



2023

# בריאות, תחלואה וצריכת שירותי בריאות בחברה החרדית

מחקר נתונים-עבור מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות



---

# בריאות, תחלואה וצריכת שירותי בריאות בחברה החרדית

מחקר נתונים - עבור מינהל תכנון  
אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות

---

## חוקרים:

ד"ר איתן רגב

דב גולדברג

ד"ר תמר הרטום

אדם נשרי

עריכה לשונית: יפעת דרורי

עיצוב גרפי: נבו ארן ללזר

---

## המכון החרדי למחקרי מדיניות

כתובת: כנפי נשרים 35, ירושלים, 9546448 טלפון: 077-7784400

אימייל: machon@machon.org.il

# תוכן עניינים

4.....	<b>רשימת לוחות</b>
5.....	<b>תקציר מנהלים</b>
7.....	<b>מבוא</b>
8.....	<b>מתודולוגיה</b>
11.....	<b>ממצאים</b>
11.....	ריבוי טבעי ופריזון, ילודה, הפסקות הריון ותמותת תינוקות
13.....	תוחלת חיים ופטירות
14.....	תחלואה
16.....	סיבות מוות
18.....	מצב בריאותי ואורח חיים
20.....	תחושת אמון במערכת הבריאות וצריכת שירותי בריאות
23.....	<b>סיכום, דיון והמלצות מדיניות</b>
26.....	<b>רשימת מקורות</b>

# רשימת לוחות

**לוח מספר 1:** ריבוי טבעי ופריון, ילודה, הפסקות הריון ותמותת תינוקות

**לוח מספר 2:** תוחלת חיים ופטירות ל 1000 תושבים

**לוח מספר 3:** תחלואה

**לוח מספר 4:** סיבות מוות ל 100,000 תושבים

**לוח מספר 5:** מצב בריאותי ואורח חיים

**לוח מספר 6:** תחושת אמון במערכת הבריאות וצריכת שירותי בריאות

# תקציר מנהלים

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות מקדם תהליך תכנון מדיניות ייעודי לצרכים ולאיתגרים הייחודיים של החברה החרדית בתחום הבריאות. אחד האתגרים המשמעותיים העומדים בפני קובעי המדיניות בנושא זה הוא המחסור בנתונים על אודות החברה החרדית בתחום. קיימים פערים משמעותיים במידע הנוגע לבריאות ותחלואה בחברה החרדית, ובכלל זה המאפיינים הייחודיים, הצרכים הקיימים, המענים הניתנים וצריכת השירותים.

במסגרת התהליך ערכו חוקרי המכון החרדי למחקרי מדיניות מחקר נתונים, שמטרתו לספק זיהוי, מיפוי וניתוח של דפוסי בריאות ותחלואה ושל מגמות צריכת שירותי בריאות הייחודיות לאוכלוסייה היהודית החרדית בישראל. כל זאת בהשוואה לאוכלוסייה היהודית שאינה חרדית, וכדי לתת מענה ראשוני לאתגר. מחקר זה מהווה צעד ראשון, ונדרשים מחקרי המשך שיזהו את האוכלוסייה החרדית במאגרי המידע הקיימים בקופות החולים ובמשרד הבריאות ויאספו מידע על שירותי בריאות הניתנים לאוכלוסייה החרדית בידי עמותות וגופים פרטיים.

## להלן ריכוז הממצאים העיקריים והמלצות מדיניות:

### פיריון וילודה

מהנתונים עולה ששיעור הלידות המוקדמות, לידת ילודים במשקל נמוך או עם מומים ושיעור לידות המת, נמוכים בקרב נשים חרדיות מהשיעורים בקרב נשים יהודיות לא חרדיות. ייתכן שהבדלים אלה קשורים בפער בגיל הלידה הממוצע בין נשים חרדיות לנשים יהודיות שאינן חרדיות, כפי שניתן לראות בשיעורי הפיריון הסגולי. לעומת זאת עולה, ששיעור פטירת תינוקות גבוה כמעט פי שניים בקרב חרדים. מניתוח סיבות המוות בקרב תינוקות ניתן לראות שמרבית המקרים הללו הם כתוצאה ממומים מולדים ומסיבות אחרות שניתן לזהות במהלך ההיריון. ממצא זה מעלה את ההשערה שלכל הפחות חלק מהפער מוסבר באמצעות השיעור הנמוך של הפסקות היריון בקרב נשים חרדיות.

### תחלואה

שיעור התחלואה בסרטן מכל הסוגים נמוך בקרב חרדים. נתון זה חוזר על עצמו גם כאשר בוחנים בנפרד את שיעורי התחלואה מסרטן הריאה, סרטן הערמונית (פרוסטטה) בקרב גברים וסרטן השד

בקרב נשים. תיקוף נוסף מקבלים ממצאים אלה באמצעות בחינה של שיעור התמותה משאתות ממאירות, שגם הוא נמוך בקרב חרדים. חשוב לציין כי תוצאות אלו משקפות רק בקרה חלקית על גיל האוכלוסייה, כתוצאה מכך שנתוני התחלואה מדווחים עבור קבוצות גיל רחבות יחסית.

## **צריכת שירותי בריאות**

מהמחקר עולה ששיעור בדיקות הממוגרפיה בקרב נשים חרדיות נמוך בכמעט חצי בהשוואה לנשים יהודיות לא חרדיות. עוד עולה, ששיעור ההתחסנות לשפעת נמוך באופן משמעותי באוכלוסייה החרדית. כמו כן, ביחס לשיעור מקבלי הגמלאות, נמצא כי בכל הגמלאות שנבחנו, למעט גמלת סיעוד, שיעור המקבלים בקרב חרדים נמוך יותר, ויש לבחון אם פער זה הוא תוצר של אי מיצוי זכויות.

מן המחקר אף עולה שקיימים שיעורים נמוכים יותר של אשפוזים בכל קבוצות הגיל באוכלוסייה החרדית, למעט גיל הפריור, ויש לבחון את הגורמים להבדלים אלה. כמו כן, נמצא שבשנים 2005–2009 מספר האשפוזים הפסיכיאטריים באוכלוסייה החרדית היה נמוך מאשר בקרב יהודים לא חרדים. ייתכן שחלו שינויים במצב זה בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש, אך יש לבחון את הדברים במחקרי המשך.

## **המלצות מדיניות**

- מומלץ לבדוק באופן מעמיק במחקרי המשך את מכלול הגורמים לפער בפטירת תינוקות ל-1000 לידות חי בין חרדים ליהודים שאינם חרדים ואת האפשרויות לצמצומו. כמו כן מומלץ לבדוק את מכלול הגורמים לפער בשיעור הפטירות בגיל לידה עד ארבע בין חרדים ליהודים שאינם חרדים ולפעול לצמצומו.
- מומלץ לבחון במחקרי המשך את השיעור הנמוך יותר של תחלואה ותמותה כתוצאה מסרטן בקרב חרדים ואת הגורמים לכך.
- מומלץ להמשיך לפעול לצמצום הפערים בשיעור בדיקות הממוגרפיה, בדיקות משטח צוואר הרחם (PAP), בדיקות דם סמוי בצואה וקולונוסקופיה בין חרדים ליהודים שאינם חרדים.
- מומלץ לבחון את הגורמים לשיעור הנמוך של המתחסנים נגד שפעת באוכלוסייה החרדית ואת השפעתו.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הגבוה יותר של נזקקות מסיבות רפואיות באוכלוסייה החרדית ואת הגורמים לכך.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הנמוך יותר של מקבלי הגמלאות (נכות מעבודה וגמלת תלויים, ניידות, נכות כללית) באוכלוסייה החרדית ואת הגורמים לכך.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הנמוך יותר של אשפוזים באוכלוסייה החרדית (למעט שכבת הגיל 25–44) ואת הגורמים לכך. כמו כן מומלץ לבחון את הגורמים לשיעור הנמוך של אשפוזים פסיכיאטריים באוכלוסייה החרדית ואת השפעתו.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, בליווי המכון החרדי למחקרי מדיניות, מקדם תהליך תכנון מדיניות ייעודי לצרכים ולאתגרים הייחודיים של החברה החרדית בתחום הבריאות. אחד האתגרים המשמעותיים העומדים בפני קובעי המדיניות בנושא זה הוא המחסור בנתונים על אודות החברה החרדית בתחום. קיימים פערים משמעותיים במידע הנוגע לבריאות ותחלואה בחברה החרדית, ובכלל זה המאפיינים הייחודיים, הצרכים הקיימים, המענים הניתנים וצריכת השירותים. בעקבות זאת, כחלק מתהליך התכנון, ערכו חוקרי המכון החרדי מחקר נתונים שמטרתו לתת מענה ראשוני לאתגר. המחקר, שנערך באמצעות חישובים אקונומטריים על בסיס נתוני הבריאות של כלל האוכלוסייה הקיימים במאגרי הנתונים של הלמ"ס, מהווה רק צעד ראשון בכיוון זה, ונדרשת עוד עבודת מחקר רחבה, שתישען על זיהוי חרדים במאגרי המידע הקיימים בקופות החולים ובמשרד הבריאות ותכלול איסוף מידע על השירותים הניתנים בידי עמותות וגופים פרטיים.

# מתודולוגיה

המחקר השתמש בשונות המתקיימת בשיעורי התחלואה ביישובים השונים, ובשונות בשיעור החרדים והערבים המתגוררים בכל יישוב. זאת כדי לחשב בפרוצדורה זו שלבית אומדנים לשיעורי תחלואה ומדדי בריאות כלל ארציים עבור כל אחת משלוש קבוצות האוכלוסייה העיקריות (חרדים, ערבים ויהודים שאינם חרדים). לשם כך נעשה שימוש בכמה מקורות נתונים אשר הוצלבו זה עם זה:

- נתוני משרד הבריאות בדבר שיעורי תחלואה ומדדי בריאות לפי **יישובים** וקבוצות גיל (ללא חלוקה מגזרית).<sup>1</sup>
- נתוני משרד הבריאות בדבר שיעורי תחלואה ומדדי בריאות **ארציים** לפי קבוצות גיל (ללא חלוקה מגזרית).
- נתוני המכון החרדי בדבר שיעור החרדים ושיעור הערבים באוכלוסייה לפי יישוב וקבוצות גיל, אשר חושבו בעזרת אלגוריתם למידת מכונה שפותח במכון החרדי לשם זיהוי האוכלוסייה החרדית במסדי נתונים מינהליים.

## שלב א

חישוב מקדמי רגרסיה לפערי תחלואה כלל ארציים בין חרדים וערבים לבין יהודים שאינם חרדים. עבור כל מדד בריאות וקבוצת גיל בוצעו רגרסיות ליניאריות ממושקלות (WLS) כמפורט להלן:

$$Y_{disease,city,age,Gender} = \beta_0 + \beta_1 HarediShare_{city,age} + \beta_2 ArabShare_{city,age} + \epsilon_{city,age}$$

כאשר:

- המשתנה המוסבר  $Y_{disease,city,age}$  ושיעור התחלואה בכל יישוב במדד, במגדר ובקבוצת הגיל הרלוונטיים.
- המשתנים המסבירים הם אחוז החרדים  $HarediShare_{city,age}$  ואחוז הערבים  $ArabShare_{city,age}$  בקבוצת הגיל הרלוונטית בכל יישוב (ולפיכך קבוצת הבסיס

---

<sup>1</sup> שלושה קובצי למ"ס הכוללים פרופיל בריאותי-חברתי של יישובים בישראל החל משנת 2005 ועד שנת 2020, וכן קובץ הרשויות של הלמ"ס מהשנה הנוכחית.



ברגרסיות היא יהודים שאינם חרדים).

- משקולות הרגרסיה  $w_{city,age}$  הן גודל אוכלוסיית קבוצת הגיל הרלוונטית בכל יישוב, ולכן טעות המודל  $\epsilon_{city,age}$  תלויה (ביחס הפוך) בגודל אוכלוסיית היישוב  $\epsilon_{city} \sim N(0, \frac{\sigma^2}{w_{city,age}})$

## שלב ב

חישוב מדדי בריאות לפי מגזרים על ידי הצלבת מקדמי הרגרסיה עם הנתון הכלל ארצי. מן הרגרסיות שתוארו לעיל התקבלו עבור כל מדד בריאות, מגדר וקבוצת גיל רלוונטית מקדמי הרגרסיה  $\beta_1$  ו- $\beta_2$ , אשר מהווים אומדן לפער בין שיעור התחלואה הארצי של חרדים ושל ערבים (בהתאמה), לבין שיעור התחלואה הארצי של יהודים שאינם חרדים.

אומדנים אלו הוצלבו עם שיעורי התחלואה הארציים (ללא חלוקה מגזרית), הידועים כאמור מדיווחי משרד הבריאות, וזאת כדי לחלץ עבור כל מדד בריאות, קבוצת גיל ומגדר אומדנים לשיעורי התחלואה הארציים בכל מגזר. לשם כך נעשה שימוש בעובדה שבכל מדד בריאות, הנתון הכלל ארצי ללא חלוקה מגזרית הוא למעשה ממוצע משוקלל של הנתון הכלל ארצי בכל מגזר:

$$\begin{aligned} \gamma_{disease,age,Gender}^{Total} &= w_{age}^{Non-Haredi Jew} \cdot \gamma_{disease,age,Gender}^{Non-Haredi Jew} + w_{age}^{Haredi} \cdot \gamma_{disease,age,Gender}^{Haredi} \\ &\quad + w_{age}^{Arab} \cdot \gamma_{disease,age,Gender}^{Arab} \end{aligned}$$

נפשט את המשוואה (עבור מדד, מגדר וקבוצת גיל נתונים) ונכתוב בקיצור את המקרה הכללי:

$$\gamma^{Total} = w^{Non-Haredi Jew} \cdot \gamma^{Non-Haredi Jew} + w^{Haredi} \cdot \gamma^{Haredi} + w^{Arab} \cdot \gamma^{Arab}$$

כעת, נעשה שימוש במקדמי הרגרסיה שהתקבלו בשלב א כדי לכתוב מחדש את המשוואה:

$$\begin{aligned} \gamma^{Total} &= w^{Non-Haredi Jew} \cdot \gamma^{Non-Haredi Jew} + w^{Haredi} \cdot [\gamma^{Non-Haredi Jew} + \beta_1] \\ &\quad + w^{Arab} \cdot [\gamma^{Non-Haredi Jew} + \beta_2] \end{aligned}$$

נכנס איברים ונקבל:

$$\begin{aligned} \gamma^{Total} &= \gamma^{Non-Haredi Jew} [w^{Non-Haredi Jew} + w^{Haredi} + w^{Arab}] + w^{Haredi} \cdot \beta_1 \\ &\quad + w^{Arab} \cdot \beta_2 \end{aligned}$$

ומכיוון ששכום המשקולות של שלושת המגזרים יחד מסתכם ב-1, נצמצם ונקבל משוואה עם נעלם אחד – המדד הארצי בקרב יהודים שאינם חרדים:

$$\gamma^{Total} - w^{Haredi} \cdot \beta_1 - w^{Arab} \cdot \beta_2 = \gamma^{Non-Haredi Jew}$$

כעת, נותר רק להציב במשוואה את הערכים הידועים עבור  $\gamma^{Total}$ ,  $w^{Haredi} \cdot \beta_1$ ,  $w^{Arab} \cdot \beta_2$  ולחלץ את הנתון (הנאמד) עבור  $\gamma^{Non-Haredi Jew}$ . לאחר חילוץ הנתון (הנאמד) עבור יהודים שאינם חרדים נציב את  $\beta_1$  ו- $\beta_2$  ונקבל את הנתון הארצי (הנאמד) עבור חרדים ועבור ערבים (בהתאמה):

$$\gamma^{Haredi} = \gamma^{Non-Haredi Jew} + \beta_1$$

$$\gamma^{Arab} = \gamma^{Non-Haredi Jew} + \beta_2$$

כך התקבלו, עבור כל מדד בריאות, קבוצת גיל ומגדר, אומדנים לשיעורי התחלואה הארציים בקרב שלוש קבוצות האוכלוסייה העיקריות – חרדים, ערבים ויהודים שאינם חרדים. באומדנים שהתקבלו עבור חרדים ועבור ערבים דווחו גם רמות המובהקות של מקדמי הרגרסיה ביחס לקבוצת הבסיס (יהודים שאינם חרדים). משכך, לא ניתן היה לחשב על בסיס רגרסיות אלו את רמות המובהקות של האומדנים שהתקבלו עבור יהודים שאינם חרדים.

## ריבוי טבעי ופרייון, ילודה, הפסקות היריון ותמותת תינוקות

בלוח מספר 1 מוצגים נתונים הקשורים לילודה, ריבוי טבעי ופרייון, תוך השוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים. מהלוח עולה כי הריבוי הטבעי ל-1000 תושבים בקרב חרדים הוא כמעט פי חמישה מהריבוי הטבעי בקרב יהודים שאינם חרדים. פער זה הוא תוצר של שיעור הפרייון הכולל הגבוה בחברה החרדית, העומד על 6.6, ושל העובדה שמדובר בחברה צעירה ששיעור הפטירות בה נמוך. כאשר בוחנים את מאפייני הילודה של חרדים לעומת יהודים שאינם חרדים, ניתן לראות ששיעור הלידות המוקדמות, הילודים במשקל נמוך, הילודים עם מומים ושיעור לידות המת נמוכים באופן מובהק בקרב חרדים. ייתכן שהבדלים אלה קשורים בפער בגיל הלידה הממוצע בין נשים חרדיות לנשים יהודיות שאינן חרדיות, כפי שניתן לראות בשיעורי הפרייון הסגולי. על פי מחקרים, הריונות לאחר גיל 35 מעלים את הסיכוי להיריון בסיכון ולסיבוכים לאחר הלידה (Pinheiro et al., 2019). יחד עם זאת, חשוב לציין שגם בקרב נשים חרדיות יש שיעור לא מבוטל של לידות לאחר גיל 35. כמו כן, ישנם מחקרים המראים שהריונות צפופים מעלים גם כן את הסיכוי להיריון ולידה לא תקינים (Grisaru-Granovsky et al., 2009). תופעה זו נפוצה יותר בקרב נשים חרדיות, ולכן ראוי לבחון את הנתונים ואת הסיבות לפערים בצורה מעמיקה יותר במחקרי המשך.

ביחס לתמותת תינוקות (פטירת יילודים שטרם מלאה להם שנת חיים אחת), ניתן לראות מהלוח שיש פער של 1.4 מקרים ל-1000 תושבים בין חרדים ליהודים שאינם חרדים. כאשר בוחנים את סיבות המוות ניתן לראות שסיבות סב לידתיות, שהן הסיבות השכיחות ביותר לתמותת תינוקות (רובין ואחרים, 2019 עמ' 9) נמוכות בקרב חרדים – שיעור של 0.9 ל-1000 לידות חי. לעומת זאת, תמותה כתוצאה ממומים מולדים ומסיבות אחרות גבוהה בקרבם – למעלה מפי שניים בהשוואה ליהודים שאינם חרדים. הסבר אחד להבדלים אלה בשכיחות סיבות המוות יכול להיות הפער המשמעותי – 10.9 מקרים ל-1000 נשים בגיל הפרייון – בשיעור הפסקות היריון בין נשים חרדיות לנשים יהודיות שאינן חרדיות. ייתכן שחלק מהפסקות היריון אלה קשורות ביזיון מוקדם של מומים מולדים במהלך בדיקות סקר שאינן מבוצעות על ידי חלק מהנשים החרדיות, או בהחלטה שלהן שלא להפסיק את ההיריון גם במקרה שזוהו מומים (Nov-Klaiman et al., 2022; Teman et al., 2011). חשוב לציין כי בגלל הרכב הגילים הצעיר של האוכלוסייה החרדית (בהשוואה לחברה הכללית), הגיל הממוצע של הילדות החרדיות נמוך משמעותית מהגיל הממוצע של הילדות שאינן חרדיות, ולכן יש בקרב החרדיות פחות מקרים של לידות

מת ושל לידות פגים או יילודים עם מומים ל-1000 נפש. זאת כיוון שהסיכון לאירועים אלו עולה עם גיל היולדות. מנגד, כאמור, שיעור הפטירות מתוך כלל לידות החי גבוה משמעותית בקרב החרדיות מהשיעור בקרב יהודיות שאינן חרדיות – כנראה משום שאצל החרדיות יש שיעור גבוה יותר של מומים מולדים קשים שלא בוצעה בגינם הפסקת הריון. נוסף על כך, ניכר כי גם במקרים של פטירת תינוקות שאינה נובעת ממומים מולדים (פטירה מסיבות אחרות), השיעור בקרב היולדות החרדיות גבוה משמעותית – דבר שעשוי לנבוע מסיבות אחרות.

### לוח מספר 1:

#### ריבוי טבעי ופרייון, ילודה, הפסקות הריון ותמותת תינוקות בשנת הסקר הזמינה האחרונה, בהשוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים

שיעור בקרב חרדים	שיעור בקרב יהודים שאינם חרדים	שנות הסקר	
<b>ריבוי טבעי ופרייון</b>			
<b>***40.7</b>	8.4	2019	ריבוי טבעי ל-1000 תושבים
<b>***6.6</b>	2.2	2020	שיעור פרייון כולל
<b>***306.9</b>	26.3	2016	שיעור פרייון סגולי ל-1000 נשים בגיל 20-24
<b>***366.5</b>	128.8	2016	שיעור פרייון סגולי ל-1000 נשים בגיל 25-29
<b>***311.7</b>	174.7	2016	שיעור פרייון סגולי ל-1000 נשים בגיל 30-34
<b>***257.9</b>	98.9	2016	שיעור פרייון סגולי ל-1000 נשים בגיל 35-39
<b>***97.3</b>	26.9	2016	שיעור פרייון סגולי ל-1000 נשים בגיל 40-44
<b>**10.6</b>	3.5	2016	שיעור פרייון סגולי ל-1000 נשים בגיל 45-49
<b>ילודה</b>			
<b>***94.1%</b>	89.6%	2016-2014	לידות בשבוע 37 ויותר מכלל לידות החי
<b>***2.5%</b>	6.4%	2016-2014	לידות בשבועות 33-36 מכלל לידות החי
<b>***0.6%</b>	1.2%	2016-2014	לידות עד 32 שבועות מכלל לידות החי
<b>***0.4%</b>	0.9%	2016-2014	יילודים שמשקלם פחות מ-1500 גר' מכלל לידות החי

***4.3%	8.6%	2016–2014	יילודים שמשקלם פחות מ-2500 גר' מכלל לידות חי
**11	17.1	2009–2005	יילודים עם מומים מולדים ל-1000 לידות חי
**3.4	7.4	2019–2015	לידות מת ל-1000 לידות חי ומת
<b>הפסקות היריון</b>			
***0.2	11.1	2020–2016	שיעור הפסקות היריון ל-1,000 נשים בגיל הפרייון
<b>תמותת תינוקות</b>			
***3.3	1.9	2020–2016	פטירת תינוקות ל-1000 לידות חי
*0.9	1.8	2009–2005	פטירות עקב סיבות סב לידתיות שיעור ל-1000 לידות חי
**1.8	0.6	2009–2005	פטירות עקב מומים מולדים ל-1000 לידות חי
***1.4	0.5	2009–2005	פטירות עקב סיבות אחרות שיעור ל-1000 לידות חי

#### הערות ללוח:

משתנים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים למי שאינם חרדים מובלטים.  
 מובהקות: \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ .

#### תוחלת חיים ופטירות

בלוח מספר 2 מוצגים נתונים הקשורים לתוחלת חיים ופטירות, תוך השוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים. מהלוח עולה כי אין הבדל בין תוחלת החיים של חרדים לזו של יהודים שאינם חרדים. לעומת זאת, בהיקף הפטירות ל-1000 תושבים בגיל לידה עד ארבע, נמצא פער של שלוש עשיריות בין חרדים ליהודים שאינם חרדים. ייתכן שפער זה מוסבר בחלקו על ידי הפערים בשיעור תמותת תינוקות שהוצגו בלוח מספר 1. לעומת זאת, בגילי 5 עד 24 ובגילי 25 עד 44 המגמה הפוכה, ושיעור הפטירות בקרב יהודים שאינם חרדים גבוה בעשירית ובשתי עשיריות בהתאמה משיעור הפטירות בקרב חרדים. הסבר אפשרי לפער זה הוא ששיעור גבוה של מקרי המוות בגילאים אלה הוא תוצאה של סיבות חיצוניות ובראשם תאונות – הסיבה הראשונה בקרב בנים והשנייה בקרב בנות עד גיל 25 (גולדברגר ואחרים, 2020, עמ' 12) – וכפי שניתן לראות בלוח מספר 4, יש פער של 7.2 מיתות ל-100,000 תושבים מסיבות אלה בין חרדים ליהודים שאינם חרדים.

## לוח מספר 2:

### תוחלת חיים ופטירות ל-1000 תושבים בשנת הסקר הזמינה האחרונה, בהשוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים

שיעור בקרב חרדים	שיעור בקרב יהודים שאינם חרדים	שנות הסקר	
<b>תוחלת חיים</b>			
80.8	80.9	2020–2016	גברים
84.6	84.7	2020–2016	נשים
<b>תוחלת חיים מעל גיל 65</b>			
18.4	19.5	2020–2016	גברים
22.2	21.9	2020–2016	נשים
<b>פטירות לפי קבוצות גיל</b>			
<b>***0.8</b>	0.5	2017–2013	לידה עד 4
<b>***0.1</b>	0.2	2017–2013	5 עד 24
<b>**0.4</b>	0.6	2017–2013	25 עד 44
1.6	2.1	2017–2013	45 עד 54
4.6	5.2	2017–2013	55 עד 64
11.1	12.5	2017–2013	65 עד 74
69.1	69.6	2017–2013	מעל 75

#### הערות ללוח:

משתנים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים למי שאינם חרדים מובלטים. מובהקות: \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ .

#### תחלואה

בלוח מספר 3 מוצגים נתונים הנוגעים לתחלואה, תוך השוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים. מהלוח עולה כי שיעור התחלואה בסרטן מכל הסוגים מציג פער של 131.7 מקרים ל-100,000 תושבים בין חרדים ליהודים שאינם חרדים. ביחס לתחלואה בסרטן הריאה, בקרב שני המינים הפער הוא 25.6 מקרים ל-100,000 תושבים. ביחס לתחלואה בסרטן הערמונית והפרוסטטה בקרב גברים הפער הוא 28.6 מקרים ל-100,000 תושבים, ואילו בסרטן השד בקרב

נשים הפער הוא 17.5 מקרים ל-100,000 תושבים.

ביחס לסוכרת, מהלוח עולה כי אין הבדלים מובהקים בשיעור המקרים ל-1000 תושבים בין חרדים לשאינם חרדים. יחד עם זאת, חשוב לציין כי בדו"ח רישום הסוכרת לשנת 2019 שפרסם המרכז הלאומי לבקרת מחלות נמצאו שיעורים גבוהים יותר של סוכרת בקרב חרדים בהשוואה ליהודים שאינם חרדים (לין ואחרים, 2019 עמ' 11).

### לוח מספר 3: תחלואה בשנת הסקר הזמינה האחרונה, בהשוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים

שיעור בקרב חרדים	שיעור בקרב יהודים שאינם חרדים	שנות הסקר	
<b>שבץ מוחי ל-100,000 תושבים</b>			
5.4	6	2019–2015	מקרי שבץ מוחי
<b>סרטן ל-100,000 תושבים</b>			
<b>***288.6</b>	420.3	2009–2005	סרטן מכל הסוגים <sup>1</sup>
39.8	50.6	2009–2005	סרטן המעי הגס והחלחולתי
<b>**5.9</b>	31.5	2009–2005	סרטן הריאה <sup>1</sup>
<b>***32.9</b>	61.5	2018–2014	סרטן הערמונית (פרוסטטה) <sup>1,2</sup>
<b>**91.5</b>	109	2018–2014	סרטן השד <sup>1,3</sup>
<b>סוכרת</b>			
53%	54%	2019–2017	מאוזנים בסוכרת <sup>1,4</sup>
50.7	47.9	2019–2017	מקרי סוכרת ל-1000 תושבים

#### הערות ללוח:

משתנים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים למי שאינם חרדים מובלטים. מובהקות: \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ .

<sup>1</sup> הערך המופיע מחושב לפי גודל האוכלוסייה המתוקנן בכל יישוב על פי משקולות הגילים שבנוסחת הקפיטציה.  
<sup>2</sup> המשתנה נבדק בקרב גברים.  
<sup>3</sup> המשתנה נבדק בקרב נשים.  
<sup>4</sup> המשתנה נבדק בקרב משתתפים בגיל 25 ומעלה.

בלוח מספר 4 מוצגות סיבות לתמותה, תוך השוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים. מהלוח עולה כי שיעור התמותה ל-100,000 תושבים מסיבות חיצוניות – תאונות או אלימות – נמוך בקרב חרדים, והפער הוא של 7.2 מיתות ל-100,000 ושבים. עוד עולה מהלוח, ששיעור התמותה ל-100,000 תושבים משאתות ממאירות, סרטן, בגיל 45 ומעלה נמוך בקרב חרדים ועומד על פער של 85.5 מיתות ל-100,000 תושבים בהשוואה ליהודים שאינם חרדים. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקר קודם שמצא שיעורי תמותה נמוכים יותר בקרב חרדים לעומת יהודים לא חרדים (Pinchas-Mizrachi et al., 2021). בשאר סיבות התמותה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים ליהודים שאינם חרדים. עם זאת, במחקר אחר נמצא שיעור נמוך יותר של תמותה כתוצאה ממחלות לב בקרב גברים חרדים (Eilat-Adar et al., 2022) ההסברים לפערים אלה אינם ברורים דיים, וככל הנראה קשורים בהיבטים שונים של שמירה על אורח חיים דתי (Eilat-Adar et al., 2022) וביתרונות של חיים קהילתיים (צ'רניחובסקי ושרוני, 2015).

יחד עם זאת, חשוב לציין כי תוצאות התמותה משאתות ממאירות מעל גיל 45 משקפות רק בקרה חלקית על גיל האוכלוסייה, מכיוון שנתוני התחלואה מדווחים עבור קבוצת גיל רחבה יחסית. בקבוצת הגיל של בני 45 ומעלה שיעור החרדים בני 70 ומעלה הוא 16% ואילו שיעור היהודים הלא חרדים הוא 30%, והסיכון לתחלואה ולתמותה עולה עם הגיל. לכן, ייתכן שפערי התחלואה שנמצאו היו מצטמצמים לו הייתה מתאפשרת בקרה ברמת שנתון הלידה הבודד.



#### לוח מספר 4:

### סיבות מוות ל-100,000 תושבים בשנת הסקר הזמינה האחרונה, בהשוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים

שיעור בקרב חרדים	שיעור בקרב יהודים שאינם חרדים	שנות הסקר	סיבות מוות
***15	22.2	2020–2015	תמותה מסיבות חיצוניות <sup>1</sup>
122.5	89.7	2019–2015	תמותה ממחלות זיהומיות <sup>1,2</sup>
56.1	77.8	2019–2015	תמותה ממחלות כלי דם במוח <sup>1,2</sup>
231.8	229.2	2019–2015	תמותה ממחלות לב <sup>1,2</sup>
58.2	74.7	2019–2015	תמותה מסוכרת <sup>1,2</sup>
**323.4	408.9	2019–2015	תמותה משאתות ממאירות <sup>1,2</sup>

#### הערות ללוח:

משתנים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים למי שאינם חרדים מובלטים. מובהקות: \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ .

<sup>1</sup> הערך המופיע מחושב לפי גודל האוכלוסייה המתוקנן בכל יישוב על פי משקולות הגילים שבנוסחת הקפיטציה.

<sup>2</sup> המשתנה נבדק בקרב משתתפים בגיל 45 ומעלה.

## מצב בריאותי ואורח חיים

בלוח מספר 5 מוצגים נתונים הנוגעים למצב בריאותי ואורח חיים תוך השוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים. מהלוח עולה כי על פי המודל האקונומטרי אין הבדלים מובהקים בדיווח על בעיה רפואית או בהערכת המצב הבריאותי כטוב או טוב מאוד בין חרדים ליהודים שאינם חרדים. יחד עם זאת, כאשר בוחנים את שאלת הערכת המצב הבריאותי בסקר החברתי של הלמ"ס על פי רמת דתיות, שיעור החרדים המעריכים שמצב בריאותם טוב מאוד גבוה לרוב בהשוואה ליהודים חילוניים. לדוגמה, ב-2018 עמד הפער על 9% (אברבוך ואחרים, 2020). במחקר שעסק בקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי והערכת המצב הבריאותי בחברה החרדית הוסבר פער זה על ידי ההון החברתי הגבוה בחברה החרדית, הכולל תמיכה פסיכוסוציאלית ועזרה קהילתית (צ'רניחובסקי ושרוני, 2015). לעומת זאת, ביחס לשיעור המקרים של נזקקות (הסיבה שבגללה פנו או הופנו הפרט/המשפחה למחלקה לשירותים חברתיים) מסיבות רפואיות נמצא ששיעור המקרים בקרב חרדים גבוה מזה של יהודים שאינם חרדים, והפער עומד על 5.6 מקרים ל-1000 תושבים.

ביחס לאורח חיים ניתן לראות מהנתונים בלוח כי שיעור המעשנים בקרב חרדים נמוך משיעור המעשנים בקרב יהודים שאינם חרדים. ממחקרים אחרים ניתן להסיק שהגורם העיקרי לפער זה הוא שיעור העישון הנמוך בקרב נשים חרדיות, אם כי גם בקרב גברים חרדים נראה ששיעור המעשנים נמוך יותר (קסיר ורומנוב, 2018, עמ' 34).

עוד עולה מהלוח, ששיעור העוסקים בפעילות גופנית בגיל 20 ומעלה בקרב חרדים נמוך יותר, אך ההבדלים לא נמצאו מובהקים. יחד עם זאת, בבחינת אופי הפעילות הגופנית בהתאם להמלצות ייתכן שישינם הבדלים. לדוגמה, נמצא שרק 16% מהיהודים החרדים עסקו בפעילות גופנית מאומצת לעומת 31% מהיהודים החילוניים (אברבוך ואבני, 2019, עמ' 39).

ביחס לשיעור בעלי עודף משקל בגיל זה לא נמצאו הבדלים מובהקים, ממצא שעלה גם במחקרים נוספים (אברבוך ואבני, 2019, עמ' 48; קסיר ורומנוב, 2018, עמ' 32). יחד עם זאת, במחקר שבחן הבדלים בין נשים לגברים נפרד נמצא שהסיכוי של גברים חרדים מעל גיל 21 להיות בעלי משקל עודף גבוה יותר מהסיכוי של יהודים שאינם חרדים (Arbel et al., 2022). עוד עולה מהלוח, ששיעור בעלי משקל עודף בכיתות א' ובכיתות ז' נמוך יותר באופן מובהק בקרב חרדים, ממצא המתכתב עם נתוני שנתון המועצה לשלום הילד לשנת 2021 (דוד ואחרים, 2021, עמ' 240). יחד עם זאת, חשוב לציין שמנתוני השנתון שלא נכללו בנתוני מחקר זה, עולה ששיעור הילדים בתת משקל או בגובה נמוך בכיתות אלה במגזר החרדי גבוה משיעורם בקרב יהודים לא חרדים (דוד ואחרים, 2021, עמ' 239, 241).

**לוח מספר 5:**  
**מצב בריאותי ואורח חיים בשנת הסקר הזמינה האחרונה,**  
**בהשוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים**

שיעור בקרב חרדים	שיעור בקרב יהודים שאינם חרדים	שנות הסקר	
<b>מצב בריאותי</b>			
11.1%	19.4%	2020	יש בעיה בריאותית המפריעה או מפריעה מאוד בתפקוד היומיומי ונמשכת לפחות 6 חודשים
91.9%	85.2%	2020	מעריכים שמצב בריאותם טוב מאוד או טובי
<b>*26.5</b>	20.9	-2016 2020	נזקקות מסיבות רפואיות ל-1000 תושבים
<b>אורח חיים</b>			
<b>*13.8%</b>	25%	2017	מעשנים לפחות סיגריה אחת ביום
26.2%	33%	2017	עוסקים בפעילות גופנית בקביעות
47.1%	48.6%	2017	בעלי משקל עודף או השמנה
<b>***10.1%</b>	21.7%	2020	בעלי משקל עודף או השמנה בכיתה א'
<b>***22%</b>	30.1%	2020	בעלי משקל עודף או השמנה בכיתה ז'

**הערות ללוח:**

משתנים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים למי שאינם חרדים מובלטים. מובהקות: \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ .

<sup>1</sup> המשתנה נבדק בקרב משתתפים בגיל 20 ומעלה.

## תחושת אמון במערכת הבריאות וצריכת שירותי בריאות

בלוח מספר 6 מוצגים נתונים הנוגעים לצריכת שירותי בריאות, תוך השוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים. מהלוח עולה כי שיעור החרדים שהשיבו שהם נותנים אמון במערכת הבריאות במידה רבה או במידה מסוימת גבוה באופן מובהק בכעשרה אחוזים משיעור היהודים הלא חרדים. עם זאת, מסקר שנערך במהלך מגפת הקורונה נראה שהמגפה פגעה בתחושת אמון זו (מלאך ואחרים, 2020) ועל כן יש להמתין ולבחון אם הירידה ניכרת בתוצאות הסקר החברתי לשנת 2023 שעתיד להתפרסם בקרוב.

נתון מדאיג שעולה מלוח זה הוא שאחוז הנשים החרדיות בנות 40 ומעלה המבצעות בדיקת ממוגרפיה נמוך בכמעט חצי בהשוואה לנשים יהודיות לא חרדיות, ממצא שהוצג גם בדו"ח אי שוויון בבריאות 2018 (אברבוך ואבני, 2019, עמ' 32). במחקר שנערך באוניברסיטת חיפה מנו החוקרות אלמנטים אחדים הנתפסים כגורמים משמרים המייתרים את הבדיקה: האמונה בקב"ה, אורח החיים הדתי והקהילתיות, וכן את ההשפעה של הרב כדמות מנחה שהיא גורם משמעותי בהחלטה אם להיבדק (Freund et al., 2014).

נתונים נוספים המעידים על שיעורים נמוכים יותר של ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות בקרב חרדים, שלא היו זמינים למחקר זה, עולים מהסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2017. בקרב יהודים בני 40 ומעלה, רק 37% מהחרדים ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה אי פעם לעומת 51% מהחילונים, ובשנת הסקר 18% אחוז לעומת 23% בהתאמה. כמו כן, בקרב יהודים בני 40 ומעלה, רק 20% מהחרדים ביצעו בדיקת קולונוסקופיה אי פעם לעומת 43% מהחילונים, ובשנה שקדמה לסקר 12% לעומת 33% בהתאמה (אברבוך ואבני, 2019 עמ' 30). עוד עולה מהסקר, כי בקרב נשים יהודיות בנות 25 ומעלה, רק 42% מהנשים החרדיות ביצעו בדיקה של משטח צוואר הרחם (PAP) אי פעם לעומת 76% מהנשים החילונית, ובשנתיים שקדמו לסקר, 24% מהחרדיות לעומת 49% מהחילונית (אברבוך ואבני, 2019, עמ' 33).

ממצא מעניין העולה מהלוח הוא שיעור האשפוזים הפסיכיאטריים ל-100,000 תושבים מגיל 15 ומעלה שהוא נמוך יותר בקרב חרדים בהשוואה ליהודים שאינם חרדים. הפער עומד על 105.4 אשפוזים. ייתכן שממצא זה מלמד על ההעדפות הטיפוליות של האוכלוסייה החרדית בתחום הפסיכיאטרי (שטרך ואחרים, 2007). יחד עם זאת, יש לזכור שנתונים אלה הם מהשנים 2005–2009, לפני כניסתה לתוקף של הרפורמה בבריאות הנפש בשנת 2015, שכללה בין מטרותיה מניעת אשפוזים מיותרים (אבירם ואזארי-ויזל, 2015, עמ' 7) וייתכן שחלו שינויים במצב. ביחס לאשפוז ל-1000 תושבים ניתן לראות כי כמעט בכל שכבות הגיל עד גיל 65 שיעור האשפוזים בקרב חרדים נמוך משיעור האשפוזים בקרב יהודים שאינם חרדים, למעט בגיל הפריזון 25–44, שבו שיעור האשפוזים בקרב חרדים גבוה, והפער עומד על 65.8 אשפוזים ל-1000 תושבים, ממצא הנובע מהבדלים בשיעור הפריזון כפי שהופיעו בלוח מספר 1. במחקרי המשך יש לבחון את הגורמים לשיעורים נמוכים אלה.

עוד עולה מהלוח, כי שיעור ההתחסנות לשפעת בשנת הסקר היה נמוך ב-13 אחוז בקרב חרדים לעומת שיעור ההתחסנות בקרב יהודים שאינם חרדים. אולם, ביחס לחיסוני ילדים לא עלו ממצאים המעידים על פער מובהק בשיעור ההתחסנות בין הקבוצות. יחד עם זאת, חשוב לציין שמהתייעצות עם גורמי מקצוע שערך המכון החרדי למחקרי מדיניות עלה שיש שני אתגרים באוכלוסייה החרדית בתחום זה: האחד הוא אי ביצוע של הכיסוי החיסוני בזמן, והשני הוא קבוצות קיצון באוכלוסייה החרדית שאינן מחסנות את ילדיהן כלל ולעיתים אף אינן מגיעות לטיפות החלב כלל, ולכן לא כלולות בנתונים הקיימים. טענות אלה מצריכות מחקר המשך.

ביחס לשיעור מקבלי הגמלאות, מהלוח עולה שבכל הגמלאות למעט גמלת סיעוד שנבחנה בקרב בני 65 ומעלה ושלגביה לא נמצאו הבדלים מובהקים, שיעור מקבלי הגמלאות בקרב חרדים נמוך משיעורם בקרב יהודים שאינם חרדים.

לסיום, ביחס לביטוחי בריאות, ניתן לראות בלוח כי בעוד לגבי ביטוח הבריאות המשלים בקופות אין הבדל מובהק בין חרדים ליהודים שאינם חרדים, שיעור ביטוחי בריאות פרטיים בקרב משקי הבית היהודיים שאינם חרדיים גבוה באופן מובהק – כמעט פי שניים. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם מחקר נוסף שערך המכון החרדי למחקרי מדיניות ב-2017 ושם נדון הנושא ביתר הרחבה (קסיר ורומנוב, 2017).

## לוח מספר 6:

### תחושת אמון במערכת הבריאות וצריכת שירותי בריאות בשנת הסקר הזמינה האחרונה, בהשוואה בין חרדים לבין יהודים שאינם חרדים

שיעור בקרב חרדים	שיעור בקרב יהודים שאינם חרדים	שנות הסקר	
<b>תחושת אמון במערכת הבריאות</b>			
**83.2%	73.7%	2017	נותנים אמון במערכת הבריאות במידה רבה או במידה מסוימת <sup>1</sup>
<b>בדיקת ממוגרפיה</b>			
**33.3%	64.3%	2017	עברו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות <sup>2</sup>
<b>אשפוז</b>			
138.6	134.8	2019	אשפוז ל-1000 תושבים <sup>3</sup>

<b>*251.2</b>	356.6	2009–2005	אשפוז פסיכיאטרי ל-100,000 תושבים מגיל 15 ומעלה <sup>3</sup>
<b>אשפוז ל-1000 תושבים לפי קבוצות גיל</b>			
<b>***97.3</b>	123.6	2019–2017	לידה עד 4
<b>***21.8</b>	37.7	2019–2017	5 עד 24
<b>***222.3</b>	156.5	2019–2017	25 עד 44
<b>***66.8</b>	111	2019–2017	45 עד 54
<b>**116.7</b>	178.7	2019–2017	55 עד 64
224.6	228.2	2019–2017	65 עד 74
608	545.6	2019–2017	מעל 75
<b>חיסונים</b>			
<b>***15.6%</b>	28.7%	2017	התחסנו נגד שפעת בשנה האחרונה <sup>1</sup>
94.9%	93.5%	2017	מחסנים את ילדיהם בקביעות
<b>גמלאות</b>			
<b>***0.2%</b>	1.1%	2009–2005	מקבלי גמלאות נכות מעבודה וגמלת תלויים
<b>***0.1%</b>	0.5%	2009–2005	מקבלי גמלת ניידות
<b>**3%</b>	5%	2009–2005	מקבלי גמלת נכות כללית
12%	18.9%	2009–2005	מקבלי גמלת סיעוד <sup>4</sup>
<b>ביטוח משלים</b>			
90%	98.3%	2016	משקי בית שיש להם ביטוח בריאות משלים של הקופה
<b>***29%</b>	59.8%	2016	משקי בית שיש להם ביטוח בריאות פרטי

#### הערות לוח:

משתנים שבהם נמצאו הבדלים מובהקים בין חרדים למי שאינם חרדים מובלטים.  
מובהקות: \* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ .

<sup>1</sup> המשתנה נבדק בקרב משתתפים בגיל 20 ומעלה.

<sup>2</sup> המשתנה נבדק בקרב נשים בגיל 40 ומעלה.

# סיכום, דיון והמלצות מדיניות

## סיכום ודיון

מחקר זה נערך באמצעות חישוב מודל אקונומטרי של נתוני הבריאות הזמינים על כלל האוכלוסייה במאגרי הנתונים של הלמ"ס ברמת היישוב. בשל כך, אפשרות ההסקה ממחקר זה מוגבלת, ומדובר בצעד ראשון בלבד באיסוף הנתונים בתחום הבריאות הנוגעים לחברה החרדית. במחקרי המשך מומלץ לשאוף לזיהוי של האוכלוסייה החרדית במאגרי המידע הקיימים בקופות החולים ובמשרד הבריאות, ולהשלימם באמצעות איסוף מידע על השירותים הניתנים לאוכלוסייה זו בידי עמותות וגופים פרטיים. צעד זה יאפשר בחינה של נתוני הבריאות שלא היו זמינים במחקר זה וישפר את יכולתם של מקבלי ההחלטות להתוות מדיניות יעילה בתחום הבריאות עבור האוכלוסייה החרדית.

הממצאים מראים ששיעור הפרייון גבוה פי שלושה בקרב נשים חרדיות. לצד זאת, אפשר לראות ששיעור הלידות המוקדמות, לידת יילודים במשקל נמוך או עם מומים ושיעור לידות המת נמוכים אצלן מהשיעורים בקרב נשים יהודיות לא חרדיות. ייתכן שהבדלים אלה קשורים בגיל הלידה המוקדם בממוצע בקרב נשים חרדיות ובעלייה בסיכוי להיריון בסיכון ולסיבוכים לאחר הלידה בהריונות לאחר גיל 35 (Pinheiro et al., 2019). אולם, כיוון שהריונות בגילים אלה נפוצים גם בקרב נשים חרדיות, יש לבחון את הגורמים להבדלים אלה במחקרי המשך.

עוד עולה בהקשר של פרייון וילודה, ששיעור פטירת תינוקות גבוה כמעט פי שניים בקרב חרדים. מניתוח סיבות המוות ניתן לראות שמרבית המקרים הללו הם כתוצאה ממומים מולדים וסיבות אחרות שניתן שניתן לזהות במהלך ההיריון. ממצא זה מעלה את ההשערה שלכל הפחות חלק מהפער בשיעור פטירת תינוקות קשור בשיעור הנמוך של הפסקות היריון בקרב נשים חרדיות. אולם, יש לבדוק באופן מעמיק במחקרי המשך את מכלול הגורמים לפער זה ואת האפשרויות לצמצומו. באותו הקשר ניתן לציין גם את הפער בשיעור הפטירות בגיל לידה עד ארבע: שיעור פטירות אלה בקרב חרדים גבוה ב-0.3 מקרים ל-1000 תושבים. נתון זה קשור בחלקו ככל הנראה בפער בשיעור פטירת התינוקות, אך ייתכן שקיימים גורמים נוספים המשפיעים עליו, ויש לבחון את הדברים במחקרי המשך.

ביחס לתחלואה, ניתן לראות ששיעור התחלואה בסרטן מכל הסוגים נמוך בקרב חרדים. נתון זה חוזר על עצמו גם כאשר בוחנים בנפרד את שיעורי התחלואה מסרטן הריאה, סרטן הערמונית (פרוסטטה) בקרב גברים וסרטן השד בקרב נשים. ממצאים אלה מקבלים תיקוף בבחינת שיעור

התמותה משאתות ממאירות שנמוך גם הוא בקרב חרדים. ביחס לתמותה מסרטן הריאה, ייתכן שהשיעור הנמוך יותר בקרב חרדים הוא תוצאה של שיעור נמוך יותר של מעשנים בקבוצה זו.

חשוב לציין כי תוצאות אלו משקפות רק בקרה חלקית על גיל האוכלוסייה, כתוצאה מכך שנתוני התחלואה מדווחים עבור קבוצות גיל רחבות יחסית. לדוגמה, בקבוצת הגיל של בני 45 ומעלה – שבה נבחנו שיעורי התמותה משאתות ממאירות – שיעור החרדים בני 70 ומעלה הוא 16% ואילו שיעור היהודים הלא חרדים הוא 30%. הסיכון לתחלואה ולתמותה עולה עם הגיל, ולכן ייתכן שפערי התחלואה שנמצאו היו מצטמצמים לו הייתה מתאפשרת בקרה ברמת שנתון הלידה הבודד. אף על פי כן, יש עדיין ערך אינפורמטיבי עבור קובעי מדיניות לנתון המראה כי שיעורי התחלואה והתמותה של החרדים נמוכים יותר, ויש להמשיך ולבחון את הממצאים במחקרי המשך.

תחושת האמון הכללית של האוכלוסייה החרדית במערכת הבריאות נמצאה גבוהה, אך מסקר שנערך במהלך מגפת הקורונה נראה שהמגפה פגעה בתחושת אמון זו (מלאך ואחרים, 2020). בנוגע למצב בריאותי ואורח חיים, עולה הממצא ששיעור הנזקקות מסיבות רפואיות גבוה יותר באוכלוסייה החרדית, ויש לבחון במחקרי המשך את הגורמים לכך. עוד עולה, ששיעור המעשנים נמוך יותר, וכן שיעור בעלי משקל עודף בכיתות א' ו-ז'. במחקר זה לא נבחנו הרגלי אכילה ותזונה בשל אי זמינות של נתונים אלה, ויש להשלים היבט זה של אורח החיים במחקרים עתידיים.

ממצא מדאיג שעולה מהמחקר ומצטרף לממצאי מחקרים אחרים הוא השיעור הנמוך בכמעט חצי של בדיקות ממוגרפיה בקרב נשים חרדיות. הפער חוזר על עצמו גם ביחס לבדיקות משטח צוואר הרחם (PAP) ולבדיקות קולונוסקופיה ודם סמוי בצואה בקרב גברים ונשים (אברובך ואבני, 2019) שלא נבחנו במחקר זה.

באשר לצריכת שירותי בריאות, עולה ששיעור ההתחסנות לשפעת נמוך יותר באופן משמעותי באוכלוסייה החרדית. כמו כן, בנוגע לשיעור מקבלי הגמלאות, בכל הגמלאות שנבחנו למעט גמלת סיעוד, שיעור המקבלים בקרב חרדים נמוך יותר, ויש לבחון אם פער זה הוא תוצר של אי מיצוי זכויות.

על פי הנתונים, בשנים 2005–2009 שיעור האשפוזים הפסיכיאטריים באוכלוסייה החרדית היה נמוך מהשיעור בקרב יהודים לא חרדים. ייתכן שחלו שינויים במצב זה בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש, אך יש לבחון את הדברים במחקרי המשך. כמו כן נמצאו שיעורים נמוכים יותר של אשפוזים בכל קבוצות הגיל למעט גיל הפריור, ויש לבחון את הגורמים להבדל.

לסיום, ביחס לביטוחי בריאות, שיעור משקי הבית היהודיים שאינם חרדיים שלהם ביטוח בריאות פרטי גבוה כמעט פי שניים בהשוואה לשיעור משקי הבית החרדיים המחזיקים בביטוח זה. הממצא עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקר שערך המכון החרדי למחקרי מדיניות ב-2017, שם נדון הנושא ביתר הרחבה (קסיר ורומנוב, 2017).



## המלצות מדיניות

- מומלץ לבדוק באופן מעמיק במחקרי המשך את מכלול הגורמים לפער בפטירת תינוקות ל-1000 לידות חי בין חרדים ליהודים שאינם חרדים ואת האפשרויות לצמצמו.
- מומלץ לבדוק באופן מעמיק במחקרי המשך את מכלול הגורמים לפער בשיעור הפטירות בגיל לידה עד ארבע בין חרדים ליהודים שאינם חרדים ואת האפשרויות לצמצמו.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הנמוך יותר של תחלואה ותמותה כתוצאה מסרטן בקרב חרדים ואת הגורמים לכך.
- מומלץ להמשיך לפעול לצמצום הפערים בשיעור בדיקות הממוגרפיה בין נשים חרדיות לנשים יהודיות שאינן חרדיות.
- מומלץ להמשיך לפעול לצמצום הפערים בשיעור בדיקות משטח צוואר הרחם (PAP) בין נשים חרדיות לנשים יהודיות שאינן חרדיות.
- מומלץ להמשיך לפעול לצמצום הפערים בשיעור בדיקות דם סמוי בצואה וקולונוסקופיה בין חרדים ליהודים שאינם חרדים.
- מומלץ לבחון את הגורמים לשיעור הנמוך של המתחסנים נגד שפעת באוכלוסייה החרדית ואת השפעתו.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הגבוה יותר של נזקקות מסיבות רפואיות באוכלוסייה החרדית ואת הגורמים לכך.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הנמוך יותר של מקבלי הגמלאות (נכות מעבודה וגמלת תלויים, ניידות, נכות כללית) באוכלוסייה החרדית ואת הגורמים לכך.
- מומלץ לבחון שוב במחקרי המשך את השיעור הנמוך יותר של אשפוזים באוכלוסייה החרדית (למעט שכבת הגיל 25-44) ואת הגורמים לכך.
- מומלץ לבחון את הגורמים לשיעור הנמוך של אשפוזים פסיכיאטריים באוכלוסייה החרדית ואת השפעתו.

# מקורות

- אבירם, א' ואזארי-ויזל, ש' (2015). **הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים, נייר מדיניות מס' 2015.02**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אברבוק, א' ואבני, ש' (2019). **אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018**. משרד הבריאות: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- אברבוק, א', פרץ, ג' ואבני, ש' (2020). **אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2019**. משרד הבריאות: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- גולדברג, נ', אבורבה, מ' וחקלאי, צ' (2020). **סיבות מוות מובילות בישראל 2017-2000**. משרד הבריאות: אגף המידע חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר.
- דוד, א', אלדד, א', בן רבי, ד' וכאהן טרבצ'ינסקי, פ' (2021). **ילדים בישראל שנתון 2021**. המועצה הלאומית לשלום הילד ומכון חרוב.
- לין, א', נוביק, ד', קינן בוקר, ל', ברומברג, מ', לוצקי, מ' ודיכטיאר, ר' (2019). **דו"ח רישום הסוכרת לשנת 2019**. משרד הבריאות: חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר – המרכז לבקרת מחלות.
- מלאך, ג', הרמן, ת' וענבי, א' (2020). **סקר מיוחד: משבר האמון של צעירים חרדים**. המכון הישראלי לדמוקרטיה. <https://www.idi.org.il/articles/32566>
- צ'רניחובסקי, ד' ושרוני, ח' (2015). הקשר בין הון חברתי לבריאות בקרב חרדים. בתוך א' וייס וד' צ'רניחובסקי (עורכים), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות, 2015** (עמ' 383–409). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- קסיר, נ' ורומנוב, ד' (2017). **העיקר/היקר הבריאות: ביטוחי בריאות והוצאות על בריאות בחברה החרדית**. המכון החרדי למחקרי מדיניות.
- קסיר, נ' ורומנוב, ד' (2018). **איכות חיים של אוכלוסיות בחברה הישראלית – לוחות נתונים ותרשימים: מבט השוואתי חלק ב**. המכון החרדי למחקרי מדיניות.
- רובין, ל', פישר, נ', חקלאי, צ', גורדון, ש' ושליצ'קוב, ג' (2019). **לידות חי בישראל 2017-2000**. משרד הבריאות: אגף המידע והמחלקה לאם ולילד.
- שטרן, נ', שרשבסקי, י', בידין-אורבך, א' ולכמן, מ' (2007). סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: **סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**. מכון ברוקדייל.

- Arbel, Y., Fialkoff, C., & Kerner, A. (2022). Are ultra-Orthodox Jews healthier than secular Jews? Gender differences, cohort effect, lifestyle and obesity. **Contemporary Jewry**, **42**(1), 113–137.
- Eilat-Adar, S., Hellerstein, D., & Goldbourt, U. (2022). Religiosity Is Associated with Reduced Risk of All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality among Jewish men. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, **19**(19), 12607.
- Freund, A., Cohen, M., & Azaiza, F. (2014). The doctor is just a messenger: Beliefs of ultraorthodox Jewish women in regard to breast cancer and screening. **Journal of Religion and Health**, **53**(4), 1075–1090.
- Grisarú-Granovsky, S., Gordon, E. S., Haklai, Z., Samueloff, A., & Schimmel, M. M. (2009). Effect of interpregnancy interval on adverse perinatal outcomes—a national study. **Contraception**, **80**(6), 512–518.
- Nov-Klaiman, T., Raz, A. E., & Hashiloni-Dolev, Y. (2022). A test of faith? Attitudes of ultraorthodox Jewish parents of children with down syndrome toward prenatal testing. **Disability & Society**, **39**(1), 1–21.
- Pinchas-Mizrachi, R., Zalcman, B. G., & Shapiro, E. (2021). Differences in mortality rates between Haredi and non-Haredi Jews in Israel in the context of social characteristics. **Journal for the Scientific Study of Religion**, **60**(2), 274–290.
- Pinheiro, R. L., Areia, A. L., Mota Pinto, A., & Donato, H. (2019). Advanced maternal age: Adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. **Acta Medica Portuguesa**, **32**(3), 219–226.
- Teman, E., Ivry, T., & Bernhardt, B. A. (2011). Pregnancy as a proclamation of faith: Ultra-Orthodox Jewish women navigating the uncertainty of pregnancy and prenatal diagnosis. **American Journal of Medical Genetics Part A**, **155**(1), 69–80.