

דוח מדעי סופי

**ויתור על שירותי בריאות במסגרת סל שירותי
הבריאות: מיפוי, גורמים מסבירים והמלצות
למדיניות מערכת הבריאות והרווחה**

פרופ' פרלה ורנר, אוניברסיטת חיפה

פרופ' אביעד טור-סיני, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

המחקר מומן באמצעות קרן המחקרים של הביטוח הלאומי

נובמבר 2023

תוכן העניינים

3	תמצית.....
4	תקציר.....
7	מבוא.....
15	שיטת המחקר.....
16	ממצאים.....
	שלב ראשון : נקודת המבט האישית של הציבור בישראל ביחס לשאלת הוויתור על שירותי בריאות
16	וסיבותיו.....
22	שלב שני : מיפוי דפוסי הוויתור על שירותי הבריאות.....
41	שלב שלישי : השקפת בעלי תפקידים וראשי מערכות הבריאות והרווחה.....
47	דיון והמלצות.....
52	ביבליוגרפיה.....
59	נספח 1. מדריך ראיון עם הציבור בישראל (שלב ראשון).....
61	נספח 2. שאלון (שלב שני).....
69	נספח 3. מדריך ראיון עם בעלי תפקידים וראשי מערכות הבריאות והרווחה (שלב שלישי).....

תמצית

בריאות ורווחה הן זכויות בסיסיות של כל אדם. חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (1992) מדגיש שעל המדינה לקיים מערכת שתבטיח "רשת מגן לאזרחיה". המחקר הנוכחי עוסק בסוגיה חברתית העומדת ביסודו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכרוכה בהשלכות פוטנציאליות חמורות ברמת הפרט ומערכת הרווחה – שאלת הווייתור על שירותי בריאות במסגרת סל שירותי הבריאות, ומיפוי הגורמים המסבירים תופעה זו – הכלכליים, החברתיים והאישיים.

במחקר הנוכחי נעשה מאמץ ראשוני לסייע במיפוי הגורמים המניעים אנשים לוותר על שירותי בריאות, ולהעמיק את ההבנה בדבר השיקולים והמדיניות המומלצת ליישום על ידי קובעי המדיניות במערכת הבריאות במטרה להבטיח ביטחון סוציאלי, קיום בכבוד וצריכת שירותי בריאות נאותה וראויה לכלל אזרחי המדינה. על מנת להשיג מטרה זאת, חקרנו את היקפם, הבנתם וגורמיהם של דפוסי וויתור בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה הישראלית, כאשר לראשונה ניתנה במה לקולותיהם של אלה המעורבים בהחלטות בנוגע לווייתור – קרי הציבור וגם מקבלי החלטות במערכת הבריאות והרווחה – באמצעות שיטות מחקר איכותניות וכמותניות וראיה לונגיטודינלית של התופעה. בדרך זו המחקר נועד להגביר את הידע והמודעות של מערכת הבריאות והרווחה לפרופיל התושבים המוותרים על שירותי בריאות והסיבות לכך, כמו גם לספק הבנה מעמיקה ומקיפה לבעיית הווייתור על שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל.

על מנת לבחון ביסודיות את מכלול יעדי המחקר, נעשה שימוש במתודולוגיה משולבת – איכותנית וכמותית. בשלב הראשון של המחקר, נערך מחקר איכותני אשר נועד לבחון לעומק את נקודת המבט האישית של הציבור בישראל ביחס לשאלת הווייתור על שירותי בריאות וסיבותיו. בשלב השני של המחקר, ביקשנו להרחיב ולתקף את הממצאים האיכותניים ולבחון באופן מובנה את דפוסי הווייתור על שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות. לצורך כך נערך סקר לונגיטודינלי לאורך שתי תקופות בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. בשלב השלישי והאחרון של המחקר, נערך מחקר איכותני אשר נועד לבחון לעומק את השקפתם המקצועית של בעלי תפקידים וראשי מערכת הבריאות והרווחה בעבר ובהווה ביחס לעיקרי הממצאים שהתקבלו בשני השלבים הראשונים של המחקר.

עיקרי ממצאי המחקר הם ש: (1). וויתור על שירותי בריאות נתפס כתופעה משמעותית ומדאיגה בקרב כל הנחקרים, כולל הציבור הרחב ואלה השייכים לאוכלוסיות מיעוט ומקבלי החלטות בתחום הבריאות והרווחה. (2). הציבור הרחב התייחס למושג "וויתור על שירותי בריאות" כתופעה המשקפת אי מיצוי של צורך רפואי. לעומתם, מקבלי החלטות הרחיבו את ההסבר להחלטה לוותר על שירותי בריאות כאל תופעה המשקפת את הרצון לצרוך יותר שירותים מהנחוץ. הסברים שונים אלה משקפים את הדילמה המתמשכת להבדיל בין demand ו- need. (3). שיעורי הווייתור – הן לרופא משפחה והן לרופא מומחה/מקצועי – ירדו בתקופה השנייה בהשוואה לראשונה. המחקר הנוכחי מראה שהתנהגות זו משתנה לאורך זמן גם כאשר לא מדובר בזמני משבר. (4). תופעת הווייתור על שירותי בריאות היא תופעת מורכבת ורב-גורמית. מורכבות זאת דורשת שימוש בריבוי שיטות על מנת להגיע להסבר ממצא ותקף יותר. חוסר אמון במערכת הבריאות ותפיסות בנוגע למערכת הרווחה והבריאות נמצאו גורמים חשובים להסבר התנהגות הווייתור בקרב הציבור – גם במחקר האיכותני והן הכמותני. כמו כן, ויתור בתקופה הקודמת נמצא כגורם המשמעותי ביותר המסביר את ההסתברות לווייתור במחקר הכמותני. (5). פתרונות אפשריים שהועלו למזעור תופעת הווייתור הינם הרחבת היקף הרפואה המונעת וויסות הביקוש לרפואה הביתית.

תקציר

בריאות ורווחה הן זכויות בסיסיות של כל אדם. חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (1992) מדגיש שעל המדינה לקיים מערכת שתבטיח "רשת מגן לאזרחיה". על רקע הפער בין הביקוש הגואה לשירותי בריאות לבין מגבלת המקורות נחקק בשנת 1994 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1995. בחוק נקבע סל שירותי בריאות, כאשר נאמר כי כל תושבי ישראל יהיו זכאים לקבל סל זה באופן יעיל ושוויוני. מבנה המימון של מערכת הבריאות בישראל מבטיח סל שירותי בריאות הממומן בעיקרו ממקורות ציבוריים (אך כולל גם השתתפויות עצמיות), ולצידו שירותים אחרים הממומנים באמצעות תשלום ישיר של משקי הבית וביטוחי בריאות פרטיים.

המחקר הנוכחי עוסק בסוגיה חברתית העומדת ביסודו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכרוכה בהשלכות פוטנציאליות חמורות ברמת הפרט ומערכת הרווחה – שאלת הווייתור על שירותי בריאות במסגרת סל שירותי הבריאות, ומיפוי הגורמים המסבירים תופעה זו – הכלכליים, החברתיים והאישיים. ההימנעות וויתור על שירותי בריאות חיוניים בשל הדרישה לתשלום בעבורם או אי זמינותם היא אחת התופעות המדאיגות ביותר מבחינה סוציאלית, בשל השפעתה על הידרדרות רמת הבריאות ובעיקר אצל קבוצות החשות איום או קושי כלכלי. הבטחת טיפול רפואי איכותי היא אחת המטרות החשובות ביותר של מדיניות בריאות; על אף זאת, נמצא כי בחלק לא מבוטל מהמדינות המפותחות קיימים קשיים בצריכת שירותי בריאות, העשויים להגדיל בקרב חלק מהציבור את הסיכוי לוותר על שירותי בריאות.

הדיון בישראל בשאלת הווייתור על שירותי בריאות הסתפק עד כה באמידת ממוצע שיעור הווייתור. למרות החשיבות הרבה שיש במידע זה, הרי שאין די בו כדי ללמדנו באופן מקיף ומעמיק אודות מהות הבעיה ודפוסי הווייתור ביחס לסוגי שירותי הבריאות השונים הנכללים בסל הבריאות.

מטרת המחקר: במחקר הנוכחי נעשה מאמץ ראשוני לסייע במיפוי הגורמים המניעים אנשים לוותר על שירותי בריאות, ולהעמיק את ההבנה בדבר השיקולים והמדיניות המומלצת ליישום על ידי קובעי המדיניות במערכת הבריאות במטרה להבטיח ביטחון סוציאלי, קיום בכבוד וצריכת שירותי בריאות נאותה וראויה לכלל אזרחי המדינה.

על מנת להשיג מטרה זאת, חקרנו את היקפם, הבנתם וגורמיהם של דפוסי וויתור בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה הישראלית, כאשר לראשונה ניתנה במה לקולותיהם של אלה המעורבים בהחלטות בנוגע לווייתור – קרי הציבור וגם מקבלי החלטות במערכת הבריאות והרווחה – באמצעות שיטות מחקר איכותניות וכמותניות וראיה לונגיטודינלית של התופעה. בדרך זו המחקר נועד להגביר את הידע והמודעות של מערכת הבריאות והרווחה לפרופיל התושבים המוותרים על שירותי בריאות והסיבות לכך, כמו גם לספק הבנה מעמיקה ומקיפה לבעיית הווייתור על שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל.

למחקר חמש מטרות עיקריות, כאשר כל אחת עומדת בפני עצמה, וביחד יבנו פסיפס ידע חשוב בשאלה הנחקרת. המטרות הן:

- א. לבחון לעומק את הסיבות והמניעים העומדים מאחורי ההחלטה לוותר או לא לוותר על שירותי בריאות.
- ב. למפות את דפוסי הווייתור וסיבות הווייתור ביחס לשירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות כפונקציה של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, בריאותיים וכלכליים.

ג. לזהות גורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על שירותי הבריאות השונים הכלולים בסל הבריאות.
ד. לזהות גורמים המסבירים את הסיבות לויתור על שירותי בריאות השונים הכלולים בסל הבריאות.
ה. ללמוד על העמדות של קובעי המדיניות במערכת הבריאות והרווחה בשאלת ההתמודדות עם וויתור התושבים על שירותי הבריאות.

שיטות החקירה: על מנת לבחון ביסודיות את מכלול יעדי המחקר, נעשה שימוש במתודולוגיה משולבת – איכותנית וכמותית. בשלב הראשון של המחקר, נערך מחקר איכותני אשר נועד לבחון לעומק את נקודת המבט האישית של הציבור בישראל ביחס לשאלת הוויתור על שירותי בריאות וסיבותיו (לבדיקת מטרה א). בשלב השני של המחקר, ביקשנו להרחיב ולתקף את הממצאים האיכותניים ולבחון באופן מובנה את דפוסי הוויתור על שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות. לצורך כך נערך סקר לונגיטודינלי לאורך שתי תקופות בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (לבדיקת מטרות ב-ד). בשלב השלישי והאחרון של המחקר, נערך מחקר איכותני אשר נועד לבחון לעומק את השקפתם המקצועית של בעלי תפקידים וראשי מערכת הבריאות והרווחה בעבר ובהווה ביחס לעיקרי הממצאים שהתקבלו בשני השלבים הראשונים של המחקר (לבדיקת מטרה ה).
עיקרי הממצאים:

(1). חשיבות והיקף תופעת הוויתור על שירותי בריאות:

וויתור על שירותי בריאות נתפס כתופעה משמעותית ומדאיגה בקרב כל הנחקרים, כולל הציבור הרחב ואלה השייכים לאוכלוסיות מיעוט ומקבלי החלטות בתחום הבריאות והרווחה, וללא קשר לשיטת המחקר – איכותנית או כמותנית - בה נעשה שימוש. מהסקר הארצי שקיימנו נמצא שבקרב כלל הנחקרים בתקופה הראשונה שדווחו על צורך בקבלת טיפול רפואי בשנה שקדמה לסקר, 35% וויתרו על ביקור אצל רופא משפחה, ו- 30% על ביקור אצל רופא מומחה. אחוזים אלה היו נמוכים במעט בתקופה השנייה, אף כי עדיין אחד מכל חמישה נחקרים דווח שוויתר על שירותים אלה למרות הצורך שהרגיש.

העקביות בהיקף התופעה לאורך זמן מצביעה על קיומם הפוטנציאלי של פרופילים המאפיינים אנשים עם נטייה גבוהה או נמוכה לוותר על שירותי בריאות. כמו כן, ייתכן שהשפעתה של הפנדמיה, ובעיקר הפחד להידבק בוורוס הקטלני, מתמשכת לאורך זמן ומשפיעה על תפיסת הוויתור גם בתקופות ללא סכנה כזאת.

(2). המשגת והבנת תופעת הוויתור על שירותי בריאות:

אין מונח ו/או הגדרה קונספטואלית המקובלת על כולם, והנמצאת בשימוש באופן עקבי בספרות להגדרת הוויתור או הדחייה של קבלת שירותי בריאות. המונחים וויתור (forgone) ואי מיצוי צרכים (unmet needs) מופיעים בספרות כנרדפים חלופיים. ממצאי המחקר שלנו העלו בעייתיות דומה.

מהתעמקות במילותיהם של הציבור ואנשי המדיניות שרואיינו באמצעות ראיונות עומק עולה שהבנת התופעה שונה במקצת. הציבור הרחב התייחס למושג "וויתור על שירותי בריאות" כתופעה המשקפת אי מיצוי של צורך רפואי. לעומתם, מקבלי החלטות הרחיבו את ההסבר להחלטה לוותר על שירותי בריאות כאל תופעה המשקפת את הרצון לצורך יותר שירותים מהנחוץ. הסברים שונים אלה משקפים את הדילמה המתמשכת להבדיל בין need – ו demand.

(3). **וויתור על שירותי בריאות לאורך זמן:** שיעורי הוויתור – הן לרופא משפחה והן לרופא מומחה/מקצועי – ירדו בתקופה השנייה בהשוואה לראשונה. המחקר הנוכחי מראה שהתנהגות זו משתנה לאורך זמן גם כאשר לא מדובר בזמני משבר.

(4). **הסיבות לויתור על שירותי בריאות:** תופעת הוויתור על שירותי בריאות היא תופעת מורכבת ורב-גורמית. מורכבות זאת דורשת שימוש בריבוי שיטות על מנת להגיע להסבר ממצא ותקף יותר. במחקר הנוכחי נמצא שחלק מהסיבות היו משותפות לכל סוגי המרואיינים ולכל מתודות המחקר, אך גם נמצאו סיבות שעלו בקבוצה אחת ולא בשנייה או בשיטת מחקר אחת ולא בשנייה. כך למשל, במחקר האיכותי שבוצע עם הציבור ועם מקבלי החלטות (שלב 1 ושלב 3) הועלו מספר סיבות דומות. אלה כללו סיבות ארגוניות (זמינות ונגישות) וסיבות תרבותיות. סיבות פיננסיות, אשר מוזכרות בספרות כנפוצות ביותר, נמצאו כגורם משמעותי רק בחלק הכמותני. חוסר אמון במערכת הבריאות ותפיסות בנוגע למערכת הרווחה והבריאות נמצאו גורמים חשובים להסבר התנהגות הוויתור בקרב הציבור – גם במחקר האיכותני והן הכמותני. יחד עם זאת, נמצא כי גורם זה כלל לא הועלה על ידי מקבלי החלטות. בין הגורמים הסוציו-דמוגרפיים, גיל נמצא כגורם המסביר החשוב ביותר במחקר הכמותני. כמו כן, גם תפיסת הבריאות היה גורם מרכזי כמסביר התנהגות וויתור. ויתור בתקופה הקודמת נמצא כגורם המשמעותי ביותר המסביר את ההסתברות לויתור במחקר הכמותני.

(5). **פתרונות לבעיית הוויתור:** מקבלי החלטות במערכת הבריאות והרווחה היו היחידים שהצביעו על מספר פתרונות למזעור תופעת הוויתור. הוזכרו בעיקר שני פתרונות: הרחבת היקפה של הרפואה המונעת וויסות הביקוש לרפואה ביתית. פתרונות אלה נגזרים מהבנת או המשגת המונח וויתור כקשור להתייתרות.

המלצות:

- (1). מקבלי החלטות וקובעי מדיניות חייבים לבצע ניטור עקבי ומדויק של שיעורי הוויתור של שירותי בריאות בסיסיים לאורך זמן, ובעיקר בקרב קבוצות סיכון מוגבר.
- (2). מומלץ לבחון את הספרות המקצועית הקיימת בנושא ולאמץ את השימוש במונח הכי נפוץ במרבית המדינות, כמו גם את הדרך להעריך אותו. צעד זה יאפשר להשוות, ללמוד ולהפיק מסקנות מהמצב בישראל בהשוואה למדינות אחרות. מטרה זאת ניתנת להשגה על ידי ביצוע סקירה סיסטמטית של הספרות הקיימת.
- (3). מומלץ להתייחס לתופעת הוויתור על שירותי בריאות כתהליך דינמי ולא סטטי. יש לבחון את הגורמים המסבירים תנודתיות זו.
- (4). מומלץ שכל המעורבים בתופעת הוויתור על שירותי בריאות (אנשי הציבור, אנשי מקצוע, ומקבלי החלטות) יתייחסו לתופעה זאת כמורכבת, וכדורשת הסבר מורכב ויצירתי.
- (5). מומלץ לראות ברופאי המשפחה כשומרי סף למערכת הבריאות שתפקידם להבטיח טיפול ראוי לכל אלה המבקשים טיפול רפואי, ובמקביל לשכלל את מנגנון תיעודן התורים לרפואה על בסיס צורך רפואי.

מבוא

בריאות ורווחה הן זכויות בסיסיות של כל אדם. חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (1992) מדגיש שעל המדינה לקיים מערכת שתבטיח "רשת מגן לאזרחיה". על-פי המשפט הבינלאומי, זכאי כל אדם באשר הוא לרמת חיים נאותה שתבטיח את בריאותו ורווחתו, ואת האפשרות לקבל ביטחון רפואי וסוציאלי במקרה הצורך (Godsin & Sridhar, 2014). להשגת מטרה זאת, מערכות בריאות שואפות להתייעל ולשפר את רמת השירותים ואיכות הבריאות של האוכלוסייה תוך שמירה על שוויון, נגישות ושביעות רצון התושבים (Rohova et al., 2017). כל אלה כרוכים בממון רב.

על רקע הפער בין הביקוש הגואה לשירותי בריאות לבין מגבלת המקורות נחקק בשנת 1994 חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1995. בחוק נקבע **סל שירותי בריאות**, כאשר נאמר כי כל תושבי ישראל יהיו זכאים לקבל סל זה באופן יעיל ושוויוני. מבנה המימון של מערכת הבריאות בישראל מבטיח סל שירותי בריאות הממומן בעיקרו ממקורות ציבוריים (אך כולל גם השתתפויות עצמיות), ולצידו שירותים אחרים הממומנים באמצעות תשלום ישיר של משקי הבית וביטוחי בריאות פרטיים. מבנה זה מגדיל את הנגישות לשירותי בריאות – בעיקר עבור אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, ובו בזמן מקטין את הסיכון העתידי של משקי הבית לשאת בהוצאות אשר ירעו באופן משמעותי את רמת חייהם (Clarfield et al., 2017). החל ממועד כינון חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עתה, חלה שחיקה במימון הציבורי לבריאות בישראל (Skorecki & Horton, 2017), כאשר מינואר 1995 ועד סוף שנת 2017 נשחק המימון הציבורי וירד משיעור של 67.4% מהמימון הכולל של מערכת הבריאות ל- 62.8%. זאת, בניגוד למגמת עלייה גלובלית מתמדת במימון הציבורי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2017; צ'רניחובסקי, 2018). ירידה זאת, מוצאת ביטוי בגידול שיעור ההוצאה על בריאות מתוך סך הוצאות משקי הבית בישראל: מ-4.6% בשנת 2000 ל- 5.7% בשנת 2015. עלייה זו נובעת בעיקר מהעלייה בהוצאה על ביטוחים פרטיים, אשר משקלם בסך ההוצאה הפרטית לבריאות גדל מכ- 18% בשנת 2000 לכ-37% בשנת 2015 (צ'רניחובסקי, 2017).

עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתן היה לצפות שפערי הבריאות בקרב האוכלוסייה בישראל יצטמצמו, אך הממצאים מלמדים אחרת: אופיו הרגרסיבי של מימון שירותי הרפואה, העלייה המתמשכת במחירי הבריאות, הגידול במימון הפרטי ותחולת עוני גבוהה, מעמיקים את אי-השוויון בשירותי הבריאות ובנגישות להם ומשפיעים בצורה דיפרנציאלית על בריאותן ורווחתן של קבוצות שונות (נבון וצ'רניחובסקי, 2012; אברבך ואבני, 2017; Rizzello et al., 2018).

סל שירותי הבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל קובע כי "ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1994). לשם כך וכפי שנאמר לעיל, נקבע **סל שירותי בריאות**, כאשר הוחלט כי כל תושבי ישראל יהיו זכאים לקבלו באופן יעיל ושוויוני. "יעילות" משמעותה, שעבור כל הקצאת משאבים המופנית למימון שירות מסוים אין הקצאה אחרת, במסגרת השירותים המוגדרים בסל, שיכולה להועיל יותר. "שוויוניות" משמעותה, שכל התושבים יהיו זכאים בדיוק לאותם השירותים (גלזר ומסיקה, 2006). החוק קבע את אחריות המדינה לשני סלי שירותי בריאות ציבוריים: הסל שבאחריות קופות החולים לספק למבוטחיהן (מפורט ב"תוספת השנייה" לחוק), והסל שבאחריות משרד הבריאות לספק לכלל תושבי ישראל ומסופק תחת תקציב נפרד (מפורט ב"תוספת השלישית" לחוק)¹. יש לציין כי למרות שהשירותים באחריות משרד הבריאות היו אמורים לעבור לאחריות קופות החולים לאחר תקופת מעבר של שלוש שנים ממועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כוונה זו לא יושמה במלואה עד היום (קוד דבידוביץ', 2014).

עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), סל שירותי הבריאות שנקבע ב"תוספת השנייה" היה הסל שהיה נהוג בקופת חולים כללית בדצמבר 1994, שהיה דומה לסל שירותי הבריאות שניתן גם בקופות האחרונות. סל שירותים זה מוגדר לפי תחומי שירות (אבחון, טיפול באשפוז, טיפול בקהילה וכו'), ואילו המרכיב התרופתי מוגדר על ידי רשימת תרופות הנכללת בסל השירותים. סעיפי החוק מציינים כי בין שירותי הבריאות אשר יינתנו לתושב במסגרת סל הבריאות ניתן למנות גם מקצועות פארה-רפואיים, ביניהם שירות פסיכולוגי ושירותי עבודה סוציאלית. יש לציין שסל השירותים בישראל הוא סל מינימום אשר קופות החולים חייבות לספק לפי "שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, תוך זמן סביר ומרחק סביר ממקום מגורי האזרח". סל זה כפוף למסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים, על בסיס מנגנון הקפיטציה המתווה את העקרונות לחלוקת הכספים שהמדינה מקצה לשם מימון סך שירותי הבריאות בין ארבע קופות החולים. על פי מנגנון זה, הכספים שמקורם בדמי ביטוח הבריאות הנגבים בידי המוסד לביטוח לאומי והסכומים שבתקציב המדינה יוקצו בין הקופות "... בהתאם ליחס שבין מספר המבוטחים המשוקלל בכל אחד מקופות החולים לבין סך מספר המבוטחים המשוקלל בכל קופות החולים" (סעיף 17 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994)). השירותים בסל ניתנים ללא תשלום, למעט

¹ מחויבות המדינה למימון עלות השירותים ב"תוספת השלישית" מותנית בקיום תקציב המיועד לכך אשר נקבע במסגרת תקציב המדינה.

