



טיפול רפואי סביר – מהו?

ורד רייטר¹

רקע כללי

ב-20 בדצמבר 1994 התקבל בכנסת "חוק ביטוח הבריאות הממלכתי". החוק קובע כי: "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13". חוק בסיסי וחשוב זה מתבסס על המושג "סביר", אולם אינו מגדיר אותו במפורש. בהיעדר הגדרה ברורה ומחייבת, התוצאה היא שפרשנות המושג טיפול רפואי סביר, יכולה לנוע על סקלה רחבה בהתאם להבנתם השונה של בעלי העניין המעורבים (Mori, 2010; Bonnafous-Boucher & Porcher, 2002; Varvasovszky & Brugha, 2000; Fottler & Blair, 2002). כך למשל, קופות החולים המהוות "בעל עניין" משמעותי במערכת והן אלו שמספקות ומפעילות את שירותי הבריאות לאזרחים, עשויות לפרש את המונח באופן מסוים השונה מפרשנותם של קבוצות בעלי עניין אחרים, כגון אזרחים, קלינאים, אנשי בתי חולים, אנשי הרגולציה וכדומה. הגדרה מעורפלת של המונח "סביר", עלולה להוביל למצב בו תהיה פגיעה בקבוצות שונות, כגון מעוטי יכולת, אזרחי הפריפריה, אוכלוסיות מוחלשות וכדומה, עקב קביעת סדרי עדיפויות של היצע ואספקת שירותי הבריאות המוגדרת על פי ראיות עיני המבטח בלבד. כל זאת עלול לגרום להעמקת אי השוויון במתן שירותי הבריאות הקיים כבר היום במדינת ישראל. דוגמא מוחשית לכך, ניתן למצוא בדו"ח אי שוויון בבריאות שהתפרסם ע"י משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות (2010), בנוגע לעובדה כי תוחלת החיים שנצפתה במרכז הארץ עומדת על 79.7 שנים ואילו בצפון ובדרום 77.9 ו-77.3 בהתאמה (עמ' 34). כמו כן, הודגם כי הזמינות והנגישות בפריפריה נמוכות מאלו שבמרכז, וכן איכות כוח האדם במוסדות הרפואיים בפריפריה נמוכה מזו שבמרכז (שם, פרק 4). לפיכך, המטרה העיקרית של המאמר המוצג היא להגדיר מהו "טיפול רפואי סביר".

סקירה תיאורטית

מצב הבריאות של האוכלוסייה כפי שנמדד בממדי תמותה, תחלואה, מדדי איכות וכדומה, מושפע באופן משמעותי מנתונים סוציו-אקונומיים של האזרחים. למשתנים התרבותיים, החברתיים והסביבתיים השפעה משמעותית על איכות החיים של הפרט ועל בריאותו. מדינת ישראל עשירה בתרבויות, ולפעמים החברתיים בין קבוצות שונות באוכלוסייה השפעה על מדדי הבריאות באוכלוסייה. נוסף לכך את העובדה כי במערכת פועלים בעלי עניין שונים ורבים, בעלי אינטרסים ומטרות שונות ולעתים אף נוגדות, והרי אנו מקבלים מערכת שהינה אחת מהמורכבות הקיימות.

כיוון שכך, הגדרת המונח "טיפול רפואי סביר" דורשת הבנה מעמיקה שלו. רק לאחר שנבחן את ההיבטים השונים של "טיפול סביר" בהקשרי מקום, זמן ומשמעות, אפשר יהיה להציע מונח מקובל ל"טיפול הסביר" הרצוי במערכת הבריאות. לאחר הגדרת המונח "סביר", נוכל להצביע על הליקויים הקיימים במערכת הבריאות כיום בהשוואה למושג החדש שהוגדר. פרק זה מהווה רקע תיאורטי למחקר. אנו

¹ ד"ר ורד רייטר - הפקולטה לניהול, החוג למנהל עסקים, אוניברסיטת חיפה
veredreit@gmail.com. על בסיס עבודת דוקטורט בהנחיית שי צפיר.

נסקור שני נושאים עיקריים: א. היבטים שונים של המושג "סבירות"; ב. תיאוריות שונות, תפקיד וההשלכות של בעלי עניין במערכת.

