

## בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל

דב צ'רניחובסקי, בשארה בשאראת, ליאורה בוורס,  
אביב בריל וחן שרוני

---

מתוך "דוח מצב המדינה 2017"  
ירושלים, טבת תשע"ח, דצמבר 2017

## מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב מעמיד בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני הציבור הרחב תמונה כוללת, המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומעלים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים העומדים על סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות למדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובח"ל.

פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: [info@taubcenter.org.il](mailto:info@taubcenter.org.il)

אתר אינטרנט: [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

# בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל

דב צ'רניחובסקי, בשארה בשאראת, ליאורה בוורס,  
אביב בריל וכן שרונים\*

## תקציר

בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל הולכת ומשתפרת, לצד השיפור בבריאות האוכלוסייה היהודית. במדדי תוחלת חיים ותמותת תינוקות מצבם של הערבים בישראל הוא הטוב ביותר בעולם הערבי/מוסלמי. עם זאת, הפערים בתמותת תינוקות (כ-4 תינוקות לאלף לידות חי) ובתוחלת החיים (כ-4 שנים) בין יהודים לערבים, בעיקר מוסלמים, הם משמעותיים. יתרה מזו, פערים אלו אינם מצטמצמים במספרים מוחלטים – ובהיבט של תוחלת חיים, בעיקר של גברים, הם אף מתרחבים.

השכיחות הגבוהה יחסית של מומים מולדים באוכלוסייה הערבית יש בה כדי להסביר את הפער בתמותת התינוקות בין האוכלוסיות. לפער זה השפעה רבה על ההפרש בתוחלת החיים בין האוכלוסיות ועל יציבותו לאורך שנים. גם השכיחות הגבוהה יחסית באוכלוסייה הערבית של תאונות דרכים ומחלות כרוניות של מערכת הנשימה התחתונה, אשר נגרמות מעישון, יכולה להסביר את הפער הגדל לאורך זמן בתוחלת החיים. לאלו מתווספת הסוכרת כגורם תמותה מרכזי המבחין בין האוכלוסייה הערבית ליהודית – הבדל של פי 2.25 בשיעור מקרי המוות.

קידום חברתי-כלכלי של אוכלוסיות חלשות בישראל וצמצום פערים באמצעות קידום זה, על כל המשתמע ממנו בהיבט של התנהגות בריאה ושל נגישות שירותי הבריאות, יסייעו לצמצום פערי הבריאות הממוצעים בין שתי האוכלוסיות, משום שלאוכלוסייה הערבית ייצוג יתר בקרב האוכלוסיות החלשות. משימה ארוכת טווח זו דורשת פעילות אינטנסיבית מקדימה של המדינה להרחבת הנגישות הפיזית של שירותי הבריאות, ובפרט רפואת מומחים, בפריפריה הגיאוגרפית באמצעות מנגנוני הקצאה (של קפיטציה והשקעות) ותמריצים (שכר מומחים).

בד בבד, אין להתעלם מהיבטים תרבותיים ומצרכים מיוחדים של האוכלוסייה הערבית על כל רכיביה, כלומר להתמקד בטיפול עכשווי בגורמי הסיכון והתמותה המאפיינים אותה. לשם כך יש להשקיע במרפאות הקהילה בקהילות הערביות, ולנצל את הנוכחות המרשימה של עובדי רפואה ערבים במערכת הבריאות.

\* פרופ' דב צ'רניחובסקי, חוקר ראשי ויו"ר תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב; ד"ר בשארה בשאראת, מנהל בית חולים האנגלי בנצרת ויו"ר החברה לקידום בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל בהסתדרות הרפואית; ליאורה בוורס, מנהלת תפעול, כספים וניתוח מדיניות במרכז טאוב; אביב בריל, סטודנט לתואר שני בכלכלה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; חן שרונים, דוקטורנטית במחלקה למינהל ומדיניות ציבורית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

## מבוא

בריאותה הירודה של האוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית בישראל היא ממוקדי השיח הציבורי בנושאי הרווחה במדינה. לשיח זה יש היבטים של פערים בהכנסות ופערים בין מרכז לפריפריה, אשר מתואמים עם פערים בנגישות של שירותי הבריאות עבור אוכלוסיות שונות.

בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל הייתה נושא למחקרים רבים. Baron-Epel and Kaplan (2009) בחנו את השפעת המעמד החברתי-כלכלי האובייקטיבי והסובייקטיבי על ההבדלים בבריאות הפיזית והנפשית בין ערבים ליהודים, ומצאו כי גורמים אלו אחראים במידת-מה לחלק מהפערים. סקירה מקיפה בנושא בריאותן של נשים ערביות בחנה סוגיות כמו תוחלת חיים, מחלות כרוניות, מדד BMI ותקציב מערכת הבריאות, והצביעה על כך כי קבוצה זו עמדה בפני אתגרים מיוחדים (Khatib, 2012).

מחקרם של Na'amnihi et al. (2010) זיהה את אחד האתגרים הנבחנים גם בפרק זה: הפער בתוחלת החיים בין ערבים ליהודים ירד בשנים 1975–1998, אולם חזר לעלות בשנים שלאחר מכן. מחקרים אחרים בחנו את שיעורי העישון בקרב גברים ערבים (Baron-Epel et al., 2010), ואת האבחון המאוחר והעלייה בשכיחות סרטן השד בקרב נשים ערביות (Tarabeia et al., 2007).

מחקרים אחדים בחנו את בעיות הבריאות האופייניות לערבים, בעיקר בהשוואה למצב בריאותה של האוכלוסייה היהודית. מחקרים אלו התמקדו במחלות ספציפיות דוגמת מחלות לב וכלי דם וסרטן, וכן בגורמי סיכון דוגמת עישון והשמנת יתר. ההסברים לפערים אלו כוללים הבדלים חברתיים-כלכליים וכן הבדלים במבנה החברתי, ובהם תמיכה קהילתית והון חברתי. בכמה מחקרים נבחנו גורמים אחרים, כגון תפיסה עצמית של מצב הבריאות (Baron-Epel et al., 2005; 2009; 2010) והמתאם בין תפיסת מצב הבריאות לשביעות הרצון הכללית מהחיים (קגיה וח'טאב, 2013).

מכון ברוקדייל בחן בשנת 2008 את יעילותן ורגישותן התרבותית של תוכניות שונות לקידום הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית (רוזן ואחרים, 2008). בשנת 2014 פרסם משרד ראש הממשלה מחקר על מרפאות לבריאות הנפש במגזר הערבי, לקראת הרפורמה בבריאות הנפש שיזמה המדינה (זעירא, 2014). בסתיו 2017 פרסם משרד הבריאות סקירה על מגמות בשכיחות הסרטן בקרב האוכלוסייה הערבית (סילברמן וקינן-בוקר, 2017).

מטרתו של פרק זה היא לבחון מחדש ובצורה כוללת לאורך זמן את רמת בריאותה של האוכלוסייה הערבית בהשוואה לזו של האוכלוסייה היהודית בישראל, ולהצביע על דרכים אפשריות לקידום הבריאות באוכלוסייה זו.

הפרק פותח בהגדרה של האוכלוסייה הערבית כמצע לדיון הסטטיסטי בהמשך. לאחר מכן מתוארת אוכלוסייה זו בהשוואה לאוכלוסייה היהודית לפי מאפייניה הדמוגרפיים, הגיאוגרפיים והחברתיים-כלכליים. אלו משמשים רקע לדיון בנושאים המרכזיים בפרק: רמת הבריאות, גורמי סיכון, נגישות שירותי הבריאות והשימוש בהם בקרב ערבים.

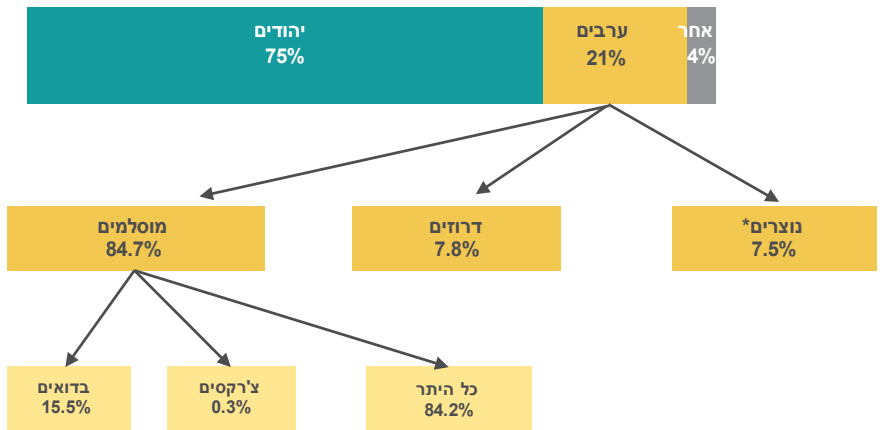
## 1. האוכלוסייה הערבית: נתונים והגדרות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מבחינה מאז 1995 בין אוכלוסיות על פי שתי קטגוריות: "קבוצת אוכלוסייה" ו"דת". נתוני 2015 מתייחסים לשלוש קבוצות אוכלוסייה: (1) יהודים, שחלקם עומד על 75 אחוזים מהאוכלוסייה הכללית; (2) ערבים – 21 אחוזים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2016); (3) אחרים – 4 אחוזים (כולל נוצרים שאינם ערבים, בודהיסטים, הינדים, שומרונים, בהאים ועוד, וכולל בני משפחה של עולים יהודים אשר אינם מוכרים כיהודים).

ההגדרה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אינה מבוססת רק על השפה. היא כוללת עמים מוסלמים שאינם ערבים, דוגמת צ'רקסים. אף שרבים מהיהודים הגיעו מארצות דוברות ערבית (מצרים, סוריה, מרוקו ועוד), בהגדרות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כל מי שרשום כיהודי אינו מוגדר כערבי.<sup>2</sup>

ניתן לחלק את אוכלוסיית הערבים בישראל, המונה בשנת 2015 כ-1.8 מיליון איש, לפי ההשתייכות הדתית: מוסלמים – כ-85 אחוזים; דרוזים ונוצרים – כ-8 אחוזים כל קבוצה. מבין המוסלמים, בדואים מהווים כ-16 אחוזים, וצ'רקסים – כ-0.3 אחוזים.<sup>3</sup>

### תרשים 1. התפלגות האוכלוסייה לפי לאום ודת, 2015



\* הכוונה היא לנוצרים ערבים בלבד. נוצרים שאינם ערבים כלולים בקבוצת האוכלוסייה "אחרים". כ-80 אחוזים מהנוצרים בישראל הם ערבים.

מקור: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016) (א)

The American Arab Anti-Discrimination Committee מגדירה ערבי כמי שערבית היא שפתו העיקרית. בליגה הערבית חברות 22 מדינות שהקריטריון המגדיר אותן הוא שימוש בשפה הערבית. כל המדינות, מלבד לבנון, הן בעלות תרבות ערבית-מוסלמית. בעולם כולו יש כ-1.2 מיליארד מוסלמים, רק כרבע מהם ערבים. מבין עשר המדינות בעלות האוכלוסייה המוסלמית הגדולה ביותר (כולל שלוש המדינות המוסלמיות הגדולות – אינדונזיה, פקיסטן ובנגלדש), רק אחת היא מדינה ערבית (מצרים).<sup>3</sup> להרחבה על מאפייני האוכלוסייה ראו סעיף 1 בנספחים.

מבחינה גיאוגרפית, האוכלוסייה שהלשכה המרכזית מתייחסת אליה מתגוררת בתחומי הקו הירוק, במזרח ירושלים (כ-300 אלף ערבים, שהם כ-17 אחוזים מהאוכלוסייה הערבית) וברמת הגולן (כ-12 אלף דרוזים ומוסלמים, שהם כ-0.7 אחוזים מהאוכלוסייה הערבית).

### מאפיינים דמוגרפיים

הגיל החציוני באוכלוסייה הערבית עומד על 22 שנים, לעומת 31 שנים באוכלוסייה היהודית (לוח 1). בקרב האוכלוסייה הערבית חלקם של בני 18 ומטה הוא כ-43 אחוזים, ובאוכלוסייה היהודית – כ-32 אחוזים. באוכלוסייה הערבית גודלו הממוצע של משק הבית הוא כ-4.6 נפשות, ובאוכלוסייה היהודית – כ-3.1 נפשות. נוכח ריבוי טבעי גבוה יותר מאשר באוכלוסייה היהודית מצד אחד (עד לאחרונה), ותוחלת חיים נמוכה יותר מצד אחר, האוכלוסייה הערבית צעירה יותר מאשר האוכלוסייה היהודית.

### לוח 1. מאפיינים דמוגרפיים של האוכלוסייה, 2015

לפי מגזר

יהודים	ערבים	
31	22	גיל חציוני
34.00	26.24	גיל ממוצע
32.29%	43.21%	אחוז האוכלוסייה מתחת לגיל 18
64.0%	68.4%	אחוז הפרטים הנשואים*
3.12	4.58	ממוצע נפשות למשק בית

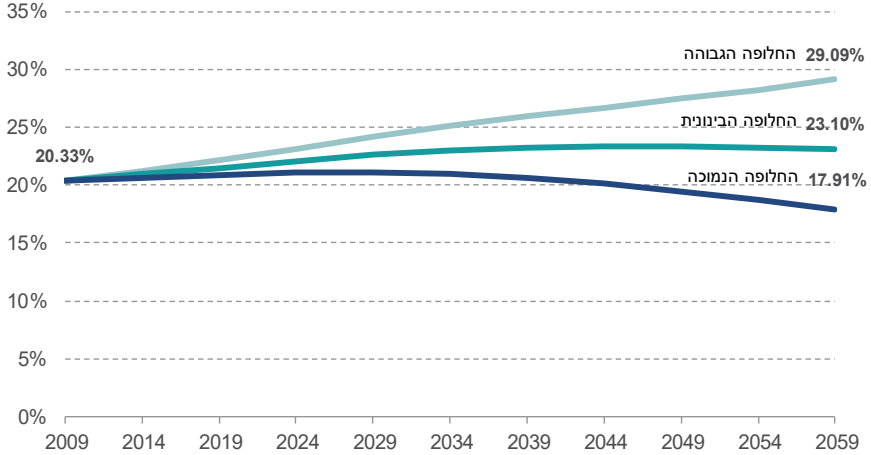
\* בקרב גילאי 20 ומעלה.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הל"מ, הסקר החברתי (2016)

תחזיות האוכלוסייה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לארבעים השנים הבאות, בהתחשב בתרחישים אפשריים של פריון ומאזן הגירה, מעמידות את חלקה של האוכלוסייה הערבית בסוף תקופת התחזית על 18 עד 29 אחוזים מסך אוכלוסיית המדינה (תרשים 2). בבסיס תחזיות האוכלוסייה בדבר חלקה של האוכלוסייה הערבית מסך האוכלוסייה בישראל עומדים שיעורי הפריון, שהם חשובים לעניין תמותת תינוקות (תרשים 3). שיעורי הפריון בשני העשורים האחרונים מצביעים על ירידה בפריון הנשים הערביות מרמה של כ-4.5 לידות בשנת 1995 לרמה של כ-3.1 לידות ב-2015 – ירידה שנתית ממוצעת של כ-0.07 לידות. לעומת זאת, באוכלוסייה היהודית חלה באותה תקופה עלייה במספר הלידות, מרמה של כ-2.6 לידות לרמה של כ-3.1 לידות – עלייה שנתית ממוצעת של כ-0.03 לידות. כלומר יש התכנסות של שיעורי הפריון של שתי האוכלוסיות. לעומת זאת, הפערים בשיעורי התמותה בין יהודים לערבים נשמרים.

