



# ג'וינט-מכון ברוקדייל

**תפיסותיהם של ערבים ושל יהודים  
את מערכת הבריאות שנתיים וחצי לאחר  
יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי**

ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית

מרק פרפל ♦ דן יובל

המחקר מומן בחלקו על-ידי המכון הלאומי  
לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

דוח מחקר

דמ-99-351

00 36872 001 001

BR - BR - 351 - 99 C. 1

לא להשאיר

## 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



**תפיסותיהם של ערבים ושל יהודים  
את מערכת הבריאות שנתיים וחצי לאחר  
יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי**

**ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית**

**מרק פרפל      דן יובל**

**המחקר מומן בחלקו על-ידי המכון הלאומי  
לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות**





## פרסומים נוספים של ג'וינט-מכון ברוקדייל העוסקים בנושא זה

פרפל, מ.; רוזן, ב.; ברג, א.; גרוס, ר. 1997. תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים לאחר יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-274-97. (אנגלית)

ברג, א.; גרוס, ר.; רוזן, ב.; חניניץ, ד. 1997. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-284-97. (עברית)

גרוס, ר.; גרינשטיין, מ.; דובני, א.; יובל, ד.; רוזן, ב. 1998. רמת השירות בקופות החולים בעקבות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי: לקט ממצאים ראשוניים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995. תמ-17-98. (עברית)

להזמנת פרסומים ניתן לפנות לגיונט-מכון ברוקדייל, גבעת הגיונט, ת"ד 13087, ירושלים 91130, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391.

## תקציר

הערבים המתגוררים בישראל מהווים אוכלוסייה פגיעה, המתמודדת עם מכשולים גיאוגרפיים, כלכליים, חברתיים ותרבותיים לקבלת שירותי בריאות. לכן הם היו עשויים להפיק תועלת מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר יושם ב-1 בינואר 1995. לפני החלת החוק היו הבדלים משמעותיים במצב הבריאות ובשירותי הבריאות בין ערבים ליהודים, בד בבד עם שיפור הולך וגדל במצב הבריאות ושירותי הבריאות באוכלוסייה הערבית. על-פי הספרות, לפני יישום החוק היה מצב הבריאות של הערבים פחות טוב מזה של היהודים; שיעור החברים בקופות חולים היה נמוך יותר; נגישות בעלי מקצוע או מתקנים של שירותי בריאות לערבים היתה מוגבלת יותר; ושיעורים נמוכים יותר מהם ביקרו אצל רופאים (רופאי משפחה, רופאים מומחים, רופאי שיניים). נמצאה סבירות גבוהה יותר שלערבים תהינה הוצאות על שירותי רפואה פרטיים – הדבר משקף ככל הנראה את נגישותם הנמוכה של שירותי קופות החולים. ב-1993 הוועדה לקידום שירותי בריאות לערביי ישראל של משרד הבריאות ראתה בהחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי רכיב חיוני בקידום שירותי הבריאות לאוכלוסייה הערבית ולצמצום הפערים בין ערבים ליהודים באשר לשירותי בריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כיסוי ביטוח בריאות אוניברסלי, ובכך ביטל היבט אחד באי-השוויון בין ערבים ליהודים בשירותי הבריאות. שנית, החוק השתית את התגמול לקופות החולים לפי שיטת הקפיטציה, שבה כל קופת חולים ממומנת על-פי מספר חבריה ועל-פי גילם, במקום מימון על-פי רמת ההכנסה של חבריה, כפי שהיה נהוג לפני החוק. שינוי זה אמור היה להפוך את האוכלוסייה הערבית ליותר אטרקטיבית מבחינה פיננסית לקופות החולים, וזה, בתורו היה צפוי להגביר את התחרות, להעלות את רמת שירותי הבריאות ומכאן, לקדם את שירותי בריאות ואת מצב הבריאות במגזר הערבי.

