

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2012-2014



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

NATIONAL PROGRAM FOR QUALITY INDICATORS IN COMMUNITY HEALTHCARE

المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة الجماهيرية في إسرائيل





התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2012-2014

חברי מנהלת תכנית המדדים ומחברי הדו"ח:

פרופ' אורלי מנור

מר ויסאם אבראחמד

פרופ' אריה בן-יהודה

ד"ר אהוד הורוביץ

פרופ' אורה פלטיאל

ד"ר ורד קאופמן-שריקי

פרופ' רונית קלדרון

ד"ר מיכל קריגר

פרופ' עמיר שמואלי

בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית

האוניברסיטה העברית והדסה

בהשתתפות:

ארבע קופות החולים בישראל

מבצעת המבדק:

ד"ר עליזה לוקאץ'

כסלו תשע"ו - דצמבר 2015



עריכה גרפית | ערן צירמן
דפוס | גרפוס פרינט

ירושלים תשע"ו (2015)



חברי המנהלת של התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

פרופ' אורלי מנור (ראש התכנית)

ביוסטטיסטיקה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

מר ויסאם אבו אחמד

מורה וחוקר, מערכות מידע וסטטיסטיקה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

פרופ' אריה בן-יהודה

מנהל האגף הפנימי, מרכז רפואי הדסה והאוניברסיטה העברית

ד"ר אהוד הורביץ

רוקח קליני, מורה וחוקר, מרכז רפואי הדסה והאוניברסיטה העברית

פרופ' אורה פלטיאל

אפידמיולוגיה, מנהלת מרכז המחקר לאפידמיולוגיה קלינית, רופאה בכירה במחלקה להמטולוגיה, מנהלת בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

ד"ר ורד קאופמן-שריקי (סגנית ראש התכנית)

אפידמיולוגיה חברתית וקידום בריאות, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

פרופ' רונית קלדרון

אפידמיולוגיה של מחלות אם וילד, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

ד"ר מיכל קריגר

רפואה פנימית ומחלות זיהומיות, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

פרופ' עמיר שמואלי

כלכלת בריאות ומדיניות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

צוות התכנית

אלעד חרץ

תלמיד לרפואה ו-MPH, עוזר מחקר, בית הספר לרפואה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

שרה סרפזאדה

עוזרת מחקר, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

נורה עבדל רחמן

תלמידת דוקטורט, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

ערבה קידר-תירוש

תלמידת MPH, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה



שירותי בריאות כללית

פרופ' ארנון כהן	מנהל מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
גב' תמרה קורמן	מערכת ארגוני BI, אגף מחשוב
גב' ליאת אלנקוה	רכזת מדידת איכות, מחלקת מדידות איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
ד"ר יאיר בירנבאום	רופא ראשי
גב' גלית בנבנישתי	מנהלת BI ארגוני
פרופ' מרגלית גולדפרכט	מנהלת המחלקה לקידום איכות, אגף רפואה, חטיבת הקהילה
ד"ר שרי דותן-גרינברג	מנהלת מחלקת מידע, מחלקת מחקר ומידע, משרד רופא ראשי
ד"ר ניקי ליברמן	ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה
גב' נורית מן	מחלקת יישומי מידע חוצה ארגון
מר אילן פלדהמר	סטטיסטיקאי, מחלקת מחקר ומידע, משרד רופא ראשי
ד"ר דורון קומנשטר	אפידמיולוג, מחלקת מדידות איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
גב' כלנית קיי	ראש אגף סיעוד, חטיבת הקהילה
ד"ר מינה רותם	רכזת איכות וניהול סיכונים, אגף סיעוד בקהילה, חטיבת הקהילה

מכבי שירותי בריאות

ד"ר עינת אלרן	מנהלת המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
ד"ר אריקה כהן יונגר	סגנית מנהלת המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
רחל מרום	מנהלת המחלקה למידע, ניהול ואיכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
נסיה גורדון	מומחית יישום מערכות מדידה, אחראית מידע ותשתיות נתונים, המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
גיא לוי	מנהל פרויקט תמ"ל, ר"צ BI ניהולי, המחלקה למידע ניהול ואיכות
דביר ויז'ניצר	אגף מערכות מידע ותקשוב
פרופ' נחמן אש	מנתח מערכות, צוות BI ניהולי, המחלקה למידע ניהול ואיכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
	ראש חטיבת הבריאות, משנה למנכ"ל לענייני בריאות

מאחדת

מנהלת המחלקה לאיכות קלינית	גב' ליאורה ולינסקי
CTO אגף מערכות מידע ומחשוב	מר אלון יפה
מנתחת מערכות, אגף מערכות מידע ומחשוב	גב' שלי קרוג
מנהלת מחלקת BI	גב' רות אליעזר
אגף מערכות מידע ומחשוב	מר צביקה בירנבוים
מנהלת מחלקת מערכות רפואיות, אגף מערכות מידע ומחשוב	גב' שרית כץ
סמנכ"ל רפואה	ד"ר דודי מוסינזון

לאומית שירותי בריאות

מנהל מחלקת רפואה בקהילה	ד"ר ערן מצ
ראש צוות בינה עסקית	גב' נירית פרץ
מנהל מחלקת פיתוח מערכות רפואיות	ד"ר דורון דושניצקי
ראש חטיבת הרפואה	פרופ' שלמה וינקר



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, 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

מומחים מהאקדמיה, מהמועצות הלאומיות, ממכון ברוקדייל, ממכון גרטנר ומהמוסד לביטוח לאומי

האיגוד הישראלי לאיכות

לכולכם, שלמי תודה על תרומתכם הרבה

מנהלת תכנית המדדים



ב"ה, ב' באדר א', התשע"ו
11 פברואר 2016

שלום רב,

לאיכות הטיפול הרפואי חשיבות מכרעת במסגרת אספקת שרותי הבריאות, ושיפורה הוא אחד מהאתגרים העומדים בפני מערכת הבריאות. משרד הבריאות, שהפך בשנת 2004 את המיזם לתכנית לאומית הפועלת בהובלת המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות, הציב את הנושא בראש סדר העדיפויות שלו.

התוכנית הלאומית למדדי איכות מקיימת מדידה מתמשכת של איכות שירותי המניעה, האבחון, והריפוי הניתנים בקהילה על ידי קופות החולים ומספקת מידע לקובעי המדיניות ולציבור בנושא איכות הטיפול הרפואי. פעילותה של התוכנית תורמת לשיפור השירות הרפואי הניתן לתושבי ישראל ומציבה את ישראל בחזית הערכת הטיפול במדינות המפותחות. בשנים האחרונות הרחיבה התוכנית את פעילותה למדידת תחומים קליניים נוספים.

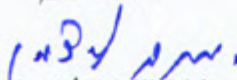
הדו"ח כולל הערכת איכות הטיפול במגוון תחומים חשובים של רפואת הקהילה, בכלל זה, קידום בריאות, בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן השד וסרטן המעי הגס, סוכרת, מחלות לב וכלי דם וחיסון נגד שפעת.

אני שמח לראות כי ממצאי הדו"ח, המבוססים על נתוני קופות החולים, מצביעים על כך שבתקופה 2011-2014 איכות הטיפול הרפואי שמרה על רמה גבוהה ואף הראתה שיפור משמעותי במספר מדדים.

התוכנית מבוססת על שיתוף פעולה ייחודי של גורמים רבים, בכלל זה משרד הבריאות, ארבע קופות החולים, מומחים מהאקדמיה, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות וההסתדרות הרפואית. בטוחני ששיתוף פעולה זה ילווה את התוכנית גם בעתיד.

ישר כח לכל העושים במלאכה!

בכבוד רב,


הרב יעקב ליצמן, ח"כ
שר הבריאות





עמוד

טבלאות

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות)

בקרב בני 5-44

- טבלה 1: לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014-2012..... 37
- טבלה 2: לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014..... 37
- טבלה 3: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014..... 37

יחס התרופות לאסתמה (AMR)

- טבלה 4: לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014-2012..... 40
- טבלה 5: לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014..... 40
- טבלה 6: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014..... 40

תרשימים

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות)

בקרב בני 5-44

- תרשים 1: לפי שנה, 2014-2012..... 36
- תרשים 2: לפי גיל, 2014..... 36
- תרשים 3: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2014..... 36
- תרשים 4: לפי מין, 2014..... 36

יחס התרופות לאסתמה (AMR)

- תרשים 5: לפי שנה, 2014-2012..... 39
- תרשים 6: לפי גיל, 2014..... 39
- תרשים 7: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2014..... 39
- תרשים 8: לפי מין, 2014..... 39



שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בקרב האוכלוסייה

- 44.....2014-2012 לפי שנה, 9: תרשים
- 44.....2014 לפי גיל, 10: תרשים
- 44.....2014 לפי מצב חברתי-כלכלי, 11: תרשים
- 44.....2014 לפי מין, 12: תרשים

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מסוג צפלוספירינים וקווינולונים

מתוך סך התרופות האנטיביוטיות, בקרב האוכלוסייה

- 46.....2014-2012 לפי שנה, 13: תרשים
- 46.....2014 לפי גיל, 14: תרשים
- 46.....2014 לפי מצב חברתי-כלכלי, 15: תרשים
- 46.....2014 לפי מין, 16: תרשים

ממצאים נבחרים לפי קופות, ובהשוואה לתוצאות בינלאומיות

- תרשים 17: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 65-74, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי.....51
- תרשים 18: שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי.....52
- תרשים 19: שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח במבוגרים בני 65 ומעלה, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי.....54
- תרשים 20: שיעור איזון סוכרת, בקרב בני 65-84, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי.....56
- תרשים 21: מגמות במדדי האיכות בטיפול בסוכרת.....61
- תרשים 22: שיעורי התמותה מסוכרת בנשים יהודיות (JF) וערביות (AF) בישראל, 2011-1998.....62



3	הקדמה
5	מדדי איכות ושיעורים 2012-2014
8	מבוא
11	שיטות
17	תוצאות
29	ממצאים, מדדי איכות חדשים
31	אסתמה
41	שימוש בתרופות אנטיביוטיות
47	ממצאים נבחרים לפי קופות, ובהשוואה לתוצאות בינלאומיות
50	שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 65-74
52	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה
53	שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה
55	שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בקרב חולי סוכרת בני 65 ומעלה
57	מחקרים מלווים
65	רשימת ספרות
68	קיצורים
69	נספח מדדי איכות וממצאים לשנת 2014 לפי חברות בקופת חולים





הקדמה

דו”ח זה מופק על ידי התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל בשיתוף עם ארבע קופות החולים, על מנת להעריך את איכות הטיפול הרפואי בקהילה, שיפורים ושינויים שחלו באיכות הטיפול לאורך זמן, ופערים באיכות הטיפול בין קבוצות אוכלוסייה שונות.

הדו”ח הראשון של מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל פורסם בשנת 2004 והציג נתונים לשנים 2001-2003 והדו”ח האחרון שפורסם הציג נתונים לשנים 2011-2013 [2]. הדו”ח הנוכחי מציג את תוצאות המדדים לשנים 2012-2014.

הדו”ח מבוסס על נתונים מארבע קופות החולים בישראל ומציג נתונים לאומיים כמו גם נתונים לפי קופות החולים בשבעה תחומים קליניים מרכזיים ברפואת הקהילה בישראל. הדו”ח הנוכחי ערוך בצורה מעט שונה מדוחות קודמים כפי שמפורט בפרק השיטות. הנתונים המוצגים בדו”ח נבדקו ואושרו על ידי בודק חיצוני מוסמך.

אנו מקווים כי דו”ח זה ישמש את הקהל הרחב, נותני השירותים בקהילה וקובעי המדיניות.





מדדי איכות ושיעורים 2012-2014

2014	2013	2012	מדד
קידום בריאות			
87.5%	87.7%	85.6%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74
24.1%	24.1%	24.4%	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-74
88.3%	83.9%	79.7%	שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74
20.1%	20.2%	20.7%	שיעור עישון בקרב בני 16-74
בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן			
69.7%	69.9%	68.4%	שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74
58.9%	57.3%	55.2%	שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74
ילדים ובני נוער			
85.6%	84.8%	84.3%	שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות
74.1%	73.0%	72.2%	שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7
75.2%	72.7%	69.3%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18
מבוגרים בני 65 ומעלה			
63.4%	62.4%	60.2%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה
76.3%	77.2%	77.4%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74
80.5%	81.8%	79.7%	שיעור התייעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה
5.3%	5.2%	5.3%	שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה
2.6%	3.1%	3.6%	שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה
מחלות נשימתיות			
0.83%	0.89%	0.89%	שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44
67.9%	66.2%	65.9%	שיעור יחס תרופות לאסתמה (AMR) גדול או שווה 0.5 בקרב בני 5-44



2014	2013	2012	מדד
79.5%	80.0%	79.5%	שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5
41.6%	37.3%	36.5%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5
56.1%	50.3%	41.8%	שיעור הביצוע של ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50
לב וכלי דם			
87.3%	87.1%	86.5%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 54-35
76.7%	78.0%	77.4%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55
83.3%	83.6%	84.0%	שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 74-35
89.4%	90.1%	90.4%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בבני 74-35
71.7%	71.8%	72.4%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בבני 74-35
28.1%	27.7%	28.4%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בבני 74-35
92.1%	92.1%	91.1%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 54-20
81.9%	82.8%	80.6%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55
82.1%	82.9%	84.2%	שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה
72.5%	72.9%	73.2%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה
סוכרת			
9.71%	9.58%	9.53%	שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה
89.7%	89.6%	89.0%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
66.5%	64.3%	63.2%	שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84
11.6%	12.2%	12.4%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה



מדד	2012	2013	2014
שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84	76.6%	74.2%	75.1%
שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84	76.3%	77.8%	79.0%
שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84	90.7%	91.3%	91.3%
שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84	29.9%	30.1%	30.5%
שיעור הטיפול ב־ ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74	77.9%	76.8%	76.3%
שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	89.6%	91.1%	90.6%
שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל־140/90 מ"מ"כ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	83.4%	83.7%	83.7%
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	90.3%	90.8%	90.5%
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	63.8%	63.8%	63.2%
שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	86.6%	88.0%	87.7%
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	57.5%	61.2%	62.2%
שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74	83.9%	84.3%	83.5%
שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17	0.11%	0.11%	0.12%
שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17	86.1%	86.5%	87.5%
שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17	73.0%	74.5%	75.4%
שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% בחולי סוכרת בני 2-17	43.1%	38.2%	36.7%
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17	45.1%	48.3%	50.3%
תרופות אנטיביוטיות			
שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות, ל־1000 איש, ליום	21.2	21.1	20.7
שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספרינים וקווינולונים, מתוך סך התרופות האנטיביוטיות	24.2%	24.0%	24.2%



לאיכות הטיפול הרפואי חשיבות רבה במערכת אספקת שירותי הבריאות. למושג המורכב של איכות הטיפול הרפואי הוצעו בספרות מספר הגדרות. אחת מהן מגדירה איכות טיפול כמידה שבה שירותי הבריאות מגדילים את ההסתברות לתוצאי בריאות רצויים, בהתאם לספרות המקצועית המעודכנת [3].

לאיכות הטיפול הרפואי מגוון מרכיבים וממדים, בכלל זה:

- מועילות הטיפול - מידת השיפור במצב הבריאות בעקבות הטיפול.
- בטיחות הטיפול - מידת ההימנעות מפגיעה במטופלים עקב טיפול לקוי.
- משך הטיפול ותזמונו - טיפול הניתן בזמן המתאים ולמשך הזמן המתאים.
- התאמת הטיפול - מידת ההתחשבות בהעדפות, צרכים וערכים של המטופלים.
- יעילות הטיפול - מידת היעילות בניצול המשאבים הקיימים באבטחת איכות טיפול גבוהה.
- שוויוניות הטיפול - הבטחת טיפול שאינו משתנה באיכותו בעקבות מאפיינים אישיים כמו מין, מוצא ומעמד חברתי-כלכלי.

בשנת 1995 הוחל חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל. החוק קובע סל שירותים אחיד המסופק על ידי ארבע קופות החולים לכל התושבים. חיוניותה של איכות הטיפול הרפואי משתקפת בנוסח החוק, הקובע כי הוא מושתת על ערכי "צדק, שוויון ועזרה הדדית" והקובע כי "שירותי בריאות הכלולים בסל השירותים יינתנו לפי שיקול רפואי, באיכות סבירה, תוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום המגורים של המבוטח". על משרד הבריאות הוטלה האחריות לבקרה על יישום החוק ובעקבותיו הוקמו גופים שמטרתם "ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם" (מועצת הבריאות והמכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות בישראל).

הדגם שעומד בבסיס החוק הוא של "תחרות מנוהלת" בין הקופות. כיוון שנקבע כי הסל אחיד, ולא הוטלו על המבוטח תשלומים ישירים לקופה (פרט לתשלומי השתתפות עצמית בשימוש במספר שירותים), הרי שהתחרות בין הקופות אמורה להיות על איכות הטיפול הרפואי ועל מאפייני השירות. יחד עם זאת, לאור כשלי השוק ובעיות של מידע לא שלם, רבים החסמים והמכשולים - הכספיים, האדמיניסטרטיביים והרגולטוריים - בדרך לאספקת טיפול רפואי באיכות גבוהה. מחקרים רבים מעידים, כי על פי רוב, קיצוץ באיכות הטיפול הרפואי הוא הצעד המיידית בתגובה למצוקה תקציבית.

לאור זאת, התעורר הצורך בהקמת מערך מדידה של איכות הטיפול ברפואת הקהילה בישראל. במרץ 2004 הכריז משרד הבריאות על "התכנית הלאומית למדדי איכות הטיפול ברפואת הקהילה בישראל" בהנהלת פרופ' אבי פורת ופרופ' גדי רבינוביץ' ובסיועה של דר' ענת רסקין-סגל [4]. התכנית היוותה המשך ליוזמה מחקרית שהגו חוקרים אלו במסגרת אוניברסיטת בן-גוריון ובשיתוף ארבע קופות החולים. שיתוף הפעולה בין הקופות לבין עצמן ועם מנהלת התכנית בקביעת המדדים, מדידתם באופן שוטף ופרסומם ראוי לציון ומהווה אחת מאבני היסוד של הצלחת התכנית.



התכנית שמה לה כיעד לספק לציבור ולקובעי המדיניות מידע על איכות הטיפול הרפואי הניתן על ידי קופות החולים בתחומים שונים, במטרה לשפר ולהיטיב את השירות הרפואי הניתן לתושבי ישראל. להשגת יעד זה, התכנית מפרסמת מדי שנה ברמה הארצית את תוצאותיה של סדרה של מדדי איכות הטיפול בקהילה (להלן "המדדים"). מעקב זה מאפשר הערכה של ההתפתחויות באיכות הטיפול לאורך זמן וזיהוי מוקדים הדורשים התערבות ושיפור, הן בתחום מערכות המידע ואיסוף הנתונים והן בתחום שירותי הבריאות עצמם. חלק בלתי נפרד מהתכנית הוא השוואת הביצועים במערכת הישראלית, במידת האפשר, לביצועים המושגים בארצות אחרות המפרסמות את תוצאותיהם של מדדים דומים.

התכנית הציבה לעצמה רף "איכות מדידה" גבוה. המדדים נבחרים בקפידה, בקונסנזוס של נציגי קופות החולים, ותוך התבססות על הניסיון והספרות הבינלאומיים, מצד אחד, ועל צוותי מומחים קליניים, מצד שני. חישובם עובר תהליכי בקרה פנימית וחיזונית קפדניים.

במשך העשור האחרון, פותחו מדדים לאיכות הטיפול והבשילו תכניות לאומיות ובינלאומיות העוסקות בהערכת איכות הטיפול [5]. כך, בארה"ב [6], בשבדיה [7], באוסטרליה [8], באנגליה [9] ועל ידי ה־OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) [10].

