



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 ברג¹ ברוך רוזן¹ ברנדה מורגנשטיין²

מחקר זה נומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שיחתי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹ ג'וינט-מכון ברוקדייל לטכנולוגיה והתפתחות אדם וחברה
² המוסד לביטוח לאומי

דוח מחקר

30 שנה למכון
1974-2004
THIRTY YEAR ANNIVERSARY

דמי-02-342

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

איילת ברג¹ ברוך רוזן¹ ברנדה מורגנשטיין²

מחקר זה מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹ ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה
² המוסד לביטוח לאומי

מארס 2002

ירושלים

אדר תשס"ב

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

איילת ברג¹ • ברוך רוזן¹ • ברנדה מורגנשטיין²

מחקר זה מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות הבריאות

¹ ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה
² המוסד לביטוח לאומי

דמ-02-342

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון : 6557400-02
פקס : 5612391-02

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



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

ברג, א'; גרוס, ר'; רוזן, ב' וחיניץ, ד'. 1996. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-96-284. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

פרפל, מ'; רוזן, ב'; ברג, א' וגרוס, ר'. 1997. תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים לאחר יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-97-274. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'. 2001. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999. דמ-01-362. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

גרוס, ר'; גרינשטיין, מ'; דובני, א'; ברג, א'; יובל, ד'; רוזן, ב'. 1998. רמת השירות בקופות החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995. תמ-98-17. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

להזמנת פרסומים ניתן לפנות לג'וינט-מכון ברוקדייל, גבעת הג'וינט, ת"ד 13087, ירושלים 91130, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

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, שבודקים 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.

דברי תודה

ברצוננו להודות למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, על הסיוע במימון מחקר זה ולמחלקת המחקר במוסד לביטוח לאומי, על הכנת קובצי המחקר.

כמו כן אנו מודים לרויטל גרוס מגיוינט-מכון ברוקדייל, שניהלה את סקר חוק ביטוח בריאות ממלכתי של גיוינט-מכון ברוקדייל משנת 1997 ושתרמה רבות לדוח. עוד אנו מודים לה ולגיק חביב, מנהל גיוינט-מכון ברוקדייל, על הערותיהם המועילות לטיוטות דוח זה, וכמו כן אנו מודים לאביגיל דובני, על ניהול עבודת השדה; לענת ברבריאן, על עריכת הלשון, ולענבל יוניוב, על הסיוע בהדפסה.

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)^{1,2}
- 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^{2,1} (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)¹

- 25 לוח 18 : סיבות עיקריות לאי רכישת ביטוח פרטי, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)^{2,1}
- 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)¹
- 28 לוח 21 : החשים בשינוי בשירותי הבריאות של קופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה^{1,2} (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)

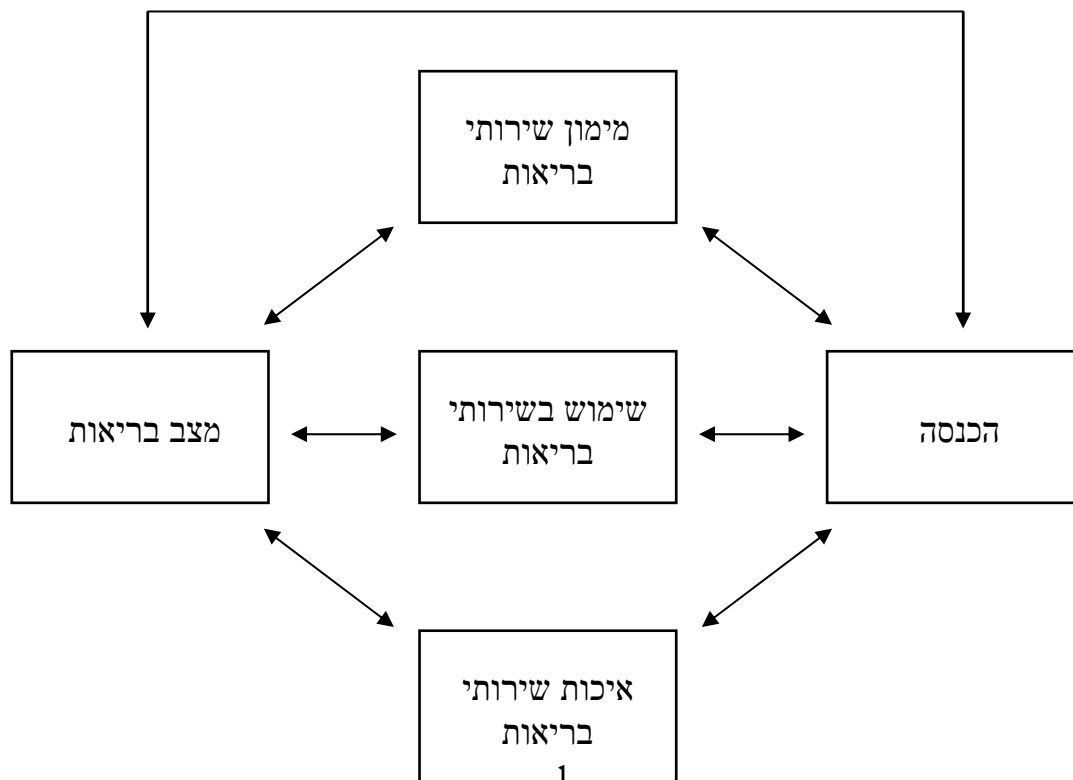
רשימת תרשימים

- 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

1. מבוא

נושא השוויוניות נידון בספרות מהיבטים שונים, ובהם קשרי הגומלין בין רמת ההכנסה ומצב הבריאות, שימוש בשירותים, איכות שירותי הבריאות, יכולת מימון השירותים ועוד (ראה תרשים 1). מחקר זה מתווסף למחקרים הרבים הבודקים פערים בין אוכלוסיות בשירותי הבריאות (צ'רניחובסקי ושירום, 1996). אחת התפיסות המקובלות בספרות היא שכל אדם זכאי לקבל ממשאבי מערכת הבריאות הציבורית טיפול זהה לצורך רפואי זהה (Van Doorslaer, E. and Wagstaff, A., 1992; הלוי, 1975). מוסכם כי התשלום בעבור השירותים צריך להיות מותאם ליכולת התשלום, כלומר, בעלי אמצעים צריכים לשלם יותר מאשר מעוטי אמצעים (Wagstaff and Van Doorslaer, 1992). מדידת השוויוניות במערכות בריאות היא בעייתית ומורכבת, בין היתר בשל הקושי בהגדרה אובייקטיבית של המושגים "צורך", "איכות שירותי בריאות" ו"גישה שווה לשירות". כבר בשנות השישים נמצאו בארה"ב פערים ניכרים בממדי בריאות שונים ובשימוש בשירותים בין קבוצות אוכלוסייה, לפי גזע והכנסה (Yost, 1969). כדי לשפר את מצבן של האוכלוסיות החלשות, פותחו תוכניות ביטוח מיוחדות, כגון Medicaid ו-Medicare (Gold, Sparer, and Cho, 1996). במחקרים שנערכו באנגליה (Charlton and White, 1995), באוסטרליה (Wiggers, Sanson-Fisher, and Halpin, 1996) ובהולנד (Van der Meer, Van den Bos and Mackenbach, 1996) נמצא קשר בין מצב סוציו-כלכלי לבין תחלואה ושימוש בשירותי בריאות. אף ששוויון מלא, כנראה, אינו בר-השגה (Bradshaw, G. and Bradshaw, P.L., 1995), נושא קידום השוויוניות אינו יורד מסדר היום של רפורמות רבות בעולם (Wagstaff and Van Doorslaer, 1992). מחקרנו זה בודק את קשרי הגומלין בין רמת ההכנסה למרכיבים נבחרים במערכת הבריאות, כמוצג בתרשים לעיל.

תרשים 1: קשרי גומלין במערכות בריאות בנושא שוויוניות



2. רקע

החל מינואר 1995 מספק חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכל תושבי מדינת ישראל הטבות חשובות רבות: זכאות לסל שירותים מוגדר והבטחה שכל תשלומי מסי הבריאות שנגבו מהתושבים יוקצו רק למערכת הבריאות ולפיקוח ממשלתי על מימון של קופות-החולים ועל התנהגותן.⁶

לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נקבעו מסי החבר בקופות החולים (שהיוו בממוצע כ-40% מהכנסותיהן של קופות-החולים) על פי הכנסתם של המבוטחים; לפיכך, מאחר שהכנסתן של קופות-החולים גדלה בזכות מבוטחים בעלי הכנסה גבוהה מצד אחד, ומשום שהן גם לא פוצו על כמות שירותים גדולה יותר שנדרשו לספק למבוטחיהן, על פי צורכיהם (למשל, חולים כרוניים, קשישים וכו') מצד אחר, נטו קופות-חולים מסוימות לא לבטח קשישים או חולים כרוניים (רוזן, כהן, ברג ונבו, 1995), והתמקדו בצעירים ובבעלי הכנסות גבוהות; קהל יעד זה השפיע הן על אסטרטגיית הפרסום והן על יוזמות לפיתוח שירותים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי ביקש לטפל בבעיות אלה ולהפוך את מערכת שירותי הבריאות לשוויונית יותר. לשם כך הונהגה שיטת הקפיטציה למימון קופות-החולים. בשיטה זו הכנסתן של קופות-החולים (מהביטוח הבסיסי) תלויה במספר המבוטחים בקופה ובהרכב הגילים שלהם ולא ברמת הכנסתם (בן-נון ומוהליבר, 1994). זאת כדי שהקשישים ומעוטי הכנסה יהיו פלח שוק אטרקטיבי לקופות החולים ויזכו בשירותים משופרים.

עם זאת, אף שבעקבות החוק אכן נעשו מעוטי הכנסה פלח שוק אטרקטיבי יותר לקופות-החולים משהיו בעבר, אין זה ברור האם החוק מתמרץ מספיק את קופות-החולים לעודד מבוטחים מעוטי הכנסה, ובאופן כללי, תושבי אזורים המאופיינים בהכנסה נמוכה, להצטרף אליהן. ייתכן שבאזורים אלה הכנסתן של קופות החולים מהביטוח המשלים אינה גדולה; ייתכן שהשימוש של התושבים בשירותי הבריאות וצורכיהם גבוהים יחסית, וייתכן שמשום שקופות החולים צריכות לתמרץ רופאים ואחיות כדי לעודד אותם להתגורר בערים אלה או בקרבתן, עלות השירותים הקהילתיים גבוהה יותר מאשר באזורים מבוססים כלכלית.

לחצי תקציב, הקשורים להחלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עלולים לאלץ את קופות-החולים לקצץ ברמת השירותים. יכול להיות שמעוטי הכנסה יסבלו יותר מהקיצוצים בשירותים, מפני שגישתם לשירותי בריאות פרטיים (בתשלום), לביטוח משלים ולביטוח מסחרי, מוגבלת יותר מזו של אחרים. בעבר נטו הקשישים ומעוטי הכנסה לא לרכוש ביטוח מסחרי (כהן וברנע, 1991), אולי בגלל קשיים פיננסיים. ייתכן עוד שאף שמערכת הבריאות חותרת להשגת שוויון בסל הבסיסי, עדיין עשויים להיות פערים גדולים בשירותים שאינם כלולים בסל.

⁶ הפיקוח הממשלתי נחוץ כדי להבטיח רזרבות פיננסיות מספיקות וכדי להבטיח שקופות-החולים מקבלות את כל הפונים אליהן ומספקות את סל השירותים שנקבע בחוק.

ייתכן כי בשנים הבאות יהיו התשלומים לביטוח משלים מקור הכנסה חשוב לקופות החולים. אם מעוטי ההכנסה לא ייטו לרכוש ביטוח משלים, הם ימשיכו להיות פחות רווחיים לקופות החולים מאשר צעירים ובעלי הכנסה גבוהה מהם. לפיכך, קופות החולים עשויות להמשיך לתת להם עדיפות נמוכה בהקצאת המשאבים, אפילו כאשר מדובר בסל השירותים הבסיסי.

מלבד זאת, עם החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התחזקה מגמת ביזורה של מערכת האשפוז הממשלתית, ובעקבותיה קיבלו בתי-החולים עידוד להעדיף שיקולים כלכליים על שיקולי רווחה, כגון צורכיהן של קבוצות חלשות יותר.⁷ מכאן, נותר לראות האם ובאיזו מידה, לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ישתפר מצבם של מעוטי ההכנסה.

ייתכן שהכנסה נמוכה משפיעה על הגישה לשירותי בריאות, הן ברמת הפרט והן ברמת היישוב. ביישובים שתושביהם בעלי הכנסה גבוהה, אפילו מעוטי ההכנסה יכולים ליהנות ממגוון שירותי קופות החולים, ולו רק משום שהן מנסות למשוך אליהן את התושבים בעלי ההכנסות הגבוהות. לעומת זאת, ביישובים שמרבית תושביהם בעלי הכנסה נמוכה ושמספר בעלי ההכנסה הגבוהה בהם מוגבל, ייתכן כי קופות החולים יחליטו שלא לפתוח סניפים. הדבר מגביל את התחרות, ובעקבות זאת, אפילו קופות החולים המספקות בהם שירותים יפעילו אותם במתכונת מצומצמת (אדר, 1993). אלה היו פני הדברים בראשית שנות ה-90 באזורים רבים המאופיינים בהכנסה נמוכה (מרכז אדווה, אוגוסט, 1992), ואז אפילו בעלי הכנסה גבוהה יותר סבלו מאיכות שירות ירודה. בהתאם לכך, תוכנית המחקר מבחינה בין השפעות ההכנסה ברמת הפרט לבין השפעות ההכנסה ברמת היישוב. במיוחד בדקנו האם יש הבדלים בין מעוטי ההכנסה לבין בעלי הכנסה בינונית עד גבוהה, אפילו כאשר מפקחים על רמתו הכלכלית-חברתית של היישוב. מלבד זאת, בדקנו עוד האם חוות דעתם של מעוטי ההכנסה ביישובים המאופיינים ברמה כלכלית-חברתית גבוהה שונה מזו של מעוטי הכנסה, הגרים ביישובים המאופיינים ברמה כלכלית-חברתית נמוכה.

תושבים בפריפריה עומדים בפני בעיות ייחודיות, בגלל הקושי למשוך צוות רפואי באיכות גבוהה, בגלל העדר מתקנים ותוכניות רפואיות מסוגים שונים באזור מגוריהם, ובגלל הריחוק הגאוגרפי מטכנולוגיה רפואית מתוחכמת. כיום גוברת התחרות בין קופות החולים ביישובים קטנים ובפריפריה. הפריפריה בישראל מאופיינת בריכוז גבוה של תושבים שהכנסתם נמוכה. לפיכך, שיקולי הכנסה ומרחק נכרכים ומתערבבים אלה באלה בדיונים רבים על מדיניות. במחקר שלנו יכולנו לבדוד את השפעת ההכנסה תוך פיקוח על אזור מגורים, ויכולנו להשוות בין מעוטי הכנסה הגרים בפריפריה לבין מעוטי הכנסה במרכז הארץ.

בה במידה שהמרחק ממרכז הארץ יכול להיות משתנה "מבלבל" בהשוואות בין מעוטי הכנסה לבין בעלי הכנסה בינונית עד גבוהה, כך גם "מגורים ביישובים קטנים" (בדרך כלל כפריים) הוא משתנה "מבלבל".

⁷ כפרויקט נלווה, עורך ג'וינט-מכון ברוקדייל סקר דו-שנתי של מאושפזים במספר בתי-חולים, המספק נתונים על זמני המתנה, שיעורי שחרור מוקדם, תשלומים פרטיים ומדדים אחרים של איכות השירות; הנתונים מנותחים לפי קבוצות גיל, מצב בריאות ורמת הכנסה. שני הפרויקטים משלימים זה את זה בכך שהאחד מתמקד במאושפזים, בעוד השני כולל מגזר רחב בהרבה של האוכלוסייה.

ביישובים כאלה, הגישה לשירותים מסוימים עשויה להיות מוגבלת יותר מאשר ביישובים גדולים יותר (אפילו ביישובים במרכז). לפיכך, חשוב לפקח על גודל היישוב בהשוואות בין מעוטי הכנסה לבין בעלי הכנסה בינונית עד גבוהה.

בין הסוגיות שנמצאו רלבנטיות בשיחות המקדימות עם בעלי מקצוע הבאים במגע עם האוכלוסייה החלשה אפשר למנות גישה למומחים, לשירותי אבחון מתקדמים ולשירותי חירום לאחר שעות פתיחת המרפאות; מגבלות במעבר בין קופות-חולים; שחיקה של הצוות והיקף שיווק מוגבל של מבטחים מסחריים.

המחקר הנוכחי משתמש במאגרי נתונים ובכלי מחקר קיימים כדי לבדוק את השפעתו של החוק על מעוטי ההכנסה בכלל, ועל מקבלי קצבאות הבטחת הכנסה (למשל, השלמת הכנסה), בפרט, המחקר מרחיק מעבר להיותו סקר פשוט של שביעות-רצון, הן במונחים של היקפם של הנושאים הנבדקים והן במגוון מקורות הנתונים שנעשה בהם שימוש.

3. נושאי המחקר ומטרותיו

הנושאים העיקריים שנבדקו בסקר הם נגישות שירותי הבריאות, זמינותם ואיכותם, ביצוע בדיקות מנע, שביעות רצון משירותי הבריאות, מעבר בין קופות חולים, רכישת ביטוחי בריאות (משלימים ופרטיים) ושימוש בשירותי רפואה פרטיים – בקרב אוכלוסיות מעוטות הכנסה. אין במחקר מדדים קליניים של מצב בריאות ושל איכות שירותי הבריאות, האמורים להתבסס על מקורות מידע אחרים. מטרת המחקר הן:

1. לבחון את התמורות שהתחוללו בשירותי הבריאות בשנים 1995-1997 מנקודת ראותם של השייכים לחמישון התחתון ולהשוות ביניהן לבין השינויים המקבילים בקרב יתר 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.

השערות המחקר הן:

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 לקופות החולים.
2. ב-1997 עדיין קיימים פערים בין מעוטי הכנסה לבעלי הכנסה בינונית עד גבוהה במדדים שונים של שירותי הבריאות.
3. ב-1997 קיימים פערים בין מקבלי קצבאות לשאר האוכלוסייה במדדים שונים של שירותי הבריאות.

4. חלק מהפערים ניתן לייחס לאזור מגורים, כתוצאה מפריסת השירותים ומהתמקדות קופות החולים לשיפור השירות דווקא באזורים "מועדפים", שבהם לתושבים יש אמצעים רבים יותר.

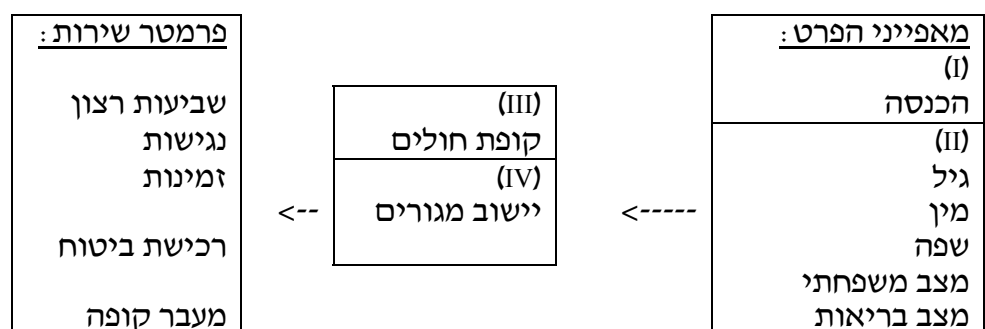
4. שיטות

בפרויקט שלושה מרכיבים חשובים: א. ניתוח משני של נתוני סקר שנערך על-ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל ב-1995 על השפעתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי; ב. הוספת מדגמים משלימים של מעוטי הכנסה בשלבי הסקר בשנים 1997 ו-1999; ג. ניתוח משני של נתונים רלבנטיים מקובץ האב של המוסד לביטוח לאומי, מסקר "שימוש בשירותי בריאות" ומסקרי "הוצאות משקי בית" של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בדוח זה מובא ניתוח משני של נתוני 1995 וכן של 1997.

