



# שימוש וחסמי שימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל

נדב פן רחל גולדווג מיכל לרון

עריכת לשון: רונית כהן בן-נון  
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר  
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | תשרי תשפ"ב | אוקטובר 2021

# תקציר

## רקע

"בריאות דיגיטלית" הוא מונח רחב הכולל מגוון שירותי בריאות המועברים באמצעים טכנולוגיים במערכת הבריאות. במחקר זה אנו מתמקדים בשירותי בריאות מרחוק (telehealth), שהם: "שירותי בריאות אשר מסופקים באמצעות מגוון ערוצים, בכללם טלפונים, טלפונים חכמים, מכשירים מקוונים אחרים, עם וללא חיבור וידאו"<sup>1</sup>.

ממצאי מחקרים מן העולם ומישראל מצביעים על שיעורי שימוש נמוכים של אוכלוסיות מיעוט בשירותי בריאות מרחוק. שיעורי שימוש נמוכים אלה הם הרקע לבקשת משרד הבריאות ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל לערוך מחקר לבחינת השימוש של האוכלוסייה הערבית בישראל בשירותי בריאות מרחוק.

## מטרה

לבחון את מאפייני השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית, את מאפייני המשתמשים בשירותים אלה בקרב אוכלוסייה זו, וכן את החסמים לשימוש בהם בקרב אוכלוסייה זו.

## שיטה

סקירת ספרות מקצועית מן העולם ומישראל וסקר טלפוני לבחינת מאפייני שימוש והחסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב 501 משיבים בני 18 ויותר מן האוכלוסייה הערבית בישראל, ללא ערביי מזרח ירושלים וללא הפזורה הבדואית. הסקר נערך בסוף אוקטובר 2020, עם מדגם המייצג את האוכלוסייה הערבית הבגירה לפי ארבעה משתנים: גיל, מחוז מגורים, דת ומגדר.

## ממצאי הסקר

**גישות לאינטרנט ושימוש בו.** 87% מן המשיבים משתמשים שימוש יום-יומי באינטרנט, ל-96% יש טלפון חכם ול-93% גישה רציפה לאינטרנט. עיקר השימוש הוא ברשתות חברתיות ובחיפוש באינטרנט. שיעורים נמוכים הרבה יותר מקרב המשיבים משתמשים בשירותים מתקדמים באינטרנט (תשלומים, קניות וגלישה באתר קופת החולים).

**שימוש בשירותי בריאות מרחוק.** שירות הבריאות מרחוק הנפוץ ביותר הוא שיחת הטלפון: 66% מן המשיבים דיווחו כי פנו בטלפון לרופא מוכר בשנה החולפת, עבורם או עבור בן משפחה. בשירותי בריאות מרחוק מקוונים – זימון תור, צפייה במידע אישי והתכתבות עם רופא מוכר, השתמשו יותר משליש מן המשיבים – 43%, 37% ו-34%, בהתאמה. בשירותי שיחת וידאו עם מטפל מוכר, הזמנת תרופות ושיחה עם גורם רפואי לא מוכר השתמשו בשיעורים הנמוכים ביותר מבין השירותים שנבדקו, 8%, 14% ו-17%, בהתאמה.

<sup>1</sup> Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161

**מאפייני המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק.** באמצעות רגרסיה לוגיסטית בחנו את השפעת המאפיינים שלהלן על סיכויי השימוש בשירותי בריאות מרחוק: מגדר, גיל, השכלה, מחוז מגורים, קופת חולים, הרכב מגורים, דת ומצב הבריאות. נמצא כי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים מנבאים שימוש בשירותי בריאות מרחוק, וכי השפעת המאפיינים משתנה בין השירותים. בשיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר נמצא כי נשים ותושבי מחוז צפון משתמשים יותר לעומת גברים ותושבי מחוז מרכז, תל אביב וירושלים. בשירות התכתבות עם רופא מוכר נמצא כי השכלה אקדמית היא הגורם היחיד המנבא שימוש. לבסוף, בשירותים נוהליים (כללי) – שימוש באחד או יותר משלושת השירותים המקוונים האלה: צפייה במידע אישי, זימון תור והזמנת תרופות – נמצא כי נוצרים, בעלי השכלה אקדמית, תושבי חיפה והדרום ונשים משתמשים יותר ממוסלמים, חסרי השכלה אקדמית, תושבי הצפון וגברים.

**חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק.** במענה לתרחיש היפותטי בנוגע לשימוש בשירותי בריאות מרחוק ציינו יותר מ-50% מן המשיבים כי אין סיבה להימנע משימוש בשירות – 75% בנוגע להתכתבות עם רופא מוכר, 63% בנוגע לשיחת וידאו עם רופא מוכר ו-51% בנוגע לשיחת וידאו עם רופא לא מוכר. החסם העיקרי שבגיניו המשיבים לא השתמשו בפועל בשירותי בריאות מרחוק הוא חוסר מודעות לשירות. חסם זה בולט במיוחד בשירות חדש, כגון הזמנת תרופות (27%). חסמים נוספים שנמצאו לשימוש בשירותי בריאות מרחוק הם חוסר האפשרות לבדיקה פיזית (שיחת וידאו) (21%), חוסר פרטיות לקיום השיחה (שיחת וידאו) (11%), חשש שהרופא לא יקדיש תשומת לב מספקת (התכתבות) (11%) וקושי בהבעה בכתב בעברית ובערבית (התכתבות) (6%). נוסף לכך, רק ל-38% מן המשיבים יש שם משתמש וסיסמה לאתר קופת החולים שלהם, עובדה שהיא עצמה חסם לשימוש בשירותים המוצעים למטופל באתר ובשימוש (אפליקציה).

## דיון והמלצות

לרוב המשיבים אין התנגדות עקרונית לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, ואכן מרבית המשיבים אף השתמשו בשנה החולפת בשירות אחד לפחות מבין שירותי הבריאות מרחוק שנבדקו. נמצא כי שיחת טלפון היא אמצעי פורמלי פחות ונגיש יותר לעומת השירותים האחרים, ומכאן גם חשיבותה – היא מאפשרת גישה מרחוק לרופא ולמערכת הבריאות לכלל האוכלוסייה, ללא הבדלים חברתיים-כלכליים או תרבותיים.

במרבית השירותים, קבוצות הזקוקות לשירותי בריאות יותר מאחרות ולכן עשויות היו ליהנות מיתרונות שירותי בריאות מרחוק – הורים לילדים קטנים, זקנים ומי שמצב בריאותם אינו טוב – דווקא אינן נוטות להשתמש בשירותים אלה. השכלה אקדמית, שלה מתאם עם אוריינות, מגדילה את הסיכוי להשתמש בשירותי בריאות מרחוק (למעט שיחת טלפון). הסיכוי הגבוה של נוצרים להשתמש בשירותים מרחוק לעומת מוסלמים מלמד על ההבדלים בין קבוצות בתוך האוכלוסייה הערבית ועל הצורך להתייחס לגיוון החברתי באוכלוסייה זו.

ייתכן כי ההבדלים בין קבוצות בתוך האוכלוסייה הערבית מצריכים דיוק והתאמה תרבותית של שירותי הבריאות מרחוק. התאמה נדרשת גם עבור אנשים המעוניינים לקיים את המפגש הרפואי בנוכחות בן משפחה, ולהבדיל, עבור מי שזקוקים לפרטיות. עוד ניתן לציין כי הפניה לשירותים מרחוק, המלצה להשתמש בהם, הדרכה ותמיכה טכנית מצד בני משפחה וגורמים רפואיים עשויות להגביר את המודעות לשירותים אלו ולהגדיל את שכיחות השימוש בהם בקרב האוכלוסייה הערבית.

# תמצית מנהלים

## רקע

"בריאות דיגיטלית" הוא מונח רחב הכולל מגוון שירותי בריאות המועברים באמצעים טכנולוגיים במערכת הבריאות, ובהם מערכות מידע בתוך מערכת הבריאות, ערוצי תקשורת בין רופאים המאפשרים התייעצות ורצף טיפולי והגנה על מידע במערכת הבריאות. השירותים הללו מיועדים לשחקנים השונים במערכת – ארגונים המספקים שירותים, גורמים רפואיים/מטפלים, מטופלים ומשרד הבריאות, ומספקים אותם ספקי שירותים, גורמים רפואיים/מטפלים ומשרד הבריאות. במחקר זה אנו מתמקדים בסוג שירותים אחד מתוך סל השירותים של הבריאות הדיגיטלית – שירותי בריאות מרחוק (Telehealth), שהם: "שירותי בריאות אשר מסופקים באמצעות מגוון ערוצים, בכללם טלפונים, טלפונים חכמים, מכשירים מקוונים אחרים, עם וללא חיבור וידאו".<sup>2</sup>

ממצאי מחקרים מן העולם ומישראל מצביעים על שיעורי שימוש נמוכים של אוכלוסיות מיעוט בשירותי בריאות מרחוק. שיעורי שימוש נמוכים אלה הם הרקע לבקשת משרד הבריאות ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל לערוך מחקר לבחינת השימוש של האוכלוסייה הערבית בישראל בשירותי בריאות מרחוק.

## מטרה

לבחון את מאפייני השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית, את מאפייני המשתמשים בשירותים אלה בקרב אוכלוסייה זו, וכן את החסמים לשימוש בהם בקרב אוכלוסייה זו.

אלה הן שאלות המחקר:

1. עד כמה נפוץ השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית?
2. מה מאפיין את המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית?
3. אילו חסמים מונעים שימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית?

## שיטה

סקירת ספרות מקצועית מן העולם ומישראל וסקר טלפוני לבחינת מאפייני השימוש והחסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב 501 משיבים מן האוכלוסייה הערבית בישראל. הסקר נערך בתקופה שבין 29.10.2020 ל-4.11.2020 בקרב מדגם מייצג של 501 משיבים מן האוכלוסייה הערבית בישראל. הנסקרים נבחרו בדגימה אקראית תוך מילוי מכסות לצורך ייצוג של בני 18 ויותר מקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, ללא ערביי מזרח ירושלים וללא הפזורה הבדואית, לפי ארבעה משתנים: גיל, מחוז מגורים, דת ומגדר.

---

<sup>2</sup> Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161

המחקר התבסס על מודל תיאורטי ובו שלושה היבטים של הפרט – האישי, הנסיבתי והסביבתי – אשר נועדו לבחון חסמים לשימוש בשירותים מרחוק. ההיבט האישי וההיבט הנסיבתי של המודל כללו התייחסות למאפיינים החברתיים-דמוגרפיים של המשיבים, למצב הבריאות שלהם ולאוריינות הבריאותית דיגיטלית שלהם; ההיבט הסביבתי של המודל כלל שני רכיבים: סביבת המדיה, קרי נגישות לתשתית וציוד טכני ושירותים רלוונטיים ומותאמים תרבותית, וסביבה חברתית, קרי תמיכה משפחתית טכנית, הדרכות והנחיות חוץ-משפחתיות.

## ממצאי סקירת הספרות

**גישה לאינטרנט.** שלא כבעבר, כיום הפער בגישה לאינטרנט בין ערבים ליהודים מצומצם יחסית, בין היתר בעקבות שיעורי החדירה הגבוהים בישראל של הטלפון החכם, המייתר את הצורך בנקודת גישה פיזית לאינטרנט ומבטל את התלות בתשתיות האינטרנט של מקום המגורים.

**שימוש באינטרנט.** בשנת 2017 עמד שיעור הגולשים באינטרנט באוכלוסייה הערבית על 84% לעומת 91% באוכלוסייה היהודית. פער זה נעלם כאשר משווים בין קבוצות הגיל הצעירות יותר.<sup>3</sup>

**פער דיגיטלי.** למרות הדמיון בשיעור הגולשים באינטרנט בין האוכלוסיות, לפחות באמצעות הטלפון החכם, מאפייני השימוש באינטרנט שונים. הפער נוכח בשיעורי הגלישה הנמוכים של ערבים בשירותים הנחשבים מתקדמים, כגון חיפוש מידע, תשלומים ופעילויות נוהליות, ומנגד בשיעור השימוש הגבוה ברשתות חברתיות.<sup>4</sup>

**שימוש בשירותי בריאות מרחוק.** מסקירת הספרות עולה כי ישנו פער בשיעורי השימוש בשירותי בריאות מרחוק בין ערבים ליהודים. סקר שנערך בשנת 2016 מצא כי 22% מן היהודים דיווחו על פנייה מקוונת לרופא משפחה לעומת 13% מן הערבים שדיווחו על כך.<sup>5</sup> בסקר דומה שנערך בשנת 2018 נמצא כי 41% מן היהודים פנו פנייה מקוונת לרופא כלשהו לעומת 17% בלבד מקרב הערבים.<sup>6</sup> כלומר, הפער גדל בשנים האחרונות. נוסף לפער בין יהודים לערבים, נמצא שיש פער בשיעורי השימוש בשירותי בריאות מרחוק גם בקרב האוכלוסייה הערבית עצמה – ערבים נוצרים נוטים להשתמש בשירותי בריאות מרחוק יותר מערבים מוסלמים.<sup>7</sup>

**הספקת שירותי בריאות מרחוק בערבית.** קופות החולים מציעות שירותי בריאות מרחוק למגוון שירותי הבריאות בקהילה אך לא כל השירותים זמינים בשפה הערבית. אתרי האינטרנט של הקופות, למעט זה של מכבי שירותי בריאות, מספקים מידע כללי בשפה הערבית, אך מרבית שירותי הבריאות מרחוק הנוגעים למידע אישי, דוגמת צפייה בתוצאות בדיקות ופנייה לרופא, אינם מסופקים בשפה הערבית.

<sup>3</sup> גנאים א. (2018). האינטרנט בחברה הערבית בישראל. איגוד האינטרנט הישראלי.

<sup>4</sup> שם

<sup>5</sup> ברמלי-גרינברג ש., מדינה הרטום ת., יערי א. ובלנסקי א. (2019). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2016. דמ-790-19. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

<sup>6</sup> ברמלי-גרינברג ש., יערי א. ואבני א. (2020). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018. דא-2-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

<sup>7</sup> פן נ., גולדווגר, לרון מ. והרטל מ. (2021). שימוש ברפואה מקוונת בקרב ישראלים במהלך מגפת הקורונה. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הוגש לפרסום.

## ממצאי הסקר

**נגישות לאינטרנט ושימוש בו.** 87% מן המשיבים משתמשים שימוש יום-יומי באינטרנט, ורק 6% אינם משתמשים בו כלל. ל-96% יש טלפון חכם ול-93% גישה רציפה לאינטרנט. עיקר השימוש הוא ברשתות חברתיות (82%) ובחיפוש באינטרנט (77%). שיעורים נמוכים הרבה יותר מקרב המשיבים משתמשים בשירותים מתקדמים באינטרנט – תשלומים (35%), קניות (20%) וגלישה באתר של קופת החולים (20%).

**שימוש בשירותי בריאות מרחוק.** שירות הבריאות מרחוק הנפוץ ביותר הוא שיחת הטלפון: 66% מן המשיבים דיווחו כי פנו בטלפון לרופא מוכר בשנה החולפת, עבורם או עבור בן משפחה, ו-63% ציינו כי זו דרך הפנייה מרחוק המועדפת עליהם. בשירותי בריאות מרחוק מקוונים – זימון תור, צפייה במידע אישי והתכתבות עם רופא מוכר, השתמשו יותר משליש מן המשיבים – 43%, 37% ו-34%, בהתאמה. בשירותי שיחת וידאו עם מטפל מוכר, הזמנת תרופות ושיחה עם גורם רפואי לא מוכר השתמשו בשיעורים הנמוכים ביותר מבין השירותים שנבדקו, 8%, 14% ו-17%, בהתאמה.

**מאפייני המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק.** באמצעות רגרסיה לוגיסטית בחנו את השפעת המאפיינים האלה על סיכויי השימוש בשירותי בריאות מרחוק: מין, גיל, השכלה, מחוז מגורים, קופת חולים, הרכב מגורים, דת ומצב הבריאות. נמצא כי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים מנבאים שימוש בשירותי בריאות מרחוק, וכי השפעת המאפיינים משתנה בין השירותים:

- בשיחת הטלפון עם גורם רפואי מוכר נמצא כי נשים ותושבי מחוז צפון משתמשים יותר לעומת גברים ותושבי מחוז מרכז, תל אביב וירושלים.
- בשירות התכתבות עם רופא מוכר נמצא כי השכלה אקדמית היא הגורם היחיד המנבא שימוש.
- בשירותים נוהליים (כללי) – שימוש באחד או יותר משלושת השירותים המקוונים האלה: צפייה במידע אישי, זימון תור והזמנת תרופות – נמצא כי נוצרים, בעלי השכלה אקדמית, תושבי חיפה והדרום ונשים משתמשים יותר ממוסלמים, חסרי השכלה אקדמית, תושבי הצפון וגברים.

**חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק.** החסם העיקרי שבגיני המשיבים לא השתמשו בשירותי בריאות מרחוק הוא חוסר מודעות לשירות. החסם בולט במיוחד בשירות חדש כגון הזמנת תרופות (27%). חסמים נוספים לשימוש הם קשיים טכניים בהפעלת השירות והעובדה שהגורם המטפל לא המליץ על השירות. נוסף לכך, רק ל-38% מן המשיבים יש שם משתמש וסיסמה לאתר קופת החולים שלהם, עובדה שהיא עצמה חסם לשימוש בשירותים המוצעים למטופל באתר וביישומון (אפליקציה).

בתשובה לתרחיש היפותטי בנוגע לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, מרבית המשיבים אמרו כי מבחינתם אין סיבה להימנע משימוש בשירותי הבריאות מרחוק, כגון התכתבות עם רופא מוכר (75%), שיחת וידאו עם רופא מוכר (63%) ושיחת וידאו עם רופא לא מוכר (51%). החסמים העיקריים שצוינו לשימוש בשירותים מרחוק הם חוסר האפשרות לבדיקה פיזית (שיחת וידאו) (21%), חוסר פרטיות לקיום השיחה (שיחת וידאו) (11%), חשש שהרופא לא יקדיש תשומת לב מספקת (התכתבות) (11%) וקושי בהבעה בכתב בעברית ובערבית (התכתבות) (6%).

הגורמים המסייעים העיקריים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, בקרב מי שהשתמשו בהם ובקרב מי שטרם השתמשו בהם, הם: היכרות מוקדמת עם הרופא (91% ו-83%, בקרב מי שטרם השתמשו בשירות ובקרב מי שהשתמשו בו בעבר, בהתאמה), תשתית אינטרנט יציבה (88% ו-82%, בהתאמה) והספקת השירות מרחוק בשפה הערבית (82% ו-80%, בהתאמה). עוד נמצא כי המלצת הגורם הרפואי (79% ו-69%, בהתאמה) היא גורם מסייע חשוב לשימוש בשירות מרחוק.

## דין והמלצות

נמצא כי לרוב המשיבים אין התנגדות עקרונית לשימוש בשירותי בריאות מרחוק. ואכן, מרבית המשיבים אף השתמשו בשנה החולפת בשירות אחד לפחות מבין שירותי הבריאות מרחוק שנבדקו. 66% מן המשיבים קיימו שיחה טלפונית עם גורם רפואי – דבר ההופך את שיחת הטלפון לשירות הנפוץ והמועדף ביותר מבין השירותים שנבדקו. שיחת הטלפון נמצאה כאמצעי פורמלי פחות ונגיש יותר לעומת השירותים האחרים, ומכאן גם חשיבותה – היא מאפשרת גישה מרחוק לרופא ולמערכת הבריאות לכלל האוכלוסייה, ללא הבדלים חברתיים-כלכליים או תרבותיים.

בבחינת ההיבטים האישי והנסיבתי של מודל נמצא כי הימצאותם של ילדים קטנים בבית, אשר סטטיסטית חולים יותר ממבוגרים, אינה גורם המסביר את הסיכוי לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, וכך גם בנוגע לאנשים מבוגרים ואנשים שבריאותם אינה תקינה. קבוצות אלה, אשר זקוקות לשירותי הבריאות בתדירות גבוהה יותר מאחרות, היו עשויות ליהנות מן האפשרויות הגלומות בשירותי הבריאות מרחוק, אך נראה כי הן לא ממצות אותן. דווקא אנשים שבריאותם טובה משתמשים בשירותי בריאות מרחוק יותר מאנשים שבריאותם אינה טובה. ייתכן שאנשים שבריאותם טובה השתמשו בשירותי בריאות מרחוק לצורך קבלת טיפול רפואי בבן משפחה, וייתכן שהתפתחותם של שירותי הבריאות מרחוק גם פתחה אפשרויות ויצרה ביקושים שלא היו קיימים קודם לכן.

להשכלה אקדמית, כמאפיין אישי, מתאם גבוה עם האוריינות הבריאותית ועם האוריינות הדיגיטלית, וכצפוי, ועל פי הספרות המקצועית, היא מעלה את הסיכוי להשתמש בשירותי בריאות מרחוק (למעט שיחת טלפון). אנשים שהיו להם שם משתמש וסיסמה לצורך כניסה לאתר האינטרנט או ליישומון של קופת החולים (סמן נוסף לאוריינות בריאותית דיגיטלית) היו גם אלה שהשתמשו בשירותי הבריאות מרחוק יותר מאחרים (למעט שירות טלפוני, שם לא נמצא הבדל מובהק).

מבחינת ההיבט הסביבתי של המודל עלה כי ברכיב סביבת המדיה לא נמצאו הבדלים ניכרים היכולים להצביע על הבדלי תשתית בין המחוזות שבהם גרים המשיבים. כמו כן נראה כי אין בעיית נגישות לשירותי בריאות מרחוק בכל הנוגע למכשיר גישה (טלפון חכם) ולנקודת גישה (אינטרנט). מלבד זאת, רוב המשיבים משתמשים באינטרנט יום-יום, אך הם משתמשים בו לא לשם מיצוי זכויות אלא שימוש חברתי. בהיבט של היצע השירותים הרלוונטיים כל קופות החולים וגם חלק מבתי החולים מציעים שירותי בריאות מרחוק, אך נמצא שחברות במכבי שירותי בריאות מעלה את הסיכוי שהמבוטחים יצפו במידע אישי או יזמינו תור באתר או ביישומון לעומת חברות בשירותי בריאות כללית. בהיבט זה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מבוטחי שירותי בריאות כללית ובין מבוטחי קופות החולים לאומית ומאוחדת.

עולה השאלה עד כמה השירותים המוצעים מותאמים תרבותית לאוכלוסייה הערבית. על פי הבחנה אנליטית הלקוחה מן הספרות המקצועית בין "התאמה שטחית" ובין "התאמה עמוקה", אזי מבחינת ה"התאמה השטחית", המשיבים ייחסו חשיבות רבה לשפה



הערבית כגורם מסייע לשימוש בשירותי בריאות מרחוק אך לא דיווחו עליה כחסם. מבחינת "ההתאמה העמוקה", זו הנוגעת לדוגמה לכוחות חברתיים, היסטוריים ופסיכולוגיים, הסקר שעליו התבסס המחקר לא היווה כלי מחקרי רגיש דיו כדי לחשוף אי-התאמות תרבותיות ברמת העומק. עם זאת, הסיכוי הגבוה של נוצרים להשתמש בשירותים מרחוק לעומת מוסלמים מלמד על ההבדלים בין קבוצות בתוך האוכלוסייה הערבית ועל הצורך להתייחס לגיוון החברתי באוכלוסייה זו.

ייתכן כי ההבדלים בין הקבוצות מלמדים כי נדרשים דיוק והתאמה תרבותית של שירותי הבריאות מרחוק. התאמה נדרשת גם עבור אנשים המעוניינים לקיים את המפגש הרפואי בנוכחות בן משפחה, ולהבדיל, עבור מי שזקוקים לפרטיות. עוד בהקשר של ההיבט הסביבתי יצוין כי המלצה, הדרכה ותמיכה טכנית של בני משפחה ושל גורמים רפואיים עשויות להגביר את המודעות לשירותים אלו ולהעלות את שכיחות השימוש בהם.

ממצאי המחקר מניבים כמה המלצות:

1. לפעול להעלאת המודעות לקיומם של שירותי הבריאות מרחוק, במיוחד לשירותים חדשים יחסית, כגון שירות הזמנת תרופות.
2. להתאים את שירותי הבריאות מרחוק התאמה תרבותית עמוקה באמצעות שיווקם על ידי דמויות מוכרות ומשפיעות בקהילה, כגון גורם רפואי מוכר שימליץ על השימוש בהם.
3. להדגיש בפני המטופלים כי גם כשמדובר בשירות מרחוק, הם רשאים לבחור לקיים את המפגש הרפואי בנוכחות בן משפחה אחר, או לחלופין, לבחור להשתמש במכשיר הטלפון הנייד בכל מקום אשר יאפשר להם לקיים את המפגש הרפואי בפרטיות.
4. לעודד את המבוטחים ליצור שם משתמש וסיסמה באמצעות שילוב הליך זה בהליכים שגרתיים שהם מבצעים מול קופת החולים ולהפנות אותם בכל הזדמנות לביצוע פעולות באתר האינטרנט או ביישומון.
5. לפעול להעלאת האוריינות – הדיגיטלית, הבריאותית והבריאותית דיגיטלית, בקרב אוכלוסיות שרמת האוריינות שלהן נמוכה, במיוחד אלה הזקוקות לשירותי הבריאות יותר מאחרות ולכן עשויות ליהנות יותר מן האפשרויות שמספקים שירותי הבריאות מרחוק לייעול הקשר עם מערכת הבריאות. הכוונה היא להדרכת אוכלוסיות ובהן מבוגרים, הורים לילדים ואנשים החיים בעוני, כדי שידעו איך להשתמש בשירותים אלה.
6. לפשט את השימוש בשירותי הבריאות מרחוק, כך שיתאימו גם לאנשים שרמת האוריינות שלהם נמוכה.
7. לשקף לגורמים המטפלים את תפקידם המרכזי בהעלאת המודעות לשירותי בריאות מרחוק ובהגברת השימוש בהם, באמצעות המלצה והפניה לשימוש בשירותים אלה.

במחקר בתחום זה בעתיד מומלץ להשתמש בכלים איכותניים להשלמת תמונת המצב של חסמי השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית. כמו כן לצורך השוואה מומלץ לערוך סקר דומה בקרב האוכלוסייה הכללית בישראל. בעתיד יש לבחון את הידע ואת העמדות של רופאים ושל גורמים רפואיים נוספים כלפי שירותי בריאות מרחוק ולחדד את ההבחנה בין שירותים מרחוק המאפשרים קשר עם בתי החולים ובין שירותים מרחוק בקהילה. כדאי להוסיף ולחקור באילו תנאים ועבור אילו הליכים מתאים להשתמש בשירותי בריאות מרחוק. הבנה טובה יותר של המקרים שבהם שירות מרחוק עשוי לייתר ביקור פנים אל פנים והדרכה שתסייע למטופלים לזהות מתי נכון להפעיל את השירות מרחוק ומתי מומלץ להגיע למרפאה עשויים לשפר את איכות הטיפול, לייעל את השימוש בשירותי הבריאות מרחוק ולהגדיל את התועלת הטמונה בהם, הן למערכת הבריאות הן למטופלים.

## דברי תודה

אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי: ד"ר אסתר בריינין, ד"ר שולי ברמלי-גרינברג, ד"ר אביבית גולן, מוחמד גרה, דפנה ליפשיץ, פרופ' פהד חכים, שיפא טלאקה, ד"ר מחמוד כיאל, פרופ' דיאן לוין, ד"ר זאהי סעיד, ד"ר ריזאן סח'ניני, ד"ר אשרת עטר-שניידר, ד"ר אומימה פרחאת, מוחמד פריג, גידי פרץ, פרופ' ערד קודש ונעמי שולמן, אשר הקדישו מזמנם ושיתפו מניסיונם המקצועי לצורך טיוב שאלון המחקר ופירוש הממצאים.

תודה לאסתי שלי, לאסף פרקר ולרן מילמן מאגף בריאות דיגיטלית במשרד הבריאות, על השותפות.

תודה לפרופ' ברוך רוזן ממכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל על הערותיו לדוח.