מדדים שנכללים בתכנית הישראלית מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמתווה בהנחיות המקצועיות המקובלות בעולם ותואמים, ברוב המקרים, את הניסיון המקביל בארצות שהוזכרו. מרבית מדדי התוכנית מתמקדים במימד מועילות הטיפול הרפואי.

המדדים נבחרו לאור שלושה קריטריונים:

1. חשיבות - המדדים משקפים את איכות הטיפול במחלות השכיחות באוכלוסייה, בהן הטיפול הרפואי הוכח כיעיל וכתורם לצמצום התחלואה.
2. תקפות - המדדים משקפים את איכות הטיפול בתחומים קליניים בהם הן התחלואה והן צמצומה ניתנים לכימות נאות ואמין.
3. ישימות - המדדים משקפים את איכות הטיפול בתחומים בהם הנתונים זמינים ואמינים.

סדרת המדדים כוללת מספר סוגים:

- מדדי תחלואה (למשל שיעור חולי אסתמה באוכלוסייה)
- מדדי איכות הטיפול הרפואי
 - מדדי מניעה וקידום בריאות (למשל שיעור הנשים שביצעו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות)
 - מדדי טיפול (למשל שיעור חולי אסתמה המקבלים טיפול מתאים)
 - מדדי תוצאה (למשל שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת)

כל המדדים, למעט מדדי השימוש בתרופות אנטיביוטיות, מוגדרים כמדדי יחס, כלומר, שיעור האנשים מתוך קבוצה מוגדרת שמתקיים לגביהם תנאי מסוים (למשל שיעור מקבלי חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה).

בדו"ח משולבים שני משתנים המודדים את המצב החברתי-כלכלי של המבוטחים. האחד, המשתנה בו השתמשנו בדוחות הקודמים, מבוסס על זכאות לפטור מהשתתפויות עצמיות בקבלת שירותים. השני, מבוסס על פיילוט שמטרתו מדידת המצב החברתי-כלכלי על פי האשכול של



האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים של המבוטחים. הגדרות מדויקות של המשתנים, אופן חישובם והשימוש בהם מפורט בפרק השיטות.

כבדוחות קודמים, בנספח לדו"ח מתפרסם פילוח של כלל מדדי האיכות לפי קופות החולים, מין, גיל ומצב חברתי-כלכלי (על פי זכאות לפטור מהשתתפויות עצמיות בקבלת שרותי בריאות). פרסום לפי קופה זה מספק מידע רלבנטי לכל המעורבים, בכלל זה קופות החולים, משרד הבריאות, איגודים רפואיים וכמובן ציבור המבוטחים. ראוי לציין כי מדו"ח שהוכן עבור ה-US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), עולה כי למרות שהיוזמה לפרסם את מדדי האיכות לפי ספקי שרות נועדה בעיקר כדי לסייע לחולים לבחור את ספק השרות, הרי שקהל היעד העיקרי של הממצאים היו ספקי השרות עצמם [5].

חשוב להדגיש כי למדדים המוצגים בדו"ח מספר מגבלות המפורטות בנספח ביחס למידת הדיוק שבה הם מציגים את איכות הטיפול הניתן בקופה. כדי להתגבר על המגבלה העיקרית הכרוכה בחוסר היכולת לנטרל בצורה מלאה את ההשפעה, על תוצאות המדדים, הנובעת מהרכב האוכלוסין של החברים בקופה, ובפרט מהרכב המבוטחים מבחינת מצב חברתי-כלכלי נערך לקראת דו"ח זה פיילוט. במסגרת הפיילוט נמדד מצב חברתי-כלכלי על סמך האשכול של האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים של המבוטחים, ונערך תיקנון לפי מין, גיל וציון זה למצב-חברתי כלכלי של הנתונים לפי קופה עבור ארבעה מדדים נבחרים. הממצאים מוצגים בפרק: ממצאים השוואתיים נבחרים לפי חברות בקופה, בקרב בני 65 ומעלה.



מקור הנתונים

הנתונים המוצגים בדו"ח מבוססים על מידע המצוי בידי ארבע קופות החולים הפועלות בישראל. קופות החולים העבירו למנהלת את הנתונים לשנים 2012-2014 מרצונן, במסגרת השתתפותן הפעילה בתוכנית מדדי האיכות. הנתונים שהועברו מהקופות למנהלת הם אנונימיים לחלוטין ואינם כוללים פרטים מזהים כלשהם. העברת הנתונים בצורה זו מאפשרת שמירה קפדנית על עיקרון החיסיון הרפואי.

אוכלוסיית הדו"ח

התוכנית מבוססת על נתוני כלל אוכלוסיית המבוטחים בארבע קופות החולים בישראל ומקור הנתונים במערכות המידע הממוחשבות של הקופות. נתונים ממוחשבים היו חסרים רק עבור מספר קטן מאוד של מבוטחים, כ-0.7% מהאוכלוסייה, אשר אינם נכללים בדו"ח. בנוסף, מבוטחים שלא השלימו בשנת המדד שנת חברות מלאה באותה קופה אינם נכללים בדו"ח לרבות אלו שעברו בין הקופות באותה שנה. סה"כ בשנת 2014 עברו לקופה אחרת כ-137,000 מבוטחים המהווים כ-1.7% מסך המבוטחים [11]. לבסוף ראוי לציין, כי גם חיילים אינם נמנים על אוכלוסיית הדו"ח (עובדה המשפיעה בעיקר על קבוצת הגיל 18-24). לפיכך, למעט קבוצות אלה, הדו"ח מבוסס על מרבית אוכלוסיית מדינת ישראל, כשבעה מיליון ושבע מאות וארבעים אלף איש.

איסוף מידע על כלל אוכלוסיית המבוטחים בישראל מאפשר בחינה וניטור של המדדים השונים בתתי קבוצות קטנות יחסית, בכלל זה על פי קבוצת גיל, מין ומצב חברתי-כלכלי.

ראוי לציין כי במספר מדדים המדידה מתאפשרת כתוצאה מביקור אצל רופא המשפחה. אולם, אין בכך בכדי להטיל מגבלה של ממש על הנתונים שכן כפי שהראה מחקר שנערך לאחרונה בקרב מבוטחי קופת חולים כללית, מרבית המבוטחים מבקרים אצל רופא המשפחה באופן תדיר: למעלה מ-90% מבקרים מידי שנה ו-97% מבקרים פעם בחמש שנים [12].

משתנים

עבור כלל המדדים, הנתונים מוצגים לכלל האוכלוסייה הרלבנטית על פי שנה. הנתונים לפי קופה מוצגים על פי מין, קבוצות גיל ומצב חברתי-כלכלי.

מצב חברתי-כלכלי נקבע בדו"ח זה על סמך שני משתנים. הראשון, ששימש את התכנית מראשיתה, מבוסס על זכאות לפטור מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות. מנתוני הקופות לשנת 2014 עולה כי אוכלוסיית מקבלי הפטור מנתה כ-11.4% מאוכלוסיית המבוטחים. הקבוצות הזכאיות לפטור נקבעו בסעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי והרכבן מתעדכן מעת לעת. בתקופת המעקב ניתן פטור מתשלומי בריאות לפי מספר קריטריונים, בכלל זה קבלת קצבאות מהביטוח הלאומי כמו קצבת זקנה ושאריות או קצבת נכות, משפחות מרובות ילדים ועוד. בדו"ח זה נכנה את הזכאים לפטור מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות "בעלי פטור".



המשתנה השני נמדד במסגרת פיילוט שנערך לקראת דו"ח זה. כחלק מהפיילוט, רשימת הכתובות של כלל המבוטחים הועברה ע"י קופות החולים, באמצעות מנהלת התכנית, ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) לשם קבלת האשכול של האזור הגיאוגרפי סטטיסטי (אג"ס) של כתובת המגורים. החלוקה לאג"סים וחישוב האשכול המשוך לכל אג"ס (על סולם של 1-20), כדי לאפיין יחידות גיאוגרפיות מבחינת רמה חברתית-כלכלית, מבוצעים ע"י הלמ"ס באופן שיגרתי לאחר כל מפקד אוכלוסין [13]. הרשומות שהועברו היו אנונימיות ללא פרטים מזהים כלשהם. הנתונים היו מעודכנים לתאריך ה-31 לדצמבר 2012, וכללו כ-7 מיליון רשומות (הרשימה כוללת את כלל תושבי ישראל, למעט מספר קבוצות קטנות, בכלל זה חיילים ותושבים שעברו לאחרונה בין הקופות). לרשומות שהועברו ללמ"ס התקבל שיוך אוטומטי לאשכול חברתי-כלכלי בעזרת מחולל דו"חות ממוחשב. המחולל, המבוסס על סוג לפי אג"סים, הצמיד לכל רשומה את האשכול המתאים. במקרים בהם הישוב היה ידוע אך לא הכתובת המדויקת, על פי הצעת הלמ"ס, שיוך אשכול המיצג את הממוצע המשוקלל של האשכולות באג"סים שנכללו באותו ישוב. טיוב זה בוצע בכ-120 ישובים. בסך הכל, לא שויכו כ-900 אלף רשומות המהוות כ-12% מסך האוכלוסייה הרשומה ב-2012.

בשנת 2014 גדל מספר הרשומות ללא שיוך אשכול חברתי-כלכלי בכ-140,000 איש וזאת כתוצאה מהצטרפות מבוטחים חדשים לקופות ב-2013. מצטרפים אלו כוללים לידות, עולים חדשים, משוחררי צה"ל, מחליפי קופה ותושבים זרים. ראוי לציין כי שיעור חסרי אשכול יורד עם הגיל, מגמה זו צפויה לאור מאפייני המצטרפים לקופות. עבור כלל המבוטחים, אשכול מצב חברתי-כלכלי בשנת 2014 היה חסר עבור 13.5% מהמבוטחים. השיעור בקרב מבוטחים בגיל 65 ומעלה עמד על 8.5%.

המצב החברתי-כלכלי של המבוטחים בו השתמשנו בדו"ח זה נקבע לפי רבעוני האשכולות המבוססים על התפלגות כלל המבוטחים. הרבעונים צוינו על ידי הערכים 1-4.

כדי לבחון את התוקף של נתוני המצב חברתי-כלכלי העולים מנתוני האג"סים וכדי לבחון הטיות אפשריות בשל נתונים חסרים, נערכה השוואה בין ההתפלגות לפי רבעונים ע"ס אשכולות האג"סים לבין ההתפלגות על פי רבעוני הכנסה מנתוני המוסד לביטוח לאומי מדצמבר 2013. בנתונים אלו נכללות הכנסות אישיות של המבוטח שמקורן בעבודה וקצבאות, לא כולל הכנסות מהון. מההשוואה עולה התאמה טובה בהתפלגויות על פי שני מקורות הנתונים.

בדו"ח נעשה שימוש במדד הראשון למצב חברתי-כלכלי, מדד מבוסס פטור, בפרק עיקר הממצאים, בדווח על מדדים חדשים ובנספח 1 המציג את כלל הנתונים לפי קופה. הצגה זו מאפשרת השוואה עם דוחות קודמים וכן אינה כרוכה בערכים חסרים של המדד למצב חברתי-כלכלי.

במסגרת הפיילוט, הנתונים לפי קופה עבור ארבעה מדדים נבחרים תוקננו לפי מין, גיל והמשתנה השני למצב חברתי-כלכלי. כלומר לפי אשכולות האג"סים. המדדים שנבחרו הם: שיעור ביצוע סיקור לסרטן המעי (אוכלוסיית המדד כוללת את בני 50-74), שיעור קבלת חיסון נגד שפעת במבוטחים בני 65 ומעלה, שיעור שימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בבני 65 ומעלה, שיעור איזון סוכרת (אוכלוסיית המדד כוללת את בני 18 ומעלה). אלו מדדים חשובים המשקפים עשייה ברפואת הקהילה במגוון תחומים. ההצגה מתמקדת במבוטחים בגיל 65 ומעלה. חלק מהמדדים מוגדרים לאוכלוסייה זו בלבד, ושיעור הערכים החסרים במשתנה למצב חברתי-כלכלי נמוך יחסית בקבוצת אוכלוסייה זו. למדדים המתוקננים חושבו רווחי סמך של 95%.



מבנה הדו"ח

דו"ח זה נכתב במתכונת מעט שונה מהדוחות הקודמים. הדו"ח כולל את המידע הבא:

- השיעור של כל אחד מארבעים ותשעה המדדים לכלל האוכלוסייה הרלבנטית לכל מדד, לשנים 2012-2014.
- תמצית הממצאים לפי תחומים בה מפורטים הממצאים העיקריים בכל מדד לפי שנה, מין, גיל ומצב חברתי כלכלי.
- דווח מפורט על ממצאי המדדים החדשים: מדד לבחינת הטיפול באסתמה מתמשכת ומדדים לבחינת היקף השימוש באנטיביוטיקה. במידע נכלל רקע מדעי ונתונים בחלוקה על פי קבוצות גיל, מין, מצב חברתי כלכלי ושנה.
- נתונים לאומיים ונתונים לפי קופה לשנת 2014, המתוקננים למין, גיל ומצב חברתי כלכלי, עבור ארבעה מדדים נבחרים מתחומים שונים: ביצוע בדיקות סקר לאיתור מוקדם של סרטן המעי, חיסון שפעת בקרב מבוגרים, שימוש בבנוזדיאזפינים ארוכי טווח בקרב מבוגרים ואיזון סוכרת.
- תמצית הממצאים ממספר מחקרים מלווים לתוכנית שנערכו לאחרונה.
- נספח הכולל פילוח של מדדי האיכות לפי קופות החולים, ולפי מין, גיל ומצב חברתי כלכלי לשנת 2014.

שלבי העבודה

העבודה לקראת הכנת דו"ח זה כללה את השלבים הבאים.

1. קביעת אוסף המדדים שיכללו בדו"ח ובחינת המפרטים של מדדים אלו

הדו"ח הנוכחי כולל את מרבית המדדים שהוצגו בדו"ח שפורסם לשנים 2011-2013 [2], ובנוסף מספר מדדים חדשים. כמו כן, הדו"ח משקף עדכונים שנערכו במספר מדדים כדי לשפר את תוקפם וכדי להתאימם לספרות הבינלאומית. עיקרי השינויים מפורטים להלן.

תוספת של מדדים: במסגרת תחום מחלות נשימתיות נכלל מדד חדש הבוחן את איכות הטיפול בחולי אסתמה מתמשכת. המדד מבוסס על היחס בין תרופות למניעה לבין סה"כ התרופות לאסתמה שנרכשו בשנת המדד. במסגרת תחום חדש של השימוש באנטיביוטיקה מוצגים לראשונה שני מדדים שפותחו במסגרת יוזמה של ה-OECD. המדדים בוחנים את היקף הצריכה באוכלוסייה של כלל התרופות האנטיביוטיות הסיסטמיות הניתנות ברפואת הקהילה, ואת שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מתוך כלל התרופות האנטיביוטיות הנרכשות.

עדכונים: מדדי נפרופתיה סוכרתית - בדיקות המעבדה המשמשות לאיתור חולים סוכרתיים עם פגיעה כלייתית עודכנו (ערכי בדיקות המעבדה אוחדו וטוייבו). בנוסף, שונו הקריטריונים להגדרת אוכלוסיית החולים הסוכרתיים המועמדת לטיפול בתרופות ממשפחת ה-ACE-I/ARBs כך שהוחרגו חולים שעבורם ההתוויה לטיפול אינה חד משמעית או שהטיפול בהם דורש התאמה יחידנית (חולים עם פגיעה כלייתית אך ללא הפרשת חלבון פתולוגית בשתן, חולים המקבלים טיפול חליפי בדיאליזה וחולים הסובלים מאי ספיקת כליות בשלבים מתקדמים).



המדד העוסק בביצוע בדיקה לגילוי סרטן המעי הגס כולל לראשונה מבטחים שעברו קולונוסקופיה בעשור האחרון (בדו"ח האחרון המידע היה מוגבל ל-9 שנים בלבד).

2. עדכון מפרטי המדדים

במגוון מדדים הגדרת אוכלוסיית החולים מבוססת על רכישת תרופות, בדיקות מעבדה או ביצוע פרוצדורות מוגדרות (זאת עקב סוגיות הקשורות באחידות ושלמות נתוני האבחנות במערכות המידע של הקופות הכרוכות, בין היתר, באיכות וזמינות המידע המועבר מבתי החולים לקופות). עדכון המפרטים כלל יצירת בסיס מידע מקיף של התרופות הרלבנטיות המאפשר עדכון רציף של רשימת התרופות. בנוסף מגוון בדיקות המעבדה המשמשות לבחינת תפקוד כלייתי (בקרב חולי סוכרת) נבחן, ומבטא את כלל ערכי הנורמה הנמצאים בשימוש הקופות.

3. הפקת הנתונים תוך כדי מבדק

הנתונים המופקים על ידי מערכות המידע של הקופות נבדקו בשלוש רמות: מבדק פנימי של כל קופה, מבדק של המנהלת ומבדק באמצעות בודק חיצוני. המבדקים נועדו להשיג רמה גבוהה של אחידות בנתוני הקופות השונות. מבדק המנהלת כלל בדיקות לוגיות ובכלל זה בחינת המדדים בחתכים שונים ובדיקת מגמות על פני זמן. המבדק החיצוני התמקד בבחינת תהליכי ההפקה ובחן הן את התהליכים הקשורים בהפקת המדדים בקופות והן את אלו הקשורים בהפקת המדד לכלל האוכלוסייה על ידי המנהלת. במסגרת המבדקים נבחנו תהליכי עבודה מתודולוגיים, תהליכי בקרה, נבדק התייעוד, ונבחנה הפעילות המתקנת שנעשתה לאור ממצאי המבדק הקודם. גישה זו מאפשרת שיפור מתמיד בהפקת הנתונים. נושאים שזכו לדגש מיוחד בהפקת הנתונים לדו"ח הנוכחי כוללים בין השאר, שיפור האחידות, הוספת תרשימי זרימה בהגדרת המדדים, בחינת מגוון מקורות המידע בכל קופה (מעבדות, תיק רפואי, בתי מרקחת) וטיפול מעמיק בקובץ התרופות המבוסס על סיווג ה-ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) רמה 5. כמו כן, לקראת דו"ח זה המנהלת עברה לשימוש במערכת ממוחשבת לניסוח האלגוריתמים, המאחדת קבצי הגדרות ומאפשרת סטנדרטיזציה ומקטינה סיכויים לטעויות.

4. תיקוף הממצאים

נעשה שימוש במקורות מידע נוספים, בכלל זה סקרי בריאות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והתייעצות עם מומחים, כדי לתקף את התוצאות המוצגות.

5. בניית מערכת לדיווח התוצאות

הדו"ח מציג מידע עבור 49 מדדי איכות בשמונה תחומים לשנים 2012-2014. תוצאות המדדים מרוכזות בשלשה מקבצים של נתונים: 1. חלוקה לפי שנים (2012-2014) 2. 4 מדדים מוצגים בחלוקה לפי קופת חולים ובתקנון למין, גיל ומצב חברתית-כלכלי, עבור נתוני 2014 בלבד 3. בחלוקה על פי מין, גיל וזכאות לפטור עבור נתוני 2014 בלבד.

