



מאיירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל  
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE  
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

**דעת הציבור על רמת השירות  
ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007  
והשוואה לשנים קודמות**

רויטל גרוס ♦ שולי ברמלי-גריןברג ♦ רותי וייצברג

עבודה זו מומנה בסיוע ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית,  
מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים לאומית וקופת-חולים מאוחדת

**דוח מחקר**



דמ-09-541

# **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות**

רותי וייצברג

שולי ברמלי-גרינברג

רויטל גרוס

עבודה זו מומנה בסיוע ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות,  
קופת-חולים לאומית וקופת-חולים מאוחדת

אוגוסט 2009

ירושלים

אב תשס"ט

**מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל**  
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות  
ת"ד 3886  
ירושלים 91037  
טלפון : 02-6557400  
פקס : 02-5612391  
כתובת באינטרנט : [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)  
דואר אלקטרוני : [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)



## פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

אפשטיין, ל.; גולדווג, ר.; איסמעיל, ש.; גרינשטיין, מ.; רוזן, ב. 2006. **צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה**. דוח מסכם. דמ-480-06.

ברמלי-גרינברג, ש. גרוס, ר.; מצליח, ר. 2007. **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות-החולים - ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006**. דמ-495-07.

ברמלי-גרינברג, ש.; גרוס, ר. 2007. **תכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות-החולים: ניתוח סלי השירות לשנת 2006 והשוואה למצב בשנת 1996**. תקציר מנהלים מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

ברמלי-גרינברג, ש.; רוזן, ב.; גרוס, ר. 2006. **תשלומי אגרת ביקור, מהו גודל הנטל ומי נושא אותו?** דמ-470-06.

גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש.; רוזן, ב.; ניראל, נ.; וייצברג, ר. 2009. **מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול ערב יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: נקודת המבט של צרכני השירותים**. דמ-538-09.

גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש.; מצליח, ר. 2007. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. דמ-487-07.

גולדווג, ר.; רוזן, ב. 2007. **מידת ההיענות של מערכת הבריאות לצורכי התושבים: ממצאי הסקר הישראלי במחקר ארגון הבריאות העולמי**. דמ-496-07.

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037,  
טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

## תמצית מחקר

מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל עורך סקר תקופתי מדי שנתיים על דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות שנמשך מאז 1995. הסקר האחרון נערך בסוף 2007 בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 22 ומעלה).<sup>1</sup> רואיינו 1,868 איש ושיעור ההיענות היה 83%. להלן מפורטים הממצאים העיקריים מהסקר, תוך השוואה לממצאי הסקר הקודם שנערך ב-2005. בהשוואה בין שנים ובין אוכלוסיות מוצגים רק הבדלים שהם מובהקים סטטיסטית ( $p < 0.05$ ), אלא אם כן צוין אחרת.

### מגמות ברמת השירות של קופות-החולים

- ב-2007 נשמרה באופן כללי רמת שירות גבוהה בקופות-החולים, והמרוויינים דיווחו על רמה גבוהה של שביעות רצון מהקופה שלהם (88% מרוצים או מרוצים מאוד, כמו ב-2005). שיעורי שביעות הרצון בקופת-חולים מאוחדת (94%) ובמכבי שירותי בריאות (92%) דומים (ללא הבדל מובהק סטטיסטית), וגבוהים לעומת שביעות הרצון בשירותי בריאות כללית (85%) ובקופת-חולים לאומית (86%).
- בניתוח לפי קבוצות אוכלוסייה, עולה ששיעור המרוצים או מרוצים מאוד מקופת-החולים גבוה בקרב דוברי ערבית (94%).
- ב-2007 נמצא גידול בשיעור המרוצים מאוד משירותי הקופה בתחומי שירות הקשורים לצוות הרפואי: רמה מקצועית של רופא מומחה, רמה מקצועית ויחס של רופא משפחה, יחס אחיות ויחס פקידים.
- משך ההמתנה למומחה נותר ללא שינוי לעומת 2005: 43% המתינו עד שבוע, 18% המתינו בין שבוע לשבועיים ו-39% המתינו יותר משבועיים. יש לציין כי 60% מהמתנינים יותר משבועיים ענו שזמן ההמתנה "לא סביר" לדעתם.
- משך ההמתנה במרפאה הראשונית נותר ללא שינוי לעומת 2005: 63% ממתנינים עד 15 דקות ו-17% המתינו מעל חצי שעה.
- היה גידול בשיעור העונים "בכלל לא קשה לקבל טיפול רפואי כשנזקקת": 56% ב-2007 לעומת 46% ב-2005.
- נמשכה מגמת העלייה המתונה מאז 1999 בשיעור ביצוע הממוגרפיות לנשים בנות +50: 66% ביצעו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות לעומת 63% ב-2005, אולם השינוי אינו מובהק סטטיסטית.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> את המחקר מלווה ועדת היגוי בה שותפים נציגי כל קופות-החולים, משרד הבריאות, משרד האוצר, המוסד לביטוח לאומי, וארגוני צרכנים.

<sup>2</sup> לפי נתוני תכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה בישראל לשנת 2006, שיעור הנשים בגיל 50-74 שביצעו בדיקת ממוגרפיה בקופה לצורך סריקה היה רק 59%. ניתן להסביר את ההבדל בכך שנתוני הסקר כוללים נשים שביצעו ממוגרפיה הן בקופות-החולים לצורך אבחון או מעקב והן במסגרות פרטיות, ואילו נתוני תכנית המדדים כוללים רק ממוגרפיות שבוצעו לצורך סריקה בקופות-החולים.

עם זאת, שיפור מובהק סטטיסטית בביצוע הממוגרפיה נמצא בקרב נשים בעלות הכנסה נמוכה (77% ב-2007 לעומת 59% ב-2005).

- ♦ לא נמצא שינוי בשיעור המדווחים על בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה (48%).
- ♦ ב-2007 נמצאה ירידה בשיעור החיסון נגד שפעת לקשישים: 46% מבני +65 דיווחו כי קיבלו חיסון בשנה האחרונה לעומת 56% ב-2005.<sup>3</sup>
- ♦ נמצאה ירידה בשיעור הפונים לרופא פרטי ב-3 החודשים האחרונים (19% ב-2007 לעומת 24% ב-2005). יצוין כי שיעור הפונים למטפל ברפואה האלטרנטיבית ב-3 החודשים האחרונים (14%) קרוב לשיעור הפונים לרופא פרטי.
- ♦ נמצאה ירידה באחוז המדווחים כי התשלומים לבריאות מכבידים במידה רבה (22% ב-2007 לעומת 27% ב-2005), ונמצאה עלייה באחוז המדווחים כי התשלומים לא מכבידים בכלל (30% ב-2007 לעומת 19% ב-2005). מגמה זאת נמצאה גם בקרב אוכלוסיות חלשות. עם זאת, עדיין כרבע מהחולים הכרוניים וכרבע מבעלי ההכנסה הנמוכה מדווחים כי התשלומים לבריאות מכבידים במידה רבה.

### ביטוחים פרטיים (משלים ומסחרי)

- ♦ שיעור בעלי ביטוח משלים בקרב האוכלוסייה הבוגרת נשאר ללא שינוי מובהק (80% ב-2007 לעומת 79% ב-2005). אולם, הייתה ירידה בשיעור המחזיקים גם בביטוח משלים וגם במסחרי (28% ב-2007 לעומת 31% ב-2005), ועלייה בשיעור המחזיקים רק בביטוח משלים (52% ב-2007 לעומת 47% ב-2005). שיעורי הבעלות על ביטוח משלים נותרו נמוכים יחסית בקרב ערבים (53%), בעלי הכנסה נמוכה (62%) וקשישים (73%). שיעורי הבעלות על ביטוח מסחרי (32%) וסיעודי (33%) נשארו ללא שינוי מובהק לעומת 2005.
- ♦ בעלי הביטוח המשלים נשאלו על שביעות רצונם מהשירותים שמכוסים בתכנית הביטוח המשלים. 10% ענו כי הם מרוצים מאוד, 41% כי הם מרוצים, 19% לא כל-כך או לא מרוצים ו-30% לא יכלו לענות כי לא ידעו מה השירותים המכוסים בתכנית.
- ♦ מרואיינים שפנו אי-פעם לקבלת שירות מהביטוח הפרטי נשאלו על שביעות רצונם מהשירות הניתן (למשל בפנייה לקבלת מידע, החזרים, ביורוקרטיה וכד'). מבין הפונים לביטוח המשלים: 15% ענו "מרוצה מאוד" ו-61% ענו "מרוצה". מבין הפונים לביטוח המסחרי: 26% ענו "מרוצה מאוד" ו-47% ענו "מרוצה".
- ♦ 15% מבעלי הביטוח המשלים ו-18% מבעלי הביטוח המסחרי ענו כי נתקלו בבעיה בקבלת שירות או טיפול רפואי דרך הביטוח.
- ♦ הבעיות העיקריות שצוינו לגבי הביטוח המשלים היו: אין מספיק הנחה על שירות או שהשירות אינו נכלל בתכנית, רמה מקצועית ויחס לא טוב של רופאים. הבעיות העיקריות שצוינו לגבי

<sup>3</sup> הנתונים תואמים את נתוני התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל לשנת 2006, לפיהם שיעור החיסון בקרב קשישים עמד על 46%.

הביטוח המסחרי היו: אין מספיק הנחה/כיסוי לשירות, קושי לקבל החזרים, ביורוקרטיה/חוסר מענה ויחס לא טוב של פקידים.

## נגישות שירותים

בסקר נבחנו בעיות בנגישות השירותים הקשורות לתשלומים, מרחק, והגבלות מינהליות.

### תשלומים

- ♦ חלה ירידה בשיעור המדווחים שוויתרו בשנה האחרונה על טיפול רפואי (לא כולל טיפול שיניים ותרופות), לפחות פעם אחת בגלל התשלום (6% מהאוכלוסייה לעומת 8% שוויתרו על טיפול רפואי ב-2005). מבין המוותרים על טיפול בגלל התשלום, כמחצית ויתרו על רופא מקצועי, כשליש ויתרו על בדיקות וטיפולים אחרים, וכרבע ויתרו על שירותים מחוץ לסל.
- ♦ חלה ירידה גם בשיעור המוותרים על תרופת מרשם בשנה האחרונה (11% לעומת 15% ב-2005). היקף הוויתור על תרופות הצטמצם באופן בולט בקרב הקשישים (מ-16% שוויתרו על תרופה ב-2005 ל-9% ב-2007). שיעור המוותרים גבוה במיוחד בקרב בעלי הכנסה נמוכה (19%) וחולים כרוניים (16%). חשוב לציין כי כמחצית מאלה שוויתרו על תרופת מרשם ציינו כי ויתרו על תרופה למחלה כרונית. חלק מהמוותרים (38%) אמרו כי לקחו תרופה תחליפית.
- ♦ בדקנו את שיעור המרואיינים שדיווחו כי ויתרו על טיפול רפואי או על תרופה או על שניהם (12% ב-2007 לעומת 17% ב-2005). נמצא כי בקרב בעלי הכנסה נמוכה, 20% ויתרו על טיפול רפואי ו/או תרופה בגלל התשלום, לעומת כ-30% ב-2005. ירידה נמצאה גם בקרב הקשישים (10% ויתרו ב-2007 לעומת 16% ב-2005). עם זאת, בקרב החולים הכרוניים לא נמצא שינוי לעומת 2005 - 18% ויתרו על טיפול רפואי ו/או תרופה בגלל התשלום.

### מרחק

- ♦ ב-2007 דיווחו 11% כי ויתרו על טיפול רפואי בגלל המרחק, לעומת 14% שדיווחו כך ב-2005. כמחצית מ-11% אלה ויתרו על ביקור אצל רופא מקצועי, כשליש מהם ויתרו על בדיקות וטיפולים בבתי-חולים ובמכונים.

### הגבלות מינהליות של הקופה

- ♦ 18% מהמרואיינים ענו כי קבלו הפניה או התחייבות מהקופה רק לאחר מאמץ או עם קושי, 7% ענו כי לא קיבלו הפניה לרופא שרצו. השיעורים נשארו ללא שינוי לעומת 2005.
- ♦ 9% ממי שנזקקו לתרופה, ענו כי הקופה דרשה מהם להחליף תרופה בגלל המחיר (ללא שינוי לעומת 2005). שיעור המדווחים כך בקרב חולים כרוניים נשאר גבוה יחסית (13%).

### ניהול הטיפול התרופתי

- ♦ בסקר חזרנו על סדרת שאלות הנוגעות לניהול הטיפול התרופתי. רוב הנשאלים (79%) אמרו כי בשנה האחרונה נזקקו בעצמם לתרופה כלשהי (תרופת מרשם או תרופה ללא מרשם).
- ♦ 45% מהמרואיינים ענו שבשנה האחרונה לקחו תרופות מרשם באופן קבוע ועוד 3% לקחו תרופות ללא מרשם באופן קבוע (כלומר מדי יום במשך חודש לפחות).

- ◆ שיפור ניכר נמצא בתשובה על השאלה "בשנה האחרונה, האם רופא עבר איתך על רשימת כל התרופות שאתה לוקח"? 57% מאלה שלקחו תרופות באופן קבוע ענו בחיוב לעומת 37% שענו כך ב-2005.
- ◆ כמחצית ממי שלקחו תרופה כלשהי השנה, וכשליש ממי שלקחו תרופה באופן קבוע, דיווחו שהרופא לא הסביר להם מספיק על התרופות שהם לוקחים. בנושא זה לא חל שינוי לעומת 2005.
- ◆ 12% מהזקוקים לתרופה השנה ענו שהפסיקו לקחת תרופה או שינו את המינון על דעת עצמם בלי להודיע לרופא. שיעור דומה (15%) ענו כך גם בקרב מי שלוקחים תרופות בקביעות. גם שיעורים אלה נותרו ללא שינוי לעומת 2005.

### **הקדשת זמן, תיאום טיפול והסברים של רופאים**

- ◆ 85% ממשנתפי הסקר דיווחו כי פנו לרופא המשפחה בשנה האחרונה. כצפוי, שיעורי הפנייה גבוהים יותר בקרב קשישים (95%), חולים כרוניים (94%) ונשים (88%).
- ◆ 15% ענו כי בשנה האחרונה ביקרו אצל רופא והוא לא הקדיש להם מספיק זמן (כמחציתם התייחסו לרופא המשפחה וכמחצית לרופא אחר). שיעור דומה (16%) ענו כי בשנה האחרונה ביקרו אצל רופא והוא לא ענה על שאלות חשובות שהיו להם (10% התייחסו לרופא מקצועי ו-6% לרופא משפחה).
- ◆ 17% מאלה שביקרו אצל רופא משפחה בשנה האחרונה ענו כי בביקור האחרון רופא המשפחה לא הסביר להם מספיק על המצב הרפואי והטיפול; 18% ענו כי בביקור האחרון רופא מקצועי לא הסביר להם מספיק על המצב הרפואי והטיפול (ללא שינוי מ-2005).
- ◆ 63% מהמרואיינים ענו כי רופא המשפחה מרכז את כל המידע הרפואי על הטיפולים הרפואיים שהם מקבלים, אולם כשליש מהחולים הכרוניים וכחמישית מהקשישים ענו שאין להם רופא שממלא תפקיד זה.

### **הערכת תפקוד מערכת הבריאות**

- ◆ המרואיינים נשאלו שאלה כללית על תפקוד מערכת הבריאות: "באופן כללי, האם אתה מרוצה מאוד, מרוצה, לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה ממערכת הבריאות בישראל?". שאלה זו מתייחסת לתפקוד של כלל הגורמים במערכת הבריאות (קופות-החולים, בתי-החולים ואחרים).
- ◆ נמצאה עלייה בשיעור המרוצים או המרוצים מאוד ממערכת הבריאות (63% לעומת 57% ב-2005).
- ◆ נציין כי שיעורי שביעות הרצון ממערכת הבריאות נמוכים משיעורי שביעות הרצון משירותי קופות-החולים (88% ענו שהם מרוצים או מרוצים מאוד).
- ◆ שביעות רצון גבוהה יותר ממערכת הבריאות נמצאה בקרב ערבים (90%), בעלי הכנסה נמוכה (77%), קשישים (70%), דוברי רוסית (70%).
- ◆ המרואיינים שענו כי הם לא כל-כך מרוצים או לא מרוצים ממערכת הבריאות נשאלו בשאלה פתוחה על הסיבות לכך. כרבע מאלה שאינם מרוצים (שהם 9% מכלל המדגם) ציינו כי המערכת חוסכת ולא נותנת מענה; כ-15% (שהם 6% מכלל המדגם) הזכירו כל אחת מהסיבות הבאות:



השירותים יקרים, הסל מצומצם, אין שוויון, הרמה המקצועית נמוכה, ביורוקרטיה ורמת שירות נמוכה, יחס לא אדיב. תשעה אחוזים (שהם 3% מכלל המדגם) התייחסו לרמה נמוכה של בתי-חולים.

לסיכום, בתקופה שבין 2005-2007 נמצאו שיפורים בשירותי קופות-החולים וכן בהיבטים הקשורים לתשלומים. עם זאת, בתחומים רבים יש מקום לשיפור נוסף.

בנושאים הקשורים לנגישות, יש מקום לשיפור בנוחות שעות העבודה, שירותי המעבדה, הגדלת מבחר התרופות, קלות קבלת תרופות והפניות, קיצור משך התור לרופאים יועצים, והקלה במגבלות מינהליות על קבלת שירותים.

על מנת להגביר את השוויון יש מקום לשקול שינוי במדיניות תשלומי השתתפות עצמית על מנת להסיר מחסומים כספיים על קבלת שירותים הפוגעים בעיקר באוכלוסיות חלשות; בפריסת שירותים ביישובים מרוחקים על מנת להקל על הנגישות לאוכלוסיות הגרות שם; בהרחבת כיסוי הביטוח המשלים על מנת לשפר את שוויון הנגישות לשירותים נוספים שאינם בסל.

בהיבטים הקשורים במפגש בין הרופא לחולה יש מקום לשיפור בהקדשת זמן לחולה שיאפשר הגברת הפעילויות הקשורות לתיאום הטיפול, איכות ההסברים וניהול הטיפול התרופתי.

כמובן, כאשר שוקלים שינויים כאלה במדיניות, יהיה צורך להעריך את התרומה האפשרית לקידום שוויון בהקשר של ניתוח מדיניות רחב יותר אשר ישקול גם עלויות, ישימות ושיקולים אחרים.

אנו מקווים כי ממצאי המחקר יסייעו לקופות-החולים ולמערכת הבריאות בכללותה בשיפור מתמשך של השירותים לאזרחים.

תקציר מפורט של ממצאי הדוח כבר הופץ בהרחבה, והממצאים הוצגו בפני קובעי מדיניות בקופות-החולים, משרד הבריאות, מועצת הבריאות, המועצה הלאומית לרפואה ראשונית והכנסת.

עבודה זו מומנה בסיוע ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת-חולים לאומית וקופת-חולים מאוחדת.

