

המהגר הלא-בריא: מקורות לפערי בריאות בין מהגרים לילידי ישראל¹

קרן סמיונוב-טל* ודינה משכילייסון**

תקציר

מחקר זה בוחן את המקורות לפערי בריאות בין מהגרים בחסות חוק השבות (עולים)² ובין יהודים ילידי ישראל. בניגוד להגירה אל מדינות ההגירה המסורתיות, אין להגירה לישראל (עלייה) מניעים כלכליים בלבד, ולכן אין להתייחס לעולים אליה כאל מהגרים כלכליים. מהגרים בחסות חוק השבות רשאים, מכוח תיקון מס' 2 לחוק השבות (תש"ל-1970), להגר לישראל ללא תנאים מגבילים. למעשה, מיום הגעתם לישראל הם נהנים מזכויות חברתיות וסוציאליות ומשירותי רפואה זהים לאלה של ילידי הארץ. בשל הנסיבות הללו, השערת המחקר שלנו היא שמדינת ישראל מושכת אליה דווקא מהגרים "לא-בריאיים". הנתונים למאמר נלקחו מסקר הבריאות הלאומי של ישראל INHIS-3 לשנים 2013–2015 וכללו מידע מפורט על תחלואה, על מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ועל מוצאם של המשתתפים. במחקר התמקדנו בשלוש קבוצות מוצא עיקריות של מהגרים: יוצאי ברית המועצות לשעבר, מהגרים ממערב אירופה או מאמריקה (בעיקר אשכנזים) ויוצאי אסיה או צפון אפריקה (בעיקר ספרדים). הממצאים איששו את השערת המחקר ונמצא כי רמת התחלואה בקרב כל קבוצות המהגרים גבוהה מזו של ילידי ישראל. הקשר בין ארץ מוצא לרמת התחלואה בולט ביותר במקרה של מהגרים גברים (מאירופה, מאמריקה, מדרום אפריקה ומאוסטרליה) ושל נשים מהגרות (ממדינות במזרח התיכון ובצפון אפריקה). הקשר בולט פחות במקרה של מהגרים מברית המועצות לשעבר, וזאת עבור שתי קבוצות המגדר. פריקת הפערים למרכיבים מלמדת כי אמנם יש לפער קשר למוצא, אולם יש לייחס אותו בעיקר להבדלים במאפיינים דמוגרפיים.

מילות מפתח: אינדקס תחלואה; מהגרים; פער בתחלואה בין מהגרים לילידים; ישראל; דיקומפוזיציה

* אוניברסיטת תל אביב,

** אוניברסיטת קלן (גרמניה)

¹ מאמר זה מבוסס על מאמר שפורסם בפרונטיר סוציולוגיה בשנת 2021: Semyonov-Tal, K., & Maskileyson, D. (2021). Unhealthy Immigrants: Sources for Health Gaps Between Immigrants and Natives in Israel. *Frontiers in sociology*, 6, retrieved from <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.686306>.

² לפי תיקון מס' 2 לחוק השבות, התש"ל-1970, מגיעים לישראל גם עולים שאינם יהודים על פי ההלכה.

מבוא

חוקרים העוסקים בהגירה ובריאות מצאו כי מהגרים כלכליים בחברות מהגרים מסורתיות, כגון ארצות הברית, קנדה ואוסטרליה, נוטים להיות בריאים יותר מילידי מדינת היעד (McDonald & Kennedy, 2004; Donovan et al., 1992; Argeseanu Cunningham et al., 2008). עוד נמצא כי ככל שמשך השהייה במדינת היעד מתארך, כך בריאותם של המהגרים הכלכליים נוטה להידרדר ולהידמות לזו של הילידים (ראו McDonald & Kennedy, 2004). תופעה זו מכונה בספרות המחקר "אפקט המהגר הבריא". ההיגיון הגלום בתאוריה זו הוא שעל מנת להגר אנשים צריכים להיות בריאים וחזקים (סלקציה חיובית), שכן עליהם להיות מסוגלים להתחרות עם ילידי מדינת היעד על הצלחה כלכלית בשוק העבודה. למעשה, מהגרים כלכליים עשויים להגר למרות נגישות מוגבלת לעיתים לשירותי בריאות או לטיפול רפואי במדינת היעד, לכן כבר בשלב תהליך קבלת ההחלטה על הגירה הם נוטים להיות בריאים יותר מאוכלוסיית ילידי מדינת היעד. יחד עם זאת, בישראל, שבה ההגירה נחשבת ל"שיבה מהגולה" ולא להגירה כלכלית (למשל Semyonov & Lewin-Epstein, 2003), השכיחות של אפקט המהגר הבריא מוטלת בספק (Constant et al., 2015).

לעומת חברות מהגרים אחרות, ישראל פותחת את שעריה למהגרים יהודים ולצאצאיהם ללא קשר לתכונותיהם החברתיות-כלכליות או למצבם הרפואי וזאת מכוח חוק השבות (תיקון מס' 2 משנת 1970). המדינה מעניקה לעולים אזרחות, לרבות נגישות מיידית לשירותי בריאות. כלומר, כל התושבים (כולל מהגרים חדשים) מבוטחים בביטוח בריאות לאומי (מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994) וזכאים לסל שירותי בריאות הניתן לכלל התושבים בחינם או במחיר מסובסד. בנסיבות כאלה של הגירה, שאיננה הגירה כלכלית קלאסית, אכן סביר לצפות שמהגרים "פחות בריאים" או "לא בריאים" רבים יימשכו למדינה החדשה, בייחוד אם הם מהגרים ממדינה שיש בה שירותי בריאות יקרים יותר ונגישים פחות, כמו בחלק ממדינות אירופה ובארצות הברית (Maskileyson, Semyonov & Davidov, 2019).

המחקרים המעטים שבחנו את מצבם הבריאותי של העולים לישראל תומכים בהשערה כי מהגרים לישראל בריאים פחות מילידי ישראל (Constant et al., 2018; Baron-Epel & Kaplan, 2001). למשל, קונסטנט ועמיתיו (Constant et al., 2018) מצאו כי בניגוד למהגרים למדינות באירופה, עולים לישראל סובלים ממחלות רבות יותר מילידי המקום עם הגעתם, והדבר הופך אותם לבריאים פחות מאשר ילידים הדומים להם. לא זו אף זו, בריאותם אינה משתפרת במשך עשרים שנות החיים הראשונות בישראל, ורק לאחר מכן מדדי התחלואה שלהם משתווים לאלה של ילידי המקום. לעומתם, מהגרים לאירופה נהנים מבריאות טובה יותר מאשר ילידי מדינת היעד עם הגעתם, והם ממשיכים ליהנות מבריאות טובה יותר במשך אחת עשרה שנים לאחר הגעתם. רק לאחר מכן משתווים מדדי הבריאות והתחלואה שלהם לאלה של ילידי המקום.

עם זאת, חשוב לציין שאוכלוסיית העולים לישראל היא הטרוגנית ביותר, שכן המהגרים מגיעים ממגוון רחב של מדינות ומכל קצוות תבל. חלקם מגיעים ממדינות מפותחות ועשירות, כגון צפון אמריקה ומערב אירופה, אחרים מגיעים ממדינות מפותחות כלכלית פחות באסיה ובאפריקה, ויש המגיעים מאמריקה הלטינית וכן ממדינות ברית המועצות לשעבר (Semyonov, Rajiman & Constant, 2015).

Maskileyson, 2015). למעשה, המוטיבציה להגירה והמאפיינים הסוציו-כלכליים של העולים, כמו גם מצב בריאותם, משתנים במידה ניכרת בין תתי-הקבוצות של המהגרים. כמו כן, המקורות לפערים בבריאות בין ילידי הארץ ובין המהגרים עשויים אף הם להשתנות. לפיכך, עדיין לא ברור אם ועד כמה תופעת "אפקט המהגר הבריאי" או היתרון הבריאותי של המהגרים קיימים בקרב קבוצות המהגרים השונות בישראל. יתרה מכך, הבדלים אלו יכולים לרמז כי אין לנקוט או לאמץ גישה אחת ואחידה בכל הנוגע להבנת בריאותם ורווחתם של מהגרים. לתת-קבוצות שונות של מהגרים עשויים להיות מניעים שונים להגירה, וכך גם מאפיינים סוציו-אקונומיים יכולים להשפיע על בריאותם של מהגרים בדרכים ייחודיות. כלומר, התופעה של "אפקט המהגר הבריאי" עשויה להיות לא אחידה בכל קבוצות המהגרים בהקשר הישראלי, שכן לקבוצות מסוימות עשוי להיות יתרון בריאותי על אוכלוסיית ילידי הארץ ואילו לאחרות לא. לפיכך חשוב לערוך מחקר וניתוח מדוקדקים כדי להבין את המניעים ואת המאפיינים הייחודיים של כל תת-קבוצה.

במחקר זה אנו מבקשות אפוא לתרום לספרות המחקר על הגירה ובריאות באמצעות התמקדות בפערי הבריאות בין מהגרים לילידי מדינת היעד, בהקשר של החברה בישראל. ראשית, אנחנו בוחנות את השאלה אם המהגרים לישראל, בחלוקה לתתי-קבוצות, נהנים מהיתרון הבריאותי לעומת ילידי ישראל (כלומר, מהגרים ממוצא שונה וילידי ישראל). לאחר מכן אנחנו בוחנות מהם המקורות לפערים בבריאות, בחלוקה לתתי-קבוצות של מהגרים. יש לציין כי מחקר זה לא נועד לחקור את אפקט המהגר הבריאי אלא מתמקד בהבדלי הבריאות הממוצעים בין מהגרים לילידי ישראל. לשם כך אנחנו משתמשות במערך נתונים עשיר מסקר הבריאות הלאומי של ישראל (the Israeli [INHIS-3] National Health Interview Survey) (2013–2015). מערך נתונים עשיר זה מספק לנו הזדמנות ייחודית לבחון הן את גודל הפער במאפייני הבריאות והן את המקורות לפערים בבריאות בין ילידי הארץ ובין תתי-קבוצות של המהגרים. למיטב ידיעתנו, ניתוח כזה לא בוצע בישראל או במדינות אחרות.

מסגרת תיאורטית

בריאות המהגרים

הספרות המקצועית על בריאותם של מהגרים בחברות הגירה מסורתיות כגון ארצות הברית, קנדה ואוסטרליה מספקת תמיכה נחרצת בתזה של "אפקט המהגר הבריאי", שלפיה מהגרים נוטים להיות בריאים יותר בממוצע ממקביליהם במדינת היעד בעקבות סלקציה חיובית להגירה (Ronellenfitsch, 2004; Razum, 2004; Akresh & Frank, 2008). נוסף על כך, עם חלוף הזמן במדינת היעד, בריאותם של המהגרים נוטה להידרדר ולהגיע לרמת הבריאות של האזרחים ילידי המקום. מחקרים מבחינים בין שני סוגי סלקציה חיובית של מהגרים בהקשר לבריאות. הסלקציה הראשונה קשורה להחלטות ברמת הפרט, ולפיה רק מהגרים חזקים בגופם ובנפשם צפויים להגר מכיוון שרק אנשים בריאים מסוגלים לעבור את התהליך המורכב של הגירה ומוכנים להתמודד עם הסיכונים שבהגירה (Abraído-Lanza et al., 1999; Palloni & Arias, 2004). הסלקציה השנייה קשורה למגבלות הגירה שמדינת היעד עצמה

מטילה, כגון קביעת מנגנונים או מבחני בריאות לסינון מהגרים פוטנציאליים טרם הגירתם (למשל McDonald & Kennedy, 2004).

