



# ג'וינט-מכון ברוקדייל

## שירותי לילה שירות חדש של קופות-החולים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מרים גרינשטיין ♦ מרק טרגין

עבודה זו נכתבה במסגרת התכנית לחקר מדיניות הבריאות, המשותפת לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברוקדייל. המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

דוח מחקר

01-368-דמ

00 37935 001 002

BR-RR-368-01

000000-20

BR-RR-368-01

: שירותי לילה

גרינשטיין, מרים



07005 00

### 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



פרסומים מס' 505  
משרד הבריאות



# שירותי לילה

## שירות חדש של קופות-החולים

### לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מרים גרינשטיין      מרק טרגין

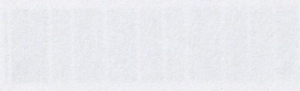
עבודה זו נכתבה במסגרת התכנית לחקר מדיניות הבריאות,  
המשותפת לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברוקדייל.  
המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

אפריל 2001

ירושלים

ניסן תשס"א





# ה'ל"ז יחודיש מ'יזחח-ה'פוסק' ל'ש ש'זח ח'ודיש י'ח'ל'מ'א ח'וד'י'כ' ח'וד'י'כ' ק'וד י'ס'ל'

י'י'ט'ט'י'ז'ג מ'י'ז'ח  
י'ג'ז'ט' ק'וד'ח

ג'וי'נט-מ'כ'ון ב'רו'קד'י'יל ל'ג'רו'נט'ול'וג'י'ה  
ו'ה'ת'פ'ת'ח'ות א'ד'ם ו'ח'ב'ר'ה  
ת'י'ד 13087  
י'רו'ש'ל'י'ם 91130

ט'ל'פ'ון : 02-6557400  
פ'ק'ס : 02-5612391

כ'ת'וב'ת ב'א'י'נט'ר'נט : [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)





## פרסומים נוספים של מכון ברוקדייל העוסקים בנושאים קשורים

ברג-ורמן. א.; יובל, ד.; גולדווג, ר. 2001. סקר מבקרים במחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) – 1999. דמ-369-01.

גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. 2001. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999. דמ-362-01.

טרגין, מ.; גרינשטיין, מ. 2000. תפקידם של המרכזים הקהילתיים לרפואה דחופה כחלופה לחדרי מיון בבתי חולים. דמ-335-00.

להזמנת פרסומים ניתן לפנות לגוינט-מכון ברוקדייל, גבעת הגוינט, ת"ד 13087, ירושלים 91130; טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il).

## תקציר

בעקבות ההוראה המחייבת את קופות-החולים, החל משנת 1997, לספק למבוטחיהן שירות רפואי במשך 24 שעות ביממה, יצרו קופות-החולים שירות חדש - "שירותי לילה". זהו שירות המספק ביקורי בית של רופא, והוא ניתן בעיקר באמצעות חברות פרטיות, שבחלקן קשורות בחוזה עם קופות-החולים. ספקיות שירות אלו מבצעות חלק ניכר מביקורי הבית בשעות הלילה. סכום ההשתתפות העצמית המינימלי למזמין השירות הוא 75 ₪.

מטרת המחקר הייתה להעריך את השירות מבחינת המערך, דפוסי השימוש, צרכים רפואיים, הלימות השימוש, השירות כחלופה לחדר מיון, מוקדים ומרפאות, מאפייני הטיפול הרפואי, זמני המתנה ושביעות רצון.

המחקר מתבסס על סקר טלפוני שנערך ב-1999 בקרב אוכלוסיית המשתמשים בשירות, ועל ראיונות עומק שנערכו באמצע 1998 עם מנהלי החברות המספקות את השירות ועם האחראים על השירות בקופות-החולים.

המדגם נלקח מרשימות הביקורים, של שלוש הספקיות העיקריות של השירות החדש, מתחילת מאי עד אמצע יולי 1999 (בסך הכל 2,875 נדגמים). שיעור ההיענות הגיע ל-80%. להלן הממצאים העיקריים.

### מערך שירותי הלילה

שירותי הלילה ניתנים בשלושה אופנים בכל קופות-החולים: באמצעות ספקיות שירות, באמצעות רופאים עצמאיים המבצעים ביקורי בית, ובאמצעות מוקדים (חלקם שייכים לקופות-החולים וחלקם לספקי השירות), שדרכם ניתן גם להזמין רופא לביקור בית. אומדן היקף הביקורים בחודש בשלוש ספקיות השירות העיקריות (ביקורופא, השמירה-מרל"מ, מת"ן) עמד על כ-6,800 בתקופת עריכת הסקר. בין החברות קיימת שונות בתעריפים, בפריסה הגיאוגרפית, בדרכי ההתקשרות עם קופות-החולים, במגוון השירותים הניתנים, ובשעות הפתיחה.

### דפוסי השימוש

**מאפייני המשתמשים** - מתוצאות המחקר עולה שהמצב הבריאותי הנתפס של האוכלוסייה המשתמשת בשירותי הלילה פחות טוב בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. למרות זאת, כשני-שלישים (65%) מהמשתמשים בשירותי הלילה ציינו כי מצב בריאותם טוב. חמישים ושישה אחוזים מהמשתמשים ציינו כי אינם סובלים ממחלה כרונית.

עוד עולה מהממצאים, שהתושבים המתגוררים ביישובים בגודל בינוני (10-200 אלף תושבים) משתמשים בשירותי הלילה פי שניים מאשר חלקם באוכלוסייה. ייתכן שהסיבה לכך קשורה לעובדה שביישובים אלו אין הרבה אלטרנטיבות, שכן הם רחוקים מחדרי מיון.

**קבלת החזר על התשלום בעבור השירות** - בכל הקופות נקבע שמי שמשלם יותר מ-75 ₪ על הביקור והזמין ביקור בית של רופא בשעות הערב או הלילה, אמור לקבל החזר מהקופה. בפועל רק 5% מהזכאים להחזר קיבלו אותו. ייתכן שלקופות החולים אין אינטרס ליידע את הציבור על שירות זה ועל הזכאות להחזר כספי, ולכן עיקר עול התשלום נופל על הצרכן.

## **צרכים רפואיים של אוכלוסיית המחקר**

כמחצית מהפניות הן בגלל בעיה זיהומית, עוד כ-20% פנו עקב טראומה או כאבים, כ-15% עם בעיות קרדיולוגיות וכ-20% עקב בעיות אחרות. כמחצית מגדירים את בעייתם חמורה או חמורה ביותר.

## **הלימות השימוש בשירות**

כרבע מהמרוויינים הזמינו ביקור בית בשעות היום, כאשר מרפאות קופות-החולים פתוחות. שיעור גבוה במעט בקרב קשישים (32%) ודוברי רוסית (31%) הזמינו ביקור בית בשעות היום. קיים חשש שהשימוש בשירות זה במשך היום פוגם במעקב רפואי יעיל וברצף הטיפול. אחד ההסברים האפשריים לכך שקשישים ודוברי רוסית מזמינים שירותים אלו בשעות היום יותר מאחרים הוא שהטיפול במרפאות נותן מענה פחות טוב לחלק מאוכלוסיות אלו, ולכן הם משתמשים בשירות ביקורי בית. עוד עולה מהממצאים שכפי הנראה שירותי הלילה מסוגלים לתת מענה מספיק לחלק הארי של הפונים, שכן רוב המשתמשים (75%) לא נזקקו לטיפול המשך בחדר מיון לאחר ביקור הבית.

## **מידת החלופיות של השירות**

במקרים רבים השירות מהווה תחליף לשירותי רפואה אחרים; שכן כמחצית מהמרוויינים דיווחו שהיו פונים לחדר מיון לולא יכלו להזמין רופא הביתה.

## **הערכת מאפייני הטיפול הרפואי**

אחד האינדיקטורים לאיכות עבודת הרופא הוא מתן הסברים. כ-70% מהמרוויינים דיווחו שקיבלו הסברים ברורים בנושאים שונים, כמו הדרכה לגבי מצב בריאות (72%) וביקורת רפואית (80%). עם זאת, שיעור גבוה בקרב בני 65 ומעלה דיווחו שהרופאים אינם מקדישים מספיק זמן להסברים ברורים לגבי מצב הבריאות (34% לעומת 28% באוכלוסייה הכללית), ולגבי המשך הטיפול (26% לעומת 20% באוכלוסייה הכללית).

## **זמני המתנה ושביעות רצון**

**זמני המתנה** - ב-45% מהמקרים הרופא הגיע תוך חצי שעה, ב-13% מהמקרים תוך 30 דקות עד שעה, וב-42% מהמקרים לקח לו יותר משעה להגיע.

**שביעות רצון** - מהממצאים עולה עוד ששביעות רצון המשתמשים גבוהה: 91% מרוצים או מרוצים מאוד מיחס הרופא; ו-90% - מיחס הפקיד בטלפון ומבהירות ההוראות שקיבלו לגבי המעקב הרפואי. שביעות הרצון נמוכה יותר ממבחר התרופות (82%); מרמתו המקצועית של הרופא (80%); וממהירות הגעתו (69%).

עדות נוספת לשביעות הרצון מהשירות היא ש-79% ענו שהמליצו על השירות לבני משפחה וחברים, ו-86% ענו שהיו מזמינים את השירות שוב אם ייתקלו בבעיה דומה בשעות הלילה.

## **סיכום**

מן הממצאים עולה שבאופן כללי המרואיינים סבורים שהם זקוקים לשירותי לילה, לאחר השעות שבהן המרפאות פתוחות, אינם זקוקים להמשך טיפול בחדר מיון, ורובם מרוצים מהשירות שקיבלו.

תוצאות המחקר מצביעות, עם זאת, על כמה סוגיות להמשך התייחסות, בעיקר חוסר מידע של הציבור בנוגע להחזרים על התשלום לשירות וכן הנטייה לשימוש בשירות בשעות היום, בשעה שאפשר לפנות למרפאות קופות-החולים. תוצאות המחקר מצביעות גם על בעיה מסוימת במתן הסברים לקשישים.

לראשונה, המחקר מאפשר להעריך באופן מקיף שירות חדש זה, וכך לסייע בהערכת צורכי אוכלוסיית המשתמשים בשירותי הלילה, ובבדיקת מידת החלופיות בין שירות זה לשירותי רפואה דחופה אחרים. דוח המחקר מסייע לקובעי מדיניות בזיהוי דרכים לשיפור הספקת השירות, נוהלי השימוש והתשלום בעבור השירות על-ידי הספקים, והפיקוח על-ידי קופות-החולים.

## דברי תודה

תודה לנציגי קופת-החולים שליוו את המחקר מתחילתו: ד"ר מיכאל רוזנבלוט - ראש אגף רפואה בקהילה, קופת-חולים כללית; פרופ' בועז פורטר - מנהל רפואי מחוז הנגב, קופת-חולים מכבי; שמחה רב-נוב - עוזר למנהל אגף הרפואה, קופת-חולים מאוחדת; שוקי רודיטי - מנהל אדמיניסטרטיבי, אגף רפואי, קופת-חולים לאומית.

תודה גם למנכ"לים של החברות המספקות ביקורי בית שסיפקו את רשימות הנתונים לדגימה: מר יובל זיו - מנכ"ל ביקורופא; מר רוני אלעד - מנכ"ל השמירה-מרל"מ; גבי רינה רמות - מנכ"ל מת"ן.

אנו מודים גם לכל מי שתרמו לדיון בתוצאות המחקר ולהבנתו: ד"ר בועז לב (משנה למנכ"ל משרד הבריאות), ד"ר מיכאל דור (ראש המחלקה לרפואה קהילתית), נורית פרידמן (מנהלת המחלקה להערכת שירותים רפואיים, קופת-חולים מכבי), גל הרשקוביץ (אגף תקציבים, משרד האוצר), מידד גיסין (יו"ר צב"י).

תודה מיוחדת לד"ר רויטל גרוס ולד"ר ברוך רוזן על הערותיהם המועילות לטיוטות קודמות של דוח זה.

אנו מודים לכל חברי צוות המכון אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. לבלחה אלון על העריכה ולענבל יוניוב על הסיוע בהדפסת הדוח.

# תוכן עניינים

1	מבוא
3	2. שיטת המחקר
3	2.1 אוכלוסיית המחקר והדגימה
4	2.2 איסוף הנתונים וכלי המחקר
4	3. תיאור השירות
5	3.1 חברת מת"ן
6	3.2 חברת השמירה-מרל"מ
6	3.3 חברת ביקורופא
6	3.4 חברת חייאת
7	4. קופות-החולים
7	4.1 קופת-חולים מאוחדת
7	4.2 קופת-חולים לאומית
7	4.3 קופת-חולים מכבי
7	4.4 קופת-חולים כללית
8	5. ממצאים עיקריים
8	5.1 דפוסי השימוש
24	5.2 צרכים רפואיים של אוכלוסיית המחקר
24	5.3 האם השימוש הולם (appropriateness)
30	5.4 תחליפיות - האם הזמנת ביקור בית משמשת תחליף לביקור במוקד או בחדר מיון
31	5.5 מאפייני הטיפול הרפואי
41	5.6 זמני המתנה ושביעות רצון
46	6. סיכום
52	ביבליוגרפיה

## רשימת לוחות

- לוח 1 : אוכלוסיית המחקר ..... 3
- לוח 2 : מאפייני רקע אישיים וארגוניים של המשתמשים בשירותי לילה ..... 9
- לוח 3 : מאפייני המשתמשים הבוגרים בשירותי לילה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית ..... 11
- לוח 4 : סיבות לאי פנייה למוקד חירום של הקופה או לחדר מיון, לפי מאפייני רקע ..... 13
- לוח 5 : מרואיינים שענו שאיש מקצוע המליץ להזמין רופא הביתה, לפי מאפייני רקע ..... 14
- לוח 6 : מרואיינים שדיווחו שבעייתם חמורה או חמורה ביותר לפי מדדים שונים של קשר עם רופא המשפחה ..... 17
- לוח 7 : השעה בה הוזמן הביקור, לפי מדדים שונים של קשר עם רופא המשפחה (בקרב מי שלא הזמינו בשבת) ..... 18
- לוח 8 : רכישת מנוי לפי מדדים שונים של קשר עם רופא המשפחה ..... 18
- לוח 9 : מרואיינים שדיווחו שרכשו מנוי לפי מאפייני רקע ..... 20
- לוח 10 : מרואיינים שדיווחו שאינם יודעים שהשירות עולה כסף לפי מאפייני רקע ..... 21
- לוח 11 : ניסה לקבל החזר וקופת החולים סירבה לבקשה, לפי קופת-חולים, בקרב מי ששילמו יותר מ-75 ₪ ..... 23
- לוח 12 : התפלגות השעות בהן הוזמן הביקור לפי מאפייני רקע ..... 25
- לוח 13 : המדווחים שחיכו יותר מ-5 שעות מהרגע שהתחילה הבעיה עד שהתקשרו להזמין רופא ..... 27
- לוח 14 : פנייה עצמאית לחדר מיון והפניית הרופא, לפי מאפייני רקע ..... 28
- לוח 15 : הפונים לחדר מיון מתוך מי שהופנו למיון ..... 29
- לוח 16 : המעדיפים לחכות לבוקר, לפנות למוקד או לפנות לחדר מיון, לפי משתנים שונים ..... 31
- לוח 17 : פנייה לרופא בשאלות ובבקשת הסברים והדרכה ..... 33
- לוח 18 : קבלת מרשם לתרופות לפי מאפייני רקע ..... 35
- לוח 19 : המלצה לפנות לרופא המשפחה לפי מאפייני רקע ..... 36
- לוח 20 : תוצאות הטיפול לפי מאפייני רקע ..... 38

- לוח 21 : משך הזמן שלקח לרופא להגיע וסבירות, לפי מאפייני רקע ..... 41
- לוח 22 : מרכיבים שונים של שביעות רצון מהטיפול ..... 43
- לוח 23 : שביעות רצון מהרמה המקצועית של הרופא שהגיע, ממהירות הגעת הרופא, ממבחר התרופות, לפי משתני רקע ..... 44
- לוח 24 : הממליצים לבני משפחה וחברים, והזמנה חוזרת מהספק ..... 45
- לוח 25 : המלצה על הזמנת השירות לפי שיעור שבעי הרצון מהיבטים שונים של השירות ..... 46

## רשימת לוחות בנספח

- לוח 1 : רגרסיה לוגיסטית – אי המתנה לבוקר לרופא המשפחה מסיבות רפואיות ..... 54
- לוח 2 : רגרסיה לוגיסטית – ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על רכישת מנוי ..... 54
- לוח 3 : ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על השעה בה הוזמן הביקור – רגרסיה לוגיסטית ..... 55
- לוח 4 : ההשפעה העצמאית על הזמן שמחכים מרגע שמתחילה הבעיה הרפואית ועד להתקשרות לרופא – רגרסיה לוגיסטית ..... 55
- לוח 5 : הפונים לחדר מיון – רגרסיה לוגיסטית ..... 56
- לוח 6 : השפעה עצמאית על פנייה/אי פנייה לחדר מיון – רגרסיה לוגיסטית ..... 56
- לוח 7 : השפעה עצמאית חיובית על חוסר היכולת לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות – רגרסיה לוגיסטית ..... 57
- לוח 8 : השפעה עצמאית על קבלת הסבר לגבי המשך הטיפול – רגרסיה לוגיסטית ..... 57
- לוח 9 : השפעה עצמאית על קבלת הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות – רגרסיה לוגיסטית ..... 58
- לוח 10 : השפעה עצמאית על קבלת מרשם לתרופות – רגרסיה לוגיסטית ..... 58
- לוח 11 : השפעה עצמאית על המלצת הרופא לפנות לרופא המשפחה – רגרסיה לוגיסטית ..... 59
- לוח 12 : השפעה עצמאית על פתרון הבעיה על-ידי הטיפול – רגרסיה לוגיסטית ..... 59
- לוח 13 : ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על זמן ההמתנה לרופא – רגרסיה לוגיסטית ..... 60

# 1. מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו בינואר 1995, חייב את קופות-החולים לספק בדרך כלל את אותם שירותים שסופקו לפני החלת החוק. יוצאת מכלל זה היא ההוראה המחייבת את קופות-החולים לספק שירות רפואי 24 שעות ביממה – המהווה את אחד השירותים המועטים שהתווספו לסל השירותים בעקבות החלת החוק. המטרה הייתה ליצור רצף טיפולי ואחריות של קופת-החולים למבוטחיה למשך כל היממה וכן לתרום לתהליך הפיכת משרד הבריאות למיניסטריון מפקח ולא נותן שירותים באופן ישיר. ההוראה נכנסה לתוקף בינואר 1997.

לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סופקו שירותים בשעות הלילה בשלושה אופנים: (א) פנייה לחדר מיון לקבלת טיפול (עם זכאות להחזר מקופת-החולים בגין מצבים נבחרים בלבד); (ב) פנייה למרכזים לרפואה דחופה (שפעלו עד 12 בלילה); (ג) פנייה לשירות רפואי לילי (שר"ל), שפעל באחריות משרד הבריאות ובמסגרתו רופא שישב בתחנת מד"א קיבל חולים וגם יצא לביקורי בית. משרד הבריאות שכר את המקום בתחנות מד"א והבטיח לרופא מינימום תשלום למשמרת. החולה שילם על הביקור שנערך (טרגין, 2000).

בעקבות החלת ההוראה החדשה בדבר הספקת שירותי לילה 24 שעות ביממה, יצרו קופות-החולים שירות חדש - "שירותי לילה" שהוא שירות של ביקורי בית של רופא בעת הצורך. בד בבד, הפסיק משרד הבריאות את השירות הרפואי הלילי בתחנות מד"א (שר"ל), וקופת-חולים כללית הפסיקה את הפעלת מרבית המרכזים לרפואה דחופה (המר"מים) והחלה להפנות את המבוטחים למוקדים חיצוניים לקופה. קופות-החולים האחרות ממשיכות להפעיל מרכזים לרפואה דחופה או משתמשות גם הן בשירותים חיצוניים. לא חל שינוי בתקנות הפנייה לחדר מיון.

הפעלת השירות החדש לוותה בחששות לגבי איכות הטיפול בחולים. חשש אחד היה שעקב רמת תגמול נמוכה לרופא ושעות העבודה שאינן נוחות יגויסו למתן השירות רופאים שאינם מן הדרגה הראשונה. גם היכולת לבצע בקרה על רמת הטיפול במסגרת ביקור בית נמוכה יותר מאשר במסגרות טיפול אחרות. בנוסף, מראיונות עם עובדים בכירים בקופות-החולים עולה, שקיים ספק לגבי תועלת מתן שירותי לילה שכן העלות גבוהה, וברוב המקרים אדם הזקוק לטיפול דחוף ומייד יגיע בסופו של דבר לחדר מיון, מאחר ששם יש מכשור שאין בידי הרופא המבקר, ובמקרים אחרים הפונה יכול לחכות לבוקר לקבלת טיפול במרפאה. דהיינו, החשש היה שהשירות אינו יכול להוות תחליף לביקור בחדר מיון ותורם לשימוש מיותר. מצד שני, יש מי שרואים תועלת בשירות זה לאזרח ואפשרות לצמצום הוצאות קופת-החולים בגלל מניעת פניות מיותרות למוקדים ולחדרי מיון.

מהספרות עולה (Greengold, 1995) שאין ויכוח לגבי חשיבות נתינת טיפול רפואי 24 שעות ביממה. השאלה היא כיצד יאורגנו שירותי הלילה, ומי יהיה אחראי על ביצועם. זאת משום שבדרך כלל הרופאים רואים בכך מעמסה, אינם מרוצים מהתשלום, דואגים לביטחונם בלילה, ומפחדים מפני תביעות על

רשלנות (Court et al., 1996). לטענת קורט (1995) חשוב לפתח guidelines כדי להקל על הרופאים להחליט על ביצוע ביקורי בית.

בעולם מתנהל דיון סביב מודלים שונים לארגון שירותי רפואה דחופה באמצעות ביקורי בית על-ידי רופא המשפחה בעצמו, או רופאים בתורנות, או על-ידי חברות מסחריות כסוג אחד של החלופות. אפשרויות אחרות הן (גרוס וגרינשטיין, 2000): קואופרטיב של לפחות 10 רופאים הנמצא באחריות הרופאים ובניהולם, ייעוץ טלפוני של אחיות באמצעות תוכנה תומכת החלטות לפי הנחיות קליניות (NHS direct), קו טלפון המאויש לפי הצורך, רפואה ראשונית בחדרי מיון אליה מופנים חולים שבעייתם מתאימה לטיפול על-ידי הצוות הראשוני, minor injuries units מרפאה מיוחדת הממוקמת בתוך חדר המיון או באתר נפרד ובה צוות של אחיות, ולעתים nurse practitioners.

לאור הדיון שמתקיים בתרומה של הפעלת מודל ביקורי בית והחידוש שבהפעלת המודל בישראל, התעורר צורך לבחון את השירות. המחקר המתואר בעבודה זו נערך על ידי גוינט - מכון ברוקדייל במטרה להעריך את השירות ממגוון היבטים:

- ◆ תיאור מערך שירותי הלילה: מי מספק את השירות בפועל, מה אופן ההתקשרות של קופות-החולים עם ספקי השירות
- ◆ בחינת דפוסי השימוש בשירות: מאפייני המשתמשים, תהליך קבלת ההחלטה, מערכת היחסים עם רופא המשפחה, התשלום בעבור השירות, שימוש נוסף בשירותי רפואה דחופה
- ◆ בחינת הצרכים הרפואיים של אוכלוסיית המחקר
- ◆ בחינת הלימות השירות (appropriateness), האם הביקור הוזמן בשעות בהן המרפאות פתוחות, הזמן שעבר מהרגע שהתחילה הבעיה הרפואית ועד לפנייה לטיפול, פנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית
- ◆ בחינת מידת התחליפיות של השירות לעומת חדר מיון, מוקדים, מרפאות
- ◆ הערכת מאפייני הטיפול הרפואי - מתן הסברים, קבלת תרופות, הפניה למעקב
- ◆ הערכת זמני המתנה ושביעות רצון המטופלים.

