

סדרת 11 מחלוקות בכלכלה

מחלוקת 9

**באיזו מידה מדידת האיכות ברפואה
תורמת לשיפור בריאותנו?**

קובי גלזר

אוניברסיטת תל-אביב

שולי ברמלי-גרינברג

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואוניברסיטת תל-אביב

התוכנית לכלכלה וחברה
במכון ון ליר בירושלים


מכון ון ליר בירושלים
THE VAN LEER JERUSALEM INSTITUTE
معهد فان لير في القدس

ECONOMICS AND SOCIETY PROGRAM

ELEVEN DISPUTES IN ECONOMICS

9

**To What Extent Does Measuring the Quality of
Medical Care Contribute to Improving Our Health?**

Jacob Glazer Shuli Brammli-Greenberg

רכז הסדרה: עופר אוברלנדר

עורכת מפיקה: שרה סורני
עורכת לשון: צילה שטרן

© תשס"ז–2007, מכון ון ליר בירושלים

דפוס גרפית בע"מ, ירושלים

התוכנית לכלכלה וחברה במכון ון ליר בירושלים

התוכנית לכלכלה וחברה הוקמה במסגרת המשימה שהמכון קיבל על עצמו לזהות את הפערים המתרחבים בחברה הישראלית ולהציע דרכי פעולה מעשיות לתיקונם. מטרת התוכנית ליצור כלים שיאפשרו לציבור ליטול חלק בשיח הכלכלי-חברתי ובגיבוש מדיניות, מתוך התמקדות בתחומי הכלכלה הציבורית, שוק העבודה וחלוקת ההכנסות.

פעילות התוכנית

- חיבור מחקרי מדיניות בסוגיות מרכזיות בכלכלה וחברה בישראל
- חיבור סדרת 11 מחלוקות בכלכלה והצגתן בערבי דיון
- חיבור ניירות עמדה בשאלות העומדות על סדר היום הציבורי
- הכנת דפי מידע המציגים נתונים על הכלכלה ועל החברה בישראל
- עריכת ערבי דיון וימי עיון בנושאי כלכלה וחברה
- הפקת אגרות אלקטרוניות לציבור המקצועי והכללי המתעניין בשאלות כלכלה וחברה
- עריכת כנס שנתי

סדרת 11 המחלוקות

סדרת 11 המחלוקות היא נדבך מרכזי בפעילות התוכנית לכלכלה וחברה. היא מבקשת להציג באופן מאוזן יותר סוגיות בכלכלה העומדות במרכז סדר היום הציבורי, כדי להשתית את הדיון הציבורי בנושאים אלה על מסד מושגי ועובדתי מוצק. לעתים קרובות הידע הכלכלי התיאורטי והאמפירי של הציבור בסוגיה מסוימת אינו משקף את הידע המקצועי בתחום: פעמים משמשים חצאי ראיות הוכחה חותכת לטעון זה או אחר; פעמים ישנה התכחות לממצאים לא נוחים, גם אם אין עליהם עוררין; ופעמים מוצג עניין השנוי במחלוקת בספרות המקצועית כאילו שוררת בו תמימות דעים. בסדרת 11 המחלוקות נשתדל להציג כל נושא ממגוון זוויות ולפרוס את השיקולים בעד ונגד מדיניות זו או אחרת, כדי להציג לעיני הציבור את התמונה המלאה ולסייע לו לגבש דעה מושכלת, מתוך מודעות לטווח המלא של אפשרויות הפעולה.

כל מחלוקת בסדרה מוגשת בחוברת נפרדת, והחוברות משמשות בסיס לדיון בערבי עיון שמארגנת התוכנית לכלכלה וחברה למען הציבור הרחב. את המחלוקות כתבו מומחים בתחומם, בשפה בהירה ונגישה, והן מיועדות לכל אדם המתעניין בסוגיות המרכזיות המעצבות את פני המשק והחברה בישראל.

סדרת 11 המחלוקות יוצאת לאור בשיתוף עם קרן פרידריך אברט וארגון שתי"ל.

1. הקדמה

שלושה שחקנים עיקריים פועלים בענף שירותי הבריאות: צרכני השירות (המטופלים ומשפחותיהם), ספקי השירות (הרופאים, בתי החולים, קופות החולים ומטפלים אחרים, חברות התרופות וספקים פרטיים) והמבטחים (הפרטיים והציבוריים). במערכות רבות בעולם, הממשלה ממלאת גם היא תפקיד מרכזי – היא המתכננת והמפקחת, והיא הספקית של חלק מן השירותים ומן הביטוחים הרפואיים. בין כל הגורמים יש יחסי גומלין המאופיינים באי-ודאות ובפערי מידע בכל הקשור לאבחנות, לטכנולוגיות ולטיפולים שבחזית הרפואה. בגלל מורכבותו הרבה של השירות הרפואי והשינויים הטכנולוגיים המהירים המתחוללים בו, פערי המידע הללו הולכים ומתרחבים, והגורמים השונים מתקשים ללמוד ולהתעדכן במידה ובמהירות הנדרשות.

תורת הכלכלה של ארבעים השנים האחרונות, למן ארו ואקרלוף (Arrow 1970; Akerlof 1963), מלמדת שמנגנון השוק התחרותי אינו מביא בדרך כלל ליעילות אם יש פערי מידע בין הגורמים בענף, וגם אם ינסה מתכנן מרכזי לפקח על התחרות ואף להתערב בה, לא בהכרח יצליח להגביר את היעילות. אם נוצרים פערי מידע גם בין המתכנן המרכזי (שהופך לשחקן נוסף בזירה) לבין שאר השחקנים במערכת, מנגנוני התערבות שכאלה עלולים אף להחמיר את חוסר היעילות בשוק.

ואכן, במחקרים רבים שנעשו בשנים האחרונות הוצגה תמונה קודרת למדי בכל הקשור ליעילות (ולשוויוניות) של מערכות הבריאות בעולם. לא תמיד מופנים המשאבים הנדרשים למטופלים אשר תועלתם השולית מן הטיפול היא הגבוהה ביותר, או לטיפולים שתפוקתם השולית היא הגבוהה ביותר. דוגמאות בולטות לחוסר יעילות: חולים שבהיעדר ידע וכלים אינם פונים אל המטפל המתאים ביותר לטיפול בבעייתם; מטפלים שאינם בוחרים בטיפול היעיל ביותר בעבור מטופליהם (בכלל זה הפניה למטפל אחר), אם מחוסר ידע ואם מחוסר תמריץ (לעתים קרובות יש להם תמריץ לספק טיפול אחר); מטפלים שאינם משקיעים כנדרש בלמידה ובהתעדכנות באשר לטכנולוגיות ולפרוצדורות חדשות, מאחר שלא להם ולא למעסיקיהם יש תמריץ לעשות זאת (בין היתר משום שהן למטופלים והן למי שמשלמים בעבור השירות אין כלים להעריך את תוצאות הטיפול ולשלם כמתחייב מהן); גם במפגש בין רוכש הביטוח לחברת הביטוח מתגלה חוסר יעילות

— חברות ביטוח נמנעות מלהציע תוכניות ביטוח בעלות ערך כלכלי חיובי מחשש שאלה ימשכו בעיקר רוכשי ביטוח יקרים יותר.

בשל העלייה המתמדת בהוצאות הבריאות ברוב מדינות המערב, ממשלות רבות משקיעות, בעיקר בשלושת העשורים האחרונים, מאמצים ניכרים בניסיון לייעל את מערכות הבריאות. מקבלי ההחלטות בחרו כמה מנגנונים מרכזיים להתערבות בענף הבריאות, ומהם ראוי לציין חמישה: (1) קביעת ממדי האחריות, המימון, הפיקוח וההספקה של שירותים ושל ביטוחים רפואיים על ידי המגזר הציבורי; (2) קביעת מידת התחרותיות וממדי התחרות בענף; (3) פיקוח על אימוץ טכנולוגיות רפואיות; (4) העברת חלק מהאחריות לצרכנים; (5) אימוץ מנגנונים שונים לתגמול ספקי השירות והמבטחים, שיתמרצו אותם לספק שירותים וביטוחים ביעילות רבה יותר.

ואולם למרות המאמצים הרבים לא נעלמו ממערכות הבריאות בעולם התופעות של חוסר יעילות שצוינו לעיל, גם אם הן הצטמצמו במידת מה. לא פלא אפוא שמקבלי ההחלטות נואשו מהתמודדות עקיפה עם גילויי חוסר היעילות, ובמקום זאת הם מציעים לתקוף את מקור הבעיה, כלומר את פערי המידע בין השחקנים השונים. הדרך המוצעת לצמצום פערי המידע היא פיתוחם ואימוצם של מדדי איכות. בבסיסה עומדת המחשבה שאם נצליח למדוד ולכמת במדויק את איכות הטיפול הרפואי שנותנים ספקי השירות השונים, ואם תוצאות המדידות הללו תועברנה לשחקנים האחרים במערכת, כלומר לצרכנים, למנהלים, למבטחים ולמפקחים, הרי הגורמים הללו יוכלו לקבל החלטות נכונות יותר, ובכך יתמרצו המטפלים להעניק טיפול איכותי ויעיל יותר. שתי התוצאות הללו יחד ישפרו את יעילות המערכת.

ואכן, בשנים האחרונות אנו עדים למאמץ מוגבר ורחב היקף לפתח ולאמץ מדדי איכות וביצוע בכל מערכות הבריאות המתקדמות בעולם. המדדים הללו מודדים את כל רמות הטיפול, החל ביחידות הבסיסיות ביותר (קרי הרופא והמחלקה), עבור ביחידות גדולות יותר (בתי החולים והמרפאות) וכלה ביחידות הגדולות ביותר (קופות החולים והמערכת כולה). אולם מדידה זו אינה פשוטה כל עיקר. העובדה שכל מקרה רפואי שונה מרעהו במידה זו או אחרת הופכת את הכימות ואת המדידה של איכות הטיפול הרפואי לפעולות קשות מאוד, ובמקרים רבים אף לבלתי אפשריות. כדי למדוד במדויק את איכות הטיפול יש להביא בחשבון את כל המאפיינים של המטופל ושל מחלתו שעשויים להשפיע על אופן הטיפול ועל תוצאותיו. הבעיה היא שבידיהם של מודדי איכות הטיפול אין מידע כזה, ואולי לעולם לא יהיה. למעשה, פערי המידע שבין המטפל לבין המטופל קיימים גם בין המטפל לבין מי שמודד את ביצועיו.

כמעט שאין חולק על כך שיש קשיים אובייקטיביים במדידת איכות

השירות הרפואי; אך קיימת מחלוקת אמיתית הן בקרב חוקרים והן בקרב מקבלי ההחלטות באשר לתרומתם האפשרית של מדדי איכות ובאשר למידת השימוש הרצויה בהם, גם אם הם אינם מושלמים, ככלי לשיפור היעילות בענף. על פי גישה אחת אמנם מדדי האיכות אינם מדויקים לגמרי, וודאי שבטווח הקרוב אי-אפשר למדוד את איכות הטיפול של רוב הפעולות הרפואיות, אבל הם מוסיפים מידע לגורמים במערכת, והם עשויים לצמצם את חוסר היעילות במידה ניכרת, על ידי צמצום פערי המידע. על כן נכון וצריך לעשות בהם שימוש נרחב, ובוודאי כדאי ליידע את הגורמים השונים ואולי אף לתגמל את ספקי השירות.