מחקרים מצביעים גם על קיומה של סלקציה בריאותית שלילית של חולים וקשישים, הנמנעים מהגירה ליעדים שיש בהם שירותי בריאות איכותיים פחות (למשל Jasso et al., 2004; Maskileyson et al., 2019). גישה יקרה ומוגבלת לשירותים רפואיים במדינת היעד אכן עשויה להרתיע מפני הגירה. לעומת זאת, מדיניות רווחה ומערכת בריאות נדיבות עשויות להיות שיקול המעודד הגירה, שכן מדיניות נדיבה היא אטרקטיבית במיוחד עבור מהגרים לא בריאים (Borjas, 1999). בורג'ס (שם) מכנה תופעה זו "מגנט הרווחה" (The welfare magnet). תופעה זו רלוונטית במיוחד לישראל – מדינה שבה הזכות להגירה מבוססת על מוצא ומורשת משותפת (כלומר, יהדות) ושבה קריטריונים לאישור כניסה לישראל, כגון מצב בריאות ירוד, אינם רלוונטיים. יתרה מזאת, בישראל המהגרים זכאים לסל שירותי רווחה ושירותי בריאות מקיפים מיד עם הגעתם לארץ בדומה לאזרחי ישראל.

מקורות לפערים במדדי בריאות בין מהגרים לילידים

ההסבר הנפוץ ביותר לפערים בבריאות בין אוכלוסיות מתבסס על יכולת כלכלית (Williams & Collins, 2003; Adams et al., 2016). על פי הסבר זה, לאנשים ממעמד כלכלי נמוך (למשל, מהגרים, מיעוטים אתניים ועניים) קיימת נגישות מוגבלת לטיפולים רפואיים מתקדמים, למרכזים רפואיים ולתרופות, בשל היעדר משאבים כלכליים. יחד עם זאת, הסבר זה עשוי להיות רלוונטי פחות בישראל, שבה המדינה מחויבת לספק לכלל תושביה סל בריאות ציבורי מקיף, חינוך ברובו ומסובסד. מן הראוי לציין שאף על פי שהמדינה מחויבת לספק לתושבים "סל בריאות" בסיסי שהוא שוויוני וחינם ברובו, מטופלים עדיין מחויבים בתשלום השתתפות עצמית הן עבור ביקורי רופא והן עבור רכישת תרופות. העלות של השתתפות עצמית וכן רכישת תרופות עשויה להיות יקרה מאוד, והדבר מוביל לתת-טיפול בתחלואה, בייחוד בקרב אוכלוסיות מוחלשות. נוסף על כך, אף שבישראל ביטוח הבריאות הממלכתי מכסה את מרב ההוצאות הרפואיות דרך מערך קופות החולים, התושבים רשאים לרכוש כיסוי בריאותי נוסף-פרטי. דבר זה יכול להעמיק את פערי האי-שוויון בנגישות לטיפול רפואי. שיעורים דיפרנציאליים של כיסוי ביטוח בריאות אכן יכולים להוות את אחד החסמים שחוות אוכלוסיות מוחלשות בגישה לשירותים רפואיים באיכות גבוהה יותר (Zuvekas & Taliaferro, 2003; Ku Matani, 2001). מחקרים קודמים מראים בבירור שבארצות הברית, למשל, מיעוטים אתניים ואנשים עניים יותר נוטים פחות לרכוש ביטוח בריאות מקבוצת הרוב ומאנשים עשירים (Semyonov et al., 2011; Monheit & Vistnes, 2000).

ניתן לייחס פערים בבריאות גם למאפיינים דמוגרפיים כגון גיל, מגדר ומוצא אתני (לדוגמה, LaVeist, 2005; Saabneh, 2015) או מקום מגורים (Semyonov-Tal, 2021). במקרה של מהגרים, פערים אלו יכולים לנבוע גם מחסמי שפה. כלומר חוסר שליטה בשפת מדינת היעד עלול להוביל לתת-דיווח על בעיות בריאות, לחוסר יכולת לתקשר עם הצוותים הרפואיים ולקושי למלא טפסים רפואיים או לפעול בהתאם להנחיות הרופאים (למשל, Padela & Punekar, 2009). נוסף על כך, פערים תרבותיים, הבנה של נורמות וקודים חברתיים, חסמים אדמיניסטרטיביים, בירוקרטיה, וכן מגורים מרוחקים

ממרכזים רפואיים – כל אלה יכולים להשפיע על שימוש לא יעיל בשירותי בריאות ציבוריים בקרב מהגרים, ובכך לתרום לפערי בריאות בין מהגרים לילידי מדינת היעד (למשל, Feikin et al, 2009; Williams & Collins, 2016).

יש לציין כי מחקרים קודמים מצביעים גם על כך שנישואין מספקים יתרונות בריאותיים; אנשים נשואים הם בעלי בריאות פיזית ונפשית טובה יותר מאשר רווקים (Law & Sbarra, 2009; Lindström, 2009). בהתמקדות בהבדלים בין קבוצות מגדר בהשפעות הנישואין על בריאות הפרט הראו כמה מחקרים שנישואין עשויים להועיל לבריאות הגברים בצורה ניכרת יותר מאשר לבריאות הנשים (Umberson, 1992; Patten et al., 2006). עם זאת, מחקרים אחרים מצאו שנישואין סיפקו יתרונות בריאותיים שווים לגברים ולנשים (Law & Sbarra, 2009; Lindström, 2009). יתר על כן, ישנם מחקרים המראים כי ילדים משפרים את מצבם הבריאותי ואת שביעות הרצון מהחיים של אנשים נשואים, בעוד מצבם של רוב הרווקים נראה גרוע יותר מנשואים עם ילדים (Angeles, 2010).

ההקשר הישראלי

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"ד-1994 מבטיח כי מגוון רחב של שירותים וטכנולוגיות איכותיים יהיה זמין לכל התושבים, בדרך כלל בחינם, בנקודת השירות השונות הפזורות ברחבי הארץ. נוסף על כך, בתי החולים בישראל מאובזרים בטכנולוגיה חדישה וברופאים מיומנים. עם זאת, מערכת הבריאות בישראל מתמודדת עם אתגרים רבים, לרבות הגברת תהליכי ההפרטה של המערכת הציבורית, תת-מימון במגזרים שונים, מחסור במיטות אשפוז (בעיקר בפריפריה) ופערים מתמשכים בבריאות על בסיס אתני, דת ומצב סוציו-אקונומי. יתר על כן, אף שישראל היא מדינה קטנה, קיים חוסר איזון גאוגרפי בחלוקת המשאבים (Clarfield et al., 2017).

בניגוד למדינות הגירה כגון ארצות הברית או קנדה המתנות את הכניסה בתנאי סף, ישראל פותחת את שעריה לכל אדם ממוצא יהודי המבקש לעלות אליה. על פי חוק השבות אנשים ממוצא יהודי יכולים לעלות לישראל ולקבל אזרחות ישראלית מיד עם הגעתם (סעיף 1 לחוק השבות).³ אזרחות ותושבות ישראלית מעניקות גישה מלאה ושוויונית לחינוך, לקצבאות הביטוח הלאומי, לדיוור ציבורי וכן לבריאות. כלומר, מיד עם הגעתם המהגרים זכאים לסל רווחה זהה לזה של כל אזרח אחר במדינת ישראל. במובן זה, מדינת ישראל אינה מסננת מהגרים בחסות חוק השבות בשל מצב רפואי ירוד אלא להפך, המדינה פותחת את שעריה לכל היהודים, גם אם הללו מבוגרים או חולים.

מחקרים קודמים גילו כי מהגרים לישראל נוטים לדווח על שיעורים גבוהים של מחלות לב איסכמיות, סוכרת, יתר לחץ דם ומחלות כרוניות אחרות יותר מאשר ילידי ישראל (למשל, Constant et al., 2018). מהגרים מברית המועצות לשעבר דיווחו על שיעורי תחלואה גבוהים יותר ועל אינדיקטורים בריאותיים נמוכים יותר מאשר ילידי ישראל (Baron-Epel & Kaplan, 2001). דוידוביץ' ואח'

³ חשוב להדגיש כי תיקון מס' 2 לחוק השבות משנת 1970 מאפשר הגעה של מהגרים שאינם יהודים בהתאם להלכה היהודית וכן של מהגרים לא יהודים (למשל בעקבות נישואים ליהודים/אזרחי ישראל). זאת ועוד, בנוסף להגירה בחסות חוק השבות ישנן קבוצות נוספות המגיעות לישראל שלא מכוח חוק השבות, כגון מהגרי עבודה, מבקשי מקלט ופליטים. במחקר זה אין באפשרותנו להציג קבוצות אלו בשל היעדר נתונים. בהקשר זה, ראו מאמר של פרופ' דני פילק בנושא בריאות והגירת עבודה ופליטים המתפרסם בגיליון מיוחד זה.

(Davidovitch et al., 2013) (al., 2013)) זיהו ניצול נמוך יותר של שירותים רפואיים (חדרי מיון ובתי חולים) בקרב העולים החדשים לישראל. מעניין לציין כי גם לאחר עשור המשיכו שיעורי הביקורים והאשפוזים של מהגרים בחדרי המיון להיות נמוכים יותר מאלה של ילידי הארץ. הסבר אפשרי העולה מן המאמר הוא כי גורמים כלכליים ותרבותיים משפיעים באופן שונה על ניצול שירותי הבריאות בקרב מהגרים, וכתוצאה מכך מובילים לאי-שוויון ברמת התחלואה בקרב קבוצות אלו. גרוס, ברמילי-גרינברג ורמניק (Gross, Brammli-Greenberg & Remennick, 2001) מצאו במחקרם כי מהגרות יהודיות משתמשות בשירותי מערכת הבריאות הציבורית פחות מנשים יהודיות ישראליות. כמעט בכל ההיבטים דיווחו מהגרות על שיעור גבוה יותר של מצב בריאות ירוד, מחלות כרוניות, נכות ודיכאון. נוסף על כך, מהגרות לישראל דיווחו על שיעורים נמוכים יותר של ביקורים קבועים אצל רופא נשים, היו מרוצות פחות מרופא המשפחה שלהן ודנו פחות עם הרופא כיצד למנוע תחלואה ולקדם בריאות. גם ממאמרה של מירסקי עולה כי מהגרים עולי חבר העמים חוו מצוקה נפשית ותחלואה בתחום הנפשי במידה גבוהה יותר מילידי ישראל (Mirsky, 2009).

שיעור התחלואה הגבוה יותר בקרב מהגרים עשוי לנבוע מחוסר אמון של מהגרים ומיעוטים אתניים במערכת הבריאות הישראלית (פנחס-מזרחי, זלמן ודאוד, 2020), משימוש דיפרנציאלי ברפואה מונעת (Davidovich & Shvarts, 2004) ומהבדלים באוריינות בריאותית (Neter, Brainin & Baron-Epel, 2021). עם זאת, מהגרים לישראל אינם אוכלוסייה הומוגנית, מכיוון שהללו מגיעים ממדינות רבות, מכל קצוות תבל (Semyonov & Raijman, 2014). לדוגמה, מהגרים מברית המועצות לשעבר נוטים להיות פעילים כלכלית יותר מקבוצות מהגרים אחרות, ואילו מהגרים מאירופה ומאמריקה נהנים מגישה טובה לעבודות רווחיות ששכר גבוה בצידן יותר מאשר מהגרים מברית המועצות לשעבר או מאסיה, מאפריקה ומאיתיופיה (Semyonov et al., 2014).

