

מצב בריאות פיסית, התנהגות בריאותית ושימוש בשירותי בריאות בקרב בני 50 ומעלה¹

עמיר שמואל²

מצב הבריאות הפיסי מלא תפקיד חשוב בחייהם וברוחותם של בני 50 ומעלה. השימוש בשירותי בריאות מכוון לשפר את מצב הבריאות או לפחות להאט את שחיקתה. המטרה בפרק זה היא להציג את שכיחותן של בעיות בריאות ואת דפוסי השימוש בשירותי בריאות באוכלוסייה זו, ולהצביע על פערים ואי שוויון בין קבוצות אוכלוסייה שונות, שניתן למנוע אותם. כמחצית מבני ה-50 ומעלה בישראל מדווחים שבריאותם פחות מטובה. שיעור דומה סובלים מבעיות בריאות ארוכות טווח. מספר הביקורים הממוצע אצל רופא (לא כולל רופא שיניים) הוא 11 בשנה. כ-17 אחוז אושפזו לפחות ללילה אחד במהלך השנה האחרונה. לעומת זאת, 54 אחוז לא ביקרו כלל בשנה האחרונה במרפאת שיניים. כתשעה אחוזים מדווחים שוויתרו על טיפול שנכלל בסל השירותים של הקופות בגלל עלותו, אך ויתור על טיפול בגלל זמינות או נגישות נמוכות הוא נדיר. העולים מברית המועצות מדווחים על בריאות גרועה מזו של היהודים הוותיקים ובמספר מדדים אף מזו של הערבים. הם גם פונים פחות לשירותי בריאות, התנהגות שמסבירה אולי את בריאותם הלקויה יחסית. הערבים מדווחים על מצב בריאות גרוע מזה של היהודים הוותיקים, כמו גם על קשיים גדולים בנגישות לשירותי הבריאות, בעיקר לטיפול רפואי שניוני ושלישוני. בעלי ההשכלה הנמוכה מדווחים על מצב בריאות פיסי גרוע יחסית ועל שימוש גבוה בשירותי בריאות. הם גם מדווחים על היקף ויתורים גבוה יותר על טיפול רפואי בגלל עלותו. דווקא חברי החמישונים האמצעיים הם המדווחים על בריאות פיסי גרועה יותר וגם על שימוש מצומצם יותר בשירותי הבריאות ביחס לחברי החמישון העליון והתחתון. למרות זאת, רמות הכנסה נמוכות קשורות באופן ברור לרכישה מצומצמת יותר של ביטוח משלים ושל מוצרים ושירותים רפואיים. ההוצאה על בריאות בחמישון התחתון עולה על 15 אחוז מההכנסה. ממצאים אלה מצביעים אתגר לא קל לפני מערכת הבריאות הישראלית, המבוססת על ביטוח בריאות ממלכתי שוויוני ואוניברסלי.

1 תודה לרות ברקוביץ' על עזרתה בעיבוד הנתונים ולעורכי הגיליון על הערותיהם על גרסאות קודמות של המאמר.
2 המחלקה למינהל וכלכלת בריאות, האוניברסיטה העברית בירושלים, ומכון גרטנר.

מבוא

בריאות האדם היא תופעה מורכבת המושפעת ממגוון רחב של גורמים הקשורים הן לאדם עצמו ולמצבו הפיסי-הרפואי והן לסביבה שהוא חי בה. בהקשר הסביבתי רלוונטית במיוחד מערכת השירותים והמענים הרפואיים העומדים לרשות האדם ומידת השימוש שהוא עושה בהם. חקר הבריאות נדרש להתייחס אפוא לשלושה רבדים: למצבו הרפואי והתפקודי של האדם, להתנהגותו המקדמת או המסכנת את בריאותו, לשירותים הרפואיים בסביבתו ולגורמים שמקדמים או מונעים נגישות ושימוש בהם. פרק זה דן בבריאותם הפיסית של בני 50 ומעלה בישראל (הדיון על בריאות הנפש והתפקוד הקוגניטיבי מופיע בגיליון זה במאמריהם של שמוטקין ואיילון, בהתאמה).

מצבו הרפואי והתפקודי של האדם, הרובד הראשון, מאופיין דרך מספר היבטים; מדד נפוץ בהקשר זה הוא הערכתו הסובייקטיבית את מצב בריאותו. מדדים אחרים בוחנים את מידת התחלואה או את מספר המחלות שהוא סובל מהן ואת סוגיהן. גם סימפטומים, כגון כאבי פרקים או סחרחורות, נבחנים לפי סוגיהם ומספרם. יכולת תפקודית היא מדד נוסף בעל חשיבות בחקר הבריאות. בהקשר זה נבחנות, על פי רוב, יכולת ביצוע של פעולות יומיומיות בסיסיות, כמו רחצה והלבשה, יכולת ביצוע של מטלות יומיומיות אינסטרומנטליות, בעיקר סידור הבית, עריכת קניות וכדומה, ויכולת נידות. לבד מתיאור הנעשה באוכלוסייה, מימד חשוב שנחקר הוא מידת אי השוויון בבריאות (Mackenbach, 2003).

כיום ידוע שהתנהגות בריאותית, הרובד השני, קובעת באופן משמעותי את מצב בריאותו של האדם בהווה ובעתיד. הספרות מתייחסת בהקשר זה לשתי התנהגויות המשלימות זו את זו. מצד אחד החוקרים בוחנים התנהגות מסכנת בריאות שמשפיעה לרעה על מגוון תוצאות. התנהגות כזאת כוללת עישון, צריכת יתר של אלכוהול, של חומרים ממכרים ושל תרופות למיניהם. מצד שני הם בודקים התנהגויות המקדמות בריאות טובה, כגון תזונה נכונה, עיסוק בספורט ופעילות גופנית. במקרים רבים העדר העיסוק בהתנהגויות המקדמות בריאות הופך בעצמו להתנהגות מסכנת בריאות, כמו במקרה של השמנה או אי פעילות גופנית (Reeves & Rafferty, 2005).

השימוש בשירותי בריאות – עם הדגשה על אי השוויון באוכלוסייה בשימוש זה – הוא הרובד השלישי שעומד לבחינה בחקר הבריאות (למשל Huisman M. et al., 2003). ההתייחסות לשימוש בשירותי בריאות כוללת, בדרך כלל, שלושה מרכיבים: תדירות המגעים עם ספקי הטיפול הרפואי, קשיי נגישות לטיפול הרפואי ורמת ההוצאה הפרטית (הוצאה מהכיס) על טיפול רפואי ושירותי בריאות. ניתוח הקשיים בנגישות לשירותי בריאות וחקר דפוסי ההוצאה הפרטית על שירותים רפואיים הם בעלי חשיבות רבה

במיוחד במערכת של ביטוח בריאות ממלכתי כגון זו שהונהגה בישראל בשנת 1995. הספרות מראה הבדלים בולטים בקצב השחיקה בבריאות ובביקוש לשירותי בריאות – כולל ברמת הנגישות אליהם – בין אנשים שונים. אחדים מהבדלים אלה הם הבדלים דמוגרפיים ופערים סוציו-כלכליים בין אישיים. למשל: במחקר השוואתי של הבריאות בארצות הברית ובאנגליה שהתפרסם לאחרונה (Banks et al., 2006) נמצא קשר שלילי מובהק ועקבי בין הכנסה והשכלה לבין חולי. כלומר: ככל שההכנסה וההשכלה גבוהות יותר, כך קטנים שיעורי התחלואה במגוון מחלות, וזאת לאחר פיקוח על גורמים אחרים שעשויים להשפיע. יתר על כן, מידת התחלואה באנגליה פחותה מזו שבארצות הברית, אף שבארצות הברית ההוצאה לנפש על שירותי בריאות גבוהה יותר. ההסבר לכך הוא שהנגישות הגבוהה יותר לשירותי הבריאות באנגליה, במסגרת שירות הבריאות הלאומי, ממתנת את רמת התחלואה שם.

