



Myers - JDC - Brookdale Institute  
מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל

## דוח מחקר



כדי להקל על השיטוט במסמך זה, יש לפתוח את "סימניות (Bookmarks)"  
על ידי לחיצה על הלשונית המתאימה או באמצעות הקשה על F6.

מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל  
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE  
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

**הבדלים בין מעוטי הכנסה  
לבין בעלי הכנסה  
בינונית עד גבוהה  
בעקבות החלת חוק  
ביטוח בריאות ממלכתי,  
1995-1997**

איילת ברג<sup>1</sup> ברוך רוזן<sup>1</sup> ברנדה מורגנשטיין<sup>2</sup>

מחקר זה נומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שיחתי הבריאות ומדיניות הבריאות

<sup>1</sup> ג'וינט-מכון ברוקדייל לטכנולוגיה והתפתחות אדם וחברה  
<sup>2</sup> המוסד לביטוח לאומי

**דוח מחקר**

**30** 30 שנה למכון  
1974-2004  
THIRTY YEAR ANNIVERSARY

דמי-02-342

# תקציר

## רקע

החל משנת 1995 ניתנים שירותי הבריאות בישראל על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לפני החלתו, היו התשלומים בעבור חברות בקופות-החולים קשורים להכנסתם של המבוטחים; לפיכך, קופות-החולים קיבלו הכנסה גבוהה יותר ממבוטחים בעלי הכנסות גבוהות מאשר ממבוטחים מעוטי הכנסה מצד אחד, ולא פוצו על הבדלים בהוצאות שנבעו מצורכי מבוטחיהן בשירותי בריאות מצד אחר. דבר זה תמרץ את קופות החולים להימנע מקבלת מעוטי הכנסה וקבוצות אוכלוסייה שההוצאות הצפויות עליהם גבוהות מהממוצע (כולל קשישים, חולים כרוניים ומשפחות גדולות). יש עדויות לכך שלפני החלת החוק היו פערים בין מעוטי הכנסה ליתר האוכלוסייה, בממדי נגישות וזמינות שונים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביקש לטפל בבעיות אלה ולהפוך את מערכת שירותי הבריאות לשוויונית יותר. אף שבעקבות החוק נעשו מעוטי ההכנסה "אטרקטיביים" יותר לקופות-החולים מבעבר, אין זה ברור האם הוא אכן נותן די תמריצים לקופות-החולים לעודד דווקא מבוטחים מעוטי הכנסה, ובאופן כללי יותר, תושבים באזורים המאופיינים בהכנסה נמוכה להצטרף אליהן. לצורך בחינת מצבם של מעוטי ההכנסה במערכת הבריאות הגדרנו אוכלוסייה זו בשני אופנים: א. השייכים לחמישון התחתון מבחינת הכנסה משפחתית לנפש מתוקנת; ב. מקבלי קצבאות הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי.

## מטרות המחקר

1. לבחון את השינויים שחלו בשירותי הבריאות בין שנת 1995 לשנת 1997, מנקודת ראותם של השייכים לחמישון התחתון, ולהשוות בין שינויים אלו לשינויים המקבילים שחלו ביתר האוכלוסייה.
2. להשוות בין השייכים לחמישון התחתון ליתר האוכלוסייה בשנת 1997.
3. להשוות בין מקבלי הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה ליתר האוכלוסייה בשנת 1997.
4. לבדוק האם הבדלים אלה עומדים בעינם גם לאחר שמפקחים על מאפייני מקום המגורים ועל משתנים אחרים.

ממצאי הדוח אמנם מתייחסים למצב בשנים 1995-1997, אך הם מעניינים גם היום, מהסיבות הבאות:

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי שונה באורח ניכר בשנת 1998, באישור הכנסת. דוח זה מתעד את השפעת החוק המקורי על מעוטי הכנסה.
- דוחות שפורסמו זה מכבר ודוחות שעתידים להתפרסם על ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל בוחנים את מצבם של מעוטי ההכנסה במערכת הבריאות אחרי שנת 1998. יחד עם דוח זה, הסדרה כולה תצייר תמונה כוללת על מצבה של אוכלוסיית מעוטי ההכנסה במערכת הבריאות, החל מכניסתו של חוק בריאות ממלכתי לתוקף.
- דוח זה הוא היחיד בסדרה, הבוחן לעומק את שירותי הבריאות למקבלי קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי; אוכלוסייה שמעניינת במיוחד את קובעי המדיניות.