המחקר מאפשר לראשונה להעריך באופן מקיף שירות חדש זה. המידע שנאסף יכול לסייע בהערכת צורכי אוכלוסיית המשתמשים בשירותי לילה ובבדיקת מידת התחליפיות בין שירות זה לשירותי רפואה אחרים. המחקר גם עשוי להציע דרכים לשיפורים בהספקת השירות, נוהלי השימוש והתשלום בעבור השירות. כמו-כן, המחקר מציע דרכים לפיקוח על השירות.

## 2. שיטת המחקר

### 2.1 אוכלוסיית המחקר והדגימה

אוכלוסיית המחקר התבססה על רשימות הביקורים של שלושת ספקי השירות העיקריים: ביקורופא, מתי"ן, ומרל"מ (להלן ספקים 1-3), וכללה את כל הביקורים מתחילת מאי עד אמצע יולי (סה"כ 13,294 ביקורים) 1999<sup>1</sup> הוצאו מהרשימות תיירים ואנשי צבא. מתוך רשימות אלה, נדגמו 3,433 ביקורים. נערכה דגימת יתר של חברי קופות-החולים הקטנות בכל אחת מהרשימות, כדי שבמדגם יהיו מספיק מקרים להשוואות בין קבוצות.

הדגימה התבססה על מידע שהתקבל מראש מספקי השירות, לפי גודלם ומספר ביקורים ולפי קופות-החולים וכך בא לידי ביטוי בדגימה גודל ספק השירות. לוח 1 מתאר את אופן הדגימה.

לוח 1: אוכלוסיית המחקר

סך-הכל נדגמים לפי ספק	מספר נדגמים	דגימה	המזמינים לפי קופת-חולים	סך-הכל המזמינים ביקור בית בתקופת עריכת הסקר	סה"כ
<b>3,433</b>				<b>13,294</b>	
1,928	583	כל אדם שביעי	כללית - 4,084	9,143	ספק 1
	474	כל אדם שביעי	מכבי - 3,319		
	451	כל אדם שני	מאוחדת - 902		
	419	כל אדם שני	לאומית - 838		
1,007	619	כל אדם שני	כללית - 1,238	1662	ספק 2
	132	כולם	מכבי - 132		
	77	כולם	מאוחדת - 77		
	179	כולם	לאומית - 179		
498	498	כל אדם חמישי	אין מידע לפי קופה	2489	ספק 3*

\* מאחר שבספק 3 לא היה מידע לפי קופת-חולים לא נערכה דגימת יתר של קופות-החולים הקטנות.

הראיונות בוצעו באמצעות הטלפון. ספקי השירות שלחו אלינו בכל תחילת שבוע רשימות של המשתמשים בשירות בשבוע האחרון, וכל שבוע נדגמו ביקורים מתוך הרשימות הללו לפי קופת חולים.

היות שנדגמו ביקורים, הרי שאם אדם נכלל במדגם פעמיים, והתברר שענה בשאלון פעמיים על אותו ביקור הוא יצא מהמדגם (מתוך 64 מספרי טלפון כפולים, הוצאו בסך-הכל 15 ביקורים). אך אם מסתבר שהביקור הנוסף הוזמן בעבור מישהו אחר מבני הבית, הוא נחשב כביקור נוסף.

השקלול נעשה לפי יחס הדגימה, לפי השתייכות לקופת-חולים בכל ספק ולפי מספר הימים בהם נערך המחקר. מתוך 3,433 איש שעלו במדגם, נמצאו 558 שאינם שייכים לאוכלוסיית המחקר (לא הזמינו

<sup>1</sup> פרט למרל"מ שתקופת המחקר בה הייתה קצת יותר קצרה.

ביקור בית, הזמינו וביטלו מיד אחר-כך, מקרים כפולים, פנה למוקד, מוסדות ציבור). מתוך 2,875 הנתרים במדגם, 2,302 ענו לשאלון (80%). ניתן לחלק את הסיבות לאי מענה על השאלון לסיבות טכניות (קו לא תקין, אין תשובה לאורך זמן, ועוד) (13%), סירובים (5%), מוות (1%) והרופא לא הגיע (1%).

לא נמצא הבדל בשיעור ההיענות לפי קופת-חולים. שיעור ההיענות היה גבוה יותר בקרב הקשישים בני 65 ומעלה. הבדלים נמצאו גם בשיעור ההיענות לפי ספק. שיעור ההיענות היה מעט נמוך יותר בקרב מי שהזמינו ביקור בית דרך ספק 2.

המחקר מתבסס על סקר שנערך בקרב אוכלוסיית המשתמשים בשירות בחודשים מאי-יולי 1999 וכמו-כן על ראיונות עומק עם המנכ"לים של החברות המספקות את השירות, ועם האחראים על השירות בקופת-החולים, שנערכו באמצע 1998.

## 2.2 איסוף הנתונים וכלי המחקר

שאלון המחקר כלל את הנושאים הבאים: דפוסי שימוש (מאפייני משתמשים, קבלת החלטות, היחסים עם רופא המשפחה, אופן התשלום, שימוש נוסף ברפואה דחופה), צרכים רפואיים, הלימות ומוצדקות השימוש, מידת התחליפיות לחדר מיון, מוקדים ומרפאות, איכות הטיפול הרפואי, זמני המתנה ושביעות רצון. על השאלון בוצע פרה-טסט שבעקבותיו נערכו בו שינויים קלים. השאלון תורגם לערבית ולרוסית על-מנת לראיין אוכלוסיות עיקריות שאינן דוברות עברית.

רשימות ספקי השירות כללו גם ילדים מתחת לגיל 18 וגם אנשים עם בעיות שונות שאינם מסוגלים לענות לשאלון. במקרה של ילדים, אחד ההורים ענה לשאלון. השאלות הדמוגרפיות הנוגעות לשנת עלייה, מצב משפחתי, השכלה, מצב כלכלי, צפיפות דיור, לאום, הגדרה דתית, נשאלו לגבי ההורה. שאלות לגבי מערכת יחסים עם רופא המשפחה נשאלו לגבי רופא הילדים של הילד, כמו גם שאלות לגבי מחלה כרונית. המשתנים מין, גיל וקופת-חולים נשאלו הן לגבי ההורה והן לגבי הילד. בדוח יוצגו הנתונים לגבי הילד.

על אנשים מבוגרים שאינם מסוגלים לענות לשאלון מסיבות רפואיות או מנטליות נערך שאלון עם מיופה כוח (proxy) שנכח לאורך הביקור. השאלות הדמוגרפיות נשאלו בדומה לאופן בו נשאלו לגבי ילדים.

## 3. תיאור השירות

כרקע להבנת הממצאים יוצגו בפרק זה מערך שירותי הלילה, אופן היערכות קופות-החולים למתן שירות 24 שעות ביממה, אופני ההתקשרות של קופות-החולים עם הספקים השונים, ותיאור המאפיינים העיקריים של ספקי השירות בהסתמך על ראיונות העומק שנערכו עם האחראים למתן השירות בקופות-החולים ועם מנהלי ספקי השירות.

כאמור, בכל קופות-החולים ניתנים שירותי לילה בשלושה אופנים: באמצעות ספקי שירות, רופאים עצמאיים המבצעים ביקורי בית, מוקדים (חלקם שייכים לקופות-החולים וחלקם לספקי השירות) שדרכם ניתן גם להזמין רופא לביקור בית.

החברות המספקות שירותי לילה החלו בפעילותן בסוף שנות השמונים וסיפקו בעיקר ביקורי בית למנויים והפעלת מוקדים. לאחר החלת התקנה המחייבת את קופות-החולים לספק שירות רפואי 24 שעות ביממה, הן הרחיבו את פעילותן וכיום הן מבצעות חלק ניכר מביקורי הבית בשעות הלילה. במגזר היהודי ישנן שלוש חברות עיקריות (ביקורופא, מת"ן והשמירה-מרל"מ), ובמגזר הערבי אחת (חיאת) שבחירה לא להשתתף בסקר. היות שהיקף ביקורי הבית של חברת חיאת עומד רק על 100-200 פניות בחודש, אי השתתפותה אינו משנה את התוצאות באופן משמעותי, אך גורם לחוסר ייצוג של מגזר זה. אומדן היקף הביקורים בחודש בשלושה ספקי השירות העיקריים במגזר היהודי עומד על 6,800<sup>2</sup>. בנוסף יש חברות קטנות מקומיות (כגון ברסקו, א.א. אלישע) שאינן מבצעות ביקורים רבים.

ישנן שתי דרכי התקשרות עיקריות: באמצעות חוזה בין הספק לקופת-החולים, או ללא חוזה. בדרך כלל כאשר יש חוזה, החבר משלם רק את סכום ההשתתפות העצמית וקופות-החולים משלמת את יתרת הכסף ישירות לספק. במצב בו אין חוזה בין הספק לקופת-החולים, החבר משלם מחיר מלא בעת עריכת ביקור הבית ומבקש אחר-כך החזר מקופת-החולים. במצב זה, קופת-החולים אינה מתחייבת למתן החזר.

קיימת שונות בין החברות בתעריפים, בפריסה הגיאוגרפית, בדרכי ההתקשרות עם קופות-החולים, במגוון השירותים הניתנים, ובשעות הפתיחה. להלן פירוט אופן הפעילות בכל חברה.

### 3.1 חברת מת"ן

**פריסה גיאוגרפית** - החברה פועלת בכל הארץ.

**עם מי נחתם חוזה** - רק עם קופת-חולים כללית.

**אופן הספקת השירות** - ישנה מערכת מוקדנים שהנם אנשי מקצוע (חובשים או קיבלו הדרכה בנושא). המוקדן שומע את התלונה בטלפון ומציע להזמין אמבולנס במידת הצורך. הרופא שיוצא לביקור בית יכול לקבל ייעוץ טלפוני מרופא מומחה.

**תשלום** - ישנה שונות בתשלום לפי שעת הביקור, אזור מגורים וקופת-חולים: בשעות הערב משלמים חברי קופת-חולים כללית במחוז הצפון ובאזור אשדוד 75 ₪. בשאר האזורים התשלום הוא 120 ₪. חברי קופות-החולים האחרות משלמים 150 ₪. השירות קיים 24 שעות ביממה. מי שמזמין בשעות היום משלם 150 ₪.

**הפעלת מרכזים לרפואה דחופה** - החברה מפעילה גם מרכזים לרפואה דחופה בבאר שבע ובדימונה.

**אפשרות לרכישת מנוי** - אין אפשרות לרכישת מנוי.

<sup>2</sup> שיעור זה מהווה 14 ביקורים לאלף נפש והוא גבוה משיעור הביקורים שנערכו במסגרת שירות השר"ל בזמנו (11 ביקורים לאלף נפש). הסבר אפשרי לכך הוא שהמבוטחים מודעים יותר לקיום השירות ושהרחבת זמינות השירות ונגישותו העלתה במקביל את הביקוש. הסבר אפשרי נוסף הוא שהאוכלוסייה זקוקה יותר לשירותי רפואה דחופה. כמו כן המוקדים של קופ"ח כללית נסגרו.

## 3.2 חברת השמירה-מרל"מ

**פריסה גיאוגרפית** - השירות ניתן בכל הארץ.

**עם מי נחתם חוזה** - עם קופות-החולים הכללית ולאומית.

**אופן הספקת השירות** - המוקד אליו מתקשרים הוא ארצי. הפנייה מועברת משם לסניף מקומי שמתקשר חזרה למשפחה להודיע שהקריאה התקבלה ושהרופא יגיע בקרוב. הרופא המגיע לביקור בית משאיר מנת תרופות עד שניתן יהיה להגיע לבית מרקחת.

ברוב המקומות השירות ניתן משבע בערב עד שבע בבוקר. כבר היום ישנם מקומות בהם השירות פועל כל היום, ושאירת החברה היא להרחיב את הפעלת השירות לכל היום בכל הארץ.

**תשלום** - התשלום משתנה לפי שעת הזמנת הביקור ולפי ההסכמים עם קופות-החולים (75 ₪ לחברי כללית, 120 ש"ח לחברי לאומית ו-150 ₪ לחברי מכבי ומאוחדת).

**הפעלת מרכזים לרפואה דחופה** - ב-15 מקומות יש גם מרכזים לרפואה דחופה: אשקלון, רחובות, ראשון לציון, תל אביב, רמת גן, כפר סבא, הרצליה, הוד השרון, ראש העין, נתניה, חדרה, חיפה, בית שאן, טבריה, עפולה.

**אפשרות לרכישת מנוי** - ישנה אפשרות לרכישת מנוי. התשלום נע בין 65 ₪ לחודש (יש גם השתתפות עצמית נמוכה לכל ביקור), לבין 90 ₪ לחודש (אין השתתפות עצמית בכל ביקור). בעת עריכת המחקר היו כ-15,000 מנויים.

## 3.3 חברת ביקורופא

**פריסה גיאוגרפית** - השירות ניתן בכל הארץ.

**עם מי נחתם חוזה** - יש חוזה ארצי עם מכבי ומאוחדת, והתקשרויות בחוזה מקומי עם מתוזות שונים של קופות-החולים כללית (צפון) ולאומית (צפון, דן).

**אופן הספקת השירות** - השירות פועל 24 שעות ביממה.

**תשלום** - משתנה לפי קופת-חולים ואזור, אך לא לפי שעת הזמנת הביקור. חברי לאומית משלמים 75 ₪ באזורים מסוימים ו-140 ₪ באחרים, חברי כללית משלמים 75 ₪ או 120 ₪ או 140 ₪ לפי אזור. חברי מכבי משלמים 80 ₪ בהסכם ארצי, וחברי מאוחדת משלמים 75 ₪ בהסכם ארצי.

**הפעלת מרכזים לרפואה דחופה** - חברת ביקורופא מפעילה גם 13 מוקדים ברחבי הארץ: באר שבע, ערד, דימונה, נתיבות, אשקלון, קריית גת, לוד, נצרת, נצרת עילית, צפת, קריית שמונה, עכו, נהריה.

**אפשרות לרכישת מנוי** - יש אפשרות לרכוש מנוי. התשלום משתנה לפי גודל המשפחה ונע בין 45 ₪ ל-80 ₪. בכל מקרה יש השתתפות עצמית נמוכה של 20 ₪ לכל ביקור בכל שעות היום. למנויים מספקים תרופות בסיסיות ל-24 שעות.

## 3.4 חברת חייאת

**פריסה גיאוגרפית** - המגזר הערבי בגליל.

**עם מי נחתם חוזה** - רק עם קופת-חולים כללית.

**אופן הספקת השירות** - החברה מבצעת 100-200 ביקורי בית בחודש. נמצאת תחת פיקוח של בית-חולים רמב"ם ויש מערכת בקרה פנימית מינהלית ורפואית.

**תשלום** - חברי קופת-חולים כללית משלמים 90 ₪ לביקור בית. חברי קופות-החולים האחרות משלמים 200-250 ₪ לביקור.

**הפעלת מרכזים לרפואה דחופה** - ישנם 5 מוקדים : שפרעם, טמרה, סכנין, כפר יאסיף, דיר אל אסד.  
**אפשרות לרכישת מנוי** - יש אפשרות לרכישת מנוי שעולה 70 ₪ לחודש. אנשים רבים מנויים.

## 4. קופות-החולים

להלן נציג את התארגנות קופות-החולים להספקת שירות רפואי 24 שעות ביממה.

### 4.1 קופת-חולים מאוחדת

**ספק שירותי הלילה** - הספק העיקרי הוא חברת "ביקורופא".  
**התשלום ותנאים לקבלת החזר** - ישנן שתי אפשרויות תשלום: החבר משלם 75 ₪ בעבור הביקור וקופת-חולים משלימה לספק את ההפרש, או שהחבר משלם את מלוא המחיר לספק ומבקש אחר-כך החזר מקופת-חולים. בשעות בהן המרפאות פתוחות החזר לחבר שונה.  
**פנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית** - מי שמשיך לחדר מיון אינו משלם אגרת מיון אך לא תוחזר לו ההשתתפות העצמית על ביקור הבית.

### 4.2 קופת-חולים לאומית

**ספק שירותי הלילה** - ספקי השירות העיקריים הם ביקורופא ומרל"מ.  
**התשלום ותנאים לקבלת החזר** - המדיניות היא שהחבר משלם רק ההשתתפות עצמית (75 ₪) והקופה משלימה ישירות לספק את שאר הסכום (עד 125 ₪).  
**פנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית** - אם החבר ממשיך לחדר מיון הוא פטור מאגרת מיון אך לא מההשתתפות העצמית לביקור בית.

### 4.3 קופת-חולים מכבי

**ספק שירותי הלילה** - ספק השירות העיקרי הוא ביקורופא.  
**התשלום ותנאים לקבלת החזר** - החבר משלם 80 ₪ אם הזמין מחברה איתה יש לקופה הסכם (ביקורופא). אם החבר הזמין מחברה אחרת אזי יקבל החזר של עד 110 ₪ באישור רופא מחוזי. בעבור הזמנת ביקור בית בשעות היום (6:00 עד 24:00) החזר נמוך מעט יותר עד 90 ₪.  
**פנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית** - פטור מתשלום בחדר המיון.

### 4.4 קופת-חולים כללית

**ספק שירותי הלילה** - בחלק מהמחוזות עובדים בעיקר עם חברת מת"ן, ובאחרות בעיקר עם מרל"מ.  
**תשלום וקבלת החזר** - התשלום הוא 75 ₪ לביקור. בחלק מהמחוזות צוין שהקופה משלימה ל-117 ₪. בחלק מהמחוזות צוין שאין אפשרות לבקש ביקור בית ממקום אחר ולקבל אחר-כך החזר מהקופה.  
**פנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית** - פטור מתשלום בחדר מיון.

## 5. ממצאים עיקריים

בפרק זה יוצגו הממצאים העיקריים לגבי דפוסי השימוש בשירות, הצרכים הרפואיים, הלימות השימוש ומידת התחליפות, מאפייני הטיפול הרפואי, ושביעות רצון מהטיפול, בהסתמך על הסקר שנערך בקרב המשתמשים בשירות.

כל נושא נבדק לפי משתני הרקע הבאים: גיל המטופל, מי המטופל, השכלה, מצב כלכלי, שפת הריאיון, הגדרה דתית, מצב משפחתי, מצב בריאות של המטופל, מחלה כרונית של המטופל, מספר הנפשות הגרות באופן קבוע בדירה, קופת-חולים של המטופל, ספק, אזור מגורים, גודל יישוב, האם נרכש מנוי, בעיה רפואית, חומרת הבעיה הרפואית, האם הביקור הוזמן בשבת או ביום אחר כאשר המרפאות סגורות (לדוגמה: יום הבחירות). יוצגו הממצאים שיש ביניהם קשר מובהק.

מבדיקת קשרים בין משתני הרקע עולה שיש תלות בין קופת-חולים לספק: בקרב חברי קופות-החולים מכבי (87%) ומאוחדת (80%) שיעור גבוה הזמינו את השירות באמצעות ספק 1; למעלה מ-90% ממזמיני השירות באמצעות ספק 3 הנם חברי קופת-חולים כללית. לכן, בניתוחים הרב-משתניים הוכנס המשתנה "ספק", ונבדקה בנפרד השפעת הכנסת המשתנה "קופה" למשוואת הרגרסיה.

### 5.1 דפוסי השימוש

בפרק זה יוצגו דפוסי השימוש בשירותי לילה. בחינת האוכלוסיות המשתמשות בשירות, תהליך קבלת ההחלטה, הקשר בין שימוש בשירותי לילה לקשר עם רופא המשפחה, היבטים שונים של התשלום בעבור השירות, ומידת השימוש הנוסף בשירותי רפואה דחופה תסייע במיפוי אוכלוסיית היעד של השירות כיום, ובדרכים למשיכת משתמשים חדשים.

### מאפייני המשתמשים

ממצאי המחקר מאפשרים לבחון מי הם המשתמשים במערכת שירותי הלילה והאם יש קשר בין מצב חברתי-כלכלי, גיל, מצב בריאות, אזור מגורים ועוד, לשימוש בשירותי רפואה דחופה. תחילה יאופיינו המשתמשים בשירות לפי מאפיינים אישיים וארגוניים.

מלוח 2 עולה שבין המשתמשים בשירותי לילה ישנו שיעור גבוה של אנשים בגילי הביניים (19-64), נשים, בעלי השכלה על-תיכונית ואקדמית, מי שהגדירו את מצבם הכלכלי טוב מאוד או טוב, דוברי עברית, נשואים, בעלי מצב בריאות טוב או טוב מאוד וללא מחלה כרונית. עוד עולה מהלוח שכרבע מאוכלוסיית המשתמשים בשירותי לילה הם בני 1-5 וכרבע בני 65 ומעלה. כמו-כן, כשליש הזמינו את ביקור הבית בשבת.

לוח 2: מאפייני רקע אישיים וארגוניים של המשתמשים בשירותי לילה

משתנה	באחוזים
סה"כ	100
<b>מאפייני רקע אישיים</b>	
<b>גיל המטופל</b>	
5-1	22
18-6	11
64-19	41
65+	26
<b>מין המטופל</b>	
גבר	42
אישה	58
<b>השכלת המרואיין</b>	
לא למד + יסודי + חטיבת ביניים	17
תיכון	46
על-תיכוני + אקדמי	37
<b>מצב כלכלי של המרואיין</b>	
טוב מאוד	9
טוב	43
בינוני/לא כל-כך טוב	39
גרוע	9
<b>שפת הריאיון של המרואיין**</b>	
עברית	90
רוסית*	10
<b>הגדרה דתית של המרואיין</b>	
חילוני	43
מסורתי	42
דתי	12
חרדי	3
<b>מצב משפחתי של המרואיין</b>	
נשוי	74
גרוש	8
אלמן	11
רווק	7
<b>מצב בריאות של המטופל</b>	
טוב מאוד	33
טוב	32
לא כל-כך טוב	25
רע	6
רע מאוד	4
<b>מחלה כרונית של המטופל</b>	
לא	56
כן	44
<b>מספר הנפשות הגרות באופן קבוע בדירה של המרואיין</b>	
3-1	48
6-4	46
18-7	6

**לוח 2: (המשך)**

משתנה	באחוזים
<b>הזמין בשבת</b>	
לא	67
כן	33
<b>משתני רקע ארגוניים</b>	
<b>קופת-חולים של המטופל</b>	
כללית	60
מכבי	24
לאומית	9
מאוחדת	7
<b>ספק</b>	
ספק 1	58
ספק 2	25
ספק 3	17
<b>אזור מגורים של המטופל</b>	
מרכז	51
צפון	16
דרום	33
<b>גודל יישוב של המטופל</b>	
ירושלים + תל אביב + חיפה	13
200-100 אלף תושבים	37
99-10 אלף תושבים	40
9-2 אלף תושבים + יישובים כפריים	10
<b>מנוי של המטופל</b>	
כן	59
לא	41

\* עם תיקון לפי שנת עלייה כך שכל העולים אחרי 1989 נכללו בדוברי רוסית (גם אם רואיינו בעברית).  
 \*\* רק 14 איש רואיינו בערבית ולכן צירפנו אותם לדוברי עברית.

הממצא לפיו יש שיעור גבוה של נשים לעומת גברים (58% לעומת 42%) בקרב המשתמשים בשירות מקביל לממצאי הלמ"ס (1999), לפיו שיעור הביקורים הכולל של נשים אצל רופאים גבוה משיעור ביקורי הגברים.

על פי המאפיינים הארגוניים של המשתמשים בשירותי לילה ניתן לראות שבין המשתמשים יש שיעור גבוה של חברי קופת-חולים כללית, שהזמינו את השירות באמצעות ספק 1, גרים באזור המרכז, גרים ביישובים שבהם 200-10 אלף תושבים ובעלי מנוי.

**השוואה לאוכלוסייה הכללית**

כדי לבחון אם יש הבדלים בין המשתמשים בשירותי לילה לבין כלל האוכלוסייה נערכה השוואה עם סקר מבוטחים בקופות-החולים שנערך בחודשים אוגוסט-אוקטובר 1999 בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת במדינת ישראל (גרוס וברמלי-גרינברג, עומד להתפרסם). על-מנת להשוות בין שתי האוכלוסיות הוצאו ילדים עד גיל 22 מסקר שירותי לילה.

