



ג'וינט-מכון ברוקדייל

דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999

רויטל גרוס ♦ שולי ברמלי-גרינברג

עבודה זו נכתבה במסגרת תוכנית לחקר מדיניות בריאות המשותפת
לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברוקדייל ומומנה בסיוע משרד הבריאות,
שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים לאומית
וקופת חולים מאוחדת

דוח מחקר

00 37795 001 003

BR-RR-362-01 0.3

BR-RR-362-01

דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מ

גרסה, רויטל



0037795001003

ג'וינט-מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם ורווחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בשיתוף עם הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם למחקר יישומי בסוגיות חברתיות בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה שנטלה על עצמה מחויבות לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים בתכנון וביישום תכניות רווחה.

המחקר במכון מתבסס על גישה בין-תחומית. במכון חמש יחידות עיקריות:

- ◆ זיקנה
- ◆ מדיניות בריאות
- ◆ קליטת עלייה
- ◆ מוגבלות
- ◆ המרכז לילדים ולנוער



דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999

שולי ברמלי-גרינברג

רויטל גרוס



עבודה זו נכתבה במסגרת תוכנית לחקר מדיניות בריאות
המשתפת לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברקודייל ומומנה בסיוע משרד
הבריאות, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים
לאומית וקופת חולים מאוחדת

פברואר 2001

ירושלים

שבט תשס"א

הוֹאִיִּצְמַח אֶרְצָה זֹהֲרָהּ חוֹרֵשׁהּ חַיִּים לְעַם זֹכֵי־הַיָּמִים
הַזֵּה, זֵה, זֵה

הַיָּמִים זֵה זֵה זֵה

הַיָּמִים זֵה זֵה זֵה
הַיָּמִים זֵה זֵה זֵה



הַיָּמִים זֵה זֵה זֵה
הַיָּמִים זֵה זֵה זֵה
הַיָּמִים זֵה זֵה זֵה

גיוינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

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



פרסומים נוספים של ג'וינט-מכון ברוקדייל העוסקים בנושאים קשורים

ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'. 1999. ביטוח בריאות משלים ומסחרי, 1998: תמורות במדיניות, תמורות פיננסיות והתנהגות הצרכנים. דמ-349-99.

גרוס, ר'; רוזן, ב'; שירום, א'. 2000. מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ת-116-00.

ניראל, נ'; פלפל, ד'; רוזן, ב'; זמורה, ע'; גרינשטיין, מ'; זלצברג, ס'. 2000. נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל? דמ-354-00.

פרפל, מ'; יובל, ד'. 1999. תפיסותיהם של ערבים ושל יהודים את מערכת הבריאות שנתיים וחצי לאחר יישום חוק בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-351-99.

רוזן, ב'; איבנקובסקי, מ'; נבו, י'. 1998. תמורות במשק הקופות: 1995 לעומת 1994. דמ-317-98.

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות לגיונט-מכון ברוקדייל, גבעת הגיונט, ירושלים 91130 טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il.

תקציר

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995, גויינט-מכון ברוקדייל מבצע מחקר הערכה מתמשך, במטרה לעקוב אחר השפעות החוק על קופות-החולים, רמת השירות למבוטחים, שוויוניות השירותים ונטל התשלומים על האזרחים. בדוח זה יוצגו ממצאים מסקר אוכלוסייה שנערך בסוף 1999, לגבי תפקוד מערכת הבריאות מנקודת מבטם של צרכני השירותים ועל פי דיווחם.

סקר זה הוא השלישי בסדרה לאחר שני סקרים קודמים שנערכו ב-1995 וב-1997. במהלך תקופה זו חלו שינויים מרחיקי לכת במדיניות הבריאות, במצב הכספי של מערכת הבריאות ובדרכי פעולתן של קופות-החולים. כתוצאה מכך צומצם הגירעון של מערכת הבריאות מ-1.5 מיליארד ש"ח ב-1997 ל-400 מיליון ש"ח ב-1998 ולכ-200 מיליון ש"ח ב-1999. צמצום הגרעון נבע בחלקו מירידה בהוצאה לנפש ובחלקו מעלייה בהכנסות, כתוצאה מגידול בתשלומי השתתפות עצמית ובמימון הממשלתי. לאור שינויים אלה, חשוב במיוחד לערוך מעקב מתמשך אחר מדדים לתפקוד המערכת, במטרה לבחון את השפעות השינויים ולזהות הן מגמות רצויות שיש לחזקן, והן תוצאות לוואי לא רצויות המחייבות התערבות מיוחדת.

אוכלוסיית הסקר כללה את כל התושבים מעל גיל 22 הגרים במדינה באופן קבוע. המסגרת לדגימה הייתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק, ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים הבוגרים. בתום עבודת השדה מולאו בסך-הכל 1,727 שאלונים, שיעור ההיענות הגיע ל-83%.

שינויים בשביעות רצון, רמת השירות הנתפסת ונטל כספי בשנים 1995, 1997 ו-1999

על-מנת לבחון אילו שינויים התרחשו במערכת הבריאות בנוגע לשביעות רצון, רמת שירות נתפסת ונטל כספי נתפס, נבחנו מספר מדדים, אשר נכללו גם בסקרים הקודמים. בעוד שבשנים 1995-1997 נמצאה מגמה של שיפור במרבית המדדים, בתקופה 1997-1999 הייתה הרעה או שלא היה שינוי במדדים השונים. עם זאת, למרות הירידה בהוצאה לנפש מתוקנת בכל הקופות בשנים 1997-1998, שביעות הרצון הכללית גבוהה ונשארה כמעט ללא שינוי לעומת 1997. במקביל, 26% דיווחו כי הם חשים שיפור בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה. כאמור, בכמה תחומים ניכרה מגמה של פגיעה ברמת השירות שבאה לידי ביטוי בירידה בשביעות הרצון בתחומים הקשורים לנגישות, ובעלייה בשיעור מי שחשים הרעה בשנה האחרונה (18%). כמו-כן, חלה ירידה בזמינות השירותים ובנגישותם (נוחות שעות עבודה, משך המתנה ואורך תור). ייתכן שירידה זו במשתנים הקשורים לזמינות מבטאת את התוצאות של מאמצי הקופות לחסוך בהוצאות. במדדים לטיפול רפואי נמצא שיפור ניכר בביצוע בדיקות ממוגרפיה לנשים בנות +50, אולי כתוצאה מהפעילות המיוחדת של משרד הבריאות וקופות החולים בתחום זה. נצפתה מגמת גידול בפנייה מחוץ למערכת הציבורית, ייתכן שמגמה זו מבטאת קשיי נגישות במערכת המובילים את המבוטחים לחפש פתרון מחוץ למערכת. אך ייתכן שהיא מיתנה את הירידה בשביעות הרצון; שכן הביטוחים המשלימים נתפסים כחלק משירותי קופת-החולים.

ההשוואה בין קופות-החולים מגלה כי השינויים לא היו שווים בכל קופות-החולים והמגמות שנצפו היו מגמות מעורבות.

המרוויינים נשאלו גם על המידה שבה מכבידים תשלומי המשפחה לבריאות (כולל מס בריאות, ביטוח משלים, תשלומים לקופה ולרופא פרטי). נמצאה עלייה בשיעור העונים שסך כל התשלומים לבריאות מכבידים בצורה רבה (מ-22% ל-28%), אך עלייה מקבילה גם בשיעור העונים שאינם מכבידים כלל (מ-22% ל-26%).

תשלומי השתתפות עצמית

במסגרת המתכונת המקורית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבע כי קופות-החולים ימשיכו לגבות תשלומי השתתפות עצמית שגבו בעבר. במסגרת חוק ההסדרים 1998, אישרה הממשלה לקופות להרחיב את תשלומי ההשתתפות העצמית הקיימים ולגבות תשלום גם על ביקור אצל רופא מקצועי, מרפאות חוץ ומכבי (למכבי ניתן היתר לגבות גם תשלום רבעוני על ביקור אצל רופא ראשוני, כפי שנהגה בעבר). ב-1998 אושרה גם העלאה מסוימת בתעריפי התשלום לתרופות.

החשש הקיים הוא שההשתתפות העצמית תהווה חסם בפני ביקורים נחוצים, ובפרט בקרב חסרי האמצעים ובקרב מי שצריכים הרבה שירותים. כך, כלי זה עלול להעמיק את אי השוויון במערכת ואף לפגוע ברמת הבריאות של חלק מהאוכלוסייה. אמצעי המדיניות העיקרי שניתן ליישם כדי למנוע תופעות לוואי אלה הוא מתן פטורים והנחות וקביעת תקרה לתשלומים. ואכן, בחוק ההסדרים 1998 נקבעה תקרה רבעונית לתשלומי ההשתתפות של המשפחה, וכן ניתנו פטורים מתשלום למקבלי קצבאות הבטחת הכנסה, נכות ומזונות מהביטוח הלאומי. כמו-כן, נקבעה תקרה חודשית לתשלומי חולים כרוניים בעבור תרופות.

מתוך ממצאי המחקר עולה כי קיימת בעיה בידע של הציבור בנושא השתתפות עצמית. מצינו כי שיעור גבוה (80%) אינם יודעים על קיום התקרות (ולכן סביר שהם אינם מממשים את זכאותם לקבלת החזר על תשלום מעל לתקרה). ניתוח רב-משתני לימד כי חברים בקופת-חולים שאינה כללית וחולים כרוניים יודעים יותר מאחרים על קיום תקרות; דוברי ערבית ודוברי רוסית יודעים פחות.

עוד נמצא כי רק שיעורים נמוכים מאוד מקרב מקבלי הקצבאות (30%), הזכאים על פי חוק לפטור מתשלומי השתתפות עצמית, חושבים שמגיע להם פטור. אמנם, קופות-החולים פטורות את הזכאים באופן אוטומטי על סמך מידע ממוחשב המתקבל מהמוסד לביטוח לאומי. אולם, חוסר ידיעה על פטור מתשלום עלול למנוע מהחולה ליזום ביקורים, שכן בשלב ההחלטה על ביקור, האדם אינו יודע שהוא פטור מתשלום.

למרות האמור לעיל, קיימת מגמה בקרב הקופות ומשרד הבריאות לפעול להגברת הידע בנושא זה. במכבי שירותי בריאות, הנהיגו בתקופה שלאחר הסקר שיטה ממוחשבת לגביית תשלומי ההשתתפות העצמית; כך שמשפחה המגיעה לתקרה מקבלת פטור אוטומטי, ללא צורך באיסוף קבלות ובהגשת

טפסים למשרד. גם בקופות-החולים האחרות נראה כי קיימת נכונות לנקיטת אמצעים שונים כדי שהזכאים לפטורים והנחות ייהנו מזכויותיהם.

לגבי התהליך המנהלי, רוב האנשים שביקשו החזר אכן קיבלו אותו. אבל שיעור ניכר מהאנשים ששילמו השתתפות עצמית (40%), אמרו שלא ידעו על האפשרות של קבלת החזר ולכן אף לא שקלו את האפשרות של בקשת החזר כספי.

מניתוח רב-משתני עולה כי נשים, בעלי הכנסה נמוכה, מי שאינם דוברי ערבית, ומי שאינם חברי מכבי, מתקשים יותר מאחרים בקבלת ההחזר הכספי.

בעמדות לגבי תשלומי ההשתתפות העצמית נראה שהדעות בקרב הציבור חלוקות, וישנם הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה, כך ששיעורים גבוהים יותר של חולים כרוניים ובעלי הכנסה נמוכה חושבים שגובה ההשתתפות העצמית אינו סביר. אוכלוסיות אלו הן האוכלוסיות שצפויות להיפגע משום שאלה הם צרכני בריאות מרובים והקושי שלהם לשלם הוא הרב ביותר.

מחסומים לקבלת שירות

למבוטח הרוצה לקבל שירות קיימים מחסומים מסוגים שונים במערכת הבריאות, ובהם מחסומים כספיים, ביורוקרטיה, מרחק מנותני השירות וכדומה.

במסגרת המחקר נשאלו המרואיינים האם ויתרו על טיפול בקופה בגלל התשלום הנדרש ועל איזה טיפול ויתרו. כמו-כן נשאלו האם ויתרו על תרופות שהרופא רשם בגלל התשלום הנדרש. יש לציין שאין לנו מידע השוואתי משנים קודמות, בטרם הוספו תשלומי השתתפות עצמית לביקורים אצל רופא מקצועי, מכונים ומרפאות חוץ (חוק ההסדרים, 1998). כמו-כן, במסגרת המחקר הנוכחי לא נשאלו שאלות הבהרה נוספות בנושאים אלו, ולכן לא ברורה משמעות הוויתור: מה מידת נחיצותו של הטיפול שעליו ויתרו; האם קיבלו מענה בצורה אחרת; האם התרופה שנרשמה להם כלולה בסל; האם קיבלו תרופה אחרת, זולה יותר במקום התרופה שעליה ויתרו וכדומה.

הממצאים הראו כי שיעור המוותרים על טיפול כלשהו בשנה האחרונה בגלל התשלום הוא 6%. לגבי תרופות, 11% דיווחו שוויתרו בשנה האחרונה על קניית תרופה שהרופא רשם בגלל המחיר הנדרש. 14% ויתרו על תרופה או על טיפול או על שניהם בגלל התשלום הנדרש.

המצב חמור יותר לגבי החולים הכרוניים והעניים (בעלי הכנסה בחמישון התחתון). נראה כי בעיות הנגישות הקשורות לתשלומים בקרב קבוצות אלו, חמורות יותר מבעיותיו של כלל הציבור. אחד מכל ארבעה אנשים בעלי הכנסה בחמישון התחתון ואחד מכל חמישה חולים כרוניים ויתרו על תרופה או על טיפול בשנה האחרונה, בגלל תשלום. החולים הכרוניים הצורכים שירותים רבים והעניים המתקשים לשלם תשלומים נוספים פגיעים יותר מאחרים בגלל שינויים במערכת הבריאות, ולכן חשוב לעקוב לאורך

זמן אחר מצבם. אצל ערבים וקשישים המצב דווקא הפוך - שיעור נמוך יחסית מהם דיווחו על בעיות נגישות הקשורות לתשלומים.

במדד נוסף לבעיות נגישות, שהוא תחושת הקושי של המבוטח בקבלת טיפול רפואי באופן כללי, נמצא כי 18% דיווחו שקשה להם "במידת-מה" עד "קשה מאוד" לקבל טיפול רפואי, כשהם זקוקים לו. בשירותי בריאות כללית דיווחו שיעורים גבוהים יותר בקרב המבוטחים על קושי בקבלת טיפול רפואי, אך שיעורים גבוהים יותר מאשר בקופות אחרות דיווחו שכיום קל לקבל טיפול רפואי, לעומת העבר. מגמה דומה נצפתה בשינויים בשביעות הרצון (שיעורים נמוכים יותר שבעי רצון, אך שיעורים גבוהים יותר חשים בשיפור לעומת השנה שחלפה).

לגבי מחסום נוסף הקשור לביורוקרטיה, מצאנו כי 11% מקרב אלו שנוקקו להפניה או להתחייבות דיווחו כי בשנה שחלפה קרה להם שביקשו מקופת-החולים הפניה או התחייבות לטיפול ולא קיבלו.

ממצאי המחקר מלמדים כי רוב הפונים לקופה לקבל מידע על שירותיה, כגון שעות עבודה, רשימת רופאים, תשלומים, ביטוח משלים וכדומה, מקבלים מידע העונה על צרכיהם (80%). אולם, עדיין חמישית מהמבוטחים הפונים לקבל מידע דיווחו כי קיבלו מידע חלקי או מידע לא ברור או שלא הצליחו לקבל כל מידע. האוכלוסיות המדווחות על אי מענה על צרכים ועל קושי בקבלת מידע הן דווקא האוכלוסיות החזקות יותר. הדבר יכול להיות קשור לתחכום המידע הדרוש להם ולרמת ציפיותיהם.

הערכת תפקוד מערכת הבריאות

המרואיינים נשאלו שאלה כללית על תפקוד מערכת הבריאות, שאלה שנשאלה גם בסקרים המתקיימים במדינות אחרות. שאלה זו מתייחסת למערכת הבריאות באופן רחב (כולל שירותי אשפוז, טיפול ממושך, רפואת שיניים וכד'), ולא רק לשירותי קופות-החולים. המרואיינים התבקשו לבחור מתוך שלושה משפטים במשפט אחד, המתאר בצורה המדויקת ביותר את דעתם על מערכת הבריאות בישראל. ארבעים וארבעה אחוזים חושבים שדרושים שינויים קלים, לעומת 43% אחרים, החושבים שיש כמה דברים טובים במערכת, אך נדרש שינוי יסודי כדי לשפר אותה. שיעור נמוך יחסית (13%) חושבים שצריך לבנות את המערכת לגמרי מחדש. מההשוואה למדינות אחרות לומדים כי שיעורים גבוהים יחסית מהציבור בישראל, לעומת תושבי מדינות אחרות, חושבים שמערכת הבריאות פועלת היטב, אך דרושים בה שינויים קלים כדי לשפר אותה. שיעור גבוה יחסית של החושבים שנדרש שינוי יסודי כדי לשפר אותה נמצא בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה (גיל צעיר, השכלה גבוהה, דוברי עברית וגרים במרכז). כמו-כן, חולים כרוניים, יותר מאחרים, חושבים שיש צורך בשינוי יסודי במערכת.

מידת השוויוניות בין אוכלוסיות בשביעות רצון ונגישות השירותים

כדי ללמוד על מידת השוויוניות במערכת ב-1999, השווינו במספר משתני מחקר עיקריים, בין תשובותיהם של חולים כרוניים לאלו של הבריאים; בעלי הכנסה נמוכה לבעלי הכנסה גבוהה; בין דוברי ערבית לדוברי עברית, ובין עולים שעלו מאז 1989 מברית-המועצות לשעבר לוותיקים.

נראה שבאופן יחסי מצבם של החולים הכרוניים והעניים, שהם האוכלוסיות החלשות והפגיעות יותר, פחות טוב ממצבן של אוכלוסיות אחרות; וזאת לפי מדדים שונים. הממצאים מראים עוד שהעולים מברית-המועצות לשעבר לעומת הוותיקים דיווחו ב-1999 על מעט בעיות בתשלומים. גם דוברי הערבית, לעומת דוברי העברית, דיווחו על מעט בעיות בנגישות ובתשלומים ב-1999. עם זאת, הן האוכלוסייה הערבית והן אוכלוסיית העולים דיווחו על שביעות רצון נמוכה יותר משירותי קופות-החולים, ועל שיעורי ביצוע ממוגרפיות נמוכים יותר, לנשים בנות +50.

בדיקת השינוי בפערים בין האוכלוסיות לאורך זמן מלמדת כי בין השנים 1995 ל-1997 הייתה מגמה של סגירת פערים בין עניים לעשירים ובין ערבים ליהודים במדדים השונים שנבדקו. הפער בין עולים לוותיקים גדל בשנים אלו ולגבי חולים כרוניים לעומת בריאים לא הייתה מגמה ברורה.

בין השנים 1997 ל-1999 הסתמנה הרעה במצבם היחסי של עניים לעומת עשירים במדדים של שביעות רצון, אך לעומת זאת חל שיפור בממד הערכת מצב הבריאות. הרעה נמצאה גם במצבם היחסי של ערבים לעומת יהודים במספר ניכר של מדדים הנוגעים להערכת מצב בריאות, נגישות ושביעות רצון. במקביל, בתקופה זו נמצא צמצום בפער בין חולים כרוניים לבריאים ובין עולים לוותיקים במספר מדדים הנוגעים בעיקר לשביעות רצון משירותי הקופות.

כלומר, נראה שלמרות יעדי המדיניות והתמריצים הגלומים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ב-1999 עדיין קיים אי שוויון, בעיקר לגבי בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים. לעומת זאת נראה שמצבם של העולים החדשים וכן של האוכלוסייה הערבית טוב יחסית במדדים השונים. אולם, חשוב לזכור שלגבי האוכלוסייה הערבית, לאורך זמן, הואטה מגמת השיפור שנצפתה בשנים הראשונות להחלת החוק.

בדוח נידונות סוגיות מדיניות העולות מהממצאים ודורשות התייחסות:

- ◆ הפסקת מגמת השיפור ברמת השירות בקופות החולים בעקבות השינויים במדיניות בשנים 1999-1999.
- ◆ ליקויים בהפעלת מערכת ההנחות והפטורים על תשלומי ההשתתפות העצמית.
- ◆ ויתור על טיפול רפואי או על תרופות בגלל המחיר.
- ◆ אי שוויון מתמשך בין קבוצות אוכלוסייה.

לסיכום, מהניסיון בישראל ובמדינות אחרות, עולה שיישום רפורמות במערכות בריאות הוא תהליך ממושך ודינמי, שבמהלכו נעשים שינויים מתמידים ולעתים אף מרחיקי לכת. אחד המרכיבים החשובים בתהליך הוא מידע עדכני שסייע לקובעי המדיניות לעקוב אחר תהליך יישום הרפורמה ואחר תוצאותיה. המידע יכול לזהות בעיות ביישום, כמו גם תוצאות לוואי לא רצויות, ולתרום לשיפור תוכניות הרפורמה וליישומן בפועל. לפיכך, ישנה חשיבות בליווי מחקרי מתמשך לגבי תפקוד מערכת הבריאות ובהידוק הקשר עם קובעי מדיניות ברמה הלאומית ובארגונים נותני השירות, על-מנת שיעשה שימוש מרבי בממצאי המחקרים בתהליך קבלת ההחלטות.

דברי תודה

אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי למחקר שסייעו בזיהוי סוגיות עיקריות למחקר ובפיתוח השאלון, וכן נתנו הערות מועילות על משמעות הממצאים:

אפי ארבל, לשעבר רכז רשויות מקומיות ומשרד הבריאות, משרד האוצר; איציק בכר, ראש אגף תכנון שירותי בריאות כללית; גבי בן נון, סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות; מידד גיסין, יו"ר צב"י (צרכני בריאות ישראל); פרנסיס ווד, כלכלן ראשי, מכבי שירותי בריאות; יואב כהן, קופת-חולים לאומית; שלמה כהן, לשעבר סמנכ"ל למחקר במוסד לביטוח לאומי; ברנדה מורנגשטין, מנהלת אגף להערכת גימלאות ארוכות מועד, המוסד לביטוח לאומי; יעקב נבו, מנהל תחום פיקוח על הקופות, משרד הבריאות; דוד סומך, מבקר פנימי, קופת-חולים מאוחדת; ראובן שטיינר, יועץ, משרד הבריאות; ענת שמש, מנהלת תחום סקרים והערכה, משרד הבריאות; וחדזה רדוביץ מנכ"ל "רופאים לזכויות האדם" ו"אצבע על הדופק".

אנו מודים גם לחברי ההנהלה של שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופות-חולים מאוחדת ולאומית; וכן לפרופ' שוקי שמר, מנכ"ל משרד הבריאות, ולהנהלת המשרד. ממצאים ראשונים של המחקר הוצגו בפניהם, והדיונים שהתקיימו סייעו לנו בהבנת משמעות הממצאים ופירושים.

תודה גם לנורית פרידמן ממכבי שירותי בריאות, ולנורית לקס ולנאוה ילין משירותי בריאות כללית על הסיוע בפיתוח השאלון.

תודה מיוחדת לרונית מצליח ממכון ברוקדייל שסייעה בעיבוד הנתונים ובכתיבת הפרק על שוויוניות, לברוך רוזן ולגיק חביב על הערותיהם המועילות במהלך המחקר וכתיבת הדוח; לאיילת ברג, מרים גרינשטיין, אביגיל דובני ודן יובל שלקחו חלק בסקרים שנערכו בשנים הקודמות; לענת ברבריאן על העריכה ולענבל יוניוב על הסיוע בהדפסה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע: מערכת הבריאות בשנים 1995-1999
3	2. שיטת המחקר
4	2.1 אוכלוסיית הסקר והמדגם
4	2.2 שיטת הדגימה והשקלול
5	2.3 איסוף הנתונים וכלי המחקר
5	2.4 שיטות ניתוח הנתונים
6	3. ממצאים
	3.1 שינויים בשביעות הרצון, ברמת השירות הנתפסת ובנטל הכספי בשנים 1995, 1997, 1999
22	3.2 תשלומי השתתפות עצמית
30	3.3 מחסומים לקבלת שירות
41	3.4 הערכת תפקוד מערכת הבריאות
45	4. מידת השוויוניות בין אוכלוסיות, בשביעות רצון ונגישות השירותים
45	4.1 חולים כרוניים
47	4.2 מעוטי הכנסה
48	4.3 עולים מברית-המועצות לשעבר מאז 1989
49	4.4 ערבים
52	4.5 סיכום
52	5. סיכום ודיון
56	ביבליוגרפיה
59	נספחים

רשימת לוחות

- לוח 1 : תוצאות עבודת השדה בסקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, ו-1999 4
- לוח 2 : תפיסת שיפור או הרעה בשירותי הקופה בשנה האחרונה - ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 11
- לוח 3 : מדדי זמינות השירותים ונגישות, שינויים לפי קופה בשנים 1995, 1997 ו-1999 12
- לוח 4 : אפשרות בחירת רופא מקצועי שהמבוטח מעוניין בו - ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 1999..... 15
- לוח 5 : משך ההמתנה לתור לרופא ראשוני, לפי קופה, 1999..... 15
- לוח 6 : הערכת סבירות ההמתנה, לפי משך ההמתנה לתור לרופא ראשוני, 1999 16
- לוח 7 : מדדים לטיפול רפואי ולהערכת מצב הבריאות, לפי קופה, בשנים 1995, 1997, 1999..... 18
- לוח 8 : פנייה מחוץ למערכת הציבורית, לפי קופה, בשנים 1995, 1997, 1999 18
- לוח 9 : מידת ההכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות, לפי קופה, בשנים 1995, 1997, 1999 19
- לוח 10 : מידת ההכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה קטגוריאלית, 1999 20
- לוח 11 : השתתפות עצמית - תהליך מנהלי (בקשת החזר, קבלת החזר וקושי) לפי מאפייני רקע שונים..... 26
- לוח 12 : סבירות תשלומי השתתפות עצמית לפי מאפיינים עיקריים..... 29
- לוח 13 : מדדי נגישות, ישראל בהשוואה למדינות אחרות 32
- לוח 14 : "קושי בקבלת טיפול רפואי", לפי מאפייני רקע 34
- לוח 15 : "קושי בקבלת טיפול רפואי", ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית 35
- לוח 16 : "קושי בקבלת טיפול רפואי לעומת השנה שחלפה", לפי קופה 36
- לוח 17 : "קושי בקבלת טיפול רפואי לעומת השנה שחלפה", ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 36
- לוח 18 : בקשת הפניה או התחייבות בשנה שחלפה שנענתה בשלילה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 37

רשימת תרשימים

- תרשים 1: שביעות רצון מקופת-החולים, לפי קופה, 1997-1999 7
- תרשים 2: שביעות רצון במידה רבה מאוד משירותים שונים, לפי קופה, 1999 8
- תרשים 3: שיפור או הרעה בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה, לפי קופה, 1995, 1997, 1999..... 10
- תרשים 4: מקום קבלת טיפול אצל רופא מקצועי, לפי קופה, 1999 14
- תרשים 5: אפשרות בחירת רופא מקצועי שהמבוטח מעוניין בו, לפי קופה, 1999 14
- תרשים 6: פיזיותרפיה – נזקקו לטיפול ולא קיבלו, 1999, לפי קופה..... 16
- תרשים 7: ידע על קיום תקרה, לפי קופה, 1999..... 24
- תרשים 8: ידע על קיום תקרה, לפי קבוצות אוכלוסייה, 1999..... 24
- תרשים 9: סבירות תשלומי השתתפות עצמית, לפי קופה 28
- תרשים 10: ויתור על טיפול בקופה בשנה שחלפה, בגלל תשלום, 1999 31
- תרשים 11: ויתור על תרופה שהרופא רשם בשנה שחלפה, בגלל התשלום הנדרש, 1999 32
- תרשים 12: ויתור על טיפול בקופה או על תרופות בשנה שחלפה, בגלל התשלום הנדרש, 1999 33
- תרשים 13: בקשה להפניה או להתחייבות בשנה שחלפה, שנענתה בשלילה, לפי קופה, בשנים 1995, 1997, 1999..... 37
- תרשים 14: הזדקקות המבוטח להסברים או למידע על פעילות הקופה, לפי קופה, 1999 38
- תרשים 15: פנייה לקבלת מידע, לפי קופה, 1999 39

רשימת נספחים ולוחות בנספחים

- נספח א: ניתוח המטרות והאמצעים להשגתן בחוקי ההסדרים 1997-2000..... 59
- נספח ב: הכנסות הקופות לפי מקורות הכנסה עיקריים – 1998, ושיעור העלייה לעומת 1997..... 61
- נספח ג: הוצאות הקופות, לפי סעיפי הוצאה עיקריים – 1998, ושיעור הירידה לעומת 1997..... 62
- נספח ד: שביעות רצון משירותים שונים, לפי קופת חולים, בשנים 1995-1999..... 63
- נספח ה: סיכום ממצאי ניתוחים רב-משתניים, 1999..... 65
- לוח ה1: שביעות רצון מקופת החולים - ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה ליניארית..... 65
- לוח ה2: ביצוע בדיקת ממוגרפיה, נשים בנות +50, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 66
- לוח ה3: בקשת החזר, אי קבלת החזר מהקופה וקושי בקבלת החזר, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 66
- לוח ה4: ויתור על טיפול בקופה בשנה שחלפה בגלל התשלום הנדרש, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 67
- לוח ה5: ויתור על תרופה שהרופא רשם בשנה שחלפה בגלל התשלום הנדרש, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 67
- לוח ה6: ויתור על טיפול או על תרופה שהרופא רשם בשנה שחלפה בגלל התשלום הנדרש, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית..... 68
- נספח ו: השוואה בין מאפיינים דמוגרפיים של מדגם סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1999) לבין מאפייני האוכלוסייה הבוגרת בישראל..... 69
- נספח ז: השוואה בין מאפיינים דמוגרפיים של מדגמי סקרי חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1999, לעומת 1997 ו-1995..... 70
- נספח ח: השתתפות עצמית - הבהרת המושגים ותיאור הכללים שנקבעו במסגרת חוק ההסדרים 1999..... 71
- נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, 1999..... 72
- נספח י: בדיקת פער יחסי בשנים 99-1995 במספר מדדים בעבור אוכלוסיות פגיעות..... 78
- לוח י1: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-1999: חולים כרוניים..... 79
- לוח י2: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-1999: חמישון תחתון..... 82
- לוח י3: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-1999: עולים חדשים..... 85
- לוח י4: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-1999: דוברי ערבית..... 88

1. מבוא

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995, גוינט-מכון ברוקדייל מבצע מחקר הערכה מתמשך במטרה לעקוב אחר השפעות החוק על קופות-החולים, רמת השירות הנתפסת למבוטחים, שוויוניות השירותים ונטל התשלומים על האזרחים (Gross et al, 1998).

בדוח זה יוצגו ממצאים מסקר אוכלוסייה שנערך בסוף 1999, לגבי תפקוד מערכת הבריאות מנקודת המבט של צרכני השירותים ועל פי דיווחם. הממצאים נוגעים לנושאים הבאים: א. שביעות רצון המבוטחים בקופות-החולים בשנים 1995, 1997, 1999;¹ ב. רמת השירות הנתפסת בקופות-החולים בשנים 1995-1999; ג. תפיסת הנטל הכספי של הוצאות המשפחה לבריאות בשנים 1995-1999; ד. תשלומי השתתפות עצמית ומחסומים בקבלת שירות; ה. מגמות בשוויון ואי שוויון בין אוכלוסיות; ו. הערכה כללית של תפקוד מערכת הבריאות.

סקר זה הוא השלישי בסדרה; הסקרים הקודמים נערכו בשנת 1995 ובשנת 1997. מאז שנת 1997 חלו שינויים מרחיקי לכת במדיניות הבריאות, במצבה הכספי של מערכת הבריאות ובדרכי הפעולה של קופות-החולים. לאור שינויים אלה, חשוב לעקוב אחר מדדים לתפקוד המערכת, כדי לבחון את השפעות השינויים, לזהות מגמות רצויות שיש לחזק ותוצאות לוואי לא רצויות, המחייבות התערבות מיוחדת.

1.1 רקע: מערכת הבריאות בשנים 1995-1999

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בינואר 1995, חולל שינויים מהותיים בעקרונות הפעולה של מערכת הבריאות. בעבר, הביטוח היה וולונטרי, הוא ניתן בידי קופות-חולים והן התחרו ביניהן על מחיר הפרמיה ועל הרכב סל השירותים. לכן סביר היה להניח, כי תחרות זו תביא לידי מאמצים לשפר את השירות ולרסן את ההוצאות. עם זאת, השיטה תמרצה את קופות החולים לברירת מבוטחים (cream skimming) וכן אפשרה להן לעשות זאת באמצעות מחיר הפרמיה והרכב הסל. בעקבות החוק, מערכת הבריאות מתבססת על עקרונות "תחרות מנוהלת", ובה האזרחים משלמים פרמיות אחידות לכל קופה, הקופות חייבות לספק למבוטחיהן סל שירותים אחיד, והן נתונות לפיקוח הממשלה. במערכת כזו הקופות אינן מתחרות על מחיר הפרמיה ועל הרכב הסל ופוחתת האפשרות לברירת מבוטחים. החוק הוא תוצר הניסיון לפשר בין היעדים המתחרים של רמת שירות ושוויון, לעומת ריסון הוצאות והתייעלות. הקצאת המשאבים לפי נוסחת הקפיטציה יוצרת תמריץ להתחרות על רמת השירות ולמשוך גם קבוצות אוכלוסייה חלשות. גם ההוראות הנוגעות לחופש מעבר בין הקופות וקביעת הסל עשויות לקדם את יעדי השוויון ואת רמת השירות. יעדי ריסון ההוצאות וההתייעלות אמורים להיות מושגים באמצעות הוראות החוק, הקובעות מסגרת תקציבית למערכת הבריאות; כך שסך-כל המקורות מוגבלים ונתונים לשליטת הממשלה (גרוס ואחרים, 1999).

¹ לשם נוחות, נכתוב להלן 1995-1999.

מחקרים על השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנים 1995-1997 מצאו שבעקבות החוק חל שיפור ברמת השירות הנתפסת בקופות-החולים, ובפרט בשירות הניתן לחלק מהאוכלוסיות החלשות: ערבים, עניים, קשישים ותושבי הפריפריה. בכך קידם החוק את השוויון בין אוכלוסיות ואזורים, אף-על-פי שעדיין נותרו פערים. בהיבט הכלכלי, בשנים אלו ירד חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מן התמ"ג מ-8.8% ב-1994 ל-8.4% ב-1997. כמו-כן חלה ירידה בהוצאה השוטפת לנפש מתוקנת במכבי, במאוחדת ובלאומית, ובכללית חלה עלייה קלה; כך שההוצאה לנפש בכל הקופות נהיתה דומה. עם זאת, בשנים אלו לא הייתה יציבות פיננסית במערכת הבריאות, והיא פעלה בגירעון, תוך דיון ציבורי מתמשך על רמת המימון של המערכת והליכי העדכון של התקציב (גרוס ואחרים, 1999).

מאז שנת 1997 נעשו שינויים מהותיים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בתוקף יוזמות חקיקה ממשלתיות. יוזמות אלו נכללו בחוקי ההסדרים שליוו כל אחד מחוקי התקציב שנחקקו מאז 1997. חוקי ההסדרים מוגשים לכנסת כהצעת חוק ממשלתית. חוק ההסדרים נתפס כמהלך משלים לחוק התקציב והוא מאגד קובץ חוקים ותיקוני חקיקה. מדובר בתיקונים שהממשלה מעוניינת שהכנסת תאשר אותם, בדרך ליישום מדיניותה ותוכניותיה הכלכליות. להבדיל מחוקים אחרים, חוק ההסדרים אינו עוסק בנושא מוגדר, אלא כולל תיקוני חקיקה בתחומים שונים, ובהם מערכת הבריאות (נחמיאס וקליין, 1999).

הוראות חוקי ההסדרים, הנוגעות למערכת הבריאות, נועדו להשיג בעיקר שלוש מטרות: ריסון הוצאות מערכת הבריאות ומניעת גרעונות, הקטנת הוצאות הממשלה לבריאות ומתן גמישות לממשלה בקביעת גובה התקציב למערכת הבריאות. בנספח א' מפורטות מטרות חוקי ההסדרים, וההוראות הרלבנטיות להשגתן.

ניתוח הוראות חוקי ההסדרים מלמד כי הן מקדמות חלק ממטרותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך עומדות בסתירה למטרות אחרות. למשל, ההוראות הנוגעות לצמצום הוצאות וחיסכון מערכתי עולות בקנה אחד עם מטרת ריסון הוצאות וההתייעלות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך הן עלולות לפגוע בשיפור איכות השירות. ההוראות הנוגעות להטלת תשלומי השתתפות עצמית על ביקור רופא עשויות אמנם לסייע בריסון הוצאות ובמניעת גרעונות, אולם פוגעות במטרות אחרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: שוויוניות, הקצאת כספים בין הקופות לפי צרכי בריאות וניתוק הקשר בין קבלת שירות ליכולת לשלם.