על פי הגישה המנוגדת הוספת מידע שאינו מדויק לגמרי או מידע חלקי (גם אם הוא מדויק לגמרי) עלולה לעוות עוד יותר את מערכת התמריצים בשוק, ונזקה יהיה רב מתועלתה. המצדדים בגישה זו חושבים כי מאחר שבטווח הנראה לעין לא יהיה אפשר לפתח מדדים שישקפו במדויק את איכות הטיפול של כל הפעולות הרפואיות ואפילו לא של רובן, הרי אין לתלות תקוות רבות במנגנונים אלו, ויש לחפש דרכים אחרות ומנגנונים אחרים להפחתת חוסר היעילות. יתרה מזו, השימוש במדדים שכבר פותחו, או באלה שיפותחו בקרוב, צריך להיות זהיר ומצומצם מאוד.

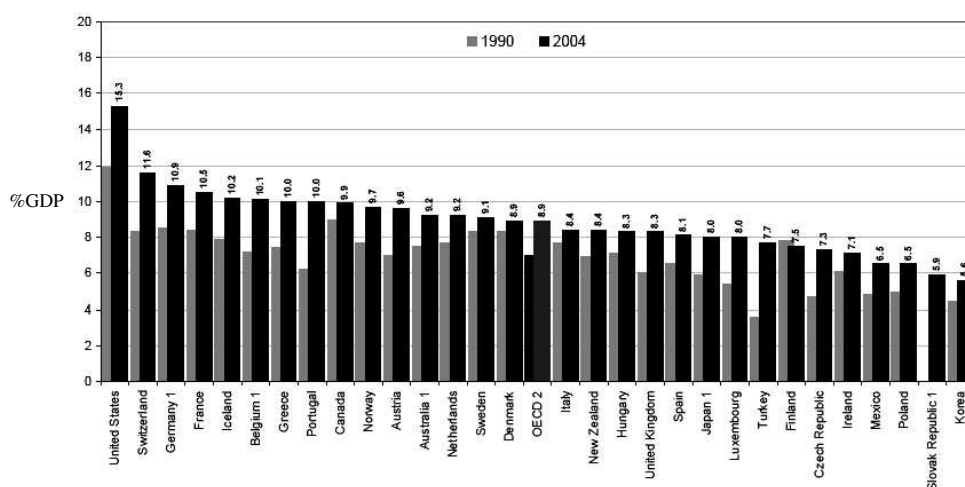
מטרתנו בחיבור זה היא להציג את המחלוקת ולדון בעמדות ובנימוקים של כל אחד מהצדדים. קודם שנעשה זאת נציג את ממדיה של בעיית חוסר היעילות במערכת הרפואה ואת הניסיונות שנעשו עד כה להתמודד עמה. בפרק 2 נציג את העלייה התלולה בהוצאות הבריאות ברוב מדינות העולם ואת הממצאים המלמדים על חוסר היעילות במערכות האלה, ובעיקר נתמקד בפערי המידע. בפרק 3 נדון בניסיונותיהן של מדינות שונות להתמודד עם הבעיה ובהצלחתן המועטה לעשות זאת. בפרק 4 נציג את הרעיון לפתח מדדי איכות ככלי לשיפור יעילות המערכת. נדון בקשיים הכרוכים בפיתוח מדדים כאלה ונציג את המחלוקת באשר לאופן השימוש בהם ולהיקפו, ובאשר ליכולתם לשמש מנגנון שיפתור את בעיית חוסר היעילות בענף. בפרק 5 נציג סיכום.

2. תמונת מצב: אינפלציה של הוצאות וחוסר יעילות

2.1 עלייה מתמדת ומתמשכת בהוצאה הלאומית לבריאות בעולם
בחמשת העשורים האחרונים אנו עדים לעלייה מתמדת ומהירה בהוצאה הלאומית לבריאות בכל המדינות המפותחות. למשל, בארצות הברית בשנים 1960–2003 עלתה ההוצאה הלאומית לבריאות מ-5.1% מן התוצר המקומי

הגולמי (Gross Domestic Product — GDP) ל-15.3% ממנו — עלייה שנתית ממוצעת הגבוהה ב-2.6% משיעור הצמיחה במשק (CBO 2005; Medpac 2005). אמנם בארצות הברית הבעיה חמורה מכל מדינה אחרת במערב — אזוריה מוציאים לצורכי בריאות 53% יותר מאזרחי מדינות המערב האחרות (Anderson *et al.* 2005) — אבל מגמת העלייה בהוצאה הלאומית לבריאות ניכרת בכל מדינות המערב. לפי דוח OECD (2006), בשנים 1990–2004 עלתה ההוצאה הלאומית לבריאות מהר יותר מן התוצר המקומי הגולמי בכל מדינות OECD, חוץ מבפינלנד, והגיעה ל-9% בממוצע ב-2004. בישראל עלתה ההוצאה הלאומית לבריאות מ-7.3% מן התמ"ג ב-1990 ל-8.3% מן התמ"ג ב-2004 (משרד הבריאות 2005). התרשים שלהלן משווה את ההוצאה על בריאות במדינות OECD בשנת 1990 לעומת שנת 2004:

ההוצאה על בריאות במדינות OECD באחוזים מהתמ"ג, 1990 לעומת 2004



1. 2003. 2. OECD average for 1990 excludes Slovak Republic as expenditure data is not available.
Source: OECD Health Data 2006. June 2006.

בגלל מגבלות התקציב הציבורי בכל העולם חלקו של המימון הפרטי בהוצאה הלאומית על בריאות הולך וגדל. בארצות הברית, שבה נהוג ביטוח בריאות פרטי לאוכלוסייה שאיננה מבוגרת או ענייה, היה המימון הפרטי ב-2004 בשיעור של 53% מכלל ההוצאה על בריאות. ואולם גם במדינות שבהן נהוגה מערכת בריאות סוציאלית-ממלכתית עלה שיעור המימון הפרטי. למשל, בצרפת ובקנדה הגיע המימון הפרטי ב-2004 לכ-22%

ולכ-30% מכלל ההוצאה על בריאות בהתאמה (Medpac 2005; OECD 2006).

בישראל מאז 1998 חלקה של הממשלה בהוצאה על בריאות הולך ויורד, וחלקם של התשלומים הפרטיים הולך ועולה עם עליית תשלומי ההשתתפות העצמית ועם האצת שיווקם של הביטוחים המשלימים. ב-1995, אחרי החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, מימנו משקי הבית 26% מההוצאה הלאומית על בריאות, ואילו ב-2003 הם מימנו 31% (משרד הבריאות 2005; גרוס ואחרים 2006).

2.2 הסיבות לעלייה המתמדת בהוצאה הלאומית על בריאות

הסיבה לחלק ניכר מהעלייה בהוצאות הבריאות היא פיתוח ואימוץ מוצאים של טכנולוגיות ושל הליכים רפואיים חדשים. הנה כמה דוגמאות: לשוק בארצות הברית נכנסו בתוך עשר שנים – מ-1990 ועד 2000 – כמעט אלף תרופות חדשות; מאז 1990 עלה מספר התרופות למחלת הסרטן מ-28 ל-402; והשימוש בצנתור לטיפול בהתקפי לב של מבוטחים מקרב הקשישים בארצות הברית עלה מ-11% ב-1984 ל-41% ב-1991 (Newhouse 2002). בישראל הוגשו בשנת 1999 לאישור ועדת סל התרופות – שמתפקדה לאשר צירוף תרופות וטכנולוגיות חדשות לסל התרופות הניתן במסגרת חוק ביטוח הבריאות הממלכתי – 88 טכנולוגיות (51 מהן התקבלו), ואילו בשנת 2005 הוגשו 429 טכנולוגיות (ורק 61 התקבלו; Luxenburg 2006). בעקבות השיפורים הטכנולוגיים ברפואה תוחלת החיים עולה ואיכות החיים משתפרת. אמנם לא נעשו הרבה מחקרים בנושא, אבל נראה שההשקעה בשירותי בריאות בדרך כלל משתלמת מאוד. רוב הטכנולוגיות שאומצו במערכת הבריאות רווחיות בהחלט ובסך הכול היתה התשואה גבוהה מן העלות (Cutler 2004). בכל זאת, יש לשאול אם לא יכולנו להשיג יותר, ואם אופן השימוש בטכנולוגיות ובהליכים הרפואיים השונים (הן החדשים והן הישנים) הוא היעיל ביותר. רוב החוקרים מסכימים שהשימוש במשאבים כנראה אינו יעיל במיוחד. עדויות מכל העולם מלמדות על בזבוז מתמשך ועל חוסר יעילות, בעיקר בכל הקשור להקצאת השירותים למטופלים: יש חולים שאינם מקבלים כל טיפול אף שהם זקוקים לו, ויש רבים המקבלים טיפול אף שאינם זקוקים לו; יש המקבלים טיפול לא מתאים למחלתם, ויש המקבלים טיפול מתאים אך במינון לא מתאים.

2.3 עדויות לחוסר יעילות במערכות בריאות בעולם

חוסר היעילות במערכות בריאות כפי שבא לידי ביטוי בהקצאה לא נכונה של טיפולים למטופלים תועד ונבחן בהרחבה בספרות לאורך השנים.

הגישות שנקטו החוקרים כדי לבחון את שאלת חוסר היעילות רבות ומגוונות, מהן ישירות (בדיקה פרטנית הבוחנת אם המטופלים אכן קיבלו את הטיפול שנוקקו לו) ומהן עקיפות. בשל קוצר היריעה לא נוכל להציג את כולן בעבודה זו. נתמקד בגישה הנקראת (Small Area) SAV (Variation), שהיא אולי המקובלת ביותר בקרב החוקרים.¹ על פי גישה זו נבחנת תדירות הביצוע של מגוון הליכים רפואיים באוכלוסיות שונות זו מזו (למשל מבחינה גיאוגרפית), הדומות יחסית בכל הנתונים הרלוונטיים מבחינת צורכיהן הרפואיים. אם מתברר שיש הבדלים ניכרים בתדירות של הליכים מסוימים – שאין להסבירם בהבדלים בין האוכלוסיות – יש בכך לרמוז על חוסר יעילות. ספרות מחקרית רחבה מכל העולם מעידה שבאזורים גיאוגרפיים שונים באותה המדינה ניתנים טיפולים שונים לאותה המחלה. למשל, בארצות הברית בדקו מילר ועמיתיו (Miller *et al.* 1995) את תדירות השימוש של קשישים תושבי אזורים גיאוגרפיים שונים בשירותי רופאים לפי סוג השירות. הם הראו כי ישנה שונות ניכרת בין מדינות ברמת השימוש בשירותי רופאים (למשל, בפלורידה – 38% יותר מהממוצע הכללי; בוורמונט ובמונטנה – 29% פחות מהממוצע). שונות רבה אף יותר נמצאה לפי ערים.