- דוח זה הוא גם היחיד בסדרה כולה שמנסה לעמוד על השפעתם של מעמד חברתי-כלכלי ושל יישוב מגורים על מעמדם של המרוויינים מעוטי ההכנסה במערכת הבריאות.

נושאי המחקר העיקריים שנבדקו בסקר הם נגישות וזמינות שירותי הבריאות, בדיקות מנע, שביעות רצון משירותי הבריאות, מעבר בין קופות חולים, היקף רכישת ביטוחי בריאות ושימוש בשירותים פרטיים. המחקר אינו מתייחס למדדים קליניים של מצב בריאות ושל איכות שירותי הבריאות, האמורים להתבסס על מקורות מידע אחרים.

### השערות המחקר

1. מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד שנת 1997 שופר מצבם של השייכים לחמישון התחתון ושל בעלי הכנסה בינונית וגבוהה במערכת הבריאות, על פי מדדי נגישות, זמינות ואיכות השירותים. השיפור בקרב מעוטי הכנסה היה גדול יותר; שכן אחת ממטרותיו העיקריות של החוק הייתה העלאת השוויוניות והפיכת אוכלוסיות חלשות לאטרקטיביות בעבור קופות החולים.
2. ב-1997 עדיין היו קיימים פערים בין מעוטי הכנסה לבעלי הכנסה בינונית עד גבוהה במדדים שונים של שירותי הבריאות.
3. ב-1997 עדיין היו פערים בין מקבלי קצבאות לשאר האוכלוסייה, במדדים שונים של שירותי הבריאות.
4. חלק מהפערים ניתן לייחס לאזור מגורים, כתוצאה מהעדפות של קופות החולים לשפר את השירות דווקא באזורים שבהם לתושבים יש אמצעים רבים יותר.

### שיטת איסוף הנתונים, אוכלוסייה ומדגם

המחקר מבוסס בעיקרו על סקר רב-שנתי להערכת החוק שנערך בגיוינט-מכון ברוקדייל. הגל הראשון בוצע בחודשים אוגוסט-אוקטובר 1995, כלומר, כשנה לאחר החלת החוק. הגל השני נערך בחודשים אוגוסט-דצמבר 1997, והאוכלוסייה שנכללה בו הייתה תושבי המדינה מעל גיל 22. בגל הראשון רואיינו טלפונית במדגם הבסיסי 1,116 איש (שיעור היענות של 85%) ובגל השני רואיינו 1,205 מרוויינים במדגם הבסיסי (שיעור היענות של 82%). המסגרת לדגימה הייתה ספר הטלפון הממוחשב של בזק. כל הניתוחים לגבי החמישון התחתון וההשוואות בינו לבין יתר האוכלוסייה מתבססים על המדגם הבסיסי בלבד.

במטרה להגביר את עוצמת הניתוחים הסטטיסטיים ב-1997, ועקב העניין המיוחד של המערכת במקבלי קצבאות הביטוח הלאומי, נלקחו מדגמי תגבור מקרב כ-100 אלף מקבלי הבטחת הכנסה ומקרב כ-200 אלף מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי. לגבי מקבלי הבטחת הכנסה, המדגם ברוטו כלל 698 נדגמים; ל-483 מתוכם אותר מספר טלפון ומתוכם רואיינו 434 אנשים (90% מהנדגמים שמספר הטלפון שלהם אותר, אך רק 62% מתוך המדגם ברוטו). לגבי מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה, המדגם ברוטו כלל 841 איש, ל-497 מתוכם אותר מספר טלפון, ומתוכם רואיינו 389 אנשים (87% מהנדגמים שעבורם אותר מספר טלפון, אך רק 46% מתוך המדגם ברוטו). למרות שיעורי אי-איתור גבוהים, השוואה למקורות מידע חיצוניים הראתה שההתפלגויות של המרוויינים דומות

מאוד להתפלגויות סך אוכלוסיית מקבלי הקצבאות, על פי התכונות: גיל, מין, לאום, קופה ונפה. במדגם מקבלי השלמת הכנסה התגלה תת-ייצוג מסוים של גברים ובני 75+; ; הנתונים שוקללו בהתאם.

