



מידע וקבלת החלטות בעידן ביטוח הבריאות הממלכתי: דוח מסכם

ברוך רוזן ישראל סייקס איילת ברג-ורמן נורית ניראל

משה סיקרון
אוניברסיטת העברית

רוברט שוורץ
אוניברסיטת חיפה

הפרויקט ממומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ועל-ידי קרן קוני וברט רבינוביץ' למחקר יצירתי וחדשני במאירס-ג'זינט-מכון ברוקדייל

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון: 02-6557400

פקס: 02-5612391

כתובת אינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה

ברג-ורמן, א.; רוזן, ב.; סיקרון, מ. 2005. שימוש בנתוני דוח ויטקובסקי על הפעילות הפיננסית של קופות החולים בתהליכי קבלת החלטות במערכת הבריאות. דמ-05-463.

נירל, נ.; רוזן, ב. 2005. מידע וקבלת החלטות – הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי): ניתוח חקר מקרה. דמ-05-448.

ברג-ורמן, א.; רוזן, ב.; סיקרון, מ. 2004. סקר הבריאות שעורת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומידת השימוש בו לצורכי קבלת החלטות במערכת הבריאות. דמ-04-416.

רוזן, ב.; שוורץ, ר.; סיקרון, מ.; סייקס, י.; ברג-ורמן, א. 2004. שימוש בנתונים בתהליכי קבלת החלטות משמעותיות לקשורות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. דמ-04-436 (עברית). דמ-03-401 (אנגלית).

סייקס, י. 2004. השימוש בנתונים בניסיון העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשד הבריאות לקופות החולים. חקר מקרה: 1996-1995. דמ-03-404.

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

תמצית מחקר

הקדמה

מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ערך מחקר רב שנתי העוסק במקומם של הנתונים בקביעת מדיניות מערכת הבריאות, הקשורה ליישומם של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הפרויקט כלל רכיב-רוחב על תפקידם של הנתונים בעשר החלטות משמעותיות הקשורות למדיניות הממשלה ורכיב עומק של ארבעה מקרי מבחן:

- ♦ השימוש בנתונים בניסיונות העברתם של שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים
- ♦ השימוש בנתונים מסקר בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
- ♦ השימוש בנתונים מהדוחות על הפעילות הכספית של קופות החולים (דוחות ויטקובסקי)
- ♦ השימוש בנתונים בעבודתה של הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי)

שימוש בנתונים בתהליכי קבלת עשר החלטות מדיניות משמעותיות הקשורות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

לגבי כל אחת מעשר החלטות שנחקרו, צוות המחקר נקט בפעולות אלו:

- ♦ ניתח את המדיניות שבבסיס ההחלטה, מבחינת ההקשר, תת-ההחלטות שהרכיבו את ההחלטה, החלופות העיקריות למדיניות והשיקולים העיקריים בעדן או נגדן
- ♦ זיהה את סוגי המידע שיכלו לתרום לתהליך קבלת ההחלטות
- ♦ בחן כיצד יכלו נתונים אלה לתרום לתהליך קבלת ההחלטות
- ♦ תיעד את מקומם בפועל של הנתונים בתהליך קבלת ההחלטות
- ♦ ניתח את הפער בין השימוש בנתונים בכוח לבין השימוש בהם בפועל
- ♦ חקר את הסיבות האפשריות לפער

המחקר התבסס על ראיונות עומק עם קובעי מדיניות, מנהלים וחוקרים. ממצאי המחקר עלה כי השימוש בנתונים במערכת הבריאות הוא אכן ניכר ובמגמת עלייה. עם זאת, בכל ההחלטות שנבדקו נאלצו קובעי המדיניות לקבל החלטות, בהעדר מידע חשוב. הסיבה העיקרית לכך היא העדרם של הנתונים החיוניים; לעתים הם היו קיימים אך לא נעשה בהם שימוש. עוד נמצא במחקר, כי בשנים 1995-1999 רק לעתים רחוקות ערכו קובעי המדיניות במערכת הבריאות ניתוחים מובנים של האופן שבו הנתונים יכלו לתרום להחלטות שבפניהן הם יעמדו בעתיד. צוות המחקר אף זיהה כמה מאפיינים של תהליך קבלת ההחלטות, סגנונות מנהיגות שהיו בעלי השפעה משמעותית על מידת השימוש של הנתונים בתהליך קבלת ההחלטות.