השתתפות עצמית

במצב בו קיים ביטוח בריאות ממלכתי מקיף לכלל סוגי השירותים הרפואיים, הרי שהטיפול הרפואי ניתן בחינם, ולצרכנים יש תמריץ להגדיל את השימוש בטיפול זה. בעיה זו ידועה בספרות הביטוחית בשם "סיכון מוסרי" (Moral Hazard). על מנת להקטינה נהוג להטיל **השתתפויות עצמיות** (Landsem & Magnussen, 2018). השיקול הכלכלי העומד מאחורי ההשתתפות העצמית הוא מניעת ביקוש-יתר וריסון השימוש וכן מקור כספי לקופות החולים (דוח מבקר המדינה, 2008).

סעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי קופות החולים רשאיות לגבות תשלומי השתתפות עצמית ממבוטחייהן, בהתאם לתוכניות הגביה שאושרו להן על ידי שר הבריאות וועדת הכספים של הכנסת. ההשתתפות העצמית של המבוטחים הינה ביחס לשירותים רפואיים, תרופות, ביקורים אצל רופאים ועוד. החל משנת 2008, בה עמד שיעור ההשתתפויות העצמיות על כ-8% מכלל מקורות מימון סל שירותי הבריאות, התחילה מגמת ירידה, וב-2016 ו-2017 עמדו הכנסות קופות החולים מהשתתפות עצמית על כ-6%. מקובל לטעון שהשתתפויות עצמיות הן המס הרגרסיבי ביותר, בהיותן משולמות עבור צריכת השירות ללא קשר במצב הסוציאקונומי של האדם (כנס ים המלח, 2013). על כן, יש הטוענים כי יש למתן את שיעור ההשתתפויות העצמיות, ולדאוג לקיומם של מנגנוני הגנה על אוכלוסיות מוחלשות (Choudhry et al., 2014). מאידך, להשתתפויות עצמיות יש תפקיד בבלימת שירותים מיותרים, הנגרמים בגלל סוגיית ה-Moral Hazard כפי שהוזכר לעיל (Bajari et al., 2014). הסכנה הטמונה בהטלת השתתפויות עצמיות היא כי החולים החלשים והנזקקים לטיפול **יותר** עליו בגלל ההוצאה הנדרשת במסגרת ההשתתפויות העצמיות, ובכך יורע מצב בריאותם והם יזדקקו לטיפול רפואי רב ומורכב יותר (ולרוב, יקר יותר), וכך שוב יוצא שהמשק מפסיד (שמואלי, 2013; Elkins & Schurer, 2017). נעשו ניסיונות רבים להתגבר על הבעייתיות שבהשתתפויות העצמיות. כך, בשנת 2008 קבע מבקר המדינה כי: "ההשתתפות העצמית של החולים הופכת למעשה למס המושת על החולים נוסף לתשלום מס

² השירותים הרפואיים הכלולים ב"תוספת השלישית" בחוק נמצאים כאמור תחת אחריותו של משרד הבריאות, כמו שירותי רפואה מונעת אישית, אשפוז סיעודי, ואספקת מכשירי שיקום. יש לציין כי, שירותי בריאות הנפש אשר נכללו מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי במסגרת ה"תוספת השלישית" עברו לסל שירותי הבריאות באחריות קופות החולים ("התוספת השנייה") במהלך שנת 2015.

³ בשנת 1995 מקורות המימון של סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים כללו: דמי ביטוח בריאות – 38%, מס מקביל – 39%, השתתפות עצמית – 5.4%, ותקציב המדינה – 17.5%. ביטולו של המס המקביל ב-1997 ששולם על ידי המעביד במסגרת חוק ההסדרים הוביל לגריעה ניכרת בהכנסות מערכת הבריאות מדמי ביטוח בריאות הצמודים לקצב הצמיחה של המשק, ולצורך בהשלמה של הממשלה מהתקציב הכללי למימון סל שירותי הבריאות. כעבור שני עשורים, עמד תמהיל מקורות מימון הסל על דמי ביטוח בריאות בשיעור 51.3%, השתתפות עצמית – 6.5%, ותקציב המדינה – 42.2%.

בריאות על פי החוק. התוצאה היא ששכבות מסוימות באוכלוסייה **מוותרות על צריכת תרופות ועל שירותי בריאות אחרים** (ההדגשה אינה במקור). יש לתת את הדעת גם על הפגיעה בשוויון, שהוא מאושות החוק" (דוח מבקר המדינה, 2008). בעקבות דברים אלה מונתה על ידי שר הבריאות ועדה בנושא השתתפויות עצמיות של מבוטחים בתשלומים עבור שירותי בריאות, אולם עקב חילוקי דעות בתוך הצוות, לא הגישה הוועדה דו"ח מסכם. על אף חוסר ההסכמה, נעשו במרוצת השנים האחרונות מספר פעולות מצד משרד האוצר בנושא הפחתת ההשתתפויות העצמיות. בין הפעולות שננקטו ניתן למנות את הרפורמה בבריאות הנפש, אשר מרכיב עיקרי בעלותה הינו שירותי אשפוז בהם ישנה השתתפות עצמית נמוכה ביותר; העברת הטיפול בנפגעי תאונות עבודה לאחריות קופות החולים, כאשר לפי החוק פטורים במרבית המקרים הנפגעים מתשלומי השתתפויות עצמיות; תוספת של תרופות יקרות (בעיקר לעיקר לחולים אונקולוגיים) לסל השירותים, כאשר ההשתתפות העצמית בגינן תחומה לרוב בתקרה ואינה מגיעה לשיעור הקבוע בחוק, כמו גם מערך הנחות ופטורים מהשתתפויות עצמיות לאוכלוסיות נזקקות (כמו קשישים וניצולי שואה) (משרד הבריאות, 2018).

למרות ניסיונות אלה, סל שירותי הבריאות עדין מוגבל ועל כן נדרשות דרכים נוספות לאספקת שירותים נחוצים שלא בסל הבריאות לאוכלוסייה.

דרכים נוספות לקבלת שירותים שלא בסל הבריאות

אפיק אחר לקבלת שירותים שאינם בסל שירותי בריאות, הוא על ידי רכישת ביטוח בריאות במסגרת תכנית השב"ן בקופת החולים או במסגרת חברות ביטוח מסחריות (כנס ים המלח, 2012). עם השנים גדל נתח האוכלוסייה שמחזיק ביטוחי בריאות אלה, וכעבור למעלה משני עשורים ממועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עומד שיעור האוכלוסייה בישראל המחזיק בבעלותו תכנית שב"ן בקופת החולים על 77% ושיעור המחזיקים בבעלותם ביטוח בריאות פרטי שלא במסגרת קופת החולים – על 35% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019). שיעור זה גבוה מאוד בהשוואה למדינות עם סל שירותי בריאות ציבורי, ויש בכך כדי להצביע על מידת אמון קטנה מצד הציבור בשירותי הסל הבסיסי, בין אם מסיבות של קשיי נגישות או זמינות בהשגת שירותי הבריאות המוצעים במסגרת הסל (Allen et al., 2017 ו-Tur-Sinai & Litwin, 2015, בהתאמה), ובין אם מעצם נכונות הרוב המכריע של האוכלוסייה לשלם עבור שירותי בריאות נוספים מעבר לסל הבסיסי (Engelchin-Nissan & Shmueli, 2015).

מעבר להשתתפות עצמית ורכישת ביטוחי בריאות פרטיים, נוהג חלק מן הציבור להוציא מן הכיס (Out-of-Pocket), בין אם באמצעות השתתפות עצמית ובין אם באמצעות הוצאה ישירה נוספת, עבור צריכת שירותי

בריאות. לדברי דה נרדי ושותפים (De Nardi et al., 2010), הוצאות רפואיות הממומנות מכיס האדם עולות עם הגיל. גם שמואלי (2008) מוצא כי ההוצאה מהכיס לרכישת תרופות עולה עם הגיל. במחקרם של McGarry & Schoeni (2005), המבוסס על ניתוח של נתוני סקר הבריאות והפרישה האמריקאי, נמצא כי ההוצאה מהכיס גדולה במיוחד בסוף חיי האדם, ובעיקר בקרב קשישים בעלי הכנסות נמוכות. לדברי Goda et al. (2011), ההוצאה מהכיס גדלה בשיעור ממוצע של 29% לאחר התאלמנות האדם מבן/ת זוגו, וחלק ניכר מהוצאה זו מוקדש למימון טיפול סיעודי בבית.

לסיכום, סל שירותי הבריאות בישראל מוגבל. למרות שעלותו מתעדכנת מידי שנה על בסיס מדד יוקר הבריאות, גידול דמוגרפי, ועדכון בגין טכנולוגיות חדשות-תרופות ופרוצדורות (חורב וקידר, 2010; כנס ים המלח, 2013), לאורך השנים עולה ונשמעת טענה בדבר עדכון לקוי של תקציב סל שירותי הבריאות ושחיקה מתמשכת שלו (קוד דבידוביץ', 2014). אחד החששות כתוצאה מכך הוא בצורך בהגדלת משקל ההשתתפויות העצמיות מסך מקורות מימון הסל, ומכאן בהגדלת היקף ההוצאה מן הכיס של המבוטחים לשם צריכת שירותי בריאות (שמואלי, 2010). נטל כלכלי זה, עשוי להתברר כשיקול מכריע בהחלטה האם להוסיף ולהוציא הוצאה זו או שמא לוותר על שירותי בריאות מסויים (Litwin & Sapir, 2009; Tur-Sinai & Litwin, 2015).

וויתור על שירותי בריאות – הגדרת המושג וגורמי הרקע הקשורים בו

הבטחת טיפול רפואי איכותי היא אחת המטרות החשובות ביותר של מדיניות בריאות (Allin and Masseria, 2009; Saksena et al., 2014). על אף זאת, נמצא כי בחלק לא מבוטל מהמדינות המפותחות קיימים קשיים בצריכת שירותי בריאות, העשויים להגדיל בקרב חלק מהציבור את הסיכוי לוותר על שירותי בריאות (Casey, 2015). **וויתור על שירותי בריאות** מוגדר כמצב בו המטופל מחליט שלא לצרוך שירות רפואי אשר הוא נדרש בצריכה שלו (Röttger et al., 2016; Li et al., 2018).

הספרות המדעית מראה כי ההסתברות לוותר על צריכת שירותי בריאות גדולה יותר בקרב מובטלים לעומת מועסקים, ובקרב צעירים לעומת מבוגרים יותר (Röttger et al., 2016). כמו כן, נמצא כי היא גדלה ככל שרמת ההשכלה נמוכה יותר (Zavras et al., 2016). באשר לקשר בין וויתור על שירותי בריאות ומגדר, הממצאים אינם עקביים כאשר יש חוקרים אשר מצאו כי ההסתברות לוותר גבוהה יותר בקרב נשים (Socias et al., 2016), בעוד שאחרים לא מצאו הבדלים בדפוסי הוויתור בין גברים ונשים (Jang et al., 2018) באשר לבעלות על ביטוח בריאות פרטי, רייכארד ועמיתים (Reichard et al., 2017), מצאו כי קיים קשר שלילי בין היקף פוליסת ביטוח הבריאות הפרטי של האדם לבין ההסתברות שיוותר על צריכת שירותי בריאות. כמו כן,

חוקרים אלה גם מדווחים כי אנשים בעלי מוגבלות נוטים יותר לוותר על צריכת שירותי בריאות בהשוואה לאלה שאינם מוגבלים.

וויתור על שירותי בריאות – סיבות לויתור

באופן כללי, בספרות מוזכרות חמש סיבות עיקריות כגורמות לויתור על צריכת שירותי בריאות מצד המטופלים. הסיבה הראשונה היא **המשאב הכלכלי**. העלויות הכספיות אותן נדרשים המטופלים לשלם נמצאו כאחד הגורמים העיקריים לויתור על צריכת שירותי בריאות (Koolman, 2007; Allin & Masseria, 2009; Litwin & Sapir, 2009; Allin et al., 2010; Bremer, 2014; Schokkaert et al., 2017), כאשר נמצא כי ההסתברות לוותר על צריכת שירותי בריאות הינה פונקציה שלילית של הכנסת המטופל ומשק ביתו, בעיקר באותם מקרים בהם נדרש האדם לממן באופן חלקי או מלא את הטיפול הרפואי אותו נדרש לצרוך (Diamant et al., 2004; Meilck et al., 2009; Guessous et al., 2012; Vuillermoz et al., 2017). הסיבה השנייה היא **זמן ההמתנה לקבלת השירות הרפואי**, כאשר נמצא באופן עקבי כי, זמן המתנה ממושך מגדיל את ההסתברות לויתור על שירותי בריאות (Tur-Sinai & Litwin, 2015; Atanasova et al., 2016; Röttger et al., 2016; Röttger et al., 2017). הסיבה השלישית היא **נושיות בצריכת שירותי הבריאות**, כאשר נמצא שקשיים בזמינות והישג יד של שירותי הבריאות מגדילים את ההסתברות שהמטופלים יחליטו לוותר על צריכת שירותי הבריאות, זאת על אף שהם נדרשים בצריכתם (Towne et al., 2017; Blewett et al., 2018; Bustamante et al., 2018). הסיבה הרביעית קשורה **לקשיים וחסמים אישיים** של הצרכן, כדוגמת חשש או התנגדות מצריכת השירות הרפואי הנדרש (Philpott, 2016; Baldrige & Symes, 2018; Hall et al., 2018; Yardin & Uner, 2018). הסיבה החמישית נעוצה **בסיבות אחרות**. סיבות אלו יכולות להיות קשורות הן למטופל, לבני משפחתו או להיבטים אחרים שלא נמנו על ארבעה הסיבות שפורטו לעיל. לדוגמה, הצורך לטפל בבן משפחה והיעדר זמן הוזכרו בספרות כסיבות נוספות הגורמות לויתור על צריכת שירותי בריאות נחוצים (Atanasova et al., 2017; Allen et al., 2016). ללא קשר לסיבותיו, וויתור על שירותי בריאות עשוי להיות בעל השלכות רפואיות ובריאותיות מרחיקות לכת. אכן, נמצא כי קיים קשר בין וויתור על שירותי בריאות וירידה בתפקוד הרפואי (Polillo et al., 2018), כמו גם עם שיעורי תמותה גבוהים (Kim et al., 2018).

המצב בישראל

הדיון בישראל בשאלת הוויתור על שירותי בריאות התמקד עד כה בשני היבטים: האחד, וויתור על תרופות; השני, וויתור על טיפול או שירות רפואי. על סמך ממצאים קיימים נמצא כי כ-8% מהאנשים הזקוקים לתרופות במרשם רופא (המהווים 5% מכלל בני 20 ומעלה בישראל) ציינו כי ויתרו עליהן בשל קשיים כלכליים (סקר חברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018), וכ-11% מכלל בני 22 ומעלה ציינו כי ויתרו על תרופות במרשם רופא מסיבות אחרות (ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2015). בהתייחס לויתור על טיפול או שירות רפואי נמצא כי 9% מהזקוקים לטיפול רפואי (המהווים 5% מכלל בני 20 ומעלה בישראל) דווחו כי ויתרו עליו בשנה האחרונה בשל קשיים כלכליים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018), כאשר 29% מכלל בני 22 ומעלה ציינו כי ויתרו עליו בשנה האחרונה בגלל בעיות בזמני המתנה, וכ-11% בגלל מרחק (ברמלי-גרינברג ויערי, 2019). בהתייחס לאנשים מבוגרים, נמצא כי שיעור בני ה-50 ומעלה אשר דיווחו שוויתרו על טיפול שנכלל בסל השירותים בגלל עלותו עמד על 9% - 13%, ואילו שיעור נמוך יותר (10% - 2%) מבניהם ציינו כי ויתרו במהלך השנה שחלפה על טיפול רפואי בשל זמן המתנה ארוך או בשל העדר נגישות, בהתאמה (שמואלי, 2008; Tur- Sinai & Litwin, 2015).

מטרות המחקר

המידע שהוצג לעיל ביחס לשאלת הוויתור על שירותי בריאות מדאיגים ומדגישים את החשיבות להמשך ולחקור בנושא, במיוחד לאור העובדה שכל המחקרים שנערכו עד כה בישראל לא פרטו את סוג הטיפול או השירות הרפואי עליו מוותרים המשתתפים, והסתפקו באמידת ממוצע שיעור הוויתור. ואכן, למרות חשיבותם, המחקרים בישראל עסקו עד כה רק בשתי שאלות כלליות – האחת, "האם בשנים עשר החודשים האחרונים היית זקוק לטיפול רפואי / תרופות במרשם רופא?" (סקר חברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה); והשנייה (בהנחה שענה "כן" לשאלה הקודמת), "בשנים עשר החודשים האחרונים, האם ויתרת על טיפול רפואי / תרופות במרשם - בין אם בשל עלות או קשיים כלכליים, ובין אם בשל מגבלת זמינות או נגישות?" (ברמלי-גרינברג ויערי, 2019; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018). למרות החשיבות הרבה שיש במידע זה, הרי שאין די בו כדי ללמדנו באופן מקיף ומעמיק אודות מהות הבעיה ודפוסי הוויתור ביחס לסוגי שירותי הבריאות השונים הנכללים בסל הבריאות.

המחקר הנוכחי, המתבסס על מתודולוגיה משולבת כמתואר בהמשך הדוח, מנסה להתגבר על מגבלה זאת על ידי מיפוי שאלת הוויתור והסיבות לכך כפונקציה של סוגי השירותים הרפואיים הכלולים בסל הבריאות. בכך

הוא נועד להגביר את הידע והמודעות של מערכת הבריאות והרווחה לפרופיל התושבים המוותרים על שירותי בריאות והסיבות לכך, כמו גם לספק הבנה מעמיקה ומקיפה לבעיית הוויתור על שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל.

לשם כך, למחקר חמש מטרות עיקריות, כאשר כל אחת עומדת בפני עצמה, וביחד יבנו פסיפס ידע חשוב בשאלה הנחקרת. המטרות הן:

- ו. לבחון לעומק את הסיבות והמניעים העומדים מאחורי ההחלטה לוותר או לא לוותר על שירותי בריאות.
- ז. למפות את דפוסי הוויתור וסיבות הוויתור ביחס לשירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות כפונקציה של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, בריאותיים וכלכליים.
- ח. לזהות גורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על שירותי הבריאות השונים הכלולים בסל הבריאות.
- ט. לזהות גורמים המסבירים את הסיבות לויתור על שירותי בריאות השונים הכלולים בסל הבריאות.
- י. ללמוד על העמדות של קובעי המדיניות במערכת הבריאות והרווחה בשאלת ההתמודדות עם וויתור התושבים על שירותי הבריאות.

שיטת המחקר

על מנת לבחון ביסודיות את מכלול יעדי המחקר, נעשה שימוש במתודולוגיה משולבת – איכותנית וכמותית. בשלב הראשון של המחקר, נערך מחקר איכותני אשר נועד לבחון לעומק את נקודת המבט האישית של הציבור בישראל ביחס לשאלת הוויתור על שירותי בריאות וסיבותיו (לבדיקת מטרה א). בשלב השני של המחקר, ביקשנו להרחיב ולתקף את הממצאים האיכותניים ולבחון באופן מובנה את דפוסי הוויתור על שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות. לצורך כך נערך סקר לונגיטודינלי בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (לבדיקת מטרות ב-ד). בשלב השלישי והאחרון של המחקר, נערך מחקר איכותני אשר נועד לבחון לעומק את השקפתם המקצועית של בעלי תפקידים וראשי מערכת הבריאות והרווחה בעבר ובהווה ביחס לעיקרי הממצאים שהתקבלו בשני השלבים הראשונים של המחקר (לבדיקת מטרה ה). נפנה כעת להציג את עיקרי ממצאי המחקר.

פרוטוקול המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה (אישור מספר 410/21)

ממצאים

שלב ראשון: נקודת המבט האישית של הציבור בישראל ביחס לשאלת הוויתור על שירותי בריאות וסיבותיו

משתתפי המחקר: בשלב זה ערכנו ראיונות עומק עם 34 אנשים, יהודים (76.5 אחוזים) וערבים (23.5 אחוזים). הגיל הממוצע של המרואיינים היה 45.1 שנים (ס. תקן 11.6 שנים), מתוכם 21 נשים ו-13 גברים. מרבית המשתתפים היו נשואים (61.8 אחוזים), כאשר היתר היו גרושים (29.4 אחוזים) ורווקים (8.8 אחוזים). המרואיינים היו בעלי רמת השכלה ממוצעת של 15.1 שנים (ס. תקן 2.6 שנים), כאשר מרביתם נולדו בישראל (79.4 אחוזים) והיתר בברית המועצות (20.6 אחוזים). למעלה ממחצית מהמרואיינים הגדירו את עצמם כחילונים (52.9 אחוזים), והיתר מסורתיים (20.6 אחוזים), דתיים (5.9 אחוזים) או חרדים (20.6 אחוזים). מרבית המרואיינים ציינו כי מצב בריאותם טוב (44.1 אחוזים) או טוב מאוד (32.4 אחוזים). מרביתם אף ציינו כי מצבם הכלכלי טוב (52.9 אחוזים) או טוב מאוד (17.7 אחוזים), כמו גם שהם מועסקים (76.5 אחוזים). לפרטים נוספים על אפיוני המשתתפים ראה לוח 1.

מערך המחקר ודגימה: השתמשנו במערך איכותני עם מדגם נוחות של אנשים בוגרים השייכים לארבע קבוצות שונות בישראל: אנשים השייכים לקבוצת הרוב בישראל (יהודים לא-אורתודוקסים ותיקים), לקבוצת היהודים האורתודוקסיים או חרדים, או לאחת מקבוצות המיעוט התרבותיות הגדולות (יהודים מברה"מ לשעבר וישראלים מהמגזר הערבי). משתתפים פוטנציאליים גויסו על ידי דגימת כדור שלג וגם באמצעות קשרים מקצועיים ואישיים של החוקרים. דרישות ההכללה במחקר היו: מעל גיל 20; ללא מגבלות קוגניטיביות ומסוגלים להבין את השאלות (על פי הערכת המראיינים).

