ח מחקר דו"ח מחקר דו"
קר דו"ח מחקר דו"ח מחק

ביזור מרפאות בקופת-חולים כללית:
תיאור הדגם המופעל במחוז הנגב ואופן הערכתו

רויטל גרוס
ג'וינט־מכון ברוקדייל

עירית זמורה
קופת־חולים כללית, מחוז הנגב

אשר אלחיאני
קופת־חולים כללית, מחוז הנגב

הוכן במסגרת התכנית המשותפת של ג'וינט־מכון ברוקדייל, ג'וינט ישראל וקופת־חולים כללית, להערכת תהליכי ביזור בקופת־חולים כללית

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

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

דמ-25-91

BR-RR-25-91
ביזור מרפאות בקופת-חולים כללית :
גרוס, רויטל
001924961637

מהו ג'וינט-מכון ברוקדייל?

מרכז ארצי לחקר הזקנה, מדיניות בריאות והתפתחות אדם וחברה בישראל.

מוסד עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בחסות ממשלת ישראל והג'וינט העולמי.

צוות מומחים המתמקד בזיהוי סוגיות נבחרות ונוקט גישה רב־תחומית 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 פרוייקטים מחקריים אשר נועדו לתרום תרומה לטווח ארוך למערכת שירותי הבריאות בישראל.

BR-RR-25-91
c.2
14949
11-8-91

ביזור מרפאות בקופת־חולים כללית:
תיאור הדגם המופעל במחוז הנגב ואופן הערכתו

רויטל גרוס
ג'וינט־מכון ברוקדייל

עירית זמורה
קופת־חולים כללית, מחוז הנגב

אשר אלחיאני
קופת־חולים כללית, מחוז הנגב

הוכן במסגרת התכנית המשותפת של ג'וינט־מכון ברוקדייל, ג'וינט ישראל וקופת־חולים כללית, להערכת תהליכי ביזור בקופת־חולים כללית

תמוז תשנ"א **ירושלים** **יולי 1991**

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

קופת חולים
KUPAT HOLIM

פתח דבר

קופ"ח עוברת בשנים האחרונות תהליך של מודרניזציה והתאמה מבנית וארגונית לסביבות שרות שונות. כחלק מכך מתרחש במספר יחידות תהליך של ביזור.

בשל גודל הארגון, פיזורו ומורכבותו נבדקות בעת ובעונה אחת מספר דגמים שחלקם ישמשו בעתיד כדגמים מומלצים.

המודל המתועד בחוברת זו ע"י מכון ברוקדיל מופעל במחוז הנגב כמודל נסיוני. הערכתנו טרם נסתיימה ולפיכך אין הוא משמש בשלב זה כדגם רצוי או מומלץ ע"י הנהלת קופ"ח.

יחד עם זאת, תיעודו והפצתו בקרב העוסקים במלאכה עשויה לתרום ולקדם את הנושא. הנהלת קופ"ח מברכת על יוזמה זו.

מרים ברלוי

ראש אגף ארגון ומינהל
ראש צוות היישום

תקציר

ארגונים המספקים שירותי בריאות, בעולם ובארץ, ניצבים בפני הצורך לרסן הוצאות ויחד עם זאת להמשיך לספק שירותים באיכות גבוהה (ראה למשל Donabedian 1989; Batchelor 1989). בעולם קיימות שלוש גישות שונות להתמודדות עם אתגר זה: הקצאת תקציב ליחידות נותנות השירות, הקמת מערכות מידע פנימיות ביחידות וביזור ארגוני, כלומר האצלת סמכות לקבל החלטות לדרגים הנמוכים בהירכיה הארגונית (Simon 1959). גישות אלה מחזקות זו את זו אם כי אינן מופיעות תמיד ביחד, והן נתפסות כדרך לתמרץ את ספקי השירותים, לתת להם כלים שיאפשרו להם להשתמש במשאבים הקיימים ביתר יעילות ולשפר את ההיענות לצורכי האוכלוסייה. נסיונות להפעיל גישות אלה, במלואן או בחלקן, נעשו במספר ארצות ביניהן שוודיה, אנגליה, אירלנד, ספרד, פורטוגל וברית־המועצות (Hakansson 1988; Secretaries of State For Health 1989; Godinho 1990).

קופת־חולים כללית, המספקת שירותי בריאות ללמעלה מ־75% מהאוכלוסייה בישראל, מתמודדת גם היא עם אתגר זה. ב־1988 התחיל בקופה תהליך ביזור ארגוני, שמטרותיו העיקריות הינן:

(1) שיפור השירות למבוטחים במטרה להביא לגידול במספר המבוטחים ולשיפור בשביעות־רצונם.

(2) שליטה תקציבית והתייעלות: חיסכון בהוצאות מבלי לפגוע ברמת השירות, או מתן שירות טוב יותר במסגרת המשאבים הקיימים.

(3) שיפור התפקוד של צוות המרפאה: עלייה במוטיבציה, באחריות, ביוזמה ובמורל של העובדים.

ב־1990 התחילה מרפאה ראשונה במחוז הנגב לפעול כמרפאה מבוזרת. מרפאות נוספות במחוז הצטרפו לתהליך, ועד סוף שנת 1991 מתוכנן להפעיל 12 מרפאות מבוזרות במחוז זה. המרכיבים העיקריים בביזור מרפאה במחוז הנגב הינם:

(1) הקצאת תקציב למרפאה: מרפאה מבוזרת בנגב מקבלת תקציב עבור שכר, תרופות וציוד רפואי, אשפוז, שירותי אבחון וייעוץ והוצאות מינהל ומשק. גובה התקציב נקבע לפי נוסחה המתחשבת בממוצע ההוצאות במחוז הנגב וכן במספר המבוטחים במרפאה ובגילם. על המרפאה מוטלת האחריות לעמוד בתקציב.

(2) האצלת סמכויות החלטה מהנהלת המחוז להנהלת המרפאה לגבי ניצול התקציב ולגבי אופן אספקת השירותים: המרפאה יכולה להעביר משאבים בין סעיפי תקציב, למכור שירותים, ולקנות שירותים מסוימים גם מחוץ למערכת של קופת־חולים. חלק מהפעילויות הללו טעונות אישור של הנהלת המחוז, אך מובטחת התחשבות והיענות מהירה לבקשות המרפאה.

(3) התקנת מערכת מידע: במרפאה מותקנת מערכת של מידע תקציבי, המספקת נתונים על השימוש בתקציב ועל היקף הפעילות. כמו־כן נאסף מידע על הטיפול הרפואי הניתן במרפאה באמצעות סקר תקופתי על הטיפול בחולים.

(4) העמדת חלק מהחיסכון התקציבי לשימוש המרפאה, לפי החלטתה: המרפאה יכולה להשתמש ב־60% מגובה החיסכון בסעיפי תקציב המהווים הוצאה בעין מתקציב המחוז, וב־20% מגובה החיסכון בסעיפי תקציב בהם המחוז אינו מחויב בתשלום כספי בפועל אלא רק בהתחשבנות משרדית, למשל אשפוז בבתי־החולים של הקופה.

רעיון הביזור מתבסס על ההנחה שאם תינתן למרפאות בשטח הגמישות לספק שירותים לפי צורכי האוכלוסייה, ואם תינתן להם אחריות תקציבית ומידע הולם לניהול, יביא הדבר לכך שיצליחו לצמצם בהוצאות, ועם זאת לספק שירות באיכות גבוהה יותר. אולם, חסר מידע אמפירי שיתמוך בהנחה זו, ויתירה מכך, קיימת האפשרות שלביזור תהיה השפעה שונה מהמצופה: ייתכן, למשל, שהרצון לחסוך בהוצאות יביא לצמצום בבדיקות הכרחיות, או באשפוזים הכרחיים ואז תיפגע רמת הטיפול הרפואי. לכן, קופת-חולים הרגישה שיש חשיבות רבה לביצוע הערכה שתלווה את נסיונות הביזור. ואכן, כחלק מן הניסיון לקדם את יישום הביזור ולהפיק לקחים לגבי ביזור נוסף בהמשך, פנתה קופת-חולים כללית לג'וינט-מכון ברוקדייל בבקשה לסייע לה בהערכת הביזור. מטרת ההערכה היא לספק מידע רלוונטי שיסייע להנהלת הקופה להחליט האם כדאי לבזר מרפאות נוספות, וכיצד לעשות זאת.

דו"ח זה מתאר את דגם הביזור שפותח במחוז הנגב, מציג את השאלות העיקריות שבהן עוסקת ההערכה, ואת מערך המחקר. השאלות המרכזיות בהן מתמקדת ההערכה מתייחסות לתהליך יישום השינוי הארגוני ולהשפעותיו:

(1) מה השינוי בפועל בסמכויות המרפאה ובאחריות המוטלת עליה? מהם הקשיים ביישום תכנית הבִיזור וכיצד ניתן להתגבר עליהם כדי שהתכנית תפעל בצורה האפקטיבית ביותר? מה מסייע לביצוע התכנית?

(2) כיצד משפיע הביזור על רמת ההוצאות? האם אכן היתה התייעלות - כלומר ירידה בהוצאות מבלי שהשירות נפגע או, לחילופין, האם היה שיפור של השירות תוך שמירה על אותה רמת הוצאה?

(3) כיצד משפיע הביזור על צוות המרפאה? האם היה שיפור בשביעות-הרצון, במוטיבציה, במורל, ביוזמה ובאחריות של העובדים? האם עלתה המודעות לעלויות? האם יש יותר התחשבות בצרכי המבוטחים?

(4) כיצד משפיע הביזור על מספר המבוטחים במרפאה, ועל שביעות-הרצון שלהם מהשירותים הניתנים במרפאה?

(5) כיצד משפיע הביזור על ממדים נוספים של איכות הטיפול הניתן למבוטחים במרפאה? האם חלו שיפורים בממדי מבנה כמו: מבנה פיזי, אחזקת ציוד, ורמת הכשרה; בממדי תהליך כמו: נגישות השירותים, כוללנות השירותים, וטיפול רפואי הולם; ובממדי תוצאה כמו רמת בריאות?

כדי לענות על שאלות אלה, פותחו מספר כלי מחקר: שאלון לראיונות עומק עם אנשי מפתח במרפאות ובהנהלת המחוז; סקר עובדים; סקר מבוטחים; וכלים לניתוח נתונים מינהליים.

מערך המחקר מתבסס על התאמת מרפאות ביקורת לשתי מרפאות ניסוי והשוואתן בפרקי זמן קבועים - לפני יישום הביזור, ולאחריו, זאת במטרה לבודד חלקית את השפעת הביזור מהשפעתם של שינויים נוספים, המתרחשים בו-זמנית בקופת-חולים. מרכיב נוסף במערך המחקר הינו מעקב פחות מעמיק בשש מרפאות נוספות העוברות תהליכי ביזור במהלך 1991, כדי להכיר דגמי ביזור נוספים.

עבודה זו היא הראשונה בסדרת דו"חות על דגמי הביזור במרפאות של קופת-חולים כללית, והיא נועדה לסייע לקופת-חולים ולארגונים נוספים המתכננים תהליכי ביזור, ביישום השינוי הארגוני בצורה יותר אפקטיבית.

דברי תודה

תודתנו נתונה לנמרוד שושן, יהודה נווה, פסח שוורצמן וצבי ליס ממחוז הנגב של קופת־חולים כללית על המידע שמסרו לנו ועל שיתוף הפעולה. תודה גם לנציגי קופת־חולים בוועדת ההיגוי המצומצמת – מרים בר לוי, לאה פס, יצחק פטרבורג, שמעון זיו ונילי עדן - על הערותיהם המועילות. כמו־כן נתונה תודתנו לחברינו לעבודה בג'וינט־מכון ברוקדייל: ג'ק חביב, ג'ני ברודסקי, תמרה ברנע, דן יובל, מרים כהן, מרק כהן, נורית ניראל וברוך רוזן, על הערותיהם ועזרתם בהוצאת פרסום זה. לבסוף, תודתנו נתונה לג'ני רוזנפלד על עבודת העריכה, ולבלהה אלון על ההדפסה.

חברי ועדת ההיגוי להערכת הביזור

קופת־חולים כללית

מרים בר לוי – ראש אגף ארגון ומינהל

רמי דיציאן – ראש אגף רפואה

שמעון זיו – ראש אגף תקציבים

יעקב זילברג – מנהל רפואי מרחב העמק

רוני מזרחי – מנהל מחוז ירושלים

יהודה נווה – מנהל מחוז הנגב

נילי עדן – ראש אגף סיעוד

בני ענבר – סמנכ"ל וראש חטיבת כח אדם ארגון ומנהל

יצחק פטרבורג – ראש אגף למדיניות רפואית ואפידמיולוגית

לאה פס – יועצת ארגונית

יאיר שפירא – סמנכ"ל וראש חטיבת רפואה

ג'וינט־מכון ברוקדייל וג'וינט ישראל

תמרה ברנע – חוקרת בכירה

נחמיה גבע – ראש אגף מחקר והערכה

ג'ק חביב – מנהל

ברוך רוזן – מתאם בתוכנית לחקר מדיניות בריאות

תוכן עניינים

מבוא	1
1. רקע: מאפיינים ארגוניים ומגמות ביזור בקופת חולים כללית	3
2. תיאור דגם הביזור המופעל במחוז הנגב	5
2.1 מאפייני התקציב המוקצה למרפאה מבוזרת	5
2.2 מיפוי הסמכויות במרפאה מבוזרת	8
2.3 מערכות מידע	14
2.4 הקריטריונים להערכת מרפאה מבוזרת, ומערכת התמריצים	16
3. תהליך יישום השינוי	18
3.1 שלבים ביישום הביזור	18
3.2 דיון במאפיינים העיקריים של תהליך יישום הביזור	18
3.3 כלים שדרושים ליישום הביזור	20
3.4 משאבים מיוחדים הדרושים ליישום הביזור	20
4. תכנית ההערכה למרפאה מבוזרת	21
4.1 מטרות ההערכה ושאלות המחקר	21
4.2 כלי המחקר	23
4.3 מערך המחקר	26
5. סיכום	28
מקורות	30

רשימת לוחות

לוח 1: שאלות המחקר 22

לוח 2: מקורות המידע לבחינת שאלות המחקר 25

רשימת נספחים

נספח 1: שיטה לקביעת גובה ההוצאה לנפש במחוז 32

נספח 2: דוגמת הסכם בין מרפאה מבוזרת להנהלת מחוז הנגב 35

נספח 3: מערכת המידע התקציבי 38

נספח 4: מחוז הנגב, דו"ח מספר פעולות אבחון, יעוץ, ובדיקות מעבדה 42

נספח 5: סקר ביקורים במרפאה, טופס 46

נספח 6: טופס הפניה לשירותי ייעוץ ואבחון (טופס 22) 47

נספח 7: פירוט שאלות המחקר 49

מבוא

ארגונים המספקים שירותי בריאות, בעולם ובארץ, ניצבים בפני הצורך לרסן הוצאות ויחד עם זאת להמשיך ולספק שירותים באיכות גבוהה (ראה למשל, Donabedian 1989; Batchelor 1989). בעולם קיימות שלוש גישות שונות להתמודדות עם אתגר זה: הקצאת תקציב ליחידות נותנות השירות; הקמת מערכות מידע פנימיות ביחידות; וביזור ארגוני, כלומר האצלת סמכות לקבל החלטות לדרגים הנמוכים בהירכיה הארגונית (Simon 1959). גישות אלה מחזקות זו את זו אם כי אינן מופיעות תמיד ביחד, והן נתפסות כדרך לתמרץ את ספקי השירותים, לתת להם כלים שיאפשרו להם להשתמש במשאבים הקיימים ביתר יעילות, ולשפר את ההיענות לצורכי האוכלוסייה. ניתן למצוא גישות אלה במספר ארצות בהן שוודיה, אנגליה, אירלנד, ספרד, פורטוגל וברית־המועצות (Secretaries of State for Health 1989; Hakansson 1988; Godhino 1990).

קופת־חולים כללית, המספקת שירותי בריאות ללמעלה מ-75% מהאוכלוסיה בישראל, מתמודדת גם היא עם אתגר זה. ב-1988 התחיל בקופה תהליך ביזור ארגוני, שבמסגרתו החלו מספר מחוזות לבזר סמכויות מרמת הנהלת המחוז לרמת המרפאה.

השינוי הארגוני במרפאות הינו תהליך שמאמץ את שלוש הגישות שתוארו לעיל, וכולל מספר מרכיבים עיקריים: (1) הקצאת תקציב למרפאה. (2) האצלת סמכויות החלטה מהנהלת המחוז להנהלת המרפאה לגבי ניצול התקציב ואופן אספקת השירותים. (3) הקמת מערכת מידע במרפאה על השימוש במשאבים. (4) העמדת חלק מהחיסכון התקציבי לשימוש המרפאה לפי החלטתה.

הקצאת התקציב ואספקת המידע למרפאה אמורים להביא ליתר התחשבות בעלויות בעת קבלת החלטות רפואיות ואחרות במרפאה. האצלת סמכויות להנהלת המרפאה אמורה לאפשר שימוש יעיל יותר במשאבים תוך היענות לצורכי האוכלוסייה, ועשויה גם להביא להעשרת תפקידים ולהעלאת שביעות־הרצון, היוזמה והמורל של העובדים. מתן האפשרות למרפאות לנצל את החיסכון בהוצאות לפי החלטתם, מהווה תמריץ נוסף להשתמש במשאבים ביעילות (Weiner & Ferris 1990; Prowle 1987; Locke & Schwiger 1979).

רעיון הביזור מתבסס על ההנחה, שאם תינתן למרפאות בשטח הגמישות לספק שירותים לפי צורכי האוכלוסייה, ואם תינתן להם אחריות תקציבית ומידע הולם לניהול, יביא הדבר לכך שיצליחו לצמצם בהוצאות, ועם זאת לספק שירות באיכות גבוהה יותר. אולם, חסר מידע אמפירי שיתמוך בהנחה זו, ויתירה מכך, קיימת אפשרות שלביזור תהיה השפעה שונה מהמצופה: ייתכן, למשל, שהרצון לחסוך בהוצאות יביא לצמצום בבדיקות הכרחיות, או באשפוזים הכרחיים ואז תיפגע רמת הטיפול הרפואי.

מהספרות שעוסקת בריסון תקציבי במוסדות רפואיים עולה, שיש והרופאים מתנגדים לקביעת מסגרות תקציב ולהכנסת שיקולים תקציביים בעת מתן טיפול רפואי (Pollit et al. 1988; Hillman 1987; Reagen 1987; Eisenberg 1986). מצד שני ישנן גם עדויות לכך שלעתים הצוותים הרפואיים משתפים פעולה ומקבלים בחיוב נסיונות לתקצוב יחידתי (Wickings 1987).

מחקרים מראים, שניתן במידה מסוימת לשנות את התנהגות הרופאים ולהביא לריסון הוצאות על־ידי אספקת מידע על עלויות של פעולות רפואיות שונות, ביחד עם מתן משוב על דפוסי השימוש של הרופא. אולם, לא כל התכניות שסיפקו מידע ומשוב היו אפקטיביות, וגם השינוי בדפוסי השימוש לא תמיד נמשך לאורך זמן (Tell 1982; Schroeder 1987).

לגבי השפעת הביזור על איכות הטיפול הרפואי, אם נשתמש במינוח של Donabedian (1980), הביזור יכול לגרום לשינוי בממדים של מבנה (ציוד, אחזקת מבנה, הכשרת כוח־אדם), תהליך (נגישות, יחס לחולה, כוללנות הטיפול) ותוצאות של מתן הטיפול (שביעות־רצון החולים, רמת בריאות). אולם כיוון ההשפעה אינו ברור, שכן ייתכן שהרצון להגיע לחיסכון כספי יגרום לפגיעה בטיפול הרפואי, בנגישות לשירותים, באחזקת המבנים ועוד.

כאמור, כיום כמעט שלא קיים מידע אמפירי לגבי הקשר שבין ביזור לבין התהליכים הצפויים במרפאה כתוצאה מיישומו. לכן, יש חשיבות רבה לביצוע הערכה שתלווה את הנסיונות של קופת־חולים כללית לבזר מרפאות. מחקר ההערכה על ביזור מרפאות בקופת־חולים, שיתואר בהמשך, מתמקד בשני נושאים: (1) תיעוד תכניות הביזור המיושמות במרפאות קופת־חולים כללית וזיהוי תהליכים ארגוניים שתורמים ליישום אפקטיבי של התכניות הללו ולהתגברות על מכשולים. (2) ניתוח השפעת הביזור על הוצאות המרפאה, על תהליכי עבודה, על רמת שביעות־הרצון והמוטיבציה של עובדים, על רמת שביעות־הרצון של המבוטחים, והיבטים נוספים של איכות טיפול.