כמו כן מצא צוות המחקר כי להבדיל ממערכת הבריאות האמריקנית, שבה יש שפע ניסויים חברתיים ופרויקטים להדגמה, אין בישראל ניסיון ומסורת כאלו בבדיקת מדיניות חדשה. לפיכך, חילוקי דעות על השפעתה הצפויה של מדיניות מוצעת כלשהי מובילים לעתים למבוי סתום. מלבד זאת, נמצא במחקר כי מקבלי החלטות מעוניינים לקבל תחזיות טובות יותר, שמעצם טבען מבוססות על נתונים אמפיריים.

למחקר זה חידוש מתודולוגי חשוב לספרות המקצועית בנושא קבלת ההחלטות. עד היום, המחקרים האמפיריים בנושא זה נטו לבדוק את השימוש שנעשה בפועל בנתונים בהחלטה מסוימת, ללא בחינה מדוקדקת של סוג הנתונים שהיו עשויים לתרום להחלטה. צוות הפרויקט הכין ניתוח כזה של הנתונים שבהם היה צורך ושהיו יכולים לתרום לעשר החלטות הקשורות למדיניות בריאות. ממחקר זה עולה כי הן תובנות חדשות והן מסקנות מעשיות נוספות עשויות להיות תולדתה של בחינת השאלה "מה היה יכול

להיות" ולא רק "מה התרחש בפועל". ההבדלים בין התשובות לשתי השאלות עשויים להיות מאירי עיניים במיוחד.

חקר מקרה 1: השימוש בנתונים בניסיונות העברתם של שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים, בשנים 1995-1996.

חקר המקרה הראשון מתמקד בשנים 1995-1996, שבהן עמדה סוגיית ההעברה לקופות החולים במוקד משא ומתן אינטנסיבי - בין קופות החולים, משרד הבריאות ומשרד האוצר - שבסופו של דבר, נקלע למבוי סתום.

בתחילה אמנם התמקד חקר המקרה בהחלטה אחת – ההחלטה להעביר את שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים - אך בהמשך התברר יותר ויותר כי היא מורכבת למעשה מתשע תת-החלטות שונות. ההחלטות כללו אילו שירותים להעביר; כמה כסף יועבר לקופות החולים יחד; וכיצד לחלק כספים אלו בין קופות החולים.

מהמחקר עלה כי בשנים שנבדקו אכן נעשה שימוש ניכר בנתונים בקבלת החלטות בכל הדרגים של מערכת בריאות הנפש, במיוחד בחמש תת-החלטות מהתשע שנמצאו. עם זאת, ייתכן כי העדרם של ניסיונות שיטתיים להפקת נתונים על השפעתה הצפויה של ההעברה על הביקוש לשירותי בריאות הנפש במרפאות החוץ – היה אחד הגורמים העיקריים למבוי הסתום במגעים (בשילוב של אינטרסים של הגופים השונים ושל גורמים פוליטיים).

המחקר בחן גם את אופיו של "שיח הנתונים" (התקשורת בין הארגונים ביחס לנתונים) בתהליך קבלת ההחלטות. באופן כללי, שיח נתונים פורה, הכולל שיתוף מידע בונה והבחנה משותפת בין מחלוקות באשר לעובדות לבין מחלוקות באשר לערכים, עשוי להגביר אמון ושיתוף פעולה. לעומת זאת, נמצא כי "שיח-הנתונים" שהתקיים בפועל, במקרה זה, בין הארגונים היה לקוי, ולפיכך הגדיל את חוסר האמון ואת ההאשמות ההדדיות. לכך הוצעו כמה הסברים אפשריים.

חקר מקרה 2: השימוש ב"סקר הבריאות" שעורכת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשם קבלת החלטות במערכת הבריאות

סקר הבריאות הוא אחד ממקורות המידע המרכזיים והזמינים ביותר בישראל בנושאי הבריאות ושירותי הבריאות. השאלות העיקריות הקשורות לדוח זה הן אלו: באיזו מידה תורם סקר הבריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה להחלטות מדיניות הקשורות במערכת הבריאות? אילו מתכונות של הסקר הייתה שונה, האם היה יכול לתרום יותר?