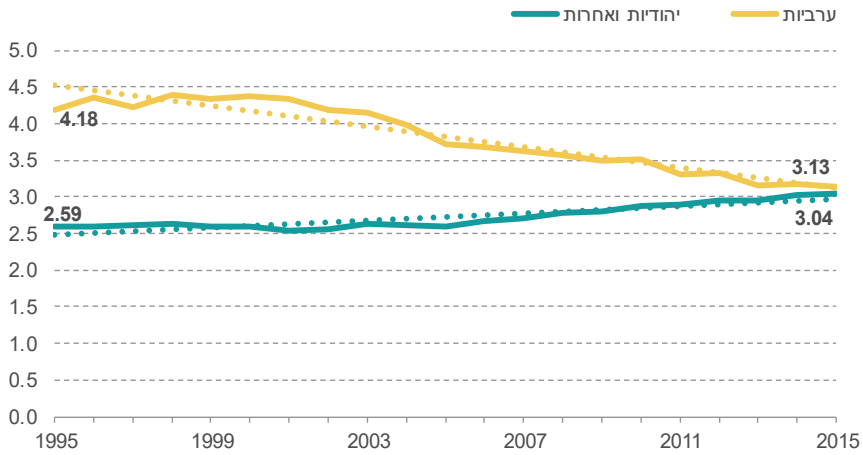
משמעותם של תהליכים אלו היא שאם לא יחול שיפור בבריאות היחסית של האוכלוסייה הערבית, קרוב לוודאי שהקו התחתון שבתרשים 2 הוא שמתאר נכון יותר את המגמה. כלומר, חלקם של הערבים באוכלוסייה הכללית צפוי לרדת לכדי 18 אחוזים.

## תרשים 2. תחזית: אחוז הערבים מתוך סך האוכלוסייה בישראל



\* החישובים מבוססים על תחזית החלופה הבינונית לגבי האוכלוסיות הלא-ערביות בישראל. מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, תחזית האוכלוסייה (2016)

## תרשים 3. שיעור הפריון הכולל, לפי קבוצת אוכלוסייה



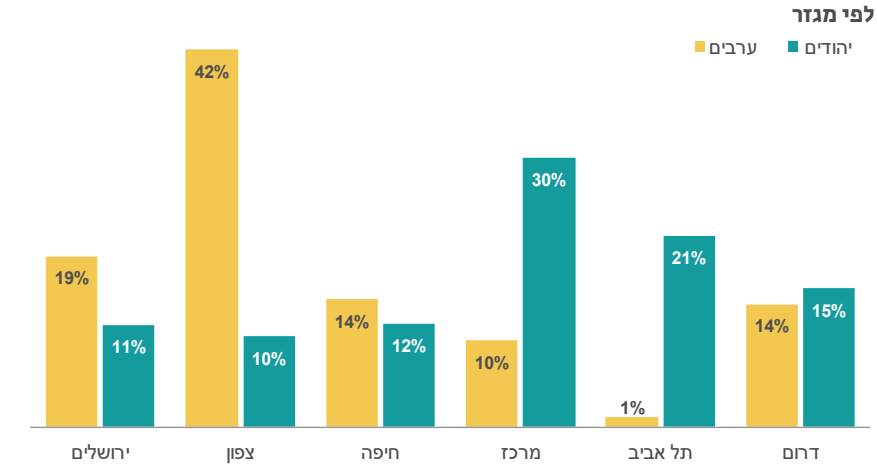
\* שיעור הפריון הכולל מוגדר כסך הלידות בשנה חלקי האוכלוסייה הממוצעת של נשים בגילי 15-49. מדד זה מבטא את מספר הילדים הממוצע שאישה עתידה ללדת במהלך חייה.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל

## פיזור גיאוגרפי

הפרופיל הגיאוגרפי של האוכלוסייה הערבית בישראל, כהגדרתה כאן, מתואם עם הגדרת הפריפריה (תרשים 4). כלומר רוב האוכלוסייה הערבית מרוכזת בפריפריה (כ-56 אחוזים), במיוחד הצפונית (כ-42 אחוזים), וכ-33 אחוזים נוספים מרוכזים בחיפה ובירושלים. בתל אביב ובמרכז, אזורים של ריכוזי אוכלוסייה יהודית, נמצאים רק כ-11 אחוזים מהערבים.

### תרשים 4. התפלגות האוכלוסייה לפי מחוזות, 2015



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל

## מצב חברתי-כלכלי

חלקם של האקדמאים באוכלוסייה הערבית הוא כמעט מחצית מחלקם באוכלוסייה היהודית: כ-22 אחוזים לעומת כ-42 אחוזים, בהתאמה. גם אחוז ההשתתפות בכוח העבודה באוכלוסייה הערבית נמוך בצורה ניכרת מזה שבאוכלוסייה היהודית: 52 אחוזים לעומת 72 אחוזים, בעיקר עקב השתתפות נמוכה של נשים ערביות בכוח העבודה. ההכנסה הכספית החודשית לעובד ערבי היא כ-5,600 שקלים לעומת כ-7,400 שקלים לעובד יהודי. גם ההכנסה הכספית נטו למשק בית באוכלוסייה הערבית נמוכה בהשוואה לאוכלוסייה היהודית: 9,713 שקלים בממוצע לעומת 16,188 שקלים בממוצע, בהתאמה (לוח 2).



## לוח 2. מאפיינים חברתיים-כלכליים, 2015

לפי מגזר

יהודים	ערבים	
42.19%	21.70%	לימודים במוסד אקדמי*
76.43%	74.63%	השתתפות בכוח העבודה – גברים**
69.12%	29.61%	השתתפות בכוח העבודה – נשים**
4.60%	26.50%	צפיפות דיור (יותר מ-2 בחדר)
67.80%	56.90%	בעלות על מכונית (למשק בית)
7,443 שקלים	5,595 שקלים	הכנסה כספית (נטו) לעובד
16,188 שקלים	9,713 שקלים	הכנסה כספית (נטו) ממוצעת למשק בית

\* עבור פרטים בני 20 ויותר. \*\* עבור גילאי 25-54.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הל"מ, ס, הסקר החברתי (2016א); שנתון סטטיסטי

מצבה החברתי-כלכלי של האוכלוסייה הערבית בא לידי ביטוי בהתפלגות לפי אשכולות חברתיים-כלכליים (לוח 3). חלקם של היישובים הערביים באשכולות החברתיים הנמוכים 1-4 בולט. ברור כי יש מתאם בין רמות ההשכלה וההכנסה החודשית לנפש לאשכול החברתי-כלכלי.

## לוח 3. מאפיינים של אשכולות חברתיים-כלכליים של יישובים, 2013

נתונים ממוצעים עבור כלל היישובים בכל אשכול

אשכול חברתי-כלכלי	שנות לימוד	אחוז בעלי תואר אקדמי	אחוז בעלי הכנסה מעבודה	הכנסה חודשית לנפש (בשקלים)	אחוז היישובים מכלל היישובים באשכול
1	9.7	7.9%	44.7%	1,181	81.8%
2	10.8	11.8%	55.3%	1,992	80.0%
3	11.2	16.4%	58.0%	2,448	75.0%
4	11.8	21.4%	63.2%	3,183	40.0%
5	12.3	26.3%	67.0%	3,725	6.7%
6	12.7	31.6%	67.6%	4,203	7.4%
7	13.0	36.1%	70.1%	4,973	0.0%
8	13.7	46.9%	71.2%	6,266	0.0%
9	14.6	57.2%	71.3%	7,999	0.0%
10	14.3	59.5%	58.9%	9,932	0.0%

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הל"מ, מדד חברתי-כלכלי

נוכח העלייה המתמדת שחלה בשנים האחרונות בחלקם של הסטודנטים הערבים באקדמיה, מ-10 אחוזים בשנים 2002–2003 ל-14 אחוזים בשנים 2015–2014 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי, 2016), אפשר לצפות שהפערים החברתיים-כלכליים בין שתי האוכלוסיות יצטמצמו במשך הזמן.

## 2. בריאות האוכלוסייה

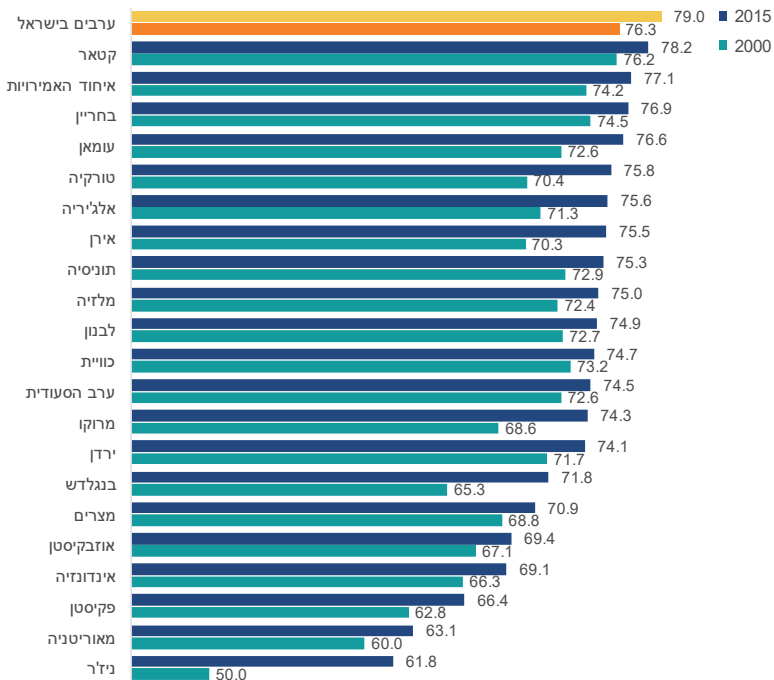
בריאות האוכלוסייה בפרק זה נמדדת, בהתאם למיטב הנתונים הזמינים, בכמה מדדים: (א) תוחלת החיים בלידה; (ב) תמותת תינוקות; (ג) תוחלת החיים בגיל 30; (ד) הערכה עצמית של מצב הבריאות.

### תוחלת החיים בלידה

בהשוואה למדינות מוסלמיות וערביות אחרות, תוחלת החיים של ערבים בישראל היא הגבוהה ביותר. כפי שאפשר לראות בתרשים 5, תוחלת החיים בלידה של ערבים בישראל ב-2015 הייתה 79.0 שנים, גבוהה יותר גם מתוחלת החיים במדינות עשירות כמו קטאר, איחוד האמירויות ובחריין.

### תרשים 5. תוחלת חיים

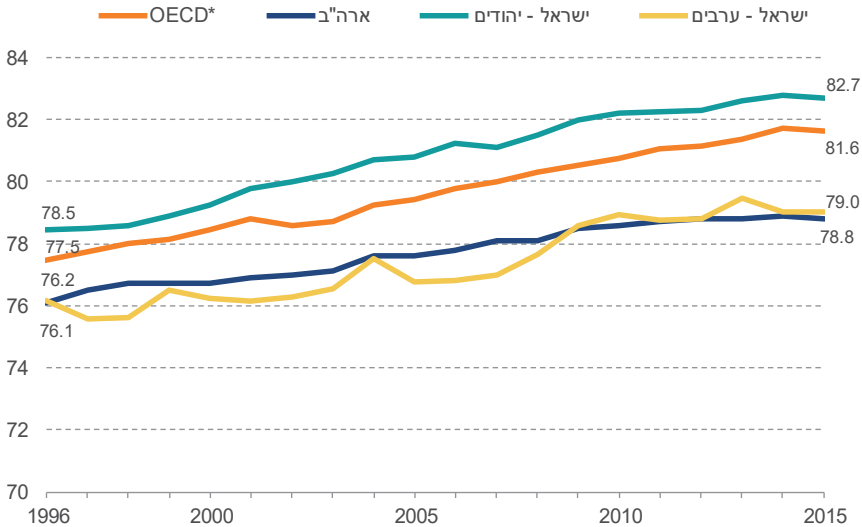
ערבים בישראל לעומת 21 מדינות ערביות או מוסלמיות



\* מדינות שיש בהן רוב ערבי או מוסלמי ושלא עברו מלחמה גדולה או משבר משמעותי בעשורים האחרונים. מקור: צ'רניובסקי, בשאראת, בורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: World Health Organization

מצבה היחסי של האוכלוסייה הערבית בישראל בהיבט של תוחלת החיים בלידה טוב אפוא בהשוואה לכל אוכלוסייה ערבית או מוסלמית אחרת, ושווה אף לתוחלת החיים הכוללת בארצות הברית (תרשים 6). עם זאת, היא נמוכה בהשוואה לאוכלוסייה היהודית ובהשוואה למוצע ב-23 המדינות המפותחות ב-OECD (להוציא ישראל וארצות הברית).<sup>4</sup>

### תרשים 6. תוחלת חיים בלידה: השוואה בין-לאומית



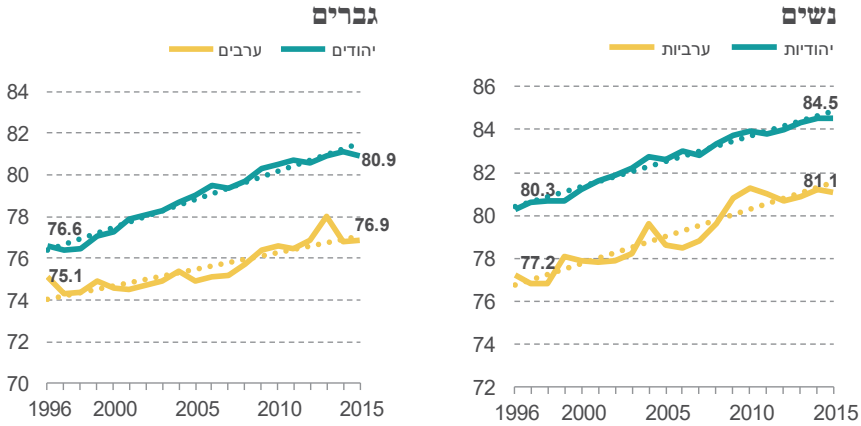
\* 23 הכלכלות המפותחות ביותר ב-OECD.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב ותונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016); OECD Database

תוחלת החיים של נשים וגברים בעת לידה עלתה בקרב יהודים וערבים כאחד במהלך שני העשורים האחרונים, אולם הפערים בתוחלת החיים של שתי האוכלוסיות אינם מצטמצמים בקרב נשים, ובקרב גברים הם אף גדלים (תרשים 7). בקרב נשים בשתי האוכלוסיות נוספה בתקופה זו לתוחלת החיים כרבע שנה בכל שנה, אולם הפער נותר בגודל של כ-4 שנים. בקרב גברים התמונה שונה בתכלית: הפער בתוחלת החיים של שתי האוכלוסיות, שעמד בשנת 1996–1997 על כ-1.5 שנים, התרחב בשנת 2015 לכ-4.0 שנים.