מתודולוגיה

נתונים ומשתנים

הנתונים למחקר זה נלקחו מסקר הבריאות הלאומי של ישראל INHIS-3 (2013–2015), ונאספו באמצעות ראיונות טלפוניים שנערכו על ידי יחידת הסקר של המרכז הישראלי לבקרת מחלות (ICDC). אוכלוסיית המחקר כללה 4,511 ישראלים בני 21 ומעלה, והראיונות נערכו הן בעברית והן בערבית. השאלון כלל מאפיינים דמוגרפיים וכן סדרות של מידע מדיווח עצמי של הנחקרים על מחלות ומצבים כרוניים. מכיוון שכמעט כל ההגירה לישראל מתבססת על מורשת יהודית (על פי חוק השבות, 1950), כללנו בניתוח זה אזרחים יהודים בלבד.

במחקר זה אנחנו בוחנות פערים בבריאות לפי מקום לידה (כלומר, מהגרים ממדינות מוצא שונות וילידי ישראל) בקרב שתי קבוצות המגדר, ומתמקדות במהגרים משלוש קבוצות גאו-תרבותיות (אתניות) עיקריות: מהגרים ממדינות ברית המועצות לשעבר (להלן: FSU), מהגרים ממוצא אירופי ממערב אירופה, מאמריקה, מדרום אפריקה ומאוסטרליה (להלן: EUAM) ומהגרים ממדינות המזרח התיכון וצפון אפריקה (להלן: MENA). ציפיתנו היא כי מצב הבריאות של המהגרים יהיה טוב פחות

מזה של ילידי ישראל. על כן, בהתאם לארץ מוצא, אנחנו מבחינות בין ילידי חוץ (כלומר עולים/מהגרים) ובין ילידי ישראל.

מדד התחלואה הוא המשתנה התלוי במחקר הנוכחי והוא נמדד באמצעות רשימה מפורטת של מחלות המבוססות על דיווח עצמי. כאמור, דיווח עצמי על מחלות ומגבלות גופניות הוכח כמנבא טוב ואמין לבחינת בריאות ותחלואה (למשל, Wolff et al., 2002). מדד התחלואה התבסס על דיווח עצמי על עשרים המחלות הבאות: אסתמה, יתר לחץ דם, כולסטרול גבוה, טריגליצרידים, התקף לב, אנגינה, אי ספיקת לב, מחלות לב אחרות, שבץ, מחלות ריאות, מחלות פרקים, אוסטאופורוזיס, מחלת קרוהן, קוליטיס, סרטן, מיגרנה, חרדה, דיכאון, הפרעה בבלוטת התריס וסוכרת. לצורך חישוב מדד התחלואה שקלנו את הפריטים לפי חומרתם באמצעות (DUSOI) Duke Severity of Illness-Checklist (ראה פרטים בנספח 1) (Parkerson et al., 1993; Parkerson et al., 1996). כלומר, בעיות בריאות דורגו לפי רמת החומרה שלהן והשפעתן על הבריאות הכללית.⁴ הכפלנו כל פריט בציון החומרה שלו ב-DUSOI ולאחר מכן יצרנו מדד ציון מסכם. ערכי מדד התחלואה תוקנו לאחר מכן לסולם דירוג באחוזון שבו מדורגים אנשים, כל אחד בהתאם לבריאותו היחסית בסולם תחלואה באחוזון.

בעקבות מחקרים קודמים (למשל, Deaton, 2008), כללנו סדרה של משתנים סוציו-דמוגרפיים כמשתני בקרה: גיל המשיב/ה (בשנים), נשוי (כן = 1) ומספר הילדים. כמו כן, בחרנו אינדיקטורים של מצב סוציו-אקונומי שידוע כי הם משפיעים על בריאות (Eikemo et al., 2008). משתנים אלו כוללים מספר שנות השכלה וסך הכנסה חודשית נטו לפי משק בית שנמדדה בארבע קטגוריות הכנסה של משתני דמה: (1) פחות מ-8,000 ש"ח; (2) 8,000–12,000 ש"ח; (3) גבוה מ-12,000 ש"ח; (4) היעדר דיווח על הכנסה (ערכים חסרים). הקטגוריה השנייה, הכנסה בינונית, שימשה קטגוריית השוואה. נוסף על כך, כללנו שלוש קבוצות של משתנים הלוכדים הרגלי תזונה ובריאות. ראשית, יצרנו משתנה דיכוטומי כדי להבחין בין מעשן בהווה או בעבר (=1) ובין לא מעשן (=0). הבחנו בין מתעמלים (=1) לאלו שאינם מתעמלים (=0). ולבסוף, כללנו משתנה הקולט את הרגלי התזונה של המשיבים. גם משתנה זה הוצג על ידי קבוצה של משתני דמה (ראו נספח 2 להגדרות המשתנים).

שיטה

את הנתונים ניתחנו בשלושה שלבים עיקריים. בשלב הראשון אנחנו מציגות סטטיסטיקה תיאורית של בריאות אוכלוסיית המדגם, מאפיינים דמוגרפיים, מאפיינים סוציו-אקונומיים והתנהגויות הקשורות לבריאות עבור כל תתי-קבוצות המהגרים וילידי ישראל, בחלוקה למגדר. בשלב השני אנחנו מציגות סדרת משוואות רגרסיה המנבאות את מדד התחלואה כפונקציה של מקום לידה ומאפיינים אינדיבידואליים של המשיבים. בשלב השלישי אנחנו עורכות פריקה (decomposition) של המקורות לפערים ברמת התחלואה בין כל אחת מתתי-הקבוצות של המהגרים ובין ילידי ישראל לפי מאפיינים דמוגרפיים, מצב סוציו-אקונומי והתנהגויות הקשורות לבריאות. יש לציין כי ילידי ישראל היו בממוצע בריאים יותר מהמהגרים (ראו טבלה 1). לכן, כדי להתגבר על בעיית סלקציה אפשרית, ביצענו

⁴DUSOI מבוסס על שיקול דעת קליני של ספקי שירותי בריאות ופותח כולו במסגרת הטיפול הראשוני. המהימנות והתקפות של ה-DUSOI נקבעו ב-Parkerson et al., 1996.

התאמת הטיית סלקטיביות. הערכנו מודל רגרסיה עם סלקטיית המדגם בשני השלבים הבאים: (1) הערכנו את מודל הפרוביט (probit) שמבוסס על משוואת סלקטיית המדגם המנבא קשיים בריאותיים כלשהם (לעומת להיות בריא). משתנים בלתי תלויים הנכללים במשוואת הסלקציה זהים לאלו של הרגרסיה הלינארית (OLS) של השלב השני (גיל, מצב משפחתי, מספר ילדים, שנות השכלה, מצב תעסוקתי, הכנסה, צריכת פירות וירקות, פעילות גופנית ועישון). Inverse Mills Ratio מחושב על בסיס מודל פרוביט זה. Inverse Mills Ratio מתקן את ההטיה הפוטנציאלית באומדנים עקב בחירה (הקצאה לא אקראית) למחלה כלשהי. (2) באמצעות המדגם שנבחר הערכנו את מודל ה-OLS של השלב השני על ידי הוספת Inverse Ratio Mills (או "סכנת אי-בחירה") מהשלב הראשון למשוואת OLS הראשית כמשתנה בלתי תלוי נוסף (למשל, Manning et al. 1987). המובהקות של Inverse Mills Ratio היא אינדיקציה לאפקטים של סלקציה.

במחקר זה השתמשנו בהליך הפריקה של אוקסקה (Oaxaca, 1973) ובלינדר (Blinder, 1973) על מנת להפריד בין מקורות שונים של פערים הנובעים ממקום לידה ומתחלואה. יש לציין כי אמנם שיטת פריקה זו יושמה בעיקר על אי-שוויון בשכר ובהכנסה (Fortin et al., 2011), אולם ניתן להשתמש בה גם כדי להבין את המקורות לאי-שוויון בבריאות (O'Donnell et al., 2011). כדי להעריך את הפערים ברמת התחלואה בין מהגרים לילידי הארץ השתמשנו במודלים של רגרסיה ליניארית עבור גברים ונשים בנפרד (Maskileyson et al., 2021). שיטת ניתוח זו אפשרה להבחין בין שני מרכיבים: ראשית, פערים בתחלואה שאפשר להסביר על ידי הבדלים בתכונות הפרט, כגון מאפיינים דמוגרפיים, מצב סוציו-אקונומי, התנהגות הקשורה להרגלי תזונה ובריאות. שנית, זיהוי המרכיב הבלתי מוסבר של פערים בתחלואה המיוחסים למאפיינים בלתי מדודים. כדי לקחת בחשבון את הטיית הבחירה בניתוח הפריקה, הורדנו את השפעות הסלקציה מההפרש הכולל ולאחר מכן יישמנו את נוסחאות הפריקה הסטנדרטיות על הפרש זה (Neuman & Oaxaca, 2004). הפריקה התבצעה על פי המשוואה הבאה:

$$\bar{Y}_{in} - \bar{Y}_{im} = \sum (\bar{x}_{in} - \bar{x}_{im})\beta_p + [\sum \bar{x}_{im}(\beta_p - \beta_{im}) + \bar{x}_{in}(\beta_p - \beta_{in} + (\alpha_{in} - \alpha_{im}))]$$

תוצאות

סטטיסטיקה תיאורית

טבלה 1 מציגה סטטיסטיקה תיאורית של תחלואה במונחים של אחוז האנשים שדיווחו על בעיית בריאות אחת לפחות ומדד תחלואה (ממוצע) בסולם האחוזון של 100 נקודות, עבור ילידי ישראל ועבור כל תת-קבוצות המהגרים, לפי מגדר. כמו כן, בטבלה 1 אנחנו מדווחות על ההבדלים הסוציו-אקונומיים, הסוציו-דמוגרפיים ועל הרגלי הבריאות והתזונה של מהגרים ושל ילידי הארץ. הנתונים המוצגים בטבלה 1 מדגימים כי כל תת-קבוצות המהגרים נוטות להיות בריאות פחות מקבוצת ילידי ישראל. בעוד 77% מהגברים המהגרים ו-82% מהנשים המהגרות דיווחו על בעיית בריאות אחת לפחות, רק 64% מהגברים ו-59% מהנשים ילידות ישראל דיווחו על בעיית בריאות. גם מדד התחלואה הממוצע של כל תת-קבוצות המהגרים, ללא יוצא מן הכלל, היה גבוה מזה של ילידי

ישראל משני המינים. בריאותם של מהגרים מ-EUAM או מ-MENA הייתה גרועה בהרבה מבריאותם של מהגרי FSU. דפוסים אלה נמצאו בקרב נשים וגברים כאחד.