גורמי הרקע שעשויים להשפיע על הבריאות בהיבטיה השונים הם גיל, מגדר, הכנסה והשכלה. הבדלי אוכלוסייה המתבטאים בשוני תרבותי ובהשתייכות אתנית גם הם רלוונטיים להבנת הבדלים במצב הבריאות. כך, למשל, מצא סקר הבריאות הלאומי 2003-2004, שנערך בידי ה"למ"ס בקרב מדגם של כ-5,000 מרוויינים בני 21 ומעלה, במסגרת שיתוף פעולה בינלאומי, שהעולים מברית המועצות לשעבר דיווחו על בריאות גופנית ירודה יותר מאשר היהודים הוותיקים. עוד הוא מצא, שערכים-ישראלים דיווחו על בריאות גופנית ירודה יותר מאשר יהודים.

המטרה בפרק זה היא להציג את הממצאים בנוגע לשכיחותן של בעיות בריאות ולדפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב בני 50 ומעלה בישראל. מטרה אחרת היא לאתר פערים ואי שוויון שניתן למנעם בין קבוצות אוכלוסייה שונות בחברה הישראלית. נתוני SHARE-ישראל מספקים הזדמנות ייחודית ועדכנית להשיג מטרות אלה. הפרקים שלהלן מציגים את המשתנים שנבחנו בדיון זה, את הממצאים שהתגלו ואת השלכותיהם.

המשתנים

משתני התוצאה

בריאות פיסית: ארבעה סוגים של מדדי בריאות פיסית שימשו בסקר SHARE-ישראל – מדדים מתמצתים, תחלואה וסימפטומים, תפקוד כללי ומוגבלות בתפקוד יומיומי. המדדים המתמצתים כוללים שלושה משתנים: הראשון הוא הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות על סולם בן חמש דרגות (מצוין, טוב, סביר, גרוע, גרוע מאוד). השני

מצביע על קיומן של בעיות בריאות ארוכות טווח עקב מחלה או נכות (כן או לא). המדד השלישי שואל באופן כללי על מידת המוגבלות בפעילות היומיומית על סולם של מוגבל מאוד, מוגבל ולא מוגבל. מידת התחלואה נקבעה על ידי דיווח עצמי על מחלות כרוניות נבחרות (כגון מחלת לב, מחלת פרקים, סוכרת וכו'), שאובחנו בידי רופא, ועל סימפטומים של בעיות בריאות (כגון כאב מתמשך, שיעול, בעיות שינה, סחרחורת, אי שליטה על סוגרים וכו').

רמת התפקוד הכללי נמדדה בארבעה תחומים: יכולת ראייה (גם עם משקפיים) ויכולת שמיעה (גם עם עזר שמיעה) שנמדדו על סולם של מצוינות, טובה מאוד, טובה, סבירה ולקויה; יכולת לעיסה של מזון קשה (כן או לא); יכולת לבצע סדרה של פעולות הדורשות תנועה (כגון הליכה למרחק של 100 מ', ישיבה של שתיים, עלייה במדרגות, כריעת ברכ וכו'); היכולת לבצע פעולות אישיות יומיומיות (ADL), כגון רחצה, אכילה, הלבשה, ומטלות יומיומיות (IADL), כגון ניקיון הבית, בישול, ניהול חשבונות.

התנהגות בריאותית: עישון, שתייה מופרזת של אלכוהול, העדר פעילות גופנית ועודף משקל הם גורמי הסיכון ההתנהגותיים הנדונים בפרק, והידועים בהשפעתם השלילית על מצב הבריאות הפיסית והנפשית. דפוסי העישון כוללים את השאלה אם הנחקר מעשן בהווה או עישן בעבר. המעשנים נשאלים על מספר שנות הקופסה, המייצג את נטל ההתמכרות לטבק. דפוסי העישון נידונו בנפרד בקרב גברים ונשים, לאור ההבדלים המסורתיים בעישון לפי מגדר. שתיית אלכוהול נמדדה על ידי מספר הפעמים בשבוע שהנחקר שותה לפחות מנה אחת של אלכוהול. תחת העדר פעילות גופנית הוגדר מי שכלל לא מבצע פעילות ספורטיבית או פעילות פיסית מאומצת אחרת. משקל תקין נבחן דרך מדד מסת הגוף BMI (Body Mass Index). BMI בין 25 ל-30 מצביע על עודף משקל והשמנת יתר נמדדת ב-BMI הגבוה מ-30 (BMI מתקבל על ידי חלוקת המשקל בק"ג בריבוע הגובה במטרים).

שימוש בשירותי בריאות בשנה האחרונה: שלושה מדדים מייצגים את רמת השימוש בשירותי בריאות בשנה שלפני הריאיון – מספר המגעים עם רופא (לא כולל רופא שיניים ואשפוזים, כולל מגעים בחדר מיון ובמרפאות החוץ של בתי החולים); מספר הלילות באשפוז כללי (אשפוז מוגדר כשהייה של לילה בבית חולים); אם הנשאל ביקר אצל רופא שיניים או שיננית בשנה האחרונה.

נגישות לשירותי בריאות בשנה האחרונה: הבחינה של מידת הנגישות לטיפול רפואי כללה את ששת המדדים האלה – ימי המתנה לתור לרופא מומחה במקרה חירום או עם התעוררות בעיה חדשה; חודשי המתנה לניתוח מתוכנן; אם היה ויתור על טיפול רפואי במסגרת קופת החולים בגלל עלות גבוהה; אם היה ויתור שכזה בגלל זמינות נמוכה; אם

טיפול רפואי נקנה באופן פרטי בגלל מגבלות (עיתוי או כמות) בקופת החולים; מידת הבעלות על ביטוח משלים של הקופה.

תשלום פרטי על טיפול רפואי בשנה האחרונה: משתתפי הסקר נשאלו על גובה התשלום מהכיס במסגרת השימוש בכל אחד מחמשת השירותים האלה – אשפוז; תרופות מרשם (השתתפות עצמית או רכישה פרטית); טיפול אישי במוסד, במרכזי יום או בבית ועזרה ביתית; ביטוחים מרצון (משלים ופרטי אחר); תשלומים עבור טיפולים ושירותים רפואיים אחרים (שיניים, מעבדות, אבחון, טיפול במרפאות חוץ, ייעוץ פרטי וכו', לא כולל תרופות ורפואה אלטרנטיבית). כאמור, רק משתתפים שדיווחו על שימוש בשירות נשאלו על תשלום עבורו, אף שייכתן שחלק מהמשתתפים נמנעו משימוש בגלל הצורך בתשלום (למשל בטיפול שיניים או טיפול סיעודי). סך ההוצאה הפרטית חושב לכל המדגם כסכום ההוצאה בחמשת הסעיפים הללו.

המשתנים המסבירים

בניתוח תיאורי ראשוני זה נותחו משתני התוצאה לפי חמישה משתנים מסבירים: מגדר; גיל (50-59, 60-69, 70-79, 80 ומעלה); קבוצת אוכלוסייה (יהודים ותיקים, ערבים-ישראלים, ועולים מברית המועצות אחרי 1989); השכלה (עד 9 שנות לימוד, 10-12 שנות לימוד, 13 שנות לימוד ויותר); הכנסה כלכלית משפחתית לנפש תקנית, מחולקת על פי חמישונים של משקי הבית.

