

בין מרכז לפריפריה: פערים בשביעות רצון מטופלים בדבר יישום חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996

קרן סמיונוב-טל*

תקציר. ישראל מחויבת, מכוח חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, לספק שירותי בריאות מכבדים ואיכותיים לתושביה. אולם למרות מטרת המחוקק, לא ברור אם זכויות משפטיות מיושמות באופן שווה לכלל התושבים. מחקר זה בוחן כיצד מטופלים תופסים את מידת ההגנה על זכויותיהם הרפואיות במהלך האשפוז ובודק אם קיימים פערים בין שביעות הרצון של מטופלים המאושפזים במרכז לזו של מטופלים המאושפזים בפריפריה. מהממצאים עולה כי ברוב נגזרות החוק, מטופלים רבים סבורים כי זכויותיהם הרפואיות נשמרו חלקית. הממצאים אף מצביעים על פערים ניכרים בין המרכז לפריפריה בשביעות הרצון של מטופלים; מטופלים בבתי חולים במרכז סבורים כי זכויותיהם הרפואיות נשמרות במידה רבה יותר מאשר מטופלים בפריפריה. המחקר אף מראה כי ייתכן שפערים אלו קשורים לציפיות ולתודעה המשפטית של המטופלים, שיכולות להשתנות לפי זהות תרבותית, דתית, לאומית ומגדרית. הדיון בממצאים נערך לאור הספרות העוסקת בפערים בשביעות רצון של מטופלים, בתודעה משפטית ובהקצאת משאבי בריאות, תקציבים וכוח אדם.

מילות מפתח: חוק זכויות החולה, שביעות רצון מטופלים, תודעה משפטית, פערים בבריאות, מרכז-פריפריה

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 וחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן "חוק זכויות החולה") קובעים את גבולות ועקרונות הטיפול הרפואי ונועדו להבטיח טיפול רפואי נאות וסל בריאות אחיד לכל אזרחי המדינה ותושביה. אולם על אף מטרת המחוקק ורצונו להעניק סל בריאות אחיד, נהיר לכול כי משאבי בריאות אינם מתחלקים ואינם מונגשים באופן שוויוני לכלל הזכאים, במיוחד על רקע אי-שוויון בתקציבי בריאות בין מרכז לפריפריה (דניאל, 2007; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019; מבקר המדינה, 2013, עמ' 805-848; מבקר המדינה, 2015; משרד הבריאות, 2021; פישר ואחרים, 2016). מחקר זה

* קרן סמיונוב-טל, החוג ללימודי עבודה, אוניברסיטת תל אביב

המחברת מבקשת להודות לפרופ' חיה שטייר, פרופ' משה סמיונוב, ד"ר לילך לוריא, גב' שירן ליפץ, וכן לקוראים החיצוניים ולצוות עורכי סוציולוגיה ישראלית על הערות מצוינות שתרמו רבות למאמר.

מבקש לבחון כיצד מטופלים תופסים את מידת ההגנה על זכויותיהם הרפואיות במהלך האשפוז, מנקודת הראות של המטופלים עצמם, ולבדוק אם קיימים פערים בשביעות הרצון מן השמירה וההגנה על זכויות המטופל בין מטופלים המאושפזים במרכז ובין כאלה המאושפזים בפריפריה. המחקר בוחן את שביעות הרצון של מטופלים מיישום היבטי החוק באמצעות ניתוח תשובות לשאלון של משרד הבריאות ודיווחים של מאושפזים (משרד הבריאות, 2019). מטרת המחקר היא לבחון אם יש פערים בתפיסות הסובייקטיביות של מטופלים במרכז לעומת מטופלים בפריפריה של ישראל לגבי היבטי שמירה על זכויות רפואיות.

סקירת ספרות

שביעות רצון כמדד לאיכות שירותי בריאות

בשנים האחרונות הפכה חוויית המטופל למרכיב מרכזי בשיח על מערכות בריאות ולמדד להערכת איכות הטיפול הן בעולם הן בישראל, ומערכות בריאות משקיעות משאבים רבים בשיפור חוויית המטופל (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010; Chapter 5). יש חוקרים הגורסים כי טיפול רפואי איכותי מתבטא בשביעות רצון גבוהה של מקבל השירות (Oliver, 1997; Spreng & Mackoy, 1996), ואילו אחרים טוענים כי שביעות רצון גבוהה אינה מרמזת בהכרח על שירות מעולה אלא לכל היותר משקפת שירות הולם או מקובל, שכן שביעות רצון היא יחסית ולכן מה שמספק אדם אחד עלול שלא לספק את האחר (Crow et al., 2002). מחקרים לא מעטים מראים כי שביעות רצון משירותי בריאות קשורה קשר הדוק לאיכות שירותי הבריאות (Oliver, 1997; Spreng & Mackoy, 1996; Taylor & Baker, 1994; Taylor & Baker, 1994), אך אחרים מטילים ספק במידה שבה סקרי שביעות רצון משקפים את איכות הטיפול ובקימו של מתאם חיובי בין סקרי חוויית המטופל לטיב הטיפול (Manary, 2013). ואולם למרות המגבלות הידועות של דיווח עצמי, רבים סבורים שהמטופל הוא מקור מידע תקף ומהימן לגבי איכות הטיפול שקיבל (Brown & Adams, 1992). כך למשל נמצא כי מטופלים שהעריכו את איכות הטיפול שלהם בהערכות שליליות יותר אכן קיבלו טיפול פחות טוב אובייקטיבית (Bjertnaes et al., 2013).

פערים ברמת שביעות הרצון בקרב מטופלים

אף שהממצאים בתחום אינם עקביים, חוקרים מצאו כי שביעות הרצון של מטופלים מושפעת ממאפיינים אישיים כגון גיל (Hall, 1996; Chisick, 1997; Cohen, 1996), מגדר (Singh, 1990), השכלה (Singh, 1991; Rutledge & Nascimento, 1996; Ross et al., 1993), ומצב רפואי טרם האשפוז (Cohen, 1996; Bayley et al., 1995). נמצא קשר לא עקבי בין שביעות רצון ובין מגדר, אתניות, מצב משפחתי ומעמד חברתי, אך קשר חיובי בין מצב רפואי תקין והשכלה גבוהה ובין שביעות רצון מהטיפול (Tucker, 2002). עוד נמצא קשר ברור בין שביעות רצון ובין גיל ומצב כרוני קודם; מבוגרים הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מצעירים, ואילו מצב רפואי כרוני קודם נקשר בשביעות רצון פחותה (Thi et al., 2002). התנהלות חיובית של הצוות הרפואי נקשרה בקשר הדוק לשביעות רצון גבוהה

של מטופלים (Tucker & Adams, 2001), וכן נמצא קשר בין שביעות רצון מהטיפול ובין איכות המתקנים הרפואיים, ובפרט טיב חדרי האשפוז, יכולות הצוות הרפואי ומקצועיותו, אדיבות האחיות, שביעות רצון מן האוכל, שביעות רצון כללית מבית החולים הספציפי שבו אושפז המטופל, כוונת המטופל להשתמש בשנית באותו בית חולים, וכוונת המטופל להמליץ לאדם אחר על שימוש בבית החולים (Bitner, 2013; Swan et al., 2003).

תודעה משפטית

בהקשר של שמירה על זכויות רפואיות חשוב להתייחס גם לספרות העוסקת בתודעה משפטית (legal consciousness). תודעה משפטית היא התהליך שבו אנשים מבינים את התנסויותיהם בהתבססם על קטגוריות ומושגים משפטיים. תודעה משפטית רפואית מושפעת מההבנה והמודעות של מטופלים ואנשי צוות רפואי באשר לזכויות ולחובות חוקיות רפואיות. מחקרים רבים מצאו שאנשי מקצוע בתחום הבריאות אינם מודעים (או מודעים רק חלקית) לזכויות החוקיות והרפואיות של מטופליהם (Aggarwal et al., 2021; Kasulkar et al., 2015). גם מטופלים רבים אינם מודעים לחוקים המסדירים את זכויותיהם כמטופלים (Ducinskiene et al., 2006; Humayun et al., 2008; Kuzu et al., 2006; Zülfiqar, 2001 & Ulusoy). כך למשל נמצא כי המודעות של מטופלים לזכויותיהם נמוכה, אם כי מאפיינים דמוגרפיים כגון השכלה, מצב כלכלי וגיל יכולים להגביר מודעות מטופלים לזכויותיהם (Ewick & Silbey, 1992; Nielsen, 2000; Yaghobian, 2014).

פערים בין מרכז לפריפריה בנגישותם של שירותי בריאות

הספרות גורסת שמיקום במרחב העירוני קשור במגוון דיפרנציאלי של הזדמנויות כלכליות וחברתיות ובנגישות דיפרנציאלית של שירותים חברתיים, לרבות בריאות (Buor, 2003). ביתר פירוט, מחקרים בארץ ובעולם מראים שמגורים בפריפריה (בהשוואה למגורים בסמוך למרכזים עירוניים) מפחיתים את הנגישות של הזדמנויות כלכליות ושל מוסדות השכלה ותרבות, וקשורים בהיצע מוגבל של שירותים חברתיים (Dai & Fahui, 2011); וראו גם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, (2019). בחברות מפותחות הגישה לשירותי בריאות נתפסת כזכות חברתית בסיסית, ללא קשר למקום המגורים במרחב הגיאוגרפי של המדינה (Dai, 2010). אולם בפועל, רוב המדינות רחוקות מלהציע נגישות שוויונית של שירותי בריאות, ויש הבדלים ניכרים ברמת התחלואה של תושבים באזורים שונים ובנגישותם של שירותי בריאות (Blanchard et al., 2003; Semyonov et al., 2013; Williams & Collins, 2016). כך למשל, יש הטוענים כי מרחק ממרכז עירוני מגביל את הגישה לבתי חולים ולשירותים רפואיים איכותיים (Lubetzky et al., 2011). מגבלה זו עלולה להוביל לפערים בנגישותם של שירותי בריאות בין תושבי מרכזים עירוניים לתושבים ביישובי פריפריה קטנים (ניראל ואחרים, 2001). ליתר דיוק, אנשים שמתגוררים באזורים פריפריאליים מקופחים בקבלת שירותי בריאות שישתוו באיכותם לאלה שמקבלים מי שמתגוררים במרכזים העירוניים (LaVeist, 2005). מגורים במרכזים עירוניים מקלים את הגישה לשירותי בריאות ורפואה איכותיים ומתקדמים, ואילו מגורים בפריפריה מגבילים ומצמצמים את נגישותם של שירותי בריאות ברמה גבוהה (Guagliardo, 2004; Morrill et al., 1070; Riley).