אכן, בהתבסס על הסקר שערך ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנת 1995 בקרב האוכלוסייה הכללית, שמונה חודשים לאחר יישום החוק, ערבים, יותר מיהודים, נטו במובהק לדווח על עלייה ברמת השירותים של קופת החולים. המחקר של 1995 חשף גם צמצום של חלק מהפערים בין ערבים ליהודים, כולל הבדלים בשכיחות הביטוח המסחרי ובהוצאות למשק בית על רופאים פרטיים. מדיווחים בעל-פה של פאנל של אנשי מקצוע ערבים שהגיבו על סקר 1995 עולה שבעקבות יישום החוק, קצב הקמת המרפאות ביישובים הערביים על-ידי קופות החולים הלך וגבר. אולם, ההבדלים בין ערבים ליהודים שכבר תועדו בעבר, כגון שימוש נמוך יותר בשירותי מומחים בקרב הערבים, נמצאו תקפים. המחקר גם חשף הבדלים שלא זוהו קודם, כולל סבירות נמוכה יותר שיהיה לערבים רופא משפחה קבוע וידע מוגבל בקרב הערבים על מדיניות ביטוח משלים או בעלות על ביטוח. המחקר גם חשף חוסר שביעות רצון באשר לסבירות זמני הנסיעה לרופא הראשוני.

דוח זה עורך השוואה בין תגובותיהם של 233 ערבים לבין תגובותיהם של 972 יהודים לסקר מעקב ארצי בקרב האוכלוסייה הכללית, שבוצע באמצעות ראיון טלפוני על-ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנת 1997, שנתיים וחצי לערך לאחר יישום החוק (סה"כ שיעורי היענות 85%). הסקר העריך את השינויים בתפיסות

הציבור, את השינויים ברמת שירותי הבריאות ואת ההוצאות על בריאות, את נגישות שירותי הבריאות הראשוניים ושירותי המומחים ושכיחותם, את קבלתם של שירותי מניעה נבחרים ושל שירותי חירום, את שביעות הרצון מהשירותים, ואת נושא רכישת ביטוחי בריאות משלימים ומסחריים. מימון מהמכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות אפשר לנו להוסיף שאלות בנושאים חשובים במיוחד לערבים הישראליים (כלומר, גישה לשירותי מומחים ולשירותי חירום, שימוש בשירותי רופאים פרטיים); להכפיל את מספר הערבים בסקר הטלפוני; ולקיים ראיונות פנים-אל-פנים (תוך שימוש בשאלון דומה) ב-237 משקי בית ערביים ללא טלפונים בכפרים ובערים בצפון וב"משולש הקטן". הדבר אפשר לנו להשוות בין תת-קבוצות ערביות שונות, כמו ערבים החיים בכפרים לא-מוכרים. הסיכום להלן מתייחס לממצאים מהסקר הטלפוני, אלא אם כן מצוין אחרת.

יחסית למרואיינים היהודים, המרואיינים הערבים עם טלפון בביתם או בלעדיו היו צעירים, היו להם משקי בית גדולים, רמות ההשכלה וההכנסה שלהם היו נמוכות, ובדרך כלל הם התגוררו בקהילות כפריות קטנות בצפון הארץ. שיעור קטן יותר של מרואיינים ערבים עבדו מחוץ לבית בהשוואה למרואיינים יהודים; ממצא זה נבע בעיקר מן השכיחות הגבוהה יחסית של עקרות-הבית באוכלוסייה הערבית. לגבי מרבית הנושאים נמצאו הבדלים בעלי מובהקות סטטיסטית גם לאחר ניתוחים אלו (כלומר, מצב רפואי על-פי דיווח עצמי, שיפור ברמת השירותים של קופת החולים, ויתור על טיפול בשל המרחק, קבלת סוגים נבחרים של טיפולי מניעה ושכיחות ביטוחים מסחריים). ניתוחים רב-משתננים בוצעו כדי לנטרל את ההבדלים הדמוגרפיים בין ערבים ליהודים.

הממצאים מסקר המעקב הטלפוני של שנת 1997 הראו שמשנת 1995, הבריאות ושירותי הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית המשיכו להשתפר; אולם, בעוד שחלק מהפערים בשירותי הבריאות בין ערבים ליהודים צומצמו, אחרים נותרו בעינם. לדוגמה, חל שיפור בנגישות רופאי המשפחה של קופת החולים בעבור הערבים; הופחתו הוצאות של משקי בית על רופאים פרטיים, וכך גם ההוצאות על רופאים פרטיים בשירותי חירום לאחר שעות העבודה; והערבים דיווחו על שיפור במצב הבריאות. יש לציין שכמעט כל המרואיינים הערבים דיווחו שיש להם רופא משפחה קבוע בקופת החולים שלהם; לרובם היה אותו רופא בשלוש השנים האחרונות; יש להניח שהדבר ישפר את המשכיות הטיפול לאוכלוסייה הערבית.