# תוכן עניינים

1	1. מבוא
3	2. מטרת המחקר ושאלות המחקר
4	3. שיטת המחקר
7	4. סקירת ספרות
7	4.1 בריאות מרחוק (telehealth) ובריאות דיגיטלית (digital health)
8	4.2 פוטנציאל ופוטנציאל בלתי ממומש של שירותי בריאות מרחוק
10	4.3 ההיבט האישי – מאפיינים חברתיים-דמוגרפיים
11	4.4 ההיבט האישי – אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית
13	4.5 ההיבט הנסיבתי – מצב הבריאות ושימוש בשירותי בריאות מרחוק
14	4.6 ההיבט הסביבתי – שירותי בריאות מרחוק בישראל
18	5. ממצאי הסקר
18	5.1 מאפייני המשיבים
23	5.2 מאפייני המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק
36	5.3 חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק
47	6. מגבלות המחקר וכיוונים למחקר בעתיד
48	7. סיכום, דיון והמלצות
48	7.1 סיכום ודיון
50	7.2 המלצות
51	פרסומים נוספים של המכון בנושא
52	מקורות
57	נספח א: ניתוחים דו-משתניים
67	נספח ב: מבחן גורמים

## רשימת לוחות

18	לוח 1: מאפייני המשיבים
19	לוח 2: חברות המשיבים בקופת חולים והשכלה
19	לוח 3: רמת ההכנסה של המשיבים לעומת רמת ההכנסה של כלל האוכלוסייה הערבית
20	לוח 4: מצב הבריאות של המשיבים (דיווח עצמי)
21	לוח 5: תדירות השימוש באינטרנט
22	לוח 6: תדירות השימוש באינטרנט, לפי סוג השימוש
25	לוח 7: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר
27	לוח 8: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות התכתבות עם גורם רפואי מוכר
29	לוח 9: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירותים נוהליים
31	לוח 10: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות צפייה במידע אישי
33	לוח 11: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות זימון תור

## רשימת לוחות בנספחים

57	לוח א-1: גודל יישוב המגורים ורמת השכלה
57	לוח א-2: שימוש בשירותי בריאות מרחוק, לפי מאפיינים שונים
59	לוח א-3: חוסר פרטיות כחסם לשימוש בשירות מרחוק, לפי מגדר
60	לוח א-4: שימושים נבחרים באינטרנט, לפי הכנסה חודשית של משק הבית
62	לוח א-5: חסמים לשימוש בשירותים מרחוק, לפי רמת ההכנסה החודשית של משק הבית
65	לוח א-6: תשובות לתרחישים רפואיים היפותטיים (שימוש בשירותים מרחוק), לפי רמת ההכנסה החודשית של משק הבית
68	לוח ב-1: Rotated Component Matrix, PCA

## רשימת תרשימים

5	תרשים 1: מודל לבחינת שימוש בשירותי בריאות מרחוק
9	תרשים 2: פנייה מקוונת בשנתיים האחרונות לרופא בקרב ערבים ובקרב יהודים, בשנים 2016 ו-2018
12	תרשים 3: שימוש באינטרנט בקרב ערבים ובקרב יהודים
20	תרשים 4: שימוש בשירותי בריאות קונבנציונליים בשנה החולפת
21	תרשים 5: בעלות על אמצעי גישה לאינטרנט והנפקת שם משתמש וסיסמה לאתר קופת החולים
22	תרשים 6: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת
23	תרשים 7: הדרך המועדפת לפנייה לרופא או לגורם רפואי אחר מבין אמצעי הפנייה מרחוק
34	תרשים 8: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת, לפי גודל יישוב המגורים
35	תרשים 9: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת, לפי רמת הדתיות
37	תרשים 10: מקור המידע על שירותי הבריאות מרחוק
37	תרשים 11: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת לפי בעלות על שם משתמש וסיסמה
38	תרשים 12: שיעור המשיבים שלא השתמשו בשירותי בריאות מרחוק כי לא היה להם צורך בו
39	תרשים 13: חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – שיחת טלפון, שיחת וידאו והתכתבות עם רופא מוכר
39	תרשים 14: חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – פנייה מרחוק לגורם רפואי לא מוכר
40	תרשים 15: חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – הזמנת תרופות וצפייה במידע אישי
41	תרשים 16: חסמים להתייעצות בכתב עם רופא המשפחה
41	תרשים 17: חסמים להתייעצות בוידאו עם רופא המשפחה
42	תרשים 18: חסמים להתייעצות בוידאו עם רופא מומחה לא מוכר
43	תרשים 19: גורמים מסייעים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק
43	תרשים 20: האם תמליץ על שירותי בריאות מרחוק לחברים וקרובי משפחה

## רשימת תרשימים בנספחים

68	תרשים ב-1: Scree Plot, PCA
69	תרשים ב-2: התפלגות משתנה סכימה של שימוש בשירותים נוהליים

# 1. מבוא

בשנת 2010 ערך המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות כנס בנושא "[מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי](#)". שלושה נושאים עמדו במוקד הכנס – 'השינוי במעמד המטפל והמטופל וביחסים שביניהם', 'ההשלכות הכלכליות חברתיות' (של העידן הדיגיטלי) ו'רשומה רפואית לאומית'. בדברי הפתיחה לכנס ציין יו"ר המכון דאז, פרופ' שלמה מור-יוסף, את מורכבות השפעת העידן הדיגיטלי על מטופלים (ויחסם למטפלים) וכן את האתגר שבמימוש יתרונות הדיגיטציה לצמצום פערים חברתיים. שבע שנים מאוחר יותר, בשנת 2017, פרסם משרד הבריאות את "[התוכנית הלאומית לבריאות דיגיטלית](#)".<sup>1</sup> תוכנית שנועדה להגביר את השימוש בשירותי בריאות דיגיטליים של כל הגורמים הרלוונטיים במערכת הבריאות – ממשלה, ספקי שירותים רפואיים, מטפלים ומטופלים (משרד הבריאות, 2017).

המוטיבציה להגברת השימוש בשירותי בריאות מרחוק נובעת מתפיסה, מגובה במחקר, שהטמעת השימוש בהם עשויה לחולל שינוי לטובה באיכות ובנגישות של שירותי בריאות המסופקים למבוטחים, תוך הגברת היעילות והורדת העלויות למערכת הבריאות (Janet et al., 2003). התועלות הנובעות משירותי בריאות מרחוק תלויות בכמה גורמים, ובהם התחום הרפואי שבו ניתן השירות, המטפל המספק את השירות, המטופל והצורך הרפואי שלו ומאפייני אוכלוסיית היעד לשירות (Janet et al., 2003). ישנם תחומים ומצבים רפואיים שבהם לא רצוי להשתמש בשירותי בריאות מרחוק, אך יש מצבים רבים אחרים שבהם התועלות הצפויות גבוהות.

האוכלוסייה הערבית בישראל נוטה להשתמש בשירותי בריאות מרחוק בשיעורים נמוכים מאשר האוכלוסייה היהודית (פן ואח', 2021; ברמלי-גרינברג ואח', 2019). תת-שימוש זה איננו מוצדק מבחינת הצרכים הרפואיים של שתי האוכלוסיות. להפך, מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית בישראל טוב פחות מזה של האוכלוסייה היהודית. נוסף על כך, גילה הצעיר של האוכלוסייה הערבית לעומת היהודית אמור להקל על יכולתה לנצל את שירותי הבריאות מרחוק (צ'רניחובסקי ואח', 2017; חדאד חאג' יחיא ואסף, 2017). בהקשר זה יצוין כי האוכלוסייה הערבית איננה ייחודית בתת-השימוש שלה בשירותי בריאות מרחוק. בארצות הברית, לדוגמה, פחות מ-1% מן האנשים שגרים באזורים כפריים התנסו בשימוש בשירותי בריאות מרחוק (Smith et al., 2020).

הספרות המקצועית מלמדת כי ישנם מקרים רבים שבהם אף על פי שהמצב הרפואי מתאים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, לא נעשה בהם שימוש. החסמים לשימוש מגוונים ונובעים מקשיים במערכת הבריאות מקשיים של מטפלים ומטופלים. מרביתם רלוונטיים לקבוצות אוכלוסייה חלשות יחסית – חסמים כמו אוריינות נמוכה, בעיות נגישות, מחסור בתשתית תואמת וחסמים תרבותיים. כאשר החסמים משמעותיים מספיק כדי להביא לתת-שימוש, שירותי הבריאות מרחוק עלולים להפוך מגורם המצמצם פערים לגורם המרחיב את הפערים הבריאותיים ואת אי-הצדק החלוקתי (חלוקה לא הוגנת של משאבים ציבוריים בין קבוצות שונות באוכלוסייה) והבריאותי (להרחבה על החסמים לשימוש של מטופלים בשירותי בריאות מרחוק ראו פרק 4). על כן, מערכות בריאות ברחבי העולם פועלות כדי לבטל ולצמצם חסמים ולהגביר את השימוש של כלל האוכלוסייה ושל קבוצות אוכלוסייה ייחודיות בשירותי בריאות מרחוק (Jacobs et al., 2016).

---

<sup>1</sup> חלק ממיזם "ישראל דיגיטלית" – מאמץ ממשלתי למינוף טכנולוגיות המידע והתקשורת ולעידוד חדשנות במגזר הציבורי.

גורם חשוב שהוביל לעלייה בשימוש בשירותי בריאות מרחוק, בעולם בכלל ובישראל בפרט, הוא מגפת הקורונה שפרצה במהלך שנת 2020. המגפה העלתה בעולם את המודעות לצורך בבניית תשתית (טכנולוגית, חוקית, טכנית ונורמטיבית) שתאפשר הספקת שירותי בריאות בתנאים שבהם לא מתאפשר מפגש פנים אל פנים בין מטפל למטופל. מצב החירום היווה זרז לא מבוטל להגברת השימוש בשירותי בריאות מרחוק שמהותם קיום מפגשים ללא מגע פיזי (Smith et al., 2020). אף שהיו בעבר מצבי חירום (כגון מגפות, שריפות והצפות) אשר הגבילו את האפשרות להשתמש בשירותי בריאות פנים אל פנים והובילו להגברת השימוש בשירותי בריאות מרחוק, בתום מצב החירום ירד שיעור השימוש בשירותים אלה וחזר לזה שהיה לפניו (Smith et al., 2020). בישראל, התשתית לשימוש בשירותי בריאות מרחוק הייתה קיימת ברובה עוד קודם להתפרצות מגפת הקורונה, ולכן העלייה בשימוש בהם הייתה מהירה. אך בעת כתיבת דוח זה, לא ידוע עדיין אם בתום מצב החירום יחזור שיעור השימוש לכשהיה. בהקשר המחקרי, זוהי הזדמנות לבחון בחינה טובה יותר חסמים לשימוש, שכן שיעורים גבוהים יותר באוכלוסייה השתמשו בשירותי הבריאות מרחוק או קיבלו המלצה להשתמש בהם, אם כאילוץ ואם לפי העדפתם, ועל כן נתנו דעתם עליהם – לחיוב ולשלילה.

מחקר זה נערך כחלק מן הרצון של משרד הבריאות להנגיש שירותי בריאות מרחוק ולצמצם את פערי השימוש בין אוכלוסיות בחברה, ומן ההבנה כי אוכלוסיות מיעוט משתמשות פחות בשירותי בריאות מרחוק לעומת האוכלוסייה הכללית (Bodie & Dutta, 2008). **המחקר בודק את השימוש ואת חסמי השימוש של האוכלוסייה הערבית בישראל בשירותי בריאות מרחוק, תוך התמקדות בחסמים חברתיים-תרבותיים ולא בחסמים רפואיים או טכנולוגיים.** במחקר אנו **מתמקדים בנקודת המבט של המטופלים ובוחנים את השימוש ואת העמדות בנוגע לשימוש במגוון שירותי בריאות מרחוק** – מפגשים עם גורם מטפל, כלים המספקים מידע רפואי וכלים נוהליים (פרוצדורליים) למיניהם.

## 2. מטרת המחקר ושאלות המחקר

מחקר זה בוחן את מאפייני השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית, את מאפייני המשתמשים בשירותים אלה בקרב אוכלוסייה זו, וכן את החסמים לשימוש בהם בקרב אוכלוסייה זו.

אלה הן שאלות המחקר:

1. עד כמה נפוץ השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית?
2. מה מאפיין את המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית?
3. אילו חסמים מונעים שימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית?



## 3. שיטת המחקר

המחקר התבסס על סקירת ספרות מקצועית ועל סקר טלפוני.

**סקירת הספרות** התמקדה בשלושה תחומים עיקריים: שירותי בריאות מרחוק (eHealth, telehealth, telemedicine) ונגישות שירותים אלו לאוכלוסיות מיוחדות, אוריינות (בריאותית ודיגיטלית) והתאמה תרבותית של שירותים (cultural competency). בכל אחד מן התחומים נסקרה גם ספרות המקצועית מן העולם וגם ספרות המתייחסת למתרחש בישראל, בפרט באוכלוסייה הערבית. נערך חיפוש הן לספרות אקדמית הן לספרות מקצועית. לצורך הסקירה נערכו חיפושים במנועי חיפוש מידע אקדמיים, בעיקר ב-Google Scholar אך גם ב-Microsoft Academic ו-ScienceDirect. מילות החיפוש העיקריות שהובילו את הסקירה הן: Telemedicine/eHealth/telehealth & utilization/barriers, Telemedicine/eHealth/telehealth & race/minority/ethnicity/underserved, digital divide, health inequality/disparities, Health/Media health/eHealth literacy, Cultural competency/sensitivity/adaptation

**הסקר הטלפוני** עסק בנושא מאפייני שימוש וחסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. השאלון לסקר נבנה על סמך ממצאי סקירת הספרות ודיאלוג בין צוות המחקר לוועדת היגוי שהתכנסה לטובת מחקר זה. הוועדה הורכבה ממומחים בתחום הרפואה והבריאות בישראל וכללה משתתפים ערבים ויהודים, מטפלים (גוף ונפש) וגורמי מטה מקופות החולים ומבתי החולים, נשים וגברים, מאזורים שונים בישראל. בוועדה השתתפו גם נציגים של משרד הבריאות ושל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הוועדה התכנסה פעמיים. פעם אחת כדי לדייק את שאלות המחקר ופעם שנייה כדי לדון בממצאים. נוסף לכך, לפני היציאה לסקר, חברי הוועדה קראו את השאלון והגיבו עליו.

**השאלון** נבנה על בסיס המודל של לוין-זמיר וברטשי (Levin-Zamir & Bertschi, 2018) לבדיקת אוריינות בריאותית דיגיטלית (eHealth Literacy). לפי החוקרות, אוריינות בריאותית היא יכולות וכישורים המאפשרים לאנשים לקבל גישה, להבין, לפרש וליישם מידע בריאותי למען השפעה חיובית על בריאותם ובריאות הסובבים אותם. החוקרות מבחינות בין אוריינות בריאותית 'קלאסית' ובין זו המבוססת על מדיה דיגיטלית, בכך שהשנייה דורשת גם אוריינות דיגיטלית ותשתית גישה למידע דיגיטלי.

עבור מחקר זה, ערכנו במודל כמה שינויים והתאמות כך שיבחן שאלות של שימוש בפועל ונכונות לשימוש בשירותי בריאות מרחוק (**תרשים 1**). המודל במחקר מתייחס לשלושה היבטים של הפרט – האישי, הנסיבתי (הסיטואציוני) והסביבתי, כאשר להנחתנו, ועל בסיס לוין-זמיר וברטשי (Levin-Zamir & Bertschi, 2018), לכל אחד מהם השפעה על אופי ועצימות השימוש בשירותי בריאות מרחוק. ההיבט האישי מתייחס למאפיינים החברתיים-דמוגרפיים וליכולות האישיות של הפרט. המאפיינים החברתיים-דמוגרפיים הם המצע שעליו נבנות יכולות הפרט, ונמצא קשר בספרות המקצועית בין המאפיינים החברתיים-דמוגרפיים (כגון גיל והשכלה) ובין אוריינות ושימוש בשירותים דיגיטליים ובשירותי בריאות מרחוק (Neter & Brainin, 2012). יכולות הפרט מתייחסות לאוריינות דיגיטלית, לאוריינות בריאותית ולכישורים טכניים. בהיבט הנסיבתי כללנו את מצב הבריאות של הפרט, המשפיע על הצורך בשירותי בריאות בכלל ובשירותי בריאות דיגיטליים בפרט. ולבסוף, בהיבט הסביבתי התייחסנו לסביבת המדיה: נגישות,

הן לשירותים המותאמים תרבותית הן לנגישות (בהיבט הטכנולוגי) לאמצעי גישה דיגיטליים ולתשתית לצריכת שירותים אלו (קרי, שירותי אינטרנט ומחשב או טלפון חכם). כמו כן התייחסנו לתמיכת הסביבה החברתית וליחסה לשימוש בשירותים אלו. שלא כמו במחקרן של לוין-זמיר וברטשי, המחקר הנוכחי לא התמקד ביכולת להבין את המידע הבריאותי ולקבל החלטות לפיו אלא ביכולת ובנכונות לגשת ולצרוך שירותי בריאות מרחוק.

אם כן, השאלון נבנה כדי לאסוף נתונים על כל אחד מן המשתתפים שבמודל. חלק מן השאלות בשאלון נלקחו משאלונים קיימים כדי להשתמש בשאלות מתוקפות וכדי לאפשר השוואה בין מחקרים. נעשה שימוש בשאלות מן הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2019 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], 2019), בשאלות מסקר של איגוד האינטרנט הישראלי על שימושי אינטרנט באוכלוסייה הערבית (איגוד האינטרנט הישראלי, 2020), בשאלות מסקר של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בנושא דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות (ברמלי-גרינברג ואח', 2020) ובשאלות מסקר של מכון RAND על שימוש בשירותי בריאות מרחוק (Fischer et al., 2020). השינויים בנוגע למודל המקורי נעשו בהסתמך על סקירת הספרות המקצועית ועל הדיונים בוועדת ההיגוי.

השאלון תורגם לשפה הערבית על ידי חברת תרגום מקצועית, והתרגום נבדק על ידי דוברת ערבית.

### תרשים 1: מודל לבחינת שימוש בשירותי בריאות מרחוק



מקור: מבוסס על המודל של לוין-זמיר וברטשי (Levin-Zamir & Bertschi, 2018)

את הסקר ערכה חברה המתמחה בעריכת סקרים טלפוניים בקרב האוכלוסייה הערבית, והוא נערך בתקופה שבין 29.10.20 ל-4.11.20. נדגמו 1,192 איש מן האוכלוסייה הערבית בישראל, ושיעור ההשבה עמד על 42% (כלומר, 501 משיבים). קודם לציאה לסקר המלא נערך פרה-טסט בקרב 22 משיבים לצורך בחינת השאלון, ובעקבותיו תוקנו ניסוחים לא ברורים. 22 משיבים אלה לא שולבו במדגם.

**המדגם.** המשיבים נבחרו בדגימה אקראית מקרב האוכלוסייה הערבית, תוך מילוי מכסות שיוביל למדגם מייצג של האוכלוסייה הערבית בישראל בגיל 18 ויותר, ללא ערביי מזרח ירושלים והפזורה הבדואית<sup>2</sup>, לפי ארבעה משתנים: גיל, מחוז מגורים, דת ומגדר.<sup>3</sup>

**תקנון קובץ הנתונים.** אף על פי שנעשתה דגימת מכסות, לאחר הסקר נותרו פערים בין המדגם ובין האוכלוסייה. לכן הותאמו משקלים למדגם לפי מטריצה של ארבעה משתנים – גיל, מחוז מגורים, דת ומגדר. כל משבצת במטריצה מייצגת קבוצה ייחודית באוכלוסייה הערבית בעלת מאפיינים מסוימים של גיל, מחוז מגורים, דת ומגדר. היחס בין ייצוג הקבוצה במדגם ובין ייצוג הקבוצה באוכלוסייה הערבית – הוא המשקל שניתן לאותה הקבוצה.

המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

---

<sup>2</sup> לא יוצגו במחקר עקב קשיי דגימה בשתי הקבוצות.

<sup>3</sup> מחוז ירושלים, ללא ערביי מזרח העיר, הוגדר כ-2% מן האוכלוסייה הערבית בישראל לצורך בדיקת תקינות המדגם.

## 4. סקירת ספרות

### 4.1 בריאות מרחוק (telehealth) ובריאות דיגיטלית (digital health)

כאמור, מחקר זה עוסק בבחינת דפוסי השימוש בשירותי בריאות מרחוק. בריאות מרחוק (telehealth) הוא מונח כללי הכולל את כל הרכיבים והפעילויות הקשורים לשירותי בריאות המסופקים דרך אמצעי תקשורת (NEJM Catalyst, 2018). כלומר, אלו **שירותי בריאות המסופקים ונצרכים מרחוק**. משרד הבריאות בישראל מגדיר שירותי בריאות מרחוק כ: "מפגש המתבצע באמצעים טכנולוגיים ובאמצעות תקשורת אלקטרונית לצורך מתן שירות בריאות בין מטופל למטפל מזוהים, לא בהכרח בחפיפת מקום וזמן" (משרד הבריאות, 2019, עמ' 1). כלומר, מדובר ב'מפגש' – בין מטופל למטפל, באמצעים טכנולוגיים, ללא מפגש פנים אל פנים ולא בהכרח בו-זמנית (לא בהכרח סינכרוני). המפגש יכול להיעשות באמצעות שיחת וידאו, שיחת טלפון, התכתבות או דואר אלקטרוני, ובאמצעות מחשב נייד, טלפון חכם או טלפון קווי. זוהי הגדרה מצמצמת במובן זה שהיא אינה כוללת שירותים הנוגעים למפגש של המטופל עם מערכת הבריאות (בשונה ממפגש עם מטפל מזוהה). בהקשר זה למונח בריאות דיגיטלית (digital health) הגדרה רחבה יותר מזו של משרד הבריאות.

שירותי בריאות דיגיטלית (digital health) הם שירותי בריאות המסופקים דיגיטלית. כמונח אקדמי, המונח בריאות דיגיטלית כולל התייחסות גם להיבטים הכלכליים-מסחריים והטכנולוגיים של הספקת שירותי הבריאות מרחוק, בעוד telehealth, כמונח, מתייחס לשירותי הבריאות עצמם ולא למאפיינים הכלכליים-מסחריים, הטכנולוגיים והחברתיים של האקוסיסטם הסובב את תחום הבריאות מרחוק (Oh et al., 2005; Boogerd et al., 2015; Jennet et al., 2003). לפי שאו ואח' (Shaw et al., 2017) כלי בריאות דיגיטלית פועלים בשלושה תחומים מרכזיים:

1. בריאות בידיים שלנו – שימוש בטכנולוגיות בריאות דיגיטלית למעקב, ניטור ויידוע על מצב הבריאות
2. אינטראקציות למען בריאות – שימוש בטכנולוגיות כדי לאפשר שיח רפואי בין מטפלים ובין אנשי בריאות ומטופלים
3. מידע מאפשר בריאות – איסוף, ניהול ושימוש במידע בריאותי

שירותי בריאות דיגיטליים פועלים באחד (או יותר) משלושת התחומים הללו. כלומר, הם מסייעים לעקוב אחר מצב הבריאות של הפרט, מאפשרים ומעודדים שיח בריאות בין-תחומי ולבסוף מסייעים בארגון המידע הבריאותי, בניהולו ושימוש בו.

נוסף ל-telehealth ול-digital health יש עוד מונחים המתארים את עולם שירותי הבריאות מרחוק / הדיגיטלי, כגון telemedicine, mHealth, eHealth ו-telecare. ההבחנה בין כל המונחים הללו אינה חד-חד ערכית, ופעמים רבות ניתן להשתמש, ומשתמשים, במונחים השונים לאותה הכוונה (NEJM Catalyst, 2018).

במחקר זה אנו משתמשים במונח שירותי בריאות מרחוק אך כוללים בו גם שירותים דיגיטליים, כגון צפייה במידע אישי וזימון תור מקוון. עבור המחקר אנו נדרשים להגדרה רחבה יותר של שירותי בריאות מרחוק, כזו המתייחסת גם לשירותים המקנים גישה מרחוק למשאבי מערכת הבריאות שאינם פגישה עם גורם מטפל, ועל כן נבחרה ההגדרה ולפיה שירותי בריאות מרחוק הם

שירותי בריאות המסופקים: "באמצעות מגוון ערוצים, בכללם טלפונים, טלפונים חכמים, מכשירים מקוונים אחרים, עם וללא חיבור וידאו" (Dorsey & Topol, 2016, p. 154). במחקר אנו מתמקדים בנקודת המבט של המטופל, כלומר בשירותים מרחוק הנמצאים בממשק שבין המטופל למטפל ובין המטופל לספק שירותי הבריאות שלו. שירותים אלו כוללים מפגשים רפואיים, תקשורת עם הרופא וניהול מצב הבריאות של הפרט בעצמו (כלומר, שירותים נוהליים ושירותי מידע אישי למיניהם).

## 4.2 פוטנציאל ופוטנציאל בלתי ממומש של שירותי בריאות מרחוק

לשימוש בשירותי בריאות מרחוק פוטנציאל לשפר את איכות הטיפול הרפואי ואת יעילותו במקרים שבהם הוא מתאים מבחינה רפואית (Dorsey & Topol, 2016). פוטנציאל זה נובע בעיקר מן היכולת להעלות הזמינות והתדירות של טיפולים ושל מפגשים רפואיים בד בבד עם הקטנת משאבי זמן ועלות הנדרשים לעומת טיפולים קונבנציונליים (Dorsey & Topol, 2016). היכרות מוקדמת, פנים אל פנים, בין המטפל למטופל מקלה את מימוש הפוטנציאל הזה, דבר ההופך אנשים שלהם מחלות כרוניות למוטבים בולטים של שירותי בריאות מרחוק. בהיכרות שהיא גם פנים אל פנים קל יותר לייצר אמון בין הצדדים לעומת להיכרות שהיא רק מרחוק (Richardson et al., 2020).

לשירותי בריאות מרחוק פוטנציאל לא רק לשפר את טיב השירות הרפואי אלא גם להגדיל את שיעור הנהנים משירותי בריאות באזורים ובמצבים שבהם קשה לספק שירותי בריאות קונבנציונליים (Dorsey & Topol, 2016; Jennet et al., 2003). כך, שירותי בריאות מרחוק מגדילים את נגישות שירותי הבריאות באזורי ספר או בקרב אוכלוסיות ייחודיות עם בעיות נגישות, כמו חיילים, אסירים ואנשים עם מוגבלות. נוסף לכך, שירותי בריאות מרחוק מאפשרים הנגשה של שירותי בריאות למגוון רחב של אוכלוסיות באמצעות חיטון בזמן (המתנה, נסיעה) ובכסף (עלות הטיפול ועלויות הנסיעה) (Dorsey & Topol, 2016). הורדת העלויות מקנה לקבוצות אוכלוסייה מגוונות מבחינה חברתית-כלכלית גישה לשירותי בריאות שלא בהכרח היו בהישג ידן קודם לכן.

בעוד משאבי הזמן והכסף הנדרשים יורדים מצדו של המטופל, ההשפעה על מערכת הבריאות והגורמים המטפלים אינה בהכרח זהה. מחקר שבוצע בארצות הברית בדק אם פניות מרחוק לרופא בעקבות קשיי נשימה החליפו פניות קונבנציונליות או התווספו להן. המחקר מצא כי רק 12% מן הפניות החליפו פניות קונבנציונליות, ואילו 88% היו פניות חדשות שלא היו נעשות בשירותי הבריאות הקונבנציונליים, כלומר, היקף השימוש גדל בעקבות הפעלת השירות. עקב כך, העלויות – בכסף ובזמן – לספקי הבריאות ולרופאים עלו עלייה ניכרת. חלק מן הפניות העודפות הן פניות מבורכות שמעידות על שימוש חסר בשירותי בריאות קונבנציונליים, אולם חלקן האחר הן פניות יתר הנובעות מן הקלות והזמינות של שימוש בשירותי בריאות מרחוק (Ashwood et al., 2017). מנגד, מחקר שנעשה בישראל ובחן את ההשפעות של שירותי בריאות מרחוק לחולים באי-ספיקת לב מצא כי השירות מרחוק מקטין עלויות למערכת הבריאות. השירות, המסייע לחולים במעקב אחר משקל גופם ומספק ייעוץ והכוונה רפואית, הקטין במידה ניכרת את שיעורי האשפוז של החולים וכך גם הפחית עלויות למערכת הבריאות (Eilat-Tsanani et al., 2016).