סבירות

הדיונים במושג "סבירות" (McChensney & Foster, 2010; Zeidel, 2011) התבצעו בהתייחסות לשתי דיסציפלינות עיקריות: (1) כלכלה וחברה - הכוחות הפועלים בכל תחום והיחסים ביניהם כקביעת רמת הסבירות ו-(2) היבטים קליניים ואתיים במערכת הבריאות, תוך התייחסות גם להיבטים משפטיים רפואיים. נסקור להלן את הנושאים העיקריים.

כלכלה וחברה

"מערכת השוק החופשית" מקובלת בעולם המערבי ויותר ויותר חברות בוחרות לפעול במסגרת זו. התוצאה היא שבעולם המודרני קפיטליזם הפך לכוח שמניע מדינות וכלכלות ומוביל לשגשוג (Heynen & Robbins, 2005). כל זמן שהקפיטליזם היה מעוזו של המגזר הפרטי, ניתן היה לדון ביתרונות ובחסרונות של הגישה, ודעות שונות עשויות היו להתקבל. אולם, ישנם הגורסים כי ביחס למגזר הציבורי, השפעותיה השליליות של הגישה הקפיטליסטית עלולות לסכן את החברה כולה. לוי (2010), מדגיש את ההיבט המוסרי: "הקפיטליזם מרוקן את החיים מכל משמעות גבוהה יותר, ומותיר את החברה ככזו שפשטה את הרגל מבחינה מוסרית" (עמ' 129).

על מנת לשמר את הקפיטליזם ולהתאים אותו לזמננו, הוגדר ביטוי חדש - "קפיטליזם מוסרי", המאפשר לקפיטליזם לפעול תחת הערכים הדרושים לצדק חברתי בר קיימא (Young, 2004). כלומר, תוך שמירה על רמת רווח נדרשת, יש לפקח על האיכות המוסרית במסגרת מערכת מתמשכת של מדידות איכות בנוגע לפעילותם של ארגונים. דוגמאות למדידות איכות ניתן לראות במדדים הבאים: רמת שביעות רצון של צרכן, נתונים סטטיסטיים על ייצור הנובעים מתקני ניהול, ואמות מידה מוגדרות אשר יסייעו לשמור על איכות התוצרים בין אם מדובר באיכות קלינית, שירותית וכיוצ"ב. מדידות אלה בסקטור הציבורי בכלל חלות גם על מערכת הבריאות בפרט (Sweetbaum, 2008). כיום, קופות החולים נמצאות בקונפליקט: הן מנסות לספק שירותים רפואיים סבירים כמתחייב על-פי חוק (פן חברתי), תוך שמירה על איזון פיננסי (שכיום הוא רעוע - פן כלכלי). הרצון הכללי של הסקטור הציבורי לאזן בין מטרות כלכליות לבין מטרות חברתיות, הוביל את הסקטור הציבורי והסקטור השלישי להתנהלות המשלבת בין השניים.

אין ספק שבנסיבות אלה, פרשנות הקופות לביטוי "שירותים רפואיים סבירים" עלולה להיות מוטה ושונה מפרשנותם של קבוצות אחרות בחברה (ארגוני אזרח, זכויות אזרח וכו'). הקונפליקטים הקיימים בין שני תחומים עיקריים, המשמעת החברתית והכלכלית, מחייבים הגעה לאיזון שיאפשר קיום מוצדק למערכת. מכל האמור לעיל, ההבהרה מהו "שירות רפואי סביר" חשובה הן לארגון נותן השירות, הן לאזרח מקבל השירות והן למדינה ולספקים השונים הקשורים בשירות זה.

מערכת הבריאות

מערכת הבריאות בארץ מורכבת מבעלי עניין שונים: הרופא והמטופל, בתי חולים ומכונים פרטיים, קופות חולים וארגונים חברתיים הדואגים לאזרח. בעמדת הפיקוח נמצא הרגולטור האחראי למערכת כולה. הנושא של שירות רפואי סביר נבדק בעבר. לדוגמא, אוקסמן ועמיתיו (2010) התייחסו לסוגייה זו מנקודת המבט הקלינית, תוך שימת דגש על חשיבות ניטור איכות השירותים הרפואיים, וזאת על מנת להשיג תוצאות טובות יותר מבחינה קלינית. זיידל (2011) מדגיש את הצורך בשיפור עקבי של איכות הטיפול גם על מנת להפחית עלויות. הילי (2010) סקר את הנושא של רפואה מתגוננת (Defensive

(medicine), וקבע כי הסיטואציה שבה חלק מהרופאים שולחים את מטופליהם לבדיקות מיותרות מחשש לתביעות רשלנות, היא בלתי מתקבלת על הדעת. אנו נתייחס שלושה היבטים עיקריים של סבירות במערכת הבריאות: 1. ההיבט הקליני המקצועי; 2. ההיבט המשפטי - השוואה של המונח "סביר" במערכת הבריאות למערכת המשפטית, תוך התייחסות לרשלנות; 3. ההיבט החברתי/מוסרי.