הוראות חוקי ההסדרים עשויות גם להשפיע על התמריצים במערכת הבריאות, ומכאן על התנהגות קופות-החולים ועל מתן השירות למבוטחים. ייתכן כי הטלת תשלומים לביקור רופא, העלאת התשלום לתרופות ושינוי כללי הביטוח המשלים (העברת רווחים לכיסוי גרעונות בסל הבסיסי ואיסור החרגתם של מבוטחים חולים) ידרבנו את קופות-החולים למשוך אליהן מבוטחים בעלי הכנסה גבוהה, היכולים לרכוש ביטוח משלים ולשאת בתשלומים הנוספים. הוראות החוק, הנוגעות לצמצום התחרות בין הקופות (הגבלת שיווק ופרסום, הגבלת פיתוח, העברת הרישום לסניפי הדואר וצמצום שירותים כפולים), עלולות להפחית את התמריץ ואת היכולת לשפר את רמת השירותים, כדי למשוך מבוטחים להצטרף לקופה. לבסוף, הוראות חוקי ההסדרים, המגבירות את הפיקוח הממשלתי על קופות-החולים,

ובפרט בנושא הניהול הכספי, עלולות ליצור תמריץ לקופות-החולים לצמצם בהוצאות, אף אם הדבר בא על חשבון השירות. כמו-כן קיים חשש שבעקבות הלחץ התקציבי המוגבר, קופות-החולים יתפסו את המבוטחים החולים (עליהם ההוצאות הגבוהות) כאטרקטיביים עוד פחות מאשר בעבר, וינסו בדרכים שונות להימנע מקליטתם בקופה, או אף לדחותם.

בשנים 1997-1999 חלו שינויים חשובים נוספים במערכת הבריאות. ראשית, בשנים אלה חל גידול של 5.7% במקורות ההכנסה לכלל המערכת (גידול של 2.6% בהכנסה לנפש מתוקנת), וכתוצאה מכך חלה עלייה בהכנסה לנפש מתוקנת בקופות-החולים מ-2,813 ש"ח ב-1997 ל-2,888 ש"ח ב-1998 (ראה נספח ב).² מגמה זו שונה מהמגמה שהייתה בשנים 1995-1997 (ירידה של 6% בסך ההכנסה לנפש) (גרוס ואחרים, 1999).

במקביל, בשנים 1997-1999 עשו קופות-החולים פעולות התייעלות שונות לחיסכון בתקציב, בהן: בקרה מוגברת על הפניות ורישום תרופות, שינויים בהסדרי הרפואה הדחופה (התקשרות עם חברות לשירותי לילה), צמצום כוח אדם והוראות אדמיניסטרטיביות לגבי שימוש במתקני הקופה במידת האפשר. כמו-כן, בתקופה זו חלה ירידה ניכרת בפעולות השיווק והפרסום. בעקבות זאת, בשנת 1998 חלה ירידה של 3.3% בהוצאה לנפש מתוקנת לעומת שנת 1997 (ראה נספח ג'), שהייתה גבוהה מהירידה לנפש מתוקנת בשנים 1995-1997 (כ-2%). הירידה בהוצאה לנפש מתוקנת הגיעה בקופות-חולים מאוחדת ל-6.9%, בלאומית ל-4.0%, בכללית ל-3.1% ובמכבי ל-2.0% (ארבל ופלץ, 1999).³ בשנת 1999 המשיכה הירידה בהוצאה לנפש מתוקנת, אם כי בקצב נמוך יותר (1.4%); (ויטקובסקי ונבו, 2000).

כתוצאה מהגידול במקורות למערכת ומהירידה בהוצאות, צומצם הגירעון של מערכת הבריאות מ-1.5 מיליארד ₪ ב-1997, ל-410 מיליון ₪ ב-1998. הנתונים על פעילות קופות-החולים בחציון הראשון של שנת 1999 מצביעים על כך שבשנה זו נמשכה מגמת הירידה בגירעון, אולם עדיין צפוי גירעון של כ-200 מיליון ₪ (ויטקובסקי ונבו, 1999).

2. שיטת המחקר

בדוח זה מוצגים ממצאים מסקר אוכלוסייה שנערך ב-1999, תוך השוואת מדדים עיקריים עם ממצאים מסקרים קודמים שנערכו ב-1997 וב-1995. לפיכך, בפרק זה תוצג שיטת הדגימה ותוצאות עבודת השדה בכל אחד מהסקרים.

² הנתונים לגבי הכנסות והוצאות הקופות לשנת 1999 טרם פורסמו בעת כתיבת דוח המחקר.
³ זאת, לעומת ירידה של 4% בהוצאה לנפש מתוקנת בכללית בין השנים 1995-1997, וירידה של כ-10% בקופות האחרות (גרוס ואחרים, 1999).

2.1 אוכלוסיית הסקר והמדגם

סקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997 ו-1999 כללו את כל התושבים בני 22 ומעלה. המסגרת לדגימה הייתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק, ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים, התוצאות מפורטות בלוח 1.

לוח 1: תוצאות עבודת השדה בסקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, ו-1999

סקר 1999	סקר 1997	סקר 1995	
2,531	1,750	1,600	מספר הטלפונים שנדגמו
2,056	1,463	1,300	מספר הטלפונים השייכים לאוכלוסיית המחקר ¹
1,727	1,205	1,089	סה"כ שאלונים מלאים
83%	81%	84%	שיעור ההיענות
			סיבות לאי ריאיון:
8%	10%	8%	סירוב
			קשיים ביצירת קשר (שפה, קושי מנטלי, בעיות רפואיות, איתור)
9%	9%	8%	

¹ מספרי טלפון שלא נכללים באוכלוסיית המחקר הם בתי עסק, מוסדות, תושבים זרים, פקס, מודם וצעירים מתחת לגיל 22. כמו-כן לא נכללו מספרי טלפון בהם הקו לא היה תקין במשך חודשיים וקו ללא תשובה במשך חודשיים.

השווינו בין מאפייני המדגם בשנת 1995 למאפייני המדגם בשנת 1997 ובין מאפייני המדגם בשנת 1999 למאפייני המדגם בשנת 1997 (ר' נספח ז'). לא נמצאו הבדלים מובהקים במאפיינים הדמוגרפיים של המרואיינים, למעט הבדל בשפת הריאיון בין השנים 1995 ו-1997.

לבסוף, נערכה השוואה בין מאפייני המדגם ב-1999 לבין מאפייני האוכלוסייה בישראל, מתוך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיטיקה ונתוני הביטוח הלאומי על התפלגות המבוטחים לפי קופת חולים (ר' נספח ו'). נמצא כי מאפייני האוכלוסייה דומים במשתנים הבאים: גיל, אזור מגורים, לאום, עלייה מברית-המועצות לשעבר, מין, ארץ לידה וחברות בקופת חולים. הבדלים נמצאו במשתנה השכלה; כך ששיעור המדווחים על השכלה אקדמית גבוה יותר בקרב המרואיינים, לעומת שיעור בעלי ההשכלה האקדמית בנתוני הלמ"ס 1999.

2.2 שיטת הדגימה והשקלול

כדי שאומדני המחקר יהיו מדויקים, שוקלל המדגם בשני שלבים:⁴ בשלב הראשון קיבל כל אדם משקל המבטא את הסתברותו להידגם. יחס הדגימה נקבע לפי מספר הטלפונים באזור החיוג שממנו נדגם, לפי מספר הבוגרים מעל גיל 22 במשק הבית ולפי מספר קווי הטלפון בבית.⁵ בשלב השני חולקה האוכלוסייה ל-8 שכבות, לפי דת (ערבים יהודים), מין (גברים או נשים) וגיל (מתחת גיל 65 ומעל). כל שכבה במדגם קיבלה משקל המביא בחשבון את גודלה באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס.

⁴ חישוב המשקלות נעשה על פי ייעוץ של שירותי הייעוץ הסטטיסטי של האוניברסיטה העברית בירושלים.
⁵ בסקרים ב-1995 וב-1997 לא נעשתה התאמה לפי מספר קווי הטלפון בבית, שכן נתון זה היה חסר בשאלון.

$$6. \left[w_i = \frac{P_s}{p_s} * M_j * \frac{1}{T_j} * \frac{N_h}{n_h} \right] : \text{חישוב המשקלות לכל נדגם נעשה לפי הנוסחה:}$$

2.3 איסוף הנתונים וכלי המחקר

נתוני המחקר נאספו בעזרת שאלונים שמולאו בראיונות טלפוניים שהתבצעו בגיוינט-מכון ברוקדייל. כל ריאיון ארך כ-15 עד 20 דקות בממוצע. הראיונות בוצעו על-ידי מראיינים שהוכשרו לכך במיוחד. השאלונים תורגמו לערבית ולרוסית, כדי להתאימם לאוכלוסיות העיקריות שאינן דוברות עברית.

בשנת 1999 כלל שאלון המחקר את הנושאים הבאים: שביעות רצון ורמת השירות הנתפסת; תפיסת שיפור או הרעה בשירותי הקופה; מדדים לאיכות: זמינות ונגישות השירות; מדדים לטיפול רפואי; פנייה מחוץ למערכת הציבורית; מדדים לנטל כספי, השתתפויות עצמיות, ידע על תקרה ופטורים מהשתתפויות עצמיות; מדדים בינלאומיים לאיתור בעיות נגישות, מידע למבוטחים; שאלה כללית על הערכת תפקוד מערכת הבריאות.

בשאלון המחקר של שנת 1999 נכללו שאלות שנלקחו מהשאלונים משנת 1995 ומשנת 1997, כדי להבטיח המשכיות המעקב אחר מדדים מרכזיים. כמו-כן נוספו שאלות בנושאים הקשורים לתשלומי השתתפות עצמית, למדדי נגישות, למידע למבוטחים ולהערכת תפקוד מערכת הבריאות. חלק מהשאלות תורגמו משאלונים שנעשה בהם שימוש במחקרים דומים בארצות אחרות.

2.4 שיטות ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). ניתוח דו-משתני נעשה באמצעות מבחני חי בריבוע לבדיקת קשר בין משתנים לא רציפים. ניתוח רב-משתני נעשה באמצעות רגרסיה לוגיסטית, כאשר המשתנה התלוי הוא דיכוטומי. ברגרסיה זו מדד ה-Odds Ratio מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי תלויים הנכללים במודל.⁷ כאשר המשתנה התלוי הינו בעל יותר משתי קטגוריות אך אינו רציף נעשה שימוש ברגרסיה מסוג CATREG

⁶ $w_i =$ המשקל שקיבל הפרט i ; $\frac{P_s}{p_s}$ הינו היחס בין מספר הטלפונים באוכלוסייה לכל אזור חיוג (02,03,04, וכו')

לבין מספר הטלפונים במדגם בכל אזור חיוג (כולל נפל ואפס); M_j הוא מספר הבוגרים במשק הבית j -ו

הוא מספר קווי הטלפון במשק הבית. היחס $\frac{N_h}{n_h}$ שווה ליחס בין מספר הפרטים באוכלוסייה (לפי נתוני

הלמ"ס) בשכבה h לבין מספר הפרטים במדגם בשכבה h .

⁷ השפעה עצמאית חיובית של משתנה משמעותה היא שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי יותר ממי שאין להם מאפיין זה. השפעה עצמאית שלילית משמעותה שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי פחות ממי שאין להם מאפיין זה.

(Regression with Optimal Scaling). ברגרסיה זו הסטטיסטי F מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי תלויים הנכללים במודל.

3. ממצאים

3.1 שינויים בשביעות הרצון, ברמת השירות הנתפסת ובנטל הכספי - בשנים 1995, 1997, 1999

כדי לבחון אילו שינויים התרחשו במערכת, נבנו מדדים, שלפיהם אנו עוקבים אחר שביעות הרצון, אחר רמת השירות הנתפסת ואחר הנטל הכספי הנתפס, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השוואה בין הממצאים ב-1999 לממצאים משנים קודמות מלמדת על מגמות השינוי. בנוסף, בדוח זה מפורטים הממצאים לגבי מספר מדדים חדשים לנגישות השירותים, שהמעקב אחריהם החל לראשונה בסקר של 1999. בנוסף לבחינת השינויים בשנים 1995, 1997 ו-1999, מצוינים בפרק זה גם הבדלים עיקריים בין הקופות, לפי ממצאי הסקר לשנת 1999.

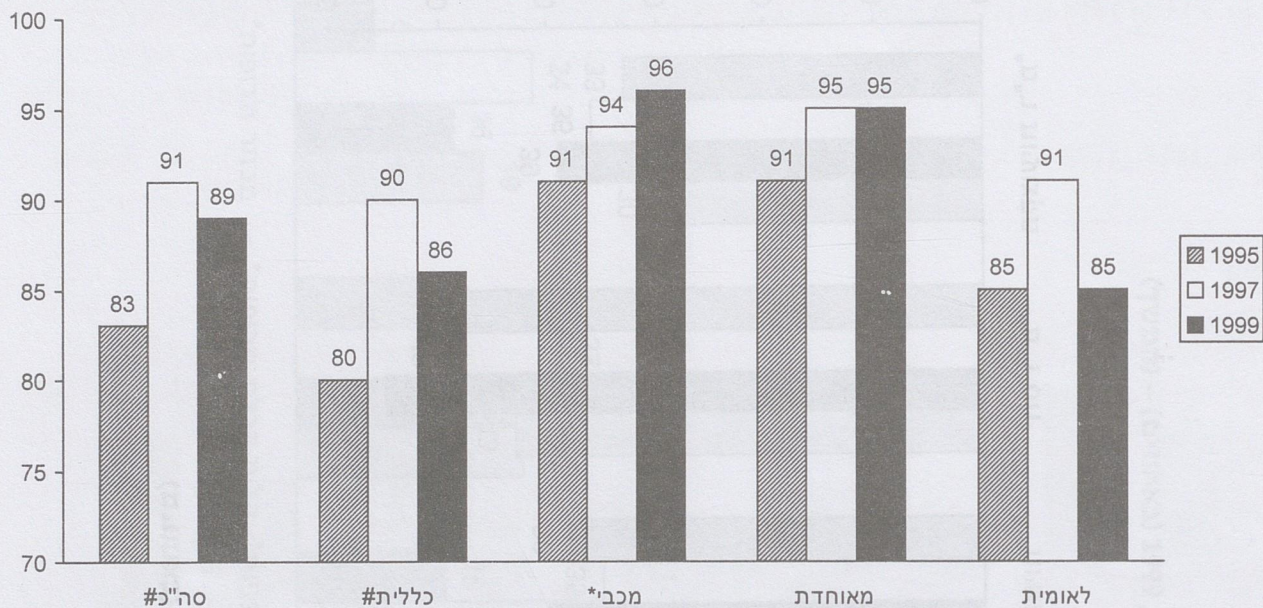
באופן כללי, בהשוואה שבין שנת 1997 לשנת 1999 לעומת השוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 נמצא שינוי במגמה. בתקופה הראשונה הסתמנה מגמת שיפור במרבית המדדים. לעומת זאת, בשנים 1997-1999 חלה הרעה או שלא היה שינוי במדדים השונים, פרט לעלייה בממד שיעורי ביצוע ממוגרפיה. עם זאת, גם ב-1999 רמת שביעות הרצון עדיין גבוהה.

3.1.1 שביעות רצון משירותי קופות-החולים בשנים 1995, 1997, 1999

שביעות רצון כללית משירותי קופת החולים: המרואיינים נשאלו באיזו מידה הם מרוצים משירותי קופת-החולים שלהם באופן כללי. מתרשים 1 עולה כי שביעות הרצון הכללית גבוהה (89% מרוצים או מרוצים מאוד), וללא שינוי מובהק לעומת 1997 (91%). אולם, המגמות אינן אחידות בכל קופות החולים. בהשוואה לשנת 1997 לא חל שינוי מובהק בשיעור המרוצים או המרוצים מאוד בקופת חולים מכבי (94% ב-1997 ו-96% ב-1999) ובמאוחדת (95% ב-1997 וב-1999). לעומת זאת חלה ירידה מובהקת בקופת חולים הכללית (מ-90% ב-1997 ל-86% ב-1999). בקופת חולים לאומית חלה ירידה שאינה מובהקת סטטיסטית בשביעות הרצון (מ-91% ב-1997 ל-85% ב-1999). בקופת חולים מכבי חלה עלייה מובהקת בשיעור המרוצים מאוד (מ-32% ל-42%) וירידה בשיעור המרוצים.

שביעות רצון לפי תחומי שירות: בעוד שבהשוואה שבין שנת 1995 לשנת 1997 נמצאה עלייה בשביעות הרצון ברוב התחומים (ר' נספח ד'), ב-1999 לעומת 1997 ניכרה ירידה בשיעור "המרוצים מאוד" בתחומים הקשורים בעיקר לנגישות: מבחר תרופות, קלות קבלת הפניות, שירותי המעבדה, שעות עבודה ויחס הפקידים. לעומת זאת, בתחומים של שביעות רצון מרמתו המקצועית של רופא המשפחה ומהרופא המקצועי, מיחס רופא המשפחה והאחיות, משירותי רפואה דחופה ומניקיון המתקנים וטיפוחם, לא חל שינוי בין השנים 1997-1999.

תרשים 1: שביעות רצון מקופת-החולים 1995, 1997, 1999, לפי קופה (% מרוצים ומרוצים מאוד)



p99-97<0.05*
p97-95<0.05#

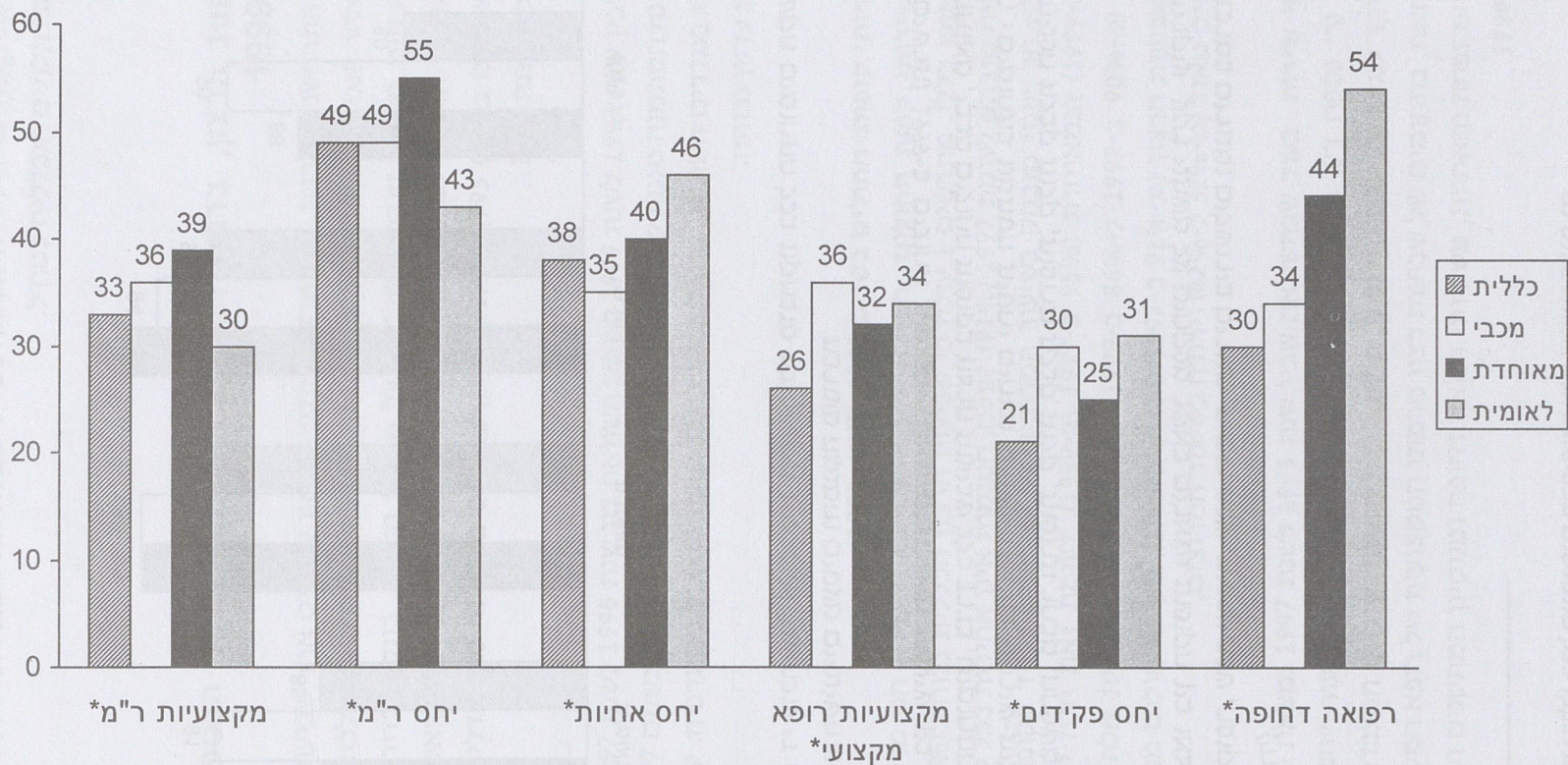
כמו-כן, מנספח ד' עולה עוד שבכללית חלה ירידה מובהקת בכל התחומים הקשורים לנגישות. בקופות החולים האחרות השינויים מעטים והמגמה מעורבת.

כאשר משווים בין שיעורי ה"מרוצים מאוד" בקופות החולים ב-1999 (תרשים 2) מסתמנים הבדלים מובהקים בכל התחומים. בדרך כלל שביעות הרצון בקופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית גבוהה יותר בהשוואה לכללית-שירותי בריאות. פערים גבוהים יחסית הסתמנו בתחומים: רמה מקצועית של רופא מקצועי ורופא משפחה, מבחר תרופות, קלות קבלת תרופות, קלות קבלת הפניות והתחייבויות ושירותי מעבדה.

ההבדלים שנמצאו בין הקופות נשארים כאשר מפקחים על משתני רקע עיקריים⁸ (גיל 65 ומעלה, מין, מחלה כרונית, קופה, שפה ערבית, שפה רוסית, מגורים בירושלים ומגורים במרכז), בניתוח רב-משתני (רי לוח ה-1 בנספח ה').

⁸ משתנים אלה נכללו בכל הניתוחים הרב-משתניים שיוצגו בדוח זה.

תרשים 2: שביעות רצון "במידה רבה מאוד" משירותים שונים, לפי קופה, 1999 (באחוזים)



∞

p<0.05*

תרשים 2: שביעות רצון "במידה רבה מאוד" משירותים שונים, לפי קופה, 1999 (באחוזים) – (המשך)

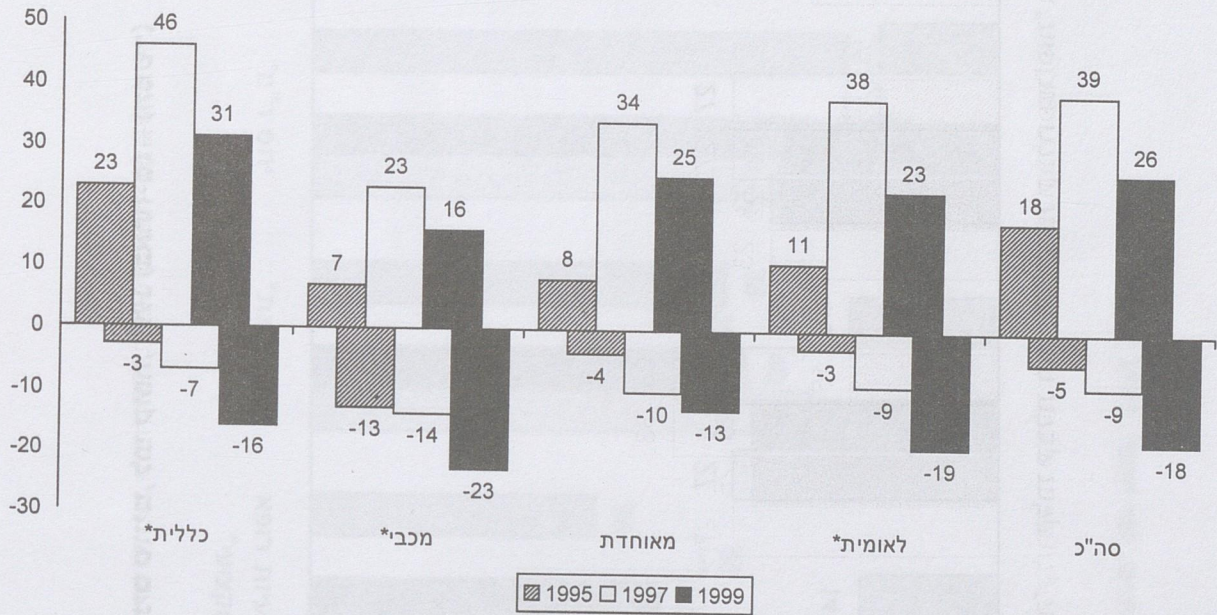


9

p<0.05*

תפיסת שיפור או הרעה בשירותי הקופה בשנה האחרונה : עשרים ושישה אחוזים מהמראיינים דיווחו כי חל שיפור. שיעור זה נמוך מזה שב-1997 (39%), אך גבוה יותר מהשיעור ב-1995 (18%). לעומת זאת, שיעור החשים בהרעה היה גבוה בהרבה ב-1999 משיעור אלו שחשו בהרעה ב-1997 וב-1995 (18% ב-1999 לעומת 9% ב-1997 ו-5% ב-1995). תרשים 3 מסכם שינויים אלו.

תרשים 3: שיפור או הרעה בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה, לפי קופה 1995, 1997, 1999 (באחוזים)



$p < 0.05^*$

ניתוח לפי קופה מלמד כי שיעור החשים שיפור בכללית גבוה יחסית (31%), ובמכבי הוא נמוך יחסית (16%). במקביל, שיעור החשים הרעה גבוה יחסית במכבי (23%), לעומת קופות החולים האחרות (19% בלאומית, 16% בכללית-שירותי-בריאות ו-13% במאוחדת). עם זאת, נראה כי השיפור בכללית-שירותי-בריאות אינו רב, או שאינו בתחומים חשובים, כי שיעור שביעות הרצון הכללית בקופה זו עדיין נמוך משיעור שביעות הרצון בקופות האחרות. בדומה, במכבי, כנראה, ההרעה אינה בתחומים מרכזיים, או שאינה רבה, כי שביעות הרצון הכללית עדיין גבוהה מאוד.

ההבדלים בין קופות החולים ב-1999 נשארים בעינם גם לאחר פיקוח על משתני-רקע בניתוח רב-משתני (לוח 2). מהלוח עולה כי המשתנים המשפיעים באופן עצמאי חיובי על התחושה כי "חלה הרעה" בשירותי

הקופה הם: בעלי הכנסה בחמישון התחתון,⁹ חברי מכבי ודוברי עברית (לעומת דוברי רוסית וערבית). המשתנים המשפיעים באופן עצמאי חיובי על התחושה כי "חל שיפור" בשירותי הקופה הם: להיות צעירים מגיל 65, לא להיות חבר בקופות-החולים לאומית ומכבי (לעומת כללית) ולהיות דובר ערבית.

לוח 2: תפיסת שיפור או הרעה בשירותי הקופה בשנה שחלפה - ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית (1999)

חל שיפור		חלה הרעה		
Odds ratio	B	Odds ratio	B	
0.61	* -0.5	0.96	-0.03	גיל +65
0.94	-0.06	0.83	-0.18	מין אישה
1.05	0.05	1.33	0.3	חולה כרוני
0.99	-0.004	1.47	* 0.4	חמישון תחתון
0.57	* -0.6	1.43	0.35	מבוטח בלאומית
0.48	* -0.7	1.56	* 0.45	מבוטח במכבי
0.70	-0.3	0.77	-0.26	מבוטח במאוחדת
4.8	* 1.6	0.10	* -2.22	דובר ערבית
0.82	-0.19	0.38	* -1.0	דובר רוסית
1.02	0.02	1.30	0.27	גר בירושלים
0.77	-0.3	0.96	-0.04	גר במרכז

* p<0.001

3.1.2 רמת השירות הנתפסת בקופות-החולים: 1999, 1997, 1995

ממצאי המחקר הסתמנה ב-1995 וב-1997 עלייה ברמת השירות הנתפסת, מבחינת זמינות השירותים ונגישותם. לעומת זאת, בשנים 1997 ו-1999 נרשמה ירידה במדדים אלה. לוח 3 מסכם ממצאים אלו. עם זאת, מהנתונים עולה כי הנגישות לשירותים ב-1999 עדיין גבוהה - כ-60% מאלו שהגיעו לרופא משפחה המתינו במרפאה פחות מרבע שעה, וכמחצית מאלו שקבעו תור לרופא מקצועי קיבלו תור בתוך שבוע.

מהשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 עולה כי חלה ירידה במשך ההמתנה במרפאת הרופא הראשוני (שיעור הממתינים מעל 15 דקות ירד מ-41% ל-32%). אולם, מהשוואה בין השנים 1997 ל-1999 נמצאה עלייה במשך ההמתנה במרפאת הרופא הראשוני (שיעור הממתינים מעל 15 דקות עלה מ-32% ל-42%). כמו כן, השוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 מעלה כי חלה ירידה במשך ההמתנה לפגישה אצל רופא מקצועי, אולם השוואה בין שנת 1997 לשנת 1999 מעלה כי המגמה התהפכה. בשנת 1997 הייתה עלייה משמעותית בשיעור המקבלים תור לרופא מקצועי בתוך שבוע לעומת שנת 1995, ובשנת 1999 הייתה ירידה (מ-56% ב-1995 ל-66% ב-1997 ול-50% ב-1999). במקביל בין שנת 1995 ל-1997 הייתה ירידה בשיעור הממתינים במשך יותר משבועיים כדי להתקבל לפגישה אצל הרופא המקצועי, ועלייה ב-1999 (מ-26% ב-1995 ל-21% ב-1997 ול-30% ב-1999). בדיקת השינויים לפי קופה מגלה כי בכל הקופות נרשמו מגמות דומות בשנים 1995-1999, אולם ברוב המקרים השינויים אינם מובהקים סטטיסטית.

⁹ חמישוני ההכנסה חושבו לפי ההכנסה ברוטו לנפש סטנדרטית במשפחה. החמישון התחתון כולל 20% מהמרוויינים שרמת ההכנסה לפי הגדרה זו הייתה הנמוכה ביותר.

לוח 3: מדדי זמינות השירותים ונגישות, שינויים בשנים 1995, 1997 ו-1999, לפי קופה (באחוזים)

קופת החולים														
לאומית			מאוחדת			מכבי			כללית			סה"כ		
1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995
				*						*	#		*	#
59	69	52	66	80	75	60	69	70	56	66	56	58	68	59
25	17	23	19	13	17	26	20	22	24	21	26	24	20	25
16	15	11	15	7	8	14	11	7	21	13	19	18	12	16
							*			*			*	*
66	69	68	57	74	51	62	80	76	41	58	49	50	66	56
12	14	11	23	16	33	18	8	13	21	15	17	20	13	18
22	17	21	20	9	16	20	12	11	38	27	33	30	21	26
17	27	19	32	22	20	22	20	24	15	17	17	18	19	19
	*									*			*	
9	21	18	14	15	13	15	13	8	5	13	12	9	14	12
				*						*	#		*	#
21	30	18	15	21	13	20	23	25	10	19	13	14	21	15
	*	#					*			*	#		*	#
8	28	12	14	14	10	16	26	21	8	16	9	11	19	12

* p97-99<0.05
p95-97<0.05

נוחות שעות העבודה

מלוח 3 עולה כי לעומת שנת 1995 חלה בשנת 1997 עלייה משמעותית בשיעור ה"מרוצים מאוד" משעות העבודה של עובדי המשרד ומשעות המעבדה. מגמות דומות נרשמו ברוב הקופות. לעומת זאת, בהשוואה לשנת 1997 חלה בשנת 1999 ירידה מובהקת בשיעור ה"מרוצים מאוד" משעות עבודתם של הרופאים המקצועיים, של עובדי המשרד ושל המעבדה. בניתוח לפי קופה רואים שבכללית-שירותי-בריאות חלה ירידה מובהקת בכל אחד מתחומים אלו, אך לא כך בקופות החולים האחרות: במכבי חלה ירידה מובהקת בשביעות הרצון משעות המעבדה; במאוחדת חלה ירידה מובהקת בשביעות הרצון משעות העבודה של עובדי המשרד; ובלאומית הייתה ירידה מובהקת בשביעות הרצון משעות העבודה של הרופאים המקצועיים ושל המעבדה.

מההשוואה בין קופות החולים בשנת 1999 עולה כי שיעור שבעי הרצון משעות העבודה של הגורמים השונים נמוך יותר בדרך כלל בשירותי-בריאות כללית ובקופת חולים לאומית, לעומת שיעור שבעי הרצון בקופות-החולים מכבי ומאוחדת.

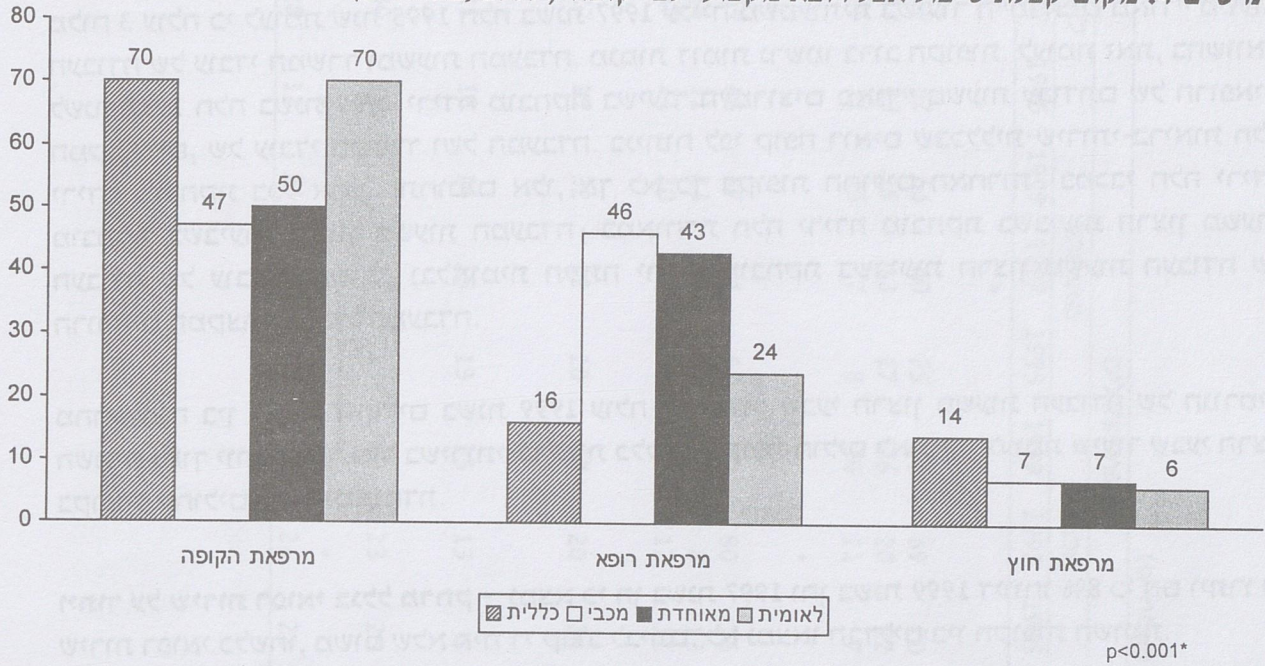
ויתור על שירות רפואי בגלל מרחק - נמצא כי הן בשנת 1997 והן בשנת 1999 דיווחו 8% כי הם ויתרו על שירות רפואי כלשהו, משום שלא היה די קרוב לביתם. לא נמצאו הבדלים בין הקופות השונות.

מקום קבלת הטיפול של הרופא המקצועי - בדיקת ההבדלים לגבי מקום קבלת הטיפול בשנת 1997 לעומת שנת 1999 הראתה שאין שינוי במקום קבלת הטיפול בעבור סך-כל המבוטחים וגם לפי קופה. כמו-כן, ההבדלים בין הקופות נשארו בעינם גם ב-1999. מתרשים 4 עולה כי רוב מבוטחי הכללית והלאומית מקבלים את טיפולו של רופא מקצועי במרפאות הקופה. לעומת זאת, כמחצית ממבוטחי מכבי ומאוחדת מקבלים את הטיפול במרפאת הרופא. עוד עולה מההשוואה, כי שיעור מבוטחי שירותי-בריאות כללית, הפונים למרפאות חוץ, גבוה פי שניים משיעור מבוטחי קופות החולים האחרות העושים זאת.

