

## הקשר בין המצב החברתי-כלכלי למצב הבריאות<sup>1</sup>

- בישראל, בדומה למדינות אחרות, האוכלוסייה שמצבה הכלכלי-חברתי נמוך מתאפיינת בתחלואה ובתמותה גבוהות יותר מאשר האוכלוסייה שמצבה הכלכלי-חברתי גבוה.
- הספרות העוסקת בתחום מצביעה על מנגנונים המסבירים כיצד מצב חברתי-כלכלי יכול להשפיע על מצב הבריאות של האדם ואף של ילדיו. במקביל מתקיימת גם סיבתיות הפוכה, שכן בריאות לקויה עשויה להשפיע על היכולת לעבוד ועל המצב החברתי-כלכלי עצמו.
- מצב חברתי-כלכלי נמוך הפוגע בבריאות, עשוי לפגוע גם ברווחה, בתוצר ובפרייון, ולהשית על הממשלה עלויות נוספות למימון שירותי בריאות עודפים וקצבאות. גם כשמתקיימת סיבתיות הפוכה, מצב חברתי כלכלי נמוך עשוי לאותת על קיומם של צורכי בריאות מוגברים, ולכן מידע עליו יכול לסייע בהכוונת המשאבים לשיפור הבריאות.
- תמהיל שירותי הבריאות של האוכלוסייה החלשה נוטה לשימוש רב יותר בשירותי האשפוז בבתי חולים ולשימוש מועט יותר ברבים משירותי הבריאות בקהילה. תמהיל זה עלול להביא לטיפול מאוחר מדי במחלות מדרדרות ולהוביל לחוסר יעילות ובזבוז. היקף השימוש בשירותי הבריאות בקהילה מושפע גם מהזמינות ומהנגישות של שירותים אלה.
- ביישובים בישראל מדד חברתי-כלכלי נמוך מתואם עם שיעורי תמותה גבוהים יחסית. שיעור התמותה הממוצע (המתוקן לגיל) בחציון התחתון של היישובים גבוה ב-11% מאשר ביישובים בחציון העליון.
- השכלה נמוכה מתואמת עם מצב בריאות רע יותר, המושפע כנראה מחשיפה מוגברת לגורמי סיכון ולמתח, מקשיי נגישות לשירותי הבריאות, ומאורח חיים בריא

**כתב: ערן פוליצר.**

1 חלק הארי של הדיון מבוסס על המחקר: ע' פוליצר, ע' שמואלי ושי' אבני (2016). "הנטל הכלכלי של פערים בבריאות הקשורים לפערים חברתיים-כלכליים בישראל", דו"ח למכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות. מחקר זה נתמך במענק מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

פחות. מתאם זה עשוי להסביר מדוע אצל בעלי השכלה נמוכה שיעורי ההיעדרות מעבודה מסיבת מחלה גבוהים יותר מאשר אצל בעלי השכלה גבוהה, וכך גם שיעורי האבטלה ואי-ההשתתפות בכוח העבודה מסיבה זו. פער זה בתחלואה בגיל העבודה עשוי לפגוע בתוצר ובפרייון.

- לילדים שלהוריהם הכנסה נמוכה או שחוו תקופות עוני בעבר סיכוי נמוך יותר ליהנות מבריאות טובה. הכנסה והשכלה גבוהה של בוגרים מתואמת עם סיכוי נמוך יותר להידרדרות במצב בריאותם בתוך תקופה של שני תיים-שלוש.

### 1. רקע – הקשר בין המצב החברתי-כלכלי למצב הבריאות

הקשר בין המצב החברתי כלכלי לבין תוצאות בריאות כתמותה או תחלואה חזק, עתיק יומין ונצפה במדינות עשירות ועניות כאחד. מגוון מחקרים ונתונים מראים כי הכנסה רבה, השכלה גבוהה ומעמד חברתי גבוה מתואמים עם תוחלת חיים ארוכה יותר ובריאות טובה יותר, וכי קשר זה קיים לכל אורך הסולם החברתי-כלכלי. זהו המצב גם בישראל. כך, למשל, התושבים ביישובים חזקים מבחינה חברתית-כלכלית נהנים משיעורי תמותה נמוכים (כפי שמפורט בהמשך); הסיכון לתמותה של בעלי השכלה נמוכה גבוה במידה רבה מזה של בעלי השכלה גבוהה<sup>2</sup>; ותוחלת החיים של נשים ערביות נמוכה בכ-3 שנים מתוחלת החיים של נשים יהודיות (84.1 שנים)<sup>3</sup>.

אמנם המתאם בין המצב החברתי-כלכלי לבריאות ברור, אך אופי הקשר, כיווני ההשפעה והמנגנונים

2 בקרב גברים יהודים בני 45 עד 64 הסיכון לתמותה של בעלי 9-12 שנות לימוד גבוה ב-50% מהסיכון של בעלי 13 שנות לימוד ויותר (9.3 לעומת 6.3 מיתות לאלף נפש מתוקנות לגיל). הנתונים הם לעשור שהסתיים בשנת 2004, והם הצביעו על התרחבות הפער לעומת העשור הקודם. ראו:

D. Jaffe, Y. Neumark, Z. Eidenbach and O. Manor (2008). "Educational inequalities in mortality among Israeli Jews: Changes over time in a dynamic population", Health & Place, 287-298

3 תוחלת החיים הממוצעת בשנים 2010-2014. המקור: הלמ"ס, "השנתון הסטטיסטי לישראל 2015 – מספר 66".

לבריאות הילד<sup>5</sup>, ובריאותם של ילדים משפיעה על בריאותם והכנסתם כשהיו מבוגרים, ייתכן שגם כאן המצב חברתי-כלכלי משפיע על הבריאות – השפעה שאופייה, במקרה זה, הוא בין-דורי.

ניתן להתייחס לבריאות כמו למעין מלאי, אשר לרוב הולך ונשחק עם השנים, גם בעקבות זעזועי בריאות הנובעים מהסיבות שתוארו לעיל, או מסיבות אקראיות. גם כשזעזועי הבריאות אקראיים, מצב חברתי-כלכלי גבוה של האדם (או של משפחתו) עשוי להגן עליו משחיקה פרמנטית של מלאי בריאותו בשל הזעזוע (למשל בזכות היכולת לרכוש שירותי בריאות טובים יותר, הבנה טובה יותר והקפדה יתירה על הוראות רפואיות, סביבה יציבה ובריאה יותר להחלמה וכו'). אם זעזועי בריאות דומים משפיעים ביתר חומרה על אנשים במצב חברתי-כלכלי נמוך גם זעזועים אקראיים (בקצב דומה) יובילו עם הזמן להתפתחות של פערי בריאות על רקע חברתי-כלכלי.

לזיהוי כיווני הסיבתיות ותרומתם למתאם בין המצב החברתי-כלכלי למצב הבריאות יש השלכות על צעדי המדיניות הנדרשים. במידה שהכנסה נמוכה, השכלה מועטה ומעמד נמוך פוגעים בבריאות, מדיניות חברתית המשפרת את הכנסתם, השכלתם ומעמדם של הסובלים ממצב חברתי-כלכלי ירוד תשפר גם את מצב בריאותם. אם כך, כאשר שוקלים צעדי מדיניות חברתיים כאלה, יש להתחשב בתועלת המוגברת

שדרכם הקשר מתקיים אינם ברורים לגמרי<sup>4</sup>. חוקרים הצביעו על כמה מנגנונים שעשויים להסביר כיצד השכלה נמוכה והכנסה מועטה עשויות להיות הסיבה למצב בריאות ירוד. בין אלה: נטייה חזקה יותר להתנהגויות המזיקות לבריאות (למשל עישון, שתית אלכוהול ותזונה לא מאוזנת) בגלל רכישת מידע מועט על נזקיהן, השפעות חברתיות, או חינוך מצומצם יותר להתמקדות בעתיד; עבודה במקצועות מסוכנים (למשל בניין ותעשייה); נגישות פחותה לשירותי בריאות מתקדמים בגלל מגבלות פיננסיות או מגבלות אינפורמציה; מתח פסיכו-סוציאלי עקב הדרה ומעמד חברתי נמוך; מגורים בשכונות וביישובים נפרדים בסביבה עתירת סיכונים לבריאות (למשל זיהום והעדר שטחים ירוקים) ועוד.