איסוף הנתונים: איסוף הנתונים נעשה באמצעות שימוש בראיונות עומק שנערכו באמצעות הטלפון או באמצעות האינטרנט (זאת בשל מגפת הקורונה שמנעה מפגשים פיזיים עם מרואיינים). הראיונות התקיימו בשפת האם של המשתתפים ובעזרת מדריך ראיון שפותח לצורך המחקר הנוכחי (ראה נספח 1). גיוס המשתתפים ואיסוף הנתונים נמשכו עד להשגת רוויה תיאורטית. כל הראיונות תומללו ותורגמו לעברית לפי הצורך.

ניתוח הנתונים: נעשה שימוש בניתוח תימטי. ראשית, התמלולים קודדו באופן ידני על מנת לזהות יחידות משמעותיות. לאחר מכן, זוהו קטגוריות וקודים באמצעות קידוד אינדוקטיבי, והובחנו נושאים עיקריים. גיליונות הקידוד (המורכבים בטבלאות) אפשרו לארגן ציטוטים לפי נושאים, קטגוריות וקודים. הנחיות קידוד

מפורטות, כולל ציטוטים מילה במילה, תורגמו לעברית (במידת הצורך) ולאחר מכן לאנגלית לצורך הכנת מאמרים מדעיים. קטגוריות וקודים נדונו בתוך קבוצת המחקר עד שהושגה הסכמה.

לוח 1. מאפייני המרואיינים בשלב הראשון (N=34)

כולם (N=34)	נשים (61.8% ,N=21)	גברים (38.2% ,N=13)	אפיונים	
45.1 (11.6)	44.5 (10.8)	46.2 (13.1)	גיל (ממוצע, ס. תקן)	
8.8	4.8	15.4	רווק	מצב משפחתי (אחוזים)
61.8	57.1	69.2	נשוי	
29.4	38.1	15.4	גרוש	
2.3 (1.7)	2.0 (1.6)	2.8 (1.9)	מספר ילדים (ממוצע, ס. תקן)	
15.1 (2.6)	15.4 (2.5)	14.7 (2.7)	השכלה (ממוצע, ס. תקן)	
76.5	76.2	76.9	יהודי	לאום (אחוזים)
23.5	23.8	23.1	ערבי	
52.9	57.1	46.1	חילוני	רמת דתיות (אחוזים)
20.6	14.3	30.8	מסורתי	
5.9	9.5	0	דתי	
20.6	19.1	23.1	חרדי	
79.4	76.2	84.6	ישראל	מקום לידה (אחוזים)
20.6	23.8	15.4	ברה"מ	
2.9	4.7	0	גרוע מאוד	הערכת מצב בריאות (אחוזים)
2.9	0	7.7	גרוע	
17.7	14.3	23.1	בינוני	
44.1	38.1	53.8	טוב	
32.4	42.9	15.4	טוב מאוד	
0	0	0	גרוע מאוד	הערכת מצב כלכלי (אחוזים)
2.9	4.8	0	גרוע	
26.5	23.8	30.8	בינוני	
52.9	52.4	53.8	טוב	
17.7	19.0	15.4	טוב מאוד	
23.5	23.8	23.1	לא עובד	מצב תעסוקה (אחוזים)
76.5	76.2	76.9	עובד	

ממצאים בנוגע לויתור על שירותי בריאות

בסך הכל 29 מקרב 34 המשתתפים במחקר האיכותני דווחו שהם עצמם או מישהו קרוב להם וויתר לפחות פעם אחת על קבלת שירותי בריאות. בקרב המוותרים 38% היו מקרב קבוצת היהודים החילוניים, 31% מקרב המגזר הערבי, 17% מקרב קבוצת החרדים, ו- 14% מקרב עולי ברה"מ לשעבר.

סיבות לויתור על שירותי בריאות: זוהו מספר תימות כלליות המשקפות את הסיבות בגללן המשתתפים וויתרו על שירותי בריאות. אלה כללו: סיבות מערכתיות/ארגוניות, סיבות אישיות וסיבות תרבותיות. מכיוון שראיונות העומק בוצעו בתקופת מגפת הקורונה, חלק מהסיבות התייחסו לקשיים ספציפיים לתקופה, ורוכזו בתמה רביעית.

תימה 1. סיבות מערכתיות: בדומה לממצאים על שירותי רווחה, גם בנוגע לשירותי בריאות המשתתפים העלו בעיקר אפיונים של המערכות המקשים על קבלת השירות או הקצבה. חלק מהסיבות היו משותפות לשני סוגי השירותים, כגון מגבלות ביורוקרטיות, והמתנה ארוכה, וחלק ייחודיות לתחום הבריאות, כגון נגישות.

תת- תימה 1.1: *"הגשתי בקשה לקופת חולים ודחו אותה, והגשתי שוב ושוב דחו, מישהו אחר כבר היה מוותר על הניתוח"*

בדומה לסיבות שהועלו בנוגע לשירותי רווחה ובטחון סוציאלי, המשתתפים במחקר האיכותני דווחו על תסבוכת וסרבול ביורוקרטיים שמקשים על נזקי שירותי בריאות, אפילו כאשר מדובר בשירות הכרחי כגון ניתוח.

"הגשתי לקופת חולים את הבקשה שלי לעשות את הניתוח בבית חולים תל השומר עם ההמלצה של רופא השיקום.. אך הועדה הרפואית בקופת חולים דחתה את הבקשה שלי לעשות את הניתוח בבית חולים תל השומר... הגשתי את הבקשה שלי שוב על ידי עורך דין.. ושוב דחו את הבקשה... הם רוצים שאני אעשה את הניתוח בבית חולים עפולה... בבית חולים זה עשיתי את הניתוח הראשון שלי, שמה עשו לי הניתוח של קטיעת הרגל... הניתוח לא היה מוצלח, לכן אני צריך לעשות את הניתוח עוד פעם עכשיו... רק אחרי שנה של משא ומתן עם קופת חולים... הסכימו שאני אעשה את הניתוח בבית חולים תל השומר... אבל למה התהליך חייב להיות כל כך מעייף?! ... אני צריך להתמודד בו זמנית עם הנכות שיש לי ועם ההחלטות הלא הוגנות של קופת חולים... מישהו אחר היה מוותר על הניתוח..." (פ, בן 35, ערבי)

"אני חושב שהמערכת עצמה היא זאת שגורמת לאנשים לוותר על שירותים... לדוגמה ברגע שיש לי בדיקה מסוימת... אני מגיע לבדיקה.. ואז פתאום אומרים לי בקבלה שחסר לי טופס כלשהו... אני כאזרח פשוט לא מכיר את הטופס הזה... ואז השאלה שמתעוררת.. למה לא אומרים לי מהתחלה שאני צריך את הטופס הזה?! מאיפה יש לי לדעת שאני צריך אותו?!" (מ, 32, ערבי)

תת-תימה 1.2 : "אני גר בפריפריה, כדי לקבל טיפול נוסע שעות. לפעמים עדיף לי לוותר"

חלק ניכר מהמשתתפים ובעיקר אלה המתגוררים בפריפריה, העלו את בעיות נגישות לשירותי בריאות כאחת הסיבות המרכזיות לוותר על קבלתם.

"זהו. אין רופאים מומחים באילת,....כן, אם אני צריכה לראות נוירולוג, אני צריכה לטוס לצפון.... ואני אישה חולה, חולה מאוד... ולא מתאים לי, זה יותר מדי בעייתי...אני לא יכולה להגיע לרופאים מומחים". (ק, בת 52, חילונית).

"אני גר במעלות, פריפריה קלאסית. ולפעמים שירותים רפואיים אני צריך לנסוע למרחקים, לקריות או נהריה לקבל שירות. לפעמים זה סיבה רלוונטית לוותר על שירות רפואי לא חיוני. אני אוותר על זה במקום לנסוע לקריות" (ג, בן 32, חרדי).

תת-תימה 1.3 : "זה נסחב הרבה זמן. עד שמגיע התור כבר לא צריכים"

בנוסף לבעיות של נגישות השרות, המשתתפים דווחו על בעיות של זמינות אשר גורמות לעתים קרובות לוותר.

"קודם כל, בגלל שזה נסחב הרבה זמן עד שמקבלים את התור לוקח הרבה זמן, אנשים כבר מתייאשים וחלקם מוותרים" (י, בן 60, חילונית).

"אני אסתמטית, היה לי משהו והייתי צריכה תור עכשיו. אבל אם יש תור בעוד כמה חודשים, אז כבר כשמגיע התור, אין לי כבר צורך בתור הזה. אני לא חושבת שאם מישהו קובע מעכשיו תור לעוד חצי שנה לאיזה שהוא רופא מומחה או משהו כזה, יכול להיות שיגיע עוד חצי שנה והוא כבר לא יצטרך את התור הזה" (א, בת 32, חרדית).

תת-תימה 1.4 : "אם יש פרוטקציה, זה יכול לעזור"

אחד הנושאים הייחודים שעלו בנוגע לוותר על שירותי בריאות היה נושא הפרוטקציה. חלק מהמשתתפים ציינו שכשיש פרוטקציה, קשרים והכרה אישית עם מישהו מתוך המערכת, קל יותר לקבל שירותים ולכן אין צורך לוותר עליהם.

"כן, אני חושבת שלפעמים יש בתוך הקופות, כל מיני... נקרא לזה קומבינות שפשוט לצערנו עושים את זה על חשבון המבוטח. בואי נאמר שאני חווייתי את זה עם הילד שלי....כן, אני בכללית והילדים ובעלי במאוחדת. כשהייתי צריכה רופא לבעיות קשב וריכוז, הם ניסו להגיע, שאם אני אעבור ביחד עם התאומות למאוחדת, הם יתנו לי תור יותר זמין". (או, בת 40, חילונית).

"קודם כל אני אומרת שאם יש פרוטקציה, יש קשרים בתוך המערכת...יש מישהו שכן יכול לעזור לבחור או לדבר עם רופא...יש לי את חברה שלי שעובדת כמזכירה רפואית בקופת חולים, שמספיק לי להרים טלפון והיא אומרת לאן ללכת, לאן לא ללכת, היא תוציא לי התחייבות והיא תעשה את הכול ואז אני הולכת לרופא. אני יודעת שלא לכל אחד יש את זה, לא כל אחד יכול לקבל התחייבות כל כך מהר, אפילו שיש לו הפניה ביד. זה דבר שלפעמים מכעיס ומעצבן אבל זה מה שקורה היום בשטח. אני רואה כל מיני אנשים שלא יכולים ושאינם להם קשרים בזה והם מוותרים. לא כל אחד יכול לסדר לעצמו את כל מה שהוא צריך לקבל, לצערנו. זה ככה" (ב, בת 46, ברה"מ לשעבר).

תימה 2 - סיבות אישיות

בדומה לויתור על שירותי רווחה, המשתתפים העלו שורה של רגשות שליליות הקשורות בהחלטה לוותר על שירותי בריאות. חוסר אמון והתשה היו שני רגשות שליליות שהוזכרו בנוגע לשני סוגי השירותים. אך, רגשות של פחד הועלו רק בנוגע לבריאות.

תת-תמה 2.1: "אני יחסית צעירה וטכנולוגית, ועדין התישו אותי"

המשתתפים תיארו מצבים בהם כתוצאה מסרבולי הבירוקרטיה כפי שתוארו לעיל הם הגישו שחיקה ועייפות, עד כדי וויתור על הצרכים שלהם.

"מערימים עליך המון המון קשיים. אני ילידת הארץ, אני דוברת עברית רהוטה, אני יחסית צעירה ויחסית טכנולוגית וההתשה... התישו אותי עם קבלת שירות רפואי, עם הפרוצדורות והבירוקרטיה מסביב לדבר הזה ואני רק חושבת על אנשים שמבוגרים ממני בעשרים שנה... אני חושבת שהבירוקרטיה וההתשה מסביב והיחס הלא מכבד... בילט אין במערכת. בוודאי שהמערכת אשמה" (ט, בת 46, חילונית).

"קודם כל התשה. גורמים שאין גורם אחד שנותן לך מענה. גם אין גורם אחד שנותן לך מענה וגם בעצם התורים מאד, מאד ארוכים... אם יש בקופה לא נותנים לאדם מבוגר מענה והוא צריך לרדוף אחרי הקופה כדי לנסות ולהבין איפה אפשר לקבל את השירות הזה או כמה הוא עולה או מה צריך בשבילו אז לא אין לכולם זמן לרדוף ואז מוותר" (ל, בת 31, חילונית).

תת-תמה 2.2: "חוסר אמון בנותן השירות משליך בעיקר על מצב בריאותי של האדם".

חוסר אמון היה, בדומה לסיבות הוויתור על שירותי רווחה, אחד הרגשות שהועלו על ידי המשתתפים. אך יש לציין שכאשר דובר על וויתור שירותי בריאות, רגש זה הוזכר על ידי מעט משתתפים בלבד. יתרה מכך, בעוד שבנוגע לשירותי רווחה המשתתפים סברו שחוסר אמון משפיע על וויתור, בנוגע לשירותי בריאות המשתתפים סברו שהתנהגות הוויתור משפיעה על האמון במערכת.

"לחוסר אמון בנותן השירות יש השלכות בעיקר על מצב בריאותי של אדם. אני מאמין שאם אנשים מוותרים על שירותים ויש איזה שהוא דיבור, כנראה שזה כן משפיע על האמון של הציבור במערכת" (ר, בן 33, חרדי)

תת-תמה 2.3: "לא עשיתי את הבדיקות... אני פוחד"

חלק מהמשתתפים דווחו כי וויתרו בעיקר על בדיקות רפואיות, בגלל החשש שלהם על תוצאות הבדיקות. רגשי הפחד שלהם היה קשור לבדיקה עצמה וגם לתוצאותיה, וגרמו לעיתים להכחשת הבעיה למרות הפניות הולכות וחוזרות של נותני השירות.

"פספסתי, לא עשיתי כי שוב פעם, קיבלתי החלטה כי כבר נכנסתי, כי הייתי חיה רק בתוך הניתוח, מה יהיה ומה לא יהיה. אז פשוט ויתרתי, זה נשמע טוב, סבבה. אז ויתרתי ודיברה איתי המזכירה ושלחה לי הפניות, לא עשיתי שום בדיקה ופשוט

נעלמתי. אחרי חודשיים שוב פעם קיבלתי שיחה ממזכירה שהזכירה שלא עשיתי שום דבר, שעליי לעשות ולחזור לרופא" (ב, בת 46, ברה"מ לשעבר)

"לפני שבוע הייתי צריך לעשות בדיקות לב... אך לא עשיתי את הבדיקות... אני פוחד... אני פוחד מהבדיקות עצמן... אני פוחד גם כן מהתוצאות של הבדיקות. אני פוחד שתוצאות הבדיקות לא יהיו טובות... אני מפחד לגלות שיש מחלה... אני לא רוצה לעדת במידה ויש יש מחלה כלשהי..." (מ7, בן 60, ערבי)

תמה 3 - סיבות תרבותיות: היה ניתן לזהות במילות המשתתפים גם סיבות הקשורות לרקע התרבותי שלהם,

אם כי סיבות אלה היו מעטות וזוהו בעיקר בקרב קבוצת הערבים.

תת-תמה 3.1: "אני דוחה כי אין לי זמן. צריכה לטפל במשפחה"

במגזר הערבי ציינו כי חובותיהם למשפחה קודמת לבריאות שלהם. אז עדיף לוותר על שירות רפואי לו הם

זקוקים מאשר לא למלא את תפקידם במשפחה. בעוד שבקרב נשים וגברים כאחד הוויתור בקרב נשים מחויב

עקב תפקידן כרעיה ובעיקר כאם, בקרב הגברים הוויתור נבע מחובותיהם כמפרנס המשפחה.

"הסיבה המרכזית שאני לא עושה בדיקת דם קשורה אלי, אני כל הזמן דוחה את זה... שוב אין לי זמן... אני צריכה לטפל בארבע ילדים לבד... הילדים הם בעדיפות הראשונה... ברגע שאני מרגישה שאני ממש גמורה ולא יכולה לסבול את הכאב יותר מזה... רק אז אני מגיעה לרופא" (נ, בת 39, ערביה)

"אם האדם הוא זה שמפרנס את המשפחה... אז כן הוא מוותר על שירותי בריאות. גם לאימהות קשה לעזוב את הבית... אימא מבשלת, אימא מנקה את הבית... אימא גם דואגת לילדים... מה יקרה עם היא צריכה לעשות ניתוח ולהישאר בבית חולים לשבוע או שבועיים?! מי יטפל בילדים שלה... אני חושב שלהיות הורה גורם לאנשים לוותר על כל מיני שירותי בריאות, כי הילדים נמצאים בעדיפות הראשונה" (פ, בן 35, ערבי).

תת-תמה 3.2: "ביקור בקופת חולים לא מאפשר פרטיות"

צניעות ושמירה על הפרטיות הם ערכים מרכזיים בחברה הערבית. כפי שעולה מדבריה של אחת המרואיינות,

חשיבותם כה חשובה עד לקבלת החלטה לוותר על טיפול רפואי נדרש.

"גם המבנה הפיזי עצמו של קופת החולים לא מאפשר פרטיות. כלומר, החדר של רופאת נשים ממש ליד החדר של האורתופד... אם אני רוצה לבקר רופאת נשים, הייתי מעדיפה להמתין במקום שיושבות פה רק נשים. לא בא לי לשבת עם גברים שהם ממתנינים לאורתופד. הם יכולים לשמוע את השיחה שלי עם אישה אחרת כשאני מסבירה לה למה נאלצתי להגיע לרופאת נשים. דוגמה אחרת, בכניסה למרפאה יש החדר של רופא משפחה, מה שקורה מצחיק... כאשר אני יושבת ממתנה לרופא, כל אחד שנכנס לקופת חולים, אומר לי שלום, אני מרגישה שאני בחתונה... אני צריכה לגיד שלום לכל אחד שנכנס ויצא מקופת חולים... זה באמת מגעיל. המבנה הפיזי של קופת החולים דוחה אותך. זאת סיבה נוספת לכך שאנשים מוותרים על שירותים" (ר, בן 33, ערבי).

שלב שני: מיפוי דפוסי הוויתור על שירותי הבריאות

מערך המחקר הכמותני ואיסוף הנתונים

בשלב זה נערך מחקר כמותני באמצעות סקר פאנל לונגיטודינאלי בקרב מדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל הבוגרת (בני 21 ומעלה), לאורך תשעה חודשים. בהנחה של 95% confidence level ו- confidence interval של 4, היה צורך במדגם של מינימום 800 משתתפים. הנתונים נאספו באמצעות חברת סקרים עם ניסיון רב בביצוע סקרים מדעיים. לאחר בדיקת תקפות הנתונים באמצעות attention checks נכללו במדגם בנקודת הזמן הראשונה 848 נבדקים (להלן - תקופה ראשונה). כעבור 9 חודשים מתום איסוף השאלונים בשלב הראשון, החל השלב השני של המחקר (להלן - תקופה שנייה). שלב זה מבוסס על חקירת אותה קבוצת נבדקים אשר נבדקו בשלב הראשון (פאנל). איסוף הנתונים בתקופה הראשונה התקיים בנובמבר – דצמבר, 2021, ובתקופה השנייה בספטמבר – אוקטובר, 2022. אם כי מבחינת הפנדמיה, מספר הנבדקים היומי בשתי התקופות היה דומה, חודש דצמבר 2021 הוגדר על ידי משרד הבריאות כחודש הראשון של הגל החמישי של הפנדמיה.

מתוך כלל 848 הנבדקים בתקופה הראשונה ענו בתקופה השנייה 636 נבדקים (שיעור היענות של 75%). לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין המשיבים לסקר השני והלא משיבים במגדר שלהם, בדתיות, ובמחלות הכרוניות שלהם. יחד עם זאת נמצא שאלה שהשיבו לסקר השני היו מבוגרים יותר מאלה שלא השיבו (46.1 שנים בהשוואה ל- 38.5 שנים, בהתאמה, $p < 0.000$), אחוז גדול יותר היו יהודים (82.4% לעומת 75%, בהתאמה, $p < 0.05$), אחוז גדול יותר היו משכילים (14.4 שנות השכלה לעומת 13.8 שנות השכלה, בהתאמה), אחוז גדול יותר היו נשואים או בזוגיות (66.4% ו- 53.8%, בהתאמה, $P < 0.01$), ולאחוז גדול יותר היה ביטוח משלים מקופות החולים או פרטי (90.1% ו- 81.6%, בהתאמה).

כלי המחקר הכמותני

על בסיס המידע בספרות הקיימת והמידע שנאסף בשלב האיכותני נבנה שאלון מובנה אשר כלל שאלות בנוגע לצריכת שירותי בריאות, וויתור על שירותים, סיבות לויתור ושאלות רקע (ראה נספח 2). תחילה נערך פרה-טסט על מנת לבחון את בהירות השאלות, איכות התשובות, וזמן הראיון. לאור ממצאי הפרה-טסט נעשו תיקונים ושינויים כנדרש. שאלון החקירה בתקופה השנייה התייחס לאותם משתתפים שהיבטם שנכללו בשאלון המקורי. הסיבה לכך נבעה מהרצון לבחון שינויים בדפוסי ההתנהגות של הנבדקים לאורך זמן.

משתנים תלויים

(א). וויתור על ביקור אצל רופא משפחה ;

(ב). וויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי ;

הבחירה בשירותים אלה התבססה על מחקר באותו נושא שבוצע על ידי החוקרים בתקופת הפנדמיה בו נמצא ששיעורי הוויתור בשירותים מקצועיים נוספים הם נמוכים מאד (Werner & Tur-Sinai, 2021). בשלב הראשון, הנבדקים נשאלו האם במהלך השנה האחרונה היה להם צורך לבקר אצל רופא משפחה /רופא מומחה/מקצועי. במידה וציינו תשובה חיובית הם נשאלו האם ויתרו במהלך השנה האחרונה לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא משפחה / רופא מומחה/מקצועי.

משתנים בלתי תלויים

סיבות הוויתור: משתתפים שענו בחיובי על שאלת הוויתור התבקשו לציין את הסיבה לכל וויתור .

בהתאם לסקירת הספרות שתוארה לעיל ולמידע שנאסף בשלב האיכותני, הוצגו מספר סיבות אפשרויות לויתור על שירותי בריאות: משאב כלכלי (עלות); זמן המתנה לקבלת השירות הרפואי; קשיים בנגישות; חסמים אישיים; סיבות אחרות (קבלת שירות דרך הטלפון/האינטרנט; קבלת סיוע מהמשפחה).