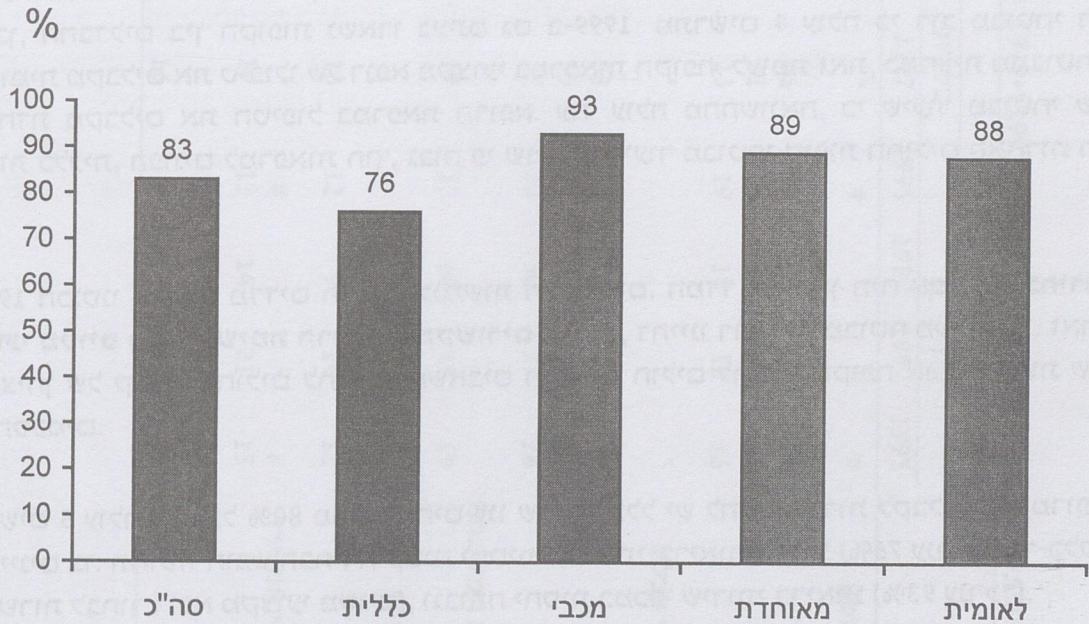
ב-1999 הכנסנו שלושה מדדים חדשים לנגישות השירותים. המדד הראשון היה **אפשרות בחירת רופא מקצועי מסוים מתוך רשימת הרופאים הקשורים לקופה**, דהיינו רופא שהמבוטח מעוניין בו. זאת, לאור מאמציהן של קופות-החולים לחסוך במשאבים ולהפנות חולים לרופאי הקופה או למרפאות שעמן יש להן הסכמים.

מתרשים 5 עולה כי מעל 80% מהמבוטחים ענו שבדרך כלל יש להם אפשרות לקבל טיפול מרופא שהם מעוניינים בו. תחושת חופש הבחירה קטנה יחסית בשירותי-בריאות כללית (76% ענו שבדרך-כלל קיימת האפשרות לבחור רופא מקצועי מסוים), וגבוהה יחסית במכבי שירותי בריאות (93% ענו כך).

תרשים 4: מקום קבלת טיפול אצל רופא מקצועי לפי קופה*, 1999 (באחוזים)



תרשים 5: אפשרות בחירת רופא מקצועי שהמבוטח מעוניין בו, לפי קופה*, 1999 (באחוזים)



p<0.001*

מלוח 4 עולה כי המשתנים המשפיעים באופן עצמאי חיובי על הדיווח כי "בדרך כלל אפשר לבחור רופא מקצועי שהמבוטח מעוניין בו" הם: גיל צעיר מ-65, לא שייכים לחמישון התחתון, מבוטחי לאומית, מכבי ומאוחדת לעומת מבוטחי כללית, דוברי ערבית, דוברי רוסית ואלו שאינם גרים בירושלים.

לוח 4: אפשרות בחירת רופא מקצועי שהמבוטח מעוניין בו - ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 1999

"בדרך כלל כן קיימת אפשרות בחירת רופא מקצועי שאני מעוניין בו"		
Odds ratio	B	
0.56	* -0.6	גיל +65
1.09	0.09	מין: אישה
1.03	0.03	חולה כרוני
0.71	# -0.34	חמישון תחתון
2.05	*0.72	מבוטח בלאומית
4.57	*1.52	מבוטח במכבי
3.04	*1.1	מבוטח במאוחדת
4.22	*1.4	דובר ערבית
2.27	*0.82	דובר רוסית
0.52	* -0.65	גר בירושלים
1.00	0.00	גר במרכז

* p<0.001
p<0.06

מדד שני שנכלל בשאלון ב-1999 היה משך ההמתנה לרופא ראשוני. שאלנו את המרואיינים כמה זמן עבר מאז שהזמינו תור לרופא המשפחה ועד שהגיעו לטיפול במרפאה. שישים ושמונה אחוזים אמרו שהגיעו באותו יום, 26% אמרו שהגיעו בתוך יום עד שלושה ימים, ו-6% אמרו שהגיעו בתוך ארבעה ימים ויותר. מלוח 5 עולה כי ההבדלים בין הקופות במשך ההמתנה לתור לרופא ראשוני הם מובהקים. בכללית ובמכבי משך ההמתנה ארוך יותר לעומת משך ההמתנה בקופות חולים מאוחדת ולאומית (65% בקופת חולים כללית ו-69% במכבי מתקבלים באותו יום, לעומת 81% במאוחדת ו-86% בלאומית).

לוח 5: משך ההמתנה לתור לרופא ראשוני לפי קופה, 1999 (במספר ימים)

זמן עד הביקור			
יותר מ-4 ימים	יום עד 3 ימים	באותו יום	סה"כ
6	26	68	קופת חולים *
8	28	65	כללית
2	29	69	מכבי
2	18	81	מאוחדת
7	7	86	לאומית

* p<0.001

המרואיינים נתבקשו גם להעריך האם משך ההמתנה "סביר", "לא כל-כך סביר" או "בכלל לא סביר". מלוח 6 עולה כי כמעט כל מי שהגיעו באותו יום למרפאה ציינו שמשך ההמתנה היה סביר (96%), אך רק

70% מאלה שהמתינו 1-3 ימים, ורק 24% מאלה שהמתינו יותר מארבעה ימים, ציינו כי לדעתם זהו משך המתנה "סביר".

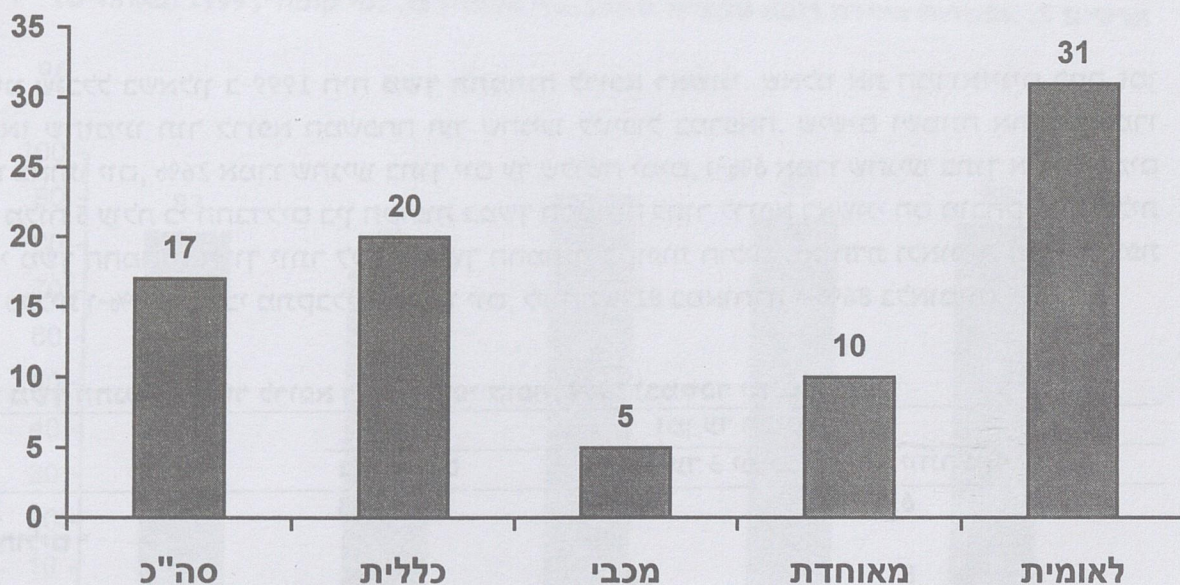
לוח 6: הערכת סבירות ההמתנה, לפי משך ההמתנה לתור לרופא ראשוני, 1999 (במספר ימים)

זמן עד הביקור		באותו יום	סבירות זמן ההמתנה *
יותר מ-4 ימים	יום עד 3 ימים		
6	26	68	סה"כ
24	70	96	סביר
18	13	3	לא כל-כך סביר
58	17	1	בכלל לא סביר

* $p < 0.001$

המדד השלישי שהוספנו ב-1999 היה מדד לנגישות לטיפול פיזיותרפיה. נמצא כי בסך-הכול 12% מהאוכלוסייה דיווחו כי נזקקו לטיפול פיזיותרפיה בחצי השנה שחלפה. כחמישית מהם (17%) ענו כי נזקקו לטיפול אך לא קיבלו. שיעור המדווחים כי נזקקו לפיזיותרפיה ולא קיבלו גבוה בלאומית (31%) ובכללית (20%), לעומת השיעור במכבי (5%) ומאוחדת (10%); (ראה תרשים 6).

תרשים 6: פיזיותרפיה – נזקקו טיפול ולא קיבלו, לפי קופה*, 1999 (באחוזים)



* $p < 0.05$

מי שקיבלו טיפול פיזיותרפיה נשאלו כמה זמן עבר מאז שהזמינו את התור ועד שהגיעו לטיפול. כ-40% דיווחו שהם המתינו עד שבוע לקבלת התור, 17% המתינו מעל חודש.

מדדים לטיפול רפואי: סדרת מדדים הנוגעת להיבטים של הטיפול הרפואי במבוטחים והערכת מצב הבריאות, מפורטת בלוח 7.

שיעור ביצוע בדיקת ממוגרפיה: נמצאה עלייה בשיעור הנשים בנות +50 שנבדקו בממוגרפיה מאז 1995. ב-1999 60% נבדקו, לעומת 44% ב-1997 ולעומת 34% ב-1995. בשנים 1997-1999 נמצאה עלייה בקרב מבוטחות כללית, מכבי ומאוחדת, אולם רק בכללית העלייה הייתה מובהקת סטטיסטית. ההבדלים בין הקופות בשנת 1999 נשמרים גם לאחר ניתוח רב-משתני (ר' לוח ה-2, נספח ה'), שבו נמצא כי למשתנים שירותי בריאות כללית, גיל מעל +65, מגורים במרכז ומחלה כרונית, יש השפעה עצמאית חיובית על בדיקת ממוגרפיה. לעומת זאת, להכנסה בחמישון התחתון יש השפעה עצמאית שלילית.

שיעור ביצוע בדיקות לחץ דם בחצי שנה אחרונה: מהשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 הסתמנה עלייה, אולם לא היה כל שינוי בין השנים 1997 ל-1999. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקופות ב-1999.

הערכת מצב הבריאות: מהשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 עולה כי חל שיפור בהערכת מצב הבריאות של המבוטחים, אולם לא נמצאו הבדלים בהערכה זו בהשוואה בין שנת 1997 לשנת 1999. ב-1999 נמצאו הבדלים מובהקים לפי קופה; כך ששיעור מי שהעריכו את מצב בריאותם כ"טוב" עד "טוב מאוד" גבוה יותר בקרב מבוטחי מכבי ומאוחדת לעומת המצב בקרב מבוטחי כללית ולאומית. חשוב לזכור כי הבדלים אלה בין הקופות בשנת 1999 מבטאים בחלקם מאפיינים שונים של גיל ותחלואה בקופות כתוצאה ממדיניות ברירת המבוטחים, שהייתה נהוגה במכבי ובמאוחדת לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

פנייה מחוץ למערכת הציבורית: פנייה למערכת הפרטית יכולה להעיד שצורכי המבוטח לא נענו במלואם במסגרת הציבורית (Cleary & Meneil, 1988). במחקר נכללו שלושה מדדים להערכת שיעורי הפנייה של מבוטחים מחוץ למערכת הציבורית: פנייה לרופא פרטי (לא כולל רופא שיניים) בשלושת החודשים שלפני הסקר, בעלות על ביטוח משלים ובעלות על ביטוח בריאות מסחרי.

מלוח 8 עולה כי שיעור המדווחים בשנת 1995 ובשנת 1997 על הוצאה לרופא פרטי (לא כולל רופא שיניים) בשלושת החודשים האחרונים ירד באופן משמעותי (מ-20% ל-9%); לעומת זאת, שיעור בעלי ביטוח משלים ושיעור בעלי ביטוח מסחרי לא השתנה. ב-1999 מגמה זו התהפכה וחלה עלייה ניכרת בשיעורי הפנייה מחוץ למערכת הציבורית. נמצאה עלייה בשיעור הפונים לרופא פרטי (לא כולל רופא שיניים) בשלושת החודשים האחרונים (מ-9% ב-1997 ל-18% ב-1999); נמצאה גם עלייה בשיעור בעלי הביטוח המשלים (מ-37% ל-51%), ובשיעור בעלי הביטוח המסחרי (מ-16% ל-24%).

לוח 7: מדדים לטיפול רפואי ולהערכת מצב הבריאות לפי קופה, בשנים 1999, 1997, 1995

לאומית			מאוחדת			מכבי			כללית			סה"כ			
1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	
44	50	~ 22	52	27*	50	55	47	~ 44	62	47*	36	60	44*	~ 34	בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות בנות +50 #
43	44	41	44	39	36	44	39*	35	46	51	~ 43	45	47	~ 40	מדידת לחץ-דם, בחצי שנה האחרונה
72	72	67	81	87	80	82	84	82	70	70	63	75	75	~ 69	הערכת מצב בריאות # טוב עד טוב מאוד
20	25	27	12	9	17	15	15	14	22	23	28	19	20	24	לא כל-כך טוב
8	3	6	7	4	3	3	1	4	8	7	9	3	2	7	לא טוב עד גרוע

p95-97<0.05 ~
p97-99<0.001*
p99<0.001 להבדל בין הקופות

לוח 8: פנייה מחוץ למערכת הציבורית לפי קופה, בשנים 1999, 1997, 1995

לאומית			מאוחדת			מכבי			כללית			סה"כ			
1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	
15	10	18	24	12*	15	19	11*	~ 19	17	8*	~ 21	18	9*	~ 20	פנייה לרופא פרטי בשלושה חודשים אחרונים
35	33	~ 51	63	59	61	72	74	79	44	22*	~ 15	51	37*	35	בעלות על ביטוח משלים #
25	* 14	15	24	* 18	16	23	18*	15	23	16*	16	24	16*	16	בעלות על ביטוח בריאות מסחרי

p95-97<0.05 ~
p97-99<0.001*
p99<0.001 להבדל בין הקופות

בדיקת השינויים לפי קופה והשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 מלמדת כי המגמות בפנייה לרופא פרטי ורכישת ביטוח מסחרי נרשמו בכל הקופות. לעומת זאת, מהשוואה בין שנת 1997 לשנת 1999 עולה כי בכל הקופות הייתה עלייה בפנייה לרופא פרטי וכן בשיעור הבעלות על ביטוח מסחרי. באשר לביטוח משלים בכללית הייתה עלייה בשנת 1997 ובשנת 1999, לעומת יציבות בקופות האחרות. יש לציין שבמכבי ובמאוחדת שיעורי הבעלות היו גבוהים גם בשנים קודמות.

מרואיניים שציינו כי אכן היו להם הוצאות כלשהן לרופא פרטי בשלושת החודשים האחרונים נשאלו גם האם בשלושת החודשים האחרונים "קרה להם שרופא שעובד עם הקופה קיבל אותם באופן פרטי (לא דרך הקופה), תמורת תשלום". בסך-הכול 16% מהפונים לרופא פרטי בשלושת החודשים שלפני הסקר אמרו שאכן שילמו באופן פרטי לרופא העובד עם הקופה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקופות. נתונים אלה מספקים אומדן על היקפי העבודה הפרטית של רופאים, העובדים עם קופות-החולים. יש לציין כי בחלק מקופות-החולים חל איסור על רופאים העובדים עם הקופה לקבל מבוטחים באופן פרטי, ובקופות אחרות אין איסור על כך.

3.1.3 תפיסת הנטל הכספי של הוצאות המשפחה לבריאות בשנים: 1995, 1997, 1999

המרואיניים נשאלו על המידה שבה מכבידים תשלומי המשפחה לבריאות (כולל מס בריאות, תשלומים לקופה, לביטוח משלים ולרופא פרטי). מהתשובה לשאלה זו אפשר לקבל אומדן על הנטל הכספי על המבוטחים. ב-1997 לא היה שינוי מובהק בתפיסת נטל התשלומים לבריאות לעומת 1995. לעומת זאת, בין 1997 ל-1999 היה שינוי מובהק בתפיסת הנטל. בעוד שנמצאה עלייה בשיעור העונוים שסך-כל התשלומים לבריאות מכבידים במידה רבה (מ-22% ל-28%), נמצאה גם עלייה מקבילה בשיעור העונוים שהתשלומים אינם מכבידים כלל (מ-22% ל-26%).

לוח 9: מידת ההכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות לפי קופה, בשנים 1995, 1997, 1999
קופת חולים

לאומית			מאוחדת			מכבי			כללית			סה"כ			הכבדת כל התשלומים של המשפחה על בריאות [#]
99	97	95	99	97	95	99	97	95	99	97	95	99	97	95	
*			*			*			*			*			
28	15	18	28	25	20	26	21	14	30	24	23	28	22	20	במידה רבה
31	31	33	36	31	39	27	38	38	30	36	31	30	36	33	במידה בינונית
19	23	22	11	27	15	20	21	23	14	17	18	15	20	20	במידה מועטה
22	31	27	26	17	26	27	20	25	26	23	27	26	22	27	לא מכבידים

p97-95<0.05 ~

p99-97<0.001*

p99<0.001 #

ניתוח רב-משתני של נתוני 1999 מלמד כי למשתנים מחלה כרונית והכנסה בחמישון התחתון יש השפעה עצמאית חיובית על התחושה שהתשלומים לבריאות מכבידים מבחינה כלכלית. לעומת זאת, למשתנים

שפה ערבית ורוסית ולהיות מבוטח במכבי שירותי בריאות יש השפעה עצמאית שלילית על תחושה זו. ב-1997 לא נמצא הבדל בתחושת הנטל לפי הכנסה, אך כן היה הבדל לפי מצב בריאות.

לוח 10: מידת ההכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה קטגוריאלית¹, 1999

"תשלומי המשפחה על בריאות מכבידים מבחינה כלכלית"

(Std) F-Test	Beta	
(0.027) 0.004	0.002	גיל +65
(0.025) 0.54	0.019	מין: אישה
(0.027) 9.8	*0.084	חולה כרוני
(0.027) 12.74	*0.095	חמישון תחתון
(0.026) 0.05	0.006	מבוטח בלאומית
(0.027) 5.0	*-0.06	מבוטח במכבי
(0.027) 0.25	0.013	מבוטח במאוחדת
(0.028) 91.8	*-0.27	דובר ערבית
(0.026) 66.2	*-0.22	דובר רוסית
(0.027) 0.01	0.003	גר בירושלים
(0.028) 0.04	0.006	גר במרכז

$p < 0.005^*$

¹ "מידת ההכבדה של תשלומי השתתפות עצמית" הוא משתנה אורדינלי בעל ארבע קטגוריות והן: 1-לא מכבידים; 2-מכבידים במידה מועטה; 3-מכבידים במידה בינונית; 4-מכבידים במידה רבה.

3.1.4 סיכום

בעוד שבשנים 1997-1995 נמצאה מגמת שיפור במרבית המדדים, בתקופה 1999-1997 הייתה הרעה או שלא היה שינוי במדדים השונים. בהערכת השינויים בשביעות הרצון מרמת השירות יש לזכור שבשנים 1997 ל-1998 ירדה ההוצאה לנפש מתוקנת בכל קופות החולים; דבר שתרם ליציבותה הכספית של המערכת ולצמצום הגירעון. למרות זאת, שביעות הרצון הכללית ב-1999 הייתה גבוהה (89% ציינו כי הם מרוצים או מרוצים מאוד) ונשארה כמעט ללא שינוי, לעומת 1997 (91%). במקביל, חשו 26% בשיפור בשירותי קופות החולים לעומת השנה שחלפה. עם זאת, חל גידול בחשים הרעה ברמת השירות (18% בשנת 1999 לעומת 9% ב-1997). כמו-כן, בכמה תחומים ניכרה מגמת פגיעה ברמת השירות שבאה לידי ביטוי בירידה בשביעות הרצון בתחומים הקשורים לנגישות. ירידה חלה גם במדדים לזמינות ולנגישות השירותים: נוחות שעות עבודה, משך המתנה ואורך תור. ייתכן שירידה זו במשתנים הקשורים לזמינות מבטאת תוצאות של מאמצי הקופות לחסוך בהוצאות. בנוגע למדדים לטיפול רפואי נמצא שיפור ניכר בהיקף בדיקות ממוגרפיה לנשים בנות +50.

בתקופה זו נרשמה מגמת גידול בפנייה מחוץ למערכת הציבורית, כלומר בפנייה לרופא פרטי, ברכישת ביטוח מסחרי וברכישת ביטוח משלים. ייתכן שמגמה זו היא תוצאה של קשיים בנגישות לשירותי קופות-החולים, אולם, ייתכן גם שהגידול ברכישת ביטוח משלים קשור במאמצי השיווק של הקופות בתקופה זו, ובפרט של שירותי-בריאות כללית. כמו-כן, בבחינת הגידול בבעלות על ביטוח משלים יש לזכור כי הוא שונה מהמדדים האחרים; שכן הוא נחשב בעיני המבוטחים לחלק בלתי נפרד משירותי הקופות, ולפיכך הוא עשוי למתן ירידה בשביעות הרצון משירותי קופות-החולים.

ההשוואה בין קופות-החולים מגלה כי היו הבדלים בין הקופות בשינויים במדדים לשביעות רצון, ברמת השירות הנתפסת ובנטל הכספי.

שירותי בריאות כללית - שיעור ה"מרוצים מאוד" בשנת 1999 נמוך בשירותי-בריאות-כללית לעומת קופות-החולים מכבי ומאוחדת, כמעט בכל תחומי השירות. התחומים שבהם הפערים גבוהים יחסית הם רמה מקצועית של רופא מקצועי, מבחר תרופות, קלות קבלת תרופות במרשם רופא, קלות קבלת הפניות והתחייבויות ושירותי מעבדה.

כמו-כן, שיעור שבעי הרצון משעות העבודה של הגורמים השונים בדרך כלל נמוך יותר בכללית מאשר במכבי ובמאוחדת. משך ההמתנה לתור לרופא ראשוני (בימים) ארוך יותר בכללית מאשר משך ההמתנה בלאומית ומאוחדת.

מההשוואה בין שנת 1997 לשנת 1999 הסתמנה ירידה בשביעות הרצון הכללית ובשביעות הרצון מתחומים הקשורים לנגישות, וכן ירידה במדדי נגישות אחרים. בשיעור הפונים לרופא פרטי, בשיעור בעלי ביטוח בריאות פרטי ובשיעור בעלי ביטוח משלים נרשמה עלייה. מבוטחי שירותי בריאות כללית, כמו מבוטחי קופות החולים האחרות, דיווחו על עלייה בתחושת נטל התשלומים לבריאות מבחינה כלכלית. עלייה נרשמה גם בשיעור מבוטחי שירותי בריאות כללית החשים שיפור בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה ועלייה בשיעור הנשים בנות +50 שנבדקו בממוגרפיה.

מכבי שירותי בריאות - ב-1999 שיעורים גבוהים יותר של מבוטחי מכבי לעומת מבוטחי כללית ולאומית, מרוצים מאוד משירותי הקופה, הן באופן כללי, והן מתחומי השירות השונים. שיעורים גבוהים ציינו כי הם מרוצים מנוחות שעות העבודה של הגורמים השונים וחשים יותר מהאחרים כי יש להם חופש בחירה ברופא המקצועי ומדווחים כי קיבלו טיפולי פיזיותרפיה כאשר נזקקו לכך.

עם זאת, מבוטחי מכבי דיווחו על משכי זמן המתנה ארוכים יותר מאשר מבוטחי מאוחדת ולאומית עד קבלת תור לרופא ראשוני ולטיפול פיזיותרפיה. שיעורים נמוכים יותר מבנות +50 דיווחו על ביצוע ממוגרפיה לעומת המצב בשירותי-בריאות-כללית.

מהשוואה בין שנת 1997 לשנת 1999 עולה כי שיעורים גבוהים יותר של מבוטחי מכבי דיווחו ב-1999 שהם מרוצים מאוד משירותי הקופה באופן כללי, אולם בתחומי השירות השונים כמעט לא היו שינויים בשיעורי שביעות הרצון. לעומת זאת, שיעור החשים הרעה בשירותי הקופה היה גבוה יותר במכבי לעומת הקופות האחרות.

בנוגע למדדי נגישות אחרים, גם מבוטחי מכבי, כמו מבוטחי קופות אחרות, דיווחו על עלייה במשך ההמתנה במרפאת הרופא הראשוני ובמרפאת הרופאים המקצועיים בין שנת 1997 לשנת 1999. כמו-כן נרשמה ירידה בשביעות הרצון משעות המעבדה בשנת 1999 לעומת שנת 1997.

שיעור גבוה יותר של מבוטחי מכבי דיווחו ב-1999, לעומת 1997, על פנייה לרופא פרטי ועל בעלות על ביטוח מסחרי.

קופת חולים מאוחדת, 1999 - בדומה למבוטחי מכבי, גם שיעור גבוה של מבוטחי מאוחדת ציינו כי הם מרוצים מאוד משירותי הקופה באופן כללי ומתחומים אחרים שנבדקו בהשוואה למבוטחי לאומית וכללית. שיעורים גבוהים היו מרוצים מנחות שעות העבודה של הגורמים השונים, ודיווחו כי קיבלו טיפולי פיזיותרפיה, כאשר נזקקו להם. כמו-כן, מבוטחי מאוחדת דיווחו יותר ממבוטחי מכבי וכללית על משך המתנה קצר יחסית לתור לרופא ראשוני ולתור לפיזיותרפיה.

מהשוואה בין שנת 1997 לשנת 1999 עולה כי חלה ירידה בשיעור מבוטחי מאוחדת שצינו שהם מרוצים מאוד משירותי הקופה באופן כללי, ובמקביל חלה עלייה בשיעור המרוצים. בתחומי השירות השונים כמעט לא היו שינויים בשיעורי שביעות הרצון.

גם מבוטחי מאוחדת, כמו מבוטחי קופות אחרות, דיווחו על עלייה במשך המתנה במרפאת הרופא הראשוני ובמשך המתנה לרופאים המקצועיים בין השנים 1997 ל-1999. כמו-כן, בשנת 1999, לעומת שנת 1997, נרשמה ירידה בשביעות הרצון משעות העבודה של עובדי המשרד.

שיעור גבוה יותר של מבוטחי מאוחדת, דיווחו ב-1999, לעומת 1997, על פנייה לרופא פרטי ועל בעלות על ביטוח מסחרי.

קופת חולים לאומית – בשנת 1999 שיעור נמוך יחסית של מבוטחי לאומית, בהשוואה למבוטחי מכבי ומאוחדת, הביעו שביעות רצון גבוהה מהקופה באופן כללי, מתחומי שירות שונים ומשעות העבודה של הגורמים השונים. לעומת זאת, הם דיווחו יותר ממבוטחי מכבי וכללית על משך המתנה קצר יחסית לתור לרופא ראשוני ולתור לפיזיותרפיה.

בין שנת 1997 לשנת 1999, נצפתה ירידה בשביעות הרצון משעות העבודה של הרופאים המקצועיים ושל המעבדה. כמו-כן נצפתה עלייה בשיעור הפונים לרופא פרטי ובשיעור בעלי ביטוח בריאות פרטי.

3.2 תשלומי השתתפות עצמית

במסגרת מתכונתו המקורית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (שכאמור, נכנס לתוקף בינואר 1995) נקבע כי קופות-החולים ימשיכו לגבות תשלומי השתתפות עצמית, כפי שגבו בעבר. לפני 1995 גבו כל קופות החולים תשלומי השתתפות עצמית לתרופות ולשירותים רפואיים, כגון ביקור בחדר מיון, מוקדי לילה, הסעות, אבזרים, שירותי אם וילד המופעלים על-ידי הקופה וטיפול פרה-רפואי (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ליקויי דיבור, התפתחות הילד ועוד); (בן-נון ודביר, 1996). בנוסף נגבו גם תשלומי השתתפות עצמית על חלק מהשירותים הניתנים במסגרת הביטוח המשלים.

במסגרת חוק ההסדרים 1998, נקבע כי קופות-החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית גם על ביקורים אצל רופא מקצועי, מרפאות-חוץ ומכונים.¹⁰ התשלום נע בין 10-20 ₪ לביקור, ולא נגבה תשלום נוסף על ביקור חוזר אצל אותו רופא באותו רבעון. כמו-כן נקבעה תקרה רבעונית לתשלומי ההשתתפות של המשפחה, וכן ניתנו פטורים מתשלום למקבלי קצבת הבטחת הכנסה, קצבת נכות ומזונות מהביטוח הלאומי. בכללית, במאוחדת ובלאומית, על המבוטחים לאסוף קבלות על תשלומי ההשתתפות העצמית ולהגישן לקופה לקבלת החזר, אם התשלום עולה על התקרה שנקבעה. לפיכך, ידע על קיום תקרה ואיסוף הקבלות הוא תנאי הכרחי למימוש הזכאות להחזר. במכבי לא נגבה תשלום נוסף ממבוטח שהגיע לתקרה. אולם, אם המבוטח אינו יודע זאת, הוא עלול להימנע מביקורים נחוצים. בכל קופות החולים לא נגבים תשלומי השתתפות מהמבוטחים הפטורים מתשלום. אולם, גם במקרה זה, אם המבוטח לא יודע על כך הוא עלול להימנע מביקורים נחוצים. ב-1998 אושרה גם העלאה מסוימת בתעריפי התשלום לתרופות, ונקבעה תקרה חודשית לתשלומי חולים כרוניים. בנספח ח' מפורטות הגדרות המושגים ומתוארים הכללים שנקבעו במסגרת חוק ההסדרים 1999 (כפי שפורטו בהוראות משרד הבריאות מה-24.11.98).

השתתפות עצמית היא כלי להגדלת הכנסות הקופות וכן למניעת שימוש מיותר בשירותים. אולם, כידוע, השתתפות עצמית עשויה להיות חסם בפני ביקורים נחוצים, בפרט בקרב חסרי אמצעים ובקרב מי שצורכים הרבה שירותים (בעיקר חולים וקשישים). כך, כלי זה עלול להעמיק את אי השוויון במערכת, ואף לפגוע ברמת הבריאות של חלק מהאוכלוסייה. אמצעי המדיניות העיקרי שניתן ליישם, כדי למנוע תופעות לוואי אלה, הוא מתן פטורים והנחות, וקביעת תקרה לתשלומים. קובעי המדיניות אכן החליטו לאמץ אמצעים אלו.

לפיכך, חשוב לבדוק האם האוכלוסייה, ובפרט הקבוצות הפגיעות, מכירה את הכללים הנוגעים להשתתפות עצמית, והאם הכללים מיושמים. שכן, אם מנגנונים אלה אינם פועלים כשורה, לא ניתן יהיה למנוע את התופעות הנלוות הלא-רצויות לחוק ההסדרים 1998 בתחום זה.

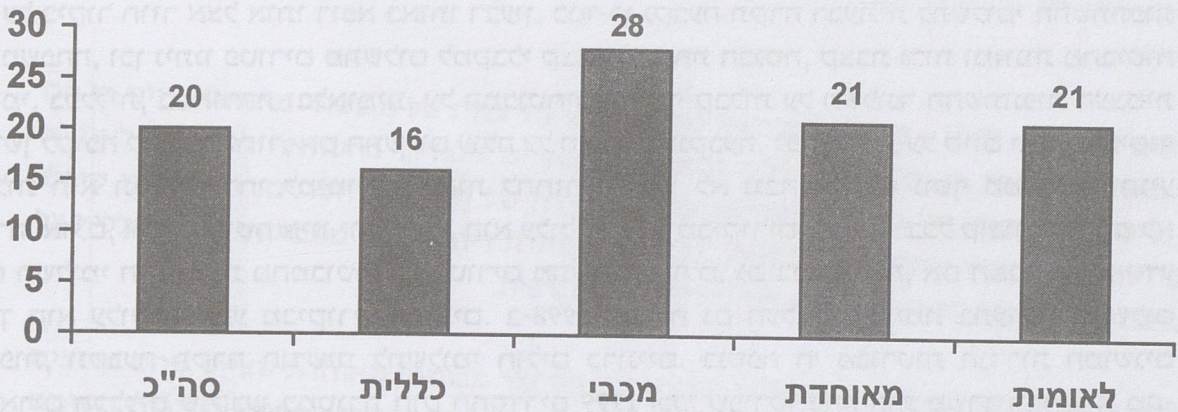
3.2.1 ידע על קיום תקרה, פטורים ומימוש הזכאות (1999)

ידע על קיום תקרה - מכיוון שהידע הוא אחד התנאים העיקריים למימוש החזרים בתהליך שנהוג כיום ברוב הקופות (איסוף קבלות, יוזמה לבקש וכדומה), בדקנו האם המבוטחים ידעו על קיום תקרה לתשלומי השתתפות עצמית. ידע זה יכול להיות מושפע ממספר גורמים: מידע שהתקבל מקופת-החולים המבטחת; מאפיינים אישיים כמו שפה ומעמד חברתי-כלכלי; התנסות אישית כנזקק לשירות במערכת.

ממצאי הסקר עלה כי פחות מרבע הציבור (20%) ידעו על קיום תקרות לתשלומי השתתפות עצמית.¹¹ שיעור היודעים גבוה בקרב מבוטחי מכבי (28%), לעומת 21% במאוחדת ובלאומית, ו-16% בכללית.

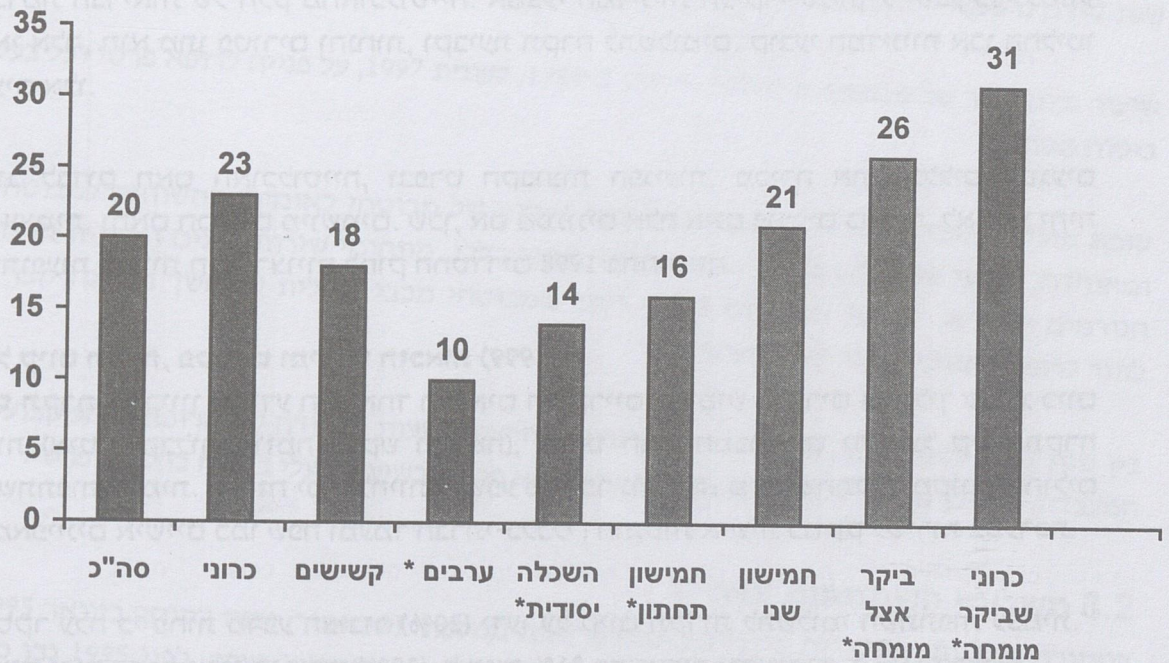
¹⁰ למכבי ניתן היתר לגבות תשלום רבעוני גם על ביקור אצל רופא ראשוני, כפי שנהגה בעבר.
¹¹ לכלל האוכלוסייה יש תקרה רבעונית למשפחה על תשלום לרופא מקצועי, מרפאות חוץ ומכונים. לחולים כרוניים יש גם תקרה חודשית על תשלומים לתרופות. לא קיימת תקרה על תשלומי השתתפות עצמית אחרים (למשל, ביקור בחדר מיון, טיפול פרה-רפואי, הסעות, אבזרים).