האסטרטגיה הסטטיסטית

הלוחות שלהלן מציגים את תוצאות הניתוח הרב-משתני של משתני התוצאה תוך שימוש בנתונים משוקללים. הבדלים בין קבוצות האוכלוסייה המוגדרות לפי המשתנים המסבירים מזהים על ידי ניתוחי הרגרסיה, המכוונים לאמוד את ההשפעות הייחודיות של המשתנים המסבירים על משתני התוצאה שנחקרו. המשתנים המסבירים הם אלה שהוגדרו בסעיף הקודם. בניתוח הרב-משתני של השימוש בשירותי בריאות, הנגישות לטיפול רפואי וההוצאה פרטית על טיפול רפואי הצטרף למניין המשתנים המסבירים ברגרסיה גם מצב הבריאות המדווח (טוב ויותר לעומת סביר ומטה).

רוב הרגרסיות המדווחות בפרק הן רגרסיות לוגיסטיות, שהמשתנה התלוי בהן הוא בינארי (כן/לא). ההשפעות הייחודיות של המשתנים המסבירים נמדדות על ידי הסיכון היחסי

(Odds Ratio). הסיכון היחסי של קבוצת אוכלוסייה נתונה (נשים למשל) נמדד ביחס ל- $OR=1$ ששווה לקטגוריית הבסיס (גברים). מטעמי מגבלות מקום, הוחלפו רווחי סמך לסיכון היחסי על ידי ציון מובהקותו של הסיכון היחסי שמשמעותה היא שהסיכון היחסי שונה (קטן או גדול, לפי ערכו ביחס לאחד) באופן מובהק (5 אחוזים) מאחד. בשאר המקרים נעשה הניתוח הרב-משתני באמצעות רגרסיה ליניארית מסוג OLS. ברגרסיה הליניארית, ה-OR מוחלף על ידי ההשפעות השוליות ($MARGINAL\ EFFECT = ME$), הנמדדות שוב ביחס לקבוצת הבסיס (עבורה $ME=0$).

ממצאים

המצאים כוללים מספר משתני תוצאה – מצב בריאות, שימוש בשירותים, נגישות לשירותים וכו'. בפירוט התוצאות אני מציג תחילה את התפלגות המשתנה (למשל: יש כן וכך אחוזים עם מחלה כרונית אחת) ללא ליווח, ואחרי כן אני מתאר את תוצאות הרגרסיות בלוחות 1-5.

בריאות פיזית

כמחצית מבני ה-50 ומעלה בישראל מדווחים שבריאותם פחות טובה (סבירה, גרועה, גרועה מאוד). שיעור דומה סובלים מבעיות בריאות ארוכות טווח. כ-14 אחוז מדווחים שהם מוגבלים מאוד בפעילויות. כ-45 אחוז דיווחו על שלוש מחלות ויותר, וכ-40 אחוז על שלושה סימפטומים ויותר. כ-60 אחוז מבני 50 ומעלה מדווחים על ראייה פחות טובה מאוד, וכ-55 אחוז על שמיעה פחות טובה מאוד. כרבע אינם מסוגלים ללעוס מזון קשה כמו תפוח. כמחצית מדווחים על מוגבלות בפעילות תנועתית אחת לפחות, וכ-12 אחוז סובלים ממוגבלות בפעילות בסיסית יומיומית (ADL) אחת לפחות.

לוח 1 מציג את ההבדלים במדדי הבריאות הפיזית לפי קבוצות האוכלוסייה הנידונות (מגדר, גיל, יהודים ותיקים / עולים מברית המועצות לשעבר / ערבים, השכלה והכנסה). במדדים המתמצתים נשים מדווחות על בריאות לקויה יותר מאשר גברים. בשאר המדדים נשים מדווחות על בריאות ותפקוד טובים יותר.

לוח 1
בריאות פיסית והשתנותה (OR)

רוסים	קבוצת אופלסייה				גיל					מגדר		הגדרה	מיד בריאות
	ערכים	והזיקים	+80	79-70	69-60	59-50	נשים	גברים					
* 7.462	* 0.672	1	* 6.135	* 4.444	* 2.288	1	* 1.227	1	פחות מטוב	מדרים מומצעים הערכה עצמית של מצב בריאות בעיות בריאות ארוכות טווח מוגבלות בפעילויות והולואה וסימפטומים			
* 1.328	* 2.145	1	* 3.096	* 2.314	1.042	1	1.026	1	יש				
* 2.418	* 1.873	1	* 5.684	* 2.631	1.384	1	* 1.439	1	מוגבל מאוד				
* 2.532	* 1.399	1	* 6.834	* 5.918	* 2.473	1	* 0.633	1	יותר מ-2	מחלות כרוניות מאובחנות			
* 3.864	1.069	1	* 6.781	* 3.078	* 1.452	1	* 0.623	1	יותר מ-2	סימפטומים			
										תפקוד			
* 9.174	* 0.653	1	* 8.772	* 5.155	* 1.908	1	* 0.824	1	פחות מט"מ	ראייה			
* 6.251	* 0.498	1	* 8.333	* 3.984	* 2.198	1	1.161	1	פחות מט"מ	שמיעה			
0.897	0.984	1	* 4.274	* 2.783	* 1.854	1	0.959	1	לא	יכולת לעיסה מוזן קשה			
* 2.862	1.331	1	* 9.261	* 2.235	1.112	1	0.955	1	יותר מ-1	ADL			
* 5.782	* 2.371	1	* 38.04	* 10.55	* 2.829	1	* 0.538	1	יותר מ-1	IADL			
* 7.187	* 2.573	1	* 27.31	* 5.715	* 2.571	1	* 0.506	1	יותר מ-1	מוגבלות בפעילויות תנועה			

המשך לוח 1

המלישוני הכנסה לנ"ח					שנות לימוד			המדרג	מדרג בריאות
1 (חתוך)	2	3	4	5 (עליון)	+13	12-10	9 ער		
1.171	* 2.137	* 2.028	* 1.582	1	* 0.232	* 0.357	1	פחות מטוב	מדרגים מתמצעים הערכה עצמית של מצב בריאות בעיות בריאות ארוכות טווח מוגבלות בפעילויות תחלואה וסימפטומים מחלות כרוניות מאובחנות סימפטומים תפקוד ראייה שמיעה יכולת לעיסה מוזן קשה מוגבלות בתפקוד יומיומי ADL IADL מוגבלות בפעילויות תעוזה
0.871	* 1.571	* 2.417	1.283	1	* 0.369	* 0.646	1	יש	
1.162	* 2.081	0.671	0.703	1	* 0.184	* 0.221	1	מוגבל מאד	
1.251	* 1.653	* 1.492	* 1.489	1	* 0.723	0.819	1	יותר מ-2	
1.178	* 1.795	1.068	* 1.437	1	* 0.262	* 0.391	1	יותר מ-2	
1.276	* 1.534	0.829	* 1.364	1	* 0.342	* 0.326	1	פחות מט"מ	
* 1.389	* 1.748	* 1.391	* 1.767	1	* 0.576	* 0.637	1	פחות מט"מ	
* 1.694	* 2.859	* 1.814	* 1.802	1	* 0.267	* 0.525	1	לא	
1.182	1.543	0.843	0.997	1	* 0.167	* 0.188	1	יותר מ-1	
0.959	* 1.735	* 2.129	1.091	1	* 0.182	* 0.284	1	יותר מ-1	
* 2.099	* 2.051	1.209	* 1.465	1	* 0.299	* 0.391	1	יותר מ-1	

1 OR = Odds-Ratio בתרסיה לוגיסטית שבה המשתנה התלוי מקבל את הערך אחד לפי הגדרת המודל והכוללת את המשתנים המטבירים הבאים: מוצר, גיל, קבוצת אוכלוסייה, שנות לימוד והמלישוני הכנסה לפני חתונה.