ההיבט הקליני מקצועי

הרופא הקלינאי מחויב לעבוד במסגרת GCP (Good Clinical Practice), המבוסס על מחקרים מאוששים EBM (Evidence Based Medicine). לאחרונה, ה-Lancet (2010) פירסם מאמר שנכתב על ידי 22 חוקרים מאוניברסיטאות שונות, המתייחסים לנושא זה; EBM מבטיח כי הטיפול יינתן באיכות הטובה ביותר, תוך שיפור איכות חייהם של המטופלים. נמצא גם כי כאשר קובעי המדיניות פועלים תחת EBM, הטיפול שיינתן יהיה איכותי בעלות הנמוכה ביותר האפשרית (Oxman et al., 2010), ותוך שמירה על סטנדרטים אתיים (Littleton et al., 2010). במערכת בריאות שבה המשאבים תמיד מוגבלים, יש להעריך את הרמה והאיכות של הטיפול הרפואי באופן שוטף על מנת להבטיח ניצול מקסימלי ואופטימלי של המשאבים.

עם זאת, החשש של מי שאינו עומד בסטנדרטים של GCP, בצירוף מספר הולך וגדל של תביעות רשלנות, עלול לעודד את הקלינאי לבחור ב"רפואה מתגוננת". רופאים אלו נוטים להורות על בדיקות מיותרות על מנת להגן על עצמם מפני תביעת רשלנות רפואית. לא רק שפעולות אלה פוגעות באיכות הטיפול, קיימת גם פגיעה כלכלית. אפשרויות הבקרה והפיקוח במקרים כאלו הינן מורכבות ביותר.

ההיבט המשפטי

המונח "התנהגות סבירה", או "האדם הסביר", הוא מהנושאים המרכזיים ביותר הנדונים במערכת המשפטית, בעיקר בתביעות הנוגעות לנושאים רפואיים. גם במערכת המשפט המושג אינו מוגדר באופן ברור. מציאת קווי דמיון בהתייחסות למושג, תאפשר הסקה והשלכה ממערכת המשפט למערכת הרפואית.

הביטוי "האדם סביר" הופיע לראשונה במקרה של בראון נ. קנדל (1850). פרשנותו של המונח הייתה: לכל אדם יש חובה להתנהג כפי שהיה מתנהג אדם אחר בנסיבות דומות. לדוגמא, ההגדרה של "רשלנות", הינה "אדם אשר פעל באופן שאדם סביר באותן נסיבות לא היה בוחר לפעול כך, או לא פעל באופן שאדם סביר ונבון היה פועל באותן הנסיבות". לכן, המבחן להתנהגות רשלנית הוא מבחנו של האדם סביר, כלומר האם אדם "רגיל" היה נוהג באותו אופן פעולה. כך ננסה להתייחס גם לטיפול או לשירות סביר.

למרות שהמושג "סביר" מוגדר באופן דומה במערכת המשפט ובמערכת הבריאות, הוא עשוי להתפרש באופנים שונים בהתאם להשקפות/אסטרטגיות/אינטרסים של שחקנים שונים. כאן חשוב לציין, כי אם במערכת המשפטית יש בדרך כלל שלושה בעלי עניין המעורבים: העבריין, הקורבן והחברה, הרי שבמערכת הבריאות יש לקחת בחשבון בעלי עניין רבים בהרבה.

ההיבט החברתי/מוסרי

לאורך העשור האחרון, נושאים חברתיים ומוסריים הפכו חלק בלתי נפרד בקביעת המטרות של הארגון. מציאות זו מחייבת התייחסות ספציפית כאשר אנו מנסים להגדיר את המונח "סביר".

