

## האם נגזר על העניים להיות חולים?

בחינת השפעת רמת ההכנסה על צריכת שירותי בריאות

### תקציר

רמת ההכנסה של הפרט, ובעיקר רמות הכנסה נמוכות, מביאה להשפעה רבה על מגוון רחב של תחומי חייו. במחקר המוצג בחנו את השפעת רמת ההכנסה על נכונות הפרט לוותר על שירותים רפואיים שונים, תוך אבחנה בין עוני אבסולוטי – הנקבע על-פי קו העוני – לבין עוני סובייקטיבי, הנובע מתפיסת הפרט. שאלת המחקר, **האם עניים בישראל מוותרים יותר על שירותים רפואיים**, נבחנה באמצעות נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013), תוך בחינה מקבילה של נכונות הפרט לוותר על כל אחד מארבע שירותים רפואיים, למרות שהוא זקוק להם: טיפולי שיניים, טיפול רפואי, טיפול תרופתי וטיפול פסיכולוגי.

בתהליך המחקר נבחנה גם השפעת משתנים נוספים על נכונות הפרט לוותר על שירותים רפואיים חיוניים, כולל מצב בריאותי, גיל, מגדר, אזור מגורים – מרכז ופריפריה, רמת ההשכלה, גודל משק הבית והשתייכות הפרט לקבוצת מיעוט בחברה הישראלית – כחרדים וערבים. הממצאים מראים כי קיימת השפעה משמעותית של הכנסת הפרט על נכונותו לוותר על שירותים רפואיים, בכל אחת מהגדרות העוני שנבחנו ובהקשר למכלול השירותים הרפואיים. השפעות נוספות כוללות השפעה שלילית של השתייכות לקבוצת מיעוט, מגדר, אזור מגורים ועוד, אם כי יש לציין כי השפעות אלו שונות בין השירותים הרפואיים השונים.

הנתונים הבולטים שנמצאו ביחס לנכונות גבוהה בהרבה לוותר על טיפולי שיניים וטיפולים פסיכולוגיים – למול טיפול רפואי וטיפול תרופתי – מעלים תהיות לגבי תפיסת שירותים רפואיים אלו כשירותי 'מותרות', דבר המצריך התערבות של קובעי המדיניות. מסקנות המחקר מובילות לכך כי קיים צורך משמעותי ביצירת רשת ביטחון בריאותית לפרטים החיים בעוני, בעיקר למול האוכלוסייה המבוגרת, העשויה להיות בסיכון מוגבר להזדקקות לשירותים רפואיים.

היקף העוני בישראל, הנרחב יותר מאשר ממוצע ה-OECD, מביא עמו השלכות על מגוון רחב של תחומי חיים, כולל השפעות על צריכת שירותי חינוך, תחבורה, השתלבות בתעסוקה ועוד. תחולת העוני בישראל שנמדדה לאחרונה, עמדה על 22% ושיעור הילדים החיים בעוני עמד על 31% (המוסד לביטוח לאומי, 2015). בעבודתנו זו נרצה לבחון כיצד עוני פוגע ופוגם ביכולותיהם של העניים להתפתח באוכלוסייה, כאשר מרביתם עסוקים בתהליכי הישרדות יומיומיים ובהסתמכות על פחות מ-2,461 ש"ח לנפש תקנית - המהווים את קו העוני.

בין שלל הנושאים הנוספים עליהם משפיע העוני נמצא נושא הבריאות, כאשר העוני מהווה אחד מהגורמים המשמעותיים ביותר ביצירת אי-שוויון בצריכת שירותי בריאות ובנגישות אליהם. יתרה מזאת, בנוסף לקושי הישיר של העניים בצריכת השירותים, ישנה השפעה של תנאי החיים כגון איכות תזונה, דיור ותנאים סביבתיים ירודים. הם חשופים יותר לגורמי מתח שונים, חרדה ודיכאון, מעורבים יותר בהתנהגות סיכונית, ומשכך הסיכון הבריאותי בו הם נמצאים אף גבוה יותר (אברבוך ואבני, 2014).

בישראל קיימים פערים במצב הבריאות בין קבוצות האוכלוסייה בעלות מצב חברתי-כלכלי שונה. בין קבוצות אלה, קיימים פערים ניכרים בתוחלת חיים, תמותת תינוקות, פערים בתחלואה הפיזית והנפשית. ככל שהמצב החברתי כלכלי ירוד יותר כך עולה הסיכון לבריאות לקויה. פערים אלו במצב החברתי-כלכלי, כמו רמת הכנסה והשכלה של הפרט, הם גורמים מסבירים עיקריים לפערים הקיימים בבריאות (מנור, 2013).

להלן נציג את הבסיס התיאורטי הידוע ביחס לקשרים בין עוני לבריאות, תוך בחינת הצגת מסקנות מחקריות עיקריות מהעולם ומישראל. בהמשך נבחן את דפוסי השימוש והמימון לשירותי הבריאות בעולם ובישראל. לסיום נציג ממצאים עיקריים מהסקר החברתי הישראלי ומה-European Social Survey ביחס לדפוסי השימוש בשירותי בריאות, כבסיס למחקר המוצע.

## האם עניים בישראל מוותרים יותר על שירותים רפואיים?

במחקרנו נרצה לבדוק מהי רמת ההשפעה של רמת ההכנסה של הפרט, כפי שמתבטא בקו העוני האבסולוטי, ומצב בריאותו באופן כללי, על החלטתו לוותר שירותים רפואיים, למרות שהוא זקוק להם. במחקר, התייחסנו למדידות שונות של העוני על מנת לבחון את השפעתה של הגדרת העוני, בין אם בהגדרה סובייקטיבית או אבסולוטית, על רמת הוויתור על שירותים רפואיים. יתר על כן, השאלה נבחנה ביחס לארבעה שירותים רפואיים - טיפול תרופתי, טיפול רפואי, טיפולי שיניים וטיפול פסיכולוגי. בנוסף, בחרנו לעשות את המחקר רק על האנשים שענו שהם היו זקוקים לשירות רפואי כדי להבין לעומק את השפעתו של העוני וכיצד הוא גורם לאנשים שזקוקים לטיפול רפואי כלשהו לוותר עליו, כפי שיפורט בפרק המתודולוגיה.

## II - עוני ובריאות - בסיס תיאורטי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי המושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית בא לתאר את תפיסתה של מדינת ישראל לפיה בריאות היא זכות בסיסית של כל אדם והיא חיונית להתפתחותו ושגשוגו של הפרט ולצמיחה הכלכלית של החברה. רמות נמוכות של הכנסות כלכליות ועוני מביאים להשפעה ישירה על צריכת הבריאות של הפרט, נגישותו למוצרי בריאות ויכולתו לצרוך אותם (מנור, 2013).

נושא זה זכה לתהודה לאורך השנים בשדה המחקרי, כאשר ראשית לכל זהו הגורמים הסביבתיים - כאזור המחיה, צפיפות אוכלוסין, פסולת ועוד - כמאפיינים הקיימים אצל העניים, המובילים להיגיינה נמוכה ולפגיעה בבריאות (Davey Smith, 1998). זאת ועוד, המאפיין העיקרי של המשפחות העניות - ההכנסה הנמוכה - נמצא בקשר ישיר עם יכולת ההורים לאפשר לילדיהם טיפולים רפואיים, וכסיבה הגורמת להורים לוותר על טיפולים רפואיים נחוצים עבורם - בכדי לטפל בילדיהם (Blackburn, 1991). מאפיין נוסף הוא ההשכלה, כאשר בולטים הקשרים בין רמת השכלה ירודה לבין חיים בעוני וסיכון גבוה לתמותה. היבט נוסף בולט בהסתכלות על תמותת תינוקות, כאשר מחקרים מעלים כי שככל שהשכלת האם נמוכה יותר - שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות גבוה יותר (מנור, 2013).

