



# בדיאות



# 6

פרק

עובדי הלמ"ס שהשתתפו בכתיבת פרק זה:  
אירה חייין, אירינה קורנילנקו, דפנה הרטל, מוריה ג'ורג'י, נעמה רותם

## א. מבוא

בריאות היא אחד הרכיבים החשובים באיכות חייו של אדם. ארגון הבריאות העולמי הגדיר אותה "מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית מושלמת – ולא רק היעדר מחלה". ההגדרה המקובלת כיום רחבה יותר, וכוללת גם את היכולת לנהל "חיים פוריים מבחינה חברתית וכלכלית". בריאותה של האוכלוסייה מושפעת ממכלול רכיבים הקשורים להיבטים ביולוגיים-פיזיים של האוכלוסייה, לתנאים סביבתיים וחברתיים, למאפייני התנהגות, למערכת שירותי הבריאות ולרמת הרפואה. מדיניות בריאות ורווחה אמורה לשקף את מעורבותה של המדינה בשיפור בריאות האוכלוסייה ולתת מענה ותנאים שוויוניים בתחום הבריאות לכלל האוכלוסייה.

בפרק זה מוצגים מדדים בהיבטים שונים של בריאות – מצב בריאות, התנהגויות בריאות וכוח אדם במקצועות הבריאות, והם מחולקים לשמונה תחומים. בהתאם לנושא הדוח, הפרק מתמקד במידת האפשר בהצגת נתוני בריאות לפי רמת השכלה. חלק מהמדדים נבחנו לפי שלוש רמות השכלה, וחלקם לפי ארבע רמות, בהתאם למקור הנתונים ולהגדרה של הממד. עקב הקשר החזק בין מדדי בריאות לבין קבוצת אוכלוסייה ובשל ההבדלים בהרכב האוכלוסייה לפי השכלה, המדדים נבחנו גם בנפרד ליהודים ולערבים. יצוין כי אין אחידות בשנים הנסקרות בפרק, והנתונים מוצגים בהתאם לזמינותם בלמ"ס.

המדדים בפרק הם:

1. **תוחלת חיים ותמותת תינוקות** – מדדים המסכמים את מצב בריאות האוכלוסייה.
  2. **תמותה וסיבות מוות** – נתוני תמותה וסיבות מוות עיקריות או נבחרות.
  3. **לידות והפסקות היריון בקרב נערות** – נתונים על לידות והפסקות היריון בקרב נערות עד גיל 19 בהשוואה לנתונים בקרב נשים בנות 20 ומעלה. נושא ההריונות של נערות נחשב לבעיה לאומית בחלק מהמדינות המפותחות בשל ההשפעות החברתיות, הכלכליות והבריאותיות שיש להריונות אלו על החברה בכלל ועל הנערות וילדיהן בפרט.
  4. **הערכה עצמית של מצב הבריאות** – מדד מקובל בסקרי אוכלוסייה לבחינת מצב בריאותו של הפרט, לפי דיווח עצמי.
  5. **אנשים עם מוגבלות** – קושי בתפקוד היום-יומי, לפי דיווח עצמי.
  6. **גורמי סיכון לבריאות והתנהגויות בריאות** – גורמי סיכון לעלייה בתחלואה כגון עישון, עודף משקל והשמנה; התנהגויות בריאות כגון פעילות גופנית.
  7. **כוח אדם במקצועות הבריאות** – רופאים ואחיות בעלי רישיון לעסוק ברפואה ובעלי הכשרה בסיסית; מועסקים בשירותי בריאות.
  8. **ביטוחי בריאות** – ביטוחים משלימים וביטוחים פרטיים.
- לפרק מצורפת תיבה בנושא **תמותה בישראל לפי רמת השכלה**. תודה לאגף המידע במשרד הבריאות על הכנת התיבה.

## ב. מונחים, הגדרות והסברים

**תוחלת חיים:** מספר השנים הממוצע אשר אדם צפוי לחיות מגיל מסוים בהנחה ששיעורי התמותה לפי גיל הקיימים בתקופת ההתייחסות יישארו קבועים לאורך חייו. חישוב תוחלת חיים מבוסס על לוח תמותה מקוצר לקבוצות גיל של חמש שנים ונעשה בעזרת תוכנת MORTPAK.<sup>1</sup> תוחלת חיים לפי השכלה מחושבת בדוח זה לפי שלוש רמות השכלה בהתאם ל-ISCED 2011: השכלה על-תיכונית (לא-אקדמית) או אקדמית (אופנויות 1-4), השכלה תיכונית (אופנויות 5-6) והשכלה של עד 11 שנות לימוד (אופנויות 7-9). חישוב תוחלת חיים לפי רמת השכלה נעשה בשיטת Chiang.<sup>2</sup>

**שנות חיים בריאים:** מספר השנים הממוצע שאדם צפוי לחיות ללא בעיה בריאותית המפריעה לו בתפקוד. הנתונים מבוססים על לוח תמותה ועל שיעורי הימצאות ספציפיים לגיל של בעיה בריאותית המפריעה בתפקוד, המחושבים לפי הסקר החברתי של הלמ"ס. חישוב תוחלת החיים הבריאים נעשה בשיטת Chiang.

**שיעור תמותה מתוקן לגיל:** אומדן לשיעור התמותה באוכלוסייה הנבדקת, אם התפלגות הגילים באוכלוסייה זו הייתה זהה להתפלגות הגילים באוכלוסיית תקן. תקנון לגיל מאפשר השוואה בין אוכלוסיות הנבדלות בהרכב הגילים שלהן. בפרק נעשה שימוש בשלוש אוכלוסיות תקן – אוכלוסיית ישראל לפי מפקד 2008, אוכלוסיית תקן העולם של ארגון הבריאות העולמי (WHO) ואוכלוסיית התקן של ה-OECD.

**תמותת תינוקות:** יילוד שנפטר בטרם מלאה לו שנת חיים אחת. שיעור תמותת תינוקות מחושב ל-1,000 לידות חי. תמותת תינוקות לפי השכלה מחושבת לפי השכלת האם בהתאם לשלוש רמות השכלה, ראו פירוט בהגדרה "תוחלת חיים" לעיל.

**לידת חי:** לידה של עובר שאחרי היפרדו מהאם (בין שחבל הטבור נחתך ובין שלא, בין שהשלייה עדיין קשורה ובין שלא) גילה לפחות אחד מסימני החיים האלה: נשימה, דופק לב, דופק חבל הטבור או תנועות ברורות של שרירים רצוניים.

**לידות והפסקות היריון בקרב נערות:** הנתונים מחושבים עבור נערות עד גיל 19 בהשוואה לנתונים עבור בנות 20 ומעלה.

**פניות לוועדות להפסקת היריון:** שיעור הפניות מחושב ל-1,000 נשים בגיל הפריין (15-49).

**הערכה עצמית של מצב הבריאות:** המדד מבוסס על על שאלת הגרעין בסקר החברתי 2018, המתפרסם משנת 2002 ונערך בקרב בני 20 ומעלה. השאלה בישראל ("מה מצב בריאותך בדרך כלל?") כוללת ארבע אופנויות תשובה: "טוב מאוד", "טוב", "לא כל כך טוב", "בכלל לא טוב" (ללא אופנות אמצע). המדד חושב על סמך מענה בארבע אופנויות אלו וכולל את מי שהשיבו "טוב מאוד" או "טוב". ארגון הבריאות העולמי (WHO) וארגון ה-OECD ממליצים לכלול בשאלה חמש אופנויות תשובה: "טוב מאוד", "טוב", "טוב", "לא כל כך טוב", "בכלל לא טוב".

**אנשים עם מוגבלות:** השאלות בסקר החברתי 2018 שמהן נבנה המדד של מוגבלות:

- האם יש לך קושי לראות גם כשאת/ה מרכיב/ה משקפיים?
- האם יש לך קושי לשמוע גם כשאת/ה מרכיב/ה מכשיר שמיעה?
- האם יש לך קושי ללכת או לעלות במדרגות?

1 MORTPAK – The United Nation Software Package for Demographic Measurement for Windows (Version 4.0).

2 Chiang, C. L. (1984). Statistical Inference Regarding Life Table Functions. In C. L. Chiang, *The Life Table and its Applications* (pp. 153–167). Malabar, FL: R. E. Krieger publishing company.

- האם יש לך קושי להתלבש או להתרחץ?
- האם יש לך קושי לזכור או להתרכז?

אופנויות התשובה: "אין קושי", "יש קושי מועט", "יש קושי רב", "לא יכול/ה בכלל".

אנשים עם **מוגבלות תפקודית חמורה** הוגדרו מי שענו "יש קושי רב" או "לא יכול/ה בכלל" על שאלה אחת לפחות מחמש השאלות.

**מעשנים:** מי שהשיבו בחיוב בסקר החברתי 2017 על השאלה "האם את/ה מעשן/ת לפחות סיגריה אחת ביום?".

**עודף משקל והשמנה:** ה-BMI (Body Mass Index) (מדד מסת הגוף) הוא מספר המתקבל מחלוקת משקל האדם (בקילוגרמים) בגובהו (במטרים בריבוע). לפי הגדרות ארגון הבריאות העולמי, אנשים שיש להם BMI בין 25 ל-30 נחשבים לבעלי עודף משקל, ואנשים שיש להם BMI מעל 30 נחשבים לבעלי השמנה (BMI מעל 35 - השמנת יתר). הנתונים מבוססים על דיווח עצמי של משקל וגובה בסקר החברתי 2017.

**מבצעים פעילות גופנית:** מי שביצעו פעילות גופנית מתונה לפחות 150 דקות מצטברות בשבוע, או ביצעו פעילות גופנית מאומצת לפחות 75 דקות מצטברות בשבוע, או ששילבו ביניהן, בהתאם להמלצות ארגון הבריאות העולמי.

**בעלי רישיון לעסוק ברפואה ובעלי הכשרה בסיעוד:** מספר הרופאים והאחיות בסוף כל שנה (מצטבר) שקיבלו רישיון לעסוק במקצוע בישראל. שיעור הרופאים והאחיות הוא מספרם בסוף השנה, מחולק בסך כל האוכלוסייה בסוף השנה. השיעור מחושב ל-1,000 תושבים בכלל האוכלוסייה.

**רופאים מועסקים ואחיות מועסקות:** מי שעובדים לפחות שעה אחת בשבוע בתפקיד רופא או אחות תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת. השיעור מחושב ל-1,000 תושבים בכלל האוכלוסייה.

**ביטוח בריאות משלים:** שירותי בריאות נוספים (אינם כלולים בסל השירותים הבסיסי כפי שמוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי) שמציעות קופות החולים.

**ביטוח בריאות פרטי:** פוליסות ביטוח הנרכשות ישירות מחברות ביטוח מסחריות ומציעות כיסוי לשירותי בריאות שאינם כלולים בסל השירותים הבסיסי או מרחיבות את הכיסוי לשירות הנכלל בסל הבסיסי.

## ג. מקורות הנתונים

- תמותה ותמותת תינוקות – הפרטים האישיים שבמרשם התושבים וכן בטופס "הודעת פטירה".
- סיבות מוות – סיבות המוות הרשומות בהודעות הפטירה ומסומלות בלמ"ס.
- לידות – הפרטים האישיים שבמרשם התושבים וכן בטופס "הודעת לידת חי".
- הפסקות היריון – טופסי "בקשה לאישור הפסקת היריון" על פי חוק העונשין תשל"ז-1977 ותקנות העונשין (הפסקת היריון) תשל"ח-1978. הטפסים מתקבלים מהוועדות להפסקת היריון.
- הערכה עצמית של מצב הבריאות ואנשים עם מוגבלות – הסקר החברתי 2018, הלמ"ס.
- גורמי סיכון לבריאות והתנהגויות בריאות – הסקר החברתי 2017, הלמ"ס.
- בעלי רישיון לעסוק ברפואה ובעלי הכשרה בסייעוד – רישום הרישוי במאגרי המידע במשרד הבריאות (לשנת 2018).
- רופאים מועסקים ואחיות מועסקות – רופאים מועסקים: עיבוד מיוחד של קובץ בעלי רישיונות משולב עם קובצי הכנסות, הנעשה בלמ"ס, לשנת 2018. אחיות מועסקות: סקר כוח אדם 2018, הלמ"ס.
- ביטוח בריאות משלים וביטוח בריאות פרטי – סקר הוצאות משק הבית לשנים 1997-2018, הלמ"ס. הסקר כולל את כל האוכלוסייה למעט בקיבוצים ובמושבים שיתופיים ובדוויים הגרים מחוץ ליישובים. בשנים 2000-2001 לא נכללה בסקר אוכלוסיית מזרח ירושלים.

## ד. ממצאים עיקריים

### 1. תוחלת חיים ותמותת תינוקות

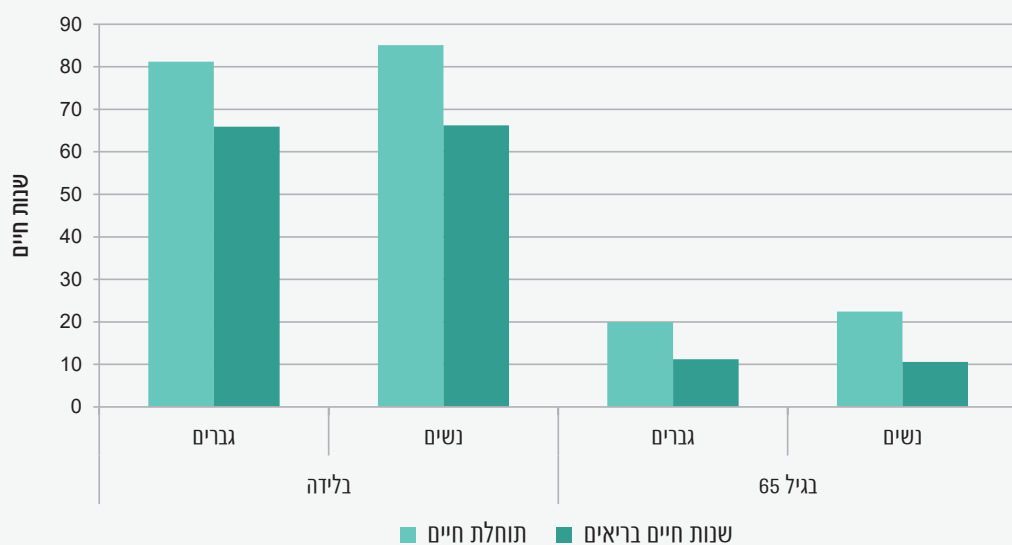
#### תוחלת חיים

בשנת 2018 נפטרו 44,780 תושבים. בשנה זו הייתה תוחלת החיים של גברים 80.9 שנים (0.3 שנים יותר מבשנת 2017), ואילו תוחלת החיים של נשים הייתה 84.8 שנים (0.2 שנים יותר מבשנת 2017). תוחלת החיים נמצאת במגמת עלייה מתמדת, אם כי בשנים האחרונות קצב העלייה הואט (כמו במרבית מדינות ה-OECD). בשלושים השנים האחרונות עלתה תוחלת החיים ב-7.0 שנים בקרב גברים וב-7.3 שנים בקרב נשים. בעשור האחרון, מ-2008 ועד 2018, עלתה תוחלת החיים בקרב גברים ב-1.9 שנים (מ-79.0 ל-80.9) ובקרב נשים - ב-1.8 שנים (מ-83.0 ל-84.8).

בשנת 2018 שנות החיים הבריאים הצפויות מהלידה היו 66.2 שנים לנשים ו-65.9 שנים לגברים, עלייה קלה בשני המינים (בעיקר בנשים) לעומת שנת 2017. אומנם תוחלת החיים הרגילה גבוהה יותר אצל נשים, אך היא כוללת שנים רבות יותר של חיים עם מוגבלות, שהן ההפרש בין תוחלת החיים הרגילה לבין מספר שנות החיים הבריאים. נשים חיות 18.9 שנים עם מוגבלות, ואילו גברים חיים 15.3 שנים עם מוגבלות. בשנת 2018 נשים היו צפויות לחיות 77.8% משנות חייהן ללא בעיה בריאותית המפריעה להן בתפקוד, וגברים - 81.2% משנות חייהם (בשנת 2017 77.0% ו-81.2%, בהתאמה).

תוחלת חיים' ושנות חיים בריאים בלידה ובגיל 65, לפי מין, 2018

תרשים 6א



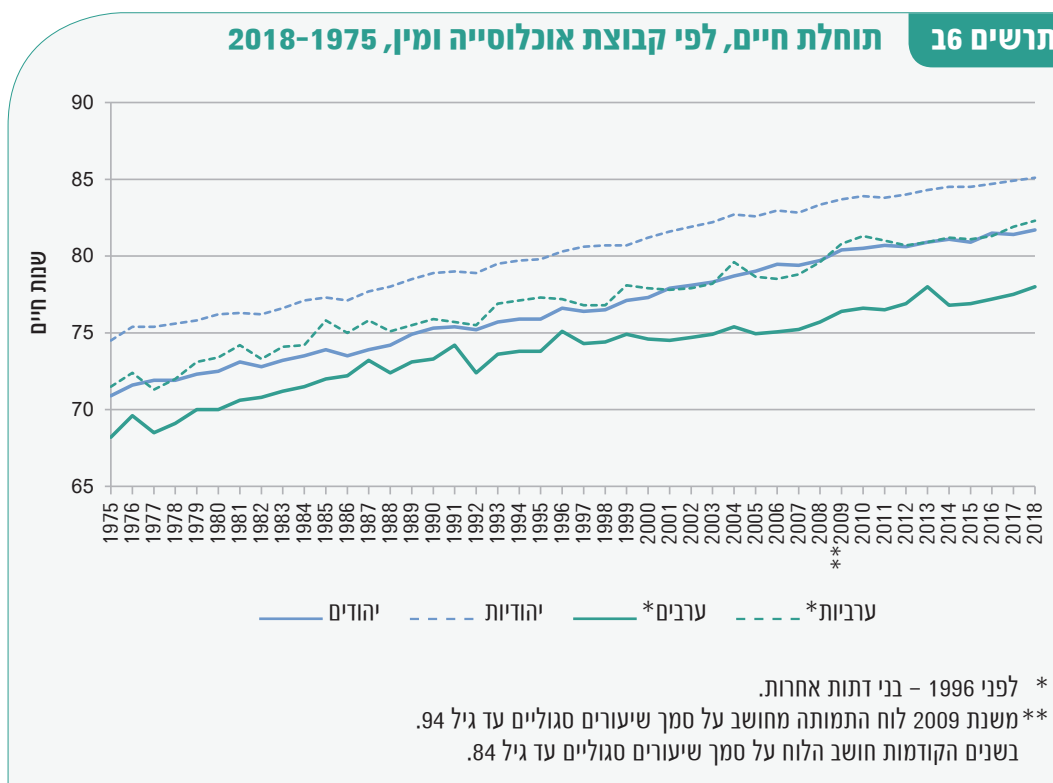
1 תוחלת החיים מחושבת בשיטת Chiang, ולכן נתוני התרשים שונים מעט מהנתונים המוצגים לעיל.

תוחלת החיים של ערבים נמוכה מתוחלת החיים של יהודים, הן אצל גברים והן אצל נשים. בשנת 2018 תוחלת החיים בקרב יהודים הייתה 81.7 שנים אצל גברים ו-85.1 שנים אצל נשים, ואילו בקרב ערבים היא הייתה 78.0 שנים אצל גברים ו-82.3 שנים אצל נשים.

**לוח 6.1 תוחלת חיים, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, 2018**

תוחלת חיים		
נשים	גברים	
שנות חיים		
84.8	80.9	סך הכל
85.2	81.5	יהודים ואחרים
85.1	81.7	מזה: יהודים
82.3	78.0	ערבים

הפער בתוחלת החיים בין גברים יהודים לגברים ערבים הצטמצם מעט בעשור האחרון, מ-4.0 שנים בשנת 2008 ל-3.7 שנים בשנת 2018. הפער בתוחלת החיים בין נשים יהודיות לנשים ערביות הצטמצם אף יותר, מ-3.7 שנים בשנת 2008 ל-2.8 שנים בשנת 2018. ב-2018 הפער בתוחלת החיים בין נשים יהודיות לגברים יהודים עמד על 3.4 שנים, ואילו הפער בין נשים ערביות לגברים ערבים היה גדול יותר - 4.3 שנים.





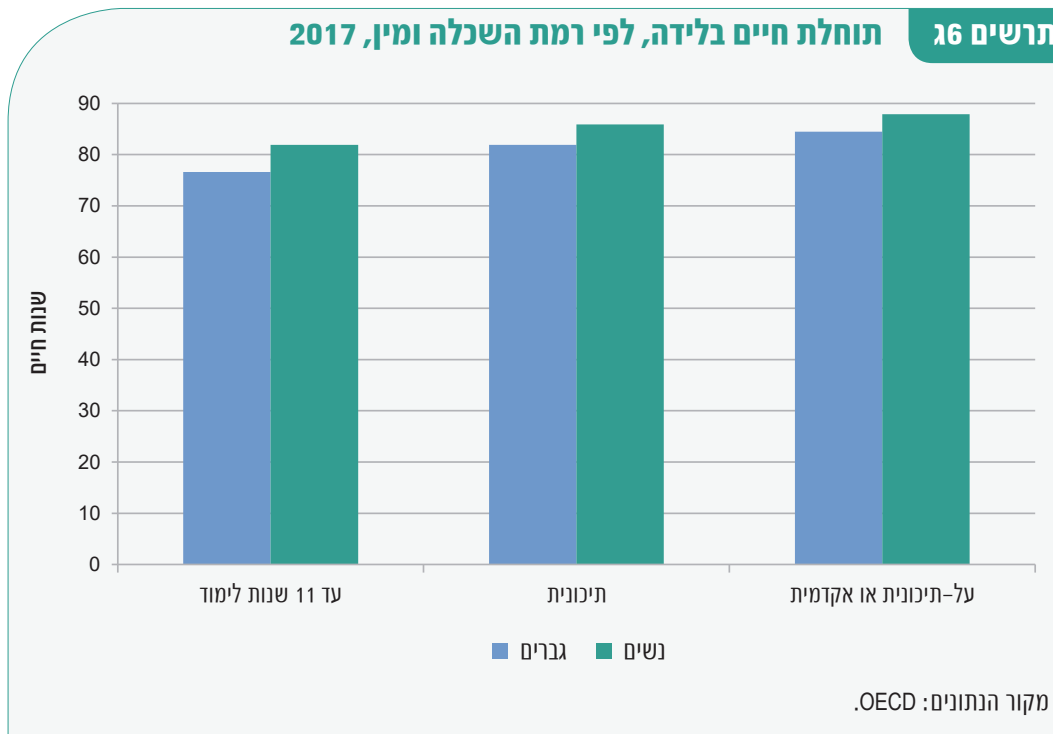
בהשוואה בין-לאומית של תוחלת החיים במדינות ה-OECD (לשנת 2017) דורגה ישראל במקום השמיני (ירידה מהמקום השישי בשנת 2016), עם אוסטרליה וצרפת, ותוחלת החיים בה הייתה 82.6 שנים – יותר מהמוצע במדינות ה-OECD (80.7 שנים). בשנת 2017 הדירוג של הגברים והנשים בישראל היה לראשונה זהה – במקום השביעי במדינות ה-OECD (תוחלת חיים של 80.6 שנים לגברים ושל 84.6 שנים לנשים). זאת לעומת השנים הקודמות, שבהן הדירוג של הגברים היה גבוה יותר מזה של הנשים.

ההפרש בתוחלת החיים בין נשים לגברים בישראל הוא מהנמוכים במדינות ה-OECD, ובשנת 2018 הוא עמד על 3.9 שנים, כמעט ללא שינוי במשך השנים. ההפרש הממוצע במדינות ה-OECD עמד בשנת 2017 על 5.3 שנים, והוא הולך ומצטמצם במשך השנים.

בבחינה של תוחלת החיים בישראל לפי רמת השכלה<sup>3</sup>, נמצא פער בין בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית לבין בעלי השכלה תיכונית ובעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד. בשנת 2017 תוחלת החיים של בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית הייתה 86.2 שנים, 2.3 שנים יותר מתוחלת החיים של בעלי השכלה תיכונית (83.9 שנים) ו-6.9 שנים יותר מתוחלת החיים של בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד (79.3 שנים). פער בתוחלת החיים לפי רמת השכלה קיים הן בקרב נשים והן בקרב גברים, וככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר, כך תוחלת החיים גבוהה יותר. הפער בתוחלת החיים בין בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית לבין בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד היה 6.0 שנים בקרב נשים ו-7.9 שנים בקרב גברים. הפער עלה עם השנים, במיוחד אצל גברים: בשנת 2000 הוא היה 4.9 שנים אצל נשים ו-5.0 שנים אצל גברים.

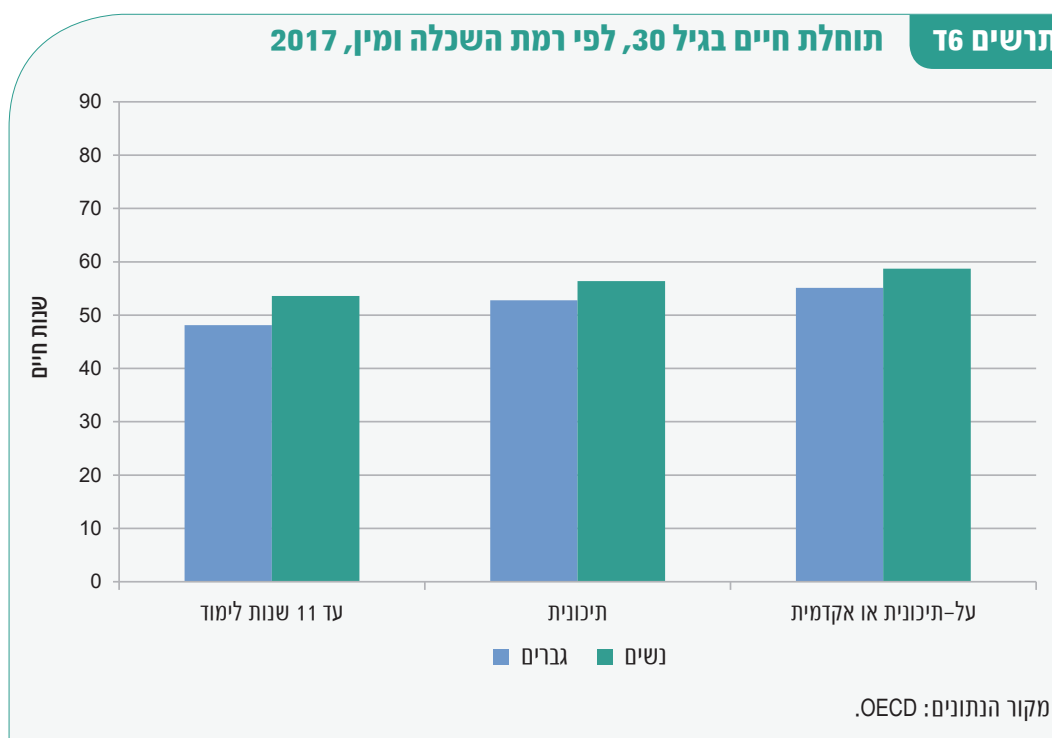


תרשים 6 תוחלת חיים בלידה, לפי רמת השכלה ומין, 2017



3 בנתונים על תוחלת חיים לפי רמת השכלה נעשה שימוש בשלוש רמות השכלה, לפי ISCED 2011. ראו "מונחים, הגדרות והסברים".

תוחלת חיים לפי רמת השכלה מחושבת גם בגיל 30, הגיל שבו מרבית האוכלוסייה סיימה את רכישת ההשכלה. גם בתוחלת החיים בגיל 30 (מספר השנים שאדם בן 30 צפוי לחיות) יש פער בין בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית לבין בעלי השכלה תיכונית ובעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד. בשנת 2017 תוחלת החיים של בני 30 בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית הייתה 56.9 שנים, 2.3 שנים יותר מתוחלת החיים של בני 30 בעלי השכלה תיכונית (54.6 שנים) ו-6.1 שנים יותר מתוחלת החיים של בני 30 בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד (50.8 שנים). הפער בתוחלת החיים בגיל 30 בין בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית לבין בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד היה 5.1 שנים בקרב נשים ו-7.0 שנים בקרב גברים. הפער עלה עם השנים, במיוחד אצל גברים: בשנת 2000 הוא היה 4.6 שנים אצל נשים ו-4.3 שנים אצל גברים.



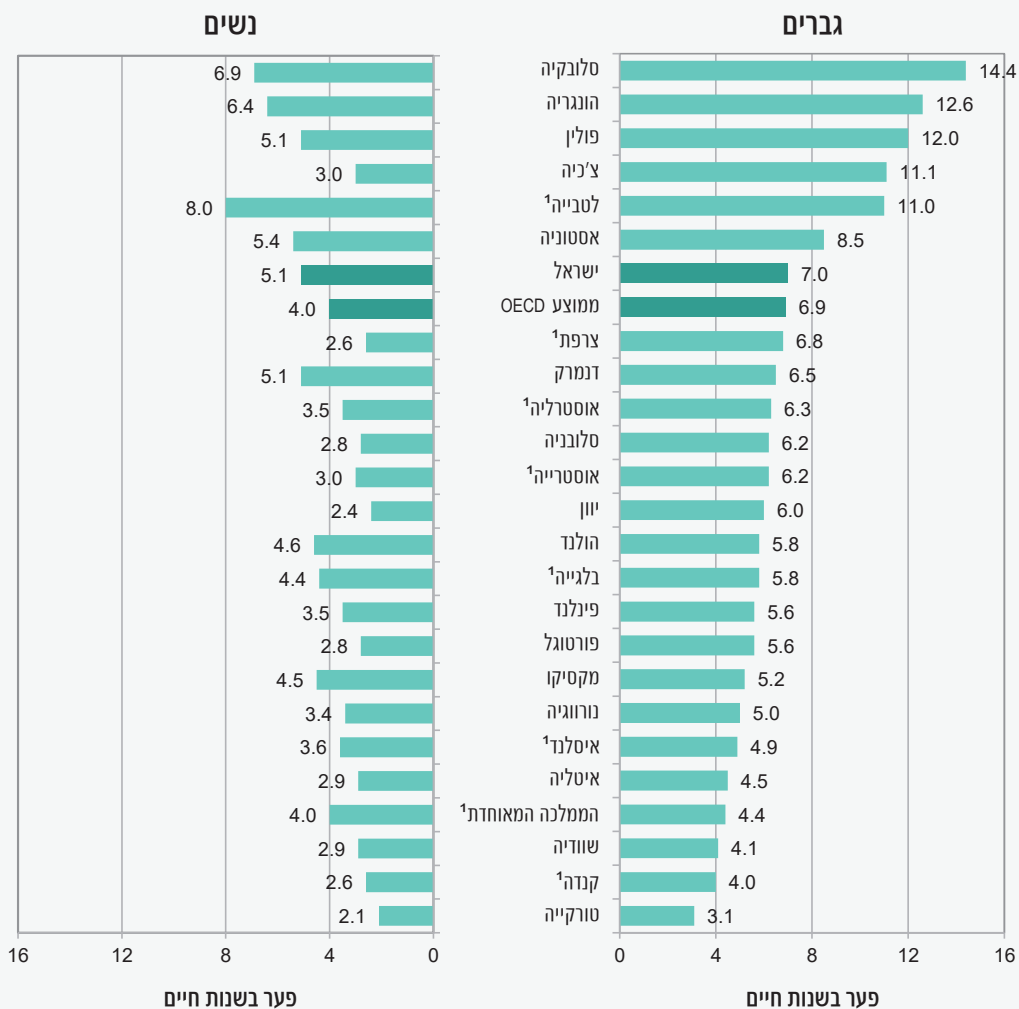
פערים בתוחלת החיים לפי רמת השכלה קיימים בכל 25 מדינות ה-OECD המציגות את המדד<sup>4</sup> ובכולן הם גדולים יותר בקרב גברים לעומת נשים. בממוצע של מדינות ה-OECD גברים בני 30 בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד צפויים לחיות 6.9 שנים פחות מגברים בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית, דומה מאוד לפער בישראל (7.0 שנים). הפער הממוצע במדינות ה-OECD בקרב נשים בנות 30 הוא 4.0 שנים, מעט קטן יותר מהפער בישראל (5.1 שנים). ישנם פערים גדולים יותר במדינות מרכז אירופה ומזרח אירופה. במדינות סלובקיה, הונגריה, פולין, צ'כיה ולטביה תוחלת החיים של גברים בני 30 בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד קטנה ב-11 שנים לפחות מתוחלת החיים של גברים בני 30 בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית.

4 OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/4dd50c09-en

החישוב נעשה רק עבור 25 מדינות החברות בארגון. כמו כן יש הבדלים מתודולוגיים בין המדינות בצורת חישוב המדד.

תרשים 66

פערים בתוחלת החיים בגיל 30 בין בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית לבין בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד, לפי מין, ישראל ומדינות OECD נבחרות, 2017-2015



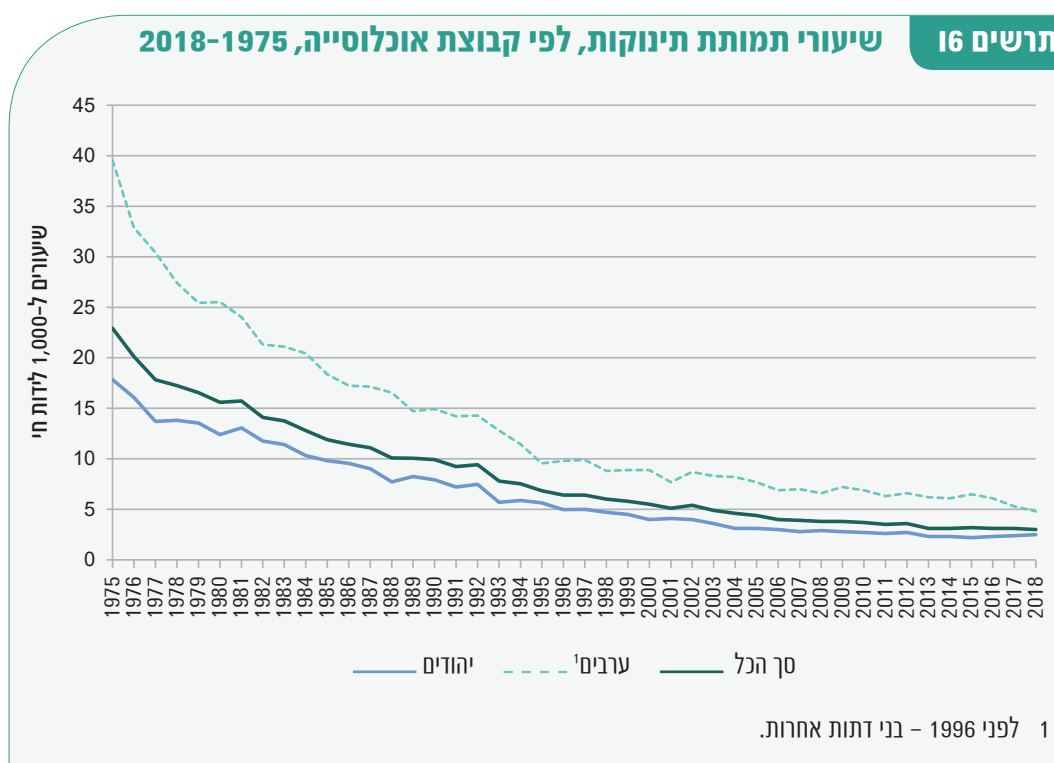
מקור הנתונים: OECD. נתונים ל-25 מהמדינות החברות בארגון. נתונים לשנים 2010-2012.

תוחלת החיים בגיל 65 (מספר השנים שאדם בן 65 צפוי לחיות) של בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית בשנת 2017 הייתה 23.6 שנים, לעומת 19.4 שנים בקרב בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד (פער של 4.2 שנים, לעומת פער של 2.9 שנים בשנת 2000). בקרב נשים בנות 65 תוחלת החיים של בעלות השכלה על-תיכונית או אקדמית הייתה 25.2 שנים, לעומת 21.2 שנים בקרב בעלות השכלה של עד 11 שנות לימוד (פער של 4.0 שנים, לעומת פער של 3.5 שנים בשנת 2000). בקרב גברים בני 65 הפער בתוחלת החיים בין בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית לבין בעלי השכלה של עד 11 שנות לימוד היה 4.5 שנים (21.9 שנים לעומת 17.4 שנים, בהתאמה), עלייה גדולה בפער משנת 2000, שהיה 2.6 שנים.

תמותת תינוקות

בשנת 2018 נפטרו 548 תינוקות שגילם עד שנה. שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי היה 3.0, ירידה קלה מאוד לעומת השיעור בחמש השנים הקודמות (3.1-3.2 ל-1,000 לידות חי). בשנים 2012-2013 חלה ירידה ניכרת בשיעור זה, מ-3.6 ל-3.1 לכל 1,000 לידות חי. משנת 2008 ירד השיעור ב-21.1% (מ-3.8 ל-3.0 לידות חי). נתונים אלו ממשיכים את הירידה הרציפה בשיעורי תמותת התינוקות מקום המדינה. עם זאת, בשנים האחרונות כמעט אין שינוי בשיעור בכלל האוכלוסייה בשל התמתנות הירידה, ואף עלייה קלה, בשיעור בקרב יהודים.

שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים, ובשנת 2018 הוא היה 4.8 ל-1,000 לידות חי לעומת 2.5 ל-1,000 לידות חי, בהתאמה. בקרב ערבים חלה ירידה ניכרת בשיעור תמותת התינוקות בחמש השנים האחרונות (מ-6.2 ל-1,000 לידות חי בשנת 2013 ל-4.8 ל-1,000 לידות חי בשנת 2018), בעוד שבקרב יהודים השיעור עלה מעט (מ-2.3 ל-1,000 לידות חי בשנת 2013 ל-2.5 ל-1,000 לידות חי ב-2018). בעשור האחרון ירד השיעור בקרב ערבים מ-6.6 ל-4.8 לכל 1,000 לידות חי (27.3%), ובקרב יהודים - מ-2.9 ל-2.5 לכל 1,000 לידות חי (13.8%), וכך הצטמצם הפער בין שתי קבוצות האוכלוסייה. בשנת 2018 ירד היחס ביניהן לפחות מ-2 (1.9), לעומת יחס של כמעט 3 בשנים קודמות.



בהשוואה בין-לאומית של שיעור תמותת התינוקות במדינות ה-OECD (לשנת 2017) ישראל מדורגת במקום השישה-עשר, אם כי ההבדלים בשיעורים בין מרבית המדינות קטנים מאוד. שיעור תמותת התינוקות בישראל (3.1 ל-1,000 לידות חי) נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (3.8 ל-1,000 לידות חי).

בבחינה של שיעור תמותת התינוקות לפי רמת השכלה של האם,<sup>5</sup> נמצא כי ככל שהשכלת האם נמוכה יותר, כך שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר. בשנת 2018 שיעור תמותת התינוקות היה גבוה יחסית בקרב בעלות השכלה של עד 11 שנות לימוד (5.5 ל-1,000 לידות חי), לעומת השיעור בקרב בעלות השכלה תיכונית (3.1 ל-1,000) ובקרב בעלות השכלה על-תיכונית או אקדמית (2.1 ל-1,000).

## 2. תמותה וסיבות מוות

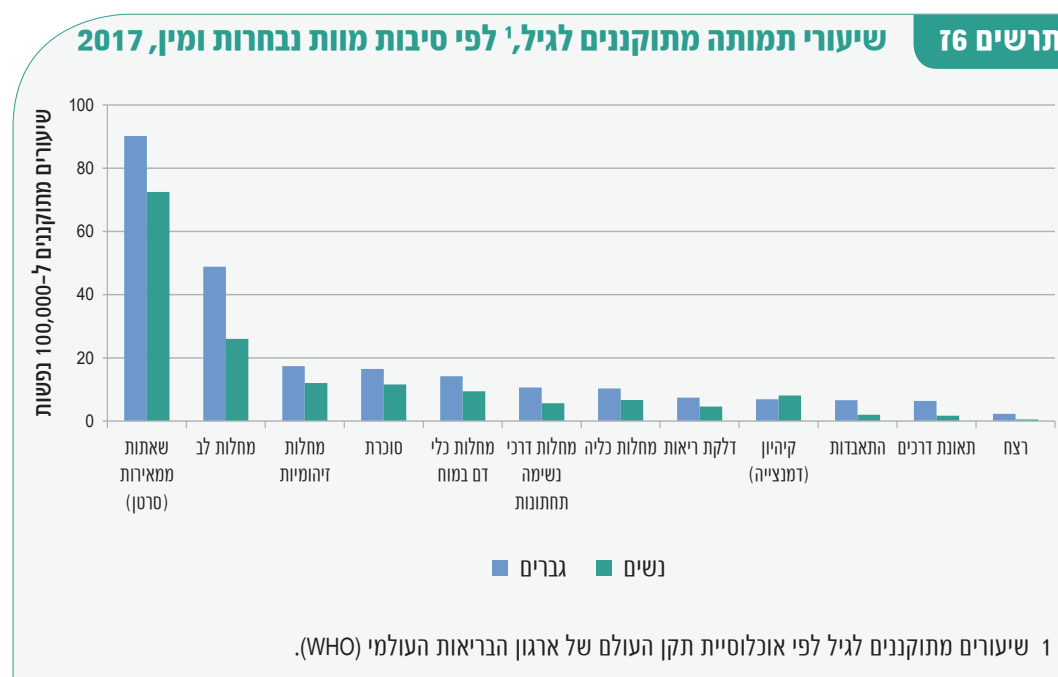
בשנת 2017 נפטרו 44,596 תושבים מכלל סיבות המוות. כרבע מהם (25.2%) נפטרו משאתות ממאירות (סרטן), ו-14.8% נפטרו ממחלות לב (ללא מחלות לב ראומטיות). מחלות זיהומיות היו סיבת המוות השלישית בשכיחותה – 5.6% מהפטירות. סוכרת ומחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי) היו סיבות המוות הרביעית והחמישית בשכיחותן – 5.2% ו-4.7% מהפטירות, בהתאמה. מסיבות מוות חיצוניות (שאינן מחלות, כגון תאונת דרכים, תאונה אחרת, התאבדות או רצח) נפטרו 4.1%. מספר הפטירות מקיהיון (דמנציה) עלה בהדרגה ובאופן ניכר בשנים האחרונות, ובשנת 2017 3.9% מהפטירות היו ממחלה זו (סיבת המוות השביעית בשכיחותה).<sup>6</sup>

התפלגות סיבות המוות דומה אצל גברים ונשים: בשנת 2017 גרמו שאתות ממאירות (סרטן) ל-25.1% מהפטירות של גברים ול-25.3% מהפטירות של נשים. מחלות לב גרמו ל-15.6% מהפטירות של גברים ול-13.9% מהפטירות של נשים. מחלות זיהומיות גרמו ל-5.5% מהפטירות של גברים ול-5.8% מהפטירות של נשים. סוכרת גרמה ל-4.9% מהפטירות של גברים ול-5.6% מהפטירות של נשים. סיבת המוות החמישית בשכיחותה אצל גברים והשישית בשכיחותה אצל נשים הייתה מחלות כלי דם במוח (4.5% מהפטירות של גברים ו-4.9% מהפטירות של נשים). קיהיון (דמנציה) הייתה סיבת המוות החמישית בשכיחותה אצל נשים (5.2% מהפטירות), ומחלות כליה היו הסיבה השישית בשכיחותה אצל גברים (3.5% מהפטירות).

5 בנתונים על תמותת תינוקות לפי רמת השכלה נעשה שימוש בשלוש רמות השכלה, לפי ISCED 2011. ראו "מונחים, הגדרות והסברים".

6 הנתונים על מחלת הקיהיון (דמנציה) מפורטים כאן לראשונה בנפרד בשל עלייה באחוז הפטירות ממחלה זו.

בשנת 2017 שיעור התמותה המתוקנן לגיל היה גבוה פי 1.5 בקרב גברים לעומת נשים. השיעורים היו גבוהים יותר אצל גברים בכל סיבות המוות העיקריות מלבד קיהיון (דמנציה), שבה השיעור אצל נשים היה גבוה פי 1.2 מהשיעור אצל גברים. שיעור התמותה בקרב גברים היה גבוה משיעור התמותה בקרב נשים במיוחד במחלות לב ובמחלות דרכי הנשימה התחתונות – פי 1.9 בכל אחת, ובדלקת ריאות – פי 1.6. בסיבות מוות חיצוניות נמצאו בין גברים לנשים פערים גדולים במיוחד – השיעור היה גבוה אצל גברים פי 3.8 בתאונות דרכים, פי 3.3 בהתאבדויות ופי 4.6 ברצח.



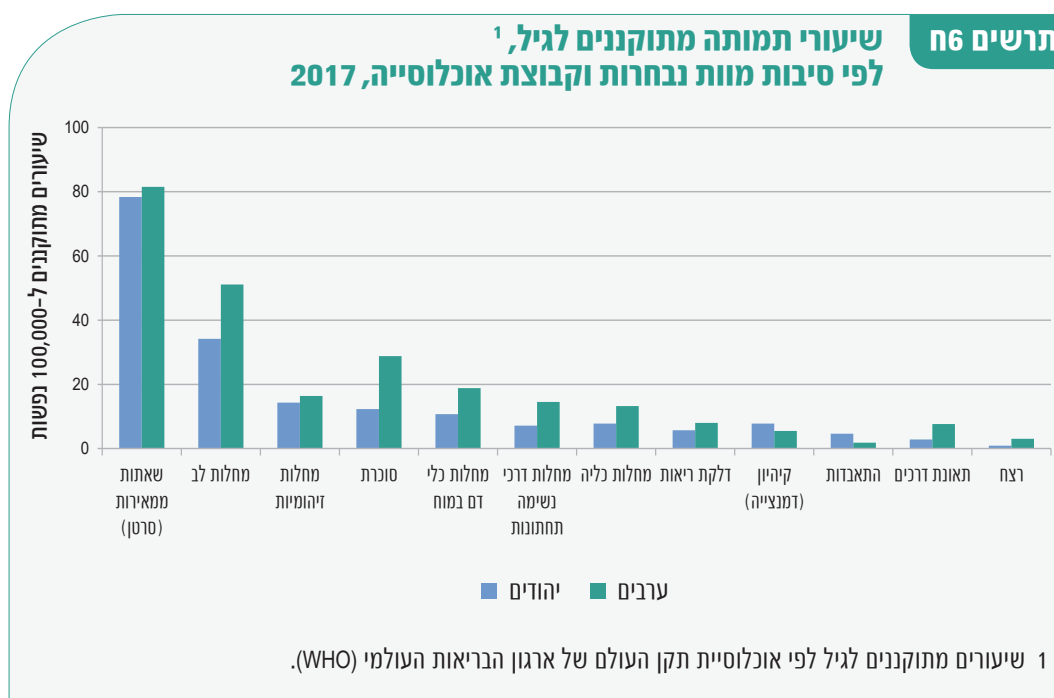
התפלגות סיבות המוות שונה אצל יהודים לעומת ערבים. בשנת 2017 גרמו שאתות ממאירות (סרטן) ל-25.3% מהפטירות של יהודים ול-21.3% מהפטירות של ערבים. אחוז הפטירות ממחלות לב היה 15.2% בקרב יהודים ו-13.3% בקרב ערבים. סיבת המוות השלישית בשכיחותה בקרב יהודים הייתה מחלות זיהומיות (5.9%), ואחריה סוכרת (5.1%) ומחלות כלי דם במוח (4.6%). סיבת המוות השישית בשכיחותה אצל יהודים הייתה קיהיון (דמנציה) (4.3%). בקרב ערבים סיבת המוות השלישית בשכיחותה הייתה סוכרת (7.3%), ואחריה סיבות חיצוניות (7.2%), מחלות כלי דם במוח (4.9%) ומחלות זיהומיות (4.2%).

**לוח 6.2 סיבות מוות עיקריות, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2017**

סיבת מוות	מספר פטירות	אחוז מסך הכל
<b>כלל האוכלוסייה - סך הכל</b>	<b>44,596</b>	<b>100.0</b>
שאתות ממאירות (סרטן)	11,223	25.2
מחלות לב	6,583	14.8
מחלות זיהומיות	2,518	5.6
סוכרת	2,341	5.2
מחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי)	2,088	4.7
סיבות חיצוניות (1)	1,845	4.1
קיהיון (דמנציה)	1,739	3.9
מחלות כליה	1,547	3.5
מחלות דרכי הנשימה התחתונות	1,322	3.0
דלקת ריאות	1,142	2.6
שאר המחלות	12,248	27.4
<b>יהודים - סך הכל</b>	<b>37,720</b>	<b>100.0</b>
שאתות ממאירות (סרטן)	9,546	25.3
מחלות לב	5,718	15.2
מחלות זיהומיות	2,224	5.9
סוכרת	1,911	5.1
מחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי)	1,747	4.6
קיהיון (דמנציה)	1,612	4.3
סיבות חיצוניות (1)	1,377	3.7
מחלות כליה	1,331	3.5
מחלות דרכי הנשימה התחתונות	1,094	2.9
דלקת ריאות	1,004	2.7
שאר המחלות	10,156	26.8
<b>ערבים - סך הכל</b>	<b>5,175</b>	<b>100.0</b>
שאתות ממאירות (סרטן)	1,104	21.3
מחלות לב	689	13.3
סוכרת	380	7.3
סיבות חיצוניות (1)	371	7.2
מחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי)	254	4.9
מחלות זיהומיות	219	4.2
מחלות דרכי הנשימה התחתונות	191	3.7
מחלות כליה	180	3.5
מומים מולדים	124	2.4
דלקת ריאות	109	2.1
שאר המחלות	1,554	30.1

(1) סיבות שאינן מחלות, כגון תאונת דרכים, תאונה אחרת, התאבדות או רצח.

ההבדלים בהתפלגות סיבות המוות בין יהודים לבין ערבים נובעים, בין היתר, מההבדלים בהתפלגות הגילים בין שתי האוכלוסיות – האוכלוסייה הערבית צעירה יותר. מהשוואה של שיעורי התמותה המתוקננים לגיל עולה כי שיעור התמותה מכלל הסיבות בשנת 2017 היה גבוה פי 1.4 אצל ערבים מאשר אצל יהודים. השיעורים המתוקננים היו גבוהים יותר אצל ערבים לעומת יהודים כמעט בכל סיבות המוות העיקריות, מלבד קיהיון (דמנציה) והתאבדות. שיעור התמותה משאתות ממאירות (סרטן) היה כמעט זהה בין שתי האוכלוסיות. שיעורי התמותה ממחלות לב היו גבוהים פי 1.5 בקרב ערבים לעומת יהודים, ממחלות כלי דם במוח – פי 1.8, ממחלות דרכי הנשימה התחתונות – פי 2.0 ומסוכרת – פי 2.3. שיעור התמותה מקיהיון (דמנציה) היה גבוה יותר פי 1.4 בקרב יהודים לעומת ערבים. בשיעורי התמותה מכלל הסיבות החיצוניות ההבדלים הגדולים ביותר בין יהודים לבין ערבים היו בתאונות דרכים (גבוה פי 2.7 אצל ערבים), ברצח (גבוה פי 3.3 אצל ערבים) ובהתאבדויות (גבוה פי 2.6 בקרב יהודים).



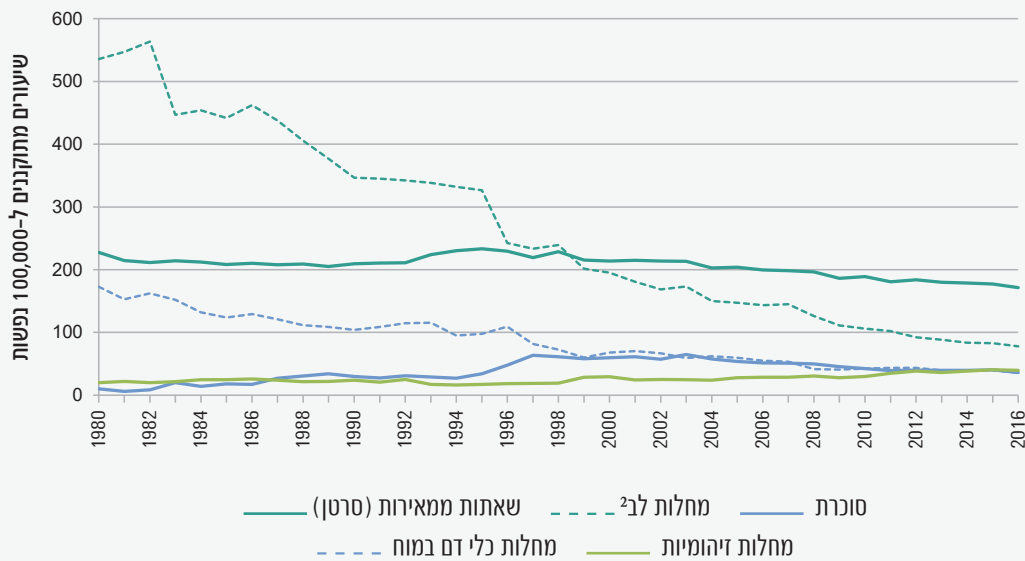
מתחילת שנות השמונים של המאה ה-20 חלה בישראל, כמו בשאר העולם המערבי, ירידה ניכרת בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל ממחלות לב. בשיעורי הפטירה המתוקננים לגיל משאתות ממאירות (סרטן) נמצאה תנועתיות לאורך השנים, אך המגמה הכללית היא של ירידה מתונה מאוד. בעקבות זאת בסוף שנות התשעים חל היפוך בסיבות המוות העיקריות – שאתות ממאירות הפכו לסיבת המוות השכיחה ביותר, ואחריהן מחלות לב.



גם בשיעורי התמותה המתוקננים לגיל ממחלות כלי דם במוח חלה ירידה, והיא החלה בתחילת שנות השבעים. שיעורי הפטירה מסוכרת עלו במהלך השנים, ומחלה זו הפכה לסיבת המוות הרביעית בשכיחותה (מעט אחריה - מחלות כלי דם במוח). שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות עלו בעיקר בעשור האחרון, ומשנת 2016 הן סיבת המוות השלישית בשכיחותה. סיבת המוות העיקרית מקבוצת המחלות הזיהומיות היא אלח דם (ספטיסמיה) - 80% מהפטירות.

**שיעורי תמותה מתוקננים לגיל<sup>1</sup>, לפי סיבות מוות עיקריות, 2016-1980**

**תרשים ט6**



מקור הנתונים: OECD.  
 1 שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של ה-OECD.  
 2 לא כולל מחלות לב ראומטיות.

**תיבה 6.1**

**תמותה בישראל לפי רמת השכלה: מחקר עוקבה<sup>2</sup>  
בקרוב בני 25-64, 2000-2017**

מחקרים בעולם מצביעים על פערים בשיעור התמותה בהתאם לרמת ההשכלה של האוכלוסייה. כדי לבחון את המצב בישראל נעשה מעקב פטירות משנת 2000 עד 2017 לעוקבה של תושבי הארץ שהיו בני 25-64 בשנת 2000 (3,407,099 איש), לפי ארבע רמות השכלה: תואר אקדמי; תעודה על-תיכונית לא-אקדמית; תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון; השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון/אין מידע על השכלה.

כדי לנתח את התמותה בישראל לפי רמת השכלה חושבו שלושה מדדים:

1. **שיעורי תמותה מתוקננים לגיל<sup>3</sup>** – השיעורים חושבו בתקנון ישיר לכלל הפטירות, וכן לפי סיבות מוות עיקריות, לפי שנות החיים בכל רמת השכלה. אוכלוסיית התקן הייתה סך שנות החיים של כל העוקבה.
2. **יחס תמותה מתוקנן לגיל (SMR – Standard Mortality Ratio)** – היחס חושב בתקנון עקיף לפי סיבות המוות. SMR הוא היחס בין מספר המקרים הנצפה (observed) למספר המקרים הצפוי (expected) בקבוצה מסוימת, על פי השיעורים בקבוצת היחס. קבוצת היחס הייתה בעלי תואר אקדמי. ערך SMR גדול מ-1.0 לבעלי השכלה מסוימת מצביע על תמותה גבוהה יותר בהשוואה לתמותה בקרב בעלי תואר אקדמי, וערך SMR קטן מ-1.0 לבעלי השכלה מסוימת מצביע על תמותה נמוכה יותר בהשוואה לתמותה בקרב בעלי תואר אקדמי. התקנון נעשה לפי גיל בפטירה בהתאם לקבוצות הגיל האלה: 25-44, 45-54 ו-55-64.
3. **יחס סיכון (HR – Hazard Ratio) לתמותה** – כדי לבחון את ההבדלים בתמותה בין רמות ההשכלה, ובתוך כך להתחשב בהבדלים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, נבנה מודל רגרסיה Cox. המודל בדק את יחס הסיכון לכלל הנפטרים וכן לפי סיבות מוות עיקריות בשלוש רמות ההשכלה הנמוכות, בהשוואה לבעלי תואר אקדמי לפי גיל כמשתנה רציף, מין וקבוצת אוכלוסייה.

---

1 מקור הנתונים: מאגרי המידע של הלמ"ס. העיבוד נעשה בחדר המחקר של הלמ"ס. הכנת הנתונים ועיבודם: נחמה גולדברג וציונה חקלאי, אגף המידע במשרד הבריאות.

2 מחקר עוקבה (Cohort study) – מחקר תצפיתי שבו עוקבים באופן פסיבי אחר קבוצת אנשים ומתעדים מאפיינים או אירועים רלוונטיים למחקר. פירוש המונח "עוקבה" הוא קבוצת אנשים בעלי אפיון סטטיסטי או דמוגרפי משותף, כגון שנת לידה או מצב משפחתי, הנתונה למעקב ולמחקר.

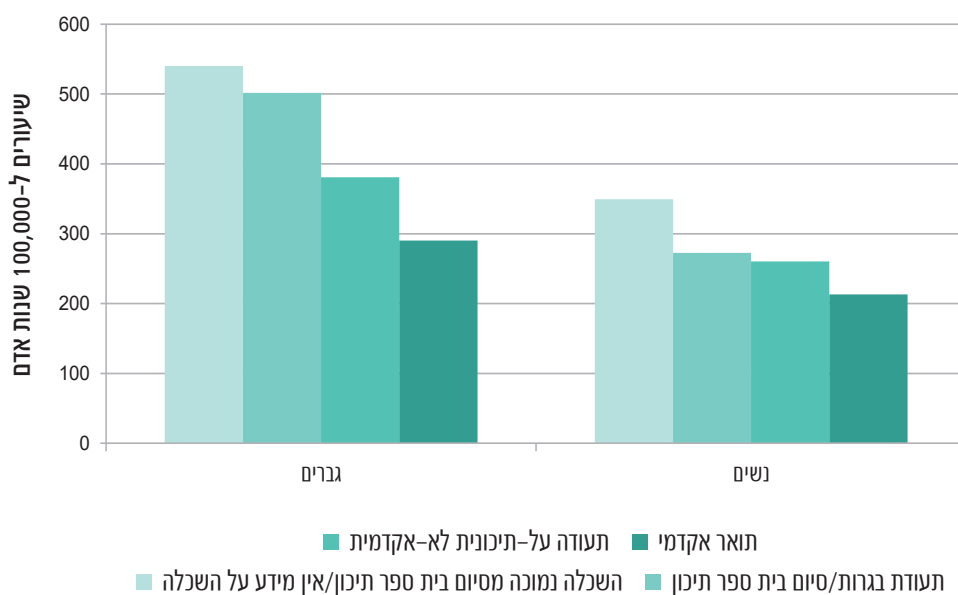
3 השיעורים מתוקננים לגיל כיוון שהתפלגות הגילים שונה בכל רמת השכלה.

### 1. שיעורי תמותה מתוקונים לגיל, לפי מין ורמת השכלה

בשנים 2000-2017 נפטרו 215,552 איש - 6.3% מהעוקבה של תושבי ישראל שהיו בני 25-64 בשנת 2000. נמצא כי שיעור התמותה עולה ככל שרמת ההשכלה יורדת: אצל גברים השיעור עולה מ-290 ל-100,000 שנות אדם בקרב בעלי תואר אקדמי ל-540 בקרב בעלי השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון, ואצל נשים השיעור עולה מ-213 ל-349, בהתאמה.

שיעורי תמותה מתוקונים לגיל, לפי מין ורמת השכלה, 2000-2017

תרשים א



4 שנות אדם - מספר האנשים המצויים במעקב, מוכפל במספר השנים שכל אחד מהפרטים תרם למעקב.

## 2. יחס תמותה מתוקן לגיל (SMR), לפי מין, סיבת מוות ורמת השכלה

במרבית סיבות המוות נמצאו שיעורי תמותה גבוהים בקרב בעלי השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון לעומת בעלי תואר אקדמי.

**אצל גברים** היחס לכלל הנפטרים (סך כל התמותה) היה שווה בקרב בעלי השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון ובקרב בעלי תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון - פי 1.8 בהשוואה לבעלי תואר אקדמי.

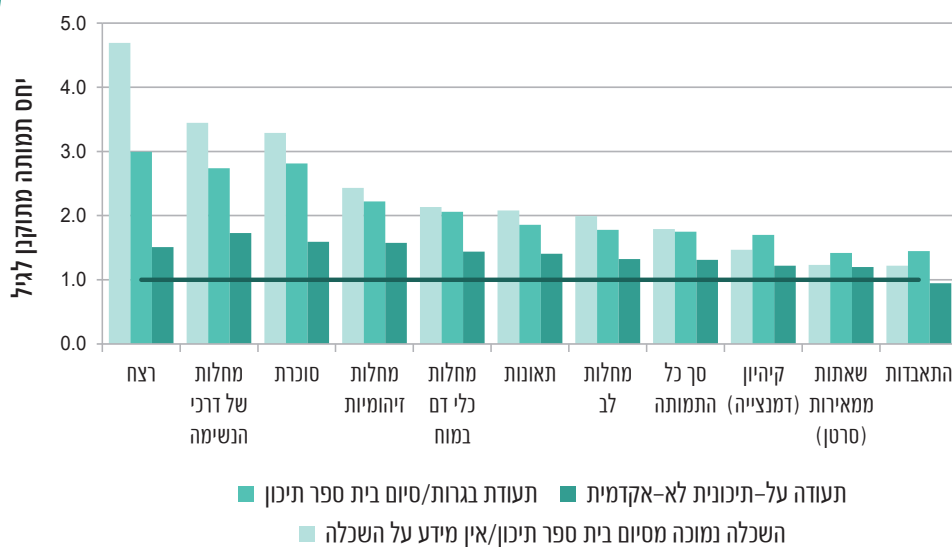
בבדיקת יחס התמותה המתוקן בקרב בעלי השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון לעומת בעלי תואר אקדמי, היחס הגבוה ביותר נמצא בסיבת המוות רצח (פי 4.7) ואחריה במחלות של דרכי הנשימה (פי 3.4) ובסוכרת (פי 3.3).

ברוב סיבות המוות יחס התמותה המתוקן בקרב בעלי תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון היה נמוך יותר מהיחס בקרב בעלי השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון: ברצח היחס היה פי 3.0, במחלות של דרכי הנשימה - פי 2.7 ובסוכרת - פי 2.8.

היחס הנמוך ביותר נמצא בסיבות המוות שאתות ממאירות (סרטן) והתאבדות: פי 1.2 בקרב בעלי השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון ופי 1.4 בקרב בעלי תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון, בהשוואה לבעלי תואר אקדמי.

**יחס תמותה מתוקן לגיל (SMR) של גברים, לפי סיבת מוות ורמת השכלה, 2000-2017**

**תרשים ב**



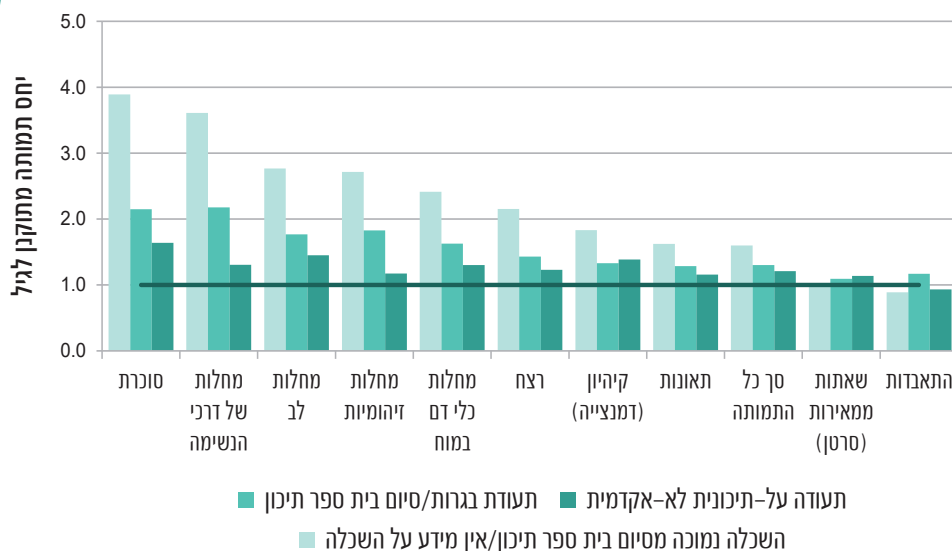
1 בהשוואה לבעלי תואר אקדמי.

**אצל נשים** היחס לכלל הנפטרות (סך כל התמותה) בכל רמות ההשכלה היה נמוך יותר מהיחס בקרב גברים: פי 1.6 בקרב בעלות השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון ופי 1.3 בקרב בעלות תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון, בהשוואה לבעלות תואר אקדמי.

בבדיקת יחס התמותה המתוקנן בקרב בעלות השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון לעומת בעלות תואר אקדמי, היחס הגבוה ביותר נמצא בסיבת המוות סוכרת (פי 3.9), ואחריה במחלות של דרכי הנשימה (פי 3.6), במחלות לב (פי 2.8) ובמחלות זיהומיות (פי 2.7).

יחס התמותה משאתות ממאירות (סרטן) ומהתאבדות בקרב בעלות השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון היה נמוך מ-1.0, כלומר שיעורי התמותה מסיבות אלו היו נמוכים יותר בהשוואה לשיעורים בקרב בעלות תואר אקדמי.

**תרשים ג**  
יחס תמותה מתוקנן לגיל<sup>1</sup> (SMR) של נשים, לפי סיבת מוות ורמת השכלה, 2017-2000



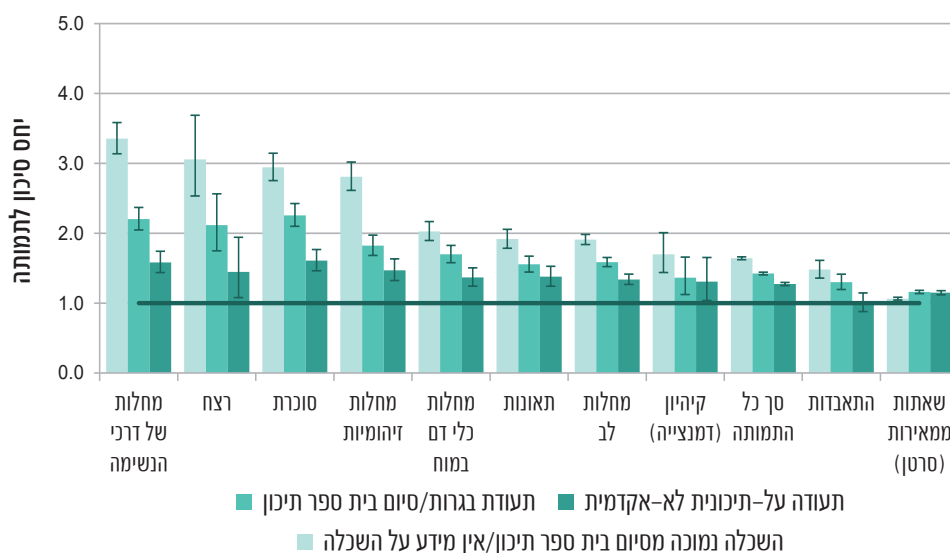
1 בהשוואה לבעלי תואר אקדמי.

### 3. יחס סיכון לתמותה (לפי מודל רגרסיה Cox), לפי סיבת מוות ורמת השכלה

יחס הסיכון לתמותה הגבוה ביותר בקרב בעלי השכלה נמוכה מסוים בית ספר תיכון בהשוואה לבעלי תואר אקדמי נמצא במחלות של דרכי הנשימה - פי 3.4 (רווח סמך 95%: 3.1-3.6), ואחריהן ברצח - פי 3.1 (2.5-3.7), בסוכרת - פי 2.9 (2.8-3.1) ובמחלות זיהומיות - פי 2.8 (2.6-3.0). יחס הסיכון בקרב בעלי תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון לתמותה ממחלות אלו היה נמוך יותר, אך גבוה לעומת בעלי תואר אקדמי, פי 2.2 (2.0-2.4), פי 2.1 (1.7-2.6), פי 2.3 (2.1-2.4) ופי 1.8 (1.7-2.0), בהתאמה. היחס הנמוך ביותר נמצא בשאתות ממאירות (סרטן), אך גם במחלה זו היה סיכון מובהק גבוה לתמותה בקרב בעלי השכלה נמוכה לעומת בעלי תואר אקדמי. אולם בניגוד לסיבות האחרות, יחס הסיכון בקרב בעלי תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון ובעלי תעודה על-תיכונית לא-אקדמית היה גבוה מעט מבקרב בעלי השכלה נמוכה מסוים בית ספר תיכון.

**יחס סיכון (HR) לתמותה (עם רווח סמך 95%)<sup>1</sup> לפי מודל רגרסיה Cox, לפי סיבת מוות ורמת השכלה, 2017-2000**

תרשים ד



1 בהשוואה לבעלי תואר אקדמי.

לסיכום, נמצא קשר חזק בין רמת ההשכלה לתמותה ולסיבות המוות, במיוחד לתמותה ממחלות של דרכי הנשימה, מרצח, ממחלות זיהומיות ומסוכרת. הממצאים מצביעים על החשיבות הרבה שיש בהעלאת רמת ההשכלה לשם שיפור הבריאות של האוכלוסייה וכן בקידום החינוך לבריאות, בעיקר בקרב בעלי השכלה נמוכה.

### 3. לידות והפסקות היריון בקרב נערות

בשנת 2018 נולדו 184,370 תינוקות, מהם 1.5% (2,801) נולדו לנערות עד גיל 19. כשני שלישים מהתינוקות שנולדו לנערות היו לערביות, והיתר – ליהודיות ואחרות. שיעור הפריין של נערות ערביות היה גבוה פי חמישה משיעור הפריין של נערות יהודיות ואחרות: 19.0 תינוקות ל-1,000 נערות ערביות לעומת 3.8 תינוקות ל-1,000 נערות יהודיות ואחרות.

98.1% מהתינוקות שנולדו לנערות עד גיל 19 נולדו לבנות 17-19 (גיל הנישואין החוקי לנשים בישראל הוא 18 שנים). רק 1.9% מהתינוקות (53) נולדו לבנות 16 ומטה. חלקם של התינוקות שנולדו לבנות 16 ומטה בקרב ערביות היה 2.2%, לעומת 1.2% בקרב יהודיות ואחרות (מרבית הנערות הערביות הרו במסגרת הנישואין, כמפורט בהמשך).

### לוח 6.3 לידות חי ופניות לוועדות להפסקת היריון, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת וגיל האישה, 2018

פניות לוועדות להפסקת היריון		לידות חי		קבוצת אוכלוסייה, דת וגיל האישה
שיעורים (1)	מספרים מוחלטים	שיעורים (1)(2)	מספרים מוחלטים	
				כלל האוכלוסייה
8.6	17,869	3.1	184,370	סך הכל(3)
4.4	1,501	8.2	2,801	עד 19
9.5	16,368	105.2	181,300	+20
				יהודיות ואחרות
9.3	14,712	3.1	141,102	סך הכל(3)
5.7	1,380	3.8	931	עד 19
9.9	13,332	104.0	140,116	+20
9.2	13,537	3.2	135,809	מזה: יהודיות - סך הכל
5.4	1,238	3.9	898	עד 19
9.9	12,299	108.3	134,892	+20
				ערביות
6.6	3,157	3.0	43,268	סך הכל(3)
1.2	121	19.0	1,870	עד 19
8.0	3,036	109.4	41,184	+20
6.5	2,630	3.2	38,757	מזה: מוסלמיות - סך הכל
1.2	104	21.4	1,853	עד 19
8.0	2,526	116.4	36,698	+20

(1) שיעורי סך הכל מחושבים ל-1,000 נשים בגיל הפריין (15-49).

(2) בלידות חי שיעורי סך הכל הם שיעורי פריין כולל; השיעורים עבור קבוצות הגיל הם שיעורי פריין סגולי לפי גיל.

(3) כולל גיל לא ידוע.

מספר הלידות בקרב נערות עד גיל 19 הולך וקטן לאורך השנים. שיעורי הפרייון של נערות ירדו בכ-52%, מ-17.1 תינוקות ל-1,000 נערות בשנת 2000 ל-8.2 תינוקות ל-1,000 נערות בשנת 2018. שיעור הפרייון של נערות יהודיות ואחרות ירד באותה התקופה בכ-52%, ושל נערות ערביות - בכ-64%.

למרות הירידה בשיעורי הפרייון של נערות, השיעור בישראל נותר גבוה מהשיעורים בחלק ניכר ממדינות ה-OECD. שיעורי הפרייון הנמוכים ביותר היו בקוראה הדרומית (1.0 תינוקות ל-1,000 נערות), בשווייץ (2.4 ל-1,000) ובדנמרק ובהולנד (2.8 ל-1,000), ואילו השיעורים הגבוהים ביותר היו במקסיקו (66.2 ל-1,000), בצ'ילה (44.7 ל-1,000) ובטורקיה (26.9 ל-1,000).<sup>7</sup>

בשנת 2018 65.1% מההריונות הידועים<sup>8</sup> בקרב נערות עד גיל 19 הסתיימו בלידת חי, לעומת 91.7% בקרב בנות 20 ומעלה. בקרב נערות יהודיות ואחרות רק 40.3% מההריונות הסתיימו בלידת חי, וב-59.7% מההריונות הייתה פנייה לוועדות להפסקת היריון. בקרב נערות ערביות 94.0% מההריונות הסתיימו בלידת חי, ורק ב-6.0% מההריונות הייתה פנייה לוועדות להפסקת היריון.

הסבר לפער שבין שתי קבוצות האוכלוסייה בפניות של נערות לוועדות להפסקת היריון עשוי להיות מצבה המשפחתי של הנערה. בעוד שמרבית הנערות הערביות הרו במסגרת הנישואין, בקרב נערות יהודיות ואחרות ההריונות מחוץ לנישואין שכיחים יותר: מתוך הנערות שפנו לוועדות להפסקת היריון רק 2.1% מהיהודיות והאחרות היו נשואות (2.2% מהיהודיות) לעומת 23.1% מהערביות.

בשנת 2018 מרבית הפניות לוועדות להפסקת היריון אושרו, הן בקרב נערות עד גיל 19 (99.5%) והן בקרב בנות 20 ומעלה (99.2%), אך יש שוני בהתפלגות הסיבות שלפיהן ניתן האישור: בקרב נערות מרבית האישורים (95.9%) ניתנו בשל היריון מחוץ לנישואין או גיל האישה (פחות מ-18). בקרב בנות 20 ומעלה רק 57.0% מהאישורים ניתנו משתי הסיבות האלה, ו-43.0% ניתנו בשל סיכון למום בעובר או סיכון לבריאות האישה.

בהתפלגות הסיבות לאישור הפסקת היריון יש הבדלים בין נערות יהודיות ואחרות לבין נערות ערביות. בעוד שבקרב יהודיות ואחרות 26.3% מהאישורים ניתנו בשל גיל, בקרב ערביות רק 11.8% ניתנו מסיבה זו. אחוז האישורים שניתנו בשל היריון מחוץ לנישואין היה גבוה בקרב נערות יהודיות ואחרות לעומת נערות ערביות (71.2% ו-66.4% בהתאמה). בקרב נערות ערביות 11.8% מהאישורים ניתנו בשל סיכון למום בעובר, ו-10.1% ניתנו בשל סיכון לבריאות האישה. אישורים משתי סיבות אלו כמעט לא ניתנו לנערות יהודיות ואחרות.

בשנת 2018 12,500 נשים בנות 25 ומעלה פנו לוועדות להפסקת היריון (שיעור של 8.9 ל-1,000 נשים בנות 25-49), מתוכן 10,200 יהודיות ואחרות ו-2,300 ערביות (9.2 ו-7.9 ל-1,000 נשים, בהתאמה).

7 ראו אתר ה-OECD: <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>.

8 כולל לידות חי ופניות לוועדות להפסקת היריון.





מהשוואה של שיעורי הפניות לוועדות להפסקת היריון לפי רמת השכלה עולה כי אצל יהודיות ואחרות השיעור הגבוה ביותר של פניות היה בקרב בעלות השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון (12.7 ל-1,000 נשים בנות 25-49), ואחריהן אצל נשים בעלות תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון (9.9 ל-1,000). השיעור הנמוך ביותר של פניות היה בקרב בעלות תעודה על-תיכונית לא-אקדמית (5.0 ל-1,000).

בקרב ערביות התמונה הפוכה - השיעור הנמוך ביותר של פניות היה בקרב בעלות השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון (5.7 ל-1,000 נשים בנות 25-49). בשאר רמות ההשכלה שיעור הפניות היה גבוה יותר (9.0 ו-9.1 ל-1,000).

#### לוח 6.4 פניות לוועדות להפסקת היריון, לפי רמת השכלה וקבוצת אוכלוסייה, 2018

שיעורים ל-1,000 נשים בנות 25-49

השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון/אין מידע על השכלה	תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון	תעודה על-תיכונית לא-אקדמית	תואר אקדמי	סך הכל	
9.3	9.7	5.4	8.4	8.9	סך הכל
12.7	9.9	5.0	8.3	9.2	יהודיות ואחרות
5.7	9.1	9.0	9.0	7.9	ערביות

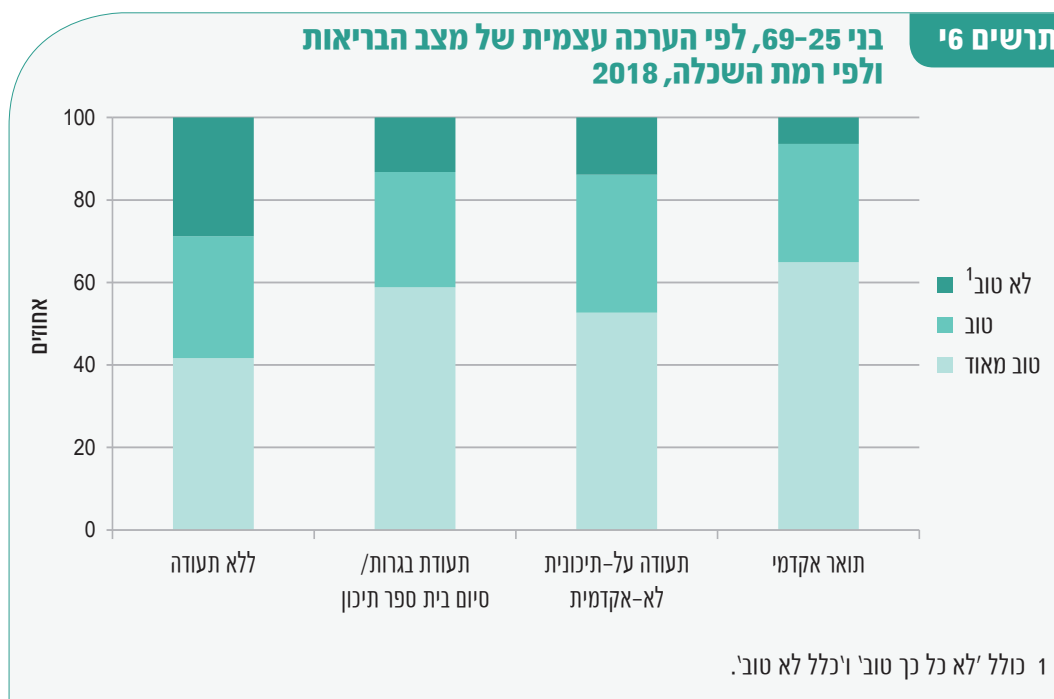
#### 4. הערכה עצמית של מצב הבריאות

הערכה עצמית של מצב הבריאות היא מדד נפוץ ומקובל בסקרי אוכלוסייה לצורך הערכת מצב בריאותו של הפרט. בשנת 2018 דיווחו 86.7% מבני 25-69 כי מצב בריאותם טוב מאוד או טוב: 57.4% העריכו שמצב בריאותם טוב מאוד, ו-29.3% העריכו שמצב בריאותם טוב. האחוז דומה בקרב גברים ובקרב נשים (86.6% ו-86.7%, בהתאמה). 13.1% העריכו כי מצב בריאותם לא כל כך טוב או כלל לא טוב, והאחוז דומה בשני המינים (13.1% מהגברים ו-13.0% מהנשים).

בקרב בני 25-69 נמצא כי ככל שעולה הגיל כך יורד אחוז המעריכים שמצב בריאותם טוב מאוד ועולה אחוז המעריכים שמצב בריאותם טוב, לא כל כך טוב או כלל לא טוב: 79.5% מבני 25-34 העריכו שמצב בריאותם טוב מאוד, לעומת 29.0% מבני 55-69; 17.1% מבני 25-34 העריכו שמצב בריאותם טוב, לעומת 41.9% מבני 55-69; 3.3% מבני 25-34 העריכו שמצב בריאותם לא טוב (לא כל כך טוב או כלל לא טוב), לעומת 28.7% מבני 55-69.

בבחינת ההערכה העצמית של מצב הבריאות לפי רמת השכלה, נמצא קשר בין המעריכים שמצב בריאותם טוב מאוד לבין רמת ההשכלה שלהם: בקרב בני 25-69 האחוז הגבוה ביותר של מעריכים כי מצב בריאותם טוב מאוד היה בקרב בעלי תואר אקדמי (64.9%), והאחוז הנמוך ביותר היה בקרב אנשים ללא תעודה (41.7%). אחוז המדווחים על מצב בריאות טוב היה דומה בקרב בעלי תואר אקדמי ובקרב אנשים ללא תעודה (28.7% ו-29.5%, בהתאמה).

האחוז הגבוה ביותר של מדווחים על מצב בריאות לא טוב נמצא בקרב אנשים ללא תעודה (28.8%), פי 4.5 מהאחוז בקרב בעלי תואר אקדמי (6.4%).



## 5. אנשים עם מוגבלות

בשנת 2018 דיווחו 17.7% מבני 25-69 על בעיה בריאותית הנמשכת שישה חודשים או יותר ומפריעה להם בתפקוד היום-יומי – (18.2% מהנשים ו-17.2% מהגברים). האחוז גדל ככל שהגיל עולה: 7.7% מבני 25-34 דיווחו על בעיה בריאותית, לעומת 11.7% מבני 35-44, 20.2% מבני 45-54 ו-32.2% מבני 55-69.

אדם עם מוגבלות תפקודית חמורה הוא מי שמתקשה מאוד, או אינו יכול כלל, לעשות לפחות אחת מהפעולות האלה: לראות, לשמוע, ללכת או לעלות במדרגות, להתרחץ או להתלבש בעצמו, לזכור או להתרכז.

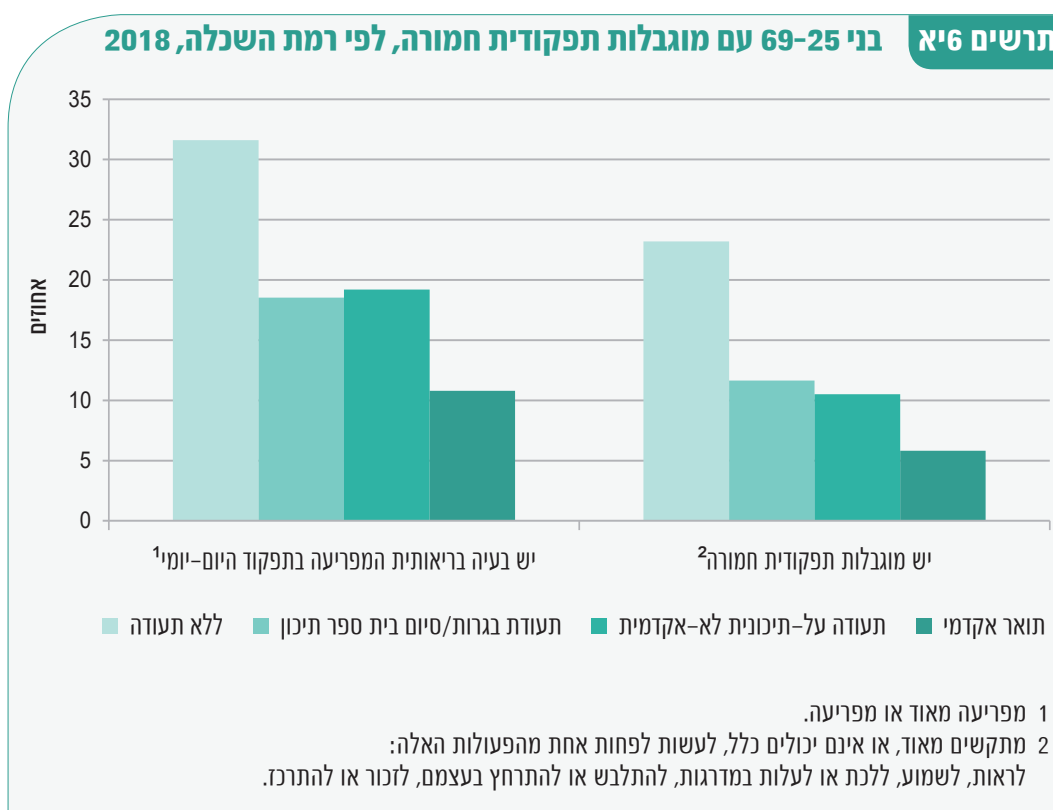
11.0% מבני 25-69 ומעלה (11.4% מהנשים ו-10.5% מהגברים) דיווחו בשנת 2018 על מוגבלות תפקודית חמורה.<sup>9</sup> בשני המינים שכיחותה של מוגבלות זו עולה עם הגיל: 5.9% מבני 25-34 דיווחו שיש להם מוגבלות תפקודית חמורה, לעומת 7.4% מבני 35-44, 10.5% מבני 45-54 ו-20.1% מבני 55-69.

<sup>9</sup> אחוז האנשים עם מוגבלות באוכלוסייה גבוה יותר בפועל, כיוון שהנתונים אינם כוללים דיירי מוסדות טיפוליים וסיעודיים שלא נכללו בסקר, וכן נדגמים שלא יכלו להתראיין בשל מוגבלותם.

בבחינת הקשר שבין הימצאות בעיה בריאותית המפריעה בתפקוד היום-יומי או מוגבלות תפקודית חמורה לבין רמת ההשכלה, נמצא כי אחוז בני 25-69 שדיווחו על בעיה בריאותית או על מוגבלות תפקודית חמורה היה גבוה באופן ניכר בקרב אנשים ללא תעודה על השכלה לעומת בעלי תעודה כלשהי. האחוז הנמוך ביותר נמצא בקרב בעלי תואר אקדמי.

האחוז הגבוה ביותר של מדווחים על בעיה בריאותית המפריעה בתפקוד היום-יומי נמצא בקרב אנשים ללא תעודה (31.6%), פי שלושה מהאחוז בקרב בעלי תואר אקדמי (10.8%).

האחוז הגבוה ביותר של מדווחים על מוגבלות תפקודית חמורה נמצא בקרב אנשים ללא תעודה (23.2%), פי ארבעה מהאחוז בקרב בעלי תואר אקדמי (5.8%). אחוז המדווחים על מוגבלות תפקודית חמורה עולה ככל שהשכלה נמוכה יותר.



## 6. גורמי סיכון לבריאות והתנהגויות בריאות<sup>10</sup>

### דפוסי עישון

עישון הוא גורם סיכון עיקרי לתחלואה במחלות רבות, ובהן סרטן, מחלות לב, מחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי) ומחלות של דרכי הנשימה. לפי ארגון הבריאות העולמי (WHO) מגפת הטבק היא אחד מהאיומים הגדולים ביותר על בריאות הציבור, ומתים ממנה יותר מ-8 מיליון אנשים מדי שנה, מתוכם כ-1.2 מיליון בשל חשיפה משנית.

נתוני המדד נוגעים לעישון סיגריות בלבד (כולל מגולגלות), ולכן אינם משקפים שימוש במוצרי טבק אחרים (כגון נרגילה, מקטרת וסיגריות) או שימוש במוצרי איוד – סיגריות אלקטרוניות וסיגריות IQOS, שהשימוש בהן גובר בשנים האחרונות.

בשנת 2017 דיווחו 24.2% מבני 25-69 כי הם מעשנים לפחות סיגריה אחת ביום. גברים מעשנים כמעט פי שניים מנשים (32.0% לעומת 16.6%, בהתאמה). אחוז המעשנים יורד מעט עם הגיל: 27.4% מבני 25-34 דיווחו כי הם מעשנים לפחות סיגריה אחת ביום, לעומת 25.2% מבני 35-44, 22.7% מבני 45-54 ו-20.8% מבני 55-69.

בקרב בני 25-69 אחוז המעשנים מגיע ל-49.5% אצל גברים ערבים, פי 1.8 מהאחוז אצל גברים יהודים (28.0%). בקרב נשים המצב הפוך: 18.4% מהנשים היהודיות מעשנות, פי 3.5 מהנשים הערביות (5.2%).

### עודף משקל והשמנה

עודף משקל והשמנה הם גורמי סיכון עיקריים לכמה בעיות בריאות, ובהן סוכרת מסוג 2, מחלות לב, יתר לחץ דם ומחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי) וכן סוגים שונים של שאתות ממאירות (סרטן).

בשנת 2017 כמחצית מבני 25-69 (50.1%) היו בעלי עודף משקל או השמנה ( $BMI \geq 25$ ), לפי דיווח עצמי של נתוני משקל וגובה. אחוז הגברים בעלי עודף משקל או השמנה (58.2%) היה גבוה מאחוז הנשים (42.4%).

בקרב בני 25-69 אחוז בעלי עודף משקל או השמנה היה 62.4% אצל גברים ערבים לעומת 56.6% אצל גברים יהודים. האחוז היה גבוה יותר גם אצל נשים ערביות לעומת נשים יהודיות (52.7% ו-39.5%, בהתאמה).

אחוז בעלי עודף משקל או השמנה עולה עם הגיל: 34.1% מבני 25-34 היו בעלי עודף משקל או השמנה, לעומת 47.2% מבני 35-44, 56.6% מבני 45-54 ו-65.0% מבני 55-69.

10 בהיעדר סקר חדש בנושא, הנתונים מבוססים על הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2017, כמו בדוח הקודם. עם זאת, בדוח הנוכחי נוספו נתוני המדדים לפי רמת השכלה. בשנים קודמות התבססו הנתונים על סקרים של משרד הבריאות, ובשנה הבאה הנתונים צפויים להתבסס על סקר חדש של המשרד.

## פעילות גופנית

פעילות גופנית סדירה משפרת את הבריאות ואת איכות החיים של העוסקים בה. התועלת שבפעילות גופנית רבה יותר ככל שמשך הפעילות מתארך ועוצמתה עולה. לפי ארגון הבריאות העולמי, ההמלצות הכלליות לאוכלוסייה הבוגרת הן לבצע פעילות גופנית מתונה לפחות 150 דקות מצטברות בשבוע או פעילות גופנית מאומצת לפחות 75 דקות מצטברות בשבוע, או לשלב ביניהן.

בשנת 2017 28.5% מבני 25-69 ביצעו פעילות גופנית במידה המומלצת. אחוז המבצעים פעילות גופנית היה גבוה יותר בקרב גברים לעומת נשים (31.1% ו-26.0%, בהתאמה).

34.4% מהגברים היהודים בני 25-69 דיווחו כי ביצעו פעילות גופנית במידה המומלצת, פי 2.1 מהגברים הערבים (16.5%). 28.5% מהנשים היהודיות בגילים אלו דיווחו על ביצוע פעילות גופנית, פי 2.1 מהנשים הערביות (13.3%).

33.5% מבני 55-69 ביצעו פעילות גופנית במידה המומלצת, לעומת 26.9% מבני 25-34 (25.2% מבני 35-44 ו-28.6% מבני 45-54).

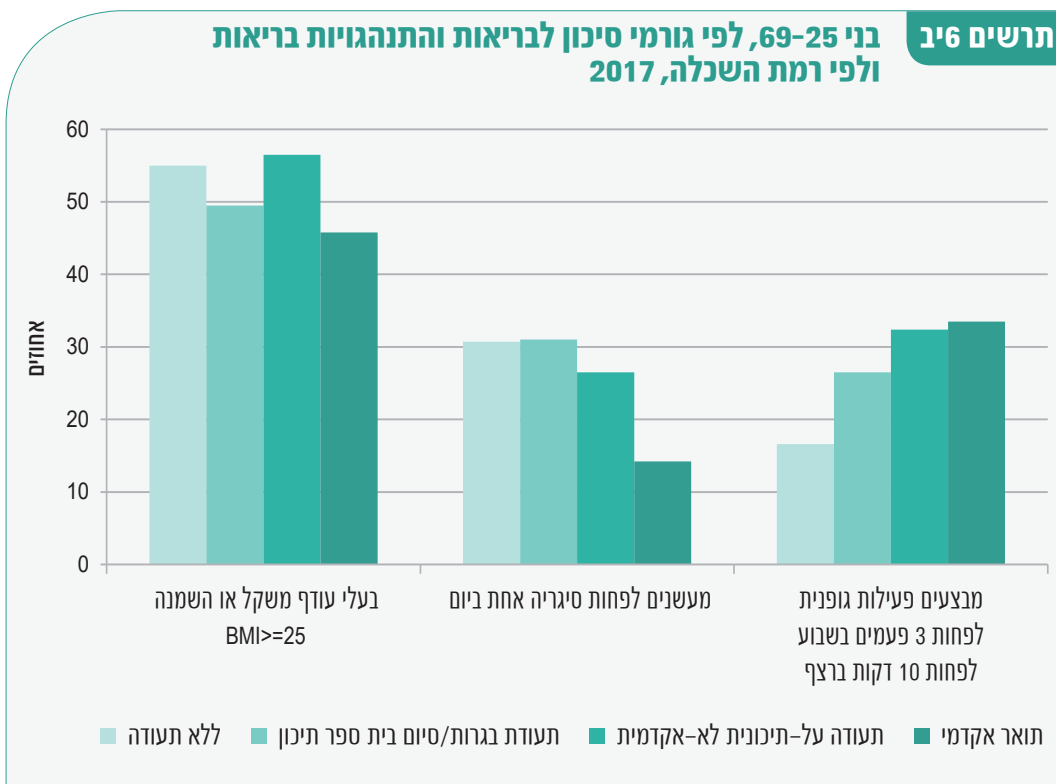
מבחינה של הקשר בין גורמי סיכון לבריאות והתנהגויות בריאות לבין רמת ההשכלה עולה מגמה אחידה למדי: בקרב בני 25-69 בעלי תעודת בגרות/סיום בית ספר תיכון או שאין להם תעודה על השכלה, נמצא אחוז גבוה יחסית של מעשנים ושל בעלי עודף משקל או השמנה ואחוז נמוך יחסית של אנשים המבצעים פעילות גופנית. לעומת זאת, בקרב בני 25-69 בעלי תואר אקדמי נמצא האחוז הנמוך ביותר של מעשנים ושל בעלי עודף משקל או השמנה והאחוז הגבוה ביותר של אנשים המבצעים פעילות גופנית.

אחוז המעשנים לפחות סיגריה אחת ביום היה גבוה פי 2.2 בקרב אנשים ללא תעודה לעומת בעלי תואר אקדמי (30.7% ו-14.2%, בהתאמה).

אחוז בעלי עודף משקל או השמנה היה גבוה פי 1.2 בקרב אנשים ללא תעודה לעומת בעלי תואר אקדמי (55.0% ו-45.8%, בהתאמה), אם כי האחוז הגבוה ביותר נמצא בקרב בעלי תעודה על-תיכונית לא-אקדמית (56.5%).

בעלי תואר אקדמי ביצעו פעילות גופנית פי שניים מאנשים ללא תעודה (33.5% לעומת 16.6%, בהתאמה). האחוז יורד בהדרגה ככל שרמת ההשכלה נמוכה יותר.

**תרשים 6 יב** בני 25-69, לפי גורמי סיכון לבריאות והתנהגויות בריאות ולפי רמת השכלה, 2017



### 7. כוח אדם במקצועות הבריאות<sup>11</sup>

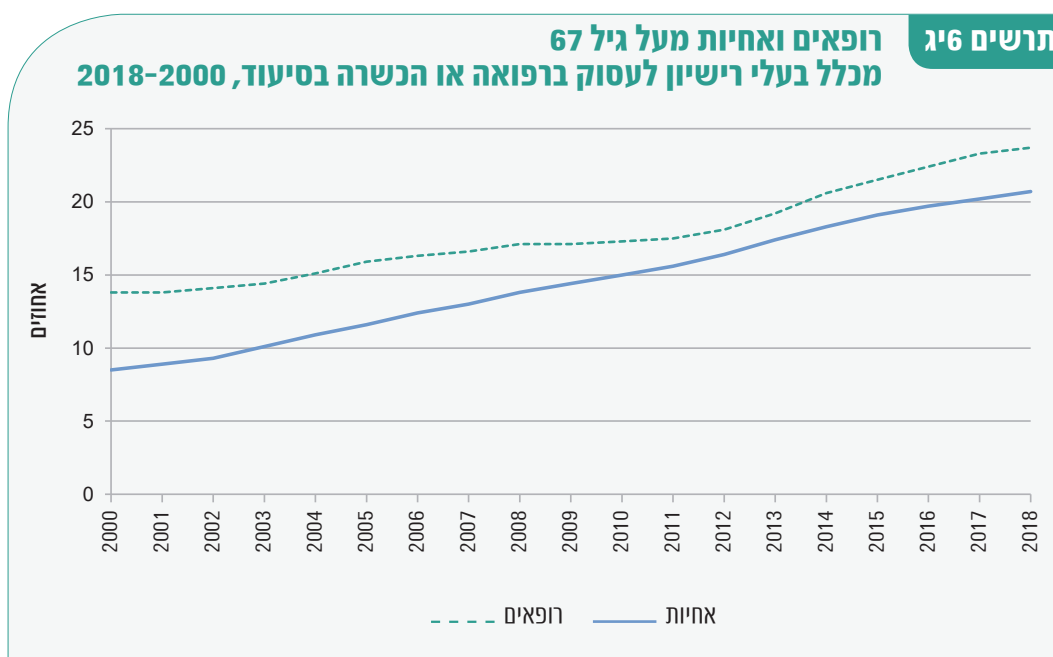
כוח אדם במקצועות הבריאות כולל רופאים, אחיות ועוסקים נוספים במקצועות הבריאות – רוקחים, פיזיותרפיסטים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, טכנאי שיניים, עובדי מעבדה רפואית ועוד. סעיף זה עוסק ברופאים ובאחיות בלבד (בעלי הכשרה ומועסקים).

לפי סקר כוח אדם של הלמ"ס, בשנת 2018 היו בסך הכל כ-221,600 מועסקים בשירותי בריאות.

#### בעלי רישיון לעסוק ברפואה

לפי נתוני משרד הבריאות, בסוף שנת 2018 היו 38,766 בעלי רישיון לעסוק ברפואה בישראל<sup>12</sup>, מהם 29,585 (76.3%) עד גיל 67 ו-9,181 (23.7%) מעל גיל 67 (גיל הפרישה לגמלאות).

בעשור האחרון נרשמה מגמת עלייה באחוז של כלל בעלי הרישיון לעסוק ברפואה, ולעומת זאת נרשמה ירידה באחוז הרופאים עד גיל 67 בעלי רישיון לעסוק ברפואה. הירידה החלה בסוף שנות התשעים, עם צמצום העלייה לישראל ובשל הגידול במספר הרופאים מעל גיל 67 שפרשו לגמלאות. אחוז הרופאים מעל גיל 67 בעלי רישיון לעסוק ברפואה עלה בהדרגה מ-13.8% בשנת 2000 ל-17.3% בשנת 2010 ול-23.7% בשנת 2018 (פי 1.7 מבשנת 2000).



11 בכל מקום שבו ננקטה לשון זכר הכוונה גם ללשון נקבה, ולהפך.

12 חלקם (כ-9%) שהו בחו"ל שנה לפחות, וחלקם לא הועסקו כלל או לא הועסקו בשירותי בריאות.





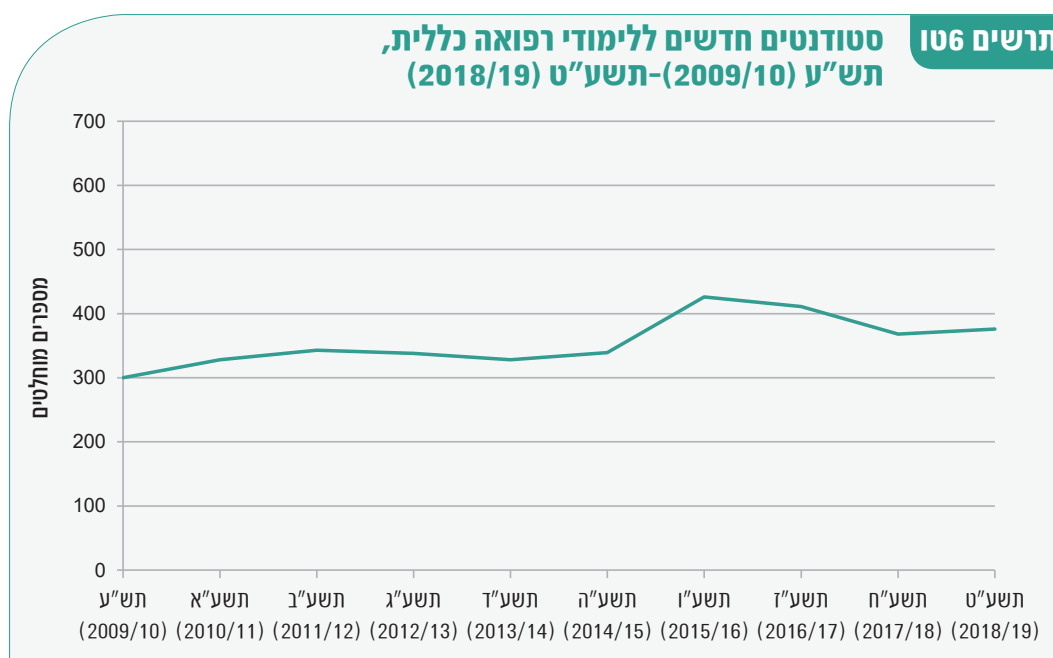
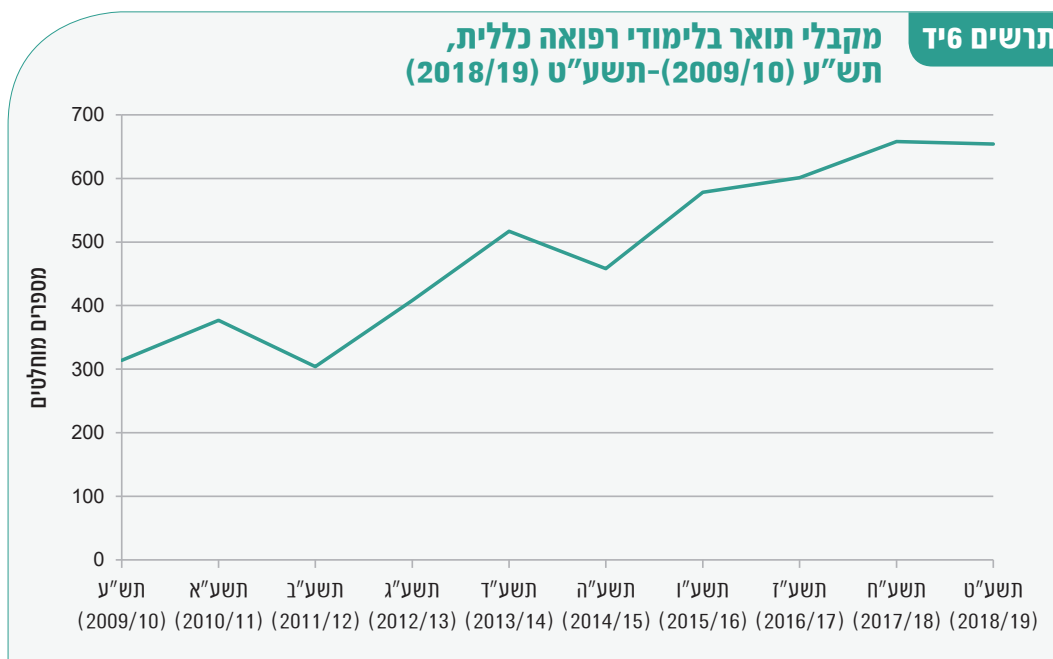
מכלל בעלי רישיון לעסוק ברפואה 58.5% היו גברים ו-41.5% היו נשים. אחוז הנשים בכלל בעלי הרישיון לעסוק ברפואה נמצא במגמת עלייה מתונה מתחילת שנות האלפיים (38.7% בשנת 2000).

מכלל בעלי הרישיון לעסוק ברפואה 38.7% למדו בישראל ו-61.2% למדו בחו"ל.

בשנת 2018 שיעור בעלי הרישיון לעסוק ברפואה היה 4.3 ל-1,000 תושבים. שיעור הרופאים עד גיל 67 היה 3.3 ל-1,000 תושבים, ושיעור הרופאים מעל גיל 67 היה 1.0 ל-1,000 תושבים.

1,705 רישיונות חדשים לעסוק ברפואה ניתנו בשנת 2018, לעומת 617 לפני עשור. כ-38% מהרישיונות ב-2018 ניתנו לבוגרי אוניברסיטאות בארץ, והיתר - לבוגרי אוניברסיטאות בחו"ל.

בעשור האחרון חלה עלייה במספרם של מקבלי תואר בלימודי רפואה כללית, מ-314 בתחילת העשור ל-654 בסופו. במספרם של הסטודנטים החדשים לתואר ראשון בלימודי רפואה כללית (לא כולל תוכניות הסבה ותוכניות המשך) חלה עלייה מתונה מאוד.



### רופאים מועסקים

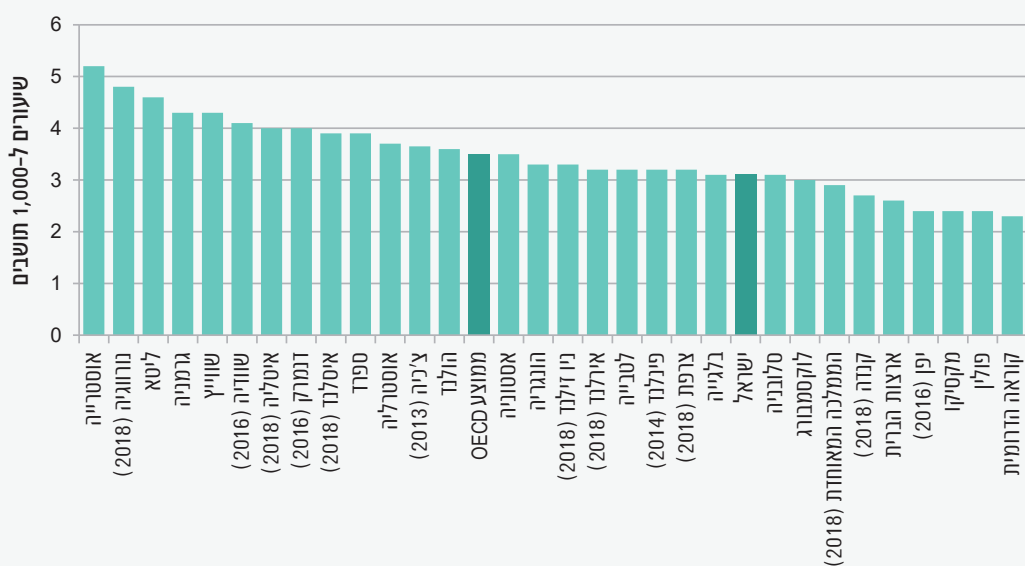
בשנת 2018 הועסקו 30,591 רופאים (שיעור של 3.4 ל-1,000 תושבים), ומהם 93.6% (28,618 רופאים) הועסקו בשירותי בריאות (שיעור של 3.2 ל-1,000). 26,773 מהרופאים המועסקים (87.5%) היו עד גיל 67 (שיעור של 3.0 ל-1,000), והשאר - מעל גיל 67 (שיעור של 0.4 ל-1,000). מהרופאים שהועסקו בשירותי בריאות - 89.4% היו עד גיל 67 ו-10.6% היו מעל גיל 67.

בשנת 2018 73.8% מכלל הרופאים הרשומים כבעלי רישיון לעסוק ברפואה בישראל עבדו כרופאים בשירותי בריאות. מתוך הרופאים עד גיל 67 בעלי רישיון לעסוק ברפואה 86.5% עבדו כרופאים, ומתוך הרופאים מעל גיל 67 בעלי רישיון לעסוק ברפואה - 33.1% עבדו כרופאים.

מכלל הרופאים שהועסקו, הן בכלל והן בשירותי בריאות, 58.6% היו גברים ו-41.4% היו נשים. במשך השנים נצפתה עלייה באחוז הנשים מכלל הרופאים המועסקים (כ-37% רופאות בשנת 2000).

שיעור הרופאים המועסקים בישראל היה יציב למדי בעשור האחרון. בהשוואה בין-לאומית (לשנים 2013-2018, לפי שנת העדכון האחרונה של כל מדינה) השיעור בישראל בשנת 2017 (3.1 ל-1,000 תושבים) היה נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (3.5 ל-1,000 תושבים) וזהה לשיעור בבלגיה ובסלובניה. השיעור הגבוה ביותר במדינות ה-OECD היה באוסטריה - 5.2 ל-1,000 תושבים, והשיעור הנמוך ביותר היה בקוראה הדרומית - 2.3 ל-1,000 תושבים.

תרשים 706 רופאים מועסקים, ישראל ומדינות ה-OECD, 2017



מקור הנתונים: OECD. 1 ברוב המדינות שנת העדכון האחרונה היא 2017, אלא אם כן צוין אחרת.

### בעלי הכשרה בסיעוד

לפי נתוני משרד הבריאות, בסוף שנת 2018 היו בישראל 68,543 בעלי הכשרה בסיעוד. הרוב (82.4%) היו אחיות מוסמכות, והשאר – אחיות מעשיות. מסך כל בעלי ההכשרה בסיעוד 54,361 (79.3%) היו עד גיל 67. במשך השנים גדל חלקם של בעלי הכשרה בסיעוד מעל גיל 67 מכלל בעלי הכשרה בסיעוד, ובשנת 2018 הוא הגיע ל-20.7%, כמעט פי 2.5 מחלקם בשנת 2000 (15.0% בשנת 2010 ו-8.5% בשנת 2000).

מסך כל בעלי ההכשרה בסיעוד בשנת 2018 86.2% היו נשים ו-13.8% היו גברים.

שיעור האחיות בעלות הכשרה בסיעוד בשנת 2018 היה 7.6 ל-1,000 תושבים. שיעור האחיות עד גיל 67 היה 6.0 ל-1,000 תושבים, ושיעור האחיות מעל גיל 67 היה 1.6 ל-1,000 תושבים.

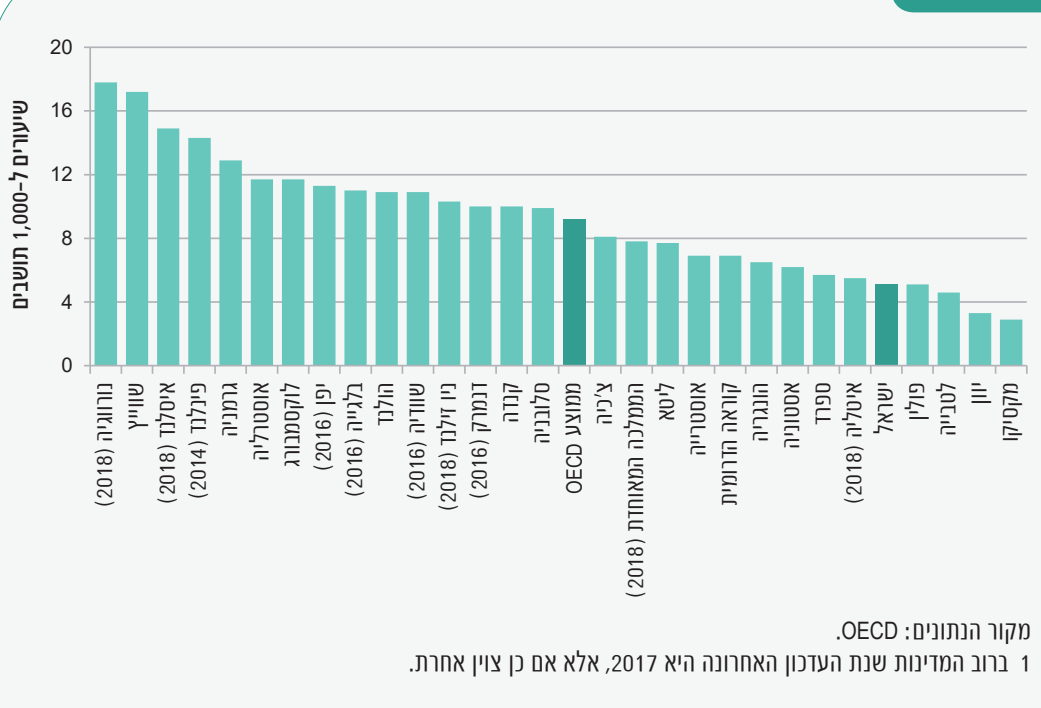
**אחיות מועסקות**

לפי סקר כוח אדם, בשנת 2018 הועסקו כ-45,300 אחיות (41,700 אחיות מוסמכות ו-3,600 אחיות מעשיות) - שיעור של 5.1 ל-1,000 תושבים. כ-40,300 מהן (89.0%) הועסקו בשירותי בריאות (שיעור של 4.5 ל-1,000 תושבים). כ-43,900 מכלל האחיות המועסקות (96.9%) היו עד גיל 67 (שיעור של 4.9 ל-1,000 תושבים). 66.1% מכלל הרשומים כבעלי הכשרה בסיעוד עבדו כאחיות בשנת 2018, 80.8% מכלל הרשומים עד גיל 67 ו-9.9% מכלל הרשומים מעל גיל 67.

מכלל האחיות המועסקות 87.0% היו נשים ו-13.0% היו גברים, ומהאחיות שהועסקו בשירותי בריאות - 86.4% היו נשים ו-13.6% היו גברים.

שיעור האחיות המועסקות בישראל יציב בשנים האחרונות, אך נמוך מאוד לעומת השיעור הממוצע במדינות ה-OECD. בהשוואה בין-לאומית (לשנים 2014-2018, לפי שנת העדכון האחרונה של כל מדינה) השיעור בישראל בשנת 2017 היה 5.1 ל-1,000 תושבים, כמחצית מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (9.2 ל-1,000 תושבים) וזהה לשיעור בפולין. השיעור הגבוה ביותר היה בנורווגיה - 17.8 ל-1,000 תושבים, והשיעור הנמוך ביותר היה במקסיקו - 2.9 ל-1,000 תושבים.

**תרשים 6 ז' אחיות מועסקות, ישראל ומדינות ה-OECD, 2017'**

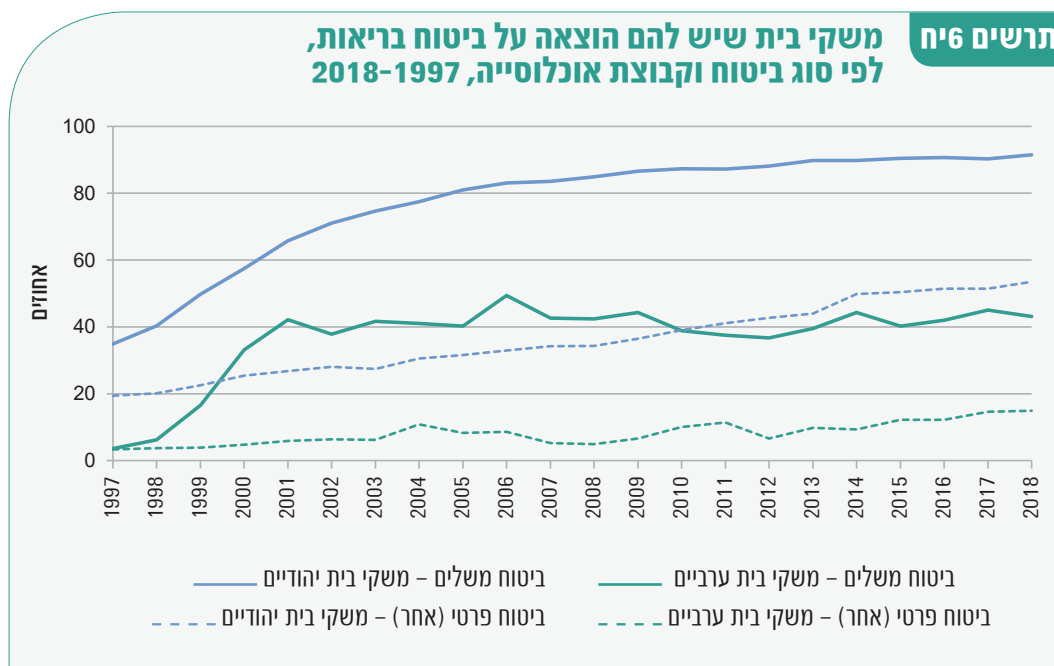


### 8. ביטוחי בריאות

הנתונים על ביטוחי בריאות מבוססים על סקר הוצאות משק הבית של הלמ"ס, ובו משקי הבית נשאלים על הוצאות שיש להם על ביטוח בריאות משלים ועל ביטוחים רפואיים אחרים.

אחוז משקי הבית שיש להם הוצאה על **ביטוח בריאות משלים** עלה מאוד במשך השנים, ובשנת 2018 הוא הגיע ל-83.6%, פי 2.7 מהאחוז בשנת 1997 (שנתיים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי). משנת 2013 האחוז יציב למדי. במשקי הבית היהודיים הגיע האחוז ל-91.5% בשנת 2018 – פי 2.6 מהאחוז בשנת 1997. במשקי הבית הערביים היה האחוז נמוך הרבה יותר – 43.1%, אך לעומת שנת 1997 הוא עלה פי 12.0. אומנם אחוז משקי הבית הערביים שיש להם ביטוח בריאות משלים נמוך מאוד לעומת אחוז משקי הבית היהודיים שיש להם ביטוח זה, אך הפער ביניהם הצטמצם, בעיקר בשנים הראשונות (מפי 9.7 בשנת 1997 לפי 2.1 בשנת 2018). אחוז משקי הבית הערביים שיש להם ביטוח משלים עלה מאוד בשנים הראשונות שלאחר החלת החוק, ומשנת 2001 כמעט לא חל בו שינוי. לעומת זאת, אחוז משקי הבית היהודיים שיש להם ביטוח משלים עלה בהתמדה, אך עלייה זו התמתנה בשנים האחרונות.

אחוז משקי הבית שיש להם הוצאה על **ביטוח בריאות פרטי** ("אחר"<sup>13</sup>) עלה מאוד במשך השנים, ובשנת 2018 הוא הגיע ל-47.1%, פי 2.7 מהאחוז ב-1997. אחוז משקי הבית היהודיים שהייתה להם הוצאה בגין ביטוח בריאות פרטי היה גבוה כל השנים מאחוז משקי הבית הערביים שדיווחו על הוצאה זו, ובשנת 2018 הוא עמד על 53.5% לעומת 14.9%, בהתאמה (פי 3.6).



13 ביטוח אחר כולל ביטוח בחברת ביטוח, ביטוח שיניים וביטוח אחר (כולל לחצן מצוקה, ביטוח שח"ל, נטלי וכד'). משנת 2011 הוא כולל גם ביטוח סיעודי.

במשך השנים אחוז משקי הבית שיש להם ביטוח בריאות משלים או ביטוח בריאות פרטי עלה בכל חמישוני ההכנסה. כמו כן, נמצא כי אחוז משקי הבית שלהם **ביטוח בריאות משלים** עולה ככל שעולות ההכנסות של משק הבית. הפער שבין חמישון ההכנסה העליון לחמישון ההכנסה התחתון הצטמצם עם השנים, בעיקר בשנים הראשונות שלאחר החלת החוק. בשנת 1997 אחוז משקי הבית בחמישון העליון שהיה להם ביטוח משלים היה גבוה פי 3.7 מהאחוז בחמישון התחתון, בשנת 2002 – פי 2.0, בשנת 2012 – פי 1.8, ובשנת 2018 – פי 1.7. משנת 2004 יותר מ-90% ממשקי הבית בחמישון העליון היו בעלי ביטוח משלים, ומשנת 2006 יותר מ-50% ממשקי הבית בחמישון התחתון היו בעלי ביטוח משלים.

בהוצאות על **ביטוח בריאות פרטי (אחר)**, הפער בין חמישוני ההכנסה גדול יותר. הפער הגיע לשיא בשנת 2012, ומאז הצטמצם. בשנת 1997 אחוז משקי הבית בחמישון העליון שהיה להם ביטוח בריאות פרטי היה גבוה פי 5.9 מהאחוז בחמישון התחתון, בשנת 2002 – פי 7.7, בשנת 2012 – פי 8.3, ובשנת 2018 – פי 5.1. הצמצום בפער נובע ברובו מעלייה באחוז משקי הבית בחמישון התחתון שהייתה להם הוצאה על ביטוח בריאות פרטי.

### משקי בית שיש להם הוצאה על ביטוח בריאות, לפי סוג ביטוח וחמישוני הכנסה, (1) שנים נבחרות

לוח 6.5

אחוזים

2018		2012		2007		2002		1997		חמישון הכנסה
ביטוח פרטי (אחר)	ביטוח משלים	ביטוח פרטי (אחר)	ביטוח משלים	ביטוח פרטי (אחר)	ביטוח משלים	ביטוח פרטי (אחר)	ביטוח משלים	ביטוח פרטי (אחר)	ביטוח משלים	
15.1	57.8	8.3	52.9	7.4	51.2	6.3	42.8	5.5	13.7	1 (תחתון)
31.1	79.9	21.2	76.2	14.7	70.0	12.7	56.6	11.1	19.1	2
49.4	90.4	37.1	87.0	29.0	84.5	22.0	69.8	19.6	32.8	3
62.8	94.0	51.4	93.0	41.3	89.2	37.5	79.4	19.4	40.8	4
77.1	95.8	69.1	95.0	56.4	92.5	48.8	86.5	32.7	50.9	5 (עליון)

(1) חמישוני הכנסה נטו לנפש סטנדרטית.

בבחינה של אחוז משקי הבית שיש להם הוצאה על ביטוחי בריאות, לפי רמת ההשכלה של ראש משק הבית (בגילים 25-69), נמצא כי בשנת 2018 אחוז משקי הבית שיש להם הוצאה על ביטוח בריאות משלים עולה ככל שרמת ההשכלה של ראש משק הבית גבוהה יותר: במשקי בית שבהם ראש משק הבית הוא בעל תואר אקדמי הגיע האחוז ל-91.6%, לעומת 64.0% במשקי בית שבהם ראש משק הבית הוא בעל השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון.

אחוז משקי הבית שיש להם הוצאה על ביטוח בריאות פרטי (אחר) עולה אף הוא ככל שרמת ההשכלה של ראש משק הבית גבוהה יותר: במשקי בית שבהם ראש משק הבית הוא בעל תואר אקדמי הגיע האחוז ל-63.9%, לעומת 27.3% במשקי בית שבהם ראש משק הבית הוא בעל השכלה נמוכה מסיום בית ספר תיכון.