המיקום במרחב המדינה או העיר, ובייחוד המרחק ממרכז עירוני, משפיעים לא רק על הגישה לשירותי בריאות בקהילה אלא גם על הגישה לבתי חולים ולשירותי חירום (Semyonov-Tal, 2021b). כך למשל, בריאותם הלקויה של אפרו-אמריקאים בארצות הברית יוחסה במידה מסוימת לזמינות המצומצמת של מרפאות ובתי חולים איכותיים בשכונות המרוחקות מהמרכז העירוני (LaVeist, 2005), ונמצא גם כי משכי ההמתנה ארוכים יותר ביחידות טיפול נמרץ של בתי חולים שיש בהם שיעור גבוה של מטופלים אפרו-אמריקאים ואשר מרוחקים ממרכזים עירוניים (Pines et al., 2009).

פערים מרחביים בנגישות של שירותי בריאות בישראל

שירותי הבריאות בישראל מונגשים לציבור באמצעות בתי חולים ורשת משוכללת של קופות חולים, בתי מרקחת ושירותי רפואה מונעת, הפרושה ברחבי הארץ. על פי דוח משרד הבריאות מ-2016, בתי החולים הגדולים ביותר בישראל, שבהם הציוד והמתקנים הרפואיים המתקדמים ביותר, נמצאים במרכזים העירוניים (משרד הבריאות, 2016; וראו גם רופאים לזכויות אדם, 2010). לטענתם של חוקרים אחרים, הפערים המרחביים במתן שירותי בריאות ובחלוקת משאבים ניכרים היטב בישראל (Daoud et al., 2018; Lubetzky et al., 2011).

בהקשר זה ראוי להדגיש כי ניכרים גם פערים משמעותיים בהקצאת תקציבים בין הפריפריה ובין המרכז בישראל, ובפרט בתחום שירותי הבריאות. כך למשל, נתוני הלמ"ס מראים פערים בין המרכז לפריפריה במספר רב של מאפיינים, ובהם רווחת האוכלוסייה, שיעור התעסוקה, רמת החיים, שיעורי העוני, היקף השירותים החברתיים וחינוך (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019). באשר למערכת הבריאות, נתוני הלמ"ס מצביעים גם על הבדלים ניכרים (בדרך כלל לטובת המרכז) במצב בריאות האוכלוסייה, שיעורי התמותה (ראו גם 2016; Saabneh, 2000; Manor et al., 2000), הערכה עצמית של מצב בריאותי, גורמי סיכון לבריאות, התנהגויות בריאות, וכן במשאבים הפיזיים, בכוח האדם ובמספר המיטות לנפש בשירותי הבריאות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019). בשנים 1995-2008, היחס בין מספר הרופאים בפריפריה ל-1,000 אזרחים ובין המספר המקביל של רופאים במרכז עמד על 2.5 במחוזות הפריפריה לעומת 3.7 במרכז. פערים דומים דווחו לגבי היחס שבין מספר האחיות למספר המטופלים וכן לגבי מספר מיטות אשפוז (רופאים לזכויות אדם, 2010; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019). היחס בין מספר רופאים למספר חולים במרכז הארץ כפול מהיחס המקביל במחוז הצפון, וכמעט כפול מהיחס המקביל במחוז הדרום (Lubetzky et al., 2011). בהקשר זה חשוב לציין כי הפריפריה בישראל מאוכלסת באופן בלתי פרופורציונלי, בהשוואה למרכז הארץ, באוכלוסיות מוחלשות מבחינה סוציו-דמוגרפית (מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2020). תושבי הפריפריה,

1 חשוב לציין כי אין פיזור שוויוני של שירותי המרפאות המקצועיות בישראל, והם סובלים מבעיה קשה של אי-שוויון. לדוגמה, דוח מבקר המדינה משנת 2013 מדווח כי "במרפאות של הקופות בפריפריה קיים מחסור חמור במיוחד ברופאי ילדים מומחים וברופאים בתת המקצועות של רפואת ילדים, כמו נירולוגיה ונפרולוגיה. בנוסף, נרשם מחסור ברופאי נשים, ברופאי סוכרת וברופאים אורתופדים, ורוב השירות הרפואי ניתן בידי רופאים שאינם מומחים" (מבקר המדינה, 2013, עמ' 808).

יהודים וערבים גם יחד, מקופחים מבחינת נגישותם של שירותי רפואה איכותיים כתוצאה מההקצאה המבדלת של משאבי הרפואה על ידי המדינה (Semyonov, 2018; Daoud et al., 2021b). כלומר, נגישות שונה של שירותי בריאות והקצאה דיפרנציאלית של כספים מהווים כשלעצמם מקור לא־שוויון בבריאות (Feikin et al., 2009).

חוק זכויות החולה ונגזרותיו

חוק זכויות החולה נחקק בשנת 1996 במטרה להעניק מסגרת משפטית ברורה ומוסדרת לזכויות חולים. מטרתו המוצהרת של החוק היא, בראש ובראשונה, להגן על כבודם ופרטיותם של מטופלים המבקשים או מקבלים טיפול רפואי ולהגדיר את זכויותיהם (סעיף 1 לחוק). סעיף 3 לחוק קובע כי כל אדם הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לחוק ולתנאים שמתעדכנים מעת לעת במערכת הבריאות. במצב חירום, למשל, מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי ללא שום התניה (סעיף 3ב). החוק אוסר על אפליית מטופלים מטעמי דת, גזע, מין, ארץ מוצא, לאום, גיל ונטייה מינית, ומחייב מטפלים להעניק לכל המטופלים טיפול רפואי איכותי ומקצועי (סעיף 4)². החוק אף מגדיר היבטים מרכזיים של טיפול רפואי נאות, כגון שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל בכל שלבי מתן הטיפול הרפואי (סעיפים 1 ו־10), התניית מתן הטיפול הרפואי בהסכמה מדעת לטיפול (סעיף 13), חובה על שמירת סודיות רפואית (סעיף 19) וזכותו של המטופל לקבל דעה רפואית נוספת (סעיף 7). אם המטופל בחר לעבור למטפל אחר או לקבל טיפול במוסד רפואי אחר, הוא זכאי לשיתוף פעולה של המטפלים והמוסדות הרפואיים לשם הבטחת המשכיות תקינה של הטיפול הרפואי (סעיף 8). כחלק בלתי נפרד מההמשכיות התקינה של הטיפול הרפואי, המחוקק קבע את החובה לנהל רשומה רפואית מסודרת הכוללת את פרטי המטפל והמטופל, מידע רפואי רלוונטי, עברו הרפואי של המטופל, אבחון מצבו הנוכחי והוראות הטיפול (סעיפים 8 ו־17). נוסף על כל אלה, סעיף 9 לחוק עוסק בתנאי ביקור הולמים אצל מטופל השוהה באשפוז.

שאלות המחקר והשערת המחקר

שאלות המחקר הן כיצד מטופלים תופסים את מידת ההגנה על זכויותיהם הרפואיות במהלך האשפוז והאם קיימים פערים בין שביעות הרצון של מטופלים המאושפזים במרכז לזו של מטופלים המאושפזים בפריפריה. מן המחקרים העוסקים בפערים בנגישותם של שירותי בריאות, שהוצגו קודם, עולה הציפייה שהסיכוי לקבל טיפול רפואי טוב יותר קשור למאפיינים הסוציו־אקונומיים והדמוגרפיים של המטופלים ולמיקומם במרחב המדינה. ליתר דיוק, לפי מחקרים קודמים על פערי בריאות בקרב מטופלים אפשר לצפות שלחולים בעלי מעמד סוציו־אקונומי גבוה, חולים המשתייכים לאוכלוסיות חזקות וחולים המאושפזים במרכז יש סיכוי לקבל טיפול טוב יותר בהשוואה לחולים בעלי מעמד סוציו־אקונומי נמוך, המשתייכים לאוכלוסיות חלשות ומאושפזים בפריפריה. לפי אותו היגיון,

2 מעניין לציין כי לצד סעיף זה בחוק, גם הפסיקה הכירה באיסור אפליה במתן שירות רפואי. מנגד, מעמד סוציו־אקונומי או מקום מגורים לא נכללו ברשימת תבחיני איסור האפליה בסעיף 4 לחוק, ונכון להיום זכויות אלו שנויות במחלוקת עמוקה הן אצל המחוקק הן בבתי המשפט.

המחקרים העוסקים בשביעות רצון שהוצגו קודם מובילים לציפייה שטיפול טוב יותר יוביל לשביעות רצון גבוהה יותר, שכן אפשר לשער כי אם אכן שביעות הרצון משירותי בריאות קשורה קשר הדוק לאיכותם של שירותים אלו (Oliver, 1997; Spreng & Mackoy, 1994; Taylor & Baker, 1994), ואם המטופל הוא מקור מידע תקף ומהימן באשר לאיכות הטיפול שקיבל (Brown & Adams, 1992; Bjertnaes et al., 2013), אזי פערים בשביעות הרצון של מטופלים משקפים אי־שוויון ביישום זכויות רפואיות ופערים בהגנה על זכויות המטופל. מכאן אפשר לגזור שפערים בשביעות הרצון ישקפו אי־שוויון באיכות הטיפול, ובפרט ביישומן של זכויות רפואיות והגנה על זכויות המטופל. כדי להעמיד למבחן את שאלת המחקר והשערות המחקר, נערכו מבחנים סטטיסטיים על תשובות מאושפזים בסקר שערך משרד הבריאות ב־2018.

