



ג'וינט-מכון ברוקדייל

גישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום:
אם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי
טנו הפערים בין הדרום
לאזורים אחרים בישראל?

נורית ניראל¹ • דינה פלפל² • ברוך רוזן¹
עירית זמורה² • מרים גרינשטיין¹ • סימה זלצברג¹

המחקר בוצע במימון המכון הלאומי לחקר
שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

1 היחידה לחקר מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל
2 הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

דוח מחקר

דמ-354-00

00 37162 001 001

BR- RR- 354-00

BR-RR-354-00

נגישות וזמינות שירותי הבריאות

ניראל, נורית

BRO 0037162-001-001



003716200818

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



נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל?

נורית ניראל¹ דינה פלפל² ברוך רוזן¹
עירית זמורה² מרים גרינשטיין¹ סימה זלצברג¹

המחקר בוצע במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

1 היחידה לחקר מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל
2 הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מארס 2000

ירושלים

אדר א' תש"ס

פועל אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר
אויסן אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר
אויסן אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר

אויסן אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר
אויסן אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר
אויסן אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר

אויסן אויף אירען יארן ש'אויסן אויף איר

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

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

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



המחקר מציג ניתוח משני של נתונים שנלקחו מתוך מחקרים שנערכו על-ידי חוקרים בג'וינט-מכון ברוקדייל:

איילת ברג, רויטל גרוס, ברוך רוזן ודוד חניניץ. 1997. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-284-97.

רויטל גרוס, מרים גרינשטיין, אביגיל דובני, איילת ברג, דן יובל, ברוך רוזן. 1998. רמת השירות בקופות החולים בעקבות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995. תמ-17-98.

רויטל גרוס, דן יובל, יונה יפה, וינקה בורמה. 1994. תפקיד הרופא הראשוני בישראל: ממצאים מוקדמים מסקר ארצי. דמ-216-94.

חווה טבנקין, רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג ושמואל שרירא. 1999. הרופא הראשוני כ"שומר שער": נקודת המבט של המבוטחים, של הרופאים הראשוניים ושל קובעי המדיניות. דמ-336-99.

דן יובל ואיילת ברג. 1997. השהות בבית-החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995. דמ-278-97.

בנוסף ניתחנו במחקר נתונים מתוך קבצים שונים ובהם קבצים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, וכן מתוך נתוני משרד הבריאות ומנתוני המוסד לביטוח לאומי.

במשך שנים ארוכות ניכרו פערים במדדים שונים של נגישות וזמינות שירותי הבריאות בין דרום הארץ לבין הממוצע הארצי. החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה עשויה לצמצם פערים אלה עקב הרחבת מעגל המבוטחים, הגדלת ההכנסות של קופת-חולים כללית ושינוי התמריצים לקופות על-ידי אימוץ נוסחת הקפיטציה. עם זאת הובע חשש שבשל היות הדרום אזור פריפריאלי, ואם לא יינתנו תמריצים נוספים, תושביו ימשיכו לקבל רמת שירות נמוכה מזו שמקבלים תושבי מרכז הארץ.

המטרה העיקרית של המחקר היא לבדוק האם בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין דרום הארץ לאזורים אחרים בישראל בנוגע לזמינות ולנגישות של שירותי בריאות.

שיטת המחקר שננקטה בעבודה זו היא ניתוח משני של נתונים שנלקחו ממחקרים ומקובצי נתונים ארציים, ובהם סקרי בריאות וסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נתוני משרד הבריאות על מוסדות אשפוז, נתונים של המוסד לביטוח לאומי על חברות בקופות-החולים, ומספר מחקרים ארציים של גיוינט-מכון ברוקדייל. בנוסף, נערכו ראיונות עם אנשי מפתח בקופות-החולים.

ממצאי המחקר עולה כי לא צומצמו ההבדלים בתשומות השירותים לנפש בין מרכז הארץ (שאר אזורי הארץ מלבד הדרום והצפון) לבין דרומה: לא צומצם הפער באחוזים בין מרכז הארץ לדרום בנוגע לכוח האדם הרפואי, ובנוגע לכוח אדם סיעודי המצב היחסי של הדרום אף הורע. גם לאחר החלת החוק יש בדרום פחות רופאים ואחיות מוסמכות לאוכלוסייה, ממוצע שעות העבודה שלהם לשבוע גבוה יותר לעומת מרכז הארץ (ואף לעומת הצפון שגם הוא אזור פריפריאלי), ומספר החולים הממוצע שהרופא הראשוני מקבל ליום גדול יותר בדרום לעומת המרכז. בנוסף, גם בשנים שלאחר החלת החוק יש שיעור נמוך של מיטות לאוכלוסייה ושיעור תפוסה גבוה בבת-החולים בדרום לעומת הממוצע הארצי, ממצאים המצביעים על היצע נמוך של שירותי אשפוז בדרום בהשוואה למרכז הארץ. הממצאים לעיל תואמים את הקשיים עליהם הצביעו נציגי הקופות כמאפיינים את מתן השירותים בדרום גם אחרי הפעלת החוק: מחסור בכוח אדם רפואי, בעיקר במומחים, ובכוח אדם פרה-רפואי, וקשיים בגיוס; עלות גבוהה של מתן השירותים עקב הפריסה הגיאוגרפית הרחבה של יישובים, ובעיות בתחום האשפוז.

בשנים שלאחר החלת החוק יש עדיין פער לטובת מרכז הארץ (ואף לטובת הצפון) לעומת הדרום בנוגע לנגישות שירותי הרופאים. שיעור גבוה יותר של תושבי הדרום ממתנינים עדיין לרופא המשפחה למעלה מ-30 דקות, אף כי הפער צומצם במקצת לעומת הפער שהיה בשנים שלפני החוק. לעומת זאת, הפער בין תושבי הדרום שממתנינים למעלה משבועיים מקביעת התור לרופא המקצועי ועד לקבלתו לבין תושבי המרכז שדיווחו כך גדל לעומת התקופה שלפני החלת החוק. גם הפער בין אזור המרכז לדרום בשיעור בעלי הביטוח המשלים גדל, ממצא שעשוי לבטא פער לרעת הדרום בנוגע לנגישות שירותי בריאות שאינם מכוסים בסל הבסיסי. במדדים של זמינות השירותים (נוחיות שעות עבודת הרופאים ועבודת המרפאה) לא היו פערים בין הדרום למרכז לפני החוק ותמונה זו שרירה וקיימת גם לאחר החלתו.

פערים באינדיקטורים אחרים של נגישות השירותים ותהליך הטיפול יכולנו לבדוק רק בנקודת הזמן שלפני החלת החוק. לכן, אין לנו יודעים אם צומצמו פערים לרעת הדרום שנמצאו בתקופה שלפני החוק. בשנת 1995 נמצא כי היה סיכוי רב יותר שמאושפז מן הדרום ימתין למעלה משלושה חודשים לקבלת תור לאשפוז, לעומת מאושפז ממרכז הארץ ואף מצפונה, ומאושפזים מן הדרום היו פחות שבעי רצון מן האשפוז לעומת מאושפזים מן המרכז. ממצאים אלה מתקשרים בוודאי לעובדה ששיעור המיטות לאוכלוסייה נמוך בדרום, והתפוסה בבתי החולים במחוז זה גבוהה.

אשר לשימוש בשירותים, בשנת 1993 נמצא כי שיעור הביקורים אצל רופא המשפחה בדרום היה נמוך בהשוואה למרכז הארץ וצפונה בקרב הילדים והקשישים, אך גבוה יותר בהשוואה למרכז הארץ וצפונה בקרב החולים הכרוניים. בנוסף, שיעור הביקורים אצל רופאים מומחים, גם של חולים כרוניים, נמוך בהשוואה לשיעור במרכז הארץ. רק לאחר שנתוני סקר בריאות 1997 יפורסמו, נוכל לדעת אם מאז החלת החוק צומצם הפער בשימוש בשירותי רופאים בין הדרום למרכז הארץ. אולם, ייתכן שבממצאים על אי צמצום הפערים בתשומות כוח האדם הרפואי ובנגישות שירותי הבריאות יש רמז לכך שגם הפערים בשימוש בשירותים לא השתנו.

לפי עדויות אנשי מפתח, בחלק מקופות-החולים החוק יצר תמריצים להרחיב ולפתח שירותים בקהילה ולשפר את השירות כדי להרחיב את מעגל המבוטחים ולהגדיל את פלח השוק שלהן בדרום. ואכן, הקופות הקטנות הגדילו את חלקן בשוק ואילו פלח השוק של קופת-חולים הכללית הצטמצם.

ההשקעה של הקופות בפיתוח השירותים באה לידי ביטוי בתוצאים. אם לפני החוק היה פער גדול בשביעות-הרצון משירותי הקופה לטובת מרכז הארץ, הרי בין 1995 ל-1997 הייתה בדרום עלייה ניכרת בשביעות-הרצון מהשירותים שמקבלים בקופה עד כדי יתרון קל לדרום בשביעות-הרצון לעומת המרכז. העלייה בשביעות הרצון נבעה משיפור באופן שבו תופסת האוכלוסייה בדרום את מקצועיות רופאי המשפחה, היחס שלהם, יחס האחיות, מקצועיות הרופאים המומחים, מבחר התרופות, שירותי המעבדות ותחזוקת מתקני הקופה - כל אלו ממדים הנוגעים לאיכות השירות.

לסיכום, החוק, והתחרות בין הקופות, גרמו לכך ששירותי הבריאות שהקופות בדרום הורחבו ורמת השירות שופרה. הדבר ניכר גם בעלייה בשביעות-הרצון משירותי הקופות בקרב מבוטחים בדרום. אולם, ממצאי המחקר מעידים כי גם אחרי החלת החוק עדיין קיימים פערים ניכרים בין אזור המרכז לדרום בזמינות שירותי הבריאות ובנגישותם הן בנוגע לתשומות כוח אדם רפואי וסיעודי ומיטות אשפוז, והן בנוגע למשך הזמן שהמבוטח צריך לחכות עד לקבלת השירותים הרפואיים. נראה, אם כן, כי עד עתה חוק ביטוח בריאות ממלכתי השיג רק באופן חלקי את הקטנת אי-השוויון בין הדרום לבין אזור מרכז הארץ בהקצאת שירותי הבריאות ובשיפור רמת השירות.

יש לזכור כי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוחל רק בשנת 1995, ולכן ממצאי המחקר מציגים תמונה מתקופה מוקדמת למדי אחר החלתו - השנים הראשונות לאחר החלת החוק - בעוד שחלק מן התהליכים שהחוק אמור להשפיע עליהם הם תהליכים ארוכי טווח שהשלכותיהם המלאות אינן ניכרות עדיין. בנוסף, מערכת הבריאות היא מערכת דינמית הנתונה לשינויים רבים. על כן, על אף שניתן ללמוד רבות

מנתוני המחקר הנוכחי יש לקחת בחשבון את השינויים שעוברת מערכת הבריאות, ואת הצורך בפרספקטיבה של זמן לצורך הערכת השלכות החוק. ייתכן שעם הזמן החוק יביא לסגירת פערים ולהגדלת השוויון. אך, ממצאי המחקר עולה שיתכן שיידרשו התערבויות מכוונות, נוספות, מעבר לחוק, לצורך סגירת הפערים בין הדרום לאזורים אחרים והקטנת אי-השוויון ביניהם.

101 סיכום

102 מבוא

103 1.1 מטרות המחקר

104 1.2 מטרות המחקר

105 1.3 מטרות המחקר

106 1.4 מטרות המחקר

107 1.5 מטרות המחקר

108 2.1 מטרות המחקר

109 2.2 מטרות המחקר

110 2.3 מטרות המחקר

111 2.4 מטרות המחקר

112 2.5 מטרות המחקר

113 3.1 מטרות המחקר

114 3.2 מטרות המחקר

115 3.3 מטרות המחקר

116 3.4 מטרות המחקר

117 3.5 מטרות המחקר

118 4.1 מטרות המחקר

119 4.2 מטרות המחקר

120 4.3 מטרות המחקר

121 4.4 מטרות המחקר

122 4.5 מטרות המחקר

123 5.1 מטרות המחקר

124 5.2 מטרות המחקר

125 5.3 מטרות המחקר

126 5.4 מטרות המחקר

127 5.5 מטרות המחקר

128 6.1 מטרות המחקר

129 6.2 מטרות המחקר

130 6.3 מטרות המחקר

131 6.4 מטרות המחקר

132 6.5 מטרות המחקר

133 7.1 מטרות המחקר

134 7.2 מטרות המחקר

135 7.3 מטרות המחקר

136 7.4 מטרות המחקר

137 7.5 מטרות המחקר

138 7.6 מטרות המחקר

139 7.7 מטרות המחקר

140 7.8 מטרות המחקר

תודות

אנו מודים לכל עמיתינו בג'וינט-מכון ברוקדייל ומחוצה לו אשר ייעצו לנו במהלך ביצוע המחקר. במיוחד אנו מודים לאיילת ברג, שולי בראמלי-גרינברג, רויטל גרוס, אביגיל דובני, דוד חנינץ, חוה טבנקין, דן יובל ויונה יפה, אשר העמידו לרשותנו נתונים ממחקריהם. ללא נכונותם לכך לא ניתן היה לבצע את חלק הארי של המחקר המתפרסם להלן. עם זאת, האחריות לממצאים שעלו מהניתוח של נתוניהם היא שלנו בלבד. תודה מיוחדת לגיק חביב על הערותיו המועילות.

ברצוננו להודות גם לשורוק איסמעיל שסייעה רבות בבדיקת הנתונים ובהגהתם; למטי מויאל ובלהה אלון שערכו וסייעו בהוצאת המחקר לאור ולענבל יוניוב שסייעה בהדפסת הדוח.

תוכן העניינים

| | |
|-----|--|
| 1 | מבוא |
| 1.1 | מטרות המחקר |
| 2 | שיטת המחקר |
| 2.1 | מגבלות הנתונים |
| 3 | סקירה כללית - נתוני רקע על מחוז הדרום |
| 3.1 | הגדרה גיאוגרפית |
| 3.2 | אוכלוסייה |
| 3.3 | תעסוקה |
| 3.4 | נתונים חברתיים |
| 3.5 | סיכום |
| 4 | נתוני רקע על תחלואה ותמותה במחוז הדרום |
| 4.1 | שיעורי תחלואה לפי גיל ומחוז |
| 4.2 | שיעורי תמותה ספציפיים לגיל ולמחוז |
| 4.3 | הבדלים בין יחידות גיאוגרפיות בשיעורי תמותה של הקשישים |
| 4.4 | סיכום |
| 5 | כוח אדם רפואי וסיעודי (1989-1996) |
| 5.1 | שיטת המחקר |
| 5.2 | רופאים מועסקים |
| 5.3 | אחיות מוסמכות מועסקות |
| 5.4 | הפער בין מרכז הארץ למחוז הדרום לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי |
| 5.5 | סיכום |
| 6 | רופאים ראשוניים |
| 6.1 | שיטת המחקר |
| 6.2 | עיבודים סטטיסטיים |
| 6.3 | השוואה בין מחוזות - 1993 |
| 6.4 | השוואה בין מחוזות - 1997 |
| 6.5 | השינוי בין שנת 1993 לשנת 1997 |
| 6.6 | סיכום |
| 7 | מיטות אשפוז (1994, 1996 ו-1997) |
| 7.1 | בתי-חולים ומיטות |
| 7.2 | שיעור המיטות באגף אשפוז פנימי ובטיפול נמרץ |
| 7.3 | שיעור המיטות באגף ילדים |
| 7.4 | שיעור מיטות באגף כירורגי |
| 7.5 | שיעור מיטות באגף יולדות |
| 7.6 | שיעור מיטות בתחום בריאות הנפש |
| 7.7 | מיטות למחלות ממושכות ומיטות שיקום |
| 7.8 | סיכום |

| | |
|----|--|
| 49 | 8. אפייני השימוש בשירותי בריאות |
| 49 | 8.1 שיטת המחקר |
| 52 | 8.2 תוצאות |
| 60 | 8.3 סיכום |
| 61 | 9. ניתוח המגמות בפלחי השוק של קופות-החולים בדרום |
| 67 | 10. קשיים במתן השירותים בדרום : נקודת המבט של קופות-החולים |
| 69 | 11. תפיסת השירות מנקודת ראותם של המאושפזים ב-1995 |
| 69 | 11.1 שיטת המחקר |
| 69 | 11.2 מאפייני המאושפזים |
| 70 | 11.3 ממצאים |
| 74 | 11.4 שביעות-רצון מן האשפוז |
| 76 | 11.5 סיכום |
| 76 | 12. נגישות וזמינות שירותי הבריאות מנקודת ראות האוכלוסייה בשנים 1995 ו-1997 |
| 77 | 12.1 שיטת המחקר |
| 77 | 12.2 מאפייני רקע של האוכלוסייה |
| 78 | 12.3 נגישות וזמינות שירותי הבריאות ב-1995 |
| 82 | 12.4 נגישות וזמינות שירותי הבריאות ב-1997 |
| 86 | 12.5 השינוי בנגישות וזמינות השירותים, ברכישת שירותים פרטיים ובשביעות-הרצון מן השירותים בין 1995 ל-1997 |
| 90 | 12.6 סיכום |
| 90 | 13. סיכום ודיון |
| 94 | ביבליוגרפיה |

רשימת נספחים

| | |
|-----|---|
| 98 | נספח א : רופאים ראשוניים - ניתוחים רב-משתניים |
| 100 | נספח ב : תוצאות של רגרסיות מרובות - השוואה בין חולים כרוניים לאחרים |
| 104 | נספח ג : תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין קבוצות גיל |
| 106 | נספח ד : מאפייני המאושפזים בדרום, בצפון ובאזור המרכז |
| 108 | נספח ה : שביעות-הרצון מתחומי אשפוז עיקריים |
| 109 | נספח ו : נגישות וזמינות שירותי הבריאות מנקודת ראות האוכלוסייה בשנים 1995 ו-1997 |

רשימת לוחות

- 5 : לוח 1 : יישובים ואוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה וצורת יישוב, ישראל ומחוז הדרום, 1996
- 6 : לוח 2 : התפלגות כלל האוכלוסייה ואוכלוסיית היהודים לפי קבוצות גיל במחוז הדרום ובנפותיו, 1996
- 6 : לוח 3 : סך אוכלוסייה ושיעור הגידול באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסיית היהודים בישראל בשנים נבחרות
- 7 : לוח 4 : התפלגות האוכלוסייה לפי קבוצות אוכלוסייה ושיעורי הפיריון במחוז הדרום ובנפותיו, 1994
- 8 : לוח 5 : מועסקים לפי ענף כלכלי, במחוז הדרום ובנפותיו, 1996
- 8 : לוח 6 : נתונים כלכליים לגבי יישובים נבחרים במחוז הדרום, 1995
- 9 : לוח 7 : המדד החברתי-כלכלי של רשויות נבחרות במחוז הדרום ונתונים על החינוך בהן
- 11 : לוח 8 : שכיחות מחלות כרוניות בקרב האוכלוסייה, לפי גיל ומחוז, 1983
- 12 : לוח 9 : שכיחות מחלות כרוניות בקרב אוכלוסיית הקשישים מעל גיל 60, לפי מחוז, 1997
- 13 : לוח 10 : חסרי יכולת תפקוד עצמאי, לפי מחוז וגיל, 1997
- 14 : לוח 11 : תפיסת מצב הבריאות, לפי מחוז וגיל, 1997
- 15 : לוח 12 : שיעורי תמותה ל-1,000 לפי מחוז, מין וגיל, סה"כ אוכלוסייה, ממוצע 1992-1994
- 15 : לוח 13 : שיעורי תמותה ל-1,000 לפי מחוז, מין וגיל, לא יהודים, ממוצע 1992-1994
- 16 : לוח 14 : שיעורי תמותה ל-1,000 לפי מחוז, מין וגיל, יהודים בלבד, ממוצע 1992-1994
- 16 : לוח 15 : תמותת תינוקות לפי מחוז, גיל (בימים) וקבוצת אוכלוסייה - שיעורים ל-1,000 לידות חי (ממוצע 1992-1994)
- 17 : לוח 16 : שיעורי תמותה ל-100,000 לפי אבחנות וקבוצות גיל, הדרום לעומת כלל ישראל, 1993-1994
- 18 : לוח 17 : שיעורי תמותה ל-100,000 לפי אבחנות וקבוצות גיל, הדרום לעומת כלל ישראל, 1993-1994, יהודים בלבד
- 20 : לוח 18 : תוחלות חיים ושיעורי תמותה מתוקנים ממחלות לב וכלי דם, יישובים נבחרים, 1983

- 21 לוח 19 : אומדני תוחלות חיים בגל 65 ורווחי סמך ברמת ביטחון של 95 אחוז
בעבור 65 יישובים עירוניים, 1983
- 25 לוח 20 : שיעור רופאים מועסקים, רופאים בקהילה ורופאי בתי-חולים ל-1,000 נפש,
ושיעור רופאים בבתי-חולים למיטות משוקללות, לפי מחוז ולפי שנה
- 25 לוח 21 : שיעור שעות עבודה שבועיות של רופאים ל-1,000 נפש וממוצע שעות
עבודת רופא לשבוע במחוזות השונים
- 27 לוח 22 : שיעור אחיות מוסמכות מועסקות, אחיות מוסמכות בקהילה ואחיות מוסמכות
בבתי-חולים ל-1,000 נפש, ושיעור אחיות מוסמכות בבתי-חולים למיטות
משוקללות, לפי מחוזות ולפי שנה
- 28 לוח 23 : שיעור שעות עבודת אחיות מוסמכות בשבוע ל-1,000 נפש וממוצע
שעות עבודת אחות מוסמכת לשבוע, במחוזות השונים
- 28 לוח 24 : היחס בין הדרום למרכז הארץ בנוגע לכוח אדם רפואי וסיעודי
- 31 לוח 25 : משתני רקע אישיים של הרופאים הראשוניים לפי מחוז, 1993
- 32 לוח 26 : תנאי העסקה ומקום התעסוקה של רופאים ראשוניים, לפי מחוז
- 33 לוח 27 : דפוסי עבודה של הרופאים לפי מחוז, 1993
- 34 לוח 28 : מאפייני עבודה של הרופאים לפי מחוז, 1993
- 36 לוח 29 : משתני רקע אישיים של הרופאים לפי מחוז, 1997
- 37 לוח 30 : תנאי העסקה של רופאים ראשוניים לפי מחוז, 1997
- 38 לוח 31 : מאפייני עבודה המעידים על שעות עבודה ועומס עבודה לפי מחוז, 1997
- 39 לוח 32 : המשתנים המנבאים את מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה
בשנת 1997
- 39 לוח 33 : שינויים במשתני רקע אישיים של הרופאים בין השנים 1993 ל-1997,
לפי מחוז
- 40 לוח 34 : תנאי ההעסקה ומאפיינים ארגוניים של הרופאים, לפי מחוז,
בשנים 1993 ו-1997
- 41 לוח 35 : מאפייני עבודה המעידים על שעות עבודה ועומס עבודה, לפי מחוזות,
בשנים 1993 ו-1997
- 42 לוח 36 : היחס בין הדרום למרכז הארץ בנוגע לעומס העבודה של הרופא הראשוני
- 44 לוח 37 : שיעור מיטות ל-1,000 נפש באשפוז כללי, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

- 44 לוח 38 : שיעור מיטות ל-1,000 נפש מעל גיל 45 באגף אשפוז פנימי, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997
- 45 לוח 39 : שיעור מיטות ל-1,000 נפש באגף טיפול נמרץ, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997
- 45 לוח 40 : שיעור מיטות ל-1,000 ילדים בני 0-14, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997
- 46 לוח 41 : שיעור מיטות ל-1,000 נפש באגף כירורגי לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996, ו-1997
- 46 לוח 42 : שיעור עמדות ניתוח והתאוששות ל-100,000 נפש בשנת 1997, לפי מחוזות
- 47 לוח 43 : שיעור מיטות ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-44) באגף יולדות, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997, ומדד להיצע מיטות כולל מקדם פריון
- 47 לוח 44 : שיעור עמדות לידה ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-44) והיחס בין שיעור עמדות לשיעור פריון, לפי מחוזות
- 48 לוח 45 : שיעור מיטות בריאות הנפש ל-1,000 נפש, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997
- 48 לוח 46 : שיעור מיטות ל-1,000 נפש מעל גיל 65, לחולים במחלות ממושכות, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997
- 49 לוח 47 : שיעור תפוסה במחלקות נבחרות, ממוצע ארצי, בית-חולים ברזילי ובית-חולים סורוקה, 1996
- 49 לוח 48 : היחס בין הדרום לממוצע הארצי במיטות ל-1,000 נפש ובשיעורי תפוסה בבתי-חולים
- 52 לוח 49 : תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - כלל המדגם
- 54 לוח 50 : תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי : מספר ביקורים אצל רופא משפחה
- 55 לוח 51 : תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי : מספר ביקורים אצל רופא מומחה
- 56 לוח 52 : תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי : מספר ביקורים אצל אחות
- 57 לוח 53 : תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי : מספר אשפוזים
- 58 לוח 54 : משתני שימוש בשירותי בריאות : ערכי β של מגורים במחוז הצפון והדרום, מתוך רגרסיות מרובות שנערכו בקרב חולים כרוניים ונדגמים ללא מחלה כרונית
- 59 לוח 55 : משתני שימוש בשירותי בריאות : ערכי β של מגורים בדרום ובצפון, מתוך רגרסיות מרובות שנערכו בקרב 4 קבוצות גיל

- 65 לוח 56 : פלחי שוק של מכבי במחוז הדרום בשנת 1997, לפי יישוב ומועצות אזוריות עיקריים (יהודים בלבד)
- 71 לוח 57 : דחיית אשפוז והמתנה לאשפוז
- 72 לוח 58 : משתנים המסבירים המתנה מעל לשלושה חודשים לאשפוז/ ניתוח (רגרסיה לוגיסטית)
- 73 לוח 59 : רגרסיה לוגיסטית להסבר מעורבות בבחירת בית-החולים
- 74 לוח 60 : הוצאות במהלך האשפוז
- 75 לוח 61 : שביעות-רצון כללית מן האשפוז
- 75 לוח 62 : שביעות-הרצון של מאושפזים מתחומים עיקריים באשפוז, לפי מחוז
- 79 לוח 63 : נגישות השירותים לפי מחוז, 1995
- 80 לוח 64 : שעות קבלת השירותים היו "נוחות" או "נוחות מאוד", לפי מחוז, 1995
- 80 לוח 65 : הוצאות לרופא פרטי וביטוח משלים/מסחרי, לפי מחוז, 1995
- 81 לוח 66 : "המרוצים" או "המרוצים מאוד" מקבלת השירותים בקופות, לפי מחוז, 1995
- 83 לוח 67 : נגישות השירותים, לפי מחוז, 1997
- 84 לוח 68 : שעות קבלת השירותים היו "נוחות" או "נוחות מאוד", לפי מחוז, 1997
- 84 לוח 69 : קניית שירותי בריאות פרטיים, לפי מחוז, 1997
- 85 לוח 70 : המשתנים המנבאים בעלות על ביטוח משלים של קופת-החולים בשנת 1997
- 86 לוח 71 : ה"מרוצים" או "המרוצים מאוד" מקבלת השירותים בקופות, לפי מחוז, 1997
- 87 לוח 72 : נגישות השירותים ב-1995 וב-1997, לפי מחוז
- 88 לוח 73 : המדווחים ששעות קבלת השירותים "נוחות" או "נוחות מאוד", ב-1995 וב-1997, לפי מחוז
- 88 לוח 74 : קניית שירותי בריאות פרטיים ב-1995 וב-1997, לפי מחוז
- 89 לוח 75 : "המרוצים" או "המרוצים מאוד" מקבלת השירותים בקופות ב-1995 וב-1997, לפי מחוז
- 89 לוח 76 : היחס בין הדרום לאזור המרכז בתפיסת נגישות וזמינות השירותים, בשביעות-הרצון הכללית משירותי קופת-החולים שלהם, ובשיעור בעלי הביטוח המשלים

רשימת לוחות בנספחים

- 98 לוח א1 : המשתנים המנבאים את מספר הדקות המוקצבות לכל חולה, 1993 (רגרסיה ליניארית)
- 98 לוח א2 : המשתנים המנבאים את מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה בשנת 1993 (רגרסיה ליניארית)
- 99 לוח א3 : המשתנים המנבאים את מספר הדקות המוקצבות לכל חולה בקרב רופאים המועסקים בקופת-חולים כללית, 1993 (רגרסיה ליניארית)
- 99 לוח א4 : המשתנים המנבאים את מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה בקרב רופאים המועסקים בקופת-חולים כללית, 1993 (רגרסיה ליניארית)
- 100 לוח ב1 : משתנה תלוי - מספר ביקורים אצל רופא משפחה
- 101 לוח ב2 : משתנה תלוי - מספר ביקורים אצל רופא מומחה
- 102 לוח ב3 : משתנה תלוי - מספר ביקורים אצל אחות
- 103 לוח ב4 : משתנה תלוי - מספר אשפוזים
- 104 לוח ג1 : משתנה תלוי : מספר ביקורים אצל רופא משפחה
- 105 לוח ג2 : משתנה תלוי : מספר ביקורים אצל רופא מומחה
- 106 לוח ד1 : משתנים דמוגרפיים, לפי מחוז
- 107 לוח ד2 : מאפיינים חברתיים-כלכליים, לפי מחוז
- 107 לוח ד3 : מידע על אופן האשפוז, לפי מחוזות
- 108 לוח ה1 : אחוז שבעי הרצון מתחומי אשפוז עיקריים, לפי מחוז (% עם ציון ממוצע של 4 ויותר)
- 108 לוח ה2 : פריטי שביעות-רצון בחלוקה לפי תחומים
- 109 לוח ו1 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי מחוז, 1995
- 110 לוח ו2 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי מחוז, 1997
- 111 לוח ו3 : המשתנים המנבאים זמן המתנה עד 30 דקות במרפאת רופא המשפחה בשנת 1995 (רגרסיה לוגיסטית)
- 111 לוח ו4 : המשתנים המנבאים בעלות על ביטוח משלים בשנת 1995 (רגרסיה לוגיסטית)

1. מבוא

במשך שנים ארוכות, מומחים ואנשי מעשה הפעילים במערכת הבריאות בדרום טענו כי המשאבים המופנים לדרום אינם מספיקים, וכתוצאה מכך תושבי אזור זה מקבלים שירותי בריאות ברמה נמוכה יותר מאשר באזורים אחרים בישראל. מחקרים שפורסמו לאחרונה העידו על פערים בין הממוצע הארצי לדרום בנוגע לנגישות השירותים (יחס רופאים לאוכלוסייה), לשימוש בשירותים (מספר ביקורים אצל רופא) ולמדדים שונים של בריאות, כולל מדדי תמותה (צ'רניחובסקי ושירום, 1996; Tulchinski & Ginsberg, 1996).

פערים אלו מעידים על אי-שוויון במערכת הבריאות בהקשר של שונות גיאוגרפית. תופעה זו אינה ייחודית לישראל: מחקר נרחב של מערכת הבריאות הלאומית האנגלית העלה כי על אף שהמערכת מיועדת לספק שירותי בריאות שווים לבעלי אותם צרכים, יש שונות רבה בין המחוזות באנגליה בנוגע לבריאות, לנגישות שירותי בריאות ולשימוש בהם (Mohan, 1987; Mooney & McGuire, 1987; Illsley & Le Grand, 1993).

ניתן להגדיר שוויון בתחום הבריאות כשוויון ברמת הבריאות בין קבוצות שונות באוכלוסייה, כמו גם כהקצאה צודקת של שירותים ושוויון בזמינות ובנגישות השירותים. ניתן אם כן לבחון שוויון בתחום הבריאות מהיבטים שונים: שוויון ברמת הבריאות של האזרחים (תוחלת חיים ורמת תחלואה), שוויון בשימוש בשירותי בריאות לצורכי בריאות זהים ושוויון בזמינות ובנגישות השירותים (Mooney, 1994), ושוויון ברמת המימון. בנוסף, בבדיקת השוויון בתחום הבריאות, יש הבוחנים זאת על-פי הקצאת שירותים לנפש, ויש הבוחנים זאת על-פי מספר נפשות מתוקנן לפי אומדן של צרכים.

מחקרים בעולם אשר בדקו הבדלים ברמת הבריאות, בעיקר שיעורי תחלואה ותמותה, מצאו קשר בין הבדלים מעמדיים וחברתיים-כלכליים (בעיקר הכנסה והשכלה) לבין הבדלים ברמת הבריאות (Culyer, 1976; Carstair & Morris, 1989; Sihvonon et al., 1998; Anson, 1988; Barrell et al., 1988; Lusky et al., 1994).

השימוש בשירותי בריאות (אשפוז, ביקורים אצל רופאים וכו') נבדק הן כמדד שאמור לשקף צרכים שונים של האוכלוסייה והן כמדד לבריאות האוכלוסייה. מדד זה נבחן בהקשר של הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה וכן בהקשר של הבדלים גיאוגרפיים (Mustard & Frohlich, 1995; Cohen & MacWilliams, 1995). כך, למשל, נמצא כי השימוש בשירותי רופא ראשוני ובאשפוזים אקוטיים גדל עם הירידה ברמה חברתית-כלכלית. לעומת זאת, נמצא שימוש רב יותר בשירותי רופאים מומחים בקרב אוכלוסיות ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (Roos & Mustard, 1997). בישראל הראו צ'רניחובסקי ושירום (1996) כי עם העלייה ברמת ההשכלה של האוכלוסייה, עולה מספר הביקורים אצל רופא בקרב ילדים בני 0-4, וכי

ככל שמשק הבית גדול יותר וההכנסה לנפש נמוכה יותר, מספר הביקורים אצל רופא בכל קבוצות הגיל יורד. Shmueli (1997) מצא שוני בין-אזורי רב ברמת השימוש בשירותי בריאות בקרב קשישים בישראל, וכן שמצב הבריאות של הקשישים בדרום היה הגרוע ביותר ורמת השימוש שלהם בשירותי הבריאות הייתה גבוהה.

אחד מן הממדים החשובים של זמינות השירותים ונגישותם שנבדקו נוגע בעיקר להבדלים בהיצע שירותי הבריאות בין אזורים גיאוגרפיים. אי-השוויון נבחן במחקר העולמי בהקשר של פערים בהיצע רופאים וכוח אדם סיעודי ופרה-רפואי בין אזורים פריפריאליים, המאופיינים בשיעור נמוך של כוח אדם רפואי לאוכלוסייה, לבין אזור המרכז; וכן פערים בין אזורים בהקצאה של מיטות אשפוז (Politzer et al., 1998; Bare et al., 1998; Mohan, 1987). בישראל, צ'רניחובסקי ושירוס הצביעו על קשר הפוך בין זמינות השירותים, הנמדדת בהימצאות כוח אדם רפואי, לבין צורכי הבריאות הנמדדים בשיעורי תמותה מתוקננים באזוריה השונים של מדינת ישראל, ועל כך שבמקומות שבהם זמינות השירותים נמוכה, גם השימוש בשירותים נמוך.

הקצאת משאבים לאזורים שונים בהתאם לצורכיהם נדונה בהרחבה בעבודת ועדות שונות בבריטניה (Mays & Bevan, 1987); להקצאת משאבים לפי אזורים נכנסו פרמטרים של גיל, שיעור תמותה מתוקן וכן מדדים האמורים לשקף פערים ברמה החברתית-כלכלית בין האזורים. עבודות נוספות שבדקו נוסחאות להקצאת משאבים לאזורים ספציפיים כללו גם הן פרמטרים, כגון שיעור האוכלוסייה בגיל העבודה (או בגיל +75) וצפיפות האוכלוסייה באזור (Carr-Hill et al., 1994; Sheldon et al., 1994); (RAWP, 1988).

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל טמונה אפשרות להשגת שוויון בין אזורי רב יותר, לעומת התקופה שלפני החלתו, בהקצאת שירותי בריאות, וכך גם בשיפור רמת השירות ורמת הבריאות בדרום ובאזורים פריפריאליים אחרים. החוק מעניק כיסוי ביטוחי אוניברסלי, ובכך מרחיב את מעגל מבוטחי קופות-החולים ובהם גם קבוצות אוכלוסייה כמו הבדווים בדרום שמרביתם לא היו מבוטחים קודם להחלת החוק. בנוסף, החוק העביר משאבים מן הקופות "הקטנות" לקופת-חולים כללית, ספקית השירותים העיקרית בדרום. אוכלוסיית הדרום מאופיינת בריכוז גבוה של אוכלוסייה ענייה שהכנסתה מתחת לשכר הממוצע במשק. לפני החלת החוק נקבעה הכנסת הקופה על-ידי גובה הכנסת המבוטחים בה. עתה כלולה בחוק נוסחת קפיטציה לחלוקת הכספים בין הקופות, המנתקת את הזיקה שבין הכנסת המבוטח להכנסת הקופה. נוסחת הקפיטציה עשויה להפוך את אוכלוסיית הדרום לאטרקטיבית יותר מבעבר לכל קופות-החולים. בנוסף, קבוצות אוכלוסייה, כגון הבדווים או תושבי עיירות הפיתוח המרוחקות, עשויות להיות אטרקטיביות במיוחד לקופות, בשל רמת השימוש שלהן בשירותי הבריאות הנמוכה מן הממוצע; עובדה שהופכת אוכלוסיות אלה לפלח שוק רווחי במיוחד בעבור הקופות.

התמריצים הרבים יותר לקופות למשוך מבוטחים בדרום יוכלו להוביל להשקעה גדולה יותר באזור במונחים של תקציב כולל, של תקציב תפעולי ושל תשומת לב של הנהלות הקופות. אלה עשויים לגרור אחריהם עלייה באיכות ובזמינות של תשומות מרכזיות, כמו כוח אדם רפואי ומעבדות ומכונים,

וכתוצאה מכך עלייה באיכות השירותים ובזמינותם, שעשויה להוביל לבסוף לתוצאים טובים יותר של בריאות האוכלוסייה בדרום.

כדי לבדוק האם השתלשלות הדברים המתוארת לעיל אכן התרחשה בפועל, יש לאסוף ממצאים אמפיריים לגבי כל אחד מן הצעדים ההיפותטיים שתוארו לעיל. יש לציין כי מומחים וקובעי מדיניות רבים הביעו ספקות האם התמריצים הכלולים בנוסחת הקפיטציה מספיקים דיים כדי ליצור דינמיקה שתביא את רמת שירותי הבריאות בדרום לסטנדרטים הארציים המקובלים. לדוגמה, בעוד שרמת השימוש בשירותים בדרום היא מתחת לממוצע הארצי, הרי שמחירי התשומות בדרום (כגון השכר שהקופות ייאלצו לשלם לרופאים מן השורה הראשונה כדי שיבואו לעבוד שם) עשויים להיות מעל הממוצע הארצי. הדבר עלול לגרום לכך שהדרום ייראה כעת פחות רווחי. יותר מכך, הועלה החשש כי החלטות על הקצאת משאבים ותשומות בדרום עשויות להיות מושפעות מכך שהאזור הוא פריפריאלי וכך יסבול האזור מהשפעת האפקט של "רחוק מן העין - רחוק מן הלב".

כל הגורמים שמנינו לעיל עשויים להשפיע בעיקר על הספקת סל השירותים הבסיסי הניתן במסגרת החוק. יתרה מזאת, שיעורי המבוטחים בביטוחים משלימים או בביטוחים מסחריים בדרום נמוכים בהשוואה לשיעורים במרכז, ואם מצב זה יישמר לאשורו עשויה האוכלוסייה במחוז הדרום להיות במצב נחות לעומת האוכלוסייה במרכז הארץ בנוגע לשירותים שאינם מכוסים בסל הבסיסי. נושא זה חשוב במיוחד לאור השיעור הגדל והולך של שירותי בריאות, בעיקר שירותים חדשים, שיסופקו באמצעות הביטוחים המשלימים ולא באמצעות הסל הבסיסי של השירותים.

עבודה זו נועדה להעריך האם חל צמצום בפערים בנגישות ובזמינות שירותי הבריאות בין הדרום לאזורים אחרים בישראל עם הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בכל אחד מן הפרקים בעבודה נבחנו גם הנתונים במחוז הצפון כדי לקבל תמונה שלמה יותר של המצב באזורים הפריפריאליים בישראל ולהשוותו למצב במרכז הארץ.

בפרק הבא (2) נידונו שיטת המחקר ומגבלות הנתונים. בפרק 3 יובאו נתוני רקע על מחוז הדרום ובפרק 4 נתוני רקע על שיעורי תחלואה בשנים 1993 ו-1997 ועל תמותה עד 1994. בפרקים 5-7 תובא התייחסות לתשומות של השירותים - כוח אדם רפואי וסיעודי, רופאים ראשוניים, ושיעורי מיטות אשפוז; שלושה הפרקים הבאים (8-10) מתייחסים לתהליך - מאפייני השימוש בשירותים, מגמות בפלחי השוק של הקופות, וקשיים במתן השירותים בדרום. שני הפרקים האחרונים (11-12) מתייחסים לתוצאים - תפיסת השירות מנקודת ראות המאושפזים ונגישות וזמינות שירותי הבריאות מנקודת ראות האוכלוסייה. פרק 13 מסכם את ממצאי המחקר.

1.1 מטרת המחקר

1. להוסיף מידע לגבי הפערים שהיו בין מחוז הדרום לבין אזור מרכז הארץ באשר להקצאת משאבים ולנגישות שירותי בריאות באיכות גבוהה בתקופה שלפני החלת החוק.
2. ללמוד על שינויים במטרות, באסטרטגיות ובדרכי הפעולה של קופות-החולים בעקבות החלת החוק בכל הקשור למתן השירותים בדרום.
3. להעריך את מידת צמצום הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל בעקבות החלת החוק.

2. שיטת המחקר

בדיקת שאלת המחקר נעשתה באמצעות ניתוח משני של נתונים ממספר מחקרים ארציים. במחקרים אלה, אשר לא כוונו מראש לבדיקת ההבדלים בין אזורים גיאוגרפיים, הייתה לנו אפשרות לחזור ולעבד את הנתונים ולהשוות בין הדרום לאזורים אחרים בארץ, בכל הנוגע לנגישות ולזמינות שירותי הבריאות בשנים שלפני חוק ביטוח בריאות ובתקופה שלאחר החלתו. בדיקת סוגיה זו על סמך ממצאים ממספר מחקרים מאפשרת לנו לבדוק את הנושא מהיבטים שונים ולהציג תמונה כוללת ורחבה שלו. בנוסף, נערכו ראיונות פתוחים עם נציגים של ארבע קופות-החולים, שאפשרו העמקת ההבנה של השפעת החוק על התנהגות הקופות. בכל פרק בנפרד יפורטו שיטות המחקר של המחקרים שעל נתוניהם נסמכנו.

בכל הפרקים ההשוואה המוצגת היא בין מחוז הדרום ומחוז הצפון לבין שאר המחוזות בארץ (שיכנוו להלן, לחילופין, אזור מרכז הארץ, אזור המרכז, או מרכז הארץ). בחינת מחוז הצפון במקביל למחוז הדרום נעשתה כדי לחדד את הממד של השוואה בין מחוזות פריפריאליים לבין מרכז הארץ.

המחוזות הוגדרו בהתאם להגדרות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: מחוז הדרום כולל את נפת אשקלון ונפת באר שבע; מחוז הצפון כולל את נפת צפת, נפת כנרת, נפת יזרעאל, נפת עכו ונפת גולן; אזור מרכז הארץ כולל את שאר המחוזות בישראל: מחוז חיפה, מחוז המרכז, מחוז ירושלים ומחוז תל אביב.

2.1 מגבלות הנתונים

כאמור, מערך המחקר מתבסס על ניתוח משני של נתונים שנאספו במספר מחקרים ארציים. לניתוח משני של נתונים יש מספר מגבלות. הראשונה שבהן נובעת מן העובדה שהמדגמים בסקרים הארציים לא נערכו לפי אזורים גיאוגרפיים, וכך לא היתה דגימת יתר של מחוז הצפון ומחוז הדרום ושיעור המרואיינים ממחוזות אלו היה כשיעורם באוכלוסייה. בשל כך, ביצוע ניתוחים לגבי קבוצות ייחודיות בכל מחוז היה מוגבל ולעתים אף בלתי אפשרי.

המגבלה השנייה של ניתוח משני של נתונים קשורה לשימוש בכלי המחקר, שנבנו במחקרים האחרים בהתאם למטרותיו של כל מחקר ובהתאם למשתנים שנבדקו. עובדה זו עשויה להקשות על ניתוח משתנים הקשורים לשוני שבין אזורים שלא נכללו במחקרים אלה.

עוד יש לזכור, שבחלק ממאגרי הנתונים היה כלי המחקר שאלון למרואיינים. אם כן, התשובות שהתקבלו משקפות את הדיווח הסובייקטיבי של הנחקרים לגבי נגישות וזמינות השירותים ולגבי רמת השימוש בהם, ולפיכך הנתונים משקפים את נקודת מבטה של האוכלוסייה, ואינם מהווים מאגר אובייקטיבי של נתונים על הנושאים הנבדקים.

3. סקירה כללית - נתוני רקע על מחוז הדרום

3.1 הגדרה גיאוגרפית

בעבודה זו בחרנו להשתמש בהגדרת גבולות מחוז הדרום של משרד הפנים, שהיא ההגדרה המקובלת בפרסומים ממשלתיים ובעבודות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מחוז הדרום מורכב משתי נפות - נפת באר שבע ונפת אשקלון. השטח היבשתי הכולל של מחוז הדרום הוא 14,107 קמ"ר, שהם 64.3% משטח הכולל של מדינת ישראל. מתוך שטח זה 12,835 קמ"ר שייכים לנפת באר שבע (כ-60% משטח המדינה), המשתרעת מאילת בדרום עד הר חברון בצפון ורצועת עזה במערב. שטחה של נפת אשקלון קטן הרבה יותר: מדרום לשדרות ועד מעט צפונית לאשדוד, כולל אשקלון ורצועת עזה במערב והר חברון במזרח, וכן קריית מלאכי, קריית גת ושדרות.

3.2 אוכלוסייה

בסוף 1996 מנה מחוז הדרום 785.4 אלף תושבים, מהם 434.7 אלף בנפת באר שבע ו-350.7 אלף בנפת אשקלון. אחוז הערבים במחוז כולו נמוך מאחוזם בכלל המדינה, אך בנפת באר שבע ישנו ריכוז גבוה של ערבים - בדוויים בעיקרם. המחוז כולו מתאפיין ביישובים קטנים יותר מאשר באזור מרכז הארץ, באחוז גבוה יותר מהממוצע הארצי של אוכלוסייה כפרית, גם בקרב היהודים, ובאחוז קטן יותר של יישובים עירוניים גדולים, שמתגוררים בהם מעל 100,000 תושבים (לוח 1).

לוח 1: יישובים ואוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה וצורת יישוב, ישראל ומחוז הדרום, 1996

| סה"כ תושבים (באלפים) | סה"כ בישראל | סה"כ בדרום | נפת אשקלון | נפת באר שבע |
|-----------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| סה"כ תושבים (באלפים) | 5,757.9 | 785.4 | 350.7 | 434.7 |
| יישובים עירוניים | 5,246.6 | 672.2 | 308.3 | 363.9 |
| יהודים | 4,186.0 | 591.3 | 294.7 | 296.6 |
| ערבים ואחרים | 1,060.7 | 80.9 | 13.6 | 67.3 |
| יישובים מעל 100,000 | 2,555.5 | 294.6 | 138.0 | 156.5 |
| 99,999-50,000 | 617.3 | 86.9 | 86.9 | 0.0 |
| 49,999-20,000 | 1,027.0 | 181.3 | 46.1 | 135.1 |
| 19,999-2,000 | 1,047.0 | 109.5 | 37.3 | 72.3 |
| יישובים כפריים | 511.2 | 113.2 | 42.4 | 70.8 |
| יהודים | 430.1 | 76.7 | 41.6 | 35.1 |
| ערבים ואחרים | 81.1 | 36.5 | 0.8 | 35.7 |
| אחוז מהסה"כ | | | | |
| יישובים עירוניים | 91.1 | 85.6 | 87.9 | 83.7 |
| יישובים מעל 100,000 | 44.4 | 37.5 | 39.3 | 36.0 |
| יישובים כפריים | 8.9 | 14.4 | 12.1 | 16.3 |
| ערבים ואחרים | 19.8 | 14.9 | 4.1 | 23.7 |

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1998. שנתון סטטיסטי לישראל 1998, מס' 49, ירושלים.

האוכלוסייה בדרום צעירה יותר מהאוכלוסייה באזור מרכז הארץ. ההבדל בולט בעיקר בנפת באר שבע, ונובע בעיקרו מהאחוז הגבוה של אוכלוסייה בדוויית. עם זאת, ניתן לראות שגם האוכלוסייה היהודית מעט צעירה יותר מהמוצע הארצי, בעיקר בנפת באר שבע: 11% מהאוכלוסייה היהודית בישראל היא מעל גיל 65, ואילו בדרום רק 10% נכללים בקבוצת גיל זו (לוח 2).

הנתונים בלוח 3 מראים כי האוכלוסייה במחוז הדרום גדלה בקצב מהיר יותר מאשר סך האוכלוסייה בישראל. גידול זה נובע בחלקו מהיות האוכלוסייה צעירה יותר עם שיעור פרוץ גבוה - הן במגזר היהודי והן במגזר הערבי, ובחלקו גם מאחוז גבוה של עולים שהגיעו למחוז הדרום בשנים האחרונות. בקרב היהודים, הגידול במספר התושבים ברוב התקופות גבוה יותר בנפת אשקלון מאשר בבאר שבע.

לוח 2: התפלגות כלל האוכלוסייה ואוכלוסיית היהודים לפי קבוצות גיל במחוז הדרום ובנפותיו, 1996 (באחוזים)

| יהודים מתוך כלל האוכלוסייה | | | | כלל האוכלוסייה | | | | קבוצת גיל | סה"כ |
|----------------------------|-----------|--------|---------|----------------|-----------|--------|---------|-----------|------|
| ישראל | מחוז דרום | אשקלון | באר שבע | ישראל | מחוז דרום | אשקלון | באר שבע | | |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | |
| 9 | 10 | 10 | 10 | 13 | 12 | 10 | 10 | 4-0 | |
| 18 | 19 | 19 | 19 | 21 | 20 | 19 | 19 | 14-5 | |
| 17 | 17 | 17 | 17 | 18 | 17 | 17 | 18 | 24-15 | |
| 27 | 27 | 27 | 27 | 26 | 26 | 27 | 26 | 44-25 | |
| 18 | 17 | 18 | 17 | 15 | 16 | 17 | 17 | 64-45 | |
| 7 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 74-65 | |
| 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 75+ | |

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1998. שנתון סטטיסטי לישראל 1998. מסי' 49, ירושלים.

לוח 3: סך אוכלוסייה ושיעור הגידול באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסיית היהודים בישראל בשנים נבחרות

| שנה | ישראל | מחוז דרום | אשקלון | באר שבע |
|---------------------------------|---------|-----------|--------|---------|
| כלל האוכלוסייה | | | | |
| סך האוכלוסייה (במספרים) | | | | |
| 1972 | 3,147.7 | 354.2 | 153.0 | 201.2 |
| 1983 | 4,037.6 | 478.8 | 203.7 | 275.0 |
| 1995 | 5,612.3 | 754.7 | 335.8 | 418.9 |
| 1996 | 5,757.9 | 785.4 | 350.7 | 434.7 |
| הגידול באוכלוסייה (באחוזים) | | | | |
| 1983-1972 | 28.3 | 35.2 | 33.1 | 36.7 |
| 1995-1983 | 39.0 | 57.6 | 64.9 | 52.3 |
| 1996-1995 | 2.6 | 4.1 | 4.4 | 3.8 |
| אוכלוסיית היהודים בישראל | | | | |
| סך האוכלוסייה (במספרים) | | | | |
| 1972 | 2,686.7 | 323.8 | 152.4 | 171.4 |
| 1983 | 3,350.0 | 433.7 | 202.4 | 231.3 |
| 1995 | 4,522.3 | 647.2 | 324.1 | 323.1 |
| 1996 | 4,616.1 | 668.1 | 336.3 | 331.7 |
| הגידול באוכלוסייה (באחוזים) | | | | |
| 1983-1972 | 24.7 | 33.9 | 32.8 | 34.9 |
| 1995-1983 | 35.0 | 49.2 | 60.1 | 39.7 |
| 1996-1995 | 2.1 | 3.2 | 3.8 | 2.7 |

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1998. שנתון סטטיסטי לישראל 1998. מסי' 49, ירושלים.

בסוף 1997 היוו העולים מברית-המועצות לשעבר, שעלו לאחר 1990, כ-11% מכלל אוכלוסיית ישראל. במחוז הדרום היוו העולים 20% מכלל האוכלוסייה: בנפת אשקלון הם היו 25% מהאוכלוסייה ובנפת באר שבע - 16% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1997). בשדרות הגיע אחוז העולים ל-39% מכלל האוכלוסייה, בקריית גת ל-30% ובאשדוד ל-29%.

גל העלייה של שנות התשעים שינה את הרכב האוכלוסייה במחוז הדרום במידה ניכרת: כיום יש במחוז הדרום יותר יהודים יוצאי אירופה-אמריקה מאשר בממוצע הארצי (23% לעומת 21% בממוצע הארצי) (לוח 4). עוד עולה מלוח 4 כי שיעור הפרייון הכולל במחוז הדרום גבוה הרבה יותר מן הממוצע הארצי - 3.5% לעומת 2.9%. ההבדל בשיעור הפרייון הוא בעיקרו בנפת באר שבע (3.8%), וקשור בחלקו לאחוז הגבוה של אוכלוסייה בדרום בנפה זו.