הטמעת ההיבט החברתי/מוסרי בקביעת מדיניות במערכת הבריאות הודגם כבר בשנת 1930. בצוות המדיניות החדש של הנשיא פרנקלין רוזוולט שולבו באופן קבוע שני עובדים סוציאליים, וזאת על מנת

לתת התייחסות ומענה שוטפים לנושאים חברתיים תוך התייחסות ספציפית לנושאי רווחה. רוזולט התייחס לפן של דאגה ציבורית כלגיטימי וחשוב (Owen, 2009). עד היום, בארה"ב, קיימת הדילמה בין מדיניות התומכת בתחרות חופשית וראיית הלקוח העסקי, למדיניות התומכת בשותפות של המגזר הציבורי והפרטי, תוך שמירה והגנה על עקרונות רווחה בסיסיים לכלל האזרחים (Owen, 2009; Littleton et al., 2010).

התיאוריות של בעלי העניין

קיימות 2 תיאוריות מרכזיות בנושא בעלי עניין: הראשונה היא התיאוריה של Clarkson (1995), המגדיר בעלי עניין כ-"אנשים או קבוצות להם בעלות, זכויות, או אינטרסים בתאגיד ובפעילותו בעבר, בהווה, או בעתיד" (Mainardes, Raposo & Alves, 2011, P.98). בהמשך Clarkson מתאר 2 קבוצות עיקריות של בעלי עניין: ראשוניות ושניוניות. קבוצת בעלי העניין הראשונית, היא זו שהארגון (חברה/תאגיד) אינו יכול לשרוד בלעדיה, והיא כוללת למשל עובדים, לקוחות, משקיעים וספקים. הקבוצה השנייה מוגדרת ככאלו המשפיעים, מושפעים או יושפעו מהארגון, אבל הם אינם חיוניים להישרדותו (Parmar et al., 2010).

התיאוריה השנייה מיוחסת ל-Malvey, Fottler & Slovensky (2002), ומתארת את בעלי העניין על פי מעמדם בארגון. חלקם פנימיים לארגון, כגון המנהלים הבכירים, חברי דירקטוריון, חברי ועדות אתיקה, עובדי מחלקות החברה (כספים, שיווק, משאבי אנוש וכו'), וחלקם חיצוניים כגון בעלים, בעלי מניות, ספקים, חברי הקהילה המקומית וכדומה.

שילוב בין שתי התיאוריות יוצר את המודל הבא:

טבלת מס' 1 - מודל מרובע של בעלי העניין

בעלי עניין פנימיים (פ)	בעלי עניין חיצוניים (ח)	
פנימי-ראשוני	חיצוני-ראשוני	בעלי עניין ראשוניים (ר)
פנימי-שניוני	חיצוני-שניוני	בעלי עניין שניוניים (ש)

השימוש במודל משולב זה יסייע בהבנת מקומו של כל בעל עניין במערכת.

רשימת בעלי העניין עשויה להשתנות לאורך זמן ותלויה בגורמים שקובעים את מאזן הכוחות בין השחקנים. במערכת הבריאות בכלל, ובישראל בפרט, יש בעלי עניין רבים בקטגוריות השונות, לכל אחד מידת השפעה שונה. הם עשויים לפעול באופן עצמאי או במשולב עם בעלי עניין אחרים, וברור שתורת הניהול של בעלי העניין מהווה אתגר משמעותי בניהול עסק בכלל, כמו גם בניהול מערכת בריאות (Ruhe, 2000).

מטרת המחקר

המטרה העיקרית של המחקר, היא להגדיר מהו טיפול רפואי סביר על מנת שנוכל להציג את הפערים בין המציאות בשטח להגדרה הרצויה. המחקר מורכב משלושה שלבים:

1. הגדרת המושג "סבירות" - קיימו ראיונות עם בעלי עניין שונים במטרה להבין לעומק ובאופן נכון יותר את מערכת הבריאות. בראיונות, בדומה למתואר בספרות, הוצגו היבטים ודעות בנושאים שונים: ההיבט הפילוסופי - נושאים חברתיים ביחס לסבירות כלכלית; ההיבט החוקתי - משפטי ביחס לעלייה

המדיאגה בתביעות רשלנות רפואיות ; והתחום המקצועי/קליני - היצע ורמה סבירים של הטיפול הרפואי. כל ראיון כלל דוגמאות אשר המחישו את הכוונה מאחורי הדברים שהועלו. השלב השני שהוא :