מקור הנתונים, המדדים והמשתנים

המידע הנוגע לשביעות רצון של מטופלים משמירת זכויותיהם המשפטיות במהלך האשפוז נלקח מסקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים, שערך משרד הבריאות בשנת 2018. המידע נאסף ממטופלים שאושפזו ב־25 בתי חולים כלליים בישראל. במסגרת הסקר רואיינו 10,970 מטופלים שאושפזו באחת המחלקות הכלליות, ושיעור ההיענות לו עמד על 50%³.

במסגרת מחקר זה בחרתי סדרה של מדדים שבאמצעותם אפשר לבחון את מידת שביעות הרצון של מטופלים מקיומן של זכויות רפואיות הנובעות מחוק זכויות החולה. לצורך עיבוד המידע נבחרו מדדים הלוכדים את היקף שמירת הזכויות הרפואיות הנובעות מחוק זכויות החולה. המדדים כללו את ההיבטים הבאים של החוק:

1. הזכות לטיפול רפואי שוויוני (הזכות לשוויון נשמרה: מרצה=1, לא מרצה=0) (להלן "הזכות לשוויון");
2. הזכות לפרטיות פיזית (המטופל אושפז בחדר רגיל=1, המטופל אושפז במסדרון=0) (להלן "פרטיות");
3. תנאי אשפוז מכבדים (תנאי אשפוז מכבדים=1, תנאי אשפוז לא מכבדים=0) (להלן "תנאי אשפוז");

- 3 הסקר נערך בקרב מטופלים בני 18 ומעלה שהיו מאושפזים לפחות שני לילות. מאושפזים ששחררו ממערך (מחלקות) הנשים, הילדים, הטיפול הנמרץ, הפסיכיאטריה והשיקום לא נכללו במדגם. הסקר נערך טלפונית באמצעות שאלון, מול המטופלים עצמם ובשפה המועדפת עליהם. המשיבים רואיינו בתוך שבועיים מיום שחרורם מבית החולים. כדי שממצאי הסקר ייצגו נכונה את המאושפזים בבתי החולים, נערך שקלול המשקף את היחס בין היקף המטופלים בפועל בכל סוגי המחלקות בכל בית חולים. שקלול נוסף נערך ברמה הארצית, כך שהנתונים ישקפו את היקף המטופלים בכל אחד מבתי החולים שנדגמו לפי גודל בית החולים (קטן, בינוני, גדול). השאלון נבנה על ידי צוות משרד הבריאות ובוסס על סקרי חוויית מטופלים בארצות הברית ובמדינות ה־OECD (Arah et al., 2006).
- 4 המדד שנבחר לייצג את הזכות לפרטיות – אשפוז במסדרון לעומת אשפוז בחדר – אינו משקף כשלעצמו את מלוא רוחב היריעה של הזכות לפרטיות, שכן פגיעה בפרטיות יכולה להתרחש גם בעת אשפוז בחדר או ביצוע בדיקות. עם זאת, בשל מגבלות הסקר לא היתה אפשרות להרחיב את התמונה באשר לפגיעה בזכות זו.

4. הזכות לטיפול מכבד (המידה שבה רופאים ואחיות התייחסו למטופל באדיבות ובכבוד: מרוצה=1, לא מרוצה=0) (להלן "טיפול מכבד");
5. הצגת אפשרויות טיפול חלופיות (המידה שבה הוצעו למטופל אפשרויות טיפול חלופיות כחלק מהסכמה מדעת: מרוצה=1, לא מרוצה=0) (להלן "הסכמה מדעת");
6. המשכיות הטיפול (ההסברים שניתנו בזמן השחרור מאשפוז ומידת העברת המידע לגורמים בקהילה: מרוצה=1, לא מרוצה=0) (להלן "המשכיות הטיפול");
7. אפשרות הולמת לקבל מבקרים בעת האשפוז (תנאים הולמים למבקרים: מרוצה=1, לא מרוצה=0) (להלן "תנאי ביקור");
8. הזכות לטיפול רפואי הולם (באיזו מידה המטופל סבור שאם חלילה יחלה במחלה קשה הוא יקבל ממערכת הבריאות את הטיפול הטוב והמועיל ביותר: סבור שכן=1, סבור שלא=0) (להלן "טיפול רפואי הולם").⁵

הגדרות מפורטות של שמונת מדדי הזכויות ושיעורי השמירה או ההפרה של הזכויות מובאות בטבלה 1. יצוין שאין בהכרח הלימה מלאה בין השאלות שנבחרו מהסקר כדי לייצג זכות רפואית ובין הניסוח הקיים בחוק, והמדדים אינם משקפים בהכרח את מלוא רוחב היריעה והמורכבות של הזכות המשפטית; הם משקפים שביעות רצון של מטופל ממימושו או אי-מימושו של אותו היבט.

תהליך הבחירה של המדדים התבצע תחילה באמצעות מיפוי רעיוני של הזכויות בחוק, ולאחר מכן באמצעות בחינת שאלות הסקר וזיהוי השאלות שעשויות להיות רלוונטיות לזכויות אלו. מבחן קורלציות בין שמונת הזכויות הראה מתאם חלש מאוד למתאם חלש בין כל צמד מתאמים.

המשתנה הבלתי תלוי המרכזי בעבודה זו, המשמש גורם מנבא של שמירה או הפרה של עקרונות החוק, הוא ההבחנה בין מרכז לפריפריה (מרכז=1).⁶ לצורך פיקוח סטטיסטי, מלבד המשתנה הבלתי תלוי המרכזי נכללו בניתוח גם משתנים מפקחים שיכולים להשפיע על שונות במתן הזכויות – מאפיינים מבניים של בית החולים (גודל בית החולים [גדול=1]; בעלות ציבורית או ממשלתית [ממשלתית/ציבורית=1]) ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המטופל (רמת השכלה [אקדמית=1]; מגדר [גבר=1]; גיל בשנים; אתניות [יהודי=1]).

מדדי הזכויות ושיעורי השמירה עליהן נותחו תחילה באמצעות סטטיסטיקה תיאורית (התפלגות של שמירה על זכות רפואית), ואחר כך באמצעות שמונת משוואות רגרסיה לוגיסטית (במודל נפרד לכל מדד) המנבאות את הסיכוי לשביעות רצון גבוהה מהקצאת זכויות רפואיות. לצורך פיקוח הוספו למשוואה מאפייני בית החולים ומאפיינים אישיים

- 5 ששת המדדים האחרונים משקפים שביעות רצון מהקניית הזכות הרפואית ונמדדו במקור בסולם של 5 נקודות, שנע בין מרוצה מאוד (5) ללא מרוצה כלל (1). לצורך ניתוח המידע, המשיבים שהיו מרוצים מאוד (5) או מרוצים (4) קובצו לקטגוריה אחת (מרוצה=1); כל שאר המשיבים, שביטאו רמות שביעות רצון נמוכות יותר (1, 2, 3), קובצו לקטגוריה שנייה (לא מרוצה=0). מימוש הזכות לפרטיות נמדד מראש באופן דיכוטומי: המטופל אושפז בחדר רגיל=1, המטופל אושפז במסדרון=0.
- 6 מאפייני בתי החולים שנסקרו מופיעים בנספח ב. חלוקתם בין מרכז לפריפריה נקבעה לפי החלוקה למחוזות (מחוז דרום וצפון-פריפריה, שאר המחוזות=מרכז), וכן לפי הגדרת בתי חולים פריפריאליים בהסכם הקיבוצי בין משרד הבריאות להר"י משנת 2011.

וסוציודמוגרפיים של המטופל. המשוואות מאפשרות לבחון עד כמה מיקום בית החולים משפיע על שביעות הרצון של מטופלים מן ההגנה על זכויות משפטיות הנובעות מחוק זכויות החולה.⁷

טבלה 1. מדדי הזכויות הרפואיות המשפטיות ושיעורי תחושת הפגיעה בהן⁸

זכות משפטית בחוק זכויות החולה	הגדרה אופרציונלית	אופן המדידה	שיעור המשיבים שחשו כי הזכות לא נשמרה (מכלל המדגם)
הזכות לשוויון (לעומת אפליה)	במהלך האשפוז האחרון, האם חשת אפליה על רקע של גיל, לאום, עדה, מין, מוגבלות פיזית או נפשית, נטייה מינית?	נשמרה=1 לא נשמרה=0	2.4
הזכות לפרטיות (פיזית)	האם שכבת במסדרון במהלך האשפוז?	נשמרה=1 לא נשמרה=0	8.2
הזכות לתנאי אשפוז מכבדים	באיזו מידה אתה מרוצה מהתנאים בחדר שבו אושפזת?	מרוצה=1 לא מרוצה=0	19.3
הזכות לטיפול רפואי מכבד	במהלך האשפוז האחרון שלך, באיזו מידה הרגשת שהרופאים התייחסו אליך באדיבות ובכבוד?	מרוצה=1 לא מרוצה=0	10.2
הזכות להסכמה מדעת	עד כמה הרגשת ששיתפו אותך באפשרויות הטיפול במידה שהיית מעוניין בה? כלומר, האם שיתפו אותך בהחלטות והעדפותיך נלקחו בחשבון?	מרוצה=1 לא מרוצה=0	32.6
הזכות להמשכיות הטיפול	באיזו מידה ההסברים וההוראות לגבי המשך הטיפול והתרופות שעליך לקחת היו ברורים ומובנים לך?	מרוצה=1 לא מרוצה=0	15.7
הזכות לתנאי ביקור	באיזו מידה התנאים שעמדו לרשות המלווים והמבקרים שלך היו נוחים והולמים?	מרוצה=1 לא מרוצה=0	20.6
הזכות לטיפול רפואי הולם	באיזו מידה אתה בטוח שאם חלילה תחלה במחלה קשה, תקבל את הטיפול הטוב והמועיל ביותר ממערכת הבריאות, כולל תרופות ובדיקות אבחון?	מרוצה=1 לא מרוצה=0	31.9

7 לא נדרש אישור ועדת אתיקה לביצוע המחקר, שכן המחקר התבסס על מידע גלוי לציבור. משרד הבריאות המציא לחוקרת את הקובץ הגולמי לצורכי מחקר בהתאם לחוק חופש המידע.