לוח 3: מאפייני המשתמשים הבוגרים בשירותי לילה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (באחוזים)

האוכלוסייה הכללית	המשתמשים בשירותי לילה
<b>מאפייני רקע אישיים</b>	
<b>גיל המטופל</b>	
83	60
17	40
<b>מין המטופל</b>	
48	36
52	64
<b>השכלה</b>	
17	22
37	44
46	34
<b>שפת הריאיון**</b>	
86	90
14	10
<b>הגדרה דתית</b>	
17	15
83	85
<b>מצב משפחתי</b>	
74	68
4	8
7	16
15	8
<b>מצב בריאות</b>	
26	48
74	52
<b>מחלה כרונית</b>	
100	100
68	40
32	60
<b>מספר הנפשות הגרות באופן קבוע בדירה</b>	
46	59
45	36
9	5
<b>משתני רקע ארגוניים</b>	
<b>קופת-חולים של המטופל</b>	
58	64
25	22
9	8
9	6
<b>אזור מגורים</b>	
58	53
29	15
13	32
<b>גודל יישוב</b>	
22	15
23	37
36	38
19	10

השוואת המאפיינים הדמוגרפיים של המשתמשים הבוגרים בשירותי לילה למאפיינים של כלל האוכלוסייה מלמדת, שאין כמעט הבדלים בין שתי האוכלוסיות בשפת הריאיון, בחברות בקופת-חולים, ובהגדרה דתית. לעומת זאת, נמצאו הבדלים בין שתי האוכלוסיות לפי גיל, קיום מחלה כרונית ומצב בריאות. המשתמשים בשירותי לילה מתאפיינים בכך שהם מבוגרים יותר, חולים יותר, ומגדירים את מצב בריאותם פחות טוב. נמצאו גם הבדלים לפי מין, השכלה, אזור מגורים וגודל יישוב. בקרב המשתמשים בשירותי לילה יש שיעורים גבוהים יותר של נשים, בעלי השכלה יסודית או תיכונית, תושבי הדרום, ותושבים הגרים ביישובים שבהם יש 10-200 אלף תושבים.

## תהליך קבלת החלטות

המרואיינים נשאלו מדוע הזמינו רופא הביתה בשעות בהן המרפאה סגורה ולא פנו לחדר מיון, למוקד חירום של הקופה, או חיכו לבוקר כדי לפנות לרופא המשפחה. הבנת תהליך קבלת ההחלטות של המזמינים רופא הביתה תסייע בהבנת צורכי האוכלוסייה המשתמשת בשירות ותסייע בפיתוח שירותים שיענו על צרכים אלו.

### סיבות להזמנת ביקור בית במקום המתנה לרופא המשפחה

בתשובה לשאלה "מדוע לא חיכית לבוקר כדי לפנות לרופא המשפחה?" ענו 74% שפנו מסיבות רפואיות, 14% מטעמי נוחות (כגון מרחק, הרגעה, מנוי), 12% מסיבות אחרות (כגון שבת או קושי בהליכה או בגלל בעיות עם רופא המשפחה).

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על ההחלטה לפנות לשירותי לילה נערכה רגרסיה לוגיסטית, כאשר המשתנה התלוי הוגדר 1 אם המרואיין ענה שפנה מסיבות רפואיות ו-0 כאשר מדובר בסיבות לא רפואיות ('נוחות' ו'אחר'; ראה לוח 1 בנספח).

עולה שלמשתנים "גיל 1-5", "הזמנה דרך ספק 1 או 3", "בעיה חמורה או חמורה ביותר", יש השפעה עצמאית חיובית על אי המתנה לרופא המשפחה מסיבות רפואיות. למשתנים חילונים ומסורתיים, הגרים בישובים עם 10-200 אלף תושבים, הסובלים ממחלה זיהומית, הזמנת הביקור בשבת, יש השפעה עצמאית שלילית על אי המתנה לבוקר לרופא המשפחה מסיבות רפואיות (הרצת הרגרסיה עם קופת-חולים כללית אינה משנה את התוצאות והמשתנה אינו מובהק).

### אי פנייה למוקד חירום של הקופה או לחדר מיון

המרואיינים נשאלו גם "מדוע לא פנית למוקד חירום של הקופה (כגון מר"מ או טר"מ) או לחדר מיון?" שלושים ותשעה אחוזים ענו שהזמינו ביקור בית בגלל היתרונות הנתפסים שיש לשירות זה (לדוגמה: הרמה המקצועית של הרופא המגיע, היחס של הרופא המגיע, ניסיון חיובי קודם, המלצה של בני משפחה וחברים, מנוי, הבעיה אינה דורשת את הציוד שיש בחדר מיון). עשרים ושמונה אחוזים ענו שהזמינו ביקור בית מסיבות אחרות (כגון יותר זול להזמין ביקור בית, לקבל הפניה מיידית לחדר מיון). תשעה-עשר אחוזים ענו שלא הייתה להם אופציה אחרת (לדוגמה: המוקד סגור בשעות הלילה, שבת, אדם לא נייד, אין מוקד בסביבה, רופא הפנה), ו-14% ענו שהזמינו ביקור בית מטעמי נוחות (כגון מרחק, הרגעה, שפה, חדר מיון הנו מקום לא נעים).

לוח 4: סיבות לאי פנייה למוקד חירום של הקופה או לחדר מיון, לפי מאפייני רקע

יתרונות נתפסים של השירות	סיבות אחרות	אין אופציה אחרת	נוחות	סה"כ	משתנה
39	28	19	14	100	סה"כ
					גיל **
43	28	17	13	100	5-1
38	36	16	10	100	18-6
35	27	22	16	100	64-19
44	27	16	13	100	65+
					<b>השכלה **</b>
42	31	16	11	100	עד חטיבת ביניים
42	30	17	11	100	תיכון
35	25	22	18	100	על-תיכונית, אקדמאית
					<b>מצב כלכלי *</b>
39	31	18	12	100	בינוני + גרוע
41	25	19	15	100	טוב + טוב מאוד
					<b>שפת הריאיון **</b>
41	27	19	13	100	עברית
28	32	22	18	100	רוסית
					<b>מחלה כרונית *</b>
39	27	19	15	100	כן
40	29	19	12	100	לא
					<b>מספר הנפשות המתגוררות בדירה באופן קבוע **</b>
38	25	21	16	100	3-1
40	31	17	12	100	6-4
40	28	21	11	100	18-7
					<b>חומרת בעיה רפואית **</b>
44	25	16	15	100	קלה מאוד, קלה, בינונית
34	31	22	13	100	חמורה, חמורה ביותר
					<b>הזמין בשבת **</b>
43	26	17	14	100	לא
32	31	23	14	100	כן
					<b>משתני רקע ארגוניים</b>
					<b>קופת-חולים **</b>
40	31	17	12	100	כללית
36	21	26	17	100	מכבי
44	26	13	17	100	לאומית
37	22	22	19	100	מאוחדת
					<b>ספק **</b>
39	25	20	16	100	ספק 1
49	30	12	8	100	ספק 2
23	36	26	15	100	ספק 3
					<b>אזור מגורים **</b>
41	26	18	15	100	מרכז
43	24	19	15	100	צפון
35	33	21	12	100	דרום
					<b>גודל יישוב **</b>
45	22	16	18	100	ירושלים, תל אביב, חיפה
38	32	18	13	100	200-100 אלף תושבים
39	28	20	13	100	99-10 אלף תושבים
38	21	22	19	100	9-2 אלף תושבים, יישובים כפריים
					<b>מנוי **</b>
51	28	12	9	100	כן
22	28	30	20	100	לא

\* P<0.01

\*\* P<0.05

מלוח 4 עולה ששיעור המדווחים שלא פנו למוקד או לחדר מיון מטעמי נוחות גבוה בקרב גילאי הביניים, בקרב הסובלים ממחלה כרונית, בקרב הגרים בשלוש הערים הגדולות וביישובים הקטנים, ובקרב מי שאין לו מנוי. המדווחים שלא פנו למוקד או לחדר מיון בגלל שאין אופציה אחרת מתאפיינים בכך שהנם בעלי השכלה אקדמית, הזמינו את הביקור בשבת, מבוטחי קופות-חולים מכבי ומאוחדת, גרים ביישובים קטנים (2-9 אלף תושבים או יישובים כפריים). עוד עולה מהממצאים ששיעור גבוה בקרב דוברי רוסית ובקרב הפונים באמצעות ספק 2 פנו בגלל היתרונות הנתפסים של השירות. מעניין לציין ששיעור גבוה יותר בקרב מי שיש לו מנוי (51%) מאשר בקרב מי שאין לו מנוי (22%) פנו בגלל היתרונות של השירות. ייתכן שממצא זה מצביע על כך שהמנויים כבר עשו את השיקולים של נוחות וכו', וכאשר הם משתמשים בשירות הם מציינים יותר את היתרונות של השירות.

שיעור המדווחים שלא פנו למוקד או לחדר מיון בגלל היתרונות של שירותי לילה נמוך בקרב המגדירים את בעייתם חמורה או חמורה ביותר (34%), לעומת בקרב המגדירים את בעייתם קלה עד בינונית (44%).

### המלצה על הזמנת ביקור בית

המרואיינים נשאלו מי המליץ להם להזמין רופא הביתה. מעניין לציין שב-92% מהמקרים המרואייני ובני משפחתו החליטו להזמין רופא על דעת עצמם ורק ב-8% מהמקרים רופא, איש מקצוע, קופת-חולים, מוקד או חדר מיון, המליצו להזמין רופא הביתה.

### לוח 5: מרואיינים שענו שאיש מקצוע המליץ להזמין רופא הביתה, לפי מאפייני רקע

משתנה	רופא, איש מקצוע, קופת-חולים, מוקד או חדר מיון המליצו
סה"כ	8
מין *	7
זכר	9
נקבה	
<b>משתני רקע ארגוניים</b>	
ספק **	7
ספק 1	3
ספק 2	16
ספק 3	
<b>אזור מגורים **</b>	
מרכז	6
צפון	7
דרום	10
<b>גודל יישוב *</b>	
ירושלים, תל אביב, חיפה	10
200-100 אלף תושבים	6
99-10 אלף תושבים	9
9-2 אלף תושבים, יישובים כפריים	7
<b>מנוי **</b>	
כן	3
לא	14

P<0.05 \*

P<0.01 \*\*

מהלוח עולה שישנם הבדלים בשיעור המדווחים שהרופא, איש מקצוע או קופת-חולים המליצו על פנייה, לפי מאפייני הרקע. שיעור המרואיינים שדיווחו שרופא, אנשי מקצוע או קופת-חולים המליצו על פנייה, גבוה בקרב המזמינים באמצעות ספק 3 (16%) לעומת 7% בספק 1 ו-3% בספק 2. עוד עולה מהממצאים ששיעור המרואיינים שדיווחו שרופא, איש מקצוע או קופת-חולים, המליצו להזמין רופא גבוה בקרב מי שגרים בשלוש הערים הגדולות (10%) לעומת בקרב מי שגרים ביישובים עם 100-200 אלף תושבים (6%), 99-10 אלף תושבים (9%), 2-9 אלף תושבים (7%). בנוסף, שיעור המדווחים שרופא, איש מקצוע או קופת-חולים המליצו להזמין רופא גבוה בקרב לא מנויים (14%) לעומת מנויים (3%).

### מערכת היחסים עם הרופא הראשוני

מערכת היחסים עם רופא המשפחה המטפל במרואיין באופן קבוע יכולה להשפיע על השימוש בשירותי לילה. מהספרות עולה (Hopton et al., 1996) שחשוב להכיר בכך שניסיון קודם עם שירותי בריאות, וקשר קודם עם אנשי מקצוע בתחום הרפואה, מסבירים שימוש בשירותי בריאות מחוץ לשעות הרגילות.

לאור זאת נכללה בשאלון סדרת שאלות הנוגעות לקשר עם רופא המשפחה,<sup>3</sup> כגון האם יש רופא משפחה קבוע, מתי ביקרו אצלו לאחרונה, סבירות הזמן שלוקח להגיע לרופא המשפחה, סבירות זמן ההמתנה במרפאת הרופא, נוחות שעות העבודה, שביעות רצון כללית, הרגשה שניתן לפנות לרופא בשאלות לגבי המצב הרפואי ואופן הטיפול ולקבל תשובות ברורות.

בהמשך נבחן האם לקשר לא טוב עם רופא המשפחה יש השפעה על שימוש בשירותי לילה, כגון חומרת הבעיה הרפואית איתה פונים לשירותי לילה, שעת הזמנת ביקור הבית, ורכישת מנוי לשירותי לילה. תשעים וחמישה אחוזים מהמרואיינים דיווחו שיש להם רופא משפחה/ילדים שמטפל בהם באופן קבוע בקופת-החולים, 4% אמרו שלא, ועוד 1% לא היו בטוחים.

שיעור גבוה מהמרואיינים ביקרו אצל רופא המשפחה בתקופה האחרונה: 58% מהמרואיינים ביקרו אצל רופא משפחה/ילדים בשבועיים האחרונים, 18% בחודש האחרון, 13% בין 1-3 חודשים לפני הזמנת ביקור הבית, 7% בין 3-6 חודשים לפני הזמנת ביקור הבית ו-4% לפני יותר מחצי שנה.

באופן כללי ישנה שביעות רצון גבוהה מהטיפול אצל רופא המשפחה. בתשובה לשאלה "האם הזמן שלוקח לך להגיע לרופא המשפחה/ילדים בדרך כלל, נראה לך סביר, לא כל-כך סביר, או לא סביר", ענו 84% מהמרואיינים שהזמן נראה להם סביר, 8% לא כל-כך סביר ו-8% לא סביר. לעומת זאת, שיעור המדווחים שזמן ההמתנה במרפאת רופא המשפחה עד שנכנסים אליו סביר הוא נמוך יותר (73%). שלושה-עשר אחוזים ציינו שזמן ההמתנה במרפאת רופא המשפחה לא כל-כך סביר ו-14% ציינו שהזמן לא סביר.

<sup>3</sup> אם רואיין הורה לילד השאלות נשאלו לגבי רופא הילדים של הילד.

שמונה-עשר אחוזים דיווחו ששעות העבודה של רופא המשפחה/ילדים נוחות להם מאוד, 56% דיווחו שהשעות נוחות, 16% דיווחו שהשעות לא כל-כך נוחות, ו-10% דיווחו שהשעות לא נוחות. שיעור גבוה מהמרואיינים (44%) דיווחו שהם מרוצים מאוד באופן כללי מרופא המשפחה/ילדים שלהם, 46% דיווחו שהם מרוצים, 6% דיווחו שהם לא כל-כך מרוצים, ו-4% דיווחו שאינם מרוצים. תשעים אחוזים מהמרואיינים דיווחו שהם מרגישים שיכולים לפנות לרופא המשפחה/ילדים בשאלות לגבי המצב הרפואי ואופן הטיפול, ולקבל תשובות ברורות תוך כדי ביקור, 6% ציינו שלא ו-4% ציינו שאינם יודעים.

למרות זאת, רק 29% מהמרואיינים ציינו שהם מרגישים שהם יכולים לפנות לרופא המשפחה/ילדים במשך היום כאשר הרופא אינו מקבל חולים; רק 20% ציינו שהם מרגישים שהם יכולים לפנות לרופא המשפחה/ילדים בשעות הערב; ורק 12% ציינו שהם מרגישים שהם יכולים לפנות לרופא המשפחה/ילדים בשעות הלילה.

### **השוואה לכלל האוכלוסייה**

בסקר מבוטחים בקרב האוכלוסייה הכללית שנערך ב-1997 נשאלו שאלות דומות על רופא המשפחה (גרוס ואחרים, 1998). השוואת מאפייני השימוש בין שתי אוכלוסיות אלו מלמדת שהאוכלוסייה הבוגרת המשתמשת בשירותי לילה מבקרת יותר אצל רופא המשפחה ופחות מרוצה מזמן ההגעה אליו ביחס לאוכלוסייה הכללית. בקרב האוכלוסייה הבוגרת המשתמשת בשירותי לילה נמצא שיעור מעט גבוה יותר (95%) של מי שדיווחו שיש להם רופא משפחה שמטפל בהם באופן קבוע, לעומת האוכלוסייה הכללית (90%). שיעור המבקרים אצל רופא המשפחה בשבועיים האחרונים גבוה בקרב האוכלוסייה הבוגרת המשתמשת בשירותי לילה (61%) לעומת בקרב האוכלוסייה הכללית (26%). שיעור המדווחים שזמן ההגעה לרופא המשפחה סביר, נמוך בקרב האוכלוסייה הבוגרת המשתמשת בשירותי לילה (83%) לעומת בקרב האוכלוסייה הכללית (91%). לא נמצאו הבדלים בדיווח על נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה: 77% מהמשתמשים בשירותי לילה דיווחו שהשעות נוחות או נוחות מאוד, לעומת 78% באוכלוסייה הכללית.

### **שביעות רצון ממרכיבים שונים של הקשר עם רופא המשפחה וחומרת הבעיה הרפואית בעת ביקור הבית**

לוח 6 בדק האם יש קשר בין מערכת היחסים עם רופא המשפחה של הפונה לשירותי לילה לבין חומרת הבעיה הרפואית כפי שזו מוגדרת על ידו כשהוא הזמין רופא הביתה. נבדק הקשר בין הבעיה הרפואית לבין מועד הביקור בפעם האחרונה אצל רופא המשפחה, סבירות זמן ההגעה לרופא המשפחה, סבירות זמן ההמתנה במרפאת רופא המשפחה, שביעות רצון כללית מרופא המשפחה, הרגשה שיכול לפנות לרופא המשפחה בשאלות ולקבל תשובות ברורות, קיום רופא משפחה קבוע, נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה, האם הפונה מרגיש שהוא יכול לפנות לרופא המשפחה בשעות היום כאשר המרפאה סגורה, בשעות הערב ובשעות הלילה. ההנחה היא שמי שפחות מרוצה מהיבטים שונים במערכת היחסים עם רופא המשפחה יפנה עם בעיות רפואיות קלות יותר לשירותי לילה. אך, בניגוד לצפוי, נמצא שמי שאינם מרוצים מהיבטים שונים של הקשר עם רופא המשפחה, פונים גם עם בעיות רפואיות חמורות יותר לשירותי לילה.

בקרב מי שדיווחו שהזמן שלוקח להם להגיע למרפאת רופא המשפחה לא כל-כך סביר שיעור גבוה יותר הגדירו את בעייתם "חמורה" או "חמורה מאוד" (52%), לעומת המדווחים שזמן ההגעה לרופא המשפחה סביר (46%). בדומה לכך, בקרב מי שהם "לא כל-כך מרוצים" או "לא מרוצים" באופן כללי מרופא המשפחה, שיעור גבוה יותר הגדירו את בעייתם "חמורה או חמורה ביותר" (56%), לעומת מי שמרוצים או מרוצים מאוד מרופא המשפחה. ייתכן שמי שאינם מרוצים מהיבטים שונים במערכת היחסים עם רופא המשפחה שלהם מחכים יותר זמן עד שהם פונים לשירותי לילה ולכן בעייתם קשה יותר.

**לוח 6: מרואיינים שדיווחו שבעייתם חמורה או חמורה ביותר לפי מדדים שונים של קשר עם רופא המשפחה (באחוזים)**

הגדיר את בעייתו הרפואית בעת ביקור הבית כחמורה או חמורה ביותר			
51	בשבועיים האחרונים	מתי ביקר בפעם האחרונה אצל רופא המשפחה **	
43	בין שבועיים לחודש		
47	1-3 חודשים		
39	יותר משלושה חודשים		
52	לא כל-כך סביר + לא סביר	הזמן שלוקח בדרך כלל להגיע לרופא המשפחה סביר *	
46	סביר		
50	לא כל-כך סביר + לא סביר	הזמן שמחכים במרפאת הרופא עד שנכנסים אליו סביר *	
46	סביר		
56	לא כל-כך מרוצה + לא מרוצה	שביעות רצון כללית מרופא המשפחה **	
46	מרוצה + מרוצה מאוד		
56	לא	יכול לפנות לרופא המשפחה בשאלות לגבי המצב הרפואי ואופו הטיפול ולקבל תשובות ברורות **	
46	כן		

\* P<0.05

\*\* P<0.01

**מערכת היחסים עם רופא המשפחה ושעת הזמנת ביקור הבית**

בלוח הבא מוצגת שעת הזמנת ביקור הבית לפי היבטים שונים של קשר עם רופא המשפחה. ההנחה היא שמי שאינו מרוצה מרופא המשפחה ישתמש באפשרות הזמנת רופא הביתה בשעות היום כתחליף לביקור במרפאה. מהניתוח הוצאו מי שהזמינו את ביקור הבית בשבת.

מהמצאים בלוח 7 עולה שאכן שיעור גבוה יותר מזמינים ביקור בית בשעות היום בקרב מי שחושבים שהזמן שלוקח להגיע לרופא המשפחה אינו סביר, מי שדיווחו ששעות העבודה אינן נוחות, מי שמרגישים שאינם יכולים לפנות לרופא המשפחה בשעות היום כאשר המרפאה סגורה, ומי שמרגישים שאינם יכולים לפנות לרופא המשפחה בשעות הערב.

**לוח 7: השעה בה הוזמן הביקור, לפי מדדים שונים של קשר עם רופא המשפחה (בקרוב מי שלא הזמינו בשבת)**

24 בלילה עד 8 בבוקר	23-20	19-9	סה"כ		
13	71	16	100		<b>סה"כ</b>
11	62	27	100	לא כל-כך סביר + לא סביר	הזמן שלוקח להגיע לרופא המשפחה סביר**
13	73	14	100	סביר	
11	70	20	100	לא כל-כך נוחות, לא נוחות	שעות העבודה של רופא המשפחה נוחות*
14	72	14	100	נוחות, נוחות מאוד	
13	77	10	100	כן	יכול לפנות לרופא המשפחה בשעות היום כאשר המרפאה סגורה**
13	69	18	100	לא	
12	78	10	100	כן	יכול לפנות לרופא המשפחה בשעות הערב*
13	70	17	100	לא	

\* P<0.05  
\*\* P<0.01

**מערכת היחסים עם רופא המשפחה ורכישת מנוי**

כדי לבחון האם ביקורי בית מהווים תחליף לביקורים אצל רופאים ראשוניים נבדק הקשר בין מערכת היחסים עם רופא המשפחה לבין רכישת מנוי לשירותי לילה. ההנחה הייתה שמי שפחות מרוצה מהיבטים שונים בקשר עם רופא המשפחה ומי שאין לו רופא משפחה קבוע, יטה יותר לרכוש מנוי לשירותי לילה כאלטרנטיבה לשירותים במרפאות.

**לוח 8: רכישת מנוי לפי מדדים שונים של קשר עם רופא המשפחה**

יש מנוי			
43	לא	יש בקופת-חולים רופא משפחה שמטפל בפציינט באופן קבוע**	
60	כן		
66	לא כל-כך סביר + לא סביר	סבירות זמן ההגעה לרופא המשפחה**	
58	סביר		
63	לא כל-כך נוחות + לא נוחות	נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה*	
58	נוחות + נוחות מאוד		
55	כן	יכול לפנות לרופא המשפחה בשעות הערב*	
60	לא		

\* P<0.05  
\*\* P<0.01

מהממצאים עולה שבניגוד להנחה זו, דווקא בקרב מי שיש להם בקופת-חולים רופא משפחה שמטפל בהם באופן קבוע, נמצא שיעור גבוה יותר (60%) של בעלי מנוי, לעומת בקרב מי שאין להם רופא משפחה קבוע (43%). כאשר בודקים ממצא זה לפי מחלה כרונית עולה שגם בקרב מי שאינם סובלים ממחלה כרונית ויש להם רופא משפחה קבוע, גבוה שיעור המדווחים שיש להם מנוי (55%), לעומת מי שאין להם רופא משפחה קבוע (38%). בקרב הסובלים ממחלה כרונית לא נמצא הבדל מובהק בין שיעור הרוכשים מנוי לפי רופא משפחה קבוע.