הממצאים שיוצגו בתקציר זה מתייחסים לניתוחים דו-משתניים (השוואות בין חמישון תחתון ליתר החמישונים ובין מבוטחים מקבלי קצבאות למבוטחים שאינם מקבלים קצבאות), חוץ ממספר מקומות שבהם מצוין במפורש שמדובר בניתוח רב-משתני. בגוף הדוח מוצגים המודל הקונספטואלי שהנחה את העבודה וכן ממצאים מניתוחים רב-משתניים, שבדקים את ההשפעה העצמאית של קבוצת הכנסה, כשמחזיקים קבוע מין, גיל, שפת ריאיון, מצב בריאות, מצב משפחתי, קופת חולים ומאפייני יישוב המגורים. לגבי מרבית המשתנים שנבדקו, הפערים שהיו מובהקים בניתוח הדו-משתני, היו מובהקים גם בניתוח הרב-משתני. ברוב המקרים אפקט ההכנסה אף גדל. ההשוואה על פני זמן כוללת את המשתייכים לחמישון התחתון ב-1995 וב-1997. ב-1997 המדגם המתוגבר אפשר בדיקת הפערים גם בין יישובים ברמות סוציאקונומיות שונות בצורה מעמיקה יותר.

### **החמישון התחתון - ממצאים**

כרקע לבדיקת השינויים בין שנת 1995 לשנת 1997 נציג את ההבדלים העיקריים שנמצאו בסקר '95, בין המשתייכים לחמישון התחתון לחמישונים הגבוהים יותר: באופן כללי, התבטאו הפערים בנגישות השירותים ובזמינותם, בשביעות הרצון מרמת השירותים, בתחום הרפואה המונעת ובהיקף רכישת ביטוחי בריאות. משך ההגעה למרפאת הרופא וההמתנה בתור לרופא מומחה היה ארוך יותר ונחשב סביר פחות בחמישון התחתון. בעלי הכנסות נמוכות היו פחות שבעי רצון משירותים שונים שקופות החולים מספקות (הבדלים גדולים יחסית היו מהרופאים, ממבחר התרופות, מקלות קבלת הפניות והתחייבויות ומשירותי המעבדות), לעומת בעלי הכנסה בינונית וגבוהה. עוד נמצא שהיקף בדיקות מנע קטן יותר בקרב השייכים לחמישון התחתון לעומת ההיקף בקרב המבוטחים השייכים לחמישונים הגבוהים יותר. היקף רכישת ביטוחי בריאות פרטיים ומשלימים אף הוא נמוך בחמישון התחתון לעומת יתר החמישונים.

מההשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 עולה שלגבי מדדי נגישות וזמינות רבים השיפור בקרב החמישון התחתון היה גדול יותר מאשר בחמישונים האחרים. בחמישון התחתון בלטה העלייה באחוז המדווחים שיש להם רופא קבוע המטפל בהם, ובלט קיצור משכי ההמתנה לרופא משפחה ולרופא מומחה. ניכר שיפור גם בנוחות שעות קבלת עובדי המשרד ובשעות מסירת בדיקות מעבדה וקבלתן. בשל גורמים אלה ואחרים, עלתה שביעות הרצון בקרב מעוטי ההכנסה, התבטלו רוב הפערים, לעומת יתר האוכלוסייה ותחושת השיפור בשירות נמצאה גבוהה יותר בחמישון התחתון. הפערים הבולטים שבוטלו נרשמו בהמתנה לרופא מומחה ובהערכת נוחות שעות הקבלה של נותני השירותים. לדוגמה, בשנת 1995 שיעור הממתנים בתור לרופא מומחה יותר משבועיים הגיע ל-35% מהחמישון התחתון ובשנת 1997 רק 16% דיווחו על כך. לעומת זאת, בחמישונים האחרים התקצרה ההמתנה בצורה מתונה יותר, מ-27% ל-20%, בהתאמה. כלומר, ההמתנה של המשתייכים לחמישון התחתון בשנת 1997 הייתה קצרה במעט מזו של המשתייכים לשאר החמישונים. ב-1997 גם שעות הקבלה היו נוחות יותר לשייכים לחמישון התחתון לעומת שאר האוכלוסייה. השיפורים הללו התרחשו, אף שהשייכים לחמישון התחתון המשיכו לרכוש