8 מקור הנתונים: סקר חויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים, 2018 (משרד הבריאות, 2019).

ממצאים

ניתוח תיאורי

בטבלה 1 מוצגים כמה נתונים מפתיעים ואף מטרידים של כלל אוכלוסיית המדגם, ללא קשר לחלוקה בין פריפריה למרכז. יותר מ-30% מהמשיבים דיווחו כי הם סבורים שזכותם לקבל החלטות הנוגעות לטיפול הרפואי (כלומר לבחור אפשרויות טיפול חלופיות) נפגעה, ויותר מ-30% מהמשיבים הביעו חוסר אמון בסיכוייהם לקבל טיפול רפואי הולם. קרוב ל-10% מהמשיבים סברו כי הטיפול הרפואי שהוענק להם לא היה מכבד דיו, דבר המצביע על פגיעה בזכות החוקתית לכבוד (חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו). קרוב ל-16% מהמשיבים טענו כי ההסברים וההוראות להמשך הטיפול לא היו ברורים ומובנים להם, דבר המצביע על תחושת פגיעה קשה בממשק בין שלב האשפוז להמשך הטיפול בקהילה. טבלה 2 מציגה סקירה תיאורית של תחושת הפגיעה בשמונה הזכויות הרפואיות שנבדקו, לפי חתך של כלל אוכלוסיית המדגם ולפי מיקום בית החולים במרחב הגיאוגרפי של ישראל.⁹

טבלה 2. תחושת הפגיעה בזכויות רפואיות משפטיות – השוואה בין פריפריה למרכז (באחוזים)

זכות משפטית בחוק זכויות החולה	שיעור המשיבים שחשו כי הזכות לא נשמרה (מכלל המדגם)	שיעור תחושת פגיעה (פריפריה)	שיעור תחושת פגיעה (מרכז)	הפער בין פריפריה למרכז (באחוזים)	מובהקות הפער
הזכות לשוויון (לעומת אפליה)	2.4	2.5	2.2	0.3	.288
הזכות לפרטיות (פיזית)	8.2	6.3	9.7	-3.4	.000
הזכות לתנאי אשפוז מכבדים	19.3	20.1	18.6	1.5	.049
הזכות לטיפול רפואי מכבד	10.2	10.5	10	-0.5	.403
הזכות להסכמה מדעת	32.6	31.5	33.5	-2	.031
הזכות להמשכיות הטיפול	15.7	16.1	15.3	0.8	.259
הזכות לתנאי ביקור	20.6	21.5	19.8	1.7	.029
הזכות לטיפול רפואי הולם	31.9	30.7	32.9	-2.2	.018

9 מרבית הזכויות נוגעות לשיעור המשיבים שדיווחו על רמת שביעות רצון משמירת הזכות (מרוצים או לא מרוצים). כלומר, הנתונים מבוססים על הערכות סובייקטיביות ומייצגים תפיסות סובייקטיביות של המשיבים לגבי שמירת הזכות. הזכות לשוויון מבוססת על תחושת אפליה (כן/לא). הזכות לפרטיות (אשפוז בחדר לעומת מסדרון) מבוססת על קבלת הזכות בפועל (כן/לא).

הממצאים מלמדים כי בשלושה מאפיינים של נגזרות החוק – הזכות לשוויון, הזכות לטיפול רפואי מכבד והזכות להמשכיות הטיפול – ההבדלים בין תחושות המטופלים במרכז ובין תחושות המטופלים בפריפריה מזעריים ואינם מובהקים. מתוך כלל המדגם, רק שיעור זניח של משיבים (2.4%) ענו כי חשו אפליה במהלך ימי האשפוז, וכמעט שלא נמצאו הבדלים בין משיבים שאושפזו בפריפריה ובין אלה שאושפזו במרכז. נראה כי מרבית המשיבים, בין שאושפזו בפריפריה ובין שבמרכז, לא חשו כי נפגעה זכותם לשוויון או כי הופלו מכל סיבה שהיא. 10.2% מכלל המשיבים סברו כי היחס שקיבלו לא היה אדיב ומכבד, אם כי חוסר שביעות הרצון היה מעט גבוה יותר בקרב מאושפזים בפריפריה (10.5% לעומת 10%). הנתונים מלמדים כי 31.5% מהמשיבים שאושפזו בפריפריה לא היו מרוצים מהיקף הצגתן של אפשרויות הטיפול החלופיות, לעומת 33.5% במרכז: בעיניהם של מטופלים באזור המרכז, רופאים בבתי החולים פחות מקפידים על הצגת אפשרויות טיפול חלופיות וקבלת הסכמה מדעת בהשוואה לתחושותיהם של מטופלים בפריפריה. באופן דומה, 32.9% מהמשיבים שאושפזו בבתי חולים במרכז הארץ הביעו חוסר אמון בסיכוייהם לקבל טיפול רפואי הולם במקרה של מחלה קשה, בהשוואה ל-30.7% מהמשיבים מן הפריפריה. בנגזרות האחרות של החוק, הממצאים מראים הפרה גבוהה יותר של זכויות בפריפריה מאשר במרכז. למשל, 19.3% מכלל המשיבים סברו כי תנאי האשפוז לא היו מכבדים; בחלוקה לפי אזורים, 20.1% מהמשיבים שאושפזו בבתי חולים בפריפריה ענו כי לא היו מרוצים מתנאי האשפוז, לעומת 18.6% במרכז. הדבר יכול להצביע על קיומם של אגפי אשפוז חדשים ומושקעים יותר באזור המרכז מאשר בהשוואה לפריפריה, או על צפיפות גבוהה יותר בבתי חולים בפריפריה. 15.7% מכלל המשיבים ענו כי לא היו מרוצים מהיקף ההסברים וההוראות להמשך הטיפול; בחלוקה לפי אזורים, 16.1% מהחולים שאושפזו בבית חולים בפריפריה סברו כי ההסברים להמשך הטיפול לקו בחסר, לעומת 15.3% במרכז. 20.6% מכלל המשיבים לא היו מרוצים מהתנאים שעמדו לרשות המבקרים וסברו כי זכותם לקבל מבקרים נפגמה, ובחלוקה לאזורים סברו כך 21.5% מהמשיבים באזורי הפריפריה לעומת 19.8% במרכז.

באשר לאשפוז במסדרון, הנתונים מלמדים כי הפרת זכויות החולה חמורה יותר בבתי החולים במרכז הארץ מאשר בבתי החולים בפריפריה. הרוב המכריע של המשיבים דיווחו כי אשפוז בחדר סטנדרטי, ורק 8.2% מכלל המשיבים אושפזו במסדרון בתנאים הפוגעים בפרטיותם הפיזית. בהשוואה בין פריפריה למרכז נמצא כי 6.3% מן המשיבים מן הפריפריה אושפזו במסדרון, לעומת 9.7% במרכז. נראה כי הזכות לפרטיות פיזית נשמרה טוב יותר בבתי החולים בפריפריה.

רגרסיה לוגיסטית לניבוי הסיכוי לשביעות רצון משמירת זכויות

הנתונים התיאוריים המוצגים בטבלה 2 מעניינים, מלמדים ומאירי עיניים, ואפשר לראות כי תחושתם של מטופלים לגבי היקף השמירה על זכויותיהם המשפטיות משתנה בין מדד אחד למשנהו ושונה בין מרכז לפריפריה. ואולם מאחר שמאפייני המאושפזים ומאפייני בתי החולים במרכז ובפריפריה שונים, חשוב לבחון אם הזכויות נשמרות או מופרות באופן דיפרנציאלי בין פריפריה למרכז כאשר מפקחים על מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המשיבים ועל מאפיינים מבניים של בתי החולים. לשם כך נבנתה סדרה של שמונה

משוואות רגרסיה לוגיסטית האומדות את הסיכוי לשביעות רצון ממידת שמירת הזכויות כפונקציה של מיקום בית החולים ובפיקוח על גודלו, סוג הבעלות עליו והמאפיינים האישיים של המשיב (מגדר, גיל, אתניות והשכלה).¹⁰ תוצאות ניתוח הרגרסיה מוצגות בטבלה 3, שמראה אומדני מקדמים של שמונה המשוואות (כל משוואה רלוונטית לנגזרת אחרת של החוק). הממצאים מלמדים כי במרבית נגזרות החוק, הסיכוי לשביעות רצון משמירה על זכויות רפואיות שנגזרות מחוק זכויות החולה גבוה יותר בבתי חולים במרכז מאשר בפריפריה.

טבלה 3. אומדני מקדמי רגרסיה לוגיסטית לניבוי הסיכוי לשביעות רצון לגבי שמירת זכויות הנגזרות מחוק זכויות החולה

זכות משפטית	שוויון	פרטיות	תנאי אשפוז	טיפול מכבד	הסכמה מדעת	המשכיות מבקרים	מבקרים	טיפול הולם
מס' משוואה	1	2	3	4	5	6	7	8
קבוע	4.066**	-2.562**	1.116**	2.360**	1.273**	2.008**	1.293**	1.432**
מיקום ביה"ח במרחב (מרכז=1)	.214	.472**	.175**	.155**	.020	.154**	.180**	.054
גודל ביה"ח (גודל=1)	-.236	.213**	.226**	.052	.017	.051	.017*	-.018
בעלות על ביה"ח (ממשלתית/ציבורית=1)	-.441*	.441**	-.103	-.212**	-.134**	-.151**	-.089	-.158**
מגדר (גבר=1)	.229	.063	.290**	.092	.071	.059	.264**	.153**
אתניות (יהודי=1)	.095	-.243**	-.343**	-.409**	-.509**	-.382**	-.363**	-.713**
גיל (בשנים)	-.004	-.007**	.006**	.003	-.002	.000	.003	-.001
השכלה (אקדמית=1)	-.039	.019	-.062	-.107	-.006	-.079	-.055	-.214**
odds ratio	1.074	1.604	1.191	1.167	1.020	1.166	1.198	1.055
N	10,969	10,745	10,969	10,969	10,969	10,969	10,969	10,969

משוואה 1 בטבלה 3 מציגה מקדמי רגרסיה האומדים את הסיכוי לשביעות רצון מטופלים ממיקום זכותם לטיפול רפואי שווינוני (לעומת טיפול מפלה). הממצאים מראים שגם לאחר שהובאו בחשבון המשתנים המפקחים, אין הבדל מובהק בין פריפריה למרכז בתחושת

10 לאור התפלגות ציוני שביעות הרצון כלפי מעלה (הציון הממוצע המצטבר של כלל הזכויות עומד על 5.6 [בסולם של 8-1, 4.4 std.]). הועדפה רגרסיה לוגיסטית על פני רגרסיה ליניארית.