* OR שונה מאחד באופן מובהק (5%).

מצב בריאות פיסי, התנהגות בריאותית ושימוש בשירותי בריאות בקרב בני 50 ומעלה 183

כצפוי, הבריאות הפיסי נשחקת חדות ובאופן רציף עם ההזדקנות. בני 60-69 נוטים פי 2.3 מאשר בני 50-59 לדווח על בריאות פחות טובה, בני 70-79 – פי 4.4, ובני 80 ומעלה – פי 6.1. שחיקה דומה קיימת בכל מדדי הבריאות הפיסי האחרים. השחיקה בולטת במיוחד בתחום המוגבלות: בני 60-69 נוטים פי 2.8 מאשר בני 50-59 לדווח על מוגבלות אחת ויותר בביצוע מטלות יומיומיות (IADL), בני 70-79 – פי 10.6, ובני 80 ומעלה – פי 38.

כקבוצה, העולים מברית המועצות לשעבר הם בעלי הבריאות הפיסי הירודה ביותר. ברוב המדדים הם נוטים לדווח על בריאות לקויה פי 2 ויותר מאשר היהודים הוותיקים. הערבים הם קבוצת הביניים, אך עם זאת הם מדווחים על בריאות טובה יותר ועל פחות קשיים בראייה ובשמיעה מאשר היהודים הוותיקים.

באופן ברור, ובהתאמה עם ממצאים קודמים, השכלה גבוהה יותר מתואמת עם מצב בריאות פיסי שפיר יותר, כאשר הקשר הוא מונוטוני (גם אם לא תמיד באופן מובהק) על פני שלוש קבוצות ההשכלה. להוציא את מספר המחלות הכרוניות המאובחנות, ברוב המדדים בעלי ההשכלה הגבוהה (13 שנות לימוד ויותר) נוטים לדווח על בריאות פיסי לקויה 70-80 אחוז פחות מאשר בעלי עד תשע שנות לימוד.

באופן כללי מסתמן שאנשים החיים במשקי בית עניים יותר מדווחים על מצב בריאות גרוע יותר, ואולם הקשרים אינם מונוטוניים: החמישון התחתון דומה על פי רוב לחמישון העליון, בעוד שהחמישונים השני עד הרביעי מדווחים על בריאות גרועה יותר. להמחשה, מרואיינים מהחמישון העליון (החמישי), הרביעי והתחתון (הראשון) אינם שונים זה מזה בסיכוי לדווח על מוגבלות אחת ויותר ב-IADL, אבל בני החמישונים השני והשלישי הם בעלי סיכוי כפול בקירוב לדווח כך.

התנהגות בריאותית

כל גבר חמישי וכל אישה עשירית בקרב בני 50 ומעלה בישראל מעשנים בהווה, וכ-40 אחוז מהגברים ו-13 אחוז מהנשים עישנו בעבר והפסיקו. גברים מעשנים או שעישנו בעבר צברו במוצע כ-34 שנות קופסה (סיגריות), ונשים – 25. לעומת זאת, שתיית אלכוהול אינה מהווה בעיה בקרב בני 50 ומעלה בישראל. רק שבעה אחוזים מהגברים ופחות משני אחוז מהנשים שותים משקה אלכוהולי כמעט כל יום. 60 אחוז ויותר לא שתו אלכוהול אף פעם בחצי השנה האחרונה. כחמישית מבני ה-50 ומעלה אינם מבצעים פעילות גופנית מאומצת (ספורט או עבודה פיסי) כלל. כ-45 אחוז הם בעלי משקל עודף (BMI 25-30), ו-18 אחוז בקירוב הם שמנים (BMI גבוה מ-30).

גורמי סיכון בריאותיים ההתנהגותיים והשתנותם (OR)

לוח 2

רוסים	קבוצת אוכלוסייה				גיל				מגדר		הגדרה	גורם סיכון
	ערכים	תזיקים	+80	79-70	69-60	59-50	נשים	גברים				
* 0.445	* 0.307	1	* 1.653	0.926	0.923	1	-	-	מעשן / הפסיק	מעשן / הפסיק מעשנת/הפסיקה	גורם סיכון	
* 0.622	* 0.022	1	0.681	0.982	0.845	1	-	-				
* -9.2	* 14.9	(2) 0	* 10.63	-4.173	3.986	(2) 0	* -6.326	(2) 0	שנות קופסת סיגריות	+5 פעמים בשבוע	גורם סיכון	
0.581	* 0.013	1	1.729	0.983	0.797	1	* 0.208	1	שתיית אלכוהול	כך		
* 1.336	* 0.619	1	* 4.607	* 2.345	1.178	1	* 1.241	1	פעילות גופנית נמוכה בלבד	כך	גורם סיכון	
1.099	1.042	1	0.932	* 2.268	* 1.653	1	* 1.443	1	BMI	25+		

המליטוני הנכנס לני"ת					שנות לימוד				הגדרה	גורם סיכון
1 (חתול)	2	3	4	5 (עליון)	+13	12-10	9	ער 9		
* 2.062	1.479	1.339	1.127	1	* 0.509	0.934	1	1	מעשן / הפסיק	גורם סיכון
0.797	* 0.516	* 0.221	0.601	1	0.763	* 0.677	1	1	מעשנת/הפסיקה	
* 18.485	* 13.576	* 15.673	6.958*	(2) 0	* -12.306	* -13.545	(2) 0	0	שנות קופסת סיגריות	גורם סיכון
1.159	0.718	* 0.232	0.775	1	0.972	* 1.927	1	1	שתיית אלכוהול	
* 1.805	* 2.091	* 2.216	1.882*	1	* 0.652	* 0.352	1	1	פעילות גופנית נמוכה	גורם סיכון
1.318	0.983	0.893	0.915	1	0.796	* 0.747	1	1	BMI	

1 OR = Odds-Ratio ברגורסיה לוגיסטית שבה המשתנה התלוי מקבל את הערך אחד לפי הגדרת גורם הסיכון והכוללת את המשתנים המסבירים הבאים: מגדר, גיל, קבוצת אוכלוסייה, שנות לימוד ותזיקים. שנות לימוד ותזיקים הנתונים הנכנסים לני"ת

2 ME = Marginal Effects השפעות שוליות ברגורסיה לינארית הכוללת את המשתנים המסבירים הבאים: מגדר, גיל, קבוצת אוכלוסייה, שנות לימוד ותזיקים הנכנסים לני"ת

* שנות מאחד ו-ME באפס מובהק (5%).

לוח 2 מפרט את ההבדלים בהתנהגות בריאותית לפי קבוצות האוכלוסייה השונות. בגלל דפוסי העישון השונים של גברים ונשים, הניתוח מתייחס לגברים ולנשים בנפרד. גם עם פיקוח על שאר המאפיינים, נשים מעשנות פחות מגברים (שש שנות קופסה פחות בממוצע). נשים גם צורכות פחות אלכוהול מגברים. ואולם נשים עוסקות פחות בפעילות גופנית, והן נמצאות בסיכון יחסי הגבוה ב-40 אחוז מאשר גברים להיות בעלות משקל עודף (BMI הגבוה מ-25).