במחקר שבדק את השונות בסוג הטיפול לפי אבחנות בבתי חולים ב-115 האזורים של מדינת מרילנד, נמצא כי קיימת שונות לפי אזורים ברוב סוגי הטיפול לרוב האבחנות (Gittelsohn and Powe 1995). גם מחקרים שנעשו במדינות מערביות אחרות מלמדים על שונות בטיפול הרפואי לפי האזורים. בוויניפג שבקנדה נמצא כי עניים פונים יותר לבתי חולים ולרופאי משפחה. לעומת זאת, דווקא הם מגיעים פחות לרופאים מומחים ועוברים פחות ניתוחים. לדעת החוקרים, הסיבה לכך היא שמטופלים שרמתם החברתית-כלכלית גבוהה מבקשים ומקבלים הפניה לרופא מומחה ולמנתח ביתר קלות מאלה שרמתם החברתית-כלכלית נמוכה יותר (Roos and Mustard 1997).

כאמור, היו מחקרים שצעדו עוד צעד ונכנסו בעובי הקורה של בדיקת איכות הטיפול הרפואי. במחקר רחב היקף (Jencks *et al.* 2000) פיתחו החוקרים מערכת לניטור סדרה של 24 מדדי איכות בטיפול רפואי למבוטחים קשישים בארצות הברית. החוקרים מצאו כי שיעור החולים המקבלים טיפול ראוי שונה ממדד למדד ונע מ-95% ל-11%. כמו כן נמצאו הבדלים ניכרים בין מדינות. במדינות אחדות (בעיקר המדינות המאוכלסות פחות ומדינות בצפון מזרח ארצות הברית) נמצא, ברוב המדדים, שיעור גבוה של טיפול

1 לדיון מקיף בשאלת חוסר היעילות בשירותי בריאות ובחשיבות גישת SAV, ראו Newhouse 2002.

ראוי. לעומת זאת במדינות אחרות (בעיקר מדינות המאוכלסות בצפיפות ומדינות בדרום מזרח ארצות הברית) נמצא, ברוב המדדים, שיעור נמוך של טיפול ראוי. כל אלה הן דוגמאות מעטות בלבד מספרות רחבה ומקיפה מאוד. הסיבות לחוסר היעילות בענף הבריאות רבות ומגוונות, אך אין ספק שהחשובה מכולן היא פערי המידע בענף, ועל כך נרחיב להלן.

2.4 פערי המידע כגורם מכריע לחוסר היעילות במערכות בריאות בעולם כבר באמצע שנות השישים הסביר ארו (Arrow 1963) את חשיבות מבנה המידע להבנת שוק הבריאות. בעקבות ארו נכתבה ספרות כלכלית ענפה שהציגה את הקשיים ואת הכשלים המתעוררים בשווקים שיש בהם פערי מידע בין קונים לבין מוכרים. הספרות מראה שפיקוח על שווקים כאלה אינו מתקן בדרך כלל את כשלי השוק, מכיוון שגם בידי הגוף המפקח אין ברוב המקרים כל המידע הנמצא בידי המטפלים או המטופלים. זהו בדיוק המצב בשוק שירותי הבריאות וביטוח הבריאות. נציג כמה דוגמאות:

1. פערי מידע בין הרופא לבין החולה: אי-שוויון במידע בין היצרן לבין הצרכן קיים תמיד, אבל ברוב המקרים הצרכן מבין היטב מה התועלת שהוא יכול להפיק מן המוצר. לא כן בשוק הבריאות. כאן המידע מורכב ומסובך, והחולה תלוי במידה רבה מאוד בידע של הרופא בנוגע לאפשרויות הטיפול, לתופעות הלוואי ולתוצאות הטיפול המוצע. במקרה המיוחד הזה צרכן הרוכש שירות תלוי כמעט לחלוטין בידע, בתמריצים, בהעדפות וביכולת של ספק השירות. יתרה מזו, בענף הבריאות ברוב המקרים מי שמשלם בעבור הטיפול אינו הצרכן אלא המבטח, וגם לו אין המידע הנדרש באשר לטיפול המתאים ביותר לכל מטופל ומטופל. בגלל פערי המידע הללו בדרך כלל אין לספק השירות תמריץ לתת את השירות היעיל או האיכותי ביותר, אלא דווקא את הטיפול המתאים ביותר להעדפותיו שלו, ואלה לא תמיד זהות להעדפותיו של הצרכן או של מי שמשלם בעבור השירות. עם זאת התלות היא הדדית: במצבים רבים, על מנת לתת טיפול רפואי טוב הרופא תלוי בקבלת מידע מתאים מן החולה (היסטוריה רפואית, תיאור מדויק של תסמיני המחלה וכדומה), אולם החולה לא תמיד מספק את המידע הזה, אם בשל חוסר ידע, אם בשל חשש מחוסר לגיטימציה או מסטיגמה (למשל במקרה של בריאות הנפש), ואם מסיבות אחרות.

2. ברירת צרכנים (סלקציה שלילית): בדרך כלל לצרכנים יש מידע באשר למצב בריאותם, שאינו ברשותם של ספקי השירות והמבטחים. לפיכך החולים יותר, או מי שסיכוייהם לחלות גבוהים יותר, נוטים להצטרף לתוכניות ביטוח ולקופות חולים נדיבות יותר לעומת החולים פחות. להתנהגות זו של הצרכנים יש השפעה ישירה על ההוצאה הצפויה של

קופות החולים, ולכן הן מעוניינות להציע תוכניות ביטוח המושכות אליהן את הצרכנים הצעירים והבריאים, שהם הזולים יחסית, ואלה לא תמיד התוכניות היעילות ביותר מן הבחינה החברתית.² כאשר מדובר בקופות חולים, שהן למעשה גם גוף מבטח וגם ספק השירות, התופעה של ברירת צרכנים באה לידי ביטוי בנטייתן לעוות את סל השירותים שהן מציעות: שירותים אחדים הן מציעות באיכות גבוהה מאוד (לעתים גבוהה מדי), ושירותים אחרים — באיכות נמוכה מאוד (לעתים נמוכה מדי).³

3. השיפורים הטכנולוגיים: קצב השיפורים הטכנולוגיים בענף הבריאות מהיר מאוד, ולכן פערי מידע קיימים גם בתוך קהילת הרופאים. בארצות הברית, בדוח המכון לרפואה (IOM) ב־2001, נכתב שיש קשר בין הקצב המהיר של השיפורים הטכנולוגיים לבין איכות טיפול ירודה. אחת ההמלצות בדוח היא להרחיב את השימוש בטכנולוגיות מידע כדי לעזור לרופאים להתמודד עם קצב השיפורים הטכנולוגיים (Newhouse 2002). הצרכנים והגורמים המשלמים לספקי השירות הרפואי (חברות הביטוח, קופות החולים או הממשלה) לא תמיד יכולים לדעת אם נותני השירותים הרפואיים מעודכנים באשר לכל השיפורים הטכנולוגיים, ועל כן בשוק הבריאות אין לספק השירות תמריץ בסיסי להתעדכן ולפעול ביעילות. כמו כן, במקרים רבים גורמים בעלי עניין בשוק, כמו חברות התרופות, מנצלים את הקושי של רופאים להתעדכן בשיפורי הטכנולוגיה בקצב הנדרש ומשווקים להם באגרסיביות את מוצריהם, שחלקם אינם יעילים וחלקם יקרים מאוד.

3. ניסיונות לצמצם את חוסר היעילות במערכות הבריאות

בפרק זה נסקור כמה מן הניסיונות העיקריים לצמצם את חוסר היעילות במערכות הבריאות שנעשו במדינות שונות בשלושת העשורים האחרונים. נראה שכל הניסיונות האלה לא צלחו, בעיקר מאחר שלא ניסו להתמודד ישירות עם בעיית פערי המידע בענף.

3.1. טכנולוגיות רפואיות — פיקוח על ייבוא, רכישה והשקעה
אחד הניסיונות הראשונים להתערבות של מדינות בשוקי הבריאות נועד לצמצם את השימוש המיותר בטכנולוגיות רפואיות באמצעות אסדרה (רגולציה) ופיקוח על ייבוא, על רכישה ועל פיתוח של טכנולוגיות אלו.

2 Akerlof 1970; Rothschild and Stiglitz 1976; Chiappori 2000; Cutler and Zeckhauser 2000

3 Cutler and Zeckhauser 2000; Frank *et al.* 2000; Glazer and McGuire 2006

כבר ב-1964 הוחל במדינת ניו-יורק חוק CON (Certificate of Need) הראשון. חוקים דומים להגבלת החדירה של טכנולוגיות רפואיות נחקקו גם במדינות רבות מחוץ לארצות הברית, ובכללן ישראל. ואולם, כאמור, חוסר היעילות במערכת אינו נובע מאימוץ או מחדירה של טכנולוגיות לא יעילות אלא משימוש לא יעיל בטכנולוגיות אלו אחרי כניסתן למערכת. לכן לא נכון למנוע את חדירתן של טכנולוגיות חדשות, ותחת זאת יש להקפיד על השימוש היעיל בהן. ואכן, עד מהרה הבינו רוב המדינות שמנגנון זה אינו הפתרון לחוסר היעילות, ועם הופעתם של מנגנונים אחרים לריסון ההוצאות הצטמצמה מאוד רשימת הטכנולוגיות הנזקקות לאישור, אף כי החוקים לא בוטלו.⁴

3.2 תחרות

ברוב מדינות המערב עבר שוק הבריאות תהליך של הגברת התחרות, אם זו תחרות בין המבטחים ואם זו תחרות בין ספקי השירות. ברוב המקרים הגביל החוק את ממדי התחרות ואת עוצמתה, והיא תועלה בעיקר ליצירת תמריצים בקרב ספקי השירות ובקרב המבטחים לשיפור האיכות, הזמינות והנגישות של השירות הרפואי. בעת האחרונה החלו מתפרסמים מחקרים אמפיריים שבחנו את הקשר בין תחרות לבין איכות בשירותי הבריאות. ממחקרים אלו מתברר כי בשווקים שבהם התחרות מלאה והמציעים קובעים גם את המחירים וגם את האיכות (בדומה למערכת הבריאות הפרטית בארצות הברית), לא ברורה השפעתה של הגברת התחרות על האיכות. במקצת המחקרים נמצא שהגברת התחרות הביאה לידי ירידה באיכות, ובמקצתם נמצא שהגברת התחרות הביאה לעלייה באיכות דווקא (Gaynor 2006). קשר ברור יותר נמצא בין תחרות לבין ברירת צרכנים. במחקרים רבים נמצא שהמבטחים בוחרים את מבוטחיהם מקרב קהלי יעד מועדפים ודוחים מבוטחים אחרים (Gaynor and Vogt 2000). ואולם גם אם התחרות מקדמת את איכות השירות הרפואי, היא לאו דווקא מקדמת את יעילות המערכת. נהפוך הוא, בקרב החוקרים יש הסכמה כמעט מוחלטת שתחרות במערכת הרפואה אינה מביאה להקצאת משאבים יעילה.⁵

אחד המודלים הנפוצים, מודל שזכה למימוש בכמה מדינות, ובכללן ישראל, הוא המודל של "תחרות מנוהלת" (Managed Competition או Regulated Competition) שהציע אנטהובן (Enthoven 1993). על פי עקרונות התחרות המנוהלת אין להפריד בין המבטחים לבין ספקי השירות,

4 צעדים אלו לוו כמובן בלחצים על ממשלות מצד יצרנים ויבואנים פרטיים להסיר את מגבלות CON.

