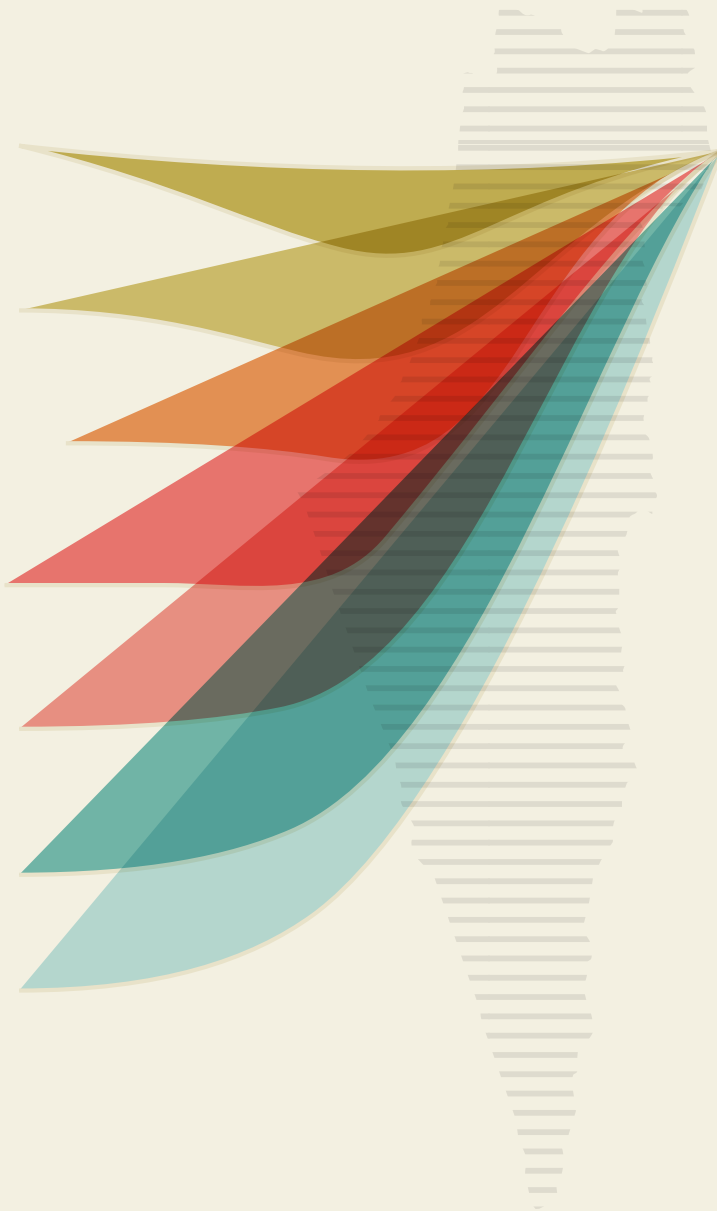


התכנית הלאומית למדידת פערים בבריאות בישראל

מגמות לאורך זמן והבדלים גיאוגרפיים במדדי בריאות נבחרים



2021



מועצת הבריאות

**מדינת ישראל
משרד הבריאות**

**המכון הלאומי לחקר
שרותי הבריאות ומדיניות
הבריאות בישראל**

חברי מנהלת תכנית המדדים ומחברי הדו"ח:

פרופ' רונית קלדרון-מרגלית (מנהלת התכנית)

פרופ' אריה בן-יהודה

פרופ' אורלי מנור

פרופ' אורה פלטיאל

ד"ר מיכל קריגר

ד"ר אליענה עין מור

ד"ר יעל בר זאב

פרופ' אדם רוז

פרופ' שושנה רבל-וילק

ד"ר אהוד הורביץ

ד"ר שולי ברמלי גרינברג

ד"ר רותי הררי קרמר

אפרת יעקב

ברכה ערליך

טלי שפירא

אביטל יונרמן

בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית

האוניברסיטה העברית והדסה

בהשתתפות:

ארבע קופות החולים בישראל

משרד הבריאות

בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית
של האוניברסיטה העברית והדסה ע"ש בראון
Braun School of Public Health and Community Medicine
Hebrew University-Hadassah



האוניברסיטה העברית בירושלים
THE HEBREW UNIVERSITY OF JERUSALEM

כללית שירותי בריאות

פרופ' ארנון כהן - נושא אחריות עבור פעילות הקופה בתכנית הלאומית, מנהל מחלקת מדידת איכות ומחקר, אגף רפואה, חטיבת הקהילה

גב' תמרה קורמן - מנתחת מערכות בצוות BI ארגוני, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל

גב' אלישבע לוי - תכניתנית בצוות BI ארגוני, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל

ד"ר דורון קומנשטר - אפידמיולוג, מחלקת מדידת איכות ומחקר, אגף רפואה, חטיבת הקהילה

גב' טניה בקנשטיין - רכזת מדידת איכות, מחלקת מדידת איכות ומחקר, אגף רפואה, חטיבת הקהילה

ד"ר אלון לאופר-פרץ - מנהל מחלקת איכות רפואית וסוכרת, אגף רפואה, חטיבת הקהילה

גב' אורלי צור - מנהלת מחלקת איכות ובטיחות מטופל, אגף הסיעוד, חטיבת הקהילה

מר יואב שור - ראש תחום BI ואנליטיקה, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל

מר ניר שחר - מנהל מחלקת דאטה, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל

גב' כלנית קיי - מנהלת קידום איכות והנחיות מקצועיות, חטיבת אחות ראשית

ד"ר שלומית ירון - סגנית ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה

גב' רות ברוך - ראש אגף הסיעוד, חטיבת הקהילה

ד"ר דורון נצר - ראש אגף הרפואה, חטיבת הקהילה

גב' מיטל גולדרינג - מנתחת מערכות בצוות BI ארגוני, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל

מכבי שירותי בריאות

ד"ר ערן רוטמן - משנה למנכ"ל וראש חטיבת הבריאות

ד"ר מירי מזרחי ראובני - ראש חטיבת הבריאות (לשעבר)

גב' עדנה בר צרון - מנהלת מחלקת ניהול איכות, אגף מידע ובריאות דיגיטלית, חטיבת הבריאות

ד"ר תמר ריטה - סגנית מנהלת מחלקה ומנהלת רפואית, מחלקת ניהול איכות, חטיבת הבריאות

גב' נסיה גורדון - ממונה תחום מדידה, המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות

מר בני בראונשטיין - מנהל פרויקטים, דאטה ואנליטיקה, חטיבת הטכנולוגיות

מר רוני ריאחי - מנתח מערכות, דאטה ואנליטיקה, חטיבת הטכנולוגיות

קופת חולים מאוחדת

ד"ר דב אלבוקרק - סמנכ"ל רפואה, חטיבת רפואה

ד"ר אפרת ווקסלר - מ"מ לראש אגף רפואה ראשונית, אגף רפואה ראשונית, חטיבת רפואה

ד"ר רונן ברקת - מנהל המחלקת לאיכות קלינית, אגף רפואה ראשונית, חטיבת רפואה

ד"ר אביטל ווייס - מנהלת תחום רפואת משפחה, מוקדים ואשפוז יום, אגף רפואה ראשונית, חטיבת רפואה

גב' יהודית צמיר - מנהלת המחלקה להערכת איכות רפואית, אגף רפואה ראשונית, חטיבת רפואה

גב' רות אליעזר - מנהלת מחלקת BI, אגף טכנולוגיות מידע, חטיבת תפעול

גב' חן פלג - מנתחת מערכות רפואיות, מחלקת BI, אגף טכנולוגיות מידע, חטיבת תפעול

גב' עינת אורון - מנהלת מחלקת קידום בריאות, ורפואה ראשונית אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת רפואה

מר איציק ששונב - מרכז תחום מערכות מידע ולוגיסטיקה - אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת רפואה

גב' קטיה ידידי - מנהלת המחלקה לרפואה ראשונית, אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת הרפואה

גב' הגר וקסלר - אחות ראשית, מנהלת אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת רפואה

קופת חולים לאומית

ד"ר ערן מץ - מנהל מחלקת רפואה בקהילה
גב' רבקי הורוביץ - מנתחת מערכות צוות BI
גב' נעמה היימן בריסק - מפתחת צוות BI
גב' נירית פרץ - ראש צוות בינה עסקית
ד"ר דורון דושניצקי - מנהל מחלקת פיתוח מערכות רפואיות
פרופ' שלמה וינקר - ראש חטיבת הרפואה

משקיפים בועדת ההיגוי

פרופ' חיים ביטרמן - המנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר שרתי בריאות ומדיניות בריאות
פרופ' אליק אבירם - לשעבר המנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר שרתי בריאות ומדיניות בריאות
פרופ' ליטל קינן-בוקר - מנהלת המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות
ד"ר יעל גילרמן - נציגת איגוד רופאי המשפחה
ד"ר אסי סיקורל - נציג המועצה הלאומית לבריאות הקהילה

משרד הבריאות

איילת גרינבאום אריזון - סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
אנה לרנר זכות - מנהלת האגף לתכנון מדיניות, משרד הבריאות
גלעד לוסון - מנהל תחום צמצום פערי בריאות, משרד הבריאות
ברק שך - מרכז בכיר תחום צמצום פערי בריאות, משרד הבריאות
ד"ר רחלי ווילף-מירון - מנהלת התכנית הלאומית למדידת זמני המתנה ברפואה
גידי פרץ - מנהל תחום צמצום פערי בריאות (לשעבר), משרד הבריאות
ד"ר שלומית אבני-ועקנין - מנהלת האגף לתכנון מדיניות (לשעבר), משרד הבריאות

תודות

התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, כמו גם הדו"ח המונח לפניכם, מבטאים חזון ושיתוף פעולה של מגוון גופים המעורבים בתוכנית ופועלים לשיפור שירותי הבריאות בקהילה, בראשם:
ארבע קופות החולים בישראל: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת, ולאומית
שירותי בריאות
המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות
משרד הבריאות
מועצת הבריאות
ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות בישראל
האיגודים של ההסתדרות הרפואית בישראל
חברת פוינטס
ירפא מחשבים
החברה הישראלית לאיכות ברפואה
מומחים מהאקדמיה, מהמועצות הלאומיות, ומהאיגודים הרפואיים השונים

לכולכם, שלמי תודה על תרומתכם הרבה,
מנהלת תכנית המדדים

כ"ב באב, התשפ"ג
09 באוגוסט 2023

**דבר המנכ"ל לדו"ח התכנית הלאומית למדידת פערים בבריאות בישראל
מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 קובע ששירותי הבריאות יהיו מושתתים על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. חוק זה מגדיר את תפיסת השוויון המעוגנת בבסיס השירותים הניתנים על ידי מערכת הבריאות, לטובת כלל תושבי מדינת ישראל.

אחד מהשלבים הראשוניים בזיהוי ומניעה של פערי בריאות, נוגע במדידה ומיפוי של נתוני אי-שוויון בבריאות, והניסיון לשייכם למערכות השונות. מתוך תפיסה זו, החליט המשרד לצאת למהלך רחב של קביעת סט מדדים לאומי לשיקוף פערים בבריאות ובשירותי הבריאות. לשם קביעה של אלה, חבר המשרד למכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ולוועד החברה הישראלית לאיכות ברפואה והתוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה, ובתהליך שיתוף מקצועי ועמוק, נקבע סט המדדים הלאומי לשיקוף פערים בבריאות ובשירותי הבריאות.

הדו"ח המוצג לפניכם הוא פרי עבודה זו, ומימושה על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל. הנתונים והמדדים מוצגים לפניכם באופן חסר תקדים, בפירוט משמעותי המאפשר לקובעי המדיניות ולגורמים המקצועיים להיות ערים לפערים בבריאות ובמתן שירותי בריאות עבור אוכלוסיות ואזורים שונים.

ברצוני להודות לכלל העוסקים במלאכה, החל מאנשי המכון הלאומי, לשותפים מקופות החולים, לוועדת ההיגוי ולאנשי המקצוע אשר עמלו על הכנת הדו"ח, על הפעילות לקידום האיכות ברפואה בישראל ולצמצום פערי הבריאות בישראל. אני תקווה שפרסום זה יהווה צעד נוסף לקידום השוויון בבריאות ובשירותי הבריאות הניתנים לכלל תושבי מדינת ישראל.

ישר כוח,



משה בר סימן טוב

267096623

תקציר מנהלים

מבוא

ארגון הבריאות העולמי קבע כי בריאות טובה המאפשרת חיים בכבוד הינה זכות יסוד של כלל האנושות. שוויוניות בבריאות (health equity) מבטיחה שלכל אדם תינתן הזדמנות שווה לממש את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו. פערים בבריאות (health disparities) מוגדרים כפערים שניתנים למניעה בתחלואה, הפגעות, או בהזדמנות לקבלת טיפול רפואי אופטימלי. אחת המטרות המוצהרות של משרד הבריאות היא צמצום הפערים בבריאות. בעשור האחרון נעשו פעולות רבות במיפוי וצמצום הפערים בבריאות וביניהן גיבוש תוכנית אסטרטגית ('ועדת העשור') לשנים 2022-2032, פרסום דו"ח שנתי 'אי שוויון בבריאות וההתמודדות עימו' הקמת פורטל אינטרנטי עם מידע על מאפיינים דמוגרפיים של ישובים הכולל תוצאי בריאות שונים ברמה יישובית, פורטל זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה, כמו גם שינוי נוסחת הקפיטציה הכוללים תעדוף לפריפריה הגיאוגרפית ולמגדר. בשנת 2018, יצא לדרך מחקר יזום על ידי המכון הלאומי לחקר מדיניות לגיבוש סט לאומי של מדדי פערים בבריאות ובשרותי הבריאות, במטרה לשקף לציבור ולמקבלי ההחלטות את תמונת המצב ולעקוב אחר המגמות לאורך זמן. סט המדדים אומץ על ידי משרד הבריאות וכולל מספר תחומי מדידה ביניהם איכות הטיפול בסוכרת, השמנת ילדים ומבוגרים, עישון, הפגעות ילדים, ויתורים בתחום הבריאות, איכות הטיפול בשבת, וגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס וסרטן צוואר הרחם.

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל שמה לה למטרה למדוד את איכות הטיפול הרפואי הניתן ע"י קופות החולים ולספק מידע אודותיו. הפקת הנתונים הלאומית המתאפשרת בתכנית היא הודות לשיתוף פעולה פורה בין ארבע קופות החולים המתקיים משנת 2003. נתוני המדדים מסופקים על ידי קופות החולים ומדווחים בתשעה תחומי מדידה (סוכרת, בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן, ילדים ובני נוער, קידום בריאות, מבוגרים בני 65+, לב וכלי דם, מחלות נשימתיות, בריאות הנפש, צריכה של תרופות אנטיביוטיות). בשנה האחרונה הוחלט בשיתוף מנהל התכנון האסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, כי התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל תפרסם דו"ח פערים בבריאות המשקף את סט המדדים הלאומיים. דו"ח זה המובא לפניכם כולל נתוני המצאות ומדדי תהליך של מדדים מתוך סט המדדים הלאומי והמוצגים בריבוד למצב חברתי כלכלי לראשונה גם לפי נפת מגורים.

שיטות

הנתונים המוצגים בדו"ח מבוססים על מידע המצוי בידי ארבע קופות החולים הפועלות בישראל. קופות החולים העבירו מרצון את הנתונים במסגרת השתתפותן הפעילה בתכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. הנתונים המתקבלים מהקופות הינם מקובצים (אגרגטיביים), ולפיכך אינם כוללים פרטים מזהים כלשהם. עבור כלל המדדים, הנתונים מוצגים לכלל אוכלוסיית הדו"ח על פי שנה, מין, קבוצות גיל, מצב חברתי-כלכלי ולראשונה גם לפי נפה. מצב חברתי-כלכלי מוגדר על סמך האשכול אליו משויך האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים בחלוקה ל 5 קטגוריות (1+2- הנמוך ביותר, 3+4, 5+6, 7+8, 9+10 – הגבוה ביותר). אוכלוסיית הדוח בשנת 2021 הינה כ-8.73 מיליון תושבים.

בדוח זה מוצגים נתונים של מדדים מתוך סט המדדים הלאומי שנקבע אשר נאספים על ידי התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: מדדי איכות הטיפול בסוכרת, המצאות השמנה בילדים ובמבוגרים, עישון, זמני המתנה בבריאות הנפש, גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, גילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם ושימוש באנטביוטיקה (שאינו חלק מסט המדדים הלאומי). השיעורים המוצגים תוקנו למין וגיל.

תוצאות לפי תחומי המדידה

עישון:

שיעור העישון הארצי בקרב גברים גבוה יותר מפי 2 בהשוואה לזה של הנשים (28.9% ו-13.4% בהתאמה). לאורך השנים 2015-2021 נצפתה עליה בשיעור המעשנים לפי מצב חברתי-כלכלי בקרב שני המינים, פרט לנשים מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר. כמו כן, בקרב גברים, שיעור המעשנים במצב חברתי-כלכלי נמוך, היה גדול יותר בהשוואה לשיעור המעשנים במצב חברתי-כלכלי גבוה (40.2% ו-16.5% במצב הנמוך ביותר לעומת הגבוה ביותר, בהתאמה), בעוד שבקרב הנשים המגמה הייתה הפוכה (7.2% לעומת 11.5%, בהתאמה).

שיעור העישון הגבוה ביותר נמצא בקרב גברים בנפת נצרת ועמד על כ-40% והנמוך ביותר בקרב נשים מאותה הנפה ועמד על 7.5%.

השמנה:

בין השנים 2019-2021 (שנות מגפת הקורונה) נרשמה עלייה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות הגיל וכמעט בכל שכבות האוכלוסייה. בני נוער, מבוגרים וקשישים הראו שיעורי השמנת יתר נמוכים יותר ככל שמצבם החברתי-כלכלי היה גבוה יותר.

ילדים בני 7 - בשנת 2021, השיעור הארצי של השמנה בקרב ילדים בני 7 עמד על 7.7%. לאורך כל השנים, בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והגבוה ביותר נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של השמנת יתר. בשנת 2021, שיעור השמנת היתר בקרב ילדים במצב חברתי כלכלי הנמוך והגבוה ביותר עמד על 6.3% ו-5.7% בהתאמה. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בנפות חולון (11.0%), חיפה (10.0%) ועכו (9.2%).

נערים בני 14-15 - שיעור הנערים והנערות עם השמנת יתר עמד על 13.3% ו-10.3% בהתאמה. בשנים 2019-2021 נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסייה ובקרב שני המינים. בשנת 2021, שיעורי השמנת היתר הנמוכים ביותר נצפו בקרב נערים ונערות במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, עם שיעור של 7.5% ו-6.7% בהתאמה. לעומת שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר שהתקבלו בקרב נערים ונערות במצב חברתי כלכלי 4+3, עם שיעורים של 15.9% ו-10.5% בהתאמה. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בקרב נערים המתגוררים בנפות נצרת (18.1%), עכו (17.4%), חדרה (15.3%) והשרון (15.3%) ובקרב נערות המתגוררות בנפות צפת (12.4%), אשקלון (12.1%) ובאר שבע (12.0%).

מבוגרים בני 20-64 - נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסייה ובקרב שני המינים לאורך השנים 2015-2021. בשנת 2021, שיעור השמנת היתר היו 29% ו-16% בגברים מהמצב החברתי כלכלי הנמוך והגבוה ביותר בהתאמה ואילו בקרב הנשים השיעורים היו 41% ו-15% בהתאמה. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר ניצפו בנצרת (28% בגברים, 34% בנשים) ובירושלים (27% בגברים, 32% בנשים) והנמוך ביותר בנפת תל אביב (15% בגברים, 16.3% בנשים).

מבוגרים בני 65-84 - בשנת 2021, שיעור השמנת היתר בגברים ממצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עמד על 34% בהשוואה ל 23% בגברים ממצב חברתי-כלכלי גבוה. בקרב הנשים הפער גדול יותר ועמד על 57% בהשוואה ל 25% במצב חברתי-כלכלי נמוך וגבוה בהתאמה.

שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר ניצפו בגברים בנפות גולן (36%), נצרת (34%) ועכו (31%) ובנשים בנפות נצרת (54%), גולן (49%) ועכו (48%).

סוכרת:

במהלך השנים 2015-2021 הימצאות הסוכרת בקרב בני 18 ומעלה נותרה קבועה, עם שיעור המצאות ארצי של 9.8% בשנת 2021. בפילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נמצאה ירידה בהימצאות, בכל השכבות, פרט למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר ולכן הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל במהלך השנים, כאשר יחס השיעורים עלה מ-2.19 בשנת 2015 ל-2.40 בשנת 2021. שיעורי הסוכרת הגבוהים ביותר נמצאו בנפת נצרת ועמדו על 14%. שיעורי איזון הסוכרת עלו בכל שכבות האוכלוסייה אך למרות מגמה חיובית זו ישנו מדרג ברור של שיעורי איזון נמוכים יותר בקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לגבוה (62% בהשוואה ל-81% בהתאמה). בבדיקת שיעור חוסר האיזון ($HbA1c > 9\%$) נמצא כי שיעורי חוסר האיזון

הגבוהים ביותר היו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר (14.1%) ושיעורי חוסר האיזון הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר (5.2%). פער שהצטמצם בשנים 2015-2019 והתרחב בשנת 2021. שיעורי חוסר האיזון הגבוהים ביותר נצפו בנפת נצרת (11.2%) והנמוכים ביותר בנפת רחובות (7%).

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן:

שיעור ביצוע ממוגרפיה: מאז 2015 ועד 2021 נצפתה מגמת עליה בשיעורי הביצוע של ממוגרפיה בכל שכבות האוכלוסייה, פרט בקרב הנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר. ישנה הרחבה של פערים בביצוע הבדיקה, בעוד שבקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עלה מ-70.8% בשנת 2015 ל-78.1% בשנת 2021, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר נצפתה ירידה של 4.1% בשיעור ביצוע הממוגרפיה (66.1% בשנת 2015 לעומת 62.0% בשנת 2021). בנפות צפת, נצרת וירושלים נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של ביצוע ממוגרפיה (66.4%, 65.9% ו-64.6% בהתאמה) והגבוהים ביותר נצפו בקרב נשים המתגוררות בנפות פתח-תקווה (75.9%), רחובות (75.5%) ורמלה (75.0%).

שיעור ביצוע סיקור לסרטן צוואר הרחם: לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה ניכרת בשיעורי הביצוע של בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בכל שכבות האוכלוסייה אך הפערים היחסיים נשמרו. בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, שיעור הביצוע עלה מ-16.3% בשנת 2015 ל-30.3% בשנת 2021, בעוד שבקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עלה מ-37.7% בשנת 2015 ל-66.8% בשנת 2021.

שיעור ביצוע סיקור לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס: בשנת 2021 השיעור הארצי של ביצוע בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס עמד על 64.2%. ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעור הביצוע היה גבוה יותר: בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר הביצוע עמד על 70.4% בהשוואה ל-59% בקרב אנשים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר. לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעורי הביצוע בכל שכבות האוכלוסייה. שיעור הביצוע הגבוה ביותר נצפה בנפת עכו (67.8%) והנמוך ביותר בירושלים (59.5%).

הפערים בשיעור הביצוע של קולונוסקופיה לאחר דם סמוי חיובי הצטמצמו עד 2019 אך התרחבו שוב ב-2021. בשנת 2021, שיעור הביצוע בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה עמד על 77% בהשוואה ל-49% בקרב אנשים במצב החברתי-כלכלי הנמוך.

שימוש בתרופות אנטיביוטיות:

בשנים 2015-2021 נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין הצריכה הכוללת של אנטיביוטיקה, כאשר הצריכה הגבוהה ביותר נרשמה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר והצריכה הנמוכה ביותר נרשמה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי כלכלי הגבוה ביותר. הירידה הגדולה ביותר בצריכת אנטיביוטיקה נרשמה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר: מ-34.0 DDD ל-1000 איש ליום בשנת 2015 ל-

23.4 DDD ל-1000 איש ליום בשנת 2019 (ירידה אבסולוטית של 6.5 ל-DDD ל-1000 איש ליום, כ-20%). לציון, כי בשנת 2020 היתה ירידה בולטת בצריכת אנטיביוטיקה בכל שכבות האוכלוסיה כתוצאה ממגיפת הקורונה, בדומה למתואר במדינות אחרות. בשנת 2021, היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות הגבוה ביותר נצפה בנפות נצרת (23.2), עכו (21.9) כנרת (21.5) וירושלים (21.5). בבחינת מספר הרכישות של תרופות אנטיביוטיות נמצא כי בשנים 2015-2019 היתה עליה במספר הרכישות בכל השכבות, כאשר העלייה המשמעותית ביותר הייתה בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר. בשנת 2020, עם פרוץ מגפת הקורונה, התרחשה ירידה משמעותית מאד במספר הרכישות, בכל שכבות האוכלוסייה. בשנת 2021 נרשמה עליה בצריכה בכל שכבות האוכלוסייה.

בריאות הנפש

נבדק שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש לאחר אישפוז פסיכיאטרי ממושך והודגם כי לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעור המפגשים הטיפוליים בכל שכבות האוכלוסייה כאשר בשנת 2021 שיעור זה עמד על 48%. בין שלוש שכבות הביניים של המצב החברתי-כלכלי (3+4, 5+6, 7+8) קיים מדרג מסוים, לא גדול, כאשר שיעור המפגשים הגבוהה ביותר נצפה בשכבה הגבוהה מביניהן (7+8). שיעור המפגשים הגבוה ביותר נצפה בנפת חולון (60%) והנמוך ביותר בנפת גולן (30%).

סיכום

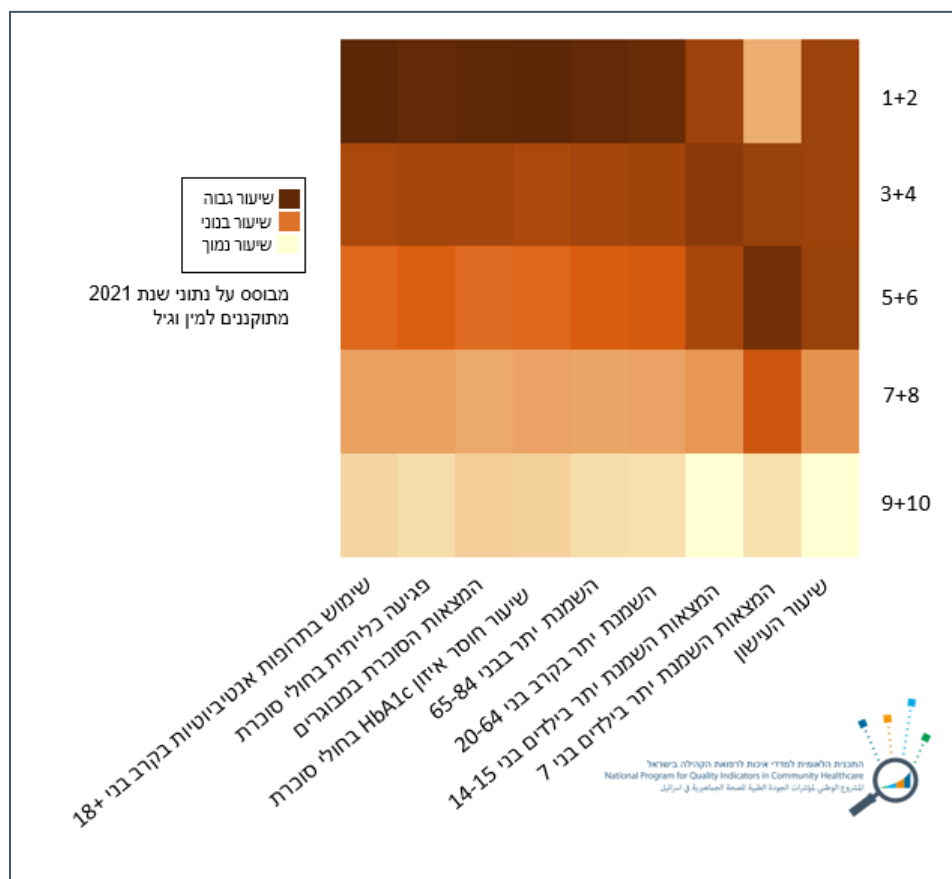
בדו"ח זה, הראשון מסוגו, נבחנו מגמות על פני זמן בפערים לפי מצב חברתי-כלכלי במספר מדדי איכות נבחרים וכן פערים גאוגרפיים לפי נפת מגורים במדדים נבחרים לשנת 2021. **תצוגה מסכמת של הפערים לפי מצב חברתי כלכלי ולפי נפת מגורים בשנת 2021 מופיעים בתרשימים 1-4 מטה.** נמצא, כי בחלק ניכר מהמדדים ישנם פערים לפי מצב חברתי-כלכלי עם מדרג ברור לרעת אוכלוסיות במצב חברתי כלכלי נמוך וכי נמצאה הרחבה של פערים אלה בשיעורי העשון, ההשמנה של נערים וגברים ובשיעור המצאות הסוכרת וכן בביצוע בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן השד. צמצום הפערים הודגם בשיעורי איזון הסוכרת וביצוע בדיקות סקר לגילוי סרטן המעי הגס. בבחינת הפיזור הגאוגרפי לשנת 2021 בלבד הודגמה המצאות גבוהה יותר של עישון, השמנה וסוכרת בצפון הארץ ובדרומה. סיקור לסרטן השד היה גבוה יותר במרכז הארץ, אך לא כך סיקור לסרטן המעי הגס. יחד עם זאת פערים מרחביים אלו בסיקור לסרטן אינם גדולים, עדות להישגי הקופות בצמצום פערים. דו"חות עתידיים יאפשרו בחינת מגמות בפערים מרחביים.

לפערים בבריאות מרכיבים רבים שאינם בהכרח קשורים במערכת הבריאות. יחד עם זאת, התפקיד של המערכת הוא בהנגשת שירותי מניעה, אבחנה וטיפול לכל קבוצות האוכלוסייה. ואכן, אנו רואים כי בשנים מסוימות היה צמצום פערים בהשמנת ילדים, בהמצאות סוכרת, באיזון סוכרת, בסיקור לסרטן השד והמעי הגס. חלק ניכר

מצמצום פערים זה הינו הודות לפעילות מאומצת של קופות החולים. דו"ח זה והבאים אחריו יאפשרו פיתוח כלים ומדיניות לצמצום פערים בתחומים הנמדדים ויאפשרו לאורך שנים הערכה של המועילות של הכלים והמדיניות שיפותחו בהשגת בריאות מיטבית דרך שירותי בריאות איכותיים לכל תושבי ישראל.

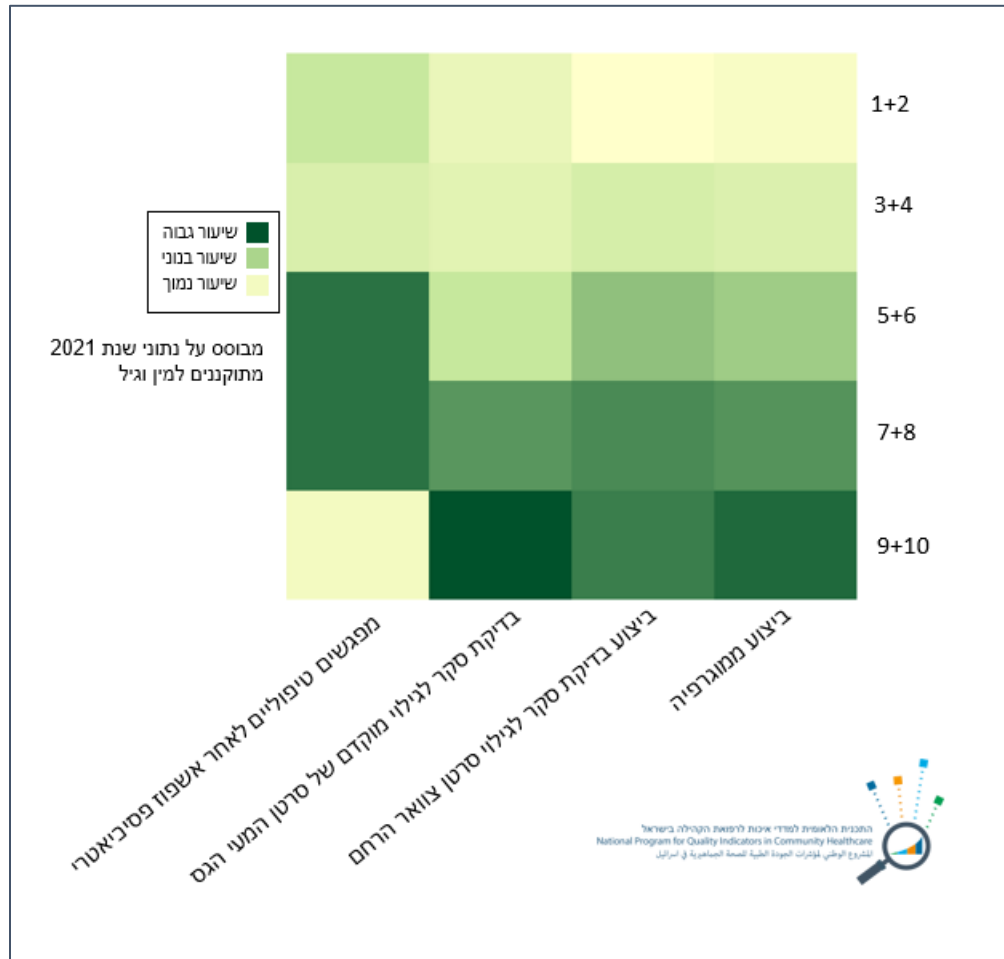
תרשימים 1-2 מידת הביצוע במדדים לפי מצב חברתי-כלכלי, 2021¹

תרשים 1

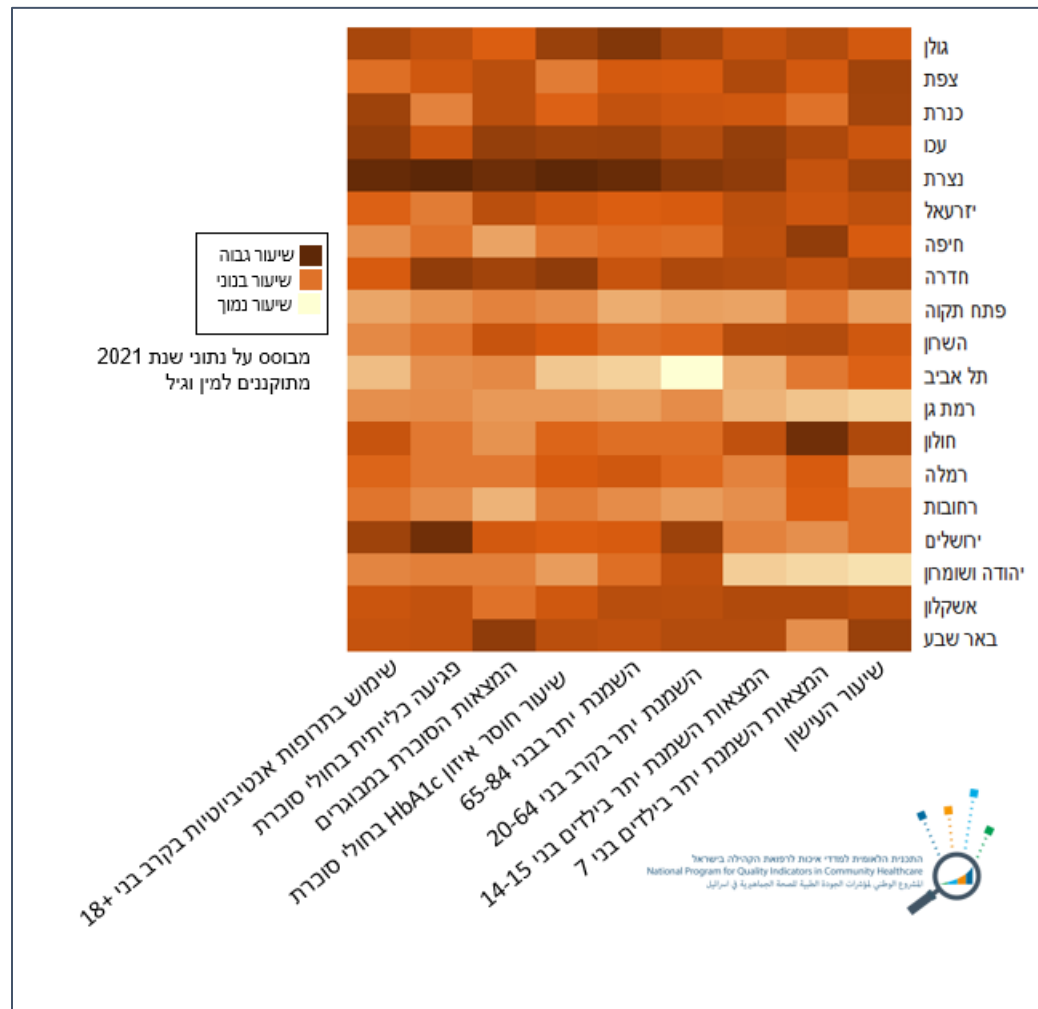


¹ השיעור המדויק מופיע בדו"ח המלא בפרק המתאים

תרשים 2

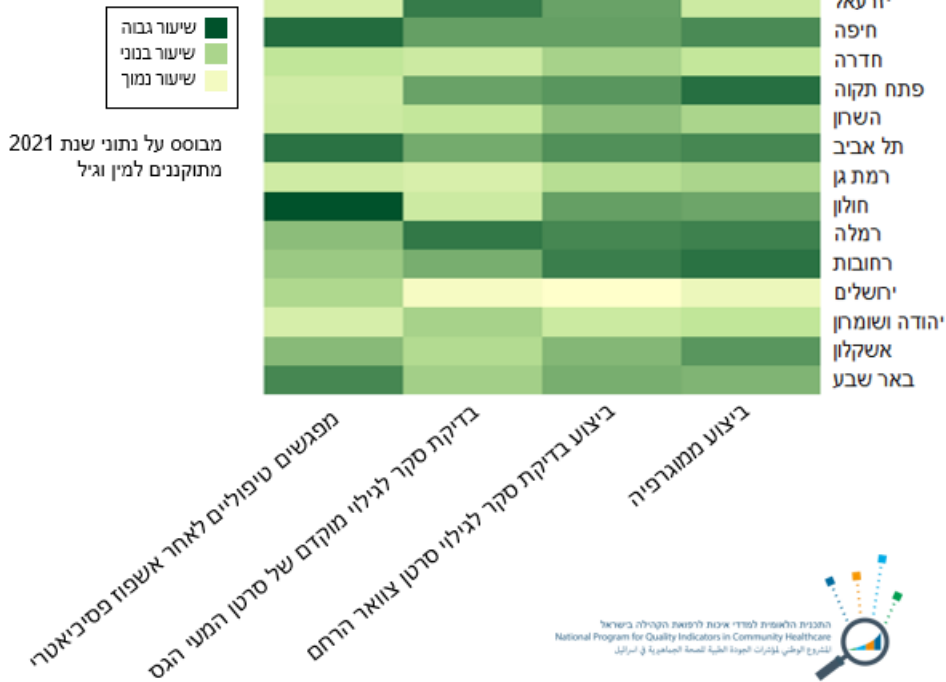


תרשים 3



² השיעור המדויק מופיע בדו"ח המלא בפרק המתאים

תרשים 4



תוכן עניינים

מבוא כללי.....	17
שיטות.....	24
מקור הנתונים.....	24
אוכלוסיית הדו"ח.....	25
שיטות סטטיסטיות.....	30
מבנה הדוח.....	32
מצב עישון בקרב בני 16-74.....	33
השמנת יתר בילדים, מבוגרים וקשישים.....	39
א. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד.....	41
ב. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15.....	43
ג. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64.....	46
ד. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84 –.....	49
סוכרת – המצאות, איזון ופגיעה כלייתית.....	56
א. שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה.....	59
ב. שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84.....	61
ג. שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה.....	63
ד. שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84/.....	65
בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן.....	71
א. שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74.....	72
ב. שיעור הנשים בגילאי 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם.....	75
ג. שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74.....	77
ד. שיעור המבוטחים אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה לאחר בדיקת דם סמוי חיובית.....	80
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות.....	86
א. היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי בקרב מבוטחים בני 18 ומעלה, מבוטא ב-DDD ל-1000.....	89
איש ליום.....	89
ב. היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי, מבוטא במספר רכישות ל-1000 איש לשנה.....	92
בריאות הנפש.....	98
שיעור המפגשים הטיפולים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך -	
פערים לפי מצב חברתי-כלכלי ונפת מגורים.....	98
נספח א' -.....	111
נספח ב' –.....	136

מבוא כללי

בריאות טובה המאפשרת חיים בכבוד מוגדרת כזכות יסוד של כלל האנושות¹. שוויוניות בבריאות (health equity) מבטיחה שלכל אדם תינתן הזדמנות שווה לממש את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו. פערים בבריאות (health disparities) מוגדרים כפערים שניתנים למניעה בתחלואה, הפגעות, או בהזדמנות לקבלת טיפול רפואי אופטימלי². חלקם הגדול של הפערים וחוסר השוויוניות בבריאות מוסבר ע"י *הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות* (SDH - Social determinants of health), דוגמת מצב חברתי, כלכלי או סביבתי יחודי, או ריחוק גאוגרפי. על פי תכנית 2030 healthy people, ישנם חמישה תחומים של SDH הכוללים: יציבות כלכלית, השכלה, סביבת מגורים, מרכיבים קהילתיים וחברתיים ואיכות ונגישות לשירותי בריאות³. הנחת הבסיס הינה, שגורמים אלה ניתנים לשינוי, שינוי אשר יוביל לשיפור בבריאותה של כלל האוכלוסיה, תוך קידומה של חברה הוגנת^{1,4}.