4 המדינות שנכללו בהשוואה: אוסטרליה, אוסטרליה, איטליה, איסלנד, אירלנד, בלגיה, גרמניה, דנמרק, הולנד, הממלכה המאוחדת, יפן, לוקסמבורג, לטביה, ניו זילנד, נורווגיה, סלובניה, ספרד, פינלנד, צרפת, קוריאה, קנדה, שוודיה ושווייץ. לא נכללו בהשוואה כלכלות במעבר ששיעורי התמותה בהן גבוהים יחסית לכלכלות מפותחות, שאלהן משתייכת ישראל: אסטוניה, הונגריה, טורקיה, יוון, מקסיקו, סלובקיה, פולין, פורטוגל, צ'ילה וצ'כיה.

**תרשים 7. תוחלת החיים בלידה, לפי מגזר**



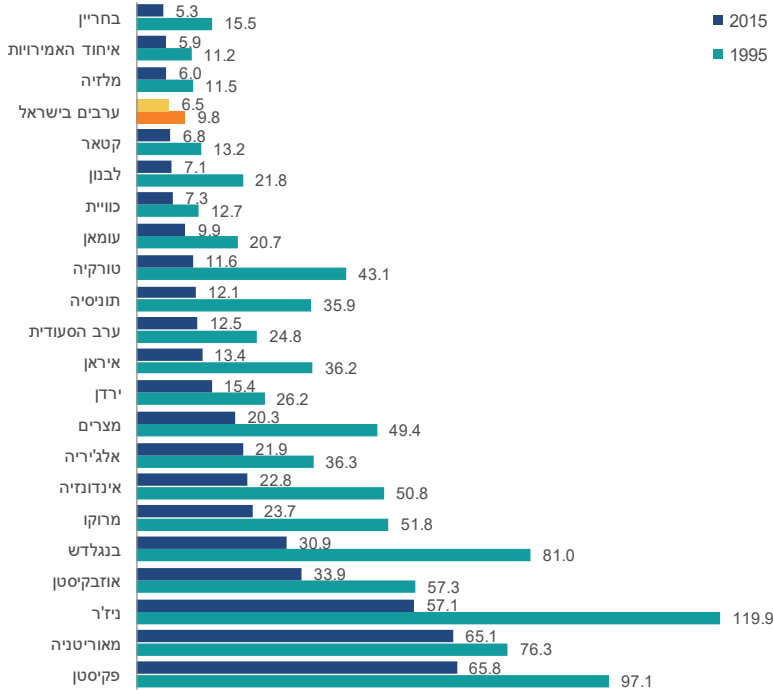
מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016)

**תמותת תינוקות**

לתמותת תינוקות יש משקל רב בקביעת תוחלת החיים בעת לידה. לפיכך משמעותו של מדד בריאות זה, שהוא חשוב ביותר כשלעצמו, נבחנת גם בהקשר של תוחלת החיים ומצב הבריאות בכלל.

ב-2010 שיעור תמותת התינוקות הכולל בישראל היה 3.77 לאלף לידות חי. שיעור תמותת התינוקות בקרב יהודים ואחרים היה 2.7 בקרב ערבים נוצרים – 3.01, בקרב דרוזים – 3.37, ובקרב ערבים מוסלמים עמד השיעור על 7.54, כלומר בקרב האוכלוסייה הערבית יש פערים ברורים בין המוסלמים לבני הדתות האחרות (זעירא, 2013).  
 בכל המדינות הערביות או המוסלמיות חלה ירידה ניכרת במדד תמותת התינוקות בין 1995 ל-2015. עם זאת, עדיין יש פערים גדולים בין המדינות. בקצה האחד ניצבת בחריין, שבה השיעור הנמוך ביותר, 5.3 לאלף לידות חי, ובקצה האחר ניצבת פקיסטן, שבה 65.8 מיתות לאלף לידות חי. הערבים בישראל מדורגים במקום הרביעי, אחרי בחריין, איחוד האמירויות ומלזיה (תרשים 8). כלומר, גם במדד זה מצבם של הערבים בישראל טוב בהשוואה לזה של ערבים במדינות אחרות. אולם בדומה למדד תוחלת החיים, יש פער לרעת האוכלוסייה הערבית לעומת יהודים.

### תרשים 8. שיעור תמותת תינוקות, 2015, ערבים בישראל לעומת 21 מדינות ערביות או מוסלמיות



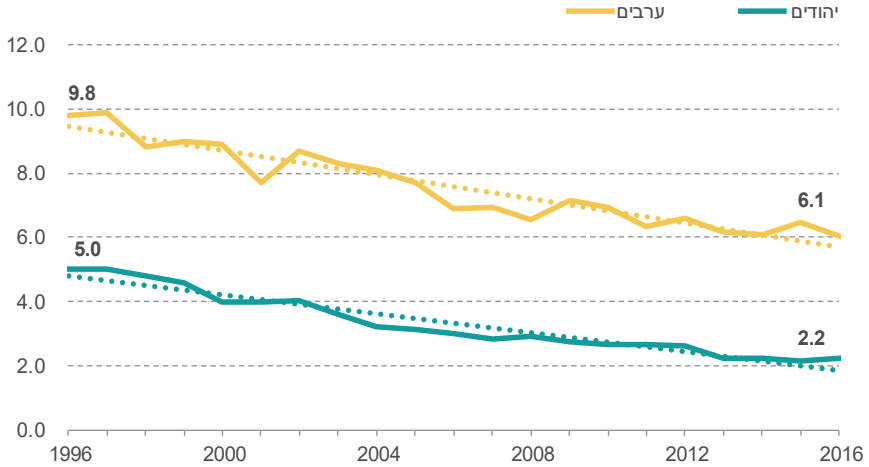
\* לאלף לידות חי: מדינות שיש בהן רוב ערבי או מוסלמי ושלא עברו מלחמה גדולה או משבר משמעותי בעשורים האחרונים.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב

נתונים: UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation

גם במדד זה חל במהלך השנים שיפור באוכלוסייה היהודית והערבית בישראל (תרשים 9). בשני העשורים האחרונים ירדה תמותת התינוקות באוכלוסייה היהודית מ-5.0 ל-2.2 ובאוכלוסייה הערבית מ-9.8 ל-6.1, אולם הפער הממוצע – כ-4.3 מקרי מוות של תינוקות לאלף לידות חי – נותר כשהיה. כלומר שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה הערבית כיום הוא כמעט פי שלושה מאשר באוכלוסייה היהודית.

### תרשים 9. שיעור פטירת תינוקות, 2015 לפי מגזר



\* לאלף לידות חי.

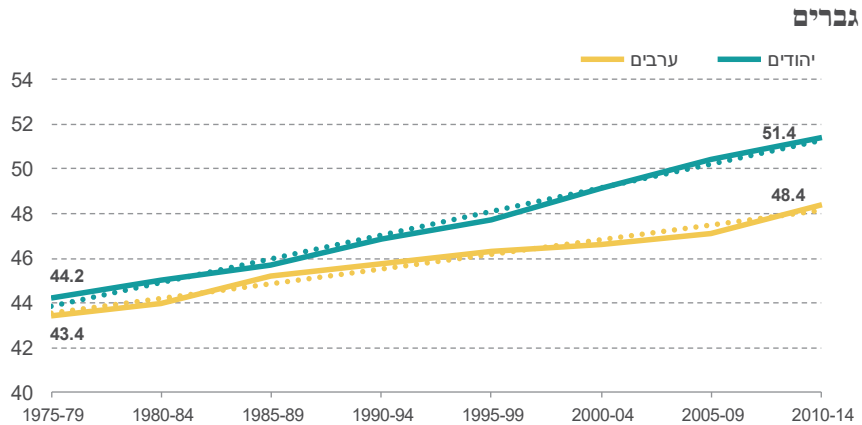
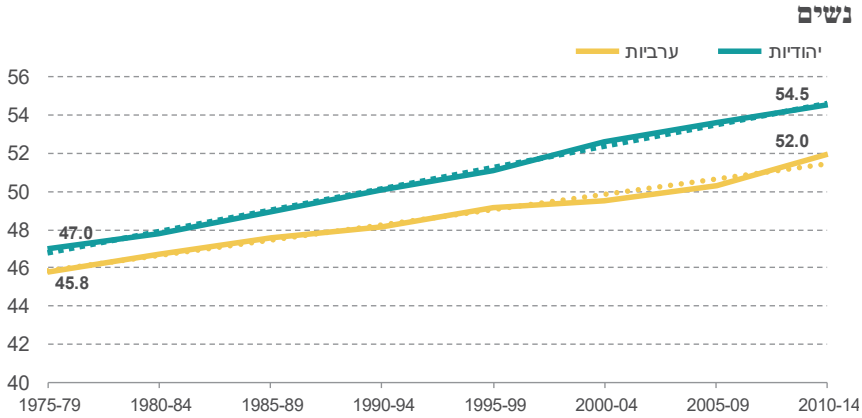
מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016)

### תוחלת החיים בגיל 30

את הפערים בתוחלת החיים של שתי האוכלוסיות, ובפרט את ההרעה היחסית שחלה בבריאותם של גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים, אין לייחס רק לתמותת תינוקות. הנתונים מורים כי בארבעים השנים האחרונות הלך וגדל הפער בין יהודים לערבים בתוחלת החיים בגיל שלושים<sup>5</sup> (תרשים 10), ובשני העשורים האחרונים אף חלה בו האצה מסוימת. כלומר ההרעה היחסית בבריאות האוכלוסייה הערבית מקורה בעיקר בבריאות של גברים מבוגרים.

5 נתון זה מייצג את המספר הממוצע של שנות החיים שנותרו לאדם כאשר הוא בגיל 30. חשיבותו בכך שאינו מושפע מנתוני תמותה של קבוצות צעירות יותר, לרבות תינוקות.

### תרשים 10. תוחלת החיים הצפויה בגיל 30, לפי מגזר



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016)

### הערכה עצמית של מצב הבריאות

נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מראים כי חלקם של המדווחים על בריאות טובה מאוד הוא כמחצית מאוכלוסיית המדגם, בשתי האוכלוסיות (לוח 4א). במחצית הנותרת בכל אוכלוסייה, יותר ערבים מאשר יהודים דיווחו על בריאות לא כל כך טובה או בכלל לא טובה. עם זאת, הדיווח על קיומה של בעיה רפואית היה שווה בקרב שתי האוכלוסיות. לא כן באשר לחומרת הבעיה: שיעור המדווחים כי הבעיה מפריעה מאוד לתפקודם היום-יומי בקרב ערבים גבוה ביותר מ-10 נקודות אחוז בהשוואה

ליהודים.<sup>6</sup> אולם כפי שיובהר בהמשך, חוסר ההלימה לכאורה בין המצב האובייקטיבי – כפי שמשקף בתוחלת החיים – לדיווח הסובייקטיבי עלול לנבוע גם מדפוסי תחלואה, ובעיקר מסיבות מוות.

#### לוח 4א. הערכה עצמית של מצב הבריאות, 2015

כאחוז מכלל המשיבים בכל מגזר

טובה מאוד	טובה	לא כל כך טובה	בכלל לא טובה
54.63%	30.40%	11.04%	3.93%
55.46%	22.57%	15.02%	6.95%
41.70%	41.70%	13.77%	2.83%
54.76%	26.19%	13.10%	5.95%

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

#### לוח 4ב. דיווח עצמי על בעיה בריאותית (מעל חצי שנה), 2015

כאחוז מכלל המשיבים בכל מגזר

יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים
30.81%	29.62%	30.77%	29.17%
23.32%	35.86%	31.58%	36.73%
39.20%	45.52%	35.53%	40.82%
20.23%	12.76%	18.42%	12.24%
17.25%	5.86%	14.47%	10.20%

(1) דיווחו על בעיה בריאותית

(2) דיווחו שהבעיה מפריעה לתפקוד היום-יומי שלהם

מפריעה מאוד

מפריעה

לא כל כך מפריעה

בכלל לא מפריעה

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

מניתוח רב-משתני של נתוני הסקר – אשר מצביע גם על המובהקות הסטטיסטית של הפער בין ערבים ליהודים – עולה, כצפוי, כי כאשר כל הדברים האחרים קבועים יש מתאם בין גיל מתקדם יותר לדיווח על מצב בריאות טוב פחות, ולקיומה של בעיה בריאותית (לוח 5א). כמו כן, נשים מדווחות על בריאות טובה יותר מאשר גברים. זאת ועוד, להכנסה ולהשכלה – המבטאות גם התנהגות בריאות טובה יותר, תנאי חיים טובים

6 בלוחות המציגים השוואות בין קבוצות האוכלוסייה לא נעשו מבחני מובהקות סטטיסטיים ביחס להבדלים בין האוכלוסיות. מבחנים אלו מוצאים ביטוי בהמשך בתוצאות רגרסיות רבות-משתנים ולוונטיות, הבודקות גם את התרומה הייחודית של משתנים שונים וגם את מובהקותם הסטטיסטית.