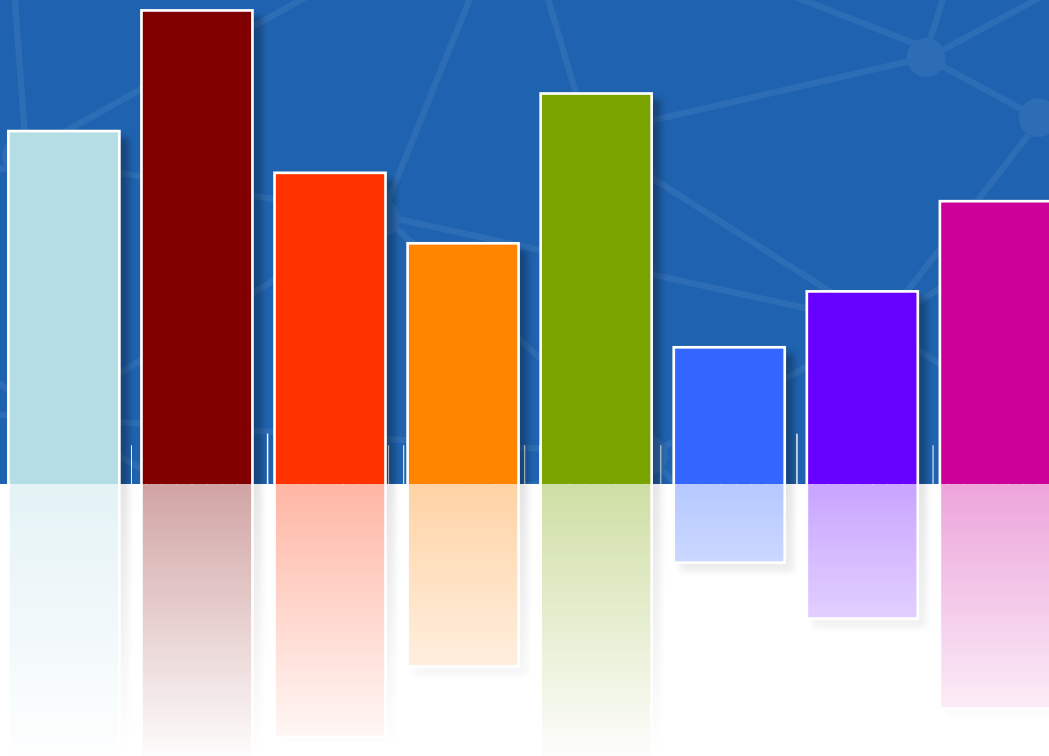


איכות הנתונים

דו"ח זה מבוסס על נתוני כלל האוכלוסייה ולא על מדגם, ולפיכך הנתונים המוצגים כאן אינם כרוכים בטעות דגימה. אולם, יתכנו מקורות אחרים לטעויות בנתונים [14]. שיטת הפקת הנתונים שנבנתה, הכוללת מערך מבדקים מקיף ותיקוף הממצאים תוך כדי שימוש במקורות מידע שונים, הומלצה בדו"ח שיצא על ידי ה־American Agency for Healthcare Research and Quality [5]. גישה זו נועדה להקטין את הטעויות השונות ובכלל זה את השונות בין הקופות ביחס לתיעוד וקידוד מאפייני המבוטחים והביאה בוודאי להקטנת הטעויות, אך לא העלימה אותן לחלוטין. לפיכך, ראוי להתייחס בזהירות לשינויים קלים בנתונים בין קבוצות או בין שנים שונות.



תוצאות





לקראת הדו"ח בחנו בצורה רצופה ושיטתית מדדי איכות במגוון תחומים של רפואת הקהילה. הנתונים בדו"ח, המתווספים למידע הקיים על הביצועים הכלכליים ועל רמת שביעות הרצון של המבוטחים, יאפשרו למקבלי החלטות לעצב תמונה מקיפה ויסייעו להם לקבל החלטות מושכלות בתחום חשוב זה של מערכת הבריאות. הדו"ח ערוך במבנה שונה מעט מדוחות קודמים כפי שפורט בפרק השיטות.

הדו"ח לשנים 2012-2014 מצביע על המשך מגמת השיפור בחלק מהמדדים שנבדקו ויציבות, לעיתים קרובות ברמה גבוהה, של יתר המדדים. מגמות אלו הן פרי עבודה מאומצת וממוקדת המושקעת על ידי הקופות בפעילותן ברפואת הקהילה.

ראוי לציון השיפור המתמשך בביצוע בדיקות סיקור לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס. כמו כן, חל שיפור בשיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב מבוגרים ובקרב חולים כרוניים כמו גם בשיעור תיעוד העישון. בנוסף, חל שיפור בשימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב מבוגרים ובביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD.

עם זאת, למרות שמרבית המדדים מציגים שיפור מתמשך בקרב כלל האוכלוסייה, הרי שבמספר מדדים קיימים פערים בין מבוטחים הזכאים לפטור/הנחה מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות - אוכלוסייה חלשה מבחינה חברתית-כלכלית - לבין יתר האוכלוסייה. כמו כן, במספר מדדים לא נצפה שיפור של ממש בשנה האחרונה, בכלל זה בשיעור החיסון נגד פניאומוקוק בקרב האוכלוסייה המבוגרת.

דו"ח זה כולל מספר מדדים חדשים ומשקף עדכונים שנערכו במספר מדדים כדי לשפר את תוקפם וכדי להתאימם לספרות הבינלאומית. להלן עיקרי השינויים: במסגרת תחום מחלות נשימתיות מוצג מדד חדש לבחינת איכות הטיפול באסתמה מתמשכת. המדד מבוסס על היחס בין מספר התרופות למניעה לבין סה"כ התרופות לאסתמה שנרכשו בשנת המדד. כמו כן, בדו"ח נכללים לראשונה שני מדדים על היקף השימוש באנטיביוטיקה בקרב האוכלוסייה בישראל. מדדים אלו פותחו במסגרת יוזמה של ארגון ה-OECD.



אורחות חיים ורפואה מונעת

קידום בריאות

השמנת יתר

בשנות המעקב הנכללות בדו"ח (2012-2014) היקף התייעוד של מרכיבי BMI באוכלוסייה הבוגרת (בני 20-74) עלה מ-86% בשנת 2012 ל-88% בשנת 2013 ונותר יציב בשנת 2014. בשנת 2014 שיעורי התייעוד היו גבוהים יותר בנשים לעומת גברים (90% לעומת 87%), בצעירים עד גיל 64 לעומת מבוגרים בגילאים 65-74 (88% לעומת 81%), ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (90% לעומת 87%).

בשנת 2014, שיעור ההימצאות של השמנת יתר ($BMI \geq 30$) בקרב בני 20-74 עמד על 24%. השיעור נותר יציב במהלך שנות המעקב. השיעור היה גבוה בנשים בהשוואה לגברים (26% לעומת 22%). בקרב בעלי פטור שיעור ההימצאות של השמנת יתר היה גבוה פי 1.7 מאשר ביתר האוכלוסייה.

עישון

שיעור תיעוד מצב העישון בקרב בני 16-74 עמד בשנת 2014 על 88%. השיעור הציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב (שינוי אבסולוטי של כ-8%). בשנות המעקב, שיעורי התייעוד היו גבוהים בנשים בכ-4% בהשוואה לגברים (בשנת 2014, 91% לעומת 87%), ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (בשנת 2014, 94% לעומת 88%).

שיעור העישון בקרב מבוטחים בני 16-74 עמד בשנת 2014 על 20%. השיעור הציג ירידה קלה במהלך שנות המעקב (שינוי אבסולוטי של כאחוז). בשנות המעקב, שיעור העישון בקרב גברים היה גבוה פי 2 מאשר בנשים (בשנת 2014, 28% לעומת 13%). שיעור העישון בקרב בעלי פטור היה גבוה בכ-2% לעומת יתר האוכלוסייה (בשנת 2014, 22% לעומת 20%).

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

סיקור סרטן שד - ממוגרפיה

- בשנות המעקב חל שיפור קל בביצוע ממוגרפיה. השיעור בשנת 2013 הגיע ל-70% ונותר יציב בשנת 2014. שיעור הביצוע היה נמוך מעט יותר בקרב בעלות פטור לעומת יתר הנשים. הפער האבסולוטי בין קבוצות אלו עמד בשנת 2014 על 2% (68% לעומת 70%) הפער הצטמצם מעט בהשוואה לשנת 2013.

סיקור סרטן המעי הגס

- בשנות המעקב חל שיפור מתמשך בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס (שינוי אבסולוטי של 4%), והשיעור בשנת 2014 הגיע ל-59%. לאורך שנות המעקב שיעור הביצוע



בנשים היה גבוה בכ־3% לעומת גברים (בשנת 2014, 60% לעומת 57%). שיעורי הסיקור היו דומים בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

ילדים ובני נוער

בדיקת המוגלובין בתינוקות

- בשנות המעקב נצפתה מגמת שיפור קלה בביצוע ספירת דם לזיהוי אנמיה ובשנת 2014 שיעור הנבדקים הגיע ל־86%. במהלך שנות המעקב, שיעור ביצוע הבדיקה היה דומה בבנים ובנות, ובתינוקות ממשפחות בעלות פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

תיעוד מדידת גובה ומשקל בילדים ובני נוער

- שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 הדגים מגמת עליה קלה. בשנת 2014 עמד השיעור על 74%, לעומת 72% בשנת 2012. בשנות המעקב שיעורי התיעוד היו דומים בבנים ובנות. בקרב בעלי פטור השיעור היה גבוה בכ־4% לעומת יתר האוכלוסייה (בשנת 2014, 78% לעומת 74%).
- במהלך שנות המעקב נצפה שינוי קל ועקבי בשיעור התיעוד של מרכיבי BMI בבני נוער בגילאים 14-18, שעמד בשנת 2014 על 75%, לעומת 69% בשנת 2012. לא נצפו הבדלים בשיעור התיעוד לפי מין. שיעור גבוה יותר של תיעוד מרכיבי BMI נמצא בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (בשנת 2014, 78% לעומת 74%).

מבוגרים בני 65 ומעלה

חיסון נגד שפעת

- בשנת 2014, שיעור המחוסנים בגילאי 65 ומעלה הגיע ל־63% והציג עלייה אבסולוטית של 3% בהשוואה לשנת 2012. בשנות המעקב, שיעור החיסון בגברים היה גבוה בכ־5% מהשיעור בנשים, ועם גיל המבוטחים עלה גם שיעור ההתחסנות (למעט ירידה קלה מעל גיל 85). שיעור ההתחסנות היה דומה בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

חיסון נגד פניאומוקוק

- בשנת 2014, שיעור החיסון נגד פניאומוקוק עמד על 76%, כאחוז פחות משיעור החיסון בשנת 2012. בשנות המעקב, גברים חוסנו בשיעור גבוה יותר בכ־3% מנשים (בשנת 2014, 78% לעומת 75%), ובעלי פטור חוסנו בשיעור גבוה יותר בכ־3% לעומת יתר האוכלוסייה.

תיעוד מדידת משקל גוף

- בשנת 2014, עמד שיעור תיעוד משקל הגוף בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה על 81% והיה יציב במהלך שנות המעקב. בשנות המעקב, שיעור התיעוד היה דומה בגברים ובנשים. שיעור גבוה יותר של תיעוד משקל גוף נמצא בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (83% לעומת 80%). שיעור התיעוד הגבוה ביותר נצפה בגילאי 70-79 (בשנת 2014, 83%). בגילאי 85 ומעלה שיעור התיעוד עמד על כ־70%.



שימוש בתרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים

- שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה עמד על כ־5% והציג יציבות במשך שנות המעקב. שיעור שימוש היתר עלה עם הגיל והגיע, בשנת 2014 לכ־11% בקרב בני 85 ומעלה. בשנות המעקב, השיעור היה גבוה פי 1.6 בנשים לעומת גברים ובקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה הציג מגמת ירידה של אחוז בשנות המעקב ועמד על 2.6% בשנת 2014. השיעור עלה עם הגיל ועמד על כ־3% בקרב בני 75 ומעלה. שיעור השימוש היה גבוה פי 1.4 בנשים לעומת גברים. השיעור דומה בבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

מחלות כרוניות

מחלות נשימתיות

אסתמה

- שכוחות אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44 עמדה על 0.83% ונותרה יציבה בשנות המעקב. שיעור החולי הנמוך ביותר נצפה בקרב גילאי 20-24. המחלה היתה שכיחה יותר בגברים (0.94%) לעומת נשים (0.71%), ההבדלים הצטמצמו עם העלייה בגיל. כבשנים קודמות, גם ב־2014 נמצאו פערים משמעותיים בשכיחות אסתמה בין בעלי פטור ליתר האוכלוסייה - בקרב בעלי פטור שיעור החולי היה גבוה פי 2.1.
- בשנת 2014, שיעור האוכלוסייה שלגביה יחס התרופות לאסתמה (AMR) <0.5 (יחס המעיד על טיפול נאות) בקרב בני 5-44 עמד על 68% והציג מגמת שיפור בשנות המעקב מ־66% בשנת 2012. השיעור היה דומה בין נשים לגברים, השיעור היה נמוך יותר בבעלי פטור (62%) לעומת יתר האוכלוסייה (69%).
- שיעור המחוסנים נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת עמד על 42% והציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב מ־37% בשנת 2012. עם הגיל, שיעור המחוסנים ירד בצורה משמעותית ועלה שוב בקרב גילאי 30 ומעלה. השיעור היה גבוה בכ־2% בנשים בהשוואה לגברים, וגבוה באופן משמעותי בקרב מבוטחים בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (הבדל אבסולוטי של כ־15%).

חסמת ריאות (COPD) CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

- שיעור ביצוע ספירומטריה אבחנתית במבוטחים בני 50-74 אשר הוגדרו לאחרונה כסובלים מחסמת ריאות או כמצויים בסיכון גבוה למחלה, עמד על 56%. חלה עלייה משמעותית בשיעור הביצוע בשנות המעקב מ־42% בשנת 2012. שיעור ביצוע הבדיקה עלה עם הגיל, ונמצא גבוה בגברים לעומת נשים (58% לעומת 54%). השיעור היה דומה בבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.



לב וכלי דם

רמות כולסטרול

- בתקופת המעקב שיעור ביצוע בדיקת כולסטרול היה יציב ועמד על כ-87% בקרב בני 35-54 ועל כ-77% בקרב בני 55-74. שיעור הנבדקים בקרב נשים היה גבוה יותר (86%) לעומת גברים (80%). שיעור הנבדקים בקרב בעלי פטור גבוה יותר (86%) לעומת יתר האוכלוסייה (82%).
- יעד האיזון (של כולסטרול LDL) הושג בקרב 83% מאוכלוסיית היעד בגילאים 35-74, בכל שנות המדד. בשנת 2014, שיעור העמידה ביעד היה גבוה יותר בקרב נשים (86%) לעומת גברים (79%), לא נמצא הבדל בין בעלי פטור ליתר האוכלוסייה. כ-70% מהאוכלוסייה הוגדרו כבעלי סיכון נמוך למחלת לב ובקבוצה זו 89% השיגו את יעד האיזון, כאחוז פחות בהשוואה לשנת 2012. כ-28% מהאוכלוסייה סווגו כבעלי סיכון בינוני ובקבוצה זו היה שיעור האיזון יציב בהשוואה לשנים קודמות ועמד על 72%. רק 2% מהאוכלוסייה סווגו כבעלי סיכון גבוה למחלת לב וביניהם, כבשנים קודמות רק 28% עמדו ביעד האיזון.

תיעוד ערכי לחץ דם

- בשנות המעקב נצפתה יציבות בשיעור תיעוד מדידות לחץ הדם בקרב מבטחים בני 20-74 שעמד על 89%. בשנת 2014, עמד השיעור על 92% בקרב בני 20-54 ו-82% בקרב בני 55-74. שיעור תיעוד מדידות לחץ דם היה גבוה יותר בקרב נשים (91%) לעומת גברים (87%) ודומה בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

מניעה שלישונית של מחלות לב

- מבין החולים בני 35 ומעלה שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי, 82% רכשו תרופות להורדת כולסטרול בשנת 2014, השיעור המשיך להציג מגמת ירידה של אחוז בשנה בשנות המעקב. נשים רכשו פחות תרופות לעומת גברים (79% ו-83%). שיעור הטיפול הציג מגמת עלייה הדרגתית עם הגיל מ-48% בקרב בני 35-39 עד 87% בקרב בני 70-74, וירד עד לשיעור של 76% בקרב בני 85 ומעלה. השיעור בקרב בעלי הפטור היה גבוה מעט יותר לעומת יתר האוכלוסייה (83% לעומת 81%).
- בשנות המעקב נצפתה יציבות בשיעור החולים בני 35 ומעלה שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי, והגיעו ליעד האיזון (רמת LDL נמוכה מ-100 מ"ג/ד"ל), השיעור עמד על 73%. בשנת 2014, שיעור הגברים שהגיעו ליעד האיזון בכולסטרול היה גבוה משיעור הנשים ב-10% (75% לעומת 65%). שיעור האיזון מציג מגמת עלייה הדרגתית עם הגיל מ-59% בקרב בני 35-39 ועד 77% בקרב בני 70-74, וירידה עד ל-69% בקרב בני 85 ומעלה. שיעור המטופלים שהגיעו לאיזון רמת הכולסטרול היה 90% בקרב בעלי פטור לעומת 87% בקרב יתר המטופלים.



סוכרת

בוגרים, גיל 18 ומעלה

- בשנות המעקב נצפתה מגמת עליה של 0.1% בשנה בשכיחות הסוכרת בקרב בני 18 ומעלה, ובשנת 2014 שיעור הימצאות המחלה עמד על 9.7%. שיעור חולי הסוכרת בקרב גברים היה גבוה מהשיעור בנשים (10.3% לעומת 9.2%) ושיעור חולי הסוכרת בקרב בעלי פטור היה גבוה פי 3.6 מהשיעור ביתר האוכלוסייה (25.5% לעומת 7.1% בלבד). שיעור הימצאות סוכרת הציג מגמת עלייה משמעותית עם הגיל, בקרב בני 40-44 שיעור ההמצאות עמד על 3.2%, השיעור הגיע לערך מרבי של 33.3% בקרב בני 75-79.

איכות הטיפול בסוכרת

- שיעור חולי הסוכרת שבצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנה נותר יציב וברמה גבוהה במשך שנות המעקב. השיעור עמד בשנת 2014 על 90% והיה גבוה מעט בנשים לעומת גברים, ובבעלי פטור בהשוואה ליתר האוכלוסייה (91% לעומת 89% בשני המקרים).
- שיעור חולי הסוכרת בני 18-84 שמחלתם נחשבה מאוזנת (HbA1c נמוך או שווה ל-7% או 8% בהתאם לגיל ולוותק המחלה) הציג מגמת עליה של 4% בשנות המדד ועמד בשנת 2014 על 67%. נצפתה עליה בשיעור האיזון עם העלייה בגיל, בקרב בני 40-44 שיעור האיזון היה 49%, לעומת 85% בבני 80-84. שיעור המאוזנים היה גבוה ב-5% בנשים לעומת גברים, ואילו השיעור בקרב בעלי פטור היה דומה לזה של יתר האוכלוסייה.
- שיעור החולים בני 18 ומעלה שאינם מאוזנים ($HbA1c > 9\%$) עמד בשנת 2014 על 12%, בדומה ליתר שנות המעקב. שיעור החולים הלא מאוזנים ירד עם הגיל. השיעור היה דומה בגברים ובנשים) וגבוה מעט יותר בקרב בעלי פטור (13%) לעומת יתר האוכלוסייה (11%).

ניטור סיבוכי סוכרת

רטינופתיה סוכרתית

- שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בקרב חולי סוכרת בני 18-84 עמד על 75% בשנת 2014. השיעור היה גבוה מעט בנשים (77%) לעומת גברים (74%) ובקרב בעלי פטור (76%) לעומת יתר האוכלוסייה (74%).

מחלת כליות סוכרתית

- שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84 עמד בשנת 2014 על 79% והציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב. עם הגיל נצפתה עליה בשיעור הביצוע, שעמד על 66% בקרב בני 18-24 לעומת 83% בקרב בני 70-74. השיעור היה דומה בגברים ובנשים כמו גם בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.
- שיעור התייעוד של GFR בקרב חולי סוכרת בני 18-84 עמד בשנת 2014 על 91% כביתר שנות המעקב. בשנה זו, נצפתה מגמת עלייה עם הגיל מ-81% בקרב בני 20-24 ועד 95% בקרב בני



84-80. השיעור היה נמוך מעט בקרב גברים (90%) לעומת נשים (93%), וגבוה בקרב בעלי פטור (94%) לעומת יתר האוכלוסייה (90%).