5 Arrow 1963; Gaynor and Vogt 2000; Newhouse 1996

כלומר קופות חולים תבטחנה את הפרטים וגם תספקנה להם את השירות. הקופות חייבות לספק סל שירותים אחיד, הנתון לפיקוח, וחובה עליהן לקבל כל פונה. הפרמיה שמשלם המבוטח אחידה לכל הקופות ואינה משקפת את עלותו הצפויה של המבוטח. את הפער בין השניים משלימה המדינה. הקופות רשאיות לגבות פרמיה נוספת בעבור ביטוחים משלימים ולהתחרות על תנאיהם. כמו כן הוצע במודל כי גוף לא תלוי (הממשלה או סוכן מטעמה) יפרסם השוואה בין איכויות הטיפול בקופות.⁶

על פי מודל התחרות המנוהלת, קביעת חופש המעבר בין הקופות ותגמולן לפי רמת הסיכון של המבוטחים בהן נועדו להתמודד עם התמריץ של הקופות לברור מבוטחים בעלי סיכון נמוך. קביעת סל אחיד נועדה גם היא למנוע מן הקופות לבחור סל שירותים המתאים דווקא לאוכלוסייה הצעירה והבריאה. פרסום ההשוואה בין איכויות הטיפול נועד לפתור את בעיית המידע האסימטרי ולאפשר לצרכן לבסס את בחירתו בקופה על איכות הטיפול. עוד נדבך חשוב במודל התחרות המנוהלת הוא אופן התגמול לקופות. התגמול הוא פרוספקטיבי מעיקרו, כלומר הקופות מקבלות תגמול לא לפי הוצאותיהן בפועל, אלא לפי הוצאותיהן הצפויות בגין מבוטחיהן. בתפקידו של התגמול הפרוספקטיבי נדון בהרחבה בסעיף 3.4 להלן.

כ-15 שנה עברו מאז החל רעיון התחרות המנוהלת להתממש במדינות שונות, והתוצאות, בעיקר בכל הקשור לקידום היעילות, מאכזבות למדי. עם זאת יש לציין שאחד הרכיבים החשובים של התחרות המנוהלת – פרסום מידע בדבר השוואת איכויות הטיפול – לא בוצע למעשה עד העת האחרונה, ויש הטוענים שזו הסיבה העיקרית לאי-הצלחתם של מנגנוני התחרות המנוהלת עד כה.

3.3 הטלת האחריות על הצרכן: גביית השתתפות עצמית

ביטוחי בריאות נועדו להגן על הפרט מפני אי-הוודאות הכלכלית הנגזרת מאי-הוודאות הרפואית. אבל לביטוחים האלה יש תופעת לוואי לא רצויה, הנקראת סיכון מוסרי (moral hazard). מבוטחים צורכים שירותי בריאות יותר ממי שאינם מבוטחים, ובמקרים רבים – שלא לצורך.⁷ יש הרואים

6 בישראל מומשו במידה רבה עקרונות התחרות המנוהלת, חוץ מאיסור התחרות על גובה הפרמיה וחוץ מחובת ההשוואה בין איכויות הטיפול בקופות ופרסומה. נוסף על כך, בישראל יש רק ארבעה מבטחים, ואילו המודל המקורי מבוסס על מבטחים רבים יותר. לעומת זאת, בישראל נוספו למודל גם הגבלת תקציב המערכת ("עלות הסל"), פיקוח הדוק של הממשלה על עדכון עלות הסל ועל הוצאות הקופות, וכן מתן אפשרות לקופות להציע ביטוח משלים למבוטחיהן מתוך תחרות על הרכב הסל המשלים ועל הפרמיה בעבורו (Gross 2003).

7 Manning et al. 1987; Gaynor et al. 2000; Zweifel and Manning 2000

בבעיית הסיכון המוסרי את אחת הסיבות העיקריות לחוסר היעילות בענף. בעשורים האחרונים נעשו כמה ניסיונות להתמודד עם בעיית הסיכון המוסרי, והעיקרי שבהם הוא הנהגת השתתפות עצמית. מנגנוני גבייה של השתתפות עצמית מסוגים שונים קיימים ברוב מדינות המערב. כמה מחקרים בדקו את מידת השינוי בדפוסי הצריכה של שירותי בריאות לאחר הנהגת ההשתתפות העצמית. המחקר המקיף ביותר שבחן את השפעת ההשתתפות העצמית על היקף השימוש בשירותי בריאות היה ניסוי ביטוח הבריאות של מכון ראנד בארצות הברית. במחקר נמצא ששיעור השימוש ירד ככל שעלתה ההשתתפות העצמית (Manning *et al.* 1987). במחקרים אחרים נמצאו ממצאים דומים לאלה שבמחקר ראנד (ברמלי-גרינברג ואחרים 2006). ואולם התברר גם כי חובת ההשתתפות העצמית משפיעה על אוכלוסיות חלשות יותר ממה שהיא משפיעה על האוכלוסייה הכללית. בעיקר מטרידה התופעה שבגלל ההשתתפות העצמית אוכלוסיות אלו נמנעות לעתים מלהשתמש בשירותים נחוצים.⁸

בספרות הכלכלית הועלו עוד טענות בדבר חוסר היעילות של השימוש במנגנוני ההשתתפות העצמית לצורך חיסכון בהוצאות. לטענת אוונס ואחרים (Evans *et al.* 1995), המחקר של ראנד הראה שפרטים מגיבים לתמריצים כלכליים, אבל לא הראה אם היתה הפחתה כלל-מערכתית בשימוש בשירותי הבריאות ובעלויותיהם. ייתכן שההפך הוא הנכון. לדוגמה, מערכת הבריאות בארצות הברית מבוססת ברובה על גבייה מן המשתמש לצורך בקרת עלויות, ואף על פי כן ההוצאה הלאומית לבריאות שם היא הגבוהה בעולם. יש הטוענים כי עלויות שירותי הבריאות נקבעות לא רק על ידי הביקוש אלא גם על ידי ההיצע. מחקרים הראו כי חלק ניכר מהשונות בין אזורים בשימוש בשירותי בריאות קשור לכמות השירותים המוצעת, וזו תלויה בעיקר בספקי השירות. מכאן שהשפעת תשלומי ההשתתפות העצמית על רמת ההוצאות הכללית עשויה להיות קטנה (Saltman and Figueras 1997; Brownlee 2005). על פי גישה זו, אם ברצוננו לייעל את המערכת, עלינו לפעול בצד ההיצע ולא בצד הביקוש. אחת הדרכים לעשות זאת היא להגביל את חדירתן של טכנולוגיות חדשות, רעיון שהצגנו בסעיף 3.1 לעיל. דרך אחרת היא להפעיל מנגנוני תגמול ותמרוץ של ספקי השירות שיניעו אותם להקצות משאבים בצורה יעילה. את הרעיון הזה נציג בסעיף 3.4 להלן. על אף ההסכמה על השפעתו הרבה של ההיצע בכל הקשור להקצאת המשאבים בענף, עדיין רבים סבורים, בעיקר בארצות הברית, שראוי להעצים את תפקיד הצרכנים ולהביא לידי צרכנות שקולה יותר של שירותי בריאות.⁹

8 ברמלי-גרינברג ואחרים 2003; Saltman and Figueras 1997; Beck 1973.

9 הרפורמה שממשל בוש מציע מבוססת על הרעיון של consumer-driven medicine

אולם כדי שהצרכנים יוכלו להחליט החלטות שקולות ונכונות, מן ההכרח שיהיה בידיהם המידע הנחוץ לקבלת החלטות כאלה. כלומר גם כאן, כמו במודל התחרות המנוהלת שניתחנו לעיל, המנגנון שנועד להגביר את היעילות נדון מראש לכישלון – אלא אם יתמודד ישירות עם בעיית פערי המידע במערכת.

3.4 הטלת חלק מהאחריות לתקציב על המטפל
במקרים רבים אין המטופלים משלמים בעד הטיפול הרפואי, ולפיכך כמעט שאין למטפלים תמריץ להתחשב בעלויות הטיפול (למשק או למערכת) במסגרת שיקוליהם בבחירת אופן הטיפול. יש הרואים בכך את אחת הסיבות העיקריות לחוסר היעילות ולעלייה המהירה בהוצאות בענף. כדי לפתור בעיה זו הציעו רבים לשנות את מערכת התמריצים למטפל באופן שיטמיע בתודעתו את עלויות הטיפול.
בעשרים השנים האחרונות התרחשה מהפכה בכל הקשור לאופן התגמול של ספקי השירות ברפואה ברוב המדינות המתקדמות. עד אז תוגמלו ספקי השירות בעיקר באופן רטרופקטיבי, כלומר לפי פעולותיהם בפועל, ולפיכך הם תומצרו לבצע פעולות רבות, שחלקן מיותרות. לעומת זאת, כיום רבים ממנגנוני התגמול הם פרוספקטיביים מעיקרם, כלומר מתגמלים את ספק השירות לפי הוצאותיו הצפויות וגורמים לו לשאת, לפחות חלקית, בעלויות הטיפול. כך, לדוגמה, בתי חולים במדינות רבות אינם מתוגמלים עוד לפי מספר ימי האשפוז של כל מאושפז, אלא לפי אבחנתו, והמחיר לכל אבחנה קבוע מראש. בשיטת תגמול כזאת בתי החולים נוטים לחסוך במספר ימי האשפוז ובהוצאותיהם האחרות.¹⁰ גם קופות החולים ברוב המדינות, ובכללן ישראל, מתוגמלות (לפחות חלקית) לא בדיעבד – לפי הוצאותיהן בפועל בגין כל מבוטח, אלא מראש – לפי מספר מבוטחיהן ולפי מאפיינים שונים של מבוטחים אלה. שיטת תגמול זו נקראת "קפיטציה" (Risk-Adjusted Premiums); היא הופעלה באופנים שונים במערכות בריאות בעולם ונחקרה על ידי רבים.¹¹ בבסיס הרעיון עומדת התפיסה שהתחרות בין מטפלים,

ובנויה על תגמול המבוטח בגין אי-שימוש בשירותי בריאות (Krugman and Wells 2006).