יותר ונגישות גבוהה יותר של שירותי בריאות – יש השפעה חיובית על תחושת בריאות טובה. אולם גם כשמביאים בחשבון השפעות אלו בקרב יהודים ובקרב קבוצות ערבים אחרות, לערבים המוסלמים יש תחושת בריאות ירודה, לרבות דיווח על הפרעה בתפקוד.

### לוח 5א. השפעת משתנים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים על ההערכה העצמית של מצב הבריאות, 2015

משתנה מסביר	מצב בריאות לא טוב	יש בעיה בריאותית	יש בעיה שמפריעה לתפקוד
גיל	חיובית**	חיובית	(-)
מגדר (אישה ביחס לגבר)	(-)	שלילית	(-)
מספר שנות לימוד	שלילית	(-)	שלילית
הכנסה	שלילית	שלילית	שלילית
מוסלמי (ביחס ליהודי)	חיובית	(-)	חיובית
נוצרי (ביחס ליהודי)	(-)	(-)	(-)
דרוזי (ביחס ליהודי)	(-)	(-)	(-)

(-) = ההשפעה אינה מובהקת סטטיסטית

\* לפירוש תוצאות הרגרסיות המלאות ראו לוח 1' בנספחים.

\*\* את ההשפעות יש לפרש כך: יש מתאם חיובי בין גיל מתקדם לדיווח על בריאות פחות טובה, ומתאם שלילי בין גובה הכנסה לדיווח על בריאות פחות טובה. כלומר, אדם מבוגר ועני באופן יחסי ייטה לדווח על בריאות טובה פחות.

מקור: צ'רניחובסקי, באראת, בורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הל"ס, הסקר החברתי (2016א)

הדיווח על בעיה בריאותית המפריעה לתפקוד היום-יומי מוצא ביטוי גם בדיווח על השפעתו של מצב הבריאות על השתתפות בכוח העבודה. אחוז המדווחים על פחות מ-35 שעות עבודה בשבוע בשל סיבה בריאותית (לוח 5ב, שורה 1) גבוה יותר בקרב ערבים, בפרט מוסלמים ונוצרים, מאשר בקרב יהודים (במגבלת מספר נמוך במיוחד של מדווחים בקרב נוצרים ודרוזים, ראו הערות מתחת ללוח). גם אחוז המדווחים כי מחלה או מום היו הסיבה העיקרית לעבודתם החלקית (לוח 5ב, שורה 2) גבוה יותר בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים.<sup>7</sup>

7 מסקר בריאות שנעשה בחברה הערבית עולה כי 75 אחוזים מהמשיבים העריכו את מצבם הבריאותי כטוב או מצוין. נתון זה מעלה את שאלת ההטיה בדיווח העצמי. לפי הסקר, למשל, כ-27 אחוזים העריכו את מצבם כך אף שהם חולים במחלה כרונית. כמו כן, 40 אחוזים הביעו שביעות רצון רבה ממצבם הבריאותי וכ-30 אחוזים הביעו שביעות רצון רבה מאוד (אלשייך, רזק-מרג'יה וחטיב, 2016).

### לוח 35. דיווח עצמי על פחות מ-35 שעות עבודה בשבוע מסיבה בריאותית כאחוז מכלל המשיבים בכל מגזר, 2015

דרוזים**	נוצרים*	מוסלמים	יהודים
(1) עובדים פחות מ-35 שעות בשבוע מסיבה בריאותית			
6.25%	23.08%	18.18%	7.72%
(2) הסיבה העיקרית לעבודה פחות מ-35 שעות בשבוע היא מחלה או מום			
14.29%	23.08%	14.94%	6.24%

\* 26 משיבים לשאלה זו. \*\* 16 משיבים לשאלה זו.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016)

### 3. הקשר בין מצב חברתי-כלכלי לבריאות

יש מתאם חיובי בין מצב חברתי-כלכלי טוב יותר לבריאות טובה יותר. מעבר לתפקידם הברור של אמצעים רבים יותר לרכישת שירותי רפואה, המצב החברתי-כלכלי מתואם עם עוד גורמים רבים המשפיעים על בריאות: ידע ומודעות, התנהגות בריאה ושימוש בשירותי בריאות. יתר על כן, הקשר מעצים את עצמו, משום שבריאות טובה תורמת למצב חברתי-כלכלי משופר. לאור זאת, סוגיה מרכזית בדיון היא אם ניתן לייחס את הבריאות הירודה של האוכלוסייה הערבית רק למצבה החברתי-כלכלי, ואם כן, כיצד אפשר לשפר אותה נוכח – ולמרות – מצב זה.

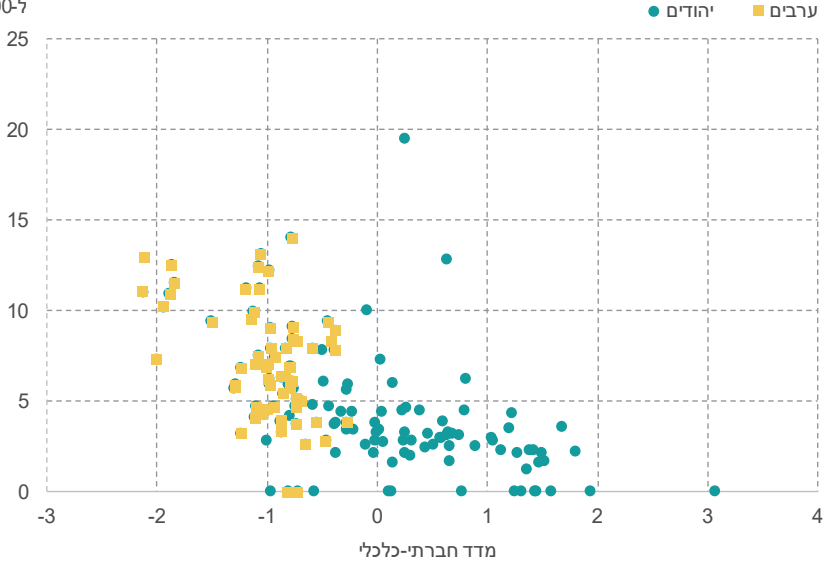
נתוני יישובים בישראל מורים כי ככל שהמדד החברתי-כלכלי גבוה יותר שיעורי התמותה נמוכים יותר, בשני מדדים: תמותת תינוקות (תרשים 11א) ושיעורי תמותה מתוקננים (תרשים 11ב) – אם כי בהיבט של תמותת תינוקות הרגישות למצב החברתי-כלכלי גבוהה יותר.<sup>8</sup> ממצא חשוב הוא שההשפעות של המדד שוות בשתי האוכלוסיות. כלומר הממצאים כפשוטם מצביעים על כך שאם ישתוו התנאים החברתיים-כלכליים של שתי האוכלוסיות, על כל שהם מייצגים (ידע, שינויים בדפוסי התנהגות וכו'), גם רמת הבריאות שלהן תשתווה.

מנתונים אלו אפשר להניח ששיפור ברווחת האוכלוסייה הערבית יביא לירידה בתמותת התינוקות ולשיפור בבריאותה הכללית. מדובר בתהליך ארוך טווח, אך ייתכן שאפשר לזרזו באמצעות מעורבות בשינוי דפוסי ההתנהגות באוכלוסייה הערבית וקידום שירותי הבריאות הפועלים בה.

8 חשוב לציין כי נוכח הקשר הבלתי ליניארי בין המשתנים והעובדה כי האוכלוסייה הערבית מרוכזת בתחתית הסולם החברתי-כלכלי, ההשפעה של שיפור במצב החברתי-כלכלי תהיה גבוהה יותר באוכלוסייה הערבית מאשר ביהודית.

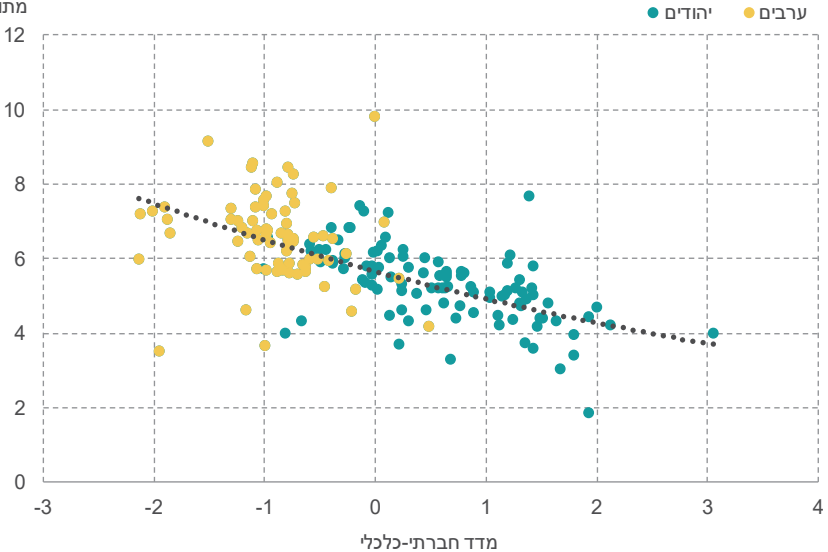
**תרשים 11א. שיעור תמותת תינוקות ביחס למדד חברתי-כלכלי, 2013 לפי מגזר**

תמותת תינוקות  
ל-1,000 לידות



**תרשים 11ב. שיעור תמותה מתוקנן ביחס למדד החברתי-כלכלי, 2013 לפי מגזר**

שיעור תמותה  
מתוקנן



\* ללא יישובים חרדיים (צ'רניחובסקי ושרוני, 2015). \*\* לפירוט תוצאות הרגרסיות ראו לוח נ'2 בנספחים.  
מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, המדד החברתי-כלכלי

## 4. סיבות מוות וגורמי סיכון

זיהוי סיבות המוות וגורמי הסיכון המייחדים את האוכלוסייה הערבית יכול לסייע באיתור גורמים המשפיעים על מדדי הבריאות השונים. התערבות מתאימה לטיפול ממוקד בגורמים אלו עשויה לסייע לבריאותם של הערבים למרות מצבם החברתי-כלכלי, שבאופן כללי הוא ירוד בהשוואה לאוכלוסייה היהודית.

### סיבות מוות

סיבות המוות שבהן הפערים בין יהודים לערבים בולטים במיוחד (פי שניים ויותר לרעת האוכלוסייה הערבית) הן מומים מולדים, תאונות דרכים, מחלות כרוניות של מערכת הנשימה התחתונה וסוכרת (לוח 6).

השכיחות הגבוהה יחסית של מומים מולדים בקרב הערבים מסבירה את הפער בתמותת התינוקות בין האוכלוסיות, את השפעתו הרבה על ההפרש בתוחלת החיים שלהן ואת העובדה שהוא אינו נסגר – אפילו בקרב הנשים. השכיחות הגבוהה יחסית של תאונות דרכים ומחלות כרוניות של מערכת הנשימה התחתונה, אשר כרוכות בעישון, יכולה להסביר את הגידול לאורך זמן בפער בתוחלת החיים של הגברים בשתי האוכלוסיות. אלו כאמור מתווספת הסוכרת.

### לוח 6. סיבות המוות העיקריות שבהן יש פער בין יהודים לערבים, 2014 לפי קבוצת אוכלוסייה, שיעור ל-100,000 תושבים, מתוקנן לגיל

סיבת המוות	יהודים	ערבים	יחס ערבים / יהודים
מומים מולדים	2.3	7.2	3.13
תאונות דרכים	2.4	7.1	2.96
מחלות כרוניות של מערכת הנשימה התחתונה	7.2	19.4	2.69
סוכרת	14.0	31.5	2.25
יתר לחץ דם	4.6	8.5	1.85
מחלות כליה	8.8	15.6	1.77
אוטם חריף של שריר הלב	7.3	12.3	1.68
מחלות כלי דם במוח	12.9	21.5	1.67
מחלת לב איסכמית אחרת	14.5	23.7	1.63
מחלות בקנה הנשימה, הסימפונות והריאה	15.4	22.6	1.47
מחלות לב אחרות	13.5	19.0	1.41
אלח	10.9	14.0	1.28
דלקת ריאות	5.6	7.0	1.25
כל המחלות האחרות	33.4	41.6	1.25

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הל"ס, סיבות מוות בישראל

כאמור, במונחים של סיבות המוות בקרב מבוגרים יש כמה גורמי סיכון אשר נוכח אופיים המגדרי ניתן לקשור אותם לתוחלת חיים נמוכה יותר בקרב גברים ערבים: תאונות דרכים, תאונות עבודה ועישון.

### מומים מולדים

בין 1990 ל-2015 ירד ב-17 אחוזים נטל התחלואה בישראל (כפי שנמדד באמצעות DALYs).<sup>9</sup> הירידה בנטל בשל מומים מולדים הייתה משמעותית יותר ועמדה על 50 אחוזים בתקופה זו, הודות לטכנולוגיות חדשות לזיהוי ולמניעה (בוורס וצ'רניחובסקי, 2017).

מחקר של מרכז המחקר והמידע של הכנסת הראה שבקרב יהודים ואחרים סיבות סב-לידתיות (הקשורות למהלך ההיריון או הלידה) היו קשורות בממוצע ל-55 אחוזים מסיבות המוות בקרב תינוקות, מומים מולדים – ל-24 אחוזים, ומחלות אחרות – ל-8 אחוזים. בקרב מוסלמים סיבות סב-לידתיות היו קשורות ל-35 אחוזים מסיבות המוות, מומים מולדים – ל-34 אחוזים, ומחלות אחרות – ל-13 אחוזים. בקרב מוסלמים נפטרו ממומים מולדים בממוצע כשני תינוקות יותר לאלף לידות חי מאשר בקרב יהודים ואחרים, ובממוצע תינוק אחד יותר מסיבות סב-לידתיות. שיעור התמותה הממוצע ממחלות בקרב תינוקות מוסלמים היה גבוה פי ארבעה מאשר בקרב תינוקות יהודים (1.04 לעומת 0.26). פגות הייתה הגורם ל-1.52 מקרי מוות לאלף לידות חי בקרב יהודים ול-2.78 מקרי מוות בקרב ערבים ב-2009 וב-2010 (זעירא, 2013). מאחר שהפערים בתמותת תינוקות מתקיימים בין מוסלמים לקבוצות אוכלוסייה אחרות, ומאחר שמומים מולדים הם הסיבה העיקרית לפערים אלו, יידון נושא זה ביתר פירוט.