בשאלון נבדקו הנושאים העיקריים שעלו בשיחות עם אנשי מקצוע בתחום. תוקפו נבדק במבחן מוקדם עם כחמישים מרואיינים שנדגמו אקראית מספר הטלפונים הממוחשב של "בזק", ובעקבות מבחן זה שופר נוסח השאלון. ריאיון ארך בממוצע כעשרים דקות. מתוך השוואה חלקית של התפלגויות דמוגרפיות ונתוני בריאות נבחרים, שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומתוך שיחות עם אנשי מקצוע, עלה שרמת אמינות התשובות טובה.

שיטות ניתוח הנתונים בדוח כוללות ניתוח דו משתני ורב משתני להסבר המשתנים הבלתי תלויים. כל נושא נבדק בעזרת השוואות דו ממדיות וכן לגבי קופת חולים הכללית ויתר קופות החולים (לוחות ג-17 בנספח ג). כדי לקבל הבנה עמוקה יותר על הנושאים המרכזיים, נעשה גם ניתוח בעזרת רגרסיות לוגיסטיות ולינאריות. המודל הקונספטואלי שהנחה אותנו מופיע בתרשים הבא. כדי לבחון את הקשר בין מאפייני השירות לרמת ההכנסה של הפרט (מודל I), בדקנו בנפרד את ההשפעה העצמאית שיש לתכונות הדמוגרפיות (מודל II), השפעת הקופה המבטחת (מודל III) ולבסוף יישוב המגורים (מודל IV).

תרשים 2: מודל כללי להסבר פרמטרים של שירות



5. אוכלוסייה ומדגם

אוכלוסיית המחקר כללה את כל תושבי המדינה מעל גיל 22. המסגרת לדגימה הייתה ספר הטלפונים הממוחשב של "בזק", ובכל דירה שנדגמה רואיין אקראית אחד מבני הבית. בנוסף, תוגבר המדגם הבסיסי לגבי אוכלוסיות חלשות. הריאיון נערך בעברית, בערבית או ברוסית, כדי לייצג את האוכלוסיות העיקריות (Van der Meer, Van den Bos, and Mackenbach, 1996). הסקר נערך בשני מועדים - בחודשים אוגוסט-אוקטובר 1995 ובאוגוסט-דצמבר 1997. בגל הראשון של הסקר רואיינו בטלפון 1,394 בני אדם⁸ (מהם 1,116 במדגם הבסיסי ועוד 278 במדגם התגבור של קשישים ומבוטחי קופות החולים הקטנות). שיעור ההיענות הגיע ל-85%, שמונה אחוזים סירבו להשתתף והיתר לא אותרו או שהיו קשיים בתקשורת עם, בעיקר בגלל קשיי שפה. בגל השני רואיינו טלפונית 1,205 מרואיינים במדגם הבסיסי. הם נדגמו מהספר הממוחשב של "בזק" (שיעור ההיענות במדגם הבסיסי הגיע ל-81%). לשם הגדלת עוצמת הניתוחים הסטטיסטיים ועקב העניין המיוחד של המערכת במקבלי קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי, נלקחו מדגמי תגבור מקרב כמאה אלף מקבלי הבטחת הכנסה (הב"ה) ומקרב כ-200 אלף מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה (הש"ה). על פי הגדרות המוסד לביטוח לאומי, הגמלה להבטחת הכנסה, נועדה להבטיח הכנסה כדי מחיה לתושב ישראל שהכנסתו פחותה מההכנסה המינימלית הנדרשת למחיה זכאי להשלמה להכנסתו. מבחן ההכנסות נקבע על פי הכנסת תובע הגמלה ובן זוגו, שסך הכנסתם אינה מאפשרת מחיה. לדוגמה: מחוסר עבודה, עובד בשכר נמוך, מי שאי אפשר להשימו בעבודה, חולה שאינו מסוגל לעבוד יותר מ-30 ימים רצופים, אם או אב הורה יחיד שבהחזקתם ילד שטרם מלאו לו 7 שנים. ההשלמה היא לשכר, לדמי אבטלה, לדמי מזונות וכיוצ"ב.

במדגם ברוטו נכללו 698 מקבלי הבטחת הכנסה; מתוכם אותרו מספרי הטלפון של 483 מהם, ומתוכם רואיינו 434 אנשים (90% מהנדגמים שבעבורם אותר מספר טלפון, אך רק 62% מתוך המדגם ברוטו). מדגם מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה כלל (ברוטו) 841 איש, מתוכם אותרו מספרי טלפון של 497, ומתוכם רואיינו 389 אנשים (87% מהנדגמים שבעבורם אותר מספר טלפון, אך רק 46% מתוך המדגם ברוטו). למרות שיעורי אי-איתור גבוהים, מהשוואה למקורות מידע חיצוניים עולה שהתפלגות המרואיינים דומה מאוד להתפלגות סך אוכלוסיית מקבלי הקצבאות, על פי התכונות: גיל, מין, לאום, קופה ונפה. במדגם מקבלי השלמת הכנסה התגלה תת-ייצוג מסוים של גברים ושל בני 75+; הנתונים שוקללו בהתאם. פירוט ראה (ברג, גרוס, רוזן, וחיניץ, 1996) ובנספח א'.⁹

בניתוח הממצאים בדקנו, כאמור, שני ממדים: א. שינויים שחלו בין 1995 ל-1997 על פי תפיסתם של בעלי ההכנסות הנמוכות; ב. השוואה בין תפיסתם של מעוטי הכנסה לתפיסתם של בעלי הכנסה בינונית ומעלה על מערכת הבריאות בשנת 1997. הניתוח מסקר 1997 נערך בין מקבלי הבטחת הכנסה ומקבלי השלמת הכנסה לבין יתר האוכלוסייה שבמדגם הבסיסי, בגילים המקבילים ושציינו שאינם מקבלים את

⁸ אחוז המשפחות שהיה ברשותן טלפון ב-1993 הגיע לכ-93%.

⁹ כדי לתקן נפל דיפרנציאלי, ניתנו משקלים שחושבו על פי המאפיינים: לאום, גיל ומין.

הקצבאות הללו: מקבלי הבטחת הכנסה בגיל העבודה (נשים עד גיל 60 וגברים עד גיל 65) ומקבלי השלמת הכנסה מקבילים בגילם לגמלאים (נשים מעל גיל 60 וגברים מעל גיל 65). מאחר שבסקר 1995 לא תוגברה אוכלוסיית מקבלי קצבאות, לא ניתן להשוות בין מקבלי הקצבאות ליתר, ולכן התמורות שחלו בשנים 1995-1997 נותחו באמצעות השוואת החמישון התחתון (במיון לפי הכנסה משפחתית לנפש סטנדרטית)¹⁰ במדגם הבסיסי בכל שנה. ההשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 מוגבלת בחלק מהנושאים, בשל מיעוט המקרים ובשל שינויים שחלו בשאלון ב-1997 (בעיקר, הוספת שאלות).

5.1 מאפייני האוכלוסייה

מהשוואה בין התכונות הדמוגרפיות של השייכים לחמישון התחתון (לוח 1) בשנים 1995-1997 עולה שלא חלו שינויים משמעותיים במאפייני המרווינים. ב-1995 היה אחוז הגילים הצעירים גבוה יותר וחלקם של הקשישים נמוך יותר. חלקם של דוברי עברית ירד וחלקם של דוברי רוסית עלה. שיעור המדווחים שעבדו ב-3 החודשים שקדמו לריאיון ירד וכן שיעור המדווחים על בעיה פיזית שמגבילה אותם.

בקרב בעלי הכנסה בינונית ומעלה נמצאו השינויים הדמוגרפיים הבאים: אחוז דוברי עברית ירד ואחוז דוברי רוסית וערבית עלה, מצב הבריאות על פי דיווחי המרווינים הוטב. לוח 2 בנספח ב' מציג את התפלגות תכונות אלה, לפי הקופה המבטחת (בקופת חולים הכללית ובשאר קופות החולים).

ב-1997 תוגבר, כאמור, המדגם במקבלי קצבאות הבטחת הכנסה בגילים הצעירים יותר ובמקבלי השלמת הכנסה בקרב הגמלאים. מהשוואה בין תכונותיהם הדמוגרפיות של מקבלי הקצבאות לבין אלו של כלל האוכלוסייה מסתמן ייצוג גבוה יחסית של לא נשואים, של דוברי רוסית, של מבוטחים שמצב בריאותם פחות טוב ויש להם בעיות פיזיות שמגבילות אותם. אחוז העובדים מבין מקבלי קצבאות נמוך, הכנסתם נמוכה יותר ואחוז המתגוררים במרכז הארץ נמוך יותר. מקבלי הבטחת הכנסה מבוטחים יותר בקופות חולים הכללית והלאומית, חלקן של הנשים גבוה יותר, בעלי השכלה נמוכה ואחוז המדווחים על בעיה נפשית גבוה בהשוואה לגילי העבודה האחרים. בקרב קשישים מקבלי קצבת זקנה עם השלמת הכנסה, יש ייצוג גדול יותר לקופות החולים לאומית ומאוחדת ופחות לכללית, והשכלתם גבוהה יותר משל גמלאים האחרים (לוח 2). בלוח 2 בנספח ב' מוצגות התכונות הללו לפי הקופה המבטחת.

¹⁰ השאלה לגבי ההכנסה התייחסה להכנסה המשפחתית החודשית ברוטו והמרוויין בחר בטווח שהיא נמצאת. חישוב ההכנסה המשפחתית נאמד על-ידי הערך המרכזי של כל טווח. 85% מהמרווינים השיבו לשאלה זו.

לוח 1: מאפיינים נבחרים, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5		חמישון תחתון		סה"כ במדגם הבסיסי
1997	1995	1997	1995	
807	734	202	185	
				קופת חולים
				הכללית
57	59	71	75	מכבי
24	21	14	7	לאומית
8	11	9	8	מאוחדת
10	9	6	10	
				גיל¹
				עד 44
51	51	43	61	45-64
33	32	35	31	+65
15	17	22	8	
				מצב משפחתי¹
				נשוי/אה
73	74	74	84	גרושה
5	5	6	2	אלמן/ה
8	8	10	3	רווק/ה
14	13	10	11	
				שפה^{2,1}
				עברית
72	83	44	50	ערבית
12	6	36	40	רוסית
16	11	20	10	
				השכלה
				עד תיכונית
13	12	43	37	תיכונית
34	34	26	36	על-תיכונית
53	54	31	27	
				מצב בריאות²
				טוב/ טוב מאוד
78	72	59	62	לא כל כך טוב
18	22	28	28	לא טוב/גרוע
4	6	13	10	
				בעיה פיזית מגבילה בפעילות יומיומית^{2,1}
				מגבילה/מגבילה מאוד
7	16	16	25	לא כל כך מגבילה/לא מגבילה
16	12	4	10	אין בעיה
88	72	80	65	
				עבדו ב-3 החודשים שלפני הסקר¹
73	71	32	50	
				אזור מגורים^{2,1}
				מרכז
57	58	39	35	צפון
31	26	41	48	דרום
11	14	18	15	ישש"ע
1	2	2	2	

¹ $p < 0.05$ בחמישון תחתון
² $p < 0.05$ בחמישונים 2-5

לוח 2: מאפיינים נבחרים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	סה"כ במדגם (במספרים)
198	385	940	432	
				^{2,1} קופת חולים
77	70	57	60	הכללית
14	11	25	18	מכבי
7	13	8	15	לאומית
3	6	10	7	המאוחדת
				¹ גיל
--	--	63	53	עד 44
16	13	37	47	45-64
54	48	--	1	65-74
30	39	--	--	+75
64	65	49	64	אחוז נשים ¹
				^{2,1} מצב משפחתי
60	35	77	34	נשוי/אה
3	13	4	42	גרוש/ה
36	48	1	7	אלמן/ה
2	4	18	17	רווק/ה
				^{2,1} שפה
74	28	70	42	עברית
7	9	18	15	ערבית
19	63	12	43	רוסית
				^{2,1} השכלה
33	31	16	29	עד תיכונית
35	15	34	29	תיכונית
33	55	50	42	על-תיכונית
				^{2,1} מצב בריאות
46	22	83	50	טוב/טוב מאוד
38	48	14	35	לא כל כך טוב
16	30	3	15	לא טוב/גרוע
				¹ בעיה פיזית מגבילה בפעילות יומיומית
18	28	6	19	מגבילה/מגבילה מאוד
4	4	4	4	לא מגבילה/לא כל כך מגבילה
77	68	90	78	אין בעיה
34	26	21	41	אחוז הסובלים מבעיה נפשית ^{2,1}
				^{2,1} חמישוני הכנסה נבחרים (ברוטו לנפש סטנדרטית)
23	51	18	50	1
26	9	18	14	3
9	--	25	--	5
20	5	77	40	עבדו ב-3 החודשים שלפני הסקר ^{1,2}

לוח 2: מאפיינים נבחרים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים) - המשך

מקבלי הבטחת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי השלמת הכנסה	גמלאים	אזור מגורים
41	55	40	57	מרכז
33	32	38	32	צפון
25	12	22	11	דרום
1	1	--	1	ישיע

¹ $p < 0.05$ בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת שאר גילאי העבודה)

² $p < 0.05$ בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת שאר הגמלאים)

6. ממצאים

בסעיף 6.1 בפרק זה נבחנות התמורות שהתחוללו בשנים 1995-1997, מנקודת ראותם של השייכים לחמישון התחתון. בסעיף 6.2 אנו בודקים באיזו מידה צומצמו הפערים בין החמישון התחתון לכלל האוכלוסייה. בסעיף 6.3 אנו משווים בין מקבלי קצבאות המוסד לביטוח לאומי (הבטחת הכנסה וזקנה עם השלמת הכנסה) לעומת יתר האוכלוסייה ב-1997. בהמשך נדון בצדדים המשותפים והשונים בין מקבלי קצבאות לאוכלוסיית החמישון התחתון ב-1997 ונדון בהשפעת מאפייני יישוב המגורים על הסוגיות הנידונות בדוח.

שיטות ניתוח הנתונים בפרק כוללות ניתוח דו משתני ורב משתני להסבר המשתנים הבלתי תלויים. כל נושא נבדק בעזרת השוואות דו ממדיות וכן בנפרד עבור קופת חולים הכללית ויתר קופות החולים (לוחות 11-17 ג' בנספח ג'). כדי להבין טוב יותר את הנושאים המרכזיים, השתמשנו גם ברגרסיה לוגיסטית (ר' לוח 17 בנספח ד').

6.1 תמורות לאורך זמן בחמישון התחתון (1995-1997)

כרקע לבדיקת השינויים בין שנת 1995 לשנת 1997 נציג את ההבדלים הבולטים שנמצאו בסקר שנערך בשנת 1995, בין אוכלוסיית החמישון התחתון לאוכלוסיית החמישונים הגבוהים יותר: באופן כללי הפערים התבטאו בנגישות ובזמינות השירותים, 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 סיפקו (הבדלים גדולים יחסית היו בשביעות הרצון 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 יותר בחמישון התחתון לעומת יתר החמישונים.

בהמשך הפרק ינותחו השינויים שחלו בחמישון התחתון בשנים 1995-1997 בנושאים הבאים:

- נגישות השירותים וזמינותם
- ביטוח משלים ופרטי
- מעבר בין קופות חולים

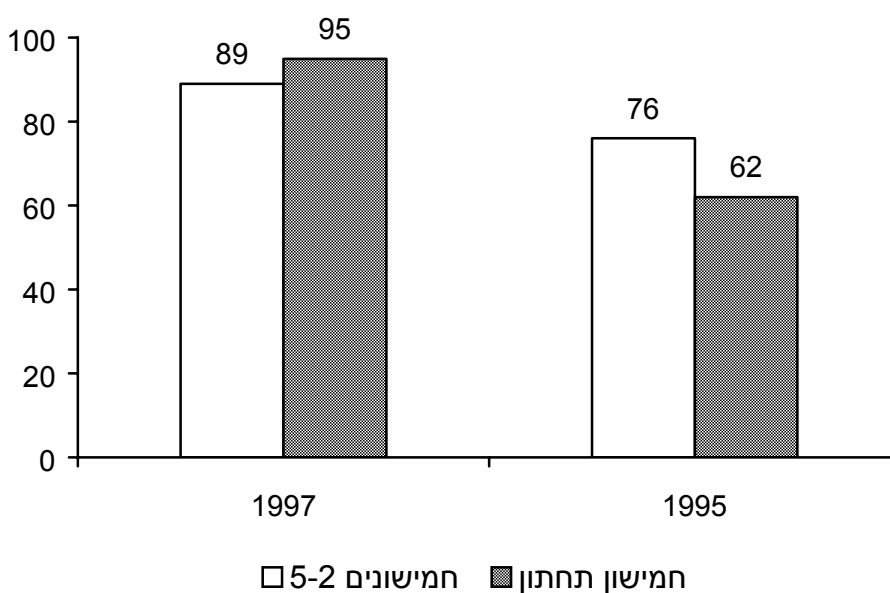
- שביעות רצון מהשירותים
- שימוש בשירותים פרטיים והנטל הכלכלי של מסי הבריאות
- השוואת רמת השירות לשנה שקדמה תוך התייחסות למידה בה צומצמו או הורחבו פערים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

בפרק זה נבדקות בניתוח דו-משתני (תוך התייחסות לקופה המבטחת) התמורות שהתחוללו במערכת הבריאות בשנים 1995-1997 בחמישון התחתון. את השינוי בשביעות הרצון בדקנו בניתוח רב משתני של גרסיה לוגיסטית וכללנו בבדיקה את השפעת מועד הסקר, תוך נטרול מאפיינים דמוגרפיים של המרוויינים ומאפייני יישוב המגורים.

6.1.1 התמודדותם של מעוטי הכנסה עם בעיות נגישות וזמינות של שירותי בריאות שונים

נגישות: אחוז המדווחים בחמישון התחתון על רופא משפחה קבוע שמטפל בהם עלה מ-67% ב-1995 ל-96% ב-1997. עיקר העלייה נרשמה בקרב מבוטחי קופת חולים הכללית (מ-66% ל-98%), אך גם בקופות החולים האחרות (מ-66% ל-90%). בשאר האוכלוסייה נרשמה עלייה מתונה יותר בדיווח על רופא משפחה קבוע - מ-76% ל-89% (גרוס ואחרים, 1995).

תרשים 3: אחוז המדווחים שיש להם רופא קבוע שמטפל בהם, בחמישון התחתון וביתר האוכלוסייה



כמו באוכלוסייה הכללית, משך ההגעה למרפאת רופא המשפחה נשאר יציב. שמונים ושלושה אחוזים מהמבקרים אצל רופא המשפחה בחמישון התחתון הגיעו ב-1995 למרפאתו ברבע שעה וב-1997 - 79% מהמבקרים (לוח 3). משך ההגעה לא השתנה גם בקופות החולים עצמן (לוח ג1 בנספח ג'). מתברר שמשך הגעתם של דוברי עברית התארך, ולעומת זאת במשך הגעתם של דוברי רוסית ניכר שיפור, אף על פי שעדיין דוברי עברית וערבית מגיעים מהר יותר למרפאה.

מהדיווח על ההמתנה במרפאת רופא המשפחה עולה כי הקיצור במשך המתנתם של השייכים לחמישון התחתון דומה לזה שבשאר האוכלוסייה. שלוש ושניים אחוזים ב-1997, לעומת 43% ב-1995, דיווחו שהמתנו במרפאה יותר מרבע שעה. שיפור זה נובע בעיקר משיפור בקופת חולים הכללית (מ-46% ל-33%); (לוח ג' בנספח ג'). כארבעים אחוזים מהשייכים לחמישון התחתון ולשאר החמישונים ביקרו בשלושת החודשים שקדמו לסקר אצל רופא מומחה כאשר נזקקו לכך והם המתנו פחות בתור. אחוז המדווחים על המתנה של יותר משבועיים לתור לרופא מומחה ירד מ-35% ב-1995 ל-15% ב-1997 (לוח 3), קיצור גדול אף יותר מזה שהסתמן על פי דיווחי שאר האוכלוסייה, מ-27% ל-19%, בהתאמה.

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)

חמישונים 2-5		חמישון תחתון		
1997	1995	1997	1995	
10	14	21	17	משך הגעה לרופא משפחה 15 דק' או יותר
				אמצעי הגעה
				מכונית
46	50	22	31	
46	42	64	55	רגל
8	8	14	14	תחבורה ציבורית
32	43	32	43	המתנה במרפאת רופא המשפחה 15 דק' או יותר ²
19	27	15	35	המתנה לקביעת תור לרופא מומחה של יותר משבועיים ^{1,2}

¹ p < 0.05 בחמישון תחתון

² p < 0.05 בחמישונים 2-5

מתשובות המרואיינים על סבירות מדדי הנגישות האלה (לוח 4), עולה שבקרב החמישון התחתון אחוז המציינים שמשך הגעתם לרופא המשפחה סביר בעיניהם לא השתנה (81%). באחוז הממתינים לקביעת תור לרופא מומחה המדווחים על המתנה סבירה לא חל שינוי, אולם חלה ירידה משמעותית באחוז המדווחים על משך המתנה לא סביר (מ-42% ל-12%).