טבלה מס' 1: ממוצעים של משתנים, בחלוקה למקום לידה ומגדר

	נשים					גברים				
	MENA	EUAM	FSU	כל המהגרים	ילידי ישראל	MENA	EUAM	FSU	כל המהגרים	ילידי ישראל
מדדי בריאות										
מחלה כלשהי %	86	84	76	82	59	80	82	65	77	64
אין מחלה %	14	16	24	18	41	20	18	35	23	36
אינדקס תחלואה ממוצע/ אחוזים	62.05	58.08	49.49	56.89	38.23	52.90	59.52	40.99	52.28	40.12
	(31.18)	(31.39)	(32.44)	(31.99)	(34.81)	(31.21)	(33.62)	(33.66)	(33.55)	(33.46)
משתנים דמוגרפיים										
גיל (בשנים)	66.86	61.54	55.02	61.45	49.19	69.24	65.91	53.77	63.90	51.26
	(9.68)	(15.56)	(13.86)	(14.03)	(13.97)	(9.05)	(15.81)	(14.78)	(14.83)	(15.23)
נשוי (באחוזים)	71	71	68	70	83	85	85	83	85	85
לא נשוי (באחוזים)	29	29	32	30	17	15	15	17	15	15
מספר ילדים (ממוצע)	3.65	3.25	2.08	3.04	3.20	3.93	2.85	2.09	3.03	3.10
	(1.80)	(2.10)	(1.09)	(1.86)	(1.83)	(1.88)	(1.59)	(1.60)	(1.85)	(1.95)
מעמד סוציאקונומי										
שנות השכלה (ממוצע)	11.12	14.94	15.05	13.63	14.82	12.27	15.78	15.14	14.36	15.40
	(3.48)	(3.85)	(3.11)	(3.96)	(3.07)	(5.52)	(5.03)	(3.16)	(5.05)	(4.88)
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו קטן מ-8,000 ₪ ב- %	0.54	0.28	0.39	0.40	0.25	0.44	0.18	0.19	0.28	0.18
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו מ-8,000 ₪ ל-12,000 ₪ ב- %	0.17	0.21	0.25	0.21	0.23	0.23	0.21	0.31	0.24	0.22
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו גבוהה מ-12,000 ₪ ב- %	0.08	0.28	0.26	0.20	0.36	0.20	0.44	0.38	0.34	0.45
הכנסה חסרה ב- %	0.21	0.23	0.10	0.18	0.16	0.13	0.18	0.11	0.14	0.16
התנהגות בריאותית										
מעשן או מעשן לשעבר ב- %	40	34	36	37	31	61	59	62	60	49
לא מעשן ב- %	60	66	64	63	69	39	41	38	40	51

59	69	59	63	58	57	66	59	61	67	משתתפת/ת בפעילות ספורטיבית ב- %
41	31	41	37	42	43	34	41	39	33	לא משתתפת/ת בפעילות ספורטיבית ב- %
26	15	17	19	23	23	21	21	22	27	פחות ממנה 1 של ירקות/פירות ליום ב- %
63	76	68	69	67	61	67	61	63	60	3-1 מנות ירקות/פירות ליום ב- %
4	8	11	8	8	8	8	12	9	9	יותר מ-3 מנות של ירקות/פירות ליום ב- %
7	2	4	5	3	8	4	7	6	4	אין מידע על פירות/ירקות ב- %
187	185	160	532	907	216	231	160	607	878	מספר מקרים

Note: mean coefficients; SD in parentheses

נוסף על כך, מצאנו כי המהגרים נבדלים מאוכלוסיית ילידי הארץ לא רק ברמות התחלואה אלא גם במגוון מאפיינים סוציו-אקונומיים ודמוגרפיים; ילידי ישראל צעירים בעשר שנים בממוצע מאוכלוסיית המהגרים. אולם גם כאן ישנם הבדלים בין תתי-קבוצות המהגרים. למשל, יוצאי ברית המועצות הם הקבוצה הצעירה ביותר מבין שלוש תתי-קבוצות המהגרים. רמת ההשכלה של המהגרים משתנה אף היא לפי ארץ לידה. למשל, מספר שנות ההשכלה הממוצע של מהגרים ממדינות MENA נמוך מזה של ילידי הארץ, אך רמת ההשכלה של מהגרי FSU ו-EUAM דומה לזו של ילידי הארץ או אפילו גבוהה ממנה. בכל הנוגע להכנסת משק הבית, המהגרים מכל המדינות, ללא יוצא מן הכלל, הם בעלי הכנסה נמוכה יותר מהילידים. בכל הנוגע להתנהגות הקשורה להרגלי תזונה ובריאות, ילידי ישראל נוטים לעשן פחות, להתעמל יותר ולהקפיד על תזונה בריאה מעט יותר מהמהגרים.

ניתוח רב-משתני של תחלואה לפי ארץ לידה

אמנם תוצאות הסטטיסטיקה התיאוריות חשפו הבדלים מעניינים בין מהגרים לילידים, אולם לא ברור אם ובאיזו מידה ניתן לייחס הבדלים בבריאות בין אוכלוסיית ילידי ישראל ובין תתי-קבוצות של המהגרים לארץ מוצאם, להבדלים סוציו-דמוגרפיים, להבדלים סוציו-אקונומיים או להבדלים בהרגלי תזונה ובריאות. לכן בשלב זה אנחנו מציגות סדרת משוואות רגרסיה המנבאות את מדד התחלואה כפונקציה של מקום לידה ומאפיינים אינדיבידואליים של המשיבים (מוצג כסולם של 100 נקודות אחוזון).⁵

⁵ המודל הדו-שלבי כולל מודל פרוביט נפרד להטיית סלקציה מדגם ואחריו רגרסיה של OLS. משתנה דיכוטומי – חולה לעומת בריא – משמש משתנה תלוי למודל הפרוביט. מודל פרוביט מאפשר לנו להעריך את היחסים של מילס שהוצג ברגרסיית OLS כדי לתקן את הטיית הסלקטיביות.

טבלאות 2a ו-2b מציגות את המקדמים של שמונה משוואות רגרסיה OLS המנבאות את מדד התחלואה עבור גברים ונשים, בהתאמה. במשוואות 1a-4a מעמד מהגר מוגדר על ידי משתנה דמה המבחין בין מהגרים ובין ילידי ישראל. במשוואות b-4b1 סטטוס המהגר מוגדר על ידי שלושה משתני דמה המייצגים את מוצאו של המהגר (כלומר, FSU, EUAM ו-MENA) לעומת ילידי ישראל. במשוואות a-1b1, מדד התחלואה הופך לפונקציה של מעמד המהגר. במשוואות a-2b2 ו-a-3b3 אנחנו מוסיפות מאפיינים דמוגרפיים וסוציו-אקונומיים, בהתאמה, בתור מנבאים של תחלואה. במשוואות a4 ו-b4 אנחנו מוסיפות משתני התנהגויות הקשורות להרגלי בריאות ותזונה למכלול המנבאים את מדד התחלואה. כל המשוואות כוללות גם יחס Mills הפוך (או "סכנת הסלקציה"), כדי לקחת בחשבון הטיה אפשרית. אומדני משוואות הרגרסיה המתואמים להטיית סלקציה חושפים כי בריאותם הממוצעת של מהגרים גברים אינה שונה במידה ניכרת מזו של ילידי ישראל (ראו טבלה 2a). כך לא נמצאו גם הבדלים מובהקים סטטיסטית בין תתי-הקבוצות של המהגרים. מעניין לציין כי הגברים של EUAM מדווחים על רמת תחלואה גבוהה יותר מהישראלים ילידי הארץ; עם זאת, פערים אלו נעלמים לאחר פיקוח על התנהגויות הקשורות לבריאות ולתזונה. ניתן לראות תמונה שונה במקצת אצל נשים (טבלה 2b). מודלים 1a-4a חושפים כי בריאותן של מהגרות נשארת נמוכה מבריאותן של נשים ילידות ישראל גם לאחר פיקוח על תכונות אישיות והתנהגויות הקשורות לבריאות ולהרגלי תזונה. הפער הבולט ביותר נמצא בקרב קבוצת המהגרות מ-EUAM ($b = 6.58$). כלומר, נמצא כי נשים מהגרות מארצות EUAM בריאות פחות מילידות ישראל בעלות מאפיינים דמוגרפיים, סוציו-אקונומיים והרגלי תזונה ובריאות דומים. בריאותם של מהגרי FSU ו-MENA אינה שונה מזו של ילידי ישראל, גם לאחר פיקוח על מאפייני פרט.

שלא במפתיע, המקדמים המוצגים בטבלאות מדגימים כי תחלואה נוטה לעלות עם הגיל. כמו כן, נמצא שקיים קשר חיובי בין מספר ילדים גדול יותר ובין בריאות גם בקרב גברים וגם בקרב נשים. תחלואה קשורה מאוד לעישון; המעשנים מדווחים על מצב בריאותי רע יותר מהלא מעשנים. לבסוף, כאשר מסתכלים על התרומה של יחס Mills למדד השונות בתוך הקבוצות, נראה כי מקדם היחס של Mills במודלים 1a-3a ו-1b-3b עבור שתי קבוצות המגדר שלילי ומובהק סטטיסטית. לכן אנחנו יכולות להסיק שישנם משתנים לא נצפים המגדילים את ההסתברות לסלקציה ואת ההסתברות לציון נמוך מהממוצע במשתנה התלוי. עם זאת, לאחר הכללת משתני התנהגויות הקשורים לבריאות למודלים a-4b4, Mills Ratio נעשה חסר משמעות עבור גברים ונשים כאחד (למשל, Lennox et al., 2012). המשמעות היא שכאשר נכללים משתני התנהגויות הקשורים לבריאות, הטיית הסלקציה נעלמת.

טבלה 2: משוואות רגרסיה של OLS לניבוי מדד חומרת תחלואה, גברים

משתנים	מודל 1a	מודל 2a	מודל 3a	מודל 4a	מודל 1b	מודל 2b	מודל 3b	מודל 4b
קבוצת מהגרים								
מהגרים (קבוצת השוואה – ילידי ישראל)	0.57 (1.70)	-0.27 (1.72)	-0.52 (1.73)	-0.83 (1.73)	-	-	-	-
FSU (קבוצת השוואה ילידי ישראל)	-	-	-	-	-2.57 (2.58)	-3.04 (2.61)	-3.22 (2.62)	-3.17 (2.64)
EUAM (קבוצת השוואה ילידי ישראל)	-	-	-	-	6.38** (2.32)	5.32* (2.36)	5.56* (2.37)	4.67 (2.38)
MENA (קבוצת השוואה ילידי ישראל)	-	-	-	-	-3.05 (2.43)	-3.74 (2.48)	-4.94 (2.56)	-4.91 (2.55)
משתנים דמוגרפיים								
גיל (בשנים)	-	0.35* (0.16)	0.36* (0.17)	0.91** (0.24)	-	0.30 (0.16)	0.30 (0.17)	0.77** (0.25)
נשוי (קבוצת השוואה לא נשוי)	-	-2.18 (2.47)	-1.15 (2.61)	1.08 (2.71)	-	-2.58 (2.47)	-1.23 (2.60)	0.65 (2.70)
מספר ילדים (ממוצע)	-	-0.74 (0.47)	-0.85 (0.49)	-1.35** (0.52)	-	-0.59 (0.48)	-0.62 (0.50)	-1.06* (0.53)
מעמד סוציאקונומי								
שנות השכלה (ממוצע)	-	-	-0.04 (0.17)	0.09 (0.17)	-	-	-0.15 (0.17)	-0.02 (0.17)
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו קטן מ-8000 ₪ (קבוצת השוואה: הכנסה חסרה)	-	-	2.57 (2.68)	3.09 (2.68)	-	-	3.46 (2.68)	3.83 (2.68)
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו מ-8,000 ₪ עד 12,000 ₪ (קבוצת השוואה: הכנסה חסרה)	-	-	0.67 (2.59)	-1.14 (2.65)	-	-	1.17 (2.59)	-0.43 (2.66)
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו גבוה מ-12,000 ₪	-	-	-0.15	-0.66	-	-	-0.24	-0.64