## דברי תודה

אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי של המחקר "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2007", שסייעו בפיתוח כלי המחקר ונתנו הערות על הממצאים. להלן רשימת חברי הוועדה לפי סדר א"ב, ותפקידם בעת עריכת הסקר:

ז'ק בנדלק, מנהל תחום מחקרי בריאות, המוסד לביטוח לאומי  
שמוליק בן יעקב, האגודה לזכויות החולה  
גבי בן נון, סמנכ"ל לכלכלת בריאות, משרד הבריאות  
מידד גיסין, יו"ר צב"י (צרכני בריאות ישראל)  
ליאורה הירשהורן, אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, משרד האוצר  
פרנסיס ווד, מכבי שירותי בריאות  
אנואר חילף, רפרנט בריאות, אגף התקציבים, משרד האוצר  
בועז לב, משנה למנכ"ל, משרד הבריאות  
דפנה לוינסון, בריאות הנפש, משרד הבריאות  
יואל ליפשיץ, סמנכ"ל לקופות חולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות  
נורית לקס, עוזרת ראש חטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית  
ערן מץ, מנהל המחלקה לרפואה בקהילה, קופת-חולים לאומית  
עדינה מרקס, יו"ר האגודה לזכויות החולה  
דוד סומך, לשכת המנכ"ל, קופת-חולים מאוחדת  
יהודה עליאש, מנהל שיווק ופרסום וממונה על התקציבים, קופת חולים מאוחדת  
נורית פרידמן, מנהלת המחלקה להערכת שירותים, מכבי שירותי בריאות  
ראובן קוגן, אגף תקציבים, משרד האוצר  
ניר קידר, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות  
רפי קיים, רופא מחוזי, קופת-חולים לאומית  
סיגל רגב-רוזנברג, ראש אגף תכנון ומדיניות בריאות, שירותי בריאות כללית  
ברוך רוזן, מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
ראובן שטיינר, יועץ, משרד הבריאות  
ענת שמש, מנהלת תחום סקרים והערכה, משרד הבריאות

אנו מודים גם למנכ"ל משרד הבריאות אבי ישראלי, ולחברי מועצת הבריאות וכן לאמנון להד ולחברי המועצה הלאומית לרפואה ראשונית, על הערותיהם המועילות בפגישה שבה הוצגו ממצאי המחקר.

תודה להדר סמואל שסייעה בכתיבת ממצאי המחקר, לבלהה אלון על העריכה, וללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

## תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע: שינויים במדיניות ובסביבה בתקופה 2005-2007
4	2. שיטת המחקר
4	2.1 אוכלוסיית הסקר והמדגם
5	2.2 שיטת הדגימה והשקלול
5	2.3 איסוף הנתונים וכלי המחקר
6	2.4 שיטות ניתוח הנתונים
6	3. ממצאים
6	3.1 מגמות בשביעות רצון, נטל כספי והיבטים נבחרים של רמת השירות, 2005-2007
6	א. שביעות רצון משירות קופות-החולים לאורך השנים
9	ב. רמת השירות הנתפסת בקופות-החולים לאורך השנים
10	ג. מדדים לטיפול רפואי
14	ד. פנייה מחוץ למערכת הציבורית
19	ה. תפיסת הנטל הכספי של הוצאות המשפחה לבריאות לאורך השנים
20	3.2 מדדי נגישות הקשורים לתשלום
20	א. ויתור על טיפול רפואי בקופה בגלל התשלום
21	ב. ויתור על תרופות בגלל התשלום
22	ג. ויתור על טיפול או תרופות בשל התשלום
23	3.3 פעולות של הקופות לריסון הוצאות
23	א. תהליך קבלת הפניה או התחייבות מהקופה
24	ב. דרישה של הקופה להחליף תרופה בשל המחיר
24	ג. ויתור על טיפול בגלל מרחק
25	3.4 תרופות
27	3.5 הערכת תפקוד מערכת הבריאות
28	4. מידת השוויוניות בין אוכלוסיות בשביעות הרצון ובנגישות השירותים
30	5. סיכום ודיון
33	רשימת מקורות
35	נספחים

## רשימת נספחים

37	נספח א': מאפיינים דמוגרפיים של מדגמי סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לפי שנים
38	נספח ב': השוואה בין מאפיינים דמוגרפיים של מדגם סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (2007) לבין מאפייני האוכלוסייה הבוגרת בישראל
39	נספח ג': שביעות רצון משירותים שונים
43	נספח ד': מדדי זמינות השירותים ונגישותם

45	נספח ה': מדדים לטיפול רפואי ולהערכת מצב הבריאות
49	נספח ו': פנייה מחוץ למערכת הציבורית
52	נספח ז': ניהול הטיפול התרופתי
54	נספח ח': מידת ההכבדה של תשלומי המשפחה בגין בריאות
55	נספח ט': ויתור על טיפול בקופה בשנה שקדמה לסקר בגלל תשלום, ופעילויות הקופות לריסון ההוצאות
58	נספח י': שביעות רצון ממערכת הבריאות ומקופת-החולים
59	נספח י"א: השוואה בין קבוצות אוכלוסייה

## רשימת לוחות ותרשימים

4	לוח 1: תוצאות עבודת השדה בסקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 ו-2007
7	תרשים 1: שביעות רצון מקופת-החולים באופן כללי
8	תרשים 2: שביעות רצון כללית מקופות-החולים, לפי קופה
11	תרשים 3: שיעור ביצוע בדיקות ממוגרפיה לבנות +50 לפי קבוצות אוכלוסייה
14	תרשים 4: הערכת מצב בריאות כגרוע, מחלה כרונית ומצוקה נפשית, 2007, לפי קופה
15	תרשים 5: פנייה מחוץ למערכת הציבורית
17	תרשים 6: בעלות על ביטוח סיעודי
20	תרשים 7: תשלומי המשפחה על בריאות מכבידים על המבוטחים
21	תרשים 8: ויתור על טיפול בקופה בשנה האחרונה בגלל תשלום, 1999-2007 (לא כולל תרופות)
22	תרשים 9: ויתור על תרופות מרשם בשנה האחרונה בגלל המחיר (לך או לבן משפחה)

## רשימת לוחות בנספחים

38	לוח ב-1: השוואה של מאפיינים נבחרים בין מדגם סקר חוק ביטוח בריאות 2007, לבין נתוני לשכה המרכזית לסטטיסטיקה
38	לוח ב-2: חברות בקופת-חולים - השוואה בין מדגם סקר חוק ביטוח בריאות 2007, לבין נתוני הביטוח הלאומי
39	לוח ג-1: שביעות רצון משירותים שונים, לפי קופת-חולים, בשנים נבחרות

- 41 לוח ג-2 : שביעות הרצון משירותים שונים, לפי מאפיינים נבחרים ולפי קופת-חולים – ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 43 לוח ד-1 : מדדי זמינות ונגישות השירותים, שינויים בשנים נבחרות, לפי קופה
- 44 לוח ד-2 : דיווח על קושי וקושי רב בקבלת טיפול רפואי, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 44 לוח ד-3 : דיווח על המתנה יותר משבועיים לרופא מומחה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 44 לוח ד-4 : דיווח על המתנה עד שבוע לרופא מומחה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 45 לוח ה-1 : מדדים לטיפול רפואי ולהערכת מצב הבריאות, לפי קופה, בשנים נבחרות
- 46 לוח ה-2 : בדיקות ממוגרפיה בקרב בנות +50, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 46 לוח ה-3 : ביצוע בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 46 לוח ה-4 : הערכת מצב בריאות כטוב או טוב מאוד, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 47 לוח ה-5 : תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 47 לוח ה-6 : רופא המשפחה הסביר לך מספיק על מצבך הרפואי והטיפול הנדרש, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 47 לוח ה-7 : רופא מקצועי הסביר לך מספיק על מצבך הרפואי והטיפול הנדרש, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 48 לוח ה-8 : בשנה האחרונה, האם קרה לך שביקרת אצל רופא והוא לא ענה לך על שאלות חשובות שהיו לך, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 48 לוח ה-9 : רופא כלשהו מרכז את כל המידע ו/או הטיפולים הרפואיים שאתה מקבל מרופאים שונים, בתי-חולים, מכונים וכד', 2007
- 49 לוח ו-1 : פנייה מחוץ למערכת הציבורית, לפי קופה בשנים נבחרות
- 50 לוח ו-2 : בעלות על ביטוח משלים, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 50 לוח ו-3 : בעלות על ביטוח מסחרי, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 50 לוח ו-4 : בעלות על ביטוח סיעודי פרטי כלשהו, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 51 לוח ו-5 : הוצאה על רופא פרטי (לא כולל רופא שיניים) בשלושת החודשים האחרונים, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 51 לוח ו-6 : הוצאה על מטפל ברפואה משלימה/אלטרנטיבית, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007

- 52 לוח ז-1 : בשנה האחרונה, הרופא עבר איתך על רשימת כל התרופות שאתה לוקח, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 52 לוח ז-2 : בשנה האחרונה, הרופא עבר איתך על רשימת כל התרופות שאתה לוקח (בקרב מי שלוקח תרופות בקביעות), ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 52 לוח ז-3 : בשנה האחרונה, הרופא הסביר לך מספיק על התרופות שאתה לוקח, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 53 לוח ז-4 : בשנה האחרונה, הרופא הסביר לך מספיק על התרופות שאתה לוקח (בקרב מי שלוקחים תרופות בקביעות), ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 54 לוח ח-1 : תשלומי המשפחה על בריאות מכבידים "במידה רבה", ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 55 לוח ט-1 : ויתור על טיפול בקופה בשנה שקדמה לסקר בגלל תשלום, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2007
- 55 לוח ט-2 : ויתור על תרופות שהרופא רשם בשנה שקדמה לסקר בגלל המחיר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2007
- 55 לוח ט-3 : ויתור על טיפול רפואי בקופה או על תרופות מרשם בשנה שקדמה לסקר, לפי קבוצות אוכלוסייה, 2007
- 56 לוח ט-4 : ויתור על טיפול בקופה בשנה שקדמה לסקר בגלל תשלום, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 56 לוח ט-5 : ויתור על תרופות שהרופא רשם בשנה שקדמה לסקר בגלל המחיר, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 56 לוח ט-6 : ויתור על טיפול רפואי בקופה או על תרופות מרשם בשנה שקדמה לסקר, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 57 לוח ט-7 : קבלת הפניה או התחייבות מהקופה לאחר מאמץ מסוים או בקושי, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 57 לוח ט-8 : דרישה של הקופה מהחולה להחליף תרופה בגלל מחירה הגבוה, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 58 לוח י-1 : שביעות רצון ממערכת הבריאות ומקופת-החולים באופן כללי לפי קופה, 2007
- 58 לוח י-2 : שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאוד מתפקוד מערכת הבריאות, ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, 2007
- 59 לוח י"א-1 : השוואה של מדדים שונים בין קבוצות חלשות באוכלוסייה לבין קבוצות אחרות, 2007
- 62 לוח י"א-2 : אוכלוסיות חלשות 2007 - מדדים מרכזיים : סיכום גרסיות לוגיסטיות (Odds Ratio)

## 1. מבוא

מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 עורך מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל מחקר מעקב אחר תפקוד מערכת הבריאות, מנקודת מבטם של הצרכנים. המחקר נעשה ביוזמת משרד הבריאות עם חקיקת החוק, ומטרתו לספק מידע עדכני שיסייע במעקב אחר תפקוד מערכת הבריאות, בחינת השפעות של שינויי מדיניות, ושיפור השירותים. המחקר מלווה על-ידי ועדת היגוי משותפת למשרד הבריאות, משרד האוצר, כל קופות-החולים, המוסד לביטוח לאומי וארגוני צרכנים.

במחקר פותחה סדרת מדדים קבועים הנוגעים לשביעות הרצון משירותי קופות-החולים, לאיכות השירותים, לפנייה מחוץ למערכת הציבורית ולנטל הכספי על המבוטחים. המידע נאסף באופן שוטף בסקרים דו-שנתיים, והוא מאפשר לעקוב אחר מגמות לאורך זמן.

המחקר חשוב במיוחד לקובעי המדיניות במערכת הבריאות, מאחר שהוא מביא את נקודת מבטם של צרכני המערכת. ממצאיו מאפשרים לעקוב לאורך זמן אחר רמת השירות ואיכות הטיפול הנתפסת, ולעמוד על מגמות וכן על השפעות של יוזמות מדיניות ברמה הלאומית ובקופות-החולים. כמו-כן, המחקר מאיר תחומים שרמת התפקוד בהם לקויה, ותורם בכך להעלאת תחומים אלה לדיון ציבורי ולקידום תכנון מענים מתאימים על-ידי קובעי המדיניות.

עד כה פורסמו במסגרת המחקר שישה דוחות. הדוח הנוכחי הוא השביעי במספר ובו מפורטים ממצאים לגבי סדרת המדדים שאחריהם נערך מעקב לאורך זמן, וכן לגבי נושאים שנבדקו לעומק בסקר זה: הסברים למטופלים וביטוחים משלימים. בסקר הנוכחי הוקדש פרק מיוחד לשירותי בריאות הנפש והממצאים פורסמו בדוח נפרד (ראה גרוס ואחרים, 2009).

### 1.1 רקע: שינויים במדיניות ובסביבה בתקופה 2005-2007

ב-2006-2007 יושמה מדיניות ממשלתית להרחבת ההנחות לתרופות לקשישים ולחולים כרוניים. ב-2006 הייתה הפחתה חד-פעמית בשיעור ההשתתפות העצמית של קשישים בתשלום על התרופות; ב-2007 הייתה הפחתה למחצית של תקרת תשלום לתרופות לחולה כרוני המקבל גמלת הבטחת הכנסה.

בשנים אלה הייתה צמיחה במשק, עלייה בצריכה פרטית וירידה באבטלה יחד עם התייצבות בהיקף העוני, אך גם גידול בפערים (כי מצב השכבות החזקות השתפר יותר מהממוצע והייתה פגיעה בקצבאות).

מדוח עיקרי התקציב 2008 (משרד האוצר, 2008) עולה כי השיפור במצב הכלכלי הכללי התבטא בגידול של 4.8% ב-2007 לעומת 2006 בתוצר לנפש. התוצר המקומי הגולמי צמח במחצית הראשונה של שנת 2007 בשיעור של 6.6% במונחים שנתיים, תוך עלייה של התוצר לנפש בשיעור של 4.8%. הצמיחה המהירה במחצית הראשונה של שנת 2007 מהווה המשך לצמיחה של 3.4% במחצית השנייה של שנת 2006 ו-6.0% במחצית הראשונה של אותה שנה.

ב-2007 עלתה הצריכה הפרטית בשיעור 7.5% לעומת 2006 (לאחר עלייה של 5.6% במחצית השנייה של 2006 ו-3.9% במחצית הראשונה של 2006). הגברת ההוצאה על צריכה פרטית משקפת את השפעת הגידול בהכנסה הפנויה של הפרטים כתוצאה מהפחתות המסים ומגידול ניכר במספר המועסקים.

נמשכה גם מגמה חיובית בשוק העבודה: ברבעון השני של 2007 גדל מספר המועסקים ב-4.6% לעומת הרבעון המקביל בשנה הקודמת. שיעור האבטלה ירד מ-9.2% ברבעון הראשון של 2005 ל-7.7% ברבעון הראשון של 2007 ול-7.6% ברבעון השני.

מהסקירה השנתית של הביטוח הלאומי (אנדבלד וכהן, 2007) עולה כי בהשוואה ל-2004 גדל מספר המפרנסים, במיוחד בעשירונים הנמוכים והביניים (2-6). השכר הריאלי בענפים מסורתיים לא עלה או אף נשחק. בין 2005-2006 שכר המינימום ירד ב-1.2% במונחים ריאליים. השכר הריאלי בענפים המאופיינים בשכר גבוה עלה. הייתה הגדלה בהכנסה הפנויה בעיקר בעשירונים גבוהים גם עקב רפורמה במס הכנסה (עודכנו מדרגות מס אך לא נקודות הזיכוי).

ב-2007 המשק הישראלי נהנה מצמיחה כלכלית. רמת החיים עלתה בין 2006 ל-2007, במונחי ההכנסה הפנויה לנפש, בשיעור ריאלי של 3.6%, ומשנת 2005 מסתכמת העלייה הריאלית בכ-8%. חציון ההכנסה הפנויה לנפש תקנית, שממנו נגזר קו העוני, עלה בין 2006 ל-2007 בשיעור של 4.6%. שכר המינימום ירד ב-1% במונחים ריאליים בין 2007 ל-2008 (הסקירה השנתית של הביטוח הלאומי, 2008).

בין השנים 2004-2006 עלתה ההכנסה הכלכלית המשפחתית בשיעור של כ-5% והמסים הישירים ירדו בכחצי אחוז. אך קצבות ביטוח לאומי ירדו ב-2.5%. סך-כל העלייה בהכנסה הפנויה המשפחתית הפנויה הגיעה ל-5.3% בשנים 2004-2006. עם זאת, ב-2006 נעשה לראשונה מאז 2002 עדכון בשיעור 2.7% בקצבאות הביטוח הלאומי, למעט קצבות זקנה (שהוגדלו בשנים קודמות); נמשך קיצוץ בקצבאות ילדים לילד 4 ואילך, אך בוטל הקיצוץ לילדים 1-3. בין 2005 ל-2006 עלתה הקצבה לילדים 1-2 ב-6% ריאלי וקצבה לילד 4 ירדה 1% ריאלי. הקצבה למשפחות עם יותר מארבעה ילדים פחתה ב-4%-6%. סכום קצבאות ממוצע למשפחה ירד ב-3.5% לעומת 2004.

לפי אנדבלד וכהן (2007), מגמות אלה הובילו ליציבות בממדי העוני בקרב משפחות. ב-2006 נבלמה מגמה של עלייה בשיעורי עוני בקרב ילדים (33.2% ב-2004, 35.2% ב-2006), במקביל להפחתת ממדי עוני בקרב קשישים (עקב הגדלת קצבאות הקשישים).

המשך יישום הרפורמה במס הכנסה, לצד המשך השחיקה בקצבאות הביטוח הלאומי, הובילו להמשך התרחבות הפערים בהכנסה הפנויה בין 2004-2006. שיעור המשפחות שהכנסתן מתחת לקו העוני היה 20.3% ב-2004 ונותר ברמה זהה ב-2006. תחולת העוני עלתה מ-23.6% ל-24.4%. משפחות ערביות ממשיות להיות הבולטות בשיעורי העוני הגבוהים בקרבן ובקרב ילדיהן.



## מגמות כלכליות במערכת הבריאות

על פי נתוני משרד הבריאות (בן נון וקידר, 2007), נמצאה ירידה בהוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מהתמ"ג - 7.8% ב-2006 וב-2005, לעומת 8.1% ב-2004 (כאשר הממוצע של מדינות OECD נמצא בעלייה והיה 8.9 ב-2006). כמו-כן, ב-2006 נמשכה הירידה בחלקו של המימון הציבורי (64% לעומת 66% ב-2004), ועלייה במימון פרטי (33% לעומת 30% ב-2004). ב-2007 הגיעה ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג ל-8%. שיעור שהוא מהנמוכים במדינות ה-OECD (למ"ס, 2009).

גדל הפער בין גידול בפועל של מספר הנפשות המתוקננות לבין מדד העדכון הדמוגרפי של הסל; וכן בין מדד תשומות הבריאות לבין מדד יוקר הבריאות לפיו מתעדכן הסל. כלומר, לקופות יש פחות כסף ריאלי להשקיע בשירותים. עם זאת, ב-2006 וב-2007 הייתה הקצאה גבוהה לעדכון סל התרופות (700 מיליון ₪ בסך-הכל); רובן תרופות מצילות חיים ולמחלות קשות.