לוח 4: התפלגות האוכלוסייה לפי קבוצות אוכלוסייה ושיעורי הפרייון במחוז הדרום ובנפותיו, 1994 (באחוזים)

| | יהודים - ארצות מוצא (מתוך האוכלוסייה) | | | | | ממוצע ארצי |
|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------|--------------|-------------------|------------|
| | ילידי ישראל | אסיה-אפריקה | אירופה-אמריקה | ערבים ואחרים | שיעור פרייון כולל | |
| ממוצע ארצי | 50 | 11 | 21 | 19 | 2.9 | |
| מחוז הדרום | 48 | 16 | 23 | 14 | 3.5 | |
| נפת אשקלון | 51 | 18 | 28 | 2 | 3.0 | |
| נפת באר שבע | 45 | 14 | 18 | 22 | 3.8 | |

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1997. פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל 1990-1994. פרסום 1059, ירושלים.

3.3 תעסוקה

המבנה התעסוקתי בדרום דומה למבנה בכלל הארץ. מחוז הדרום מאופיין באחוז גבוה יותר של מועסקים בתעשייה - בעיקר בנפת אשקלון, באחוז גבוה יותר של מועסקים בחקלאות (4.8%) לעומת הממוצע הארצי (2.6%), ובאחוז גבוה יותר של מועסקים בשירותי אירוח ואוכל, בהשוואה לממוצע הארצי, בגלל מוקדי התיירות בים המלח ובאילת. לעומת זאת, אחוז המועסקים בשירותי בריאות, רווחה וסעד ובשירותים קהילתיים נמוך בדרום לעומת אזור מרכז הארץ (לוח 5).

קיימים הבדלים ניכרים בין היישובים הנכללים במחוז הדרום מבחינת הרמה הכלכלית, כאשר זו נמדדת לפי השכר הממוצע לנפש, לפי אחוז השכירים עם הכנסה מתחת לשכר המינימום ולפי אחוז מקבלי דמי אבטלה. הפערים גדולים במיוחד בהשוואה בין יישובים יהודיים ליישובים ערביים, אך גם בתוך המגזר היהודי עצמו הפערים ניכרים (לוח 6). ההכנסה הממוצעת לנפש בשנת 1995 בחלק מעיירות הפיתוח נמוכה הרבה יותר מן הממוצע הארצי: 500-600 ש"ח באופקים ובנתיבות ומתחת ל-1,000 ש"ח בכל יתר עיירות הפיתוח בדרום, לעומת הממוצע הארצי העומד על 1,011 ש"ח. לעומת זאת, בעומר, מיתר ולהבים ההכנסה הממוצעת לנפש גבוהה מ-2,000 ש"ח. בבאר שבע ובאשדוד הכנסה הממוצעת גבוהה מעט מהממוצע הארצי, ובאשקלון - נמוכה מעט מממוצע זה.

לוח 5: מועסקים לפי ענף כלכלי, במחוז הדרום ובנפותיו, 1996 (באחוזים)

| ענפים כלכליים סה"כ (באלפים) | ישראל | מחוז הדרום | נפת אשקלון | נפת באר שבע |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|-------------|
| | 2,012.8 | 253.0 | 118.8 | 134.2 |
| חקלאות | 2.6 | 4.8 | 4.9 | 4.7 |
| תעשייה (כרייה וחרושת) | 20.2 | 25.0 | 28.6 | 21.7 |
| חשמל ומים | 0.9 | 1.3 | 2.1 | *(0.5) |
| בינוי | 7.5 | 6.6 | 6.8 | 6.5 |
| מסחר ותיקון כלי רכב | 12.8 | 10.4 | 11.5 | 9.3 |
| שירותי אירוח ואוכל | 3.8 | 5.0 | 2.7 | 7.0 |
| תחבורה, אחסנה ותקשורת | 6.2 | 6.9 | 7.9 | 6.1 |
| בנקאות, ביטוח ופיננסים | 3.4 | 1.3 | (1.1) | 1.5 |
| שירותים עסקיים | 9.7 | 7.8 | 5.8 | 9.7 |
| מינהל ציבורי | 5.4 | 5.8 | 5.7 | 6.0 |
| חינוך | 12.1 | 12.7 | 11.2 | 14.1 |
| שירותי בריאות, רווחה וסעד | 9.0 | 7.9 | 7.4 | 8.3 |
| שירותים קהילתיים, חברתיים ואישיים | 4.8 | 3.9 | 3.7 | 4.0 |
| שירותים פרטיים למשקי הבית | 1.7 | 0.7 | *(0.7) | *(0.7) |

* הסוגריים מייצגים מספרים קטנים של מועסקים. הנתונים מוצגים בלוח רק לשם שלמות התמונה. מקור: הרשות לפיתוח הנגב. 1998. שנתון סטטיסטי לנגב 1998. מס' 5, בהוצאת מרכז הנגב לפיתוח אזורי ואוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע.

לוח 6: נתונים כלכליים לגבי יישובים נבחרים במחוז הדרום, 1995

| יישוב | אחוז המקבלים דמי אבטלה (גילאי 19-64) | אחוז המקבלים השלמת הכנסה (מתוך דורשי עבודה) | אחוז דורשי עבודה (6 ימים ויותר) | הכנסה ממוצעת לנפש (בש"ח) | אחוז שכירים בעלי הכנסה נמוכה משכר המינימום |
|-------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|--|
| ממוצע ארצי | 2.3 | 26.8 | 4.6 | 1,011 | 38.5 |
| מחוז הדרום | 4.5 | 29.6 | 8.9 | 1,007 | 42.1 |
| נפת אשקלון | 4.9 | 37.1 | 10.9 | 925 | 44.4 |
| נפת באר שבע | 4.3 | 25.7 | 7.9 | 1,050 | 40.8 |
| אופקים | 5.1 | 41.0 | 13.4 | 546 | 49.8 |
| אשקלון | 4.3 | 36.3 | 10.3 | 982 | 43.8 |
| באר שבע | 4.3 | 22.9 | 7.5 | 1,097 | 40.4 |
| דימונה | 4.7 | 30.5 | 7.5 | 974 | 38.1 |
| ירוחם | 5.8 | 29.3 | 11.0 | 866 | 41.2 |
| להבים | 2.2 | 0.0 | 3.7 | 2,385 | 24.8 |
| מיתר | 2.1 | 6.0 | 3.9 | 2,138 | 23.3 |
| מצפה רמון | 7.9 | 19.4 | 13.2 | 846 | 39.7 |
| נתיבות | 4.9 | 22.5 | 6.9 | 590 | 48.0 |
| עומר | 1.5 | 1.7 | 2.1 | 2,729 | 24.4 |
| ערד | 4.8 | 18.1 | 6.5 | 1,362 | 39.3 |
| קריית גת | 5.8 | 29.2 | 12.6 | 894 | 43.0 |
| שדרות | 0.5 | 60.2 | 9.1 | 742 | 50.6 |
| רהט | 0.8 | 81.6 | 12.2 | 262 | 48.7 |
| תל שבע | 0.5 | 60.2 | 9.1 | 205 | 50.0 |

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1997. אפיון הרשויות המקומיות ודירוגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה ב-1995. פרסום 1039, ירושלים.

הרמה הכלכלית הנמוכה של מרבית האוכלוסייה בדרום משתקפת גם באחוז הגבוה של השכירים שהכנסתם נמוכה משכר המינימום ובאחוז הגבוה של דורשי העבודה. הנתונים מתייחסים אמנם לשנת 1995, אך נראה כי בשנים האחרונות הפער בין היישובים בדרום לבין מרכז הארץ גדל. הנתונים על

יישובים ערביים - תל שבע ורהט, מצביעים על רמה כלכלית נמוכה ביותר: הכנסה ממוצעת לנפש של 200-300 ש"ח בלבד ושיעור אבטלה גבוה.

3.4 נתונים חברתיים

גם בתחום החינוך, תחום שיש לו השפעה על הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה, קיימים פערים ניכרים בין הדרום ליישובים במרכז הארץ, ובין יישובים בדרום עצמו. בעוד שלפי הממוצע הארצי 33% זכאים לתעודת בגרות ו-5% מבין גילאי 20-29 הם סטודנטים לתואר ראשון, הרי שבאופקים, בירוחם ובשדרות פחות מ-20% מבני 17-18 זכאים לתעודות בגרות, ורק אחוז או שניים הם סטודנטים לתואר ראשון (לוח 7). גם בערים הגדולות - אשקלון ובאר שבע - שיעור הזכאים לבגרות הוא נמוך מן הממוצע הארצי. ביישובים הערביים בדרום אחוז הזכאים לבגרות נמוך ביותר, ושיעור הסטודנטים לתואר ראשון הוא אפסי. לעומת זאת, במיתר, בלהבים ובעומר רמת החינוך גבוהה הרבה יותר מן הממוצע הארצי: כ-70% מבני 17-18 זכאים לבגרות, ומעל 20% הם סטודנטים לתואר ראשון. יש לזכור, עם זאת, שמדובר ביישובים קטנים יחסית, בעוד שמרבית האוכלוסייה בדרום מתגוררים בערים ובעיירות הפיתוח שרמת החינוך בהן נמוכה יותר מן הממוצע הארצי.

לוח 7: המדד החברתי-כלכלי של רשויות נבחרות במחוז הדרום ונתונים על חינוך בהן

| יישוב | מדד* | מיקום במדד | שיוך לאשכול | זכאים לתעודת בגרות - גילאי 18-17 (באחוזים) | סטודנטים לתואר ראשון - גילאי 20-29 (באחוזים) |
|-------------|-------|------------|-------------|--|--|
| ממוצע ארצי | | | | 0.33 | 0.05 |
| מחוז הנגב | | | | 0.29 | 0.04 |
| נפת אשקלון | | | | 0.28 | 0.03 |
| נפת באר שבע | | | | 0.30 | 0.05 |
| אופקים | -1.80 | 3 | 1 | 0.19 | 0.02 |
| אשקלון | -0.95 | 41 | 3 | 0.31 | 0.04 |
| באר שבע | -0.56 | 66 | 4 | 0.31 | 0.04 |
| דימונה | -0.91 | 43 | 3 | 0.21 | 0.03 |
| ירוחם | -1.18 | 25 | 2 | 0.15 | 0.04 |
| להבים | 2.76 | 185 | 10 | 0.67 | 0.24 |
| מיתר | 2.46 | 184 | 9 | 0.67 | 0.20 |
| מצפה רמון | -0.66 | 56 | 4 | 0.31 | 0.05 |
| נתיבות | -1.17 | 27 | 2 | 0.27 | 0.01 |
| עומר | 3.12 | 187 | 10 | 0.71 | 0.27 |
| ערד | -0.05 | 110 | 5 | 0.41 | 0.07 |
| קריית גת | -1.08 | 31 | 2 | 0.27 | 0.03 |
| שדרות | -1.66 | 5 | 1 | 0.20 | 0.01 |
| רהט | -2.36 | 1 | 1 | 0.10 | 0.00 |
| תל שבע | -1.88 | 2 | 1 | 0.02 | 0.00 |

* מדד שלילי מצביע על ציון כולל נמוך מן הממוצע.

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1997. אפיון הרשויות המקומיות ודירוגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה ב-1995. פרסום 1039. ירושלים.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה דירגה את הרשויות המקומיות בישראל לפי מדד חברתי-כלכלי המורכב משקלול של נתונים חברתיים-כלכליים שונים של היישובים, וחילקה את היישובים ל-10 אשכולות לפי סדר עולה של המדד. מרבית הרשויות המקומיות בדרום ממוקמות באשכולות הנמוכים (אשכולות 1-5), למעט יישובי הלוויין של באר-שבע - עומר, מיתר ולהבים, וכן העיר אילת. לעומת זאת, מרבית הרשויות המקומיות במרכז הארץ מדורגות באשכולות הבינוניים והגבוהים. גם במחוז הצפון מרבית הרשויות המקומיות מדורגות באשכולות נמוכים, אך במחוז זה הגורם העיקרי לכך הוא המגזר הערבי-בדואי: 51 מתוך 76 היישובים שנבדקו במחוז הצפון (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1997).

באשכול 1 - הרמה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר - מדורגים 14 יישובים, 12 מהם יישובים ערביים, בפרט רהט ותל שבע שהם היישובים עם הדירוג הארצי הנמוך ביותר. שני היישובים היהודיים באשכול זה הם שדרות (דירוג 5) ואור עקיבא. בשלושה האשכולות הנמוכים מצויים 9 מתוך 15 יישובים בדרום. ביישובים אלה גרים כ-300,000 תושבים שהם כ-40% מכלל האוכלוסייה בדרום. באר שבע, העיר הגדולה במחוז, נמצאת באשכול הרביעי בעוד שמרבית הערים הגדולות האחרות נמצאות באשכולות גבוהים יותר. בסך-הכל בארבעה האשכולות הנמוכים נמצאים כמעט 60% מאוכלוסיית מחוז הדרום. בלוח 7 מוצגת רשימה של רשויות מקומיות נבחרות בדרום לפי דירוגן במדד החברתי-כלכלי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. יש לציין כי מדד שלילי מצביע על ציון כולל נמוך מן הממוצע (לפרטים נוספים על המדד ראה הלמ"ס 1997).

3.5 סיכום

מחוז הדרום הוא המחוז הגדול ביותר מבחינה גיאוגרפית במדינה, אך צפיפות האוכלוסין בו קטנה ביותר. בסוף 1996 נמנו במחוז 785.4 אלף תושבים, שהם 13.6% מכלל האוכלוסייה במדינה. מרבית האוכלוסייה מתגוררת ביישובים עירוניים בגודל בינוני, אך יחסית לאזור מרכז הארץ, יש במחוז הדרום גם אחוז גבוה של יישובים כפריים. בנפת באר שבע ישנו אמנם אחוז גבוה של ערבים-בדואים, אך במחוז כולו יש פחות תושבים ערביים מאשר בממוצע הארצי. המחוז מצטיין באוכלוסייה צעירה יחסית, ובשיעור פריון גבוה.

ישנו אחוז גבוה יותר של מועסקים בחקלאות במחוז הדרום מאשר במרכז הארץ, ואחוז גבוה יחסית מועסקים בתעשייה וקרייה. ההכנסה הממוצעת לנפש במרבית יישובי הדרום נמוכה ושיעור האבטלה בהם גבוה. גם רמת ההשכלה נמוכה בדרום לעומת הממוצע הארצי.

על-פי הדירוג החברתי-כלכלי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מרבית היישובים בדרום מצויים באשכולות הנמוכים, למעט יישובי הלוויין של באר שבע - מיתר, להבים ועומר - המדורגים בדירוג הגבוה ביותר.

4. נתוני רקע על תחלואה ותמותה במחוז הדרום

4.1 שיעורי תחלואה, לפי גיל ומחוז

בניתוחים שערכנו על נתוני סקר שימוש בשירותי בריאות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 1994), מצאנו כי ב-1993 שכיחות מחלות כרוניות (סוכרת, יתר לחץ דם, מחלת לב, מחלת כליות, כיב קיבה ואסתמה) בדרום הייתה נמוכה בקרב האוכלוסייה הכללית בהשוואה לשכיחות מחלות אלה באזור מרכז הארץ. בקרב גילאי 65 ומעלה עולה מגמה של שיעור גבוה יותר של חולים בסוכרת וביתר לחץ דם בדרום, בהשוואה למרכז הארץ, אולם הבדלים אלו אינם מובהקים (לוח 8).

לוח 8: שכיחות מחלות כרוניות בקרב האוכלוסייה, לפי מחוז, 1983 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | כלל האוכלוסייה |
|---------|---------|-----------|----------|---|
| n=1,859 | n=2,040 | n=13,304 | n=17,203 | |
| 2.8 | 2.4 | 3.3 | 3.2 | סוכרת* |
| 5.8 | 4.3 | 7.1 | 6.6 | יתר לחץ דם** |
| 3.2 | 3.1 | 4.5 | 4.2 | מחלת לב** |
| 1 | 0.8 | 0.8 | 0.9 | מחלת כליות |
| 1.6 | 3.1 | 2.6 | 2.6 | כיב קיבה** |
| 1.8 | 2.5 | 2.8 | 2.6 | אסתמה* |
| 11.7 | 12 | 15.4 | 14.6 | סך האנשים שיש להם לפחות מחלה כרונית אחת** |
| n=1,719 | n=1,892 | n=11,587 | n=15,198 | עד גיל 64 |
| 1.6 | 1.6 | 1.8 | 1.7 | סוכרת |
| 3.5 | 2.4 | 3.5 | 3.4 | יתר לחץ דם* |
| 1.8 | 1.4 | 1.7 | 1.7 | מחלת לב |
| 0.8 | 0.7 | 0.5 | 0.6 | מחלת כליות |
| 1.2 | 2.5 | 1.7 | 1.8 | כיב קיבה** |
| 1.7 | 2.3 | 2.5 | 2.4 | אסתמה |
| 8.3 | 8.6 | 9.2 | 9 | סך האנשים שיש להם לפחות מחלה כרונית אחת |
| n=140 | n=148 | n=1,715 | n=2,003 | גילאי 65 ומעלה |
| 17.9 | 12.2 | 13.9 | 14.1 | סוכרת |
| 32.9 | 29.1 | 31.4 | 31.3 | יתר לחץ דם |
| 20.0 | 25.0 | 23.4 | 23.3 | מחלת לב |
| 4.3 | 2.0 | 2.9 | 2.9 | מחלת כליות |
| 6.4 | 10.1 | 8.6 | 8.6 | כיב קיבה |
| 2.9 | 6.1 | 4.7 | 4.6 | אסתמה |
| 52.9 | 54.7 | 56.9 | 56.5 | סך האנשים שיש להם לפחות מחלה כרונית אחת |

* p<.05

** p<.01

מקור: עיבודים מתוך סקר שימוש בשירותי בריאות, ינואר-מארס 1993 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

גם ניתוח נתונים מסקר קשישים 1997 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מראה כי בקרב אוכלוסיית בני 60 ומעלה, ובמיוחד בקבוצת הגיל 60-69, שכיחות מחלת הסוכרת בדרום גבוהה בהשוואה למרכז

הארץ (25% לעומת 17% בהתאמה), ממצא התואם את ממצאיהם של Tulchinsky and Ginzberg (1996) בנוגע לעודף תחלואה בסוכרת בנגב. לעומת זאת, השכיחות של שורה ארוכה של מחלות אחרות נמוכה יותר בקרב קשישים בדרום בהשוואה לקשישים במרכז (לוח 9).

לוח 9: שכיחות מחלות כרוניות בקרב אוכלוסיית הקשישים מעל גיל 60, לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | |
|-----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------------------------|
| n=85,452 | n=76,640 | n=541,979 | n=704,072 | כלל האוכלוסייה מעל גיל 60 |
| 46 | 48 | 46 | 46 | יתר לחץ דם |
| 19 | 20 | 19 | 19 | התקף לב, אוטם שריר הלב |
| 5 | 4 | 5 | 5 | שבץ מוחי |
| 24 | 23 | 18 | 19 | סוכרת** |
| 9 | 10 | 9 | 9 | אסטמה |
| 14 | 26 | 19 | 19 | פריצת דיסק בגב** |
| 7 | 15 | 8 | 9 | גלאוקומה** |
| 4 | 5 | 6 | 5 | מחלה ממארת, כגון סרטן |
| 5 | 2 | 6 | 5 | שבר בירך או באגן הירכיים** |
| 0 | 2 | 1 | 1 | אלצהיימר* |
| 12 | 5 | 17 | 15 | אוסטאופורוסיס (בריחת סידן מהעצמות)** |
| 1 | 3 | 2 | 2 | פרקינסון* |
| n=45,444 | n=40,426 | n=257,557 | n=343,427 | גילאי 60-69 |
| 43 | 47 | 42 | 43 | יתר לחץ דם |
| 16 | 18 | 15 | 16 | התקף לב, אוטם שריר הלב |
| 3 | 3 | 4 | 4 | שבץ מוחי |
| 25 | 24 | 17 | 19 | סוכרת** |
| 10 | 7 | 8 | 8 | אסטמה |
| 14 | 30 | 18 | 19 | פריצת דיסק בגב** |
| 5 | 17 | 4 | 6 | גלאוקומה** |
| 3 | 4 | 5 | 5 | מחלה ממארת, כגון : סרטן |
| 3 | 1 | 4 | 3 | שבר בירך או באגן הירכיים |
| 0 | 0.7 | 0.4 | 0.4 | אלצהיימר |
| 9 | 3 | 14 | 12 | אוסטאופורוסיס (בריחת סידן בעצמות)** |
| 1 | 3 | 1 | 1 | פרקינסון** |
| n=39,878 | n=35,127 | n=283,689 | n=358,694 | גילאי 70+ |
| 50 | 50 | 50 | 50 | יתר לחץ דם |
| 22 | 22 | 23 | 22 | התקף לב, אוטם שריר הלב |
| 8 | 5 | 7 | 7 | שבץ מוחי |
| 24 | 21 | 19 | 20 | סוכרת |
| 8 | 11 | 11 | 11 | אסטמה |
| 15 | 21 | 19 | 19 | פריצת דיסק בגב |
| 10 | 13 | 11 | 11 | גלאוקומה |
| 5 | 7 | 6 | 6 | מחלה ממארת, כגון סרטן |
| 6 | 3 | 7 | 7 | שבר בירך או באגן הירכיים |
| 0 | 3 | 2 | 2 | אלצהיימר |
| 16 | 7 | 19 | 18 | אוסטאופורוסיס (בריחת סידן מהעצמות)** |
| 1 | 4 | 3 | 3 | פרקינסון* |

* p<.05

** p<.01

מקור: עיבודים מתוך קובץ של סקר קשישים 1997, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

לוח 10: חסרי יכולת תפקוד עצמאי, לפי מחוז וגיל, 1997 (באחוזים)¹

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | |
|----------|----------|-----------|-----------|---|
| n=85,452 | n=76,640 | n=541,979 | n=704,072 | |
| | | | | כלל האוכלוסייה מגיל 60 ומעלה |
| 46 | 44 | 31 | 34 | אי-יכולת למשוך או לדחוף חפצים גדולים, כמו כורסה בסלון? ** |
| 40 | 40 | 29 | 32 | אי-יכולת להתכופף ולרדת על הברכיים? ** |
| 38 | 43 | 30 | 32 | אי-יכולת להרים או לסחוב חפצים במשקל של כ-5 ק"ג, כמו שקיות קניות מהמכולת? ** |
| 12 | 14 | 9 | 10 | אי-יכולת להרים את שתי הידיים מעל לגובה הכתפיים? ** |
| 6 | 6 | 6 | 6 | אי-יכולת להחזיק או להשתמש בחפצים קטנים כמו עפרון או מחט (לפחות ביד אחת)? ** |
| | | | | גילאי 60-69 |
| 36 | 33 | 20 | 24 | אי-יכולת למשוך או לדחוף חפצים גדולים, כמו כורסה בסלון? ** |
| 28 | 28 | 18 | 21 | אי-יכולת להתכופף ולרדת על הברכיים? ** |
| 25 | 32 | 19 | 21 | אי-יכולת להרים או לסחוב חפצים במשקל של כ-5 ק"ג, כמו שקיות קניות מהמכולת? ** |
| 4 | 10 | 5 | 5 | אי-יכולת להרים את שתי הידיים מעל לגובה הכתפיים? ** |
| 1 | 2 | 3 | 2 | אי-יכולת להחזיק או להשתמש בחפצים קטנים כמו עפרון או מחט (לפחות ביד אחת)? ** |
| | | | | גילאי 70 ומעלה |
| 58 | 56 | 41 | 45 | אי-יכולת למשוך או לדחוף חפצים גדולים, כמו כורסה בסלון? ** |
| 54 | 55 | 39 | 42 | אי-יכולת להתכופף ולרדת על הברכיים? ** |
| 54 | 56 | 41 | 44 | אי-יכולת להרים או לסחוב חפצים במשקל של כ-5 ק"ג, כמו שקיות קניות מהמכולת? ** |
| 22 | 19 | 12 | 14 | אי-יכולת להרים את שתי הידיים מעל לגובה הכתפיים? ** |
| 11 | 10 | 9 | 9 | אי-יכולת להחזיק או להשתמש בחפצים קטנים כמו עפרון או מחט (לפחות ביד אחת)? ** |

* p<.05

** p<.01

1 שיעור מי שענו שאינם יכולים לבצע את הפעילות. מקור: עיבודים מתוך קובץ של סקר קשישים 1997, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

עם זאת, מאותו סקר עולה כי בקרב כלל אוכלוסיית הקשישים בדרום יש שיעור גבוה יותר של מי שאינם יכולים לבצע פעולות המעידות על תפקוד עצמאי: שיעור גבוה אמרו כי אינם יכולים למשוך או לדחוף חפצים גדולים לעומת שיעור האנשים שאמרו כך במרכז (46% בדרום לעומת 31% במרכז). ממצאים דומים עלו לגבי אי יכולת להתכופף ולרדת על הברכיים, אי יכולת להרים או לסחוב חפצים במשקל של כחמישה ק"ג, וכן אי יכולת להרים את שתי הידיים מעל לגובה הכתפיים. ההבדל בין הדרום למרכז בולט במיוחד בקרב גילאי 70 ומעלה. קשישים בגילים אלה בדרום מתקשים יותר בכל הפעולות הבודדות תפקוד עצמאי (לוח 10 לעיל). במקביל, נמצא כי בקרב אוכלוסיית הקשישים בדרום יש שיעור גבוה יותר של מי שאמרו שהבריאות שלהם אינה טובה בהשוואה לשיעור הקשישים שענו כך במרכז הארץ (70% בדרום לעומת 57% במרכז) (לוח 11).

לוח 11: תפיסת מצב הבריאות, לפי מחוז וגיל, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | |
|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------------------------|
| n=85,452 | n=76,640 | n=541,979 | n=704,072 | כל אוכלוסיית בני 60 ומעלה** |
| 3 | 4 | 6 | 6 | טובה מאוד |
| 27 | 29 | 37 | 35 | טובה |
| 51 | 48 | 44 | 45 | לא כל-כך טובה |
| 19 | 20 | 13 | 15 | לא טובה בכלל, רעה |
| n=45,444 | n=40,426 | n=257,557 | n=343,427 | גילאי 60-69** |
| 4 | 4 | 9 | 7 | טובה מאוד |
| 31 | 34 | 43 | 40 | טובה |
| 53 | 44 | 40 | 42 | לא כל-כך טובה |
| 12 | 18 | 9 | 10 | לא טובה בכלל, רעה |
| n=39,878 | n=35,127 | n=283,689 | n=358,694 | גילאי 70 ומעלה** |
| 2 | 4 | 4 | 4 | טובה מאוד |
| 22 | 23 | 32 | 30 | טובה |
| 49 | 51 | 47 | 48 | לא כל-כך טובה |
| 27 | 23 | 17 | 19 | לא טובה בכלל, רעה |

$p < .05^*$

מקור: עיבודים מתוך קובץ של סקר קשישים 1997, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

על אף שהנתונים לעיל אינם מעידים על שיעור תחלואה גבוה יותר בדרום, הרי שבהיבטים אחרים של מצב הבריאות - תפקוד עצמאי ותפיסת מצב הבריאות - קשישים בדרום נמצאים במצב פחות טוב בהשוואה לקשישים במרכז.

4.2 שיעורי תמותה ספציפיים לגיל ולמחוז

במחקר שנערך על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על תנועה טבעית של האוכלוסייה בישראל (1998), פורסמו גם נתונים על תמותה. בבחינת שיעורי תמותה לפי קבוצות גיל ומחוז, בשנים 1992-1994, ניתן לראות שבכל קבוצות הגיל, הן אצל זכרים והן אצל נקבות, שיעורי התמותה גבוהים יותר במחוז הדרום מאשר הממוצע הארצי (לוח 12). בקבוצת הגיל 0-4, שיעור התמותה ל-1,000 הוא 2.4 במחוז הדרום, לעומת ממוצע ארצי של 2.1 אצל זכרים ו-2.0 אצל נקבות. רק במחוז הצפון השיעורים גבוהים יותר ממחוז הדרום. בכל יתר המחוזות, השיעורים נמוכים יותר. גם בקבוצות הגיל הגבוהות שיעורי התמותה במחוז הדרום ובמחוז הצפון גבוהים יותר מהשיעורים בשאר המחוזות.

לוח 12: שיעורי תמותה ל-1,000 לפי מחוז, מין וגיל, סה"כ אוכלוסייה, ממוצע 1992-1994

| קבוצת גיל | | | | | | | | | | זכרים |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-----|--------|---------|
| 75+ | 74-65 | 64-55 | 54-45 | 44-35 | 34-25 | 24-15 | 14-5 | 4-0 | סך-הכל | |
| 100.4 | 30.7 | 11.0 | 3.8 | 1.4 | 0.9 | 0.8 | 0.2 | 2.1 | 6.6 | סך-הכל |
| 87.2 | 29.3 | 10.9 | 3.5 | 1.4 | 0.6 | 0.8 | 0.2 | 2.3 | 5.2 | ירושלים |
| 101.5 | 33.6 | 14.4 | 4.2 | 1.6 | 1.0 | 0.8 | 0.2 | 2.7 | 5.0 | צפון |
| 106.9 | 31.7 | 12.2 | 4.0 | 1.5 | 1.0 | 0.7 | 0.2 | 2.3 | 8.3 | חיפה |
| 96.0 | 30.8 | 10.7 | 3.4 | 0.2 | 0.8 | 0.7 | 0.1 | 1.6 | 6.1 | מרכז |
| 103.2 | 28.8 | 11.3 | 3.7 | 1.6 | 0.8 | 0.6 | 0.1 | 1.5 | 9.4 | תל אביב |
| 102.5 | 33.6 | 13.0 | 4.3 | 1.7 | 1.0 | 1.0 | 0.3 | 2.4 | 5.5 | דרום |
| נקבות | | | | | | | | | | זכרים |
| 83.6 | 20.6 | 7.4 | 2.4 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.2 | 2.0 | 6.0 | סך-הכל |
| 76.0 | 17.2 | 7.7 | 2.5 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 2.1 | 4.8 | ירושלים |
| 93.2 | 24.3 | 8.2 | 2.4 | 0.8 | 0.4 | 0.3 | 0.2 | 2.5 | 4.5 | צפון |
| 88.5 | 21.3 | 7.6 | 2.6 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 2.1 | 7.8 | חיפה |
| 76.3 | 21.0 | 6.9 | 2.1 | 0.8 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 1.3 | 5.4 | מרכז |
| 83.8 | 18.7 | 6.6 | 2.3 | 0.9 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 1.5 | 8.3 | תל אביב |
| 88.7 | 23.1 | 8.7 | 2.6 | 1.0 | 0.5 | 0.3 | 0.2 | 2.4 | 5.1 | דרום |

מקור: תנועה טבעית 1995-1994, חלק ד': תמותה. 1998. פרסום 1083, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.

כאשר מתייחסים לאוכלוסייה הלא יהודית, עולה כי מצבה של אוכלוסייה זו במחוז הדרום גרוע יותר מאשר בכל המחוזות האחרים. שיעורי התמותה ל-1,000 בכל קבוצות הגיל במחוז הדרום הם הגבוהים ביותר מהשיעורים בכל המחוזות (פרט לנשים בגיל 75+) (לוח 13).

לוח 13: שיעורי תמותה ל-1,000 לפי מחוז, מין וגיל, לא יהודים, ממוצע 1992-1994

| קבוצת גיל | | | | | | | | | | זכרים |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-----|--------|---------|
| 75+ | 74-65 | 64-55 | 54-45 | 44-35 | 34-25 | 24-15 | 14-5 | 4-0 | סך-הכל | |
| 93.5 | 35.3 | 16.5 | 4.9 | 1.6 | 1.0 | 0.9 | 0.3 | 3.4 | 3.6 | סך-הכל |
| 93.2 | 39.9 | 17.9 | 1.1 | 1.5 | 0.7 | 0.9 | 0.3 | 3.0 | 4.1 | ירושלים |
| 88.2 | 34.1 | 14.8 | 1.6 | 1.6 | 1.0 | 0.7 | 0.4 | 3.4 | 3.6 | צפון |
| 96.4 | 30.0 | 16.8 | 1.5 | 1.4 | 0.9 | 0.7 | 0.2 | 3.5 | 3.5 | חיפה |
| 98.2 | 32.1 | 17.2 | 5.0 | 1.6 | 1.1 | 1.1 | 0.3 | 2.8 | 3.3 | מרכז |
| 119.6 | 36.4 | 23.0 | 8.5 | 1.9 | 1.1 | | | 2.3 | 4.3 | תל אביב |
| 145.7 | 47.5 | 20.0 | 6.7 | 2.3 | 1.6 | 1.4 | 0.6 | 4.6 | 3.6 | דרום |
| נקבות | | | | | | | | | | זכרים |
| 97.7 | 26.3 | 9.8 | 2.7 | 0.7 | 0.4 | 0.3 | 0.3 | 3.5 | 3.1 | סך-הכל |
| 79.0 | 24.0 | 12.2 | 2.8 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.2 | 3.3 | 3.5 | ירושלים |
| 111.4 | 26.2 | 8.5 | 2.4 | 0.5 | 0.4 | 0.3 | 0.3 | 3.2 | 3.0 | צפון |
| 97.0 | 29.8 | 9.4 | 3.2 | 0.8 | 0.6 | 0.4 | 0.2 | 3.6 | 3.2 | חיפה |
| 97.8 | 26.9 | 8.0 | 1.8 | 0.9 | 0.4 | 0.4 | 0.2 | 3.1 | 2.7 | מרכז |
| 64.7 | 19.1 | 12.3 | 4.0 | 0.9 | 0.4 | 0.2 | 0.2 | 2.7 | 3.4 | תל אביב |
| 104.5 | 30.0 | 16.1 | 3.5 | 1.5 | 0.6 | 0.4 | 0.5 | 5.1 | 2.9 | דרום |

מקור: תנועה טבעית 1995-1994, חלק ד': תמותה. 1998. פרסום 1083, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.

לוח 14: שיעורי תמותה ל-1,000 לפי מחוז, מין וגיל, יהודים בלבד, ממוצע 1992-1994

קבוצת גיל

| 75+ | 74-65 | 64-55 | 54-45 | 44-35 | 34-25 | 24-15 | 14-5 | 4-0 | סך-הכל | |
|--------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 100.9 | 30.4 | 11.3 | 3.6 | 1.5 | 0.8 | 0.1 | 0.2 | 1.6 | 7.3 | זכרים |
| 86.2 | 27.5 | 9.4 | 3.3 | 1.3 | 0.6 | 0.2 | 0.2 | 2.0 | 5.6 | סך-הכל |
| 108.1 | 33.4 | 14.1 | 3.9 | 1.6 | 0.9 | 0.1 | 0.2 | 1.6 | 6.5 | ירושלים |
| 107.5 | 31.8 | 11.6 | 3.9 | 1.6 | 1.1 | 0.2 | 0.2 | 1.7 | 9.7 | צפון |
| 96.0 | 30.7 | 10.3 | 3.3 | 1.2 | 0.7 | 0.1 | 0.1 | 1.4 | 6.4 | חיפה |
| 103.2 | 28.7 | 11.0 | 3.6 | 1.6 | 0.8 | 0.1 | 0.1 | 1.5 | 9.5 | מרכז |
| 101.3 | 33.1 | 12.7 | 4.1 | 1.6 | 0.9 | 0.2 | 0.3 | 1.7 | 5.8 | תל אביב |
| | | | | | | | | | | דרום |
| 82.9 | 20.2 | 7.1 | 2.3 | 0.9 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 1.4 | 6.7 | נקבות |
| 75.6 | 16.1 | 6.7 | 2.4 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 1.6 | 5.2 | סך-הכל |
| 88.0 | 23.7 | 8.0 | 2.4 | 1.0 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 1.4 | 6.0 | ירושלים |
| 88.1 | 20.7 | 7.4 | 2.5 | 0.9 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 1.2 | 9.0 | צפון |
| 75.8 | 20.8 | 6.8 | 2.1 | 0.8 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 1.0 | 5.7 | חיפה |
| 83.9 | 18.7 | 6.6 | 2.3 | 0.9 | 0.4 | 0.2 | 0.1 | 1.5 | 8.4 | מרכז |
| 88.4 | 22.8 | 8.4 | 2.5 | 1.0 | 0.4 | 0.3 | 0.1 | 1.5 | 5.4 | תל אביב |
| | | | | | | | | | | דרום |

מקור: תנועה טבעית 1994-1995, חלק ד': תמותה. 1998. פרסום מס' 1083, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.

לוח 15: תמותת תינוקות לפי מחוז, גיל (בימים) וקבוצת אוכלוסייה - שיעורים ל-1,000 לידות חי (ממוצע 1992-1994)

| ימים | | 365-28 | 27-7 | 6-0 | סך-הכל | |
|------|--|------------|------------|------------|-------------|-------------------------------|
| | | 3.2 | 1.4 | 3.7 | 8.2 | כל האוכלוסייה - סך-הכל |
| | | 3.9 | 1.5 | 3.3 | 8.8 | ירושלים |
| | | 4.3 | 1.8 | 4.3 | 10.4 | צפון |
| | | 3.5 | 1.3 | 4.3 | 9.1 | חיפה |
| | | 2.2 | 1.2 | 2.7 | 6.1 | מרכז |
| | | 1.6 | 1.1 | 3.6 | 6.3 | תל אביב |
| | | 3.6 | 1.3 | 4.5 | 9.4 | דרום |
| | | 1.9 | 1.1 | 3.3 | 6.3 | יהודים - סך-הכל |
| | | 2.5 | 1.4 | 3.6 | 7.5 | ירושלים |
| | | 2.1 | 1.6 | 3.0 | 6.8 | צפון |
| | | 1.6 | 1.1 | 3.9 | 6.6 | חיפה |
| | | 1.8 | 1.1 | 2.5 | 5.4 | מרכז |
| | | 1.5 | 1.1 | 3.6 | 6.2 | תל אביב |
| | | 2.1 | 0.8 | 3.7 | 6.6 | דרום |
| | | 6.1 | 1.9 | 4.8 | 12.8 | לא יהודים - סך-הכל |
| | | 6.9 | 1.9 | 2.9 | 11.6 | ירושלים |
| | | 5.6 | 1.9 | 5.0 | 12.4 | צפון |
| | | 6.6 | 1.7 | 4.9 | 13.2 | חיפה |
| | | 4.7 | 1.5 | 3.9 | 10.0 | מרכז |
| | | 6.3 | | 3.9 | 11.0 | תל אביב |
| | | 7.5 | 2.6 | 6.9 | 17.0 | דרום |

מקור: תנועה טבעית 1994-1995, חלק ד': תמותה. 1998. פרסום מס' 1083, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.

לוח 16: שיעורי תמותה ל-100,000 לפי אבחנות וקבוצות גיל, הדרום לעומת כלל ישראל, 1993-1994

| רווח סמך 95% של יחס צולב | יחס צולב דרום/ישראל | שיעורי תמותה ל-100,000 | | קבוצת גיל |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|-------------|--|
| | | ישראל | דרום | |
| **1.10-1.21 | *1.16 | *619 | *694 | כל סיבות הפטירה - סך-הכל |
| 1.20-1.73 | 1.44 | 184 | 265 | 4-0 |
| 1.14-2.76 | 1.78 | 16 | 28 | 14-5 |
| 1.07-1.94 | 1.44 | 49 | 71 | 24-15 |
| 0.99-1.85 | 1.35 | 63 | 84 | 34-25 |
| 1.06-1.44 | 1.23 | 187 | 230 | 54-35 |
| 1.10-1.29 | 1.19 | 1,602 | 194 | 74-55 |
| 0.93-1.09 | 1.01 | 9,010 | 9,268 | 75+ |
| **1.16-2.20 | *1.60 | *10 | *15 | מחלות מדבקות - סך-הכל |
| 0.78-3.91 | 1.79 | 2 | 3 | 34-0 |
| 1.16-2.95 | 1.86 | 10 | 19 | 74-35 |
| 0.73-2.20 | 1.28 | 143 | 183 | 75+ |
| **0.82-1.51 | *1.11 | *16 | *18 | סוכרת - סך-הכל |
| 0.31-4.37 | 1.28 | 2 | 2 | 54-25 |
| 0.80-1.90 | 1.23 | 50 | 62 | 74-55 |
| 0.61-0.56 | 0.98 | 249 | 244 | 75+ |
| **0.66-1.37 | *0.96 | *14 | *13 | יתר-לחץ-דם - סך-הכל |
| 0.35-4.87 | 1.42 | 3 | 4 | 54-35 |
| 0.73-2.23 | 1.29 | 30 | 39 | 74-55 |
| 0.42-1.24 | 0.73 | 251 | 183 | 75+ |
| **0.80-1.12 | *0.94 | *60 | *56 | אוטם לב חריף - סך-הכל |
| 0.68-2.26 | 1.25 | 8 | 10 | 54-25 |
| 0.78-1.29 | 1.01 | 115 | 176 | 74-55 |
| 0.66-0.10 | 0.85 | 944 | 805 | 75+ |
| **1.06-1.40 | *1.22 | *71 | *86 | מחלת לב איסכמית כרונית - סך-הכל |
| 0.33-1.96 | 0.83 | 5 | 4 | 54-25 |
| 1.11-1.71 | 1.38 | 173 | 240 | 74-55 |
| 0.94-1.38 | 1.14 | 1,262 | 1,439 | 75+ |
| **1.10-1.49 | *1.28 | *58 | *74 | אירוע מוחי - סך-הכל |
| 0.45-2.73 | 1.14 | 7 | 7 | 54-35 |
| 1.08-1.74 | 1.37 | 145 | 199 | 74-55 |
| 1.00-1.50 | 1.23 | 1,036 | 1,268 | 75+ |
| **0.94-1.15 | *1.04 | *138 | *142 | מחלות ממאירות - סך-הכל |
| 1.11-3.42 | 1.96 | 3 | 6 | 34-0 |
| 0.74-1.28 | 0.97 | 71 | 69 | 54-35 |
| 0.96-1.27 | 1.10 | 498 | 548 | 74-55 |
| 0.76-1.11 | 0.92 | 1,560 | 1,439 | 75+ |

*סה"כ מתוקן לגיל של כלל אוכלוסיית ישראל

**Overall Mantel Haenszel

מקור: Weitzman et al. Report of The Working Group on "Health Needs of the Negev Population", 1997, : Table 3, p.11

לוח 17: שיעורי תמותה ל-100,000 לפי אבחנות וקבוצות גיל, הדרום לעומת כלל ישראל, 1993-1994, יהודים בלבד

| רווח סמך 95% של יחס צולב | יחס צולב דרום/ישראל | שיעורי תמותה ל-100,000 | | קבוצת גיל |
|--------------------------|---------------------|------------------------|-------------|--|
| | | ישראל | דרום | |
| **1.06-1.18 | *1.12 | *627 | *666 | כל סיבות הפטירה - סך-הכל |
| 0.5-0.96 | 0.70 | 184 | 128 | 4-0 |
| 0.37-1.70 | 0.81 | 16 | 13 | 14-5 |
| 0.85-1.76 | 1.23 | 49 | 61 | 24-15 |
| 0.96-1.76 | 1.24 | 63 | 77 | 34-25 |
| 0.98-1.38 | 1.16 | 187 | 217 | 54-35 |
| 1.07-1.25 | 1.16 | 1,602 | 1,848 | 74-55 |
| 1.03-1.20 | 1.11 | 9,010 | 9,090 | 75+ |
| **0.92-1.90 | *1.33 | *10 | *13 | מחלות מדבקות - סך-הכל |
| 0.19-2.56 | 0.78 | 2 | 1 | 34-0 |
| 0.94-2.70 | 1.61 | 10 | 16 | 74-35 |
| 0.70-2.20 | 1.26 | 143 | 179 | 75+ |
| **0.83-1.53 | *1.14 | *16 | *18 | סוכרת - סך-הכל |
| 0.38-5.31 | 1.55 | 2 | 3 | 54-25 |
| 0.81-1.97 | 1.27 | 50 | 63 | 74-55 |
| 0.60-1.58 | 0.98 | 249 | 244 | 75+ |
| **0.56-1.24 | *0.83 | *14 | *11 | יתר-לחץ-דם - סך-הכל |
| 0.26-4.52 | 1.08 | 3 | 3 | 54-35 |
| 0.59-2.03 | 1.11 | 30 | 33 | 74-55 |
| 0.37-1.18 | 0.66 | 251 | 167 | 75+ |
| **0.79-1.12 | *0.94 | *61 | *56 | אוטם לב חריף - סך-הכל |
| 0.71-2.5 | 1.35 | 8 | 10 | 54-25 |
| 0.76-1.27 | 0.98 | 175 | 172 | 74-55 |
| 0.66-1.11 | 0.85 | 944 | 808 | 75+ |
| **1.09-1.45 | *1.26 | *10 | *14 | מחלת לב איסכמית כרונית - סך-הכל |
| 0.30-2.15 | 0.84 | 8 | 7 | 54-25 |
| 1.15-1.77 | 1.44 | 173 | 249 | 74-55 |
| 0.96-1.42 | 1.17 | 1,263 | 1,474 | 75+ |
| **1.06-1.45 | *1.24 | *59 | *74 | אירוע מוחי - סך-הכל |
| 0.27-2.47 | 0.87 | 7 | 6 | 54-35 |
| 1.04-1.71 | 1.34 | 145 | 194 | 74-55 |
| 0.97-1.48 | 1.20 | 1,036 | 1,244 | 75+ |
| **0.94-1.17 | *1.05 | *138 | *145 | מחלות ממאירות - סך-הכל |
| 0.84-3.37 | 1.70 | 3 | 5 | 34-0 |
| 0.75-1.35 | 1.10 | 71 | 71 | 54-35 |
| 0.97-1.29 | 1.12 | 498 | 557 | 74-55 |
| 0.77-1.13 | 0.94 | 1,560 | 1,462 | 75+ |

* סה"כ מתוקן לגיל של כלל אוכלוסיית ישראל

** Overall Mantel Haenszel

מקור: Weitzman et al. Report of The Working Group on "Health Needs of the Negev Population", 1997, Table 5, p.14.

גם באוכלוסייה היהודית (כלומר לאחר ניכוי השפעת האוכלוסייה הלא יהודית), עולה כי שיעורי התמותה ל-1,000, בכל קבוצת גיל, גבוהים במחוז הדרום מהממוצע הארצי. באוכלוסייה היהודית, מחוז הצפון "דומה" בדרך כלל בשיעורים הגבוהים של תמותה למחוז הדרום (לוח 14 לעיל).

גם שיעורי תמותת תינוקות גבוהים יותר במחוז הדרום מאשר הממוצע הארצי, הן לגבי יהודים והן לגבי לא יהודים (לוח 15 לעיל). הפערים גדולים יותר בין הלא יהודים בדרום ללא יהודים ביתר הארץ, אך גם בקרב היהודים שיעורי התמותה גבוהים יותר במחוז הדרום.

ההבדלים בשיעורי התמותה (זכרים ונקבות) בין מחוז הדרום לכלל אוכלוסיית ישראל מובהקים בכל קבוצות הגיל פרט לגילאי 25-34 ו-75+ (לוח 16 לעיל).

Weitzman et al. (1997) ניתחו את ההבדלים בסיבות לתמותה בין הדרום לבין יתר אזורי הארץ. נראה שאין הבדלים אזוריים בתמותה לגבי סוכרת, יתר-לחץ-דם, אוטם לב חריף, ומחלות ממאירות (לוח 16). לעומת זאת, שיעורי התמותה ממחלות מדבקות, מחלות לב איסכמיות ואירוע מוחי, גבוהים יותר בדרום מאשר ביתר הארץ. אם נתייחס לאוכלוסייה היהודית בלבד, נמצא ששיעורי התמותה בדרום גבוהים יותר מהשיעורים בשאר הארץ רק במחלות לב איסכמיות ואירוע מוחי (לוח 17 לעיל).

4.3 הבדלים בין יחידות גיאוגרפיות בשיעורי תמותה של הקשישים

המחקר של פרופ' פרידלנדר ואחרים (1994) מבוסס על תשתית של נתונים סטטיסטיים שבה רוכזו נתונים של שלושה מפקדי אוכלוסייה (שנערכו בשנים 1961, 1972 ו-1983), וכן של קבצים נוספים ברמה של אזורים סטטיסטיים. בסקר נעשה שימוש בנתונים של רישום מקרי מוות במשך חמש שנים, בסמוך לעריכת מפקדי האוכלוסייה. תשתית זו אפשרה "שליפה" של התפלגויות שונות ברמה של אזורים סטטיסטיים (יישובים או מחוזות), או הקבצות שלהם, חישוב שיעורי תמותה ותוחלות חיים בגילים שונים ומסיבות שונות, דבר המאפשר (בין היתר) התמקדות בניתוח הקשר בין משתנים חברתיים-כלכליים לבין שיעורי התמותה. הנתונים הינם אגרגטיביים ויחידות הניתוח הן אוכלוסיות של אזורים סטטיסטיים (יישובים או מחוזות). כל הנתונים התקבלו מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

בתחילת שנות השמונים קיימת שונות רבה בתוחלת החיים בלידה ובגיל 65 בין אוכלוסיות במקומות יישוב שונים. תוחלת החיים הכלל-ארצית בגיל 65 עמדה על 14.7 שנים לגברים ועל 16.1 שנים לנשים. אולם, תוחלת החיים נעה ביישובים השונים שנבדקו בין 12 ל-18 שנים לגברים ובין 12 ל-21 שנים לנשים. תוחלת החיים בעת הלידה של כלל האוכלוסייה היהודית בישראל הייתה 75 שנים בשנת 1983, אולם ביישובים השונים שנבדקו היא נעה בין 70 ל-80 שנה. מלוח 18 עולה שביישובים עם רמת חיים נמוכה, בעיקר בעיירות הפיתוח, תוחלת החיים נמוכה מן הממוצע. דוגמאות לכך הן דימונה, קריית מלאכי, קריית שמונה ובית שמש. תוחלת חיים גבוהה מהממוצע נמצאה ביישובים המאופיינים על-ידי רמת חיים גבוהה, כגון רמת גן, גבעתיים או רחובות. הלוח מציג גם שיעורי תמותה מתוקננים לגילאי 65-79 ממחלות לב וכלי דם. שיעורי תמותה אלה גבוהים בהרבה ביישובים בעלי רמה נמוכה של סטטוס חברתי-כלכלי בהשוואה לאלה בעלי רמה גבוהה של סטטוס חברתי-כלכלי.

לוח 18: תוחלות חיים ושיעורי תמותה מתוקנים ממחלות לב וכלי דם, יישובים נבחרים, 1983

| שיעורי תמותה מתוקנים בגיל 65-79 ל-1,000 ממחלות לב וכלי דם | | תוחלת חיים בגיל 0 | | תוחלת חיים בגיל 65 | | יישוב |
|---|-------|-------------------|-------|--------------------|-------|--|
| נשים | גברים | נשים | גברים | נשים | גברים | |
| 31.6 | 29.9 | 72.4 | 69.2 | 13.1 | 12.5 | יישובים בעלי רמת סטטוס חברתי-כלכלי נמוכה |
| 30.5 | 29.1 | 72.9 | 69.8 | 12.7 | 12.8 | דימונה |
| 28.8 | 23.2 | 72.7 | 72.2 | 13.4 | 13.0 | טירת כרמל |
| 22.1 | 21.2 | 73.0 | 69.4 | 14.4 | 13.6 | קריית מלאכי |
| 24.8 | 26.4 | 75.0 | 70.8 | 14.6 | 13.8 | קריית שמונה |
| 19.5 | 25.7 | 75.8 | 70.5 | 15.0 | 13.9 | רמלה |
| 27.4 | 32.7 | 73.2 | 70.6 | 14.2 | 14.1 | אור יהודה |
| | | | | | | בית שמש |
| 14.5 | 19.3 | 77.5 | 74.8 | 17.3 | 15.8 | יישובים בעלי רמת סטטוס חברתי-כלכלי גבוהה |
| 12.7 | 18.1 | 78.6 | 75.4 | 18.1 | 16.1 | רחובות |
| 13.8 | 19.1 | 78.3 | 74.7 | 17.7 | 16.1 | גבעתיים |
| 20.6 | 23.3 | 76.5 | 74.7 | 15.9 | 16.2 | רמת גן |
| 12.9 | 16.0 | 77.3 | 74.9 | 16.5 | 16.4 | רמת השרון |
| 18.3 | 18.9 | 80.8 | 77.3 | 20.8 | 17.6 | קריית אונו |
| | | | | | | רעננה |

מקור: פרידלנדר, ד.; סכלקנס, י.; שרשוב-כהן, ר. 1994. "השכלה, רווחה, מוצא ודתיות ודפוסי תמותת קשישים בישראל 1972-1983" (לוח 2, עמ' 22)

לוח 19 מציג את תוחלת החיים בגיל 65 לגברים ולנשים, וכן רווח בר סמך ברמת ביטחון של 95% לפי יישוב. בעוד שתוחלת החיים בגיל 65 לנשים בבאר שבע, אשקלון, מצפה רמון, קריית גת וקריית מלאכי, נעה בין 13.4 ל-15.4, הרי הטווח ביישובים, כגון חיפה, פתח תקוה, נתניה, ירושלים, תל אביב, רעננה, הוא 16.5-20.8 שנים. גם לגבי גברים נמצאו הבדלים בתוחלת החיים בגיל 65 בין היישובים השונים. הטווח של תוחלת החיים ביישובים באר שבע, אשקלון, מצפה רמון, קריית גת וקריית מלאכי, הינו 13.0-15.5 שנים בעוד שהטווח ביישובים חיפה, פתח תקוה, נתניה, ירושלים, תל אביב ורעננה הינו 14.7-17.6 שנים.

פרידלנדר ואחרים (1994) בדקו את השפעת המרחק ממרכז הארץ כגורם מסביר של ההבדלים בתוחלות החיים והגיעו למסקנה שמידת החשיבות של הנגישות כגורם עצמאי מצטמצמת מאוד כאשר הניתוח מפוקח על-ידי משתני סטטוס או משתני מוצא. נמצא שהסטטוס הכלכלי, מוצא מאפריקה ודתיות, הם המשתנים המסבירים את ההבדלים בתמותת קשישים בין היישובים השונים.

לוח 19: אומדני תוחלות חיים בגל 65 ורווחי סמך ברמת ביטחון של 95 אחוז בעבור 65 יישובים
עירוניים, 1983

| גברים | | נשים | | | | שם יישוב |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|------------------|
| רווח בר-סמך ברמת ביטחון של 95% | | רווח בר-סמך ברמת ביטחון של 95% | | C ₆₅ | C ₆₅ | |
| ערך תחתון | ערך עליון | ערך תחתון | ערך עליון | | | |
| 11.20 | 16.80 | 14.00 | 11.20 | 16.50 | 13.80 | אבן יהודה |
| 11.50 | 17.40 | 14.40 | 11.30 | 17.20 | 14.20 | אופקים |
| 11.80 | 16.10 | 13.90 | 13.20 | 16.80 | 15.00 | אור יהודה |
| 13.20 | 15.40 | 14.30 | 14.60 | 16.80 | 15.70 | אשדוד |
| 12.80 | 15.20 | 14.00 | 13.70 | 15.90 | 14.80 | אשקלון |
| 12.70 | 14.50 | 13.60 | 14.60 | 16.30 | 15.40 | באר שבע |
| 10.90 | 17.30 | 14.10 | 11.00 | 17.30 | 14.20 | בית שמש |
| 10.00 | 15.30 | 12.70 | 11.30 | 17.00 | 14.20 | בית שאן |
| 16.00 | 17.70 | 16.90 | 18.50 | 20.40 | 19.40 | בני ברק |
| 13.80 | 15.20 | 14.50 | 15.50 | 16.90 | 16.20 | בת ים |
| 15.10 | 17.00 | 16.10 | 17.10 | 19.10 | 18.10 | גבעתיים |
| 12.00 | 18.40 | 15.20 | 13.40 | 20.10 | 16.80 | גבעת שמואל |
| 11.90 | 17.90 | 14.90 | 11.80 | 17.10 | 14.50 | גן יבנה |
| 10.70 | 14.20 | 12.50 | 11.40 | 14.80 | 13.10 | דימונה |
| 13.80 | 15.90 | 14.80 | 15.60 | 17.70 | 16.60 | הרצליה |
| 11.60 | 16.90 | 14.30 | 12.10 | 17.20 | 14.60 | זיכרון יעקב |
| 13.00 | 15.40 | 14.20 | 14.30 | 16.60 | 15.40 | חדרה |
| 14.60 | 16.00 | 15.30 | 15.40 | 16.70 | 16.00 | חולון |
| 14.20 | 15.10 | 14.70 | 16.10 | 17.00 | 16.60 | חיפה |
| 9.10 | 16.90 | 13.00 | 8.00 | 15.30 | 11.60 | חצור הגלילית |
| 10.90 | 14.30 | 12.60 | 12.10 | 15.20 | 13.60 | טבריה |
| 10.90 | 14.80 | 12.80 | 10.90 | 14.50 | 12.70 | טירת כרמל |
| 12.10 | 17.30 | 14.70 | 12.20 | 18.20 | 15.20 | יבנה |
| 11.20 | 16.00 | 13.60 | 11.80 | 15.70 | 13.80 | יהוד |
| 11.90 | 22.00 | 16.90 | 11.70 | 19.80 | 15.80 | יקנעם עילית |
| 16.00 | 17.10 | 16.50 | 17.20 | 18.20 | 17.70 | ירושלים |
| 13.40 | 19.10 | 16.20 | 10.80 | 16.60 | 13.70 | כפר חבד |
| 13.70 | 16.50 | 15.10 | 15.90 | 18.80 | 17.40 | כפר סבא |
| 11.60 | 18.00 | 14.80 | 13.50 | 19.60 | 16.50 | כרמיאל |
| 11.60 | 14.30 | 13.00 | 12.60 | 15.30 | 13.90 | לוד |
| 10.00 | 22.20 | 16.10 | 8.40 | 18.40 | 13.40 | מבשרת ציון |
| 10.90 | 13.20 | 13.10 | 11.60 | 15.50 | 13.50 | מגדל העמק |
| 11.20 | 19.70 | 15.50 | 9.40 | 17.00 | 13.20 | מצפה רמון |
| 12.50 | 15.10 | 13.80 | 14.80 | 17.30 | 16.00 | נהריה |
| 11.80 | 18.10 | 14.90 | 14.70 | 19.70 | 17.20 | נווה אפרים |
| 13.00 | 17.00 | 15.00 | 13.80 | 17.60 | 15.70 | נס ציונה |
| 11.40 | 14.20 | 12.80 | 13.70 | 16.30 | 15.10 | נצרת עילית |
| 11.10 | 15.50 | 13.30 | 11.80 | 15.50 | 13.70 | נשר |
| 14.50 | 16.00 | 15.20 | 16.30 | 17.80 | 17.00 | נתניה |
| 10.60 | 13.30 | 12.00 | 12.50 | 15.50 | 14.00 | עכו |
| 10.60 | 14.10 | 12.40 | 11.30 | 14.50 | 12.90 | עפולה |
| 12.50 | 19.00 | 15.80 | 15.60 | 21.00 | 18.30 | ערד |
| 9.60 | 15.00 | 12.30 | 11.10 | 16.20 | 13.60 | עתלית |
| 10.10 | 12.90 | 11.50 | 10.20 | 12.70 | 11.50 | פרדס חנה - כרכור |
| 15.00 | 16.60 | 15.80 | 16.90 | 18.50 | 17.70 | פתח תקוה |
| 11.40 | 15.60 | 13.50 | 12.80 | 17.10 | 15.00 | צפת |
| 14.30 | 18.40 | 16.40 | 14.70 | 18.20 | 16.50 | קריית אונו |
| 12.50 | 15.10 | 13.80 | 14.10 | 16.70 | 15.40 | קריית אתא |
| 12.30 | 15.20 | 13.70 | 14.00 | 16.90 | 15.50 | קריית ביאליק |
| 12.90 | 16.50 | 14.70 | 12.40 | 15.90 | 14.20 | קריית גת |
| 13.70 | 18.00 | 15.80 | 16.20 | 20.40 | 18.30 | קריית טבעון |
| 12.20 | 14.90 | 13.60 | 14.50 | 17.30 | 15.90 | קריית ים |
| 13.00 | 16.20 | 14.60 | 14.10 | 16.90 | 15.50 | קריית מוצקין |
| 10.30 | 15.70 | 13.00 | 10.90 | 15.80 | 13.40 | קריית מלאכי |
| 11.00 | 16.20 | 13.60 | 11.60 | 17.20 | 14.40 | קריית שמונה |
| 11.60 | 17.60 | 14.60 | 12.10 | 18.00 | 15.10 | ראש העין |
| 14.10 | 16.00 | 15.00 | 16.50 | 18.30 | 17.40 | ראשון לציון |
| 14.80 | 16.80 | 15.80 | 16.30 | 18.30 | 17.30 | רחובות |
| 12.30 | 15.20 | 13.80 | 13.20 | 16.00 | 14.60 | רמלה |
| 15.40 | 16.70 | 16.10 | 17.00 | 18.30 | 17.70 | רמת גן |
| 14.00 | 18.30 | 16.20 | 14.00 | 17.70 | 15.90 | רמת השרון |
| 15.60 | 19.50 | 17.60 | 18.60 | 23.00 | 20.80 | רעננה |
| 7.90 | 16.40 | 12.10 | 8.30 | 15.80 | 12.00 | שלומי |
| 14.90 | 15.50 | 15.20 | 16.20 | 16.80 | 16.50 | תל אביב - יפו |
| 11.20 | 17.10 | 14.20 | 10.50 | 17.20 | 13.80 | תל מונד |

מקור: פרידלנדר, ד.; סכלקנס, י.; שרשוב-כהן, ר. 1994. "השכלה, רווחה, מוצא ודתיות ודפוסי תמותת קשישים בישראל 1972-1983" (לוח 1א, עמ' 55).

4.4 סיכום

בחינת השונות האזורית בתמותה מראה שבאופן עקבי שיעורי התמותה בדרום גבוהים יותר מהממוצעים הארציים. מסקנה זו נתמכת על-ידי מחקרים אחדים שבדקו הן את שיעורי התמותה הספציפיים לגיל ומין, הן את תוחלות החיים בלידה ובגיל 65, והן את שיעורי התמותה למחלות ספציפיות. העקביות של הממצאים המבוססים על מדדים שונים מצביעה על מהימנות גבוהה של הממצאים והמסקנות. העובדה שנמצאו פערים בתמותה בין הדרום לבין אזורים אחרים, הן לגבי האוכלוסייה היהודית והן לגבי האוכלוסייה הלא יהודית, מחזקת את המסקנה שהתמותה בדרום אכן גבוהה יותר. תימוכין נוספים למסקנה זו ניתן למצוא במחקרם של פרידלנדר ואחרים (1994) שמצאו הבדלים גדולים בתמותה בין יחידות גיאוגרפיות שונות, ובין יישובים בעלי רמה חברתית-כלכלית גבוהה, הן ברמות התמותה הכלליות והן ברמות התמותה בגילים הקשישים. פערים אלה בתמותה נמצאו בתחילת שנות השבעים ובתחילת שנות השמונים. על פי דירוג חברתי-כלכלי של היישובים בישראל, 9 מתוך 15 יישובים בדרום נמצאים בשלושת האשכולות הנמוכים בדירוג זה. ב-9 יישובים אלה חיים כ-300,000 תושבים, המהווים כ-40% מתושבי הדרום (למ"ס, פרסום מס' 1039, 1997). ממצא חשוב נוסף העולה ממחקרם של פרידלנדר וחבריו הינו הפער בין יישובים בעלי רמה חברתית-כלכלית נמוכה לבין יישובים בעלי רמה חברתית-כלכלית גבוהה בשיעורי תמותה מתוקננים בגיל 65-79 ל-1,000 ממחלות לב וכלי דם, המהוות את סיבת המוות העיקרית בישראל.

על אף שלא נמצאו שיעורי תחלואה גבוהים יותר בדרום, עולה השאלה מה הסיבה לפערים בתמותה בין הדרום לבין אזורים אחרים בארץ. פרידלנדר וחבריו שוללים, כאמור, את האפשרות שאוכלוסיות הנמצאות במרחק גיאוגרפי רב ממרכז הארץ מאופיינות בשיעורי תמותה גבוהים יותר, אם המשתנים האחרים מפוקחים, ומסיקים שהסטטוס החברתי-כלכלי, מוצא מאפריקה ודתיות, הם המשתנים העיקריים המסבירים את ההבדלים בתמותה של קשישים בין היישובים השונים. עדיין נותרת בעינה השאלה לגבי הסיבות להבדלים בתמותה בקבוצות גיל אחרות, ומה התרומה של זמינות ונגישות שירותי הבריאות, לעומת התרומה של מאפיינים של האוכלוסייה להבדלים בתמותה בין אזורים שונים.

5. כוח אדם רפואי וסיעודי (1989-1996)

5.1 שיטת המחקר

פרק זה בודק את נושא כוח האדם הרפואי והסיעודי במחוזות הדרום והצפון ובאזור המרכז, לצורך השוואה בין הפריפריה (הדרום והצפון) לבין מרכז הארץ. השוואה זו נסמכה על ניתוח נתונים מסקרי כוח אדם בשנים 1986-1996 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

סקרי כוח אדם שנתיים שעורכת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משמשים למעקב שוטף אחר ההתפתחויות בכוח העבודה בישראל, גודלו ותכונותיו. אוכלוסיית הסקר כוללת את כל האוכלוסייה הקבועה בישראל בני 15 ומעלה, ומדי שנה נכללים בסקר כ-22,000 משקי בית. יצוין כי סיווג משלח היד

של המרואיין נקבע לפי העבודה שביצע המרואיין במקום עבודתו כפי שדיווח עליה למראיין. על כן, ייתכנו אי-דיוקים בדיווח.

עוד יצוין, כי המספרים המובאים בדוח הם לאחר ניפוח ממדגם לאוכלוסייה. בניצול הנתונים מסקרי כוח אדם יש מגבלה, מכיוון שמספר הנדגמים מהתחום הרפואי והסיעודי מדי שנה הוא קטן יחסית למספר המועסקים בתחומים אלה. בפרסומים על סקרי כוח האדם מצוין כי טעויות הדגימה (לאומדני אחוזים, לאומדני שכיחויות, לאומדני שעות עבודה לשבוע ולממוצע שעות עבודה בשבוע) עלולות להיות גדולות, וכי עשויות להיות טעויות לא מדגמיות, כגון אלו הנובעות מאי-היענות, מטעויות בתשובות ומטעויות בעיבוד. כדי להקטין את ההסתברות לטעויות מסיבות אלה ולהגדיל את מספר הנדגמים, בכל הלוחות הנוגעים לנתוני כוח אדם מועסק, שמקורם בסקרי כוח אדם, מוצגים ממוצעים של קבוצות שנים, ולא נתונים על שנים בודדות.

התפלגות כוח האדם הרפואי והסיעודי לפי מחוזות מבוססת על מקום מגורים. זאת משום שעד שנת 1994 לא כלל סקר כוח אדם מידע על מחוז התעסוקה. לצורך השוואה בין תקופות היה עלינו להשתמש במשתנה אחיד ולכן נבחר מקום המגורים כמשתנה המבחין בין מחוזות.¹

על אף כל המגבלות המצוינות לעיל, סקרי כוח אדם הנם המקור המלא היחיד בישראל לנתונים על כוח אדם מועסק במשק.

5.2 רופאים מועסקים

בבחינת יחס רופאים מועסקים לאוכלוסייה (להלן יחס רופאים/אוכלוסייה) נראית עלייה לאורך השנים הנבדקות ביחס הרופאים ל-1,000 נפש בכל הארץ (לוח 20).² עם זאת, בכל השנים הנבדקות, יחס רופאים/אוכלוסייה בדרום ובצפון (להלן פריפריה) נמוך באופן ניכר מיחס זה במרכז הארץ. מהשוואה בין מחוז הדרום למחוז הצפון עולה אמנם כי שיעור השינוי השנתי הממוצע ביחס רופאים/אוכלוסייה גבוה יותר בצפון (עלייה של 34% בין 1989-1991 לבין 1992-1994 ושל 32% בין 1992-1994 לבין 1995-1996) לעומת שיעור השינוי השנתי ביחס זה באותן תקופות בדרום (עלייה של 15% ו-27% בהתאמה); אולם, בסך-הכל, בכל השנים יחס רופאים/אוכלוסייה בדרום גבוה במקצת מן היחס בצפון.

¹ בחנו אם יש חפיפה בין מחוז המגורים למחוז התעסוקה, על-פי התפלגות הרופאים והאחיות המוסמכות בשנת 1995. החל משנה זו כלל סקר כוח האדם נתונים על מחוז המגורים ומחוז התעסוקה. מן הבדיקה עולה כי 97% מן הרופאים המתגוררים בדרום עובדים באותו מחוז, וכך גם 99% מן הרופאים המתגוררים במרכז הארץ. אולם, מבין הרופאים שגרים בצפון, 82% עובדים במחוז הצפון ואילו 18% עובדים מחוצה לו. באשר לאחיות המוסמכות: 94% מהמתגוררות בדרום עובדות במחוז זה, וכך גם 88% מהמתגוררות במחוז הצפון ו-99% מהמתגוררות במרכז.

² כאמור, כל עיבודי הנתונים נערכו על קבוצות של שנים. לכן, הנתונים בלוחות בפרק זה מציגים את ממוצע מספר הרופאים ביחס לממוצע גודל האוכלוסייה באותה קבוצת שנים. העיבודים שיוצגו בהמשך לגבי כוח אדם סיעודי נערכו בצורה דומה. עוד יש לציין כי לצורך חישוב ממוצעי גודל אוכלוסייה בקבוצות שנים נלקחו נתונים על גודל האוכלוסייה מן השנתונים הסטטיסטיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים 1989-1996.

מלוח 20 עולה גם כי יחס רופאי בתי-חולים ל-1,000 נפש במרכז הארץ גדל מ-1.71 בשנים 1989-1991 ל-2.45 בשנים 1995-1996, וכי לאורך כל השנים יחס זה גבוה יותר במרכז מאשר בדרום ובצפון. מבחינת יחס רופאי בית-חולים למיטות משוקללות³ עולה תמונה שונה: בשנים 1989-1991 ובשנים 1992-1994 היה היחס רופאים/מיטה בפריפריה נמוך במקצת מיחס זה במרכז הארץ (לוח 16). בשנים 1995-1996 השתנתה התמונה והנתונים מעידים כי בדרום, ואף בצפון, יש יותר רופאים המועסקים בבית-חולים למיטה לעומת במרכז הארץ.

באשר ליחס רופאים שעובדים בקהילה ל-1,000 נפש, על-פי הנתונים המוצגים בלוח 20 נראה כי יחס זה עלה בכל הארץ בין השנים 1989-1991 עד לשנים 1995-1996. אולם, בכל השנים, קיים פער בין מרכז הארץ לפריפריה, לטובת המרכז. בהשוואה בין הדרום לצפון עולה כי בעוד שבשנים 1989-1991 היה אותו יחס רופאים בקהילה ל-1,000 נפש במחוז הדרום ובמחוז הצפון (0.40), הרי שהעלייה ביחס רופאים בקהילה ל-1,000 נפש גדולה יותר בדרום לעומת בצפון, ובשנים 1995-1996 עומד יחס זה בדרום על 0.92 לעומת 0.72 בצפון.

בחינת היחס רופאים/אוכלוסייה אינה מראה את השירות האמיתי שמסופק לחולים, דהיינו, שעות העבודה שהרופאים מקדישים לחולים ביחס לגודל האוכלוסייה. לכן, השווינו בין הפריפריה למרכז הארץ גם בהיבט זה של חלוקת כוח האדם - שעות עבודת רופאים לאוכלוסייה: שיעור שעות העבודה לשבוע ל-1,000 נפש וממוצע שעות עבודת רופא לשבוע.

³ התפלגות המיטות לפי סוגן (מיטות כלליות, נפש, מחלות ממושכות) אינה דומה בכל מחוז. למשל, במחוז המרכז יש יותר מוסדות לטיפול ממושך, מוסדות גריאטריים ומוסדות לחולי נפש, שהתקן המקובל בהם למספר רופאים למיטה נמוך מן התקן המקובל למיטות כלליות; ואילו בדרום יש יותר מיטות כלליות בהן, לפי התקן המקובל, מספר רופאים למיטה גבוה יותר. לצורך בסיס משותף להשוואה בין מחוזות בחישוב היחס כוח אדם למיטה בנינו "מיטה משוקללת". לשם כך נקטנו במספר צעדים:

א. משנתון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 1995 לקחנו את מספר המיטות הממשלתיות לשנת 1994, מספרי התקציב של משרד הבריאות לקחנו את מספר הרופאים והאחיות שעובדים בכל סוג בית-חולים ממשלתי. לגבי כל סוג בית-חולים, חילקנו את מספר הרופאים במספר המיטות ואת מספר האחיות במספר המיטות. לגבי רופאים מצאנו כי ביחס למיטה כללית, מיטה ממושכת דורשת 14% מכמות הרופאים, ומיטה של בריאות הנפש דורשת 23% מכמות הרופאים. לגבי אחיות היחסים הם 53% ו-30%, בהתאמה.

ב. מפרסומים של משרד הבריאות "מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל, נתונים סטטיסטיים על תנועת חולים לפי מוסדות ולפי מחלקות" משנת 1989 ועד 1996 לקחנו את מספר המיטות מכל סוג (ללא קשר לבעלות) בדרום, בצפון ובמרכז הארץ. המיטות מן הסוגים השונים שוקללו בהתאם למשקלות שמופיעים בסעיף א' לעיל כדי לחשב "שווה ערך מיטות כלליות". יצוין שחישוב זה נתן מספרים שונים לגבי רופאים ואחיות, ונכון לעשות כן.

ג. הנתונים על מספר הרופאים והאחיות שעובדים בבתי-חולים לפי מחוזות התקבלו מעיבודים של סקרי כוח אדם שנערכו על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

ד. לגבי כל שנה חילקנו בכל אזור את מספר הרופאים שעובדים בבתי-חולים במספר המיטות המשוקללות. ביצענו אותו חישוב גם לגבי אחיות.

לוח 20: שיעור רופאים מועסקים, רופאים בקהילה ורופאי בתי-חולים ל-1,000 נפש, ושיעור רופאי בתי-חולים למיטות משוקללות, לפי מחוז ולפי שנה

| 1996-1995 | 1994-1992 | 1991-1989 | |
|-------------|-------------|-------------|--|
| | | | שיעור רופאים מועסקים ל-1,000 נפש |
| 2.62 | 2.06 | 1.80 | דרום |
| 2.19 | 1.67 | 1.25 | צפון |
| 4.07 | 3.22 | 3.00 | מרכז |
| 3.55 | 2.81 | 2.56 | ממוצע ארצי |
| | | | שיעור רופאים בקהילה ל-1,000 נפש |
| 0.92 | 0.83 | 0.40 | דרום |
| 0.72 | 0.50 | 0.40 | צפון |
| 1.45 | 0.71 | 0.92 | מרכז |
| 1.25 | 0.69 | 0.80 | ממוצע ארצי |
| | | | שיעור רופאי בתי-חולים ל-1,000 נפש |
| 1.57 | 1.06 | 1.12 | דרום |
| 1.43 | 0.97 | 0.74 | צפון |
| 2.45 | 2.08 | 1.71 | מרכז |
| 2.15 | 1.76 | 1.48 | ממוצע ארצי |
| | | | שיעור רופאי בתי-חולים למיטות משוקללות |
| 0.87 | 0.55 | 0.48 | דרום |
| 0.75 | 0.50 | 0.30 | צפון |
| 0.71 | 0.59 | 0.50 | מרכז |
| 0.73 | 0.58 | 0.47 | ממוצע ארצי |

לוח 21: שיעור שעות עבודה שבועיות של רופאים ל-1,000 נפש וממוצע שעות עבודת רופא לשבוע במחוזות השונים

| 1996-1995 | 1994-1992 | 1991-1989 | |
|---------------|---------------|---------------|--|
| | | | שעות עבודת רופאים בשבוע ל-1,000 נפש |
| 132.66 | 98.51 | 97.59 | דרום |
| 105.23 | 74.93 | 57.83 | צפון |
| 194.20 | 147.57 | 139.05 | מרכז |
| 170.69 | 128.99 | 120.49 | ממוצע ארצי |
| | | | ממוצע שעות עבודת רופא לשבוע |
| 50.69 | 47.75 | 54.27 | דרום |
| 48.04 | 45.00 | 46.35 | צפון |
| 47.72 | 45.84 | 46.41 | מרכז |
| 48.06 | 45.90 | 47.06 | ממוצע ארצי |

מלוח 21 לעיל עולה כי שיעור שעות עבודת הרופאים ל-1,000 נפש עלה לאורך השנים הנבדקות בכל הארץ. אולם, גם כאן חוזרת ועולה המגמה שלפיה הנתונים בפריפריה פחות טובים מאשר במרכז. שיעור שעות עבודת רופאים ל-1,000 נפש גבוה יותר, בכל קבוצת שנים שנבחנה, במרכז הארץ לעומת השיעור הן בדרום והן בצפון. מהשוואה בין הדרום לצפון עולה כי שיעור שעות עבודת רופאים ל-1,000 נפש בדרום

גבוה יותר מאשר בצפון בכל קבוצות השנים שנבדקו. עוד עולה מלוח 21 כי ממוצע שעות העבודה לשבוע של רופא בדרום גבוה מן הממוצע בצפון ובמרכז הארץ. ממוצע שעות עבודה שבועיות בדרום נע בין 54 שעות שבועיות בשנים 1991-1989 ל-51 שעות שבועיות בשנים 1996-1995, בהשוואה לטווח שעות שבועיות הנע בין 45 שעות ל-48 שעות בשנים הנבדקות הן בצפון והן במרכז הארץ.

5.3 אחיות מוסמכות מועסקות

בדיקת נושא חלוקת כוח האדם הסייעודי המועסק בין המחוזות נעשתה רק לגבי אחיות מוסמכות, מפני שהחל משנת 1995 שונה ועודכן הסיווג האחד של משלחי-היד ובהם הסיווג של אחיות מעשיות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. כתוצאה מכך חלה ירידה חדה במספר העובדים המסווגים כאחיות מעשיות, בשנים 1996-1995.⁴ כמובן, ששינוי זה אינו מאפשר השוואה לשנים קודמות בכל הנוגע לאחיות מעשיות מועסקות.

נמצא כי בכל קבוצות השנים הנבדקות היחס אחיות מוסמכות מועסקות לאוכלוסייה גבוה יותר במרכז הארץ מאשר בפריפריה, הן בדרום והן בצפון (לוח 22). עם זאת, בדרום אנו מוצאים עלייה ביחס זה מ-2.03 אחיות מוסמכות ל-1,000 נפש בשנים 1991-1989 ל-2.52 בשנים 1996-1995. עיקר השינוי השנתי הממוצע בדרום היה בשנים 1994-1992 לעומת השנים 1991-1989 (עלייה של כ-32% לעומת עלייה של כ-7% בצפון וירידה של כ-10% במרכז באותה התקופה). בין השנים 1994-1992 לבין השנים 1996-1995 היה שיעור שלילי בשינוי השנתי ביחס אחיות מוסמכות לאוכלוסייה הן בצפון והן בדרום (3.75% ו-5.41%, בהתאמה) לעומת עלייה בשיעור השינוי השנתי ביחס אחיות מוסמכות ל-1,000 נפש במרכז של 13% באותה התקופה.

עוד עולה מלוח 22 כי לאורך כל השנים הנבדקות, שיעור האחיות המוסמכות בבתי-חולים ל-1,000 נפש גבוה במרכז הארץ לעומת שיעורן בפריפריה. כאשר בוחנים את היחס אחיות מוסמכות בבתי-חולים למיטות משוקללות בשנים 1991-1989 נראה יחס גבוה במרכז הארץ (0.91) לעומת הדרום (0.72) והצפון (0.84). בשנים 1996-1995 אנו מוצאים כי יחס אחיות מוסמכות למיטה בדרום עלה ל-0.93 וכי הוא נמוך אך במקצת מיחס זה במרכז הארץ (0.99). בצפון שיעור זה הוא נמוך יותר ועומד על 0.89 אחיות מוסמכות למיטה.

⁴ לפי גורמים בלשכת המרכזית לסטטיסטיקה, הפער בין מספר האחיות המעשיות לשנת 1995 לפי הסיווג הישן, לעומת מספרן לפי הסיווג החדש הוא בסדר גודל של כ-10,000 מועסקות.

לוח 22: שיעור אחיות מוסמכות, אחיות מוסמכות בקהילה ואחיות מוסמכות בבתי-חולים ל-1,000 נפש, ושיעור אחיות מוסמכות בבתי-חולים למיטות משוקללות, לפי מחוז ולפי שנה

| 1996-1995 | 1994-1992 | 1991-1989 | |
|---|-------------|-------------|-------------------|
| שיעור אחיות מוסמכות ל-1,000 נפש | | | |
| 2.52 | 2.67 | 2.03 | דרום |
| 2.48 | 2.57 | 2.42 | צפון |
| 4.10 | 3.63 | 4.05 | מרכז |
| 3.61 | 3.33 | 3.53 | ממוצע ארצי |
| שיעור אחיות מוסמכות בקהילה ל-1,000 נפש | | | |
| 0.85 | 1.22 | 0.98 | דרום |
| 1.16 | 1.36 | 0.99 | צפון |
| 0.90 | 0.83 | 0.90 | מרכז |
| 0.94 | 0.97 | 0.92 | ממוצע ארצי |
| אחיות מוסמכות בבתי-חולים ל-1,000 נפש | | | |
| 1.26 | 1.22 | 0.89 | דרום |
| 1.18 | 1.00 | 1.34 | צפון |
| 2.93 | 2.50 | 2.89 | מרכז |
| 2.40 | 2.08 | 2.34 | ממוצע ארצי |
| שיעור אחיות מוסמכות למיטות משוקללות | | | |
| 0.93 | 1.06 | 0.72 | דרום |
| 0.89 | 0.84 | 0.84 | צפון |
| 0.99 | 0.82 | 0.91 | מרכז |
| 0.97 | 0.84 | 0.89 | ממוצע ארצי |

באשר לאחיות מוסמכות המועסקות בקהילה, בשנים 1991-1989 היה שיעור אחיות מוסמכות בקהילה ל-1,000 נפש גבוה בדרום (0.98) ובצפון (0.99) מן השיעור במרכז הארץ (0.90). גם בשנים 1994-1992 היה שיעור האחיות המוסמכות בקהילה ל-1,000 נפש גבוה בפריפריה (1.22 בדרום ו-1.36 בצפון) לעומת השיעור במרכז (0.83). בשנים 1996-1995 חלה ירידה קלה בשיעור האחיות המוסמכות בקהילה ל-1,000 נפש בצפון ובדרום, אולם, שיעור זה עדיין גבוה בצפון (1.16) לעומת במרכז הארץ (0.90) ובדרומה (0.85).

גם בנושא כוח האדם הסייעודי המוסמך השווינו בין שעות העבודה של האחיות בפריפריה למרכז הארץ. מלוח 23 עולה כי יחס שעות עבודת אחיות מוסמכות ל-1,000 נפש גבוה במרכז הארץ מן היחס בפריפריה בכל השנים הנבדקות. בהשוואה בין הדרום לצפון עולה כי בשנים 1991-1989 היה יחס זה בצפון גבוה מהיחס בדרום, אולם התמונה משתנה בשנים הבאות, וסך שעות עבודת אחיות מוסמכות ל-1,000 נפש בדרום גבוה מן היחס בצפון הן בשנים 1994-1992 והן בשנים 1996-1995.

לוח 23: שיעור שעות עבודת אחיות מוסמכות בשבוע ל-1,000 נפש וממוצע שעות עבודת אחות מוסמכת לשבוע, במחוזות השונים

| 1996-1995 | 1994-1992 | 1991-1989 | |
|---------------|---------------|---------------|---|
| | | | שעות עבודת אחיות מוסמכות בשבוע ל-1,000 נפש |
| 91.41 | 102.75 | 76.57 | דרום |
| 88.25 | 97.58 | 83.81 | צפון |
| 140.46 | 120.90 | 127.02 | מרכז |
| 124.90 | 114.63 | 113.75 | ממוצע ארצי |
| | | | ממוצע שעות עבודת אחות מוסמכת לשבוע |
| 36.20 | 38.51 | 37.73 | דרום |
| 35.60 | 37.89 | 34.68 | צפון |
| 34.22 | 33.20 | 31.38 | מרכז הארץ |
| 34.57 | 34.43 | 32.19 | ממוצע ארצי |

עוד עולה מלוח 23 כי אחיות מוסמכות בפריפריה, בדרום אף יותר מאשר בצפון, עובדות יותר שעות בשבוע לעומת עמיתותיהן במרכז. כך, למשל, ממוצע שעות עבודת אחות בשבוע בדרום בשנים 1991-1989 ו-1994-1992 עומד על כ-38 שעות שבועיות לעומת כ-33 שעות שבועיות במרכז באותה התקופה. בשנים 1996-1995 אנו מוצאים מגמה דומה, אם כי הפער בין המחוזות הצטמצם והוא עומד על 34 שעות שבועיות בממוצע במרכז לעומת כ-36 שעות שבועיות בפריפריה.

5.4 הפער בין מרכז הארץ למחוז הדרום לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

במחקר הנוכחי נבדק האם לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי צומצם הפער בין מרכז הארץ לדרומה בכל הנוגע לכוח אדם רפואי וסיעודי. לוח 24 מציג את הפער שבין הדרום למרכז בנוגע לכוח אדם זה בשנים 1994-1992 לפני החלת החוק ובשנים 1996-1995, לאחריו. מן הלוח עולה כי גם לאחר החלת החוק יש בדרום פחות רופאים מועסקים לאוכלוסייה (64% ממספר הרופאים לאוכלוסייה במרכז) ופחות אחיות מוסמכות לאוכלוסייה (61% ממספר האחיות במרכז). כמו-כן, יש פחות שעות רופאים ואחיות לאוכלוסייה מאשר במרכז הארץ (68% משעות רופא לאוכלוסייה ו-65% משעות אחות מוסמכת לאוכלוסייה במרכז), ועומס העבודה שלהם - ממוצע שעות העבודה בשבוע - גבוה יותר בדרום לעומת מרכז הארץ.

לוח 24: היחס בין הדרום למרכז הארץ בנוגע לכוח אדם רפואי וסיעודי

| 1996-1995 | 1994-1992 | |
|-----------|-----------|------------------------------|
| 0.64 | 0.64 | רופאים מועסקים ל-1,000 נפש |
| 0.68 | 0.67 | שעות רופאים ל-1,000 נפש |
| 1.06 | 1.04 | ממוצע שעות עבודת רופא לשבוע |
| 0.61 | 0.74 | אחיות מועסקות ל-1,000 נפש |
| 0.65 | 0.85 | שעות עבודת אחיות ל-1,000 נפש |
| 1.06 | 1.16 | ממוצע שעות אחיות לשבוע |

5.5 סיכום

הנתונים הנוגעים לרופאים מועסקים מעידים כי בין השנים 1989 ל-1996 הייתה עלייה ביחס רופאים ל-1,000 נפש בכל הארץ. עם זאת, לאורך כל השנים הנבדקות, יש למרכז יתרון ברור על-פני הפריפריה ביחס רופאים ל-1,000 נפש, בשיעור רופאי בתי-חולים ל-1,000 נפש, בשיעור רופאים בקהילה ל-1,000 נפש, ובסך שעות עבודת רופאים בשבוע ל-1,000 נפש. בשנים 1989-1994 נכון הדבר גם בנוגע ליחס רופאים למיטה משוקללת, אולם בשנים 1995-1996 מעידים הנתונים כי בפריפריה יש יותר רופאים מועסקים למיטה לעומת מרכז הארץ. נמצא יתרון קל לדרום על-פני הצפון במדדים אלה; אולם, ממוצע שעות עבודה לשבוע של רופא בדרום גבוה יותר בכל השנים הנבדקות מממוצע שעות העבודה לשבוע של רופא הן בצפון והן במרכז.

הנתונים בנוגע לאחיות מוסמכות מעידים גם הם על יתרון למרכז הארץ על-פני הפריפריה, בעיקר בשיעור האחיות המוסמכות לאוכלוסייה ובשעות עבודת אחיות מוסמכות לאוכלוסייה. עם זאת, בהתאם למבנה שירותי הבריאות (לפיו אוכלוסייה כפרית מטופלת על-ידי כוח אדם סיעודי במרפאות קהילתיות ומקבלת טיפול ממספר קטן יותר של רופאים), בפריפריה שיעור אחיות מוסמכות בקהילה ל-1,000 נפש גבוה מאשר במרכז. נמצא כי בפריפריה, ובמיוחד בדרום, האחיות המוסמכות עובדות יותר שעות בממוצע לשבוע מעמיתותיהן במרכז הארץ.

על אף העלייה במספר הרופאים והאחיות לנפש בדרום, לא צומצם הפער באחוזים בין המרכז לדרום בנוגע לכוח האדם הרפואי, והמצב היחסי של הנגב אף הורע לגבי כוח האדם הסיעודי. גם לאחר החלת החוק יש בדרום פחות רופאים ואחיות מוסמכות לאוכלוסייה, ועומס העבודה המוטל עליהם - ממוצע שעות עבודה לשבוע - רב יותר לעומת המרכז.

6. רופאים ראשוניים

6.1 שיטת המחקר

השוואה בין הנתונים על רופאים ראשוניים בפריפריה לבין הנתונים על רופאים במרכז הארץ מבוססת על שני סקרים שנערכו במועדים שונים על מדגם שונה של רופאים (קוהורט אחר של נחקרים). אחד מהם הוא סקר דואר שנערך בשנת 1993 על-ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל, כחלק ממחקר רב-לאומי מטעם המכון ההולנדי לרפואה ראשונית (NIVEL), אשר כלל את הרופאים הראשוניים שעבדו בארבע קופות-החולים בישראל. לפי הנחיית מתאמי המחקר הבינלאומי נכללו במחקר רק רופאים ראשוניים המטפלים במגוון מצבים ובמגוון סוגי אוכלוסייה, ולכן לא נכללו בו רופאי ילדים, רופאי נשים, רופאי עיניים, וכדומה. בדגימה מקרית לפי שכבות נדגמו 1,065 רופאים מתוך רשימת כל הרופאים הראשוניים בארבע הקופות באותה תקופה (2,925 איש). מתוך הרופאים שעלו במדגם, השתייכו 872 לאוכלוסיית המחקר, מהם רואיינו 677 רופאים (77.6%). שאלון המחקר נגע בין השאר במאפייני הרופאים ודפוסי עבודתם (גיל, מין, התמחות, ותק במקצוע, תנאי העסקה, קופה מעסיקה), ובמרפאה (גודל, מיקום, סוג אוכלוסייה, מרחק משירותי רפואה, צוות) (למידע מפורט יותר על המחקר ועל שיטתו ראה גרוס ואחרים, 1994).

הסקר השני נערך בחודשים אפריל-יולי 1997 בגוינט-מכון ברוקדייל כסקר דואר שנתמך על-ידי תזכורות בטלפון בקרב רופאים ראשוניים בישראל העובדים בקופת-חולים אחת או יותר. הסקר נערך במסגרת מחקר על הרופא הראשוני כ"שומר שער": נקודת המבט של הרופא הראשוני, של הרופא המקצועי ושל המבוטחים (טבנקין ואחרים, 1999). אוכלוסיית המחקר כללה את כל הרופאים הראשוניים העובדים עם קופות-החולים. כרופאים ראשוניים הוגדרו רופאים העוסקים ברפואה כללית בקהילה וביניהם: רופאים כלליים, מומחים ברפואת משפחה, מומחים ברפואת ילדים, רופאים פנימיים, אך גם רופאים בעלי מומחיות אחרת העוסקים ברפואה ראשונית בקהילה. מתוך הרופאים הנכללים ברשימות של כל הקופות באותה עת נדגמו באופן אקראי 990 רופאים. מתוך הרופאים שעלו במדגם, 934 השתייכו לאוכלוסיית המחקר, 85.6% מהם רואיינו (החזירו שאלונים מלאים). מתוך שאלון מחקר זה נבחנו המשתנים המקבילים לאלו שהיו כלולים בשאלון המחקר ב-1993, כגון מאפייני רקע ומאפיינים מקצועיים וארגוניים של הרופאים (גיל, מומחיות, קופה, שיטת תגמול, עומס עבודה וכו'), הכשרת הרופא ומיומנותו (לפירוט שיטת המחקר, שיטת הדגימה והשקלול ומתודולוגיית איסוף הנתונים, ראה אצל טבנקין ואחרים, 1999).

כדי לערוך השוואה בין הסקר שנערך בשנת 1993 לסקר שנערך ב-1997 הוצאו מן הניתוח של הסקר האחרון רופאי הילדים שעלו במדגם. יש לזכור, אם כן, כי תיאור ההבדלים בין הפריפריה למרכז הארץ בכל הנוגע לרופאים ראשוניים בקהילה אינו כולל את רופאי הילדים שעבדו בקהילה בשנים הנזכרות. הנתונים על רופאים ראשוניים בשני הסקרים נבדקו בשני שלבים:

1. בשלב הראשון בחנו אם יש הבדלים בכל אחת מן השנים הנסקרות, לפי מחוזות, בין הפריפריה (מחוז הדרום ומחוז הצפון) לבין מרכז הארץ, במאפייני הרופאים הראשוניים בקופות-החולים שבהן הם מועסקים, בדפוסי עבודתם, בתנאי העסקתם ובסדרי עבודתם, בעומס העבודה ובשעות העבודה.
2. בשלב השני בחנו בכל מחוז אם חל שינוי בכל הנוגע לרופאים ראשוניים בין 1993 (מועד המחקר הראשון) ל-1997 (מועד המחקר השני). כמו-כן, בחנו אם חל שינוי בפער שבין מרכז הארץ לדרומה בין שני מועדי הסקרים. לצורך השוואת הנתונים על רופאים ראשוניים שעובדים בקהילה בין שני מועדי הסקרים נבנה קובץ מאוחד לשני המחקרים. בקובץ זה עובדו רק הנתונים המתאימים למשתנים שנבדקו בשני מועדי המחקר.

6.2 עיבודים סטטיסטיים

העיבודים הסטטיסטיים נערכו לגבי כל מחקר בנפרד, וכללו לוחות צולבים ובדיקת מובהקותם בעזרת מבחן χ^2 , וכן בדיקת הנתונים ברגרסיה ליניארית (בדיקת מובהקות באמצעות מבחן T) וברגרסיה לוגיסטית. בדיקת המובהקות של הלוחות הצולבים שבדקו את תשובות הנחקרים בסקר בשנת 1993 לעומת תשובות הנחקרים בסקר ב-1997 נעשתה באמצעות מבחן χ^2 . מבחן זה התאים למקרה זה משום שמדובר בשני מדגמים לא-תלויים.

6.3 השוואה בין מחוזות - 1993

א. מאפייני רקע

בשנת 1993 היו הרופאים הראשוניים בצפון צעירים יותר לעומת אלה המועסקים בדרום הארץ ובמרכזה: 75% מהרופאים שרואיינו בצפון הם בני 30-44, לעומת 40% מהרופאים שרואיינו במרכז ו-48% (בדרום - לוח 25). בנוסף, בעוד ששיעור המומחים ברפואת המשפחה בצפון הוא הגבוה ביותר, בדרום הוא הנמוך ביותר. כמו-כן, שיעור המתמחים ברפואת משפחה גבוה יותר בפריפריה (הן בצפון והן בדרום) לעומת במרכז (לוח 25). בסך-הכל, שיעור המומחים והמתמחים ברפואת המשפחה גבוה בצפון (47%) מהשיעור במרכז הארץ (31%) ובדרומה (32%).

לוח 25: משתני רקע אישיים של הרופאים הראשוניים לפי מחוז, 1993 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-------|-------|---------|---------|------------------------------------|
| N=256 | N=209 | N=1,822 | N=2,354 | סה"כ במדגם |
| n=74 | n=59 | n=524 | n=677 | |
| 100 | 100 | 100 | 100 | גיל ** |
| 47.9 | 74.6 | 39.5 | 44.3 | 44-30 |
| 52.1 | 25.4 | 60.5 | 55.7 | +65-45 |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מין |
| 67.1 | 72.9 | 61.6 | 62.4 | זכר |
| 32.9 | 27.1 | 38.4 | 37.6 | נקבה |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מומחיות ** |
| 67.6 | 53.4 | 69.4 | 67.8 | רופא כללי/אחר |
| 16.2 | 31.1 | 23.8 | 23.4 | מומחה ברפואת המשפחה |
| 16.2 | 15.5 | 6.8 | 8.8 | מתמחה ברפואת המשפחה |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מומחים/מתמחים לעומת רופאים כלליים* |
| 68.5 | 53.4 | 69.4 | 67.8 | רופא כללי |
| 31.5 | 46.6 | 30.6 | 32.2 | מומחה ומתמחה |

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$ לפי מבחן χ^2

ב. תנאי עבודה וסדרי עבודה

תנאי ההעסקה של הרופאים הראשוניים נבחנו לגבי מקום העבודה העיקרי והמשני שלהם (רופאים ראשוניים רבים עובדים ביותר ממקום עבודה אחד). לוח 26 בוחן את תנאי ההעסקה של רופאים ראשוניים בשנת 1993. מניתוח הנתונים בלוח עולה כי שיעור הרופאים העובדים כשכירים (הן במקום העבודה העיקרי והן במשני) בפריפריה גבוה (76% בדרום ו-82% בצפון) משיעור העובדים כך במרכז (63%). עוד עולה מהלוח כי שיעור הרופאים שעובדים ביישובים כפריים (מושב, קיבוץ, כפר ערבי וכו') גבוה בצפון (45%) בהשוואה לשיעור בדרום (11%) ובמרכז הארץ (13%). כ-78% מהרופאים בצפון וכ-66% מהרופאים הראשוניים בדרום הועסקו בשנת 1993 על-ידי קופת-חולים כללית, לעומת 63% במרכז הארץ, אולם הבדל זה אינו מובהק. עוד יצוין כי בעוד שבצפון רק 7% מהרופאים ציינו בשנת 1993 שהם עובדים ביותר מקופה אחת, הרי הן בדרום והן במרכז הארץ הגיע שיעור המועסקים ביותר מקופה אחת לכ-16% באותה שנה.

לוח 26: תנאי העסקה ומקום התעסוקה של רופאים ראשוניים, לפי מחוז (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | |
|-------|-------|---------|---------|---|
| N=256 | N=209 | N=1,822 | N=2,354 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=74 | n=59 | n=524 | n=677 | סה"כ במדגם |
| 100 | 100 | 100 | 100 | תנאי העסקה במקום עבודה עיקרי * |
| 82.2 | 86.4 | 67.6 | 71.5 | שכיר במרפאה |
| 8.2 | 6.8 | 20.8 | 17.7 | עצמאי |
| 5.5 | 3.4 | 8.2 | 7.4 | שכיר בבית-חולים |
| 2.7 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | אחר |
| 1.4 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | עצמאי/פרטי |
| 100 | 100 | 100 | 100 | תנאי העסקה במקום עבודה משני ** |
| 41.7 | 37.3 | 47.2 | 46.4 | אין מקום עבודה נוסף |
| 12.5 | 25.4 | 6.2 | 9.0 | שכיר במרפאה |
| 13.9 | 11.9 | 24.7 | 21.7 | עצמאי |
| 11.1 | 8.5 | 7.5 | 7.7 | פרטי |
| 9.7 | 3.4 | 4.9 | 5.1 | שכיר בבית-חולים |
| 11.1 | 13.6 | 9.5 | 10.1 | אחר (כולל מי שעובד כעצמאי וגם כרופא פרטי) |
| 100 | 100 | 100 | 100 | תנאי העסקה (במקום עבודה עיקרי ומשני) ** |
| 75.6 | 81.7 | 54.0 | 60.5 | שכיר |
| 12.2 | 10.0 | 17.6 | 15.4 | שכיר + עצמאי |
| 12.2 | 8.3 | 28.4 | 24.1 | עצמאי/פרטי |
| 100 | 100 | 100 | 100 | קופת-חולים ¹ |
| 65.8 | 77.6 | 63.5 | 65.7 | כללית |
| 8.3 | 3.4 | 9.0 | 8.1 | מכבי |
| 2.7 | 3.5 | 5.7 | 5.2 | מאוחדת |
| 6.8 | 8.6 | 5.9 | 6.0 | לאומית |
| 16.4 | 6.9 | 15.9 | 15.0 | כמה קופות |
| 100 | 100 | 100 | 100 | גודל יישוב ** |
| 88.9 | 55.2 | 87.4 | 84.3 | לא כפרי |
| 11.1 | 44.8 | 12.6 | 15.7 | כפרי |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

1 משתנה משולב הכולל קופה עיקרית ומשנית

בנוסף לתנאי ההעסקה, נבחנו גם הבדלים בין המחוזות בסדרי העבודה של רופאים ראשוניים. מלוח 27 עולה כי שיעור הרופאים שעובדים ללא קביעת תור מראש גבוה בצפון (37%) בהשוואה למדווה על כך במרכז (27%) ובדרום (23%). רק רופאים מעטים בדרום דיווחו שהם עובדים במרפאה שבה אין רופאים נוספים (16%) בהשוואה לצפון (33%) ולמרכז הארץ (31%). כמו-כן, שיעור הרופאים בדרום שדיווחו כי הם עובדים במרפאה שיש בה גם רופאים ראשוניים וגם רופאים מומחים בנוסף להם, גבוה בדרום (58%) לעומת במרכז ובצפון (36% ו-38% בהתאמה). עוד נמצא כי שיעור הרופאים העובדים עם אחות בדרום (90%) ובצפון (96%) גבוה בהשוואה למרכז (80%). בנוסף, שיעור הרופאים שבמרפאתם יש פקיד/מזכיר גבוה בדרום (כ-93%) לעומת הצפון ומרכז הארץ (כ-80% בשניהם).

לוח 27: דפוסי עבודה של הרופאים לפי מחוז, 1993 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-------|-------|---------|---------|---|
| N=256 | N=209 | N=1,822 | N=2,354 | סה"כ במדגם |
| n=74 | n=59 | n=524 | n=677 | |
| 100 | 100 | 100 | 100 | עבודה בשיטה של קביעת תור מראש ** |
| 23.0 | 37.2 | 27.0 | 26.7 | אין הזמנת תור מראש |
| 18.9 | 5.1 | 8.4 | 9.4 | פחות ממחצית הביקורים הלא-דחופים |
| 21.6 | 10.2 | 18.7 | 19.1 | נקבעים מראש |
| 36.5 | 47.5 | 45.9 | 44.8 | מעל מחצית הביקורים הלא-דחופים |
| 100 | 100 | 100 | 100 | נקבעים מראש |
| 16.4 | 32.8 | 30.9 | 29.1 | כמעט כל הביקורים הלא-דחופים |
| 15.1 | 17.2 | 25.4 | 24.1 | נקבעים מראש |
| 11.0 | 12.1 | 7.7 | 8.2 | עובד עם רופאים מומחים |
| 57.5 | 37.9 | 36.0 | 38.6 | עובד גם עם כלליים וגם עם מומחים |
| 90.3 | 96.4 | 80.1 | 83.3 | עובד עם אחות *** |
| 92.8 | 82.1 | 81.6 | 83.4 | עובד עם פקיד/מזכיר * |

* p<0.10

** p<0.05

*** p<0.01 לפי מבחן χ^2

לוח 28 מציג מאפייני עבודה המאפשרים בחינה של עומס העבודה המוטל על הרופא הראשוני. מן הלוח עולה כי ממוצע שעות העבודה בשבוע (במקום עבודה עיקרי ובמקום עבודה משני וכן שעות עבודה בתורנות ובכוננות בשני מקומות העבודה) בקרב הרופאים במרכז (44 שעות) נמוך בהשוואה לרופאים בצפון (54 שעות) ובדרום (52 שעות). בנוסף, ממוצע גודל רשימת החולים גבוה בקרב הרופאים בצפון (1,684) ובקרב הרופאים בדרום (1,476) ביחס לרופאים במרכז הארץ (1,376). בהתאם לכך, ממוצע מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה גבוה בקרב הרופאים בצפון (38) ובדרום (36) בהשוואה לרופאים במרכז הארץ (33). כמו-כן, ממוצע מספר הדקות המוקצבות לכל חולה נמוך בצפון (9.86) ובדרום (10.42) בהשוואה למספר הדקות המוקצבות לכל חולה על-ידי רופאים במרכז הארץ (11.35).

מן הנתונים הללו עולה כי עומס העבודה על הרופאים בפריפריה בשנת 1993 היה גבוה יותר מהעומס עליהם במרכז הארץ, גם משך הזמן המוקצב לחולה היה קצר יותר.

לוח 28: מאפייני עבודה של הרופאים לפי מחוז, 1993

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | |
|---------|----------|----------|----------|--|
| N=256 | N=209 | N=1,822 | N=2,354 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=74 | n=59 | n=524 | n=677 | סה"כ במדגם |
| 37.47 | 34.07 | 33.39 | 33.96 | ממוצע שעות עבודה רגילה במקום עבודה עיקרי* |
| 4.45 | 8.45 | 3.67 | 4.38 | ממוצע שעות בתורנות/כוננות במקום העבודה העיקרי* |
| 4.36 | 6.20 | 4.96 | 4.97 | ממוצע שעות עבודה רגילה במקום עבודה נוסף |
| 6.78 | 6.30 | 2.34 | 3.14 | ממוצע שעות תורנות או כוננות במקום עבודה נוסף** |
| 51.86 | 53.87 | 44.15 | 45.98 | ממוצע שעות עבודה (עבודה רגילה ותורנות או כוננות) במקום עבודה עיקרי ומשני** |
| 1,476.3 | 1,684.04 | 1,375.84 | 1,421.65 | ממוצע גודל רשימת חולים* |
| 35.82 | 38.23 | 32.98 | 34 | ממוצע מספר מגעים במרפאה ביום* |
| 4:10 | 5:34 | 4:40 | 4:44 | ממוצע מספר ביקורי הבית בשבוע |
| 10.42 | 9.86 | 11.35 | 11.11 | ממוצע מספר דקות מוקצבות לכל חולה* |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

משך הזמן המוקצב לחולה (בדקות) נבדק כמשתנה תלוי בניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית), כך שניתן היה לפקח על משתני הרקע של הנחקרים ועל משתנים הקשורים לרופא ולדפוסי עבודתו. בניתוח נמצא כי המשתנים המשפיעים על משך הזמן המוקצב לחולה היו קופת-החולים שבה עבד הרופא (בקופת-חולים כללית הזמן המוקצב לחולה נמוך מהזמן בקופת-החולים האחרות), העובדה שהרופא שכיר (הזמן המוקצב לחולה קצר יותר בביקור אצל רופא שכיר בהשוואה לרופא עצמאי או לרופא שעובד במשולב), מספר הנפשות ברשימת הרופא ומספר שעות העבודה שלו בשבוע. העובדה שהרופא הוא מן הצפון או מן הדרום לא השפיעה באופן מובהק על מספר הדקות המוקצבות לכל חולה (ראה לוח 1 בנספח א).

בבדיקת מספר המגעים שיש לרופא עם חולים ביום (כולל ביקורי בית) כמשתנה תלוי בניתוח רב-משתני, עולה כי המשתנים בעלי ההשפעה על מספר החולים שהרופא בודק ביום הם קופת-החולים שבה הוא עובד (עבודה בקופת-חולים כללית), גודל רשימת החולים שלו, מספר שעות העבודה של הרופא והיותו שכיר (ראה לוח 2 בנספח א).

מאחר שנמצאה השפעה של העבודה בקופת-חולים כללית הן על הזמן המוקצב לחולה והן על מספר המגעים ביום שיש לרופא עם חולים, בחנו שני משתנים אלה בניתוח רב-משתני רק בקרב רופאים שעובדים בקופת-חולים כללית. נמצא כי המשתנים "גודל רשימת החולים של הרופא" ו"מספר השעות שהוא עובד בשבוע" מנבאים את משך הזמן המוקצב לחולה בקרב רופאים אלה. עוד נמצא כי המשתנים "גודל רשימת החולים של הרופא" ו"היותו שכיר" מנבאים את מספר המגעים ביום בקרב הרופאים העובדים בקופת-חולים כללית. המשתנה "מחוז" לא נמצא כמנבא לשני המשתנים הללו (ראה לוחות 3 ו-4 בנספח א).

6.4 השוואה בין מחוזות - 1997

כאמור, הנתונים להשוואה בין מחוזות על מאפייני רופאים ראשוניים בשנת 1997 לקוחים מסקר שנערך בשנת 1997 בקרב רופאים ראשוניים אשר עבדו באותה תקופה בקופת-חולים אחת או יותר (טבנקין ואחרים, 1999). אוכלוסיית המחקר כללה בסקר המקורי את כל העוסקים ברפואה כללית בקהילה; אולם, כפי שצוין בסעיף על שיטות המחקר (5.1), בעבודה זו לא נכללו רופאי הילדים שהיו כלולים בסקר המקורי, וזאת לצורך ההשוואה עם נתוני סקר רופאים ראשוניים 1993.

א. מאפייני רקע

בחינת מאפייני הרקע של רופאים ראשוניים (לוח 29) מעלה כי שיעור הרופאים הצעירים, גילאי 22-40, גבוה בדרום (37%) ובצפון (34%) לעומת שיעורם במרכז (23%). עוד עולה מלוח 29 כי שיעור גבוה של רופאים בדרום סיימו את לימודיהם במזרח אירופה או בברית-המועצות לשעבר (71%) לעומת שיעורם בצפון (53%) ובמרכז (45%). בנוסף, שיעור הרופאות גבוה בדרום (52%) הן בהשוואה לשיעורן במרכז (40%) והן בהשוואה לשיעורן בצפון (26%). ייתכן ששיש קשר בין השיעור הגבוה יחסית של רופאות במחוז הדרום לשיעור הגבוה של רופאים עולים (מברית-המועצות לשעבר), לאור העובדה ששיעור הרופאות בקרב העולים גבוה, והוא מגיע לכ-56% מכלל הרופאים העולים.

כאשר בוחנים את מקצוע ההתמחות של רופאים בקהילה (לוח 29) נראה כי בצפון יש שיעור גבוה יחסית של רופאים כלליים (67%) ביחס לדרום ולמרכז (57% ו-53% בהתאמה). בדרום אנו מוצאים שיעור גבוה יחסית של רופאים בעלי התמחות ברפואת משפחה (30%) ביחס לצפון ולמרכז הארץ. במרכז יש בקרב הרופאים הראשוניים ריכוז גבוה יחסית של פנימאים או בעלי התמחות אחרת (25%) ביחס לשיעורם בדרום ובצפון הנע סביב ה-12%.

יצוין כי שיעור בעלי מינוי אקדמי בקרב רופאים ראשוניים בדרום (17%) גבוה יותר מאשר בצפון ובמרכז הארץ (כ-13% בכל אחד מהם), אולם הבדל זה אינו מובהק.

לוח 29: משתני רקע אישיים של הרופאים לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום N=313 n=62 | צפון N=283 n=56 | מרכז N=2,011 n=401 | סה"כ N=2,607 n=520 | סה"כ באוכלוסייה סה"כ במדגם |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 100 | 100 | 100 | 100 | גיל |
| 36.6 | 34.0 | 23.3 | 26.1 | 40-22 |
| 25.0 | 22.6 | 24.8 | 24.6 | 45-41 |
| 31.7 | 34.0 | 34.8 | 34.3 | 64-55 |
| 7.7 | 9.4 | 17.1 | 15.0 | 65+ |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מין |
| 47.9 | 73.7 | 60.4 | 64 | זכר |
| 52.1 | 26.3 | 39.6 | 36 | נקבה |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מקצוע התמחות * |
| 57.1 | 66.7 | 53.1 | 55.1 | כללית |
| 30.2 | 21.1 | 22.0 | 22.8 | משפחה |
| 12.7 | 12.3 | 25.0 | 22.1 | פנימית או אחרת |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מקצוע התמחות: מומחים ומתמחים ** |
| 31.7 | 59.6 | 37.0 | 38.8 | כללית |
| 39.7 | 22.8 | 23.0 | 25.0 | משפחה |
| 8.5 | 14.0 | 27.8 | 25.0 | פנימית או אחרת |
| 12.1 | 3.5 | 12.3 | 11.2 | דיפלומה |
| 100 | 100 | 100 | 100 | ארץ סיום לימודי רפואה * |
| 8.5 | 21.8 | 24.3 | 22.2 | ישראל |
| 11.9 | 21.8 | 22.5 | 21.2 | מערב אירופה וצפון אמריקה |
| 71.2 | 52.7 | 44.8 | 48.7 | מזרח אירופה וברית המועצות לשעבר |
| 8.5 | 3.6 | 8.4 | 7.9 | אחר |
| 17.2 | 13 | 13.4 | 13.8 | שיעור בעלי מינוי אקדמי |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

ב. תנאי העסקה

מלוח 30 עולה כי בשנת 1997 היה שיעור גבוה מהרופאים הראשוניים בדרום שהועסקו כשכירים (74%). שיעור זה גבוה ביחס לשיעור הרופאים השכירים בצפון (63%) ובמרכז (55%). עוד עולה מן הלוח כי בכל המחוזות למעלה מ-85% מהרופאים הראשוניים עובדים רק בקהילה. בנוסף, שיעור הרופאים אשר עובדים גם בבית-חולים נמוך בדרום ובצפון (בין 7% ל-10%) ביחס לשיעורם במרכז הארץ (18%). עוד נמצא כי שיעור הרופאים הראשוניים אשר עובדים ביישובים כפריים גבוה בצפון (40%) ביחס לדרום (13%) ולמרכז (11%).

לוח 30: תנאי העסקה של רופאים ראשוניים לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | |
|-------|-------|---------|---------|---|
| N=313 | N=283 | N=2,011 | N=2,607 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=62 | n=56 | n=401 | n=520 | סה"כ במדגם |
| | | | | תנאי העסקה (משולב: במקום עבודה עיקרי ומשני בקהילה)** |
| 100 | 100 | 100 | 100 | שכיר |
| 73.8 | 63.0 | 54.9 | 58.0 | שכיר + עצמאי |
| 13.1 | 27.7 | 22.7 | 21.1 | עצמאי |
| 13.1 | 9.3 | 22.4 | 19.9 | |
| | | | | עבודה בקהילה ובבית-חולים* |
| 100 | 100 | 100 | 100 | עובד רק בקהילה |
| 90.3 | 93.0 | 82.5 | 84.6 | עובד בקהילה ובבית-חולים |
| 9.7 | 7.0 | 17.5 | 15.4 | |
| | | | | סוג יישוב** |
| 100 | 100 | 100 | 100 | עירוני |
| 87.1 | 60.4 | 88.8 | 85.6 | כפרי |
| 12.9 | 39.6 | 11.2 | 14.4 | |
| | | | | קופת-חולים שבה מועסקים* |
| 100 | 100 | 100 | 100 | כללית |
| 62.9 | 66.1 | 51.2 | 54.1 | מכבי |
| 21.0 | 8.9 | 13.2 | 13.7 | מאוחדת |
| 11.3 | 7.1 | 11.5 | 11.0 | לאומית |
| 3.2 | 8.9 | 15.7 | 13.5 | עבודה בכמה קופות-חולים |
| 1.6 | 9.0 | 8.4 | 7.7 | |
| 80.6 | 80.7 | 77.1 | 77.9 | עובדים עם אחות |
| 77.8 | 59.6 | 72.1 | 71.4 | עובדים עם רופאים ראשוניים נוספים* |
| 52.4 | 58.9 | 46.0 | 48.2 | עובדים עם רופאים מומחים |
| 83.9 | 77.2 | 85.3 | 84.2 | עובדים עם פקיד/מזכיר |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

באשר להתפלגות הרופאים הראשוניים לפי קופות, שיעור הרופאים המועסקים בקופת-חולים כללית גבוה בצפון (66%) ובדרום (63%) לעומת שיעורם במרכז (51%). עוד עולה מלוח 30 כי שיעור הרופאים המועסקים בקופת-חולים מכבי גבוה בדרום (21%) ביחס למרכז הארץ (13%) ולצפון (9%). לעומת זאת, שיעור הרופאים שעובדים בקופת-חולים לאומית נמוך בדרום (3%) ביחס לצפון (כ-9%) ולמרכז הארץ (16%).

גם בסקר שנערך ב-1997 נשאלו הרופאים הראשוניים האם הם עובדים עם רופאים ראשוניים נוספים, האם הם נעזרים בעבודת אחות, האם הם עובדים במרפאה עם רופאים מומחים והאם הם נעזרים בשירותי מזכיר/פקיד. מלוח 30 עולה כי שיעור הרופאים אשר עובדים עם רופאים ראשוניים נוספים נמוך בצפון (60%) ביחס לשיעור הרופאים שעובדים כך בדרום (78%) ובמרכז הארץ (72%). באשר לעבודה במרפאה שיש בה גם רופאים מומחים, נמצא כי שיעור הרופאים העובדים במרפאה אחת עם

רופאים מומחים גבוה בצפון (59%) ביחס לדרום (52%) ולמרכז הארץ (46%). לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי מחוז בשיעור הרופאים שעובדים עם אחות או בשיעור הרופאים שעובדים עם פקיד/מזכיר.

בלוח 31 מוצגת השוואה בין מאפייני העבודה המעידים על עומס עבודת הרופאים, לפי מחוז. מן הלוח עולה כי בסך-הכל ממוצע שעות העבודה השבועיות שעובד הרופא הראשוני בקהילה גבוה באופן מובהק בדרום (42 שעות) לעומת בצפון ובמרכז (36 שעות). באופן כללי, ממוצע סך-כל שעות העבודה השבועיות של רופאים בדרום במקום עבודה עיקרי ומשני, הוא הגבוה ביותר (47 שעות) בהשוואה לצפון (39 שעות) ולמרכז הארץ (43 שעות).

לוח 31: מאפייני עבודה המעידים על שעות עבודה ועומס עבודה לפי מחוז, 1997

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | |
|----------|----------|----------|----------|--|
| N=313 | N=283 | N=2,011 | N=2,607 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=62 | n=56 | n=401 | n=520 | סה"כ במדגם |
| 41.79 | 35.78 | 36.03 | 36.70 | ממוצע שעות עבודה שבועיות בקהילה* |
| 45.21 | 52.58 | 38.39 | 39.64 | ממוצע שעות עבודה שבועיות בבית-חולים* (בקרב מי שעובדים גם בבית-חולים) |
| 46.58 | 39.43 | 42.48 | 42.64 | ממוצע סה"כ שעות עבודה שבועיות** |
| 1,529.29 | 1,575.99 | 1,472.16 | 1,491.42 | ממוצע גודל רשימת חולים** |
| 40.44 | 34.49 | 33.94 | 34.76 | ממוצע מספר מגעים במרפאה ביום* |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

עוד עולה מלוח 31 כי הגודל הממוצע של רשימת החולים של רופא בפריפריה גדול יותר מאשר במרכז. כמו-כן, ממוצע מספר המגעים שיש לרופא עם חולים במרפאה ביום גבוה בדרום (כ-40 מגעים ביום) לעומת מספר המגעים ביום בצפון (35) ובמרכז הארץ (34).

נתוני לוח 31 מצביעים על כך שבשנת 1997 היה עומס העבודה המוטל על הרופאים בדרום רב יותר מאשר במרכז ובצפון; שכן, מספר שעות העבודה של הרופאים בדרום, ומספר המגעים שיש להם ביום עם חולים במרפאה גבוה יותר. ואכן, כשבדקנו את מספר המגעים עם חולים במרפאה כמשתנה תלוי בניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית), כך שיכולנו לפקח על משתנים הקשורים לרופא, לדפוסי עבודתו ולמחוז שבו הוא עובד, נמצא כי לעובדה שהרופא עובד בדרום (ביחס לרופאים העובדים במרכז) יש השפעה על מספר גבוה יותר של מגעים עם חולים במרפאה. משתנים נוספים המשפיעים על מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה היו קופת-החולים שבה הרופא עובד (רופאים העובדים בכללית רואים יותר חולים ביום), היות הרופא שכיר וגודל רשימת החולים של הרופא (ראה לוח 32).

לוח 32: המשתנים המנבאים את מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה בשנת 1997

| בסיס למשתנה דמה | Std. Error | B | |
|-----------------|------------|---------|-----------------------------|
| | .07 | .01 | גיל |
| גבר | 1.32 | - 1.21 | מין הרופא: אישה |
| מרכז הארץ | 1.85 | - .87 | מחוז הצפון |
| מרכז הארץ | 1.82 | **5.58 | מחוז הדרום |
| הקופות האחרות | 1.25 | **6.81 | קופת-חולים כללית |
| | .00 | **0.009 | גודל רשימת החולים |
| | .03 | -.04 | סך שעות עבודה |
| אינם מומחים | 1.41 | 2.41 | מומחה או מתמחה ברפואת משפחה |
| עצמאי ומשולב | 1.22 | *4.38 | שכיר |
| | 4.45 | **15.29 | קבוע |
| | | .40 | R ² |

p<0.05 *

p<0.01 **

6.5 השינוי בין שנת 1993 לשנת 1997

א. מאפייני רקע אישיים

בחינת השינוי במאפייני הרקע בין השנים 1993 ל-1997 מצביעה על עלייה בגיל הממוצע של רופאים ראשוניים בצפון ועל ירידה בגיל הממוצע במרכז הארץ ועוד יותר - בדרום (לוח 33). עוד נמצא כי שיעור המומחים ברפואת המשפחה עלה בדרום מ-16% לכ-30%. שיעור המומחים והמתמחים ברפואת המשפחה (ביחד) ירד באופן מובהק בצפון ובמרכז הארץ, ואילו בדרום עלה שיעורם בין שני מועדי הסקרים, אך לא באופן מובהק. לגבי השינוי בשיעור המומחים והמתמחים ברפואת המשפחה בנפת באר-שבע בנפרד לעומת הצפון והמרכז (כולל נפת אשקלון), נמצא כי חלה עלייה מובהקת בשיעורם בנפת באר-שבע מכ-38% ב-1993 לכ-58% ב-1997.⁵

לוח 33: שינויים במשתני רקע אישיים של הרופאים בין השנים 1993 ל-1997, לפי מחוז (באחוזים)

| גיל ממוצע | מרכז הארץ | | צפון | | דרום | |
|------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|----------------------|-------|------|
| | 1997 | 1993 | 1997 | 1993 | 1997 | 1993 |
| 49.63 [∇] | 47.08 | 40.97 ^{∇∇} | 44.62 | 47.60 ^{∇∇∇} | 43.39 | |
| מין | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| גברים | 63.9 | 72.9 | 72.7 | 67.1 | 55.7 | |
| נשים | 36.1 | 27.1 | 27.3 | 32.9 | 44.3 | |
| מומחים ברפואת המשפחה | 23.8 | 21.9 | 31.0 | 16.4 ^{∇∇∇} | 30.2 | |
| מומחים ומתמחים ברפואת המשפחה | 30.6 [∇] | 23.3 | 46.6 ^{∇∇} | 31.5 | 39.7 | |

[∇] ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 במרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇} ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇∇} ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

⁵ בדיקת המובהקות בעזרת מבחן χ^2 בלוחות המשווים בין נתוני 1993 לנתוני 1997 מתייחסת לשינויים שחלו בממצאים בכל מחוז בנפרד. קרי: לא נבדק השינוי בין המחוזות בין שני המועדים, אלא השינוי בכל מחוז בנפרד בין 1993 ל-1997.

בלוח 34 מוצג השינוי בתנאי ההעסקה ובמאפיינים הארגוניים של רופאים ראשוניים שחל בכל מחוז בין 1993 לבין 1997. מן הלוח עולה כי באופן כללי ירד שיעור הרופאים המועסקים בקופת-חולים כללית, אם כי הוא נותר גבוה בפריפריה. בדרום, עלה שיעור הרופאים שעובדים בקופת-חולים מכבי מ-8% ב-1993 ל-21% ב-1997. כמו-כן, שיעור הרופאים שעובדים בקופת-חולים מאוחדת עלה בדרום מכ-3% ב-1993 ל-11% ב-1997. גם במרכז הארץ נמצאה עלייה מובהקת במספר הרופאים הראשוניים המועסקים על-ידי קופות-החולים מכבי, מאוחדת ולאומית. התוצאות מצביעות על עלייה בחלקם של הרופאים המועסקים בקופות-החולים מכבי, מאוחדת ולאומית בדרום ובמרכז הארץ מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

עוד עולה מלוח 34 כי בין השנים 1993-1997 לא השתנה מספר השכירים במרכז הארץ ובדרומה. בצפון, לעומת זאת, חלה ירידה מובהקת בשיעור הרופאים השכירים מ-82% ב-1993 ל-63% ב-1997. עוד נמצא כי שיעור הרופאים הראשוניים שעובדים גם בבית-חולים ירד בדרום ועלה במרכז בצורה מובהקת מ-13% ב-1993 ל-18% ב-1997. אשר לעבודה עם אחות - בדרום ירד שיעור הרופאים שעובדים עם אחות, כפי שניתן לראות בלוח. יש לזכור שהאוכלוסייה במחוזות אלו גם צעירה יחסית, ולכן קשה להשתמש בשיעור המיטות הכללי ל-1,000 נפש כמדד להיצע שירותים.

לוח 34: תנאי ההעסקה ומאפיינים ארגוניים של הרופאים, לפי מחוז, בשנים 1993 ו-1997 (באחוזים)

| דרום | | צפון | | מרכז הארץ | | |
|------------|--------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|--|
| 1997 | 1993 | 1997 | 1993 | 1997 | 1993 | |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | קופת-חולים עיקרית |
| 61.9 | 65.8 ^{▽▽} | 66.2 | 77.7 | 51.0 | 63.4 [▽] | כללית |
| 20.6 | 8.2 ^{▽▽} | 8.9 | 3.4 | 13.2 | 9.0 [▽] | מכבי |
| 11.1 | 2.7 ^{▽▽} | 7.1 | 3.4 | 11.4 | 5.8 [▽] | מאוחדת |
| 3.2 | 8.2 ^{▽▽} | 8.9 | 8.6 | 15.7 | 6.1 [▽] | לאומית |
| 3.2 | 15.1 ^{▽▽} | 8.9 | 6.9 | 8.7 | 15.7 [▽] | כמה קופות |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | תנאי העסקה |
| 73.8 | 75.7 | 63.0 | 81.7 [▽] | 54.9 | 54.0 [▽] | שכיר |
| 13.1 | 12.1 | 9.2 | 8.3 [▽] | 22.4 | 28.4 [▽] | עצמאי |
| 13.1 | 12.2 | 27.8 | 10.0 [▽] | 22.7 | 17.6 [▽] | שכיר + עצמאי |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | עבודה בקהילה ובבית-חולים |
| 90.3 | 85.1 | 93.0 | 93.2 | 82.5 | 87.0 [▽] | רק בקהילה |
| 9.7 | 14.9 | 7.0 | 6.8 | 17.5 | 13.0 [▽] | גם בבית-חולים |
| 83.9 | 92.8 | 77.2 | 82.1 | 85.3 | 81.6 | עובדים עם מזכיר/פקיד |
| 80.6 | 90.3 | 80.7 | 96.4 [▽] | 77.1 | 80.1 | עובדים עם אחות |
| 77.8 | 71.6 | 59.6 | 54.2 | 72.1 | 60.9 [▽] | עובדים עם רופאים ראשוניים אחרים |
| 52.4 | 68.5 ^{▽▽} | 58.9 | 49.2 | 46.0 | 43.3 | עובדים עם מומחים |

[▽] ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 במרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{▽▽} ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{▽▽▽} ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

כמו-כן ירד שיעור זה בצפון ובאופן מובהק. עוד נמצא כי שיעור הרופאים העובדים עם רופאים ראשוניים אחרים עלה בדרום וגם במרכז הארץ. שיעור הרופאים העובדים עם מומחים ירד בדרום באופן מובהק מ-69% ב-1993 ל-52% ב-1997. לעומת זאת, שיעור זה עלה במרכז הארץ ובצפון, אך לא באופן מובהק.

ב. שעות עבודה ועומס עבודה

מלוח 35 עולה כי בין השנים 1993 ל-1997 עלה שיעור הרופאים שיש להם רשימות גדולות של חולים (מעל 2,001) הן בצפון (מ-21% ל-28%) והן בדרום (מ-13% ל-17%). כשבוחנים את השינוי בגודל הממוצע של רשימת חולים לרופא נראית עלייה מובהקת בגודל הממוצע של רשימת החולים לרופא בדרום (מ-1,476 ב-1993 ל-1,529 חולים ב-1997) ובמרכז (מ-1,376 ב-1993 ל-1,485 חולים ברשימה ב-1997). בצפון חלה ירידה בגודל הממוצע של רשימת החולים לרופא בין שני המועדים, אולם השינוי אינו מובהק. ממוצע מספר החולים המתקבלים ביום עלה בדרום באופן מובהק מ-36 חולים בממוצע ב-1993 לכ-41 חולים בממוצע ליום ב-1997. במרכז, לעומת זאת, לא חל שינוי בממוצע מספר החולים ביום, ואילו בצפון חלה ירידה במספר הממוצע של חולים המתקבלים ביום אצל הרופא, אף כי לא מובהקת.

לוח 35: מאפייני עבודה המעידים על שעות עבודה ועומס עבודה, לפי מחוזות, בשנים 1993 ו-1997

| | דרום | | צפון | | מרכז הארץ | |
|--------------------------------------|---------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|------|
| | 1993 | 1997 | 1993 | 1997 | 1993 | 1997 |
| גודל רשימת חולים | | | | | | |
| עד 500 | 17.9 ^{▽▽▽} | 11.3 | 5.4 [▽] | 13.6 | 16.4 | |
| 1,000-500 | 9.0 ^{▽▽▽} | 13.2 | 10.7 ^{▽▽} | 16.2 | 13.9 | |
| 1,500-1,101 | 20.9 ^{▽▽▽} | 30.2 | 17.9 ^{▽▽} | 26.6 | 30.3 | |
| 2,000-1,501 | 38.8 ^{▽▽▽} | 17.0 | 44.6 ^{▽▽} | 27.5 | 27.8 | |
| 2,001+ | 13.4 ^{▽▽▽} | 28.3 | 21.4 ^{▽▽} | 16.2 | 11.6 | |
| גודל ממוצע של רשימת חולים | | | | | | |
| ממוצע שעות תורנות בשבוע | 11.23 ^{▽▽} | 14.43 | 14.75 | 20.76 | 6.01 [▽] | |
| ממוצע שעות קבלת חולים ועבודה מינהלית | 40.64 | 36.36 | 39.12 | 38.02 | 38.15 | |
| ממוצע סך שעות עבודה בשבוע | 51.86 | 39.43 | 53.86 [▽] | 42.47 | 44.15 | |
| ממוצע שעות השתלמות בחודש | 19.87 | 25.11 | 20.40 | 20.35 | 21.05 | |
| מספר חולים ממוצע ביום | 35.82 ^{▽▽} | 34.49 | 38.59 | 33.94 | 33.92 | |

▽ ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 במרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2
 ▽ ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2
 ▽ ההבדלים בין השנים 1993 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

ההשוואה בין השנים מלמדת גם כי בעוד שהפער בין הדרום למרכז הארץ בגודל רשימת חולים ממוצעת לרופא קטן במקצת, הרי הפער בין הדרום למרכז הארץ במספר החולים הממוצע שהרופא מקבל ביום

גדל מיחס של פי 1.06 בגודל רשימת החולים בדרום לעומת גודל הרשימה במרכז הארץ בשנת 1993, ליחס של פי 1.19 בשנת 1997 (לוח 36). מכאן שעומס העבודה המוטל על הרופא הראשוני נשאר רב יותר בדרום לעומת המרכז גם לאחר החלת החוק.

לוח 36: היחס בין הדרום למרכז הארץ בנוגע לעומס העבודה של הרופא הראשוני

| 1997 | 1993 | |
|------|------|--|
| 1.06 | 1.16 | אחוז הרופאים שרשימת החולים שלהם כוללת +2,010 |
| 1.03 | 1.07 | גודל ממוצע של רשימת חולים |
| 1.19 | 1.06 | מספר חולים ממוצע ליום |

6.6 סיכום

בשנת 1993, כ-80% מן הרופאים הראשוניים בפריפריה הועסקו כשכירים. שיעור מעט יותר גבוה מהרופאים הראשוניים עובדים בקופת-חולים כללית, בעיקר בצפון (לעומת מרכז הארץ). אולי משום כך נמצא גם כי שיעור מעט יותר גבוה מהם (לעומת מרכז הארץ) עובדים על-פי דפוסי העבודה המקובלים בקופת-חולים כללית (עבודה במרפאה עם רופאים ראשוניים נוספים, עם אחות, עם פקיד/מזכיר ועם רופאים מומחים).

יש בנתונים אינדיקציה לכך שבשנת 1993 היו הרופאים בפריפריה עמוסים יותר בעבודה לעומת הרופאים במרכז הארץ: יותר שעות עבודה, רשימת חולים גדולה יותר, ממוצע גבוה יותר של מגעים עם חולים ביום, ומספר דקות קטן יותר המוקצב לחולה. בניתוח רב-משתני נמצא כי המשתנים המשפיעים על מספר המגעים עם חולים ביום ומספר הדקות המוקצבות לחולה (משתנים המשמשים כאינדיקטורים לעומס) הנם: הרופא עובד בקופת-חולים כללית, הרופא מועסק כשכיר, סך שעות עבודתו ומספר הנפשות ברשימה שלו.

בשנת 1997 אנו מוצאים בדרום את השיעור הגבוה ביותר של רופאים שסיימו את לימודיהם במזרח אירופה או בברית-המועצות לשעבר. עוד אנו מוצאים שבדרום יש שיעור גבוה יותר של רופאים בעלי מומחיות ברפואת המשפחה, וכי שיעור השכירים בדרום גבוה יחסית לצפון ולמרכז הארץ. בנוסף, על אף ששיעור המועסקים בקופת-חולים כללית עדיין גבוה בפריפריה לעומת במרכז, הרי בדרום עלה מאוד שיעור הרופאים המועסקים בקופת-חולים מכבי. אולי משום כך חלה ירידה קלה בשיעור העובדים בדפוסי עבודה שמאפיינים את קופת-חולים כללית (עבודה במרפאה עם רופאים ראשוניים אחרים, עם אחות, עם מזכיר ועם רופאים מומחים אחרים).

גם מממצאי הסקר ב-1997 עולה כי עומס העבודה על רופאים בדרום רב יותר מאשר בצפון ובמרכז הארץ (מספר שעות עבודה כולל רב יותר, מספר מגעים עם חולים ביום רב יותר). כמו-כן, כאשר נבדק המשתנה מספר המגעים עם חולים במרפאה כמשתנה תלוי בניתוח רב-משתני נמצא כי לעובדה שהרופא עובד בדרום יש השפעה על מספר החולים שהוא רואה ביום (רופאים בדרום רואים יותר חולים ביום).

משתנים אחרים שמשפיעים על מספר המגעים עם חולים ביום הם: העובדה שהרופא עובד בקופת-חולים הכללית, שהוא שכיר, שיש לו רשימת חולים גדולה.

השינוי הניכר ביותר בנוגע לרופאים ראשוניים בדרום בין 1993 ל-1997 הוא הירידה בשיעור המועסקים בקופת-חולים הכללית והעלייה של שיעור הרופאים שעובדים בקופות-החולים "הקטנות", בעיקר בקופת-חולים מכבי. בנוסף, בעוד שהפער בין הדרום למרכז הארץ בגודל רשימת חולים ממוצעת לרופא קטן במקצת בין שני המועדים, גדל הפער בין הדרום למרכז במספר החולים הממוצע שהרופא מקבל ביום. מכאן, שהרופא הראשוני בדרום עמוס יותר בעבודה לעומת הרופא במרכז, גם לאחר החלת החוק.

7. מיטות אשפוז (1994, 1996 ו-1997)

בפרק זה נערוך השוואה בין שיעורי מיטות האשפוז במחוז הדרום, לעומת שיעורי מיטות האשפוז במחוזות אחרים,⁶ לפי אגפי אשפוז שונים, בהתאם להגדרות משרד הבריאות.⁷ הנתונים מתייחסים לשנת 1994 (השנה שלפני החלת חוק ביטוח בריאות) ולשנים 1996 ו-1997 (השנים שלאחר החלת החוק), ונלקחו מפרסומי משרד הבריאות על "מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל" של השנים הרלוונטיות. בפרסומים אלה מובאות השוואות של שיעורי המיטות לפי סוגי מיטות בין המחוזות השונים בארץ.

מחוז הדרום כולל את נפת באר-שבע ונפת אשקלון. בשנת 1996 הוא מנה כ-784.4 אלף נפש (מתוך 5,689.2 אלף נפש בכל הארץ).

7.1 בתי-חולים ומיטות

במחוז הדרום יש חמישה בתי-חולים כלליים: מרכז רפואי ע"ש ברזילי באשקלון; מרכז רפואי ע"ש סורוקה של קופת-חולים הכללית בבאר-שבע; מדיקל סנטר, בית-חולים פרטי בבאר שבע; פן א.ג.מ., בית-חולים פרטי בבאר שבע; בית-חולים יוספטל של קופת-חולים הכללית באילת. כמו-כן, במחוז הדרום יש בית-חולים פסיכיאטרי אחד בבאר שבע, בבעלות משרד הבריאות, וכן יש מספר מוסדות סיעודיים או מוסדות לטיפול ממושך, אולם, אין מוסדות שיקומיים.

שיעורי המיטות הכלליות בשנים 1994, 1996 ו-1997, מפורטים בלוח 37. שיעור המיטות הכללי בארץ נמצא במגמת ירידה מסוף שנות השבעים, ומגמה זו קיימת ברוב המחוזות בארץ, ובולטת יותר במחוזות עם שיעור מיטות כלליות גבוה מהממוצע. בדרום נראה כי מגמה זו נבלמה לאחר שנת 1996, וכי שיעור

⁶ ההשוואה בפרק זה נעשתה בין מחוז הדרום, מחוז הצפון ומחוזות אחרים בארץ לפי החלוקה המקובלת בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

⁷ הגדרת אגפי האשפוז השונים וכל ההגדרות בפרק הזה נלקחו מפרסומי משרד הבריאות על מוסדות אשפוז (ראה ביבליוגרפיה).

המיטות ב-1997 אף עלה מעט (1.64 מיטות לאלף נפש ב-1997 לעומת 1.57 מיטות לאלף נפש ב-1996). שיעור המיטות הכללי ל-1,000 נפש נמוך ביותר במחוז הדרום ובמחוז הצפון, בהשוואה לשאר המחוזות, כפי שניתן לראות בלוח. יש לזכור שהאוכלוסייה במחוזות אלו גם צעירה יחסית, ולכן קשה להשתמש בשיעור המיטות הכללי ל-1,000 נפש כמדד להיצע שירותים.

לוח 37: שיעור מיטות ל-1,000 נפש באשפוז כללי, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| 1997 | 1996 | 1994 | |
|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 2.287 | 2.300 | 2.390 | כל הארץ |
| 2.994 | 3.080 | 3.270 | ירושלים |
| 1.587 | 1.580 | 1.680 | צפון |
| 2.852 | 2.920 | 3.060 | חיפה |
| 2.546 | 2.530 | 2.670 | מרכז |
| 2.553 | 2.610 | 2.530 | תל אביב |
| 1.640 | 1.570 | 1.620 | דרום |

7.2 שיעור המיטות באגף אשפוז פנימי ובטיפול נמרץ

שיעור המיטות באגף אשפוז פנימי נמצא אף הוא במגמת ירידה משנות השבעים. שיעור המיטות הנמוך ביותר הוא במחוז הצפון (2.159 מיטות ל-1,000 נפש), ובמחוז הדרום (2.295 מיטות ל-1,000 נפש). במחוז הצפון מסתמנת עלייה בשיעור המיטות בין 1996 ל-1997 (לוח 38). בכל המחוזות, כולל מחוז הדרום ומחוז הצפון, נראית מגמת עלייה בשיעור מיטות טיפול נמרץ, למרות שבשני מחוזות אלו ישנו שיעור המיטות הנמוך ביותר בטיפול נמרץ (0.079 ו-0.069, בהתאמה) (לוח 39).

לוח 38: שיעור מיטות ל-1,000 נפש מעל גיל 45 באגף אשפוז פנימי, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| 1997 | 1996 | 1994 | המחוז |
|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 2.937 | 3.070 | 3.580 | כל הארץ |
| 3.466 | 3.990 | 4.830 | ירושלים |
| 2.159 | 2.180 | 2.750 | צפון |
| 3.364 | 3.600 | 4.170 | חיפה |
| 3.597 | 3.780 | 4.330 | מרכז |
| 2.751 | 2.840 | 3.160 | תל אביב |
| 2.295 | 2.160 | 2.750 | דרום |

לוח 39: שיעור מיטות ל-1,000 נפש באגף טיפול נמרץ, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| מחוז | 1994 | 1996 | 1997 |
|---------|-------|-------|-------|
| כל הארץ | 0.070 | 0.070 | 0.091 |
| ירושלים | 0.100 | 0.110 | 0.159 |
| צפון | 0.050 | 0.060 | 0.069 |
| חיפה | 0.090 | 0.090 | 0.107 |
| מרכז | 0.090 | 0.070 | 0.079 |
| תל אביב | 0.080 | 0.080 | 0.090 |
| דרום | 0.050 | 0.050 | 0.079 |

7.3 שיעור המיטות באגף ילדים

שיעור המיטות באגף ילדים נמצא גם הוא במגמת ירידה בכל הארץ, מגמה הניכרת גם במחוז הדרום. במחוז זה נמצא שיעור המיטות הקטן ביותר ל-1,000 ילדים בני 0-14 (0.819 מיטות), כאשר מחוז צפון הוא הבא אחריו עם 0.909 מיטות, לעומת ממוצע כלל ארצי של 1.040 מיטות (לוח 40).

לוח 40: שיעור מיטות ל-1,000 ילדים בני 0-14, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| סה"כ | 1994 | 1996 | 1997 |
|---------|-------|-------|-------|
| סה"כ | 1.100 | 1.050 | 1.040 |
| ירושלים | 1.500 | 1.380 | 1.402 |
| צפון | 0.900 | 0.900 | 0.909 |
| חיפה | 1.400 | 1.320 | 1.303 |
| מרכז | 1.200 | 1.140 | 1.103 |
| תל אביב | 1.000 | 1.070 | 1.050 |
| דרום | 0.800 | 0.800 | 0.819 |

7.4 שיעור מיטות באגף כירורגי

שיעור המיטות באגף הכירורגי, כבשאר האגפים שנבדקו עד כה, נמצא במגמת ירידה בכל הארץ, מגמה המסתמנת גם במחוז הדרום. כפי שנמצא לגבי אגפים אחרים, שיעור המיטות הכירורגיות בצפון ובדרום הוא הנמוך ביותר לעומת שאר המחוזות (0.531 ו-0.550 מיטות ל-1,000 נפש בהתאמה), ולעומת שיעור מיטות ממוצע כלל ארצי של 0.876 (לוח 41).

לוח 41: שיעור מיטות ל-1,000 נפש באגף כירורגי, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996, ו-1997

| | 1997 | 1996 | 1994 | |
|---------|-------|-------|-------|--|
| סה"כ | 0.876 | 0.890 | 0.900 | |
| ירושלים | 1.218 | 1.270 | 1.300 | |
| צפון | 0.531 | 0.550 | 0.600 | |
| חיפה | 1.115 | 1.150 | 1.200 | |
| מרכז | 0.944 | 0.970 | 1.000 | |
| תל אביב | 1.074 | 1.070 | 1.100 | |
| דרום | 0.550 | 0.540 | 0.600 | |

בהשוואת עמדות ניתוח ועמדות התאוששות ל-100,000 נפש בשנת 1997, בולטים פערים גדולים במיוחד בין הדרום לבין שאר המחוזות בארץ בעמדות ניתוח ועמדות התאוששות. השיעור הנמוך ביותר של עמדות אלה נמצא במחוז הדרום - 1.600 ו-2.900 עמדות ניתוח והתאוששות, בהתאמה, ל-100,000 נפש, לעומת ממוצעים ארציים של 6.500 ו-9.900, בהתאמה. הפערים בשיעורים אלה בולטים עוד יותר כשמשווים את הדרום לירושלים ולתל אביב. כך, למשל, שיעור עמדות הניתוח בירושלים גבוה פי 3.5 מהשיעור בדרום, ושיעור עמדות ההתאוששות בתל אביב גבוה פי תשעה מהשיעור בדרום (לוח 42).

לוח 42: שיעור עמדות ניתוח והתאוששות ל-100,000 נפש בשנת 1997, לפי מחוזות

| עמדות ניתוח | עמדות התאוששות | |
|-------------|----------------|---------|
| 6.500 | 9.900 | סה"כ |
| 10.300 | 13.600 | ירושלים |
| 4.100 | 5.800 | צפון |
| 7.500 | 11.900 | חיפה |
| 7.500 | 12.200 | מרכז |
| 7.600 | 14.400 | תל אביב |
| 2.900 | 1.600 | דרום |

7.5 שיעור מיטות באגף יולדות

שיעור המיטות באגף יולדות חושב ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-44). שיעור המיטות הנמוך ביותר ל-1,000 נשים בגיל פריון (0.762 ל-1,000 נשים) נמצא במחוז תל אביב. במחוז הדרום בולטת ירידה ניכרת בשיעור המיטות, מ-1.100 ב-1994 ל-0.860 ב-1997 (ראה לוח 43). על-מנת לשכלל את המדד, הוספנו בלוח 43 את שיעור הפריון לשנים 1994-1990 בכל אחד מן המחוזות. שיעורי הפריון במחוזות ירושלים, הדרום והצפון גבוהים בהרבה משיעור הפריון במחוז תל אביב. כדי לקבל מדד של היצע, חילקנו את שיעור המיטות בשיעור הפריון.⁸ היחס הנמוך ביותר נמצא במחוז דרום - 0.246, לעומת 0.341 בממוצע ארצי. כלומר, בהתחשב בשיעור הפריון הגבוה בדרום, היצע המיטות ליולדות הוא נמוך ביותר במחוז זה.

⁸ מקור הנתונים: "פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל 1994-1990", פרסום מס' 1059 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מאי 1997.

לוח 43: שיעור מיטות ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-44) באגף יולדות, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| מחוז | שנים | | |
|---------|-------|-------|-------|
| | 1994 | 1996 | 1997 |
| סה"כ | 1.100 | 1.070 | 0.988 |
| ירושלים | 1.700 | 1.660 | 1.535 |
| צפון | 1.200 | 1.070 | 1.034 |
| חיפה | 1.200 | 1.130 | 1.086 |
| מרכז | 1.100 | 1.060 | 1.002 |
| תל אביב | 0.800 | 0.790 | 0.762 |
| דרום | 1.100 | 0.930 | 0.860 |

תמונה דומה למתואר לעיל מסתמנת כאשר בודקים את שיעור עמדות הלידה ל-1,000 נשים בגיל פריון, והתמונה אף מחריפה כאשר מוסיפים את שיעור הפריון בכל מחוז (לוח 44). שיעור עמדות לידה ל-1,000 נשים במחוז הדרום הוא 12.4, לעומת ממוצע ארצי של 17.1 (ו-32.5 במחוז ירושלים). מדד היצע העמדות, המשקף גם את שיעור הפריון הוא 3.5 במחוז הדרום לעומת 5.9 ממוצע ארצי.

לוח 44: שיעור עמדות לידה ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-44) והיחס בין שיעור עמדות לשיעור פריון, לפי מחוזות

| מחוז | שיעור עמדות לידה | שיעורי פריון 1994-1990 | שיעור עמדות/שיעור פריון, 1997 |
|---------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| סה"כ | 17.100 | 2.9 | 5.897 |
| ירושלים | 32.500 | 3.8 | 8.553 |
| צפון | 14.800 | 3.4 | 4.353 |
| חיפה | 18.100 | 2.5 | 7.240 |
| מרכז | 16.900 | 2.5 | 6.760 |
| תל אביב | 15.300 | 2.3 | 6.652 |
| דרום | 12.400 | 3.5 | 3.543 |

7.6 שיעור מיטות בתחום בריאות הנפש

גם בתחום בריאות הנפש עולה כי שיעור המיטות ל-1,000 נפש במחוז הדרום הוא מהנמוכים ביותר, כאשר רק מחוז צפון נמוך ממנו (0.43 במחוז הצפון ו-0.54 במחוז הדרום, לעומת 1.07 ממוצע ארצי, ראה לוח 45). עם זאת, ניתן לראות שבמחוזות בהם שיעור המיטות גבוה בהרבה מהממוצע (המרכז וחיפה) ישנה מגמה של ירידה ניכרת בשיעור המיטות לאורך השנים, לעומת ירידה קטנה בלבד ויציבות במחוז הצפון, ועלייה קטנה בשיעור המיטות במחוז דרום. עם זאת, עדיין הפער בשיעור מיטות בריאות נפש ל-1,000 נפש גבוה מאוד בין המרכז וחיפה לבין הצפון והדרום.

לוח 45: שיעור מיטות בריאות הנפש ל-1,000 נפש, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| | 1997 | 1996 | 1994 | |
|--|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | 1.070 | 1.160 | 1.300 | סה"כ |
| | 0.910 | 0.950 | 1.200 | ירושלים |
| | 0.430 | 0.440 | 0.500 | צפון |
| | 2.530 | 2.590 | 2.700 | חיפה |
| | 1.670 | 2.050 | 2.500 | מרכז |
| | 0.580 | 0.590 | 0.600 | תל אביב |
| | 0.540 | 0.540 | 0.500 | דרום |

7.7 מיטות למחלות ממושכות ומיטות שיקום

התמונה שעולה מבחינת שיעור המיטות למחלות ממושכות ומיטות שיקום במחוז הדרום עגומה אף יותר מאשר זו שהצגנו בנוגע למיטות כלליות. במחוז הדרום אין כלל מיטות שיקום, ושיעור המיטות למחלות ממושכות ל-1,000 נפש מעל גיל 65 הוא פחות ממחצית מהממוצע הארצי (כ-11 מיטות ממושכות במחוז דרום לעומת 25.5 בממוצע ארצי, ראה לוח 46). למרות עלייה קלה במספר המיטות בין 1996 ל-1997, עדיין הפער בין מחוז הדרום ליתר המחוזות הוא ניכר.

לוח 46: שיעור מיטות ל-1,000 נפש מעל גיל 65 לחולים במחלות ממושכות, לפי מחוזות, בשנים 1994, 1996 ו-1997

| | 1997 | 1996 | 1994 | |
|--|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | 25.579 | 24.900 | 24.000 | סה"כ |
| | 25.685 | 26.560 | 26.800 | ירושלים |
| | 22.124 | 20.490 | 19.200 | צפון |
| | 23.123 | 23.240 | 24.400 | חיפה |
| | 48.714 | 49.900 | 48.600 | מרכז |
| | 18.072 | 16.290 | 14.000 | תל אביב |
| | 10.994 | 8.990 | 8.900 | דרום |

אחד המדדים לבדיקה האם קיים מחסור בהיצע מיטות הוא אחוז התפוסה בבית-החולים. לאור שיעור המיטות הנמוך במחוז הדרום צפוי אחוז תפוסה גבוה יותר בבתי-החולים בדרום בהשוואה לממוצע הארצי. לוח 47 מפרט את שיעור התפוסה במספר מחלקות נבחרות בבתי-החולים ברזילי וסורוקה לעומת הממוצע הארצי בשנת 1996. ניתן לראות שאכן שיעור התפוסה בבתי-החולים בדרום גבוה משיעור התפוסה הארצי, במיוחד בבית-חולים סורוקה המשמש כבית-חולים על-אזורי.

לוח 47: שיעור תפוסה במחלקות נבחרות, ממוצע ארצי, בית-חולים ברזילי ובית-חולים סורוקה, 1996

| מחלקות | ממוצע ארצי | ברזילי | סורוקה |
|----------------------|------------|--------|--------|
| סך-הכל מחלקות כלליות | 93.6 | 95.6 | 95.7 |
| פנימיות | 101.3 | 114.3 | 117.8 |
| ילדים | 88.8 | 84.6 | 95.6 |
| יולדות | 101.3 | 100.5 | 118.4 |

בחנו האם חל שינוי ביחס המיטות ובשיעור התפוסה בבתי-החולים בין הדרום לממוצע הארצי בין התקופה שלפני החוק לבין התקופה שלאחר החלתו. מלוח 48 עולה כי בין השנים 1994 ל-1997 נשאר בעינו הפער לרעת הדרום בשיעור המיטות לאוכלוסייה, ושיעור המיטות לנפש בדרום מהווה עדיין רק 72% משיעור המיטות לנפש בממוצע הארצי. גם שיעור התפוסה בבתי-חולים נשאר גבוה בדרום לעומת אזור המרכז ביחס של 1.02.

לוח 48: היחס בין הדרום לממוצע הארצי במיטות ל-1,000 נפש ובשיעורי תפוסה בבתי-חולים

| | 1994 | 1997 |
|-------------------|------|------|
| מיטות ל-1,000 נפש | 0.68 | 0.72 |
| שיעורי תפוסה | 1.03 | 1.02 |

7.8 סיכום

בכל סוגי המיטות ואגפי האשפוז, בכל אחת מן השנים הנבדקות, בולטת העובדה ששיעור המיטות ל-1,000 נפש נמוך מאוד בדרום לעומת הממוצע הארצי. רק הצפון דומה לו בשיעור הנמוך של מיטות לאוכלוסייה. עוד נמצא כי שיעור התפוסה במחלקות נבחרות בבתי-החולים בדרום גבוה משיעור התפוסה הארצי, במיוחד במרכז הרפואי סורוקה המשמש כבית-חולים על-אזורי. בין השנים 1994 ל-1997 לא היה שינוי בפער בשיעור המיטות לאוכלוסייה ובשיעורי התפוסה בין הממוצע הארצי לדרום הארץ. הן השיעור הנמוך של מיטות לאוכלוסייה והן שיעור התפוסה הגבוה בבתי-חולים בדרום, לעומת הממוצע הארצי, מצביעים על היצע נמוך של שירותי אשפוז בדרום בהשוואה לאזורים אחרים בישראל גם לאחר החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

8. מאפייני השימוש בשירותי בריאות

8.1 שיטת המחקר

פרק זה בוחן את השימוש בשירותי בריאות במחוז הדרום, במחוז הצפון ובאזור המרכז. הנתונים עליהם מסתמך הפרק נלקחו מסקר שימוש בשירותי בריאות 1993 שנעשה על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מטרת הסקר הייתה לקבל מידע שיסייע לתכנון שירותי בריאות ולהכנת תכניות לקידום הבריאות בישראל. הסקר נעשה בחודשים ינואר-מארס 1993, ורוב הנתונים שנאספו התייחסו לשבועיים

שקדמו למועד הריאיון, כלומר התאימו לעונת החורף. הסקר נערך בקרב אוכלוסייה הגרה במשקי בית בישראל, פרט לתושבי קיבוצים, תושבים לא יהודיים במזרח ירושלים ובדווים הגרים מחוץ למקום יישוב ודיירי מוסדות. מדגם סקר שימוש בשירותי בריאות היה תת-מדגם של סקר כוח אדם ברבעון ינואר-מארס 1993, ובוצע כנספח לסקר כוח אדם, באמצעות מראיינים שהוכשרו במיוחד למשימה זו, שראינו את הנדגמים פנים אל פנים או בטלפון. השילוב של סקר שימוש בשירותי בריאות עם סקר כוח אדם אפשר להשתמש בכל הנתונים הדמוגרפיים, הכלכליים והחברתיים שנאספו בעבור סקר כוח אדם. הסקר הקיף 5,738 משקי בית מתוך 6,776 משקי בית שהיו מיועדים לחקירה. בסך-הכל כלל הסקר נתונים לגבי 20,525 נפשות.⁹

בפרק זה נבחנו שני נושאים:

1. מהם המשתתפים הקשורים למאפייני המבוטחים, המשפיעים על השימוש בשירותי בריאות?
2. האם יש הבדל בשימוש בשירותי בריאות, כאשר מנכים את ההשפעות של מאפייני המבוטחים, הן במחוז הדרום ובמחוז הצפון והן באזור מרכז הארץ, על השימוש בשירותי בריאות? הנתונים נבדקו גם בהתייחס למחוז הצפון, ולא רק בהתייחס למחוז הדרום לעומת אזור המרכז, מאחר שקיים טיעון שמחוז הצפון ומחוז הדרום דומים בהתייחס להספקת שירותי בריאות.

השימוש בשירותי בריאות נבדק בארבעה סוגים של שירותי בריאות:

1. **ביקור אצל רופא משפחה**: מספר הביקורים אצל רופא משפחה במשך השבועיים שקדמו לריאיון. רופא משפחה הוגדר כרופא כללי, רופא פנימי, רופא משפחה ורופא ילדים. ביקור אצל רופא נחשב ביקור לשם קבלת טיפול או התייעצות רפואית, ביקור שנערך לצורך קבלת מרשם לתרופה, לקבלת אישור רפואי או לשם ביקורת ומעקב. ביקור לא כולל התייעצות בטלפון, ליווי של בן משפחה, ביקור אצל רופא בית-הספר.¹⁰
2. **ביקור אצל רופא מומחה**: מספר הביקורים אצל רופא מומחה במשך השבועיים שקדמו לריאיון. ב"רופא מומחה" נכללו: רופא עיניים, רופא נשים, רופא א.א.ג., רופא עור, אורתופד, כירורג וכל רופא מומחה אחר, פרט לרופא שיניים.
3. **ביקור אצל אחות**: מספר ביקורים בשבועיים שקדמו לריאיון כולל ביקור במרפאות מכל הסוגים, בתחנת "מגן דוד אדום", ב"טיפת חלב" וביקור בית של האחיות. ביקור אצל אחות נכלל אם נעשה על מנת לקבל טיפול כלשהו.
4. **אשפוז בבית-חולים**: מספר האשפוזים בשישה החודשים שקדמו לריאיון.

⁹ פירוט לגבי שיטת הדגימה, מכלול הנתונים שנאספו, אופן איסוף הנתונים, ניתן למצוא ב"סקר שימוש בשירותי בריאות ינואר-מארס 1993, אשפוזים וביטוח בריאות" פרסום מס' 1001, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אוגוסט 1995.

¹⁰ פירוט נוסף ניתן למצוא בפרסום מס' 970 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, "הגדרות והסברים", עמ' 14.

ניתן לחלק את המשתנים שלגביהם נבדק הקשר עם שימוש בשירותי בריאות לשני סוגים:

1. **משתני אוכלוסייה:** גיל: הוגדרו ארבע קבוצות גיל: 0-18, 19-44, 45-64, 65 ומעלה: מין: זכר או נקבה; השכלה: שנות לימוד של המרואיין מעל גיל 18, או שנות לימוד של האם אצל קטינים; צפיפות מגורים - מספר הנפשות הגרות במשק הבית מחולק במספר החדרים התפוסים על-ידי בני המשפחה (משק הבית); עולים חדשים: מרואינים שעלו לישראל לאחר 1 לינואר 1990; מגזר: יהודי/לא יהודי; חולה כרוני/לא חולה.¹¹

2. **משתני שירות (היצע):** קופת-החולים שבה מבוטח המרואיין: כללית, מכבי, מאוחדת, לאומית, או ללא קופה; אזור כפרי/עירוני; מחוז דרום: מקום מגורים של המרואיין ביישוב השייך למחוז דרום; מחוז צפון: מקום מגורים של המרואיין ביישוב השייך למחוז צפון; אזור מרכז הארץ: כל המרואינים שאינם מתגוררים במחוז הדרום או הצפון.