לוח 4: מבוטחים שצינו שההגעה/המתנה נראתה להם סבירה, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5		חמישון תחתון		
1997	1995	1997	1995	
92	91	81	81	משך הגעה לרופא משפחה
62	66	58	59	המתנה לקביעת תור לרופא מומחה

זמינות: שעות הקבלה של נותני שירותים שונים היו נוחות יותר ב-1997 מאשר ב-1995, כפי שעולה מדיווחי המבוטחים בקרב יתר האוכלוסייה ואף יותר. הדבר בולט בעיקר בנוגע לעובדי המשד ובבדיקות מעבדה (לוח 5). בקופת חולים הכללית ניכר שיפור בכל אחד מהשירותים, וביתר קופות החולים ניכר שיפור בשירותי המעבדה (לוח 3 בנספח ג'). בקופת חולים לאומית חל שיפור בנוחות שעות הקבלה ובמסירת בדיקות מעבדה והשינויים בדיווח על נוחות שעות הקבלה ביתר השירותים לא היו מובהקים.

לוח 5: מבוטחים ששעות הקבלה של נותני השירותים נוחות להם מאוד, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997

חמישונים 2-5		חמישון תחתון		
1997	1995	1997	1995	
18	17	20	15	רופא משפחה
14	13	17	10	רופא מומחה
20	16	25	13	עובדי המשרד ^{1,2}
19	12	20	9	קבלת ומסירת בדיקות מעבדה ^{1,2}

¹ p < 0.05 בחמישונים 2-5
² p < 0.05 בחמישון תחתון

רפואה מונעת: טיפול מונע הוא פועל יוצא של מודעות המבוטח לבריאותו או של הקפדת הצוות הרפואי על ביצוע בדיקות אלה. הממצאים בלוח 6 מבוססים על דיווחי המרואיינים ולא על דיווח קליני, ויש להתחשב במגבלה זו בעת הסקת המסקנות. עם זאת, ניכרים הבדלים המרמזים על עלייה בהיקף ביצוע בדיקות לחץ דם באוכלוסייה הקשישה בחמישון התחתון (מ-69% ל-95%) ועל עלייה בהיקף ביצוע בדיקות הממוגרפיה בקרב נשים מעל גיל 50 (מ-27% ל-37%). מרבית הנשים בנות 50 ויותר שנבדקו בממוגרפיה עשו זאת בשנה שחלפה (81% מהן). בקופת חולים הכללית הוכפל אחוז הנשים בנות 50 ויותר שנבדקו בממוגרפיה (מ-28% ל-43%); (לוח ג' בנספח ג'). גם בקרב שאר האוכלוסייה נרשמה עלייה בהיקף בדיקות הממוגרפיה.

לוח 6: מדווחים על ביצוע בדיקות-מנע נבחרות, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, לפי גיל, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5		חמישון תחתון		
1997	1995	1997	1995	
88	85	87	82	לחץ הדם נבדק אי-פעם - סה"כ
84	76	80	77	עד גיל 44 ²
90	89	90	96	45-64 ²
92	98	95	69	+65 ^{2,1}
39	35	25	18	נבדקה בממוגרפיה אי-פעם - סה"כ
26	23	17	16	עד גיל 50
58	53	37	27	+50

¹ p < 0.05 בחמישונים 2-5
² p < 0.05 בחמישון תחתון

6.1.2 התמודדותם של מעוטי הכנסה עם קשיים במעבר בין קופות-חולים

אחוז מעוטי ההכנסה שעברו לקופת חולים אחרת מאז ינואר 1995 הגיע בשנת 1997 ל-6% (כ-2% בממוצע לשנה) - בקיץ 1995 דיווחו 4% בחמישון התחתון על מעבר לקופת חולים אחרת. מגמת ירידה נרשמה גם בקרב האוכלוסייה הכללית: 8% ו-2%, בהתאמה.

6.1.3 מחסומים כלכליים לרכישת ביטוחים משלימים ומסחריים בקרב מעוטי הכנסה

אחוז הרוכשים ביטוח משלים בחמישון התחתון מבין מבוטחי הכללית לא השתנה בין שנת 1995 לשנת 1997 (כעשירית מהמבוטחים בחמישון התחתון); בשאר האוכלוסייה נרשמה עלייה קלה - מ-16% ל-25%. לא השווינו באופן דומה בין יתר קופות החולים, מאחר שאחוז גבוה מהמשיבים לא ידעו שיש

להם ביטוח משלים. היקף רכישת ביטוח פרטי בקרב החמישון התחתון ירד (11% ב-1995 לעומת 6% ב-1997), ובשאר האוכלוסייה נשאר אחוז הרוכשים יציב – כ-18%.

6.1.4 שביעות רצון של מעוטי הכנסה משירותי הבריאות

הנשאלים התבקשו לדרג את שביעות רצונם ממרכיבי השירות בסולם בן 4 דרגות (מ-1=לא מרוצה עד 4=מרוצה מאוד). מהשוואה בין רמת שביעות הרצון בשני מועדי הסקר מסתמנת עלייה בכל אחד ממרכיבי השירות וכן משירותי קופת החולים באופן כללי (לוח 7); מגמת העלייה בחמישון התחתון בולטת יותר מזו שהסתמנה בשאר החמישוניים - בעיקר בשביעות הרצון מהרופאים המומחים (מ-21% ל-36%) מיחס עובדי המשרד (מ-22% ל-38%) וממבחר התרופות (מ-12% ל-24%).

לוח 7: שבעי הרצון "במידה רבה מאוד" משירותי קופת החולים, לפי חמישון תחתון ויתר החמישוניים, 1997 ו-1995 (באחוזים)

חמישוניים 2-5		חמישון תחתון		שביעות רצון מ:
1997	1995	1997	1995	
27	21	29	19	קופת החולים באופן כללי ^{1,2}
35	33	34	28	מקצועיות רופא המשפחה
50	46	50	39	יחס רופא המשפחה ¹
35	33	43	31	יחס האחיות ¹
29	28	36	21	מקצועיות רופאים מומחים ¹
26	24	38	22	יחס עובדי המשרד ¹
21	22	23	12	מבחר התרופות ¹
29	28	29	22	מתן הפניות והתחייבויות
23	21	21	15	שירותי מעבדות
45	38	46	37	תחזוקת המתקנים ²

¹ $p < 0.05$ בחמישון תחתון
² $p < 0.05$ בחמישוניים 2-5

מניתוח רב משתני (לוח 1ד בנספח ד') מתברר שהגורמים החשובים בניבוי שביעות הרצון הכללית משירותי קופת החולים בחמישון התחתון הם: שפה (דוברי רוסית וערבית פחות שבעי רצון מדוברי עברית), מועד הסקר (היחס הצולב הוא 2.2 בהשוואת 1997 לעומת 1995) ומצב בריאות (ככל שמצב הבריאות טוב יותר שביעות הרצון גבוהה יותר). כלומר, הרגרסיה חיזקה את הממצא ששביעות הרצון בקרב מעוטי הכנסה עלתה, גם לאחר נטרול המאפיינים הדמוגרפיים שלהם והשינויים בין שתי תקופות הסקר.

6.1.5 היקף השימוש בשירותי בריאות פרטיים בקרב מעוטי הכנסה והיקף הלחצים הכלכליים של ההוצאות על בריאות

אחוז משפחות החמישון התחתון שהייתה להן הוצאה לרופא פרטי במהלך שלושת החודשים שקדמו לריאיון ירד מ-25% ל-6%, בדומה לשאר האוכלוסייה (מ-18% ל-10%).

עם החלת החוק נעשתה נוסחת תשלומי מס הבריאות פרוגרסיבית יותר מכפי שהיה נהוג קודם לכן. בשנת 1995 היה אחוז בעלי ההכנסות הנמוכות שדיווחו על עלייה בתשלומי מס הבריאות (31%) - מחצית מהאחוז המקביל בקרב בעלי ההכנסות הגבוהות (60%); ואחוז בעלי ההכנסות הנמוכות שדיווחו על ירידה בתשלומים (27%) היה גבוה יותר מאחוז בעלי ההכנסות הגבוהות (19%; ברג ואחרים, 1996).

תחושת הנטל הכלכלי של המשפחות בחמישון התחתון בנוגע למימון שירותי הבריאות (מס בריאות, תרופות וכד') לא השתנתה. בלוח 8 ניתן לראות שאחוז המדווחים שתשלומי המשפחה לבריאות מכבידים עליהם במידה רבה ירד מעט (מ-30% ל-22%), מגמת היציבות נרשמה גם בשאר החמישונים.

לוח 8: מידת הכבדת תשלומי המשפחה לבריאות, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

	חמישונים 2-5		חמישון תחתון	
	1997	1995	1997	1995
סה"כ	100	100	100	100
רבה	22	20	22	30
בינונית	35	34	35	31
לא כל כך	21	22	17	14
בכלל לא	22	24	26	25

6.1.6 השינויים ברמת השירות מאז החלת החוק, לפי תפיסתם של מעוטי הכנסה

ב-1997 נשאלו המרואיינים על הבדלים בשירות לעומת השנה שחלפה. ארבעים ותשעה אחוזים דיווחו על שיפור, 4% על הרעה ועוד 48% לא חשו בשינוי. מגמת השיפור בחמישון התחתון ניכרה בכל קופות החולים (לוח 7 בנספח ג'), בעיקר בקרב מבוטחי קופת חולים הכללית ובקרב מבוטחי קופת חולים לאומית, ואף יותר מאשר בשאר החמישונים.

לוח 9: החשים בשינוי ברמת שירותי הבריאות של קופת החולים, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)^{1,2}

	חמישונים 2-5		חמישון תחתון	
	1997	1995	1997	1995
סה"כ	100	100	100	100
שיפור	38	16	49	21
הרעה	9	5	4	2
ללא שינוי	53	79	48	77

¹ $p < 0.05$ בחמישון תחתון

² $p < 0.05$ בחמישונים 2-5

ב-1995 נשאלו המרואיינים האם חשו בשינוי ברמת שירותי הבריאות מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מרבית אוכלוסיית החמישון התחתון (77%) לא חשה בשינוי בשירותי קופת החולים בתקופה הראשונה שלאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: 21% חשו בשיפור ו-2% חשו בהרעה. בשאר החמישונים דיווחו 16% על שיפור ב-1995 ו-35% ב-1997. התחום שבו אחוז המדווחים על שיפור בולט

ביותר הוא תחזוקת מתקני הקופה (27%). בדיווח על הרעה בשירות בלט אחוז המדווחים על הרעה ברמתם המקצועית של רופאים מומחים, ביחסם של עובדי המשרד למבוטחים ובקבלת הפניות והתחייבויות (7% בכל אחד). חשוב לציין שיתכן שלא כל השינויים הללו נובעים ישירות מהחוק, וייתכן שחלקם נבעו ממגמות שהחלו להתפתח עוד בטרם החלתו.

6.2 הבדלים בין השנים 1995 ל-1997 בחמישון התחתון - סיכום ודיון

מההשוואה בין שנת 1995 לשנת 1997 עלה שבמדדי נגישות וזמינות מסוימים חל שיפור בקרב החמישון התחתון, ומגמה זו נרשמה גם בחמישוני האחרים (לוח 10). בחמישון התחתון נרשמה עלייה באחוז המדווחים על רופא קבוע המטפל בהם ובאחוז המדווחים על קיצור משך ההמתנה לרופא משפחה ולרופא מומחה. ניכר שיפור גם בנוחות שעות קבלת עובדי המשרד ובשעות מסירת בדיקות למעבדה וקבלת תוצאותיהן. בעקבות גורמים אלה ואחרים עלתה שביעות הרצון בקרב מעוטי ההכנסה; תחושת השיפור בשירות אף הייתה גבוהה יותר בחמישון התחתון, ומרבית הפערים לעומת שאר האוכלוסייה בוטלו. צמצום בולט בפער נרשם בהמתנה לרופא מומחה ובנוחות שעות הקבלה של נותני השירותים. בשנת 1997 היו שעות הקבלה אף נוחות יותר לשניים 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.

לוח 10: שינויים בחמישון תחתון וביתר החמישוניים (1995-1997)

חמישוניים 2-5	חמישון תחתון	
		נגישות וזמינות
+	+	% שהיה להם רופא קבוע
=	=	משך הגעה לרופא משפחה עד 15 דק'
-	-	המתנה במרפאת רופא משפחה עד 15 דק'
+	+	המתנה בתור למומחה פחות משבועיים
=	=	סבירות הגעה לרופא משפחה
-	=	סבירות המתנה לרופא מומחה
=	+	שעות קבלה של רופא משפחה נוחות מאוד
=	+	שעות קבלה של רופא מומחה נוחות מאוד
+	+	שעות קבלה של עובדי המשרד נוחות מאוד
+	+	שעות מסירת וקבלת בדיקות נוחות מאוד
=	=	עברו אי פעם בדיקות מניעה
=	=	
		% שעברו קופה
		רכישת ביטוח משלים / פרטי
+	=	% שרכשו ביטוח משלים
=	-	% שרכשו ביטוח פרטי
+	+	שביעות רצון כללית במידה רבה מאוד
		נטל כלכלי של תשלומים לבריאות ושימוש בשירותים פרטיים
-	-	תשלומים לרופא פרטי
=	=	נטל כלכלי רב
+	+	שיפור ברמת השירות
		- אחוז נמוך יותר
		+ אחוז גבוה יותר
		= אחוז דומה

יצוין עוד שהן בשנת 1995 והן בשנת 1997, היה אחוז העוברים קופה בקרב השייכים לחמישון התחתון דומה לאחוז בקרב שאר החמישונים. אין נתונים על שיעור העוברים קופה לפי רמת הכנסה לגבי התקופה שלפני החוק, אך התחושה היא שלפני החוק התמקדה התחרות באוכלוסיות האמידות. אחוזי המעבר היו נמוכים יחסית בקרב אוכלוסייה פחות משכילה.

בשנת 1997 היה מצבו של החמישון התחתון פחות טוב מזה של יתר האוכלוסייה, בתחומים הבאים (לוח 11): הערכת מצב בריאות, זמן הגעה לרופא ראשוני, בדיקות ממוגרפיה וביטוח משלים ומסחרי. ביתר התחומים שנבדקו לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות.

לוח 11: פערים בין חמישון תחתון ליתר החמישונים (1997)

צמצום/הרחבת פערים	חמישון תחתון לעומת היתר	
		נגישות וזמינות
ז	+	% שהיה להם רופא קבוע
ה	-	משך הגעה לרופא משפחה עד 15 דק'
=	=	המתנה במרפאת רופא משפחה עד 15 דק'
ז	+	המתנה בתור למומחה פחות משבועיים
=	-	סבירות הגעה לרופא משפחה
ז	=	סבירות המתנה לרופא מומחה
=	=	שעות קבלה של רופא משפחה נוחות מאוד
ה	+	שעות קבלה של רופא מומחה נוחות מאוד
=	+	שעות קבלה של עובדי המשרד נוחות מאוד
ז	=	שעות מסירת וקבלת בדיקות נוחות מאוד
ז	-	עברו אי פעם בדיקות מניעה
=	=	% שעברו קופה
		רכישת ביטוח משלים / פרטי
ה	-	% שרכשו ביטוח משלים
ה	-	% שרכשו ביטוח פרטי
=	=	שביעות רצון כללית במידה רבה מאוד
		נטל כלכלי של תשלומים לבריאות ושימוש בשירותים פרטיים
ז	-	תשלומים לרופא פרטי
ז	=	נטל כלכלי רב
ה	+	שיפור ברמת השירות
		- אחוז נמוך יותר
		+ אחוז גבוה יותר
		= אחוז דומה (בחמישונים); הפער לא השתנה (בטור השמאלי)

6.3 השוואה בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה ב-1997

בפרק זה מוצגת השוואה בין מקבלי הבטחת הכנסה לגילאי העבודה האחרים ובין מקבלי השלמת הכנסה לגמלאים האחרים ב-1997 בנושאים הבאים:

- נגישות וזמינות השירותים
- מעבר בין קופות חולים
- שביעות רצון מהשירותים

- ♦ שימוש בשירותים פרטיים והנטל הכלכלי של תשלומי הבריאות
- ♦ שינויים ברמת השירות בהשוואה לשנה שעברה

שיטות הניתוח בפרק כוללות ניתוח דו משתני ורב משתני להסבר המשתנים הבלתי תלויים. כל נושא נבדק בעזרת השוואות דו ממדיות וכן עבור קופת חולים הכללית ויתר קופות החולים (לוחות ג-17, ג-18, ג-19). כדי לעמוד על השפעתם של שייכות למקבלי קצבאות, מאפיינים אישיים, קופה מבטחת ומאפייני יישוב המגורים, ערכנו ניתוח רגרסיה לוגיסטית בשלבים. בשלב הראשון נבדק הקשר בין המשתנה התלוי למשתנה של קבלת קצבה. בשלב השני הוכנסו למודל המאפיינים הדמוגרפיים. בשלב השלישי נבדקה השפעתה של ההשתייכות לקופה מבטחת ובשלב הרביעי נבדקה השפעת מאפייני יישוב המגורים (לוחות ד-21, ד-22 בנספח ד').

6.3.1 התמודדותם של מקבלי קצבאות עם נגישות וזמינות בשירותי בריאות שונים

נגישות מקבלי קצבאות: שמונים ושבעה אחוזים ממקבלי הבטחת הכנסה דיווחו שיש להם רופא משפחה קבוע המטפל בהם - לעומת 89% בקרב גילאי העבודה האחרים ולעומת 95% ממקבלי השלמת הכנסה ומיתר הגמלאים. מבחינת ההבדלים בין האוכלוסיות לפי קופת חולים עולה שהשונות בקופת חולים הכללית בין קבוצות האוכלוסייה קטנה (מעל 90% דיווחו שיש להם רופא קבוע). ביתר קופות החולים, הן בקרב מקבלי הבטחת הכנסה והן בקרב גילאי העבודה האחרים, אחוז המדווחים על רופא קבוע היה נמוך (כ-80%) לעומת מקבלי השלמת הכנסה ויתר הגמלאים (כ-94%). שבעים ואחד אחוזים ממקבלי הבטחת הכנסה ביקרו אצל רופא המשפחה שלהם בשלושת החודשים שקדמו לריאיון; 53% מיתר גילאי העבודה, 89% ממקבלי השלמת הכנסה ו-82% מיתר הגמלאים.

משך הגעתם של מקבלי קצבאות למרפאת רופא המשפחה ארוך מזה של שאר האוכלוסייה. אחוז המדווחים על פרק זמן של רבע שעה או יותר הוא 20% בקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 11% בקרב יתר גילאי העבודה ו-29% בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת 14% בקרב הגמלאים האחרים (לוח 11). מתברר שמשך ההגעה ארוך מאוד לדוברי רוסית שהם גם מקבלי קצבאות (הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה); בקרב דוברי עברית וערבית נמצא שאין הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה. אחוז מקבלי הקצבאות שמגיעים במכונית למרפאת רופא המשפחה נמוך מזה של יתר האוכלוסייה (7% בקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 48% בקרב יתר גילאי העבודה ו-13% בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת 20% בקרב הגמלאים האחרים), ואחוז המגיעים בתחבורה ציבורית גבוה יותר (לוח 12). יש לציין שמשך ההגעה בתחבורה ציבורית ארוך יותר מאופני ההגעה האחרים. מתברר גם שבכל אחת מצורות ההגעה, משך ההגעה ארוך יותר אצל מקבלי הקצבאות לעומת אוכלוסיית מי שאינם מקבלים קצבאות.

גם מהדיווח על המתנה במרפאת רופא המשפחה עולה כי מקבלי הקצבאות ממתנינים יותר מיתר האוכלוסייה. מקבלי הבטחת הכנסה (37% לעומת 32% בקרב יתר גילאי העבודה) והשלמת הכנסה (41% לעומת 28% ביתר הגמלאים) המתנינו רבע שעה או יותר. כשלושים ושבעה אחוזים מגילאי העבודה שאינם מקבלים הבטחת הכנסה ו-38% בקרב מקבלי הבטחת הכנסה, 52% בקרב הגמלאים שאינם מקבלים השלמת הכנסה ו-48% מבין מקבלי השלמת הכנסה ביקרו אצל רופא מומחה ב-3 החודשים האחרונים.