עוד עולה מהממצאים, שבהתאם להנחה, נמצא שיעור גבוה יותר של מי שרכשו מנוי בקרב מי שדיווחו שהזמן שלוקח להם להגיע למרפאת רופא המשפחה לא כל-כך סביר או לא סביר, בקרב מי שדיווחו ששעות העבודה של רופא המשפחה לא כל-כך נוחות או לא נוחות, ובקרב מי שמרגישים שאינם יכולים לפנות בשאלות לרופא המשפחה בשעות הערב. אוכלוסייה זו יכולה להוות קהל יעד של ספקי השירות למשיכת מנויים חדשים.

## התשלום בעבור השירות

כללי התשלום לשירותי לילה משתנים לפי שעת הביקור, קופת-החולים, ספק, אזור בארץ, גיל, מנוי (ראה הפרק העוסק בתיאור השירות). ידיעת כללים אלו חשובה כדי שצרכני השירות יוכלו למצות את זכויותיהם בנושא התשלום לשירות. במחקר נבדק למי יש מנוי לשירותי לילה, האם צרכני השירות מכירים את הכללים, האם מיידעים אותם בשעת הזמנת הביקור, וכמה עולה השירות בפועל לצרכן.

### רכישת מנוי

חלק מספקיות השירות מאפשרות לרכוש מנוי לשירותי לילה, אם כי כמובן ניתן לקבל את השירות גם ללא מנוי. הסכום לרכישת מנוי לספק 1 נע בין 45 ₪ ל-80 ₪ לחודש והוא תלוי בגודל המשפחה ובהיקף הזמן למנוי (רק לשעות הלילה או גם לשעות היום). בעלי מנוי משלמים סכום נמוך יותר של השתתפות עצמית לביקור (20 ₪). סכום רכישת מנוי לספק 2 נע בין 65 ₪ ל-90 ₪, כאשר אם התשלום החודשי הוא נמוך יש השתתפות עצמית לכל ביקור, אך אם סכום התשלום החודשי למנוי גבוה אין השתתפות עצמית לכל ביקור.

יש להבהיר שניתן לקבל את השירות גם ללא מנוי ולהבהיר יותר טוב מה מקנה מנוי בתעריפים הנמוכים

חמישים ותשעה אחוזים מהמרוויינים דיווחו שיש להם מנוי לחברה שמספקת שירותי לילה.

מהממצאים עולה שרכישת מנוי גבוהה יותר בקרב בני 1-5 ובקרב בני +65, מי שהשכלתם אינה אקדמית, מי שהמצב הכלכלי שלהם בינוני או גרוע, דתיים או חרדים, מי שמצב בריאותם אינו כל-כך טוב עד גרוע, מי שסובלים ממחלה כרונית, חברי קופות-חולים כללית ולאומית, מי שמזמינים דרך ספק 1 או 2, ומי שגרים במרכז או בצפון.

על-מנת לבחון את ההשפעה העצמאית של כל אחד ממשתני הרקע על רכישת מנוי הרצנו רגרסיה לוגיסטית שבה המשתנה התלוי מקבל את הערך 1 אם רכש מנוי ו-0 אם לא.

מהניתוח הרב-משתני (ראה לוח 2 בנספח) עולה שלמשתנים גיל צעיר עד גיל 18 ובני 65 ומעלה, הסובלים ממחלה כרונית, גרים ביישובים עם 10-200 אלף תושבים, יש השפעה עצמאית חיובית על רכישת מנוי. עוד עולה מהניתוח שלמשתנה ספק 1 ו-3 יש השפעה עצמאית שלילית על רכישת מנוי.

הרצת הרגרסיה עם המשתנה קופת-חולים כללית אינה משנה את התוצאות. לחברות בקופת-חולים כללית יש השפעה עצמאית חיובית על רכישת מנוי.

לוח 9: מרואיינים שדיווחו שרכשו מנוי לפי מאפייני רקע (באחוזים)

יש מנוי	משתנה
59	סה"כ
	<b>גיל המטופל</b>
** 64	5-1
** 59	18-6
** 49	64-19
** 70	65+
	<b>השכלה</b>
** 67	לא למד + יסודי + חטיבת ביניים
** 63	תיכון
** 51	סמינר + על-תיכוני
	<b>מצב כלכלי</b>
** 63	בינוני + גרוע
** 56	טוב + טוב מאוד
	<b>הגדרה דתית</b>
* 54	חילוני + מסורתית
* 60	דתי + חרדי
	<b>מצב משפחתי</b>
** 59	נשוי
** 55	גרוש
** 69	אלמן
** 52	רווק
	<b>מצב בריאות</b>
** 68	לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד
** 54	טוב מאוד + טוב
	<b>מחלה כרונית</b>
** 53	לא
** 66	כן
	<b>מספר הנפשות המתגוררות בדירה באופן קבוע</b>
59	3-1
59	6-4
63	18-7
	<b>קופת-חולים</b>
** 67	כללית
** 43	מכבי
** 60	לאומית
** 48	מאוחדת
	<b>ספק</b>
** 64	ספק 1
** 79	ספק 2
** 10	ספק 3
	<b>אזור מגורים</b>
** 64	מרכז
** 65	צפון
** 48	דרום

\* P<0.05

\*\* P<0.01

## מידת הידע על עלות השירות

אנו מניחים שמנויים מודעים יותר לתנאי הפוליסה שלהם ולאופן התשלום על ביקורי בית מאשר מי שאינם מנויים, ולכן הבדלנו בין מנויים ללא מנויים בהצגת הממצאים. הממצאים מראים שבסך-הכל 92% מהמרוויינים דיווחו שידעו מראש שהשירות עולה כסף. בקרב המנויים 91% מהמרוויינים דיווחו שידעו שהשירות עולה כסף, לעומת 94% שדיווחו על כך בקרב הלא מנויים.

בקרב המנויים נמצאו הבדלים בשיעור המדווחים שלא ידעו שהשירות עולה כסף בין הספקים השונים: שיעור גבוה בקרב המזמינים דרך ספק 2 דיווחו שאינם יודעים שהשירות עולה כסף (19%), לעומת ספק 1 (6%) וספק 3 (3%).

בקרב הלא מנויים נמצאו הבדלים בשיעור המדווחים שאינם יודעים שהשירות עולה כסף לפי מאפייני רקע שונים. התוצאות מוצגות בלוח הבא.

### לוח 10: מרוויינים שדיווחו שלא ידעו שהשירות עולה כסף לפי מאפייני רקע (באחוזים)

משתנה	סה"כ
לא ידע שהשירות עולה כסף בקרב לא מנויים	6
<b>גיל המטופל **</b>	
5-1	2
18-6	9
64-19	6
65+	12
<b>מצב כלכלי *</b>	
בינוני + גרוע	9
טוב + טוב מאוד	5
<b>שפת הריאיון</b>	
עברית	6
רוסית	8
<b>מצב משפחתי **</b>	
נשוי	5
גרוע	13
אלמן	15
רווק	5
<b>מצב בריאות **</b>	
לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד	11
טוב מאוד + טוב	5
<b>מחלה כרונית **</b>	
לא	5
כן	10
<b>משתני רקע ארגוניים</b>	
<b>אזור מגורים **</b>	
מרכז	6
צפון	12
דרום	5
<b>גודל יישוב *</b>	
ירושלים, תל אביב, חיפה	9
200-100 אלף תושבים	4
99-10 אלף תושבים	9
9-2 אלף תושבים ויישובים כפריים	3

\* P<0.05

\*\* P<0.01

בולטת העובדה שמי שהכי זקוקים לשירות לא ידעו שהוא עולה כסף: שיעור גבוה בקרב בני 65 ומעלה, מי שמצב בריאותם גרוע, הסובלים ממחלה כרונית, מצב כלכלי גרוע, דיווחו שלא ידעו שהשירות עולה כסף. נמצאו גם הבדלים לפי אזור מגורים: שיעור המדווחים שלא ידעו שהשירות עולה כסף גבוה בקרב תושבי הצפון (12%) לעומת בקרב תושבי המרכז (6%) והדרום (5%).

### התשלום בפועל

שמונים ושניים אחוזים שילמו בעבור ביקור הבית. ממוצע התשלום לביקור הוא 64 ₪. ארבעים ואחד אחוזים שילמו עד 20 ₪, 20% שילמו 25-75 ₪, 15% שילמו 80-110 ₪, 24% שילמו 120 ₪ או יותר בעבור ביקור הבית. בקרב מי שאין להם מנוי, 99% שילמו בעבור הטיפול לעומת 70% בקרב מי שיש לו מנוי.

### גובה התשלום לביקור בית בקרב מנויים ולא מנויים

בדקנו את גובה התשלום על ביקורי בית והשוונו אותו בין המנויים ללא מנויים. מהממצאים עולה שכשהמנויים מזמינים ביקור בית הם משלמים פחות, רק את סכום ההשתתפות העצמית. כך, למשל, 79% מהמנויים שילמו בין 0-20 ₪, לעומת 3% מהלא מנויים, בעוד ש-5% מהמנויים שילמו 120 ₪ ויותר, לעומת 44% בקרב הלא מנויים.

### החזר על התשלום לביקור הבית

קופת החולים היא הקובעת את מדיניות החזרים למבוטחיה. נהוגים שני מודלים לתשלום: (1) המבוטח משלם לספק השירות את כל הסכום ופונה אחר-כך לקופת-חולים כדי לקבל החזר עד לגובה מחצית הסכום הכולל. (2) המבוטח משלם רק את מחצית הסכום לספק, קופת-חולים משלמת ישירות לספק את המחצית השנייה של הכסף

חשוב לבחון האם האוכלוסייה מודעת לזכותה זו לבקש החזר מקופת-חולים על חלק מהתשלום לביקור הבית. רק מי שאין לו מנוי ומי ששילם למעלה מ-75 ₪, שהוא סכום ההשתתפות עצמית על ביקור הבית. מהממצאים עולה שרק-6% מהם דיווחו שפנו וקיבלו החזר. בולט במיוחד השיעור הנמוך יותר של מקבלי החזר בקרב מבוטחי קופות-חולים כללית (4%) ומכבי (6%), לעומת מבוטחי לאומית (17%) ומאוחדת (36%).

באשר לגובה החזר, עשרים ושלושה אחוזים ממקבלי החזר דיווחו שיקבלו 30 ₪ עד 35 ₪ בחזרה, 33% דיווחו שיקבלו בין 36 ₪ ל-50 ₪ בחזרה, ו-43% דיווחו שיקבלו בין 60 ₪ ל-200 ₪ החזר.

בתוך כל קופה נמצאו גם הבדלים לפי שפת ריאיון. כאשר בודקים רק בקרב מי ששילמו יותר מ-75 ₪ בעבור הביקור, מגמת ההבדלים אינה מובהקת. באופן כללי שיעור דוברי רוסית שקיבלו החזר גבוה משיעור דוברי עברית: בקופת-חולים כללית 3% מדוברי העברית דיווחו שיקבלו החזר לעומת 0% מדוברי הרוסית, בקופת-חולים מכבי 5% מדוברי עברית לעומת 13% בקרב דוברי רוסית, בקופת-חולים לאומית 8% בקרב דוברי עברית לעומת 13% בקרב דוברי רוסית, ובקופת-חולים מאוחדת 6% בקרב דוברי עברית לעומת 22% בקרב דוברי רוסית.

משיחות עם האחראים למתן שירותי לילה בקופות-חולים עולה שארבע קופות-חולים מאפשרות קבלת החזר על תשלום מעל 75 ₪ לביקור בית, אך תוצאות הסקר מראות שמבוטחים מעטים מקבלים

החוזרים בפועל. בתשובה לשאלה "האם ניסית לקבל החזר וקופת-החולים סירבה לבקשתך?" ענו 21% שהם ניסו והקופה סירבה, 5% ניסו ועוד לא קיבלו תשובה, 27% לא ניסו כי ידעו שיסרבו, ו-47% לא ניסו כי לא חשבו על כך. בקרב מי ששילמו יותר מ-75 ₪ 23% ענו שניסו והקופה סירבה לבקשתם, 5% ניסו ועוד לא קיבלו תשובה, 29% לא ניסו כי ידעו שיסרבו ו-43% לא ניסו כי לא חשבו על כך. לא ברור באיזו מידה הסירובים של הקופות היו מוצדקות.

**לוח 11: ניסה לקבל החזר וקופת-החולים סירבה לבקשה, לפי קופת-חולים, בקרב מי ששילמו יותר מ-75 ש"ח**

משתנה סה"כ	קטגוריות	סה"כ	כן ניסה וסירבו	ניסה ועוד לא קיבל תשובה	לא ניסה כי ידעו שיסרבו	לא ניסה כי לא חשב על כך
סה"כ		100	23	5	29	43
קופת-חולים של המטופל*	כללית	100	25	4	27	43
	מכבי	100	22	3	34	41
	לאומית	100	12	20	16	52
	מאוחדת	100	13	25	13	50

עוד נמצא ששיעור גבוה בקרב מבוטחי קופות-חולים כללית (25%) ומכבי (22%) דיווחו שניסו לקבל החזר וקופת-חולים סירבה לבקשתם.

**שימוש נוסף בשירותי רפואה דחופה בתקופה האחרונה**

היבט נוסף של דפוסי השימוש הוא השימוש הנוסף בשירותי רפואה דחופה, כמו פנייה לחדר מיון, מוקד חירום של הקופה ועוד. מידע זה מאפשר לבחון האם המשתמשים בשירותי לילה נוטים באופן כללי להשתמש יותר בשירותי רפואה דחופה, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. ארבעים ואחד אחוזים דיווחו שבחצי השנה האחרונה נזקקו לטיפול רפואי חירום בשעות שבהן המרפאה הייתה סגורה, פרט לביקור הבית האחרון. עשרים ושלושה אחוזים מהמרוואיינים פנו לחדר מיון בפעם האחרונה בה נזקקו לטיפול, 13% פנו למוקד חירום של קופת-החולים, 37% הזמינו גם במקרה זה ביקור בית דרך ספקי השירות, ב-3% מהמקרים רופא מקופת-החולים בא אל החולה הביתה, ב-19% מהמקרים הוזמן רופא פרטי, לחצן מצוקה וכו', 2% לא פנו לקבלת טיפול.

**השוואה לאוכלוסייה הכללית**

על-מנת להשוות את אוכלוסיית הסקר במחקר זה לסקר שנערך בקרב האוכלוסייה הכללית (גרוס וברמלי-גרינברג, עומד להתפרסם) הוצאו מהניתוח בני 22 ומטה. שיעור ההזדקקות לרפואה דחופה בחצי השנה שקדמה לעריכת הסקר גבוה יותר במחקר שירותי לילה (42% בקרב המנויים, 30% בקרב הלא מנויים) לעומת באוכלוסייה הכללית (22%). שיעור הפונים לחדר מיון כאשר נזקקו לטיפול רפואי דחוף, גבוה באוכלוסייה הכללית (36%), לעומת בסקר שירותי לילה (25% בקרב המנויים, 32% בקרב הלא מנויים). שיעור המזמינים ביקור בית (בפעם הקודמת) גבוה במקצת בקרב המרוואיינים בסקר שירותי לילה (32% בקרב המנויים, 22% בקרב הלא מנויים), לעומת באוכלוסייה הכללית (22%).

## שימוש נוסף ברפואה דחופה לפי מנוי

הנחנו שלבעלי מנוי יש נטייה להשתמש יותר בשירותי רפואה דחופה נוספים. תוצאות המחקר מראות שאכן המנויים נזקקו יותר לשירותי רפואה דחופה בחצי השנה האחרונה שקדמה לעריכת הסקר (50% בקרב המנויים, לעומת 30% בקרב הלא מנויים). מאידך, המנויים פונים פחות לחדר מיון (21% בקרב המנויים, לעומת 30% בקרב הלא מנויים פנו לחדר מיון).

## 5.2 צרכים רפואיים של אוכלוסיית המחקר

בחירת הצרכים הרפואיים של הפונים לשירותי לילה ודרגת החומרה של הבעיה הרפואית יסייעו לנוותני השירות להיערך בהתאם מבחינת המיומנות הנדרשת של הרופא, הציוד הרצוי שיביא עמו, אופן הספקת השירות, נחיצות השירות.

המרוויינים נשאלו "מהי הבעיה הרפואית שבגללה הזמנת ביקור בית?" ארבעים ושבעה אחוזים סבלו מבעיה זיהומית, 18% מבעיות טראומה וכאבים, 14% מבעיות קרדיולוגיות, 21% מבעיות אחרות, כגון פסיכיאטריה, בעיות בעיניים.

### חומרת הבעיה הרפואית

המרוויינים נשאלו על חומרת הבעיה הרפואית שלהם: 1% דיווחו שבעייתם קלה מאוד, 12% הגדירו את בעייתם קלה, 40% הגדירו את בעייתם בינונית, 37% הגדירו את בעייתם חמורה, 11% הגדירו את בעייתם חמורה ביותר.

נמצא קשר בין סוג הבעיה הרפואית לבין דרגת החומרה: בקרב הסובלים מבעיה זיהומית, הגדירו שיעור נמוך (41%) את בעייתם חמורה או חמורה ביותר, לעומת מי שסובלים מבעיה אחרת (52%), מכאבים וטראומה (54%) ובעיות קרדיולוגיות (54%).

## 5.3 האם השימוש הולם (appropriateness)

בחירת הלימות השימוש בשירות חשובה כדי לפתח את השירות בהתאם לצרכים, וכדי לכוון מאמצי הסברה במקרים של שימוש לא הולם.

נבדקו השעה בה הוזמן הביקור, כמה זמן עבר מאז התחילה הבעיה הרפואית ועד הפנייה לקבלת טיפול, האם החולה פנה לאחר הטיפול לחדר מיון.

ההנחה היא שמי שהזמין ביקור בית בשעות היום כאשר המרפאות פתוחות עושה שימוש לא הולם בשירות שיועד להיות שירות הניתן בלילה. כך נראה גם שמי שחיכה למעלה מ-5 שעות מרגע התחלת הבעיה הרפואית ועד לפנייה לקבלת טיפול יכול היה לפנות למרפאה לפני כן, או להמתין ליום למחרת ולפנות למרפאה.

הפנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית מהווה אינדיקטור לנחיצות השירות, שכן אם שיעור גבוה מהמזמינים ביקור בית פונים לאחר מכן לחדר מיון, הרי ששירות ביקורי הבית מהווה תוספת מיותרת לשירותים קיימים.

לוח 12: התפלגות השעות בהן הוזמן הביקור לפי מאפייני רקע

השעה בה הוזמן הביקור

12 בלילה עד 8 בבוקר	23-20	19-9	סה"כ	משתנה סה"כ
10	65	25	100	גיל המטופל**
10	67	23	100	5-1
7	71	22	100	18-6
10	67	23	100	64-19
10	58	32	100	65+
9	66	25	100	שפת הריאיון**
14	55	31	100	עברית
10	66	24	100	רוסית
7	63	30	100	מצב משפחתי**
10	56	34	100	נשוי
6	74	20	100	גרוש
10	61	29	100	אלמן
10	67	23	100	רווק
10	67	23	100	מצב בריאות**
9	63	28	100	לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד
9	62	29	100	טוב מאוד + טוב
10	67	23	100	מחלה כרונית*
12	73	15	100	לא
13	71	16	100	כן
4	54	43	100	מספר הנפשות הגרות באופן קבוע בדירה**
9	66	25	100	3-1
12	63	26	100	6-4
8	62	30	100	18-7
13	69	18	100	הזמין בשבת**
11	62	28	100	לא
10	74	15	100	כן
6	62	32	100	משתני רקע ארגוניים
12	59	29	100	קופת-חולים של המטופל *
9	65	26	100	כללית
10	68	22	100	מכבי
8	63	29	100	לאומית
				מאוחדת
				ספק**
				ספק 1
				ספק 2
				ספק 3
				גודל יישוב *
				ירושלים + תל אביב + חיפה
				200-100 אלף תושבים
				99-10 אלף תושבים
				9-2 אלף תושבים + יישובים כפריים

\* P<0.05

\*\* P<0.01

## השעה בה הוזמן הביקור

נראה ששימוש לא הולם בשירות הנעשה בשעות היום כאשר המרפאות פתוחות עשוי להצביע על בעיה בשירות שהמרפאות נותנות. לכן, חשוב לאפיין את המשתמשים בשירות בשעות השונות. עשרים וחמישה אחוזים מהמרואיינים הזמינו את הביקור בשעות היום בין 9-19, 65% בשעות הערב בין 20-23, ו-10% הזמינו את השירות בשעות הלילה בין 12 בלילה ל-8 בבוקר.

מהמצאים עולה שבקרב בני 65 ומעלה, דוברי רוסית, גרושים או אלמנים, מי שמצב בריאותם לא כל-כך טוב או גרוע, מי שסובלים ממחלה כרונית, מי שהזמינו ביקור בשבת, מי שגרים ביישובים עם 10-99 אלף תושבים, נמצא שיעור גבוה שהזמינו את שירות ביקורי הבית בשעות היום. למרות שהנחנו שהמנויים יזמינו יותר ביקורי בית וישתמשו בשירות זה כתחליף לביקורים במרפאות, מעניין לציין שלא נמצא קשר בין שעת הזמנת הביקור לרכישת מנוי.

למרות שהקשר אינו מובהק ניתן לראות שתפיסת חומרת הבעיה הרפואית עולה בשעות הלילה: בקרב המזמינים בין השעות 9:00-19:00 דיווחו 46% שבעייתם חמורה או חמורה ביותר, בקרב המזמינים בין השעות 20:00-23:00, 47%, לעומת 55% בקרב המזמינים בשעות הלילה.

הורצה רגרסיה לוגיסטית לבדיקת ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על השעה בה הוזמן הביקור כאשר הערך 1 ניתן אם המרואיין הזמין את הביקור בשעות היום, ו-0 אם הזמין בשעות הערב או הלילה. ניתן לראות שלגיל 65 ומעלה, הזמנה דרך ספק 3 או 1, הזמנת ביקור בשבת, ומי שסובלים מבעיות זיהומיות, יש השפעה עצמאית חיובית על הזמנת ביקור רופא בשעות היום. לעומת זאת, לגודל יישוב (מי שגרים ביישובים עם 10-200 אלף תושבים) יש השפעה עצמאית שלילית על הזמנת ביקור רופא בשעות היום (ראה לוח 3 בנספח).

## הזמן שעבר מהרגע שהתחילה הבעיה הרפואית ועד לפנייה לטיפול

אם עבר זמן רב מרגע התחלת הבעיה עד שאדם פנה לטיפול, ייתכן שלא היה צורך להזמין דווקא ביקור בית אלא ניתן היה לפנות למרפאה, או להמתין ליום המחרת ואז לפנות למרפאה. ב-19% מהמקרים הזמן שעבר מהרגע בו התחילה הבעיה ועד הזמנת הרופא היה שעה או פחות משעה, 30% מהמרואיינים דיווחו על שעתיים עד חמש שעות, 18% דיווחו על 6-12 שעות, 16% על 12-24 שעות ו-17% על יותר מ-24 שעות.

מלוח 13 עולה ששיעור הממתנינים עד למעלה מ-5 שעות היה נמוך בקרב בני 65 ומעלה, מי שמצב בריאותם לא כל-כך טוב עד גרוע, מי שסובלים ממחלה כרונית, מי שאינו סובל מבעיה זיהומית, ומי שהזמין בשבת.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על הזמן שמחכים מהרגע שמתחילה הבעיה הרפואית ועד להתקשרות לרופא הורצה רגרסיה לוגיסטית שמקבלת את הערך 1 אם המרואיין חיכה יותר מ-5 שעות, ו-0 אם חיכה עד 5 שעות.

מהניתוח עולה שלגיל 5-1, 6-18 יש השפעה עצמאית שלילית על המתנה של יותר מ-5 שעות מרגע התחלת הבעיה ועד לפנייה לטיפול. במקביל, לנשים, הזמנת ביקור בשבת, ובעיה זיהומית, יש השפעה עצמאית חיובית על המתנה של יותר מ-5 שעות מרגע התחלת הבעיה ועד לקבלת טיפול (ראה לוח 4 בנספח).