10 שיטת תגמול זו נקראת DRG (Diagnosis Related Group). היא הונהגה לראשונה בארצות הברית בשנות השמונים, ומאז אומצה, מתוך עידונים שונים, במדינות רבות, ובהן ישראל.

11 התגמולים לקופות החולים עשויים להיות מבוססים על הנתונים האלה: (1) מאפיינים דמוגרפיים ואחרים של המבוטחים (קפיטציה); (2) מצב בריאותם של המבוטחים; (3) הוצאות רפואיות בעבר; (4) תגמול רטרופקטיבי על הוצאות בפועל (Cutler and Zeckhauser 2000).

בשילוב עם רצונם להעניק טיפול איכותי, דיים לגרום למטפלים לספק טיפול כזה. התגמול הפרוספקטיבי אמור לעודד את המטפלים לנסות לתת טיפול איכותי בעלויות מינימליות.¹²

ככל הנראה עד עתה, הפעלת מנגנוני תגמול פרוספקטיביים הביאה אולי לידי האטת מה בקצב עליית ההוצאות לבריאות, אך לא לידי התייעלות. נראה שסיבה מכרעת לאי-הצלחתם של מנגנוני התגמול החדשים היא העובדה שהם תמרצו את ספקי השירות לחסוך בעלויות, אבל כמעט שלא תמרצו אותם להשתדל ולתת את הטיפול האיכותי ביותר במסגרת המשאבים שעמדו לרשותם. הדבר נובע בעיקר מפערי המידע. כל עוד אין בידי הצרכנים או בידי המבטחים די מידע באשר לאיכות הטיפול של ספקי השירות, לא יהיו לספקי השירות די תמריצים לספק את הטיפול האיכותי ביותר; יתר על כן, במקרים רבים ספקי השירות יהיו מתמרצים לתת דווקא את הטיפול הזול ביותר והטוב פחות. לכן רבים טוענים שכדי שמנגנוני התגמול הפרוספקטיביים ישיגו את מטרתם עליהם להיות מלווים במידע רב יותר למטופלים ולמבטחים. זהו תפקידם של מדדי האיכות העומדים במוקד המחלוקת שלנו, ועליהם נדבר בפרק הבא.

לסיכום פרק זה אפשר לומר כי אף אחד מן המנגנונים שנדונו לעיל, שנוסו במערכות שונות, לא השיג את יעדו, מאחר שהם חסרו רכיב מרכזי אחד: הפצת מידע לכל המעורבים במערכת בנוגע לאיכות הטיפול הניתן על ידי ספקי השירות.

4. מדדי איכות: הרעיון והמחלוקת

תוכניות לאומיות ותוכניות אחרות למדידת ביצועיהם של ספקי השירות במערכות הבריאות מתורגמות למדדים כמותיים ברורים ובני השוואה, וממומשות בתפוצה רחבה ביותר ברוב מדינות המערב. בתוכניות אלו מוגדרים בדרך כלל קבוצת הבעיות הרפואיות שאיכות הטיפול בהן תימדד, שיטה אחידה למדידה, ומנגנון לפרסום המדדים. יש תוכניות הקובעות גם תקנים לתגמול לפי תוצאות המדידה.

למדידת האיכות בענף הבריאות שתי מטרות עיקריות: האחת היא לספק

12 כאן קצרה היריעה מלדון בנושא זה בהרחבה, אבל חשוב לציין כי על פי תיאוריית הכלכלה (והדבר אכן מיושם ברוב המערכות בעולם) מן הראוי שמנגנון התגמול האופטימלי של ספקי השירות לא יושתת על בסיס פרוספקטיבי בלבד, אלא על שילוב של רכיבים פרוספקטיביים ורטרוספקטיביים. הכוונה היא לאזן בין הכוחות השונים הפועלים על ספק השירות, ובהם התמריצים לברור מטופלים, לא להשקיע בטיפול ולהימנע מסיכונים.

לגורמים במערכת (כגון צרכנים, רופאים, מנהלים, מבטחים ומפקחים) מידע על איכות הטיפול של ספקי השירות, וכך לאפשר להם להחליט החלטות מושכלות יותר; האחרת היא לתמרץ את ספקי השירות (קופות החולים, הרופאים, בתי החולים וכדומה) לשפר את איכות הטיפול והשירות הרפואי. התפיסה הבסיסית היא שעצם פרסום מדדי האיכות די בו לתמרץ את הספקים לשפר את טיפולם, ותגמול לפי המדדים מחזק את התמריץ לכך (Glazer and McGuire 2006).

קובעי מדיניות ומבטחים רבים משוכנעים כי כל הוספת מידע ולוונטי לגורמים השונים במערכת תביא לשיפור התפקוד בה. ואולם קיימת טענה נגדית, המושמעת בדרך כלל מפי חוקרי מערכות בריאות וכלכלני בריאות, הגורסת כי בגלל הבעייתיות במדידת האיכות ברפואה (כפי שתוצג להלן) כל תוספת מידע תהיה חלקית בלבד, ולכן היא עלולה לעוות יותר ממה שהיא עשויה לשפר את מערכת התמריצים בענף. ואכן, במחקרים רבים נמצא כי להחלת תוכניות למדידת איכות תוצאות לוואי לא רצויות, ולעתים הן מאפילות על התוצאות הרצויות (Rosental *et al.* 2005).

המחלוקת

יש אפוא שתי דעות מנוגדות באשר לתפקודם של מדדי האיכות ברפואה. לפי דעה אחת, מדדי איכות יספקו את הנדבך החסר, ואולי החשוב ביותר, להתייעלות במערכות בריאות. גם אם לא יהיה אפשר לפתח מדדי איכות שימדדו מדידה מושלמת את איכות הטיפול של כל ההליכים הרפואיים, הרי הוספת מידע חלקי תצמצם את פערי המידע במערכת וכך תייעל אותה. המסקנה המעשית הנובעת מגישה זו היא שיש לייחד משאבים רבים לפיתוחם ולאיימוצם של מדדי איכות, ולהשתמש בהם גם אם הם חלקיים ולא לגמרי מדויקים. לפי דעה אחרת, התפיסה שמדדי איכות הם המנגנון החשוב ביותר לפתרון חוליי המערכת מוגזמת במידה רבה. אי־אפשר לפתח מדדי איכות מהימנים ומדויקים לרוב ההליכים הרפואיים, ומידע חלקי (כלומר מידע הנוגע לחלק מההליכים בלבד) עלול לעוות עוד יותר את מערכת התמריצים ולהזיק יותר מלהועיל. זאת ועוד, הצלחתה של תוכנית למדידת איכות תלויה יתר על המידה במאפייני התוכנית ובמבנה מערכת הבריאות שהיא פועלת בה, מה שמוסיף על הקושי לממשה. המסקנה המעשית מגישה זו היא שאל לנו להשליך את ייבנה על פיתוחם ועל אימוצם של מדדי איכות בלבד; יש לשקול גם את פיתוחם של מנגנונים אחרים, ואם בכל זאת נבחר להשתמש במנגנון זה, עלינו לעשות זאת בזהירות רבה.

ספרות המחקר שבחנה את הפעלת מדדי האיכות ברפואה היא מצומצמת יחסית, ובשלב זה אין בה תשובה ברורה וחד־משמעית לשאלה האם השקעת

משאבים בתוכניות למדדי איכות אכן מביאה לידי התייעלות, כלומר לידי חיסכון בעלויות בד בבד עם שיפור האיכות. לצד מחקרים שהראו שיפור באיכות הטיפול בעקבות הפעלת מדדי איכות (פורת 2005), היו מחקרים שהראו פגיעה ברווחה החברתית בעקבות הפעלת מדדים כאלה (Rosental *et al.* 2005). התפיסה שמדדי האיכות תורמים לתפקודה היעיל של המערכת היא בבחינת תפיסה מובנת מאליה – ואילו את חסרונותיהם של מדדים אלה קשה יותר לראות. כדי להבין את עומק המחלוקת, נציג כמה מהשאלות ומהבעיות העיקריות העשויות להתעורר עם הפעלת מדדי איכות ברפואה.

4.1 בעיות במדידת איכות הטיפול הרפואי ותוצאות לוואי של המדידה
אין תמימות דעים בקרב החוקרים באשר לשאלה מהם המדדים המומלצים למדידת איכות הטיפול. החוקרים מתלבטים בין מדדי תוצאה לבין מדדי תהליך ושינוי. מדדי תוצאה מבטאים את התוצאה הסופית הרצויה של הטיפול הרפואי, ומדדי תהליך בודקים את השיפור בתוצאת הטיפול. המדדים יכולים להיות מדדי יעילות הטיפול (מדדים קליניים) או מדדים אחרים, כמו מדדים הקשורים לארגון ולניהול, להתנסויות של המטופלים ולשביעות רצונם. בשל השיפורים הטכנולוגיים המהירים, על המדדים להיקבע על ידי מומחים מתחומים שונים ולהיות מעודכנים תמיד. ככל שהיחידה הנמדדת קטנה יותר (קופת חולים, בית חולים, מרפאה או רופא יחיד) כך המדידה קשה יותר ונדרשות פעולות רבות יותר לקביעת אמינותה. אחד המאמצים המעניינים ביותר בהקשר זה הוא התוכנית למדידת איכות של המחלקות הכירורגיות בבתי החולים במדינות ניר-יורק ופנסילוניה. בתחילת שנות התשעים החלו מדינות אלה למדוד את תוצאות ניתוחי המעקפים (CABG) ולפרסם את שיעורי התמותה (מתוקננים לסיכון) לפי בתי החולים ולפי המנתחים (Chassin *et al.* 1987; 1996). תוכנית אחרת, ידועה לא פחות אך נחקרת פחות, היא תוכנית Pay for Performance (P4P) של שירותי הבריאות בבריטניה (NHS), שהוחלה ב-2004. מלבד איסוף נתונים על המדדים הנבחרים יש בתוכנית זו תגמול לרופאים ראשוניים על עמידה ביעדים שנקבעו בה, ועל פיה רופא יכול להשתכר עד 25% יותר משכרו הרגיל. למימוש התוכנית הוקצו 1.8 מיליארד ליש"ט. התוכנית קבעה 146 מדדי איכות הקשורים לטיפול רפואי בעשר מחלות כרוניות, לביצועי ארגון ולהתנסות המטופלים, ובכלל זה משך הטיפול (Doran *et al.* 2006).

ננתח ממצאים ממחקרים על תוכניות אלו כדי להדגים כמה מהבעיות העיקריות במדידת איכות הטיפול הרפואי: הפניית יתר של משאבים לטיפולים הנמדדים, ברירה (סלקציה) של מדדים וברירה של מטופלים.

