

דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 והשוואה לשנים קודמות



סקירת שיטות המחקר

בסקירה זו מוצגים שיטת הדגימה, תוצאות עבודת השדה ואופן השיקולל בסקר 2014. כמו כן, מוצגים השינויים העיקריים שאומצו לעומת סבבים קודמים של הסקר.

1. אוכלוסיית הסקר והמדגם

אוכלוסיית הסקר כללה את תושבי ישראל שהיו בני 22 ומעלה בעת הסקר. מסגרת הדגימה הייתה רשימות הטלפונים הקווים (נייחים) הממוחשבות של בזק ושל הוט¹. כדי להבטיח את ייצוגן של כל הקופות, בוצע מדגם שכבתי במקום מדגם אקראי רגיל. השכבות הוגדרו על-פי גודל יישוב, ובוצעה דגימת יתר של תושבי יישובים שבהם היה ריכוז גבוה במיוחד של חברי הקופות הקטנות.

הדגימה בוצעה ב-4 שלבים ואלו הם:

שלב א: הוגדרו 5 שכבות, להלן הפירוט:

- ◆ עיר יהודית גדולה, המונה 200 אלף ויותר תושבים
- ◆ עיר יהודית בינונית, המונה 200,000-200,00 תושבים
- ◆ עיר יהודית קטנה, המונה 5,000-20,000 תושבים
- ◆ כפר/יישוב יהודי קטן, המונה פחות מ-5,000 תושבים
- ◆ יישובים ערביים

יש לציין, כי, כמובן, רואיינו דוברי ערבית גם ביישובים שהוגדרו כ"יהודים".

שלב ב: מכל שכבה ולפי גודל היישוב, נקבע גודל המדגם באופן יחסי לגודל השכבה באוכלוסייה.

שלב ג: ביישובים מסוימים שבהם בכל שכבה שיעור המבוטחים בקופות הקטנות (מאוחדת ולאומית) היה גדול יחסית לשיעורם באוכלוסייה הכללית, הגדלנו את מספר הנדגמים באופן יחסי, על פי שיעור המבוטחים בקופות אלו, וצמצמנו באופן יחסי את מספר הנדגמים מהערים האחרות באותה השכבה. באופן זה, דגמנו מספיק מקרים מכל קופה, כדי להבטיח ייצוג הולם של כל קופה, ובפרט של הקופות

¹ רשימת מספרי הטלפון הניידים של חברת הדגימה מתעדכנת באופן מקוון וישיר ומשתנה מיום ליום והיא כוללת גם ילדים. מסיבה זו ומסיבות נוספות אוכלוסיית הסקר אינה כוללת אנשים שאין ברשותם טלפון קווי (נייח), ועל כן יש ייצוג-חסר של קבוצות אוכלוסייה הנוטות להיות בעלות טלפון נייד בלבד.

הקטנות. שלב זה התבסס על קובץ משרד הבריאות, הכולל את התפלגות המבוטחים לפי קופה ביישובים השונים, בשנת 2013.

שלב ד: בכל יישוב נערכה דגימה אקראית של פרטים מכלל התושבים ביישוב (ללא זיהוי שייכות לקופה). חברת הדגימה ביצעה את הדגימה, על פי ההגדרות שפורטו בסעיפים א-ג, ועבור כל פרט שנדגם קיבלנו הן את מספר הטלפון הנייח והן את מספרי הטלפון הניידים השייכים לו, אם היו כאלו.

יצוין כי בסקרים הקודמים (עד שנת 2012) ערכנו מדגם שכבות אקראי עם תגבור של דוברי ערבית. שכבות הדגימה הוגדרו על-פי אזור החיוג, ללא התחשבות בגודל היישוב. דגמנו מספר זהה של תושבים בכל אחד מחמשת אזורי החיוג בישראל,² וכדי להבטיח ייצוג הולם של דוברי ערבית ערכנו מדגם נוסף של יישובים ושכונות המאופיינים בשיעור ניכר של דוברי ערבית.

גם נציין כי בסקרים קודמים דגמנו מספרי טלפון וכשהגענו למספר הטלפון שעלה בדגימה, ביצענו דגימה נוספת מתוך המבוגרים הגרים במשק הבית. הדגימה הדו-שלבית הגדילה את הסיכוי לנפל; שכן, היו נדגמים שסירבו למסור מה מספר המבוגרים בתוך משק הבית, ולכן לא היה אפשר להמשיך עם הדגימה ועם הריאיון. המעבר למדגם פרטים מצמצם את הסיכוי לנפל מסוג זה.