הקשישים נאלצים להמתין מעט יותר לרופא מומחה לעומת היתר, אך אין הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה. עשרים ושמונה אחוזים ממקבלי השלמת הכנסה ו-26% בקרב שאר הגמלאים המתנינו יותר משבועיים ו-20% בקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 18% בקרב יתר גילאי העבודה (לוח 12). משכי ההמתנה וההגעה לרופא המשפחה בכל קופת חולים ארוכים יותר אצל מקבלי קצבאות בהשוואה ליתר האוכלוסייה. מצבם של מקבלי השלמת הכנסה הוא הגרוע ביותר בכל קופות החולים. במשך ההמתנה לתור לרופא מומחה לא נמצאו הבדלים בתוך הקופה המבטחת בין קבוצות האוכלוסייה (לוח 8 בנספח ג').

לוח 12: משך ההגעה לרופא המשפחה ואמצעי הגעה, המתנה במרפאתו והמתנה לקביעת תור לרופא מומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
14	29	11	20	משך הגעה לרופא משפחה 15 דק' או יותר ^{2,1}
				אמצעי הגעה: ^{2,1}
			7	במכונית
20	13	48	72	ברגל
64	59	45	21	בתחבורה ציבורית
13	22	7	--	רופא המשפחה הגיע הביתה
5	7	--	--	
28	41	32	37	המתנה במרפאת רופא המשפחה 15 דק' או יותר ²
26	28	18	20	המתנה לקביעת תור לרופא מומחה של יותר ² משבועיים

¹ p<0.05 בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² p<0.05 בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

לדעתם של מקבלי קצבאות סבירות משך ההגעה נמוכה מעט וכן סבירות ההמתנה לתור לרופא מומחה (לוח 13). כשפיקחנו על קופת החולים התברר שבקופת חולים הכללית אין הבדלים בין קבוצות האוכלוסייה בדיווח על סבירות ההמתנה ו/או ההגעה, אך ביתר קופות החולים סבירות משך ההגעה נמוכה יותר אצל מקבלי קצבאות, בייחוד אצל מקבלי השלמת הכנסה (לוח 9 בנספח ג'). מצאנו גם שההתמחויות השכיחות אליהן פונים המבוטחים הן דומות אצל מקבלי קצבאות ויתר האוכלוסייה (גינקולוג אצל הצעירים ואורתופד ועיניים אצל הקשישים).

לוח 13: מבוטחים שההגעה/המתנה נראתה להם סבירה, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
91	87	91	86	משך הגעה לרופא משפחה ¹
75	56	61	57	המתנה לקביעת תור לרופא מומחה ²

¹ p<0.05 בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² p<0.05 בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

אחוז מקבלי הקצבאות שוויתרו בשנה שחלפה על שירות רפואי כלשהו משום שלא היה די קרוב לביתם דמה לאחוז המדווחים על כך בקרב יתר האוכלוסייה - שמונה אחוזים ממקבלי הבטחת הכנסה לעומת

9% מיתר גילאי העבודה; 6% ממקבלי השלמת הכנסה לעומת 2% מיתר הגמלאים. השירות השכיח שוויתרו עליו הוא שירותי אחות.

כאמור, מהמחקר עולה שמצבם של מעוטי הכנסה השתפר בכל קופות החולים, על-פי מדדי ההמתנה לרופא משפחה ולרופא מומחה. אחוז המדווחים על רופא משפחה קבוע עלה בעיקר בקופת חולים הכללית ובקופת חולים מכבי. אף שהפערים צומצמו לאחר החלת החוק, מצבן של האוכלוסיות החלשות עדיין פחות טוב, על-פי מדדי נגישות כמו ההגעה וההמתנה לרופא משפחה (הדבר בולט יותר אצל מקבלי השלמת הכנסה). הסיבות לכך הן: א. הבדלים בין אוכלוסיית דוברי רוסית, ערבית ועברית; ב. מקבלי הבטחת הכנסה צעירים מבקרים לעתים תכופות יותר אצל רופא המשפחה, מאחר שגם בנטרול מצב הבריאות אחוז המבקרים בקרבם גבוה יותר מהאחוז בקרב יתר גילאי העבודה. ההבדלים במשך ההגעה בקרב הקשישים צומצמו עם נטרול מצב הבריאות. ייתכן אמנם שההבדלים קשורים לפריסת השירותים ולהבדלים ברמת המינוע של האוכלוסיות, אולם ייתכן עוד שהם נעוצים בהבדלים תרבותיים המתבטאים בהערכה סובייקטיבית של זמן. במשך ההמתנה לרופא מומחה ובסבירותו ובאחוז המדווחים כי ויתרו על שירות רפואי בגלל המרחק לא נמצאו הבדלים בין מקבלי הקצבאות ליתר האוכלוסייה. עם זאת, כשמגבילים את הניתוח רק למי שמדווחים שמצב בריאותם "לא כל כך טוב" או "לא טוב" עולה שאחוז מקבלי הקצבאות המבקרים אצל רופא מומחה נמוך מאחוז המבקרים אצל רופא מומחה בקרב כלל האוכלוסייה.

זמינות: שעות הקבלה של רופא המשפחה, של רופאים מומחים, של עובדי המשרד ושעות מסירת בדיקות מעבדה פחות נוחות למקבלי הקצבאות מאשר ליתר האוכלוסייה ובמיוחד לאוכלוסייה הקשישה (לוח 14).

לוח 14: מבוטחים ששעות הקבלה של נותני השירותים נוחות להם מאוד, לפי קבוצות אוכלוסייה^{2,1} (באחוזים)

	מקבלי הבטחת הכנסה	בגיל העבודה	מקבלי השלמת הכנסה	גמלאים
רופא משפחה	16	18	16	28
רופא מומחה	11	14	6	17
עובדי המשרד	15	20	17	30
בדיקות מעבדה	9	18	15	26

¹ $p < 0.05$ בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² $p < 0.05$ בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

שעות הקבלה של עובדי המשרד והמעבדות נוחות יותר בשנת 1997 מאשר בשנת 1995, על פי דיווחי החמישון התחתון, בעיקר בקרב מבוטחי קופת חולים הכללית. אולם, לעומת יתר האוכלוסייה, ב-1997 שעות הקבלה של נותני השירותים השונים נוחות פחות למקבלי הקצבאות. ההבדלים מוסברים בחלקם בכך שבקרב מקבלי הבטחת הכנסה נמצא אחוז גבוה של גרושות והן נוטות לדווח על שעות קבלה לא נוחות לעומת יתר המרואיינים. מקבלי השלמת הכנסה, המגדירים את מצב בריאותם כלא טוב, נוטים לדווח על שעות קבלה נוחות פחות.

רפואה מונעת: פעולות המניעה הן פועל יוצא של מודעות המבוטח לבריאותו או של הקפדת הצוות הרפואי על כך. הממצאים המובאים בלוח 15 מבוססים, כזכור, על דיווחי המרואיינים ולא על דיווח קליני. עם זאת, ניכרים הבדלים, המרמזים, ככל הנראה, על כך שהיקף בדיקות לחץ הדם במרבית קבוצות הגיל נמוך בקרב מקבלי הקצבאות והיקף בדיקות הממוגרפיה קטן יותר אצל מקבלי קצבאות לעומת היתר. אחוז מי שנבדקו בבדיקת לחץ דם בחצי השנה שלפני הסקר גבוה יותר בקרב מקבלי קצבאות לעומת היתר, בכל אחת מקבוצות הגיל - שמונה אחוזים ממקבלי השלמת הכנסה ומגמלאים, 18% ממקבלי הבטחת הכנסה ו-14% מיתר גילאי העבודה מעודם לא נבדקו בבדיקת לחץ דם. כארבעים אחוזים מקרב מקבלות השלמת הכנסה, שהן מעל גיל 50, לעומת 54% מבין הגמלאיות האחרות ולעומת 54% בקרב מקבלות הבטחת הכנסה לעומת 61% מיתר הנשים בגילאי העבודה נבדקו (לוח 15). מעל 60% ממי שנבדקו בבדיקת ממוגרפיה עשו זאת בשנה שחלפה.

כלומר, נמצאה עלייה בביצוע פעולות מניעה בעיקר בקבוצות הסיכון, הן כשמדובר בבדיקות לחץ דם בקרב קשישים והן בממוגרפיה בקרב בנות 50 ויותר. מגמה זו ניכרה בעיקר בקופת חולים הכללית. עדיין קיימים הבדלים קלים בהיקף הטיפול המונע בקרב מקבלי הקצבאות לבין יתר האוכלוסייה. אחוז מקבלי קצבאות שדיווחו על בדיקת לחץ דם בכל קבוצת גיל נמוך לעומת יתר האוכלוסייה. ולעומת זאת אחוז הנבדקים בבדיקת לחץ דם בחצי השנה האחרונה גבוה לעומת יתר האוכלוסייה. אחוז המקבלות השלמת הכנסה מעל גיל 50 שלא נבדקו בבדיקת ממוגרפיה היה גבוה מאוד. ייתכן שזאת בגלל דפוסי הספקת השירותים וייתכן שבשל חוסר מודעות של המבוטחות.

לוח 15: מדווחים על ביצוע בדיקות מניעה נבחרות, לפי גיל וקבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה		מקבלי הבטחת הכנסה		
	הכנסה	גילאי עבודה	הכנסה	גילאי עבודה	
92	92	86	82	82	לחץ הדם נבדק אי-פעם - סה"כ ¹
--	--	84	81	81	עד גיל 44
96	89	90	85	85	45-64
91	92	--	--	--	+65
54	39	31	21	21	עברה ממוגרפיה אי-פעם - סה"כ ^{1,2}
--	--	24	16	16	עד גיל 50
54	39	61	54	54	מעל גיל 50

¹ p<0.05 בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² p<0.05 בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

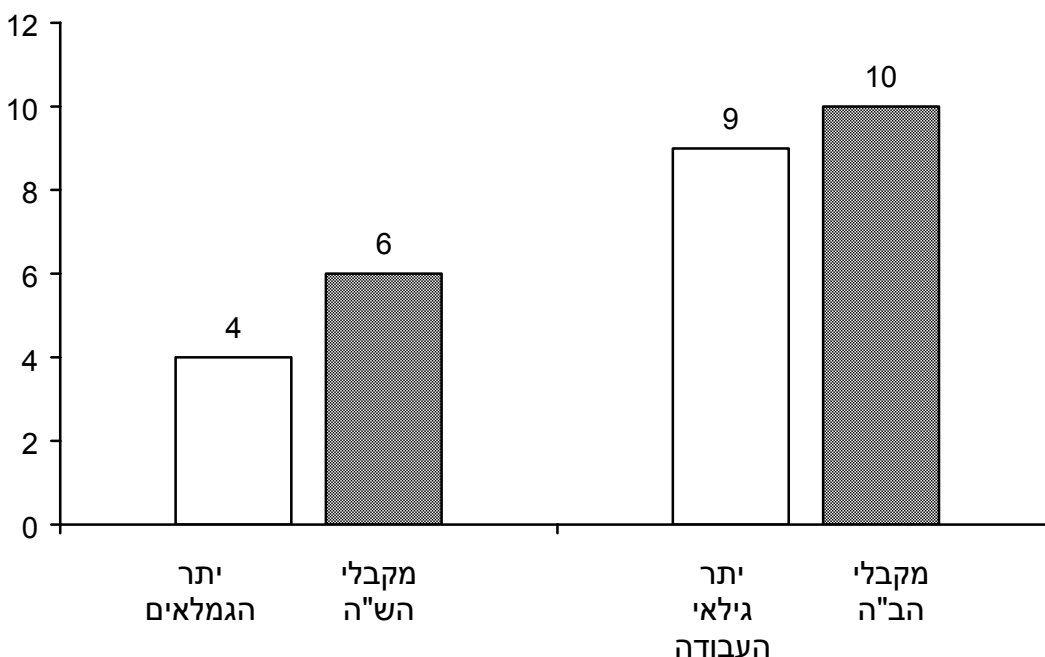
רפואה דחופה: כאשר המרפאה הייתה סגורה, נזקקו לטיפול רפואי דחוף עשרים אחוזים ממקבלי הבטחת הכנסה, לעומת 16% מגילאי העבודה האחרים; ושישה עשר אחוזים ממקבלי השלמת הכנסה לעומת 11% מכלל הגמלאים. גורם הפנייה השכיח היה חדר המיון, למעט מקבלי השלמת הכנסה שפנו לרופא פרטי; אחוז מקבלי הבטחת הכנסה שפנו לרופא פרטי גבוה לעומת האחוז בקרב גילאי העבודה. ככלל, מקבלי הקצבאות פונים פחות למר"מ לצורך קבלת טיפול דחוף, וייתכן שההסבר לזה נמצא בפריסת השירותים, שכן מקבלי הקצבאות מרוכזים יותר בפריפריה, שבה הנגישות לרפואה ציבורית נמוכה יותר (מר"מ וחדר מיון).

בריאות הנפש: כארבעים אחוזים ממקבלי הבטחת הכנסה ו-21% מיתר גילאי העבודה סבלו בעבר ממצוקה נפשית שהתקשו להתמודד אתה. לעומתם, מקבלי קצבאות קשישים נטו לדווח פחות על מצוקה נפשית, 26% לעומת 34% מיתר הגמלאים. מתברר שפחות ממחצית הסובלים מבעיה נפשית פנו לקבל עזרה מאנשי מקצוע - כחמישים אחוזים מבין מקבלי הבטחת הכנסה, לעומת 37% מגילאי העבודה; ו-39% ממקבלי השלמת הכנסה לעומת 41% מיתר הגמלאים. ההבדלים בהיקף הפנייה לאנשי מקצוע קשורים לחומרת הבעיה הנפשית וליכולת להתמודד אתה, למאפיינים תרבותיים, למודעות לקיום השירותים ולזמינותם ולאפשרות לשלם עבורם ולגורמים נוספים (גרוס ואחרים, 1997). זיהוי מאפייניהם של הנוטים ללקות במצוקה נפשית יכול לסייע לספקי השירותים להיערך בהתאם.

6.3.2 התמודדות של מקבלי קצבאות עם קשיים במעבר בין קופות-חולים

אחוזי העוברים קופה מאז החלת החוק גבוהים מעט יותר בקרב מקבלי הקצבאות - עשרה אחוזים מקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 9% בקרב גילאי העבודה האחרים ו-6% בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת 4% בקרב יתר הגמלאים (ההבדלים אינם מובהקים). הסיבה השכיחה של מקבלי הבטחת הכנסה למעבר לקופת חולים אחרת הייתה אי שביעות רצון מקופת החולים הקודמת (22%); (לוח 16); והסיבה השכיחה של מקבלי השלמת הכנסה למעבר הייתה קרבה למקום המגורים (38%).

תרשים 4: אחוז העוברים קופה מאז 1995, לפי קבוצות אוכלוסייה



לוח 16: סיבות עיקריות למעבר לקופת חולים אחרת, לפי קבוצות אוכלוסייה

גמלאים	מקבלי השלמת		מקבלי הבטחת		
	הכנסה	הכנסה	גילאי עבודה	הכנסה	
--	19	33	18	איכות שירותי הקופה	
14	38	13	15	קירבה למקום המגורים	
57	24	17	22	ניסיון שלילי בקופה הקודמת	
29	5	8	18	מקצועיות הרופאים	
--	9	7	10	המלצת מכרים	
--	5	22	17	סיבה אחרת	

כאחד עשר אחוזים מבין המרוואיינים סברו שיוכלו לקבל שירות רפואי טוב יותר בקופת חולים אחרת, ולא היו הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה. עשרים אחוזים ממקבלי הבטחת הכנסה ו-19% בקרב גילאי העבודה האחרים; 8% ממקבלי השלמת הכנסה ו-12% מיתר הגמלאים חשבו לעבור לקופת חולים אחרת בשנת 1995. לדבריהם, הסיבה העיקרית לכך שהם לא עברו הייתה שהם השתכנעו שהקופה המבטחת די טובה (21% ממקבלי הבטחת הכנסה 24% משאר גילאי העבודה, 25% ממקבלי השלמת הכנסה). הסיבה השכיחה של הגמלאים לכך שאינם מקבלים השלמת הכנסה הייתה ששירותי הקופה שרצו אינם קרובים לביתם (29%).

גם מניתוח רב-משתני להסבר מעבר לקופה אחרת לא התקבלה השפעה מובהקת לשייכות לקבוצת מקבלי קצבאות (המספר הקטן של גמלאים שעברו לקופת חולים אחרת הגביל בדיקה רב-משתנית בקבוצת הקשישים). גם לא למגורים ביישוב במעמד סוציו-אקונומי נמוך,¹¹ ליישוב קטן, להשכלה למין ולא למצב בריאות. יש הסתברות גבוהה יותר שחברי קופות החולים הקטנות (אנשים שעברו מקופת חולים הכללית ליתר הקופות) ודוברי רוסית יעברו לקופת חולים, מאז 1995 (לוחות 2ד, 3ד, בנספח ד').

סביר להניח שהשוקלים מעבר לקופת חולים אחרת, מבין אלה שמאז 1995 לא עברו לקופת חולים אחרת, הם מבוטחי קופת חולים הכללית, אינם דוברי ערבית וצעירים בעלי השכלה על תיכונית. חשוב לציין שאין הבדלים מובהקים בין מקבלי הבטחת הכנסה לגילאי העבודה האחרים, אך יש הבדל בין מקבלי השלמת הכנסה שפחות מגמלאים אחרים שוקלים לעבור לקופת חולים אחרת (לוחות 4ד, 5ד, בנספח ד').

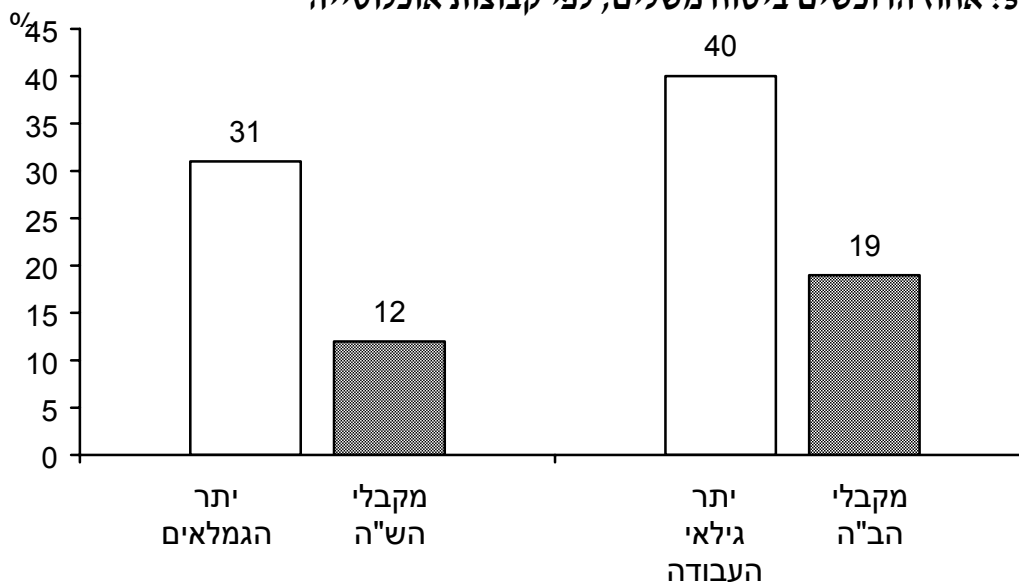
מהאמור לעיל, לא מסתמנים קשיים מיוחדים של האוכלוסייה החלשה במעבר בין קופות לאחר החלת החוק; שכן אחוז מקבלי הקצבאות העוברים לקופת חולים אחרת אינו שונה מהאחוז המקביל לו בקרב יתר האוכלוסייה. השינוי בחוק, שלפיו קופות החולים חייבות לקבל כל פונה, אפשר למבוטחים לא מרוצים לעבור לקופת חולים אחרת.

¹¹ שלושת האשכולות הנמוכים בדירוג היישובים על פי המעמד החברתי-כלכלי (פרסום מס' 1039, למ"ס, 1995).