השפה המדוברת על-ידי רופאי המשפחה של קופת החולים לא נמצאה כמכשול לקבלת טיפול לגבי רוב המרואיינים הערבים. שבעת האחוזים מן הערבים שדיווחו שלא הרגישו בנוח עם השפה שרופא המשפחה שלהם דיבר, ציינו בדרך כלל שהוא דיבר עברית. זמני המתנה לטיפול שגרתי ולטיפול מומחים צומצמו במגזר הערבי. יחסית לתגובות שלהם בשנת 1995 ולתגובות היהודים בשנת 1997, דיווחו הערבים על המתנה קצרה יותר לרופא המשפחה, ועל זמן קצר יותר בין בקשת ההפניה למומחה לבין הביקור אצלו בפועל; הדבר נכון לגבי חמשת סוגי המומחים השכיחים ביותר. בנוסף, יחסית ל-1995, אחוז גדול יותר של ערבים דיווחו ששעות הקבלה של הרופא המומחה היו נוחות או נוחות מאוד. לבסוף, שיעור קטן יותר של ערבים מיהודים דיווחו על כך שהוצאותיהם על בריאות גרמו להם לקשים כלכליים ניכרים.

נמצא כי 71% מהמרואיינים הערבים, בהשוואה ל-34% מהמרואיינים היהודים, דיווחו על שיפור כללי ברמת שירותי קופת החולים, והדבר תואם את השיפורים שצוינו לעיל. יתר על כן, הפער בין תפיסת

השיפור בקרב הערבים לבין התפיסה בקרב היהודים גדל מאז 1995. הבנה מעמיקה יותר של שינויים ברמת השירותים לערבים וליהודים דורשת מידע על הקצאת המשאבים של קופות החולים לקבוצות ולתת-קבוצות אוכלוסייה שונות, ועל שינויים באיכות הטיפול.

שיעור גדול יותר של ערבים מיהודים דיווחו שמצב הבריאות שלהם היה טוב או טוב מאוד, יחסית ל-1995. שינוי זה יכול להיות תוצאה של הנגישות המשופרת של שירותי הבריאות במגזר הערבי, ושל התחושה החזקה יותר בקרב הערבים של שיפור ברמת השירותים.

בהתבסס על השיפור הנרחב ברמת שירותי קופת החולים בקרב האוכלוסייה הערבית (מ-30% ב-1995 ל-71% ב-1997), ניתן היה לצפות לעלייה מקבילה בשביעות הרצון הכללית משירותי קופת החולים. אולם, השיפור בשביעות הרצון הכללית בקרב המרואיינים הערבים בין 1995 ל-1997 היה קטן יחסית, והוא נמוך מהשיפור בשביעות הרצון הכללית שדווחה על-ידי היהודים בשנת 1997. שיפור קטן אך מובהק סטטיסטית בשביעות הרצון של הערבים נמצא לגבי כל רכיבי הטיפול מלבד שניים. אפשר שהמרואיינים לא ראו את השיפור באותם רכיבי הטיפול אשר נבדקו בסקר כמכריע בשביעות הרצון הכללית שלהם. לכן, התייחסות לבעיות אחרות, שיפורטו להלן, יכולה להיות מכריעה יותר לגבי שביעות הרצון הכוללת של הערבים משירותי קופת החולים.

בהתאם לממצא שהנגישות של שירותים מסוימים של קופת החולים במגזר הערבי השתפרה, נמצא כי הערבים פחות תלויים בשירותי רופאים פרטיים מאשר היו בשנת 1995. ראשית, ערבים מעטים דיווחו כי המטפל הראשוני הקבוע שלהם הוא רופא פרטי. שנית, שיעור המרואיינים הערבים שדיווחו על הוצאות על רופאים פרטיים (מלבד רופאי שיניים) היה נמוך באופן משמעותי ב-1997 מהשיעור ב-1995, ועתה הוא דומה לשיעור בקרב היהודים. שלישית, בניגוד למצב ב-1995, ב-1997 אף אחד מהמרואיינים הערבים לא דיווח על שימוש לאחר שעות העבודה בשירותי רופא פרטי שאינו שייך לשירות מאורגן לטיפולי חירום. הדבר יכול לנבוע בחלקו מהשימוש המדווח בשירותי "חייאת", המהווים מקור גדל והולך של שירותי חירום פרטיים במספר ערים וכפרים ערביים. ערבים גם דיווחו על הרחבת השימוש בחדרי מיון בבתי חולים, במוקדים לטיפולי חירום בקהילה (המופעלים על-ידי קופות החולים) ובשירותי מד"א לטיפול חירום לאחר שעות העבודה.