תרשים 7: ידע על קיום תקרה, לפי קופה*, 1999 (באחוזים)



p<0.001*

תרשים 8: ידע על קיום תקרה לפי קבוצות אוכלוסייה, 1999 (באחוזים)



p<0.05 *

בבדיקה של ידע על קיום תקרה לפי קבוצות אוכלוסייה (תרשים 8) נמצא כי שיעור המדווחים על ידע נמוך בקרב הערבים (10%), בעלי השכלה יסודית (14%) והמשתתיכים לחמישון ההכנסה התחתון (16%).

שיעור היודעים גבוה במקצת בקרב מי שצורכים הרבה שירותים: חולים כרוניים (23%), ומי שביקרו אצל רופא מקצועי לאחרונה (26%). אולם, גם בקרב חולים כרוניים שביקרו אצל רופא מקצועי, רק 31% יודעים על קיום התקרות.

פטור מתשלומי השתתפות עצמית - שאלה נוספת לידע הייתה: באיזו מידה מי שזכאי לפטור על תשלומי השתתפות עצמית אך יודע על זכאותו זו? מממצאי המחקר מסתמן חוסר ידע על זכאות לפטור. רק 30% ממקבלי קצבאות המזכות בפטור מתשלום השתתפות על ביקור אצל רופא חשבו שהם זכאים לפטור.¹² לגבי קשישים, שיעור הקשישים שדיווחו שיש להם פטור דומה לשיעור שמקבלים השלמת הכנסה, ואכן פטורים 28%.

3.2.2 תהליך מינהלי

שמונים אחוזים מהמראיינים דיווחו על תשלום כלשהו כהשתתפות עצמית. שליש מקרב מי ששילמו ביקשו החזר; רבע אמרו שלא היו זכאים להחזר, לכן לא ביקשו, ו-40% אמרו שלא חשבו על זה או שלא ידעו על האפשרות. רוב אלו שביקשו החזר (73%) קיבלו, אולם, כ-20% אמרו שנתקלו בקושי לקבל החזר.

מבדיקת ההבדלים לפי קופה (לוח 11) עלה, כי בשיעור מבקשי החזר אין הבדלים מובהקים בין הקופות, אך שיעורים גבוהים יותר במכבי (89%), במאוחדת (84%) ובלאומית (74%) לעומת כללית (62%), אך קיבלו החזר. כמו-כן, שיעור המדווחים על קושי בקבלת החזר היה גבוה יותר בכללית (23%) ובלאומית (19%), לעומת מכבי (11%) ומאוחדת (9%).

בדקנו גם את ההבדלים לפי מאפייני רקע אחרים. מלוח 11 עולה כי שיעור מבקשי החזר היה גבוה יותר בקרב חולים כרוניים (38%) וקשישים (35%), ונמוך יותר בקרב דוברי ערבית (25%) ודוברי רוסית (25%). שיעור מקבלי החזר (בקרב מי שביקשו החזר) היה גבוה בקרב בני 22-44 (78%), בקרב בעלי השכלה אקדמית (78%), בקרב מי שאין להם מחלה כרונית (77%) ובקרב דוברי ערבית (94%) ורוסית (76%). לעומת זאת, שיעור גבוה של מבוטחים בחמישון התחתון (26%) ובחמישון השני (22%) דיווחו על קושי בקבלת החזר, לעומת המבוטחים בחמישונים הגבוהים (11%).

¹² שיעורי מקבלי קצבת הבטחת הכנסה בני 22-64 וקצבת מזונות ונכות במדגם תואמים את השיעורים באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס (3.5% ו-4.9% בהתאמה) (למ"ס 1999). ישנו תת-דיווח ניכר על קבלת השלמת הכנסה בקרב קשישים (בסקר 2% דיווחו על קבלת השלמת הכנסה לעומת 33% מנתוני הלמ"ס 1999). להערכתנו תת-דיווח זה נובע מכך שהקשישים ככל הנראה אינם מבחינים בין קצבה זו לקצבת הזקנה שלהם.

לוח 11: השתתפות עצמית - תהליך מנהלי (בקשת החזר, קבלת החזר וקושי) לפי מאפייני רקע שונים, 1999 (באחוזים)

השתתפות עצמית - תהליך מנהלי			
קושי בקבלת החזר	קיבלו החזר	ביקשו החזר	סה"כ
20 (מתוך המבקשים)	73 (מתוך המבקשים)	31	
			קופה
*	*		קלילית
23	62	30	מכבי
11	89	38	מאוחדת
9	84	36	לאומית
19	74	29	
			גיל
17	78	31	44-22
19	72	34	64-45
10	62	35	65+
			מין
14	71	29	גבר
18	74	35	אישה
			השכלה
21	73	32	יסודית ומטה
16	65	31	תיכונית
16	78	34	על-תיכונית/ אקדמית
			הכנסה לנפש
*		*	חמישון תחתון
26	75	32	חמישון שני
22	74	28	שלישי
7	58	30	רביעי
11	77	32	חמישון עליון
11	73	34	
			מחלה כרונית
16	77	30	אין
18	67	38	יש
			שפה
17	69	36	עברית
16	94	25	ערבית
20	76	25	רוסית

* p<0.005

מניתוח רב-משתני עלה כי המשתנים בעלי השפעה עצמאית חיובית על **בקשת החזר** הם: חולה כרוני, להיות חבר בקופות-חולים מכבי ומאוחדת לעומת כללית, להיות דובר עברית ולא לגור במרכז. המשתנים בעלי השפעה עצמאית חיובית על **אי קבלת החזר** הם: לא להיות חבר בקופות-החולים מכבי או מאוחדת לעומת כללית, ולא להיות דובר ערבית. המשתנים בעלי השפעה עצמאית חיובית על **קושי בקבלת החזר** כספי הם: להיות אישה, להיות בעל הכנסה נמוכה, לא להיות חבר במכבי שירותי בריאות, לא להיות דובר ערבית ולא לגור במרכז (ר' לוח 3, נספח ה').

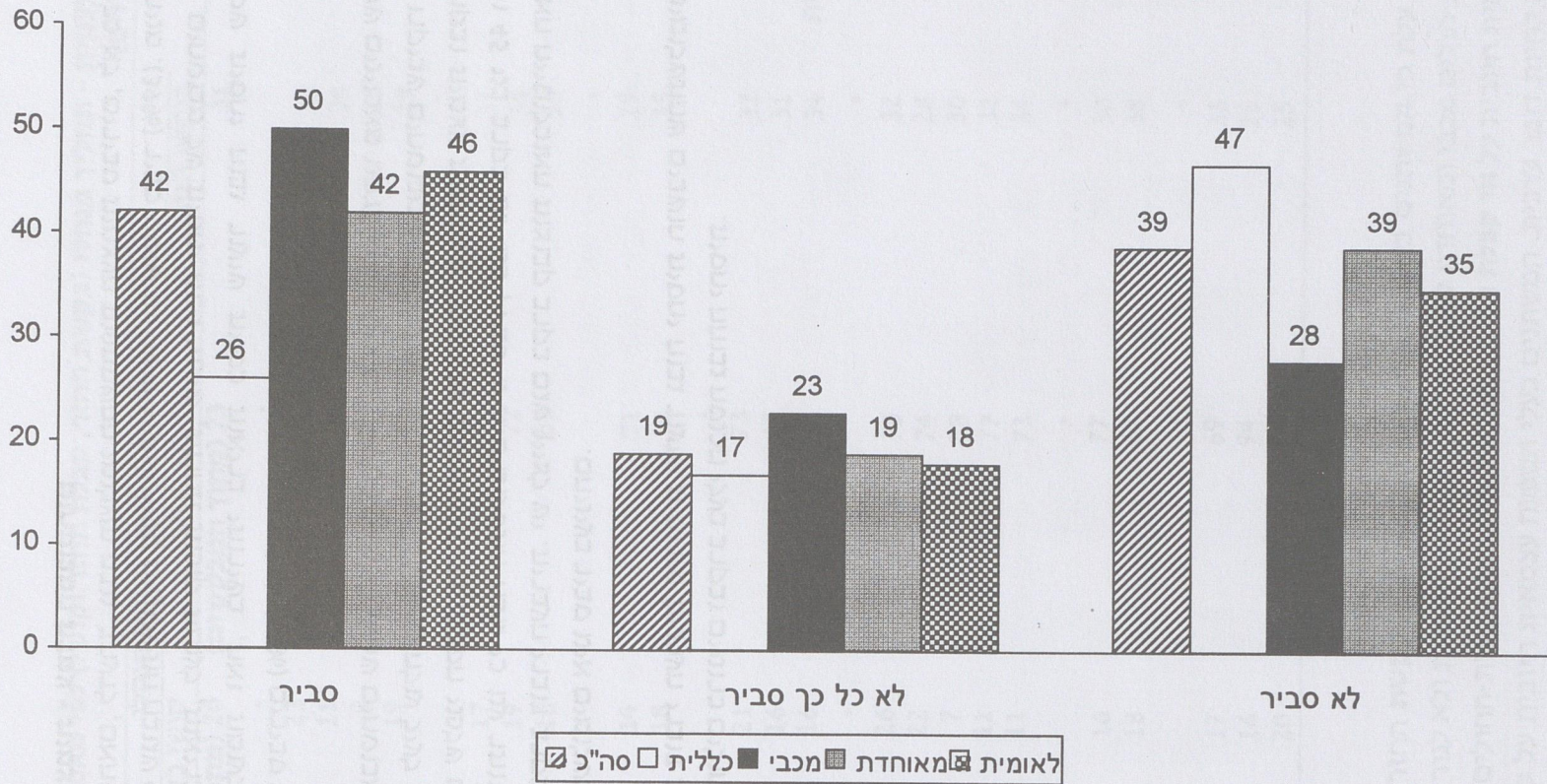
3.2.3 השתתפות עצמית - עמדת המבוטחים

בתשובה לשאלה "האם, לדעתך, גובה תשלומי ההשתתפות העצמית סבירים, לא כל-כך סבירים או לא סבירים", ענו 42% שגובה התשלומים סביר. שיעור דומה ענו שאינו סביר (39%). מניתוח לפי קופה עולה שבמכבי שירותי בריאות, לעומת קופות אחרות, שיעור גבוה יחסית של מבוטחים ציינו שהתשלומים סבירים (50%). לעומת זאת, בשירותי בריאות כללית שיעור גבוה יחסית של מבוטחים חשבו שהתשלומים אינם סבירים (47%) לעומת הקופות האחרות.

כדי לאפיין את המבוטחים שחשבו שגובה התשלומים אינו סביר, בדקנו מאפיינים שעשויים להשפיע על ההערכה. מלוח 12 לעיל עולה כי בקרב בעלי הכנסה נמוכה, בקרב מבוטחים שביקרו אצל רופא מומחה בשלושת החודשים שלפני הסקר, בקרב היודעים על תקרת השתתפות עצמית ובקרב חולים כרוניים, שיעורים גבוהים יותר ענו כי גובה התשלומים אינו סביר, כמו גם בקרב בני 45 ומעלה, בקרב בעלי השכלה תיכונית ובקרב דוברי העברית. יש לציין שגם בקרב קבוצות האוכלוסייה האחרות ענו שיעורים ניכרים כי גובה התשלומים אינו סביר בעיניהם.

לעומת זאת, בקרב דוברי הערבית והרוסית שיעור גבוה יחסית חושבים שהתשלומים סבירים, כמו גם בקרב אלו שאינם חולים כרוניים ובקרב בעלי הכנסה גבוהה יחסית.

תרשים 9: סבירות תשלומי השתתפות עצמית, לפי קופה, 1999 (באחוזים)



p<0.05*

לוח 12: סבירות תשלומי השתתפות עצמית, לפי מאפיינים עיקריים, 1999 (באחוזים)

סבירות תשלומי השתתפות עצמית				
בכלל לא סביר	לא כל-כך סביר	סביר	סה"כ	
39	19	42	100	סה"כ
				קופה *
47	17	36	100	כללית
28	23	50	100	מכבי
39	19	42	100	מאוחדת
35	18	46	100	לאומית
				גיל *
35	23	42	100	44-22
46	15	39	100	64-45
43	14	43	100	65+
				מין
42	17	41	100	גברים
39	20	41	100	נשים
				השכלה *
34	24	42	100	יסודית ומטה
44	15	41	100	תיכונית
39	20	41	100	על-תיכונית/אקדמית
				הכנסה לנפש *
43	22	35	100	חמישון תחתון
46	21	33	100	חמישון שני
36	19	45	100	שלישי
38	15	47	100	רביעי
35	22	43	100	חמישון עליון
				שפה *
47	15	38	100	עברית
18	31	51	100	ערבית
27	25	48	100	רוסית
				מחלה כרונית *
36	19	45	100	אין
49	18	33	100	יש
				חולה כרוני שביקר אצל רופא מומחה
50	18	32	100	ביקר
47	19	35	100	לא ביקר
				ביקור אצל רופא מומחה בשלושה חודשים
				אחרונים*
44	19	38	100	ביקר
38	19	43	100	לא ביקר
				ידע על תקרת השתתפות עצמית *
46	23	31	100	כן
39	18	44	100	לא
				זכאות לפטור
40	19	41	100	אמר שזכאי לפטור
39	20	41	100	אמר שלא זכאי / לא יודע אם זכאי

* p<0.05

3.2.4 סיכום

מתוך הממצאים עלה כי לציבור מידע לקוי בנושא ההשתתפות העצמית: 80% מהמרוויינים לא ידעו על קיום תקרות. שיעור היודעים גבוה במקצת בקרב מי שצורכים הרבה שירותים: חולים כרוניים ומי שביקרו אצל רופא מקצועי לאחרונה. אולם, גם בקרב חולים כרוניים שביקרו אצל רופא מקצועי, פחות משליש יודעים על קיום התקרות. יצוין כי ידע לקוי על קיום תקרה לתשלום עלול למנוע ביקורים נחוצים. בנוסף, בחלק מקופות החולים ידע לקוי מונע את מימוש הזכאות להחזר, המותנה בהצגת קבלות.

עוד ראינו כי רק שיעור נמוך מאוד (30%) מקרב מקבלי הקצבאות, הזכאים על פי חוק לפטור מתשלומי השתתפות עצמית, חשבו שמגיע להם פטור. אמנם, קופות-החולים פוטרות את הזכאים באופן אוטומטי על סמך מידע ממוחשב, המתקבל מהמוסד לביטוח לאומי. אולם, חוסר ידיעה על פטור מתשלום עלול למנוע מהחולה ליזום ביקורים. שכן בשלב ההחלטה על ביקור, הוא אינו יודע שהוא פטור מתשלום.

במצב זה יש חשש שהמדיניות הננקטת לגבי השתתפות עצמית תפגע באוכלוסיות החלשות. לאור זאת, קופות החולים ומשרד הבריאות נוטים לפעול להגברת הידע בנושא זה. במכבי שירותי בריאות, בתקופה שלאחר הסקר הונהגה שיטה ממוחשבת לגביית תשלומי ההשתתפות העצמית; כך שמשפחה המגיעה לתקרה מקבלת פטור אוטומטי, ללא צורך באיסוף קבלות והגשת טפסים למשרד. גם בקופות האחרות נראה כי יש נכונות לנקיטת אמצעים שונים כדי להבטיח שהזכאים לפטורים ולהנחות ייהנו מזכויותיהם.

רוב מי שביקשו החזר אכן קיבלו אותו. אבל שיעור ניכר ממי ששילמו השתתפות עצמית (40%) אמרו שלא ידעו שבאפשרותם לקבל החזר, ולכן אף לא שקלו את האפשרות של בקשת החזר כספי.

מניתוח רב-משטני של המשתנים הקשורים לתהליך המנהלי, לפי מאפייני רקע, עולה כי חולים כרוניים, מבוטחים בשירותי בריאות כללית, דוברי עברית ומי שאינם גרים במרכז מבקשים החזר יותר מאחרים. חברים במכבי ובמאוחדת ודוברי ערבית מקבלים החזר יותר מאחרים. ולבסוף, נשים, בעלי הכנסה נמוכה, אינם דוברי ערבית ושאינם חברי מכבי, מתקשים יותר מאחרים בקבלת ההחזר הכספי.

נראה שהדעות בקרב הציבור חלוקות לגבי הערכת סבירות התשלומים, וכמו כן יש הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה; כך ששיעורים גבוהים יותר של חולים כרוניים ובעלי הכנסה נמוכה חשבו שגובה ההשתתפות העצמית אינו סביר. אוכלוסיות אלו צפויות להיפגע, משום שהן צורכות שירותי-בריאות מרובים והן מתקשות במידה הרבה ביותר לשלם.

3.3 מחסומים לקבלת שירות

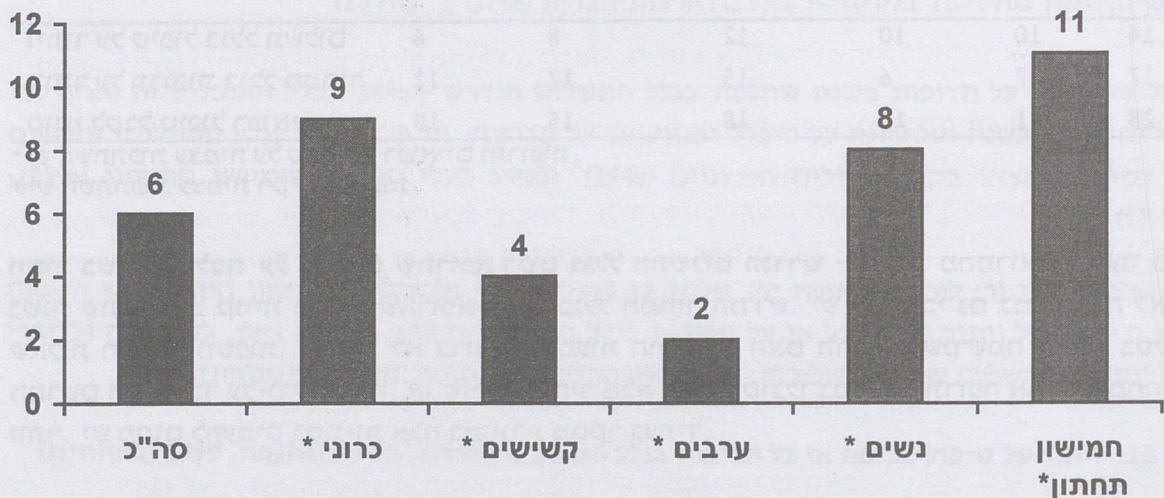
קיימים סוגים שונים של מחסומים לקבלת שירותי בריאות, בהם מחסומים כספיים, מחסומים קשורים בנהלים של נותני השירותים (ביורוקרטיה), מחסומים קשורים בהעדר מידע, מחסומי שפה או מחסומי מרחק גאוגרפי. בפרק זה נציג מספר מדדים למחסומים לקבלת שירות במערכת.

חשוב לציין כי סביר להניח שהמחסומים היו קיימים גם בעבר, אולם אין לנו מידע על כך; שכן נושא זה נבדק רק בסקר ב-1999. לכן, המידע שיוצג יוצר בסיס להשוואה ומצביע על סוגיות שיש לבדוק לאורך זמן וביתר העמקה. חלק מהשאלות העוסקות במחסומים נשאלו גם בסקרים שנערכו במדינות אחרות, ולפיכך נציג ממצאים השוואתיים.

3.3.1 ויתור על שירות או על תרופות בשנה האחרונה בגלל התשלום הנדרש

ויתור על שירות בגלל תשלום - במסגרת המחקר נשאלו המרואיינים האם ויתרו בשנה האחרונה על טיפול בקופה בגלל התשלום הנדרש ועל איזה טיפול ויתרו. שאלה זו התייחסה לכלל הטיפולים שלגביהם נדרש תשלום השתתפות עצמית. נמצא כי שיעור המוותרים על טיפול כלשהו בשנה האחרונה היה 6%. שני אחוזים ענו כי ויתרו על ביקור אצל רופא מקצועי בשנה שחלפה בגלל התשלום, 2% ויתרו על בדיקות וטיפולים, ו-2% ויתרו על שירותים אחרים (שירותי לילה ומיון, מעקב היריון, טיפול פרה-רפואי ושירותים שאינם בסל שניתנים על-ידי הקופה במסגרת הביטוח המשלים).

תרשים 10: ויתור על טיפול בקופה בשנה שחלפה, בגלל תשלום, 1999 (באחוזים)



$p < 0.01^*$

בבדיקה לפי מאפיינים עיקריים, לא נמצאו הבדלים לפי קופה, אך שיעור המוותרים היה גבוה יותר בקרב חולים כרוניים (9%) ובקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (11%). בקרב הערבים והקשישים היו השיעורים נמוכים יחסית (2% ו-4% בהתאמה). תרשים 11 מסכם הבדלים אלו. ממצאי הניתוח הרב-משתני מחזקים נתונים אלו. המשתנים בעלי השפעה עצמאית חיובית על ויתור על טיפול בקופה בגלל התשלום בשנה האחרונה הם: חולה כרוני, בעל הכנסה בחמישון התחתון ולהיות אישה. המשתנים בעלי השפעה שלילית על משתנה זה הם: גיל מבוגר מ-65, שפה ערבית ושפה רוסית (ר' לוח ה-4, נספח ה').

יש לציין ש במסגרת המחקר הנוכחי לא נשאלו שאלות הבהרה נוספות בנושא זה, ולכן לא ברורה משמעות הויתור: למשל, מה מידת הנחיצות של הטיפול שעליו ויתרו? האם האדם קיבל מענה בצורה אחרת?

בקרב מי שוותרו על טיפול בגלל תשלום, ענו הרוב (70%) שגובה תשלומי ההשתתפות העצמית אינו סביר (לעומת 39% בקרב מי שלא ויתרו). שיעור גבוה (14%) ממי שצינו כי ידעו על תקרה, דיווחו על ויתור על טיפול בגלל התשלום (לעומת 6% בקרב אלו שאינם יודעים על קיום תקרה). ייתכן שממצא זה מעיד

שהתקרה נתפסת כגבוהה ביחס ליכולת לשלם, מה עוד שהיא אינה כוללת תשלומים לשירותים, כמו רפואה דחופה, תרופות וכדומה.

שיעור המוותרים על טיפול רפואי כלשהו (6%) בגלל התשלום היה נמוך מהשיעורים במדינות אחרות שבהן נשאלה שאלה דומה: ¹³ 10% בבריטניה וקנדה, 8% באוסטרליה, 12% בניו-זילנד ו-14% בארצות-הברית (לוח 13).

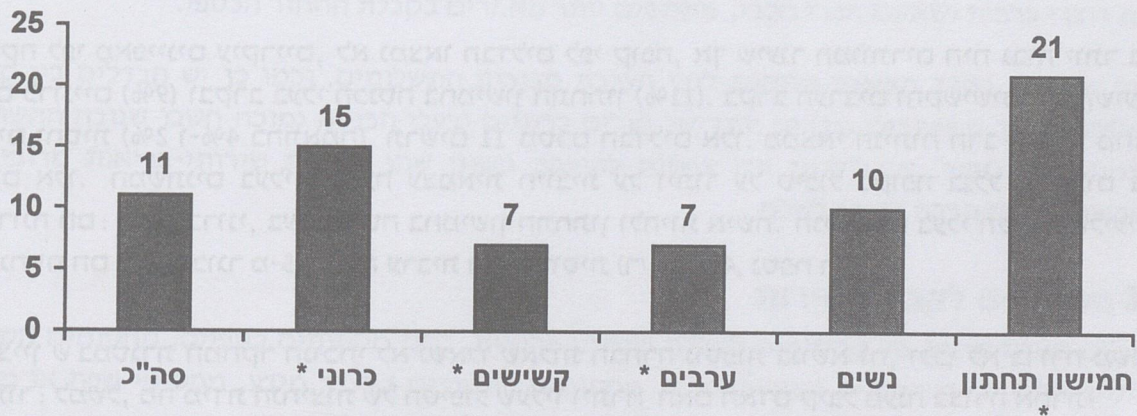
לוח 13: מדדי נגישות, ישראל בהשוואה למדינות אחרות (באחוזים מכלל האוכלוסייה)

ישראל *	אוסטרליה *	ניו-זילנד *	בריטניה *	קנדה #	ארה"ב *
6	8	12	10	10	14
11	12	15	6	7	17
18	15	18	15	21	28

*יש השתתפות עצמית על טיפולים רפואיים ותרופות;
#יש השתתפות עצמית רק על תרופות

ויתור בשנה שחלפה על תרופות שהרופא רשם בגלל התשלום הנדרש - 11% מהמרוויינים ענו כי ויתרו בשנה שחלפה על קניית תרופה שהרופא רשם, בגלל המחיר הנדרש. יש לציין כי גם במקרה זה לא נשאלו שאלות הבהרה נוספות, ולפיכך לא ברורה משמעות הויתור: האם התרופה שנרשמה כלולה בסל; האם המרשם היה מוכר על-ידי הקופה, או שניתן במחיר מלא; האם קיבלו במקומה תרופה אחרת שמחירה נמוך יותר. יש מקום להעמיק בסוגיות אלה במסגרת מחקר בעתיד.

תרשים 11: ויתור על תרופה שהרופא רשם בגלל התשלום הנדרש, בשנה שחלפה, 1999 (באחוזים)



* p<0.05

¹³ מקור הנתונים ההשוואתיים המוצגים כאן ובהמשך המסמך: Schoen et al., 1998. יש לציין כי באוסטרליה, בניו-זילנד ובארצות-הברית נהוגים תשלומי השתתפות עצמית על טיפולים רפואיים ותרופות. בבריטניה ובקנדה נהוגים תשלומי השתתפות רק על תרופות.

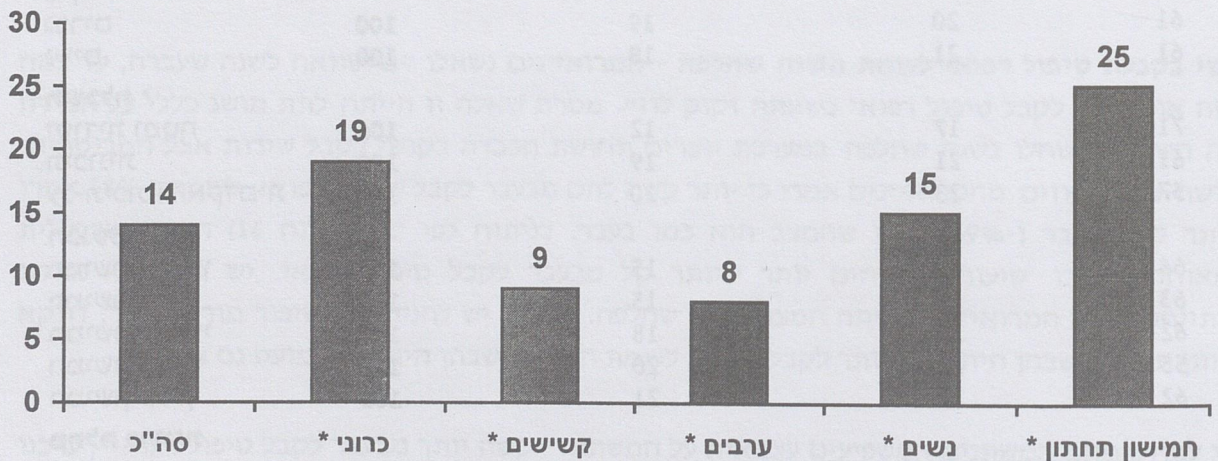
ניתוח של המשתנה " ויתור על תרופה שהרופא רשם בגלל תשלום" לפי מאפיינים עיקריים (תרשים 11) מעלה כי שיעור גבוה יותר של חולים כרוניים (15%) לעומת האחרים ויתרו על תרופה בגלל התשלום. כמו-כן, 21% בקרב החמישון התחתון ויתרו על תרופה בגלל התשלום הנדרש. לעומת זאת, שיעור נמוך יותר של קשישים וערבים (7%) דיווחו על ויתור כזה. ממצאי הניתוח הרב-משתני מחזקים נתונים אלו, המשתנים בעלי השפעה עצמאית חיובית על ויתור על תרופה שהרופא רשם בגלל תשלום בשנה האחרונה הם: מחלה כרונית ולהשתייך לחמישון התחתון. לעומת זאת, המשתנים בעלי השפעה עצמאית שלילית הם: גיל מבוגר מ-65, ושפה ערבית (ר' לוח ה-5, נספח ה').

שיעור המוותרים על תרופה בגלל התשלום דומה לשיעור באוסטרליה (12%), גבוה מאשר בבריטניה (6%) וקנדה (7%), ונמוך מהשיעור בניו-זילנד (15%) וארצות-הברית (17%) (ר' לוח ה-13).

ויתור על טיפול או על תרופות בשנה שחלפה בגלל התשלום הנדרש - 14% מכלל האוכלוסייה (אחד לכל שבעה איש) ויתרו בשנה האחרונה על טיפול רפואי, או על תרופות, או על שניהם בגלל התשלום. שיעורים גבוהים במיוחד נמצאו בקרב החולים הכרוניים (19%), ובקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (25%); (תרשים 12).

הניתוח הרב-משתני (ר' לוח ה-6, נספח ה') מלמד כי לחולה כרוני ולהכנסה בחמישון התחתון יש השפעה עצמאית חיובית על ויתור על טיפול או על תרופות בגלל התשלום הנדרש. לעומת זאת, לקשישים ולדוברי ערבית ורוסית יש השפעה עצמאית שלילית. לא נמצאו הבדלים לפי קופה, מין ואזור מגורים.

תרשים 12: ויתור על טיפול בקופה או על תרופות בגלל התשלום הנדרש, בשנה שחלפה, 1999 (באחוזים)



* p<0.05

3.3.2 קושי לקבל טיפול רפואי

מדד נוסף לבעיות הנגישות הוא תחושת הקושי של המבוטח בקבלת טיפול רפואי באופן כללי (מדד זה מתייחס למחסומים שונים, כגון קושי כספי, מרחק, שעות קבלה, ביורוקרטיה וכדומה). בתשובה לשאלה:

" באופן כללי עד כמה קשה או קל לך לקבל טיפול רפואי כשאתה זקוק לו?" ענו 18% ש"קשה במידת מה", "קשה מאוד" או "קשה ביותר" לקבל טיפול רפואי כשהם זקוקים לו.

בבדיקת ההבדלים לפי קופה (לוח 14) נמצא כי בשירותי בריאות כללית שיעורים גבוהים יותר של אנשים דיווחו על קושי בקבלת טיפול לעומת קופות-החולים האחרות (23% בכללית לעומת 11% במכבי, 14% במאוחדת ו-16% בלאומית).

כדי לאתר את הקבוצות באוכלוסייה, ששיעורים גבוהים מהם חשים יותר בקושי בקבלת טיפול רפואי, בדקנו את ההתפלגות של המשתנה "קושי בקבלת טיפול" לפי מאפייני רקע. לוח 14 מסכם ממצאים אלו.

לוח 14: "קושי בקבלת טיפול רפואי", לפי מאפייני רקע (באחוזים)

קושי בקבלת טיפול רפואי		קשה במידת מה, קשה מאוד		סה"כ	
לא קשה כלל	לא כל-כך קשה	או קשה ביותר	סה"כ		
61	21	18	100	סה"כ	
				100	קופה *
54	23	23	100		כללית
74	16	11	100		מכבי
66	18	14	100		מאוחדת
65	21	16	100		לאומית
					גיל *
56	23	18	100		44-22
66	16	18	100		64-45
57	22	21	100		65+
					מין
61	20	19	100		גברים
61	21	18	100		נשים
					השכלה *
71	17	12	100		יסודית ומטה
61	21	19	100		תיכונית
57	23	20	100		על-תיכונית/אקדמית
					הכנסה לנפש
66	19	15	100		חמישון תחתון
63	22	15	100		חמישון שני
62	21	18	100		חמישון שלישי
55	26	20	100		חמישון רביעי
62	17	21	100		חמישון עליון
					מחלה כרונית
62	21	17	100		אין
60	20	21	100		יש
					שפה *
59	20	21	100		עברית
83	11	6	100		ערבית
47	35	18	100		רוסית

* p<0.05

מהלוח עולה כי שיעורים גבוהים יחסית של קשישים, בעלי השכלה תיכונית ומעלה, חולים כרוניים ודוברי עברית ורוסית, לעומת האחרים, מדווחים על קושי בקבלת טיפול רפואי. ניתוח רב-משתני (לוח 15) מלמד כי למשתנים מכבי שירותי בריאות לעומת שירותי בריאות כללית, ודוברי ערבית לעומת האחרים, יש השפעה עצמאית שלילית על קושי בקבלת טיפול רפואי. לשאר המשתנים שנבדקו לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת.

לוח 15: "קושי בקבלת טיפול רפואי", ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

קושי בקבלת טיפול רפואי		
Odds Ratio	B	
1.13	0.12	גיל +65
0.88	-0.13	מין אישה
1.09	0.09	חולה כרוני
1.03	0.03	חמישון תחתון
0.69	-0.4	מבוטח בלאומית
0.30	*-1.2	מבוטח במכבי
0.64	-0.44	מבוטח במאוחדת
0.20	*-1.6	דובר ערבית
0.83	-0.2	דובר רוסית
0.63	-0.45	גר בירושלים
0.82	-0.20	גר במרכז

* p<0.05

שיעור המדווחים על קושי בקבלת טיפול רפואי (13%) דומה לשיעור באוסטרליה (12%), גבוה מאשר בבריטניה (6%) ובקנדה (7%), ונמוך מהשיעור בניו-זילנד (15%) ובארצות-הברית (17%); (לוח 13).

קושי בקבלת טיפול רפואי לעומת השנה שחלפה - המרואיינים נשאלו "בהשוואה לשנה שעברה, עד כמה קשה או קל לך לקבל טיפול רפואי כשאתה זקוק לו?". מטרת שאלה זו הייתה לתת מושג כללי על המידה שבה השינויים שחלו בשנה שחלפה במערכת יוצרים תחושת הכבדה בקושי לקבל שירות אצל המבוטחים. שלושה-עשר אחוזים מהמרואיינים אמרו כי יותר קשה להם מבעבר לקבל שירות רפואי, לעומתם 18% אמרו שיותר קל מבעבר ו-69% אמרו שהמצב הוא כמו בעבר. בניתוח לפי קופה (לוח 16) רואים שבכללית ובמאוחדת חשבו שיעורים גבוהים יותר שיותר קל מבעבר לקבל טיפול רפואי. יש לציין כי נקודת ההתייחסות של המרואיינים הייתה המצב בשנה שחלפה. לפיכך, יש להניח כי השיפור מורגש יותר, דווקא באותן הקופות שבהן היה קשה יותר לקבל טיפול, לעומת הקופות שבהן היה קושי מועט גם בעבר.

כדי לבדוק מהם המשתנים המשפיעים עצמאית על המשתנה "קשה יותר מבעבר לקבל טיפול רפואי", ערכנו ניתוח רב-משתני. מהניתוח עולה כי למחלה כרונית יש השפעה עצמאית חיובית על קושי לעומת שנה שעברה, ולמשתנים שפה ערבית ורוסית יש השפעה עצמאית שלילית.