6.3.3 מחסומים כלכליים לרכישת ביטוחים משלימים ומסחריים בקרב מקבלי קצבאות

אחוז מקבלי הקצבאות שרכשו ביטוח משלים נמוך (19% מקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 40% בקרב גילאי העבודה האחרים ו-12% מקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת 31% מיתר הגמלאים). הבדלים דומים בין מקבלי קצבאות לאחרים נמצאו הן בקופת חולים הכללית והן ביתר הקופות.

תרשים 5: אחוז הרוכשים ביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה



הסיבה השכיחה לאי-רכישה היא העדר מידע (כשליש) (לוח 17); כרבע אמרו ששירותי קופות החולים מספקים אותם; וכחמישית ציינו מחסומים כלכליים (21% ממקבלי הבטחת הכנסה, 14% מיתר גילאי העבודה, 19% ממקבלי השלמת הכנסה ו-23% מהגמלאים האחרים).

לוח 17: סיבות עיקריות לאי רכישת ביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)¹

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	סיבות עיקריות לאי רכישת ביטוח משלים
27	27	28	37	לא יודע מספיק על הביטוח המשלים
25	21	25	25	השירותים שהקופה נותנת מספקים
12	15	23	11	לא יודע / לא חשב על רכישת ביטוח
23	19	14	21	המחיר הנדרש גבוה מדי
13	18	10	6	סיבה אחרת

¹ $p < 0.05$ בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

מרגרסיה לוגיסטית עולה שנטייתם של מקבלי קצבאות (הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה) לרכוש ביטוח משלים נמוכה מנטייתם של מי שאינם מקבלי קצבאות. מהניתוח בשלבים עולה שמקורם של רבים מהבדלים אלה הוא מאפיינים אישיים, וכי מאפייני יישוב המגורים משפיעים קלות על נטייתם של מקבלי קצבאות לרכוש ביטוח משלים. המאפיינים האישיים המסתמנים מהניתוח היו דוברי רוסית, בעלי השכלה עד תיכונית ומבוטחי קופת חולים הכללית (יחסים צולבים: 5.6 בהשוואת מבוטחי הקופות הקטנות למבוטחי הכללית הצעירים ו-13.0 בקרב הקשישים). נטייתם של צעירים המתגוררים ביישובים

ברמה חברתית-כלכלית נמוכה לרכוש ביטוח משלים פחותה מנטייתם של צעירים המתגוררים ביישובים במעמד חברתי-כלכלי בינוני ומעלה (לוחות 6ד-9ד, בנספח ד').

גם ביטוח פרטי נרכש פחות בקרב מקבלי קצבאות (7% בקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 19% בקרב גילאי העבודה שאינם מקבלי הבטחת הכנסה ו-10% בקרב הגמלאים המקבלי השלמת הכנסה לעומת 8% מהגמלאים שאינם מקבלי השלמת הכנסה). יצוין שהביטוח השכיח של מקבלי הבטחת הכנסה הוא ביטוח שיניים (כמחצית מבעלי ביטוח פרטי) לעומת סוגי הביטוח השכיחים של גילאי העבודה האחרים: ניתוחים והשתלות בחו"ל וביטוח שיניים (כ-47% מבעלי ביטוח פרטי). הסיבה הרווחת לאי-רכישת ביטוח היא מחסומים כספיים (34% מבין מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 18% מגילאי העבודה האחרים ו-27% ממקבלי השלמת הכנסה לעומת 25% מיתר הגמלאים); (לוח 18).

לוח 18: סיבות עיקריות לאי רכישת ביטוח פרטי, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)^{2,1}

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה		מקבלי הבטחת הכנסה		
	מקבלי השלמת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	גילאי עבודה	
19	13	18	20	לא יודע די על הביטוח הפרטי	
21	21	26	21	השירותים שהקופה נותנת מספקים	
12	15	19	15	לא יודע / לא חשב על רכישת ביטוח	
25	27	18	34	המחיר הנדרש גבוה מדי	
10	2	16	5	שירותי הביטוח המשלים מספקים	
13	22	3	5	סיבה אחרת	

¹ $p < 0.05$ בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² $p < 0.05$ בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

מלוחות 10ד ו-11ד בנספח ד', עולה שהנטייה לרכוש ביטוח פרטי גבוהה יותר בקרב בעלי השכלה על-תיכונית, הן בקרב מקבלי הבטחת הכנסה והן בקרב מקבלי השלמת הכנסה. בנוסף, מקבלי הבטחת הכנסה רוכשים פחות ביטוח פרטי בהשוואה לשאר גילאי העבודה בקרב הקשישים הנטייה לרכוש ביטוח פרטי היא דומה אצל מקבלי השלמת הכנסה ויתר הגמלאים.

מתברר, אפוא, שהיקף רכישת ביטוחים משלימים לא השתנה בין 1995 ל-1997 והיקף רכישת ביטוחים פרטיים ירד אצל מעוטי הכנסה. מקבלי הקצבאות רוכשים פחות מיתר האוכלוסייה ביטוח משלים, הסיבה השכיחה שאינם רוכשים היא משום שאינם יודעים מספיק על תוכניות אלה. הם גם רוכשים פחות ביטוחים פרטיים, הסיבה השכיחה שאינם רוכשים היא כספית.

הדיווח על תשלומי מס בריאות מרמז על יתר פרוגרסיביות, בתקופה שלאחר החלת החוק, המתבטאת בשיעור נמוך של מדווחים על עלייה בתשלומים בקרב מעוטי הכנסה ובמקביל בשיעור גבוה יותר של מדווחים על עלייה בתשלומים בקרב בעלי הכנסה גבוהה. מהדיווח על מידת הכבדת תשלומי הבריאות ניתן ללמוד שלמרות שמצבם הבריאותי של מקבלי הקצבאות פחות טוב ויש להם אמצעים מצומצמים יותר, פרוגרסיביות המס וההקלות בתשלום עבור תרופות אכן מקלה עליהם.

6.3.4 שביעות הרצון של מקבלי קצבאות משירותי הבריאות

אחד המדדים לאיכות שירותי הבריאות היא שביעות רצונם של צרכניהם. המרואיינים נתבקשו לדרג את שביעות רצונם ממרכיבי שירות שונים בסולם של 4 דרגות, מ"לא מרוצה" ועד "מרוצה מאוד". לוח 18 מפרט את אחוז המרוצים מאוד משירותים שונים של קופת החולים שבה הם מבוטחים. שביעות רצונם של מקבלי הקצבאות משירותי קופת החולים נמוכה מזו של יתר האוכלוסייה: 20% ממקבלי הבטחת הכנסה היו מרוצים מאוד, 67% מרוצים ועוד 13% לא כל כך מרוצים או לא מרוצים. לעומת 27% מגילאי העבודה האחרים שהיו מרוצים מאוד, 64% מרוצים ו-9% לא כל כך או לא מרוצים. מבין מקבלי השלמת הכנסה, 21%, 72%, 23%, בהתאמה, לעומת 33%, 61%, 6%, בהתאמה, בקרב הגמלאים האחרים. כאשר מאחדים את שתי הקטגוריות העליונות, ההבדלים בין אחוז המרוצים או המרוצים מאוד בין סוגי המדגמים מצטמצמים (87% בקרב מקבלי הבטחת הכנסה לעומת 91% אצל יתר גילאי העבודה, ו-93% אצל מקבלי השלמת הכנסה לעומת 94% אצל יתר הגמלאים). גם במרכיבי השירות, רמת שביעות הרצון בקרב גילאי העבודה ובקרב הגמלאים הייתה נמוכה לעומת רמת שביעות הרצון בקרב יתר האוכלוסייה. הפערים הבולטים נמצאו בשביעות הרצון מיחס רופא המשפחה וממקצועיות הרופאים המומחים.

לוח 19: שבעי רצון במידה רבה מאוד משירותי קופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
33	21	27	20	קופת החולים באופן כללי ^{2,1}
46	31	33	25	מקצועיות רופא המשפחה ^{2,1}
57	45	49	37	יחס רופא המשפחה ^{2,1}
40	35	36	27	יחס האחיות ¹
40	22	29	23	מקצועיות רופאים מומחים ^{2,1}
29	25	28	24	יחס עובדי המשרד
27	19	20	17	מבחר התרופות ²
31	25	29	23	הקלות שבה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות ¹
27	19	24	15	שירותי מעבדות
39	41	47	39	תחזוקת המתקנים

¹ p<0.05 בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² p<0.05 בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

שביעות הרצון של מקבלי הקצבאות, הן בקופת חולים הכללית והן בקופות החולים האחרות, ממקצועיות רופא המשפחה, מיחס האחיות, ממקצועיות הרופאים המומחים, מיחס עובדי המשרד, ממבחר התרופות, מקבלת הפניות והתחייבויות ומשירותי המעבדות נמוכה מזו של יתר האוכלוסייה.

מבדיקה רב משתנית עולה שבקרב הצעירים אפשר להסביר שני שלישים מהפער בשני מרכיבי שביעות הרצון - רופא המשפחה ושירותי המעבדות - ובחשיבות שמייחסים להם מקבלי הבטחת הכנסה. בקרב הקשישים אפשר להסביר מעל שני שלישים מהפער בפערים ברופא המשפחה. הפער בשביעות הרצון בין מקבלי קצבאות לאחרים עומד בעינו גם אם מפקחים על מאפיינים אישיים ומאפייני יישוב המגורים (בקרב הצעירים היחס הצולב עולה מ-0.67 ל-0.69 והוא מובהק; בקרב הקשישים היחס הצולב עולה מ-0.51 ל-0.72 ואינו מובהק), אף כי מקדם הרגרסיה הלוגיסטית אינו מובהק (יחס צולב 0.69 אצל הצעירים ו-0.72 אצל הקשישים). מאפיינים אישיים ושייכות לקופת חולים הם מרכיב חשוב יותר

ממאפייני יישוב המגורים בהסבר ההבדלים בין מקבלי קצבאות לאחרים. עוד מתברר שיש הבדלים במאפיינים המנבאים שביעות רצון בקרב הצעירים ובקרב הקשישים. המאפיינים המנבאים שביעות רצון נמוכה בקרב הצעירים הם שפה (דוברי רוסית), שייכות לקופת חולים הכללית וכן גברים והשכלה גבוהה. לעומת זאת, המאפיין העיקרי לניבוי שביעות רצון נמוכה בקרב הקשישים הוא מצב בריאות ירוד (לוחות 12-15, בנספח ד').

שביעות הרצון ממרכיבי השירות שנבדקו עלתה בקרב המשתתפים לחמישון התחתון בין שנת 1995 לשנת 1997, יותר מאשר בשאר החמישונים, כך שב-1997 שביעות הרצון של שתי הקבוצות הייתה דומה. רמת שביעות הרצון שהתקבלה ב-1997 דומה גם בהשוואה לרמת שביעות הרצון בקרב מקבלי השלמת הכנסה, והיא גבוהה בהשוואה למקבלי הבטחת הכנסה. בדיקת הפערים ב-1997 העלתה, כאמור, ששביעות רצונם של מקבלי קצבאות (הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה) נמוכה מזו של יתר האוכלוסייה. חלק מהפערים מוסברים בכך שמצב בריאותם של מקבלי השלמת הכנסה פחות טוב מזה של יתר הקשישים. בקרב גילאי העבודה, מלבד ההשתייכות למקבלי הבטחת הכנסה, אחת הסיבות להבדלים היא בקופה המבטחת ובמאפיינים חברתיים-תרבותיים. הקשר בין שביעות הרצון למצב חברתי-כלכלי אינו עקיב בסקרים שונים שנערכו בארה"ב (Carmel, 1985; Shmueli, 1996; Cleary and McNeil, 1998). חשוב לציין שלא נמצא קשר בין שביעות הרצון למיקומו, למעמדו החברתי-כלכלי או לגודלו של יישוב המגורים.

6.3.5 היקף השימוש של מקבלי קצבאות בשירותי בריאות פרטיים והיקף הלחצים הכלכליים של הוצאות על בריאות

אחוז המדווחים על הוצאות לרופא פרטי (בשלושת החודשים שקדמו לסקר) בקרב מקבלי הבטחת הכנסה היה 6% לעומת 9% בקרב גילאי העבודה האחרים ו-9% בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת 10% בקרב יתר הגמלאים. בקרב מקבלי קצבאות היה אחוז מדווחים גבוה על הוצאות לרופא פרטי בקרב דוברי ערבית, הן בהשוואה לדוברי עברית ורוסית והן בהשוואה לדוברי ערבית שאינם מקבלים קצבאות.

על פי נוסחת תשלומי מס הבריאות, לגמלאים ולמקבלי קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי ניתנות הקלות בתשלומי המס. בנוסף, חולים כרוניים מקבלים הקלות בתשלומיהם לקניית תרופות. הדבר בא לידי ביטוי בלוח 20, לפי אחוז מקבלי קצבאות והגמלאים (כולם) המדווחים שנטל התשלומים לבריאות לא מכבידים עליהם בכלל הוא גבוה יותר (30% בהבטחת הכנסה לעומת 19% מיתר גילאי העבודה ו-34% ממקבלי השלמת הכנסה ומהגמלאים האחרים).

לוח 20: מידת הכבדת תשלומי המשפחה לבריאות, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)¹

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה		מקבלי הבטחת הכנסה		
	גמלאים	הכנסה	גילאי עבודה	הכנסה	
100	100	100	100	100	סה"כ
17	15	24	22	22	רבה
32	29	37	27	27	בינונית
18	22	20	21	21	מועטה
34	34	19	30	30	לא מכבידים

¹ $p < 0.05$ בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

6.3.6 השינויים ברמת השירות מאז החלת החוק, לפי תפיסתם של מקבלי הקצבאות

המרוויינים נשאלו האם חשו בשינוי ברמת שירותי הבריאות לעומת השנה שקדמה לסקר. מבין מקבלי הבטחת הכנסה דיווחו 34% על שיפור ו-7% על הרעה. היתר לא חשו בשינוי. עשרים אחוזים ממקבלי השלמת הכנסה חשו בשיפור ו-6% בהרעה. בקרב האוכלוסייה הכללית נרשם דיווח בהיקף גדול יותר על שיפור (43% בקרב גילאי העבודה האחרים ו-32% בקרב יתר הגמלאים); (לוח 21). עיקר הפערים נעוץ אצל מבוטחי קופת חולים הכללית, שכן הדיווח על שיפור השירות בקרב מבוטחיה נמוך אצל מקבלי קצבאות בהשוואה ליתר. דפוס זה לא נמצא ביתר הקופות (לוח 17 בנספח ג').

לוח 21: החשים בשינוי בשירותי הבריאות של קופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה^{1,2} (באחוזים)

גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה		מקבלי הבטחת הכנסה		
	גמלאים	הכנסה	גילאי עבודה	הכנסה	
32	20	43	34	34	שיפור
7	6	9	7	7	הרעה
61	74	48	59	59	ללא שינוי

¹ $p < 0.05$ בהשוואת צעירים (מקבלי הבטחת הכנסה לעומת גילאי עבודה)

² $p < 0.05$ בהשוואת קשישים (מקבלי השלמת הכנסה לעומת גמלאים)

בשנת 1997, מקבלי הקצבאות חשו פחות בשיפור ברמת שירותי הקופה המבטחת, לעומת השנה שקדמה לה (1996). מניתוח רב-משתני (לוחות 16ד-21ד, בנספח ד') עולה שהסיבה לכך היא השתייכות לקופת חולים הכללית ולאוכלוסייה הערבית. באוכלוסייה הקשישה נמצאה בהסתברות נמוכה אצל דוברי רוסית והלא-נשואים. ליתר המאפיינים, לרבות מאפייני יישוב המגורים, לא נמצאה השפעה מובהקת במודל הרגרסיה הנייל. עם זאת, מצאנו כי למאפייני היישוב הייתה השפעה על היחסים הצולבים בין מקבלי הקצבאות (הבטחת הכנסה והשלמת הכנסה) לשאר; שכן הוספתם למודל תרמה להקטנת הפערים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה (בגילים המקבילים).

6.4 סיכום השוואה בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה - 1997

השוואה בין מקבלי קצבאות לשאר האוכלוסייה מלמדת שמצבם של מקבלי הקצבאות פחות טוב, על פי מקצת המדדים שנידונו. בקרב גילאי העבודה מרבית הפערים בין מקבלי הבטחת הכנסה לשאר 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 גילאי העבודה היו מצומצמים. ההבדלים מתבטאים בכמה עניינים; מקבלי הבטחת הכנסה דיווחו על משך הגעה ארוך יותר לרופא משפחה, על שיפור מצומצם יותר באיכות שירותי הקופה המבטחת ועל שביעות רצון נמוכה יותר משירותי הקופה באופן כללי. מקור מקצת ההבדלים מוסבר באחוז הגרושים שבשתי הקבוצות ובהרכב שונה, לפי מוצא (בעיקר בחלקם של דוברי רוסית). מקור אחר להבדלים הוא בהשתייכות לקופות החולים. מקבלי הבטחת הכנסה גם רוכשים פחות ביטוח משלים.

לוח 22: הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה ב-1997

מקבלי הש"ה לעומת יתר הגמלאים	מקבלי הבי"ה לעומת יתר גילאי עבודה	
		נגישות וזמינות
=	=	% שיש להם רופא קבוע
+	+	משך הגעה לרופא משפחה +15 דק'
+	+	המתנה במרפאת רופא משפחה +15 דק'
=	=	המתנה בתור למומחה מעל שבועיים
=	=	ויתרו על שירות בגלל מרחק
=	+	פנו לגורם מקצועי בעת מצוקה נפשית
-	-	סבירות הגעה לרופא משפחה
-	=	סבירות המתנה לרופא מומחה
-	-	שעות קבלה של רופא משפחה נוחות מאוד
-	-	שעות קבלה של רופא מומחה נוחות מאוד
-	-	שעות קבלה של עובדי המשרד נוחות מאוד
-	-	שעות מסירת וקבלת בדיקות נוחות מאוד
-	-	עברו אי-פעם בדיקות מניעה
		מעבר קופה
+	+	% שעברו
-	=	% ששקלו לעבור
		רכישת ביטוח משלים/פרטי
-	-	% שרכשו ביטוח משלים
=	-	% שרכשו ביטוח פרטי
-	-	שביעות רצון כללית במידה רבה מאוד
		נטל כלכלי של תשלומים לבריאות ושימוש בשירותים פרטיים
=	-	תשלומים לרופא פרטי
=	-	נטל כלכלי רב
-	-	שיפור ברמת השירות
		- אחוז נמוך יותר
		+ אחוז גבוה יותר
		= אחוז דומה

באוכלוסיית הקשישים יש יותר פערים והם גדולים יותר. משך ההגעה והמתנה לרופא המשפחה ארוך יותר בקרב **מקבלי השלמת הכנסה** מאשר בקרב שאר הגמלאים. שעות הקבלה של נותני שירותים שונים פחות נוחות. שביעות רצונם מהרופאים המטפלים בהם נמוכה יותר, ובאופן כללי הם פחות מרוצים משירותי הקופה המבטחת. מקבלי השלמת הכנסה גם חשו פחות בשיפור שירותי הקופה בהשוואה לגמלאים שאינם מקבלים השלמת הכנסה. היקף רכישת ביטוחי בריאות בקרב מקבלי השלמת הכנסה

נמוך מזה של יתר הגמלאים, וכן גם היקף צריכת הרפואה הפרטית. היקף ביצוע בדיקות ממוגרפיה קטן בקרב מקבלות השלמת הכנסה לעומת ההיקף שבקרב יתר הגמלאיות, אולם ניכר שיפור בתקופה האחרונה בתחום זה. מצאנו שחלק ניכר מהפערים מוסבר במצב בריאות פחות טוב של מקבלי השלמת הכנסה ובריכוז גבוה של דוברי רוסית. הנושאים שבהם אין הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר האוכלוסייה: אחוז המדווחים על רופא קבוע המטפל בהם; ההמתנה בתור לרופא מומחה; ואחוז המדווחים שוויתרו על שירות רפואי בגלל המרחק מביתם. אחוז העוברים לקופת חולים אחרת מאז 1995 גבוה יותר בקרב מקבלי השלמת הכנסה לעומת שאר הגמלאים. לוח 11 מסכם את הממצאים העיקריים שהוצגו בפרק זה.