כנגד זאת, חלק מהמתאם עשוי לנבוע מסיבתיות הפוכה, שכן בריאות ירודה יכולה לגרום לפגיעה בהכנסה בשל קושי לעבוד. נוסף על כך, פגיעה בבריאות בגיל צעיר עלולה לשמש גורם שלישי המסביר את המתאם, שכן היא פוגעת הן בבריאות בבגרות והן במצב הכלכלי-חברתי, אם היא מובילה לרכישת השכלה נמוכה בהמשך. אולם הואיל ומחקרים רבים מלמדים שהכנסה גבוהה והשכלה גבוהה של ההורים תורמות

5 Condcliffe and Link (2008) מוצאים, בנתוני פאנל לארה"ב, כי ילדים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך סובלים מזעזועי בריאות רבים יותר ככל שהם מתבגרים, וכן משתקמים טוב פחות מזעזועי בריאות קודמים, ביחס לילדים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה. Appouey and Geoffard (2013) מוצאים השפעה של הכנסת המשפחה על בריאותם של ילדים בני שנתיים ויותר בבריטניה, ומראים כי בקרב ילדים ממשפחות בעלות הכנסה נמוכה התחלואה במחלות כרוניות נפוצה יותר וחמורה יותר. השניים מוצאים השפעה מובהקת גם לאחר שנקטו צעדים להפחתת האנדוגניות של הכנסת המשפחה. ראו:

S. Condcliffe and C. R. Link (2008). "The relationship between economic status and child health: evidence from the United States", *American Economic Review*, 98: 4, 1605–1618

B. Apouey and P. Geoffard (2013). "Family income and child health in the UK", *Journal of Health Economics* 32, 715–727

4 לסקירה של הספרות העוסקת בקשר בין המצב החברתי-כלכלי לבין מצב הבריאות (בהדגשת הספרות הכלכלית) ראו: D. Cutler, A. Lleras-Muney and T. Vogl (2011). "Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms", In S. Glied and P. Smith (Eds.) *The Oxford Handbook of Health Economics* pp. 124–163, Oxford University Press

D. Cutler and A. Lleras-Muney (2012). "Education and health: insights from international comparisons", *NBER Working Paper Series* No. 17738.

J.P. Smith, (1999). "Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status", *Journal of Economic Perspectives* 13, Number 2—Spring 1999, 145–166.

זה, הגורמת לפגיעה בתעסוקה, להיעדרות מעבודה ולצבירה פחותה של הון אנושי.  
 ג. עלויות של טיפול רפואי נוסף עקב התחלואה העודפת, במימון הממשלה או הפרטים (עלויות אלה עשויות להיות קטנות אם פערי הבריאות נובעים מאספקה חסרה של שירותי בריאות).  
 ד. תשלום נוסף של קצבאות נכות עקב התחלואה העודפת (וכנגד זאת – חיסכון בתשלום קצבאות זקנה עקב התמותה המוקדמת).

הערכת העלות הנובעת מפגיעה בבריאות עקב פערים חברתיים-כלכליים מצריכה לזהות את היקף ההשפעה של הפערים על הבריאות, ובכלל זה לנכות השפעות אפשריות הפועלות בכיוון ההפוך. כאן לא ננסה לעמוד במשימה זו, אך נציג אומדנים המצמידים ערכים כספיים למתאמים שבין המצב החברתי-כלכלי לבריאות. אמידות אלה בוחנות את הפערים הקיימים לעומת תרחיש דמיוני (counterfactual) של שוויון, שבו האוכלוסייה החלשה נהנית ממצב הבריאות הממוצע של האוכלוסייה החזקה.<sup>7</sup> השימוש בהבדל בין העלות במציאות לעלות בתרחיש החלופי מניח למעשה כי המתאם הנצפה נובע כולו מהשפעתם של הפערים החברתיים-כלכליים על הבריאות, ולא מסיבתיות בכיוון ההפוך. זוהי הנחה חזקה מדי, ולכן העלויות המוצגות עשויות לשמש רף עליון בלבד לעלויות בפועל. כנגד זאת, העלויות המוצגות מתחשבות בפערי הבריאות של האוכלוסייה החלשה בלבד, בעוד שפערים כאלה מתקיימים באופן רציף יותר, גם בקרב אנשים במצב חברתי-כלכלי טוב יותר. התחשבות בפערי הבריאות לאורך כל המדרג החברתי-כלכלי הייתה ודאי מגדילה את אומדני העלויות. נציין כי האומדן משתמש בתרחיש שוויון שבו מצב הבריאות של האוכלוסייה החלשה משתפר, אך אינו קובע כיצד ניתן להשיג את תרחיש השוויון הזה, ובמיוחד – אינו מעריך מה תהיה העלות של מימושו. לכן עבודה זו אינה מהווה מבחן עלות-תועלת של

שתצמח מהם גם לבריאות האוכלוסייה<sup>6</sup>. ככל שכיוון הסיבתיות הפוך, הרי שתועלת הבריאות שתצמח משיפור הכנסתם של עניים ומהשקעה בהרחבת ההשכלה תהיה מצומצמת (וצעדים כאלה אף עלולים להסיט משאבים משיפורים הנדרשים במערכת הבריאות עצמה).

יהא אשר יהא המשקל של כל כיוון סיבתיות, המתאם בין המצב החברתי-כלכלי לבין מצב הבריאות יכול לסייע בזיהוי צורכי בריאות מוגברים ובהכוונת משאבים לאוכלוסיות הסובלות מבריאות לקויה. כך, למשל, הכללה של גורמים חברתיים-כלכליים בנוסחת איזון הסיכונים (הקפיטציה) המחלקת את כספי סל הבריאות בין קופות החולים, עשויה לסייע בהכוונת משאבים מתאימים לאוכלוסייה חלשה, שצורכי הבריאות שלה רבים מאלה של אוכלוסיות חזקות. יתר על כן, גם ללא זיהוי מלא של כיווני הסיבתיות ומשקלם, המדיניות יכולה לנסות להשפיע ישירות על המנגנונים שעשויים לקשר בין מצב חברתי-כלכלי לבריאות. כך, למשל, חינוך ותמריצים לאורח חיים בריא (הכולל תזונה מאוזנת, פעילות גופנית, הימנעות מעישון וכו'); הגברת המודעות לבדיקות גנטיות והנזקים מנישואי קרובים; שיפור הנגישות של אוכלוסיות חלשות לשירותי הבריאות; פיקוח על הבטיחות והגהות במקומות עבודה מסוכנים וצעדים דומים נוספים עשויים להועיל לבריאותן של אוכלוסיות חלשות במידה ניכרת יותר מאשר לבריאותה של שאר האוכלוסייה, וכך לצמצם את הפערים המתואמים עם המצב החברתי-כלכלי.

## 2. הערכת העלות של פערים בבריאות

מצב בריאות ירוד של קבוצת אוכלוסייה רחבה עשוי לגרום עלויות למשק ולשחקנים הפועלים בו (ביחס לתרחיש דמיוני שבו פערי הבריאות נעלמים). בין העלויות האפשריות:

- א. פגיעה ברווחת האזרחים ובני משפחותיהם עקב תמותה מוקדמת וחיים בבריאות ירודה.
- ב. פגיעה בתוצר ובפריון במשק עקב תמותה של עובדים בגיל העבודה, וכן עקב תחלואה עודפת בגיל

7 בשיטה זו נעשה שימוש גם בעבודות אחרות שניסו להעריך את עלותם של פערים בבריאות. ראו:

"Estimating the Costs of Health Inequalities", A report prepared for the Marmot Review, London: Frontiers Economics (2010).

J.P. Mackenbach, W.J. Meerding and A.E. Kunst (2011). "Economic costs of health inequalities in the European Union", *Journal of Epidemiology & Community Health* .65. 412-419

6 גישה זו (המכונה "Health in All Policies") קוראת להתחשב בהשלכות של צעדי מדיניות על הבריאות במגוון תחומים. ראו World Health Organization (2014), "Health in all .policies: Helsinki statement Framework for country action."