מערך המחקר מתבסס על הערכה לעומק של שתי מרפאות שבהן מופעל הביזור – האחת במחוז הנגב והשנייה במחוז ירושלים, כאשר לכל מרפאת ניסוי הותאמה מרפאת ביקורת הדומה לה במידת האפשר. במרפאות המחקר ובמרפאות הביקורת יבוצעו מדידות לפני הביזור ובמהלכו. מערך כזה מאפשר לבודד חלקית את השפעת הביזור מהשפעת שינוים נוספים שעשויים להתרחש באותה עת בקופת־חולים. המדידות ייעשו בעזרת מספר כלי מחקר: שאלון למבוטחים, שאלון לצוות העובדים, שאלון לראיונות עומק עם אנשי מפתח במרפאות ובהנהלת המחוז, וכן כלים לנתוח מידע מינהלי ולניתוח מסמכים.

עבודה זו יכולה לסייע לארגונים הנמצאים בתהליכי ביזור או המתכננים לבצע ביזור ביישום תכניותיהם ואף בהערכתן. קידום תהליכי ביזור הינו אחד הכיוונים המתפתחים כיום במערכת הבריאות, בפרט לאור המלצות ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות הרואה את הריכוזיות כאחת הבעיות המרכזיות של המערכת: "כך מונעת ריכוזיות יתר זו את היוזמה והגמישות המהווים תנאי הכרחי להנהלות הפועלות בשטח, כדי להבטיח רגישותן לצרכים המקומיים של התושבים" (ועדת החקירה הממלכתית, 1990, עמ' 115). הוועדה ממליצה על ביזור במערכת הבריאות בכלל וברפואה הראשונית בפרט, וממליצה "להעניק חופש תקציבי בדרגים המקומיים למנהלים (של בתי־חולים ומרפאות)... ולהעביר אחריות תקציבית... לרופאי המרפאות הראשוניות" (שם, עמ' 229).

בפרק הראשון של הדו"ח נתאר את הרקע לתכנית ביזור המרפאות, בפרק השני נתאר בפירוט את דגם הביזור המופעל במרפאות במחוז הנגב, בפרק השלישי נעמוד על נקודות עיקריות בתהליך יישום השינוי, ובפרק הרביעי נתאר את תכנית ההערכה לניסוי זה.

1. רקע: מאפיינים ארגוניים ומגמות ביזור בקופת-חולים כללית

קופת־חולים כללית מבטחת ומספקת שירותי בריאות לכ־3.5 מיליון אנשים שהם למעלה מ־75% מהאוכלוסייה בישראל. לקופה הנהלה מרכזית המעצבת מדיניות, קובעת נהלים לביצוע המדיניות, ומפקחת על הביצוע. ההנהלה המרכזית בנויה מארבע חטיבות (רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות, כספים, ארגון ומינהל) וכל חטיבה מחולקת לאגפים.

הספקת השירות למבוטחים נעשית באמצעות יחידות שדה, שהן הזרועות המבצעות של ההנהלה המרכזית. הן אמורות לפעול לפי המדיניות והכללים שנקבעים בהנהלה המרכזית, לבקש אישורים כנדרש ולדווח על פעילותן. בקופת־חולים יש 14 מחוזות ומרחבים המפעילים 1,300 מרפאות, 8 בתי־חולים כלליים, 3 בתי־חולים פסיכיאטריים ו־3 בתי־חולים שיקומיים.

המבנה הארגוני הוא ריכוזי, שכן פורמלית, סמכויות ההחלטה לגבי פעולת הארגון נמצאות במרכז. המרכז מתכנן את יעדי הקופה, קובע כללי התקשרויות עם ספקים, קובע את אופן השימוש במשאבי כוח־אדם, ציוד וכד' ואף קובע את היקף השירותים ואת סוג השירותים שיסופקו על־ידי יחידות השדה. המרכז מתווה כללים ונהלים ברורים לביצוע, ואילו יחידות השדה מופקדות בעיקר על הביצוע עצמו, ולהן אפשרות מועטה בלבד להפעיל שיקול דעת עצמאי, הן לגבי הארגון הפנימי וניצול המשאבים והן לגבי תוכן השירות והיקפו (Simon 1959; Kaufman 1960).

במועצת ההסתדרות הק"ו שנערכה בנובמבר 1985, התקבלו החלטות עקרוניות על ביזור תקציבי וניהולי בקופת־חולים כללית. המועצה החליטה כי "הניהול בקופת־חולים יהיה מבוסס על ביזור המערכת המינהלית במגמה להביא ליתר ייעול ויוזמה בקופת־החולים הכללית, (מרחבים, מחוזות, היחידות בתוכן וכן בתי־חולים), תוך האצלת סמכויות ניהול, קביעת מסגרת תקציבית והגברת הפיקוח המרכזי עליהן. תוענק אוטונומיה תקציבית ליחידת שירות, שמשמעותה – הפעלת היחידה כיחידה תמחירית־תקציבית עצמאית" (החלטות מועצת ההסתדרות הק"ו).

ההחלטה תאמה את מסקנותיהן של ועדות שונות שהוקמו לבדיקת תפקוד הקופה, ובמיוחד ועדת נגן שהוקמה לאחר שביתת הרופאים ב־1983. ועדה זו ראתה את הביזור כאחד המענים לבעיות הקופה, שהעיקריות בהן: חוסר יעילות בניצול משאבים, העדר מודעות כלכלית לצורך בייעול ובחיסכון, ניכור של עובדים, העדר מוטיבציה לשיפור שירות, מוראל נמוך והעדר גאוות יחידה. (ועדת נגן 1984).

ביולי 1987 החליטה המועצה הרפואית של קופת־חולים על הקמת ועדה לבדיקת נושא הביזור בקופת־חולים. במרץ 1988 החליט מרכז קופת־חולים להתחיל בביזור הסמכויות, ובמהלך שנה זו קבעה הנהלת הקופה את עקרונות פרויקט הביזור. הביזור הוגדר כהאצלת סמכויות להנהלות יחידות השדה ברמות השונות, ומטרותיו העיקריות היו:

א. שיפור השירות למבוטחים וכתוצאה מכך גידול במספר המבוטחים ושיפור בשביעות־הרצון שלהם.

ב. שליטה תקציבית והתייעלות: חיסכון בהוצאות מבלי לפגוע ברמת השירות או מתן שירות יותר טוב במסגרת המשאבים הקיימים.

ג. שיפור התפקוד של צוות המרפאה: עלייה במוטיבציה, אחריות, יוזמה ומורל.

במסגרת החלטה זו, נבחרו שני מחוזות כאתרי הדגמה לביזור. בספטמבר 1988 בוזר מרחב העמק ובינואר 1989 בוזר מחוז ירושלים. להנהלות המחוזות הואצלו סמכויות מההנהלה המרכזית, והמחוזות מצידם ניסו לתת תקציב חלקי, הכולל מספר סעיפי הוצאה, למרפאות וליחידות אחרות, ולהאציל סמכות החלטה על ניצולו. באותה עת, נתקלו נסיונות אלה בקשיים ולא הוצאו לפועל במלואם. הקשיים נבעו בחלקם מהעדר כלים נחוצים כגון העדר מערכות מחשוב, העדר קריטריונים לבקרה והעדר מידע לצורך בנייה של תקציב ריאלי, ובמידה מסוימת היה גם חוסר רצון של מנהלי יחידות לקבל על עצמם אחריות (גרוס ורוזן 1990).

מחוז הנגב, אף שלא נכלל בתהליך הביזור הכללי, תכנן ב-1988 דגם של מרפאה מבוזרת במימון ובסיוע ג'וינט־ישראל. במהלך 1990 הופעל הדגם בארבע מרפאות.

כחלק מניסיון הקופה לקדם את יישום הביזור ולהפיק לקחים לגבי ביזור נוסף בהמשך, התבקש ג'וינט־מכון ברוקדייל לסייע בהערכת הביזור. בשלב הראשון ליוותה ההערכה את נסיונות הביזור מהמרכז למחוזות (גרוס ורוזן 1990), ובשלב השני ההערכה מלווה את נסיונות הביזור מרמת הנהלת המחוז לרמת המרפאה.

במסמך זה, שהינו הראשון בסדרת דו"חות על דגמי הביזור למרפאות בקופת־חולים כללית, נתמקד בדגם הביזור שמופעל במחוז הנגב. בהמשך, כשתתגבשנה תכניות ביזור במחוזות נוספים, נתעד גם אותן.

2. תיאור דגם הביזור המופעל במחוז הנגב

מחוז הנגב של קופת־חולים כללית היה המחוז החלוץ בתכנון מרפאה מבוזרת. הן הנהלת המחוז והן מנהלי המרפאות גילו עניין ברעיון הביזור ופעלו כדי לקדם אותו. ב–1988, הוקמה במחוז הנגב, במימון ובסיוע של ג'וינט־ישראל, מינהלת פרויקט הביזור (להלן "המינהלת"), שתפקידה לבצע את עבודות ההכנה הדרושות לביזור מרפאה, ולסייע ביישום השינוי הארגוני. במרץ 1990 התחילה המרפאה הראשונה, מרפאה ט', לעבוד לפי הדגם החדש כמרפאה מבוזרת. מרפאות נוספות הצטרפו לתהליך במהלך השנה, ועד לסוף 1991 מתוכנן להפעיל במחוז הנגב 12 מרפאות מבוזרות.

הנהלת מחוז הנגב וחברי המינהלת סבורים, שהמטרה העיקרית שניתן להשיג באמצעות הביזור היא שליטה תקציבית והתייעלות. בהתייעלות הכוונה לחיסכון בהוצאות מבלי לפגוע ברמת השירות ובאיכות הטיפול, או מתן שירות וטיפול ברמה גבוהה יותר במסגרת המשאבים הקיימים. הביזור אמור להשיג מטרה זו על־ידי הפיכת המרפאה ל"מרכז עלות", כלומר יחידה שמקבלת תקציב וחישובי ההוצאות נעשים ברמה של היחידה. כך תוכל המרפאה לבקר באופן עצמאי את ההוצאות ואת התקציב, ולהחליט על השימוש במשאבים לפי צורכי האוכלוסייה אותה היא משרתת. בנוסף, מקווים במחוז הנגב שהביזור יביא להשגת המטרות האחרות, שהן שיפור השירות למבוטחים, ועלייה בשביעות־הרצון, המורל היוזמה והאחריות של צוות המרפאה.

להלן, נתאר את פרטי התכנית לפיה מופעלות המרפאות המבוזרות. נתאר את תקציב המרפאה: הנוסחה לחישובו, מרכיבי התקציב ואופן ההתחשבנות התקציבית; נציג מיפוי של הסמכויות והחובות של המרפאה והמחוז בתחומים שונים; נתאר את מערכת המידע התקציבי שהוקמה ואת המערכת לבקרת איכות, ולבסוף נדון בתמריצים הניתנים למרפאה מבוזרת.

הדיון המפורט נועד לשמש לארבע מטרות מרכזיות:

א. לסייע ליישום הביזור במחוז הנגב על־ידי הגדרה והבהרה של התכנית.

ב. ליצור בסיס השוואה בין התכנית לבין מה שיושם בפועל.

ג. לעמוד על השונות בין הנסיונות שייעשו במחוזות השונים, ועל משמעותה.

ד. לסייע לארגונים אחרים המתכננים תהליכי ביזור.

2.1 מאפייני התקציב המוקצה למרפאה מבוזרת

אחד המרכיבים העיקריים בביזור הוא הקצאת תקציב לרמת המרפאה. עד היום הקצה מרכז קופת־חולים תקציבים אך ורק למחוזות. בתקציב מפורטים סעיפי התשומות (כוח־אדם, תרופות, אשפוזים וכו'), אך אין הקצאה מלאה של תשומות לפי מרפאה. במקביל, הדיווח על ההוצאות והנהלת החשבונות נעשים גם הם על בסיס מחוזי ללא פירוט לפי מרפאה.

לאור זאת, בבניית תקציב למרפאה, אחת המשימות הקשות היא לבצע אומדן של הוצאות המרפאה בעבר, ולקבוע את גובה תקציב ההוצאות שיוקצה לה.

בבניית תקציב למרפאה המבוזרת, היה חשוב לתת תקציב שיאפשר למרפאה לספק את השירותים לפחות באותה רמה כבעבר. מאידך, היה חשוב למצוא נוסחת תקצוב שלא תנציח אי־יעילויות קיימות ותקצוב־יתר לא מוצדק, אלא תתן תמריץ ותגמול מתאים למרפאות יעילות. כלומר, המגמה אינה לתת תקציב המשקף את רמת ההוצאות בשנה שעברה, אלא תקציב המתבסס על רמת ההוצאה הכללית במחוז ועל מאפייני אוכלוסיית המבוטחים של המרפאה.

בפרק זה נתאר את מאפייני תקציב המרפאה במחוז הנגב. נתאר את מרכיבי התקציב, נסביר את אופן חישוב התקציב למרפאה ואת אופן עדכונו, ונפרט את כללי החיוב עבור ההוצאות השונות.

2.1.1 מרכיבי התקציב למרפאה מבוזרת

על סמך ניתוח עלויות של מספר מרפאות בנגב (אלחיאני וזמורה 1989), נמצא שמרכיבי ההוצאה העיקריים במרפאה בשנת 1988 היו:

אשפוז	31% –
כוח־אדם	23% –
שירותי מעבדות	15% –
תרופות	11% –
מרפאות חוץ	8% –
מכוני אבחון ורנטגן	5% –
מיון	5% –
הוצאות אחרות	3% –

תקציב המרפאה המבוזרת כולל את כל המרכיבים שצויינו לעיל. המרפאה מקבלת תקציב בשקלים, ובו פירוט לפי הסעיפים הבאים: כוח־אדם (כולל עובדים קבועים וזמניים השייכים למרפאה), תרופות וציוד רפואי, אשפוז, שירותי אבחון, שירותי יעוץ, מעבדה, והוצאות מינהל ומשק. למרפאה יש סמכות לבצע העברות בין סעיפים בתנאי שהחריגה לא תעלה על 20% בכל סעיף.

התקציב אינו כולל טיפולים מיוחדים כגון טיפולי פוריות, טיפולים אונקולוגיים, ניתוחי השתלות, ניתוח לב פתוח ודיאליזות, וכן אינו כולל תרופות יקרות להן יש תקציב מיוחד, כגון אינטרפרון. מקרים כאלה יכוסו מתקציב המחוז ולא מתקציב המרפאה.

התקציב מורכב מסעיפי הוצאה וסעיפי הכנסה הכוללים תשלומים עבור תרופות ושירותים הנרכשים במרפאה. המרפאה רשאית להגדיל את הכנסותיה, למשל באמצעות מכירת שירותים.

2.1.2 נוסחה לחישוב גובה התקציב

גובה התקציב של מרפאה מבוזרת נקבע על־ידי מינהלת הפרויקט, ומאושר על־ידי הנהלת המחוז. מנהל המרפאה הוא האחראי לכך שהמרפאה לא תחרוג מהתקציב.

תקציב המרפאה כולל את כל הוצאות המרפאה, גם הוצאות שכיום אינן נכללות בתקציב המחוז: בדיקות מעבדה, מרפאות חוץ ומיון. כיום, הוצאות אלו מתוקצבות בתקציב בית־החולים סורוקה והמחוז אינו מחוייב עבורן.

גובה התקציב למרפאה נקבע בשיטת הקפיטציה. המרפאה מקבלת תקציב מראש המבוסס על גובה ההוצאה לנפש במחוז, אותה משקללים לפי מספר המבוטחים במרפאה.

לגבי שני סעיפי תקציב, אשפוז ותרופות, קיימים נתונים על הקשר שבין שימוש בשירות לגיל האוכלוסייה (פטרבורג וילין 1990; זמורה ואלחיאני 1989). לפיכך בסעיפים אלה נעשה תקנון של ההקצבה למרפאה לפי גיל המבוטחים. בנספח 1 מפורט אופן קביעת גובה ההוצאה לנפש במחוז.

2.1.3 עדכון תקופתי של תקציב מרפאה מבוזרת

תקציב מרפאה יעודכן כל שלושה חודשים בהתאם לשינוי בהוצאות בפועל של המחוז. כלומר, אם למחוז יהיו הוצאות גבוהות יותר גם מרפאה מבוזרת תזכה להגדלת תקציבה. לעומת זאת אם במחוז יהיה חיסכון בהוצאות - יקטן גם תקציב המרפאה.

2.1.4 כללי החיוב עבור הוצאות שהמרפאה מבצעת

בסעיפים הקודמים הבהרנו את אופן חישוב גובה התקציב למרפאה, ובסעיף זה נפרט את אופן החיוב של המרפאה על ביצוע הוצאות, שעליו הוסכם במחוז הנגב. אחד העקרונות המנחים בעת קביעת כללי החיוב היה, שהמרפאה תחוייב על כל השירותים הניתנים למבוטחים שלה. ישנן הוצאות עבורן אופן החיוב ברור מאליו, למשל תשלומי שכר, תרופות או ימי אשפוז, ואילו לגבי סעיפים אחרים יכולים להתעורר ספקות, לדוגמה במקרים של פנייה עצמית למיון ולמרפאות חוץ. במקרים אלה הוחלט שלא לחייב את המרפאה, בעיקר בגלל הקושי הטכני לעקוב אחר פניות מסוג זה.

להלן, אם כן, אופן החיוב שעליו הוסכם במחוז הנגב לגבי הסעיפים השונים:

(א) רכישות: רכישות בקופת־חולים יחוייבו לפי המחיר המצויין במחירון של הקופה. רכישות הנעשות מחוץ לקופת־חולים יחוייבו לפי החשבון הנשלח על־ידי הספק.

(ב) שירותים הניתנים רק במערכת קופת־חולים: יש שירותים לגביהם נעשה תמחיר ריאלי (מעבדות, רנטגן, וחלק מהרפואה היועצת) ובמקרה זה המחיר יקבע בהתאם לתמחיר. בשירותים אחרים המחיר ייקבע בהתאם למחירון הקופה.

(ג) שירותים הניתנים לרכישה מחוץ למערכת קופת־חולים: המחיר שייקבע הוא עלות ריאלית לפי תמחור במידה שקיים, או מחיר השוק המינימלי בו נרכשים השירותים כיום.

(ד) פנייה עצמית למיון: המרפאה אינה מחוייבת עבור פניות עצמיות, וגם גובה התקציב בסעיף מיון מתבסס רק על מספר הביקורים עם הפנייה.

(ה) פנייה עצמית למומחה במרפאות חוץ: המרפאה לא תחוייב עבור פניות עצמיות ללא הפניה. הפניות העצמיות הן בדרך כלל במקרים של ביקור חוזר, ואילו התקציב בסעיף מרפאות חוץ מתבסס רק על ביקורים חדשים.

(ו) אשפוז דרך חדר מיון או הפניית מומחה: המרפאה מחוייבת למרות שההוצאה אינה בשליטתה.

(ז) ביקור שני אצל רופא מקצועי עצמאי: הרופא העצמאי מקבל תשלום עבור שני ביקורים ברבעון. לגבי הראשון, החיוב נעשה על סמך טופס ההפניה לרופא. לגבי הביקור השני המרפאה תחוייב לפי חשבון הנשלח על־ידי הרופא העצמאי להנהלת החשבונות.

(ח) פנייה עצמית לרופא עצמאי גניקולוג: המרפאה מחוייבת למרות שההוצאה אינה בשליטתה.

(ט) בדיקות מעבדה ואבחון שמומחה מזמין: המרפאה לא מתוקצבת עבור בדיקות אלה ולא מחוייבת עבורן, אלא אם הבדיקות אושרו על־ידי הרופא הראשוני.

(י) תרופות שנרכשו במרפאות אחרות: בינתיים לא מחייבים את המרפאה אם כי עקרונית מתכוונים לחייבה. ביצוע החיוב מותנה במחשוב בתי המרקחת.

(יא) תרופות שמסופקות במרפאה למבוטחים שאינם שייכים למרפאה: המרפאה לא מחוייבת.

(יב) תרופות שמסופקות למבוטחי המרפאה על סמך מרשם של רופא מחוץ למרפאה (מומחה, עצמאי וכו'): המרפאה מחוייבת.