2. תוצאות עבודת השדה בסקר הנוכחי ובסקר הקודם

בסקר הנוכחי, שיעור ההיענות היה גבוה ועמד על 68%. שיעור הסירוב היה 21%, וב-11% מהמקרים היו קשיים ביצירת קשר עם הנדגם. שיעור סירוב זה מייצג מגמה של השנים האחרונות (בסקרים בכלל, ללא קשר לנושא הסקר) של ירידה באחוז הנכונות להיענות לבקשה להתראיין. למרות מגמה זו, אנו רואים שהמכון הצליח לשמור על אחוז היענות גבוה לעומת רוב הסקרים שמתקיימים היום.

יש לציין כי בסקר 2012 הגדלנו את מספר המרואיינים לעומת מספרם בשנים הקודמות, משום שהתבקשו על ידי המנכ"ל דאז, פרופ' גמזו, לבחון לעומק את חווייתם של מי שעושים שימוש מוגבר או תכוף בשירותי הבריאות ולהשוות בין ממצאים אלו לממצאים בקרב האוכלוסייה הכללית.

אף על פי שב-2014 ירד מספר המרואיינים ל-1,540 (לעומת 2,330 ב-2012), הודות לדגימת היתר שצוינה לעיל, מספר המבוטחים בקופות הקטנות שרואיינו ב-2014 דומה למספרם ב-2012.

כדי לבחון את ההשלכות האפשריות של ההיענות החלקית על ייצוגיות המדגם, נהוג להשוות בין הרכב המדגם למידע חיצוני קיים על הרכב אוכלוסיות היעד. כפי שיפורט להלן, לאחר השקלול, יש דמיון רב לאוכלוסייה הכללית במאפיינים מרכזיים (ר' נספח א בדוח המלא).

² 02-אזור ירושלים; 03-אזור תל אביב-יפו והמרכז; 04-אזור חיפה והצפון; 08-אזור השפלה והדרום; 09-אזור השרון.

לוח 1: סיכום עבודת השדה בסקר 2012 ובסקר 2014

2014	2012	שנת הסקר
3,404	5,286	מספר הטלפונים שנדגמו
2,258	3,800	מספר הטלפונים השייכים לאוכלוסיית המחקר ¹
1,540	2,330	סך הכול שאלונים מלאים
68	61	שיעור ההיענות (באחוזים)
		סיבות לאי-ריאיון
21	27	סירוב (באחוזים)
11	12	קשיים ביצירת קשר (שפה, קושי מנטלי, בעיות רפואיות, איתור) (באחוזים)

¹ במחקר לא נכללו מספרי טלפון של בתי עסק, של מוסדות, של תושבים זרים, של פקס, של מודם ושל צעירים מתחת לגיל 22. כמו כן לא נכללו מספרי טלפון שבהם הקו לא היה תקין במשך חודשיים או שלא הייתה בו תשובה במשך חודשיים.

3. שקלול ומבחני רגישות

השקלול התבצע בשני שלבים :

בשלב הראשון קיבל כל מרואיין משקל על פי היחס של מספר האנשים ברשימת יישוב המגורים בתקופת עריכת הדגימה ולפי מספר האנשים בקובץ מיישוב המגורים.³

בשלב השני חולקה האוכלוסייה לשמונה קבוצות אוכלוסייה, לפי לאום (ערבים או יהודים), מין (גברים או נשים) וגיל (מתחת לגיל 65 או מעליו). כל קבוצה במדגם קיבלה משקל המביא בחשבון את גודלה באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס בשנת 2014.

לאחר שקלול הנתונים, ערכנו השוואה בין מאפייני אוכלוסיית המדגם ב-2014 לבין מאפייני האוכלוסייה בישראל, מתוך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומתוך נתוני המוסד לביטוח לאומי. ההשוואה נערכה על מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחרים ועל התפלגות המבוטחים לפי חברות בקופת חולים (רי לוחות א-1א-2א בנספח א, בדוח המלא). מתוך ההשוואה נמצא כי מאפייני המדגם דומים למאפייני האוכלוסייה במשתנים אלו : אזור מגורים, לאום, שנת עלייה מברית המועצות לשעבר ומין.