נישואים בתוך המשפחה מגדילים את הסבירות למומים מולדים, ופרקטיקה זו נהוגה בקרב הערבים. מחקר משנת 2010 הראה כי כ-25 אחוזים מהחתונות בקרב ערבים בחמש השנים האחרונות היו בין קרובי משפחה,<sup>10</sup> וכ-12 אחוזים – בין בני דודים מקרבה ראשונה. בקרב בדואים נגב שכיחות נישואי קרובים מגיעה לכ-45 אחוזים (נעאמנה, רומנו-זליכה וכבהא, 2011).

מאז שנת 2006 פועל בישראל מאגר מידע גנטי במטרה לנטר את הנושאים הגנטיים ואת התפלגותם באוכלוסייה, והמדינה מממנת בדיקות גנטיות לקבוצות אוכלוסייה בסיכון למחלות מסוימות. הבדיקות מבוססות על מוצא אתני עבור יהודים, על השתייכות שבטית עבור בדואים, ועל דת ומקום מגורים עבור ערבים ואחרים ודרוזים. בקרב יהודים, דתיים מעדיפים לערוך בדיקות גנטיות לפני הנישואים כדי להימנע מביצוע הפלה במקרה של מחלה גנטית אצל העובר. לחלופין יש אפשרות לבצע הפריה מלאכותית אשר באמצעותה, אם היא נעשית, ניתן לבחור את העובר הבריא. חלק גדול מהאוכלוסייה היהודית מבצע הפסקת היריון במקרה שמתגלה בעובר בעיה רפואית חמורה (Zlotogora, 2014). הנכונות לבצע הפסקת היריון בשל בעיה רפואית יכולה להסביר מדוע בקרב האוכלוסייה היהודית שיעור המומים המולדים מבין הסיבות לתמותת תינוקות קטן בצורה ניכרת משיעורו באוכלוסייה הערבית.

9 DALYs – מדד לנטל תחלואה כולל, המבטא את אובדן שנות החיים כתוצאה מבריאות לא טובה, נכות או מוות מוקדם.

10 נעאמנה, רומנו-זליכה וכבהא (2011) מגדירים חתונה בין קרובי משפחה כנישואים בין בני זוג שיש להם קרוב משפחה משותף אחד לפחות שיש לו קרבת דם לשניהם.

## תאונות דרכים

אף שהערבים הם כ-20 אחוזים מהאוכלוסייה בישראל, הם היו מעורבים בכ-30 אחוזים מתאונות הדרכים הקטלניות ב-2015. אחוז הגברים מבין נפגעי תאונות דרכים היה 73 אחוזים בקרב יהודים, ו-78 אחוזים בקרב ערבים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015ב).

## תאונות עבודה

גורם סיכון נוסף מקורו בשוק העבודה. ב-2015 נפגעו 48,144 אנשים מתאונות עבודה. ענף הבנייה מוביל בשיעורי הפגיעה בתאונות עבודה, ו-36 מתוך 58 מקרי המוות בעבודה ב-2016 התרחשו בענף זה. קצת יותר ממחצית מההרוגים בענף הבנייה היו עובדים ישראלים (כולל ערבים), 17 הרוגים היו ערבים משטחי יהודה ושומרון, וחמישה היו עובדים זרים (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2017). הערבים הם רוב בקרב הישראלים העובדים בענף הבנייה, והם עובדים בעיקר בעבודות לא מקצועיות, שבהן רמת הסיכון גבוהה יותר (מדהלה-בריק, 2015).

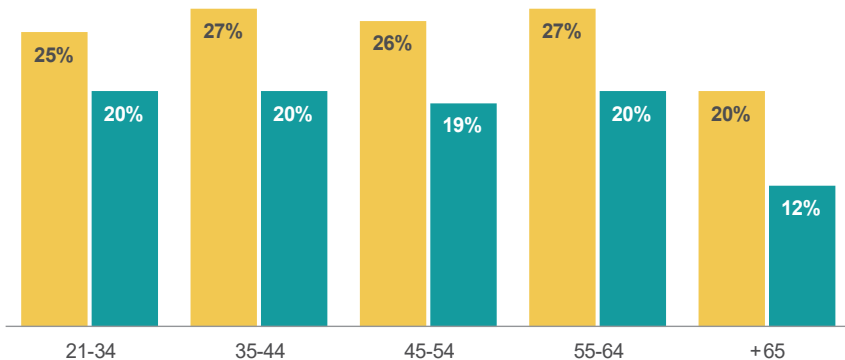
## עישון

הנתונים בתרשים 12 מראים כי אחוז המעשנים בקרב ערבים גבוה יותר מאשר בקרב יהודים, בכל קבוצות הגיל.

### תרשים 12. אחוז המעשנים, 2015

לפי מגזר וקבוצת גיל

יהודים ■ ערבים ■



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, סקר הבריאות הלאומי, 2013-2015

בדוח משרד הבריאות משנת 2015 נמצא כי חלקם של המעשנים בקרב גברים ערבים כפול מחלקם בקרב גברים יהודים: כ-44 אחוזים לעומת כ-22 אחוזים, בהתאמה. לעומת זאת, חלקן של המעשנות בקרב הנשים הערביות נמוך בהרבה מחלקן בקרב הנשים היהודיות: כ-7 אחוזים לעומת 15 אחוזים, בהתאמה. חלקם של המעשנים גבוה במיוחד

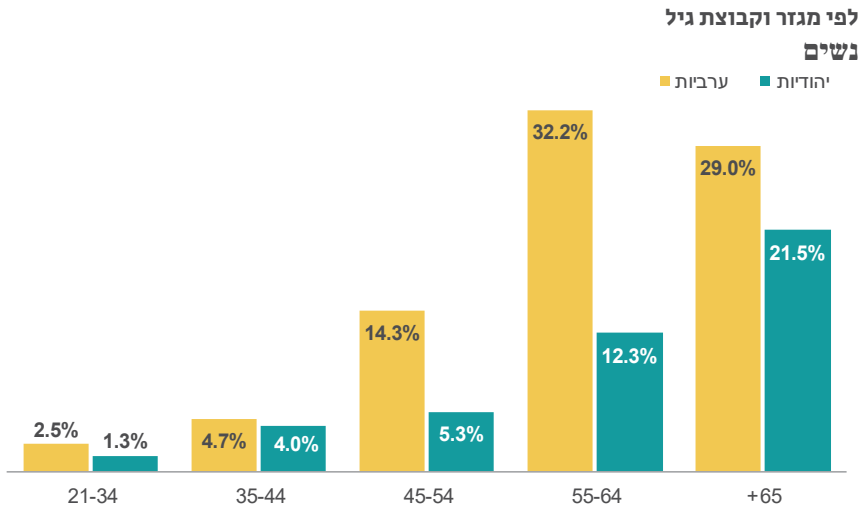
בקרב גברים ערבים בני 49–35 (47 אחוזים). בקרב גברים מעשנים, חלקם של המעשנים יותר מחפיסה אחת ביום הוא כ-22 אחוזים בקרב הערבים וכ-13 אחוזים בקרב היהודים. יתרה מזאת, ערבים סובלים יותר מיהודים מעישון פסיבי, ואחוז המדווחים על חשיפה רבה עד רבה מאוד לעישון בקרבם היה גבוה יותר (48 אחוזים לעומת 35 אחוזים בקרב היהודים) (משרד הבריאות, 2016). בסך הכל, בישראל נטל המחלות הנובעות מעישון נמוך בהשוואה לאירופה על סמך מדד DALYs, אך נתון זה נובע בעיקר משיעורי העישון הנמוכים בקרב יהודים (בוורס וצ'רניחובסקי, 2017).

סקר שנערך בקרב האוכלוסייה הערבית העלה כי 30 אחוזים מהערבים בני 15 ומעלה מעשנים (כ-50 אחוזים מהגברים וכ-9 אחוזים מהנשים). נוסף לכך, כ-13 אחוזים מבני 15 ומעלה מעשנים נרגילה. אחוז הנשים הערביות המעשנות נרגילה עלה, והוא עומד על 7 אחוזים (אלשייך, רזק-מרג'ייה וח'טיב, 2016).

### תזונה, השמנת יתר וסוכרת

שיעורי המדווחים על סוכרת בשנת 2015 מוצגים להלן. ניתן לראות כי חלקם של החולים בסוכרת בקרב האוכלוסייה הערבית גבוה יותר כמעט בכל קבוצות הגיל (תרשים 13א). כמו כן, יש מתאם בין הפיזור הגיאוגרפי של חולי הסוכרת לריכוזי אוכלוסייה ערבית בצפון (תרשים 13ב).<sup>11</sup>

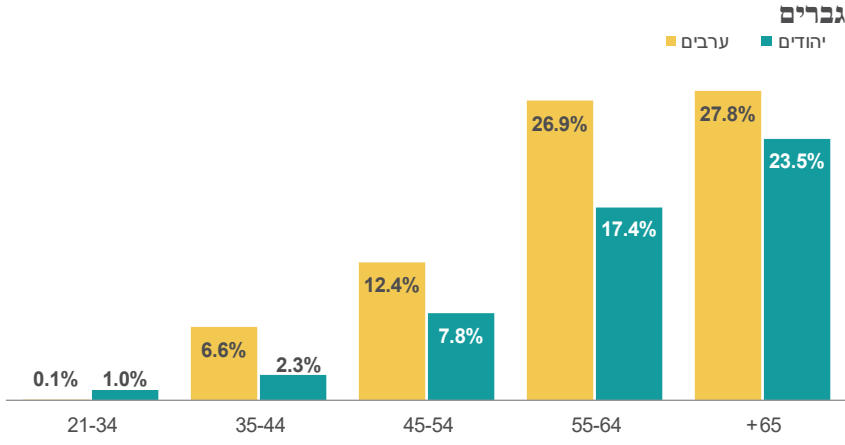
### תרשים 13א. אחוז התחלואה בסוכרת, 2015



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, סקר הבריאות הלאומי, 2013–2015

11 ממצאי סקר בריאות האוכלוסייה הערבית מורים כי בתוך עשור הוכפל מספר החולים במחלות כרוניות, וכמעט שליש מהאוכלוסייה מגיל 21 ומעלה סובלים מאחת המחלות הכרוניות. המחלה הנפוצה ביותר היא סוכרת (כ-13 אחוזים), אחריה לחץ דם (כ-11 אחוזים) ורמת כולסטרול גבוהה (כ-9 אחוזים). בשיעורי התחלואה בסרטן חלה עלייה ניכרת. בשנת 2004 דיווחו 0.2 אחוזים מהאוכלוסייה כי הם חולים בסרטן, לעומת 0.7 אחוזים בשנת 2016 (אלשייך, רזק-מרג'ייה וח'טיב, 2016).

**תרשים 13א (המשך). אחוז התחלואה בסוכרת, 2015**  
**לפי מגזר וקבוצת גיל**



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, סקר הבריאות הלאומי, 2013-2015

**תרשים 13ב. התחלואה בסוכרת לפי מחוזות**  
**שיעורי תחלואה מתוקננים לגיל, גילאי 20 ומעלה**



מקור: משרד הבריאות, מצב הסוכרת בישראל לשנת 2013

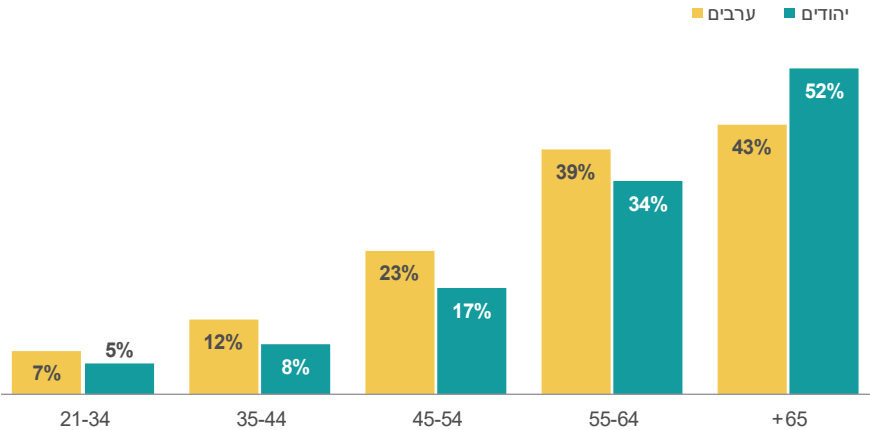


## יתר לחץ דם

גם אחוז המדווחים על יתר לחץ דם בקרב האוכלוסייה הערבית גבוה מזה שבאוכלוסייה היהודית, כמעט בכל קבוצת גיל (תרשים 14).

### תרשים 14. דיווח על יתר לחץ דם, 2015

לפי מגזר וקבוצת גיל



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות, סקר הבריאות הלאומי, 2015-2013

בסקר בריאות האוכלוסייה הערבית נמצא כי לחץ דם גבוה הוא המחלה הכרונית השנייה בשכיחותה: אחוז התחלואה בה עומד על כ-6 אחוזים מכלל האוכלוסייה, ועל כ-11 אחוזים מבני 21 ומעלה (אלשייך, רזק-מרג'ייה וחטיב, 2016).

## פעילות גופנית

חלקם של המדווחים שאינם מבצעים פעילות גופנית כלל גבוה בקרב הערבים בצורה ניכרת מחלקם בקרב יהודים ואחרים: 70 אחוזים לעומת 48 אחוזים, בהתאמה (משרד הבריאות, 2014). בסקר בריאות האוכלוסייה הערבית נמצא כי פחות משליש מאוכלוסיית גילאי 18 ומעלה מבצעים פעילות גופנית מסודרת: כ-28 אחוזים מכלל האוכלוסייה, 32 אחוזים מהגברים ו-22 אחוזים מהנשים (אלשייך, רזק-מרג'ייה וחטיב, 2016).