(יג) מומחה שנותן שירות במרפאה למבוטחי המרפאה ולמבוטחים מחוץ למרפאה: המרפאה מחוייבת רק עבור הזמן שהקדיש המומחה למבוטחיה, לפי הרשום ביומן הרופא.

2.2 מיפוי הסמכויות במרפאה מבוזרת

בביזור מרפאה יש צורך לקבוע את הסמכויות של המרפאה ואת תחומי האחריות שלה. אלה הם "כללי המשחק" לפיהם פועלת המרפאה המבוזרת. במחוז הנגב, נחתם הסכם בין הנהלת המחוז, מינהלת הפרויקט והנהלת מרפאה המבהיר את הסמכויות והחובות של כל גורם (נספח 2). בפרק זה ניתחנו את הסמכויות והחובות בתחומים השונים, על סמך ההסכם ועל סמך הבהרות בעל פה שקיבלנו במחוז, תוך השוואה עם המצב המקביל במרפאות שאינן מבוזרות.

כללית, ההבדלים העיקריים בסמכויות בין מרפאה מבוזרת למרפאה לא מובזרת הם:

(א) מרפאה מבוזרת מקבלת תקציב מראש לכל סעיפי ההוצאה, והיא יכולה לקבל החלטות לגבי השימוש במשאבים שהועמדו לרשותה לצורך ביצוע תפקידיה, למשל להעביר כספים בין סעיפי תקציב שונים, לבצע שיפוצים במבנה, לקבוע שעות עבודה, ואף להוסיף כוח־אדם זמני. לעומת זאת, למרפאה שאינה מבוזרת לא ניתן תקציב במונחים כספיים, והיא זקוקה לאישור המחוז אם ברצונה לבצע פעילויות שיש להן השלכות כספיות, כגון רכישת ציוד מינהלי, רכישת ציוד רפואי, העסקת עובד בשעות נוספות וכד'.

(ב) מרפאה מבוזרת יכולה להגדיל את היקף המשאבים העומדים לרשותה באמצעות מכירת שירותים, וקביעת תעריפים לשירותים אלה, אולם ההחלטה למכור שירותים טעונה הסכמה של הנהלת המחוז. למרפאה לא מבוזרת לא ניתנת האפשרות למכור שירותים.

(ג) למרפאה מבוזרת מותר, במקרים מוגדרים, לרכוש ציוד שלא דרך מנגנוני הרכישה של הקופה. למרפאה לא מבוזרת לא ניתנת אפשרות כזו.

(ד) למרפאה מבוזרת מובטחת יותר התחשבות מצד המחוז והיענות מהירה וקלה יותר לבקשותיה בנושאים הטעונים אישור המחוז, מאשר למרפאה שאינה מבוזרת.

חשוב לציין שבשני תחומים מרכזיים לא בוזרו סמכויות: החלטות שקשורות להסכמי שכר והסכמי עבודה, והחלטות שקשורות לצמצום סל השירותים הבסיסי (למרפאה מותר להרחיב את הסל). הסיבה לכך היא שאלה הם תחומים שבהם יש להחלטות השפעה רחבה, מעבר למרפאה מסוימת או אף למחוז מסוים. גם להנהלת מחוז אין סמכות החלטה בנושאים אילו.

להלן מוצג פירוט של הסמכויות והחובות של המרפאה המבוזרת לעומת המרפאה הלא־מבוזרת, לפי שני תחומים מרכזיים: ארגון פנימי במרפאה ואופן אספקת השירות לצרכן.

מספר נושאים לא הוגדרו בשלמות, וציינו אותם כהערות בסוגריים. נושאים אלה יכולים להוות בעיה בעת יישום ההסכם, ולכן חשוב לתת עליהם את הדעת.

2.2.1 ארגון פנימי במרפאה

	מרפאה מבוזרת	מרפאה לא־מבוזרת
(א) כוח־אדם		
תקני כוח־אדם למרפאה	נקבע במרכז	נקבע במרכז
איוש תקנים	נקבע בהסכמה בין המרפאה למחוז	נקבע על־ידי הנהלת המחוז
העסקת עובדים זמניים מן המגזרים השונים	נקבע במרפאה, אם קיים תקציב לכך, אך טעון אישור רשמי של המחוז	נקבע על־ידי הנהלת המחוז
קביעת תנאי העסקה (קידום, שעות נוספות, רכב וכו')	נקבע על־ידי הנהלת המחוז	נקבע על־ידי הנהלת המחוז
פיטורים או החלפה של עובדים במרפאה	נקבע על־ידי הנהלת המחוז, בהסכמת המרפאה	נקבע על־ידי הנהלת המחוז, ללא שיתוף המרפאה
שירותי מינהל כוח־אדם	המחוז מספק	המחוז מספק

	מרפאה מבוזרת	מרפאה לא־מבוזרת
(ב) רכישות		
תרופות	רכישה רק במסגרת הקופה	רק במסגרת הקופה
ציוד רפואי	לאחר 3 חודשי ביזור, המרפאה יכולה לרכוש ציוד גם מחוץ לקופה, אם המחיר זול והאיכות זהה: פריטי ציוד עד $500 – רכישה ללא אישור המחוז. ציוד יקר יותר – טעון אישור המחוז. אם הזמנה דרך מינהל אספקה לא מסופקת לאחר חודש – המרפאה רשאית לרכוש את הפריטים מחוץ לקופה. (**הערה:** בהסכם עם המרפאה לא מצויין מי אחראי לערוך את ההשוואה לגבי האיכות והעלות).	רק במסגרת הקופה
ציוד משרדי ומשקי	כמו ציוד רפואי	רק במסגרת הקופה
שירותי רפואה וסיעוד (אבחונים, בדיקות וכו')	המרפאה רשאית לקבוע את מקום הרכישה. רכישה מחוץ לקופת־חולים – אם המחיר זול והאיכות זהה, באישור הנהלת המחוז, כאשר הנהלת המחוז אמורה לאשר בקשות אלה בקלות. האישור נחוץ רק אם ההפניה היא למכונים שלא מקובל להפנות אליהם כשגרה. (**הערה:** בהסכם עם המרפאה אין פירוט של המכונים לגביהם לא צריך אישור).	המרפאה רשאית לרכוש שירות רק במקומות איתם לקופת־חולים יש הסכמים ממוסדים
(ג) אשפוז		
בבית־חולים פרטי	טעון אישור הנהלת המחוז	טעון אישור הנהלת המחוז
בבית־חולים אחר השייך לקופת־חולים	לא טעון אישור הנהלת המחוז	לא טעון אישור הנהלת המחוז
בית־חולים ממשלתי	טעון אישור הנהלת המחוז	טעון אישור הנהלת המחוז

	מרפאה מבוזרת	מרפאה לא־מבוזרת
(ד) שירותי עזר (אחזקה ושיפוצים)		
עבודות שוטפות	המחוז מחליט ומבצע, אך המרפאה מחוייבת עבור ההוצאות	המחוז מחליט, מבצע ונושא בהוצאות
שיפוצים	המרפאה רשאית להחליט לבצע על חשבון תקציבה	המחוז מחליט, מבצע ונושא בהוצאות
(ה) תחבורה		
רכישת רכב או הקצאת רכב לעובדים	המחוז מחליט ומספק שירותי תחבורה. המרפאה אינה רשאית לרכוש רכב או להקצותו לעובדים. המרפאה אינה מתוקצבת בסעיף זה ואינה מחוייבת עבור הוצאות אלה.	המחוז מחליט, מבצע ונושא בהוצאות
(ו) תקציב		
הקצאת תקציב	על המרפאה להכין תכנית עבודה שנתית שכוללת תקציב, אותה המחוז מאשר	לא מוקצב מראש תקציב במונחים כספיים בכל תחומי ההוצאה. המרפאה "מתוקצבת" רק בכך שנקבעת מכסה לכל מרפאה בתחומים מסוימים, למשל בתקני כוח־אדם.
עמידה במסגרת התקציב	על המרפאה לעמוד במסגרת הכוללת של התקציב. החריגה מסעיף תקציבי מסוים לא תעלה על 20% בתקופה של 3 חודשים. חריגה גדולה יותר טעונה אישור מהנהלת המחוז.	למרות שלמרפאה לא־מבוזרת אין תקציב, היא מוגבלת בכל זאת בביצוע הוצאות משתי בחינות: א. בהתאם למצב התקציבי של כלל המחוז, המחוז יכול להורות לכל המרפאות להפסיק הוצאות מסוימות או לא לספק למרפאות שירותים מסוימים. למשל, המחוז יכול להורות להפסיק לשלוח לאבחונים מחוץ לקופת־חולים או לא לספק ציוד משרדי שמרפאות מזמינות. ב. במספר תחומים בהם קיים מידע על הוצאות של כל מרפאה ומרפאה, המחוז יכול להורות למרפאה מסוימת לצמצם בהוצאות או לא לאשר לה הוצאות, למשל העסקת כוח־אדם או אספקת תרופות.

	מרפאה מבוזרת	מרפאה לא־מבוזרת
(ו) תקציב (המשך)		
הכנסות נוספות	המרפאה רשאית ליצור הכנסות נוספות ממכירת שירותים ומתרומות. הכנסות אלה יעמדו לרשותה ותקציבה יוגדל בהתאם.	המרפאה אינה רשאית להגדיל הכנסות על־ידי מכירת שירותים או קבלת תרומות.
(ז) שירותי הנהלת חשבונות	המחוז ימשיך לספק	המחוז מספק
(ח) מידע		
מערכת מידע	המרפאה אחראית להזין את מערכת המידע בנתוני ההוצאה. הנהלת החשבונות במחוז צריכה לספק מידע משלים למינהלת הפרויקט. המינהלת אחראית לבנות את מערכת המידע, להכין טפסים שנדרשים לצורך איסוף המידע, לנתח את המידע ולספק דו"חות למרפאה. המינהלת תכין תכנית להפקת דו"חות סטנדרטיים אותם תפיק המרפאה בעצמה. המרפאה יכולה לבקש מהמינהלת מידע נוסף לפי צרכיה. פירוט נושא המידע מופיע בפרק 2.3. (**הערה:** אין הגדרה תוך כמה זמן המינהלת צריכה להיענות לבקשות המרפאה).	אין מערכת מידע ולכן גם אין על המרפאה אחריות לדאוג לאיסוף הנתונים.
(ט) הכשרה	צוות המרפאה צריך לעבור הכשרה. המינהלת מחליטה מה ההכשרה שעל אנשי המרפאה השונים לעבור, ואחראית להכשירם. ההכשרה העיקרית היא בקריאת דו"חות וניצול המידע. אם המרפאה מעוניינת בהכשרה מיוחדת, עליה לממן זאת מתקציבה.	מרפאה שאינה מבוזרת אינה זקוקה להכשרה מיוחדת ולכן אין למחוז אחריות להכשיר את העובדים.

2.2.2 אספקת השירות לצרכן

	מרפאה מבוזרת	מרפאה לא־מבוזרת
(א) שיווק (מכירת שירות)	המרפאה רשאית למכור שירותים שהיא איננה מחוייבת לתת במסגרת הסל. היא חייבת ליידע את המחוז, אך איננה חייבת בקבלת אישור. (**הערה:** אין כיום סל שירותים המוגדר באופן רשמי ונוהגים לפי הרמה המקובלת. לאחרונה פרסמה הקופה שהוחלט על סל, אך תוכנו עדיין לא הגיע לרמת המרפאה).	איננה רשאית למכור שירותים.
(ב) תעריפים	מרפאה אשר מוכרת שירות ממליצה על תעריף לשירות זה, אך עליה לקבל את אישור המחוז להמלצה	אין סמכות למכור שירותים ולכן גם אין מעורבות בקביעת תעריפים
(ג) שעות מתן שירות	רשאית לשנות את שעות העבודה	איננה רשאית לשנות את שעות העבודה
(ד) הרכב שירותים במרפאה	המרפאה חייבת לספק את כל השירותים כפי שהיה מקובל עד עתה	מרפאה חייבת לספק את כל השירותים
(ה) כללי טיפול רפואי		
מדיניות	המרפאה רשאית לקבוע מדיניות רפואית עצמאית, כלומר להחליט על אופן הטיפול במקרים שונים. עליה ליידע את המחוז על החלטותיה, אך אין היא צריכה לבקש אישור	חייבת לתת טיפול לפי כללי המדיניות הנקבעים בהנהלת המחוז

	מרפאה מבוזרת	מרפאה לא־מבוזרת
(ח) כללי טיפול רפואי (המשך)		
איכות	המרפאה חייבת לעמוד בדרישות האיכות של המחוז. המחוז רשאי להפסיק את הניסוי אם יתברר שהאיכות נפגעת. (**הערה:** אין הגדרה מדוייקת של דרישות האיכות. מוקמת מערכת לבקרת איכות).	המרפאה חייבת לעמוד בדרישות האיכות של המחוז

2.3 מערכות מידע

המרפאה המבוזרת מקבלת תקציב, ועליה לספק שירותים למבוטחים מבלי לחרוג מתקציב זה. בצורת פעולה כזו יש חשיבות רבה למערכות מידע משני סוגים: מידע תקציבי ומידע על איכות הטיפול.

המידע התקציבי מהווה בסיס לבניית תקציב למרפאה ולמעקב אחר ניצולו. המידע הכרחי להנהלת המרפאה כדי שתוכל לעמוד בתקציב, וכן הכרחי להנהלת המחוז כדי שתוכל לעקוב אחר מצב ההוצאות של המרפאה. להלן נתאר את עקרונות מערכת המידע התקציבי שנבנתה (פירוט נוסף ראה בנספח 3).

המידע על איכות הטיפול חשוב לצורך בקרת איכות, שכן קיים חשש שעקב מאמצים של המרפאה לחסוך בהוצאות, איכות הטיפול תפגע. בחלקו השני של פרק זה נתאר את עקרונות מערכת המידע שנבנתה לצורך בקרת האיכות.

2.3.1 עקרונות מערכת המידע התקציבי

במחוז הנגב הוקמה מערכת מידע תקציבי המתבססת על נתוני הוצאה שבחלקם מוזנים במרפאה בעת ביצוע ההוצאה, ובחלקם מוזנים על־ידי המינהלת מנתוני מערכות מידע מרכזיות במחוז.

הזנת מידע ממערכות מרכזיות הוא תהליך חסכוני לארגון, שכן הוא פוטר כל מרפאה מחובת איסוף הנתונים והקלדתם בנפרד. מצד שני, מידע כזה אינו קיים כיום לגבי כל סעיפי ההוצאה. יש מקרים בהם קיים מידע ממערכות מרכזיות אך רמת הפירוט שלו אינה מספקת לצרכי הניהול של המרפאה, למשל כאשר אין מידע על הוצאות ברמת הרופא הבודד. בנגב מנסים לנצל מידע ממוחשב מרכזי במידת האפשר, ואף להרחיבו. יחד עם זאת, מרבית הנתונים על ההוצאות הרפואיות של המרפאה מוקלדים ישירות במרפאה.

הנתונים המוזנים ישירות למחשב במרפאה נוגעים להיקף השימוש של מבוטחי המרפאה בשירותים הבאים: תרופות, אשפוז בבתי־חולים של קופת־חולים, מיון, מרפאות חוץ, הפניה לרופא מקצועי עצמאי, אבחון, בדיקות מעבדה.

נתונים אחרים מוזנים במינהלת הפרויקט על סמך נתונים ממערכות מידע מרכזיות במחוז. אלה כוללים: שכר לעובדי המרפאה, שכר לרופאים מקצועיים, קופה קטנה, טלפון חשמל ומים, אחזקת ציוד רפואי, אשפוז בבתי־חולים שאינם של קופת־חולים, ביקור שני אצל רופא מקצועי עצמאי.

בנוסף, במערכת המידע קיים "מחירון" - קובץ שבו מפורטים מחירי הפעולות שמבצעת המרפאה, ולפיו נקבע גובה החיוב לגבי הפעולות שמבוצעות במרפאה. המחירון נקבע על-ידי מינהלת הפרויקט לפי נתוני תמחיר פנימיים, מחירון קופת-חולים ומחירי ספקים חיצוניים.

2.3.2 הדו"חות שיופקו ממערכת המידע התקציבי

מערכת המידע התקציבי מספקת למרפאה דו"חות תקופתיים וכן גישה שוטפת למידע המצטבר. כיום המינהלת מפיקה את הדו"חות ומפיצה אותם למרפאות, אך בעתיד כל מרפאה תוכל להפיק דו"חות באופן עצמאי לפי הצורך. ישנם שני סוגים עיקריים של דו"חות:

(א) דו"חות המסכמים את כמות הפעולות שנעשו על-ידי כל רופא. (כמות האשפוזים בקרב מטופליו, כמות האבחונים שביקש, כמות בדיקות המעבדה שביקש וכו').

(ב) דו"חות המסכמים את העלות הכספית של הפעולות שנעשו על-ידי כל רופא (עלות אבחונים מסוגים שונים, בדיקות מעבדה מסוגים שונים וכד').

בכל דו"ח מופיע מידע השוואתי על הפעילות של כל רופא. בנספח 4 מופיעה דוגמה של דו"ח שמופק לגבי פעולות אבחון יעוץ ובדיקות מעבדה. דו"חות אלה מספקים מידע היכול לשמש הן להתייעלות פנימית של המרפאה, והן לבקרה מצד הנהלת המחוז והנהלת המרפאה על מצבה הכספי של המרפאה.

הדו"חות מופצים למינהלת הפרויקט, להנהלת המרפאה לרופאים ולאחיות. נערכים גם מפגשים של מינהלת הפרויקט עם צוות המרפאה בהם דנים במשמעות הדו"חות, ובמידע נוסף שדרוש לצוות.

2.3.3 מערכת בקרת האיכות

המטרה של מערכת בקרת האיכות היא לקבוע סטנדרטים לטיפול הרפואי המקובל במצבים שונים, ולעקוב אחר הטיפול הרפואי הניתן על-ידי כל רופא במחוז, ובפרט במרפאות המבוזרות. הכלי העיקרי שנבנה לשם כך בנגב הוא סקר תקופתי, שבו נאסף מידע על הטיפול בחולים שהגיעו למרפאה ביום הסקר.

הנתונים נאספים באמצעות טופס "סקר ביקורים" (נספח 5). זהו טופס שהרופא ממלא לגבי כל חולה שמגיע אליו ביום ביצוע הסקר. בטופס ישנם פרטים על החולה, הבעיה הרפואית שלו, והפעולות שנעשו בעת הביקור (בדיקות, תרופות, הפניות וכו').

הסקר ייערך אחת לשלושה חודשים בכל מרפאה מבוזרת, ופעם בחצי שנה במרפאות האחרות במחוז. ביום הסקר מגיעים למרפאה פוקדים, הדואגים למסירת הטופס לחולים וקבלתו בחזרה לאחר שהרופא מילא הפרטים. צוות בקרת האיכות במחוז אחראי לאיסוף הנתונים, הקלדתם וניתוחם.

2.3.4 הדו"חות שיופקו ממערכת בקרת האיכות

הדו"חות ממערכת בקרת האיכות מספקים מידע על התפלגות הביקורים לפי הבעיות הרפואיות, התפלגות הביקורים לפי פעולות האבחון שנעשו, אבחנות בקבוצות גיל עיקריות וכדומה (היחידה לבקרת איכות 1990). נתוני הסקר מתוכננים לשמש לקביעת סטנדרטים של טיפול רפואי בבעיות השונות, ולהוות בסיס לבניית מערכת בקרת איכות שתשווה את הביצוע של כל רופא לסטנדרט זה. למשל, אם נמצא שרוב

הרופאים נותנים תרופה מסוימת לאבחון מסוים, אפשר יהיה לאתר רופאים שנוהגים אחרת ולברר את הסיבות לכך.

מרכיב שני במערכת בקרת האיכות בנגב הוא סקרי שביעות־רצון. כידוע, אחד ממדדי התוצאה לאיכות טיפול של רפואה ראשונית הוא שביעות־רצון של המטופלים, ולכן הוחלט בנגב לעקוב באופן שוטף אחר שביעות־רצונם של המבוטחים. מתוכנן לבצע סקרים תקופתיים של שביעות־רצון באמצעות שאלון שנבנה במשותף בידי צוות בקרת איכות במחוז, מינהלת הפרויקט ומכון ברוקדייל.