האפליה: תחושת האפליה זניחה בלי קשר למיקומו של בית החולים במרחב הגיאוגרפי. משוואת הרגרסיה גם אינה מציגה שונות ניכרת על פני אוכלוסיות משנה בתחושה כי קוימה הזכות לשוויון (לא מגדר, לא אתניות, לא גיל ולא השכלה אינם מנבאים תחושה שלפיה הטיפול שווינוי יותר). רק בבעלות על בית החולים יש השפעה מובהקת על תחושת האפליה: לתחושתם של המשיבים, בתי חולים ממשלתיים וציבוריים נוטים לשמור פחות על הזכות לשוויון מאשר בתי חולים בבעלות של קופת חולים כללית ($b = -.441$). בסך הכול, בעיני המשיבים הזכות לשוויון מוגנת בהיקף רחב מאוד בישראל, והסיכוי לסבול מאפליה על רקע של מגדר, אתניות, גיל, מוגבלות פיזית או נפשית או נטייה מינית בבתי חולים ציבוריים הוא נמוך, אם לא אפסי.

משוואה 2 מציגה מקדמי רגרסיה החוזים את הסיכוי לשביעות רצון של מטופלים מהגנה על זכותם לפרטיות. מהנתונים התיאוריים (שהוצגו בטבלה 2) עולה כי 91.8% מכלל המטופלים דיווחו שזכותם לפרטיות פיזית לא נפגעה (קרי, אושפזו בחדר ולא במסדרון), וכי זכות זו מוגנת יותר בפריפריה מאשר במרכז (הפרש של 3.4%, ורמת מובהקות 0.000). ואולם הניתוח הרב-משתני, המתחשב בכל המשתנים המפקחים, מוביל למסקנה הפוכה: לפי משוואה 2, כאשר מביאים בחשבון את ההבדלים במאפייני המאושפזים ובמאפייני בתי החולים בין המרכז לפרפריה, הסיכוי לאשפוז במסדרון ולפגיעה בפרטיות גבוה יותר בפריפריה מאשר במרכז. קרי, הסיכוי לקיומה של הזכות לפרטיות גבוה יותר באופן מובהק בבתי חולים במרכז מאשר בבתי חולים בפריפריה ($b = .472$). במילים אחרות, כאשר מביאים בחשבון את השונות בין המטופלים ובין בתי החולים, הסיכוי לאשפוז במסדרון גבוה פי 1.64 למטופלים המאושפזים בבתי חולים בפריפריה בהשוואה למטופלים המאושפזים במרכז. יש לציין כי משוואה 2 מציגה גם הבדלים מובהקים בהקצאת הזכות לפרטיות בין קבוצות אוכלוסייה ובין בתי חולים. ראשית, מטופלים מבוגרים יותר ($b = -.007$) זוכים לפחות פרטיות פיזית ממתופלים צעירים (ממצא התומך בטענה הרווחת בציבור לגבי אשפוז ה"זקנה במסדרון"); שנית, יהודים מאושפזים במסדרונות בתי החולים יותר מאשר ערבים ($b = -.243$); שלישית, ככל שבית החולים גדול יותר כך גדל הסיכוי לשמירה על פרטיות ($b = .213$); ורביעית, בתי חולים ממשלתיים וציבוריים נוטים לשמור יותר על הזכות לפרטיות מאשר בתי חולים בבעלות של קופת חולים כללית ($b = .441$).

משוואה 3 מציגה מקדמי רגרסיה המנבאים את תחושת המטופלים לגבי הסיכוי לקבל תנאי אשפוז מכובדים ומכבדים. כאן נמצאו הבדלים מובהקים בין פריפריה למרכז, ולתחושת המשיבים, הזכות מוגנת במידה גבוהה יותר במרכז ($b = .175$). אצל משיבים שאושפזו בבתי חולים במרכז העירוני של ישראל היה סיכוי גבוה יותר לשביעות רצון מתנאי האשפוז בהשוואה למשיבים שאושפזו בפריפריה ($\text{odds ratio} = 1.191$). ממשוואת הרגרסיה עולים גם הבדלים מובהקים בשביעות רצון על פני אוכלוסיות משנה. לדוגמה, גברים ($b = .290$) ומטופלים צעירים ($b = .006$) היו סבורים כי אושפזו בתנאים טובים בהשוואה לנשים ולמטופלים מבוגרים. באשר לאתניות, משיבים יהודים הביעו פחות שביעות רצון מתנאי האשפוז מאשר משיבים ערבים ($b = -.343$).¹¹ כמו כן, בתי חולים גדולים נתפסו

11 חשוב להדגיש כי אין פירוש הדבר בהכרח כי מטופלים יהודים אכן זוכים לתנאי אשפוז פחותים, אלא לכל היותר כי מטופלים יהודים סבורים סובייקטיבית כי תנאי האשפוז שלהם טובים פחות.

בעיני המשיבים ככאלה שתנאי האשפוז בהם מכבדים יחסית לבתי חולים קטנים. כל שאר המאפיינים אינם מובהקים.

משוואה 4 מציגה מקדמי רגרסיה המנבאים את תחושות המטופלים לגבי הסיכוי לזכות בטיפול רפואי מכבד מהצוות הרפואי. נמצאו הבדלים מובהקים בין פריפריה למרכז בשביעות הרצון של מטופלים לגבי השמירה על זכותם לטיפול רפואי מכבד, ועולה כי הזכות מוגנת במידה רבה יותר במרכז ($b=.155$) מאשר בפריפריה. כפי שאפשר היה לצפות, למשיבים שאושפזו בבתי חולים במרכז העירוני של ישראל היה סיכוי גבוה יותר להיות שבעי רצון מהיחס הבינאישי של הרופאים בהשוואה למשיבים שאושפזו בפריפריה ($odds\ ratio=1.167$). אפשר להסיק מהנתונים כי הסיכוי לשמירה על הזכות לטיפול רפואי מכבד גבוה יותר בבתי חולים במרכז מאשר בפריפריה, לפחות בעיני המטופלים. גם כאן ייתכן שהדבר נובע מעומס כבד יותר בבתי חולים בפריפריה מאשר במרכז ומהיחס בין מספר הרופאים למספר המטופלים, המותיר פחות זמן להפגנת יחס בינאישי ומתורגם אצל המטופלים לתחושה כי קיבלו יחס לא מכבד. משוואת הרגרסיה אינה מגלה הבדלים מובהקים בין אוכלוסיות משנה (מגדר או השכלה אינם מנבאים את הסיכוי לחוש יחס מכבד), למעט אתניות: יהודים סבורים כי הם מקבלים טיפול רפואי מכבד פחות בהשוואה לערבים ($b=-.409$). כמו כן, בעיני המשיבים, בתי חולים ממשלתיים וציבוריים נוטים לשמור פחות על יחס מכבד מאשר בתי חולים בבעלות של קופת חולים כללית ($b=-.212$). משוואה 5 מציגה מקדמי רגרסיה המנבאים את הסיכוי לשביעות רצון המטופלים מקבלת אפשרויות טיפול חלופיות (רכיב מהסכמה מדעת). בניגוד לנתוני טבלה 2 (שמצא פער מובהק של 2% לטובת הפריפריה), מקדם המשתנה המבחין בין מרכז לפריפריה הופך לא מובהק לאחר הוספת כל המשתנים המפקחים. נוסף על כך, גודל בית חולים, גיל, מגדר והשכלה אינם קשורים באופן מובהק לשביעות רצון המטופלים בהיבט זה. עם זאת, משתנה המוצא (אתניות) מנבא סיכוי לשביעות רצון: משיבים יהודים היו מרוצים פחות ממשיבים ערבים מהצגתן של אפשרויות רפואיות חלופיות ומקבלת הסכמתם לטיפול ($b=-.509$). ממצא זה עולה בקנה אחד עם שביעות הרצון הנמוכה יותר של יהודים מתנאי האשפוז (משוואה 3) ומיחס הצוות הרפואי (משוואה 4), וכן עם מחקרים העוסקים בשביעות רצון מטופלים (Semyonov-Tal & Lewin-Epstein, 2021). מחקר זה הראה כי חולים יהודים, בהיותם חברים בקבוצת הרוב הדומיננטית, נוטים להיות פחות שבעי רצון מטיפול רפואי (ובמקרה זה – מהצגת אפשרויות טיפול חלופיות), בשל ציפיות גבוהות יותר ממערכת הבריאות ובשל תחושת זכאות.