ביטוח משלים בהיקף נמוך יותר מהיתר, והפערים ביניהם לשאר האוכלוסייה בהיקפי הרכישה אף התרחבו.

יצוין עוד שהן בשנת 1995 והן בשנת 1997 שיעור העוברים קופה בקרב השייכים לחמישון התחתון דמה לשיעור בקרב יתר האוכלוסייה. אין נתונים על שיעור העוברים קופה, לפי רמת הכנסה לגבי התקופה שלפני החוק, אך התחושה היא שלפני החוק, התמקדה התחרות באוכלוסיות האמידות. בסקר שערך מכון ברוקדייל ב-1993 התקבל שאנשים צעירים, משכילים ותושבי הערים הגדולות נטו יותר לעבור קופה, ובכך יש לרמז ששיעורי המעבר היו נמוכים יחסית בקרב השייכים לחמישון התחתון בתקופה שקדמה לחוק.

בשנת 1997 נשאלו מספר תחומים, שבהם היה מצבו של החמישון התחתון פחות טוב ממצב יתר האוכלוסייה: זמן הגעה לרופא ראשוני, היקף ביצוע בדיקות ממוגרפיה וכיסוי בביטוח משלים ומסחרי. ביתר התחומים שנבדקו לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות (ריכוז הפערים, ראה לוח 11 בדוח).

### **מקבלי קצבאות - ממצאים**

מקבלי הקצבאות הם פלח אוכלוסייה מוגדר ומעניין, מבחינת קובעי המדיניות. מהשוואה בין מקבלי הקצבאות לשאר האוכלוסייה עלה שמצבם של מקבלי הקצבאות היה טוב פחות, על פי חלק מהמדדים שנבדקו (הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה). רוב הפערים בין מקבלי הבטחת הכנסה לשאר גילאי העבודה אינם גדולים. באוכלוסייה הקשישה הפערים בין מקבלי השלמת הכנסה לשאר הגמלאים, במרבית המדדים, גדולים יותר.

בסדרת מדדי נגישות, זמינות, היקף מעבר קופה, תשלומים לבריאות ושימוש בשירותים פרטיים, נמצא דמיון, או שההבדלים בין **מקבלי הבטחת הכנסה** ליתר המבוטחים בגיל העבודה היו מצומצמים. ההבדלים התבטאו במספר מישורים: מקבלי הבטחת הכנסה דיווחו על משך הגעה ארוך יותר לרופא משפחה, על שיפור נמוך יותר באיכות שירותי הקופה המבטחת (%34 ממקבלי הבטחת הכנסה לעומת %43 מגילאי העבודה שאינם מקבלים קצבה) ועל שביעות רצון נמוכה יותר משירותי הקופה באופן כללי (%20 ממקבלי הבטחת הכנסה לעומת %27 מגילאי העבודה שאינם מקבלים קצבה). מקבלי הבטחת הכנסה גם רכשו פחות ביטוח משלים. חלק ניכר מהפערים הוסברו בהבדלים באחוז הגרושים בין שתי הקבוצות ועל ידי הרכב שונה לפי מוצא (בעיקר בחלקם של דוברי רוסית). חלק נוסף נבע מהבדלים בהשתייכות לקופות החולים.