**לוח 13: המדווחים שחיכו יותר מ-5 שעות מהרגע שהתחילה הבעיה עד שהתקשרו להזמין רופא (באחוזים)**

יותר מ-5 שעות	משתנה
51	סה"כ
54	גיל המטופל *
48	5-1
52	18-6
46	64-19
	65+
47	מצב בריאות **
53	לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד
	טוב מאוד + טוב
54	מחלה כרונית **
47	לא
	כן
60	בעיה רפואית **
44	מחלה זיהומית
40	כאבים, טראומה
42	קרדיולוגיה
	אחר
	הזמין בשבת **
46	לא
39	כן
	P<0.05 *
	P<0.01 **

### פנייה לחדר מיון לאחר ביקור הבית

על-מנת לבחון את הטענה הנשמעת מפי בכירים בקופות-החולים שהשירות מיותר, כי האדם יזדקק בסופו של דבר לחדר מיון, או יוכל לחכות עד הבוקר ולפנות לרופא המשפחה, נשאלו המרואיינים האם פנו לאחר ביקור הבית לטיפול בחדר מיון, והאם נשלחו על-ידי הרופא מביקור הבית לחדר המיון. עשרים וחמישה אחוזים פנו לחדר מיון לאחר ביקור הבית, ב-27% מהמקרים הרופא הפנה את החולה לחדר מיון, ובעוד 16% מהמקרים הוא השאיר הפניה פתוחה למקרה הצורך.

שיעור מי שפנו לחדר מיון גבוה בקרב בני 65 ומעלה, בעלי השכלה עד חטיבת ביניים, מצב כלכלי בינוני או גרוע, דוברי רוסית, מי שמצבם הבריאותי לא כל-כך טוב או גרוע, הסובלים ממחלה כרונית, חברי קופת-חולים כללית, המזמינים דרך ספק 3 ומי שאינם מנויים.

שיעור החולים שהרופא היפנה לחדר מיון גבוה בכל אחת מהקטגוריות משיעור החולים שפנו בסופו של דבר למיון.

על-מנת לבדוק מי הם הפונים לחדר מיון נערכה רגרסיה לוגיסטית המקבלת את הערך 1 אם החולה פנה לחדר מיון, ו-0 אם לא (ראה לוח 5 בנספח).

לוח 14: פנייה עצמאית לחדר מיון והפניית הרופא, לפי מאפייני רקע

הרופא השאיר הפניה פתוחה	הרופא הפנה את החולה לחדר מיון	החולה פנה לחדר מיון	משתנה
16	27	25	סה"כ
			<b>גיל המטופל</b>
** 22	** 19	** 20	5-1
** 23	** 18	** 19	18-6
** 15	** 27	** 26	64-19
** 10	** 36	** 31	65+
			<b>השכלה</b>
** 13	** 34	** 33	לא למד + יסודי + חטיבת ביניים
** 18	** 27	** 25	תיכון
** 15	** 24	** 22	על-תיכונית + אקדמית
			<b>מצב כלכלי</b>
* 16	* 29	** 29	בינוני + גרוע
* 16	* 25	** 22	טוב + טוב מאוד
** 17	** 26	* 25	<b>שפת הריאיון*</b>
** 8	** 37	* 30	עברית
			רוסית
			<b>מצב בריאות</b>
** 13	** 36	** 31	לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד
** 18	** 22	** 22	טוב מאוד + טוב
			<b>מחלה כרונית</b>
** 17	** 21	** 21	לא
** 14	** 34	** 30	כן
			<b>מספר הנפשות הגרות באופן קבוע בדירה</b>
* 13	* 29	27	3-1
* 19	* 25	24	6-4
* 18	* 24	21	18-7
			<b>בעיה רפואית</b>
** 17	** 19	** 19	בעיות זיהומית
** 12	** 35	** 33	כאבים וטראומה
** 16	** 33	** 27	קרדיולוגיה
** 18	** 34	** 31	אחר
			<b>חומרת בעיה</b>
** 15	** 21	** 18	קלה מאוד, קלה, בינונית
** 18	** 33	** 33	חמורה, חמורה ביותר
			<b>הזמין בשבת</b>
* 15	* 27	25	לא
* 19	* 26	25	כן
			<b>משתני רקע ארגוניים</b>
			<b>קופת-חולים של המטופל</b>
** 18	** 30	** 29	כללית
** 11	** 23	** 20	מכבי
** 16	** 21	** 17	לאומית
** 13	** 23	** 21	מאוחדת
			<b>ספק</b>
** 13	** 26	** 23	1 ספק
** 23	** 22	** 23	2 ספק
** 16	** 38	** 35	3 ספק

**לוח 14: (המשך)**

הרופא הפניה את הפניה פתוחה	הרופא הפנה את החולה לחדר מיון	החולה פנה לחדר מיון	משתנה
			<b>אזור מגורים</b>
** 17	** 24	24	מרכז
** 11	** 27	24	צפון
** 18	** 31	28	דרום
			<b>גודל יישוב</b>
** 10	** 26	23	ירושלים, תל אביב, חיפה
** 18	** 27	25	100-200 אלף תושבים
** 17	** 27	27	10-99 אלף תושבים
** 12	** 26	24	2-9 אלף תושבים + יישובים כפריים
			<b>מנוי</b>
17	26	*23	כן
15	28	*28	לא
			* P<0.05
			** P<0.01

ניתן לראות שלהזמנה דרך ספק 3 ולבעיה חמורה או חמורה ביותר, יש השפעה עצמאית חיובית על פנייה לחדר מיון. במקביל, למשתנים מין אישה, בעיה זיהומית, יש השפעה עצמאית שלילית על פנייה לחדר מיון. כאשר מכניסים לרגרסיה את המשתנה "קופת-חולים כללית" יש שינויים מסוימים בתוצאות (מנוי המשתנה מנוי הופך גם הוא למובהק) ולמשתנה יש השפעה עצמאית חיובית.

בדקנו האם מי שהופנה לחדר מיון אכן פנה לחדר מיון, והאם המרואיינים השתמשו בהפניה הפתוחה שניתנה להם.

**לוח 15: הפונים לחדר המיון מתוך מי שהופנו למיון\*\* (באחוזים)**

לא פנה לחדר מיון	פנה לחדר מיון	סה"כ	סה"כ
75	25	100	סה"כ
25	75	100	הופנה למיון
96	4	100	הושארה הפניה פתוחה
81	19	100	לא הופנה למיון
			** p < 0.01

מעניין לראות ש-25% מאלה שהופנו לחדר מיון לא פנו בסופו של דבר. תשעה-עשר אחוזים מתוך מי שלא הופנו למיון אכן פנו בסופו של דבר, ורק 4% מאלה שהושארה להם הפניה פתוחה השתמשו בה. נראה, אם כן, שרוב המשתמשים לא נזקקו לטיפול בחדר מיון לאחר ביקור הבית ושלרופאים בשירות ביקורי בית יש נטייה להפנות לחדר מיון. ממצא זה מקבל חיזוק מראיונות העומק, לפיהם הרופאים נכנעים לעתים לדרישת המרואיינים להשאיר אצלם הפניה לחדר מיון ליתר ביטחון. נראה שהדבר מרגיע את החולים, ובפועל מעט מרואיינים משתמשים בהפניה הפתוחה שהושארה להם.

## בדיקות שנעשו בחדר המיון

נשאלת השאלה איזה טיפול ניתן לחולה בחדר המיון והאם לא ניתן היה לטפל בו בבית. אם בוצעו בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, תפרים, עירווי והתייעצות עם רופא, אזי ההפניה לחדר מיון מוצדקת ולא ניתן היה להשלים את הטיפול בחולה זה בביקור הבית שכן לרופאים המבקרים בבית אין את הציוד המתאים לטיפולים אלו. לכן, המרואיינים שפנו לחדר המיון (n=592, 26%) נשאלו על בדיקות והתערבויות רפואיות שנעשו: 81% דיווחו על ביצוע בדיקות מעבדה, 52% דיווחו על ביצוע צילומי רנטגן, 4% דיווחו על תפירת תפרים, 41% דיווחו על נטילת עירווי תוך ורידי, 75% התייעצו עם מומחה, וב-52% מהמקרים המרואיינים קיבלו מרשמים לתרופות. שמונה אחוזים ממי שהופנו לחדר מיון דיווחו שלא עשו להם אף אחת מהבדיקות והתערבויות הנ"ל.

## 5.4 תחליפיות - האם הזמנת ביקור בית משמשת תחליף לביקור במוקד או בחדר מיון

אחת משאלות המחקר היא האם שירות חדש זה מהווה תחליף לשירותים קיימים, והאם הוא יכול למנוע ביקורים במוקדים לרפואה דחופה ובחדרי מיון. המרואיינים נשאלו: "לפני שהזמנת ביקור בית, האם חשבת לפנות למוקד חירום של הקופה, לחדר מיון, או להמתין לבוקר לרופא המשפחה?" ארבעה-עשר אחוזים חשבו לפנות לחדר מיון, 8% חשבו לפנות למוקד, 7% חשבו לחכות לבוקר ולפנות לרופא המשפחה, ו-71% לא חשבו על אופציה אחרת, או שיעצו להם (בקופת-חולים) להזמין רופא.

בתשובה לשאלה "אם לא היית יכול להזמין רופא הביתה, מה היית עושה?" ענו 56% שהיו פונים לחדר מיון, 25% היו פונים למוקד או לרופא פרטי ורק 19% היו מוכנים לחכות לבוקר ולפנות לרופא המשפחה. ממצאים אילו דומים לממצאי מחקר שנערך בקרב מבקרים במרכזים לרפואה דחופה ב-1996 (טרגין ואחרים, 2000).

מלוח 15 עולה ששיעור המדווחים שהיו פונים לחדר מיון נמוך בקרב בעלי השכלה על-תיכונית ואקדמית, דוברי רוסית, אלמנים, הגרים במרכז, הסובלים מבעיות זיהומיות וקרדיולוגיות, ומי שחומרת בעייתם קלה עד בינונית. לעומת זאת, שיעור המדווחים שהיו פונים לחדר מיון גבוה בקרב בני 6-18, המזמינים דרך ספק 3, המזמינים ביקור בשבת והלא מנויים.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על אפשרות הפנייה של המרואיין לחדר מיון הרצנו רגרסיה לוגיסטית שבה ערך 1 ניתן אם המרואיין אמר שהיה פונה לחדר מיון ו-0 אם ענה אחרת.

מלוח 6 בנספח ניתן לראות שלגיל 1-5 ו-6-18, הזמנה דרך ספק 3, בעיה חמורה או חמורה ביותר, יש השפעה עצמאית חיובית על פנייה לחדר מיון בהיעדר שירותי לילה. לעומת זאת, להשכלה על-תיכונית ואקדמית, דוברי רוסית, מנויים, בעיה זיהומית, יש השפעה עצמאית שלילית על פנייה לחדר מיון בהיעדר שירותי לילה.

**לוח 16: המעדיפים לחכות לבוקר, לפנות למוקד או לפנות לחדר מיון, לפי משתנים שונים (באחוזים)**

משתנה	סה"כ	לחכות לבוקר	לפנות למוקד	לפנות לחדר מיון
<b>גיל המטופל *</b>	100	19	25	56
5-1	100	17	26	57
18-6	100	15	23	61
64-19	100	21	23	55
65+	100	22	27	51
<b>השכלה **</b>				
לא למד + יסודי + חטיבת ביניים	100	26	19	55
תיכון	100	18	24	58
על-תיכונית + אקדמית	100	20	29	51
<b>שפת הריאיון **</b>				
עברית	100	18	24	58
רוסית	100	32	31	37
<b>מצב משפחתי **</b>				
נשוי	100	19	24	57
גרוש	100	22	25	53
אלמן	100	26	32	42
רווק	100	13	20	67
<b>הזמין בשבת *</b>				
לא	100	21	24	55
כן	100	17	26	57
<b>משתני רקע ארגוניים</b>				
<b>ספק **</b>				
ספק 1	100	20	26	54
ספק 2	100	24	25	51
ספק 3	100	14	19	67
<b>אזור מגורים *</b>				
מרכז	100	22	25	53
צפון	100	20	23	57
דרום	100	17	25	59
<b>מנוי **</b>				
כן	100	22	28	50
לא	100	17	20	63
<b>בעיה רפואית *</b>				
זיהומית	100	22	26	53
כאבים וטראומה	100	16	25	59
קרדיולוגיה	100	20	28	52
אחר	100	19	20	61
<b>חומרת בעיה **</b>				
קלה מאוד, קלה, בינונית	100	23	26	51
חמורה, חמורה ביותר	100	16	24	61

## 5.5 מאפייני הטיפול הרפואי

עבודה שעיקרה בשעות הלילה אינה אטרקטיבית לרופאים. הם חוששים לשלומם הפיזי ומפחדים מתביעות על רשלנות. התשלום בעבור השירות שמשלמים החולה וקופת-החולים מתחלק בין ספק השירות והרופא, ולכן התשלום לרופא נמוך. לפיכך, עולה חשש שרופאים פחות טובים יבחרו לתת את השירות. אחד האינדיקטורים לאיכות העבודה של הרופא הוא מתן הסברים. המרואיינים נשאלו על

מאפייני הטיפול הרפואי: האם הרופא נתן הסברים ברורים על תרופות, הדריך לגבי שינויים במצב הבריאות, האם המרואיין הרגיש בנוח ויכול לפנות לרופא בשאלות, האם רופא נתן הסבר לגבי ביקורת רפואית, האם הרופא השתמש בעברית טובה, האם ניתן מרשם לתרופות או תרופות והאם הרופא הפנה את החולה למעקב.

### **פנייה לרופא בשאלות, קבלת הסבר לגבי ביקורת רפואית, הדרכה לגבי סימנים המעידים על בעיות במצב הבריאות**

שישה עשר אחוזים מהמרואיינים ענו בשלילה על השאלה "האם הרגשת שאתה יכול לפנות לרופא בשאלות לגבי מצבך הרפואי ולגבי אופן הטיפול ולקבל תשובות ברורות?". עשרים אחוזים מהמרואיינים ענו בשלילה על השאלה "האם הרופא נתן לך הסבר לגבי הביקורת הרפואית?". המרואיינים נשאלו גם "האם הרופא הדריך אותך לשים לב לסימנים המעידים על בעיות במצבך (כגון חוס, עייפות, חולשה ובחילה)?" עשרים ושמונה אחוזים מהמרואיינים ענו בשלילה.

מלוח 17 עולה ששיעור המדווחים שלא יכלו לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות ברורות גבוה בקרב בעלי השכלה תיכונית, מצב כלכלי בינוני או גרוע, ובקרב גרושים. לעומת זאת, שיעור המדווחים על כך נמוך בקרב הגרים בירושלים, תל אביב וחיפה, בקרב המנויים, ובקרב המגדירים את חומרת בעייתם קלה עד בינונית. מהלוח עולה עוד ששיעור המדווחים שלא קיבלו הסבר לגבי ביקורת רפואית גבוה בקרב בני 65 ומעלה, דוברי עברית, אלמנים, לא מנויים, מי שסובלים מבעיה קרדיולוגית, ומי שמגדירים את חומרת בעייתם חמורה או חמורה ביותר. עוד עולה מהלוח ששיעור המדווחים שלא קיבלו הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב בריאותם גבוה בקרב בני 65 ומעלה ובקרב המזמינים את השירות באמצעות ספק 2. לעומת זאת, בקרב נשואים, מי שמגדירים את מצב בריאותם טוב או טוב מאוד, מי שאינם סובלים ממחלה כרונית, מי שבעייתם זיהומית, וחומרת בעייתם קלה עד בינונית, נמצא שיעור נמוך של מי שדיווחו שלא קיבלו הדרכה.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית חיובית על חוסר היכולת לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות ברורות, נערכה רגרסיה לוגיסטית כאשר המשתנה התלוי קיבל את הערך 1 אם המרואיין לא יכל לפנות בשאלות ולקבל תשובות ברורות, ו-0 אם כן.

מהניתוח (ראה לוח 7 בנספח) עלה שבעלי השכלה אקדמית ומנויים מרגישים שהם יכולים יותר לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות ברורות. במקביל, לגרים ביישובים עם 10-200 אלף תושבים, למי שמגדירים את חומרת בעייתם חמורה או חמורה ביותר, יש השפעה עצמאית חיובית על חוסר היכולת לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות ברורות. הכנסת קופת-חולים כללית לרגרסיה אינה משנה את תוצאותיה והמשתנה אינו מובהק.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על קבלת הסבר לגבי ביקורת רפואית נערכה רגרסיה לוגיסטית כאשר המשתנה התלוי הוגדר 1 אם המרואיין קיבל הסבר ו-0 אם לא.

**לוח 17: פנייה לרופא בשאלות ובבקשת הסברים והדרכה (באחוזים)**

משתנה	לא יכול לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות ברורות	לא קיבל הסבר לגבי המשך טיפול	לא קיבל הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות
<b>סה"כ</b>	16	20	28
<b>גיל המטופל</b>			
5-1	17	** 20	** 23
18-6	15	** 16	** 23
64-19	16	** 16	** 28
65+	17	** 26	** 34
<b>השכלה</b>			
לא למד + יסודי + חטיבת ביניים	* 16	21	31
תיכון	* 19	20	28
על-תיכונית + אקדמית	* 14	19	25
<b>מצב כלכלי</b>			
בינוני + גרוע	* 18	20	28
טוב + טוב מאוד	* 14	19	26
<b>שפת הריאיון</b>			
עברית	17	* 20	28
רוסית	13	* 15	24
<b>מצב משפחתי</b>			
נשוי	** 16	19	** 25
גרוש	** 27	21	** 39
אלמן	** 15	25	** 36
רווק	** 10	19	** 29
<b>מספר הנפשות המתגוררות בדירה באופן קבוע</b>			
3-1	17	* 22	30
6-4	16	* 18	25
+7	13	* 17	26
<b>מצב בריאות</b>			
לא כל-כך טוב, רע, רע מאוד	18	21	** 32
טוב, טוב מאוד	16	19	** 25
<b>מחלה כרונית</b>			
לא	17	19	** 25
כן	15	21	** 32
<b>בעיה רפואית</b>			
זיהומית	16	* 18	** 25
כאבים, טראומה	16	* 21	** 28
קרדיולוגיה	16	* 24	** 33
אחר	17	* 20	** 31
<b>חומרת בעיה רפואית</b>			
קלה מאוד, קלה, בינונית	** 14	* 18	* 26
חמורה, חמורה ביותר	** 19	* 21	* 30
<b>משתני רקע ארגוניים</b>			
<b>ספק</b>			
ספק 1	15	20	* 26
ספק 2	16	17	* 32
ספק 3	19	21	* 26
<b>גודל יישוב</b>			
ירושלים, תל אביב, חיפה	** 10	20	25
200-100 אלף תושבים	** 15	19	29
99-10 אלף תושבים	** 19	20	28
9-2 אלף תושבים ויישובים כפריים	** 16	18	27
<b>מנוי</b>			
כן	** 14	* 18	28
לא	** 20	* 22	28

\* P<0.05  
\*\* P<0.01

מהניתוח (ראה לוח 8 בנספח) עולה שלמשתנים גיל 1-5 ו-65 ומעלה יש השפעה עצמאית שלילית על אי קבלת הסבר לגבי ביקורת רפואית, דהיינו, קיבלו פחות הסברים. במקביל, למשתנים דוברי רוסית ומנויים יש השפעה עצמאית חיובית על אי קבלת הסבר לגבי ביקורת רפואית, דהיינו, קיבלו יותר הסברים. הכנסת קופת-חולים כללית לרגרסיה אינה משנה את תוצאותיה. למשתנה יש השפעה חיובית מובהקת.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על קבלת הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות נערכה רגרסיה לוגיסטית כאשר המשתנה התלוי הוגדר 1 אם המרואיין לא קיבל הסבר ברור ו-0 אם כן.

מהניתוח (ראה לוח 9 בנספח) עולה שלמשתנים ספק 1 וספק 3 יש השפעה עצמאית חיובית על חוסר הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות. במקביל, לגיל 65 ומעלה יש השפעה עצמאית שלילית על חוסר הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות. הכנסת המשתנה קופת-חולים כללית לרגרסיה אינה משנה את תוצאותיה והמשתנה אינו מובהק.

#### **השפה בה שוחח הרופא עם החולה**

ב-88% מהמקרים הרופא שוחח עם החולה בעברית, ב-9% מהמקרים ברוסית וב-3% מהמקרים בשפה אחרת. שבעה אחוזים מהמרואיינים דיווחו שהרופא לא השתמש בשפה מובנת וברורה להם. שיעור המדווחים שהרופא דיבר איתם רוסית גבוה בקרב מבוטחי קופת-חולים מכבי (13%), לאומית (15%) ומאוחדת (12%), לעומת השיעור בקרב מבוטחי קופת-חולים כללית (6%). כמו-כן, שיעור המדווחים שהרופא דיבר איתם ברוסית גבוה בקרב הגרים בדרום (16%) לעומת בקרב מי שגרים בצפון (6%) ובמרכז (5%). מעניין לציין שבקרב המזמינים באמצעות ספק 2, שיעור המדווחים שהרופא דיבר ברוסית (3%) נמוך בהשוואה למזמינים באמצעות ספק 1 (11%) ו-3 (9%). שיעור המדווחים שהרופא דיבר בשפה מובנת וברורה נמוך בקרב דוברי עברית (93%) לעומת דוברי רוסית (99%).

#### **קבלת מרשם לתרופות או תרופות**

קבלת תרופות או מרשם לתרופות מהווה אינדיקטור של הטיפול הרפואי ושל מידת הצורך בו. שישים וחמישה אחוזים מהמרואיינים קיבלו מרשם לתרופות או תרופות. המרואיינים שקיבלו מרשם לתרופות או תרופות נשאלו "האם הרופא נתן לך הסבר ברור על התרופות שתצטרך לקחת?" תשעים וארבעה אחוזים ענו שקיבלו הסבר ברור, 6% ענו שלא.

מהלוח עולה ששיעור המקבלים מרשם לתרופות נמוך בקרב בני 1-5 ובני +65, זכרים, מי שסובלים מבעיות קרדיולוגיות או אחרות, מי שמזמינים באמצעות ספק 3, ולא מנויים.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על קבלת מרשם לתרופות נערכה רגרסיה לוגיסטית שקיבלה את הערך 1 כאשר המרואיין קיבל מרשם ו-0 כאשר המרואיין לא קיבל מרשם.

**לוח 18: קבלת מרשם לתרופות לפי מאפייני רקע**

קבלת תרופות או מרשם לתרופות	סה"כ	משתנה
		<b>גיל המטופל **</b>
60	100	5-1
71	100	18-6
71	100	64-19
60	100	65+
		<b>מין **</b>
61	100	זכר
69	100	נקבה
		<b>בעיה רפואית **</b>
68	100	בעיות זיהומיות
67	100	כאבים, טראומה
59	100	קרדיולוגיה
61	100	אחר
		<b>משתני רקע ארגוניים</b>
		<b>ספק **</b>
67	100	ספק 1
67	100	ספק 2
57	100	ספק 3
		<b>מנוי *</b>
67	100	כן
63	100	לא

למרות שהיינו מצפים שמתן תרופות יהיה קשור רק לבעיה הרפואית, עולה מהממצאים (בלוח 10 בנספח) שנתנית תרופות קשורה גם למשתנים נוספים: למשתנים גיל 5-1, ו-65+ וספק 3 יש השפעה עצמאית שלילית על הסיכוי לקבל מרשם לתרופות. למשתנים נשים ומי שסובל ממחלה זיהומית יש השפעה חיובית על הסיכוי לקבל מרשם. הכנסת קופת-חולים כללית לרגרסיה לא משנה את התוצאות והמשתנה לא מובהק.

**המשכיות הטיפול**

מערך שירותי הלילה הוא על-פי-רוב חד-פעמי ואינו מתאפיין בהמשכיות טיפול. לכן יש חשיבות להנחות את החולים לפנות למעקב רפואי לאחר הטיפול הניתן. מהנתונים עולה שב-34% מהמקרים הרופא לא ייעץ לחולה לפנות לרופא המשפחה למעקב. ארבעה אחוזים מהמרואינים נשלחו למוקד רפואי של הקופה.