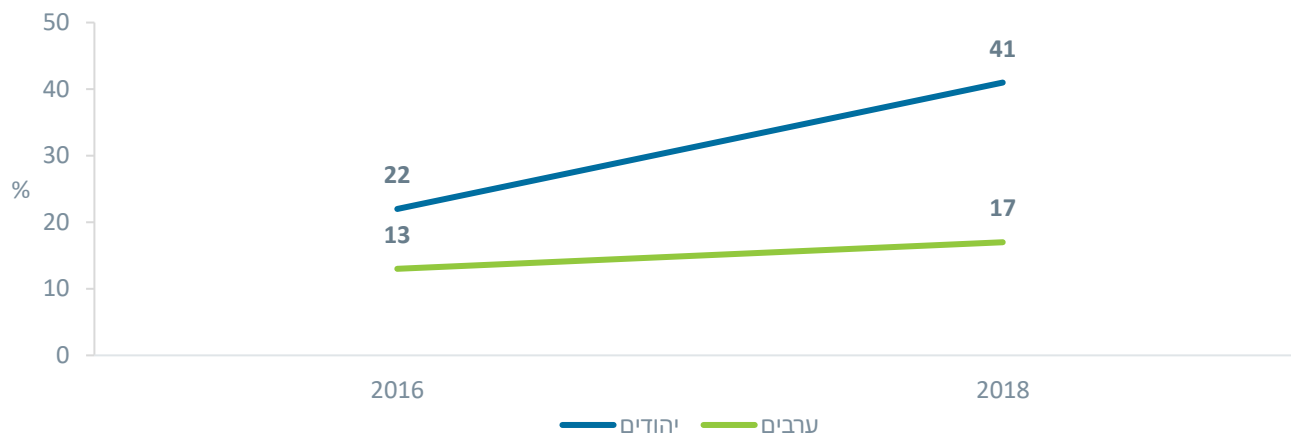
בשנים האחרונות חלה עלייה מתונה בשימוש בשירותי בריאות מרחוק. עד פרוץ מגפת הקורונה, קשיים בירוקרטיים ומשפטיים רבים מנעו ממערכות בריאות בעולם לאמץ שירותי בריאות מרחוק באופן מלא, זאת נוסף לספקנות ולחוסר מוכנות של מטפלים ומטופלים להתנסות בטכנולוגיות חדשות (Richardson et al., 2020). אולם הדרישה לריחוק חברתי במהלך מגפת הקורונה יצרה

צורך דחוף בשירותים מרחוק, ובעקבות כך חסמים מערכתיים רבים נפתרו ומטופלים ומטפלים רבים החלו להתנסות, לעיתים בעל כורחם, בשירותים מרחוק (Richardson et al. 2020; Smith et al., 2020).

אולם בד בבד עם העלייה בשיעור המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק, ישנם הבדלים בולטים בין קבוצות אוכלוסייה במידת השימוש בהם. מחקרים מצאו כי קבוצות מיעוט אתניות, אוכלוסיות חלשות במונחים חברתיים-כלכליים (עניים וחסרי השכלה אקדמית), זקנים ואנשים שמתגוררים לבד משתמשים פחות בשירותי בריאות מרחוק לעומת האוכלוסייה הכללית (Montague et al., 2019; Reiners et al., 2019; Gordon & Hornbrook, 2016; Sanders et al., 2012; Perchonok, 2012). בבחינת השפעת המגדר על צריכת שירותי בריאות מרחוק נמצאו ממצאים סותרים. יש מחקרים שהראו כי אין הבדל בין נשים לגברים, יש שהראו שנשים צורכות יותר שירותי בריאות מרחוק ויש כמה מחקרים שהראו כי גברים אף משתמשים יותר בשירותים מסוימים (Reiners et al., 2019).

בישראל יש פער בשימוש בשירותי בריאות מרחוק בין יהודים ובין ערבים. סקר שנערך בשנת 2016 מצא כי 22% מן היהודים דיווחו על פנייה מקוונת לרופא משפחה בשנתיים האחרונות לעומת 13% מן הערבים שדיווחו על כך (ברמלי-גרינברג ואח', 2019). בסקר דומה שנערך בשנת 2018 נמצא כי 41% מן היהודים פנו פנייה מקוונת לרופא כלשהו בשנתיים האחרונות לעומת 17% בלבד מקרב הערבים (ברמלי-גרינברג ואח', 2020). למרות ההבדל בניסוח השאלה בין שני הסקרים (בראשון ההתייחסות היא לרופא משפחה ובשני לרופא כלשהו), השוואה ביניהם מלמדת כי בשנתיים שחלפו בין הסקרים עלו שיעורי השימוש בקרב שתי האוכלוסיות, אך בעוד השימוש בקרב יהודים עלה ב-86%, השימוש בקרב ערבים עלה ב-31% בלבד (תרשים 2).

**תרשים 2: פנייה מקוונת בשנתיים האחרונות לרופא בקרב ערבים ובקרב יהודים, בשנים 2016 ו-2018 (באחוזים)**



מקור: עיבוד שנעשה עבור מחקר זה לנתוני הסקרים על דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2016 ו-2018 (ברמלי-גרינברג ואח', 2020; ברמלי-גרינברג ואח', 2019)

נוסף לפערים בין יהודים לערבים, ישנם פערים ניכרים בשיעורי השימוש בשירותי בריאות מרחוק גם בקרב האוכלוסייה הערבית עצמה. במחקר שבחן שימוש בשירותי בריאות מרחוק של ערבים לעומת שימוש של יהודים נמצא כי יהודים לא חרדים השתמשו בשירותי בריאות מרחוק פי ארבעה מערבים נוצרים, אך פי עשרה מערבים מוסלמים (פן ואח', טרם פורסם). כלומר, ערבים נוצרים נוטים להשתמש בשירותי בריאות מרחוק יותר מערבים מוסלמים.

כאשר פערי השימוש בין קבוצות לא נובעים מהבדלים בצרכים הבריאותיים שלהם או מהעדפות אישיות, אזי מדובר בתת-שימוש אשר פוגע בהגנות וביעילות של הספקת שירותי הבריאות. הגורמים לתת-השימוש בקרב קבוצות אוכלוסייה מסוימות הם מגוונים: חוסר התאמה תרבותית של שירותים, תפיסות ועמדות תרבותיות של מטופלים ומנגד תפיסות ועמדות של הגורמים המטפלים, אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית דיגיטלית נמוכות, העדפות המטופלים וחוסר בתשתיות מתאימות (Cheng et al., 2020; Resnicow et al., 2000; Nittas et al., 2020).

בסעיפים להלן נתמקד בחלק מן החסמים האלו מנקודת המבט של המטופלים מן האוכלוסייה הערבית, לפי חלוקה לשלושת היבטי המודל המארגן של מחקר זה: **האישי, הנסיבתי והסביבתי**. כלומר, חסמים הקשורים למאפיינים אישיים של הפרט, חסמים הקשורים למצב הבריאות שלו וחסמים הקשורים לסביבה שאליה הוא משתייך ובה הוא גר.

### 4.3 ההיבט האישי - מאפיינים חברתיים-דמוגרפיים

בישראל כ-1.8 מיליון אזרחים ערבים, שהם 21% מכלל אוכלוסיית המדינה. 85% מהם מוסלמים ו-15% הנתורים הם נוצרים, דרוזים ובני דתות אחרות (מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018). לעומת האוכלוסייה היהודית, האוכלוסייה הערבית צעירה – 43% מן הערבים הם בני 18 או פחות לעומת 32% מן היהודים, וגילה החציוני של האוכלוסייה הערבית הוא 22 לעומת 31 באוכלוסייה היהודית (מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018; צ'רניחובסקי ואח', 2017). 56% מן האוכלוסייה הערבית מתגוררת בפריפריה – 42% במחוז הצפון ו-14% במחוז הדרום, ו-44% מן האוכלוסייה מתגוררים במחוזות ירושלים (19%), חיפה (14%) והמרכז ותל אביב (11%) (צ'רניחובסקי ואח', 2017).

בין האוכלוסיות היהודית והערבית יש פערים חברתיים-כלכליים רבים, בין היתר בתחומי החינוך, התעסוקה והבריאות (מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018; ישיב וקסיר, 2018; חדאד חאג' יחיא ואסף, 2017). ככלל, מצבה החברתי-כלכלי של האוכלוסייה הערבית טוב פחות מזה של היהודית, דבר המתבטא בזכאות נמוכה לתעודת בגרות, בהכנסה נמוכה מעבודה וביעורי השתתפות נמוכים בשוק העבודה. 53% מן המשפחות הערביות חיות בעוני לעומת 14% מן המשפחות היהודיות (אחרי מיסים והעברות מן המדינה). נוסף על כך, שיעור התעסוקה בקרב האוכלוסייה הערבית נמוך משיעור התעסוקה באוכלוסייה היהודית – 32% מן הנשים ו-77% מן הגברים הערבים מועסקים לעומת 81% ו-83% מן הנשים והגברים היהודים, בהתאמה (מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018). פערים נוספים קיימים, בין היתר, גם בתחומי ההשכלה והבריאות, כפי שיפורט בהמשך הסקירה. למרות הפערים החברתיים-כלכליים, מחקרים מראים כי בעשורים האחרונים מצבה החברתי-כלכלי של האוכלוסייה הערבית משתפר (מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018; ישיב וקסיר, 2018; צ'רניחובסקי ואח', 2017).

## 4.4 ההיבט האישי - אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית

אחד ההסברים המרכזיים לפערים בין קבוצות בשימוש בשירותים דיגיטליים בכלל ובשירותי בריאות דיגיטליים בפרט הוא פערים באוריינות – דיגיטלית, בריאותית ובריאותית דיגיטלית (ראו פירוט בהמשך פרק זה). אוריינות דיגיטלית היא המיומנויות הטכניות השונות של עבודה במחשב ושימוש באינטרנט, הנדרשות הן בתפקוד בחיי היום-יום הן בשוק התעסוקה המודרני (המשרד לשוויון חברתי, 2017). כלומר, אוריינות דיגיטלית היא היכולת לנצל שירותים דיגיטליים – לדעת כיצד להפעיל אותם ולהבין את התוצרים המתקבלים. עשת-אלקלי ועמיחי-המבורגר (Eshet-Alkali & Amichai-Hamburger, 2004) מצאו כי **גיל והשכלה משפיעים השפעה ניכרת על האוריינות הדיגיטלית של האדם**. במודל תיאורטי הם חילקו את האוריינות הדיגיטלית לחמישה כישורים ומצאו כי בכל הנוגע ליכולת להפעיל תוכנות וכלים דיגיטליים – לצעירים יתרון על פני מבוגרים. עם זאת, בכל הנוגע להבנה וניתוח של טקסטים, ההשכלה היא שחשובה. כלומר, **בהיבטים מסוימים של אוריינות דיגיטלית לגיל יש השפעה מרכזית ובאחרים – להשכלה**.

כאמור, האוכלוסייה הערבית בישראל צעירה יותר אך משכילה פחות מן האוכלוסייה היהודית. כך, שיעורי בעלי תעודת בגרות באוכלוסייה הערבית הלא נוצרית נמוכים משיעורם באוכלוסייה היהודית, וגם שיעור הסטודנטים בקרב בני 19-27 נמוך במידה ניכרת באוכלוסייה הערבית הלא נוצרית לעומת באוכלוסייה היהודית, בפרט בקרב גברים (פוקס, 2018). בקרב ערבים נוצרים שיעורי ההשכלה דומים לאלו של היהודים. כך לדוגמה, שיעור הנשים בעלות תואר אקדמי בגילי 30-33 הוא 48% בקרב היהודיות, 23% בקרב המוסלמיות, 44% בקרב הנוצריות, 19% בקרב הדרוזיות ו-16% בקרב הבדואיות (פוקס, 2017).

### פער דיגיטלי

גילה הצעיר של האוכלוסייה הערבית ושיעורי ההשכלה הנמוכים בה ניכרים במאפייני הפער הדיגיטלי שבינה ובין האוכלוסייה היהודית. לפי איגוד האינטרנט הישראלי, בשנת 2017 עמד שיעור הגולשים באינטרנט באוכלוסייה הערבית על 84% לעומת 91% באוכלוסייה היהודית (גנאים, 2018)<sup>4</sup>. שלא כבעבר, כיום הפער בגישה לאינטרנט מצומצם יחסית, בין היתר בעקבות שיעורי החדירה הגבוהים בישראל של הטלפון החכם, המייתר את הצורך בנקודת גישה פיזית לאינטרנט ומבטל את התלות בתשתיות האינטרנט של מקום המגורים. בקרב ערבים ויהודים, כ-80% גולשים באינטרנט דרך הטלפון החכם, ובקרב צעירים שיעור זה עולה ל-92% (גנאים, 2018). מנגד, בנגישות לאינטרנט מן המחשב הביתי יש פער בין הקבוצות; נכון לשנת 2016 רק לכ-50% מן האוכלוסייה הערבית הייתה נגישות לאינטרנט מן המחשב לעומת לכ-80% מן האוכלוסייה היהודית (גנאים, 2018). בכל הנוגע **לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, כיום בישראל ניתן לעשות שימוש ברוב השירותים באמצעות הטלפון החכם כך שנגישות למחשב איננה קריטית**, בשונה משירותי למידה מרחוק לדוגמה.

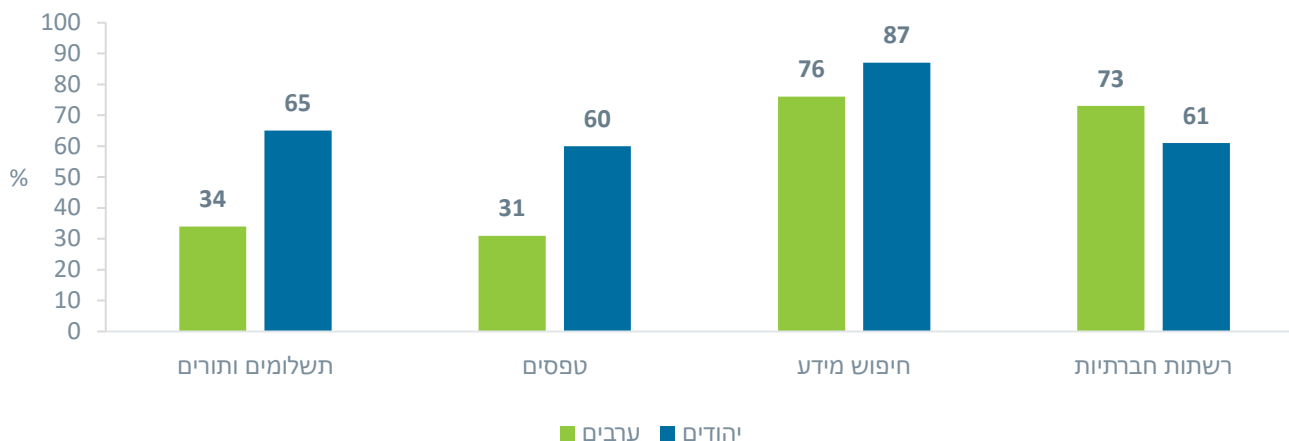
למרות הדמיון בשיעור הגולשים באינטרנט בין האוכלוסיות, לפחות באמצעות הטלפון החכם, **מאפייני השימוש באינטרנט שונים**. 65% מן היהודים משתמשים באינטרנט לצורך תשלום וקביעת תורים לעומת 34% מן הערבים, ו-60% מן היהודים ממלאים

<sup>4</sup> בהתייחס לשימוש באינטרנט ולשימושים מקוונים ספציפיים המפורטים בפסקה הבאה, משתמשים הם מי שהשתמשו בשירות בתדירות כלשהי (מפעם בשבוע ועד לכמה פעמים ביום).



טפסים באינטרנט לעומת 31% מן הערבים. לעומת זאת, ערבים משתמשים יותר בשירותים דיגיטליים לצורך גלישה ברשתות חברתיות (תרשים 3). מגפת הקורונה, על מגבלות התנועה שהיו כרוכות בה, הביאה להגדלת היקף השימוש בשירותים דיגיטליים מתקדמים – שירותים ממשלתיים, בנקאות דיגיטלית וכדומה. באוכלוסייה הערבית נצפה גידול של 40% בביצוע תשלומים וקביעת תורים מ-22% ל-62% (איגוד האינטרנט הישראלי, 2020). אך למרות עלייה זו נותר פער ניכר בינה ובין כלל האוכלוסייה, שבה 89% השתמשו באינטרנט לתשלום ולקביעת תורים במהלך מגפת הקורונה. פער דומה קיים גם בשימוש בשירותי בנקאות דיגיטליים; 59% מן הערבים השתמשו בשירותי בנקאות דיגיטליים לעומת 88% מכלל האוכלוסייה (איגוד האינטרנט הישראלי, 2020).

### תרשים 3: שימוש באינטרנט בקרב ערבים ובקרב יהודים (באחוזים)



מקור: גנאים, 2018

גנאים (2018) וליסיטזה (Lissitsa, 2015) סבורות כי בין האוכלוסיות ישנו פער דיגיטלי. הפער נוכח בשיעורי הגלישה הנמוכים של ערבים בשירותים הנחשבים מתקדמים, כגון חיפוש מידע, תשלומים ופעילויות נוהליות, ומנגד בשיעור השימוש הגבוה ברשתות חברתיות. לטענת החוקרות, משמעות הפער היא חוסר מודעות לאפשרויות הגלומות בשימוש באינטרנט ומחסור במיומנויות ובכישורים הנדרשים לצורך מימוש זכויות וקבלת שירותים.

### אוריינות בריאותית דיגיטלית

אוריינות בריאותית מתארת יכולות וכישורים המאפשרים לאנשים לקבל גישה, להבין וליישם מידע בריאותי למען השפעה חיובית על בריאותם ובריאות הסובבים אותם (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). אוריינות בריאותית דיגיטלית (digital health literacy), שהיא תת-תחום של האוריינות הבריאותית, היא היכולת לחפש, למצוא, להבין ולהעריך מידע בריאותי ממקורות אלקטרוניים וליישם את הידע הנרכש כדי להתמודד עם בעיית בריאות או כדי למנוע אותה (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). לפי נטר ובריינין (Neter & Brainin, 2012) התועלת עבור מי שמצליח לרכוש אוריינות בריאותית היא לא רק הבנה טובה יותר של מצב הבריאות

שלו אלא גם היכולת להפיק תועלת ממידע זה – ברמה הקוגניטיבית, האינסטרומנטלית (התנהגויות בריאות) והבין-אישית (במפגשים עם גורמים רפואיים).

בנוגע להבדלים בתוך האוכלוסייה הערבית, במחקר זה לא נמדדו האוריינות הדיגיטלית והבריאותית הדיגיטלית באופן מלא וישיר, אלא נבדקו אינדיקציות לרמת האוריינות כחסם אפשרי לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, באמצעות בחינת רמת ההשכלה, בחינת דפוסי השימוש באינטרנט (למגוון שימושים, לאו דווקא לצורך חיפוש מידע בריאותי) ובחינת השימוש באתר קופת החולים וביישומון (אפליקציה).

## 4.5 ההיבט הנסיבתי - מצב הבריאות ושימוש בשירותי בריאות מרחוק

ההיבט הנסיבתי במודל עוסק בהשפעת בריאות הפרט על צריכת שירותי בריאות בכלל ושירותי בריאות מרחוק בפרט. הטענה הבסיסית היא שככל שמצב בריאותו של הפרט רע יותר, במיוחד אם מדובר במצב מתמשך ובתחלואה כרונית – כך יש צורך רפואי רב יותר בשירותי בריאות. ככל שהצורך בשירותי בריאות רב יותר, כך גדלה התועלת שהאדם יכול להפיק משימוש בשירותי בריאות מרחוק. כך למשל, חולים כרוניים יכולים להשתמש במכשירי מדידה ביתיים ולערוך שיחות תכופות עם הרופא, ובכך לזכות במעקב הדוק יותר וברפואה איכותית וזמינה יותר.

ככלל, ניתן לומר כי מצב הבריאות של האוכלוסייה הערבית בישראל טוב פחות מזה של האוכלוסייה היהודית. תוחלת החיים מלידה של ערבים עומדת על 79 שנים לעומת 82.7 בקרב יהודים, ותמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית עומדת על 6.9 לאלף לידות חי לעומת 2.7 בקרב היהודים (צ'רניחובסקי ואח', 2017). 22% מקרב הערבים מדווחים על מצב בריאות לא כל כך טוב או בכלל לא טוב לעומת 14% מקרב היהודים והאחרים (למ"ס, 2019). שיעור החולים בסוכרת באוכלוסייה הערבית גבוה משיעורם באוכלוסייה היהודית. כך, בקרב בני 65+, 36% מן הגברים הערבים חולים בסוכרת לעומת 27% מן הגברים היהודים, ו-40% מן הערביות חולות בסוכרת לעומת 19% בלבד מן היהודיות. שיעורים אלו מובילים גם לשיעורי תמותה גבוהים יותר מסוכרת בקרב הערבים – כ-30 מתים בשנה לכל 100,000 תושבים לעומת כ-12 בקרב היהודים (טור-סיני ואח', 2020).

נוסף על הפערים במצב הבריאות, גם להתנהגויות הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית יש תרומה שלילית למצב הבריאות של אוכלוסייה זו לעומת האוכלוסייה היהודית. כך, שיעור המעשנים בקרב ערבים גבוה משיעורם בקרב יהודים בכל קבוצות הגיל, וגם כמות הסיגריות היומית גבוהה יותר בקרב מעשנים ערבים. נוסף על כך, וכפועל יוצא של שיעורי העישון הגבוהים, גם מי שאינו מעשן מקרב הערבים חשוף יותר לעישון של אחרים לעומת יהודים. כמו כן ערבים עוסקים בפעילות גופנית פחות מאשר יהודים וצורכים מזון פחות בריא. 57% מן היהודים עסקו בפעילות גופנית בשלושת החודשים שחלפו לעומת 30% מן הערבים; 61% מן היהודים שותים כוס משקה ממותק אחת ביום או יותר לעומת 80% מן הערבים; 26% מן היהודים אוכלים ארבע מנות ירק ביום או יותר לעומת 10% מן הערבים, ובהמשך לכך, 47% מן היהודים בודקים את הרכיבים או הסימן התזונתי על אריזות מוצרי מזון לעומת 26% בלבד מן הערבים (טור-סיני ואח', 2020).

במחקר זה בחנו את ההיבט הנסיבתי באמצעות בדיקת הקשר בין מצב הבריאות הסובייקטיבי של הפרט ובין הסיכוי שישתמש

בשירותי בריאות מרחוק. מצב הבריאות הסובייקטיבי נמצא כבעל תוקף במספר רב של מחקרי בריאות בעשורים האחרונים (לדוגמה ראו, Kaplan & Camacho, 1983; Chandola & Jenkinson, 2000; Lundberg & Manderbacka, 1996).

## 4.6 ההיבט הסביבתי - שירותי בריאות מרחוק בישראל

ההיבט האחרון במודל הוא ההיבט הסביבתי, הווה אומר התשתית הפיזית והחברתית המאפשרת או מונעת שימוש בשירותי בריאות מרחוק. לויין-זמיר וברטשי (Levin-Zamir & Bertschi, 2018) מבחינות בין שני רכיבים של ההיבט הסביבתי – סביבת המדיה והסביבה החברתית. סביבת המדיה נוגעת לנגישות לטכנולוגיה הנדרשת לצורך הפעלת שירותי בריאות מרחוק, שימושיות השירותים והתאימות התרבותית שלהם; הסביבה החברתית היא התמיכה החברתית בשימוש בשירותי בריאות מרחוק (כולל יישום ההמלצות הבריאותיות) וקיום של מסגרות הדרכה ותמיכה, פורמליות וא-פורמליות, לשימוש בשירותי בריאות מרחוק. במחקר בחנו רכיבים מסוימים מן ההיבט הסביבתי, כפי שהם מופיעים במודל של לויין-זמיר וברטשי. בהקשר של סביבת המדיה בחנו בעלות על אמצעי קצה, נגישות לאינטרנט והיבטים של התאמה תרבותית – נגישות השירותים בשפה הערבית, רצון בנוכחות בן משפחה במפגש הרפואי ומנגד רצון לפרטיות במפגש הרפואי. בהקשר של הסביבה החברתית בחנו נגישות של רשתות תמיכה להפעלת שירותי בריאות מרחוק ושימוש בהן.

להלן יפורטו שני רכיבים הקשורים להיבט הסביבתי: (1) מערך שירותי הבריאות מרחוק בישראל; (2) מושג ההתאמה התרבותית של שירותים ציבוריים לאוכלוסיות ייחודיות.

### שירותי בריאות מרחוק בישראל

צריכת שירותי בריאות מרחוק תלויה בזמינות, בכמות ובאיכות של שירותי הבריאות המסופקים במדינה. בשנים האחרונות, וביתר שאת מאז פרוץ מגפת הקורונה, ספקי השירותים במערכת הבריאות בישראל מפתחים מגוון רחב של שירותי בריאות מרחוק ומעמידים אותם לרשות מבוטחי קופות החולים. אלה השירותים העיקריים שישנם:

- צפייה בתיק רפואי אישי, זימון תורים ושירותים נוהליים, כגון קבלת טופס התחייבות מן הקופה
- בקשות מרופא – חידוש וקבלת מרשמים לתרופות, אישור ימי מחלה וכדומה
- טיפול מרחוק באמצעות שיחה טלפונית, מפגש וידאו או התכתבות עם רופא או עם גורם מטפל אחר
- אבחון מרחוק באמצעים טכנולוגיים – שימוש במכשור רפואי כגון TytoCare<sup>5</sup>
- שירותי בית מרקחת – רכישה ומשלוח של תרופות
- יישומנים ייעודיים למצבים רפואיים – לדוגמה, יישומן מעקב היריון
- מוקדים של שירותים ייעודיים לקהלים שונים – לדוגמה, שירותי בריאות לילדים עד גיל 18

<sup>5</sup> מכשיר שנועד לאפשר בדיקה רפואית מרחוק של חולים, לרבות בדיקות של הריאות, הלב, הגרון, האוזניים וכן חמצן בדם.

■ קורסים מקוונים – לדוגמה, קורסי הכנה ללידה

■ מפגשים קבוצתיים עם מומחים רפואיים – לדוגמה, מפגש עם מומחי מערך אונקולוגי

שירותי בריאות מרחוק מסופקים על ידי חלק מבתי החולים וכל קופות החולים בישראל – לאומית, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות ומאוחדת. קופות החולים מציעות שירותי בריאות מרחוק למגוון שירותי הבריאות בקהילה אך לא כל השירותים זמינים בשפה הערבית. אתרי האינטרנט של הקופות, למעט זה של מכבי שירותי בריאות, מספקים מידע כללי בשפה הערבית, אך מרבית שירותי הבריאות מרחוק הנוגעים למידע אישי, דוגמת צפייה בתוצאות בדיקות ופנייה לרופא, אינם מסופקים בשפה הערבית. ללא תלות בספק השירות, את מרבית השירותים מרחוק אפשר לצרוך באמצעות טלפון חכם נייד, ולכן זמינות תשתית אינטרנט פיזית ביישוב המגורים משפיעה פחות על היכולת לצרוך שירותי בריאות מרחוק.

לפי נוהלי משרד הבריאות בישראל, תעריף התשלום שספקיות הבריאות מקבלות עבור שירות מרחוק זהה לתשלום עבור שירות פנים אל פנים. החל משנת 2019, לקופות החולים ניתנה הזכות לגבות תשלום השתתפות עצמית מן המטופלים על טיפול מרחוק, בדומה לזה שנגבה על טיפול פנים אל פנים. כך שמבחינת הכנסות קופות החולים לא אמור להיות הבדל בין טיפול קונבנציונלי לטיפול מרחוק (משרד הבריאות, 2019). בדומה לכך, גם טיפולים אמבולטוריים מרחוק בבתי חולים, הנעשים במסגרת הכיסוי הביטוחי של קופת החולים, מקבלים תשלום זהה לזה של טיפול פנים אל פנים. המטופל נדרש לקבל טופס אישור לטיפול החיצוני מקופת החולים (טופס 17) בדומה לנהוג בכל טיפול אחר בבית חולים המכוסה על ידי קופת החולים (משרד הבריאות, 2019; משרד הבריאות, 2020).

מדיונים ומשיחות עם נציגי בתי החולים וקופות חולים עלה כי בבתי החולים ובמרכזי-החוק, הגורם המטפל הוא שבוחר את ערוץ התקשורת המתאים לטיפול, כלומר אם לבחור בשירות מרחוק או לזמן את המטופל למפגש פנים אל פנים. להבדיל, בקופות החולים, למטופל יש אפשרות לבחור באיזה ערוץ תקשורת להשתמש לצורך יצירת קשר עם הגורם המטפל, כל עוד הגורם המטפל מאפשר זאת. מבין ערוצי התקשורת הקיימים – שיחת טלפון, וידאו והתכתבות – שיחת הטלפון היא ערוץ התקשורת שנמצא בשימוש התדיר ביותר הן בקופות החולים הן בבתי החולים (א. פרקר, תקשורת בין-אישית, 13.10.20).

## **התאמה תרבותית של שירותים**

נוסף למאפיינים החברתיים-דמוגרפיים, לאוריינות, למצב הבריאות ולהיצע השירותים הקיים, גורם נוסף שמשפיע על דפוסי השימוש בשירותים ציבוריים בכלל ובשירותי בריאות מרחוק בפרט הוא מידת ההתאמה התרבותית של השירותים לחברות מתרבויות שונות. חוקרי בריאות הציבור האמינו זה מכבר שכדי שהתערבויות בתחום הבריאות תהיינה יעילות הן צריכות להביא בחשבון את הפרקטיקות התרבותיות ואת השקפות העולם של תת-התרבויות שעבורן מיועדות התערבויות אלה (Resnicow et al., 1999). התאמה תרבותית הוגדרה כשינוי שיטתי של טיפול מבוסס ראיות (Evidence Based Treatment – EBT) או פרוטוקול התערבות, תוך התייחסות לשפה, לתרבות ולהקשר, כך שיתאים לתבניות התרבותיות, למשמעויות ולערכים התרבותיים של המטופל (Bernal et al., 2009). המטרה היא להתאים את תוכנית ההתערבות להיבטי העולם הנורמטיביים והמסורתיים של אותה קבוצה תרבותית (Kumpfer et al., 2002). תוכניות ושירותים שאינם מותאמים תרבותית, קרי לא מתייחסים לשונות בין

הקבוצות ולצרכים הייחודיים של קהל היעד, עשויים להיות בלתי נגישים לקבוצות מסוימות בחברה ולתרום לכך שבקרב קבוצות אלה יהיה תת-ניצול של האמצעים העומדים לרשותם (Belgrave, 1994). לדוגמה, בישראל האוכלוסייה הערבית סובלת מתת-ניצול של שירותי בריאות, בין היתר בעקבות חוסר התאמה תרבותית. 39% מן המוסלמים, 27% מן הנוצרים ו-29% מן הדרוזים דיווחו כי הם מתקשים למצוא מידע על זכויות במערכת הבריאות לעומת 20% בלבד מן היהודים. נוסף לכך, שיעור גבוה יותר מן הערבים דיווחו כי הם מתקשים לקבל שירותי בריאות בגלל בעיות שפה – 19% מן המוסלמים, 11% מן הנוצרים ו-13% מן הדרוזים, לעומת 9% בלבד מן היהודים (צ'רניחובסקי ואח', 2017).