- שיעור חולי הסוכרת בני 18-84 הסובלים מפגיעה כלייתית, עמד בשנת 2014 על 31% ונותר יציב במהלך שנות המעקב. בשנה זו, נצפתה מגמת עלייה משמעותית עם הגיל מ-9% בקרב בני 20-24 ועד 53% בקרב בני 80-84. השיעור בקרב גברים היה גבוה מעט מהשיעור בקרב נשים (32% לעומת 29%). בקרב בעלי פטור היה השיעור גבוה פי 1.4 מהשיעור ביתר האוכלוסייה (38% לעומת 26%).

- מבין חולי הסוכרת הסובלים מפגיעה כלייתית, 76% רכשו תרופות ממשפחת ACEI/ARB בשנת 2014. השיעור הראה ירידה קלה של 1% בשנה במהלך שנות המעקב. רכישת ACEI/ARB גבוהה מעט יותר נצפתה בגברים (77%) ביחס לנשים (75%). שיעור הרוכשים בקרב בעלי פטור היה גבוה מעט יותר ביחס ליתר האוכלוסייה (79% לעומת 74%).

ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

- שיעור תיעוד ערכי לחץ הדם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה עמד בשנת 2014 על 91% ויעד האיזון (נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ) הושג בקרב 84% מחולי הסוכרת. שיעורים אלו נותרו יציבים במהלך שנות המעקב, והיו דומים בין המינים ובין בעלי הפטור לבין יתר האוכלוסייה.

- שיעור ביצוע בדיקות כולסטרול LDL בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בתקופת המעקב ועמד על 91% בשנת 2014. שיעור הביצוע היה גבוה מעט בנשים לעומת גברים ובקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (92% לעומת 89% בשתי ההשוואות).

- שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שהגיעו ליעד האיזון ברמת כולסטרול (רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל) נותר יציב בשנות המעקב ובשנת 2014 עמד על 63%. שיעור האיזון היה גבוה ב-7% בגברים לעומת לנשים, וב-3% בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

- שיעור תיעוד ערכי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בשנות המעקב ועמד בשנת 2014 על 88%. שיעור התיעוד בשני המינים היה דומה ונמצא גבוה ב-2% בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

חיסונים

- שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שקיבלו חיסון נגד שפעת הציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב מ-58% בשנת 2012 ועד 62% בשנת 2014. שיעור ההתחסנות עלה עם הגיל מ-45% בקרב בני 30-34 ל-70% בקרב בני 85 ומעלה. השיעור היה גבוה בקרב גברים (63%) לעומת נשים (61%), ובקרב בעלי פטור (66%) לעומת יתר האוכלוסייה (60%).

- שיעור חולי הסוכרת המבוגרים בני 65-74 שקיבלו חיסון נגד פניאומוקוק עמד בשנת 2014 על 84% ונותר יציב במשך שנות המעקב. השיעור היה גבוה מעט בקרב גברים (85%) ביחס לנשים (82%) ובקרב בעלי פטור (85%) לעומת יתר האוכלוסייה (83%).



ילדים ובני נוער (גיל 2-17)

- שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב ילדים ובני נוער (2-17) עמד על 0.12% בשנת 2014, עלייה של 0.01% בהשוואה לשנים 2012-2013. שיעור חולי הסוכרת עלה עם הגיל ונמצא דומה בבנים ובבנות. נמצאו פערים ניכרים בהימצאות הסוכרת לפי מעמד חברתי כלכלי - בקרב מבוטחים שהוריהם בעלי פטור שיעור החולי היה גבוה פי 10 ביחס לשאר האוכלוסייה.

איכות הטיפול בסוכרת

- בשנת 2014, 88% מהילדים ובני הנוער חולי הסוכרת, בקרו לפחות פעם אחת במרפאת סוכרת ילדים, והציג מגמת עליה של 1% בשנה, בשנות המעקב. שיעור המעקב היה דומה בין בנים לבנות וגבוה מעט בקרב בעלי פטור (89%) ביחס ליתר האוכלוסייה (86%).
- שיעור הילדים ובני הנוער חולי הסוכרת שבצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנה עמד על 75% בשנת 2014, והציג מגמת עלייה של 1% לשנה בשנות המעקב. השיעור עלה עם הגיל מ־69% בקרב בני 5-9 ועד 79% בקרב בני 15-17.
- בקרב ילדים ובני נוער, שיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבת כבלתי מאוזנת ($HbA1c < 9\%$), עמד בשנת 2014 על 37%, והציג מגמת ירידה במשך שנות המעקב (מ־43% בשנת 2012). שיעור אי האיזון היה דומה בבנים ובבנות, אך גבוה באופן ניכר בקרב בעלי פטור (41%) ביחס ליתר האוכלוסייה (30%).
- שיעור הילדים ובני הנוער חולי הסוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת עמד על 50% בשנת 2014, והציג מגמת עליה במשך שנות המעקב (מ־45% בשנת 2012). שיעור זה היה דומה בין המינים אך היה גבוה באופן ניכר בקרב בעלי הפטור (54%) ביחס ליתר האוכלוסייה (45%).



שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות

סך השימוש בתרופות אנטיביוטיות, ל-1000 איש, ליום

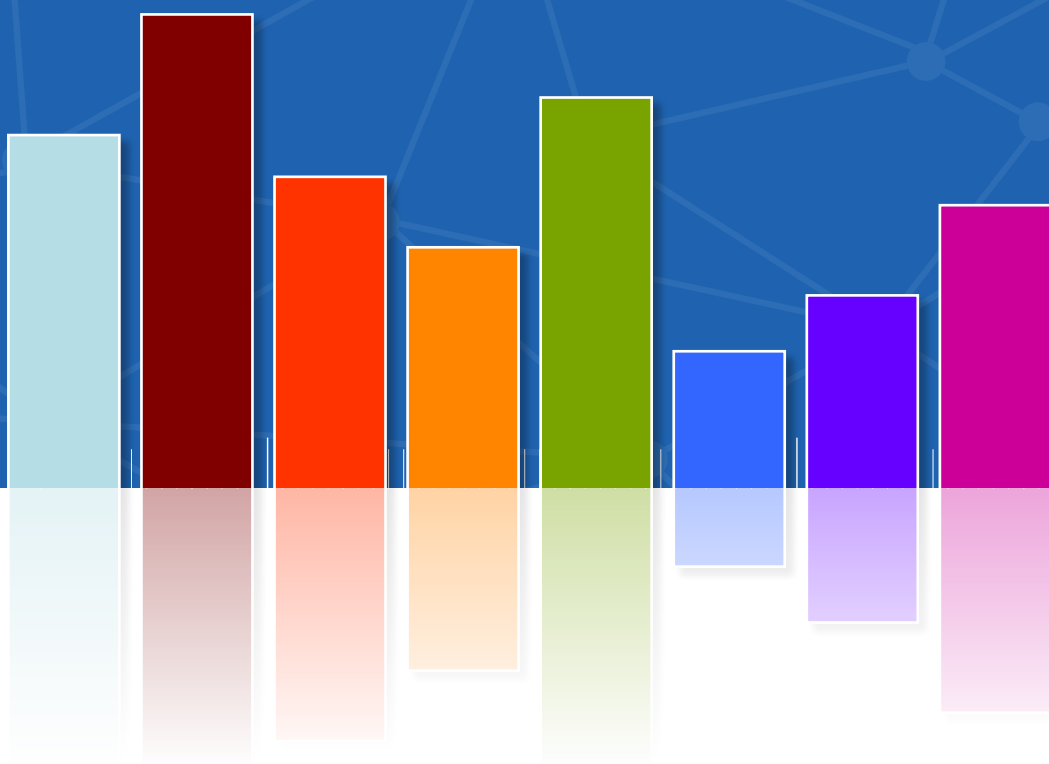
- שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות היה יציב בשנות המעקב 2012-2014 ועמד על כ-21 DDD ל-1000 איש, ליום. השיעור היה נמוך יותר בגברים לעומת נשים (18 לעומת 24 DDD ל-1000 איש, ליום). נצפה שיעור גבוה פי 1.8 בבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (בשנת 2014, 34 לעומת 19 DDD ל-1000 איש, ליום).

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים

- שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים היה יציב בשנות המעקב, ועמד על כ-24% מסך התרופות האנטיביוטיות. השיעור היה נמוך יותר בגברים לעומת נשים (21% לעומת 26%), וגבוה פי 1.3 בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (31% לעומת 23%).



ממצאים, מדדי איכות חדשים





רקע

תאור המחלה

אסתמה הינה מחלה נשימתית חסימתית, אשר בבסיסה תגובתיות יתר ודלקת כרונית של דרכי הנשימה, המתבטאת בהתקפים של קשיי נשימה עקב היצרות הפיכה של דרכי האוויר. מאפייני ההתקפים משתנים ונעים מחרחורים וצפופים קלים בזמן נשימה ועד להתקפי קוצר נשימה מסכני חיים. מבחינים בין אסתמה לא רצופה (Intermittent Asthma) ואסתמה מתמשכת (Persistent Asthma). ההבחנה בין השתיים מתבססת על תדירות התסמינים וההזדקקות לטיפול תרופתי, כמו גם על מדדי ספירומטריה. אסתמה מתמשכת, להבדיל מאסתמה שאינה רצופה, מאופיינת בהתקפים תדירים המחייבים טיפול תרופתי כרוני.

היבטים אפידמיולוגיים

אסתמה היא מחלה כרונית שכיחה, הפוגעת ב־1 מתוך כ־20 מבני כל הגילאים, או בכ־334 מיליון בני אדם ברחבי העולם. שיעור ההימצאות של אסתמה משתנה על פני איזורים ומדינות בעולם; הוא קרוב ל־20% במדינות דוברות האנגלית של מערב אירופה, אוסטרליה וניו־זילנד ונמוך כדי אחוז אחד במדינות באסיה ובמזרח אירופה. במדינות המפותחות נרשמה בשנים האחרונות מגמה של ירידה בנטל סיבוכי המחלה כפי שמתבטא בשיעורי האישפוז והתמותה. אף על פי כן, אסתמה עודנה מחלה כרונית שכיחה בעלת השפעה חשובה על איכות החיים, המשתנה נטל כלכלי משמעותי. היא ממוקמת במקום ה־14 בעולם מבחינת נטל התחלואה כפי שבא לידי ביטוי באומדן Disability Adjusted Life Years (DALYs) [15]. רוב נטל התחלואה של אסתמה מרוכז במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובינונית, שבהן גם היארעות המחלה מצוייה בעליה. אומנם אסתמה אינה גורם שכיח לתמותה, אך חלק ניכר ממקרי המוות מהמחלה ניתנים למניעה על ידי טיפול, מעקב והדרכה הולמים [16]. נכון ל־2010, שיעורי התמותה העולמיים הוערכו ב־130 מקרי תמותה למיליון עבור גברים ו־90 למיליון עבור נשים [15].

הערכת שיעור ההימצאות של אסתמה בישראל מבוססת בעיקרה על סקרים. בסקרים בקרב האוכלוסיה הבוגרת דיווחו 5.8% מקרב הנשאלים כי אובחנו ע"י רופא כסובלים מאסתמה. שיעור ההימצאות גבוה בנשים לעומת גברים ובאוכלוסיה היהודית בהשוואה לאוכלוסיה הערבית. סקרים שנערכו בקרב תלמידי כיתות ח' בארץ העלו כי שיעורי ההימצאות של אסתמה הם 7.2%-7.8% בקרב תלמידים ממוצא יהודי, ערבי ודרוזי בעוד שהתחלואה בקרב תלמידים ממוצא בדואי גבוהה יותר ועומדת על 10.7%. מחקר שנערך באוכלוסיית נערים המועמדים לשירות ביטחון מצביע על מגמה של ירידה בהימצאות אסתמה בקרב אוכלוסייה זו מ־9.7% ב־1999 ל־8.1% בשנת 2008 כאשר עיקר הירידה נרשמה באסתמה בדרגות חומרה גבוהות [17]. בדומה למדינות מפותחות אחרות, החל מאמצע שנות ה־90 נרשמה בארץ מגמה של ירידה בנטל סיבוכי המחלה כפי שמתבטא בפניות למיון, אישפוזים ותמותה [17]. עפ"י רישום האישפוזים במשרד הבריאות, בשנת 2011 היו



בישראל 4,955 אישפוזים באבחנת אסתמה [18]. כאשר בשנים 2011 ו-2012 נרשמו 108 ו-84 מקרי מוות בהתאמה [19]. שיעורי האישפוז והתמותה בישראל מצויים במקום ביניים בקרב המדינות המפותחות.

גורמים הקשורים בהימצאות אסתמה כוללים מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כגון מין, גיל, ומעמד חברתי-כלכלי. לדוגמה, בילדים שיעור האסתמה גבוה יותר בקרב בנים מאשר בנות ובמבוגרים השיעור גבוה יותר בנשים מאשר בגברים. במדינות מפותחות שיעור האסתמה גבוה יותר בקרב בעלי מעמד חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לגבוה [20].

גורמי סיכון

התחלואה באסתמה מושפעת ממגוון גורמים, אולם עד כה לא זוהה גורם ביולוגי או סביבתי מסוים המחולל את המחלה. כאשר מתייחסים לגורמים שאינם גנטים חשוב להבחין בין גורמים מעוררים, המעלים את הסיכון להתקף חריף, ובין אלו שיש להם תפקיד בגרימת הנטייה הבסיסית לאסתמה.

הנטייה הגנטית לאסתמה מתבטאת בסיכון גבוה יותר לאסתמה בקרב בני משפחה ובקרב זוגות של תאומים זהים. אסתמה נחשבה בעבר למחלה אלרגית. היום ידוע כי לפחות במחצית ממקרי האסתמה לא ניתן להצביע על נטייה אלרגית, ושיעור זה גבוה יותר במדינות מתפתחות.

הגורמים השכיחים המעוררים התקפי אסתמה חדים כוללים זיהומים בדרכי הנשימה העליונות ומאמץ גופני. גורמים מעוררים שכיחים פחות כוללים חשיפה לעשן סיגריות, לחץ נפשי וצריכה של מזון או תרופות מסוימות. גורמים סביבתיים המעוררים התקפי אסתמה כוללים אלרגנים נשאפים (קרדית אבק הבית, פרוות בעלי חיים, אבקני פרחים, עובש), חומרים מגרים נשאפים (עשן סיגריות, אדי בישול והסקה, גזי פליטה ממכוניות, תמרוקים ותרסיסים) ותרופות (אספירין).

ידוע שיש תפקיד לגורמים סביבתיים גם בגרימת הנטייה הבסיסית לאסתמה, אולם כאן התמונה פחות ברורה. חשיפה לעישון פאסיבי הוכחה כגורם לאסתמה בילדים ובמבוגרים כאחד. התפקיד של מזהמי אוויר ביתים אחרים כמו עשן מבישול על אש פתוחה מוכח פחות. חשיפה תעסוקתית, דוגמת חומרי צבע או ניקוי, עלולה לגרום לאסתמה שתתמיד גם לאחר הפסקת החשיפה. גורמים אחרים שתפקידם אינו ברור לחלוטין הם חשיפה ללחות ועובש ביתיים, וחשיפה בינקות לאנטיביוטיקה ואקמול. ידוע על קשר בין השמנת יתר ואסתמה [15].

חולי אסתמה מצויים בסיכון מוגבר לסיבוכים של מחלות זיהומיות בדרכי הנשימה. לפיכך, משרד הבריאות הגדיר את חולי האסתמה מגיל 6 חודשים כאוכלוסיית מטרה בקביעת סדרי העדיפויות למתן חיסון לשפעת [21]. המלצה דומה ניתנה על ידי ה־Center for Disease Control and Prevention (CDC) וה־National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) בארה"ב [22,23].

הטיפול במחלה

אסתמה היא מחלה הניתנת לשליטה. לטיפול באסתמה שתי מטרות עיקריות: למנוע את תסמיני המחלה וע"י כך לאפשר אורח חיים תקין ולהוריד את הסיכון לסיבוכים (התקפי אסתמה, פגיעה קבועה בתפקוד הריאתי ותופעות לוואי תרופתיות). הגישה הטיפולית למחלה כוללת ארבעה



מרכיבים: הערכה וניטור של חומרת המחלה ומידת השליטה בה, חינוך החולה, המנעות מחשיפה למעוררי המחלה וטיפול בתחלואה נלווית המחמירה אותה, וטיפול תרופתי [23].

הטיפול התרופתי באסתמה נחלק לשתי קטגוריות: טיפול מניעתי להשגת שליטה במחלה לאורך זמן וטיפול להקלה בשעת התקף חריף. עמוד התווך של הטיפול באסתמה הוא שימוש קבוע בתרופות למניעה, בעיקר תכשירים סטרואידים בהשאפה. תרופות נוספות מקטגוריה זו הם מיצבי תאי פיתום, אנטילוקוטריאנים, אימונומודולטורים, קורטיקוסטרואידים במתן פומי, ומשאפים משולבים המכילים סטרואידים ואגוניסטים ארוכי טווח לקולטני בטא². הטיפול המונע הוכח כיעיל בשיפור התסמינים ובהורדת הסיכון להחמרות, אישפוזים ותמותה. כדי להקל על תסמינים המופיעים על אף הטיפול המונע מומלץ שימוש על פי הצורך במרחיבי סימפונות להקלה. תרופות אלו כוללות אגוניסטים לקולטני בטא² או אנטיכולינרגים הניתנים בהשאפה להקלה מהירה על התכווצות הסמפונות ועל התסמינים הקשורים בה. שימוש יתר בתכשירים מסוג זה מהווה סמן לאסתמה שאינה בשליטה וקשור בתוצאים גרועים של המחלה, כולל תמותת יתר [20].

חולי אסתמה שאינה רציפה יכולים בדרך כלל להסתפק בתרופות להקלה בשעת התקף. לחולי אסתמה מתמשכת, בנוסף לטיפול להקלה בשעת התקף, מומלץ ליטול תרופות למניעת ההתקפים במרבית חודשי השנה [23].

חשיבותו של הטיפול המונע אינה מוטלת בספק. למרות זאת, ההענות לטיפול זה אינה משביעת רצון. קיומו של טיפול יעיל שההענות לו חלקית הפך את הטיפול התרופתי המונע באסתמה כמושא מתבקש למדד איכות.

מדדים

המדדים בתחום האסתמה מתמקדים באסתמה מתמשכת ובוחנים את היקף המחלה וניהולה התקיין.

הימצאות אסתמה

✓ שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

אסתמה מתמשכת הוגדרה בדו"חות קודמים בהסתמך על רכישת תרופות נגד אסתמה בשמונה חודשים שונים במהלך שנת המדד והשנה שקדמה לה. הגדרה זו הביאה להערכת חסר של אוכלוסיית חולי האסתמה המתמשכת, במיוחד בקרב קבוצות בעלות הענות נמוכה לטיפול התרופתי. לפיכך, הגדרת האוכלוסייה שונתה ומתבססת החל מדו"ח זה בנוסף לרכישת תרופות גם על אבחנות ביקור של אסתמה. המדד אינו בוחן הימצאות אסתמה מתמשכת בקרב ילדים עד גיל 5 שנים, שכן אבחנת המחלה והטיפול בה בקרב קבוצת גיל זו מורכבים יותר. גם מבוגרים שגילם מעל 44 שנים הוחרגו מאוכלוסיית המדד, כדי להמנע מהכללת חולים הסובלים מחסמת הריאות (COPD) ולא מאסתמה.