6.5 השוואה בין מקבלי קצבאות לאוכלוסיית החמישון התחתון ב-1997

בדוח זה השתמשנו בשתי הגדרות עבור מעוטי הכנסה – חמישון תחתון (ב-1995 וב-1997) ומקבלי קצבאות (ב-1997). השוואה בין מקבלי הקצבאות ליתר האוכלוסייה ב-1997 אפשרה ניתוח מעמיק יותר לעומת ההשוואה בין החמישון התחתון לחמישונים שמעליו, שכן מדגם מקבלי הקצבאות תוגבר בצורה ניכרת. על מנת ללמוד על מידת ההתאמה בין שתי האוכלוסיות השווינו בין מאפייני מעוטי ההכנסה השייכים לחמישון התחתון לבין מאפייניהם של מקבלי הקצבאות, ומצאנו שיש הבדלים מסוימים הן במאפיינים הדמוגרפיים והן בחלק מהממצאים שהתקבלו בסקר. מהשוואה בין האוכלוסיות עולה שבקרב החמישון התחתון יש אחוז גבוה יותר של דוברי ערבית, נשואים ואחוז מבוטחי בקופת חולים הכללית גבוה רק בהשוואה למקבלי הבטחת הכנסה. אחוז המדווחים שמצב בריאותם לא טוב/גרוע גבוה רק בהשוואה למקבלי הבטחת הכנסה. אחוז נמוך מהמשתייכים לחמישון התחתון הם דוברי רוסית. על פי מדדי נגישות, זמינות ושביעות רצון מהשירותים, מצבם של מקבלי הקצבאות קצת פחות טוב. תחושת השיפור בשירות בהשוואה ל-1996 נמוכה ונטל תשלומי הבריאות אף הוא נמוך, אך במידה מעטה, אצל מקבלי קצבאות בהשוואה לחמישון התחתון. חלק מההבדלים הללו, אף כי ברובם הם אינם גדולים, מוסבר ככל הנראה בהבדלים בהרכב האוכלוסיות (בייחוד מאפייני השפה, מצב בריאות וגיל).

6.6 השפעת מאפייני יישוב המגורים על הסוגיות שנידונו בדוח

בפרק זה נבחן את הקשר בין מאפייני יישוב המגורים (מעמד חברתי-כלכלי, גודל ומיקום גיאוגרפי) להיבטים שונים של שירותי הבריאות ונשאלות שאלות אלו:

1. האם מאפייני יישוב המגורים משפיעים על שירותי מערכת הבריאות למעוטי הכנסה?
2. האם מאפייני יישוב המגורים משפיעים על שירותי מערכת הבריאות שמקבלים בעלי הכנסה בינונית ומעלה?
3. האם יש הבדלים בין מקבלי קצבאות לבין מי שאינם מקבלים קצבאות ביישובים "חלשים" (במעמד חברתי-כלכלי נמוך, שמספר התושבים בו קטן מ-5,000 או בפריפריה)?
4. האם יש הבדלים בין מקבלי קצבאות ליתר ביישובים "מבוססים" (במעמד חברתי-כלכלי בינוני-גבוה, שמספר התושבים בו הוא מעל 5,000 או במרכז הארץ)?

בזכות הגדרת תכונות מסוימות של היישובים יכולנו לבדוק האם ספקי שירותי הבריאות קובעים מדיניות על פי מצבם החברתי-כלכלי של תושביו, על פי גודל היישוב (האם מאמצי הקופות בהספקת

השירות דומים ביישוב קטן וגדול?) ועל פי מידת ריחוקו ממרכז הארץ (האם כדאיות ההשקעה בפריפריה דומה לזו שבמרכז?). אולם למאפיינים אלה יש גם מגבלות והן: א. ההטרונגניות הגדולה במאפייני תושביהם של יישובים קטנים, וההטרונגניות הגדולה במאפייני תושבי שכונות הערים הגדולות; ב. ביישובים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה מתגוררים גם תושבים במעמד גבוה.

מלוחות 23-26 עולות המסקנות הבאות:

1. בקרב מקבלי קצבאות בדרך כלל אין למאפייני יישוב המגורים שנבדקו השפעה משמעותית על הנושאים העיקריים שנידונו בדוח. מתברר שפרט לרכישת ביטוח משלים ותחושת שיפור בשירותי הקופה בהשוואה לשנה שקדמה לסקר, לא ניכרת השפעה של מעמדו החברתי-כלכלי, גודלו או מקומו של היישוב על שביעות הרצון מהשירות, על היקף מעבר קופה וגם לא על היקף רכישת ביטוח פרטי (לוח 23). הדפוסים הללו נשארים גם לגבי האוכלוסייה היהודית בלבד.
2. בקרב מבוטחים שלא מקבלים קצבאות, למאפייני היישוב יש השפעה גדולה יותר על הפרמטרים השונים, בעיקר בדיווח על שיפור השירות והיקף רכישת ביטוח משלים (לוח 24).
3. בתוך יישובים "חלשים" ניכר דפוס שלפיו מצבן של קבוצות האוכלוסייה שאינן מקבלות קצבאות, טוב יותר בהשוואה למקבלי קצבאות (ביישובים קטנים ההבדלים קטנים יותר); (לוח 25).
4. ביישובים "מבוססים" דפוס זה דומה, מצבן של קבוצות האוכלוסייה שאינן מקבלות קצבאות, טוב יותר, בדרך כלל (לוח 26).

לוח 23: השוואות נבחרות בקרב מקבלי קצבאות, לפי מאפייני יישוב מגורים וגיל (באחוזים)

פריסה גיאוגרפית		גודל יישוב		מעמד חברתי-כלכלי של יישוב		מקבלי הבטחת הכנסה
מרכז	פריפריה	מעל 5000	עד 5000	בינוני-גבוה	נמוך	
22	17	20	20	20	15	שבעי רצון במידה רבה
29	37	29	*49	31	40	חשים בשיפור השירות
23	16	10	13	11	7	עברו קופה
23	16	20	15	21	*9	בעלי ביטוח משלים
6	8	8	2	7	8	בעלי ביטוח פרטי
מקבלי השלמת הכנסה						
19	20	20	14	19	22	שבעי רצון במידה רבה
17	23	17	28	18	30	חשים בשיפור השירות
8	9	8	3	8	2	עברו קופה
16	*9	14	3	13	6	בעלי ביטוח משלים
5	*13	10	17	10	9	בעלי ביטוח פרטי

* p<0.05

לוח 24: השוואות נבחרות בקרב מבוטחים שאינם מקבלי קצבה, לפי מאפייני יישוב מגורים ולפי גיל (אחוזים)

פריסה גיאוגרפית		גודל יישוב		מעמד חברתי-כלכלי של יישוב		יתר גילאי עבודה
מרכז	פריפריה	מעל 5,000	עד 5,000	בינוני-גבוה	נמוך	
28	24	30	22	27	20	שבעי רצון במידה רבה
37	*50	38	36	54	*41	חשים בשיפור השרות
**7	10	8	6	9	12	שעברו קופה
48	*29	48	*29	44	*15	בעלי ביטוח משלים
21	**16	21	18	20	*10	בעלי ביטוח פרטי
יתר גמלאים						
37	28	34	19	34	39	שבעי רצון במידה רבה
32	31	29	13	29	*56	חשים בשיפור השרות
3	5	3	--	36	*6	עברו קופה
41	*18	35	**12	13	6	בעלי ביטוח משלים
13	*2	10	6	9	6	בעלי ביטוח פרטי

* p<0.05

** p<0.10

לוח 25: השוואות נבחרות בין מקבלי קצבה לשאר - ביישובים "חלשים", לפי גיל (אחוזים)

יישוב במרכז		יישוב בינוני-גדול		יישוב במעמד חברתי-כלכלי בינוני-גבוה		גילאי עבודה
יתר	מקבלי קצבה	יתר	מקבלי קצבה	יתר	מקבלי קצבה	
24	*17	22	20	20	15	שבעי רצון במידה רבה
50	*37	36	49	54	40	חשים בשיפור השרות
10	11	6	13	12	7	שעברו קופה
29	*16	29	15	15	9	בעלי ביטוח משלים
16	*8	18	*2	10	8	בעלי ביטוח פרטי
גמלאים						
27	20	19	14	39	22	שבעי רצון במידה רבה
31	23	13	28	56	30	חשים בשיפור השרות
5	6	--	3	6	2	שעברו קופה
18	*9	12	3	6	6	בעלי ביטוח משלים
2	*13	6	17	6	9	בעלי ביטוח פרטי

* p<0.05

לוח 26: השוואות נבחרות בין מקבלי קצבה לשאר- ביישובים "מבוססים", לפי גיל (אחוזים)

יישוב במרכז		יישוב בינוני-גדול		יישוב במעמד חברתי- כלכלי בינוני-גבוה		גילאי עבודה
מקבלי קצבה	יתר	מקבלי קצבה	יתר	מקבלי קצבה	יתר	
28	22	30	*20	27	*20	שבעי רצון במידה רבה
37	**29	38	*29	41	*31	חשים בשיפור השרות
7	9	8	10	9	11	עברו קופה
48	*23	48	*20	44	*21	בעלי ביטוח משלים
21	*6	21	*8	20	*9	בעלי ביטוח פרטי
גמלאים						
37	*19	20	14	34	*19	שבעי רצון במידה רבה
32	*17	29	*17	29	**18	חשים בשיפור השירות
3	**8	3	*8	3	*8	שעברו קופה
41	*16	35	*14	36	*13	בעלי ביטוח משלים
13	*5	10	10	9	10	בעלי ביטוח פרטי

* p<0.05

** p<0.10

7. דיון וסיכום

בדוח זה הצגנו ממצאים רבים. מאחר שהתמונה מורכבת אפשר להדגיש את "חצי הכוס המלאה" או את "חצייה השני של הכוס".

"חצי הכוס המלאה"

לפני החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו ליקויים חמורים בשירותי הבריאות, מבחינת מעוטי ההכנסה. במחקר זה מצאנו שמאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי חל שיפור ברמת השירות, בנגישותו, בזמינותו ובהיקף ביצוע פעולות מניעה בקרב מעוטי הכנסה. יש לציין שחלו גם שיפורים בשירות שניתן לאוכלוסייה הכללית, אך בדרך כלל השיפורים היו גדולים יותר בקרב מעוטי הכנסה (בעיקר בגילאי העבודה); כך שחלק מהפערים צומצמו. מצאנו גם שב-1997 היו פערים בפרמטרים מסוימים, אך לרוב היה מדובר בפרמטרים סובייקטיביים, כגון שביעות רצון, סבירות-נתפסת של משך המתנה ונוחות שעות הקבלה.

ייתכנו מספר הסברים אפשריים לשיפור במצבם המוחלט והיחסי של מעוטי הכנסה בעקבות החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק הביא לשיפור במצבה הכלכלי של קופת חולים הכללית - הקופה שמשרתת את חלק הארי של מעוטי הכנסה - ובכך אפשר לה להשקיע בשיפור השירות למעוטי הכנסה. בנוסף, נוסחת הקפיטציה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצרה תמריץ לכל הקופות להתחרות על מעוטי הכנסה יותר מבעבר, וייתכן שהתחרות הזו גם תרמה לשיפור השירות.

מאז החלת החוק, לעתים קרובות פורסמו בעיתונים ידיעות המדברות על כך שחוק ביטוח בריאות ממלכתי החמיר את ניסיונו של הציבור במגעיו עם מערכת הבריאות (ראה ידיעות אחרונות, 1995). מאחר שידעיות כאלו עשויות להשפיע על רמת התמיכה הציבורית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, חשוב

מאוד שהדברים ייבחנו על ידי סקרים מייצגים. פרסומים קודמים של מכון ברוקדייל המבוססים על סקרים מ-1995 ו-1997 (ברג ואחרים, 1996; גרוס ואחרים, 1997) גילו שבקרב האוכלוסייה הכללית חל שיפור ברמת השירות של הקופות בעקבות החוק. הדוח הנוכחי מוסיף את הממצא שדווקא בקרב מעוטי הכנסה חל שיפור משמעותי במיוחד.

ייתכן שמקורן של הידיעות בעיתונות בעיקר בקבוצות העשירות וקלות ההתבטאות יותר בחברה הישראלית; ככלות הכול, רבים מבעלי ההכנסה הגבוהה משלמים היום תשלומים גבוהים יותר באופן משמעותי מכפי ששילמו לפני החלת החוק, ורבים מהם שייכים לאותן קופות-חולים שהכנסותיהן לנפש קוצצו. כנראה העיתונאים הנ"ל לא הרבו לדבר עם מעוטי הכנסה – קבוצה שלגביה מצאנו שחל שיפור אבסולוטי ויחסי בשירותים שהם מקבלים מהקופות.

"החצי השני של הכוס"

- מצבם האבסולוטי והיחסי של מעוטי הכנסה אכן השתפר, אך עדיין יש מקום לדאגה ולעשייה בשטח:
- עדיין קיימים פערים לא מבוטלים לגבי היבטים שונים של השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כגון שביעות רצון משירותי הקופה והיקף ביצוע בדיקות ממוגרפיה) ובמיוחד בקרב הקשישים.
 - מאפייני היישוב משפיעים גם על התושבים שאינם מקבלים קצבאות.
 - ייתכן שקיימים פערים בין מעוטי הכנסה ליתר באיכות הקלינית של שירותי הקופות ובמצב הבריאות, דבר שלא נבדק במחקר הנוכחי.
 - ייתכן שאפילו לגבי נושאים שבהם אין בעיות למעוטי הכנסה כמכלול, בכל זאת יש בעיות לתת-קבוצות של מעוטי הכנסה, כגון מחוסרי דיור ועניים שהם גם חולים מאוד.
 - בעקבות חוק ההסדרים (1998), הקופות הטילו אגרת ביקור אצל רופא והגדילו את התשלומים עבור תרופות. ייתכן שהיטלים אלו פגעו במיוחד במעוטי הכנסה.
 - יש לזכור שישנם שירותים הניתנים מחוץ למסגרת של שירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (כמו רפואת שיניים), ולגביהם ייתכן שקיימים פערים מאוד משמעותיים בין מעוטי הכנסה לאחרים.

צעדים להמשך

א. המשך המחקר הנוכחי

בשנה ב' של המחקר מתוכנן לבצע מספר ניתוחים על בסיס מאגרי מידע קיימים:

1. **ניתוח המגמות במעבר בין קופות בקרב מקבלי קצבאות ובקרב תושבי יישובים חלשים, על בסיס קובץ מבוטחים של הביטוח הלאומי.** בדוח זה, דיווחנו על ממצא חשוב ומפתיע, ששיעור המעברים בקרב מקבלי קצבאות דומה לשיעור בקרב האוכלוסייה הכללית. ממצא זה מבוסס על סקר מדגמי, וייתכנו בו טעויות דגימה. לעומת זאת, הקובץ של המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על כל 5.9 מיליון תושבי המדינה. בגלל גודלו, הוא מאפשר פילוח של מקבלי הקצבאות ושל תושבי יישובים חלשים לפי קבוצות גיל, מין וכו'. קובצי המוסד לביטוח לאומי גם מאפשרים מעקב על פני זמן (לפחות מ-1995) אחר השינויים בדפוסי המעבר בין קופות של אוכלוסיות חלשות אלו.

מובן, שאין שיעור מעברים שהוא "הנכון", אך גם שיעור נמוך מאוד וגם שיעור גבוה מאוד צריכים להדליק אורות אדומים המעידים על הצורך בבדיקה מעמיקה יותר. שיעור מעברים נמוך מאוד יכול להיות אינדיקטור לכך שהקופות לא מתחרות על קבוצה מסוימת (אך גם יכולים להיות תוצאה של שמרנות או שביעות רצון מהשירותים). שיעור מעברים גבוה מאוד יכול להיות אינדיקטור לבעיות ברמת השירות (אך גם יכול להיות תוצאה ממאמצי שיווק שהתמקדו בקבוצה). לסיכום, ניתוח הנתונים מהמוסד לביטוח לאומי יכול לסייע בזיהוי קבוצות אוכלוסייה אשר לגביהן יש מקום לחשוש שהתחרות בין הקופות לא פועלת כראוי, אך את החששות הללו יהיה צורך לבדוק באמצעות כלים נוספים, כגון סקרים.

2. ניתוח המגמות בקשר בין רמה חברתית-כלכלית לשימוש בשירותים, על בסיס סקר בריאות של

הלמ"ס. בסקר שדווח כאן מצאנו שאף שמצבם הבריאותי של מעוטי הכנסה פחות טוב מיתר האוכלוסייה, ומבקרים יותר אצל רופאי משפחה, הם לא מבקרים יותר אצל רופאים מומחים. לא התעמקנו בנושא זה בגלל מגבלות של גודל המדגם. סקר הבריאות של הלמ"ס (1997) כולל מידע על כ-30,000 איש, וכולל סדרת שאלות על שימוש בשירותי בריאות שונים; בכך הוא מאפשר ניתוח מעמיק יותר של הקשר בין רמה חברתית-כלכלית (באמצעות מדדים של השכלה, צפיפות דיור, ומצב תעסוקתי) לשימוש בשירותים. סקר בריאות גם כולל סדרת שאלות על הימצאות מחלות כרוניות שונות, דבר שיאפשר פיקוח (חלקי לפחות) על מצב הבריאות בעת השוואת שיעורי שימוש בין קבוצות אוכלוסייה שונות. מאחר שבוצע סקר דומה ב-1993 (הכולל מידע על כ-22,000 איש), יהיה אפשר לבדוק גם מה קרה בין 1993 ל-1997 לפער בשיעורי שימוש בשירותי בריאות בין רמות חברתית-כלכלית שונות.

אם נמצא שמעוטי הכנסה משתמשים פחות מיתר האוכלוסייה בשירותי בריאות (לאחר פיקוח על מצב בריאות), ייתכנו שני הסברים לכך: או שדפוסי הפנייה שלהם לשירותים שונה מהממוצע (עקב הבדלים במודעות צרכנית) או שהשירותים פחות זמינים להם. בין כך ובין כך מדובר בפגיעה בשוויוניות שהמערכת צריכה להתייחס אליה, אך ייתכן שההתייחסות צריכה להיות תלויה בסיבה לשיעורי שימוש נמוכים יחסית. ייתכן שמקור המידע המוזכר בסעיף הבא עשוי לתרום להכרעה בין שני ההסברים האפשריים להבדלים בשיעורי שימוש בשירותים.

3. ניתוח הקשר בין רמה חברתית-כלכלית של היישובים למלאי שירותי הבריאות הממוקמים ביישוב.

בסקר שלנו מצאנו שלא היה הבדל בין מעוטי ההכנסה ליתר האוכלוסייה בשיעור המדווחים על ויתור על שירותי בריאות עקב מרחק ממקום מגורים. בכל זאת, אם מסקר הבריאות יסתמנו הבדלים בשיעורי שימוש בין יישובים מבוססים ויישובים חלשים (לאחר פיקוח על מצב בריאות), יהיה חשוב לנצל את מיפוי השירותים המתבצע על ידי משרד הבריאות כדי לבדוק האם ההיצע של מתקנים מסוג זה או אחר תלוי ברמה החברתית-כלכלית של היישוב (כמובן, לאחר פיקוח על גודל יישוב ומשתנים מתערבים אחרים).

4. ניתוח המגמות בקשר בין רמת הכנסה (וקבלת קצבה) להוצאות משקי הבית על בריאות, על בסיס סקר הוצאות המשפחה של הלמ"ס. סקר כמו שלנו, וסקר הוצאות המשפחה של הלמ"ס עשויים להשלים אחד את השני. בשונה מסה"מ, הסקר שלנו כלל שאלות של "למה", כגון "למה פנית לרופא פרטי" ו"למה לא רכשת ביטוח משלים". בשונה מהסקר שלנו, סקר הוצאות משקי בית מספק נתונים כספיים על הוצאה לפי סעיפים. מאחר שאנו יודעים (הן מהסקר שלנו והן מסקר הוצאות משקי בית 1992/3) שדווקא בצריכת שירותי בריאות פרטיים קיימים פערים בין מעוטי הכנסה ליתר האוכלוסייה, יהיה חשוב לנצל את סה"מ 1997 כדי להתעמק בנושאים הללו. יהיה חשוב לבדוק את הפערים בהוצאה (לפי סעיפי הוצאה) בין מעוטי הכנסה ליתר ב-1997, וגם יהיה חשוב להשוות את ממדי הפערים הללו לממדי הפערים שהתגלו ב-1992/3.

אחד מהנושאים הקריטיים כאן יהיה לבחון באיזו מידה התשלומים עבור בריאות מהווים נטל כספי למעוטי הכנסה. הנושא מקבל משנה תוקף לאור ההיטלים החדשים של חוק ההסדרים (1998).