את האוכלוסייה הערבית בישראל אפשר לתאר כחברה מסורתית העוברת תהליכי מודרניזציה (Azaiza, 2013). בחברות מסורתיות, עיקר הטיפול ברווחת הפרט הוא באחריות המשפחה, כאשר במסגרת תהליכי מודרניזציה אחריות זו עוברת בהדרגתיות מן המשפחה למדינה. במסגרת תהליכים כאלה חלקים הולכים וגדלים בציבור מוכנים להתנסות בשימוש ובצריכה של שירותים חברתיים שמספקת המדינה (Azaiza, 2013). לפיכך, שירותים הזוכים לפופולריות גבוהה הם אלו הנמצאים בתווך שבין מערכות התמיכה המסורתיות ובין מערכות התמיכה המקצועיות. דוגמה לשירות כזה הם קווי התמיכה לסיוע נפשי, שירות ציבורי שאיננו מסופק על ידי גורם משפחתי, קהילתי או חמולתי, ובמקביל לכך הוא ניתן אנונימית לחלוטין וללא הכרח ביידוע המשפחה. השילוב בין האנונימיות והציבוריות של השירות ובין העצמת הפרט בטיפול העצמי הם שגורמים לשירות להיות מתאים תרבותית לאוכלוסייה העוברת תהליכי מודרניזציה ושיש לה דעות קדומות הן בנוגע לעזרה נפשית חיצונית הן בנוגע לשימוש בשירותים ציבוריים (Azaiza, 2013).

לפי ההבחנה של רסניקו ואח' (Resnicow et al., 2000) יש שני ממדים להתאמה תרבותית של שירותים – שטחית ועמוקה.

**התאמה שטחית (surface structure)** – התאמת הרכיבים הנראים כך שיתקבלו טוב יותר בקרב אוכלוסיית היעד. לדוגמה, התאמה שטחית של שירות, שימוש בתמונות של אנשים מאותה התרבות במסגרת פרסומים, במקומות מוכרים, במותגים הנמצאים בשימוש של אוכלוסיית היעד או במאכלים אופייניים לתרבות.

**התאמה עמוקה (deep structure)** – שימוש בכוחות תרבותיים, חברתיים, היסטוריים, סביבתיים ופסיכולוגיים המשפיעים על התנהגות הבריאות של אוכלוסיית היעד.

ההבדל בין התאמה תרבותית עמוקה ובין התאמה תרבותית שטחית הוא שהתאמה עמוקה מתאימה את הפרסום או השירות למאפיינים תרבותיים בולטים. לדוגמה, אפשר לחשוב על שימוש בנער בתור פרזנטור בפרסומות לצמצום השימוש בסמים בקרב בני נוער. במחקר שנערך בארצות הברית מצאו רסניקו ואח' (Resnicow et al., 2000) כי פרסומות המשתמשות בנער בתור פרזנטור עובדות טוב בקרב לבנים והיספנים אך טוב פחות בקרב אפרו-אמריקנים. בקרב אפרו-אמריקנים יש יתרון בשימוש בפרזנטור מבוגר בפרסומת המיועדת לבני נוער בשל מאפיינים הקשורים לתרבות זו. בחירה בפרזנטור אפרו-אמריקני מבוגר לפרסום המיועד לאוכלוסייה זו, ובבני נוער לבנים והיספנים לפרסומות בקרב אוכלוסיות אלו, תהווה התאמה תרבותית עמוקה. לטענת החוקרים, התאמה שטחית מקלה על קבלת רעיונות חדשים בציבור ואילו התאמה עמוקה מובילה ליישום טוב יותר של התוכנית, כלומר למימוש המלצותיה (Resnicow et al., 2000).

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מחודש פברואר 2011 מכיר בצורך להנגשה רב-תרבותית של שירותי בריאות בישראל עקב רב-גונית של החברה הישראלית. החוזר ממליץ לפתח תשתית ארגונית לצורך הנגשה תרבותית של שירותי בריאות, תרגום של מסמכים, שירותים, שילוט וכדומה לשפות נוספות לבד מעברית – בפרט לערבית, אך גם לשפות נוספות כגון אנגלית ורוסית (משרד הבריאות, 2011).

## 5. ממצאי הסקר

### 5.1 מאפייני המשיבים

#### מאפיינים חברתיים-דמוגרפיים

לוח 1 מציג את מאפייני המשיבים, לפי מגדר, גיל, מחוז מגורים ודת.

לוח 1: מאפייני המשיבים (באחוזים) n=501

מאפיין	אחוז
מגדר	גברים 50
	נשים 50
גיל	29-18 31
	49-30 40
	64-50 19
	+65 10
	מחוז מגורים
מחוז מגורים	צפון 61
	חיפה 12
	מרכז, ירושלים ותל אביב 14
	דרום 13
דת	מוסלמים 81
	נוצרים 9
	דרוזים 10

**לוח 2** מכורטים שני מאפיינים נוספים של המשיבים – חברות בקופת חולים והשכלה. התפלגות המדגם לפי חברות בקופת חולים דומה להתפלגות של תושבי יישובים עירוניים ערביים בישראל<sup>6</sup>. בעוד נתוני החברות בקופת חולים דומים במדגם ובאוכלוסייה, נתוני ההשכלה וההכנסה במדגם שונים מן הנתון באוכלוסייה הערבית הכללית (**לוחות 2 ו-3**). במדגם ייצוג יתר לאקדמאים וייצוג חסר לבעלי השכלה עד תיכונית ועל-תיכונית. בהמשך לייצוג היתר לאקדמאים, יש במדגם ייצוג יתר לבעלי ההכנסות הגבוהות ביותר וייצוג חסר לבעלי הכנסות נמוכות. בקרב קבוצת הביניים (7,000-4,501 ש"ח ו-14,000-7,001 ש"ח) הפערים זניחים.

<sup>6</sup> המוסד לביטוח לאומי מגדיר יישובים עירוניים ערביים ככל יישוב לא יהודי הכולל יותר מ-2,000 תושבים. ביישובים אלה חיים 1.25 מיליון איש, רובה הגדול של האוכלוסייה הערבית בישראל. קטגוריה זו לא כוללת ערבים הגרים ביישובים מעורבים, כגון חיפה, תל אביב וירושלים.

**לוח 2: חברות המשיבים בקופת חולים והשכלה (באחוזים) n=501**

מאפיין	נתוני הסקר	נתוני האוכלוסייה הערבית
קופת חולים	69	72
שירותי בריאות כללית	8	7
מכבי שירותי בריאות	14	12
מאוחדת	8	10
לאומית	64	69
השכלה	8	12
עד תיכונית	28	19
על-תיכונית		
אקדמית		

מקורות:

חברות בקופת חולים: נתונים מנהליים של המוסד לביטוח לאומי (דמרי וכהן, 2020)  
השכלה: למ"ס, 2019 (אוכלוסייה ערבית בוגרת ללא תושבי מזרח ירושלים)

**לוח 3: רמת ההכנסה של המשיבים לעומת רמת ההכנסה של כלל האוכלוסייה הערבית (בש"ח ובאחוזים)**

טווחי הכנסה	עד 4,500 ש"ח	7,000-4,501 ש"ח	14,000-7,001 ש"ח	14,001 ש"ח ויותר
משיבים	14	28	33	25
טווחי הכנסה	עד 4,000 ש"ח	7,500-4,001 ש"ח	14,000-7,501 ש"ח	14,001 ש"ח ויותר
הסקר החברתי של הלמ"ס, 2019	28	33	25	13

מקור: למ"ס, 2019

**מצב הבריאות**

בהשוואה לסקר החברתי של הלמ"ס (2019), בקרב המשיבים יש ייצוג חסר למי שמגדירים את מצב בריאותם "לא טוב" ("לא כל כך טוב" ו"בכלל לא טוב"). מקרב המשיבים, 10% מגדירים את מצב בריאותם "לא טוב" לעומת 22% בסקר החברתי, פער של 12% (לוח 4).



לוח 4: מצב הבריאות של המשיבים (דיווח עצמי) (באחוזים) n=501

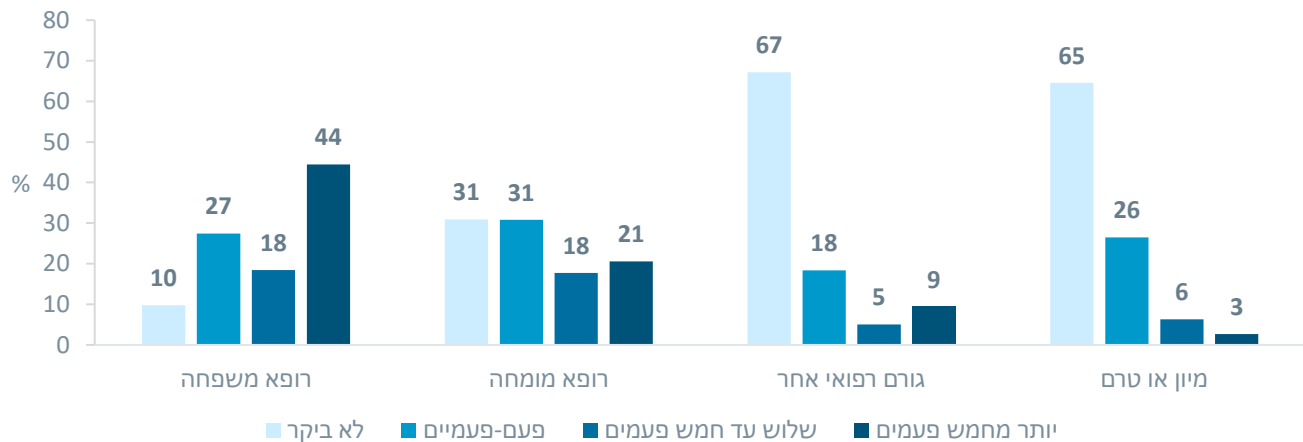
מצב הבריאות	טוב מאוד	טוב	לא כל כך טוב	בכלל לא טוב
משיבים נשים	56	31	9	4
משיבים גברים	62	31	6	1
<b>סך הכול</b>	<b>59</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
הסקר החברתי של הלמ"ס, 2019	54	25	14	7
נשים	59	17	13	10
גברים	57	21	14	8
<b>סך הכול</b>				

מקור: למ"ס, 2019

### שימוש בשירותי בריאות קונבנציונליים

רוב המשיבים ביקרו אצל רופא משפחה ואצל רופא מומחה בשנה החולפת, 70%-89%, בהתאמה – עבורם או עבור בן משפחה. רק 32% מן המשיבים פנו בשנה החולפת לגורם רפואי אחר (כמו מרפא בעיסוק או פיזיותרפיסט), ושיעור דומה פנו בשנה החולפת לשירותי רפואה דחופה (תרשים 4). לשם השוואה, בסקר "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018" נמצא כי 88% מן הערבים פנו לרופא משפחה בשנה החולפת, נתון דומה לממצאים בסקר זה (ברמלי-גרינברג ואח', 2020).

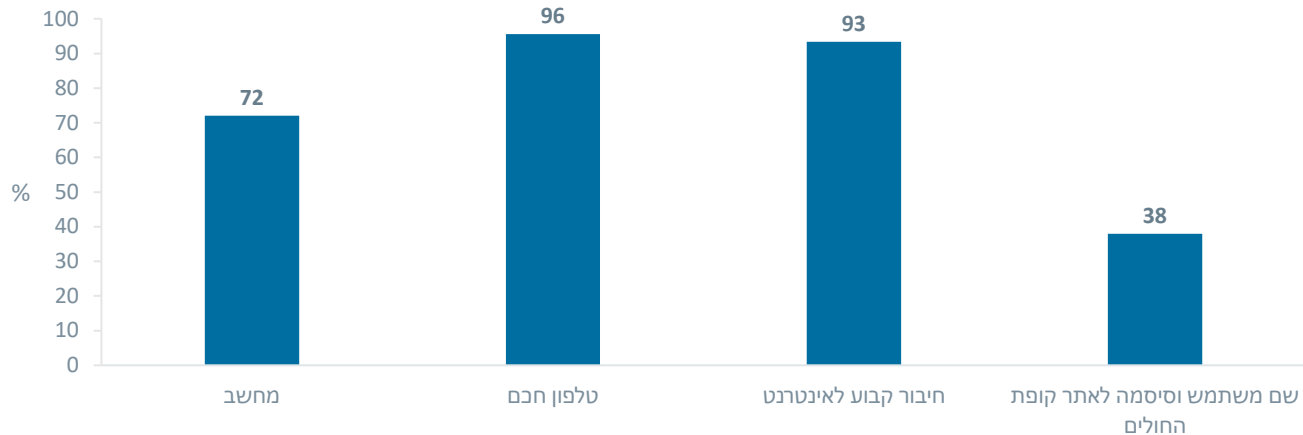
תרשים 4: שימוש בשירותי בריאות קונבנציונליים בשנה החולפת (באחוזים) n=501



## שימוש באינטרנט

**בתרשים 5 ובלוחות 5 ו-6** מוצגים נתונים על אמצעי גישה ושימוש באינטרנט בקרב המשיבים. כפי שניתן לראות בתרשים 5, ל-96% מן המשיבים יש טלפון חכם, ול-93% יש חיבור קבוע לאינטרנט. בעלות על טלפון חכם וחיבור זמין לאינטרנט הם תנאי לביצוע פעולות רפואיות מרחוק. ואכן, 87% מן המשיבים משתמשים באינטרנט בכל יום ורק 6% אינם משתמשים באינטרנט כלל (לוח 5). עם זאת, רק ל-38% מן המשיבים יש שם משתמש וסיסמה לאתר קופת החולים (תרשים 5).

**תרשים 5: בעלות על אמצעי גישה לאינטרנט והנפקת שם משתמש וסיסמה לאתר קופת החולים (באחוזים) n=501**



**לוח 5: תדירות השימוש באינטרנט (באחוזים) n=501**

תדירות השימוש	אחוזים
כל יום	87.0
כמה פעמים בשבוע	5.5
פעם בשבוע	1.0
כל כמה שבועות	0.5
אף פעם לא	6.0

**לוח 6** מראה כי שימוש הרשת הנפוץ ביותר הוא גלישה ברשתות חברתיות – 59% מן המשיבים דיווחו שהם משתמשים בהן לעיתים קרובות מאוד, ורק 3% דיווחו שהם לא משתמשים ברשתות חברתיות כלל. לעומת זאת, השימוש באינטרנט לצורך הסדרת עניינים בירוקרטיים (תשלומים ופעולות נוהליות אחרות; קניות) או לצורך קבלת מידע רפואי מקופת החולים נמוך הרבה יותר. 45% דיווחו כי הם לא מבצעים כלל תשלומים ופעולות נוהליות באינטרנט. בהמשך לכך, 56% לא משתמשים באתר קופת החולים ו-65% לא משתמשים ביישומון.

**לוח 6: תדירות השימוש באינטרנט, לפי סוג השימוש (באחוזים) n=470**

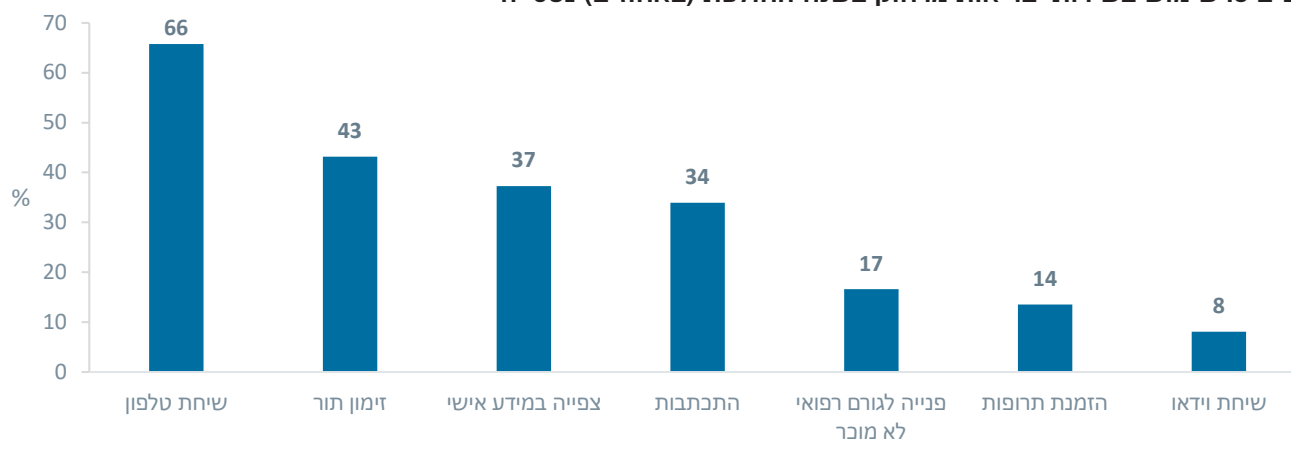
תדירות שימוש	לעיתים קרובות מאוד	לעיתים קרובות	לעיתים רחוקות	אף פעם
רשתות חברתיות	59	23	16	3
חיפוש מידע	42	35	17	7
תשלומים ופעולות נוהליות אחרות	17	18	20	45
קניות	8	12	23	56
שימוש ביישומון של קופת החולים	8	10	17	65
גלישה באתר של קופת החולים	5	15	24	56

**שימוש בשירותי בריאות מרחוק**

במסגרת מחקר זה נבדק השימוש בשבועה שירותים שונים של בריאות מרחוק, סינכרוניים וא-סינכרוניים, חלקם בכתב וחלקם בשיחה, חלקם עם גורם רפואי מוכר וחלקם עם גורם רפואי לא מוכר<sup>7</sup>. המשיבים נשאלו על השימוש שלהם בשירות **בשנה החולפת** – עבור עצמם או עבור בן משפחה אחר (תרשים 6).

66% מן המשיבים שוחחו עם גורם רפואי בטלפון בשנה החולפת, שיעור שימוש ההופך את שיחת הטלפון לשירות מרחוק הנפוץ ביותר. בשירותים המקוונים לזימון תור, לצפייה במידע אישי ולהתכתבות עם גורם רפואי השתמשו 43%, 37% ו-34% מן המשיבים, בהתאמה. בשירותי שיחת הווידאו, הזמנת תרופות ושיחה עם גורם רפואי לא מוכר השתמשו 17%, 14% ו-8% מן המשיבים, בהתאמה, שיעורים נמוכים לעומת יתר השירותים.

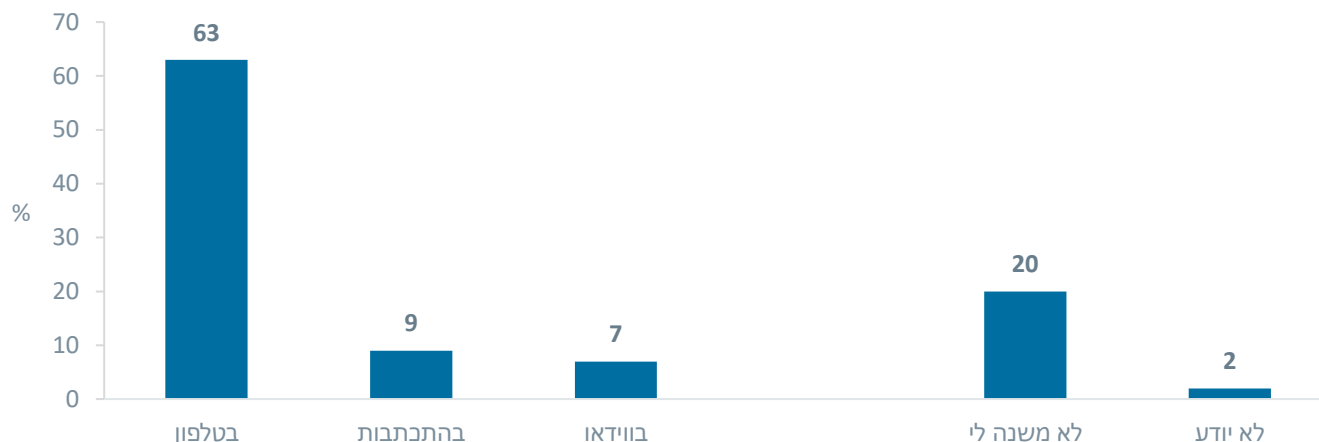
**תרשים 6: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת (באחוזים) n=501**



<sup>7</sup> כאשר לא מצוין, בטקסט או בתרשימים, אם מדובר בגורם רפואי מוכר או לא מוכר – הכוונה היא לגורם רפואי מוכר.

בהמשך לשיעורי השימוש הגבוהים בטלפון, 63% מן המשיבים ציינו כי שיחת טלפון היא אמצעי הפנייה מרחוק המועדף עליהם לגורם רפואי לעומת התכתבות ושיחת וידאו (תרשים 7).

תרשים 7: הדרך המועדפת לפנייה לרופא או לגורם רפואי אחר מבין אמצעי הפנייה מרחוק (באחוזים) n=501



## 5.2 מאפייני המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק

בפרק זה נציג את מאפייני המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק כשלב ראשון בזיהוי האוכלוסיות שממעטות (או מרבית) להשתמש בהם. לאחר מכן נציג את החסמים הניצבים בדרך להגברת השימוש.

### סיווג שירותי בריאות מרחוק לפי אופי השירות

על פי אופי השירותים, רמות השימוש בהם וניתוח גורמים (ראו נספח ב לתוצאות מבחן PCA) סווגו שבעת השירותים לשלוש קבוצות:

1. **שירות פנייה עם סף כניסה נמוך** – שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר
2. **שירותי פנייה עם סף כניסה גבוה** – התכתבות ומפגש וידאו עם גורם רפואי מוכר ופנייה מרחוק לגורם רפואי לא מוכר
3. **שירותים נוהליים** – זימון תור, צפייה במידע אישי והזמנת תרופות

בקבוצה (1) נמצא שירות שיחת טלפון עם רופא מוכר בלבד. זהו השירות שנמצא בשימוש התדיר ביותר, בין היתר בשל היותו הנגיש ביותר. שיחת טלפון היא טכנולוגיה מוכרת גם למי שאינם גולשים באינטרנט, וגורם רפואי מוכר נגיש יותר מגורם רפואי לא מוכר. בכל הקשור לשירותי בריאות מרחוק, זהו השירות עם סף הכניסה הנמוך ביותר מבין אלו שנבדקו. נוסף על כך, מבין השירותים שנבדקו זהו השירות מרחוק היחיד שאיננו מקוון במלואו (כלומר, איננו אינטרנטי); קבוצה (2) כוללת שירותים מקוונים לגישה לגורם רפואי (התכתבות ווידאו) והתקשרות עם גורם רפואי לא מוכר. בדומה לקבוצה הראשונה אלו הם אמצעי פנייה מרחוק, אך בשונה ממנה התכתבות ווידאו הם שני אמצעים הדורשים אוריינות דיגיטלית ואילו פנייה לגורם רפואי לא מוכר מורכבת

יותר מפנייה לגורם רפואי מוכר; קבוצה (3) כוללת שירותים נוהליים הדורשים אוריינות טכנולוגית ורפואית מסוימת ואינם כוללים יצירת קשר עם אדם, שכן הם טכניים במהותם.

על בסיס הבחנה זו בוצע ניתוח רב-משותף מסוג רגרסיה לוגיסטית לאפיון המשתמשים בארבעה שירותים פרטניים ולאפיון המשתמשים בסוג שירות אחד, בהתייחסות לכל אחת מן הקבוצות שלעיל: שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר (קבוצה 1); התכתבות עם גורם רפואי מוכר (קבוצה 2); שירותים נוהליים (כללי), צפייה במידע אישי וזימון תור (קבוצה 3). הרגרסיות בוצעו על השירותים הללו משתי סיבות עיקריות: (1) הן מייצגות את שלוש קבוצות השירותים המובחנות; (2) מלבד השימוש בטלפון, אלו שירותים עם שיעור שווה למדי של משתמשים ולא משתמשים, כך שניבוי הרגרסיה מדויק יותר.

משתני המודל (משתנים מסבירים) וסיבת הכנסתם למודל:

- **מגדר, גיל, מצב בריאות ומצב משפחתי** – מאפיינים הקשורים לצריכה (מגברת) של שירותי בריאות, מסיבות בריאותיות או חברתיות.
- **השכלה** – אומדן לאוריינות, ולכן גורם המשפיע על צריכת שירותי בריאות, בעיקר שירותים מתקדמים.
- **דת** – מאפיון תרבותי חשוב באוכלוסייה הערבית שגם מתקשר למעמד חברתי-כלכלי, ובין היתר יכול להעיד על חוסר התאמה תרבותית של שירותים.
- **קופת חולים** – הגוף העיקרי המספק שירותי בריאות מרחוק, מפתח ומעצב את השירותים הניתנים למבוטחים, ולכן הוא יכול להיות סיבה לשיעורי השימוש בשירותים מרחוק (שאינם קשורים בהכרח למאפייני הפרט).
- **מחוז מגורים** – המאפיון הגיאוגרפי היחיד ברגרסיה, לצורך פיקוח על הבדלים הקשורים בתשתיות אזור המגורים (ראו התייחסות לגודל יישוב המגורים בסעיף 'ניתוחים דו-משותפים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק' בסוף הפרק).

## שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר

**בלוח 7** מוצגים ממצאי מודל הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי שימוש בשירות שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר. אלה המאפיינים שנמצא כי הם מנבאים שימוש בשירות שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר:

- נשים משתמשות בשירות פי 1.9 יותר מגברים
- תושבי הצפון משתמשים בשירות פי 2 יותר מתושבי המרכז, תל אביב וירושלים

**פרשנות:** לא נמצאו הבדלים מובהקים בשימוש בשירות זה לפי המאפיינים גיל, השכלה, קופת חולים, הרכב מגורים, דת ומצב הבריאות. ככל הנראה מפני שכאמור זהו אמצעי תקשורת מוכר, נפוץ ושאינו דורש אוריינות דיגיטלית. השימוש הרב של נשים בשירות נובע ככל הנראה מן העובדה שנשים צורכות יותר שירותי בריאות מגברים, עבורן או עבור בן משפחה, בין היתר עקב תפקידן המגדרי במשפחה כאחראיות לבריאות בני הבית (Bertakis et al., 2000). בנוגע להבדל בסיכויי השימוש בין תושבי הצפון לתושבי אזורים אחרים בישראל, ייתכן שבצפון רפואת הקהילה מבוססת על היכרות אישית בין המטפלים ובין המטופלים, עובדה שמעודדת שימוש חופשי יותר בשיחות טלפון עם גורמים רפואיים.

לוח 7: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר, n=493

מובהקות (p)	רווח בר סמך (95%)		יחס צולב [Odds Ratio]	B	משתנה (dummy)
	עליון	תחתון			
<b>מין</b>					
			1	---	נשים
0.002	0.8	0.4	0.5	-0.6	גברים
<b>קבוצת גיל</b>					
			1	---	עד 65
0.4	2.8	0.6	1.3	0.3	65 ויותר
<b>השכלה</b>					
			1	---	לא אקדמית
0.1	2.2	0.9	1.4	0.4	אקדמית
<b>מחוז מגורים</b>					
			1	---	צפון
0.8	2.1	0.6	1.1	0.1	חיפה
0.02	0.9	0.3	0.5	-0.7	מרכז, תל אביב וירושלים
0.5	1.5	0.4	0.8	-0.2	דרום
<b>קופת חולים</b>					
			1	---	שירותי בריאות כללית
0.7	2.4	0.6	1.2	0.2	מכבי שירותי בריאות
0.5	1.4	0.5	0.8	-0.2	מאוחדת
0.3	1.4	0.4	0.7	-0.3	לאומית
<b>הרכב מגורים</b>					
			1	---	מתגורר ללא ילדים בני פחות מ-6
0.3	2	0.8	1.3	0.3	לא רווק ומתגורר עם ילדים בני פחות מ-6
<b>דת</b>					
			1	---	מוסלמים
0.4	1.5	0.4	0.7	-0.3	נוצרים
0.5	1.5	0.4	0.8	-0.2	דרוזים
<b>מצב בריאות</b>					
			1	---	טוב
0.2	3.4	0.8	1.6	0.5	רע
0.0001	---	---	2.7	1	קבוע

-2 log likelihood (611.175); Cox & Snell R<sup>2</sup> (0.047); Nagelkerke (0.065); Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=7.56$ , sig=0.5)

## התכתבות עם גורם רפואי מוכר

**בלוח 8** מוצגים ממצאי מודל הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי שימוש בשירות התכתבות עם גורם רפואי מוכר. נמצא כי **השכלה מנבאת** שימוש בשירות התכתבות עם גורם רפואי מוכר:

בעלי השכלה אקדמית משתמשים בשירות פי 2.9 יותר מחסרי השכלה אקדמית.