ארגון הבריאות העולמי מבחין בין גורמים מבניים וגורמים מתווכים המגדירים את ה SDH. הגורמים המבניים מתייחסים למערכות רחבות המייצרות אי שוויון בגלל מבנה פוליטי, סוציאקונומי או תרבותי וכוללים בין היתר הבדלים בהיקף, בזמינות ובמשאבים המושקעים בשירותי הבריאות. הגורמים המתווכים מתייחסים לרוב לתנאי מגורים, עבודה, איכות המזון, הרגלים אישיים ומצב נפשי¹.

הקשר בין פערים בבריאות ומאפיינים חברתיים וכלכליים תועד בפרסומים בינלאומיים רבים⁵⁻⁹, אך ניתוח הקושר בין נגישות לשירותי בריאות ופערים בבריאות נבחן במידה מועטה והוא מהווה נדבך נוסף במיפוי החסמים בטיפול של בריאות האוכלוסיה. בדו"ח מחקר אירופאי נמדדה, בין היתר, הנגישות לשירותי הבריאות לפי מידת השימוש בהם ומידת הצרכים שלא סופקו לאדם כתוצאה ממגבלת מרחק⁷. למדידת השימוש בשירותי הבריאות שהוגדר כצורך בביקור, נעשה חישוב מתוקן למין, גיל ותחלואה וכן למשתנים דמוגרפיים ונמצא כי אנשים בעלי הכנסה נמוכה נוטים לבצע פחות בדיקות סיקור לממאירות וכן לבקר פחות אצל רופאים כלליים ורופאים מומחים. נמצא כי אלה שכבר ביקרו פעם אחת היו בעלי שיעור ביקורים חוזרים בארבעת השבועות העוקבים לביקור הראשון שהיה שווה או אף גבוה יותר בהשוואה לבעלי ההכנסה הגבוהה. ממצא זה מדגים כי אנשים בעלי צרכים רפואיים דומים יטו לבקר פחות אצל רופאים אם הם בעלי הכנסה נמוכה, אך אלה שעברו את מחסום הנגישות ישתמשו באופן דומה לאנשים ממעמדות גבוהים יותר. על פי סקרי בריאות באיחוד האירופי משנת 2014, נמצא כי 4% מהמבוגרים הגרים באיזורים עירוניים ו 6% מהגרים באיזורים כפריים ויתרו או דחו טיפול רפואי בגלל מגבלת המרחק. קשר זה בין מקום המגורים ושימוש בשירותי הבריאות (ללא התייחסות להכנסה) נמצא גם בארה"ב והודגמה ירידה באיכות שירותי הבריאות ככל שהאוכלוסיה היתה דלילה יותר, כפי שהוערך בצפיפות אוכלוסין לפי

אזורים סטיסטיים⁵. בשירותי הבריאות בקהילה הודגמה ירידה בבדיקות כולסטרול במבוגרים וסיקור לקוצר ראה בילדים עם הירידה בצפיפות האוכלוסין מבחינת תוצאי בריאות, דלילות אוכלוסין היתה קשורה בתמותת תינוקות ותמותה לאחר שחרור מאשפוז.

פערים בבריאות בישראל

קיימים דיווחים רבים על הקשר בין קבוצת אוכלוסיה ומעמד חברתי כלכלי בישראל לתחלואה ותמותה.¹⁰ בסקירה להלן נתייחס בקצרה לפערים בתמותה ותחלואה לפי קבוצת אוכלוסיה ולפי פיזור גאוגרפי. ככלל, תוחלת החיים בלידה גבוהה בישראל בהשוואה למדינות ה-OECD. בישראל קיימים פערים בתוחלת החיים לפי קבוצת אוכלוסיה ולפי ישוב מגורים. בשנת 2019, תוחלת החיים של נשים יהודיות היתה 85.1 שנים, של גברים יהודיים 81.7 שנים, של נשים ערביות 81.9 ואילו של גברים ערביים 78.1 שנים בלבד. יש לציין כי בשנת 2020, תוחלת החיים ירדה בנשים ערביות ובגברים יהודים, אך הירידה הגדולה ביותר נצפתה בגברים ערביים¹¹.

בשנת 2019 תוחלת החיים בערים הגדולות היתה הגבוהה ביותר בכפר סבא ורמת גן והנמוכה ביותר בבאר שבע, בת ים, אשדוד ואשקלון. ניתוח של שיעורי התמותה המתוקננים לגיל בשנים 2015-2019 ביישובים עם מעל 2000 תושבים הדגים שיעורים נמוכים בעיקר ביישובים ממעמד סוציאקונומי גבוה ושיעורים גבוהים בעיקר ביישובים ערבים ויישובים יהודים עם רמה חברתית כלכלית נמוכה דוגמת דימונה. פערים נוספים ניתן למצוא בתמותת תינוקות. למרות ירידה עקבית בשיעורי תמותת תינוקות, השיעורים גבוהים לאורך השנים בערך פי 2 במגזר הערבי (2.3 ל-1000 לידות חי בקרב יהודים ואחרים ו-5.4 בקרב ערבים בשנים 2017-2019). בהסתכלות לפי מחוז, תמותת התינוקות היא הגבוהה ביותר במחוז דרום. היחס בין תמותת תינוקות בערבים ליהודים משתנה בין המחוזות האחרים (טווח של 1.3-2.28), אבל במחוז דרום הוא פי 3 עם שיעור תמותה בערבים המגיע ל-9.2 ל-1000 לידות חי¹².

בחינת שיעור הארעות סרטן – השיעורים גבוהים בגברים ונשים יהודים ונמוכים בעיקר בנשים ערביות (שיעורים מתוקננים לגיל לשנת 2019: 206, 228, 236 ו-178 ל-100,000 בגברים יהודים, נשים יהודיות גברים ערבים ונשים ערביות, בהתאמה)¹³ בתמותה מסרטן, גברים ערביים מובילים עם שיעור של 102 אחריהם גברים יהודים עם שיעורי תמותה של 87.6, נשים יהודיות (74.9) ונשים ערביות (61). סיבות המוות מסרטן המובילות זהות בגברים יהודים וערבים (ריאה, מעי גס ולבלב). בנשים יהודיות וערביות הממאירויות המובילות הן שד. ביהודיות, במקום השני סרטן ריאה ובשלישי מעי גס ובערביות הסדר הפוך. בניתוח קודם לפי מצב חברתי כלכלי, נמצא ששיעורי התחלואה הנמוכים ביותר כמעט בכל סוגי הסרטן היו באשכולות החברתיים כלכליים הנמוכים ביותר. מעבר לכך, הקשר עם מצב חברתי כלכלי השתנה לפי סוג סרטן ומין¹⁴. דוח תחלואה לפי נפות המעודכן עד 2015 הדגים תחלואה גבוהה בסרטן בחיפה אשקלון ובאר שבע ונמוכה בירושלים והשרון. בנשים תחלואה גבוהה דווחה

בחיפה ותל אביב, פתח תקוה, אשקלון ותחלואה נמוכה בירושלים עכו חדרה והשרון. בוצע תקנון עקיף לגיל, אך לא היתה התייחסות לקבוצת אוכלוסיה¹⁵.

בבדיקת הקשר בין המצב החברתי-כלכלי לבין השיעור המתוקן של מקרי סוכרת בשנים 2014-2016 ביישובים שמנו 10,000 תושבים ויותר, נמצא שהקשר מתקיים אך ורק ביישובים יהודיים ומעורבים ואילו ביישובים ערביים לא נמצא מתאם בין המדד החברתי-כלכלי לבין הימצאות מקרי סוכרת ביישוב. שיעורי חוסר איזון הסוכרת (המוגלובין מסוכרר מעל 9%) הגבוהים ביותר נמצאו ביישובים ערביים. היישובים היהודיים עם הערכים הגבוהים ביותר של חולים לא מאוזנים הם יישובים במעמד חברתי-כלכלי בינוני או בינוני נמוך וכוללים לרוב יישובי פריפריה דרומית וצפונית¹⁶.

הערכת פערים בבריאות ובשירותי בריאות בישראל

אחת המטרות המוצהרות של משרד הבריאות היא צמצום הפערים בבריאות. בעשור האחרון נעשו פעולות רבות במיפוי וצמצום הפערים בבריאות¹⁶ וביניהם שינוי נוסחת הקפיטציה הכוללים תעדוף לפריפריה הגיאוגרפית ולמגדר, גיבוש תכנית אסטרטגית לשנים 2017-2020, גיבוש תוכנית אסטרטגית ('ועדת העשור') לשנים 2022-2032, הקמת פורטל אינטרנטי עם מידע על מאפיינים דמוגרפים של יישובים הכולל תוצאי בריאות שונים ברמה יישובית (הנתונים מעודכנים עד 2015), הקמת פורטל בריאות חדש 'עולם הדאטה' ובו מוצגים בין היתר נתונים יישוביים עדכניים של השמנה ועודף משקל בפעוטות וילדים¹⁷, מידע אודות מספר שעות קבלה (הנתונים מעודכנים עד 2018)¹⁸ ופורטל זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה (אורתופדיה, אף אוזן גרון, רפואת נשים, עיניים ועור) (הנתונים מעודכנים עד 2021)¹⁹. מכון ברוקדייל עורך סקרים תקופתיים על תפקוד מערכת הבריאות בהבטים שונים ביניהם נגישות וזמינות השירותים. בסקר האחרון (בשנת 2022) נמצא כי 19% מהמוראיינים ויתרו על שירות רפואי בגלל מרחק מהבית וכי ישנה עליה בשיעור הויתור בעשור האחרון (11% ויתור ב שנת 2012). כמו כן, הודגם כי בשנת 2022 שיעור הויתור הגבוה ביותר היה במחוזות הצפון והדרום כ 22%, שיעור ויתור שהוכפל במחוזות אלו בהשוואה לשנת 2016²⁰.

פיתוח סט מדדים לאומי לשיקוף פערים בבריאות ובשירותי הבריאות

תחום צמצום פערי בריאות במינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי במשרד הבריאות מפרסם מדי שנה את דוח 'אי שוויון בבריאות וההתמודדות עימו'¹². בדוחות המפורסמים ישנה התייחסות עקבית למגמות עיקריות בשיעורי תמותה ותוחלת חיים, הערכת כח אדם במערכת הבריאות ופריסת מיטות אישפוז, וכן נושאים מתחלפים מידי שנה בקהילה וברשויות המקומיות. בשנת 2018 הוחלט במשרד הבריאות על גיבוש סט לאומי של מדדי פערים בבריאות ובשירותי הבריאות על רקע הפערים הסוציודמוגרפיים והגיאוגרפיים הקיימים במגוון תחומי בריאות ובמטרה לשקף לציבור ולמקבלי ההחלטות את תמונת המצב ולעקוב אחר המגמות לאורך זמן. השאיפה הייתה

לשקף פערים ברזולוציה הגבוהה האפשרית, במידת האפשר על פי הבדלים בין אזורים גאוגרפיים סטטיסטיים בתוך הישובים עצמם וזאת מתוך הבנה שקיימים הבדלים משמעותיים בין אזורים שכאלו באותו ישוב עצמו והסתכלות על אזורים נרחבים שמשקפת ממוצע אינה טובה מספיק עבור מקבלי החלטות. בעקבות זאת ובמימון המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות, החל משרד הבריאות, בהובלת תחום צמצום פערי בריאות וד"ר רחלי וילף-מירון ממכון גרטנר, בגיבוש סט מדדים לאומי בתהליך מחקרי ובהסכמה רחבה בליווי ועדת היגוי אשר בוצע בשלושה שלבים. השלב הראשון היה איסוף מידע אודות קיום מאגרי מידע מהם ניתן להפיק מדדי איכות בעלי משמעות קלינית המתבססים על ראיות מדעיות מוצקות. השלב השני היה הסכמה בוועדת ההיגוי על ארבעה קרטיונים לפיהם ידורגו המדדים המוצעים (חשיבות בריאותית, מגמת הפער, עניין ציבורי, פוטנציאל לשינוי). השלב השלישי היה תהליך דלפי (Delphi) במספר סבבים להסכמה על סט המדדים הלאומי שדורג לפי הקרטיונים שנקבעו בסולם ליקרט 1-5. בשלב זה השתתפו 55-75 מומחים (משתנה בהתאם לסבב) ממגזרים שונים אשר דירגו 30 מדדים מוצעים. בסוף הסבב השלישי נבחרו עשרת התחומים עם הציון הגבוה. למדדים אלו נוספו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות שלושה מדדים נוספים. הטבלה מטה מתארת את סט המדדים הנבחר הכולל 13 מדדים^{12,21}.

הגדרת הממד	ציון בסבב סופי בסדר יורד
מדדי איכות הטיפול בסוכרת	4.09
המצאות השמנה בקרב תלמידי כיתות א' ו ז'	4.02
ויתורים בתחום הבריאות	4.02
המצאות השמנת יתר באוכלוסייה הבוגרת	3.92
כח אדם במקצועות הבריאות	3.91
היפגעות ילדים	3.89
שיעור בוגרים המדווחים על עישון מדי יום או מדי פעם	3.79
תמותת תינוקות	3.79
זמני המתנה בבריאות הנפש	3.77
מיטות אישפוז	3.74
מדדים נוספים	
איכות הטיפול בשבץ	
גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס	
גילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם	

מידת פערים בתכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל שמה לה למטרה למדוד את איכות הטיפול הרפואי הניתן ע"י קופות החולים ולספק מידע אודותיו. הפקת הנתונים הלאומית מתאפשרת הודות לשיתוף פעולה פורה בין ארבע קופות החולים המתקיים משנת 2003. נתוני המדדים מסופקים על ידי קופות החולים ומדווחים בתשעה תחומי מדידה בריבוד למין, גיל ומצב חברתי כלכלי (סוכרת, בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן, ילדים ובני נוער, קידום בריאות, מבוגרים בני 65+, לב וכלי דם, מחלות נשימתיות, בריאות הנפש, צריכה של תרופות אנטיביוטיות). מדי שנה מפורסם דו"ח המדגימים שיפור מתמשך באיכות הטיפול בתחומים הנמדדים²².

בשנה האחרונה הוחלט ע"י משרד הבריאות כי התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל תפרסם דו"ח פערים בבריאות זאת לאחר אימוץ סט המדדים הלאומיים ע"י מנכ"ל משרד הבריאות. דו"ח זה המובא לפניכם כולל נתוני המצאות של בריאות וחולי וכן מדדי תהליך מתוך סט המדדים הלאומי לפערים בבריאות. הנתונים מוצגים בריבוד למצב חברתי כלכלי ולראשונה גם בצורה גאוגרפית לפי נפת מגורים של תושבי ישראל.

רשימת ספרות

1. Innov8 Approach for Reviewing National Health Programmes to Leave No One behind: Technical Handbook. World Heal Organ. Published online 2016.
2. Global Health Equity Strategy 2022-2027. Centers Dis Control Prev. Published online 2022.
3. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health Equity and Health Disparities Environmental Scan. 2022;(March).
<https://health.gov/sites/default/files/2022-04/HP2030-HealthEquityEnvironmentalScan.pdf>
4. Marmot M, Bell R. Fair Society, Healthy Lives. Strateg Rev Heal Inequalities Engl post-2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
5. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.; 2003. doi:10.17226/12875
6. National Healthcare Quality and Disparities Report. Agency Healthc Res Qual. 2021;22. <http://nhqrnet.ahrq.gov/inhqrdr/Mississippi/dashboard>
7. OECD. Health at a Glance 2021.; 2021. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
8. OECD Health Policy Studies. Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems.; 2019. doi:10.1097/00000446-194504000-00011
9. Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: The argument. Int J Epidemiol. 2017;46(4):1312-1318. doi:10.1093/ije/dyx163
10. Goldberger NF, Haklai Z. Educational level, ethnicity and mortality rates in Israel: national data linkage study. Isr J Health Policy Res. 2021;10(1):1-13. doi:10.1186/s13584-021-00483-9
11. ס.למ"ס. מחולל דוחות למ"ס. No Title.
<https://www.cbs.gov.il/he/Statistics/Pages/מחוללים/מחולל%AB,D7%A1דורות.aspx?subject=4>
12. משרד הבריאות. אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו בשגרה ובקורונה. Published online 2020.
https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-inequality-2020/he/publications_inequality_inequality-2020.pdf
13. משרד הבריאות. עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2019. הרישום הלאומי לסרטן. Published online 2022. doi:10.52967/akz2022.3.17.91.102
14. משרד הבריאות. הקשר בין אשכול חברתי-כלכלי על פי שיוך לאזור סטטיסטי לבין היארעות סרטן חודרני בכלל האתרים ובאתרים נבחרים, ישראל 2014-2016. נתוני הרישום הלאומי לסרטן והמרכז (4) הלאומי לבקרת מחלות. 27;2020.

15. משרד הבריאות. עדכון היארעות סרטן בישראל לפי נפות, 2001-2015. הרישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות. Published online 2018.
16. משרד הבריאות. אי-שיויון בבריאות וההתמודדות עימו. Published online 2019.
17. משרד הבריאות. עולם הדאטה - גדילה והנקה בילדים.
<https://datadashboard.health.gov.il/portal/dashboard/childCheckup>
18. משרד הבריאות. מפת הבריאות היישובית, פורטל בריאות אינטרנטי. Published online 2022.
<https://gis.health.gov.il/HealthMap/>
19. משרד הבריאות. זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה. Published online 2022.
<https://gis.health.gov.il/waitingtime/#>
20. הכנס השנתי ה-15 למדיניות הבריאות. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות. NIHP. מלמב הבריאות. Published online 2023.
21. Wilf-Miron R, Avni S, Valinsky L, et al. Developing a National Set of Health Equity Indicators Using a Consensus Building Process. Int J Heal Policy Manag. 2022;11(8):1522-1532. doi:10.34172/ijhpm.2021.54
22. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. Published online 2023.
<https://www.israelhealthindicators.org/>

שיטות

מקור הנתונים

הנתונים המוצגים בדו"ח מבוססים על מידע המצוי בידי ארבע קופות החולים הפועלות בישראל. קופות החולים העבירו מרצון את הנתונים במסגרת השתתפותן הפעילה בתכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. הנתונים המתקבלים מהקופות הינם מקובצים (אגרגטיביים), ולפיכך אנונימיים לחלוטין ואינם כוללים פרטים מזהים כלשהם. העברת הנתונים בצורה זו מאפשרת שמירה קפדנית על עיקרון החיסיון הרפואי. איסוף המידע מתבסס על מאגרי הנתונים הממוחשבים של קופות החולים ומאפשר בחינה וניטור של המדדים השונים על פי קבוצת גיל, מין, מצב חברתי-כלכלי ונפת מגורים.

משתנים

עבור כלל המדדים, הנתונים מוצגים לכלל אוכלוסיית הדו"ח על פי שנה, מין, קבוצות גיל, מצב חברתי-כלכלי ונפה.

- מצב חברתי-כלכלי נקבע בדו"ח זה על סמך האשכול אליו משויך האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים. לאחר מפקדי אוכלוסין, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) מחלקת את אזורי המגורים לאזורים גאוגרפים סטטיסטיים (אג"סים) המקבלים ציון כלכלי-חברתי (אשכולות בעלי ציון בטווח 1-10). חברת פוינטס מטייבת חלוקה זו ומעדכנת את הציון הכלכלי-חברתי, וזאת באמצעות הוספת מידע ממקורות שונים הכוללים בין השאר מידע צרכני המתקבל מחברות מסחריות, נתונים של מחירי נדל"ן וממצאים מפרסומים עדכניים על האוכלוסייה. פוינטס משלימה את שיוכם של כלל אזורי המגורים לאג"סים (גם עבור אזורי מגורים אשר טרם סווגו ע"י הלמ"ס, בפרט שכונות מגורים חדשות). עבור 2.8% מהמבוטחים כתובות המגורים לא היו שלמות, ולכן הם לא השתתפו בניתוח הנתונים לפי מצב כלכלי-חברתי. לכן, יתכנו הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם וללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי.

- נפות - השיוך הנפתי של כל מבוטח נקבע על פי מקום מגוריו. הנפות בתכנית המדדים זהות לנפות המוגדרות בלמ"ס פרט לשתיים: נפת ת"א ונפת יזרעאל.

עבור תכנית המדדים הוחלט לפצל את נפת תל-אביב המקורית ל-3 נפות, בהתאם לאזורים הטבעיים, כפי שהוגדרו בלמ"ס. נפת תל-אביב המקורית פוצלה לנפת חולון, נפת רמת-גן, ונפת תל-אביב. בנוסף, הוחלט לפצל את נפת יזרעאל, כפי שהוגדרה ע"י הלמ"ס, ל-2 נפות: יזרעאל ונצרת. נפת נצרת, כפי שהוגדרה בתכנית המדדים, תחומה באזור הטבעי הרי נצרת-תירען אולם היא כוללת בתוכה רק חלק מיישובי האזור הטבעי הרי נצרת-תירען.

אוכלוסיית הדו"ח

התכנית מבוססת על נתוני כלל אוכלוסיית המבוטחים בארבע קופות החולים, שהם כלל התושבים במדינת ישראל, למעט חיילים ואסירים. עם זאת, עבור כל שנת מדד לא נכללו מבוטחים אשר לא השלימו בשנת המדד שנת חברות מלאה באותה קופה, לרבות מי שנפטרו או נולדו במהלך השנה, אלה שעברו בין הקופות באותה שנה, וכן מבוטחים השוהים בחו"ל מעל שנתיים אשר מהווים קבוצה מזערית. אוכלוסיית הדוח בשנת 2021 הינה כ-8.73 מיליון תושבים.

מאפייני אוכלוסיית הדו"ח

אוכלוסיית ישראל הולכת וגדלה. בהתאם לכך, גם אוכלוסיית הדו"ח גדלה עם השנים. טבלה 1 מסכמת את גודל אוכלוסיית הדו"ח בין השנים 2015-2021.

טבלה 1 : גודל אוכלוסיית הדו"ח לפי שנה(2015-2021)

שנה	גודל אוכלוסיית הדו"ח
2015	7,859,229
2016	8,007,626
2017	8,166,087
2018	8,324,218
2019	8,462,259
2020	8,629,348
2021	8,731,506

מאפייני האוכלוסיה לפי מצב חברתי כלכלי

טבלה 2 מסכמת את מאפייני האוכלוסייה לפי קבוצת גיל ומין בכל אחת מקטגוריות של המצב החברתי-כלכלי בשנת 2021. התפלגות האוכלוסיה לפי המצב החברתי-כלכלי מוצגת לאורך הדוח בחמש קבוצות כך שכל שתי קטגוריות סמוכות של המצב החברתי כלכלי בסולם 1-10 אוחדו לחמש קטגוריות: 1+2 (הנמוכה ביותר), 3+4, 5+6, 7+8, 9+10 (הגבוהה ביותר).

התפלגות האוכלוסיה לפי המצב החברתי כלכלי היא: 8% במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (1+2), 27% מהאוכלוסיה במצב החברתי כלכלי הבא (3+4), 30% מהאוכלוסיה במצב בחברתי כלכלי האמצעי (5+6), 24% מהאוכלוסיה במצב כלכלי חברתי בינוני גבוה (7+8), ו-9% מכלל אוכלוסית הם במצב החברתי כלכלי הגבוה ביותר (9+10) הדו"ח.

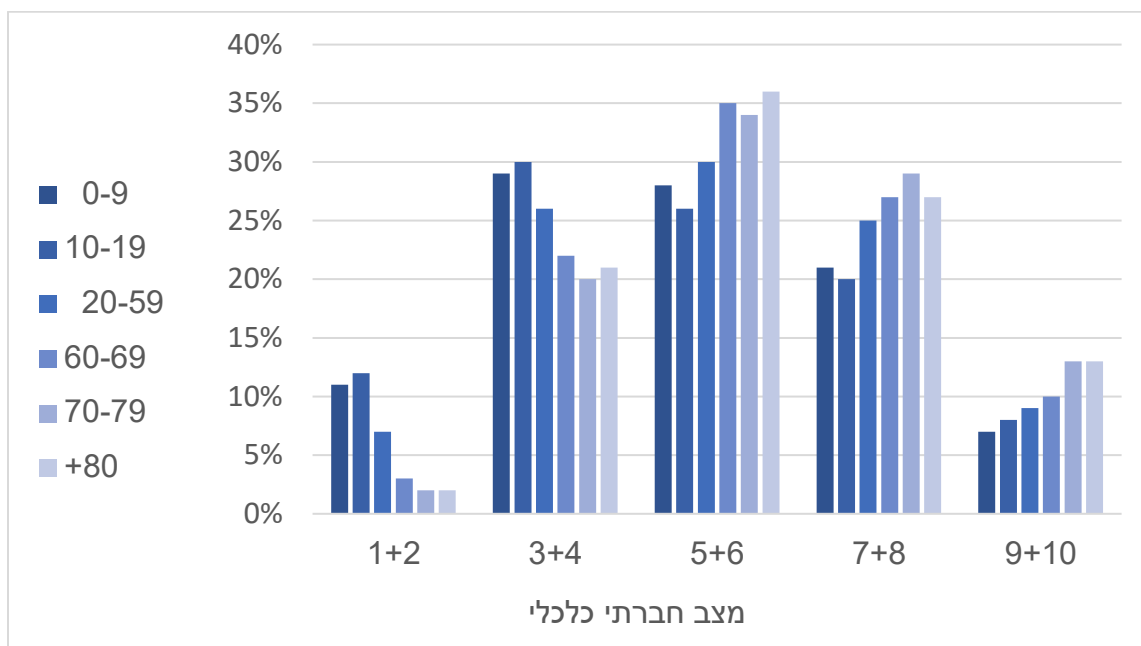
האוכלוסייה בשנת 2021 מתפלגת למחצית נשים (50.7%) ומחצית גברים (49.3%) ללא הבדלים בהתפלגות לפי מצב חברתי כלכלי (טבלה 2).

ההתפלגות לפי קבוצת גיל ומצב חברתי-כלכלי, מעלה כי אחוז הצעירים גבוה יותר במצב חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה למצב החברתי כלכלי הגבוה. למשל, בקבוצת הגיל הצעירה ביותר (0-9) 7% היו במצב החברתי הכלכלי הגבוה (9+10), לעומת 13% בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר (+80) (טבלה 2 ותרשים 1).

טבלה 2: מאפייני אוכלוסיית הדו"ח בשנת 2021, קבוצת גיל ומין, ולפי מצב חברתי-כלכלי

מצב חברתי-כלכלי							
סה"כ	1+2	3+4	5+6	7+8	9+10	לא ידוע	סה"כ
סה"כ	704,841	2,327,280	2,613,286	2,078,726	764,155	243,218	8,731,506
	8%	27%	30%	24%	9%	3%	100%
מין							
נשים	347,490	1,164,63	1,338,501	1,067,251	393,756	122,368	4,433,979
	8%	26%	30%	24%	9%	3%	100%
גברים	357,351	1,162,667	1,274,785	1,011,475	370,399	120,850	4,297,527
	8%	27%	30%	24%	9%	3%	100%
קבוצת גיל							
0-9	189,744	508,704	492,645	369,664	124,728	59,890	1,745,375
	11%	29%	28%	21%	7%	3%	100%
10-19	166,303	417,952	361,762	282,145	104,795	43,679	1,376,636
	12%	30%	26%	20%	8%	3%	100%
20-59	309,312	1,092,192	1,251,774	1,021,420	365,113	109,451	4,149,262
	7%	26%	30%	25%	9%	3%	100%
60-69	23,579	161,497	252,697	196,400	76,264	16,267	726,704
	3%	22%	35%	27%	10%	2%	100%
70-79	11,401	93,538	163,652	140,086	60,456	9,492	478,625
	2%	20%	34%	29%	13%	2%	100%
+80	4,502	53,397	90,756	69,011	32,799	4,439	254,904
	2%	21%	36%	27%	13%	2%	100%

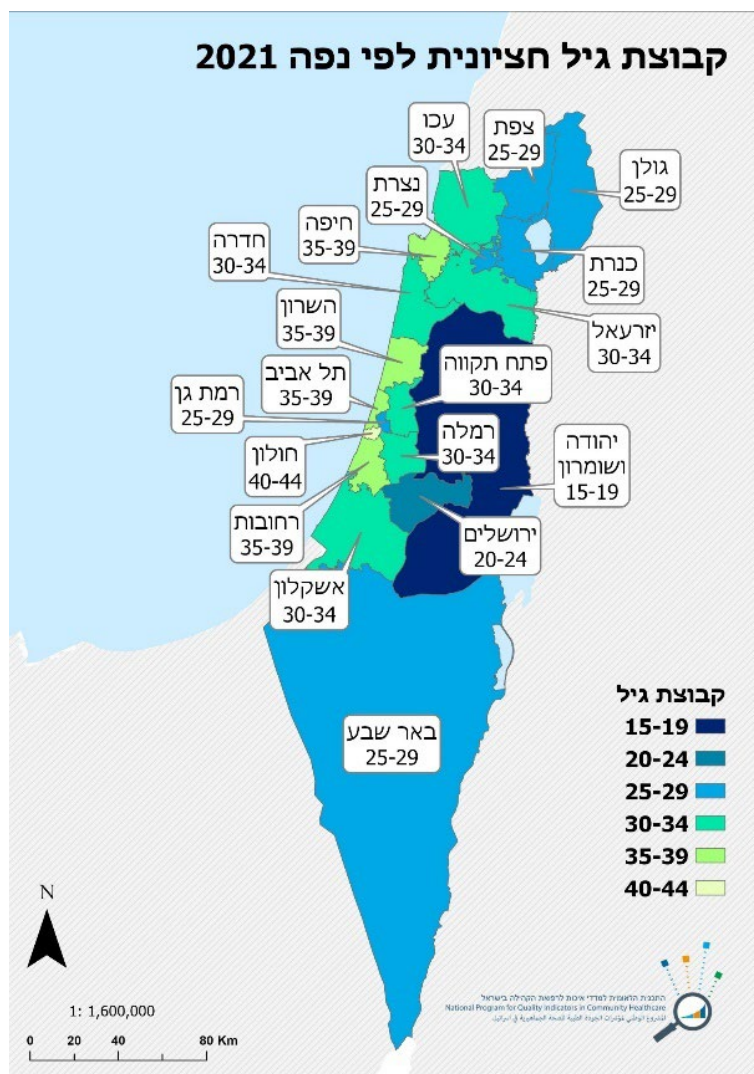
תרשים 1 – התפלגות הגילאים לפי מצב חברתי כלכלי, שנת 2021



מאפייני האוכלוסיה לפי נפה

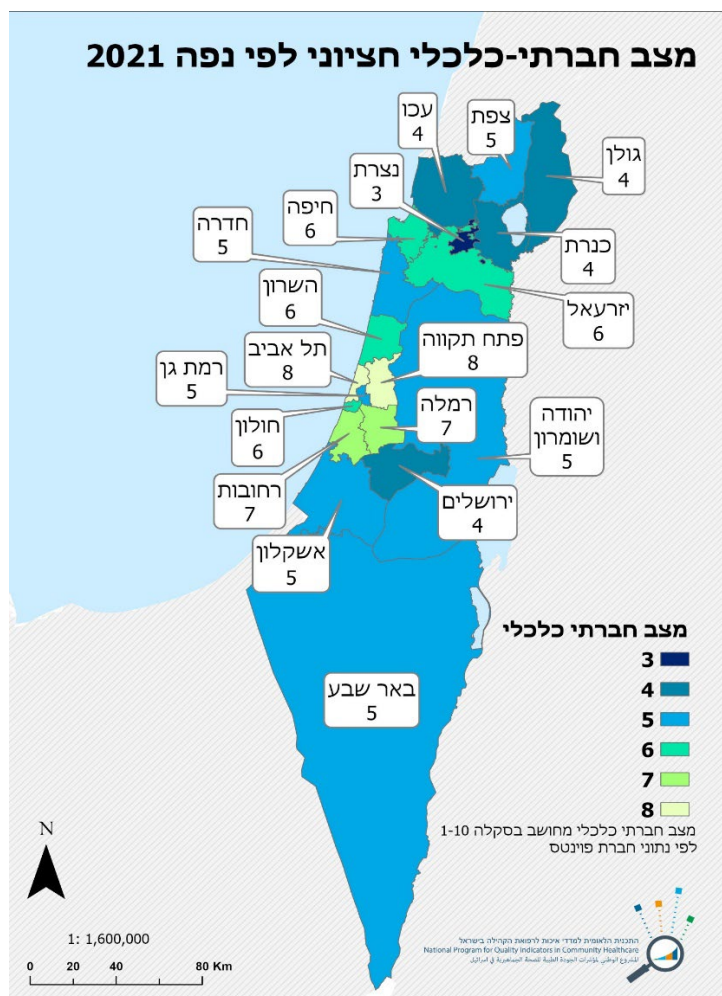
מאפייני האוכלוסיה לפי חלוקה לנפות מתוארים במפות 1 ו 2. במפה 1 ניתן לראות את התפלגות האוכלוסיה לפי קבוצת גיל ונפה. ניתן להתרשם, כי נפת חולון היא הנפה המבוגרת ביותר בישראל, עם קבוצת גיל חציונית של 44-40, בעוד הנפה הצעירה ביותר היא אזור יהודה ושומרון עם קבוצת גיל חציונית של 15-19.

מפה 1 – קבוצת הגיל החציונית לפי נפה, 2021



מפה 2, מתארת את התפלגות האוכלוסייה לפי מצב חברתי-כלכלי ונפה. המצב החברתי הכלכלי המוצג במפה הינו בסולם המקורי 1-10 כפי שתואר לעיל. ניתן להתרשם כי נפת נצרת היא הנפה עם המצב החברתי כלכלי החציוני הנמוך ביותר (מצב חברתי כלכלי 3, בסולם של 1-10), ואילו מרכז הארץ מאופיין במצב חברתי כלכלי גבוה יותר ובפרט נפות תל אביב ופתח תקווה, מחזיקות בחציון המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר.

מפה 2 – מצב חברתי-כלכלי חציוני לפי נפה, 2021



שיטות סטטיסטיות

עבור כל מדד שמוצג בסוף פרק זה נותחו מגמות בפערים בבריאות לאורך השנים 2015 ועד 2021. השיעורים המוצגים מתוקננים למין וגיל באופן של תיקון ישיר. כלומר, בכל רובד של מין וגיל נלקחו השיעורים הספציפיים אשר הוכפלו בהתפלגות אוכלוסיית התקן שנקבעה להיות התפלגות אוכלוסיית הדו"ח בשנת 2021. בשני מדדים (מדד שיעור חולי הסכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 וכן מדד שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך) הרבדים של מין וגיל כללו מספר קטן של מבוטחים עד כדי מצב של שיעור 0% בחלק מקטגוריות המין והגיל ולכן קובצו קטגוריות גיל בתהליך התקנון, בכדי להימנע ממצב זה.

בכדי לבחון האם היתה הרחבה או היה צמצום פערים לאורך זמן לפי מצב חברתי כלכלי, חושב יחס שיעורים (Rate Ratio, RR) בין מצב חברתי כלכלי 1+2 לבין מצב חברתי כלכלי 9+10 עבור כל שנה.

לצורך ניתוח הפערים במדדי הבריאות בין הנפות השונות, נותחו נתוני 2021 בלבד. לבניית המפות נעשה שמוש בתוכנת ArcGIS Pro גרסה 3.0.3 (ESRI, Redlands, California). כדי להמחיש ויזואלית, עבור כל מפת מדד, מוינו נתוני שיעורי ההימצאות של הנפות ל: 3-5 קטגוריות בשיטת המיון quantile. שיטת מיון זו מחלקת את הנתונים כך שבכל קטגוריה יהיה מספר דומה של נפות. החלוקה למספר שונה של קטגוריות נעשתה לפי טווח שיעורי ההימצאות של כל מדד. עבור המפות המציגות את ההבדלים בין גברים לנשים, הוגדרו 5 קטגוריות מיון (הקטגוריות שמופיעות במקרא של כל מפה), כאשר הן חולקו באופן ידני ולא לפי שיטה מתמטית מוגדרת. בכדי שניתן יהיה להשוות בין המפות של הנשים והגברים מבחינת הצבעים, הוגדר טווח זהה בקרב שני המינים, כאשר הטווח נע בין שיעור ההימצאות המינימלי לבין שיעור ההימצאות המקסימלי מבין הגברים והנשים.