משוואה 6 מציגה מקדמי רגרסיה המנבאים את הסיכוי לשביעות רצון מהסברים לגבי המשך הטיפול בעת השחרור מאשפוז. המשוואה מלמדת כי הפערים בין פריפריה למרכז ממשיכים להיות מובהקים גם לאחר הוספת המשתנים המפקחים ($b=.154$). אשפוז בבתי חולים במרכז מגדיל את הסיכוי שהמטופלים יחוו כי קיבלו את המידע הנחוץ להם וכי זכותם להמשכיות הטיפול נשמרה, ואילו אשפוז בבתי חולים בפריפריה מפחית את הסיכוי לכך ($odds\ ratio=1.166$). הסבר אפשרי לכך הוא העומס הכבד יותר בבתי חולים בפריפריה, הנובע ממספר קטן יותר של רופאים ואנשי צוות יחסית למספר המטופלים – כך לכל רופא או איש צוות יש פחות זמן שביכולתם להקדיש למטופל בעת שחרורו מבית החולים. גודל בית החולים, הבעלות עליו ומאפייני המטופל – גיל, מגדר והשכלה – אינם קשורים באופן

מובהק לשביעות הרצון של המטופלים מקבלת המידע הרפואי הנחוץ להם לשם המשכיות הטיפול בקהילה. גם כאן, משיבים יהודים היו מרוצים פחות ממשיבים ערבים לגבי היקף ואיכות המידע שנמסר להם לצורך המשך הטיפול לאחר שחרורם ($b = -.382$). ממצא זה אינו מצביע בהכרח על כך שמאושפזים יהודים מקבלים פחות מידע ממאושפזים אחרים, אלא לכל היותר מראה שהם פחות שבעי רצון מהמידע שניתן להם.

משוואה 7 מציגה מקדמי רגרסיה המנבאים את הסיכוי לשביעות רצון המטופלים מתנאי הביקור של המבקרים. המשוואה מראה פערים מובהקים בין דיווחי המשיבים מהפריפריה ובין אלה של המשיבים מהמרכז, גם לאחר הוספת המשתנים המפקחים ($b = .180$). בהלימה עם השערת המחקר נמצא כי למשיבים שאושפזו בבתי חולים במרכז העירוני של ישראל היה סיכוי גבוה יותר (פי 1.198) מאשר למשיבים שאושפזו בפריפריה להיות שבעי רצון מהתנאים שעמדו לרשות המלווים והמבקרים שלהם. כמו כן נמצא קשר בין שביעות הרצון ממדד זה ובין גודל בית החולים, המגדר והאתניות. משיבים שאושפזו בבתי חולים קטנים או בינוניים סברו כי התנאים שהועמדו לרשות מלווים ומבקרים נוחים פחות בהשוואה למשיבים שאושפזו בבתי חולים גדולים ($b = 0.017$); כמו כן, נשים ($b = .264$) ויהודים ($b = -.363$) היו פחות מרוצים מגברים ומערבים, בהתאמה, מתנאי הביקור של מלווים ומבקרים. הבעלות על בית החולים, הגיל, המגדר וההשכלה לא נמצאו כמנבאים יעילים לשביעות רצון מתנאי הביקור.

משוואה 8 מציגה מקדמי רגרסיה המנבאים את הסיכוי שהמטופלים יסברו כי יקבלו בעת הצורך טיפול רפואי הולם. לאחר הכללת המשתנים המפקחים במשוואה, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין פריפריה למרכז בשביעות הרצון של המשיבים לגבי שמירת הזכות לטיפול רפואי הולם. המשוואה העלתה הבדלים מובהקים בתחושות מטופלים על פני אוכלוסיות משנה: נשים ($b = .153$), יהודים ($b = -.713$) ובעלי השכלה אקדמית ($b = -.214$) פחות שבעי רצון בנושא זה מאשר גברים, ערבים ובעלי השכלה תיכונית ומטה, ופחות מאמינים ביכולתה של מערכת הבריאות לספק טיפול רפואי הולם. כמו כן, מעניין לציין כי משיבים שאושפזו בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים הביעו אמון מועט יותר באפשרות שיקבלו טיפול רפואי הולם מאשר משיבים שאושפזו בבתי חולים בבעלות של קופת חולים כללית ($b = -.158$).

סיכום ודיון

בספרות האקדמית יש לא מעט מחלוקות לגבי האמינות של סקרי שביעות רצון במדידת איכותו של טיפול רפואי. יש הטוענים כי העובדה שקבוצות אלו או אחרות מביעות שביעות רצון מעטה יותר אינה מלמדת בהכרח על כך שהן מקבלות טיפול רפואי נחות או שהמערכת מתנהלת בצורה לא שוויונית, ולהפך. היות שמרבית המידע הנאסף בסקר הוא סובייקטיבי, לא ברור עד כמה התשובות משקפות מציאות אובייקטיבית ועד כמה הן מושפעות ממודעות משפטית סובייקטיבית של המטופלים שהשיבו לשאלון. עם זאת, המחקר מצביע בבירור על פערים שיטתיים ועקביים בין תושבי מרכז לתושבי פריפריה ובין יהודים לערבים במרבית המדדים; יהודים ותושבי פריפריה נוטים לחוש שביעות רצון מעטה יותר משמירת זכויותיהם הרפואיות.

הממצאים תומכים חלקית בהשערת המחקר ועולים בקנה אחד עם הספרות העוסקת באי-שוויון מרחבי בגישה לשירותי בריאות (Guagliardo, 2004; LaVeist, 2005; Morrill et al., 1970; Riley, 2018; Williams & Collins, 2016), שלפיה המרחק ממרכז עירוני מפחית ומגביל את הגישה לבתי חולים ולשירותים רפואיים איכותיים ופוגע באיכות השירותים הרפואיים המונגשים לציבור (Semyonov-Tal, 2021b). אולם מרבית המחקרים בוחנים מדדים אובייקטיביים כגון שיעור תמותה, משך הטיפול, משך האשפוז או היקף הבדיקות שבוצעו במהלך האשפוז, ואילו מחקר זה ביקש לבחון דרך עיני המטופלים את שביעות רצונם מהשמירה על זכויותיהם המשפטיות באמצעות שאלות על חוויותיהם האישיות. מהממצאים עולה כי מטופלים סבורים שהסיכוי לשמירה על חלק מזכויותיהם הרפואיות הנגזרות מחוק זכויות החולה גבוה יותר בבתי החולים במרכז הארץ מאשר בבתי חולים באזורי הפריפריה. ברבים מהמדדים שנבחנו, המרחק ממרכז עירוני אכן הפחית באופן מובהק את שביעות הרצון של המטופלים ממידת השמירה על זכויותיהם. כלומר, חולים שאושפזו בבתי חולים במרכזים עירוניים בישראל חשו כי זכויותיהם נשמרו יותר מאשר חולים שאושפזו בבתי חולים בפריפריה.

מעניין במיוחד להתעכב על שלוש זכויות מרכזיות בחוק שבאופן מובהק לא נמצא בהן פער: הזכות לשוויון, הזכות להסכמה מדעת והזכות לטיפול רפואי הולם. בהחלט ייתכן כי היעדר אינדיקציה לפערים בתחושות לגבי שמירתן של זכויות אלו מעיד על התנהגות ארגונית דומה בבתי חולים בפריפריה ובמרכז, אם כי כאמור, מהממצאים עולה כי בעיני מרבית המטופלים הצוותים הרפואיים אינם שומרים על לשון החוק. באשר לפערים שנמצאו לגבי שאר הזכויות, אפשר להסביר את הממצאים בהבדלים במשאבים ובתקציבים (משרד הבריאות, 2016; רופאים לזכויות אדם, 2010) – בין שמדובר בתקציבים לשיפוץ בתי החולים ובין שמדובר בהיעדר תקנים לרופאים ולאנשי צוות רפואי. פערי תקציב לטובת בתי חולים במרכז עשויים להקשות למשל על עריכת קורסי הכשרה לצוותים רפואיים בפריפריה בנושא שמירה על היבטי חוק זכויות החולה. גם הפערים ביחס בין מספר הרופאים למספר החולים יכולים להקשות על צוותים רפואיים בפריפריה להעניק יחס אישי לכל מטופל או להסביר למטופלים המשוחררים מאשפוז על תהליך הקליטה בקהילה. היעדר מכשור מתקדם וחדשני בפריפריה עשוי אף הוא למנוע הצעת אפשרויות טיפול חלופיות. הממצא המעניין הוא כי ההבדלים בין מרכז לפריפריה במשאבים ובתקציבים לא רק משפיעים על איכות הטיפול והנגישות של שירותי בריאות (המודגמת באמצעות מדדי בריאות קלאסיים כגון תמותה, ילודה ומספר בדיקות רפואיות לנפש), אלא גם פוגעים בתחושות המטופל לגבי השמירה על זכויותיו המשפטיות. המחסור בבתי חולים ובצוותים רפואיים בפריפריה מגבילים את היכולת להגן על זכויות החולים בפריפריה בהשוואה למרכזים העירוניים שבהם יש ריכוז גבוה של בתי חולים מתקדמים ומאובזרים; נראה כי הצוותים הרפואיים בפריפריה קורסים תחת הנטל, ולכן אינם זמינים להקדיש משאבים גם לשמירה על הזכויות המשפטיות הנגזרות מחוק זכויות החולה. מגבלות אלו מובילות לחוויה טיפולית ירודה, המשתקפת בשביעות רצון נמוכה יותר ופוגעת במה שמכונה בעגה המקצועית של מערכת הבריאות "טיפול ממוקד במטופל" (patient centered care).

חשוב להדגיש כי אפשר להסביר את שביעות הרצון הנמוכה יחסית של מטופלים מקבוצות הרוב (למשל יהודים ובעלי השכלה אקדמית) בהשוואה לזו של מטופלים אחרים

שוויונית. לכן נראה כי אי־אפשר לנתק בין ציפיות, תודעה משפטית ושביעות רצון. אמנם אפשר לטעון כי זוהי שאלת הביצה והתרנגולת, ולא ברור אם היעדר מודעות משפטית מוביל לחוסר שביעות רצון או להפך, אולם נראה כי כדי לשקף באופן מהימן את שביעות הרצון של מטופלים, צריך להבין גם את הגורמים המעצבים את תפיסותיהם ואת התודעה המשפטית לזכות.