מאוד היה נמוך ב-3.4 נקודות אחוז מזה של ילדים שמשפחתם לא חוותה הדרדרות כזאת. נציין כי כיוון הסיבתיות העומד מאחורי מתאם זה אינו ברור לגמרי, שכן הרעה במצב בריאותו של ילד עשויה לפגוע בהכנסת ההורים ומשק הבית. המתאם השלילי נשמר ואף מתחזק כשבוחנים משפחות בארבעת החמישונים העליונים של התפלגות ההכנסות. משמע שהקשר השלילי קיים גם במשקי בית לא עניים שמצבם הכלכלי הורע.

עדות חזקה יותר יש להשפעה של הכנסת ההורים לאורך חייהם על בריאות ילדיהם: לילדי הורים שחוו עוני בעבר, לפני 5 שנים ויותר<sup>9</sup>, יש סיכוי יותר באופן מובהק (ב-4.8 נקודות אחוז) להיות במצב בריאות טוב מאוד. קשר זה מתקיים גם כשמחריגים את 20% משקי הבית העניים ביותר מהמדגם. הקשר נשאר מובהק גם כשבוחנים את ההשפעה על ילדים בני פחות מ-5 שנים (רגרסיה שאינה מוצגת כאן). במקרה זה בריאות הילד, שעוד לא נולד, לא יכלה להיות הגורם לתחושת העוני של ההורה, ועל כן לא תיתכן כאן סיבתיות הפוכה (פגיעה של תחלואת הילד בהכנסת ההורים).

בבחינה של השכלת ההורים נמצא מתאם חיובי בין השכלת האב לבריאות הילדים. כאשר מפקחים גם על משתני ההכנסה (המהווים בקרה מסוימת על איכות ההשכלה), שנת לימוד נוספת של האב מגדילה את הסיכוי לבריאות טובה של הילדים ב-2.6 נקודות אחוז. גם להשכלת האם מתאם חיובי עם בריאות הילדים, אך מתאם זה אינו שונה במובהק מאפס.

תכניות לצמצום פערי הבריאות, אולם היא עשויה לשמש צעד ראשוני בכיוון זה, שכן היא אומדת את התועלת הפוטנציאלית מצמצום הפערים.

### 3. עדויות לקשר בין ההכנסה וההשכלה של הורים לבין בריאות ילדיהם

השכלה והכנסה גבוהות של הורים עשויות להגן על ילדיהם מנזקים ארוכי טווח של זעזועי בריאות ועדויות לכך נמצאו בכמה מדינות. (ראו הערה 5 לעיל.) הסקר ארוך הטווח של הלמ"ס מספק עדויות למתאם בין ההכנסה וההשכלה של הורים לבין בריאות ילדיהם גם בישראל. לוח 1 מציג את האפקטים השוליים של רגרסיות probit שבחנו כיצד גורמים שונים מתואמים עם הסיכוי כי ילד (עד גיל 18) יהיה במצב בריאות "טוב מאוד" (הגבוה ביותר), לפי ההערכה הסובייקטיבית של המשיבים לסקר<sup>8</sup>. הרגרסיות נערכו על שנת סקר בודדת (5-2014), ופיקחו על משתנים דמוגרפיים (הגיל, המין, הלאום והדת). האומדנים מעלים מתאם חיובי ומובהק, אך קטן מאוד, בין הכנסת משק הבית לבין בריאות הילדים בו: תוספת של 100,000 ש"ח להכנסה השנתית של משק הבית (מעל להכנסה הממוצעת) מגדילה את הסיכוי לבריאות טובה של הילדים רק ב-0.5 נקודת אחוז (גרסה (1) של הרגרסיות בלוח), ואומדן זה משתנה רק במעט כשמפקחים על משתנים אחרים. מתאם משמעותי יותר נמצא בין הרעה במצב הכלכלי בשנה האחרונה לבין מצב בריאות רע יותר של הילדים (גרסה (2)): הסיכוי של ילדים שבמשפחתם המצב הכלכלי הדרדר להיות במצב בריאות טוב

8 דיווח עצמי על מצב הבריאות עשוי להיות מושפע מהטיות, שייתכן כי הן קשורות גם למצב החברתי-כלכלי. במסגרת זו לא בחנו את קיומן של הטיות כאלה ואת השפעתן על האומדנים שקיבלנו. על הטרוגניות בדיווחי בריאות בסקרים שנערכו בישראל ראו (Shmueli 2003).

Etile & Milcent (2006) מוצאים הטרוגניות לפי ההכנסה בדיווח על מצב בריאות בצרפת, ומראים כי שימוש במשתנה דמי לבריאות הגרועה ביותר, במקום בכל ארבע הרמות האפשריות, מסייע להתמודד עם ההטרוגניות. (בעבודה זו נקטנו גישה דומה עם משתנה דמי לבריאות הטובה ביותר). A. Shmueli (2003). "Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity", *Social Science & Medicine* 57:125-134.

F. Etile and C. Milcent (2006). "Income-related reporting heterogeneity in self-assessed health: evidence from France", *Health Economics*. 15, Issue 9, 965-981.

9 המשיבים לסקר נשאלו תחילה "מאז גיל 15 ועד היום, האם היו תקופות שבהן חשבת שאתה עניי?" ואז נשאלו "מתי הייתה הפעם האחרונה שבה חשבת שאתה עניי?". מכאן שמי שדיווח כי חש עוני לפני 5 שנים או יותר למעשה דיווח גם כי לא חש עוני בחמש השנים האחרונות.

לוח 1 : המתאם בין משתני הכנסת משק הבית והשכלת ההורים לבין הסיכוי שהילד ייהנה מבריאות טובה מאוד (לפי הערכה סובייקטיבית) - השפעות שוליות מרגרסיית probit

| (5)                  | (4)                 | (3)                  | (2)                  | (1)                 | ערכים בנקי אחוז – הסיכוי למצב בריאות טוב מאוד של הילדים (ערכי z בסוגריים) |
|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|---|
| ההשכלה וההכנסה יחדיו | ההשכלה במקום ההכנסה | בלי 20% העניים       | + משתני ההכנסה בעבר  | הבסיס               |   |
| 0.003<br>(1.43)      |                     | ***0.007<br>(2.64)   | **0.006<br>(2.36)    | **0.005<br>(2.13)   | הכנסת משק הבית (אלפי ש"ח בשנה)  |
| -2.56<br>(-1.48)     |                     | ** -4.79<br>(-2.44)  | ** -3.37<br>(-2.00)  |                     | הרעה במצב הכלכלי בשנה האחרונה   |
| ** -3.13<br>(-2.34)  |                     | *** -4.85<br>(-3.66) | *** -4.77<br>(-3.93) |                     | אחד ההורים חש עני לפני 5 שנים או יותר                                     |
| 1.33<br>(0.98)       | 0.13<br>(1.11)      |                      |                      |                     | שנות השכלת האם  |
| *2.60<br>(1.95)      | ***0.34<br>(3.02)   |                      |                      |                     | שנות השכלת האב  |
| -0.30<br>(-1.28)     | -3.04<br>(-1.34)    | -3.69<br>(-1.51)     | -3.22<br>(-1.44)     | ** -4.55<br>(-2.01) | משק בית ערבי  |
| ***7.68<br>(4.09)    | ***7.61<br>(4.08)   | ***7.88<br>(3.86)    | ***7.54<br>(3.98)    | ***7.96<br>(4.29)   | משק בית נוצרי   |
| ***4.79<br>(2.69)    | ***4.88<br>(2.75)   | *2.40<br>(1.69)      | **2.48<br>(1.97)     | 0.068<br>(0.06)     | משק בית חרדי  |
| +                    | +                   | +                    | +                    | +                   | הגיל והמין  |
| 3,610                | 3,721               | 3,788                | 4,296                | 4,296               | מספר התצפיות  |
| 67.73                | 61.86               | 64.99                | 68.4                 | 49.4                | Wald chi <sup>2</sup>   |

הערה: \* מציינת כי המקדם שונה מאפס ברמת מובהקות של 10% לפחות, \*\* - רמת מובהקות של 5% לפחות, \*\*\* - רמת מובהקות של 1% לפחות.