מבנה הדוח

בדוח זה מוצגים ממצאים עבור מדדים מתוך סט המדדים הלאומי שנקבע ותואר בפרק המבוא ונאספים על ידי התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל.

המדדים שיוצגו מתוך סט המדדים הלאומי מודגשים בטבלה מטה ובנוסף מוצג מדד למידת השימוש באנטביוטיקה שאינו חלק מסט המדדים. עבור כל מדד נעשה ניתוח לפי מצב חברתי כלכלי וכן ניתוח מרחבי.

הגדרת המדד
מדדי איכות הטיפול בסוכרת
המצאות השמנה בקרב תלמידי כיתות א' ו ז'
ויתורים בתחום הבריאות
המצאות השמנת יתר באוכלוסייה הבוגרת
כח אדם במקצועות הבריאות
היפגעות ילדים
שיעור בוגרים המדווחים על עישון מדי יום או מדי פעם
תמותת תינוקות
זמני המתנה בבריאות הנפש
מיטות אישפוז
מדדים נוספים
איכות הטיפול בשבץ
גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס
גילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם

מצב עישון בקרב בני 16-74

מבוא

עישון הינו אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר לתמותה בטרם עת כתוצאה ממחלות לב וכלי דם, מחלות ריאה כרוניות, וסרטן.¹ על פי ארגון הבריאות העולמי, בכל שנה מתים בעולם כ- 8 מיליון איש כתוצאה מעישון.¹ עישון נחשב כאחד מגורמי הסיכון העיקריים הגורמים לפערים בתוצאי בריאות שונים.²⁻⁴ לדוגמא, במחקר מאנגליה נמצא שכ- 20% מתוספת התחלואה מסרטן בקרב קבוצת האוכלוסייה ברמה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר לעומת הקבוצה מהרמה הגבוהה ביותר, הינה כתוצאה מהבדלים בשיעורי עישון בין שתי הקבוצות.²

שיעורי העישון בכל העולם גבוהים יותר בקרב אוכלוסיות מוחלשות, כגון: אנשים בעלי השכלה נמוכה, מובטלים, חסרי בית, בעלי מחלות נפש, אסירים, וחלק מקבוצות מיעוט שונות באוכלוסייה. אוכלוסיות אלו נוטות להיות במצב חברתי-כלכלי נמוך יותר.^{3,4}

בישראל, שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפים בקרב גברים ערבים, ובקרב בעלי השכלה נמוכה.⁵ מקובל להתייחס למודל ארבע שלבי שמסביר את ההבדלים בהתפלגות העישון לפי מין בין מדינות מפותחות ומדינות מתפתחות.⁶ חלק מההבדלים נובעים מכך שהיסטורית עישון היה מנהג שלא היה מקובל בקרב נשים, ובמדינות מתפתחות עם העלייה בשיעור הנשים שרוכשות השכלה, ויוצאות לעבוד, חלה גם עליה מקבילה בשיעור העישון.⁶ הבדלים אלו ניכרים גם בישראל כאשר שיעורי העישון הנמוכים ביותר הם בקרב נשים ערביות.⁵

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 16-74 עם תיעוד מצב עישון ב-5 השנים האחרונות

מכנה: אוכלוסיית המבוטחים בני 16-74 עם תיעוד סטטוס עישון (מעשן או לא מעשן) ב-5 השנים האחרונות

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם סטטוס עישון אחרון חיובי

תוצאות - פערים לפי מין, מצב חברתי-כלכלי ונפת מגורים

מגמות בשיעור המעשנים לאורך זמן לפי מין ומצב חברתי-כלכלי

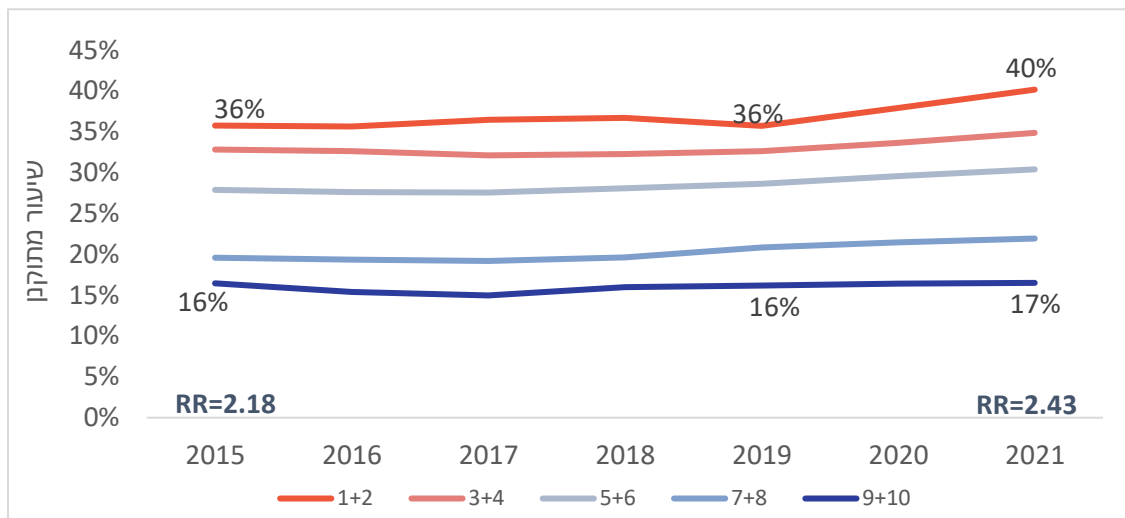
שיעור העישון הארצי בקרב הגברים גבוה יותר מפי 2 בהשוואה לזה של הנשים (28.9% ו-13.4% בהתאמה). לאורך השנים 2015-2021 נצפתה עליה בשיעור המעשנים בכל שכבות האוכלוסייה ובקרב שני המינים, פרט לנשים מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר. כך לדוגמה, שיעור המעשנים בקרב הגברים והנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה בשנים הללו ב-4.4% ו-2.1% בהתאמה. יתר על כן, לאורך כל השנים, שיעור הגברים המעשנים במצב חברתי-כלכלי נמוך, היה גדול יותר בהשוואה לשיעור המעשנים במצב חברתי-כלכלי גבוה, בעוד שבקרב הנשים המגמה הייתה הפוכה. נשים במצב חברתי-כלכלי נמוך עישנו פחות מנשים במצב חברתי-כלכלי גבוה. כך לדוגמה, בשנת 2021 שיעור העישון בקרב גברים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר ובמצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר עמד על 40.2% ו-16.5% בהתאמה. לעומת זאת, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר השיעור היה 7.2% ובנשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עמד על 11.5%, כאשר שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה במצב חברתי-כלכלי בינוני (5+6).

בקרב הגברים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר התרחב לאורך השנים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-2.18 בשנת 2015 ל-2.43 בשנת 2021. לעומת זאת, בקרב הנשים הפער הצטמצם, בעקבות העלייה בשיעור המעשנות במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר וירידה בשיעור המעשנות במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר יחס השיעורים עלה מ-0.42 בשנת 2015 ל-0.63 בשנת 2021, מגמה המעידה על צמצום פערים.

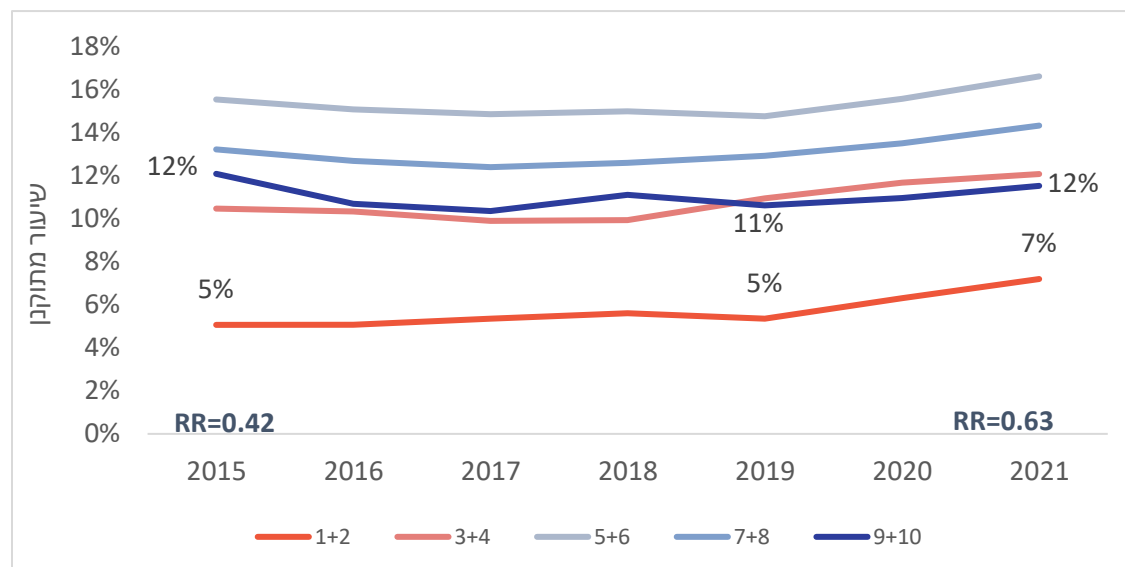
פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפו בקרב הגברים בנפות נצרת (39.8%), חדרה (35.3%) ועכו (34.6%) ובקרב הנשים, חולון (18.7%), צפת (18.2%) ותל אביב (17.1%). בנפות פתח תקווה, יהודה ושומרון ורמת גן נצפה השיעור הנמוך ביותר של הגברים המעשנים (20.4%, 23.6%, ו-20.2% בהתאמה) ובנפות גולן, עכו ונצרת נצפה השיעור הנמוך ביותר של הנשים המעשנות (9.9%, 9.5% ו-7.5% בהתאמה).

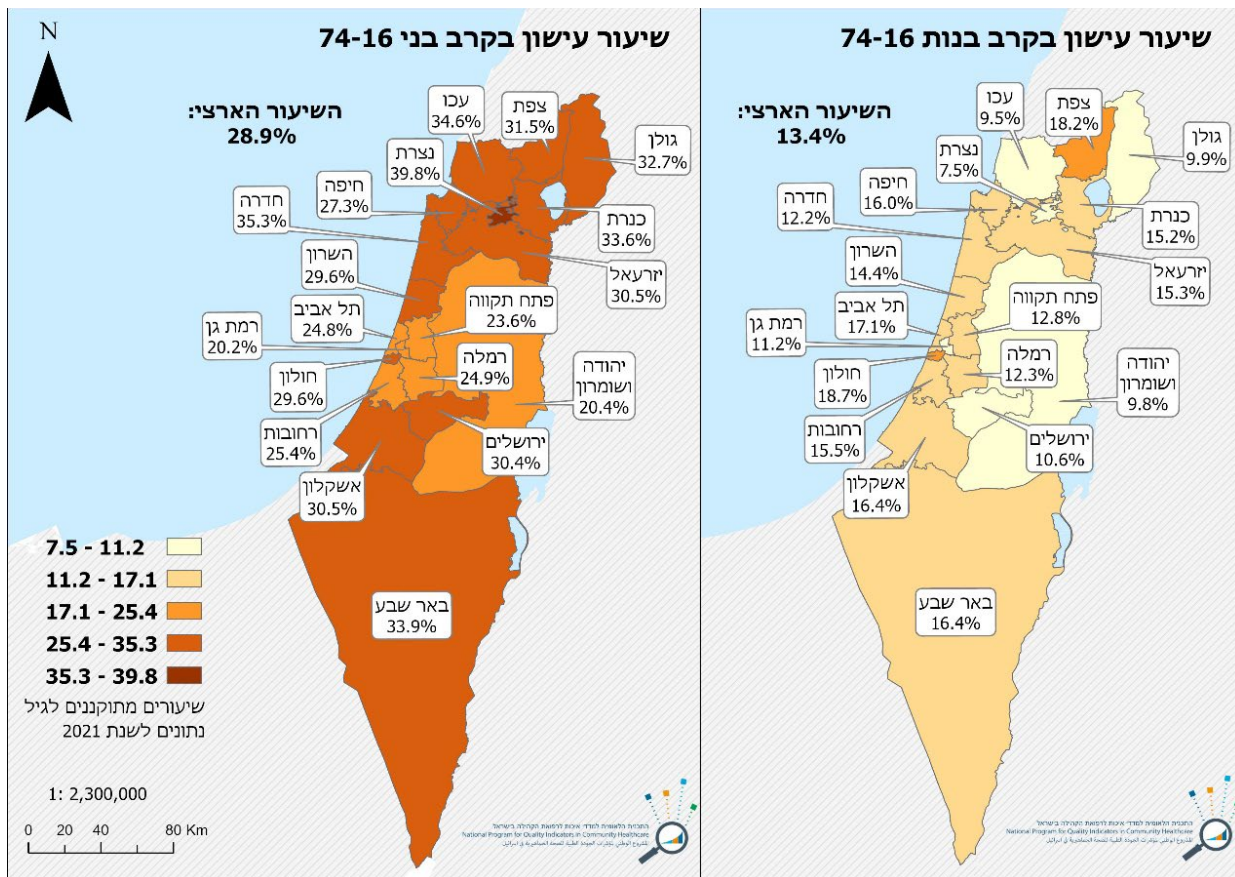
תרשים 2: שיעור עישון בקרב בני 16-74 לפי מצב חברתי-כלכלי



תרשים 3: שיעור עישון בקרב בנות 16-74 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 3: שיעור עישון בקרב בני ובנות 16-74 לפי נפה



דין

הנתונים המובאים בפרק זה מראים שבדומה לעולם, גם בישראל קיים קשר הדוק בין עישון ומצב חברתי-כלכלי. בקבוצת האוכלוסייה ברמה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר, בקרב גברים שיעורי העישון הגבוהים ביותר ובקרב נשים שיעורי העישון הנמוכים ביותר. הפערים המרחביים תואמים להתפלגות האוכלוסייה במרחבים אלו, שכן שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפו באזורים בעלי ריכוז אוכלוסייה ערבית גבוה.⁵

הסבר לקשר בין המצב החברתי-כלכלי ושיעור עישון גבוה יותר הינו מורכב אבל מושפע בין היתר מרמות ההשכלה, מעוני, מתחלואת נפש גבוהה יותר שמובילים לסיכון גבוה יותר להתנסות במוצרי טבק והתמכרות, ולשיעור גמילה נמוך יותר.^{3,4,7} יתר על כן, ממחקרים בעולם ידוע שחברות הטבק מכוונות באופן ספציפי לאוכלוסיות מוחלשות יותר, אם על ידי פרסום מכוון ואם על ידי ריכוז גבוה יותר של נקודות מכירה באזורים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה יותר.⁸

כחלק מהאמנה הבינלאומית למלחמה בטבק, ארגון הבריאות העולמי ממליץ על שורת אסטרטגיות לצמצום העישון, MPOWER, הכוללות בין היתר ניטור, יצירת מרחבים ציבוריים נקיים מעישון, מתן תמיכה בגמילה מעישון, איסור פרסום ושיווק של מוצרי טבק ועישון, העלאת מודעות לנזקי העישון, ומיסוי.¹ מדינת ישראל חתמה ואשררה את האמנה הבינלאומית, והיא פועלת להטמיע אסטרטגיות אלו. עם זאת, הרחבת הפערים שנמצאה מצביעה על כך שהטמעת אסטרטגיות אלו יעילות יותר בצמצום העישון בקרב האוכלוסייה מהרמות החברתיות-כלכליות הגבוהות ופחות משפיעה על הרמות הנמוכות. סקירות סיסטמיות בנושא מצאו כי מיסוי ותוכניות התערבות לגמילה מעישון הממוקדות באוכלוסיות מוחלשות הן האסטרטגיות היחידות שהוכחו כבעלות השפעה מצמצמת פערים.^{4,7} נדרש מחקר נוסף כדי להבין איך ניתן להטמיע אסטרטגיות אלו ואחרות כדי לצמצם את הפערים בצורה טובה יותר.

רשימת ספרות

1. World Health Organization. Tobacco. at [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco%0Afile:///Users/paulagamero/Library/Application Support/Mendeley Desktop/Downloaded/724ed6058436c3fb72a9b6ca465327c0a1e958b6.html](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco%0Afile:///Users/paulagamero/Library/Application%20Support/Mendeley%20Desktop/Downloaded/724ed6058436c3fb72a9b6ca465327c0a1e958b6.html) (2022).
2. Payne, N. W. S. *et al.* Socio-economic deprivation and cancer incidence in England: Quantifying the role of smoking. *PLoS One* 17, 1–13 (2022).
3. Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafò, M. Socioeconomic status and smoking: A review. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1248, 107–123 (2012).
4. Smith, C. E., Hill, S. E. & Amos, A. Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: A systematic review and appraisal of future research directions. *Tob. Control* 30, E87–E95 (2021).
5. משרד הבריאות. The Minister of Health Report on Smoking in Israel 2021. at (2023).
6. A. D. Lopez, N. E. Collishaw, T. P. A descriptive model of the cigarette epidemic.pdf. *Tobacco Control* vol. 3 242–47 at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759359/> (1994).
7. Tabuchi, T., Iso, H. & Brunner, E. Tobacco control measures to reduce socioeconomic inequality in smoking: The necessity, time-course perspective, and future implications. *J. Epidemiol.* 28, 170–175 (2018).
8. Yerger, V. B., Przewoznik, J. & Malone, R. E. Racialized geography, corporate activity, and health disparities: Tobacco industry targeting of inner cities. *J. Health Care Poor Underserved* 18, 10–38 (2007).

השמנת יתר בילדים, מבוגרים וקשישים

מבוא

בשני העשורים האחרונים, שיעורי ההשמנה הגיעו במדינות רבות לכדי ממדים של מגיפה. ב 2016, חצי מבני 18 ומעלה ברחבי העולם היו מוגדרים כבעלי $BMI \geq 25$ פי שלוש מאז 1975¹. ערך ה BMI הינו אמת מידה של השמנה המבוסס על משקל ביחס לגובה האדם (kg/m^2). ה WHO הגדיר את השמנת יתר במבוגרים (obesity) כ BMI גבוה מ 30 ובילדים ההגדרה הינה לפי אחוזונים: ילדים עם ערך BMI גבוה מאחוזון 97 סובלים מהשמנת יתר¹. לפני כעשור, השמנת יתר הוגדרה ע"י ה NIH כמחלה כרונית הדורשת התייחסות רפואית. השמנה נמצאה כגורם סיכון לתחלואה במחלות כרוניות רבות בינהן סוכרת, תחלואה לבבית, שבץ וסוגי סרטן מסומיים וכן גורם סיכון לתמותה^{1,2}.

ממדי ההשמנה לאורך השנים הולכים ועולים בכל הגילאים עד כדי הכפלה בשני העשורים האחרונים בקרב מבוגרים. בארה"ב שכיחות השמנת יתר במבוגרים עלתה מ 23% בתחילת שנות ה-90 ל 42% ב 2018 ובאירופה מ 10% ב 1995 ל 22% ב 2016^{3,4}. בישראל, מאז 2013 נצפתה עליה קלה בשיעור המבוגרים בגילאים 20-64 בעלי השמנת יתר מ 23% ל 25% בשנת 2021 כאשר עליה גדולה נצפתה בשיעורי השמנת היתר לאחר הקורונה (2021-2019)⁵.

השמנת יתר בילדים מעוררת דאגה רבה מאחר וילדים עם השמנת יתר הם בסיכון גבוה להיות מבוגרים עם השמנת יתר ולכן מניעה וטיפול בהם בשנות הילדות ובנעורים עשויים להניב תוצאות חיוביות וחסכון כלכלי^{1,4,6}. בארה"ב בתחילת שנות השבעים 5% מהילדים בגילאים 2-19 היו עם השמנת יתר ובשנת 2018 השיעור עלה ל 19%⁷. במדינות אירופה נצפתה מגמה דומה בקרב בני 5-19 כאשר כ 2% מהילדים היו עם השמנת יתר ב 1975 ו 8% ב 2016. בישראל נצפתה עליה בשיעורי השמנת היתר בילדים בני 7 לאחר הקורונה מ 6.9% ב 2019 ל 7.7% בשנת 2021 ובקרב בני נוער מ 10.9% ל 11.8% באותן שנים. יש לציין כי בגיל הילדות והנעורים שיעור הבנים עם השמנת יתר גבוה מזה של הבנות ובקרב מבוגרים המגמה הפוכה.

הקשר בין מצב חברתי כלכלי והשמנה דווח ומוכר במדינות מערביות רבות^{8,9}. באירופה למשל כ 42% מהמבוגרים בעלי השכלה גבוהה בעלי עודף משקל או השמנת יתר בהשוואה ל 55% מקרב בעלי ההשכלה התיכונית ומטה⁹. מחקרים היום מתייחסים למצבו החברתי כלכלי של אדם כגורם סיכון העומד בפני עצמו וגם ככזה שמרבד את הקשר^{10,11}. פורסם כי אדם בגיל 60 יכול לאבד 3-7 שנים של תפקוד תקין בגלל שייכות למצב כלכלי חברתי ירוד לאחר תיקון להשמנת יתר¹⁰.

קשרים דומים בין שייכות למצב חברתי כלכלי ירוד והשמנת יתר דווחו גם בילדים¹²⁻¹⁴. דווח כי קיים קשר הפוך בין השכלת הורים¹⁴, הכנסת הורים¹², מגורים בשכונה חלשה¹⁵ והשמנת יתר בילדים. קשר הפוך זה מתקיים לרוב במדינות מפותחות¹⁶. בניתוח מרובד לפי השכלת ההורים בארה"ב, נמצא כי השמנת יתר אמנם נפוצה יותר

בקרבת מתבגרים להורים עם השכלה תיכונית לעומת בעלי השכלה גבוהה, אך לאחר עליה מתמדת בשיעורי השמנת יתר במתבגרים מ 1990 עד 2005 ללא קשר להשכלת ההורים, בעשור האחרון ישנה ירידה בשיעורי השמנת יתר בקרב מתבגרים להורים משכילים ועליה בקרב מתבגרים להורים עם השכלה תיכונית¹⁵. מנתוני משרד הבריאות לשנים 2017-2018 בניתוח הפריסה הגיאוגרפית של השמנת יתר בילדים ונוער עולה כי במחוזות חיפה והצפון שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר ועומדים על 10% בכיתה א' ו 16% בכיתה ז' בהשוואה למחוז הנמוך ביותר 4% ו 8% (כיתה א' ו ז' בהתאמה) ביהודה ושומרון¹⁷. עשרת הישובים בהם אחוזי השמנת היתר הגבוהים ביותר בכיתה ז' הם ישובים ערביים¹⁸.

בחלק זה יוצגו תוצאות של ארבעה מדדי איכות:

- א. שיעור המצאות השמנת יתר בקרב ילדים בני 7
- ב. שיעור המצאות השמנת יתר בקרב בני 14-15
- ג. שיעור המצאות השמנת יתר בקרב בני 20-64
- ד. שיעור המצאות השמנת יתר בקרב בני 65-84

תוצאות - פערים לפי מין, מצב חברתי-כלכלי, נפת מגורים

א. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד-

הגדרת המדד: התפלגות קטגוריות מסת הגוף בקרב מבוטחים בני 7: השמנת יתר

מכנה: מבוטחים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-6.

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI גדול או שווה ל 97.7.

מגמות בשיעור השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

השיעור הארצי של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 עומד על 7.7%. במהלך השנים 2015-2021 נצפתה ירידה ולאחר מכן עליה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסייה. כך לדוגמה, בשנת 2015 שיעור השמנת היתר בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עמד על 5.5%, בשנת 2019 השיעור ירד ל-4.9% ובשנת 2021 הוא עלה ל-5.7%.

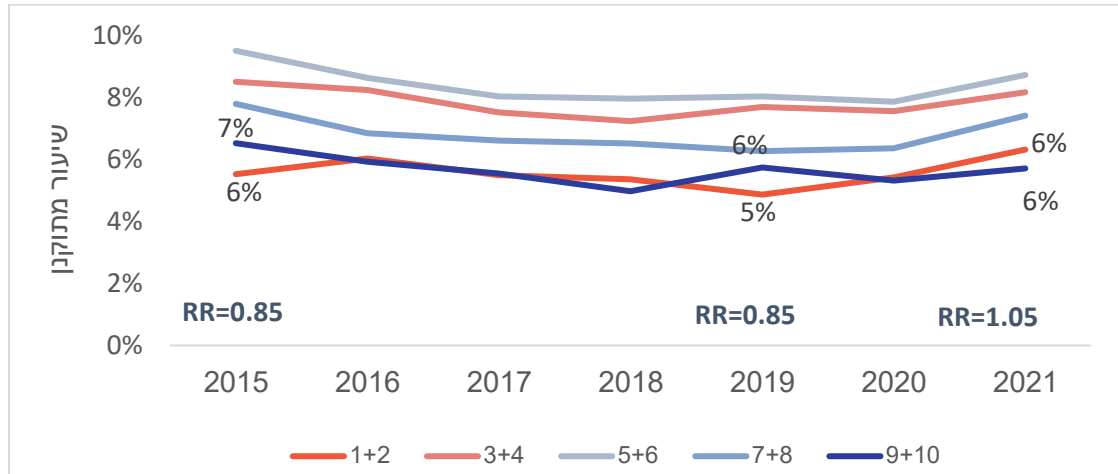
שיעורי השמנת יתר הגבוהים ביותר נצפו בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי בינוני (5+6). בשכבת אוכלוסייה זו נצפתה ירידה בשיעור השמנת היתר עד שנת 2020 (8.0%) ולאחר מכן השיעור עלה ל-8.7% בשנת 2021. לאורך כל השנים, בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של השמנת יתר. כך לדוגמה, בשנת 2021, שיעור השמנת היתר בקרב ילדים במצב חברתי כלכלי הנמוך והגבוה ביותר עמד על 6.3% ו-5.7% בהתאמה.

הפער בשיעור השמנת היתר בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך השנים 2015-2021. בין השנים 2015-2018 הפער הצטמצם והפך לזניח, אך בשנת 2019 הפער חזר להיות כפי שהיה בשנת 2015, עם יחס שיעורים (RR) של 0.85. בשנת 2020 הפער בין שתי שכבות אוכלוסייה אלה הצטמצם בשנית ובשנת 2021 הוא גדל שוב, כאשר ערכו של יחס השיעורים עמד על 1.05.

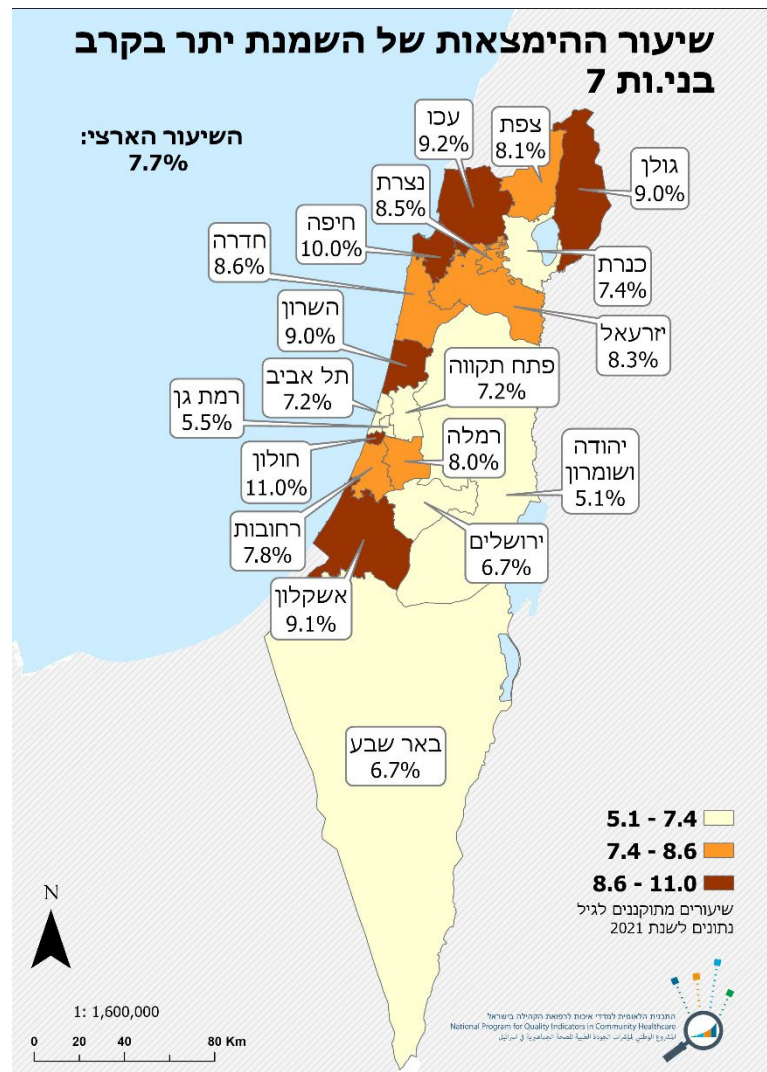
פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בנפות חולון (11.0%), חיפה (10.0%) ועכו (9.2%). בנפות ירושלים (6.7%), באר שבע (6.7%), רמת גן (5.5%) ויהודה ושומרון (5.1%) נצפה השיעור הנמוך ביותר של ילדים עם השמנת יתר.

תרשים 4: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 4: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי נפת מגורים



ב. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15

הגדרת המדד:

מכנה: מבוטחים בני 14-15 עם תיעוד BMI בשלוש השנים האחרונות (שני שנתונים)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI אחרון גדול או שווה ל-97.7

מגמות לאורך זמן בשיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15 לפי מין ומצב חברתי-כלכלי

השיעור הארצי של השמנת יתר בקרב הנערים הינו גבוה יותר מזה של הנערות ב-3.0%, כאשר שיעור הנערים והנערות עם השמנת יתר עמד על 13.3% ו-10.3% בהתאמה. לאורך השנים 2019-2021 נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסייה ובקרב שני המינים. כך לדוגמה, שיעור השמנת היתר בקרב הנערים והנערות במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה בשנים הללו ב-3% ו-0.5% בהתאמה.

לאורך כל השנים, נערים ונערות במצב חברתי-כלכלי נמוך הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים יותר לעומת נערים ונערות במצב חברתי-כלכלי גבוה. שיעורי השמנת היתר הנמוכים ביותר נצפו בקרב נערים ונערות במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, עם שיעור של 7.5% ו-6.7% בהתאמה בשנת 2021. לעומת זאת, שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר התקבלו בקרב נערים ונערות במצב חברתי כלכלי 3+4, עם שיעורים של 15.9% ו-10.5% בהתאמה בשנת 2021.

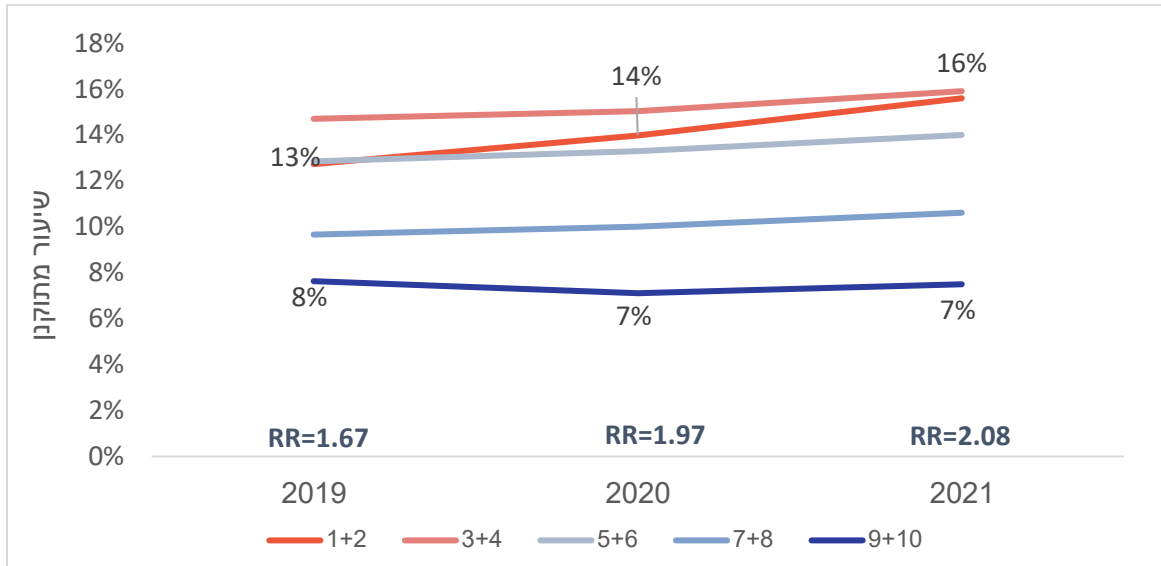
בקרוב הנערים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל לאורך השנים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-1.67 בשנת 2019 ל-2.08 בשנת 2021. לעומת זאת, בקרב הנערות הפער הצטמצם, כאשר יחס השיעורים ירד מ-1.67 בשנת 2019 ל-1.56 בשנת 2021.

פער מרחביים

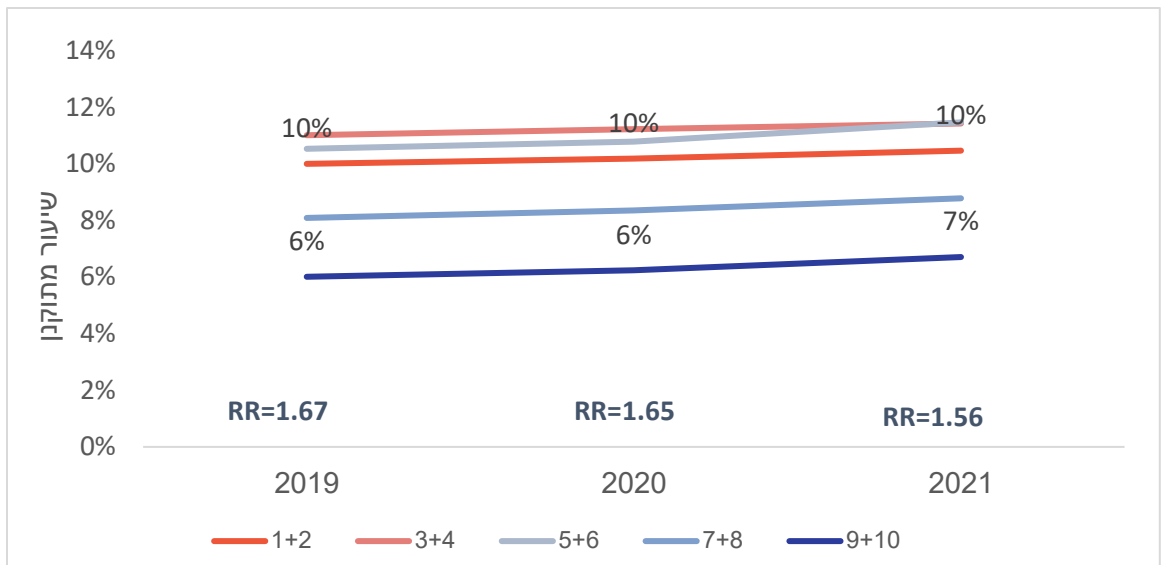
בשנת 2021 שיעור השמנת היתר הגבוה ביותר נצפה בקרב נערים המתגוררים בנפות נצרת (18.1%), עכו (17.4%), חדרה (15.3%) והשרון (15.3%) ובקרב נערות המתגוררות בנפות צפת (12.4%), אשקלון (12.1%) ובאר שבע (12.0%).

בנפות תל אביב, רמת גן ויהודה ושומרון נצפה השיעור הנמוך ביותר של נערים (10.8%, 10.7% ו-9.3% בהתאמה) ונערות (8.5%, 8.4%, 8.3% בהתאמה) הסובלים מהשמנת יתר.