2. הגדרת הפערים בין טיפול אופטימלי למציאות - לאחר שילוב של ההתייחסויות הרלוונטיות בתחומים השונים וניסוח הגדרה המקובלת על כל קבוצות בעלי העניין, המשכנו לזהות את הפערים והליקויים בין המציאות כפי שהיא היום למציאות הרצויה כפי שהוגדרה על ידי בעלי העניין. שלב זה הוביל אותנו לשלב השלישי שהתמקד באספקט מעשי של המחקר :

3. מדידת "טיפול רפואי סביר" - על מנת לבחון את מערכת הבריאות על היבטיה השונים, להעריך את רמת הטיפול הרפואי שסופק ולהצביע על פערים קיימים, עלינו להשתמש בכלי אובייקטיבי. השלב השלישי מאפשר לנו למדוד ולהעריך את שירותי הבריאות בהתאם.

שיטה

שיטת המחקר

כדי לתת מענה לשאלות המחקר שהוצגו לעיל, השתמשנו במתודולוגיה האיכותנית. גישה איכותנית עוזרת להבין לעומק סיטואציות ומושגים שונים (Skedi, 2007), תוך שימוש בתהליך אינדוקטיבי לאיסוף נתונים, ולכן מאפשרת חשיפה מקיפה ורחבה יותר להיבטים רלוונטיים (צבר, 1990). במחקר זה אנו מתייחסים לשאלה הפילוסופית של הגדרת המושג "סבירות" במערכת הבריאות ומציאת האיזון בין כל חוות הדעת של בעלי העניין השונים. מטרתה של הגישה הנטורליסטית במחקר האיכותני היא להבין ולתאר אמונות ודעות אישיות מנקודת ראותם של המרואיינים (שקדי, 2007), וזאת ע"י שימוש בכלי הראיון (צבר, 1990).

המדגם

בוצעו ראיונות אישיים עם 32 משתתפים מתחומים שונים במערכת הבריאות בהתאם לתיאוריית בעלי העניין המשולבת (ראה טבלה מס' 1). המשתתפים כללו : מנהלים בכירים מספקי השירות (קופות חולים, בתי חולים וכיוצ"ב), מנהלים בכירים מרמת הרגולטור (משרד הבריאות), רופאים ואחיות, עובדים זוטרים, אזרחים/צרכנים ונציגי ציבור (כגון, נציגים מהמגזר השלישי). מספר המרואיינים מכל קבוצה נקבע בהתאם למשקלם במערכת הבריאות (Mainardes, Raposo & Alves, 2011). לדוגמא, קבוצת 'פר', הגדולה מבין הקבוצות, כללה 16 משתתפים, מאחר והשפעתם על המערכת הינה מיידית וקריטית, ואילו בקבוצת 'פש' נכללו רק 2 משתתפים.

איסוף נתונים

ראיונות אישיים חצי מובנים נערכו בהתאם למדריך ראיון שנוסח עפ"י סקירת הספרות הרלוונטית. 32 המרואיינים - 9 מנהלים בכירים מספקי השירות, 5 מנהלים בכירים ממשרד הבריאות, 10 רופאים, אחיות ועובדים מקצועיים אחרים, ו-8 אזרחים/צרכנים ונציגי ציבור - חולקו לארבע קבוצות. 66% מהראיונות התקיימו במשרדו של המרואיין, 25% בביתו של המרואיין ו-9% נערכו בבתי קפה לפי בקשתו של המרואיין. למשתתפים נמסר כי לא חלה עליהם חובת השתתפות וכי הם רשאים להפסיק את הראיון בכל

שלב. הובטח כי הפרטים המזהים יישארו חסויים. משך ראיון ממוצע עמד על 46 דקות, וכל הראיונות בוצעו בעברית. המחקר אושר ע"י ועדת האוניברסיטה למחקר אתי בבני אדם.

ניתוח נתונים

על פי המתודולוגיה האיכותנית, זוהו וקוטלגו מכל ראיון הקטגוריות העיקריות, תת-קטגוריות וקטגוריות תוכן (שקדי, 2007). לאחר מכן בוצע ניתוח פרטני של עמדות המרואיינים ביחס לקטגוריות אלו כמשיבים אינדיבידואליים, וניתוח אופקי של המרואיינים כחלק מקבוצת בעלי עניין מוגדרת (Shkedi, 2007; Patton 1990).