גברים קשישים נוטים יותר מצעירים להיות בעלי היסטוריית עישון, ואילו בקרב הנשים אין לגיל השפעה על היסטוריית עישון ולא על צריכת אלכוהול, ואולם הנטייה לעסוק בפעילות גופנית – אפילו מצומצמת – יורדת עם הגיל. דווקא גילאי הביניים 60-79 נמצאים בסיכוי הגבוה ב-60-120 אחוז מבני 50-59 ובני 80 ומעלה להיות בעלי עודף משקל.

העולים מברית המועצות לשעבר, גברים כנשים, ממעטים לעשן בהשוואה ליהודים ותיקים. ואולם הם ממעטים גם בפעילות גופנית. הגברים הערבים ממעטים לדווח על עישון בהווה ובעבר בהשוואה ליהודים, ואולם המעשנים הם מעשנים כבדים (לפי מספר שנות קופסה). נשים ערביות בגיל 50 ומעלה אינן מעשנות כלל. הערבים מרבים יחסית לעסוק בפעילות גופנית נמרצת, חלקם אולי במסגרת עבודתם היומיומית. ערבים אינם שותים אלכוהול, ועולים מברית המועצות לשעבר בני 50 ומעלה אינם שותים אלכוהול יותר מיהודים ותיקים. כמו כן, אין הבדל מובהק בין הקבוצות בנטייה לעודף משקל.

השכלה גבוהה יותר מתואמת עם התנהגות בריאותית פחות מסוכנת: בוגרי יותר שנות לימוד – גברים כנשים – מעשנים פחות (12-13 שנות קופסה פחות), עוסקים יותר בספורט, והם נוטים בכ-25 אחוז פחות מאשר אצל בעלי השכלה הנמוכה להיות בעלי משקל עודף. עם זאת, בוגרי 10-12 שנות לימוד מרבים יותר מאחרים לשתות אלכוהול.

גברים בחמישון התחתון מעשנים יותר מאחרים, ומספר שנות הקופסה עולה באופן עקיב עם הירידה בהכנסה המשפחתית לנפש תקנית. אין השפעת הכנסה ברורה בצריכת אלכוהול. בני החמישון העליון עוסקים בספורט יותר מאשר האחרים, ואולם אין הבדל מובהק בנטייה להיות בעל משקל עודף בין חמישוני ההכנסה.

שימוש בשירותי בריאות בשנה האחרונה

מספר הביקורים הממוצע אצל רופא (לא כולל רופא שיניים) בקרב בני 50 ומעלה בישראל הוא 11 בשנה. מלבד זאת אושפזו כ-17 אחוז מבני ה-50 ומעלה לפחות ללילה אחד במהלך השנה האחרונה. לעומת זאת, 54 אחוז מהם לא ביקרו כלל בשנה האחרונה במרפאת שיניים.

לוח 3 מציג את ההבדלים בשימוש בשירותי בריאות נבחרים בשנה האחרונה לפי קבוצות האוכלוסייה הנידונות. נציין שברגרסיות בלוח זה (ואולם לא בלוח עצמו) נכלל במניין המשתנים המסבירים גם מצב הבריאות המדווח, כדי לנטרל את השפעתו. אמנם לא נמצא הבדל בין גברים לנשים במספר הביקורים אצל רופא, אבל נשים נוטות להתאשפז ב-25 אחוז יותר מגברים ומבקרות יותר במרפאת השיניים.

ההזדקנות, גם עבור מצב בריאות מדווח נתון, מגבירה את השימוש בשירותים הרפואיים ומצמצמת את השימוש בשירותים דנטליים. בני 80 ומעלה מבקרים רופא שלוש פעמים במוצע יותר מאשר בני 50-59, הם בעלי סיכוי של פי ארבעה להתאשפז, ונוטים פי שלושה יותר שלא לבקר במרפאת שיניים.

לאחר פיקוח על יתר המשתנים, עולים מברית המועצות לשעבר ממעטים לבקר אצל רופאים (כ-2.5 ביקורים פחות) ונוטים פחות להתאשפז ($OR=.57$) בהשוואה ליהודים ותיקים. הם גם מבקרים פחות אצל רופא שיניים. הערבים בישראל מבקרים יותר (כחמישה ביקורים יותר) אצל רופא, אבל מתאשפזים בשיעור דומה ליהודים הוותיקים. כמו העולים מברית המועצות לשעבר, הם ממעטים לבקר אצל רופא שיניים.

עם העלייה ברמת ההשכלה, כששאר התנאים שווים, פוחת מספר הביקורים אצל רופא: בוגרי 10 שנות לימוד ויותר מבקרים כארבעה ביקורים בשנה פחות מבוגרי תשע שנות לימוד ופחות. כמו כן עולה הסיכוי לביקור אצל רופא השיניים. ואולם השפעת ההשכלה על הסיכוי לאשפוז אינה מונוטונית: בוגרי 10-12 שנות לימוד הם בעלי סיכויים גבוהים ב-40 אחוז בקירוב מאשר האחרים להגיע לאשפוז.

בעוד שלא נמצא קשר בין הסיכוי לאשפוז כללי לבין חמישוני הכנסה, הקשר של מספר הביקורים אצל רופא ושל ההסתברות לבקר במרפאת שיניים עם הכנסה אינו מונוטוני: החמישוניים האמצעיים נוטים לבקר פחות אצל רופא, כולל מרפאת שיניים.

נגישות לשירותי בריאות בשנה האחרונה

בקרב 622 המרואיינים, שביקרו בשנה האחרונה אצל רופא מומחה בגלל בעיה חדשה או מקרה חירום, משך ההמתנה הממוצע למפגש היה 18 יום. בקרב 88 הנשאלים שדיווחו שעברו ניתוח מתוכנן במהלך השנה האחרונה היה משך ההמתנה הממוצע שלושה חודשים.

כ-16 אחוז מכלל האוכלוסייה שילמו מכיסם באופן פרטי עבור שירות שנכלל בסל השירותים של הקופות (כגון ניתוח, ביקור אצל רופא, תרופות, עזרים רפואיים, שיקום וכו'), כי אחרת היה צורך בהמתנה ארוכה מדי או משום שהשירות ניתן בהיקף מצומצם מהדרוש. עיקר התשלומים היה עבור ביקור אצל רופא מומחה (34 אחוז מהמקרים שהיו

כרוכים בתשלום), תרופות (47 אחוז), ניתוח (10 אחוז) ואביזרים ועזרי רפואה (23 אחוז). נציין שלא ברור אם הנשאלים כללו בתשובה לשאלה זו תשלומי השתתפות עצמית עבור ביקורים אצל רופאים מומחים, תרופות או עזרים ואביזרים.

עוד מתברר שתשעה אחוזים בקירוב מדווחים שוויתרו על טיפול שנכלל בסל השירותים של הקופות (כפי שפורט לעיל) בגלל העלויות הכרוכות בו. הטיפולים שוויתרו עליהם היו בעיקר ביקור אצל רופא מומחה (43 אחוז), תרופות (44 אחוז) ואביזרים ועזרים (33 אחוז). ויתור על טיפול בגלל זמינות או נגישות נמוכות הוא נדיר, ושיעורו עומד על כשני אחוזים בלבד. התלונות העיקריות על העדר נגישות התרכזו ברופאים מומחים (63 אחוז) ובתרופות (26 אחוז). לבסוף, נמצא ש-75 אחוז ויותר מבני ה-50 ומעלה הם בעלי ביטוח משלים של הקופות.

לוח 4 מציג את הדיווחים על הנגישות לשירותי בריאות לפי קבוצות האוכלוסייה השונות. נציין שאי ויתור על טיפול רפואי ואי תשלום לספק פרטי כולל גם את אלה שלא נזקקו או לא פנו לקבלת טיפול כלל. ברגרסיות הנידונות להלן מפוקח הצורך הרפואי בטיפול על ידי הכללת מצב הבריאות המדווח, והכללת חמישוני ההכנסה מנטרלת את השפעת ההכנסה. עם זאת יש לזכור שקבוצות אוכלוסייה שונות עשויות להזדקק לטיפול רפואי שונה.

