



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

הסדרי הבחירה במערכת האשפוזית - ידע והעדפות הציבור

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ד"ר שולי ברמלי-גריינברג, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית והדסה

מילות מפתח

הסדרי בחירה; שאלון הבחירה הבדידה; קופות חולים; בתי חולים; ידע ועמדות הציבור

תקציר

רקע: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובע סל שירותים שבאחריות קופות-החולים לספק למבוטחיה, באמצעות עובדים של הקופה או נותני שירות, והקופה יכולה לקבוע את הסדרי-הבחירה והיקפם ולנווט את המטופל לנותן השירות הרצוי.

בעת האחרונה מתקיים דיון ציבורי בנוגע להרחבת הסדרי-הבחירה במערכת, אולם הידע של מקבלי ההחלטות בנוגע להעדפות הציבור לוקה בחסר.

מטרות: אמידת רמת הידע והניסיון של הציבור לגבי הסדרי-הבחירה ובחינת העדפותיו בנוגע להסדרי-הבחירה לפי מאפיינים של מיקום, זמינות ומאפייני בית-החולים.

שיטות: המחקר הוא מחקר mix-methods. וכולל ניתוח ניירות עמדה, ראיונות עומק, סקר הבחירה הבדידה (Discrete Choice Experiment) בקרב מדגם מייצג להערכת הידע, הניסיון, והעדפות הציבור לגבי בחירה במערכת האשפוזית.

ממצאים: 1055 ו-1062 תושבי ישראל ענו על שאלוני מרפאות החוץ והניתוחים בהתאמה, 72% ביקרו במרפאות החוץ ו-22% עברו ניתוח בשנתיים האחרונות. בנוגע להסדרי-הבחירה, רוב מוחלט ~96% העדיפו את אחת החלופות על פני המצב הנוכחי, כאשר התכונה המועדפת ביותר הייתה זמינות תורים בהשוואה למרחק ומאפייני בתי החולים, ממצא זה נשמר גם לאחר פיקוח על ניסיון העבר של המטופל עם המערכת האשפוזית.

מסקנות: הציבור הינו השחקן השלישי ו"השקט", אך החשוב ביותר במערכת הבריאות. נראה שהציבור מוטרד בעיקר מזמינות השירותים במערכת האשפוזית והוא מעדיף שינוי לעומת המצב הקיים.

השלכות: עמדות הציבור צריכות להילקח בחשבון יחד עם טובת המערכת כולה בבואנו לשנות את מבנה הסדרי-הבחירה.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Selective Contracting in the hospital system - public knowledge and preferences

Full title of research project

Investigators: full name and affiliations

Shuli Bramley-Greenberg, School of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Hebrew University and Hadassah

Key Words

Selective contracting ; Discrete Choice Experiment ; Health Plans; Hospitals; Public knowledge and attitudes

Abstract

Background: The state health insurance law mandates health funds to provide a predetermined range of services to insured individuals. The funds have the authority to determine the selection procedures, including the scope and choice of service providers. Recent debates have centered around expanding electoral arrangements within the system. However, decision makers lack knowledge about the public's preferences on this matter.

Objectives: This study aims to assess the public's knowledge and experience regarding selection arrangements and examine their preferences for such arrangements based on location, hospital availability, and characteristics.

Methods: A mixed-methods study was conducted, involving the analysis of position papers, in-depth interviews, and a Discrete Choice Experiment survey administered to a representative sample. These methods were employed to assess the public's knowledge, experience, and preferences regarding choice in the hospital system.

Findings: A total of 1055 and 1062 Israeli residents completed the outpatient clinic and surgery questionnaires, respectively. Within the past two years, 72% of respondents had visited outpatient clinics, and 22% had undergone surgery. Regarding choice arrangements, an overwhelming majority (approximately 96%) expressed a preference for alternatives to the current situation. Notably, the availability of appointments emerged as the most preferred feature, outweighing considerations such as hospital distance and characteristics. This preference remained consistent even after accounting for the respondents' prior experiences with the hospital system.

Conclusions: The public represents a crucial yet often overlooked stakeholder in the health system. The findings suggest that the public's primary concern lies in the availability of services within the hospital system, indicating a desire for change from the existing situation.

Implications: When considering structural changes to electoral procedures, decision makers should take into account the attitudes of the public in conjunction with the overall system's benefits. Recognizing the significance of the public's preferences can inform and guide future policy adjustments.

חלק ה': Executive Summary- English

BACKGROUND

The health system goal is to maintain or to improve the health of the population through the provision of high-quality healthcare services. Economic theory suggests that competition can enhance quality and accessibility of services and reduce costs. However, the healthcare system has distinctive characteristics, including high regulation, information asymmetry, and non-standardized products, which can complicate the relationship between patient free choice market-based delivery systems and health outcomes and service quality, with several studies showing a positive,^{1 2} negative³ or mixed⁴ effect between the two.

In the health system around the world, different methods are used regarding the patients choice of service providers, for example in Denmark and Sweden patients need a physician referral based on regional service providers, and in the English system a referral is required from a treating physician based on national service providers, when in practice the referral is made to regional providers,⁵ in the Netherlands, on the other hand, patients are free to choose insurers and service providers.⁶

In competitive system, patients often consider a variety of factors when choosing a healthcare service provider, among other things location, price, quality of care, travel expenses, staffs' attitude, and reputation play an important role and patients often make trade-offs between these attributes in order to decide.^{7 8 9 10}

Joining the recent Israeli public discussion regarding medical providers selective contracting and patients' choice this study **aims** to assess the public's knowledge and experience and examine their preferences on the subject.

Methods

We use data obtained from a survey conducted at the beginning of 2023 among a sample of the Israel population adults age 35+. Two questionnaires were used, one focused on elective surgeries and the other on outpatient clinics. Both questionnaires were written in Hebrew, and translated into Arabic. The survey was conducted by a survey company (iPanel) that specializes in conducting computerized surveys. The study design was reviewed and approved by the ethical committee of the Faculty of Medicine the Hebrew University of Jerusalem. All respondents provided electronic informed consent to participate in the study.

The questionnaires were built in a Discrete Choice experiment (DCE) format in order to identify respondents' preferences for choosing healthcare services, including elective surgeries and outpatient clinics. Four attributes

¹ Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms.

<https://academic.oup.com/ej/article/121/554/F228/5079431>

² Is hospital competition socially wasteful?

<https://academic.oup.com/qje/article/115/2/577/1840477>

³ Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047272702002165>

⁴ The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629602001248>

⁵ The NHS Improvement Plan: Putting People at the Heart of Public Services.

<https://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsuk3.pdf>

⁶ Choice policies in Northern European health systems

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/choice-policies-in-northern-european-health-systems/311EB5E617C994038FFA04C435BFB340>

⁷ Trade-offs between location and waiting times in the provision of health care: the case of elective surgery on the Isle of Wight

<https://academic.oup.com/jpubhealth/article/22/2/202/1514266>

⁸ The market for health services: is there a non-traditional consumer?

<https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=52b9918f-c54f-4f15-840e-7fd193739e5f%40redis>

⁹ Hospital outshopping: determinant attributes and hospital choice.

https://www.jstor.org/stable/44950791?seq=10#metadata_info_tab_contents

¹⁰ Hospital choice: a summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s.

<https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=bfd3ef0-089a-4b53-b4d9-4eae1f4b78ac%40redis>

related to these services were defined, through a literature review, analysis of position papers submitted by stakeholders to the Ministry of Health and in-depth interviews with experts.

Results

A total of 2,117 participants completed the questionnaires, with 1,062 respondents answering the surgery questionnaire and 1,055 respondents answering the outpatient clinic questionnaire. Among the respondents, 19% completed the Arabic questionnaire, while the remaining majority responded to the Hebrew questionnaire. The average age among the respondents is 47 (IQR: 40-64), and 1,089 individuals, accounting for 51% of the sample, identified as female.

A considerable majority of respondents (79%) reported having additional voluntary health insurance, either supplementary or commercial insurance providers. Interestingly, 42% of these respondents possessed both types of additional insurance. Regarding proximity to healthcare facilities, an overwhelming majority (98.8%) of respondents lived within a 45-minute distance from the nearest hospital. However, a small portion of participants (less than 2%) were required to travel for at least an hour to reach the closest hospital from their place of residence.

In terms of self-reported health status, a difference was observed between the surgery questionnaire and the outpatient clinic questionnaire respondents. Among those who completed the surgery questionnaire, 35 individuals (3.3%) rated their health status as "not good" or "bad." In contrast, only one respondent (<0.1%) in the outpatient clinic questionnaire indicated such a health status. The statistical analysis conducted revealed no significant differences in the characteristics of the respondents between the two questionnaires, except for the last question regarding self-reported medical status. In this regard, a significant difference (p -value < 0.001) was observed between the two groups.

The results also indicate that a significant majority of respondents expressed a preference for one of the alternatives rather than the current situation, while only a small percentage (ranging from 5.0% to 6.3%) preferred to maintain the status quo.

Across all the questions, the alternative with the shortest waiting times was consistently the preferred choice, with proportions ranging from 57% to 63%. This preference for shorter waiting times remained consistent when analyzing the data according to the type of questionnaire, with proportions of 55% to 64% for the surgery questionnaire and 54% to 67% for the outpatient clinic questionnaire.

In the analysis of the alternatives at the individual level, it was found that 28.3% of the respondents prioritize availability and location over hospital characteristics, and also prioritize availability over geographic location. This preference was more commonly observed among individuals with higher levels of education and those who completed the clinic questionnaire. On the other hand, 20.6% of the respondents preferred hospital characteristics over availability and location, but still prioritized availability over location. The multinomial regression analysis indicated that these respondents were also more likely to have completed the clinic questionnaire.

In terms of preferences regarding geographic location, 19.6% of the respondents favored it over availability, out of which 59.2% preferred both geographic location and availability over hospital characteristics. These particular respondents were more likely to identify as traditional or ultra-Orthodox Jews. The other 41% of those respondents prioritized hospital characteristics over location and availability. This subgroup showed a higher likelihood of having a higher level of education.

The respondents also were asked to prioritize the most significant factors when choosing a hospital. The most preferred factor was waiting times, selected by 64% of the respondents. This was followed by the presence of a

center of excellence or expertise in the required field, chosen by 51% of the respondents. Good service and attitude were also considered important by 43% of the respondents. It is worth noting that only a small proportion of respondents (1%) claimed that the choice of a hospital was not important to them.

Discussion

Selective contracting plays a crucial role in the referral process of patients to external service providers. Our study aimed to investigate the preferences of the general public regarding providers choice. The findings highlight that waiting times for medical services are the most significant factor in hospital service selection. This result holds true across both out-patient clinics and surgeries, and when analyzing respondents' previous experiences with the health system. Moreover, this preference for shorter waiting times remained consistent when examining individual responses.

חלק ה' – דוח מדעי מפורט

רקע מדעי

גישה לשירותי בריאות איכותיים נמנית עם זכויות האדם הבסיסיות ומהווה גורם מכריע בהשפעה על תוצאי הבריאות של הפרט(1). במדינות רבות, מתן שירותי בריאות היא מערכת מורכבת המערבת מספר בעלי עניין, לרבות בתי חולים, קופות חולים והציבור הרחב, כאשר באופן עקרוני המבטחת (פרטי או ציבורי) אחראי על אספקת שירותי הבריאות השונים בעת הצורך, בין אם באמצעות נותני השירות של המבטח ובין באמצעות רכישת השירותים מספק חיצוני, במצב כזה המבטחת מתקשרת עם מספר נותני שירות ומאפשרת למבטחיה לבחור מבין נותני השירות איתה יש לה הסכם התקשרות (selective-contracting). **אסדרת הבחירה מקרב נותני השירות הקיימים – הסדרי הבחירה**, מתקיימת באחד משני אופנים: "נותני שירות מועדפים" (preferred) – במצב כזה המבטח יכול לבחור בכל נותן שירות, גם אלו שמחוץ להסדר, אך אז הכיסוי הפיננסי חלקי, ועל המבטח להשתתף בחלק מעלות השירות הרפואי. לעומת זאת במצב של "נותני שירות בלעדיים" (exclusive) – המבטח יכול לבחור רק מקרב נותני השירות עמם יש למבטחת הסדר/ הסכם (in-network) ורק במצב כזה יש כיסוי כספי עבור השירות הניתן. מצב זה הוא הנהוג בישראל, בה פניה לנותני שירות מחוץ להסדרי הבחירה אינה מכוסה על ידי הקופות ועל המבטח לשלם מכיסו על השירות הרפואי(2,3).

המבטחות מתחרות ביניהן על המבטחים. אחת האמצעים המרכזים בתחרות זו היא היצע רחב של נותני שירות, והסדרי בחירה נדיבים מבין נותני שירות אלו. נותני השירות בתורם מתחרים על "הזכות" להיכלל עם נותני השירות של המבטחות השונות, ותחרות זו אמורה להגביר את האיכות והזמינות של השירותים הרפואיים הניתנים על ידי הספקים השונים. כמו כן, מצב זה מאפשר למבטחות לנהל משא ומתן עם נותני השירותים באשר למחירי השירותים השונים על ידי הבטחת מסה גדולה של מטופלים. המטרה הכללית של מערכת הבריאות היא להביא לשיפור בבריאות האוכלוסייה על ידי מתן שירותי בריאות איכותיים. על פי התאוריה הכלכלית תחרות בין השחקנים מביאה לשיפור באיכות ונגישות השירותים כמו גם להפחתת עלויות. עם זאת, למערכת הבריאות יש מאפיינים ייחודיים, לרבות רגולציה גבוהה, אסימטריה של מידע ומוצרים לא מתוקננים, אשר הופכים את הקשר בין שוק של מערכות אספקה מבוססות בחירה חופשית לבין תוצאות בריאות ואיכות השירותים למורכב יותר, עם מספר מחקרים שמראים השפעה חיובית(4,5) שלילית (6) או מעורבת בין השניים (7).

במערכות בריאות בעולם נעשה שימוש בשיטות שונות בכל הקשור לבחירת מטופלים את נותני שירות. כך למשל בדנמרק ובשוודיה מטופלים זקוקים להפניית רופא המבוססת על נותני שירות איזוריים. במערכת האנגלית גם נדרשת הפניית רופא מטפל לנותני שירות ברמה הארצית, אך בפועל ההפניה נעשית על בסיס נותני שירות איזוריים (8). בהולנד לעומת זאת למטופלים ניתנת בחירה חופשית מלאה הן בשוק המבטחים והן בשוק ספקי השירות (9).

מכלול השיקולים של המטופל בבחירת נותני שירות כולל בין היתר מיקום, מחיר, איכות הטיפול, עלויות נסיעה, יחס של הצוות המטפל והמוניטין של הספק, כל אלו ועוד מהווים שיקולים בבחירה ומטופלים עושים פשרות בין שיקולים אלו לצורך ההחלטה ובחירה בנותן השירות (10–12).

ישראל

החל מ-1993 כל אזרחי ישראל מבוטח באחת מקופות החולים המהוות ארגון ניהול טיפול (managed care) במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק קובע סל שירותים בסיסי לו זכאים כלל התושבים במדינת ישראל ואת רובו קופות החולים אחראיות לספק. החוק קובע כי שירותי הסל צריכים להינתן "בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים" (13). קופות החולים מספקות שירותים אלו הן על ידי ספקים פנימיים המועסקים על ידי הקופה, והן באמצעות התקשרות סלקטיבית עם ספקים חיצוניים. חלק מקופות החולים מחזיקות בבתי חולים והתמריץ הוא להפנות חולים לקבל שירותי בריאות במרכזיהם.

בהתאם להוראת החוק, במצב בו לקופה מספר נותני שירותים, היא יכולה לקבוע את הסדרי הבחירה למגוון שירותים (כגון: רופאים בקהילה, רפואה יעצת, בתי חולים ומעבדות ועוד) מבין נותני שירותים אלה והיקפם, תוך חובת פרסומם לציבור המבוטחים (13). תקנות החוק קובעות מספר סוגי שירותים בהם הקופה יכולה לערוך הסדרי בחירה וביניהם: רופאים בקהילה, רופאים יועצים בקהילה, מכונים, מרפאות חוץ, מעבדות, בתי החולים, שירותי רפואה דחופה ובתי מרקחת.

בסקר שנערך בישראל בשנת 2016, 74% השיבו כי חשוב להם לבחור את בית החולים, זאת לעומת בחירת מנתח שעליו 90% אמרו שזה חשוב. כשנשאלו על הגורמים החשובים בבחירת בית חולים, צוינו הרמה המקצועית, יחס הצוות ותנאי האשפוז כגורמים החשובים ביותר לצד המוניטין של בית החולים, הקרבה למקום המגורים וזמני ההמתנה (14).

לאחרונה מתקיים דיון ציבורי באשר להסדרי הבחירה והיקפם, עם מס' שחקנים שקוראים לשינוי במצב הקיים. הסוגיה אף נידונה במסגרת תביעות שהוגשו לבית המשפט באשר לקבלת שירותים מספקים שלא בהסדר ולאפליית מטופלים שקיימת בעקבות הסדרי הבחירה, ובמאי 2023 הוכנס באמצעות חוק ההסדרים, תיקון לחוק המחייב את קופות החולים לפרסם על גבי טפסי ההתחייבות את כלל נותני השירותים האפשריים, ובשירותים הניתנים בבית חולים חלה חובה על קופות החולים להציע למבוטח ארבע בתי חולים שונים, מתוכם שניים לפחות המוגדרים כ"מרכזי על", שאחד מהם לפחות נגיש ונמצא באזור המגורים של המבוטח (15).

הסדרי בחירה רחבים מחד והתנהלות במסדרת תקציבית מאידך מהווים אתגר רב במערכת הבריאות עם בעלי עניין רבים לרבות בתי חולים, קופות חולים והציבור הרחב, כאשר לכל אחד אינטרסים שונים בסוגיה. במחקר זה אנו מעוניינים לבחון את העדפות הציבור, שמהווה את השחקן החשוב ביותר, אך זה שלעיתים קרובות קולו אינו נשמע, לשיטות ההתקשרות הסלקטיבית בין קופות החולים לבתי החולים,

שאלות מחקר

לאור הדיון הציבורי המתקיים בנוגע להסדרי בחירה, חרף חשיבותו של הציבור כשחקן המושפע ביותר מהסדרי הבחירה, קולו אינו נשמע מספיק במהלך הדיון הציבורי והידע בנוגע להעדפות הציבור לוקה בחסר. על מנת ליישם את הנרטיב של "המטופל המרכזי" יש לנסות קודם כל "להיכנס לנעליו" של המטופל, או במילים אחרות לשקף את סדר העדיפויות של המטופל, ואת טובתו בתוך מערכת הבריאות. לכן יעד המחקר הנוכחי הוא לבחון את עמדות הציבור לאור הדיון הנוכחי בנושא בחינת הסדרי הבחירה הקיימים במערכת האשפוזית.

מטרות ספציפיות:

1. אמידת רמת הידע והניסיון האישי של הציבור לגבי הסדרי הבחירה הנוכחיים במערכת האשפוזית באופן כללי ולפי מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים-כלכליים, בריאותיים וקופה מבטחת.
2. זיהוי התכונות (attributes) של החלופות השונות להסדרי בחירה הנידונות כיום, רמות הרלוונטיות שלהן ודרוג החשיבות שלהן על ידי הציבור
3. גיבוש החלופות העדיפות על הציבור על פי התכונות והרמות אותן הגדיר כרצויות.

שיטות

המחקר הינו מחקר mix-methods. הכלי המרכזי לבחינת ידע הציבור והעדפות הינו שאלון שנבנה על ידי צוות החוקרים ומולא על ידי אוכלוסיית ישראל בני 35 ומעלה. השאלון נערך בתחילת 2023 בקרב מדגם מאוכלוסיית ישראל, כדי לבחון את דעת הקהל בנוגע להסדרי הבחירה בין בתי חולים וארגונים ניהול טיפול (קופות חולים). נעשה שימוש בשני שאלונים, האחד מתמקד בניתוחים לא דחופים והשני במרפאות חוץ. שני השאלונים נכתבו בעברית, ותורגמו לערבית על ידי חברה חיצונית ונשלחו למדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל בני 35 ומעלה, על ידי חברה חיצונית (iPanel) המתמחה בביצוע סקרים ממוחשבים.

המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה למחקרים בבני אדם שאינם רפואיים בפקולטה למדעי הטבע, רפואה ורפואת שיניים – האוניברסיטה העברית, מס' אישור 8012023 ב-08.01.2023. כל המשיבים סיפקו הסכמה מדעת אלקטרונית להשתתפות במחקר.

שאלון

השאלון כלל שלושה חלקים: שני החלקים הראשונים היו זהים עבור שני השאלונים ונועדו לאסוף מידע כללי. החלק הראשון כלל מידע דמוגרפי כגון: גיל, מין, מצב משפחתי, מספר ילדים מתחת לגיל 18, השכלה, רמת הכנסה, מחוז מגורים. בחלק השני אפיינו את מצבם הבריאותי של הנשאלים והניסיון הקודם עם מערכת הבריאות, לרבות קופת החולים, ביטוח בריאות פרטי, מרחק מבית החולים הקרוב, מצב בריאותי כפי שדווח על ידי המשיב, מחלות כרוניות והיסטוריה של ניתוח או אשפוז בשנתיים האחרונות. בחלקים אלו גם בחנו את הניסיון הקודם של המשיבים עם שירותי הבריאות כולל התחייבות כלכליות מקופות החולים, ובעיות ברצף הטיפול בקהילה לאחר הניתוח או האשפוז האחרון.

החלק השלישי של השאלון התמקד השתמש ב-discrete choice experiment (DCE) על מנת לאפיין את העדפות המשיבים בנוגע להסדרי בחירה של ניתוחים לא דחופים ומרפאות חוץ. הגדרנו 4 תכונות רלוונטיות באשר לשירותים אלה: (1) סוג בית חולים (מרכזי או כללי), (2) מרחק ממקום מגוריו של המשיב (בתוך אותו מחוז או בכל מקום בארץ), (3) זמינות בתור (הקצר ביותר או כלשהו) (4) כיסוי כספי(מלא או חלקי עם השתתפות עצמית). תכונות אלו הוגדרו באמצעות סקירת ספרות, ניתוח ניירות עמדה שהוגשו על ידי הציבור למשרד הבריאות בנוגע לשינוי בהסדרי הבחירה וראיונות עם מומחים.

עבור כל שאלון, שלוש שאלות הציגו שתי חלופות המורכבות משילובים שונים של תכונות אלו, והמשיבים התבקשו לבחור את החלופה המועדפת עליהם עבור שירות הבריאות הרלוונטי, או את המצב הנוכחי כפי שהוא כיום.

בכל שאלון הוכנסה שאלת בקרה כדי לוודא את תוקף התשובות ולשלול סימון אקראי של התשובות. כמו כן, בעת הצגת החלופות שונה סדר החלופות שהוצגו כך שניתן יהיה להשוות את בחירת המשיב ולזהות אי התאמות או סימון אקראי של החלופות.

לפני הפצת השאלונים בוצע פיילוט בקרב דוברי עברית וערבית כדי לבחון את נוחות המענה, תוקף השאלון ומהימנותו, ולבחון את ההבנה של המשיבים את התכונות והחלופות המוצגות.

משתנים

הנתונים שהתקבלו מהשאלונים כוללים בחלק א' פרטים דמוגרפים: מין, גיל, מצב משפחתי, ילדים מתחת לגיל 18, השכלה, רמת הכנסה ביחס לממוצע, מחוז מגורים.

המשתנים שהתקבלו מחלק ב' אודות המצב הבריאותי כוללים: קופת חולים, ביטוח בריאותי נוסף, מרחק נסיעה ברכב מבית חולים הקרוב, מצב בריאותי ביחס לגיל, קיום מחלה כרונית, ניתוח/ביקור במרפאות חוץ בשנתיים האחרונות, בקשה להתחייבות בביקור האחרון, בעיה עם רצף טיפולי בקהילה לאחר ביקור אחרון.

ניתוח נתונים

בניתוח הנתונים בחנו איזה פרופורציה של משיבים בחרה בכל אחת מהחלופות, ניתוח משני בוצע לפי סוג השאלון ועל בסיס הניסיון הקודם של המשיבים עם מערכת הבריאות.

השוואה של המשתנים המסבירים בין שאלון הניתוחים לשאלון מרפאות החוץ נעשתה באמצעות One way ANOVA test למשתנים רציפים, ובאמצעות Chi-square test למשתנים קטגוריאליים.

זיהוי התכונות המועדפות בוצע בשני שלבים. תחילה זיהוי התכונות המועדפות בוצע באמצעות בחינה של החלופה המועדפת בכל שאלה, כך לדוגמה בחירה בחלופה א' בשאלה הראשונה חושפת העדפה של זמני המתנה על פני מרחק מבית החולים – בקרב מרכזי העל. בשלב השני בוצע ניתוח ברמת הפרט של שלושת החלופות, כאשר צירוף הבחירות של הפרט חושף את התכונות והאלטרנטיבות המועדפות עליו. כך למשל פרט שבחר בחלופה א' בכל שלושת השאלות מעדיף זמינות תורים ומיקום גיאוגרפי על פני בחירת בית החולים, וכאשר מאפיין בית החולים מקובע אזי בקרב מרכזי על מיקום גיאוגרפי מועדף על פני זמינות, ובכל בתי החולים זמינות תורים היא התכונה המועדפת על פני מיקום גיאוגרפי. בצורה זוהי בוצע ניתוח החלופות עבור כל אחת משילובי החלופות כך שלבסוף זוהי שמונה סדרי העדפה שונים.

בשלב האחרון ביצענו ניתוח רגרסיה מולטי-לוגיסטיק לבחינת הקשרים בין המשתנים השונים וההעדפות שנבחרו. ניתוח הנתונים בוצעו באמצעות SPSS גרסה 24 ו-RStudio גרסה 1.3.1093.

ממצאים

2,117 משיבים ענו על השאלונים, 1,062 על שאלון הניתוחים ו-1,055 על שאלון מרפאות החוץ. מתוכם 197 (19%) ו-207 (20%) דוברי ערבית ענו בהתאמה על כל אחד מהשאלונים. הגיל הממוצע בקרב המשיבים הינו 47 (IQR: 40-64) ו-1028 (49%) מסך המשיבים היו גברים.

לוח 1 – מאפיינים של 2,117 משיבים על השאלונים, בחלוקה לפי סוג השאלון. מס' המשיבים (%) או חציון (IQR) מופיעים.

Characteristic	Overall, N = 2,117 ¹	Surgery, N = 1,062 ¹	Out-Patient Clinics, N = 1,055 ¹	p-value ²
Age (Mean ; SD)	47 (40, 64)	47 (40, 65)	47 (40, 63)	0.5
Sex (n ; %)				0.4
Male	1,028 (49%)	506 (48%)	522 (49%)	
Female	1,089 (51%)	556 (52%)	533 (51%)	
Marital Status				0.2
Single	289 (14%)	142 (13%)	147 (14%)	
Married	1,533 (72%)	755 (71%)	778 (74%)	
Divorced	219 (10%)	127 (12%)	92 (8.7%)	
Separated	10 (0.5%)	4 (0.4%)	6 (0.6%)	
widower	66 (3.1%)	34 (3.2%)	32 (3.0%)	
Questionnaire				0.6
Hebrew Questionnaire	1,713 (81%)	865 (81%)	848 (80%)	
Arabic Questionnaire	404 (19%)	197 (19%)	207 (20%)	

קצת יותר ממחצית המשיבים היו מבוטחים בכללית, 30% ו-11% היו מבוטחים במכבי ומאוחדת בהתאמה, והיתר 5.6% היו מבוטחים בלאומית. בבעלות 79% היה ביטוח רפואי נוסף (שב"ן או ביטוח פרטי) כאשר 42% מתוכם היו בעלי שני הביטוחים הנוספים. לרוב מוחלט של המשיבים (98.8%) מתגוררים במרחק שלא עולה על 45 דק' מבית חולים קרוב. והיתר נאלצים לנסוע לפחות שעה לבית חולים הקרוב למקום מגוריהם. מבחינת מצב בריאותי בעוד 35 (3.3%) מהמשיבים על שאלון הניתוחים דירגו את מצבם הבריאותי כ"לא טוב" או "גרוע" רק משיב אחד (>0.1%) בשאלון מרפאות החוץ סימן את מצבו הבריאותי ככזה. (p.value <0.001).

לוח 2 – מאפייני בריאות של 2,117 משיבים על השאלון, בחלוקה לפי סוג השאלון. מס' המשיבים (%) או חציון (IQR) מופיעים.

Characteristic	Overall, N = 2,117 ¹	Surgery, N = 1,062 ¹	Out-Patient Clinics, 1,055 ¹	N = p-value ²
HMO				0.3
Clalit	1,144 (54%)	582 (55%)	562 (53%)	
Macabbi	628 (30%)	316 (30%)	312 (30%)	
Meuhedet	226 (11%)	114 (11%)	112 (11%)	
Leumit	119 (5.6%)	50 (4.7%)	69 (6.5%)	
Private Insurance				0.2
None	437 (21%)	227 (21%)	210 (20%)	
HMO Additional Insurance	611 (29%)	285 (27%)	326 (31%)	
Private Insurance	369 (17%)	193 (18%)	176 (17%)	
Hospital Distance				0.4
<30 Minutes	1,663 (79%)	847 (80%)	816 (77%)	
30-45 Minutes	429 (20%)	202 (19%)	227 (22%)	
>60 Minutes	25 (1.2%)	13 (1.2%)	12 (1.1%)	
General State of Health				<0.001
Very-Good	624 (30%)	321 (30%)	303 (30%)	
Good	1,112 (54%)	548 (52%)	564 (56%)	
Not so Good	299 (14%)	155 (15%)	144 (14%)	
Not-Good	25 (1.2%)	24 (2.3%)	1 (<0.1%)	
Bad	11 (0.5%)	11 (1.0%)	0 (0%)	
Unknown	3 (0.1%)	3 (0.3%)	0 (0%)	
Chronic Disease				0.015
Yes	648 (31%)	332 (31%)	316 (30%)	
No	1,403 (66%)	686 (65%)	717 (68%)	
Unknown	66 (3.1%)	44 (4.1%)	22 (2.1%)	

72% מהמשיבים על שאלון מרפאות החוץ ביקרו בשנתיים האחרונות במרפאות החוץ של בתי החולים כאשר 62% מתוכם לצורך בדיקה מתקדמת/בדיקת דימות ו-54% לצורך חוות דעת רפואית. 85% מתוכם קיבלו התחייבות מקופת החולים לבית החולים בו ביקרו, ו-3.2% לבית חולים אחר מזה בו ביקרו. 5.5% מבעלי הניסיון במרפאות החוץ לא קיבלו התחייבות מקופת החולים ושילמו על הביקור מכספם. סיבות הפנייה המובילה למרפאות החוץ של בית החולים על פני מומחה בקהילה הייתה: (1) תור קצר יותר (24%); (2) רופא מסוים (21%) (3) חוות דעת נוספת (17%).

לוח 3 – ניסיון קודם עם מערכת הבריאות של 1,055 משיבים על שאלון מרפאות החוץ. מס' המשיבים (%) או חציון (IQR) מופיעים

Characteristic

N = 1,055¹

Hospital Clinic Past 2 Years	
Yes	758 (72%)
No	272 (26%)
Unknown	25 (2.4%)
Visit Purpose	
Specialist Opinion	411 (54%)
Imaging Special Test	471 (62%)
Invasive Procedure	216 (28%)
Other	59 (7.8%)
HMO Financial Obligation	
Received Same Hospital	647 (85%)
Received Different Hospital	24 (3.2%)
Physician Referral but Self-Paid Visit	42 (5.5%)
Unknown	45 (5.9%)
NA	297

בקרוב המשיבים על שאלון הניתוחים 235 (22%) עברו ניתוח בשנתיים שקדמו למילוי השאלון, מתוכם 66% עברו ניתוח אלקטיבי והיתר ניתוח חירום. מקרב המטופלים, 55% ביקשו התחייבות מקופת החולים. 66% מכל המטופלים יכלו לבחור כל בית חולים, 25 (11%) יכלו לבחור מתוך רשימה של בתי חולים ול-15% מהמטופלים לא הייתה בחירה בין בתי חולים.

לוח 4 – ניסיון קודם עם מערכת הבריאות של 1,062 משיבים על שאלון הניתוחים. מס' המשיבים (%) או חציון (IQR) מופיעים.

Characteristic

N = 1,062¹

Surgery Hospitalizaion past 2 Years	
Emergency	80 (7.5%)
Elective	155 (15%)
No	806 (76%)
Unknown	21 (2.0%)
HMO Financial Obligation Request	
Requested	130 (55%)
Not-Requested	87 (37%)
Unknown	18 (7.7%)
Unknown	827
Surgery Hospital Choice	
Chose any Hospital	155 (66%)
List Choice	25 (11%)
No Choice	36 (15%)
Unknown	19 (8.1%)
NA	827

בבחינת העדפות הציבור על פי החלופות (לוח 5) השונות רוב המשיבים מעדיפים את אחת החלופות על פני המצב הקיים. כאשר רק 5.0%-6.3% מעדיפים את המצב כפי שהוא היום. בכל השאלות התכונה החלופה המועדפת הייתה זו שבה זמני ההמתנה הם הקצרים ביותר (57%-63%) מצב זה זהה גם בניתוח לפי סוג השאלון עם 55%-64% עבור שאלון הניתוחים ו-54%-67% בשאלון מרפאות החוץ.

לוח 5 – שאלות DCE לזיהוי חלופה מועדפת של הסדרי בחירה בין קופות החולים לבתי חולים. 2,117 משיבים על השאלונים, בחלוקה לפי סוג השאלון. מס' המשיבים(%)

	Overall, N = 2,117 ¹	Surgery, N = 1,062 ¹	Out-Patient Clinics, N = 1,055 ¹
First DCE			
Alternative A	1,338 (63%)	677 (64%)	661 (63%)
Alternative B	668 (32%)	332 (31%)	336 (32%)
Current Status	111 (5.2%)	53 (5.0%)	58 (5.5%)
Second DCE			
Alternative A	1,204 (57%)	638 (60%)	566 (54%)
Alternative B	789 (37%)	361 (34%)	428 (41%)
Current Status	124 (5.9%)	63 (5.9%)	61 (5.8%)
Third DCE			
Alternative A	699 (33%)	416 (39%)	283 (27%)
Alternative B	1,293 (61%)	587 (55%)	706 (67%)
Current Status	125 (5.9%)	59 (5.6%)	66 (6.3%)

¹ n (%)

בניתוח החלופות ברמת הפרט, 28.3% מהמשיבים מעדיפים זמינות ומיקום על פני מאפייני בית חולים, ומעדיפים זמינות על פני מיקום גיאוגרפי. פרטים שבחרו באפשרויות הנ"ל היו בעלי השכלה גבוהה יותר, וכאלו שענו על שאלון המרפאות. 20.6% מעדיפים את מאפייני בית החולים על פני זמינות ומיקום, אך בין מעדיפים זמינות על פני מיקום, ועל פי תוצאות הרגרסיה המולטי-נומינלית משיבים אלו גם היו בעלי הסתברות גבוהה לענות על שאלון המרפאות.

198 מהמשיבים בחרו באפשרות הקיימת היום כחלופה המועדפת עליהם בכל שלושת השאלות, משיבים אלו היו בעלי הסתברות גבוהה יותר להיות ללא ביטוח רפואי נוסף, ובעלי השכלה תיכונית. 19.6% מהמשיבים העדיפו מיקום גיאוגרפי על פני זמינות, כאשר 11.6% מתוכם מעדיפים מיקום גיאוגרפי וזמינות על פני מאפייני בית חולים, משיבים אלו היו בעלי הסתברות גבוהה יותר להיות בעלי הגדרה דתית של יהודי מסורתי או חרדי ו-8% מעדיפים מאפייני בית חולים על פני מיקום וזמינות תורים ומשיבים אלו היו בעלי הסתברות גבוהה יותר להיות בעלי השכלה גבוהה.

לבסוף בלוח 6 ניתן לראות את המאפיינים החשובים ביותר בקרב המשיבים כאשר התבקשו לבחור מתוך רשימה שכוללת: תנאים פיזיים; שירות ויחס טוב; רופא מטל עובד בבית החולים; זמני המתנה קצרים; המלצת רופא משפחה; קרבה לבית; מרכז על; מרכז מצוינות או מומחה בתחום הנדרש; ניסיון עבר חיובי עם בית החולים; פרסונל; המלצת חבר או קרוב משפחה; אחר. גם כאן ניתן לראות שהמאפיין המועדף ביותר הינו זמני ההמתנה בו בחרו 64% מהמשיבים, לאחר מכן מרכז מצוינות או מומחה בתחום הנדרש עם 51% ושירות ויחס טוב הינו מאפיין חשוב בבחירת בית חולים עבור 43%. כמו כן, ניתן לראות כי רק 21 משיבים (1%) טענו כי לא חשוב לבחור בית חולים.

סה"כ, N = 2,117 ¹	ניתוחים , N = 1,062 ¹	מרפאות חוץ, N = 1,055 ¹
תנאים פיזיים (חדרים מרווחים, ניקיון, חנייה)	389 (37%)	289 (27%)
שירות יחס טובים	409 (39%)	500 (47%)
רופא מטפל עובד בבית החולים	255 (24%)	248 (24%)
זמני המתנה קצרים עד למועד הביקור	630 (59%)	716 (68%)
המלצת רופא המשפחה על בית החולים	153 (14%)	180 (17%)
קרבה לבית	219 (21%)	280 (27%)
היות בית החולים מרכז על	132 (12%)	81 (7.7%)
מרכז מצוינות או מומחה מצוין בתחום הדרוש	577 (54%)	499 (47%)
ניסיון עבר חיובי עם בית החולים	173 (16%)	172 (16%)
פרסונל / היכרות עם משהו שעובד בבית החולים	36 (3.4%)	29 (2.7%)
המלצת חבר / קרוב משפחה	51 (4.8%)	62 (5.9%)
אחר	9 (0.8%)	4 (0.4%)
לא חשוב לבחור בית חולים	15 (1.4%)	6 (0.6%)

¹ n (%)

(%) n¹

דיון ומסקנות

הסדרי הבחירה מהווים את המסגרת המערכתית של הפניית מטופלים לספקי שירות חיצוניים. בעקבות דיון ציבורי בנושא הסדרי הבחירה בכלל ובמערכת האשפוזית בכלל, מתנהל דיון ציבורי בנוגע לאפשרות לשינוי והרחבת הסדרי הבחירה. מטרת המחקר שלנו הייתה לבחון את העדפות הציבור בנוגע להסדרי הבחירה. את המחקר ביצענו באמצעות שאלונים בקרב מדגם מייצג של 2117 בוגרים מגיל 35 ומעלה מאוכלוסיית ישראל.

מניתוח החלופות המועדפות של המשיבים עולה כי המאפיין החשוב ביותר עבור הינו זמני ההמתנה לשירותים הרפואיים. ממצא זה עקבי גם בבחינה על פי סוג השירות (מרפאות חוץ וניתוחים) וגם בניתוח לפי הניסיון הקודם של המשיבים עם מערכת הבריאות ללא הבדלים הנובעים משפת השאלון. זמני ההמתנה הם גם התכונה המועדפת כאשר עושים ניתוח ברמת הפרט ובודקים את המאפיינים המועדפים עליו בכל שלושת השאלות, אולם בניתוח תשובות הפרט משיבים אלו היו בעלי הסתברות גבוה יותר להיות אלו שענו על שאלון המרפאות.