הניתוח בדוח זה מבוסס בעיקר על ראיונות עומק עם משתמשים ומשתמשים פוטנציאליים בממצאי הסקר ועם האחראים על מימון הסקר, על תכנונו ועל ביצועו. בדוח נבחנו שלושה דפוסי שימוש בנתוני הסקר ונמצא כי:

- ♦ **ניטור כולל של מערכת הבריאות** - נמצא כי הסקר תרם רבות לניטור המערכת, במיוחד לניתוח נגישות ושיוויוניות.
- ♦ **תשומות לקביעת מדיניות בעשר החלטות חשובות הקשורות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי** - נמצא כי הסקר תרם רבות להחלטה אחת מתוך עשר שנבחנו ובמידה מסוימת לשתיים נוספות. אולם, כמעט לא נמצאה תרומה של הסקר לשבע החלטות הנוותרות.

♦ **הערכה של השפעת החלטות הקשורות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי** - עד היום, נתונים מן הסקר לא תרמו תרומה משמעותית לבחינת השפעתן של החלטות הקשורות לביטוח בריאות ממלכתי.

תרומתו של הסקר לקביעת מדיניות ולמעקב אחר השפעות הייתה מוגבלת, משום שהשאלון היה קצר מדי, הסקר נערך לעתים רחוקות מדי, והסקר (בהיותו רב-תכליתי) לא הותאם דיו לצורכי המידע המשתנים של קובעי המדיניות. ייתכן, אמנם, שדי בתרומות הסקר הנוכחיות להצדיק את קיומו, אולם מממצאי המחקר עולה שתרומתו עשויה הייתה להיות גדולה יותר, אילו נערך במתכונת שונה.

חקר מקרה 3: השימוש בנתונים מהדוחות הכספיים של קופות החולים (דוחות ויטקובסקי)

דוח ויטקובסקי הוכן בעקבות כניסתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף. מאחר שעל פי החוק, האחריות למימון שירותי הבריאות נפלה על כתפי הממשלה, היא חשה צורך לקבל מידע תקופתי על מצבן הכספי של קופות החולים.

חקר מקרה זה ניסה לעמוד על שיעור השימוש בדוחות ויטקובסקי ועל הסיבות לכך. בשיטות המחקר השתמשנו בניתוח הדוחות עצמם ובניתוח התכתובת הקשורה אליהם, תוך שילוב ראיונות עומק עם מרואיינים בולטים.

המרואיינים כולם היו תמימי דעים באשר לתרומתו הרבה של הדוח. הם חשו כי הוא סיפק את המידע הפיננסי הדרוש. הן לקופות החולים - לצורך ניטור מתמשך ובקרה, והן לממשלה - לצורך קבלת החלטות בנושא גובה ההקצאות הכספיות לקופות החולים. הדוח מסייע לקופות החולים לזהות בעיות, כגון, הוצאות גבוהות מדי לנפש עבור תרופות באחת מקופות החולים, וכך הוא מאפשר להן גם לעמוד על הצעדים הדרושים להגברת יעילותן.

את הצלחתו של הדוח ואת היקף השימוש בו אפשר לזקוף לזכות, בין היתר, דרכי תכנונו והכנתו. ראשית, הוא תוכנן לענות על צרכים ממשיים בקביעת מדיניות ובפיקוח. שנית, הממשלה הייתה מוסמכת על פי חוק לדרוש מקופות החולים להכין דוחות כספיים מלאים ומעודכנים על פעילויותיהן. שלישית, למרות היכולת החוקית לקבוע את אופיים של הדוחות, הרגולטורים נהגו בתבונה ובחרו לשתף פעולה עם קופות החולים בתכנון הדוחות. רביעית, מעורבותן של לשכות רואי חשבון חיצוניות תרמה למהימנותם של הדוחות. לבסוף, מידת התועלת בדוח גדלה בזכות הכללתם של נתונים השוואתיים ומגמות לאורך זמן.

חקר מקרה 4: השימוש בנתונים בעבודתה של הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי)

ועדת אמוראי הוקמה בשנת 2000 בתום שביתת רופאים בת 4 חודשים, כחלק מהסכם בין המעסיקים להסתדרות הרפואית לישראל, אשר הביא לסיום השביתה. הוועדה עסקה במגוון רחב של נושאים בתחום מדיניות בריאות.