אמנם לא נמצא הבדל מובהק בין נשים לגברים בהמתנה לטיפול ובתשלום פרטי בגלל קושי בזמינות הטיפול בקופת החולים, אבל נשים נוטות פחות מגברים לדווח על ויתור על טיפול.

בני 80 ומעלה ממתניים בממוצע כ-20 יום יותר מאשר בני 50-59 לפגישה עם מומחה, אבל ממתניים כחמישה חודשים פחות לניתוח מתוכנן. ויתור על טיפול בגלל עלותו או זמינותו נפוץ פחות בגילאי הביניים 60-79. הסיכוי לתשלום לספק פרטי בגלל קושי זמינות בקופת חולים עולה עם הגיל, ומגיע בגיל 80 ומעלה לפי 5.8 מאשר בגיל 50-59. לעומת זאת, בני 60 ומעלה נוטים להיות בעלי ביטוח משלים של הקופות כ-60-70 אחוז פחות מאשר בני 50-59, לאחר פיקוח על שאר המאפיינים הנידונים.

האוכלוסייה הערבית סובלת מקשיי נגישות לשירותים יותר מאשר שאר האוכלוסייה. כזכור, מצב בריאות מדווח ושאר המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים מוחזקים קבועים: ההמתנה לניתוח מתוכנן אצל הערבים גבוהה בעשרים חודשים מאשר אצל היהודים הוותיקים (פער זה מושפע ללא ספק ממספר המנותחים הקטן), הסיכוי לוותר על טיפול בגלל זמינות נמוכה הוא פי חמישה מאשר בקרב היהודים הוותיקים, והם בעלי סיכוי יותר מכפול מאשר יהודים ותיקים לשלם לספק פרטי בגלל קושי בזמינות השירות בקופת חולים. עם זאת יש להזכיר, שהערבים מדווחים שביקרו אצל רופא (להוציא רופא שיניים) כחמישה ביקורים בממוצע יותר מאשר יהודים ותיקים (לוח 3). ייתכן שהתלונה על זמינות נמוכה התייחסה לשירותים אחרים מלבד רופאים. הערבים גם נוטים פחות כ-75 אחוז

מיהודים ותיקים לרכוש ביטוח משלים. באשר לעולים מברית המועצות לשעבר, הם נוטים פחות לדווח על ויתור על טיפול רפואי בגלל זמינות נמוכה או בגלל עלותו ועל רכישת טיפול רפואי מספק פרטי במקום מקופת החולים. בלוח 3 ראינו שהעולים מברית המועצות לשעבר ממעטים להשתמש בשירותים עבור מצב בריאות מדווח מוחזק קבוע. זאת כנראה הסיבה למיעוט היחסי בויתור על טיפול. בדומה לערבים, העולים מברית המועצות לשעבר ממעטים יחסית ליהודים הוותיקים לרכוש ביטוח משלים.

רמת השכלה גבוהה מתואמת, כששאר התנאים שווים, עם משך המתנה קצר יותר לרופא מומחה, אך לא עם משך המתנה לניתוח מתוכנן. המשכילים יותר ממעטים לוותר על טיפול רפואי בגלל עלותו או בגלל זמינותו הנמוכה. כזכור מלוח 3, המשכילים יותר ממעטים להשתמש בשירותי בריאות עבור מצב בריאות מדווח מוחזק קבוע. לבסוף, שיעור הבעלות על ביטוח משלים בקרב בוגרי 10 שנות לימוד ויותר גבוה באופן משמעותי (הסיכוי לבעלות גבוהה ב-90 אחוז בקירוב אצל בוגרי 10-12 שנות לימוד) מאשר בקרב בעלי השכלה יסודית בלבד.

השפעת ההכנסה על רובם של מדדי הנגישות אינה מונוטונית. חברי החמישונים הרביעי והשלישי ממתנים יותר לטיפול, מותרים על טיפול פחות בגלל עלותו ויותר בגלל זמינותו מאשר חברי החמישון העליון מזה והחמישון הראשון והשני מזה. עם זאת, ניכר שהנטייה לשלם לספק פרטי עבור שירותים הכלולים בסל קופות החולים ולבעלות על ביטוח משלים הולכת וקטנה עם הירידה ברמת ההכנסה: הסיכוי שחברי החמישון התחתון ישלמו לספק פרטי או ירכשו ביטוח משלים הוא 18 אחוז ו-23 אחוז בהתאמה מזה של חברי החמישון העליון.

תשלום פרטי עבור טיפול רפואי בשנה האחרונה

אשפוז: 25 אחוז מ-432 הנשאלים שדיווחו על אשפוז בשנה האחרונה הוציאו מכיסם על שירותים שניתנו במסגרת האשפוז. עיקר ההוצאה היה, ככל הנראה, על מנתח פרטי (שר"פ). ההוצאה הממוצעת בקרב המשלמים היתה כ-10,000 ש"ח (כאן ובהמשך, ההוצאה הממוצעת בקרב כל המשתמשים מתקבלת כמכפלה של שיעור בעלי הוצאה חיובית בהוצאה הממוצעת למשלם; כלומר: ההוצאה הממוצעת מהכיס למאושפז היתה 2,500 ש"ח).

לוח 4

נגישות לשירותי בריאות בשנה האחרונה והשתתפות (OR)

רוסים	קבוצת אוכלוסייה			גיל					מגדר		הגדרה	המיד
	ערבים	ותיקים	רוסים	+80	79-70	69-60	59-50	נשים	גברים			
-7.350	-6.081	(2) 0	* 20.441	* -3.451	1.152	(2) 0	-6.234	(2) 0	ימים	המתנה למומחית במקרה		
-2.706	* 20.79	(2) 0	* -5.095	-2.957	* -4.298	(2) 0	-0.523	(2) 0	הודשים	חירום או כבידה חדשה		
* 0.606	* 0.585	1	1.061	0.981	* 0.637	1	* 0.771	1	המתנה לניתוח מותכונן	המתנה לניתוח מותכונן		
* 0.224	* 4.709	1	1.368	* 0.478	0.731	1	* 0.668	1	כך	ויתור על טיפול בגלל עלותו		
* 0.211	* 2.121	1	* 5.831	* 2.201	* 1.581	1	0.991	1	כך	ויתור על טיפול בגלל זמינותו		
* 0.209	* 0.248	1	* 0.301	* 0.355	* 0.368	1	* 0.656	1	כך	תשלום לספק פרטי בגלל		
									קנייני בוגינות בקופ"ח	קנייני בוגינות בקופ"ח		
									כך	ביטוח משלמים (של הקופות)		

המשך לוח 4

1 (תחתון)	המישוני הכנסה ל"ת				5 (עליון)	שנות לימוד			הגדרה	המדר
	2	3	4			+13	12-10	9 ער		
6.839	-1.171	-3.202	* 9.884	⁽²⁾ 0	-8.188	* -9.684	⁽²⁾ 0	ימים	המתנה לזימון במקרה חירום או כבעיה חריגה המתנה לניתוח מותכנן ויתור על טיפול בגלל עלותו ויתור על טיפול בגלל זמינותו	
-3.511	3.304	-1.313	* 5.383	⁽²⁾ 0	0.161	-0.822	⁽²⁾ 0	חודשים		
0.822	1.079	* 0.664	0.761	1	* 0.374	* 0.416	1	כך		
0.795	1.167	* 2.198	* 2.204	1	0.781	* 0.697	1	כך	ותור על טיפול בגלל זמינותו	
* 0.176	* 0.603	1.365	* 0.631	1	1.102	1.302	1	כך	קשיי בזימון בקופ"ח	
* 0.233	* 0.637	1.233	0.876	1	* 1.349	* 1.894	1	כך	ביטוח משלים (של המקומות)	

- 1 OR = Odds-Ratio אחיד לפי הגדרת השימוש בשירות והפולח את המשתנים המסבירים הבאים: מגדר, גיל, קבוצת אוכלוסייה, שנות לימוד, המישוני הכנסה לנפש בריאות מדרות.
- 2 Marginal Effects = השפעת שוליות ברגרסייה לינארית הפולח את המשתנים המסבירים הבאים: מגדר, גיל, קבוצת אוכלוסייה, שנות לימוד, המישוני הכנסה לנפש חקית ומצב בריאות מדרות.
- * OR שונה מאחד ו-ME שונה מאפס באופן מובהק (5%).