באוכלוסיית הקשישים נתגלו יותר פערים בין מקבלי הקצבאות לאחרים והם היו גדולים יותר. משך ההגעה וההמתנה לרופא המשפחה היה ארוך יותר בקרב **מקבלי השלמת הכנסה** לעומת שאר הגמלאים. שעות הקבלה של נותני שירותים שונים היו פחות נוחות. שביעות רצונם מהרופאים המטפלים בהם הייתה נמוכה יותר ובאופן כללי הם היו פחות מרוצים משירותי קופת החולים המבטחת (%21 ממקבלי השלמת הכנסה לעומת %33 מהגמלאים שאינם מקבלים קצבה). מקבלי השלמת הכנסה חשו פחות בשיפור שירותי הקופה מגמלאים שאינם מקבלים השלמת הכנסה (%20 ממקבלי השלמת הכנסה לעומת

32% מהגמלאים שאינם מקבלים קצבה). היקף רכישת ביטוחי בריאות בקרב מקבלי השלמת הכנסה היה נמוך, בהשוואה ליתר הגמלאים, וכן הייתה מידת השימוש ברפואה פרטית. היקף ביצוע בדיקות ממוגרפיה היה נמוך אצל מקבלות השלמת הכנסה בהשוואה ליתר הגמלאיות (39% ממקבלות השלמת הכנסה לעומת 54% מהגמלאיות שאינן מקבלות קצבה), אולם ניכר שיפור; שכן מרבית הנשים דיווחו שביצעו את הבדיקה בשנה שקדמה לריאיון. חלק ניכר מהפערים הוסבר על-ידי בריאות פחות טובה של מקבלי השלמת הכנסה ובריכוז גבוה של דוברי רוסית. הנושאים שבהם לא נמצאו הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר הם: אחוז המדווחים שיש להם רופא קבוע המטפל בהם, ההמתנה בתור לרופא מומחה ואחוז המדווחים שוויתרו על שירות רפואי בגלל המרחק. אחוז העוברים לקופת חולים אחרת מאז 1995 היה גבוה יותר בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת שאר הגמלאים.

**מניתוח דו-משתני** עולה שמגורים ב"יישוב חלש" (ביישוב קטן, במעמד חברתי-כלכלי נמוך ו/או מרוחק ממרכז הארץ) משפיעים לרעה במרבית הנושאים שנבדקו בדוח על אוכלוסייה שאינה מקבלת קצבאות. בניתוח דו-משתני מקביל לגבי מקבלי קצבאות היו פחות הבדלים בין היישובים. **מהניתוח הרב-משתני** של כל המדגם נמצא שלמאפייני יישוב המגורים לא הייתה, בדרך כלל, השפעה עצמאית משמעותית על מרבית הנושאים העיקריים שנבדקו בדוח (שביעות רצון מהשירות, היקף מעבר קופה והיקף רכישת ביטוח פרטי), ומאפייני היישוב גם לא הסבירו חלק משמעותי מההבדלים בין מקבלי קצבאות לאחרים. יוצאי דופן היו היקף רכישת ביטוח משלים של הקופה ותחושת שיפור בשירותי הקופה.

## **סיכום**

בשנתיים שלאחר החלת החוק, אמנם נעשתה מערכת הבריאות שוויונית יותר, בזמינות, בנגישות וברמת השירותים, אך עדיין נותרו פערים בין מעוטי הכנסה ליתר האוכלוסייה בחלק מתחומים אלה. חלקם אמנם הצטמצמו ב-1997, עם נטרול ההבדלים במאפייניהן הדמוגרפיים של שני סוגי האוכלוסיות ברמת הפרט, אך הם לא התבטלו לגמרי.

אחת ממטרות סקר זה הייתה לבדוק האם יש לאכוף על קופות החולים לקבל את כל הפונים אליהן, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. זאת בשל החשש שמא הקופות לא יתחרו על מעוטי הכנסה ואפילו ימציאו דרכים לעודד אותם להישאר בקופות אחרות. הממצא ששיעור המעברים בקרב מעוטי הכנסה היה דומה לשיעור בקרב היתר, והממצאים לגבי שיפורים בשירות לאוכלוסייה זו, העידו שהקופות כן התחרו עליהם.