בשנת 2007 נמשך פרויקט המדדים הלאומי וקיימת מדיניות לחזקו. מדיניות זו באה לביטוי בהצעת תקציב 2008 (סעיף ג') בה נקבע כי 20 מיליון ₪ יחולק בין קופות-חולים שיצטרפו לפרויקט מדדי איכות, כך שיעמדו ביעד לטיפול במי שחולים באי-ספיקת-לב וכן ביעדי איכות אחרים שיסוכמו בין משרדי הבריאות והאוצר (אך הסעיף לא נכלל בתקציב הסופי).<sup>1</sup>

כרקע להצגת הממצאים נסקור להלן כמה מהמדדים הכלכליים המלמדים על המצב הכספי של קופות-החולים בשנים שקדמו לסקר (2006-2007).<sup>2</sup>

בשנת 2007 הסתכמה עלות הסל ב-24,946 מיליון ₪ - גידול של 900 מיליון ₪ לעומת 2006. גידול זה נבע מעדכון של עלות הסל בעליית מדד יוקר הבריאות של 1.62% (398 מיליון ₪, עדכון לגידול אוכלוסייה (275 מיליון ₪), ותוספת של 450 מיליון ₪ לעדכון סל התרופות והטכנולוגיות והרחבת שירותי הרפואה המונעת. כמו-כן, מהסל הופחת מחיר המו-דיאליזה בסך 155 מיליון ₪. יש לציין שהסל כלל גם תוספת בגין הנחה לחולים כרוניים, קשישים ומקבלי הבטחת הכנסה בסך כ-6 מיליון ₪.<sup>3</sup>

פרט לתמיכות הממשלה, גם בהכנסות הקופות ממבוטחים חלה עלייה ב-2007 לעומת 2006. הכנסות ממבוטחים בגין השתתפויות עצמיות עלו ב-7.5% ב-2007 לעומת 2006, תרופות בסל עלו ב-7.2% והכנסות משירותי הבריאות הנוספים (שב"ן) עלו בכ-1.7%.

<sup>1</sup> בהצעת התקציב נאמר כי הסכום לא יהווה חלק מעלות הסל. חלוקתו תהיה לפי מפתח הקפיטציה (למעט עמידה ביעדי רפואה מונעת אישית) (יתרת הסכום תחולק בין קופות-חולים כנגד עמידה ביעדי ההוצאה והאיזון כפי שייקבעו בהסכמים בין הקופות לממשלה (2208 סעיף ה') - 0.3% מסך הכנסות הקופות בהתאם להוראות חב"מ או 15% מגירעונה הצבור של קופה לשנים 1999-2006, לפי הנמוך מביניהם (להלן יעד צמצום גירעון צבור). הסכום שיינתן לקופות על עמידה ביעדי איכות יחולק לפי מפתח הקפיטציה

<sup>2</sup> הנתונים מתוך הדוח המסכם על פעילות קופות החולים לשנת 2007 (משרד הבריאות, 2008).

<sup>3</sup> בנוסף על עלות הסל, כדי להשיג את היעד של ייצוב כלכלי, הוקצו ב-2007 לקופות-החולים 26 מיליון ₪ נוספים אשר חולקו בין הקופות בהתאם לנוסחת הקפיטציה.

בסך-הכל, בשנת 2007 המשיכה המגמה של צמצום הגירעון הכללי במערכת כאשר שלוש קופות (מכבי, לאומית ומאוחדת) אף סיימו את השנה בעודף ושיפרו את התוצאות הכספיות שלהן. לעומתן, כללית הגדילה את הגירעון הכספי שלה (ב-11 מיליון ₪).

לגבי הוצאה לנפש מתוקנת (מגזר הקהילה), עולה מהנתונים כי רק בלאומית חלה ירידה בהוצאה לנפש מתוקנת ב-2007 לעומת 2006. בשאר הקופות (כללית, מכבי ומאוחדת) כמעט שלא חל שינוי בהוצאה. בהכנסה לנפש מתוקנת חלה עלייה קלה של כ-2% בכללית, מכבי ומאוחדת, ושל 3% בלאומית. כלומר, גם במונחים לנפש מתוקנת נראה שהמערכת נמצאה בשנה זו באיזון.

## 2. שיטת המחקר

בדוח זה מוצגים ממצאים מסקר אוכלוסייה שנערך ב-2007, תוך השוואה ביניהם לבין ממצאים מהסקרים שנערכו ב-1995, ב-1997, ב-1999, ב-2001, ב-2003 וב-2005. לפיכך, בפרק זה תוצג שיטת הדגימה ותוצאות עבודת השדה בכל אחד מהסקרים.

### 2.1 אוכלוסיית הסקר והמדגם

סקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 ו-2007 כללו את כל התושבים בני 22 ומעלה. המסגרת לדגימה הייתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק והוט, ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים,<sup>4</sup> התוצאות מפורטות בלוח 1.

לוח 1: תוצאות עבודת השדה בסקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, ו-2007

שנת סקר	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
מספר הטלפונים שנדגמו	1,600	1,750	2,531	2,799	2,699	3,218	2,741
מספר הטלפונים השייכים לאוכלוסיית המחקר <sup>1</sup>	1,300	1,463	2,056	2,260	2,276	2,240	2,258
<b>סך-הכל שאלונים מלאים</b>	<b>1,089</b>	<b>1,205</b>	<b>1,727</b>	<b>1,849</b>	<b>1,908</b>	<b>1,902</b>	<b>1,868</b>
שיעור ההיענות (באחוזים)	84	81	83	82	84	85	83
<b>סיבות לאי-ריאיון:</b>							
סירוב (באחוזים)	8	10	8	10	6	10	12
קשיים ביצירת קשר (שפה, קושי מנטלי, בעיות רפואיות, איתור) (באחוזים)	8	9	9	7	10	5	5

<sup>1</sup> במחקר לא נכללו מספרי טלפון של בתי עסק, מוסדות, תושבים זרים, פקס, מודם וצעירים מתחת לגיל 22. כמו-כן לא נכללו מספרי טלפון ניידים, מספרי טלפון שבהם הקו לא היה תקין במשך חודשיים וקו ללא תשובה במשך חודשיים.

ערכנו השוואה בין מאפייני המדגם ב-2007 לבין מאפייני האוכלוסייה בישראל מתוך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ונתוני המוסד לביטוח לאומי על התפלגות המבוטחים לפי קופת-חולים (נספח

<sup>4</sup> לצורך דגימה אקראית, המראינת ביררה כמה אנשים מתגוררים בבית ומה גילם. באמצעות דגימה מקרית אוטומטית דגמה מקרית את בן הבית עמו יתקיים הריאיון (הצעיר ביותר, המבוגר ביותר וכד').

ב' (לוחות ב-1 ו-ב-2). נמצא כי מאפייני האוכלוסייה דומים במשתנים הבאים: גיל, אזור מגורים, לאום, שנת עלייה מברית-המועצות לשעבר, מין וחברות בקופת-חולים. הבדלים נמצאו במשתנים: השכלה וארץ לידה; כך, ששיעור המדווחים על השכלה על-תיכונית ואקדמית גבוה יותר בקרב המרוויינים, לעומת שיעור בעלי ההשכלה האקדמית בנתוני הלמ"ס 2007, ושיעור המדווחים על היותם ילידי ישראל גבוה יותר בקרב המרוויינים לעומת שיעורם בנתוני הלמ"ס 2007.

## 2.2 שיטת הדגימה והשקלול

כדי שאומדני המחקר יהיו מדויקים, המדגם שוקלל בשני שלבים:<sup>5</sup> בשלב הראשון קיבל כל אדם משקל המבטא את הסתברותו להידגם. יחס הדגימה נקבע לפי מספר הטלפונים באזור החיגו שממנו נדגם, לפי מספר הבוגרים מעל גיל 22 במשק הבית ולפי מספר קווי הטלפון בבית.<sup>6</sup> בשלב השני האוכלוסייה חולקה ל-8 שכבות, לפי קבוצת אוכלוסייה (ערבים או יהודים), מין (גברים או נשים) וגיל (מתחת גיל 65 ומעל). כל שכבה במדגם קיבלה משקל המביא בחשבון את גודלה באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס. חישוב המשקלות לכל נדגם נעשה לפי הנוסחה:<sup>7</sup>

$$\left[ w_i = \frac{P_s}{p_s} * M_j * \frac{1}{T_j} * \frac{N_h}{n_h} \right]$$

## 2.3 איסוף הנתונים וכלי המחקר

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

שאלון המחקר כולל סדרת מדדים קבועים (Gross, 2004), ושאלות משתנות בהתאם לדגשים שמתואמים עם ועדת ההיגוי. בשנת 2007 כלל שאלון המחקר את הנושאים הבאים: מגמות לאורך זמן בשביעות רצון, ברמת שירות, בפנייה מחוץ למערכת הציבורית, בנטל כספי; מדדי נגישות השירותים;

<sup>5</sup> חישוב המשקלות נעשה על פי ייעוץ של שירותי הייעוץ הסטטיסטי של האוניברסיטה העברית בירושלים.

<sup>6</sup> בסקרים ב-1995 וב-1997 לא נעשתה התאמה לפי מספר קווי הטלפון בבית, שכן נתון זה היה חסר בשאלון.

<sup>7</sup>  $w_i$  = המשקל שקיבל הפרט  $i$ ;  $\frac{P_s}{p_s}$ ; הינו היחס בין מספר הטלפונים באוכלוסייה לכל אזור חיגו (02,03,04),

וכו') לבין מספר הטלפונים במדגם בכל אזור חיגו (כולל נפל ואפס);  $M_j$  הוא מספר הבוגרים במשק הבית

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

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

תרופות ועדכון סל הבריאות; התנסויות של חולים במערכת; הערכת תפקוד מערכת הבריאות; בריאות הנפש (צרכים ושימוש בשירותים).

בשאלון המחקר של שנת 2007 נכללו שאלות שנלקחו מהשאלונים מהסקרים בשנים קודמות, כדי להבטיח המשכיות המעקב אחר מדדים מרכזיים. כמו-כן נוספו שאלות בנושאים שצוות המחקר וועדת ההיגוי החליטו כי הם נושאים הנמצאים על סדר היום, שיש להתעמק בהם, למשל, פרק על בריאות הנפש (שממצאיו מוצגים בדוח נפרד, ראה גרוס ואחרים, 2009). חלק מהשאלות תורגמו משאלונים שנעשה בהם שימוש במחקרים דומים בארצות אחרות.

## 2.4 שיטות ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). ניתוח דו-משתני נעשה באמצעות מבחני חי בריבוע לבדיקת קשר בין משתנים לא רציפים. ניתוח רב-משתני נעשה באמצעות רגרסיה לוגיסטית, כשהמשתנה התלוי דיכוטומי. ברגסיה זו מדד ה-Odds Ratio מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי תלויים הנכללים במודל.<sup>8</sup> כאשר המשתנה התלוי הוא בעל יותר משתי קטגוריות אך אינו רציף נעשה שימוש ברגסיה קטגוריאלית מסוג CATREG (Regression with Optimal Scaling). ברגסיה זו הסטטיסטי F מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי תלויים הנכללים במודל.

כל ההבדלים המוצגים להלן (בין שנים, בין קופות, ובין קבוצות אוכלוסייה) הם הבדלים מובהקים סטטיסטית ( $p < 0.05$ ) אלא אם נאמר אחרת.

## 3. ממצאים

### 3.1 מגמות בשביעות רצון, נטל כספי והיבטים נבחרים של רמת השירות,

2007-2005

כדי לבחון אלה שינויים התרחשו במערכת, נבנו מדדים, שעל פיהם אנחנו עוקבים אחר שביעות הרצון, רמת השירות הנתפסת, והנטל הכספי הנתפס, מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. השוואה בין הממצאים ב-2007 לממצאים משנים קודמות מלמדת על מגמת השינוי. בנוסף לבחינת השינויים לאורך השנים, מצוינים בפרק זה גם הבדלים עיקריים בין הקופות, לפי ממצאי הסקר לשנת 2007.

#### א. שביעות רצון משירות קופות-החולים לאורך השנים

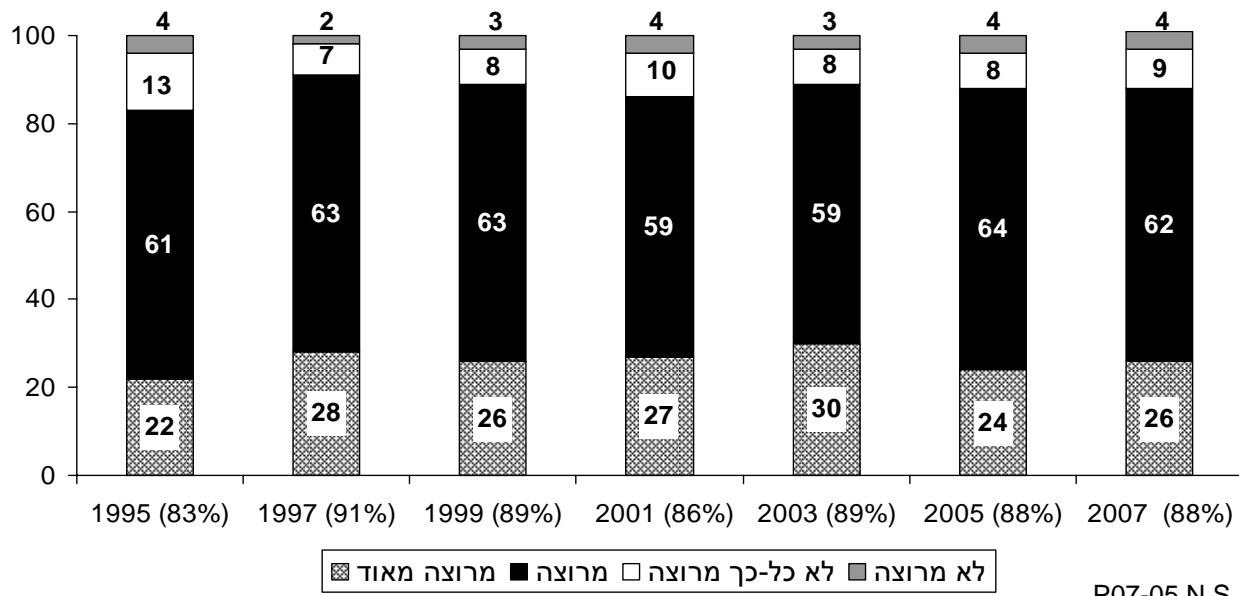
בדומה לשנים האחרונות, גם בשנים 2007-2005 נשמרה רמה גבוהה של שביעות רצון מקופות-החולים.

---

<sup>8</sup> השפעה עצמאית חיובית של משתנה משמעותה היא שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי יותר ממי שאין להם מאפיין זה. השפעה עצמאית שלילית משמעותה שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי פחות ממי שאין להם מאפיין זה.

**שביעות רצון כללית משירותי קופת-החולים:** המרואיינים נשאלו באיזו מידה הם מרוצים משירותי קופת-החולים שלהם. נמצא שב-2007 לא חל שינוי בשיעור המרוצים או מרוצים מאוד, וכמו ב-2005 הוא עומד על 88% (תרשים 1). גם שיעור המרוצים מאוד נותר ללא שינוי מובהק: 26% ב-2007 לעומת 24% ב-2005. השינוי בין השנים אינו מובהק גם בניתוח רב-משתני.

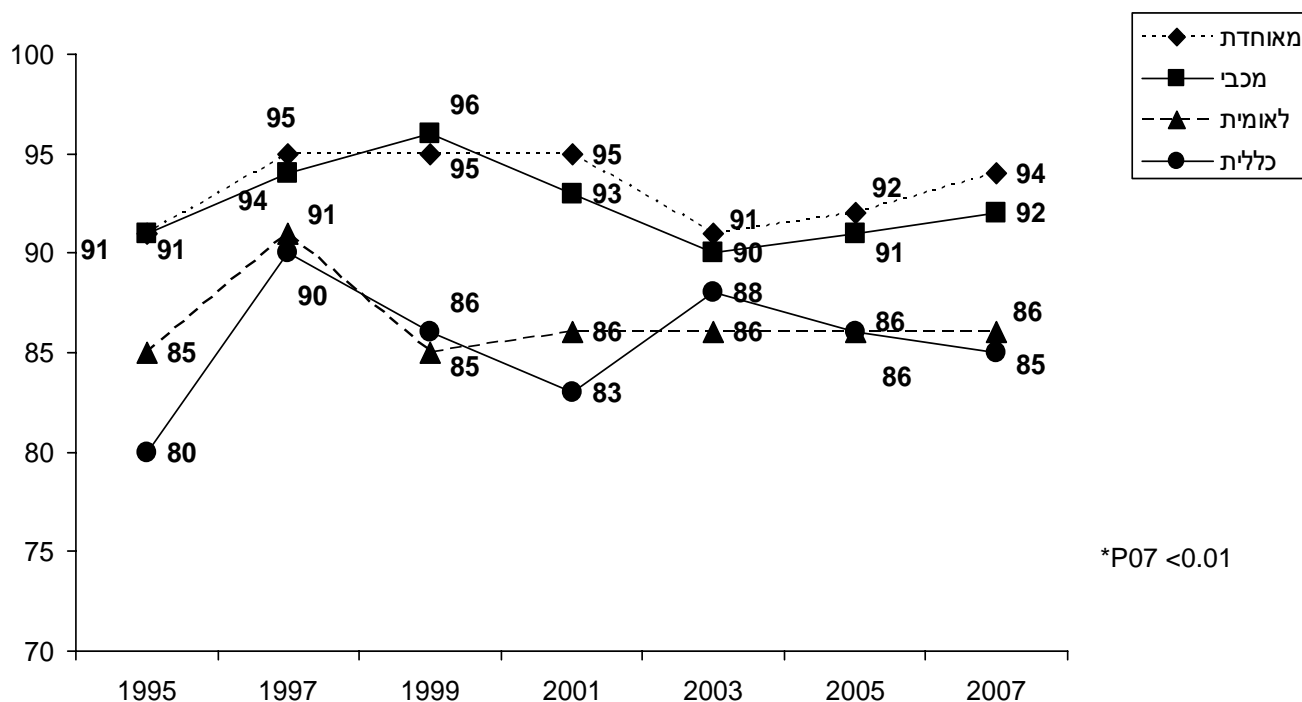
**תרשים 1: שביעות רצון מקופת-החולים באופן כללי\***



\* בסוגריים מובא אחוז העונים מרוצה ומרוצה מאוד

בניתוח שביעות הרצון לפי קופות נמצאה עלייה מובהקת באחוז המרוצים מאוד בלאומית. בשאר הקופות השינוי אינו מובהק. כמו-כן, נמצא כי בדומה למצב ב-2005, גם ב-2007 קיים הבדל מובהק בשיעור המרוצים והמרוצים מאוד בין קופת-חולים מאוחדת (94%) ומכבי שירותי בריאות (92%), לבין קופת-חולים לאומית (86%) ושירותי בריאות כללית (85%) (תרשים 2).

תרשים 2: שביעות רצון כללית מקופות-החולים, לפי קופה (אחוז המרוצים והמרוצים מאוד)



**שביעות רצון לפי תחומי שירות:** בתשובה לשאלות מפורטות על שביעות רצון מתחומי שירות שונים נמצא כי ב-2007 חל גידול בשיעור המרוצים מאוד משירותי הקופה בתחומי שירות הקשורים לצוות הרפואי: מקצועיות ויחס רופא המשפחה, מקצועיות רופא מומחה, יחס אחיות, ויחס הפקידים. כמו-כן, נמצאה עלייה מובהקת בשביעות הרצון ממבחר התרופות ומן הקלות בה ניתן להשיג אותן בקופה. השינויים בשביעות הרצון מן הקלות בה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות, מניקיון וטיפול מתקני הקופה ומשירותי המעבדה, לא נמצאו מובהקים (ראה נספח ג' לוח ג-1).