שינויים אלה משקפים את הנגישות המוגברת של סוגים שונים של שירותי חירום לאחר שעות העבודה בעבור האוכלוסייה הערבית. ייתכן שיש בכך גם שיפור באיכותם של טיפולי החירום לערבים, שכן אנו מניחים שלרופאים הפרטיים שעליהם הם נסמכו בעבר היתה פחות גישה לציוד ולמומחים מאשר לבתי החולים ולמתקני החירום הקהילתיים. אולם, על-פי דיווחיהם, השימוש של הערבים במוקדי החירום בקהילה היה פחות מהשימוש של היהודים, ככל הנראה בשל הזמינות הנמוכה יותר של שירותים אלה ביישובים הערביים. שיעורי השימוש הגבוהים בקרב הערבים בחדרי המיון של בתי החולים לצורך קבלת טיפול לאחר שעות העבודה מצביעים על כך שעדיין יש מקום לשיפורים בתחום זה, במיוחד לאור העובדה שערבים מתגוררים בדרך כלל במרחק רב יותר מבית החולים הקרוב ביותר מאשר יהודים.

עדיין קיימים הבדלים בין ערבים ליהודים ביחס לשימוש בשירותים של מומחים, של רופאים בעלי תת-התמחות ושל בעלי מקצוע בתחום בריאות הנפש; ביחס להספקת שירותי מניעה (כגון בדיקות לחץ דם); ביחס לשכיחות ביטוחי הבריאות המסחריים; ובאשר לידע על ביטוח משלים. מספר בעיות נבעו ככל הנראה מהמיקום הפריפרי של כפרים ערביים רבים, ומכאן גם זמן הנסיעה הארוך לצורך ביקור בבית חולים, במרפאות החוץ של בית החולים, במרכזים שלישוניים לטיפול רפואי, במוקדי חירום בקהילה ובמעבדות.

לדוגמה, ערבים יותר מיהודים נטו לדווח על ויתור על שירותי בריאות, במיוחד על שירותי מומחים, בשל המרחק של השירות מבתם. יתר על כן, למרחק לבית החולים הקרוב או למוקד החירום בקהילה הקרוב יש השפעה מכרעת באשר לויתור על טיפול הן בקרב הערבים והן בקרב היהודים; לכן חשוב לציין שבממוצע רוב הערבים חיים רחוק יותר מאשר יהודים מבתי חולים וממוקדי חירום. משום שערבים נטו פי שניים מיהודים לצרוך שירותי מומחים במרפאות חוץ של בתי חולים, המרחק הגדול יותר מבית החולים הקרוב מייצג לכל הפחות אי-נוחות, וקרוב לוודאי -- מכשול בדרך לקבלת טיפול; זה גם יכול להסביר את תת-השימוש בשירות ואת העיכוב בקבלת טיפול בקרב הערבים.

הערבים גם נטו יותר מיהודים לדווח על כך שזמני ההפניה למומחים וזמני הנסיעה לרופא המשפחה של קופת החולים אינם סבירים, ולהביע פחות שביעות רצון משירותי החירום. משום שאחת ממטרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא לספק לכל שכבות האוכלוסייה שירותי בריאות זמינים, נוחים ובאיכות סבירה, יש להעניק את תשומת הלב הראויה לממצאים אלה. יש לציין שזמני הנסיעה שדווחו על ידי הערבים והיהודים היו דומים למדי. הבדלים בין תפיסות הערבים לתפיסות היהודים לגבי מה שנחשב זמן נסיעה סביר למרפאת קופת החולים עשויים לנבוע מההבדלים בשיעורים של בעלי מכוניות; מהגישות המוגבלות של התחבורה הציבורית בערים וכפרים הערביים; מן המצב הירוד של הדרכים לערים ולכפרים הערביים; ומההוצאה היחסית, הזמן, המרחק ואי-הנוחות שערבים מייחסים לנסיעה. יותר מכך, יש ערבים שצריכים לנסוע מחוץ לכפר כדי לבקר אצל רופא המשפחה שלהם - ממצא שדווח לאחרונה על-ידי אדלר ולוטן (1997). הן ערבים והן יהודים דיווחו על שביעות רצון מרכיבים רבים של הטיפול והדבר מדגיש את חשיבות ההבדלים בתפיסת זמן הנסיעה לרופא המשפחה שלהם.

