989. רפואה פרטית ורפואה ציבורית בישראל. דמ-89-12 (א).
- ברנע, ת. 1988. חינוך לבריאות לקשישים בישראל: סקירת פעילות וחומר חינוכי. דמ-88-164 (ע).
- רחון, ב.; אלנצוויג, א. 1988. שיטות תיגמול במערכת הבריאות: סקירת הקיים. דמ-88-5 (א); דמ-89-14 (ע).
- יעבץ, ר.; שי, ד.; שובל, י. 1988. טיפול עצמי בבריאות: תפיסות וגישות של אנשי מקצועות רפואיים נלווים. דמ-88-152 (ע).
- רחון, ב. 1988. שירותי הבריאות בישראל: ביבליוגרפיה נבחרת. דמ-88-6 (א+ע).
- יעבץ, ר.; שי, ד.; שובל, י. 1988. טיפול עצמי בבריאות: תפיסות וגישות של רופאים. דמ-88-150 (ע).
- ברנע, ת. 1987. תכנון בריאות על-פי יעדים: מיון יעדי בריאות של ישראל, אירלנד, ארה"ב וארגון הבריאות העולמי. הוכן עבור משרד הבריאות. דמ-87-3 (ע).
- רחון, ב. 1987. השוואה בין-לאומית: בריאות התושבים בישראל על-פי מדדים כמותיים של האזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי. הוכן עבור משרד הבריאות. דמ-87-4 (א+ע).
- כהן, מ.; רחון, ב. "כיוונים חדשניים במערכת הבריאות בישראל". New Approaches to Managing Health Services, WHO (א) (בקרוב).

INDEPENDENT PHYSICIANS IN KUPAT HOLIM CLALIT
THE HISTORICAL AND ORGANIZATIONAL CONTEXT



Dan Yuval and Bruce Rosen
JDC - Brookdale Institute

Uri Gabbay and Dani Oppenheim
Kupat Holim Clalit

Prepared with the financial support of the Kovens Health Systems Management Center, through the Israel Institute of Business Research, Faculty of Management, Tel-Aviv University

July, 1991

Jerusalem

C. 3

מכון ברוקדייל: הספריה
את הספר יש להחזיר עד

[illegible]

JDC-Brookdale Institute
and Adult Human Development in Israel
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130, Israel
Tel. (02) 618251
Fax. (02) 661224

ISSN-0334-858x

Abstract

Kupat Holim Clalit (KHC) is Israel's largest health maintenance organization, with over three million members. Approximately 95% of the members receive their primary care in community clinics while approximately 5% receive their primary care in the private office of an "independent physician".

This paper analyzes how the independent physician (IP) program began and how it has grown within an organization with a strong historical and ideological commitment to clinic care. It is based, primarily, on in-depth interviews of senior managers in KHC headquarters and regional offices and of approximately twenty physicians, nurses, clinic secretaries and patients in the Jerusalem region. In addition, use was made of computerized KHC membership files and relevant KHC documents and publications.

The paper first describes the principal differences between the two methods. Next, it describes the organizational context leading to the initiation of the program, namely, the acute shortage of physicians within KHC and the increased competition from other sick funds. The paper then addresses the factors behind the program's consequent growth. It argues that the reasons for the growth are not identical to the reasons for its development at the outset. The IP program became an institutional vehicle for the satisfaction of various interests and needs quite apart from the issues which played a part in its creation. While consumer demand for a form of care similar to that available in the smaller sick funds remained a prime force behind the growth of the IP program, several other factors played a major role. Physicians were eager to participate because the program offered them large financial rewards and professional satisfaction. KHC management responded to these demands from consumers and physicians and developed the program in a manner which enhances management flexibility.

The growth of the IP program has been accompanied by various concerns over equity and quality. In addition, several new concerns have emerged: the program's cost and its effect on relations between provider and unions. There are some indications that cost has played a major role in slowing the growth of the IP program, and it is conceivable that other factors including institutional inertia, may have played a similar role, albeit to a lesser extent.

The paper concludes by describing recent developments in the organization of primary services in KHC and the possibility of developing intermediate models which adopt elements from both the clinic model and the IP program.

Acknowledgments

In the process of preparing this paper we interviewed many professionals who are knowledgeable about the independent physician program: Peretz Blumberg, Reuven Crystal, Michael Dor, Haim Doron, Penina Eyal, Cecillia Fiegler, Yoel Freund, Stephan Greik, Yaffa Hermoni, Elimelech Levron, Emanuel Marco, Lazar Marom, Ted Miller, David Ronen, Ron Shafir, Nello Shavit and Miriam Zengen. We wish to thank each one of them for their time and insights. We would also like to thank the staff and members of the Gilo and Darom community clinics where we carried out observations and interviews and Roni Mizrahi and Michael Rosenbloom who gave us permission to do so.

Many thanks to the readers of earlier drafts of this paper: Jenny Brodsky, Tamara Barnea, David Chinitz, Marc Cohen, Dorit Epstein, Penny Feldman, Norbert Goldfield, Jack Habib, Nancy Kane, Ira Muscovice, Milt Weinstein and Yaakov Zilberg. Additional input was received when the authors presented this work in various forums, including seminars hosted by the finance, planning/information, and medical divisions of Kupat Holim Clalit, the management of the Kupat Holim Clalit Rishon LeZion region, and the 1989 WONCA conference which was held in Jerusalem.

We wish to make special mention of the contribution of Shifra Schwartz who sensitized us to the need to deepen our historical analysis and pointed us towards vital source materials.

We also wish to thank the The Lavon Institute for Labor Research for providing us access to their archives.

Finally, we wish to thank Terry Benninga, Erela Brilliant, and Jenny Rosenfeld who so skillfully edited and translated this paper.

Table of Contents

Introduction.....	1
1. Differences Between the Two Methods of Primary Care Provision.....	2
2. The Development of the IP Program.....	4
KHC's Historical and Ideological Commitment to Clinic Care.....	4
The Initiation of the IP Program.....	6
The Growth of the IP Program.....	11
3. Benefits of the IP Program.....	15
Benefits to Members.....	15
Benefits to KHC as an Organization.....	16
Benefits to Independent Physicians.....	17
Benefits to Regional Management.....	18
Benefits to Clinic Physicians.....	19
Benefits of the IP Program: A Synthesis.....	19
4. Concerns and Problems.....	20
Equity.....	20
Quality of Care and Quality of Service.....	22
Cost.....	23
Labor Relations and Impact on Clinic Staff.....	24
Concerns about the IP Program: A Synthesis.....	24
5. Recent Developments.....	25
6. Conclusion.....	26
References.....	27

List of Figures and Tables

Figure 1	Milestones in the Initiation of the Independent Physician Program	10
Figure 2	KHC Members Enrolled with IPs, 1972-1988.....	11
Figure 3	Number of IPs Working with KHC, 1972-1988.....	12
Figure 4	Percent Members Registered with IPs by Region (1987)	13
Figure 5	Distribution of IP Members in the Rishon LeZion Region (1989).....	14
Figure 6	Distribution of all KHC Members in the Rishon LeZion Region (1989).....	14
Table 1	Selected Sociodemographic Characteristics By Patient Group (Rishon LeZion Region, 1989).....	21