לוח 16: "קושי בקבלת טיפול רפואי לעומת השנה שחלפה", לפי קופה (באחוזים)

קושי בקבלת טיפול רפואי לעומת השנה שחלפה

יותר קשה מבעבר	כמו בעבר	יותר קל מבעבר	
13	69	18	סה"כ קופה *
13	64	22	כללית
11	79	10	מכבי
12	68	20	מאוחדת
11	76	13	לאומית

* p<0.05

לוח 17: "קושי בקבלת טיפול רפואי לעומת השנה שחלפה", ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

לעומת השנה שחלפה, קשה יותר לקבל טיפול רפואי

Odds Ratio	B	
1.24	0.22	גיל +65
0.72	-0.32	מין אישה
1.56	*0.45	חולה כרוני
1.07	0.07	הכנסה לנפש
1.06	0.06	מבוטח בלאומית
0.82	-0.20	מבוטח במכבי
0.92	-0.09	מבוטח במאוחדת
0.09	*-2.34	דובר ערבית
0.40	*-0.92	דובר רוסית
0.86	-0.16	גר בירושלים
0.98	-0.02	גר במרכז

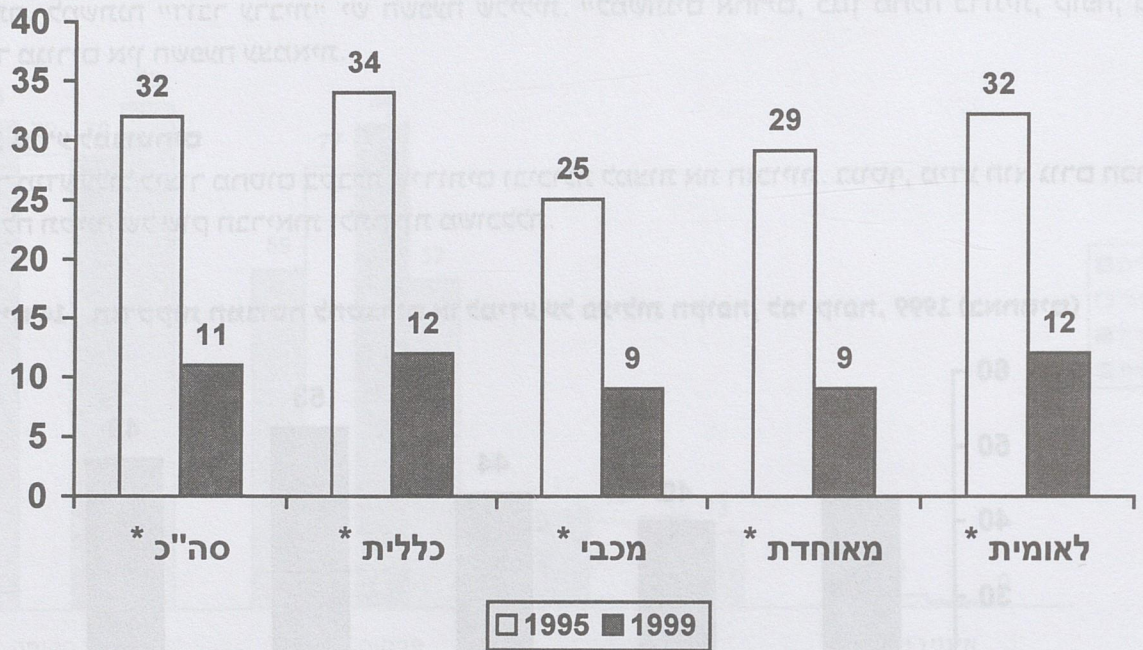
* p<0.05

3.3.3 בקשת הפניה או התחייבות מקופת-החולים ואי קבלתה

מדד זה קשור במחסום של ידע על נהלים וכן במחסום ביורוקרטי. אחד-עשר אחוזים מבין אלו שנוקקו להפניה או להתחייבות דיווחו כי בשנה האחרונה קרה להם שביקשו הפניה או התחייבות לטיפול מקופת-החולים ולא קיבלו. שאלה דומה נשאלה בסקר 1995, ואז נמצא כי 32% בקרב אלו שנוקקו להפניה או להתחייבות ביקשו ולא קיבלו. ייתכן כי ממצא זה קשור לרמת הציפיות הגבוהה שהייתה בקרב האוכלוסייה מיד עם החלת החוק ולבלבול שהיה קיים בנוגע לסלי השירותים של קופות-החולים מכבי, מאוחדת ולאומית, אותם החוק שינה. כיום, חמש שנים לאחר החלת החוק, כנראה ציבור המבוטחים מכיר יותר את הכללים הנהוגים בקופות-החולים ולכן אינו מבקש כאשר אינו זכאי.

מתרשים 13 עולה כי בכל הקופות חלה ירידה משמעותית בשיעור אלה שדיווחו כי נזקקו להפניה או להתחייבות ולא קיבלו. ב-1999 לא נמצאו הבדלים לפי קופה.

תרשים 13: בקשה להפניה או להתחייבות בשנה שחלפה שנענתה בשלילה, לפי קופה, בשנים 1995, 1997, 1999 (באחוזים)



*p1999-1995<0.001

לוח 18: בקשת הפניה או התחייבות בשנה שחלפה שנענתה בשלילה. ניתוח רב-משטני מסוג רגרסיה לוגיסטית

ביקש הפניה או התחייבות בשנה האחרונה ולא קיבל	
Odds Ratio	B
0.73	-0.32
2.06	* 0.73
1.06	0.06
1.80	* 0.60
1.05	0.06
0.67	-0.40
0.84	-0.16
0.09	* -2.33
0.44	-0.80
0.71	-0.34
0.95	-0.04

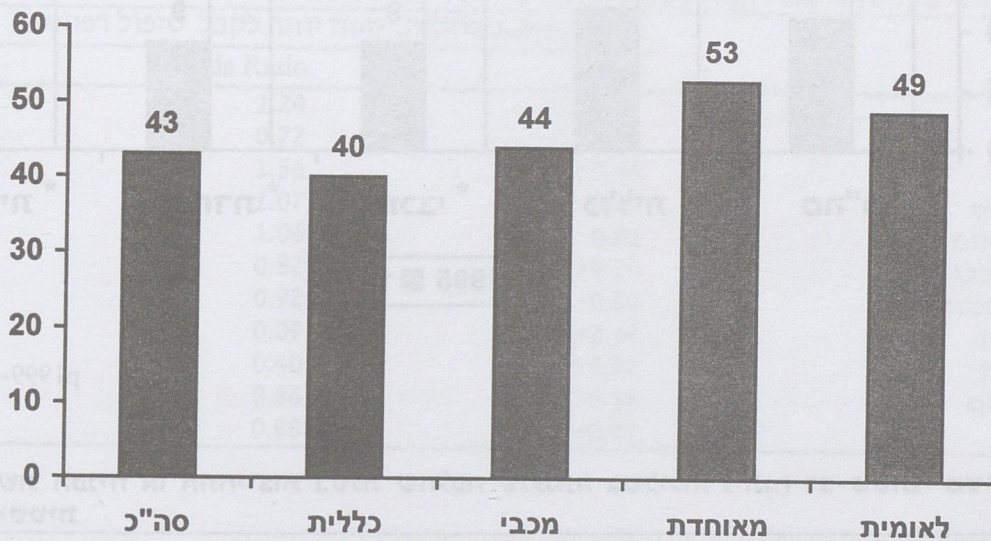
*p<0.05

מלוח 18 עולה כי בניתוח רב-משתני, כאשר מפקחים על משתני רקע, למשתנים בעל הכנסה בחמישון התחתון ולהיות אישה, יש השפעה עצמאית חיובית על בקשת הפניה או התחייבות בשנה האחרונה ואי קבלתה. למשתנה "דובר ערבית" יש השפעה שלילית. "למשתנים אחרים, כגון מחלה כרונית, קופה, גיל, ואזור מגורים אין השפעה עצמאית.

3.3.4 מידע למבוטחים

העדר מידע עלול ליצור מחסום בקבלת שירותים וביכולת למצות את הזכויות. בנוסף, מידע הוא גורם הכרחי לפעולה תקינה של שוק הבריאות ולתחרות משוכללת.

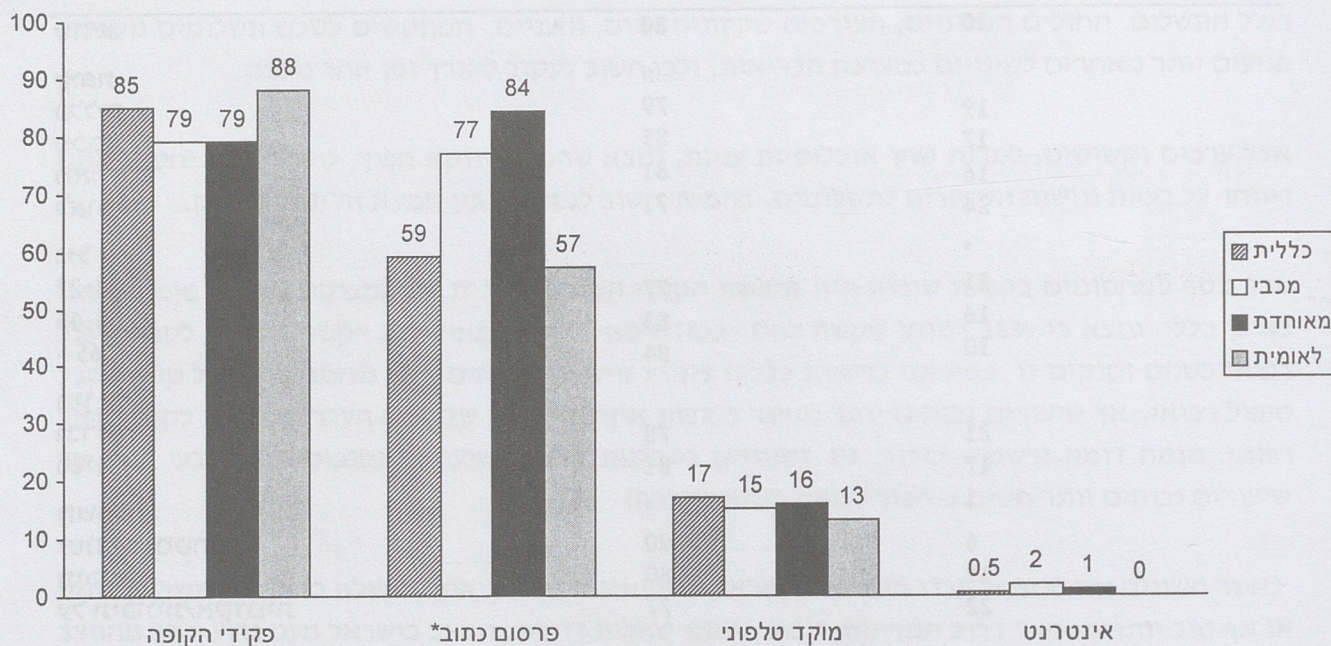
תרשים 14: הזדקקות המבוטח להסברים או למידע על פעילות הקופה, לפי קופה, 1999 (באחוזים)



המרואיינים נשאלו האם בשנה האחרונה נזקקו למידע או להסברים על שירותי הקופה (למשל שעות עבודה, רשימת רופאים, תשלומים, ביטוח משלים וכד'). ארבעים ושלושה אחוזים מהמרואיינים אמרו שזקקו למידע כזה. מבדיקת נושא ההזדקקות למידע, לפי קופה, עלה כי אין הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקופות (תרשים 14).

בדיקת המקום שאליו פונים המבוטחים לקבלת מידע מגלה כי בכל הקופות, רובם פונים למקורות השמרניים יותר: פקידים (83%) ועלונים וחברות מידע של הקופה (66%). שיעורים נמוכים יותר פונים למוקד טלפוני - לשיחת חינם (16%), ושיעורים מזעריים פונים לאינטרנט (1%). שיעור הנעזרים בפרסומי הקופות גבוה יותר בקרב מבוטחי מכבי (77%) ומאוחדת (84%), לעומת כללית (59%) ולאומית (57%). בתרשים 15 מובא הפירוט לפי קופה.

תרשים 15: פנייה לקבלת מידע לפי קופה, 1999 (באחוזים)



$p < 0.05$ *

מבין מי שנזקקו למידע או להסברים, ענו 80% שהמידע שקיבלו ענה על צורכיהם. שיעור גבוה בקרב בעלי השכלה יסודית ומטה (90%) ודוברי ערבית (93%) אמרו שהמידע ענה על צורכיהם (לוח 19). ייתכן כי צרכנים אלו מבקשים בדרך כלל מידע פשוט יחסית, או שיש להם ציפיות אחרות מהמערכת.

מלוח 19 עולה עוד כי בתשובה לשאלה על מידת הקושי בקבלת המידע, כ-20% ממי שנזקקו למידע אמרו שנתקלו בקושי לקבל מידע. שיעור גבוה במקצת נמצא בקרב בני 22-44 (21%), בקרב בעלי השכלה על-תיכונית ומעלה (22%), בקרב השייכים לחמישון הרביעי (26%) ובקרב דוברי עברית (26%).

לוח 19: שיעור המדווחים ש"המידע ענה על הצרכים" ועל "קושי בקבלת מידע", לפי מאפייני רקע (באחוזים)

קושי בקבלת מידע	המידע ענה על הצרכים	סה"כ
20	80	קופה כללית
	#	מכבי
19	79	מאוחדת לאומית
17	85	גיל 44-22
16	81	64-45
24	71	65+
*		מין גברים
21	77	נשים
16	83	השכלה יסודית ומטה
10	84	תיכונית
		על תיכונית/אקדמית
21	78	הכנסה לנפש חמישון תחתון
17	81	חמישון שני
*	*	חמישון שלישי
6	90	חמישון רביעי
19	80	חמישון עליון
22	77	מחלה כרונית אין
*		יש
19	78	שפה עברית
18	79	ערבית
8	88	רוסית
26	77	
19	79	

* p<0.01

p<0.06

3.3.5 סיכום

הממצאים הראו כי קיימים מחסומים כספיים לקבלת שירותי בריאות. נמצא כי 6% מהמבוססים ענו שוויתרו בשנה שחלפה על טיפול כלשהו בגלל התשלום, 11% דיווחו שוויתרו בשנה שחלפה על קניית תרופה שהרופא רשם בגלל המחיר הנדרש. בסך-הכול 14% מהמרואיינים דיווחו על מחסומים כספיים שבגללם ויתרו על קבלת טיפול או על רכישת תרופה, או על שניהם.

השיעורים גבוהים יותר בקרב החולים הכרוניים והעניים (בעלי הכנסה בחמישון התחתון). נראה כי בעיות נגישות, הקשורות לתשלומים בקרב קבוצות אלו, חמורות יותר מאשר בקרב כלל הציבור. אחד מכל ארבעה מבוטחים מהחמישון התחתון ואחד מכל חמישה חולים כרוניים ויתרו על תרופה או על טיפול בשנה שחלפה בגלל התשלום. החולים הכרוניים, הצורכים שירותים רבים, והעניים, המתקשים לשלם תשלומים נוספים, פגיעים יותר מאחרים לשינויים במערכת הבריאות, ולכן חשוב לעקוב לאורך זמן אחר מצבם.

אצל ערבים וקשישים, למרות שהן אוכלוסיות עניות, נמצא שהמצב דווקא הפוך, שיעור נמוך יחסית מהם דיווחו על בעיות נגישות הקשורות לתשלומים. בהמשך חשוב לנסות להבין ממצא זה יותר לעומק.

מדד נוסף למחסומים בקבלת שירות היה תחושת הקושי הסובייקטיבית של המבוטח בקבלת טיפול רפואי באופן כללי. נמצא כי 18% דיווחו שקשה להם "במידת מה", "קשה מאוד" או "קשה ביותר" לקבל טיפול רפואי כשהם זקוקים לו. בשירותי בריאות כללית דיווחו שיעורים גבוהים יותר מהמבוטחים על קושי לקבל טיפול רפואי, אך שיעורים גבוהים יותר מאשר בקופות אחרות דיווחו שלעומת העבר קל יותר לקבל טיפול רפואי. מגמה דומה נרשמה, כזכור, גם בשינויים בשביעות הרצון (שיעורים נמוכים יותר שבעי רצון אך שיעורים גבוהים יותר חשים בשיפור לעומת השנה שעברה).

כאשר משווים את ממצאי מדדי הנגישות בישראל לממצאים ממדינות אחרות עולה כי המצב בישראל דומה או אף טוב יותר מהמצב ברוב המדינות, שבהן נשאלו שאלות דומות. המצב בישראל מעט גרוע יותר מהמצב בבריטניה, כאשר שיעורים גבוהים יותר של מבוטחים מישראל דיווחו על ויתור על תרופות בגלל המחיר ועל קושי לקבל טיפול רפואי לעומת מבוטחים מבריטניה. שיעורים גבוהים יותר של ישראלים, לעומת הקנדים, דיווחו על ויתור על קניית תרופות בגלל המחיר. בבריטניה ובקנדה נהוגים תשלומי השתתפות עצמית על תרופות, אך לא על שירותים אחרים.

בנוגע למידע, ממצאי המחקר מלמדים כי רוב המבוטחים (80%) מקבלים מהקופה מידע העונה על צורכיהם בנושאים מגוונים, כגון שעות העבודה, רשימת הרופאים, התשלומים, ביטוח משלים. אולם, חמישית מהמבוטחים הפונים לקבל מידע דיווחו כי קיבלו מידע חלקי או מידע לא ברור, או שלא הצליחו לקבל כל מידע. האוכלוסיות המדווחות על אי מענה על צרכים ועל קושי בקבלת מידע הן דווקא האוכלוסיות החזקות יותר. ייתכן כי ממצא זה מלמד על צורכי מידע שונים, או על ציפיות שונות לגבי טיב המידע.

3.4 הערכת תפקוד מערכת הבריאות

המרואיינים נשאלו שאלה כללית על תפקוד מערכת הבריאות (שכללה התייחסות למגוון תחומים: שירותי אשפוז, טיפול ממושך, רפואת שיניים וכד'), ולא רק לשירותי קופות-החולים. שאלה דומה נשאלה בסקרים הנערכים במדינות אחרות (Schoen et al., 1998) ולפיכך נציג להלן ממצאים השוואתיים.

המרואיינים התבקשו לבחור מבין שלושה משפטים במשפט אחד, המתאר בצורה המדויקת ביותר את דעתם על מערכת הבריאות בישראל: א. "בסך-הכול המערכת פועלת די טוב ונדרשים רק שינויים קלים כדי לשפר

אותה", ב. "יש כמה דברים טובים במערכת הבריאות שלנו, אבל דרוש שינוי יסודי כדי לשפר אותה. ג. "מערכת הבריאות שלנו כל-כך בעייתית, שצריך לבנות אותה לגמרי מחדש".

ארבעים וארבעה אחוזים אמרו ש"בסך-הכול המערכת פועלת די טוב ונדרשים רק שינויים קלים כדי לשפר אותה". נתון זה גבוה בהשוואה לבריטניה (25%), קנדה (20%), וארצות-הברית (17%).

לוח 20: הערכת תפקוד מערכת הבריאות, ישראל בהשוואה למדינות אחרות (באחוזים מכלל האוכלוסייה)

	ישראל	בריטניה	קנדה	ארה"ב
פועלת טוב, דרושים רק שינויים קלים כדי לשפר אותה	44	25	20	17
יש כמה דברים טובים, אך נדרש שינוי יסודי כדי לשפר אותה	43	58	56	46
מערכת הבריאות בעייתית, צריך לבנות אותה לגמרי מחדש	13	14	23	33

בישראל, 43% ענו ש"יש כמה דברים טובים במערכת הבריאות שלנו, אך נדרש שינוי יסודי כדי לשפר אותה", ו-13% ענו ש"מערכת הבריאות שלנו כל-כך בעייתית שצריך לבנות אותה לגמרי מחדש". שיעורים אלה נמוכים בהשוואה למדינות אחרות. בבריטניה ענו 58% שדרוש שינוי יסודי ו-14% אמרו שיש לבנות לגמרי מחדש, בקנדה ענו כך 56% ו-23% בהתאמה, ובארצות-הברית 46% ענו שיש צורך בשינוי יסודי ועוד 33% אמרו שיש צורך לבנות את המערכת לגמרי מחדש.

בלוח 22 מוצגת ההערכה של תפקוד מערכת הבריאות, לפי מאפיינים עיקריים. נראה, כי לעומת מבוטחי קופות החולים האחרות, שיעור גבוה יותר של מבוטחי מכבי (50%), בעלי השכלה על-תיכונית ומעלה (53%), בעלי הכנסה גבוהה מחמישון רביעי (52%), אלו שיש להם מחלה כרונית (49%), גרים באזור המרכז (48%), ודוברי עברית ורוסית (49%) חושבים כי יש כמה דברים טובים במערכת, אבל נדרש שינוי יסודי כדי לשפר אותה.

לוח 21: הערכת תפקוד מערכת הבריאות, לפי מאפייני רקע (באחוזים)

צריך לבנות לגמרי מחדש	דרוש שינוי יסודי	פועלת טוב, דרוש שינוי קל	סה"כ
13	43	44	קופה *
12	42	46	כללית
13	50	37	מכבי
15	41	45	מאוחדת
14	33	53	לאומית
			גיל
12	44	44	44-22
15	43	42	64-45
12	40	48	65+
			מין
15	41	44	גברים
11	45	44	נשים
			השכלה *
10	23	67	יסודית ומטה
14	39	47	תיכונית
13	53	34	על-תיכונית/אקדמית
			הכנסה לנפש *
13	29	58	חמישון תחתון
11	37	52	חמישון שני
9	46	45	שלישי
12	52	36	רביעי
18	53	29	חמישון עליון
			מחלה כרונית *
13	40	47	אין
13	49	38	יש
			אזור *
10	33	57	חיפה והצפון
14	48	38	תל אביב ירושלים והמרכז
13	44	43	באר שבע והדרום
			שפה *
16	49	35	עברית
3	9	88	ערבית
7	49	44	רוסית

* p<0.01

בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה קטגוריאלי, על המשתנה הקטגוריאלי "הערכת תפקוד מערכת הבריאות", נמצא כי צעירים, בעלי מחלה כרונית, בעלי השכלה גבוהה, דוברי עברית וגרים במרכז נוטים יותר להעריך באופן שלילי יותר את תפקוד מערכת הבריאות. לעומת זאת, למשתנים מין וקופה אין השפעה עצמאית.

לוח 22: הערכת תפקוד מערכת הבריאות: ¹ ניתוח רב- משתני מסוג רגרסיה קטגוריאלי

הערכת תפקוד מערכת הבריאות

(Std) F-Test	B	
6.4 (0.025)	-0.06	גיל *
0.16 (0.023)	-0.009	מין אישה
4.7 (0.024)	0.05	חולה כרוני *
29.3 (0.024)	0.13	השכלה גבוהה *
0.13 (0.023)	0.008	מבוטח בלאומית
0.40 (0.024)	-0.02	מבוטח במכבי
1.8 (0.024)	-0.03	מבוטח במאוחדת
209.5 (0.025)	-0.36	דובר ערבית *
15.8 (0.024)	-0.09	דובר רוסית *
0.28 (0.025)	-0.01	גר בירושלים
4.1 (0.025)	0.05	גר במרכז *

¹ הערכת תפקוד מערכת הבריאות היא משתנה קטגוריאלי שהקטגוריות שלו נעות מ: 1-המערכת פועלת די טוב נדרשים שינויים קלים; 2- יש כמה דברים טובים, נדרש שינוי יסודי; 3-המערכת כל-כך בעייתית צריך לבנות אותה לגמרי מחדש.
* $p < 0.05$

3.4.1 סיכום

מההשוואה עם מדינות אחרות עולה כי בישראל, לעומת מדינות אחרות, שיעורים גבוהים יחסית חשבו שמערכת הבריאות פועלת היטב, ודרושים שינויים קלים כדי לשפר אותה. אולם נראה כי בקרב הציבור הישראלי הדעות חלוקות: 44% חושבים שדרושים שינויים קלים, לעומת 43% אחרים, החושבים שיש כמה דברים טובים במערכת, אך דרוש שינוי יסודי כדי לשפר אותה. שיעור נמוך יחסית (13%) חושבים שצריך לבנות את המערכת לגמרי מחדש. שיעור גבוה יחסית של מי שחושבים שנדרש שינוי יסודי כדי לשפר אותה נמצא בקרב השכבות החזקות יותר באוכלוסייה (גיל צעיר, השכלה גבוהה, דוברי עברית וגרים במרכז). כמו-כן, חולים כרוניים, יותר מאחרים, חושבים שיש צורך בשינוי יסודי במערכת.

4. מידת השוויוניות בין אוכלוסיות בשביעות רצון ובנגישות השירותים

אחת המטרות המוצהרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה להגביר את השוויון בין האוכלוסיות בקבלת שירותי בריאות, ובעקבות כך ברמת הבריאות. לצורך כך נקבע כיסוי אוניברסלי לכלל התושבים, סל שירותים אחיד בכל הקופות, ניתוק הקשר בין קבלת שירותים ותשלום, מס בריאות פרוגרסיבי יותר מבעבר, חיוב קופות-החולים לקבל כל פונה, איסור תחרות על מחיר הפרמיה והקצאת כספים בין הקופות לפי נוסחת קפיטציה המתחשבת בצורכי הבריאות ולא ביכולת הכלכלית של המבוטחים.

בחינת הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי מלמדת כי חלקן הגדול מקדמות את השוויוניות האנכית (הסרת מכשולים של הכנסה או של יכולת תשלום לצורך קבלת שירותים, ועזרה הדדית במימון המערכת). הקצאת משאבים לפי נוסחת קפיטציה מקדמת את השוויוניות האופקית, מאחר שהיא מאפשרת מתן טיפול שווה לבעלי צורכי בריאות שווים לפי קריטריון של גיל.

עם זאת, בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתיקונים לחוק במסגרת חוקי ההסדרים יש גם סעיפים העשויים לסכן את השוויוניות האנכית, בפרט מתן אפשרות לקופות-החולים לשווק ביטוחים משלימים, וכן הטלת אגרות השתתפות עצמית על ביקור אצל רופא מקצועי, מרפאות חוץ ומכוונים. כמו-כן, בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אין הוראות המבטיחות שוויון אופקי לפי קריטריונים נוספים לגיל, למשל, מצב בריאות, אזור גאוגרפי או צרכים מיוחדים של קבוצות תרבותיות שונות בחברה הישראלית. ואכן, מחקרים שונים מלמדים כי קיים אי שוויון אופקי בין קבוצות אתניות (פרפל ויובל, 1999; ניראל ואחרים, 1998; Adler & Lotan, 1998; Shvarts et al., 1998), אזוריים גאוגרפיים (שירום וצירניחובסקי, 1977; ניראל ואחרים, 2000), וכן חולים כרוניים לעומת בריאים (רובין, 1998).

לאור זאת, בחנו במסגרת המחקר את מצבן של ארבע קבוצות אוכלוסייה פגיעות: חולים כרוניים, בעלי הכנסה נמוכה, דוברי ערבית ועולים שבאו מברית-המועצות לשעבר מאז 1989.

הניתוח נעשה בשני היבטים: ההיבט הראשון מתייחס לפער הקיים ב-1999 בין המשתייכים לקבוצה הפגיעה לעומת האחרים, בתחומים של שביעות רצון, נגישות שירותים, תשלומים ונטל כלכלי (ר' נספח ט'). ההיבט השני התייחס לשינוי במצב היחסי של תת-האוכלוסייה לאורך זמן. לצורך כך, במספר מדדים, שלגביהם יש לנו נתונים לאורך זמן השוויון בין הפערים כיום לעומת הפערים שהיו בעבר, על-מנת לראות באיזו מידה הפערים הצטמצמו או התרחבו (ר' נספח י'). יש לציין כי בכמה מדדים חשובים אין בידינו נתונים מלפני 1999, בהם: ויתור על תרופה או על שירות בגלל התשלום, ידע על תשלומי השתתפות עצמית והערכת סבירותם וקושי בקבלת שירות.

4.1 חולים כרוניים

חולים כרוניים זקוקים לטיפול ממושך הכרוך בפרוצדורות רפואיות ובקבלת תרופות, שעלותן בדרך כלל גבוהה. נוסחת ההקצאה הקיימת כיום לא מתייחסת למחלה כרונית של מבוטחים (להוציא מתן תגמול מיוחד ונפרד בעבור חולי דיאליזה, המופיליה, גושה, תלסמיה ואיידס). לפי החוק החולים הכרוניים גם

זכאים להנחות בתשלומי השתתפות עצמית. לפיכך, יש חשש שלקופות-החולים אין תמריץ לשפר את איכות השירותים לחולים הכרוניים, לפתח שירותים העונים על צורכיהם המיוחדים, או למשוך אותם לחברות בקופה. בנוסף, במסגרת חוקי ההסדרים נכללות הוראות לגבי הרחבת היקף ההשתתפות העצמית, שעשויות להכביד על החולים הכרוניים הצורכים שירותים רבים.

ניתוח נתוני סקר 1999 מלמד כי במספר תחומים שנבדקו, לחולים כרוניים יש יותר קשיים במערכת הבריאות, בהשוואה למבוטחים בריאים (נספח ט'). עיקר ההבדל מתמקד בנושאים הקשורים לתשלומים ולנטל הכלכלי: תפיסת גובה תשלומי ההשתתפות העצמית כסביר (33% בקרב החולים הכרוניים לעומת 45% בקרב הבריאים), ויתור על טיפול בגלל התשלום הנדרש (9% לעומת 5%), ויתור על תרופות בגלל התשלום (15% לעומת 9%). שיעור גבוה יותר של חולים הכרוניים לעומת הבריאים ציינו שהתשלומים לבריאות מכבידים עליה במידה רבה (33% לעומת 26%), ושיעור נמוך יותר אמרו שיש להם ביטוח משלים (46% לעומת 54%).

הבדל נמצא גם בדיווח על קושי כללי לקבל טיפול רפואי (21% בקרב החולים הכרוניים לעומת 17% בקרב הבריאים), על המתנה לתור לרופא מקצועי (44% מחולים הכרוניים התקבלו תוך שבוע לעומת 54% מהבריאים), ועל נגישות שירותי הפיזיותרפיה: שיעור גבוה יותר מהחולים הכרוניים שנזקקו לטיפול פיזיותרפיה דיווחו שלא קיבלו אותו (20% בקרב החולים לעומת 12% בקרב הבריאים). מתוך אלו שקיבלו טיפול פיזיותרפיה, שיעור גבוה יותר של חולים כרוניים (לעומת הבריאים) המתינו מעל חודש לטיפול פיזיותרפיה (21% לעומת 13%).

עוד עולה מהנתונים כי מרואיינים שהם חולים כרוניים מרוצים יותר מהבריאים, במספר מדדים: שיעור גבוה יותר ציינו כי הם מרוצים מאוד מרמתו המקצועית של רופא המשפחה (40% מהחולים הכרוניים לעומת 31% מהבריאים), מיחסו של רופא המשפחה (53% מהחולים הכרוניים לעומת 47% מהבריאים), מרמתם המקצועית של רופאים מקצועיים (33% מהחולים הכרוניים לעומת 28% מהבריאים), מיחס הפקידים (28% לעומת 22%), ממבחר התרופות (18% לעומת 11%), משירותי המעבדה (24% לעומת 18%), ומקופת-החולים באופן כללי (29% מהחולים הכרוניים לעומת 25% מהבריאים). שיעור גבוה יותר של חולים כרוניים (לעומת הבריאים) דיווחו ששעות העבודה של רופאים מומחים נוחות/נוחות מאוד (72% לעומת 63%); וששעות העבודה במעבדה נוחות/נוחות מאוד (72% לעומת 64%). כמו-כן נמצא כי שיעורים גבוהים יותר ביצעו בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה (76% לעומת 40%).

ניתוח המגמות לאורך זמן (לוח י1, נספח י') מלמד כי בין השנים 1995 ל-1997 חל שיפור במצבם היחסי של החולים הכרוניים (נסגר הפער לעומת הבריאים) במדד של משך המתנה לרופא מקצועי. לעומת זאת, ירדה רמת שביעות הרצון ממבחר התרופות ונוצר פער בין החולים הכרוניים לבריאים במדד זה; כך שב-1997 שיעור המבוטחים שענו שהם "מרוצים מאוד" ממבחר התרופות בקרב החולים הכרוניים היה נמוך יותר מאשר בקרב הבריאים, וב-1995 המצב היה הפוך.

מהמחקר עלה כי בשנת 1999, לעומת שנת 1997, חל שיפור במצבם היחסי של החולים הכרוניים במדדים של שביעות רצון מרמתו המקצועית של רופא משפחה, מיחס רופא המשפחה, מרמתם המקצועית של הרופאים המקצועיים, מיחס הפקידים, ממבחר התרופות, משירותי המעבדה ומניקיון מתקני הקופה וטיפולם. בכל התחומים האלה שיעור המבוטחים שענו שהם "מרוצים מאוד" בקרב החולים הכרוניים עלה יותר מהשיעור בקרב הבריאים. ב-1997 לא היה הבדל בין רמת שביעות הרצון של החולים הכרוניים ובין רמת שביעות הרצון של הבריאים בנושאים אלה, ב-1999 החולים הכרוניים מרוצים יותר מאשר הבריאים.

השוואה בין שיעורי השינוי ביחס בין חולים כרוניים לבריאים בין שתי התקופות מלמדת כי במדד שביעות הרצון מרמתו המקצועית של רופא המשפחה וממבחר התרופות, השיפור בין 1997 ל-1999 רב מהשיפור שחל בין שנת 1995 ל-1997. לעומת זאת, במדד משך זמן ההמתנה לרופא מקצועי חלה הרעה בתקופה 1997-1999, לעומת התקופה 1995-1997: לעומת שיפור במצבם היחסי של החולים הכרוניים בתקופה הראשונה וסגירת הפער לעומת הבריאים, חלה הרעה בתקופה השנייה והפער ביניהם גדל. במדד של נוחיות שעות העבודה של המעבדה, בתקופה הראשונה שופר מצבם היחסי של החולים הכרוניים ובתקופה השנייה שוב הורע מצבם היחסי.

4.2 מעוטי הכנסה

מחקרים רבים מלמדים כי מצב בריאותם של מעוטי הכנסה גרוע יותר ממצב בריאותם של האחרים. הבדלים אלה מוסברים רק בחלקם על-ידי מאפייני שירותי הבריאות. משקל רב ניתן לגורמים סביבתיים והתנהגותיים (הרגלי בריאות), המאפיינים אוכלוסייה זו (צ'רניחובסקי ושירום 1997; Gwatkin, 2000; Marchand, 1998; Collins, 1999; Marmot et al., 1984; Marmot, 1998). בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותגמול קופות-החולים לפי נוסחת קפיטציה, נוצר תמריץ לקופות-החולים למשוך בעלי הכנסה נמוכה. עם זאת, במסגרת חוקי ההסדרים נכללות הוראות לגבי השתתפות עצמית וביטוחים משלימים שעשויות להקשות על אוכלוסייה זו בקבלת שירות, ולהעמיק את אי השוויון.

השוואה בין המשתייכים לחמישון ההכנסה התחתון לעומת אחרים ב-1999 (נספח ט') מלמדת כי בנושאים הקשורים לתשלומים יש לחמישון ההכנסה התחתון קשיים רבים יותר מאשר לבעלי ההכנסה הגבוהה יותר: שיעור מרוואיינים נמוך יותר ציינו כי תשלומי ההשתתפות העצמית "סבירים" (35% לעומת 42%), שיעור נמוך יותר ציינו כי הם יודעים על תקרה להשתתפות עצמית (16% לעומת 21%), ושיעור גבוה יותר ויתרו בגלל תשלום על טיפול (11% לעומת 5%) ועל תרופות (21% לעומת 9%), וציינו כי התשלומים לבריאות מכבידים עליהם "במידה רבה או בינונית" (66% לעומת 56%). בנוסף לכך, שיעורים נמוכים יותר ציינו כי יש להם ביטוח משלים (31% לעומת 55%).

נמצאו הבדלים גם בתחומים הקשורים לנגישות. בקרב החמישון התחתון שיעור נמוך יותר לעומת בעלי הכנסה גבוהה יותר, מרוצים מאוד ממבחר התרופות (11% לעומת 14%), מקלות קבלת התרופות (10% לעומת 19%) ומשירותי המעבדה (16% לעומת 20%). כמו-כן, שיעורים נמוכים יותר של נשים בנות +50 ביצעו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות (41% לעומת 61%).

ניתוח המגמות לאורך זמן (נספח י', לוח י' 2) מלמד כי בין השנים 1995 ל-1997 חלה עלייה ברמת שביעות הרצון היחסית בחמישון התחתון לעומת האחרים, מרמתו המקצועית של הרופא המקצועי, מיחס הפקידים וממבחר התרופות. הפער במדדים אלה בינם לבין קבוצות אחרות צומצם, וב-1997 רמת שביעות הרצון בחמישון התחתון הייתה גבוהה יותר מזו של האחרים. גם הפערים במדדי הפנייה לרופא פרטי והכבדת תשלומי המשפחה לבריאות קטנו. כמו כן, הפער בין החמישון התחתון לאחרים נסגר במדד של ביצוע בדיקת לחץ דם בחצי השנה האחרונה, וב-1997 שיעור המבצעים בקבוצה זו היה גבוה מאשר בקרב האחרים. עם זאת, גדל הפער בין החמישון התחתון לאחרים במדד מצב בריאות לא טוב או גרוע.

המגמה בשנים 1997-1999 שונה. בתקופה זו חלה ירידה ברמת שביעות הרצון היחסית של החמישון התחתון מרמתם המקצועית של רופאים מקצועיים ומיחס הפקידים ונוצר פער לרעתם. גם השיעור היחסי של פונים לרופא פרטי עלה. השיעור היחסי שדיווחו שביצעו בדיקת לחץ-דם ירד, והיתרון שהיה להם הצטמצם. לעומת זאת, ירד השיעור היחסי של מדווחים על מצב בריאות לא טוב או גרוע, והפער בין החמישון התחתון לאחרים במדד זה הצטמצם.

השוואה בין שיעור השינוי ביחס שבין החמישון התחתון לחמישונים האחרים בין שתי התקופות מלמדת כי במדדים של שביעות הרצון מרמתם המקצועית של רופאים מקצועיים; של שביעות הרצון מיחס הפקידים, של שביעות הרצון ממבחר התרופות ושל הוצאות לרופא פרטי וביצוע בדיקות לחץ-דם חלה הרעה במצב היחסי של המשתתפים לחמישון התחתון לעומת האחרים. במדדים אלה הסתמנה בתקופה הראשונה מגמת שיפור, אך בתקופה השנייה השיפור לא נמשך, או אף חלה הרעה. לעומת זאת, במדד של הערכת מצב בריאות ניכר שיפור בתקופה 1997-1999, לעומת התקופה 1995-1997.