## 5. נגישות שירותי הבריאות וזמינות השימוש בהם

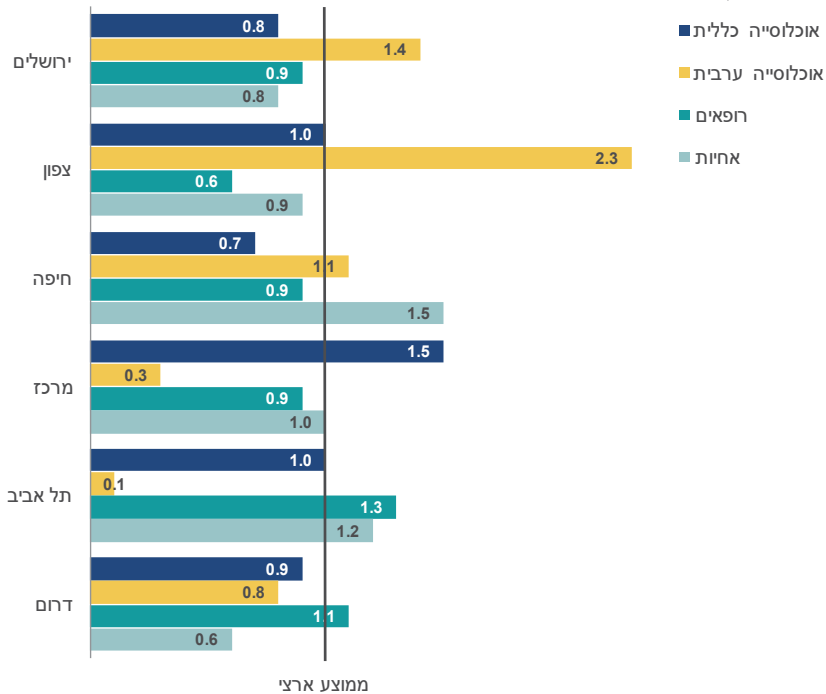
נוכח בריאותה הירודה של האוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית ולממוצע במדינות המפותחות, יש חשיבות מיוחדת לשימוש שהאוכלוסייה הערבית עושה בשירותי בריאות. השימוש בשירותים אלו מותנה בזמינותם הפיזית, בנגישות שלהם וביכולת לנצל אותם, וכן בנטייה לנצל אותם.

## זמינות שירותי הבריאות

במחוזות שבהם אחוז הערבים באוכלוסייה גבוה יחסית לממוצע הארצי – הצפון, חיפה וירושלים – בולט חוסר יחסי ברופאים (במיוחד בצפון) ובמחוזות ירושלים והדרום בולט חוסר יחסי בכוח סיעודי (תרשים 15א).<sup>12</sup> אשר לציוד רפואי, גם כאן ניכרת נחיתות במצבו היחסי של צפון הארץ, שבו ריכוז האוכלוסייה הערבית גבוה (תרשים 15ב).

### תרשים 15א. מדד גודל האוכלוסייה ומספר הרופאים והאחיות לאלף נפש

לפי מחוזות, ממוצע ארצי=1

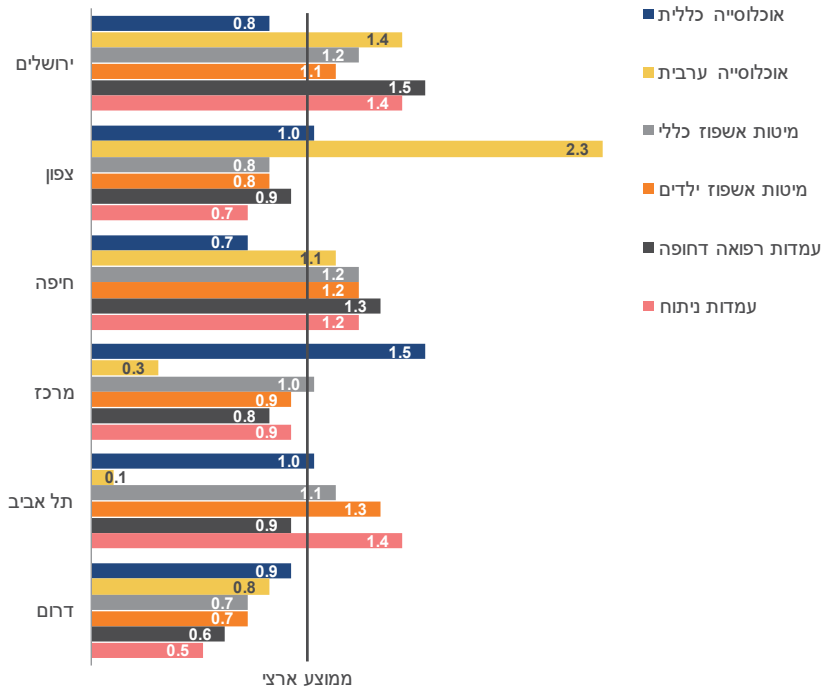


מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב

נתונים: הלמ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016); משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו (2014)

12 המספרים אינם מתוקננים להרכב הגילים של האוכלוסייה. נוכח גילה הצעיר של האוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, ההיצע היחסי של שירותי בריאות לאוכלוסייה הערבית טוב יותר מכפי שהוא מתבטא בנתונים (צ'רניחובסקי, 2011).

### תרשים 15ב. מדדי גודל האוכלוסייה וציוד רפואי לאלף נפש לפי מחוזות, ממוצע ארצי=1



מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הל"ס, שנתון סטטיסטי לישראל (2016); משרד הבריאות, אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו (2014)

ההיצע הנמוך יחסית של שירותי אשפוז לאוכלוסייה הערבית מתבטא גם בזמינות נמוכה של מרכזים רפואיים (לוח 7). המרחק הממוצע לבית החולים הקרוב ביותר הוא כ-22 ק"מ מיישובים ערביים, לעומת כ-14 ק"מ מיישובים יהודיים. הפערים בזמינות האשפוז לאוכלוסיות השונות גבוהים יחסית כאשר מדובר במרחקים ממוצעים ממרכזים רפואיים ארציים. מצב הדברים טוב יותר כאשר מדובר במרכזים הרפואיים רמב"ם וסורוקה, אשר קרובים יחסית לריכוזי אוכלוסייה ערבית.<sup>13</sup>

13 בסקר בריאות האוכלוסייה הערבית כ-36 אחוזים מבני 18 ומעלה דיווחו כי בית החולים הקרוב אליהם ביותר נמצא במרחק 25–39 ק"מ ממקום מגוריהם, וכ-2 אחוזים דיווחו כי הוא נמצא במרחק של יותר מ-40 ק"מ. לכ-11 אחוזים אין תחבורה ציבורית לבית החולים הקרוב. כ-10 אחוזים העריכו את הגישה שלהם לבית החולים הקרוב כקשה, וכ-33 אחוזים העריכו אותה כבינונית (אלשיך, רזק-מרג'יה וחטיב, 2016).

יצוין שיש מתאם חיובי בין זמינות המרכזים הרפואיים לזמינות הרפואה המקצועית בכלל, והרופאים המומחים בפרט. המרחקים מבית החולים מייצגים אפוא במידה רבה את זמינות הרפואה המקצועית, שלגביה לא נאספו נתונים (צ'רניחובסקי, 2011).

### לוח 7. המרחק הממוצע ממרכזים רפואיים (בקילומטרים) לפי מגזר

יהודים	ערבים	
13.95	21.85	ממוצע המרחק מבית החולים הקרוב ביותר
63.77	104.38	ממרכז רפואי ארצי – איכילוב
61.91	100.76	ממרכז רפואי ארצי – בילינסון
90.83	142.84	ממרכז רפואי ארצי – הדסה עין כרם
87.83	135.74	ממרכז רפואי ארצי – הדסה הר הצופים
62.81	104.90	ממרכז רפואי ארצי – תל השומר
30.17	41.53	ממרכז רפואי אזורי (צפון – רמב"ם; דרום – סורוקה; מרכז – איכילוב, בילינסון או שיבא)

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: חישוב עצמי באמצעות GIS

הדיווח העצמי על זמינותם של שירותי הרפואה הדחופה מגלה שביעות רצון דומה בשתי הקבוצות (לוח 8). שביעות הרצון בקרב האוכלוסייה הערבית נמוכה מעט משביעות הרצון בקרב האוכלוסייה היהודית: 72 אחוזים לעומת 78 אחוזים, בהתאמה, מגדירים עצמם "מרוצים". בהמשך לכך, גם במדד שביעות הרצון ממוקומן של מרפאות רופאי המשפחה אין הבדל מהותי בין שתי האוכלוסיות, ושביעות הרצון ממוקומן של מרפאות רופאים מקצועיים אף גבוהה יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית. מסקר בריאות האוכלוסייה הערבית עולה כי כ-83 אחוזים מבני 18 ומעלה הסכימו כי השירותים שקופת החולים נותנת תואמים את צורכיהם. כ-78 אחוזים הסכימו כי איכות השירותים שקופת החולים נותנת היא גבוהה; כ-16 אחוזים טענו כי קופת החולים אינה מספקת להם את כל השירותים החיוניים, וכ-58 אחוזים דיווחו על קשיים בקבלת הפניה לבית חולים בעת הצורך (אלשייך, רזק-מרג'יה וחטיב, 2016).

### לוח 8. הערכה סובייקטיבית של זמינות שירותי הבריאות, 2015 לפי מגזר

יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים	
78%	72%	78%	64%	(1) מרוצה מזמינות שירותי הרפואה הדחופה כן, במידה רבה או מסוימת
22%	29%	22%	36%	לא כל כך או בכלל לא
91%	88%	88%	87%	(2) מרוצה ממיקום מרפאה – רופא משפחה מרוצה או מרוצה מאוד
9%	12%	12%	13%	לא כל כך מרוצה או בכלל לא
78%	81%	78%	88%	(3) מרוצה ממיקום מרפאה – רופא מקצועי מרוצה או מרוצה מאוד
22%	19%	22%	12%	לא כל כך מרוצה

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

## גישה לשירותי בריאות

הגישה לשירותי הבריאות נוגעת ליכולת, הסובייקטיבית לעיתים, להגיע לשירות קיים ולנצלו בצורה מיטבית. האוכלוסייה הערבית בכלל, והמוסלמית במיוחד, מתקשה למצות את זכויותיה הרפואיות במערכת (לוח 9, שורה 1) ואף מתקשה לקבל טיפול בשל קשיי שפה (לוח 9, שורה 2). עם זאת, קשה להצביע על הבדלים משמעותיים בזמני ההמתנה לרופא מקצועי, משעה שהתור אליו נקבע (לוח 9, שורה 3).

### לוח 9. הערכה סובייקטיבית של נגישות שירותי הבריאות, 2015

לפי מגזר

יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים	
<b>(1) מתקשה למצוא מידע על זכויות במערכת הבריאות</b>				
20%	39%	27%	29%	כן
54%	48%	54%	58%	לא
26%	13%	19%	13%	לא מחפש
<b>(2) מתקשה לקבל שירותי בריאות בגלל בעיות שפה</b>				
9%	19%	11%	13%	
<b>(3) זמן ההמתנה לרופא מקצועי מזמן קביעת התור</b>				
47%	54%	50%	64%	עד שבועיים
24%	24%	20%	12%	בין שבועיים לחודש
20%	15%	24%	10%	בין חודש לשלושה חודשים
4%	5%	3%	6%	יותר משלושה חודשים
4%	2%	3%	8%	לא רלוונטי/במעקב

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

כצפוי בהתחשב במצבה הכלכלי, האוכלוסייה הערבית תלויה במימון ציבורי לצורך אשפוז במידה רבה יותר מאשר האוכלוסייה היהודית (לוח 10). תלות זו, העשויה לנבוע גם מסדר עדיפויות שונה בהקצאת ההוצאות של משקי הבית, מוצאת ביטוי גם בחלקם הרב יותר של המוותרים על טיפול רפואי בשל קשיים כלכליים, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (לוח 11). מסקר בריאות האוכלוסייה הערבית עולה כי כשליש מהמטופלים לא רכשו תרופות מסיבות כלכליות. לפי דיווחיהם של משתתפי הסקר העלות החודשית הממוצעת של תרופות היא 218 שקלים (אלשייך, רזק-מרג'ייה וחיטיב, 2016). אך למרות מצב הדברים, תפיסת השוויוניות במערכת גבוהה יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית (לוח 12).

**לוח 10. תשלום עבור אשפוז בשנה האחרונה, 2015**

לפי מגזר

מיון קופת חולים	יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים
מימון פרטי/אחר	11%*	2%	0%	9%
מימון קופת חולים	92%	98%	100%	91%

**לוח 11. ויתור על טיפול רפואי בשל קשיים כלכליים, 2015**

לפי מגזר

ויתרו על טרופות במרשם רופא	יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים
ויתרו על טיפול רפואי	8%	30%	18%	23%
ויתרו על תרופות במרשם רופא	5%	30%	11%	24%

**לוח 12. הערכה עצמית של השוויוניות במערכת שירותי הבריאות, 2015**

לפי מגזר

שוויונית במידה רבה	יהודים	מוסלמים	נוצרים	דרוזים
שוויונית במידה רבה	28%	38%	38%	47%
שוויונית במידה מסוימת	32%	38%	35%	32%
לא שוויונית כל כך	24%	18%	20%	15%
בכלל לא שוויונית	16%	6%	8%	6%

\* האוכלוסייה היהודית מסתכמת ליותר מ-100 אחוזים בשל מימון אשפוזים שונים באמצעות מקורות שונים.

מקור (לכל הלוחות): צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב

נתונים (לכל הלוחות): הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

עם זאת, כאשר מביאים בחשבון את השפעתם של משתנים חברתיים-דמוגרפיים – הכנסה והשכלה – הדרוזים הם היחידים שמדווחים כי הם נזקקים פחות לטיפול רפואי, לרבות תרופות מרשם. כלומר תחושת הצורך בטיפול ורמת הבריאות הממוצעת הנמוכה יותר אינן באות לידי ביטוי בדיווח על הזדקקות לטיפול רפואי (לוח 13).

מצב הדברים מוצא ביטוי גם בקשר בין רמות ההשכלה וההכנסה ל"נכונות" לוותר על טיפול. כלומר כשמביאים בחשבון תנאים אחרים, לרבות הכנסה והשכלה, אחוז המדווחים כי נאלצו לוותר על טיפול רפואי, לרבות טיפול תרופתי, גבוה יותר בקרב ערבים – מוסלמים ונוצרים כאחד – מאשר בקרב יהודים. גם אם למודעות ולנטייה להתנהגות מצ'ואיסטית יש חלק בעניין, הרי התחושה כי אין צורך בטיפול והנכונות לוותר עליו עלולות לבטא גם את הזמינות הנמוכה יותר והנגישות הפחותה של שירותי בריאות למגזר הערבי.