מתוך רצון לגשר על הפערים בין הצדדים הנוגעים בדבר, הוועדה בחרה להתייחס לעצמה כאל גוף שנותן המלצות כלליות בלי להיכנס לפרטים. לשם השגת מטרה זו היא חתרה להשגת קונסנזוס ופשרה. המחקר מצא שתפיסתה של הוועדה בנוגע לתפקידה השפיעה על גישתה בנושא הצורך בנתונים אמפיריים כמותיים. כמה חברי ועדה (כולל היושב ראש) סברו שהוועדה לא הייתה זקוקה במיוחד לנתונים אמפיריים, מכיוון שכדי ליצור קונסנזוס היה עליה לדבוק בהצהרות כלליות שמקובלות על כולם (גנריות).

לעומת זאת, צוות המחקר סבור שגם אם ועדה ציבורית מתכוונת להגביל את עצמה למדיניות של המלצות כלליות בלבד, עדיין נתונים ממוקדים יכולים להועיל לדין ולהשפיע.

עוד נמצא בדוח כי את עיקר איסוף המידע והצגת העמדות השונות עשו, למעשה, הגופים בעלי העניין במערכת הבריאות. צוות המטה של הוועדה היה מצומצם מאוד, וכמעט שלא עסק באיסוף מידע. שכן, הוועדה פעלה על פי השיטה המקובלת בבתי-משפט, שלפיה, הארגונים בעלי העניין הם הקובעים את הסוגיות לדין, שואלים את השאלות העובדתיות ומביאים את המידע בפניה.

בעקבות זאת, הוצפה הוועדה במידע שהביאו הצדדים הנוגעים בדבר, וחלק ממנו אכן נחשב למידע שימושי. יתרה מזאת, מהמחקר עלה כי ניירות העמדה, הנתונים הסטטיסטיים וחומר הרקע שהובאו לוועדה, אכן מילאו בסופו של דבר תפקיד משמעותי בשיקוליה של הוועדה.

עם זאת, למרות היקפו הגדול של החומר שהובא בפני הוועדה, פריטי מידע מכריעים לא נכללו בו. בנוסף לכך, נתגלה חוסר עקיבות בנתונים שהציגו הצדדים בפני הוועדה. בוועדה חסר היה צוות שיוכל לשלב נתונים מהמקורות השונים, לעבד אותם ל"פורמט ידידותי", לנתח נתונים מבסיסי נתונים קיימים ולאסוף נתונים חדשים על סוגיות שהן בעלות חשיבות לוועדה אך הצדדים הנוגעים בדבר נמנעו מלעסוק בהן.

מסקנות כלליות

שבע מסקנות משמעותיות עלו מהפרייקט ואלו הן:

- ♦ מקבלי החלטות במערכת הבריאות – הממשלה, קופות החולים, בתי חולים וכו' - עושים שימוש אינטנסיבי בנתונים.
- ♦ מגמת השימוש בנתונים עלתה במשך התקופה הנחקרת.
- ♦ מערכת הבריאות עשויה להפיק תועלת רבה מהשקעה צנועה יחסית במערכות נתונים ארציות, למשל, בתחומים של איכות הטיפול, עלות במערכת הבריאות וכוח אדם. מערכות אלה צריכות להיות אובייקטיביות, אמינות ומעודכנות באופן שוטף.
- ♦ ייתכן כי קובעי מדיניות יוצפו במידע, אך בכל זאת יחסרו להם פריטי נתונים ספציפיים, שלהם הם יזדקקו במיוחד, לשם קבלת החלטות מושכלות.
- ♦ יש להשקיע מאמצים ממוקדים בהספקת הנתונים החיוניים ביותר לקובעי המדיניות.
- ♦ לצוותים אנליטיים יש תפקיד מכריע בהספקת המידע המתאים הנחוץ לקובעי המדיניות.
- ♦ רק לעתים רחוקות עסקו מקבלי החלטות בניתוח מובנה של החלטות שעמדו בפניהם ושל האופנים שבהם נתונים היו יכולים לתרום להחלטות אלה. לדבריהם, ניתוח מובנה מן הסוג שנעשה במסגרת המחקר הנוכחי אפשר וראוי שיתבצע בשלב מוקדם של תהליך קבלת החלטות.

מסקנות אלו מקבלות חיזוק הן מהמצאים שעלו מארבעת מחקרי המקרה שצוינו לעיל והן מההשוואות ביניהם.

ממצאי המחקר הופצו בהרחבה ונראה שכבר הביאו לכך שחוקרים וקובעי מדיניות בישראל חושבים באופן שיטתי ופעיל יותר על הקשר שבין נתונים לבין קביעת מדיניות.