ייתכן שהערכת הערבים שלוקח להם זמן בלתי סביר לקבל שירותי מומחים (למרות שהערבים דיווחו על זמני המתנה קצרים יותר מהיהודים) נובע מן הצורך הדחוף יותר שלהם לקבל טיפול, אשר מקורו בתת-השימוש שלהם בשירותים בשל המרחק מבתי חולים, ממרפאה וממוקדי החירום, כפי שצוין לעיל. הערכה זו יכולה גם לעלות מתוך תחושה סובייקטיבית שהצורך בטיפול הוא דחוף, מן הקשיים להגיע למומחים או מתהליך ההפניה המסורבל. ערבים שדיווחו על גישה ישירה למומחים חשו כי זמן ההמתנה שלהם פחות סביר מאשר אלה שהופנו לשירותי מומחים על-ידי רופא המשפחה שלהם, ונמוך משל יהודים בעלי גישה ישירה לשירותי מומחים.

יחסית ליהודים, ערבים אשר סבלו מבעיות נפשיות נטו פחות לפנות לפסיכולוגים או לפסיכיאטרים מאשר לרופאי המשפחה. ייתכן שזו תוצאה הן של ההבדלים בזמינות בעלי המקצוע בבריאות הנפש בין המגזר הערבי למגזר היהודי, והן בשל הבדלים תרבותיים בין ערבים ליהודים. בשנת 1993, דיווחה

הוועדה לקידום שירותי בריאות לערביי ישראל של משרד הבריאות על הצורך להפחית את הפער הגדול יחסית בזמינות שירותי בריאות הנפש במגזר הערבי על-ידי הגדלת כוח האדם המקצועי דוברי הערבית והכשרה יותר אינטנסיבית שלהם.

בעת ניתוח הנתונים, התעוררה השאלה האם ממצאי המחקר היו שונים אילו היינו מתרכזים רק בתושבים ערבים ויהודים המתגוררים ביישובים קטנים באזורי הפריפריה. כדי לענות על שאלה זו, נערכה השוואה בין התגובות לסקר הטלפוני של יהודים וערבים החיים ביישובים קטנים (פחות מ-50,000 תושבים) שאינם סמוכים לערים גדולות (כמו חיפה, תל אביב-יפו, ירושלים). ניתוח זה העלה ממצאים דומים לאלה של הסקר המרכזי. הדבר מעיד כי נותרו הבדלים בין ערבים ליהודים ביחס להיבטים רבים של שירותי הבריאות, גם לאחר פיקוח על גודל היישוב ועל הקירבה לעיר הגדולה. יוצא מן הכלל חשוב אחד היה שביישובים הקטנים היה שיעור דומה של ערבים (12%) ושל יהודים (10%) שדיווחו כי ויתרו על סוגים מסוימים של טיפול רפואי הממומנים בידי קופת חולים בשנה החולפת משום שהשירות לא היה קרוב מספיק לביתם.

נמצאו הבדלים מסוימים בין ערבים ללא טלפון לבין ערבים עם טלפון, המעידים על כך שבפני הראשונים עומדים מכשולים נוספים בדרך לקבלת שירותי קופת חולים. לדוגמה, נמצאה שכיחות גבוהה יותר בקרב ערבים ללא טלפון של הוצאות למשק בית על רופא פרטי. בנוסף, לשיעור נמוך יותר מקרב הערבים ללא טלפון היה רופא משפחה קבוע, שיעור קטן יותר עברו בין קופות החולים, ואחוז המדווחים על שיפור בשירותי קופת החולים היה קטן יותר, מאשר ערבים עם טלפון. נמצא כי ערבים בכפרים לא-מוכרים המרוחקים מבחינה גיאוגרפית מהווים תת-קבוצה פגיעה במיוחד, המתמודדת עם בעיות קשות בקבלת שירותי בריאות, בשל מחסור בשירותים מקומיים. שיעור המסתמכים על תחבורה ציבורית כדי לבקר את רופא המשפחה שלהם קטן מהערבים האחרים; הם דיווחו על זמני נסיעה ארוכים יותר לרופא המשפחה שלהם (לעתים קרובות על יותר משעה); ערבים סברו כי זמני הנסיעה לרופא המשפחה הם בלתי סבירים וכי שעות הקבלה של רופא המשפחה ושל הרופא המומחה בלתי נוחות. אף אחד מהם לא דיווח על הגעה רגלית לרופא או על מעבר בין קופות החולים מאז יישום החוק. שיעור המדווחים על שיפור בשירותי קופת חולים היה קטן יותר מאשר מרואיינים ערבים אחרים. יתר על כן, הסיכויים שידווחו על הוצאות למשק בית על רופא פרטי, או על ויתור על טיפול בשל המרחק בין השירות לביתם היו גבוהים יותר.