4.3 עולים מברית-המועצות לשעבר מאז 1989

מאז 1989 ועד 1999 הגיעו לישראל כמיליון עולים חדשים מברית-המועצות לשעבר. קבוצת אוכלוסייה זו מתמודדת עם קשיים הכרוכים בתהליך הגירה והסתגלות לסביבה חדשה. ההגירה היא אירוע דוחק (stressor), והוא יכול להיות מלווה במשבר ובירידה במצב בריאות פיזית ונפשית (Berry & Kim, 1987; לרר, 1993; ניראל ואחרים, 1998). מהגרים צפויים להיתקל במחסומים הקשורים בשפה השונה, התרבות השונה, וכן במחסום כלכלי, שכן הם נוטים לעבוד במשרות בעלות שכר נמוך (Kramer, 1999). בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אין תמריצים הקשורים ישירות לעולים, אולם חשוב לזכור כי מצב בריאותם של העולים כקבוצה גרוע יחסית, ויכולתם הכלכלית מוגבלת יותר (ניראל ואחרים, 1998). עם זאת, חלק ניכר מהם נמצאים בישראל כבר כעשור, וסביר היה להניח כי הזמן יתרום להסתגלותם וכי המחסומים, שבהם נתקלו בוודאי בשנים הראשונות לבואם, יפחתו.

מהשוואה בין העולים מברית-המועצות לשעבר לוותיקים (נספח ט'), עולה כי שיעור נמוך יותר בקרב העולים דיווחו על שביעות רצון רבה מאוד מנגישות השירותים: מבחר תרופות (9% מרוצים מאוד בקרב העולים, לעומת 17% בקרב הוותיקים), קלות קבלת תרופות (8% בקרב העולים לעומת 23% בקרב הוותיקים), קלות קבלת הפניות או התחייבויות (12% בקרב העולים לעומת 27% בקרב הוותיקים), שירותי המעבדה (17%

בקרב העולים לעומת 25% בקרב הוותיקים). שיעור נמוך יותר היו מרוצים מאוד מיחס הפקידים (13% מרוצים מאוד בקרב העולים לעומת 27% בקרב הוותיקים).

שיעור נמוך יותר גם דיווחו על שביעות רצון גבוהה מאוד מרמתו המקצועית של רופא המשפחה (21% בקרב העולים לעומת 39% בקרב הוותיקים), מיחסו של רופא המשפחה (34% לעומת 54%), מיחסן של האחיות (22% לעומת 37%), מרמתם המקצועית של הרופאים המקצועיים (23% בקרב העולים לעומת 33% בקרב הוותיקים). כמו-כן, שיעורים נמוכים יותר בקרב העולים לעומת הוותיקים דיווחו שהם מרוצים מאוד מרמת הניקיון והטיפול של מתקני הקופה (27% לעומת 46%) ומקופת-החולים שלהם באופן כללי (15% לעומת 33%).

בדומה, נמצא כי עולים מברית-המועצות לשעבר דיווחו יותר מן הוותיקים על בעיות נגישות במספר תחומים: שעות עבודה של רופא משפחה (11% ענו ששעות העבודה נוחות מאוד, לעומת 20% מקרב הוותיקים), שעות העבודה של עובדי המשרד (5% ענו שהשעות נוחות מאוד לעומת 17% בקרב הוותיקים) ושעות העבודה של המעבדה (3% ענו שהשעות נוחות מאוד לעומת 13% בקרב הוותיקים). בנוסף, שיעור נמוך יחסית של עולות מברית-המועצות לשעבר בנות +50 דיווחו שנבדקו בממוגרפיה בשנתיים האחרונות, לעומת הוותיקות (48% לעומת 64%).

לעומת זאת, יחסית לוותיקים, שיעור העולים שדיווחו על בעיות בתשלומים, נמוך יותר: שמונה אחוזים ציינו שהתשלומים לבריאות מכבידים עליהם "במידה רבה", לעומת 36% בקרב הוותיקים. לעומת 9% בקרב הוותיקים דיווחו 2% בקרב העולים שוויתרו על טיפול רפואי בגלל תשלום; לעומת 12% בקרב הוותיקים דיווחו 7% בקרב העולים שוויתרו על תרופה, בגלל התשלום הנדרש. ארבעים ושבעה אחוזים מהעולים, לעומת 37% מהוותיקים, ציינו שלדעתם גובה תשלומי ההשתתפות העצמית סביר. שיעור גבוה יותר של עולים דיווחו על ביצוע בדיקת לחץ-הדם בחצי השנה האחרונה, בהשוואה לוותיקים (55% לעומת 41%).

ניתוח המגמות לאורך זמן (לוח י3, נספח יי) מלמד כי בין השנים 1995 ל-1997 חלה הרעה במצבם היחסי של העולים, והפער בינם לבין הוותיקים גדל, במדדים של שביעות רצון מיחס רופא המשפחה, שביעות רצון מקלות קבלת הפניות והתחייבויות, בעלות על ביטוח משלים והערכת מצב הבריאות. לעומת זאת, חל שיפור במצבם היחסי במדד של דיווח על הכבדה של תשלומי המשפחה לבריאות (הפער בין עולים לוותיקים גדל לטובתם). כמו-כן חל שיפור במצבם היחסי במדד שיפור בשירותי הקופה לעומת השנה שעברה.

בשנים 1997-1999 ניכר שיפור במצבם היחסי של העולים, והפער בינם לוותיקים קטן במדדים הבאים: שביעות רצון מרמתו המקצועית של רופא המשפחה, מיחסו של רופא המשפחה, מרמתם המקצועית של הרופאים המקצועיים, מיחס הפקידים ומשירותי המעבדה. כמו-כן חל שיפור במצבם היחסי במשך ההמתנה במרפאת רופא המשפחה.

השוואה בין שיעור השינוי במדדים השונים בין שתי התקופות מלמדת כי שיעור השיפור היחסי בתקופה השנייה היה גבוה יותר לעומת התקופה הראשונה בשלושה מדדים: שביעות רצון מיחס רופא המשפחה, שביעות רצון מקלות קבלת הפניות והתחייבויות, והערכת מצב הבריאות הכללי.

4.4 ערבים

לעומת האוכלוסייה היהודית, מתאפיינת האוכלוסייה הערבית בישראל ברמת רווחה נמוכה יותר, רמת השכלה והכנסה נמוכים יותר, ומגורים בקהילות כפריות, המרוכזות בעיקר בצפון ובדרום הארץ. מאפיין נוסף הוא בידוד גאוגרפי ובידוד חברתי (פרפל ואחרים, 1997). ייתכן גם כי השוני בתרבותן של שתי האוכלוסיות עשוי להשפיע על תפיסת עולם, על העדפות ועל ציפיות שונות ממערכת השירותים.

ככלל, מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית גרוע מזה של האוכלוסייה היהודית. ב-1996 הייתה תוחלת החיים בלידה נמוכה ב-2.1 שנים לגבר ו-2.6 שנים לאישה לעומת המצב בקרב היהודים. שיעור תמותת התינוקות היה 9.7 ל-1,000 לידות-חי בקרב ערבים, לעומת 4.9 בקרב יהודים (משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 1997).

עד להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995, לשיעור גבוה מהערבים (12%) לא היה ביטוח בריאות, שירותי הבריאות באזורי מגוריהם היו מועטים, והם נתקלו בבעיות נגישות רבות בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותגמול קופות-החולים לפי נוסחת קפיטציה, נעשתה האוכלוסייה הערבית אטרקטיבית יותר לקופות; שכן תגמול הקופות מתבסס על מספר המבוטחים ולא על רמת הכנסתם. עם זאת, במסגרת חוקי ההסדרים נכללות הוראות לגבי השתתפות עצמית וביטוחים משלימים, שעשויים להקשות גם על אוכלוסייה זו בקבלת שירות ולהעמיק את אי השוויון.

השוואה בין תשובות דוברי הערבית לדוברי העברית ב-1999 (נספח ט'), מלמדת כי באופן כללי הם דיווחו על מעט בעיות בנגישות ובתשלומים. שני אחוזים בלבד מדוברי הערבית דיווחו כי ביקשו הפניה או התחייבות ולא קיבלו, לעומת 13% מדוברי העברית; 6% מדוברי הערבית דיווחו על קושי בקבלת טיפול לעומת 21% מדוברי העברית. אולם 6% בלבד היו מרוצים מאוד מקלות קבלת ההפניות וההתחייבויות, לעומת 27% מדוברי העברית.

שיעור נמוך יותר בקרב דוברי הערבית דיווחו על בעיות הנוגעות לתשלומים: 8% בלבד דיווחו על תחושה כי התשלומים לבריאות מכבידים עליהם "במידה רבה", לעומת 36% מדוברי העברית. שני אחוזים מדוברי הערבית דיווחו כי ויתרו על טיפול בגלל התשלום, לעומת 9% מדוברי העברית. שבעה אחוזים דיווחו כי ויתרו על תרופה בגלל המחיר הנדרש, לעומת 12% מדוברי העברית; 51% מהם העריכו כי גובה תשלומי ההשתתפות העצמית סבירים לעומת 37% מדוברי העברית.

באשר לשביעות רצון משירותי הקופה, 57% בקרב דוברי הערבית היו מרוצים מאוד מיחס האחיות לעומת 37% מדוברי העברית. במקביל, שיעור גבוה יותר של דוברי ערבית דיווחו כי חל שיפור בשירותים בשנה האחרונה (61% לעומת 20%).

עם זאת, במספר תחומים נמצא כי דוברי הערבית היו פחות שבעי רצון מדוברי העברית: 20% מדוברי הערבית דיווחו על שביעות רצון רבה מאוד מהרמה המקצועית של רופאי המשפחה לעומת 39% מדוברי העברית, 22% היו "מרוצים מאוד" מיחס הפקידים לעומת 27% מדוברי העברית. שיעור נמוך יותר מרוצים משעות העבודה של רופאים מקצועיים (66% ענו כי השעות לא כל-כך נוחות או לא נוחות לעומת 29% בקרב דוברי עברית), משעות העבודה במעבדה (4% ענו שהשעות נוחות מאוד לעומת 13% מדוברי עברית) ומשירותי המעבדה באופן כללי (2% היו מרוצים מאוד לעומת 25% בקרב דוברי עברית). בנוסף, שיעור נמוך יחסית מהנשים הערביות בנות 50+ דיווחו שנבדקו בממוגרפיה בשנתיים שחלפו לעומת דוברות העברית (50% לעומת 64%).

ניתוח המגמות לאורך זמן (לוח 4, נספח י') מלמד כי בשנת 1997 חל שיפור לעומת שנת 1995, במצבם היחסי של הערבים לעומת דוברי העברית. הפערים שהיו ב-1995 נסגרו, ואף נוצרו פערים לטובת הערבים, במדדים של שביעות רצון מרמתו המקצועית של רופא המשפחה, מיחס רופא המשפחה, מיחס האחיות, מרמתם המקצועית של הרופאים המקצועיים, מיחס הפקידים, ממבחר התרופות, משירותי המעבדה ומניקיון מתקני הקופה ומטיפוחם. מגמה דומה נמצאה במדדים של הערכת שעות העבודה של הרופאים המקצועיים, המשרד והמעבדה כנוחות מאוד.

במקביל, חלה ירידה בשיעור היחסי של ערבים הפונים לרופא פרטי, ובשיעורם היחסי של המדווחים על הכבדת התשלומים לבריאות. חל שיפור יחסי בשיעור הנשים בנות 50+ שנבדקו בממוגרפיה ובשיעור מי שנבדקו בבדיקת לחץ-דם בחצי השנה שחלפה. לעומת זאת, גדל הפער בין ערבים לדוברי העברית בשיעור בעלי ביטוח משלים.

מהשוואה בין שנת 1997 ל-1999 עולה כי חלה הרעה במצבם היחסי של דוברי הערבית לעומת דוברי העברית וגדל הפער ביניהם, במדדים הבאים: שביעות הרצון מרמתו המקצועית של רופא המשפחה; מרמתם מקצועית של רופאים מקצועיים; מיחס הפקידים; ממבחר התרופות, מקלות קבלת הפניות וההתחייבויות, משירותי המעבדה, ומשביעות הרצון מהקופה באופן כללי. מגמה דומה נמצאה לגבי הערכת נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה, רופאים מקצועיים, המשרד והמעבדה. הרעה חלה גם במדד של מצב בריאות, הפער שהיה לטובת הערבים הצטמצם.

במספר מדדים חל שיפור במצבם היחסי בתקופה זו, וגדל הפער לטובתם: משך המתנה בקליניקה של רופא המשפחה, תפיסה כי חל שיפור בשירותי הקופה לעומת השנה שחלפה, והכבדת התשלומים לבריאות. כמו-כן, חל שיפור במצבם היחסי והצטמצם הפער לעומת היהודים במדד של בעלות על ביטוח משלים.

השוואת שיעור השינוי במדדים השונים בין שתי התקופות – משנת 1995 לשנת 1997 (התקופה הראשונה) ומשנת 1997 לשנת 1999 (התקופה השנייה) - מלמדת כי בתקופה השנייה חלה הרעה, או שהשיפור היה מועט מאשר בתקופה הראשונה במדדים הבאים: שביעות רצון מרמתו המקצועית של רופא המשפחה, יחס האחיות, רמתם המקצועית של הרופאים המקצועיים, יחס פקידים, מבחר תרופות, קלות קבלת הפניות, שירותי מעבדה, ניקיון וטיפוח מתקני המרפאות ושביעות רצון כללית מקופת-החולים. חלה הרעה או שיפור

מועט גם במדדים: תפיסת שעות העבודה של רופא המשפחה, רופא מקצועי, משרד ומעבדה כנחות מאוד, ביצוע בדיקת לחץ-דם והערכת מצב בריאות כללי. שיפור רב יותר בתקופה השנייה לעומת הראשונה נמצא בממד של בעלות על ביטוח משלים.

4.5 סיכום

מהניתוח עולה שב-1999 היה מצבם היחסי של החולים הכרוניים והעניים פחות טוב ממצבן של אוכלוסיות אחרות, בעיקר במדדים של נגישות השירותים ונטל התשלומים. עם זאת, בהשוואה לבריאים דיווחו שיעורים גבוהים מעט יותר על שביעות רצון גבוהה משירותי הקופות.

הממצאים מראים עוד שהעולים מברית-המועצות לשעבר דיווחו ב-1999, לעומת הוותיקים, על מעט בעיות בתשלומים. גם דוברי הערבית לעומת דוברי העברית דיווחו ב-1999 על מעט בעיות בנגישות ובתשלומים. עם זאת, הן בקרב האוכלוסייה הערבית והן בקרב אוכלוסיית העולים שיעור המדווחים על "שביעות רצון גבוהה מאוד" משירותי קופות-החולים היה נמוך מהשיעור בקרב דוברי העברית, וכמו כן שיעורי ביצוע ממוגרפיות לנשים בנות +50 נמוכים יותר, בקרב אוכלוסיות אלה.

בדיקת השינוי בפערים בין האוכלוסיות לאורך זמן מלמדת, בין השנים 1995 ל-1997 הסתמנה מגמת סגירת פערים בין עניים לעשירים ובין ערבים ליהודים במדדים השונים שנבדקו. הפער בין עולים לוותיקים גדל בשנים אלו ולגבי חולים כרוניים לעומת בריאים לא הסתמנה מגמה ברורה.

בין שנת 1997 לשנת 1999 הורע מצבם היחסי של עניים לעומת עשירים, במדדים של שביעות רצון, אך חל שיפור בממד של הערכת מצב בריאות. הרעה חלה גם במצבם היחסי של ערבים לעומת יהודים במספר מדדים, הנוגעים להערכת מצב הבריאות, לנגישות ולשביעות רצון. במקביל, בתקופה זו קטן הפער בין חולים כרוניים לבריאים ובין עולים לוותיקים במספר מדדים הנוגעים בעיקר לשביעות הרצון משירותי הקופות.

נראה שלמרות יעדי המדיניות והתמריצים הגלומים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ב-1999 עדיין קיים אי שוויון, בעיקר לגבי בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים, הנתקלים בבעיות נגישות ובקשיים בתשלומים יותר מאחרים. לנוכח השינוי במדיניות והטלת תשלומי השתתפות עצמית נוספים, אין זה מפתיע שהחולים הכרוניים שצורכים שירותי בריאות רבים, ובעלי הכנסה הנמוכה, נתקלים בקשיים רבים יותר מאחרים.

5. סיכום ודיון

בדוח זה נבחנו מדדים לתפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997 ו-1999, מנקודת המבט של צרכני שירותי הבריאות. הממצאים התבססו על סקרים תקופתיים שנערכו בגוינט-מכון ברוקדייל מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995. המעקב המתמשך מאפשר לבחון השפעות של יוזמות החקיקה הממשלתיות בתחום הבריאות שנעשו במסגרת חוקי ההסדרים מאז 1997.

ממצאי המחקר שהוצגו בדוח זה מתקשרים לסוגיות שעומדות כיום על סדר היום הציבורי, והם עשויים לתרום לדיון המתקיים וכן לתהליכי קביעת המדיניות. במסגרת דוח זה, אין מקום לדיון נרחב בכל אחת מהסוגיות, עם זאת נעמוד בקצרה על השלכות של ממצאי המחקר לדיון בסוגיות המדיניות וכן לכווני מחקר לעתיד.

רמת השירות של קופות-החולים: ממצאי המעקב מלמדים, כי באופן כללי, בשנים 1997-1999 נמצא שינוי במגמה לעומת השנים 1995-1997. בתקופה הראשונה נמצאה מגמת שיפור במרבית המדדים. לעומת זאת, בתקופה 1997-1999 הייתה הרעה או שלא היה שינוי במדדים השונים, פרט לעלייה במדד שיעורי ביצוע ממוגרפיה. עם זאת, גם ב-1999 רמת שביעות הרצון הכללית מקופות-החולים הייתה עדיין גבוהה (89% מרוצים או מרוצים מאוד לעומת 91% ב-1997).

בחינת ממצא זה, לאור הנתונים על צמצום הגירעון במערכת הבריאות מ-1.5 מיליארד ₪ ב-1997, לכ-200 מיליון ₪ ב-1999 (לדיון מפורט ראה ארבל, 1999; בן-נון, 1999), מעלה את השאלה האם השגת היעד של ריסון הוצאות שקולה כנגד המחיר של ירידה ברמת השירות? שאלה נוספת קשורה לממצא, שלפיו חלק מקופות-החולים צמצמו את הוצאותיהן תוך פגיעה מועטה ברמת השירות, אך באחרות הפגיעה ברמת השירות הייתה רבה יותר. נשאלת שאלה על הסיבות להבדלים בהתנהגות הקופות וכיצד ניתן לעודד למידה הדדית בין קופות.

הפעלת מערכת ההנחות והפטורים על תשלומי השתתפות עצמית: ממצאי הסקר הסתמנו ליקויים בהפעלת מערכת ההנחות והפטורים על תשלומי השתתפות העצמית. רוב האוכלוסייה אינה יודעת על קיום תקרות לתשלומים, וגם בקרב הזכאים לפטור, רק פחות ממחציתם יודעים שהם פטורים. ייתכן שזאת הסיבה לכך שאנשים נמנעים מלקבל שירות נחוץ. במצב זה שבו הידע על תקרות ופטורים לקוי, הטלת אגרת השתתפות עצמית עלולה להעמיק את אי השוויון בנגישות השירותים, למנוע צריכת שירותים נחוצים, ובטווח הארוך אולי אף לפגוע במצב הבריאות; שכן, ייתכן כי קבוצות אוכלוסייה, המתקשות לעמוד בתשלום, יימנעו מקבלת שירות נחוץ.

נשאלת השאלה על מי רצוי להטיל את האחריות להפצת המידע לציבור, וכיצד ניתן להפעיל מנגנוני הנחות ופטורים ביעילות. מאחר שתשלומי השתתפות העצמית מתווספים להכנסות קופות-החולים, קיים חשש שלקופות אין תמריץ להעלות את מודעות הציבור לקיום ההנחות. לפיכך, חשוב מאוד שגורם ממלכתי (כגון משרד הבריאות) יהיה אחראי לדאוג להפצת המידע על קיום התקרות, על ההנחות ועל הפטורים.

באשר ליישום יעיל של מנגנוני ההנחות והפטורים, נראה כי ניתן ללמוד מהיוזמה של אחת מקופות-החולים, שבה עקבו אחר תשלומי המבוטחים בצורה ממוחשבת, וכך מי שהגיע לתקרה קיבל פטור מתשלום נוסף, גם אם לא היה מודע לקיומה וגם אם אינו מבקש החזר. ייתכן כי יש מקום שמשרד הבריאות יורה לכל קופות-החולים לנהוג כך.

ויתור על טיפול רפואי או על תרופות מרשם בגלל התשלום: מממצאי המחקר עולה כי 11% מהמרואיינים דיווחו שבשנה שחלפה ויתרו על רכישת תרופה שהרופא רשם להם ו-6% ויתרו על קבלת טיפול רפואי בגלל התשלום. שיעורים אלה גבוהים במיוחד בקרב בעלי מחלה כרונית (15% ויתרו על תרופה ו-9% ויתרו על טיפול רפואי), וכן בקרב המשתייכים לחמישון ההכנסה התחתון (21% ויתרו על תרופה ו-11% ויתרו על טיפול רפואי). אוכלוסיות אלה צפויות להיפגע יותר מהטלת תשלומים, שכן החולים הכרוניים צורכים יותר שירותי בריאות ואלו בעלי הכנסה נמוכה מתקשים יותר לשלם על שירותים. ממצאים אלה מעלים את הצורך לבחון מחדש את היקף תשלומי ההשתתפות העצמית ואת גובה התשלומים. למשל, ניתן, אולי, לבחון אפשרות לתשלומי השתתפות "פרוגרסיביים" המתחשבים ברמת ההכנסה של הפרטים. כמו-כן עולה שאלה באיזו מידה רצוי להשתמש בכלי מדיניות זה, והאם ישנן חלופות אחרות שיפחיתו את הפגיעה באוכלוסיות החלשות.

במחקר הנוכחי לא נשאלו שאלות הבהרה לגבי נחיצות הטיפול שעליו אנשים דיווחו שוויתרו, קבלת מענה אחר, או קבלת תרופה תחליפית. לפיכך, במחקר בעתיד יש צורך להעמיק בסוגיה זו ולבחון האם האדם קיבל טיפול או תרופה תחליפיים זולים יותר או שהבעיה נותרה ללא טיפול. כמו-כן חשוב להמשיך לעקוב אחר נגישות שירותי הבריאות לאוכלוסייה הכללית ובפרט לאוכלוסיות הפגיעות.

שוויון בין קבוצות האוכלוסייה: אחת המטרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה להגביר את השוויון בין אוכלוסיות, בין השאר על-ידי הסרת מחסומים כספיים לקבלת שירותים. בשנים הראשונות להחלת החוק (1997-1995) אכן קטן הפער בין עניים לעשירים ובין ערבים ליהודים. למרות זאת, ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי גם כיום, כחמש שנים לאחר הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עדיין קיימים פערים משמעותיים בין קבוצות אוכלוסייה. קבוצת החולים הכרוניים ובעלי ההכנסה הנמוכה פגיעים במיוחד ומדווחים יותר מאחרים על בעיות בנגישות ובתשלומים. לעומתם, האוכלוסייה הערבית ואוכלוסיית העולים מברית-המועצות לשעבר דיווחו על פחות בעיות בתשלומים, אולם שיעור המדווחים על שביעות רצון רבה מאוד משירותי הקופות נמוך יותר בהשוואה לדוברי עברית. ייתכן כי הבדלים אלה קשורים בהבדלים תרבותיים בדפוסי התשובה, או בציפיות שונות ממערכת הבריאות. אולם, ייתכן גם כי הם משקפים רמת שירות נתפסת נמוכה יותר. לפיכך, חשוב להמשיך ולעקוב אחר רמת השירות הניתן לקבוצות אוכלוסייה אלה, אחר מצב הבריאות שלהן לאורך זמן, וכן אחר מדדים לשוויון במערכת הבריאות.

בבדיקת מגמות הפערים בתקופה 1997-1995 לעומת 1997-1999 רואים שבקרב האוכלוסייה הערבית במספר ניכר של מדדים, הואטה מגמת צמצום הפערים, שנמצאה בתקופה 1997-1995, או אף נפסקה בשנים שלאחר מכן. מאחר שצמצום אי שוויון הוא אחד מיעדי המדיניות בתחום הבריאות, נשאלת השאלה כיצד ניתן לקדם יעד זה בצורה אפקטיבית יותר?

באשר לאוכלוסייה הערבית, נשאלת שאלה נוספת והיא: האם שינוי המגמה שנצפה קשור בשינויים במדיניות? למשל, ייתכן כי עקב ההוראה לביצוע רישום לקופה בסניפי דואר, פחתה התחרות בין הקופות על גיוס מבוטחים, ובעקבות כך פחתה ההשקעה שלהן בפיתוח שירותים למגזר הערבי? ייתכן גם שבעקבות מאמצי הקופות לצמצם הוצאות נפסקה מגמת הפיתוח המואץ של שירותים בישובים הערביים שאפיינה את השנים הראשוניות להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (פרפל ואחרים, 1999).

ביבליוגרפיה

- ארבל, א'; פלץ, ח'. 1999. גירעונות קופות-החולים בשנת 1998. אגף התקציבים, משרד האוצר, ירושלים.
- בן נון, ג'. 1999. השינויים במצבם הכספי של קופות-החולים במעבר משנת 1997 ל-1998. גף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, ירושלים.
- בן נון, ג'; דביר, א'. 1996. מאפייני ההשתתפות העצמית בגין שירותי בריאות במערכת הבריאות הישראלית. משרד הבריאות, ירושלים.
- ברג, א'; גרוס, ר'; רוזן, ב'; חניניץ, ד'. 1997. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-284-97. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'. 1999. ביטוח בריאות משלים ומסחרי. 1998: תמורות במדיניות, תמורות פיננסיות והתנהגות הצרכנים. דמ-349-99. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר'; רוזן, ב'; שירום, א'. 1999. "מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי". ביטחון סוציאלי 54: 11-34.
- גרוס, ר'; גרינשטיין, מ'; דובני, א'; יובל, ד'; רוזן, ב'. 1998. רמת השירות בקופות-החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים ראשוניים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995. תמ-17-98. ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר'; ברמלי, ש'. 1996. ביטוחי בריאות בישראל, סקירה השוואתית, ניתוח שינויים בשוק ובדיקת חלופות מדיניות. דמ-272-96. ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ויטקובסקי, י'; נבו, י'. 1999. דוח על פעילות קופות-החולים לשנת 1998. משרד הבריאות, ירושלים.
- לרר, ז'. 1993. פסיכולוגיה של הגירה: סקירת ספרות. מחלקת מדעי ההתנהגות, ענף מחקרי כוח אדם, צה"ל וג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- נחמיאס, ד'; קליין, ע'. 1999. חוק ההסדרים: בין כלכלה לפוליטיקה. נייר עמדה מספר 17 המכון הישראלי לדמוקרטיה, ירושלים.
- ניראל, נ'; פלפל, ד'; רוזן, ב'; זמורה, ע'; גרינשטיין, מ'; זלצברג, ס'. 2000. נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל? דמ-354-00. ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ניראל, נ'; רוזן, ב'; גרוס, ר'; ברג, א'; יובל, ד'; איבנקובסקי, מ'. 1998. "עולים מברית-המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים". ביטחון סוציאלי חוברת 51.
- פרפל, מ'; יובל, ד'. 1999. תפיסותיהם של ערבים ושל יהודים את מערכת הבריאות שנתיים וחצי לאחר יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-351-99. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

צ'רניחובסקי, ד'; שירום א'. 1997. "שוויוניות במערכת הבריאות בישראל". מתוך: **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1996**. המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.

Adler, V.; Lotan, M. 1998. *The Impact of the National Health Insurance Bill (1995) on the Arab Sector in Israel*. The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997. Tel Hashomer.

Berry, J.W.; and Kim, U. 1987. "Comparative Studies of Acculturative Stress". *International Migration Review* 21: 491-511.

Cleary, P.D.; and McNeil, B.J. 1988. "Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care". *Inquiry* 25:25-36

Collins, K.S.; Schoen, C.; Joseph, S.; Duchon, L.; Simantov, E.; and Yellwitz, M. 1999. *Health Concerns Across a Woman's Lifespan: 1998 Survey of Women's Health* The Commonwealth Fund. New York.

Gross, R.; Rosen, B.; and Chinitz, D. 1998. "Evaluating the Israeli Health Care Reform: Strategies, Challenges and Lessons". *Health Policy* 45(2):99-117.

Gwatkin, D.R. 2000. "Health Inequalities and the Health of the Poor: What do We Know? What Can We Do?" *Bulletin of the World Health Organization. The International Journal of Public Health* 78(1):1-152.

Kramer, E.; Tracy, L.; and Ivey, S. 1999. Immigrant Women's Health , Problems and Solutions. publication information

Marchand, S.; Wikler, D.; and Landesman, B. 1998. "Class, Health, and Justice". *The Milbank Quarterly* 76(3):449-467.

Marmot, M.G.; Fuhrer, R.; Ettner, S.L., Marks, N.F.; Bumpass, L.L.; Ryff, C.D. 1998. "Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health". *The Milbank Quarterly* 76(3):403-448.

Marmot, M.G.; Shipley, M.G.; and Rose, G. 1984. "Inequalities in Death: Specific Explanations of a General Pattern". *Lancet* 1:1003-1006.

Rubin, H.R.; Olmer, L.; Friedman, L.; and Mozes, B. 1998. *Comparative Consumer Evaluations of Different Israeli Health Plans (Kupot Holim): The Importance of Surveying Ill Respondents and Measuring Health Status*. The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997. Tel Hashomer

Schoen, C.; Davis, K.; and DesRoches, C. 1998. *Pulling Apart or Pulling Together? Health Insurance and Differential Health Care Experiences by Income* The Commonwealth Fund, New York.

Shvarts, S.; Burkan, J.; and Murad, M. 1998. *Satisfaction with, Perception and Use of the Health System by Beduins in the Negev After Implementation of National Health Insurance*. The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research Annual Research Report 1996-1997. Tel Hashomer.

נספח א: ניתוח המטרות והאמצעים להשגתן בחוקי ההסדרים 2000-1997

מטרות חוקי ההסדרים	הוראות רלוונטיות
<p>1. ריסון הוצאות ומניעת גרעונות במערכת הבריאות באמצעות:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ הגברת הפיקוח הממשלתי על קופות-החולים (הגבלת עצמאות, הגדלת תלות בממשלה) 	<p>1997: לשרי הבריאות והאוצר סמכות למנות חשב מלווה לקופה שתיקלע לגירעון; להגביל תקציבי פיתוח וקליטת חברים; לשר הבריאות סמכות להגביל שליטה בתאגידים, לקבוע תקנות לגבי אפיקי השקעה, לאשר תקנון ולאשר בניית תשתיות;</p> <p>החלפת מס מקביל ייעודי בתמיכה ממשלתית ישירה.</p> <p>1998: הגבלת פרסום ושיווק; הגבלת פעילות ביישובים קטנים; אישור היטלי השתתפות עצמית; פיקוח על תוכניות השב"ץ¹</p> <p>1999: למנכ"ל משרד הבריאות סמכות למנות ועדת בדיקה בקופה, לפעול נגד קופה שלא תיקנה ליקויים, למנוע הוצאות פרסום, לעכב כספי מקדמות, לתבוע חבר דירקטוריון או עובד;</p> <p>לשר הבריאות סמכות להעביר כספים למד"א ולקזז מההקצאה לקופה.</p> <p>2000: שר בריאות יאשר הסכמים עם בתי-חולים²</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ הוראות לצמצום הוצאות הקופות 	<p>1997: הגבלת תקציבי פיתוח; החלת חובת חוק המכרזים; צמצום כפל שירותים וקביעת הסדרים מחייבים לרכישת שירותים בין קופות; שינוי בהסדר cap: תקרה נפרדת לכל בי"ח, ותשלום 50% עבור תפוקות מעל לתקרה.</p> <p>1998: הגבלת פרסום ושיווק</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ הגבלת התחרות בין הקופות (בתחומים בהם התחרות נתפסה כבזבזנית) 	<p>1997: הגבלת כפל שירותים, פיתוח ובינוי</p> <p>1998: הגבלת פרסום ושיווק; העברת רישום לדואר, הגבלת פעילות ביישובים קטנים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ הגדלת התחרות בין הקופות (בתחומים שלא יהוו נטל כספי על הממשלה) 	<p>1998: אפשרות להוסיף שירותים לסל; תחרות על גובה היטל השתתפות עצמית; ביטוח משלים יינתן על-ידי קופה</p>

נספח א: ניתוח המטרות והאמצעים להשגתן בחוקי ההסדרים 1997-2000 (המשך)

מטרות חוקי ההסדרים

הוראות רלוונטיות

♦ הוראות לחיסכון כלל מערכתי

1997: צמצום כפל שירותים וקביעת הסדרים מחייבים לרכישת שירותים בין קופות; המשך מדיניות קביעת תקרה לבתי-החולים

1998: המשך מדיניות קביעת תקרה לבתי-החולים.

1999: הגדלת תחרות בשוק תרופות (יבוא מקביל, פיקוח על מחירים, מחיר מקסימום כממוצע בין מדינות, רוקח יכול לספק תרופה גנרית); הגבלת זכויות של תושב ששהה בחו"ל.

2000: המשך הסדר קביעת תקרה עם בתי-חולים יחד עם אפשרות להסכמים פרטניים

1997: עדכון שיעורי הקצאה בקפיטציה מדי רבעון, תשלום לילודות יועבר ישירות מביטוח לאומי

♦ הוראות המסייעות לאיזון בין הכנסות להוצאות

1998: היטל השתתפות עצמית על ביקור רופא; הגדלת התשלום בעבור תרופות; הפעלת שב"ן על-ידי הקופה עצמה ואפשרות להעביר רווחים לכיסוי גירעון בסל הבסיסי

♦ צמצום ההוצאה הממשלתית לבריאות (העברת נטל המימון לציבור)

1998: החלפת מס מקביל ייעודי בתמיכה ממשלתית ישירה

♦ גמישות בהקצאת תקציב למערכת הבריאות

¹ מקדם גם את המטרה של הגנה על הצרכן

² מקדם גם את המטרה של הגנה על אינטרסים של בתי החולים

נספח ב: הכנסות הקופות לפי מקורות הכנסה עיקריים – 1998, ושיעור העלייה לעומת 1997 (סה"כ ובמונחי הכנסה לנפש מתוקנת¹)

שיעור הגידול - לנפש מתוקנת	שיעור הגידול - סה"כ	סך הכנסות 1997 (במחירי 1998 במיליוני ש"ח)	סך הכנסות 1998 (במיליוני ש"ח)	סה"כ
2.6	5.7	16,971	17,932	
-0.4	2.6%	15,339	15,735	הכנסות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי
ניתנה לראשונה ב-1998	ניתנה לראשונה ב-1998	0	430	תמיכה ממשלתית - "רשת ביטחון"
5.8	8.9	911	992	הכנסות מתשלומים עצמיים בעבור תרופות
13.1	16.4	122	142	השתתפות עצמית של מבוטחים (לא כולל על תרופות) ²
בחלק מהקופות נרשמו לראשונה במאזנים ב-1998	126.1	46	104	סך הכנסות משירותי הבריאות הנוספים
-10.1	-7.5	360	333	הכנסות מחוץ לסל (כולל הכנסות מביטוח לאומי, מחברות ביטוח ואבנר וכדומה)
-1.4	1.6	193	196	הכנסות אחרות (השכרת נכסים, מימוש נכסים, תרומות וכדומה)

¹ מקורות: ויטקובסקי ונבו, 1999; ארבל ופלץ, 1999; בן נור, 1999.
² תוכניות הגבייה נכנסו לתוקף רק בסוף שנת 1998 ובכללית רק בינואר 1999.

נספח ג: הוצאות הקופות לפי סעיפי הוצאה עיקריים – 1998, ושיעור הירידה לעומת 1997 (סה"כ ובמונחי הוצאה לנפש מתוקנת)¹

שיעור השינוי - לנפש מתוקנת	שיעור השינוי - סה"כ	סך הוצאות 1997 (במחירי 1998 במיליוני ש"ח)	סך הוצאות 1998 (במיליוני ש"ח)	
-4.2%	-1.3%	4,817	4,753	שכר ומשכורות
-2.2%	0.7%+	8,655	8,718	הוצאות אשפוז
-0.3%	2.7%+	2,967	3,046	קניית תרופות וציוד מתכלה
-7.6%	-4.8%	960	914	שירות רפואי קנוי
-9.5%	-6.8%	649	605	מינהל ומשק
97%+	103%+	33	67	הוצאות מימון
-45.6%	-44%	348	195	הוצאות פיתוח
			42	הוצאה בגין פעילות שנים קודמות (כללית)
	-0.5%	18,429	18,340	סה"כ ההוצאה
-3.3%		₪ 3,055.2	₪ 2,953.3	הוצאה לנפש מתוקנת

¹ מקורות: ויטקובסקי ונבו, 1999; ארבל ופלץ, 1999; בן נון, 1999.