הסטרוס והלחץ התמידי - המזוהים גם כן ככאלו הנובעים מחיים בעוני - מביאים אף הם לפגיעה ישירה בבריאות הפרט. נמצא כי לחץ עשוי להביא לאורך חיים שאינו בריא, כפי שנמצא שנשים החיות בעוני מעשנות יותר כאמצעי התמודדות לעומת נשים שאינן חיות בעוני (Graham, 1995). עם זאת, חשוב לציין כי כיוון ההשפעה בין עוני לבריאות אינו ברור דיו. כך למשל, ניתן לראות כי אנשים בעלי רמת בריאות ירודה אינם מסוגלים לעבוד במשרה מלאה או לעבוד כלל, וכך רמת הכנסתם נפגעת והם נקלעים לעוני (Judge & Paterson, 2001).

קשרים אלו הועלו אף בישראל. במחקר אשר בחן את תפיסותיהם השונות של פונים ללשכות הרווחה, החיים בעוני, עלו אצל מרבית הפונים כגורם משמעותי המביא לפגיעה

בבריאותם. הפונים ציינו כי מצבם הבריאותי מקשה על תפקודם באופן תקין, כאשר בנוסף מצוקתם הכלכלית מקשה עוד יותר על שמירת בריאותם, בשל קשיים במימון תרופות חיוניות מחד וטיפול שנייני שגרתיים מאידך (קרומר-נבו, סלונים-נבו, הירשזון-נגב ובן-ישי, 2005).

בתוך כך, חשוב לציין כי קיימות אוכלוסיות ייחודיות, הנמצאות במצב של 'תחלואה כפולה' - כלומר, סיכויי הבריאות הקשורים לעוני חריפים אצלם עוד יותר. בין אוכלוסיות מזהות אלו נמצאים המתבגרים - הנוקטים לרוב בהתנהגויות המסכנות את בריאותם (Abernathy, Webster & Vermeulen, 2002), ואוכלוסיית הקשישים והילדים - המזוהים כאוכלוסיות בעלי תחלת עוני גבוהה מחד, ובעלי צריכה גבוהה של שירותי בריאות מאידך (דו"ח הוועדה למלחמה בעוני בישראל, 2014). שיעור הקשישים הנמצאים מתחת לקו העוני בשנת 2012 היה 22.7%, מהגבוהים בעולם ופער גדול מרוב המדינות המשתייכות ל-OECD. עוני בקרב קשישים הוא גורם סיכון להשלכות על אורח חיים, דבר אשר מכריח אותם לקבל החלטות קשות כמו, בחירה בין קניית תרופות לבין קניית מזון, הגבלת הוצאות על מזון, ויתור על חימום או קירור הבית וויתור על צרכים רפואיים (אברבוך ואבני, 2014).

שתי קבוצות נוספות הבולטות במיוחד בישראל הינן המגזר הערבי והמגזר החרדי. במגזרים אלו קיימים שיעורי העוני הגבוהים ביותר בישראל, כאשר אף בין השנים 2011 ו-2012 הממצאים הראו על עלייה בשיעור העוני בקרב מגזרים אלו. שיעור העוני בקרב האוכלוסייה החרדית הגיע ל-61.5% בשנת 2012, ובקרב האוכלוסייה הערבית השיעור הגיע ל-54.3%. נתונים אלו חריפים יותר כאשר אנו מביטים גם על מדד הסיכון לעוני, כאשר 30% מהאוכלוסייה בישראל בשנת 2012 היו בסיכון לעוני, גבוה משמעותית מממוצע ה-OECD שעמד על 17% (אברבוך ואבני, 2014).

במהלך מחקרנו נרצה לבחון את קשרים אלו, בין עוני ומאפייני הפרט, לבין נכונותו לוותר על שירותים רפואיים שונים. תוך כך, הסתכלותנו תהיה על נקודות הפער בחברה הישראלית, תוך הסתכלות על פערים בין צעירים למבוגרים, בין חילונים לחרדים, יהודים וערבים, גברים ונשים ופרטים בעלי רמות השכלה שונות. בחינה מקיפה זו עשויה לסייע להבנת השפעת העוני על צריכת שירותי הבריאות של פרטים, ובהמשך לעיצוב מדיניות ממשלתית מותאמת.

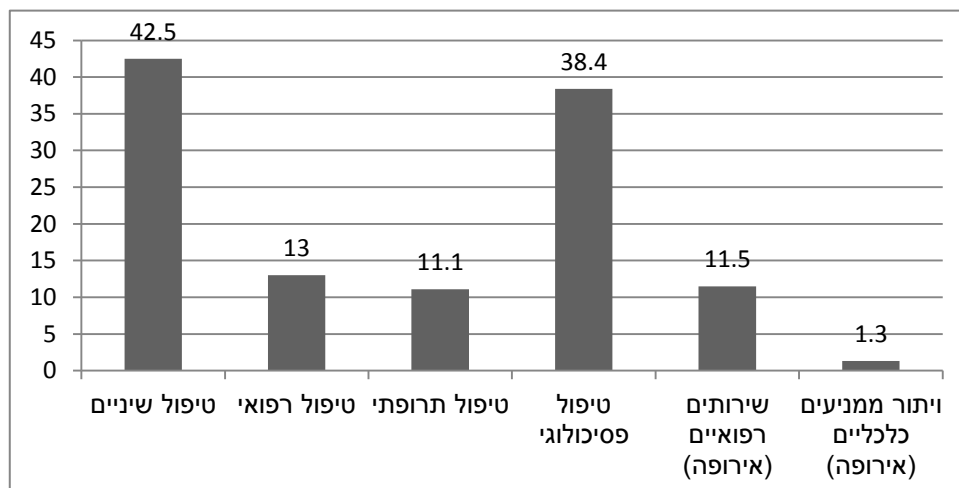
### III - עוני ובריאות - דפוסי שימוש ומימון

ההוצאה הלאומית בישראל על שירותי בריאות עמדה בשנת 2014 על 7.6% מהתמ"ג, המהווים כ-83.6 מיליארד ש"ח, כאשר רק 37% מהוצאה זו הגיע מתקציב המדינה, למול 38% מימון פרטי ו-24% במימון מס בריאות. למרות העלייה בהוצאה ב-3.7% למול שנת 2013, עדיין אחוז זה נמוך למול אחוז חציון ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות ה-OECD - אשר עמד ב-2013 על 9.4%. פער זה משקף מגמה ארוכת שנים, כאשר בין השנים 1995-2013 חציון ההוצאה

במדינות ה-OECD היה במגמת עלייה מ-7.3% ל-9.4%, אך בישראל אחוז ההוצאה נותר כמעט ללא שינוי (הלמ"ס, 2015).

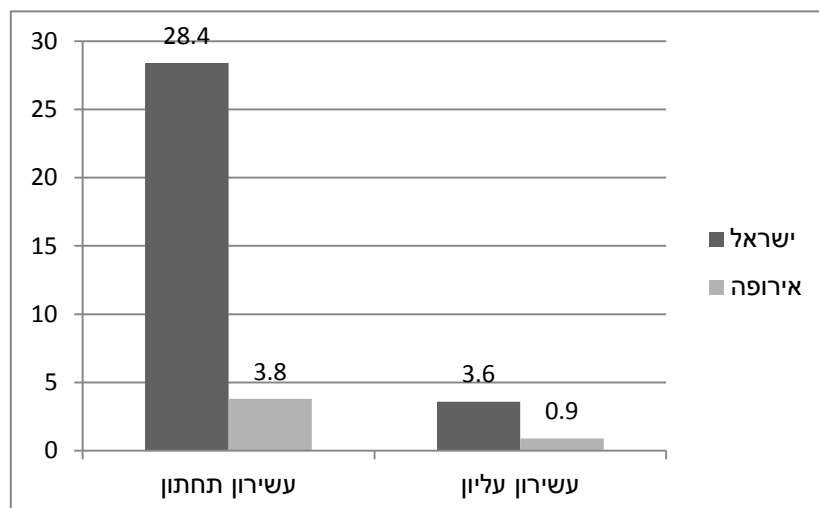
בחינה השוואתית מעמיקה של שירותי הבריאות הישראליים, מבליטה את אי השוויון במערכת הבריאות הישראלית. כך למשל בישראל אחוז המימון הפרטי לבריאות (38%) אמנם נמוך מאחוז זה בארה"ב (47%) - המושתתת על שירותי בריאות פרטיים - אך גבוה מממוצע ה-OECD (25%). חוסר השוויון בנגישות לשירותי בריאות בולט עוד יותר בקרב האוכלוסייה הערבית ובקרב אוכלוסיות החיות בעוני, הנאלצות לצרוך את שירותי הבריאות הציבוריים, הנמצאים במחסור מיטות משמעותי - 3.1 מיטות ל-1000 איש, למול 4.8 מיטות במדינות ה-OECD (OECD, 2016). זאת ועוד, בישראל כ-81% מהאוכלוסייה מבוטחים בנוסף לביטוח הממלכתי בביטוח בריאות פרטי, כאשר מבין מדינות ה-OECD רק צרפת והולנד כוללות אחוז מבוטחים פרטיים גבוה יותר (חורב וקידר, 2012).

העלייה במימון הפרטי של שירותי הבריאות בישראל בולטת בחומרתה בקרב החיים בעוני, ובעיקר בקרב האוכלוסייה הקשישה. נתונים השוואתיים מראים כי החמישון התחתון מוציא אחוז גבוה יותר (6.03%) מהכנסתו הפנויה על שירותי בריאות לעומת משקי הבית בחמישון העליון (3.57%), כתוצאה מההשתתפויות העצמיות לתרופות, תכשירי עזר רפואיים וטיפולים הכלולים בסל התרופות - בנוסף לשלל השירותים הרפואיים אשר אינם כלולים בסל. הוויתור הכפול של החמישון התחתון על תרופות הנמצאות בסל לעומת החמישון העליון בולט אף ביחס לשירותי בריאות נוספים, כגון: טיפול אצל רופא מומחה, אבחונים להתפתחות הילד וכדו'. ניתן לראות את הקושי הגדול במימון השירותים שאינם נמצאים בסל הבריאות כקושי הנובע מהעוני של הצרכנים, עד אשר שירותים אלו כלל אינם נתפסים כאפשרות לאנשים החיים בעוני - כטיפול שנייים (דו"ח הוועדה למלחמה בעוני בישראל, 2014). בנוסף, כ-60% ממשקי הבית בחמישון התחתון מדווחים על הוצאה או החזקת ביטוח לעומת כסוי ביטוחי כמעט מוחלט בחמישון העליון. כלומר, משקי בית בחמישון התחתון בשל ההוצאה לביטוח "בוחרים" לא לרכוש את הביטוח, זאת למרות המשמעות הקשה של העדר ביטוח ברגע בו הם יזדקקו לו.



תרשים 1: אחוז המוותרים על שירותים רפואיים בשל קושי כלכלי בהשוואה לאירופה

על פי ממצאי הסקר החברתי של הלמ"ס (2013), נמצא כי 13% מהאנשים הזקוקים לטיפול רפואי כלשהו ויתרו עליו בשל קושי כלכלי, 11% ויתרו על רכישת תרופות מרשם ו-42% ויתרו על טיפול שיניים. נתונים אלו בולטים עוד יותר, כאשר משווים אותם לממצאי הסקר החברתי האירופי (ESS, 2014), כאשר אמנם 11.5% מהמשיבים לא יכלו לצרוך שירות רפואי<sup>1</sup> בשנה החולפת, אך רק 1.3% מהמשיבים ויתרו על טיפול רפואי בשל קושי כלכלי. בבחינה מעמיקה יותר, ובזיהוי המוותרים על שירותי הבריאות על פי מצבם הכלכלי, ההבדלים המשמעותיים בין הקבוצות הסוציו-אקונומיות בולטים אף עוד יותר, כאשר בקרב שכבת האוכלוסייה בעלת רמת ההכנסה הנמוכה ניתן לראות 28.4% ויתור על שירותים רפואיים, למול 3.6% בקרב שכבת האוכלוסייה בעלת רמת ההכנסה הגבוהה. נתונים דומים עולים אף ביחס לויתור על תרופות ועל שירותים רפואיים נוספים כטיפולים פסיכולוגיים וטיפולי שיניים (הלמ"ס, 2013). מגמה זו דומה אף בנתונים האירופיים, כאשר רק 0.9% מהעשירון העליון נאלצים לוותר על טיפול רפואי בשל קושי כלכלי (ESS, 2014), למול 3.8% מהעשירון התחתון, אם כי השוואה זו מבליטה את הפערים האסטרונומיים בין העשירונים התחתונים במדינות השונות.



תרשים 2: השוואה בין אחוז המוותרים על שירותים רפואיים לפי עשירון

הסטטוס התעסוקתי - המהווה מקור משמעותי למימון שירותים בריאותיים - משמש אף הוא כמאפיין לזיהוי ויתור על טיפול תרופתי, כאשר בלתי מועסקים נטו לוותר על טיפולים רפואיים ביותר מפי 2 מאשר בקרב המועסקים (23.7% ו-10.1% בהתאמה) (הלמ"ס, 2013). מגמה הפוכה לכך מתבטאת בנתונים האירופיים, כאשר 1.7% מהמועסקים ויתרו על שירותים רפואיים בשל היעדר יכולת כלכלית, למול 1% מהבלתי מועסקים (ESS, 2014).

לבריאות לא תקינה ישנו מחיר כלכלי, פגיעה בתעסוקה, בצמיחה ובפרייוו, תוך גרירת עלות למערכת הרווחה ופגיעה ברווחת האוכלוסייה. פערי הבריאות בישראל והנטל הכלכלי הנובע מהם, המבוסס על חישובי העלויות הכרוכות בתמותה מוקדמת, אובדן ימי עבודה ועלויות הטיפול

<sup>1</sup> בסקר האירופי לא נעשתה הבחנה בין שירותים רפואיים שונים

הרפואי מגיע לכ-7% מהתמ"ג . משכך, שיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה החלשה יוביל להעלאת רמת הבריאות הממוצעת באוכלוסייה, לשילוב אוכלוסיות נוספות במעגל העבודה ולבסוף להגדלת הצמיחה הכלכלית ולחיסכון כספי (מנור, 2013).

בהקשר זה, חשוב לציין את מחקרם של נבון וצירניחובסקי (2012), אשר בחנו את השפעת ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה בישראל על התפלגות ההכנסות ועוני. במחקרם נמצא כי ההוצאה הפרטית על שירותים רפואיים הייתה רגישה להכנסה ולא למאפיינים אחרים, כאשר נמצאה השפעה גרסיבית ביחס להוצאה הפרטית על שירותי רפואה – כלומר העשירונים הגבוהים יותר רכשו יותר שירותי בריאות פרטיים. מגמה מדאיגה זו בולטת בחומרתה, כאשר משקל ההוצאה הממשלתית על שירותי הרפואה יורד, למול משקל המימון הפרטי שהגיע לכ-40% מתוך סך ההוצאה הלאומית על שירותים רפואיים.

מכלול נתונים אלו, תוך השוואה מתמדת בין ישראל למדינות העולם, מעלים תהיות משמעותיות בהקשר לפערים ואי-השוויון בצריכת שירותי הבריאות בישראל. זאת ועוד, בהתחשב בהשפעות המשמעותיות הקיימות בין חיים בעוני לבריאות, המתבטאות בכלל תחומי החיים (דוח הוועדה למלחמה בעוני בישראל, 2014; חורב וקידר, 2012; קרומר-נבו ושות', 2005; Abernathy, 2005; Paterson, 2001 & Vermeulen, 2002; Blackburn, 1991; Judge & Webster, 2002), הרי שבחינה מעמיקה של התחום הינה הכרחית ועשויה להוות כבסיס לשינוי ושיפור המדיניות. במחקרנו שיוצג להלן, בחנו את השפעת העוני על שירותים רפואיים שונים – תוך הסתכלות על השירותים השונים. במקביל, בחנו משתנים נוספים העשויים להשפיע על נכונות הפרט לוותר על שירותים רפואיים, כגון מצבו הרפואי, השכלתו, אזור מגוריו ועוד.

#### IV – מתודולוגיה

לשם בחינת שאלת המחקר, השתמשנו בנתוני הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2013, כאשר אל תהליך זה נכנסו עם ארבע השערות מחקר עיקריות, כאשר כל אחת מההשערות נבחנה במקביל על ארבעה שירותים רפואיים – טיפולי שיניים, טיפול רפואי, טיפול תרופתי וטיפול פסיכולוגי. להלן ההשערות ביחס לטיפול שיניים:

- משק בית המזוהה כמשק בית עני, יטה לוותר יותר על טיפול שיניים, למול משקי בית שאינם מזוהים כעניים (H1).
- פרט המזוהה כאדם שאינו נמצא במצב בריאותי תקין באופן כללי, יטה לוותר פחות על טיפול שיניים, למול פרט המזוהה כבריא באופן כללי (H2).
- ככל שלפרט יהיו יותר שנות לימוד, כך הוא יטה פחות לוותר על טיפול שיניים, למול פרט בעל מיעוט שנות לימוד (H3).
- אזור המגורים של הפרט ישפיע על החלטתו לוותר על טיפול שיניים, כך שתושבי המרכז יטו פחות לוותר למול תושבי הפריפריה (H4).

בכדי להתאים את תשובות כלל הנדגמים ( $N=7,438$ ) אל השירותים הרפואיים השונים, פיצלנו את נתוני הסקר בכל פעם על פי השירות שנחקר. הנדגמים נשאלו בשנים-עשר החודשים האחרונים, האם היית זקוק לטיפול שיניים? משיבים אשר השיבו בשלילה סוננו מתוך בסיס הנתונים, כך שהמדגם כלל רק את הפרטים שזקקו לשירות הרפואי. משכך, נוצרו ארבעה מדגמים שונים, ביחס לכל אחד מהשירותים: טיפולי שיניים –  $N=4,878$ ; טיפול רפואי –  $N=4,234$ ; טיפול תרופתי –  $N=4,915$ ; טיפול פסיכולוגי –  $N=599$ .

המשתנה התלוי בשאלת המחקר, הינו הוויתור על שירות רפואי. הנדגמים נשאלו, כשאלת המשך להזדקקותם לשירות הרפואי, בשנים-עשר החודשים האחרונים, האם ויתרת על טיפול שיניים, בגלל קשיים כלכליים? התשובות קודדו בסולם דיכוטומי ( $1=כן$ ,  $2=לא$ ), ובוצעו אף הם בהתאמה לשירותים השונים.

המשתנים הבלתי תלויים כללו 2 משתנים עיקריים:

1. עוני – בכדי לענות על השערת המחקר הראשונה, היה עלינו לזהות את משקי הבית

המזוהים כעניים. מכיוון שקיימות דרכים שונות למדידת עוני, השתמשנו בשתי צורות מדידה:



א. עוני אבסולוטי – משתנה זה נובע מגישת הצרכים החיוניים, כאשר אנו מחשבים את רכיבי סל המוצרים הבסיסי ואת עלות מרכיביו, דבר הקובע את קו העוני. פרט אשר הכנסתו נמוכה מקו זה הוגדר כעני. הקו הוגדר על פי עלות רכיבי סל המוצרים שהוגדרה על ידי המוסד לביטוח לאומי ב-2009, תוך התאמתו לעדכון המחירים ל-2013. המשיבים קודדו על פני סולם דיכוטומי (0=לא עני, 1=עני).

ב. עוני סובייקטיבי – משתנה זה מזהה את משקי הבית העניים על פי תפיסתם. הדבר נעשה באמצעות השאלה האם אתם מצליחים לכסות את כל ההוצאות החודשיות של משק הבית למזון, לחשמל, לטלפון וכדו' משויבים אשר ענו כי הם מצליחים או מצליחים ללא קושי קודדו כלא עניים (0), למול המשיבים אשר ענו כי הם לא כל כך מצליחים או בכלל לא מצליחים, אשר קודדו כעניים (1).

2. מצב בריאותי – בכדי לענות על השערת המחקר השנייה, השתמשנו בשאלה מהו מצב בריאותך, בדרך כלל? משיבים אשר ענו טוב או טוב מאוד קודדו כבריאים (1), למול המשיבים אשר ענו לא כל כך טוב או בכלל לא טוב, אשר קודדו כלא בריאים (2).

בנוסף, נבחנו מספר משתני בקרה, במטרה לזהות השפעות נוספות, באם ישן:

- מגדר – משתנה דיכוטומי (גבר=1, אישה = 2)
- גיל – במשתנה זה חילקנו את האוכלוסייה בגיל 50, כאשר משיבים מתחת לגיל קודדו כצעירים (0), ומשתנים מעל לגיל קודדו כמבוגרים (1), בהסתכלות על גיל זה כנקודת מפנה ביחס להזדקקות ולצריכת שירותים רפואיים.
- אזור מגורים – לשם בחינת הפערים, באם ישנם, בין שירותי הבריאות הניתנים במרכז הארץ לפריפריה, ביצענו קידוד דיכוטומי של מחוז המגורים של המשיבים. משיבים המתגוררים במחוז מרכז, תל-אביב וירושלים קודדו כמרכז (1), למול משיבים המתגוררים במחוזות צפון, חיפה, דרום ויהודה ושומרון, אשר קודדו כפריפריה (0). יש לציין כי קידוד זה מבצע הבחנה בין המשיבים רק ביחס לפריפריה גיאוגרפית ולא ביחס לפריפריה חברתית.
- רמת השכלה – המשיבים קובצו למספר קבוצות, על פי מספר שנות הלימוד בעברם. 1 = למדו 1-10 שנות לימוד 2 = למדו 11-12 שנות לימוד 3 = למדו 13 שנות לימוד ומעלה. חלוקה זו באה כאבחנה בין חסרי השכלה תיכונית, השכלה תיכונית והשכלה על תיכונית, בכדי לזהות באם קיימת השפעה להשכלת הפרט על נכונותו לוותר על שירותים רפואיים.

- גודל משק הבית – על פי מספר הנפשות החיות במשק הבית.
- קבוצות מיעוט – במחקר בחנו גם כן את היחס לשירותי הבריאות ביחס למגזרים ספציפיים, הנמצאים במיעוט בחברה הישראלית. התמקדנו בחברה החרדית (1=חרדי, 2=לא חרדי) ובחברה הערבית (1=יהודי ואחרים, 2=ערבי), אשר כאמור מהווים מגזרים הלוקים בעוני משמעותי.

במהלך המחקר ביצענו תהליכי חקירה תיאוריים ביחס למשתנים אלו, כפי שיתואר בהמשך, זאת בכדי לקבל תמונת מצב ראשונית. בהמשך ביצענו סידרה של גרסיות בינאריות-לוגיסטיות, בהתאמה לכל אחד מהשירותים הרפואיים שנבחנו, בכדי לתת מענה לשאלת המחקר.

#### V - סטטיסטיקה תיאורית

להלן מוצגים הממצאים הסטטיסטיים התיאוריים, ביחס לכל אחד מהשירותים. מכיוון שהמשתנים שתוארו הינם דיכוטומיים ברובם (למעט שנות לימוד וגודל משק הבית), הרי שמתוארת להלן רק ההתפלגות בין תשובות הנדגמים:

טיפול שיניים	טיפול רפואי	טיפול תרופתי	טיפול פסיכולוגי	
4,878	4,234	4,915	599	זקוקים לטיפול
2,073 (42.5%)	549 (13%)	548 (11.1%)	230 (38.4)	מספר המוותרים
21%	19.8%	19.9%	22.7%	עוני אבסולוטי
42.9%	40.1%	39.5%	51.6%	עוני סובייקטיבי
אפיון המוותרים (אחוזים ביחס לאוכלוסיית המוותרים על השירות הרפואי)				
41.3%	51.9%	54.3%	36.5%	עוני אבסולוטי
68.3%	78.6%	81.6%	67.2%	עוני סובייקטיבי
32.9%	55.7%	60.9%	41.5%	מצב בריאותי לא תקין
56.7%	59.7%	58.8%	64.8%	מגדר (% נשים)
40.1%	46.3%	54.6%	29.6%	גיל (% מבוגרים)
54.5%	58.8%	61.9%	49.1%	מגורים בפריפריה
13.7%	13.4%	10.1%	9.8%	חרדים

12.6%	38.1%	29.5%	31.5%	ערבים
				רמת השכלה
15.8%	34.6%	27.6%	22.3%	קדם תיכונית (1-10)
23.6%	26.2%	25.1%	24.8%	תיכונית (11-12)
60.7%	39.2%	47.3%	50.3%	על תיכונית (+13)
				גודל משק הבית
20.4%	15.7%	14.4%	10.6%	1
23%	22.8%	22.2%	18.5%	2
15.7%	14.4%	14.4%	16.6%	3
17%	14.2%	14.8%	17.2%	4
11.3%	13.5%	13.1%	14.5%	5
7.4%	9.3%	10.7%	10.6%	6
5.2%	10%	10.4%	12%	+7

תמונת מצב סטטיסטית זו מבליטה מספר נקודות משמעותיות. ראשית, בולטת העובדה כי הפרטים מוותרים באופן ניכר יותר על טיפולי שיניים וטיפול פסיכולוגי, למול טיפול רפואי ותרופתי. פער משמעותי זה עשוי להיות מוסבר ברמת החשיבות המיוחסת לסוגי השירותים הרפואיים השונים, כפי שיתואר בהמשך. שנית, ניתן לראות כי ביחס להגדרות העוני השונות, בקרב המוותרים על שירותים רפואיים ישנם שיעורי עוני הגבוהים משמעותית מאשר שיעור העוני בקרב הזקוקים לשירותים הרפואיים באופן כללי. ממצא זה מדגיש את החשיבות בהמשך בחינה מעמיקה של השפעת העוני על נכונותו של הפרט לוותר על שירותים רפואיים.

שלישית, נראה כי בקרב המוותרים קיימים אחוזים גבוהים של פרטים הנמצאים במצב בריאותי שאינו תקין. זאת ועוד, כאשר אנו בוחנים את השירותים החיוניים יותר – כטיפול רפואי ותרופתי – נראה כי מרבית הפרטים נמצאים במצב בריאותי שאינו תקין, דבר המדגיש את החשיבות בהבנת הגורמים לוותרים אלו. רביעית, מרבית המוותרים על שירותים רפואיים הן נשים, דבר המבליט את ההיבט המגדרי הטמון בוותרים אלו. מגמות בולטות דומות קשורות באזור המגורים, כאשר מרבית המוותרים מתגוררים בפריפריה.

חמישית, נראה כי הממצאים התיאוריים הבליטו תמונת מצב הדורשת בחינה נוספת, זאת ביחס לרמת ההשכלה של הפרטים. כפי שניתן לראות, מרבית המוותרים על טיפולי שיניים

ועל טיפולים פסיכולוגיים הם דווקא פרטים בעלי רמת השכלה על תיכונית, כאשר הם אף מהווים את הקבוצה הגדולה ביותר ביחס לויתור על טיפול רפואי ותרופתי.

לבסוף, הנתונים התיאוריים מבליטים ממצא מעניין בקשר לגודל משק הבית. מחד, ניתן לראות כי ככל שמשק הבית גדל, כך אחוז משקי הבית המוכנים לויתור על טיפולים רפואיים קטן. מאידך, נראה כי המעבר ממשק בית יחידני למשק בית זוגי מביא רמת וויתור גבוהה יותר על שירותים רפואיים, זאת ביחס לכל-אחד מהשירותים, ונדון בהשערות והסיבות לכך בהמשך.

## VI - מדדי קשר

כחלק מהתהליך המקדמי, ביצענו מבחני קשר לכלל המשתנים. המשתנים חולקו לזוגות וביצענו מבחני קרמר בכדי לזהות קשרים בין המשתנים. מטריצות הקשרים, ביחס לכל אחד מהשירותים הרפואיים, מצורפים ומסומנים כנספח 1. במבחני הקשר נמצאו רמות נמוכות עד בינוניות של קשרים ( $R_c = 0.1 \sim 0.4$ ) מובהקים ( $p = 0.000$ ) בין כלל המשתנים, דבר המעיד על מוליטיקוליניאריות גבוהה בין המשתנים. בשל מוליטיקוליניאריות זו, ביצענו את מבחני הרגרסיה שיתוארו להלן באופן רב שלבי, כאשר ראשית בחנו את השפעת העוני, ובהמשך התהליך הוספנו משתנה אחד בכל פעם בכדי לצמצם את ההטיה ולזהות את השפעת כל משתנה בפני עצמו.

מספר קשרים בולטים שנמצאו: הקשר בין גיל לבין מצב בריאותי ( $R_c = 0.355^{***}$ ), כמו גם הקשר בין רמת ההשכלה למצב הבריאותי ( $R_c = 0.476^{***}$ ), במקביל לקשר בין גיל לרמת השכלה ( $R_c = 0.182^{***}$ ). יחד עם זאת, משולש קשרים זה הינו אינטואיטיבי, המוסבר בכך שאנשים מבוגרים נוטים להיות מחד משכילים יותר – ומאידך במצב בריאותי ירוד יותר. קשר מעניין נמצא בין רמת ההשכלה לויתור על שירותים רפואיים ( $R_c = 0.31^{***}$ ), ביחס לויתור על טיפולי שיניים), כאשר הדבר מתקשר גם כן לממצאים התיאוריים, המראים כי פרטים בעלי השכלה גבוהה יותר מהווים את החלק הארי מקבוצת המוותרים. בנוסף יש לציין כי נמצא קשר בין עוני, על הגדרותיו השונות, לבין הויתור על שירותים רפואיים ( $R_c = 0.434^{***}$  בתפיסה סובייקטיבית,  $R_c = 0.339^{***}$  בתפיסה אבסולוטית), כאשר ממצא זה מדגיש את השפעת העוני על וויתור הפרט על שירותים רפואיים הנחוצים לו.

קשרים אלו אמנם לא מראים על כיוון או השפעה, אשר תיבחן להלן בניתוח הרגרסיות, אך הם משקפים על תמונת מצב מדאיגה ביחס לויתורי הפרטים על שירותים רפואיים נחוצים.

יש לציין כי לא נמצאו קשרים מובהקים בין מגדר לאזור המגורים, כמו גם בין וויתור על טיפול פסיכולוגי לבין גודל משק הבית, מגדר, אזור מגורים, גיל, רמת השכלה ומצב בריאותי.

## VII - גרסיות בינאריות-לוגיסטיות

בתהליך המחקר ביצענו רגרסיה בינארית-לוגיסטית, בה ויתור הפרט על צריכת השירות הרפואי שימשה כמשתנה התלוי למול תפיסת העוני אשר שימשה כמשתנה הבלתי התלוי. המשתנים הנוספים הוכנסו בזה לאחר זה בהמשך התהליך, בכדי לצמצם את השפעת המולטיקולוניאריות, כאשר כל רגרסיה הופעלה פעמיים – ביחס לתפיסת עוני אבסולוטי וביחס לתפיסת עוני סובייקטיבי. מכיוון שהתייחסנו במחקרנו לארבעה שירותים רפואיים שונים, ביצענו ארבעה זוגות של רגרסיות. להלן נציג את ממצאי הרגרסיות העיקריים, תוך התייחסות למסקנות הבולטות העולות מהן, ותוך אבחנה בין השירותים הרפואיים השונים.

לשם מתן תמונה ראשונית, מובאות להלן הרגרסיות הראשונות – ביחס לנכונות הפרט לוותר על טיפולי שיניים, תוך בחינת רמת הכנסתו על פי קו העוני האבסולוטי – או על פי תפיסת העוני הסובייקטיבי. עם זאת, יש לציין כי הממצאים המוצגים להלן מתייחסים לנתונים העולים מתוך שמונת המודלים, כממצאים אחודים, המתייחסים לשתי ההגדרות ולכלל ארבעת השירותים הרפואיים, על מנת לתת תמונה רחבה ביחס לשירותי הבריאות (פלטי כלל המודלים הרגרסיות מצורפים ומסומנים כנספח 2):

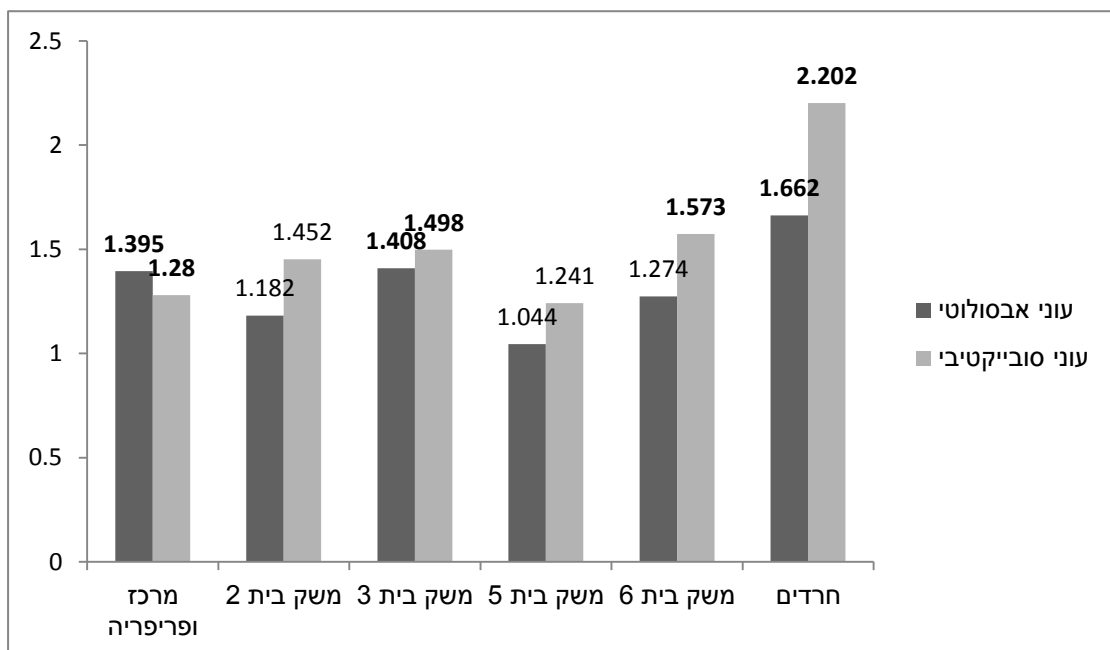
לוח 1: נכונות הפרט לוותר על טיפולי שיניים

Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	
.315	.000	1	102.752	.114	-1.156	עוני אבסולוטי
.409	.000	1	63.998	.112	-.893	מצב בריאותי
.784	.003	1	8.763	.082	-.244	מגדר
1.079	.431	1	.620	.096	.076	מבוגרים
1.395	.000	1	16.250	.083	.333	מרכז ופריפריה
	.000	2	67.973			רמת השכלה
.445	.000	1	27.968	.153	-.809	קדם תיכונית
.479	.000	1	51.082	.103	-.737	תיכונית על תיכונית
	.035	6	13.537			גודל משק הבית
1.182	.433	1	.616	.213	.167	1
1.408	.087	1	2.922	.200	.342	2
.950	.800	1	.064	.203	-.051	3
1.044	.831	1	.046	.200	.043	4
						5

1.274	.244	1	1.360	.208	.242	6
.912	.692	1	.157	.232	-.092	+7
1.662	.001	1	10.774	.155	.508	חרדים
.165	.000	1	422.280	.088	-1.803	ערבים
3.300	.000	1	12.280	.341	1.194	Constant

לוח 2: נכונות הפרט לוותר על טיפולי שיניים

Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	
.203	.000	1	404.276	.079	-1.595	עוני סובייקטיבי
.446	.000	1	56.832	.107	-.808	מצב בריאותי
.888	.131	1	2.285	.079	-.119	מגדר
.950	.578	1	.309	.093	.052	מבוגרים
1.280	.002	1	9.651	.079	.247	מרכז ופריפריה
	.000	2	65.484			רמת השכלה
.408	.000	1	38.544	.144	-.897	קדם תיכונית
.552	.000	1	38.496	.096	-.594	תיכונית
						על תיכונית
	.031	6	13.881			גודל משק הבית
1.452	.067	1	.3.348	.204	.373	1
1.498	.033	1	4.534	.190	.404	2
1.126	.534	1	.386	.191	.119	3
1.241	.254	1	1.303	.189	.216	4
1.573	.020	1	5.382	.195	.453	5
1.042	.850	1	.036	.215	.041	6
						+7
2.202	.000	1	31.434	.141	.789	חרדים
.221	.000	1	256.064	.094	-1.511	ערבים
2.273	.007	1	7.298	.304	.821	Constant



תרשים 3 : תוצאות עבור קבוצות בהן יחס ההסתברויות הינו גדול מ-1 (הממצאים המובהקים מודגשים).

ניתן לראות כי ההסתברות גבוהה יותר כאשר מדובר בעוני סובייקטיבי למול עוני אבסולוטי, כאשר פער זה בולט במיוחד בהתייחס לקבוצת החרדים. מכיוון שקבוצה זו על פי רוב אינה תופסת את עצמה כחיה בעוני, אלא מגיעה מתוך תפיסת עולם אמונית ומקיימת את עצמה באמצעות מנגנונים פנימיים – כלימודים בכוללים וגמ"חים (גל, 2014), ניתן לשער כי במצבים בהם פרטים חרדים אכן תופסים את עצמם כעניים – הרי שהשפעה על הנכונות לוותר על טיפולי שיניים תהה בולטת עוד יותר. בהתייחס להבדלים בין מרכז לפריפריה, אשר יחס ההסתברות נוטה דווקא לטובת העוני האבסולוטי, אנו משערים כי תיתכן השפעה הנובעת מהבדלים בהיצע השירותים הרפואיים בין מרכז לפריפריה, אך אין באפשרותנו לבחון זאת במחקר זה.

ממצא מעניין נוסף עולה בהסתכלות על משקי הבית, כאשר אנו רואים כי הצטרפותו של תינוק לזוג צעיר – כך שנעשה מעבר ממשק בית של 2 נפשות ל-3 נפשות – מביאה נכונות גדולה יותר לוותר על טיפולי שיניים באופן מובהק. ממצא זה מבליט שאוכלוסיות עניות נוטות לוותר במהירות על טיפולי שיניים הכרחיים כאשר משק הבית גדל, דבר המעלה את הצורך בסיוע נרחב יותר לזוגות צעירים לאחר הלידה – בעיקר כאשר מדובר בילד ראשון. ממצאים אלו חריפים עוד יותר, מכיוון שטיפול – או אי טיפול – של האם בשנייה במהלך ההיריון עשוי להביא להשלכות מהותיות על עתיד בריאות הפה שלה (וולפין, 2005).

מכיוון שביצענו, כאמור, שמונה מודלים שונים, ראשית ביצענו השוואה ראשונית בין המודלים, זאת באמצעות זיהוי אחוז התרומה של כל אחד מהמודלים לשונות המוסברת. הטבלה הבאה מציגה את אחוז השונות המוסברת של כל אחד מהמודלים לפני הזנת המשתנים ולאחריהם. בתהליך זה, הוזנו תחילה לתוך משוואת הרגרסיה רק זוג המשתנים העיקריים, תוך זיהוי השונות המוסברת, ובשלב השני הוזנו יתר המשתנים, כך שניתן לראות את הגדילה באחוז השונות המוסברת. כך למשל, ביחס לוותר על טיפולי שיניים, הוזנו תחילה המשתנים – ויותר על טיפולי שיניים ועוני אבסולוטי, אשר סיפקו 65.1% שונות מוסברת. בהמשך, כאשר הוזנו יתר המשתנים (מגדר, אזור מגורים, רמת השכלה וכו') – המודל סיפק 71.7% שונות מוסברת, כלומר גדילה של 6.6%. ממצאים אלו מבליטים את חוזקת הנתונים שעלו ביחס לנכונות הפרט לוותר על טיפולי שיניים ועל טיפולים פסיכולוגיים, בשונה מטיפול תרופתי ורפואי.

לוח 3: אחוז תרומת מודל הרגרסיה לשונות המוסברות

לוח 3: אחוז תרומת מודל הרגרסיה לשונות המוסברות												
טיפול פסיכולוגי			טיפול רפואי			טיפול תרופתי			טיפול שיניים			תפיסת העוני במודל
סך תרומה	אחרי	לפני	סך תרומה	אחרי	לפני	סך תרומה	אחרי	לפני	סך תרומה	אחרי	לפני	

1.4	62.6	61.2	0.2	89.4	89.2	0	91.1	91.1	6.6	71.7	65.1	עוני אבסולוטי
3	65.7	62.7	0.3	90	89.7	-0.1	91.2	91.3	8.2	74.2	66	עוני סובייקטיבי

יחד עם זאת, תמונת מצב זו רק מספקת הסתכלות ראשונית על הממצאים, כאשר ממצאי

הרגרסיות העלו תובנות משמעותיות ביחס לנכונות הפרט לווטר על שירותים רפואיים :

**עוני** – נמצא כי באופן קונסיסטנטי קיימת השפעה לרמת ההכנסה של הפרט, כפי שהיא מתבטאת באמצעות קו העוני מחד ובאמצעות תפיסת האדם הסובייקטיבית מאידך, על נכונותו לווטר על שירותים רפואיים, למרות שהוא זקוק להם. ממצא זה מראה כי פרט עני יטה לווטר על שירותים רפואיים בכ-80%-70% מהמקרים למול פרט שאינו עני. נטייה זו בולטת עוד יותר כאשר אנו משווים בין תפיסות העוני השונות, כאשר נראה כי פרטים התופסים את עצמם כעניים באופן סובייקטיבי, ייטו לווטר יותר על שירותים רפואיים למול פרטים הנחשבים כעניים על פי קו העוני. יש לציין כי להשוואה משמעותית זו השלכות ישירות על מדיניות ציבורית, זאת כיוון שאין די ברמת הכנסה הגבוהה מקו העוני בכדי שהפרט לא יווטר על שירותים רפואיים, אלא אף קיים צורך בתפיסתו את עצמו כאדם המסוגל לעמוד בהוצאות הרפואיות. בנוסף, נתון חריג ביחס לממצאים אלו עלה במודל הרגרסיה ביחס לוותר על טיפול פסיכולוגי, בו השפעת העוני האבסולוטי לא העלתה ממצאים מובהקים, אשר ייתכן והדבר נובע מתפיסת הטיפול הפסיכולוגי כמוצר מותרות, כפי שנדון בתפיסות אלו בהמשך.

**מצב בריאותי** – נמצא כי קיימת השפעה בין מצבו הבריאותי של הפרט לנכונותו לווטר על טיפולי שיניים, טיפול תרופתי וטיפול רפואי. פרט שבאופן כללי נמצא במצב בריאותי לא טוב יטה לווטר על שירותים אלו בכ-80%-60 יותר למול פרט הנמצא במצב בריאותי טוב. קיום הקשר שהוצג לעיל, בין הגדרות העוני השונות לבין מצבו הבריאותי של הפרט, כך שהפרט במצב של תחלואה כפולה – עוני ומצב בריאותי – עשוי להבהיר את התפתחות מצב זה, כמו גם תפיסותיו ביחס לשירותים הרפואיים.

**מגדר** – נמצא כי קיימת השפעה בין נכונות הפרט לווטר על טיפול רפואי או על טיפולי שיניים, לבין מגדרו, כאשר נשים נוטות לווטר על שירותים אלו בכ-30% מהמקרים יותר למול גברים. לא נמצאו ממצאים מובהקים ביחס לוותר על טיפול תרופתי או טיפול פסיכולוגי.

**קבוצת גיל** – נמצא כי מבוגרים (מעל גיל 50) נוטים לווטר יותר על טיפול רפואי ועל טיפול פסיכולוגי למול צעירים, כאשר במקביל לא עלו ממצאים מובהקים ביחס לוותר על טיפולי



שיניים וטיפול תרופתי. אנו סבורים כי ההשפעה המשמעותית של מצב השיניים על איכות חייהם של האוכלוסייה המבוגרת, כמו גם השימוש הגבוה בתרופות שונות, הביאו לממצאים אלו.

#### **מחוז מגורים – נמצא באופן מובהק כי תושבים הגרים בפריפריה יטו ליותר על טיפולי**

שיניים ועל טיפול רפואי למול תושבים המתגוררים במרכז, כאשר במקביל לא עלו ממצאים מובהקים ביחס לויתור על שירות פסיכולוגי והממצאים ביחס לויתור על תרופות היו מובהקים ברמה נמוכה ( $p=0.029$ ) ביחס לתפיסת עוני אבסולוטי ולא מובהקים בתפיסת העוני הסובייקטיבית. יחד עם זאת, יש מקום לבחינה נוספת של נכונות הפרט ליותר על שירותי בריאות בפריפריה, זאת תוך התחשבות בעצם קיום שירותים שכאלו באזור מגוריו – באם ישנם.

#### **רמת השכלה – נמצא כי קיימת השפעה לרמת ההשכלה של הפרט על נכונותו ליותר על**

שירותים רפואיים, כך שפרטים משכילים יותר יטו ליותר יותר על טיפולי שיניים, טיפול רפואי וטיפול תרופתי. ממצא מפתיע זה נבחן על ידינו מספר פעמים, כאשר אף ביצענו רגרסיות נוספות תוך חלוקה יותר מקיפה של שנות הלימוד של הפרט, אך הגענו לתוצאות זהות. אנו סבורים כי ממצא מעניין זה עשוי להיות מושפע מתפיסות סובייקטיביות ביחס לבריאות, כפי שנדון בכך בפרק הדיון. נקודה זו מצריכה העמקה נוספת שהיא מעבר לרוחב היריעה במחקר הנוכחי.

#### **גודל משק הבית – לא נמצאה השפעה מובהקת לגודל משק הבית על נכונות הפרט**

לויתור על השירותים הרפואיים השונים.

#### **קבוצות מיעוט – ממצאים מובהקים ביחס לנכונותם של ערבים וחרדים ליותר יותר על**

שירות רפואי, נמצאו ביחס לטיפולי שיניים, כאשר חרדי יותר יותר על טיפולי שיניים למול לא חרדי וערבי יותר למול יהודי. נמצא גם כן כי המגזר הערבי נוטה ליותר יותר באופן מובהק על טיפול רפואי ועל טיפול תרופתי למול המגזר היהודי, ואילו המגזר החרדי נוטה ליותר יותר באופן מובהק על טיפול פסיכולוגי, למול המגזר הלא-חרדי.

#### **מכלול ממצאים אלו מבליטים את החשיבות בהסתכלות על תפיסות הפרט את מצב**

בריאותו, כמו גם את תפיסתו ביחס לשירותים הרפואיים ולנחיצותם. תפיסות סובייקטיביות אלו של משתמש הקצה בשירותים הרפואיים עשויה להביא מחד לשימוש בהם – ומאידך לויתור עליהם כמוצא ראשוני בעת קושי כלכלי, גם אם קושי זה הינו סובייקטיבי. להלן נציע הסברים להבנת ממצאים אלו, תוך כדי הצעת דרכי פעולה לשיפור המדיניות בתחום.

### **VIII - דיון ומסקנות**

תפיסותיו הסובייקטיביות של הפרט שימשו כגורם משמעותי במחקר זה, כאשר בחנו

לאורך הדרך את הגדרת העוני הסובייקטיבית – כלומר את תפיסתו הסובייקטיבית של הפרט את

עצמו כאדם שאינו מסוגל לעמוד במימון צרכיו הכלכליים. במחקרים שנעשו בתחום הבריאות, בולטת הסתכלות סובייקטיבית נוספת – תפיסת הבריאות העצמית של הפרט – כגורם משמעותי המשפיע על צריכת שירותי הבריאות. הסתכלות זו מתבטאת בעיקרה בתפיסת הפרט את מעשיו ככאלו המסכנים את בריאותו – או שלא, כפי שמתבטא למשל ביחס לעישון, כאשר הפרטים אינם תופסים את ההתנהגות כמסכנת בריאות ברמה גבוהה (לסקירה מקיפה ראו חלאילה, 2013).

אנו מציעים כי תפיסת הבריאות העצמית משמשת אף כגורם השפעה מרכזי ביחס לנכונות הפרט לוותר על שירותי בריאות, למרות שהוא זקוק להם. דוגמא בולטת לכך עולה מתוך הממצאים ביחס למגזר החרדי, אשר נוטה לוותר יותר על צריכת טיפול פסיכולוגי – טיפול שאינו נחשב כנחוץ במגזר זה. מתוך כך, כאשר אנו מסתכלים על השפעת מצבו הבריאותי של הפרט על נכונותו לוותר על שירותים רפואיים, עלינו להסתכל גם על תפיסתו על השירות הרפואי – ובעיקר ביחס לטיפולי שיניים וטיפולים פסיכולוגיים.

טיפולי שיניים תדירים אמנם חיוניים ומהווים חלק מבריאות תקינה, אך אנו סבורים כי אחוזים גבוהים באוכלוסייה רואים את טיפולים אלו כטיפולי מותרות ולכן יטו לוותר עליהם יותר – כפי שניתן לראות בכך ש- 42.5% מהזקוקים לטיפולי שיניים ויתרו עליהם מסיבות כלכליות. כך אף ביחס לטיפולים פסיכולוגיים, אשר 38.4% מהזקוקים לטיפול ויתרו עליו מסיבות כלכליות. משכך, אנו מציעים הפעלת מערכי הסברה על נחיצות שירותים אלו, דבר העשוי להשפיע באופן חיובי על תפיסות הפרט את נחיצות שירותים אלו. אנו סבורים כי כאשר פרטים חשים קושי כלכלי, כפי שהם מבטאים אותו בהגדרת העוני הסובייקטיבית, הם נוטים קודם כל לוותר על צריכת מוצרי מותרות ומתכנסים בצריכת מוצרים בסיסיים. מערך הסברה אשר יחדד את נחיצות בריאות השיניים לשם בריאות כללית, יוכל לסייע בצמצום תופעת הוויתור על שירותים אלו.

השפעה משמעותית נוספת עולה ביחס לפרטים הנמצאים במצב בריאותי שאינו תקין, אשר עדיין מוותרים על שירותי בריאות נחוצים. אנו סבורים כי יש לפעול באופן ממוקד בכדי לצמצם את השפעות העוני בקרב אוכלוסייה במצב בריאות שאינו תקין – כמו גם בקרב האוכלוסייה המבוגרת. תחלואות כפולות אלו עשויות להביא לפגיעה משמעותית באיכות חייהם של פרטים, **בייחוד כאשר הם זקוקים לשירותים בשל מצבם הבריאותי**. מצב זה, בו אנשים במצב בריאותי שאינו תקין או אנשים מבוגרים מוותרים על טיפול רפואי או טיפול תרופתי בשל קושי כלכלי הינו מחריד, ומצריך התערבות ופעולות מדיניות בנושא.

יחד עם זאת, נדרשת גם פעולות משמעותיות ביחס לחלקים נוספים באוכלוסייה. כפי שעלה מהממצאים, נראה כי נשים נוטות לוותר באופן משמעותי יותר על שירותים רפואיים למול גברים, תושבי הפריפריה יותר מתושבי המרכז, חרדים יותר מחילונים וערבים יותר מיהודים. אנו סבורים כי ארבעת קבוצות אלו קשורות זו בזו ביחס לפערים הקיימים לגביהם בחברה הישראלית: פערי שכר, מיעוט שירותים רפואיים בפריפריה, תפיסות מגדריות מפלות ועוד. מתוך הסתכלות זו, אנו סבורים כי אוכלוסיות אלו מודרות ממרכזי ההשפעה בחברה הישראלית, דבר המשפיע על נכונותם לוותר על שירותי בריאות. נכונותם של אזרחים לוותר על שירותי בריאות **בשל מניעים כלכליים**, עשויה לפגוע בצורה משמעותית בצמיחה ובפריון של המשק, דבר המצריך התערבות של מקבלי ההחלטות.

### **ביבליוגרפיה:**

אברבוך, א. ואבני, ש. (2014). *אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו*. מדינת ישראל: משרד הבריאות.

אנדבלד, מ., ברקלי, נ., גוטליב, ד. והלר, א. (2015). *דו"ח ממדי העוני והפערים החברתיים*. מדינת ישראל: המוסד לביטוח לאומי.

גל, ר. (2015). *החרדים בחברה הישראלית: תמונת מצב, 2014*. מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית. נדלה ב-25.2.17 מתוך

<http://www.kinneret.ac.il/Items/10678/%D7%94%D7%97%D7%A8%D7%93%D7%99%D7%9D%20%D7%91%D7%97%D7%91%D7%A8%D7%94%20%D7%94%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C%D7%99%D7%A>  
[A.pdf](#)

הוועדה למלחמה בעוני בישראל (2014). *דו"ח המליאה*. נדלה ב-14.5.16 מתוך <http://brookdaleheb.jdc.org.il/Uploads/dbsAttachedFiles/30.7.2014-final-copy-Hebrew.pdf>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013). *הסקר החברתי: רווחת האוכלוסייה בישראל*. מדינת ישראל: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נדלה ב-14.5.16 מתוך

[http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw\\_usr\\_view\\_SHTML&ID=976](http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=976)

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015). *הודעה לתקשורת: בשנת 2014: ההוצאה הלאומית לבריאות - 7.6% מהתמ"ג*. מדינת ישראל: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נדלה ב-14.5.16 מתוך

[http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa\\_template.html?hodaa=201508](http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201508)

[217](#)

חורב, ט. וקידר, נ. (2012). *סוגיות במדיניות והסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים*. מדינת ישראל: משרד הבריאות. נדלה ב-14.5.16 מתוך

[http://www.health.gov.il/publicationsfiles/281112\\_11122012.pdf](http://www.health.gov.il/publicationsfiles/281112_11122012.pdf)

חלאילה, ר. (2013). תפיסת בריאות עצמית בקרב בני 50 ומעלה. בתוך *תמורות במחצית השנייה של החיים*. עמ' 197-217. נדלה ב-25.1.17 מתוך

<http://igdc.huji.ac.il/SiteData/IGDC%20Publications/Changes/8.pdf>

מנור, א. (2013). *אי שוויון – זה עולה לנו בבריאות*. המכון הישראלי לדמוקרטיה.  
נבון, ג. וצ'רניחובסקי, ד. (2012). *ההוצאה הפרטית לשירותי רפואה, התפלגות ההכנסות ועוני בישראל*. בנק ישראל: חטיבת המחקר.  
קרומר-נבו, מ., סלונים-נבו, ו., הירשזון-נגב, ע. ובן-ישי, ש. (2005). תפיסותיהם של הפונים היותיקים' ללשכת הרווחה את העובדים הסוציאליים. *חברה ורווחה, כ"ה*, 533-550.

Abernathy, T.J., Webster, G. & Vermeulen, M. (2002). Relationship Between Poverty and Health Among Adolescents. *Adolescence*, 37 (145). 55-67.

Blackburn, C. (1991). *Poverty and health: working with families*. Open University Press.

Davey Smith G. (1998). Poverty across the life course and health. *Radical Statistics*, 68. 15-29.

European Social Survey, Round 7 (2014). נדלה ב-14.5.16 מתוך <http://www.europeansocialsurvey.org/download.html?file=ESS7e01&y=2014>

Graham H. (2000), 'The challenge of health inequalities', in Graham H. (ed.), *Understanding health inequalities*, Open University Press, Buckingham, pp.3-24.

Judge, K. & Paterson, I. (2001) *Poverty, Income Inequality and Health*. New Zealand: The Treasury.

OECD (2016). OECD Health Policy Overview: Health Policy in Israel. נדלה ב-14.5.2016 מתוך

<http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Israel-April-2016.pdf>

#### מקור לא אקדמי

וולפין, ג. (2005). *הריון ושיניים*. נדלה ב-25.2.17 מתוך

<http://www.mamy.co.il/%D7%A8%D7%99%D7%95%D7%9F/%D7%A4%D7%95%D7%90%D7%94-%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA-%D7%91%D7%94%D7%A8%D7%99%D7%95%D7%9F/%D7%94%D7%A8%D7%99%D7%95%D7%9F-%D7%A9%D7%99%D7%A0%D7%99%D7%99%D7%9D>