								(קבוצת השוואה: הכנסה חסרה)
(2.38)	(2.36)	-	-	(2.38)	(2.37)	-	-	
								התנהגות בריאותית
								פחות ממנה 1 של ירקות/פירות ליום (קבוצת השוואה 1-3 מנות)
1.12	-	-	-	1.50	-	-	-	
(1.98)	-	-	-	(1.98)	-	-	-	
								יותר מ-3 מנות של ירקות/פירות ליום (קבוצת השוואה 1-3 מנות)
-2.57	-	-	-	-3.11	-	-	-	
(2.91)	-	-	-	(2.91)	-	-	-	
								אין מידע על פירות/ירקות
-6.53	-	-	-	-8.49	-	-	-	
(4.61)	-	-	-	(4.58)	-	-	-	
								מעשן או מעשן בעבר (קבוצת השוואה: לא מעשן)
6.19**	-	-	-	6.75**	-	-	-	
(1.89)	-	-	-	(1.89)	-	-	-	
								השתתפות בפעילות ספורטיבית (קבוצת השוואה: לא משתתף בפעילות ספורטיבית)
2.07	-	-	-	2.43	-	-	-	
(1.78)	-	-	-	(1.78)	-	-	-	
-9.69	-35.04**	-35.53**	-48.69**	-3.25	-32.93**	-33.95**	-49.10**	Mills
(12.42)	(8.21)	(7.96)	(2.63)	(12.29)	(8.22)	(7.97)	(2.58)	
4.72	49.94**	49.60**	68.95**	-7.70	44.83**	46.66**	69.19**	Constant
(21.76)	(14.26)	(13.13)	(1.86)	(21.45)	(14.24)	(13.11)	(1.83)	
1,485	1,485	1,485	1,485	1,485	1,485	1,485	1,485	Observations
0.24	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.22	R-squared
0.232	0.229	0.229	0.226	0.227	0.222	0.224	0.220	Adjusted R-squared

טבלה 2: משוואות רגרסיה של OLS לניבוי מדד חומרת תחלואה, נשים

משתנים	מודל 1a	מודל 2a	מודל 3a	מודל 4a	מודל 1b	מודל 2b	מודל 3b	מודל 4b
קבוצת מהגרים								
מהגרים (קבוצת השוואה: ילידי ישראל)	5.35**	4.66**	3.80*	4.00*	-	-	-	-
	(1.76)	(1.77)	(1.78)	(1.78)				
FSU (קבוצת השוואה: ילידי ישראל)	-	-	-	-	3.30	2.69	1.86	2.42
	-	-	-	-	(2.59)	(2.63)	(2.64)	(2.63)
EUAM (קבוצת השוואה: ילידי ישראל)	-	-	-	-	7.38**	6.52**	6.69**	6.58**
	-	-	-	-	(2.49)	(2.51)	(2.51)	(2.52)
MENA (קבוצת השוואה: ילידי ישראל)	-	-	-	-	5.23*	4.70	2.49	2.66
	-	-	-	-	(2.58)	(2.61)	(2.71)	(2.71)
משתנים דמוגרפיים								
גיל (בשנים)	-	0.52**	0.54**	1.11**	-	0.50**	0.51**	1.05**
	-	(0.19)	(0.20)	(0.30)	-	(0.19)	(0.20)	(0.31)
נשוי (קבוצת השוואה: לא נשוי)	-	-0.66	1.81	4.40	-	-0.69	1.88	4.30
	-	(2.10)	(2.23)	(2.45)	-	(2.10)	(2.23)	(2.45)
מספר ילדים (ממוצע)	-	-0.84	-1.13*	-1.70**	-	-0.90	-1.18*	-1.69**
	-	(0.51)	(0.51)	(0.58)	-	(0.51)	(0.52)	(0.59)
מעמד סוציו-אקונומי								
שנות השכלה (ממוצע)	-	-	-0.15	0.10	-	-	-0.21	0.04
	-	-	(0.26)	(0.27)	-	-	(0.27)	(0.28)
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו קטנה מ-8000 ש"ח (קבוצת השוואה: הכנסה חסרה)	-	-	5.83*	6.47**	-	-	6.20*	6.75**
	-	-	(2.43)	(2.44)	-	-	(2.44)	(2.45)
הכנסת תא משפחתי חודשית נטו מ-8,000 ש"ח עד 12,000 ש"ח (קבוצת השוואה: הכנסה חסרה)	-	-	2.22	0.73	-	-	2.49	1.08
	-	-	(2.62)	(2.68)	-	-	(2.63)	(2.70)

-1.55	-1.11	-	-	-1.75	-1.27	-	-	הכנסת תא משפחתי חודשית נטו גבוהה מ- 12,000 ₪ (קבוצת השוואה: הכנסה חסרה)
(2.52)	(2.51)	-	-	(2.52)	(2.51)	-	-	
								התנהגות בריאותית
3.93	-	-	-	4.03	-	-	-	פחות ממנה 1 של ירקות/פירות ליום (קבוצת השוואה 1-3 מנות)
(2.16)	-	-	-	(2.15)	-	-	-	
-3.63	-	-	-	-3.92	-	-	-	יותר מ-3 מנות של ירקות/פירות ליום (קבוצת השוואה 1-3 מנות)
(3.10)	-	-	-	(3.08)	-	-	-	
-9.03	-	-	-	-9.96	-	-	-	אין מידע על פירות/ירקות
(5.52)	-	-	-	(5.48)	-	-	-	
4.48*	-	-	-	4.71*	-	-	-	מעשן או מעשן בעבר (קבוצת השוואה: לא מעשן)
(2.11)	-	-	-	(2.11)	-	-	-	
-2.68	-	-	-	-2.49	-	-	-	השתתפות בפעילות ספורטיבית (קבוצת השוואה: לא משתתף בפעילות ספורטיבית)
(1.78)	-	-	-	(1.77)	-	-	-	
-4.63	-29.85**	-30.64**	-53.73**	-1.65	-28.83**	-30.16**	-53.92**	Mills
(14.71)	(9.23)	(8.78)	(2.71)	(14.57)	(9.21)	(8.76)	(2.68)	
-10.68	36.11*	37.03*	73.19**	-16.64	33.49*	35.68*	73.32**	Constant
(26.40)	(16.46)	(14.56)	(2.03)	(26.08)	(16.38)	(14.51)	(2.00)	
1,439	1,439	1,439	1,439	1,439	1,439	1,439	1,439	Observations
0.29	0.29	0.28	0.27	0.29	0.28	0.28	0.27	R-squared
0.285	0.280	0.274	0.271	0.285	0.279	0.274	0.271	Adjusted R-squared

פריקת מקורות הפער (דיקומפוזיציה) של רמת תחלואה לפי מקום לידה

בחלק השלישי של המחקר פירקנו את המקורות לפערים בתחלואה בין כל תתי-הקבוצות של מהגרים ובין ילידי ישראל לשני מרכיבים עיקריים: (1) סטטוס הגירה ומוצא אתני (מרכיב בלתי מוסבר) ו-(2) הבדלים במאפיינים אינדיבידואליים (מרכיב מוסבר). המרכיב האחרון חולק להבדלים ממוצעים שניתן לייחס לשלושה מרכיבים ברורים: מאפיינים דמוגרפיים (גיל, מצב משפחתי, מספר ילדים), מצב סוציו-אקונומי (שנות השכלה והכנסה), הרגלי תזונה ובריאות (עישון, ספורט, צריכת פירות וירקות). תוצאות ניתוח הפריקה מוצגות בטבלה 3, וכן בנספחים 3 ו-4' ו-4'ב' עבור כל תתי-הקבוצה של המהגרים, לפי מגדר. המקדמים, כאמור, מוצגים במונחים של אחוזונים.

טבלה מס' 3: פירוק מקורות מהפער (דיקומפוזיציה)

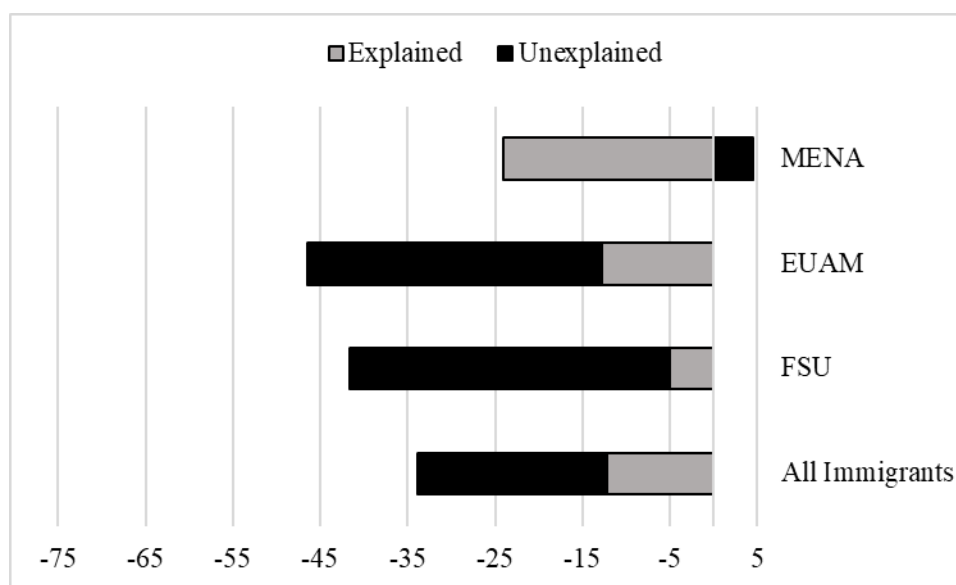
לפי מדד חומרת התחלואה (בסולם של 100 נקודות), בהתאם למקום לידה ומגדר

	גברים				נשים				
	כל המהגרים	FSU	EUAM	MENA	כל המהגרים	FSU	EUAM	MENA	
ילידי ישראל	כולל	40.117*	40.117*	40.117*	40.117*	38.232*	38.232*	38.232*	
		**	**	**	**	**	**	**	
מותאם	מ	28.473*	28.473*	28.473*	28.473*	27.615*	27.615*	27.615*	
		**	**	**	*	*	*	*	
מהגרי מ	כולל	52.280*	40.994*	59.519*	52.898*	56.893*	49.494*	62.048*	
		**	**	**	**	**	**	**	
מותאם	מ	62.392*	70.084*	74.990*	48.009*	68.901*	72.106*	99.846*	
		**	**	*	**	**	**	**	
פער בריאות	כולל	12.163*	0.876**	19.402*	12.781*	18.661*	11.262*	23.817*	
		**	*	**	**	**	**	**	
מותאם	מ	33.919*	-41.611	46.516*	-19.535	41.286*	44.491*	72.231*	
		**		**		**	*	**	