הבדל נמצא בשלושה משתנים : גיל, השכלה וקופה. שיעור הצעירים (בני 22-44) היה נמוך יותר בקרב המרואיינים לעומת נתוני הלמ"ס בקרב כלל האוכלוסייה (34% לעומת 51%); במקביל, נמצא כי שיעור המדווחים על השכלה על-תיכונית ואקדמית גבוה יותר בקרב המרואיינים (66% לעומת 47%).

³ ביישובים ספורים השקלול נעשה ברמת נפת המגורים. הרקע לכך היה שטעות הדגימה היחסית בשני יישובים הייתה מעט גדולה מ-25%. אף על פי שממצאי הסקר אינם מדווחים לפי יישוב, בנפות עם היישובים האלו הוחלט להגדיל את רמת הדיוק של האומדנים על ידי חישוב הסתברות הדגימה לנפה. השינוי מונע את האפשרות להשפעת-יתר של מספר קטן של מרואיינים ביישוב ספציפי.

שיעורם הנמוך יחסית של הצעירים בקרב המרוויינים נובע, כנראה, בעיקר מכך שלרבים מהם אין טלפון נייד, ולכן הם לא נכללו ברשימות הדגימה. ההבדלים לפי קופה נובעים, כנראה, מדגימת היתר של יישובים שבהם שיעור גבוה של מבוטחים מהקופות הקטנות.

לשלושת המשתנים הללו בוצעה בדיקת רגישות, כדי לבחון האם ובאיזו מידה ההבדלים הללו משפיעים על הממוצעים של משתנים בולטים, כגון: שביעות רצון כללית משירותי הקופה ושיעור בעלות על השב"ן. נמצא שהשפעתם מועטה עד בכלל לא, מכיוון שההבדלים בין הקבוצות היו קטנים (במיוחד בשביעות הרצון הכללית משירותי קופות החולים).

4. כלי המחקר, איסוף ועיבוד הנתונים

לקראת תחילת עבודת השדה, קיבלו הנדגמים מכתב אישי, ובו הסבר על המחקר ונמסרו מספרי טלפון ליצירת קשר עם צוות המחקר, במידת הצורך.

הנתונים נאספו באמצעות ראיונות טלפוניים; כל ראיון ארך כ-20 דקות בממוצע. הראיונות נערכו בשפות עברית, ערבית, רוסית, או אנגלית, לשם קבלת ייצוג הולם של האוכלוסייה.

כלי המחקר היה שאלון שכלל סדרת מדדים קבועים וכן מערכת שאלות נוספות, המשתנה בכל שנת סקר, בהתאם לדגשים המתואמים עם ועדת ההיגוי.

בשנת 2014 כלל שאלון המחקר את המדדים הקבועים: מגמות לאורך זמן בשביעות רצון וברמת שירות; רפואה ראשונית ושניונית, הערכת תפקוד מערכת הבריאות, תחושת הביטחון במערכת; ואפשרות בחירה בנותני השירות. הורחבו הנושאים האלה: נגישות לשירותים ומחסומים הקשורים לעלות ולמרחק; ופנייה למערכת הפרטית. כמו כן, נכלל בשאלון נושא ייחודי לשנת 2014: חוויית המפגש של המטופל בקהילה ובבתי חולים.

בוצעו עיבודים סטטיסטיים בהתאם לשאלה שנבדקה באמצעות תוכנת IBM-SPSS Statistics version 20. מאחר שהסקר התבסס על מדגם שכבות, העיבודים בוצעו באמצעות Complex Samples Procedure. SPSS's.

יש לציין כי כל ההבדלים שהוצגו בטקסט של הדוח (הבדלים בין שנים, בין קופות, ובין קבוצות אוכלוסייה) הם הבדלים מובהקים סטטיסטית ברמת מובהקות של $p < 0.01$, אלא אם כן צוין אחרת. בזאת ועוד, בנוגע למשתנים בולטים, ערכנו בדיקת מובהקות על פי חישוב השונות למדגמים מורכבים.⁴

Cochran WG, 1977. Sampling Techniques (3rd Edition). ISBN: 978-0-471-16240-7. Wiley Series in Probability⁴ and Statistics. Wiley.