איכות הטיפול במחלה

שליטה באסתמה מתבססת טיפול קבוע בתרופות למניעה. בנוסף, כדי להפחית את הסיכון להתקפי המחלה וסיבוכיה מומלץ על מתן חיסון נגד שפעת עונתית לחולי אסתמה מגיל 6 חודשים.

שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR) Asthma Medication Ratio גדול או שווה ל-0.5 בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44.

יחס תרופות לאסתמה הוא היחס בין מספר האריזות של תרופות למניעת אסתמה לבין סה"כ אריזות התרופות לאסתמה אשר אותן רכש המבוטח בשנת המדד. מבוטחים עומדים בתנאי המדד כאשר לפחות ממחצית אריזות התרופות אותן הם נוטלים לטיפול במחלה הן תרופות מניעה. מדד זה החליף את המדד של שיעור הטיפול בתרופות למניעה שהתבסס על ביצוע של לפחות 3 רכישות של תרופות למניעה במהלך שנת המדד.

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44 (מדד זה אינו מוצג בפירוט בדו"ח שלפנינו המתמקד במדד החדש לטיפול במחלה)



שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 5-44 אשר הוגדרו חולי אסתמה מתמשכת על פי רכישת תרופות לטיפול באסתמה ואבחנות ביקור בשנת המדד ובשנה שקדמה לשנת המדד.

רציונאל: אסתמה הנה אחת מהמחלות הכרוניות הנפוצות ביותר בעולם. על אף ירידה בנטל סיבוכי המחלה במדינות המפותחות בעשור האחרון, אסתמה נותרה מחלה בעלת השפעה חשובה על איכות החיים המשתנה נטל כלכלי משמעותי. מבחינים בין אסתמה מתמשכת לאסתמה בלתי רציפה; אסתמה מתמשכת מאופיינת בתדירות גבוהה של תסמינים המחייבים טיפול תרופתי מונע. הטיפול המונע בחולים הסובלים מאסתמה מפחית את הסיכון להחמרות, אישפוזים ותמותה. הערכה וניטור של שכיחות אסתמה באוכלוסייה ונקיטת צעדים לטיפול בה תורמים לשיפור השליטה במחלה.

מכנה: כלל המבוטחים בני 5-44

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר:

1. ביצעו לפחות 8 רכישות של תרופות לאסתמה בשנת המדד ובשנה הקודמת לשנת המדד (לאו דווקא בחודשים שונים) ובלבד שלפחות 4 מבין הרכישות בוצעו בשנת המדד.

2. בשנת המדד ובשנה הקודמת לשנת המדד מילאו לפחות אחד מבין שני התנאים, הבאים (יכללו מבוטחים אשר עמדו באותו תנאי בשנתיים הרצופות או בתנאי אחד בשנה הראשונה ובתנאי האחר בשנה השנייה):

א. ביצעו לפחות 4 רכישות של תרופות לאסתמה בשנה (לאו דווקא בחודשים שונים).

ב. ביצעו לפחות 2 רכישות של תרופות לאסתמה וגם קיבלו לפחות 4 אבחנות ביקור של אסתמה בשנה.

הערות: אסתמה מתמשכת הוגדרה בדו"חות קודמים בהסתמך על רכישת תרופות נגד אסתמה בשמונה חודשים שונים במהלך שנת המדד והשנה שקדמה לה. הגדרה זו הביאה להערכת חסר של אוכלוסיית חולי האסתמה המתמשכת, במיוחד בקרב קבוצות בעלות הענות נמוכה לטיפול התרופתי. לפיכך, הגדרת האוכלוסייה שונתה ומתבססת החל מדו"ח זה בנוסף לרכישת תרופות גם על אבחנות ביקור של אסתמה.

תרופות לאסתמה כוללות תרופות למניעה (שליטה) - immunomodulators, inhaled corticosteroids, leukotriene modifiers, long-acting beta-2 agonists combinations ותרופות להקלה - short-acting beta-2 agonists, anticholinergics.

תוצאות (תרשימים 1-4 וטבלאות 1-3)

בשנת 2014, שיעור ההמצאות של אסתמה מתמשכת עמד על 0.83%. השיעור נשאר יציב בשנות המעקב. שיעורי ההמצאות הגבוהים ביותר נמצאו בקרב בני 44-35 (1.1%) והנמוכים ביותר בקרב בני 15-24 (0.53%).

שיעור ההמצאות היה גבוה יותר בגברים מאשר בנשים (0.94% לעומת 0.71%).

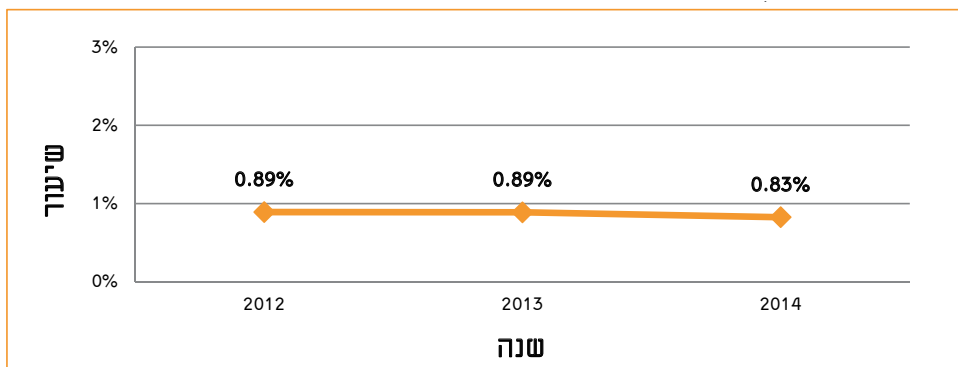
שיעור הימצאות גבוה פי 2.3 נצפה בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) (1.75%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (0.77%).



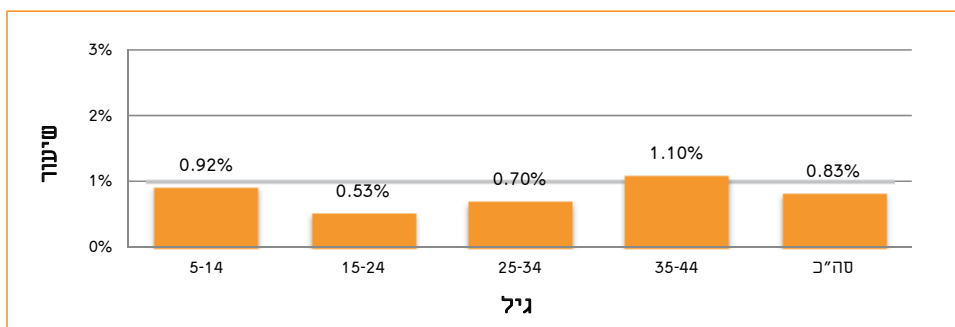
שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות) בקרוב בני 5-44

שיעור המבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת על פי רכישת תרופות לטיפול באסתמה ואבחנות ביקור בשנת המדד ובשנה שקדמה לשנת המדד (מונה), בקרב בני 5-44 (מכנה)

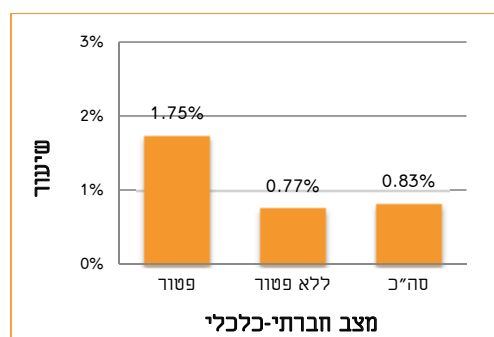
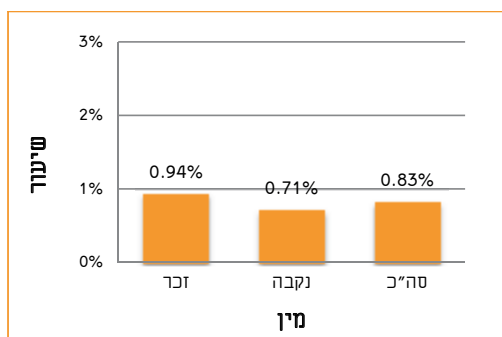
תרשים 1 לפי שנה, 2012-2014



תרשים 2 לפי גיל, 2014



תרשים 3 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2014 תרשים 4 לפי מין, 2014



שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות) בקרוב בני 5-44

מבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת ע"פ רכישת תרופות לטיפול באסתמה ואבחנות ביקור בשנת המדד ובשנה שקדמה לשנת המדד(מונה), בקרב בני 5-44 (מכנה)

טבלה 1 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2014

שנה	גיל	גיל				סה"כ
		35-44	25-34	15-24	5-14	
2012	מונה	10,874	7,871	4,945	14,253	37,943
	מכנה	945,064	1,047,758	901,421	1,362,265	4,256,508
	שיעור	1.15%	0.75%	0.55%	1.05%	0.89%
2013	מונה	11,176	7,816	5,178	14,265	38,435
	מכנה	972,103	1,056,015	914,957	1,389,089	4,332,164
	שיעור	1.15%	0.74%	0.57%	1.03%	0.89%
2014	מונה	10,850	7,443	4,913	13,035	36,241
	מכנה	990,255	1,063,496	929,019	1,409,460	4,392,230
	שיעור	1.10%	0.70%	0.53%	0.92%	0.83%

טבלה 2 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014

מין	גיל	גיל				סה"כ
		35-44	25-34	15-24	5-14	
זכר	מונה	5,314	3,811	2,776	8,515	20,416
	מכנה	484,200	525,013	443,696	723,289	2,176,198
	שיעור	1.10%	0.73%	0.63%	1.18%	0.94%
נקבה	מונה	5,536	3,632	2,137	4,520	15,825
	מכנה	506,055	538,483	485,323	686,171	2,216,032
	שיעור	1.09%	0.67%	0.44%	0.66%	0.71%
סה"כ	מונה	10,850	7,443	4,913	13,035	36,241
	מכנה	990,255	1,063,496	929,019	1,409,460	4,392,230
	שיעור	1.10%	0.70%	0.53%	0.92%	0.83%

טבלה 3 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014

מצב חברתי-כלכלי	גיל	גיל				סה"כ
		35-44	25-34	15-24	5-14	
פסור	מונה	1,465	652	640	1,835	4,592
	מכנה	61,136	42,986	50,876	107,504	262,502
	שיעור	2.40%	1.52%	1.26%	1.71%	1.75%
ללא פסור	מונה	9,385	6,791	4,273	11,200	31,649
	מכנה	929,119	1,020,510	878,143	1,301,956	4,129,728
	שיעור	1.01%	0.67%	0.49%	0.86%	0.77%
סה"כ	מונה	10,850	7,443	4,913	13,035	36,241
	מכנה	990,255	1,063,496	929,019	1,409,460	4,392,230
	שיעור	1.10%	0.70%	0.53%	0.92%	0.83%



שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR) Asthma Medication (AMR) Ratio גבוה או שווה ל־0.5 בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

הגדרת המדד: שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44.

רציונאל: אסתמה הנה אחת מהמחלות הכרוניות הנפוצות ביותר בעולם. על אף ירידה בנטל סיבוכי המחלה במדינות המפותחות בעשור האחרון, אסתמה נותרה מחלה בעלת השפעה חשובה על איכות החיים המשתיה נטל כלכלי משמעותי. יתרה מכך, חלק ניכר מהתמותה מהמחלה ניתן למניעה על ידי טיפול ומעקב הולמים. הטיפול התרופתי באסתמה נחלק לשת י קטגוריות: טיפול מניעתי להשגת שליטה במחלה לאורך זמן וטיפול להקלה בשעת התקף חריף. עמוד התווך של הטיפול באסתמה מתמשכת הוא שימוש קבוע בתרופות למניעה, בעיקר תכשירים סטרואידלים בהשאפה. הטיפול המונע הוכח כיעיל בשיפור התסמינים ובהורדת הסיכון להחמרות, אישפוזים ותמותה. על אף שחשיבותו של הטיפול המונע אינה מוטלת בספק, ההענות לטיפול זה אינה משביעת רצון. קיומו של טיפול יעיל שההענות לו חלקית הפך את הטיפול התרופתי המונע באסתמה כמושא מתבקש למדד איכות.

מכנה: חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

מונה: מספר המבוטחים במכנה בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR-Asthma Medication Ratio) גדול או שווה ל־0.5.

הערות: יחס תרופות לאסתמה הוא היחס בין מספר האריזות של תרופות למניעת אסתמה לבין סה"כ אריזות התרופות לאסתמה אשר אותן רכש המבוטח בשנת המדד. מבוטחים עומדים בתנאי המדד כאשר לפחות מחצית אריזות התרופות אותן הם נוטלים לטיפול במחלה הן תרופות מניעה.

המדד של יחס תרופות לאסתמה (AMR-Asthma Medication Ratio) משמש כמדד איכות במספר מערכות בארה"ב, כולל מערכת ה־HEDIS, ועבר תיקוף במספר גדול של מחקרים [24].

מדד זה הינו חדש ומחליף את המדד של שיעור הטיפול בתרופות למניעה, שהתבסס על ביצוע של לפחות 3 רכישות של תרופות למניעה במהלך שנת המדד.

החל מהדו"ח הנוכחי אסתמה מוגדרת על פי רכישת תרופות לאסתמה ואבחנות ביקור. תרופות לאסתמה כוללות תרופות למניעה (שליטה) - inhaled-immunomodulators, corticosteroids, leukotriene modifiers, long-acting beta-2 agonists combinations, ותרופות להקלה - short-acting beta-2 agonists, anticholinergics.

תוצאות (תרשימים 5-8 וטבלאות 4-6)

בשנת 2014, שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה גדול או שווה ל־0.5 עמד על 67.9%. השיעור הראה מגמת עליה בשנות המעקב (66.2% בשנת 2012). השיעור יורד עם הגיל מ־73.2% בקרב בני 5-9 ועד 62.1% בקרב בני 25-29, לאחר מכן חלה עליה קלה עד לשיעור של 65.5% בקרב בני 40-44. השיעור דומה בגברים ובנשים.

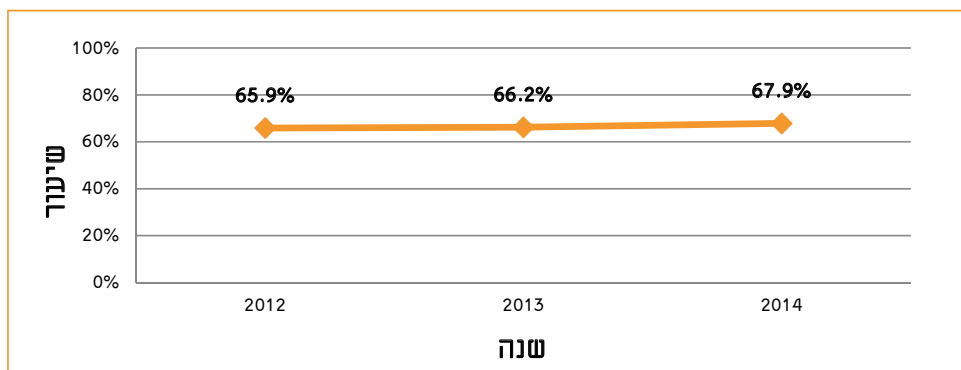
השיעור נמוך יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) (61.6%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (68.8%).



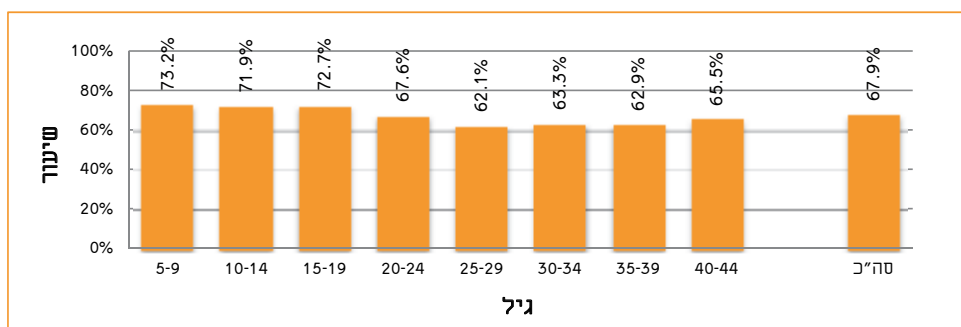
שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR) גבוה או שווה ל-0.5 בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

שיעור חולי אסתמה מתמשכת אשר היו בעלי יחס תרופות גבוה או שווה ל-0.5 (מונה) מקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44 (מכנה)

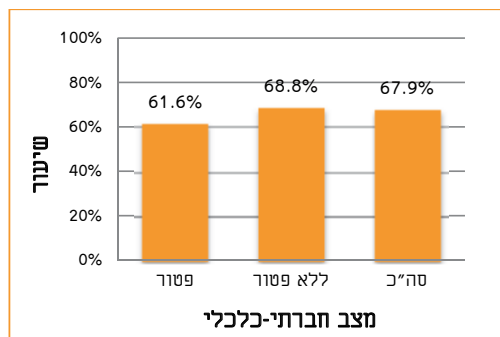
תרשים 5 לפי שנה, 2012-2014



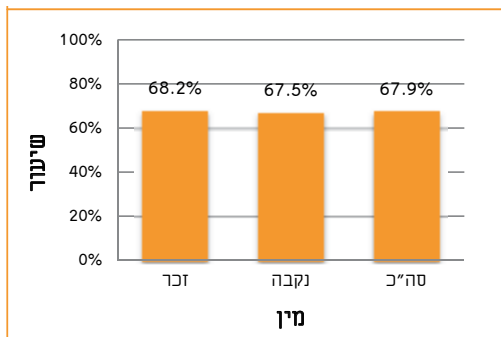
תרשים 6 לפי גיל, 2014



תרשים 7 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2014



תרשים 8 לפי מין, 2014



שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR) גבוה או שווה ל־0.5 בקרוב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

חולי אסתמה מתמשכת אשר היו בעלי יחס תרופות גבוה או שווה ל־0.5 (מונה) מקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44 (מכנה)

טבלה 4 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2014

שנה	מונה	גיל							
		40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19	10-14	5-9
2012	25,005	3,523	3,170	2,460	2,300	1,364	1,897	3,914	6,377
	37,943	5,695	5,179	4,118	3,753	2,199	2,746	5,397	8,856
	65.9%	61.9%	61.2%	59.7%	61.3%	62.0%	69.1%	72.5%	72.0%
2013	25,448	3,730	3,229	2,533	2,236	1,447	2,051	3,805	6,417
	38,435	5,939	5,237	4,130	3,686	2,284	2,894	5,384	8,881
	66.2%	62.8%	61.7%	61.3%	60.7%	63.4%	70.9%	70.7%	72.3%
2014	24,593	3,849	3,133	2,543	2,129	1,424	2,040	3,556	5,919
	36,241	5,873	4,977	4,015	3,428	2,107	2,806	4,947	8,088
	67.9%	65.5%	62.9%	63.3%	62.1%	67.6%	72.7%	71.9%	73.2%

טבלה 5 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014

מין	מונה	גיל							
		40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19	10-14	5-9
זכר	13,918	1,815	1,569	1,299	1,085	695	1,262	2,351	3,842
	20,416	2,839	2,475	2,050	1,761	1,055	1,721	3,255	5,260
	68.2%	63.9%	63.4%	63.4%	61.6%	65.9%	73.3%	72.2%	73.0%
נקבה	10,675	2,034	1,564	1,244	1,044	729	778	1,205	2,077
	15,825	3,034	2,502	1,965	1,667	1,052	1,085	1,692	2,828
	67.5%	67.0%	62.5%	63.3%	62.6%	69.3%	71.7%	71.2%	73.4%
סה"כ	24,593	3,849	3,133	2,543	2,129	1,424	2,040	3,556	5,919
	36,241	5,873	4,977	4,015	3,428	2,107	2,806	4,947	8,088
	67.9%	65.5%	62.9%	63.3%	62.1%	67.6%	72.7%	71.9%	73.2%

טבלה 6 לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2014

מצב חברתי כלכלי	מונה	גיל							
		40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19	10-14	5-9
פסור	2,829	494	355	213	142	157	237	517	714
	4,592	857	608	388	264	265	375	766	1,069
	61.6%	57.6%	58.4%	54.9%	53.8%	59.2%	63.2%	67.5%	66.8%
ללא פסור	21,764	3,355	2,778	2,330	1,987	1,267	1,803	3,039	5,205
	31,649	5,016	4,369	3,627	3,164	1,842	2,431	4,181	7,019
	68.8%	66.9%	63.6%	64.2%	62.8%	68.8%	74.2%	72.7%	74.2%
סה"כ	24,593	3,849	3,133	2,543	2,129	1,424	2,040	3,556	5,919
	36,241	5,873	4,977	4,015	3,428	2,107	2,806	4,947	8,088
	67.9%	65.5%	62.9%	63.3%	62.1%	67.6%	72.7%	71.9%	73.2%



רקע

תרופות אנטיביוטיות הן מהתרופות הנפוצות ביותר ברפואה בת זמננו, הן במוסדות רפואיים והן בקהילה. מאז נכנסו לשימוש לפני כ-70 שנה ניצלו בזכותן חייהם של מיליוני בני אדם שלקו במחלות זיהומיות. עם זאת, יעילותן של התרופות האנטיביוטיות הולכת ופוחתת עם השנים עקב התפשטותם של זני חיידקים עמידים, אשר פיתחו או רכשו יכולות ביולוגיות המנטרלות במנגנונים שונים את פעילות האנטיביוטיקה. התפתחות עמידות לתרופות אנטיביוטיות היא תוצאה של שימוש בתרופות אלו ותלויה הן במידת השימוש והן באופן השימוש [25]. החשש המרכזי הוא התפתחותם של זני חיידקים אשר לרפואה המודרנית לא יהיו כלים להתמודד איתם (המכונים "חיידקי על" או super bugs).