בשנה ג' של המחקר נעשה סקר במתכונת דומה לסקר שצוות המחקר ביצע ב-1995: מדגם "בסיסי" של כ-1,000 מקרים מהאוכלוסייה הכללית. בעקבות הפטור שמקבלי קצבאות יקבלו מההיטלים החדשים של חוק ההסדרים (1998) (שהביא לכך שהקופות קיבלו פחות הכנסות עבור מקבלי קצבאות לעומת היתר) ולאור הקשיים הכספיים של כל הקופות שיכולים להביא להשקעה נמוכה בסקטורים פחות מועדפים, ייתכן שבשנים הבאות תחול פגיעה משמעותית ברמת השירות וזמינות השירות למעוטי הכנסה.

ב. כיווני מחקר אפשריים לעתיד

- ♦ יש מקום לבדיקת האיכות הקלינית של שירותי הבריאות הניתנים למעוטי הכנסה לעומת השירותים הניתנים ליתר האוכלוסייה.
- ♦ יש מקום למחקר המתמקד בבעיות שבהן נתקלים מעוטי הכנסה שהם גם חולים קשים וצרכנים גדולים של שירותי בריאות.
- ♦ יש מקום לבדיקה מעמיקה יותר של הסיבות להיקף הנמוך של בדיקות ממוגרפיה בקרב מעוטי הכנסה קשישים.
- ♦ יש מקום למחקרי הערכה שילוו תוכניות שונות לשיפור השירות בקרב מעוטי הכנסה.
- ♦ חשוב להשוות את מידת השוויוניות שמצאנו לגבי מערכת הבריאות הישראלית למצב בארצות אחרות.
- ♦ חשוב לבחון את מידת השוויוניות שמצאנו לגבי מערכת הבריאות בפרספקטיבה של הנעשה בתחומים אחרים בארץ, כגון דיור, חינוך וכו'. (מענה חלקי לנושא זה יבוא מסקר שהמוסד לביטוח לאומי מתכנן לבצע בקרב מקבלי קצבאות שיתייחס למספר רב של תחומי החיים.)

ביבליוגרפיה

אדר, צ'. 1993. "שווינויות", ביטחון סוציאלי.

בן-נון, ג'; ומוהליבר, מ'. 1994. "עקרונות להקצאת מקורות על בסיס קפיטציה". משרד הבריאות ירושלים, יוני.

ברג, א'; גרוס, ר'; רוזן, ב'; וחיניץ, ד'. 1996. מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ-96-284. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

גרוס, ר'; גרינשטיין, מ'; דובני, א'; ברג, א'; יובל, ד'; ורוזן, ב. 1998. רמת השירות בקופות-החולים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995. תמ-98-17. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

גרוס, ר'; פלדמן, ד'; רבינוביץ, י'; גרינשטיין, מ'; ברג, א'. 1997. מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש. דמ-97-285. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

הלוי, ח'. ש'. 1975. "השוויון ברפואה". הרפואה 234-236: 5.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. אפיון הרשויות המקומיות ודירוגן, לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה ב-1995. פרסום מס' 1039.

יובל, ד'; ברג, א'. 1997. השהות בבית החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995. דמ-97-278. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

כהן, מ'; ברנע, ת'. 1991. התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי וביטוח הבריאות בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה. דמ-91-22. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

מרכז אדווה, מידע על שוויון. 1992. גיליון מס' 2, אוגוסט 1992.

פרפל, מ'; רוזן, ב'; ברג, א'; וגרוס, ר'. 1997. תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים לאחר יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים מסקר באוכלוסייה הכללית. דמ--97-274. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

צ'רניחובסקי, ד'; ושירוס, א'. 1996. "שווינויות במערכת הבריאות בישראל". הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, המרכז לחקר המדיניות בישראל (עורך: יעקב קופ) 157-182.

רוזן, ב'; כהן, מ'; ברג, א'; ונבו, י. 1995. התנהגות הצרכן בשוק קופות החולים. דמ-95-237. ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.

Bradshaw, G. and Bradshaw, P.L. 1995. "The Equity Debate Within the British National Health Services". *Journal of Nursing Management* 3(4):161-168.

- Carmel, S. 1985. "Satisfaction with Hospitalization: A Comparative Analysis of Three Types of Services". *Soc Sci Med* 21(11):1243-1249.
- Charlton, B.G. and White, M. 1995. "Living in the Margin: A Salutogenic Model for Socio-Economic Differentials in Health". *Public Health* 4(109):232-543.
- Cleary, P.D. and McNeil, B.J. 1998. "Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care". *Inquiry* Spring 25:25-36.
- Epidemiology, Statistics and Health Information Unit. 1996. *Highlights on Health in Israel*. WHO Regional Office for Europe, Denmark.
- Gold, M.; Sparer, M. and Cho, K. 1996. "Medicaid Managed Care: Lessons from Five States". *Health Affairs* 15(13):153-166.
- Shmueli, A. 1996. "Israelis Evaluate Their Health Care System". *Isr J Med Sci* 32:555-561.
- Van der Meer, J.B.; Van den Bos, J. and Mackenbach, J.P. 1996. "Socioeconomic Differences in the Utilization of Health Services in a Dutch Population: The Contribution of Health Status". *Health Policy* 37(1):1-18.
- Van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. 1992. "Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons". *Journal of Health Economics* 11:389-411.
- Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. 1992. "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons". *Journal of Health Economics* 11:361-387.
- Wiggers, J.H.; Sanson-Fisher, R.W. and Halpin, S.J. 1996. "Prevalence and Frequency of Health Services Use: Association with Occupational and Educational Attainment". *Australian Journal of Public Health* 19(5):512-519.
- Yost, E. 1969. *The U.S. Health Industry*. Frederick A. Publisher, New York.

נספח א: תוצאות עבודת השדה

לוח א1: מדגם בסיסי ואוכלוסייה חלשה (1997)

אחוזים	מספרים מוחלטים	קבוצות אוכלוסייה
		בסיסי
82	1205	רואיינו
10	148	סירוב
	--	לא אותר מספר טלפון
3	43	הנדגם לא אותר
5	69	לא רואיינו מסיבות אחרות (שפה, רפואיות)
100	1,464	סה"כ (שייכים לאוכלוסייה)
		אוכלוסייה חלשה
		מקבלי הבטחת הכנסה
62	434	רואיינו
4	28	סירוב
31	215	לא אותר מספר טלפון
2	11	הנדגם לא אותר
2	11	לא רואיינו מסיבות אחרות (שפה, רפואיות)
100	698	סה"כ (שייכים לאוכלוסייה)
		מקבלי השלמת הכנסה
46	389	רואיינו
3	24	סירוב
41	344	לא אותר מספר טלפון
1	10	הנדגם לא אותר
9	74	לא רואיינו מסיבות אחרות (שפה, רפואיות)
100	841	סה"כ (שייכים לאוכלוסייה)

לוח א2: מאפיינים דמוגרפיים של מדגמי מקבלי קצבאות משוקללים ולא משוקללים ושל מסגרת אוכלוסיית מקבלי קצבאות (באחוזים)

מסגרת הבטחת הכנסה	מדגם הבטחת הכנסה משוקלל	מדגם הבטחת הכנסה - לא משוקלל		
37	36	34	% נשים	
			גיל	
46	47	49	22-44	
54	53	51	45-64	
			מצב משפחתי	
19	18	16	רווק	
33	40	33	נשוי	
42	38	43	גרוש	
5	4	8	אלמן	
			קופ"ח	
60	60	60	כללית	
18	18	18	מכבי	
13	15	15	לאומית	
9	7	7	מאוחדת	
מסגרת השלמת הכנסה	מדגם השלמת הכנסה משוקלל	מדגם השלמת הכנסה - לא משוקלל		
37	34	41	% נשים	
			גיל	
11	13	14	עד 64	
47	48	52	65-74	
42	39	34	+75	
			קופ"ח	
69	71	70	כללית	
14	11	12	מכבי	
11	13	12	לאומית	
6	6	6	מאוחדת	
מסגרת הבטחת הכנסה	מדגם הבטחת הכנסה משוקלל	מסגרת השלמת הכנסה	מדגם השלמת הכנסה משוקלל	נפות
7	9	8	8	י-ם
1	2	1	1	צפת
2	1	1	1	כנרת
7	8	6	9	יזרעאל
9	8	6	7	עכו
0	0	0	1	גולן
10	10	12	14	חיפה
4	5	4	5	חדרה
5	5	5	4	השרון
4	4	6	4	פתח תקווה
3	3	3	3	רמלה
5	5	6	5	רחובות
15	16	23	16	תל אביב
12	11	9	12	אשקלון
15	14	9	9	באר שבע
100	100	100	100	סה"כ

נספח ב: מאפייני האוכלוסייה לפי קופת חולים

לוח ב1: תכונות נבחרות, לפי חמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5		כללית		קופות		יתר החולים		כללית		סה"כ במדגם הבסיסי (במספרים)
יתר קופות החולים										
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	
449	312	669	444	56	57	139	153			
קופת חולים										
--	--	100	100	--	--	100	100			הכללית
52	51	--	--	48	30	--	--			מכבי
26	27	--	--	32	33	--	--			לאומית
22	22	--	--	20	37	--	--			המאוחדת
גיל^{1,2,4}										
52	68	35	40	53	70	40	53			עד 44
33	25	36	36	32	21	37	35			45-64
8	5	15	16	11	4	19	8			65-74
7	2	14	8	5	5	4	4			+75
מצב משפחתי^{1,2,4}										
58	72	53	76	65	80	76	84			נשוי/אה
16	6	14	4	7	4	6	2			גרוש/ה
14	4	18	11	18	2	8	5			אלמן/ה
12	10	15	9	11	14	10	9			רווק/ה
שפה^{1,3,4}										
56	77	61	86	57	50	37	52			עברית
6	6	13	6	20	27	44	39			ערבית
38	17	26	8	23	23	19	9			רוסית
השכלה^{3,4}										
9	5	23	17	25	23	50	41			עד תיכונית
27	35	31	35	21	30	28	35			תיכונית
64	60	46	48	54	46	22	24			על-תיכונית
מצב בריאות⁴										
73	82	62	65	60	68	59	59			טוב/טוב מאוד
21	15	29	27	30	18	28	30			לא כל כך טוב
6	3	9	8	11	14	14	12			לא טוב/גרוע
67	81	53	64	28	46	35	49			עבדו ב-3 חודשים אחרונים^{3,4}
מיקום גיאוגרפי^{1,4}										
60	67	48	52	52	58	37	30			מרכז
26	19	35	31	24	33	45	50			צפון
13	11	16	15	19	2	18	19			דרום
1	3	1	2	5	7	--	1			יש"ע

¹ $p < 0.05$ בכללית בחמישון תחתון

² $p < 0.05$ ביתר קופות החולים בחמישון תחתון

³ $p < 0.05$ בכללית בחמישונים 2-5

⁴ $p < 0.05$ ביתר קופות החולים בחמישונים 2-5

לוח 2ב: תכונות נבחרות, לפי קבוצות אוכלוסייה (באחוזים)

יתר		כללית						
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
45	114	405	170	152	271	534	256	סה"כ במדגם
								^{3,4} קופת חולים
--	--	--	--	100	100	100	100	הכללית
60	37	57	46	--	--	--	--	מכבי
29	44	19	37	--	--	--	--	לאומית
11	20	24	18	--	--	--	--	המאוחדת
								³ גיל
--	--	71	49	--	--	58	55	עד 44
18	13	30	50	15	13	42	45	45-64
56	50	--	2	53	47	--	--	65-74
27	37	--	--	32	40	--	--	+75
								^{3,4,1} מצב משפחתי
38	39	79	25	67	34	76	40	נשוי/אה
7	14	4	48	1	12	4	38	גרופה
53	48	1	11	30	48	2	4	אלמן/ה
2	--	17	16	2	6	18	18	רווק/ה
								^{3,4} שפה
67	17	73	25	77	26	69	49	עברית
7	2	10	5	7	12	23	21	ערבית
27	79	17	68	16	57	8	26	רוסית
--	2	--	1	--	6	--	4	אמהרית
								^{4,3,2,1} השכלה
17	22	7	18	38	34	22	37	עד תיכונית
33	14	33	20	34	15	35	34	תיכונית
50	65	60	62	28	51	43	29	על-תיכונית
								^{4,3,2,1} מצב בריאות
51	29	87	45	44	19	80	54	טוב/טוב מאוד
42	43	11	39	38	50	17	32	לא כל כך טוב
7	28	2	16	18	31	3	14	לא טוב/גרוע
18	27	9	20	24	34	11	24	^{3,2,1} סובלים ממגבלה פיזית
28	5	78	42	18	5	76	38	^{4,3,2,1} עבד ב-3 חד' אחרונים
								^{4,3,1} מיקום גאוגרפי
80	37	66	42	50	41	47	41	מרכז
18	36	23	30	36	39	39	35	צפון
2	27	10	26	14	20	13	25	דרום
--	--	1	2	1	1	1	--	יששע

¹ $p < 0.05$ בקופ"ח כללית
² $p < 0.05$ ביתר הקופות

נספח ג: השוואות לפי קופת החולים המבטחת

לוח ג1: משך וצורת ההגעה לרופא המשפחה, המתנה במרפאתו והמתנה לקביעת תור לרופא מומחה בחמישון תחתון ויתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5				חמישון תחתון					
יתר קופות החולים		כללית		קופות		יתר החולים			כללית
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995		
13	16	8	13	29	24	20	15	משך הגעה לרופא משפחה 15 דק' או יותר ³	
55	60	41	44	27	29	19	31	הגעה במכונית	
38	29	51	49	50	46	70	57	ברגל	
8	11	7	7	23	25	11	13	בתחבורה ציבורית	
27	35	36	48	31	30	33	46	המתנה במרפאת רופא המשפחה 15 דק' או יותר ^{1,3}	
11	15	27	36	14	31	14	35	המתנה לקביעת תור לרופא מומחה של יותר משבועיים ¹	

¹ $p < 0.05$ בכללית בחמישון תחתון
³ $p < 0.05$ בכללית בחמישונים 2-5

לוח ג2: אחוז המבוטחים שההגעה/המתנה נראתה להם סבירה בחמישון תחתון וביתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5				חמישון תחתון					
קופות		יתר החולים		קופות		יתר החולים			כללית
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995		
94	93	90	90	86	88	80	79	משך הגעה לרופא משפחה	
70	72	57	62	62	94	56	48	המתנה לקביעת תור לרופא מומחה ²	

² $p < 0.05$ ביתר קופות החולים בחמישון תחתון

לוח ג3: שעות הקבלה של נותני שירות שונים נוחות מאוד בחמישון תחתון וביתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5				חמישון תחתון					
יתר קופות החולים		כללית		קופות		יתר החולים			כללית
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995		
22	22	16	14	18	19	21	14	רופא משפחה	
15	12	12	13	20	16	16	8	רופא מומחה	
24	18	18	14	22	23	26	11	עובדי משרד ¹	
23	16	15	10	25	12	18	8	שירותי מעבדה ^{1,3,4}	

¹ $p < 0.05$ בקופת החולים הכללית בחמישון תחתון

³ $p < 0.05$ ביתר קופות החולים בחמישונים 2-5

⁴ $p < 0.05$ ביתר קופת החולים בחמישונים 2-5

לוח ג4: אחוז המדווחים על ביצוע בדיקות מניעה נבחרות אי-פעם, בחמישון תחתון וביתר החמישונים, 1995 ו-1997

חמישונים 2-5		חמישון תחתון							
יתר קופות החולים		כללית		יתר קופות החולים		כללית			
(n) 1997	(n) 1995	(n) 1997	(n) 1995	(n) 1997	(n) 1995	(n) 1997	(n) 1995		
(357) 89	(215) 81	(528) 87	(342) 87	(57) 88	(39) 72	(135) 86	(138) 85	לחץ הדם - סה"כ ³	
87	77	82	76	79	71	80	78	עד גיל 44 ³	
96	87	87	90	94	67	90	98	45-64	
82	100	96	98	100	67	94	75	+65 ³	
(89) 33	(41) 29	(156)44	(83)39	(38) 16	(21) 6	(63)30	(79)19	ממוגרפיה - סה"כ	
24	20	27	27	13	7	20	19	עד 50	
56	56	61	52	--	31	43	28	+50	

³ p < 0.05 בקופת החולים הכללית בחמישונים 2-5

לוח 5: אחוז שבעי הרצון במידה רבה מאוד משירותי קופת החולים בחמישון תחתון וביתר החמישונים, 1995 ו-1997

חמישונים 2-5				חמישון תחתון					
יתר קופות החולים		כללית		קופות		יתר החולים			כללית
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995		
32	28	23	17	30	29	28	16	קופת החולים באופן כללי ^{1,3}	
34	35	36	31	42	32	35	25	מקצועיות רופא המשפחה ⁴	
53	49	48	45	48	44	51	37	יחס רופא המשפחה ¹	
35	32	35	33	43	38	43	29	יחס האחיות ¹	
34	36	26	22	33	41	38	16	מקצועיות רופאים מומחים ¹	
25	26	27	23	35	19	39	23	יחס עובדי המשרד ¹	
25	29	18	18	34	28	20	9	מבחר התרופות ¹	
35	33	24	26	39	20	25	23	הקלות שבה ניתן לקבל הפניות והתחייבויות	
31	28	17	17	31	18	17	13	שירותי מעבדות	
49	44	43	34	51	53	44	32	תחזוקת המתקנים ^{1,3}	

¹ $p < 0.05$ בקופת חולים הכללית בחמישון תחתון
³ $p < 0.05$ בקופת חולים הכללית בחמישונים 2-5

לוח 6: מידת הכבדה של תשלומי הבריאות בחמישון תחתון וביתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)

חמישונים 2-5				חמישון תחתון					
יתר קופות החולים		כללית		קופות		יתר החולים			כללית
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995		
100	100	100	100	100	100	100	100	סה"כ	
20	16	24	22	23	21	21	33	רבה	
34	38	36	32	32	39	37	30	בינונית	
25	22	17	23	23	11	15	14	לא כל כך	
21	24	23	23	21	30	28	23	בכלל לא	

לוח 7: המבוטחים שחשו בשינוי בשירותי קופת החולים שבה הם מבוטחים בהשוואה לשנה שעברה בחמישון התחתון וביתר החמישונים, 1995 ו-1997 (באחוזים)^{1,2,3,4}

חמישונים 2-5				חמישון תחתון					
יתר קופות החולים		כללית		קופות		יתר החולים			כללית
1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995		
28	7	45	23	42	6	51	25	שיפור	
13	8	6	3	2	6	5	1	הרעה	
59	85	49	74	56	88	44	74	ללא שינוי	

¹ $p < 0.05$ בכללית בחמישון תחתון
² $p < 0.05$ ביתר קופות החולים בחמישון תחתון
³ $p < 0.05$ בכללית בחמישונים 2-5

$p < 0.05$ ⁴ ביתר קופות החולים בחמישונים 2-5

לוח 8: משך וצורת ההגעה לרופא המשפחה, המתנה במרפאתו והמתנה לקביעת תור לרופא מומחה, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997 (באחוזים)

יתר קופות החולים				כללית			
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה
31	42	12	28	8	24	10	15
משך הגעה לרופא משפחה 15 דק' או יותר ^{3,2}							
צורת הגעה ^{3,4,1}							
21	9	37	5	20	14	43	8
56	60	54	60	66	59	50	79
23	26	9	35	11	20	6	13
--	5	--	--	3	7	2	--
10	38	30	28	34	41	33	43
--	22	13	14	34	31	21	25

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית

² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית

³ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופות החולים הקטנות

⁴ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופות החולים הקטנות

לוח 9: אחוז המבוטחים שההגעה/המתנה נראתה להם סבירה, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997 (אחוזים)

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית			
יתר גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר גמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי עבודה	מקבלי הבטחת הכנסה
95	87	92	84	89	87	90	88
94	71	68	65	71	48	55	51

משך הגעה לרופא משפחה ³

המתנה לקביעת תור

לרופא מומחה

³ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופות החולים הקטנות

לוח 10: מבוטחים ששעות העבודה נוחות להם מאוד, לפי קבוצות אוכלוסייה וקופ"ח – 1997 (באחוזים)

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית			
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה
33	19	22	12	27	15	15	18
21	4	15	7	15	8	13	13
46	17	23	13	26	18	18	16
43	18	22	9	21	14	14	9

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית

² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית

³ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופות החולים הקטנות

⁴ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופות החולים הקטנות

לוח ג11: מדווחים על ביצוע בדיקות מניעה נבחרות אי-פעם, לפי קבוצות אוכלוסייה, גיל – 1997 (באחוזים)