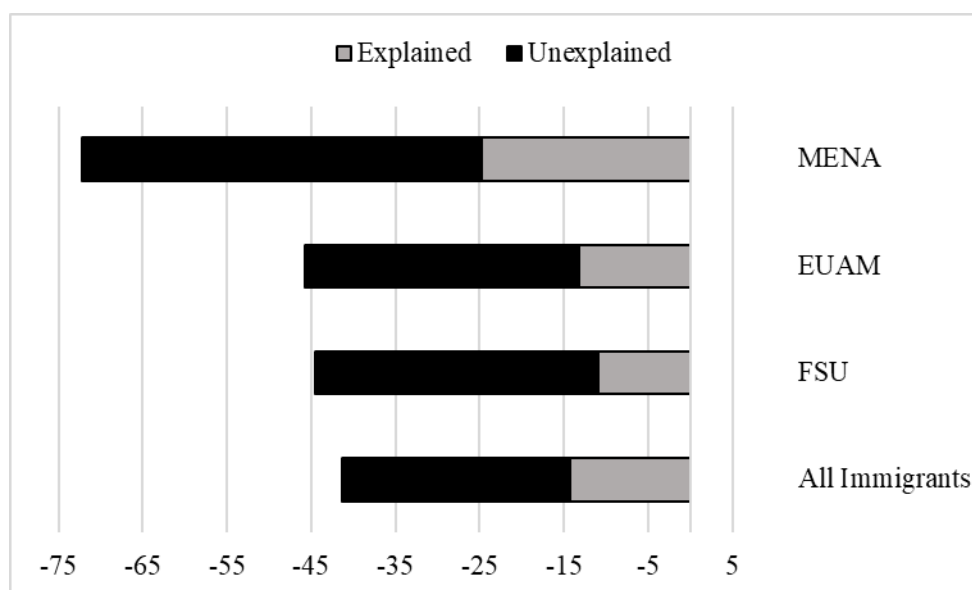
בחינת פערי התחלואה של המהגרים מדגימה כי פער התחלואה הגדול ביותר נצפה בין גברים ילידי ישראל למהגרים מ-EUAM (46%) ובין נשים ילידות ישראל למהגרות מ-MENA (72%). בקרב גברים פער התחלואה המותאם בין ילידי ישראל ובין יוצאי ברית המועצות לשעבר וכן בין ילידי ישראל לילידי MENA אינו מובהק סטטיסטית. בקרב נשים פער התחלואה בין ילידי ישראל ובין עולי ברית

המועצות לבין ילידי ישראל ו-MENA גדול יחסית ועומד על-45%. השוואת תוצאות המרכיב הלא מוסבר והמרכיב המוסבר מגלה שרמת התחלואה הלא מתוקנת של כל תת-הקבוצות של המהגרים מוטה כלפי מעלה.

איור 1 א: פירוק מקורות הפער הכולל של חומרת התחלואה (דיקומפוזיציה) (בסולם של 100 נקודות) לפי מקום לידה, גברים

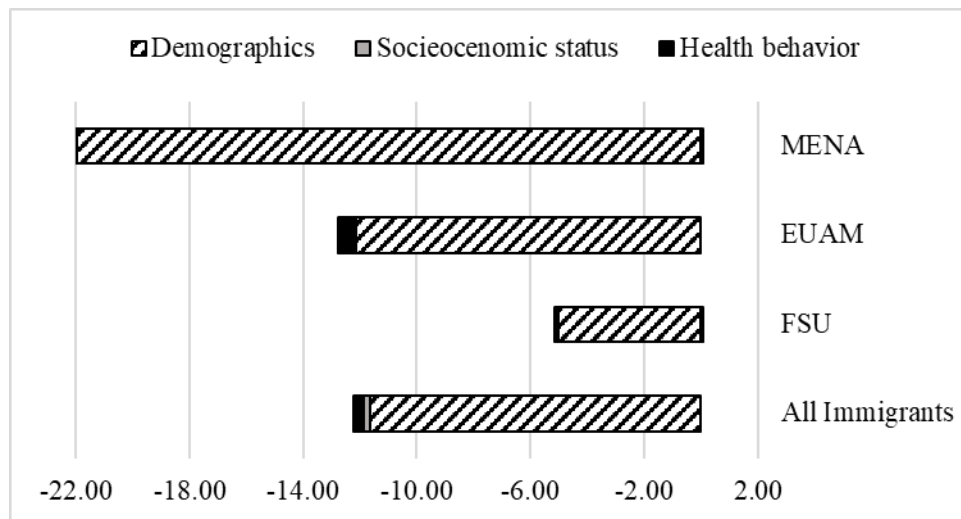


איור 1 ב: פירוק מקורות הפער הכולל של חומרת התחלואה (דיקומפוזיציה) (בסולם של 100 נקודות) לפי מקום לידה, נשים

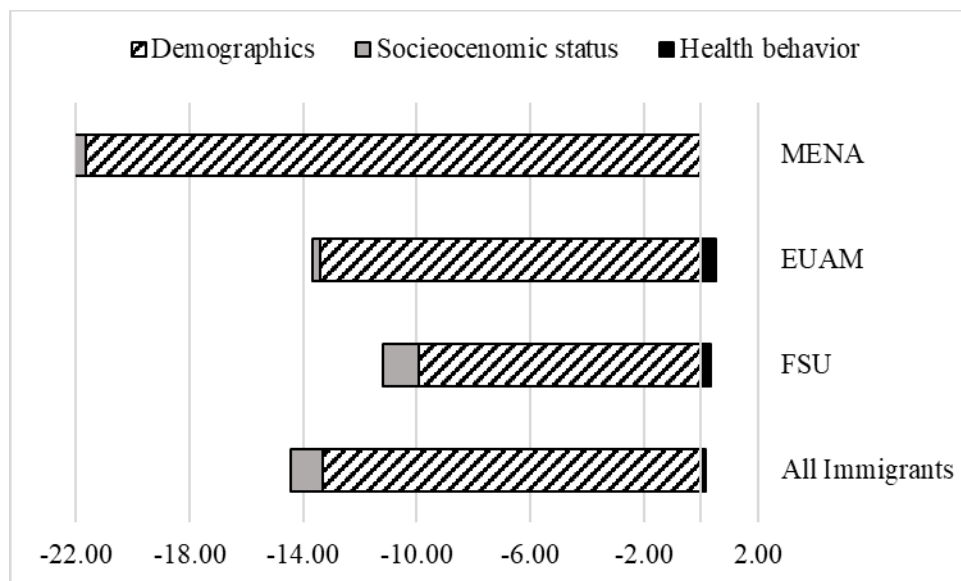


תרשים 1'א' מראה כי בקרב גברים מרבית הפער בין ילידי ישראל למהגרים מ-EUAM (33.8% מתוך סך 46.5%) מיוחס למקום לידה (אתניות) ורק 12.7% להבדלים במאפיינים של הפרטים. כמו כן, בקרב נשים רוב הפער בין ילידי ישראל ל-EUAM (32.6% מתוך סך 45.7%) ובין המשתתפים ילידי ישראל ל-MENA (47.4% מתוך סך 72.2%) מיוחס למקום לידה (איור 1ב). איור גרפי של המקורות הספציפיים לפערים עבור כל תת-קבוצה מוצג בתרשים a2 ו-b2 עבור גברים ונשים, בהתאמה.

איור 2 א: מקורות פער התחלואה לפי מקום לידה, גברים



איור 2 ב: מקורות פער התחלואה לפי מקום לידה, נשים



איור 2 מדגים כי הבדלים במאפיינים דמוגרפיים כגון גיל, מצב משפחתי ומספר ילדים מסבירים חלק גדול מפערי התחלואה בכל תתי-קבוצות של גברים ונשים מהגרים. ההבדלים במאפיינים הדמוגרפיים מסבירים כ-5%, 12% ו-21% מפערי התחלואה בין גברים ילידי ישראל ובין גברים מהגרי EUAM, FSU, ו-MENA, בהתאמה. מעניין לציין כי מאפיינים סוציו-אקונומיים והרגלי בריאות ותזונה אינם מסבירים חלק גדול מהפער במדד התחלואה בין ילידי ישראל למהגרים. הבדלים במעמד סוציו-אקונומי מהווים רק חלק קטן מפער התחלואה (2%), וזאת רק בין מהגרים גברים מ-MENA ובין ילידי ישראל.

דיון ומסקנות

אף על פי שכוונת מאמר זה אינה לחקור את אפקט המהגר הבריא (בהיעדר נתוני אורך) אלא את המקורות לפער, הנתונים מספקים תמיכה לתזה שאפקט המהגר הבריא אינו מתקיים בהקשר של החברה הישראלית. הניתוח מדגים בבירור שבניגוד לחברות מהגרים מסורתיות אחרות, רמת הבריאות של כל קבוצות המהגרים בישראל גרועה בהרבה מזו של ילידי ישראל. ממצא זה עשוי לנבוע מסלקציה שלילית של מהגרים לישראל בהקשר לבריאות. למעשה, בניגוד למהגרים בחברות הגירה מסורתיות אחרות (כגון ארצות הברית, קנדה או אוסטרליה) אי אפשר לראות במהגרים לישראל מהגרים כלכליים שמקורם בדרך כלל בפלחים הבריאים יותר של האוכלוסייה. תהליך המיון של מהגרים לישראל הוא אכן שונה מאוד מתהליך המיון של מהגרים לחברות אחרות. כלומר, מהגרים בחסות חוק השבות לישראל נבחרים רק על בסיס מוצאם ושיוכם, וללא קשר למצבם הסוציו-אקונומי או למצב בריאותם. כמו כן, מהגרים לישראל מכוסים בביטוח בריאות ממלכתי, ולכן זכאים לשירותי רפואה מרגע הגעתם לארץ. ואכן, הקשר כזה עשוי למשוך מהגרים לא בריאים רבים.