היבטים אפידמיולוגיים

נפח השימוש העולמי בתרופות אנטיביוטיות הולך וגדל: מחקר שסכם צריכת תרופות אנטיביוטיות ב-71 מדינות מצא שעל פני העשור 2000-2010 חלה עלייה של 36% בשימוש הכולל [26]. במקביל, קצב פיתוח תרופות אנטיביוטיות חדשות מצוי בירידה מתמדת [27]. התחלואה והתמותה הנלווים לזיהומים הנגרמים על ידי זני חיידקים עמידים מצויים במגמת עלייה. בארה"ב לבדה מדווח על למעלה משני מיליוני מקרי תחלואה ו-23,000 מקרי מוות כתוצאה מזיהומים אלה מדי שנה [28]. בישראל דווח על התפרצויות של זיהומים עמידים לאנטיביוטיקה בעיקר בבתי חולים [29].

במחקר שנערך בשירותי בריאות כללית נמצא כי השיעור הכולל של שימוש בתרופות אנטיביוטיות בקהילה בקרב מבוסחיה לא השתנה בין השנים 2000 ל-2010, אך בתקופה זו חלה עלייה משמעותית ומדאיגה בשיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח [30].

גורמי סיכון

מחקרים רבים הדגימו את הקשר שבין שימוש מוגבר בתרופות אנטיביוטיות להופעתם והתפשטותם של זנים עמידים [31]. שימוש בלתי מושכל בתרופות אנטיביוטיות עלול להיות כרוך בתופעות לוואי [32] ובהופעת זיהום חוזר בזן עמיד [33]. עם זאת להשפעות אלה יש מרכיב הפיך, כפי שהודגם במחקרים שמצאו כי שימוש מושכל ומופחת בתרופות אנטיביוטיות עשוי לצמצם את היקף תופעת העמידות [34].



הטיפול בבעיה

ההתמודדות עם תופעת הזנים העמידים היא מורכבת ומחייבת מאמצים משולבים במספר כיוונים ובהם מניעת זיהומים, פיתוח תרופות אנטיביוטיות חדשות, שימוש מושכל בתרופות אנטיביוטיות ועוד. לצד החשיבות המכרעת של צעדים אלה ואחרים, חיוני לעקוב אחר דפוסי השימוש בתרופות אנטיביוטיות ואחר הופעתם והתפשטותם של זנים עמידים [28].

מדדים

במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה מופקים לראשונה מדדים לאומיים הנוגעים לשימוש בתרופות אנטיביוטיות בקהילה, וזאת כחלק מיוזמה רחבה של ארגון ה-OECD לקביעת מדדי איכות אחידים ובני-השוואה לרפואת הקהילה [35]. השתתפות תכנית המדדים הלאומית בישראל במיזם ה-OECD תאפשר לבחון את מידת השימוש באנטיביוטיקה בכלל ובתרופות רחבות-טווח בפרט ביחס למדינות נוספות החברות בארגון ומשתתפות במיזם.

✓ שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בקרב האוכלוסייה

✓ שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מסוג צפלוספירינים וקווינולונים מתוך סך התרופות האנטיביוטיות, בקרב האוכלוסייה



שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בקרב האוכלוסייה

הגדרת המדד: שיעור השימוש בכלל התרופות האנטיביוטיות הסיסטמיות, באוכלוסייה.

רציונל: תרופות אנטיביוטיות הן מהתרופות הנפוצות ביותר ברפואה בת זמננו, יעילותן של התרופות האנטיביוטיות הולכת ופוחתת עם השנים עקב התפשטותם של זני חיידקים עמידים. התפתחות עמידות לתרופות אנטיביוטיות תלויה במידת השימוש ובאופן השימוש באנטיביוטיקה [25]. שימוש מושכל ומופחת בתרופות אנטיביוטיות עשוי לצמצם את היקף תופעת העמידות [34]. לכן חיוני לעקוב אחר דפוסי השימוש בתרופות אנטיביוטיות ואחר הופעתם והתפשטותם של זנים עמידים [28].

שיעור: סה"כ (DDD) Defined Daily Dose, במרשמים שנרכשו לתרופות אנטיביוטיות, ל-1000 איש, ליום.

הערות: לצורך חישוב המדד נעשה שימוש בנתוני רכישת תרופות מתוך מאגרי המידע הממוחשבים של הקופות. בנתוני ה-OECD חישוב מדד זה מבוסס על הוצאת מרשמים לתרופות אנטיביוטיות.

תוצאות

בשנת 2014, שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות עמד על 20.7 מנות יומיות (DDD) ל-1000 איש, ליום. שיעור זה נמוך מעט ביחס לשיעורים בשנים הקודמות, שעמדו על 21.1 בשנת 2013 ו-21.2 בשנת 2012. שיעור הצריכה בגילאים 0-4 הנו 15 מנות יומיות, לאחר מכן נצפתה ירידה בשיעור הצריכה בגילאים 5-14 ל-10.3 מנות יומיות ולאחריה מגמת עליה מתמדת עד לשיעור של 43.8 מנות יומיות בגילאי 85 ומעלה.

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות היה גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים (24.1 לעומת 17.2 מנות יומיות). במבטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) שיעור השימוש היה גבוה ביחס ליתר האוכלוסייה (34.1 לעומת 19.0 מנות יומיות).



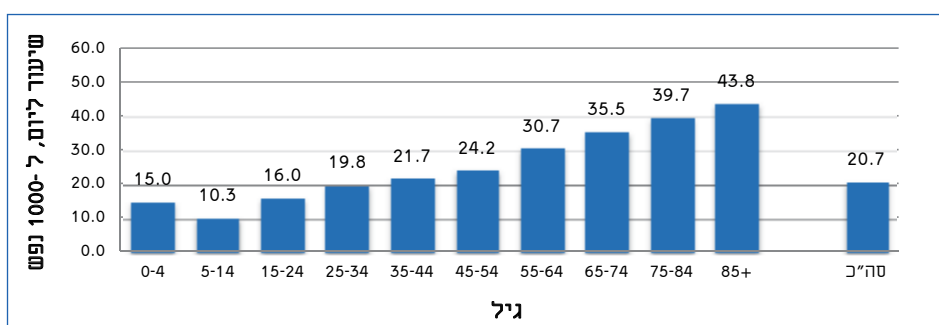
שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בקרב האוכלוסייה

שיעור השימוש (DDD) בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ל-1000 איש, ליום (על סמך רכישת מרשמים)

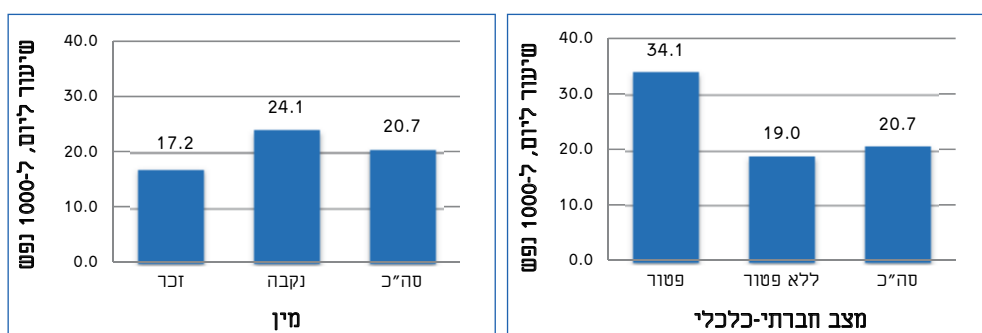
תרשים 9 לפי שנה, 2012-2014



תרשים 10 לפי גיל, 2014



תרשים 11 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2014 תרשים 12 לפי מין, 2014



שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מתוך סך התרופות האנטיביוטיות, בקרב האוכלוסייה

הגדרת המדד: שיעור השימוש באוכלוסייה בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים.

רצינות: תרופות אנטיביוטיות מקבוצות הצפלוספורינים והקווינולונים מצויות בשימוש פומי שכיח ברפואת הקהילה, והן בעלות טווח כיסוי מיקרוביולוגי רחב ביחס לתרופות אנטיביוטיות אחרות המשמשות בקהילה. התפתחות עמידות לתרופות אנטיביוטיות תלויה במידת השימוש ובאופן השימוש באנטיביוטיקה [25]. שימוש מושכל ומופחת בתרופות אנטיביוטיות רחבות-טווח עשוי לצמצם את היקף תופעת העמידות [34]. מעקב אחר מידת השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות-טווח עשוי לסייע בהנחלת השימוש המושכל בהן.

מכנה: סה"כ (DDD) Defined Daily Dose, במרשמים שנרכשו לתרופות אנטיביוטיות, בקרב כלל האוכלוסייה.

מונה: סה"כ (DDD) Defined Daily Dose, במרשמים שנרכשו לתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים, בקרב כלל האוכלוסייה.

הערות: לצורך חישוב המדד נעשה שימוש בנתוני רכישת תרופות מתוך מאגרי המידע הממוחשבים של הקופות. בנתוני ה-OECD חישוב מדד זה מבוסס על הוצאת מרשמים לתרופות אנטיביוטיות.

תוצאות

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספירינים וקווינולונים מתוך סך התרופות האנטיביוטיות היה יציב בין השנים 2012-2014 ועמד על כ-24%. השיעור עולה עם הגיל מכ-5% בגילאים 0-4 ועד 46.0% בגילאי 85 ומעלה.

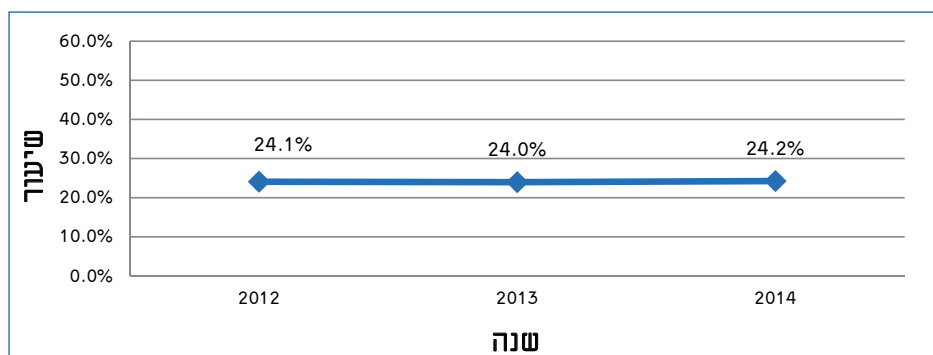
השיעור גבוה יותר בנשים לעומת גברים (26.1% לעומת 21.5%). בקרב מבוססים ממעמד חברתי כלכלי נמוך (בעלי פטור) השיעור גבוה יותר ביחס ליתר האוכלוסייה (32.1% לעומת 22.6%).



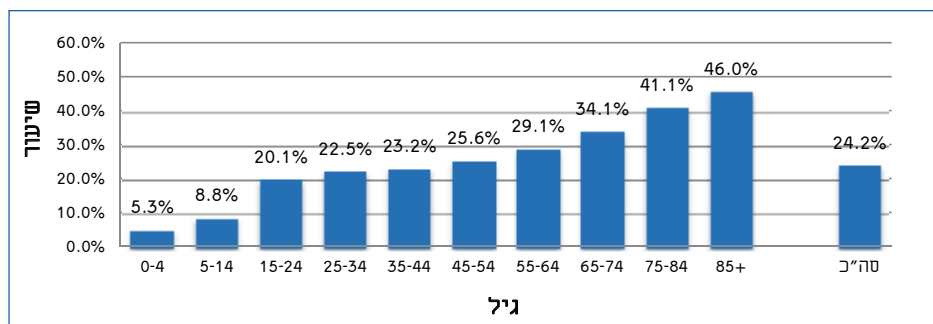
שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מסוג צפלוספירינים וקווינולונים מתוך סך התרופות האנטיביוטיות, בקרב האוכלוסייה

שיעור השימוש (DDD) בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מסוג צפלוספירינים וקווינולונים (מונה) מתוך סך השימוש (DDD) בתרופות אנטיביוטיות (מכנה), על סמך רכישת מרשמים

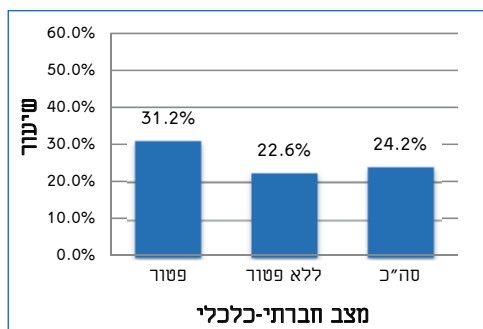
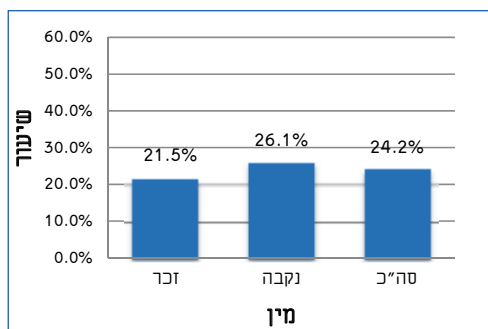
תרשים 13 לפי שנה, 2014-2012



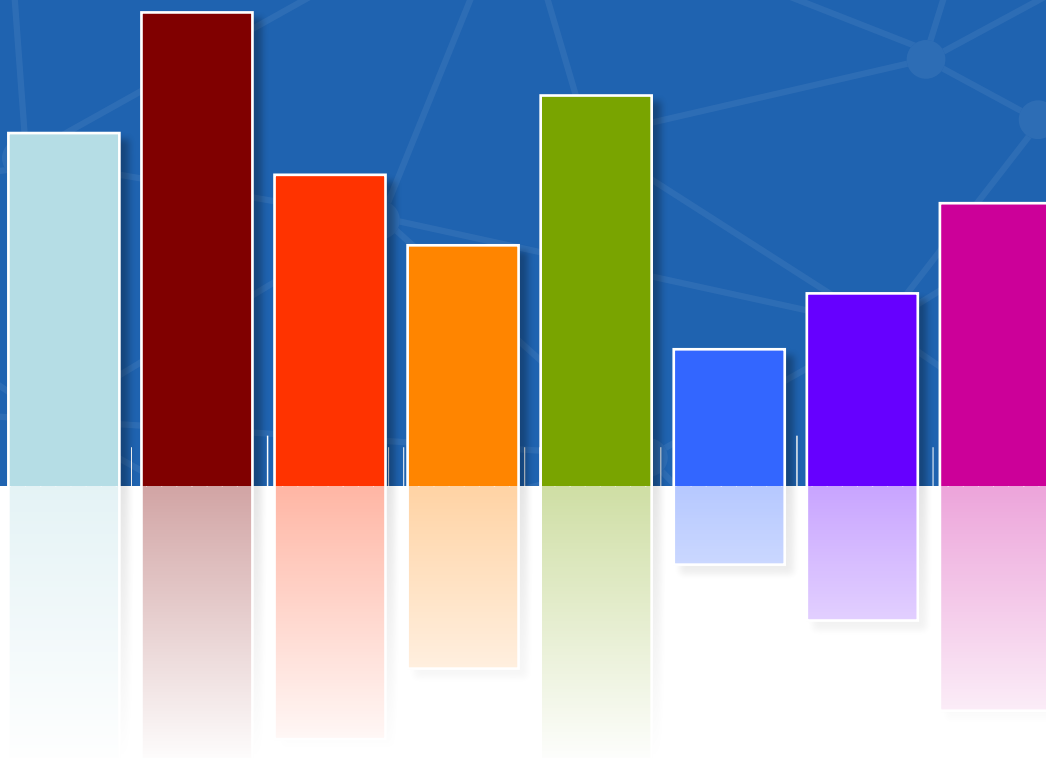
תרשים 14 לפי גיל, 2014



תרשים 15 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2014 תרשים 16 לפי מין, 2014



ממצאים נבחרים לפי קופות, ובהשוואה לתוצאות בינלאומיות





ממצאים נבחרים לפי קופות, ובהשוואה לתוצאות בינלאומיות

בפרק זה מוצגים ערכי ארבעה מדדים נבחרים לפי קופה: ביצוע בדיקות סקר לאיתור מוקדם של סרטן המעי, חיסון שפעת בקרב מבוגרים, שימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב מבוגרים ואיזון סוכרת. מדדים אלו חשובים לבריאות הציבור ומשקפים עשייה ברפואת הקהילה במגוון תחומים. ערכי המדדים מוצגים לאחר תיקון למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי. מצב חברתי-כלכלי נקבע לאחר פיילוט, במסגרתו שויך כל מבוטח לאשכול חברתי-כלכלי על סמך כתובת מגוריו (רשימת הכתובות של כלל המבוטחים הועברה על ידי קופות החולים, באמצעות מנהלת התכנית, ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) לקבלת האשכול של האזור הגיאוגרפי סטטיסטי (אג"ס) של כתובת המגורים). האשכולות הנמדדים בסולם של 1-20 חולקו לרבעונים ששימשו לתיקון. ההצגה מתמקדת במבוטחים בגיל 65 ומעלה. חלק מהמדדים מוגדרים לאוכלוסייה זו בלבד, אוכלוסייה בה שיעור הערכים החסרים במשתנה החברתי-כלכלי קטן יחסית. המדדים המתוקננים מוצגים בליווי רווחי סמך של 95% (ראה פרק השיטות). בנוסף מוצגים הערכים הלאומיים של המדדים לשנים 2011, 2014. ערכים אלו הנם גולמיים ואינם כרוכים כלל בערכים חסרים.



שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס

שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 65-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים שמלאו להם 65-74 שנים, שעברו לפחות בדיקה אחת של דם סמוי בצואה בשנה האחרונה או ביצעו קולונוסקופיה ב־10 השנים האחרונות

רציונל: כ־5% מהאוכלוסייה עלולים לחלות בסרטן המעי הגס והחלחולת. סרטן זה אחראי לעשירית ממקרי המוות ממחלות ממאירות. ניתן להפחית את התמותה מסרטן זה באמצעות גילוי מוקדם. לכלל האוכלוסייה, הנמצאת בסיכון רגיל, ממליץ משרד הבריאות בישראל לבצע בדיקת דם סמוי בצואה אחת לשנה מגיל 50 ועד גיל 74. קולונוסקופיה הינה בדיקה אופטית המאפשרת הסתכלות ישירה על המעי, שמטרתה איתור ממצאים במעי הגס, ביצוע ביופסיה והסרת פוליפים. זיהוי והסרת פוליפים שפירים עשויים למנוע התפתחות של גידולים ממאירים בעתיד. הבדיקה מומלצת לאחר תשובה לא תקינה של בדיקת דם סמוי בצואה, באופן שגרתי לבעלי סיכון מוגבר בשל היסטוריה משפחתית של ממאירות, למדווחים על תלונות בדרכי העיכול או דימום בדרכי העיכול ולבעלי ממצא קודם של נגע במעי. יש הממליצים על ביצוע בדיקה זו כסקירה מוקדמת לסרטן המעי הגס גם בקרב בעלי סיכון רגיל כל מספר שנים (במקום בדיקת דם סמוי בצואה). אולם, מן הראוי לציין שבמדינת ישראל אין הנחיה כזו.

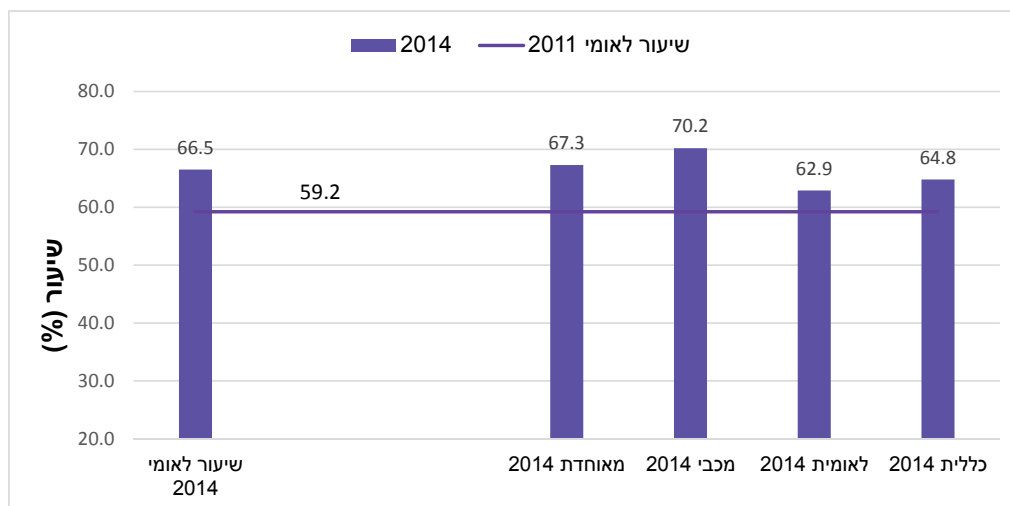
מכנה: מבוטחים בני 65-74

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

הערות: מדד זה מוגדר למבוטחים בני 50-74 אך הערכים המתוקננים מוצגים עבור בני 65-74.



תרשים 17: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, בקרב בני 65-74 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי* †



* השיעור הלאומי מבוסס על כלל המבוטחים בעוד שהשיעורים המתוקננים מבוססים על כל מבוטחים שיש עבורם מידע על מצב חברתי-כלכלי

† מדד זה מוגדר למבוטחים בני 50-74 אך הערכים המתוקננים מוצגים עבור בני 65-74

בשנת 2014, השיעור הלאומי של ביצוע בדיקה לדם סמוי בצואה בשנה האחרונה או קולונוסקופיה בעשור האחרון, בקרב בני 65-74 בישראל עמד על 66.5%. השיעור הציג מגמת שיפור אבסולוטית של 7.3% משנת 2011. השיעורים המתוקננים הם: קופ"ח כללית 64.8% (95% CI 64.6%, 64.9%), לאומית 62.9% (95% CI 62.3%, 63.4%), מכבי שרותי בריאות 70.2% (95% CI 69.9%, 70.5%) וקופ"ח מאחדת 67.3% (95% CI 66.8%, 67.8%). השיעור הלאומי גבוה מהשיעורים שדווחו במדינות אחרות. כך למשל, השיעור הממוצע במדינות ה-OECD בשנת 2010 לסיקור לסרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 (ביצוע בדיקה לדם סמוי בצואה אחת לשנתיים) עמד על 12.7% [37]. השיעור הגבוה ביותר מבין מדינות אלו נצפה בגרמניה ועמד על 54.7%. בארה"ב בקרב אוכלוסיית בני 65-75 המבוטחים בתוכנית הביטוח הפדרלית (Medicare) היה שיעור ביצוע בדיקה לדם סמוי בצואה אחת לשנה או סיגמואידוסקופיה אחת לחמש שנים, או קולונוסקופיה אחת לעשר שנים, בשנת 2011 60.0% ובשנת 2013 64.3% [37].



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה אשר קבלו חיסון נגד שפעת עונתית

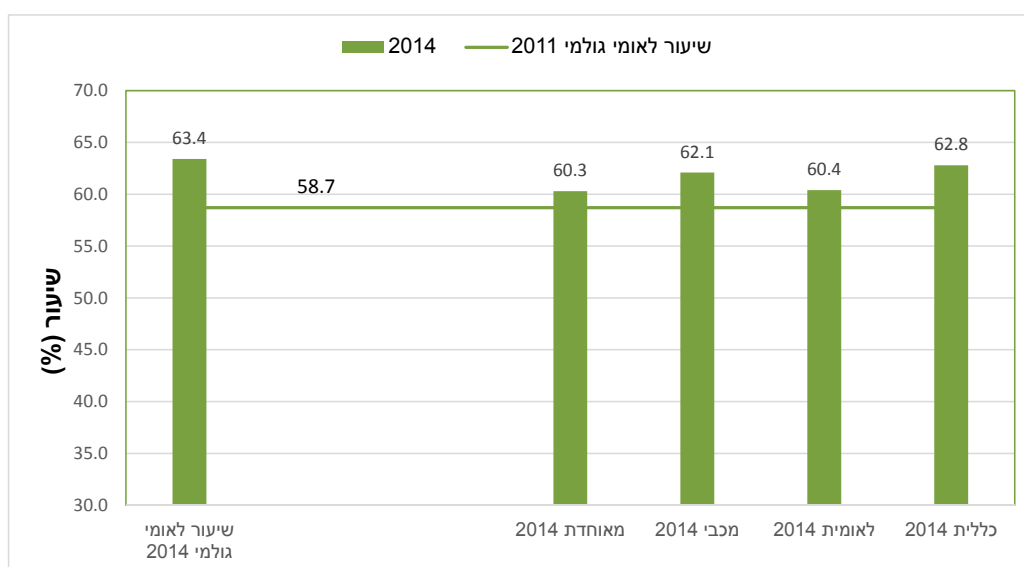
רציונל: שיפור הכיסוי החיסוני נגד שפעת עונתית באוכלוסייה המבוגרת עשוי להפחית את התחלואה בשפעת ואת סיבוכיה, כגון דלקת ריאות, אשר בקבוצה זו עלולים להוביל לאשפוזים ואף למוות.

מכנה: כלל המבוטחים בני 65 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר חוסנו בפועל נגד שפעת עונתית

הערות: תקופת המדד הינה מ' 1 בספטמבר של שנת המדד ועד 28 בפברואר בשנה שאחריה, בחפיפה לתקופת מתן החיסון.

תרשים 18: שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי*



* השיעור הלאומי מבוסס על כלל המבוטחים בעוד שהשעורים המתוקננים מבוססים על כל מבוטחים שיש עבורם מידע על מצב חברתי-כלכלי

בשנת 2014, השיעור הלאומי של קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה בישראל עמד על 63.4%. השיעור עלה אבסולוטית ב-4.7% משנת 2011.



השיעורים שנצפו בקופות השונות היו גבוהים מהשיעור הלאומי בשנת 2011. השיעורים המתוקנים בשנת 2014 הם: קופ"ח כללית 62.8% (62.9%, 62.6% CI 95%), לאומית 60.4% (60.8%, 60.0% CI 95%), מכבי שרותי בריאות 62.1% (62.3%, 61.8% CI 95%) וקופ"ח מאוחדת 60.3% (60.6%, 59.9% CI 95%). בשנת 2013 [38], עמד השיעור הממוצע ב-33 מדינות ה-OECD על 48% כשהשיעור בישראל היה 61.2%. ישראל דורגה ברבעון העליון של שיעור החיסון לשפעת כאשר בריטניה, ארה"ב וקנדה, השיגו שיעור חיסון גבוה יותר (75.5%, 66.5% ו-64.1% בהתאמה), ומדינות אירופאיות כגון גרמניה, צרפת ושוודיה הציגו שיעורים נמוכים יותר (58.6%, 51.9% ו-45.8% בהתאמה).

שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח

שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה אשר רכשו בנזודיאזפינים ארוכי טווח בשנת המדד

רציונל: הבנזודיאזפינים הן תרופות מרגיעות ומשרות שינה ותיקות. מבחינה פרמקוקינטית התכשירים השונים נבדלים בטווח הפעולה שלהם: תכשירים קצרי טווח מתחילים לפעול במהירות והשפעתם פגה כעבור זמן קצר יחסית ותכשירים ארוכי טווח הם בעלי השפעה ממושכת. כל הבנזודיאזפינים הם בעלי פוטנציאל להביא להתפתחות של תלות נפשית וגופנית, בעיקר במינון גבוה ולאחר מתן ממושך. הפסקה או מיתון פתאומי של טיפול כרוני עלולים לגרום תסמיני גמילה, חלקם מסכני חיים. תופעות הלוואי של בנזודיאזפינים כוללות ישנוניות, פגיעה בזיכרון ובריכוז וחוסר יציבות. מחקרים רבים הוכיחו כי שימוש בבנזודיאזפינים בקשישים מעלה את הסיכון לתאונות, נפילות ושברים. קשישים רגישים במיוחד לתופעות הלוואי של בנזודיאזפינים הן בגלל רגישות יתר של מערכת העצבים להשפעתם והן בגלל קצב הפירוק האיטי של בנזודיאזפינים ארוכי טווח. מטבוליזם איטי זה גורם לרמות גבוהות של בנזודיאזפינים בדם ואגירה של התרופה בגוף. מסיבה זו מומלץ שלא להשתמש כלל בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקשישים.

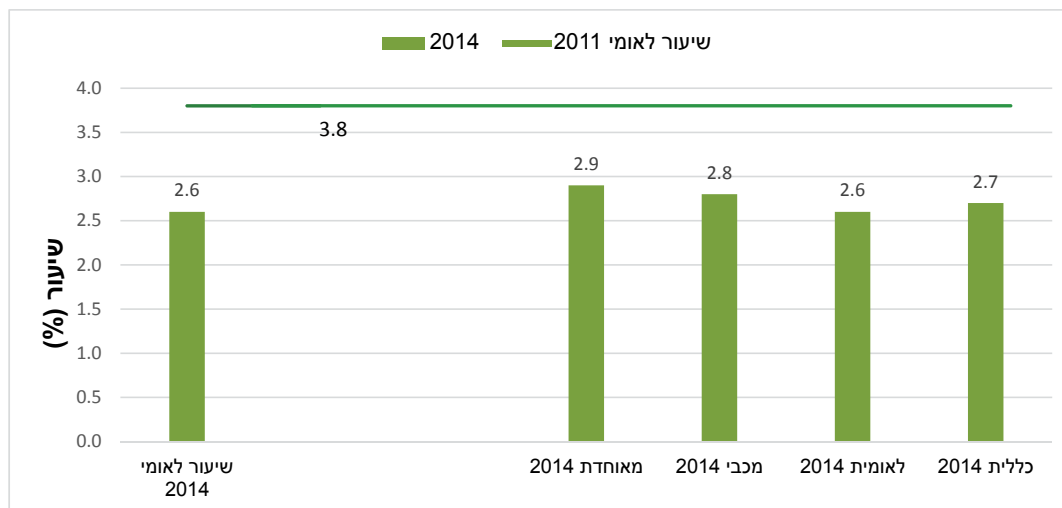
מכנה: מבוטחים בני 65 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם לפחות רכישה אחת של בנזודיאזפינים ארוכי טווח בשנת המדד

הערות: המדד הוגדר בצורה תואמת למדד ה-OECD במטרה לאפשר השוואה בינלאומית מהימנה. ערך נמוך מעיד על איכות טיפול טובה יותר. בנזודיאזפינים ארוכי טווח כוללים את התרופות הבאות: Diazepam, Potassium Clorazepate, Nitrazepam.



תרשים 19: שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח במבוגרים בני 65 ומעלה, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי*



* השיעור הלאומי מבוסס על כלל המבוטחים בעוד שהשיעורים המתוקננים מבוססים על כל מבוטחים שיש עבורם מידע על מצב חברתי-כלכלי

משנת 2011 ועד לשנת 2014 חלה ירידה אבסולוטית של 1.2% בשיעור הלאומי של שימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח. השיעורים בקופות השונות היו דומים והציגו ירידה לעומת השיעור הלאומי ב־2011. השיעורים המתוקננים היו: קופ"ח כללית 2.7% (95% CI 2.6%, 2.7%), לאומית 2.6% (95% CI 2.5%, 2.7%), מכבי שרותי בריאות 2.8% (95% CI 2.7%, 2.8%) וקופ"ח מאוחדת 2.9% (95% CI 2.8%, 3.0%). בשנת 2013, שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בישראל עמד על 3.1%. רק פינלנד ושוודיה דווחו על שיעורים נמוכים יותר (2.3% ו־2.7% בהתאמה). קנדה וגרמניה דווחו על שיעורים מעט יותר גבוהים (4.5% ו־3.3% בהתאמה) ואילו בלוקסמבורג, נורבגיה, ספרד וסלובקיה השיעורים היו גבוהים בהרבה (10.3%, 8.8%, 10.3% ו־16.8% בהתאמה) [39].



שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בקרב חולי סוכרת

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 65 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 65 ומעלה עם רמת HbA1c מאוזנת

רציונל: רמת הגלוקוז בדמם של חולי סוכרת משפיעה באופן ישיר על סיבוכי המחלה, ביניהם מחלות לב וכלי דם, עיוורון ואי ספיקת כליות. המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על-ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על-ידי בדיקת המוגלובין מסוכרר (HbA1c), המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבת מאוזנת כראוי. ערך היעד לרמת HbA1c תלוי בגיל החולה ובוותק המחלה. הקריטריון המקובל לאיזון טוב הינו רמת HbA1c הנמוכה מ-7%. עם זאת, איזון מחמיר של רמת הסוכר בדם טומן בחובו סיכון לסיבוכים מידיים כגון נפילת רמת הסוכר (היפוגליקמיה), סיכון שיש לשקללו אל מול ההפחתה בסיכון לסיבוכים עתידיים של המחלה. מאזן שיקולים זה הוביל לשינוי רמת היעד של ערך ה-HbA1c לנמוך מ-8% בקרב חולי סוכרת שעברו את גיל 75 שנים ובקרב חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך (ווקת מחלה העולה על 10 שנים).

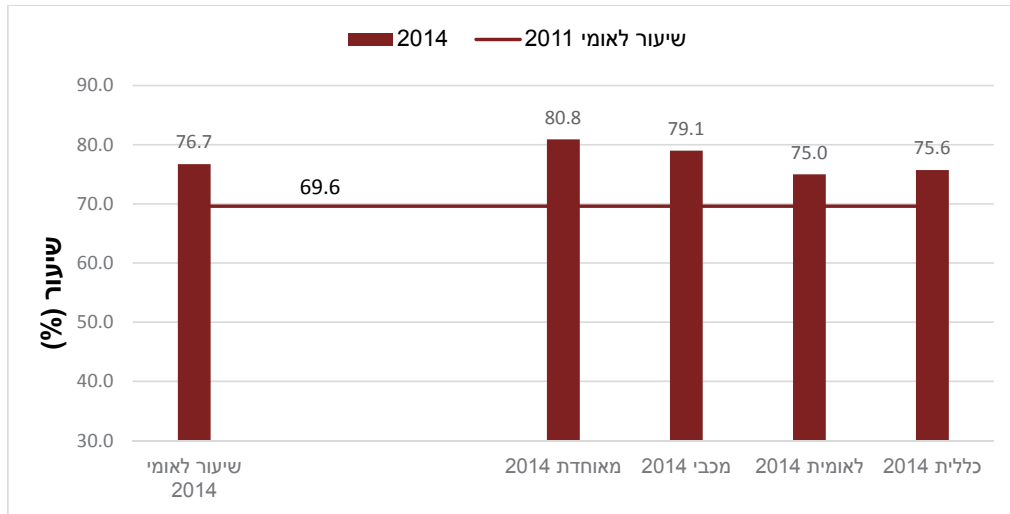
מכנה: חולי סוכרת בני 65 ומעלה שביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

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 ווקת מחלה העולה על 10 שנים ונמוכה או שווה ל-7% בקרב שאר חולי הסוכרת

הערות: יעד האיזון מרובד הן על פי גיל החולה והן על פי משך מחלתו. חולה מוגדר כבעל משך מחלה ארוך אם ביצע רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת 10 שנים לפני שנת המדד הנוכחית. מדד זה מוגדר עבור אוכלוסיית בני 18-84 אך הערכים המתוקננים מוצגים עבור בני 65-84.



תרשים 20: שיעור איזון סוכרת בקרב בני 65-84, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי* †



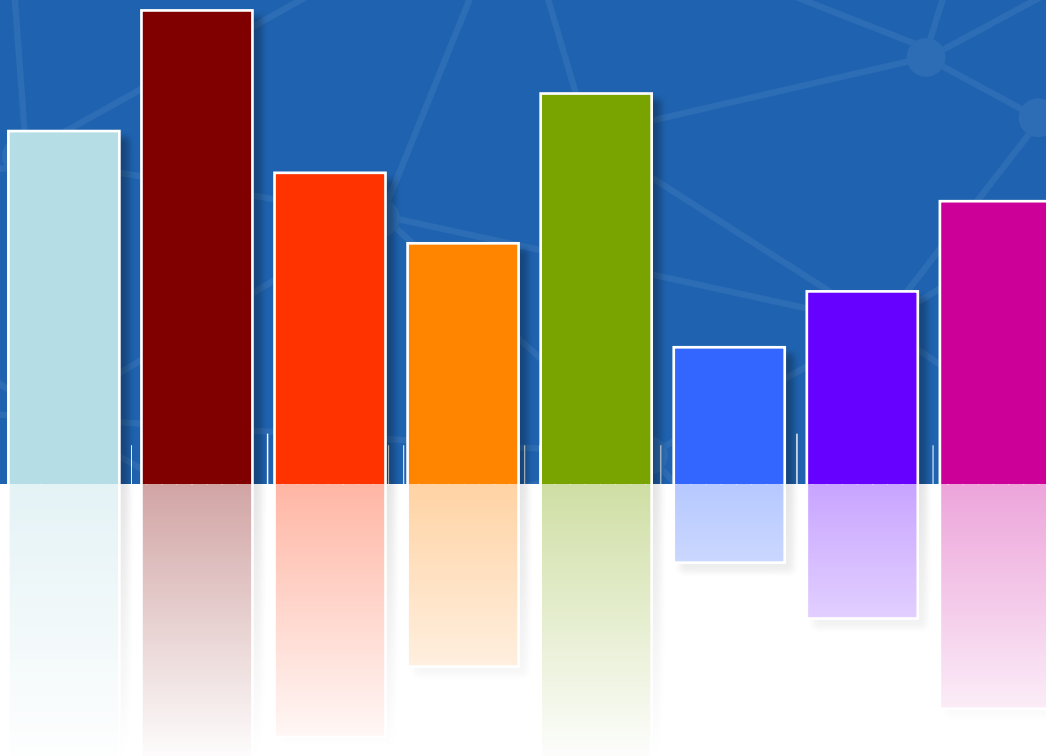
* השיעור הלאומי מבוסס על כלל המבוטחים בעוד שהשיעורים המתוקננים מבוססים על כל מבוטחים שיש עבורם מידע על מצב חברתי-כלכלי

† מדד זה מוגדר עבור אוכלוסיית בני 18-84 אך הערכים המתוקננים מוצגים עבור בני 65-84

בשנת 2014, שיעור חולי הסוכרת בני 65-84 שמחלתם מאוזנת עמד בישראל על 76.7%. חלה עליה אבסולוטית של 7.1% בשיעור הלאומי, לעומת שנת 2011. ראוי לציין כי בשנת 2014 מרבית חולי הסוכרת בצעו בדיקת HbA1c (89.7%) ולפיכך ניתן לקבוע עבורם את מידת האיזון. שיעורי החולים המאוזנים בשנת 2014 בקופות השונות היו גבוהים מהשיעור הלאומי ב-2011 השיעורים המתוקננים היו: קופ"ח כללית 75.6% (95% CI 75.5%, 75.9%), לאומית 75.0% (95% CI 74.3%, 75.7%), מכבי שרותי בריאות 79.1% (95% CI 78.7%, 79.5%) וקופ"ח מאוחדת 80.8% (95% CI 80.2%, 81.5%). שיעור החולים המאוזנים בישראל גבוה משיעורים במדינות אחרות. כך למשל, בארה"ב, בשנת 2012 שיעור חולי הסוכרת המאוזנים מבין המבוטחים בתוכנית הביטוח הפדרלית (Medicare) בקרב בני 65-75 עמד ב-64.3%, באותה שנה שיעור חולי הסוכרת בעלי HbA1c הנמוך מ-6.9% היה 55%, ושיעור חולי הסוכרת בעלי HbA1c הנמוך מ-7.9% היה 78% [7].