2.4 הקריטריונים להערכת מרפאה מבוזרת, ומערכת התמריצים

בעת מעבר לדפוס עבודה של מרפאה מבוזרת, חשוב לקבוע מה יהיו הקריטריונים לפיהם הנהלת המחוז תנתח את המידע הנאסף על המרפאה ותעריך באיזו מידה המרפאה פועלת בהתאם למסגרת התקציבית וברמת האיכות הנדרשת. קריטריונים אלה אמורים להוות את הבסיס להערכת רמת התפקוד של המרפאה.

במחוז הנגב עדיין לא נקבעה מערכת כוללת של קריטריונים לפיהם ניתן להעריך את תפקוד המרפאה. מהבחינה התקציבית, אחד הקריטריונים שנקבעו הוא עמידה בתקציב. אולם, לא הוחלט כיצד להתייחס למצב של חריגה קלה מן התקציב המתרחשת בד בבד עם שיפור באיכות הטיפול – למשל קיצור זמן המתנה לאבחונים.

מבחינת איכות הטיפול, טרם פותחו קריטריונים להערכת תפקוד המרפאה. הם יפותחו על סמך מידע שייאסף באופן קבוע ב"סקר ביקורים" בכל המרפאות במחוז. קריטריון נוסף לתפקוד המרפאה הוא מספר המבוטחים הרשומים בה. בנתון זה משתמשים בעת העדכון התקופתי של גובה התקציב למרפאה, אך עדיין לא נקבעו שימושים נוספים, כגון תיגמול על גידול במספר המבוטחים מעבר לגידול האוכלוסייה באזור.

תמריצים וסנקציות

בהסכם בין הנהלת המחוז למרפאה, ניתנים למרפאה המבוזרת תמריצים לחסוך בהוצאות. בקביעת גובה התמריץ מבחינה הנהלת המחוז בין חיסכון בהוצאות המהוות הוצאות אמיתיות למחוז (שכר, תרופות, אשפוז בבתי־חולים פרטיים, אבחונים במכונים פרטיים) לבין הוצאות שהמרפאה מבצעת אך המחוז אינו משלם אותם בפועל (אשפוז בבתי־חולים של קופת־חולים או בבתי־חולים ממשלתיים, אבחון במכוני קופת־חולים או במכונים ממשלתיים, מיון מרפאות חוץ ומעבדות בסורוקה).

אם מרפאה מצליחה לחסוך בסעיפי ההוצאה מהסוג הראשון, יועמד לשימושה 60% מהסכום העודף. אם מרפאה מצליחה לחסוך בסעיפי ההוצאה מהסוג השני, 20% מהסכום שנחסך יהווה בסיס למתן בונוס לצוות המרפאה כקבוצה. גובה הבונוס ייקבע בהתאם לצרכי המרפאה ולאפשרויות המחוז, ויסוכם בין הנהלת המחוז למרפאות.

שיטת תמרוץ זו מעודדת מרפאות להשקיע מאמצי חיסכון בסעיפי תקציב שמהווים הוצאה בפועל להנהלת המחוז, ולהשתדל עם זאת לחסוך גם בסעיפים אחרים.

לגבי השימוש בסכום החיסכון, המרפאה תוכל להשתמש בו להגדלת תקציבה בשנה הקרובה או לכל פעולה שתביא לשיפור עבודת המרפאה ותנאי העבודה של צוות המרפאה. המרפאה אינה רשאית לתת הטבות אישיות לעובדים אך יכולה לנצל את הסכום העודף לארגון ימי עיון, רכישת ספרות מקצועית, רכישת ציוד רפואי או אחר למרפאה וכד'.

אם יווצר גרעון תקציבי במרפאה, הנהלת המחוז תהיה רשאית לשנות את תנאי הניסוי או אף להפסיקו. יתירה מכך, הנהלת המחוז רשאית לעשות זאת גם אם ייווצרו נסיבות ניהוליות או אחרות שיחייבו הפסקת הניסוי. אולם, בהסכם שבין המחוז למרפאה לא מפורטות הנסיבות בהן ניתן לפעול כך.

3. תהליך יישום השינוי

בפרק זה נעמוד על השלבים העיקריים עד כה ביישום השינוי במרפאות במחוז הנגב, נדון במאפיינים עיקריים של תהליך היישום, נצביע על מספר כלים הדרושים ליישום השינוי ונעריך את היקף המשאבים הדרושים לשם כך.

3.1 שלבים ביישום הביזור

במחוז הנגב, השלבים העיקריים בתהליך ביזור המרפאות עד כה היו:

א. מינוי אחראי לנושא הביזור בהנהלת המחוז וצוות שיעסוק בביצוע הצעדים הדרושים (מינהלת הפרויקט).

ב. עבודות הכנה: בחירת מרפאות לביזור, תיאור וניתוח המידע הקיים על הוצאות מרפאה והכנת תכנית לבקרת איכות.

ג. הגדרת המשאבים הדרושים למערכת המידע: חומרה, תוכנה, כוח־אדם ומקום פיזי.

ד. פיתוח תוכנה מתאימה לבניית מערכת המידע התקציבי, ומערכת בקרת איכות.

ה. הכנת התשתית: רכישת מחשב למרפאה, פיתוח טפסים מתאימים לאיסוף מידע תקציבי ומידע לבקרת איכות, גיוס קלדנית והכשרתה, פעולות הדרכה והכשרה לצוות המרפאה.

ו. הכנת הסכם עבודה עם המרפאה ובו מפורטים כללי המשחק, גובה התקציב ואופן חישובו.

ז. הפעלת תכנית הביזור: התקנת מערכת המידע במרפאה, איסוף המידע התקציבי, איסוף מידע לבקרת האיכות, עיבוד וניתוח המידע, והפקת דו"חות.

3.2 דיון במאפיינים העיקריים של תהליך יישום הביזור

בסעיף זה נפרט ונסביר את המשמעות של מספר פעולות מרכזיות, שנעשו במחוז הנגב במהלך יישום השינוי הארגוני של ביזור סמכויות למרפאה.

3.2.1 מינוי אחראי והקצאת תקציב לעבודות הכנה

החשיבות של מינוי אחראי לנושא היא בכך שיש אדם הרואה את קידום הנושא כאחריות שלו, ויש לו הזמן הדרוש כדי לעסוק בכך. עבודת ההכנה העיקרית היתה בדיקת עלות מרפאה בנגב, דבר שסייע בעת קביעת התקציב למרפאה המבוזרת. בנוסף, שימשה העבודה להכרת מערך המידע הקיים במחוז ולאיתור פריטי מידע חסרים, דבר שסייע בעת בניית מערך המידע למרפאה מבוזרת.

3.2.2 הקמת מינהלת פרויקט

זהו צוות עבודה שתפקידו ליישם את השינוי, כלומר להעביר מרפאה לצורת פעולה מבוזרת. המינהלת היא האחראית לביצוע השינוי ויש לה הזמן והמשאבים הדרושים לכך. תפקידי המינהלת כוללים:

1. הכנת מערך מידע ממוחשב לצורך בקרה תקציבית.
2. הכנת טפסים לאיסוף מידע.
3. ריכוז, עיבוד וניתוח הנתונים התקציביים.
4. דיווח שוטף למרפאות עד לשלב שבו המרפאות יוכלו להפיק דו"חות באופן עצמאי לפי תפריט דוח"ות.
5. דיווח שוטף להנהלת המחוז.
6. הכנת תכנית בקרת איכות – איזה מידע לאסוף, אופן הניתוח שלו והכנת דו"חות.
7. הכשרת צוות המרפאה.

3.2.3 פעולות הכשרה והדרכה לצוות המרפאה

הצלחת התהליך של השינוי הארגוני מותנה במידה רבה בפעולות הכשרה והדרכה לעובדים. ההכשרה בונה יחס חיובי לשינוי וכן מקנה מיומנויות שיידרשו לתפקוד במערכת החדשה. בנגב נעשו פעולות הדרכה מכמה סוגים:

1. מפגשים עם צוות המרפאה כדי לבנות נכונות להיכנס לביזור, להסביר את הביזור, לקבל תגובות לרעיונות וכו'.
2. פגישות עם כל צוות המרפאה לצורך הדרכה בנושא הכרת המחשב, שכן בביזור מצפים שהצוות ייעזר במחשב.
3. שיעורים לכל צוות המרפאה בנושא עקרונות בסיסיים בתקצוב, כדי ליצור הכרות ויחס חיובי לתקציב, שהוא אחד המרכיבים העיקריים בביזור.
4. דיון בדו"חות המופקים ממערכת המידע התקציבי, למשל מתן הסברים לצוות כיצד לקרוא את הדו"חות, דיון בשאלה מדוע יש הבדלים ברמת שימוש בין רופאים שונים, דיון בשאלה מדוע יש הבדלים ברמת צריכה בתקופות שנה שונות, וכד'. החשיבות של הדרכה זו היא בכך שהעובדים יבינו את המשמעות של המידע וילמדו להשתמש בו. כמו־כן הדרכה זו יכולה לעורר רצון של הצוות להסתייע במידע ואף לבקש מידע נוסף.

3.2.4 שיתוף גורמים שונים בתהליך

אחד המאפיינים של תהליך היישום בנגב היה שיתוף של גורמים במחוז ובמרפאה במהלך שלבי תכנון השינוי. מינהלת הפרויקט, שתפקידה לדאוג ליישום הביזור, דאגה לערב הן את הנהלת המחוז והן את עובדי המרפאה כבר בשלבים הראשונים של תכנון עבודת המרפאה המבוזרת. שיתוף גורמים אלה הוא חשוב מכיוון שהוא מעלה את הסיכוי לשיתוף פעולה מצידם בתהליך היישום, ומובן שהצלחת תכנית ביזור מרפאה מותנה בשיתוף פעולה זה. בנוסף, על מנת לתכנן שינוי שיהיה ישים ומתאים לתנאי העבודה במרפאה, חשוב לנצל את הידע והניסיון של העובדים בשדה.

3.3 כלים שדרושים ליישום הביזור

כדי שמרפאה תוכל לפעול בשיטת העבודה המבוזרת, היא זקוקה למספר כלים חדשים, מעבר למה שקיים במרפאה רגילה.

הכלי העיקרי הוא מערכת מידע, כפי שתוארה במפורט בפרק 2.3. כלים אחרים שדרושים הם מערכת טפסים לאיסוף המידע שיוזן למערכת, ובפרט טופס המשמש להפניה ליעוץ, מיון ואבחון (ראה טופס 22, נספח 6).

3.4 משאבים מיוחדים הדרושים ליישום הביזור

לביזור מרפאה יש עלות, וחשוב שתהיה מודעות לכך עוד לפני שמתחילים בתהליך. על סמך הניסיון שהצטבר במחוז הנגב, ניתן להצביע על מספר הוצאות עיקריות שהיו כרוכות ביישום הביזור במחוז. חלק מן ההוצאות גדלות עם ביזורה של כל מרפאה נוספת (א־ד), וחלקן מהוות הוצאה קבועה משום שהן משרתות מספר מרפאות מבוזרות (ה־ו).

(א) שכר לקלדנית – היקף המשרה מותנה בגודל המרפאה. במרפאה שבה 5,000 מבוטחים, יש להעסיק קלדנית בחצי משרה.

(ב) מחשב PC – תואם IBM עם דיסק קשיח וזיכרון 30 מגהבייט. רצוי מחשב AT כדי שהעיבוד יהיה יותר מהיר.

(ג) מקום להצבת המחשב.

(ד) הדפסת הטפסים הנחוצים, נייר מחשב, דיסקטים וכד'.

(ה) פיתוח תוכנה או רכישת תוכנה מוכנה.

(ו) העסקת כוח־אדם במינהלת הפרויקט:

1. אחראי ביזור 25% משרה
2. אחראי לבקרת איכות 25% משרה
3. אחראי לפיתוח מערכות המידע (תקציב ובקרת איכות) ולעיבוד הנתונים 50% משרה. (למחוז שבו מבוזרות עד 6 מרפאות)
4. מתכנת/מנתח מערכות לאחזקה שוטפת של התוכנה 10% משרה. (למחוז שבו מבוזרות עד 6 מרפאות).

4. תכנית ההערכה למרפאה מבוזרת

תכנית הביזור מופעלת בתקופה רבת שינויים בקופת־חולים כללית. הארגון מתמודד עם בעיות חיצוניות קשות, ובעיקר התגברות התחרות מצד קופות־החולים האחרות, החוב המצטבר ובעיות באיזון התקציבי. תכנית הביזור היא אחד השינויים הארגוניים הנעשים כדי להתמודד עם הסביבה המשתנה, אך אין זה השינוי היחיד. בין השינויים הנוספים ניתן למנות, למשל, הכנסת ביטוח וולנטרי "שתיל", בחירה חופשית של רופא, מבצע קיצור תורים והזמנת תור לרופא בטלפון.

ביצוע מחקר הערכה בארגון העובר שינויים הוא אחד הדרכים ללמידה ארגונית, ולשיפור תהליכי השינוי בארגון (Rossi & Freeman 1982; Rutman 1980) הליווי המחקרי מספק לארגון מידע משני סוגים: א. מידע על אפקטיביות של תהליך יישום השינוי, כלומר באיזו מידה מיושמת תכנית השינוי בפועל, והאם ישנם קשיים בביצועה. ב. מידע על השפעות התכנית, כלומר באיזו מידה התכנית משיגה את מטרותיה והאם יש לה תוצאות לוואי שלא תוכננו. הערכת תכנית השינוי מקבלת משנה חשיבות מכיוון שביזור המרפאות מופעל לצד שינויים נוספים בפעולת הקופה, דבר היוצר קושי להבחין בהשפעת הביזור ולבודדה מהשפעת השינויים האחרים המתרחשים בו זמנית בקופה.

בפרק זה נתאר את מערך ההערכה שנבנה כדי להתמודד עם האתגר של זיהוי השפעות ביזור המרפאות בסביבה ארגונית משתנה.

4.1 מטרות ההערכה ושאלות המחקר

כחלק מניסיון הקופה לקדם את יישום הביזור ולהפיק לקחים לגבי ביזור נוסף בהמשך, התבקש מכון ברוקדייל לסייע בהערכת הביזור. מטרת ההערכה היא לספק מידע רלוונטי שיסייע להנהלת הקופה במרכז ובמחוזות להחליט האם כדאי לבזר מרפאות נוספות, וכיצד לעשות זאת. כדי לספק את המידע הדרוש להחלטות אלה, ההערכה תנסה לענות על חמש שאלות מרכזיות:

א. מה השינוי בפועל בסמכויות המרפאה ובאחריות המוטלת עליה? מהם הקשיים ביישום תכנית הביזור וכיצד ניתן להתגבר עליהם כדי שהתכנית תפעל בצורה האפקטיבית ביותר? מה מסייע לביצוע התכנית?

ב. כיצד משפיע הביזור על רמת ההוצאות? האם היתה התייעלות, כלומר ירידה בהוצאות מבלי שהשירות נפגע או לחלופין האם היה שיפור בשירות באותה רמת הוצאה?

ג. כיצד משפיע הביזור על צוות המרפאה? האם היה שיפור בשביעות־הרצון, במוטיבציה, במוראל, ביוזמה ובאחריות של העובדים? האם עלתה המודעות לעלויות? האם יש יותר התחשבות בצורכי המבוטחים?

ד. כיצד משפיע הביזור על מספר המבוטחים במרפאה, ועל שביעות־הרצון שלהם מהשירותים הניתנים במרפאה?

ה. כיצד משפיע הביזור על ממדים נוספים של איכות הטיפול הניתן למבוטחים במרפאה?[1] האם חלו שיפורים בממדי מבנה כמו: המבנה הפיזי, אחזקת הציוד, ורמת ההכשרה; בממדי התהליך כגון: נגישות השירותים, כוללנות השירותים, וטיפול רפואי הולם; ובממדי תוצאה כמו רמת הבריאות?

---

1 באיכות הטיפול אנו כוללים מספר ממדים של טיפול הניתן בשירותי רפואה ראשונית. בעקבות Donabedian (1980) אנו ממיינים אותם לפי מבנה תהליך ותוצאה.

השאלה הראשונה מתייחסת לתהליך יישום השינוי הארגוני, וארבע האחרות מתייחסות להשפעה של השינוי הארגוני. בנוסף לשאלות המרכזיות הללו, מחקר ההערכה ינסה לענות על שאלות מחקר נוספות אותן פירטנו בלוח 1. השאלות ממויינות לפי שאלות המתייחסות לתהליך הביזור, שאלות המתייחסות לתפוקות ביניים של יישום הביזור, ושאלות המתייחסות לתוצאות הביזור. (לפירוט נוסף של שאלות המחקר ראה נספח 7).

שאלות המחקר המתייחסות לתהליך הביזור מכוונות לספק מידע לגבי תהליך היישום, כדי להגיע להפקת לקחים וללמידה, שיאפשרו יישום אפקטיבי יותר של תהליכי הביזור.

לוח 1: שאלות המחקר

תהליך הביזור	תפוקות ביניים	תוצאות
1. מהם מרכיבי תכנית הביזור?	1. האם יש שינוי במבנה הארגוני, בנוהלים, בתהליכי עבודה?	1. כיצד משפיע הביזור על רמת ההוצאות במרפאה?
2. האם הביזור מתבצע לפי המתוכנן?	2. האם הביזור מביא לקבלת החלטות מבוססות יותר על מידע?	2. כיצד משפיע הביזור על צוות המרפאה?
3. מה הקשיים בביצוע?	3. האם יש שינוי בהרכב הוצאות המרפאה?	3. כיצד משפיע הביזור על מספר המבוטחים במרפאה ועל שביעות־הרצון שלהם?
4. מה עמדות העובדים כלפי תהליך הביזור?	4. האם יש שינוי ברמת השימוש בשירותים (מיון, אבחון, תרופות וכו')?	4. כיצד משפיע הביזור על איכות הטיפול הניתן למבוטחים במרפאה?
	5. האם יש שינוי בשירותים שהמרפאה מספקת?	
	6. האם יש שינוי בהרכב כוח־האדם במרפאה?	
	7. האם נעשות פעולות חינוך, גיבוש והדרכה לעובדים?	
	8. האם יש שינוי בדפוס הניהול של המרפאה?	

שאלות המחקר המתייחסות לתפוקות הביניים מכוונות לספק מידע לגבי שינויים המתרחשים במרפאה בעקבות הביזור, והמהווים שלב ביניים בדרך להשגת תוצאות מתהליך הביזור. הערכת תפוקות הביניים חשובה בגלל שתי סיבות עיקריות:

א. תוצאות השינוי ייראו רק כעבור זמן, ואילו תפוקות הביניים יתנו אינדיקציה למתרחש כבר בטווח קרוב. לדוגמה, אם לאחר הביזור נעשים במרפאה שינויים בנוהלי אישור תרופות יקרות, זו תפוקת ביניים שיכולה להוביל כעבור זמן לתוצאה של חיסכון תקציבי.

ב. תפוקות הביניים מלמדות אותנו על התהליכים המתרחשים במרפאה בעקבות הביזור, ומאפשרות להבין מדוע התרחשו תוצאות אלה או אחרות.

שאלות המחקר המתייחסות לתוצאות התהליך בוחנות באיזו מידה הביזור אכן משיג את מטרותיו.

מודל ההערכה מניח שיישום הביזור יביא לתפוקות ביניים המפורטות בלוח 1, ותפוקות הביניים יובילו לתוצאות (Costner 1989). אולם, איננו יכולים לשער מראש האם כיוון ההשפעה של הביזור יהיה חיובי או שלילי.

ייתכן שכתוצאה מהביזור אכן יושגו המטרות שבגללן התחילו בתהליך, ביניהן עלייה בשביעות־רצון צוות העובדים, עלייה בשביעות־רצון המבוטחים והתייעלות. אולם, ייתכן גם שלביזור תהיינה תוצאות הפוכות, כגון מתחים בקרב חברי הצוות, ופגיעה בטיפול הרפואי כתוצאה מהרצון לחסוך בהוצאות. לכן, הבנת התהליכים המתרחשים במרפאה מבוזרת מהווה את אחד האתגרים החשובים של מחקר ההערכה.

כדי להבהיר נקודה זו, נבחן לדוגמה את השפעת הביזור על שביעות־הרצון של המבוטחים במרפאה. ייתכן שקביעת תקציב והאצלת סמכויות להנהלת המרפאה יאפשרו היענות טובה יותר לצורכי התושבים באזור, דבר שיעלה את שביעות־רצונם. מאידך, ייתכן שקביעת תקציב, ומתן תמריץ לחיסכון יגרמו לנסיונות לחסוך בעת מתן השירות והטיפול רפואי וכתוצאה מכך שביעות־הרצון של המבוטחים דווקא תרד.