מלוח 19 עולה ששיעור המדווחים שהרופא לא שלח אותם למעקב נמוך בקרב נשואים, מי שמצב בריאותו טוב או טוב מאוד, מי שאינו סובל ממחלה כרונית, מי שבעייתם הרפואית זיהומית ומנויים. לעומת זאת, שיעור המדווחים על כך גבוה בקרב גילאי 19-64 ו-65+, ובקרב המזמינים באמצעות ספק 3.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על המלצת הרופא לפנות לרופא המשפחה, נערכה רגרסיה לוגיסטית כאשר המשתנה התלוי הוגדר 1 אם הרופא אכן ייעץ למרואיין לפנות לרופא המשפחה, ו-0 אם לא.

**לוח 19: המלצה לפנות לרופא המשפחה לפי מאפייני רקע**

הרופא לא ייעץ לחולה לפנות לרופא המשפחה למעקב	משתנה
<b>34</b>	<b>סה"כ</b>
	<b>גיל המטופל</b>
** 24	5-1
** 26	18-6
** 38	64-19
** 40	65+
	<b>מצב משפחתי</b>
* 33	נשוי
* 36	גרוש
* 39	אלמן
* 42	רווק
	<b>מצב בריאות</b>
** 39	לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד
** 32	טוב מאוד + טוב
	<b>מחלה כרונית</b>
** 31	לא
** 38	כן
	<b>מספר הנפשות המתגוררות בדירה באופן קבוע</b>
** 38	3-1
** 31	6-4
** 37	7+
	<b>בעיה רפואית</b>
** 28	מחלה זיהומית
** 40	כאבים, טראומה
** 39	קרדיולוגיה
** 42	אחר
	<b>חומרת בעיה רפואית</b>
33	קלה מאוד, קלה, בינונית
35	חמורה, חמורה ביותר
	<b>משתני רקע ארגוניים</b>
	<b>ספק</b>
* 33	ספק 1
* 31	ספק 2
* 45	ספק 3
	<b>מנוי</b>
** 30	כן
** 40	לא

מהניתוח עולה שלגיל 5-1, 18-6, נשים, מנויים ומי שסובלים ממחלה זיהומית, יש השפעה עצמאית חיובית על המלצת הרופא לפנות לרופא המשפחה למעקב. להזמנת ביקור הבית באמצעות ספק 3 יש השפעה עצמאית שלילית על המלצת הרופא לפנות לרופא המשפחה (ראה לוח 11 בנספח).

**האם הטיפול פתר את הבעיה**

עולה השאלה האם השירות נותן מענה טוב לבעיות איתן פונים לשירותי לילה, או שיש צורך בהמשך טיפול רפואי במסגרת אחרת. המרואיינים נשאלו "האם הטיפול שקיבלת בביקור הבית, פתר את

הבעיה". עשרים ושישה אחוזים מהמרואיינים ציינו שהטיפול לא פתר את הבעיה, 12% ציינו שהטיפול פתר את הבעיה באופן חלקי, 13% היו זקוקים להמשך טיפול ו-49% דיווחו שהטיפול פתר את הבעיה והרגיע אותם. בתשובה לשאלה "האם מאז הביקור חל סיבוך לא צפוי במצבך" ענו 11% שכן.

מלוח 19 עולה ששיעור המדווחים שהטיפול פתר את הבעיה, או הרגיע את החולה, נמוך בקרב בני +65, בעלי השכלה עד חטיבת ביניים, מי שמצבם הכלכלי בינוני עד גרוע, דוברי עברית, אלמנים, מי שמצב בריאותם בינוני עד גרוע, הסובלים ממחלה כרונית, חברי קופות-חולים כללית ולאומית, המזמינים באמצעות ספק 3, הגרים ביישובים עם 10-99 אלף תושבים, ומי שאינו מנוי. עוד עולה מהמצאים ששיעור המדווחים שהטיפול פתר את הבעיה גבוה בקרב החולים במחלות זיהומיות ובקרב מי שחומרת בעייתם קלה עד בינונית.

מהלוח נראה עוד ששיעור המדווחים שחל סיבוך נמוך בקרב בני 1-5, בעלי השכלה על-תיכונית, מי שמצבם הכלכלי טוב או טוב מאוד, דוברי עברית, נשואים ורווקים, מי שמצבם הבריאותי טוב או טוב מאוד, ומי שאינו סובל ממחלה כרונית. שיעור המדווחים שחל סיבוך גבוה בקרב חברי קופת-חולים כללית, המזמינים באמצעות ספק 3, מי שבעיים חמורה או חמורה ביותר.

על-מנת לבחון לאלו משתנים יש השפעה עצמאית על פתרון הבעיה על-ידי טיפול, נערכה רגרסיה לוגיסטית כאשר המשתנה התלוי הוגדר 1 אם הטיפול פתר את הבעיה, או הרגיע את החולה, ו-0 אם הטיפול לא פתר את הבעיה או פתר אותה באופן חלקי, ואם היה צורך בהמשך טיפול.

מהניתוח עולה שלמשתנים גיל +65, מי שסובלים ממחלה כרונית ומי שבעייתם חמורה או חמורה ביותר, יש השפעה עצמאית שלילית על כך שהטיפול פתר את הבעיה. למשתנים דוברי רוסית, מנויים, הסובלים ממחלה זיהומית, יש השפעה עצמאית חיובית על כך שהטיפול פתר את הבעיה. הכנסת המשתנה קופת-חולים כללית לא משנה את התוצאות והמשתנה אינו מובהק (ראה לוח 12 בנספח).

לוח 20: תוצאות הטיפול לפי מאפייני רקע (באחוזים)

משתנה	סה"כ	תוצאות הטיפול			
		הטיפול פתר את הבעיה	הטיפול לא פתר את הבעיה	הטיפול פתר באופן חלקי את הבעיה	נזקק לטיפול נוסף
סה"כ	100	49	26	12	13
גיל המטופל					
5-1	100	** 55	** 27	** 7	** 12
18-6	100	** 59	** 20	** 10	** 12
64-19	100	** 49	** 25	** 13	** 12
65+	100	** 39	** 31	** 17	** 13
השכלה					
לא למד + יסודי + חטיבת ביניים	100	** 34	** 33	** 19	** 14
תיכון	100	** 51	** 26	** 11	** 12
על-תיכונית + אקדמית	100	** 53	** 24	** 11	** 12
מצב כלכלי					
בינוני + גרוע	100	** 45	** 27	** 15	** 13
טוב + טוב מאוד	100	** 52	** 25	** 11	** 12
שפת הריאיון					
עברית	100	* 48	* 27	* 12	* 13
רוסית	100	* 54	* 19	* 15	* 12
מצב משפחתי					
נשוי	100	** 51	** 25	** 12	** 13
גרש	100	** 49	** 36	** 9	** 7
אלמן	100	** 39	** 29	** 17	** 15
רווק	100	** 47	** 21	** 17	** 15
מצב בריאות					
לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד	100	** 37	** 33	** 17	** 13
טוב מאוד + טוב	100	** 55	** 23	** 10	** 13
מחלה כרונית					
לא	100	** 54	** 24	** 10	** 11
כן	100	** 42	** 29	** 15	** 14

משתנה	סה"כ	תוצאות הטיפול			
		הטיפול פתר את הבעיה	הטיפול לא פתר את הבעיה	הטיפול פתר באופן חלקי את הבעיה	נזקק לטיפול נוסף
מספר הנפשות המתגוררות בדירה	סה"כ	הטיפול פתר את הבעיה	הטיפול לא פתר את הבעיה	הטיפול פתר באופן חלקי את הבעיה	נזקק לטיפול נוסף
<b>באופן קבוע</b>					
3-1	100	** 44	** 29	** 14	* 13
6-4	100	** 53	** 24	** 11	* 10
7+	100	** 58	** 19	** 12	* 6
<b>בעיה רפואית</b>					
מחלה זיהומית	100	** 55	** 23	** 8	** 14
כאבים, טראומה	100	** 43	** 27	** 16	** 14
קרדיולוגיה	100	** 44	** 29	** 18	** 9
אחר	100	** 43	** 31	** 15	** 11
<b>חומרת בעיה רפואית</b>					
קלה מאוד, קלה, בינונית	100	** 57	** 22	** 12	** 10
חמורה, חמורה ביותר	100	** 41	** 31	** 13	** 16
<b>הזמין בשבת *</b>					
לא	100	* 49	* 26	* 14	* 12
כן	100	* 49	* 27	* 9	* 14
<b>משתני רקע ארגוניים</b>					
<b>קופת-חולים</b>					
כללית	100	47	28	12	13
מכבי	100	52	24	13	12
לאומית	100	49	28	11	12
מאוחדת	100	53	23	14	10
<b>ספק</b>					
ספק 1	100	** 50	** 24	** 14	** 13
ספק 2	100	** 51	** 26	** 11	** 12
ספק 3	100	** 43	** 34	** 9	** 14

משתנה	סה"כ	תוצאות הטיפול				כך חל סיבוך
		הטיפול פתר את הבעיה	הטיפול לא פתר את הבעיה	הטיפול פתר באופן חלקי את הבעיה	נזקק לטיפול נוסף	
<b>גודל יישוב</b>						
ירושלים, תל אביב, חיפה	100	* 48	* 24	* 16	* 12	10
100-200 אלף תושבים	100	* 53	* 24	* 11	* 12	11
10-99 אלף תושבים	100	* 45	* 30	* 12	* 13	13
2-9 אלף תושבים ויישובים כפריים	100	* 50	* 26	* 12	* 12	10
<b>מנוי</b>						
כך	100	** 52	** 23	** 13	** 12	11
לא	100	** 44	** 31	** 11	** 14	12

\* P<0.05

\*\* P<0.01

## 5.6 זמני המתנה ושביעות רצון

זמן ההמתנה עד שהרופא מגיע הנו מרכיב חשוב בבדיקת אופן הספקת השירות. כמו-כן, יש לו השפעה על שביעות הרצון של המזמינים את השירות. בחינת מדדים שונים של שביעות הרצון מהשירות חשובה על-מנת לדעת איפה כדאי להשקיע משאבים בשיפור השירות הניתן.

### זמני המתנה

מראיונות עם בכירים במערכת עולה, שזמן ההגעה הסביר בעיניהם נע בין שעה לשעתיים. שלושה-עשר אחוזים מהמרואיינים ציינו שהרופא הגיע תוך 15 דקות, 11% ציינו שהרופא הגיע תוך 17-25 דקות, 21% דיווחו שהרופא הגיע תוך 26-30 דקות, 13% דיווחו שהרופא הגיע תוך 32-55 דקות, 22% ציינו שלקח לרופא בין שעה לשעה ו-20 דקות להגיע ו-20% ציינו שלקח לרופא יותר מכך. ממצאים אילו תואמים לממצאים מארצות אחרות (Salisbury et al., 1999) המדווחים שב-60% מהפניות, הרופא הגיע תוך שעה.

בתשובה לשאלה "האם זמן זה נראה לך סביר, לא כל-כך סביר או לא סביר" ענו 68% שהזמן נראה להם סביר, 14% לא כל-כך סביר ו-18% לא סביר.

### לוח 21: משך הזמן שלקח לרופא להגיע וסבירותו, לפי מאפייני רקע (באחוזים)

הזמן שעבר מהרגע בו הזמינו את הביקור ועד שהרופא הגיע סביר	הרופא הגיע			סה"כ גיל המטופל
	אחרי יותר משעה	כעבור חצי שעה עד שעה	תוך חצי שעה	
68	42	13	45	5-1
* 66	** 45	** 13	** 42	18-6
* 76	** 38	** 15	** 48	64-19
* 67	** 42	** 16	** 43	65+
* 67	** 41	** 10	** 49	מין
* 70	42	14	44	זכר
* 66	41	13	46	נקבה
				השכלה
** 63	** 41	** 9	** 50	לא למד+ יסודי+ חטיבת ביניים
** 67	** 41	** 13	** 47	תיכון
** 71	** 43	** 17	** 40	על-תיכונית+ אקדמית
				מצב כלכלי
** 63	* 42	* 12	* 46	בינוני + גרוע
* 72	* 41	* 15	* 44	טוב + טוב מאוד
				שפת הריאיון
67	** 43	** 14	** 44	עברית
71	** 33	** 11	** 56	רוסית
				מצב משפחתי
68	** 41	** 14	** 45	נשוי
65	** 44	** 10	** 46	גרוש
70	** 43	** 9	** 48	אלמן
63	** 43	** 25	** 33	רווק
				מספר האנשים הדורים בדירה
68	42	12	47	3-1
68	42	15	42	6-4
65	37	17	46	+7

הזמן שעבר מהרגע בו הזמינו את הביקור ועד שהרופא הגיע סביר	הרופא הגיע			תוך חצי שעה	
	אחרי יותר משעה	כעבור חצי שעה עד שעה	תוך חצי שעה		
** 65	** 41	** 11	** 48	<b>מצב בריאות</b>	
** 70	** 42	** 15	** 43	לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד	
				טוב מאוד + טוב	
				<b>בעיה רפואית</b>	
** 71	** 44	** 14	** 42	בעיות זיהומיות	
** 63	** 46	** 14	** 40	כאבים	
** 65	** 35	** 10	** 56	קרדיולוגיה	
** 66	** 39	** 15	** 46	אחר	
				<b>חומרת בעיה רפואית</b>	
** 72	43	14	43	קלה מאוד, קלה או בינונית	
** 63	41	14	46	חמורה, חמורה ביותר	
				<b>הזמין בשבת**</b>	
*66	43	12	45	לא	
*71	39	16	45	כן	
				<b>משתני רקע ארגוניים</b>	
				<b>קופת-חולים</b>	
68	39	13	47	כללית	
66	45	14	41	מכבי	
69	45	13	43	לאומית	
66	46	15	40	מאוחדת	
				<b>ספק</b>	
69	** 43	** 14	** 43	ספק 1	
67	** 50	** 11	** 39	ספק 2	
66	** 26	** 15	** 59	ספק 3	
				<b>אזור מגורים</b>	
66	** 53	** 14	** 33	מרכז	
70	** 34	** 12	** 54	צפון	
69	** 27	** 15	** 59	דרום	
				<b>גודל יישוב</b>	
64	** 50	** 12	** 38	ירושלים, תל אביב, חיפה	
68	** 44	** 13	** 43	100-200 אלף תושבים	
68	** 35	** 13	** 52	10-99 אלף תושבים	
73	** 50	** 18	** 32	2-9 אלף תושבים ויישובים כפריים	
				<b>מנוי</b>	
69	** 45	** 12	** 43	כן	
66	** 38	** 15	** 47	לא	

\* P<0.05

\*\* P<0.01

מהלוח עולה ששיעור המדווחים שחיכו למעלה משעה עד שהרופא הגיע גבוה בקרב דוברי עברית, הסובלים מבעיות זיהומיות והסובלים מכאבים, תושבי הדרום, המזמינים באמצעות ספק 2, ומנויים. מעניין עוד לציין ששיעור המדווחים שהרופא הגיע תוך חצי שעה גבוה בקרב מי שהגדירו את מצב בריאותם לא כל-כך טוב עד גרוע, המזמינים באמצעות ספק 3, תושבי הצפון והדרום, מי שסובלים מבעיות קרדיולוגיות, ומי שגרים ביישובים עם 10-200 אלף תושבים.

מעניין לציין שלמרות ששיעור גבוה בקרב מי שמצבם הבריאותי לא כל-כך טוב עד גרוע דיווחו שהרופא הגיע תוך חצי שעה, שיעור נמוך יותר חושבים שזמן ההמתנה לרופא סביר לעומת מי שמגדירים את מצב בריאותם טוב או טוב מאוד. למרות ששיעור גבוה יותר מהסובלים מבעיות זיהומיות דיווחו שחיכו לרופא למעלה משעה, שיעור גבוה דיווחו שזמן ההמתנה הנו סביר. נראה, אם כן, שהסובלים מבעיות זיהומיות חשו שהם יכולים לחכות לרופא ולא הרגישו שהם זקוקים באופן מיידי לטיפול.

הורצה גרסיה לוגיסטית לבדיקת ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על זמן ההמתנה עד שהרופא הגיע כאשר הערך 1 ניתן אם המרואיין המתין יותר משעה ו-0 אם הוא המתין פחות משעה. מהניתוח עולה שלמשתנים דוברי רוסית, ספק 3, ספק 1, הגרים ביישובים עם 10-200 אלף תושבים, יש השפעה שלילית על המתנה של יותר משעה עד שהרופא הגיע. הכנסת המשתנה קופת-חולים כללית אינה משנה את תוצאות הרגרסיה. המשתנה עצמו מובהק ובעל השפעה שלילית אף הוא. דהיינו, דוברי רוסית, המזמינים באמצעות ספק 1 או 3, והגרים ביישובים עם 10-200 אלף תושבים המתינו פחות משעה לרופא (ראה לוח 13 בנספח).

מלוח 22 עולה ששביעות הרצון גבוהה באופן כללי, אך שיעור המדווחים שהם מרוצים או מרוצים מאוד ממהירות הגעת הרופא, מהרמה המקצועית של הרופא המגיע וממבחר התרופות שהרופא הציע, נמוך ביחס לשביעות הרצון מהיחס של הפקיד שענה לטלפון, היחס של הרופא שהגיע, בהירות ההוראות לגבי המשך מעקב והמשך הטיפול.

#### לוח 22: מרכיבים שונים של שביעות רצון מהטיפול

מרוצה מאוד	לא מרוצה	לא-כל-כך מרוצה	מרוצה	
35	4	6	55	היחס של הפקיד שענה לטלפון כשהזמנת ביקור בית
27	10	10	53	הרמה המקצועית של הרופא שהגיע
42	5	4	49	היחס של הרופא שהגיע
39	4	5	52	נכונות הרופא להקשיב ולענות על שאלות
21	15	15	48	מהירות הגעת הרופא לבית
31	5	6	58	נכונות הפקיד בטלפון להקשיב ולענות לשאלות
20	11	7	62	מבחר התרופות שהרופא הציע
28	5	5	62	בהירות ההוראות שקיבל החולה לגבי המשך המעקב הרפואי
29	6	5	60	בהירות ההוראות לגבי המשך הטיפול: לקיחת תרופות וכו'

בהמשך נבחנה לעומק השפעת מאפייני רקע על שביעות הרצון מהרמה המקצועית, ממהירות הגעת הרופא וממבחר התרופות.

לוח 23: שביעות רצון מהרמה המקצועית של הרופא שהגיע, ממהירות הגעת הרופא, ממבחר התרופות, לפי משתני רקע (שיעור המדווחים שהנם מרוצים מאוד או מרוצים)

משתנה	הרמה המקצועית של הרופא שהגיע	מהירות הגעת הרופא	מבחר התרופות
סה"כ	80	69	82
<b>גיל המטופל</b>			
5-1	** 71	66	** 77
18-6	** 77	72	** 83
64-19	** 81	68	** 82
65+	** 87	73	** 88
<b>מצב כלכלי</b>			
בינוני + גרוע	80	** 67	84
טוב + טוב מאוד	80	** 72	81
<b>שפת הריאיון</b>			
עברית	* 79	69	82
רוסית	* 85	71	85
<b>מצב משפחתי</b>			
נשוי	** 79	** 69	81
גרוש	** 74	** 69	82
אלמן	** 88	** 78	90
רווק	** 82	** 62	82
<b>מצב בריאות</b>			
לא כל-כך טוב + רע + רע מאוד	* 82	69	84
טוב מאוד + טוב	* 79	69	81
<b>מחלה כרונית</b>			
לא	** 77	68	** 80
כן	** 83	71	** 86
<b>בעיה רפואית</b>			
מחלה זיהומית	* 78	70	80
טראומה, כאבים	* 82	68	82
קרדיולוגיה	* 85	70	89
אחר	* 80	68	83
<b>חומרת בעיה רפואית</b>			
קלה מאוד, קלה, בינונית	* 82	** 72	83
חמורה, חמורה ביותר	* 78	** 66	82
<b>הזמין בשבת</b>			
לא	80	* 68	* 84
כן	79	* 72	* 80
<b>משתני רקע ארגוניים</b>			
<b>ספק</b>			
ספק 1	81	71	** 84
ספק 2	78	67	** 84
ספק 3	78	66	** 74
<b>גודל יישוב</b>			
ירושלים + תל אביב + חיפה	** 83	69	85
200-100 אלף תושבים	** 83	69	85
99-10 אלף תושבים	** 78	69	80
9-2 אלף תושבים + יישובים כפריים	** 75	70	79
<b>מנוי</b>			
כן	** 82	* 71	** 85
לא	** 76	* 67	** 78

\* P<0.05

\*\* P<0.01

ניתן לראות שבקרב בני 65 ומעלה, דוברי רוסית, הסובלים מבעיה קרדיולוגית, מי שהגדירו את חומרת הבעיה הרפואית כקלה מאוד, קלה או בינונית, ומנויים, שיעור גבוה יותר דיווחו שהם שבעי רצון מהרמה המקצועית של הרופא. מעניין לציין עוד שגם בקרב מי שהגדירו את מצבם הבריאותי כלא כל-כך טוב עד גרוע ומי שסובלים ממחלה כרונית, שיעור גבוה מרוצים מהרמה המקצועית של הרופא. עוד עולה מהלוח שבקרב מי שמצבם הכלכלי בינוני או גרוע, חומרת הבעיה הרפואית חמורה או חמורה ביותר, מי שהזמינו בשבת ומי שאינם מנויים, שיעור גבוה יותר דיווחו שהם מרוצים או מרוצים מאוד ממהירות הגעת הרופא. הממצא לגבי מי שאינם מנויים תואם את העובדה ששיעור נמוך יותר בקרב הלא מנויים המתינו עד להגעת הרופא יותר משעה.

שביעות הרצון ממבחר התרופות גבוה יותר בקרב בני 65 ומעלה, הסובלים ממחלה כרונית, המזמינים באמצעות ספק 1 או 2, מי שלא הזמינו בשבת ומנויים.

### המלצה על הזמנת השירות ושימוש חוזר בו

המלצה לאחרים על הזמנת השירות ושימוש חוזר בו, מהווים גם הם מדדים של מידת שביעות הרצון מהשירות. שבעים ותשעה אחוזים ציינו שהיו ממליצים לבני המשפחה או לחברים להזמין שירות זה. שמונים ושישה אחוזים דיווחו שיזמינו שוב ביקור בית אם ייתקלו בעתיד בבעיה דומה בשעות הלילה.

### לוח 24: הממליצים לבני משפחה וחברים, והזמנה חוזרת מהספק

הזמנה חוזרת מתברר זו	המלצה לבני משפחה וחברים	משתנה
86	79	סה"כ
		<b>מצב משפחתי</b>
85	* 79	נשוי
85	* 71	גרוע
87	* 77	אלמן
89	* 84	רווק
		<b>מחלה כרונית</b>
* 84	78	לא
* 87	79	כן
		<b>חומרת בעיה רפואית</b>
86	* 80	קלה מאוד, קלה, בינונית
85	* 77	חמורה, חמורה ביותר
		<b>הזמין בשבת</b>
85	* 77	לא
87	* 81	כן
		<b>קופת-חולים</b>
** 88	80	כללית
** 83	77	מכבי
** 81	77	לאומית
** 83	75	מאוחדת
		<b>ספק</b>
** 87	** 80	ספק 1
** 88	** 80	ספק 2
** 77	** 73	ספק 3
		<b>גודל יישוב</b>
83	74	ירושלים + תל אביב + חיפה
86	79	100-200 אלף תושבים
85	79	10-99 אלף תושבים
86	82	2-9 אלף תושבים + יישובים כפריים
		<b>מנוי</b>
**91	**82	כן
**78	**74	לא

מהלוח עולה שבקרב גרושים, מי שבעייתם הרפואית חמורה או חמורה ביותר, המזמינים את השירות באמצעות ספק 3, מי שלא הזמינו בשבת, והלא מנויים, שיעור נמוך יותר ימליצו לבני משפחה וחברים להזמין רופא הביתה מחברה זו אם חלילה יודקו לכך.