משתני רקע: אלה כללו:

- א. נתונים דמוגרפיים: גיל, מגדר, מצב משפחתי, רמת ההשכלה, לאום, רמת דתיות.
- ב. מצב בריאות סובייקטיבי: נבחן על ידי השאלה: "כיצד אתה מגדיר את מצב בריאותך בשנה האחרונה? לשאלה זו חמש תשובות אפשרויות: 1-רע, 2-סביר, 3-טוב, 4-טוב מאוד, 5-מצוין.
- ג. מצב בריאות אובייקטיבי: המשתתפים התבקשו לענות האם הם סובלים ממחלה כרונית כלשהי, ואם כן, לציין איזו.
- ד. נתונים סוציו-כלכליים: מצב תעסוקה, כיסוי ביטוח רפואי, באיזו מידה הם מסוגלים להסתדר כלכלית.
- ה. רווחה וביטחון סוציאלי: המשתתפים התבקשו לענות על שורת שאלות לשם הערכת תפיסת הרווחה והביטחון הסוציאלי בהם נמצאים: באיזו מידה הם חושבים שהמדינה דואגת לבריאותם; באיזו מידה הם חושבים שהמדינה דואגת לרווחה החברתית שלהם; באיזו מידה הם חושבים שהם יכולים להשפיע על המדיניות החברתית של ישראל; כיצד הם מעריכים את מערכת הבריאות בשנים הבאות; כיצד הם מעריכים את מערכת הרווחה והביטחון הסוציאלי בשנים הבאות.

על מנת שניתן יהיה לראות האם חלו שינויים בדפוסי הוויתור על שירותי הבריאות לאורך זמן, לבחון האם חלו שינויים בגורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על אותם שירותי בריאות, כמו גם לבחון האם חלו שינויים

בגורמים המסבירים את הסיבות לויתור על שירותי הבריאות לאורך זמן – נתמקד בקבוצת הנבדקים אשר השתתפו בשתי תקופות המחקר (פאנל).

הגיל הממוצע של 636 המרואיינים שהשתתפו בשתי נקודות הזמן עמד בנקודה הראשונה על 46.1 שנים (ס. תקן 17.1 שנים), מתוכם 47.6 אחוזים היו גברים והיתר נשים. ממוצע שנות הלימוד של המרואיינים היה 14.7 שנים (ס. תקן 5.6 שנים), כאשר מרביתם היו נשואים (66.3 אחוזים) והיתר רווקים (22.2 אחוזים) או גרושים/אלמנים. המרואיינים היו הן יהודים והן ערבים, כאשר מחצית מהם היו יהודים חילונים. קרוב לשני שליש מהמרואיינים עבדו בעת הראיון (בתקופה הראשונה), והיתר היו מובטלים (16.2 אחוזים) או שפרשו ממנו (15.1 אחוזים). שני שלישים מהנבדקים ציינו באותו מועד כי מצב בריאותם לפחות טוב, מחצית מהמרואיינים החזיקו בביטוח בריאות משלים מטעם קופת החולים, 8.8 אחוזים החזיקו בביטוח בריאות פרטי ו-30.4 אחוזים החזיקו בשני הביטוחים באותה עת. אחד מכל ארבעה מהמרואיינים ציין כי הוא סובל ממחלה כרונית כלשהי. ראה אפיונים אלה בלוח 2.

לוח 2. מאפייני נבדקים בשאלון, קבוצת הפאנל (N = 636) *

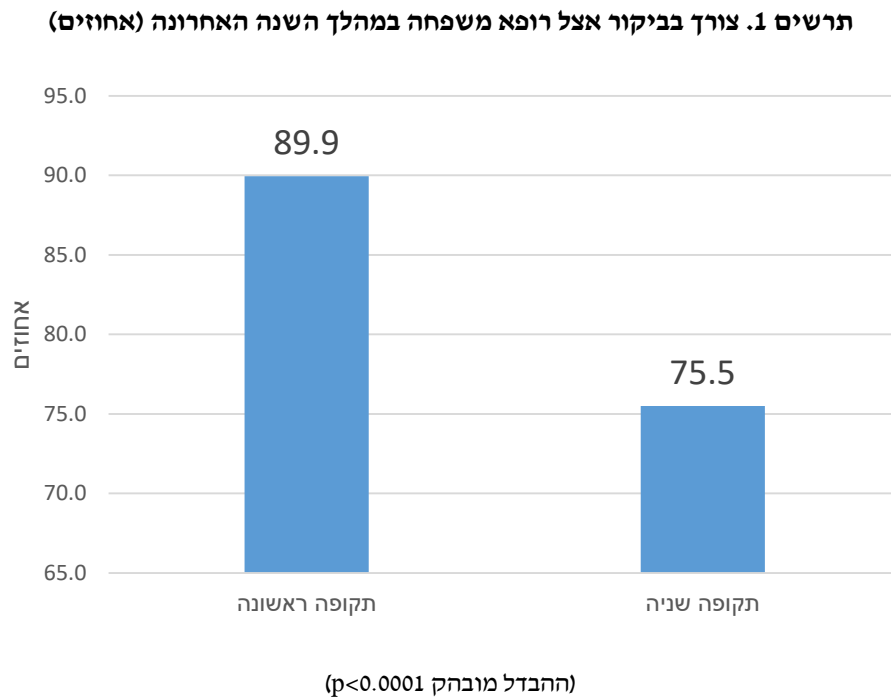
מאפיינים	אחוזים / ממוצע (ס. תקן)
מגדר (%)	
גבר	47.6
אישה	52.4
ממוצע (ס. תקן) גיל	46.1 (17.1)
ממוצע (ס. תקן) מספר שנות לימוד	14.7 (5.6)
מצב משפחתי (%)	
רווק	22.2
נשוי/גר בזוגיות	66.3
גרש / פרוד / הורה יחידני	9.1
אלמן	2.4
ממוצע מספר ילדים (ס. תקן) בבית	0.9 (1.3)
הגדרה דתית (%)	
יהודי חילוני	51.6
יהודי מסורתי	16.5
יהודי דתי	11.3
יהודי חרדי	3.0
ערבי מוסלמי	12.9
ערבי נוצרי	3.0
דרוזי	1.7
מצב תעסוקה (%)	
עובד	68.7
לא עובד	16.2
פנסיונר	15.1
הגדרת מצב בריאות (%)	
רע	5.0
סביר	26.4
טוב	32.7
טוב מאוד	28.5
מצוין	7.4
בעלות על ביטוח בריאות משלים	
כן, מקופת חולים	50.9
כן, מחברת ביטוח פרטית	8.8
כן, מקופת חולים ומחברת ביטוח פרטית	30.4
אין בכלל	9.9
האם סובל ממחלה כרונית (אחוזים)	
לא	75.5
כן	24.5

* הממצאים מתייחסים לתקופה הראשונה.

נציג כעת ממצאי השוואה בין שתי התקופות, ביחס לשלושת משתני החקירה :

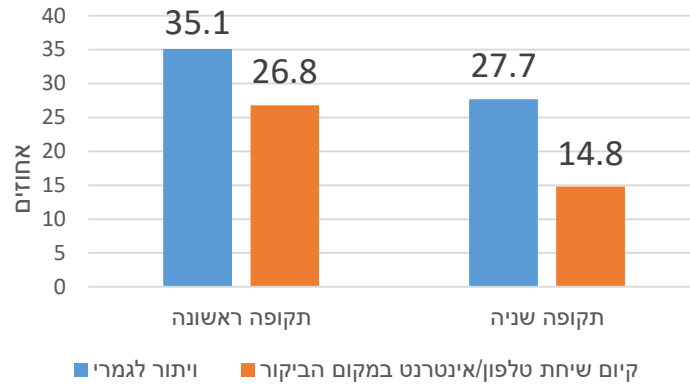
א. ביקור אצל רופא משפחה :

בשלב הראשון, הנבדקים נשאלו האם במהלך השנה האחרונה היה להם צורך לבקר אצל רופא משפחה. קרוב ל- 90 אחוזים מכלל המרואיינים ציינו כי היה להם צורך כזה, ואילו כ- 76 אחוזים מהם ציינו כך בתקופה השנייה של המחקר. כפי שניתן לראות בתרשים 1, הבדל זה היה מובהק מבחינה סטטיסטית.



בהמשך נמצא כי, מקרב כל מי שדווח שוויתר במהלך השנה שקדמה לסקר לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא משפחה, מעל לשני שלישי (62.9 אחוזים) ציינו בתקופה הראשונה כי ויתרו לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא משפחה – מתוכם 35.1 אחוזים ויתרו לחלוטין על הביקור ו-26.8 אחוזים קיימו שיחת טלפון או שיחת אינטרנט במקום הביקור. כמו כן, 42.5 אחוזים מאלה שהיה להם צורך ברופא משפחה בתקופה השנייה ציינו כי ויתרו לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא משפחה – מתוכם 27.7 אחוזים ויתרו לחלוטין על הביקור ו-14.8 אחוזים קיימו שיחת טלפון או שיחת אינטרנט במקום הביקור. כפי שניתן לראות בתרשים 2, הבדלים אלה היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

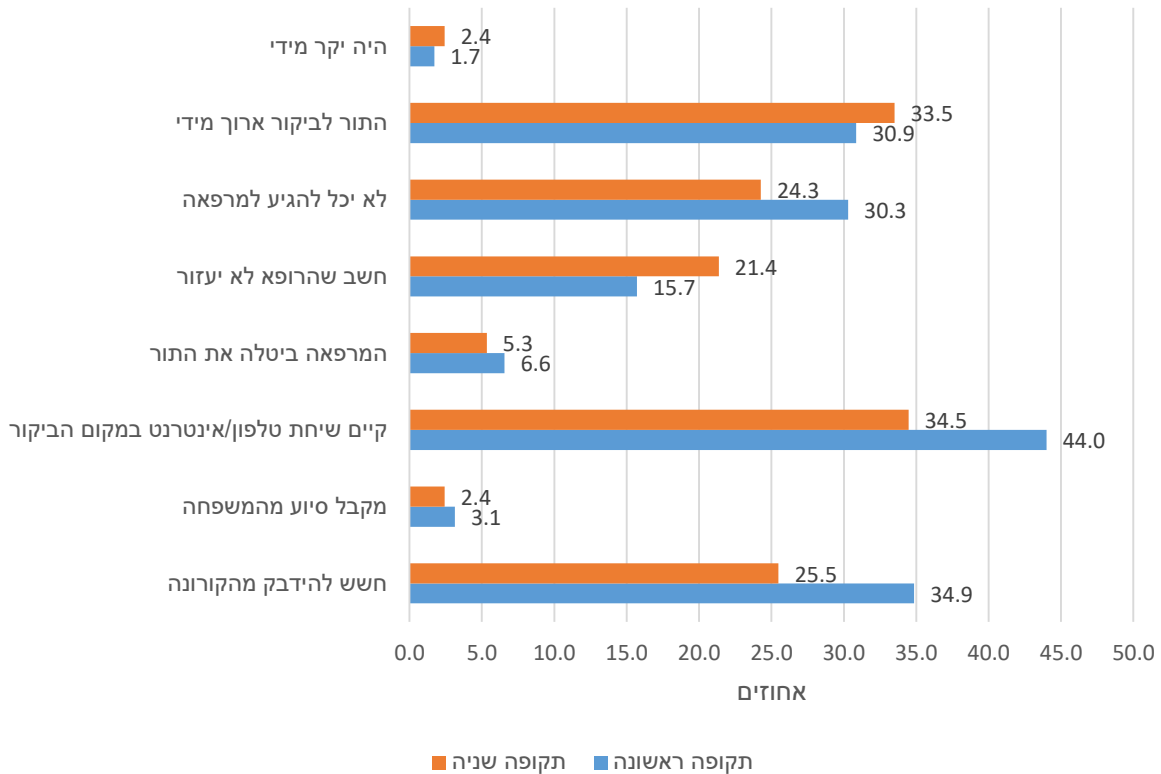
תרשים 2. שיעור וויתור על ביקור אצל רופא המשפחה במהלך השנה שקדמה לסקר (אחוזים)



(ההבדל בין כל קטגוריה מובהק בהשוואה בין שתי התקופות ($p < 0.0000$))

הסתכלות בסיבות לויתור על הביקור אצל רופא המשפחה מראה כי ארבע הסיבות המובילות היו זהות בשתי נקודות ההערכה: קיום הביקור באמצעות שיחת טלפון/אינטרנט, המתנה ארוכה מדי לתור לביקור, חשש להידבק בקורונה, וחוסר יכולת להגיע למרפאה.

תרשים 3. סיבות לויתור על ביקור אצל רופא המשפחה במהלך השנה האחרונה (אחוזים)

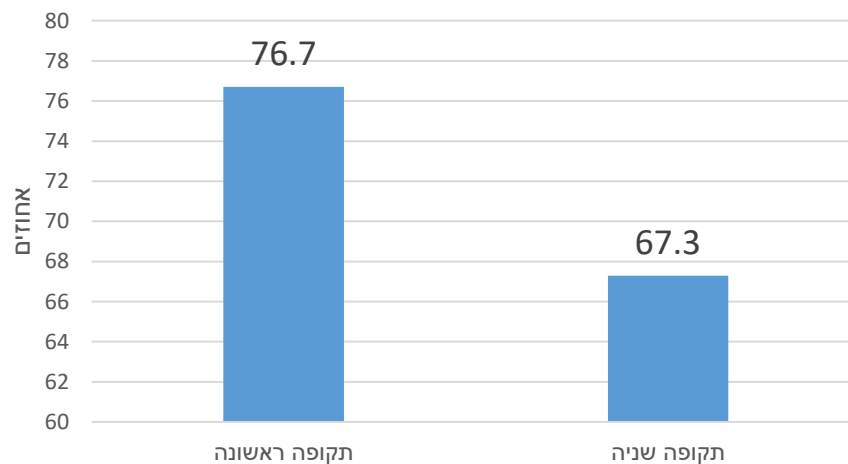


יחד עם זאת, כפי שניתן לראות בתרשים 3, חשיבות הסיבות היה שונה בשתי התקופות: בעוד שחשש להידבק הייתה הסיבה הנפוצה ביותר בתקופה הראשונה, היא הפכה להיות השלישית בתקופה השנייה. כמו כן, הצורך להמתנה ארוכה מדי עד לקיום הביקור הפכה להיות הסיבה השניה בתקופה השנייה, כאשר הייתה רק השלישית בתקופה הראשונה.

ב. ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי:

בשלב הראשון, הנבדקים נשאלו האם במהלך השנה האחרונה היה להם צורך לבקר אצל רופא מומחה/מקצועי. מעל לשלושת רבעי (76.7 אחוזים) המרואיינים ציינו כי היה להם צורך כזה בתקופה הראשונה של המחקר, ו- 67.3 אחוזים ציינו כך בתקופה השנייה (תרשים 4). הבדל זה נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית.

תרשים 4. צורך בביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה (אחוזים)

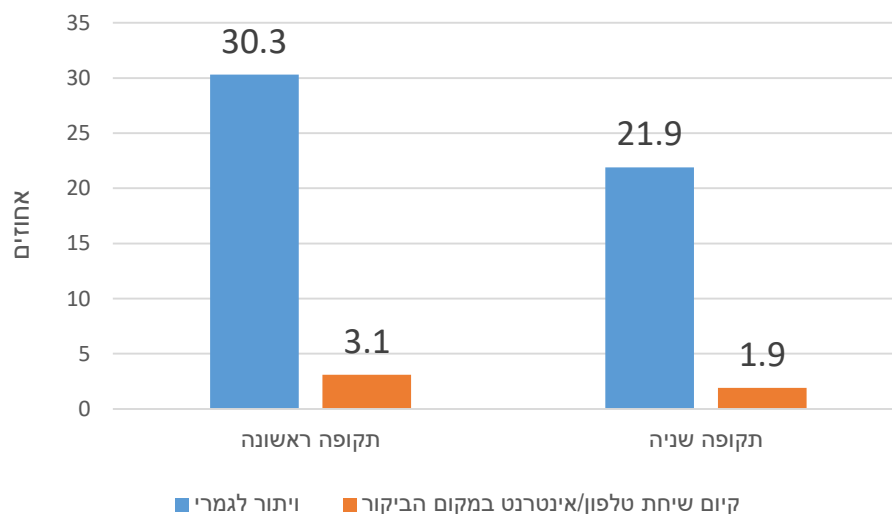


(ההבדל מובהק $p < 0.0000$)

כל מי שציין כי היה לו צורך בביקור אצל רופא מומחה/מקצועי נשאל האם הוא ויתר במהלך השנה האחרונה לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא כזה. שליש (33.3 אחוזים) מאלה ציינו בתקופה הראשונה כי ויתרו לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה – מתוכם 30.3 אחוזים ויתרו לחלוטין על הביקור ו-3.1 אחוזים קיימו שיחת טלפון או שיחת אינטרנט במקום הביקור. כמו כן, 23.8 אחוזים מאלה שהיה להם צורך בביקור בתקופה השנייה ציינו כי ויתרו לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה – מתוכם 21.9 אחוזים ויתרו לחלוטין על הביקור ו-1.9 אחוזים קיימו שיחת טלפון או שיחת אינטרנט במקום הביקור (תרשים 5).

הסיבות המובילות לויתור על הביקור אצל רופא מומחה/מקצועי היו מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי, מאחר והמרוויין לא יכול היה להגיע למרפאה, מאחר והוא חשב שהרופא לא יעזור לו, מאחר והמרפאה ביטלה את התור או בשל החשש להידבק בקורונה. כמו כן נמצא כי מחיר הביקור וקיום שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור הסבירו אצל חלק מהנבדקים מדוע החליטו לוותר על הביקור אצל הרופא המומחה/מקצועי באותה עת (תרשים 6).

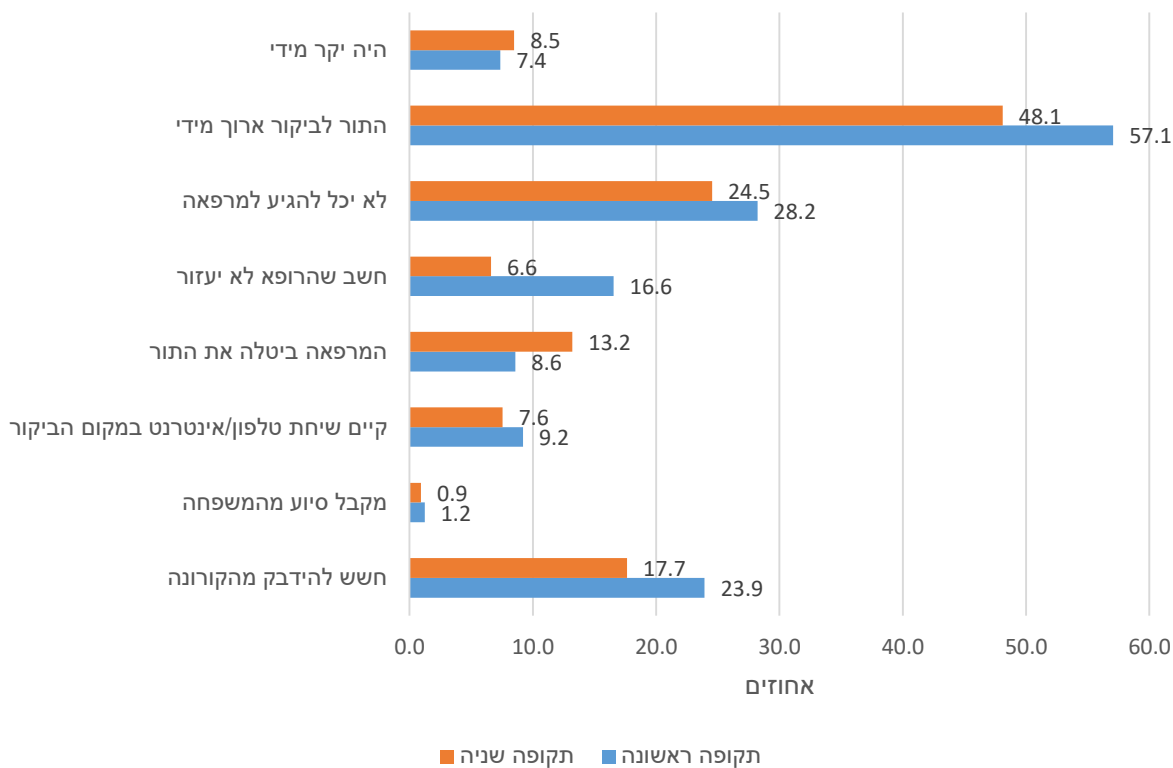
תרשים 5. שיעור המשתתפים שויתרו על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה (אחוזים)



(ההבדל מובהק בהשוואה בין קטגוריית "וויתור לגמרי" בהשוואה בין שתי התקופות $p < 0.0000$; לא נמצא הבדל מובהק בהשוואה בין קטגוריית "קיום שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור" בהשוואה בין שתי התקופות $P = 0.768$)

הסתכלות בסיבות לויתור על הביקור אצל רופא מומחה/מקצועי מראה כי שלושת הסיבות המובילות היו זהות בשתי נקודות ההערכה: המתנה ארוכה מדי לתור (57% ו- 48% בתקופה הראשונה והשנייה, בהתאמה), חוסר יכולת להגיע, (28% ו- 26% בתקופה הראשונה והשנייה, בהתאמה) וחשש להידבק בקורונה (24% ו- 18% בתקופה הראשונה והשנייה, בהתאמה).

תרשים 6. סיבות לויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה (אחוזים)



ג. גורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על שירותי בריאות:

לצורך זיהוי גורמים אלה נערכו מגוון אמידות הסתברותיות (אמידות מסוג Logit) בהן נאמדו מאפיינים דמוגרפיים, מאפייני בריאות, ומאפיינים סוציו-כלכליים. ההסתברות לוותר על שירותי הבריאות נאמדה בכל אחת משתי תקופות החקירה.

המאפיינים הדמוגרפיים שנכללו הם: מגדר (משתנה דיכוטומי, 1=גבר, 0=אישה), גיל, מצב מגורים (משתנה דיכוטומי, 1=מגורים לבד, 0=מגורים בזוגיות), לאום (משתנה דיכוטומי, 1=יהודי, 0=ערבי/דרוזי), ומידת הדתיות (1=חילוני, 2=מסורתי, 3=דתי, 4=חרדי). **מאפייני הבריאות שנכללו הם:** הערכת מצב בריאות (1=רע, 2=סביר, 3=טוב, 4=טוב מאוד, 5=מצויין), קיום מחלות כרוניות (משתנה דיכוטומי 1=כן, 0=לא). **המאפיינים הסוציו-כלכליים שנכללו הם:** מספר שנות לימוד, מצב תעסוקה (משתנה דיכוטומי, 1=עובד, 0=לא עובד), מסוגלות כלכלית של משק הבית – באמצעות השאלה "באיזו מידה משק הבית שלך מצליח להסתדר כלכלית" (1=בקושי רב, 5=בקלות). **הערכת הפרט את מערכת הבריאות בהווה ובעתיד** נאמדה באמצעות חמש שאלות – "באיזו מידה אתה חושב שהמדינה דואגת לבריאותך (1=במידה מועטה מאוד, 5=במידה רבה מאוד),

"באיזו מידה אתה חושב שהמדינה דואגת לרווחה החברתית שלך (1=במידה מועטה מאוד, 5=במידה רבה מאוד), "באיזו מידה אתה חושב שאתה יכול להשפיע על המדיניות החברתית של ישראל (1=במידה מועטה מאוד, 5=במידה רבה מאוד), תפיסת מערכת הבריאות בשנים הבאות – באמצעות השאלה "כאשר אתה חושב על מערכת הבריאות בשנים הבאות, האם אתה מעריך שהיא: 1=תהיה הרבה פחות טובה, 2=תהיה פחות טובה, 3=תישאר אותו דבר, 4=תהיה טובה יותר, 5=תהיה הרבה יותר טובה", תפיסת מערכת הרווחה בשנים הבאות – באמצעות השאלה "כאשר אתה חושב על מערכת הרווחה בשנים הבאות, האם אתה מעריך שהיא: 1=תהיה הרבה פחות טובה, 2=תהיה פחות טובה, 3=תישאר אותו דבר, 4=תהיה טובה יותר, 5=תהיה הרבה יותר טובה". בנוסף לאמידת כל אחד מחמשת היבטי הערכת הרווחה והביטחון הסוציאלי של האדם, ערכנו ניתוח גורמים (Factor Analysis) לצורך יצירת מדד רווחה וביטחון סוציאלי, אשר נותן משקל יחסי לכל אחד מחמשת ההיבטים שפורטו לעיל.