בקבוצה הדמוגרפית שלו וכן במצב בריאותו בנקודת המוצא (2012). כיוון שהדרדרות של מצב הבריאות היום אינה משפיעה על ההכנסה בעבר, סביר יותר כי חלק ניכר מהמתאם משקף קשר סיבתי בין ההכנסה בעבר להדרדרות בבריאות<sup>10</sup>. השינוי בהכנסה בשנים האחרונות אינו מתואם באופן מובהק עם הדרדרות במצב הבריאות, ולפיכך נראה שהמתאם בין ההכנסה לבריאות חלש יותר בטווח הקצר.

המתאם בין השכלת הפרט לבין הסיכוי להדרדרות של מצב בריאותו על פני 3 שנים מובהק גם הוא (גרסה (2)): הסיכוי להרעה בבריאות אצל פרט בעל השכלה

#### 4. עדויות לקשר בין ההכנסה והשכלה לבין שינוי במצב הבריאות אצל מבוגרים בישראל

בעזרת הסקר ארוך הטווח של הלמ"ס בחנו גם את המתאם בין ההכנסה וההשכלה של פרטים בוגרים (מעל גיל 18) לבין הסיכוי שבריאותם תתדרדר בטווח של שנתיים-שלוש (בין 2012 ל-2014/5). האומדנים המוצגים בלוח 2 (גרסה (1)) מלמדים כי ההכנסה גבוהה יותר של משק הבית של הפרט בשנת 2012 מתואמת באופן מובהק עם סיכון נמוך (מעט) יותר להדרדרות במצב בריאותו (לפי ההערכה העצמית) שנתיים-שלוש אחר כך: תוספת של 10,000 שקלים להכנסה השנתית (הממוצעת) מתואמת עם סיכוי נמוך יותר ב-0.2 נקודת אחוז להרעה בבריאות. מתאם זה מתקבל תוך התחשבות בגילו ובמינו של הפרט,

10 אם כי עדיין יתכן שהבריאות בעבר הרחוק עוד יותר מהווה גורם שלישי המשפיע הן על ההרעה בבריאות היום והן על ההכנסה בעבר.

לוח 2: המתאם בין ההכנסה וההשכלה של פרטים בוגרים לבין הסיכוי להרעה במצב בריאותם על פני 2–3 שנים – השפעות שוליות על פי רגרסיית probit

| (3)                | (2)      | (1)      | ערכים בנק' אחוז – הסיכוי להרעה במצב הבריאות בין 2012 ל-2014/5 (ערכי z בסוגריים) |
|--------------------|----------|----------|---|
| ההכנסה וההשכלה יחד | ההשכלה   | ההכנסה   |   |
| ***-0.017          |          | ***-0.02 | <b>הכנסת משק הבית ב-2012</b>  |
| (-4.82)            |          | (-5.52)  | (אלפי ש"ח בשנה)   |
| 0.0038-            |          | -0.0046  | <b>השינוי בהכנסת משק הבית ב-2014 לעומת 2012 (באלפי שקלים בשנה)</b>              |
| (-1.27)            |          | (-1.45)  |   |
| ***-6.25           | ***-7.19 |          | <b>השכלה גבוהה (מעל 12 שנות לימוד)</b>  |
| (-4.76)            | (-5.57)  |          |   |
| ***-15.7           | ***-1.49 | ***-1.51 | <b>מצב הבריאות ב-2012</b>   |
| (-17.9)            | (-17.71) | (-17.34) |   |
| **6.75             | **7.5    | **8.14   | <b>ערבי</b>   |
| (2.3)              | (2.64)   | (2.70)   |   |
| 0.69               | 0.93     | 1.59     | <b>נוצרי</b>  |
| (0.23)             | (0.32)   | (0.52)   |   |
| 2.52               | 3.97     | 1.53     | <b>חרדי</b>   |
| (0.56)             | (0.87)   | (0.35)   |   |
| +                  | +        | +        | <b>הגיל והמין</b>   |
|                    |          |          |   |
| 5,648              | 5,794    | 5,648    | <b>מספר התצפיות</b>   |
| 376.63             | 362.57   | 345.51   | <b>Wald chi<sup>2</sup></b>   |

### 5. המתאם בין המצב החברתי-כלכלי של היישוב לבין שיעורי הפטירה

מצב חברתי-כלכלי נמוך מתואם עם תמותה מוגברת הן בישראל והן במדינות מפותחות אחרות. בחינה פשוטה של שיעורי התמותה המתוקננים לגיל ב-119 היישובים הגדולים בישראל<sup>11</sup> מלמדת כי שיעורי התמותה בכל שנה ביישובים חלשים (לפי המדד החברתי-כלכלי שלהם<sup>12</sup>), גבוהים יותר מאשר ביישובים חזקים. כפי שניתן לראות באיור 1, מתאם

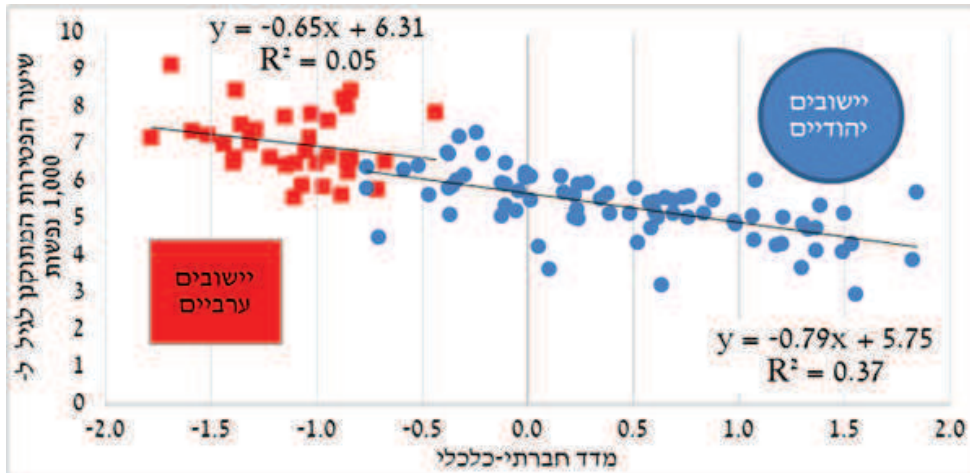
11 יישובים עם יותר מ-10,000 תושבים, שבהם גרים 84.5% מאוכלוסיית ישראל. הנתונים על יישובים אלה נלקחו מ"פרופיל חברתי-כלכלי של היישובים בישראל לשנים 2005–2009", הלמ"ס ומשרד הבריאות.

12 מדד זה משקף את הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה ביישוב, והלמ"ס מחשבת אותו לפי 16 משתנים בתחומים: דמוגרפיה, השכלה, תעסוקה וגמלאות ורמת חיים (ובכלל זה ההכנסה לנפש).

של יותר מ-12 שנות לימוד (17%) נמוך ב-7.2 נקודות אחוז מן הסיכוי של בעל השכלה נמוכה יותר (תוצאה המתקבלת כאשר מפקחים על הגיל, המין, מצב הבריאות בתחילת התקופה והקבוצה הדמוגרפית). המתאם בין השכלה גבוהה לסיכוי נמוך יחסית להרעה בבריאות נותר מובהק גם כשכוללים ברגרסיה את הכנסת משק הבית של הפרט (גרסה 3): בין פרטים בעלי הכנסה דומה הסיכוי של פרט משכיל להרעה בבריאות נמוך יותר ב-6.3 נקודות אחוז. בין פרטים בעלי השכלה דומה, תוספת של 10,000 ש"ח להכנסה השנתית (הממוצעת) מתואמת עם הפחתה של 0.17 נקודת אחוז בסיכוי לפגיעה בבריאות. בכל האומדנים הסיכוי שערבים יחוו הרעה בבריאות על פני התקופה (2–3 שנים) גבוה בכ-7 נקודות אחוז מזה של שאר האוכלוסייה (גם כאשר מתחשבים, כאמור, בהבדלי הכנסה, השכלה, גיל, מין ומצב הבריאות בתחילת התקופה).