עוד עולה מהלוח שבקרב מי שסובלים ממחלה כרונית, מבוטחי קופת-חולים כללית, ומנויים, שיעור גבוה יותר יזמינו שוב ביקור בית מחברה זו אם ייתקלו בבעיה דומה בשעות הלילה. במקביל שיעור נמוך בקרב המזמינים באמצעות ספק 3 יזמינו שוב ביקור בית מחברה זו.

### לוח 25: המלצה על הזמנת השירות לפי שיעור שבעי הרצון מהיבטים שונים של השירות

ממליץ על הזמנת השירות	דרגת שביעות רצון	היבטים שונים של השירות
83	מרוצה מאוד, מרוצה	היחס של הרופא שהגיע **
34	לא כל-כך מרוצה, לא מרוצה	
84	מרוצה מאוד, מרוצה	היחס של הפקיד שענה לטלפון **
49	לא כל-כך מרוצה, לא מרוצה	
89	מרוצה מאוד, מרוצה	מבחר התרופות **
48	לא כל-כך מרוצה, לא מרוצה	
88	מרוצה מאוד, מרוצה	הרמה המקצועית של הרופא **
43	לא כל-כך מרוצה, לא מרוצה	
86	מרוצה מאוד, מרוצה	מהירות הגעת הרופא **
65	לא כל-כך מרוצה, לא מרוצה	

מהלוח עולה ששיעור הממליצים על הזמנת ביקור בית גבוה בקרב מי ששבעי רצון מרכיבים שונים בשירות, לעומת בקרב מי שאינם שבעי רצון. מעניין לציין שבקרב מי שאינם מרוצים ממהירות הגעת הרופא לביתם, שיעור גבוה יחסית דיווחו שימליצו על הזמנת השירות.

## 6. סיכום

בעקבות ההוראה המחייבת את קופות-החולים, החל משנת 1997, לספק למבוטחיהן שירות רפואי במשך 24 שעות ביממה, יצרו קופות-החולים שירות חדש - "שירותי לילה". זהו שירות המספק ביקורי בית של רופא, והוא ניתן בעיקר באמצעות חברות פרטיות, שבחלקן קשורות בחוזה עם קופות-החולים. ספקיות שירות אלו מבצעות חלק ניכר מביקורי הבית בשעות הלילה. סכום ההשתתפות העצמית המינימלי למזמין השירות הוא 75 ₪.

מטרת המחקר הייתה להעריך את השירות מבחינת המערך, דפוסי השימוש, צרכים רפואיים, הלימות השימוש, השירות כחלופה לחדר מיון, מוקדים ומרפאות, מאפייני הטיפול הרפואי, זמני המתנה ושביעות רצון.

המחקר מתבסס על סקר טלפוני שנערך בשנת 1999 בקרב אוכלוסיית המשתמשים בשירות, ועל ראיונות עומק שנערכו באמצע 1998 עם מנהלי החברות המספקות את השירות ועם האחראים על השירות

בקופות-החולים. אוכלוסיית המחקר התבססה על רשימות הביקורים של שלוש הספקיות העיקריות של השירות החדש, מתחילת מאי עד אמצע יולי 1999 (בסך הכל 13,294 ביקורים). שיעור ההיענות הגיע ל-80%.

להלן הממצאים העיקריים הנוגעים לשלושה נושאים שיש להם חשיבות לצורך אפיון השירות והערכתו: ארגון מערך שירותי הלילה, דפוסי השימוש ומאפייני המשתמשים, והערכת איכות השירות על ידי המשתמשים.

## ארגון מערך שירותי הלילה

שירותי הלילה ניתנים בשלושה אופנים בכל קופות-החולים: באמצעות ספקיות שירות, באמצעות רופאים עצמאיים המבצעים ביקורי בית, ובאמצעות מוקדים (חלקם שייכים לקופות-החולים וחלקם לספקי השירות), שדרכם ניתן גם להזמין רופא לביקור בית. אומדן היקף הביקורים בחודש בשלוש ספקיות השירות העיקריות (ביקורופא, השמירה-מר"מ, מת"ן) עמד על כ-6,800 בתקופת עריכת הסקר. בין החברות קיימת שונות בתעריפים, בפריסה הגיאוגרפית, בדרכי ההתקשרות עם קופות-החולים, במגוון השירותים הניתנים, ובשעות הפתיחה.

## דפוסי השימוש ומאפייני המשתמשים

**מאפייני המשתמשים** - מתוצאות המחקר עולה שהמצב הבריאותי הנתפס של האוכלוסייה המשתמשת בשירותי הלילה פחות טוב בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. עם זאת, כשני-שלישים (65%) מהמשתמשים בשירותי הלילה ציינו כי מצב בריאותם טוב. חמישים ושישה אחוזים מהמשתמשים ציינו כי אינם סובלים ממחלה כרונית.

המשתמשים בשירותי לילה גם מבקרים יותר אצל רופא המשפחה (58% ביקרו בשבועיים האחרונים שקדמו לעריכת הסקר), בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (26%).

עוד עולה מהממצאים, שהתושבים המתגוררים ביישובים בגודל בינוני (10-200 אלף תושבים) משתמשים בשירותי לילה פי שניים מאשר חלקם באוכלוסייה. ייתכן שהסיבה לכך קשורה לעובדה שבחלק מיישובים אלו אין הרבה אלטרנטיבות, שכן הם רחוקים מחדרי מיון.

כמחצית מהפניות לשירותי הלילה היו בגלל בעיה זיהומית, עוד כ-20% פנו עקב טראומה או כאבים, כ-15% עם בעיות קרדיולוגיות וכ-20% עקב בעיות אחרות. כמחצית מהפונים הגדירו את בעייתם כחמורה או חמורה ביותר.

מאפיינים אלה של המשתמשים יכולים לסייע בבחינת המידה שבה השירות עונה על צרכים של קבוצות שונות, ולתכנון היקף ואופי השירות.

**סיבת הפנייה** - המשתמשים בשירות נשאלו מדוע פנו לשירותי הלילה ולא חיכו לבוקר כדי לפנות לרופא המשפחה. מדיווחי המרואיינים עולה שרובם ענו שהפנייה נבעה מתפיסת הבעיה כדחופה (74%) אולם חלק ניכר (14%) ענו שפנו מטעמי נוחות (כגון: מרחק, הרגעה, מנוי) ו-12% פנו מסיבות לא רפואיות אחרות (כגון: שבת, או קושי בהליכה או בגלל בעיות עם רופא המשפחה).

**תהליך קבלת החלטות לגבי השימוש בשירות ובחלופות** - רוב אוכלוסיית המשתמשים הגיעה לשירות תוך התייעצות עם קרובי משפחה (92%). כמחצית מהמרואיינים המתינו למעלה מ-5 שעות מרגע התחלת הבעיה הרפואית ועד לפנייה לקבלת טיפול ונראה שחלקם היו יכולים לפנות לרופא המשפחה ביום שלפני הזמנת ביקור הבית או לחכות עוד קצת ולפנות ביום שלמחרת. ממצאים אילו עולים בקנה אחד עם הממצאים המראים שהמשתמשים בשירותי לילה פחות מרוצים מהיבטים שונים בקשר עם רופא המשפחה, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

המשתמשים נשאלו מה היו עושים לולא היו קיימים שירותי הלילה. כמחצית מהמרואיינים ענו שהיו פונים לחדר מיון לולא יכלו להזמין רופא הביתה.

ב-27% מהמקרים הרופא של שירותי הלילה הפנה את החולה לחדר המיון, ובעוד 16% מהמקרים הרופא השאיר הפניה פתוחה. מקרב אלה, 75% פנו בפועל לחדר המיון. בסה"כ מקרב כלל הפונים לשירותי הלילה 25% פנו לחדר המיון לאחר הביקור של רופא הלילה.

**שימוש בשירותי לילה בשעות היום** - שירותי הלילה נועדו לתת שירות משלים בשעות שהמרפאות אינן פתוחות. עם זאת היה ידוע שנעשה בשירותי שימוש גם בשעות היום בהן יש חלופות שפועלות ממילא, דבר שעורר שאלה לגבי יעילות השימוש. לכן, במסגרת המחקר נעשה מאמץ לכמת את היקף התופעה ולאפיין את המשתמשים. כרבע מהמרואיינים הזמינו ביקור בית בשעות היום, כאשר מרפאות קופות-החולים פתוחות. שיעור גבוה במעט בקרב קשישים (32%) ודוברי רוסית (31%) הזמינו ביקור בית בשעות היום.

ממצאי המחקר מראים שהמשתמשים בשעות היום פחות מרוצים מהאחרים ממשך ההגעה לרופא המשפחה (14% ענו שמשך ההגעה סביר לעומת 27% בקרב האחרים) ומנוחות שעות העבודה של הרופא (14% ענו שהשעות נוחות או נוחות מאד לעומת 20% מהאחרים). בנוסף, שיעורים גבוהים יותר ענו שאינם מרגישים נוח לפנות לרופא בשעות הערב בשאלות (17% לעומת 10%).

**השימוש בקרב בעלי מנוי לשירות** - ל-60% מהמשתמשים בשירות יש מנוי, דבר שעשוי להשפיע על דפוסי השימוש שכן בעלי מנוי כבר שילמו מראש על השירות. בניתוח רב משתני נמצא ששיעור המטופלים שיש להם מנוי גבוה במיוחד בקרב גילאי צעירים מגיל 18 ובקרב קשישים בני 65+. שיעור גבוה של מנויים נמצא גם בקרב בעלי השכלה יסודית ותיכונית, בקרב הסובלים ממחלה כרונית, מבוטחים בקופ"ח כללית ולאומית, הגרים במרכז ובצפון, והמזמינים דרך ספק 2.

מניתוחים דו-משתנים עלה שהמנויים לשירותי לילה פחות מרוצים מהאחרים מהקשר עם רופא המשפחה: סבירות זמן ההגעה של הרופא, נוחות שעות העבודה, והיכולת לפנות אליו בשעות הערב.

לעומת זאת, המנויים על שירותי לילה מרוצים יותר מהשירות הניתן במסגרת שירותי הלילה, בהשוואה למי שאינו מנוי. שיעור גבוה יותר דיווחו שיכלו לפנות לרופא הלילה בשאלות ולקבל תשובות ברורות, שקיבלו הסבר מרופא הלילה על המשך הטיפול, שהטיפול שקיבלו פתר את הבעיה, וכן שהם שבעי רצון מהרמה המקצועית של רופא הלילה, ממהירות הגעת הרופא, וממבחר התרופות בשירותי הלילה.

**מתן החזר -** בכל הקופות נקבע שמי שהזמין ביקור בשעות הערב והלילה ושילם יותר מ-75 ₪ על הביקור זכאי לקבל החזר מהקופה על ההפרש. אולם, מהמחקר עלה שהכללים למתן החזר אינם ברורים ואינם ידועים לחלק מהמשתמשים. מקרב הזכאים להחזר רק 5% קיבלו החזר בפועל. אילו שלא קיבלו החזר נשאלו האם ביקשו החזר. מתוכם, 29% לא פנו כי ידעו שלא יקבלו החזר, 23% נוספים ענו שפנו לקופה לקבל החזר אך הקופה סירבה לבקשה, ועוד 5% ניסו לקבל החזר אך טרם נענו. 43% מהמשתמשים ענו כי לא חשבו על האפשרות לפנות לקבל החזר, כלומר כנראה לא היו מודעים לזכאותם.

## הערכת איכות השירות

**הסברים -** אחד המדדים לאיכות עבודת הרופא הוא מתן הסברים. כ-70% מהמרוואיינים דיווחו שקיבלו הסברים ברורים בנושאים שונים, כגון הדרכה לגבי מצב בריאות (72%) וביקורת רפואית (80%). עם זאת מהמחקר עולה שההסברים הניתנים לקשישים אינם עונים על הצרכים: שיעור ניכר בקרב בני 65 ומעלה דיווחו שהרופאים אינם מקדישים מספיק זמן להסברים ברורים לגבי מצב הבריאות (34% לעומת 28% באוכלוסייה הכללית), ולגבי המשך הטיפול (26% לעומת 20% באוכלוסייה הכללית).

**המשכיות ורצף הטיפול -** מאחר שרופא הלילה אינו הרופא הקבוע, ישנה חשיבות ליידע את רופא המשפחה לגבי הטיפול שניתן. מממצאי המחקר עולה שיתכן שקימת בעיה לגבי המשכיות ורצף הטיפול לאחר הפנייה לשירותי הלילה. ב-34% מהמקרים רופא הלילה לא ייעץ לחולה לפנות להמשך טיפול ומעקב אצל רופא המשפחה.

**זמני המתנה -** ב-45% מהמקרים הרופא הגיע תוך חצי שעה, ב-13% מהמקרים תוך 30 דקות עד שעה, וב-42% מהמקרים לקח לו יותר משעה להגיע. בבדיקה לפי אזור מגורים נמצא שהמרוואיינים באזור המרכז דיווחו על זמן המתנה ארוך יותר לרופא, 53% חיכו יותר משעה, לעומת 34% בקרב הגרים בצפון ו-27% בקרב הגרים בדרום. כמו כן, נמצא שזמינות השירות נמוכה יותר בערים הגדולות (ירושלים, תל אביב, חיפה) כמו גם ביישובים קטנים בהם גרים פחות מ-10,000 איש. במקומות אלה כמחצית הפונים המתינו לרופא למעלה משעה לעומת כ-40% מהפונים הגרים ביישובים בגודל בינוני (10-200 אלף תושבים).

**שביעות רצון מהשירות** - מהממצאים עולה ששביעות רצון המשתמשים גבוהה מהיבטים שונים של השירות: יחס הרופא (91% מרוצים או מרוצים מאוד); יחס הפקיד בטלפון (90% מרוצים או מרוצים מאוד) ובהירות ההוראות שקיבלו לגבי המעקב הרפואי (90% מרוצים או מרוצים מאוד). שביעות הרצון נמוכה יותר מהיבטים הנוגעים למבחר התרופות (82% מרוצים או מרוצים מאוד); רמה מקצועית של הרופא (80% מרוצים או מרוצים מאוד); ומהירות הגעת הרופא (69% מרוצים או מרוצים מאוד).

עדות נוספת לשביעות הרצון הכללית מהשירות היא ש-79% ענו שהיו ממליצים על השירות לבני משפחה וחברים, ו-86% ענו שענו שהיו מזמינים שוב את השירות אם ייתקלו בבעיה דומה בשעות הלילה.

## סוגיות מדיניות העולות מהממצאים

מן הממצאים מסתמנות שלוש סוגיות מרכזיות שיש לתת עליהן את הדעת, זאת משום שיש להן השלכות לקביעת מדיניות לגבי מתן שירותי לילה: מתן מידע לציבור, הלימות השימוש בשירות ומידת התחליפיות בין שירותי הלילה לחדרי המיון.

### מתן מידע לציבור

ממצאי המחקר מצביעים על הצורך לשפר את מתן המידע לציבור בנושא זכאות לקבלת החזר כספי מקופת החולים על השירות, על מנת שהמבוטחים יוכלו לממש את זכויותיהם. האחריות למתן מידע לציבור מתחלקת בין הגורמים השונים – משרד הבריאות, קופות החולים וספקי השירות. מצד אחד, קיים חשש שלקופות החולים אין אינטרס לידע את הציבור על הזכאות להחזר כספי. מצד שני, מאחר שהעברת המידע עשויה להגביר את השימוש בשירות, נראה כי לספקי השירות יהיה עניין רב לדאוג להעברת המידע לציבור, אך לא ברור שיש להם את הכלים וצינורות ההפצה הדרושים.

באשר למתן מידע רפואי לפונים לגבי מצב הבריאות והמשך הטיפול, שיעור העונים כי הרופא הקדיש מספיק זמן למתן הסבר (75%) דומה לשיעור המדווחים על קבלת הסבר בחדרי מיון (ברג-ורמן, יובל וגולדווג, עומד להתפרסם). נמצא כי בקרב הקשישים, שיעור נמוך יחסית מדווחים שהרופא הקדיש מספיק זמן להסברים, ולכן יש מקום לבחון כיצד ניתן לשפר מתן ההסברים לאוכלוסייה זו, על מנת שיענו על צורכיהם.

### הלימות השימוש בשירות

נמצא כי חלק ממבוטחי הקופות משתמשים בשירותי הלילה גם בשעות היום, ובפרט מבוטחים קשישים. לכאורה, הדבר מצביע על שימוש לא הולם בשירות, שכן בשעות אלה המרפאות פתוחות ויש בכך משום כפילות שירותים. עם זאת, השימוש בשעות היום יכול לנבוע מכך שאופן מתן השירות בקופות אינו עונה על צרכיה של האוכלוסייה, ולכן חברות שירותי הלילה מרחיבות את היקף פעילותן. למשל, ייתכן כי קשישים וחולים מתקשים להגיע למרפאה וזקוקים לביקורי בית, שירות שאינו ניתן באופן שגרתי.

בנוסף, יש לציין שמהראיונות עם אנשי מפתח עלה כי ייתכן שהשימוש בשירותי לילה בשעות היום כדאי לקופות מבחינה כלכלית, שכן הוא עונה על מצבים של עומס על רופא המשפחה, או נותן פתרון ביישובים קטנים בהם לא כדאי להחזיק רופא באופן קבוע.

לאור זאת, יש מקום לבחון באילו מקרים ניתן לענות בצורה הולמת יותר על צורכי החולים במסגרות הרגילות ברפואה הראשונית, ובאילו מקרים רצוי להיעזר בשירותי הלילה גם בשעות היום. השיקולים בהחלטה זו כוללים שיקולים כלכליים כמו גם שיקולים לגבי רצף והמשכיות הטיפול בחולה והעדפות הציבור.

היבט נוסף הנוגע להלימות השימוש הוא היקף הפניות בשעות הלילה, גם במקרים בהם הבעיה הרפואית סובלת דיחוי לשעות הבוקר. כזכור, כרבע מהפונים ענו שפנו לשירות מסיבות של נוחיות או סיבות אחרות שאינן דחופות רפואית. בנוסף, נמצא שכמחצית מהפונים חיכו למעלה מ-5 שעות מהרגע בו התחילה הבעיה הרפואית או החריפה, ועד שפנו לטיפול. יתכן שחלקם יכלו להמתין לבוקר, אך בחרו בכל זאת לפנות לשירותי הלילה מסיבות שונות - למשל חשש להפסיד שעות עבודה או שיקולים של אורך תור או קשר עם הרופא. לפיכך, בהערכת הלימות השימוש בשירות יש להתחשב גם בהיבטים של צורך קליני בטיפול וגם בהיבטים לא קליניים כגון נוחות לפונה והפסד ימי עבודה למשק.

### **תחליפיות בין שירותי הלילה וחדר מיון**

קיים חשש כי שירותי הלילה מהווים שירות נוסף ולא תחליפי לחדר המיון, כך שאינו כדאי כלכלית לקופות. לכן, אחת הסוגיות המרכזיות לגבי כדאיות הפעלת שירותי לילה הינה המידה בה השירות נותן מענה לבעיות דחופות ומונע בכך ביקור לא נחוץ בחדר המיון. עם זאת יש לזכור, גם אם נמנעים ביקורים בחדר מיון, ייתכן שהשירות הנוסף אינו כדאי מנקודת מבט של יעילות כלל מערכתית, מאחר שחלק גדול מהוצאות חדרי המיון הינן הוצאות קבועות שאינן מושפעות מצמצום מספר הביקורים.

במחקר נמצא כי מרבית המשתמשים (75%) לא פנו לחדר מיון לאחר ביקור הבית. יתירה מכך 50% ענו כי לולא היה קיים שירות זה, היו פונים למיון. לפיכך נראה כי השירות אכן תחליפי למיון במידה רבה. עם זאת, בסקר דומה שנערך במרכזים לרפואה דחופה, 87% מהפונים למרכז לא פנו לאחר מכן לחדר המיון (טרגין ואחרים, 2000). כלומר, ייתכן שמרכזי הרפואה הדחופה, בהם יש ציוד רב יותר, מהווים תחליף למיון במידה רבה עוד יותר. לפיכך, בתכנון מבנה שירותי הרפואה הדחופה בקהילה יש מקום לבחון את היתרונות והחסרונות של ביקור הבית לעומת מרכזי הרפואה הדחופה, בהיבט של תחליפיות כמו גם בהיבטים אחרים, וכפי שמוזכר לעיל, את הסוגייה של הוצאות קבועות צריך לבדוק יותר לעומק.

לסיום, חשוב לזכור כי בנוסף לשירותי הלילה והמרכזים לרפואה דחופה ישנן חלופות נוספות כגון: ביקורי בית על ידי רופא המשפחה או קואופרטיב של רופאים; יעוץ טלפוני על ידי אחיות הנתמך בהנחיות קליניות; רפואה ראשונית בחדר מיון, הנהוגות במדינות מערביות אחרות. לפיכך, בתכנון שירותי הרפואה הדחופה בקהילה רצוי לבחון גם את היתרונות והחסרונות של חלופות אילו, וכן את האפשרות המעשית ליישם במערכת הישראלית.

## ביבליוגרפיה

- ברג –ורמן א. יובל ד. גולדווג ר. (עומד להתפרסם) סקר מבקרים במחלקה לרפואה דחופה 1999. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. (עומד להתפרסם) **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 1995, 1997, 1999**. מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; גרינשטיין, מ. 2000. "ארגון שירותי רפואה דחופה בהולנד, גרמניה ואנגליה". תקציר הרצאה למועדון מנהלים שירותי בריאות כללית, גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; גרינשטיין, מ.; דובני, א.; יובל, ד.; רוזן, ב. 1998. **רמת השירות בקופות-החולים בעקבות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי: לקט ממצאים ראשוניים מסקר מבטחים 1991 בהשוואה לסקר 1995**. תמ-98-17. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; יובל, ד.; יפה, י.; בורמה, י. 1994. **תפקיד הרופא הראשוני בישראל: ממצאים מוקדמים מסקר ארצי**. דמ-216-94. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. (עומד להתפרסם) **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 1995, 1997, 1999**. מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; גרינשטיין, מ.; דובני, א.; ברג, א.; יובל, ב.; רוזן, ב. 1998. **רמת השירות בקופות החולים**. תמ-98-17.
- המרכזים הקהילתיים לרפואה דחופה כחלופה לחדרי מיון בבתי-חולים. דמ-335-00. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 1999. **שנתון סטטיסטי, 1999**. ירושלים.
- טרגין, מ.; גרינשטיין, מ.; מילמן, ע.; רוזן, ב. 2000. **תפקידם של המרכזים הקהילתיים לרפואה דחופה כחלופה לחדרי מיון בבתי-חולים**. דמ-335-00. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- Aylin, P.; Majeed, F.A.; and Cook, D.G. 1996. "Home Visiting by General Practitioners in England and Wales". *BMJ* 313:207-210.
- Court, B.V.; Bradley, C.P.; Cheng, K.K.; and Lancashire, R.J. 1996. "Responding to Out of Hours Requests for Visits: A Survey of General Practitioner Opinion". *BMJ* 312:1401-1402.
- Court, B.V. 1995. "Guidelines Are Needed on When to Visit". *BMJ* 310:263.
- Greengold, M.C. 1995. "A Generalist's Place is (Also) in the Home". *Acad Med* Supplement 70(1):835-836.
- Hopton, J.; Hogg, R.; and Mckee, I. 1996. "Patients' Accounts of Calling the Doctor Out of Hours: Qualitative Study in One General Practice". *BMJ* 313: 991-994



## נספח לוחות

לוח 1: רגרסיה לוגיסטית אי המתנה לבוקר לרופא המשפחה מסיבות רפואיות<sup>4</sup>

odds ratio	B	
1.35	* 0.30	גיל 5-0
1.22	0.20	גיל 6-18
0.87	-0.14	גיל +65
1.03	0.03	מין-נשים
0.91	-0.09	השכלה אקדמאית
0.88	-0.13	שפת ריאיון רוסית
0.88	-0.13	יש מחלה כרונית
1.77	** 0.57	ספק 3
1.50	** 0.41	ספק 1
0.76	* -0.28	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
0.56	** -0.58	יש מנוי
0.59	** -0.53	בעיה רפואית - מחלה זיהומית
2.73	** 1.00	חומרת בעיה - תמורה או תמורה ביותר
0.62	** -0.48	הזמין בשבת
	1.72	קבוע
		P<0.05 *
		P<0.01 **

לוח 2: רגרסיה לוגיסטית - ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על רכישת מנוי

רכישת מנוי		
odds ratio	B	
2.15	** 0.76	גיל 5-0
1.59	** 0.47	גיל 6-18
2.21	** 0.79	גיל +65
0.96	0.04-	מין - אישה
0.57	** 0.57-	השכלה אקדמית
1.28	0.25	שפת ריאיון רוסית
1.76	** 0.57	יש מחלה כרונית
0.02	** 3.74-	ספק 3
0.46	** 0.79-	ספק 1
1.36	** 0.31	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
	2.72	קבוע
		P<0.01 **

<sup>4</sup> המשתנים הבלתי תלויים שנכנסו בהגדרה דיכוטומית: קבוצות גיל בהשוואה ל-19-64, מין בהשוואה לגברים, הגדרה דתית בהשוואה לדתי-חרדי, השכלה בהשוואה ליסודית ותיכונית, שפת הריאיון בהשוואה לעברית, מחלה כרונית בהשוואה לאין מחלה כרונית, קופת-חולים כללית בהשוואה למכבי, מאוחדת ולאומית, ספק שירות בהשוואה לספק 2, גודל יישוב בהשוואה לירושלים, תל אביב, חיפה, 2-9 אלף תושבים ויישובים כפריים, מנוי בהשוואה לאין מנוי.