לוח 4 מציג את אמידת הגורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא משפחה. נמצא כי ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא משפחה בתקופת החקירה הראשונה נמוכה יותר אצל גברים לעומת נשים (odds ratio=0.635). הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא משפחה נמצא הולך וקטן ככל שגיל המשתתף גבוה יותר (odds ratio=0.970), ככל שהאדם מעריך את מצב בריאותו באופן טוב יותר (odds ratio=0.791), כמו גם שככל שהאדם מעריך שהמדינה דואגת לבריאותו במידה רבה יותר (odds ratio=0.837) (מודל 1). הכללת מדד רווחה וביטחון הסוציאלי המתייחס באופן יחסי לכלל שאלות הרווחה והביטחון הסוציאלי מוסיפה ומלמדת כי הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא משפחה הולך וקטן ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה כלכלית (odds ratio=0.869), כמו גם שככל שמדד הרווחה והביטחון הסוציאלי של האדם גבוה יותר (odds ratio=0.873) (מודל 2). תוצאות דומות לאלה המתוארות לעיל מתקבלות גם בתקופת החקירה השנייה (מודלים 3-6). הכללת מידע בדבר דפוסי וויתור על ביקור אצל רופא המשפחה בתקופה הראשונה מלמדת כי ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא משפחה בתקופת החקירה השנייה גבוהה יותר בקרב אלה שוויתרו על ביקור אצל רופא משפחה גם קודם לכן (odds ratio=3.716, 3.696, מודלים 4 ו-6 בהתאמה).

לוח 5 מציג את אמידת הגורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי. נמצא כי ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצוע בתקופת החקירה הראשונה גבוהה יותר אצל יהודים לעומת ערבים (odds ratio=1.572), ככל שהאדם מעריך את מידת הדתיות שלו כגבוהה יותר (odds ratio=1.218), ככל שהאדם בעל מספר רב יותר של שנות לימוד (odds ratio=1.042) ובקרב עובדים לעומת אלה שאינם עובדים (odds ratio=1.379). כמו כן ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה

כלכלית, כך קטנה ההסתברות לוותר על הביקור (odds ratio=0.875). בהתייחס למדדי הרווחה והביטחון הסוציאלי, נמצא כי ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי קטנה ככל שהאדם חושב שהמדינה דואגת לבריאותו, בעוד שככל שהאדם מעריך שהוא יכול להשפיע יותר על המדיניות החברתית של ישראל ו/או מעריך שמערכת הרווחה והביטחון הסוציאלי בשנים הבאות תהיה הרבה יותר טובה – כך ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי גבוהה יותר (odds ratio=1.175, 1.234, בהתאמה) (מודל 1). הכללת מדד רווחה וביטחון הסוציאלי מוסיפה ומלמדת כי הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי הולך וקטן ככל שמדד הרווחה והביטחון הסוציאלי של האדם גבוה יותר (odds ratio=0.881) (מודל 2).

תוצאות דומות לאלה המתוארות לעיל מתקבלות גם בתקופת החקירה השנייה (מודלים 3-6), למעט העדר הבדל בין יהודים וערבים ומידת דתיות של האדם. לעומת זאת, נמצא כי הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי נמצא הולך וקטן ככל שגיל המשתתף גבוה יותר, כמו גם ככל שהאדם מעריך את מצב בריאותו באופן טוב יותר (odds ratio=0.827, 0.821 – מודלים 5 ו-6 בהתאמה). הכללת מידע בדבר דפוסי וויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי בתקופה הראשונה מלמדת כי ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי בתקופת החקירה השנייה גבוהה יותר בקרב אלה שוויתרו על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי גם קודם לכן (odds ratio=2.717, 2.754, מודלים 4 ו-6 בהתאמה).

לוח 4. רגרסיה לוגיסטית לאמידת הגורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא משפחה (Odds ratio)

	תקופה שניה			תקופה ראשונה		
	מודל 6	מודל 5	מודל 4	מודל 3	מודל 2	
גבר	1.056 (0.23)	0.859 (0.17)	1.065 (0.23)	0.872 (0.17)	0.624** (0.11)	0.635** (0.12)
גיל	0.978*** (0.01)	0.970*** (0.01)	0.978*** (0.01)	0.970*** (0.01)	0.969*** (0.01)	0.970*** (0.01)
מגורים לבד	0.613** (0.15)	0.631* (0.14)	0.615** (0.15)	0.635** (0.14)	0.866 (0.18)	0.842 (0.18)
יהודי	1.053 (0.30)	1.026 (0.27)	1.054 (0.30)	1.033 (0.28)	1.000 (0.27)	1.028 (0.28)
מידת דתיות	0.988 (0.13)	1.050 (0.13)	0.984 (0.13)	1.050 (0.13)	1.082 (0.12)	1.101 (0.12)
הערכת מצב בריאות	0.766** (0.10)	0.749*** (0.09)	0.754** (0.10)	0.737*** (0.09)	0.790** (0.08)	0.791** (0.08)
בעלות על ביטוח בריאות משלים	0.764 (0.31)	0.673 (0.25)	0.735 (0.30)	0.641 (0.25)	0.809 (0.28)	0.838 (0.29)
קיום מחלות כרוניות	0.859 (0.22)	0.867 (0.21)	0.861 (0.22)	0.858 (0.20)	1.096 (0.25)	1.091 (0.25)
מספר שנות לימוד	0.995 (0.03)	0.991 (0.03)	0.996 (0.03)	0.992 (0.03)	0.992 (0.02)	0.994 (0.02)
מצב תעסוקה (1=עובד)	1.142 (0.31)	1.095 (0.27)	1.141 (0.31)	1.084 (0.27)	1.132 (0.24)	1.124 (0.24)
מסוגלות כלכלית של משק הבית	0.896 (0.10)	0.891 (0.09)	0.888 (0.10)	0.891 (0.09)	0.869* (0.08)	0.895 (0.09)
באיזו מידה אתה חושב שהמדינה דואגת לבריאותך			1.047 (0.16)	1.037 (0.15)		0.837* (0.11)
באיזו מידה אתה חושב שהמדינה דואגת לרווחה החברתית שלך			0.941 (0.16)	0.886 (0.14)		0.870 (0.12)
באיזו מידה אתה חושב שאתה יכול להשפיע על המדיניות החברתית של ישראל			0.881 (0.12)	0.876 (0.11)		1.100 (0.12)
תפיסת מערכת הבריאות בשנים הבאות			1.006 (0.16)	0.986 (0.14)		1.027 (0.14)
תפיסת מערכת הרווחה בשנים הבאות			1.043 (0.18)	1.061 (0.17)		1.097 (0.16)
מדד רווחה וביטחון סוציאלי	0.946 (0.06)	0.926* (0.05)			0.873** (0.05)	
וויתור על ביקור אצל רופא משפחה בתקופה הראשונה	3.696*** (0.86)		3.716*** (0.87)			
Constant	6.090* (6.02)	32.753*** (28.97)	5.045*** (5.56)	26.918*** (27.03)	85.248*** (70.61)	31.302*** (28.69)
	443	480	443	480	572	572
	-268.71	-307.41	-268.26	-306.72	-350.87	-349.41
	N					
	Log-likelihood					

*P<0.10, **P<0.05, ***P<0.01

לוח 5. רגרסיה לוגיסטית לאמידת הגורמים המסבירים את הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי

(Odds ratio)

מודל 6	תקופה שניה		מודל 3	תקופה ראשונה		
	מודל 5	מודל 4		מודל 2	מודל 1	
1.106 (0.28)	0.980 (0.24)	1.137 (0.29)	1.000 (0.24)	0.958 (0.19)	0.986 (0.20)	גבר
0.977** (0.01)	0.974*** (0.01)	0.980** (0.01)	0.978** (0.01)	0.992 (0.01)	0.992 (0.01)	גיל
1.073 (0.30)	1.176 (0.31)	1.070 (0.30)	1.158 (0.31)	1.262 (0.28)	1.239 (0.28)	מגורים לבד
1.304 (0.51)	1.220 (0.43)	1.319 (0.52)	1.200 (0.43)	1.623* (0.50)	1.572* (0.49)	יהודי
0.914 (0.14)	0.958 (0.14)	0.921 (0.15)	0.964 (0.14)	1.188* (0.14)	1.218* (0.15)	מידת דתיות
0.821* (0.12)	0.827* (0.11)	0.860 (0.13)	0.876 (0.12)	0.881 (0.10)	0.878 (0.10)	הערכת מצב בריאות
1.308 (0.65)	0.906 (0.40)	1.446 (0.72)	1.054 (0.48)	0.983 (0.36)	0.984 (0.36)	בעלות על ביטוח בריאות משלים
0.896 (0.27)	0.892 (0.25)	0.855 (0.26)	0.860 (0.25)	0.957 (0.23)	1.003 (0.25)	קיום מחלות כרוניות
1.110** (0.05)	1.077** (0.04)	1.111** (0.05)	1.078** (0.04)	1.036 (0.03)	1.042* (0.03)	מספר שנות לימוד
1.087 (0.34)	1.192 (0.35)	1.126 (0.36)	1.236 (0.37)	1.404* (0.33)	1.379* (0.32)	מצב תעסוקה (1=עובד)
0.763* (0.11)	0.822* (0.10)	0.795* (0.11)	0.864 (0.11)	0.857* (0.09)	0.875* (0.09)	מסוגלות כלכלית של משק הבית
		0.775* (0.15)	0.723* (0.13)		0.806* (0.12)	באיזו מידה אתה חושב שהמדינה דואגת לבריאותך
		1.042 (0.21)	1.122 (0.21)		1.033 (0.16)	באיזו מידה אתה חושב שהמדינה דואגת לרווחה החברתית שלך
		1.137 (0.17)	1.171 (0.16)		1.175* (0.14)	באיזו מידה אתה חושב שאתה יכול להשפיע על המדיניות החברתית של ישראל
		0.954 (0.19)	0.937 (0.17)		1.030 (0.15)	תפיסת מערכת הבריאות בשנים הבאות
		0.925 (0.19)	0.932 (0.18)		1.234* (0.18)	תפיסת מערכת הרווחה בשנים הבאות
1.019 (0.08)	1.037 (0.07)			0.881** (0.06)		מדד רווחה וביטחון סוציאלי
2.754*** (0.83)		2.717*** (0.82)				וויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי בתקופה הראשונה
1.019 (0.08)	0.742 (0.75)	1.019 (0.08)	1.019 (0.08)	0.977 (0.82)	0.178* (0.17)	Constant
400	428	400	428	488	488	N
-198.70	-221.33	-197.13	-218.81	-298.94	-296.54	Log-likelihood

*P<0.10, **P<0.05, ***P<0.01

ד. גורמים המסבירים את הסיבות לויתור על שירותי הבריאות השונים:

כאשר נתמקד בסיבות המובילות לויתור על שירותי הבריאות והרווחה השונים. לצורך כך נערכו מגוון אמידות של מודלים רב-ברייתיים (Multinomial). האמידות נערכו בהתייחס לתקופת החקירה הראשונה של המחקר. כאמור לעיל, מצאנו כי הסיבות המובילות לויתור על הביקור אצל רופא המשפחה בתקופת החקירה הראשונה היו מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי, מאחר והמרואיין לא יכול היה להגיע למרפאה, מאחר והוא קיים שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור או בשל החשש להידבק בקורונה (תרשים 3). על בסיס זאת, נאמדו הגורמים המסבירים כל אחת מאותן סיבות (קבוצת הבסיס באמידה הייתה החשש להידבק בקורונה), תוך התייחסות למאפיינים דמוגרפיים, מאפייני בריאות, מאפיינים סוציו-כלכליים והערכת רווחה וביטחון סוציאלי של האדם. לוח 6 מציג את הגורמים המסבירים את הסיבות לויתור על ביקור אצל רופא המשפחה.

ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא המשפחה מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי נמצאה נמוכה יותר בקרב בעלי מחלות כרוניות לעומת אלה שאינם בעלי מחלות כרוניות, כמו גם בקרב אלה שעובדים לעומת אלה שאינם עובדים. ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה כלכלית כך גדלה ההסתברות לוותר, בעוד שככל שמדד הרווחה והביטחון הסוציאלי של האדם גבוה יותר כך קטנה ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא המשפחה מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי (מודל 1).

ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא המשפחה בשל אי יכולת של האדם להגיע למרפאה נמצאה נמוכה יותר בקרב גברים לעומת נשים ובקרב אלה שעובדים לעומת אלה שאינם עובדים, אך גבוהה יותר בקרב בעלי מחלות כרוניות לעומת אלה שאינם בעלי מחלות כרוניות. הסיכוי לוותר נמצא הולך וקטן ככל שגיל המשתתף גבוה יותר, בעוד שככל שמדד הרווחה והביטחון הסוציאלי של האדם גבוה יותר כך גדלה ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא המשפחה בשל העדר יכולת להגיע למרפאה (מודל 2).

ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא המשפחה ולקיים במקום הביקור שיחת טלפון או אינטרנט נמצאה גבוהה יותר בקרב יהודים לעומת ערבים/דרוזים. בנוסף נמצא כי ככל שהאדם מעריך את מידת הדתיות שלו כגבוהה יותר כך פוחתת ההסתברות, ואילו ככל שהוא מעריך את מצב בריאותו באופן טוב יותר ו/או הוא בעל מספר רב יותר של שנות לימוד כך גדלה ההסתברות שהוא יקיים שיחת טלפון או אינטרנט במקום ביקור במרפאה (מודל 3).

לוח 6. רגרסיה רב-ברירתית לאמידת הגורמים המסבירים את הסיבות לוותר על ביקור אצל רופא משפחה
 (מודל Multinomial)# (קבוצת בסיס: ויתור בשל חשש להידבק בקורונה)

קיום שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור	אי יכולת להגיע למרפאה	התור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי	
מודל 3	מודל 2	מודל 1	
0.054 (0.30)	-0.853* (0.45)	0.375 (0.37)	גבר
-0.012 (0.01)	-0.017* (0.01)	0.007 (0.01)	גיל
0.027 (0.33)	0.483 (0.42)	0.007 (0.42)	מגורים לבד
0.699* (0.40)	0.129 (0.49)	0.151 (0.53)	יהודי
-0.228* (0.18)	0.039 (0.24)	-0.150 (0.22)	מידת דתיות
0.379** (0.18)	0.135 (0.24)	0.120 (0.23)	הערכת מצב בריאות
-0.424 (0.50)	-0.148 (0.63)	0.243 (0.68)	בעלות על ביטוח בריאות משלים
0.317 (0.37)	0.629* (0.46)	-1.550*** (0.58)	קיום מחלות כרוניות
0.053* (0.03)	0.041 (0.04)	0.007 (0.04)	מספר שנות לימוד
0.309 (0.37)	-0.591* (0.43)	-0.519* (0.43)	מצב תעסוקה (1=עובד)
0.133 (0.15)	-0.055 (0.19)	0.329* (0.19)	מסוגלות כלכלית של משק הבית
0.104 (0.10)	0.346** (0.14)	-0.150* (0.12)	מדד רווחה וביטחון סוציאלי
-2.921** (1.30)	-3.564** (1.64)	-1.209 (1.65)	Constant
205	147	140	N
	-358.34		Log-likelihood

האמידה מתייחסת לתקופה החקירה הראשונה.
 *P<0.10, **P<0.05, ***P<0.01

בהתייחס לביקור אצל רופא מומחה/מקצועי, מצאנו קודם לכן כי הסיבות המובילות לוויתור על הביקור אצל רופא מומחה/מקצועי בתקופת החקירה הראשונה היו מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי, מאחר והמרואין לא יכול היה להגיע למרפאה, מאחר והוא חשב שהרופא לא יוכל לעזור, או בשל החשש להידבק בקורונה (תרשים 6). על בסיס זאת, נאמדו הגורמים המסבירים כל אחת מאותן סיבות (קבוצת הבסיס באמידה הייתה החשש להידבק בקורונה), תוך התייחסות למאפיינים דמוגרפיים, מאפייני בריאות, מאפיינים סוציו-כלכליים והערכת רווחה וביטחון סוציאלי של האדם. לוח 7 מציג את הגורמים המסבירים את הסיבות לוויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי.

ההסתברות לוויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי נמצאה גבוהה יותר בקרב בעלי מחלות כרוניות לעומת אלה שאינם בעלי מחלות כרוניות, כמו גם ככל שהאדם בעל מספר רב יותר של שנות לימוד. ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה כלכלית כך גדלה ההסתברות לוויתור על התור לביקור אצל הרופא מאחר והוא היה ארוך מידי (מודל 1).

ההסתברות לוויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי בשל אי יכולת של האדם להגיע למרפאה נמצאה גבוהה יותר ככל שהאדם בעל מספר רב יותר של שנות לימוד, כמו גם ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה כלכלית (מודל 2).

ההסתברות לוויתור על ביקור אצל רופאה מומחה/מקצועי בשל מחשבה שהרופא לא יוכל לעזור נמצאה נמוכה יותר בקרב גברים לעומת נשים, וגבוהה יותר בקרב בעלי מחלות כרוניות לעומת אלה שאינם בעלי מחלות כרוניות. בנוסף, ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה כלכלית כך גדלה ההסתברות לוויתור על התור לביקור אצל הרופא בשל מחשבה שהרופא לא יוכל לעזור (מודל 3).

לוח 7. רגרסיה רב-ברירתית לאמידת הגורמים המסבירים את הסיבות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי (מודל Multinomial)# (קבוצת בסיס: וויתור בשל חשש להידבק בקורונה)

מחשבה שהרופא לא יוכל לעזור	אי יכולת להגיע למרפאה	התור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי	
מודל 3	מודל 2	מודל 1	
-1.033*	-0.580	-0.210	גבר
(0.59)	(0.58)	(0.47)	
-0.025*	0.003	-0.009	גיל
(0.02)	(0.02)	(0.02)	
0.541	0.621	-0.244	מגורים לבד
(0.60)	(0.60)	(0.53)	
-0.803	0.196	0.128	יהודי
(0.88)	(1.01)	(0.78)	
-0.454	0.168	-0.011	מידת דתיות
(0.41)	(0.34)	(0.29)	
0.107	0.353	0.244	הערכת מצב בריאות
(0.31)	(0.32)	(0.27)	
-0.109	0.728	0.239	בעלות על ביטוח בריאות משלים
(0.91)	(1.29)	(0.93)	
1.234*	0.766	0.859*	קיום מחלות כרוניות
(0.66)	(0.71)	(0.58)	
0.056	0.237**	0.114*	מספר שנות לימוד
(0.12)	(0.11)	(0.09)	
-0.714	0.327	0.542	מצב תעסוקה (1=עובד)
(0.66)	(0.72)	(0.59)	
0.551*	0.547*	0.594**	מסוגלות כלכלית של משק הבית
(0.28)	(0.30)	(0.25)	
0.074	0.144	0.076	מדד רווחה וביטחון סוציאלי
(0.17)	(0.19)	(0.14)	
-0.595	-9.263***	-4.609**	Constant
(2.63)	(2.99)	(2.31)	
76	57	121	N
	-172.46		Log-likelihood

האמידה מתייחסת לתקופה החקירה הראשונה.
*P<0.10, **P<0.05, ***P<0.01

ממצאי עיקריים אשר עולים מהשלב השני במחקר:

ביקור אצל רופא משפחה

- 62.9 אחוזים מכלל המרואיינים שהיה להם צורך בביקור אצל רופא משפחה במהלך השנה האחרונה ציינו כי הם ויתרו לפחות פעם אחת על ביקור אצל הרופא – מתוכם 35.1 אחוזים ויתרו לחלוטין על הביקור ו- 26.8 אחוזים קיימו שיחת טלפון או שיחת אינטרנט במקום הביקור.
- הסיבות המובילות לויתור על הביקור אצל רופא המשפחה היו מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי, מאחר והמרואיין לא יכול היה להגיע למרפאה, מאחר והוא חשב שהרופא לא יעזור לו, מאחר והוא קיים שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור או בשל החשש להידבק בקורונה.
- הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא משפחה נמצא הולך וקטן ככל שגיל האדם גבוה יותר, ככל שהוא מעריך את מצב בריאותו באופן טוב יותר, כמו גם ככל שמדד הרווחה והביטחון הסוציאלי שלו גבוה יותר. בנוסף נמצא כי ההסתברות לויתור על ביקור אצל רופא משפחה גבוהה יותר בקרב אלה שוויתרו על ביקור אצל רופא משפחה קודם לכן.
- הגורמים המסבירים וויתור על ביקור אצל רופא משפחה מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי הינם קיום מחלות כרוניות של האדם ומדד הרווחה והביטחון הסוציאלי שלו.
- הגורמים המסבירים וויתור על ביקור אצל רופא משפחה מאחר והמרואיין לא יכול היה להגיע למרפאה הינם מגדר האדם, גילו, קיום מחלות כרוניות אצלו, מצב התעסוקה שלו, כמו גם מדד הרווחה והביטחון הסוציאלי שלו.
- הגורמים המסבירים וויתור על ביקור אצל רופא משפחה מאחר והאדם קיים שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור הינם הלאום שלו, מידת הדתיות שלו, הערכת מצב בריאותו, כמו גם מספר שנות הלימוד שלו.

ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי

- 33.3 אחוזים מכלל המרואיינים שהיה להם צורך בביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה ציינו כי ויתרו לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי במהלך השנה האחרונה – מתוכם 30.3 אחוזים ויתרו לחלוטין על הביקור ו- 3.1 אחוזים קיימו שיחת טלפון או שיחת אינטרנט במקום הביקור.
- הסיבות המובילות לויתור על הביקור אצל רופא מומחה/מקצועי היו מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי, מאחר והמרואיין לא יכול היה להגיע למרפאה, מאחר והוא חשב שהרופא לא יעזור לו, מאחר

והמרפאה ביטלה את התור או בשל החשש להידבק בקורונה. כמו כן נמצא כי מחיר הביקור וקיום שיחת טלפון/אינטרנט במקום הביקור הסבירו אצל חלק מהנבדקים מדוע החליטו לוותר על הביקור אצל הרופא המומחה/מקצועי באותה עת.