ממצאים

ניתוח פרטני

זוהתה קטגוריה ראשית, "מערכת הבריאות בישראל והטיפול הרפואי הסביר", אשר מורכבת מארבע קטגוריות משנה: 1. סבירות כלכלית 2. סבירות קלינית שירותית 3. סבירות משפטית ו-4. סבירות חברתית מוסרית. כל קטגוריית משנה הייתה בנויה מקטגוריות תוכן אליהן התייחסו המרואיינים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשלכותיו, תקצוב חסר במערכת והמשמעויות הנובעות מכך, מתן טיפול קליני איכותי ובהתאם לסטנדרטים המקובלים בעולם (Good Clinical Practice), רפואה "מתגוננת", אספקטים משפטיים, עמימות הגדרת החוק - אסטרטגיה והשלכות, סבירות חברתית ואתית, תוך הצגת הפערים במערכת הבריאות בישראל וערכי מוסר. המרואיינים הציפו את הפערים והבעיות הרציניות והמשמעויות הקיימות במערכת הבריאות, ואולם בד בבד ציינו כי נראה שיש אור בקצה המנהרה. מרבית המרואיינים הציגו דעה חיובית, תוך אמונה בחזון, מטרות וערכי מערכת הבריאות. עם זאת, שוב ושוב במהלך הראיונות הודגש כי האיכות ורמת הטיפול הרפואי מושפעות ממה שהגדרנו כ"גורמים קונטקסטואליים" (בעלי הקשר). לכך יש גם תיעוד בספרות (Jones, 2006). למשל, לטיפול רפואי הניתן בפריפריה לעומת כזה הניתן בערים מרכזיות, או לטיפול הניתן בבתי חולים לעומת כזה הניתן בקהילה, תהיינה תוצאות שונות. מגוון הגורמים הקונטקסטואליים אשר הועלו ע"י המרואיינים מוצג בטבלה מס' 2.

טבלה מס' 2 - גורמים בעלי הקשר המשפיעים על איכות הטיפול הרפואי

גורם	פירוט (דוגמאות מהראיונות)	ציטוטים מהספרות (Jones, 2006)
נגישות לשירותים	מיקום גיאוגרפי: למשל פריפריה/מרכז, בתי חולים/קהילה	חלק מההקשר הכולל של חמשת הכללים: 'איפה' (where): מיקום הבדיקה (עמ' 391)
זמינות לשירותים	אורך תור לשירותים השונים, כגון לרפואה ראשונית/שניונית/שלישונית, פופולאריות של ספק מסוים וכו'	כלל נוסף: 'מי': הכלל מתייחס להקשר מקצועי או דמוגרפי (עמ' 391)
משתני תרבות	ציפיות המטופל בהתאם להשפעות תרבות	Jones מתייחס לדוגמא זו כמקרה ספציפי של 'איפה'
אחר	דוגמאות שפורטו לעיל, הן אלו שעלו בראיונות. מן הסתם תיתכנה עוד דוגמאות רבות להקשרים שונים...	Jones מתייחס לכללים נוספים: 'מה', 'מתי', 'למה'

ניתוח לפי קבוצות בעלי עניין

ניתוח הראיונות מזוהית הראייה של קבוצות בעלי העניין כפי שהוגדרו במודל המשולב (ראה טבלה מס' 1), עוזר לנו לבחון ולהבין את הנושאים שהועלו על ידי המרואיינים באופן מעמיק יותר. כאמור, כל המרואיינים התייחסו לארבעת ההיבטים העיקריים של סבירות במערכת הבריאות כפי שהוצגו לעיל, אולם הייחוד בראייה דרך "משקפי" קבוצות בעלי העניין, הוא בכך שלכל קבוצה יש לפחות שתי נקודות מבט רחבות מעצם היות הקבוצה מורכבת משני המודלים יחד, וכך הרעיונות מוצגים באופן ייחודי מזוויות שונות (למשל בעלי עניין פנימיים וראשוניים/ פנימיים ושניוניים וכו'). טבלה מס' 3 מציגה את הרעיונות המרכזיים של כל קבוצה:

טבלה מס' 3 - נושאים שהועלו ע"י קבוצות בעלי העניין

בעלי עניין פנימיים (פ)	בעלי עניין חיצוניים (ח)	
בעלי עניין ראשוניים (ר) בקרה עצמית על המערכת ע"י עובדים ומנהלים. נושאים עיקריים: • הלקוח במרכז • הבנה של ההיררכיה והמגבלות במערכת, ועשייה לשם הצלחה בה	בקרה מערכתית ע"י נציגי משרד הבריאות ואזרחים. נושאים עיקריים: • התייחסות לתפקידו ותפקודו של משרד הבריאות • תוצאות חוק ביטוח בריאות ממלכתי	
בעלי עניין שניוניים (ש) עובדים זוטרים מהשטח. נושאים עיקריים: • רמת השירות	ביקורת חיצונית של נציגי ציבור על מוסדות הבריאות. נושאים עיקריים: • היחסים בין משרד הבריאות לארגוני הבריאות • נושאי שיווק, צדק ורווחה	

דיון

מערכת הבריאות בישראל מספקת טיפול רפואי לאזרחים כאשר לא ברורה הגדרת הרמה, האיכות, ההיקף ואלמנטים נוספים הנדרשים עפ"י חוק. בהתבסס על הממצאים במחקר זה, ניתן להסיק ולומר כי רוב המרואיינים תיגו את מערכת הבריאות בישראל כראויה, הוגנת, מקצועית ומחויבת. למרות ליקויים רבים שהועלו וביקורת, לעתים נוקבת, המסקנה העולה מכלל הראיונות היא כי המערכת "סבירה". ואולם, נראה כי יש לנקוט זהירות רבה בהשלמה עם הרמה הקיימת כיום. עפ"י הממצאים עולה, כי הטיפול הרפואי הסביר מוגדר כמיצוע השירותים המסופקים היום (המציאות הנוכחית). בעיקרון, ניתן היה להסתפק במסקנה זו ולהצהיר כי מטרת המחקר הושגה – הוגדר ה"טיפול הרפואי הסביר". עם זאת, על מנת להימנע מהתדרדרות ושאיפה לבינוניות, יש לקבוע תקנים מקצועיים ונהלים ברורים לקביעת רמת הטיפול הרצויה. האם עלינו להסתפק במצב הקיים? על מנת לשפר את השירות רפואי הניתן לאזרחים וכתוצאה מכך, לשדרג את מערכת הבריאות בכללותה, יש צורך בשינוי המצב הקיים.

על מנת להגיע להגדרה מקובלת של "טיפול רפואי סביר" על כל בעלי העניין, יש לשלב בהגדרה מאפיינים ספציפיים. מערכת הבריאות מבוססת על אלמנטים רבים, ויש להתייחס לכל אחד בנפרד בהתאם להקשר

(Johns, 2006). הבנת ההקשר הינה גורם מכריע בהבנת המערכת. נקודה נוספת שיש להתייחס אליה, היא נושא הפיתוח הטכנולוגי. מידי שנה יש פיתוח עקבי ומתמיד של טכנולוגיות וטיפולים רפואיים, ויש לשלב נושא זה בהגדרה.

לאחר שלקחנו בחשבון את התנאים הבאים: 1. שמירה על הרמה שהושגה (המציאות) 2. התאמה לפיתוח וקידום שירותים ו-3. שילוב גורמים קונטקסטואליים, ניתן להגדיר מהו טיפול רפואי סביר. הנוסחה שתוצג להלן, משקפת תנאים אלו תוך שמירה על פשטות כך שתשמש מצפן למערכת. טיפול רפואי כולל הינו סכום כל הטיפולים והשירותים הרפואיים הניתנים לאזרח, כאשר לכל טיפול/שירות משקל אחר.

$$RMT = \sum_{i=1}^n W_i RMT_i \quad \text{הנוסחה תיראה כך:}$$

$$RMT_{i,t} = LSi,t-1 (1+TD) (1 + \sum_{i=1}^n C_i) \quad \text{נגדיר טיפול רפואי ספציפי:}$$

כאשר $RMT_{i,t}$ הוא שירות רפואי מסוים (i) בנקודת הזמן הנוכחית (t). $LSi,t-1$ מייצגים את הרמה (L) של שירות מסוים (S_i) בפרק זמן מסוים $t-1$. לכך יש להוסיף את מקדם הפיתוח הטכנולוגי (TD) ואת הסכום של כל משתני ההקשר (C) המשפיעים על מתן השירות רפואי.