בצורה דומה, ייתכן שהאצלת סמכויות למרפאה תגרום להעשרת תפקידיהם של העובדים דבר שיעלה את שביעות־רצונם ואת המורל שלהם. מאידך, ייתכן שהשינוי ייתפס בעיני העובדים כמאיים, מכיוון שיידרשו לצמצם בהוצאות ויהיו חשופים יותר לביקורת, וכתוצאה מכך שביעות־רצונם והמורל שלהם דווקא ירדו.

ניתוח זה מחזק את הצורך במחקר הערכה, שתפקידו ללוות את התהליך, לעמוד על התהליכים המתרחשים כתוצאה מיישום הביזור ולבחון באופן מבוקר את התוצאות.

4.2 כלי המחקר

כדי לענות על שאלות המחקר שפורטו בפרק הקודם, פותחו מספר כלים מחקריים שיאפשרו את איסוף המידע הדרוש. להלן נתאר בקצרה את כלי המחקר ונציין באיזו תדירות ייאסף המידע בכל כלי.

ראיונות עומק: פותח שאלון לריאיון פתוח עם חברי הנהלת מרפאה (מנהל המרפאה, אחות אחראית, מזכיר), ועם עובדים בכירים בהנהלת המחוז. מטרת השאלון היא לתעד את השינויים שמתרחשים במרפאה, ולשמוע מהעובדים הבכירים כיצד הם תופסים את תהליך השינוי ואת השפעתו.

ראיונות העומק ייערכו שלוש פעמים במהלך תקופת ההערכה: סמוך לתחילת תהליך הביזור, שנה לאחר יישומו, וכעבור כשנה נוספת.

סקר עובדים: פותח שאלון סגור למילוי עצמי על־ידי כל צוות העובדים במרפאות המשתתפות בהערכה.

השאלון מתייחס למספר היבטים עיקריים: שביעות־הרצון, המוטיבציה, המוראל וההזדהות עם הארגון; עמדות כלפי תהליך השינוי המתרחש במרפאה; דיווח של העובדים על תהליך יישום השינוי; דיווח על השימוש במידע ועל צורכי מידע.

גם סקר זה יועבר שלוש פעמים במהלך תקופת ההערכה: לפני התחלת הביזור, שנה לאחר יישומו וכעבור כשנה נוספת.

סקר מבוטחים: פותח שאלון סגור לריאיון מדגם של 200 איש מכל מרפאה המשתתפת בהערכה. המדגם הוא מדגם שכבות לפי מרפאה, גיל ומחלות כרוניות, והדגימה נעשתה מתוך רשימת המבוטחים במרפאות.

השאלון מתייחס לשלושה היבטים עיקריים: שביעות־רצון משירותי המרפאה ומהטיפול הרפואי; דיווח על נוהלי העבודה והטיפול הניתן במרפאה; דיווח על מצב הבריאות והמצב הסוציודמוגרפי של המבוטח.

סקר זה יועבר פעמיים. הסקר הראשון ייערך לפני התחלת הביזור או סמוך מאוד לתחילתו. סקר נוסף ייערך כעבור כשנה וחצי.

ניתוח נתונים מינהליים: ייאספו נתונים על גובה ההוצאות וההכנסות בסעיפי התקציב השונים במרפאה, נתונים על שימוש בשירותי בריאות (מעבדה, רנטגן, תרופות, מיון, אשפוז וכו'), נתונים על אוכלוסיית המבוטחים (מספר מבוטחים, הרכב גילי, אחוז חולים כרוניים) ונתונים על מצבת כוח־האדם במרפאה.

הנתונים יתקבלו, חודשית, מתוך מערכת המידע המותקנת במרפאה המבוזרת ומרישום שייעשה בהנהלת המחוז לגבי מרפאת הביקורת.

ניתוח מסמכים: במסגרת ההערכה ינותחו מסמכים רלוונטיים להבנת תכנית הביזור ולהבנת תהליך יישום הביזור. למשל, ינותחו הסכמי הביזור עם המרפאות, פרוטוקולים של ישיבות מרכזיות, מסמכים המתארים את מבנה התקציב, מערכות המידע ועוד. המסמכים יועברו באופן שוטף לצוות ההערכה.

בלוח 2 מובא סיכום של השימושים שייעשו בכלי המחקר השונים, כלומר על אילו שאלות מחקר נוכל לענות בעזרת כל כלי.

לוח 2: מקורות המידע לבחינת שאלות המחקר

השאלה	ראיונות עומק ומסמכים	ניתוח נתונים מינהליים	סקר עובדים	סקר מבוטחים
תהליך				
1. תיעוד התכנית	+			
2. האם הביזור מתבצע לפי המתוכנן?	+		+	
3. מה הקשיים בביצוע?	+		+	
4. מה עמדות העובדים כלפי הביזור?			+	
תפוקות ביניים				
1. האם יש שינוי במבנה ארגוני, נוהלים, תהליכי עבודה?	+		+	+
2. האם הביזור מביא לקבלת החלטות מבוססות יותר על מידע?	+		+	
3. האם יש שינוי בהרכב הוצאות המרפאה?	+	+		
4. האם יש שינוי ברמת השימוש בשירותים (מיון, אבחון, תרופות וכו')?		+		
5. האם יש שינוי בשירותים שהמרפאה מספקת?	+			+
6. האם יש שינוי בהרכב כוח־האדם במרפאה?		+		
7. האם נעשות פעולות חינוך, גיבוש והדרכה לעובדים?	+		+	
8. האם יש שינוי בדפוס הניהול של המרפאה?	+		+	
תוצאות				
1. כיצד משפיע הביזור על רמת ההוצאות והרכב ההוצאות במרפאה?		+		
2. כיצד משפיע הביזור על צוות המרפאה?	+		+	
3. כיצד משפיע הביזור על מספר המבוטחים במרפאה ועל שביעות־רצונם?		+		+
4. כיצד משפיע הביזור על איכות הטיפול הניתן למבוטחים במרפאה?			+	+

4.3 מערך המחקר

כדי לענות על שאלות המחקר, נבנה מערך מחקר מבוקר, המיועד לבודד במידת האפשר את השפעת השינויים הנוספים המתרחשים בקופת־חולים. מערך המחקר מתבסס על מעקב ומדידה בשתי מרפאות העוברות ביזור ובשתי מרפאות ביקורת שלא בוזרו, מרפאת ניסוי ומרפאת ביקורת בכל מחוז. במרפאות אלה יתבצעו מדידות בעזרת כלי המחקר שפורטו בפרק 3.2 במספר נקודות זמן במהלך ההערכה (Cook & Campbell, 1979).

שינויים לאורך זמן במרפאות הניסוי יושוו לשינויים באותה תקופה במרפאות הביקורת. למשל, תיערך השוואה של דפוסי העבודה, דפוסי ההוצאות, רמת שביעות־הרצון של עובדים ושל מבוטחים, בנקודות הזמן השונות. הניתוח יתבסס על השוואה בין מרפאות הניסוי לבין מרפאות הביקורת. אם יתברר שקיימים הבדלים בשינויים שחלו במרפאות הביקורת לעומת השינויים שחלו במרפאות הניסוי ניתן יהיה לייחסם להשפעת הביזור, זאת בהנחה שהשינויים האחרים המונהגים בקופת־חולים משפיעים על כל המרפאות במידה שווה.

מרכיב שני במערך ההערכה הוא ביצוע מעקב רוחב פחות מעמיק, בשש מרפאות נוספות העוברות תהליכי ביזור במהלך שנת 1991. המרפאות ייבחרו משלושה מחוזות בקופת־חולים. המעקב מיועד לסייע בהכרת דגמי ביזור נוספים ולהרחיב את הידע לגבי תהליך יישום הביזור במרפאות. כלי המחקר בהם נשתמש במעקב זה הינם ראיונות עומק, סקר עובדים וניתוח נתונים מינהליים. מכיון שהמעקב ייערך ללא מרפאות ביקורת, לא נוכל להסיק מסקנות חד־משמעיות לגבי הקשר בין הביזור לבין תפוקות הביניים והתוצאות במרפאות אלה.

4.3.1 דיון במערך המחקר

למערך המחקר שנבחר יש שלושה יתרונות עיקריים:

(א) הוא מאפשר בידוד חלקי של השפעת שינויים אחרים המתרחשים בקופת־חולים בד בבד עם הביזור.

(ב) הוא מאפשר לבצע הערכה מעמיקה של תהליך הביזור ושל השפעותיו. הערכת הביזור בשתי מרפאות ניסוי בלבד מאפשרת לבחון ביסודיות הן את התהליך, והן את תפוקות הביניים שלו ואת תוצאותיו.

(ג) מערך המחקר, הכולל ביצוע מעקב לרוחב במרפאות נוספות, מאפשר להשוות דגמי ביזור שונים המיושמים במחוזות קופת־חולים.

יחד עם זאת, למערך המחקר ישנן מגבלות שחשוב לציינן ולהיות ערים להן בשלב של ניתוח הממצאים:

(א) השימוש במרפאות ניסוי וביקורת וביצוע מדידה לפני התחלת הביזור ולאחריו נועדו לנטרל את ההשפעות של שינויים אחרים המתרחשים בקופת־חולים במקביל לביזור. אולם יש להיות מודעים לכך שמטרה זו תושג במלואה רק אם יתקיימו התנאים הבאים:

- מרפאות הניסוי והביקורת אכן זהות מבחינת כל המשתנים שאינם קשורים בביזור (כגון: גיל, מיומנות הצוות וכדומה) אשר עשויים להשפיע על המשתנים הנמדדים.

- אין מצב שבו מרפאות הביקורת מאמצות פעילות הנעשית במרפאות הניסוי.

- במרפאות הניסוי והביקורת אין שינויים הנובעים מהידיעה שהן משתתפות במחקר (Hawthorne effect).

כבכל מחקר הנערך בשדה ולא בתנאי מעבדה, קשה להבטיח את קיום התנאים הללו במלואם. לכן, גם אם יימצאו הבדלים בין מרפאות הביקורת למרפאות הניסוי, לא נוכל לייחס את כל ההבדלים בוודאות להשפעת הביזור. עם זאת, מרפאות הביקורת נבחרו כך שיהיו דומות במידת האפשר למרפאות הניסוי במאפייניהן המרכזיים:

- מאפייני מבוטחים: מספר מבוטחים, הרכב גיל, מצב סוציואקונומי.

- גודל המרפאה: מספר רופאים, אחיות, אנשי משק ומינהל.

- סוג השירותים הניתנים במרפאה.

- התרשמות כללית של הנהלת המחוז לגבי מידת הדימיון למרפאת הניסוי.

(ב) מערך המחקר מתבסס על מספר מועט של תצפיות: השוואה בין שתי מרפאות ניסוי לבין שתי מרפאות ביקורת, ובדיקה של שש מרפאות נוספות, ללא מרפאות ביקורת. כתוצאה מכך יש קושי בניטרול המשתנים הנלווים שיכולים להשפיע על התוצאה. למשל, ייתכן ששביעות־רצון המבוטחים במרפאה מסוימת תגדל עקב שינוי בצוות המרפאה, ולא עקב השפעת הביזור.

(ג) יכולת ההכללה ממרפאות הניסוי למרפאות אחרות בקופה איננה מלאה, זאת משום שהמרפאות שנבחרו לביזור לא נבחרו באופן מקרי והן אינן מייצגות את כלל אוכלוסיית מרפאות קופת־חולים. חשוב לזכור שלביזור נבחרו מרפאות המוגדרות כ"חזקות", כלומר מרפאות שרמת התפקוד שלהן גבוהה מהממוצע. אולם, מכיוון שכנראה גם בשלב הבא של הביזור ייבחרו מרפאות כאלה, יוכל המידע ממחקר ההערכה לסייע ליישום הביזור לפחות בעתיד הקרוב.

בתכנון מערך המחקר ניסינו להגיע למערך הטוב ביותר האפשרי במגבלות התקציביות הקיימות. למרות שהמידע שיתקבל ממחקר ההערכה לא יהיה מושלם, יש חשיבות רבה בליווי מחקרי של הנסיונות ליישום הביזור. המידע שההערכה תספק, למרות מגבלותיו, עדיף על קבלת החלטות ללא כל מידע, בפרט כאשר מגבלות המידע ידועות מראש ויילקחו בחשבון בעת ניתוח הממצאים ופירושם.

לסיכום, בבחירת מערך המחקר נלקח בחשבון, בעדיפות ראשונה, השיקול של בניית מערך מחקר שיאפשר ללמוד לעומק את נושא הביזור על כל היבטיו, ושיענה במידת האפשר על הצורך לבודד את השפעתם של שינויים נוספים המתרחשים בקופת־חולים במקביל לביזור. המחיר של בחירה זו הוא, שהמחקר נערך במספר מצומצם של מרפאות.

5. סיכום

עבודה זו מתארת תכנית לביזור מרפאה, שפותחה ויושמה במחוז הנגב של קופת־חולים כללית. תיארנו את פרטי התכנית כדי לאפשר לארגונים המעוניינים בכך ליישם דגם דומה גם אצלם. הביזור יכול להביא לאספקת שירות ברמה גבוהה, לשיפור בתפקוד העובדים ולריסון הוצאות. עם זאת, ישנה גם אפשרות שבמרפאה יתרחשו תהליכים שיגרמו לכך שמטרות אלה לא תושגנה. לכן, יש מקום ללוות את תהליך הביזור בהערכה מבוקרת שתספק מידע אמפירי על תהליך השינוי ועל השפעותיו - המתוכננות והלא מתוכננות.

בפרק הראשון של המסמך סקרנו בקצרה את המבנה הארגוני ואת תהליכי הביזור בקופת־חולים כללית. ראינו שכבר ב–1985 התקבלה החלטה עקרונית על ביזור, וב–1988 התחילו תהליכי ביזור במספר מחוזות. מרפאה מבוזרת הופעלה לראשונה במחוז הנגב של קופת־חולים ב–1990.

בפרק השני תיארנו את דגם המרפאה המבוזרת שפותח ומופעל במחוז הנגב ועמדנו על ההבדלים בינה לבין מרפאה שלא עברה ביזור. ראינו שלמרפאה מבוזרת יש ארבעה מאפיינים עיקריים:

א. הקצאת תקציב למרפאה: מרפאה מבוזרת בנגב מקבלת תקציב עבור שכר, תרופות וציוד רפואי, אשפוז, שירותי אבחון וייעוץ והוצאות מינהל ומשק. גובה התקציב נקבע לפי נוסחה המתחשבת בממוצע ההוצאות במחוז הנגב וכן במספר המבוטחים במרפאה ובגילם. על המרפאה מוטלת האחריות לעמוד בתקציב.

ב. האצלת סמכויות החלטה מהנהלת המחוז להנהלת המרפאה לגבי ניצול התקציב ולגבי אופן אספקת השירותים: המרפאה יכולה להעביר משאבים בין סעיפי תקציב, למכור שירותים, ולקנות שירותים מסוימים גם מחוץ למערכת של קופת־חולים. חלק מהפעילויות הללו טעונות אישור של הנהלת המחוז, אך מובטחת התחשבות והיענות מהירה לבקשות המרפאה.

ג. התקנת מערכת מידע: במרפאה מותקנת מערכת של מידע תקציבי, המספקת נתונים על השימוש בתקציב ועל היקף הפעילות. כמו־כן נאסף מידע על הטיפול הרפואי הניתן במרפאה באמצעות סקר תקופתי על הטיפול בחולים.

ד. העמדת חלק מהחיסכון התקציבי לשימוש המרפאה, לפי החלטתה: המרפאה יכולה להשתמש ב–60% מגובה החיסכון בסעיפי תקציב המהווים הוצאה בעין מתקציב המחוז, וב–20% מגובה החיסכון בסעיפי תקציב בהם המחוז אינו מחויב בתשלום כספי בפועל אלא רק בהתחשבנות משרדית, למשל אשפוז בבתי־החולים של הקופה.

בפרק השלישי של המסמך תיארנו את תהליך יישום השינוי במרפאות בנגב ודנו במאפיינים העיקריים של התהליך: מינוי אחראי והקצאת תקציב לעבודות הכנה, הקמת מינהלת פרוייקט, פעולות הכשרה והדרכה לצוות המרפאה, שיתוף גורמים במרפאה ובהנהלת המחוז בתכנון שלבי השינוי.

בפרק הרביעי תיארנו את תכנית ההערכה למרפאה המבוזרת. ציינו שמטרת ההערכה לספק מידע על תהליך יישום השינוי ועל המידה בה הוא משיג את מטרותיו והצגנו את שאלות המחקר העיקריות המתייחסות הן לתהליך ביצוע הביזור, והן להשפעותיו. לאחר מכן תיארנו את הכלים המחקריים שפותחו כדי לענות על שאלות המחקר: שאלון לראיונות עומק, סקר עובדים, סקר מבוטחים, וכלים לניתוח נתונים מינהליים.

מערך המחקר המבוקר שנבנה, מתבסס על התאמת מרפאות ביקורת לשתי מרפאות ניסוי והשוואה ביניהן בפרקי זמן קבועים לפני יישום הביזור, ולאחריו. מרכיב נוסף במערך המחקר הינו מעקב לרוחב, ללא מרפאות ביקורת, בשש מרפאות נוספות העוברות תהליכי ביזור במהלך שנת 1991.

מערך המחקר מאפשר ללמוד לעומק את נושא הביזור על כל היבטיו, ולבודד במידת האפשר את השפעת השינויים הנוספים המתרחשים בו־זמנית בקופת־חולים. המגבלות העיקריות שלו הן מספר מועט של תצפיות וקושי ביכולת ההכללה ממרפאות הניסוי למרפאות אחרות בקופה. הדגשנו שלמרות המגבלות, ההערכה יכולה לספק מידע חשוב להמשך תכנון תהליכי ביזור במרפאות בקופת־חולים כללית.

מקורות

אביב, ד. 1990. **תמחור מעבדות מרפאת זמנהוף.** הנהלה מרכזית קופת־חולים כללית. מסמך פנימי.

אלחיאני, א.; זמורה, ע. 1989. **הכנת מרפאה לאוטונומיה תקציבית: בדיקת עלות ושיטות תקצוב.** לא פורסם.

בנט, מ.; זמורה ע. 1989. **ניתוח מערכת מידע: תקצוב אוטונומי של מרפאה בקופת־חולים מחוז הנגב.** מסמך פנימי.

גרוס, ר.; רוזן, ב. 1990. **ממצאי השלב הראשון בהערכת הביזור בקופת־חולים כללית.** דו"ח ג'וינט־מכון ברוקדייל, ירושלים. לא פורסם.

גרוס, ר.; רוזן, ב.; ברנע, ת. 1990. "ביזור ואוטונומיה בשירותי בריאות", **בבטחון סוציאלי,** אפריל 1991, חוברת 36, עמ' 91–78.

החלטות מועצת ההסתדרות הק"ו, נובמבר 1985.

היחידה לבקרת איכות מחוז הנגב. 1990. **סיכום pilot סקר ביקורים.** מסמך פנימי.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. 1990. **דין וחשבון כרך ראשון דעת הרוב.** ירושלים.

ועדת נגן. 1984. **המלצות הועדה להיערכות מחודשת של שירותי הבריאות בקופת־חולים.**

זמורה, ע. 1990. **צריכת תרופות לפי גיל במרפאות מחוז הנגב 1989.** מסמך פנימי.

פטרבורג, י.; ילין, נ. 1990. **חישוב תקציב ימי אשפוז.** הנהלה מרכזית קופת־חולים כללית. מסמך פנימי.

ראיון עם יהודה נווה, מנהל מחוז הנגב.

ראיון עם ד"ר נמרוד שושן, רופא מחוזי מחוז הנגב.

ראיון עם ד"ר שוורצמן, מנהל מרפאה ט' מחוז הנגב.

Batchelor, G.J.; and Esmond, T.H. 1989. "Maintaining High Quality Patient Care While Controlling Costs". *Healthcare Financial Management* 43(2):21–27,30.

Cook, T.S.; and Campbell, D.T. 1979. *Quasi-experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings.* Rand McNally College Publishing Company. Chicago.

Costner H.L. 1989. "The Validity of Conclusions in Evaluation Research: a Further Development of Chen and Rossi's Theory-driven Approach". *Evaluation and Program Planning* 12:345–353.