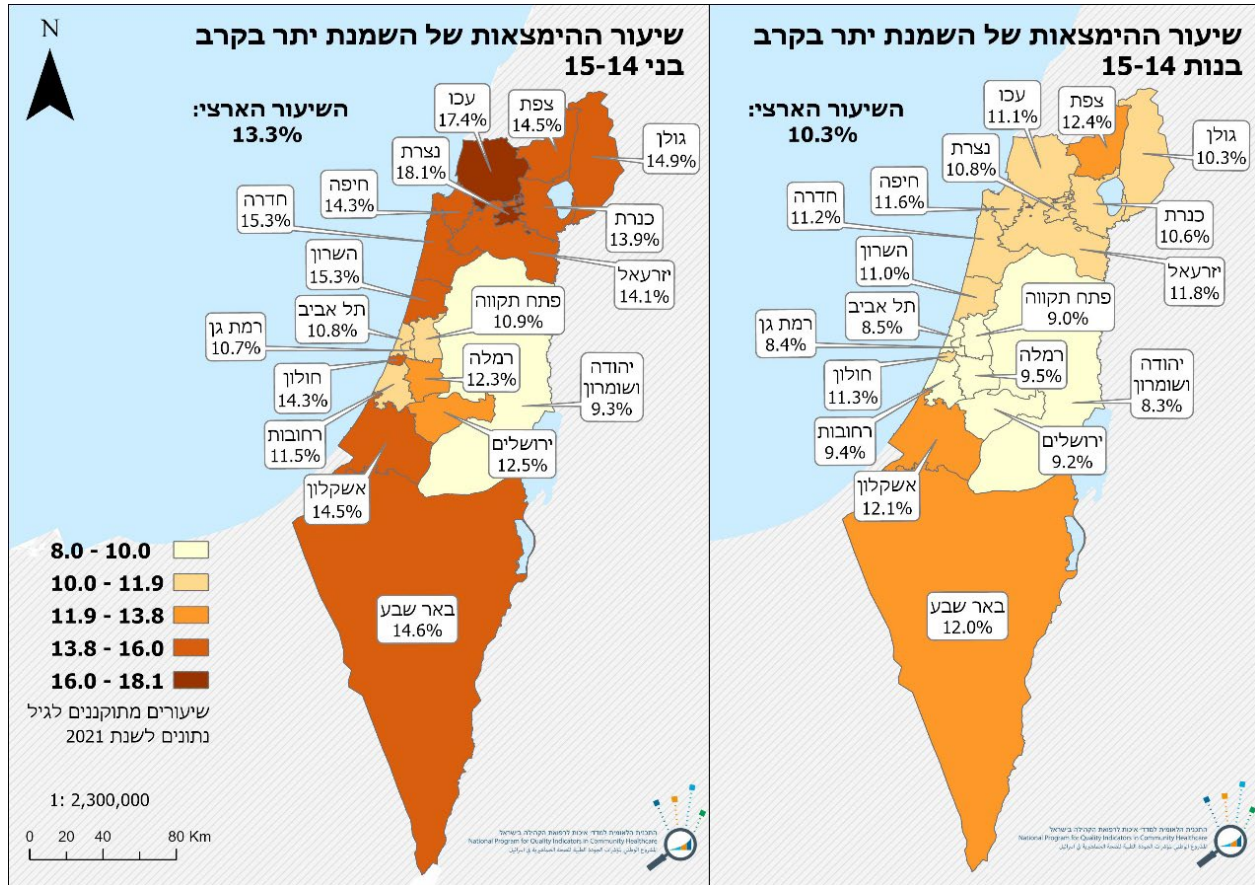
תרשים 5: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15 לפי מצב חברתי-כלכלי



תרשים 6: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בנות 14-15 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 5: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 14-15 לפי נפת מגורים



ג. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64

הגדרת המדד: התפלגות קטגוריות מסת הגוף בקרב המבוטחים בני 20-64: המצאות השמנת יתר

מכנה: מבוטחים בני 20-64 עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם BMI גבוה או שווה ל-30 ק"ג/מ"ר

מגמות לאורך זמן בשיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64 לפי מין ומצב חברתי-כלכלי

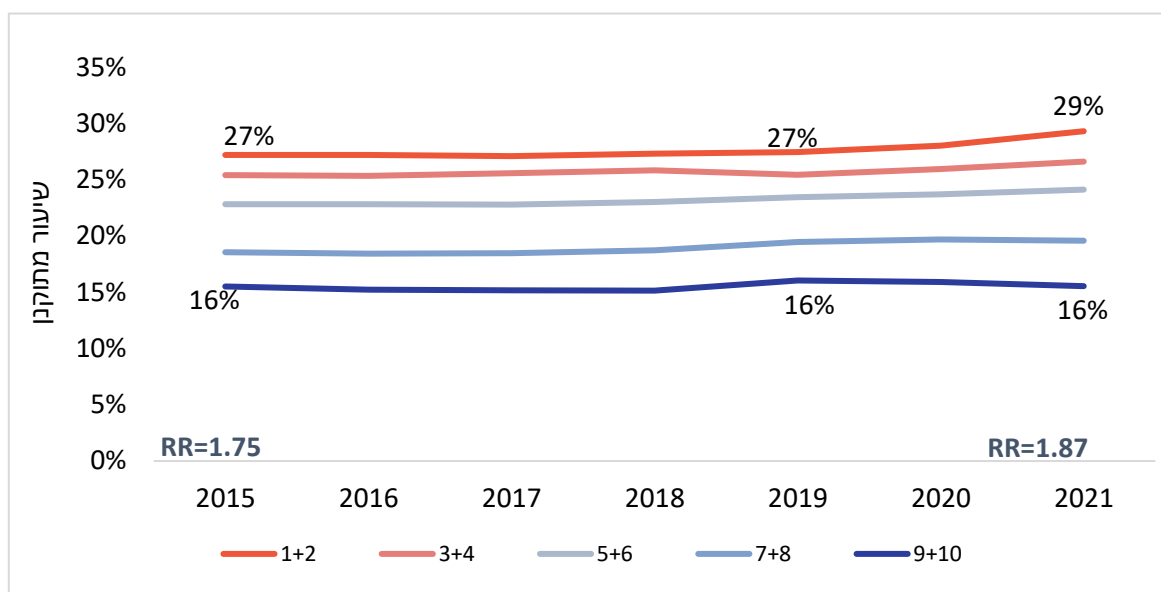
השיעור הארצי של השמנת יתר בקרב הנשים הינו גבוה יותר מזה של הגברים (26.7% ו-23.2% בהתאמה). לאורך השנים 2015-2021 נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסייה ובקרב שני המינים. כך לדוגמה, שיעור השמנת היתר בקרב הגברים והנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה בשנים הללו ב-2.1% ו-1.2% בהתאמה.

לאורך כל השנים, גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי נמוך הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים יותר לעומת גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי גבוה. בקרב הגברים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל לאורך השנים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-1.75 בשנת 2015 ל-1.87 בשנת 2021. לעומת זאת, בקרב הנשים הפער הצטמצם, בעקבות עלייה יחסית משמעותית בשיעור השמנת היתר בנשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר יחס השיעורים ירד מ-3.21 בשנת 2015 ל-2.73 בשנת 2021. בנוסף על כך, למרות הפער הקטן יחסית בשיעור הארצי בין הגברים לנשים (3.5% בלבד), ריבוד למצב חברתי-כלכלי הראה כי יש פער משמעותי בין גברים לנשים שנמצאים במצב חברתי-כלכלי נמוך (1+2 ו-3+4). כך לדוגמה, בשנת 2021, בקרב אוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, שיעור השמנת היתר אצל גברים ונשים עמד על 29.3% ו-41.3% בהתאמה, בעוד שבקרב גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר שיעור ההימצאות עמד על 15.6% ו-15.1% בהתאמה.

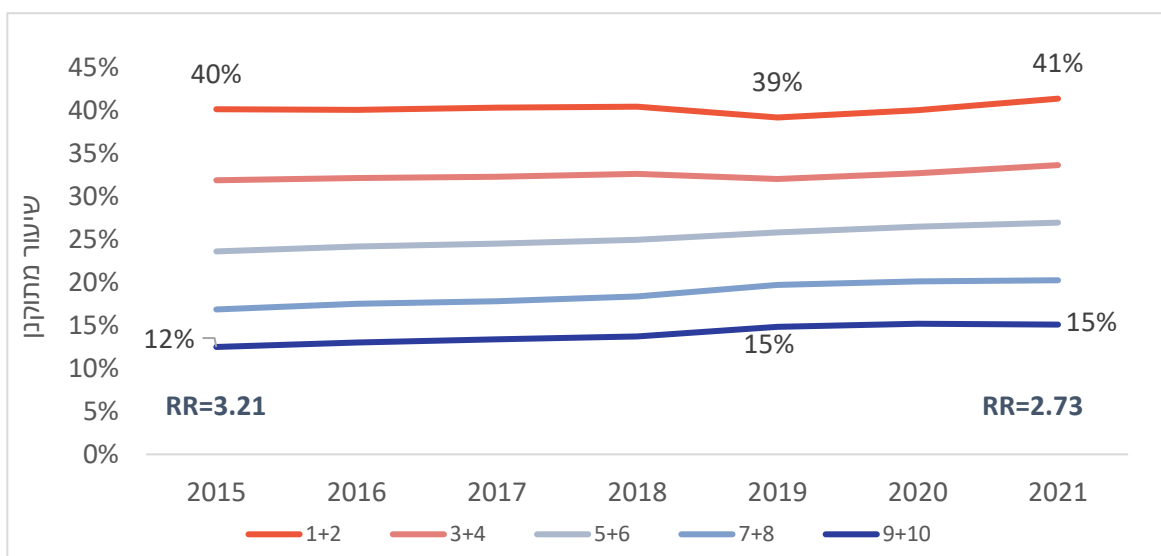
פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעור השמנת היתר הגבוה ביותר נצפה בקרב גברים המתגוררים בנפות נצרת (28.0%), ירושלים (27.1%) וגולן (26.9%) ובקרב נשים המתגוררות בנפות נצרת (34.1%), ירושלים (31.5%) ובאר שבע (31.2%). בנפות רחובות, פתח תקווה ותל אביב נצפה השיעור הנמוך ביותר של גברים (20.6%, 20.4% ו-15.4% בהתאמה) ונשים (22.1%, 22.0% ו-16.3% בהתאמה) עם השמנת יתר.

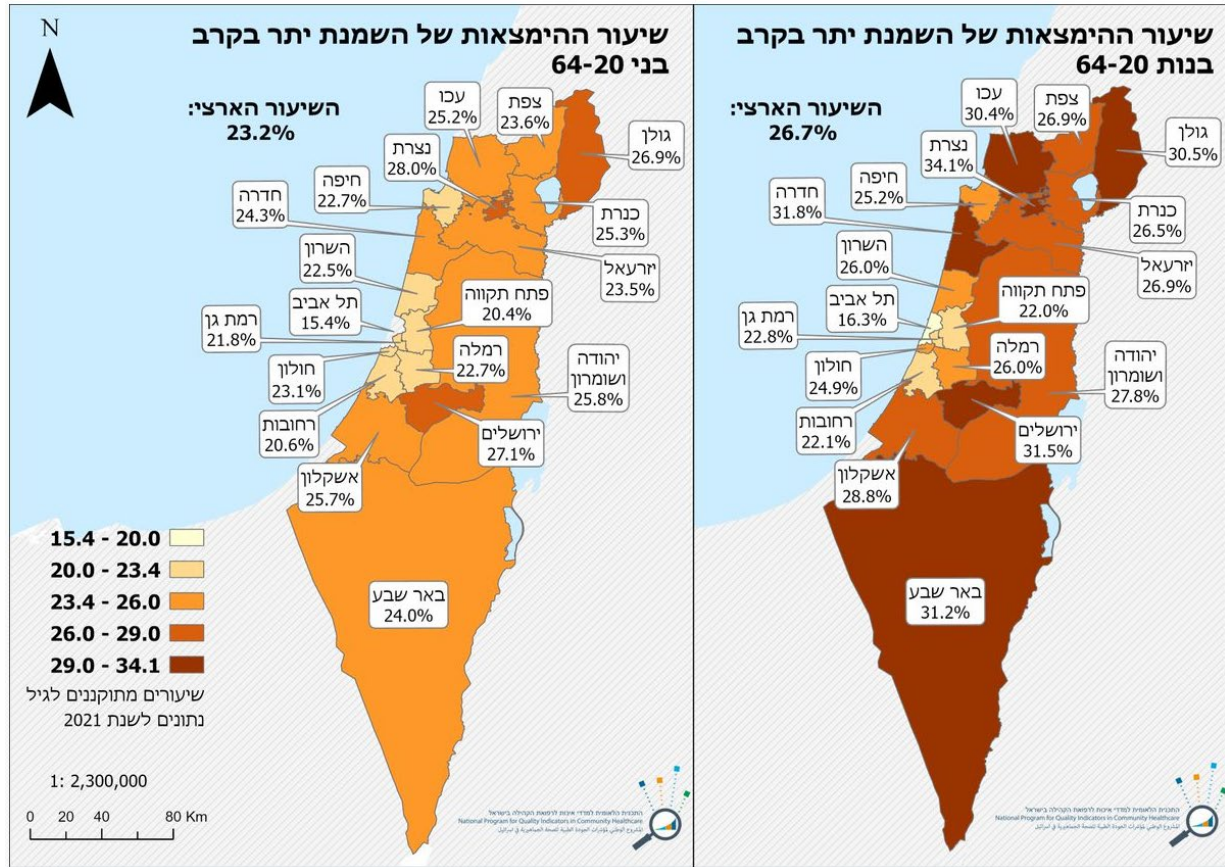
תרשים 7: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 20-64 לפי מצב חברתי-כלכלי



תרשים 8: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 20-64 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 6: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 20-64 לפי נפת מגורים



ד. שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84 –

הגדרת המדד: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

מכנה: מבוטחים בני 65-84 עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI, משקל: לפחות פעם אחת בשנת המדד, וגובה:

לפחות פעם אחת אחרי גיל 65.

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך BMI גדול או שווה מ- 30 ק"ג/מ"ר

מגמות לאורך זמן בשיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84 לפי מין ומצב חברתי-כלכלי

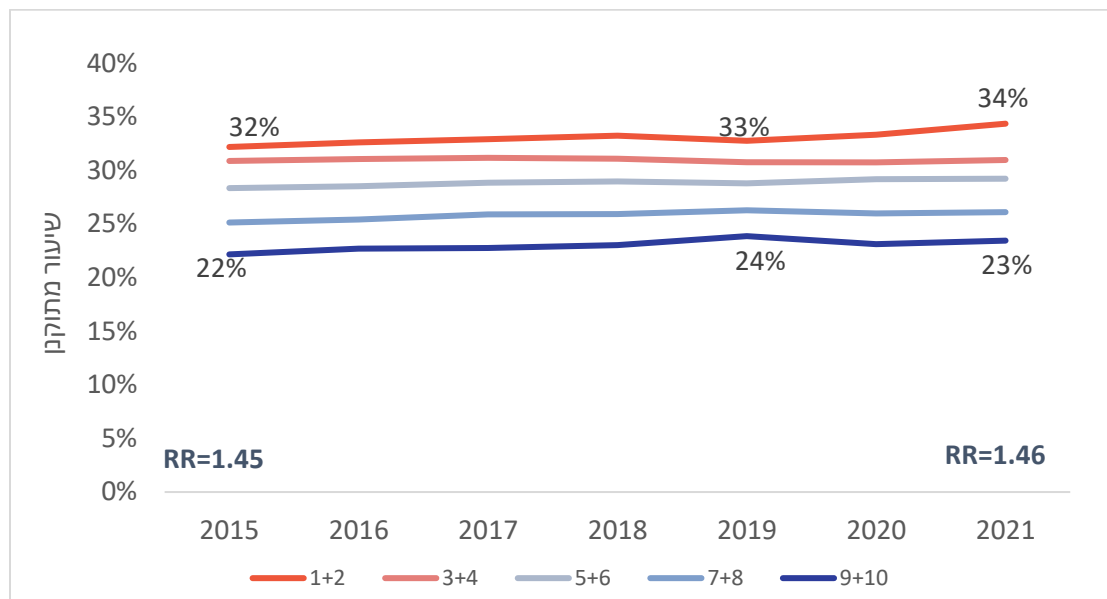
השיעור הארצי של הימצאות השמנת היתר בקרב נשים הינו גבוה יותר מזה של הגברים (37.5% ו-28.2% בהתאמה). לאורך השנים 2015-2021 נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר כמעט בכל שכבות האוכלוסייה ובקרב שני המינים. כך לדוגמה, שיעור השמנת היתר בקרב הגברים והנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה בשנים הללו ב-2.2% ו-1.9% בהתאמה. כמו כן, ניתן להבחין כי בשנת 2019 הייתה ירידה בשיעור השמנת היתר בקרב גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי נמוך ובינוני, אך בשנים שלאחר מכן נצפתה שוב מגמת עלייה. הירידה המשמעותית ביותר נראתה בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, עם ירידה של 2.5% בהשוואה לשנה הקודמת.

לאורך כל השנים, גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי נמוך הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים יותר לעומת גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי גבוה. בקרב הגברים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר נשאר כמעט ללא שינוי, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-1.45 בשנת 2015 ל-1.46 בשנת 2021. לעומת זאת, בקרב הנשים הפער הצטמצם מעט, כאשר יחס השיעורים ירד מ-2.35 בשנת 2015 ל-2.30 בשנת 2021. בנוסף על כך, ריבוד למצב חברתי-כלכלי הראה שיש פער משמעותי בין גברים לנשים שנמצאים במצב חברתי-כלכלי נמוך ובינוני (1+2, 3+4 ו-5+6). כך לדוגמה, בשנת 2021, בקרב אוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, שיעור השמנת היתר אצל גברים ונשים עמד על 34.4% ו-56.6% בהתאמה, בעוד שבקרב גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר שיעור ההימצאות עמד על 23.5% ו-24.6% בהתאמה.

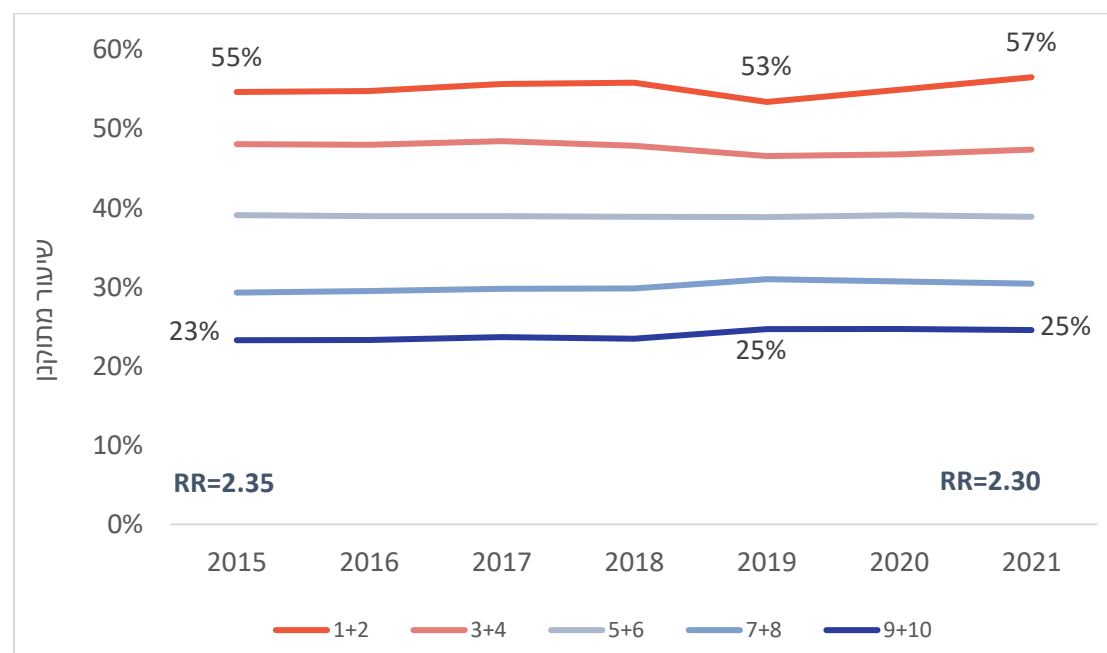
פערים מרחביים

בשנת 2021 בנפות גולן, נצרת ועכו נצפה השיעור הגבוה ביותר של גברים (35.7%, 34.1% ו-31.4% בהתאמה) ונשים (49.2%, 53.6% ו-47.7% בהתאמה) הסובלים מהשמנת יתר. בנפות רמת גן, פתח תקווה ותל אביב נצפה השיעור הנמוך ביותר של גברים (26.4%, 25.3% ו-23.5% בהתאמה) ונשים (31.1%, 30.8% ו-26.9% בהתאמה) הסובלים מהשמנת יתר.

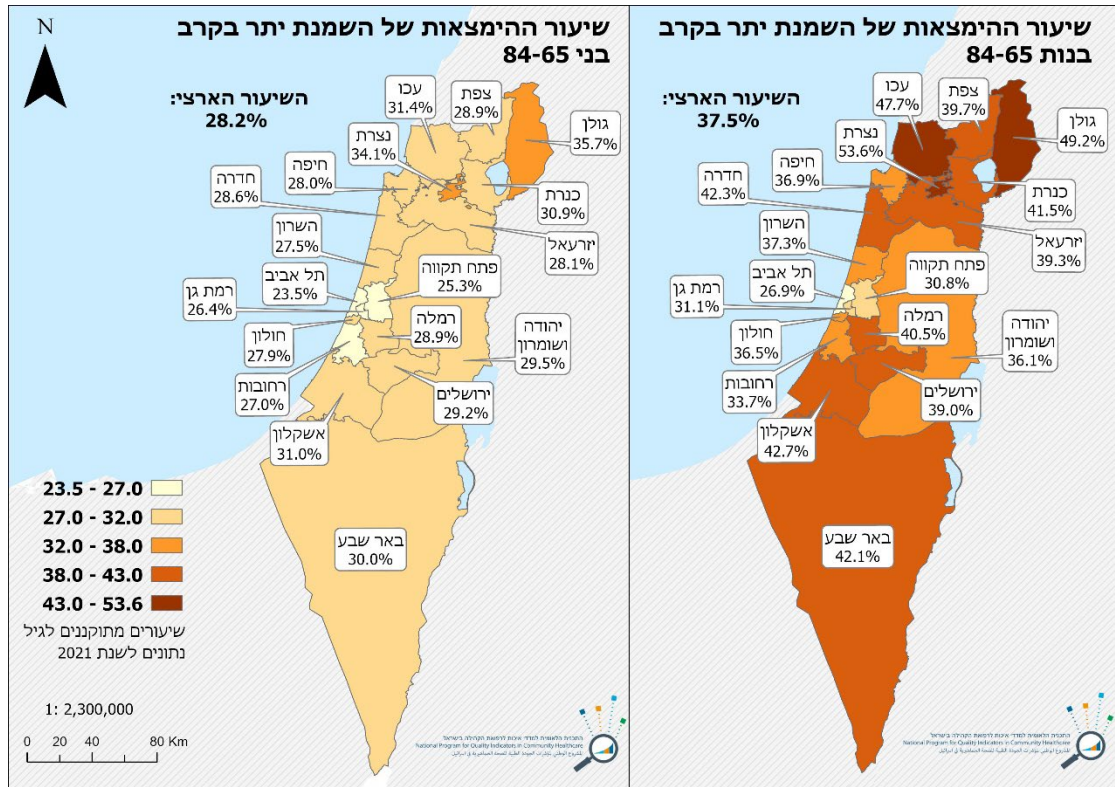
תרשים 9: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 65-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



תרשים 10: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 65-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 7: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 65-84 לפי נפת מגורים



דין

שיעורי השמנת היתר בישראל הולכים ועולים מאז 2015 והולכים ועולים עם הגיל הנמדד. כ-8% מהילדים בני ה-7 המאופיינים בהשמנת יתר, 12% מבני הנוער, 25% מהמבוגרים ו-33% מהקשישים. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר בכל שכבות הגיל נמצאו בקרב אנשים השייכים למעמד חברתי כלכלי נמוך ובפרט נמצא כי נשים בנות 20 ומעלה ממצב חברתי כלכלי נמוך סובלות מהשמנת יתר פי 2 ויותר בהשוואה לנשים ממצב חברתי כלכלי גבוה ופי 1.5 יותר בהשוואה לגברים ממצב חברתי כלכלי זהה. הבדלים חברתיים אלו נמצאו גם בארה"ב כאשר משווים שיעורי השמנת יתר לפי רמת השכלה.⁸

יש לציין כי מאז 2015 השיעור הגבוה ביותר של השמנת יתר היה בנשים ממצב חברתי כלכלי נמוך ובפרט בשנת 2021 בקרב נשים בנות 65 ומעלה (56.6%). המשמעות היא שכל אישה שניה בקבוצה זו היא עם אבחנה של השמנת יתר. בהסתכלות מרחבית, בקרב בני 20-64, נצרת וירושלים הן הנפות עם שיעורי ההשמנה הגבוהים ביותר בנשים ובגברים. בקרב הקשישים, נפות נצרת וגולן הן הנפות עם השיעורים הגבוהים ביותר. כפי שהוצג בפרק השיטות הערך החיצוני של המצב החברתי כלכלי בנצרת הוא 3 ובירושלים 4 (בסקלה של 1-10). הקשר בין השכלה נמוכה והשמנת יתר הודגם גם באירופה^{4,19} ובארה"ב⁸. בחקר מטה אנליזה של 21 מחקרים נמצא כי ישנו קשר בין מגורים בשכונה עם מאפיינים חברתיים כלכליים נמוכים והשמנה²⁰ ובין שייכות למצב חברתי כלכלי ירוד ותמותה כגורם סיכון עצמאי¹¹.

השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער נמצאת בעליה מאז 2013 עם עליה גדולה יותר לאחר תקופת מגפת הקורונה. בגיל 7 אין הבדלים בין שיעורי השמנת היתר בין בנים לבנות עם שיעור ארצי של 7.7% אשר נמוך מהשיעור באירופה שעומד על 12%⁴. בגיל 14-15 שיעור הבנים עם השמנת יתר גבוה מזה של הבנות (13.3% ו-10.3% בהתאמה) וגבוה מהשיעור באירופה של בני 10-19 שעומד על 6% לבנים ו-8% לבנות⁴.

בשנים 2019-2021 נראה כי ישנה הרחבה של הפערים בשיעורי השמנת היתר בבנים. נמצא כי בני נוער השייכים למצב החברתי כלכלי הגבוה הם בעלי שיעורי ההשמנה הנמוכים ביותר וללא שינוי מאז 2019 ואילו בקרב בנים השייכים למצב החברתי-כלכלי הנמוך היתה עליה של 3% בשיעורי השמנת היתר. שכיחות גבוהה יותר של השמנת יתר בבני נוער ממעמד חברתי נמוך נמצאה גם בארה"ב¹⁵ ובאירופה¹⁶ ואף הודגם כי ישנה עליה בשכיחות השמנת היתר בקרב בני נוער השייכים למעמד החברתי הנמוך וירידה בשיעורי השמנת היתר בנערים השייכים למעמד החברתי הגבוה¹⁵ בדומה לממצא בישראל.

נתון בולט הוא העליה בשיעור השמנת היתר בקרב בנים השייכים למצב החברתי כלכלי הנמוך ביותר לאחר הקורונה וכן השיעורים הגבוהים בנערים הגרים בנפת עכו ונצרת. העלייה בשיעורי השמנת היתר בתקופת הקורונה הודגמה גם במדינות נוספות^{21,22} ובפרט בבנים.

הגורמים להשמנת יתר הם מגוונים וכוללים בין היתר גורמים הקשורים בהרגלי תזונה ופעילות גופנית, גורמים

גנטיים, וגורמים סביבתיים המעודדים אורח חיים ישבני. יחד עם זאת, ארגון הבריאות העולמי קובע כי השמנה ניתנת למניעה וממליץ על מספר פעולות במבוגרים ובילדים הכוללים למשל מתן תכנית טיפול אישית, התערבות הכוללת את גם את הקהילה ואת בתי הספר ומתן טיפולים משלימים (פסיכולוגיים, תרופתיים או ניתוחיים). הספרות המדעית מתייחסת לשייכות למצב חברתי כלכלי נמוך כגורם סיכון לתחלואה כרונית^{10,11} מאחר והשמנת יתר בגיל הצעיר היא גורם סיכון משמעותי להשמנה בבגרות ולתחלואה נלווית בעקבותיה. ההמלצה היא לעודד התערבויות בגיל זה ובמיוחד בקרב צעירים השייכים למצב חברתי כלכלי נמוך^{12,15}.

בישראל יש קווים מנחים לטיפול בהשמנת יתר חמורה וראוי כי ינוסחו כאלו שמתייחסים בנפרד לרבדים שונים באוכלוסיה הכוללים גיל, מין, רמה חברתית כלכלית ואזור מגורים .

רשימת ספרות

1. Vaamonde, J. G. & Álvarez-Món, M. A. Obesity and overweight. *World Health Organization* vol. 13 at <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.07.010> (2021).
2. Bhaskaran, K., Dos-Santos-Silva, I., Leon, D. A., Douglas, I. J. & Smeeth, L. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3·6 million adults in the UK Krishnan. *Lancet Diabetes Endocrinol.* **6**, 944–953 (2018).
3. Ogden, C. L. *et al.* Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Adults Aged 20 and Over: United States, 1960–1962 Through 2017–2018. *Natl. Cent. Heal. Stat.* **324**, (2020).
4. World Health Organisation. *WHO European Regional Obesity Report 2022.* (2022).
5. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת ההקילה בישראל. (2002).
6. Ward, Z. J. *et al.* Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. *N. Engl. J. Med.* **377**, 2145–2153 (2017).
7. Ogden, C. L. *et al.* Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Children and Adolescents Aged 2–19 Years: United States, 1963–1965 Through 2017–2018. *Natl. Cent. Heal. Stat.* **324**, (2020).
8. Ogden, C. L., Lamb, M. M., Carroll, M. D. & Flegal, K. M. Obesity and socioeconomic status in adults: United States, 2005–2008. *NCHS Data Brief* **127**, 1–8 (2010).
9. OECD European Union. *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU.* (2022).
10. Stringhini, S. *et al.* Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: Multi-cohort population based study. *BMJ* **360**, (2018).
11. Stringhini, S. *et al.* Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet* **389**, (2017).
12. Homs, C. *et al.* Independent and Joined Association between Socioeconomic Indicators and Pediatric Obesity in Spain: The PASOS Study. *Nutrients* **15**, 1–13 (2023).
13. Ogden, C. L. *et al.* Morbidity and Mortality Weekly Report Prevalence | Prevalence of Obesity Among Youths by Household Income and Education Level of Head of Household-

- United States 2011-2014. *US Dep. Heal. Hum. Serv. Dis. Control Prev.* **67**, 186–189 (2018).
14. Frederick, C. B., Snellman, K. & Putnam, R. D. Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* **111**, (2014).
 15. Buoncristiano, M. *et al.* Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. *Wiley Obes. Rev.* **22**, 1–15 (2021).
 16. משרד הבריאות. סקר הערכת גדילה, התפלגות לפי מחוז.
 17. (2019). הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2011-2017.
 18. Mohammed, S. H. *et al.* Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ Open* **9**, 1–12 (2019).
 19. Vogel, M. *et al.* Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *Int. J. Obes.* **46**, 144–152 (2022).
 20. NHS Digital. National Child Measurement Programme, England, 2021/22 school year. *National Child Measurement Programme* <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/national-child-measurement-programme/2020-21-school-year/age> (2022).

סוכרת – המצאות, איזון ופגיעה כלייתית

מבוא

סוכרת מסוג 2 הינה מחלה מטבולית המאופיינת ברמת גלוקוז גבוהה בנסיוב כתוצאה מתנגודת לאינסולין ברקמות הגוף, במקביל לחסר יחסי של אינסולין ויצור יתר של גלוקוז בכבד. בעולם ישנה עליה מתמשכת בשיעורי ההימצאות סוכרת, והיא נחשבת לאחד ממצבי החירום החשובים ביותר בתחום הבריאות במאה ה-21. העלייה בהימצאות הסוכרת נובעת משילוב של עלייה בתוחלת החיים ועלייה בהימצאות גורמי הסיכון העיקריים באוכלוסייה, הכוללים הרגלי אכילה לקויים, עודף משקל, השמנה והיעדר פעילות גופנית. בישראל, כמו במדינות אחרות, סוכרת היא בין המחלות הכרוניות השכיחות ביותר ומהווה נטל כבד על מערכת הבריאות, על החולה ועל משפחתו.¹ על פי נתוני התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שיעור ההימצאות של חולי סוכרת בקרב האוכלוסיה הבוגרת בישראל הוא 9.8% (כ-550,000 איש)². בשנת 2019 נרשמו 7,095 מקרי פטירה מסוכרת בארץ (5%-6% ממקרי הפטירה בגברים ונשים בהתאמה) והיא היתה גורם התמותה השלישי בחשיבותו, לאחר שאתות ממאירות ומחלות לב. בניגוד לגורמי תמותה אלו שיעורי התמותה מסוכרת בישראל גבוהים פי 2.2 בהשוואה למדינות אירופה³. הטיפול במחלת הסוכרת נועד להשיג איזון מטבולי במשק הגלוקוז בגוף ולמנוע, בטווח הארוך, סיבוכים ופגיעה באיברי מטרה שונים: לב, כליות, מערכת העצבים המרכזית וההיקפית, עיניים וגפיים. אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעילות הטיפול ומידת האיזון של חולי סוכרת הוא בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכרר בנסיוב (HbA1c). הבדיקה משקפת את מידת איזון הסוכרת ב-2-3 החודשים שקדמו לה, והיא בעלת ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה⁴. אחד מהסיבוכים החשובים והשכיחים של סוכרת היא פגיעה כלייתית, המופיעה ב-20%-40% מחולי הסוכרת⁵. בישראל, סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לאי ספיקת כליות סופנית והזדקקות לדיאליזה⁶.

בשנים האחרונות, הולכת וגוברת ההכרה בחשיבותם של הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות (SDOH - Social Determinants Of Health), וביניהם מצב חברתי-כלכלי, בקביעת מצב הבריאות ופערי בריאות, במיוחד במחלות לא מדבקות כמו סוכרת. בקווי המנחה העדכניים שלה, האגודה האמריקאית לסוכרת המליצה, לראשונה, להתייחס לגורמים החברתיים כחלק בלתי נפרד מתכנית הטיפול בסוכרת⁷. הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לסיכון להתפתחות סוכרת וסיבוכיה, הוא קשר מבוסס היטב לפחות בארצות המפותחות בעולם. במאמר סקירה שיטתית שהתמקד במחקרים שבוצעו בארה"ב⁸, הוגדר מצב כלכלי-חברתי לפי שלושה משתנים: הכנסה, השכלה ומצב התעסוקה. ככל שהמצב הכלכלי-חברתי היה נמוך יותר כך עלה הסיכון לתחלואה בסוכרת, התפתחות סיבוכים ותמותה מוקדמת. השיפוע של הקשר היה תלול ביותר במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר. הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך וסוכרת נצפה גם ברמה האישית וגם ברמה הקהילתית, כאשר באיזורים בעלי מצב חברתי-כלכלי נמוך נמצאה שכיחות גבוהה יותר של סוכרת וסיבוכיה, וההשפעה של המאפיינים האישיים

והקהילתיים היתה סינרגיסטית. זאת ועוד, בארה"ב נצפתה מגמה של הגדלת הפערים עם השנים, כלומר, היתה עלייה בסיכון היחסי של אוכלוסייה ממצב חברתי-כלכלי נמוך לעומת גבוה לתחלואה מסוכרת⁸. מאפיינים חברתיים נוספים, הכרוכים במצב החברתי-כלכלי, נמצאו גם הם כקשורים לתחלואה ולתוצאים של סוכרת; מגורים ארעיים נקשרו באיזון פחות טוב של סוכרת. חשיפה למזהמים סביבתיים (ארסן, תוצרי פלסטיק וזיהום אוויר) הגבירו את הסיכון לסוכרת, ולעומת זאת איזורי מגורים שמעודדים פעילות גופנית (פארקים, סביבה פתוחה ירוקה) נקשרו בסיכון נמוך יותר להתפתחות השמנה וסוכרת. גם חוסר ביטחון תזונתי וגישה קלה למקורות מזון לא בריא (כמו מסעדות אוכל מהיר במקום סופרמרקטים) היו כרוכות בעליה בשיעורי סוכרת. בארה"ב, שבה אין ביטוח בריאות אוניברסלי, ההיענות לטיפול התרופתי בסוכרת מושפעת מהיכולת העצמית לרכוש תרופות ולכן מהמצב החברתי-כלכלי. כמו כן, קיימת השפעה גדולה לנגישות לשירותים רפואיים ולאיכותם, בראש ובראשונה לעצם קיומו של ביטוח בריאות. גם שיוך מגזרי (שחורים, היספנים, לבנים) קשור בארה"ב בפערים חברתיים-כלכליים ולכן בתחלואה ובתוצאים של סוכרת⁸. מאמר סקירה נוסף, אשר התמקד בארצות אירופה⁹, העלה ממצאים דומים. במאמר מצויין כי הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך והסיכון לסוכרת תלוי לא רק בגורמים כמו השמנה, תזונה לקויה ואורח חיים יושבני אלא גם בגורמים פסיכולוגים כמו מצב של דחק ותחושת חוסר אונים. כמו כן, המחברים מדגישים את הצורך להתחשב בגורמים חברתיים-כלכליים, בנוסף לגורמים פיזיולוגיים, כדי להגדיר אוכלוסיות לישוג לצורך סיקור לסוכרת¹⁰.

עפ"י נתונים של המרכז למניעת מחלות בקנדה, אנשים ברבעון ההכנסה הנמוך ביותר הם בעלי שיעורי הימצאות של סוכרת הגבוהים פי 2.1 מיתר האוכלוסייה, נוטים לאכול פחות ירקות ופירות, לבצע פחות פעילות גופנית ולסבול מהשמנת יתר. למרות שהסיכון לפתח סוכרת גבוה פי 1.5 בגברים לעומת נשים, הסיכון היחסי של נשים מרבעון ההכנסה התחתון לעומת רבעון ההכנסה העליון לפתח סוכרת גבוה לעומת גברים^{11,12}. גם באוסטרליה, שבה מצב חברתי-כלכלי נמוך קשור בתחלואה ותמותה גבוהים מסוכרת, הסיכון היחסי בקרב נשים ממצב חברתי-כלכלי נמוך לעומת נשים ממצב חברתי-כלכלי גבוה הוא גדול יותר בהשוואה לגברים. כלומר, בנשים, הסיכון לתחלואה ותמותה מושפע בעוצמה רבה יותר ממשתנים חברתיים-כלכליים¹³.

במאמר סקירה שיטתית אשר בדק את הפערים החברתיים-כלכליים בהתפתחות סיבוכי סוכרת¹⁴, נמצא כי מצב חברתי-כלכלי נמוך היה קשור בשיעור גבוה יותר של רטינופתיה, מחלה כלילית, נפרופתיה ורגל סוכרתית.

בישראל קיימים פערים חברתיים-כלכליים ופערים מגזריים בהימצאות, איזון ותמותה מסוכרת. מחקר שהתבסס על נתוני קופ"ח מכבי הדגים שיעורי הימצאות גבוהים של סוכרת כמו גם שיעורים גבוהים של חוסר איזון בקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי נמוך ובקרב המגזר הערבי¹⁵. מחקר של קופ"ח כללית הצביע על שיעורי היארעות והימצאות גבוהים בהרבה בחברה הערבית לעומת היהודית, ובמיוחד בקרב נשים ערביות מעל גיל 60¹⁶. עפ"י דו"ח רישום הסוכרת הלאומי לשנת 2019, שיעור ההימצאות של סוכרת בישראל, כמו גם שיעור האיזון הגליקמי

של חולים סוכרתיים הם בעלי קשר הפוך למעמד חברתי-כלכלי¹⁷. כמו כן, שיעורי ההימצאות של סוכרת בקרב האוכלוסייה הערבית והבדואית גבוהים באופן משמעותי בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, וההימצאות באוכלוסייה החרדית גבוהה ביחס לאוכלוסייה היהודית הכללית¹⁷. עפ"י נתוני הלמ"ס מ-2017, שיעורי התמותה המתוקננים לגיל מסוכרת גבוהים פי 2.3 בחברה הערבית לעומת היהודית¹⁸. גורמים שנחשבים כתורמים להימצאות גבוהה של סוכרת במגזר הערבי הם השמנה, העדר פעילות גופנית, אוריות בריאות נמוכה ויתכן גורמים גנטיים^{19,20}. ב-2019 השיק משרד הבריאות תכנית לשיפור מצב הבריאות בחברה הערבית וצמצום פערים, כאשר אחד הנושאים המרכזיים הוא נושא ההשמנה והסוכרת²¹.

בפרק הסוכרת זה יוצגו ארבעה מדדי איכות:

- א. שיעור ההימצאות של סוכרת באוכלוסייה הבוגרת
- ב. שיעור חולי הסוכרת עם רמות מאוזנות של המוגלובין מסוכרר
- ג. שיעור חוסר האיזון בקרב חולי סוכרת
- ד. שיעור הפגיעה הכלייתית בקרב חולי סוכרת

תוצאות - פערים לפי מין, מצב חברתי-כלכלי, נפת מגורים

א. שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים שהוגדרו כחולי סוכרת על פי רכישת תרופות לסוכרת או בדיקות מעבדה, בשנה שקדמה לשנת המדד.

מכנה: כלל המבוטחים בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות לסוכרת, או בעלי תיעוד של רמת גלוקוז מעל 200 מ"ג/ד"ל (בשתי בדיקות שונות, בהפרש של לפחות 30 יום זו מזו) או רמת HbA1c מעל 6.5%, בשנה שקדמה לשנת המדד.