**פרשנות:** ההבדלים בשימוש לפי השכלה נובעים מן הצורך לנסח בכתב שאלה או בעיה רפואית – פעולה המצריכה אוריינות (אוריינות, אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית) שהיא יכולת שיש לה מתאם עם השכלה. מלבד הבדלים לפי השכלה לא נמצאו הבדלים מובהקים בצד של מאפייני המשיב (מין, גיל, הרכב מגורים, דת ומצב הבריאות) ואף לא בצד של נותן השירות או התשתית שבאמצעותה ניתן השירות (מחוז המגורים וקופת החולים).

לוח 8: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות התכתבות עם גורם רפואי מוכר, n=493

משתנה (dummy)	B	יחס צולב [Odds Ratio]		מובהקות (p)
		רווח בר סמך (95%) תחתון	עליון	
<b>מין</b>				
נשים	---		1	
גברים	0.03	0.7	1	0.9
<b>קבוצת גיל</b>				
עד 65	---		1	
65 ויותר	-0.2	0.4	0.8	0.6
<b>השכלה</b>				
לא אקדמית	---		1	
אקדמית	1	1.8	2.9	0.001
<b>מחוז מגורים</b>				
צפון	---		1	
חיפה	0.5	0.8	1.6	0.2
מרכז, תל אביב וירושלים	-0.2	0.4	0.8	0.4
דרום	-0.5	0.3	0.6	0.1
<b>קופת חולים</b>				
שירותי בריאות כללית	---		1	
מכבי שירותי בריאות	0.7	1	1.9	0.06
מאוחדת	0.1	0.6	1.1	0.7
לאומית	-0.4	0.3	0.6	0.3
<b>הרכב מגורים</b>				
מתגורר ללא ילדים בני פחות מ-6	---		1	
לא רווק ומתגורר עם ילדים בני פחות מ-6	0.1	0.7	1.2	0.5
<b>דת</b>				
מוסלמים	---		1	
נוצרים	0.3	0.7	1.3	0.4
דרוזים	-0.7	0.2	0.5	0.051
<b>מצב בריאות</b>				
טוב	---		1	
רע	-0.5	0.3	0.6	0.2
קבוע	-0.9	---	0.4	0.0001

-2 log likelihood (588.052); Cox & Snell R<sup>2</sup> (0.096); Nagelkerke (0.132); Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=9.646$ , sig=0.3)



## שירותים נוהליים

להלן שלוש רגרסיות לניבוי מאפייני המשתמשים בשירותים נוהליים. הראשונה בוחנת שימוש כללי בשירותים נוהליים, השנייה בשירות צפייה במידע אישי והשלישית בשירות זימון תור. הרגרסיה הראשונה כללית ומאפשרת לזהות את המאפיינים המנבאים שימוש בשירות נוהלי – ללא תלות בסוג השירות עצמו. כלומר, ממצאי רגרסיה זו נכונים גם לשירותים נוהליים עתידיים. שתי הרגרסיות הנוספות בוחנות שימוש בשירותים ספציפיים ובהתאם לכך תוצאותיהן ברזולוציה גבוהה יותר ומדויקות יותר – עבור אותם השירותים שנבדקו.

### שירותים נוהליים (כללי)

**בלוח 9** מפורטות תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי שימוש בשירותים נוהליים (כללי). המשתנה המוסבר משתנה בינרי, כאשר הערך 0 מציין שלא נעשה שימוש בשירות נוהלי כלשהו, והערך 1 מציין שנעשה לכחות שימוש אחד, בשנה האחרונה, בשירות נוהלי כלשהו (צפייה במידע אישי, זימון תור או הזמנת תרופות).

המאפיינים האלה נמצאו כמנבאים שימוש בשירותים נוהליים:

- נוצרים משתמשים בשירות כי 3 ממוסלמים
- בעלי השכלה אקדמית משתמשים כי 2.4 מחסרי השכלה אקדמית
- תושבי חיפה והדרום משתמשים כי 2.2 ו-2.4, בהתאמה, מתושבי הצפון
- נשים משתמשות כי 1.6 מגברים

**כרשנות:** השירותים הנוהליים שנבדקו הם שירותים מקוונים, ולכן סביר כי בעלי השכלה אקדמית בעלי סיכוי גבוה להשתמש בשירותים אלו, שכן הפעלת השירותים דורשת אוריינות (אוריינות, אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית) גבוהה. בהמשך לכך, ייתכן וסיבה זו נכונה גם לסיכויי השימוש הגבוהים של נוצרים לעומת מוסלמים. שכן נוצרים, כקבוצה חברתית משתייכים למעמד חברתי-כלכלי משופר בהשוואה למוסלמים, דבר היכול להעיד גם על רמת אוריינות גבוהה יותר. בנוסף נמצא כי נשים, אשר ידוע מן הספרות כי באופן כללי הן משתמשות בשירותי בריאות בשיעורים גבוהים, משתמשות יותר מגברים גם בשירותים נוהליים. עוד נמצא כי לתושבי חיפה והדרום סיכוי גבוה יותר להשתמש בשירותים נוהליים לעומת תושבי הצפון, נתון שלא ניתן לפרשו מתוך נתוני הסקר.

לוח 9: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירותים נוהליים, n=493

משתנה (dummy)	B	יחס צולב [Odds Ratio]		מובהקות (p)
		רווח בר סמך (95%) תחתון	עליון	
<b>מין</b>				
נשים	---		1	
גברים	-0.5	0.4	0.6	0.006
<b>קבוצת גיל</b>				
עד 65	---		1	
65 ויותר	-0.2	0.4	0.9	0.7
<b>השכלה</b>				
לא אקדמית	---		1	
אקדמית	0.9	1.6	2.4	0.001
<b>מחוז מגורים</b>				
צפון	---		1	
חיפה	0.8	1.2	2.2	0.01
מרכז, תל אביב וירושלים	0.2	0.7	1.3	0.4
דרום	0.9	1.3	2.4	0.004
<b>קופת חולים</b>				
שירותי בריאות כללית	---		1	
מכבי שירותי בריאות	0.7	1	2	0.07
מאוחדת	-0.01	0.6	1	0.96
לאומית	0.5	0.8	1.6	0.2
<b>הרכב מגורים</b>				
מתגורר ללא ילדים בני פחות מ-6	---		1	
לא רווק ומתגורר עם ילדים בני פחות מ-6	0.1	0.7	1.1	0.7
<b>דת</b>				
מוסלמים	---		1	
נוצרים	1.1	1.4	3	0.003
דרוזים	-0.1	0.5	0.9	0.7
<b>מצב בריאות</b>				
טוב	---		1	
רע	-0.5	0.3	0.6	0.1
קבוע	-0.2	---	0.8	0.3

-2 log likelihood (627.038); Cox & Snell R<sup>2</sup> (0.111); Nagelkerke (0.148); Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=3.627$ , sig=0.9)

## צפייה במידע אישי

**בלוח 10** מוצגים ממצאי מודל הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי שימוש בשירות צפייה במידע אישי. אלה המאפיינים שנמצא כי הם מנבאים צפייה במידע אישי:

- בעלי השכלה אקדמית משתמשים בשירות פי 4 מחסרי השכלה אקדמית
- חברי מכבי שירותי בריאות משתמשים בשירות פי 3 מחברי שירותי בריאות כללית. בין קופות החולים מאוחדת ולאומית ובין שירותי בריאות כללית לא נמצאו הבדלים מובהקים
- נוצרים משתמשים בשירות פי 3 יותר ממוסלמים
- מי שמצב בריאותם טוב משתמשים בשירות פי 2.5 ממי שמצב בריאותם רע

**כרשנות:** הסיכויים הגבוהים של בעלי השכלה אקדמית להשתמש בשירות המידע האישי מצביעים על כך שהשימוש בשירות דורש אוריינות (אוריינות, אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאותית) גבוהה יותר לעומת זו הנדרשת לשם קיום שיחת טלפון עם גורם רפואי. לשיעורי השימוש הגבוהים של חברי מכבי שירותי בריאות לעומת חברי שירותי בריאות כללית יכולים להיות כמה הסברים, ובהם מחסור בשירותי בריאות פנים אל פנים נגישים של מכבי שירותי בריאות ביישובים ערביים, נוחות השימוש של שירותי הדיגיטל של הקופה או לחלופין השפעת פרסום לעידוד שימוש בשירותים דיגיטליים. זיהוי הסיבה לפער בין הקופות דורש מחקר המשך. נוסף על כך נמצא כי מצב הבריאות אינו מנבא שימוש בשירות המידע האישי. אנשים שמצב בריאותם רע משתמשים פחות בשירות ממי שמצב בריאותם טוב, וקבוצות אחרות הידועות כמי שצורכות יותר שירותים רפואיים קונבנציונליים – נשים, מבוגרים והורים לילדים – לא משתמשות בשירות זה בשיעורים גבוהים יותר.

לוח 10: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות צפייה במידע אישי, n=493

משתנה (dummy)	B	יחס צולב [Odds Ratio]		מובהקות (p)
		רווח בר סמך (95%)	תחתון	
<b>מין</b>				
נשים	---		1	
גברים	-0.3	0.7	0.5	0.1
<b>קבוצת גיל</b>				
עד 65	---		1	
65 ויותר	-0.2	0.8	0.4	0.5
<b>השכלה</b>				
לא אקדמית	---		1	
אקדמית	1.4	4	2.6	0.001
<b>מחוז מגורים</b>				
צפון	---		1	
חיפה	0.3	1.3	0.7	0.4
מרכז, תל אביב וירושלים	0.2	1.2	0.7	0.5
דרום	0.3	1.3	0.7	0.4
<b>קופת חולים</b>				
שירותי בריאות כללית	---		1	
מכבי שירותי בריאות	1.1	3	1.4	0.005
מאוחדת	0.03	1	0.6	0.9
לאומית	0.6	1.8	0.9	0.1
<b>הרכב מגורים</b>				
מתגורר ללא ילדים בני פחות מ-6	---		1	
לא רווק ומתגורר עם ילדים בני פחות מ-6	0.1	1.1	0.7	0.7
<b>דת</b>				
מוסלמים	---		1	
נוצרים	1.1	3	1.5	0.003
דרוזים	-0.3	0.75	0.4	0.4
<b>מצב בריאות</b>				
טוב	---		1	
רע	-0.9	0.4	0.2	0.03
קבוע	-1	0.4	---	0.0001

-2 log likelihood (571.993); Cox & Snell R<sup>2</sup> (0.158); Nagelkerke (0.215); Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=6.934$ , sig=0.5)

## זימון תור

**בלוח 11** מוצגים ממצאי מודל הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי שימוש בשירות זימון תור דרך האתר או היישומון של קופת החולים. אלה המאפיינים שנמצא כי הם מנבאים שימוש בשירות זימון תור:

- נשים משתמשות בשירות פי 2.5 מגברים
- בעלי השכלה אקדמית משתמשים בשירות פי 2 מחסרי השכלה אקדמית
- תושבי חיפה והדרום משתמשים בשירות פי 3.2 ו-3.5, בהתאמה, מתושבי הצפון
- חברי מכבי שירותי בריאות משתמשים בשירות פי 2.4 מחברי שירותי בריאות כללית. בין קופות החולים מאוחדת ולאומית ובין שירותי בריאות כללית לא נמצאו הבדלים מובהקים
- נוצרים משתמשים בשירות פי 2.8 ממוסלמים
- מי שמצב בריאותם טוב משתמשים בשירות פי 2.5 ממי שמצב בריאותם רע

**פרשנות:** שימוש בשירות זימון תור דרך האתר או היישומון של קופת החולים מצריך אוריינות דיגיטלית. לפיכך סביר שבעלי השכלה אקדמית ונוצרים ישתמשו יותר בשירות לעומת חסרי השכלה אקדמית ומוסלמים, מפאת מצבם המשופר מבחינה חברתית-כלכלית. נוסף לכך, מכיוון שזהו שירות המנגיש שירותים רפואיים אחרים, העובדה שנשים משתמשות בו יותר מגברים הגיונית, שכן הן נוטות להשתמש יותר בשירותי בריאות בכלל. עם זאת, אנשים שמצב בריאותם רע משתמשים בשירות פחות ממי שמצב בריאותם טוב. שתי קבוצות נוספות הידועות כמי שצורכות יותר שירותים רפואיים קונבנציונליים – מבוגרים והורים לילדים – גם לא נמצאו כמי שמשתמשות בשירות זה בשיעורים גבוהים. ולבסוף, פערי השימוש בין מבוטחי קופת החולים השונות דורשים בירור מחקרי נוסף.

לוח 11: רגרסיה לוגיסטית לניבוי שימוש בשירות זימון תור, n=493

משתנה (dummy)	B	יחס צולב [Odds Ratio]		מובהקות (p)
		רווח בר סמך (95%) תחתון	עליון	
<b>מין</b>				
נשים	---		1	
גברים	-0.8	0.3	0.4	0.001
<b>קבוצת גיל</b>				
עד 65	---		1	
65 ויותר	-0.5	0.3	0.6	0.6
<b>השכלה</b>				
לא אקדמית	---		1	
אקדמית	0.7	1.3	2	0.002
<b>מחוז מגורים</b>				
צפון	---		1	
חיפה	1.2	1.7	3.2	0.001
מרכז, תל אביב וירושלים	0.4	0.8	1.4	0.2
דרום	1.3	1.9	3.5	0.001
<b>קופת חולים</b>				
שירותי בריאות כללית	---		1	
מכבי שירותי בריאות	0.9	1.1	2.4	0.02
מאוחדת	0.2	0.7	1.2	0.5
לאומית	0.3	0.7	1.4	0.4
<b>הרכב מגורים</b>				
מתגורר ללא ילדים בני פחות מ-6	---		1	
לא רווק ומתגורר עם ילדים בני פחות מ-6	0.05	0.7	1	0.8
<b>דת</b>				
מוסלמים	---		1	
נוצרים	1	1.4	2.8	0.004
דרוזים	-0.2	0.4	0.8	0.6
<b>מצב הבריאות</b>				
טוב	---		1	
רע	-0.8	0.2	0.4	0.03
קבוע	-0.5	---	0.6	0.01

-2 log likelihood (600.709); Cox & Snell R<sup>2</sup> (0.147); Nagelkerke (0.197); Hosmer and Lemeshow ( $\chi^2=5.295$ , sig=0.7)

## ניתוחים דו-משתניים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – משתנים שלא הוכנסו לרגרסיה

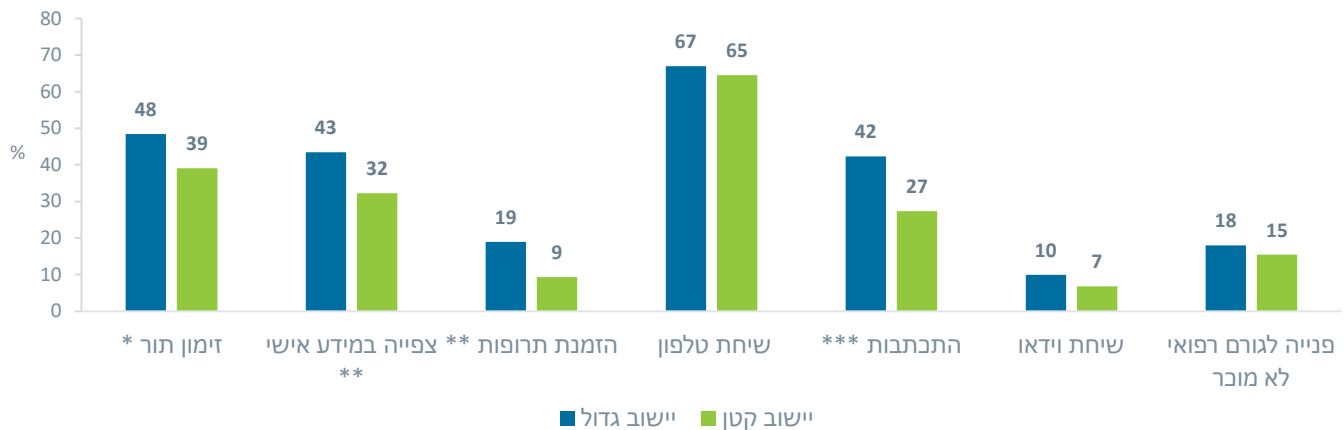
מפאת גודל המדגם וקורלציה בין משתנים, בחרנו שלא להכניס כמה משתנים למודלים הסופיים של הרגרסיה. למרות זאת, למשתנים אלו תועלת בהבנת מאפייני המשתמשים והמשתמשים פחות בשירותי בריאות מרחוק. לפיכך בחרנו להציג ניתוח דו-משתני של שלושה משתנים שלא הוכנסו למודל הרגרסיה הסופי: גודל יישוב המגורים, רמת דתיות ורמת הכנסה.

### גודל יישוב המגורים

לצורך חישוב הקשר בין גודל יישוב המגורים ובין השימוש בשירותי בריאות מרחוק, הוגדר יישוב גדול ככזה שחיים בו 25,000 תושבים ויותר, ויישוב קטן כיישוב שחיים בו פחות מ-25,000 תושבים<sup>8</sup>.

מבחן דו-משתני הראה כי יש פערי שימוש בארבעה שירותים מרחוק – זימון תור, צפייה במידע אישי, הזמנת תרופות והתכתבות עם גורם רפואי מוכר (תרשים 8). נמצא כי תושבי יישובים גדולים משתמשים בשירותים אלה יותר מתושבי יישובים קטנים. ארבעת השירותים הללו הם שירותים מקוונים הדורשים רמת אוריינות גבוהה יחסית. לכן, ייתכן שההסבר להבדלים אלה נובעים מכך ששיעור האקדמאים ביישובים גדולים (34%) גבוה משיעורם ביישובים קטנים (23%) (ראו לוח א-1 בנספח א).

תרשים 8: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת, לפי גודל יישוב המגורים (באחוזים), n=501



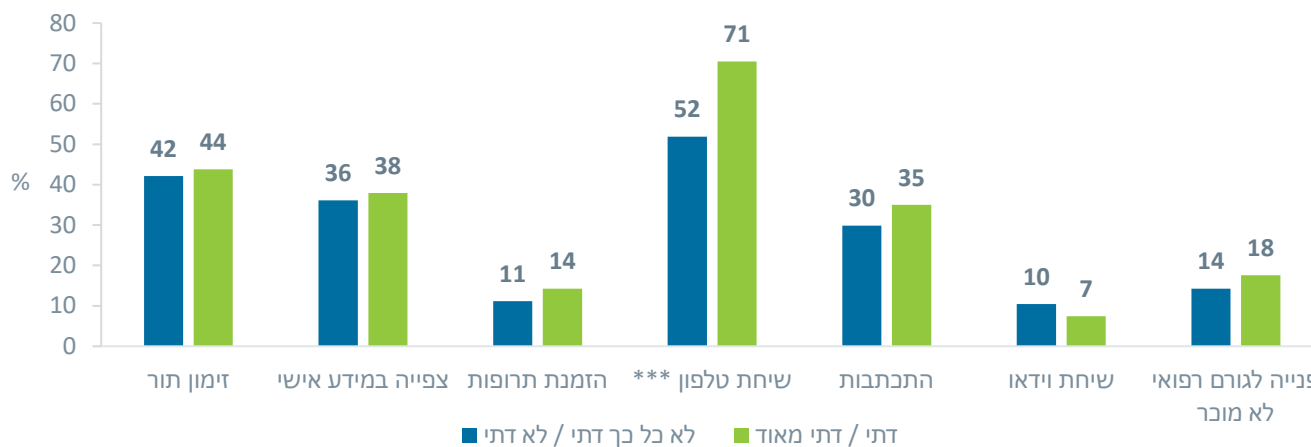
p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*

<sup>8</sup> נקודת החיתוך שנבחרה להבחנה בין יישוב קטן לגדול היא – 25,000 תושבים. מדינת ישראל מגדירה 20,000 תושבים כמינימום הנדרש להכרזה על יישוב כעיר, וערך זה נבחר בתחילה כבסיס להשוואה בין היישובים. אולם בדיקת רגישות שבה הוגדר סף של 25,000 תושבים הראתה כי ההבדלים מובחנים יותר תחת הגדרה זו, ולכן היא נבחרה לבסוף.

## רמת דתיות

ניתוח דו-משטני מצא מתאם בין רמת הדתיות ובין שימוש בשירות של שיחה טלפונית (תרשים 9). שיעור גדול יותר של דתיים ודתיים מאוד השתמשו בשירות זה לעומת מי שהעידו על עצמם שהם לא כל כך דתיים או לא דתיים כלל. לעומת זאת, ביתר השירותים לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות האלה.

תרשים 9: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת, לפי רמת הדתיות (באחוזים), n=496



p<0.001\*\*\*

## רמת הכנסה

אחת מהנחות המחקר היא שת-שימוש בשירותי בריאות מרחוק קשור גם לרמה נמוכה של אוריינות. מכיוון שהשכלה היא אומדן טוב יותר לאוריינות מאשר הכנסה, ומכיוון שבין השכלה ובין הכנסה יש מתאם גבוה, במודל הרגרסיה נעשה שימוש רק במשתנה ההשכלה. בניתוח דו-משטני של הכנסת משק הבית לעומת שימוש בשירותי בריאות מרחוק נמצא כי שיעור המשתמשים בשירותים זימון תור וצפייה במידע אישי בקרב עשירונים 5-6 (הכנסה של 11,501-16,500 ש"ח נטו לחודש למשק בית) גבוה יותר משיעור זה בקרב עשירונים אחרים. ביתר השירותים לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות ההכנסה השונות (ראו **לוח א-2** בנספח א).

## ניתוח ממצאי הרגרסיות

שלושה מאפיינים חברתיים-כלכליים – השכלה גבוהה, היותו של האדם נוצרי ומצב בריאות טוב – מנבאים שימוש בשלושה מבין ארבעת השירותים מרחוק שבנוגע להם נעשו ניתוחי רגרסיה: התכתבות, זימון תור וצפייה במידע אישי. מאפיינים אלו מעידים על מצב חברתי-כלכלי טוב (Neter & brainin, 2012; Shdema, 2012). הואיל ולכאורה מאפיינים אלו לא מצביעים על צורך בריאותי או רפואי גדול מזה שעשוי להיות לחסרי השכלה אקדמית, מוסלמים ודרוזים ומי שמצב בריאותם אינו טוב, כנראה שפערי השימוש בשירותי בריאות מרחוק נובעים מן המצב החברתי-כלכלי ולא מן הצורך הבריאותי. ממצא זה נכון גם לשימוש בשירותים נוהליים באופן כללי, מלבד מצב הבריאות של הפרט שלא נמצא מובהק בהקשר זה.



עוד נמצא כי הסיכוי שנשים ישתמשו בשירותים שיחת טלפון, שירותים נוהליים (כללי) וזימון תור, גבוה מן הסיכוי שגברים ישתמשו בשירותים אלו. לא נמצא הבדל מובהק בהשכלה בין גברים לנשים, ולכן אפשר שההבדל ביניהם נובע מה"תפקידים החברתיים" שהם נוטים למלא. נשים ידועות כמי שצורכות יותר שירותי בריאות, אם בשל מודעות לבריאותן ואם בשל היותן הגורם האחראי לבריאות משק הבית (Bertakis et al., 2000). על כן, סביר שהן משתמשות יותר בשירותים שיחת טלפון, שירותים נוהליים (כללי) וזימון תור. העובדה שבשני השירותים האחרים – התכתבות עם גורם רפואי וצפייה במידע רפואי אישי – אין הבדלים בין גברים לנשים, עשויה להצביע על תת-שימוש של נשים בשירותים אלה.

העובדה שלשימוש בשירות שיחת הטלפון לא נמצאו משתנים מנבאים הקשורים למצב החברתי-כלכלי או לאוריינות, בשילוב עם שיעור המשתמשים הגבוה (66%), יכולה ללמד כי **שירות שיחת הטלפון שוויוני ונגיש יותר משירותי בריאות מרחוק אחרים, כגון התכתבות, צפייה במידע אישי וזימון תור**, בין היתר מפני שהוא לא מצריך התנהלות עם טקסטים כתובים, בעברית או בערבית. למרות הקשר הידוע בין גיל ובין שימוש בשירותים מקוונים, גיל המשיבים לא היווה משתנה שמסביר את שיעור השימוש בשירותים השונים, ובניתוח דו-משתני לא נמצא מתאם בין גיל ובין השכלה. כך גם בנוגע להרכב המגורים: נוכחותם של ילדים צעירים בבית לא השפיעה על הסיכוי לשימוש בשירותי בריאות מרחוק אף על פי שנוכחות ילדים היא גורם המגביר שימוש בשירותי בריאות קונבנציונליים.

### 5.3 חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק

כפי שעולה מניתוח הרגרסיות לניבוי מאפייני האנשים המשתמשים בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית ומנתוני השימוש הנמוכים של האוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית בשירותים מרחוק, כפי שעלו מסקירת הספרות, יש אנשים מקרב האוכלוסייה הערבית אשר היו עשויים ליהנות מן היתרונות של שירותי הבריאות מרחוק אך אינם עושים זאת.

בחלק זה של הדוח נציג ממצאים שנותנים מענה (גם אם חלקי) לכמה סיבות וחסמים שעשויים להסביר את תת-השימוש בשירותי בריאות מרחוק. בסקר נבחנו חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק באמצעות שלוש מתודות:

- בחינת הסיבות לאי-שימוש בשירותי בריאות מרחוק
- שימוש בתרחישים רפואיים היפותטיים לבחינת הנכונות לשימוש בשירותי בריאות מרחוק
- בחינת הגורמים המסייעים להגברת השימוש בשירותי בריאות מרחוק

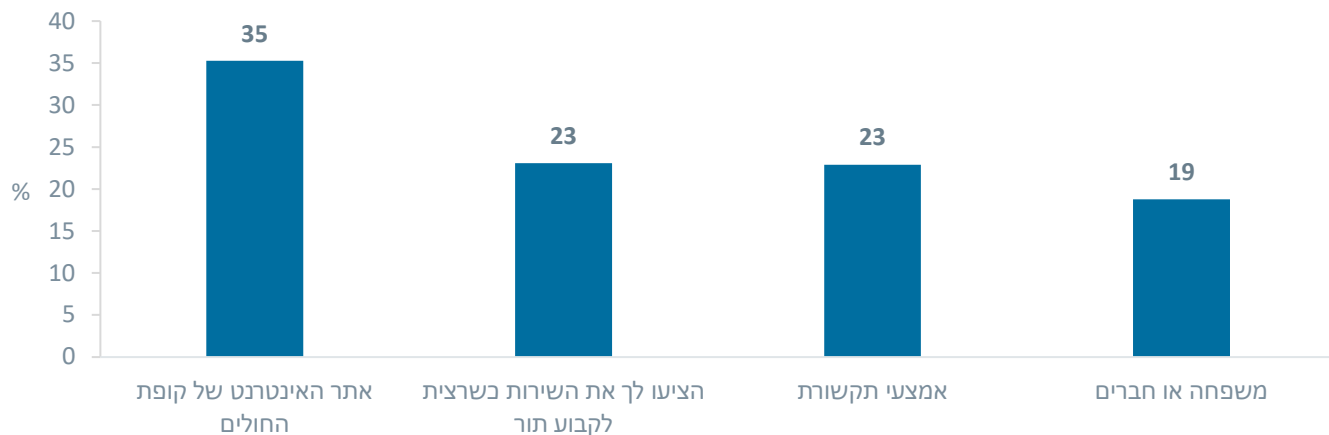
להלן יוצגו ממצאי כל אחת מן המתודות, ולאחריהם יוצג סיכום הפרק.