**לוח 3: ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על השעה בה הזמן הביקור - רגרסיה לוגיסטית**

Odd's Ratio	הזמין בשעות היום	
0.96	-0.04	גיל 5-0
0.98	-0.02	גיל 6-18
1.63	** 0.49	גיל 65+
1.09	0.09	מין
0.95	-0.05	השכלה אקדמית
1.34	0.30	שפת ריאיון רוסית
1.15	0.14	יש מחלה כרונית
2.44	** 0.89	ספק 3
1.81	** 0.59	ספק 1
0.77	* -0.27	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.01	-0.01	מנוי
1.16	* 0.15	סובל מדלקת
0.85	-0.16	חומרת בעיה חמורה או חמורה ביותר
4.05	** 1.40	הזמין ביקור בשבת
	-4.51	קבוע

P<0.05 \*  
P<0.01 \*\*

**לוח 4: ההשפעה העצמאית על הזמן שמחכים מרגע שמתחילה הבעיה הרפואית ועד להתקשרות לרופא - רגרסיה לוגיסטית**

Odd's Ratio	חיכה יותר מ-5 שעות	
0.76	* -0.28	גיל 5-0
0.69	* -0.37	גיל 6-18
0.90	-0.10	גיל 65+
1.23	* 0.21	מין
0.85	-0.17	השכלה אקדמית
1.04	0.04	שפת ריאיון רוסית
0.87	-0.14	יש מחלה כרונית
0.98	-0.02	ספק 3
0.88	-0.13	ספק 1
0.98	-0.02	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.10	0.09	מנוי
2.29	** 0.83	סובל מדלקת
0.97	-0.03	חומרת בעיה חמורה או חמורה ביותר
1.66	** 0.51	הזמין בשבת
	-0.29	קבוע

P<0.05 \*  
P<0.01 \*\*

לוח 5: הפונים לחדר מיון – רגרסיה לוגיסטית

Odds Ratio	כך פנה לחדר מיון	
1.04	0.04	גיל 5-0
0.83	- 0.18	גיל 18-6
1.06	0.06	גיל 65+
0.80	* -0.22	מין
0.82	-0.19	השכלה אקדמית
1.30	0.26	שפת ריאיון רוסית
1.26	0.23	יש מחלה כרונית
1.72	** 0.54	ספק 3
1.08	0.07	ספק 1
1.04	0.04	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
0.88	-0.12	מנוי
0.63	** -0.45	סובל מדלקת
1.98	** 0.68	חומרת בעיה חמורה או חמורה ביותר
0.96	-0.04	הזמין בשבת
	-1.34	קבוע
		P<0.05 *
		P<0.01 **

לוח 6: השפעה עצמאית על פנייה/אי פנייה לחדר מיון – רגרסיה לוגיסטית

Odds Ratio	פונה לחדר מיון	
1.37	* 0.32	גיל 5-0
1.45	* 0.37	גיל 18-6
0.90	-0.11	גיל 65+
0.97	-0.03	מין
0.78	* -0.24	השכלה אקדמאית
0.44	** -0.82	שפת ריאיון רוסית
0.88	-0.12	יש מחלה כרונית
1.57	** 0.45	ספק 3
1.20	0.18	ספק 1
0.95	-0.05	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
0.64	** -0.45	מנוי
0.68	** -0.39	סובל מדלקת
1.47	** 0.38	חומרת בעיה חמורה או חמורה ביותר
1.06	0.06	הזמין בשבת
	1.34	קבוע

**לוח 7: השפעה עצמאית חיובית על חוסר היכולת לפנות לרופא בשאלות ולקבל תשובות – רגרסיה לוגיסטית**

Odds Ratio	לא יכול לפנות בשאלות וקיבל תשובות ברורות	
1.15	0.14	גיל 5-0
0.87	-0.14	גיל 6-18
1.23	0.21	גיל 65+
0.85	-0.16	מין
0.76	* -0.28	השכלה אקדמית
0.76	-0.28	שפת ריאיון רוסית
0.82	-0.19	יש מחלה כרונית
0.83	-0.20	ספק 3
0.93	-0.08	ספק 1
1.44	* 0.36	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
0.62	** -0.48	מנוי
0.93	-0.07	סובל מדלקת
1.33	* 0.29	חומרת בעיה: חמורה או חמורה ביותר
1.02	0.02	הזמין בשבת
	-0.29	קבוע
		P<0.05 *
		P<0.01 **

**לוח 8: השפעה עצמאית על קבלת הסבר לגבי המשך הטיפול – רגרסיה לוגיסטית**

Odds Ratio	לא קיבל הסבר על המשך הטיפול	
0.69	* -0.36	גיל 5-0
0.91	-0.10	גיל 6-18
0.50	** -0.69	גיל 65+
0.89	-0.11	מין
0.99	-0.01	השכלה אקדמית
1.49	* 0.40	שפת ריאיון רוסית
1.12	0.11	יש מחלה כרונית
0.99	-0.02	ספק 3
0.86	-0.15	ספק 1
0.84	-0.17	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.40	** 0.35	מנוי
1.21	0.19	סובל מדלקת
0.83	-0.18	חומרת בעיה: חמורה או חמורה ביותר
0.89	-0.11	הזמין בשבת
	2.30	קבוע
		P<0.05 *
		P<0.01 **

לוח 9: השפעה עצמאית על קבלת הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות – רגרסיה לוגיסטית

Odds Ratio	לא קיבל הדרכה לגבי סימנים המעידים על מצב הבריאות		
1.15	0.15		גיל 5-0
1.25	0.22		גיל 18-6
0.75	* -0.29		גיל 65+
1.02	0.02		מין
1.17	0.16		השכלה אקדמית
1.18	0.17		שפת ריאיון רוסית
0.93	-0.08		יש מחלה כרונית
1.45	* 0.37		ספק 3
1.38	** 0.32		ספק 1
0.84	-0.17		גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.14	0.14		מנוי
1.17	0.15		סובל מדלקת
0.90	-0.11		חומרת בעיה חמורה או חומרה ביותר
0.87	-0.14		הזמין בשבת
	-0.36		קבוע
			P<0.05 *
			P<0.01 **

לוח 10: השפעה עצמאית על קבלת מרשם לתרופות – רגרסיה לוגיסטית

Odds Ratio	כן קיבל מרשם לתרופות		
0.57	** -0.57		גיל 5-0
0.98	-0.02		גיל 18-6
0.54	** -0.61		גיל 65+
1.49	** 0.40		מין
0.85	-0.17		השכלה אקדמית
0.93	-0.07		שפת ריאיון רוסית
1.22	0.20		יש מחלה כרונית
0.67	* -0.41		ספק 3
1.04	0.04		ספק 1
0.95	-0.05		גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.08	0.07		מנוי
1.40	** 0.33		סובל מדלקת
1.01	0.01		חומרת בעיה: חמורה או חומרה ביותר
1.07	0.07		הזמין בשבת
	1.43		קבוע
			P<0.05 *
			P<0.01 **

**לוח 11: השפעה עצמאית על המלצת הרופא לפנות לרופא המשפחה – רגרסיה לוגיסטית**

Odds Ratio	הרופא ייעץ לפנות לרופא המשפחה	
1.63	** 0.49	גיל 5-0
1.59	** 0.47	גיל 18-6
1.02	0.02	גיל 65+
1.23	* 0.21	מין
1.05	0.05	השכלה אקדמית
0.94	-0.06	שפת ריאיון רוסית
0.94	-0.06	יש מחלה כרונית
0.70	* -0.36	ספק 3
0.96	-0.04	ספק 1
1.06	0.06	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.32	* 0.28	מנוי
1.49	** 0.40	סובל מדלקת
1.02	0.02	חומרת בעיה חמורה או חומרה ביותר
1.004	0.004	הזמין בשבת
	-1.34	קבוע
		P<0.05 *
		P<0.01 **

**לוח 12: השפעה עצמאית על פתרון הבעיה על-ידי הטיפול – רגרסיה לוגיסטית**

Odds Ratio	הטיפול כן פתר את הבעיה	
0.95	-0.05	גיל 5-0
1.27	0.24	גיל 18-6
0.78	* -0.25	גיל 65+
1.14	0.13	מין
1.21	* 0.19	השכלה אקדמית
1.37	* 0.32	שפת ריאיון רוסית
0.76	* -0.28	יש מחלה כרונית
0.98	-0.02	ספק 3
1.02	0.02	ספק 1
0.99	-0.01	גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.46	** 0.38	מנוי
1.29	* 0.26	סובל מדלקת
0.58	** -0.55	חומרת בעיה חמורה או חומרה ביותר
0.99	-0.01	הזמין בשבת
	-1.07	קבוע
		P<0.05 *
		P<0.01 **

לוח 13: ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על הזמן המתנה לרופא – רגרסיה לוגיסטית

Odds Ratio	המתין יותר משעה לרופא			
1.003	0.003			גיל 5-0
0.76	-0.28			גיל 18-6
1.02	0.02			גיל 65+
0.97	-0.03			מין
1.10	0.10			השכלה אקדמית
0.72	* -0.33			שפת ריאיון רוסית
0.96	-0.04			יש מחלה כרונית
0.42	** -0.88			ספק 3
0.78	* -0.25			ספק 1
0.70	** -0.35			גודל יישוב 200-10 אלף תושבים
1.12	0.11			מנוי
1.12	0.12			סובל מדלקת
0.98	-0.02			חומרת בעיה חמורה או חמורה ביותר
0.87	-0.14			הזמין בשבת
	2.03			קבוע

\* P<0.05  
\*\* P<0.01



## **Night Services: A New Sick Fund Service Mandated by the National Health Insurance Law**

Miriam Greenstein ♦ Mark Taragin

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. This study was funded with the assistance of the Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.



## 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**



## Night Services: A New Sick Fund Service Mandated by the National Health Insurance Law

Miriam Greenstein    Mark Taragin

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.  
This study was funded with the assistance of the Israel National Institute for  
Health Policy and Health Services Research.

# Mandated by the National Health Insurance Law Night Services: A New Sick Fund Service

Minim Greenstein     Mark Taragin

Head of Research, Health Policy and Health Services Research  
Department of Health Policy and Health Services Research

Head of Research, Health Policy and Health Services Research  
Department of Health Policy and Health Services Research

Head of Research, Health Policy and Health Services Research  
Department of Health Policy and Health Services Research

Head of Research, Health Policy and Health Services Research  
Department of Health Policy and Health Services Research

Head of Research, Health Policy and Health Services Research  
Department of Health Policy and Health Services Research

Page 1  
Title Page

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  
This study was funded with the assistance of the National Institute for

Health Policy and Health Services Research  
JDC-Brookdale Institute of Gerontology  
and Human Development  
P.O.B. 13087  
Jerusalem 91130

Tel. 972-2-6557400  
Fax. 972-2-5612391

Website: [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)

Jerusalem



## Related JDC-Brookdale Publications

Berg-Warman, A.; Yuval, D.; and Goldwag, R. 2001. *Emergency Departments in Israel, 1999: The Visitor's Perspective*. RR-369-01.

Gross, R.; and Brammli-Greenberg, S. 2001. *Israel's Health System as Perceived by the Public – 1995, 1997 and 1999*. RR-362-01.

Taragin, M.; Greenstein, M.; Milman, U.; and Rosen, B. 2000. *The Role of Urgent Care Centers as an Alternative to Hospital Emergency Rooms*. RR-335-00.

To order these publications, please contact the JDC-Brookdale Institute, P.O.B. 13087, Jerusalem 91130, Tel: (02) 655-7400, Fax: (02) 561-2391, Web site: [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale).

## Abstract

As the National Health Insurance Law obligates the sick funds to provide their members with medical services 24 hours a day, the sick funds have created a new service – “night services” – which allows an individual to order a physician house call, usually from a private company that is under contract to his sick fund. These commercial providers conduct a significant portion of the house calls that are made at night. The minimal co-payment for this service is NIS 75.

The goal of the study was to evaluate how this service is provided; patterns of its use; the medical needs of the people who use it; the appropriateness of use; whether the service is an alternative to the emergency room, medical centers and clinics; the nature of the medical care provided through this service; waiting times; and satisfaction.

The study was based on a telephone survey conducted in 1999 among people who used the service, and on in-depth interviews conducted in mid-1998 with the directors of the companies that provide the service and with the sick fund personnel who are responsible for its provision.

The study population comprised the list of people who had ordered house calls from the three main providers of this service between early May and mid-July 1999 – in all, approximately 2,875 individuals. The response rate was 80%. Following are the principal findings.

### How Night Services Are Provided

Night services are provided in three ways by all of the sick funds: through commercial service providers; through independent physicians who make house calls; and through medical centers (some of which are associated with the sick funds and some of which are associated with commercial service providers) that also arrange for physicians to make house calls. The primary commercial service providers are Bikurofe, HaShmira-Marlam, and Matan. It is estimated that about 6,800 house calls were made through these three companies during the period in which the survey was conducted. The companies differ in their tariffs, geographic distribution, the nature of their contract or connection with the sick fund, the variety of services they provide, and their office hours.

### Patterns of Use

**Client characteristics:** The survey revealed that perceived health status among the population of night service clients is not as good as that among the general population. Nevertheless, about two-thirds (65%) of the people who use night services reported that their health status was good (compared to 35% of them who reported that their health status was fair to poor). Fifty-six percent of the people who use night services reported that they do not have a chronic illness (compared to 44% who reported that they do have a chronic illness).

The findings also indicate that residents of medium-size towns (10,000-200,000 population) use night services more than twice their representation in the population. This may be because these towns do not offer many alternatives, as they are far from hospital emergency rooms.

**Reimbursement for the cost of the service:** All of the sick funds have determined that a member who pays more than NIS 75 for a house call during the evening or at night will receive reimbursement. In reality, only 5% of those who were eligible for reimbursement, were reimbursed. It appears that the sick funds believe it is not in their interest to inform their members about this service or their right to reimbursement for it. Consequently, the main burden of payment falls on the customer.

### **Medical Needs of the Study Population**

About half of the people who ordered the service did so because of an infection, another 20% sought the service because of medical trauma or pain, about 15% ordered the service because of a cardiological problem, and some 20% reported ordering the service for some other problem. About half defined their problem as being severe or very severe.

### **The Appropriateness of the Use of the Service**

About one-quarter of the respondents ordered a house call during the day, when sick fund clinics are open. A slightly larger proportion of elderly people (32%) and Russian-speakers (31%) ordered a house call during the day. Concern has been raised that the use of night services impedes efficient medical monitoring and the continuity of care. One reason the elderly and Russian-speakers order this service during the day may be that the care provided at clinics does not fulfill some of their needs. The findings also indicate that the night services can provide a definitive response, as most (75%) of the people who used the service did not need further care in the emergency room.

**The degree to which the service is an alternative:** This service is an alternative to other medical services; indeed, half of the respondents reported that they would have gone to the emergency room had they not been able to order a house call.

### **Assessment of the Care Provided**

One indicator of the quality of a physician's work is how thoroughly the physician explains medical situations and treatment. About 70% of the respondents received clear explanations about various subjects, such as instructions about their health (72%) or medical consultation (80%). Nevertheless, a large proportion of people age 65 and over reported that physicians do not spend enough time on clear explanations of health status (34%, compared to 28% of the general population), or on continued care (26%, compared to 20% of the general population).

### **Waiting Times and Satisfaction**

**Waiting times:** In about 45% of the cases, the physician arrived within half an hour, in 13% of the cases the physician arrived within between 30 minutes and an hour, and in 42% of the cases, it took the physician longer than an hour to arrive.

**Satisfaction:** The findings indicate that people who use the service are quite satisfied with it: 91% are satisfied or very satisfied with the attitude of the physician, and 90% are satisfied or very satisfied with the attitude of the clerk on the telephone and with the clarity of instructions regarding medical follow-up. Levels of satisfaction are somewhat lower with the choice of medications (82%), the professional level of the physician (80%), and the speed of the physician's arrival (69%).

Another indication of satisfaction is that 79% of those who used the service reported that they would recommend it to their family or friends, and 86% percent would order the service again if they had a similar problem at night.

### **Summary**

The findings indicate that most of the respondents believe they need night services after clinic hours; most of them are satisfied with the service and would use it again if they needed it; and most of them did not need further care in the emergency room.

The results of the study highlight several issues for further attention, primarily use of the service during the day, when sick fund clinics are open. The results of the study also indicated that there are certain problems with the provision of explanations to the elderly.

This study makes it possible, for the first time, to comprehensively, thoroughly evaluate this new service; to assess the needs of people who uses night services; and to examine the degree to which this service is an alternative to other emergency medical services. The report will help policymakers find ways of improving the provision of the service, regulating its use, providing payment for the service, and ensuring sick fund surveillance.

## Acknowledgments

We thank the sick fund representatives who followed the study from the beginning: Dr. Michael Rosenbluth, head of the Department of Community Medicine, Clalit Sick Fund; Professor Boaz Porter, medical director for the Negev Region, Maccabi Sick Fund; Simcha Rav-Nov, assistant to the director of the Medical Department, Meuhedet Sick Fund; and Shuki Roditi, administrative director of the Medical Department, Leumit Sick Fund.

Thanks also to the directors of the companies that provide night services, who made their data lists available to us for sampling: Yuval Ziv, director of Bikurofe; Ronen Elad, director of HaShmira-Marlam; and Rina Ramot, director of Matan.

We thank all those who contributed to the discussion and understanding of the findings: Dr. Boaz Lev, deputy director of the Ministry of Health; Dr. Michael David, head of the Department of Community Medicine; Nurit Friedman, director of the Department for Evaluation of Medical Service, Maccabi Sick Fund; Gal Hershkowitz of the budget department, Ministry of Finance; and Meidad Gissin, head of Zvi.

Special thanks to Dr. Revital Gross and Dr. Bruce Rosen for their helpful comments on earlier drafts of this report.

We thank all those of our colleagues at the JDC-Brookdale Institute who offered counsel and guidance during the course of our work. Bilha Allon edited this report, and Inbal Yonayov helped type it.

# Table of Contents

1. Introduction.....	1
2. Study Methods .....	3
2.1 Study Population and Sampling.....	3
2.2 Data Collection and Study Tools.....	4
3. Description of the Service.....	4
3.1 Matan .....	5
3.2 HaShmira-Marlam .....	6
3.3 Bikurofe .....	6
3.4 Hayat.....	6
4. The Sick Funds .....	7
4.1 Meuhedet Sick Fund .....	7
4.2 Leumit Sick Fund.....	7
4.3 Maccabi Sick Fund .....	7
4.4 Clalit Sick Fund .....	7
5. Principal Findings .....	8
5.1 Patterns of Use .....	8
5.2 Medical Needs of the Study Population.....	24
5.3 Is Use of the Service Appropriate? .....	24
5.4 Alternatives: Is Ordering a House Call an Alternative to Visiting an Emergency Medical Center or the Emergency Room?.....	30
5.5 The Nature of the Medical Care Provided .....	31
5.6 Waiting Times and Satisfaction .....	41
6. Summary .....	46
Bibliography .....	52

## List of Tables

Table 1: The Study Population .....	3
Table 2: Personal and Administrative Background Characteristics of People Who Use the Service.....	9
Table 3: Characteristics of Older Adults Who Use the Service, Compared to the General Population.....	11
Table 4: Reasons for Not Visiting a Sick Fund Emergency Medical Center or the Emergency Room, by Background Characteristics.....	13
Table 5: Respondents Reporting that a Professional Recommended Ordering a House Call, by Background Characteristics.....	14
Table 6: Respondents Reporting Their Problem Was Severe or Very Severe, by Measures of the Relationship with the Family Physician.....	17
Table 7: The Hour at which the House Call Was Ordered, by Measures of the Relationship with the Family Physician (among Those Not Ordering the Service on the Sabbath).....	18
Table 8: Purchase of a Subscription to the Service, by Measures of the Relationship with the Family Physician .....	18
Table 9: Respondents Reporting Subscribing to the Service, by Background Variables.....	20
Table 10: Respondents Reporting Not Knowing that the Service Cost Money, by Background Variables.....	21
Table 11: Clients Who Paid More than NIS 75 for the Service and Who Were Denied Reimbursement by Their Sick Fund, by Sick Fund.....	23
Table 12: Breakdown of the Hours during Which the Service Was Ordered, by Background Variables.....	25
Table 13: Respondents Reporting Waiting Longer than Five Hours between the Onset of the Problem, and Ordering the Service.....	27
Table 14: Self-referral and Physician Referral to the Emergency Room, by Background Variables.....	28
Table 15: People Who Were Referred and Actually Went to the Emergency Room.....	29

Table 16: People Who Preferred to Wait Until Morning, Go to an Emergency Medical Center or to the Emergency Room, by Selected Variables.....	31
Table 17: Requests that Physicians Provide Explanations and Instructions.....	33
Table 18: Receipt of a Prescription for Medication, by Background Characteristics .....	35
Table 19: Recommendations to See the Family Physician, by Background Variables.....	36
Table 20: Outcomes of Care, by Background Variables .....	38
Table 21: Length of Time Until Physician's Arrival, and Reasonableness of that Time, by Background Variables.....	41
Table 22: Components of Satisfaction with Care .....	43
Table 23: Satisfaction with the Professional Level of the Physician Who Made the House Call, with the Speed of His Arrival, and with the Choice of Medications, by Background Variables.....	44
Table 24: People Who Recommended the Service to Family and Friends, and Repeat Orders from the Same Service Provider .....	45
Table 25: Recommendation of the Service, by Level of Satisfaction with Aspects of the Service.....	46

## Appendix Tables

Table 1: Logistic Regression: Failure to Wait Until Morning to See Family Physician for Medical Reasons .....	54
Table 2: Logistic Regression: Independent Influence of Background Variables on the Purchase of a Subscription.....	54
Table 3: Logistic Regression: Independent Influence of Background Variables on the Hour the Service Was Ordered .....	55
Table 4: Logistic Regression: Independent Influence on the Time Waited between Onset of the Medical Problem and Ordering the Service .....	55
Table 5: Logistic Regression: People Who Go to the Emergency Room.....	56
Table 6: Logistic Regression: Independent Influence on Going/Not Going to the Emergency Room.....	56

Table 7: Logistic Regression: Independent Positive Influence on Inability to Ask the Physician Questions and Receive an Answer .....	57
Table 8: Logistic Regression: Independent Influence on Receipt of an Explanation about Continuing Care .....	57
Table 9: Logistic Regression: Independent Influence on Receipt of Instructions Regarding Symptoms .....	58
Table 10: Logistic Regression: Independent Influence on Receipt of a Prescription for Medications .....	58
Table 11: Logistic Regression: Independent Influence on House Call Physician's Recommendation to See the Family Physician.....	59
Table 12: Logistic Regression: Independent Influence on Solution of the Problem through Care.....	59
Table 13: Logistic Regression: Independent Influence of Background Variables on Time Waited for Physician .....	60