1. הפניית יתר של משאבים לטיפולים הנמדדים: איכות הטיפול של הליכים רפואיים אחדים קלה יחסית למדידה, אבל איכות הטיפול של הליכים אחרים קשה מאוד למדידה. אם עובדה זו גורמת לכך שנמדדת איכותן של מקצת ההליכים הרפואיים בלבד, כלומר המדדים סלקטיביים, התוצאה עלולה להיות הקצאת משאבים לפעולות הנמדדות מתוך קיפוח הפעולות שאינן נמדדות (Werner and Asch 2005).

שיעורי התמותה בבתי החולים, למשל, הם מדד אפשרי לאיכות הטיפול במחלקות אחדות, כגון המחלקה הקרדיולוגית וכמה מהמחלקות הכירורגיות. ואולם במחלקות אחרות, כגון עור ועיניים, שיעורי התמותה אפסיים מלכתחילה וכמעט שאינם תלויים באיכות הטיפול. אפשר כמובן לבחור במדד שיעורי התמותה כדי לבחון את איכות המחלקות שבהן שיעורי התמותה הם מדד טוב, ולא להשתמש במדד זה למחלקות האחרות, אבל אם אין מדדי איכות טובים למחלקות האחרות (שבהן מדידת האיכות קשה הרבה יותר), אזי תימדד האיכות רק בחלק מהמחלקות. אמנם אחדים טוענים שמדידת איכותן של חלק מהמחלקות בלבד עדיפה מאי-מדידה של כולן, אך אחרים טוענים שמדידה כזאת עשויה להזיק יותר מלהועיל, כי אז יפנה בית החולים את מרב משאביו למחלקות הנמדדות, וכך יקופחו המחלקות שאינן נמדדות.¹³

2. ברירת מדדים: בוני התוכנית עלולים להתמקד במדדים זמינים וקלים למדידה, ולא באלה המודדים את האיכות מדידה מדויקת ומהימנה. בתוכנית בניו-יורק ובפנסילוניה, למשל, נבחר מדד שיעורי התמותה מניתוח מעקפים, שהוא המדד הזמין והקל ביותר למדידת תוצאות ניתוחי מעקפים. עם התקדמות הטכנולוגיה הרפואית הקשורה לניתוחים אלה, חוקרים רבים מדגישים את חשיבותם של מדדי איכות אחרים, קיצוניים פחות מבחינת התוצאה הנמדדת, אך קשים יותר למדידה.

אמנם בתוכנית P4P של NHS נבחרו מדדים רבים, 146 במספר, ואולם הממצאים מלמדים שבשנה שלאחר מימוש התוכנית עמדו הרופאים ביעדים שנקבעו ביחס ל-83% מהחולים והרוויחו 97% מן הסכום שיכלו להרוויח (לעומת תחזית של 75%).¹⁴ ייתכן שהממצאים משקפים התייעלות אמתית, אבל הם גם מעוררים חשד לברירת מדדים. השיפור המהיר באיכות והעמידה הגורפת ביעדים שקבעה התוכנית מרמזים כי המדדים שנבחרו היו הקלים

13 בעיה זו נקראת בספרות הכלכלית The Multi-Tasking Problem, והיא נדונה בהרחבה גם מחוץ לתחום הבריאות.

14 בשנה שלפני מימוש התוכנית היתה המשכורת השנתית של הרופאים 70,000–75,000 ליש"ט. תוכנית P4P של NHS העלתה את שכרם הממוצע ב-23,000 ליש"ט ברוטו. לאחר ניכוי הוצאות משרד וסיעוד שנועדו לאפשר לרופאים לעמוד ביעדים, שיעור העלייה הוא רבע מהשכר הקודם (Doran et al. 2006).

והזמינים למדידה, וכי גם היעדים שנקבעו היו קלים מדי או דרשו רק שיפור של דיווח הרופאים (Epstein 2006).

3. **ברירת מטופלים:** אם מדידת האיכות אינה מתקנת כראוי את התוצאות למצב הבריאות הכללי של החולה ולמאפיינים אחרים שלו, יהיה בכך משום תמריץ לספקי השירות לטפל בחולים קלים יותר. 63% ממנתחי הלב במדינת ניו-יורק דיווחו שעם החלת התוכנית הם נטו לקבל לניתוח מעקפים חולים שמצבם קל יחסית ולדחות חולים שמצבם קשה, ואכן, 59% מהקרדיולוגים דיווחו שעם החלת התוכנית הם התקשו למצוא מנתח לב שיסכים לנתח חולים במצב קשה (Schneider and Epstein 1996). התוצאה היתה שהחולים במצב קשה הופנו לבתי החולים של האוניברסיטאות, וכך נוצרו תורים ארוכים לניתוח מעקפים דווקא לחולים אלו (Dranove et al. 2003).

בגלל הקשר שבין מצב החולה ומאפיינים דמוגרפיים שלו לבין תוצאות המדדים, וכדי להימנע מתהליך תקנון מסובך, הוחלט בתוכנית P4P של NHS להרשות לרופאים להחריג מטופלים מחישוב תוצאות המדדים. כיום, שנתיים אחרי החלת התוכנית, מתעורר החשד כי רופאים החריגו מטופלים שהמצבים הנוגעים אליהם היו טובים פחות כדי לקבל ציון גבוה יותר במדידה וכך להעלות את שכרם (Doran et al. 2006). מלבד שלוש הבעיות הללו, מתעוררות שאלות נוספות באשר לאופן השימוש הרצוי במדדי איכות ברפואה. אחת המרכזיות בהן היא את מי יש ליידע בדבר תוצאות המדידה. שאלה מרכזית אחרת היא האם נכון להשתמש במדדים גם כדי לתגמל את ספקי השירות. גם בנושא זה אפשר להראות ששימוש לא נכון במדדים עלול להביא לעיוות מערכת התמריצים ולמצב שבו הנזק רב מן התועלת. להלן נדון בשתי השאלות האלה.

4.2 העברת תוצאות המדידה: מה להעביר ולמי?

אין חולק על כך שיש להביא לידיעת ספקי השירות ה"נמדדים" את תוצאות מדדיהם לעומת ממוצע התוצאות. הדעת נותנת כי אין כל נזק בשימוש כזה בתוצאות המדידה. אבל מה בדבר העברת המידע על ביצועיהם של ספקי השירות לגורמים האחרים במערכת, כלומר לספקי השירות האחרים (לנמדדים האחרים), למנהלים, למבטחים, לממשלה וכמובן לצרכנים? בצד היתרונות, ברור שהעברת המידע לכל אחד מן הגורמים הללו עלולה גם להזיק, בייחוד אם המדדים לוקים בבעיות שדיברנו עליהן לעיל. הספרות הכלכלית ברובה לא בחנה את שאלת העברת המידע לכל אחד מן הגורמים הללו בנפרד, אלא התמקדה בשאלה הכללית יותר: מהי השפעת פרסום המדדים ברבים. המחקרים האמפיריים מציגים ממצאים מעורבים באשר

להשפעה של פרסום תוצאות מדדי איכות על התנהגות הצרכנים וספקי השירות.¹⁵

גלזר ומגווייר (Glazer and McGuire 2006) בחנו מהי הדרך היעילה והטובה ביותר לפרסום מדדי איכות לציבור הרחב והשוו בין פרסום כל המידע לציבור הרחב לבין פרסום מידע משוקלל בלבד. בפרסום מידע משוקלל הכוונה לפרסום מדדי איכות בשיטה הדומה לשיטת ה"כוכבים" המדרגת איכות בתי מלון ומסעדות. מדינת קליפורניה למשל מפרסמת ציון משוקלל של מדדי איכות בדירוג מסכם של 1–3 כוכבים בארבע קטגוריות של איכות (למשל טיפול מונע) לאוכלוסייה הכללית ולקבוצות אוכלוסייה. הציון המשוקלל מבוסס כמובן על נתונים קליניים מפורטים.

החוקרים מצאו כי כאשר מביאים בחשבון את תמריצי קופות החולים לברור את מבוטחיהן באמצעות קביעת רמות איכות שונות לשירותים שהן מספקות, פרסום מדדי איכות בשיטה המשקללת הוא הדרך היעילה ביותר והמביאה לרווחה החברתית הגבוהה ביותר. אם קופות החולים שואפות להשיא את רווחיהן או להפחית את גירעונן, באמצעות משיכת מבוטחים שעליהם הן צפויות להרוויח (הצעירים והבריאים) ודחיית מבוטחים שעליהם הן צפויות להפסיד (הקשישים והחולים), פרסום מדדי איכות מפורטים עלול לשמש כלי בידי הקופות להשגת מטרה זו. אם המדדים מפורטים מאוד ומדווחים על איכות הטיפול במגוון רחב של הליכים רפואיים, הקופות יבחרו להצטיין דווקא בהליכים החשובים לאוכלוסיית הצעירים והבריאים (לדוגמה טיפולים בילדים), ולא בהליכים החשובים לאוכלוסיית הקשישים והחולים (טיפולים בסרטן, במחלות נפש ועוד). התוצאה תהיה הקצאת יתר של משאבים לטיפולים שהקופות מעדיפות והקצאת חסר דווקא לטיפולים הראויים יותר להעדפה. אחד הפתרונות המוצעים לבעיה זו הוא פרסום ברכים של מדדים "אינטגרטיביים" בלבד של ביצועי הקופה, ולא מדדים המפרטים את הביצועים בכל אחד מההליכים בנפרד.

אחת הסיבות המרכזיות לאי-הצלחת פרסום המדדים היא חוסר המודעות של הציבור וחוסר נכונותו להשתמש בהם. ניוהאוס (Newhouse 2002) קרא לתופעה "בורות הצרכן" (Consumer's Ignorance). למשל, למרות פרסום שיעורי התמותה מניתוחי מעקפים בניו-יורק, חולי לב מעטים בלבד נמנעו מלפנות לבתי חולים אשר דורגו דירוג נמוך, אולי משום שרכים מהם לא ידעו על פרסום המדדים או לא ייחסו להם חשיבות כלשהי. בסקר שנערך במדינת ניו-יורק ב-1996, בקרב חולי לב לאחר ניתוח מעקפים, נמצא שרק 12% מהם ידעו לפני ניתוחם על פרסום שיעורי התמותה. פחות מ-1% מן

15 Narins et al. 2005; Werner and Asch 2005; Glazer and McGuire 2006

החולים ידעו את ה"ציון" של המנתח או של בית החולים שלהם והושפעו ממנו בבחירתם (Schneider and Epstein 1998; Newhouse 2002).

במחקר אחר נסקרו הספרות והניסיון בעולם בנושא פרסום מדדי איכות הטיפול של קופות חולים, של בתי חולים ושל רופאים. נמצא כי לפרסום מדדי האיכות השפעה מעטה יחסית על בחירות הצרכנים, בגלל אי-הידעה על קיום המדדים ובגלל חוסר הנכונות להשתמש בהם. סקירת הבעיות במדידה, כפי שפורטו לעיל, הביאה את החוקרים למסקנה שמדדי האיכות צריכים להתפרסם, אבל בזהירות ובמחשבה תחילה. כמו כן, הם צריכים להיות רק כלי אחד מגוון רבים המבטיח את איכות הטיפול במוסדות (Mukamel and Spector 2003).