#### בחינת הסיבות לאי-שימוש בשירותי בריאות מרחוק

תנאי הכרחי לשימוש בשירות מסוים הוא הידיעה על קיומו. כאשר נשאלו המשיבים איך נודע להם על שירותי בריאות מרחוק, 19% ציינו שהם לא ידעו שהם קיימים. בדיקת התפלגות מקורות המידע בקרב אלה שכן ידעו על קיומם של השירותים מרחוק העלתה כי 35% מן המשיבים למדו על שירותי הבריאות מרחוק מאתר קופת החולים, 23% למדו עליהם מהמלצת הגורם המטפל

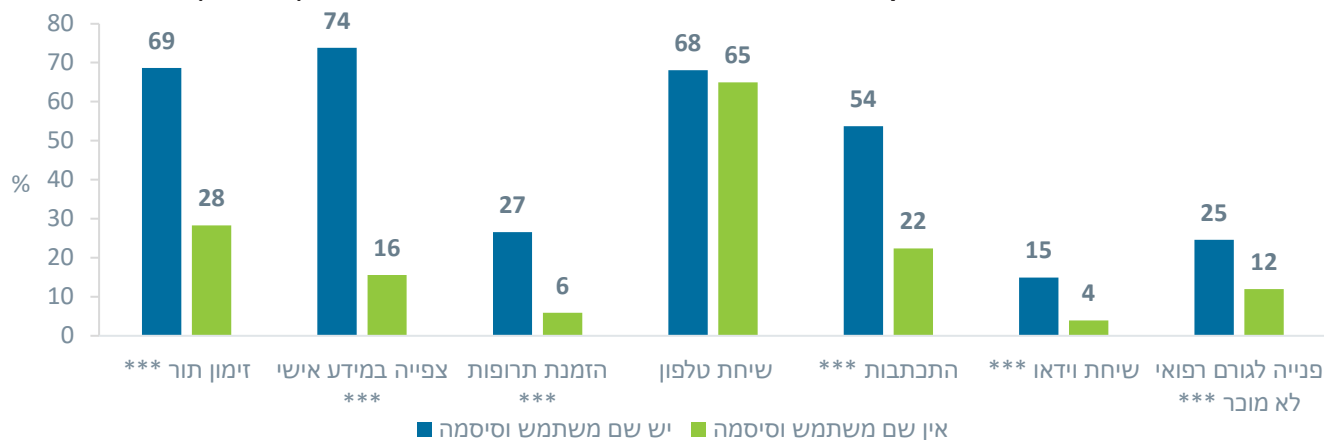
או גורם אחר בשירות הרפואי כאשר הם ביקשו לקבוע תור, 23% למדו עליהם מאמצעי תקשורת ו-19% למדו עליהם ממשפחה או מחברים (תרשים 10).

תרשים 10: מקור המידע על שירותי הבריאות מרחוק (באחוזים), n=295



כאמור, לרוב המשיבים אין שם משתמש וסיסמה לאתר קופת החולים ורובם לא השתמשו כלל באתר או ביישומון. כמו כן מניתוח דו-משתני נמצא מתאם בין קיום שם משתמש וסיסמה ובין שימוש רב יותר בכל השירותים שנבדקו, למעט שיחת הטלפון (תרשים 11). בהינתן שמקור המידע העיקרי על שירותי בריאות מרחוק הוא אתר האינטרנט של הקופה, נראה כי הנפקת שם משתמש וסיסמה עשויה להגביר הן את המודעות הן את השימוש בשירותים – זאת אף על פי שהמידע עצמו נגיש ברובו גם ללא שם משתמש וסיסמה.

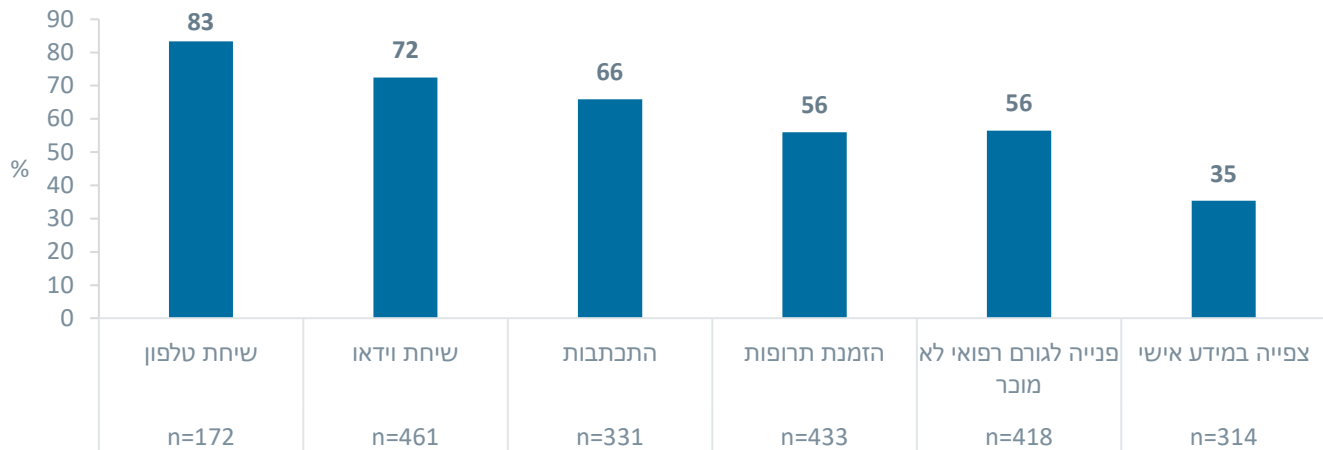
תרשים 11: שימוש בשירותי בריאות מרחוק בשנה החולפת לפי בעלות על שם משתמש וסיסמה (באחוזים) n=501



p<0.001\*\*\*

עבור כל השירותים מרחוק שנבדקו, המשיבים נשאלו אם הם השתמשו בשירות בשנה החולפת. אלה שלא השתמשו נשאלו, עבור כל אחד מן השירותים למעט זימון תור, על הסיבות שבעטיין לא השתמשו בו (אפשר היה לבחור ביותר מסיבה אחת, אלא אם כן נבחרה הסיבה 'לא הייתי צריך את השירות'). בכל השירותים הסיבה שנבחרה בשיעור הגבוה ביותר היא 'לא הייתי צריך את השירות' (תרשים 12). 83% מן המשיבים שלא השתמשו בשירות של שיחת טלפון בשנה החולפת, השירות שנמצא כי הוא הנפוץ והנגיש ביותר, עשו זאת מפני שלא היו זקוקים לגורם רפואי. לעומת זאת, רק 35% מן המשיבים שלא צפו במידע אישי בשנה החולפת לא היו צריכים לקבל מידע רפואי אישי. כלומר, היו חסמים שמנעו מהם את השימוש בשירות (כפי שיוצג בהמשך).

תרשים 12: שיעור המשיבים שלא השתמשו בשירות בריאות מרחוק כי לא היה להם צורך בו (באחוזים) ^

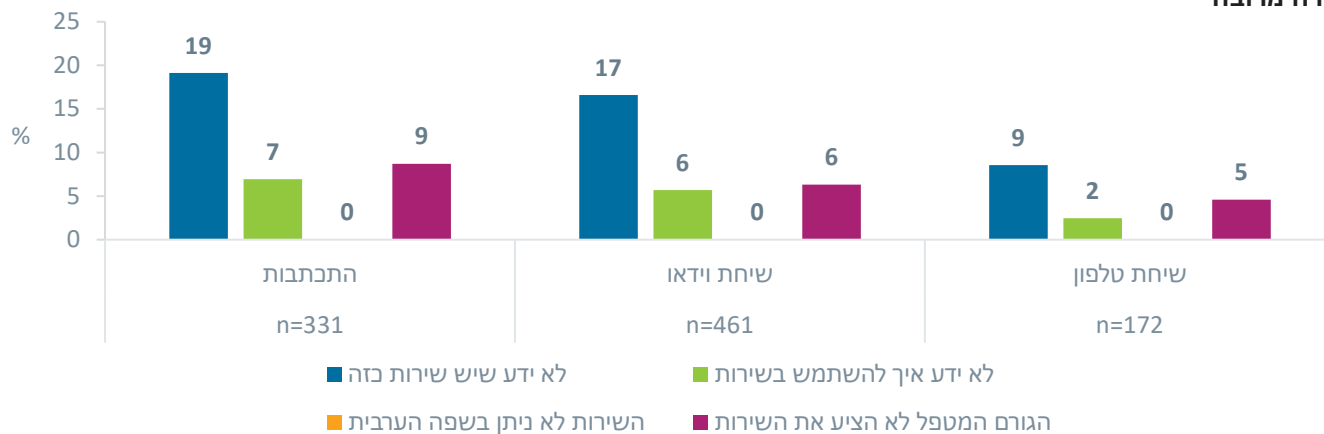


שיעור המשיבים (n) שונה בין השירותים המוצגים בתרשים מכיוון שהשאלה (סיבה לאי-שימוש בשירות) נשאלה רק בקרב מי שלא השתמשו בשירות, נתון המשתנה בין השירותים השונים. כלומר, יש 172 משיבים שלא השתמשו בטלפון, ומהם 83% לא השתמשו בשירות מכיוון שלא היה להם צורך בו.

### בתרשימים 13-15 מכורטים החסמים לשימוש בשירותים מרחוק, מלבד היעדר צורך במפגש (פורט בתרשים 12 לעיל).

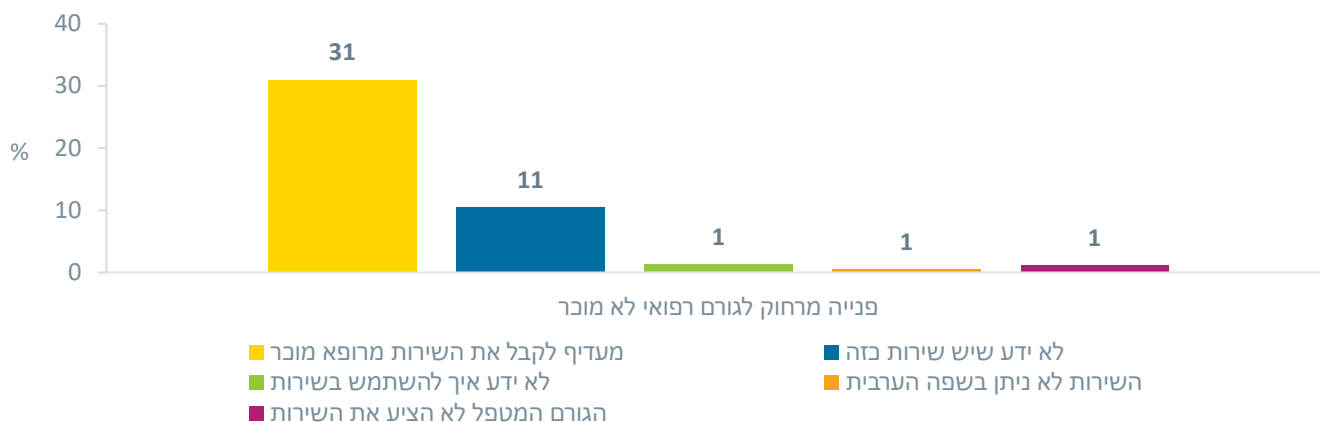
**בתרשים 13** מתוארים חסמים לשימוש בשירותים: שיחת טלפון, שיחת וידאו והתכתבות עם **רופא מוכר**. החסם המרכזי הוא חוסר מודעות לקיומם: 19% מן המשיבים לא ידעו שיש אפשרות להתכתב עם גורם רפואי, 17% לא ידעו שאפשר לשוחח איתו בווידיאו ו-9% לא ידעו על האפשרות לשוחח עם הגורם הרפואי בטלפון. מגבלות טכניות (לא ידע איך להשתמש בשירות) והעובדה שהגורם הרפואי לא הציע את השירות הם החסמים הבאים בחשיבותם, אך בפער ניכר. חסם נוסף שניתן היה לבחור בו הוא ש'השירות לא ניתן בשפה הערבית' – חסם זה לא נבחר באף לא אחד מששת השירותים שנסקרו.

**תרשים 13: חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – שיחת טלפון, שיחת וידאו והתכתבות עם רופא מוכר (באחוזים), בחירה מרובה**



**בתרשים 14** מוצגים החסמים לשימוש בשירות פנייה מרחוק לגורם רפואי **לא מוכר** (בכל אמצעי תקשורת שהוא – שיחת טלפון, שיחות וידאו או התכתבות). החסם העיקרי לשימוש בשירות זה הוא ההעדפה לקבל את השירות מגורם רפואי מוכר (31%), ולאחריו, חוסר מודעות לשירות (11%). יתר החסמים צוינו על ידי משיבים מעטים בלבד (1% בכל אחד מהם).

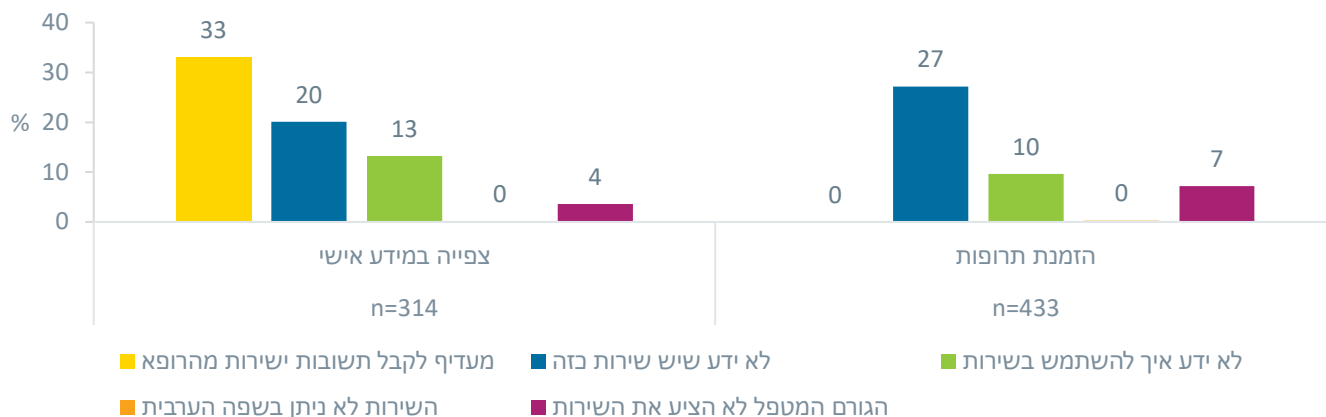
**תרשים 14: חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – פנייה מרחוק לגורם רפואי לא מוכר (באחוזים), בחירה מרובה, n=418**



**בתרשים 15** מכורטים החסמים לשימוש בשירותים: הזמנת תרופות וצפייה במידע אישי. החסם העיקרי לשימוש בשירות צפייה במידע אישי הוא הרצון לקבל את התשובות ישירות מן הרופא (33%). כלומר, הרצון לקבל באותו הזמן את התוצאות ואת הפרשנות להן על ידי גורם מוסמך. חוסר מודעות הוא החסם הבא בחשיבותו לשימוש בשירות צפייה במידע אישי, והחסם העיקרי

לשימוש בשירות הזמנת תרופות. 20% מן המשיבים לא השתמשו בשירות צפייה במידע אישי עקב חוסר מודעות ו-27% ציינו חסם זה כגורם שבעטיו הם לא השתמשו בשירות הזמנת תרופות. שיעור המשיבים שציינו חוסר מודעות לשירות הזמנת תרופות הוא הגבוה ביותר מבין השירותים שנבדקו. היו משיבים שלא השתמשו בשירותים אלה כי לא ידעו איך להשתמש בהם או מפני שהשירותים לא הוצעו להם על ידי הגורם המטפל.

### תרשים 15: חסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק – הזמנת תרופות וצפייה במידע אישי (באחוזים), בחירה מרובה



### שימוש בתרחישים רפואיים היפותטיים לבחינת הנכונות לשימוש בשירותי בריאות מרחוק

החסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק נבחנו גם באמצעות תרחישים היפותטיים. למשיבים הוצגו שלושה מצבים שבהם המשיב מבקש מכגש רפואי והמרכאה מציעה לו בתשובה מכגש רפואי מרחוק (ולא מכגש רפואי פנים אל פנים). שלושת השירותים מרחוק שהוצעו למשיבים, על פי המצב ההיפותטי, הם: התייעצות בכתב עם רופא המשפחה, שיחת וידאו עם רופא המשפחה ושיחת וידאו עם רופא מומחה לא מוכר. למשיבים הוקראה רשימת חסמים (מפורטת בתרשימים 16-18), ועבור כל חסם המשיב התבקש לומר אם הוא ימנע ממנו להשתמש בשירות מרחוק (אפשר היה לבחור יותר מחסם אחד או לציין שאין סיבה להימנע משימוש בשירות זה).

יותר מ-50% מן המשיבים ציינו כי אין סיבה להימנע משימוש בשירות – 75% בנוגע להתכתבות עם רופא מוכר, 63% בנוגע לשיחת וידאו עם רופא מוכר ו-51% בנוגע לשיחת וידאו עם רופא לא מוכר. כלומר, לכאורה מרבית המשיבים לא חושבים שיש סיבה שתמנע מהם להשתמש בעת הצורך בשירותי בריאות מרחוק (גם אם, או חרף העובדה, שהם לא בהכרח השתמשו בשירותים הללו בפועל).

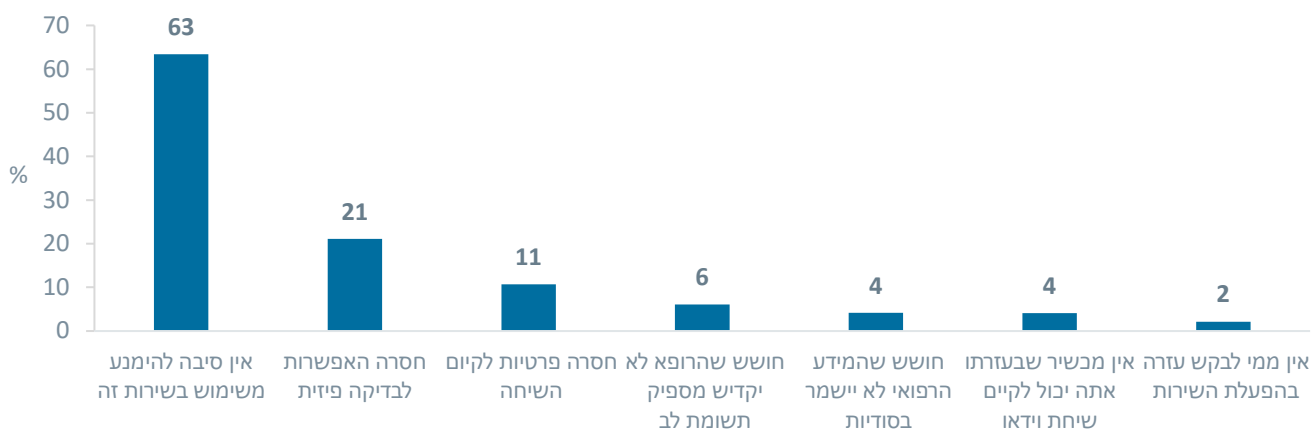
בכל הנוגע להתכתבות עם רופא מוכר, החסמים הבולטים שזוהו על ידי המשתמשים הם: חשש שהרופא לא יקדיש מספיק תשומת לב (11%), קושי בהבעה בכתב בערבית (6%) או בעברית (6%) וחוסר פרטיות לצורך הכתיבה לרופא (5%) (תרשים 16). החסמים הבולטים דומים גם בשני המצבים האחרים: שיחת וידאו עם רופא משפחה ושיחת וידאו עם רופא מומחה לא מוכר, מלבד החסם של ההיכרות המוקדמת. באשר למכגש עם רופא מומחה לא מוכר, 28% ציינו שאינם מעוניינים לקיים מכגש ראשון

בוידאו (עם גורם רפואי שהם אינם מכירים). כלומר, יש חשש משימוש בטכנולוגיה מרחוק ללא היכרות ראשונית. מלבד זאת, החסמים הבולטים דומים בין השירותים – חסרה האפשרות לבדיקה פיזית (21% בנוגע לרופא משפחה מוכר ו-19% בנוגע לרופא מומחה לא מוכר), חסרה פרטיות לקיום השיחה (11% ו-12%, בהתאמה) ויש חשש שהרופא לא יקדיש מספיק תשומת לב (6% ו-7%, בהתאמה). ניתוח של החסם 'חסרה פרטיות לקיום השיחה' לפי מגדר (ראו **לוח א-3** בנספח א) מראה כי חשש זה רלוונטי יותר לנשים מאשר לגברים, במובהק. בעוד 8% מן הגברים חוששים מחוסר פרטיות לצורך קיום השיחה (עם רופא משפחה או רופא לא מוכר), שיעור כמעט כפול מן הנשים חוששות מחוסר פרטיות (14% ו-15%, שיחה עם רופא משפחה ושיחה עם רופא לא מוכר, בהתאמה). מעניין לציין כי אין כמעט חשש מזליגת המידע הרפואי הפרטי וגם אין כמעט משיבים שציינו כי חסר להם ממי לבקש עזרה בהפעלת השירות (**תרשימים 16-18**).

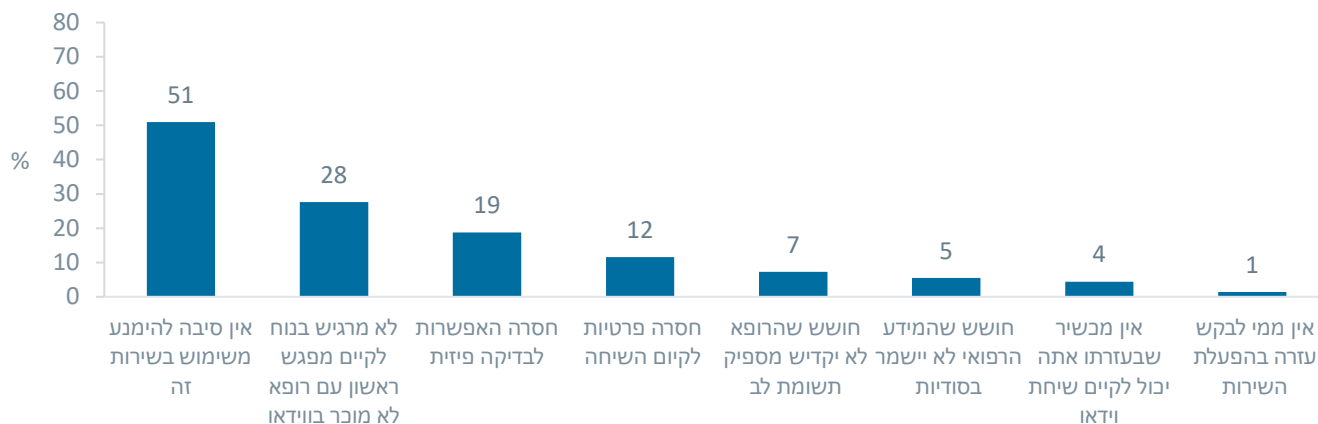
**תרשים 16: חסמים להתייעצות בכתב עם רופא המשפחה (באחוזים), n=501, בחירה מרובה**



**תרשים 17: חסמים להתייעצות בוידאו עם רופא המשפחה (באחוזים), n=501, בחירה מרובה**



## תרשים 18: חסמים להתייעצות בווידאו עם רופא מומחה לא מוכר (באחוזים), n=501, בחירה מרובה

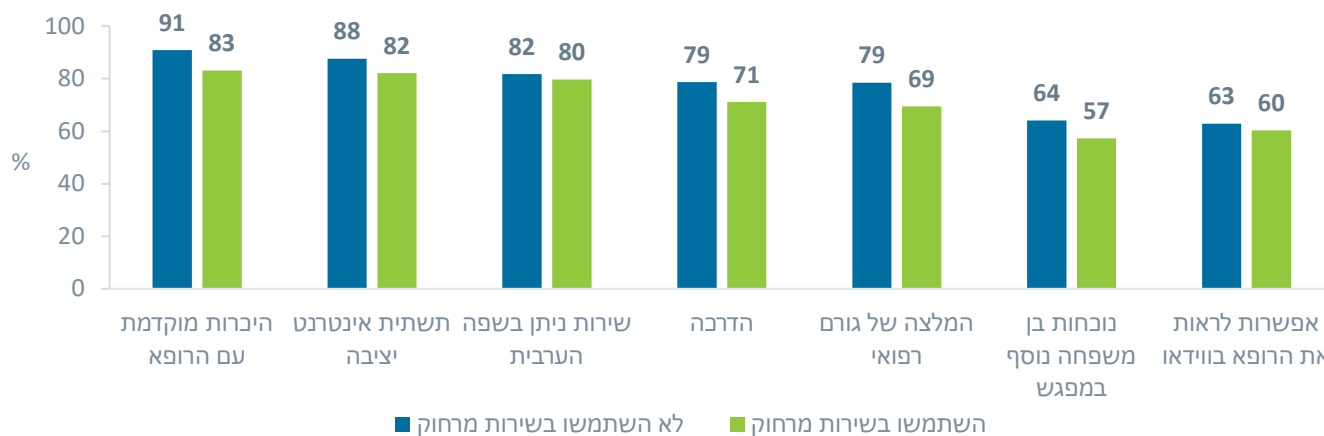


## בחינת הגורמים המסייעים להגברת השימוש בשירותי בריאות מרחוק

המתודות האחרונות לבחינת חסמים בגישה לשירותים מרחוק בחנה את הנושא מן הכן החיובי ולא מן הכן השלילי. כך, בחנו מה סייע או עשוי לסייע למשיבים בשימוש בשירותי בריאות מרחוק. אלה שהשתמשו בעבר בשירותי בריאות מרחוק נשאלו אילו גורמים סייעו להם לעשות זאת, ואלה שלא השתמשו בשירותי בריאות מרחוק נשאלו מה עשוי לעזור להם להשתמש בשירותים אלה בעתיד.

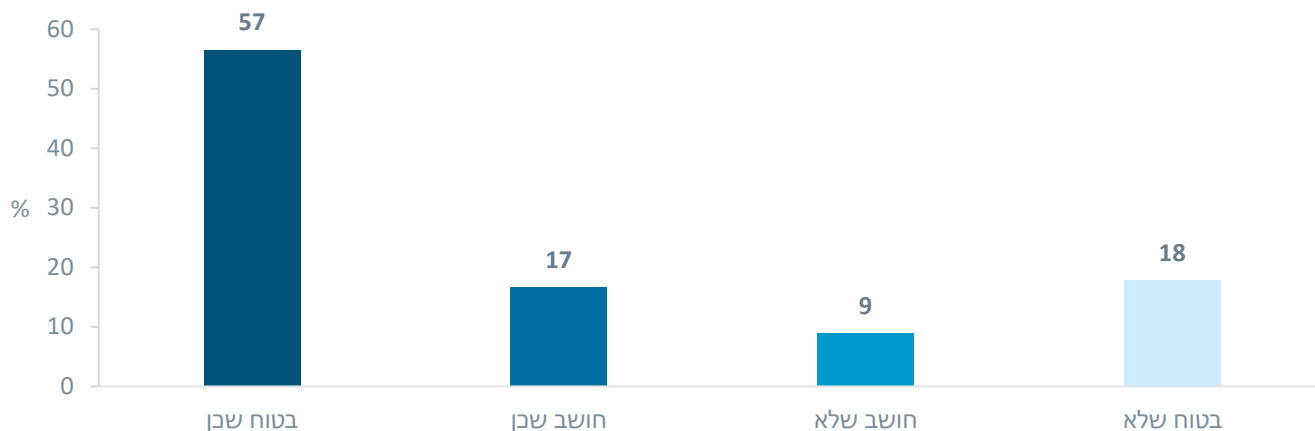
כפי שניתן לראות **בתרשים 19**, מרבית המשיבים סבורים כי רוב הגורמים שנבדקו מסייעים להם או עשויים לסייע להם. עם זאת, היכרות מוקדמת עם הגורם הרפואי, תשתית אינטרנט יציבה והספקת השירות בשפה הערבית נתפסים כגורמים שסייעו או שעשויים לסייע לשימוש בשירותי בריאות מרחוק במידה הרבה ביותר לעומת האפשרויות האחרות. ככלל, שיעורים גבוהים יותר ממי שלא השתמשו עדיין בשירותי בריאות מרחוק ציינו כי הגורמים שנבדקו יסייעו להם (לעומת מי שכבר השתמשו בעבר). במיוחד בנוגע לצורך בהמלצה של הגורם הרפואי (10% יותר), בהדרכה (8% יותר), בנוכחות של בן משפחה במפגש הרפואי (7% יותר) ובהיכרות מוקדמת עם הגורם הרפואי (8% יותר).

**תרשים 19: גורמים מסייעים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק (באחוזים), n=501, בחירה מרובה**



באשר להמלצה על שירותי הבריאות מרחוק (תרשים 20), 57% מן המשיבים בטוחים שימליצו על שירותי בריאות מרחוק לחברים ולקרובי משפחה, ו-17% נוספים חושבים שימליצו. 27% מן המשיבים חושבים שלא ימליצו על שירותי בריאות מרחוק או בטוחים שלא יעשו זאת.