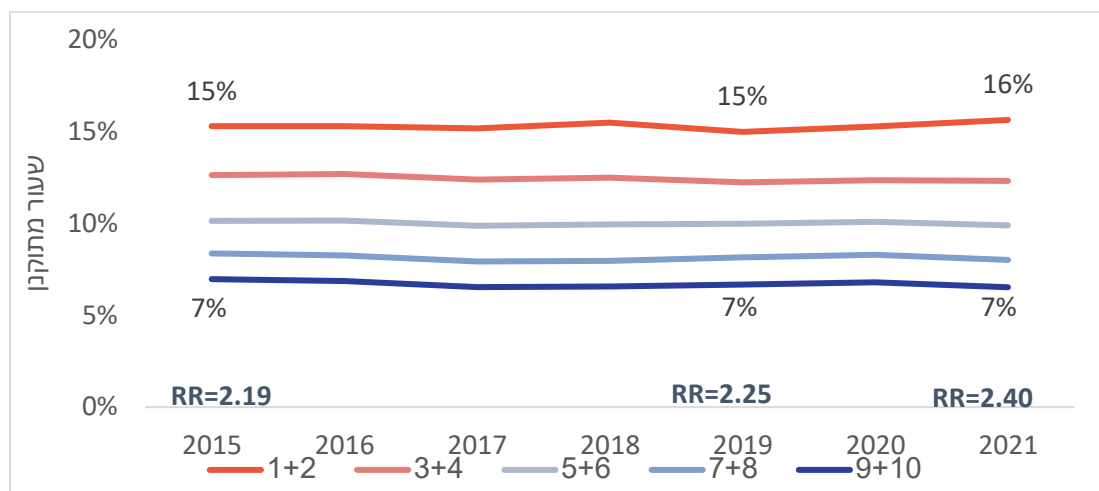
מגמות בשיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

השיעור הארצי של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה עמד על 9.8%. במהלך השנים 2015-2021 הימצאות המחלה נותרה פחות או יותר קבועה, עם ירידה קטנה בהימצאות, בכל שכבות האוכלוסייה, פרט למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר. כך לדוגמה, שיעורי הסוכרת בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר ירדו ב-0.5%, בעוד שבקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר נצפתה עליה של 0.3%. העליה הבולטת ביותר בשיעור ההימצאות של סוכרת בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר היתה בין השנים 2019 ו-2021. לאורך כל השנים, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לשיעורי הסוכרת. שיעורי הסוכרת הגבוהים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ושיעורי הסוכרת הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר שיעור ההימצאות של הראשונים היה גדול יותר מפי שניים בהשוואה לזה של האחרונים (15.6% לעומת 6.5% בשנת 2021). כמו כן, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל במהלך השנים, כאשר יחס השיעורים עלה מ-2.19 בשנת 2015 ל-2.40 בשנת 2021.

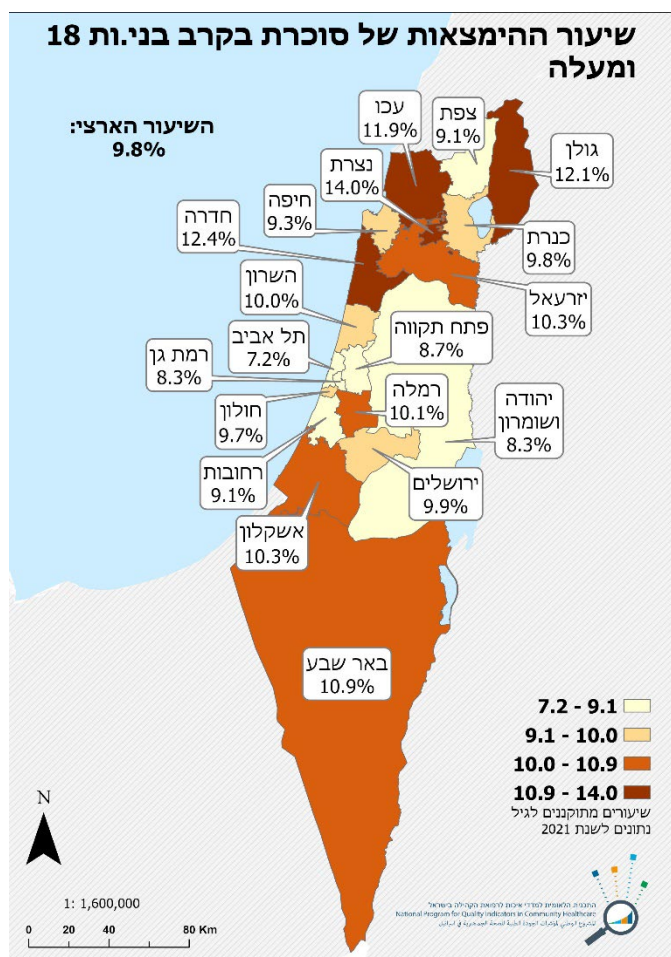
פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעורי הסוכרת הגבוהים ביותר נצפו בנפות נצרת (14.0%), חדרה (12.4%) וגולן (12.1%). בנפות רמת גן (8.3%), יהודה ושומרון (8.3%) ותל אביב (7.2%) נצפה השיעור הנמוך ביותר של חולי סוכרת.

תרשים 11: שיעור ההימצאות של סכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 8: שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי נפה



ב. שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 18-84 עם רמת HbA1c מאוזנת

מכנה: חולי סוכרת בני 18-84 אשר ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

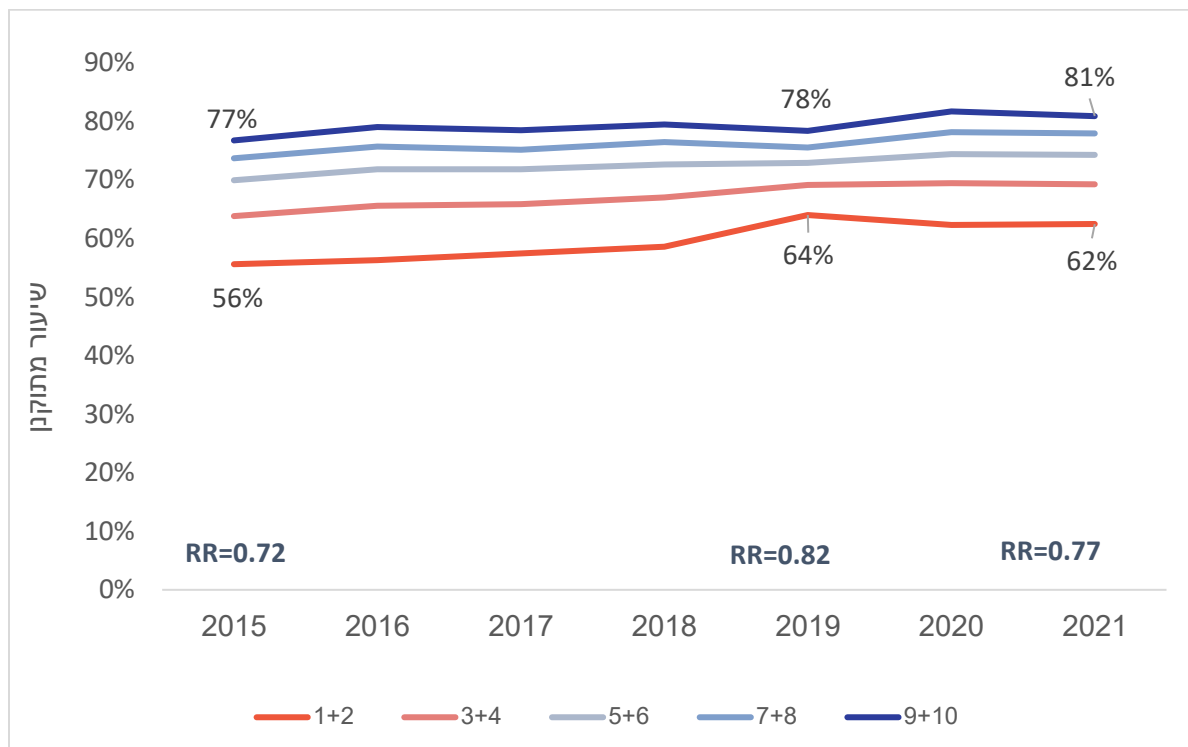
מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת ה-HbA1c נמצאת בטווח הנחשב מאוזן עבורם: נמוכה או שווה ל-8% בקרב חולים בני 75 ומעלה או עם וותק מחלה העולה על 10 שנים, ונמוכה או שווה ל-7% בקרב שאר חולי הסוכרת.

מגמות בשיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

לאורך כל תקופת המעקב, 2015-2021, נצפה קשר ישר בין המצב החברתי-כלכלי לשיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בקרב בני 18-84; ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעורי האיזון היו גבוהים יותר. בנוסף, נצפתה עליה יפה בשיעורי איזון הסוכרת: שיעור איזון הסוכרת בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה מ-55.6% בשנת 2015 ל-62.5% בשנת 2021. במקביל, בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עלה מ-76.8% בשנת 2015 ל-80.9% בשנת 2021. יצויין כי בשנת 2020 המשיכה מגמת השיפור בשיעורי איזון הסוכרת בקהילה, פרט למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר (ירידה של 1.7% בשיעור המאוזנים). ב-2021 הייתה עליה קלה של שיעורי האיזון בפלח אוכלוסיה זו, בעוד שבקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי גבוה נרשמה ירידה מינימאלית בשיעורי האיזון.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך השנים 2015-2021. בין השנים 2015-2019 הפער הצטמצם, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-0.72 בשנת 2015 ל-0.82 בשנת 2019. בשנת 2021 יחס השיעורים עמד על 0.77, דבר המעיד על הרחבת הפער, בהשוואה לשנת 2019.

תרשים 12: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



ג. שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ-9%

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה, שביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה בעלי תוצאה אחרונה של בדיקת ה-HbA1c הגבוהה מ-9%

מגמות בשיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

במהלך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת ירידה בשיעורי חוסר איזון הסוכרת בקרב בני 18 ומעלה, כאשר הירידה המשמעותית ביותר התרחשה בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר, עם ירידה של 3.2% בין השנים הללו. בין השנים 2018-2019 התרחשה ירידה חדה של 2.5% בשכבת אוכלוסייה זו ובשנים שלאחר מכן שיעור עלה מעט ועמד על 14.1% בשנת 2021.

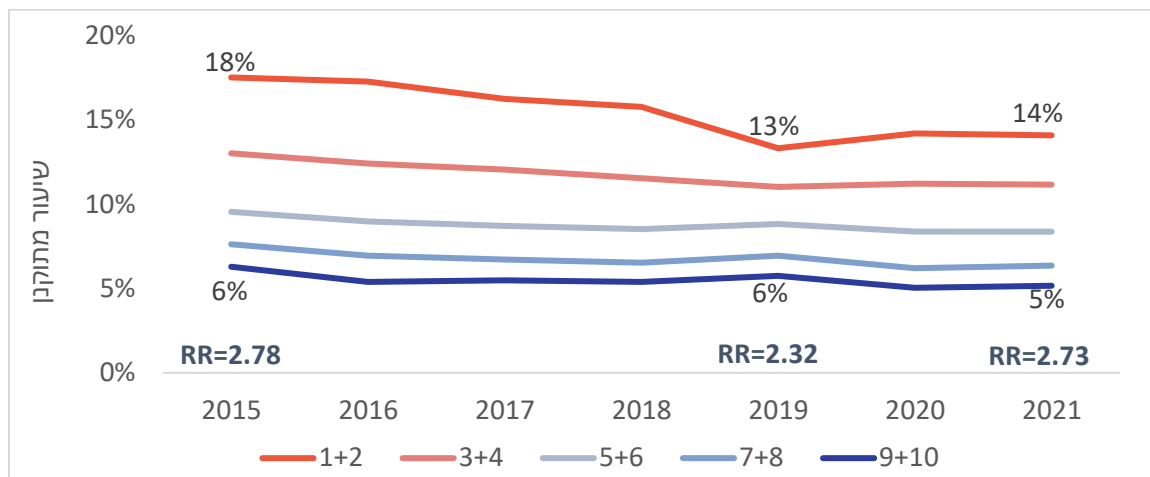
לאורך תקופת המעקב, בין 2015-2021, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לשיעור בעלי רמת HbA1c לא מאוזנת: ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעורי חוסר האיזון היו נמוכים יותר. כלומר, שיעורי חוסר האיזון הגבוהים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר ושיעורי חוסר האיזון הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר השיעור של הראשונים היה גדול יותר מפי שניים בהשוואה לזה של האחרונים (14.1% לעומת 5.2% בשנת 2021).

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך השנים 2015-2021. בין השנים 2015-2019 הפער הצטמצם, כאשר יחס השיעורים (RR) ירד מ-2.78 בשנת 2015 ל-2.32 בשנת 2019. בשנת 2021 יחס השיעורים עמד על 2.73, דבר המעיד על הרחבת הפער, בהשוואה לשנת 2019.

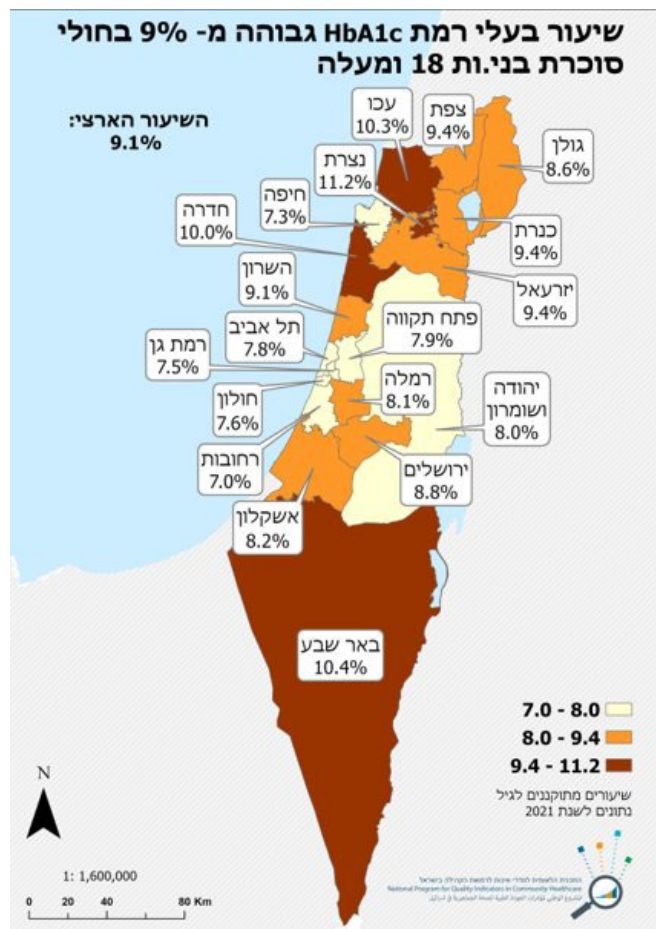
פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעורי חוסר איזון הסוכרת הגבוהים ביותר נצפו בנפות נצרת (11.2%), עכו (10.3%), באר שבע (10.4%) וחדרה (10.0%). בנפות רחובות (7%), חיפה (7.3%), רמת גן (7.5%), חולון (7.6%) ותל אביב (7.8%) נצפה השיעור הנמוך ביותר של חולי סוכרת בלתי מאוזנים.

תרשים 13: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 9: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי נפה



ד. שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

הגדרת המדד: שיעור חולי הסוכרת בני 18 עד 84 עם פגיעה כלייתית אשר אובחנה על סמך בדיקה לא תקינה של תפקודי כליות ו/או הפרשה פתולוגית של חלבון/אלבומין בשתן בשנה הקודמת לשנת המדד.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 עד 84 אשר ביצעו בדיקה להפרשת חלבון בשתן (מיקרואלבומינוריה, פרוטאינוריה, יחס אלבומין לקראטינין או יחס חלבון לקראטינין) ו/או להערכת התפקוד הכלייתי (רמת קראטינין, GFR או eGFR) בשנה הקודמת לשנת המדד.

מונה: מספר המבוטחים במכנה המקיימים לפחות אחד מהתנאים הבאים בשנה הקודמת לשנת המדד, על סמך הבדיקה האחרונה:

1. בדיקה לא תקינה של הפרשת חלבון או אלבומין בשתן: (הפרשת אלבומין בשתן גבוהה מ-30 מ"ג/יום) או (הפרשת חלבון בשתן גבוה מ-150 מ"ג/יום) או (יחס אלבומין לקראטינין גבוה מ-30 מ"ג/גרם) או (יחס חלבון לקראטינין גבוה מ-200 מ"ג/גרם או 0.2 מ"ג/מ"ג).

או:

2. אם קיים ערך של eGFR/GFR אז: הערך נמוך מ-60 מ"ל/דקה/1.73 מ². אם לא קיימים ערכי eGFR/GFR אז קראטינין גבוה מ-1.5 מ"ג/ד"ל (132 מיקרומול/ליטר).

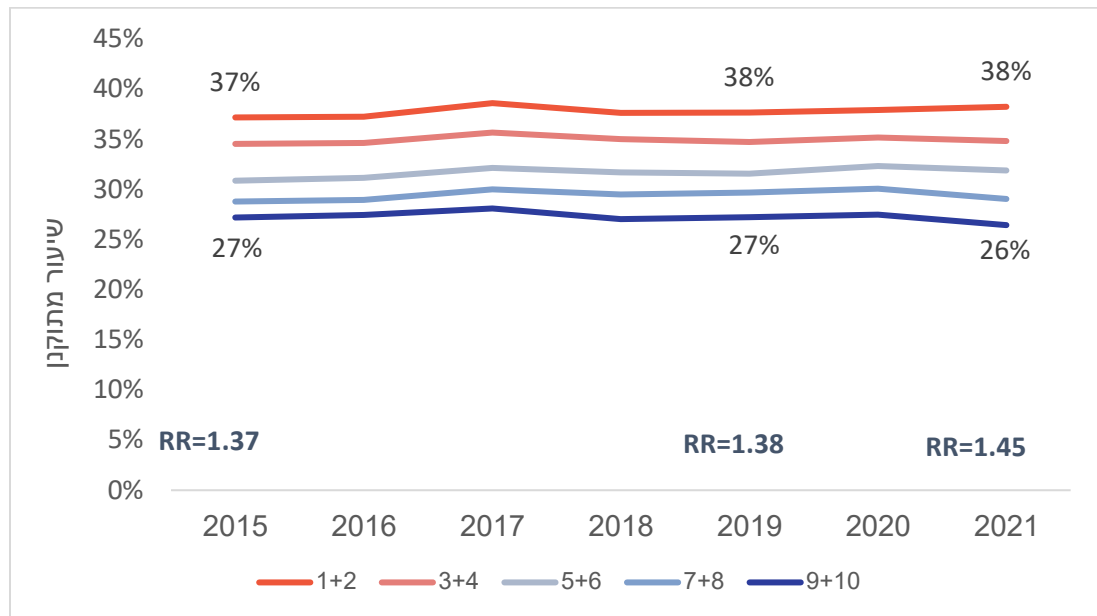
מגמות בשיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

במהלך השנים 2015-2021 נצפתה עליה מתונה בשיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בכל שכבות האוכלוסייה, פרט למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר. כך לדוגמה, שיעורי הסוכרת בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלו ב-1.1%, בעוד שבקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר נצפתה ירידה של 0.8%.

לאורך כל השנים, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לשיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית. השיעורים הגבוהים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר בשנת 2021 שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית עמד על 38.2% ו-26.4% בהתאמה.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל במהלך השנים, זאת בעקבות העלייה בשיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בקרב האוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר וירידה בשיעור באוכלוסייה במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר יחס השיעורים עלה מ-1.37 בשנת 2015 ל-1.45 בשנת 2021.

תרשים 14: שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



דין

מחלת הסוכרת היא אחד מאתגרי הבריאות הגדולים והחשובים של המאה ה-21. בישראל נטל התחלואה והתמותה מסוכרת הוא משמעותי ביותר וגבוה בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה בישראל, קיים מערך נרחב של מדדי איכות בתחום הסוכרת². מתוכם נבחרו ארבעה מדדים אשר הוצגו בדוח פערים זה: שיעור ההימצאות של סוכרת באוכלוסייה הבוגרת, שני מדדי איזון גליקמי (שיעור חולי הסוכרת עם רמות מאוזנות של המוגלובין מסוכרר ושיעור חוסר האיזון בקרב חולי סוכרת) ושיעור הפגיעה הכלייתית בקרב חולי סוכרת.

לכל אורך תקופת המעקב, בין השנים 2015-2021, נצפה קשר ברור, בעל גרדיאנט רציף, בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין שיעור הימצאות גבוה של סוכרת, איזון גליקמי לא מיטבי ושיעור הימצאות גבוה של פגיעה כלייתית. הפערים עפ"י מצב חברתי-כלכלי היו מאד גדולים: בשנת 2021 שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב מבוטחים בוגרים ממצב חברתי-כלכלי נמוך היה גבוה פי 2.4 בהשוואה למבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר (15.6% לעומת 6.5% בהתאמה). שיעור החולים עם ערכי המוגלובין מסוכרר מאוזנים היה גבוה פי 1.3 בקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי גבוה (80.9% לעומת 62.5%), ולעומת זאת שיעור הבלתי מאוזנים היה גבוה פי 2.73 בקרב חולים ממצב חברתי-כלכלי נמוך (14.1% לעומת 5.2%). לאור הפערים הגדולים באיזון הסוכרת אין זה מפתיע שחולים ממצב חברתי-כלכלי נמוך פיתחו סיבוכים כלייתיים בשיעור גבוה יותר (38.2% לעומת 26.4, פי 1.45). ממצאים אלו עומדים בהלימה למה שידוע מארצות מפותחות אחרות בעולם, כפי שתואר לעיל. מבחינה גאוגרפית, שיעורי ההימצאות הגבוהים ביותר של סוכרת נרשמו בנפות נצרת, חדרה, גולן ועכו. שיעורי חוסר האיזון הגבוהים ביותר נרשמו בנפות נצרת, באר שבע, עכו וחדרה. נפות אלו הן בעלות מצב חברתי-כלכלי חציוני נמוך יחסית (דרוג 3-5), יש בהן אוכלוסייה ערבית גדולה והן מציגות שיעורי השמנה גבוהים במיוחד (ראה פרק קידום בריאות).

במהלך תקופת המעקב חל שיפור ניכר באיזון הגליקמי של חולים סוכרתיים בארץ, בעוד שהימצאות סוכרת ושיעורי הפגיעה הכלייתית נשארו פחות או יותר יציבים. עד שנת 2019, השיפור באיזון הגליקמי היה בולט בעיקר בחולי סוכרת ממצב חברתי-כלכלי נמוך, ולווה בצמצום פערי האיזון בהשוואה לחולי סוכרת ממצב חברתי-כלכלי גבוה. במקביל, נרשמה בתקופה 2015-2019 ירידה קלה בשיעור ההימצאות של סוכרת בכל שכבות האוכלוסייה. בשנת 2020, שבה התחוללה מגפת הקורונה, המשיכה מגמת השיפור באיזון הסוכרת ברב שכבות האוכלוסייה, פרט לחולי הסוכרת מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך שבהם נצפתה פגיעה באיזון הסוכרת, וכתוצאה מכך הגדלת פערי האיזון. כמו כן, בקבוצה זו נרשמה עליה בשיעור ההימצאות של סוכרת. יצוין כי במקביל, בשנים 2020-2021, נרשמה גם עלייה בשיעורי ההשמנה בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, שהייתה בולטת בעיקר במבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (ראה פרק קידום בריאות).

היחס בין מגפת הקורונה לתחלואה בסוכרת הוא יחס מורכב של השפעה הדדית. חולי סוכרת, ובמיוחד חולים עם רמות גלוקוז בלתי מאוזנות, הם בעלי סיכון גבוה יותר לתחלואה קשה בקורונה, להתפתחות סיבוכי המחלה ולתמותה. מאידך, נמצא כי בחולי סוכרת שלקו בקורונה היתה פגיעה באיזון הגליקמי²². בנוסף, אנשים שלקו בקורונה מצויים בסיכון גבוה ב-66% להיות מאובחנים עם סוכרת חדשה²³. בשנים 2020-2021, בנסיון לצמצם את מימדי מגפת הקורונה, ננקטו בעולם צעדים של סגר וריחוק חברתי אשר הביאו לירידה חדה בשימוש בשירותי בריאות כמו גם לעליה בשיעורי ההשמנה, תחושת דחק וירידה בפעילות הגופנית. הללו הביאו, לפחות עפ"י חלק מהדיווחים, לפגיעה באיזון רמות הגלוקוז בקרב חולי סוכרת מסוג 2²².

הממצאים שלפנינו, המדגימים כי בשנת 2020 חלה פגיעה באיזון הסוכרת במקביל לעליה בהימצאות הסוכרת, אשר היו בולטות במיוחד בקרב אוכלוסייה מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך, מחייבים התייחסות והמשך מעקב.

רשימת ספרות

1. משרד הבריאות. המדריך לטיפול בסוכרת. המועצה הלאומית לסוכרת. (2019).
2. התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל דו"ח לשנים 2017-2021. (2021).
3. אגף המידע משרד הבריאות. 2000-2019 סיבות מוות מובילות בישראל ואומדן שיעור התמותה בשנים 2020-2021. (2022).
4. Elsayed, N. A. *et al.* Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* **46**, S97–S110 (2023).
5. Elsayed, N. A. *et al.* Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes. *Diabetes Care* **46**, (2023).
6. *Renal Replacement Therapy in Israel 1990-2015. ICDC Publication No. 367.*
7. Elsayed, N. A. *et al.* Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* **46**, S10–S18 (2023).
8. Hill-Briggs, F. *et al.* Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care* **44**, 258–279 (2021).
9. Kyrou, I. *et al.* Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: A narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC Endocr. Disord.* **20**, 1–13 (2020).
10. Gaygisiz, Ü., Lajunen, T. & Gaygisiz, E. Socio-economic factors, cultural values, national personality and antibiotics use: A cross-cultural study among European countries. *J. Infect. Public Health* **10**, 755–760 (2017).
11. Public Health Agency of Canada. Inequalities in diabetes and related risk factors: Comparing Canadian adults by income level. 2017–2018 (2022).
12. Public Health Agency of Canada. Inequalities in Diabetes in Canada. 180786 (2019).
13. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease , diabetes and chronic kidney disease. *Aust. Inst. Heal. Welf.* 0–1 (2016).
14. Tatulashvili, S. *et al.* Socioeconomic inequalities and type 2 diabetes complications: A systematic review. *Diabetes Metab.* **46**, 89–99 (2020).
15. Wilf-Miron, R. *et al.* Disparities in diabetes care: Role of the patient's socio-demographic characteristics. *BMC Public Health* **10**, (2010).

16. Jaffe, A. *et al.* Adult Arabs have higher risk for diabetes mellitus than Jews in Israel. *PLoS One* **12**, 4–12 (2017).
17. משרד הבריאות. דוח רישום הסוכרת הלאומי לשנת 2019. המרכז הלאומי לבקרת מחלות.
18. (2019). הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סיבות מוות בישראל, 2017.
19. Sharkia, R., Sheikh-Muhammad, A., Mahajnah, M., Khatib, M. & Zalan, A. Exploration of risk factors for type 2 diabetes among arabs in Israel. *Ann. Glob. Heal.* **85**, 1–7 (2019).
20. נורה עבדח-רחמן, מ. ל. השמנה וסוכרת באוכלוסייה הערבית בישראל: הימצאות, אורח חיים ושימוש (2023). בשירותי בריאות. מאיירס ג'וינט ברוקדייל.
21. משרד הבריאות. תוכנית מערכתית לשיפור במצב הבריאות בחברה הערבית ולצמצום אי-שוויון (2019). בבריאות ובשירותי בריאות.
22. Unnikrishnan, R. & Misra, A. Diabetes and COVID19: a bidirectional relationship. *Nutr. Diabetes* **11**, 1–5 (2021).
23. Ssentongo, P., Zhang, Y., Witmer, L., Chinchilli, V. M. & Ba, D. M. Association of COVID-19 with diabetes: a systematic review and meta-analysis Methods. *Sci. Reports /* **12**, 20191 (2022).

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

מבוא

מדינות רבות בהן קיימת מערכת בריאות ממלכתית וביטוח בריאות אוניברסלי מתמודדות עם הפרדוקס של אי שוויון בנגישות לשירותי בריאות ופערים בתוצאים בריאותיים, לרבות היארעות ותמותה מסרטן. דווח כי פערים גיאוגרפיים, או פערים לפי רמת השכלה ורמת הכנסה, צומצמו בזכות שיפור תשתיות (structure) והנגשה פיזית, הגברת מודעות והטמעת תהליכים (process) מותאמים אוכלוסיות שונות.^{1,2}

בסרטן צוואר הרחם למשל, נתונים מהעולם מראים כי הנשים בסיכון הגבוה ביותר למות מהמחלה, אלו הזקוקות ביותר לגילוי מוקדם, מבצעות את הבדיקות בשיעור הנמוך ביותר³, ממצא שתואם ל- the inverse care law שתואר ע"י Tudor Hart ב-1971.⁴

בישראל קיימת תכניות מוסדרות לאומיות לגילוי מוקדם של סרטן השד, סרטן צוואר הרחם וסרטן המעי הגס. הסיקור המומלץ ואשר קיים בסל הבריאות הוא ביצוע ממוגרפיה אחת לשנתיים בגילאים 50-74, ביצוע בדיקת PCR לוורוס הפפילומה בנשים בסיכון ממוצע בגיל 25-64 אחת לשלוש-חמש שנים ובדיקת קולונוסקופיה אחת ל 10 שנים או דם סמוי בצואה אחת לשנה בגילאים 50-74. למרות שפעולות אלה כלולות בסל הבריאות אנו עדים לפערים בביצוע⁵. בעשרים שנים האחרונות נצפתה עליה דרמטית בשיעורי ביצוע בדיקות סקר לסרטן המעי הגס ולסרטן השד בישראל, בזכות התכניות המוסדרות, הקצאת המשאבים והעלאת המודעות. שיפורים אלו הביאו לירידה בתמותה מסרטן השד וסרטן המעי הגס, אולם השיפורים אינם אחידים בכל חלקי האוכלוסייה^{6,7}. לעומת זאת, לא חל שיפור בתמותה מסרטן צוואר הרחם, נתון שיכול לרמז על העדר תכנית לאומית ופוגע בעיקר באוכלוסייה הנזקקת⁸.

בחלק זה יוצגו תוצאות של ארבעה מדדים:

- א. שיעור הביצוע של ממוגרפיה
- ב. שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי סרטן צוואר הרחם
- ג. שיעור הביצוע של קולונוסקופיה
- ד. שיעור הביצוע של קולונוסקופיה תוך 180 ימים לאחר תוצאת דם סמוי חיובי

תוצאות - פערים לפי מין, מצב חברתי-כלכלי, נפת מגורים

א. שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74

הגדרת המדד: שיעור הנשים בגילאי 50-74 שעברו לפחות ממוגרפיה סוקרת אחת במהלך השנתיים האחרונות

מכנה: נשים מבוטחות בגילאים 50-74

מונה: מספר הנשים במכנה אשר עברו לפחות בדיקת ממוגרפיה אחת לאבחון סרטן השד בשנתיים האחרונות

תוצאות:

מגמות לאורך זמן בשיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי

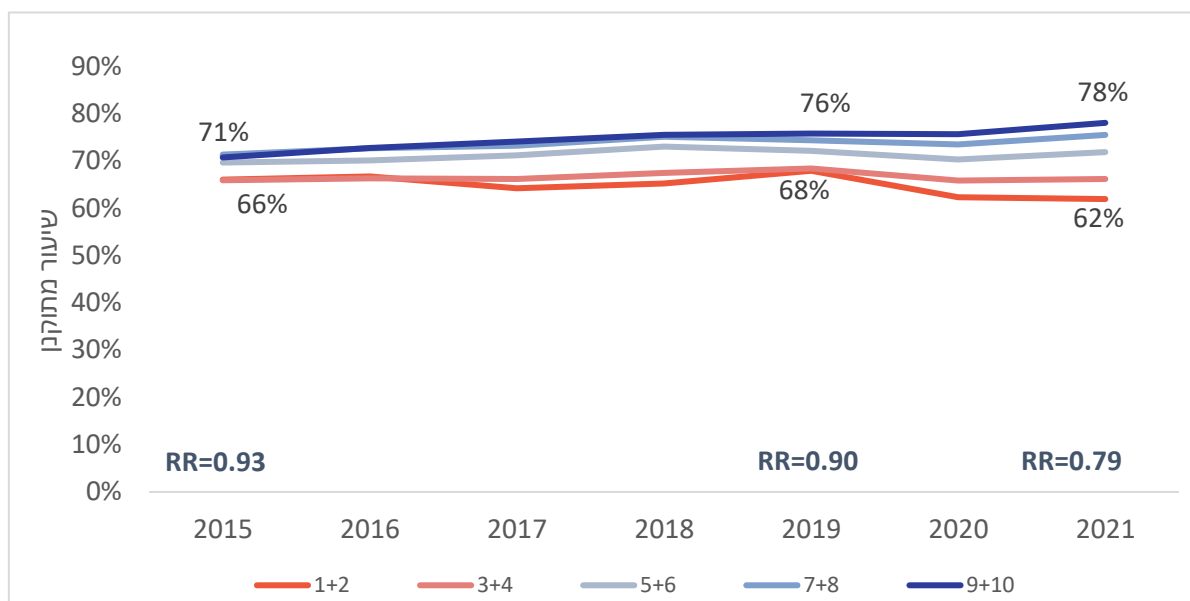
השיעור הארצי של ביצוע ממוגרפיה עמד על 71.9% בשנת 2021. לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעורי הביצוע של ממוגרפיה בכל שכבות האוכלוסייה, פרט לנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר. כמו כן, ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך אחוזי הביצוע והעלייה בשיעור הביצוע בין השנים הנ"ל היו גבוהים יותר. כך לדוגמה, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי בינוני (2+3) שיעור הביצוע עלה מ-66.0% בשנת 2015 ל-66.3% בשנת 2021, בעוד שבקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עלה מ-70.8% בשנת 2015 ל-78.1% בשנת 2021. בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר נצפתה ירידה של 4.1% בשיעור ביצוע הממוגרפיה (66.1% בשנת 2015 לעומת 62.0% בשנת 2021). בשכבת אוכלוסייה זו התרחשו ירידות ועליות בשיעור הביצוע לאורך השנים, כאשר הירידה המשמעותית ביותר הייתה בין השנים 2019-2020. בין השנים 2019-2020 הייתה ירידה בשיעורי הביצוע בכל שכבות האוכלוסייה, כאשר ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה נמוך יותר, כך הירידה בשיעורי הביצוע הייתה משמעותית יותר. כך לדוגמה, בעוד שבקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר הירידה עמדה על 5.6%, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר הירידה עמדה על 0.1% בלבד. בשנת 2021 היתה עליה בשיעורי הביצוע כאשר העליה הגבוהה נצפתה עבור נשים מהמצב החברתי כלכלי הגבוה (2.4%) ואילו לנשים מהמצב החברתי כלכלי הנמוך נצפתה אף ירידה (-0.4%). הפער בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר גדל לאורך השנים, כאשר יחס השיעורים (RR) ירד מ-0.93 בשנת 2015 ל-0.79 בשנת 2021, מגמה המעידה על עליה בפערים בביצוע.

פערים מרחביים

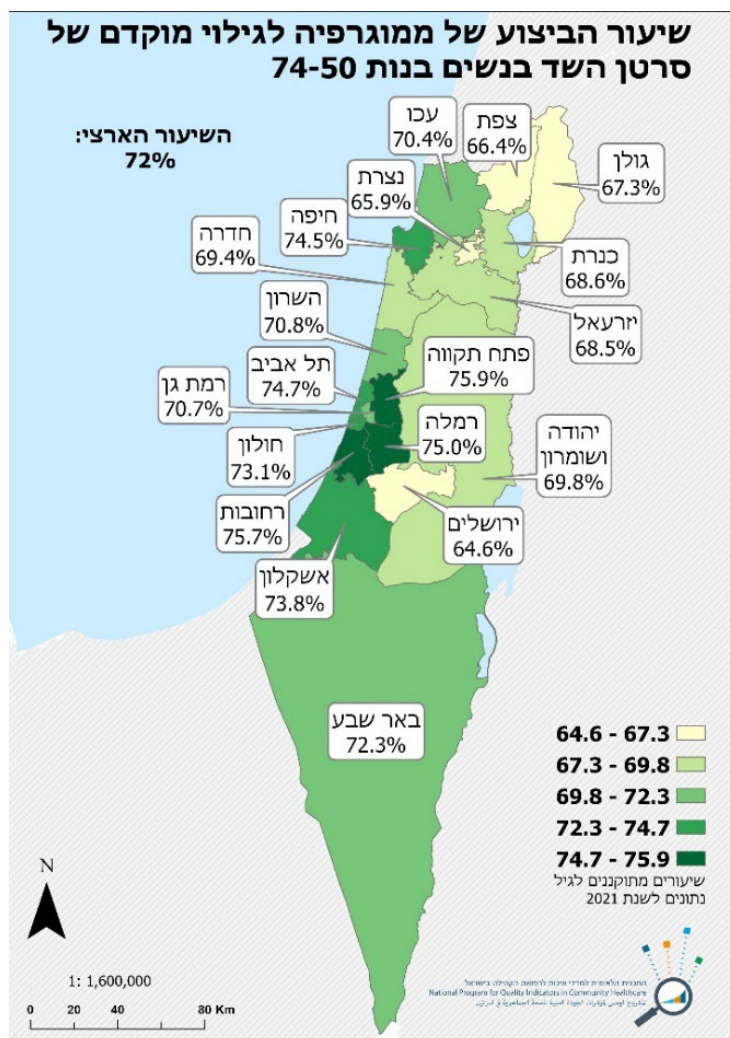
בשנת 2021 שיעורי ביצוע ממוגרפיה הגבוהים ביותר נצפו בקרב נשים המתגוררות בנפות פתח-תקווה (75.9%), רחובות (75.5%) ורמלה (75.0%).

בנפות צפת, נצרת וירושלים נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של ביצוע ממוגרפיה (66.4%, 65.9% ו-64.6% בהתאמה).