- הסיכוי לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי נמצא הולך וקטן ככל שגיל המרואיין גבוה יותר וככל שהוא בעל מספר רב יותר של שנות לימוד. ככל שמשק הבית מעיד שהוא מסתדר בקלות רבה יותר מבחינה כלכלית, כך קטנה ההסתברות לוותר על הביקור. כמו כן, ההסתברות לוותר על הביקור גבוהה יותר בקרב אלה שוויתרו על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי קודם לכן.
- בהתייחס למדדי הרווחה והביטחון הסוציאלי, נמצא כי ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי קטנה ככל שהאדם חושב שהמדינה דואגת לבריאותו, בעוד שככל שהאדם מעריך שהוא יכול להשפיע יותר על המדיניות החברתית של ישראל ו/או מעריך שמערכת הרווחה והביטחון הסוציאלי בשנים הבאות תהיה הרבה יותר טובה – כך ההסתברות לוותר על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי גבוהה יותר.
- הגורמים המסבירים וויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי מאחר והתור לביקור אצל הרופא היה ארוך מידי הינם קיום מחלות כרוניות של האדם, מספר שנות הלימוד והמסוגלות הכלכלית של משק הבית.
- הגורמים המסבירים וויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי מאחר והמרואיין לא יכול היה להגיע למרפאה הינם מספר שנות הלימוד שלו והמסוגלות הכלכלית של משק הבית.
- הגורמים המסבירים וויתור על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי מאחר והוא חשב שהרופא לא יוכל לעזור הינם מגדר האדם, גילו, קיום מחלות כרוניות אצלו, כמו גם המסוגלות הכלכלית של משק הבית.

שלב שלישי: השקפת בעלי תפקידים וראשי מערכות הבריאות והרווחה

משתתפי המחקר: בשלב זה ערכנו ראיונות עומק עם 15 מומחים בארגוני בריאות ורווחה ובמשרדי הממשלה בהווה או בעבר. במחקר השתתפו שמונה מרואיינים שמייצגים את תחום הבריאות ושבעה מרואיינים שמייצגים מומחיות בתחום הרווחה או מומחיות משולבת ברווחה ובריאות כאחד. כל המרואיינים מילאו או ממלאים תפקידים ניהוליים או מקצועיים בכירים במסגרת משרדי הבריאות או הרווחה, בקופות החולים ובבתי חולים, או בארגוני חברה אזרחית. חמישה מרואיינים היו נשים והיתר גברים. למידע נוסף על המשתתפים ראו לוח 8.

לוח 8. מרואייני השלב השלישי: תחום התמקצעות, גיל, מגדר

מספר מרואיין	קבוצת גיל	מגדר	תפקיד
1	70-61	גבר	מקבל החלטות במערכת הבריאות
2	60-51	אישה	מקבלת החלטות במערכת הבריאות
3	+71	גבר	מקבל החלטות במערכת הבריאות
4	60-51	גבר	מקבל החלטות במערכת הבריאות
5	70-61	גבר	מקבל החלטות במערכת הבריאות
6	50-41	אישה	מקבלת החלטות במערכת הבריאות
7	60-51	אישה	מקבלת החלטות במערכת הבריאות
8	+71	גבר	מקבל החלטות במערכת הבריאות
9	70-61	גבר	מומחה רווחה
10	50-41	גבר	מקבל החלטות במערכת הרווחה
11	+71	גבר	מומחה רווחה
12	70-61	גבר	ארגון חברה אזרחית בתחום הרווחה
13	+71	גבר	מקבל החלטות בתחום הרווחה
14	+71	אישה	ארגון חברה אזרחית בתחום הרווחה והבריאות
15	50-41	אישה	מקבלת החלטות בתחום הרווחה והבריאות

מערך המחקר ודגימה: השתמשנו במערך איכותני עם מדגם נוחות. משתתפים פוטנציאליים גויסו בהתבסס על קשרים מקצועיים של החוקרים.

איסוף הנתונים: לאיסוף הנתונים נעשה שימוש בראיונות עומק באמצעות הטלפון או באמצעות האינטרנט, זאת על מנת להבטיח נגישות מקסימלית מירבית של המרואיינים. הראיונות התקיימו בעברית ובעזרת מדריך ראיון שפותח לצורך המחקר הנוכחי (ראה נספח 3). גיוס המשתתפים ואיסוף הנתונים נמשכו עד להשגת רוויה תיאורטית. כל הראיונות תומללו.

ניתוח הנתונים: נעשה שימוש בניתוח תימטי. ראשית, התמלולים קודדו באופן ידני על מנת לזהות יחידות משמעותיות. לאחר מכן, זוהו קטגוריות וקודים באמצעות קידוד אינדוקטיבי, והובחנו נושאים עיקריים. גיליונות הקידוד (המורכבים בטבלאות) אפשרו לארגן ציטוטים לפי נושאים, קטגוריות וקודים. הנחיות קידוד מפורטות, כולל ציטוטים מילה במילה, תורגמו לעברית (במידת הצורך) ולאחר מכן לאנגלית לצורך הכנת מאמרים מדעיים. קטגוריות וקודים נדונו בתוך קבוצת המחקר עד שהושגה הסכמה.

ממצאים

בניתוח התמלולים זוהו תמות הקשורות למערכת הבריאות. באשר לשירותי הבריאות, המרואיינים התייחסו גם לויתורים על ביקורים במרפאת משפחה או מרפאה מקצועית וגם לשירותי רפואה נוספים מתחום מומחיותם, כמו בדיקות.

תימה 1. וויתור וחלופות הקיימות לביקור במרפאת משפחה או מרפאה מקצועית

באופן כללי ממילות המרואיינים עולה כי לפי דעתם נחשבת רפואת המשפחה לנגישה במיוחד, בשל עלות נמוכה וזמינות גבוהה. המרואיינים הבחינו בין וויתור על טיפול ובין חלופות לביקור פיזי במרפאה. הודגש שקופות החולים מאפשרות כיום כמה דרכים לקבל טיפול בנוסף לביקור פנים אל פנים אצל הרופא. אלה כוללים תור ביקור טלפוני, התכתבות בווטסאפ או במייל, וכן תיאומים דרך אתר הקופה או באפליקציה. מנקודת מבטם של המרואיינים, לבחור בחלופה "מעיד על ידע עמוק איך להשתמש בשירותי רפואה טוב יותר" (מרואינת 7).

" רוב הביקורים, יש שיגידו כמוני מעל תשעים אחוז, יש שיהיו יותר צנועים ויגידו שזה שמונים וחמישה אחוז, הם פשוט בזבוז זמן לשני הצדדים כי אם מטופל מחכה ומזמין וזה כדי להגיד לרופא שלפני שלושה ימים הוא קיבל מכה בכתף וכרגע היא כואבת פחות, אז זה בזבוז של שניהם. רוב המטופלים למדו, במיוחד בתקופת הקורונה, שניתן לקבל מענה בדרכים אחרות ולכן הם יודעים לקבל את המענה הזה בטלפון או באמצעים האחרים." (מרואיין 5)

בנוסף, מבחינת המרואיינים, יש להבחין בין אי הופעה שמהווה וויתור על טיפול רפואי שממנו הם מוטרדים, לבין התייתרות הביקור, סיטואציה ממנה אינם מוטרדים. וויתור על צורך רפואי הוא הימנעות ממעקב וטיפול, אי הגעה לבדיקות, חולים כרוניים שנמנעים מניהול המחלה שלהם, דחיית חיסונים, או דילוג על תרופות. להתייתרות ביקור הוצעו שלוש סיבות: סיבה רפואית, העדפות המטופל, וקבלת חלופות מחוץ לרפואת הקהילה. הסיבות הרפואיות נוגעות למחלות שנוטות להיפתר מעצמן עם הזמן (self-limited disease). העדפות המטופל לטיפול אחר מזה שהומלץ על ידי הרופא או על ידי לרופא אחר, הן הסיבה השנייה. לבסוף, קבלת

חלופות מחוץ לרפואת הקהילה, הכוללות שימוש בביטוח המשלים או בביטוח הפרטי שמייצר את התור המקורי וכן ביקור בחדר המיון, בדרך כלל בהמלצת רופא המשפחה, כאשר התור לרפואה מקצועית יהיה רחוק מדי.

תימה 2. גורמים לויתור

האסוציאציה העיקרית של המרואיינים השונים לעניין וויתור בשל קושי כלכלי הייתה הימנעות מקניית תרופות או וויתור על נסיעה לבדיקה. לעניין תורים והסיבות שהוצגו במחקר, החסמים העיקריים עליהם עמדו המרואיינים הם זמינות, נגישות גיאוגרפית ואי התאמה לאוכלוסייה.

א. זמינות: לפי דבריהם של מקבלי החלטות, זמינות היא הגורם העיקרי לויתור ברפואה המקצועית, כתוצאה מהתורים הארוכים במיוחד. ההמתנה הארוכה לתורים מיוחסת לפי המרואיינים למחסור בכוח אדם רפואי הנובע משתי סיבות: המדיניות הממשלתית ברמת המקור והדינמיקה ב"שוק" הרפואי ברמת המיקרו. ברמת המקור, תכנון מערכת הבריאות מבוסס על אחוז קבוע מן התקציב ללא התאמה לשינויים דמוגרפיים כמו צמיחת האוכלוסייה והזדקנותה. ברמת המיקרו, הביקוש עולה על ההיצע, בין השאר בשל העדפות החולים ובגלל הדגש ששמות קופות החולים ומשרד הבריאות על היצע כוח האדם.

" לתחרות יש גם נקודה חלשה פה כי היא אומרת שאני עובד בעיקר על הצד של ההיצע ולא עובד בכלל על הצד של הורדת הביקוש. זאת אומרת מבחינתי הלקוח הוא מלך, הוא לא חולה, הוא לקוח והוא מלך. הוא רוצה אורתופד אז אני אדאג שיהיה לו אורתופד, ואם התור (בעוד) חודשיים אז אני אביא עוד אורתופד, ואם התור עדיין נשאר חודשיים אז אני אביא עוד אחד. אני לא אלך לבעיית השורש ואבדוק אם בכלל הוא לא צריך אורתופד, אולי הוא צריך את רופא המשפחה שלו, אולי הוא בכלל צריך פיזיותרפיסט שייתן לו כמה תרגילים ויסגור את העניין." (מרואיין 1)

ב. נגישות גיאוגרפית - מרחק: גורם זה נוגע פחות למרפאות המשפחה שנחשבות על ידי המרואיינים לזמינות ונגישות במיוחד. הוסבר כי הסיבה העיקרית למרחקים הפיזיים הגדולים הם השיקולים הכלכליים של ארגוני הבריאות, שמחפשים את הספק הזול ביותר.

ג. אי התאמה לאוכלוסייה: מרואיינים רבים עמדו על חשיבותה של רפואה מותאמת ועל האפשרות שפערים בהתאמת השירות הרפואי לצרכי האוכלוסייה מניעים וויתור על טיפול. ניתן לחלק את אי ההתאמה לשני סוגים: אי התאמה מבנית ואי התאמה תרבותית. **אי התאמה מבנית** כוללת למשל אי התאמה לאוכלוסיית המרותקים לביתם.

"יש דבר אחד שלא עלה פה בכלל שהוא מאוד בעייתי ושאינו פתרון. בכלל אין. הוא במספרים לא יהיה באחוזים גדולים אבל כל אדם פה הוא עולם ומלואו. יש אנשים שלא יכולים לצאת מהבית, אוכלוסייה קשישה שמרותקת לבית. מה זה מרותקת לבית? כל יציאה מהבית בשבילם היא או בלתי אפשרית או מאמץ עילאי. לאנשים האלה אין שום מענה של שירותים שמגיעים הביתה למעט רפואה ראשונית, רופאי משפחה ואחיות. אם אני היום צריך להביא אורתופד הביתה או רופא אף אוזן גרון הביתה או פסיכיאטר, זה כמעט בלתי אפשרי. זאת אוכלוסייה שלא מטופלת טוב, שהיא מראש לא מנסה אפילו, היא מוותרת מראש." (מרואיין 1)

מצב דומה עשוי להיווצר, לפי דעתם של המרואיינים, בנוגע לשירותי רפואה לילדים. שירותים אלה מוגבלים בשעות הפתיחה ו/או במיקום, ואף עומדים בסתירה ללוח הזמנים של הורים עובדים, וגורמים לוותר על קבלת טיפול.

אי התאמה תרבותית כוללת על בסיס מילות המרואיינים, את התנהגות הרופא, אי אמון, פגיעה בפרטיות, אי הבנה תרבותית, קשיי שפה וחסמים טכנולוגיים. כך, הוצע באחד הראיונות שאוכלוסיות מסוימות, כמו האוכלוסייה הלהט "בית או נשים נפגעות אלימות, עשויות לצאת פגועות מהאינטראקציה עם הרופא בשל העדר רגישות; בראיון אחר הוצע שרופאים עשויים שלא להסביר לעומק טיפול מסוים וכתוצאה מכך עשוי החולה לדלג עליו או להימנע ממנו; דוגמה נוספת לאי התאמה תרבותית היא הרעיון להציע הפסקות הריון בקהילה כדי לחסוך את המאמץ הפיזי תוך חוסר מודעות לחשש של הנשים מהמוניטין שלהן בקהילות סגורות; או חשש כללי של אי הבנה מצד צוות שאינו מתוך קהילת המטופלים. בנוסף, הועלה הקושי השפתי, שיוחס במיוחד לעולים ולציבור הערבי.

גם הטכנולוגיה הוצגה על ידי המרואיינים כבעלת תפקיד מרכזי, הן כפתרון והן כמכשול. עבור אוכלוסיות שלא רגילות לשימוש יומיומי באינטרנט ובמחשב, המעבר למערכות דיגיטליות לקביעת תורים מרתיעה חולים מבוגרים או מי שאין להם סיוע בעניין זה. מצד שני, העדר אפשרויות טכנולוגיות שמחייבות המתנה ארוכה בטלפון מייצרת חסם רציני לקבלת שירות.

תימה 3. הפתרונות המוצעים

מעבר לשינוי דרמטי במדיניות הבריאות הממשלתית, הוצגו על מספר פתרונות עתידיים וכן מודלים שכבר מופעלים או יופעלו ושמהווים לדעת המרואיינים פתרונות יעילים. כל המרואיינים הדגישו את חשיבותם של מיפוי ופילוח האוכלוסייה הן כדי לפתור את בעיית הזמינות והן להתאמת הרפואה לאוכלוסייה. בנוסף, רפואה מרחוק על סוגיה השונים הוצעה גם היא כפתרון עבור כלל המכשולים בקבלת שירותי בריאות זמינים. שני שחקנים מרכזיים עומדים בליבם של הפתרונות הללו: רפואת המשפחה והטכנולוגיה. חשיבותה של רפואת המשפחה הוזכרה גם כאחד הלקחים מן ההתמודדות עם מגפת הקורונה, שבה המדיניות הישראלית נשענה על רפואה ביתית.

א. רפואה מונעת או אבחון מוקדם: אלה הוזכרו שוב ושוב כמדיניות הרפואית המומלצת. מנקודת מבטם של המרואיינים, התוצאה השלילית העיקרית של וויתור על טיפול הוא אבחון מאוחר ובהתאם, יש לפעול באופן

פרואקטיבי באמצעות "אאוטריץ'" אינטנסיבי. לפי המרואיינים, דוגמאות יש כבר כיום בנושאים כמו סוכרת, סרטן השד, מעי גס, או קשישים שבריריים, בדרך כלל באמצעות מרפאות המשפחה.

ב. וויסות הביקוש לרפואה מקצועית: פתרון זה נשען גם הוא על רפואת המשפחה ונועד למתן את בעיית הזמינות. רופאי המשפחה נחשבים גם כשומרי סף שיכולים להתאים טיפול ראוי וכך לשלוט גם על זרם ההפניות לרפואה המקצועית. מרואיין אחד אף הציע לבטל את האפשרות לקבוע תור במקצועות האורתופדיה, נשים, אף אוזן גרון, עיניים ועור, ללא הפניה מרופא המשפחה. במקביל, הוצע להשתמש בבינה מלאכותית כדי לייצר מנגנון תיעודף לתורים לרפואה מקצועית, על בסיס צורך רפואי, שיחליף את שיטת first come first serve שנהוגה כיום ויוריד חלק מהעול מרופא המשפחה.

"הקופות מפחדות לגעת בביקושים, מפחדות לגעת בצורך הרפואי, שזה מה שנקרא בעולם סוג של gatekeeping זאת אומרת שאנחנו נפעיל איזשהו מסמן קשוח זה או אחר ולהגיד שיאוקי, אתה רוצה אורתופד, אתה לא צריך אורתופד, אתה רוצה רופא גסטרו, אתה לא צריך, תסתדר בלי. זה כמעט לא קיים בארץ, הקטע הזה של הוויסות או הבקרה על הביקושים, אלא הדרך של איך נגדיל עוד ועוד את ההיצע"

...
תתחילי מזה שקודם תלכי לרופאת משפחה ולא שתהיה לך פנייה ישירה לאורתופד. היום את לא צריכה, את מחליטה לבד. מבינה? זה סוג של ברקסים שאנחנו לא שמים אותם היום, אף קופה לא תשים אותם. רופאי המשפחה לא מתלהבים מהם כי הם עמוסים במילא.

...
אופציה אחרת שאפשר לעשות כדי לקצר את התורים זה לעשות איזשהו עניין של סדרי עדיפויות, יכול להיות שלא כולם יעמדו באותו תור אלא יהיו כמה סוגים של תורים ואז באמת מי שבאמת זקוק לא יהיה מצב שיוותר בגלל שהתור הוא ארוך ומי שפחות זקוק, אז הוא יחכה (מרואיין 1)

ג. הרחבת פרופסיות: רעיון נוסף שהוצע על ידי מרואיין הוא ליצור מקצועות כדוגמת ה-nurse practitioner האמריקאי כדי להוריד חלק מהעול (מרואינת 7).

ד. רפואה מותאמת: זו הוזכרה, לצד רפואה מונעת, כמדיניות הרפואית המועדפת, פחות בהקשר המקובל של התאמה פיסיוולוגית ויותר בהיבט החברתי. פתרון זה מבוסס על מיפוי ופילוח של האוכלוסיות השונות, הצרכים שלהם ו"מסע המטופל" שלהן, כלומר, השלבים והמאמצים שעל המטופל להשקיע כדי לקבל את הטיפול.

"צריך פשוט למפות את מסע המטופל ולדאוג לכך שמסע המטופל מונגש לכל קבוצות האוכלוסייה, מבחינת גיל, ומאפיינים אישיים, כאשר צרכים זה הצד השני של המשוואה. מאפיינים אישיים הם מבחינת גיל, מבחינת גיאוגרפיה, מבחינת השכלה, מבחינת אורח חיים וכו'. כשאני אומרת אורח חיים אני למשל אומרת הנה האוכלוסייה החרדית, אמא שיש לה אחד עשר ילדים אנחנו צריכים להבין מה ה-patient journey שהיא זקוקה לו." (מרואינת 7)

ההתאמות שאליהן התייחסו המרואיינים כללו התאמות לוחות זמנים, התאמה דמוגרפית בין הצוות המטפל לקהילה המטופלת, התאמות כישורים להתמודדות עם רגישויות שונות של אוכלוסיות שונות והתאמת השפה לשפתו של המטופל.

ה. העברת מוקד הטיפול מן המרפאה אל הבית: "רפואה ביתית" מהווה החזרה והרחבה של ביקורי הבית המוכרים מן העבר. פתרון זה הוצע בין השאר כדי להתאים את שירותי הרפואה לאוכלוסיית המרותקים לביתם

מצד אחד ולמשפחות עם ילדים מצד שני. זאת, באמצעות רפואה גריאטרית בבית, ניידות חיסונים, או ביקורי בית אצל ילודים. גם כאן רופאי המשפחה אמורים לפי דעתם של המרואיינים, לשמש כמי שיודעים את מצב החולים ולהיות הגורם המטפל והמתכלל.

" היום אנחנו מתחילים לחזור לקונספט [של ביקורי בית] אבל לחולים אחרים לגמרי. היום אנחנו חוזרים לקונספט כשאנחנו מדברים על מרותקים למיטה, כשאנחנו מדברים על הוספיס בית. אבל יש איזו חזרה באמת לסביבתו הטבעית של האדם, לסביבה שבה הוא מרגיש טוב." (מרואיינת 7)

ו. טכנולוגיה ורפואה מרחוק

דיגיטציה, טכנולוגיה עלית ובינה מלאכותית הוזכרו כפתרונות מרכזיים בכל הראיונות.

"קודם כל חד משמעית זה פתרון לרוב הסוגיות, כי אם תחשבי, גם אם נלך למקרי קיצון שבהם העילה לאי הופעה זה שהחולה הוא מרותק בית והמטפל שלו או המטפל הראשוני מהמשפחה פשוט אין לו זמן לקחת אותו לרופא, ביקור so called וירטואלי, תקשורת, הוא פתרון נהדר כי אז הרופא יכול להתרשם מכל הדברים ואם צריך הוא יכול לשלוח אחות או שאפילו הוא יכול להגיע לחולה. אין ספק שהפתרונות הטכנולוגיים הם הפתרון הנכון." (מרואיין 5)

עניין זה הוזכר גם כאחד הלקחים ממגפת הקורונה - היפתחות לפתרונות חדשניים טכנולוגיים. אלה נועדו גם כדי לקצר תהליכים וגם לייצר אוטומטיזציה של תהליכים אחרים:

"למשל נושא של אישורים לתרופות, אישורים לשירותים. אז אצלנו אנחנו הכנסנו תהליך מאוד עמוק של דיגיטציה ו-AI באופן כזה שלמעלה מששים כשבעים אחוז מאישורי התרופות שלנו הם אישורים אוטומטיים ללא מגע יד אדם משולחן הרופא וכנ"ל לגבי אישורים של התחייבויות" (מרואיין 4)

במקביל, הודגש גם מקומה של הטכנולוגיה כחסם, במיוחד בקרב אוכלוסיות קשישות או בפריפריה הטכנולוגית של ישראל. בהתאם, הודגש הצורך לשמר תמיד מענה אנושי במרפאות כדי למנוע מצב שבו קושי עם אתר האינטרנט ימנע מחולה לקבוע תור.