עם זאת, נראה שבעקבות פרסום המדדים וההשוואה שהם אפשרו בין מטפלים נוצר, לפחות אצל מקצת המטפלים, תמריץ להשתפר בגלל אחריות מקצועית ושיקולי מוניטין. לפיכך המדדים עשויים לעודד מטפלים אחדים לבחון את עצמם מחדש ולשפר את איכות טיפולם. אצל מטפלים אחרים הפרסום יוצר תמריץ לברור מבוטחים וטיפולים, כפי שפורט לעיל (Propper and Wilson 2003; Narins et al. 2005).

4.3 האם לתגמל ולהעסיק על סמך תוצאות מדדי האיכות?

דרך אחרת להשתמש במדדים כדי לשפר את איכות הטיפול היא תגמול והעסקה על סמך תוצאות המדידה. לעומת השימוש הרחב יחסית בעולם בפרסום מדדי האיכות, התגמול על סמך מדדים אלו מועט יחסית, אך נמצא במגמת עלייה. מבטחים וקובעי מדיניות רבים מתחבטים בשאלה אם וכיצד להשתמש במדדים כבסיס לתגמול ולהעסקה. גם בנושא זה ספרות המחקר דלה מאוד (Rosental et al. 2005).

קובעי מדיניות בארצות הברית מאוחדים בדעה שהרחבת השימוש בתגמול על בסיס מדדי איכות תשפר את איכות הטיפול. הממשל הפדרלי קבע כי על המכון לרפואה לדווח דיווח שוטף על השימוש בתמריצים על בסיס מדדי איכות בתוכניות Medicare ו-Medicaid. עוד נקבע בחוק שהמשרד לשירותי בריאות ורווחה יפתח עד 2009 תוכנית מקיפה לתשלום לבתי חולים על בסיס מדדי איכות (Epstein 2006). המרכז לשירותי Medicare ו-Medicaid (CMS) בחר ב-2005 עשר קבוצות גדולות של רופאים, והוא מתגמל אותן בין השאר על פי מדדי איכות. בארצות הברית לבדה יש יותר מ-40 תוכניות תגמול על בסיס איכות שהקימו קופות חולים, קבוצות מעסיקים ו-CMS. לפחות 47 אתרי אינטרנט אמריקניים הפתוחים לקהל הרחב מדווחים על איכות הטיפול של בתי חולים ושל קבוצות רופאים (Frolich et al. 2007).

שיטות תגמול המבוססות על תשלום לפי איכות מיושמות במקומות רבים אחרים בעולם, כמו בריטניה, אוסטרליה וקנדה. ואולם ההחלטה לתגמל על בסיס מדדי איכות מעוררת שאלות רבות. הראשונה שבהן היא האם מערכת איסוף המידע הקיימת היא איכותית ומדויקת די הצורך לתגמל על פיה. מלבד זאת, כאשר המדידה כרוכה בתגמול כספי לספקים (קופות חולים, בתי חולים ורופאים) יש תמריץ חזק עוד יותר מבעבר לבחור מטופלים בריאים יחסית ובעלי נטייה גבוהה יותר להיענות לטיפול, כדי לקבל תוצאות טובות יותר (כלומר, הסיכון ל-gaming מחמיר; Rosental and Frank 2006).

שאלה אחרת היא על פי אילו סוגי מדדים יש לתגמל – על פי מדדי תוצאה או על פי מדדי תהליך ושינוי? רוזנטל ועמיתיו (Rosental et al., 2005) טוענים כי בחירת סוג המדדים היא מהותית. כאשר לתגמול על פי מדדי תוצאה: החוקרים בדקו את השיפור בתוצאות הקליניות בכמה מדדי איכות (משטח צוואר הרחם, ממוגרפיה, המוגלובין A_{1c}) לאחר החלת שיטת תגמול בעבור עמידה ביעדים של מדדי איכות לכמה קבוצות רופאים בקליפורניה. הם מצאו כי מכל המדדים השתפרו רק תוצאות המדד של משטח צוואר הרחם, ובמידה מועטה יחסית (3.6%), אך נמצאו הבדלים בין קבוצות הרופאים: הקבוצה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר במדד לפני ההתערבות השתפרה רק ב-2.4% (מ-53.6% ל-56%); לעומתה, הקבוצה האמצעית השתפרה ב-7.3% (מ-40.8% ל-48.1%); ואילו הקבוצה בעלת הציון הנמוך ביותר לפני ההתערבות השתפרה ב-11.1% (מ-23% ל-34.1%). עם זאת, הקבוצה הראשונה (שבה היה השיפור הנמוך ביותר אך התוצאה הגבוהה ביותר) קיבלה תגמול גבוה הרבה יותר מן הקבוצות האחרות (436,618 דולר לעומת 127,632 דולר ו-26,859 דולר בהתאמה). החוקרים מסקמים כי התגמול בעבור עמידה ביעדים הביא לשיפור מועט מאוד באיכות, שכן שיטה זו מתגמלת את מי שהשיגו תוצאות טובות יותר מלכתחילה ואינה מעודדת את החלשים יותר שהצליחו להשתפר.

באשר לתגמול על פי מדדי תהליך ושינוי: הבעיה בשיטה זו היא הפגיעה בטובים ביותר, שכן אלה שמלכתחילה נותנים טיפול איכותי יתקשו יותר להשתפר. התוצאה האפשרית של תגמול כזה עלולה להיות תמריץ לפגיעה באיכות.

בעקבות סוגיית התגמול עולה גם סוגיית המחשוב ומאגרי המידע, שהיא אמנם סוגיה טכנית אך יש לה השפעה רבה על המדדים. לבתי חולים ולקופות חולים בעלי מערכות איסוף נתונים מתוחכמות ומתקדמות יש יתרון יחסי על האחרים. יתרון זה בא לידי ביטוי בתוצאות מדדי האיכות, ולפיכך תוצאות אלה לאו דווקא משקפות איכות גבוהה יותר. ההחלטה לתגמל על בסיס מדדי איכות מעלה שאלות נוספות, כמו

השאלות האלה: את מי לתגמל – את קופת החולים או את בית החולים? את המחוז או את המחלקה? את המרפאה, את הרופא המטפל או את הרופא המנתח? וכמו כן – האם לתגמל את הספקים שהגיעו ליעד ללא קשר להישגי הספקים האחרים או לתגמל את הטובים ביותר?

4.4 המצב בישראל: תוכנית המדדים הלאומית¹⁶ ומנגנונים אחרים בישראל נאספים מדדים לאומיים לרפואת הקהילה מאז 2001, אך הם פורסמו לראשונה בשנת 2004. במאוס 2004 הכריז משרד הבריאות על איסוף המדדים הלאומיים כתוכנית לאומית קבועה וממוסדת. פרופ' אבי פורת, פרופ' גדי רבינוביץ וענת רסקין-סגל מאוניברסיטת בן-גוריון בנגב מובילים את התוכנית מבחינה מקצועית, בשיתוף ארבע קופות החולים ובתמיכת ההסתדרות הרפואית. אלה שתי מטרותיה העיקריות של התוכנית: (1) לשפר את איכותם של שירותי רפואת הקהילה בישראל באמצעות מדידת ביצועים מתמדת; (2) לספק לציבור ולקובעי המדיניות מידע בנושא איכות שירותי הבריאות בישראל.

בתוכנית 46 מדדי ביצוע הבודקים יעילות טיפול (מדדים קליניים), והם מחולקים לחמישה סוגים: מדדי תחלואה, מדדי מניעה, מדדי טיפול מומלץ, מדדי תוצאות טיפול ומדדי תיעוד. נמדדים חמישה תחומים של רפואת הקהילה: חיסון נגד שפעת, סקירת ממוגרפיה לאיתור סרטן השד, טיפול באסתמה, טיפול בסוכרת וטיפול בתחום הלב. 20 מן המדדים הם חדשים והופקו לראשונה בשנת 2006. מובילי התוכנית מתכוונים להוסיף תחומי מדידה בשנים הבאות.

ועדת ההיגוי של התוכנית התלבטה בדבר הדרך הטובה ביותר לפרסום תוצאות המדידה. לבסוף הוחלט לפרסם בציבור את תוצאות המדדים בעבור כלל אוכלוסיית המבוטחים ובעבור קבוצות אוכלוסייה שונות (לפי גיל ומצב כלכלי-חברתי). ואולם לא פורסמו התוצאות לפי כל קופת חולים בנפרד. כל קופה קיבלה דוח מפורט המשווה את תוצאותיה שלה עם התוצאות ברמה הלאומית.

בסיכומי הוועדה בכנס ים המלח השישי, שנושאו היה "תחרות על איכות", נקבע: "מכיוון שאין עדויות שאכן הפרסום עוזר למבוטח לקבל החלטות מושכלות, קרוב לוודאי ששימוש חכם יותר במדדים יהיה באופן דיסקרטי, כפי שנוהגים ב-Medicare". לדעת הוועדה, גישה זו תפחית תגובות שליליות בקרב רופאים ובו בזמן תעודד אותם להשתפר: "הציבור החשוב ביותר כיעד לפרסום המדדים הוא ציבור הרופאים" (אדר 2005;

16 ראו פורת 2005; פורת ואחרים 2005; 2006.

עופר וברלוביץ (2005). זאת ועוד, בדוח התוכנית הלאומית שנועד לציבור נכתב במפורש ובאריכות כי המדידה וממצאיה הם נושא מורכב, ולכן יש להיזהר מפירוש שגוי של הממצאים וממניפולציה בהם (פורת 2005).

בוועדת ההיגוי יש המתנגדים להחלטה לפרסם בציבור את תוצאות המדדים לפי כלל האוכלוסייה, ולא לפי קופות החולים. המתנגדת הנחרצת ביותר היא "מכבי שירותי בריאות", והיא אף פרסמה באתר האינטרנט שלה את תוצאות מדדיה לעומת התוצאות ברמה הלאומית.

ועדת ההיגוי הסכימה כי הממצאים יתפרסמו לפי קופות החולים רק כאשר יתאפשר תקנון לפערים החברתיים-הכלכליים בקרב המבוטחים. כצעד ראשון לקראת שינוי זה החליטה הוועדה כי ב-2007 יוצגו הנתונים לפי האזורים הגיאוגרפיים. ראוי לציין בהקשר זה כי אחד הממצאים המעניינים של התוכנית הלאומית הוא שבכמה מדדים (בממוגרפיה ובחיסוני שפעת) יש פער רחב בין אוכלוסיות הקשור במצבן החברתי-הכלכלי. התוצאות הנמוכות ביותר במדדים הללו קשורות לטיפול באוכלוסייה החלשה ביותר, המקבלת פטור משלומי ההשתתפות העצמית.