הממצאים שנמצאו במחקר זה מנוגדים לממצאי משרד הבריאות בסקר חוויית המטופל שעליו הוא מבוסס, שמצא פערים קטנים מאוד ואף זניחים בין שביעות הרצון של המטופלים במרכז ובין זו שבפריפריה. מסד הנתונים זהה, אך בניגוד לניתוח שביע משרד הבריאות, במחקר זה נערך מיפוי של חוק זכויות החולה ומתוך הסקר נבחרו שאלות ספציפיות הנוגעות לחוק זה. גם החלוקה בין מרכז לפריפריה במחקר זה שונה מהחלוקה של משרד הבריאות, שכן כאן הובאו בחשבון לא רק החלוקה למחוזות (מחוז דרום וצפון=פריפריה, השאר=מרכז) אלא גם הגדרתם של בתי חולים כפריפריאליים בהסכם הקיבוצי בין משרד הבריאות להר"י משנת 2011, משום שלעניות דעתי, בחלוקה בין מרכז לפריפריה לא די לקחת בחשבון את מדד הפריפריאליות של היישוב – חשוב לבחון גם את מדד הפריפריאליות של בית החולים עצמו, המתבטא במספר הרופאים, מספר התקנים, גודל בית החולים ועוד.

נוסף על כך, מחקרים קודמים (Semyonov-Tal & Lewin-Epstein, 2021) הראו כי שביעות רצון של מטופלים (הנמדדת בסולם ליקרט כפי שנעשה בסקר משרד הבריאות) נוטה להיות גבוהה מאוד, עם שונות נמוכה מאוד סביב מדדי שביעות הרצון. בהחלט ייתכן שהמשיבים מעניקים ציון גבוה בסולם שביעות הרצון מאחר שהם מרוצים מהטיפול, אולם סביר יותר להניח כי ציוני שביעות רצון שמתקבלים באמצעות שאלונים סטנדרטיים המתבססים על סולם ליקרט מוטים כלפי מעלה עם שונות נמוכה סביב ממוצעי המדדים, ולכן אינם רגישים דיים כדי למדוד שביעות רצון אותנטית מטיפול רפואי. לפיכך, לאור ההתפלגות המוטה של התשובות בסקר, הוחלט שלא להשתמש כאן במודל ליניארי הבוחן את ממוצע ההתפלגות על סולם של 5 נקודות (כפי שנעשה בניתוח משרד הבריאות), אלא לחקור את הסיכוי לשביעות רצון לפי סולם דיכוטומי של שביעות רצון גבוהה (ציונים 4-5) לעומת שביעות רצון נמוכה (ציונים 1-3). שיטת ניתוח זו מספקת תמונת מציאות מדויקת יותר ומחזקת את אמינות הממצאים.

גוף הנתונים ששימש במחקר זה אינו מאפשר לבדוק כיצד הבדלי תפיסות בקרב מטופלים משפיעים על התודעה המשפטית שלהם לגבי אופן קיום בחוק, אבל סביר להניח כי הבדלים בתודעה המשפטית של מטופלים משפיעים על האופן שבו הם מפרשים את זכויותיהם ואת מידת ההגנה עליהן. הדבר יכול להשפיע על מידת שביעות הרצון מהאופן או המידה של קיום החוק והגנה על זכויות רפואיות, למשל במקרה של ההבדל בין יהודים לערבים בנוגע לשביעות רצון מהצגת אפשרויות טיפול חלופיות. כאמור, מחקרים מצאו כי מטופלים רבים אינם מודעים לחוקים המסדירים את זכויותיהם (Ducinskiene et al., 2006; Humayun et al., 2008; Kuzu et al., 2006; Nielsen). בהקשר של מאמר זה, תודעה משפטית יכולה להשפיע על תפיסות של מטופלים בנוגע לסיכוייהם לקבל תנאי אשפוז מכבדים (2000). כך גם האופן שבו מטופלים תופסים את החוק ואת יישומו יכול להשפיע על האופן שבו יפתחו מודעות לזכויותיהם ויהיו רגישים למצבים של אפליה תחת החוק. משום כך,

אף שמחקר זה אינו בוחן תודעה משפטית ישירות, אי אפשר לשלול קשר בין שביעות רצון מקיום הזכות ובין מודעות לקיומה. במחקרים עתידיים כדאי לבחון אם וכיצד שביעות רצון קשורה למידת המודעות לזכות ולהפך.

לסיכום, הממצאים תומכים חלקית בהשערת המחקר ומראים כי מטופלים שאושפזו במרכז שבעי רצון מקיום זכויותיהם הרפואיות יותר מאשר מי שאושפזו בפריפריה: במרבית הזכויות שנבחנו נמצא כי מטופלים בבתי חולים במרכז סברו כי זכויותיהם נשמרו בקפדנות רבה יותר ובמידה רבה יותר ממטופלים שאושפזו בבתי חולים בפריפריה. אפשר לטעון בזהירות כי הפערים בשביעות רצון המטופלים בין המרכז לפריפריה משקפים פערים בהיקף השמירה על היבטי החוק, אולם לאור המחלוקת על אמינותם של מדדי שביעות רצון כמדדים לאיכות, מומלץ לבחון לעומק השערה זו במחקרים עתידיים.

רשימת מקורות

- דניאל, טל. (2007). במרחק 130 ק"מ מאיתנו קיים עולם אחר לחלוטין. זמן הרפואה, 24, 49-43.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2019). פני החברה בישראל – פערים בין מרכז לפריפריה (דוח מס' 11).
- מבקר המדינה. (2013). דוח שנתי 63ג.
- מבקר המדינה. (2015). השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו (דוח שנתי 65ג).
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת. (2020). פערי תעסוקה ושכר בין פריפריה ומרכז: נתונים וכלי מדיניות אפשריים.
- משרד הבריאות. (2016). אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2016. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- משרד הבריאות. (2019). דוח סקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים 2018. אגף שירות.
- משרד הבריאות. (2021). אי השוויון בבריאות והתמודדות עמו בשגרה ובקורונה 2020. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- ניראל, נורית, דינה פלפל, ברוך רוזן, עירית זמורה, מרים גרינשטיין וסימה זלצברג. (2001). נגישות לשירותי הבריאות בדרום וזמינותם: האם נסגרו פערים לרעת הדרום לעומת אזורים אחרים בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי? ביטחון סוציאלי, 59, 95-76.
- פישר, מנחם, עידו שולט, יזהר בן שלמה ואורלי תיבון-פישר. (2016). רפואה בפריפריה בכלל ובגליל בפרט: עובדות, תובנות ומחשבות ביצועיות, קול קורא לשינוי פרדיגמה. הרפואה, 155(4), 237-234.
- רופאים לזכויות אדם. (2010, פברואר). אי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות בישראל. Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). *National Healthcare Disparities Report*.
- Aggarwal, Nikhil, Garima Sehgal, Muskan Makkar, Kumar Utkarsh, Shweta Tulsiani, Samir Chattopadhyay, Rahul Bansal, & Archana Rani. (2021). Level of

- awareness about medical ethics among junior doctors of a tertiary care hospital in North India: A cross-sectional study. *Journal of Anatomical Sciences*, 28(2), 91–102.
- Arah, Onyebuchi A., Gert P. Westert, Jeremy Hurst, & Niek S. Klazinga. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 5–13.
- Bayley, K. Bruce, Marla R. London, Gary L. Grunkemeier, & David J. Lansky. (1995). Measuring the success of treatment in patient terms. *Medical Care*, 33(4), AS226–AS235.
- Bitner, Mary Jo. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54(2), 69–82.
- Bjertnaes, Oyvind, Kjersti Eeg Skudal, & Hilde Hestad Iversen. (2013). Classification of patients based on their evaluation of hospital outcomes: cluster analysis following a national survey in Norway. *BMC Health Services Research*, 13, Article 73.
- Blanchard, Janice C., Yolanda C. Haywood, & Carol Scott. (2003). Racial and ethnic disparities in health: An emergency medicine perspective. *Academic Emergency Medicine*, 10(11), 1289–1293.
- Brown, Jonathan Betz, & Miriam E. Adams. (1992). Patients as reliable reporters of medical care process: Recall of ambulatory encounter events. *Medical Care*, 30(5), 400–411.
- Buor, Daniel. (2003). Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo-Ano South district, Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(4), 293–311.
- Chisick, Michael C. (1997). Satisfaction of active duty soldiers with family dental care. *Military Medicine*, 162(2), 105–108.
- Cohen, Gary. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine*, 42(7), 1085–1093.
- Crow, H., Heather Gage, Sarah Hampson, Jo Hart, Alan Kimber, Lesley Storey, & Hilary Thomas. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), 1–250.
- Dai, Dajun. (2010). Black residential segregation, disparities in spatial access to health care facilities, and late-stage breast cancer diagnosis in metropolitan Detroit. *Health & Place*, 16(5), 1038–1052.
- Dai, Dajun, & Wang, Fahui. (2011). Geographic disparities in accessibility to food stores in southwest Mississippi. *Environment and Planning B: Urban Analytics and City Science*, 38(4), 659–677.