על-מנת לבדוק את השפעתם של משתני האוכלוסייה ומשתני השירות (היצע) על מדדי השימוש נעשה שימוש ברגרסיה מרובה, כאשר המשתנה התלוי היה אחד ממדדי השימוש, ומשתני האוכלוסייה והשירות היו המשתנים הבלתי תלויים. הרגרסיות נעשו תוך שקלול ב"מקדם ניפוח" של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מקדם הניפוח מבטא את מספר משקי הבית ומספר הנפשות במשקי הבית באוכלוסיית הסקר, ומיועד להתאים את נתוני הסקר לאומדני המשפחות מתוך סקרי כוח אדם, ולהתפלגות האוכלוסייה לפי גיל, מין, מגזר, עולים חדשים (לאחר ינואר 1990), בהתאם לנתונים הדמוגרפיים של הלמ"ס.¹²

מגבלות:

הסקר לא כלל את תושבי הקיבוצים, וכן לא כלל בדווים המתגוררים מחוץ למקום יישוב. במחוז הצפון גבוה המשקל היחסי של תושבי הקיבוצים, ובדרום - כמחצית מהבדווים עדיין לא התגוררו ביישוב קבע ב-1993.

ייתכן שמספר קטן יחסית של אשפוזים (973 מהמרואינים אושפזו) גרם לכך שהתוצאות לגבי האשפוזים אינן מובהקות סטטיסטית לעתים קרובות, ולא ניתן להסיק מסקנות מהנתונים.

הסקר בוצע בחורף 1993, ותוצאותיו אינן מיועדות לתת את המקדמים לשיעור ביקורים לפי מאפייני אוכלוסייה, שירות ומחוז, אלא לבחון הבדלים בשימוש לפי מאפיינים אלה.

¹¹ חולה כרוני הוגדר אדם המקבל טיפול כלשהו באחת משש מחלות: לחץ-דם גבוה, מחלת לב, סוכרת, אסתמה, כיב קיבה ומחלת כליות.

¹² להסבר "מקדם הניפוח" ראה פרסום מס' 1001 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 22.

8.2 תוצאות

א. גורמים המשפיעים על השימוש בשירותי בריאות - כלל המדגם

לוח 49 מפרט את תוצאות הרגרסיות המרובות לגבי כל אחד ממשתני השימוש, כאשר המשתנים התלויים היו מאפייני האוכלוסייה: גיל, מין, הימצאות מחלה כרונית, יהודי/לא יהודי, צפיפות מגורים והשכלה של הנדגם או של אם המשפחה אצל קטינים, ושנת עלייה, ומשתני שירות (היצע) המתייחסים להשתייכות לקופה, אזור מגורים כפרי או עירוני, ומחוז הדרום או הצפון.

ביקור אצל רופא משפחה מושפע, כצפוי, מגיל המבוטח, כאשר מבוטחים צעירים יותר ומבוגרים יותר מרבים לבקר אצל הרופא יותר מגילאי 19-45. נשים מבקרות אצל רופא יותר מגברים, ויהודים יותר מלא יהודים. חולים כרוניים, כצפוי, מבקרים יותר אצל רופא. ככל שצפיפות המגורים עולה, כך מבקרים פחות אצל רופא, וככל שההשכלה עולה, מבקרים פחות אצל רופא. עולים חדשים אף הם מבקרים פחות אצל רופא.

לוח 49: תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - כלל המדגם

| משתנה | בסיס | רופא משפחה | רופא מומחה | אחות | אשפוז |
|----------------------|----------------------|------------|------------|-----------|-----------|
| גיל | | | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | *1.445 | *-0.236 | -0.004 | -0.019 |
| 64-45 | גיל 19-44 | *0.767 | 0.077 | 0.051 | -0.034 |
| 65+ | גיל 19-44 | *0.971 | *0.294 | *0.333 | 0.511 |
| מין | זכרים | *0.226 | *0.279 | 0.047 | ***-0.057 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | *1.858 | 0.486 | *0.560 | *0.824 |
| יהודי | לא יהודי | **0.325 | **0.151 | *0.230 | -0.003 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | *-0.06 | *-0.042 | *-0.021 | ** -0.023 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | *-0.048 | 0.003 | *-0.015 | *-0.014 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | ** -0.337 | ** -0.199 | ** -0.142 | -0.096 |
| השתייכות לקופת-חולים | | | | | |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים כללית | **0.319 | *0.304 | -0.052 | -0.028 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים כללית | 0.141 | *0.151 | -0.079 | -0.056 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים כללית | -0.002 | **0.157 | -0.059 | -0.095 |
| ללא ביטוח | קופת-חולים כללית | *-0.981 | ***-0.196 | ***-0.147 | ***-0.218 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | -0.191 | -0.059 | *0.242 | -0.075 |
| מחוז צפון | אזור המרכז | -0.021 | -0.101 | ***0.101 | -0.018 |
| מחוז דרום | אזור המרכז | -0.012 | ** -0.151 | *0.186 | -0.036 |
| ערך R^2 | | 6.3% | 2.6% | 2.8% | 4.7% |
| גודל מדגם | | 18,178 | 18,178 | 18,178 | 18,178 |

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.10$

בבחינת ההשתייכות לקופת-חולים, נמצא שבהשוואה לביקורים אצל רופא בקופת-חולים הכללית, רק בקופת-חולים לאומית מבקרים יותר אצל רופא באופן מובהק. חסרי ביטוח, כצפוי, מבקרים פחות אצל רופא.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בביקור אצל רופא לפי מגורים באזור כפרי או עירוני ולמגורים במחוז הצפון או הדרום.

ביקור אצל רופא מומחה: ההשפעה של גיל שונה כאן מאשר אצל רופא משפחה: אוכלוסייה צעירה מתחת לגיל 18 מבקרת, באופן מובהק, פחות אצל רופא מומחה מאשר גילאי 18-44. אין הבדל בין גילאי 18-44 לגילאי 45-64, ואוכלוסייה מבוגרת מעל גיל 65 מבקרת יותר אצל רופא מומחה. גם כאן, נשים, חולים כרוניים ויהודים מבקרים יותר אצל רופא מומחה. ההשפעה של צפיפות מגורים דומה להשפעה של צפיפות מגורים שנמצאה לגבי ביקורים אצל רופא משפחה - ככל שהצפיפות גדולה יותר, כן מתקיימים פחות ביקורים. משתנה שנות הלימוד לא נמצא מובהק. גם כאן, עולים חדשים מבקרים פחות אצל רופא מומחה.

בהשוואה בין הקופות נראה שמבוטחי קופות-החולים מכבי, לאומית ומאוחדת, מבקרים יותר אצל רופא מומחה מאשר מבוטחי קופת-חולים כללית. לא נמצא הבדל בהתייחס למגורים באזור כפרי או עירוני ולמגורים במחוז הצפון. ערכו של משתנה המגורים במחוז הדרום הוא שלילי ($p < 0.05$), כלומר, במחוז הדרום מבקרים פחות אצל רופא מומחה מאשר באזור המרכז.

ביקור אצל האחות: רק האוכלוסייה מעל גיל 65 מבקרת יותר אצל אחות לעומת גילאי 19-44. אין הבדל בין נשים לגברים. חולים כרוניים ויהודים מבקרים אף הם יותר אצל האחות, וההשפעה של צפיפות מגורים, שנות לימוד ועולים חדשים, דומה לזו שנמצאה בביקור אצל רופא משפחה.

בכל הקופות מבקרים פחות אצל האחות מאשר בקופת-חולים כללית, אך הנתון אינו מובהק סטטיסטית. לעומת זאת, באזור מגורים כפרי מבקרים יותר אצל האחות מאשר ביישוב עירוני, והתוצאה מובהקת סטטיסטית. גם במחוז הצפון ובמחוז הדרום מבקרים יותר אצל אחות לעומת אזור המרכז, תוצאה המובהקת סטטיסטית.

הגיל משפיע פחות על **מספר האשפוזים** מאשר על השימוש בשירותים אמבולטוריים. ערך המקדם שלילי לגבי גילאי 0-18 ו-45-64, וחיובי לגבי גילאי +65 (לעומת גילאי 19-44), אך אינו מובהק באף אחת מקבוצות הגיל. גברים מתאשפזים יותר מנשים ($p < 0.10$), וחולים כרוניים מתאשפזים יותר ממי שאינם חולים כרוניים ($p < 0.01$). גם באשפוז, ההשפעה של צפיפות מגורים ושנות לימוד היא שלילית.

בכל הקופות יש פחות אשפוזים מאשר בקופת-חולים כללית, אך המקדמים אינם מובהקים סטטיסטית. אוכלוסייה שאינה מבוטחת מתאשפזת פחות, כאשר התוצאה מובהקת סטטיסטית ($p < 0.05$). אין הבדלים מבחינת אזור כפרי/עירוני או מגורים בצפון או בדרום הארץ באשפוזים (הערכים שליליים, אך לא מובהקים סטטיסטית).

יש לזכור, שמספר האשפוזים הכולל במדגם הוא קטן, לכן מעטים הם הערכים שהם מובהקים סטטיסטית.

מתוך נתונים אלו נראה שמחוז הדרום שונה מאזור המרכז רק בביקורים אצל רופא מומחה - במחוז הדרום מבקרים פחות לעומת באזור המרכז, וביקורים אצל אחות - יותר מאשר באזור המרכז. מחוז הדרום דומה למחוז הצפון בתחומים אלו (אם כי המקדם לגבי רופא מומחה אינו מובהק במחוז צפון).

ב. השוואה בין אזורים

כדי להשוות בין מחוז הדרום, מחוז הצפון ואזור המרכז, בוצעו רגרסיות מרובות בנפרד על המדגם של כל אחד מאזורים אלו. גם כאן המשתנים התלויים היו מספר הביקורים אצל כל אחד מספקי השירות (רופא משפחה, רופא מומחה, אחות ואשפוז), וגם כאן המשתנים הבלתי תלויים היו משתני אוכלוסייה ושירות כפי שפורטו לעיל (פרט למשתני מגורים במחוזות הדרום והצפון).

לוחות 50-53 מפרטים את תוצאות הרגרסיות, לגבי מחוזות הדרום והצפון, ולגבי אזור המרכז. בהשוואת התוצאות כאן, ההתייחסות הייתה בעיקר לאותם משתנים בהם יש שוני בערך המקדם הספציפי בין מחוז הדרום למחוז הצפון ו/או לאזור המרכז.

לוח 50: תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי: מספר ביקורים אצל רופא משפחה

| משתנה | בסיס | מחוז הדרום | מחוז הצפון | אזור המרכז |
|---------------------|----------------------|------------|------------|------------|
| גיל | | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | *0.981 | *1.196 | *1.591 |
| 64-45 | גיל 19-44 | **0.919 | **0.707 | 0.760 |
| 65+ | גיל 19-44 | -0.337 | *1.558 | *1.078 |
| מין | זכרים | -0.072 | 0.090 | *0.273 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | *2.395 | *1.801 | *1.798 |
| יהודי | לא יהודי | 1.788 | 0.014 | **0.351 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | -0.057 | -0.034 | **0.057 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | ***-0.064 | 0.012 | *-0.053 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.557 | -0.508 | -0.274 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | 0.029 | 0.089 | *0.390 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.106 | -0.495 | ***0.207 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | *0.943 | *1.411 | -0.175 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.953 | *-0.969 | *-0.991 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | 0.259 | -0.360 | -0.225 |
| ערך R^2 | | 6.1% | 4.9% | 6.8% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 1,802 | 2,940 | 13,436 |

* $p < 0.01$
 ** $p < 0.05$
 *** $p < 0.10$

ביקור אצל רופא משפחה (לוח 50 לעיל): הנתון המעניין ביותר כאן הוא שבמחוז הדרום, מקדם קבוצת הגיל 65 ומעלה הוא שלילי (אם כי הערך אינו מובהק סטטיסטית), ואילו במחוז הצפון וגם באזור המרכז, ערך מקדם זה הוא חיובי ומובהק סטטיסטית. כלומר, לא ניתן לטעון שבמחוז הדרום האוכלוסייה מעל גיל 65 מבקרת יותר אצל רופא משפחה. אין הבדל בין נשים וגברים בביקור אצל רופא משפחה במחוז הדרום ובמחוז הצפון (ערך המקדם שלילי בדרום וחיובי בצפון), ואילו באזור המרכז נשים מבקרות יותר אצל רופא משפחה מאשר גברים ($p < 0.01$). משתנים נוספים שונים הם השתייכות לקופת-חולים מאוחדת, שהמקדם שלה חיובי (מובהק) במחוז הדרום ובמחוז הצפון, ושלילי (לא מובהק) באזור המרכז. ישנם גם הבדלים במקום מגורים באזור כפרי, אך המשתנה אינו מובהק סטטיסטית.

ביקור אצל רופא מומחה (לוח 51): גם כאן, ההבדל העיקרי הבולט בין מחוז הדרום לשאר אזורי הארץ הוא המקדם של גיל +65 שערכו שלילי במחוז הדרום, וחיובי ומובהק במחוז הצפון ובאזור המרכז. משתנה שנות לימוד הוא שלילי ומובהק סטטיסטית במחוז הדרום, ובצפון ובאזור המרכז הוא חיובי (אך לא מובהק).

לוח 51: תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי: מספר ביקורים אצל רופא מומחה

| משתנה | בסיס | דרום | צפון | אזור המרכז |
|---------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|
| גיל | | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | -0.074 | ** -0.177 | * -0.276 |
| 64-45 | גיל 19-44 | ***0.277 | -0.087 | 0.071 |
| 65+ | גיל 19-44 | -0.321 | **0.449 | *0.325 |
| מין | זכרים | *0.351 | 0.097 | *0.313 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | **0.308 | *0.418 | *0.523 |
| יהודי | לא יהודי | 0.126 | **0.192 | 0.098 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | -0.064 | -0.030 | *-0.041 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | ** -0.034 | 0.010 | 0.007 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.255 | -0.105 | ***-0.185 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | 0.291 | 0.155 | *0.353 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | 0.024 | 0.065 | *0.174 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | -0.087 | -0.204 | **0.220 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.343 | -0.040 | ***-0.249 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | -0.108 | 0.065 | -0.151 |
| ערך R^2 | | 1.7% | 2.9% | 2.5% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 1,802 | 2,940 | 13,436 |

* $p < 0.01$
 ** $p < 0.05$
 *** $p < 0.10$

ביקור אצל אחות (לוח 52): שוב בולט מקדם שלילי במחוז הדרום לגבי האוכלוסייה מעל גיל 65, לעומת מקדם חיובי מובהק לאותן קבוצות גיל בשאר אזורי הארץ. כמו-כן, מקדם המין במחוז הדרום הוא שלילי ומובהק, כלומר נשים מבקרות פחות אצל האחיות מגברים, ואילו במחוז הצפון ובאזור המרכז המקדם חיובי (לא שונה באופן מובהק מ-0).

לוח 52: תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים משתנה תלוי: מספר ביקורים אצל אחות

| משתנה | בסיס | דרום | צפון | אזור המרכז |
|---------------------|----------------------|---------|-----------|------------|
| גיל | | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | -0.057 | -0.009 | 0.004 |
| 64-45 | גיל 19-44 | 0.154 | 0.026 | 0.039 |
| 65+ | גיל 19-44 | -0.345 | *1.069 | *0.348 |
| מין | זכרים | *-0.019 | 0.094 | 0.043 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | 1.394 | *0.419 | *0.482 |
| יהודי | לא יהודי | 0.157 | **0.289 | ***0.128 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | -0.051 | ***-0.034 | -0.013 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | -0.030 | -0.010 | *-0.015 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.420 | -0.218 | *0.088 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | -0.093 | -0.118 | -0.031 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.307 | -0.185 | -0.045 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | -0.236 | -0.010 | -0.034 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.272 | -0.094 | -0.125 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | 0.268 | 0.086 | *0.300 |
| ערך R^2 | | 3.4% | 4.7% | 2.6% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 1,802 | 2,940 | 13,436 |

* $p < 0.01$
 ** $p < 0.05$
 *** $p < 0.10$

מספר אשפוזים (לוח 53): אין הבדלים ניכרים בין מחוז הדרום למחוז הצפון ולאזור המרכז במשתנים הקשורים למספר אשפוזים. במחוז הדרום, כמו במחוז הצפון ובאזור המרכז, המקדם הוא חיובי לגבי האוכלוסייה שמעל גיל 65, אך בעוד שבאזורים האחרים הוא מובהק סטטיסטית, במחוז הדרום הוא אינו מובהק.

לוח 53: תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין אזורים
 משתנה תלוי: מספר אשפוזים

| משתנה | בסיס | דרום | צפון | אזור המרכז |
|---------------------|----------------------|-----------|---------|------------|
| גיל | | | | |
| 18-0 | גיל 44-19 | -0.111 | -0.061 | 0.008 |
| 64-45 | גיל 44-19 | 0.166 | 0.175 | -0.048 |
| 65+ | גיל 44-19 | 0.367 | **0.485 | *0.536 |
| מין | זכרים | -0.008 | -0.119 | -0.048 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | *0.550 | *0.979 | *0.832 |
| יהודי | לא יהודי | -0.077 | -0.030 | -0.029 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | -0.046 | -0.015 | -0.019 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | -0.002 | 0.009 | *-0.019 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | ** -0.394 | -0.183 | -0.032 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | -0.144 | -0.019 | -0.023 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.216 | -0.003 | -0.037 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | -0.003 | -0.283 | -0.092 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.314 | -0.160 | ***-0.208 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | -0.221 | -0.159 | 0.015 |
| ערך R^2 | | 2.2% | 5.3% | 5.0% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 1,802 | 2,940 | 13,436 |

* $p < 0.01$
 ** $p < 0.05$
 *** $p < 0.10$

לסיכום, בכל סוגי השימוש בשירותי בריאות, פרט לאשפוז, ההבדל הבולט בין מחוז הדרום למחוז הצפון ולאזור המרכז הוא בעיקר בהתייחס לאוכלוסייה בגיל 65+. במחוז הדרום אוכלוסייה זו צורכת שירותים אמבולטוריים שונים פחות מגילאי 44-19, בניגוד למגמה שנמצאה במחוז הצפון ובאזור מרכז הארץ, שם בני 65+ צורכים יותר שירותים אלה.

ג. חולים כרוניים

כדי לבדוק האם יש הבדל בשימוש בשירותי בריאות בין חולים כרוניים למי שאינם חולים במחלה כרונית, נעשה שימוש ברגרסיות מרובות בכל אחת משתי קבוצות האוכלוסייה: חולים כרוניים וללא מחלה כרונית. המשתנים התלויים היו שוב משתני שימוש - ביקור אצל רופא משפחה, רופא מומחה, אחות ומספר אשפוזים; והמשתנים הבלתי תלויים היו משתני אוכלוסייה, כולל גיל, מין, יהודי/לא יהודי, צפיפות מגורים, שנות לימוד, עולים לאחר 1990, ומשתני שירות, כולל השתייכות לקופת-חולים, מגורים באזור כפרי, אזור מגורים בצפון או בדרום. ברגרסיות אלו נתייחס למקדמים הקשורים למגורים

במחוז הדרום ובמחוז הצפון לעומת מגורים באזור המרכז. התוצאות לגבי ערכי המקדמים הקשורים לאזור מגורים מפורטות בלוח 54.¹³

לוח 54: משתני שימוש בשירותי בריאות: ערכי β של מגורים במחוז הצפון והדרום, מתוך רגרסיות מרובות שנערכו בקרב חולים כרוניים ונדגמים ללא מחלה כרונית¹

| ללא מחלה כרונית | | חולים כרוניים | | משתנה תלוי |
|-----------------|-----------|---------------|----------|-----------------------------|
| צפון | דרום | צפון | דרום | |
| 0.113 | -0.114 | ** -1.149 | ** 1.028 | מספר ביקורים אצל רופא משפחה |
| *** -0.095 | ** -0.128 | -0.267 | -0.444 | מספר ביקורים אצל רופא מומחה |
| 0.038 | 0.028 | 0.347 | *1.238 | מספר ביקורים אצל אחות |
| -0.003 | 0.010 | -0.136 | 0.144 | מספר אשפוזים |

* p<0.01

** p<0.05

*** p<0.10

1 קבוצת ההשוואה היא אזור מרכז הארץ.

ביקור אצל רופא משפחה: המקדם של מחוז הצפון לגבי חולים כרוניים הוא שלילי, ומובהק סטטיסטית ($p<0.05$), ואילו המקדם של מחוז הדרום הוא חיובי, ומובהק סטטיסטית ($p<0.05$). המקדמים של מחוזות הדרום והצפון לגבי אוכלוסייה שאינה חולה במחלה כרונית, אינם מובהקים (אך הערך של המקדם של מחוז הצפון חיובי, ושל מחוז הדרום שלילי - הפוך מאשר אצל החולים הכרוניים). המשמעות של מקדם חיובי היא שיחסית לאזור המרכז, חולים כרוניים מבקרים יותר אצל רופא משפחה במחוז הדרום. לעומת זאת, חולים כרוניים במחוז הצפון מבקרים פחות אצל רופא משפחה לעומת החולים במרכז הארץ.

ביקור אצל רופא מומחה: הן אצל הנדגמים החולים במחלה כרונית, והן אצל הנדגמים ללא מחלה כרונית, המקדמים של מחוז הדרום ומחוז הצפון שליליים. אך המקדמים מובהקים סטטיסטית רק אצל מי שאינם חולים כרוניים. כלומר, האוכלוסייה שאינה חולה מבקרת פחות אצל רופא מומחה במחוזות הדרום והצפון מאשר באזור המרכז. לגבי האוכלוסייה של חולים במחלה כרונית, עולה שיש הבדל בשיעור הביקורים אצל רופא מומחה בין אזורים אלו לאזור המרכז.

ביקור אצל אחות: המקדמים של מחוזות הצפון והדרום חיוביים בכל הקבוצות - חולים כרוניים ומי שאינם חולים כרוניים, אך המקדם מובהק רק לגבי חולים כרוניים המשתייכים למחוז הדרום. כלומר, רק חולים כרוניים המשתייכים למחוז הדרום מבקרים יותר אצל אחות מאשר חולים כרוניים באזור המרכז. מגמה דומה הסתמנה לגבי חולים כרוניים במחוז הצפון, אם כי המקדמים נמוכים יותר לגבי מי שאינם סובלים ממחלות כרוניות. אולם, בכל המקרים הללו המקדמים אינם מובהקים.

¹³ פירוט מלא של תוצאות הרגרסיות מופיע בלוחות 1-4 בנספח ב'.

אשפוז: ערכי המקדמים של אזור צפון הם שליליים לגבי אשפוז, ואילו במחוז הדרום הם חיוביים, אך המקדמים אינם מובהקים סטטיסטית באף אחת מהקבוצות.

לסיכום, חולים כרוניים במחוז הדרום מבקרים יותר אצל רופא משפחה ואצל אחות מאשר באזור המרכז, לעומת זאת הם אינם מבקרים יותר אצל רופא מומחה (אך גם לא פחות), בעוד שמי שאינם חולים כרוניים במחוז הדרום מבקרים פחות אצל רופא מומחה מאשר באזור המרכז. לא נמצאו הבדלים באשפוז בין מחוז הדרום לאזור המרכז, לא לגבי חולים כרוניים ולא לגבי מי שאינם חולים כרוניים.

ד. הבדלים בין מחוז הדרום והצפון לאזור המרכז, בכל קבוצת גיל

כדי לבדוק האם ישנם הבדלים בין מחוז הדרום לאזור המרכז בתוך כל קבוצת גיל, נעשה שימוש ברגרסיה מרובה לגבי הנדגמים בקבוצת הגיל הספציפית. המשתנים התלויים היו שוב משתני השימוש: ביקור אצל רופא משפחה, רופא מומחה, אחות, ומספר אשפוזים; והמשתנים הבלתי תלויים היו משתני אוכלוסייה, כולל מין, הימצאות מחלה כרונית, יהודי/לא יהודי, צפיפות מגורים, שנות לימוד, עולים לאחר 1990; ומשתני שירות, כולל השתייכות לקופת-חולים, מגורים באזור כפרי, מחוז מגורים צפון או דרום. ברגרסיות אלו נתייחס שוב למקדמים הקשורים למגורים במחוז הדרום ומחוז הצפון לעומת באזור המרכז. התוצאות לגבי ערכי המקדמים הקשורים לאזור מגורים מפורטות בלוח 55.¹⁴

לוח 55: משתני שימוש בשירותי בריאות: ערכי β של מגורים בדרום ובצפון, מתוך רגרסיות מרובות שנערכו בקרב 4 קבוצות גיל¹

| משתנה תלוי | גילאי 18-0 | | גילאי 44-19 | | גילאי 64-45 | | גילאי 65+ | |
|-----------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|-----------|-----------|---------|
| | דרום | צפון | דרום | צפון | דרום | צפון | דרום | צפון |
| מספר ביקורים אצל רופא משפחה | -0.391*** | 0.114 | 0.285** | 0.010 | 0.479 | -0.346 | -0.937*** | 0.301 |
| מספר ביקורים אצל רופא מומחה | -0.020 | -0.090 | -0.163 | -0.065 | -0.105 | -0.314*** | -0.931** | 0.071 |
| מספר ביקורים אצל אחות | 0.072 | 0.013 | 0.123*** | 0.053 | 0.556* | 0.172 | 0.124 | **0.878 |
| מספר אשפוזים | -0.004 | -0.061 | 0.081 | 0.081 | 0.189 | 0.142 | -0.467 | -0.108 |

* $p < 0.01$
 ** $p < 0.05$
 *** $p < 0.10$

1 קבוצת ההשוואה היא אזור מרכז הארץ.

גילאי 18-0: במחוז הדרום מבקרים פחות אצל רופא משפחה מאשר בני אותו גיל באזור המרכז, כאשר ההבדל מובהק סטטיסטית. ההבדל אינו מובהק לגבי רופא מומחה ומספר אשפוזים, או לגבי ביקור אצל אחות.

גילאי 44-19: במחוז הדרום מבקרים יותר אצל רופא משפחה ואצל אחות, לעומת אותם גילאים באזור המרכז. אין הבדל מובהק סטטיסטית לגבי ביקורים אצל רופא מומחה ומספר אשפוזים.

¹⁴ הפירוט המלא של תוצאות הרגרסיות המרובות מופיע בלוחות 1-2 בנספח ג'.

גילאי 45-64: קבוצת גיל זו מבקרת יותר אצל האחות ($p < 0.01$) במחוז הדרום מאשר באזור המרכז. לגבי יתר ספקי השירות, אין בקבוצת גיל זו הבדל בין מחוז הדרום לשאר אזורי הארץ. **גילאי +65:** קבוצת גיל זו מבקרת פחות אצל רופא משפחה ואצל רופא מומחה במחוז הדרום, מאשר באזור המרכז. אין הבדל בין מחוז הדרום לשאר אזורי הארץ הן לגבי ביקורים אצל אחות והן לגבי מספר אשפוזים.

גם אם ערכי המקדמים אינם מובהקים סטטיסטית, ניתן לראות שהמקדם של מגורים במחוז הדרום והצפון בבדיקת המשתנה התלוי "ביקורים אצל רופא מומחה" בכל קבוצות הגיל, נמוך יותר במחוז הדרום ובמחוז הצפון (פרט לגיל +65), מאשר באזור המרכז.

8.3 סיכום

בשנת 1993 מספר הביקורים אצל רופא משפחה במחוז הדרום היה נמוך בקבוצות הגיל הצעירות והמבוגרות, וגבוה יותר בקרב החולים הכרוניים בהשוואה לאזור המרכז ומחוז הצפון. הן בדרום והן בצפון מספר הביקורים אצל רופאים מומחים נמוך בהשוואה לאזור המרכז. התמונה שעולה לגבי החולים הכרוניים בדרום היא שבהשוואה לחולים כרוניים באזור המרכז הם מבקרים יותר אצל רופא משפחה ואחות, ומעט פחות אצל רופא מומחה. השיעור הנמוך, יחסית, של ביקורים אצל רופא מומחה יכול להעיד, מחד, על דפוסי שימוש שונים בשירותי הבריאות, אך, מאידך, יכול שהוא מעיד על מחסור בהיצע שירותי רופאים מומחים בדרום.

בדומה לחולים הכרוניים, נמצא כי הן בקרב האוכלוסייה הכללית בדרום והן בצפון יש שימוש גבוה יותר בשירותי האחיות, בהשוואה לשימוש בשירותיהן באזור המרכז. עוד נמצא כי השימוש בשירותי הבריאות בקרב גילאי +65 נמוך בדרום לעומת השימוש בשירותי הבריאות בקרב קבוצה זו באזור המרכז. יוצא מן הכלל הוא השימוש שקבוצת גיל זו עושה בשירותי האחיות. גילאי +65 בדרום משתמשים בשירותי אחות בשיעור גבוה יותר לעומת השימוש בשירות זה בקרב גילאים אלו במרכז הארץ.

שימוש גבוה בשירותי אחות יכול להיות תחליף חלקי לביקורים אצל רופאים והוא מצביע בוודאי על הבדלים בדפוסי שימוש שקשורים בדפוסי מתן השירות, בעיקר באזורים כפריים בהם הטיפול נשען יותר על עבודת אחיות במרפאות בקהילה. לא נמצאו הבדלים בשימוש בשירותי אשפוז בין הדרום, הצפון, ואזור המרכז.

אין לנו מידע לגבי השינוי בדפוסי שימוש בשירותי הבריאות בין התקופה שלפני החלת החוק ולאחריה, זאת משום שנתוני סקר בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מהם נלקח המידע בפרק זה טרם פורסמו בציבור.

9. ניתוח המגמות בפלחי השוק של קופות-החולים בדרום

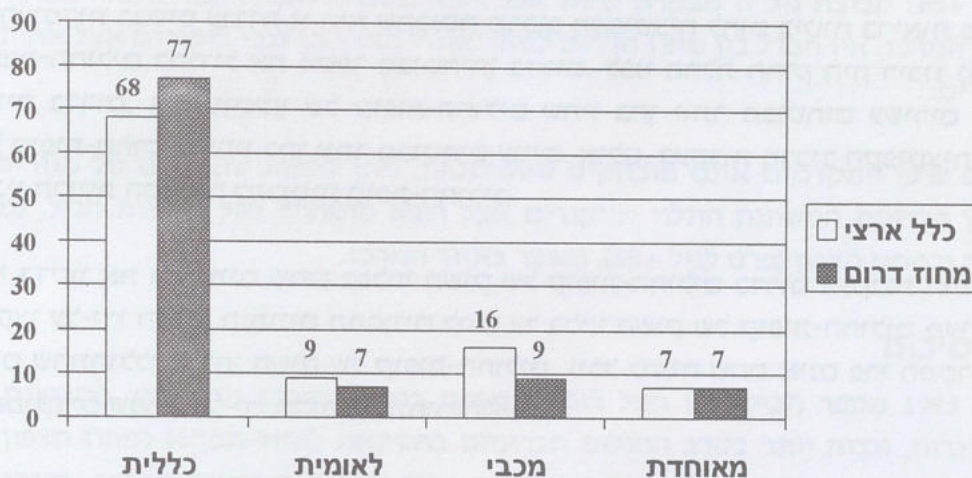
אחת ההנחות העומדות בבסיס עבודה זו היא שהכנסת מרכיב הקפיטציה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי עודדה את קופות-החולים להגדיל את מספר מבוטחיהן בדרום. לפני החלת החוק היה ריכוז גבוה של אוכלוסייה ענייה בדרום, והכנסותיהן של קופות-החולים שהיו בהן יותר מבוטחים עשירים עלו על הכנסותיהן של קופות-החולים שהיו בהן יותר מבוטחים עניים. אולם, בעקבות מרכיב הקפיטציה נותקה הזיקה הזאת בין הכנסת המבוטח להכנסות קופת-החולים.

במחקר הנוכחי בדקנו את השינויים שחלו בפלחי השוק של קופות-החולים בדרום בעקבות התמריצים הכספיים שהוקצו על-ידי החוק. הנתונים המוצגים להלן על פלחי השוק של קופות-החולים מעידים על שינויים מהירים שהתחוללו בפלחי השוק של קופות-החולים. נוכל להניח שהם אינם פרי המקרה אלא פרי מאמצים ממוקדים שנעשו על-ידי הקופות בתחום השיווק.

הנתונים הזמינים על משק קופות-החולים נלקחו מסקרי בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקרים אלה מבוססים על מדגם מייצג של כ-5,000 בתי אב ועל כ-20,000 מרואיינים. הנתונים שיכולנו לקבל מסקרי הבריאות הם עד לשנת 1993. לצורך בחינת הנתונים בשנים שלאחר מכן נעזרנו בנתונים מתוך קובץ הבריאות המרכזי של המוסד לביטוח לאומי (בנדלק, 1998). בקובץ נכללים, בין היתר, נתונים על השתייכות לקופות-החולים וכן על מקום המגורים של כל תושבי המדינה. למיטב ידיעתנו, הגדרת ההשתייכות לקופת-חולים ולאזור המגורים דומה בשני מקורות המידע, ולכן יהיה אפשר לערוך השוואות בין שני המקורות. כשיעמדו נתוני סקר הבריאות של הלמ"ס לשנת 1997 לרשות החוקרים נוכל לבדוק זאת באופן מעמיק יותר.

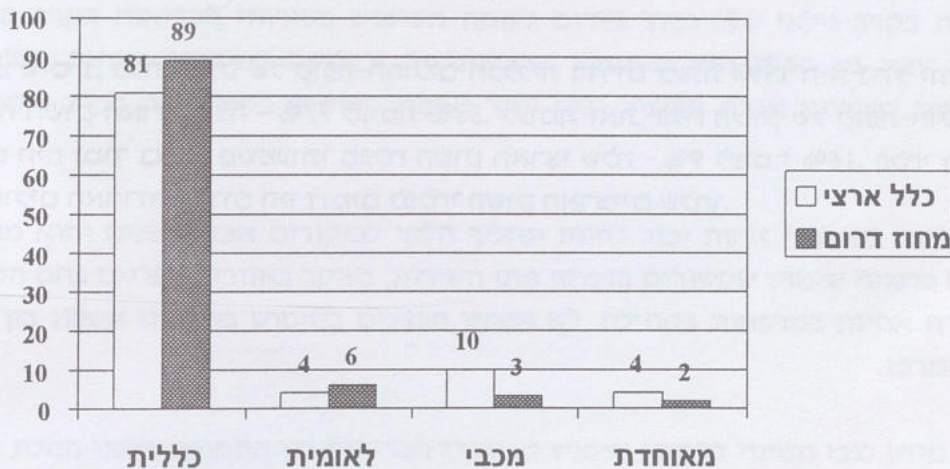
כפי שעולה מתרשים 1, פלח השוק של קופת-החולים הכללית בדרום בשנת 1993 היה גדול יותר באופן משמעותי מפלח השוק הארצי שלה - 77% לעומת 68%. לעומת זאת, פלח השוק של קופת-חולים מכבי בשנה זו בדרום היה נמוך באופן משמעותי מפלח השוק הארצי שלה - 9% לעומת 16%. פלחי השוק של שתי קופות-החולים האחרות בדרום היו דומים לפלחי השוק הארציים שלהן.

תרשים 1: פלחי שוק - 1993 (באחוזים)



שליטתה של קופת-החולים הכללית בשוק המבוטחים בדרום אינה תופעה חדשה. למעשה, כפי שעולה מתרשים 2, פלח השוק של קופת-חולים הכללית בשנת 1981 היה גדול אף יותר, 89% לעומת 81% בפלח השוק הארצי.

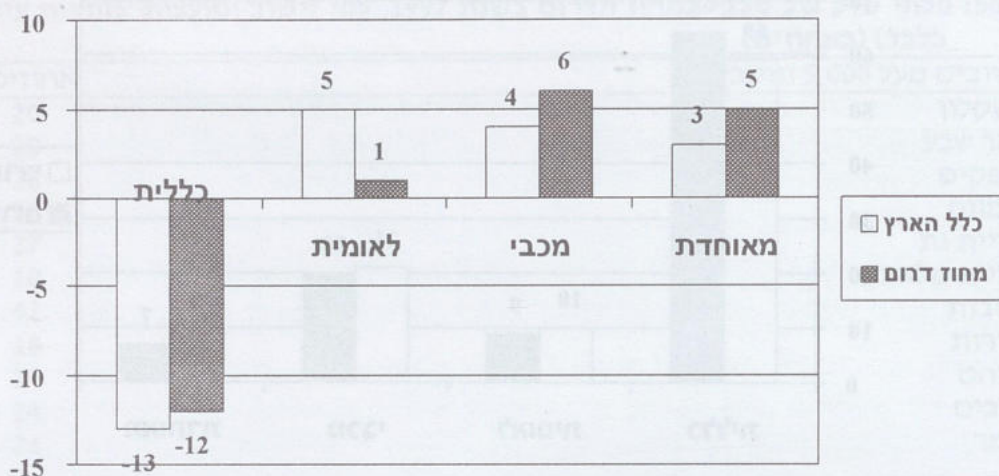
תרשים 2: פלחי שוק - 1981 (באחוזים)



בתרשים 3 מסוכמים הנתונים על השינויים שחלו בפלחי השוק בשנים 1981-1993. מהנתונים עולה כי פלח השוק של קופת-חולים הכללית בדרום קטן באחוז דומה להקטנת פלח השוק הארצי שלה. קופת-חולים מכבי וקופת-חולים מאוחדת הגדילו את פלחי השוק שלהן בדרום מעט יותר מאחוז הגידול בפלחי השוק

הארציים שלהן. קופת-חולים לאומית, לעומת זאת, הגדילה את פלח השוק שלה בדרום באחוז אחד בלבד, לעומת גידול של 5% בפלח השוק הארצי שלה.

תרשים 3: השינויים בפלחי השוק בין 1981 ל-1993



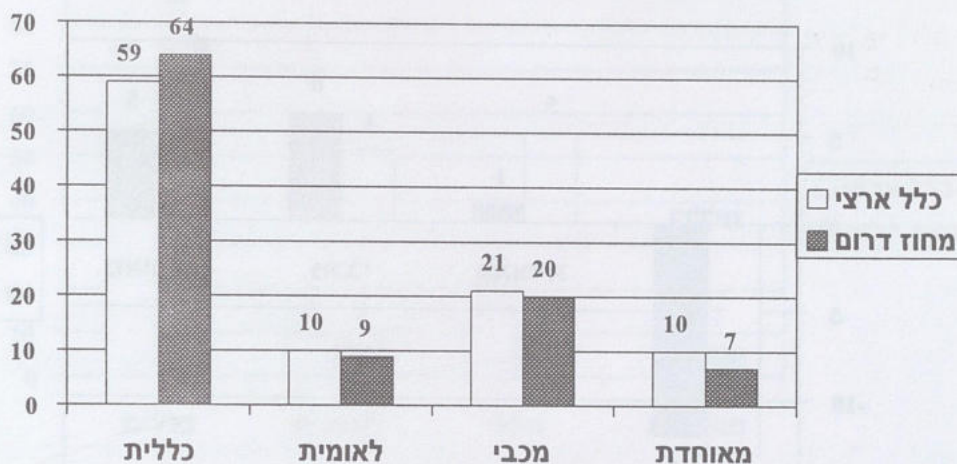
בשנים 1993-1997 התרחשו בפלחי השוק של קופת-החולים שינויים דרמטיים במיוחד. כפי שעולה מתרשים 4, פלח השוק של קופת-חולים הכללית בדרום ירד בתקופה זו ב-13 נקודות אחוז, לעומת ירידה של 9 נקודות אחוז בפלח השוק הארצי. לעומת זאת, פלח השוק של קופת-חולים מכבי בדרום גדל ב-11 נקודות אחוז - הרבה מעל 5 נקודות אחוז הגידול בפלח השוק הארצי.

תרשים 4: השינויים בפלחי השוק בין 1993 ל-1997



בתרשים 5 מוצגים נתונים על פלחי השוק ב-1997. פלח השוק של קופת-חולים הכללית בדרום עדיין גדול יותר מפלח השוק הארצי שלה (64% לעומת 59%), אך הפער קטן יותר מזה שהיה ב-1981 וב-1993. פלחי השוק של קופת-חולים מכבי וקופת-חולים לאומית בדרום היו דומים באותה שנה לפלחי השוק הארציים שלהן. פלח השוק של קופת-חולים מאוחדת בדרום היה קטן יותר מפלח השוק הארצי שלה.

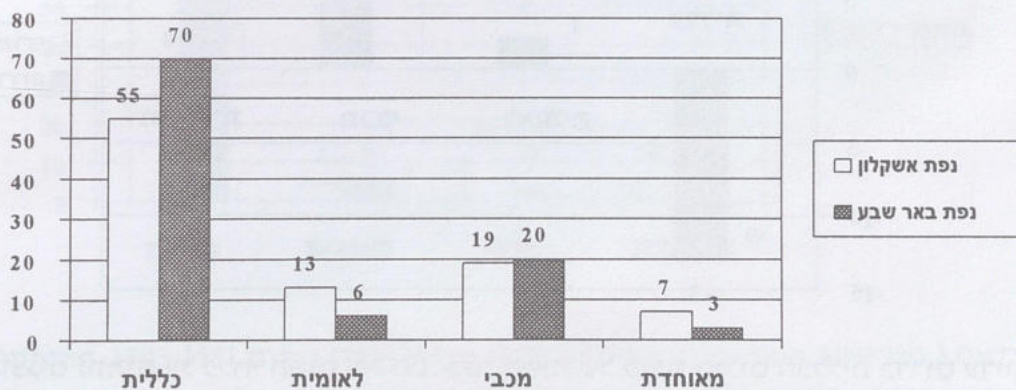
תרשים 5: פלחי שוק - 1997 (באחוזים)



מסקר השימוש בשירותי בריאות של הלמ"ס ניתן לקבל נתונים על פלחי השוק בשנים 1981 ו-1993 ברמת המחוז בלבד. משום שהמדגם קטן מדי, אי-אפשר לנתח את הנתונים ברמה של נפות ויישובים. מנתוני המוסד לביטוח לאומי, לעומת זאת, אפשר לקבל ניתוח מפורט יותר מסוג זה.

כפי שאפשר לראות מתרשים 6, פלח השוק של קופת-חולים הכללית בנפת באר שבע (70%) גדול בהרבה בשנת 1997 מזה של נפת אשקלון, ולעומת זאת, פלחי השוק של קופת-חולים מאוחדת ושל קופת-חולים לאומית גדולים יותר בנפת אשקלון מאשר בנפת באר שבע. פלחי השוק של קופת-חולים מכבי דומים בשתי הנפות האלה.

תרשים 6: פלחי שוק בדרום, לפי נפה - 1997 (באחוזים)



על פי נתונים אלה, קופת-חולים מכבי היא הקופה שהגדילה יותר מכל קופות-החולים האחרות את פלח השוק שלה בדרום, בשנים 1993-1997. ניתוח פלח השוק של קופת-חולים מכבי ברמת היישובים (לוח 56), מוסיף להבנת המטרות ומוקדי העניין שהיו למכבי בהגדלת פלח השוק שלה באמצע שנות התשעים.

לוח 56: פלחי שוק של מכבי במחוז הדרום בשנת 1997, לפי יישוב ומועצות אזוריות עיקריים (יהודים בלבד) (באחוזים)

| אחוזים | יישובים מעל 5,000 תושבים |
|--------|--------------------------|
| 20 | אשקלון |
| 20 | באר שבע |
| 28 | אופקים |
| 23 | דימונה |
| 27 | קריית גת |
| 10 | קריית מלאכי |
| 42 | נתיבות |
| 18 | שדרות |
| 29 | ירוחם |
| 24 | להבים |
| 26 | עומר |
| | מועצות מקומיות |
| 9 | אשכול |
| 6 | חבל איילות |
| 11 | חוף אשקלון |
| 9 | לכיש |
| 24 | עזתה |
| 6 | רמת הנגב |
| 6 | שער הנגב |

כפי שעולה מהלוח, פלח השוק של קופת-חולים מכבי באזורים הכפריים (להוציא את עזתה), הוא פחות מ-20% מכלל השוק של קופות-החולים בדרום. פלח השוק הגבוה ביותר של קופת-חולים מכבי בדרום הוא בנתיבות (42%), והוא עומד על 25%-30% בכמה ערי פיתוח: ירוחם, אופקים, קריית גת, וביישוב עומר שבו מתגוררים בעלי הכנסה גבוהה.

מראיונות שקיימנו עם נציגי מכבי עלה כי הקופה הרחיבה את שירותיה למבוטחיה בדרום ונקטה בפעולות לגיוס מבוטחים נוספים כבר בסוף שנות השמונים, עוד קודם להחלת החוק. הדבר נעשה גם בשל העובדה שקופת-חולים הכללית הפסיקה אז את שיתוף הפעולה שלה עם מכבי במתן שירותים. עיקר המאמץ להתרחבות היה בפיתוח שירותים במקומות בהם לא היו לה שירותים כאלה בעבר, בעיקר בעיירות הפיתוח בסביבת העיר באר שבע, כמו גם במגזר הבדווי. לדברי נציגי הקופה פעילות זו נעשתה במסגרת האסטרטגיה הכללית של הקופה באותן השנים - להרחיב את שירותיה בצפון ובדרום כחלק מתהליך של כיבוש שווקים נוספים. גורם נוסף שהייתה לו השפעה על התרחבות שירותי הקופה היו העולים החדשים מברית-המועצות לשעבר. במקביל לפיתוח שירותים וגיוס מבוטחים נוספים מקופות אחרות, קלטה הקופה מספר גדול של עולים כחברים בשורותיה (30%-40% מהעולים הצטרפו כחברים למכבי). קליטת העולים כחברים במכבי המשיכה את מגמת הגידול במספר המבוטחים של הקופה.

לדברי המרואיינים השפעת תמריצי החוק ניכרת בעיקר בכך שבין מבוטחי הקופה בדרום יש כיום שיעור גבוה של מבוגרים שבשל נוסחת הקפיטציה היה לקופה עניין לקלוט גם אותם.

נראה שמבחינת מכבי פעלו כמה תהליכים במקביל - רצון הקופה להתרחב לשווקים חדשים, קליטת העלייה בדרום שהרחיבה את שוק המבוטחים, והשפעת תמריצי החוק בנוגע לקליטת מבוטחים מבוגרים. בקופת-חולים מכבי הדרום הוא אזור מועדף מבחינת השקעת משאבים בעיקר משום שמסיבות היסטוריות פיתוח שירותי הקופה בו החל מאוחר. על-מנת לשמור על איכות השירותים ועל הספקתם ברמה המקבילה לשירותים שמבוטחי מכבי מקבלים באזורים אחרים, הקופה משקיעה בדרום, בפועל, משאבים רבים.

הן בקופת-חולים לאומית והן בקופת-חולים הכללית נאמר לנו שהחוק יצר תמריצים להרחיב ולפתח את השירותים ולהרחיב את מעגל המבוטחים. אי לכך, לדעת נציגי קופות אלה, הן שיפרו מאוד את מערך השירותים שלהן מאז החלת החוק. בקופת-חולים לאומית פתחו מרפאות חדשות, עשו הסכמים עם בתי-חולים ומתקנים פרטיים, וביצעו פעולות שיווק אינטנסיביות (בעיקר בנפת אשקלון) להרחבת מספר מבוטחי הקופה, כולל בקרב שבטי הבדווים. לדברי נציגי קופת-חולים לאומית, החוק יצר תמריץ ברור להרחבת שירותי הקופה בדרום בשל נוסחת הקפיטציה שתלתה את הכנסות הקופה במספר החברים בה, ולא ברמת הכנסותיהם. גם כיום הדרום הוא עדיין אזור מועדף לפיתוח אולם ההעדפה היא לפיתוח שירותים ביישובים שיש בהם פוטנציאל ממשי להרחבת מספר המבוטחים, ובעיקר, שיש בהם שיעור מספיק של תושבים שרמתם החברתית-כלכלית תבטיח קניית ביטוחים משלימים ללא שימוש "מיותר" בשירותי הבריאות.

במשך שנים רבות היה לקופת-חולים הכללית נתח השוק הגדול ביותר מבין הקופות בדרום. לדברי המרואיינים מקופת-חולים הכללית, התקופה בה הקופה הפסידה מבוטחים לקופות אחרות, בעיקר למכבי, הייתה בשנים 1992-1994. משנת 1995 ואילך שיעור העוזבים ושיעור המצטרפים לקופה הוא שווה. לדברי המרואיינים, חוק ביטוח בריאות ממלכתי אפשר לקופת-חולים הכללית לשפר את שירותיה באופן משמעותי בשל החלוקה הצודקת יותר של מקורות ההכנסה בשיטת הקפיטציה המובנית בחוק. עובדה זו הגדילה את הכנסות הקופה, ואפשרה השקעת כספים משמעותית בשיפור השירות. שיפור שכלל פיתוח מתקנים, תוספת כוח אדם והגדלת זמינות ונגישות השירותים.

עוד נאמר לנו בקופת-חולים הכללית כי החוק ונוסחת הקפיטציה נותנים תמריץ לפתח שירותים בדרום, הן כדי לשמור על מבוטחים, והן על-מנת לגייס מבוטחים חדשים. אוכלוסיית הדרום היא אוכלוסייה מועדפת לדעתם, משום שזו אוכלוסייה צעירה שצורכת מעט שירותים. עובדה זו היא בעלת חשיבות נוכח העובדה שלדעתם התיגמול שניתן לגיל בנוסחת הקפיטציה אינו מספיק. אוכלוסיית היעד העיקרית לגיוס מבוטחים חדשים הייתה האוכלוסייה הבדווית, במיוחד בפזורה (מי שחי מחוץ לעיירות הבדוויות הגדולות). זוהי אוכלוסייה שלפני החלת החוק כמעט שלא היתה מבוטחת, בין השאר משום שלא רצו לבטחה בשל העובדה שהכנסתה נמוכה ולכן ההכנסות ממיסי החבר שלה היו נמוכות. ואכן, בארבע השנים האחרונות בנתה קופת-חולים הכללית חמש מרפאות גדולות במגזר הבדווי. מדברי המרואיינים עלה כי החוק הביא לתחרות אגרסיבית יותר בין הקופות, תחרות שהחלה עוד קודם להחלתו. מגמת

הביזור בקופת-חולים הכללית אפשרה להנהלת המחוז לקבוע את סדרי העדיפויות המקומיים וזו בחרה להאיץ את פיתוח השירותים במגזר הבדווי ובעיירות הפיתוח כדי לעמוד בתחרות זו.

מניתוח הנתונים לעיל עלה כי חלקה היחסי של קופת-חולים מאוחדת בדרום גדל במידה פחותה משל קופות החולים הקטנות האחרות, במיוחד בנפת באר שבע. בראיונות עם נציגי הקופה התקבל חיזוק למגמה שעלתה מן הנתונים. לדברי המרואיינים, שירותי קופת-חולים מאוחדת בדרום, במיוחד בנפת באר שבע, כמעט שלא השתנו בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לדעת נציגי הקופה, החוק לא נותן תמריץ מספיק להרחבת השירותים בדרום. לכן, מדיניות הקופה היא להתמקד במקום בו היא חזקה, ולהרחיב שם את שירותיה ולא להשקיע במקומות חדשים. הניסיון של המאוחדת להיכנס למגזר הערבי לא הצדיק את המאמצים שנעשו לשם כך. גם המגבלות שנוספו בהוראות החוק בנוגע לאיסור על כפילות השירותים בין קופות ביישובים קטנים גרמו לכך שבמקומות רבים בהם היו לקופה מבוטחים, לא היה כדאי לה להקים סניפים, והיא נותנת שירותים למבוטחיה באמצעות הסכמים לשיתוף פעולה עם קופות אחרות.

לסיכום, ניתוח מגמות השינוי בפלח השוק של הקופות בדרום מעלה כי בשנים שלאחר החלת החוק המשיכו ואף הואצו מגמות שהחלו בכל הארץ, עוד לפני החלת החוק, של הגדלת חלקן של הקופות הקטנות וירידת חלקה של קופת-חולים הכללית. בשנים 1993-1997 קופת-חולים מכבי היא הקופה שהגדילה יותר מכל האחרות את פלח השוק שלה בדרום. הגידול בפלח השוק של מכבי אינו מצטמצם רק לעיר באר שבע והוא ניכר מאוד גם בחלק מעיירות הפיתוח שמסביבה. גם חלקה של לאומית עלה. עולה מכך שגם בדרום יש תחרות על מבוטחים, וכי החוק יצר תמריץ להגדלת פלח השוק אצל חלק מן הקופות. ייתכן שהדרום כבר אינו אזור "נידח", שהקופות אינן מתחרות על מתן שירותים בו, ורק כיסים מסוימים בו עדיין אינם אטרקטיביים לקופות.

10. קשיים במתן השירותים בדרום: נקודת המבט של קופות-החולים

המידע על הקשיים במתן השירותים עלה מסדרה של ראיונות פתוחים שנערכו עם נציגים מארבע קופות-החולים. בכל קופה רואיינו כשלושה נציגים ברמת הנהלת המרכז וכן מנהל מחוז הדרום בכל הקופות.

הקושי העיקרי במתן השירות בדרום הוא המחסור בכוח אדם רפואי. בקופת-חולים כללית הוזכר בעיקר המחסור ברופאים מקצועיים במספר מקצועות (אורתופדיה, אף-אוזן-גרון). בשאר הקופות עלה הקושי לגייס רופאים בעלי תואר מומחה, הן ברפואה הראשונית (רופאי משפחה ורופאי ילדים), והן ברפואה המקצועית/שניונית. המחסור ברופאים ראשוניים בעלי תואר מומחה מאפיין יותר את הקופות הקטנות. אשר לרפואת מומחים, המקור העיקרי לכוח האדם ברפואה המקצועית (רפואת מומחים) הוא בית-החולים סורוקה, שהוא בית-החולים הגדול במחוז הדרום. בקופות הקטנות טענו כי משום

שבית-החולים שייך לקופת-החולים הכללית, ורופאיו אינם מורשים, בדרך כלל, לספק שירותי מומחים במסגרת הקופות האחרות, הדבר מקשה עליהן בגיוס רופאים מקצועיים. קופות אלו קונות שירותי מומחים במסגרת מרפאות החוץ של בית-החולים, או שהן מעסיקות רופאים מקצועיים משלהן. מסתבר, שהקושי למשוך כוח אדם רפואי קיים גם בתחום האשפוז. נאמר לנו שגם בבית-החולים יש תקנים לרופאים שאינם מלאים.