Donabedian, A. 1989. "Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance". *Quality Assurance in Health Care* 1(1):3–11.

Donabedian, A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.* (Vol. 1). Health Administration Press, University of Michigan. Ann Arbor.

Eisenberg, J. 1986. *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care.* Health Administration Press Perspectives. Ann Arbor.

Godinho, J. 1990. "Tipping the Balance Towards Primary Health Care: Managing Change at the Local Level". *International Journal of Health Planning and Management* 5:41–52.

Hakansson, S.; Majnoni d'Intignano, B.; Roberts, J.L.; and Zollner, H. 1988. "The Leningrad Experiment in Health Care Management 1988 – Report of a Visit to the USSR, 21–28 May 1988". *World Health Organization – Regional Office for Europe.*

Hillman, A.L. 1987. "Financial Incentives for Physicians in HMOs; Is there a Conflict of Interest?". *New England Journal of Medicine* 317(27):1743–1748.

Kaufman, H. 1960. *The Forest Ranger*. John Hopkins Press. Baltimore.

Locke, A.L; and Schwiger, D.M. 1979. "Participation in Decision Making: One More Look". *Research in Organizational Behavior* 1:265–339.

Pollitt, C.; Harrison, S.; Hunter, D.; and Marnoch, G. 1988. "The Reluctant Managers: Clinicians and Budgets in the NHS". *Financial Accountability & Management* 4(3):213–233.

Prowle, M. 1987. "Cost Information and Decision Making in the NHS". *Journal of Management in Medicine* 2:71–79.

Reagan, M.D. 1987. "Physicians as Gatekeepers; A Complex Challenge". *New England Journal of Medicine* 317(27)1731–1734.

Rossi, P.H.; and Freeman, H.E. 1982. *Evaluation a Systematic Approach*. Sage Publications.

Rutman, L. 1980. *Planning Useful Evaluation: Evaluability Assessment*. Sage Library of Social Research.

Schroeder, S.A. 1987. "Strategies for Reducing Medical Costs by Changing Physicians' Behavior: Efficacy and Impact on Quality of Care". *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 3:39–50.

Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland. 1989. *Practice Budgets for General Medical Practitioners*. Working Paper 3. HMSO. London.

Simon, H.A. 1959. *Administrative Behavior*. The MacMillan Company, N.Y.

Tell, E.J. 1982. "Changing Physician Practices: A Key Piece in the Health Cost Management Puzzle". In: *Health Cost Management at the Community Level: Doctors, Hospitals, and Industry,* Egdahl, R.H.; and Chapman Walsh, D. (eds.). Ballinger Publishing Company, Cambridge.

Weiner, J.P.; and Ferriss, D.M. 1990. *GP Budget Holding in the UK: Lessons from America.* King's Fund Institute, London.

Wickings, I. 1987. "Combining Clinical Budgets and Drg's for Quality Management". *Health Policy* 7:215–226

נספח 1: שיטה לקביעת גובה ההוצאה לנפש במחוז

גובה ההוצאה לנפש במחוז הוא הבסיס לתקצוב מרפאה מבוזרת. קביעת גובה ההוצאה לנפש במחוז נעשית על־ידי חלוקת סך־כל הוצאות המרפאות במחוז במספר המבוטחים במחוז.

בקביעת גובה ההוצאה של סך מרפאות המחוז יש לחשב את חלקן של המרפאות בתקציב המחוז, ולהוסיף לכך את ההוצאות הנגרמות על־ידי המרפאות, ושאינן מתוקצבות כיום בתקציב המחוז (בדיקות מעבדה, מרפאות חוץ ומיון).

(א) חישוב התקציב עבור הוצאות מרפאה שמתוקצבות בתקציב המחוז:

תקציב מחוז הנגב בנוי מסעיפי תשומה כגון שכר, אשפוז, תרופות וכו'. לגבי כל סעיף תשומה הוחלט, על סמך ניסיון העבר, איזה אחוז מההוצאה ניתן לשייך להוצאות המרפאות במחוז.

הסעיף התקציבי	אחוז מתקציב המחוז המנוצל על־ידי המרפאות
שכר	68%
תרופות	90%
אשפוז בבתי־חולים כלליים	90%
אשפוז בבתי־חולים ממושכים	30%
אבחון וייעוץ מחוץ למחוז	90%
רופאים יועצים עצמאיים	100%
הוצאות מינהל	18%
הוצאות משקיות וטכניות	27%

(ב) חישוב תקציב עבור שירותים שמרפאה רוכשת ביחידות אחרות של המחוז:

- רופאים יועצים מקצועיים במחוז: סה"כ משרות היועצים כפול עלות משרת יועץ, בתוספת 25% תקורה. התקורה מכסה הוצאות נלוות שיש למחוז בעת העסקת יועץ כגון שימוש במבנה, חשמל, מים טלפון וכו'. לפי נתוני שימוש ב־1990 נקבע מחיר ל"יחידת שירות" על־ידי חלוקת העלות במספר פעולות הייעוץ.
- מכון רנטגן במחוז: עלות כוח־האדם של מכון הרטנגן בתוספת עלות חומרים ותקורה 25% על כוח־אדם. לפי נתוני שימוש ב־1990 נקבע מחיר ל"יחידת שירות" על־ידי חלוקת העלות במספר הצילומים.
- פיזיותרפיה במחוז: עלות מגזר הפיזיותרפיסטים בתוספת תקורה 25%.

(ג) חישוב התקציב עבור הוצאות מרפאה שאינן מתוקצבות בתקציב המחוז:

תקציב מרפאה כולל סעיפים שאינם נכללים בתקציב המחוז, ושכיום המחוז אינו מחוייב עליהן. הכוונה להוצאות עבור בדיקות מעבדה בסורוקה, מיון ואשפוז בבתי-החולים של הקופה. הסיבה להכללתם בתקציב המרפאות היא, שהמרפאות הן הגורמות להוצאות אלה. מכאן שכדי להשיג שליטה תקציבית, יש להקצות למרפאה תקציב המביא בחשבון את ההוצאות הללו ולחייבה עבורן.

באופן כללי, צורת החישוב של התקציב בסעיפים אלה מתבססת על ספירת הפעולות שנעשו והכפלתן במחיר שנקבע לפעולה. להלן נפרט את אופן חישוב התקציב בכל סעיף:

מיון: התקציב למיון נקבע לפי מחיר ביקור במיון כפי שמופיע במחירון קופת-חולים, כפול אומדן של מספר הביקורים עם הפניה, במיון.

מרפאות חוץ: התקציב עבור מרפאות חוץ נקבע לפי מחיר ביקור במרפאה, כפי שהוא מופיע במחירון קופת-חולים, כפול 90% מסך הביקורים החדשים (כלומר, שאינם ביקורים חוזרים) במרפאות החוץ. ההנחה היא שכ-10% מהביקורים נערכים על-ידי אנשים שאינם חברי הקופה.

מעבדה: התקציב עבור שירותי מעבדה נקבע לפי מספר הבדיקות שבוצעו עבור המחוז, כפול עלות של בדיקת מעבדה ממוצעת כפי שחושבה בקופת-חולים (אביב 1990).

(ד) המידע הדרוש כדי לחשב תקציב מרפאה:

כדי לחשב תקציב למרפאה יש צורך בפריטי מידע שברובם קיימים בכל מחוז של קופת-חולים. להלן נפרט את המידע הדרוש ונציין גם האם הוא קיים בדרך כלל במחוז טיפוסי.

א. סה"כ תקציב המחוז לפי סעיפי הוצאה: קיים. כדי לקבל את חלק התקציב שמנוצל על-ידי המרפאות, אפשר להשתמש באומדן שנעשה בנגב, או שאפשר לחשב אומדן עצמאי. כדי להגיע לאומדן עצמאי, צריך להחליט לגבי כל סעיף הוצאה בתקציב מה שיעור הניצול על-ידי המרפאות.

ב. סה"כ צילומי רנטגן שנעשו במכוני המחוז: קיים, לפי סוג צילום.

ג. סה"כ בדיקות מעבדה שנעשו במעבדות המחוז: קיים, לפי סוג בדיקה.

ד. סה"כ ביקורים חדשים של מבוטחי המחוז במרפאות החוץ: קיים סה"כ פניות וסה"כ פניות חדשות.

ה. סה"כ פניות למיון של מבוטחי המחוז: אם המידע לא קיים, אפשר לעשות אומדן על בסיס סה"כ פניות למיון של תושבי האזור, ואחוז המבוטחים בקרב התושבים באזור.

ו. מחירי מחירון של ביקורים במרפאות חוץ וביקורים במיון: קיים.

ז. עלות בדיקת מעבדה ממוצעת: ניתן להעזר באומדן של אביב (1990), או בעבודות תמחור אחרות.

ח. העלות בפועל של ביצוע צילום רנטגן במכוני הקופה, ביצוע בדיקת מעבדה, פיזיוטרפיה ורפואה יועצת: ניתן לחשב כפי שפורט לעיל.

ט. סה"כ מבוטחים במחוז: קיים.

י. מספר מבוטחים בכל מרפאה: קיים.

יא. תקנון הוצאה לאשפוז לפי הרכב גילי במרפאה: ניתן להיעזר בנוסחה שחושבה בקופת־חולים (פטרבורג וילין 1990). הנוסחה נבנתה על בסיס נתוני אשפוז ארציים והתפלגות גילית ארצית. על סמך הנוסחה ניתן לאמוד את השיעור הצפוי של אשפוזים במרפאה עם הרכב גיל ידוע.

יב. תקנון הוצאה לתרופות לפי הרכב גילי במרפאה: ניתן להיעזר בנוסחה שחושבה בקופת־חולים (זמורה 1990). הנוסחה חושבה לפי נתוני מחוז הנגב על צריכת תרופות ועל התפלגות גילית במחוז. על סמך הנוסחה ניתן לאמוד את גובה הצריכה הצפויה של תרופות במרפאה עם הרכב גיל ידוע.

נספח 2: דוגמת הסכם בין מרפאה מבוזרת להנהלת מחוז הנגב

<u>הפעלת מרפאה כיחידה תקציבית עצמאית</u>

מוסכם בזה שהמרפאה תתחיל לפעול כיחידה תקציבית עצמאית (מרכז עלות) החל מה-1 לינואר 1991. מדובר בשלב זה בניסוי במשך שנה אחת. חלוקת התפקידים ותחומי האחריות של המרפאה, הנהלת המחוז ומינהלת הפרוייקט יפורטו להלן, וכן מפורטים ערונות התקציב למרפאה.

<u>א. הגדרת תפקידים ותחומי אחריות:</u>

1. <u>צוות המרפאה</u> יהיה אחראי:
לספק שרותים לאוכלוסיה, באותה רמה כפי שהיה מקובל עד עתה.
לקבוע מדיניות מתן שרות לאוכלוסיה, תוך תאום עם הנהלת המחוז.
להכין תכנית עבודה שנתית, כולל תקציב, שיובא לאישור הנהלת המחוז.
לעמוד בתקציב הנתון כפי שיקבע להלן.
לסייע באיסוף הנתונים הנדרשים לצורך מעקב תקציבי, כפי שיקבע בתאום עם מינהלת הפרוייקט. לרשות המרפאה יועמדו המשאבים הנדרשים לאיסוף הנתונים.

2. <u>מינהלת הפרוייקט</u> תהיה אחראית:
להכין מערך מידע ממוחשב לצורך בקרה תקציבית ובקרת איכות של המרפאה.
להכין כל הטפסים הנדרשים לצורך איסוף המידע.
לרכז ולעבד את הנתונים.
לנתח התוצאות לצורך הסברת שינויים בתקציב וברמת השרותים.
לדווח אחת לחודש על הוצאות בפועל לעומת תקציב המרפאה.
לספק במהירות המירבית האפשרית, כל מידע נוסף שידרש ע"י המרפאה או הנהלת המחוז, לסיוע בבקרה התקציבית ובבקרת האיכות.
להכשיר צוות המרפאה בנושאי תיקצוב.
לקדם את נושא מיחשוב המרפאה כולה, הן מהצד הרפואי והן מהצד המינהלי.

3. <u>הנהלת המחוז</u> תהיה אחראית:
להמשך אספקת השרותים הרגילים למרפאה, כולל שרותי מינהל כח אדם, הנה"ח תחבורה, אחזקת מבנים.
לפשט במידת האפשר תהליכי אספקת הזמנות לציוד, ציוד רפואי ותרופות. למרפאה.
למתן תנאים אופטימליים לביצוע הניסוי, כולל משאבים מיוחדים הנדרשים לשם כך.
לאישור תכנית העבודה, כולל התקציב, של המרפאה.
לסייע במידת האפשר פישוט תהליכים ארגוניים של פעילות המרפאה.
לתאם כל שינוי בצוות המרפאה עם מינהלת המרפאה.

4. הנהלת המחוז תהיה רשאית להתערב בניסוי, לשנותו או אף להפסיקו בכל עת אם נסיבות ניהוליות ואחרות יחייבו זאת.

ב. עקרונות תקציב למרפאה אוטונומית

1. התקציב לכל המרפאות האוטונומיות ייקבע לפי עקרונות זהים.

2. התקציב יהיה מבוסס על התקציב השוטף של מחוז הנגב, בתיקונים והתאמות לתקצוב מרפאות.

3. התקציב הבסיסי יהיה לפי מספר נפשות בכל מרפאה וישוקלל בחלק מסעיפי התקציב, בהתאם להרכב גילים במרפאה.

4. התקציב לא יכלול הוצאות הממומנות ממקור מימון חיצוני לצרכים מיוחדים, כולל: מימון מתמחים ברפואת המשפחה וטיפולים מיוחדים (כגון: טיפולי פוריות, טיפולים אונקולוגיים, ניתוחי השתלות, ניתוח לב פתוח ודיאליזות) וכן תרופות מיוחדות להן יש תקציב מיוחד (כגון INTERFERON).

5. התקציב לנפש למרפאה ממוצעת הוא _____, בהתבסס על תקציב המחוז לשנת 1991, כמפורט בנספח (כולל פירוט סעיפי התקציב). תקציב המרפאה, משוקלל, הוא _____ ש"ח לנפש. התקציב יעודכן, בהתאם לשינוי בהוצאות בפועל של המחוז, לעומת התקציב, אחת ל-3 חודשים.

6. סך התקציב למרפאה ייקבע לפי מספר נפשות בפועל בינואר 1991, ויעודכן אחת ל-3 חודשים לפי שינויים במספר הנפשות. מספר הנפשות במרפאה נכון ל-25/11/90 הוא _____.

8. הגדרת שרותים קנויים: כל השרותים שאינם במסגרת רפואה ראשונית, יוגדרו כשירותים קנויים, כולל שרותי ייעוץ ומעבדה הניתנים במרפאה עצמה.

9. קביעת מחירים עבור שרותים קנויים:
9.1 עבור שירותים הניתנים בתוך המרפאה: לפי העלות הריאלית של השירות, כפי שתחושב ע"י מינהלת הפרוייקט.
9.2 עבור שרותים הניתנים רק במערכת קופ"ח, מחוץ למרפאה: המטרה היא לקבוע מחיר המבטא עלות ריאלית. באותם שרותים בהם בוצעה עבודת תמחיר, המחיר יקבע בהתאם לתמחיר זה. בשרותים אחרים - המחיר שייקבע יהיה בהתאם למחירון קופ"ח.
9.3 עבור שרותים הניתנים לרכישה מחוץ למערכת קופ"ח - המחיר שייקבע הוא או עלות ריאלית - במידה ובוצעה עבודת תמחיר לגבי השירות הספציפי, או מחיר השוק המינימלי בו נרכשים השרותים כיום.
9.4 אם המרפאה מוצאת ספק שרותים במחיר נמוך מהמחיר שבו נרכשים השרותים כיום (מחוץ לקופ"ח), ובמידה והאיכות תמצא זהה לזו הקיימת כיום, תנתן למרפאה האפשרות או לרכוש את השירות פועל אצל הספק האמור, או להיות מחוייבת על הוצאה בפועל לפי המחיר החדש. כל זאת מותנה באישור הנהלת המחוז, בהתאם למדיניות ולצרכים הנקבעים על ידה.

10. ניידות בסעיפי תקציב:
החריגה מסעיף תקציבי מסויים לא תעלה על 20% בתקופה של 3 חודשים, ללא אישור הנהלת המחוז. סעיפי התקציב המוגדרים בם:
1. כח אדם- כולל עובדים קבועים וזמניים, בתחום הרפואה הראשונית. לא כולל יועצים ועובדת מעבדה, פיזיותרפיסטית וכד'.
2. תרופות וציוד רפואי
3. הוצאות מינהל, משקיות וטכניות
4. אשפוז
5. שרותי אבחון ויעוץ
6. שרותי מעבדה.

11. הכנסות: כל ההכנסות שהמרפאה תיצור, מעבר להכנסות הרגילות של המרפאה תעמודנה לרשות המרפאה ותקציבה יוגדל בהתאם להכנסות אלו.

12. כח אדם: המרפאה אינה רשאית לשנות את תנאי העבודה של עובדי המרפאה הקבועים. המרפאה תוכל להעסיק עובדים זמניים בחוזה מיוחד, באישור הנהלת המחוז. לא תופסק עבודת עובד ולא יועסק כל עובד חדש במרפאה ללא הסכמת מינהלת המרפאה.

ג. עקרונות תגמול מרפאה אוטונומית

1. בתקציב המרפאה שני רכיבים שונים של הוצאות: א. הוצאות המהוות הוצאות "בפועל" למחוז. ב. הוצאות שאין עליהם חיוב בפועל - כגון שרותים מסויימים הניתנים בבי"ח סורוקה, למחוז (הוצאות "נייר" בלבד). התגמול עבור חסכון בכל אחד משני סוגי הוצאות אלו הוא שונה:

2. תגמול עבור הוצאות בפועל: במידה ובסוף השנה יהיה למרפאה עודף תקציבי, בסעיפי הוצאות אלו, יועמד 60% מסכום העודף לרשות המרפאה. המרפאה תוכל להשתמש בסכום זה להגדלת תקציבה בשנה הקרובה, או להשתמש בו לכל פעולה שתביא לשיפור עבודת המרפאה ותנאי העבודה של צוות המרפאה.

3. תגמול עבור הוצאות "על הנייר": 20% מהסכום שנחסך יהווה בסיס למתן בונוס למרפאה. הבונוס ייקבע בהתאם לצרכי המרפאה ולאפשרויות המחוז, ויסוכם בין הנהלת המחוז למרפאות.

4. אם לאחר תקופת הפעלה של שלושה חודשים יהיה למרפאה עודף תקציבי בסך סעיפי התקציב שהם הוצאות בפועל, תוכל המרפאה לבצע רכישות באופן עצמאי בסכומים של עד 500 ש"ח. המרפאה תוכל להגיש הצעה בצינורות האספקה של קופ"ח. במידה וההזמנה לא תמולא תוך חודש, תהא המרפאה רשאית לבצע את ההזמנה ממקורות חוץ.

נספח: פירוט הקצאה תקציבית למרפאה אוטונומית: מרכיבי הוצאות ואופן התחשיב.

CNTRCT..BIZ

נספח 3: מערכת המידע התקציבי

בנספח זה נתאר במפורט את המידע שייאסף במערכת המידע התקציבי. לגבי כל פריט מידע נציין מה מקור המידע, את אופן איסוף המידע ואופן הזנת המידע למחשב. תיאור מפורט יותר נמצא במסמך של בנט וזמורה, 1989.

מחירון:

המחירון הוא קובץ שבו מפורטות מחירי הפעולות שמבצעת המרפאה. עם הקלדת הפעולה נקבע מחירה על סמך הנתונים שבמחירון. במחירון מופיעים מחירי הפעולות הבאות: תרופות, יום אשפוז, ביקור במיון, רופאים מקצועיים במסגרות השונות, שירותי אבחון, בדיקות מעבדה. המחירון נקבע ומתעדכן על־ידי מינהלת הפרויקט ומועבר למרפאה. המרפאה אינה רשאית לשנות מחירים במחירון.

מקור הנתונים: מחירון קופת־חולים, מחירון של ספקים פרטיים ועבודות תמחור שונות. אופן האיסוף: המינהלת מעדכנת את קובץ המחירון על פי שינויים במחירונים הקיימים.

אופן הזנה: קלדנית במינהלת מבצעת את התיקונים.