- Daoud, Nihaya, Varda Soskolne, Jennifer S. Mindell, Marilyn A. Roth, & Orly Manor. (2018). Ethnic inequalities in health between Arabs and Jews in Israel: The relative contribution of individual-level factors and the living environment. *International Journal of Public Health*, 63, 313–323.
- Ducinskiene, Danute, Jurgita Vladickiene, Ramune Kalediene, & Irja Haapala. (2006). Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania. *BMC International Health and Human Rights*, 6(1), Article 10.
- Ewick, Patricia, & Susan S. Silbey (1992). Conformity, contestation, and resistance: An account of legal consciousness. *New EngLand Law Review*, 26, 731–749.
- Feikin, Daniel R., Ly Minh Nguyen, Kubaje Adazu, Maurice Ombok, Allan Audi, Laurence Slutsker, & Kim A. Lindblade. (2009). The impact of distance of residence from a peripheral health facility on pediatric health utilisation in rural western Kenya. *Tropical Medicine & International Health*, 14(1), 54–61.
- Guagliardo, Mark F. (2004). Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(1), Article 3.
- Hall, Melvin F., & Irwin Press. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: Results of a multiple facility study. *Journal of Healthcare Management*, 41(4), 515–532.
- Hirschman, Albert O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press.
- Hirschman, Albert O. (1974). "Exit, voice, and loyalty": Further reflections and a survey of recent contributions. *Socail Science Information*, 13(1), 7–26.
- Humayun, Ayesha, Noor Fatima, Shahid Naqqash, Salwa Hussain, Almas Rasheed, Huma Imtiaz, & Sardar Zakariya Imam. (2008). Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. *BMC Medical Ethics*, 9(1), Article 14.
- Kasulkar, Arti Ajay, H. T. Kanade, & Madhur Gupta. (2015). Awareness of ethical and medico-legal issues among medical professionals of a private institute. *Indian Internet Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 13(2), 33–38.
- Kuzu, Nevin, Ahmet Ergin, & Mehmet Zencir. (2006). Patients' awareness of their rights in a developing country. *Public Health*, 120(4), 290–296.
- LaVeist, Thomas A. (2005). Disentangling race and socio-economic status: A key to understanding health inequalities. *Journal of Urban Health*, 82(3), iii26–iii34.
- Lubetzky, Hasia, Michael Friger, Lora Warshawsky-Livne, & Shifra Shvarts. (2011). Distance and socio-economic status as a health service predictor on the periphery in the southern region of Israel. *Health Policy*, 100(2–3), 310–316.
- Manary, Matthew P., William Boulding, Richard Staelin, & Seth W. Glickman. (2013). The patient experience and health outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 368(3), 201–203.

- Manor, Orly, Zvi Eisenbach, Avi Israeli, & Yechiel Friedlander. (2000). Mortality differentials among women: The Israel longitudinal mortality study. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1175–1188.
- Morrill, Richard L., Robert J. Earickson, & Philip Rees. (1970). Factors influencing distances traveled to hospitals. *Economic Geography*, 46(2), 161–171.
- Nielsen, Laura Beth. (2000). Situating legal consciousness: Experiences and attitudes of ordinary citizens about law and street harassment. *Law & Society Review*, 34(4), 1055–1090.
- Oliver, Richard L. (1997). *Satisfaction: A behavioural perspective on the consumer*. McGraw-Hill.
- Pines, Jesse M., A. Russell Localio, & Judd E. Hollander. (2009). Racial disparities in emergency department length of stay for admitted patients in the United States. *Academic Emergency Medicine*, 16(5), 403–410.
- Riley, Alicia R. (2018). Neighborhood disadvantage, residential segregation, and beyond: Lessons for studying structural racism and health. *Journal of Racial & Ethnic Health Disparities*, 5(2), 357–365.
- Ross, Caroline K., Colette A. Steward, & James M. Sinacore. (1993). The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care*, 31(12), 1138–1149.
- Rutledge, Robert W., & Patricia Nascimento. (1996). Satisfaction with HMOs. *Marketing Health Services*, 16(1), 22.
- Saabneh, Ameen M. (2016). Arab–Jewish gap in life expectancy in Israel. *European Journal of Public Health*, 26(3), 433–438.
- Semyonov, Moshe, Lewin-Epstein, Noah, & Maskileyson, Dina. (2013). Where wealth matters more for health: The wealth–health gradient in 16 countries. *Social Science & Medicine*, 81, 10–17.
- Semyonov-Tal, Keren. (2021a). Complaints and satisfaction of patients in psychiatric hospitals: The case of Israel. *Journal of Patient Experience*.
- Semyonov-Tal, Keren. (2021b). Ethnicity, spatial segregation and length of stay in emergency medicine departments: The case of Israel. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 8(2), 209–224.
- Semyonov-Tal, Keren. (2021c). “Honor thy father and thy mother”: The contribution of verbal concerns to the understanding of elderly patients’ satisfaction. *Quality in Ageing and Older Adults*, 22(2), 95–105.
- Semyonov-Tal, Keren. (2021d). The voice of patients in Israel’s general hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- Semyonov-Tal, Keren. (2024). Responsiveness of inpatient care and provision of dignity: Insights from a patient experience survey in Israel. *Health Policy*, 143, Article 105043.

- Semyonov-Tal, Keren, & Noah Lewin-Epstein. (2021). The importance of combining open-ended and closed-ended questions when conducting patient satisfaction surveys in hospitals. *Health Policy OPEN*, 2, Article 100033.
- Singh, Jagdip. (1990). A multifacet typology of patient satisfaction with a hospital stay. *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), 8–21.
- Soh, G. (1991). Patient satisfaction with physician care. *Hawaii Medical Journal*, 50(4), 149–152.
- Spreng, Richard A., & Robert D. Mackoy. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing*, 72(2), 201–214.
- Swan, John E., Lynne D. Richardson, & James D. Hutton. (2003). Do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians, nurses, and hospital services? *Health Care Management Review*, 28(3), 254–264.
- Taylor, Steven A., & Thomas L. Baker. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *Journal of Retailing*, 70(2), 163–178.
- Thi, Phi Linh Nguyen, Serge Briancon, F. Empereur, & F. Guillemin (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine*, 54(4), 493–504.
- Tucker, Jessie. (2002). The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*, 16(1), 48–66.
- Tucker, Jessie, & Sheila Adams. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: An integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality*, 11(4), 272–287.
- Williams, David R., & Chiquita Collins. (2016). Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports*, 116(5), 404–416.
- Yaghobian, Mahbobeh, Sima Kaheni, Mahmonir Danesh, & Farideh Rezayi Abhari. (2014). Association between awareness of patient rights and patient's education, seeing bill, and age: A cross-sectional study. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 55–64.
- Zülfikar, Fehime, & M. Filiz Ulusoy. (2001). Are patients aware of their rights? *A Turkish study. Nursing Ethics*, 8(6), 487–498.

נספח א: מאפייני בתי החולים

בית חולים	גודל (מס' מיטות)	מיקום	עיר	בעלות
איכילוב (סוראסקי)	גדול	מרכז	תל אביב	מדינה
אסף הרופא	קטן/בינוני	מרכז	באר יעקב	מדינה
בילינסון (רבין)	גדול	מרכז	פתח תקווה	כללית
בני ציון (רוטשילד)	קטן/בינוני	מרכז	חיפה	מדינה
ברזילי	קטן/בינוני	פריפריה	אשקלון	מדינה
הדסה (הר הצופים)	קטן/בינוני	מרכז	ירושלים	ציבורי
הדסה (עין כרם)	קטן/בינוני	מרכז	ירושלים	ציבורי
הכרמל	קטן/בינוני	מרכז	חיפה	כללית
הלל יפה	קטן/בינוני	פריפריה	חדרה	מדינה
העמק	קטן/בינוני	פריפריה	עפולה	כללית
המשפחה הקדושה	קטן/בינוני	פריפריה	נצרת	ציבורי
הסקוטי נצרת	קטן/בינוני	פריפריה	נצרת	ציבורי
השרון	קטן/בינוני	מרכז	פתח תקווה	כללית
וולפסון	קטן/בינוני	מרכז	חולון	מדינה
לניאדו	קטן/בינוני	מרכז	נתניה	ציבורי
מאיר	קטן/בינוני	מרכז	כפר סבא	כללית
מעייני הישועה	קטן/בינוני	מרכז	בני ברק	ציבורי
המרכז הרפואי לגליל	קטן/בינוני	פריפריה	נהריה	מדינה
סורוקה	גדול	פריפריה	באר שבע	כללית
פורייה	קטן/בינוני	פריפריה	טבריה	מדינה
קפלן	קטן/בינוני	פריפריה	רחובות	כללית
רבקה זיו	קטן/בינוני	פריפריה	צפת	מדינה
רמב"ם	גדול	מרכז	חיפה	מדינה
שיבא (תל השומר)	גדול	מרכז	רמת גן	מדינה
שערי צדק	גדול	מרכז	ירושלים	ציבורי

נספח ב: רשימת משתנים מפקחים

משתנים	משתנה	הגדרה אופרציונלית	אופן המדידה	אחוז / ממוצע (sd)
מאפייני בית חולים	מיקום	מיקום מרכזי בישראל, לרבות ערים גדולות, לעומת מיקום פריפריאלי (לפי חלוקה של הר"י וחלוקה גיאוגרפית)	מרכז=1 פריפריה=0	56.1%
	גודל	גדול=מעל 800 מיטות; בינוני=301-800 מיטות; קטן=מתחת ל-300 מיטות	גדול=1 קטן/בינוני=0	27.7%
	בעלות	כללית=בבעלות קופת חולים כללית מדינה=בבעלות מדינת ישראל או משרד הבריאות ציבורית	מדינה / ציבורי=1	70.3%
מאפיינים סוציודמוגרפיים	מגדר	2 קטגוריות: גברים, נשים	גבר=1	54.7%
	אתניות	2 קטגוריות: יהודים, ערבים	יהודי=1	75.6%
	גיל	גיל בשנים	גיל=בשנים	58.65 (18.35)
	השכלה	2 קטגוריות: לא אקדמאי, אקדמאי	אקדמאי=1	22.3%

נספח ג: טבלת התפלגות של תחושת מטופלים (באחוזים) שחשו כי זכותם נפגעה בחלוקה לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

כלל המדגם	השכלה		אתניות		מגדר		סוג זכות
	השכלה לא אקדמית	השכלה אקדמית	יהודי	ערבי	גבר	אישה	
2.4	2.4	2.4	2.3	2.6	2.1	2.7	זכות לשוויון
8.2	8.5	8.1	7.8	9.3	8.4	8	הזכות לפרטיות
19.3	20.5	19	20.3	16.2	17.2	21.8	הזכות לתנאי אשפוז מכבדים
10.2	11.2	9.9	10.9	7.9	9.7	10.7	הזכות לטיפול רפואי מכבד
32.6	33.3	32.4	35.2	24.6	31.7	33.8	הזכות להסכמה מדעת
15.7	16.7	15.4	16.7	12.4	15.2	16.2	הזכות להמשכיות הטיפול
20.6	21.7	20.3	21.8	16.8	18.6	23	הזכות לתנאי ביקור מכבדים
31.9	36.3	30.7	35.4	21	30.1	34.2	הזכות לטיפול רפואי הולם