תרשים 15: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 10: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של שרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי נפה



ב. שיעור הנשים בגילאי 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם

הגדרת המדד: שיעור הנשים בגיל 25-54 אשר ביצעו לפחות בדיקת סיקור ציטולוגית (פאפ) אחת בשלוש

השנים האחרונות

מכנה: מבטחות בגילאים 25-54

מונה: מספר הנשים במכנה אשר עברו בדיקת סיקור ציטולוגית (בדיקת פאפ) לסרטן צוואר הרחם לפחות פעם

אחת בשלוש השנים האחרונות

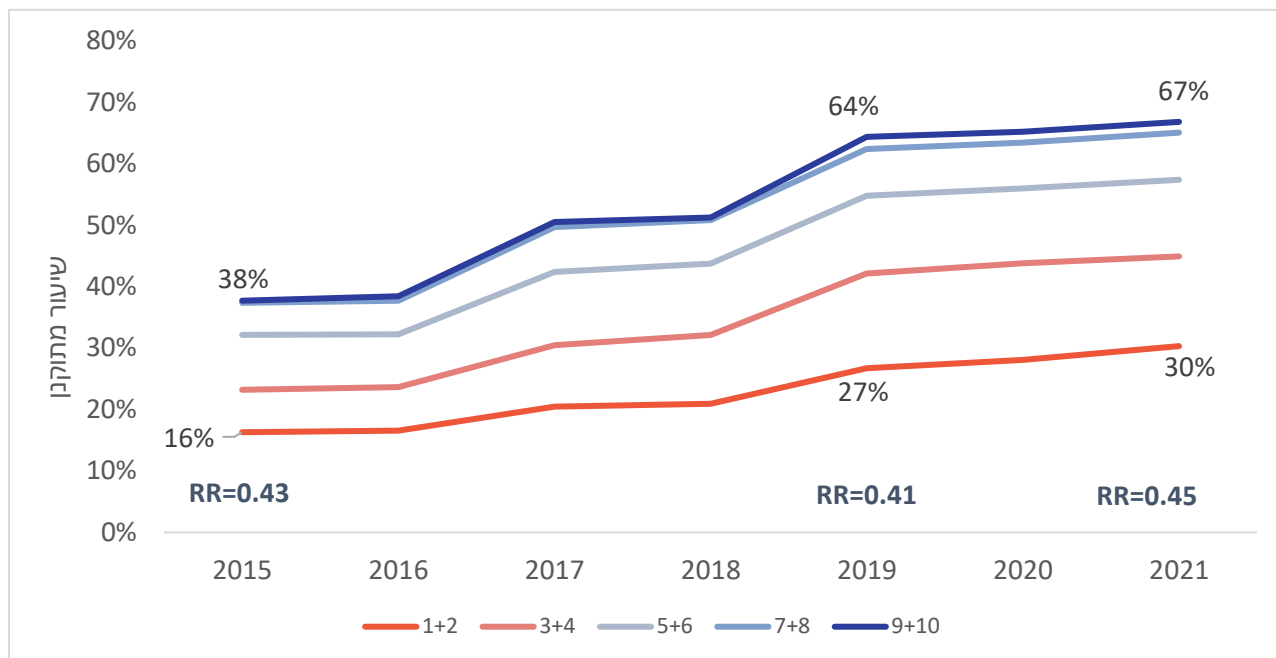
מגמות לאורך זמן בשיעור הנשים בגילאי 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-3 השנים

האחרונות לפי מצב חברתי-כלכלי

השיעור הארצי של בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם עמד על 54.9% בשנת 2021. לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעורי הביצוע של בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בכל שכבות האוכלוסייה. כמו כן, ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך אחוזי הביצוע והעלייה בשיעור הביצוע בין השנים הנ"ל היו גבוהים יותר. כך לדוגמה, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר שיעור הביצוע עלה מ-16.3% בשנת 2015 ל-30.3% בשנת 2021, בעוד שבקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עלה מ-37.7% בשנת 2015 ל-66.8% בשנת 2021 (עלייה של 14.0% ו-29.1% בהתאמה). יחד עם זאת, בהסתכלות יחסית, העלייה בשיעורי הביצוע בשנים 2015-2021 של המצב החברתי הנמוך היו גבוהים יותר מאלו של המצב החברתי כלכלי הגבוה (פי 1.9 לעומת עליה פי 1.8 בהתאמה).

למרות העלייה המשמעותית בשיעורי הביצוע של בדיקות לסיקור סרטן צוואר הרחם, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר נשאר יחסית יציב. יחס השיעורים (RR) ירד מ-0.43 בשנת 2015 ל-0.41 בשנת 2019 ובשנת 2021 הוא עלה ל-0.45. ניתן להבחין כי בין השנים 2019-2021 היה צמצום פערים בין שתי שכבות אוכלוסייה אלה, אם כי מזערי מאוד.

תרשים 16: שיעור הנשים בגילאים 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-3 השנים האחרונות לפי מצב חברתי-כלכלי



ג. שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים שמלאו להם 50-74 שנים, שעברו לפחות בדיקה אחת של דם סמוי בצואה בשנה האחרונה או ביצעו קולונוסקופיה ב-10 השנים האחרונות.

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר עברו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או ביצעו קולונוסקופיה ב-10 השנים האחרונות

מכנה: מבוטחים בני 50-74

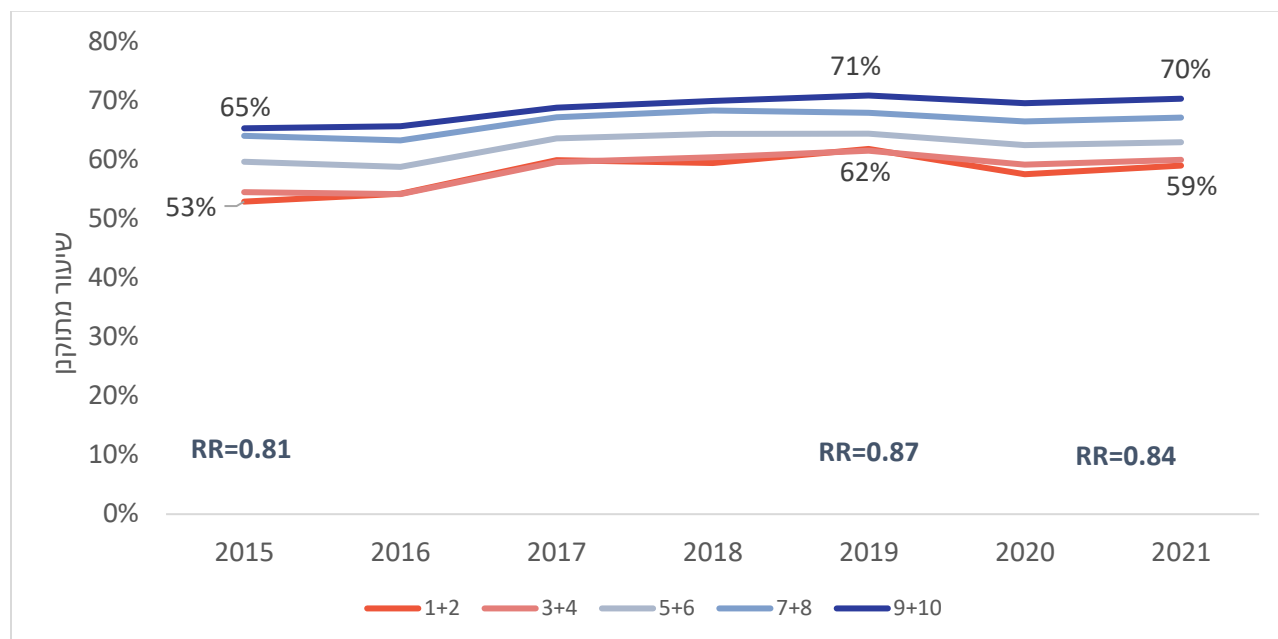
מגמות בשיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי
השיעור הארצי של ביצוע בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס עמד על 64.2%. לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעורי הביצוע בכל שכבות האוכלוסייה. כמו כן, ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעור הביצוע היה גבוה ביותר. כך לדוגמה, שיעור הביצוע בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר עלה בשנים הללו מ-65.4% בשנת 2015 ל-70.4% בשנת 2021. העלייה הגדולה ביותר נצפתה בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר והעלייה הקטנה ביותר הייתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי בינוני (7+8), כאשר העלייה עמדה על 6.1% ו-3.1% בהתאמה.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר השתנה לאורך השנים 2015-2021. בין השנים 2015-2019 נצפה צמצום פערים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-0.81 בשנת 2015 ל-0.87 בשנת 2019. לעומת זאת, בשנת 2021 יחס השיעורים עמד על 0.84, מגמה המעידה על הרחבת פערים בין השנים 2019-2021.

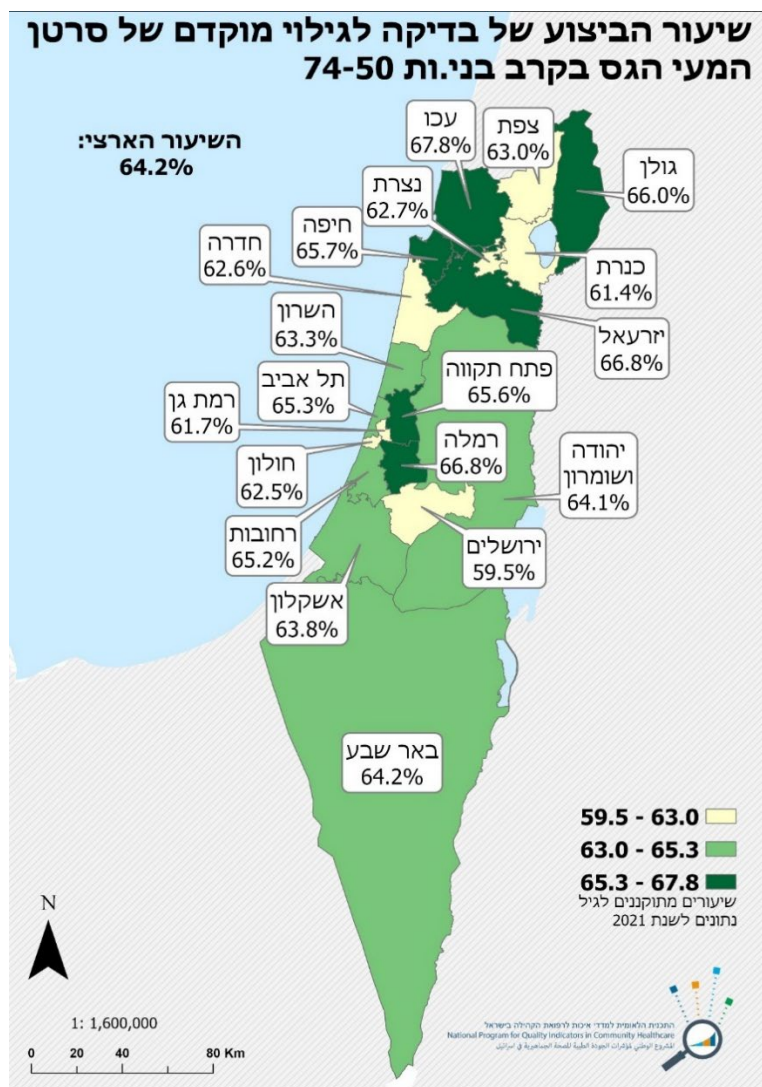
פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעורי הביצוע הגבוהים ביותר נצפו בנפות עכו (67.8%), יזרעאל (66.8%), רמלה (66.8%) וגולן (66.0%). בנפות רמת גן, כנרת וירושלים נצפו שיעורי הביצוע הנמוכים ביותר (61.7%, 61.4%, 59.5% בהתאמה).

תרשים 17: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי



מפה 11: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי נפת מגורים



ד. שיעור המבוטחים אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה לאחר בדיקת דם סמוי חיובית

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי

מכנה: מבוטחים בני 50-74, בעלי ותק של שנתיים לפחות, עבורם קיימת תוצאת בדיקת דם סמוי חיובית בשנה שלפני שנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה שעברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי

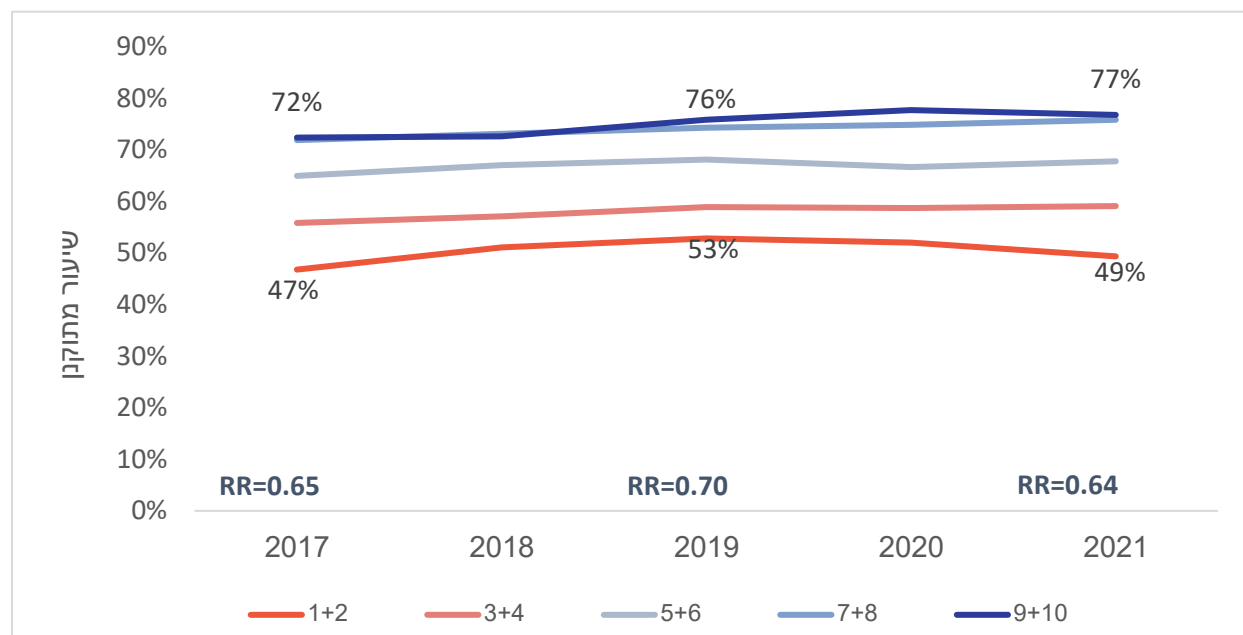
מגמות בשיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי לפי מצב חברתי-כלכלי

השיעור הארצי של מבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי עמד על 66.0%. ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר כך שיעור הביצוע של קולונוסקופיה היה גבוה יותר. כך לדוגמה, השיעור בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה מ-46.8% בשנת 2017 ל-49.4% בשנת 2021 בעוד שבאותן השנים בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עמד על 72.4% ו-76.8% בהתאמה.

לאורך השנים 2017-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעור הביצוע בכל שכבות האוכלוסייה. יחד עם זאת, בשנת 2020 הייתה ירידה קלה בשיעור הביצוע בשלושת השכבות הנמוכות ביותר (2+1, 4+3, 6+5), בעוד שבקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי גבוה השיעור המשיך לעלות. בשנת 2021, נרשמה ירידה נוספת ומשמעותית יותר בשיעור הביצוע בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, כאשר בין השנים 2019-2021 שיעור הביצוע ירד ב-3.5%. באותה השנה נצפתה גם ירידה של 0.9% בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר השתנה לאורך השנים. בין השנים 2017-2019 נצפה צמצום פערים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-0.65 בשנת 2017 ל-0.70 בשנת 2019. לעומת זאת, בשנת 2021 יחס השיעורים עמד על 0.64, מגמה המעידה על הרחבת פערים בין השנים 2019-2021, זאת בעקבות הירידה המשמעותית בשיעורי הביצוע בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר.

תרשים 18: שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי לפי מצב חברתי-כלכלי



דין

הנתונים בדוח זה מצביעים על פערים משמעותיים בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטנים ברי ריפוי או מניעה בישראל. ניתן לשער כי שיפור בזמינות והיקף השירותים הרפואיים, שיפור בתהליכים שיביאו את המטופל לסיקור או להשלמת תהליך הסיקור כמו גם שיפור במידע על תוצאים לפי מצב חברתי-כלכלי ואזור גיאוגרפי יוכלו לתרום לצמצום הפערים.

ההרחבה הנצפית בפערים בביצוע ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד לפי המצב בחברתי כלכלי, מוסברת בחלקה משיבושים באורח החיים ובניידות בתקופת מגפת הקורונה. יש לוודא שהירידה בביצוע בשכבות הנמוכות לא ישפיעו לטווח ארוך על ההתנהגות הבריאותית של אוכלוסיות בסיכון וכי בשנתיים הקרובות הפערים יחזרו ויצטמצמו. השונות הגיאוגרפית הגדולה בישראל בשיעורי הביצוע (64.6% - 75.9%) יתכן ונובעת מדחיפה ומודעות גבוהות יותר לחשיבות הבדיקה באזורים בהם הוצגו שיעורי ההיארעות גבוהים יותר בדו"ח של רישום הסרטן שפורסם לאחרונה⁹. קיים צורך בנתונים מרחביים על תמותה ושיעורי הגידולים המפושטים בעת האבחון כדי לוודא שהשונות המרחבית בביצוע הבדיקה אינה משפיעה לרעה על הפרוגנוזה של המחלה באזורים השונים. ישנם מאמצים רבים בישראל ובעולם להעלות מודעות והגדלת הסיקור הכוללים בין היתר ניידות ממוגרפיה¹⁰, תכניות מותאמות תרבות¹¹, זאת לצד מדידה רציפה כאמצעי לשיפור ההיענות והאבחון. אמצעים אלו הוכיחו את עצמם, ויש להמשיכם ואף לחזקם כדי לצמצם את הפערים.

הנתונים אודות הפערים בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם מדאיגים ביותר. למרות העליה בביצוע בכל שכבות המצב החברתי-כלכלי, ישנה יציבות יחסית בפערים בשנים 2015-2021 אך מבחינה אבסולוטית הפער הורחב בין הקבוצה ברמה חברתית כלכלית גבוהה לנמוכה ב- 2021 ל- 36% לעומת 21% בשנת 2015. יש לזכור שב ישראל הוחלט לא להטמיע תכנית לאומית לסיקור. ההמלצות לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם השתנו בשנים האחרונות עם הכנסה של בדיקות חדשות לנגיף הפפילומה, הארכת תדירות הסיקור לחמש במקום שלוש שנים, האפשרות לדיגום ביתי כאופציה לסיקור והעלאת הגיל המרבי לסיקור עד 64 שנים. כל אלה ביחד עם מניעה ראשונית ע"י חיסון ל HPV עשויים לקרב את מדינת ישראל ליכולת להוריד בצורה משמעותית גם את ההיארעות וגם תמותה מהמחלה. אולם כל זה חייב להיעשות תוך שימת דגש על האוכלוסיות הפגיעות ביותר, נשים עניות בנות השכלה נמוכה שנמצאות בסיכון גבוה אשר בהן אוריינות רפואית ומודעות למחלה ולצורך בבדיקות סיקור עלולות להיות נמוכות יותר. יש מדינות באירופה שהצליחו להקטין את הפערים בתמותה לפי רמת השכלה¹², רובן עם תכנית לאומית מוסדרת, ויש ללמוד מהן.

גילוי מוקדם לסרטן המעי הגס, ידוע שקולונוסקופיה ובדיקות דם סמוי בעקביות עשויות להוריד לא רק תמותה אלא גם היארעות (ובעקבותיה סבל ועלויות) המחלה. למרות עליה באוכלוסייה כולה, הפערים בשיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי מצב חברתי כלכלי אינם מצטמצמים עם השנים. מאמץ מיוחד דרוש על מנת להגדיל הענות בשכבות החלשות יותר אשר בהן 40% מהמבוגרים בגיל המתאים אינם מבצעים את הבדיקות. גם כאן דרוש מחקר מכון כדי להבין מהם החסמים לסיקור (שכן בדיקת דם סמוי ניתנת לביצוע בבית). האם מדובר בחוסר מודעות, אי-הנעימות של הבדיקה או העובדה שקולונוסקופיה (בדיקה מורכבת יותר אך דורשת הכנה, הסבר, היעדרות מעבודה) פחות נגישה לאוכלוסייה זאת? הפערים המרחביים אינם גדולים, דבר שמעלה אפשרות להסברים פסיכו-חברתיים ופחות לבעיות תשתית. באשר לביצוע קולונוסקופיה לאחר בדיקת דם סמוי חיובית, ידוע מהספרות שיש חשיבות לזמן שעובר. הפער הגדול מ- 27% בשיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי בין המעמד הגבוה והמעמד הנמוך ביותר מדאיג. יש לאמץ ולהטמיע שילוב של אסטרטגיות שונות כולל שמירת תורים מיוחדים ומתן קדימות לקולונוסקופיה לחולים עם תוצאות חיוביות לדם סמוי, ניווט החולים (patient navigators) ¹ כדי לצמצם את הפערים. ההשלכות של הפערים הנצפים עלולות לכלול הגברת פערים בתמותה ובסרטן גרורתי באוכלוסיות המוחלשות כלכלית, דבר שנוגד לעקרון השוויון ולחוק ביטוח הבריאות בישראל.

לסיכום- העיקרון המניע של ימנו – leave no-one behind , לא להשאיר אף אחד מאחור - מחייב את מערכת הבריאות בישראל לצמצם את הפערים בגילוי מוקדם של סרטן, בהתאמת תשתיות ותהליכים לאוכלוסיות הנזקקות בכדי להביא את כל חברי החברה למימוש הזכות לבריאות.

רשימת ספרות

1. Doubeni CA, Selby K, Gupta S. Framework and Strategies to Eliminate Disparities in Colorectal Cancer Screening Outcomes. *Annu Rev Med*. 2021;72:383-398. doi:10.1146/annurev-med-051619-035840
2. Richardson-Parry A, Baas C, Donde S, et al. Interventions to reduce cancer screening inequities: the perspective and role of patients, advocacy groups, and empowerment organizations. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):1-9. doi:10.1186/s12939-023-01841-6
3. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. *PLoS Med*. 2008;5(6):0863-0868. doi:10.1371/journal.pmed.0050132
4. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297. doi:10.1201/9781315365305
5. Loewenberg Weisband Y, Torres L, Paltiel O, Sagy YW, Calderon-Margalit R, Manor O. Socioeconomic disparity trends in cancer screening among women after introduction of national quality indicators. *Ann Fam Med*. 2021;19(5):396-404. doi:10.1370/AFM.2715
6. משרד הבריאות. סרטן השד בישראל עדכון נתוני תחלואה ותמותה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. Published online 2022.
7. הבריאות מ. סרטן המעי הגס והחלחולת בישראל 1996-2020. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. Published online 2022.
8. משרד הבריאות. סרטן צוואר הרחם בישראל עדכון נתוני תחלואה ותמותה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. Published online 2022.
9. משרד הבריאות. תחלואה בסרטן בישראל לפי נפות, 2011-2015, ו-2016-2019. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. Published online 2022.
10. De Mil R, Guillaume E, Launay L, et al. Cost-Effectiveness Analysis of a Mobile Mammography Unit for Breast Cancer Screening to Reduce Geographic and Social Health Inequalities. *Value Heal*. 2019;22(10):1111-1118. doi:10.1016/j.jval.2019.06.001
11. Brevik TB, Laake P, Bjørkly S. Effect of culturally tailored education on attendance at mammography and the Papanicolaou test. *Health Serv Res*. 2020;55(3):457-468. doi:10.1111/1475-6773.13271
12. Vaccarella S, Georges D, Bray F, et al. Socioeconomic inequalities in cancer mortality

between and within countries in Europe: a population-based study. *Lancet Reg Heal - Eur.* 2023;25:100551. doi:10.1016/j.lanepe.2022.100551

היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות

מבוא

זיהומים עמידים לטיפול אנטיביוטי הינם מקור חשוב לתחלואה ולתמותה, ומהווים נטל כלכלי משמעותי ואתגר רפואי עולמי. קצב הפיתוח של תכשירים אנטיביוטיים אינו משיג את קצב ההתפתחות של עמידות בקרב חיידקים, דבר שמאיים על יעילותם של טיפולים אנטיביוטיים^{1,2}. בישראל שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות הם מהגבוהים בין ארצות ה-OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). עפ"י נתוני משרד הבריאות, בשנים 2017-2019 היווה אלח דם הסיבה החמישית בשכיחותה לתמותה בישראל (4% ממקרי התמותה בגברים ו-5% בנשים). בניגוד לאטיולוגיות מובילות אחרות לתמותה, כמו סרטן ומחלות לב, שיעור התמותה מאלח דם בישראל נמצא במגמת עליה מתמדת בעשור האחרון³. שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה ברפואה ובחקלאות הוא גורם הסיכון הניתן לשינוי החשוב ביותר להתפתחות עמידות בקרב חיידקים^{4,5}. למרות שבאופן מסורתי הושם דגש על שימוש באנטיביוטיקה בין כתלי בתי החולים, חלק הארי (80-95%) של נפח התרופות האנטיביוטיות נרשם בקהילה⁵. שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה הוא תופעה שכיחה בעולם². ההתוויה השכיחה ביותר לרישום בלתי מוצדק של אנטיביוטיקה היא זיהומים בדרכי הנשימה העליונות⁶.

ברמה העולמית, הקשר בין מצב חברתי-כלכלי לדפוס צריכת אנטיביוטיקה הוא קשר מורכב, המושפע ממשתנים מקומיים רבים ביניהם: קיום או העדר ביטוח בריאות, מידת הרגולציה על יצור ושיווק תכשירים אנטיביוטיים ונגישות לטיפול רפואי⁷. צריכת שירותי בריאות, כולל צריכת אנטיביוטיקה, מושפעת מאד מהעלות לצרכן. ברב המדינות המפותחות קיים ביטוח בריאות המגן על האוכלוסיה מפני מלוא העלות, והיכולת העצמית לרכוש שירותים משחקת תפקיד קטן יחסית. לעומת זאת, במדינות מתפתחות יש משמעות רבה ליכולת הכלכלית של המבוטח לשלם עבור תרופות אנטיביוטיות⁷. במדינות מפותחות מדווח, לרוב, על קשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין צריכה גבוהה של אנטיביוטיקה^{8,9,10}. לדוגמה, בחלקים שונים של בריטניה נרשמה צריכת אנטיביוטיקה גבוהה יותר באיזורים בעלי מקדם עוני (SDI - Social Deprivation Index) גבוה יותר^{8,9,10}. בארה"ב נמצא קשר הפוך בין רמת ההכנסה הממוצעת במחוז לבין צריכת אנטיביוטיקה בקהילה¹¹. מספר מחקרים הצביעו גם על איזורים גאוגרפיים שבהם רישום גבוה במיוחד של אנטיביוטיקה^{9,11,12}. במחקר שביצענו בעבר על נתוני התכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה בישראל נמצא קשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לצריכה גבוהה של אנטיביוטיקה בקהילה בישראל¹³. הקשר בין רמת השכלה להיקף השימוש באנטיביוטיקה פחות ברור. עם זאת, רמת השכלה נמוכה יותר נקשרה לפחות בחלק מהארצות, לשיעור גבוה יותר של התנהגויות של שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה, כולל נטילת אנטיביוטיקה ללא מרשם רופא ואי-הענות להוראות השימוש באנטיביוטיקה¹⁴. קיימים מספר גורמים העשויים להסביר את הקשר בין מצב חברתי כלכלי נמוך לבין צריכה גבוהה יחסית של אנטיביוטיקה. ביניהם: נטל גבוה של תחלואה זיהומית הנובע, למשל, מתנאי מגורים צפופים יותר או היגיינה פחות

טובה¹¹; נטל גבוה של תחלואת רקע, כמו סוכרת או מחלת ריאות חסימתית, המגבירה את הנטייה לסיבוכים זיהומיים¹¹; אוריינות בריאות נמוכה המביאה ללחץ על נותן השירותים לרישום אנטיביוטיקה גם ללא התוויה מוצדקת¹⁰.

בנוסף למצב חברתי-כלכלי נמוך מדווחים גם גיל מבוגר (ובמיוחד מגורים בבית אבות) ומין נקבה כקשורים בצריכה גבוהה של אנטיביוטיקה בקהילה^{11,8,16,13,15}.

שימוש יתר באנטיביוטיקה מושפע גם מדפוס הרישום של תרופות אנטיביוטיות ע"י הרופאים המטפלים. בארה"ב רופאים שמוקמו בעשירון העליון מבחינת מספר מרשמי האנטיביוטיקה שהנפיקו, היו אחראיים ל-41% מכלל מרשמי האנטיביוטיקה שהונפקו בקהילה¹². דפוס הרישום תלויים, בין היתר, בעלויות למבוטח, בצפייה ובלחץ של המבוטח לקבלת מרשם ובתמריצים כלכליים לשיווק אנטיביוטיקה ע"י נותני השירות⁷. ככלל, בארצות מפותחות, נגישות טובה יותר לשירותי בריאות, המתבטאת בביקורים תכופים יותר במרפאות, כמו גם עומס על הרופא המטפל, עם זמן קצר יותר לכל מטופל, כרוכים ברישום אנטיביוטיקה גבוה יותר^{15,16}. פניה תכופה ליעוץ רפואי ומרפאות עמוסות עשויים להיות נפוצים יותר באיזורים בהם מצב חברתי-כלכלי נמוך.

בשנים האחרונות מושם דגש על תוכניות לשימוש מושכל באנטיביוטיקה ככלי חשוב במלחמה בזיהומים עמידים. חלק בלתי נפרד מתוכניות אלו הוא ניטור, דיווח ומעקב אחר מגמות בזמן של היקף השימוש בתכשירים אנטיביוטיים⁴. ניתן לכמת את צריכת האנטיביוטיקה על ידי שימוש במספר ביטויים אפשריים^{17,18}. במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה בישראל נעשה שימוש בשני ביטויים לכימות היקפי צריכת אנטיביוטיקה במתן סיסטמי בקהילה: DDD ל-1000 איש ליום ומספר רכישות ל-1000 איש ליום (ראה פירוט להלן).

יצוין כי במקביל למאמצים העולמיים לצמצום השימוש באנטיביוטיקה, בשנת 2020, בזמן מגפת הקורונה, נרשמה ירידה בולטת (18.3% באירופה, כ-20% בארה"ב) בצריכת אנטיביוטיקה בקהילה במדינות רבות בעולם. ירידה זו מיוחסת לשימוש באמצעי הגנה כמו מסכות, תקופות סגר וריחוק חברתי, אשר הביאו לירידה בזיהומים נשימתיים בכלל, כמו גם לירידה בנגישות ובשימוש בשירותי הבריאות בקהילה^{19,20}. התופעה לא פסחה על מדינת ישראל, כפי שניתן לראות בנתונים המוצגים להלן (בפרק "תוצאות").

במסגרת הדו"ח הנוכחי יוצגו הפערים בהיקף השימוש הכולל בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי, תוך שימוש בשני הביטויים המשמשים את התכנית:

א. DDD (Defined Daily Doses, מנות יומיות מוגדרות) ל-1000 איש ליום. ה-DDD הוא מינון התחזוקה היומי הממוצע המשוער עבור טיפול תרופתי שניתן למבוגרים בהתוויה העיקרית שלו. ה-DDD נקבע ע"י ארגון הבריאות העולמי ומשמש לצורך הערכת הצריכה הכוללת של תרופות הכלולות בסיווג ה-ATC

(Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)²¹. הביטוי משמש את ה-OECD וארגון הבריאות העולמי לכימות הנפח הכולל של שימוש באנטיביוטיקה. מתוקף הגדרתו ה-DDD נקבע עפ"י המינון הממוצע למבוגר, גם כאשר הוא משמש לכימות הצריכה בקרב ילדים. מאחר והמינון בילדים תלוי בגיל ובמשקל, צורת ביטוי זו מביאה לייצוג פחת של השימוש באנטיביוטיקה בילדים יחסית למבוגרים ובילדים קטנים לעומת ילדים גדולים.

ב. מספר המרשמים לאנטיביוטיקה סיסטמית שהונפקו ל-1000 איש בשנה. ביטוי זה הוא יותר אינטואיטיבי להבנה ומייצג בצורה טובה יותר את היקף השימוש באנטיביוטיקה בילדים. בנוסף הביטוי המשמש את ה-CDC (Prevention Centers for Disease Control and) לכימות צריכת האנטיביוטיקה בקהילה בארה"ב, כך שהוא מאפשר השוואות בינלאומיות נוספות²².

תוצאות - פערים לפי מין, מצב חברתי-כלכלי, נפת מגורים

א. היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי בקרב מבוטחים בני 18 ומעלה, מבוטא ב-DDD ל-1000 איש ליום

מכנה: כלל המבוטחים בני 18 ומעלה, מבוטא באלפים.

מונה: סכום ה-DDD (Defined Daily Doses, מנות יומיות מוגדרות) של כל תכשירי האנטיביוטיקה במתן סיסטמי אשר הונפקו בפועל בשנת המדד מחולק ב-365 ימים. התכשירים הנכללים במונה הם מקבוצת הקוד J01 (תכשירים אנטי בקטריאליים לשימוש סיסטמי) עפ"י סיווג ה-ATC.

הערות: ה-DDD, מנה יומית מוגדרת, הוא מינון התחזוקה היומי הממוצע המשוער עבור טיפול תרופתי שניתן למבוגרים בהתוויה העיקרית שלו (ראה לעיל). הגדרת המדד אומצה מה-OECD על מנת לאפשר השוואה לנתונים בינלאומיים. יצוין, כי על פי הגדרת המדד של ה-OECD, כימות הצריכה מתבסס על מתן מרשם לתכשירי אנטיביוטיקה, בעוד שבמסגרת התוכנית בוצע החישוב בהתבסס על ניפוקים בפועל²³.

מגמות בהיקף השימוש בקהילה בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (DDD ל-1000 איש ליום) לפי מצב חברתי-כלכלי ונפת מגורים

בשנת 2021, היקף השימוש הארצי בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ברפואת הקהילה עמד על 19.4 DDD ל-1000 איש ליום, ירידה לעומת היקף הצריכה בשנת 2015 (26.30 DDD ל-1000 איש ליום). לאורך כל התקופה נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין הצריכה הכוללת של אנטיביוטיקה, כאשר הצריכה הגבוהה ביותר נרשמה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר והצריכה הנמוכה ביותר נרשמה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי כלכלי הגבוה ביותר. בתקופה שבין 2015-2019 הירידה החדה ביותר בהיקף השימוש באנטיביוטיקה התרחשה בין השנים 2015 ו-2016. הירידה הגדולה ביותר בצריכת אנטיביוטיקה נרשמה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר: מ-34.0 DDD ל-1000 איש ליום בשנת 2015 ל-27.5 DDD ל-1000 איש ליום בשנת 2019 (ירידה אבסולוטית של 6.5 ל-DDD ל-1000 איש ליום, כ-20%). לעומת זאת, בקרב מבוטחים משלוש השכבות בעלות המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר, נרשמה החל מ-2016 התייצבות ואפילו עליה מסויימת בצריכת אנטיביוטיקה. הפער בצריכת אנטיביוטיקה בין שכבות האוכלוסייה הצטמצם באותה תקופה; בהשוואה למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, היקף השימוש בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר היה גדול פי 1.49 בשנת 2015 ופי 1.21 בשנת 2019.

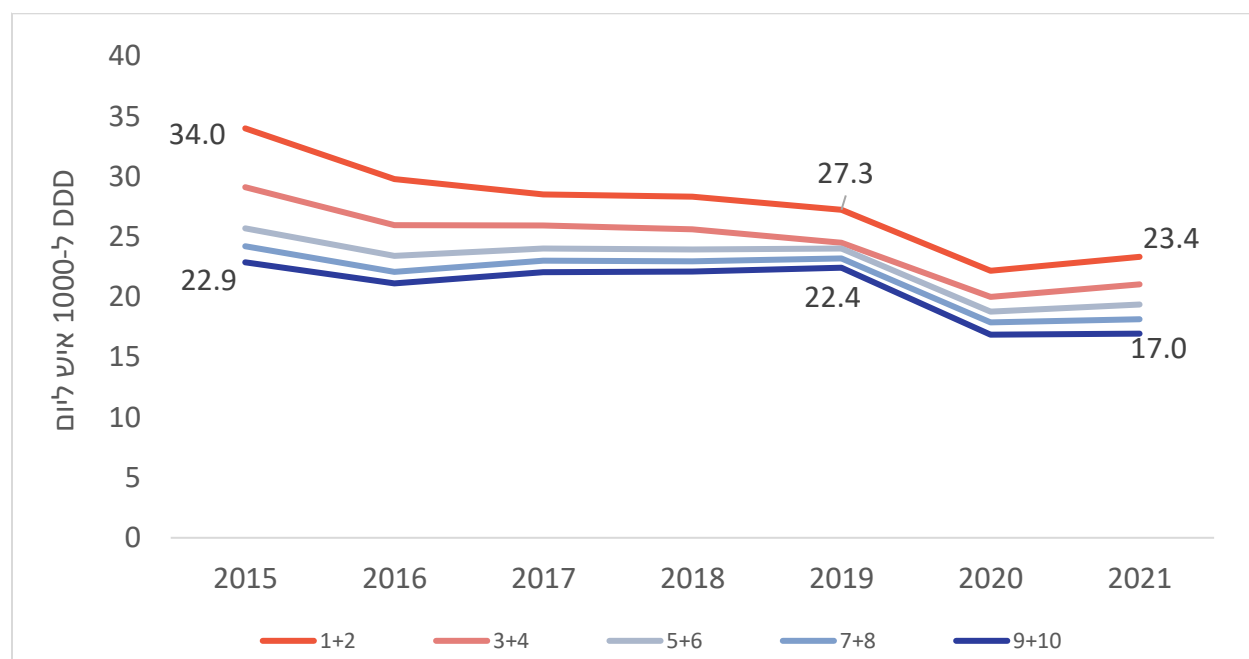
בשנת 2020, עם פרוץ מגפת הקורונה, התרחשה ירידה בולטת מאד בצריכת אנטיביוטיקה בקהילה (בין 4.5-5.6 DDD ל-1000 איש ליום בהשוואה לשנת 2019) בכל שכבות האוכלוסייה. ירידה דומה נצפתה בארצות אחרות בעולם, והיא מיוחסת לשימוש באמצעי הגנה כמו מסכות, תקופות סגר וריחוק חברתי, אשר הביאו לירידה

בזיהומים נשימתיים בכלל, כמו גם לירידה בנגישות ובשימוש בשירותי הבריאות בקהילה. בשנת 2021 נצפתה עליה מסויימת בהיקף השימוש, אם כי לא היתה חזרה לרמות הצריכה של שנת 2019.