לוח 5

הוצאה מהכיס על שירותי כריאת בשנה האחרונה והשתנותה ($ME^{1,2}$)

רוסים	קבוצת אוקולסייה		גיל					מגדר		הגדרה	שירות
	קבוצת אוקולסייה	ערכים	התקיים	+80	79-70	69-60	59-50	נשים	גברים		
-321	-469	0	-1760	* 4856	* 2344	0	-862	0	הוצאה בש"ח	הוצאה בש"ח	אשפוז
* -822	112	0	* 957	* 454	* 290	0	* -221	0	הוצאה בש"ח	הוצאה בש"ח	
* -4839	* -5845	0	1000	-54	-589	0	* -1677	0	הוצאה בש"ח	הוצאה בש"ח	טיפול אישי ועזרה ביתית
174	* -1391	0	539	-294	* 826	0	-45	0	הוצאה בש"ח	הוצאה בש"ח	שגיניים, מעבדות וטיפולים
* -2082	* -1774	0	516	* 1268	* 1362	0	-195	0	הוצאה בש"ח	הוצאה בש"ח	סה"כ הוצאה מהכיס (לכולם) ³

1 (החתך)	2	המישורי הכנסה ל"ח					שנות לימוד		הגדרה	שירות
		3	4	5 (עליך)	+13	12-10	ער 9			
-1268	946	* 5736	1213	0	938	* 2846	0	הוצאה בש"ח	אשפוז	
-43	-69	* -314	* -268	0	* -440	* -469	0	הוצאה בש"ח	הוצאות מרשם	
-192	-73	1407	-1180	0	* -2690	* -4060	0	הוצאה בש"ח	טיפול אישי ועזרה ביתית	
* -1450	* -1544	* -1786	* -971	0	* -1715	* -1144	0	הוצאה בש"ח	שגיניים, מעבדות וטיפולים	
* -2142	* -2056	* -1685	* -1503	0	* -1479	-455	0	הוצאה בש"ח	סה"כ הוצאה מהכיס (לכולם) ³	
15.5	6.1	4.3	3.7	1.7					ממוצע הוצאה מהכיס כ % מההכנסה ל"ח	

1. $ME = Marginal Effects$ ברנטסיה לינארית הכוללת את המשתנים המסבירים הבאים: מגדר, גיל, קבוצת אוקולסייה, שנות לימוד, המישורי הכנסה לנפש תקינה ומצב בריאות מודעות.
2. בקרב המשתמשים בשירות, כולל הוצאות שהן אפס. מספר המשתמשים: אשפוז - 432, תרופות מרשם - 2,482, טיפול אישי ועזרה ביתית - 642, שגיניים מעבדות וטיפולים - 2,479.
3. בקרב כל האוקולסייה כי כמעט לכולם הייתה הוצאה מהכיס כלשהיא על שירות זה או אחר.

* ME שונה מאפס באופן מובהק (5%).

מלוח 5 נראה שאין הבדלים רבים בין קבוצות האוכלוסייה השונות בהוצאה מהכיס במסגרת אשפוז. בולטת ההוצאה הגבוהה בגיל הביניים (60-79), בקרב בוגרי 10-12 שנות לימוד, בקרב חברי החמישון השלישי, ביחס לשאר הקבוצות בהתאם. יש לציין שהשונות הרבה בהוצאה ומספר המשלמים הקטן יחסית מקטינים את אמינות התוצאות. ייתכן גם שההבדלים בהוצאה נובעים מצרכים רפואיים שונים.

תרופות מרשם: כ-78 אחוז מכלל הנוטלים תרופות מרשם (כמעט כל המדגם נוטל תרופות מרשם) דיווחו שהיתה להם הוצאה מהכיס על תרופות אלה. ההוצאה הממוצעת למשלם היתה כ-1,300 ש"ח לשנה, כלומר קצת יותר ממאה שקלים בחודש.

לוח 5 מראה שנשים מוציאות בחודש על תרופות מרשם 220 ש"ח פחות מגברים. ההוצאה הולכת וגדלה עם הגיל: בני 80 ומעלה מוציאים מכיסם בשנה על תרופות מרשם כ-960 ש"ח יותר מאשר בני 50-59, כששאר התנאים שווים. עולים מברית המועצות לשעבר מוציאים למעלה מ-800 ש"ח פחות מאשר יהודים ותיקים, ובוגרי 10 ומעלה שנות לימוד מוציאים כ-450 ש"ח פחות מאשר בעלי השכלה יסודית. חברי החמישונים השלישי והרביעי מוציאים בממוצע כ-300 ש"ח פחות מאשר חברי החמישונים הראשון והשני מזה והעליון מזה.

טיפול אישי: ההוצאה השנתית מהכיס עבור טיפול בבית, במוסדות ובמרכזי יום היא גבוהה למדי – כ-10,000 ש"ח בממוצע למשלם. כ-27 אחוז מ-642 המשתמשים בשירותי שילמו עבור הטיפול מהכיס (תשעה אחוזים לא יכלו לנקוב בהוצאה המדויקת). נציין שטיפולים אלה אינם כלולים בסל השירותים של קופות החולים, וניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד או במסגרת שירותי משרד הבריאות והרווחה.

ממצאי הרגרסיה בלוח 5 מראים שבעוד שלגיל אין השפעה על הוצאה זו, נשים מוציאות כ-1,700 ש"ח פחות מגברים. ערבים ועולים מברית המועצות לשעבר מוציאים בממוצע כ-4,800 ו-5,800 ש"ח בהתאמה פחות מאשר יהודים ותיקים, אף שכפי שדווח בלוח 1, הם סובלים מיותר מוגבלויות. בעלי השכלה גבוהה מוציאים פחות על טיפול אישי (4,000 ו-2,700 ש"ח בהתאמה ל-9-12 ו-13 ומעלה שנות לימוד) מאשר בעלי השכלה נמוכה, ולוח 1 מראה כאמור שהם גם מוגבלים פחות. אין הבדל בהוצאה לפי חמישוני הכנסה, כפי שלא נמצאו הבדלים במוגבלות בכיצוע פעולות ADL (לוח 1).

טיפול רפואי: כמעט כל הנשאלים דיווחו על התייעצות או על מגע עם איש מקצוע הרפואה (רופא שיניים, בדיקת מעבדה, ביקור במרפאת חוץ, התייעצות עם מומחה וכו') בשנה האחרונה, ומתוכם שילמו מהכיס שלישי ויותר סכום ממוצע של כ-3,300 ש"ח (ארבעה אחוזים לא ידעו את גובה ההוצאה).