**תרשים 20: האם תמליץ על שירותי בריאות מרחוק לחברים וקרובי משפחה (באחוזים), n=287**





## סיכום ביניים – חסמים

במחקר נעשה שימוש בשלוש מתודות שונות כדי לבדוק מהם החסמים או הגורמים המסייעים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק. מן הממצאים ניתן ללמוד כי **מרבית המשיבים לא מוצאים סיבה מהותית להימנע משימוש בשירותי בריאות מרחוק בעת הצורך, לפחות לא ברמת ההצהרה**. שיעורים גבוהים דיוחו שהם לא נזקקו לשירות (ולכן לא השתמשו בו) או שאין מבחינתם סיבה להימנע משימוש בשירות. ממצא זה מלמד על נכונות האוכלוסייה הערבית לשימוש בשירותים מרחוק בתנאים מסוימים ולצרכים מסוימים. זאת מתוך הבנה ששירות מרחוק עשוי להחליף חלק מסוגי הביקורים פנים אל פנים. בפרט, כחמישית מן המשיבים ימנעו מקביעת **שיחת וידאו** עם רופא המשפחה שלהם או עם רופא לא מוכר מפני **שחסרה להם האפשרות לבדיקה כזית, וכשליש מעדיפים לקבל את המידע הרפואי ישירות מן הרופא**. יש גם **החוששים שהרופא לא יקדיש מספיק תשומת לב כאשר השירות ניתן מרחוק**, בוידאו או בהתכתבות. וכרבע מן המשיבים לא ימליצו על שימוש בשירותי בריאות מרחוק לחברים ולקרובי משפחה.

**חסם לשימוש בשירותי הבריאות מרחוק הוא חוסר מודעות לקיומם**. כחמישית מן המשיבים כלל לא ידעו שהשירותים קיימים. חסם נוסף הוא חוסר ידע איך להשתמש בשירות (למעט שיחת טלפון, שירות שבו הרוב המוחלט יודע להשתמש). חוסר ידע זה ניכר גם בעובדה כי ל-62% מן המשיבים אין שם משתמש וסיסמה לצורך כניסה לאתר קופת החולים או ליישומון. אומנם ניתן להשתמש בשירותים רבים גם ללא שם משתמש וסיסמה, אך, כפי שניתן לראות **בטרשים 11**, מי שיש לו שם משתמש וסיסמה משתמש יותר בכל השירותים מרחוק (מלבד הטלפון). עוד עולה מן הממצאים כי רוב המשיבים כלל לא משתמשים באתר הקופה או ביישומון (56% ו-65%, בהתאמה). בהינתן שאתר האינטרנט של הקופה הוא מקור המידע השכיח ביותר ללמידה על קיומם של שירותי בריאות מרחוק (35%), יש להניח כי אי-השימוש באתר וביישומון והעדר שם משתמש וסיסמה יכולים להוות חסם לשימוש בשירותי בריאות מרחוק.

לא רק למטופל אחריות לשימוש בשירותי הבריאות מרחוק. נמצא כי **המלצת הגורם הרפואי על שימוש בשירות מרחוק מעלה במידה ניכרת את הנכונות להשתמש בשירותים** אלו. המלצה מן הגורם הרפואי אף מעלה את המודעות לעצם קיומו של השירות, שכן לכרבע מן המשיבים נודע על האפשרות לשירות מרחוק כשהציעו להם שירות זה בזמן שרצו לקבוע תור רגיל. נוסף לכך, גם היכרות מוקדמת עם הגורם הרפואי חשובה לנכונות לביצוע מפגש מרחוק.

מתן השירות בשפה הערבית נמצא כאחד הגורמים החשובים שעוזרים או עשויים לעזור למשיבים להשתמש בשירותי בריאות מרחוק. עם זאת, החסם 'השירות לא ניתן בשפה הערבית' לא היה בין החסמים לשימוש בשירותים אלו. ככל הנראה, רוב השירותים אכן ניתנים בשפה הערבית – אתרי האינטרנט של שלוש מבין ארבע קופות החולים זמינים בערבית, ושיחות טלפון או וידאו עם גורמים רפואיים במרפאות המקומיות ככל הנראה נעשות בערבית גם כן.

בדומה למתן שירות בשפה הערבית, נראה כי גם **התשתית והמכשור הדרוש לא מהווים חסם לשימוש בשירותים מרחוק**. כמעט כל המשיבים יש טלפון חכם (96%), כמעט לכולם יש חיבור קבוע לאינטרנט (93%), והם משתמשים בו כל יום או כמה פעמים בשבוע (93%). בשונה משירותים אחרים מרחוק הדורשים מחשב אישי וחיבור רציף ומהיר לאינטרנט, כמו למידה מרחוק (וייטבלא, 2020), בכל הנוגע לשימוש בשירותי בריאות מרחוק דרישות התשתית והמכשור בסיסיות למדי. על כן לא מפתיע כי רק 4% מן המשיבים ציינו שלא יקבעו שיחת וידאו עם גורם רפואי מפני שאין להם מכשיר שבעזרתו הם יכולים לקיים שיחת וידאו.

מושג הפרטיות נבחן משני היבטים – פרטיות המידע הרפואי ותחושת הפרטיות במפגש מרחוק. בכל הנוגע לפרטיות המידע **כמעט שאין בקרב המשיבים חשש מזליגת מידע רפואי** מצד הגורם המטפל או מערכת הבריאות. עם זאת 12% מקרב המשיבים ציינו **שחסרה להם פרטיות לצורך קיום השיחה או ההתכתבות עם הגורם הרפואי** (שיעור גבוה יחסית לגורמים האחרים שהוזכרו), והמחסור בפרטיות ניכר יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים. כלומר, ניתן אמון ברופא ובמערכת הבריאות כי השימוש במידע הרפואי הוא הגון ובטוח, אך בנוגע לסביבה החברתית או המשפחתית למשיבים חסרה פרטיות (במקום המגורים, העבודה או הלימודים) כדי לקיים מפגש מרחוק.

### **הרחבה: חסמים ומאפייני שימוש של בעלי הכנסה נמוכה**

במחקר התמקדנו בהשכלה, ולא בהכנסה, כמאפיין המייצג מעמד חברתי-כלכלי, בין היתר בשל המתאם שבין השכלה לאוריינות. עם זאת, אנו מכירים בחשיבות ההכנסה כגורם המנבא התנהגות ושימוש בשירותים חברתיים שונים. לכן, בהרחבה זו נציג כמה ממצאים בולטים בנוגע למאפייני השימוש של מי שהכנסתם היא עד 4,500 ש"ח לחודש למשק בית (להלן: בעלי הכנסה נמוכה). נשווה קבוצה זו למוצע הכללי של המשיבים (בלוחות א-4, א-5 וא-6 בנספח א מוצגת ההתפלגות של קבוצות ההכנסה בנוגע לכל השירותים שנבדקו).

ככלל, ההשוואה בין בעלי הכנסה נמוכה ובין כלל האוכלוסייה מלמדת על **פער דיגיטלי** בין הקבוצות המתבטא בתדירות ובאופי השימוש באינטרנט. נוסף לכך, לבעלי הכנסה נמוכה קשיים הנובעים מאוריינות נמוכה (מסורתית ודיגיטלית), **מחסור באמצעים** (מכשירי קצה) ו**מודעות נמוכה לשירותים חדשים** כגון הזמנת תרופות. להלן מתוארים הממצאים העיקריים שהובילו למסקנה לעיל, בחלוקה לשלוש קטגוריות השוואה: (1) שימוש באינטרנט; (2) שיעורי השימוש בשירותי בריאות מרחוק וחסמים לשימוש; (3) תרחישים רפואיים היפותטיים.

#### **(1) שימוש באינטרנט**

בעלי הכנסה נמוכה משתמשים באינטרנט בתדירות נמוכה יותר ובשירותים מתקדמים פחות לעומת כלל האוכלוסייה:

- שיעור השימוש – 19% מבעלי הכנסה הנמוכה לא משתמשים כלל באינטרנט לעומת 6% בכלל האוכלוסייה
- תדירות השימוש – 63% מבעלי הכנסה הנמוכה משתמשים באינטרנט מדי יום לעומת 87% בכלל האוכלוסייה
- שיעורי השימוש בשירותי האינטרנט השונים:
  - חיפוש באינטרנט – 23% מבעלי הכנסה הנמוכה לא מחפשים כלל באינטרנט לעומת 7% בכלל האוכלוסייה
  - פעולות נוהליות – 71% מבעלי הכנסה הנמוכה לא מבצעים כלל פעולות כאלה לעומת 43% בכלל האוכלוסייה
  - יישומון של קופת החולים – 76% מבעלי הכנסה הנמוכה לא משתמשים כלל ביישומון הקופה לעומת 66% בכלל האוכלוסייה

#### **(2) שיעורי השימוש בשירותי בריאות מרחוק וחסמים לשימוש**

בעלי הכנסה נמוכה משתמשים הרבה פחות בשירות המידע האישי, וכחות בשירות ההתכתבות ושיחת וידאו עם גורם רפואי מוכר (פער לא מובהק). ביתר השירותים – זימון תור, הזמנת תרופות, שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר ושיחה עם גורם רפואי

לא מוכר – אין הבדלים ניכרים בין בעלי הכנסה נמוכה לכלל האוכלוסייה (ראו פירוט שיעורי השימוש בשירותים מרחוק לפי הכנסה בלוח א-4 בנספח א).

בחינה של החסמים לשימוש בשירותים מרחוק בארבעה מן השירותים – הזמנת תרופות, צפייה במידע אישי, שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר והתכתבות עם גורם רפואי מוכר – מלמדת על הבדלים בין בעלי הכנסה נמוכה ובין כלל האוכלוסייה. להלן ההבדלים בין הקבוצות, לפי החסם לשימוש בשירות מרחוק:

- **מודעות לשירות מרחוק:** שיעור גבוה של בעלי הכנסה נמוכה לא ידעו על קיום שירות הזמנת התרופות והתכתבות עם הרופא לעומת כלל האוכלוסייה. ביתר השירותים לא נמצאו פערים
- **הפעלת השירות מרחוק:** שיעור גבוה של בעלי הכנסה נמוכה לא ידעו כיצד להפעיל את השירותים השונים לעומת כלל האוכלוסייה
- **השירות מרחוק לא ניתן בשפה הערבית והמטפל לא הציע את השירות מרחוק:** לא נמצאו הבדלים בין בעלי הכנסה נמוכה ובין כלל האוכלוסייה בנוגע לחסמים אלו
- **לא נזקק לשירות:** בעלי הכנסה נמוכה בחרו אפשרות זו בשיעור נמוך משמעותית מכלל האוכלוסייה (מלבד שירות צפייה במידע אישי שבו לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות)

### (3) תרחישים רפואיים היפותטיים

במחקר נבדקו חסמי שימוש בשירותים מרחוק בהינתן שלושה תרחישים היפותטיים (התכתבות עם רופא מוכר, התייעצות וידאו עם רופא משפחה והתייעצות וידאו עם רופא לא מוכר) (ראו פרק 5.3). השוואה לפי רמת הכנסה האירה שלושה חסמים שבעטיים יש הבדלים מובהקים בין בעלי הכנסה נמוכה ובין כלל האוכלוסייה: קושי בכתיבה, מחסור בסיוע טכני ומחסור בבעלות על ציוד קצה.

- **קושי בכתיבה (ערבית ועברית):** 26% ו-18% מבעלי הכנסה הנמוכה ציינו שקושי בכתיבה, בערבית ובעברית בהתאמה, הוא חסם לשימוש בשירות התכתבות עם הרופא לעומת 6% בכלל האוכלוסייה (בשתי השפות)
- **מחסור בסיוע טכני מחברים או משפחה בהפעלת השירות מרחוק:** 9% מבעלי הכנסה הנמוכה ציינו שאין להם ממי לבקש עזרה בהפעלת השירות מרחוק לעומת 2% בכלל האוכלוסייה (עבור שירות התכתבות עם רופא)
- **מחסור בבעלות על ציוד קצה לצורך קיום שיחת וידאו עם גורם רפואי:** 20% מבעלי הכנסה הנמוכה ציינו שחסר להם המכשור הנדרש לקיום לשיחת וידאו עם רופא המשפחה לעומת 5% בכלל האוכלוסייה

**חוסר תשומת לב של הרופא בעת בדיקה מרחוק, מחסור בפרטיות לקיום השיחה עם הגורם הרפואי, חשש משמירה על סודיות מידע:** בחסמים אלו לא נמצא הבדל מובהק בין מי שהכנסתם נמוכה ובין כלל האוכלוסייה.

## 6. מגבלות המחקר וכיוונים למחקר בעתיד

מחקר זה הוא העמקה ראשונה בסוגיית מאפייני השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. לצורך הבנה עמוקה יותר של פערים תרבותיים שייכתן שמונעים הטמעה טובה יותר של שירותי הבריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית, רצוי בעתיד להשלים מחקר זה במחקר נוסף שיעשה שימוש בכלים איכותניים, כגון קבוצות מיקוד או ראיונות עומק עם מטופלים או עם גורמים מטפלים. באמצעות כלים אלה אפשר יהיה לבחון לעומק את סוגיית ההתאמה התרבותית, למשל באיזו מידה שיחות טלפון ושירותים אחרים ניתנים בשפה הערבית, ולזהות חסמים תרבותיים, חברתיים, פסיכולוגיים או אחרים ודרכים להתגבר עליהם.

כמו כן במדגם יש ייצוג יתר לבעלי השכלה אקדמית ולבעלי הכנסות גבוהות – הנוטים להשתמש יותר בשירותי בריאות מרחוק. ייתכן שמדגם ובו ייצוג של בעלי השכלה אקדמית ההולם את שיעורם באוכלוסייה היה מציג היקפי שימוש נמוכים יותר וחסמים רבים יותר מאלו שנמצאו במחקר זה. נוסף לכך, אוכלוסיית המחקר לא כללה את תושבי מזרח ירושלים והפזורה הבדואית, שתי קבוצות אוכלוסייה שייכתן שאצלן ההיבט התרבותי, והשפתי בפרט, הוא חסם בולט יותר מן התמונה שעלתה מן המחקר. חשוב בעתיד לחקור גם את האוכלוסיות האלה, גם אם לשם כך יש צורך להשתמש בשיטות אחרות לאיסוף נתונים, כגון קבוצות מיקוד. רצוי לערוך מחקר דומה בקרב כלל החברה בישראל כדי לעמוד על ההבדלים בין כלל האוכלוסייה ובין האוכלוסייה הערבית. ייתכן כי ישנם דפוסי שימוש וחסמים שמשותפים הן לכלל האוכלוסייה הן לאוכלוסייה הערבית.

היכרות עם הגורם הרפואי המטפל תורמת מאוד לנכונות להשתמש בשירותי בריאות מרחוק. בעתיד יש לבחון את הידע והעמדות של רופאים ושל גורמים רפואיים נוספים בנוגע לשירותי בריאות מרחוק ואף לבדוק, במידת האפשר, את הקשר בין מאפייני השימוש של הרופא המטפל בשירותי בריאות מרחוק ובין מאפייני השימוש של מטופליו. כמו כן כדאי לחדד את ההבחנה בין שירותים מרחוק המאפשרים קשר עם בתי חולים ובין שירותים מרחוק בקהילה.

כדאי להוסיף ולחקור באילו תנאים ועבור אילו הליכים מתאים להשתמש בשירותי בריאות מרחוק. הבנה טובה יותר של המקרים שבהם שירות מרחוק עשוי לייתר ביקור פנים אל פנים והדרכה שתסייע למטופלים לזהות מתי נכון להפעיל את השירות מרחוק ומתי מומלץ להגיע למרפאה, עשויים לשפר את איכות הטיפול, לייעל את השימוש בשירותי הבריאות מרחוק ולהגדיל את התועלת הטמונה בהם, הן למערכת הבריאות הן למטופלים.

## 7. סיכום, דיון והמלצות

### 7.1 סיכום ודיון

לשירותי בריאות מרחוק פוטנציאל להעצים את המטופלים, בכך שהם מגדילים את הנגישות שלהם למידע רפואי ולמידע רפואי אישי בפרט, מאפשרים להם להתייעץ עם רופאי משפחה מוכרים או עם רופאים מומחים, מאפשרים להם לקבל הדרכות (כגון בתחום התפתחות הילד), חוסכים הגעה אל המרפאות ואל בתי המרקחת וכן זמן המתנה בהם. בעת מגפה עשויים שירותים אלה לסייע לשמור על מצב הבריאות ולמנוע הידבקות במחלות או הפצתן. נגישות נמוכה לשירותי בריאות מרחוק עלולה להרחיב את הפערים בין קבוצות אוכלוסייה במקום לצמצמם.

מחקר זה התמקד באוכלוסייה הערבית, אוכלוסייה המאופיינת בתת-שימוש בשירותי בריאות מרחוק, ומטרתו הייתה להבין את מאפייני המשתמשים וכן את החסמים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק של מטופלים המשתייכים לאוכלוסייה זו.

נמצא כי בסך הכול רוב המשיבים השתמשו בשנה החולפת בשירות אחד לפחות מבין שירותי הבריאות מרחוק. שני שלישים מן המשיבים קיימו שיחה טלפונית עם גורם רפואי, השירות הנפוץ והמועדף ביותר מבין השירותים שנבדקו. נמצא כי שיחת הטלפון היא אמצעי פורמלי פחות ונגיש יותר מן השירותים האחרים, ומכאן חשיבותה – היא מאפשרת גישה מרחוק לרופא ולמערכת הבריאות לאוכלוסיות מגוונות, ללא הבדלים חברתיים-כלכליים או תרבותיים. כמו כן רוב המשיבים סבורים כי אין סיבה עקרונית להימנע משימוש בשירותי בריאות מרחוק. כדי לזהות את החסמים הקיימים לשימוש בשירותי בריאות מרחוק נעזרנו במודל רעיוני המבוסס על שלושה היבטים של המטופל – האישי, הנסיבתי והסביבתי.

ההיבט האישי וההיבט הנסיבתי של המודל כללו התייחסות למאפיינים החברתיים-דמוגרפיים של המשיבים, למצב בריאותם ולרמת האוריינות הדיגיטלית והבריאותית שלהם. מבחינת המאפיינים החברתיים-דמוגרפיים והבריאותיים, יש קבוצות אשר מסיבות חברתיות-משפחתיות או בריאותיות צורכות שירותי בריאות יותר מאחרות – הורים לילדים קטנים, אנשים שמצב בריאותם לא טוב ואנשים מבוגרים. הימצאות ילדים קטנים בבית, אשר סטטיסטית חולים יותר מאחרים, לא נמצאה כגורם המסביר את הסיכוי לשימוש בשירותי בריאות מרחוק, וכך גם בנוגע למבוגרים ולמי שמצב בריאותם אינו טוב. קבוצות אלה, אשר זקוקות לשירותי הבריאות בתדירות גבוהה יותר מאחרות, היו עשויות ליהנות מן האפשרויות הגלומות בשירותי הבריאות מרחוק (כגון האפשרות לנטר מדדי בריאות בתדירות גבוהה), אך נראה כי הן לא ממצות אותן. דווקא מי שמצב בריאותם טוב משתמשים בשירותי בריאות מרחוק יותר ממי שמצב בריאותם אינו טוב, כך שייתכן שהתפתחותם של שירותי הבריאות מרחוק גם פתחה אפשרויות ויצרה ביקושים שלא היו קיימים קודם לכן.

להשכלה אקדמית, כמאפיין אישי, מתאם גבוה עם אוריינות בריאותית ודיגיטלית, וכצפוי, גם על פי הספרות המקצועית, היא מגדילה את הסיכוי להשתמש בשירותי בריאות מרחוק (למעט בשיחת הטלפון), בייחוד בשירותים הדורשים מיומנות ואוריינות, כגון התכתבות עם גורם רפואי, שירותים נוהליים (כללי וגם: צפייה במידע אישי וזימון תור באתר או ביישומון). מי שהיה להם שם

משתמש וסיסמה לצורך כניסה לאתר האינטרנט או ליישומון של קופת החולים (אינדיקציה לאוריינות בריאותית דיגיטלית) היו גם אלה שהשתמשו בשירותי הבריאות מרחוק יותר מאחרים (למעט שירות טלפוני, שם לא נמצא הבדל מובהק).

ההיבט הסביבתי של המודל כלל שני רכיבים: מדיה, קרי נגישות לתשתית וציוד טכני ושירותים רלוונטיים ומותאמים תרבותית; וסביבה חברתית, קרי תמיכה משפחתית טכנית, הדרכות והנחיות חוץ-משפחתיות.

ברכיב של המדיה לא נמצאו הבדלים ניכרים היכולים להצביע על הבדלי תשתית בין המחוזות שבהם גרים המשיבים. תושבי הצפון מצויים בסיכוי גבוה יותר לדבר בטלפון עם גורם רפואי מוכר ובסיכוי נמוך יותר לזמן תור רפואי, הבדלים שייתכן שהם קשורים להבדלים תרבותיים וקהילתיים בין היישובים במחוזות השונים יותר מאשר להבדלי תשתית. כמו כן נראה כי אין בעיית נגישות לשירותי בריאות מרחוק בכל הנוגע למכשיר גישה (טלפון חכם) ולנקודת גישה (אינטרנט). מלבד זאת, מרבית המשיבים משתמשים באינטרנט יום-יום. השירותים הנפוצים ביותר הם גלישה ברשתות החברתיות וחיפוש מידע, ואילו בשירותים נוהליים, כגון תשלומים, מילוי טפסים או שירותי בריאות מרחוק, השימוש נדיר יותר. ממצא זה תואם לממצאיה של גנאים (2018) בנוגע לאופני השימוש של ערבים ישראלים באינטרנט – כלומר יש גישה לאינטרנט, אך השימושים שנעשים אינם שימושים נוהליים למיציא זכויות אלא שימושים חברתיים יותר. בהיבט של היצע השירותים הרלוונטיים, כפי שהוצג, כל קופות החולים וגם חלק מבתי החולים מציעים שירותי בריאות מרחוק, אך החברות במכבי שירותי בריאות מעלה את הסיכוי שהמבוטחים יצפו במידע אישי או יזמנו תור באתר או ביישומון.

עולה השאלה עד כמה השירותים המוצעים מותאמים תרבותית לאוכלוסייה הערבית. מבחינת "ההתאמה השטחית", המשיבים ייחסו חשיבות רבה לשפה הערבית כגורם מסייע לשימוש בשירותי בריאות מרחוק אך לא דיווחו עליה כחסם. ייתכן שהדבר נובע מכך שהמידע באתרי האינטרנט של קופות החולים (למעט זה שלמכבי שירותי בריאות) ניתן גם בשפה הערבית ומכך שהתקשורת עם הגורמים הרפואיים הקהילתיים מתנהלת בשפה הערבית. מבחינת "ההתאמה העמוקה", זו הנוגעת לדוגמה לכוחות חברתיים, היסטוריים ופסיכולוגיים, הסקר שעליו מבוסס מחקר זה לא שימש כלי מחקרי רגיש דיו כדי לחשוף אי-התאמות תרבותיות ברמת העומק, אם ישנן, וככל הנראה יש צורך להשלים את התמונה באמצעות שימוש בכלי מחקר איכותניים. עם זאת, הממצאים ולפיהם הסיכוי של נוצרים להשתמש בשירותים נוהליים גבוה מזה של מוסלמים, גם כשמפקחים על משתנה ההשכלה, מצביעים על קיומם של הבדלים תרבותיים עמוקים ועל הצורך לדייק את השירותים ולהתאימם תרבותית לקבוצות השונות בחברה הישראלית ככלל ובאוכלוסייה הערבית בפרט. התאמה נדרשת גם עבור אותם אנשים המעוניינים לקיים את המפגש הרפואי בנוכחות בן משפחה, ולהבדיל, עבור מי שזקוקים לפרטיות. ייתכן שהתאמה זו יכולה להיות מתווכת באמצעות גורמים רפואיים מוכרים, אשר ימליצו על השימוש בשירותי הבריאות מרחוק ויתנו להם את "תעודת הכשרות" שלה הם זקוקים.

בהקשר של ההיבט הסביבתי ניתן לציין את חשיבות התמיכה, הן מצד המשפחה הן מצד הגורם הרפואי המטפל. יותר ממחצית מן המשיבים ציינו כי נוכחות בן משפחה נוסף במפגש הרפואי סיעה או עשויה לסייע לקיומו מרחוק. נוסף על כך, ממצאי המחקר מצביעים על ההיכרות עם הגורם המטפל ועל ההמלצה לשימוש בשירותי בריאות מרחוק כשני גורמים מרכזיים המעודדים את השימוש. המלצה, הדרכה ותמיכה טכנית מצד בני משפחה וגורמים רפואיים עשויות להגביר את המודעות לשירותים אלו ולהעלות את שכיחות השימוש בהם.

## 7.2 המלצות

ממצאי המחקר מניבים כמה המלצות, חלקן רלוונטיות לעידוד השימוש בשירותי בריאות מרחוק ככלל, וחלקן ספציפיות יותר עבור האוכלוסייה הערבית:

1. לפעול להעלאת המודעות לקיומם של שירותי הבריאות מרחוק, במיוחד לשירותים חדשים יחסית, כגון שירות הזמנת תרופות.
2. להתאים את שירותי הבריאות מרחוק התאמה תרבותית עמוקה באמצעות שיווקם על ידי דמויות מוכרות ומשפיעות בקהילה, כגון גורם רפואי מוכר שימליץ על השימוש בהם.
3. להדגיש בפני המטופלים כי גם כשמדובר בשירות מרחוק, הם רשאים לבחור לקיים את המפגש הרפואי בנוכחות בן משפחה אחר, או לחלופין, לבחור להשתמש במכשיר הטלפון הנייד בכל מקום אשר יאפשר להם לקיים את המפגש הרפואי בפרטיות.
4. לעודד את המבוטחים ליצור שם משתמש וסיסמה באמצעות שילוב הליך זה בהליכים שגרתיים שהם מבצעים מול קופת החולים ולהפנות אותם בכל הזדמנות לביצוע פעולות באתר האינטרנט או ביישומון.
5. לפעול להעלאת האוריינות – הדיגיטלית, הבריאותית והבריאותית-דיגיטלית, בקרב אוכלוסיות שרמת האוריינות שלהן נמוכה, במיוחד אלה הזקוקות לשירותי הבריאות יותר מאחרות ולכן עשויות ליהנות יותר מן האפשרויות שמספקים שירותי הבריאות מרחוק ליעול הקשר עם מערכת הבריאות. הכוונה היא להדרכת אוכלוסיות ובהן מבוגרים, הורים לילדים ואנשים החיים בעוני, כדי שידעו איך להשתמש בשירותים אלה.
6. לפשט את השימוש בשירותי הבריאות מרחוק, כך שיתאימו גם לאנשים שרמת האוריינות שלהם נמוכה.
7. לשקף לגורמים המטפלים את תפקידם המרכזי בהעלאת המודעות לשירותי בריאות מרחוק ובהגברת השימוש בהם, באמצעות המלצה והפניה לשימוש בשירותים אלה.

## פרסומים נוספים של המכון בנושא

- ברמלי-גרינברג, ש., יערי, ע. ואבני, א. (2020). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018. דא-2-20.
- אלרועי, א., סמואל, ה. ומדינה-הרטום, ת. (2018). מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש – סיבות ופתרונות. דמ-767-18.
- ניג'ם-אכטילאת, פ., בן רבי, ד. וסבו-לאל, ר. (2018). עקרונות עבודה והתערבות המותאמים לחברה הערבית בשירותי רווחה וטיפול בישראל. דמ-778-18.
- רוזן, ב., אשכנזי, י., בן-אסולי, א., קרניאלי-מילר, א., זלינגר, א., הוכמן, א. ורוזנבלום, י. (2017). שיתוף מידע בריאותי בישראל: היבטים ארגוניים. דמ-758-17.
- אלרועי, א., שוסטר, מ. ואלמקייס, ע. (2016). כשירות תרבותית של בתי חולים כלליים בישראל. דמ-706-16.
- רוזן, ב., אלרועי, א., אקר, נ. ואיסמעיל, ש. (2008). קידום בריאות באוכלוסייה הערבית: באיזו מידה מתקיימת התאמה תרבותית וכיצד ניתן לחזק אותה. דמ-524-08.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)



## מקורות

- <https://www.isoc.org.il/sts-data/israeli-internet-usage-survey-2020>  
איגוד האינטרנט הישראלי. (2020). סקר הגולש הישראלי – השימוש באינטרנט בישראל בדגש על תקופת הקורונה. [www.isoc.org.il/sts-data/israeli-internet-usage-survey-2020](https://www.isoc.org.il/sts-data/israeli-internet-usage-survey-2020)
- ברמלי-גרינברג ש., יערי א. ואבני א. (2020). [דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018](#). מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. דא-2-20.
- ברמלי-גרינברג ש., מדינה הרטום ת., יערי א. ובלנסקי א. (2019). [דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2016](#). דמ-790-19. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- גנאים א. (2018). [האינטרנט בחברה הערבית בישראל](#). איגוד האינטרנט הישראלי.
- דמרי נ. וכהן ר. (2020). [חברות בקופת חולים 2018-2019](#). סקרים תקופתיים 317, המוסד לביטוח לאומי.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס). (2019). [הסקר החברתי 2019](#).
- המשרד לשוויון חברתי. (2017). [התכנית הדיגיטלית הלאומית של ממשלת ישראל](#).
- וייסבלאי, א. (2020). [למידה מרחוק בעת סגירת מוסדות לימוד בעקבות התפרצות נגיף הקורונה](#). מרכז המידע והמחקר של הכנסת.
- חדאד חאג' יחיא נ., אסף ר. (2017). [החברה הערבית בישראל תמונת מצב חברתית-כלכלית ומבט לעתיד](#). המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- טור-סיני א., בשאראת ב., עדוי מ. וכבהא א. (2020). [שנתון בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל מס' 1](#). החברה לקידום בריאות האוכלוסייה הערבית.
- ישיב ע. וקסיר נ. (2018). [כלכלת החברה הערבית בישראל](#). בתוך א' בן בסט, ר' גרונאו וא' זוסמן (עור'), [אורות וצללים בכלכלת השוק – המשק הישראלי 2015-1995](#) (עמ' 678-722). מכון פאלק, האוניברסיטה העברית.
- מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. (2018). [האוכלוסייה הערבית בישראל: עובדות ומספרים 2018](#).
- משרד הבריאות. (2011). [חוזר מנכ"ל מס' 7/11 - התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות](#).
- משרד הבריאות. (2017). [בריאות דיגיטלית, אסטרטגיה](#).
- משרד הבריאות. (2019). [חוזר מנכ"ל מס' 6/2019 – אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק](#).
- משרד הבריאות. (2020). [תעריפון משרד הבריאות](#). נדלה: 05.10.2020
- פוקס ה. (2017). [השכלה ותעסוקה בקרב צעירים ערבים](#), בתוך א' וייס (עורך) [דוח מצב המדינה 2017](#) (עמ' 264-221). מרכז טאוב.
- פן נ., גולדווג ר., לרון מ. והרטל מ. (2021). [שימוש ברפואה מקוונת בקרב ישראלים במהלך מגפת הקורונה](#). מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. הוגש לפרסום.