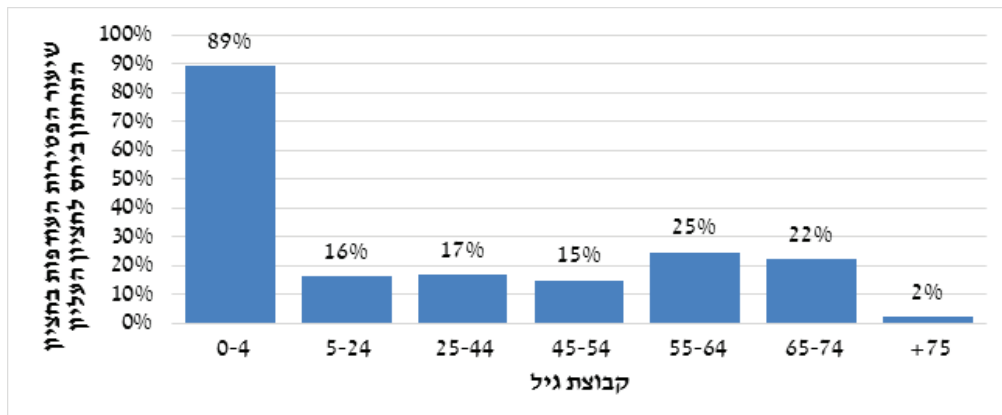
איור 1

שיעור הפטירות המתוקנן לגיל ל-1,000 נפש והמדד חברתי-כלכלי ברשויות מקומיות שבהן יותר מ-10,000 תושבים, בחלוקה לפי הלאום של רוב התושבים ברשות



איור 2

שיעור הפטירות העודפות בממוצע החציון התחתון של היישובים ביחס לממוצע הפטירות ביישובים בחציון העליון לפי שכבת הגיל (באחוזים)



נתוני פטירות מפורטים מראים שפערי התמותה ניכרים בכל שכבות הגיל (איור 2). כך, למשל, מכל 10,000 בני 64–55 המתגוררים ביישובי החציון התחתון נפטרים בכל שנה 14 איש יותר מאשר ביישובי החציון העליון (פער של 25%); שיעור הפטירות של פעוטות בני 0 עד 4 ביישובי החציון התחתון גבוה ב-89% מאשר בחציון העליון (6 מיתות עודפות לכל 10,000 פעוטות). הסיבות למתאם החיובי בין המדד חברתי-כלכלי של היישוב לבין שיעורי הפטירות בו אינן ברורות לגמרי, אך הפער משמעותי: בממוצע, הנפטרים העודפים ביישובי החציון התחתון איבדו כ-33 שנות חיים

זה מאפיין הן יישובים ערביים והן יישובים בעלי רוב יהודי ומתקיים לכל אורך ערכי המדד: גם ביישובים חזקים שיעורי הפטירות ביישובים חזקים יותר נמוכים מאשר ביישובים פחות חזקים. המתאם העולה בכלל היישובים מלמד כי ירידה של 1.35 נקודות במדד חברתי-כלכלי של יישוב מתואמת עם מוות של תושב נוסף מתוך כל 1,000 נפשות באותו יישוב. שיעור התמותה המתוקנן לגיל ביישובים בחציון התחתון של המדד חברתי-כלכלי גבוה ב-11% משיעור זה בחציון העליון.

#### א. היעדרות של עובדים מעבודתם בשל מחלה

בסעיף זה השתמשנו בנתונים על הפרטים שנסקרו בסקר החברתי של הלמ"ס (2010) ודיווחו כי הם עובדים, אך נעדרו מהעבודה בחודש האחרון בגלל מחלה<sup>14</sup>. נתוני הסקר מעלים כי הסיכוי של עובד ממוצע בעל השכלה תיכונית ומטה (עד 12 שנות לימוד) להיעדר בגלל מחלה (כאשר מפקחים על הגיל והמין) עמד על 18.4% – גבוה יותר מאשר בקרב עובדים בעלי השכלה על תיכונית ומעלה (15.9%). נוסף על כך, משך היעדרות הממוצע של העובדים בעלי השכלה הנמוכה (4.9 ימי היעדרות לנעדר), ארוך יותר מזה של בעלי השכלה גבוהה (3.9 ימים)<sup>15, 16</sup>. איור 3 מציג את מספר ימי היעדרות הממוצעים בשנה לעובד לפי רמת השכלתו, בקבוצות הגיל העיקריות. להוציא נשים משכילות בגילים 25 עד 44, הנעדרות מעט יותר מעובדות בעלות השכלה נמוכה בגיל זה, ניכר כי בשני המינים ובכל הגילים, עובדים בעלי השכלה נמוכה נעדרים מעבודתם ימים רבים יותר מאשר עובדים בעלי השכלה גבוהה. הקשר בין השכלה גבוהה לעצם ההיעדרות מעבודה נותר שלילי, אך אינו מובהק כאשר מפקחים על הגיל, המין, הלאום והמוצא של העובדים, ההבדלים בין עבודות פיזיות לעבודות אחרות ומידת שביעות הרצון של העובדים מעבודתם. לעומת זאת, גם כאשר מתחשבים בכל המאפיינים האלה המתאם עם משך היעדרות בגלל מחלה נותר מובהק: היעדרותו

עתידיות, מתוכן כ-12 שנות חיים בגיל העבודה<sup>13</sup>. אילו (בתרחיש דמיוני) שיעורי הפטירה בחציון התחתון של המדד, לכל גיל ומין, היו זהים לממוצע בחציון העליון, כל תושב בחציון התחתון היה זוכה בממוצע לעוד 4.6 ימי חיים עתידיים בכל שנה (מהם 1.4 ימים בגיל העבודה). הערכה זו עשויה להיות הערכת יתר ככל שרבים המקרים של סיבתיות הפוכה, שבהם תחלואה גורמת לאנשים שגרו ביישובים חזקים לעבור לגור ביישובים חלשים יותר (שעלות המגורים בהם לרוב נמוכה יותר), וכך מביאה לשיעור פטירות גבוה יותר ביישובים החלשים.

#### 6. המתאם בין השכלה לבין תחלואה בגיל העבודה

בדומה למדינות אחרות, גם הנתונים בישראל מצביעים על מתאם חיובי בין השכלה נמוכה לתחלואה רבה יחסית. נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס מלמדים כי הסיכוי של עובד בעל יותר מ-12 שנות לימוד לדווח כי בריאותו בדרך כלל "טובה מאוד" גבוהה ב-72% מהסיכוי של עובד בעל השכלה נמוכה יותר (לאחר פיקוח על מין העובד וגילו). הסיכוי של עובד בעל השכלה גבוהה לדווח על בעיה בריאותית או פיזית מתמשכת נמוך ב-42% מזה של עובד שאין לו השכלה כזאת (לוח 1).

תחלואה עודפת בקרב בעלי השכלה נמוכה עשויה לפגוע ביכולתם להשתתף בכוח העבודה ולהתמיד בתעסוקה, וכן עשויה להגדיל את מספר ההיעדרויות של עובדים מעבודתם (absenteeism), ולפגוע בפרינס בזמן העבודה (presenteeism). בסעיפים הבאים נעריך את המתאם בין השכלתם של עובדים לבין היקף היעדרותם מימי עבודה בגלל מחלה ואת המתאם בין השכלה לבין אבטלה או אי-השתתפות בכוח העבודה בגלל מחלה.

14 הסקר נערך בקרב האוכלוסייה הקבועה של בני 20 ומעלה, והשתתפו בו 4,823 פרטים עובדים, המייצגים 2.9 מיליון עובדים באוכלוסייה. על 3,703 פרטים עובדים היו נתונים מלאים, ומתוכם דיווחו 607 פרטים כי נעדרו בחודש האחרון "בגלל מחלה או בעיה בריאותית שאינה תוצאה של תאונה". אלה מייצגים 363 אלף עובדים באוכלוסייה.

15 נראה כי פערים אלה אינם נובעים משימוש יתר בימי מחלה כתחליף לימי חופש בחציון התחתון, שכן הנעדרים בשני החציונים זכאים למספרים דומים של ימי חופש בתשלום – כ-19 יום בשנה. יתר על כן, לפי הסקר שיעור הנעדרים הזכאים לתשלום על חופשת מחלה החל מהיום הראשון בחציון התחתון (55%) נמוך יותר מאשר בחציון העליון (61%). פער זה דווקא מצמצם את התמריץ להיעדרויות מחלה קצרות (המחליפות לעיתים ימי חופש).