### לוח 13. ההשפעה של משתנים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים על תחושת צורך בשירותי בריאות ועל ויתור עליהם בשל קשיים כלכליים

משתנה מסביר	נזקק לטיפול בשנה האחרונה	נאלצו לוותר על טיפול בשל קשיים כלכליים	נזקקו לתרופות מרשם בשנה האחרונה	נאלצו לוותר על תרופות בשל קשיים כלכליים
גיל	חיובית	(-)	חיובית	(-)
מגדר (אישה ביחס לגבר)	חיובית	(-)	חיובית	(-)
שנות לימוד	חיובית	שלילית	חיובית	שלילית
הכנסה	שלילית	שלילית	(-)	שלילית
מוסלמי (ביחס ליהודי)	(-)	חיובית	שלילית	חיובית
נוצרי (ביחס ליהודי)	(-)	חיובית	(-)	חיובית
דרוזי (ביחס ליהודי)	שלילית	(-)	שלילית	(-)

(-) = ההשפעה אינה מובהקת סטטיסטית.

\* לפירוט תוצאות הרגרסיות המלאות ראו לוח 1'1 בנספחים.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

## שימוש בשירותי בריאות

אחוז היהודים והערבים המדווחים על ביקור אצל רופא משפחה בשנה האחרונה דומה: כ-83 אחוזים – פרט לדרוזים, שבקרוב עומד הנתון על כ-73 אחוזים (לוח 14, שורה 1). גם חלקם של המדווחים על השימוש בחדרי מיון בשתי האוכלוסיות דומה – כרבע מאוכלוסיית הסקר (לוח 14, שורה 3). היינו, למרות הזמינות הנמוכה יחסית של שירותי אשפוז לאוכלוסייה הערבית, כפי שצוין לעיל, הערבים מנצלים אותם במידה דומה ליהודים, אם כי ייתכן ששיעורי השימוש הללו נמוכים כשמביאים בחשבון את מצבם הרפואי הירוד. ייתכן גם כי יש בכך כדי להעיד על שימוש מועט ברפואה מונעת, כפי שיודגם בהמשך.

עם זאת, אחוז המדווחים על ביקור אצל רופא מקצועי גבוה באופן ניכר בקרב יהודים מאשר בקרב ערבים (לוח 14, שורה 2): כ-57 אחוזים מהיהודים מדווחים על ביקור אצל רופא מקצועי לעומת כ-30 אחוזים מהערבים המוסלמים והדרוזים ו-42 אחוזים מהערבים הנוצרים.

### לוח 14. שימוש כללי בשירותי בריאות, 2015

אחוז המדווחים, לפי מגזר

דרוזים	נוצרים	מוסלמים	יהודים	
73%	84%	82%	84%	ביקרו אצל רופא משפחה בשנה האחרונה
30%	42%	31%	57%	ביקרו אצל רופא מקצועי בשנה האחרונה
27%	25%	26%	25%	ביקרו בחדר מיון בשנה האחרונה

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

סקר בריאות האוכלוסייה הערבית (אלשיך, רזק-מרגייה וחטיב, 2016) מעלה את הנתונים שלהלן:

- מרבית האוכלוסייה אינה מקיימת בדיקות תקופתיות, ואלו שעוברים אותן מופנים אליהן בעיקר על ידי רופא המשפחה.
- כ-66 אחוזים השתמשו בשירותי בריאות בשנה הקודמת לסקר; מתוכם כ-50 אחוזים קיבלו שירות במסגרת מעקב שגרת, כ-24 אחוזים בשל מחלה כרונית, וכ-17 אחוזים בשל בעיה רפואית חמורה.
- כ-69 אחוזים ממשתתפי הסקר ביקרו אצל רופא משפחה לפחות פעם אחת בשנה שקדמה לסקר.
- כ-7 אחוזים אושפזו בבית חולים בשנה שקדמה לסקר, וכ-11 אחוזים השתמשו בשירותי חירום בשנה שקדמה לסקר.

מחקר קודם מצא כי ערבים משתמשים בשירותי בריאות בצורה יעילה פחות, כלומר מבקרים פחות אצל רופאים מומחים, אך מבקרים יותר אצל רופא משפחה ומתאשפזים יותר. מכאן שהם משתמשים בשירותי בריאות רק כשמצב בריאותם מחריף. דפוס זה מאפיין לרוב קבוצות בעלות הכנסה נמוכה, וייתכן שהוא מושפע גם ממאפיינים תרבותיים (Baron-Eppel, Garty and Green, 2007).

נתונים משנת 2009 (הנתונים האחרונים הזמינים) מורים כי הממוצע הנמוך של סך הביקורים אצל רופא (משפחה ומקצועי) באוכלוסייה הערבית מושפע בעיקר משיעור ביקורים נמוך יותר של הצעירים, בני 24–5 (לוח 15). עוד עולה מן הנתונים כי האוכלוסייה הערבית משתמשת בשירותי אשפוז יותר מאשר האוכלוסייה היהודית (לוח 16).

### לוח 15. ממוצע ביקורים אצל רופאים במשך שנה, 2009

לפי מגזר וקבוצת גיל

סך הכל	75+	65-74	55-64	45-54	25-44	5-24	0-4	
6.4	17.1	14.6	10.0	6.2	4.6	3.4	7.1	יהודים ואחרים
5.2	15.2	19.7	12.7	6.8	4.8	2.7	7.3	ערבים

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס, סקר הבריאות (2013א)



### לוח 16. שיעור המאושפזים ב-12 החודשים האחרונים, 2009 לא לפי מגזר וקבוצת גיל

סך הכל	75+	65-74	45-64	25-44	0-24	
58	219	154	74	35	30	יהודים ואחרים
64	265	234	126	66	37	ערבים

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, סקר הבריאות (2013א)

שיעור הנשים העוברות בדיקות ממוגרפיה בקרב יהודיות גבוה בצורה ניכרת משיעורן בקרב ערביות (לוח 17). הפער המדאיג ביותר הוא בקבוצת הגיל 50-74, שבה מומלץ לכל אישה לבצע בדיקה לפחות אחת לשנתיים, שכן אבחון מוקדם בגילים אלו מסייע להפחית בכ-30 אחוזים את הסיכוי לתמותה.<sup>14</sup> נתון זה יכול לשפוך אור על אחת הסיבות לתוחלת החיים הנמוכה באופן יחסי של נשים ערביות בהשוואה לנשים יהודיות.

### לוח 17. שיעור הנשים שעברו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות, 2009 לא לפי מגזר וקבוצת גיל

סך הכל	75+	65-74	50-64	40-49	
531	331	701	673	330	יהודיות
344	154*	587	539	156	ערביות

\* מספר תצפיות נמוך.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, סקר הבריאות (2013א)

אחוז המדווחים על שימוש בשירותי בריאות פרטיים באוכלוסייה היהודית כפול כמעט מאשר באוכלוסייה הערבית: כ-22 אחוזים לעומת כ-11 אחוזים, בהתאמה (לוח 18, שורה 1). הסיבה העיקרית לשימוש בשירותי בריאות פרטיים בקרב האוכלוסייה היהודית היא האפשרות לבחירת רופא, ובקרב האוכלוסייה הערבית – אי יכולת לקבל את המענה המבוקש בשירות הציבורי (קופת חולים) (לוח 18, שורה 2). מן הלוח עולה כי בקרב מוסלמים ודרוזים במיוחד ביקורים רבים יותר אצל רופאים מקצועיים נעשים במרפאות פרטיות, בהשוואה ליהודים (לוח 18, שורה 3).

**לוח 18. אחוז המשתמשים בשירותי בריאות פרטיים, 2015**

לפי מגזר

דרוזים	נוצרים	מוסלמים	יהודים	
<b>(1) השתמשו בשירותי בריאות פרטיים בשנה האחרונה</b>				
12%	10%	12%	22%	
<b>(2) הסיבה העיקרית לפנייה לשירותי בריאות פרטיים, אם פנה</b>				
				<b>בחירת הרופא</b>
37%	24%*	33%	43%	
				<b>הקדמת התור</b>
11%	24%*	23%	22%	
				<b>שירות אדיב</b>
5%	16%*	7%	4%	
				<b>שירות שלא ניתן בקופת חולים</b>
47%	36%*	37%	30%	
<b>(3) מקום הביקור האחרון אצל רופא מקצועי</b>				
				<b>קופת חולים</b>
56%	84%	73%	78%	
				<b>פרטי</b>
24%	8%	20%	12%	
				<b>בית חולים</b>
18%	8%	7%	9%	
				<b>אחר</b>
2%	1%	0%	1%	

\* 26 משיבים לשאלה זו.

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

ההוצאה של משפחות ערביות על צריכה פרטית של שירותי בריאות גבוהה בצורה ניכרת מזו של משפחות יהודיות: קרוב ל-190 שקלים לחודש לנפש, לעומת כ-136 שקלים לחודש (בהתאמה). הפער ניכר גם במונחי הנטל הכלכלי – סכום ההוצאה כאחוז מההכנסה הכספית החודשית הפנויה: כ-15 אחוזים באוכלוסייה הערבית לעומת כ-7 אחוזים באוכלוסייה היהודית (לוח 19).<sup>15</sup>

סעיפי ההוצאה שבהם יש הבדלים משמעותיים בין שתי קבוצות האוכלוסייה קשורים לביטוח. אף שהשימוש בביטוח עשוי לבטא רצון לכסות על פערים בזמינות שירותי בריאות ציבוריים, הוא יכול להצביע גם על מודעות לא מספקת של האוכלוסייה הערבית למשמעות הביטוח וליכולת לנצל אותו. כלומר ייתכן שמודעות נמוכה של האוכלוסייה הערבית לזכויות רפואיות גוררת מצבים של כפל ביטוחים – תשלום על ביטוח פרטי למצב רפואי מסוים שכבר מכוסה באמצעות הביטוח הממלכתי.

15 סביר להניח שהפערים מוטים כלפי מעלה נוכח הדגימה החסרה של יישובים קטנים, משום שביישובים ערביים קטנים, בעיקר של בדואים, ההוצאה הנמדדת נמוכה יותר, ואילו ביישובים יהודיים קטנים ההוצאה הנמדדת גבוהה יותר.

## לוח 19. הוצאה הפרטית החודשית לנפש על שירותי בריאות, 2014 לפי מגזר, בשקלים

יהודים	ערבים	סעיף הוצאה פרטית
19.01	28.34	השתתפות עצמית
18.70	45.68	ביטוח משלים
3.34	24.61	ביטוח מסחרי
95.65	90.46	הוצאות מהכיס
136.71	189.09	סה"כ
6.77%	15.36%	אחוז מההכנסה הכספית הפנויה

מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב נתונים: הלמ"ס, הסקר החברתי (2016א)

## סיכום

בריאותה הירודה של האוכלוסייה הערבית בישראל קשורה באופן מובהק למצבה החברתי-כלכלי הנמוך ביחס לאוכלוסייה היהודית. ככלל, אתגרי הבריאות של האוכלוסייה הערבית, בפרט אלה הנוגעים להתנהגות בריאה ולזמינות שירותי בריאות, אינם שונים מאלה של האוכלוסייה היהודית בפריפריה החברתית של החברה והמדינה. מכאן שקידום חברתי-כלכלי של אוכלוסיות חלשות והשלכותיו על צמצום פערים, על כל המשתמע מכך מבחינת התנהגות בריאה ונגישות של שירותי בריאות, יסייע גם לצמצום פערי הבריאות הממוצעים בין שתי האוכלוסיות.

משימה ארוכת טווח זו דורשת פעולה אינטנסיבית מקדימה של המדינה להגדלת הנגישות הפיזית של שירותי בריאות, בעיקר רפואת מומחים, בפריפריה הגיאוגרפית, באמצעות מנגנוני הקצאה (של קפיטציה והשקעות) ותמריצים (שכר מומחים). השקעות אלו צריכות להתבטא בחלקן בקידום רפואה מרחוק כדי לשפר את הנגישות של שירותי מומחים לאוכלוסיות בפריפריה, וכך לפצות על הנחיתות החברתית-כלכלית של האוכלוסיות באזורים אלו. מדיניות כזו – בדומה להשפעתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכהשלמה לו – תועיל בעיקר לאוכלוסייה הערבית באשר היא מרוכזת באזורי הפריפריה, בעיקר הצפונית.

זאת ועוד, אין להתעלם מהיבטים תרבותיים ומצרכים מיוחדים של האוכלוסייה הערבית על כל מרכיביה. היינו, יש להתמקד בטיפול עכשווי בגורמי הסיכון והתמותה המאפיינים אוכלוסייה זו: מומים מולדים, תאונות ועישון, ולא פחות מאלו – השמנה וסוכרת. ישראל מבורכת בטכנולוגיות גנטיות אשר יכולות לאבחן ולאתר מומים פוטנציאליים עוד טרם היריון וטרם לידה. לפיכך יש להקדיש מאמץ רב יותר – בשיתוף מנהיגים ואנשי דת – כדי לחולל באוכלוסייה הערבית שינויים תרבותיים והתנהגותיים שיובילו לצמצום תמותת תינוקות בשל מומים מולדים. גם המלחמה בתאונות הדרכים הרבות ובעישון הרב יחסית בקרב האוכלוסייה הערבית מחייבת השקעה ממוקדת בקידום שינויים התנהגותיים.

בהשוואה ליהודים, ערבים מקדישים משאבים פחותים למניעה ומבקרים פחות אצל רופאים מומחים, אך מבקרים יותר אצל רופא משפחה ומתאשפזים יותר, כלומר נוטים להשתמש בשירותי בריאות רק כשמצב בריאותם מחריף. מומלץ אפוא לנצל, תוך הסתייעות בהשקעה מתאימה, את מרפאות הקהילה ביישובים הערביים כדי לקדם את בריאותה של אוכלוסייה זו, כולל באמצעות פעולות מניעה. אשר לבעיות של נגישות מותנית שפה, יש לנצל את הנוכחות המרשימה של עובדי רפואה ערבים במערכת הבריאות הישראלית, לרוחב כל חזיתה המקצועית, כדי לקדם את בריאותה של האוכלוסייה הערבית.