השערותנו, שמצבם של מעוטי הכנסה שופר בשנים מיד לאחר החלת החוק, אוששה במחקר. ייתכנו מספר הסברים לשיפור המוחלט והיחסי בנגישות ובזמינות שירותים בקרב השייכים לחמישון התחתון. הסבר חלקי הוא שמרבית השייכים לחמישון התחתון היו חברים בכללית, ובעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי היא הצליחה לשפר את רמת השירות; בין היתר משום שהמעבר לשיטת הקפיטציה הגדיל את הכנסותיה (במיוחד ביחס לקופות החולים האחרות). הסבר אחר הוא שבעקבות התמריצים הגלומים בשיטת הקפיטציה, גברה התחרות שבין קופות החולים על סקטורים השייכים ברובם לחמישונים התחתונים.

בנושא של בדיקות מנע, הראו הממצאים שבאוכלוסייה החלשה היקף ביצוע בדיקות ממוגרפיה בקרב בנות +50 עלה בין '95 ל-'97, אך בשנת 1997 עדיין היה נמוך בהשוואה ליתר הנשים. המסקנה שלנו הייתה שיש מקום לשקול פיתוח דרכים להסברת חשיבותן של הבדיקות, הן בקרב הרופאים המטפלים באוכלוסיות אלה והן בקרב המבוטחים עצמם. גם שביעות הרצון הנמוכה שדווחה ממקצועיות נותני השירותים ומיחסם לאוכלוסיית מקבלי הקצבאות חיזקה את המסקנה שיש לתת יותר הסברים למטופלים לגבי זכויותיהם במערכת הבריאות.

ההשערה שחלק מהפערים היה ניתן לייחס ליישוב המגורים, כתוצאה מרצונן של הקופות להעדיף אזורים מבוססים, לא אוששה במחקרנו; נמצא שלמאפייני היישוב לא הייתה השפעה עצמאית רבה על מרבית מדדי השירות שנבדקו. לאור ממצא זה ייתכן שבמרבית התחומים, התערבות המכוונת לפלח אוכלוסייה מסוים הייתה עשויה להיות אפקטיבית יותר מאשר התערבות ברמת היישוב. לדוגמה, התמקדות בשיפור השירות לחולים כרוניים ולעניים.

### **צעדים להמשך**

בשנת 1999 בוצע סבב נוסף של הסקר במתכונת דומה לסקרים שהיו עד כה וצוות המחקר יעדכן ממצאי דוח זה בהתאם. לצוות המחקר יש גם כוונה לנתח מאגרי מידע נוספים המתנהלים במוסד לביטוח לאומי ובלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כדי להעמיק את ההבנה בסוגיות שנבדקו בדוח זה, כמו הקשר בין מצב חברתי-כלכלי לבין מעברים בין קופות, שימוש בשירותים והוצאות עבורם.

## תוכן העניינים

1	1. מבוא
2	2. רקע
4	3. נושאי המחקר ומטרותיו
5	4. שיטות
6	5. אוכלוסייה ומדגם
7	5.1 מאפייני האוכלוסייה
10	6. ממצאים
10	6.1 תמורות לאורך זמן בתמישון התחתון (1995-1997)
16	6.2 הבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בחמישון התחתון - סיכום ודיון
17	6.3 השוואה בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה ב-1997
28	6.4 סיכום השוואה בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה - 1997
30	6.5 השוואה בין מקבלי קצבאות לאוכלוסיית החמישון התחתון ב-1997
30	6.6 השפעת מאפייני יישוב המגורים על הסוגיות שנידונו בדוח
33	7. דיון וסיכום
37	ביבליוגרפיה
39	נספח א': תוצאות עבודת השדה
41	נספח ב': מאפייני האוכלוסייה לפי קופת חולים
43	נספח ג': השוואות לפי קופת החולים המבטחת
50	נספח ד': פערים במערכת הבריאות בניתוח רב-משתני - לוחות