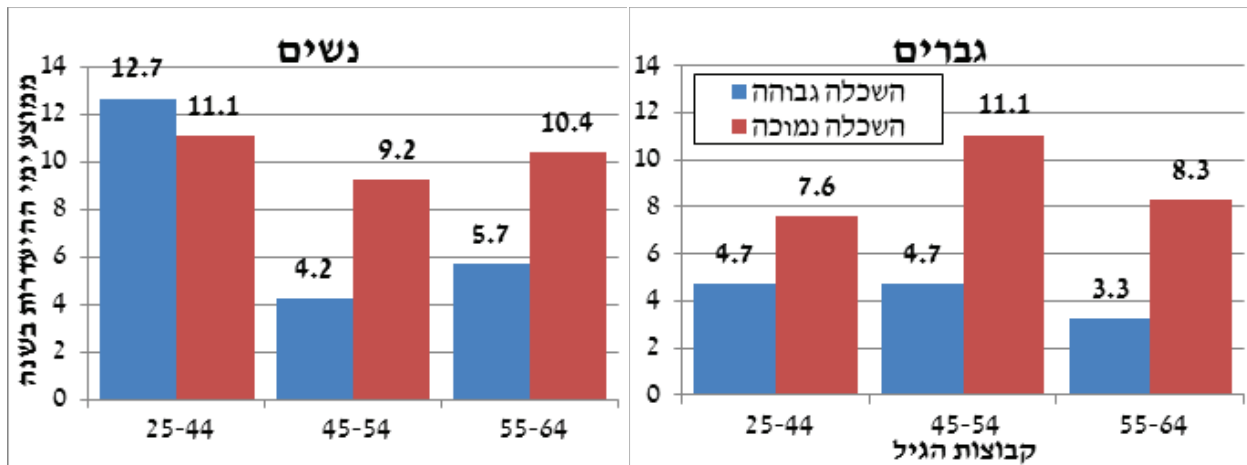
16 משך הזמן הארוך ביותר שניתן לדווח עליו כהיעדרות בסקר היה "11 ימים ומעלה". החישוב כאן נעשה בהנחה כי ממוצע זמן ההיעדרות של הפרטים שדיווחו על היעדרות כזאת הוא 15 ימים. הנחה כי הממוצע הוא 20 לא משנה במידה ניכרת את הערכת העלות המוצגת בהמשך.

13 מספר שנות החיים הנוספות חושב לפי מספר השנים בין מועד המוות (העודף) בפועל, ועד מועד המוות לו המשיך הנפטר לחיות והיה משלים את מלוא תוחלת החיים הצפויה בגיל שבו נפטר. כיוון שאנו משתמשים בתוחלת החיים באוכלוסייה ולא רק בחציון העליון של היישובים, יש בהערכה זו אומדן חסר מסוים. נוסף על כך הנחנו, לצורך החישוב ועקב מגבלות נתונים, כי במיתות לאחר גיל 75 (4% מהאוכלוסייה) אין שנות חיים אבודות. נציין כי החישוב הוא סטטי, ולמשל, אינו מתחשב בהשפעות דינמיות אפשריות של תמותת ילדים על מספר הילדים שהוריהם יביאו לעולם.



איור 3

ימי היעדרות מעבודה בגלל מחלה – הממוצע השנתי לעובד לפי ההשכלה (עד 12 שנות לימוד או יותר מ-12 שנות לימוד), בחלוקה למין ולשכבות גיל



עובדים בעלי השכלה נמוכה עשויים כשלעצמם לפגוע בבריאות, ולכן יכולים להשפיע על הקשר הנצפה בין השכלה לבריאות. גם כאן תיתכן בחלק מהמקרים גם סיבתיות הפוכה לקשר: בריאות נמוכה עלולה לפגוע ברכישת השכלה בגלל קשיים פיזיים, או בגלל פגיעתה בתשואה העתידית להשכלה. אולם כיוון שהשכלה נרכשת לרוב בגיל צעיר, ואילו פערי הבריאות הנבחנים כאן קיימים גם בקרב עובדים מבוגרים, סביר כי ברבים מהמקרים זה אינו ההסבר היחיד.

הפערים בהיקף ההיעדרויות בין עובדים בעלי השכלה גבוהה לבעלי השכלה נמוכה משמעותיים: אילו העובדים בעלי השכלה הנמוכה נעדרו מעבודתם בדומה לעובדים המשכילים יותר, המשק היה נהנה מימי עבודה נוספים בשווי של 1.6 מיליארד שקלים בשנה – 0.15% תוצר (במונחי 2014).

**ב. אבטלה או אי השתתפות בכוח העבודה בשל מחלה**  
עד כה בחנו את השפעת התחלואה על ההיעדרות של עובדים מעבודתם, אך למחלה של אדם עלולות להיות השלכות על עצם התעסוקה ועל ההשתתפות שלו בכוח העבודה. לפי נתוני הסקר החברתי של הל"מ"ס (2012), כ-1.7% מהאוכלוסייה הבוגרת אינה עובדת בגלל מחלה (כלומר מגבלה פיזית, נכות או מחלה ממושכת). כרבע מתוכם מובטלים (המחפשים עבודה באופן

של עובד משכיל קצרה בכ-0.8 יום (בחודש) משל עובד בעל השכלה נמוכה<sup>17</sup>.

כדי למצוא רמזים למנגנונים האחראים לקשר בין ההשכלה להיעדרות מעבודה בחנו את המתאם בין השכלה גבוהה (יותר מ-12 שנות לימוד) לבין גורמים שעשויים להשפיע על הבריאות, תוך פיקוח על גיל העובד ומינו (לוח 3). ניכר כי ביחס לעובדים בעלי השכלה גבוהה, עובדים בעלי השכלה נמוכה מתנהגים באופן בריא פחות – מעשנים יותר (כבר מגיל צעיר) וסובלים יותר מעישון פסיבי, מודעים פחות לתזונה בריאה, עוסקים פחות בפעילות גופנית וסובלים יותר מהשמנת יתר (obesity). עובדים בעלי השכלה נמוכה סובלים יותר מלחץ וממתח ומדווחים על רשת קשרים חברתיים רופפת יותר. מבחינת הגישה לשירותי הבריאות, לעובדים בעלי השכלה נמוכה סיכוי גבוה יותר לוותר על תרופה או טיפול רפואי מסיבות כלכליות. עובדים בעלי השכלה נמוכה עובדים יותר בעבודות הכרוכות במאמץ פיזי (ולעתים מסוכנות יותר) ונוטים להיות פחות שבעי רצון בעבודה. המאפיינים האלה של

17 בחינת עצם ההיעדרות מעבודה נעשתה באמצעות רגרסיה לוגיסטית שבה משתנה דמי להיעדרות היה המשתנה התלוי. בחינת משך ההיעדרות נערכה באמצעות רגרסיית OLS שבה משך ההיעדרות בימים היה המשתנה התלוי. ברגרסיה זו רמת המובהקות של השכלה גבוהה כמשתנה מסביר למשך ההיעדרות גבוהה מ-5% (t=2.1)

**לוח 3 : הסיכוי של עובדים בעלי השכלה גבוהה להיות בעלי מאפיינים מסוימים ביחס לבעלי השכלה נמוכה (באחוזים)**

| (אחוזים) | הסיכוי של עובד בעל השכלה גבוהה ביחס לסיכוי של בעל השכלה נמוכה, ל... <sup>[1]</sup>              |
|----------|---|
|          | <b>סטטוס בריאות:</b>  |
| +72      | לדווח כי מצב בריאותו בדרך כלל "טוב מאוד"  |
| -42      | לדווח על בעיה בריאותית או פיזית מתמשכת  |
|          | <b>התנהגויות בריאות:</b>  |
| -43      | לעשן לפחות פעם ביום   |
| -56      | לדווח כי התחיל לעשן לפני גיל 18   |
| -48      | להיות חשוף במידה רבה או במידה רבה מאוד לעישון פסיבי   |
| +128     | לבחון תוויות תזונה על מוצרי מזון או לדווח כי הרגלי התזונה שלו מושפעים מפרסומים לגבי תזונה בריאה |
| +123     | לעסוק בפעילות גופנית לפחות פעם בשבוע  |
| -30      | להיות במשקל המשקף השמנת יתר (מדד BMI מעל 30)  |
|          | <b>מתח ורשתות תמיכה חברתיות:</b>  |
| -14      | להרגיש לחוץ, מדוכא או לדווח שדאגות הפריעו לשנתו   |
| +234     | לדווח על קשרי חברות (הכוללים פגישות או שיחות בטלפון)  |
| +139     | להעריך שישנם אנשים שסייעו לו בשעת משבר או מצוקה   |
|          | <b>אופי העבודה:</b>   |
| -44      | לעבוד במשלח יד הכרוך בעבודה פיזית <sup>[2]</sup>  |
| +77      | להיות שבע רצון בעבודה   |
|          | <b>נגישות לשירותי בריאות:</b>   |
| -55      | לוותר על תרופות או טיפול רפואי מסיבות כלכליות <sup>[3]</sup>                                    |

[1] מבוסס על odds-ratios מרגרסיות לוגיסטיות שבהן המשתנה התלוי הוא התכונה המופיעה בכל שורה בלוח והמשתנים המסבירים הם המין, הגיל ומשתנה דמי לבעלי השכלה גבוהה.