כדי לבחון את ההשפעה העצמאית של קופה על שביעות הרצון ב-2007, ערכנו ניתוח רב-משתני (המשתנה התלוי היה "אחוז המרוצים מאוד") שבו פיקחנו על משתני רקע עיקריים: גיל 65 ומעלה, מין, מחלה כרונית, הכנסה נמוכה, שפה ערבית ושפה רוסית. התוצאות מוצגות בלוח ג-2 שבנספח ג'.

ראינו כי קיימים הבדלים בין הקופות בתחומי השירות השונים. למשל, נמצא שלחברות במכבי ובמאוחדת יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה מאוד מהרמה המקצועית של הרופאים המקצועיים. לחברות בלאומית ומאוחדת יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה מניקיון וטיפול מתקני הקופה. עוד נמצא כי לחברות במכבי, לעומת בקופות-החולים האחרות, יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה מהרמה המקצועית של רופא המשפחה. לחברות במאוחדת, לעומת בשאר הקופות, יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה מן הקלות בה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות. לחברות בלאומית, לעומת בקופות-החולים האחרות, יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה מיחס האחיות.

בהתייחס להבדלים בין קבוצות אוכלוסייה, עלה מן הניתוח הרב-משתני (נספח ג' לוח ג-2) כי בעלי המאפיין "דוברי רוסית" נוטים לדווח על שביעות רצון נמוכה יותר, לעומת האחרים מרוב תחומי השירות. בעלי המאפיין "חולה כרוני" נוטים לדווח על שביעות רצון גבוהה יותר מהאחרים מיחס האחיות, מיחס רופא המשפחה וממקצועיותו. בעלי המאפיין "הכנסה בחמישון התחתון" נוטים לדווח על שביעות רצון גבוהה יותר מהאחרים מיחס האחיות, מטיפוח וניקיון מתקני הקופה ומהמקצועיות של הרופאים המומחים; והם מדווחים פחות מהאחרים על שביעות רצון מקלות קבלת התרופות שנרשמו להם על-ידי הרופא.

## **ב. רמת השירות הנתפסת בקופות-החולים לאורך השנים**

בלוח ד-1 בנספח ד' מסוכמים הנתונים של מדדי זמינות השירותים ונגישותם לאורך זמן לפי קופה. כפי שניתן לראות בלוח, השינויים שחלו בכל מדדי הזמינות והנגישות בין שנת 2005 ל-2007 אינם מובהקים.

**נוחות שעות עבודה.** שביעות הרצון מנוחות שעות העבודה בכל התחומים נותרה ב-2007 ללא שינוי מובהק לעומת 2005. ההבדל בין השנים נותר בלתי מובהק גם בניתוח רב-משתני. השוואה של מדדי נוחות שעות עבודה בשנת 2007 בין הקופות, מראה כי שעות העבודה של רופאי המשפחה פחות נוחות בכללית (16% ענו נוח מאוד, לעומת כ-22% במכבי ולאומית, ו-24% במאוחדת). שעות משרד פחות נוחות בכללית ובמכבי (10% ו-16%, בהתאמה, ענו נוח מאוד, לעומת 26% בלאומית ו-22% מאוחדת). לא נמצאו הבדלים בנוחות שעות מעבדה ורופא מקצועי.

**משך ההמתנה במרפאת רופא המשפחה ומשך ההמתנה לתור למומחה.** בשנת 2007 דיווחו 63% כי המתנינו עד 15 דקות אצל רופא המשפחה (ללא שינוי מ-2005), 19% המתנינו עד חצי שעה ו-17% חיכו יותר מחצי שעה (לעומת 22% ו-15%, בהתאמה, ב-2005; השינוי אינו מובהק). ארבעים ושלושה אחוזים ראו מומחה תוך שבוע מן הפנייה אליו, 18% חיכו בין שבוע לשבועיים ו-39% המתנינו יותר משבועיים לטיפול (ללא הבדל מובהק מ-2005).

השוואת משך ההמתנה לרופא המשפחה בין הקופות השונות מעלה כי אין הבדל מובהק ביניהן, אבל במאוחדת שיעור גבוה יותר ממתנינים זמן קצר לרופא - 70% דיווחו שהמתנינו עד 15 דקות לעומת 58%-63% בקופות אחרות. ניתוח השינויים בזמן ההמתנה בתוך כל קופה מעלה כי לא חל שינוי מובהק באף אחת מן הקופות.

כאשר המשתנה התלוי הוא "המתנה לתור למומחה עד שבוע" נמצא כי יותר ממבוטחי מאוחדת מגיעים למומחה תוך שבוע (59%), מאשר מבוטחי מכבי ולאומית (53%), וכללית (34%). כאשר המשתנה התלוי הוא "המתנה לתור למומחה יותר משבועיים" נמצא שבמאוחדת ובמכבי פחות אנשים ממתנינים זמן רב (28% ו-31%, בהתאמה), לעומת המצב בכללית (45%) ובלאוומית (34%). נמצא כי דוברי ערבית מחכים פחות מאשר שאר האוכלוסייה (23% לעומת 40%), הניתוח הרב-משתני של שני משתנים אלה מחזק את ממצאי הניתוח הדו-משתני (נספח ד' לוחות ד-3 וד-4). כמו-כן, מהניתוח הרב-משתני עולה כי חולים כרוניים ממתנינים יותר לרופא מומחה.

**קושי בקבלת טיפול רפואי.** מדד נגישות נוסף הוא תפיסת מידת הקושי בקבלת טיפול רפואי. שאלנו: **"באופן כללי עד כמה קשה לך לקבל טיפול רפואי כשאתה זקוק לו?"** שאלה זו מתייחסת לקושי כללי בנגישות הטיפול, שיכולות להיות לו סיבות שונות: מרחק, שעות, ביורוקרטיה, תשלום וכד'. בשנת 2007 אחוז המדווחים כי "קשה" או "קשה מאוד" לקבל טיפול נותר ללא שינוי (14% לעומת 15% ב-2005). עם זאת, חלה עלייה בשיעור המדווחים כי "לא קשה בכלל" (כלומר יש פחות קושי לקבל טיפול רפואי): 56% לעומת 46% ב-2005. השינוי בין השנים נמצא מובהק גם בניתוח רב-משתני. מגמה זו נמצאה בכל קופות-החולים, למעט במכבי שם שיעור נמוך יחסית (50%) דיווחו כי "לא קשה בכלל" לקבל טיפול רפואי (לעומת 63% בלאומית, 61% במאוחדת ו-56% בכללית).

בניתוח השינוי לפי קופה נמצא שיפור בכללית (56% לעומת 44% ב-2005), בלאומית (63% לעומת 45% ב-2005), ובמאוחדת (61% לעומת 52% אך לא מובהק). לא נמצא שיפור במכבי (50% בשתי השנים).

כאשר השווינו קושי בקבלת טיפול רפואי לפי קבוצות אוכלוסייה נמצא כי גם בקרב קבוצות פגיעות, כגון חולים במחלה כרונית, קשישים מעל גיל 65, דוברי ערבית ובעלי הכנסה בחמישון התחתון, עלה אחוז העונים "בכלל לא קשה" ב-2007 לעומת 2005.

כדי לאתר את מאפייני האוכלוסייה שיש להם השפעה עצמאית על תחושת הקושי בקבלת טיפול רפואי ב-2007, ערכנו ניתוח רב-משתני לפי מאפייני רקע (נספח ד' לוח ד-2). מהניתוח עולה כי המשתנה אישה מנבא קושי בקבלת טיפול רפואי, ואילו המשתנים שייכות למאוחדת, למכבי וללאומית, גיל מעל 65, דוברי ערבית, ודוברי רוסית, מנבאים פחות קושי בקבלת טיפול רפואי.

### **ג. מדדים לטיפול רפואי**

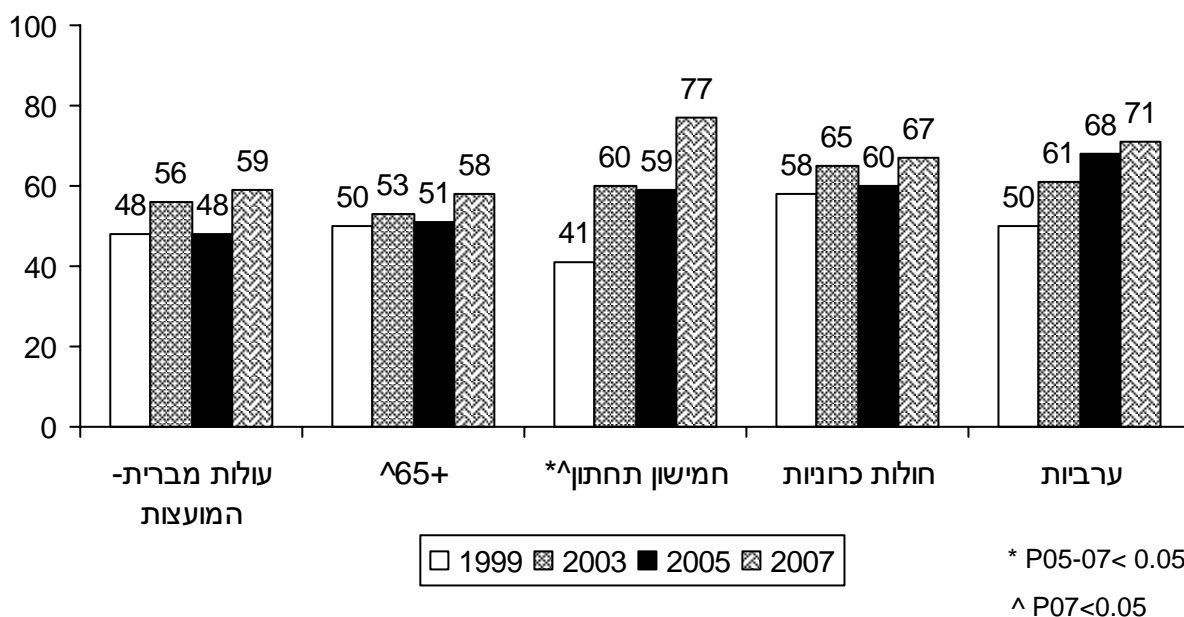
בנספח ה' מוצגת סדרת מדדים הנוגעים להיבטים של הטיפול הרפואי הניתן למבוטחים, ולהערכת מצב הבריאות, וכן השוואה בין קופות ובין קבוצות אוכלוסייה ב-2007.

#### **רפואה מונעת**

**שיעור ביצוע בדיקת ממוגרפיה.** בדקנו את שיעור בנות +50 שדיווחו על ביצוע בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות. השיעור הכללי עומד ב-2007 על 66%, לעומת 63% ב-2005. ההבדל אינו מובהק (גם לא בניתוח רב-משתני), אך מתאים למגמה של עלייה איטית בשיעורי הביצוע. בחינת השינוי בין השנים בשיעורי ביצוע בדיקת ממוגרפיה בקרב אוכלוסיות חלשות מעלה כי הוא מובהק רק בקרב בעלות הכנסה בחמישון התחתון (תרשים 3). בשאר האוכלוסיות מסתמנת מגמת עלייה וייתכן כי השינויים בין השנים לא נמצאו מובהקים מכיוון שמדובר במספרים קטנים.



### תרשים 3: שיעור ביצוע בדיקות ממוגרפיה לבנות +50 לפי קבוצות אוכלוסייה



בניתוח ההבדלים בשיעורי ביצוע הממוגרפיה בתוך הקופות בשנת 2007, לעומת 2005, לא נמצאו הבדלים מובהקים על אף שנרשמה עלייה במאוחדת (70% לעומת 53% ב-2005), ובלאומית (53% לעומת 41%). גם כאן, ייתכן ששינויים אלה לא נמצאו מובהקים בשל העובדה כי מדובר בסדרי גודל קטנים מדי. מהשוואה של שיעורי ביצוע הבדיקה בין הקופות עולה כי אין הבדל מובהק באחוז הנבדקות בכל קופה. עם זאת, שיעורי הביצוע במכבי ובמאוחדת גבוהים (73% ו-70%, בהתאמה) מאלה של הכללית (65%) והלאומית (53%).

בניתוח רב-משתני נמצאה השפעה עצמאית מובהקת ושליטת של המשתנה "גיל מעל 65" על ביצוע ממוגרפיה. למשתנה "דובר רוסית" נמצאה השפעה עצמאית שליטת הנמצאת על גבול המובהקות ( $p = 0.09$ ) (נספח ה', לוח ה-2).

**שיעור ביצוע בדיקת לחץ-דם.** שיעור הדיווח על ביצוע בדיקת לחץ דם בחצי השנה האחרונה נותר ללא שינוי מובהק (47% לעומת 50% ב-2005). בניתוח לפי קבוצות אוכלוסייה (לוח י"א-1), עולה כי שיעור המדווחים על ביצוע בדיקת לחץ דם בחצי השנה שקדמה לריאיון גבוה יותר בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (55%) ובעלי מחלה כרונית (61%); קשישים (61%), ונמוך בקרב דוברי רוסית (39%). בניתוח רב-משתני (נספח ה', לוח ה-3) נמצא כי למשתנים גיל מעל 65, מחלה כרונית וחברות בלאומית, יש השפעה עצמאית חיובית על ביצוע בדיקת לחץ דם בחצי השנה האחרונה, בעוד שלמשתנה דובר רוסית יש השפעה עצמאית שליטת עליו.

**שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בשנה האחרונה.** שאלנו את המרואיינים האם קיבלו חיסון נגד שפעת בשנה שקדמה לסקר. ב-2007 נמצאה ירידה בשיעורי קבלת החיסון נגד שפעת בקרב מבוגרים מעל גיל 65 (46% לעומת 56% ב-2005) (נספח ה' לוח ה-1)

בהשוואת שיעורי ביצוע החיסון בקרב מבוגרים מעל גיל 65 נמצא כי שיעור הביצוע הגבוה ביותר הוא בקרב דוברי עברית (50%), לעומת 37% בקרב דוברי רוסית ו-27% בקרב דוברי ערבית. בנוסף, קיים הבדל מובהק בין הקופות: במאוחדת נמצא השיעור הגבוה ביותר של בני 65 ומעלה שקיבלו חיסון נגד שפעת (68%) לעומת 40% בכללית.

### **רפואה ראשונית**

שמונים וחמישה אחוזים מן המרואיינים דיווחו כי פנו לרופא משפחה בשנה שקדמה לסקר. שיעור הפונים לרופא משפחה שונה בין הקופות והוא גבוה יותר בכללית (87%) ונמוך יותר במאוחדת (79%). ניתוח שיעור הפונים לרופא משפחה לפי קבוצות אוכלוסייה מעלה כי קשישים (מעל גיל 65) פונים לרופא משפחה יותר מאשר צעירים (95% לעומת 78%), נשים פונות יותר מגברים (88% לעומת 81%), וחולים כרוניים יותר מבריאים (94% לעומת 80%). ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית מעלה כי למשתנים גיל (מעל 65), מין (נשים), ומחלה כרונית, יש השפעה עצמאית חיובית על פנייה לרופא משפחה (כלומר, פונים יותר), ואילו למשתנה "חבר במאוחדת" יש השפעה עצמאית שלילית.

בשנת 2005 הוכנס לשאלון מדד שנועד לבדוק את התקשורת בין הרופא לחולה, שאחת מדרכי ביטוייה הוא מתן הסברים טובים ומספקים של הרופא לחולה הנוגעים למחלה, לטיפול הרפואי שניתן לחולה בה ולמצבו הרפואי של החולה. הסברים טובים ומספקים הם מרכיב חשוב במתן טיפול רפואי טוב מאחר שהם משפיעים על היענות החולה לטיפול המוצע לו על-ידי הרופא, ועל הסיכוי שהוא ינהג לפי הנחיות הרופא ובכך יסייע בשיפור מצבו הרפואי.

גם השנה שאלנו מספר שאלות הנוגעות לקבלת הסברים מהרופא: **"בביקור האחרון, האם רופא המשפחה הסביר לך מספיק על מצבך הרפואי ועל הטיפול הנדרש?"** נמצא כי 17% דיווחו כי ההסבר שקיבלו מרופא המשפחה בביקור האחרון היה לא כל-כך מספיק, או לא מספיק, לדעתם. נתון זה אינו שונה באופן מובהק מן הממצא ב-2005 (19%). לא נמצא הבדל בין הקופות או בין אוכלוסיות בשיעור המדווחים כי ההסבר שקיבלו מרופא המשפחה לא היה מספיק.

בניתוח רב-משתני על קבלת הסברים מספקים מרופא המשפחה לא נמצאו השפעות עצמאיות של אף אחד ממשתני הרקע שנבדקו (נספח ה' לוח ה-6).

בחינת השינוי בין השנים בשיעורי המדווחים כי רופא המשפחה הסביר מספיק בכל אחת מקופות-החולים העלתה כי בכללית חלה עלייה מובהקת (מ-78% ב-2005 ל-82% ב-2007). מגמת שיפור (לא מובהקת) נמצאה בלאומית (77% ל-81%) ובמאוחדת (82% ל-88%), וירידה מובהקת נמצאה במכבי (מ-89% ל-84%).

בתשובה על השאלה "בביקור האחרון, האם הרופא המקצועי הסביר לך מספיק על מצבך הרפואי ועל הטיפול הנדרש?" נמצא כי 18% דיווחו כי לא קיבלו הסבר מספיק, לא כל-כך מספיק או בכלל לא, מרופא מקצועי בביקור האחרון. לא נמצא הבדל בין הקופות או בין אוכלוסיות בשיעור המדווחים כי ההסבר שקבלו מרופא מקצועי לא היה מספיק.

בניתוח רב-משתני על מתן הסברים מספיקים מהרופא המקצועי (לוח ה-7 בנספח ה') נמצא כי למשתנה חבר מכבי יש השפעה עצמאית חיובית על קבלת הסברים מספיקים. בהשוואה בין הקופות נמצא כי קיים הבדל מובהק בין הקופות באחוז המשיבים כי קיבלו הסברים מספיקים מן הרופא: 88% ענו כן במכבי, לעומת 86% בלאומית, 83% במאוחדת, ו-78% בכללית.

בתשובה על השאלה "בשנה האחרונה, האם קרה שביקרת אצל רופא והוא לא ענה על שאלות חשובות שהיו לך?" דיווחו 16% שבשנה האחרונה הרופא לא ענה להם על שאלות חשובות שהיו להם בזמן הביקור אצלו (ללא שינוי מ-2005). לא נמצאו הבדלים לפי מאפייני רקע (שפה, קופה, גיל ומין).

בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית (לוח ה-8, נספח ה') נמצא כי למשתנים גיל (מעל גיל 65), מין (נשים), ומחלה כרונית, יש השפעה עצמאית שלילית על אי-קבלת מענה מרופא על שאלות חשובות; כלומר, הבעיה של אי-מענה על שאלות חשובות קטנה יותר בעבורם.

תיאום טיפול הינו היבט נוסף של בחינת איכות הטיפול במבוטחים. שאלנו את המרואיינים: "האם יש רופא שמרכז את כל המידע על הטיפולים הרפואיים שאתה מקבל מרופאים שונים, בתי-חולים, מכונים וכדומה?" על שאלה זו ענו בחיוב 63% מן המרואיינים (ללא שינוי מ-2005). בעבור כמעט כולם (99%) הרופא המרכז את המידע הינו רופא המשפחה שלהם.

ניתוח לפי קופה של שיעור העונים בחיוב מעלה כי לאחוז גבוה יותר ממבוטחי כללית יש רופא המרכז את כל המידע בנוגע לטיפולים הרפואיים שהם מקבלים (70%), לעומת 56% במכבי, 55% במאוחדת, ו-48% בלאומית. ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית מעלה כי למשתנים חבר כללית, גיל (מעל 65), מחלה כרונית ודובר ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על ריכוז המידע הרפואי בידי רופא אחד. לעומת זאת, למשתנים גברים והכנסה נמוכה (בחמישון התחתון) ודוברי רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על ריכוז המידע הרפואי בידי רופא יחיד (נספח ה' לוח ה-9).

#### **הערכת מצב בריאות ומצב בריאות הנפש**

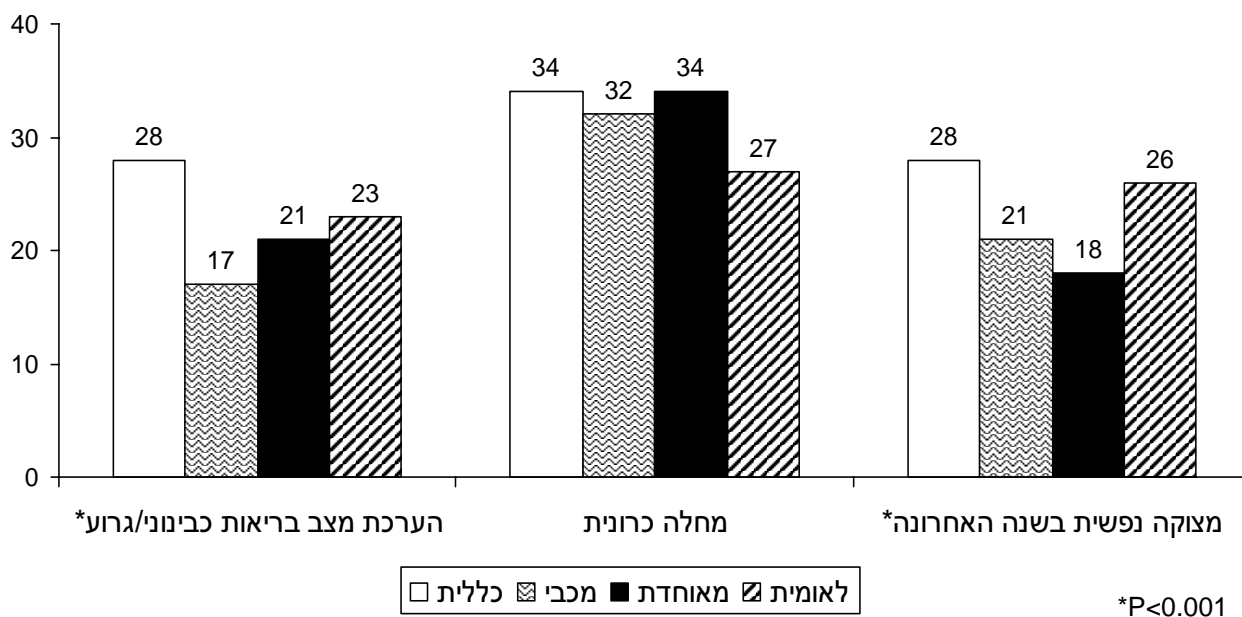
ב-2007 חלה עלייה מובהקת בשיעור המעריכים את מצב בריאותם כטוב עד טוב מאוד (76% לעומת 72% ב-2005). כמו-כן, נמצאה ירידה מובהקת בשיעור המדווחים על מצוקה נפשית (25% לעומת 39% ב-2005).

בהשוואה בין קופות-החולים ב-2007 (תרשים 4) נמצא כי יש הבדל בין הקופות בשיעורי הדיווח על מצב בריאות בינוני עד גרוע: שיעור נמוך יותר דיווחו על מצב בריאות בינוני או גרוע במכבי (17%), ושיעור גבוה דיווחו על כך בכללית שירותי בריאות (28%). בניתוח רב-משתני על מצב בריאות טוב או

טוב מאוד נמצא כי למאפיינים מבוגרים מעל גיל 65, חולים במחלות כרוניות, בעלי הכנסה בחמישון התחתון ודוברי רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על הערכת מצב הבריאות כטוב, ולחברות במאוחדת יש השפעה עצמאית חיובית (נספח ה' לוח ה-6).

הבדל בין הקופות נמצא גם בשיעורי הדיווח על תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה. יותר ממבוטחי כללית ולאומית, לעומת הקופות האחרות, חוו בשנה האחרונה מצוקה קשה, שהתקשו להתמודד איתה בעצמם (28% בכללית ו-26% בלאומית, לעומת 21% במכבי ו-18% במאוחדת).

**תרשים 4: הערכת מצב בריאות כגורע, מחלה כרונית ומצוקה נפשית, 2007, לפי קופה**



בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית על תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה (לוח ה-5), נמצא כי למאפיינים: נשים, חולים במחלה כרונית ודוברי ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על תחושת מצוקה נפשית, ואילו לחברות במאוחדת יש השפעה עצמאית שלילית (להרחבה על נתוני הסקר הקשורים למצב בריאות הנפש ראה גרוס ואחרים, 2009).

**ד. פנייה מחוץ למערכת הציבורית**

פנייה לשירותים פרטיים מהווה מדד נוסף לשביעות רצון מהמערכת הציבורית. לפיכך, קבוצת מדדים בסקר מתייחסת לפנייה לרופא פרטי ולבעלות על ביטוח פרטי.

**פנייה לרופא פרטי**

בשנת 2007 חלה ירידה בשיעור המדווחים שהייתה להם או לבני משפחתם הוצאה על רופא פרטי (לא כולל רופא שיניים) בשלושת החודשים שקדמו לסקר (19% לעומת 24% ב-2005). הירידה בין השנים נמצאה מובהקת גם בניתוח רב-משתני.

ניתוח רב-משתני של מאפייני הפונים מעלה כי למאפיינים מבוגרים מעל גיל 65, דוברי ערבית ודוברי רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על פנייה לרופא פרטי, בעוד למחלה כרונית יש השפעה עצמאית חיובית (נספח ו' לוח ו-5).

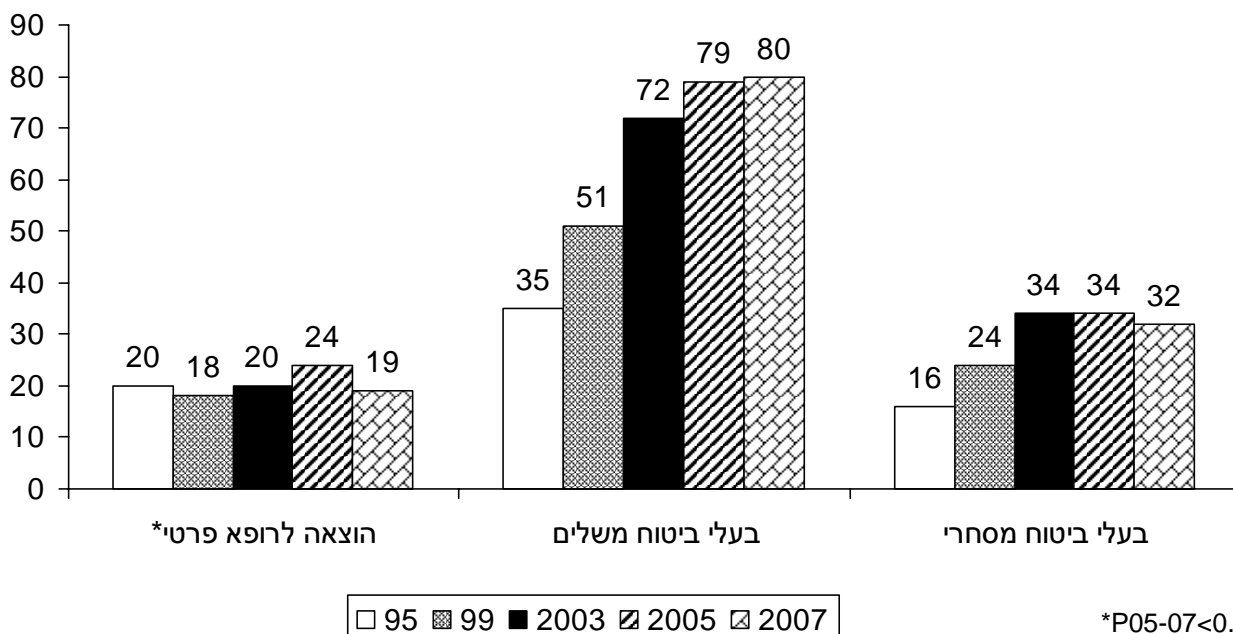
### פנייה לטיפול אלטרנטיבי

ב-2007 שאלנו לראשונה "ב-3 החודשים האחרונים, האם היו לך או לבני משפחתך הוצאות כלשהן על מטפל ברפואה משלימה/אלטרנטיבית? כגון הומיאופתיה, דיקור סיני, מסאז' רפואי, רפלקסולוגיה, שיאצו, רייקי וכד'". ארבעה-עשר אחוזים מן העונים דיווחו כי הוציאו כספים על טיפול אלטרנטיבי, שיעור הדומה לשיעור הפונים לרופא פרטי. מבין הפונים לרופא פרטי כשליש (27%) פנו גם לרפואה משלימה. מבין אלה שלא פנו כלל לרופא פרטי, רק 10% פנו לרפואה משלימה. בחינת מאפייני הפונים לרפואה משלימה מעלה כי בעלי הכנסה בחמישון התחתון, דוברי ערבית, מבוגרים מעל גיל 65 ומבוטחי כללית, פנו פחות לרפואה משלימה. לעומת זאת, מבוטחי מאוחדת פנו יותר לרפואה משלימה. בדומה לכך, בניתוח רב-משתני נמצא כי למשתנים גיל מעל 65, דובר רוסית ודובר ערבית, יש השפעה עצמאית שלילית על פנייה לרפואה אלטרנטיבית, ואילו למשתנה חבר במאוחדת יש השפעה עצמאית חיובית (נספח ו' לוח ו-6).

### ביטוחי בריאות פרטיים

מתרשים 5 עולה כי בין 2005 ל-2007 לא חל שינוי מובהק בשיעור בעלי ביטוח משלים ובשיעור בעלי ביטוח מסחרי (מ-79% ל-80% ומ-34% ל-32% בהתאמה).

### תרשים 5: פנייה מחוץ למערכת הציבורית



בין 2005 ל-2007 חלה ירידה בשיעור מי שמחזיקים בשני סוגי הביטוחים, גם ביטוח משלים וגם ביטוח מסחרי (28% לעומת 31% ב-2005). לעומת זאת, חלה עלייה בשיעור המחזיקים רק בביטוח משלים (52% לעומת 47% ב-2005). לא חל שינוי בשיעור המחזיקים בביטוח מסחרי בלבד (נותר 3%), או בשיעור מי שאין לו ביטוח פרטי כלל (16% לעומת 18% ב-2005).

מניתוח מגמת השינוי בשנים 2005-2007 לפי קופה עולה (לוח ו-1 בנספח ו') כי ישנה עלייה בשיעור המחזיקים בביטוח משלים בשירותי בריאות כללית (81% לעומת 77% ב-2005). השינויים בקופות האחרות לא נמצאו מובהקים. בשנים 2005-2007 לא נמצאו שינויים בשיעורי הבעלות על ביטוח מסחרי בקרב מבוטחיה של אף אחת מקופות-החולים.

### **ביטוח משלים<sup>9</sup>**

מההשוואה בין שיעור בעלי ביטוח משלים ב-2005 לשיעורם ב-2007, עולה כי היקפי הבעלות על ביטוח משלים נותרו נמוכים יחסית בקרב דוברי ערבית (53%), בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (62%), ובקרב מבוגרים מעל 65 (73%) (לוח י"א-1 בנספח י"א).

מניתוח רב-משתני בשנת 2007 (לוח ו-2) עולה כי למשתנה מין (נשים) יש השפעה עצמאית חיובית על בעלות על ביטוח משלים (יותר נשים מחזיקות בביטוח משלים לעומת גברים). למשתנים הכנסה נמוכה (בחמישון התחתון), דובר ערבית, דובר רוסית, חבר במאוחדת וחבר בלאומית, יש השפעה עצמאית שלילית על בעלות על ביטוח משלים. כלומר, שיעורי הבעלות על ביטוח משלים נמוכים יותר בקרב קבוצות אלה, גם לאחר פיקוח על מאפיינים חברתיים-כלכליים.

### **ביטוח מסחרי**

בשנת 2007 השיעור הגבוה ביותר של בעלי ביטוח מסחרי נמצא במכבי (כ-40% לעומת 29% בכללית, 28% בלאומית ו-30% במאוחדת).

מניתוח רב-משתני של הבעלות על ביטוח מסחרי (לוח ו-3 בנספח ו') עולה כי למשתנים גיל (מעל 65), מין (נשים), הכנסה נמוכה (בחמישון התחתון), דובר ערבית ודובר רוסית, נמצאה השפעה עצמאית שלילית (פחות מבוטחים בביטוח מסחרי בקרב קבוצות אלה), ואילו למשתנה חבר מכבי נמצאה השפעה עצמאית חיובית (כלומר, נמצא שיעור גבוה של מחזיקי ביטוח מסחרי בקרב מבוטחי מכבי, גם לאחר פיקוח על מאפיינים חברתיים-כלכליים).

<sup>9</sup> יש לציין כי נתוני הסקר, המתייחסים להיקפי הבעלות על ביטוח בקרב האוכלוסייה הבוגרת, בני +22, שונים מן הנתונים הקיימים בקופות-החולים. שיעורי הבעלות על ביטוח משלים בקרב כלל המבוטחים (מגיל 25 ומעלה), לפי נתוני קופות-החולים הם: כללית - 68%; מכבי - 83%; מאוחדת - 70%; לאומית - 62%. (לפי דוח של האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות, נכון לתאריך 31/12/2007)

## ביטוח סיעודי

שיעורי המדווחים על בעלות על ביטוח סיעודי נותרו ב-2007 ללא שינוי מובהק לעומת 2005, ועומדים על 33% מן העונים. עם זאת, נתוני קופות-החולים והמפקח על הביטוח מעידים כי ל-50% מן האוכלוסייה הבוגרת יש ביטוח סיעודי. ייתכן כי מאחר שבקופות-החולים הביטוח הסיעודי נמכר יחד עם הביטוח המשלים, רבים אינם יודעים כי הם בעלי ביטוח סיעודי. לא נמצאו הבדלים בין השנים גם בניתוח רב-משתני.

עשרים ואחד אחוזים דיווחו ב-2007 שיש להם ביטוח סיעודי שהם רכשו דרך הקופה (ללא שינוי מ-2005); ל-6% יש הן ביטוח סיעודי של הקופה והן ביטוח סיעודי פרטי של חברת ביטוח (ללא שינוי מ-2005); ו-6% בעלי ביטוח סיעודי פרטי של חברת ביטוח בלבד (שוב, ללא שינוי מ-2005).

**תרשים 6: בעלות על ביטוח סיעודי (לפי נתוני המפקח על הביטוח וקופות-החולים: 50% בעלי ביטוח סיעודי בפועל)**



P 05-07=N.S.

ניתוח השינוי בשיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי בין 2005 ל-2007, לפי משתני רקע, מעלה כי לא חל שינוי בשיעורי הבעלות על ביטוח סיעודי בקרב אוכלוסיות חלשות: מבוגרים מעל גיל 65, בעלי הכנסה נמוכה, דוברי ערבית, דוברי רוסית וחולים כרוניים.

בניתוח רב-משתני (נספח ו' לוח ו-4) נמצא כי למשתנה חבר במכבי וחבר בלאומית, כמו גם למשתנים גיל (מעל 65) ומחלה כרונית, יש השפעה עצמאית חיובית על החזקת ביטוח סיעודי. למשתנים הכנסה נמוכה (בחמישון התחתון), דובר ערבית ודובר רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על החזקת ביטוח סיעודי.

## שביעות רצון מהביטוח המשלים

ב-2007 הוספנו לראשונה שאלות הנוגעות לשביעות הרצון מן הביטוח המשלים והפרטי. בתשובה לשאלה: "באופן כללי, האם אתה מרוצה מאוד, מרוצה, לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה מהשירותים המכוסים בתכנית הביטוח המשלים שלך?" ענו 10% כי הם מרוצים מאוד, 41% מרוצים, 11% לא כל-כך מרוצים, ו-8% לא מרוצים. שלושים אחוזים מן המחזיקים בביטוח משלים דיווחו כי אינם יודעים מה מכוסה על-ידי הביטוח שברשותם. בניתוח שביעות הרצון מן הכיסוי שמעניק הביטוח המשלים על פי קופות עולה כי במאוחדת נמצא השיעור הגבוה ביותר של מרוצים או מרוצים מאוד (56%), לעומת 52% בכללית, 50% במכבי ו-46% בלאומית; יש לציין כי הבדלים אינם מובהקים סטטיסטית.

בניתוח רב-משתני, כאשר המשתנה התלוי היה "מרוצים מאוד", נמצא כי למשתנים חבר במאוחדת ודובר ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות הרצון; ואילו למשתנה דובר רוסית יש השפעה עצמאית שלילית. כאשר המשתנה התלוי בניתוח רב-משתני היה "מרוצים ומרוצים מאוד" נמצא שלמשתנים גיל (מעל 65) ודוברי ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית.

שאלנו בשאלה פתוחה את מי שענו "לא כל-כך מרוצה" ו"לא מרוצה": "מדוע אינך מרוצה מהכיסוי של הביטוח המשלים?". הסיבות הנפוצות ביותר היו הגבלת שירותים או היעדר כיסוי לשירותים מסוימים (61% מן המביעים אי-שביעות רצון); יוקר הביטוח והתשלומים הנוספים (61%); הטעיה של המבטח או חוסר בהירות לגבי זכאות (25%); והגבלת תרופות (14%).

שאלנו: "באופן כללי, האם אתה מרוצה מאוד, מרוצה, לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה מהשירות כשאתה פונה לביטוח המשלים שלך? למשל, לשם קבלת מידע, החזרים, ביורוקרטיה וכדומה." מתוך כלל המבוטחים בביטוח משלים שדיווחו שקיבלו מן הביטוח שירות לפחות פעם אחת (המהווים 54% מכלל בעלי הביטוח המשלים), ענו 15% כי הם מרוצים מאוד, ו-61% ענו כי הם מרוצים. מתוך כלל המבוטחים בביטוח מסחרי שדיווחו שקיבלו מן הביטוח שירות לפחות פעם אחת (המהווים 40% מכלל מחזיקי הביטוח המסחרי), ענו 26% כי הם מרוצים מאוד, ו-47% ענו כי הם מרוצים.

בניתוח שביעות הרצון מן השירות בביטוח המשלים לפי קופה, עולה כי בין הקופות קיים הבדל בשיעור העונים מרוצה או מרוצה מאוד: 82% ו-80% במאוחדת ובמכבי, לעומת 73% ו-72% בכללית ובלאומית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקופות בשיעור שבעי הרצון מן השירות בביטוח המסחרי.

על השאלה: "האם בשנה האחרונה אתה או בני משפחתך נתקלתם בבעיה בקבלת שירות או טיפול רפואי דרך הביטוח המשלים?" (ועל שאלה דומה על ביטוח מסחרי) ענו בחיוב 15% מבעלי הביטוח המשלים ו-18% מבעלי הביטוח המסחרי. בניתוח רב-משתני עולה כי המשתנה מחלה כרונית מנבא יותר בעיות בקבלת שירות, או טיפול, דרך הביטוח המשלים; בעוד המשתנים גיל (מעל 65) ודובר ערבית מנבאים פחות בעיות כאלה. המשתנה דובר רוסית מנבא יותר בעיות בקבלת שירות, או טיפול, דרך הביטוח המסחרי.



הבעיות העיקריות שצוינו לגבי הביטוח המשלים היו: הנחה קטנה מדי על השירות או אי-הכללתו בתכנית הביטוח (40% מן הפונים לקבלת שירות), קשיי נגישות לשירות (19%), רמה מקצועית של הרופאים (16%), יחס רופאים (7%), ביורוקרטיה/חוסר מענה/יחס (4%). הבעיות שצוינו לגבי פנייה לביטוח המסחרי היו: הנחה קטנה מדי על השירות או אי-הכללתו בתכנית הביטוח (31%), קושי לקבל החזרים (26%), קשיים ביורוקרטיים כגון חוסר מענה ויחס לא טוב של הפקידים (22%), וזכאות לא ברורה (11%).

לבסוף, בתשובה על השאלה: "בשנה האחרונה, האם קרה לך שבגלל התשלום הנדרש ממך, לא השתמשת בשירותי הביטוח המשלים בשבילך או בשביל בני משפחתך?" ענו 5% מבעלי הביטוח המשלים כי ויתרו על השירות בגלל התשלום. לא נמצא הבדל בשיעור המוותרים על השירות בין הקופות.

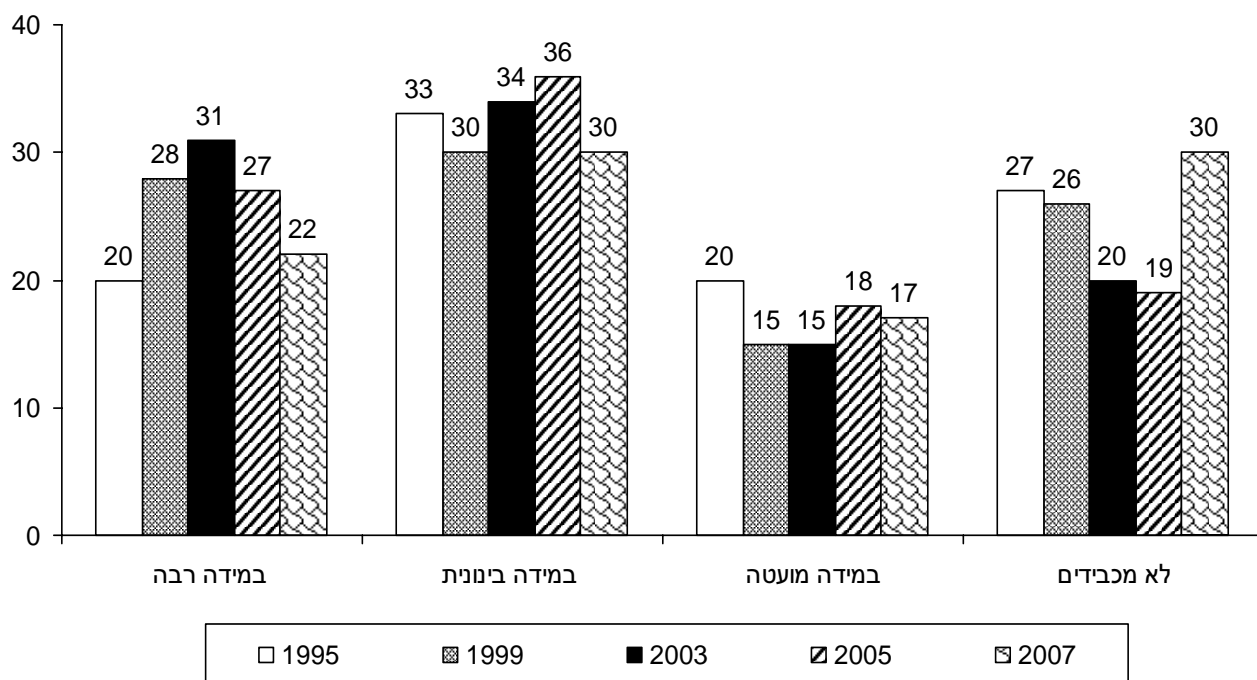
### **ה. תפיסת הנטל הכספי של הוצאות המשפחה לבריאות לאורך השנים**

המרואיינים נשאלו על המידה שבה מכבידים תשלומי המשפחה על בריאות (כולל מס בריאות ביטוח משלים, תשלומים לקופה ולרופא פרטי). מתשובה על שאלה זו אפשר לקבל אומדן של הנטל הכספי כפי שהמבוטחים חשים אותו. כפי שמוצג בתרשים 7, בשנת 2007 ירד שיעור העונים שסך-כל התשלומים לבריאות מכבידים עליהם במידה רבה (22% לעומת 27% ב-2005), ועלה שיעור העונים כי התשלומים לא מכבידים עליהם כלל (מ-19% ב-2005 ל-30% ב-2007). שינוי זה בין השנים נמצא מובהק גם בניתוח רב-משתני.

מגמה זו של ירידה בדיווח על הכבדה של תשלומי המשפחה לבריאות נמצאה גם בקרב אוכלוסיות חלשות: בקרב חולים כרוניים ירד שיעור המדווחים על הכבדה מ-35% ב-2005 ל-28% ב-2007; בקרב המשתייכים לחמישון התחתון ירד שיעור המדווחים על הכבדה של תשלומי הבריאות מ-33% ל-26%. עם זאת, שיעורים אלה עדיין גבוהים מן השיעור הכללי באוכלוסייה.

מהשוואת השינוי שחל בין השנים 2005-2007 בכל אחת מקופות-החולים, עולה כי ישנה ירידה במידת ההכבדה של התשלומים בכללית (מ-30% ל-24%) ובמיוחדת (מ-25% ל-17%). בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית על הכבדה רבה של תשלומי המשפחה לבריאות נמצא כי למשתנים אישה, בעלי הכנסה נמוכה (בחמישון התחתון), חברי לאומית ובעלי מחלה כרונית, יש השפעה עצמאית חיובית על דיווח על הכבדה רבה. למשתנה חברות במכבי, חברות במאוחדת, דוברי ערבית, יש השפעה עצמאית שלילית על דיווח על הכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות (לוח ח-1).

## תרשים 7: תשלומי המשפחה על בריאות מכבידים על המבוטחים



P05-07<0.001

### 3.2 מדדי נגישות הקשורים לתשלום

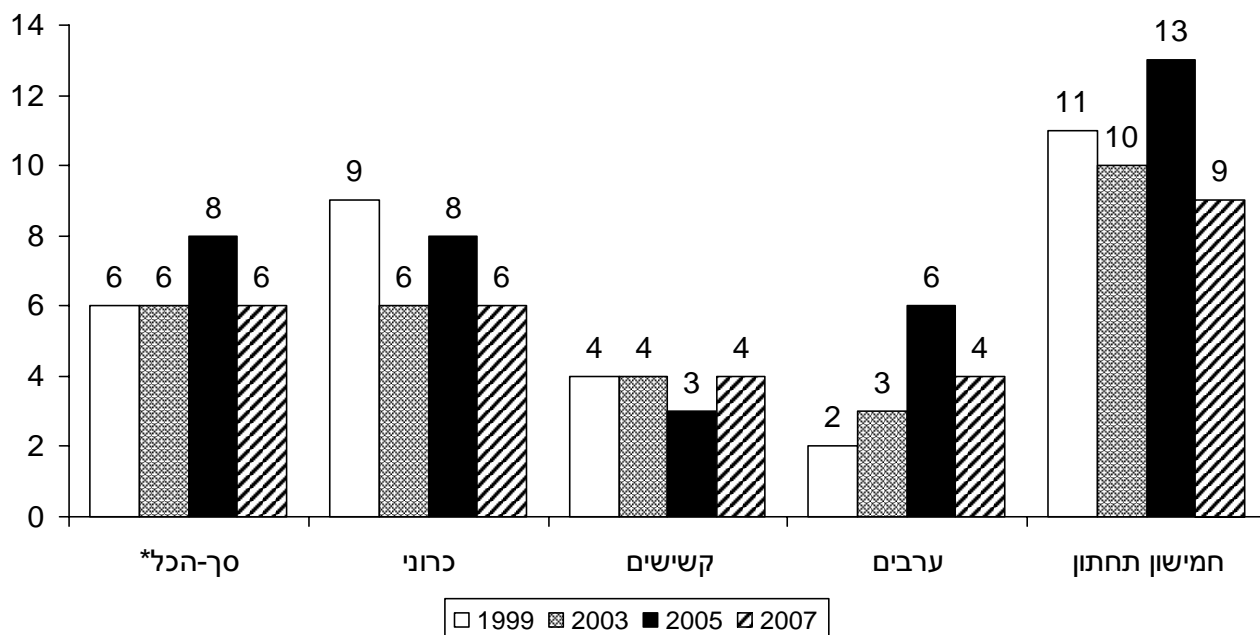
לאור ההיקף הרחב של תשלומים מהכיס במערכת הבריאות, נבדקים במחקר מדדי נגישות הקשורים בתשלום מאז 1999. מדדים אלה עוסקים במצבים בהם המבוטח נזקק לשירות ו/או לטיפול, אך לא קיבל אותו בגלל התשלום הנדרש. המעקב חשוב מאוד גם לאור המגמה הנמשכת של ריסון הוצאות בקופות-החולים, וכן עקב צמצום מתן הפטורים לאוכלוסיות חלשות על השתתפות עצמית בגין ביקור רופא.

#### א. ויתור על טיפול רפואי בקופה בגלל התשלום

המרואיינים נשאלו האם ויתרו בשנה האחרונה על קבלת טיפול בקופה בגלל התשלום הנדרש (שאלה זו התייחסה לכלל הטיפולים שלגביהם נדרש תשלום השתתפות עצמית, מלבד תרופות). ב-2007 חלה ירידה קלה, אך מובהקת בהיקף הויתור על טיפול בשל תשלום (מ-8% ב-2005 ל-6% ב-2007). שיעור המוותרים על טיפול היה גבוה יותר בקרב בעלי הכנסה נמוכה בחמישון התחתון (9%), לעומת 5% בשאר החמישונים. שיעור הויתור בקרב נשים היה גבוה יותר מאשר בקרב גברים (7% לעומת 4%). שיעור הויתור בקרב קשישים היה נמוך יותר מאשר בשאר האוכלוסייה (4% לעומת 6%) (ראה לוח ט-1).

בתרשים 8 מופיעה השוואה מפורטת של השינוי שחל בשיעור הויתור על טיפול בשל תשלום, לפי קבוצות אוכלוסייה, בין השנים 1999, 2003, 2005 ו-2007.

**תרשים 8: ויתור על טיפול בקופה בשנה האחרונה בגלל תשלום, 1999-2007 (לא כולל תרופות)**



\*P05-07<0.05

מניתוח רב-משתני עולה כי בשנת 2007 למשתנים: אישה, בעלי הכנסה בחמישון התחתון וחולים כרוניים, יש השפעה עצמאית חיובית על ויתור על טיפול רפואי בגלל תשלום. לעומת זאת, למשתנים מבוגרים מעל גיל 65, דוברי ערבית ודוברי רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על ויתור על טיפול (לוח ט-4).

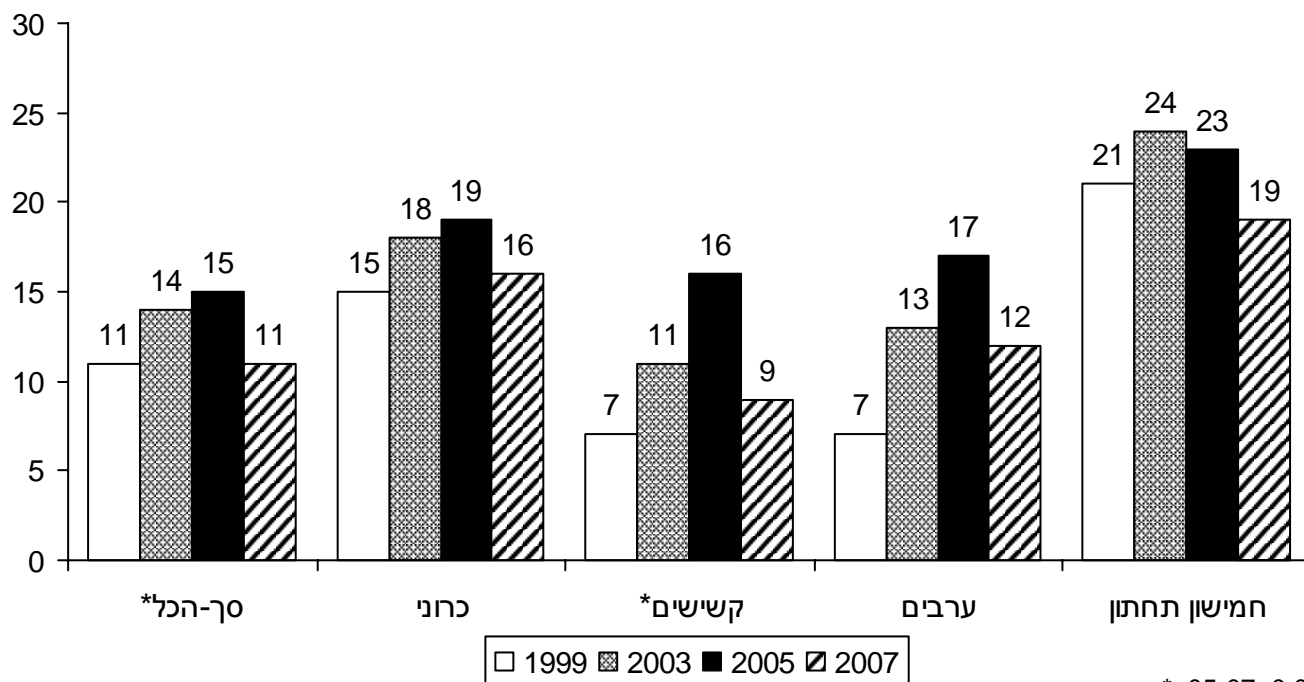
על מנת שנוכל להבין מהי משמעות הויתור על הטיפול, שאלנו את המרואיינים על איזה טיפול הם ויתרו. ארבעים אחוזים מהמוותרים על טיפול אמרו שויתרו על ביקור אצל רופא מקצועי, 25% ויתרו על טיפולים הכלולים בסל הבריאות (רופא משפחה, מעקב היריון, דיאטנית, פיזיותרפיה, התפתחות ילד), 25% ויתרו על שירותים מחוץ לסל (שירות מהביטוח המשלים, רפואה אלטרנטיבית, אופטיקה), ו-10% ויתרו על ביקור במכוני אבחון והדמיה.

**ב. ויתור על תרופות בגלל התשלום**

על השאלה: "בשנה האחרונה, האם קרה לך שבגלל המחיר הנדרש לא קנית תרופות שהרופא רשם לך או לבני משפחתך?" ענו בחיוב 11% מן המרואיינים (ירידה מובהקת מ-15% ב-2005).

ניתוח השינוי בין השנים 2005 ל-2007 בתוך קבוצות אוכלוסייה שונות מעלה כי חלה ירידה מובהקת בשיעור הקשישים מעל גיל 65 שמוותרים על תרופות מרשם בשל מחירן (מ-16% ב-2005 ל-9% ב-2007). לא נמצא שינוי בשיעור המוותרים בין השנים בקרב אוכלוסיות חלשות אחרות (ראה תרשים 9).

**תרשים 9: ויתור על תרופות מרשם בשנה האחרונה בגלל המחיר (לך או לבן משפחה)**



\*p05-07<0.05

מניתוח שיעורי הויתור על תרופות לפי קבוצות אוכלוסייה, עולה כי ב-2007 בעלי הכנסה בחמישון התחתון ויתרו על תרופות יותר מאשר שאר החמישונים (19% לעומת 10%), חולים כרוניים ויתרו יותר מאשר אלה שאינם חולים (16% לעומת 8%), ונשים ויתרו יותר מאשר גברים (14% לעומת 9%) (ראה לוח ט-2).

ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית מחזק את הממצאים האחרונים, ומראה כי בשנת 2007 יש למשתנים מין (נשים), מחלה כרונית, הכנסה (חמישון תחתון) וכן חברות בלאומית, השפעה עצמאית חיובית על ויתור על תרופות מרשם בשל המחיר (מוותרים יותר), ואילו למשתנה גיל (מעל 65) יש השפעה עצמאית שלילית (מוותרים פחות) (ראה לוח ט-5).

לקבלת תמונה ברורה יותר של הויתור על תרופות, שאלנו את המוותרים על איזו תרופה ויתרו, ובעזרתו של רופא ששימש יועץ לצוות המחקר, סיווגנו את התרופות לקטגוריות שונות. 45% ויתרו על תרופה למחלה כרונית; 14% ויתרו על תרופה לטיפול בעור, בעיניים, או במערכת העיכול; 8% ויתרו על אנטיביוטיקה יקרה; ו-6% ויתרו על תרופות נגד כאבים; 38% דיווחו כי החליפו את התרופה היקרה בתרופה זולה יותר (38%), בתרופה דומה (31%), במינון מופחת (8%), בתרופה טבעית (9%), או במשכך כאבים (5%).

**ג. ויתור על טיפול או תרופות בשל התשלום**

שיעור הויתור על טיפול רפואי או תרופה בגלל המחיר ירד באופן ניכר והוא עומד ב-2007 על 12% לעומת 17% ב-2005. ירידה זו נמצאה מובהקת גם בניתוח רב-משתני. בניתוח לפי אוכלוסייה, נמצאה

ירידה מובהקת של שיעורי הויתור בין השנים בקרב מבוטחי כללית ובקרב קבוצות חלשות. עם זאת, שיעורי הויתור בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (20%), בקרב נשים (15%), ובקרב חולים כרוניים (18%), נותרו גבוהים לעומת בקרב האחרים (ראה לוח ט-3).

ניתוח ההבדל בשיעורי המוותרים על טיפול או תרופה בין קופות-החולים מעלה כי בלאומית שיעור גבוה באופן יחסי של מוותרים (20%), לעומת בקופות האחרות (10% במכבי ובמאוחדת, 12% בכללית).

בניתוח רב-משתני נמצא כי למשתנים הכנסה (חמישון תחתון), מחלה כרונית, מין (נשים) וחבר בלאומית, יש השפעה עצמאית חיובית על ויתור על טיפול או תרופה (מוותרים יותר). למשתנים גיל (מעל 65), דובר ערבית ודובר רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על הויתור (מוותרים פחות) (לוח ט-6).

### **3.3 פעולות של הקופות לריסון הוצאות**

לאור המגבלות המתמשכות על תקציב הבריאות, ועקב פעולותיהן של קופות-החולים לריסון ההוצאות, עלתה השאלה באיזו מידה מגבילות הקופות את המבוטחים, או מקשות עליהם לקבל שירותים? כדי לבדוק זאת, נשאלו המרואיינים על מצבים בהם לא קיבלו, או התקשו לקבל הפניה או התחייבות מהקופה, וכן על מצבים שבהם נדרשו להחליף תרופה שהיו רגילים לקחת בתרופה אחרת, בגלל מחירה הגבוה.

#### **א. תהליך קבלת הפניה או התחייבות מהקופה**

מחצית המרואיינים דיווחו שביקשו התחייבות או הפניה מן הקופה בשנה שקדמה לריאיון. מתוכם, הרוב הגדול (82%) דיווחו שקיבלו את ההפניה או את ההתחייבות בקלות (ללא שינוי מובהק מ-2005); 8% דיווחו על קושי בהשגת ההפניה או ההתחייבות (גם כאן, ללא שינוי מ-2005). בניתוח רב-משתני ובניתוח לפי אוכלוסייה לא נמצא הבדל מובהק בין השנים בשיעורי המדווחים על קבלת הפניה/ התחייבות בקלות.

ניתוח ההבדלים בין השנים לפי קופות העלה כי במאוחדת חל שיפור מובהק: שיעור העונים כי קיבלו הפניה או התחייבות בקלות עלה מ-72% ב-2005 ל-90% ב-2007; שיעור המדווחים על קושי בהשגת הפניה או התחייבות ירד מ-8% ל-4%. ההבדלים בשאר הקופות לא נמצאו מובהקים, אך ניתן לראות מגמת שיפור בלאומית (מ-7% שדיווחו על קושי ל-2%), ומגמת הרעה במכבי (מ-4% שדיווחו על קושי ל-9%).

מהשוואה בין הקופות עולה כי במכבי שיעור גבוה יותר של אנשים דיווחו כי קיבלו את ההפניה או את ההתחייבות בקושי, או תוך הפעלת מאמץ (29%); לעומת 20% בלאומית ובכללית, ו-12% במאוחדת.

בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית נמצא כי למשתנה: חברות במכבי, יש השפעה עצמאית חיובית על קבלת הפניה או התחייבות בקושי, או לאחר מאמץ; ואילו למשתנים: מבוגרים מעל גיל 65, דוברי ערבית ודוברי רוסית, יש השפעה עצמאית שלילית על קושי ומאמץ בהשגת הפניה או התחייבות מקופת-החולים (לוח ט-7).

שבעה אחוזים מבין אלה שביקשו התחייבות או הפניה בשנה שקדמה לסקר (ללא שינוי מ-2005), לא קיבלו הפניה לאן שרצו (רופא מסוים, מרפאה מסוימת וכדומה). בקופת-חולים מאוחדת חל שיפור בשיעור המבוטחים שלא קיבלו הפניה כרצונם, מ-10% ב-2005 ל-1% ב-2007. שיפור זה נמצא מובהק גם בניתוח רב-משתני. שיפור נמצא גם בלאומית (מ-12% ל-4%), ואילו במכבי נרשמה הרעה במספר העונים כי לא קיבלו הפניה לאן שרצו (מ-3% ל-8%).

### **ב. דרישה של הקופה להחליף תרופה בשל המחיר**

תשעה אחוזים בקרב אלה שהם או בני משפחתם נזקקו לתרופה (79% מכלל המרואיינים) דיווחו כי **הקופה דרשה שיחליפו אותה בגלל מחירה הגבוה** (ללא שינוי מ-2005). נמצא הבדל מובהק בין הקופות בשיעור המדווחים כי הקופה דרשה מהם להחליף תרופה בגלל מחיר: שיעורים גבוהים במיוחד נמצאו בקופת-חולים מכבי (14%), לעומת שיעורים נמוכים יותר בשאר הקופות (5%-8%). כמו-כן, יותר חולים כרוניים לעומת אחרים (13% לעומת 6%) דיווחו כי הקופה דרשה מהם להחליף תרופה בשל מחירה.

בניתוח רב-משתני נמצא כי למשתנים: מחלה כרונית וחברות במכבי, יש השפעה עצמאית חיובית על הדרישה להחליף תרופה בשל מחיר (נדרשים יותר להחלפת תרופות), ואילו למשתנה דובר ערבית יש השפעה עצמאית שלילית (נדרשים פחות) (לוח ט-8).

### **ג. ויתור על טיפול בגלל מרחק**

בשל ההבדלים הקיימים בין אזורים גיאוגרפיים שונים במדינת ישראל בהיצע הרופאים ובאורך התורים (ניראל ואחרים, 2000), ולאור ההבדלים הקיימים בין אוכלוסיות המתגוררות באזורים גיאוגרפיים שונים, גם במצב הבריאות וגם בהספקת שירותים ואיכותם (אפשטיין ואחרים, 2006), בדקנו גם את ההיבט של נגישות גיאוגרפית, כלומר האם מרחק גיאוגרפי יוצר בעיית נגישות של שירותים רפואיים. בדיקה זו חשובה הן מכיוון שקופות-החולים אינן מקבלות פיצוי על מתן שירותים באזורים מרוחקים, וקיים חשש שאין להן תמריץ מספיק לפיתוח שירותים באזורים אלה, והן לאור הדיונים הציבוריים שהתקיימו לאחרונה במטרה להכניס שינויים בנידון.

בשנת 2007 דיווחו 11% מן המרואיינים **שויתרו בשנה החולפת על שירות רפואי (להם או לבני משפחתם) בגלל המרחק**. זוהי ירידה מובהקת לעומת שנת 2005 (14%), אך שיעור המוותרים על טיפול בשל מרחק ב-2007 עדיין גבוה מזה שנרשם ב-1999 (8%), אז נשאלה השאלה לראשונה. הירידה בין השנים נמצאה מובהקת גם בניתוח רב-משתני.

ניתוח השינוי בין השנים לפי קופה מעלה כי נרשמה ירידה בשיעור המוותרים על טיפול בשל מרחק בקרב מבוטחי הכללית (מ-13% ל-9%). במכבי ובמאוחדת נמצאה מגמה דומה, אך היא לא מובהקת.

השוואת שיעורי המוותרים בין הקופות מראה כי בלאומית יש שיעור גבוה יותר של ויתור על טיפול בשל מרחק (17%), לעומת במכבי ובמאוחדת (12%), ובכללית (9%). גם בניתוח רב-משתני נמצא כי לחברות בלאומית יש השפעה עצמאית חיובית על ויתור בגלל מרחק.

ניתוח שיעורי הויתור לפי אוכלוסייה מעלה כי ישנם יותר מוותרים בקרב בעלי הכנסה בחמישון התחתון (14%) ובקרב נשים (13%), לעומת האחרים; ופחות מוותרים בקרב דוברי ערבית. ממצאים אלה תואמים גם את העולה מניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית, בו עלה כי למשתנה דובר ערבית יש השפעה עצמאית שלילית על ויתור בשל מרחק; ואילו למשתנים מין (נשים), הכנסה (חמישון תחתון) וחבר בלאומית, יש השפעה עצמאית חיובית. ברגרסיה לא נמצאו הבדלים בין אזורים גיאוגרפיים שונים בשיעור המוותרים על טיפול בשל מרחק.

המרוויינים נשאלו על אלו שירותים ויתרו בשל המרחק הגיאוגרפי: 34% דיווחו כי ויתרו על בדיקה או טיפול בבית-חולים ובמכונים, כגון מרפאות חוץ, רנטגן, אולטרה-סאונד, התפתחות ילד ובדיקות היריון; 30% ויתרו על שירותיו של רופא מקצועי ששכיחות הביקורים אצלו גבוהה, כגון רופא נשים, עור, עיניים, אף-אוזן-גרון, או אורתופד; 17% ויתרו על ביקור אצל רופא מקצועי שהצורך בו שכיח פחות, כגון גסטרואנטרולוג, קרדיולוג, אנדוקרינולוג או כירורג; 11% ויתרו על ביקור אצל רופא ראשוני; 9% ויתרו על טיפולים פרה-רפואיים, כגון ייעוץ תזונתי, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק; 7% מן המוותרים ויתרו על שירותים רפואיים שאינם כלולים בסל הבריאות, כגון טיפולי רפואה משלימה ושירותים הכלולים בביטוח המשלים של הקופות. נראה, אם כן, כי השירותים הנצרכים בתדירות גבוהה הם גם אלה שעליהם מוותרים בתדירות הגבוהה ביותר.

### 3.4 תרופות

בשנים האחרונות גוברת המודעות לבעיות שקשורות לטיפול תרופתי שניתן בצורה לא מבוקרת. טיפול תרופתי שאינו מבוקר על-ידי הרופא, ובהיעדר ראייה כוללת של כל התרופות שהאדם לוקח, עלול לגרום להשפעות בין-תרופתיות לא רצויות, וללקיחת תרופות מיותרות. החולה מצידו עשוי להפסיק טיפול תרופתי על דעת עצמו, לשנות את המינון שהוא לוקח, או ליטול את התרופות באופן לא נכון בשל חוסר הבנה של הוראות הנטילה. כל אלה יכולים לגרום לשימוש לא נכון בתרופה, ואף מזיק, ובכך לפגוע בבריאותו של המטופל. יש לציין כי דגש על טיפול תרופתי נכון, רלוונטי לכלל האוכלוסייה הנוטלת תרופות (גם לתקופות קצרות), ולא רק לחולים המטופלים בתרופות באופן קבוע.

שבעים ותשעה אחוזים מן העונים נזקקו לתרופה כלשהי (כולל כדורים, זריקות ונרות), לא כולל גלולות למניעת היריון) בשנה שקדמה לסקר. ארבעים וחמישה אחוזים מן העונים לקחו תרופת מרשם בקביעות (באופן רצוף במשך חודש לפחות). אחד מכל שישה מרוויינים (12%) דיווחו שבשנה שקדמה לסקר הם הפסיקו לקחת תרופה, או שינו את המינון על דעת עצמם, מבלי להודיע לרופא שנתן להם את המרשם (ללא שינוי מ-2005, גם לא בניתוח ההבדל בין השנים לפי קופה). אחוז המדווחים כי

הפסיקו נטילת תרופה, או שינו את המינון על דעת עצמם, אינו שונה באופן מובהק בין הקופות. שיעור גבוה יותר של הפסקה או שינוי מינון נמצא בקרב חולים (15%) לעומת בריאים (10%), וכן בקרב נשים (16%) לעומת גברים (8%). שיעור נמוך יותר נמצא בקרב קשישים (7%) לעומת צעירים (13%) (לוח י"א-1 בנספח י"א). הבדלים אלה נשמרים גם בניתוח רב-משתני.

שאלנו את המרואיינים שדיווחו כי לקחו תרופה כלשהי בשנה שקדמה לסקר: **"בשנה האחרונה, האם לקחת תרופות מדי יום במשך חודש רצוף או יותר?"** ארבעים וחמישה אחוזים ענו שלקחו ברציפות (במשך חודש לפחות) תרופות מרשם, 3% נוספים דיווחו כי לקחו ברציפות תרופות ללא מרשם.

כדי ללמוד באיזו מידה יש לרופא המטפל מידע כולל על החולה בבואו לטפל בו, שאלנו **האם בשנה האחרונה רופא עבר איתך על רשימת כל התרופות שאתה לוקח** (עם מרשם, תרופות טבעיות, משככי כאבים וכדומה). ארבעים וארבעה אחוזים מכלל המרואיינים ענו כי רופא עבר איתם על רשימת התרופות שלהם. זוהי עלייה מובהקת מ-23% שענו כך ב-2005. העלייה נמצאה מובהקת גם בניתוח רב-משתני. בחינת השינוי בין השנים לפי קופה מעלה כי חל גידול מובהק בשיעור העונים כי רופא עבר עמם על רשימת התרופות בכללית (מ-35% ל-47%), במכבי (מ-28% ל-44%), ובלאומית (מ-28% ל-41%), אך לא במאוחדת (33% ל-36%).

השוואת אחוז העונים בכל קופה, מעלה כי שיעור גבוה יחסית ממבוטחי כללית, לעומת הקופות האחרות, העידו כי רופא עבר עמם על רשימת התרופות.

השוואה בין אוכלוסיות שונות מעלה כי בקרב מי שלקח תרופות בקביעות שיעור גבוה של מבוגרים מעל גיל 65 דיווחו כי הרופא עבר עמם על הרשימה (72%, לעומת 51% בקרב הצעירים יותר). שיעורים גבוהים נמצאו גם בקרב חולים כרוניים (69% לעומת 41% בקרב בריאים), בקרב דוברי רוסית (65% לעומת 59% בקרב דוברי ערבית ו-55% בקרב דוברי עברית). בניתוח רב-משתני נמצא כי למשתנים מבוגרים מעל גיל 65, חולים כרוניים ודוברי ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על דיווח שרופא עבר איתם על רשימת התרופות (לוח ז-1 בנספח ז').

בין 2005 ל-2007 עלה שיעור המדווחים כי הרופא עבר איתם על רשימת התרופות בקרב אלה הלוקחים תרופות בקביעות (57% ב-2007, לעומת 39% ב-2005). עלייה זו נמצאה מובהקת גם בניתוח רב-משתני. בניתוח השינוי בין השנים לפי קופה עולה כי חלה עלייה בשיעור האנשים הלוקחים תרופות באופן קבוע המדווחים כי הרופא עבר איתם על רשימת התרופות בכללית (מ-42% ל-60%), במכבי (מ-34% ל-57%) ובלאומית (מ-38% ל-62%). השינוי במאוחדת (מ-40% ל-50%) לא נמצא מובהק.

לא נמצא הבדל מובהק בין הקופות באחוז המדווחים כי הרופא עבר עמם על רשימת התרופות (מקרב הנוטלים תרופות בקביעות). ניתוח רב-משתני בקרב הנוטלים תרופות באופן קבוע מעלה כי למשתנים מבוגרים מעל 65 וחולים במחלה כרונית, יש השפעה עצמאית חיובית על דיווח שרופא עבר על רשימת התרופות (לוח ז-2).



שאלנו גם האם רופא הסביר לך מספיק על התרופות שאתה לוקח (למשל הוראות מתי לקחת, הסבר על תופעות לוואי, השפעות של כמה תרופות וכד'). שישים ושניים אחוזים ענו שהרופא הסביר מספיק. כלומר, כשליש מן העונים הרגישו שלא קיבלו הסבר מספיק, או שכלל לא קיבלו הסבר (ללא שינוי מ-2005). שיעור זה נמוך בהשוואה לאלה שדיווחו כי רופא המשפחה הסביר להם מספיק על מצבם הרפואי ועל הטיפול הנדרש (83%), ונמוך גם בהשוואה לאלה שדיווחו כי רופא מקצועי הסביר להם מספיק (82%). נמצא הבדל בקבלת הסבר מספיק בין מי שלוקח תרופות בקביעות לבין האחרים: 71% ממי שלוקח תרופות באופן קבוע קיבלו הסבר מספיק, לעומת 49% בקרב מי שאינו לוקח תרופות בקביעות.

נמצא כי רופא הסביר מספיק על התרופות יותר למבוגרים בני יותר מ-65 (80% לעומת 55% בקרב גילאי 22-44, ו-62% בקרב גילאי 45-64), לחולים כרוניים מאשר לבריאים (71% לעומת 57%), לדוברי ערבית (69%) ורוסית (67%), לעומת דוברי עברית (60%); ולבעלי השכלה נמוכה (73% לעומת כ-60% בקרב אחרים) (לוח י"א-1).

בניתוח רב-משתני נמצא כי למשתנים: גיל (מעל 65), חולים במחלה כרונית ודובר ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על קבלת הסבר מספיק מהרופא בנוגע לתרופות. כלומר, המשתייכים לקטגוריות אלה מדווחים יותר על הסברים מספיקים (לוח ז-3).

בניתוח רב-משתני בקרב מי שלוקחים תרופות בקביעות נמצא כי למשתנים קשישים מעל גיל 65 ודוברי ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על הדיווח שקיבלו הסבר מספיק מהרופא על התרופות שהם לוקחים; ואילו למשתנה אישה יש השפעה עצמאית שלילית על כך (לוח ז-4).

### 3.5 הערכת תפקוד מערכת הבריאות

שאלנו את המרואיינים "האם באופן כללי אתה מרוצה מאוד ממערכת הבריאות בישראל, מרוצה, לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה?" שאלה זו מתייחסת למערכת הבריאות באופן רחב (כולל שירותי אשפוז, טיפול ממושך, רפואת שיניים וכדומה), ולא רק לשירותי קופות-החולים. בין 2005 ל-2007 חלה עלייה בסך-כל המרואיינים שענו כי הם מרוצים או מרוצים מאוד ממערכת הבריאות (63% לעומת 57%). כמו-כן חלה עלייה בשיעור המשיבים כי הם מרוצים מאוד - מ-5% ב-2005 ל-8% ב-2007. עליות אלה נמצאו מובהקות גם בניתוח רב-משתני. בדומה למה שעלה בסקרי 2003 ו-2005, גם בסקר 2007 עלה שיעור המרוצים ממערכת הבריאות נמוך באופן משמעותי, בהשוואה לשיעור שבעי הרצון מקופות-החולים (25% מרוצים מאוד ו-62% מרוצים מקופת-החולים) (לוח י-1).

בחינת השינוי בין 2005 ל-2007 בקרב מבוטחי קופות-החולים מעלה כי בכללית חלה עלייה מובהקת בשיעור המרוצים ממערכת הבריאות מ-57% ל-64%. בשאר הקופות לא נמצא שינוי מובהק. שיעור המרוצים מאוד עלה בכללית מ-5% ל-8%, ובמיוחד מ-3% ל-10%. לא נמצא הבדל מובהק בשיעור המרוצים בכל קופה.

השוואת שיעור המרוצים ממערכת הבריאות בין אוכלוסיות שונות מעלה כי דוברי ערבית מרוצים יותר לעומת אחרים (90% לעומת 58%), בעלי הכנסה בחמישון התחתון מרוצים יותר מבעלי הכנסה גבוהה יותר (77% לעומת 60%), וקשישים מעל גיל 65 מרוצים יותר מגילאי 22-64 (70% לעומת 62%). יש לציין כי אוכלוסיות אלה הביעו יותר שביעות רצון גם משירותי קופת-החולים שלהן. לעומת זאת, חולים במחלות כרוניות הביעו יותר שביעות רצון מקופת-החולים, ופחות שביעות רצון ממערכת הבריאות ככלל, בהשוואה לאוכלוסייה הבריאה.

בניתוח רב-משתני כאשר המשתנה התלוי היה "מרוצים ומרוצים מאוד ממערכת הבריאות" נמצא כי למשתנים גיל (מעל 65), הכנסה (בחמישון התחתון), דובר רוסית ודובר ערבית, יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון מהמערכת. כלומר, הם נוטים להיות יותר מרוצים מאחרים (לוח י-2).

שאלנו את מי שענו כי אינם מרוצים ממערכת הבריאות "מה הסיבה העיקרית לכך שאתה לא כל-כך מרוצה או לא מרוצה מהמערכת?" הסיבות העיקריות לאי-שביעות רצון ממערכת הבריאות נגעו לתחושה שהמערכת מנסה לחסוך במשאבים ולפיכך אינה נותנת מענה על צורכי המבוטחים (23%), יוקר השירותים (15%), סל שירותים מצומצם מדי (15%), אי-שוויון במערכת (15%), רמה מקצועית נמוכה של נותני השירותים (15%), עודף ביורוקרטיה (15%), ורמה נמוכה של בתי-החולים (9%).

## 4. מידת השוויוניות בין אוכלוסיות בשביעות הרצון ובנגישות השירותים

אחת ממטרותיו המוצהרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הייתה הגברת השוויוניות בין האוכלוסיות בקבלת שירותי בריאות, במטרה להגביר את השוויון ברמת הבריאות. לאחר החלת החוק ולנוכח הגירעון המתמשך במערכת הבריאות, נעשה ניסיון לרסן את הוצאותיה של המדינה על בריאות. לשם כך, הוכנסו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שינויים, באמצעות חוק ההסדרים, שמטרתם ריסון תקציבי. מכיוון שריסון כזה עשוי לפגוע בשוויון נגישות שירותי הבריאות (גרוס ואחרים, 1999), המשכנו גם ב-2007 לעקוב אחר מצבן של אוכלוסיות שונות (בעלי הכנסה נמוכה, דוברי ערבית ורוסית, חולים כרוניים וקשישים מעל גיל 65) לפי מדדיו העיקריים של המחקר (נספח י"א, לוחות י"א-1 וי"א-2).

בפרק זה מוצגים התחומים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים (באמצעות ניתוח רב-משתני) בין הקבוצות הנבדקות לבין כלל האוכלוסייה, לאחר פיקוח על הקופה בה הם מבוטחים. כלומר, הניתוח בוחן האם (בתוך כל קופת-חולים) יש פערים בין עניים לעשירים, ערבים ליהודים, עולים לוותיקים, חולים לבריאים או קשישים לצעירים, כאשר שאר משתני הרקע "מוחזקים קבוע".

השוואה בין **בעלי הכנסה נמוכה** (בחמישון התחתון) לבין האחרים מלמדת כי להכנסה נמוכה ישנה השפעה עצמאית חיובית<sup>10</sup> על הוויתור על טיפול או תרופה בגלל תשלום, על דיווח על הכבדה של תשלומי המשפחה על בריאות על התקציב המשפחתי, וכן על תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה. להכנסה נמוכה יש השפעה עצמאית שלילית על בעלות על ביטוח משלים או על ביטוח מסחרי וכן על הערכת מצב הבריאות כטוב עד טוב מאוד. עם זאת, להכנסה נמוכה יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה ממגוון מדדי שירות, כגון יחס אחיות ופקידים, רמה מקצועית של מומחים, ניקיון וטיפול מתקני הקופה (תחזוקה), שעות עבודה של המשרד, וממערכת הבריאות באופן כללי. כמו-כן, להכנסה נמוכה יש השפעה עצמאית חיובית על קיום בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה.

השוואה בין **דוברי ערבית** לבין יהודים ותיקים בשנת 2007 מלמדת כי באופן כללי ל"דוברי ערבית" יש השפעה עצמאית שלילית על תחושה שתשלומי המשפחה לבריאות מכבידים על התקציב, על המתנה לרופא מקצועי במשך יותר משבועיים, ועל דיווח על קושי בקבלת טיפול רפואי. למוצא ערבי יש השפעה עצמאית שלילית גם על קבלת חיסון נגד שפעת, הערכת מצב בריאות כגבוה, הוצאה על רופא פרטי, בעלות על ביטוח משלים או ביטוח מסחרי, ועל דיווח שיש רופא שמרכז את כל המידע והטיפול שהם מקבלים.

למוצא ערבי יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות רצון גבוהה מיחס הפקידים בקופת-החולים, ממבחר התרופות, מנחות שעות העבודה של רופא המשפחה, הרופא המקצועי ושל עובדי המשרד, וממערכת הבריאות באופן כללי. כמו-כן, למוצא ערבי יש השפעה עצמאית חיובית על משך המתנה קצר לרופא משפחה (עד 15 דקות), ועל תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה.

השוואה בין **עולים מברית-המועצות לשעבר** (דוברי רוסית) לאחרים בשנת 2007 מעלה כי אוכלוסייה זו מדווחת על שביעות רצון נמוכה לעומת הוותיקים כמעט בכל המדדים שנבדקו במחקר. למשתנה דובר רוסית יש השפעה עצמאית שלילית על שביעות הרצון מהרמה המקצועית ומהיחס של רופא המשפחה, מיחס האחיות, מיחס הפקידים, מקלות קבלת התרופות, מקלות קבלת הפניות, מניקיון וטיפול מתקני הקופה (תחזוקה), משירותי המעבדה, ומקופת-החולים באופן כללי. כמו-כן, למשתנה דובר רוסית ישנה השפעה עצמאית שלילית על הערכת שעות הפעילות של שירותים שונים כנחות מאוד: שעות העבודה של רופאי המשפחה, הרופאים המקצועיים ושל עובדי המשרד, וכן השעות בהן לוקחים ומוסרים בדיקות מעבדה.

למשתנה דובר רוסית יש השפעה עצמאית שלילית על ויתור על טיפול בשל תשלום (כלומר, מוותרים פחות), על ביצוע בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה, חיסון נגד שפעת, ועל הערכת מצב הבריאות כטוב עד טוב מאוד.

---

<sup>10</sup> ההשפעה היא חיובית במובן הסטטיסטי, כלומר, היא מעלה את ההסתברות שמהו יקרה. במקרה שלנו, הכנסה נמוכה מעלה את ההסתברות שאדם יוותר על טיפול או על תרופה בשל מחירם.

השוואה בין **חולים במחלה כרונית** לבין בריאים בשנת 2007 מעלה כי למשתנה מחלה כרונית יש השפעה עצמאית חיובית על התחושה כי תשלומי המשפחה לבריאות מכבידים על התקציב, על ויתור על טיפול רפואי או על תרופה בשל התשלום, על הוצאה על רופא פרטי בשלושת החודשים האחרונים, על תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה, וכן על דיווח כי הפסיקו ליטול תרופה או שינו מינון של תרופה על דעת עצמם.

למשתנה מחלה כרונית יש השפעה עצמאית חיובית גם על ביצוע בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה, על קבלת חיסון נגד שפעת, על דיווח שרופא עבר עמם על רשימת התרופות, וכן על שביעות רצון גבוהה מהרמה המקצועית של רופא המשפחה, מהיחס של רופא המשפחה, מיחס אחיות, משעות העבודה של המשרד והמעבדה, ועל דיווח כי אין רופא המרכז את כל המידע על טיפולים רפואיים.

למחלה כרונית יש השפעה עצמאית שלילית על הערכת מצב בריאות כטוב עד טוב מאוד, על דיווח כי בשנה האחרונה היה רופא שלא ענה על שאלות.

השוואה בין **קשישים (מעל גיל 65)** לבין האחרים בשנת 2007 מעלה כי למשתנה גיל (מעל 65) יש השפעה עצמאית חיובית על ביצוע בדיקת לחץ-דם בחצי השנה האחרונה ועל קבלת חיסון נגד שפעת. עם זאת, יש לו השפעה עצמאית שלילית על ביצוע בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות (בקרוב נשים) ועל הערכת מצב בריאות כטוב עד טוב מאוד.

למשתנה גיל מעל 65 יש השפעה עצמאית שלילית על הוצאות לרופא פרטי, על בעלות על ביטוח משלים או מסחרי. בנוגע למדדים של תיאום טיפול נמצא כי למשתנה גיל מעל 65 יש השפעה עצמאית שלילית על הפסקת נטילת תרופה או שינוי מינון של תרופה, על דיווח כי רופא לא ענה על שאלות, ושאינו רופא אחד שמרכז מידע. לעומת זאת, למשתנה זה יש השפעה עצמאית חיובית על דיווח שרופא עבר על רשימת התרופות וכן שרופא הסביר מספיק לגבי אותן תרופות.

## **5. סיכום ודיון**

בבואנו להעריך את משמעות ממצאי הסקר יש מקום לבחון אותם על רקע ההתפתחויות הכלליות במשק ובמגזר הבריאות. ניתן להבין את הנתונים על ירידה בתחושת הנטל הכספי וירידה בשיעור הוויתור על טיפול רפואי ותרופות, בהקשר של המגמות הכלכליות וההתפתחויות המדיניות. התקופה מאז 2005 התאפיינה בגידול בתוצר לנפש, ירידה באבטלה ועלייה בהכנסה הריאלית לנפש בכל העשירונים (אנדבלד וכהן, 2007; משרד האוצר, 2008; בנק ישראל, 2008). כמו-כן, בשנים 2006-2007 יושמה מדיניות ממשלתית להרחבת ההנחות לקשישים וחולים. בשנת 2006, באופן חד-פעמי, חלה הקטנה בשיעור ההשתתפות העצמית של קשישים בתרופות. בשנת 2007 הופחתה למחצית תקרת התשלום על תרופות של חולה כרוני שמשלמת בעדו גמלת הכנסה.

למרות הירידה בתחושת הנטל ובשיעורי הוויתור על טיפול ותרופות, חשוב להדגיש כי עדיין שיעורים ניכרים, במיוחד בקרב בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים, מוותרים על שירות בגלל התשלום. בדוח

מבקר המדינה 58 ב' משנת 2007 הודגשה בעיה זו ומשמעותה לגבי השוויוניות שהיא ערך בסיסי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעקבות הדוח והחלטת הממשלה מינה ב-2009 שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, ועדה בהשתתפות נציגי משרדי האוצר והבריאות לבחינת היקפי ההשתתפויות העצמיות של מבוטחים בתשלומים בעבור שירותי בריאות.

פרט לויתור על טיפול ותרופות, הבולט בקרב החולים הכרוניים ובעלי ההכנסה הנמוכה, קיימים תחומים נוספים בהם נראה כי מצבן של אוכלוסיות אלה גרוע יותר. בניתוח שהוצג לעיל לבחינת הפערים בין הקבוצות השונות מצאנו כי בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים מדווחים יותר מאחרים על כך שהתשלומים על בריאות מכבידים. במקביל, קבוצות אלה מדווחות פחות על פנייה אל מחוץ למערכת (פנייה לרופא פרטי ופנייה לרפואה אלטרנטיבית). זאת ועוד, בעלי הכנסה נמוכה מדווחים פחות מאחרים על בעלות על ביטוח משלים. אין הבדל בשיעורי הבעלות על ביטוח משלים בין חולים כרוניים לבין האחרים, אבל למחלה כרונית יש השפעה עצמאית חיובית על דיווח על בעיות בקבלת שירות או טיפול באמצעות הביטוח המשלים. למחלה כרונית ולהכנסה נמוכה יש גם השפעה עצמאית חיובית על תחושת מצוקה נפשית בשנה האחרונה. גם לדוברי ערבית ולקשישים יש השפעה כזו.

נתוני הסקר מלמדים על שיפור בחלק ממדדי איכות השירות, והשיפור מקביל לשיפור שחל בשנים 2005-2006 ברוב המדדים הרפואיים לגבי איכות הטיפול בקהילה, הנמדדים במסגרת "תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל" (פורת ואחרים, 2007). נתונים אלה מלמדים כי למרות היציבות בשיעורי המעבר בין קופות בשנים האחרונות (העומד על כ-1.5% לשנה), מאמצי הקופות לשפר הן את הטיפול הרפואי והן את השירות נמשכים, ככל הנראה, על מנת שיוכלו לעמוד בתחרות. נציין עוד כי השיפורים שדווחו, הושגו ללא גידול ריאלי בהוצאות הקופות בין השנים 2005-2006.<sup>11</sup>

בסקר 2007 הושם דגש על בחינת שירותי הביטוח המשלים והביטוח המסחרי. נמצאה שביעות רצון גבוהה מהביטוחים הפרטיים. לגבי הביטוח המשלים, מהסקר עולה כי שביעות הרצון מהיקף הכיסוי של תכניות הביטוח המשלים נמוכה לעומת שביעות הרצון מהיבטים אחרים. ממצאים אלה מצביעים על אפשרויות להמשך שיפור התכניות. צוות המחקר יפרסם דוח נפרד המעמיק בנתונים אלה של הסקר.

בסקר הושם דגש גם על בחינת ניהול הטיפול התרופתי. בשנים האחרונות הולך וגובר השימוש בתרופות כאמצעי טיפול מרכזי במחלות. ההוצאה הכוללת על תרופות בישראל בשנה מגיעה לכ-6 מיליארד ₪ (כאשר רוב ההוצאה היא על תרופות מרשם). ההוצאה הלאומית על תרופות מהווה כ-18% מההוצאה הלאומית על בריאות והיא גדלה בקצב המהיר מקצב גדילת ההוצאה הלאומית לבריאות. משקי הבית מממנים כמחצית מההוצאה על תרופות מכספם הפרטי. זאת ועוד, ההוצאה על תרופות

<sup>11</sup> בין השנים 2005-2006 היה גידול בהוצאה הנומינלית לנפש מתוקנת (1.9%) ובאותה שנה מדד יוקר הבריאות עלה ב-2.5% ומדד תשומות הבריאות עלה ב-2.9% (ולדמן-אשרוב והילמן, 2007; בן נון וקידר, 2007).

מהווה כ-20% מסך הוצאות קופות-החולים; ההכנסות על תרופות ממשקי הבית מהוות כ-10% מהכנסות קופות-החולים (בן נון וקידר, 2007).

ניהול נכון של הטיפול התרופתי חשוב הן מבחינת ההיבט הרפואי והן מבחינת ההיבט הכלכלי. בהיבט הרפואי קיימת הכרה בבעיות הנובעות מטיפול תרופתי שניתן בצורה לא מבוקרת. למשל, היעדר ראייה כוללת של הרופא של התרופות שהאדם לוקח (תרופות מרשם, תרופות ללא מרשם ותוספי מזון), יכול להוביל להשפעות בין-תרופתיות לא רצויות. תקשורת לקויה עם החולה על התרופות יכולה להוביל להפסקת טיפול תרופתי על דעת עצמו או לקיחה של תרופות שלא בהתאם להוראות מבחינת מינון, מועד לקיחה ומשך לקיחה, ולפגוע באפקטיביות הטיפול או אף בבריאות החולה. לבעיות אלה ישנן השלכות כלכליות שנובעות מטיפול לא אפקטיבי שיכול לגרום לסיבוך במצב הרפואי.

בהשוואה לממצאי הסקר הקודם שנערך ב-2005, ב-2007 נמצא שיפור ניכר בשיעור החולים שדיווחו כי בשנה האחרונה רופא עבר איתם על רשימת כל התרופות שהם לוקחים. בקרב מי שלקחו תרופת מרשם ברציפות (כל יום במשך חודש לפחות) השיעור עלה מ-39% ב-2005 ל-57% ב-2007. עם זאת, רק 23% בקרב כלל האוכלוסייה ענו כי רופא עבר איתם על רשימת כל התרופות שהם לוקחים.

לעומת זאת, במדדים אחרים הנוגעים לניהול הטיפול התרופתי, לא נמצא שינוי לעומת הסקר הקודם. כשליש ענו שהרופא לא הסביר מספיק על התרופות שהם לוקחים, וכ-13% ענו שבשנה האחרונה הפסיקו לקחת תרופה או שינו את המינון על דעת עצמם מבלי להודיע לרופא המטפל. נתונים אלה מצביעים על כך שיש מקום לשיפור נושאים אלה הקשורים לתקשורת בין רופא לחולה.

בסיכום, בתקופה 2005-2007 נמצאו שיפורים בשירותי קופות-החולים, וכן שיפור בהיבטים הקשורים לתשלומים. עם זאת, בתחומים רבים יש מקום לשיפורים נוספים.

בנושאים הקשורים לנגישות, יש מקום לשיפור בנוחות שעות העבודה, שירותי המעבדה, הגדלת מבחר התרופות, קלות קבלת תרופות והפניות (טופס 17), קיצור משך התור לרופאים יועצים, והקלה במגבלות מינהליות על קבלת שירותים.

על מנת להגביר את השוויון יש מקום לשקול שינוי במדיניות תשלומי ההשתתפות העצמית על מנת להסיר מחסומים כספיים לקבלת שירותים הפוגעים בעיקר באוכלוסיות חלשות; פריסת שירותים ביישובים מרוחקים על מנת להקל על נגישות השירותים לאוכלוסיות הגרות שם; והרחבת כיסוי הביטוח המשלים על מנת לשפר את השוויון בנגישות לשירותים נוספים שאינם בסל.

בהיבטים הקשורים במפגש בין הרופא לחולה יש מקום לשיפור בהקדשת זמן לחולה שיאפשר הגברת הפעילויות הקשורות לתיאום הטיפול, איכות ההסברים וניהול הטיפול התרופתי.

אנו מקווים כי ממצאי המחקר יסייעו הן לקופות-החולים, והן לכלל מערכת הבריאות, בשיפור מתמשך של השירותים לאזרחים.

## רשימת מקורות

אנדבלד, מ. 2009. "מדדי העוני והפערים החברתיים". בתוך: **הסקירה השנתית של המוסד לביטוח לאומי לשנת 2008**. המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

אנדבלד, מ.; כהן, ר. 2007. "עוני ואי שוויון בהתחלקות ההכנסות". בתוך: **הסקירה השנתית של המוסד לביטוח לאומי לשנת 2006**. המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

אפשטיין, ל.; גולדווג, ר.; איסמעיל, ש.; גרינשטיין, מ.; רוזן, ב. 2006. **צמצום אי-השוויון ואי-הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה**. דוח מסכם. דמ-480-06. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

בן-נון, ג.; קידר, נ. 2007. "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" קובץ נתונים סטטיסטיים 1995-2007. משרד הבריאות, ירושלים.

בנק ישראל. 2008. פרק ה' "שוק העבודה". בתוך: **דוח בנק ישראל לשנת 2008**. ירושלים.  
<http://www.bankisrael.gov.il/deptdata/mehkar/doch08/heb/doch08h.htm>

גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש.; רוזן, ב.; ניראל, נ.; וייצברג, ר. 2009. **מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול ערב יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: נקודת המבט של צרכני השירותים**. דמ-538-09. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

גרוס, ר.; רוזן, ב.; שירום, א. 1999. "מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי". **ביטחון סוציאלי** 54: 11-34.

ולדמן-אשרוב, מ.; הילמן, ט. 2007. **דוח מסכם על פעילות קופות-החולים לשנת 2006**. משרד הבריאות, ירושלים.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2009. "מימון ההוצאה הלאומית לבריאות". הודעה לעיתונות מתאריך ה-6-2009.  
[http://www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa\\_template.html?hodaa=200908110](http://www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=200908110)

מבקר המדינה. **דוח מבקר המדינה 58 ב**. ירושלים.

מדינת ישראל. 2008. **משרד האוצר עיקרי התקציב 2008**

ממשלת ישראל. 2007. "הצעת תקציב 2008". החלטה מס' 2275. ירושלים.  
<http://www.pmo.gov.il/PMO/Secretarial/bud/des2275.htm>

משרד האוצר. 2007. "עיקרי ההתפתחויות הכלכליות". סקירה כללית (חלק ב') להצעת תקציב 2008. ירושלים.

<http://www.finance.gov.il/budget2007/docs2008/23.pdf>

משרד הבריאות. 2007. דוח האגף לפיקוח על קופות-החולים ושירותי בריאות נוספים. ירושלים.

ניראל, נ.; פלפל, ד.; רוזן, ב.; זמורה, ע.; גרינשטיין, מ.; זלצברג, ס. 2002. נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל? דמ-354-00. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים

פורת, א.; רבינוביץ, ג.; רסקין-סגל, ע. 2007. תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דוח לציבור 2004-2006. משרד הבריאות, ירושלים.

Gross, R. 2004. "A Consumer Based Tool for Evaluating the Quality of Health Services in the Israeli Health Care System Following Reform". *Health Policy* 68(2):143-158.