לאחר הגדרת RMT (טיפול רפואי סביר) ותרומתו לנוסחה מדידה, אנו יכולים לבדוק את שירותי הבריאות המסופקים במסגרת מערכת בריאות ולקבוע את רמתם. במחקרי המשך, ניתן להציע פתרונות אפשריים לצמצום הפערים בין רמת הטיפול והשירות הניתנים היום, לאלו המתקבלים עפ"י הנוסחה של טיפול רפואי סביר.

מקורות

- Bonnafeous-Boucher, M. & Porcher, S. (2010). Towards a stakeholders society: Stakeholder theory vs. theory of civil society, *European Management Review*, 7, 205-216.
- Fottler, M.D. & Blair, J.D. (2002). New concepts in health care stakeholder management theory and practice, *Health Care Management Review*, 27(2), 50-91.
- Healey, B. (2010), Physicians, Defensive Medicine and Ethics, *Academy of Health Care Management*, 7(1), 16-20.
- Heynen, N. & Robbins, P. (2005). The Neoliberalization of Nature: Governance, Privatization, Enclosure and Valuation, *Capitalism Nature Socialism*, 16(1), 5-8.
- Jones, T.M., Felps, W. & Bigley, G.A. (2007). Ethical theory and stakeholders-related decisions: the role of stakeholder culture, *Academy of Management Review*, 32 (1), 137-155.

² בהנחה שנמדוד טיפול רפואי סביר אחת לשנה, t מייצג את השנה הנוכחית בעוד ש-t-1 מייצג שנה קודמת.

- Kendall, K. & Bodinson, G. (2010). The power of people in achieving performance excellence, *The Journal of Quality and Participation*, 33(2), 10-14.
- Levin, Y. (2010). Recovering the case for Capitalism, *National Affairs*, 121-136.
- Littleton, V., Neemon, M., Breen, G.M., Seblega, B., Paek, S.C., Loyal, M., Ellis, N. & Wan, T.T.H. (2010). An Ethical Analysis of Professional Codes in Health and Medical Care, *Ethics & Medicine*, 26(1), 25-48.
- Mainardes, E.W., Raposo, M. & Alves, H. (2011). Organizations with Dispersed Powers: Suggestion of A New Management Model Based on the Stakeholders Theory, *Journal of Management Research*, 3(1), 1-31.
- Malvey, D., Fottler, M.D. & Slovensky, D.J. (2002). Evaluating Stakeholder Management Performance Using a Stakeholder Report Card: The Next Step In Theory and Practice, *Health Care Manage Review*, 27(2), 66-79.
- Mshinda. H., Ongolo-Zogo, P., Pang, T., Sewankambo, N., Songane, F., Soydan, H., Torgerson, C., Weisbrud, D., Whitworth, J. & Wibulpolprasert, S. (2010). A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions, *Lancet*, 375, 427-431.
- Mori, N. (2010). Roles of Stakeholders in Strategic Decision-Making of Microfinance Organizations, *The international Business and Economics Research Journal*, 9(7), 51-63.
- Oxman, A.D., Bjorndal, A., Becerra-Posada, F., Gibson, M., Block, M.A.G., Haines, A., Hamid, M., Odom, C.H., Lei, H., Levin, B., Lipsey, M.W., Littell, J.H., Parmar, L.B., Freeman, R.E., Harrison, J.S., Wicks, A.C., Purnell, L., De Colle, S., (2010). Stakeholders Theory: The State of the Art, *The Academy of Management Annals*, 4(1), 403-445.
- Ruhe, M.C. (2000). Stakeholders Analysis in health services management, *Public health policy and management (MPHP 439) at Case Western Reserve University*.
- Sabar, N. (1990). *The Qualitative Research*, Massada Ltd.
- Shkedi, A. (2007). *Words of Meaning Qualitative Research – Theory and Practice*, Ramot publication, Tel – Aviv University.

- Sweetbaum H. (2008). Socially responsible capitalism, *Social and Business Review*, 3(3), 186-190.
- Varvasovszky, Z. & Brugha, R. (2000). Stakeholder Analysis: A review, *Health policy and planning*, 15(3), 239-246.
- Young, S.B. (2004). The search for moral capitalism and the Holy Grail of business valuation, *Ivey Business Journal Online*, 1-4.
- Zeidel, L.M. (2011). Systematic Quality Improvement in Medicine: Everyone Can Do It, *Rambam Maimonides Medical Journal*, 2(3), 1-7.