[2] חקלאות, תעשייה, בנייה.

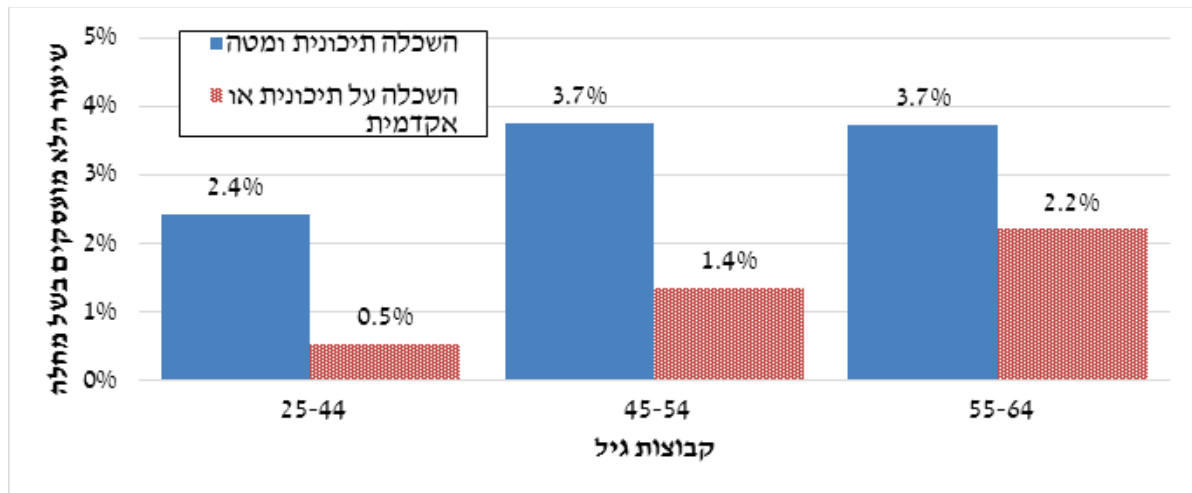
[3] נתון מהסקר החברתי, 2013.

בקרב בעלי השכלה נמוכה היה זהה לשיעור בקרב בעלי השכלה גבוהה (בכל שכבת גיל ומין), והעובדים הנוספים היו משתכרים בדומה לעובדים אחרים בעלי השכלה נמוכה, המשק היה נהנה מעבודה נוספת בשווי של כ-3.3 מיליארדי שקלים בשנה – 0.32% תוצר (במונחי 2014).

אקטיבי), והשאר לא משתתפים כלל בכוח העבודה. שיעור הלא-עובדים בגלל מחלה בקרב בעלי השכלה תיכונית ומטה (2.3%) גבוה פי שניים משיעור זה בקרב בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית (1.1%). הבדל זה גדול אף יותר בבחינה של פרטים בגילים 25 עד 54 (איור 4) ונובע בעיקר מפערים בין גברים. נציין כי גם כאן, בקשר בין השכלה ואי-עבודה בגלל מחלה עשויות להתקיים השפעות הדדיות של שני הגורמים זה על זה. אילו (בתרחיש דמיוני) שיעור אי העבודה בשל מחלה

איור 4

שיעור הלא-מועסקים בגלל מחלה לפי קבוצות גיל ובחלוקה לפי רמת ההשכלה



#### ב. טיפולים בקהילה

בעוד שמצב חברתי-כלכלי נמוך מתואם עם עודף אשפוזים, בחינה של השימוש בשירותי הרפואה בקהילה מעידה לעיתים על תמונה הפוכה. סך מספר הביקורים אצל רופאים אמנם דומה בשני חציוני ההכנסה<sup>18</sup>, אך החציון העני מסתמך יותר על שירותיהם של הרופאים הראשוניים (ומבקר אצלם ב-5% יותר מאשר בחציון העשיר), וכנגד מבקר פחות (-8%) אצל רופאים מומחים שניוניים. בשירותים במקצועות עזר-רפואיים החציון העני משתמש הרבה פחות מאשר החציון העשיר (-32%) וכך גם בסריקות במכשירי א.א.ר. איי (-37%)<sup>19</sup>.

מבחינה כספית ישירה, היקף השימוש הנמוך יותר של עניים ברוב שירותי הקהילה חוסך הוצאה. לכן מבחינה זו, אילו בעלי ההכנסה הנמוכה השתמשו ברפואת הקהילה בדומה לבעלי ההכנסה הגבוהה – המשמעות

#### 7. הקשר בין השימוש בטיפול רפואי לבין המצב החברתי-כלכלי

##### א. אשפוזים

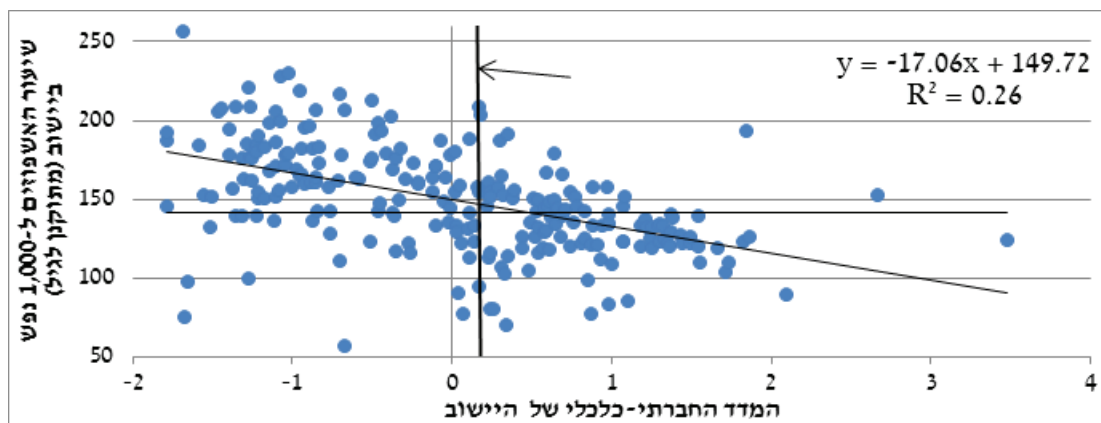
המתאם בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין תחלואה רבה יחסית מתבטא גם במתאם בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין היקף אשפוזים גבוה יחסית בבתי חולים. איור 5 מציג את המתאם השלילי (-17.06) בין שיעור האשפוזים (המתוקן לגיל) ל-1,000 נפש לבין המדד החברתי-כלכלי ברשויות המקומיות בישראל. שיעור האשפוז המתוקן לגיל בחציון התחתון של הרשויות (לפי המדד החברתי-כלכלי) גבוה ב-10% משיעורו בחציון העליון – תוספת של 14.5 אשפוזים לכל אלף תושבים בשנה.

לכן, אילו (בתרחיש דמיוני) שיעור האשפוזים ביישובים החלשים היה זהה לשיעור הממוצע בחציון היישובים החזקים, היו נחסכים 5% מסך האשפוזים בשנה (במונחי 2014 – כ-65 אלף אשפוזים מתוך כ-1.3 מיליון). בהתחשב במשך האשפוז הממוצע (4 ימים) ובעלות הממוצעת ליום אשפוז לפי תעריפון משרד הבריאות מסוף 2014, עלות האשפוזים שהיו נחסכים בתרחיש כזה מסתכמת בכל שנה בכ-630 מיליוני ש"ח (במונחי 2014).