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית				
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה (n)	יתר גילאי העבודה (n)	מקבלי הבטחת הכנסה (n)	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה (n)	יתר גילאי העבודה (n)	מקבלי הבטחת הכנסה (n)	
(45)85	93 (89)	87 (355)	77 (80)	93 (144)	85 (203)	85 (476)	84 (229)	לחץ דם - סה"כ ²
--	--	85	76	--	--	77	84	עד גיל 44
..	..	94	86	95	88	90	84	45-64
86	93	--	..	93	92	95	--	+65
(220)47	30 (61)	28 (220)	29 (119)	56 (91)	45 (139)	35 (225)	28 (150)	ממוגרפיה - סה"כ ¹
--	--	22	19	--	--	26	14	עד גיל 50
47	30	61	48	56	45	60	60	+50

.. מספר מקרים קטן

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית
² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית

לוח ג13: סיבות עיקריות לאי-רכישת לביטוח משלים, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997 (באחוזים)^{2,1}

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית				
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
21	12	12	31	24	20	15	16	מחיר גבוה מדי
21	32	28	23	27	24	24	28	השירותים של הקופה מספקים
29	39	28	32	29	32	29	40	לא יודע מספיק על ביטוח משלים
29	11	23	5	11	21	24	13	לא יודע/לא חשבתי
--	3	4	3	3	2	4	1	לא מאמין לתוכנית ביטוח משלים
2	6	5	6	3	1	4	2	אחר

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית
² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית

לוח ג14: סיבות לאי-רכישת ביטוח פרטי, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997 (באחוזים)^{4,3,2,1}

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית				
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
13	39	16	39	30	31	19	30	מחיר גבוה מדי
15	24	23	17	25	27	27	25	השירותים של הקופה מספקים
21	5	27	12	8	2	7	1	ביטוח משלים מספק
13	15	19	20	22	18	18	22	לא יודע מספיק על ביטוח פרטי
31	12	13	8	8	20	25	20	לא יודע/לא חשבתי
--	2	1	3	4	2	1	--	לא מאמין לתוכנית ביטוח פרטי
8	3	1	2	4	1	3	3	אחר

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית
² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית
³ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופות החולים הקטנות
⁴ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופות החולים הקטנות

לוח ג15: שבעי הרצון במידה רבה מאוד משירותי קופת החולים, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997 (באחוזים)

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית				
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
36	25	32	21	32	19	23	19	קופת החולים באופן כללי ^{3,2}
42	29	34	25	47	33	33	25	מקצועיות רופא המשפחה ^{3,2}
63	50	52	31	55	42	47	41	יחס רופא המשפחה ^{3,2}
44	35	36	29	39	35	36	26	יחס האחיות ¹
53	29	34	19	37	19	25	25	מקצועיות רופאים מומחים ^{3,2}
36	34	26	16	27	22	31	29	יחס עובדי המשרד ³
42	22	23	17	23	18	18	18	מבחר התרופות ⁴
46	28	36	24	26	24	24	23	הקלות שניתן לקבל הפניות והתחייבויות ³
54	21	32	18	20	18	17	12	שירותי מעבדות ^{4,3}
49	47	51	39	36	38	44	40	תחזוקת המתקנים ³

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית

² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית

³ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופות החולים הקטנות

⁴ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופות החולים הקטנות

לוח ג16: מידת הכבדה של תשלומי הבריאות המשפחתיים, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997 (באחוזים)^{2,1}

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית				סה"כ
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
100	100	100	100	100	100	100	100	
7	15	22	16	20	15	25	27	רבה
40	30	35	35	29	28	39	23	בינונית
20	22	24	17	17	23	18	22	מועטה
33	33	19	33	34	35	19	28	לא מכבידים

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית

² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית

לוח ג17: אחוז המבוטחים שחשו בשינוי בשירותי קופת החולים שבה הם מבוטחים מאז החלת החוק בינואר 1995, לפי קבוצות אוכלוסייה – 1997^{2,1}

יתר קופות החולים				קופת חולים הכללית				
יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	יתר הגמלאים	מקבלי השלמת הכנסה	יתר גילאי העבודה	מקבלי הבטחת הכנסה	
15	12	32	35	36	24	50	33	שיפור
13	9	12	8	6	4	7	6	הרעה
73	79	56	57	58	72	43	61	ללא שינוי

¹ $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי הבטחת הכנסה ליתר גילאי העבודה בקופת חולים הכללית

² $p < 0.05$ בהשוואת מקבלי השלמת הכנסה ליתר הגמלאים בקופת חולים הכללית

נספח ד: פערים במערכת הבריאות בניתוח רב-משתני - לוחות

לוח 1ד: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון רבה מאוד בחמישון תחתון 1995 ו-1997

שנה	b	יחס צולב	בסיס
1995	*0.776	2.17	1995
שפה			
ערבית	*-0.632	0.53	עברית
רוסית	*-2.123	0.12	
מצב בריאות	*-0.723	0.49	טוב מאוד/טוב
מין	0.148	1.16	גברים
השכלה			
עד תיכונית	-0.256	0.78	תיכונית
מעל תיכונית	-0.118	0.89	
גיל	0.550	1.73	עד 64
קופת חולים	0.185	1.20	כללית
מיקום גאוגרפי	0.231	1.26	מרכז הארץ

* p<0.05

לוח 2ד: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר מעבר לקופת חולים אחרת מאז 1995 בקרב צעירים

מקבלי הבטחת הכנסה	b	יחס צולב	בסיס
1995	-0.046	0.95	גילאי עבודה
שפה			
ערבית	-0.006	0.99	עברית
רוסית	*1.105	3.03	
מצב בריאות	-0.322	0.72	טוב/טוב מאוד
מין	-0.219	0.81	גברים
השכלה			
עד תיכונית	0.147	1.16	תיכונית
מעל תיכונית	**0.510	0.60	
קופת חולים	*1.146	3.13	כללית
גודל יישוב	0.117	1.12	מעל 5,000 תושבים
אזור	0.300	1.35	מרכז הארץ
מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים	-0.220	0.80	נמוך

* p<0.05

** p<0.10

לוח 3ז: יחס צולב במודלים של רגרסיה לוגיסטית להסבר מעבר לקופת חולים אחרת מאז 1995 בקרב צעירים

בסיס	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
גילאי עבודה	0.95	0.97	0.89	*1.22	מקבלי הבטחת הכנסה
גברים	0.81	0.79	0.92		מין
טוב מאוד/טוב	0.72	2.94	0.68		מצב בריאות
עברית	0.99	*2.13	1.67		שפה
	*3.03	*3.00	*4.00		ערבית
					רוסית
תיכונית	1.17	1.01	0.88		השכלה
	**0.60	*0.59	0.67		עד תיכונית
					מעל תיכונית
כללית	*3.13	*5.00			קופת חולים
בינוני/גבוה	0.80				מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	1.12				גודל יישוב
מרכז הארץ	1.35				אזור

* p < 0.05

** p < 0.10

לוח 4ז: רגרסיה לוגיסטית-שקלו לעבור לקופת חולים אחרת מאז 1995 בקרב צעירים

בסיס	יחס צולב	b	
גילאי עבודה	1.12	0.113	מקבלי הבטחת הכנסה
עברית	0.17	*-1.774	שפה
	1.04	0.041	ערבית
			רוסית
לא טוב	1.00	0.000	מצב בריאות
נשים	1.05	0.044	מין
עד תיכונית	1.86	*0.620	השכלה
	1.87	*0.625	תיכונית
			מעל תיכונית
כללית	0.30	*-1.220	קופת חולים
נמוך	0.90	-0.092	מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	1.09	0.087	גודל יישוב

* P < 0.05

לוח 5ז: תוצאות רגרסיה לוגיסטית- שקלו לעבור לקופת חולים אחרת מאז 1995 בקרב קשישים

בסיס	יחס צולב	b	
גמלאים	0.37	*-1.000	מקבלי השלמת הכנסה
			שפה
עברית	0.01	-4.540	ערבית
	1.75	0.558	רוסית
לא טוב	0.77	-0.258	מצב בריאות
נשים	0.90	-0.106	מין
			השכלה
עד תיכונית	0.60	-0.516	תיכונית
	1.29	0.254	מעל תיכונית
כללית	0.27	*-1.320	קופת חולים
נמוך	2.55	0.937	מעמד חברתי- כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	2.37	**0.864	גודל יישוב

p<0.05 *
p<0.10 **

לוח 6ז: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח משלים בקרב צעירים

בסיס	יחס צולב	b	
גילאי עבודה	0.68	** -0.380	מקבלי הבטחת הכנסה
			שפה
עברית	0.59	-0.535	ערבית
	0.24	*-1.414	רוסית
טוב/טוב מאוד	0.81	-0.209	מצב בריאות
גברים	1.27	0.243	מין
			השכלה
תיכונית	0.35	*-1.059	עד תיכונית
	1.40	**0.338	מעל תיכונית
נשוי/אה	0.63	*-0.470	מצב משפחתי
כללית	5.64	*1.730	קופת חולים
נמוך	0.45	*-0.790	מעמד חברתי- כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	0.72	-0.332	גודל יישוב
מרכז הארץ	0.94	-0.067	מיקום גאוגרפי

p<0.05 *
p<0.10 **

לוח 7ז: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח משלים בקרב קשישים

בסיס	יחס צולב	b	
גמלאים	0.64	-0.450	מקבלי השלמת הכנסה
			שפה
עברית	0.00	-5.665	ערבית
	0.10	*-2.320	רוסית
טוב/טוב מאוד	0.78	-0.252	מצב בריאות
גברים	1.73	0.550	מין
			השכלה
תיכונית	0.43	*-0.842	עד תיכונית
	1.87	**0.628	מעל תיכונית
נשוי/אה	0.47	*-0.763	מצב משפחתי
כללית	13.00	*2.565	קופת חולים
נמוך	0.74	-0.300	מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	0.74	-0.306	גודל יישוב
מרכז הארץ	0.79	-0.236	מיקום גאוגרפי

p<0.05 *

p<0.10 **

לוח 8ז: יחס צולב במודלים של רגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח משלים בקרב צעירים

בסיס	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
גילאי עבודה	**0.68	*0.75	*0.66	*0.35	מקבלי הבטחת הכנסה
גברים	1.27	1.13	*1.30		מין
טוב מאוד/טוב	0.81	0.77	*0.63		מצב בריאות
					שפה
עברית	0.59	*0.34	*0.30		ערבית
	*0.24	*0.23	*0.42		רוסית
					השכלה
תיכונית	*0.35	*0.37	*0.35		עד תיכונית
	**1.40	*1.45	*1.56		מעל תיכונית
נשוי/אה	*0.63	*0.65	*0.67		מצב משפחתי
כללית	*5.64	*6.04			קופת חולים
					מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
בינוני/גבוה	*0.45				גודל יישוב
מעל 5,000 תושבים	0.72				מיקום גאוגרפי
מרכז הארץ	0.94				

p<0.05 *

p<0.10 **

לוח 9ד: יחס צולב במודלים של רגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח משלים בקרב קשישים

בסיס	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
גמלאים	0.64	**0.53	**0.59	*0.30	מקבלי השלמת הכנסה
גברים	**1.73	1.48	1.38		מין
טוב מאוד/טוב	0.78	0.71	*0.54		מצב בריאות
עברית	0.00	**0.24	**0.26		שפה
	*0.10	*0.11	*0.26		ערבית רוסית
תיכונית	*0.43	**0.48	**0.51		השכלה
	**1.87	**1.96	*2.15		עד תיכונית מעל תיכונית
נשוי/אה	*0.47	*0.52	0.81		מצב משפחתי
כללית	*13.00	*11.93			קופת חולים
בינוני/גבוה	0.74				מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	0.74				גודל יישוב
מרכז הארץ	0.79				מיקום גיאוגרפי

* p<0.05
** p<0.10

לוח 10ד: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח פרטי בקרב צעירים

בסיס	יחס צולב	b	
גילאי עבודה	0.41	*-0.889	מקבלי הבטחת הכנסה
עברית	0.30	-1.188	שפה
	0.70	-0.358	ערבית רוסית
טוב מאוד/טוב	1.25	0.217	מצב בריאות
גברים	1.01	0.012	מין
עד תיכונית	0.66	-0.409	השכלה
	1.88	*0.632	עד תיכונית מעל תיכונית
כללית	0.85	-0.159	קופת חולים
נמוך	0.73	-0.314	מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	0.76	-0.270	גודל יישוב
מרכז הארץ	0.93	-0.077	אזור

* p<0.05

לוח 11ז: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר רכישת ביטוח פרטי בקרב קשישים

בסיס	יחס צולב	b	
גמלאים	0.87	-0.143	מקבלי השלמת הכנסה
			שפה
עברית	0.02	-4.040	ערבית
	0.89	-0.119	רוסית
טוב מאוד/טוב	1.09	0.091	מצב בריאות
גברים	0.68	-0.390	מין
כללית	1.32	0.275	קופת חולים
			השכלה
תיכונית	0.32	-1.133	עד תיכונית
	1.89	*0.639	מעל תיכונית
בינוני/גבוה	1.52	0.416	מעמד חברתי- כלכלי של יישוב מגורים
מרכז הארץ	1.89	0.002	אזור
מעל 5,000 תושבים	1.19	0.171	גודל יישוב

p<0.05 *

לוח 12ז: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה מאוד בקרב צעירים

בסיס	יחס צולב	b	
גילאי עבודה	0.69	** -0.375	מקבלי הבטחת הכנסה
			שפה
עברית	0.81	-0.213	ערבית
	0.29	* -1.254	רוסית
גברים	1.33	** 0.282	מין
טוב מאוד/טוב	1.31	0.271	מצב בריאות
			השכלה
תיכונית	1.20	0.179	עד תיכונית
	0.72	** -0.327	מעל תיכונית
נשוי/אה	0.008	1.01	מצב משפחתי
כללית	1.59	* 0.465	קופת חולים
מעל 5,000 תושבים	0.68	-0.384	גודל יישוב
בינוני/גבוה	1.02	0.018	מעמד חברתי- כלכלי של יישוב מגורים
מרכז הארץ	1.24	0.216	אזור

p<0.05 *

p<0.10 **

לוח 13: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה מאוד בקרב קשישים

בסיס	יחס צולב	b	
גמלאים	0.72	-0.326	מקבלי השלמת הכנסה
			שפה
עברית	0.34	-1.083	ערבית
	0.92	-0.081	רוסית
גברים	1.10	0.092	מין
טוב מאוד/טוב	0.36	*-1.013	מצב בריאות
			השכלה
תיכונית	1.20	0.178	עד תיכונית
	0.71	-0.336	מעל תיכונית
נשוי/אה	0.87	-0.143	מצב משפחתי
כללית	1.17	0.157	קופת חולים
בינוני/גבוה	1.54	0.434	מעמד חברתי- כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	0.73	-0.313	גודל יישוב
מרכז הארץ	0.84	-0.178	אזור

p < 0.05 *

לוח 14: יחס צולב במודלים של רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה מאוד בקרב צעירים

בסיס	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
גילאי עבודה	**0.69	0.76	0.73	*0.67	מקבלי הבטחת הכנסה
גברים	**1.33	*1.40	*1.46		מין
טוב/טוב מאוד	1.31	**1.34	1.24		מצב בריאות
					שפה
עברית	0.81	*0.49	*0.46		ערבית
	*0.29	*0.27	*0.31		רוסית
נשוי/אה	1.01	0.97	0.96		מצב משפחתי
					השכלה
תיכונית	1.20	1.09	1.05		עד תיכונית
	**0.72	**0.73	0.78		מעל תיכונית
כללית	*1.59	*1.78			קופת חולים
					מעמד חברתי- כלכלי של יישוב
בינוני/גבוה	1.02				מגורים
מעל 5,000 תושבים	0.68				גודל יישוב
מרכז הארץ	1.24				אזור

p < 0.05 *

p < 0.10 **

לוח 15ד: יחס צולב במודלים של רגרסיה לוגיסטית להסבר שביעות רצון במידה רבה מאוד בקרב קשישים

	מודל 1	מודל 2	מודל 3	מודל 4	בסיס
מקבלי השלמת הכנסה	*0.51	0.73	0.73	0.72	גמלאים
מין		0.93	0.93	1.10	גברים
מצב בריאות		*0.34	*0.35	*0.36	טוב מאוד/טוב
שפה					
ערבית		0.90	0.91	0.34	עברית
רוסית		0.89	0.85	0.92	
מצב משפחתי		1.01	0.99	0.87	נשוי/אה
השכלה					
עד תיכונית		1.26	1.26	1.20	תיכונית
מעל תיכונית		0.87	0.85	0.71	
קופת חולים			1.29	1.17	כללית
מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים				1.54	בינוני/גבוה
גודל יישוב				0.73	מעל 5,000 תושבים
אזור				0.84	מרכז הארץ

p < 0.05 *

לוח 16ד: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שיפור ברמת שירותי קופת החולים בקרב צעירים

	b	יחס צולב	בסיס
מקבלי הבטחת הכנסה	-0.159	0.85	גילאי עבודה
שפה			
ערבית	*1.310	3.71	עברית
רוסית	-0.082	0.92	
השכלה			
עד תיכונית	-0.102	0.90	תיכונית
מעל תיכונית	-0.124	0.88	
מין	-0.115	0.89	גברים
מצב בריאות	-0.234	0.79	טוב מאוד/טוב
מצב משפחתי	-0.066	0.94	נשוי/אה
קופת חולים	*-0.421	0.66	כללית
מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים	-0.196	0.82	בינוני/גבוה
גודל יישוב	0.198	1.22	מעל 5,000 תושבים
אזור	0.249	1.28	מרכז הארץ

p < 0.05 *

לוח 17ד: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שיפור ברמת שירותי קופת החולים בקרב קשישים

בסיס	יחס צולב	b	
גמלאים	1.05	0.053	מקבלי השלמת הכנסה
			שפה
עברית	3.37	1.215	ערבית
	0.48	** -0.744	רוסית
			השכלה
תיכונית	0.68	-0.391	עד תיכונית
	0.77	-0.267	מעל תיכונית
גברים	1.46	0.376	מין
טוב מאוד/טוב	0.69	-0.370	מצב בריאות
נשוי/אה	0.56	** -0.585	מצב משפחתי
כללית	0.48	* -0.733	קופת חולים
בינוני/גבוה	1.64	0.492	מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	1.33	0.284	גודל יישוב
מרכז הארץ	0.92	-0.082	אזור

* p < 0.05

** p < 0.10

לוח 20ד: יחס צולב במודלים של רגרסיה לוגיסטית להסבר שיפור ברמת שירותי קופת החולים בקרב צעירים

בסיס	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
גילאי עבודה	0.85	0.76	0.78	*0.68	מקבלי הבטחת הכנסה
גברים	0.89	0.98	0.95		מין
טוב מאוד/טוב	0.79	0.80	0.84		מצב בריאות
					שפה
עברית	*3.71	*2.66	*2.76		ערבית
	0.92	0.98	0.90		רוסית
					השכלה
תיכונית	0.90	0.97	0.99		עד תיכונית
	0.88	0.82	0.79		מעל תיכונית
נשוי/אה	0.94	0.92	0.92		מצב משפחתי
כללית	*0.66	*0.68			קופת חולים
בינוני/גבוה	0.82				מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	1.22				גודל יישוב
מרכז הארץ	1.28				אזור

* p < 0.05

לוח 21ז: תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר שיפור ברמת שירותי קופת החולים בקרב קשישים

בסיס	מודל 4	מודל 3	מודל 2	מודל 1	
גמלאים	1.05	0.81	0.82	*0.67	מקבלי השלמת הכנסה
גברים	1.46	1.25	1.26		מין
טוב מאוד/טוב	0.69	0.67	0.74		מצב בריאות
עברית	3.37	*5.75	*5.65		שפה
	**0.48	0.62	*0.56		ערבית רוסית
תיכונית	0.68	0.75	0.76		השכלה
	0.77	0.88	0.83		עד תיכונית מעל תיכונית
נשוי	**0.56	0.64	**0.60		מצב משפחתי
כללית	*0.48	*0.43			קופת חולים
בינוני/גבוה	1.64				מעמד חברתי-כלכלי של יישוב מגורים
מעל 5,000 תושבים	1.33				גודל יישוב
מרכז הארץ	0.92				אזור

p<0.05 *

p<0.10 **