המחסור בכוח אדם אינו מצטמצם לרופאים בלבד, והוא נוגע גם לכוח אדם סיעודי ומקצועות פרה-רפואיים אחרים. בשל הקושי של הקופות הקטנות לגייס כוח אדם, שונו סדרי ההתקשרות עם הרופאים, ואף עם בעלי מקצועות פרה-רפואיים. בעוד שדפוס ההתקשרות העיקרי במרכז הארץ הוא עם רופאים עצמאיים, בדרום הקופות הקטנות גייסו רופאים רבים במעמד של שכירים, וזאת על אף שלטענת המרואיינים, העסקת שכירים כדאית פחות לקופה, במיוחד אם רופאים אלה ממוקמים ביישובים קטנים בהם נמצאים מבוטחים מעטים של הקופה.

בעיה נוספת במתן שירותים בדרום היא הפריסה הגיאוגרפית הרחבה של היישובים והמרחקים הגדולים בין היישובים הללו לערים מרכזיות. לטענת נציגי הקופות, מתן מענה לצרכים בשירותים באותה רמה בה הם מסופקים באזור המרכז, מחייב את הקופה להקצות ליישוב קטן, בו יש מספר מבוטחים מועט, שירותים בהיקף דומה לשירותים שמסופקים ביישוב גדול באזור המרכז. עלות אחזקת שירותים, כגון מכון רנטגן, אולטרה סאונד, או מעבדות, ביישוב מרוחק, והסעת כוח אדם מקצועי כדי לתפעלם, גבוהה. גם הלוגיסטיקה של לקיחת דמים והעברת ציוד למספר מבוטחים קטן אינה כדאית מבחינה כלכלית. הקושי הטמון במרחקים הנובע מהפריסה הגיאוגרפית הנרחבת בדרום אינו קשור בהכרח בעלות של הקמת השירותים, אלא בעיקר בעלות של כוח האדם. לעתים קרובות מדובר בעלויות העסקה גבוהות יותר, הכרוכות בתשלום שכר גבוה יותר ובעלויות גבוהות של הוצאות נסיעה. היה מי שטען בהקשר זה של המרחק, כי אם היה צריך לשקול שוב את פתיחתם של שירותים של הקופה, הוא היה עושה זאת רק בערים הראשיות בדרום, ולא היה משקיע משאבים במקומות הקטנים והמרוחקים, אלא אם היה מקבל תיגמול מתאים על המרחק.

קושי נוסף שהוזכר, בעיקר על-ידי נציגי קופות-החולים הקטנות, הוא העובדה שבדרום יש בית-חולים אזורי אחד, סורוקה, שמשרת את באר שבע ואת רוב מחוז הדרום. לטענתם, מכיוון שבית-החולים שייך לקופת-חולים כללית, הוא מפלה לרעה את מבוטחי הקופות האחרות, במיוחד לגבי קבלת שירותים במרפאות החוץ של בית-החולים.

נשמעה טענה כי על אף שנגישות השירותים וזמינותם שופרו מאוד בדרום, בעיקר לאוכלוסיות בפריפריה - תושבי עיירות הפיתוח והבדווים, עדיין יש בדרום פחות ספקי שירותים - רופאים, אחיות, מכונים ומיטות אשפוז, ועדיין שירותי הבריאות בדרום הם שירותים עניים לאנשים עניים. עוד נטען על-ידי נציגי חלק מן הקופות, כי העובדה שהאוכלוסייה בדרום ענייה יותר מזו שבאזור המרכז, מונעת אפשרות לקבלת הכנסות נוספות לקופה באמצעות מכירת ביטוחים משלימים.

11. תפיסת השירות מנקודת ראותם של המאושפזים ב-1995

11.1 שיטת המחקר

פרק זה משווה בין תפיסת השירות בבית-החולים מנקודת מבטם של המאושפזים בפריפריה (מחוז הדרום ומחוז הצפון), לבין נקודת המבט של המאושפזים באזור המרכז. ההשוואה מבוססת על נתונים מסקר דואר שנערך בסתיו 1995 (הרבעון השלישי של השנה הראשונה להחלת חוק ביטוח בריאות) על-ידי מכון ברוקדייל בשיתוף עם משרד הבריאות, מרכז קופת-חולים הכללית וארבעה-עשר בתי-החולים הכלליים שהשתתפו בו (יובל וברג, 1997). אוכלוסיית המחקר כללה את כל המאושפזים ששחררו בין התאריכים 1.11.95 ועד 30.11.95 ושעמדו בקריטריונים הבאים: תושבי ישראל; בני 18 ומעלה; אושפזו ל-2 לילות או יותר; לא היו מאושפזים במחלקות הסיעודיות, הפסיכיאטריות, טיפול נמרץ והריון בר-סיכון.

המחלקות השונות קובצו לשלוש חטיבות (פנימית, כירורגית ויולדות). לצורך ההשוואה בין הפריפריה לאזור המרכז, אנו משווים בפרק זה רק את הנתונים המתייחסים למאושפזים ששחררו מן החטיבות הפנימית והכירורגית. בכל אחד מבתי-החולים נדגמו מתוך החטיבות הפנימיות והכירורגיות 135 מאושפזים בכל חטיבה, קרי 270 מאושפזים בחטיבות אלה, ו-3,780 מאושפזים בכל בתי-החולים שהשתתפו במחקר. בסך-הכל הוחזרו 2,987 שאלונים (שיעור היענות של 83% לאחר ניפוי נפטרים ואשפוזים אחרים שלא התאימו להגדרת האוכלוסייה). הנושאים שנכללו בשאלון ושנעשה בהם שימוש בפרק זה היו: משך המתנה לאשפוז, דחיית אשפוז, מעורבות החולים בבחירת בית-החולים, השחרור מהאשפוז, הוצאות כספיות הקשורות בטיפול הרפואי בבית-החולים, שביעות-רצון מהאשפוז, פרטים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים (לפרטים נוספים על המחקר באופן כללי, על שיטת המחקר, ועל אופן שקלול הנתונים ראה: יובל וברג, 1997).

חלוקת הנחקרים לפי מחוז נעשתה בהתאם לכתובת מגוריהם כפי שהופיעה ברשומה הרפואית של בית-החולים. מכלל הנחקרים ($n=2,956$) שכתובתם המדויקת הייתה בידי החוקרים, 62% היו תושבי אזור המרכז, 21% תושבי מחוז הצפון ו-17% תושבי מחוז הדרום. בדקנו אם יש חפיפה בין מקום המגורים של הנחקר ובית-החולים בו אושפז. נמצא כי 1.4% מהנחקרים תושבי אזור המרכז התאשפזו בבתי-חולים שמחוץ לאזור המרכז. מבין הנחקרים תושבי מחוז הצפון, 25.9% התאשפזו בבתי-חולים שהם מחוץ למחוז, ומקרב תושבי מחוז דרום, 22.5% התאשפזו מחוץ למחוז. עולה מכך שתשובותיהם של חלק מהמאושפזים, בעיקר אלו מן הדרום ומן הצפון מושפעות מהטיפול שקיבלו בבית-חולים שהוא במחוז אחר.

11.2 מאפייני המאושפזים

המאושפזים בצפון צעירים במידת מה, כאשר שיעור המאושפזים בני 61 ומעלה נמוך יותר בצפון (44%) לעומת שיעורם בדרום (52%) ובאזור המרכז (58%). שיעור ילידי המזרח התיכון וצפון אפריקה גבוה בדרום (44%) בהשוואה לצפון (20%) ולאזור המרכז (26%). באזור המרכז גבוה שיעור יוצאי אירופה

ואמריקה (43%) בהשוואה לשיעורם בצפון ובדרום (30% ו-33% בהתאמה). שיעור היהודים (64%) בקרב המאושפזים בצפון נמוך בהשוואה לשיעור באזור המרכז (91%) ובדרום (93%), ויש שיעור גבוה של מוסלמים (20%) ונוצרים (8%) לעומת בשני המחוזות האחרים (7% ו-6% בהתאמה לגבי מוסלמים ו-1% ו-0% בהתאמה לגבי נוצרים).¹⁵ (ראה פירוט הנתונים בלוח 1 בנספח ד).

אשר לאפיונים חברתיים-כלכליים, בקרב המאושפזים מאזור המרכז יש שיעור גבוה יחסית של מאושפזים שגרים עם עד שלושה איש בבית (62%), בהשוואה לצפון (53%) ולדרום (57%), ושיעור נמוך יחסית, לעומת שני המחוזות האחרים, של מי שגרים עם למעלה מ-7 נפשות באותו הבית. עוד נמצא כי בקרב המאושפזים מאזור המרכז יש שיעור גבוה יותר שדיווחו על הכנסה חודשית (ברוטו - שלהם ושל כל בני המשפחה הגרים עמם) הגבוהה מ-3,501 ש"ח (41%), בהשוואה למאושפזים בצפון (29%) ובדרום (27%). גם שיעור בעלי ההשכלה העל-תיכונית בקרב המאושפזים מאזור המרכז (31%) גבוה בהשוואה לשיעורם בקרב מאושפזים מהדרום (24%) ומן הצפון (22%). עם זאת, אין הבדל בשיעור המבוטחים בביטוח רפואי פרטי בין הפריפריה לאזור המרכז. אין גם הבדל בשיעור המאושפזים חברי קופת-חולים הכללית בין הפריפריה לאזור המרכז (ראה לוח 2 בנספח ד).¹⁶

חמישים וחמישה אחוז מקרב המאושפזים ציינו בעת קבלתם לאשפוז כי בעייתם הייתה חמורה או חמורה מאוד. אין הבדל בנדון בהשוואה בין המחוזות. בצפון שיעור המאושפזים במחלקות הפנימיות (43%) נמוך לעומת שיעורם בדרום (50%) ובאזור המרכז (52%). לא נמצאו הבדלים בין המחוזות באשר לאופן הקבלה לבית-החולים (אלקטיבית מול אשפוז חירום) (ראה לוח 3 בנספח ד).

11.3 ממצאים

א. נגישות וזמינות שירותי האשפוז

בחינת נגישות וזמינות שירותי האשפוז מנקודת ראותם של המאושפזים נגעה לדחייה או לעיכובים באשפוז, לסיבות לדחיית האשפוז, למשך הזמן שעבר מקביעת האשפוז ועד לקבלה לבית-החולים ולאופן שבו תופסים המאושפזים את סבירות משך ההמתנה לאשפוז. בנוסף, נבדק עד כמה המאושפזים היו מעורבים בבחירת בית-החולים בו אושפזו. מלוח 57 עולים מספר הבדלים בין הפריפריה לאזור המרכז הן בנוגע לדחיית האשפוז בבית-החולים והן בנוגע לסיבות לו, אולם, ההבדלים שנמצאו אינם מובהקים. כך, למשל, נמצא כי שיעור המדווחים על דחיית אשפוז היה גבוה באופן יחסי בדרום (29%) לעומת הצפון (23%) ומרכז הארץ (21%).

שיעור המדווחים על דחיית אשפוז ביוזמת בית-החולים מסיבות אחרות היה גבוה יחסית בדרום (47%) ונמוך יחסית בצפון (36%). שיעור המדווחים על דחיית אשפוז ביוזמת בית-החולים מסיבות רפואיות

¹⁵ ממצא זה עורר חשש שמא אין ייצוג מספיק לערבים בדרום. אולם, בבדיקה שערכנו עלה כי אחוז המשוחררים דוברי ערבית מן המחלקות הפנימיות והכירורגיות בדרום היה 7.2% מכלל המשוחררים, ושיעור ההיענות למילוי השאלון בקרבם היה 73%, שיעור נמוך במקצת משיעור ההיענות הכללי. מכאן שהממצא ש-6% הם מוסלמים מייצג במידה רבה את שיעור הערבים בין המשוחררים משתי מחלקות אלו בדרום.

¹⁶ בהסברים לממצאים מדובר על הבדלים מובהקים. כאשר ההבדלים אינם מובהקים אנו מציינים זאת במפורש.

היה גבוה בצפון (36%), לעומת בדרום (23%) ובאזור המרכז (28%). בנוסף, בדרום נמצא שיעור גבוה יותר של המדווחים על דחייה עקב רצון החולה מסיבות אישיות או רפואיות (30%), לעומת הצפון ואזור המרכז (24%).

לוח 57: דחיית אשפוז והמתנה לאשפוז, לפי מחוז (באחוזים)

| דרום n=492 | צפון n=632 | אזור המרכז n=1,832 | סה"כ n=2,956 | |
|---------------|---------------|-----------------------|-----------------|---|
| 29 | 23 | 21 | 23 | שיעור המדווחים על דחיית אשפוז |
| 100 | 100 | 100 | 100 | סיבות לדחיית אשפוז (מתוך מי שאשפוזם נדחה) |
| 30 | 24 | 24 | 25 | עקב רצון החולה מסיבות אישיות או רפואיות |
| 23 | 36 | 28 | 29 | נדחה על-ידי בית-החולים מסיבות רפואיות |
| 47 | 36 | 44 | 43 | נדחה על-ידי בית-החולים מסיבות אחרות |
| 0 | 4 | 4 | 3 | אחר |
| 16 | 13 | 12 | 13 | שיעור מי שהמתינו מעל 3 חודשים |
| 100 | 100 | 100 | 100 | משך ההמתנה (בקרב מי שהמתינו) |
| 68 | 77 | 79 | 77 | סביר |
| 21 | 14 | 14 | 15 | לא כל-כך סביר |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הגורם העיקרי בבחירת בית-החולים* |
| 20 | 27 | 32 | 29 | החולה (או החולה והרופא ביחד) |
| 16 | 21 | 25 | 22 | הרופא |
| 11 | 12 | 9 | 10 | הקופה |
| 36 | 20 | 15 | 20 | אזוריות |
| 7 | 9 | 8 | 8 | רפואה דחופה |
| 10 | 11 | 11 | 11 | אחר |

* $p < 0.05$ לפי χ^2

כשבדקנו באמצעות ניתוח רב-משתני את השפעתם העצמאית של המשתנים המשפיעים על דחיית תאריך האשפוז/הניתוח (משתנים בלתי תלויים: גיל, מצב משפחתי, מוצא, שפה, השכלה, צפיפות דיור, מחלקה, קופת-חולים, מין, מחוז, בעל ביטוח רפואי פרטי, חומרת הבעיה בקבלה לאשפוז), נמצא כי למחוז בו מאושפז החולה אין משמעות לגבי דחיית האשפוז. המשתנה היחיד שיש לו השפעה על דחיית האשפוז הנו המחלקה בה אושפזו - אדם שאושפז במחלקה כירורגית (לעומת פנימית) הוא בעל סבירות גבוהה יותר לדחיית מועד האשפוז.

עוד עולה מלוח 57 כי שיעור המדווחים על המתנה לקביעת תור לאשפוז מעל שלושה חודשים גבוה בדרום (16%) לעומת בצפון ובאזור המרכז (13% ו-12% בהתאמה) אף כי ההבדל אינו מובהק. כשבחנו באמצעות ניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) את המשתנים המסבירים המתנה של מעל שלושה חודשים לאשפוז/ניתוח (ראה לוח 58) עלה כי הסיכויים להמתנה לאשפוז מעל שלושה חודשים גבוהים יותר כשהמרואיין הוא תושב הדרום לעומת תושב אזור המרכז, מי שאושפז במחלקה כירורגית לעומת מי שאושפז במחלקה פנימית, והוא יוצא צפון אפריקה או המזרח התיכון, לעומת השאר.

לוח 58: המשתנים המסבירים המתנה מעל לשלושה חודשים לאשפוז/ניתוח (רגרסיה לוגיסטית)

| המשתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|--|---------|----------|-------------------------------|
| גיל 60+ | -0.22 | 0.80 | 60-40 |
| גילאי 18-39 | -0.39 | 0.68 | 60-40 |
| נשוי | -0.12 | 0.89 | רווק/גרוש/אלמן |
| אינו יליד צפון אפריקה/המזרח התיכון | * -0.54 | 0.58 | יליד צפון אפריקה/המזרח התיכון |
| שפה ערבית | 0.66 | 1.94 | עברית |
| שפה רוסית | 0.45 | 1.57 | עברית |
| השכלה על-יסודית | -0.12 | 0.89 | השכלה יסודית ומטה |
| צפיפות דיור - מתחת ל-7 איש | 0.52 | 1.68 | 7 איש ומעלה |
| מחלקה כירורגית | * 1.23 | 3.42 | מחלקה פנימית |
| חבר בקופות-החולים לאומית, מאוחדת או מכבי | -0.49 | 0.61 | חבר בקופת-חולים הכללית |
| נשים | 0.12 | 1.13 | גברים |
| צפון | 0.05 | 1.06 | אזור המרכז |
| דרום | * 0.55 | 1.73 | אזור המרכז |
| בעל ביטוח רפואי פרטי | 0.31 | 1.37 | אינו בעל ביטוח רפואי פרטי |
| בעיה רפואית חמורה בקבלה לאשפוז | -0.10 | 0.91 | בעיה קלה/בינונית |
| קבוע | **2.96 | | |

* p<0.05

** p<0.01

מלוח 57 עולה גם כי בקרב המאושפזים בדרום יש פחות מי שחושבים כי זמן ההמתנה עד מועד האשפוז הוא סביר (69%) לעומת שיעור המדווחים כך בצפון ובאזור המרכז (77%-ו-79% בהתאמה), אם כי גם כאן ההבדל לא נמצא מובהק.

אשר למעורבות בבחירת בית-החולים, מלוח 57 עולה הבדל מובהק בין הדרום לצפון ולאזור המרכז, כאשר בדרום שיעור נמוך יותר מן המאושפזים דיווחו כי היתה להם מעורבות בבחירת בית-החולים (20%) בהשוואה לצפון (27%) ולאזור המרכז (32%). שיעור גבוה מהמאושפזים בדרום (36%) אמרו כי הסיבה לבחירת בית-החולים קשורה לאזוריות (כל האנשים המתגוררים באזור צריכים להתאשפז בבית-חולים זה), לעומת 20% בצפון ו-15% באזור המרכז שאמרו כך.

כשבחנו באמצעות ניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) מהם המשתנים המסבירים את המשתנה התלוי "בחירת בית-החולים" - האם החולה היה מעורב בבחירת בית-החולים - עלה כי לתושבי הפריפריה (תושבי הדרום לעומת תושבי אזור המרכז, וכן תושבי הצפון לעומת תושבי אזור המרכז) סיכויים נמוכים

יותר לבחור את בית-החולים. גם למאושפזים דוברי רוסית סיכויים נמוכים יותר להיות מעורבים בבחירת בית-החולים. המשתנים המנבאים מעורבות של המאושפז בבחירת בית-החולים היו העובדה שהוא נשוי, שאינו יליד המזרח התיכון ואפריקה, ואשפוז במחלקה הכירורגית (לוח 59).

לוח 59: רגרסיה לוגיסטית להסבר מעורבות בבחירת בית-החולים

| המשתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------|
| גיל +60 | -0.13 | 0.88 | 60-40 |
| גיל 18 - 39 | -0.02 | 0.98 | 60-40 |
| נשוי | * 0.25 | 1.28 | רווק/גרורש/אלמן |
| אינו יליד צפון אפריקה/המזרח התיכון | * 0.23 | 1.27 | יליד צפון אפריקה/המזרח התיכון |
| שפה ערבית | -0.18 | 0.84 | עברית |
| שפה רוסית | * -0.30 | 0.74 | עברית |
| השכלה על יסודית | 0.17 | 1.19 | השכלה יסודית ומטה |
| צפיפות דיור - פחות מ-7 איש | 0.25 | 1.29 | 7 איש ומעלה |
| מחלקה כירורגית | *0.55 | 1.74 | מחלקה פנימית |
| חבר בקופת-חולים הכללית | 0.22 | 1.25 | חבר קופת-חולים לאומית, מאוחדת, מכבי |
| נשים | 0.15 | 1.17 | גברים |
| צפון | * -0.33 | 0.72 | מרכז הארץ |
| דרום | * -0.82 | 0.44 | מרכז הארץ |
| בעל ביטוח רפואי פרטי | 0.31 | 1.36 | אינו בעל ביטוח רפואי פרטי |
| בעיה רפואית חמורה בקבלה לאשפוז | 0.08 | 1.08 | בעיה קלה/בינונית |
| קבוע | ** -0.73 | | |

* p<0.05

** p<0.01

יצוין כי בכל הניתוחים הרב-משתניים השתמשנו בהשכלה ובצפיפות דיור כמדד למעמד חברתי-כלכלי. אולם, גם כשהכנסנו את ההכנסה כמדד למעמד חברתי-כלכלי (במקום המשתנים השכלה וצפיפות דיור, ואף ברגרסיה יחד עם), היא לא נמצאה כמשתנה מנבא להתנה מעל שלושה חודשים לאשפוז, ואף לא למעורבות בבחירת בית-החולים. כמו-כן, לא השתנה גובה המקדם של המשתנה מחוז הדרום כמנבא למשתנים אלה. מכאן ניתן להניח שההסבר לדחיית אשפוז נעוץ בעובדה שהחולה התאשפז בבית-חולים בדרום, ולא בכך שהאוכלוסייה בדרום ענייה יותר.

עוד יצוין כי 21% מקרב כלל המאושפזים ציינו כי שוחררו לפני הזמן. מתוכם נמצא הבדל מובהק בהתפלגות לפי מחוז, כאשר שיעור גבוה יותר במחוז הדרום (25%) בהשוואה למחוז הצפון (20%) ולאזור המרכז (20%), ציינו כי שוחררו מוקדם מדי.

ב. הוצאות כספיות

המאושפזים נשאלו על הוצאות כספיות שהיו להם במהלך האשפוז ועל טיבן. מלוח 60, המציג את שיעור המאושפזים שענו שהיו להם הוצאות כספיות שונות במהלך האשפוז, עולה כי שיעור מי שדיווחו שהיו להם הוצאות כספיות כלשהן במהלך האשפוז היה נמוך יחסית בצפון (34%), לעומת שיעור המאושפזים שדיווחו כך באזור המרכז (47%) ובדרום (44%).

בחינת ההבדלים בין מאושפזים לפי טיבן של ההוצאות הכספיות בעת האשפוז מעלה כי שיעור המדווחים על הוצאות בגין שירותים רפואיים היה גבוה במידת מה בדרום (30%) לעומת שיעור המדווחים על כך בצפון ובאזור המרכז (22% ו-26% בהתאמה). בדרום היה גם שיעור קצת יותר גבוה מאשר בצפון ובאזור המרכז של מי שדיווחו על הוצאה לאמבולנס והוצאות לתרופות בזמן האשפוז.

המאושפזים דיווחו גם על הוצאות כספיות לשירותים לא רפואיים, כאלו הכרוכות בשיפור תנאי האשפוז. מלוח 60 עולה כי שיעור המדווחים על הוצאות מסוג זה גבוה יחסית באזור המרכז (30%) בהשוואה לשיעור המדווחים כך בצפון (17%) ובדרום (23%).

לוח 60: הוצאות במהלך האשפוז, לפי מחוז (באחוזים)

| סוגי הוצאות | סה"כ n=2,956 | אזור המרכז n=1,832 | צפון n=632 | דרום n=492 |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|---------------|---------------|
| הוצאות כלשהן* | 44 | 47 | 34 | 44 |
| הוצאות לשירותים רפואיים* | 26 | 26 | 22 | 30 |
| הוצאות לאמבולנס* | 12 | 13 | 9 | 15 |
| הוצאות להקדמת תור* | 2 | 2 | 1 | 1 |
| הוצאות לתרופות* | 7 | 6 | 7 | 10 |
| הוצאות לשירותים לא רפואיים* | 26 | 30 | 17 | 23 |
| הוצאות לשיפור תנאי האשפוז* | 26 | 30 | 17 | 23 |

* $p < 0.05$

11.4 שביעות-רצון מן האשפוז

א. שביעות-רצון כללית

המאושפזים נתבקשו לדרג את שביעות-רצונם הכללית מן האשפוז על סולם בן 5 דרגות.¹⁷ מלוח 61 עולה כי שיעור המאושפזים בדרום שהביעו שביעות-רצון במידה רבה או רבה מאוד (62%), נמוך באופן מובהק משיעור המדווחים על שביעות-רצון רבה או רבה מאוד בקרב המאושפזים באזור המרכז ובצפון (70% ו-68% בהתאמה). בנוסף, נמצא שיעור גבוה יותר של מאושפזים מן הדרום שדיווחו על שביעות-רצון בינונית (29%) לעומת המדווחים כך בצפון ובאזור המרכז (23% בכל אחד).

¹⁷ התשובות לשאלה על שביעות-רצון כללית היו על הרצף הבא: 1 במידה מועטה מאוד 2. במידה מועטה 3. במידה בינונית 4. במידה רבה 5. במידה רבה מאוד.

לוח 61: שביעות-רצון כללית מן האשפוז (באחוזים)

| סוגי הוצאות | סה"כ n=2,956 | אזור המרכז n=1,832 | צפון n=632 | דרום n=492 |
|---------------------------|-----------------|-----------------------|---------------|---------------|
| מידת שביעות-הרצון* | 100 | 100 | 100 | 100 |
| רבה/רבה מאוד | 68 | 70 | 68 | 62 |
| בינונית | 24 | 23 | 23 | 29 |
| מועטה/מועטה מאוד | 8 | 7 | 9 | 9 |

p<0.05*

ג. שביעות-רצון לפי תחומים

בשאלון נכללו 41 פריטים הקשורים בהיבטים שונים של האשפוז. המאושפזים נתבקשו לדרג אותם בסולם בן 5 דרגות.¹⁸ הפריטים קובצו ל-9 תחומים המבוססים על ניתוח גורמים בהתאם לנושאים הבאים: תהליך הקבלה, הרופאים, האחיות, מלונאות ותנאים פיזיים, הספקה, תנאי האירוח, האוכל, החנייה והשחרור מבית-החולים. לכל מאושפז חושב הציון הממוצע בתחום. לוח 62 מציג את הציון הממוצע של שביעות-הרצון בתחומים שונים של האשפוז לפי מחוזות.

לוח 62: שביעות-הרצון של מאושפזים מתחומים עיקריים באשפוז, לפי מחוז (ממוצעים)

| תחומי אשפוז | סה"כ | אזור המרכז | צפון | דרום |
|-------------------|------|------------|------|------|
| קבלה | 4.28 | 4.28 | 4.31 | 4.22 |
| רופאים | 4.29 | 4.29 | 4.33 | 4.23 |
| אחיות* | 4.20 | 4.18 | 4.31 | 4.10 |
| מלונאות* | 4.20 | 4.13 | 4.11 | 3.91 |
| אספקה | 4.09 | 4.18 | 4.17 | 4.11 |
| אירוח* | 4.17 | 4.07 | 3.94 | 3.70 |
| אוכל* | 3.98 | 3.79 | 3.98 | 3.59 |
| חנייה* | 4.05 | 2.93 | 3.27 | 3.14 |
| שחרור מבית-החולים | 4.16 | 4.16 | 4.22 | 4.09 |

p<0.05*

ההשוואה בין המחוזות לגבי שביעות-רצון מן האשפוז מצביעה על כך כי ממוצע שביעות-הרצון של מאושפזים תושבי הדרום היה נמוך בכל התחומים לעומת הממוצע של מאושפזים בצפון ובאזור המרכז, אולם לא כל ההבדלים מובהקים. מלוח 62 עולה כי שביעות-רצונם של מאושפזים תושבי הדרום הייתה נמוכה באופן מובהק מזו של מאושפזים מן הצפון ומאזור המרכז בתחומים אלו: "אחיות", "מלונאות", "אירוח" ו"אוכל". כשבוחנים תוצאות אלו במונחים של האחוזים של מי שהיו שבעי רצון מאוד (מי שממוצע שביעות-הרצון שלהם היה 4 ויותר), נמצא שבדרום 78% היו שבעי רצון מאוד מן האחיות לעומת 86% בצפון ו-82% באזור המרכז. כמו-כן, בדרום 57% היו שבעי רצון מאוד מן המלונאות בבית-החולים לעומת 72% בצפון ו-74% באזור המרכז. בדרום היה גם אחוז נמוך יותר של שבעי רצון

¹⁸ סולם בו 1 הוא הציון הנמוך ו-5 הציון הגבוה.

מאוד מן האירוח (63%) לעומת שיעורם בצפון (71%) ובאזור המרכז (80%) ופערים דומים היו גם לגבי שביעות-הרצון מן האוכל (ראה לוח 1 בנספח ה).

שביעות-הרצון של מאושפזים מן הצפון היתה גבוהה בהשוואה לשביעות-הרצון של מאושפזים משני המחוזות האחרים בתחומים: "חנייה", "אוכל", ו"אחיות", ואילו שביעות-רצונם של תושבי אזור המרכז נמצאה גבוהה באופן מובהק לעומת שביעות-רצונם של תושבי המחוזות האחרים בתחומים: "אירוח" ו"מלונאות".

יובל וברג (1997) ניתחו בעזרת ניתוח רב-משתני את מידת השפעתם של תחומי האשפוז על שביעות-הרצון הכללית מן האשפוז. החוקרים מציינים בעבודתם כי לתחומים "רופאים" ו"אחיות" ו"מלונאות" ישנה ההשפעה הגדולה ביותר על שביעות-הרצון הכללית. גם לתהליכי ה"שחרור" מבית-החולים יש השפעה משמעותית וכן ל"אוכל" ול"קבלה" לבית-החולים, אף כי ההשפעות של האחרונים נמוכות יותר. לתחומים "אירוח", "חנייה", ו"אספקה" לא היתה השפעה מובהקת. כשבוחנים את הנתונים על שביעות-הרצון לפי מחוזות עולה כי שביעות-הרצון הנמוכה יותר בדרום נוגעת לשניים מן התחומים שנמצאו כבעלי השפעה גדולה על שביעות-הרצון הכללית - שביעות-רצון מן האחיות ומן המלונאות (את פירוט המשתנים שנכללו בכל תחום של שביעות-רצון מן האשפוז ראה בלוח 2 בנספח ה).

11.5 סיכום

בכל הנוגע להמתנה מיום קביעת התאריך לאשפוז ועד לאשפוז עצמו, מאושפזים מן הדרום היו מצויים ב-1995 במצב פחות טוב מן המאושפזים באזור המרכז ובצפון הארץ. קרי, היה סיכוי רב יותר שמאושפז מן הדרום ימתין למעלה משלושה חודשים מיום קביעת התור לאשפוז ועד לאשפוז עצמו, לעומת מאושפז מאזור המרכז ואף לעומת מאושפז מהצפון. בנוסף, למאושפזים בפריפריה, במיוחד בדרום, היה סיכוי נמוך יותר להיות מעורבים בבחירת בית-החולים בו יאושפזו. עוד נמצא כי מאושפזים מן הדרום היו פחות שבעי רצון מן האשפוז ממאושפזים בצפון ובאזור המרכז. יכול להיות שגם העובדה שהיה להם סיכוי נמוך יותר לבחור בית-חולים לפי רצונם השפיעה אף היא על שביעות-הרצון הנמוכה של תושבי הדרום מהאשפוז. הדבר עולה הן לגבי שביעות-הרצון הכללית מן האשפוז והן לגבי שביעות-הרצון מתחומים ספציפיים של האשפוז. אין לנו מידע לגבי השינוי בפערים בתפיסת השירות מנקודת מבטם של המאושפזים בין התקופה שלפני החלת החוק ולאחריו משום שאין בידינו נתונים על מאושפזים בדרום בתקופה שלפני החלת החוק.

12. נגישות וזמינות שירותי הבריאות מנקודת ראות האוכלוסייה בשנים 1995 ו-1997

פרק זה משווה, בשתי נקודות זמן, את נגישות וזמינות השירותים, ושביעות-הרצון מהם, מנקודת ראותה של האוכלוסייה בפריפריה לעומת האוכלוסייה באזור המרכז. ההשוואה מבוססת על נתונים משני

סקרים טלפוניים שערך ג'וינט-מכון ברוקדייל בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה. הראשון נערך בשנת 1995 (ברג ואחרים, 1997), והשני בשנת 1997 (גרוס ואחרים, 1998).

12.1 שיטת המחקר

בשני הסקרים אוכלוסיית הסקר כללה את התושבים מעל גיל 22 הגרים במדינה באופן קבוע. המסגרת לדגימה היתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של "בזק" ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים. שאלוני המחקר תורגמו לערבית ולרוסית, במטרה להתאימם לאוכלוסיות העיקריות שאינן דוברות עברית. בשנת 1995 מולאו 1,394 שאלונים ושיעור ההיענות הגיע ל-85% בדירות שנוצר קשר כלשהו עם דייריהן. בשנת 1997 מולאו 1,205 שאלונים (שיעור היענות של 81%). על אופן השקלול של האוכלוסייה בשני הסקרים, ועל השקלול לצורך ההתאמה בין שני הסקרים, ראה אצל ברג ואחרים (1997) ואצל גרוס ואחרים (1998).

הנושאים שכלל שאלון המחקר בשני הסקרים ואשר נעשה בהם שימוש בפרק זה הם: נגישות השירותים (רופא משפחה קבוע, רופא פרטי קבוע, משך הגעה לרופא, משך המתנה לרופא, משך הזמן מרגע קביעת התור ועד הקבלה, ופנייה ישירה למומחים); זמינות השירותים (נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה ושל רופאים מקצועיים); ביטוח משלים ומסחרי (כולל הסיבות לאי הצטרפות לביטוח); שביעות-רצון מקבלת השירותים הרפואיים; משתני רקע דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים.

השוואת נגישות וזמינות השירותים ושביעות-הרצון מהם לפי מחוזות נעשתה בשלושה שלבים: ראשית, בחנו אם יש הבדלים לפי מחוזות, בין הפריפריה (מחוז הדרום ומחוז הצפון) לבין אזור מרכז הארץ בכל אחת מן השנים הנסקרות. בשלב השני בחנו, בכל מחוז בנפרד, אם חל שינוי בנגישות השירותים, זמינותם ושביעות-הרצון מהם, בין 1995 (מועד המחקר הראשון) ל-1997 (מועד המחקר השני). ובשלב השלישי בדקנו אם צומצם הפער בין אזור המרכז למחוז הדרום. יצוין כי במקרים שלא נמצאו הבדלים מובהקים לפי מחוז, בחנו אם קיים הבדל בין הדרום לאזור המרכז כאשר הדרום מוגדר כנפת באר שבע. במקרה זה כאשר נמצאו הבדלים הדבר צוין במפורש. אם לא צוין הבדל פירושו שגם בהשוואה בה הדרום הוגדר לפי נפת באר שבע הממצא אינו מובהק.

העיבודים הסטטיסטיים שנעשו לגבי כל סקר בנפרד כללו לוחות צולבים ובדיקת מובהקותם בעזרת מבחן χ^2 . כמו-כן, נבדקו הנתונים ברגרסיה ליניארית (בדיקת מובהקות לפי מבחן T) וברגרסיה לוגיסטית. בדיקת המובהקות של הלוחות הצולבים שבדקו את תשובות המרואיינים בסקר שנערך ב-1995, לעומת תשובות המרואיינים בסקר שנערך ב-1997, נעשתה באמצעות מבחן χ^2 . מבחן זה מתאים מכיוון שאלו שני מדגמים בלתי תלויים.

12.2 מאפייני רקע של האוכלוסייה

הנתונים משנת 1995 מעידים כי שיעור בני +65 גבוה באזור המרכז בהשוואה לפריפריה (הצפון והדרום). בנוסף, תושבי הצפון צעירים במידת מה לעומת המחוזות האחרים, כאשר שיעור בני 22-35 בקרבם גבוה

ביחס לשיעור המקביל באזור המרכז ובדרום. הדרום מאופיין בכך ששיעור ילידי המזרח התיכון וצפון אפריקה גבוה בו (31%) בהשוואה לשיעור בצפון (10%) ובאזור המרכז (15%). כמו-כן, בדרום, כמו גם באזור המרכז, יש שיעור גבוה יחסית של יוצאי אירופה ואמריקה (30% ו-35% בהתאמה), בהשוואה לצפון (17%). בקרב תושבי הצפון שיעור היהודים (45%) נמוך בהשוואה לשיעורם באזור המרכז (93%) ובדרום (88%), ושיעור האוכלוסייה הערבית גבוה לעומת שני המחוזות האחרים. יצוין כי מן הנתונים עולה שרוב מי שרואיינו בדרום הם יהודים וייתכן שאין ייצוג מספיק לאוכלוסיית הבדווים שבנגב.

אשר לאפיונים חברתיים-כלכליים, ממוצע הנפשות המתגוררות בדירה אחת גבוה בפריפריה, הן בצפון (5.1) והן בדרום (4.3), בהשוואה לממוצע הנפשות בדירה באזור המרכז (3.9). עוד נמצא כי בקרב המרוויינים תושבי הצפון יש שיעור גבוה יותר שדיווחו על הכנסה חודשית נמוכה יחסית עד 5,000 ש"ח (77%) בהשוואה לתושבי אזור המרכז והדרום (כ-54% בשניהם). ובהתאם לכך, שיעור המרווייחים מעל 10,000 ש"ח גבוה יותר בדרום (17%) ובאזור המרכז (15%), בהשוואה למרווייחים כך בצפון (7%). עוד נמצא כי שיעור בעלי ההשכלה העל-תיכונית בקרב תושבי אזור המרכז והדרום (40%) גבוה בהשוואה לשיעורם בקרב מרוויינים מן הצפון (34%). עוד נמצא מנתוני 1995 כי שיעור המועסקים באזור המרכז נמוך מאשר בדרום, 63% מתושבי אזור המרכז דיווחו שעבדו בשלושת החודשים האחרונים לעומת כ-70% בצפון ובדרום. כאשר בוחנים בשנת 1995 את החלוקה לקופות-חולים עולה כי שיעור המבוטחים בקופת-חולים הכללית נמוך באזור המרכז (58%) בהשוואה לשיעור המבוטחים בקופת-חולים הכללית בדרום (71%) ובצפון (77%) (ראה פירוט הנתונים בלוח 1 בנספח ו).

השוואת הנתונים הדמוגרפיים והחברתיים-כלכליים בין הצפון, הדרום ואזור המרכז בשנת 1997 מעלה ממצאים דומים. ההבדלים שנמצאו בין המחוזות בשנת 1995 חוזרים ועולים גם בשנת 1997 (ראה לוח 2 בנספח ו). השינויים העיקריים בין שני הסקרים נוגעים לעלייה מובהקת בשיעור יוצאי אירופה-אמריקה בדרום מכ-30% ל-46%. ממצא זה קשור בוודאי להצטרפותם של עולים רבים מברית-המועצות לשעבר כתושבי הדרום. בנוסף, בין שני מועדי הסקרים נמצא שינוי מובהק במצב התעסוקה בדרום, כאשר בדרום חלה ירידה מובהקת בשיעור מי שדיווחו שעבדו בשלושת החודשים האחרונים מ-70% בשנת 1995, ל-59% בשנת 1997.

12.3 נגישות וזמינות שירותי הבריאות ב-1995

תפיסת נגישות וזמינות שירותי הבריאות נבדקה על-ידי מספר מדדים: שיעור המבוטחים שיש להם רופא משפחה קבוע, משך ההגעה לרופא המשפחה, משך ההמתנה לו, הזמן שעבר מקביעת התור לרופא מקצועי ועד קבלתו, ונוחות שעות קבלת השירותים.

לוח 63 משווה את הדיווח על נגישות השירותים בקרב תושבי הדרום והצפון לעומת תושבי אזור המרכז בשנת 1995. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין דיווחיהם של תושבי הפריפריה לדיווחיהם של תושבי אזור המרכז בנוגע לרופא משפחה קבוע, למשך ההגעה לרופא המשפחה ולמשך הזמן שעבר עד הקבלה לרופא מקצועי.

לוח 63: נגישות השירותים, לפי מחוז, 1995 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה סה"כ במדגם |
|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|--|
| N=425,979 n=145 | N=490,604 n=167 | N=2,243,064 n=763 | N=3,159,638 n=1,075 | |
| 71.6 | 68.2 | 73.9 | 72.7 | יש רופא משפחה קבוע |
| 100 | 100 | 100 | 100 | משך הגעה לרופא המשפחה |
| 87.0 | 88.6 | 85.5 | 86.4 | עד 15 דקות |
| 12.0 | 9.5 | 10.9 | 10.5 | בין 15 ל-30 דקות |
| 1.0 | 1.9 | 3.6 | 3.1 | למעלה מ-30 דקות |
| 100 | 100 | 100 | 100 | משך המתנה לרופא משפחה |
| 54.1 | 63.0 | 59.1 | 59.1 | עד 15 דקות |
| 21.9 | 26.0 | 25.0 | 24.5 | בין 15 ל-30 דקות |
| 24.0 | 11.0 | 15.9 | 16.4 | למעלה מ-30 דקות |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הזמן מקביעת התור לרופא המקצועי ועד לקבלה |
| 72.9 | 73.7 | 74.3 | 73.9 | עד שבועיים |
| 27.1 | 26.3 | 25.7 | 26.1 | למעלה משבועיים |
| 3.5 | 2.5 | 2.4 | 2.7 | הוצרכו להתאשפז בשנתיים האחרונות ולא התאשפזו |

מלוח 63 בולט כי שיעור המדווחים על משך המתנה של למעלה מ-30 דקות במרפאת רופא המשפחה גבוה בדרום (24%) ביחס לאזור המרכז (16%) ולצפון (11%), אולם, הממצא אינו מובהק. כאשר בחנו את משך המתנה במרפאת רופא המשפחה כמתנה תלוי בניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) נמצא כי המתנה המנבא משך המתנה קצר לרופא המשפחה, פחות מ-30 דקות, הוא הקופה לה משתייכים: חברי קופות-החולים מכבי ומאוחדת ממתנינים פחות מאשר חברי קופת-חולים הכללית. המתנה המנבא משך המתנה ארוך מ-30 דקות לרופא המשפחה הנו הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע במשק, (4,335 ש"ח ב-1995), בעלי הכנסה נמוכה ממתנינים זמן רב יותר לרופא (ראה לוח 3 בנספח ו). מתוצאות הניתוח הרב-משתני ניתן ללמוד כי הממצא ששיעור הממתנינים יותר זמן לרופא המשפחה בדרום גבוה, קשור בכך שיש בדרום יותר תושבים בעלי הכנסה נמוכה.

מלוח 63 עולה גם כי שיעור מי שהוצרכו להתאשפז בשנתיים האחרונות ולא התאשפזו (כ-4%) גבוה בדרום לעומת שיעורם בצפון (כ-3%) ובאזור המרכז (כ-3%). אולם, הממצא אינו מובהק. על אף המספרים הנמוכים, הממצא ראוי לתשומת לב משום שמדובר כאן במצבים קשים יחסית, הדורשים התערבות רפואית, שלא קיבלו מענה. בחנו בניתוח רב-משתני את המשתנים המנבאים אי אשפוז על אף שהיה דיווח על הצורך בו. נמצא כי המתנה המנבא לכך הוא מצב הבריאות של המרואיין, אולם מובהקותו של מנבא זה היתה גבולית ($p < 0.10$).

מלוח 64 עולה כי בשנת 1995 לא היו הבדלים מובהקים בין דיווחיהם של תושבי הדרום והצפון לבין דיווחיהם של תושבי אזור המרכז על נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה, של הרופאים המקצועיים, של עובדי המשרד ושל השעות בהם לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה.

לוח 64: שעות קבלת השירותים היו "נוחות" או "נוחות מאוד", לפי מחוז, 1995 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---------------------------------------|
| N=425,979 | N=490,604 | N=2,243,064 | N=3,159,638 | |
| n=145 | n=167 | n=763 | n=1,075 | סה"כ במדגם |
| 77.1 | 78.5 | 76.1 | 76.6 | שעות עבודה של רופא המשפחה |
| 65.7 | 70.6 | 70.6 | 69.9 | שעות עבודה של רופאים מקצועיים |
| 85.8 | 85.2 | 80.6 | 82.2 | שעות עבודה של עובדי המשרד |
| 60.4 | 62.5 | 66.4 | 65.0 | השעות בהן לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה |

א. קניית שירותים פרטיים, מעבר לאלו המסופקים לפי חוק

קניית שירותי בריאות מעבר לאלו המובטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומסופקים על-ידי המערכת הציבורית, עשויה להעיד על חסרים או על שביעות-רצון נמוכה מהקיים במערכת זו, וכמובן - גם על יכולת הקנייה. מלוח 65 עולה כי בשנת 1995 שיעור גבוה יותר של מרואיינים בצפון (26%) דיווחו שהיו להם הוצאות לרופא פרטי ביחס לשיעור המדווחים על כך באזור המרכז (20%) ובדרום (12%). במקביל, שיעור המדווחים שרכשו ביטוח משלים של קופות-החולים נמוך בצפון (21%), ביחס לדרום (33%) ולאזור המרכז (38%).

לוח 65: הוצאות לרופא פרטי וביטוח משלים/מסחרי, לפי מחוז, 1995 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---|
| N=425,979 | N=490,604 | N=2,243,064 | N=3,159,638 | |
| n=145 | n=167 | n=763 | n=1,075 | סה"כ במדגם |
| 12.1 | 25.9 | 19.5 | 19.5 | היו הוצאות לרופא פרטי ב-3 החודשים האחרונים ** |
| 32.6 | 20.7 | 38.3 | 34.8 | שיעור בעלי ביטוח משלים ** |
| 100 | 100 | 100 | 100 | סיבות לאי הצטרפות לביטוח משלים |
| 25.7 | 13.5 | 22.5 | 21.3 | מחיר גבוה |
| 1.4 | - | 1.1 | 1.0 | חשש מדחייה או הגבלות |
| 4.3 | 10.4 | 15.0 | 13.2 | השירותים המוצעים בביטוח |
| 18.6 | 25.0 | 23.0 | 22.6 | חוסר עניין כי מרגיש בריא |
| 2.9 | 1.0 | 4.3 | 3.6 | שירותי הקופה מספקים |
| 24.3 | 35.4 | 22.2 | 24.9 | חוסר ידע מספיק על הביטוח |
| 12.8 | 9.4 | 3.0 | 5.3 | לא חשבו על אפשרות זו |
| 10.0 | 5.3 | 8.4 | 8.1 | אחר |
| 16.4 | 18.0 | 15.3 | 15.9 | שיעור בעלי ביטוח מסחרי |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הסיבה בגללה לא נרכש ביטוח בריאות מסחרי |
| 33.7 | 24.4 | 26.2 | 26.9 | מחיר גבוה |
| 1.9 | 0.8 | 0.3 | 0.6 | חשש מדחייה או הגבלות |
| 3.8 | 2.5 | 5.6 | 5.0 | השירותים המוצעים בביטוח |
| 25.0 | 52.1 | 36.9 | 37.6 | חוסר עניין כי מרגיש בריא |
| 12.5 | 5.9 | 10.7 | 10.1 | שירותי הקופה מספקים |
| 10.6 | 5.0 | 6.4 | 6.7 | חוסר ידע מספיק על הביטוח |
| 8.7 | 6.8 | 3.0 | 5.3 | לא חשבו על אפשרות זו |
| 3.8 | 2.5 | 10.9 | 7.8 | אחר |

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

בניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) שבדק מהם המנבאים לכך שאדם ירכוש ביטוח משלים בקופת-החולים שלו עלה, כי מחוז הדרום אינו אחד מהם. המשתנים המנבאים רכישת ביטוח משלים מן הקופה בשנת 1995 הם: חברות באחת מהקופות "הקטנות" (מכבי, לאומית ומאוחדת) ומצב בריאות טוב. המשתנים המנבאים אי רכישת ביטוח משלים הם הכנסה נמוכה המתבטאת בהשתייכות לחמישון התחתון של ההכנסות,¹⁹ גיל גבוה מ-65 או נמוך מ-44, מגורים בצפון הארץ, והיות המרואיין דובר רוסית (ראה לוח 4 בנספח ו).

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המחוזות בנוגע לסיבות לאי רכישת ביטוח בריאות משלים או ביטוח בריאות מסחרי. עם זאת, בלוח 65 בולט השיעור הגבוה, יחסית, של מרואיינים בצפון (35%) שתלו את סיבת אי הצטרפותם לביטוח המשלים בחוסר ידע עליו.

עוד עולה מלוח 65 כי שיעור הבעלות על ביטוח מסחרי גבוה במקצת בצפון לעומת בדרום ובאזור המרכז. בדרום גבוה שיעור המדווחים שהסיבה לאי רכישת ביטוח מסחרי נעוצה במחירו, בהשוואה למי שאמרו זאת באזור המרכז ובצפון. אולם, כאמור, כל ההבדלים המוזכרים אינם מובהקים.

ב. שביעות-הרצון מקבלת השירותים בקופות-החולים בשנת 1995

שביעות-הרצון מקבלת השירותים בקופות-החולים באזור המרכז השוותה לשביעות-הרצון מכך בדרום הארץ ובצפונה. מלוח 66 עולה כי שיעור שבעי הרצון משירותי המעבדה נמוך בדרום (68%), ביחס לצפון (77%) ולאזור המרכז (80%). גם שביעות-הרצון ממבחר התרופות נמוכה בדרום, לעומת בצפון ובאזור המרכז, אף כי המובהקות של ממצא זה היא גבולית.

לוח 66: "המרוצים" או "המרוצים מאוד" מקבלת השירותים בקופות, לפי מחוז, 1995 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | |
|-----------|-----------|-------------|-------------|--|
| N=425,979 | N=490,604 | N=2,243,064 | N=3,159,638 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=145 | n=167 | n=763 | n=1,075 | סה"כ במדגם |
| 75.4 | 85.3 | 81.3 | 81.0 | מהרמה המקצועית של רופאי המשפחה |
| 85.1 | 91.0 | 90.0 | 89.4 | מיחס רופאי המשפחה |
| 81.9 | 86.1 | 87.2 | 86.2 | מיחס האחיות |
| 74.3 | 79.5 | 79.1 | 78.5 | ממקצועיות הרופאים המומחים |
| 87.7 | 85.7 | 79.2 | 81.5 | מיחס עובדי המשרד** |
| 64.1 | 73.4 | 74.6 | 72.8 | ממבחר התרופות* |
| 80.2 | 78.7 | 79.3 | 79.3 | מהקלות בה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות |
| 68.0 | 77.4 | 79.7 | 77.9 | משירותי מעבדות** |
| 94.0 | 93.5 | 92.9 | 93.2 | מתחזוקות מתקני הקופה |
| 78.3 | 85.1 | 83.9 | 83.3 | מקופת-החולים באופן כללי |

* $p < 0.10$ לפי מבחן χ^2
 ** $p < 0.05$

¹⁹ השתייכות לשני העשירונים התחתונים באוכלוסייה בהתפלגות ההכנסה לנפש סטנדרטית, לפי הגדרות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

בנוסף, שביעות-הרצון מהרמה המקצועית של רופאי המשפחה, מיחס האחיות, ממקצועיות הרופאים המומחים ומקופת-החולים באופן כללי, נמוכה בדרום, לעומת בצפון ובמרכז הארץ. אולם, בכל אלו, ההבדל אינו מובהק. עוד עולה מן הלוח כי באזור המרכז שיעור שבעי הרצון מיחס עובדי המשרד נמוך (79%) ביחס לצפון (86%) ולדרום (88%).

בחינת שביעות-הרצון הכללית מקופת-החולים בניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) העלתה כי המשתנים המנבאים שביעות-רצון גבוהה משירותי הקופה אינם כוללים מחוז מגורים, אך הם כוללים: השתייכות לקופות "הקטנות", שפה עברית וערבית (לעומת דוברי השפה הרוסית), השכלה נמוכה, ומצב בריאות טוב (ראה לוח 5 בנספח ו).

12.4 נגישות וזמינות שירותי הבריאות ב-1997

השוואה בין נגישות וזמינות שירותי הבריאות מנקודת ראות האוכלוסייה בפריפריה (הדרום והצפון) לעומת באזור המרכז, נבחנה שוב שנתיים לאחר הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על סמך ממצאי סקר האוכלוסייה בשנת 1997.

מלוח 67 עולה כי בשנת 1997 שיעור מי שיש להם רופא משפחה קבוע גבוה מאוד בכל הארץ והוא מגיע ל-96% בצפון ולכ-90% בדרום ובאזור המרכז. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין דיווחיהם של תושבי הפריפריה לדיווחיהם של תושבי אזור המרכז בנוגע לזמן ההגעה לרופא המשפחה ולמשך הזמן שעבר עד הקבלה לרופא מקצועי. עם זאת, כשבחנו זאת לגבי נפת באר שבע בנפרד (וכללנו את נפת אשקלון באזור המרכז), נמצא כי שיעור מי שמחכים בבאר שבע מעל לשבועיים מיום קביעת התור לרופא המקצועי ועד הקבלה מגיע ל-43% (לעומת 19% בצפון ו-24% באזור המרכז). בניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) מצאנו שהמשתנים המנבאים המתנה מעל לשבועיים לרופא המקצועי הם גיל מבוגר מעל 65, והכנסה נמוכה מן השכר הממוצע במשק (מתחת ל-7,000 ש"ח, השכר הממוצע במשק בשנת 1997) (ראה לוח 6 בנספח ו).

עוד נמצא כי שיעור הממתינים בין 15 ל-30 דקות לרופא המשפחה גבוה באופן מובהק בדרום (29%) ביחס לשיעור הממתינים משך זמן זה בצפון (17%) ובאזור המרכז (19%). אולם, כשבדקנו משך המתנה לרופא המשפחה כמשתנה תלוי ברגרסיה לוגיסטית עלה כי המשתנה מחוז אינו מנבא המתנה ארוכה לרופא. מן הרגרסיה עלה כי גם כאן ההסתברות להמתין למעלה מ-30 דקות לרופא המשפחה גבוהה יותר אם המטופל הוא מבוגר מעל גיל 65 ובעל הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע במשק (ראה לוח 7 בנספח ו). גם כאן ניתן להסיק מן הניתוח הרב-משתני כי השיעור הגבוה יחסית בדרום של ממתינים זמן רב לשירותי הרופא, קשור לשיעור גבוה יותר בדרום של בעלי הכנסה נמוכה.

לוח 67: נגישות השירותים, לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה סה"כ במדגם |
|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|---|
| N=373,961 n=136 | N=535,808 n=195 | N=2,297,104 n=838 | N=3,206,873 n=1,169 | |
| 87.8 | 96.1 | 89.3 | 90.2 | יש רופא משפחה קבוע** |
| 100 | 100 | 100 | 100 | משך הגעה לרופא המשפחה |
| 92.2 | 89.6 | 86.8 | 87.9 | עד 15 דקות |
| 7.0 | 8.3 | 10.8 | 9.9 | בין 15 ל-30 דקות |
| 0.8 | 2.1 | 2.4 | 2.2 | למעלה מ-30 דקות |
| 100 | 100 | 100 | 100 | משך המתנה לרופא משפחה* |
| 57.6 | 72.8 | 68.8 | 68.2 | עד 15 דקות |
| 28.8 | 17.3 | 19.1 | 20.0 | בין 15 ל-30 דקות |
| 13.5 | 9.9 | 12.1 | 11.8 | למעלה מ-30 דקות |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הזמן שעובר מקביעת התור לרופא המקצועי ועד לקבלה |
| 66.7 | 80.8 | 76.4 | 76.2 | עד שבועיים |
| 33.3 | 19.2 | 23.6 | 23.8 | למעלה משבועיים |
| 100 | 100 | 100 | 100 | פנייה ישירה לרופא מקצועי** |
| 31.6 | 32.7 | 50.8 | 45.4 | פונה ישירות |
| 55.4 | 57.6 | 31.2 | 38.5 | פונה קודם לרופא המשפחה |
| 5.8 | 6.8 | 12.8 | 11.0 | הדבר תלוי בסוג הבעיה |
| 7.2 | 2.9 | 5.2 | 5.1 | לא פונה לרופא המקצועי של הקופה |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

בסקר האוכלוסייה ב-1997 נשאלו המרואיינים גם בדבר פנייה ישירה לרופא מומחה. מלוח 67 עולה כי שיעור הפונים ישירות לרופא המקצועי (32%) בפריפריה נמוך בהשוואה לשיעור הפונים ישירות אליו באזור המרכז (51%). בפריפריה יש שיעור גבוה יותר הפונים קודם לרופא המשפחה.

מלוח 68 עולה כי גם בשנת 1997 לא נמצאו הבדלים מובהקים בין תושבי הדרום והצפון לבין תושבי אזור המרכז בדיווחיהם על נוחות שעות העבודה של רופא המשפחה, של הרופאים המקצועיים, של עובדי המשרד, ושל השעות בהם לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה. כשבחנו את נוחות שעות קבלת השירותים לגבי נפת באר שבע בנפרד (נפת אשקלון צורפה לאזור המרכז), מצאנו כי שיעור המדווחים כי שעות עבודת רופא המשפחה נוחות להם נמוך באופן מובהק בנפת באר שבע (69%), ביחס לאזור המרכז (78%) ולצפון (83%).

לוח 68: שעות קבלת השירותים היו "נוחות" או "נוחות מאוד", לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---------------------------------------|
| N=373,961 | N=535,808 | N=2,297,104 | N=3,206,873 | |
| n=136 | n=195 | n=838 | n=1,169 | סה"כ במדגם |
| 77.4 | 82.8 | 77.6 | 78.4 | שעות עבודה של רופא המשפחה |
| | | | | שעות עבודה של רופאים מקצועיים |
| 70.6 | 80.8 | 72.5 | 73.7 | שעות עבודה של עובדי המשרד |
| 85.7 | 90.1 | 84.8 | 85.7 | השעות בהן לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה |
| 75.2 | 66.7 | 65.9 | 66.9 | |

א. קניית שירותים מעבר לאלו המובטחים לפי החוק בשנת 1997

השווינו את שיעורי הקנייה של שירותי בריאות פרטיים בפריפריה ובאזור המרכז בשנת 1997. מלוח 69 עולה כי בסך-הכל שיעור מי שהיו להם הוצאות לרופא פרטי בשנת 1997 אינו גבוה, וכי שיעורם באזור המרכז (11%) גבוה משיעורם בצפון ובדרום (5% ו-4% בהתאמה). שיעור בעלי הביטוח המשלים (הקשור לקופות-החולים) באזור המרכז הוא הגבוה ביותר (42%), לאחריו בדרום (31%) והוא מגיע ל-21% בצפון.

לוח 69: קניית שירותי בריאות פרטיים, לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---|
| N=373,961 | N=535,808 | N=2,297,104 | N=3,206,873 | |
| n=136 | n=195 | n=838 | n=1,169 | סה"כ במדגם |
| 4.3 | 5.3 | 10.8 | 9.0 | היו הוצאות לרופא פרטי ב-3 החודשים האחרונים ** |
| 30.9 | 20.5 | 42.3 | 37.3 | שיעור בעלי ביטוח משלים ** |
| 100 | 100 | 100 | 100 | סיבות לאי הצטרפות לביטוח משלים |
| 12.1 | 9.7 | 8.8 | 9.4 | מחיר גבוה |
| 22.9 | 19.3 | 12.8 | 15.1 | שירותי הקופה מספקים |
| 20.7 | 17.8 | 16.6 | 17.3 | חוסר ידע מספיק על הביטוח |
| 8.6 | 26.1 | 10.8 | 13.1 | לא חשבו על אפשרות זו |
| 35.7 | 27.1 | 51.0 | 45.2 | אחר |
| 9.5 | 12.7 | 18.5 | 16.4 | שיעור בעלי ביטוח מסחרי |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הסיבה בגללה לא נרכש ביטוח בריאות מסחרי** |
| 21.9 | 16.3 | 15.8 | 16.3 | מחיר גבוה |
| 24.1 | 20.4 | 19.9 | 20.2 | שירותי הקופה מספקים |
| 8.8 | 7.2 | 13.4 | 11.7 | שירותי הביטוח המשלים מספקים |
| 32.1 | 38.8 | 26.5 | 29.8 | לא חשבו על אפשרות זו |
| 13.1 | 17.3 | 24.4 | 22.0 | אחר |

** $p < 0.01$ לפי מבחן χ^2

מניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) שבחן מהם המנבאים לכך שאדם ירכוש ביטוח משלים בקופת-החולים שלו, עלה כי ההסתברות לרכישת ביטוח משלים של הקופה נמוכה יותר אם המרואיין הוא תושב הצפון (לעומת תושב אזור המרכז), ואם הוא בעל הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע במשק. ההסתברות לרכישת ביטוח משלים גבוהה יותר אם: המרואיין חבר באחת מהקופות "הקטנות" (מכבי, לאומית ומאוחדת), דובר עברית או ערבית (ולא דובר רוסית), אינו שייך לגילים עד 44, והעובדה שעבד בשלושת החודשים האחרונים לפני הסקר (לוח 70). ייתכן, אם כן, שהשיעור הנמוך יותר של בעלי ביטוח משלים בדרום, לעומת במרכז הארץ, נעוץ בכך שיש בדרום שיעור גבוה יותר של בעלי הכנסה נמוכה, של עולים, של מובטלים ושל חברים בקופת-חולים הכללית.

לוח 70: המשתנים המנבאים בעלות על ביטוח משלים של קופת-החולים בשנת 1997

| המשתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|---------------------------------|-----------|----------|----------------------------|
| גברים | - 0.19 | 0.83 | נשים |
| מכבי | **2.63 | 13.79 | כללית |
| לאומית | ** 0.60 | 1.81 | כללית |
| מאוחדת | ** 1.71 | 5.51 | כללית |
| רוסית | ** -1.22 | 0.29 | עברית וערבית |
| מחוז הצפון | * - 0.50 | 0.60 | אזור המרכז |
| מחוז הדרום | - 0.05 | 0.95 | אזור המרכז |
| גיל עד 44 | ** - 0.60 | 0.55 | גילאי 45 - 64 |
| גילאי 65+ | - 0.21 | 1.23 | גילאי 45 - 64 |
| הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע במשק | ***0.92 | 0.40 | הכנסה גבוהה מן השכר הממוצע |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | 0.28 | 1.32 | מצב בריאות רע |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | * 0.51 | 1.66 | לא עבד |
| קבוע | ** - 76 | | |

* p<0.05
** p<0.01

בחינת הסיבות לאי רכישת ביטוח משלים מעלה כי שיעור המדווחים שהמחיר הנדרש בעבורו גבוה מדי (12%) הוא קצת יותר גבוה בדרום, ביחס למדווחים כך בצפון (10%) ובאזור המרכז (9%). בפריפריה גם גבוה יותר שיעור המדווחים שהשירותים שהקופה נותנת מספקים אותם (23% בדרום ו-19% בצפון), לעומת המדווחים כך במרכז (13%). שיעור המדווחים שלא הצטרפו לביטוח המשלים משום שלא חשבו על כך גבוה בצפון (26%) ביחס לאזור המרכז (11%) ולדרום (9%) (ראה לוח 69).

אשר לשיעור הבעלות על ביטוח בריאות מסחרי (על-ידי חברות ביטוח פרטיות), באזור המרכז הוא הגבוה ביותר (19%), כאשר שיעור הרוכשים ביטוח זה בצפון מגיע ל-13%, ובדרום לכ-10%. שיעור המדווחים שלא קנו ביטוח מסחרי בשל עלותו גבוה בדרום (22%), ביחס לצפון (16%) ולמרכז (16%). גם שיעור המדווחים שלא קנו ביטוח זה כי לא חשבו על כך, גבוה בדרום (31%) ובצפון (41%), ביחס לשיעור באזור המרכז (26%).

ב. שביעות-הרצון מקבלת השירותים בקופות-החולים בשנת 1997

השווינו בין שביעות-הרצון מקבלת השירותים בקופות-החולים באזור המרכז, לשביעות-הרצון מכך בפריפריה, בצפון הארץ ובדרומה, בשנת 1997. מלוח 71 עולה תמונה של שיעורים גבוהים של שביעות-רצון מממדים שונים של שירותי הקופה, הן באזור המרכז והן בפריפריה. בנוסף, לא נמצא הבדל לפי מחוז בשיעור שבעי הרצון משירותי הקופה באופן כללי, והוא גבוה הן בפריפריה והן באזור המרכז.

לוח 71: "המרוצים" או "המרוצים מאוד" מקבלת השירותים בקופות, לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז הארץ | סה"כ | סה"כ באוכלוסייה |
|-----------|-----------|-------------|-------------|--|
| N=373,961 | N=535,808 | N=2,297,104 | N=3,206,873 | סה"כ במדגם |
| n=136 | n=195 | n=838 | n=1,169 | |
| | | | | מהרמה המקצועית של רופאי המשפחה |
| 89.5 | 87.6 | 87.4 | 87.6 | |
| 91.9 | 92.0 | 91.1 | 92.1 | מיחס רופאי המשפחה |
| 94.4 | 95.6 | 88.0 | 90.4 | מיחס האחיות** |
| 85.7 | 89.1 | 86.4 | 86.7 | ממקצועיות הרופאים המומחים |
| 82.4 | 90.5 | 81.8 | 83.4 | מיחס עובדי המשרד* |
| 78.8 | 81.5 | 75.9 | 77.3 | ממבחר התרופות |
| | | | | מהקלות בה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות |
| 81.1 | 82.4 | 79.0 | 79.7 | |
| 83.9 | 78.0 | 83.8 | 82.3 | משירותי מעבדות |
| 100 | 94.4 | 95.9 | 95.6 | מתחזוקת מתקני הקופה* |
| 93.4 | 89.9 | 91.2 | 91.2 | מקופת-החולים באופן כללי |

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$ לפי מבחן χ^2

מלוח 71 עולה עוד כי בצפון שביעות-הרצון מיחס האחיות ומיחס עובדי המשרד גבוהה, לעומת באזור המרכז ובדרום.

בחינת שביעות-הרצון הכללית מקופת-החולים בניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) מעלה כי בין המשתנים המנבאים שביעות-רצון גבוהה משירותי הקופה בשנת 1997 לא נכלל מחוז המגורים. המנבאים לשביעות-הרצון מהקופה הם: השתייכות לקופות-חולים מכבי ומאוחדת (ביחס לכללית), שפה עברית וערבית (לעומת דוברי השפה הרוסית) וגיל 65 ומעלה (ראה לוח 8 בנספח ו).

12.5 השינוי בנגישות וזמינות השירותים, ברכישת שירותים פרטיים ובשביעות-הרצון מן השירותים בין 1995 ל-1997

בחנו אם חל שינוי בתפיסת זמינות השירותים ובנגישותם, בדיווח על רכישת שירותי בריאות פרטיים ובשביעות-הרצון מהשירותים בפריפריה (בדרום ובצפון) ובאזור המרכז בין 1995, השנה הראשונה להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לבין 1997, שנתיים לאחר החלת החוק.

מלוח 72 עולה כי הן בפריפריה והן באזור המרכז נמצאה עלייה מובהקת בשיעור מי שיש להם רופא משפחה קבוע. עוד עולה מן הלוח כי באזור המרכז עלה באופן מובהק שיעור המדווחים על משך המתנה קצר (עד 15 דקות) לרופא המשפחה. מגמה דומה הסתמנה גם בצפון אולם הממצא אינו מובהק. באזור המרכז עלה גם שיעור המדווחים על המתנה של פחות משבועיים לרופא המקצועי. גם בצפון אנו מוצאים זאת, אך, שוב, בצפון הממצא אינו מובהק, אולי בשל מספרם המועט, יחסית, של המרואיינים שם. בדרום לא נמצא שיפור מובהק בין 1995 ל-1997 בנוגע למשך ההמתנה לרופא המשפחה ולמשך ההמתנה לקבלה אצל הרופא המקצועי.

לוח 72: נגישות השירותים ב-1995 וב-1997, לפי מחוז (באחוזים)

| | דרום | | צפון | | אזור המרכז | | |
|--|------|---------------------|------|--------------------|------------|-------------------|------------------------|
| | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | |
| | 87.8 | 71.6 ^{∇∇∇} | 96.1 | 68.2 ^{∇∇} | 89.3 | 73.9 [∇] | יש רופא משפחה קבוע |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | משך הגעה לרופא המשפחה |
| | 92.2 | 87.6 | 89.6 | 88.6 | 86.8 | 85.5 | עד 15 דקות |
| | 7.0 | 11.4 | 8.3 | 9.5 | 10.8 | 10.9 | בין 15 ל-30 דקות |
| | 0.8 | 1.0 | 2.1 | 1.9 | 2.4 | 3.6 | למעלה מ-30 דקות |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | משך המתנה לרופא משפחה |
| | 57.7 | 54.2 | 72.8 | 63.0 | 68.7 | 59.1 [∇] | עד 15 דקות |
| | 28.8 | 21.8 | 17.3 | 26.0 | 19.1 | 25.0 [∇] | בין 15 ל-30 דקות |
| | 13.5 | 24.0 | 9.9 | 11.0 | 12.2 | 15.9 [∇] | למעלה מ-30 דקות |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | הזמן מקביעת התור לרופא |
| | 66.7 | 72.9 | 80.8 | 73.7 | 76.4 | 74.3 [∇] | המקצועי ועד לקבלה |
| | 33.3 | 27.1 | 19.2 | 26.3 | 23.6 | 25.7 [∇] | עד שבועיים |
| | | | | | | | למעלה משבועיים |

[∇] ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 באזור המרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

אשר לזמינות השירותים, בין שני המועדים, שיעור מי ששעות עבודתם של הרופאים המקצועיים נוחות לו עלה בצפון מ-71% ל-81%. באזור המרכז חל שיפור לגבי שעות העבודה של עובדי המשרד ושיעור מי שהן נוחות לו עלה מ-81% ב-1995 ל-85% ב-1997. גם בצפון נמצאה עלייה בשיעור מי ששעות עובדי המשרד נוחות להם, אולם הממצא אינו מובהק. בדרום חל שיפור בשעות עבודת המעבדות, ושיעור מי ששעות לקיחת ומסירת בדיקות המעבדה נוחות לו עלה בדרום מ-60% ל-75% בין שני הסקרים.

לוח 73: המדווחים ששעות קבלת השירותים "נוחות" או "נוחות מאוד", ב-1995 וב-1997, לפי מחוז (באחוזים)

| | דרום | | צפון | | אזור המרכז | | |
|---------------------------------------|------|---------------------|------|-------------------|------------|-------------------|--|
| | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | |
| שעות עבודה של רופא המשפחה | 77.4 | 77.1 | 82.8 | 78.5 | 77.6 | 76.1 | |
| שעות עבודה של רופאים מקצועיים | 70.6 | 65.7 | 80.8 | 70.6 [∇] | 72.5 | 70.6 | |
| שעות עבודה של עובדי המשרד | 85.7 | 85.8 | 90.1 | 85.2 | 84.8 | 80.6 [∇] | |
| השעות בהן לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה | 75.2 | 60.4 ^{∇∇∇} | 66.7 | 62.5 | 65.9 | 66.4 | |

[∇] ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 באזור המרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

מלוח 74 עולה כי הן בפריפריה והן באזור המרכז חלה ירידה מובהקת בשיעור מי שדיווחו על הוצאות לרופא פרטי. אף שלא חלו שינויים מובהקים בכל אחד מן המחוזות בשיעור בעלי ביטוח משלים של הקופות, הרי שבאזור המרכז עלה במקצת שיעור בעלי הביטוח המסחרי מ-15% ב-1995 ל-19% ב-1997. בדרום, לעומת זאת, ירד שיעור בעלי הביטוח המסחרי מ-16% ב-1995 ל-10% ב-1997.

לוח 74: קניית שירותי בריאות פרטיים ב-1995 וב-1997, לפי מחוז (באחוזים)

| | דרום | | צפון | | אזור המרכז | | |
|--|------|---------------------|------|--------------------|------------|-------------------|--|
| | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | |
| שיעור מי שדיווחו על הוצאות לרופא פרטי ב-3 החודשים האחרונים | 4.3 | 12.1 ^{∇∇∇} | 5.3 | 25.9 ^{∇∇} | 10.8 | 19.5 [∇] | |
| שיעור בעלי ביטוח משלים | 30.9 | 32.6 | 20.5 | 20.7 | 42.3 | 38.3 | |
| שיעור בעלי ביטוח מסחרי | 9.5 | 16.4 ^{∇∇∇} | 12.7 | 18.0 | 18.5 | 15.3 [∇] | |

[∇] ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 באזור המרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

לוח 75 בוחן את השינוי בשביעות-הרצון מהשירותים שמקבלים בקופות בין 1995 ל-1997 בפריפריה ובאזור המרכז. המגמה הכללית שעולה מן הלוח היא שיפור בשביעות-הרצון מקבלת השירותים בקופות, הן באזור המרכז והן בפריפריה. מן הלוח בולטת במיוחד העלייה בשביעות-הרצון במחוז הדרום ב-1997, כאשר כמעט בכל ממדי שביעות-הרצון שנבדקו עלה בדרום שיעור המרוצים מהשירותים שמספקת הקופה. בצפון נמצא שיפור מובהק בשביעות-הרצון מיחס האחיות, ממקצועיות הרופאים המומחים וממבחר התרופות.

לוח 75: "המרוצים" או "המרוצים מאוד" מקבלת השירותים בקופות ב-1995 וב-1997, לפי מחוז (באחוזים)

| דרום | | צפון | | אזור המרכז | | |
|------|---------------------|------|--------------------|------------|-------------------|--|
| 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | 1997 | 1995 | |
| 89.5 | 75.4 ^{∇∇∇} | 87.6 | 85.3 | 87.4 | 81.3 [∇] | מהרמה המקצועית של רופאי המשפחה |
| 91.9 | 85.1 ^{∇∇∇} | 92.0 | 91.0 | 91.1 | 90.0 | מיחס רופאי המשפחה |
| 94.4 | 81.9 ^{∇∇∇} | 95.6 | 86.1 ^{∇∇} | 88.0 | 87.2 | מיחס האחיות |
| 85.7 | 74.3 ^{∇∇∇} | 89.1 | 79.5 ^{∇∇} | 86.4 | 79.1 [∇] | ממקצועיות הרופאים המומחים |
| 82.4 | 87.7 | 90.5 | 85.7 | 81.8 | 79.2 | מיחס עובדי המשרד |
| 78.8 | 64.1 ^{∇∇∇} | 81.5 | 73.4 ^{∇∇} | 75.9 | 74.6 | ממבחר התרופות |
| 81.1 | 80.2 | 82.4 | 78.7 | 79.0 | 79.3 | מהקלות בה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות |
| 83.9 | 68.0 ^{∇∇∇} | 78.0 | 77.4 | 83.8 | 79.7 | משירותי מעבדות |
| 100 | 94.0 ^{∇∇∇} | 94.4 | 93.5 | 95.9 | 92.9 [∇] | מתחזוקת מתקני הקופה |
| 93.4 | 78.3 ^{∇∇∇} | 89.9 | 85.1 | 91.2 | 83.9 [∇] | מקופת-החולים באופן כללי |

[∇] ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 באזור המרכז מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בצפון מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

^{∇∇∇} ההבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בדרום מובהקים ברמה של 0.05 לפי מבחן χ^2

בחנו אם צומצמו פערים שנמצאו ב-1995 בין הדרום לאזור המרכז בנוגע לתפיסת נגישות וזמינות השירותים ולשביעות-הרצון משירותי הקופה. לוח 76 מציג את השינוי ביחס בין הדרום לאזור המרכז בין הסקר הראשון שנערך לפני החלת החוק, לסקר השני שנערך ב-1997 לאחר החלת החוק. מן הלוח עולה כי נסגר הפער בשביעות-הרצון משירותי הקופה שהיה לטובת אזור המרכז לפני החלת החוק, מיחס של 0.93 בין הדרום לאזור המרכז עלה יחס זה ל-1.02. קרי, בשנת 1997 תושבי הדרום אף יותר שבעי רצון משירותי הקופה בה הם חברים, לעומת תושבי אזור המרכז. עם זאת, עדיין קיים פער לטובת המרכז בנוגע לנגישות שירותי הרופאים. שיעור גבוה יותר של תושבי הדרום ממתינים עדיין לרופא המשפחה למעלה מ-30 דקות, גם אם הפער צומצם במקצת (מיחס של 1.51 ליחס של 1.11), והפער בין תושבי הדרום שממתינים למעלה משבועיים מקביעת התור לרופא מקצועי ועד לקבלתו, לבין תושבי אזור המרכז שדיווחו כך, אף עלה מיחס של 1.05 ליחס של 1.41. בנוסף, בשל העובדה ששיעור בעלי הביטוח המשלים עלה במקצת באזור המרכז, ובדרום לא השתנה שיעורם, גדל הפער בין המרכז לדרום בשיעור בעלי הביטוח המשלים. אם לפני החלת החוק שיעור בעלי הביטוח המשלים בדרום היה 0.85 משיעור בעלי הביטוח הזה באזור המרכז, הרי לאחר החלתו של החוק, ירד שיעור בעלי הביטוח המשלים בדרום ל-0.73 משיעורם באזור המרכז.

לוח 76: היחס בין הדרום לאזור המרכז בתפיסת נגישות וזמינות השירותים, בשביעות-הרצון הכללית משירותי קופת-החולים שלהם, ובשיעור בעלי הביטוח המשלים

| 1997 | 1995 | |
|------|------|---|
| 1.11 | 1.51 | שיעור מי שהמתינו לרופא המשפחה למעלה מ-30 דקות |
| 1.41 | 1.05 | שיעור מי שהמתינו למעלה משבועיים מקביעת התור לרופא מקצועי ועד לקבלתו |
| 0.97 | 0.93 | שיעור מי שאמרו ששעות עבודת רופאים מקצועיים נוחות/נוחות מאוד |
| 1.00 | 1.01 | שיעור מי שאמרו ששעות עבודת רופאי משפחה נוחות/נוחות מאוד |
| 1.02 | 0.93 | שביעות-רצון כללית מקופת-החולים |
| 0.73 | 0.85 | שיעור בעלי ביטוח משלים |

12.6 סיכום

בין 1995 ל-1997 חלה עלייה בשביעות-הרצון מהשירותים שמקבלים בקופה, הן בפריפריה, במיוחד בדרום, והן באזור המרכז. אם לפני החלת החוק היה פער בשביעות-הרצון מהשירותים לטובת המרכז, הרי אחרי החלת החוק אנו מוצאים יתרון קל בשביעות-הרצון לטובת הדרום. הדבר נובע בעיקר משיפור באופן שבו תופסת האוכלוסייה בדרום את מקצועיות רופאי המשפחה, היחס שלהם, יחס האחיות, מקצועיות הרופאים המומחים, מבחר התרופות, שירותי המעבדות ותחזוקת מתקני הקופה. בנוסף, בשנים שלאחר החלת החוק עלה בדרום, כמו בכל הארץ, שיעור המטופלים שיש להם רופא קבוע, ומשך ההגעה לרופא המשפחה והדיווח על נוחיות שעות קבלת השירותים דמו בדרום לאלה שבאזור המרכז. עם זאת, בעוד שבאזור המרכז עלה שיעור המדווחים על משך המתנה קצר יותר לרופא המשפחה, ועל קיצור זמן ההמתנה לתור לרופא מקצועי, בדרום לא חל שיפור לגבי משכי זמן אלה. בנוסף, גדל הפער לטובת אזור המרכז בשיעור בעלי הביטוח המשלים. מן הניתוחים הרב-משתניים ניתן להסיק שממצאים אלה אינם קשורים למגורים בדרום אלא לשיעור הגבוה יחסית של אוכלוסייה בעלת הכנסה נמוכה בדרום. שכן, נמצא כי הכנסה הנמוכה מן השכר הממוצע מנבאת משך המתנה ארוך לקבלת שירותי רופא, כמו גם אי רכישת ביטוח משלים. מכל מקום, על אף שצומצמו פערים בין אזור המרכז לדרום בנוגע לשביעות-רצון האוכלוסייה מקבלת השירותים בקופה, הרי שבנושאים הנוגעים לנגישות השירותים עדיין קיים פער לטובת אזור המרכז לעומת הדרום.

13. סיכום ודיון

במחקר זה בחנו את הפערים בזמינות ובנגישות שירותי בריאות הקיימים בין הדרום למרכז הארץ ובדקנו האם קטנו פערים אלה בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לצורך זאת ערכנו ניתוח משני של נתונים ממחקרים ומקובצי נתונים ארציים ובהם סקרי בריאות וסקרי כוח אדם של הלמ"ס, נתוני משרד הבריאות על מוסדות האשפוז, נתונים על חברות בקופה שנלקחו מקובץ הבריאות הכללי של המוסד לביטוח לאומי, ומתוך מספר מחקרים ארציים שנערכו על-ידי מכון ברוקדייל. בנוסף, ערכנו סדרה של ראיונות פתוחים עם אנשי מפתח בארבע קופות-החולים.

ממצאי המחקר מעלים כי גם בעקבות החוק לא צומצמו ההבדלים בתשומות השירותים לנפש בין דרום הארץ לבין אזור המרכז (שאר אזורי הארץ פרט למחוזות הדרום והצפון): לא צומצם הפער בכוח אדם רפואי בין אזור מרכז הארץ לדרום; והמצב היחסי של הדרום אף הורע בנוגע לכוח האדם הסיעודי. גם לאחר החלת החוק יש בדרום פחות רופאים ואחיות מוסמכות לאוכלוסייה, ממוצע שעות העבודה שלהם לשבוע גבוה יותר לעומת הממוצע באזור המרכז (ואף לעומת הצפון, שגם הוא אזור פריפריאלי), ומספר החולים הממוצע שהרופא הראשוני מקבל ליום גדול יותר לעומת המספר באזור המרכז. בנוסף, שיעור המיטות לאוכלוסייה נמוך מאוד בדרום, לעומת השיעור באזורים אחרים בארץ, בכל סוגי המיטות ואגפי האשפוז, בכל אחת מן השנים הנבדקות, גם בשנים שלאחר החלת החוק. רק מחוז הצפון דומה לו בשיעור הנמוך של המיטות. כמו-כן, גם בשנים שלאחר החלת החוק שיעור התפוסה בבתי-החולים בדרום גבוה לעומת הממוצע הארצי. כל אלה הם ממצאים המצביעים על היצע נמוך של שירותי אשפוז בדרום.

הממצאים לעיל תואמים את הקשיים עליהם הצביעו נציגי הקופות כמאפיינים את מתן השירותים בדרום גם אחרי הפעלת החוק: מחסור בכוח אדם רפואי, בעיקר במומחים ובכוח אדם פרה-רפואי, וקשיים בגיוסו, עלות גבוהה של מתן השירותים עקב הפריסה הגיאוגרפית הרחבה של יישובים, ובעיות בתחום האשפוז הנובעות מקיומו של בית-חולים על-אזורי גדול יחיד, השייך לאחת הקופות.

מבחינת תהליך מתן הטיפול נמצא כי בשנים שלאחר החלת החוק עלה שיעור המטופלים שיש להם רופא משפחה קבוע בדרום, כמו בכל הארץ, ומשך ההגעה לרופא המשפחה ונוחיות שעות קבלת השירותים דומים בדרום ובמרכז הארץ. אולם, גם בשנים שלאחר החלת החוק יש פער לטובת המרכז (ואף לטובת הצפון) לעומת הדרום במשך זמן ההמתנה לקבלת שירותי רופא משפחה ורופא מקצועי. שיעור גבוה יותר של תושבי הדרום ממתניים עדיין לרופא המשפחה למעלה מ-30 דקות, אף כי הפער צומצם במקצת לעומת הפער שהיה בשנים שלפני החוק. לעומת זאת, הפער בין תושבי הדרום שממתניים למעלה משבועיים מקביעת התור לרופא המקצועי ועד לקבלתו לבין תושבי המרכז שדיווחו כך גדל לעומת התקופה שלפני החלת החוק. גם הפער בין אזור המרכז לדרום בשיעור בעלי הביטוח המשלים גדל, ממצא שעשוי לבטא פער לרעת הדרום בנוגע לנגישות שירותי בריאות שאינם מכוסים בסל הבסיסי. כך שנגישות השירותים בדרום עדיין אינה שווה לנגישותם באזור המרכז. פערים באינדיקטורים אחרים של נגישות השירותים ותהליך הטיפול יכולנו לבדוק רק בנקודת הזמן שלפני החלת החוק. לכן, אין לנו יודעים אם צומצמו פערים לרעת הדרום שנמצאו בתקופה שלפני החוק. בשנת 1995 נמצא כי היה סיכוי רב יותר שמאושפז מן הדרום ימתין למעלה משלושה חודשים לקבלת תור לאשפוז, לעומת מאושפז ממרכז הארץ ואף מצפון הארץ, ומאושפזים מן הדרום היו פחות שבעי רצון מן האשפוז ממאושפזים באזור המרכז. ממצאים אלה מתקשרים בודאי לעובדה ששיעור המיטות לאוכלוסייה נמוך בדרום, והתפוסה בבתי החולים במחוז זה גבוהה. אשר לשימוש בשירותים, בשנת 1993 נמצא כי מספר הביקורים אצל רופא המשפחה בדרום היה נמוך בהשוואה למספר הביקורים באזור המרכז ובצפון הארץ בקרב קבוצות הגיל הצעירות והמבוגרות, אך גבוה יותר בהשוואה לאזור המרכז ולצפון הארץ בקרב החולים הכרוניים. בנוסף, מספר הביקורים אצל רופאים מומחים, גם בקרב חולים כרוניים, נמוך בהשוואה לאזור המרכז. המספר הנמוך, יחסית, של ביקורים אצל רופאים מומחים יכול להעיד על מחסור בהיצע בשירותי רופאים מומחים בדרום, מחסור שעלה בראיונות עם אנשי מפתח בקופות, ועל הקשר שבין נגישות וזמינות נמוכים של שירותי הרופאים המומחים בדרום למספר הביקורים הנמוך, יחסית, אצלם. עולה שאלה האם צומצם הפער בשימוש בשירותי רופאים בין אזור המרכז לדרום? זאת נוכל לדעת רק לאחר שיפורסמו נתוני סקר בריאות 1997 של הלמ"ס. אולם, ייתכן שבממצאים על אי צמצום הפערים בין אזור המרכז לדרום בתשומות כוח האדם הרפואי ובזמינות שירותי הבריאות יש רמז לכך שגם הפערים בשימוש בשירותים לא נסגרו במלואם.

עוד נמצא כי חלו שינויים משמעותיים בתהליכים המשפיעים על מתן שירותי הבריאות. בשנים שלאחר החלת החוק המשיכו, ואף הואצו, מגמות שהחלו בנגב עוד קודם להחלתו של החוק, של הגדלת חלקן של הקופות הקטנות וירידת חלקה של קופת-חולים הכללית, גם אם מגמות אלו לא נבעו אך ורק מתמריצי החוק. הממצאים מעידים בסך-הכל על כך כי בחלק מקופות-החולים יצרו החוק ונוסחת הקפיטציה לחלוקת הכספים בין הקופות, תמריצים להרחיב ולפתח שירותים בקהילה, ולשפר את השירות, במיוחד בקרב קבוצות אוכלוסייה שקודם לכן לא היו אטרקטיביות לקופות, כדי שניתן יהיה להגדיל את פלח השוק שלהן תוך תחרות על מבוטחים. רק כיסים מסוימים בדרום, המרוחקים יותר, ואולי גם העניים יותר, שם

אין סיכוי שהקופות השונות יוכלו לקבל הכנסות נוספות באמצעות הביטוחים המשלימים, עדיין אינם אטרקטיביים להן.

ההשקעה של הקופות בפיתוח השירותים והרחבתם באה לידי ביטוי גם בתוצאים. אם לפני החלת החוק היה פער גדול בשביעות-הרצון משירותי הקופות לטובת אזור המרכז, הרי בין 1995 ל-1997 הייתה בדרום עלייה ניכרת בשביעות-הרצון מהשירותים שמקבלים בקופה עד כדי יתרון קל לדרום בשביעות-הרצון לעומת אזור המרכז וצפון הארץ. העלייה בשביעות הרצון נבעה משיפור באופן שבו תופסת האוכלוסייה בדרום את מקצועיות רופאי המשפחה, היחס שלהם, יחס האחיות, מקצועיות הרופאים המומחים, מבחר התרופות, שירותי המעבדות ותחזוקת מתקני הקופה - כל אלו ממדים הנוגעים לאיכות השירות.

מכל הנאמר לעיל עולות מספר סוגיות הנוגעות לאי השוויון בין אזור המרכז לבין הדרום. ראשית, מן הממצאים עלה כי עיקר הפערים לרעת הדרום נוגעים לתשומות השירותים. על סמך מחקר זה אין בידינו מספיק מידע על-מנת שניתן יהיה לקבוע עד כמה יש קשר בין תשומות של שירותי בריאות, לבין תהליך הטיפול והתוצאים שלו, והמחקר אף לא כוון לכך. איננו יודעים אם נכון לקבוע כי מחסור בתשומות כוח אדם רפואי אכן מוביל לבעיות במצב הבריאות או לשיעור תחלואה ותמותה גבוה יותר. העמקה בנושא זה מצריכה מחקר נפרד.

הפערים שנמצאו בין המרכז לדרום, ואף לצפון, בתשומות, בעיקר בתשומות כוח אדם, אך גם במיטות אשפוז, כמו גם בזמינות השירותים לאוכלוסייה, מביאים לדיון בהבדל בין פריפריה לעומת מרכז. ממצאי המחקר מראים שבדרום, שהוא אזור פריפריאלי, יש אכן בעיות במתן שירותי הבריאות. חלק מן הבעיות נעוצות הן בפריסה הגיאוגרפית הרחבה של היישובים בדרום והן בריחוקם ממרכז הארץ. לפי עדויות אנשי מפתח בקופות-החולים, מצב זה מייקר את התשומות לשירותי בריאות בשל עלויות שכר גבוהות יותר לרופאים, ואף למקצועות פרה-רפואיים, ובשל עלויות גבוהות של החזקת מכונים או מתקנים אחרים באזור דל אוכלוסייה זה. ממצאי המחקר מראים אמנם כי בחלק מן הקופות החוק יצר תמריצים להרחיב ולפתח שירותים בקהילה, ולשפר את השירות כדי להגדיל את פלח השוק שלהן, אך מן הממצאים עולה גם כי לא היה די בתמריצים אלה כדי לסגור את הפערים בתשומות ובזמינות השירותים בין אזור מרכז הארץ לדרום.

ממצאי המחקר מעלים גם את השאלה האם הפערים בין מרכז הארץ לדרום קשורים אך ורק בעובדה שהדרום הוא אזור פריפריאלי, מרוחק מן המרכז, או, שיש לדרום מאפיינים אחרים הקשורים לפערים בנגישות השירותים. ממצאי המחקר עולה כי חלק מן הפערים בנגישות ובזמינות השירותים בין אזור המרכז לדרום אינם קשורים למגורים בדרום והם עשויים להיות נעוצים ברמת ההכנסה הנמוכה של האוכלוסייה בדרום. למשל, יש בממצאים עדות לכך כי הכנסה נמוכה מתחת לשכר הממוצע במשק מנבאת משך המתנה ארוך יותר לקבלת שירותי רופא. הסבר אפשרי לכך הוא שהעניים פחות מודעים לזכויותיהם ופחות יודעים לדרוש לקבלם. בסקרים אחרים שבדקו פערים בין עניים לעשירים בישראל בהיבטים נוספים של זמינות (קושי לקבל שירות, ויתור על טיפול שנוקקו לו או אי קניית תרופה בגלל המחיר; גרוס ואחרים, 1999), נמצאו הבדלים ניכרים בין בעלי הכנסות נמוכות לבעלי הכנסות גבוהות. אם היינו בודקים גם היבטים אלה במחקר זה, ייתכן שהיינו מגלים פערים נוספים שבחלקם קשורים לגובה ההכנסה. בנוסף, גם

השאלה בדבר הסיבה לפערים בתמותה שנמצאו במחקרים שבדקו נתונים שנאספו בתקופה שלפני החלת החוק, בין הדרום לאזורים אחרים, יכול שהיא נעוצה בהבדלים ברמת הכנסה. לפי פרידלנדר ואחרים (1994), שיעורי תמותה גבוהים אינם קשורים במרחק גיאוגרפי רב ממרכז הארץ, אלא בסטטוס חברתי-כלכלי נמוך של יישובים, במוצא מאפריקה, ובדתיות. במחוז הדרום שיעור היישובים המדורגים נמוך על פי דירוג חברתי-כלכלי הוא גבוה במיוחד. לפיכך, בהחלט ייתכן ששיעורי התמותה הגבוהים יותר בדרום שנמצאו במחקרים אלה נובעים מסיבה זו.

בנוסף, יש לראות את הבעיות בתוצאים של נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום בהקשר הרחב של מערכות שירותים אחרות. בהחלט ייתכן שבעיות במצב הבריאות של האוכלוסייה אינן תלויות אך ורק בתשומות של מערכת הבריאות, כגון מספר הרופאים או מספר מיטות האשפוז, אלא קשורות יותר לאופי התעסוקה, רמת האבטלה, ורמת החינוך וההשכלה בדרום. עוד סוגיה שכדאי לבחון בעתיד היא האם הפערים שמצאנו בשירותי הבריאות בין מרכז הארץ לדרומה דומים או פחותים בהשוואה לפערים הקיימים במערכות אחרות (למשל מערכת החינוך) בין הדרום למרכז הארץ, או בהשוואה לפערים קיימים בהיבטים חברתיים-כלכליים כפי שנמצאו בנושאי תעסוקה ואבטלה.

החוק, והתחרות בין הקופות, גרמו לכך ששירותי הבריאות שהקופות מספקות בדרום הורחבו, ורמת השירות שופרה. הדבר ניכר גם בעלייה בשביעות-הרצון משירותי הקופות בקרב מבוטחים בדרום. אולם, ממצאי המחקר מעידים כי גם אחרי החלת החוק עדיין קיימים פערים ניכרים בין אזור המרכז לדרום בזמינות שירותי הבריאות ובנגישותם, הן בנוגע לתשומות כוח אדם רפואי וסיעודי ומיטות אשפוז, והן בנוגע למשך הזמן שהמבוטח צריך לחכות עד לקבלת השירותים הרפואיים. נראה, אם כן, כי עד כה חוק ביטוח הבריאות הממלכתי השיג רק באופן חלקי את הקטנת אי-השוויון בין הדרום, שהוא אזור פריפריאלי, לבין מרכז הארץ, בהקצאת שירותי הבריאות ובשיפור רמת השירות.

עם זאת יש לזכור כי חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הוחל רק בשנת 1995, ולכן ממצאי המחקר מציגים תמונה מתקופה מוקדמת למדי לאחר החלתו - השנים הראשונות להחלת החוק - בעוד שחלק מן התהליכים שהחוק אמור להשפיע עליהם הם תהליכים ארוכי טווח שהשלכותיהם אינן ניכרות מיד. בנוסף, מערכת הבריאות היא מערכת דינמית הנתונה לשינויים רבים. על כן, על אף שניתן ללמוד רבות מנתוני המחקר הנוכחי, יש לקחת בחשבון את השינויים שעוברת מערכת הבריאות, ואת הצורך בממד של זמן לצורך הערכת השלכות החוק. ייתכן שעם הזמן החוק יביא לסגירת פערים ולהגדלת השוויון. אך, מממצאי המחקר עולה גם שייתכן שיידרשו התערבויות מכוונות נוספות, מעבר לחוק, לצורך סגירת הפערים בין הדרום לאזורים אחרים והקטנת אי-השוויון ביניהם.

ביבליוגרפיה

- בנדלק, ז'. 1998. **חברות בקופת-חולים 1995-1997**. סקרים תקופתיים מס' 159. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- ברג, א.; גרוס, ר.; רוזן, ב.; חניניץ, ד. 1997. **מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית**. דמ-284-97. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי, ש. 1999. **בריאות ורווחה של משים בישראל**. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים. (עומד להתפרסם)
- 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. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; יובל, ד.; יפה, י.; בורמה, י. 1994. **תפקיד הרופא הראשוני בישראל: ממצאים מוקדמים מסקר ארצי**. מ-216-94. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1998. **תנועה טבעית 1994-1995, חלק ד': תמותה**. פרסום מס' 1083, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1998. **שנתון סטטיסטי לישראל 1998**. מס' 49. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1997. **אפיון הרשויות המקומיות ודירוגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה ב-1995**. פרסום מס' 1039. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1997. **פרופיל דמוגרפי-בריאותי של היישובים בישראל 1990-1994**. פרסום מס' 1059. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1995. **סקר שימוש בשירותי בריאות, ינואר-מארכ 1993: אשפוזים וביטוח בריאות**. פרסום מס' 1001. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1994. **סקר שימוש בשירותי בריאות, ינואר-מארכ 1993**. פרסום מס' 970. ירושלים.
- הרשות לפיתוח הנגב. 1998. **שנתון סטטיסטי לנגב 1998**, מס' 5. מרכז הנגב לפיתוח אזורי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, והרשות לפיתוח הנגב, באר שבע.
- טבנקין, ח.; גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש.; שרירא, ש. 1999. **הרופא הראשוני כ"שומר שער": נקודת המבט של המבוטחים, של הרופאים הראשוניים ושל קובעי המדיניות**. דמ-336-99. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- יובל, ד.; ברג, א. 1997. **השהות בבית-החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים**. דמ-278-97. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

- משרד הבריאות. 1998. **מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל**. נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי מוסדות ולפי מחלקות בשנת 1997. ירושלים.
- משרד הבריאות. 1997. **מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל**. נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי מוסדות ולפי מחלקות בשנת 1996. ירושלים.
- משרד הבריאות. 1995. **מוסדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל**. נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי מוסדות ולפי מחלקות בשנת 1994. ירושלים.
- פרידלנדר, ד.; סכלקנס, י.; שרשוב-כהן, ר. 1994. "השכלה, רווחה, מוצא ודתיות ודפוסי תמותת קשישים בישראל 1972-1983". בתוך: **מאפיינים סוציו-כלכליים ותמותת קשישים בישראל**. פרידלנדר, ד.; תמיר, י. (עורכים). גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- צ'רניחובסקי, ד.; שירום, א. 1996. "שוויוניות במערכת הבריאות בישראל". מתוך: **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים - 1996**. קופ, י. (עורך). המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.
- Anson, J. 1988. "Mortality and Living Conditions: Relative Mortality Levels and Their Relation to the Physical Quality of Life in Urban Population". *Social Science and Medicine* 27(9):901-910.
- Bare, L.D.; Ricketts, T.C.; Konrad, T.R.; and Mick, S.S. 1998. "Do International Medical Graduates Reduce Rural Physician Shortages?" *Medical Care*. 36(11):1534-44.
- Barell, V.; Wax, Y.; and Ruder, A. 1988. "Analysis of Geographic Differentials in Infant Mortality Rates, the Or Yehuda Community". *American Journal of Epidemiology* 128 (1):218-30.
- Carr-Hill, R.A.; Sheldon, T.A.; Smith, P.; Martin, S.; Peacock, S.; and Hardman, G. 1994. "Allocating Resources to Health Authorities: Development of Methods for Small Area Analysis of Use of Inpatient Services". *British Medical Journal* 309:1040-1049.
- Carstairs, V.; and Morris, R. 1989. "Deprivation: Explaining Differences in Mortality Between Scotland and England and Wales". *British Medical Journal* 299: 886-889.
- Cohen, M.; and MacWilliams, L. 1995. "Measuring the Health of the Population". *Medical Care* 33: Supplement: DS21-DS43.
- Culyer, A. J. 1976. *Need and the National Health Service: Economics and Social Choice*. Rowman and Littlefield. Totown, N.Y.
- Illsley, R.; and Le Grand, J. 1993. "Regional Inequalities in Mortality". *Journal of Epidemiology and Community Health* 47(6):444-449.
- Lusky, A.; Gurvitz, R.; and Barell, V. 1994. "Variation in Mortality Rates in Tel Aviv Region Municipalities". *Israel Journal of Medical Science* 30(9):690-8.

Mays, N.; and Bevan, G. 1987. *Resource Allocation in the Health Service: A Review of the Methods of the Resource Allocation Working Party (RAWP)*. Occasional Papers on Social Administration No. 81, Social Administration Research Trust. Bedford Square Press/NCVO, London.

Mohan, J. 1987. "Transforming the Geography of Health Care: Spatial Inequality and Health Care in Contemporary England". In: *Health and Economics*. Williams, A. (ed.) MacMillan Press, London.

Mooney G. 1994. *Key Issues in Health Economics*. Chapter 5: Equity. Harvester Wheatsheaf, New York.

Mooney, G.; and McGuire, A. 1987. "Distributive Justice with Special Reference to Geographical Inequality and Health Care". In: *Health and Economics*. Williams, A. (ed.) MacMillan Press, London.

Mustard, C.A.; and Frohlich, N. 1995. "Socioeconomic Status and the Health of the Population". *Medical Care* 33 (12), *Supplement*: DS43-DS54.

Politzer, R.M.; Cultice, J.M.; and Meltzer, A.J. 1998. "The Geographic Distribution of Physicians in the United States and the Contribution of International Medical Graduates". *Medical Care Research and Review* 55(10):116-130.

RAWP. 1988. *Review of the Resource Allocation Working Party Formula: Final Report by the NHS Management Board*. England.

Roos, N.P.; and Mustard, C.A. 1997, "Variation in Health and Health Care Use by Socioeconomic Status in Winnipeg, Canada: Does the System Work Well? Yes and No". *The Milbank Quarterly* 75 (1):89-111.

Sheldon, T.A.; Smith, P.; Borowitz, M.; Martin, S.; and Carr-Hill, R. 1994. "Attempt at Deriving a Formula for Setting General Practitioner Fundholding Budgets". *British Medical Journal* 309:1059-1064.

Shmueli, A. 1997. *Geography, Health and Medical Services Utilization in Israel: Some Preliminary Considerations*. The Hebrew University-Hadassah School of Public Health and The Gertner Institute for Health Policy Research. Israel. (Unpublished)

Sihvonen, A.P.; Kunst, A.E.; Lahelma, E.; Valkonen, T.; and Mackenbach, J. P. 1998. "Socioeconomic Inequalities in Health Expectancy in Finland and Norway in the Late 1980s". *Social Science and Medicine* 47(3):303-315.

Tulchinsky, T.H.; and Ginsberg, G.M. 1996. *A District Health Profile of Beersheva Sub-District (The Negev), Israel, 1995*. Ministry of Health, Jerusalem.