נספח ד: שביעות רצון משירותים שונים, לפי קופת-חולים, בשנים 1995-1999 (באחוזים)

לאומית			מאוחדת			מכבי			כללית			סה"כ			
1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	1999	1997	1995	
		*									*			*	מקצועיות רופא המשפחה
30	34	34	39	26	35	36	38	38	33	35	30	34	35	32	מרוצה מאוד
54	56	44	53	65	51	58	52	47	53	51	50	55	53	49	מרוצה
16	10	22	8	9	14	6	10	16	14	14	20	11	12	19	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
														*	היחס של רופא המשפחה
43	57	47	55	49	45	49	52	52	49	48	44	49	49	46	מרוצה מאוד
48	36	41	40	49	50	47	42	42	42	42	44	44	43	43	מרוצה
9	7	12	5	2	5	4	6	6	9	10	12	7	8	11	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
			#								*			*	היחס של האחיות
46	46	36	40	37	24	35	30	42	38	36	32	38	36	33	מרוצה מאוד
44	44	56	57	55	70	59	62	50	50	53	52	52	54	53	מרוצה
10	10	8	3	8	6	6	8	8	12	11	16	10	10	14	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
											*			*	מקצועיות הרופאים המקצועיים
34	35	33	32	31	41	36	37	39	26	28	20	29	31	27	מרוצה מאוד
46	53	47	60	60	43	55	52	51	58	58	54	57	56	52	מרוצה
20	12	20	8	9	16	9	11	10	16	15	26	14	13	21	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
	#	*												*	הניקיון והטיפוח של מתקני הקופה
59	47	31	41	47	34	50	53	58	44	42	33	46	45	38	מרוצה מאוד
34	50	53	53	51	61	49	46	40	53	53	60	50	51	55	מרוצה
7	3	16	6	2	5	1	1	2	3	5	7	4	4	7	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
															רפואה דחופה
43	27		43	27		28	30		30	36		32	33		מרוצה מאוד
54	33		35	27		34	37		42	38		41	36		מרוצה
3	40		22	46		38	33		28	26		27	31		לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה

נספח ד: שביעות רצון משירותים שונים, לפי קופת-חולים, בשנים 1995-1999 (באחוזים) - המשך

18	32	23	16	21	25	24	24	35	#	#	#	#	#	#	מבחר התרופות
57	52	61	60	58	57	61	62	46	8	18	15	14	21	20	מרוצה מאוד
25	16	16	24	21	18	15	14	19	60	55	52	60	56	53	מרוצה
									32	27	33	26	23	27	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
28	42	27	#	41	21	33	32	41	\$	\$	\$	\$	\$	\$	הקלות שבה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות
60	44	57	25	42	66	54	53	38	15	24	25	21	29	28	מרוצה מאוד
12	14	16	62	17	13	13	15	21	62	52	52	60	51	52	מרוצה
			13	17	13	13	15	21	23	24	23	19	20	20	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
24	28	17	\$	29	24	29	37	35	\$	\$	*	\$	\$	*	שירותי מעבדה
54	52	55	28	29	65	62	54	52	14	17	17	20	24	21	מרוצה מאוד
22	20	28	62	15	11	9	9	13	65	61	57	63	58	57	מרוצה
			10	15	11	9	9	13	21	22	26	17	18	22	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
31	34	32	#	25	23	30	23	25	#	#	*	#	#	#	היחס של הפקידים במשרד
56	48	52	25	25	62	58	56	56	21	29	23	24	28	24	מרוצה מאוד
13	18	16	64	55	62	58	56	56	63	57	58	61	56	57	מרוצה
			11	20	15	12	21	19	16	14	19	15	16	19	לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	הקלות שבה ניתן לקבל בקופה תרופות
27			23			27			12			18			שהרופא רשם
66			60			66			55			59			מרוצה מאוד
7			17			7			33			23			מרוצה
															לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה

0.05 < 99-97 p;

\$ המובהקות בשיעור הירידה במרוצים מאוד ועלייה במרוצים

נספח ה: סיכום ממצאי ניתוחים רב-משתניים, 1999

לוח ה1: שביעות רצון מקופת החולים (ניתו רב- משתני מסוג רגרסיה לינארית)

הרמה המקצועית של המומחים		יחס האחיות		יחס רופאי המשפחה		רמה מקצועית של רופאי משפחה		קופת-החולים באופן כללי		
T-test	B	T-test	B	T-test	B	T-test	B	T-test	B	
-0.15	-0.01	-0.2	0.01	0.08	0.01	0.68	0.05	*2.22	0.13	גיל: +65
-0.45	-0.02	0.3	0.02	1.3	0.07	1.8	0.09	0.15	0.006	מין אישה
-0.73	-0.04	1.6	0.08	1.1	0.06	0.69	0.04	-0.02	-0.007	חולה כרוני
*-1.9	-0.1	-1.6	-0.09	*-3.2	-0.2	-1.4	-0.08	-0.82	-0.02	חמישון תחתון
1.35	0.1	1.1	0.09	-0.7	0.05	0.4	0.03	*2.26	0.16	מבוטח בלאומית
*3.9	0.25	1.5	0.09	*2.35	0.15	*2.9	0.2	*6.8	0.37	מבוטח במכבי
*2.5	0.23	*2.2	0.2	*2.5	0.22	*3.7	0.34	*3.4	0.27	מבוטח במאוחדת
1.2	0.08	*6.0	0.4	*5.0	0.34	-0.3	-0.02	*-2.9	-0.17	דובר ערבית
-1.7	-0.1	*-2.1	-0.2	*-2.7	-0.2	*-3.4	-0.3	*-4.6	-0.31	דובר רוסית
0.3	-0.02	*-2.0	-0.2	-1.6	-0.1	-1.6	-0.13	-1.6	-0.11	גר בירושלים
*2.1	0.1	-0.7	-0.03	0.1	0.01	0.18	0.01	-0.02	0.01	גר במרכז

p<0.001 *

שירותי המעבדה		קלות קבלת הפניות והתחייבויות		קלות קבלת תרופות שהרופא רשם		מבחר התרופות		היחס של הפקידים		
T-test	B	T-test	B	T-test	B	T-test	B	T-test	B	
*1.9	0.1	1.8	0.1	1.5	0.1	1.7	0.13	0.7	0.05	גיל: +65
0.04	0.002	0.9	0.05	0.2	0.01	0.6	0.03	1.6	0.08	מין אישה
0.9	0.05	1.7	0.1	-0.2	-0.01	-0.1	-0.01	*2.6	0.15	חולה כרוני
0.5	0.03	-1.1	-0.08	*-3.0	-0.2	*-2.6	-0.2	0.09	0.01	חמישון תחתון
1.7	0.14	*2.4	0.2	*3.2	0.3	*2.5	0.2	1.63	0.14	מבוטח בלאומית
*5.2	0.33	*5.4	0.4	*8.8	0.6	*7.2	0.5	*2.6	0.18	מבוטח במכבי
*3.6	0.33	*2.5	0.3	*4.3	0.4	*1.9	0.2	*2.1	0.20	מבוטח במאוחדת
*-5.3	-0.35	*2.2	0.2	1.1	0.08	*2.2	0.2	1.8	0.13	דובר ערבית
0.96	0.07	0.3	0.02	-0.2	-0.02	0.8	0.07	*-2.4	-0.20	דובר רוסית
-0.5	-0.04	-0.1	-0.01	-0.9	-0.09	-1.8	-0.2	-1.1	-0.1	גר בירושלים
0.5	0.03	0.8	0.05	1.8	0.1	0.7	0.04	0.1	0.01	גר במרכז

p<0.001 *

**לוח 2: ביצוע בדיקת ממוגרפיה, נשים בנות +50, ניתוח רב- משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית
בדיקת ממוגרפיה לנשים בנות +50**

Odds Ratio	B	
2.64	* 0.97	גיל +65
1.8	* 0.58	חולה כרוני
0.59	* -0.52	חמישון תחתון
0.31	* -1.16	מבוטח בלאומית
0.67	* -0.4	מבוטח במכבי
0.66	-0.4	מבוטח במאוחדת
0.65	-0.42	דובר ערבית
1.31	0.27	דובר רוסית
0.95	-0.05	גר בירושלים
1.51	* 0.41	גר במרכז

* p<0.001

לוח 3: בקשת החזר, אי קבלת החזר מהקופה וקושי בקבלת החזר, ניתוח רב- משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

קושי בקבלת החזר		אי קבלת החזר כספי		בקשת החזר כספי		
Odds Ratio	B	Odds Ratio	B	Odds Ratio	B	
0.48	-0.72	1.09	0.08	0.88	-0.12	גיל +65
2.34	* 0.85	1.13	0.12	1.23	0.2	מין אישה
1.4	0.33	1.5	0.4	1.63	* 0.48	חולה כרוני
2.9	* 1.06	1.14	0.13	1.04	0.04	חמישון תחתון
1.67	0.51	0.62	-0.47	1.05	0.05	מבוטח בלאומית
0.2	* -1.6	0.22	* -1.5	1.42	* 0.35	מבוטח במכבי
0.38	-0.95	0.25	* -1.35	1.62	* 0.48	מבוטח במאוחדת
0.31	* -1.16	0.08	* -2.46	0.64	* -0.43	דובר ערבית
0.97	-0.02	0.5	-0.67	0.54	* -0.6	דובר רוסית
0.51	-0.66	1.06	0.06	1.05	0.05	גר בירושלים
0.43	* -0.84	0.82	-0.18	0.7	* -0.35	גר במרכז

* p<0.001

לוח 4ה: ויתור על טיפול בקופה בשנה שחלפה בגלל התשלום הנדרש, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

ויתור על טיפול בקופה בגלל תשלום		
Odds Ratio	B	
0.38	* -0.95	גיל 65+
1.84	* 0.61	מין אישה
2.03	* 0.7	חולה כרוני
3.02	* 1.1	חמישון תחתון
1.53	0.42	מבוטח בלאומית
1.37	0.31	מבוטח במכבי
1.45	0.37	מבוטח במאוחדת
0.15	* -1.84	דובר ערבית
0.28	* -1.24	דובר רוסית
1.17	0.15	גר בירושלים
1.25	0.22	גר במרכז

* p<0.001

לוח 5ה: ויתור על תרופה שהרופא רשם בשנה שחלפה בגלל התשלום הנדרש, ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

ויתור על תרופה בגלל תשלום		
Odds Ratio	B	
0.4	* -0.9	גיל 65+
0.78	-0.23	מין אישה
2.29	* 0.83	חולה כרוני
3.33	* 1.2	חמישון תחתון
0.84	-0.16	מבוטח בלאומית
0.67	-0.39	מבוטח במכבי
1.22	0.2	מבוטח במאוחדת
0.35	* -1.04	דובר ערבית
0.65	-0.41	דובר רוסית
1.17	0.16	גר בירושלים
1.02	0.02	גר במרכז

* p<0.001

לוח 6: ויתור על טיפול או על תרופה שהרופא רשם בשנה שחלפה, בגלל התשלום, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית

ויתור על טיפול או על תרופה בגלל התשלום

Odds Ratio	B	
0.37	* -0.98	גיל +65
1.11	0.1	מין אישה
2.03	* 0.7	חולה כרוני
3.14	* 1.14	חמישון תחתון
1.08	0.08	מבוטח בלאומית
0.81	-0.2	מבוטח במכבי
1.14	0.13	מבוטח במאוחדת
0.28	* -1.27	דובר ערבית
0.5	* -0.68	דובר רוסית
1.34	0.29	גר בירושלים
1.27	0.24	גר במרכז

* p<0.001

* p>0.100

הנתונים מוצגים בטבלה זו. המידע מוצג בטבלה זו. המידע מוצג בטבלה זו.

Odds Ratio	B	
0.37	* -0.98	גיל +65
1.11	0.1	מין אישה
2.03	* 0.7	חולה כרוני
3.14	* 1.14	חמישון תחתון
1.08	0.08	מבוטח בלאומית
0.81	-0.2	מבוטח במכבי
1.14	0.13	מבוטח במאוחדת
0.28	* -1.27	דובר ערבית
0.5	* -0.68	דובר רוסית
1.34	0.29	גר בירושלים
1.27	0.24	גר במרכז

נספח ו: השוואה בין מאפיינים דמוגרפיים של מדגם סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1999) לבין מאפייני האוכלוסייה הבוגרת בישראל (באחוזים)

המשתנה	מדגם סקר חוק ביטוח בריאות (1999)	נתוני הלמ"ס על סך האוכלוסייה הבוגרת בישראל (1999)
גיל		
22-64	83	83
65+	17	17
מגורים באזור המרכז		
כן	57	55
לא	43	45
לאום		
יהודי / לא ערבי	85	85
ערבי	15	15
עולים חדשים מברית-המועצות לשעבר		
עולים	14	16
ישראלים ותיקים	86	84
מין		
זכר	48	48
נקבה	52	52
השכלה		
בית-ספר יסודי ומטה	17	19
תיכונית	37	45
לימודים על-תיכוניים	15	12
לימודים אקדמיים	31	22
ארץ לידה		
אירופה / אמריקה / ברית-המועצות לשעבר	35	32
אסיה	7	8
אפריקה	11	10
ישראל	47	50

מקור: נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1999)

המשתנה	מדגם סקר חוק ביטוח בריאות (1999)	נתוני הביטוח הלאומי (1998)
קופת-חולים		
כללית	58	58
מכבי	25	22
לאומית	9	10
מאוחדת	8	10

מקור: נתוני הביטוח הלאומי (1998)

נספח ז: מאפיינים דמוגרפיים של מדגמי סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (באחוזים)

מדגם סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי			
1999	1997	1995	המשתנה
			קופת חולים
			כללית
58	61	63	מכבי
25	22	19	לאומית
9	8	9	מאוחדת
8	9	9	
			גיל
49	50	52	44-22
34	33	32	64-45
17	17	16	+65
			חולה כרוני
32	33	31	כן
68	67	69	לא
			מגורים באזור המרכז
57	55	54	כן
43	45	46	לא
			לאום
85	85	85	יהודי / לא ערבי
15	15	15	ערבי
		*	עולים חדשים מברית-המועצות לשעבר
14	16	10	עולים
86	84	90	אחרים
			מין
48	48	48	זכר
52	52	52	נקבה
			השכלה
17	19	19	בית-ספר יסודי ומטה
37	33	35	תיכונית
46	48	46	לימודים על-תיכוניים / אקדמיים

* p95-97 < 0.05

נספח ח: השתתפות עצמית - הבהרת המושגים ותיאור הכללים שנקבעו במסגרת חוק ההסדרים 1999

השתתפות עצמית: תשלום שעל המבוטח לשלם במועד קבלת השירות.

במסגרת חוק ההסדרים של 1998 נקבע כי קופות-החולים יגבו תשלומי השתתפות בעבור ביקור אצל רופא מקצועי, ביקור במרפאות חוץ של בתי-חולים, ובמכונים (דימות, אבחון, המכונים להתפתחות הילד, גסטרו, הפרעות שינה). התשלומים נעים בין 10-20 ש"ח לביקור. למכבי ניתן היתר לגבות בעבור ביקור אצל רופא ראשוני, כבעבר (5 ש"ח).

התשלום רבעוני; כלומר, אם האדם חוזר לאותו הרופא במשך הרבעון, לא נגבה ממנו תשלום נוסף.

בנוסף, בקופות-החולים נהוגים גם תשלומי השתתפות עצמית לשירותים נוספים, שהעיקריים בהם הם רכישת תרופות ורפואה דחופה. ב-1998 אושר לקופות להעלות את דמי ההשתתפות העצמית לרכישת תרופות.

פטור מתשלומי השתתפות - בחוק ההסדרים 1998 נקבע כי מקבלי הבטחת הכנסה, גמלת נכות וגמלת מזונות של הביטוח הלאומי, פטורים מתשלומי השתתפות עצמית בעבור ביקור אצל רופא מקצועי, מרפאות חוץ ומכונים. הם אינם פטורים מתשלום בעבור תרופות.

חולים במחלות קשות (דיאליזה, אונקולוגיה, איידס, גושה, CF, תלסמיה, המופיליה ושחפת) פטורים מתשלום למרפאות חוץ ולמכונים בלבד (פטור חלקי).

תקרת תשלום למשפחה - נקבעה תקרה להשתתפות בעבור ביקורים. כאשר משפחה משלמת סכומים גבוהים יותר מהתקרה, הקופה מחזירה את הכספים. התקרה היא לרבעון, ונעה בין 80 ש"ח במכבי, 120 ש"ח בכללית, 100 ש"ח במאוחדת ו-140 ש"ח בלאומית.

תקרה מופחתת למשפחה (הנחה) - למשפחות שבהן אחד מבני הזוג בן +65 ומעלה או עולה חדש בשנה הראשונה נקבעה תקרה שהיא 50% מהתקרה הכללית בקופה.

תקרת תשלום בעבור תרופות שבסל (ליחיד): לחולים כרוניים נקבעה תקרה חודשית לתשלום בעבור כל סוגי התרופות שהם צורכים. התקרה נעה בין 190-220 ש"ח לחודש לפי קופה. לקשישים חולים כרוניים ים מקבלים השלמת הכנסה נקבעה תקרה מופחתת (50%).

מקור: משרד הבריאות, היחידה לפיקוח על קופות-חולים ושירותי בריאות נוספים, מסמך פנימי, 24 בנובמבר, 1998.

נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, 1999 (באחוזים)

מדדים	חולים כרוניים	בריאים	דוברי עברית (ותיקים)	עולים מברית-המועצות לשעבר	דוברי ערבית	חמישון תחתון	חמישונים אחרים
הרמה המקצועית של רופא המשפחה	*			*	*		
מרוצה מאוד	40	31	39	21	20	31	34
מרוצה	46	59	50	64	70	55	54
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	14	10	11	15	10	14	12
היחס של רופא המשפחה	*			*			
מרוצה מאוד	53	47	50	34	57	45	50
מרוצה	38	47	43	53	41	48	42
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	9	6	7	13	2	7	8
היחס של האחיות				*	*		
מרוצה מאוד	41	37	37	22	57	44	37
מרוצה	49	54	52	71	39	47	53
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	10	9	11	7	4	9	10
הרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים	*			*			
מרוצה מאוד	33	28	33	23	19	25	30
מרוצה	52	59	53	60	70	60	56
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	15	13	14	17	11	15	14
היחס של הפקידים במשרד	*			*	*		
מרוצה מאוד	28	22	27	13	22	25	24
מרוצה	60	62	57	76	71	63	61
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	12	16	16	11	7	12	15

נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, במדדים מרכזיים של המחקר, 1999 (באחוזים) - המשך

מדדים	חולים כרוניים	בריאים	דוברי עברית (ותיקים)	עולים מברית-המועצות לשעבר	דוברי ערבית	חמישון תחתון	חמישונים אחרים
מבחר התרופות	*			*		*	
מרוצה מאוד	18	11	17	9	4	11	14
מרוצה	55	63	54	81	71	57	61
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	27	26	29	10	25	32	25
הקלות שבה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות לרופא מקצועי ולבדיקות				*	*		
מרוצה מאוד	23	20	27	12	6	17	21
מרוצה	60	60	50	80	85	63	60
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	17	20	23	8	9	20	19
קלות קבלת תרופות				*	*		
מרוצה מאוד	20	16	23	8	2	10	19
מרוצה	57	61	52	81	75	62	59
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	23	23	25	11	23	28	22
שירותי המעבדה	*			*	*	#	
מרוצה מאוד	24	18	25	17	2	16	20
מרוצה	63	63	60	76	67	62	64
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	13	19	15	7	31	12	16
הניקיון והטיפול של מתקני הקופה				*	*		
מרוצה מאוד	48	45	46	27	66	47	46
מרוצה	48	51	50	70	32	50	50
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	4	4	4	3	2	3	4
קופת-החולים שלך באופן כללי	*			*	*		
מרוצה מאוד	29	25	33	15	6	24	26
מרוצה	58	65	56	73	87	65	64
לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	13	10	11	12	7	11	10

נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, במדדים מרכזיים של המחקר, 1999 (באחוזים) - המשך

מדדים	חולים כרוניים	בריאים	דוברי עברית (ותיקים)	עולים מברית-המועצות לשעבר	דוברי ערבית	חמישון תחתון	חמישונים אחרים
שיפור או הרעה בשירותים	*				*	*	
חל שיפור	22	28	20	16	61	38	25
ללא שינוי	58	56	58	74	36	45	58
חלה הרעה	20	16	22	10	3	17	17
זמן המתנה לרופא המשפחה							
עד 15 דקות	54	60	52	70	78	56	58
עד חצי שעה	26	23	26	17	19	27	23
יותר מחצי שעה	20	17	22	13	3	17	19
שעות העבודה של רופא המשפחה				*			
נוחות מאוד	18	19	20	11	18	20	18
נוחות	63	60	58	76	63	60	61
לא כל-כך נוחות + לא נוחות	19	21	22	13	19	20	21
שעות העבודה של הרופאים המקצועיים	*				*		
נוחות מאוד	10	8	10	6	5	8	8
נוחות	62	55	61	72	29	51	58
לא כל-כך נוחות + לא נוחות	28	37	29	22	66	41	34
שעות העבודה של עובדי המשרד				*			
נוחות מאוד	15	13	17	5	9	15	13
נוחות	73	72	67	85	84	79	72
לא כל-כך נוחות + לא נוחות	12	15	16	10	6	6	15
השעות שבהן לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה	*			*			
נוחות מאוד	10	11	13	3	4	12	10
נוחות	62	53	56	78	41	51	58
לא כל-כך נוחות + לא נוחות	28	26	31	19	55	37	32

נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, במדדים מרכזיים של המחקר, 1999 (באחוזים) - המשך

מדדים	חולים כרוניים	בריאים	דוברי עברית (ותיקים)	עולים מברית-המועצות לשעבר	דוברי ערבית	חמישון תחתון	חמישונים אחרים
הזמן בין הזמנת תור לרופא מקצועי ועד הגעה לטיפול אצלו	*						
עד שבוע	44	54	51	46	50	49	49
עד שבועיים	22	18	21	14	18	19	19
יותר משבועיים	34	28	28	40	32	32	32
אפשרות בחירת רופא מסוים							
בדרך כלל כן	81	84	79	91	93	82	83
לפעמים	6	6	7	5	3	5	6
בדרך כלל לא	13	10	14	4	4	13	11
טיפול פיזיותרפיה							
הייתי זקוק אך לא קיבלתי	20	12	17	22	7	10	18
קיבלתי	80	88	83	78	93	90	82
זמן עד הטיפול הפיזיותרפטי							
עד שבוע	33	47	35	46	72	25	42
עד חודש	46	40	44	54	14	47	43
יותר מחודש	21	13	21	0	14	28	15
נשים בנות +50 שביצעו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות							
כן	58	58	64	48	50	41	61
לא	42	42	36	52	50	59	39
בדיקת לחץ-דם בחצי שנה אחרונה	*			*			
כן עבר	76	40	41	55	48	52	51
לא עבר	24	60	59	45	52	48	49
פנייה לרופא פרטי	#						
פנה	20	17	21	11	11	15	19
לא פנה	80	83	79	89	89	85	81

נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, במדדים מרכזיים של המחקר, 1999 (באחוזים) - המשך

מדדים	חולים כרוניים	בריאים	דוברי עברית (ותיקים)	עולים מברית-המועצות לשעבר	דוברי ערבית	חמישון תחתון	חמישונים אחרים
ביטוח משלים	*					*	
כן	46	54	35	60	63	31	55
לא	48	40	60	30	32	64	40
לא יודע	6	6	5	10	5	5	5
הכבדת התשלומים על המשפחה	*					#	
במידה רבה	33	26	36	8	8	29	28
במידה בינונית	29	31	29	31	33	37	28
במידה מועטה	16	15	14	19	19	12	16
לא מכבידים	22	28	21	42	40	22	28
ידע על תקרת תשלום השתתפות עצמית						*	
כן	23	19	22	18	10	16	21
לא	77	81	88	78	90	84	79
פטור מתשלומי השתתפות עצמית	*						
פטור (מלא או חלקי)	18	7	8	29	10	12	11
לא פטור	82	93	92	71	90	88	89
סבירות גובה התשלומים	*					*	
סבירים	33	45	37	47	51	35	42
לא כל-כך סבירים	18	19	15	25	31	22	19
לא סביר	49	36	48	28	18	43	39
בקשה וקבלה של הפניה או התחייבות						*	
ביקש וקיבל	91	89	87	94	98	88	90
ביקש ולא קיבל	9	11	13	6	2	12	10
קושי בקבלת טיפול רפואי						*	
קשה ביותר עד קשה	21	17	21	18	6	15	18
לא כל-כך קשה	20	21	20	35	11	19	21
לא קשה כלל	59	62	59	47	83	66	61

נספח ט: השוואה בין קבוצות חלשות בחברה הישראלית לקבוצות אחרות, במדדים מרכזיים של המחקר, 1999 (באחוזים) - המשך

מדדים	חולים כרוניים	בריאים	דוברי עברית (ותיקים)	עולים מברית-המועצות לשעבר	דוברי ערבית	חמישון תחתון	חמישונים אחרים
ויתר על טיפול בשל התשלום	*			*	*	*	
כן ויתר	9	5	9	2	2	11	5
לא ויתר	91	95	91	98	98	89	95
לא קנה תרופות בגלל המחיר הנדרש	*			*	*	*	
כן	15	9	12	7	7	21	9
לא	85	91	88	93	93	79	91

P < 0.05 *

P < 0.06 #

נספח י: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-99 במספר מדדים בעבור אוכלוסיות פגיעות

במספר מדדים לגביהם קיימים נתונים לאורך זמן נערכה השוואה בין הפערים כיום לעומת הפערים שהיו בעבר על-מנת לראות באיזו מידה הפערים הצטמצמו או התרחבו. סיכום הממצאים לכל קבוצת אוכלוסייה מובא בלוחות י"א-י"ד.

להלן פירוט המשתנים בלוחות. נסמן ב-I את חברי הקבוצה (כלומר, חולים כרוניים, דוברי ערבית, בעלי הכנסה נמוכה ועולים חדשים); נסמן ב-J את חברי הקבוצה המשלימה (כלומר, בריאים, דוברי עברית, בעלי הכנסה הגבוהה מתמישון תחתון וותיקים).
המשתנים:

- ◆ שיעור ה-I בשנת 1995: שיעור בקרב חברי הקבוצה אשר בשנת 1995 ענו בחיוב על המדד המפורט בלוח. למשל, שיעור החולים ב-1995 שענו בחיוב על שביעות רצון גבוהה מהרמה המקצועית של רופא המשפחה.
- ◆ שיעור ה-J בשנת 1995: שיעור בקרב הקבוצה המשלימה בשנת 1995 ענו בחיוב על המדד המפורט בלוח. למשל, שיעור הבריאים ב-1995 שענו בחיוב על שביעות רצון גבוהה מהרמה המקצועית של רופא המשפחה.
- ◆ R95 – היחס בין שיעור ה-I בשנת 1995 לבין שיעור ה-J בשנת 1995 (מצבם היחסי בשנת 1995).
- ◆ R97 - היחס בין שיעור ה-I בשנת 1997 לבין שיעור ה-J בשנת 1997 (מצבם היחסי בשנת 1997).
- ◆ R97,95 – היחס בין R97 לבין R95 (בדיקה של התפלגות משתנה זה מלמדת על מובהקות השינוי במצבם היחסי בשנים 1997 לעומת 1995).
- ◆ R99 – היחס בין שיעור ה-I בשנת 1999 לבין שיעור ה-J בשנת 1999 (מצבם היחסי בשנת 1999).
- ◆ R99,97 - היחס בין R99 לבין R97 (בדיקה של התפלגות משתנה זה מלמדת על מובהקות השינוי במצבם היחסי בשנים 1999 לעומת 1997).
- ◆ R(99,97)/(97,95) – היחס בין R99,97 לבין R97,95. (בדיקה של התפלגות משתנה זה מלמדת על מובהקות ההבדל בשיעורי השינוי בין שתי התקופות: 1997-99 לעומת 1995-97).

לוח 1: בדיקת פער יחסי בשנים 1999-95, חולים כרוניים

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב הבריאים 99	שיעור בקרב החולים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב בריאים 97	שיעור בקרב החולים 97	R95	שיעור בקרב הבריאים 95	שיעור בקרב החולים 95	המדד
**1.45	#1.37	1.29	31.00	40.00	0.94	0.94	36.00	34.00	1.00	32.00	32.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של רופא המשפחה
1.17	#1.17	1.15	47.00	54.00	1.00	0.98	50.00	49.00	0.98	46.00	45.00	מרוצה מאוד מהיחס של רופא המשפחה
1.25	1.11	1.11	37.00	41.00	0.89	1.00	36.00	36.00	1.13	32.00	36.00	מרוצה מאוד מהיחס של האחיות
1.33	#1.30	1.18	28.00	33.00	0.98	0.91	32.00	29.00	0.93	27.00	25.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים
1.51	#1.48	1.27	22.00	28.00	0.98	0.86	29.00	25.00	0.88	25.00	22.00	מרוצה מאוד מהיחס של הפקידים
**2.80	#1.89	1.64	11.00	18.00	*0.68	0.86	22.00	19.00	1.28	18.00	23.00	מרוצה מאוד ממבחר התרופות
1.11	1.15	1.15	20.00	23.00	1.04	1.00	29.00	29.00	0.96	28.00	27.00	מרוצה מאוד מקלות קבלת הפניות והתחייבויות לרופא מקצועי ולבדיקות
1.51	#1.32	1.26	19.00	24.00	0.87	0.96	24.00	23.00	1.10	20.00	22.00	מרוצה מאוד משירותי המעבדה
1.26	#1.22	1.07	45.00	48.00	0.97	0.87	47.00	41.00	0.90	39.00	35.00	מרוצה מאוד מניקיון וטיפוח מתקני הקופה

לוח 1: בדיקת פער יחסי בשנים 95-1999, חולים כרוניים - המשך

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב הבריאים 99	שיעור בקרב החולים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב בריאים 97	שיעור בקרב החולים 97	R95	שיעור בקרב הבריאים 95	שיעור בקרב החולים 95	המדד
1.08	1.12	1.16	25.00	29.00	1.04	1.04	27.00	28.00	1.00	22.00	22.00	מרוצה מאוד מקופת-החולים באופן כללי
0.82	0.99	0.79	28.00	22.00	1.22	0.79	43.00	34.00	0.65	20.00	13.00	חל שיפור בשירותי קופת- החולים לעומת השנה שעברה
#DIV/0!	0.93	0.90	60.00	54.00	#DIV/0!	0.97	69.00	67.00				המתנה עד רבע שעה במרפאה של רופא המשפחה
**0.58	0.84	0.81	54.00	44.00	*1.44	0.97	67.00	65.00	0.67	64.00	43.00	המתנה עד שבוע מהזמנת תור עד הגעה לטיפול אצל רופא מקצועי
0.85	0.95	0.95	19.00	18.00	1.12	1.00	19.00	19.00	0.89	19.00	17.00	שעות העבודה של רופא המשפחה נוחות מאוד
1.15	1.25	1.25	8.00	10.00	1.09	1.00	14.00	14.00	0.92	12.00	11.00	שעות העבודה של הרופאים המקצועיים נוחות מאוד
0.94	1.07	1.07	14.00	15.00	1.14	1.00	21.00	21.00	0.88	16.00	14.00	שעות העבודה של עובדי המשרד נוחות מאוד
**0.51	0.74	0.91	11.00	10.00	1.47	1.22	18.00	22.00	0.83	12.00	10.00	השעות שבהן לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה נוחות מאוד
1.42	1.18	1.18	17.00	20.00	0.83	1.00	9.00	9.00	1.21	19.00	23.00	הוצאות לרופא פרטי בשלושת החודשים האחרונים

לוח 1: בדיקת פער יחסי בשנים 1999-95, חולים כרוניים - המשך

המדד	שיעור בקרב החולים 95	שיעור בקרב הבריאים 95	R95	שיעור בקרב החולים 97	שיעור בקרב הבריאים 97	R97	R97,95	שיעור בקרב החולים 99	שיעור בקרב הבריאים 99	R99	R99,97	R (99,97)/(97,95)
יש ביטוח משלים	25.00	39.00	0.64	30.00	41.00	0.73	1.14	46.00	54.00	0.85	1.16	1.02
תשלומי הבריאות מכבידים על המשפחה במידה רבה	26.00	18.00	1.44	26.00	21.00	1.24	0.86	33.00	26.00	1.27	1.03	1.20
ביצוע בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות בקרב נשים בנות +50	37.00	35.00	1.06	43.00	48.00	0.90	0.85	58.00	58.00	1.00	1.12	1.32
ביצוע בדיקת לחץ-דם בחצי שנה אחרונה	62.00	33.00	1.88	67.00	37.00	1.81	0.96	65.00	36.00	1.81	1.00	1.03
הערכת מצב הבריאות הכללי לא כל-כך טוב עד לא טוב	65.00	16.00	4.06	58.00	10.00	5.80	1.43	58.00	10.00	5.80	1.00	0.70

* $p_{95,97} < 0.10$: יחס ה- relative risk מובהק בין השנים 95 ל 97 ברמת מובהקות של 10%

** $p_{(97,99)/(95,97)} < 0.1$: השינוי בין התקופות (99-97) ו (97-95) מובהק ברמת מובהקות של 10%, על פי חישוב ה- relative risk

$p_{97,99} < 0.10$: יחס ה- relative risk מובהק בין השנים 97 ל 99 ברמת מובהקות של 10%

לוח 2: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-99, חמישון תחתון

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב אחרים 99	שיעור בקרב חמישון תחתון 99	R97,95	R97	שיעור בקרב אחרים 97	שיעור בקרב חמישון תחתון 97	R95	שיעור בקרב אחרים 95	שיעור בקרב חמישון תחתון 95	המדד
0.82	0.94	0.91	34.00	31.00	1.14	0.97	35.00	34.00	0.85	33.00	28.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של רופא המשפחה
0.76	0.90	0.90	50.00	45.00	1.18	1.00	50.00	50.00	0.85	46.00	39.00	מרוצה מאוד מהיחס של רופא המשפחה
0.78	0.99	1.19	37.00	44.00	1.28	1.20	35.00	42.00	0.94	33.00	31.00	מרוצה מאוד מהיחס של האחיות
**0.41	#0.67	0.83	30.00	25.00	*1.66	1.24	29.00	36.00	0.75	28.00	21.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים
**0.45	#0.71	1.04	24.00	25.00	*1.59	1.46	26.00	38.00	0.92	24.00	22.00	מרוצה מאוד מהיחס של הפקידים
**0.33	0.72	0.79	14.00	11.00	*2.19	1.10	21.00	23.00	0.50	22.00	11.00	מרוצה מאוד ממבחר התרופות
0.64	0.81	0.81	21.00	17.00	1.27	1.00	29.00	29.00	0.79	28.00	22.00	מרוצה מאוד מקלות קבלת הפניות והתחייבויות לרופא מקצועי ולבדיקות
0.73	0.93	0.85	20.00	17.00	1.28	0.91	23.00	21.00	0.71	21.00	15.00	מרוצה מאוד משירותי המעבדה

לוח 2: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-99, חמישון תחתון - המשך

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב אחרים 99	שיעור בקרב חמישון תחתון 99	R97,95	R97	שיעור בקרב אחרים 97	שיעור בקרב חמישון תחתון 97	R95	שיעור בקרב אחרים 95	שיעור בקרב חמישון תחתון 95	המדד
0.95	1.00	1.02	46.00	47.00	1.05	1.02	45.00	46.00	0.97	38.00	37.00	מרוצה מאוד מניקיון וטיפול מתקני הקופה
0.72	0.86	0.92	26.00	24.00	1.19	1.07	27.00	29.00	0.90	21.00	19.00	מרוצה מאוד מקופת-החולים באופן כללי
1.20	1.18	1.52	25.00	38.00	0.98	1.29	38.00	49.00	1.31	16.00	21.00	חל שיפור בשירותי קופת-החולים לעומת השנה שעברה
#DIV/0!	0.97	0.97	58	56	#DIV/0!	1.00	68	68				המתנה עד רבע שעה במרפאה של רופא המשפחה
0.92	0.94	1.00	49	49	1.02	1.06	66	70	1.04	54	56	המתנה עד שבוע מהזמנת תור עד הגעה לטיפול אצל רופא מקצועי
0.79	1.00	1.11	18	20	1.26	1.11	18	20	0.88	17	15	שעות העבודה של רופא המשפחה נוחות מאוד
0.52	0.82	1.00	8	8	1.58	1.21	14	17	0.77	13	10	שעות העבודה של הרופאים המקצועיים נוחות מאוד
0.60	0.92	1.15	13	15	1.54	1.25	20	25	0.81	16	13	שעות העבודה של עובדי המשרד נוחות מאוד