לא נמצאו הבדלים בין גברים לנשים ולפי גיל (לוח 5). ערבים מוציאים פחות (ב-1,400 ש"ח בממוצע) מאשר שאר האוכלוסייה, פער התואם את הנגישות המוגבלת יותר

לשירותים בקרב הערבים. בעלי השכלה של 10-12 ו-13 ומעלה שנות לימוד מוציאים כ-1,100 ו-1,700 ש"ח בהתאמה פחות על טיפול רפואי מאשר בעלי השכלה יסודית, והם זכור גם משתמשים פחות בשירותי בריאות. נמצא קשר רצוף שלילי בין ההוצאה על טיפול רפואי לחמישוני ההכנסה: חברי החמישון הרביעי מוציאים בממוצע 970 ש"ח וחברי החמישון הראשון-שלישי מוציאים כ-1,500 ש"ח פחות מחברי החמישון העליון.

סך ההוצאה מהכיס: בסך הכול 83 אחוז בקירוב מהאוכלוסייה הוציאו מכיסם על שירותי הבריאות למיניהם (כולל על ביטוחים מרצון), הוצאה ממוצעת של כ-3,800 ש"ח לשנה או כ-320 ש"ח לחודש. הממוצע לפרט באוכלוסייה הוא כ-260 ש"ח בחודש. נחזור ונציין שההוצאות הפרטיות כוללות במחקר זה קנייה של שירותי רפואה פרטיים (כגון שר"פ או טיפול שיניים), השתתפויות עצמיות בצריכת שירותי קופות החולים והוצאה על טיפול אישי סיעודי ועזרה ביתית.

מלוח 5 עולה שבעוד שאין הבדל לפי מגדר, קשישים בני 60-79 מוציאים על בריאות בממוצע כ-1,300 ש"ח יותר מאשר בני 50-59 ובני 80 ומעלה. ערבים מוציאים כ-1,800 ש"ח ועולים מברית המועצות לשעבר – כ-2,100 ש"ח פחות מאשר היהודים הוותיקים. בעלי השכלה גבוהה מוציאים כ-1,500 ש"ח פחות מאשר שאר האוכלוסייה, ויש קשר שלילי רצוף בין ההוצאה מהכיס לבין חמישוני ההכנסה. חברי החמישון הרביעי מוציאים כ-1,500 ש"ח פחות וחברי החמישון התחתון – 2,100 ש"ח פחות מחברי החמישון העליון.

לבסוף, השורה התחתונה בלוח 5 מציגה את ממוצע ההוצאה הכוללת מהכיס על בריאות כאחוז מההכנסה הממוצעת לנפש תקנית. בחמישון העליון ההוצאה מהכיס על בריאות עומדת על כ-1.7 אחוזים מההכנסה המשפחתית הכלכלית לנפש תקנית, בחמישון הרביעי על 3.7 אחוזים, בשלישי על 4.4 אחוזים, בשני על 6.1 אחוזים, ובחמישון התחתון מוציאים האזרחים מכיסם על שירותי בריאות 15 אחוז ויותר בממוצע מההכנסה לנפש תקנית.

דיון וסיכום

נתוני מחקר SHARE מאפשרים להתמקד בבני גיל 50 ומעלה באוכלוסייה הישראלית. אצל הצעירים שבהם בעיות בריאות פיסית רק מתחילות להופיע ולהשפיע, ואצל המבוגרים יותר הן גורם מכריע בתחומי חיים רבים, כגון תעסוקה ועבודה, פעילות פנאי, קשרים חברתיים וכו'. חקר המתאמים בין בריאות טובה, שימוש בשירותי בריאות וסוגיות

של אי שוויון בנגישות בגיל המבוגר חשוב הן להעמקת הידע בתחום זה והן לביסוס קבלת ההחלטות במדיניות הבריאות בפרט ובמדיניות החברתית בכלל.

בפרק זה הוצג תיאור ראשוני ותמציתי של מצב הבריאות הפיסית, של ההתנהגות הבריאותית, של השימוש בשירותי בריאות כאמצעי לשיפור ולתחזוקת מצב הבריאות, של הקשיים בנגישות לשירותים אלה ושל דפוסי התשלום הפרטי עבור טיפול רפואי. הדגש הושם על הצגת המצב הכללי באוכלוסייה בצד התמקדות בהבדלים בין פלחי האוכלוסייה והדגמת אי השוויון. אי שוויון זה בבריאות, בשימוש בשירותים, בנגישות לטיפול רפואי ובהוצאה מהכיס על שירותי בריאות הוא סוגייה חברתית מרכזית במיוחד בעשור האחרון, מאז הנהגת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהושתת על עקרונות של שוויון, סולידריות והוגנות.

הניתוח מוביל למספר מסקנות. העולים מברית המועצות לשעבר מדווחים על מצב בריאות פיסית הגרוע באופן מובהק מזה של היהודים הוותיקים ואף, במספר מדדים, מזה של הערבים. הם גם פונים פחות לשירותי בריאות ונהנים פחות מכיסוי הביטוח המשלים, ממצא שמסביר אולי את בריאותם הלקויה יחסית. הערבים מדווחים על מצב בריאות הגרוע מזה של היהודים הוותיקים, ובמקביל מדווחים על קשיים גדולים בנגישות לשירותי הבריאות, בעיקר לטיפול רפואי שניוני ושלישוני. הקבוצה השלישית הבולטת היא בעלי ההשכלה הנמוכה. נשאלים אלה מדווחים על מצב בריאות פיסית גרוע יחסית, ובמקביל על שימוש גבוה בשירותי בריאות. הם גם מדווחים על ויתור גבוה יותר על טיפול רפואי בגלל עלותו. דווקא חברי החמישוניים האמצעיים הם המדווחים על בריאות פיסית גרועה יותר מאשר העשירים והעניים וגם על שימוש נמוך יותר בשירותי הבריאות לעומת חברי החמישון העליון והתחתון. למרות זאת, רמות הכנסה נמוכות קשורות באופן ברור לרכישה מצומצמת של ביטוח משלים ושל מוצרים ושירותים רפואיים. לבסוף, מסתמן שבעוד שלא מוזכרות בעיות בזמינות או בנגישות פיסיות של שירותי הבריאות, הצורך לשלם מוזכר בשכיחות גבוהה הרבה יותר כמכשול לכאורה בצריכת השירותים.

מסקנות אלה תואמות ממצאים מסקרי אוכלוסייה קודמים, כגון סקר הבריאות הלאומי 2003-2004 שנערך בידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וסקרי מכון ברוקדייל (גרוס, ברמלי ומצליח, 2007), ומדיוני כנסים המלח הרביעי (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, יולי 2003).

ניתוח מתקדם יותר של נתוני ה-SHARE-ישראל, המיוחדים בהיקפם וביכולת לקשר מגוון רחב של משתנים מתחומי חיים שונים, יתמקד בסוגיות ממוקדות בתחום הבריאות של בני 50 ומעלה ויוכל להעשיר את הידע על כך בישראל ובפרספקטיבה בינלאומית.

מקורות

גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש' ומצליח, ר' (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ – 07-487.

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות, פערים ואי שוויון במערכת הבריאות, דו"ח סופי, יולי 2003.

Banks, J. et al. (2006). Disease and disadvantage in the US and in England. *JAMA* 295, 2037-45.

Huisman, M. et al. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview, *Social Science and Medicine*, 57, 861-873.

Mackenbach, J.P. et al. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *Int. J. of Epidemiology*, 32, 830-837.

Reeves, M. J., & Rafferty A. P. (2005). , Healthy lifestyle characteristics among adults in the US. *Arch. of Intern. Med*, 165, 854-857.