18 הפרטים בסקר הבריאות (2009), המזווג עם סקר ההכנסות, חולקו לחציונים לפי ההכנסה הסטנדרטית לנפש במשק הבית.  
19 נתונים מתוקננים למין ולגיל. רופא ראשוני: רופא משפחה, ילדים, פנימי ונשים. רופא שניוני הוא רופא מומחה שאינו רופא ראשוני. טיפולים במקצועות עזר רפואיים: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת או תזונאות. סריקות MRI שנבדקו הן סריקות שלא התבצעו במסגרת אשפוז.

איור 5

שיעור האשפוזים ל-1,000 נפש (מתוקן לגיל) והמדד החברתי-כלכלי ביישובים עם יותר מ-2,000 תושבים ובמועצות אזוריות, ממוצע בשנים 2005 עד 2009



בעלי הכנסות גבוהות לבעלי הכנסות נמוכות בנפרד במחוזות שבהם שיעור הרופאים העובדים בקהילה גבוה ובמחוזות שבהם שיעורם נמוך<sup>21</sup>. בחינה זו מעלה כי במחוזות שבהם זמינות הרופאים בקהילה נמוכה יותר כמה מפערי השימוש בין בעלי הכנסה גבוהה לבעלי הכנסה נמוכה מתרחבים. כך, כאשר שירותי הקהילה זמינים יותר, בעלי הכנסה נמוכה ובעלי הכנסה גבוהה מבקרים בשיעור דומה אצל רופאים מומחים שניוניים. אולם, כאשר זמינות השירותים נמוכה, נפתח פער בין שני החציונים, ובעלי הכנסה הגבוהה משתמשים בשירותיהם של רופאים מומחים ב-12% יותר מאשר בעלי הכנסה הנמוכה (לוח 4). קיומם של פערים בהיקף השימושים גם כשזמינות השירותים גבוהה (כך למשל בשירותי עזר-רפואיים ובסריקות MRI) עשויים ללמד שבעלי הכנסה נמוכה סובלים מבעיה של נגישות לשירותי הקהילה, מעבר לבעיית הזמינות של שירותים אלה (בגלל קשיים

הייתה הגדלת ההוצאה על שירותי הבריאות בקהילה. צעד כזה יהיה כרוך ודאי בהגדלת זמינות השירותים ובעידוד לשימוש ברפואת הקהילה וברפואה מונעת במקום שימוש במערכת האשפוז. בתרחיש דמיוני, שבו שיעור השימושים בחציון התחתון היה זהה לממוצע בחציון העליון, הייתה נדרשת הוצאה נוספת בסכום של כ-290 מיליון שקלים בשנה (במונחי 2014, על בסיס סכימת הפערים לכל מין בכל אחת משכבות הגיל). היקף השימושים הנמוך בדרך כלל בחציון העניי אינו מצביע דווקא על תחלואה מצומצמת. פער זה מושפע מהזמינות, המוגבלת לעיתים, של מומחים ברפואה השניונית לאוכלוסייה הענייה, וכן מהתחלופה בין שירותים בקהילה לשירותי אשפוז – שבהם העניים משתמשים יותר<sup>20</sup>. כיוון ששירותי האשפוז יקרים יותר, ומגיעים לרוב בשלב חמור יותר בהתפתחותן של מחלות, תמהיל השירותים שצורכים העניים מרמז על חוסר יעילות, ועלול להוביל לטיפול מאוחר מדי במחלות מדרדרות.

כדי לבחון את השפעת הזמינות של שירותי הקהילה על דפוסי השימוש שבנו ובחנו את הפערים בין

21 במחוזות שבהם מספר הרופאים גדול ביחס לאוכלוסייה מועסקים בקהילה 2-2.9 רופאים לאלף נפש, ובמחוזות שבהם הרופאים מעטים ביחס לאוכלוסייה מועסקים בקהילה לכל היותר 1.7 רופאים לאלף נפש. יש לציין כי זמינות הרופאים בכל מחוז עשויה להיות מושפעת גם היא מהמצב החברתי-כלכלי של האוכלוסייה באותו המחוז. לפיכך ייתכן כי ניכוי השפעת הזמינות מנכה גם חלק מהפערים הקשורים במצב החברתי-כלכלי.

20 כיוון שסקר הבריאות בוחן שימושים הניתנים הן במימון ציבורי והן במימון פרטי, גם שיעור החדירה הנמוך יותר של ביטוחים פרטיים בקרב בעלי הכנסה נמוכה עשוי להשפיע על הנגישות שלהם למומחים, לבעלי מקצועות עזר-רפואיים ולבדיקות מתקדמות כגון MRI.

בשירותי הקהילה נמוכה מהחיסכון הנובע מצמצום השימוש בשירותי אשפוז, כך שתמהיל השירותים הקיים עשוי להצביע על חוסר יעילות (עם זאת לא ברור עד כמה הוצאה שתסגור את הפער בשימושים בשירותי הקהילה אכן תוביל לחיסכון בסדר גודל דומה בהוצאה על שירותי אשפוז).

תרבותיים, קשיי שפה, קשיים פיננסיים וכו'). ניכוי השפעת הזמינות על דפוסי השימוש מפחית את החיסכון המתואם עם הכנסת הפרטים בכ-50% וזה מסתכם ב-155 מיליון שקלים בשנה (כלומר: זה היה החיסכון אילו פערי הזמינות בין המחוזות היו נסגרים – צעד הכרוך בעלויות כשלעצמו). תוצאה דומה מתקבלת גם כשמחשבים את החיסכון לפי הפערים בין יישובים באמצעות המדד החברתי-כלכלי שלהם<sup>22</sup>. על כל פנים, בתרחיש הדמיוני של שוויון בשימושים בין שני החציונים, העלות של הגדלת השימושים

לוח 4: השימושים בשירותי הבריאות בקהילה בחלוקה לחציונים לפי מספר הרופאים בקהילה במחוז מגורי הפרטים ולפי הכנסת משק הבית שלהם, שנת 2009, מתוקנן לגיל ולמין

| מספר סריקות ה-MRI (שלא במסגרת אשפוז) ל-100 נפשות | מספר השימושים במקצועות עזר-רפואיים | מספר הביקורים אצל רופא שניוני | מספר הביקורים אצל רופא ראשוני | האוכלוסייה (אלפים) | חציוני ההכנסה | חציוני שיעור הרופאים בקהילה |
|--|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------|-----------------------------|
| 0.8  | 0.7                                | 1.6                           | 5.3                           | 1,964              | החציון התחתון | <b>רופאים</b>               |
| 1.9  | 1                                  | 1.9                           | 4.7                           | 944                | החציון העליון | <b>מעטים</b>                |
| 1.5  | 0.8                                | 1.8                           | 5.4                           | 1,379              | החציון התחתון | <b>רופאים</b>               |
| 2.2  | 1.2                                | 1.8                           | 5.3                           | 1,772              | החציון העליון | <b>רבים</b>                 |

<sup>22</sup> בחישוב שבחן את ההבדלים בשיעורי השימוש בין יישובים לפי המדד החברתי-כלכלי שלהם (ולא בין הפרטים לפי הכנסתם) העלות של הגדלת היקף השימושים בחציון התחתון גבוהה יותר – כ-540 מיליון שקלים – אך היא מצטמצמת לסכום דומה של כ-145 מיליון שקלים כשמחשבים בהבדלים בזמינות הרופאים בקהילה. בחישוב זה ניכר כי פערי השימושים בין היישובים החזקים לחלשים רחבים יותר דווקא במחוזות שבהם זמינותם של רופאים בקהילה גבוהה יותר. תוצאה זו עשויה ללמד על פערי זמינות בין יישובים גם בתוך המחוזות האלה, ומרמזת כי בעלי הכנסה נמוכה הגרים ביישובים "חזקים" נוטים להשתמש בשירותי הקהילה יותר מאשר בעלי הכנסה נמוכה ביישובים חלשים, גם כאשר מתחשבים בזמינות הרופאים במחוז.