מלבד תוכנית המדדים הלאומית, גם קופות החולים בישראל מפעילות תוכניות שונות למדידת איכות, וזאת ברמה של מרפאות (סניפים), של קבוצות רופאים (group practice) ואף של הרופא היחיד. כמה מהתוכניות מופעלות כניסיון בלבד על חלק מנותני השירות. קופות החולים אינן מפרסמות ברבים את תוצאות מדדי האיכות של התוכניות האלה, אך הן מתגמלות על פיהן בעזרת מנגנונים שונים, כל תוכנית ומנגנוניה. למשל, "מכבי שירותי בריאות", בתוכניתה HVA (Health Value Added), מתגמלת מחוזות וסניפים בעבור השגת יעד של שיפור במדדים הנבחרים (מדדים קליניים, שביעות רצון ומעבר בין קופות; Friedman et al. 2003).

5. סיכום

מדדי איכות הולכים ונעשים כלי מרכזי להערכה, ליידוע ולתמרוץ במערכות בריאות רבות בעולם. יש הסבורים שהשימוש במדדים כאלה יצמצם את פערי המידע במערכת ויקטין את חוסר היעילות. אחרים סבורים כי בשל מורכבותו הרבה של השירות הרפואי, מדדי האיכות לעולם לא ישקפו את התמונה המדויקת של איכות הטיפול על כל רכיביה, ועל כן אין לתלות בהם תקוות רבות. יתרה מזו, השימוש במדדים עלול אף להחמיר את העיוות בהקצאת המשאבים במערכת.

המחלוקת בין שתי הגישות הללו אינה נוגעת רק לשאלה איך ייראה ענף

שירותי הבריאות בעתיד, אלא גם לשאלה איך ובאיזו מידה ראוי להשתמש במדדים הקיימים כיום. חסידי המדדים סבורים שגם אם המדדים הקיימים הם חלקיים ולא לגמרי מדויקים, שימוש בהם עדיף מאי-שימוש במדדים כלל, מאחר שהם מוסיפים מידע מסוים למערכת. המתנגדים טוענים כי עדיף שלא להשתמש בהם כלל, או לכל היותר לעשות זאת בזירות רבה ובמידה מעטה מאוד.

ביבליוגרפיה

- אדר, צ', 2005. "תחרות והסדרה במערכות בריאות – מסגרת מושגית", סיכום דיוני כנס ים המלח השישי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.
- ברמלי-גרינברג, ש', ב' רוזן, ופ' ווד, 2003. משקי הבית, קופות חולים וההוצאות על תרופות, דמ-406-03, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש', ב' רוזן, ור' גרוס, 2006. תשלומי אגרת ביקור – מהו גודל הנטל ומי נושא אותו?, דמ-470-06, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר', ש' ברמלי-גרינברג, ור' מצליח, 2006. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2005, דמ-487-06, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- משרד הבריאות, 2005. עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 1995–2004, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים.
- עופר, ג', וי' ברלוביץ, 2005. "תחרות למול הסדרה – סיכום המלצות צוות 1", סיכום דיוני כנס ים המלח השישי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.
- פורת, א', 2005. "תחרות על איכות – סיכום המלצות צוות 3", סיכום דיוני כנס ים המלח השישי, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.
- פורת, א', ג' רבינוביץ, וע' רסקין-סגל, 2005. תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל – דוח לציבור עבור השנים 2002–2004, משרד הבריאות, ירושלים.
- , 2006. תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל – דוח לציבור עבור השנים 2003–2005, משרד הבריאות, ירושלים.
- Akerlof, G. A., 1970. "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty

- and the Market Mechanism,” *The Quarterly Journal of Economics* 84(3):488–500.
- Anderson, G. F., P. S. Hussey, B. K. Frogner, and H. R. Waters, 2005. “Health Spending in the United States and the Rest of the Industrialized World,” *Health Affairs* 24(4): 903–914.
- Arrow, K. J., 1963. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,” *The American Economic Review* 53(5): 941–969.
- Beck, R. G., 1973. “The Effects of Co-Payment on the Poor,” *Journal of Human Resources* 9:129–142.
- Brownlee, S., 2005. *Putting Consumers in the Driver’s Seat?* Article no. 2424. Washington DC: New America Foundation.
- CBO, 2005. *The Long-Term Budget Outlook*. Washington DC: Congressional Budget Office, The Congress of the United States.
- Chassin, M. R., J. Kosecoff, R. E. Park, C. M. Winslow, K. L. Kahn, N. J. Merrick, J. Keeseey, A. D. Fink, H. Solomon, and R. H. Brook, 1987. *Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services? A Study of Three Procedures*. Santa Monica, CA: Rand (Reprinted from *JAMA* 258[18]).
- Chassin, M. R., E. L. Hannan, and B. A. DeBuono, 1996. “Benefit and Hazards of Reporting Medical Outcomes Publicly,” *The New England Journal of Medicine* 334: 394–398.
- Chiappori, P. A., 2000. “Econometric Models of Insurance under Asymmetric Information,” in G. Dionne (ed.), *Handbook of Insurance*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers, pp. 365–391.
- Cutler, D. M., 2004. *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America’s Health Care System*. Oxford, Mass.: Oxford University Press.
- Cutler, D. M., and R. J. Zeckhauser, 2000. “The Anatomy of Health Insurance,” In A. J. Culyer, and J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam and New York: Elsevier, pp. 563–643.
- Doran, T., C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh, and M. Roland, 2006. “Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom,” *The New England Journal of Medicine* 355: 375–384.

- Dranove, D., D. Kessler, M. McCleelan, and M. Satterhwaite, 2003. "Is More Information Better? The Effect of 'Report Cards' on Health Care Providers," *Journal of Political Economy* 111(3): 555–588.
- Enthoven, A., 1993. "The History and Principles of Managed Competition," *Health Affairs* 12: 24–48.
- Epstein, A. M., 2006. "Paying for Performance in the United States and Abroad," *The New England Journal of Medicine* 355: 406–408.
- Evans, R. G., M. L. Barer, and G. L. Stoddart, 1995. "User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back (Or, What's Health Got to Do with It?)," *Canadian Journal on Aging* 14: 360–390.
- Frank, R. G., J. Glazer, and T. G. McGuire, 2000. "Measuring Adverse Selection in Managed Health Care," *Journal of Health Economics* 19: 829–854.
- Friedman, N. L., E. Kokia, and J. Shemer, 2003. "Health Value Added (HVA): Linking Strategy, Performance and Measurement in Health Care Organizations," *IMAJ* 5:3–8.
- Frolich, A., J. A. Talavera, P. Broadhead, and R. A. Dudley, 2007. "A Behavioral Model of Clinician Responses to Incentives to Improve Quality," *Health Policy* 80(1): 179–193.
- Gaynor, M., 2006. "What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?" *Working Paper no. 06/151*. Bristol: The Center for Market and Public Organization (CMPO), University of Bristol.
- Gaynor, M., and W. B. Vogt, 2000. "Antitrust and Competition in Health Care Markets," in A. J. Culyer, and J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, 27. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers, pp. 1405–1478.
- Gaynor, M., D. Haas-Wilson, and W. B. Vogt, 2000. "Are Invisible Hands Good Hands? Moral Hazard, Competition and the Second-Best in Health Care Markets," *Journal of Political Economy* 108(5): 992–1005.
- Gittelsohn, A., and N. R. Powe, 1995. "Small Area Variations in Health Care Delivery in Maryland," *Health Service Research* 30(2): 295–317.
- Glazer, J., and T. G. McGuire, 2006. "Optimal Quality Reporting in

- Markets for Health Plans,” *Journal of Health Economics* 25(2): 295–310.
- Gross, R., 2003. “Implementing Health Care Reform in Israel: Organizational Response to Perceived Incentives,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 28(4): 659–692.
- Jencks, S. F., T. Cuerdon, D. R. Burwen, B. Fleming, P. M. Houck, A. E. Kussmaul, D. S. Nilasena, D. L. Ordin, and D. R. Arday, 2000. “Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries: A Profile at State and National Levels,” *JAMA* 284(13): 1670–1676.
- Krugman, P., and R. Wells, 2006. “The Health Care Crisis and What to Do About It,” *The New York Review of Books* 53(5).
- Luxenburg, O., 2006. *Medical Technology — Regulation and Diffusion in Israel*, A Presentation to the Advisory Committee. Jerusalem: The Smokler Center for Health Policy Research, Myers-JDC-Brookdale Institute.
- Manning, W. G., J. P. Newhouse, N. Duan, E. B. Keeler, A. Leibowitz, and M. S. Marquis, 1987. “Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment,” *American Economic Review* 77: 251–277.
- Medpac, 2005. *Healthcare Spending and the Medicare Program*. Washington, DC: Medicare Payment Advisory Commission, www.medpac.gov.
- Miller, M. E., J. Holahan, and W. P. Welch, 1995. “Geographic Variations in Physician Service Utilization,” *Medical Care Research and Review* 52(2): 252–278.
- Mukamel, D. B., and W. D. Spector, 2003. “Quality Report Cards and Nursing Home Quality,” *The Gerontologist* 43:58–66.
- Narins, C. R., A. M. Dozier, F. S. Ling, and W. Zabera, 2005. “The Influence of Public Reporting of Outcome Data on Medical Decision Making by Physicians,” *Archives of Internal Medicine* 165:83–87.
- Newhouse, J. P., 1996. “Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection,” *Journal of Economic Literature* 34(3):1236–1263.
- , 2002. “Why Is There A Quality Chasm?” *Health Affairs* 21(4):13–25.
- OECD, 2006. *OECD Health Data 2006* (June).

- Propper, C., and D. Wilson, 2003. "The Use and Usefulness of Performance Measures in the Public Sector," *Oxford Review of Economic Policy* 19: 250–267.
- Roos, N. P., and C. A. Mustard, 1997. "Variation in Health and Health Care Use by Socio-Economic Status in Winnipeg, Canada: Does the System Work Well? Yes and no," *The Milbank Quarterly* 75(1): 89–111.
- Rosental, M. B., R. G. Frank, Z. Li, and A. M. Epstein, 2005. "Early Experience with Pay-For-Performance: From Concept to Practice," *JAMA* 294(14): 1788–1793.
- Rosental, M. B., and R. G. Frank, 2006. "What Is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care?" *Medical Care Research and Review* 63(2): 135–157.
- Rothschild, M. and J. Stiglitz, 1976. "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information," *The Quarterly Journal of Economics* 90(4): 629–649.
- Saltman, R., and J. Figueras, 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies* (WHO Regional Publications, European Series, 72). Copenhagen: World Health Organization.
- Schneider, E. C., and A. M. Epstein, 1996. "Influence of Cardiac-Surgery Performance Reports on Referral Practices and Access to Care: A Survey of Cardiovascular Specialists," *The New England Journal of Medicine* 335: 251–256.
- , 1998. "Use of Public Performance Reports: A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery," *JAMA* 279(20): 1638–1642.
- Werner, R. M., and D. A. Asch, 2005. "The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information," *JAMA* 293: 1239–1244.
- Zweifel, P., and W. G. Manning, 2000. "Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care," in A. J. Culyer, and J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam and New York: Elsevier, pp. 409–459.