"הזכרתי לך גם משהו אחר שהוא נושא של מענה אנושי... שחייב להיות מענה אנושי לכל מי שלא מסתדר. אי אפשר לזרוק אנשים ולהגיד להם תכנס לאינטרנט וזהו, אם אין לך קוד אני לא יכולה לעזור לך. אני לא יודעת איך מוצאים קוד. אז מה בגלל זה אני אשאר בלי שירותי רפואה?" (מרואיינת 7)

דיון והמלצות

חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (1992) מדגיש שעל המדינה לקיים מערכת שתבטיח "רשת מגן" לאזרחיה. על פי דבריו של נשיא בית המשפט העליון (בדימוס), השופט אהרון ברק, "ניתן להניח, בלא לקבוע מסמרות בדבר, כי מחובת המדינה על פי חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו נגזרת החובה לקיים מערכת שתבטיח "רשת מגן" למעוטי-האמצעים בחברה..." (בג"ץ פסיקת בית המשפט העליון לבג"ץ 366/03 ובג"ץ 888/03, 12.12.05). המחקר הנוכחי עוסק בסוגיה חברתית העומדת ביסודו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכרוכה בהשלכות פוטנציאליות חמורות ברמת הפרט ומערכת הרווחה – שאלת הוויתור על שירותי בריאות במסגרת סל שירותי הבריאות, ומיפוי הגורמים המסבירים תופעה זו – הכלכליים, החברתיים והאישיים. ההימנעות ווויתור על שירותי בריאות חיוניים בשל הדרישה לתשלום בעבורם או אי זמינותם היא אחת התופעות המדאיגות ביותר מבחינה סוציאלית, בשל השפעתה על הידרדרות רמת הבריאות ובעיקר אצל קבוצות החשות איום או קושי כלכלי (Tur-Sinai & Litwin, 2015).

וויתור על שירותי בריאות נחוצים היא תופעה משמעותית, מורכבת, ובעלת תוצאות חמורות מבחינה אישית, חברתית וסוציאלית. חשיבות זאת משתקפת בדו"ח של הארגון העולמי לבריאות אשר הוכן ב- 2023 על פי בקשתה של האסיפה הכללית של האומות המאוחדות והבוחר את תופעת הוויתור על שירותי בריאות והקשר עם *universal health coverage* (World Health Organization, 2023). על בסיס דו"ח זה כמו גם ספרות אמפירית נוספת, ווויתור זה עשוי להוביל להידרדרות במצבם הבריאותי של האנשים ולהגדיל את תלותם במערכת הבריאות והרווחה לאורך זמן. למרות השלכות שליליות אלה, כל עוד ציבור האזרחים ומקבלי ההחלטות לא יזהו, ידונו ואף יסכימו בבעייתיות שיש בתת-ניצול שירותי בריאות, יהיה קשה להבין את התופעה, את המשמעויות הנובעות ממנה, ולפתח פתרונות הולמים (Ko, 2016; Schokkaert et al., 2017). מיפוי הגורמים והסיבות המניעים אנשים לוותר על שירותי בריאות הכלולים בסל הבריאות צפוי לסייע בהבנה כיצד אמורה מערכת הבריאות לנהוג על מנת להבטיח לאותם אנשים מינימום קיום ובריאות בכבוד.

במחקר הנוכחי נעשה מאמץ ראשוני לסייע במיפוי הגורמים המניעים אנשים לוותר על שירותי בריאות, ולהעמיק את ההבנה בדבר השיקולים והמדיניות המומלצת ליישום על ידי קובעי המדיניות במערכת הבריאות במטרה להבטיח ביטחון סוציאלי, קיום בכבוד וצריכת שירותי בריאות נאותה וראויה לכלל אזרחי המדינה. על מנת להשיג מטרה זאת, חקרנו את היקפם, הבנתם וגורמיהם של דפוסי ווויתור בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה הישראלית, כאשר לראשונה ניתנה במה לקולותיהם של אלה המעורבים בהחלטות בנוגע לווייתור

– קרי הציבור וגם מקבלי החלטות במערכת הבריאות והרווחה – באמצעות שיטות מחקר איכותניות וכמותניות וראיה לונגיטודינלית של התופעה.

בפרק זה יעשה ניסיון לשלב את הממצאים העיקריים שעלו בשלושת שלבי המחקר, תוך דיון בחשיבותם, משמעותם, והבלטת הדומה והשונה ביניהם. נסיים בהצגת המלצות לצעדים עתידיים הן במחקר והן במדיניות.

1. חשיבות והיקף תופעת הוויתור על שירותי בריאות

וויתור על שירותי בריאות נתפס כתופעה משמעותית ומדאיגה בקרב כל הנחקרים, כולל הציבור הרחב ואלה השייכים לאוכלוסיות מיעוט ומקבלי החלטות בתחום הבריאות והרווחה, וללא קשר לשיטת המחקר – איכותנית או כמותנית - בה נעשה שימוש. מהסקר הארצי שקיימנו נמצא שבקרב כלל הנחקרים בתקופה הראשונה שדווחו על צורך בקבלת טיפול רפואי בשנה שקדמה לסקר, 35% וויתרו על ביקור אצל רופא משפחה, ו- 30% על ביקור אצל רופא מומחה. אם כי אחוזים אלה היו נמוכים במעט בתקופה השנייה, עדיין אחד מכל חמישה נחקרים דווח שוויתר על שירותים אלה למרות הצורך שהרגיש. היקף זה דומה לדווח במחקר קודם שבצענו בתקופת הפנדמיה (Werner & Tur Sinai, 2021).

ממצא זה מעלה שתי מסקנות מעניינות. ראשית, העקביות בהיקף התופעה לאורך זמן מצביעה על קיומם הפוטנציאלי של פרופילים המאפיינים אנשים עם נטייה גבוהה או נמוכה לוותר על שירותי בריאות. שנית, ייתכן שהשפעתה של הפנדמיה, ובעיקר הפחד להידבק בווירוס הקטלני, מתמשכת לאורך זמן ומשפיעה על תפיסת הוויתור גם בתקופות ללא סכנה כזאת. בהמשך נרחיב בדיון ביחס לנקודה זאת.

המלצה 1 – מקבלי החלטות וקובעי מדיניות חייבים לבצע ניטור עקבי ומדויק של שיעורי הוויתור על שירותי בריאות בסיסיים לאורך זמן, ובעיקר בקרב קבוצות סיכון מוגבר.

2. המשגת והבנת תופעת הוויתור על שירותי בריאות

אין מונח ו/או הגדרה קונספטואלית המקובלת על כולם, והנמצאת בשימוש באופן עקבי בספרות להגדרת הוויתור או הדחייה של קבלת שירותי בריאות. המונחים וויתור (forgone) ואי מיצוי צרכים (unmet needs) מופיעים בספרות כנרדפים חלופיים (Smith & Connolly, 2019). ממצאי המחקר שלנו העלו בעייתיות דומה. מהתעמקות במילותיהם של הציבור ואנשי המדיניות שרואיינו באמצעות ראיונות עומק עולה שהבנת התופעה שונה במקצת. ראשית יש לציין שבמחקר עם הציבור לא הוצגה הגדרה מפורשת של המושג "וויתור על

שירותי בריאות". גם, לצערנו אך בדומה למחקרים בנושא שבוצעו במדינות רבות לפני ובמשך הפנדמיה (Anderson & McGinty et al., 2021; Lucevic, Pentek et al., 2019; Park & Stimpson, 2021; Rahman,) (Islam, et al., 2022; המרואיינים לא התבקשו להגדיר מה פירוש המושג בעיניהם. על כן, יש להניח שהם התייחסו לפירוש המילוני הראשון של המושג, שהוא - "לא לעמוד על דעה או על זכות או על המגיע", בעוד שכפי שעולה מניתוח התמלולים של מקבלי ההחלטות הם התייחסו גם להגדרה המילונית השנייה שהיא – "לדחות, לראות כמיותר" (מילון אבניאון – עברי – עברי).

ואכן, מקבלי ההחלטות הרחיבו בהסבר הרואה בהחלטה לוותר על שירותי בריאות לא תופעה המשקפת אי מיצוי של צורך רפואי אלא תופעה המשקפת את הרצון לצרוך יותר שירותים מהנחוץ (Barnea, Berger et al., 2022). הסברים שונים אלה משקפים את הדילמה המתמשכת להבדיל בין demand – ו (Jeffers et al., 2023; Santana, Mason et al., 2023; al., 1971). הסבר שורשיה של תופעת הוויתור על שירותי בריאות כצורך או כדרישת יתר לא מונע את תוצאותיה השליליות, אך עשויה לעזור בפיתוח פתרונות ממוקדים ויעילים יותר למזעור התופעה.

המלצה 2 – מומלץ לבחון את הספרות המקצועית הקיימת בנושא ולאמץ את השימוש במונח הכי נפוץ במרבית המדינות, כמו גם את הדרך להעריך אותו. צעד זה יאפר להשוות, ללמוד ולהפיק מסקנות מהמצב בישראל בהשוואה למדינות אחרות. מטרה זאת ניתנת להשגה על ידי ביצוע סקירה סיסטמטית של הספרות הקיימת.

3. וויתור על שירותי בריאות לאורך זמן

שיעורי הוויתור – הן לרופא משפחה והן לרופא מומחה/מקצועי – ירדו בתקופה השנייה בהשוואה לראשונה. המחקרים הבודדים שבחנו שינויים לאורך זמן בדפוסי הוויתור, נערכו בזמנים שלפני או אחרי הפנדמיה (Ahm et al., 2022). המחקר הנוכחי מראה שהתנהגות זו משתנה לאורך זמן גם כאשר לא מדובר בזמני משבר.

המלצה 3 - מומלץ להתייחס לתופעת הוויתור על שירותי בריאות כתהליך דינמי ולא סטטי. יש לבחון את הגורמים המסבירים תנודתיות זו.

4. הסיבות לויתור על שירותי בריאות

סיכום סכמטי של הסיבות לויתור כפי שעלו בשלבים השונים של המחקר מוצג בלוח 9. הסתכלות בלוח מראה כי תופעת הוויתור על שירותי בריאות היא תופעת מורכבת ורב-גורמית. מורכבות זאת דורשת שימוש בריבוי שיטות על מנת להגיע להסבר ממצא ותקף יותר.

לדוגמה, במחקר הנוכחי נמצא שחלק מהסיבות היו משותפות לכל סוגי המרואיינים ולכל מתודות המחקר, אך גם נמצאו סיבות שעלו בקבוצה אחת ולא בשנייה או בשיטת מחקר אחת ולא בשנייה. כך למשל, במחקר האיכותי שבוצע עם הציבור ועם מקבלי החלטות (שלב 1 ושלב 3) הועלו מספר סיבות דומות. אלה כללו סיבות ארגוניות (זמינות ונגישות) וסיבות תרבותיות. סיבות פיננסיות, שהן מוזכרות בספרות כנפוצות ביותר (Bodenmann et al., 2014; Petrovic et al., 2021), נמצאו כגורם משמעותי רק בחלק הכמותני.

חוסר אמון במערכת הבריאות ותפיסות בנוגע למערכת הרווחה והבריאות נמצאו גורמים חשובים להסבר התנהגות הוויתור בקרב הציבור – גם במחקר האיכותני והן הכמותני. יחד עם זאת, מעניין כי גורם זה לא הועלה על ידי מקבלי ההחלטות. בין הגורמים הסוציו-דמוגרפיים, גיל נמצא כגורם המסביר החשוב ביותר במחקר הכמותני. כמו כן, גם תפיסת הבריאות היה גורם מרכזי כמסביר התנהגות וויתור.

וויתור בתקופה הקודמת נמצא כגורם המשמעותי ביותר המסביר את ההסתברות לויתור במחקר

הכמותני.

המלצה 4 – מומלץ שכל המעורבים בתופעת הוויתור על שירותי בריאות (אנשי הציבור, אנשי מקצוע, ומקבלי החלטות) יתייחסו לתופעה זאת כמורכבת, וכדורשת הסבר מורכב ויצירתי.

5. פתרונות לבעיית הוויתור

מקבלי ההחלטות במערכת הבריאות והרווחה היו היחידים שהצביעו על מספר פתרונות למזעור תופעת הוויתור. הוזכרו בעיקר שני פתרונות: הרחבת היקפה של הרפואה המונעת וויסות הביקוש לרפואה ביתית. פתרונות אלה נגזרים מהבנת או המשגת המונח וויתור כקשור להתייתרות, כפי שהוסבר לעיל.

המלצה 5 – מומלץ לראות ברופאי המשפחה כשומרי סף למערכת הבריאות שתפקידם להבטיח טיפול ראוי לכל אלה המבקשים טיפול רפואי, ובמקביל לשכלל את מנגנון תיעדוף התורים לרפואה על בסיס צורך רפואי.

לוח 9. סיכום הסיבות לויתור על שירותי בריאות בשלבים השונים של המחקר

מקבלי החלטות - איכותני	הציבור – כמותני – וויתור על רופא מומחה		הציבור – כמותני – וויתור על רופא משפחה		הציבור - איכותני	סיבות
	תקופה שנייה	תקופה ראשונה	תקופה שנייה	תקופה ראשונה		
	X	X		X		סיבות כלכליות מסוגלות כלכלית
						סיבות ארגוניות
X					X	זמינות
X					X	נגישות
	X	X	X	X	X	סיבות תפיסתיות חוסר אמון או מדד רווחה
					X	פחד לחלות
					X	פחד להידבק
X					X	סיבות תרבותיות
	X		X	X		מצב בריאותי
				X		סיבות סוציו-דמוגרפיות
	X		X	X		מגדר
			X	X		גיל
			X			גר לבד
	X		X			וויתור בתקופה הראשונה

ביבליוגרפיה

1. אברבוך, א. ואבני, ש. (2017), אי-שוויון חברתי כלכלי: עדכון תמונת מצב, אצל: אברבוך א. ואבני, ש. (עורכות), אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2017, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.
2. בג"ץ פסיקת בית המשפט העליון לבג"ץ 366/03.
3. בג"ץ 888/03, 12.12.05.
4. ברמלי-גרינברג, ש., ומדינה-הרטום, ת. (2015), "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 והשוואה ל-2012", מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
5. ברמלי-גרינברג, ש., ויערי, ע. (2019), "תמצית ממצאי הסקר השנים-עשר העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות", מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
6. גלור, ק. ומסיקה, ד. (2006). "מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות-החולים: מטרות, התפתחויות והמלצות", אצל: בן נון, ג. ועופר, ג. (עורכים), עשור לחוקר ביטוח בריאות ממלכתי 1995-2005, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
7. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2017), "ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2016". פרסום 1701, ירושלים:
http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=32&CYear=2016&CMonth=1
8. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018), "סקר חברתי 2017 – בריאות ואורח חיים", ירושלים:
http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=1004
9. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2019), לקט נתונים בנושאי ביטוחי בריאות ומידע בנושא בריאות, מתוך הסקר החברתי 2017, הודעה לעיתונות מספר 035/2019:
https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2019/035/19_19_035b.pdf
10. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2012). ביטוחי הבריאות בישראל: התפתחויות, קשרי גומלין, בעיות ומתווים לפתרון – כנס ים המלח ה-13.
11. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2013), האחריות לבריאות – סוגיות בלתי פתורות – כנס ים המלח ה-14.
12. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
13. חוק יסוד כבוד האדם וחירותי, התשנ"ב – 1992.
14. חורב, ט. וקידר, נ. (2010), "אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי: השתקפותה של הרפורמה בחמש עשרה שנות חקיקה", משרד הבריאות, אגף לכלכלה וביטוח בריאות.
15. מבקר המדינה (2008), דוח מבקר המדינה 58ב, ירושלים.
16. מילון אבניאון – מילון עברי-עברי: <https://www.milononline.net>
17. משרד הבריאות (2018), דוח מסכם על פעילות קופות החולים – שנת 2017.
18. נבון, ג. וצ'רינובסקי, ד. (2012), ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, התפלגות ההכנסות ועוני בישראל, נייר עבודה מספר 2012.13, חטיבת המחקר, בנק ישראל.
19. צ'רינובסקי, ד. (2017), התפתחויות עכשוויות במערכת הבריאות, אצל: וייס, א. (עורך), דו"ח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 265-268.

20. צירניחובסקי, ד. (2018). מערכת הבריאות: מבט על, אצל: וייס, א. (עורך), דו"ח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 5-7.
21. קוך דבידוביץ, פ. (2014), "הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות", הכנסת - מרכז המחקר והמידע.
22. שמואלי, ע. (2008), "מצב בריאות פיסית, התנהגות בריאותית ושימוש בשירותי בריאות בקרב בני 50 ומעלה", *ביטחון סוציאלי*, גיליון 76, עמודים 175-196.
23. שמואלי, ע. (2010), "תחלואיה של מערכת הבריאות בישראל: אבחנות ומרשמים לטיפול והבראה", האוניברסיטה העברית בירושלים.
24. Ahn, S., Kim, S., & Koh, K. (2022). Association of the COVID-19 pandemic with older individuals' healthcare utilization and self-reported health status: a longitudinal analysis from Singapore. *BMC Health Service Research*, 22: 66, <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07446-s>.
25. Allen, E. M., Call, K. T., Beebe, T. J., McAlpine, D. D., & Johnson, P. J. (2017). Barriers to Care and Health Care Utilization among the Publicly Insured. *Medical Care*, Vol. 55, No. 3, pp. 207-214.
26. Allin, S., & Masseria, C. (2009). Research Note: Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. *Anonymous The London School of Economics and Political Science: European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1–Social and Demographic Analysis*.
27. Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine*, Vol. 70, No. 3, pp. 465-472.
28. Anderson, K., McGinty, E., Presskerischer, R. et al. (2021). Reports of forgone medical care among US adults during the initial phase of the covid-19 pandemic. *JAMA Network Open* 2021:4(1):e2034882.
29. Atanasova, E., Rohova, M., & Dimova, A. (2016). Unmet needs for health care services in Bulgaria. *Journal of IMAB: Annual Proceeding (Scientific Papers)*, 22(3), 1324-1327.
30. Bajari, P., Dalton, C., Hong, H., & Khwaja, A. (2014). Moral hazard, adverse selection, and health expenditures: A semiparametric analysis. *The RAND Journal of Economics*, Vol. 45, No. 4, pp. 747-763.
31. Baldrige, S., & Symes, L. (2018). Just between Us: An Integrative Review of Confidential Care for Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(2), e45-e58.

32. Barnea, R., Berger, R., Weiss, Y. & Shemer, J. (2022). Less is more (healthy): Overuse of healthcare services. *The Israel Medical Association Journal*, 24(6):403 – 409.
33. Blewett, L. A., Planalp, C., & Alarcon, G. (2018). Affordable Care Act Impact in Kentucky: Increasing Access, Reducing Disparities. *American Journal of Public Health*, 108(7), 924-929.
34. Bodenmann, P., Favrat, B., Wolff, H., Guessous, I., Panese, F., Herzig, L., Bischoff, T., Casillas, A., Golano, T., Vaucher, P., Bayer, A., 2014. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PLoS One* 9 (4), e94006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094006>
35. Bremer, P. (2014). Forgone care and financial burden due to out-of-pocket payments within the German health care system. *Health Economics Review*, Vol. 4, No. 1, p. 36.
36. Bustamante, A. V., Chen, J., McKenna, R. M., & Ortega, A. N. (2018). Health Care Access and Utilization among US Immigrants Before and After the Affordable Care Act. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-8.
37. Casey, R. (2015). Disability and unmet health care needs in Canada: a longitudinal analysis. *Disability and Health Journal*, Vol. 8, No. 2, pp. 173-181.
38. Choudhry, N. K., Bykov, K., Shrank, W. H., Toscano, M., Rawlins, W. S., Reisman, L., ... & Franklin, J. M. (2014). Eliminating medication copayments reduces disparities in cardiovascular care. *Health Affairs*, Vol. 33, No. 5, pp. 863-870.
39. Clarfield, A. M., Basis, F., Israeli, A., Manor, O., & Shvarts, S. (2017). Health equity in Israel—Authors' reply. *The Lancet*, Vol. 391, No. 10120, pp. 535-536.
40. De Nardi, M., French, E., & Jones, J.B. (2010), “Why Do Elderly Save? The Role of Medical Expenses,” *Journal of Political Economy*, Vol. 118, No. 1, pp. 39-75.
41. Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., ... & Sumner, G. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 5, pp. 783-789.
42. Elkins, R. K., & Schurer, S. (2017). Introducing a GP copayment in Australia: Who would carry the cost burden?. *Health Policy*, Vol. 121, No. 5, pp. 543-552.

43. Engelchin-Nissan, E., & Shmueli, A. (2015). Private finance of services covered by the National Health Insurance package of benefits in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, Vol. 4, No. 1, pp. 45-52.
44. Goda, G.S, Shoven. J.B., & Slavov, S.N. (2011), Does Widowhood Explain Gender Differences in Out-of-Pocket Medical Spending Among the Elderly? NBER Working Paper 17440, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
45. Gostin, L. O., & Sridhar, D. (2014). Global health and the law. *New England Journal of Medicine*, Vol. 370. No. 18, pp. 1732-1740.
46. Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, Vol. 55, No. 5, pp. 521-527.
47. Hall, J. P., LaPierre, T. A., & Kurth, N. K. (2018). Oral Health Needs and Experiences of Medicaid Enrollees with Serious Mental Illness. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(4), 470-479.
48. Jang, Y., Park, N. S., Yoon, H., Huang, Y. C., Rhee, M. K., Chiriboga, D. A., & Kim, M. T. (2018). The risk typology of healthcare access and its association with unmet healthcare needs in Asian Americans. *Health & Social Care in the Community*, Vol. 26, No. 1, pp. 72-79.
49. Jeffers, J. R., Bognanno, M. F., & Bartlett, J. C. (1971). On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage". *American Journal of Public Health*, 61(1), 46-63.
50. Kim, J. R., Jeong, B., Park, K. S., & Kang, Y. S. (2018). Associations of Generalized Trust and Social Participation at the Individual Level with Unmet Healthcare Needs in Communities with High Mortality. *Journal of Korean Medical Science*, Vol. 33, No. 11.
51. Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea. *Health Policy*, Vol. 120, No. 6, pp. 646-653.
52. Koolman, X. (2007). Unmet need for health care in Europe. *Comparative EU statistics on income and living conditions: Issues and challenges*.
53. Landsem, M. M., & Magnussen, J. (2018). The effect of copayments on the utilization of the GP service in Norway. *Social Science & Medicine*, Vol. 205, pp. 99-106.