הערה: קובץ המחירון פועל כך שעם הכנסת קוד הפריט על־ידי הקלדנית, עלות הפעולה נקבעת כמכפלה של מחיר ומספר פריטים.

שכר לעובדי המרפאה:

מקור הנתונים: תלושי המשכורת.

אופן איסוף: אחת לחודש המינהלת רושמת את שכר הברוטו בתוספת ההוצאות הנלוות של כל עובד בגובה 45%, על גבי טופס מרכז. המינהלת בודקת כל פריט בתלוש ומחייבת את המרפאה עבור עבודה שנעשתה במרפאה (האבחנה חשובה לגבי עובדים שעובדים בכמה מקומות).

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את סך־כל השכר לכל מגזר במרפאה מתוך הטופס המרכז המועבר אליה.

שכר לרופאים מקצועיים:

מקור הנתונים: דיוח של המרפאה על הרופאים המקצועיים שביצעו ססיות במרפאה, ותאריך ביצוע הססיה.

אופן איסוף: אחת לחודש המינהלת מסכמת את הססיות שנעשו. המחיר לססיה מחושב לפי נתוני הנהלת החשבונות. הססיות נרשמות בטופס ריכוז ססיות.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את סך־כל ההוצאה לססיות לפי מקצוע, מתוך הטופס המרכז המועבר אליה.

תרופות:

מקור הנתונים: מרשמי הרופאים המצויים בבית המרקחת במרפאה.

אופן האיסוף: המרשמים נלקחים על־ידי הקלדנית מבית המרקחת למחרת הוצאת המרשמים.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את פריטי התרופות מהמרשם. העלות נרשמת באופן אוטומטי מקובץ המחירים.

הוצאות מינהליות:

קופה קטנה: מקור הנתונים: רישומים בהנהלת חשבונות של המחוז.

אופן האיסוף: המינהלת לוקחת את הנתונים מיחידת הנהלת החשבונות אחת לחודש, ומרכזת אותם על גבי טופס סיכום מיוחד.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את הסכומים מתוך הטופס המרכז.

טלפון, חשמל, מים: מקור הנתונים: רישומים ביחידת הנהלת חשבונות של המחוז.

אופן האיסוף: המינהלת לוקחת הנתונים מיחידת הנהלת החשבונות אחת לחודש, ומרכזת אותם על גבי טופס סיכום מיוחד.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את הסכומים מתוך הטופס המרכז.

אחזקה, ציוד רפואי: מקור הנתונים: נתונים ממוחשבים הקיימים במחלקת אחזקה ומחלקת ציוד רפואי. המחשוב נעשה לפי תכנה של מרכז קופת־חולים.

אופן האיסוף: המינהלת לוקחת הנתונים מהיחידות הנ"ל אחת לחודש ורושמת בטופס מרכז.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את הסכומים מתוך הטופס המרכז.

אשפוז בסורוקה ובבתי־חולים אחרים של קופת־חולים:

מקור הנתונים: דו"ח חודשי ממוחשב על אשפוזים מהמרפאות המבוזרות.

אופן האיסוף: לגבי כל מאושפז, הקלדנית בודקת מי הרופא שלו ומסמנת זאת על גבי הדו"ח.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה הנתונים מתוך הדו"ח החודשי. עלות הפעולה מחושבת באופן אוטומטי לפי מחיר יום אשפוז.

אשפוז בבתי־חולים שאינם שייכים לקופת־חולים:

מקור הנתונים: חשבונות שמגיעים מבתי־חולים אחרים (ממשלתי, ציבורי ופרטי).

אופן האיסוף: המינהלת מרכזת את החשבונות מיחידת הנהלת החשבונות. המרפאה עוברת עליהם ובודקת שאכן שייכים אליה.

אופן הזנה: המינהלת מעבירה לקלדנית את המידע במרוכז אחת לחודש, על גבי טופס מרכז.

הערה: הנושא טרם טופל במלואו, וכעת צפוי שינוי בכל מערך המעקב אחר אשפוזים מחוץ למחוז. המטרה היא להקליד למחשב במחוז את כל האשפוזים מחוץ לקופת־חולים, כמו גם את כל השירותים האמבולטוריים החיצוניים.

מיון:

מקור הנתונים: טופסי 22 היוצאים מהמרפאה ורישומי חדר המיון בסורוקה (ראה הסבר לגבי טופס 22 בפרק ה').

אופן האיסוף: העתק מטופס 22 נשאר במרפאה ונמסר לקלדנית. אחת לחודש המינהלת בודקת ברישומי המיון בסורוקה מה היה מספר הביקורים הכולל של מבוטחי המרפאה, והיא רושמת את סך התוספת על גבי טופס מרכז (לא שמי).

אופן הזנה: הקלדה ישירות מטופסי 22 למחרת ההפניה, וכן מהטופס המרכז. לגבי הפניות מטופס מרכז, חסר המידע לגבי יחידת הרופא.

הערה: עקב מידע חסר, ישנה בעיה עם מעקב מלא אחר ביקורים במיון, ועם קביעת תקציב לסעיף זה. הנושא לא ייפתר אלא לאחר שיהיה מחשוב של חדר המיון עצמו.

שירותי יעוץ:

הפניה למרפאות חוץ במחוז ובסורוקה. מקור הנתונים: טופסי 22.

אופן איסוף: העתק מטופס 22 נשאר במרפאה.

אופן הזנה: הקלדה ישירה מטופס 22 למחרת הוצאת ההפניה.

הערה: אין נתונים על ביקורים חוזרים שאינם דורשים "התחייבות" או טופס 22. קיימת בעיה עם אומדן ביקורים חוזרים לעומת ביקורים חדשים (הגדרה שונה של "חדש" ו"חוזר" במרפאה ראשונית ובמרפאות המקצועיות). לכן, הן בקביעת גובה התקציב והן בחיוב ההוצאות, יש להתייחס רק לביקורים חדשים, עד שלא יהיה מחשוב מלא של המרפאות המקצועיות.

הפניה למרפאות מקצועיות מחוץ למחוז: מקור הנתונים: טופסי 22 ו–17.

אופן האיסוף: מתוך חשבונות שמגיעים להנהלת החשבונות. הנתונים מרוכזים על־ידי המינהלת בטופס ריכוז.

אופן הזנה: הקלדנית מקלידה את הנתונים שבטופס הריכוז המגיע מהמינהלת.

הפניה לרופא מקצועי עצמאי: מקור הנתונים: לגבי ביקור ראשון, טופסי 22.

אופן האיסוף: העתק מטופס 22 נשאר במרפאה.

אופן הזנה: הקלדה ישירה מהעתק טופס 22 שנשאר במרפאה.

ביקור שני אצל רופא מקצועי עצמאי: מקור הנתונים: חשבונות המוגשים על־ידי הרופאים ליחידת הנהלת חשבונות של המחוז.

אופן האיסוף: אחת לחודש המינהלת בודקת את החשבונות, ומרכזת על גבי טופס ריכוז את מספר הביקורים השניים (לא שמי), לפי מקצוע הרופאים העצמאיים.

אופן הזנה: הקלדה אחת לחודש מטופס הריכוז המגיע מהמינהלת.

שירותי אבחון:

אבחון בסורוקה ובמחוז: מקור הנתונים: טופסי 22.

אופן האיסוף: העתק מטופס 22 שנשאר במרפאה.

אופן הזנה: הקלדה ישירה מהעתק טופס 22 שנשאר במרפאה. המחיר נקבע אוטומטית מקובץ המחירון.

שירותי אבחון במכונים פרטיים: מקור הנתונים: טופסי 22.

אופן האיסוף: עם הגעת התשובות למרפאה, הקלדנית מתאימה בין התשובות להעתקי טופסי 22. נערכת בדיקה עם הצוות הרפואי לגבי טפסים בהם לא הגיעה תשובה כעבור זמן.

אופן הזנה: הקלדה לאחר שהתשובות מגיעות. המחיר נקבע על פי המחירון בו מפורטים מחירי המכונים השונים.

הערה: מתוכנן מערך מחשוב מלא של טופסי 22 בכל המחוז, כך שעותק של הטופס יצורף על-ידי נותן השירות לחשבון, ויוקלד במחוז. הדבר יאפשר ביקורת גם על נתוני המרפאה.

בדיקות מעבדה: מקור הנתונים: טופסי התשובות לבדיקות המעבדה המגיעים למרפאה.

אופן האיסוף: הקלדנית אוספת את התשובות ממגשים מיוחדים בחדרי הרופאים והאחיות, או ישירות מהמשרד עם הגעת התשובות, לפני פיזורן לרופאים.

אופן הזנה: הקלדה ישירה מתוך טופס התשובה.

נספח 4: מחוז הנגב, דו"ח מספר פעולות אבחון, יעוץ, ובדיקות מעבדה

דו"ח מספר פעולות אבחון (01/06/90 – 30/06/90)

פריט	רופא 1	רופא 2	רופא 3	רופא 4	סה"כ לפריט
רנטגן					
עצמות	1	4	1	0	6
ע"ש	2	2	0	0	4
בית חזה	2	9	4	0	15
מערות אף	2	1	1	0	4
ושט־קיבה	0	1	3	0	4
גולגולת	0	1	0	0	1
קרקעית העין	1	0	0	0	1
סה"כ לסוג	8	18	9	0	35
אולטראסאונד (US)					
מיילדותי	0	2	0	2	4
גניקולוגי	0	0	0	1	1
בטן עליונה	1	2	1	0	4
בטן תחתונה	0	0	1	0	1
דרכי מרה	0	0	2	0	2
דרכי שתן	3	2	0	0	5
כבד וטחול	0	0	2	0	2
אחר	1	0	0	0	1
סה"כ לסוג	5	6	6	3	20
בדיקות אחרות					
מבחן מאמץ	0	0	0	1	1
דופלר־קרוטיס	0	1	0	0	1
בדיקת שינה	0	0	0	1	1
EEG	0	3	1	0	4
תפקודי ריאה	0	1	0	0	1
סה"כ לסוג	0	5	1	2	8
סה"כ לדו"ח	**13**	**29**	**16**	**5**	**63**

נספח 4: (המשך)

דו"ח מספר פעולות ייעוץ (01/06/90 - 30/06/90)

פריט	רופא 1	רופא 2	רופא 3	רופא 4	סה"כ לפריט
מרפאות חוץ					
פנימית	0	0	1	0	1
ריאה	0	1	0	0	1
עור	3	3	2	4	12
גסטרואנטרולוגיה	2	3	1	1	7
מכון הלב	0	3	1	0	4
ילדים	0	0	1	0	1
	0	0	1	0	1
	0	0	0	2	2
אורתופדיה	5	11	4	1	21
כירורגיה	3	3	1	4	11
פלסטיקה	0	2	2	0	4
אורולוגיה	0	0	1	0	1
א.א.ג.	6	7	5	3	21
עיניים	8	11	4	4	27
סיכון גבוה	1	0	0	0	1
נשים	0	6	0	0	6
פיזיותרפיה	2	0	0	1	3
אחר	0	1	1	3	5
סה"כ לסוג	30	51	25	23	129
סיכום לדו"ח	30	51	25	23	129

נספח 4: (המשך)

דו"ח מספר פעולות בדיקות מעבדה (01/06/90 – 30/06/90)

פריט	רופא 1	רופא 2	רופא 3	רופא 4	סה"כ לפריט
כימיה					
SMAC	33	52	26	29	140
סה"כ לסוג	33	52	26	29	140
המטולוגיה					
ספירת דם	41	64	36	32	173
שתן כללי	29	31	14	17	91
PT	2	3	10	5	20
PTT	0	4	1	0	5
	4	16	3	1	24
סה"כ לסוג	76	118	64	55	313
בקטריולוגיה					
משטח גרון	48	35	28	55	166
שתן לתרבית	24	8	11	16	59
משטח וגינלי	7	3	8	8	26
צואה	3	6	4	6	19
צואה לדם סמוי	4	3	1	0	8
סה"כ לסוג	86	55	52	85	278
סרולוגיה					
BHCG בשתן	3	1	0	1	5
KHAN	0	0	1	0	1
AST	0	1	0	1	2
סה"כ לסוג	3	2	1	2	8
איזוטופים					
T3	1	7	1	1	10
T4	3	9	2	3	17
TSH	2	1	0	1	4
סה"כ לסוג	6	17	3	5	31
פרזיטולוגיה					
צואה	0	6	10	2	18
סה"כ לסוג	0	6	10	2	18

נספח 4: (המשך)

דו"ח מספר פעולות בדיקות מעבדה (01/06/90 – 30/06/90)

פריט	רופא 1	רופא 2	רופא 3	רופא 4	סה"כ לפריט
אנדוקרינולוגיה					
E2	0	1	0	0	1
Fsh	0	2	0	0	2
סה"כ לסוג	0	3	0	0	3
אימונולוגיה					
IgM	0	1	0	0	1
IgA	0	1	0	0	1
IgG	0	1	0	0	1
ANF	0	0	2	0	2
סה"כ לסוג	0	3	2	0	5
מכון טור					
כולסטרול	0	0	0	1	1
סה"כ לסוג	0	0	0	1	1

נספח 5: סקר ביקורים במרפאה

קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל
מחוז הנגב
היחידה לבקרת איכות

סקר ביקורים 14225

חלק א': ימולא ע"י הפוקד

א. פרטי החולה: מין: ☐ ז ☐ נ
גיל: ____

ב. מרפאה ____
תאריך __/__/__ שעת הגעה ______

חלק ב': ימולא ע"י רופא/אחות

ג. בקור מתוכנן/לא מתוכנן
☐1 ביקור מתוכנן ☐2 בקור לא מתוכנן

ד. ביקור חדש/חוזר
☐1 ביקור חדש ☐2 ביקור חוזר

ה. סוג בעיה (ניתן לסמן יותר מאחד)
☐1 בעיה חריפה (כולל בקורת)
☐2 בעיה מינהלית
☐3 בעיה כרונית רוטינה
☐4 בעיה כרונית -התלקחות
☐5 רפואה מונעת
☐6 אחר:..................

ו. סיבת ביקור
תלונה עיקרית..........................
תלונות נוספות ....
....

ח. אבחנת רופא משוערת
עיקרית ....
נוספות..........................
. ...

ז. פעולות נוספות שנעשו בביקור
☐ לא נעשו
☐ לחץ דם ☐ משקל ☐ חום
☐ חבישה ☐ הזרקה ☐ לקיחת דם
☐ א.ק.ג ☐ כיר' קטנה ☐ אחר ....

ט. תרופות
☐ לא ניתנו
☐ חידוש מירשם כרוני
☐ מרשם רגיל: פרט/י שם התרופות:
1 ....
2 ....
3 ....
4 ....
5 ....
6 ....

י. אבחון
☐ אין
מעבדה בתוך המרפאה:
☐ ש.ד. ☐ ס.ד. ☐ שתן ☐ סוכר
מעבדה מחוץ למרפאה:
☐ כימיה ☐ המטולוגיה
☐ בקטריולוגיה ☐ מעבדה אחר..........
☐ רנטגן: ....
☐ U/S ....
☐ אקו לב
☐ מיפוי..................
☐ מבחן מאמץ
☐ CT..................
☐ אבחון אחר.............

יא. הפניה ליעוץ
☐ אין
☐ יועץ במרפאה.....................
☐ יועץ מחוץ למרפאה.................
☐ הפניה למיון ....

יב. טיפול נוסף במרפאה
☐ לא ניתן
☐ פיזיותרפיה ☐ הכוון משפחה ☐ יעוץ פסיכולוגי
☐ יעוץ דיאטטי ☐ עו"ס ☐ אחר...............

יג. הרזמן לביקור חוזר
☐ לא ☐ כן

פרטי ממלא/י הטופס (רופא ו/או אחות)
☐ רופא ☐ אחות
שם .... שם ....

נספח 6: טופס הפניה לשירותי ייעוץ ואבחון

קופת חולים
KUPAT HOLIM
מחוז הנגב

טופס הפניה לשרותי יעוץ

150385 509

פרטי החולה

שם משפחה ______ שם פרטי ______ ש. לידה ______ מס' ת"ז ______ קוד מרפאה ______ קוד יחידה ______

כתובת ______ טלפון בבית ______ טלפון בעבודה ______

הפניה אל:

* לשלוח בצירוף טופס התחייבות

1	מחוז	2	סורוקה	20	רופא עצמאי	9	שערי צדק *
3	הדסה י"ם *	5	איכילוב *	7	בילינסון *	–	אחר * ______
4	ברזילי *	6	תל השומר *	8	קפלן *		

	מקצוע היועץ		מקצוע היועץ		מקצוע היועץ		מיון/אשפוז יום
31	אורטופדיה	11	פנימית ______	21	ילדים ______	5	מיון (פרט):
32	כירורגיה	12	נוירולוגיה	52	סכון גבוה (H.R.P)	–	______
33	פלסטיקה	13	ריאות	53	נשים ______	4	אשפוז יום (פרט):
34	אורולוגיה	14	אונקולוגיה	54	עקרות	–	______
35	א.א.ג.	15	עור	41	פסיכיאטריה		
36	נוירוכירורגיה	16	גסטרו	82	פיזיותרפיה		
37	עיניים	17	מכון הלב	–	אחר ______		

סיבת הפניה:

______

השאלה ליועץ:

______

תאריך ______ שם הרופא ______ מס' רשיון ______ חתימה וחותמת ______

תשובת היועץ:

______

המלצות להמשך טיפול/ברור:

______

המשך מעקב ע"י: 1) הרופא המטפל 2) במרפאה ______ בתאריך ______

תאריך ______ שם וחותמת הרופא ______ מחלקה ______ בית חולים ______

לשימוש המשרד **טופס זה מהווה התחייבות לתשלום רק עם חותמת המרפאה**

חייב תשלום בסך: ______ זכאי: כן / לא

מס' קבלה: ______ לרופא עצמאי: ביקור חדש / חוזר

חודש / 3 חודשים
תוקף ההתחייבות ______ תאריך ______ חתימת המזכיר ______ חתימה וחותמת המרפאה

מקור (לבן): יוחזר להנהלת המחוז
העתק 1 (ורוד): ימסר לידי החולה
העתק 2 (ירוק): ישאר אצל נותן השירות
העתק 3 (צהוב): ישאר במרפאה המפנה

דפוס נח טופס A22

קופת חולים
KUPAT HOLIM
מחוז הנגב

טופס הפניה לשרותי אבחון

008954 609

פרטי החולה

שם משפחה | שם פרטי | ש. לידה | מס' ת"ז | קוד מרפאה | קוד יחידה

כתובת | טלפון בבית | טלפון בעבודה

נשלח אל:

* לשלוח בצירוף טופס 17 (התחייבות.

1	מחוז	2	סורוקה	3	הדסה *	7	בילינסון *
10	מכון מור	12	מכון מאר	4	ברזילי *	8	קפלן *
11	מכון מזור	13	מדיקל סנטר	5	איכילוב *		אחר * ______

קוד	סוג בדיקה
61	רנטגן
	אבר נבדק
_ 1	עצמות ______
_ 2	ע"ש: ______
3	בית חזה
4	מערות אף
5	ושט-קיבה
6	גולגולת
7	בטן ריק
8	חוקן בריום
9	IVP
30	ממוגרפיה
31	מיאלוגרפיה
32	ציסטוסקופיה
-	אחר ______

קוד	סוג בדיקה
64	U.S.
	אבר נבדק
1	מילדותי
2	גניקולוגי
3	בטן עליונה
4	בטן תחתונה
5	דרכי מרה
6	דרכי שתן
7	כבד וטחול
8	פרק ירך
9	וגינלי
10	טרנס רקטלי
11	זקיקים
12	שד
-	אחר ______

קוד	סוג בדיקה
65	מיפוי
	אבר נבדק
1	עצמות
2	כליות
3	מוח
4	כבד וטחול
5	בלוטות מגן
6	ריאות
7	בלוטות רוק
-	אחר ______

קוד	סוג בדיקה
62	C.T.
63	M.R.I.
	אבר נבדק
1	מוח
2	גומה אחורית
3	אוכף טורקי
4	אזניים
5	ע"ש צוארי
6	ע"ש גבי
7	ע"ש מותני
8	אגן
9	חזה
_ 1	עצמות ______
_ 2	בטן ______

קוד	סוג בדיקה
66	בדיקות אחרות
	אבר נבדק
1	מבחן מאמץ
2	הולטר
21	הולטר ל. ד.
3	אקו לב
31	אקו עוברי
12	תפקודי ריאה
4	דופלר-קרוטיס
5	בדיקת שינה
6	EEG
7	EMG
8	שדה ראיה
9	גסטרוסקופיה
10	רקטוסקופיה
11	קולונוסקופיה
-	אחר ______

סיבת הבדיקה ואנמנזה קצרה: ______

______

______

אבחנה משוערת: ______

פרוט בדיקה נדרשת: ______

הבדיקה יזומה ע"י: (סמן בעיגול) 1) רופא מטפל 2) רופא יועץ ______ בי"ח ______ 3) אחר ______

תאריך | שם הרופא | מס' רשיון | חתימה וחותמת

תשובת המכון:

______

______

______

______

______

______

תאריך ביצוע | שם המבצע

לשימוש המשרד

טופס זה מהווה התחייבות לתשלום רק עם חותמת המרפאה

חייב תשלום בסך: ______

זכאי: כן / לא

מס' קבלה: ______

תאריך | חתימת המזכיר | חתימה וחותמת המרפאה

מקור (לבן): יוחזר להנהלת המחוז
העתק 1 (ורוד): ימסר לידי החולה
העתק 2 (ירוק): ישאר אצל נותן השירות
העתק 3 (צהוב): ישאר במרפאה המפנה

לחבר: נא להביא צילומים קודמים במידה וישנם

דפוס בארי טופס 22ב

נספח 7: פירוט שאלות המחקר

תהליך הביזור

1. **תיעוד התכנית** הפורמלית לביזור – מבנה התקציב, סמכויות, כללי משחק, תמריצים.
2. **בדיקה האם הביזור מתבצע לפי המתוכנן?**
3. **מה הקשיים בביצוע התכנית וכיצד ניתן להתגבר עליהם?**
4. **מה עמדות** העובדים לתהליך הביזור וכיצד הוא נתפס בעיניהם?