## מקורות

אלשיין, אחמד, סאוסן רזק-מרג'ייה ומוחמד ח'טיב (2016), **סקר הבריאות והסביבה באוכלוסייה הערבית בישראל 2015**, אגודת הגליל – האגודה הערבית ארצית למחקר ושירותי בריאות וריכאז – בנק המידע על החברה הפלסטינית בישראל.

בוורס, ליאורה ודב צ'רניחובסקי (2017), **חשיבה מחודשת על סדר העדיפויות של טיפולים רפואיים בישראל**, נייר מדיניות מס' 02.2017, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

זעירא, גדעון (2013), **תמותת תינוקות וילדים בישראל בדגש על האוכלוסייה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז הדרום**, מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

זעירא, גדעון (2014), **מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי**, הכנסת – מרכז המחקר והמידע.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013א), **סקר הבריאות 2009**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013ב), **מדד חברתי-כלכלי**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014), **סיבות מוות בישראל**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015א), **הרשויות המקומיות בישראל**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015ב), **תאונות דרכים עם נפגעים 2015**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016א), **הסקר החברתי 2015**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016ב), **אפיון רשויות מקומיות וסיווגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה ב-2013**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016ג), **תחזית אוכלוסיית ישראל עד 2035**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2017), **שנתון סטטיסטי לישראל 2016**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (2014), **פרופיל בריאותי חברתי של היישובים בישראל 2009–2005**.

מדהלה-בריק, שביט (2015), "מקצועות בסיכון: מגמות המחשוב בשוק העבודה הישראלי", בתוך: אבי וייס ודב צ'רניחובסקי (עורכים), **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2015**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 80–45.

משרד הבריאות (2013), **מצב הסוכרת בישראל לשנת 2013**.

משרד הבריאות (2014), **אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2014**.

משרד הבריאות (2016), **דוח שר הבריאות על העישון בישראל**.

משרד הבריאות והמועצה הלאומית לסוכרת (2015), **המדריך לטיפול בסוכרת**.

משרד הבריאות, **סקר בריאות לאומי בישראל 2013–2015 (INHis-3)**.

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2017), **דוח תאונות עבודה ותחלואה תעסוקתית: תמונת מצב 2016–2012**.

נעאמנה, יוסף, אורלי רומנו-זליכה ואחמד כבהא (2011), **סקר נישואי קרובים באוכלוסייה הערבית 2010**, המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

סילברמן, ברברה וליטל קינן-בוקר (2017), **סרטן באוכלוסייה הערבית בישראל: מגמות עתיות**, משרד הבריאות, הרישום הלאומי לסרטן, המרכז הלאומי לבקרת מחלות.

צ'רניחובסקי, דב (2011), **שינוי בהקצאה לקופות החולים לצמצום פערים בין מרכז ופריפריה: האומנם?**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

צ'רניחובסקי, דב וחן שרוני (2015), "הקשר בין הון חברתי לבריאות בקרב חרדים", בתוך אבי וייס ודב צ'רניחובסקי (עורכים), **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2015**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 383–409.

קגיה, שלומית ונביל ח'טאב (2013), **פערי בריאות בין מזדקנים ערבים למזדקנים יהודים בישראל**, המכון הישראלי לדמוקרטיה.

רוזן, ברוך, אירית אלרועי, נועה אקר ושורוק איסמעיל (2008), **קידום בריאות באוכלוסייה הערבית: באיזה מידה מתקיימת התאמה תרבותית וכיצד ניתן לחזק אותה**, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.

Baron-Epel, Orna, Giora Kaplan, Amalia Haviv-Messika, Jalal Tarabeia, Manfred S. Green, and Dorit Nitzan Kaluski (2005), "Self-Reported Health as a Cultural Health Determinant in Arab and Jewish Israelis: MABAT – National Health and Nutrition Survey 1999–2001," *Social Science & Medicine*, 61 (6), pp. 1256–1266.

Baron-Epel, Orna, Noga Garty and Manfred S. Green (2007), "Inequalities in use of Health Services Among Jews and Arabs in Israel," *Health Services Research*, 42 (3pt1), pp. 1008–1019.

Baron-Epel, Orna, and Giora Kaplan (2009), "Can Subjective and Objective Socioeconomic Status Explain Minority Health Disparities in Israel?" *Social Science & Medicine*, 69 (10), pp. 1460–1467.

Baron-Epel, Orna, Lital Keinan-Boker, Ruth Weinstein, and Tamy Shohat (2010), "Persistent High Rates of Smoking Among Israeli Arab Males with Concomitant Decrease in Rate Among Jews," *Israel Medical Association Journal*, 12 (12), pp. 732–737.

Khatib, Mohammad (2012), Health of Arab Women in Israel, *The Galilee Society – The Arab National Society for Health Research & Services*.

- Mets, Hellen Chapin (ed.) (1990), *Israel: A Country Study*, Federal Research Division.
- Na'amnih, Wasef, Khitam Muhsen, Jalal Tarabeia, Ameen Saabneh and Manfred S. Green, (2010), "Trends in the Gap in Life Expectancy between Arabs and Jews in Israel Between 1975 and 2004," *International Journal of Epidemiology*, 39 (5), pp. 1324–1332.
- Radai, Itamar, Meir Elran, Yousef Makladeh, and Maya Kornberg (2015), "The Arab Citizens in Israel: Current Trends According to Recent Opinion Polls," *Strategic Assessment*, 18 (2), pp. 101–116.
- Tarabeia, Jalal, Orna Baron-Epel, Micha Barchana, Irena Liphshitz, Anneke Ifrah, Yehudit Fishler, and Manfred S. Green (2007), "A Comparison of Trends in Incidence and Mortality Rates of Breast Cancer, Incidence to Mortality Ratio and Stage At Diagnosis Between Arab and Jewish Women in Israel, 1979–2002," *European Journal of Cancer Prevention*, 16 (1), pp. 36–42.
- Wiseman, Virginia L. (1999), "Culture, Self-Rated Health and Resource Allocation Decision-Making," *Health Care Analysis*, 7 (3), pp. 207–223.
- Zlotogora, Joël (2014), "Genetics and Genomic Medicine in Israel," *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 2 (2), pp. 85–94.

## הצעות לקריאה נוספת

- לוי-אפשטיין, נח, אלכסנדרה קלב, ארז מרנץ ושמרית סלונים (2015), **השתלבותם של רוקחים ערבים בשוק העבודה בישראל**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- Abdalla, Bowirrat and Bishara Bisharat (2014), "Nutrition Style and Diet Composition Leading to Obesity and Overweight in a Cross-Sectional Survey Conducted in a Hospitalized Arab Population in Nazareth, Israel," *Endocrinol Metab Synd*, 3, p. 129.
- Bisharat, Bishara (2013), "Prevalence and Associated Factors for Obesity, Abnormal Waist Circumference and Diet Composition Among Arab Adults in Israel," *Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 1 (4) pp. 49–59.
- Chernichovsky, Dov, and John Anson (2005), "The Jewish–Arab Divide in Life Expectancy in Israel," *Economics & Human Biology*, 3 (1), pp. 123–137.
- Rosner, Tal (2016), *Heroes of Health: Israel Healthcare System as a Model of Jewish-Arab Coexistence*, Israel Religious Action Center.
- Wiseman, Virginia L. (1999), "Culture, Self-Rated Health and Resource Allocation Decision-Making," *Health Care Analysis*, 7 (3), pp. 207–223.

## נספחים

### 1. קבוצות מיעוט בישראל

#### בדואים

בישראל יש כ-220 אלף בדואים. כמעט שני שלישים מהם חיים בנגב, והשאר בעיקר בצפון הארץ. הבדואים הם אוכלוסייה של נוודים אשר היו באופן מסורתי רועי צאן וחיו בחברה שבטית. לפני כשלישים שנה נטשו את אורח החיים הנוודי והחלו להתיישב במקומות קבע. המעבר לחיים מודרניים היה מאתגר עבור הבדואים, והכנסתם הממוצעת מהווה כרבע מההכנסה הארצית הממוצעת. אמנם אחוז האנאלפביתיות בקרבם ירד בתוך דור מ-95 אחוזים ל-25 אחוזים, עקב הקמת בתי ספר בדואים במסגרת חוק חינוך חובה, אך עדיין אין תמיכה מספקת ביציאת נשים ללימודים, וחלקן בקרב תלמידי בתי הספר מאוכלוסייה זו הוא רק כ-10 אחוזים.

#### דרוזים

רוב הדרוזים חיים בלבנון ובסוריה. בישראל חיים כ-130 אלף דרוזים, המתגוררים בצפון המדינה. אמנם הדרוזים מסווגים כקבוצת אוכלוסייה ערבית, אך הדת הדרוזית מוכרת כדת נפרדת. היא נוסדה במאה העשירית כפלג של האסלאם השיעי. יש בה אלמנטים מהפילוסופיה היוונית ומההינדואיזם, דוגמת גלגול נשמות, ואין בה תפילות קבועות, חגים או עלייה לרגל. עקרונות הדת העיקריים הם אמירת אמת, תמיכה בחברי הקהילה ותמיכה ברעיון האלוהות המונותאיסטית. הדת הדרוזית היא סודית ולא ניתן להצטרף אליה (Mets, 1990). ככלל הדרוזים תומכים במדינה היהודית ומשרתים בצבא, אם כי במקרים מסוימים מתעורר מתח ביחסם למדינה, ויש בהם שאינם מזדהים בראש ובראשונה כישראלים (Radai et al., 2015).

#### צ'רקסים

הצ'רקסים הם קהילה סונית מוסלמית מהרי הקוקז, שמקורה בנוצרים שהתאסלמו בין המאה השש עשרה למאה התשע עשרה. במלחמת רוסיה-צ'רקסיה (באמצע המאה התשע עשרה) נהרגו כ-1.5 מיליון צ'רקסים, ועוד כמיליון הוגלו. בימינו הקבוצה הגדולה ביותר של צ'רקסים נמצאת בטורקיה, וקבוצות נוספות נמצאות בסוריה ובלבנון. בישראל יש כ-5,000 צ'רקסים, והם מרוכזים בשני יישובים בגליל: בכפר כמא ובריחניה. הם מתגייסים לצבא ושיעור בעלי ההשכלה האקדמית בקרבם גבוה.



## 2. נספח לוחות

## לוח נ'1. ניתוח רב-משתני של נתוני הסקר החברתי

(5) עובד פחות מ-35 שעות בשבוע מסיבה בריאותית	(4) האם מועסק	(3) הבעיה לא מפריעה לתפקוד	(2) אין בעיה בריאותית	(1) מצב בריאות	משתנה מסביר
0.026*** (0.00752)	-0.047*** (0.00177)	-0.001 (0.00466)	-0.044*** (0.00284)	-0.056*** (0.00445)	גיל
-0.858*** (0.261)	-0.602*** (0.0576)	-0.199 (0.143)	0.200** (0.0820)	0.0670 (0.134)	מין (נקבה)
-0.144*** (0.0447)	0.125*** (0.0110)	0.050* (0.0299)	0.027 (0.0178)	0.105*** (0.0238)	שנות לימוד
-0.085* (0.051)		0.0420*** (0.0136)	0.042*** (0.00821)	0.096*** (0.0173)	הכנסה מעבודה (נטו)
0.858** (0.358)	-0.992*** (0.0862)	-0.754*** (0.257)	0.144 (0.135)	-0.648*** (0.186)	מוסלמי
1.224** (0.553)	-0.099 (0.154)	-0.191 (0.363)	0.075 (0.207)	-0.443 (0.294)	נוצרי
0.124 (1.075)	-0.617*** (0.188)	0.501 (0.585)	0.372 (0.311)	-0.378 (0.418)	דרוזי
-0.844 (0.807)	1.829*** (0.194)	-0.893* (0.478)	2.431*** (0.284)	3.158*** (0.418)	קבוע
764	6,985	895	4,296	4,297	מספר תצפיות

בסוגריים: סטיות התקן | מובהקות: \* p < 0.10; \*\* p < 0.05; \*\*\* p < 0.01

**לוח נ'1 (המשך). ניתוח רב-משטני של נתוני הסקר החברתי**

(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	משתנה מסביר
נאלץ לוותר על ארוחה חמה	נאלץ לוותר על תרופות	נזקק לתרופות	נאלץ לוותר על טיפול רפואי	נזקק לטיפול רפואי	
0.004 (0.00497)	0.007 (0.00614)	0.0244*** (0.00251)	0.002 (0.00536)	0.010*** (0.00233)	גיל
-0.168 (0.150)	-0.136 (0.192)	0.332*** (0.0675)	-0.234 (0.165)	0.268*** (0.0648)	מין (נקבה)
-0.122*** (0.0276)	-0.179*** (0.0335)	0.077*** (0.0155)	-0.093*** (0.0324)	0.036** (0.0151)	שנות לימוד
-0.157*** (0.0241)	-0.139*** (0.0299)	-0.009 (0.00652)	-0.124*** (0.0248)	-0.0128** (0.00622)	הכנסה מעבודה (נטו)
0.233 (0.199)	1.307*** (0.220)	-0.291*** (0.103)	1.009*** (0.200)	-0.010 (0.102)	מוסלמי
0.006 (0.376)	0.857** (0.380)	-0.198 (0.170)	1.233*** (0.307)	-0.270 (0.166)	נוצרי
0.079 (0.438)	-0.262 (1.038)	-1.093*** (0.233)	-0.449 (1.043)	-1.295*** (0.267)	דרוזי
-0.516 (0.446)	-0.088 (0.564)	-1.662*** (0.240)	-0.486 (0.515)	-0.980*** (0.233)	קבוע
4,297	2,599	4,296	2,108	4,293	מספר תצפיות

בסוגריים: סטיות התקן | מובהקות: \* p < 0.10; \*\* p < 0.05; \*\*\* p < 0.01  
מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב

לוח נ'2. רגרסיות שיעור תמותה מתוקנן ותמותת תינוקות מול מדד חברתי-כלכלי

(2)	(1)	משתנה מסביר
לוג שיעורי תמותה	לוג שיעורי תמותת תינוקות	
-0.144*** (0.0217)	-0.311*** (0.0761)	מדד חברתי-כלכלי
0.0856* (0.0476)	0.164 (0.151)	יישוב ערבי
0.0836* (0.0468)	-0.0952 (0.148)	משתנה אינטראקציה
1.727***	1.349***	קבוע

בסוגריים: סטיות התקן | מובהקות: \*  $p < 0.10$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.01$   
 מקור: צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, מרכז טאוב