54. Li, X., Chen, M., Wang, Z., & Si, L. (2018). Forgone care among middle aged and elderly with chronic diseases in China: evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study Baseline Survey. *BMJ open*, 8, 3, e019901.
55. Litwin, H., & Sapir, E.V. (2009), “Forgone Health Care Due to Cost among Older Adults in European Countries and in Israel”, *European Journal of Ageing*, Vol. 6, Issue 3, pp. 167-176.
56. Lucevic, A., Pentek, M., Kringos, D. et al. (2019). The European Journal of Health Economics, 20(Suppl.): S71 – S78. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01063-0>.
57. McGarry K., & Schoeni R. (2005), “Widow(er) Poverty and Out-of-Pocket Medical Expenditures Near the End of Life”, *Journal of Gerontology*, Vol. 60, No. 3, pp. 160-168.
58. Mielck, A., Kiess, R., von dem Knesebeck, O., Stirbu, I., & Kunst, A. E. (2009). Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries—analyses based on survey data from the SHARE-study. *BMC Health Services Research*, Vol. 9, No. 1, p. 52.
59. Park, S. & Simpson, J. (2021). Trends in self-reported forgone medical care among Medicare beneficiaries during the COVID-19 pandemic. *JAMA Health Forum*. 2(12) e21499.doi:10.100/jamaheaqlthforum.2021.4329.
60. Petrovic, D., Marcus, K., Sandoval, J. et al. (2021). Health-related biological and non-biological consequences of forgoing healthcare for economic reasons. *Preventive Medicine Reports*. 24 101602.
61. Philpott, L. (2016). Women's health: Women's health matters. *The Australian Journal of Pharmacy*, 97(1148), 58.
62. Polillo, A., Kerman, N., Sylvestre, J., Lee, C. M., & Aubry, T. (2018). The health of foreign-born homeless families living in the family shelter system. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 14, No. 3, pp. 260-268.
63. Rahman, M., Islam, R., et al. (2022). Forgone healthcare and financial burden due to out-of-pocket payments in Bangladesh: a multilevel analysis. *Health Economic Review*.doi.org//10.1186/s13561.021-00348-s.
64. Reichard, A., Stransky, M., Phillips, K., McClain, M., & Drum, C. (2017). Prevalence and reasons for delaying and foregoing necessary care by the presence and type of disability among working-age adults. *Disability and Health Journal*, Vol. 10, No. 1, pp. 39-47.

65. Rizzello, A., Caridà, R., Trotta, A., Ferraro, G., & Carè, R. (2018). The Use of Payment by Results in Healthcare: A Review and Proposal. In *Social Impact Investing Beyond the SIB* (pp. 69-113). Palgrave Macmillan, Cham.
66. Rohova, M., Atanasova, E., Dimova, A., Koeva, L., & Koeva, S. (2017). Health System Performance Assessment-An Essential Tool for Health System Improvement. *Journal of IMAB—Annual Proceeding Scientific Papers*, Vol. 23, No. 4, pp. 1778-1783.
67. Röttger, J., Blümel, M., Köppen, J., & Busse, R. (2016). Forgone care among chronically ill patients in Germany—Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*, 120(2), 170-178.
68. Röttger, J., Blümel, M., Linder, R., & Busse, R. (2017). Health system responsiveness and chronic disease care—What is the role of disease management programs? An analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data. *Social Science & Medicine*, 185, 54-62.
69. Saksena, P., Hsu, J., & Evans, D. B. (2014). Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Medicine*, Vol. 11, No. 9, e1001701.
70. Santana, I., Mason, A., Gutaker, N. et al., (2023). Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. *Health Economics, Policy and Law*, 18: 1 – 13. Doi:10.1017/S1744133121000293.
71. Schokkaert, E., Steel, J., & Van de Voorde, C. (2017). Out-of-Pocket Payments and Subjective Unmet Need of Healthcare. *Applied Health Economics and Health Policy*, Vol. 15. No. 5, pp. 545-555.
72. Skorecki, K., & Horton, R. (2017). Israel: health and beyond. *The Lancet*, Vol. 389, No. 10088, pp. 2551-2562.
73. Smith, Samantha, and Sheelah Connolly. (2019). Re-Thinking Unmet Need for Health Care: Introducing a Dynamic Perspective. *Health Economics, Policy and Law* 15, no. 4 (2019): 440–57. <https://doi.org/10.1017/s1744133119000161>
74. Socias, M. E., Koehoorn, M., & Shoveller, J. (2016). Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada. *Women's Health Issues*, Vol. 26, No. 1, pp. 74-79.

75. Towne, S. D., Probst, J. C., Hardin, J. W., Bell, B. A., & Glover, S. (2017). Health & access to care among working-age lower income adults in the Great Recession: Disparities across race and ethnicity and geospatial factors. *Social Science & Medicine*, 182, 30-44.
76. Tur-Sinai, A., and Litwin, H. (2015). Forgone Visits to the Doctor due to Cost or Lengthy Waiting Time among Older Adults in Europe. A. Börsch-Supan, et al., (Eds.), *Ageing in Europe: Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin: De Gruyter, pp. 291-300.
77. Vuillermoz, C., Vandentorren, S., Brondeel, R., & Chauvin, P. (2017). Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PloSone*, Vol. 12, No. 9, e0184138.
78. Werner, P., & Tur-Sinai, A. (2021). Prevalence and correlates of forgone care among adult Israeli Jews: A survey conducted during the COVID-19 outbreak. *Plos one*, 16(11), e0260399.
79. World Health Organization (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*.
80. Yardim, M. S., & Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651.
81. Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Services research*, Vol. 16, No. 1, pp. 309-315.

נספח 1. מדריך ראיון עם הציבור בישראל (שלב ראשון)

1. היכרות: בשלב הראשון המנחה יציג את עצמו ויציג את המטרות של המחקר. המחקר עוסק במאפיינים של צריכת שירותי בריאות על ידי אנשים מבוגרים, נערך על ידי פרופ' פרלה ורנר (אוניברסיטת חיפה) ופרופ' אביעד טור-סיני (המכללה האקדמית עמק יזרעאל) וממומן על ידי קרן המחקרים של המוסד לביטוח הלאומי.
2. המנחה יתייחס לסוגיות אתיות שיש במחקר – כל הדברים שייאמרו במסגרת הראיון לא ייחשפו בשם אומרים, אלא רק התובנות העיקריות שיעלו. במידה והמשתתף חש שלא בנוח במהלך הראיון הוא מתבקש לפנות אל המראיין ולהגיד לו ביחס לכך.
3. אין חובה לענות על שאלות מסוימות ואין תשובה אחת נכונה לשאלות ולסוגיות שיידונו במהלך הראיון.
4. המראיין יסביר למראיין שהראיון יוקלט לצורך תמלול.
5. בתחילה המראיין יבקש מהמשתתף להציג את עצמו (שם, מצב משפחתי, גיל, מקום מגורים).

שאלות הדין:

נשוחח כעת על צריכת שירותי בריאות:

1. ראשית, ברצוני לבקש ממך לשתף בחוויות שלך בצריכת שירותי הבריאות בשנה האחרונה. באיזה תכיפות נפגשת עם רופא משפחה או רופא מומחה? למה? האם היה שוני כל שהוא בדפוסים אלה בהשוואה לזמנים קודמים? בתכיפות צריכת השירותים? באיכותם? בדרך בה נפגשת עם הרופאים (במרפאה, באופן וירטואלי/טלפוני, בדרך אחרת)?
2. האם אי פעם נדרשת (או מכיר מי שהוא שנדרש) לוותר לפחות פעם אחת על שירות רפואי בקופת החולים? או בבית החולים? האם זה היה בתקופת הקורונה? באיזה שירות מדובר?
3. (במידה וציין שלא נדרש לוותר על שירות רפואי): ציינת כי לא נדרשת עד כה לוותר לפחות פעם אחת על שירותי רפואי בקופת החולים או בבית החולים. האם לדעתך היית יכול להיות במצב שיוביל אותך לוותר על שירות רפואי מסוים? מדוע כן? מהו לדעתך אותו שירות? מדוע לא?
4. האם לדעתך כדאי לשתף אנשים אחרים כשעומדים לוותר על שירות רפואי נדרש? עם מי? למה?
5. מה לדעתך הסיבות העיקריות לויתור שירותים רפואיים בקופת חולים? ובבית חולים?
6. האם לדעתך יש סיבות אישיות שמונעות קבלת שירות בזמן? מה הן? איך ניתן להתגבר עליהן?
7. האם לדעתך יש סיבות שקשורות בנותן השירות שמונעות קבלת שירות בזמן? מה הן? איך ניתן להתגבר עליהן?
8. האם לדעתך יש סיבות שקשורות במערכת הבריאות שמונעות קבלת שירות בזמן? מה הן? איך ניתן להתגבר עליהן?
9. על איזה שירותים רפואיים היית מוכן לוותר במידת הצורך? על איזה לא היית מוותר בשום פנים ואופן?
10. מה הן לדעתך ההשלכות של ויתור על שירות רפואי נדרש?
11. מיהו לדעתך (הגורם) האחראי למנוע שאנשים יוותרו על שירותים רפואיים שהם צריכים לצורך? מה עליו לעשות לצורך כך?

טופס פרטים דמוגרפיים:

1. מין : 1. זכר 2. נקבה
 2. גיל: _____
 3. מצב משפחתי: 1. רווק/ה 2. נשוי/נשואה 3. בזוגיות 4. גרוש/גרושה 5. אלמן/ה 6. פרוד/ה
 4. השכלה (מספר שנות לימוד): _____
 5. היכן נולדת? _____
 6. שנת עליה: _____
 7. כמה ילדים יש לך?: _____
 8. דת: 1. יהודי 2. מוסלמי 3. נוצרי 4. אתאיסט 5. אחר: _____
 9. רמת דתיות: 1. חילוני 2. מסורתי 3. דתי 4. חרדי 5. אחר: _____
 10. כיצד היית מגדיר/ה את המצב הבריאותי שלך?
1. גרוע מאוד 2. גרוע 3. סביר 4. טוב 5. טוב מאוד
 11. כיצד היית מתאר/ת את המצב הכלכלי הנוכחי של משפחתך?
1. גרוע מאוד 2. גרוע 3. סביר 4. טוב 5. טוב מאוד
 12. האם אתה סובל ממחלה כרונית כלשהיא:
1. לא 2. כן, איזו?
 13. האם את/ה עובד/ת ? 1. לא 2. כן
 - שכיר/ה ? 1. לא 2. כן בהיקף משרה: _____ משרה
 14. איזה קצבאות אתה נוהג לקבל מהביטוח הלאומי?
קצבת זקנה / קצבת הבטחת הכנסה / קצבת נכות / קצבת אבטלה / קצבה אחרת _____
 15. האם את/ה מקבל קצבת נכות ממשרד הביטחון? 1. לא 2. כן
- האם יש משהו שהיית רוצה להוסיף?

תודה על שיתוף הפעולה!

שאלון סקר ויתור על שירותי בריאות

פתיח:

שלום רב, אנו עורכים מחקר העוסק בצריכת שירותי בריאות (רופא משפחה ורופא מומחה) ורווחה (קצבאות וזכויות סוציאליות) לצורך גיבוש המלצות למדיניות מערכת הבריאות והרווחה בישראל.

נבקש לציין כי נתוני הסקר הם חסויים לחלוטין וכל הפרטים שתמסור ישמשו לצורך ניתוח סטטיסטי בלבד.

המחקר נערך על ידי פרופ' פרלה ורנר ופרופ' אביעד טור-סיני וממומן על ידי קרן מחקרים של המוסד לביטוח הלאומי.

אנו מבקשים ממך לסמן אם:

1. את/ה נותן/ת את הסכמתך להשתתף במחקר 2. לא נותן/ת את הסכמתך להשתתף במחקר

2. מגדר: 1. גבר 2. אישה

ביקור אצל רופא משפחה

1. האם במהלך השנה האחרונה היה לך צורך לבקר אצל רופא משפחה? 1. לא 2. כן
2. [במידה וענה/תה כן] האם ויתרת במהלך השנה האחרונה לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא משפחה?
1. לא
2. כן
3. [במידה וענה/תה כן בשאלה 2] למה ויתרת?
(אפשר לסמן יותר מתשובה אחת):
 1. היה לי יקר מדי
 2. התור לביקור אצל הרופא היה ארוך מדי
 3. לא יכולתי להגיע למרפאה
 4. חשבתי שאינני זקוק/ה לביקור אצל הרופא
 5. חשבתי שהרופא לא יעזור לי
 6. המרפאה ביטלה את התור שלי
 7. במקום הביקור קיימתי שיחת טלפון/פגישה דרך האינטרנט
 8. אני מקבלת/סיוע ממשפחתי שאפשר לי לוותר על הביקור אצל הרופא
4. [במידה וענה/תה כן בשאלה 2] מעבר לכל הסיבות המצוינות לעיל – האם ויתרת על ביקור אצל רופא המשפחה שלך במהלך השנה האחרונה מכיוון ש:
 1. חששת להידבק בקורונה
 2. המרפאה היית סגורה בעקבות סגר

ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי

5. האם במהלך השנה האחרונה היה לך צורך לבקר אצל רופא מומחה/מקצועי? 1. לא 2. כן
6. [במידה וענה/תה כן לשאלה 5] האם ויתרת במהלך השנה האחרונה לפחות פעם אחת על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי?
1. לא 2. כן, איזה סוג של רופא? _____
7. [במידה וענה/תה כן בשאלה 6] למה ויתרת?
(אפשר לסמן יותר מתשובה אחת):
 1. היה לי יקר מדי
 2. התור לביקור אצל הרופא המומחה היה ארוך מדי
 3. לא יכולתי להגיע למרפאה
 4. חשבתי שאינני זקוק/ה לביקור אצל הרופא המומחה
 5. חשבתי שהרופא המומחה לא יעזור לי

6. המרפאה ביטלה את התור שלי

7. במקום הביקור קיימתי שיחת טלפון/פגישה וירטואלית

8. אני מקבלת/סיוע ממשפחתי שאפשר לי לוותר על הביקור אצל הרופא המומחה

8. [במידה וענה/תה כן בשאלה 6] מעבר לכל הסיבות המצוינות לעיל – האם ויתרת על ביקור אצל רופא מומחה/מקצועי בקהילה מכיוון ש:

1. חששת להידבק בקורונה
2. המרפאה היית סגורה בעקבות סגר

9. [במידה וענה/תה כן בשאלה 2 או שאלה 6] עם מי את/ה נוהגת להתייעץ לפני שאת/ה מחליט/ה אם לוותר או לא לוותר על קבלת שירותי בריאות להם את/ה זקוק/ה? [ניתן לבחור יותר מתשובה אחת]

1. עם אף אחד
2. עם הוריי
3. עם בן/בת הזוג
4. עם ילדי
5. עם חברה
6. עם גורם דתי כמו רב, כומר או שייח
7. עם אדם אחר, מי? _____

10. האם ישנם שירותי בריאות מסוימים שאת/ה בוודאות לא מוכן/ה לוותר עליהם?

1. לא
2. כן. פרט _____

רווחה וביטחון סוציאלי

11. כאשר את/ה חושב/ת על סך כל ההכנסה החודשית של משק הבית שלך, האם היית אומר/ת שמשק הבית שלך מצליח להסתדר כלכלית:

1. בקושי רב
2. בקושי
3. במידה מסוימת של קושי
4. די בקלות
5. בקלות

12. באיזו מידה את/ה חושב/ת שהמדינה דואגת לבריאותך?

1. במידה מועטה מאוד
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאוד

13. באיזו מידה את/ה חושב/ת שהמדינה דואגת לרווחה החברתית שלך?

1. במידה מועטה מאוד
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאוד

14. באיזו מידה את/ה חושב/ת שאת/ה יכול להשפיע על המדיניות החברתית של ישראל?

1. במידה מועטה מאוד
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאוד

15. כאשר את/ה חושב/ת על מערכת הבריאות בשנים הבאות, האם את/ה מעריך/ה שהיא :

1. תהיה הרבה יותר טובה.
2. תהיה טובה יותר.
3. תישאר אותו דבר
4. תהיה פחות טובה.
5. תהיה הרבה פחות טובה.

16. כאשר את/ה חושב/ת על מערכת הרווחה והביטחון הסוציאלי בשנים הבאות, האם את/ה מעריך/ה שהיא :

1. תהיה הרבה יותר טובה.
2. תהיה טובה יותר.
3. תישאר אותו דבר
4. תהיה פחות טובה.
5. תהיה הרבה פחות טובה.

17. כאשר את/ה חושב על מערכת המיסוי בשנים הבאות, האם את/ה מעריך/ה שהיא – עליך לסמן תהיה הרבה יותר טובה :

1. תהיה הרבה יותר טובה.
2. תהיה יותר טובה.
3. תישאר אותו דבר
4. תהיה פחות טובה.
5. תהיה הרבה פחות טובה.

לפניך מספר היגדים. אנא סמן/י באיזו מידה את/ה מסכים/ה או לא מסכים/ה עם כל אחד מהם, כאשר :

1- לא מסכים/ה בכלל, 2 – מסכים/ה במידה מועטה, 3 – מסכים/ה במידה בינונית, 4- מסכים/ה במידה רבה,
5 – מסכים/ה במידה רבה מאוד

18. על מדינת ישראל לקחת יותר כסף מבעלי הכנסה גבוהה ולהעבירו לבעלי הכנסה נמוכה

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

19. המדינה היא שצריכה לדאוג שיהיו פחות עניים

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

20. הממשלה בישראל צריכה לפעול על מנת לצמצם פערים בין האזרחים

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

21. על המדינה לספק ולוודא שלכל אזרח יש הכנסה בסיסית מינימלית

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

22. על המדינה להגדיל את אחריותה החברתית בתקופה של אי וודאות כלכלית

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

23. על המדינה להבטיח שלכל אחת מאזרחיה יהיה ביטוח בריאות

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

24. באחריות המדינה לדאוג לקצבת זקנה הולמת וראויה לאזרחים המבוגרים

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

25. אני מוכן/ה לשלם יותר מיסים למען נושאים שונים המייצגים תחומים של מדינת הרווחה, כדוגמת צמצום פערים, הגדלת קצבאות זקנה, הגדלת סל ביטוח בריאות ממלכתי

1. לא מסכים/ה בכלל
2. מסכים/ה במידה מועטה
3. מסכים/ה במידה בינונית
4. מסכים/ה במידה רבה
5. מסכים/ה במידה רבה מאוד

26. האם את/ה מחייך/ת לאנשים בכל פעם שאת/ה פוגש/ת אותם?

1. כן
2. לא

27. האם את/ה עושה תמיד את מה שאת/ה אומר/ת שיש לעשות?

1. כן
2. לא

28. הם את/ה תמיד שומר/ת על הבטחותיך אפילו כשקשה לך?

1. כן
2. לא

29. האם תשקר/י אי פעם לאנשים?

1. כן
2. לא

וכעת כמה שאלות כלליות:

30. מה הוא גילך? _____
31. מספר שנות לימוד: _____
32. מצב משפחתי: _____
1. רווקה 2. נשוי/נשואה או חיה בזוגיות 3. גרושה או פרודה או הורה יחידי 4. אלמן/ה
33. כמה ילדים עד גיל 18 חיים אתך בבית? _____
34. מהי דתך? 1. יהודיה 2. מוסלמית 3. נוצרית 4. דרוזית אחר: _____
35. כיצד היית מגדירה את מידת הדתיות שלך?
1. חילונית 2. מסורתית 3. דתית 4. חרדית אחר: _____
36. מה מצב תעסוקתך הנוכחי?:
1. שכירה 2. עצמאית 3. פנסיונרית 4. נמצאת בחל"ת 5. נמצאת בחופשה בתשלום
6. מובטלת 7. עקרת בית 8. לא עובדת בשל מחלה/נכות 9. אחר: _____
37. כיצד את/ה מגדירה את מצב בריאותך בשנה האחרונה?
1. רע 2. סביר 3. טוב 4. טוב מאוד 5. מצוין
38. האם יש לך ביטוח בריאות משלים?
1. כן, מקופת חולים 2. כן, מחברה ביטוח פרטית 3. כן, גם מקופ"ח וגם פרטי 4. אין בכלל
39. האם את/ה או אחד מבני משפחתך מקבלת/את אחת או יותר מהקצבאות הבאות מהביטוח הלאומי? (סמן את כל הקצבאות שאת/ה מקבל):
1. קצבת נכות 2. קצבת אזרח ותיק (זקנה) 3. קצבת הבטחת הכנסה 4. קצבת נפגעי עבודה 5. קצבת שיקום 6. קצבת סיעוד
40. האם את/ה סובל ממחלה או מחלות כרוניות כלשהן, כגון סכרת:
1. לא 2. כן, איזו מחלה? _____

תודה רבה לך על שיתוף הפעולה.

נספח 3. מדריך ראיון עם בעלי תפקידים וראשי מערכות הבריאות והרווחה (שלב שלישי)

שלום,

נעים מאד. אני ____, חברה בצוות החוקר את תופעת הוויתור על שירותי בריאות בהובלת פרופ' ורנר ופרופ' טור סיני ובמימון המוסד לביטוח לאומי.

מטרת המחקר היא לעסוק בשאלת דפוסי ויתור התושבים על שירותי בריאות הנכללים בסל הבריאות והסיבות לכך, כמו גם קצבאות או מימוש זכויות בביטוח הלאומי - ולהציג את מערך השיקולים ודפוסי הפעולה העומדים בפני ראשי מערכת הבריאות והרווחה בבואם להבטיח אספקת שירותי בריאות ורווחה. בדרך זו ניתן יהיה להגביר את הידע ומוודעות מערכת הבריאות והרווחה לפרופיל התושבים המוותרים על שירותי בריאות והסיבות לכך, ולסייע בהבנה כיצד יש לנהוג במטרה להבטיח ביטחון סוציאלי, קיום בכבוד וצריכת שירותי בריאות הולמת לאלה שנוהגים לוותר על שירותי בריאות שונים הנכללים בסל הבריאות. לשם כך ערכנו ראיונות עומק עם תושבים בוגרים וביצענו סקר פאנל לונגיטודינאלי בקרב מדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל הבוגרות (בני 21 ומעלה) לאורך תשעה חודשים.

לפני מספר ימים העברנו אליך את עיקרי הממצאים שהתקבלו במחקר. תיאמנו את הריאיון הזה כדי לשמוע את דעתך על הממצאים, על המלצותיך להתמודדות עם תופעת הוויתור על שירותי בריאות ורווחה. בתחילה אבקש לאשר איתך שאתה מסכים להשתתף בריאיון ולקבל את הסכמתך להקלטתו. כל המידע שיימסר בריאיון ישמש לצורכי המחקר בלבד תוך שמירה על הפרטים האישיים שלך חסויים. כמו כן, נשמרת זכותך שלא לענות על שאלות שאינך מעוניין להשיב עליהן, ולהפסיק את הריאיון בכל רגע.

האם אתה מסכים להשתתף בריאיון? האם אתה מסכים להקלטת הריאיון?

שירותי בריאות

1. האם ממצאי המחקר מפתיעים אותך : אם כן, למה? אם לא, למה?
2. האם התנסית באופן מקצועי עם מקרה/מקרים של וויתור על שירותי בריאות?
3. מהן לדעתך ההשפעות של וויתור זה?
4. מהן לדעתך הסיבות שמביאות לתופעה זאת?
5. מהם לדעתך הצעדים שיש לנקוט כדי למנוע או לפחות למזער את התופעה?
6. האם יש דברים שלא כיסינו שתרצה להוסיף?

פרטים אודות המרואיין:

מין _____

גיל _____

תפקיד _____

ותק בתפקיד _____

ותק במערכת הבריאות / הרווחה _____

מילות תודה ופרידה