תפוקות ביניים

תהליכי עבודה

1. **האם יש שינויים במבנה ארגוני במרפאה, נוהלים, תהליכי עבודה?**

- האם יש שינוי בתהליכים כגון: שליחת מבוטחים לביצוע אבחונים, הזמנת ציוד, החזר הוצאות למבוטחים, מתן תרופות, ישיבות צוות, פעילות רפואה מונעת, פעילות חינוך לבריאות?
- האם הופחת הסרבול הבירוקרטי? (הליכי רכישה מקוצרים, קיצור תהליכי קבלת עובדים)
- האם הביזור שינה את היחסים בין המרפאה להנהלת המחוז? האם יש יותר או פחות נקודות חיכוך? האם שותפים להחלטות הנוגעות למרפאה?

2. **האם הביזור מביא לקבלת החלטות המבוססת יותר על מידע?**

- אילו מערכות מידע ופיקוח (תקציביות ואחרות) נבנו?
- איזה מידע משמש את הנהלת המרפאה בקבלת החלטות שונות?

ניצול התקציב

3. **האם יש שינוי בהרכב ההוצאות של המרפאה?**

- האם השתנתה החלוקה הפנימית בין סעיפי התקציב? (כ"א, ציוד, אשפוז)
- האם יש שינוי בהיקף ובהרכב ההכנסות של המרפאה?

שירותי המרפאה

4. **האם יש שינוי ברמת השימוש בשירותי רפואה:** (תוך השוואת ה-case mix)

- האם יש שינוי במספר ההפניות למיון, אשפוז, מעבדה, רנטגן, מכוני אבחון, מרפאות מקצועיות, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, דיאטנית, עובדת סוציאלית, ובצריכת תרופות לנפש?

5. **האם יש שינוי בשירותים שהמרפאה מספקת?**

- האם מתוכננת ומבוצעת פעילות לפי צרכי האיזור של המרפאה?
- האם השתנו שעות הפתיחה?
- האם יש שינוי ברמת תחזוקה ונקיון של מבנה המרפאה?

כוח־אדם

6. **האם יש שינוי בהרכב כוח־האדם במרפאה?**

7. **האם נעשות פעולות חינוך, הדרכה, גיבוש לעובדים?**

8. **האם יש שינוי בדפוס הניהול של המרפאה?**

- האם הנהלת המרפאה מפעילה בקרה על איכות העבודה של אנשי הצוות?
- האם הנהלת המרפאה משתפת את אנשי הצוות בהחלטות?

תוצאות

1. **כיצד משפיע הביזור על רמת ההוצאות במרפאה?**

- עמידה במסגרת התקציב שהוקצב למרפאה
- חיסכון בתקציב או חריגות בתקציב
- ירידה בהוצאה לנפש במרפאה
- מתן יותר שירותים בתקציב נתון

2. **כיצד משפיע הביזור על צוות המרפאה?**

מתן שירות למבוטח

- אדיבות, יחס טוב למבוטח, מתן שירות טוב ללא סירבול בירוקרטי
- גילוי אחריות ויוזמות לשיפור השירות
- ברור צרכי האוכלוסייה וניסיון לענות עליהם

- גילוי מחויבות למתן טיפול ופתרון בעיות של החולה
- זמינות הרופאים: אורך המתנה לביקור מתוכנן

תהליכי עבודה בתוך הצוות

- שיתוף פעולה ועזרה הדדית בין מגזרים
- עבודה כצוות שמתייעץ, משווה ידע, עורך peer review
- האם בעקבות הביזור נוצרו מתחים וקונפליקטים בין אנשי הצוות?

פיתוח מודעות כלכלית

- מודעות לעלויות של פעולות שונות
- יוזמות למכירת שירותים
- אוריינטציה שיווקית – ניסיון לגייס מבוטחים נוספים
- תוספת ידע בכלכלה, ניהול, תקציב

התייחסות אישית לעבודה

- שיפור במוטיבציה לבצע עבודה טובה
- שיפור ברמת שביעות־הרצון ובמורל
- הזדהות עם מטרות המרפאה והקופה
- מחוייבות לארגון למשל: נכונות פנימית לא לעבוד בקופת־חולים מתחרות
- האם נוצר תיסכול כתוצאה מקיום ציפיות לא ממומשות?

3. **כיצד משפיע הביזור על מספר המבוטחים ועל שביעות־רצונם משירותי המרפאה?**

- מספר המבוטחים (במספר מבוטחים יש להבחין בין גידול/צמצום טבעי לבין עזיבה לקופות אחרות)
- שביעות־רצון מהקשר הרפואי מקצועי והרגשי אפקטיבי בין החולה לרופא, מרמת השירות של האחיות הרוקחים ועובדי המשרד, מכוללנות השירותים, הנגישות לשירותים וזמינות שירותים.

4. **כיצד משפיע הביזור על איכות הטיפול הניתן במרפאה?**

- האם השירותים שניתנים במרפאה יותר כוללנים ויותר מתאימים לצורכי התושבים באיזור?
- האם יש יותר תיאום בין נותני הטיפול השונים?
- האם גדלה הנגישות לטיפול מבחינת זמן המתנה וכד'?
- האם חל שיפור בממד הבין אישי של הטיפול?
- האם עלתה רמת הכשרה של העובדים?
- האם חל שיפור בתנאים הפיזיים של המבנה הציוד וכו'?

- האם מפחיתים ברפואה מונעת?
- האם מפחיתים באיתור חולים כרוניים חדשים בפעולות חמימוועדף?
- האם קיימת הפחתה במספר ביקורי בית של אחיות?
- האם קיימת הפחתה במעקב אחר חולים כרוניים, זימון וטיפול בפועל?
- האם הביזור משפיע על נגישות של קשישים, חולים כרוניים, בעלי הכנסה נמוכה לשירותים?
- האם חל שיפור או הרעה בתנאים הפיזיים של המרפאה?

RT RESEARCH REPO
RCH REPORT RESEA

DECENTRALIZATION OF CLINICS IN KUPAT HOLIM CLALIT: DESCRIPTION OF THE NEGEV DISTRICT MODEL AND ITS EVALUATION

Revital Gross
JDC-Brookdale Institute

Irit Zmora
Kupat Holim Clalit, Negev District

Asher Alhiani
Kupat Holim Clalit, Negev District

Prepared as part of the cooperative program of the JDC-Brookdale Institute, JDC-Israel and Kupat Holim Clalit for evaluating the process of decentralization in Kupat Holim Clalit.

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

RR-25-91

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 PROGAM

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).

Publications may be ordered from the JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development in Israel, P.O.B. 13087, Jerusalem 91130, Israel.

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-22-91 (ע). דמ-23-91 (א).

היחידה לחקר מדיניות בריאות ב'וינט-מכון ברוקדייל. 1991. דו"ח ועדת נתניהו: *רקע, תוכן ותגובות ראשוניות.* דמ-24-91 (א).

בופורד, ג'.א. 1991. *הנהגת רפורמות מרכזיות במערכות בריאות גדולות.* דמ-20-91 (א).

בנטור, נ.; רוזן, ב. 1991. *כלים לקידום היעילות במערכת הבריאות בישראל.* (ע).

יובל, ד.; רוזן, ב.; גבאי, א.; אופנהיים, ד. 1991. *רופאים עצמאיים בקופת-חולים כללית: רקע היסטורי וארגוני.* דמ-19-91 (א); דמ-21-91 (ע).

גרוס, ר.; רוזן, ב.; ברנע, ת. 1991. "ביזור ואוטונומיה בשירותי בריאות". *בטחון סוציאלי* 36:78-91, ותדפיס ברוקדייל ת-61-91 (ע).

ברנע, ת. 1989. *סל שירותי הבריאות בקופות-החולים בישראל.* דמ-17-90 (ע).

רוזן, ב. 1989. *תיגמול רופאים בישראל: ניתוח של הצעות מדיניות נבחרות.* דמ-11-89 (ע). *והרבעון הכלכלי* 139:556-576 (ע).

רוזן, ב. 1989. *תיגמול מקצועי והתנהגות מקצועית: סוגיות חדשות ואתגרים מחקריים.* *Soc Sci Med* 29(3):455-462. (א).

רוזן, ב. 1989. *רפואה פרטית ורפואה ציבורית בישראל.* דמ-12-89 (א).

ברנע, ת. 1988. *חינוך לבריאות לקשישים בישראל: סקירת פעילות וחומר חינוכי.* דמ-164-88 (ע).

רוזן, ב.; אלנצוויג, א. 1988. *שיטות תיגמול במערכת הבריאות: סקירת הקיים.* דמ-5-88 (א); דמ-14-89 (ע).

יעבץ, ר.; שי, ד.; שובל, י. 1988. *טיפול עצמי בבריאות: תפיסות וגישות של אנשי מקצועות רפואיים נלווים.* דמ-152-88 (ע).

רוזן, ב. 1988. *שירותי הבריאות בישראל: ביבליוגרפיה נבחרת.* דמ-6-88 (ע+א).

יעבץ, ר.; שי, ד.; שובל, י. 1988. *טיפול עצמי בבריאות: תפיסות וגישות של רופאים.* דמ-150-88 (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-3-87 (ע).

רוזן, ב. 1987. *השוואה בין-לאומית: בריאות התושבים בישראל על-פי מדדים כמותיים של האזור האירופי של ארגון הבריאות העולמי.* הוכן עבור משרד הבריאות. דמ-4-87 (ע+א).

כהן, מ.; רוזן, ב. "כיוונים חדשניים במערכת הבריאות בישראל". *New Approaches to Manging Health Services*, WHO (א) (בקרוב).

ניתן להזמין פרסומים מג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל. ת.ד. 13087, ירושלים 91130.

DECENTRALIZATION OF CLINICS IN KUPAT HOLIM CLALIT: DESCRIPTION OF THE NEGEV DISTRICT MODEL AND ITS EVALUATION

Revital Gross
JDC-Brookdale Institute

Irit Zmora
Kupat Holim Clalit, Negev District

Asher Alhiani
Kupat Holim Clalit, Negev District

Prepared as part of the cooperative program of the JDC-Brookdale Institute, JDC-Israel and Kupat Holim Clalit for evaluating the process of decentralization in Kupat Holim Clalit.

Jerusalem **July 1991**

BR-RR-25-91
C.2

מכון ברוקדייל: הספריה

את הספר יש להחזיר עד

תאריך	תאריך	תאריך

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

ISSN–0334–858x

Abstract

Health-care organizations in Israel and throughout the world are faced with the need to contain escalating costs while continuing to provide high quality medical care (Batchelor 1989). Three approaches to meeting this challenge are to allocate budgets to units delivering health care; to establish internal information systems in health-care organizations; and to implement decentralization in primary health-care service systems by delegating decisionmaking authority to the lower levels of the organizational hierarchy (Simon 1959). These are perceived as giving incentives to health-care providers, as well as giving them the tools needed to utilize existing resources more efficiently and improve their responsiveness to the needs of the population. Though these three approaches can work together harmoniously to strengthen each other, they are not always employed at the same time. One or more of these approaches have been attempted in Sweden, England, Ireland, Spain, Portugal and the Soviet Union (Godinho 1990; Hakansson; Secretaries of State for Health 1989).

Kupat Holim Clalit (KHC), which supplies health services to over 75% of Israel's population, is also attempting to deal with this challenge. In 1988 a process of decentralization was initiated in KHC. The main objectives of decentralization at KHC clinics in the Negev district were to:

(1) Improve service for clients in order to increase their satisfaction and attract more members.

(2) Introduce budgetary control and efficiency, either by cutting expenditures without detracting from the level of service, or by providing better service using existing resources.

(3) Upgrade the functioning of the clinic staff: increase motivation, responsibility, initiative and staff morale.

In 1990 one clinic in the Negev district began functioning as a decentralized clinic. Additional clinics in the district have since joined the process, and by the end of 1991 12 clinics are expected to have made the transition to decentralization. The principle components of decentralizing a clinic in the Negev district are:

(1) Allocation of a budget to the clinic: A decentralized clinic in the Negev receives a budget covering salaries, medicines and medical equipment, hospitalization, diagnostic and consultation services, and administrative and maintenance costs. The size of the budget is determined by a formula that reflects the

average expenditures in the Negev district as well as the number of clients registered in the clinic and their ages. The clinic is responsible for staying within the limits of its budget.

(2) Transfer of decisionmaking authority for budget utilization and service delivery from the district management to the clinic management: The clinic may redirect funds among budget line items, and sell and purchase services — even outside of the KHC system. Though some of these activities require the authorization of the district management, the clinic is assured prompt consideration of and attention to its requests.

(3) Establishment of an information system in the clinic: A budgetary information system that supplies data on how much of the budget was utilized, and to what purpose, is installed in the clinic. In addition, information is gathered on the medical care provided in the clinic through a periodic survey.

(4) Allocation of part of the budgetary savings back to the clinic, to be used at its discretion: Of the savings in budget items which constituted cash expenditures from the district budget, 60% may be used by the clinic; and of the savings in budget items which were not actual payments, but which represented credits transfered among accounts within KHC — such as hospitalization in a KHC hospital — 20% may be used by the clinic.

The underlying assumption of decentralization is that if clinics are allowed the flexibility to provide services in accordance with the needs of the population while being given overall budgetary responsibility and adequate information, expenditures will be reduced and higher quality services will be delivered. However, there is little empirical data to support or refute this assumption. It is possible that decentralization will have adverse effects. For example, the desire to reduce expenditures could lead to a reduction in the number of essential laboratory tests or hospitalizations, ultimately reducing the quality of medical care. It was therefore felt by KHC that the attempt at decentralization should be evaluated. The JDC-Brookdale Institute was asked to assist in evaluating the decentralization process. The purpose of the evaluation is to supply information that will help KHC management decide whether to continue to decentralize its clinics, and if so, how to most effectively make the transition to decentralized management.

This report describes the decentralization model developed in the Negev district, the key questions addressed by the evaluation, and the study design. The main questions focus on the process of implementing the change and on its effects.

(1) What are the actual changes in the clinic's authority and responsibilities? What are the obstacles to implementation, and how can they be overcome so that the program can be carried out most effectively? What facilitates implementation of the program?

(2) How does decentralization affect the level of expenditure? Has there in fact been an increase in efficiency, i.e. a decrease in expenditures that did not detract from the level of service, or alternatively, an improvement in the level of service without a decrease in expenditures?

(3) How does decentralization affect the clinic staff? Has there been an improvement in staff satisfaction, motivation, morale, initiative and responsibility? Are staff more aware of costs? Are staff more sensitive to client needs?

(4) How does decentralization affect the number of clients enrolled in the clinic and their satisfaction with the services it provides?

(5) How does decentralization affect other indicators of quality of care in the clinic? Have there been improvements in structural criteria: physical structure, equipment maintenance, and level of training; process criteria: availability, comprehensiveness, and appropriateness of services; outcome criteria: health status?

In order to answer these questions, a number of research instruments were developed, including a questionnaire for in-depth interviews with key personnel at the clinics and at the district management level; a staff survey; a client survey; and instruments for the analysis of administrative data.

The study design is based on a comparison of two experimental clinics with two control clinics pre– and post– decentralization in an attempt to isolate the effects of decentralization from the effects of other changes taking place simultaneously in KHC. The study will also monitor six additional clinics involved in the process on a less in-depth basis to obtain insight into the variation in the decentralization process.

This paper is the first in a series of reports on decentralization models in KHC clinics. It is intended to help KHC and other organizations planning decentralization to implement these changes more effectively.

Acknowledgments

We gratefully acknowledge Nimrod Shoshan, Yehuda Naveh, Pesach Shwartzman, and Zvi Liss of the Negev Region for the information they provided and for their cooperation. Miriam Bar Levy, Leah Pass, Yitzhak Peterburg, Shimon Ziv, and Nili Eden of the steering committee provided helpful comments. Our thanks to our colleagues at the Brookdale Institute, Jack Habib, Tamara Barnea, Jenny Brodsky, Marc Cohen, Miriam Cohen, Nurit Nirel, Bruce Rosen, and Dan Yuval for their comments and assistance in preparing this paper. Jenny Rosenfeld edited the paper, and Bilha Allon typed the Hebrew manuscript.

Members of the Steering Committee for Evaluating Decentralization

Kupat Holim Clalit

Miriam Bar Levy, *Head of the Organization and Administration Division*

Rami Ditian, *Head of the Medical Division*

Nili Eden, *Head of the Nursing Division*

Benny Inbar, *Vice President and Director, Department of Personnel, Organization, and Administration*

Ronny Mizrahi, *Director, Jerusalem Region*

Yehuda Naveh, *Director, Negev Region*

Leah Pass, *Administrative Advisor*

Yitzhak Peterburg, *Head of the Health Policy and Epidemiology Division*

Yair Shapiro, *Vice President and Medical Director*

Yaakov Zilberg, *Medical Director, Emek Region*

Shimon Ziv, *Head of the Finance Division*

JDC-Brookdale Institute, and JDC-Israel

Tamara Barnea, *Senior Researcher*

Nehemia Geva, *Head of the Research and Evaluation Division*

Jack Habib, *Director*

Bruce Rosen, *Coordinator, Health Policy Research Program*

Table of Contents

Introduction 1

1. Background: Organizational Characteristics and Decentralization Trends in Kupat Holim Clalit 3

2. Description of the Decentralization Model in the Negev District 5

   2.1 Characteristics of the Clinic Budget 5
   2.2 Mapping of Authority for Clinic Decentralization 8
   2.3 Information Systems 14
   2.4 Criteria for Evaluating a Decentralized Clinic, and the System of Incentives 16

3. The Process of Implementing the Change 18

   3.1 Stages in Implementing Decentralization 18
   3.2 Discussion of the Major Characteristics of the Implementation Process 18
   3.3 Instruments Required for Implementing Decentralization 20
   3.4 Special Resources Required for Implementing Decentralization 20

4. Evaluation Program for the Decentralized Clinic 21

   4.1 Goals of the Evaluation, and Research Questions 21
   4.2 Research Instruments 23
   4.3 Research Design 26

5. Summary 28

Sources 30

List of Tables

Table 1: Research Questions 22

Table 2: Sources of Information for Examining the Research Questions 25

Appendices

Appendix 1: The Methodology for Determining the Expenditure Per Person in the District 32

Appendix 2: A Sample Agreement Between a Decentralized Clinic and District Management 35

Appendix 3: The Budgetary Information System 38

Appendix 4: The Negev District: Sample Report on the Distribution of Diagnostic Tests, Consultations and Lab Tests 42

Appendix 5: Sample Form Used in the Survey of Medical Treatment Administered to Patients 46

Appendix 6: Referral Form for Counseling and Diagnostic Services (Form 22) 47

Appendix 7: List of Research Questions 49