הסקר פנים-אל-פנים כלל סידרת שאלות נוספת, שבאמצעותן נתגלו הבדלים בידע של המרואיינים לגבי זכויותיהם בחוק (לדוגמה, ידע מועט לגבי זכותם לגבי ביקור בחדר מיון או ביקורי בית של רופא). נושא זה דורש בדיקה נוספת. שאלה פתוחה לגבי תפיסת המרואיינים את הבעיות העיקריות הקשורות בבריאות ביישוב שלהם הדורשות פתרון תואמת את הממצאים העיקריים של הסקר הטלפוני. רוב המרואיינים התייחסו לגישה מוגבלת לשירותי אמבולנס, לבתי מרקחת, לשירותי מומחים ולשירותי חירום בשל המרחק מביתם. חלק ניכר גם התייחסו לזמינות מוגבלת של שירותים (לדוגמה, המתנה ארוכה לתרופות ולשירותי מומחים). מרואיינים אחרים התייחסו לבעיות סניטציה, כגון לשירותים מוניציפליים בלתי-מספיקים של ביוב ושל איסוף אשפה, לבעיות הקשורות לבריאות הציבור כגון מחלות תורשתיות, ולצורך בחינוך ביחס למניעת תאונות בבית.

על בסיס הסקר של 1997, נראה כי קופות החולים מייחסות חשיבות גוברת והולכת לאוכלוסייה הערבית. אולם, ייתכן שקופות החולים עדיין העניקו עדיפות נמוכה יותר לאוכלוסייה הערבית מאשר לאוכלוסייה היהודית, ומכאן ההבדלים העקביים בשירותי הבריאות בין יהודים לערבים, על אף השיפור המתמיד בשירותי הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית. יש צורך בניטור מתמשך של סוג ההבדלים הללו ומידתם בכל הערכה של השוויון בבריאות ובשירותי בריאות.

חשוב לציין שאין מצפים שעקב חוק ביטוח בריאות ממלכתי ייעלמו כל הפערים הקשורים בבריאות בין ערבים ליהודים, כגון מצב הבריאות והגישה לשירותי בריאות, הנקבעים על-ידי מערך גורמים סוציו-אקונומיים, תרבותיים, התנהגותיים וסביבתיים; לא על כולם ניתן לפקח או להשפיע באמצעות החוק.

## דברי תודה

מחקר זה נתמך במענק שניתן על-ידי המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות ומומן בחלקו על-ידי גיוינט-מכון ברוקדייל. החוקרים מבקשים להודות לנירה שמאי, המנהלת המדעית של המכון הלאומי, על תמיכתה ועל שהעניקה לנו הזדמנות להציג נתונים ראשוניים בסמינר של המכון הלאומי במרס 1998.

המחברים מודים לעאהד ערו על עזרתו הנדיבה בגיוס, באימון ובתיאום צוות השדה ב"משולש הקטן", ועל אירוח החוקר הראשי בביתו בגית במהלך עבודת השדה. אנו מודים גם לסלים עלי זידאני על עזרתו האדיבה בגיוס צוות עבודה השדה בצפון, על האירוח ועל ההשתתפות במפגשי ההכשרה לצוות השדה, ועל תמיכתו המתמשכת בחוקר הראשי ועל השימוש בביתו כבסיס המבצע. אנו גם מודים לסוהילה מוראד, מתאמת השדה וצוות השדה בצפון.

אנו מוקירים תודה לאביגייל דובני על תמיכתה המיומנת וללא סייג בתכנון ובניהול כל ההיבטים של עבודת השדה, מהתוויית אופי עבודה השדה ועד להכשרה, תמיכה ותיאומים עם צוות השדה. אנו גם מודים לחאלד אבו-עסבה, לתמרה ברנע, לאיילת ברג, לרויטל גרוס, לג'יק האדלי, לברוך רוזן - מנהל תחום מדיניות בריאות בגיוינט-מכון ברוקדייל, ולמנהל גיוינט-מכון ברוקדייל - ג'יק חביב על הערותיהם, על תמיכתם ועל הנחיתם. אנו מודים גם למרים לוונברג על עזרתה במחשוב, ולעמיתים אחרים בגיוינט-מכון ברוקדייל אשר הציעו את עצתם ואת הנחיתם לאורך מהלך עבודתנו. תודה למרשה ויינשטיין שערכה את הדוח ולענבל יוניוב שסייעה בהדפסתו.