נספח א: רופאים ראשוניים - ניתוחים רב משתניים

לוח א1: המשתנים המנבאים את מספר הדקות המוקצבות לכל חולה, 1993 (רגרסיה ליניארית)

| בסיס למשתנה דמה | Std. Error | B | |
|-----------------|------------|---------|-----------------------------|
| | .02 | .02 | גיל |
| אישה | .36 | -.38 | מין הרופא: גבר |
| מרכז הארץ | .59 | -.56 | מחוז הצפון |
| מרכז הארץ | .51 | -.37 | מחוז הדרום |
| הקופות האחרות | .44 | **4.49 | קופת-חולים כללית |
| | .00 | **-.001 | גודל רשימת החולים |
| אינו מומחה | .35 | .16 | מומחה או מתמחה ברפואת משפחה |
| | .01 | *.01 | סה"כ שעות עבודה |
| עצמאי ומשולב | .37 | *-.69 | שכיר |
| | 1.2 | **16.05 | קבוע |
| | | .34 | R ² |

p<0.05 *

p<0.01 **

לוח א2: המשתנים המנבאים את מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה בשנת 1993 (רגרסיה ליניארית)

| בסיס למשתנה דמה | Std. Error | B | |
|-----------------|------------|---------|-----------------------------|
| | .07 | *-.14 | גיל |
| אישה | 1.40 | .003 | מין הרופא: גבר |
| מרכז הארץ | 2.33 | -.20 | מחוז הצפון |
| מרכז הארץ | 2.07 | -1.75 | מחוז הדרום |
| הקופות האחרות | 1.56 | **4.34 | קופת-חולים כללית |
| | .00 | **0.01 | גודל רשימת החולים |
| אינו מומחה | 1.44 | -1.79 | מומחה או מתמחה ברפואת משפחה |
| | .03 | -.03 | סה"כ שעות עבודה |
| עצמאי ומשולב | 1.44 | **6.46 | שכיר |
| | 4.72 | **27.13 | קבוע |
| | | .27 | R ² |

p<0.05 *

p<0.01 **

לוח א3: המשתנים המנבאים את מספר הדקות המוקצבות לכל חולה בקרב רופאים המועסקים בקופת-חולים כללית, 1993 (רגרסיה ליניארית)

| בסיס למשתנה דמה | Std. Error | B | |
|-----------------|------------|---------|-----------------------------|
| | .02 | .03 | גיל |
| אישה | .33 | -.20 | מין הרופא : גבר |
| מרכז הארץ | .54 | -.34 | מחוז הצפון |
| מרכז הארץ | .48 | -.59 | מחוז הדרום |
| | .00 | **-.001 | גודל רשימת החולים |
| אינו מומחה | .33 | .27 | מומחה או מתמחה ברפואת משפחה |
| | .01 | *.01 | סה"כ שעות עבודה |
| עצמאי ומשולב | .36 | -.41 | שכיר |
| | 1.2 | **10.25 | קבוע |
| | | .08 | R ² |

* p<0.10
** p<0.01

לוח א4: המשתנים המנבאים את מספר המגעים ביום עם חולים במרפאה בקרב רופאים המועסקים בקופת-חולים כללית, 1993 (רגרסיה ליניארית)

| בסיס למשתנה דמה | Std. Error | B | |
|-----------------|------------|---------|-----------------------------|
| | .08 | -.03 | גיל |
| אישה | 1.51 | -.52 | מין הרופא : גבר |
| מרכז הארץ | 2.53 | -1.77 | מחוז הצפון |
| מרכז הארץ | 2.28 | -1.69 | מחוז הדרום |
| | .00 | **0.01 | גודל רשימת החולים |
| אינו מומחה | 1.50 | -.87 | מומחה או מתמחה ברפואת משפחה |
| | .03 | -.01 | סה"כ שעות עבודה |
| עצמאי ומשולב | 1.63 | **6.95 | שכיר |
| | 5.67 | **22.44 | קבוע |
| | | .28 | R ² |

* p<0.05
** p<0.01

נספח ב: תוצאות של רגרסיות מרובות - השוואה בין חולים כרוניים לאחרים

לוח ב1: משתנה תלוי - מספר ביקורים אצל רופא משפחה

| משתנה | בסיס | חולים כרוניים | ללא מחלה כרונית |
|---------------------|----------------------|---------------|-----------------|
| גיל | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | *5.263 | *1.412 |
| 64-45 | גיל 19-44 | *2.602 | *0.595 |
| 65+ | גיל 19-44 | *2.043 | *1.516 |
| מין | גברים | 0.332 | *0.209 |
| יהודי | לא יהודי | *-1.278 | *0.359 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | 0.141 | *-0.080 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | *-0.205 | ***-0.019 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.813 | ***-0.254 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | 0.088 | *0.337 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.498 | 0.111 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | 0.674 | -0.080 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -1.401 | *-0.935 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | 1.148 | **0.288 |
| מחוז הצפון | אזור המרכז | **1.149 | 0.113 |
| מחוז הדרום | אזור המרכז | **1.028 | -0.114 |
| ערך R ² | | 5.2% | 2.9% |
| גודל מדגם | | 2,278 | 15,896 |

p<0.01 *

p<0.05 **

p<0.10 ***

לוח ב2: משתנה תלוי - מספר ביקורים אצל רופא מומחה

| משתנה | בסיס | חולים כרוניים | ללא מחלה כרונית |
|---------------------|---------------------|---------------|-----------------|
| גיל | | | |
| 18-0 | גיל 44-19 | -0.617 | *-0.196 |
| 64-45 | גיל 44-19 | -0.088 | 0.080 |
| 65+ | גיל 44-19 | -0.138 | *0.366 |
| מין | זכרים | *0.597 | *0.262 |
| יהודי | לא יהודי | 0.423 | **0.138 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | -0.100 | *-0.038 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | -0.001 | -0.003 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.267 | **0.158 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | *0.627 | *0.262 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | *0.496 | **0.117 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | 0.040 | **0.142 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.792 | -0.146 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים בישוב עירוני | -0.414 | -0.044 |
| מחוז הצפון | אזור המרכז | -0.267 | ***-0.095 |
| מחוז הדרום | אזור המרכז | -0.444 | **0.128 |
| ערך R ² | | 1.2% | 1.3% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 2,278 | 15,896 |

* p<0.01
 ** p<0.05
 *** p<0.10

לוח ב3: משתנה תלוי - מספר ביקורים אצל אחות

| משתנה | בסיס | חולים כרוניים | ללא מחלה כרונית |
|---------------------|---------------------|---------------|-----------------|
| גיל | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | -0.586 | 0.007 |
| 64-45 | גיל 19-44 | 0.157 | 0.035 |
| 65+ | גיל 19-44 | 0.325 | *0.348 |
| מין | זכרים | -0.008 | **0.051 |
| יהודי | לא יהודי | *1.567 | **0.072 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | 0.047 | *-0.022 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | *-0.098 | -0.013 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.617 | ***-0.080 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | -0.491 | -0.013 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.203 | ** -0.074 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | 0.235 | -0.066 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.904 | ** -0.109 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים בישוב עירוני | 0.302 | *0.174 |
| מחוז הצפון | אזור המרכז | 0.347 | 0.038 |
| מחוז הדרום | אזור המרכז | *1.238 | 0.028 |
| ערך R ² | | 1.4% | 0.6% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 2,387 | 15,896 |

* p<0.01
 ** p<0.05
 *** p<0.10

לוח 4: משתנה תלוי - מספר אשפוזים

| משתנה | בסיס | חולים כרוניים | לא מחלה כרונית |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|
| גיל | | | |
| 18-0 | גיל 19-44 | 0.391 | -0.015 |
| 64-45 | גיל 19-44 | -0.125 | ***-0.082 |
| 65+ | גיל 19-44 | **0.641 | *0.563 |
| מין | גברים | *-0.554 | -0.013 |
| יהודי | לא יהודי | *-1.741 | ***0.095 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | **0.151 | *-0.024 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | **0.052 | *-0.014 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | 0.396 | **0.136 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | -0.234 | -0.037 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.074 | ***-0.074 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | -0.646 | -0.092 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.856 | **0.191 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים בישוב עירוני | -0.473 | -0.052 |
| מחוז הצפון | אזור המרכז | -0.136 | -0.003 |
| מחוז הדרום | אזור המרכז | 0.144 | 0.010 |
| ערך R ² | | 2.1% | 0.6% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 2,387 | 15,896 |

* p<0.01
 ** p<0.05
 *** p<0.10

נספח ג: תוצאות של רגרסיות מרובות (ערכי β) - השוואה בין קבוצות גיל

| לוח ג1: משתנה תלוי: מספר ביקורים אצל רופא משפחה | | | | | |
|---|----------------------|------------|------------|-----------|------------|
| משתנה | בסיס | גיל 0-18 | גיל 19-44 | גיל 45-64 | גיל 65+ |
| מין | זכרים | 0.018 | *0.388 | ***0.361 | 0.161 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | *4.871 | *1.534 | *2.104 | *1.232 |
| יהודי | לא יהודי | *0.577 | -0.110 | -0.354 | 1.466 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | ** -0.090 | 0.025 | -0.091 | ** -0.320 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | -0.038 | 0.004 | * -0.114 | * -0.120 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.736 | ** -0.282 | -0.234 | 0.315 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | *0.591 | 0.152 | 0.088 | 0.190 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | *0.575 | 0.018 | -0.274 | -0.646 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | 0.051 | -0.115 | -0.011 | 0.675 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | * -1.491 | * -0.612 | -0.824 | *** -1.802 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | *** -0.389 | *** -0.307 | 0.310 | *** 1.313 |
| מחוז הצפון | אזור המרכז | 0.114 | 0.010 | -0.346 | 0.301 |
| מחוז הדרום | אזור המרכז | *** -0.391 | ** 0.285 | 0.479 | *** -0.937 |
| ערך R^2 | | 2.9% | 2.0% | 8.6% | 4.8% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 6,516 | 6,762 | 3,123 | 1,777 |

$p < 0.01$ *
 $p < 0.05$ **
 $p < 0.10$ ***

לוח ג2: משתנה תלוי: מספר ביקורים אצל רופא מומחה

| משתנה | בסיס | גיל 18-0 | גיל 44-19 | גיל 64-45 | גיל 65+ |
|---------------------|----------------------|----------|-----------|-----------|---------|
| מין | גברים | -0.002 | *0.561 | **0.253 | 0.083 |
| מחלה כרונית | אין מחלה כרונית | *0.444 | *0.826 | *0.467 | *0.340 |
| יהודי | לא יהודי | 0.079 | 0.140 | 0.268 | **1.249 |
| צפיפות מגורים | משתנה רציף | **0.029 | -0.022 | *-0.107 | -0.137 |
| שנות לימוד | משתנה רציף | -0.001 | *0.031 | **0.033 | -0.012 |
| שנת עלייה אחרי 1990 | היו בארץ לפני 1990 | -0.179 | **0.278 | 0.041 | -0.074 |
| קופת-חולים לאומית | קופת-חולים הכללית | *0.338 | **0.256 | 0.273 | 0.515 |
| קופת-חולים מכבי | קופת-חולים הכללית | -0.002 | *0.293 | 0.018 | 0.387 |
| קופת-חולים מאוחדת | קופת-חולים הכללית | **0.163 | **0.256 | -0.135 | 0.215 |
| ללא קופה | קופת-חולים הכללית | -0.116 | -0.107 | -0.181 | -0.947 |
| מגורים באזור כפרי | מגורים ביישוב עירוני | ***0.134 | -0.064 | 0.205 | 0.068 |
| מחוז הצפון | אזור המרכז | -0.090 | -0.065 | ***0.314 | 0.071 |
| מחוז הדרום | אזור המרכז | -0.020 | -0.163 | -0.105 | *-0.931 |
| ערך R ² | | 0.7% | 2.1% | 2.2% | 1.5% |
| גודל מדגם | גודל המדגם | 6,516 | 6,762 | 3,123 | 1,777 |

* p<0.01
 ** p<0.05
 *** p<0.10

נספח ד: מאפייני המאושפדים בדרום, בצפון ובאזור המרכז

לוח 1ד: משתנים דמוגרפיים, לפי מחוז (באחוזים)

| דרום n=492 | צפון n=632 | אזור המרכז n=1,832 | סה"כ n=2,956 | |
|---------------|---------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|
| 100 | 100 | 100 | 100 | גיל* |
| 15 | 27 | 16 | 18 | 39-18 |
| 29 | 29 | 26 | 27 | 60-40 |
| 56 | 44 | 58 | 55 | 61+ |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מצב משפחתי** |
| 68 | 73 | 68 | 69 | נשוי |
| 7 | 3 | 5 | 5 | גרוש |
| 19 | 14 | 20 | 19 | אלמן |
| 6 | 10 | 7 | 7 | רווק |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מוצא* |
| 44 | 20 | 26 | 28 | צפון אפריקה והמזרח התיכון |
| 35 | 31 | 44 | 39 | אירופה + אמריקה |
| 21 | 49 | 30 | 33 | ישראל |
| 100 | 100 | 100 | 100 | דת* |
| 93 | 64 | 91 | 86 | יהודי |
| 6 | 20 | 7 | 10 | מוסלמי |
| 0 | 8 | 1 | 2 | נוצרי |
| 1 | 8 | 1 | 2 | אחר |

* P<0.05

לוח 2ד: מאפיינים חברתיים-כלכליים, לפי מחוז (באחוזים)

| דרום n=492 | צפון n=632 | אזור המרכז n=1,832 | סה"כ n=2,956 | |
|---------------|---------------|-----------------------|-----------------|----------------------------------|
| 100 | 100 | 100 | 100 | צפיפות דיור* |
| 57 | 53 | 62 | 60 | עד 3 איש |
| 32 | 34 | 30 | 31 | 4-6 איש |
| 11 | 13 | 8 | 9 | 7 איש ומעלה |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הכנסה חודשית* |
| 26 | 24 | 19 | 21 | עד 1,450 ש"ח |
| 47 | 47 | 40 | 43 | 1,451-3,500 ש"ח |
| 27 | 29 | 41 | 36 | 3,501 ש"ח ומעלה |
| 100 | 100 | 100 | 100 | השכלה* |
| 48 | 49 | 38 | 42 | יסודית |
| 28 | 29 | 31 | 30 | תיכונית |
| 24 | 22 | 31 | 28 | על-תיכונית |
| 100 | 100 | 100 | 100 | קופת-חולים* |
| 86 | 85 | 82 | 83 | כללית |
| 6 | 3 | 8 | 7 | מכבי |
| 4 | 2 | 6 | 5 | מאוחדת |
| 4 | 10 | 4 | 5 | לאומית |
| 5 | 6 | 7 | 7 | בעלות על ביטוח רפואי פרטי |

* p<0.05

לוח 3ד: מידע על אופן האשפוז, לפי מחוזות (באחוזים)

| דרום n=492 | צפון n=632 | אזור המרכז n=1,832 | סה"כ n=2,956 | |
|---------------|---------------|-----------------------|-----------------|---|
| 100 | 100 | 100 | 100 | מחלקות* |
| 50 | 43 | 47 | 47 | פנימיות |
| 50 | 57 | 53 | 53 | כירורגיות |
| 55 | 54 | 55 | 55 | בעיה חמורה/חמורה מאוד בעת האשפוז |
| 62 | 57 | 57 | 58 | קבלה דרך חדר מיון |

* p<0.05

נספח ה: שביעות-הרצון מתחומי אשפוז עיקריים

לוח ה1: אחוז שבעי הרצון מתחומי אשפוז עיקריים, לפי מחוז (% עם ציון ממוצע של 4 ויותר)

| תחומי אשפוז | סה"כ | אזור המרכז | צפון | דרום |
|-------------|------|------------|------|------|
| קבלה | 87 | 87 | 88 | 86 |
| רופאים | 83 | 83 | 84 | 84 |
| אחיות* | 82 | 82 | 86 | 78 |
| מלונאות* | 71 | 74 | 72 | 57 |
| אספקה | 81 | 82 | 81 | 79 |
| אירוח* | 75 | 80 | 71 | 63 |
| אוכל* | 66 | 66 | 74 | 56 |
| חנייה* | 33 | 28 | 43 | 34 |
| שחרור* | 81 | 82 | 83 | 77 |

* p < 0.05

לוח ה2: פריטי שביעות-רצון בחלוקה לפי תחומים

קבלה

| | |
|---------------------------------|---------------------------|
| התהליך המנהלי | ניקיון השטחים הציבוריים |
| יחס אנשי משרד הקבלה בבית-החולים | נוחות והתאמת מיטות האשפוז |
| יעילות בחדר המיון | תקינות המנורות והזמזמים |
| | פרטיות בחדר החולה |
| | מנוחה ושקט |
| | תחזוקת המבנה |

צוות הרופאים

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| מקצועיות וידע של הרופאים | אספקה |
| תשומת לב של הרופאים למצב בריאות החולה | אספקת חלוקים |
| יחס הרופאים לחולה | אספקת כלי מיטה |
| קלות הגישה אל הרופאים | אספקת נייר טואלט |
| ההסברים והתשובות שנתנו הרופאים | |
| נכונות הרופאים להשיב על שאלות | |
| עדכון קרובי החולה לגבי מצב בריאותו | |

צוות האחיות

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| יכולת ומיומנות האחיות | אוכל |
| יחס האחיות | הטעם והטמפרטורה של האוכל |
| תגובת צוות האחיות לקריאות ביום | הכמות והגיוון של האוכל |
| תגובת צוות האחיות לקריאות בלילה | התאמת האוכל לדיאטה |
| ההסברים והתשובות מצוות האחיות | חנייה |
| נכונות להשיב על שאלות | מספר מקומות החנייה ומיקומם |
| | מחיר החנייה |

סידורי אירוח למבקרים

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| מלונאות | נוחות שעות הביקור |
| ניקיון החדר | אפשרויות לארח |
| טמפרטורת החדר | |
| הצפיפות בחדר | שחרור |
| נגישות לשירותים ולמקלחת | יעילות תהליך השחרור מבית-החולים |
| הספקה סדירה של מים | בהירות ההוראות לגבי המשך המעקב הרפואי |
| ניקיון השירותים והמקלחות | בהירות ההוראות לגבי טיפול עצמי בבית |

נספח ו: נגישות וזמינות שירותי הבריאות מנקודת ראות האוכלוסייה, בשנים 1995 ו-1997

לוח ו1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי מחוז, 1995 (אחוזים)

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---------------------------|
| N=425,979 | N=490,604 | N=2,243,064 | N=3,159,638 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=145 | n=167 | n=763 | n=1,075 | סה"כ במדגם |
| 88 | 45 | 93 | 85 | אחוז היהודים* |
| 56 | 39 | 49 | 48 | מין-גברים* |
| 100 | 100 | 100 | 100 | גיל** |
| 24 | 40 | 32 | 32 | 35 - 22 |
| 27 | 30 | 16 | 20 | 44 - 36 |
| 36 | 22 | 33 | 32 | 64-45 |
| 10 | 4 | 12 | 11 | 74 - 65 |
| 3 | 4 | 7 | 5 | 75+ |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מצב משפחתי** |
| 81 | 81 | 75 | 76 | נשוי |
| 4 | 1 | 4 | 4 | גרוש/גר לבד |
| 8 | 7 | 7 | 8 | אלמן |
| 7 | 11 | 14 | 12 | רווק |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מוצא** |
| 30 | 17 | 35 | 32 | אירופה-אמריקה |
| 31 | 10 | 15 | 17 | אסיה-אפריקה |
| 38 | 21 | 44 | 40 | ישראל |
| 1 | 52 | 6 | 11 | ערבים |
| 100 | 100 | 100 | 100 | השכלה** |
| 14 | 30 | 17 | 18 | לא למד/יסודי/חטיבת ביניים |
| 40 | 36 | 34 | 35 | תיכון-ישיבה |
| 46 | 34 | 49 | 47 | על-תיכונית/אוניברסיטה |
| 70 | 64 | 63 | 64 | עבדו ב-3 החודשים האחרונים |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הכנסה** |
| 54 | 77 | 54 | 57 | עד 5,000 ש"ח |
| 17 | 10 | 17 | 16 | 5,001 - 7,000 ש"ח |
| 12 | 6 | 14 | 13 | 7,001 - 10,000 ש"ח |
| 17 | 7 | 15 | 14 | 10,001+ ש"ח |
| 4.3 | 5.1 | 3.9 | 4.11 | ממוצע נפשות בדירה |
| 101 | 100 | 100 | 100 | קופת-חולים |
| 71 | 77 | 58 | 63 | כללית |
| 13 | 6 | 23 | 19 | מכבי |
| 11 | 10 | 9 | 9 | לאומית |
| 5 | 7 | 10 | 9 | מאוחדת |

* p<0.05

** p<0.01 לפי מבחן χ^2

לוח 21: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפי מחוז, 1997 (באחוזים)

| דרום | צפון | מרכז | סה"כ | |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---------------------------|
| N=373,961 | N=535,808 | N=2,297,104 | N=3,206,873 | סה"כ באוכלוסייה |
| n=136 | n=195 | n=838 | n=1,169 | סה"כ במדגם |
| 97 | 56 | 92 | 84 | אחוז היהודים** |
| 59 | 46 | 46 | 48 | מין-גברים* |
| 100 | 100 | 100 | 100 | גיל |
| 26 | 41 | 33 | 33 | 35 - 22 |
| 21 | 18 | 16 | 16 | 44 - 36 |
| 37 | 28 | 34 | 33 | 64-45 |
| 12 | 7 | 11 | 10 | 74 - 65 |
| 4 | 6 | 6 | 8 | 75+ |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מצב משפחתי |
| 81 | 73 | 71 | 73 | נשוי |
| 7 | 3 | 5 | 4 | גרוש/גר לבד |
| 5 | 7 | 9 | 8 | אלמן |
| 7 | 17 | 15 | 15 | רווק |
| 100 | 100 | 100 | 100 | מוצא** |
| 46 | 24 | 32 | 32 | אירופה-אמריקה |
| 28 | 6 | 14 | 14 | אסיה-אפריקה |
| 24 | 22 | 45 | 40 | ישראל |
| 2 | 48 | 9 | 14 | ערבים |
| 100 | 100 | 100 | 100 | השכלה** |
| 15 | 31 | 16 | 19 | לא למד/יסודי/חטיבת ביניים |
| 36 | 36 | 32 | 33 | תיכון-ישיבה |
| 49 | 33 | 52 | 48 | על-תיכונית/אוניברסיטה |
| 59 | 58 | 67 | 64 | עבדו ב-3 החודשים |
| | | | | האחרונים* |
| 100 | 100 | 100 | 100 | הכנסה** |
| 57 | 63 | 42 | 47 | עד 5,000 ש"ח |
| 12 | 17 | 17 | 17 | 7,000 - 5,001 ש"ח |
| 11 | 12 | 16 | 15 | 10,000 - 7,001 ש"ח |
| 20 | 8 | 25 | 21 | 10,001+ ש"ח |
| 4.0 | 4.4 | 3.8 | 3.9 | ממוצע נפשות בדירה** |
| 100 | 100 | 100 | 100 | קופת-חולים* |
| 65 | 76 | 57 | 61 | כללית |
| 21 | 11 | 25 | 22 | מכבי |
| 8 | 8 | 8 | 8 | לאומית |
| 6 | 5 | 10 | 9 | מאוחדת |

* p < 0.05

** p < 0.01 לפי מבחן χ^2

לוח 31: המשתנים המנבאים זמן המתנה עד 30 דקות במרפאת רופא המשפחה בשנת 1995 (רגרסיה לוגיסטית)

| המשתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|-----------------------------|----------|----------|--------------------------|
| גברים | 0.37 | 1.04 | נשים |
| מכבי | * 0.84 | 2.31 | כללית |
| לאומית | -0.23 | 0.79 | כללית |
| מאוחדת | * 1.29 | 3.62 | כללית |
| רוסית | -0.51 | 0.95 | עברית וערבית |
| מחוז הצפון | 0.44 | 1.56 | אזור המרכז |
| מחוז הדרום | -0.48 | 0.62 | אזור המרכז |
| גיל עד 44 | 0.24 | 1.27 | גילאי 45-64 |
| גילאי 65+ | 0.58 | 1.79 | גילאי 45-64 |
| הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע | * - 0.54 | 0.58 | הכנסה גבוהה מהשכר הממוצע |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | 0.41 | 1.52 | מצב בריאות רע |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | -0.05 | 0.99 | לא עבד |
| קבוע | ** 1.33 | - | |

* p<0.05
** p<0.01

לוח 41: המשתנים המנבאים בעלות על ביטוח משלים בשנת 1995 (רגרסיה לוגיסטית)

| משתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|---------------------------------|-----------|----------|---------------------------|
| נשים | -0.19 | 0.82 | גברים |
| קופת-חולים מכבי | ** 3.16 | 23.66 | קופת-חולים כללית |
| קופת-חולים לאומית | ** 2.33 | 10.30 | קופת-חולים כללית |
| קופת-חולים מאוחדת | ** 2.43 | 11.44 | כללית |
| שפה רוסית | ** -1.01 | 0.36 | שפות עברית וערבית |
| מחוז צפון | -0.41 | 0.66 | אזור המרכז |
| מחוז דרום | 0.23 | 1.25 | אזור המרכז |
| גילאי עד 44 | ** -0.58 | 0.55 | 45-64 |
| גילאי 65+ | -0.42 | 0.65 | 45-64 |
| השתייכות לחמישון תחתון של הכנסה | ** - 0.65 | 0.51 | הכנסה גבוהה מחמישון תחתון |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | * 0.50 | 1.64 | לא טוב |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | 0.19 | 1.20 | לא עבד |
| קבוע | ** -1.57 | - | |

* p<0.05
** p<0.01

לוח 51: המשתנים המנבאים שביעות-רצון רבה מקופת-החולים בשנת 1995 (רגרסיה לוגיסטית)

| משתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|-----------------------------|----------|----------|-------------------|
| נשים | 0.06 | 1.06 | גברים |
| קופת-חולים מכבי | 1.39 ** | 3.99 | קופת-חולים כללית |
| קופת-חולים לאומית | 1.05 ** | 2.87 | קופת-חולים כללית |
| קופת-חולים מאוחדת | 1.19 ** | 3.28 | כללית |
| שפה רוסית | -1.07 ** | 0.34 | שפות עברית וערבית |
| מחוז צפון | 0.13 | 1.14 | אזור המרכז |
| מחוז דרום | -0.21 | 0.81 | אזור המרכז |
| גילאי עד 44 | -0.57 | 0.57 | 64-45 |
| גילאי +65 | 0.58 | 1.79 | 64-45 |
| השכלה נמוכה | 1.11 ** | 3.05 | השכלה בינונית |
| השכלה גבוהה | -0.21 | 0.81 | השכלה בינונית |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | 0.98 ** | 2.65 | לא טוב |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | -0.002 | 0.99 | לא עבד |
| קבוע | 0.94 ** | - | - |

* p<0.05
** p<0.01

יצוין כי המשתנה הכנסה לא נמצא כמנבא שביעות-רצון מהקופה, הן כשהוכנס לרגרסיה כמשתנה בלתי תלוי במקום המשתנה השכלה, והן כשהוספנו אותו כמשתנה בלתי תלוי בנוסף להשכלה.

לוח 61: המשתנים המנבאים משך המתנה מעל שבועיים מיום קביעת התור לרופא מקצועי ועד לקבלתו בשנת 1997 (רגרסיה לוגיסטית)

| המשתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|-----------------------------|----------|----------|--------------------------|
| גברים | -0.09 | 92 | נשים |
| מכבי | 0.67 * | 1.96 | כללית |
| לאומית | 0.41 | 1.51 | כללית |
| מאוחדת | 0.93 | 2.55 | כללית |
| רוסית | -0.42 | 0.66 | עברית וערבית |
| מחוז הצפון | -0.03 | 0.97 | אזור המרכז |
| מחוז הדרום | -0.36 | 0.69 | אזור המרכז |
| גיל עד 44 | -0.07 | 0.93 | גילאי 64-45 |
| גילאי +65 | -1.21 ** | 0.29 | גילאי 64-45 |
| הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע | -0.58 * | 1.78 | הכנסה גבוהה מהשכר הממוצע |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | 0.23 | 1.27 | מצב בריאות רע |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | -0.45 | 0.63 | לא עבד |
| קבוע | 1.20 ** | - | - |

* p<0.05
** p<0.01

לוח 71: המשתנים המנבאים זמן המתנה עד 30 דקות במרפאת רופא המשפחה בשנת 1997 (רגרסיה לוגיסטית)

| המשתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|-----------------------------|----------|----------|--------------------------|
| גברים | 0.20 | 1.02 | נשים |
| מכבי | 0.17 | 1.19 | כללית |
| לאומית | -0.14 | 0.86 | כללית |
| מאוחדת | 0.80 | 2.22 | כללית |
| רוסית | -0.16 | 0.85 | עברית וערבית |
| מחוז הצפון | 0.36 | 1.43 | אזור המרכז |
| מחוז הדרום | -0.03 | 0.96 | אזור המרכז |
| גיל עד 44 | 0.27 | 1.32 | גילאי 64-45 |
| גילאי 65+ | **1.04 | 2.82 | גילאי 64-45 |
| הכנסה נמוכה מן השכר הממוצע | -1.01 ** | 0.36 | הכנסה גבוהה מהשכר הממוצע |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | 0.14 | 1.15 | מצב בריאות רע |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | -0.34 | 0.70 | לא עבד |
| קבוע | **2.34 | - | |

* p<0.05
** p<0.01

לוח 81: המשתנים המנבאים שביעות-רצון רבה מקופת-החולים בשנת 1997 (רגרסיה לוגיסטית)

| משתנה | B | יחס צולב | בסיס |
|-----------------------------|--------|----------|-------------------|
| גברים | 0.09 | 1.09 | נשים |
| קופת-חולים מכבי | *0.92 | 2.45 | קופת-חולים כללית |
| קופת-חולים לאומית | 0.33 | 1.39 | קופת-חולים כללית |
| קופת-חולים מאוחדת | *1.10 | 3.01 | כללית |
| שפה רוסית | *-0.59 | 0.56 | שפות עברית וערבית |
| מחוז צפון | 0.07 | 1.08 | אזור המרכז |
| מחוז דרום | 0.52 | 1.69 | אזור המרכז |
| גילאי עד 44 | -0.28 | 0.75 | 64-45 |
| גילאי 65+ | *0.85 | 2.33 | 64-45 |
| השכלה נמוכה | 0.12 | 1.13 | השכלה בינונית |
| השכלה גבוהה | -0.04 | 0.96 | השכלה בינונית |
| מצב בריאות טוב או טוב מאוד | 0.34 | 1.41 | לא טוב |
| עבד בשלושת החודשים האחרונים | -0.36 | 0.70 | לא עבד |
| קבוע | **2.12 | - | |

* p<0.05
** p<0.01

יצוין כי המשתנה הכנסה לא נמצא כמנבא שביעות-רצון מהקופה, הן כשהוכנס לרגרסיה כמשתנה בלתי תלוי במקום המשתנה השכלה, והן כשהוספו אותו כמשתנה בלתי תלוי בנוסף להשכלה.



The Accessibility and Availability of Health Services in the South of Israel: Has the Gap between the South and Other Regions in Israel Been Reduced in the Wake of the National Health Insurance Law?

Nurit Nirel¹ ♦ Dina Pilpel² ♦ Bruce Rosen¹
Irit Zmora² ♦ Miriam Greenstein¹ ♦ Sima Zalcbberg¹

This study was financed by the National Institute for Health Services Research and Health Policy

¹The Health Policy Research Unit, JDC-Brookdale Institute, Jerusalem

²Health Sciences Faculty, Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva



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**

The Accessibility and Availability of Health Services
in the South of Israel: Has the Gap between the South
and Other Regions in Israel Been Reduced
in the Wake of the National Health Insurance Law?

Dr. Dina Zilber, Dina Zilber, Bruce Rosen
in Zion, Eilat, Golan Heights, Shimon Peres

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

Tel: 972-2-6557400
fax: 972-2-5612391

website: www.jdc.org.il/brookdale

ISSN 0334-9012



In this study, we performed a secondary analysis of data from the following studies conducted by the JDC-Brookdale Institute:

- Berg, A.; Gross, R.; Rosen, B.; and Chinitz, D. 1997. *Public Perception of the Health System Following Implementation of the National Health Insurance Law: Principal Findings from a Survey of the General Population*. RR-284-97. (Hebrew)
- Gross, R.; Greenstein, M.; Dubani, A.; Yuval, D.; and Rosen, B. 1998. *The Level of Service in Israel's Sick Funds Following the National Health Insurance Law: Principal Findings from a 1997 Members' Survey and a Comparison to the 1995 Survey*. ES-17-98. (Hebrew)
- Gross, R.; Yuval, D.; Yaphe, Y.; and Boerma, W. 1994. *The Role of the Primary Care Physician in Israel: Preliminary Findings from a National Survey*. RR-216-94 (Hebrew)
- Tabenkin, H.; Gross, R.; Brammli-Greenberg, S.; and Shrira, S. 1999. *The Primary Care Physician as "Gatekeeper": The Perspectives of Sick Fund Members, Primary Care Physicians, and Policymakers*. RR-336-99. (Hebrew)
- Yuval, D.; and Berg, A. 1997. *Hospitalization from the Patient's Perspective: Initial Findings from a 1995 Patient Study*. RR-278-97. (Hebrew)

In addition, the study utilized data from the Central Bureau of Statistics, the Ministry of Health, and the National Insurance Institute.

Abstract

For many years there have been significant gaps in the availability and accessibility of health services between the south of Israel and the national average. It was thought that the National Health Insurance Law might reduce these gaps by expanding the sick funds' membership base, increasing the income of Kupat Holim Clalit (currently Clalit Health Services, Israel's largest sick fund and the main provider of health services in the south), and providing incentives to sick funds through a capitation formula. However, the concern was expressed that residents of the south, because it is a peripheral area, would continue to receive a lower level of service than residents of central Israel unless additional incentives were introduced.

This study examines whether gaps in the availability and accessibility of health services in the south and in other regions have indeed been reduced since implementation of the National Health Insurance Law.

Methodology entailed secondary analysis of data from health and manpower surveys conducted by the Central Bureau of Statistics, Ministry of Health data on hospitals and institutions, the National Insurance Institute data base on sick fund membership, and several national studies conducted by the JDC-Brookdale Institute. In addition, interviews were conducted with key people in each of Israel's four sick funds.

The findings of this study reveal that there has been no reduction in the differences in inputs into services per capita in the center (all areas exclusive of the north and south) and the south of the country. For example, the gap in the percentages of medical manpower in the center versus the south of the country has not lessened; moreover, the gap in the percentages of nursing manpower has widened, given the decrease in the supply of nursing manpower in the south. Even after implementation of the law, there are fewer physicians and registered nurses per population in the south, their average weekly work hours are greater than in the center of the country (or in the north, which is also a peripheral area), and the average number of patients a primary care physician sees per day is greater in the south than in the center of the country. Moreover, the law has not affected the insufficient supply of hospital services in the south, as evidenced by the persistently low ratio of hospital beds per population and the high rate of hospital occupancy in the south, compared to the national average. These findings corroborate evidence from sick fund representatives, who noted that the south faces a shortage of medical manpower – particularly specialists – and para-medical manpower, difficulties recruiting manpower, high costs for providing services due to broad geographic dispersal of the population, and problems with hospital services.

In the years following the implementation of the National Health Insurance law, the gap in favor of the center (and even the north), as compared to the south, still persisted with regard to the accessibility of medical services. In the south, a higher percentage of patients still have to wait for their family physician for over 30 minutes, although this gap was slightly reduced compared to the

years preceding the law. On the other hand, the gap between the south and the center in the number of patients waiting for over two weeks to see a specialist increased compared to the period preceding the law. Similarly, the gap between the center and the south in the percentage of holders of supplementary insurance grew, a finding which may reflect gaps to the detriment of the south regarding the accessibility of medical services not covered by the basket of services. With regard to indicators of service availability (convenience of doctors' working hours and clinic hours), there were no gaps found between the south and the center prior to the law, and this remains the same after the implementation of the law.

Gaps in other indicators of service accessibility and process of care could only be examined prior to the introduction of the law. Therefore, we do not know whether the gaps to the detriment of the south, which were found prior to the law, were reduced. In 1995 it was found that patients from the south were more likely to wait longer than three months for hospitalization, compared to patients from the center or even from the north. Further, patients from the south were less satisfied with their hospitalization than patients from the center of the country. These findings probably have to do with the fact that the rate of beds per capita is lower in the south, and hospital occupancy is higher. It may thus be said that the availability of services in the south is still not equivalent to that in the center of the country.

Regarding the use of services, the rate of visits to a family physician by children and older people was lower in the south than in the center and north of the country. Furthermore, the rate of visits to specialists by the chronically ill was lower in the south than in the center of the country. However, the rate of visits to a family physician by the chronically ill was higher in the south than in the center and north of the country. When data from the 1997 Central Bureau of Statistics' *Use of Health Services Survey* are published, it will be possible to determine whether differences in the use of physician services in the south and the center of the country have diminished since implementation of the law. Our finding that gaps persist in medical manpower inputs and in the availability of health services suggest that gaps probably persist in the use of services as well.

According to key personnel, the law created incentives that some of the sick funds used to develop and improve community services, in the hope of expanding their client base and increasing their market share in the south. Indeed, market shares of the smaller sick funds increased and the market share of Kupat Holim Clalit decreased.

The study found an increase in the gap in the proportion of people owning supplemental insurance in the south and the center of the country. This probably indicates a gap – to the detriment of the south – in the accessibility of services not included in the basic basket of services mandated by law.

The sick funds' investment in service development is reflected in the outcomes. However, if prior to implementation of the National Health Insurance Law residents of the center of the country were far more satisfied with sick fund services than were residents of the south, between 1995 and 1997

there was a significant increase in satisfaction in the south, giving that region a slight advantage over the center of the country. This rise in satisfaction is derived from the way that the population in the south perceives the professionalism of their family physicians, their attitude, the attitude of the nurses, the professionalism of the specialists, the selection of medications, the lab services and the level at which the facilities are maintained - all indicators of quality of service.

In summary, it appears that, to date, the National Health Insurance Law has only partly reduced inequality in the allocation of health services in the south, as opposed to the center of the country, and has only partly improved the level of services in the south. While the law and competition among sick funds have led to the expansion and improvement of services in the south, as expressed in the increased satisfaction with services among sick fund members there, the findings of this study indicate that there are still significant gaps between the south and the center of the country in the availability and accessibility of health services.

It should be remembered that the National Health Insurance Law was implemented only four years ago (in 1995). The findings of this study present a preliminary picture, compiled relatively soon after the law's implementation. Yet as the processes the law is meant to affect are protracted, and the health system is dynamic and given to change, the law's full implications may not yet be apparent. Although it is possible to learn a great deal from the present study, the changes that the health system is undergoing and the perspective of time should be taken into account when evaluating the implications of the law. It is possible that, with time, the law will further close gaps and increase equality. However, as this study's findings suggest, interventions in addition to the law may be needed to achieve these aims.

| | |
|---|----|
| 5.4 The Gap between the Centre and South of the Country Following Implementation of the National Health Insurance Law | 24 |
| 5.5 Summary | 29 |
| 6. Primary Care Physicians | 29 |
| 6.1 Methodology | 29 |
| 6.2 Statistical Analysis | 30 |
| 6.3 Comparison between Regions - 1993 | 31 |
| 6.4 Comparison between Regions - 1997 | 33 |
| 6.5 Changes between 1993 and 1997 | 39 |
| 6.6 Summary | 42 |
| 7. Hospital Beds (1994, 1996 and 1997) | 43 |
| 7.1 Hospitals and Beds | 43 |
| 7.2 Proportion of Beds in General Medicine and Intensive-Care Units | 44 |
| 7.3 Proportion of Beds in the Pediatric Ward | 45 |
| 7.4 Proportion of Beds in the Surgical Ward | 45 |
| 7.5 Proportion of Beds in the Maternity Ward | 46 |
| 7.6 Proportion of Mental Health Beds | 47 |

Acknowledgments

We are grateful to all those of our colleagues at the JDC-Brookdale Institute and elsewhere who offered counsel and guidance during the course of our work. In particular, we thank Ayelet Berg, Shuli Brammli-Greenberg, Avigail Dubani, Revital Gross, David Chinitz, Hava Tabenkin, Dan Yuval, and Yona Yaphe, who made data from their research available to us. Without their cooperation, it would not have been possible to prepare the lion's share of the study reported herein. Nevertheless, responsibility for their data arising from the secondary analysis rests with us alone. We thank Jack Habib for his helpful comments.

We would also like to thank Shuruk Ismail, who was of great help in checking and proofreading the data, Matti Moyal and Bilha Allon, who edited and prepared this report for publication, and Inbal Yonayov, who helped with the typing.

Table of Contents

| | |
|---|----|
| 1. Introduction | 1 |
| 1.1 Study Goals | 3 |
| 2. Study Methods | 4 |
| 2.1 Limitations of the Data | 4 |
| 3. A Comprehensive Review: Background Data on the Southern Region | 5 |
| 3.1 Geographic Definition | 5 |
| 3.2 Population | 5 |
| 3.3 Employment | 7 |
| 3.4 Socio-demographic Data | 9 |
| 3.5 Summary | 10 |
| 4. Background Data on Morbidity and Mortality in the Southern Region | 11 |
| 4.1 Morbidity, by Age and Region | 11 |
| 4.2 Specific Mortality Rates, by Age and Region | 14 |
| 4.3 Differences in Mortality Rates of the Elderly, by Geographic Unit | 19 |
| 4.4 Summary | 22 |
| 5. Medical and Nursing Manpower (1989-1996) | 22 |
| 5.1 Methodology | 22 |
| 5.2 Employed Physicians | 23 |
| 5.3 Employed Registered Nurses | 26 |
| 5.4 The Gap between the Center and South of the Country, Following Implementation of the National Health Insurance Law | 28 |
| 5.5 Summary | 29 |
| 6. Primary Care Physicians | 29 |
| 6.1 Methodology | 29 |
| 6.2 Statistical Analyses | 30 |
| 6.3 Comparison between Regions - 1993 | 31 |
| 6.4 Comparison between Regions - 1997 | 35 |
| 6.5 Changes between 1993 and 1997 | 39 |
| 6.6 Summary | 42 |
| 7. Hospital Beds (1994, 1996 and 1997) | 43 |
| 7.1 Hospitals and Beds | 43 |
| 7.2 Proportion of Beds in Internal Medicine and Intensive Care Wards | 44 |
| 7.3 Proportion of Beds in the Pediatrics Ward | 45 |
| 7.4 Proportion of Beds in the Surgical Ward | 45 |
| 7.5 Proportion of Beds in the Maternity Ward | 46 |
| 7.6 Proportion of Mental Health Beds | 47 |

| | |
|--|-----|
| 7.7 Long-term Care and Rehabilitation Beds | 48 |
| 7.8 Summary | 49 |
| 8. Characteristics of the Use of Health Services | 49 |
| 8.1 Methodology | 49 |
| 8.2 Results | 52 |
| 8.3 Summary | 60 |
| 9. Analysis of Trends in Sick Fund Market Shares in the South | 61 |
| 10. Difficulties Providing Services in the South: The Sick Funds' Perspective | 67 |
| 11. Hospital Patients' Perception of Services in 1995 | 69 |
| 11.1 Methodology | 69 |
| 11.2 Patient Characteristics | 69 |
| 11.3 Findings | 70 |
| 11.4 Satisfaction with Hospitalization | 74 |
| 11.5 Summary | 76 |
| 12. Accessibility and Availability of Health Services from the Public's Perspective, in 1995 and 1997 | 76 |
| 12.1 Methodology | 77 |
| 12.2 Background Characteristics of the Population | 77 |
| 12.3 Accessibility and Availability of Services in 1995 | 78 |
| 12.4 Accessibility and Availability of Services in 1997 | 82 |
| 12.5 Changes in Accessibility and Availability of Services, in Purchase of Private Services, and in Satisfaction with Services between 1995 and 1997 | 86 |
| 12.6 Summary and Discussion | 90 |
| 13. Conclusion | 90 |
| Bibliography | 94 |
| Appendices | |
| Appendix I: Primary Care Physicians: Multivariate Analyses | 98 |
| Appendix II: Results of Multiple Regressions: A Comparison of the Chronically Ill and Others | 100 |
| Appendix III: Results of Multiple Regressions (β Value): A Comparison among Age Groups | 104 |

| | |
|---|-----|
| Appendix IV: Characteristics of Hospital Patients in the South, North, and Center of the Country | 106 |
| Appendix V: Satisfaction with Main Components of Hospitalization | 108 |
| Appendix VI: Accessibility and Availability of Health Services from the Public's Perspective, in 1995 and 1997 | 109 |

List of Tables

| | |
|--|----|
| Table 1: Towns and Population, by Population Group and Type of Town, Israel and the Southern Region, 1996 | 5 |
| Table 2: Distribution of the Total Population and the Jewish Population, by Age Group in the Southern District and Sub-Districts, 1996 | 6 |
| Table 3: Total Population and Rate of Growth in the Total and the Jewish Population in Israel, for Selected Years | 6 |
| Table 4: Distribution of the Population by Population Groups, and Fertility Rates in the Southern District and Sub-districts, 1994 | 7 |
| Table 5: Employed Population, by Economic Sector, in the Southern District and Sub-districts, 1996 | 8 |
| Table 6: Economic Data on Selected Towns in the Southern District, 1995 | 8 |
| Table 7: The Socio-demographic Index of Selected Local Authorities in the Southern District and Data on Education in Those Authorities | 9 |
| Table 8: Prevalence of Chronic Illness in the Population, by District and Age, 1983 | 11 |
| Table 9: Prevalence of Chronic Illness among Those Over Age 60, by District and Age, 1997 | 12 |
| Table 10: Proportion of People Unable to Function Independently, by District and Age, 1997 | 13 |
| Table 11: Perception of Health Status, by District and Age, 1997 | 14 |
| Table 12: Average Mortality Rates per 1,000 Population, by District, Gender and Age for the Total Population, 1992-1994 | 15 |
| Table 13: Average Mortality Rates per 1,000 Population, by District, Gender and Age for the Non-Jewish Population, 1992-1994 | 15 |
| Table 14: Average Mortality Rates per 1,000 Population, by District, Gender and Age for the Jewish Population, 1992-1994 | 16 |
| Table 15: Infant Mortality, by District, Age (in Days), and Population Group - Rates per 1,000 Live Births (Average 1992-1994) | 16 |

| | |
|---|----|
| Table 16: Mortality Rate per 100,000 Population, by Diagnosis and Age Group: The South versus the Rest of the Country, 1993-1994 | 17 |
| Table 17: Mortality Rate per 100,000 People in the Jewish Population, by Diagnosis and Age Group: The South versus the Rest of the Country, 1993-1994 | 18 |
| Table 18: Life Expectancy and Mortality Rates Adjusted for Cardiac and Cardiovascular Disease, Selected Towns, 1983 | 20 |
| Table 19: Estimates of Life Expectancy at Age 65 and a 95% Confidence Interval for 65 Urban Settlements, 1983 | 21 |
| Table 20: Rate of Employed Physicians, Physicians Employed in the Community and Hospital Physicians per 1,000 Population, and Rate of Physicians in Hospitals per Weighted Beds, by Region and year | 25 |
| Table 21: Rate of Physicians' Weekly Work Hours per 1,000 Population and Average Physicians' Weekly Work Hours in Different Regions | 25 |
| Table 22: Rate of Employed Registered Nurses, Registered Nurses Employed in the Community, and Hospital Registered Nurses per 1,000 Population, and Rate of Registered Nurses in Hospitals per Weighted Beds, per 1,000 Population, by Region | 27 |
| Table 23: Rate of Registered Nurses' Weekly Work Hours per 1,000 Population and Average Registered Nurses' Weekly Work Hours in Different Regions | 28 |
| Table 24: The Ratio of the South to the Center of the Country Regarding Medical and Nursing Manpower | 28 |
| Table 25: Personal Background Variables of Primary Care Physicians, by Region, 1993 | 31 |
| Table 26: Conditions and Place of Employment of Primary Care Physicians, by Region | 32 |
| Table 27: Primary Care Physicians' Work Patterns, by Region, 1993 | 33 |
| Table 28: Characteristics of Primary Care Physicians' Work, by Region, 1993 | 34 |
| Table 29: Personal Background Variables of Primary Care Physicians, by Region, 1997 | 36 |

| | |
|---|----|
| Table 30: Conditions and Place of Employment of Primary Care Physicians, by Region, 1997 | 37 |
| Table 31: Characteristics Indicating Work Hours and Work Load, by Region, 1997 | 38 |
| Table 32: Variables Predicting the Number of Contacts with Clinic Patients per Day, 1997 | 39 |
| Table 33: Changes in Personal Background Variables of Physicians between 1993 and 1997, by Region | 39 |
| Table 34: Employment Conditions and Organizational Characteristics of Physicians, by Region, in 1993 and 1997 | 40 |
| Table 35: Characteristics Indicating Work Hours and Work Load, by Region, in 1993 and 1997 | 41 |
| Table 36: Ratio between the South and the Center of the Country Before (1993) and After (1997) Implementation of the National Health Insurance Law | 42 |
| Table 37: Rate of Acute Hospital Beds per 1,000 Population, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 44 |
| Table 38: Rate of Internal Medicine Beds per 1,000 Population Over Age 45, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 44 |
| Table 39: Rate of Intensive Care Beds per 1,000 Population, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 45 |
| Table 40: Rate of Beds for Children Age 0-14 per 1,000 Population, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 45 |
| Table 41: Rate of Surgery Beds per 1,000 Population, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 46 |
| Table 42: Rate of Operating and Recovery Stations per 100,000 Population in 1997, by District | 46 |
| Table 43: Rate of Maternity Beds (Number of Beds per 1,000 Women of Child-bearing Age (15-44)), by District, in 1994, 1996, and 1997, and the Bed Supply Index, Including Fertility Coefficient | 47 |

| | |
|---|----|
| Table 44: Rate of Birthing Stations per 1,000 Women of Child-bearing Age (15-44) and the Ratio of the Rate of Stations to the Fertility Rate, by District | 47 |
| Table 45: Rate of Mental Health Beds per 1,000 Population, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 48 |
| Table 46: Rate of Long-term Care Beds per 1,000 Population Over Age 65, by District, in 1994, 1996, and 1997 | 48 |
| Table 47: National Average Occupancy Rate in Selected Wards of Barzilai (Ashqelon) and Soroka (Beersheva) Hospitals, 1996 | 49 |
| Table 48: Ratio between the South and the National Average Regarding Beds per 1,000 Population and in Hospital Occupancy | 49 |
| Table 49: Results of Multiple Regressions (β Value), Including the Sample | 52 |
| Table 50: Results of Multiple Regressions (β Value): A Comparison among Regions; Dependent Variable: Number of Visits to a Family Physician | 54 |
| Table 51: Results of Multiple Regressions (β Value): A Comparison among Regions; Dependent Variable: Number of Visits to a Specialist | 55 |
| Table 52: Results of Multiple Regressions (β Value): A Comparison among Regions; Dependent Variable: Number of Visits to a Nurse | 56 |
| Table 53: Results of Multiple Regressions (β Value): A Comparison among Regions; Dependent Variable: Number of Hospital Admissions | 57 |
| Table 54: Use of Health Services Variables: β Values for Residence in the Northern and Southern Regions, from Multiple Regressions Conducted among Those Chronically Ill, and Those Not Chronically Ill | 58 |
| Table 55: Use of Health Services Variables: β Values for Residence in the Northern and Southern Regions, from Multiple Regressions Conducted among Four Age Groups | 59 |
| Table 56: The Market Share of Maccabi Sick Fund in the Southern region in 1997, by Principal Town and Regional Council (Jews Only) | 65 |
| Table 57: Deferred Hospital Admission and Waiting Time for Hospital Admission | 71 |
| Table 58: Variables Explaining Waiting More Than Three Months for Hospital Admission/Surgery (Logistic Regression) | 72 |

| | |
|---|----|
| Table 59: Logistic Regression to Explain Involvement in Choice of Hospital | 73 |
| Table 60: Expenses during Hospitalization | 74 |
| Table 61: Overall Satisfaction with Hospitalization | 75 |
| Table 62: Patients' Satisfaction with Main Aspects of Hospitalization, by Region | 75 |
| Table 63: Accessibility of Services, by District, 1995 | 79 |
| Table 64: Reception Hours Were "Convenient" or "Very Convenient", by District, 1995 | 80 |
| Table 65: Expenditures for a Private Physician and Supplemental/Commercial Insurance, by District, 1995 | 80 |
| Table 66: Those "Satisfied" or "Very Satisfied" with Sick Fund Services, by District, 1995 | 81 |
| Table 67: Accessibility of Services, by District, 1997 | 83 |
| Table 68: Reception Hours Were "Convenient" or "Very Convenient", by District, 1997 | 84 |
| Table 69: Purchase of Private Health Services, by District, 1997 | 84 |
| Table 70: Variables Predicting Ownership of Sick Fund Supplemental Insurance in 1997 | 85 |
| Table 71: Those "Satisfied" or "Very Satisfied" with Sick Fund Services, by District, 1997 | 86 |
| Table 72: Accessibility of Services in 1995 and 1997, by District | 87 |
| Table 73: Clients for Whom Reception Hours Were "Convenient" or "Very Convenient" in 1995 and 1997, by District | 88 |
| Table 74: Purchase of Private Health Services in 1995 and 1997, by District | 88 |
| Table 75: Clients Who Were "Satisfied" or "Very Satisfied" with Sick Fund Services in 1995 and 1997, by District | 89 |
| Table 76: Relationship of the South to the Center of the Country in Perception of Accessibility and Availability of Services, in Overall Satisfaction with Sick Fund Services, and in the Proportion of Owners of Supplemental Insurance | 89 |

List of Figures

| | |
|--|----|
| Figure 1: Market Shares - 1993 | 62 |
| Figure 2: Market Shares - 1981 | 62 |
| Figure 3: Changes in Market Shares between 1981 and 1993 | 63 |
| Figure 4: Changes in Market Shares between 1993 and 1997 | 63 |
| Figure 5: Market Shares - 1997 | 64 |
| Figure 6: Market Shares in the South, by Area - 1997 | 64 |

List of Appendix Tables

| | |
|---|-----|
| Table I-1: Variables Predicting the Number of Minutes Allotted to Each Patient, 1993 (Linear Regression) | 98 |
| Table I-2: Variables Predicting the Number of Contacts with Clinic Patients per Day, 1993 (Linear Regression) | 98 |
| Table I-3: Variables Predicting the Number of Minutes Allotted to Each Patient by Physicians in Kupat Holim Clalit, 1993 (Linear Regression) | 99 |
| Table I-4: Variables Predicting the Number of Contacts with Clinic Patients per Day of Physicians in Kupat Holim Clalit, 1993 (Linear Regression) | 99 |
| Table II-1: Dependent Variable - Number of Visits to a Family Physician | 100 |
| Table II-2: Dependent Variable - Number of Visits to a Specialist | 101 |
| Table II-3: Dependent Variable - Number of Visits to a Nurse | 102 |
| Table II-4: Dependent Variable - Number of Hospital Admissions | 103 |
| Table III-1: Dependent Variable - Number of Visits to a Family Physician | 104 |
| Table III-2: Dependent Variable - Number of Visits to a Specialist | 105 |
| Table IV-1: Demographic Variables, by Region | 106 |
| Table IV-2: Socio-demographic Characteristics, by Region | 107 |
| Table IV-3: Information on Type of Hospitalization, by Region | 107 |
| Table V-1: Percentage of Patients Satisfied with Main Components of Hospitalization, by Region (Percentage with a Score of Four or More) | 108 |
| Table V-2: Indices of Satisfaction, by Area | 108 |
| Table VI-1: Socio-demographic Characteristics, by Region, 1995 | 109 |
| Table VI-2: Socio-demographic Characteristics, by Region, 1997 | 110 |

| | |
|---|-----|
| Table VI-3: Variables Predicting Waiting up to 30 Minutes at a Family Physician Clinic , 1994 (Logistic Regression) | 111 |
| Table VI-4: Variables Predicting Ownership of Supplemental Insurance, 1995 (Logistic Regression) | 111 |
| Table VI-5: Variables Predicting Satisfaction with the Sick Fund, 1995 (Logistic Regression) | 112 |
| Table VI-6: Variables Predicting Waiting Time of Over Two Weeks between Making an Appointment to See a Specialist and Seeing the Specialist, 1997 (Logistic Regression) | 112 |
| Table VI-7: Variables Predicting Waiting up to 30 Minutes at a Family Physician Clinic, 1997 (Logistic Regression) | 113 |
| Table VI-8: Variables Predicting Great Satisfaction with the Sick Fund, 1997 (Logistic Regression) | 113 |

| Variable | B | SE | OR | 95% CI | p-value |
|--------------------|------|------|------|------------|---------|
| Age | 0.01 | 0.01 | 1.01 | 0.99, 1.03 | 0.15 |
| Gender | 0.15 | 0.12 | 1.16 | 0.92, 1.47 | 0.21 |
| Income | 0.02 | 0.01 | 1.02 | 1.00, 1.04 | 0.001 |
| Education | 0.03 | 0.01 | 1.03 | 1.01, 1.05 | 0.001 |
| Health status | 0.10 | 0.05 | 1.10 | 1.00, 1.21 | 0.03 |
| Insurance type | 0.15 | 0.08 | 1.16 | 1.01, 1.34 | 0.02 |
| Family size | 0.05 | 0.02 | 1.05 | 1.02, 1.08 | 0.001 |
| Distance to clinic | 0.02 | 0.01 | 1.02 | 1.00, 1.04 | 0.001 |
| Waiting time | 0.05 | 0.01 | 1.05 | 1.03, 1.07 | 0.001 |
| Constant | -1.5 | 0.2 | 0.22 | 0.15, 0.32 | <0.001 |