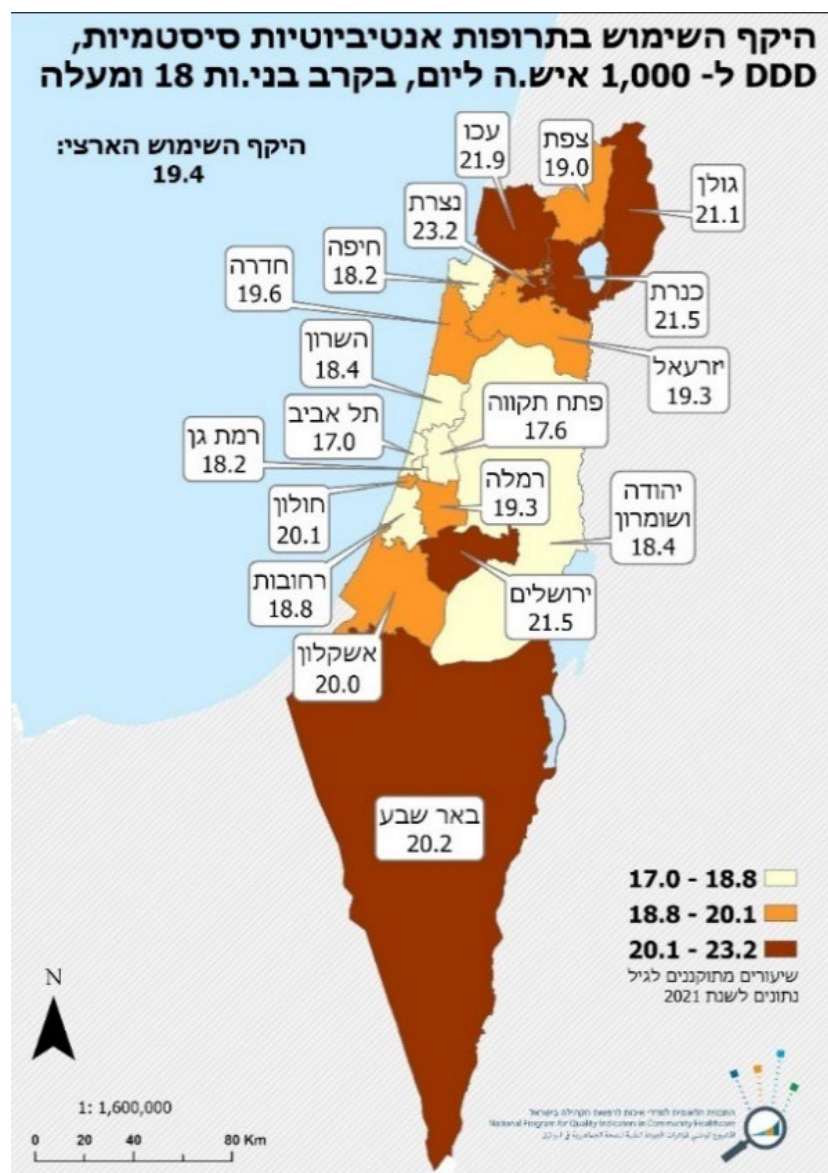
פערים מרחביים

בשנת 2021, היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות הגבוה ביותר נצפה בנפות נצרת (23.2), עכו (21.9) כנרת (21.5) וירושלים (21.5). היקף השימוש הנמוך ביותר נצפה בנפות רמת גן (18.2), פתח תקווה (17.6) ותל אביב (17.0).

תרשים 19: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי DDD (ל-1000 איש ליום) (בקרוב מבוטחים בני 18 ומעלה, לפי מצב חברתי-כלכלי ושנה)



מפה 12: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (DDD ל-1000 איש ליום) בקרב מבוטחים בני 18 ומעלה, לפי נפת מגורים



ב. היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי, מבוטא במספר רכישות ל-1000 איש לשנה

מכנה: כלל המבוטחים (החל מגיל לידה), מבוטא באלפים

מונה: סך כל הרכישות של תרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי שהונפקו בפועל בשנת המדד. התכשירים הנכללים במונה הם מקבוצת הקוד J01 (תכשירים אנטי בקטריאליים לשימוש סיסטמי) עפ"י סיווג ה-ATC.

הערות: ביטוי זה הוא יותר אינטואיטיבי להבנה ומייצג בצורה טובה יותר את היקף השימוש באנטיביוטיקה בילדים. בנוסף הביטוי המשמש את ה-CDC לכימות צריכת האנטיביוטיקה בקהילה בארה"ב, כך שהוא מאפשר השוואות בינלאומיות נוספות.

מגמות בהיקף השימוש בקהילה בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (מספר רכישות ל-1000 איש לשנה) לפי

מצב חברתי-כלכלי

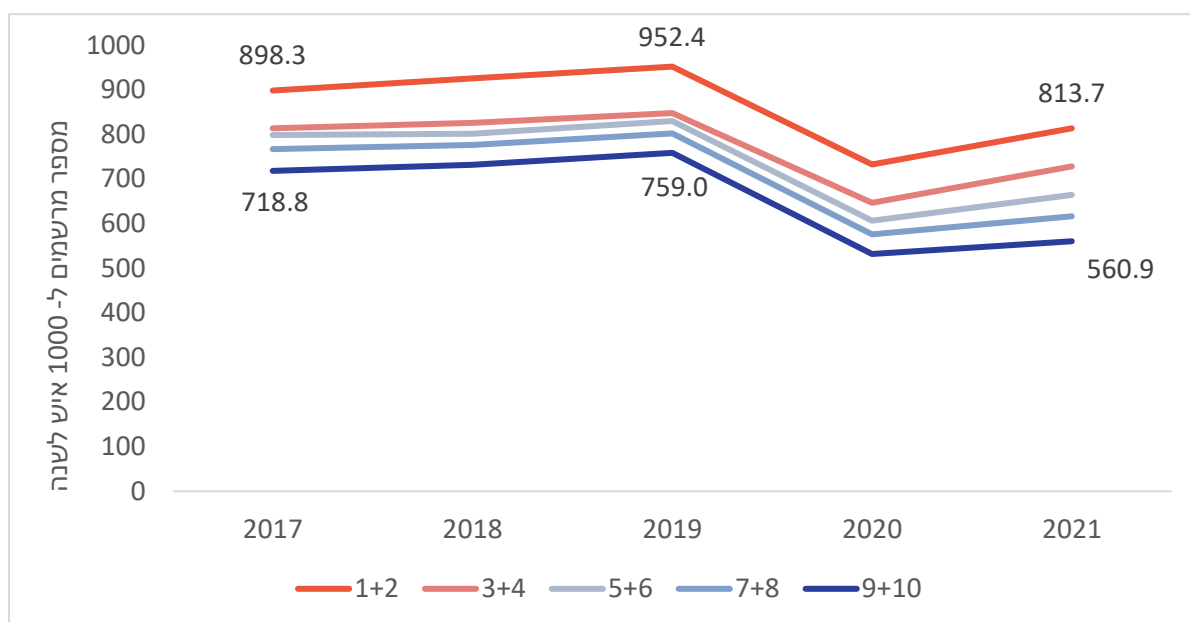
בשנת 2021, היקף השימוש הארצי בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ברפואת הקהילה עמד על 667.6 רכישות ל-1000 איש לשנה. לאורך כל התקופה שבין 2017 ו-2021 נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין הצריכה הכוללת של אנטיביוטיקה, כאשר מספר הרכישות הגבוה ביותר נרשם בקרב מבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ומספר הרכישות הנמוך ביותר נרשם בקרב מבוטחים מהמצב החברתי כלכלי הגבוה ביותר. כך לדוגמה, בשנת 2021, בקרב מבוטחים במצב כלכלי-חברתי הנמוך ביותר היקף השימוש עמד על 813.7 רכישות ל-1000 איש לשנה, בעוד שבקרב מבוטחים במצב כלכלי-חברתי הגבוה ביותר היקף השימוש עמד על 532.2 רכישות ל-1000 איש לשנה.

בין השנים 2017-2019 נצפתה עליה במספר הרכישות השנתיות של תכשירים אנטיביוטים, כאשר העלייה המשמעותית ביותר הייתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והעלייה הקטנה ביותר הייתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי בינוני (5+6) (עלייה של 54 ו-31.3 מרשמים בהתאמה).

בשנת 2020, עם פרוץ מגפת הקורונה, התרחשה ירידה משמעותית מאד במספר הרכישות, בכל שכבות האוכלוסייה. ירידה דומה נצפתה בארצות אחרות בעולם (ראה לעיל). הירידה הגדולה ביותר הייתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר והירידה הקטנה ביותר נצפתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי בינוני (3+4) (ירידה של 226.8 ו-201.2 רכישות בהתאמה). בשנת 2021 נצפתה שוב עליה בהיקף השימוש, אם כי היקף הצריכה לא חזר לערכי 2019. העליה נצפתה בכל שכבות האוכלוסייה, כאשר ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה נמוך יותר, כך העלייה הייתה משמעותית יותר. כך לדוגמה, בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר היקף השימוש עלה מ-733.0 רכישות בשנת 2020 ל-813.7 רכישות בשנת 2021 (עליה של 80.7 רכישות, 11%), בעוד שבקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר היקף השימוש עלה מ-532.2 רכישות בשנת 2020 ל-560.9 רכישות בשנת 2021 (עליה של 28.7 רכישות, 5%).

פער הצריכה בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך השנים. בהשוואה למבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר, היקף השימוש בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר היה גדול פי 1.25, והיחס נותר קבוע בשנים 2017 עד 2019. בשנת 2021, היקף השימוש בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר היה גדול פי 1.45, בהשוואה למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, מה שהעיד על הרחבת הפער בין שתי שכבות אוכלוסייה אלה.

תרשים 20: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (רכישות ל-1000 איש לשנה) לפי מצב חברתי-כלכלי ושנה



דין

במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות מבוצע מעקב אחר היקף השימוש באנטיביוטיקה במתן סיסטמי במרפאות הקהילה. מעקב זה תורם למאמצי ההטמעה ולמעקב אחרי יעילותן של תכניות לשימוש מושכל באנטיביוטיקה. תכניות אלו הן אחד הכלים להתמודדות עם הבעיה ההולכת וגואה של זיהומים חידקיים עמידים לטיפול אנטיביוטי.

במסגרת תכנית המדדים נעשה כימות של היקף השימוש באנטיביוטיקה בשני מונחים משלימים: DDD ל-1000 איש ליום ומספר הרכישות של תכשירים אנטיביוטים ל-1000 איש לשנה.

בשתי צורות המדידה ולאורך כל שנות המעקב נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין היקף הצריכה של תכשירי אנטיביוטיקה; ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה נמוך יותר כך הוא היה קשור בצריכה גבוהה יותר של אנטיביוטיקה. גם מבחינה גאוגרפית נרשמה צריכת אנטיביוטיקה גבוהה יחסית בנפות שבהן מעמד חברתי-כלכלי ממוצע נמוך. תצפיות אלו הן בהלימה למדווח במדינות מפותחות אחרות. משנת 2015 ועד שנת 2019 נצפתה ירידה בהיקף השימוש באנטיביוטיקה המבוטא ב-DDD ל-1000 איש ליום. הירידה היתה בולטת בעיקר בין השנים 2015 ו-2016, ובקרב מבטחים משתי השכבות הנמוכות ביותר של המצב החברתי-כלכלי. בקרב מבטחים ממצב חברתי-כלכלי גבוה יותר נרשמה בין השנים 2016-2019 התייצבות ואפילו עליה מסויימת בצריכת האנטיביוטיקה. לעומת זאת בין 2017 ו-2019 חלה עליה בכמות המרשמים לאנטיביוטיקה שנופקו בקרב כל שכבות האוכלוסייה ובמיוחד בקרב השכבות הנמוכות. הסבר אפשרי לחוסר ההתאמה בין שני המונחים המשמשים לכימות הצריכה, הוא קיצור במשך הטיפול האנטיביוטי הממוצע, אשר מאזן את העליה במספר המרשמים שנופקו.

בשנת 2020, במהלך מגפת הקורונה נרשמה ירידה בולטת בצריכת אנטיביוטיקה בארץ, בדומה למדינות אחרות בעולם [בסה"כ ירידה של 21% ב-DDD ל-1000 איש ליום (מ-23.9 בשנת 2019 ל-18.8 בשנת 2020) ו-26% במספר הרכישות (מ-824.90 בשנת 2019 ל-607.15 בשנת 2020)]. ב-2021 נרשמה שוב מגמה של עליה בצריכת האנטיביוטיקה בקהילה בישראל, אם כי לא היתה חזרה לרמת הצריכה שלפני מגפת הקורונה, בשנת 2019. מגמת עליה זו בלטה יותר בקרב מבטחים ממצב חברתי-כלכלי נמוך.

רשימת ספרות

1. World Health Organization. Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance 2014. *World Heal Organ*. 2016;30(4):619-635. doi:10.1016/j.giec.2020.06.004
2. Ventola CL. The Antibiotic Resistance Crisis. *P&T*. 2015;40:277-283. doi:10.1016/B978-1-4831-9711-1.50022-3
3. אגף המידע משרד הבריאות. סיבות מוות מובילות בישראל ואומדן שיעור התמותה 2000-2019. בשנים 2020-2021. Published online 2022. <https://go.gov.il/moh>
4. Sanchez G V., Fleming-Dutra KE, Roberts RM, Hicks LA. Core elements of outpatient antibiotic stewardship. *MMWR Recomm Reports*. 2016;65(6):1-12. doi:10.15585/mmwr.rr6506a1
5. Duffy E, Ritchie S, Metcalfe S, Van Bakel B, Thomas MG. Antibacterials dispensed in the community comprise 85%-95% of total human antibacterial consumption. *J Clin Pharm Ther*. Published online 2017. doi:10.1111/jcpt.12610
6. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010-2011. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2016;315(17):1864-1873. doi:10.1001/jama.2016.4151
7. Miller-Petrie M GH. Socioeconomics, antimicrobial use and antimicrobial resistance. *AMR Control*. Published online 2017. <http://resistancecontrol.info/2017/socioeconomics-antimicrobial-use-and-antimicrobial-resistance/?fbclid=IwAR2y9IDeorkpWUQKJCNFLOUO0TOR4hAinz56Q5sEtsAzcbQU2XQ6-b0tSYk>
8. Harvey EJ, De Brún C, Casale E, Finistrella V, Ashiru-Oredope D. Influence of factors commonly known to be associated with health inequalities on antibiotic use in high-income countries: a systematic scoping review. *J Antimicrob Chemother*. Published online 2023. doi:10.1093/jac/dkad034
9. Thomson K, Berry R, Robinson T, Brown H, Bamba C, Todd A. An examination of trends in antibiotic prescribing in primary care and the association with area-level deprivation in England. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-9. doi:10.1186/s12889-020-09227-x
10. Adekanmbi V, Jones H, Farewell D, Francis NA. Antibiotic use and deprivation: An analysis

- of Welsh primary care antibiotic prescribing data by socioeconomic status. *J Antimicrob Chemother.* 2020;75(8):2363-2371. doi:10.1093/JAC/DKAA168
11. Volpi C, Shehadeh F, Mylonakis E. Correlation of antimicrobial prescription rate and county income in medicare part D. *Med (United States).* 2019;98(22). doi:10.1097/MD.00000000000015914
 12. Gouin KA, Fleming-Dutra KE, Tsay S, Bizune D, Hicks LA, Kabbani S. Identifying Higher-Volume Antibiotic Outpatient Prescribers Using Publicly Available Medicare Part D Data — United States, 2019. *MMWR Recomm Reports.* 2022;71(6):202-205. doi:10.15585/mmwr.mm7106a3
 13. הטיפול באנטיביוטיקה ברפואת הקהילה בישראל בראי et al. קריגר מ, אבו אחמד ויסאם, וולף-שגיא י . התוכנית הלאומית למדדי איכות . Published online 2019:299-304.
 14. Mallah N, Orsini N, Figueiras A, Takkouche B. Education level and misuse of antibiotics in the general population: a systematic review and dose–response meta-analysis. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2022;11(1). doi:10.1186/s13756-022-01063-5
 15. Martínez-gonzález NA, Di Gangi S, Pichierri G, Neuner-jehle S, Senn O, Plate A. Time trends and factors associated with antibiotic prescribing in swiss primary care (2008 to 2020). *Antibiotics.* 2020;9(11):1-16. doi:10.3390/antibiotics9110837
 16. Chen Y, Kirk MD, Stuart R, et al. Socio-demographic and health service factors associated with antibiotic dispensing in older Australian adults. *PLoS One.* 2019;14(8):1-10. doi:10.1371/journal.pone.0221480
 17. Palcevski VV, Pulcini C. What is the most appropriate metric for the assessment of volume of antibiotic use? *J Antimicrob Chemother.* 2020;75(10):2723-2724. doi:10.1093/jac/dkaa240
 18. Versporten A, Gyssens IC, Pulcini C, et al. Metrics to assess the quantity of antibiotic use in the outpatient setting: A systematic review followed by an international multidisciplinary consensus procedure. *J Antimicrob Chemother.* 2018;73:vi59-vi66. doi:10.1093/jac/dky119
 19. Högberg LD, Vlahović-Palčevski V, Pereira C, Weist K, Monnet DL. Decrease in community antibiotic consumption during the COVID-19 pandemic, EU/EEA, 2020. *Eurosurveillance.*

2021;26(46):1-5. doi:10.2807/1560-7917.ES.2021.26.46.2101020

20. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic use in the United States, 2021 Update: Progress and opportunities. *US Dep Heal Hum Serv*. Published online 2021:1-24. <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/pdfs/stewardship-report-2021-H.pdf>
21. World Health Organisation. Defined Daily Dose (DDD)|Definition and general considerations. doi:10.1007/978-3-211-89836-9_368
22. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance & Patient Safety Portal| All Antibiotic Classes.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. Healthcare Quality and Outcomes Indicators.

בריאות הנפש

שיעור המפגשים הטיפולים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך - פערים לפי מצב חברתי-כלכלי ונפת מגורים

מבוא:

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, אשר העבירה את האחריות הביטוחית על מתן שירותי בריאות הנפש ממשדד הבריאות לקופות החולים¹. בהמשך לכך, נוסחו והוטמעו במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה, מספר מדדים שנועדו לשקף את איכות הטיפול בתחום זה. בשלב ראשון, נבחרו שני תחומים: רצף הטיפול הפסיכיאטרי בין בתי החולים והקהילה וניטור תחלואה גופנית באנשים עם מחלת נפש קשה². במסגרת דוח הפערים יוצג מדד האיכות הבוחן את הרצף הטיפולי בין בתי החולים והקהילה. מחקרים הראו, כי מבטחים אשר שוחררו מאשפוז במחלקה פסיכיאטרית פגיעים יותר ובעלי שיעורי תמותה גבוהים יותר בהשוואה למבטחים שלא אושפזו. סיבות המוות הן גופניות או חיצוניות, ובעיקר תוצאה של אובדנות^{3,4,5}. הסיכון לאובדנות גבוה ביותר בשבוע ובחודש הראשונים לאחר השחרור מאשפוז, והוא נותר מוגבר לפחות במשך שלושת החודשים לאחר השחרור^{4,6,7}. גם שיעור האשפוזים החוזרים הלא מתוכננים בקרב חולים ששוחררו מאשפוז פסיכיאטרי גבוה ביחס לאשפוזים חוזרים מסיבות אחרות⁷. נתונים אלו מחייבים התייחסות והתארגנות מיוחדת לתקופה הקריטית שלאחר השחרור מאשפוז פסיכיאטרי^{6,8}. מעקב רפואי לאחר אירוע רפואי חריף, דוגמת אשפוז, הינו פרקטיקה מקובלת, והודגם כמפחית את הסיכון לתוצאי בריאות שליליים, גם בתחום בריאות הנפש. על אף המלצה לביצוע מעקב בקהילה תוך שבוע, או לכל היותר חודש, מאז השחרור מאשפוז פסיכיאטרי, בארה"ב מדווח על שיעורי מעקב בלתי מספקים^{9,10,11}. שיפור הרצף הטיפולי בין בתי החולים לקהילה תורם להפחתת הסיבוכים בתקופה שלאחר השחרור מאשפוז, כולל הפחתת שיעור האובדנות⁹, אם כי ההשפעה על שיעור האשפוזים הפסיכיאטריים החוזרים פחות ברורה⁷. תקופה זו מהווה גם חלון הזדמנויות לחיזוק הקשר בין המטופל למטפלים בקהילה, ולשיפור ההיענות להמשך הטיפול. יש לציין כי חולים הלוקים בהפרעה נפשית עלולים להציג מכשולים רבים יותר בהשגת רצף טיפולי, ביניהם: העדר תמיכה חברתית או משפחתית, סטיגמטיזציה ופגיעה בארגון המחשבה וההתנהגות משנית למחלתם היסודית⁸. למשתנים חברתיים-כלכליים השפעה גדולה על התחלואה, התגובה לטיפול והתוצאים של הפרעות נפשיות^{12,13,14}. הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לתחלואה נפשית הוא דו-סידורי: מצב חברתי-כלכלי נמוך הוא גורם סיכון לתחלואה נפשית, ומאידך תחלואה נפשית עלולה להשפיע על היכולת להשיג השכלה, תעסוקה והכנסה^{13,14}.

שני מחקרים בדקו באופן ספציפי את הקשר בין משתנים חברתיים-כלכליים ושיעור המעקב בקהילה לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי: מחקר שבוצע בארה"ב בדק את הקשר בין מוצא אתני לשיעור המעקב תוך 7 ו-30 יום לאחר השחרור. המחקר הדגים שיעור נמוך יחסית של מעקב (בין 29%-51% תוך 30 יום) כאשר הכנסה גבוהה, השכלה ותעסוקה נקשרו בשיעורי מעקב טובים יותר ומוצא אתני שחור נקשר בשיעורי מעקב נמוכים¹⁰. מחקר נוסף, אשר בדק את הגורמים הקשורים במעקב תוך 7 ימים מהשחרור בקרב בני נוער אמריקאים, מצא שיעור מעקב כולל של 56.5%, כאשר נוער שחור, נערים שקיבלו שירותי בריאות מתוקף הכנסה נמוכה, ואלו בעלי היסטוריה של תחלואה נלווית, שימוש בסמים ונסיונות פגיעה עצמית היו בעלי שיעורי מעקב נמוכים יותר⁹. מגפת הקורונה לוותה בעליה משמעותית בתחלואה נפשית, בעיקר הפרעות חרדה ודיכאון. זאת כתוצאה ישירה של מחלת הקורונה, ובעיקר מחלה ארוכה (long COVID), שחלק מביטוייה נירופסיכיאטרים, ובשל השפעה עקיפה על האוכלוסייה הכללית, שחווה תקופה ממושכת של דחק משנית לחשש מהדבקות במחלה ולתקופות סגר ובידוד חברתי^{15,16,17}. המגפה גרמה לירידה משמעותית בנגישות ושימוש בשירותי בריאות, כולל בריאות הנפש, במדינות רבות בעולם. במקביל לירידה בשימוש בשירותי הבריאות נצפו שינויים בדפוס מתן השירותים, בראש ובראשונה עליה חסרת תקדים בשימוש בשירותי רפואה מרחוק (טלהמדיסין) כחלופה למפגש הישיר בין המטופל והמטפל¹⁸.

הגדרת המדד: שיעור המקרים בהם התקיים מפגש טיפולי עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 ימים

משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך בקרב בני 18 ומעלה

מכנה: מבוטחים בני 18 ומעלה אשר השתחררו מאשפוז פסיכיאטרי שמשכו בין 14 ל-365 ימים במהלך שנת

המדד

מונה: מבוטחים במכנה אשר תועד עבורם מגע עם איש בריאות הנפש בקהילה תוך 14 ימים ממועד השחרור

הערות:

1. במידה ומבוטח שוחרר במהלך שנת המדד מיותר מאשפוז אחד, יחשב השחרור הראשון לצורך חישוב המדד.

2. הגדרת "אשפוז פסיכיאטרי" כוללת אשפוזים במוסדות הפסיכיאטרים, או לחילופין במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים.

3. "מגע עם איש בריאות הנפש בקהילה" כולל: ביקור במסגרת אמבולטורית של מוסד פסיכיאטרי אשפוזי, ביקור ביחידה לבריאות הנפש בקהילה אצל כל איש מקצוע למעט רופא משפחה, או ביקור שאינו ביחידה לבריאות הנפש אצל פסיכיאטר, פסיכיאטר ילדים, פסיכולוג, עו"ס בריאות הנפש, או אח בריאות הנפש.

4. נכללים ביקורים בנוכחות המטופל, כולל מפגשים מקוונים שניתנו במסגרת רפואה מרחוק (tele-medicine).

תוצאות:

מגמות בשיעור המפגשים הטיפולים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי

ממושך לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

בשנת 2021, השיעור הארצי של מפגשים טיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה לאחר אשפוז פסיכיאטרי ממושך עמד על 48.3%. לאורך השנים 2015-2021 נצפתה מגמת עליה בשיעור המפגשים הטיפוליים בכל שכבות האוכלוסייה. כך לדוגמה, בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, השיעור עלה מ-33.4% בשנת 2015 ל-47.2% בשנת 2021. העליה היתה בולטת ביותר בין השנים 2018-2020 וחדה יותר באוכלוסיות ממצב חברתי-כלכלי נמוך.

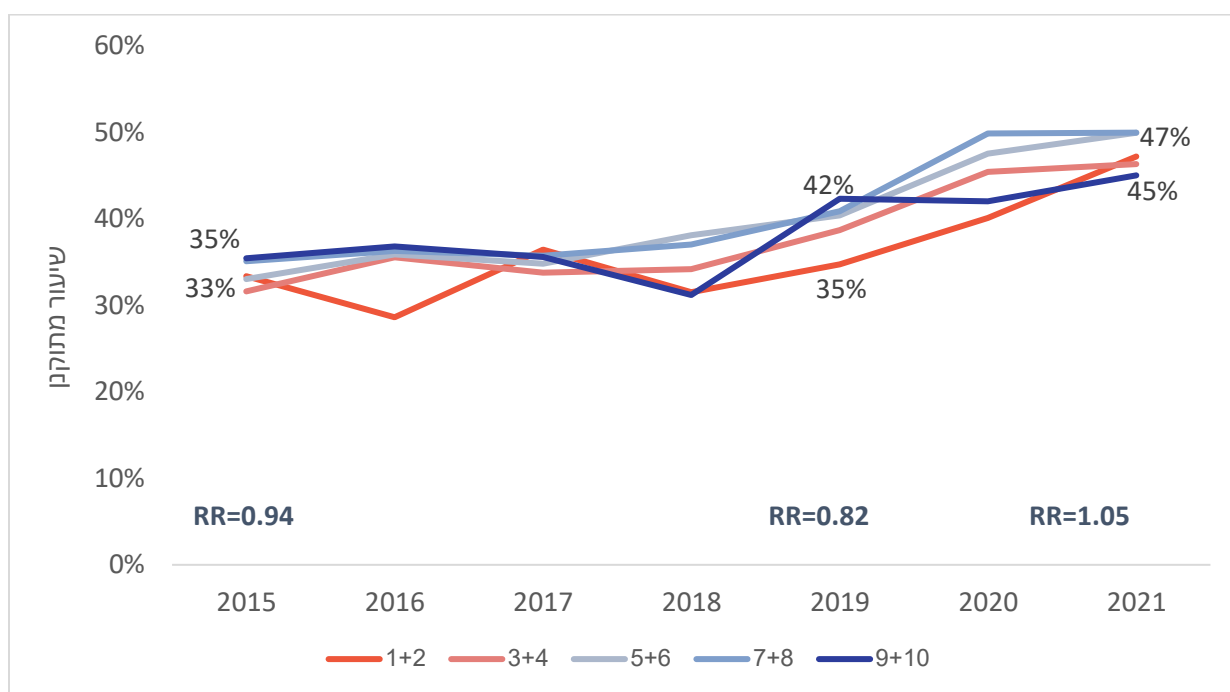
הערכת הפערים בשיעור המפגשים לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי על פי ממצב חברתי-כלכלי היא בעייתית בגלל המספר הקטן של המשתחררים מאשפוז בקרב האוכלוסיות מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר והנמוך ביותר. אלו הביאו לשיעורים לא יציבים לאורך שנות המעקב. עם זאת, בין שלוש שכבות הביניים של המצב

החברתי-כלכלי (7+8, 5+6, 3+4) קיים מדרג מסוים, לא גדול, כאשר שיעור המפגשים הגבוהה ביותר נצפה בשכבה 7+8.

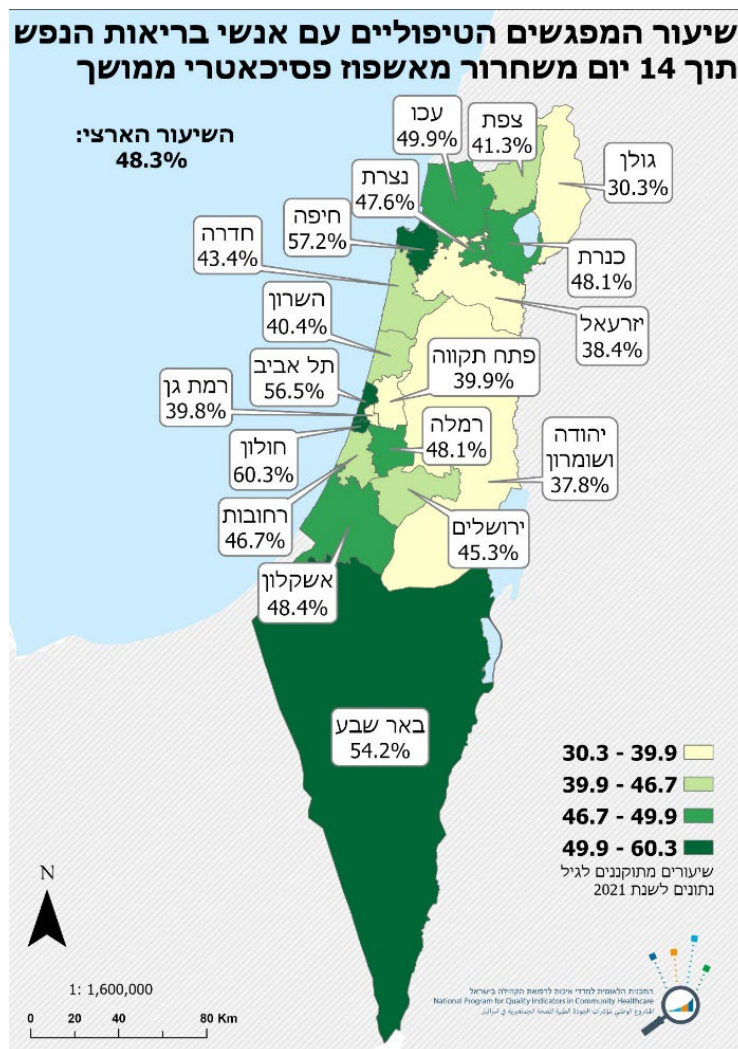
פערים מרחביים

בשנת 2021 השיעור הגבוה ביותר של מפגשים טיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה לאחר שיחרור מאשפוז נצפה בנפות חולון (60.3%), חיפה (57.2%) ותל אביב (56.5%). שיעור המפגשים הטיפוליים הנמוך ביותר נצפה בנפות יזרעאל (38.4%), יהודה ושומרון (37.8%) וגולן (30.3%).

תרשים 21: שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממוצע



מפה 13: שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך לפי נפת מגורים



סיכום:

מבוטחים אשר שוחררו מאשפוז במחלקה פסיכיאטרית פגיעים יותר ובעלי שיעורי תמותה גבוהים, במיוחד כתוצאה מאובדנות, ושיעור אשפוזים חוזרים גבוה. נתונים אלו מחייבים התייחסות והתארגנות מיוחדת לתקופה הקריטית שלאחר השחרור מאשפוז. אחד האמצעים שהוכחו כיעילים בהקטנת אובדנות לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי הוא שמירת הרצף הטיפולי בין בית החולים והקהילה. ההמלצה היא לבצע מעקב בקהילה תוך שבוע, או לכל היותר חודש, מאז השחרור מאשפוז.

מדד הרצף אשר מוצג בדו"ח זה מציג את שיעור המקרים בהם התקיים מפגש טיפולי עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 ימים משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך (365-14 יום) בקרב בני 18 ומעלה. במהלך תקופת המעקב 2015-2021 נצפתה עליה בשיעורי המפגשים הטיפוליים. העליה היתה בולטת במיוחד בין השנים 2018-2020 וחדה יותר באוכלוסיות ממצב חברתי-כלכלי נמוך. עם זאת, בשנת 2021 כמחצית מהחולים ששוחרו מאשפוז פסיכיאטרי לא קיבלו את המעקב בקהילה תוך שבועיים ימים. הערכת הפערים בשיעורי הביצוע של המדד לפי מצב חברתי-כלכלי היתה בעייתית, בעיקר לאור המספרים הקטנים של המבוטחים המשוחררים מאשפוז בשני קצות הספקטרום.

יצוין כי בשנת 2020, שבה התחוללה מגפת הקורונה, לא נצפתה ירידה בשיעור המפגשים הטיפוליים לאחר שיחרור מאשפוז פסיכיאטרי, אלא דווקא עליה חדה יחסית. יתכן ועליה זו משקפת את השימוש הגובר בשירותי רפואה מרחוק (טלהמדיסין) במהלך שנה זו.

רשימת ספרות

1. משרד הבריאות. הרפורמה בבריאות הנפש משלבים בין נפש לגוף ;. 2015
2. התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל דו"ח לשנים 2017-2021. Published online 2021.
3. Katz IR, Peltzman T, Jedele JM, McCarthy JF. Critical periods for increased mortality after discharge from inpatient mental health units: Opportunities for prevention. *Psychiatr Serv*. 2019;70(6):450-456. doi:10.1176/appi.ps.201800352
4. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-Analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*. 2019;9(3):3-5. doi:10.1136/bmjopen-2018-023883
5. Haklai Z, Goldberger N, Stein N, Pugachova I, Levav I. The mortality risk among persons with psychiatric hospitalizations. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2011;48(4):230-239.
6. National Action Alliance for Suicide Prevention. Best practices in care transitions for individuals with suicide risk : Inpatient care to outpatient care. Published online 2019:25.
7. Zhou H, Ngune I, Albrecht MA, Della PR. Risk factors associated with 30-day unplanned hospital readmission for patients with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(1):30-53. doi:10.1111/inm.13042
8. Bright Research Group. Literature Review: Follow up after mental health hospitalization. 2018;(February):1-8.
9. Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Brock G, Bridge JA, Campo J V. Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Netw open*. 2020;3(8):e2012887. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.12887
10. Carson NJ, Vesper A, Chen CN, Cook BL. Quality of follow-up after hospitalization for mental illness among patients from racial-ethnic minority groups. *Psychiatr Serv*. 2014;65(7):888-896. doi:10.1176/appi.ps.201300139

11. NCQA. HEDIS measures and technical resources: Follow-Up After Hospitalization for Mental Illness (FUH). <https://www.ncqa.org/hedis/measures/follow-up-after-hospitalization-for-mental-illness/>
12. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J, et al. Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *Lancet Public Heal*. 2020;5(3):e140-e149. doi:10.1016/S2468-2667(19)30248-8
13. Hakulinen C, Komulainen K, Suokas K, et al. Socioeconomic position at the age of 30 and the later risk of a mental disorder: A nationwide population-based register study. *J Epidemiol Community Health*. Published online 2023:298-304. doi:10.1136/jech-2022-219674
14. Barnett P, Oshinowo I, Cooper C, Taylor C, Smith S, Pilling S. The association between social class and the impact of treatment for mental health problems: a systematic review and narrative synthesis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;58(4):581-603. doi:10.1007/s00127-022-02378-9
15. WHO. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Published 2022. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
16. World Health Organization. Mental Health and COVID-19 : Early evidence of the pandemic ' s impact. *Sci Br*. 2022;2(March):1-11. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
17. Penninx BWJH, Benros ME, Klein RS, Vinkers CH. How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nat Med*. 2022;28(10):2027-2037. doi:10.1038/s41591-022-02028-2
18. World Health Organization. *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services.*; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>

סיכום כללי

בדו"ח זה, הראשון מסוגו, בחנו פערים על פני זמן לפי מצב חברתי כלכלי במספר מדדי איכות נבחרים וכן פערים גאוגרפים לפי נפת יישוב במדדים נבחרים לשנת 2021. הפערים בכל תחום נדונו בהרחבה בסיום כל פרק.

פערים לפי מצב חברתי כלכלי הקשורים באורחות חיים של עישון בגברים מבוגרים, השמנת יתר ותוצאתה – קרי, המצאות סוכרת, נצפו בקרב אנשים ממצב חברתי-כלכלי נמוך יותר ומובאים בדו"ח זה. פערים שהיו יציבים עד 2019 התרחבו בשנים 2020-2021 (שנות הקורונה) וכך גם לגבי איזון הסוכרת שם נצפה צמצום פערים עד 2019 והרחבתו לאחר מכן.

נמצא כי בחלק ניכר מהמדדים ישנם פערים לפי מצב חברתי כלכלי עם מדרג ברור לרעת אוכלוסיות במצב חברתי כלכלי נמוך. בעוד שהיה צפוי כי דווקא בסיקור לסרטן יהיו פערים גדולים לפי מצב חברתי כלכלי, הפערים בביצוע ממוגרפיה בנשים וסיקור לסרטן המעי הגס אינם גדולים, דבר המצביע על חשיבות ויעילות הפעילות של הקופות בצמצום פערים. יחד עם זאת, נצפו פערים גדולים בסיקור לסרטן צוואר הרחם ובבדיקות הברור (קולונוסקופיה) לאנשים עם דם סמוי חיובי. מאחר ששני מדדים אלה הם חדשים יחסית מבחינת משך המדידה, בשנים הקרובות יש לצפות לצמצום פערים גם בהם. יחד עם זאת יש לציין, כי מגמות צמצום הפערים בסיקור לסרטן השד שנצפו עד 2019 התהפכו בשנות הקורונה ויש לפעול לחזרת הפעילות לצמצום פערים מתרחבים אלה, כמו גם לצמצום הפערים שתוארו לעיל.

בבדיקת הפערים בתחום בריאות הנפש הנמדדים בשיעור המפגשים הטיפוליים לאחר אישפוז פסיכיאטרי ממושך, לא נמצאה מגמה ברורה בצריכת השירותים. תוצאה זו יכולה להיות מוסברת בצריכת שירותים פרטיים על ידי מבוטחים ממצב חברתי כלכלי גבוה שאינו מדווח לקופות ו/או על ידי הבדלים בצריכת שירותים מקוונים. אחד האתגרים שאנו ניצבים לפתחם הוא הערכת איכות השירותים המקוונים (telemedicine) אשר השימוש בהם הולך ועולה.