## רשימת לוחות

- 8 לוח 1 : מאפיינים נבחרים, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים 1995 ו-1997 (באחוזים)
- 9 לוח 2 : מאפיינים נבחרים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 12 לוח 3 : משך ההגעה לרופא המשפחה ואמצעי ההגעה, משך המתנה במרפאתו והמתנה לקביעת תור לרופא מומחה, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)
- 12 לוח 4 : מבוטחים שצינו שההגעה/המתנה נראתה להם סבירה, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)
- 13 לוח 5 : מבוטחים ששעות הקבלה של נותני השירותים נוחות להם מאוד, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997
- 13 לוח 6 : מדווחים על ביצוע בדיקות-מנע נבחרות, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, לפי גיל, 1995 ו-1997 (באחוזים)
- 14 לוח 7 : שבעי הרצון "במידה רבה מאוד" משירותי קופת החולים, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)
- 15 לוח 8 : מידת הכבדת תשלומי המשפחה לבריאות, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)
- 15 לוח 9 : החשים בשינוי ברמת שירותי הבריאות של קופת החולים, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)<sup>1,2</sup>
- 16 לוח 10 : שינויים בחמישון תחתון וביתר החמישונים (1995-1997)
- 17 לוח 11 : פערים בין חמישון תחתון ליתר החמישונים (1997)
- 19 לוח 12 : משך ההגעה לרופא המשפחה ואמצעי הגעה, המתנה במרפאתו והמתנה לקביעת תור לרופא מומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 19 לוח 13 : מבוטחים שההגעה/המתנה נראתה להם סבירה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 20 לוח 14 : מבוטחים ששעות הקבלה של נותני השירותים נוחות להם מאוד, לפי קבוצות אוכלוסייה<sup>2,1</sup> (באחוזים)
- 21 לוח 15 : מדווחים על ביצוע בדיקות מניעה נבחרות, לפי גיל וקבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 23 לוח 16 : סיבות עיקריות למעבר לקופת חולים אחרת, לפי קבוצות אוכלוסייה
- 24 לוח 17 : סיבות עיקריות לאי רכישת ביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)<sup>1</sup>

- 25 לוח 18 : סיבות עיקריות לאי רכישת ביטוח פרטי, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)<sup>2,1</sup>
- 26 לוח 19 : שבעי רצון במידה רבה מאוד משירותי קופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)
- 28 לוח 20 : מידת הכבדת תשלומי המשפחה לבריאות, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)<sup>1</sup>
- 28 לוח 21 : החשים בשינוי בשירותי הבריאות של קופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה<sup>1,2</sup> (באחוזים)
- 29 לוח 22 : הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה ב-1997
- 31 לוח 23 : השוואות נבחרות בקרב מקבלי קצבאות, לפי מאפייני יישוב מגורים וגיל (באחוזים)
- 32 לוח 24 : השוואות נבחרות בקרב מבוטחים שאינם מקבלי קצבה, לפי מאפייני יישוב מגורים ולפי גיל (אחוזים)
- 32 לוח 25 : השוואות נבחרות בין מקבלי קצבה לשאר - ביישובים "חלשים", לפי גיל (אחוזים)
- 33 לוח 26 : השוואות נבחרות בין מקבלי קצבה לשאר- ביישובים "מבוססים", לפי גיל (אחוזים)

## רשימת תרשימים

- 1 תרשים 1 : קשרי גומלין במערכות בריאות בנושא שוויוניות
- 5 תרשים 2 : מודל כללי להסבר פרמטרים של שירות
- 11 תרשים 3 : אחוז המדווחים שיש להם רופא קבוע שמטפל בהם, בחמישון תחתון וביתר האוכלוסייה
- 22 תרשים 4 : אחוז העוברים קופה מאז 1995, לפי קבוצות אוכלוסייה
- 24 תרשים 5 : אחוז הרוכשים ביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה