



סדרת ניירות מחקר במנהל ומדיניות ציבורית

נייר מחקר מס' 2

**הניהול הציבורי החדש (NPM):
אמון הציבור, השתתפות אזרחית
והערכת ביצועים - בחינה השוואתית
של שירותי בריאות וקופות חולים בישראל**

שלמה מזרחי, ערן ויגודה-גדות וניסים (נסי) כהן



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית
בית הספר לניהול
ע"ש גילפורד גלייזר

נובמבר 2007

סדרת ניירות מחקר במנהל ומדיניות ציבורית

נייר מחקר מספר 2

הניהול הציבורי החדש (NPM):

**אמון הציבור, השתתפות אזרחית והערכת ביצועים – בחינה
השוואתית של שירותי בריאות וקופות חולים בישראל**

שלמה מזרחי, ערן ויגודה-גדות וניסים (נסי) כהן

עורך הסדרה: גיא בן-פורת

נובמבר 2007

אודות המחלקה

המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית באוניברסיטת בן-גוריון הוקמה ב-1995 כחלק מבית הספר לניהול. התוכנית לתואר שני כוללת מסלול עם עבודת גמר וללא עבודת גמר. בשנים האחרונות נפתח גם מסלול ללימודי דוקטורט, אשר החל להניב בוגרים בתחומים של פיתוח אזורי, כלכלה פוליטית, מדיניות ומשפט ומנהל ציבורי.

המחלקה משלבת היבטים מחקריים ומעשיים במטרה להכשיר מנהיגות איכותית עם ראייה מקצועית רחבה ככל האפשר. התוכנית במנהל ומדיניות ציבורית מיועדת להכשיר מנהיגות איכותית, למילוי תפקידי ניהול ומטה בכירים בסקטור הציבורי. המטרה היא, להגביר אצל מנהיגות זו את כושר הניתוח וקבלת החלטות, יכולת הערכה והתוויית מדיניות ויישומם במציאות דינאמית ובתנאי אי ודאות.

התוכנית היא רב תחומית, מדגישה את ההיבט הניהולי- חברתי-כלכלי ומשקפת את אופייה הרב תרבותי של החברה הישראלית ואת מיקומה במרחב הגיאוגרפי. התלמידים מקבלים הכשרה המשקפת את מורכבותן של הבעיות והאתגרים שמולם ניצבת מדינת ישראל. הדגש בתוכנית הינו על הענקת כלים והכשרה, שמתאימים להתמודדות עם סביבה עתירת ידע תוך שילוב יצירתי של תחומים שונים, כגון: מערכות מידע ממוחשבות, ניתוחים סטטיסטיים, קבלת החלטות, כלכלה ומנהל, התנהגות ארגונית, אתיקה, חוק ומשפט ותהליכים חברתיים.

במסגרת המחלקה מלמדים, נוסף על הסגל הקבוע, אנשי אקדמיה בכירים מהארץ ומהעולם ואנשי מפתח בחברה ובכלכלה הישראלית. עם בוגרי המחלקה נמנים בכירים מהסקטור הציבורי כמו גם עובדים ומנהלים בדרגי ביניים המהווים את עמוד השדרה של הסקטור הציבורי.

The Department of Public Policy and Administration
Ben- Gurion University of the Negev
School of Management
P.O.B 653, Beer-Sheva 84105, Israel
TEL: 972-8-6477914 ,08-6472251
Fax: 972-8-6472816
Email: mpast1@som.bgu.ac.il
Internet: www.bgu.ac.il

המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית
אוניברסיטת בן גוריון בנגב
בית הספר לניהול
ת.ד. 653, באר שבע 84105
טלפון: 08-6472251, 08-6477914
פקס: 08-6472816
דוא"ל: mpast1@som.bgu.ac.il
אינטרנט: www.bgu.ac.il

פתח דבר

נייר המחקר, השני בסדרת "ניירות המחקר במנהל ומדיניות ציבורית", שנכתב על ידי שלמה מזרחי, ערן ויגודה-גדות וניסים כהן בוחן את פעילותן של קופות החולים בישראל כדי ללמוד על יחסי הגומלין בין אזרחים והסקטור הציבורי. סדרת המחקרים המיועדת למעצבי מדיניות וחוקרים עוסקת במציאות המשתנה של תהליכים כלכליים, תרבותיים ופוליטיים המציבים אתגרים חדשים למדיניות הציבורית בישראל ובעולם כולו. אתגרים משמעותיים עומדים בפני מערכות בריאות הניצבות בין המדינה לשוק הפרטי, נדרשות לשאלות והכרעות כלכליות ומוסריות. מערכות הבריאות, כמו מוסדות אחרים הקשורים במדינת הרווחה, מצויות לעיתים תחת ביקורת ציבורית נרחבת כאשר הן מתקשות לספק את צרכי האוכלוסייה ההולכים וגדלים אל מול משאבים מצומצמים העומדים לרשותן. מחקר זה מבקש לבחון לא רק את שביעות הרצון בישראל משירותי בתי החולים וקופות החולים אלא גם את מעורבות האזרחים בתהליכי קבלת ההחלטות והשפעתה על הערכת ביצועי הארגון והאמון בו. בנוסף, בוחן המחקר את הערכת שירותי הבריאות על פי פילוח סקטוריאלי תוך התמקדות במגזר הערבי, בפריפריה ובאוכלוסייה המבוגרת.

עבודתם של מזרחי, ויגודה-גדות וכהן מציעה מודל מחקר בסיסי לשיתוף אזרחים בתהליכי קבלת החלטות שנמצא לו אישוש אמפירי במחקר. המחקר נותן גם מושג ראשוני לגבי העדפותיהם של אזרחי ישראל בשאלות רחבות יותר הנוגעות להתנהלות מערכת הבריאות ולערכים המנחים אותה. הדרגים הניהוליים והמערכות האדמיניסטרטיביות זוכים להערכה ציבורית נמוכה בהשוואה להערכות שמקבלים הרופאים. המחברים ממליצים לעגן את פעילות קופות החולים וניהולן בתקנון כפי שמתחייב מחוק בריאות ממלכתי על מנת לשפר את תדמיתן בעיני הציבור ולחזק את האמון בהן. שילוב הציבור בתהליכי קבלת ההחלטות עשוי לתרום רבות לחיזוק מעמדן של קופות החולים. מגמת ההפרטה, הניכרת גם במערכת הבריאות, איננה זוכה לתמיכת הציבור אשר אינו מעריך את מערכת הבריאות כשוויונית ואינו שבע רצון מהשינויים המובילים להפרטה של שירותי הבריאות. ההעדפות הערכיות של אזרחי ישראל וציפיותיהם ממערכת הבריאות מזמינות מחקרים נוספים ודיון ציבורי מעמיק. אנו מקווים כי עבודה זו, כמו זו שלפניה ואלה שיופיעו אחריה, תעורר מחשבה ודיון ציבורי מעמיק בין חוקרים, תלמידים ומעצבי מדיניות.

גיא בן-פורת

עורך

תודות

המחקר נערך במימון הקרן הישראלית למדע (308/04) ובוצע על ידי המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית בבית הספר לניהול של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב בשיתוף עם המרכז לניהול ומדיניות ציבורית באוניברסיטת חיפה. ברצוננו להודות למיה דיסטל ועומרי שמיר שסייעו באיסוף הנתונים. הערות ותגובות נא להפנות אל דר' שלמה מזרחי, המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, ביה"ס לניהול, אוניברסיטת בן-גוריון, ת.ד. 653, באר שבע 84105. shlomom@bgu.ac.il

אודות המחברים

שלמה מזרחי הינו ראש המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, בית הספר לניהול, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

ערן ויגודה-גדות הינו ראש המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית והמרכז לניהול ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה.

ניסים (נסי) כהן הינו דוקטורנט במחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, בית הספר לניהול, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

תוכן העניינים

2	תקציר
4	הקדמה
4	מודל המחקר התיאורטי הבסיסי
6	מודל המחקר המורחב
7	ממצאי המחקר
7	מערך המחקר ואוכלוסיית היעד
7	מאפייני המדגם
9	כלי המחקר: עמדות ותפיסות כלפי מערכות מנהל ציבורי בישראל
9	ממצאים ועיבודים סטטיסטיים
22	מתאמים בין המשתנים
23	רגרסיות ושונות מוסברת
23	פילוחים לפי סקטורים ומגזרים שונים
24	מגזר ערבי
24	פריפריה
25	מבוגרים
26	ניתוח תוכן איכותני של עמדות ותפיסות כלפי מערכת הבריאות
28	סיכום
29	ביבליוגרפיה
31	נספחים

תקציר

נייר מחקר זה בחן את פעילותן של קופות החולים בישראל כדי ללמוד על יחסי הגומלין בין אזרחים והסקטור הציבורי ממספר היבטים. ראשית, נבחנו איכות הניהול והביצועים בקופות החולים כפי שהם מוערכים על ידי אזרחים. מחקר ברמה הארצית מלמד ששביעות הרצון של הציבור בישראל משירותי בתי החולים וקופות החולים בישראל עלתה מ- 2.95 (בסולם של 1-5) ב- 2005 ל- 3.25 בשנת 2006. לשם השוואה, ממוצע שביעות הרצון מכלל השירותים הציבוריים בישראל הייתה 2.9 בשנת 2005 ו- 3.12 בשנת 2006 (ויגודה-גדות ומזרחי, 2006). שנית, בוחן המחקר את מעורבות האזרחים בתהליכי קבלת החלטות בארגון. נבחנה הטענה, לפיה אופיים של יחסי הגומלין בין האזרחים לבין הארגון הציבורי משפיעים על הערכת האזרחים את ביצועי הארגון ועל מידת האמון שהם רוכשים לו. כך, ככל שאזרחים יותר אקטיביים ומשתתפים בתהליכי קבלת החלטות כך הם יטו להעריך את ביצועי הארגון באופן חיובי יותר ומידת האמון בו תעלה. שלישית, ניסה המחקר לבחון את הערכת שירותי הבריאות על פי פילוח סקטוריאלי תוך התמקדות במגזר הערבי, בפריפריה ובאוקולוסייה המבוגרת. עיבוד הנתונים נעשה הן כעיבוד כללי לשירותי הבריאות בישראל כמקשה אחת והן בצורה השוואתית, בין הקופות השונות. המשתנים שנבדקו הם שביעות הרצון, רמת האמון, תפיסת יכולת ההשפעה וההשתתפות בתהליכי קבלת ההחלטות ומשתנים נוספים כפי שהם מוערכים על ידי המבוטחים בכל אחת מהקופות. במחקר זה התבססנו על דיווחים של מדגם של 656 נשאלים מקרב אזרחי ישראל הבוגרים. נתוני המדגם נאספו במהלך חודשים יוני – יולי 2007.

באופן כללי, כפי שמפורט בטבלה, נמצא במדגם כי הערכת הביצועים של המוסדות מספקי שירותי הבריאות, כמו גם שביעות הרצון מהם אינה נמוכה, אך גם אינה גבוהה מאוד בערכים מוחלטים. כך גם עולה, כי בעיני המבוטחים רמת השיתוף שלהם בתהליכי קבלת ההחלטות הינה נמוכה מאוד. אמון המבוטחים במוסדות מספקי שירותי הבריאות נמצא נמוך אף הוא. האמון ברופאים אף הוא לא היה גבוה במיוחד, אם כי הם זכו למידת האמון הגבוהה ביותר, מבין ממלאי התפקידים, יחסית למנהלי הקופות שבאו אחריהם, להנהלות הראשיות של הקופות שזכו לאמון לא גבוה ולמשרד הבריאות שזכה ברמת האמון הנמוכה ביותר. המבוטחים העריכו את רמת השוויוניות של הקופות כבינונית עד גבוהה, את הקשר והנגישות למוסדות הבריאות כנמוך יחסית והעריכו את מידת האוטונומיה של הקופות בהחלטות מדיניות כגבוהה יחסית.

טבלה מסכמת של המדגם (בסולם של 1-5)

נגישות	שיתוף הציבור	אמון במנהלים	אמון בהנהלה הראשית	אמון ברופאים	ביצועי הקופה	אמון במוסד	
2.81	2.51	3.1	2.79	3.67	3.15	3.19	כללית
2.61	2.49	2.9	2.77	3.54	3.28	3.06	מכבי
2.64	2.41	2.87	2.62	3.8	3.17	3.09	מאוחדת
2.74	2.56	3.35	3	3.59	3.13	3.22	לאומית
2.75	2.5	3.05	2.78	3.6	3.2	3.15	סה"כ
						2.69	משרד הבריאות

פילוח לפי סקטורים ומבחנים סטטיסטיים שנערכו בין הקבוצות (מגזר ערבי מול יהודי, פריפריה מול מרכז, מבוגרים מול צעירים) הראו כי במספר קריטריונים קיימת שונות סטטיסטית בין הקבוצות השונות, כמפורט במחקר. פילוח לפי קופות הראה כי קיימים הבדלים מסוימים בין הקופות, אולם לרוב לא היו אלו הבדלים משמעותיים. עדיין, מבחנים סטטיסטיים שנערכו הראו כי במספר קריטריונים קיימת שונות סטטיסטית בין הקופות. במקרים אלו, נמצא ש"מכבי שירותי בריאות" מוערכת מעט יותר מהקופות האחרות. המבחנים הסטטיסטיים שנעשו על נתוני המדגם מספקים אישוש אמפירי למודל המחקר הבסיסי המוצע וכן למשתנים נוספים שהוצעו כאן.

המחקר נותן גם מושג ראשוני לגבי העדפותיהם של אזרחי ישראל בשאלות רחבות יותר הנוגעות להתנהלות מערכת הבריאות ולערכים המנחים אותה. העובדה שההערכות שמקבלים הדרגים הניהוליים והמערכות האדמיניסטרטיביות נמוכות בהשוואה להערכות שמקבלים הרופאים מלמדת על ההכרח המיידית לשפר מערכות אלו ובראש וראשונה לעגן את פעילות קופות החולים וניהולן בתקנון כפי שמתחייב מחוק בריאות ממלכתי. המחקר מלמד שמהלך מסוג זה יכול לשפר את תדמית הקפות בעיני הציבור ולחזק את האמון בהן – במיוחד אם הציבור עצמו ישולב בתהליך. מבחינה ערכית, השוויוניות של מערכת הבריאות אינה מוערכת כגבוהה וניתוח התוכן האיכותני, כמחקר גישוש, מלמד על חוסר שביעות רצון משינויים שנתפסים כמובילים להפרטה של שירותי הבריאות. מחקרי המשך ינסו לבחון לעומק את ההעדפות הערכיות של אזרחי ישראל ואת ציפיותיהם ממערכת בריאות מודרנית לנוכח מדינת הרווחה המשתנה.

הקדמה

נייר המחקר בוחן את פעילותן של קופות החולים בישראל כדי ללמוד על יחסי הגומלין בין אזרחים והסקטור הציבורי ממספר היבטים. ראשית, נבחנו איכות הניהול והביצועים בקופות החולים כפי שהם מוערכים על ידי אזרחים. מחקר ברמה הארצית מלמד ששביעות הרצון של הציבור בישראל משירותי בתי החולים וקופות החולים בישראל עלתה מ- 2.95 (בסולם של 1-5) ב- 2005 ל- 3.25 בשנת 2006. לשם השוואה, ממוצע שביעות הרצון מכלל השירותים הציבוריים בישראל הייתה 2.9 בשנת 2005 ו- 3.12 בשנת 2006 (ויגודה-גדות ומזרחי, 2006). הבחינה כאן, כמו גם בהמשך, נעשתה תוך בחינה של המדגם בכללותו, פילוח המדגם לפי ארבעת קופות החולים והשוואה ביניהן. שנית, בוחן המחקר את מעורבות האזרחים בתהליכי קבלת החלטות בארגון. נבחנה הטענה, לפיה אופיים של יחסי הגומלין בין האזרחים לבין הארגון הציבורי משפיעים על הערכת האזרחים את ביצועי הארגון ועל מידת האמון שהם רוכשים לו. ההשערה היא שכלל שאזרחים יותר אקטיביים ומשתתפים בתהליכי קבלת החלטות כך הם יטו להעריך את ביצועי הארגון באופן חיובי יותר ומידת האמון בו תעלה. שלישית, בוחן המחקר את אמון המבוטחים בקופות החולים וכן מציע ובוחן משתנים נוספים המנסים להסביר את מידת האמון שנמצאה. רביעית, ניסה המחקר לבחון את הערכת שירותי הבריאות על פי פילוח סקטוריאלי תוך התמקדות במגזר הערבי, בפריפריה ובאוכלוסייה המבוגרת. כן ניסה המחקר לבצע השוואה של משתנים אלו בין הקופות השונות. עיבוד הנתונים נעשה הן כעיבוד כללי לשירותי הבריאות בישראל כמקשה אחת והן בצורה השוואתית, בין הקופות השונות, תוך בחינה של מספר רב של משתנים כפי שהם מוערכים על ידי המבוטחים בכל אחת מהקופות. מדד זה דומה למעשה למדדים נוספים המנסים להתחקות אחר טיב ביצועי המגזר הציבורי ואיכותו כפי שהם נתפסים על ידי אזרחי המדינה, לקוחותיו של המגזר הציבורי (ACSI- American Customer Service Index, ICCS-ISAC- Institute for Citizen Center Services). במחקר זה התבססו על דיווחים של מדגם של 656 נשאלים מקרב אזרחי ישראל הבוגרים. נתוני המדגם נאספו במהלך חודשים יוני – יולי 2007.

מודל המחקר התיאורטי הבסיסי

הצורך במודרניזציה של הסקטור הציבורי נובע כיום בעיקר בשל קיומה של רמת אמון נמוכה של האזרחים בממשל ובביצועיו (Bouckaert & Van de Walle, 2003; Vigoda, 2002). התדמית השלילית של הממשל והמנהל הציבורי בעיני האזרחים, נתפסת במקרים רבים כתוצאה ישירה של ביצועי הסקטור הציבורי, ומכאן ניתן להסיק שאיכות שירות גבוהה מובילה לשביעות רצון רבה המסוגלת לגרום לחיזוק הדמוקרטיה על ידי הגברת האמון בממשל (Anderson, 1995; Glaser and Hildreth, 1999). יתר על כן, אמון בממשל מחזק ומייצב את המערכת הדמוקרטית (Borre, 2000). מנקודת מבט אחרת, יציבות דמוקרטית דורשת השתתפות ומעורבות של האזרחים (למשל, King, 1997; Fredericksen, 1982; Box, 1998; 1999; Feltey, & Susel 1998; King and Stivers, 1998). ברנר ורוזנוין (Barner & Rosenwein, 1985: 59) טענו, כי ערכים דמוקרטיים הם במהותם ערכים השתתפותיים. בליבתה של תיאורית הדמוקרטיה קיימת התפיסה שעל האנשים להיות מעורבים בעצמם בתהליכי הממשל. השתתפות ומעורבות האזרחים מגדילה את האמון בממשל ופוטנציאלית בסוכני הממשל, משום שהם מגדילים את רמת האינפורמציה הקיימת בקרב האזרחים במגוון תהליכים ואת ההזדהות שלהם עם החלטות מדיניות ותוצאות (Yankelovich, 1991; Rose,)

(1999). בהמשך לכיוון זה, ינסה נייר המחקר לשלב מספר הסברים אפשריים המוצעים בספרות לכדי מודל הסברי אינטגרלי אחד. המודל מציע קשר בין דפוסי ניהול בבירוקרטיות מודרניות ובין מעורבות האזרחים ורמת האמון בממשל. כל אחד מהמשתנים הללו לרבות יחסי הגומלין ביניהם נלמדו בספרות הקיימת אך לא קיים מודל אינטגרטיבי אשר יחבר אותם כדי לספק הסבר מלא יותר למשתנה התלוי – מידת האמון בסוכני הממשל. מודל זה נבחן על ידינו בעבר (מזרחי, ויגודה וכהן, 2007), אולם זו היא למעשה הפעם הראשונה בה ניבחן המודל על מקרה הבוחן של שירותי הבריאות בישראל.

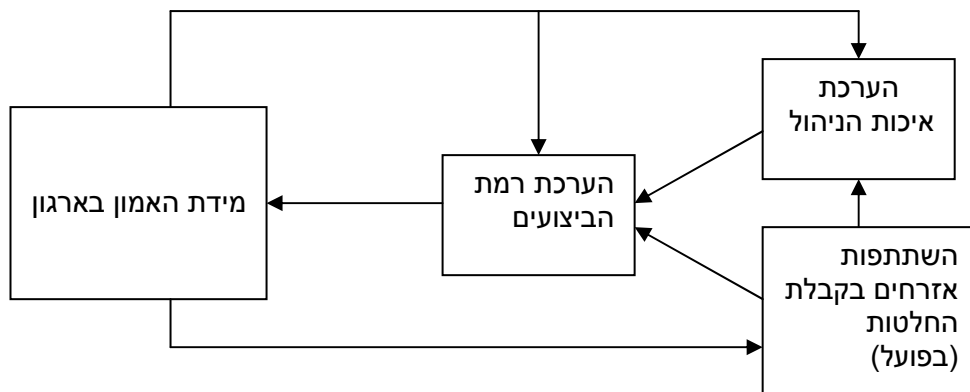
הטיעון המרכזי של מחקר זה נוגע למעשה לקשר בין ארבעה משתנים עיקריים שהמידע לגביהם נאסף על בסיס שאלונים למבוטחים:

- (1) איכות הניהול של המנגנון הציבורי;
- (2) איכות הביצועים של המנגנון הציבורי;
- (3) מידת ההשתתפות והמעורבות של ציבור המבוטחים בתהליכי קבלת החלטות בארגון;
- (4) מידת האמון שרוכשים המבוטחים לארגון.

שלושת המשתנים הראשונים הינם בבחינת משתנים בלתי תלויים עיקריים, שעל פי השערות המחקר, מסבירים את המשתנה הרביעי. המחקר יציע קשרים אפשריים בין המשתנים הללו ויבחן אותם בכלים סטטיסטיים. באופן ראשוני, ניתן לטעון שכלל ההשתתפות ומעורבות האזרחים בתהליכי קבלת החלטות במגזר הציבורי גבוהה יותר כך גם הערכת הניהול והביצועים תהיה גבוהה יותר והשילוב בין מעורבות לבין שביעות רצון מהתוצאה יוביל לחיזוק האמון בארגון ובמערכת הציבורית. במילים אחרות, שביעות הרצון מהתהליך תגביר את שביעות הרצון מהתוצאה והשניים יחזקו את האמון בארגון. החשיבות של תהליך קבלת החלטות מכרעת, משום שכפי שבא לידי ביטוי בתיאוריות של השתתפות פוליטית, השתתפות ומעורבות הציבור בתהליך גורמת ללקיחת חלק באחריות לתוצאות ואימוץ התנהגות יעילה יותר בכל הקשור לצריכת שירותים ציבוריים. מכאן ניתן יהיה להסיק מסקנות תיאורטיות ומעשיות בדבר מקומו של הניהול הציבורי החדש בחברה דמוקרטית.

ניתן לתאר את מוקד המחקר באמצעות השרטוט הבא:

תרשים 1: מודל המחקר



המחקר בחן את הקשר בין המשתנים הללו תוך שימוש בשאלונים שהועברו למדגם נרחב יחסית של מבוטחים. הנתונים שנאספו קודדו והוו בסיס לבחינה סטטיסטית מורכבת של הקשר בין המשתנים שצוינו לעיל. הקשר בין המשתנים חודד וכן נוספו כאמור מספר משתנים מיוחדים (כנראה לא ייחודיים) לקופות

החולים, כפי שיפורטו להלן. בכך מתגבר המחקר על בעיה מוכרת של שימוש בכלי מדידה אחד ולכן גם מקטין הטיה אפשרית המוצעת בספרות ומכונה Common Source Bias.

מודל המחקר המורחב¹

מחקר זה בוחן את הקשרים בין משתנים שונים כפי שמשקפים בהערכות ותפיסות המבוטחים. נדגיש, כי מכיוון שנבחנות הערכות ותפיסות סובייקטיביות, מתקבלת כאן תמונת מציאות כפי שהיא משתקפת בעיני המבוטחים עצמם ולא דווקא שיקוף של המציאות האובייקטיבית.

המחקר מניח כי לכל פרט ישנן תפיסות פנימיות שונות עימן הוא מגיע עוד טרם האינטראקציה שלו עם המוסד מספק השירותים. לפיכך, חובה לבחון אם נטיות פנימיות אלו משפיעות על המשתנים הנבחנים במחקר. כפי שמוצג בתרשים לעיל, משתנה הבקרה במודל זה יהיה תפיסות פנימיות של המבוטח לגבי המערכת הפוליטית והממשל בישראל ומידת ההשתתפות פוליטית שלו. תפיסותיו של כל מבוטח קשורות למטען האמונות עימן הגיע לארגון המספק לו שירותים (למשל, ישנם אנשים אשר מלכתחילה אינם מעוניינים להשתתף בצורה עמוקה בתהליך קבלת ההחלטות). בשלב הראשון נבחנו משתנים אנדוגניים אלו, אשר יצינו ככאלה המשפיעים על דעתו של הפרט ברוב האספקטים הקשורים לעבודה וכן על מאפייני ההשתתפות, אמון, הערכת הביצועים והביצועים שלו בארגון עימו הוא בא במגע. מודל המחקר אף מניח כי ישנה חשיבות לתדירות שבה מבוטחים צורכים באופן ישיר שירותים מהקופה. לפיכך, נצפה כי משתנים מסוימים יהיו רלבנטיים בעיקר למבוטחים שפונים בתדירות גבוהה ופחות רלבנטיים לאלו שצורכים שירותים בתדירות נמוכה מאוד. כך, משתנה נוסף לבחינה היה נגישות וקשר עם הציבור. הערכות הקשר הללו מושפעות בין היתר מתדירות המפגש עימו והכרות אישית עם עובדים ומנהלים ברמות השונות בקופה.

משתנה עיקרי שנבדק היה מידת השיתוף בתהליך קבלת ההחלטות כפי שהיא נתפסת בעיני המבוטח. נבחנו איכות ועומק השיתוף של המבוטח, הערכת המבוטח את המשקל שמייחסים לדעתו/טובתו בתהליך קבלת ההחלטות המוביל להספקת השירות כמו גם האופן בו נתפסים ערוצי שיתוף – קרי, האם הם אמיתיים או מדומים. משתנה עיקרי נוסף היה רמת שביעות הרצון מתהליך השירות והתוצאה. בהקשר זה נבחנה מידת שביעות רצון הלקוח מביצועי הקופה מבחינת אופן השירות שקיבל וכן מ"מבחן התוצאה" הסופי במטרה לבחון האם השגת תוצאה מסוימת בהתאם לציפיותיו של הלקוח תגדיל את האמון שלו בקופה ואת הערכתו את הארגון כאיכותי יותר או שמא התהליך הוא החשוב בהערכתו אלו. עוד נבדק משתנה השוויוניות של המערכת הרפואית כמשפיע על מידת האמון של המבוטח בקופה. בהקשר זה, נשאל המבוטח לדעתו על השוויוניות של הקופה בהספקת השירותים למבוטחים ובהעסקת עובדים בקופה ללא קשר לדת, גזע, מוצא ומין. משתנה נוסף שנבדק הוא מידת האוטונומיה של הארגון מספק שירותי הבריאות בקביעת המדיניות. כאן נבדק האם הלקוח מזהה בעובדי הקופה את קובעי המדיניות וספקי השירות או שהם נתפסים כעושי דברה של הכנסת/הממשלה, כלומר, האם מעריכים המבוטחים כי עובדי ומנהלי הקופה הם המחליטים על אופי שירותי הבריאות המסופקים או רק פועלים על פי הנחיות "מלמעלה". שני המשתנים האחרונים שייבחן נייר זה הנם מידת האמון של המבוטח בקופה והערכת הביצועים של הקופה בעיניו. שני אלו מפורטים בהקדמה שלעיל וכן פורטה כוונתו של המחקר לבצע בחינה של הקשרים בין המשתנים השונים לבין משתנה האמון. מתוך שאיפה לשלב ניתוח

¹ ראה את "תרשים המודל" בנספח מספר 1.

איכותני וכן לפתוח את האפשרות בפני הנשאלים להוסיף בנושאים שלא נשאלו עליהם, שילבנו בשאלון גם שאלות פתוחות אשר חלקים מהם יובאו וינתחו בהמשך.

ממצאי המחקר

מערך המחקר ואוכלוסיית היעד

נתוני המחקר הנוכחי נאספו בסקר עמדות של מבוטחי קופות החולים על בסיס מדגם אקראי של האוכלוסייה הבוגרת (בני 18 שנים ומעלה). השאלון בחן עמדות, תפיסות, ונטיות התנהגות של הציבור ביחס לשירותי בריאות בכלל וביחס לקופות החולים בפרט. השאלון הופץ לנבדקים מאזורים גיאוגרפיים שונים באמצעות מראיינים שתודרכו על-ידי צוות המחקר. השאלונים הועברו למבוטחים בנקודות שונות ברחבי הארץ, מתוך כוונה להגיע למדגם מייצג יחסית מבחינה גיאוגרפית וסוציו-אקונומית. כן נעשה ניסיון לקבל מדגם מייצג מבחינת דת, מין, מוצא, השכלה ומשתנים דמוגרפיים אחרים. המדגם מייצג גם פילוח המבוטחים לפי קופות, כאשר מספר הנשאלים מכל קופה את יחסי לגודלה בקרב אוכלוסיית המבוטחים הכללית. הוסבר למשתתפים שהשאלון אנונימי וכי המידע שיימסרו באמצעותו ישמר בסודיות וישמש למטרות סטטיסטיות בלבד.

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). נעשו מבחני T או F לניתוח השונות בין הקבוצות השונות. בשלב העיבודים, הקפדנו לבצע מבחני F על מכלול המשתנים על מנת לקבוע האם ניתן או לא לדחות את השערת האפס לגבי שונות בין הקופות. כמו כן, נציג טבלת קורלציות להצגת עוצמת הקשרים בין המשתנים השונים ומובהקותם וכן ניתוחי ANOVA ורגרסיה לבחינת השונות המוסברת של המודל והמשתנים. כל ההבדלים המוצגים בנייר זה (בכל הפרמטרים) הנם הבדלים מובהקים סטטיסטית ($P < 0.05$), אלא אם כן מצוין מפורשות אחרת. קשרים בטווח 0.2 עד 0.4 הוגדרו כחלשים, בין 0.4 ועד 0.6 כבינוניים ובין 0.6 ומעלה כחזקים.

מאפייני המדגם

במדגם השתתפו 656 נשאלים. מתוכם 392 מבוטחי "שירותי בריאות כללית", 145 מבוטחי "מכבי שירותי בריאות", 62 מבוטחי "קופת חולים מאוחדת", ו- 55 מבוטחי "קופת חולים לאומית" והשאר לא הצהירו על הקופה בה הם מבוטחים. ההתפלגות המגדרית של הנשאלים התחלקה ל- 289 מתוכם גברים (44.33%) ו- 363 נשים (55.67%). "כללית" 174 גברים ו- 215 נשים ("מכבי" 61 גברים ו- 84 נשים; "מאוחדת" 27 נשים ו- 33 גברים; וב"לאומית" 26 גברים ו- 29 נשים). מתוך 639 נשאלים שהצהירו על כך, 371 הצהירו כי הם נשואים ו- 268 הצהירו שלא (ולפי קופות: "כללית" - 222 הצהירו על עצמם כנשואים, "מכבי" - 80, "מאוחדת" - 35 ובלאומית - 33). ממוצע הגילאים של הנשאלים עמד על 37.94 עם סטיית תקן של 14.67 (ולפי קופות: "כללית" - 39.05 עם סטיית תקן של 16.2, "מכבי" - 36.85 עם סטיית תקן של 11.84, "מאוחדת" - 34.98 עם סטיית תקן של 11.5 ובלאומית - 36.12 עם סטיית תקן של 12.27). ממוצע שנות הלימוד של הנשאלים במדגם עמד על 13.95 שנים עם סטיית תקן של 2.56 שנים (ולפי קופות: "כללית" - 13.88 עם סטייה של 2.52, "מכבי" - 14.28 עם סטייה של 2.49, "מאוחדת" - 14.05 עם סטייה של 2.45 ובלאומית - 13.47 שנים עם סטייה של 2.56 שנים).

שיעור היהודים בקרב המשיבים עמד על 87.29% (563 נשאלים), 7.91% הגדירו עצמם כמוסלמים (51 נשאלים), פחות מאחוז כנוצרים (4 נשאלים), 2.95% דרוזים (19 נשאלים) והיתר (8 נשאלים) הגדירו עצמם כבני דת אחרת (ולפי קופות: ב"כללית" - 334 יהודים, 36 מוסלמים, 2 נוצרים, 12 דרוזים, ו-2 הגדירו עצמם כבני דת אחרת. ב"מכבי" - 127 יהודים, 8 מוסלמים, 2 נוצרים, 3 דרוזים, ו-4 הגדירו עצמם כבני דת אחרת. ב"מאוחדת" - 54 יהודים, 3 מוסלמים ו-3 כדרוזים. ב"לאומית" - 46 יהודים, 4 מוסלמים ו-2 הגדירו עצמם כבני דת אחרת). מבין המשיבים, 3.1% הגדירו עצמם כדתיים מאוד, 12.56% כדתיים, 32.14% כמסורתיים ו-52.2% כחילוניים (ולפי קופות: ב"כללית" - 7 דתיים מאוד, 59 דתיים, 123 מסורתיים ו-176 חילוניים. ב"מכבי" - 6 דתיים מאוד, 11 דתיים, 29 מסורתיים ו-87 חילוניים, ב"מאוחדת" - 2 דתיים מאוד, 5 דתיים, 28 מסורתיים ו-23 חילוניים ובלאומית - 3 דתיים מאוד, 2 דתיים, 15 מסורתיים ו-28 הגדירו עצמם כחילוניים). 85.37% מהנשאלים במדגם הגדירו עצמם כישראלים, 3.82% כערבים, 1.59% כפלסטינאים, 1.91% כאשכנזים, 1.91% כמזרחיים ו-4.61% כ"אחר" (ובתוך הקופות: ב"כללית" - 84.92% מהנשאלים הגדירו עצמם כישראלים, 3.97% כערבים, 1.85% כפלסטינאים, 2.38% כאשכנזים, 2.12% כמזרחיים ו-4.76% כ"אחר". ב"מכבי" - 84.56% מהנשאלים הגדירו עצמם כישראלים, 2.94% כערבים, 2.21% כפלסטינאים, 2.93% כאשכנזים, 1.47% כמזרחיים ו-5.88% כ"אחר. ב"מאוחדת" - 96.72% מהנשאלים הגדירו עצמם כישראלים, 1.64% כערבים ו-1.64% כ"אחר". בלאומית - 82% מהנשאלים הגדירו עצמם כישראלים, 6% כערבים, 6% כאשכנזים, 4% כמזרחיים ו-2% הגדירו עצמם כ"אחר").

30.6% מהמשיבים דיווחו על הכנסה של עד 4000 ש"ח נטו לחודש, 14.06% אחרים בעלי הכנסה בין 4001 ל-5000 ש"ח נטו לחודש, 12.63% בעלי הכנסה שבין מ-5001 עד 6000 ש"ח נטו לחודש, 13.88% בעלי הכנסה שבין מ-6001 עד 7000 ש"ח נטו לחודש, 9.96% בעלי הכנסה שבין מ-7001 עד 8000 ש"ח נטו לחודש ו-18.86% טענו שהם מרוויחים מעל 8000 ש"ח נטו לחודש. מתוך המשיבים, 40.67% (240 מתוך 590 שהצהירו) הגדירו עצמם כעובדים במגזר הציבורי (ובתוך הקופות: ב"כללית" - 42.41%, ב"מכבי" - 35.65%, ב"מאוחדת" - 44.64% ובלאומית - 39.13% הגדירו עצמם כעובדי המנהל הציבורי בישראל). מבין 552 הנשאלים שהצהירו על כך, 24.82% הצהירו על עצמם כמתגוררים באזור הצפון, 51.09% כמתגוררים באזור המרכז ו-24.09% כתושבי הדרום. רובם של המאפיינים קרובים מאוד, גם אם לא זהים, לחתך האוכלוסייה בישראל.

ממוצע רמת הבריאות של הנשאלים במדגם בטווח של 1 עד 4 (4 = רמת בריאות טובה מאוד, 1 = רמת בריאות כלל לא טובה), על פי הגדרתם שלהם, עמד על 3.32 עם סטיית תקן של 0.66 (ובתוך הקופות: ב"כללית" - 3.3 עם סטיית תקן של 0.66, ב"מכבי" - 3.39 עם סטיית תקן של 0.65, ב"מאוחדת" - 3.38 עם סטיית תקן של 0.63 ובלאומית - 3.18 עם סטיית תקן של 0.7). מספר הביקורים הממוצע לשנה שקדמה ליום התשוא, כפי שהצהירו עליה הנשאלים, עמד על 3.67 ביקורים בשנה עם סטיית תקן של 1.18. מתוך 642 נשאלים שהצהירו על כך, 29 נשאלים טענו כי לא ביקרו כלל בקופת החולים בשנה שחלפה ליום המענה על השאלון, 77 נשאלים ביקרו פעם אחת, 185 נשאלים ביקרו עד 3 פעמים במשך השנה שחלפה, 137 בין 4 ל-5 פעמים ו-214 נשאלים הצהירו שביקרו יותר מ-5 פעמים במשך השנה שחלפה (ובתוך הקופות: ב"כללית" - 3.71 ביקורים עם סטיית תקן של 1.21, ב"מכבי" - 3.56 עם סטיית תקן של 1.12, ב"מאוחדת" - 3.88 עם סטיית תקן של 1.11 ובלאומית - 3.53 ביקורים בממוצע לשנה עם סטיית תקן של 1.11). לבסוף, הוותק הממוצע של החברות בקופה הנוכחית, כפי שהצהירו על כך הנשאלים, עמד על 2.88 שנים בממוצע עם סטיית

תקן של 0.39 שנים (ובתוך הקופות: ב"כללית" – 2.92 שנים בממוצע עם סטיית תקן של 0.34 שנים, ב"מכבי" – 2.92 עם סטיית תקן של 0.65, ב"מאוחדת" – 2.8 עם סטייה של 0.51 ובלאומית – 2.63 שנות וותק בממוצע עם סטיית תקן של 0.65 שנים).

כלי המחקר: עמדות ותפיסות כלפי מערכות מנהל ציבורי בישראל

מסגרתו התיאורטית של מחקר זה פורטה לעיל בהרחבה. נציין כאן רק כי במסגרתו של מחקר זה התרכזנו ב- 8 אשכולות ניתוח ("משתנים מורכבים"):

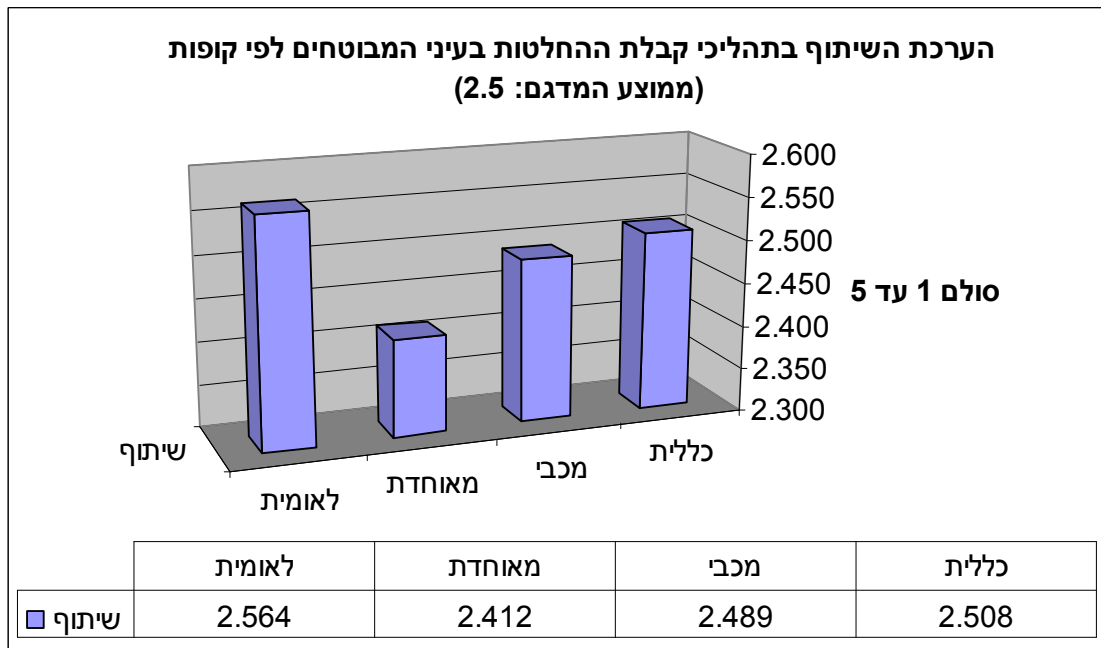
1. אופי ההשתתפות הפוליטית של המבוטח (משתנה בקרה).
2. תפיסות פנימיות של המבוטח לגבי המערכת הפוליטית והממשל בישראל (משתנה בקרה).
3. מידת השיתוף של המבוטח בתהליך קבלת ההחלטות.
4. נגישות וקשר עם הציבור.
5. מידת האוטונומיה של הקופה בקביעת המדיניות.
6. רמת שביעות הרצון מתהליך השירות והתוצאה.
7. הערכת הביצועים של המוסדות מספקי שירותי הבריאות.
8. רמת השווינויות של המוסד מספק שירותי הבריאות כלפי מבוטחיו.
9. אמון המבוטח במוסדות מספקי שירותי הבריאות.

מעבר לאשכולות אלו, ביצענו אף ניתוח על משתנים ספציפיים ("משתנים פשוטים") שתכליתן לבחון נקודות מוגדרות ספציפיות. למשל: אמון בהנהלה הראשית של הקופה, אמון במנהלי קופות החולים (בסניפים), אמון ברופאים, אמון במשרד הבריאות, יוזמה וחדשנות של הקופה, שביעות רצון מניהול הקופה וכיוצא באלה.

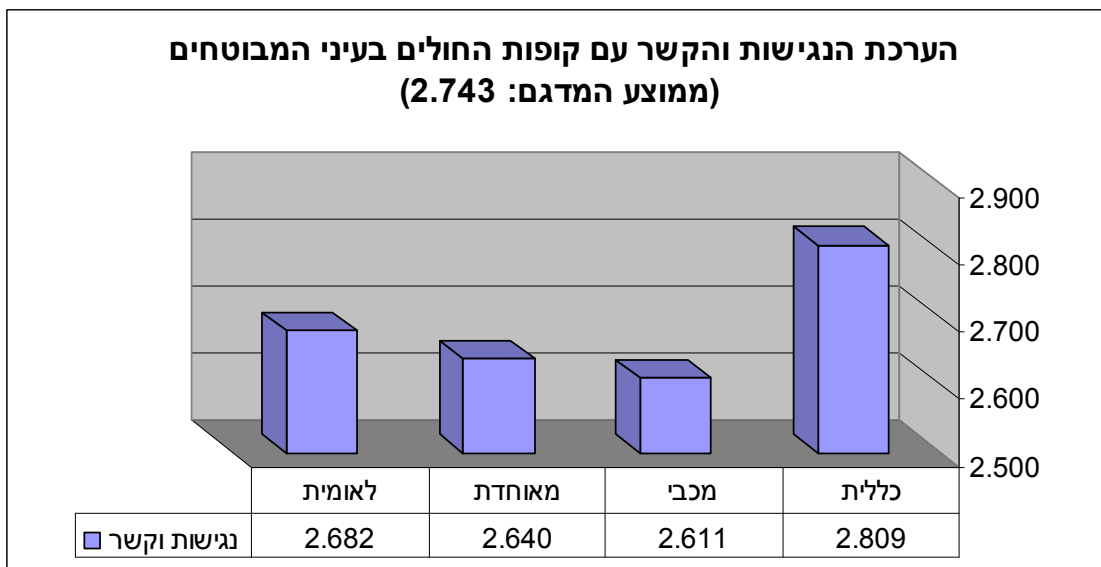
ממצאים ועיבודים סטטיסטיים

להלן ממצאי עיבוד השאלונים למשתנים השונים על פי המדגם בכללותו (להלן: "המדגם הכללי") ולפי הקופות.² מידת השיתוף בתהליכי קבלת ההחלטות, כפי שניתן לראות בתרשים להלן, עמדה במדגם הכללי על ממוצע של 2.5 עם סטיית תקן של 0.72 (בסולם של: 1 = כלל לא מסכים, 5 = מסכים מאוד). במבט משווה בין הקופות, מדורגת כאן "קופת חולים לאומית" עם ממוצע של 2.564 (סטיית תקן: 0.62), אחריה, "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע של 2.508 (סטיית תקן: 0.73), "מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 2.489 (סטיית תקן: 0.71) ו"קופת חולים מאוחדת" עם ממוצע של 2.412 (סטיית תקן: 0.77). בהמשך המחקר, נתייחס לעניין סטיית התקן ולעניין מבחני F שנערכו בין הקופות לבדיקת היתכנות השערת האפס לגבי קיומה של שונות בין הקופות במשתני המחקר השונים.

² ראה נספח מספר 3: "דוח ממוצעים לפי קופות".

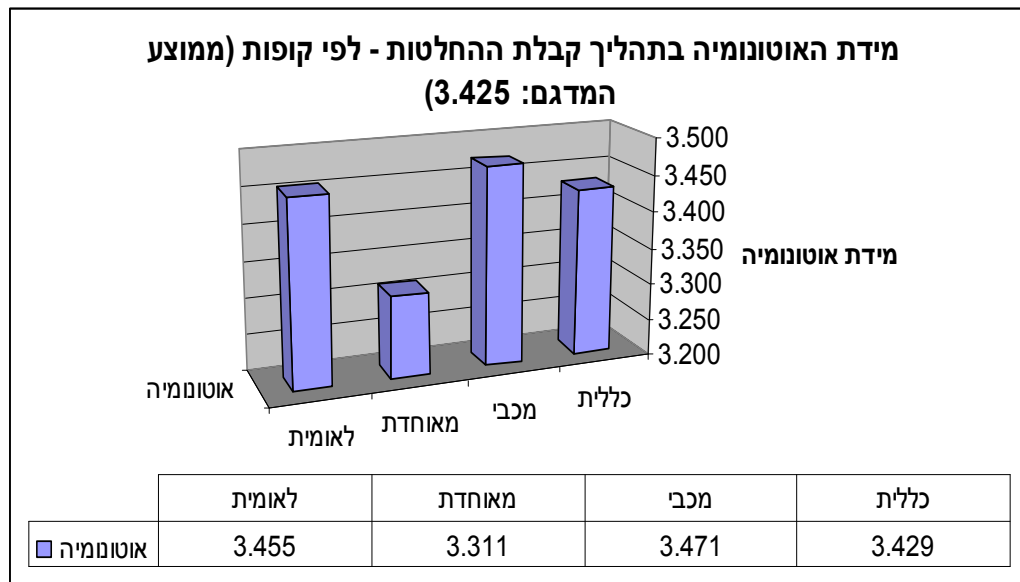


נגישות וקשר עם הציבור (אף הוא בסולם 1 עד 5), כפי שמוצג בתרשים להלן, עמדה על ממוצע של 2.743 (סטיית תקן: 0.88). בהשוואה בין הקופות, מדורגת "כללית" עם ממוצע 2.809 (סטיית תקן: 0.9), אחריה "לאומית" עם ממוצע 2.682 (סטיית תקן: 0.83), "מאוחדת" עם ממוצע 2.64 (סטיית תקן: 0.91) ו"מכבי" עם ממוצע של 2.611 (סטיית התקן: 0.85).

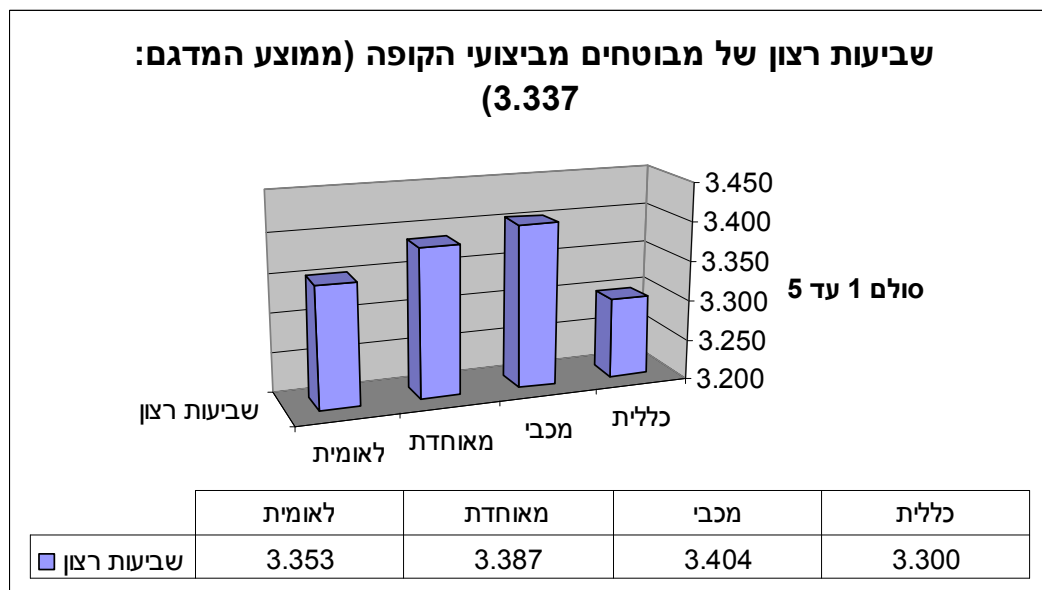


מידת האוטונומיה בקבלת החלטות (אף היא בסולם 1 עד 5) של המוסדות מספקי שירותי הבריאות עמדה במדגם הכללי על ממוצע של 3.425 (סטיית תקן: 1.242). מבט משווה בין הקופות מדרג כאן כראשונה את

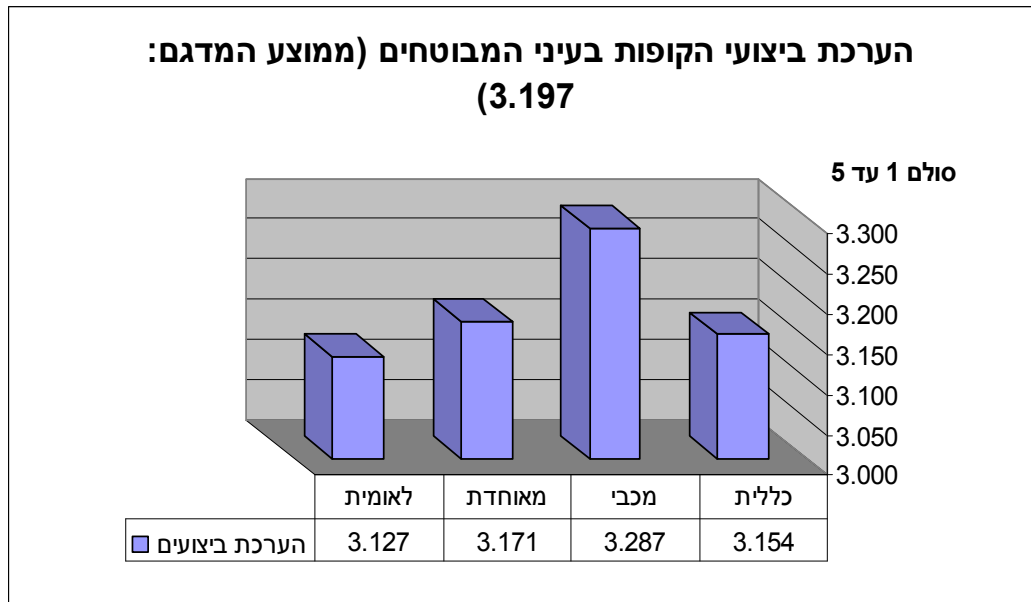
"מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 3.471 (סטיית תקן: 1.244). אחריה "לאומית" עם ממוצע 3.455 (סטיית תקן: 1.125), "כללית" עם ממוצע של 3.429 (סטיית תקן: 1.235) ו"מאוחדת" עם ממוצע של 3.311 (סטיית התקן: 1.349).



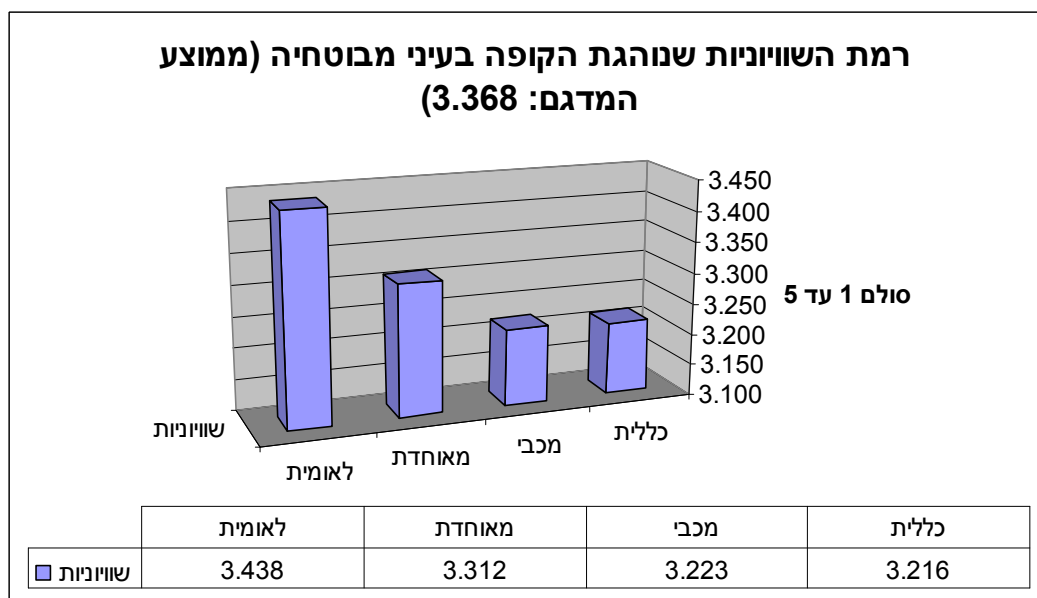
רמת שביעות הרצון משירותי הבריאות אותם צורכים המבוטחים אשר נמצאה במדגם הכללי עמדה (בסולם 1 עד 5, כאשר 5 = מאוד שבע רצון) על ממוצע של 3.337 (סטיית התקן: 0.789). בין הקופות, מדורגת "מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 3.404 (סטיית תקן: 0.82). מיד לאחריה, "קופת חולים מאוחדת" עם ממוצע של 3.387 (סטיית תקן: 0.844), "קופת חולים לאומית" עם ממוצע של 3.353 (סטיית תקן: 0.603) ו"שירותי בריאות כללית" עם ממוצע שביעות רצון של 3.3 (סטיית התקן: 0.792).



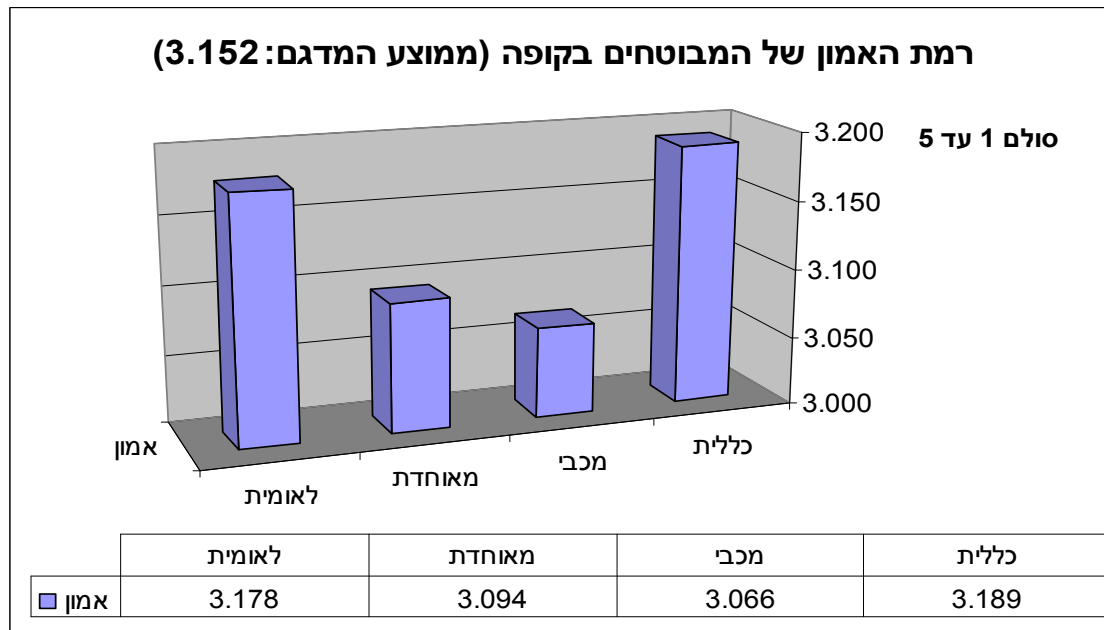
הערכת הביצועים, כפי שנמדדה במדגם הכללי (סולם 1 עד 5) ומוצגת בתרשים להלן, עמדה על ממוצע של 3.197 (סטיית תקן: 0.78). כאן, מדורגת "מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 3.287 (סטיית תקן: 0.87), קופת חולים "מאוחדת" עם ממוצע של 3.171 (סטיית תקן: 0.85), "כללית" עם ממוצע של 3.154 (סטיית תקן: 0.793) ו"לאומית" עם 3.127 (סטיית התקן: 0.54).



רמת השווינויות של המוסדות מספקי שירותי הבריאות בעיני המבוטחים (אף כאן בסולם 1 עד 5) עמדה במדגם הכללי על ממוצע של 3.368 (סטיית תקן: 0.784). בין הקופות, נתפסה קופת חולים "לאומית" כשווינויות ביותר בעיני מבוטחיה, עם ממוצע שעמד על 3.438 (סטיית התקן: 0.985). לאחר מכן, "מאוחדת" עם 3.312 (סטיית תקן: 0.992), "מכבי" עם ממוצע של 3.223 (סטיית תקן: 0.893) ו"כללית" עם ממוצע של 3.216 (סטיית התקן: 0.852).



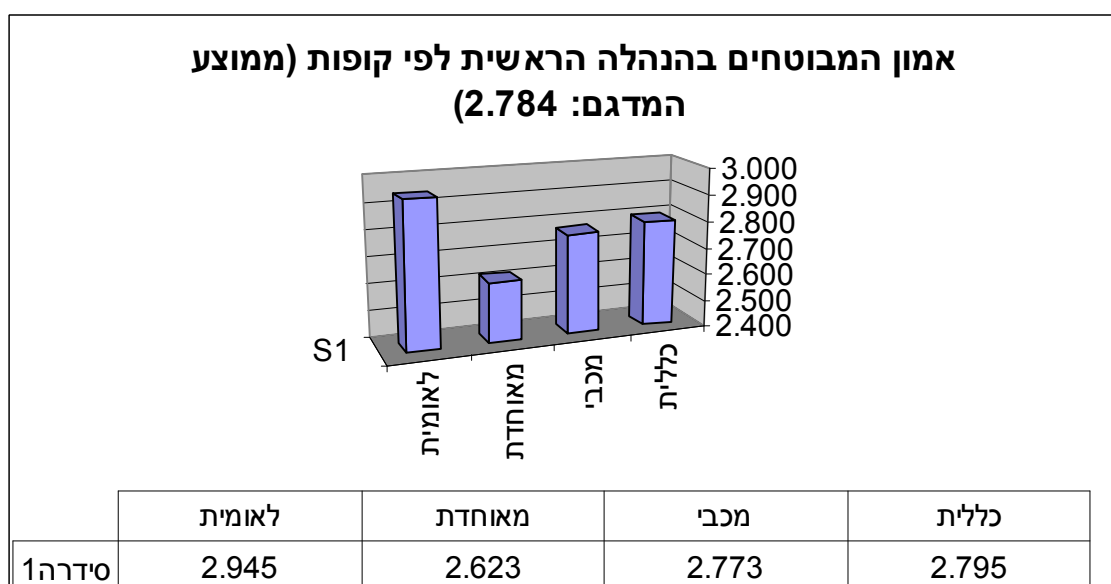
לבסוף, רמת האמון של המבוטחים במוסדות המספקים להם שירותי בריאות (סולם 1 עד 5) עמד במדגם הכללי על ממוצע של 3.152 (סטיית התקן: 0.865)³. עם רמת האמון הגבוהה ביותר עמדה "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע של 3.189 (סטיית התקן: 0.874). אחריה "לאומית" עם ממוצע של 3.178 (סטיית תקן: 0.753), "קופת חולים מאוחדת" עם ממוצע 3.094 (סטיית תקן: 0.937) ו"מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 3.066 (סטיית תקן: 0.874).



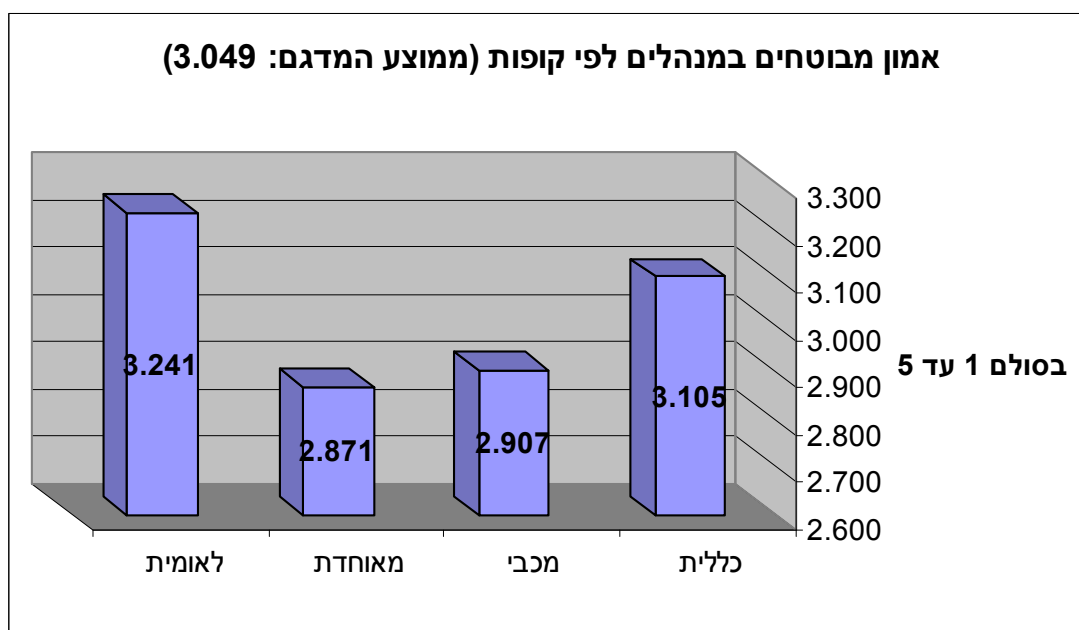
בנוסף, ההשתתפות הפוליטית של המבוטחים במדגם עמדה ברמה של 2.207 בסולם שבין 1 עד 3 (סטיית התקן: 0.49). לא נמצא שינוי משמעותי בנושא זה בין מבוטחי הקופות השונות. תפיסות לגבי המערכת הפוליטית והממשל בישראל מבטאות את יכולת הפיקוח של הציבור על מעשיהם של עובדי הציבור, ציות לחוק של אזרחים בישראל, התחשבות של מנהיגי המדינה בדעת הקהל או יכולת השפעה של אזרחים בשיטה הפוליטית קיימת. כאן, עמדו אלו על ממוצע של 2.734 בסולם 1 עד 5 (סטיית התקן: 0.667) כאשר גם כאן לא נרשמה שונות מיוחדת בין הנשאלים של הקופות השונות. נראה כי באופן כללי תפיסותיהם של מרבית המשיבים, בשני משתני בקרה אלו, משקפות רמה ממוצעת של פעילויות והתייחסות כללית לנושא השתתפות פוליטית והמערכת הדמוקרטית.

כאמור, מלבד התייחסות ומדידה של המשתנים המורכבים אשר פורטה לעיל, ניסינו לנתח אף משתנים פשוטים וספציפיים יותר בכל הקשור להספקת שירותי הבריאות למבוטחים. כך, עלו גם הממצאים הבאים. אמון המבוטחים בהנהלה הראשית של הקופות השונות (סולם 1 עד 5) עמד על ממוצע של 2.784 (סטיית תקן: 1.11). ההנהלה הראשית של קופת חולים "לאומית" מדורגת עם ממוצע של 2.945 (סטיית התקן: 0.999). אחריה, הנהלה הראשית של "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע 2.795 (סטיית תקן: 1.13), ההנהלה הראשית של "מכבי" עם 2.773 (סטיית תקן: 1.061) והנהלה הראשית של "מאוחדת" עם ממוצע שעמד על 2.623 (סטיית התקן: 1.162).

³ ראה נספח מספר 9: "אמון בקופות – טבלה מסכמת של המדגם"

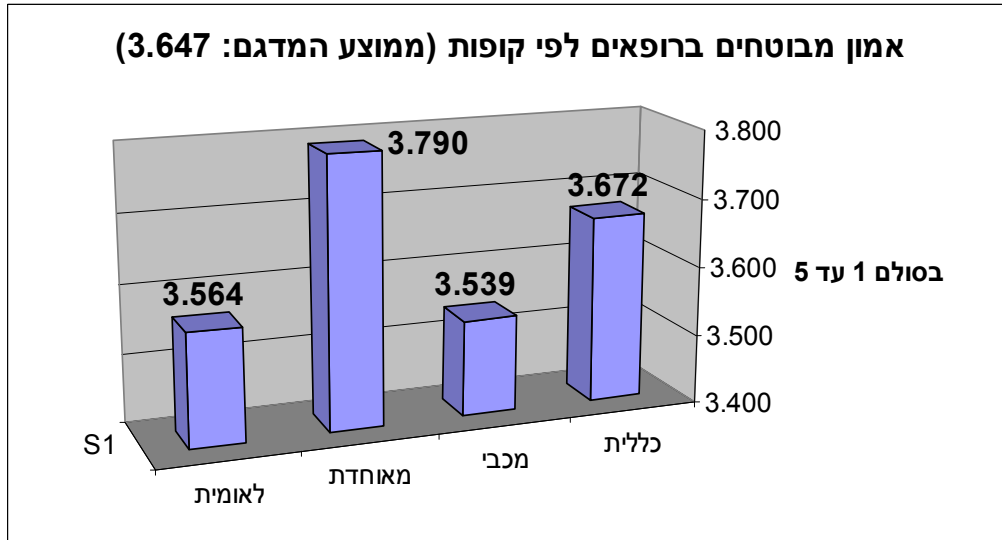


אמון המבוטחים במנהלים של הקופות השונות (סולם 1 עד 5) עמד על ממוצע גבוה יותר של 3.049 (סטיית תקן: 1.143). כפי שמוצג בתרשים להלן, בדומה להנהלה הראשית, אף כאן המנהלים של קופת חולים "לאומית" הם המוערכים ביותר מבין הקופות – 3.241 (סטיית התקן: 1.121). לאחר מכן, הנהלה הראשית של "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע 3.105 (סטיית תקן: 1.131), הנהלה הראשית של "מכבי" עם 2.907 (סטיית תקן: 1.127) והנהלה הראשית של "מאוחדת" עם ממוצע העומד על 2.871 (סטיית התקן: 1.198).

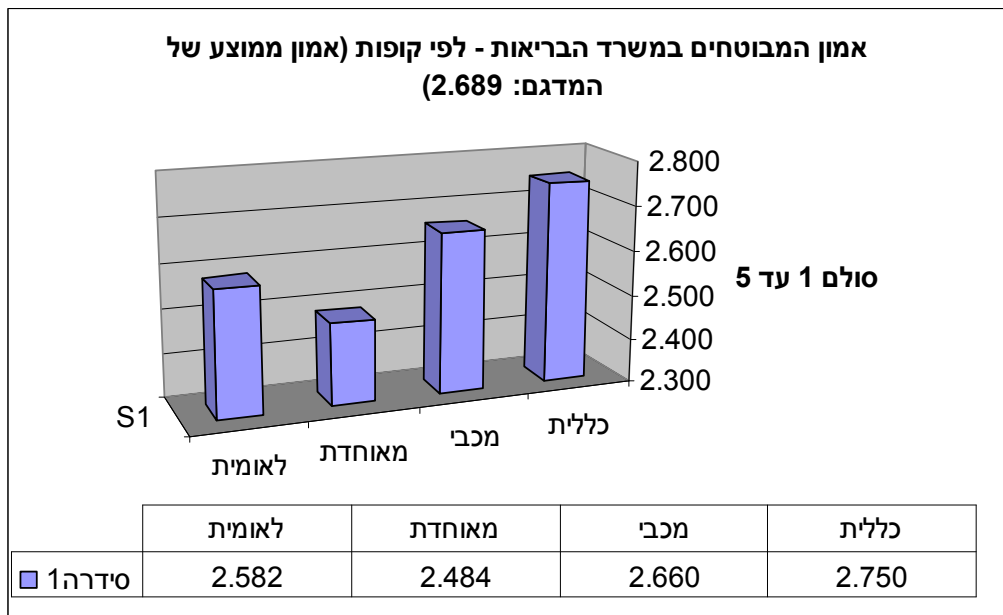


אמון המבוטחים ברופאים של הקופות השונות (סולם 1 עד 5) הינו הגבוה ביותר מבין ממלאי התפקידים במערכת הבריאות. אמון זה עמד על ממוצע של 3.647 (סטיית תקן: 1.054) כאשר הפער בינו לבין מידת

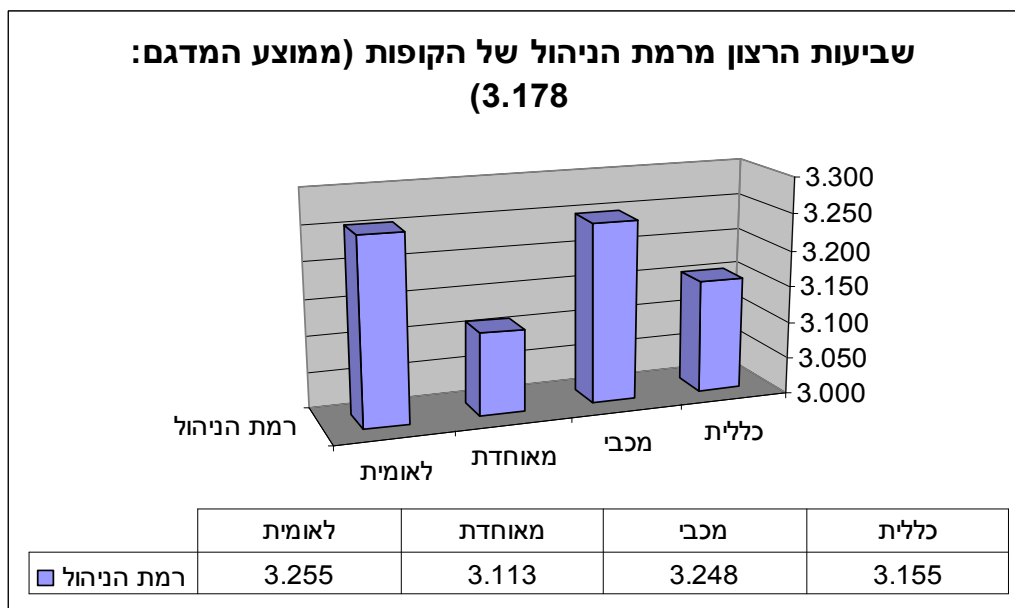
האמון בדרגי הניהול בולט ביותר. מבין הקופות, האמון ברופאים של קופת חולים "מאוחדת" הינו הגבוה ביותר – 3.790 (סטיית התקן: 1.166). אחריהם, הרופאים של "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע 3.672 (סטיית תקן: 1.036), רופאי "לאומית" עם ממוצע של 3.564 (סטיית תקן: 0.949) ורופאי "מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 3.539 (סטיית התקן: 1.075).



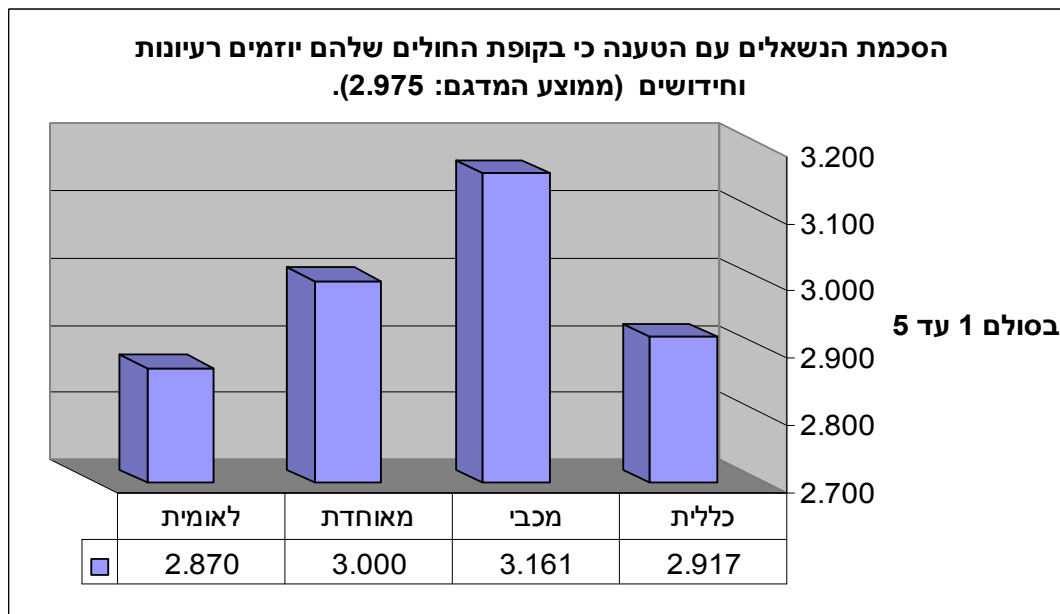
מחקר זה בחן אף את אמון המבוטחים מקבלי שירותי הבריאות במשרד הבריאות עצמו. כאן, כפי שניתן לראות בתרשים מטה, נמצאה במדגם הראשי מידת אמון לא גבוהה יחסית במשרד הבריאות אשר עמדה (בסולם 1 עד 5) על ממוצע של 2.689 (סטיית התקן 1.099). באלמנט השוואתי בין הקופות, נמצאה כי אמון המבוטחים במשרד הבריאות עומד על ממוצע של 2.75 ב"שירותי בריאות כללית" (סטיית תקן של: 1.111), ממוצע של 2.66 ב"מכבי" (סטיית התקן: 1.051), ממוצע של 2.582 ב"לאומית" (סטיית תקן: 1.107) וממוצע 2.484 (סטיית התקן: 1.074) בקופת חולים "מאוחדת".



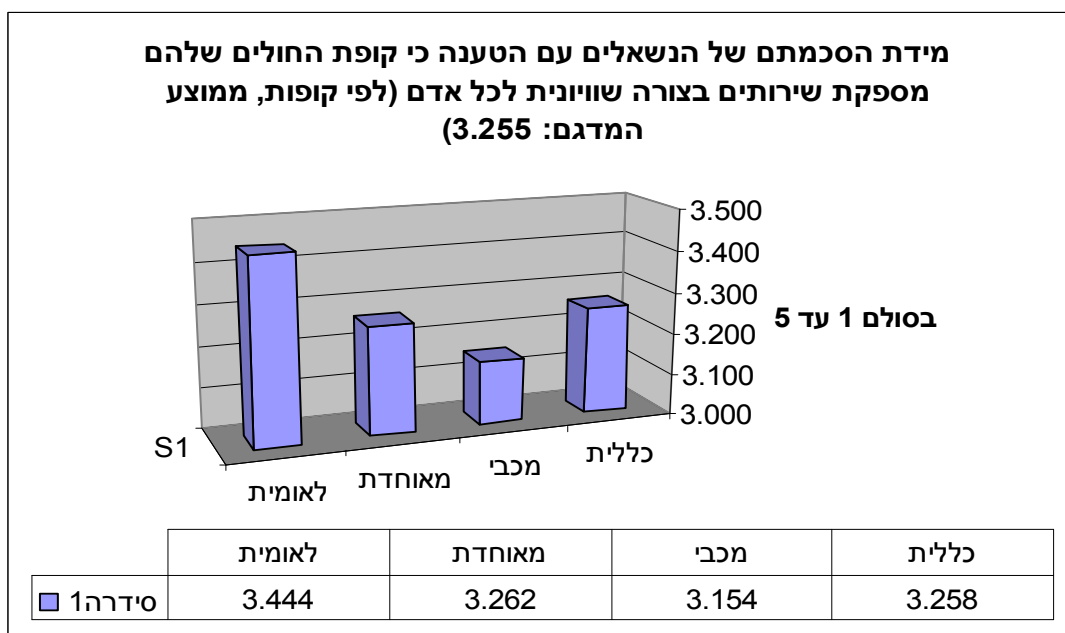
שביעות הרצון מרמת הניהול של קופות החולים לכשעצמה נבחנה אף היא. כפי שניתן להתרשם בתרשים המופיע מטה, ממוצע ההערכה עמד על 3.178 (סטיית תקן: 1.034) במדגם הכללי. הערכה של כל קבוצת מבוטחים את הקופה שלה בנפרד מעלה כי ראשונות מדורגות "קופת חולים לאומית" עם ממוצע של 3.255 (סטיית תקן: 0.836) ו"מכבי שירותי בריאות" עם ממוצע של 3.248 (סטיית תקן: 1.019) המקבלות את ההערכות הגבוהות ביותר. אחריהן, "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע של 3.155 (סטיית התקן: 1.036), ו"מאוחדת" עם ממוצע של 3.113 (סטיית תקן: 1.193).



שאלה נוספת עליה נשאלו המבוטחים נגעה למידת הסכמתם עם הטענה כי קופת החולים יוזמת רעיונות וחידושים המשפרים את חיי המבוטחים (1 = כלל לא מסכים, 5 = מסכים מאוד). ממוצע היוזמה והחדשנות, עמד על 2.975 (סטיית תקן: 1.058). בין הקופות, מדורגות כאן "מכבי" עם ממוצע של 3.161 (סטיית תקן: 1.049), "קופת חולים מאוחדת" עם ממוצע של 3 (סטיית התקן: 1.092), "כללית" עם ממוצע של 2.917 (סטיית תקן: 1.084) ו"לאומית" עם ממוצע של 2.87 (סטיית התקן: 0.771).

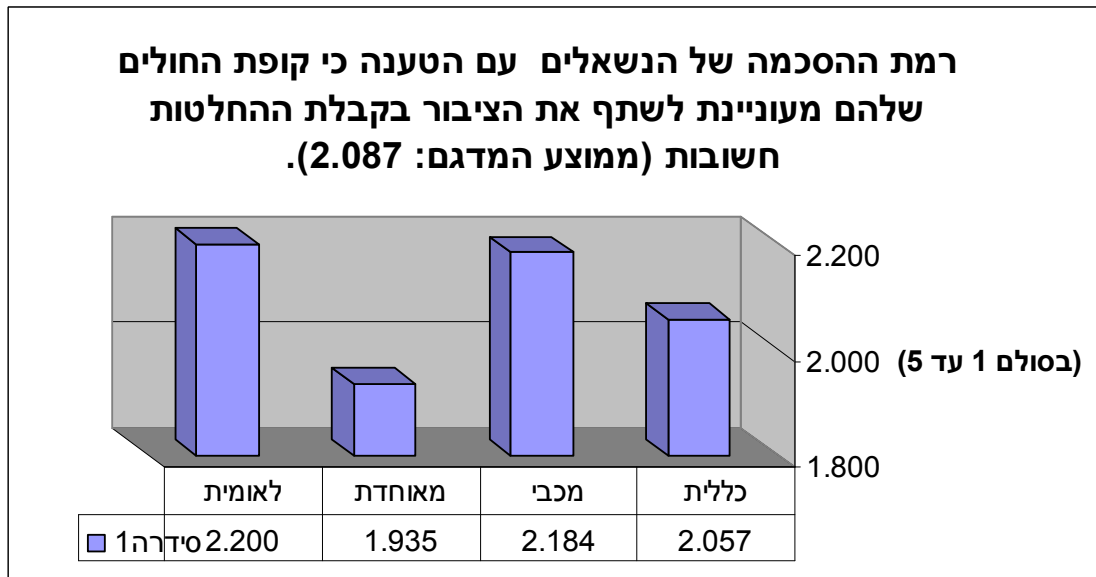


שאלה נוספת עליה נשאלו המבוטחים נגעה למידת הסכמתם עם המשפט כי קופת החולים שלהם שוויונית במתן השירותים (1 = כלל לא מסכים, 5 = מסכים מאוד). כאן, עמד ממוצע המדגם הכללי על ממוצע של 3.255 (סטיית תקן: 1.284). בין הקופות, מדורגת "לאומית" עם ממוצע של 3.444 (סטיית תקן: 1.286). אחריה, "קופת חולים מאוחדת" עם ממוצע 3.262 (סטיית התקן: 1.342), "כללית" עם ממוצע 3.258 (סטיית תקן: 1.27) ו"מכבי" עם ממוצע של 3.154 (סטיית התקן: 1.286).



עוד נבדקה מידת הסכמתם של הנשאלים לטענה כי קופת החולים שלהם מעוניינת לשתף את הציבור בהחלטות חשובות (1 = כלל לא מסכים, 5 = מסכים מאוד). כאן כפי שממחיש זאת התרשים הבא, נמצא במדגם הראשי ממוצע של 2.087 (סטיית התקן: 1.163). בהשוואה בין הקופות, דורגה "לאומית" עם ממוצע של

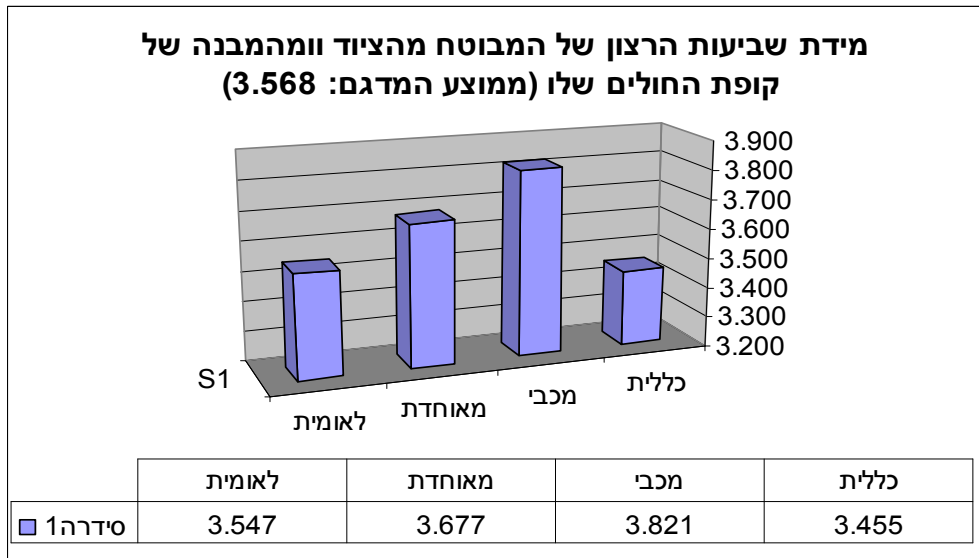
2.2 (סטיית התקן: 1.182), "מכבי" ממוצע של 2.184 (סטיית התקן: 1.115), "כללית" ממוצע של 2.057 (סטיית התקן: 1.175) ו"מאוחדת" ממוצע של 1.935 (סטיית התקן: 1.134).



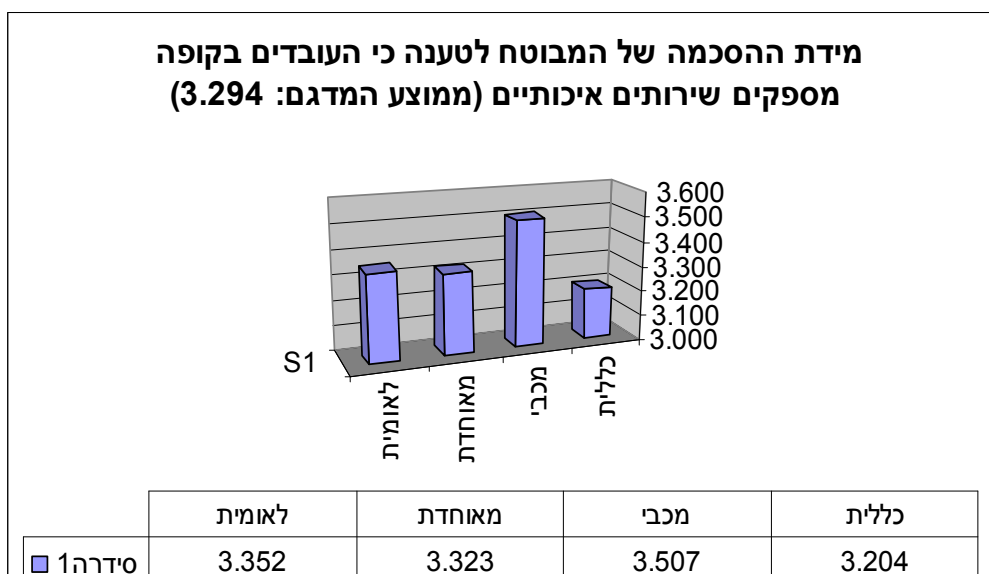
ניתן לסכם, כי בסופו של דבר לא נמצאה למעשה שונות גבוהה בין הקופות בכל הקשור למשתני המחקר העיקריים והמורכבים. המגמה העולה מתוך ניתוח זה היא כי בסופו של דבר אין הבדלים משמעותיים בין תפיסותיהם של מבוטחי הקופות השונות ובסה"כ מידת האמון, שביעות הרצון, ההשתתפות, הערכת הביצועים ושאר משתני המורכבים של מחקר זה די דומים בכל הקופות. מבחני F אשר נערכו לנתוני המדגם אוששו הנחה זו. כלומר, ניתן לדחות את השערת האפס ולטעון כי אין הבדל משמעותי בין הקופות.

עם זאת, מבחנים שנעשו ברמת המשתנים הפשוטים יותר כן מלמדים על היתכנות של שונות מסוימת בין הקופות. הפילוח לפי שאלות הראה כי ישנם מספר מקומות שניתן להצביע באופן מובהק על הבדלים בין הקופות, לפי הפירוט הבא: משתנה הערכת הביצועים הראה הבדלים משמעותיים ברגע שפירקנו אותו לאלמנטים שונים. באשכול זה, שאלה 3 (העובדים מספקים שירות איכותי), שאלה 5 (קופת החולים שלי משתמשת בטכנולוגיה מתקדמת) ושאלה 6 (קופת החולים שלי יעילה) ניתן לדחות את השערות האפס וניתן לקבוע כי ישנם הבדלים בנושא זה בין הקופות. גם בנוגע למידת ההסכמה של המבוטחים לטענה כי קופת החולים שלהם מקפחת אותם יותר מאחרים לא ניתן היה לדחות את השערת האפס. היינו, אכן קיימת שונות בין הקופות בנושא זה. משתנה נוסף, אשר הצביע אף הוא על הבדלים בין הקופות, נגע למידת ההסכמה של המבוטחים עם המשפט כי לדעתם ניתנת בידם האפשרות לפנות לעובדי ומנהלי הקופה בכל זמן. אך כאן לא ניתן לדחות את השערת האפס וניתן לקבוע שבמשתנה זה ישנה שונות בין ארבעת הקופות. מגמה דומה עלתה משביעות הרצון של המבוטחים מהציוד והמבנים של קופת החולים שלהם. אף כאן נמצא כי קיימת שונות בין ארבעת הקופות בנושא זה. הבה נפרט ונציג את הממצאים לגבי משתנים פשוטים אלו.

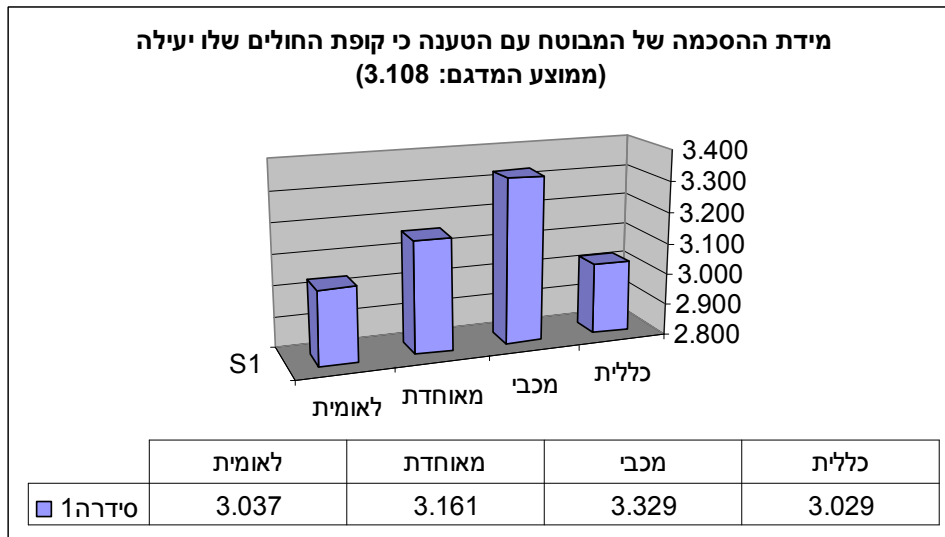
בבחינת שביעות הרצון מרמת הציוד והמבנה של קופות החולים (בסולם 1 עד 5), נמצא במדגם הכללי ממוצע של 3.568 (סטיית תקן: 1.038). כפי שניתן להתרשם בתרשים המופיע מטה, בקטגוריה זו "מכבי שירותי בריאות" מדורגת עם ממוצע של 3.821 (סטיית תקן: 0.966). אחריה, "מאוחדת" עם ממוצע של 3.677 (סטיית התקן: 1.089), "לאומית" לממוצע של 3.547 (סטיית תקן: 0.982) ו"כללית" עם ממוצע 3.455 (סטיית התקן: 1.042).



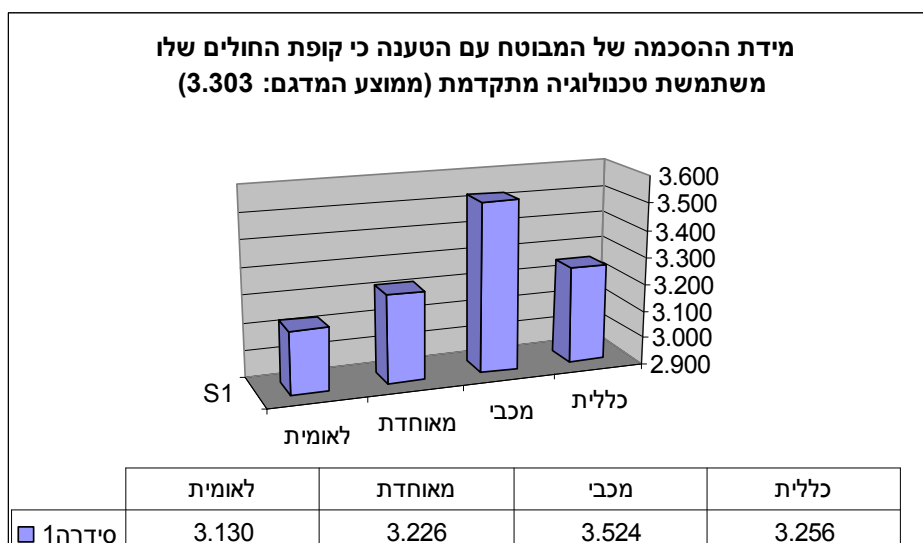
בבחינת הסכמתם של המבוטחים לטענה כי העובדים בקופת החולים שלהם מספקים שירותים איכותיים נמצא במדגם הכללי (סולם 1 עד 5) ממוצע של 3.294 (סטיית תקן: 1.057). כפי ממוחש בתרשים המופיע מטה, גם בקטגוריה זו "מכבי שירותי בריאות" מדורגת עם ממוצע העומד על 3.507 (סטיית תקן: 0.987). אחריה, "לאומית" עם ממוצע של 3.352 (סטיית התקן: 0.82), "מאוחדת" עם ממוצע של 3.323 (סטיית תקן: 1.074) ו"כללית" עם ממוצע 3.204 (סטיית התקן: 1.096).



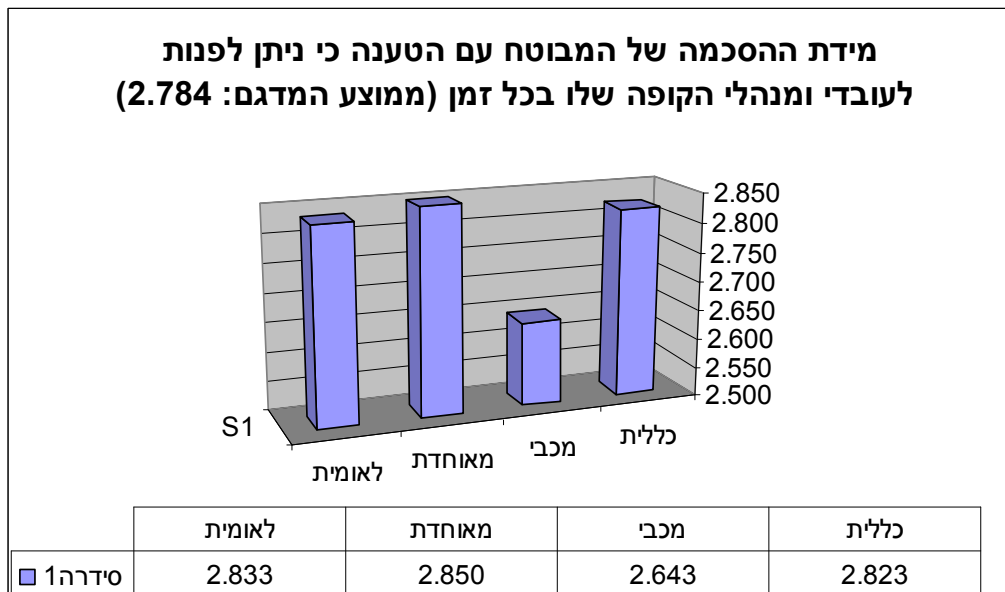
בבחינת הסכמתם של המבוטחים לטענה כי קופת החולים שלהם יעילה נמצא במדגם הכללי (סולם 1 עד 5) ממוצע של 3.108 (סטיית תקן: 1.02). כפי ממוחש בתרשים המופיע מטה, "מכבי שירותי בריאות" מדורגת עם ממוצע העומד על 3.329 (סטיית תקן: 0.981). אחריה, מדורגות "מאוחדת" עם ממוצע של 3.161 (סטיית התקן: 1.139), "לאומית" עם ממוצע של 3.037 (סטיית תקן: 0.769) ולבסוף "כללית" עם ממוצע של 3.029 (סטיית התקן: 1.035).



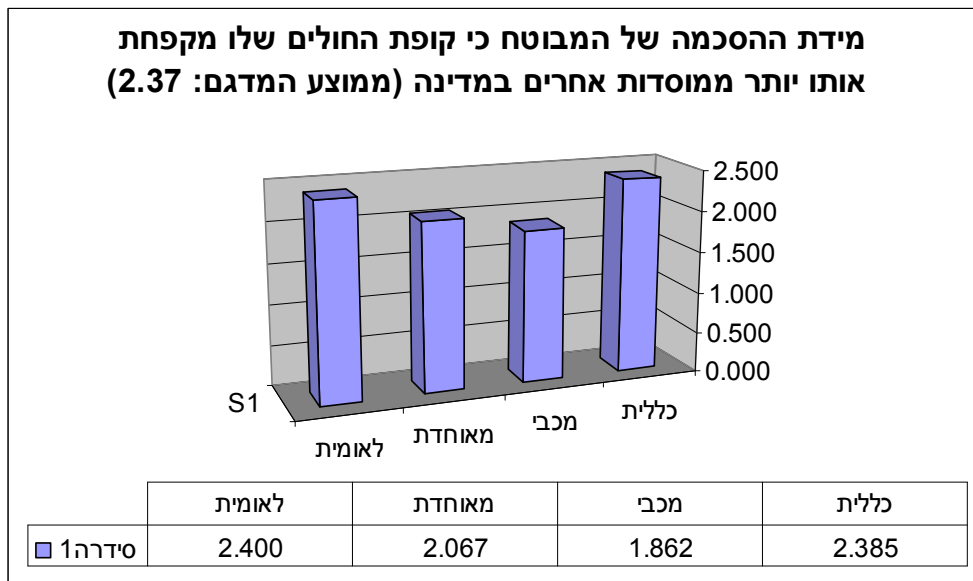
בבחינת משתנה שימוש של קופות החולים בטכנולוגיה מתקדמת (בסולם 1 עד 5), נמצא במדגם הכללי ממוצע של 3.303 (סטיית תקן: 1.014). כפי שניתן להתרשם בתרשים המופיע מטה, בקטגוריה זו "מכבי שירותי בריאות" מדורגת כאן עם ממוצע העומד על 3.524 (סטיית תקן: 0.966). אחריה, "כללית" עם ממוצע של 3.256 (סטיית התקן: 1.02), "מאוחדת" עם ממוצע של 3.226 (סטיית תקן: 0.113) ו"לאומית" עם ממוצע של 3.130 (סטיית התקן: 1.014).



בבחינת הסכמתם של המבוטחים לטענה כי ניתן לפנות לעובדי ומנהלי הקופה שלהם בכל זמן נמצא במדגם הכללי (סולם 1 עד 5) ממוצע לא גבוה יחסית של 2.784 (סטיית תקן: 1.256). כפי שניתן לראות בתרשים מטה, בקטגוריה זו "קופת חולים מאוחדת" מדורגת עם ממוצע העומד על 2.850 (סטיית תקן: 1.222). אחריה, "לאומית" עם ממוצע של 2.833 (סטיית התקן: 1.101), "כללית" עם ממוצע של 2.823 (סטיית תקן: 1.277) ולבסוף "מכבי" עם ממוצע של 2.643 (סטיית התקן: 1.254).



שאלה אחרונה אשר במבחנים סטטיסטיים נמצא כי קיימת בה שונות בין קופות החולים הייתה תחושתם של מבוטחים כי קופת החולים שלהם מקפחת אותם יותר ממוסדות אחרים במדינה בקופה (בסולם 1 עד 5, כאשר: 5 = מסכים מאוד, 1 = כלל לא מסכים). יצוין, כי על שאלה זו נתבקשו לענות רק נשאלים אשר בשאלה שלפניה הסכימו או הסכימו מאוד כי קופת החולים שלהם מקפחת אנשים כמוהם ביחס לאנשים אחרים במדינה. כאן, עמד ממוצע המדגם הכללי על 2.237 (סטיית תקן: 1.322). בין הקופות, נמצא כי אצל "מכבי שירותי בריאות" עומד הממוצע הנמוך ביותר (היינו, נתפסת כקופה שהכי פחות מקפחת למול מוסדות אחרים) על 1.862 (סטיית התקן: 1.288). ואחריה בסדר עולה: "מאוחדת" עם ממוצע של 2.067 (סטיית התקן: 1.093), "שירותי בריאות כללית" עם ממוצע 2.385 (סטיית התקן: 1.342) ולבסוף, "קופת חולים לאומית" עם ממוצע של 2.4 (סטיית תקן: 1.319).



מתאמים בין המשתנים⁴

בקרב הנשאלים נמצא קשר בינוני ($N=645, 0.489$) בין משתנה מידת השיתוף בקבלת החלטות למשתנה האמון, ואילו בין משתנה שביעות הרצון למשתנה האמון נמצא קשר חזק ($N=645, 0.718$). הקשר בין משתנה נגישות וקשר ומשתנה האמון נמצא כקשר בינוני יחסית ($N=644, 0.396$). קשר חזק מאוד יחסית נמצא גם בין הערכת ביצועי מוסדות הבריאות לאמון המבוטחים בהם ($N=649, 0.734$). הקשר בין משתנה השוויוניות לבין משתנה האמון נמצא אף הוא כבינוני ($N=642, 0.407$). מבין כלל המשתנים המורכבים של מחקר זה, לא התגלה קשר בין אוטונומיה בקבלת ההחלטות ובין משתני התוצאה. כלומר, נראה כי לא קיים קשר כלשהו בין התפיסות של המבוטחים בכל הקשור לרמת וסוג האוטונומיה של המוסד מספק השירותים, לבין מידת האמון שהם רוחשים לו.

מחקר זה מצא אף קשרים נוספים בין שאר המשתנים המורכבים. כך למשל, נמצא קשר בינוני בין השתתפות המבוטח בתהליכי קבלת החלטות לשביעות רצונו משירותי הבריאות ($N=650, 0.534$). כן נמצא קשר בינוני בין נגישות וקשר עם הציבור לבין משתנה ההשתתפות ($N=649, 0.412$). המחקר מצא קשר בינוני בין משתנה ההשתתפות לבין משתנה הערכת הביצועים ($N=646, 0.552$). קשר חלש יחסית, נמצא בין משתנה ההשתתפות לבין משתנה השוויוניות של המוסד מספק שירותי הבריאות. כך גם נמצא כי קיים קשר בינוני-חלש בין משתנה שביעות הרצון ומשתנה השוויוניות ($N=642, 0.373$). בין משתנה השוויוניות למשתנה הערכת איכות הניהול נמצא גם כן קשר בינוני – חלש יחסית בעל ($N=645, 0.349$). בין משתנה שביעות הרצון ונגישות וקשר עם הציבור נמצא קשר בינוני – חלש יחסית ($N=649, 0.312$). כך גם נמצא בין שביעות הרצון לבין האוטונומיה בקבלת ההחלטות קשר חלש יחסית ($N=645, 0.128$). בין שביעות הרצון להערכת ביצועי המוסד מספק השירותים נמצא קשר חזק ($N=646, 0.758$). כך גם, נמצא קשר בינוני – חלש בין משתנה

⁴ ראה טבלת "קורלציות בין משתני המחקר" בנספח מספר 2.

נגישות וקשר עם הציבור לבין משתנה הערכת הביצועים ($N=645$, 0.368) וקשר חלש בין משתנה נגישות וקשר לבין משתנה השווינויות ($N=641$, 0.150).

רגרסיות ושונות מוסברת

במודל מחקר זה שימש אמון כמשתנה מוסבר (X) אשר מושפע ממספר משתנים בלתי תלויים (Y , Z ,...), כמפורט במודל המחקר. כחלק מהניסיון לאושש את מודל המחקר, נבחנו מספר רגרסיות על מנת לנתח את השונות המוסברת ולבחון עד כמה מסבירים משתנים אלו את מידת האמון של מבוטחי הקופות. מתוך הניתוח הסטטיסטי עולה כי השונות המוסברת של המודל (R Square) עומדת על 62.8% . היחס בין השונות המוסברת לשונות שאינה מוסברת היה גבוה ($F = 175.635$) ומובהק באופן שדחה את השערת האפס. היינו, התוצאות שנתקבלו אינן מקריות ולא ניתן לדחות את כלל המודל. תקנון השונות המוסברת בהתאם למשתנים וגודל המדגם ($Adjusted R$ Square) מראה כי המשתנים הבלתי תלויים של המחקר מסבירים 62.5% מכלל המשתנה המוסבר, שונות מוסברת די גבוהה יחסית. בבחינת עוצמות הקשר של המשתנים הבלתי תלויים למשתנה האמון, נמצא כי משתנה "הערכת הביצועים" הנו בעל הקשר המשמעותי ביותר לאמון המבוטחים ($Beta=0.369$). אחריו, משתנה "שביעות הרצון" ($Beta = 0.346$), משתנה "שוויון" ($Beta=0.128$) ומשתנה "נגישות וקשר עם הציבור" ($Beta=0.117$). משתני ה"השתתפות" וה"אוטונומיה" לא נמצאו כמובהקים.⁵

כאשר ביצענו את הרגרסיה רק מול משתני "שביעות רצון", "השתתפות" ו"הערכת ביצועים" (ללא שוויון, נגישות וקשר עם הציבור ואוטונומיה), ירדה השונות המוסברת המתוקנת ($Adjusted R$ Square) ל- 60% . השונות המוסברת (R Square) עמדה על 60.2% . כאן, היחס בין השונות המוסברת לשונות שאינה מוסברת היה גבוה יותר ($F = 322.667$) ומובהק גם הוא, באופן שדחה את השערת האפס. היינו, ניתן להניח התוצאות שנתקבלו אינן מקריות ולא ניתן לדחות את הקשרים שמציע מודל המחקר. אף כאן, בבחינת עוצמות הקשר של המשתנים הבלתי תלויים למשתנה האמון, נמצא כי משתנה "הערכת הביצועים" הנו בעל הקשר המשמעותי ביותר לאמון המבוטחים ($Beta=0.429$). אחריו, משתנה "שביעות הרצון" ($Beta=0.358$). במקרה זה, משתנה ה"השתתפות" נמצא כמובהק, אולם ללא קשר משמעותי עם משתנה ה"אמון" ($Beta=0.063$).⁶

פילוחים לפי סקטורים ומגזרים שונים

כאמור, מחקר זה ניסה גם לפלח את אוכלוסיית המדגם על מנת ללמוד על הבדלים בהערכות מבוטחים שונים, תוך התמקדות בסקטור הערבי, בפריפריה ובאוכלוסייה המבוגרת. הסיבה שבחרנו בפילוח מסוג זה טמון בממצאי מחקרים לא מעטים שנעשו בתחום מדיניות שירותי הבריאות והצביעו על שוני באיכות שירותי הבריאות אצל מגזרים אלו, הנחשבים ל"חלשים יותר" (ניראל ורוזן, 2004; צ'רניחובסקי ואחרים, 2003; הלר, 2002; קופ,

⁵ ראה נספח מספר 4: "רגרסיה ושונות מוסברת – כלל משתני המחקר".

⁶ ראה נספח מספר 5: "רגרסיה ושונות מוסברת – שביעות רצון, השתתפות והערכת ביצועים".

2001; גרוס וברמלי – גרינברג, 2001; שמואלי וגרוס, 2001; שובל ואנסון, 2000; סבירסקי, 1999; Anson, (1988). להלן הממצאים שעלו במחקר.

מגזר ערבי

קבוצת ה"מגזר ערבי" כללה בנייר מחקר זה את כל משיבי המדגם אשר הצהירו על עצמם כ"ערבי" או "פלסטיני" וכן את כל מי שהגדירו עצמם כ"ישראלי" או "אחר" ובמקביל הצהירו על דתם כ"מוסלמי" או "דרוזי". בחינה של ממוצעי המגזר הערבי למול האחרים (להלן: "המגזר היהודי"), מראה כי ישנן קטגוריות אשר זכו אצל המגזר הערבי בממוצע גבוה יותר מזה היהודי לצד קטגוריות שזכו אצלו לממוצעים נמוכים יותר בהשוואה לזה היהודי. המשתנים שממוצעייהם נמצאו כגבוהים יותר אצל קבוצת המגזר הערבי היו: אמון (3.28, סטיית תקן: 0.914 בהשוואה ל- 3.136, סטיית תקן: 0.863 אצל המגזר היהודי), הערכת ביצועים (3.328, סטיית תקן: 0.827 במגזר הערבי השוואה ל- 3.184, סטיית תקן: 0.768 אצל המגזר היהודי), אוטונומיה (3.458, סטיית תקן: 1.174 בהשוואה ל- 3.43, סטיית תקן: 1.248 במגזר היהודי), שיתוף בתהליכי קבלת החלטות (2.69, סטיית תקן: 0.842 בהשוואה ל- 2.476, סטיית תקן: 0.714 במגזר היהודי) ונגישות וקשר עם הציבור (2.968, סטיית תקן: 0.720 בהשוואה ל- 2.707, סטיית תקן: 0.905 במגזר היהודי). לעומת משתנים אלו, נמצא כי הנשאלים מהמגזר הערבי הציגו הערכות נמוכות יותר בהשוואה לנשאלים מהמגזר היהודי במשתנה שביעות הרצון (3.318, סטיית תקן: 0.790 אצל המגזר הערבי בהשוואה ל- 3.348, סטיית תקן: 0.790 אצל המגזר היהודי) ומשתנה השוויון (3.188, סטיית תקן: 0.756 בהשוואה ל- 3.396, סטיית תקן: 0.790 אצל המגזר היהודי).⁷

מבחינת T אשר התבצעו בין שתי הקבוצות מלמדים כי למרות השוני בהערכות, אשר פורט לעיל, אין בהכרח הבדלים בין המגזר הערבי למגזר היהודי באוכלוסייה אצל כלל משתני המחקר. שלושת המשתנים היחידים אשר נמצאו על פי המבחנים הסטטיסטיים ככאלה שאכן ניתן לומר שיש הבדלים בין המגזר היהודי למגזר הערבי היו "השתתפות" (מובהקות T בהנחה שהקבוצות שוות עמדה על 0.019), "נגישות וקשר" (מובהקות T בהנחה שהקבוצות שוות עמדה על 0.018) ו"שוויוניות" (מובהקות T בהנחה שהקבוצות שוות עמדה על 0.036). מלבד שלושת אלו, בשל רמת המובהקות הנמוכה ($\text{Sig} > 0.05$), בכל שאר המשתנים לא ניתן היה בידינו לדחות את השערת האפס. היינו, ברמת מובהקות של 0.05 ניתן לקבוע כי אין למעשה הבדל משמעותי בשאר המשתנים של המודל המוצע בין שני המגזרים במדגם זה.

פריפריה

קבוצת ה"פריפריה" בנייר מחקר זה כוללת את כל מי שאינם נמצאים בתחום הגס של גוש דן, תל אביב וירושלים. בחינת הממוצעים של שתי הקבוצות מראה כי דווקא משיבי המדגם שהצהירו כי הם גרים בפריפריה העריכו את המוסדות מספקי שירותי הבריאות יותר מאשר תושבי המרכז (מלבד משתנה ה"אוטונומיה"). כך, אמון תושבי המרכז נמוך יותר בהשוואה לתושבי הפריפריה (3.085, סטיית תקן: 0.811 בהשוואה ל- 3.26, סטיית תקן: 0.896 בפריפריה), הערכתם את ביצועי מוסדות שירותי הבריאות נמוכה יותר (3.1, סטיית תקן: 0.761 בהשוואה ל- 3.295, סטיית תקן: 0.801), הערכתם את המוסדות המספקים שירותי בריאות כשוויוניים

⁷ ראה נספח מספר 6: "ממוצעים ומבחן T – מגזר ערבי בהשוואה ליהודי".

נמצאה כנמוכה יותר (3.358, סטיית תקן: 0.728 בהשוואה ל- 3.438, סטיית תקן: 0.834) והערכתם את שיתופם בתהליכי קבלת ההחלטות של מדיניות שירותי הבריאות נמוכה יותר מהערכתם של תושבי הפריפריה אשר השתתפו במדגם (2.419, סטיית תקן: 0.688 בהשוואה ל- 2.593, סטיית תקן: 0.746 בפריפריה).⁸ מבחינת T שנערכו בין שתי הקבוצות (פריפריה ומרכז), העלו כי ניתן להצביע על שונות מובהקת בין שתי הקבוצות ביחס ל"השתתפות" (רמת המובהקות של T שווה ל- 0.005 בהנחה שהקבוצות שוות), "נגישות וקשר" (רמת המובהקות של T שווה ל- 0 בהנחה שהקבוצות שוות), "הערכת ביצועים" (רמת המובהקות של T שווה ל- 0.004 בהנחה שהקבוצות שוות) ו"אמון" (רמת המובהקות של T שווה ל- 0.017 בהנחה שהקבוצות שוות). אולם, הואיל והמובהקות בבחינה הסטטיסטית בשאר המשתנים נמצאה כלא גבוהה ($\text{Sig} > 0.05$), הרי שלמעשה בכל שאר משתני המחקר לא ניתן היה בידינו לדחות את השערת האפס. ברמת מובהקות 0.05 ניתן לקבוע איפוא כי אין למעשה הבדל משמעותי בין הערכות תושבי המרכז לתושבי הפריפריה בשאר משתני מודל תיאורטי זה.

מבוגרים

"מבוגרים" בנייר זה הוגדרו כמבוטחים מגיל 55 ומעלה. ניתוח סטטיסטי של תוצאות קבוצה זו, בהשוואה לשאר המדגם, מראה כי בכל הקטגוריות מלבד "קשר ונגישות" ו"אוטונומיה", מעניקים המבוגרים ציונים נמוכים יותר למוסדות המספקים להם שירותי בריאות. כך למשל, אמון המבוגרים במוסדות נמוך יותר בהשוואה לשאר המדגם (3.069, סטיית תקן: 0.865 בהשוואה ל- 3.187, סטיית תקן: 0.844), הערכתם את ביצועי מוסדות שירותי הבריאות נמוכה יותר (3.116, סטיית תקן: 0.802 בהשוואה ל- 3.204, סטיית תקן: 0.760), הערכתם את המוסדות המספקים שירותי בריאות כשווינויים נמצאה כנמוכה יותר (3.242, סטיית תקן: 0.88 בהשוואה ל- 3.421, סטיית תקן: 0.768) והערכתם את שיתופם בתהליכי קבלת ההחלטות של מדיניות שירותי הבריאות נמוכה יותר מהערכתם של הצעירים מהם אשר השתתפו במדגם (2.327, סטיית תקן: 0.639 בהשוואה ל- 2.516, סטיית תקן: 0.731).

גם כאן, בוצע מבחן T בין שתי הקבוצות (גדולים או שווים ל- 55 והשאר). המבחן מצא כי אין בהכרח הבדלים מובהקים בין צעירים למבוגרים בכל המשתנים - מלבד ב"השתתפות" ו"שוויון" (במשתנה "השתתפות" מובהקות T בהנחה שהקבוצות שוות עמדה על 0.023 ובמשתנה "שוויון" עמדה המובהקות של T על 0.046 על פי ההנחה כי הקבוצות שוות).⁹ כאמור, בכל שאר משתני המחקר לא ניתן היה בידינו לדחות את השערת האפס. ברמת מובהקות 0.05 ניתן לקבוע כי אין למעשה הבדל משמעותי בשאר המשתנים של המודל המוצע בין המבוגרים לצעירים במדגם זה.

⁸ ראה נספח מספר 7: "מוצעים ומבחן T – פריפריה מול מרכז".

⁹ ראה נספח מספר 8: "מוצעים ומבחן T – מבוגרים בהשוואה לשאר המדגם".

ניתוח תוכן איכותני של עמדות ותפיסות כלפי מערכת הבריאות כפי שעלו במדגם

במחקר זה ניסינו אף לבצע ניתוח תוכן איכותני, דרך ניתוח הטקסט אשר הוסיפו הנשאלים בשאלות הפתוחות של השאלון. ניתוח טקסטואלי מעין זה יכול להיות מאתגר, בעיקר בשל הנפח הקטן יחסית של טקסט אשר כתבו הנשאלים ואשר יש לנתח. עדין, הן מכיוון שאפשרות זו פתחה בפנינו הזדמנות לגלות נקודות חשובות אשר לא התייחסו אליהם בשאלות הסגורות והן בשל רמת העומק של שילוב ניתוח איכותני עם ניתוח כמותני מעין זה שעשינו (כמשלים ומתקף אותו). בדומה לסקירת הממוצעים ואחוזי סטיית התקן אשר הבאנו לעיל, גם הטקסט אשר כתבו הנשאלים בשאלון משקף הטרוגניות די גדולה של המבוטחים לגבי שירותי הבריאות. כך למשל, נעות התפיסות אשר מעניקים המבוטחים לשירותי הבריאות מהדעה כי: "שירותי הבריאות בארץ הם מהמתקדמים בעולם עם מיטב הרופאים" (נשאל מספר 241 במדגם) או: "איכותיים, ברמה גבוהה מאוד" (נשאל מספר 167 במדגם) ועד ל: "רע מאוד" (נשאל מספר 645 במדגם) או: "גרועים מאוד" (נשאל מספר 218 במדגם). אולם בין אלו, רבים מאוד תופסים את שירותי הבריאות בארץ היכן שהוא בין שני קטבים אלו. כך למשל התבטאו מבוטחים כי: "באופן כללי שירותי הבריאות ברמה סבירה" (נשאל מספר 131 במדגם), "סבירים" (נשאל מספר 119 במדגם), "סבירים אך ניתן לשפרם למען החלשים והנזקקים" (נשאל מספר 1 במדגם), "רמה סבירה אך טעונה שיפור" (נשאל מספר 495 במדגם), "על הפנים אין תחרות וכולם מיישרים קו" (נשאל מספר 321 במדגם), "נתונים לשיפור רב" (נשאל מספר 118 במדגם), "רמה בנונית ויכולה להשתפר" (נשאל מספר 105 במדגם), "באופן כללי טוב מאוד, אין דבר מושלם יכולה להשתפר" (נשאל מספר 49 במדגם), "ניתנים לשיפור וייעול" (נשאל מספר 126 במדגם), "לא משביע רצון" (נשאל מספר 139 במדגם), "בסדר אך טעון שיפור" (נשאל מספר 106 במדגם), "צריך שיפור" (נשאל מספר 107 במדגם).

השוואה למקומות אחרים בעולם היא דבר שדי חזר על עצמו בטקסטים אשר הוסיפו הנשאלים. נקודה מעניינת זו מלמדת כי ציבור המבוטחים אינו משווה את שירותי הבריאות שהוא מקבל רק לקופות אחרות בארץ, אלא אף למערכות שירותי בריאות בחו"ל. ניתוח של התבטאויות בהקשר זה מגלה אף כאן הטרוגניות ושונות בדעות הציבור. כך למשל, היו שסברו כי שירות בארץ הוא: "די טוב לעומת מדינות אחרות" (נשאל מספר 204 במדגם), או: "די מתקדמים ביחס לעולם מאז חוק הבריאות פחות יעילים" (נשאל מספר 79 במדגם), או: "מתקדמים מהעולם זולים יחסית" (נשאל מספר 386 במדגם), או: "סבירים יחסית למקומות אחרים בעולם זולים יחסית" (נשאל מספר 530 במדגם) ועד לדעות כי: "לעומת המצב בחו"ל מצבנו לא טוב במיוחד לדעת צריך להרחיב את שירותי הבריאות" (נשאל מספר 101 במדגם) ואו כי: "יש הרבה מה ללמוד מארה"ב וקנדה" (נשאל מספר 191 במדגם).

רבים מהנשאלים הצביעו על סוגיות ספציפיות בהן הם אינם מרוצים משירותי הבריאות. כאן, מרבית הביקורת הופנתה כלפי ההתנהלות הביורוקרטית של המוסדות ספקי שירותי הבריאות. כך למשל ציינו מבוטחים כי: "יש הרבה לשפר בנושא מנהלה" (נשאל מספר 113 במדגם), כי שירותי הבריאות: "לא מספיק טובים יותר מדי בירוקרטיה" (נשאל מספר 605 במדגם), כי ישנה: "רמה רפואית מעולה, רמה בירוקרטית גרועה" (נשאל מספר 583 במדגם), כי הוא: "לא מרוצה כי יש בירוקרטיה ושיקולים אחרים" (נשאל מספר 77 במדגם), או כי: "בד"כ השירות במוסדות ציבור אינו אדיב במיוחד" (נשאל מספר 346 במדגם). כך עוד התייחסו מבוטחים גם לסוגיות נוספות כגון הטענה כי השירות: "באופן כללי טוב, יש לשפר שירותי לילה" (נשאל מספר 112 במדגם), "ברמת שירותי הבריאות טובה רע ברמת ביטוח" (נשאל מספר 104 במדגם), "יש צורך שקופת החולים תרחיב

את אפשרות הבחירה של רופאים מומחים, ושתהיה גישה לרופאים שהם פרופסורים" (נשאל מספר 552 במדגם). נשאל נוסף חידש כי: "לא שאלתם בכלל על בתי מרקחת שרות חשוב שזמני ההמתנה בעייתיים" (נשאל מספר 563 במדגם). חלקם של המבוטחים אף קישר את מדיניות שירותי הבריאות לסוגיות נרחבות יותר במנהל הציבורי בישראל. כך למשל עלו הטיעונים כי: "הבעיות במדינה מתחילות ונגמרות בחוסר תפקוד של משרדי ממשלה דוגמא אישית גרועה של מנהיגים" (נשאל מספר 586 במדגם), או כי: "דרוש שיפור וחקיקה מסודרת" (נשאל מספר 83 במדגם), כי: "שרותי הבריאות אינם תקינים, הזוטרים מבצעים את העבודה ואילו הבכירים לא" (נשאל מספר 452 במדגם), כי: "יש עוד הרבה עבודה עד לקבלת שירות טוב, אך הדבר קשור יותר בתקציבים ממשלתיים מאשר לקופות החולים, יחסית לתקציב ההתנהלות תקינה" (נשאל מספר 405 במדגם).

נקודה מעניינת העולה בניתוח האיכותי היא ההתייחסות (ברמות שונות של דיוק או הבנה) של המבוטחים לשירותים הניתנים להם כחלק מתהליך נרחב הקשור למגמת הפרטה ונסיגת מדינת הרווחה. כך למשל, עלו טענות כי שירות הניתן במוסדות הבריאות הוא: "מאוד בעייתי במיוחד מהלך ההפרטה הסמוי והגלוי שגורמת לאפליה וחוסר שקיפות משמעותי" (נשאל מספר 274 במדגם), כי שירותי הבריאות: "נהפכו לשירותים פרטיים, מי שיכול ויש לו כסף מקבל שרות טוב יותר ואיכותי" (נשאל מספר 63 במדגם), כי ה: "שרות בסיסי בסדר אך מעבר לזה השירות הופך להיות פרטי" (נשאל מספר 622 במדגם), כי: "המצב במדינה בריאות לעשירים" (נשאל מספר 111 במדגם), כי השירות "בכיוון רע מאוד של הפרטה וחוסר שוויון המרחיף" (נשאל מספר 407 במדגם), כי: "דוחפים להפרטה למרות שניתן לשפר שירות גם ללא הפרטה" (נשאל מספר 410 במדגם), כי: "עדיין קיימת הפרדה אדם שיש באפשרותו לממן באופן חודשי סכום כסף לקופת החולים מקבל שרות טוב יותר מאדם ממוצע" (נשאל מספר 257 במדגם) וכי: "ישנה הפרטה של שרותי הבריאות, מצפים מהממשלה שתסבסד יותר את שרותי הבריאות" (נשאל מספר 409 במדגם). כך גם נטען כי: "אם אין לך כסף פרטי למימון זו בעיה 60% מאוכלוסיית הבוגרים והקטינים אינם יכולים לשלם לרופא שניים" (נשאל מספר 563 במדגם), או כי שירותי הבריאות: "מתחת לכל ביקורת במיוחד ליותר מבוגרים" (נשאל מספר 484 במדגם). גם מבוטחים שהעריכו את שירותי הבריאות כטובים בסה"כ, טוענים כי הם אומנם: "טובים באופן כללי אבל יש הרבה מה לשפר בשנים האחרונות חלה הידרדרות במצב ולא נראה שהמגמה הולכת להשתנות" (נשאל מספר 208 במדגם), או כי הם: "אינם מספקים פתרונות הכלולים בביטוח בריאות ודורשות השקעה מטילים עול כלכלי על המבוטחים מלבד עלות בסיס" (נשאל מספר 617 במדגם).

סיכום

באופן כללי, נמצא כי הערכת הביצועים של המוסדות מספקי שירותי הבריאות, כמו גם שביעות הרצון מהם אינה נמוכה, אך גם אינה גבוהה מאוד בערכים מוחלטים. כך גם עולה, כי בעיני המבוטחים רמת השיתוף שלהם בתהליכי קבלת ההחלטות הינה נמוכה מאוד. אמון המבוטחים במוסדות מספקי שירותי הבריאות נמצא נמוך אף הוא. האמון ברופאים אף הוא לא היה גבוה במיוחד, אם כי הם זכו למידת האמון הגבוהה ביותר יחסית למנהלי הקופות שבאו אחריהם, להנהלות הראשיות של הקופות שזכו לאמון לא גבוה ולמשרד הבריאות שזכה ברמת האמון הנמוכה ביותר. המבוטחים העריכו את רמת השוויוניות של הקופות כבינונית עד גבוהה, את הקשר והנגישות למוסדות הבריאות כנמוך יחסית והעריכו את מידת האוטונומיה של הקופות בהחלטות מדיניות כגבוהה יחסית.

פילוח לפי סקטורים ומבחנים סטטיסטיים שנערכו בין קבוצות: מגזר ערבי מול יהודי, פריפריה מול מרכז ומבוגרים מול צעירים הראו כי במספר קריטריונים קיימת שונות סטטיסטית בין הקבוצות השונות. כך למשל, בהשוואה למגזר היהודי, המגזר ערבי מאמין במוסדות הבריאות יותר, מעריך את הביצועים של מוסדות הבריאות כגבוהים יותר, מעריך את נגישותם כגבוהה יותר ומעריך את יכולת ההשתתפות שלו כגבוהה יותר. לעומת זאת, המגזר הערבי פחות שבע רצון מהשירותים הניתנים לו ומעריך פחות את מוסדות הבריאות כשוויוניים. נמצא כי מבוטחי הפריפריה מעריכים את המוסדות מספקי שירותי הבריאות בצורה גבוהה יותר מאשר תושבי המרכז במרבית הקריטריונים. פילוח לפי גיל מעלה כי המבוטחים המבוגרים יותר מעריכים ברמה נמוכה יותר את מוסדות הבריאות מאשר המבוטחים הצעירים במרבית הקטגוריות שפורטו במחקר. הפילוח לפי קופות הראה כי קיימים הבדלים מסוימים בין הקופות ומצביע על הערכות גבוהות יותר שמקבלת "מכבי שירותי בריאות" על פני האחרות במספר מסוים שלקטגוריות.

המבחנים הסטטיסטיים שנעשו על נתוני המדגם מספקים אישוש אמפירי למודל המחקר הבסיסי המוצע וכן למשתנים נוספים שהוצעו כאן. קשרים חזקים נמצאו בין אמון לשביעות רצון והערכת ביצועים. קשרים בינוניים נמצאו בין שיתוף, שוויוניות ונגישות וקשר עם הציבור לבין משתנה האמון. הניתוח הסטטיסטי מעלה כי התוצאות שנתקבלו אינן מקריות ולא ניתן לדחות את כלל המודל. השונות המוסברת של המודל ושל מרבית המשתנים העיקריים נמצאו כגבוהות. נמצא כי הערכת הביצועים הנה בעלת הקשר המשמעותי ביותר לאמון המבוטחים. אחריה, שביעות הרצון, שוויון ונגישות וקשר עם הציבור. השתתפות ואוטונומיה לא נמצאו כמובהקים במחקר זה.

המחקר נותן גם מושג ראשוני לגבי העדפותיהם של אזרחי ישראל בשאלות רחבות יותר הנוגעות להתנהלות מערכת הבריאות ולערכים המנחים אותה. העובדה שההערכות שמקבלים הדרגים הניהוליים והמערכות האדמיניסטרטיביות נמוכות בהשוואה להערכות שמקבלים הרופאים מלמדת על ההכרח המיידית לשפר מערכות אלו ובראש וראשונה לעגן את פעילות קופות החולים וניהולן בתקנון כפי שמתחייב מחוק בריאות ממלכתי. המחקר מלמד שמהלך מסוג זה יכול לשפר את תדמית הקופות בעיני הציבור ולחזק את האמון בהן – במיוחד אם הציבור עצמו ישולב בתהליך. מבחינה ערכית, השוויוניות של מערכת הבריאות אינה מוערכת כגבוהה וניתוח התוכן האיכותני, כמחקר גישוש, מלמד על חוסר שביעות רצון משינויים שנתפסים כמובילים להפרטה של שירותי הבריאות. מחקרי המשך ינסו לבחון לעומק את ההעדפות הערכיות של אזרחי ישראל ואת ציפיותיהם ממערכת בריאות מודרנית לנוכח מדינת הרווחה המשתנה.

ביבליוגרפיה

- Anson, J. (1998). "Mortality and Living Conditions: Relative Mortality Levels and Their Relations to Physical Quality of Life in Urban Populations", *Social Science and Medicine*, 27(9), 901 – 910.
- Anderson, C. (1995). *Blaming the Government: Citizens and the Economy in Five European Democracies*. ME Sharpe, Armonk.
- Barner, C., and Rosenwein, R. .E. (1985). *Psychological Perspectives on Politics*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bouckaert, G. S., Van de Walle, B. M. and Kampen J.K. (2002) *Identity vs. Performance: an Overview of Theories Explaining Trust in Government: Second Report*. Public Management Institute, Leuven.
- Bouckaert and Van de Walle. (2003) "Quality of Public Service Delivery and Trust in Government", in: *Governing Networks: EGPA Yearbook*, Ed. Ari Salminen. Amsterdam: IOS Press, pp. 299-318.
- Box, R.C. (1998). *Citizen Governance: Leading American Communities into the 21st Century*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Box. (1999). "Running Governments Like a Business: Implications for Public Administration Theory and Practice", *American Review of Public Administration* 29(1): 19-43.
- Borre, O. (2000). "Critical Issues and Political Alienation in Denmark", *Scandinavian Political Studies* 23: 285-309.
- Frederickson, G. H. (1982). "The Recovery of Civism in Public Administration." *Public Administration Review* 42(6): 501-509.
- Fredrickson. (1997). *The Spirit of Public Administration*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glaser, M. A. and Hildreth, B.W. (1999). "Service Delivery Satisfaction and Willingness to Pay Taxes," *Public Productivity and Management Review* 23: 48-67.
- King, C.S., Feltey, K.M., and Susel, B.O. (1998). "The question of participation: Toward authentic public participation in public administration", *Public Administration Review* 58: 317-326.
- King, C. M., and Stivers, C. (1998). *Government Is Us: Public Administration in an Anti-government Era*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rose, L. (1999). "Citizen (Re)Orientations in the Welfare State: From Private to Public Citizens?", in: *Citizenship and Welfare State Reform in Europe*, Ed. Jet Bussemaker. London: Routledge, pp. 131-148.
- Vigoda, E., (2002). "Administrative agents of democracy? A Structural Equation Modeling (SEM) of the relationship between public sector performance and citizenship involvement", *Journal of Public Administration Research and Theory* 12(2): 241-272.

Vigoda-Gadot, E., and Yuval, F. (2004). The state of bureaucracy: Public opinion about the performance of government agencies in Israel and the role of socioeconomic and demographic variables. *International Journal of Public Opinion Research*, 16, 1, 63-80.

Yankelovich, D. (1991). *Coming to Public Judgment: Making a Democracy Work in a Complex World*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

גרוס ר. וברמלי – גרינברג, ש. (2001). "ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות צרכנים", ביטחון סוציאלי, 61, עמודים 154 – 171.

גרוס, ר., ברמלי – גרינברג, ש. ומצליח, ר. (2007), דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים, ג'וינט – מכון ברוקדייל.

הלר, א. (2002). דוח ועדת החקירה הפרלמנטרית לנושא הפערים החברתיים בישראל בראשות חבר הכנסת רן כהן: דוח וסקירה על התפתחות הפערים החברתיים בישראל בעשרים השנים האחרונות, ירושלים, הכנסת, מרכז מחקר ומידע.

ויגודה-גדות, ע. ומזרחי, ש. (2006). ביצועי המגזר הציבורי בישראל: ניתוח עמדות אזרחים והערכת מצב לאומית, נייר עמדה מספר 6, המרכז לניהול ומדיניות ציבורית בשיתוף עם המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, אוניברסיטת בן גוריון.

מזרחי, ש., ויגודה-גדות, ע. וכהן, נ. (2007). ניהול הסקטור הציבורי ודמוקרטיה – השתתפות, הערכת ביצועים ואמון הציבור: ניתוח המקרה של הביטוח הלאומי בישראל, ירושלים, דו"ח מחקר שהוכן עבור המוסד לביטוח לאומי.

נירל, נ. ורוזן, ב. (2004). "מגמות בהעסקת רופאים בעידן של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי", ביטחון סוציאלי, 65, עמודים 55 – 83.

סבירסקי, ב. (1999). תקציב משרד הבריאות לשנת 1999, דוח מכון אדווה.

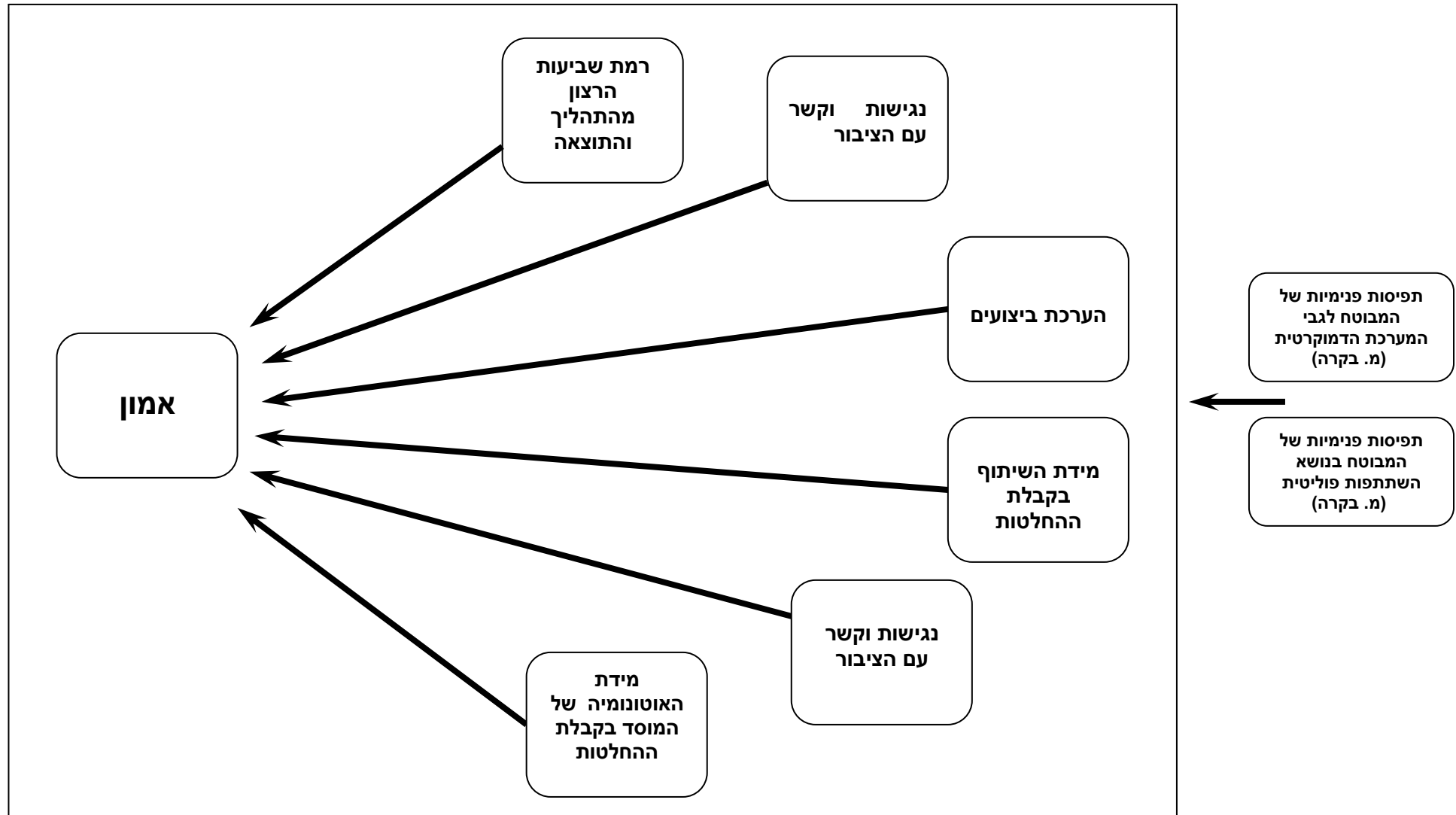
צ'רניחובסקי, ד. ואחרים (2003). שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות, ירושלים, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קופ, י. (2001). הקצאת משאבים לשירותים חברתיים – 2001, ירושלים, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

שובל, ח. ואנסון, י. (2000). העיקר הבריאות – מבנה חברתי ובריאות בישראל, ירושלים, האוניברסיטה העברית.

שמואלי, ע. וגרוס, ר. (2001). "אי – השוויון בבריאות הקשור בהכנסה בישראל של שנות ה-90", ביטחון סוציאלי, 59, עמודים 64 – 75.

נספח מספר 1: "תרשים המודל המורחב"



נספח מספר 2: "קורלציות בין משתני המחקר"

Correlations

equality	point view	of political participation	trust	evaluated management quality	autonomy	relation and accessibility	satisfaction	Participation		
.247(**)	.132(**)	-.062	.489(**)	.552(**)	.040	.412(**)	.534(**)	1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	participation
.000	.001	.116	.000	.000	.307	.000	.000	650		
642	643	643	645	646	645	649	650	650		
.373(**)	.054	-.034	.718(**)	.758(**)	.128(**)	.312(**)	1	.534(**)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	satisfaction
.000	.169	.385	.000	.000	.001	.000	.000	.000		
642	643	643	645	646	645	649	650	650		
.150(**)	.091(*)	-.012	.396(**)	.368(**)	.010	1	.312(**)	.412(**)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	relation and accessibility
.000	.022	.764	.000	.000	.791		.000	.000		
641	642	642	644	645	644	649	649	649		
.040	.023	.146(**)	.078(*)	.161(**)	1	.010	.128(**)	.040	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	autonomy
.318	.570	.000	.049	.000		.791	.001	.307		
637	638	638	640	641	645	644	645	645		
.349(**)	.094(*)	-.040	.734(**)	1	.161(**)	.368(**)	.758(**)	.552(**)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	evaluated management quality
.000	.016	.312	.000		.000	.000	.000	.000		
645	647	648	649	652	641	645	646	646		
.407(**)	.092(*)	-.035	1	.734(**)	.078(*)	.396(**)	.718(**)	.489(**)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	trust
.000	.019	.368		.000	.049	.000	.000	.000		
642	646	647	650	649	640	644	645	645		
-.051	.094(*)	1	-.035	-.040	.146(**)	-.012	-.034	-.062	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	political participation
.200	.016		.368	.312	.000	.764	.385	.116		
642	647	649	647	648	638	642	643	643		

.086(*)	1	.094(*)	.092(*)	.094(*)	.023	.091(*)	.054	.132(**)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	point of view
.029		.016	.019	.016	.570	.022	.169	.001		
642	649	647	646	647	638	642	643	643	N	
1	.086(*)	-.051	.407(**)	.349(**)	.040	.150(**)	.373(**)	.247(**)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	equality
	.029	.200	.000	.000	.318	.000	.000	.000		
648	642	642	642	645	637	641	642	642	N	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

נספח מספר 3: "דוח ממוצעים לפי קופות"

Report

equality	point of view	political participation	trust	evaluated management quality	autonomy	relation and accessibility	satisfaction	participation	sick fund
3.35	2.74	2.21	3.19	3.15	3.43	2.81	3.30	2.51	Mean כללית
388	387	388	389	390	387	390	390	390	N
.76	.67	.48	.86	.80	1.24	.90	.79	.74	Std. Deviation
3.38	2.72	2.32	3.09	3.18	3.31	2.69	3.39	2.41	Mean מאוחדת
61	62	62	62	62	61	61	62	62	N
.91	.61	.49	.95	.85	1.36	.85	.85	.78	Std. Deviation
3.33	2.67	2.20	3.07	3.34	3.47	2.61	3.41	2.49	Mean מכבי
143	143	142	142	143	140	141	141	141	N
.78	.65	.51	.88	.78	1.25	.86	.82	.71	Std. Deviation
3.53	2.85	2.12	3.18	3.13	3.45	2.70	3.35	2.56	Mean לאומית
54	55	55	55	55	55	55	55	55	N
.84	.78	.51	.76	.55	1.14	.84	.61	.63	Std. Deviation
3.37	2.74	2.21	3.15	3.20	3.43	2.75	3.34	2.50	Mean המדגם הכללי
646	647	647	648	650	643	647	648	648	N
.79	.67	.49	.87	.78	1.24	.88	.79	.73	Std. Deviation

נספח מספר 4: "רגרסיה ושונות מוסברת – כלל משתני המחקר"

Variables Entered/Removed (b)

Method	Variables Removed	Variables Entered	Model
Enter	.	equality, autonomy, relation and accessibility, participation, satisfaction, evaluated management quality(a)	1

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: trust

Model Summary

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.525	.625	.628	.793(a)	1

a Predictors: (Constant), equality, autonomy, relation and accessibility, participation, satisfaction, evaluated management quality

ANOVA (b)

Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model
.000(a)	175.635	48.367	6	290.201	Regression 1
		.275	624	171.839	Residual
			630	462.040	Total

a Predictors: (Constant), equality, autonomy, relation and accessibility, participation, satisfaction, evaluated management quality

b Dependent Variable: trust

Coefficients (a)

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
.087	-1.712		.128	-.220	(Constant) 1
.404	.835	.026	.036	.030	participation
.000	8.899	.346	.043	.379	satisfaction
.000	4.280	.117	.026	.112	relation and accessibility
.291	-1.056	-.026	.017	-.018	autonomy
.000	9.149	.369	.045	.409	evaluated management quality
.000	4.806	.128	.029	.141	equality

a Dependent Variable: trust

נספח מספר 5: "רגרסיה ושונות מוסברת – שביעות רצון, השתתפות והערכת ביצועים"

Regression

(b) Removed/Variables Entered

Method	Variables Removed	Variables Entered	Model
Enter	.	evaluated management quality, participation, satisfaction(a)	1

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: trust

Model Summary

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.545	.600	.602	.776(a)	1

a Predictors: (Constant), evaluated management quality, participation, satisfaction

ANOVA (b)

Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	Model
.000(a)	322.667	95.869	3	287.606	Regression 1
		.297	640	190.152	Residual
			643	477.758	Total

a Predictors: (Constant), evaluated management quality, participation, satisfaction

b Dependent Variable: trust

Coefficients (a)

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
.263	1.119		.102	.114	(Constant) 1
.038	2.079	.063	.036	.075	participation
.000	9.224	.358	.043	.397	satisfaction
.000	10.833	.429	.044	.476	evaluated management quality

a Dependent Variable: trust

נספח מספר 6: "ממוצעים ומבחן T – מגזר ערבי בהשוואה ליהודי"

T-Test

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	self definition
.030	.714	2.476	557	מגזר יהודי participation
.099	.842	2.690	73	מגזר ערבי
.033	.790	3.348	557	מגזר יהודי satisfaction
.092	.790	3.318	73	מגזר ערבי
.038	.905	2.707	556	מגזר יהודי relation and accessibility
.084	.720	2.968	73	מגזר ערבי
.053	1.248	3.430	553	מגזר יהודי autonomy
.138	1.174	3.458	72	מגזר ערבי
.032	.768	3.184	559	מגזר יהודי evaluated management quality
.097	.827	3.328	73	מגזר ערבי
.037	.863	3.136	557	מגזר יהודי trust
.107	.914	3.280	73	מגזר ערבי
.033	.790	3.396	556	מגזר יהודי equality
.090	.756	3.188	71	מגזר ערבי

Independent Samples Test

95% Confidence Interval of the Difference		t-test for Equality of Means					Levene's Test for Equality of Variances		
Upper	Lower	Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
-.035	-.392	.091	-.214	.019	628	-2.354	.030	4.709	Equal variances assumed participation
-.009	-.419	.103	-.214	.041	86.085	-2.073			Equal variances not assumed
.223	-.163	.098	.030	.760	628	.306	.802	.063	Equal variances assumed satisfaction
.225	-.165	.098	.030	.761	91.894	.306			Equal variances not assumed
-.045	-.478	.110	-.261	.018	627	-2.370	.003	9.150	Equal variances assumed relation and accessibility
-.078	-.445	.093	-.261	.006	104.318	-2.820			Equal variances not assumed
.277	-.333	.155	-.028	.857	623	-.180	.356	.852	Equal variances assumed autonomy
.266	-.322	.148	-.028	.851	93.161	-.189			Equal variances not assumed
.045	-.334	.096	-.144	.135	630	-1.496	.408	.686	Equal variances assumed evaluated management quality
.059	-.347	.102	-.144	.161	88.984	-1.413			Equal variances not assumed

אמון, השתתפות ושביעות רצון – קופות חולים בישראל

מזרחי, יגודה-גדות וכהן

.069	-.356	.108	-.143	.185	628	-1.326	.576	.313	Equal variances assumed	trust
.081	-.368	.113	-.143	.208	89.645	-1.269			Equal variances not assumed	
.402	.013	.099	.208	.036	625	2.099	.299	1.079	Equal variances assumed	equality
.398	.018	.096	.208	.033	90.636	2.170			Equal variances not assumed	

נספח מספר 7: "ממוצעים ומבחן T – פריפריה מול מרכז"

T-Test

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	region
.045	.746	2.593	273	פריפריה participation
.042	.688	2.419	271	מרכז
.048	.800	3.421	273	פריפריה satisfaction
.045	.745	3.298	271	מרכז
.051	.848	2.857	272	פריפריה relation and accessibility
.053	.879	2.593	271	מרכז
.079	1.303	3.384	271	פריפריה autonomy
.074	1.214	3.429	268	מרכז
.048	.801	3.295	276	פריפריה evaluated management quality
.046	.761	3.100	270	מרכז
.054	.896	3.260	276	פריפריה trust
.050	.811	3.085	268	מרכז
.050	.834	3.438	276	פריפריה equality
.045	.728	3.358	267	מרכז

Independent Samples Test

t-test for Equality of Means						Levene's Test for Equality of Variances			
95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
Upper	Lower								
.295	.053	.062	.174	.005	542	2.824	.348	.882	Equal variances assumed participation
.295	.053	.062	.174	.005	539.129	2.824			Equal variances not assumed
.254	-.007	.066	.124	.063	542	1.863	.626	.237	Equal variances assumed satisfaction
.254	-.007	.066	.124	.063	539.825	1.864			Equal variances not assumed
.410	.119	.074	.264	.000	541	3.568	.235	1.415	Equal variances assumed relation and accessibility
.410	.119	.074	.264	.000	540.150	3.567			Equal variances not assumed
.168	-.258	.108	-.045	.676	537	-.418	.230	1.443	Equal variances assumed autonomy
.168	-.258	.108	-.045	.676	535.139	-.418			Equal variances not assumed
.326	.064	.067	.195	.004	544	2.916	.582	.303	Equal variances assumed evaluated management quality
.326	.064	.067	.195	.004	543.527	2.917			Equal variances not assumed

.319	.031	.073	.175	.017	542	2.388	.109	2.573	Equal variances assumed	trust
.319	.031	.073	.175	.017	539.307	2.392			Equal variances not assumed	
.213	-.052	.067	.080	.233	541	1.195	.032	4.623	Equal variances assumed	equality
.212	-.051	.067	.080	.232	535.394	1.198			Equal variances not assumed	

נספח מספר 8: "ממוצעים ומבחן T – מבוגרים בהשוואה לשאר המדגם"

Group Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	age
.090	.865	3.069	93	>= 54 trust
.038	.844	3.187	491	< 54
.068	.639	2.327	89	>= 54 participation
.033	.731	2.516	495	< 54
.084	.790	3.224	89	>= 54 satisfaction
.035	.774	3.359	495	< 54
.099	.931	2.843	89	>= 54 relation and accessibility
.039	.865	2.706	495	< 54
.143	1.328	3.64	86	>= 54 autonomy
.055	1.215	3.40	493	< 54
.083	.803	3.117	93	>= 54 evaluated management quality
.034	.760	3.204	493	< 54
.092	.880	3.242	92	>= 54 equality
.035	.768	3.421	490	< 54

Independent Samples Test

95% Confidence Interval of the Difference		t-test for Equality of Means				Levene's Test for Equality of Variances			
Upper	Lower	Std. Error Difference	Mean Difference	Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F	
.070	-.306	.096	-.118	.220	582	-1.228	.382	.765	Equal variances assumed trust
.075	-.311	.097	-.118	.230	127.346	-1.207			Equal variances not assumed
-.027	-.351	.083	-.189	.023	582	-2.286	.069	3.327	Equal variances assumed participation
-.040	-.338	.075	-.189	.013	132.943	-2.509			Equal variances not assumed
.041	-.311	.089	-.135	.131	582	-1.510	.767	.088	Equal variances assumed satisfaction
.045	-.315	.091	-.135	.139	120.324	-1.489			Equal variances not assumed
.335	-.061	.101	.137	.176	582	1.356	.401	.707	Equal variances assumed relation and accessibility
.347	-.073	.106	.137	.200	116.959	1.288			Equal variances not assumed
.523	-.043	.144	.240	.096	577	1.666	.299	1.083	Equal variances assumed autonomy
.544	-.064	.153	.240	.120	111.239	1.566			Equal variances not assumed
.082352	-.258094	.086670	-.087871	.311	584	-1.014	.633	.228	Equal variances assumed evaluated management quality
.090230	-.265972	.089990	-.087871	.331	125.053	-.976			Equal variances not assumed
-.00338	-.35442	.08937	-.17890	.046	580	-2.002	.065	3.430	Equal variances assumed equality
.01531	-.37312	.09808	-.17890	.071	118.433	-1.824			Equal variances not assumed

נספח מספר 9: "אמון בקופות – טבלה מסכמת של המדגם"

נגישות	שיתוף הציבור	אמון במנהלים	אמון בהנהלה הראשית	אמון ברופאים	ביצועי הקופה	אמון במוסד	
2.81	2.51	3.1	2.79	3.67	3.15	3.19	כללית
2.61	2.49	2.9	2.77	3.54	3.28	3.06	מכבי
2.64	2.41	2.87	2.62	3.8	3.17	3.09	מאוחדת
2.74	2.56	3.35	3	3.59	3.13	3.22	לאומית
2.75	2.5	3.05	2.78	3.6	3.2	3.15	סה"כ
						2.69	משרד הבריאות