באמצעות שיטת פריקת הבדלי ממוצעים (O'Donnell et al., 2012) השווינו את הבריאות כפי שהוגדרה על ידי מדד חומרת התחלואה ובחנו את המקורות לפערי הבריאות בין קבוצות שונות לפי מגדר. אף על פי שכל קבוצות המהגרים מתאפיינות בבריאות ירודה יותר מאשר ילידי ישראל, הממצאים חושפים שפערי הבריאות בין מהגרים לילידי הארץ גדולים יותר במקרה של מהגרים גברים מ-EUAM (המגיעים מאירופה, מאמריקה, מדרום אפריקה או מאוסטרליה) ונשים מ-MENA (ממדינות המזרח התיכון וצפון אפריקה). לעומת זאת, הפער בין מהגרים לילידי הארץ ברמת תחלואה הוא בולט פחות במקרה של מהגרים המגיעים מהרפובליקות של ברית המועצות לשעבר, וזאת עבור שתי קבוצות המגדר. התמקדות במקורות לפערי הבריאות מגלה כי החלק הגדול ביותר של הפער מיוחס למאפיינים דמוגרפיים. נוסף על כך, הנתונים מדגימים כי בריאותם של מהגרים לישראל ושל ילידי הארץ נוטה להידרדר עם הגיל וכי נשואים ואלו שהם הורים לילדים נוטים להיות בריאים יותר מאשר רווקים ואלו שאינם הורים. מהניתוח אף עולה כי הבדלים בגיל, במצב משפחתי ובהורות מסבירים חלק ניכר מהפער בין מוצא למחלה. ניתן לייחס זאת לחשיבותה של רשת משפחתית תומכת לבריאות, שכן ככל שהתא המשפחתי גדול יותר, הוא מסוגל לספק תמיכה והשגחה רפואית, ובכך להבטיח את שלומם של בני המשפחה. הנתונים מלמדים כצפוי שהתנהגות הקשורה לבריאות, כגון פעילות גופנית, משפיעה לטובה על הבריאות, בעוד עישון משפיע לרעה על בריאותם של מהגרים

ושל ילידי הארץ כאחד. לתזונה, לעומת זאת, השפעה מינימלית על בריאות האוכלוסייה. ייתכן שניתן לייחס זאת לנגישות גבוהה של כלל האוכלוסייה לחומרי גלם איכותיים וכן לתזונה הים-תיכונית המבוססת על מרכיבים טריים, ירקות, פירות, קטניות ושמן זית. עם זאת, למרבה הפלא, ניתוח פריקת הפערים בממוצעים מזהה כי לא הבדלים במצב סוציו-אקונומי וגם לא הבדלים בהתנהגות הקשורה לבריאות מצליחים להסביר את הפערים בתחלואה. הממצאים מדגימים השפעה זניחה (ובניגוד לעולה מספרות המחקר) של הכנסה על בריאות. ניתן לייחס ממצא זה למבנה מערכת הבריאות הציבורית בישראל, המספקת גישה חופשית ומסובסדת לשירותי בריאות לכלל התושבים. על כן חוסר יכולת כלכלית נעשה גורם זניח בהסבר נגישות דיפרנציאלית לשירותי בריאות בחברה הישראלית. במילים אחרות, ההכנסה הנמוכה יותר של מהגרים אינה מונעת מהם נגישות לשירותים רפואיים ולטיפולים רפואיים. עם זאת, למרות הגישה החופשית לשירותים רפואיים בחברה הישראלית, זיהינו השפעה שלילית של קטגוריית ההכנסה הנמוכה ביותר על מצב הבריאות ועל פערי הבריאות, דבר המרמז על כך שבריאותם של האנשים העניים ביותר בחברה בישראל מושפעת לרעה ממצבם הכלכלי הקשה. ניתן לייחס ממצא זה לעלויות "השתתפות עצמית" הנגבית עבור טיפולים ולחייבים נוספים בעת רכישת תרופות. תשלומים אלו עשויים להכביד על אנשים בעלי הכנסה נמוכה, שאינם יכולים לממן טיפולים או שאינם יכולים לרכוש תרופות בין שהם מהגרים ובין שילידי הארץ. כמו כן, למרות הנגישות החופשית של כלל האוכלוסייה לשירותי רפואה ציבוריים, האוכלוסיות המוחלשות אינן יכולות לרכוש ביטוח בריאות נוסף (פרטי) המאפשר גישה קלה לשירותי רפואה פרטית, השתתפות בתרופות שמחץ לסל הבריאות וקיצור תורים לרופאים ולניתוחים. היעדר יכולת להשתמש בכיסוי נוסף זה עלול להשליך על בריאותם של העניים ללא קשר אם האזרחים העניים הם מהגרים או ילידי הארץ.

תמורות, אתגרים והצעת נושאים חשובים למחקר עתידי

מחקר זה בחן את המקורות לפערי בריאות בין מהגרים המגיעים בחסות חוק השבות (עולים) ובין יהודים ילידי ישראל. הבחירה באוכלוסייה היהודית לצורך מחקר זה לא הייתה סתמית אלא נבעה מחוקי ההגירה לישראל המסננים כמעט לחלוטין את כניסתם של מהגרים לא יהודים לישראל (סעיף 1 לחוק השבות). כלומר, המהגרים היהודים לישראל אינם מהגרים כלכליים קלאסיים, אשר נוטים להיות בריאים יותר מהאוכלוסייה במדינת היעד (סלקציה חיובית), שכן שעריה של מדינת ישראל פתוחים בפני כל המהגרים מכוח חוק השבות, גם אם בריאותם ירודה. ואכן, הממצאים מצביעים על כך שאוכלוסיית המהגרים לישראל בריאה פחות מילידי ישראל המקבילים להם. יחד עם זאת, בהחלט ישנן קבוצות נוספות שחשוב לבחון במחקר עתידי, כגון קבוצות אוכלוסייה שמהגרות לישראל שלא מכוח חוק השבות: פליטים, עובדים זרים חוקיים, בעלי תושבות זמנית או מי שנישאים ליהודים או לישראלים ועל כן מקבלים את מעמד התושבות מכוח הנישואים. מחד גיסא, ייתכן כי אלו, בהיותם מהגרים כלכליים, מתאפיינים בבריאות טובה כפי שתזת אפקט המהגר הבריא צופה. מאידך גיסא, ייתכן כי מחקר עתידי כזה דווקא יצביע על הטרוגניות בבריאות מהגרים מסוגים שונים. מחקר עתידי יכול למצוא גם הבדלי בריאות בין מהגרים כלכליים קלאסיים (כגון עובדים זרים חוקיים) למהגרים פוליטיים (כגון פליטים) למהגרים שזכו באזרחות עקב נישואים ואיחוד משפחות. כלומר, נראה כי

במחקר עתידי רצוי לנסות ולאתגר את הכללתם של כל סוגי המהגרים תחת קורת גג אחת ולשקול חלוקה של קבוצות המהגרים גם לפי המניע להגירה ולא רק לפי מדינת המוצא.

הצעה למדיניות עתידית הנובעת מממצאי מחקר זה קשורה לפערים הכלכליים המשפיעים על בריאות ועל הנגישות הנמוכה של עניים לשירותים שאינם נכללים בסל הבריאות. אף שנראה כי מערכת הבריאות הישראלית מאפשרת למרבית האוכלוסייה נגישות לשירותי בריאות איכותיים, ניתן לזהות פערים בתחלואה, במיוחד בקרב בני הקבוצות העניות ביותר, בין שהם מהגרים ובין שהם ילידי הארץ. אחד ההסברים שסיפקנו לתופעה זו היה שאוכלוסיות קשות יום מתקשות לשלם את תשלומי ההשתתפות העצמית המוטלים על שירותים רפואיים ועל רכישת תרופות. דבר זה מוביל לעיתים לויתור על שירותים רפואיים נחוצים או לויתור על רכישת תרופות בעיקר בקרב מהגרים חדשים. תופעה זו מצריכה חשיבה מחדש על מדיניות הבריאות שתתייחס לאופן הטלת תשלומי ההשתתפות העצמית, וייתכן שאף בניית מנגנון חדש של תשלומים כגון שיטת תשלום פרוגרסיבית או ביטול חלק מהתשלומים עבור אוכלוסיות מוחלשות.

רשימה ביבליוגרפית

- Abraído-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S., Turner, J. B. (1999). The Latino Mortality Paradox: A Test of the "Salmon Bias" and Healthy Migrant Hypotheses. *Am. J. Public Health*, 89(10), 1543–1548.
- Adams, P., Hurd, M. D., McFadden, D., Merrill, A., Ribeiro, T. (2003). Healthy, Wealthy, and Wise? Tests for Direct Causal Paths between Health and Socioeconomic Status. *J. Econom*, 112(1), 3–56.
- Akresh, I. R., Frank, R. (2008). Health Selection among New Immigrants. *Am. J. Public Health*, 98(11), 2058–2064.
- Angeles, L. (2010). Children and Life Satisfaction. *Journal of happiness Studies*, 11, 523–538. Retrieved from doi.org/10.1007/s10902-009-9168-z.
- Argeseanu Cunningham, S., Ruben, J. D., Venkat Narayan, K. M. (2008). Health of Foreign-Born People in the United States: A Review. *Health Place*, 14(4), 623–635.
- Baron-Epel, O., Kaplan, G. (2001). Self-Reported Health Status of Immigrants from the Former Soviet Union in Israel. *Isr. Med. Assoc. J*, 3, 940–946.
- Blinder, A. S. (1973). Wage Discrimination: Reduced form and Structural Estimates. *J. Hum. Resour*, 8(4), 436–455.
- Borjas, G. J. (1999). Immigration and Welfare Magnets. *J. Labor Econ*, 17(4), 607–637.
- Chiswick, B. R., Lee, Y. L., Miller, P. W. (2008). Immigrant Selection Systems and Immigrant Health. *Contemp. Econ. Policy*, 26(4), 555–578.
- Clarfield, A. M., Manor, O., Nun, G. B., Shvarts, S., Azzam, Z. S., Afek, A., ..., and Israeli, A. (2017). Health and Health Care in Israel: An Introduction. *The Lancet*, 389(10088), 2503–2513.
- Constant, A. F., García-Muñoz, T., Neuman, S., and Neuman, T. (2018). A "Healthy Immigrant Effect" or a "Sick Immigrant Effect"? Selection and Policies Matter. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), 103–121.
- Davidov, E., Meuleman, B., Cieciuch, J., Schmidt, P., Billiet, J. (2014). Measurement Equivalence in Cross-National Research. *Annu. Rev. Sociol*, 40, 55–75.
- Davidovich, N., and Shvarts, S. (2004). Health and Hegemony: Preventive Medicine, Immigrants and the Israeli Melting Pot. *Israel Studies*, 9(2), 150–179.
- Davidovitch, N., Filc, D., Novack, L., Balicer, R.D. (2013). Immigrating to a Universal Health Care System: Utilization of Hospital Services by Immigrants in Israel. *Health Place*, 20, 13–18.
- Deaton, A. (2008). Income, Health, and Well-Being around the World: Evidence from the Gallup World Poll. *J. Econ Perspect*, 22(2), 53–72..
- Donovan, J., d'Espaignet, C.M., van Ommeren, M. (Eds.) (1992). Immigrants in Australia: A Health Profile. AGPS, Canberra.

- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., Kunst, A. E. (2008). Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare Regimes: A Comparison of 23 European Countries. *Sociol. Health. Illn*, 30(4), 565–582.
- Feikin, D. R., Nguyen, L. M., Adazu, K., Ombok, M., Audi, A., Slutsker, L., Lindblade, K. A. (2009). The Impact of Distance of Residence from a Peripheral Health Facility on Pediatric Health Utilisation in Rural Western Kenya. *Trop. Med. Int. Health*, 14(1), 54–61.
- Fortin, N., Lemieux, T., Firpo, S. (2011). Decomposition Methods in Economics. NBER Working Paper 16045. In *Handbook of labor economics* (Vol. 4, pp. 1–102). Cambridge, MA: Elsevier.
- Gross, R., Brammli-Greenberg, S., and Remennick, L. (2001). Self-Rated Health Status and Health Care Utilization among Immigrant and Non-immigrant Israeli Jewish women. *Women & health*, 34(3), 53–69.
- Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., Smith, J. P. (2004). Immigrant Health, Selectivity and Acculturation. In N. B. Anderson, R. A. Bulatao, and B. Cohen (Eds.), *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life* (pp. 227–266). Washington, D.C.: National Academy Press.
- Ku, L., Matani, S. (2001). Left Out: Immigrants' Access to Health Care and Insurance. *Health Aff*, 20(1), 247–256.
- LaVeist, T. A. (2005). Disentangling Race and Socioeconomic Status: A Key to Understanding Health Inequalities. *J. Urban Health*, 82(3), iii26–iii34. .
- Law, R. W., and Sbarra, D. A. (2009). The Effects of Church Attendance and Marital Status on the Longitudinal Trajectories of Depressed Mood among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 21(6), 803–823.
- Lindström, M. (2009). Marital Status, Social Capital, Material Conditions and Self-Rated Health: A Population-Based Study. *Health policy*, 93(2–3), 172–179.
- Manning, W. G., Duan, N., Rogers, W. H. (1987). Monte Carlo Evidence on the Choice between Sample Selection and Two-Part Models. *J. Econom.* 35(1), 59–82.
- Maskileyson, D. (2014). Healthcare System and the Wealth–Health Gradient: A Comparative Study of Older Populations in Six Countries. *Soc. Sci. Med.*, 119, 18–26.
- Maskileyson, D., Semyonov, M., Davidov, E. (2019). In Search of the Healthy Immigrant Effect in Four West European Countries. *Soc. Incl.* 7(4), 304–319.
- Maskileyson, D., Semyonov, M., Davidov, E. (2021). Economic Integration of First-and Second-Generation Immigrants in the Swiss Labour Market: Does the Reason for Immigration Make a Difference?. *Popul. Space Place*, 27(6), e2426.
- McDonald, J.T., Kennedy, S. (2004). Insights into the 'Healthy Immigrant Effect': Health Status and Health Service Use of Immigrants to Canada. *Soc. Sci. Med.* 59(8), 1613–1627.