תודה לפייסל עזאייזה מאוניברסיטת חיפה על עזרתו בפיתוח השאלות החשובות במיוחד לאוכלוסייה הערבית, ולאלן רוס מבית הספר ע"ש גיונס הופקינס להיגינה ולבריאות הציבור, המחלקה לביו-סטטיסטיקה, על הנחיתו בתכנון סקר פנים אל פנים במשקי בית ערביים ללא טלפון.

# תוכן עניינים

## מבוא

1

## שיטות המחקר

2

## ניתוח הנתונים

3

## אוכלוסיית המחקר

4

## ממצאים

7

### מצב בריאותי לפי דיווח עצמי

7

שינויים נתפסים ברמת שירותי קופת החולים במהלך השנה האחרונה

9

שינויים נתפסים בהוצאות על בריאות

10

הוצאות למשפחה על רופאים פרטיים

11

גישה לשירותי בריאות ושימוש בהם

12

ויתור על שירותי בריאות בשל מרחק

22

בריאות הנפש

23

שירותי חירום

24

היבטים נבחרים של טיפולי מניעה

27

שביעות רצון משירותי קופת החולים

29

השגת שירותים טובים יותר מקופת חולים אחרת

32

מעבר בין קופות החולים

33

ביטוח משלים ומסחרי

34

ידיעת הזכויות תחת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

36

שאלה פתוחה לגבי בעיות הקשורות בבריאות

38

## סיכום הממצאים ודיון

39

## הצעדים הבאים

44

## ביבליוגרפיה

45

## נספח א: השוואות בין תת-קבוצות של יהודים ושל ערבים

47

כללי

השוואה בין ערבים ללא טלפון לבין ערבים עם טלפון מערים ומכפרים בגודל זהה בשני אזורי המחקר

השוואה בין ערבים ללא טלפון מכפרים ללא הכרה לבין ערבים ללא טלפון מכפרים אחרים במחקר

50

## נספח ב: מודלים של רגרסיה לוגיסטית

## רשימת לוחות

- 5 לוח 1 : מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר (באחוזים)
- 6 לוח 2 : השתייכות המרואיינים לקופת חולים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 7 לוח 3 : מצב בריאות כללי, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 8 לוח 4 : מוגבלות פיזית, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 8 לוח 5 : רמת המוגבלות בביצוע פעולות יום-יומית, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 8 לוח 6 : יכולת ללכת 400 מטרים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 9 לוח 7 : שינוי ברמת השירותים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 11 לוח 8 : נטל כלכלי בשל הוצאות על בריאות, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 12 לוח 9 : הוצאות למשפחה על רופאים פרטיים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 12 לוח 10 : רופא משפחה קבוע, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 13 לוח 11 : נוחות השימוש בשפה שבה משוחח המבוטח עם רופא המשפחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 13 לוח 12 : אופן ההגעה לרופא המשפחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 14 לוח 13 : זמן נסיעה לרופא ראשוני, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 14 לוח 14 : סבירות זמן הנסיעה לרופא המשפחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 15 לוח 15 : משך המתנה בעת הביקור האחרון, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 16 לוח 16 : נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 16 לוח 17 : נוחות שעות העבודה של עובדי המשרד, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 16 לוח 18 : נוחות שעות קבלה ומסירה של בדיקות מעבדה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 17 לוח 19 : ביקור אצל רופא מומחה בשלושת החודשים האחרונים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 18 לוח 20 : מומחיות הרופא שאצלו ביקרו המבוטחים בביקור האחרון, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