מבחינת הפיזור הגאוגרפי, ראינו כי אזורי הפריפריה, הדגימו המצאות גבוהה במדדים הקשורים באורחות חיים כמו עישון בגברים, השמנת יתר, סוכרת ואיזון סוכרת. גם הפיזור של צריכת אנטיביוטיקה גבוהה דומה לפיזור של השמנה במבוגרים והמצאות הסוכרת. סיקור לסרטן השד היה גבוה יותר במרכז, אך לא כך סיקור לסרטן המעי הגס. יחד עם זאת הפערים המרחביים בסיקור לסרטן אינם גדולים. באופן מפתיע, שיעור המפגשים עם אנשי בריאות הנפש לאחר שחרור מאשפוז אינו מראה מדרג ברור מבחינה חברתית כלכלית והפיזור הגאוגרפי שלו אינו דומה למדדים אחרים, אך אפילו כאן השיעורים הגבוהים ביותר היו במרכז – בחולון ות"א השיעורים היו קרובים ל-60% לעומת רמת הגולן שם השיעור היה מחצית מכך. הפיזור הגאוגרפי המוצג בדו"ח משקף כאמור שנה אחת

(2021) בלבד ואין לנו כיום מידע על מגמות בפיזור גאוגרפי. פיזור זה הולם בחלקו הנחות מוקדמות וידע מוקדם לגבי קבוצות אוכלוסיה. דו"חות עתידיים יאפשרו הצגה גם לפי קבוצות אוכלוסיה, דבר שיאפשר גם פעילות ממוקדת ויעילה יותר לצמצום פערים.

המונח הגורמים החברתיים בבריאות (social determinants of health) מתייחס לאותם גורמים המשפיעים על בריאות שאינם משויכים באופן ישיר אליה, כגון השכלה, הכנסה, קיפוח מעמדי, קבוצת אוכלוסיה. פרופ' מרמוט, הוגה המושג ואחד הפעילים ביותר כיום בצמצום פערים בבריאות בבריטניה ובעולם, מקנה למשל חשיבות מיוחדת להשקעה בפעוטות, בתעסוקה טובה והוגנת, באיכות סביבת המגורים ועוד על מנת לצמצם פערים בבריאות בראיה ארוכת טווח. מכאן שהוא רואה חשיבות גם למדיניות ממשלתית, ובעיקר מדיניות רווחה, השכלה ותעסוקה וגם למדיניות ברמה הלוקאלית של רשויות מקומיות ואזורים¹.

תפקידה של מערכת הבריאות בכלל ורפואת הקהילה בפרט בצמצום פערים נדון בספרות². גם אם המערכת אינה יכולה לצמצם את הגורמים החברתיים לבריאות, יש לה תפקיד משמעותי בהנגשת שירותי מניעה, אבחנה וטיפול לכל קבוצות האוכלוסיה. ואכן, אנו רואים כי בשנים מסוימות היה צמצום פערים בהשמנת ילדים, בהמצאות סוכרת, באיזון סוכרת, בסיקור לסרטן השד והמעי הגס. חלק ניכר מצמצום פערים זה הינו הודות לפעילות מאומצת של קופות החולים. הדוח הנוכחי משקף ומציף פערים ומגמות. הוא אינו בוחן בחינת עומק את הגורמים לפערים אלה, את הגורמים והפעולות שהביאו למגמת צמצום פערים אלה או הרחבתם. דו"ח זה והבאים אחריו יאפשרו פיתוח כלים ומדיניות לצמצום פערים בתחומים הנמדדים ויאפשרו לאורך שנים הערכה של המועילות של הכלים והמדיניות שיפותחו בהשגת בריאות מיטבית דרך שירותי בריאות איכותיים לכל תושבי ישראל.

1. Marmot Michael, Allen Jessica, Boyce Tammy, Goldblatt Peter, Morrison Joana. *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On.*; 2020.
<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on>
<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-executive-summary.pdf>
<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-executive-summary.pdf>
2. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, et al. Reducing health inequalities through general practice. *Lancet Public Heal.* 2023;8(6):e463-e472. doi:10.1016/S2468-2667(23)00093-2

רשימת טבלאות

מבוא:

- טבלה 1 : גודל אוכלוסיית הדו"ח לפי שנה(2015-2021) 25
- טבלה 2: מאפייני אוכלוסיית הדו"ח בשנת 2021, קבוצת גיל ומין, ולפי מצב חברתי-כלכלי 27
- תרשים 1 – התפלגות הגילאים לפי מצב חברתי כלכלי, שנת 2021 28
- מפה 1 – קבוצת הגיל החציונית לפי נפה, 2021 29
- מפה 2 – מצב חברתי-כלכלי חציוני לפי נפה, 2021 30

מצב עישון

- תרשים 2: שיעור עישון בקרב בני 16-74 לפי מצב חברתי-כלכלי 35
- תרשים 3: שיעור עישון בקרב בנות 16-74 לפי מצב חברתי-כלכלי 36
- מפה 3: שיעור עישון בקרב בני ובנות 16-74 לפי נפה 36

השמנת יתר בקרב ילדים, מבוגרים וקשישים

- תרשים 4: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי מצב חברתי-כלכלי 42
- מפה 4: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי נפת מגורים 42
- תרשים 5: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15 לפי מצב חברתי-כלכלי 44
- תרשים 6: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בנות 14-15 לפי מצב חברתי-כלכלי 44
- מפה 5: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 14-15 לפי נפת מגורים 45
- תרשים 7: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 20-64 לפי מצב חברתי-כלכלי 47
- תרשים 8: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 20-64 לפי מצב חברתי-כלכלי 47
- מפה 6: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 20-64 לפי נפת מגורים 48
- תרשים 9: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 65-84 לפי מצב חברתי-כלכלי 50
- תרשים 10: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 65-84 לפי מצב חברתי-כלכלי 50
- מפה 7: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 65-84 לפי נפת מגורים 51

סוכרת

- תרשים 11: שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי מצב חברתי-כלכלי 60
- מפה 8: שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי נפה 60
- תרשים 12: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לפי מצב חברתי-כלכלי 62
- תרשים 13: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי מצב חברתי-כלכלי 64
- מפה 9: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי נפה 64
- תרשים 14: שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כליתית בני 18-84 לפי מצב חברתי-כלכלי 66

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

- תרשים 15: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי 73
- מפה 10: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי נפה 74

תרשים 16: שיעור הנשים בגילאים 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-3 השנים האחרונות לפי מצב חברתי-כלכלי	76
תרשים 17: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי	78
מפה 11: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי נפת מגורים	79
תרשים 18: שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי לפי מצב חברתי-כלכלי	81

תרופות אנטיביוטיות

תרשים 19: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (DDD-ל-1000 איש ליום) בקרב מבוטחים בני 18 ומעלה, לפי מצב חברתי-כלכלי ושנה	90
מפה 12: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (DDD ל-1000 איש ליום) בקרב מבוטחים בני 18 ומעלה, לפי נפת מגורים	91
תרשים 20: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (רכישות ל-1000 איש לשנה) לפי מצב חברתי-כלכלי ושנה	93

בריאות הנפש

תרשים 21: שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך	101
מפה 13: שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך לפי נפת מגורים	102

נספח א' - מונה, מכנה ושיעור מתוקנן לפי מצב חברתי כלכלי

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה			
			2015
15.28	319,655	25,975	1+2
12.62	1,190,785	123,342	3+4
10.13	1,833,061	191,682	5+6
8.36	1,107,576	95,079	7+8
6.96	391,858	31,300	9+10
			2016
15.28	337,111	27,365	1+2
12.68	1,185,189	124,959	3+4
10.15	1,826,656	193,139	5+6
8.26	1,162,570	99,303	7+8
6.85	393,686	31,649	9+10
			2017
15.16	335,770	27,902	1+2
12.37	1,244,414	127,249	3+4
9.86	1,834,438	191,450	5+6
7.92	1,203,200	99,836	7+8
6.53	405,712	31,545	9+10
			2018
15.47	336,602	28,733	1+2
12.47	1,283,082	132,578	3+4
9.94	1,853,985	196,263	5+6
7.96	1,221,981	103,161	7+8
6.56	420,627	33,200	9+10
			2019
14.97	295,822	26,353	1+2
12.22	1,297,445	141,280	3+4
9.98	1,679,475	176,840	5+6
8.15	1,303,953	112,802	7+8
6.66	488,181	38,554	9+10
			2020
15.26	340,540	30,242	1+2
12.34	1,332,906	145,619	3+4
10.08	1,683,014	180,634	5+6
8.29	1,363,138	121,000	7+8
6.79	504,894	40,932	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
			2021
15.62	367,051	31,638	1+2
12.31	1,426,357	150,851	3+4
9.89	1,741,333	185,484	5+6
8.00	1,399,324	122,691	7+8
6.52	523,444	41,634	9+10
איזון הסכרת בקרב בני 18 ומעלה			
			2015
55.62	23,050	11,524	1+2
63.84	106,657	65,678	3+4
69.97	164,468	115,077	5+6
73.72	80,440	59,506	7+8
76.77	26,066	20,334	9+10
			2016
56.33	24,365	12,423	1+2
65.59	107,022	68,025	3+4
71.84	164,331	118,227	5+6
75.73	83,660	63,700	7+8
79.05	26,091	21,002	9+10
			2017
57.48	24,967	13,094	1+2
65.90	110,637	70,739	3+4
71.83	164,697	118,760	5+6
75.20	85,216	64,543	7+8
78.50	26,515	21,267	9+10
			2018
58.59	25,753	13,907	1+2
67.00	114,853	74,879	3+4
72.69	167,914	122,675	5+6
76.49	87,861	67,787	7+8
79.47	27,845	22,553	9+10
			2019
64.02	23,717	14,142	1+2
69.15	122,284	82,849	3+4
72.91	151,602	111,018	5+6
75.55	96,156	73,313	7+8
78.40	32,324	25,904	9+10
			2020
62.33	26,114	15,059	1+2

שיעור מתוקן	מכנה	מונה	SES
69.47	121,304	82,668	3+4
74.43	150,051	112,372	5+6
78.18	100,354	79,279	7+8
81.72	33,368	27,820	9+10
			2021
62.47	27,856	16,191	1+2
69.29	128,658	87,494	3+4
74.30	156,728	117,349	5+6
77.99	103,619	81,749	7+8
80.94	34,436	28,417	9+10
שיעור בעלי רמת $HbA1c < 9\%$ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה			
			2015
17.53	23,463	4,921	1+2
13.03	110,714	15,887	3+4
9.55	173,336	16,777	5+6
7.63	85,774	6,493	7+8
6.30	28,304	1,679	9+10
			2016
17.29	24,792	5,009	1+2
12.42	111,444	15,193	3+4
8.98	173,683	15,664	5+6
6.96	89,349	6,117	7+8
5.39	28,417	1,416	9+10
			2017
16.26	25,399	4,886	1+2
12.07	115,143	15,172	3+4
8.72	174,142	15,136	5+6
6.72	90,992	5,960	7+8
5.49	28,823	1,431	9+10
			2018
15.79	26,267	4,848	1+2
11.55	119,669	15,039	3+4
8.53	177,961	15,024	5+6
6.53	93,857	5,926	7+8
5.39	30,339	1,464	9+10
			2019
13.33	41,080	6,411	1+2
11.03	210,481	24,840	3+4
8.82	251,506	21,764	5+6

שיעור מתוקן	מכנה	מונה	SES
6.96	164,604	10,886	7+8
5.75	55,622	2,903	9+10
			2020
14.22	44,968	7,533	1+2
11.23	209,110	25,023	3+4
8.38	250,800	20,492	5+6
6.21	170,372	9,918	7+8
5.05	57,645	2,577	9+10
			2021
14.10	47,282	7,796	1+2
11.17	218,523	25,954	3+4
8.39	258,644	21,015	5+6
6.36	174,182	10,427	7+8
5.16	58,707	2,710	9+10
שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84			
			2015
76.63	25,486	19,522	1+2
74.86	118,621	88,407	3+4
75.88	181,404	137,445	5+6
77.33	88,888	68,746	7+8
76.87	28,750	22,250	9+10
			2016
73.21	26,869	19,789	1+2
70.83	119,861	84,539	3+4
72.88	182,346	132,862	5+6
74.62	92,785	69,315	7+8
75.21	28,994	22,000	9+10
			2017
71.78	27,387	19,774	1+2
70.62	122,095	85,975	3+4
72.77	180,601	131,493	5+6
74.62	93,261	69,756	7+8
75.32	28,924	21,958	9+10
			2018
71.70	28,144	20,361	1+2
70.40	127,063	89,259	3+4
72.33	184,814	133,862	5+6
74.57	96,257	71,998	7+8
74.98	30,377	22,938	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
			2019
71.50	25,823	18,542	1+2
69.89	134,861	94,073	3+4
72.11	166,340	120,048	5+6
73.17	105,199	77,259	7+8
73.92	35,302	26,333	9+10
			2020
69.12	29,659	20,833	1+2
70.25	139,040	97,780	3+4
71.75	169,618	121,713	5+6
72.38	112,974	82,009	7+8
72.67	37,301	27,334	9+10
			2021
74.00	31,055	22,958	1+2
74.71	144,065	107,524	3+4
74.65	174,153	130,261	5+6
75.60	114,506	87,058	7+8
75.56	37,912	28,959	9+10
שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84			
			2015
37.17	24,162	7,620	1+2
34.54	112,767	36,361	3+4
30.87	172,722	53,384	5+6
28.79	84,654	25,088	7+8
27.19	27,315	8,066	9+10
			2016
37.23	25,535	8,097	1+2
34.64	113,826	37,145	3+4
31.14	173,760	54,462	5+6
28.96	88,333	26,469	7+8
27.46	27,683	8,314	9+10
			2017
38.60	26,079	8,774	1+2
35.67	115,050	38,908	3+4
32.13	171,162	55,655	5+6
30.01	88,320	27,562	7+8
28.10	27,288	8,439	9+10
			2018
37.62	26,915	8,729	1+2

שיעור מתוקן	מכנה	מונה	SES
35.02	120,764	40,074	3+4
31.70	176,289	56,657	5+6
29.50	91,795	28,223	7+8
27.04	28,952	8,637	9+10
			2019
37.67	24,691	8,101	1+2
34.73	127,829	42,528	3+4
31.57	157,994	50,455	5+6
29.67	100,185	30,851	7+8
27.22	33,625	10,092	9+10
			2020
37.93	28,336	9,379	1+2
35.17	131,964	44,407	3+4
32.33	161,280	52,881	5+6
30.07	107,764	33,822	7+8
27.48	35,615	10,871	9+10
			2021
38.23	29,066	9,720	1+2
34.81	133,160	44,306	3+4
31.88	162,082	52,625	5+6
29.04	106,905	32,761	7+8
26.44	35,519	10,603	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74			
			2015
66.08	27,661	18,513	1+2
65.97	164,120	109,183	3+4
69.72	321,636	225,492	5+6
71.41	188,348	134,966	7+8
70.80	71,942	51,036	9+10
			2016
66.76	29,479	19,943	1+2
66.34	165,651	110,724	3+4
70.18	321,290	226,487	5+6
72.75	198,551	144,732	7+8
72.80	73,210	53,373	9+10
			2017
64.27	30,600	19,994	1+2
66.26	172,464	114,867	3+4
71.23	324,648	232,064	5+6
73.29	207,225	152,111	7+8
74.16	76,155	56,517	9+10
			2018
65.28	31,056	20,554	1+2
67.55	178,216	120,848	3+4
73.10	329,350	241,196	5+6
75.21	212,445	159,866	7+8
75.57	79,510	60,101	9+10
			2019
67.98	29,749	20,474	1+2
68.47	193,864	133,059	3+4
72.21	294,305	212,789	5+6
74.46	226,222	168,493	7+8
75.87	90,076	68,329	9+10
			2020
62.35	33,403	21,203	1+2
65.91	198,201	130,937	3+4
70.35	296,439	208,669	5+6
73.56	238,485	175,396	7+8
75.73	93,164	70,487	9+10
			2021

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
61.99	34,242	21,701	1+2
66.26	205,203	136,231	3+4
71.91	309,889	222,830	5+6
75.57	248,660	187,805	7+8
78.12	97,998	76,479	9+10
שיעור הנשים בגילאים 54-25 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב- 3 השנים האחרונות			
			2015
16.32	53,037	13,673	1+2
23.23	191,477	69,873	3+4
32.17	306,654	154,975	5+6
37.38	210,373	124,068	7+8
37.73	73,180	43,471	9+10
			2016
16.57	55,562	14,523	1+2
23.64	187,988	69,822	3+4
32.28	301,748	153,041	5+6
37.71	222,223	132,134	7+8
38.46	73,723	44,597	9+10
			2017
20.46	72,230	18,032	1+2
30.50	257,342	95,817	3+4
42.42	395,222	204,894	5+6
49.72	293,178	178,457	7+8
50.55	93,789	57,938	9+10
			2018
20.96	70,440	17,995	1+2
32.15	263,950	103,593	3+4
43.77	399,646	213,794	5+6
50.87	297,532	185,253	7+8
51.28	96,599	60,512	9+10
			2019
26.72	79,507	20,639	1+2
42.17	335,389	140,324	3+4
54.82	443,932	243,246	5+6
62.43	371,984	233,048	7+8
64.43	132,491	85,638	9+10
			2020
28.11	92,890	25,444	1+2

שיעור מתוקן	מכנה	מונה	SES
43.83	343,059	149,612	3+4
56.03	443,227	248,401	5+6
63.45	387,524	246,498	7+8
65.22	136,776	89,298	9+10
			2021
30.33	100,180	29,753	1+2
44.94	366,491	164,486	3+4
57.42	457,015	262,603	5+6
65.10	396,349	258,046	7+8
66.85	141,077	94,038	9+10
שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרוב בני 50-74			
			2015
52.96	48,033	24,762	1+2
54.55	304,011	162,708	3+4
59.71	590,794	350,541	5+6
64.09	355,223	226,953	7+8
65.38	135,609	88,768	9+10
			2016
54.30	51,368	27,146	1+2
54.23	306,165	163,159	3+4
58.84	589,271	345,496	5+6
63.33	374,356	236,721	7+8
65.74	138,284	91,149	9+10
			2017
59.99	54,928	32,096	1+2
59.69	319,657	188,176	3+4
63.65	594,507	377,937	5+6
67.24	389,621	262,009	7+8
68.86	143,440	99,166	9+10
			2018
59.52	55,307	32,075	1+2
60.48	329,553	196,824	3+4
64.41	601,579	387,896	5+6
68.40	399,173	273,420	7+8
70.02	149,536	105,231	9+10
			2019
61.89	52,902	32,078	1+2

שיעור מתוקן	מכנה	מונה	SES
61.59	356,138	217,499	3+4
64.47	538,006	347,605	5+6
68.02	424,282	289,296	7+8
70.94	169,792	121,036	9+10
			2020
57.58	59,811	33,611	1+2
59.23	362,491	213,036	3+4
62.54	538,774	338,417	5+6
66.56	447,311	298,486	7+8
69.62	176,449	123,336	9+10
			2021
59.09	60,559	35,076	1+2
60.03	371,662	221,604	3+4
63.04	560,504	355,137	5+6
67.18	467,420	314,554	7+8
70.38	187,021	131,910	9+10
שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמיו חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמיו			
			2017
46.81	1,566	751	1+2
55.86	7,126	4,008	3+4
64.98	10,047	6,549	5+6
71.92	4,720	3,391	7+8
72.42	1,301	938	9+10
			2018
51.10	1,825	942	1+2
57.16	9,147	5,248	3+4
67.09	12,855	8,605	5+6
73.12	5,895	4,294	7+8
72.65	1,604	1,159	9+10
			2019
52.86	1,551	827	1+2
58.91	8,955	5,291	3+4
68.15	10,112	6,879	5+6
74.33	6,058	4,489	7+8
75.90	1,846	1,403	9+10
			2020

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
52.07	2,048	1,095	1+2
58.74	9,999	5,889	3+4
66.71	11,106	7,394	5+6
74.86	7,040	5,255	7+8
77.75	2,136	1,649	9+10
			2021
49.36	2,072	1,046	1+2
59.13	10,671	6,339	3+4
67.81	12,089	8,180	5+6
75.87	7,158	5,408	7+8
76.83	2,161	1,653	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
שיעור עישון בקרב בני 16-74			
			2015
19.82	285,978	53,145	1+2
21.20	994,151	210,105	3+4
21.48	1,454,330	318,088	5+6
16.27	883,991	145,988	7+8
14.17	302,031	41,921	9+10
			2016
19.77	305,004	56,913	1+2
21.05	1,006,308	211,163	3+4
21.10	1,462,104	313,256	5+6
15.88	930,683	148,831	7+8
12.94	305,104	38,342	9+10
			2017
20.32	299,038	57,271	1+2
20.58	1,050,846	214,229	3+4
20.96	1,460,004	310,333	5+6
15.66	953,746	150,106	7+8
12.57	309,735	37,803	9+10
			2018
20.57	299,033	58,282	1+2
20.67	1,080,996	221,191	3+4
21.28	1,463,928	314,463	5+6
15.97	950,646	151,591	7+8
13.45	311,844	40,568	9+10
			2019
19.95	265,391	50,291	1+2
21.36	1,083,966	229,964	3+4
21.42	1,306,050	281,629	5+6
16.72	987,824	165,584	7+8
13.28	349,468	45,342	9+10
			2020
21.51	287,832	58,587	1+2
22.24	1,049,837	230,517	3+4
22.29	1,243,873	279,667	5+6
17.32	982,443	171,560	7+8
13.58	340,727	45,595	9+10
			2021
23.04	295,861	63,528	1+2

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
23.03	1,064,585	238,302	3+4
23.24	1,229,658	288,489	5+6
17.98	961,292	175,020	7+8
13.91	334,933	46,391	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64			
			2015
34.15	187,711	57,835	1+2
28.88	703,591	197,109	3+4
23.24	1,097,963	256,873	5+6
17.64	679,676	120,567	7+8
13.89	225,307	32,444	9+10
			2016
34.10	200,163	61,674	1+2
28.98	703,336	197,813	3+4
23.53	1,090,581	257,845	5+6
17.93	712,838	128,611	7+8
14.02	226,085	32,872	9+10
			2017
34.19	194,833	60,538	1+2
29.18	728,984	206,215	3+4
23.71	1,079,748	257,220	5+6
18.11	722,727	131,903	7+8
14.20	226,400	33,335	9+10
			2018
34.37	194,263	60,880	1+2
29.47	746,540	212,910	3+4
24.06	1,074,911	259,333	5+6
18.52	716,964	133,952	7+8
14.38	229,209	34,069	9+10
			2019
33.75	168,893	52,645	1+2
28.99	749,864	212,522	3+4
24.72	960,915	237,430	5+6
19.59	755,500	149,018	7+8
15.39	263,091	41,596	9+10
			2020
34.46	188,632	60,120	1+2
29.58	746,026	216,193	3+4
25.18	933,795	235,686	5+6
19.93	767,095	154,657	7+8
15.53	263,448	42,244	9+10
			2021
35.78	199,418	66,002	1+2

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
30.38	779,647	231,569	3+4
25.64	950,269	244,930	5+6
19.93	777,144	157,629	7+8
15.30	268,532	42,735	9+10
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84			
			2015
44.48	16,341	7,360	1+2
40.29	116,232	46,977	3+4
34.24	247,795	85,271	5+6
27.43	148,344	40,774	7+8
22.79	59,795	13,667	9+10
			2016
44.76	17,043	7,746	1+2
40.33	118,266	47,915	3+4
34.26	249,741	86,035	5+6
27.67	155,684	43,178	7+8
23.04	59,487	13,723	9+10
			2017
45.38	17,660	8,133	1+2
40.64	125,242	51,118	3+4
34.40	261,629	90,290	5+6
28.03	166,861	46,764	7+8
23.28	64,095	14,929	9+10
			2018
45.62	17,936	8,296	1+2
40.28	129,384	52,355	3+4
34.41	269,395	92,807	5+6
28.07	173,797	48,715	7+8
23.28	67,735	15,748	9+10
			2019
44.07	18,024	8,023	1+2
39.43	147,560	58,468	3+4
34.30	243,029	83,402	5+6
28.87	189,025	54,507	7+8
24.32	77,277	18,761	9+10
			2020
45.17	18,450	8,424	1+2
39.53	142,020	56,464	3+4
34.62	231,933	80,355	5+6

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
28.60	186,377	53,236	7+8
24.00	74,131	17,718	9+10
			2021
46.50	18,482	8,691	1+2
39.97	143,827	57,873	3+4
34.54	237,956	82,313	5+6
28.48	192,131	54,629	7+8
24.08	75,221	18,003	9+10
שיעור ההמצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64			
			2015
35.40	187,711	65,701	1+2
35.08	703,591	244,781	3+4
34.76	1,097,963	382,754	5+6
33.69	679,676	230,203	7+8
31.75	225,307	73,102	9+10
			2016
35.65	200,163	70,492	1+2
35.07	703,336	244,680	3+4
34.89	1,090,581	381,238	5+6
34.05	712,838	243,820	7+8
32.21	226,085	74,282	9+10
			2017
35.47	194,833	68,139	1+2
35.13	728,984	253,894	3+4
34.81	1,079,748	376,706	5+6
34.04	722,727	247,371	7+8
32.30	226,400	74,675	9+10
			2018
35.38	194,263	67,665	1+2
35.06	746,540	259,385	3+4
34.72	1,074,911	373,790	5+6
34.04	716,964	245,443	7+8
32.03	229,209	74,915	9+10
			2019
35.44	168,893	58,849	1+2
34.92	749,858	260,086	3+4
34.68	960,887	333,409	5+6
34.03	755,500	258,473	7+8
32.43	263,091	86,868	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
			2020
35.38	188,632	65,578	1+2
34.85	746,026	258,325	3+4
34.56	933,795	323,031	5+6
33.98	767,095	262,528	7+8
32.38	263,448	87,031	9+10
			2021
35.25	199,418	69,097	1+2
34.89	779,647	269,883	3+4
34.44	950,269	328,019	5+6
33.80	777,144	265,398	7+8
32.18	268,532	88,534	9+10
שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד			
			2015
11.59	14,130	1,637	1+2
12.96	31,121	4,033	3+4
13.52	35,441	4,793	5+6
13.09	23,164	3,037	7+8
13.35	6,982	932	9+10
			2016
11.82	15,441	1,825	1+2
12.23	31,133	3,807	3+4
13.49	36,521	4,929	5+6
12.64	24,689	3,123	7+8
11.51	7,375	850	9+10
			2017
10.04	14,765	1,482	1+2
11.94	33,534	4,005	3+4
12.66	37,324	4,727	5+6
12.40	25,756	3,194	7+8
11.97	7,360	881	9+10
			2018
9.26	13,794	1,278	1+2
11.04	33,508	3,699	3+4
12.16	37,250	4,532	5+6
11.58	25,805	2,988	7+8
11.48	7,305	839	9+10
			2019

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
9.02	11,713	1,057	1+2
10.81	31,563	3,411	3+4
11.29	35,331	3,989	5+6
11.73	27,953	3,279	7+8
11.03	9,456	1,044	9+10
			2020
9.29	12,704	1,180	1+2
11.57	30,993	3,586	3+4
11.95	34,572	4,132	5+6
11.52	28,648	3,302	7+8
11.40	9,622	1,096	9+10
			2021
9.75	12,759	1,243	1+2
11.88	32,002	3,802	3+4
12.57	33,340	4,191	5+6
12.54	26,945	3,379	7+8
12.39	8,885	1,102	9+10
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד			
			2015
5.53	14,130	780	1+2
8.52	31,121	2,653	3+4
9.52	35,441	3,373	5+6
7.81	23,164	1,807	7+8
6.54	6,982	456	9+10
			2016
6.04	15,441	933	1+2
8.25	31,133	2,568	3+4
8.65	36,521	3,157	5+6
6.86	24,689	1,694	7+8
5.94	7,375	438	9+10
			2017
5.50	14,765	812	1+2
7.53	33,534	2,524	3+4
8.05	37,324	3,003	5+6
6.62	25,756	1,704	7+8
5.56	7,360	409	9+10
			2018
5.37	13,794	740	1+2

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
7.25	33,508	2,428	3+4
7.98	37,250	2,971	5+6
6.53	25,805	1,684	7+8
4.98	7,305	364	9+10
			2019
4.88	11,713	571	1+2
7.71	31,563	2,432	3+4
8.04	35,325	2,841	5+6
6.28	27,953	1,755	7+8
5.75	9,456	544	9+10
			2020
5.44	12,704	691	1+2
7.57	30,993	2,344	3+4
7.88	34,572	2,723	5+6
6.38	28,648	1,826	7+8
5.33	9,622	513	9+10
			2021
6.33	12,759	807	1+2
8.18	32,002	2,619	3+4
8.74	33,340	2,915	5+6
7.43	26,945	2,001	7+8
5.72	8,885	508	9+10
המצאות עודף משקל בני 14-15			
			2017
17.38	25,229	4,394	1+2
18.81	61,224	11,516	3+4
18.21	63,671	11,593	5+6
17.15	41,848	7,171	7+8
16.06	13,546	2,165	9+10
			2018
17.28	24,472	4,219	1+2
18.73	62,776	11,756	3+4
18.51	64,924	12,019	5+6
16.99	43,370	7,363	7+8
15.57	14,019	2,184	9+10
			2019
16.29	19,609	3,183	1+2
18.63	57,968	10,798	3+4
18.44	61,428	11,325	5+6

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
17.31	47,625	8,235	7+8
15.39	17,387	2,672	9+10
			2020
17.61	21,180	3,731	1+2
19.30	55,771	10,768	3+4
18.74	57,719	10,811	5+6
17.48	47,975	8,365	7+8
15.89	17,693	2,797	9+10
			2021
18.99	21,795	4,134	1+2
19.57	58,438	11,433	3+4
18.85	57,463	10,829	5+6
17.61	48,691	8,570	7+8
15.69	17,716	2,776	9+10
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15			
			2017
10.81	25,229	2,714	1+2
11.74	61,224	7,191	3+4
10.75	63,671	6,845	5+6
8.03	41,848	3,355	7+8
5.76	13,546	777	9+10
			2018
10.96	24,472	2,667	1+2
12.20	62,776	7,670	3+4
11.15	64,924	7,240	5+6
8.36	43,370	3,619	7+8
6.15	14,019	861	9+10
			2019
11.41	19,609	2,218	1+2
12.92	57,968	7,492	3+4
11.73	61,420	7,208	5+6
8.90	47,689	4,240	7+8
6.85	17,387	1,191	9+10
			2020
12.15	21,180	2,551	1+2
13.20	55,771	7,359	3+4
12.08	57,719	6,972	5+6
9.21	47,975	4,402	7+8
6.69	17,693	1,175	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
			2021
13.12	21,795	2,849	1+2
13.74	58,438	8,034	3+4
12.78	57,463	7,342	5+6
9.73	48,691	4,722	7+8
7.11	17,716	1,257	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, ל-1000 איש, ליום בקרב בני 18+			
			2015
34.01	302,223	3,175,689	1+2
29.13	1,171,161	11,813,090	3+4
25.71	1,856,751	17,587,657	5+6
24.22	1,130,127	10,098,806	7+8
22.89	400,512	3,505,575	9+10
			2016
29.79	319,798	2,940,600	1+2
25.98	1,167,499	10,539,861	3+4
23.43	1,848,592	15,985,779	5+6
22.09	1,184,977	9,664,402	7+8
21.14	402,047	3,264,397	9+10
			2017
28.53	319,809	2,807,267	1+2
25.96	1,223,293	10,996,350	3+4
24.04	1,858,594	16,552,744	5+6
23.02	1,226,773	10,451,177	7+8
22.07	414,071	3,530,528	9+10
			2018
28.33	324,253	2,844,416	1+2
25.63	1,262,712	11,232,717	3+4
23.96	1,879,576	16,711,370	5+6
22.97	1,245,799	10,622,336	7+8
22.13	429,225	3,670,601	9+10
			2019
27.25	281,777	2,411,501	1+2
24.52	1,281,004	11,106,791	3+4
24.03	1,703,578	15,132,798	5+6
23.20	1,330,850	11,434,724	7+8
22.45	498,814	4,286,457	9+10
			2020
22.18	324,042	2,238,566	1+2
20.01	1,314,229	9,275,605	3+4
18.79	1,705,449	11,872,598	5+6
17.90	1,390,700	9,233,308	7+8
16.88	515,464	3,351,173	9+10
			2021

שיעור מתוקן	מכנה	מונה	SES
23.35	348,794	2,498,741	1+2
21.06	1,400,624	10,343,782	3+4
19.39	1,758,879	12,664,432	5+6
18.16	1,426,917	9,647,789	7+8
16.96	534,632	3,501,807	9+10
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, רכישות ל-1000 איש לשנה			
			2017
89.8	282,275	219,511	1+2
81.4	954,607	738,945	3+4
79.9	1,353,965	1,091,691	5+6
76.7	943,706	718,819	7+8
71.9	339,389	246,959	9+10
			2018
92.6	271,313	218,251	1+2
82.6	1,005,609	793,564	3+4
80.2	1,367,951	1,109,552	5+6
77.6	963,117	744,825	7+8
73.2	356,297	265,231	9+10
			2019
95.2	588,850	484,791	1+2
84.8	2,139,339	1,759,397	3+4
83.0	2,583,528	2,189,092	5+6
80.3	2,002,566	1,641,535	7+8
75.9	735,633	583,575	9+10
			2020
73.3	676,677	413,516	1+2
64.7	2,205,986	1,370,163	3+4
60.7	2,589,322	1,611,432	5+6
57.6	2,085,993	1,233,561	7+8
53.2	759,878	427,277	9+10
			2021
81.4	733,893	507,857	1+2
72.9	2,390,833	1,678,883	3+4
66.5	2,664,620	1,813,092	5+6
61.6	2,115,098	1,330,074	7+8
56.1	776,709	456,222	9+10

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
שיעור המפגשים הטיפוליים עם אנשי בריאות הנפש בקהילה תוך 14 יום משחרור מאשפוז פסיכיאטרי ממושך			
			2015
33.37	149	50	1+2
31.61	1,125	351	3+4
33.03	1,450	479	5+6
35.09	554	193	7+8
35.43	169	56	9+10
			2016
28.62	384	113	1+2
35.54	2,370	840	3+4
35.90	3,175	1,131	5+6
36.30	1,333	483	7+8
36.81	315	114	9+10
			2017
36.44	338	127	1+2
33.76	2,351	783	3+4
34.79	3,119	1,086	5+6
35.74	1,333	482	7+8
35.60	353	121	9+10
			2018
31.50	343	108	1+2
34.18	2,430	832	3+4
38.10	3,117	1,185	5+6
37.01	1,387	515	7+8
31.19	379	119	9+10
			2019
34.74	318	113	1+2
38.68	2,579	992	3+4
40.39	2,859	1,149	5+6
40.86	1,484	606	7+8
42.32	420	179	9+10
			2020
40.10	295	124	1+2
45.43	2,445	1,106	3+4
47.54	2,702	1,277	5+6
49.85	1,451	724	7+8
42.04	405	169	9+10
			2021

שיעור מתוקנן	מכנה	מונה	SES
47.20	314	139	1+2
46.32	2,607	1,203	3+4
49.95	2,910	1,452	5+6
49.96	1,530	764	7+8
45.02	437	198	9+10

נספח ב' – מונה, מכנה ושיעור מתוקנו לפי מין

מין	מונה	מכנה	שיעור מתוקן
טיפול תרופתי הולם בבני 65-85 לאחר שבר בצוואר הירך			
2015			
גברים	63	510	12.50
נשים	390	1293	30.57
2016			
גברים	106	688	15.60
נשים	495	1614	30.37
2017			
גברים	127	859	14.93
נשים	586	2018	29.03
2018			
גברים	177	935	18.69
נשים	673	2068	32.28
2019			
גברים	222	991	22.58
נשים	834	2199	37.37
2020			
גברים	266	1098	23.97
נשים	821	2345	34.73
2021			
גברים	232	1083	21.50
נשים	808	2287	35.43
שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה			
2015			
גברים	236,955	2,301,112	10.33
נשים	230,423	2,541,823	9.11
2016			
גברים	243,303	2,335,894	10.44
נשים	233,112	2,569,318	9.11
2017			
גברים	245,364	2,394,368	10.28
נשים	232,618	2,629,166	8.90
2018			
גברים	254,424	2,443,262	10.45
נשים	239,511	2,673,015	9.01
2019			
גברים	255,392	2,418,496	10.50

מין	מונה	מכנה	שיעור מתוקנן
נשים	240,437	2,646,380	9.03
2020			
גברים	267,874	2,501,082	10.67
נשים	250,553	2,723,410	9.16

2021			
גברים	275,467	2,615,837	10.57
נשים	256,831	2,841,672	9.08
איזון הסכרת בקרב בני 18 ומעלה			
2015			
גברים	133,019	203,471	65.09
נשים	139,100	197,210	70.24
2016			
גברים	140,217	207,098	67.37
נשים	143,160	198,371	71.83
2017			
גברים	143,795	211,909	67.54
נשים	144,608	200,123	71.93
2018			
גברים	151,365	218,880	68.84
נשים	150,436	205,346	72.91
2019			
גברים	153,745	220,121	69.52
נשים	153,481	205,962	74.22
2020			
גברים	160,042	223,153	71.47
נשים	157,156	208,038	75.27
2021			
גברים	166,312	233,710	70.92
נשים	164,888	217,587	75.54
שיעור בעלי רמת $HbA1c < 9\%$ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה			
2015			
גברים	24,678	211,752	11.82
נשים	21,079	209,839	10.20
2016			
גברים	23,270	216,082	10.95
נשים	20,129	211,603	9.68
2017			
גברים	22,924	220,985	10.56

מין	מונה	מכנה	שיעור מתוקן
נשים	19,661	213,514	9.39
2018			
גברים	22,815	228,477	10.14
נשים	19,486	219,616	9.04
2019			
גברים	36,065	365,346	10.08
נשים	30,739	357,947	8.74

2020			
גברים	35,004	370,453	9.60
נשים	30,539	362,442	8.59
2021			
גברים	37,062	383,184	9.80
נשים	30,840	374,154	8.36
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, ל- 1000 איש, ליום בקרב בני +18			
2015			
גברים	18,762,168	2,406,686	21.36
נשים	29,556,415	2,637,217	30.71
2016			
גברים	17,092,312	2,454,051	19.08
נשים	27,360,480	2,681,728	27.95
2017			
גברים	17,603,513	2,500,905	19.28
נשים	28,515,767	2,727,647	28.64
2018			
גברים	17,936,740	2,553,739	19.24
נשים	28,940,704	2,777,546	28.55
2019			
גברים	18,247,677	2,602,599	19.21
נשים	29,167,197	2,821,761	28.32
2020			
גברים	14,530,892	2,656,825	14.98
נשים	23,499,527	2,875,793	22.39
2021			
גברים	15,086,667	2,695,477	15.33
נשים	24,607,804	2,914,018	23.14
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, רכישות ל-1000 איש לשנה			
2017			

מין	מונה	מכנה	שיעור מתוקנן
גברים	1,257,026	1,906,783	66.0
נשים	1,758,899	1,967,159	89.4
2018			
גברים	1,305,819	1,953,987	66.9
נשים	1,825,604	2,010,300	90.8
2019			
גברים	2,763,366	3,956,923	70.2
נשים	3,895,024	4,092,993	95.1
2020			
גברים	2,048,947	4,092,360	50.3
נשים	3,007,002	4,225,496	71.1
2021			
גברים	2,381,788	4,276,045	55.9
נשים	3,404,340	4,405,108	77.3