- Mirsky, J. (2009). Mental Health Implications of Migration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 179–187.
- Monheit, A. C., Vistnes, J. P. (2000). Race/ethnicity and Health Insurance Status: 1987 and 1996. *Med. Care Res. Rev.* 57(1 suppl), 11–35. Retrieved from doi.org/10.1177%2F1077558700057001S02.
- National Health Insurance Law, 5754–1994, Official Government Gazette (Codex 1469, June 26, 1994) (Hebrew).
- Neter, E., Brainin, E., and Baron-Epel, O. (2021). Group Differences in Health Literacy are Ameliorated in Ehealth Literacy. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 480–497.
- Neuman, S., Oaxaca, R. L. (2004). Wage Decompositions with Selectivity-Corrected Wage Equations: A Methodological Note. *J. Econ. Inequal.*, 2(1), 3–10.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. (2012). p.179-191. Decomposition of Inequalities in Health and Health Care. *The Elgar companion to health economics, Second Edition*. Edward Elgar Publishing.
- Oaxaca, R. (1973). Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets. *Int. Econ. Rev.*, 3, 693–709.
- Padela, A. I., Puneekar, I. R. (2009). Emergency Medical Practice: Advancing Cultural Competence and Reducing Health Care Disparities. *Acad. Emerg. Med.*, 16(1), 69–75.
- Palloni, A., Arias, E. (2004). Paradox Lost: Explaining the Hispanic Adult Mortality Advantage. *Demography*, 41(3), 385–415. Retrieved from doi.org/10.1353/dem.2004.0024.
- Parkerson Jr, G. R., Broadhead, W. E., Chiu-Kit, J. (1993). The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for Measurement of Severity and Comorbidity. *J. Clin. Epidemiol.*, 46(4), 379–393.
- Parkerson, Jr, G. R., Bridges-Webb, C., Gervas, J., Hofmans-Okkes, I., Lamberts, H., Froom, J., ..., de Maeseneer, J. (1996). Classification of Severity of Health Problems in Family/General Practice: An International Field Trial. *Fam. Pract.*, 13(3), 303–309.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., and El-Guebaly, N. (2006). Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 84–90.
- Pinchas-Mizrachi, R., Zalcman, B. G., and Daoud, N. (2020). Trust in the Israeli Healthcare System among Arabs, Jewish Immigrants, and Non-immigrants. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 647–659.
- Ronellenfitch, U., Razum, O. (2004). Deteriorating Health Satisfaction among Immigrants from Eastern Europe to Germany. *Int. J. Equity Health*, 3(1), article no. 4.
- Saabneh, A. (2015). Ethnic Health Inequalities in Unequal Societies: Morbidity Gaps between Palestinians and Jews in Israel. *Eur. J. Popul.*, 31(4), 445–466.

- Semyonov, M., Lewin-Epstein, N. (2003). Immigration and Ethnicity in Israel: Returning Diaspora and Nation-Building. In M. Rainer and O. Rainer (Eds.), *Diasporas and Ethnic Migrants* (pp. 327–337). London: Frank Cass.
- Semyonov, M., Lewin-Epstein, N., Bridges, W. P. (2011). Explaining Racial Disparities in Access to Employment Benefits. *Ethn. Racial Stud.*, 34(12), 2069–2095.
- Semyonov, M., Lewin-Epstein, N., Maskileyson, D. (2013). Where Wealth Matters More for Health: The Wealth–Health Gradient in 16 Countries. *Soc. Sci. Med.*, 81, 10–17.
- Semyonov, M., Raijman, R., Maskileyson, D. (2015). Ethnicity and Labor Market Incorporation of Post-1990 Immigrants in Israel. *Popul. Res. Policy Rev.*, 34(3), 331–359. Retrieved from doi.org/10.1007/s11113-014-9345-6.
- Semyonov-Tal, K. (2021). Ethnicity, Spatial Segregation and Length of Stay in Emergency Medicine Departments: The Case of Israel. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 8(2), 209–224. Retrieved from http://dx.doi.org/10.29333/ejecs/628.
- Semyonov-Tal, K., and Maskileyson, D. (2021). Unhealthy Immigrants: Sources for Health Gaps Between Immigrants and Natives in Israel. *Frontiers in sociology*, 6, 686306. Retrieved from https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.686306
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., Beck, J. C. (1999). Risk Factors for Functional Status Decline in Community-Living Elderly People: A Systematic Literature Review. *Soc. Sci. Med.*, 48(4), 445–469. Retrieved from doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0.
- The Israeli Law of Return, 1950.
- Umberson, D. (1992). Gender, Marital Status and the Social Control of Health Behavior. *Social Science & Medicine*, 34(8), 907–917. Retrieved from doi.org/10.1016/0277-9536(92)90259-S.
- Williams, D. R., Collins, C. (2016). Racial Residential Segregation: A Fundamental Cause of Racial Disparities in Health. *Public Health Rep.*, 116(5), 404–416.
- Wolff, J. L., Starfield, B., Anderson, G. (2002). Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Arch. Intern. Med.*, 162(20), 2269–2276.
- Zuvekas, S. H., Taliaferro, G. S. (2003). Pathways to Access: Health Insurance, the Health Care Delivery System, and Racial/Ethnic Disparities, 1996–1999. *Health Aff.*, 22(2), 139–153.

נספחים

נספח מס' 1: סיווג חומרת מחלה

חומרת מחלה בהתאם למדד DUSOI	מחלה
43.8	אסתמה
26.1	לחץ דם גבוה
17.1	כולסטרול
25.7	טריגליצרידים
62.5	התקף לב
41.5	אנגינה פקטוריס
48.7	אי ספיקת לב
41.5	מחלות לב אחרות
62.5	שבץ
53.2	מחלת ריאות
50.0	דלקת פרקים
48.8	אוסטאופורוזיס
42.9	מחלת קרוהן
42.9	קוליטיס
62.5	מחלת הסרטן
51.9	מיגרנה
44.9	חרדה
46.5	דיכאון
25.7	מחלת בלוטת התריס
35.5	סוכרת

הערה: הטבלה מבוססת על מדד Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) (לפרטים ראו Parkerson et al., 1996). היות ששבץ מוחי, סרטן ומחלת בלוטת התריס לא נכללו ב-DUSOI, הענקנו למחלות אלו משקל שווה לטריגליצרידים.

נספח מס' 2: הגדרות ומשתנים

משתנה	אופן מדידה	
משתנה תלוי	אינדקס תחלואה	בבריאות טובה = 1; קושי בריאות/ גופני = 0
משתנים דמוגרפיים	גיל	בשנים
	מצב משפחתי	נשוי=1, לא נשוי=0
	מספר ילדים	לפי מספר ילדים
משתנים סוציו-אקונומיים	השכלה	בשנים
	הכנסה חודשית למשפחה (נטו)	הכנסה פחות מ 18,000 ₪ = 1 הכנסה 12,000 – 18,000 ₪ = 1 הכנסה גבוהה מ-12,000 ₪ = 1 הכנסה חסרה = 0
משתנים בריאותיים	צריכת ירקות ופירות	פחות מ-1 מנות ירקות/פרי ליום 1 = יותר משלוש מנות ירקות/פרי ביום = 1; חסר לירקות/פירות = 1; 1-3 מנות ירקות/פרי ליום = 0
	עישון	מעשן או מעשן לשעבר = 1; אף פעם לא עישן = 0
	ספורט	משתתף בפעילות גופנית = 1; לא משתתף בפעילות גופנית = 0

נספח מס' 3: פירוק כולל של מקורות הפער (דיקומפוזיציה) של מדד חומרת התחלואה (על סולם של 100 נקודות), לפי מקום לידה ומגדר

נשים				גברים				
MENA	EUAM	FSU	כל המהגרים	MENA	EUAM	FSU	כל המהגרים	
-72.231***	-45.711**	-44.491*	-41.286***	-19.535	-46.516***	-41.611	-33.919***	פער ברוטו
-24.791***	-13.119***	-10.838***	-14.258***	-24.006***	-12.746***	-5.079**	-12.226***	מוסבר
-47.441***	-32.593*	-33.653	-27.029*	4.471	-33.770**	-36.532	-21.693*	לא מוסבר
34.32%	28.70%	24.36%	34.53%	122.88%	27.40%	12.20%	36.05%	% מוסבר/ פער ברוטו

נספח 4: מרכיבי מקורות פער התחלואה (לפי מקום לידה), גברים

MENA		EAUM		FSU		כל המהגרים		
לא מוסבר	מוסבר	לא מוסבר	מוסבר	לא מוסבר	מוסבר	לא מוסבר	מוסבר	
-13.054	-21.956***	86.874**	-12.125***	75.680	-5.022**	49.242*	-11.635***	משתנים דמוגרפים
2.703	-2.137**	-3.542	-0.040	15.788	0.079	-0.028	-0.247	מעמד סוציו-אקונומי
1.633	0.086	11.075	-0.581	-4.629	-0.135	2.799	-0.344	משתני בריאות
13.188		-128.178**		-123.372		-73.705		קבוע
-8.718	-24.006	94.408	-12.746	86.840	-5.079	52.013	-12.226	סה"כ
-19.535		-46.516***		-41.611		-33.919***		פער ברוטו

נספח 4: מרכיבי מקורות פער התחלואה (לפי מקום לידה), נשים

MENA		EAUM		FSU		כל המהגרים		
לא מוסבר	מוסבר	לא מוסבר	מוסבר	לא מוסבר	מוסבר	לא מוסבר	מוסבר	
174.125***	-21.648***	63.933	-13.408***	59.913	-9.944***	46.976	-13.300***	משתנים דמוגרפים
14.526	-3.107**	-13.050	-0.250	0.827	-1.259**	-1.942	-1.135***	מעמד סוציו-אקונומי
13.921**	-0.036	-0.434	0.539	5.749	0.365	2.282	0.177	משתני בריאות
-250.012***		-83.042		-100.142		-74.344		קבוע
202.572	-24.791	50.449	-13.119	66.490	-10.838	47.315	-14.258	סה"כ
-72.231***		-45.711***		-44.491*		-41.286***		פער ברוטו