לוח 2: בדיקת פער יחסי בשנים 99-1995, חמישון תחתון - המשך

המדד	שיעור בקרב חמישון תחתון 95	שיעור בקרב אחרים 95	R95	שיעור בקרב חמישון תחתון 97	שיעור בקרב אחרים 97	R97	R97,95	שיעור בקרב חמישון תחתון 99	שיעור בקרב אחרים 99	R99	R99,97	R (99,97)/(97,95)
השעות שבהם לוקחים ומוטרים בדיקות מעבדה נוחות מאוד	9	12	0.75	20	19	1.05	1.40	12	10	1.20	1.14	0.81
הוצאות לרופא פרטי בשלושת החודשים האחרונים	25	18	1.39	6	10	0.60	*0.43	15	19	0.79	#1.32	**3.05
יש ביטוח משלים	18	38	0.47	18	42	0.43	0.90	31	56	0.55	1.29	1.43
תשלומי הבריאות מכבידים על המשפחה במידה רבה	30	19	1.58	22	22	1.00	*0.63	29	28	1.04	1.04	1.64
ביצוע בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות בקרב נשים בנות 50+	27	39	0.69	31	48	0.65	0.93	41	61	0.67	1.04	1.12
ביצוע בדיקת לחץ דם בחצי שנה אחרונה	38	42	0.90	58	44	1.32	*1.46	47	45	1.04	#0.79	**0.54
הערכת מצב הבריאות הכללי לא כל-כך טוב עד לא טוב	38	28	1.36	41	22	1.86	*1.37	29	26	1.12	#0.60	**0.44

* $p < 0.10$, 95,97 < relative risk מובהק בין השנים 95 ל 97 ברמת מובהקות של 10%
 # $p < 0.10$, 97,99 < relative risk מובהק בין השנים 97 ל 99 ברמת מובהקות של 10%
 ** $p < 0.1$, (97,99)/(95,97) < relative risk : השינוי בין התקופות (99-97) ו (97-95) מובהק ברמת מובהקות של 10%, על פי חישוב ה - יחס ה - relative risk

לוח 3: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-99, עולים חדשים

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב דוברי עברית 99	שיעור בקרב עולים חדשים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב דוברי עברית 97	שיעור בקרב עולים חדשים 97	R95	שיעור בקרב דוברי עברית 95	שיעור בקרב עולים חדשים 95	המדד
2.39	#1.91	0.54	39.00	21.00	0.80	0.28	39.00	11.00	0.35	34.00	12.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של רופא המשפחה
**2.57	#1.70	0.68	50.00	34.00	*0.66	0.40	55.00	22.00	0.60	48.00	29.00	מרוצה מאוד מהיחס של רופא המשפחה
1.00	1.22	0.59	37.00	22.00	1.22	0.49	39.00	19.00	0.40	35.00	14.00	מרוצה מאוד מהיחס של האחיות
2.36	#2.44	0.70	33.00	23.00	1.04	0.29	35.00	10.00	0.28	29.00	8.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים
1.93	#2.20	0.48	27.00	13.00	1.14	0.22	32.00	7.00	0.19	26.00	5.00	מרוצה מאוד מהיחס של הפקידים
0.93	1.01	0.53	17.00	9.00	1.10	0.52	23.00	12.00	0.48	21.00	10.00	מרוצה מאוד ממבחר התרופות
**2.98	1.42	0.44	27.00	12.00	*0.48	0.31	32.00	10.00	0.66	29.00	19.00	מרוצה מאוד מקלות קבלת הפניות והתחייבויות לרופא מקצועי ולבדיקות
2.42	#1.67	0.68	25.00	17.00	0.69	0.41	27.00	11.00	0.59	22.00	13.00	מרוצה מאוד משירותי המעבדה

לוח 3: בדיקת פער יחסי בשנים 99-1995, עולים חדשים - המשך

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב דוברי עברית 99	שיעור בקרב עולים חדשים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב דוברי עברית 97	שיעור בקרב עולים חדשים 97	R95	שיעור בקרב דוברי עברית 95	שיעור בקרב עולים חדשים 95	המדד
1.29	1.33	0.59	46.00	27.00	1.04	0.44	50.00	22.00	0.43	40.00	17.00	מרוצה מאוד מניקיון וטיפול מתקני הקופה
1.35	1.57	0.45	33.00	15.00	1.16	0.29	31.00	9.00	0.25	24.00	6.00	מרוצה מאוד מקופת-החולים באופן כללי
0.61	#2.15	0.80	20.00	16.00	*3.53	0.37	43.00	16.00	0.11	19.00	2.00	חל שיפור בשירותי קופת- החולים לעומת השנה שעברה
#DIV/0!	#1.68	1.35	52.00	70.00	#DIV/0!	0.80	70.00	56.00				המתנה עד רבע שעה במרפאה של רופא המשפחה
0.87	0.96	0.92	51.00	47.00	1.11	0.96	67.00	64.00	0.86	57.00	49.00	המתנה עד שבוע מהזמנת תור עד הגעה לטיפול אצל רופא מקצועי
1.33	1.44	0.55	20.00	11.00	1.09	0.38	21.00	8.00	0.35	20.00	7.00	שעות העבודה של רופא המשפחה נוחות מאוד
2.36	1.92	0.60	10.00	6.00	0.81	0.31	16.00	5.00	0.38	13.00	5.00	שעות העבודה של הרופאים המקצועיים נוחות מאוד
0.58	0.68	0.29	17.00	5.00	1.16	0.43	23.00	10.00	0.38	16.00	6.00	שעות העבודה של עובדי המשרד נוחות מאוד

לוח י3: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-99, עולים חדשים - המשך

R (99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב דוברי עברית 99	שיעור בקרב עולים חדשים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב דוברי עברית 97	שיעור בקרב עולים חדשים 97	R95	שיעור בקרב דוברי עברית 95	שיעור בקרב עולים חדשים 95	המדד
1.19	0.85	0.23	13.00	3.00	0.71	0.27	22.00	6.00	0.38	13.00	5.00	השעות שבהם לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה נוחות מאוד
3.05	1.75	0.52	21.00	11.00	0.57	0.30	10.00	3.00	0.52	21.00	11.00	הוצאות לרופא פרטי בשלושת החדשים האחרונים
1.42	0.94	0.52	60.00	31.00	*0.66	0.55	40.00	22.00	0.83	35.00	29.00	יש ביטוח משלים
1.39	0.62	0.22	36.00	8.00	*0.44	0.36	25.00	9.00	0.81	21.00	17.00	תשלומי הבריאות מכבידים על המשפחה במידה רבה
0.87	1.32	0.75	64.00	48.00	1.52	0.57	51.00	29.00	0.38	40.00	15.00	ביצוע בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות בקרב נשים בנות +50
0.75	0.92	1.00	45.00	45.00	1.23	1.09	46.00	50.00	0.88	42.00	37.00	ביצוע בדיקת לחץ-דם בחצי שנה אחרונה
**0.69	0.89	2.71	21.00	57.00	*1.29	3.05	19.00	58.00	2.37	27.00	64.00	הערכת מצב הבריאות הכללי לא כל-כך טוב עד לא טוב

* $0.10 > p_{95,97}$: יחס ה- relative risk מובהק בין השנים 95 ל 97 ברמת מובהקות של 10%

$0.10 > p_{97,99}$: יחס ה- relative risk מובהק בין השנים 97 ל 99 ברמת מובהקות של 10%

** $0.1 > p_{(97,99)/(95,97)}$: השינוי בין התקופות (99-97) ו (97-95) מובהק ברמת מובהקות של 10%, על פי חישוב ה- יחס ה- relative risk

לוח 4: בדיקת פער יחסי בשנים 99-1995, דוברי ערבית

R 99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב דוברי עברית 99	שיעור בקרב הערבים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב דוברי עברית 97	שיעור בקרב הערבים 97	R95	שיעור בקרב דוברי עברית 95	שיעור בקרב הערבים 95	המדד
**0.27	#0.44	0.51	39.00	20.00	*1.62	1.18	34.00	40.00	0.73	33.00	24.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של רופא המשפחה
0.82	1.07	1.14	50.00	57.00	*1.31	1.06	49.00	52.00	0.81	47.00	38.00	מרוצה מאוד מהיחס של רופא המשפחה
**0.46	1.02	1.54	37.00	57.00	*2.21	1.52	33.00	50.00	0.69	35.00	24.00	מרוצה מאוד מהיחס של האחיות
**0.18	#0.42	0.58	33.00	19.00	*2.27	1.38	29.00	40.00	0.61	28.00	17.00	מרוצה מאוד מהרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים
**0.17	#0.39	0.81	27.00	22.00	*2.27	2.08	24.00	50.00	0.92	24.00	22.00	מרוצה מאוד מהיחס של הפקידים
**0.10	#0.17	0.24	17.00	4.00	*1.73	1.40	20.00	28.00	0.81	21.00	17.00	מרוצה מאוד ממבחר התרופות
**0.22	#0.25	0.22	27.00	6.00	1.13	0.90	29.00	26.00	0.79	29.00	23.00	מרוצה מאוד מקלות קבלת הפניות והתחייבויות לרופא מקצועי ולבדיקות
**0.04	#0.10	0.08	25.00	2.00	*2.30	0.80	25.00	20.00	0.35	23.00	8.00	מרוצה מאוד משירותי המעבדה
**0.54	0.94	1.43	46.00	66.00	*1.75	1.52	42.00	64.00	0.87	38.00	33.00	מרוצה מאוד מניקיון וטיפול מתקני הקופה
**0.33	#0.29	0.21	33.00	7.00	0.88	0.72	29.00	21.00	0.83	23.00	19.00	מרוצה מאוד מקופת- החולים באופן כללי
1.24	#1.42	3.05	20.00	61.00	1.15	2.15	33.00	71.00	1.88	16.00	30.00	חל שיפור בשירותי קופת- החולים לעומת השנה שעברה
0.27	1.36	0.14	22.00	3.00	5.00	0.10	10.00	1.00	0.02	5.00	0.10	המתנה עד רבע שעה במרפאה של רופא המשפחה

לוח 4: בדיקת פער יחסי בשנים 1995-99, דוברי ערבית - המשך

R 99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב דוברי עברית 99	שיעור בקרב הערבים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב דוברי עברית 97	שיעור בקרב הערבים 97	R95	שיעור בקרב דוברי עברית 95	שיעור בקרב הערבים 95	המדד
#DIV/0!	#1.15	1.50	52.00	78.00	#DIV/0!	1.31	65.00	85.00				המתנה עד שבוע מהזמנת תור עד הגעה לטיפול אצל רופא מקצועי
1.03	0.89	0.98	51.00	50.00	0.86	1.11	65.00	72.00	1.29	55.00	71.00	שעות העבודה של רופא המשפחה נוחות מאוד
**6.30	#3.29	1.14	28.00	32.00	0.52	0.35	23.00	8.00	0.67	27.00	18.00	שעות העבודה של הרופאים המקצועיים נוחות מאוד
**0.42	#0.48	0.90	20.00	18.00	1.13	1.88	17.00	32.00	1.67	18.00	30.00	שעות העבודה של עובדי המשרד נוחות מאוד
**0.15	#0.25	0.50	10.00	5.00	*1.71	2.00	12.00	24.00	1.17	12.00	14.00	השעות שבהם לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה נוחות מאוד
**0.16	#0.29	0.59	17.00	10.00	*1.88	2.00	18.00	36.00	1.07	15.00	16.00	הוצאות לרופא פרטי בשלושת החודשים האחרונים
**0.11	#0.23	0.31	13.00	4.00	*2.17	1.33	18.00	24.00	0.62	13.00	8.00	יש ביטוח משלים
1.76	0.87	0.52	21.00	11.00	*0.50	0.60	10.00	6.00	1.21	19.00	23.00	תשלומי הבריאות מכבידים על המשפחה במידה רבה
**3.09	#1.87	0.53	60.00	32.00	*0.60	0.29	42.00	12.00	0.47	38.00	18.00	ביצוע בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות בקרב נשים בנות +50
0.80	#0.41	0.22	36.00	8.00	*0.52	0.54	24.00	13.00	1.05	20.00	21.00	ביצוע בדיקת לחץ דם בחצי שנה אחרונה
0.16	2.21	0.78	64.00	50.00	*13.46	0.35	48.00	17.00	0.03	38.00	1.00	הערכת מצב הבריאות הכללי לא כל-כך טוב עד לא טוב
**0.67	1.02	1.02	45.00	46.00	*1.52	1.00	47.00	47.00	0.66	44.00	29.00	אין הגדרה

לוח 4: בדיקת פער יחסי בשנים 99-1995, דוברי ערבית - המשך

R 99,97)/(97,95)	R99,97	R99	שיעור בקרב דוברי עברית 99	שיעור בקרב הערבים 99	R97,95	R97	שיעור בקרב דוברי עברית 97	שיעור בקרב הערבים 97	R95	שיעור בקרב דוברי עברית 95	שיעור בקרב הערבים 95	המדד
**3.06	#2.15	1.00	21.00	21.00	0.70	0.46	28.00	13.00	0.66	44.00	29.00	אין הגדרה

* $p_{95,97} < 0.10$: יחס ה- relative risk מובהק בין השנים 95 ל 97 ברמת מובהקות של 10%

$p_{97,99} < 0.10$: יחס ה- relative risk מובהק בין השנים 97 ל 99 ברמת מובהקות של 10%

** $p_{(97,99)/(95,97)} < 0.1$: השינוי בין התקופות (99-97) ו (97-95) מובהק ברמת מובהקות של 10%, על פי חישוב ה- יחס ה- relative risk



Israel's Health System as Perceived by the Public – 1995, 1997 and 1999

Revital Gross ♦ Shuli Brammli-Greenberg

This report was prepared in the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute. The study was funded in part by the Ministry of Health, Clalit Health Services, Maccabi Healthcare Services, Leumit Health Plan and Meuchedet Health Plan.

RESEARCH REPORT



WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization, operating in partnership with the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

A center for professional exchanges, collaborative research and special forums in the international arena.

The Institute's research involves an interdisciplinary approach. The Institute has five major divisions:

- ◆ Aging
- ◆ Health Policy
- ◆ Immigrant Absorption
- ◆ Disability
- ◆ Center for Children and Youth

Israel's Health System as Perceived by the Public – 1995, 1997 and 1999

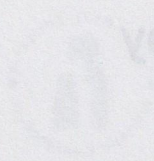
Revital Gross

Shuli Brammli-Greenberg

This report was prepared in the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute. The study was funded in part by the Ministry of Health, Clalit Health Services, Maccabi Healthcare Services, Leumit Health Plan and Meuchedet Health Plan.

February 2001

Jerusalem



Israel's Health System as Perceived by the Public - 1995, 1997 and 1999

Revital Gross
Shuli Brenin-Greenberg

This report was prepared in the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute. The study was funded in part by the Ministry of Health, Civil Health Services, Medical Health Services, Jewish Health Plan and the Jewish Health Plan.

**JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130 Israel**

Tel: (02) 655-7400
Fax: (02) 561-2391

Web Site: www.jdc.org.il/brookdale



Related JDC-Brookdale Institute Publications

Brammli-Greenberg, S. and Gross, R.. 1999. *Supplemental and Commercial Health Insurance, 1998: Changes in Policy, Financing and Consumer Behavior*. RR-349-99

Gross, R.; Rosen, B.; and Shirom, A. 2000. *Israel's Health System Since the National Health Insurance Law*. R-116-00

Nirel, N.; Pilpel, D.; Rosen, R.; Zmora, I.; Greenstein, M.; and Zalcborg, S. 2000. *The Accessibility and Availability of Health Services in the South of Israel: Has the Gap between the South and Other Regions in Israel Been Reduced in the Wake of the National Health Insurance Law?* RR-354-00

Farfel, M. and Yuval, D. 1999. *Arabs' and Jews' Perceptions and Use of the Health System Two and a Half Years After Implementation of the National Health Insurance Law: Findings from a Survey of the General Population*. RR-351-99

Rosen, B.; Ivancovsky, M.; and Nevo, Y. 1998. *Changes in Sick Fund Economy: Sick Fund Revenues and Expenditures Before and After the Introduction of National Health Insurance*. RR-317-98

To order, contact the JDC-Brookdale Institute, P.O. Box 13087, Jerusalem 91130 Israel;
Tel: (02)655-7400; Fax: (02)561-2391; E-mail: brook@jdc.org.il

Abstract

Since implementation of the National Health Insurance Law in 1995, the JDC-Brookdale Institute has been conducting an ongoing evaluation study designed to monitor the law's impact on health plans, the level of service they provide to members, the equity of the services, and the burden of payments on citizens. This report presents findings from a population survey, conducted at the end of 1999, of the functioning of the health system from the perspective of service users.

This was the third in a series of three surveys; the first two were conducted in 1995 and 1997. During this time, there have been far-reaching changes in health policy, the health system's financial situation and the health plans' methods of operation. As a result, the health system's NIS 1.5 billion deficit in 1997 had decreased to NIS 400 million by 1998, and to about NIS 200 million by 1999. The decline in the deficit was due in part to a decline in per capita expenditures and in part to an increase in revenues, including increased co-payments and increased government funding. In light of these changes, it is particularly important to conduct an ongoing follow up of indices of the system's functioning in order to examine the impact of these changes and identify desirable trends that should be reinforced, and undesirable byproducts that require special intervention.

The survey population included all permanent residents of Israel over age 22. The sampling framework was the computerized directory of Bezeq, Israel's domestic telephone service. For each listing sampled, one randomly chosen adult was interviewed. At the conclusion of the field work, a total of 1,727 questionnaires had been completed, for a response rate of 83%.

Changes in Satisfaction, Perceived Level of Services, and Financial Burden - 1995, 1997 and 1999

In order to study the changes that took place in the health system regarding satisfaction, perceived level of services, and costs, we examined a number of indices that had been included in the previous surveys. Despite the decline in the adjusted per-capita expenditure of the health plans in 1998-1999, general satisfaction was high and remained virtually unchanged compared to 1997. At the same time, 26% of the respondents said they perceived an improvement in their health plan's services since the previous year. Nevertheless, there was a clear downward trend in a number of areas of service as expressed by a decline in satisfaction in areas related to accessibility, and a rise in the rate of those who felt that there had been a deterioration over the past year (18%). In addition, there was a decline in the availability of services, as well as in accessibility (clinic hours, time spent in waiting rooms and the length of time between making the appointment and actually seeing the physician). The decline in variables associated with availability may reflect efforts by the health plans to reduce expenditures. Indices associated with medical care showed a considerable improvement in the coverage of mammography examinations among women aged 50+, perhaps because of the special campaign launched by the Ministry of Health and the health plans. Also observed was a trend toward increased referrals outside the public system, which may reflect access difficulties that led insurees to seek solutions outside the system. However, it may have moderated the decline in

satisfaction, as supplemental insurance programs are often perceived as being part of health plan services.

A comparison of health plans reveals that the changes were not uniform in all the health plans, and that the observed trends were mixed.

The respondents were also asked about the extent to which their family health expenditure (including health tax, supplementary insurance fees, health plan fees and fees for private physicians) was burdensome. There was an increase in the proportion describing it as very burdensome (from 22% to 28%), though there was a similar increase saying it was not a burden at all (from 22% to 26%).

Co-payment Fees

As originally enacted, the NHI law stipulated that health plans would continue to collect their pre-NHI co-payment fees. In the framework of the 1998 Budget Arrangements Bill, the government allowed the health plans to expand the spectrum of co-payment fees and charge members for visits to specialists, out-patient clinics and diagnostic centers. (Maccabi was allowed to continue charging a quarterly fee for visits to primary care physicians.) In 1998, an increase in co-payment fees for medication was also approved.

There is concern that co-payment fees are a barrier to essential visits, especially among those with limited means and who require many services. Thus, this tool may increase the level of inequity in the system, and even harm the level of health of part of the population. The primary policy tools that can be implemented to prevent these byproducts are exemptions and discounts, and a fee ceiling. Indeed, as part of the 1998 Budget Arrangements Bill, a quarterly ceiling was imposed on family co-payment fees, and exemptions were given to recipients of income maintenance benefits, disability benefits and child support benefits from the National Insurance Institute (NII). In addition, a monthly ceiling was imposed on co-payment fees for medications for the chronically ill.

The study findings show that the public lacks information concerning co-payment fees. A high proportion (80%) do not know that ceilings exist (so that they probably do not exercise their right to a refund for payments above the ceiling). A multivariate analysis shows that members of health plans other than Clalit Health Services, and the chronically ill, know more than others about the existence of ceilings; Arabic speakers and Russian speakers know less.

We also showed that only a very small proportion of those who are exempt from co-payment fees under NHI (30%) are aware of the exemption. Indeed, health plans utilize computerized information from NII to automatically grant the exemption to those who are eligible. However, lack of awareness concerning the exemption is liable to deter patients from seeking care.

Nevertheless, there is a trend among health plans and the Ministry of Health to increase awareness in this area. Following the survey, Maccabi began employing a computerized method of collecting co-payment fees, in which a family that reaches the payment ceiling is given an automatic exemption, with no need to save receipts and submit forms to the office. It appears that other health plans are also willing to take steps that will allow those who are eligible for exemptions and discounts to exercise their rights.

Regarding the administrative process, most people seeking a refund have received one. However, a high proportion of those who have paid co-payment fees (40%) said they were unaware of the possibility of receiving a refund, and therefore did not consider requesting one.

A multivariate analysis shows that women, those with low income, those who do not speak Hebrew and those who are not members of Maccabi encounter more difficulties in receiving refunds.

Concerning perceptions of co-payment fees, it appears that public opinion is divided, with higher proportions of the chronically ill and those with low income believing that co-payment fee levels are unreasonable. These populations are considered the most vulnerable, as they have multiple health needs and the greatest difficulty paying for care.

Barriers to the Receipt of Services

Various types of barriers confront health plan members seeking to receive health system services; these barriers include financial and bureaucratic impediments, geographical distance, etc.

In the framework of the study, the interviewees were asked whether they had foregone treatment provided through their health plan due to the fee involved, and, if so, which treatment. In addition, they were asked whether, due to the fee involved, they had foregone physician-prescribed medication. It must be noted that we lack comparative information from the period prior to the inception of co-payment fees for visits to specialists and out-patient clinics, and for diagnostic procedures (Budget Arrangements Bill, 1998). The significance of the treatment and medication that were foregone is unclear because, in the framework of the current study, there were no additional questions asked that might clarify the issues, such as: How necessary was the treatment that was foregone? Was the problem solved in another way? Was prescribed medication included in the basket of services? Was a less costly medication provided instead?

The findings show that the proportion of those who had foregone treatment of some kind in the last year due to cost was 6%. Eleven percent of the interviewees reported foregoing the purchase of prescribed medication during the previous 12 months due to cost. Fourteen percent reported foregoing either medication, treatment or both.

The situation was worse for the chronically ill and the poor (those in the bottom quintile). It appears that difficulties of access associated with fee payments were more severe among these populations

than among the rest of the public. One out of four individuals in the bottom quintile, and one out of five chronically ill individuals, had foregone medication or treatment during the previous 12 months due to the cost involved. The chronically ill who require high levels of care, and the poor who find it difficult to pay additional fees, are more vulnerable than others to the effects of copayments, and it is important to monitor their status over time.

The reverse is true regarding the situation of Arabs and the elderly, a relatively small proportion of whom reported difficulties of access associated with fee payments.

Regarding another index for access problems – perceived difficulty of the health plan member to receive medical care – it was found that 18% of the respondents said they found it “somewhat” to “very” difficult to receive care when they needed it. A higher proportion of members of Clalit reported encountering difficulty receiving medical care than did members of other health plans, though a higher proportion of Clalit members also reported it was now easier to receive care than in the past than did members of other health plans. A similar trend was observed for changes in satisfaction (a smaller proportion of Clalit members reported that they were satisfied than did members of other health plans, though a higher proportion felt there had been an improvement compared to the previous year than did members of other health plans).

Regarding the barrier related to bureaucracy, we found that 11% of those requiring a referral or payment voucher reported that their health plan had turned them down during the previous year.

The findings show that most of those who turned to their health plan for information on such areas as operating hours, physicians, fees and supplemental insurance received it (80%); nevertheless, one-fifth said they had received only partial information, information that was not clear, or no information at all. Surprisingly, those reporting that they did not receive the information they needed, or had difficulty doing so, tended to be from stronger population groups, which may be linked to the type of information they sought (more sophisticated) and their level of expectations.

Assessment of Health System Functioning

The interviewees were asked a general question about the functioning of the health system, a question that has been asked on surveys in other countries as well. The question related to the system in a broad sense (including hospitalization services, long-term care, dental care, etc.), and not just to health plan services. The interviewees were asked to choose one of three sentence that most closely reflected their opinion of the Israeli health system. Forty-four percent felt that minor changes were required, compared to 43% who mentioned a number of positive aspects but felt that fundamental change is required in order to improve the system. A relatively low proportion (13%) felt the system should be completely restructured. A comparison with other countries shows that a relatively high proportion of the Israeli public believes the health system is functioning well, though it requires minor changes to effect improvement. A relatively high proportion of those in Israel who called for the system to be restructured were from stronger population strata (younger, a higher

education, Hebrew speakers and residents of the center of the country). On the other hand, the highest proportion of those saying the system required a fundamental change was among the chronically ill.

Degree of Equity among Populations in Satisfaction and Service Accessibility

In order to study the extent of equity in the health system in 1999 for a number of primary study variables, we compared the replies of the chronically ill with those of the non-chronically ill; the replies of respondents from low income groups with those of respondents from high income groups; the replies of Hebrew speakers with those of Arabic speakers; and the replies of new immigrants (those who arrived after 1989) from the former Soviet Union (FSU) with those of longtime residents.

According to various indices, the situation regarding the chronically ill and poor (who are among the country's weakest and most vulnerable populations), was apparently worse than that of longtime residents. The findings also show that in 1999, new immigrants from the FSU reported fewer fee-related problems than did others, and that Arabic speakers reported fewer access-related and fee-related problems than did Hebrew speakers. Nevertheless, Arabs and new immigrants reported lower satisfaction levels with health plan services, and lower rates of mammography examinations for women aged 50+.

An examination of changes taking place among populations over time shows that between 1995 and 1997, there was a trend toward a reduction in gaps between low income groups and high income groups, and between Arabic speakers and Hebrew speakers, in various indices. Gaps between new immigrants and longtime residents grew during this time. There was no clear trend regarding gaps between the chronically ill and non-chronically ill.

Between 1997 and 1999, the situation of those in low income groups worsened compared to the situation of those in high income groups in indices of satisfaction, though it improved in the index of perceived health. The situation of Arabic speakers also worsened compared to that of Hebrew speakers in a substantial number of indices related to perceived health, accessibility and satisfaction. During the same period there was a reduction in the gaps between the chronically ill and non-chronically ill, and in the gaps between new immigrants and longtime residents, in a number of indices, primarily those related to satisfaction with health plan services.

The report discusses several policy issues that arise from the findings and should be addressed:

- ◆ A cessation of the trend toward improved health plan services following health policy changes in 1998-1999.
- ◆ Deficiencies in implementing the mechanism for discounts and exemptions from co-payment fees.
- ◆ The foregoing of medical care and prescription medications due to co-payment fees.
- ◆ Remaining gaps in equity among groups.

In summary, experiences in Israel and other countries show that the implementation of health system reforms is an ongoing, dynamic process, during which there are constant, and sometimes far-reaching, changes. One of the most important components of the process is up-to-date information that can assist policymakers in monitoring the implementation, as well as its outcomes. The information can identify problems that arise during the process, as well as undesirable byproducts, and can help improve the program of reforms and its actual implementation. As such, ongoing studies that monitor the health system's functioning have an important role in making maximum use of research findings during the decisionmaking process, as do closer ties with national policymakers and organizational service providers.

Acknowledgments

We wish to thank the members of the study's steering committee for their assistance in identifying key issues for the study, developing the questionnaire and providing helpful comments on the significance of the findings: Effi Arbel, formerly coordinator of local authority and Ministry of Health budgets, Ministry of Finance; Itzik Bachar, Planning Division, Clalit Health Services; Gabi Bin-Nun, Assistant Director-General for Finance and Health Insurance, Ministry of Health; Meidad Gissin, Chairman, ZVI; Frances Wood, Chief Economist, Maccabi Healthcare Services; Yoav Cohen, Leumit Health Plan; Shlomo Cohen, Deputy Director-General and Director of Research, National Insurance Institute; Brenda Morginstin, Director, Department of Evaluations of Long-term Benefits, National Insurance Institute; Ya'akov Nevo, Director, Area of Health Plan Regulation, Ministry of Health; David Somekh, Internal Comptroller, Meuhedet Health Plan; Reuven Shteiner, Consultant to the Ministry of Health; Anat Shemesh, Director, Area of Surveys and Evaluations, Ministry of Health; and Hedva Radovich, Director-General, "Physicians for Human Rights," and the "Etzba al Hadofek" organization.

We also wish to thank the directorates of Maccabi Healthcare Services, Meuhedet Health Plan, Leumit Health Plan and Clalit Health Services; and Prof. Shuki Shemer, Director-General of the Ministry of Health, and Ministry management, whose comments on the study's initial findings shed light on their significance and meaning.

We are also grateful to Nurit Friedman of Maccabi Healthcare Services, and Nurit Lax and Nava Yellin of Clalit Health Services, for their assistance in developing the questionnaire.

Special thanks go to the JDC-Brookdale Institute's Ronit Matzliah, who assisted us with the data processing and in writing the chapter on equity; Bruce Rosen and Jack Habib, who provided us with helpful comments during the course of the study and writing of the report; Anat Berberian, who edited the report; and Inbal Yonayov, who typed it.

Table of Contents

1. Introduction	1
1.1 Background: The Health System, 1995-1999	1
2. Methodology	3
2.1 Study Population and Sample	3
2.2 Sampling and Weighting	4
2.3 Data Collection and Study Instruments	5
2.4 Data Analysis	5
3. Findings	6
3.1 Changes in Satisfaction, Perceived Service Levels, and Financial Burden between 1995, 1997 and 1999	6
3.2 Co-payment Fees	22
3.3 Barriers to the Receipt of Services	30
3.4 Assessment of Health System Functioning	41
4. Equity among Populations for Satisfaction and Service Accessibility	45
4.1 The Chronically Ill	45
4.2 Low-income Individuals	47
4.3 New Immigrants from the FSU	48
4.4 Arabs	49
4.5 Summary	52
5. Summary and Discussion	52
Bibliography	56
Appendices	59

List of Tables

Table 1: Results of Fieldwork in Population Surveys in 1995, 1997 and 1999	4
Table 2: Perceived Improvement or Deterioration in Health Plan Services during Past 12 Months – A Multivariate Logistic Regression Analysis	11
Table 3: Indices of Service Availability and Accessibility – Changes between 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	12
Table 4: Possibility of Choosing a Specialist - A Multivariate Logistic Regression Analysis	15
Table 5: Waiting Time for Appointment with Primary Care Physician in 1999, by Health Plan	15
Table 6: Reasonability of Waiting Time in 1999, by Waiting Time for Appointment with Primary Care Physician	16
Table 7: Indices for Medical Care and Assessment of Health in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	18
Table 8: Referral Outside the Public System in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	18
Table 9: Extent of Burden of Family Health Expenditures in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	19
Table 10: Extent of Burden of Family Health Expenditures – A Multivariate Categorical Regression Analysis	20
Table 11: Co-payments – The Administrative Process (Request for, Receipt of, and Difficulty in Obtaining a Refund), by Various Background Characteristics	26
Table 12: Reasonability of Co-payment Fees, by Primary Characteristics	29
Table 13: Indices of Accessibility – Israel Compared to Other Countries	32
Table 14: “Difficulty Encountered in Receiving Medical Care,” by Background Characteristics	34

Table 15: “Difficulty Encountered in Receiving Medical Care” - A Multivariate Logistic Regression Analysis	35
Table 16: “More Difficulty Encountered in Receiving Medical Care than Last Year,” by Health Plan	36
Table 17: “More Difficulty Encountered in Receiving Medical Care than Last Year” - A Multivariate Logistic Regression Analysis	36
Table 18: Request for Referral or Payment Voucher Denied during Past 12 Months - A Multivariate Logistic Regression Analysis	37
Table 19: Percentage Reporting “Information Answered My Needs” and “Difficulty Encountered in Receiving Information,” by Background Characteristics	40
Table 20: Evaluation of Health System Functioning – Israel Compared to Other Countries	42
Table 21: Evaluation of Health System Functioning, by Background Characteristics	43
Table 22: Evaluation of Health System Functioning - A Multivariate Categorical Regression Analysis	44

List of Figures

Figure 1: Satisfaction with Health Plans in 1997-1997, by Health Plan (% “satisfied” or “very satisfied”)	7
Figure 2: Very High Satisfaction with Various Services in 1999, by Health Plan	8
Figure 3: Improvement or Deterioration in Health Plan Services Compared to Previous Year in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	10
Figure 4: Where Specialist Care was Provided in 1999, by Health Plan	14
Figure 5: Possibility of Choosing a Specialist in 1999, by Health Plan	14
Figure 6: Physiotherapy – Required But Not Provided in 1999, by Health Plan	16
Figure 7: Knowledge of Existence of Co-payment Fee Ceilings in 1999, by Health Plan	24
Figure 8: Knowledge of Existence of Co-payment Fee Ceilings in 1999, by Population	24
Figure 9: Reasonability of Co-payment Fees, by Health Plan	28
Figure 10: Health Plan Treatment Foregone during Past 12 Months Due to Fee in 1999	31
Figure 11: Prescribed Medication Foregone during Past 12 Months Due to Fee in 1999	32
Figure 12: Health Plan Treatment or Medication Foregone during Past 12 Months Due to Fee in 1999	33
Figure 13: Request for Referral or Payment Voucher Denied during Past 12 Months in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	37
Figure 14: Required Explanations or Information on Health Plan Activity in 1999, by Health Plan	38
Figure 15: Requested Information in 1999, by Health Plan	39

List of Appendices and Tables in the Appendices

Appendix A: Analysis of the Goals of the 1997-2000 Budget Arrangements Bills, and the Means for Attaining Them	59
Appendix B: Health Plan Income by Primary Sources in 1998, and Rate of Increase Compared to 1997; Total and Adjusted Per-person	61
Table B1: Health Plan Income by Primary Sources in 1998, and Rate of Increase Compared to 1997 (Total and Adjusted Per-person)	61
Appendix C: Health Plan Expenditures by Primary Expenditure Areas in 1998, and Rate of Decrease Compared to 1997; Total and Adjusted Per-person	62
Table C1: Health Plan Expenditures by Primary Expenditure Areas in 1998, and Rate of Decrease Compared to 1997 (Total and Adjusted Per-person)	62
Appendix D: Satisfaction with Various Services in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	63
Table D1: Satisfaction with Various Services in 1995, 1997 and 1999, by Health Plan	63
Appendix E: Summary of Findings from Multivariate Analyses, 1999	65
Table E1: Satisfaction with Health Plan, by Service - A Multivariate Logistic Regression Analysis	65
Table E2: Mammography by Women Aged 50+ - A Multivariate Logistic Regression Analysis	66
Table E3: Refund Requested from Health Plan, Request Denied, and Difficulty Encountered in Obtaining Refund - A Multivariate Logistic Regression Analysis	66
Table E4: Health Plan Treatment Foregone during Past 12 Months Due to Fee - A Multivariate Logistic Regression Analysis	67
Table E5: Prescribed Medication Foregone during Past 12 Months Due to Fee - A Multivariate Logistic Regression Analysis	67
Table E6: Health Plan Treatment or Medication Foregone during Past 12 Months Due to Fee - A Multivariate Logistic Regression Analysis	68

Appendix F: Comparison between Demographic Characteristics of the NHI Survey Sample (1999) and Characteristics of the Adult Population in Israel	69
Table F1: From Central Bureau of Statistics Data (1999)	69
Table F2: From National Insurance Institute Data (1998)	69
Appendix G: Comparison of Demographic Characteristics of NHI Survey Samples in 1999, Compared to 1997 and 1995	70
Appendix H: Co-payment Fees – A Clarification of Concepts and Description of Regulations Stipulated in the Framework of the 1998 Budget Arrangements Bill (as described in the November 24, 1998, instructions of the Ministry of Health)	71
Appendix I: Comparison of Vulnerable Israeli Populations with Other Groups in 1999	72
Table I1: Comparison of Vulnerable Israeli Populations with Other Groups in Primary Indices of the 1999 Study	72
Appendix J: Examination of Relative Gap in 1995-1999 among Vulnerable Populations in a Number of Indices	78
Table J1: Examination of Relative Gap in 1995-1999 for the Chronically Ill	79
Table J2: Examination of Relative Gap in 1995-1999 for the Bottom Quintile	82
Table J3: Examination of Relative Gap in 1995-1999 for New Immigrants	85
Table J4: Examination of Relative Gap in 1995-1999 for Arabic Speakers	88