בניתוח המאפיינים ברמת הפרט ניתן לראות שכ-49% מכלל המשיבים מעדיפים זמינות תורים על פני מיקום גיאוגרפי של בית החולים, ו-57% מתוכם מעדיפים זמינות ומיקום גיאוגרפי על פני מאפייני בית החולים. בניתוח התוצאות עלה בנוסף שהמצב הקיים, טרם הרפורמה של 2023, הינו הבחירה המועדפת על מעט מאוד משיבים 5-6% ושרוב מוחלט של המשיבים מעדיף את אחת החלופות.

המחקר שלנו התבצע באמצעות שאלונים מקוונים בקרב מדגם מייצג דבר שמהווה את המגבלה העיקרית מאחר והוא יוצר הטיית בחירה מובנית של אנשים להם יש גישה למילוי השאלון. על מנת להתגבר על מגבלה מילוי השאלון התבצע בצורה מנוהלת באמצעות הגבלה על מס' המשיבים על פי מאפייני הרקע שלהם בכדי להגיע למדגם מייצג.

בכל השאלונים העדפות המשיבים נבחנות באשר לשירות רפואי המוצג בצורה כוללת, ונעדר פרטים באשר לסוג השירות, למורכבות המצב הרפואי ודחיפות השירות הנדרש. כולם מאפיינים שעשויים להשפיע על העדפות המשיבים. מצב זה מאפשר לנו לקבל תמונה רחבה באשר לתכונות המועדפות על המשיבים, אולם

מחקרים נוספים נדרשים על מנת לבחון את העדפות הציבור באשר לשירותים ספציפיים וכתלות במצב הרפואי של המטופל.

במאי 2023 אף נכנס לתוקפם תקנות משרד הבריאות המטילות חובה על הוספת בתי חולים עבור כל סוג שירות כמו גם חיוב על ציון שמות נותני השירות בהסדר על גבי טופס ההתחייבות – מה שמכונה "טופס 17 השקוף". בעוד שינוי זה מבורך וראוי, ניתן לראות כי על פי תוצאות המחקר שלנו המאפיין החשוב ביותר הינו זמני ההמתנה – מאפיין שנעדר התייחסות ברפורמה הנ"ל.

מקורות

1. Constitution of the World Health Organization. Am J Public Heal [Internet]. 1946 Nov 1 [cited 2023 May 15];36(11):1315–23. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.36.11.1315>
2. Bes RE, Curfs EC, Groenewegen PP, de Jong JD. Selective contracting and channelling patients to preferred providers: A scoping review. Health Policy (New York). 2017 May 1;121(5):504–14.
3. Van de Ven WPM, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FTE, Shmueli A, et al. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Health Policy (New York). 2013 Mar 1;109(3):226–45.
4. Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms. Econ J [Internet]. 2011 Aug 1 [cited 2023 May 15];121(554):F228–60. Available from: <https://academic.oup.com/ej/article/121/554/F228/5079431>
5. Kessler DP, McClellan MB. Is Hospital Competition Socially Wasteful? Q J Econ [Internet]. 2000 May 1 [cited 2023 May 15];115(2):577–615. Available from: <https://academic.oup.com/qje/article/115/2/577/1840477>
6. Propper C, Burgess S, Green K. Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market. J Public Econ. 2004 Jul 1;88(7–8):1247–72.
7. Shen YC. The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. J Health Econ. 2003 Mar 1;22(2):243–69.
8. The NHS Improvement Plan - Putting People at the Heart of Public Services The NHS Improvement Plan. 2004.
9. Vrangbaek K, Robertson R, Winblad U, Van De Bovenkamp H, Dixon A. Choice policies in Northern European health systems. Heal Econ Policy Law [Internet]. 2012 Jan [cited 2023 May 15];7(1):47–71. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/choice-policies-in-northern-european-health-systems/311EB5E617C994038FFA04C435BFB340>
10. Ryan M, McIntosh E, Dean T, Old P. Trade-offs between location and waiting times in the provision of health care: the case of elective surgery on the Isle of Wight. J Public Health (Bangkok) [Internet]. 2000 Jun 1 [cited 2023 May 15];22(2):202–10. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/22/2/202/1514266>
11. Berkowitz EN, Flexner W. THE MARKET FOR HEALTH SERVICES: IS THERE A NON-TRADITIONAL CONSUMER? J Heal Care Mark. 80AD;1(1):25–34.
12. Taylor S I, Capella Louis M. Hospital Outshopping: Determinant Attributes and Hospital Choice. Health Care Manage Rev [Internet]. 1996 [cited 2023 May 15];21(4):33–44. Available from: https://www.jstor.org/stable/44950791?seq=10#metadata_info_tab_contents
13. 1994-התשנ"ד, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 [Internet]. מדינת ישראל; Available from:

<https://main.knesset.gov.il/activity/legislation/laws/pages/lawprimary.aspx?t=lawlaws&st=lawlaws&lawitemid=2000111>

14. ברמלי גריינברג ש, הרטום ת, יערי ע, בלינסקי א. דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2016 [Internet]. 2019 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://brookdale.jdc.org.il/publication/public-opinion-on-the-level-of-services-and-performance-of-the-healthcare-system-in-2016/>
15. . תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים) (תיקון), התשפ"ג-2023 להלן - [Internet]. Available from: https://www.gov.il/BlobFolder/legalinfo/bituah21/he/files_legislation_Bituah_Bituah_21.pdf