- 19 לוח 21 : המקום שבו קיבל הרופא המומחה את המבוטח, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 19 לוח 22 : זמן הפניה לרופא מומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 20 לוח 23 : סבירות זמן ההפניה לרופא מומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 21 לוח 24 : נוחות שעות העבודה של רופא מומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 22 לוח 25 : ויתור על שירותים בשל המרחק, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 22 לוח 26 : סוג השירותים שוויתרו עליהם בשל המרחק, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 23 לוח 27 : מצוקה נפשית קשה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 24 לוח 28 : פנייה לאיש מקצוע לטיפול במצוקה נפשית קשה אחרונה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 24 לוח 29 : סוג בעל המקצוע בתחום בריאות הנפש שביקרו אצלו, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 25 לוח 30 : שימוש בשירותי חירום לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 25 לוח 31 : מקור שירותי החירום, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 26 לוח 32 : שביעות הרצון משירות החירום, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 27 לוח 33 : בדיקת לחץ הדם האחרונה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 28 לוח 34 : עברו אי-פעם ממוגרפיה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 30 לוח 35 : שביעות רצון כללית מקופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 30 לוח 36 : שביעות רצון מהרמה המקצועית של רופא המשפחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 30 לוח 37 : שביעות רצון מהיחס של רופא המשפחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 30 לוח 38 : שביעות רצון מהיחס של הצוות הסיעודי, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 31 לוח 39 : שביעות רצון מהרמה המקצועית של הרופא המומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 31 לוח 40 : שביעות רצון היחס של הפקידים במשרד, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 31 לוח 41 : שביעות רצון ממבחר התרופות, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 31 לוח 42 : שביעות רצון מקלות קבלת הפניות, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

- 32 לוח 43: שביעות רצון משירותי מעבדה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 32 לוח 44: שביעות רצון מהניקיון והטיפוח של מתקני הקופה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 32 לוח 45: האם תוכל לקבל שירות רפואי טוב יותר בקופת חולים אחרת? (באחוזים)
- 33 לוח 46: קופת החולים המציעה את השירות הרפואי הטוב ביותר (באחוזים)
- 33 לוח 47: מעבר בין קופות החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 34 לוח 48: בעלות על ביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 34 לוח 49: בעלות על ביטוח משלים בקרב חברי קופת חולים כללית, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 35 לוח 50: קבלת מידע על ביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 36 לוח 51: שכחות ביטוח בריאות פרטי, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 37 לוח 52: ידע על זכויות בקרב מרואיינים ערבים בראיונות פנים אל פנים (N=244)
- 38 לוח 53: תפיסת בעיות הבריאות המרכזיות בקרב מרואיינים ערבים בראיונות פנים אל פנים
- 48 לוח 54: השוואה בין תת-קבוצות לגבי שאלות נבחרות
- 50 לוח 55: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי של תפיסת מצב הבריאות כטוב או טוב מאוד (N=1,169)
- 51 לוח 56: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי מוגבלות (N=1,183)
- 52 לוח 57: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי השיפור הנתפש ברמת השירותים של קופת החולים (N=980)
- 53 לוח 58: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי השיפור הנתפש ברמת השירותים של קופת החולים בקרב חברי קופת חולים כללית (N=604)
- 54 לוח 59: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הרגשה כי תשלומים על בריאות מכבידים מבחינה כלכלית (N=1,014)
- 55 לוח 60: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הוצאה על רופא פרטי (N=1,031)
- 56 לוח 61: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הדיווח כי זמן ההגעה אל רופא הראשוני לא כל כך סביר או כלל לא סביר (N=1,077)
- 57 לוח 62: מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי ביקורים אצל רופא מומחה במהלך שלושת החודשים הקודמים (N=975)

- 58 לוח 63 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הדיווח כי פער הזמן בין הבקשה להפניה לבין הביקור אצל הרופא המומחה לא כל כך סביר או כלל לא סביר (N=368)
- 59 לוח 64 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הדיווח כי פער הזמן בין הבקשה להפניה לבין הביקור אצל הרופא המומחה לא כל כך סביר או כלל לא סביר בקרב חברי קופת חולים כללית (N=203)
- 60 לוח 65 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי ויתור על שירות בקרב חברי קופת חולים כללית (N=687)
- 61 לוח 66 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי ויתור על שירות (N=1,147)
- 62 לוח 67 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הדיווח כי לחץ הדם לא נבדק מעולם (N=1,055)
- 63 לוח 68 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הדיווח כי מעולם לא נערכה בדיקת ממוגרפיה (N=225)
- 64 לוח 69 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי שביעות רצון כללית גבוהה מאוד משירותי קופת החולים (N=1,196)
- 65 לוח 70 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי שביעות רצון כללית גבוהה או גבוהה מאוד משירותי קופת החולים (N=1,196)
- 66 לוח 71 : מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי בעלות על ביטוח משלים (N=965)