צ'רניחובסקי ד., בשאראת ב., בוורס ל., בריל א. ושרוני ח. (2017). בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל, בתוך א. וייס (עורך), *דוח מצב המדינה 2017* (עמ' 275-312). מרכז טאוב.

רוזנר ט. (2017). *רפואה שלמה, מערכת הבריאות בישראל כמודל לחיים משותפים של יהודים וערבים*. המרכז הרפורמי לדת ומדינה – התנועה ליהדות מתקדמת.

Al-Haj, M. (1995). Kinship and modernization in developing societies: The emergence of instrumentalized kinship. *Journal of Comparative Family Studies*, 26(3), 311-328.

Antohe, I., Floria, M., & Carausu, E. (2017). *Telemedicine: Good or bad and for whom?* [IEEE International conference on e-health and bioengineering](#).

Ashwood, S., Mehrotra A., Cowling, D., & Uscher-Pines, L. (2017). Direct-to-consumer telehealth may increase access to care but does not decrease spending. *Health Affairs*, 36(3), 485-491.

Azaiza, F. (2008). The perception and utilisation of social support in times of cultural change: The case of Arabs in Israel. *International Journal of Social Welfare*, 17(3), 198-203.

Azaiza, F. (2013). Processes of conservation and change in Arab society in Israel: Implications for the health and welfare of the Arab population. *International Journal of Social Welfare*, 22(1), 15-24.

Baron-Epel, O., Garty, N., & Green, M. (2007). Inequalities in use of health services among Jews and Arabs in Israel. *Health Research and Education Trust*, 42(3), 1008-1019

Belgrave, F. Z. (1994). Latino cultural values: Their role in adjustment to disability. *Social Behavior and Personality*, 9(5), 185-200.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361.

Bertakis, K., Azari, R., Helms, J., Callahan, E., & Robbins, J. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.

Bodie, G., & Dutta, M. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly*, 25(1), 175-203.

Boogerd, E., Arts, T., Engelen L., & van de Belt, T. (2015). "What is eHealth": Time for an update? *Research Protocols*, 4(1), e29.

- Bradford, N., Armfield, N., Young, J., & Smith, A. (2013). The case for home based telehealth in pediatric palliative care: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(1), 4.
- Chamberlain, A. M., Manemann, S. M., Dunlay, S. M., Spertus, J. A., Moser, D. K., Berardi, C., Kane R. L., Weston S. A., Redfield M. M. & Roger, V. L. (2014). Self-rated health predicts healthcare utilization in heart failure. *Journal of the American Heart Association*, 3(3), e000931.
- Chandola, T., & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity & Health*, 5(2), 151-159.
- Cheng, C., Beauchamp A., Elsworth G., & Osborne R. (2020). Applying the electronic health literacy lens: Systematic review of electronic health interventions targeted at socially disadvantaged groups. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18476
- Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161.
- Eilat-Tsanani, S., Golovner, M., Marcus, O., Dayan, M., Sade, Z., Iktelat, A., Rothman, J., & Oppenheimer, Y. (2016). Evaluation of telehealth service for patients with congestive heart failure in the north of Israel, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), e78-e84.
- Eshet-Alkali, Y., & Amichai-Hamburger Y. (2004) [Experiments in digital literacy](#). *CyberPsychology & Behavior*, 7, 421-429.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20.
- Fischer, S. H., Ray K. N., Mehrotra, A., Bloom, E. L., & Uscher-Pines, L. (2020). *Prevalence and characteristics of telehealth utilization in the United States*. *JAMA Netw Open*, 3(10), e2022302-e2022302.
- Goldfeld, S. R., Wright, M., & Oberklaid, F. (2003). Parents, infants and health care: utilization of health services in the first 12 months of life. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(4), 249-253.
- Gordon, N., & Hornbrook, M. (2016). Differences in access to and preferences for using patient portals and other eHealth technologies based on race, ethnicity, and age: A database and survey study of seniors in a large health plan. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e50.
- Jacobs, R. J., Lou, J. Q., Ownby, R. L., & Caballero, J. (2016). A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. *Health Informatics Journal*, 22(2), 81-98.

- Jennett, P. A., Hall, L. A., Hailey, D., Ohinmaa, A., Anderson, C., Thomas, R., Young, B., Lorenzetti, D., & Scott, R. E. (2003). The socio-economic impact of telehealth: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9(6), 311-320.
- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117(3), 292-304.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity in universal family- based prevention interventions. *Prevention Science*, 3(3), 241-244.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). [Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1643.
- Lissitsa, S. (2015). Patterns of digital uses among Israeli Arabs – Between citizenship in modern society and traditional cultural roots. *Asian Journal of Communication*, 25(5), 447-464.
- Lundberg, O., & Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. Scandinavian. *Journal of Social Medicine*, 24(3), 218-224. <https://doi.org/10.1177/140349489602400314>.
- McGrail, K., Green, B., Barer, M. L., Evans, R. G., Hertzman, C., & Normand, C. (2000). Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. *Age and Ageing*, 29(3), 249-253.
- Montague, E., & Perchonok, J. (2012). Health and wellness technology use by historically underserved health consumers: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e78
- NEJM Catalyst. (2018). What is Telehealth. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0268>
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19.
- Nittas, V., Ameli, V., Little M., & Humphreys, D. (2020). Exploring the equity impact of mobile health-based human immunodeficiency virus interventions: A systematic review of reviews and evidence synthesis. *Digital Health*, 6, 1-11.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e110
- Reiners, F., Sturm, J., Bouw, L. J., & Wouters, E. J. (2019). Sociodemographic factors influencing the use of eHealth in people with chronic diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 645.

- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & Disease, 9*(1), 10-2.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S., & Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Cultural Psychology, 28*(3), 271-290.
- Richardson, E., Aissat, D., Williams, G., & Fahy, N. (2020). Remote consultation during the COVID-19 pandemic. *Eurohealth, 26*(2), 73-76.
- Sanders, C., Rogers, A., Bowen, R., Bown P., Hirani S., Cartwright M., Fitzpatrick R., Knapp M., Barlow J., Hendy J., Chrsanthaki T., Bardsley M., & Newman, S. (2012). Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the Whole System Demonstrator trial: A qualitative study. *BMC Health Services Research, 12*, 220.
- Shaw T., McGregor D., Brunner M., Keep M., Janssen A., & Barnet, S. (2017). What is eHealth (6)? Development of a conceptual model for eHealth: Qualitative study with key informants. *Journal of Medical Internet Research, 19*(10), e324.
- Shdema, I. (2012). The role of socio-economic factors in changing relations between Muslim and Christian Arabs in Israel between 1967 and 2010. *Islam and Christian–Muslim Relations, 23*(4), 515-530.
- Smith, C., Thomas E., Snoswell L., Haydon H., Mehrotra A., Clemensen J., & Caffery, J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare, 26*(5), 309-313
- Smith, P. M., Glazier, R. H., & Sibley, L. M. (2010). The predictors of self-rated health and the relationship between self-rated health and health service needs are similar across socioeconomic groups in Canada. *Journal of Clinical Epidemiology, 63*(4), 412-421.
- Visvanath, K., & Kreuter, M. (2007). Health disparities, communication inequalities, and e-Health: A commentary. *American Journal of Preventive Medicine, 32*(5), 131-133.
- Wade, V., Elliott A., & Hiller, E. (2014). Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qualitative Health Research, 24*(5), 682-694.
- Weinstein, R., Lopez, A., Joseph, B., Erps, K., Holcomb, M., Barker, G., & Krupinski, E. (2014). Telemedicine, telehealth and mobile health applications that work: Opportunities and barriers. *The American Journal of Medicine, 127*(3), 182-187.

## נספח א: ניתוחים דו-משתניים

לוח א-1: גודל יישוב המגורים ורמת השכלה (באחוזים), n=501

השכלה על תיכונית (לא אקדמית)	השכלה עד תיכונית	השכלה אקדמית	
7	71	23	יישוב קטן (פחות מ-25,000 תושבים)
11	55	34	יישוב גדול (25,000 תושבים ויותר)
0.001			מובהקות

לוח א-2: שימוש בשירותי בריאות מרחוק, לפי מאפיינים שונים (באחוזים)

פנייה לגורם רפואי לא מוכר	וידאו	התכתבות	שיחת טלפון	הזמנת תרופות	צפייה במידע אישי	זימון תור		
19	6	33	73	15	39	52	נשים	מגדר
14	11	35	59	12	35	35	גברים	
0.2	0.04	0.6	0.001	0.4	0.4	0.001	מובהקות	
15	8	37	65	10	35	46	29-18	גיל
16	7	33	62	13	38	43	49-30	
22	11	36	72	20	42	45	64-50	
15	10	27	73	17	31	31	+65	
0.4	0.7	0.6	0.3	0.1	0.5	0.3	מובהקות	
13	5	26	65	11	27	38	תיכוני	
9	2	29	55	7	35	35	על-תיכוני	
27	17	53	70	22	63	58	אקדמי	
0.001	0.001	0.001	0.2	0.002	0.001	0.001	מובהקות	
17	7	34	66	13	36	42	מוסלמי	דת
13	11	45	65	15	60	57	נוצרי	
14	12	22	62	14	27	37	דרוזי	
0.6	0.5	0.052	0.8	0.9	0.002	0.09	מובהקות	

פנייה לגורם רפואי לא מוכר	וידאו	התכתבות	שיחת טלפון	הזמנת תרופות	צפייה במידע אישי	זימון תור		
16	7	32	66	10	34	40	שירותי בריאות כללית	קופת חולים
24	14	57	71	48	69	67	מכבי שירותי בריאות	
14	7	35	62	17	33	45	מאוחדת	
17	14	23	60	2	43	43	לאומית	
0.6	0.2	0.005	0.7	0.001	0.001	0.014	מובהקות	
16	7	33	64	12	36	42	אין ילדים בני פחות מ-6	הרכב המשפחה
17	9	38	69	17	42	47	לא רווק, עם ילדים בני פחות מ-6	
0.9	0.5	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	מובהקות	
17	8	35	65	14	39	45	טוב	מצב בריאות (דיווח אישי)
16	6	22	78	8	18	27	רע	
0.9	0.6	0.07	0.07	0.2	0.004	0.014	מובהקות	
18	7	34	56	14	41	44	מרכז, תל אביב וירושלים	מחוז מגורים
14	7	34	68	10	36	36	צפון	
23	7	42	70	30	40	60	חיפה	
21	18	26	65	15	39	61	דרום	
0.2	0.017	0.3	0.3	0.001	0.8	0.001	מובהקות	
18	2	29	65	17	23	43	עד 4,500	הכנסה (בש"ח)
16	9	32	68	10	30	41	7,000-4,501	
15	10	31	64	12	34	33	11,500-7,001	
21	7	43	76	19	51	60	16,500-11,501	
20	11	41	62	11	45	39	16,501 ויותר	
0.7	0.3	0.2	0.4	0.4	0.003	0.009	מובהקות	
25	15	54	68	27	74	69	יש	שם משתמש וסיסמה
12	4	22	65	6	16	28	אין	
0.001	0.001	0.001	0.5	0.001	0.001	0.001	מובהקות	

פנייה לגורם רפואי לא מוכר	וידאו	התכתבות	שיחת טלפון	הזמנת תרופות	צפייה במידע אישי	זימון תור		
18	10	42	67	19	43	48	יישוב גדול (25,000 תושבים ויותר)	גודל יישוב מגורים
15	7	27	65	9	32	39	יישוב קטן (פחות מ-25,000 תושבים)	
0.4	0.2	0.001	0.6	0.002	0.010	0.036	מובהקות	
17	8	34	66	13	38	43	עיר ערבית	עיר מעורבת או ערבית
11	9	39	58	24	27	47	עיר מעורבת	
0.3	0.8	0.5	0.2	0.026	0.2	0.6	מובהקות	
17	8	34	66	14	37	43		ממוצע כללי

### לוח א-3: חוסר פרטיות כחסם לשימוש בשירות מרחוק, לפי מגדר (באחוזים)

בלוח מוצגת התפלגות העונים שאין להם פרטיות כדי להתכתב או עם רופא או לערוך שיחת וידאו, במענה לתרחיש היפותטי (פרק 3.3, תרשימים 15-17).

מובהקות	גברים	נשים	
0.15	6	3	התייעצות בכתב, רופא משפחה
0.04	8	14	שיחת וידאו, רופא משפחה
0.006	8	15	שיחת וידאו, רופא לא מוכר (מומחה)



לוח א-4: שימושים נבחרים באינטרנט, לפי הכנסה חודשית של משק הבית (בש"ח) (באחוזים)

מובהקות	ממוצע בכלל האוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 - 16,500	7,001 - 11,500	4,501 - 7,000	עד 4,500		
	87	98	100	86	87	63	כל יום	תדירות שימוש
	5	2	0	7	5	12	מספר פעמים בשבוע	
	1	0	0	1	1	6	פעם בשבוע	
	0	0	0	1	0	0	כל כמה שבועות	
0.001	6	0	0	5	7	18	אף פעם לא	
0.001	7	5	3	7	3	23	אף פעם לא	חיפוש מידע
	17	11	16	18	17	25	לעיתים רחוקות	
	35	27	40	41	35	30	לעיתים קרובות	
	41	57	41	34	45	23	לעיתים קרובות מאוד	
0.02	3	0	1	2	3	11	אף פעם לא	רשתות חברתיות
	15	14	11	17	14	17	לעיתים רחוקות	
	22	23	14	27	24	21	לעיתים קרובות	
	60	63	73	54	60	51	לעיתים קרובות מאוד	
0.001	43	31	31	46	44	71	אף פעם לא	תשלומים ופעולות נוהליות
	21	17	29	22	23	12	לעיתים רחוקות	
	18	17	24	23	13	13	לעיתים קרובות	
	18	35	16	10	20	4	לעיתים קרובות מאוד	
0.001	57	40	49	57	63	81	אף פעם לא	קניות
	24	30	20	27	24	13	לעיתים רחוקות	
	11	15	27	9	4	6	לעיתים קרובות	
	8	14	4	7	9	0	לעיתים קרובות מאוד	

מובהקות	ממוצע בכלל האוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 16,500 -	7,001 11,500 -	4,501 7,000 -	עד 4,500		
0.65	57	53	51	55	62	60	אף פעם לא	אתר קופת החולים
	22	23	19	27	19	23	לעיתים רחוקות	
	15	16	23	13	13	15	לעיתים קרובות	
	6	8	7	5	5	2	לעיתים קרובות מאוד	
0.22	66	60	66	68	65	75	אף פעם לא	יישומון קופת החולים
	16	11	20	17	19	8	לעיתים רחוקות	
	10	17	9	8	65	8	לעיתים קרובות	
	8	13	6	7	7	9	לעיתים קרובות מאוד	

לוח א-5: חסמים לשימוש בשירותים מרחוק, לפי רמת ההכנסה החודשית של משק הבית (בש"ח) (באחוזים)

מובהקות	ממוצע בכלל האוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 - 16,500	7,001 - 11,500	4,501 - 7,000	עד 4,500		שירות
0.79	28	30	26	28	24	33	לא ידע על קיום השירות	הזמנת תרופות
0.001	10	5	2	16	9	20	לא ידע איך להשתמש בשירות	
0.18	0	0	0	0	0	2	השירות לא ניתן בערבית	
0.61	7	8	4	6	9	4	המטפל לא הציע את השירות	
0.07	61	61	77	57	60	52	לא היה צריך שירות	
0.04	20	4	20	21	27	24	לא ידע על קיום השירות	צפייה במידע אישי
0.01	14	6	3	18	12	25	לא ידע איך להשתמש בשירות	
---	0	0	0	0	0	0	השירות לא ניתן בערבית	
0.08	4	4	6	8	1	0	המטפל לא הציע את השירות	
0.44	32	35	44	29	27	31	מעדיף לקבל את התשובות ישירות מהרופא	
0.01	42	61	50	43	36	27	לא היה צריך שירות	

מובהקות	ממוצע בכלל האוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 - 16,500	7,001 - 11,500	4,501 - 7,000	עד 4,500		שירות
0.61	8	3	12	5	10	13	לא ידע על קיום השירות	טלפון
0.33	3	0	0	3	2	9	לא ידע איך להשתמש בשירות	
---	0	0	0	0	0	0	השירות לא ניתן בערבית	
0.81	3	0	13	3	3	4	המטפל לא הציע את השירות	
0.16	87	97	88	89	83	75	לא היה צריך שירות	
0.11	19	10	20	15	22	30	לא ידע על קיום השירות	
0.02	8	4	3	7	7	20	לא ידע איך להשתמש בשירות	
---	0	0	0	0	0	0	השירות לא ניתן בערבית	
0.85	8	4	8	9	9	9	המטפל לא הציע את השירות	
0.01	70	82	78	75	67	52	לא היה צריך שירות	

מובהקות	ממוצע בכלל האוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 - 16,500	7,001 - 11,500	4,501 - 7,000	עד 4,500		שירות
0.05	17	13	9	14	19	28	לא ידע על קיום השירות	וידאו
0.03	6	1	6	4	7	14	לא ידע איך להשתמש בשירות	
---	0	0	0	0	0	0	השירות לא ניתן בערבית	
0.51	6	3	5	6	9	8	המטפל לא הציע את השירות	
0.001	77	85	83	82	73	57	לא היה צריך שירות	
0.40	11	9	5	12	10	17	לא ידע על קיום השירות	
0.53	2	0	2	2	1	4	לא ידע איך להשתמש בשירות	
0.64	1	1	0	0	1	0	השירות לא ניתן בערבית	
0.78	1	0	2	2	1	2	המטפל לא הציע את השירות	
0.44	30	28	25	26	33	39	מעדיף לקבל יעוץ מרופא מוכר	
0.20	68	70	71	71	70	54	לא היה צריך שירות	

לוח א-6: תשובות לתרחישים רפואיים היפותטיים (שימוש בשירותים מרחוק), לפי רמת ההכנסה החודשית של משק הבית (בש"ח) (באחוזים)

מובהקות	ממוצע אוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 - 16,500	7,001 - 11,500	4,501 - 7,000	עד 4,500		
0.04	10	14	6	12	13	2	חושש מחוסר תשומת לב של הרופא	התכתבות עם רופא מוכר
0.19	5	8	3	3	6	2	חסרה פרטיות לכתוב	
0.99	3	4	3	3	4	3	חושש משמירת סודיות המידע	
0.001	6	0	3	2	4	26	קושי כתיבה בערבית	
0.001	6	0	3	3	6	18	קושי כתיבה בעברית	
0.001	2	0	0	1	2	9	אין ממי לבקש עזרה בהפעלת השירות	
0.001	77	79	87	79	78	60	אין מניעה להשתמש בשירות	
0.001	5	1	0	2	4	20	אין מכשיר לקיום שיחת וידאו	
0.04	5	8	0	5	9	2	חושש מחוסר תשומת לב של הרופא	
0.001	10	15	1	7	16	6	חסרה פרטיות לדבר	
0.08	4	7	0	4	7	2	חושש משמירת סודיות המידע	
0.001	2	0	0	0	2	12	אין ממי לבקש עזרה בהפעלת השירות	
0.86	20	18	17	22	22	22	בשיחת וידאו לא ניתן לבדוק פיזית	
0.001	65	67	83	70	59	47	אין מניעה להשתמש בשירות	

מובהקות	ממוצע אוכלוסייה	16,501 ויותר	11,501 - 16,500	7,001 - 11,500	4,501 - 7,000	עד 4,500		
0.001	5	1	0	2	4	22	אין מכשיר לקיום שיחת וידאו	התייעצות בוידאו עם רופא מומחה לא מוכר
0.13	27	16	29	28	32	29	לא מעוניין לקיים מכשש ראשון עם רופא לא מוכר בוידאו	
0.39	6	8	3	4	8	5	חושש מחוסר תשומת לב של הרופא	
0.01	11	18	1	7	15	9	חסרה פרטיות לדבר	
0.51	5	6	3	5	8	3	חושש משמירת סודיות המידע	
0.01	2	0	0	0	2	6	אין ממי לבקש עזרה בהפעלת השירות	
0.49	18	14	17	17	23	17	בשיחת וידאו לא ניתן לבדוק פיזית	
0.02	53	61	63	56	47	40	אין מניעה להשתמש בשירות	

## נספח ב: מבחן גורמים

להלן תוצאות עיקריות ממבחן גורמים (PCA – Principal Component Analysis) שנערך לבחינת הקשרים בין שבעת שירותי הבריאות מרחוק שנבדקו במחקר. במבחן נמצאו שני גורמים מובחנים: (1) שירותים נוהליים – צפייה במידע אישי, זימון תור והזמנת תרופות; (2) שירותי גישה למטופל – שיחה טלפונית, פנייה לגורם רפואי לא מוכר, התכתבות ושיחת וידאו עם רופא מוכר. במבחן PCA מקובל כי ציון מעל 0.5 מצוין כי המשתנה משמעותי לגורם, כלומר קיים קשר בינו ובין המשתנים האחרים של הגורם (לוח ב-1). ציונים נמוכים מ-0.5 אך גבוהים מ-0.4 יכולים אף הם להיחשב גורם משמעותי, כתלות בתיאוריה. שני משתנים בגורם (1) קיבלו ציון גבוה מ-0.5 – צפייה במידע אישי וזימון תור, והמשתנה השלישי – הזמנת תרופות קיבל ציון נמוך במעט מ-0.5 אך רעיונית קשור לשני השירותים האחרים (שירותים נוהליים). בגורם (2) שלושה משתנים קיבלו ציון גבוה מ-0.5 – שיחת טלפון, פנייה לרופא לא מוכר, התכתבות, ואילו וידאו זכה לציון נמוך במעט מ-0.5 (לוח ב-1).

בתרשים ב-1 ניתן לראות כי שני הגורמים קיבלו ציון הגבוה מציון 1, שהוא ציון הסף להיחשב כגורם בעל משמעות. בהמשך לכך, ניתן לראות כי גורם 1 קיבל ציון גבוה משמעותית (2.5) מן הגורם השני. גורם 1 מסביר 36% מן השונות, בעוד גורם 2 מסביר 16%, יתר השונות מוסברת על ידי גורמים נוספים שאינם מוצגים כיוון שלא נמצאו משמעותיים על ידי התוכנה הסטטיסטית. כאמור, נמצאו שני גורמים בעלי משמעות, אך רק את גורם 1, הדומיננטי, הוחלט לבחון באמצעות רגרסיה לוגיסטית. את גורם 2 הוחלט שלא לבחון ברגרסיה כגורם אחוד ברגרסיה, זאת משתי סיבות עיקריות. הראשונה היא שיעור ההסבר הנמוך יחסית של הגורם. הסיבה השנייה נוגעת להתפלגות השימוש בשירותים הכלולים בגורם זה. כך, 66% השתמשו בשירות שיחת טלפון, 34% בשירות ההתכתבות, 17% פנו לגורם רפואי לא מוכר ו-8% השתמשו בשירות שיחת הווידאו. שיעור המשתמשים הגבוה בטלפון מייצר את המשמעות מאיחוד השירותים לגורם אחוד שכן תוצאות הרגרסיה היו מתייחסות בפועל לשימוש בטלפון, ולא לשימוש כללי בשירותי פנייה למטפל. אם כן, הוחלט לבחון באמצעות רגרסיה רק את גורם 1, שהוא הגורם הדומיננטי ואילו מתוך גורם 2 נבחרו שניהם שירותים השכיחים יותר – טלפון והתכתבות.

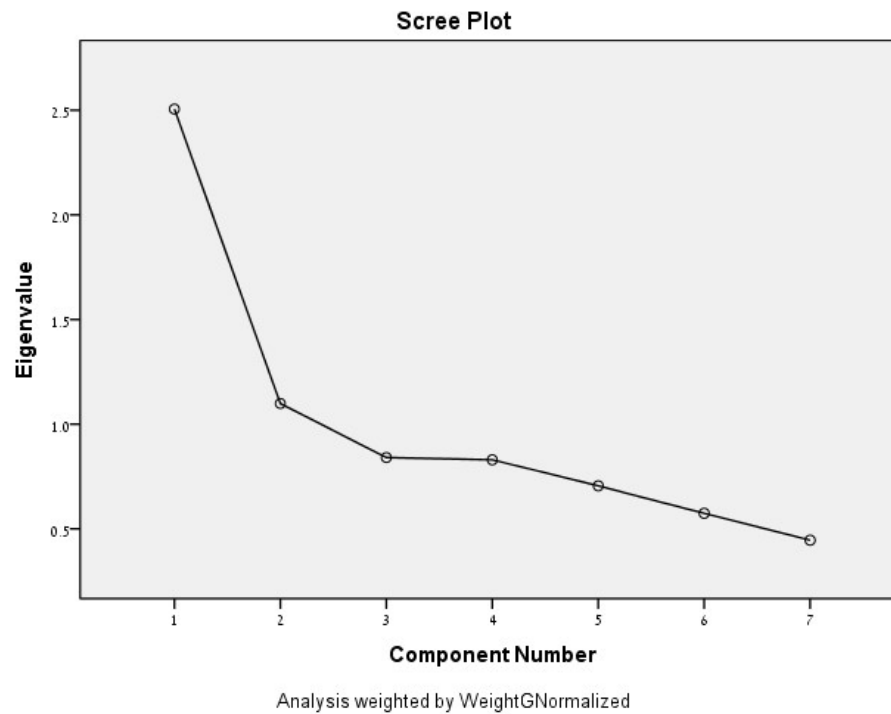
טרם ביצע רגרסיה לשירותים נוהליים (כללי) נבחנה התפלגות השימוש בשירותים נוהליים במדגם. חושב משתנה הסוכם שימוש בשלושת השירותים הנוהליים (זימון תור, צפייה במידע אישי והזמנת תרופות), כך שערך 0 משמעו שלא נעשה שימוש כלל בשירות נוהלי כלשהו, וערך 3 משמעו שנעשה שימוש בשלושה שירותים (תרשים ב-2). 47% מן המשיבים לא השתמשו כלל בשירות נוהלי, 21% השתמשו בשירות אחד, 24% בשני שירותים ו-9% בשלושת השירותים. מכיוון שהתפלגות המשתנה אינה נורמלית ומכיוון שכמעט מחצית מן המשיבים לא השתמשו כלל בשירות נוהלי, הוחלט להמיר את המשתנה למשתנה בינרי לצורך הרצת רגרסיה לוגיסטית. ערך 0 מצוין שלא נעשה שימוש בשירות נוהלי וערך 1 מצוין שנעשה שימוש בשירות נוהלי אחד לפחות. משתנה זה שימש משתנה המוסבר ברגרסיה הלוגיסטית (פרק 5.2).



לוח ב-1: PCA, Rotated Component Matrix

שירות	גורם 1	גורם 2
צפייה במידע אישי	0.84	0.06
זימון תור	0.82	0.08
הזמנת תרופות	0.49	0.36
שיחת טלפון עם גורם רפואי מוכר	-0.04	0.73
פנייה לגורם רפואי לא מוכר	0.08	0.68
התכתבות עם גורם רפואי מוכר	0.43	0.62
שיחת וידאו עם גורם רפואי מוכר	0.28	0.45

תרשים ב-1: PCA, Scree Plot



תרשים ב-2: התפלגות משתנה סכימה של שימוש בשירותים נוהליים (n=501)