מחקרים מלווים





בפרק זה אנו מציגים תוצאות של מספר מחקרים מלווים לתכנית. המחקרים מאפשרים בחינה של סוגיות חשובות לקשורות לפעולת התכנית ולתוצאות המוצגות בדו"חות המופקים על ידה. המחקרים הוצגו בכנסים מדעיים בארץ ובחו"ל ונמצאים בשלבי הכנה לפרסום מדעי.

נושא: הקשר בין הפעלת תכנית המדדים הלאומית לרפואת הקהילה לשינויים במצב הבריאות בישראל

חוקרים ראשיים: פרופ' רונית קלדרון-מרגלית, פרופ' אורה פלטיאל
גוף מממן: המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות

תקציר

רקע: מדידת איכות הטיפול בקהילה הינו תחום צעיר יחסית בעולם. בין השנים 1999-2006 נוסדו תוכניות ממדי איכות במדינות שונות כגון ארה"ב, אנגליה, הולנד וקנדה יחד עם תוכנית ממדי איכות בינלאומית שמרוכזת על ידי ה-OECD. תוכנית המדדים הלאומית לרפואת הקהילה בישראל מספקת מידע על איכות הטיפול הניתן בקהילה ע"י ארבע קופות החולים לכלל אוכלוסיית ישראל החל משנת 2002. מטרת המחקר הייתה להעריך האם ישנו שיפור באיכות הטיפול כפי שמתבטא בעמידה בממדי האיכות לפי תוכנית המדדים הלאומית והאם השיפור באיכות הטיפול השפיע על מצב הבריאות בישראל.

שיטות: מחקר אקולוגי. המגמות בממדי האיכות התבססו על נתוני המבוטחים בארבע קופות החולים: מאוחדת, כללית, מכבי ולאומית, בשנים 2002-2012. מידע על תוצאי הבריאות הנבחרים בישראל ובעולם התקבל מנתוני משרד הבריאות - האגף למיחשוב, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הרווחה - סקירת השירותים החברתיים, מאגר המידע של European Health for all Database, הרישום הלאומי לסרטן, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, WHO Mortality Database, אתר ה-ECOREG, אתר ה-CDC ואתר Statistics Canada (שיעורים ל-100,000, אלא אם כן צוין אחרת). ממדי התוצאה התקבלו לפי גיל, מין ולאום (נתון החסר בתכנית המדדים). מודלים לרגרסיה לינארית שימשו להערכת מגמות ונבחן האם התקיים שינוי במגמה כשנה לאחר החלת תוכנית המדדים בתחומי האסתמה, חיסונים במבוגרים וגילוי מוקדם של סרטן בשיעור ההיארעות וה-Staging וכארבע שנים לאחר החלת התוכנית בתמותה עקב סרטן, ובתחומי לב וכלי דם וסוכרת. תוצאי הבריאות בהשוואה הבינלאומית כללו את שיעור האישפוזים, היארעות ותמותה בחמשת התחומים במדינות אוסטרליה, ארה"ב, אנגליה, קנדה והולנד. לתוצאים אלו חושבו מקדמי רגרסיה לאמידת השינוי השנתי כאשר המקדמים חולקו בשיעור השנה הראשונה בכדי לקבל אומדן לשינוי שנתי באחוזים.

תוצאות לפי תחום

חיסונים במבוגרים בני 65 ומעלה: בשנים 2002-2012 שיעור קבלת חיסון כנגד שפעת בבני 65 ומעלה עלה מ-45% ל-60%. במקביל נצפתה ירידה בשיעור האישפוזים בעונת החורף בבני 65



ומעלה מ-11.7% ל-8.49% בגברים ומ-8.82% ל-6.56% בנשים, עם התחזקות מגמת הירידה מאז החלה תוכנית המדדים. לא נצפו מגמות ברורות באישפוזים ובתמותה מדלקת ריאות ושפעת בבני 65 ומעלה.

גילוי מוקדם של סרטן השד: בשנים 2002-2012 שיעור הביצוע של ממוגרפיה בבנות 51-74 עלה מ-52% ל-68%. בשנים 2000-2010 שיעור היארעות סרטן השד בנשים יהודיות בנות 50-74 ירד מ-344 ל-326 ל-100,000 עם התמתנות מגמת הירידה לאחר הפעלת תוכנית המדדים ואילו בנשים ערביות שיעור ההארעות עלה מ-146 ל-171, ללא שינוי מגמה. בשנים אלו חלה עליה באבחון סרטן ממוקד וירידה באבחון סרטן מפושט ל-100,000 (פיזור מקומי: מ-39.7% ל-49.4%, פיזור גרורתי: מ-3.73% ל-2.28%). שיעור התמותה מסרטן שד ל-100,000 ירד מ-0.75 ל-0.60 בבנות 50-74. ביהודיות בנות כל הגילאים, שיעור התמותה מסרטן השד ירד מ-23.6 ל-18.0 ל-100,000 ובערביות שיעור התמותה עלה מ-10.4 ל-13.4 ל-100,000. בהשוואה בינלאומית, במרבית המדינות לא נצפה שינוי מובהק בשיעור היארעות סרטן השד, אך נצפתה ירידה שנתית ממוצעת מובהקת בתמותה של 1.98%-2.35% בכל המדינות.

גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס: נצפתה עלייה דרמטית בשיעור בני 50-74 הנבדקים בבדיקה לגילוי מוקדם של דם סמוי בצואה או קולונוסקופיה מ-12% ל-54%. בשנים 2000-2010 שיעור ההארעות של סרטן המעי הגס בבני 50-74 ירד בגברים יהודים ובנשים יהודיות (מ-118 ל-94 בגברים ומ-104 ל-82.2 בנשים ל-100,000), בנשים ערביות השיעור נותר ללא שינוי ואילו בגברים ערביים השיעור עלה (מ-53.4 ל-71.2 ל-100,000). התפלגות השלב באבחנה השתנתה כך שפרופורציית הסרטנים הממוקדים עלתה ופרופורציית הסרטנים המפושטים ירדה (In-Situ: מ-2.7% ל-5.6%, סרטן מקומי: מ-17.8% ל-29.7%, פיזור גרורתי: מ-15.0% ל-10.5%), מגמות אלו התחזקו באופן מובהק מאז החלה תוכנית המדדים. בין השנים 1998-2010 התמותה מסרטן המעי הגס ירדה בגברים יהודיים מ-16.3 ל-12.3 ל-100,000 ובנשים יהודיות מ-12.6 ל-8.1 ל-100,000, כאשר באוכלוסיה הערבית לא נצפו מגמות ברורות בתמותה. בהשוואה בינלאומית בשיעור היארעות סרטן המעי הגס נצפתה ירידה שנתית ממוצעת מובהקת בארה"ב, בישראל ובאוסטריה ועלייה שנתית ממוצעת מובהקת באנגליה ובהולנד. בנוסף נצפתה ירידה שנתית ממוצעת מובהקת בשיעור התמותה עקב סרטן המעי הגס בכל המדינות למעט הולנד.

לב וכלי דם: בין השנים 2003-2012 נצפו שיפור בתיעוד לחץ דם (לדוגמה בבני 20-54: מ-22% ל-91%), בביצוע בדיקת כולסטרול (לדוגמה - בבני 35-54 מ-60% ל-87%), בהשגת ערכי יעד של LDL-כולסטרול בבני 35-74 מ-61% ל-72% (בשנת 2009), עליה דרמטית בתיעוד מרכיבי BMI (לדוגמה בבני 20-64 מ-5% ל-86%), בטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר צינתור לבבי ו/או ניתוח מעקפים בבני 35-74 מ-74% ל-85%, ובהשגת יעדי LDL לאחר צינתור לבבי ו/או ניתוח מעקפים בבני 35-74 מ-48% ל-72%. במקביל, בין השנים 2000/1-2012 נצפתה ירידה בשיעור האיפוזים עקב אוטם חריף בשריר הלב בגברים בני 35-74 מ-543 ל-351 ובנשים מ-128 ל-72.7 ל-100,000, יחד עם ירידה בשיעור התמותה עקב אוטם חריף בשריר הלב בגברים בני 35-74 מ-112 ל-53.7 ובנשים מ-38.5 ל-14.5 ל-100,000, אך ללא שינוי מגמות מאז החלה תוכנית המדדים. בהשוואה הבינלאומית לא נצפה שינוי מובהק בשיעור האישפוזים במרבית המדינות, אך נצפתה ירידה שנתית ממוצעת מובהקת בשיעור התמותה עקב מחלת לב איסכמית בכל המדינות של 2.93%-5.42%.

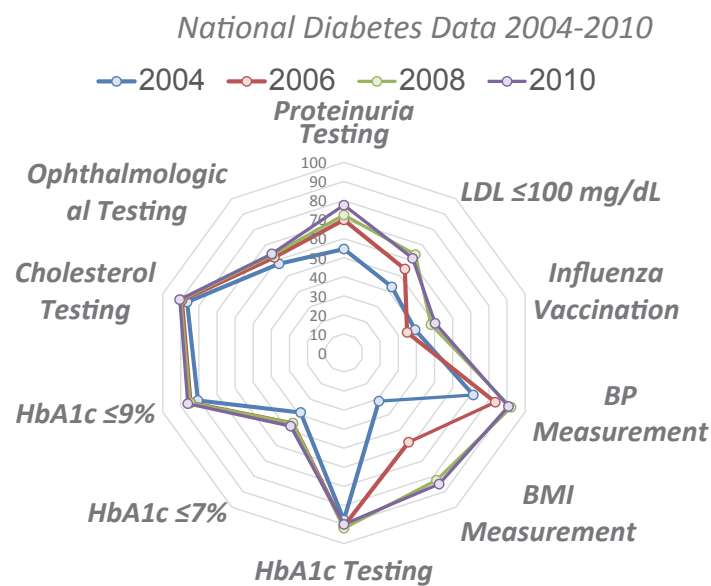


סוכרת: בין השנים 2010-2002 נצפה שיפור כמעט בכל מדדי האיכות בטיפול בסוכרת, כפי שמוצג בתרשים 1. כך לדוגמה נצפה שיפור בשיעור רמת המוגלובין מסוכרר מעל 9% מ־21% ל־13%, בבעלי רמת LDL מטרה מ־37% ל־66%, בביצוע בדיקה לאיתור חלבון בשתן מ־35% ל־74% בשנת 2009 ובבעלי לח"ד מאוזן בבני 18 ומעלה מ־45% בשנת 2003 ל־67%. במקביל נצפתה ירידה בשיעור הדיאליזה עקב סוכרת (ל־1,000) בין השנים 2010-2002 מ־2.28 ל־1.8 ושיעור עיוורון על רקע סוכרת (ל־1,000) בין השנים 2012-2002 מ־1.48 ל־0.39. שיעור קטיעות הגפיים על רקע סוכרת ל־100,000 ירד בין השנים 2012-2000 מ־15.93 ל־12 בגברים, עם שינוי מגמה מובהק לאחר התחלת תכנית המדדים ומ־8.83 ל־4.94 בנשים. שיעורי התמותה על רקע סוכרת ל־100,000 ירדו בין השנים 1998-2011 בגברים יהודיים מ־26.7 ל־16.2, בגברים ערבים מ־44.8 ל־35.8, בנשים יהודיות מ־22.4 ל־11.9 ובנשים ערביות מ־64.6 ל־32.8 עם שינוי מגמה מובהקים באוכלוסייה הערבית (תרשים 2). לא נצפו שינויים מובהקים בשיעור האישפוזים עקב סוכרת ושיעור הדיאליזה הכללי. בהשוואה הבינלאומית נצפתה ירידה שנתית ממוצעת מובהקת בשיעור התמותה על רקע סוכרת בכל המדינות למעט אוסטרליה.

מסקנות: במחקר זה שהינו ראשון מסוגו, נצפה שיפור במרבית מדדי התוצאה במקביל לשיפור במדדי האיכות. בנוסף נצפתה האצה בשיפור מאז החלה תוכנית המדדים באישפוזים בעונת החורף במבוגרים, היארעות סרטן שד, staging של סרטן המעי הגס, קטיעות גפיים בשל סוכרת בגברים ותמותה על רקע סוכרת באוכלוסייה הערבית. בהשוואה הבינלאומית, במרבית התוצאים, המגמות בישראל תואמות את המגמות הנצפות במדינות אחרות מרחבי העולם.

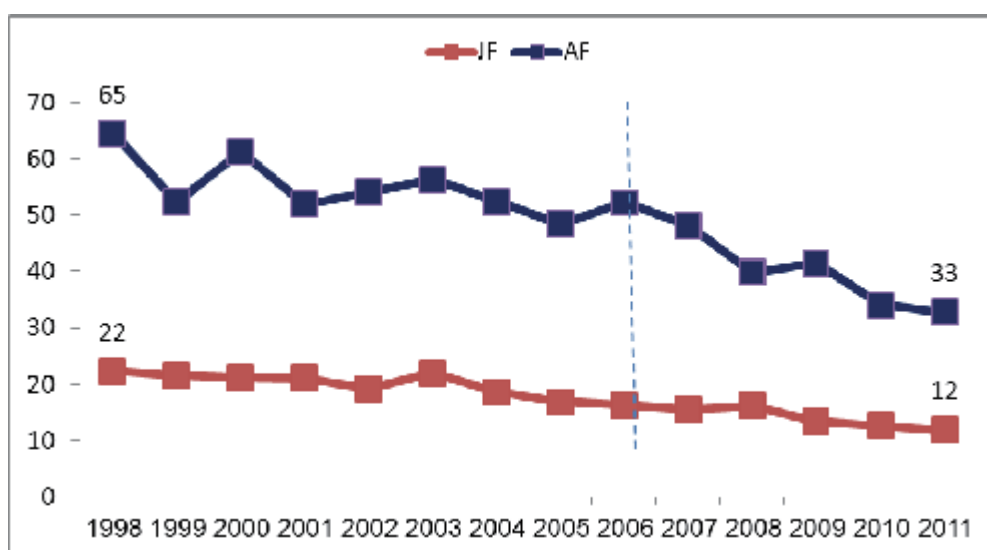
השלכות למדיניות והמלצות: נראה כי לשיפור באיכות הטיפול בקהילה השפעה על בריאות הציבור וצמצום פערים באוכלוסייה. יש לבצע ניטור דומה או מחקרים דומים בעתיד כמו גם מחקרים פרטניים כדי לאשש ממצאים אלה. עם הכנסת מדדים חדשים נראה שיהיה צורך לבחון את הקשר בינם למדדי תוצאה חדשים ואולי אף לשקול את חשיבותם של מדדים מסוימים לאור התוצאים עליהם אנו רוצים להשפיע.

תרשים 21: מגמות במדדי האיכות בטיפול בסוכרת



תרשים 22: שיעורי התמותה מסוכרת בנשים יהודיות (JF) וערביות (AF) בישראל,

2011–1998



JF= Jewish female; AF= Arab female

עבור נשים ערביות המגמה הוצאה אחרי 2006 באופן מובהק ($p=0.036$)

נושא: היענות לקווים מנחים בנושא בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס: מחקר לאומי

חוקרים ראשיים: ד"ר דינה יפה, ד"ר עינת אלרון, ד"ר עמרי בלקיס, גב' ליאורה ולינסקי, פרופ' ארנון כהן, ד"ר ערן מץ, ד"ר אורית פז סטוצקי, פרופ' אורה פלטיאל

גוף מממן: האגודה הישראלית למלחמה בסרטן

א. עמידה בהמלצה לגבי ביצוע שנתי של בדיקת דם סמוי בצואה או בדיקת קולונוסקופיה בעשור האחרון

רקע ומטרות המחקר

סרטן המעי הגס הינו הסיבה השנייה לתמותה מסרטן בישראל. סיקור לסרטן המעי הגס על ידי בדיקות דם סמוי בצואה או קולונוסקופיה הוכחו כיעילות בהפחתת התמותה מהמחלה. משרד הבריאות ממליץ על ביצוע שנתי של בדיקת דם סמוי בצואה או בדיקת קולונוסקופיה כל 10 שנים במבוגרים בני 50-75 שנה. במחקר בחנו את ההיענות להמלצות אלו.



שיטת המחקר

מחקר עוקבה היסטורי במבוגרים שהיו בני 50-70 שנה בשנת 2008. מידע התקבל ממאגרי הנתונים הממוחשבים של כל קופות החולים בישראל. נבחנה ההיענות להמלצה לבצע בדיקת דם סמוי בשנים 2009-2012. לא נכללו מבוטחים שלא היו חייבים בביצוע הבדיקה בכלל זה אלו שאובחנו בסרטן המעי הגס לפני 2009, שביצעו קולונוסקופיה בשש השנים טרם תחילת המחקר, או בעלי בדיקה חיובית של דם סמוי בשנת 2008. נבדקה שכיחות ביצוע בדיקת דם סמוי בתקופת המעקב והשפעתם של משתנים דמוגרפיים, חברתיים-כלכליים, התנהגותיים ובריאותיים על ההיענות לביצוע הבדיקה.

תוצאות

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי נבדקו עבור 1,009,898 מבוגרים בני 50-70. במשך 4 שנות המחקר 61.2% מהאוכלוסייה בסיכון ביצעו לפחות בדיקת סקר אחת, מתוכם 7.4% ביצעו קולונוסקופיה (ללא בדיקת דם סמוי), 53.7% ביצעו לפחות בדיקת דם סמוי אחת ו-38.8% לא ביצעו כל בדיקת סקר. מבין המבוטחים שביצעו לפחות בדיקת דם סמוי אחת, 39.5% ביצעו רק בדיקה אחת במשך ארבע שנות המחקר, 27.2% ביצעו שתי בדיקות, 20.4% ביצעו שלוש בדיקות ו-12.9% ביצעו את הבדיקה מדי שנה. העדר ביצוע בדיקת סקר כלשהי במשך ארבע שנות המחקר היה גבוה יותר בקרב צעירים (50-59 שנה) לעומת מבוגרים (60-70 שנה) (1.25-1.27, 95% CI OR=1.26) בקרב גברים לעומת נשים (1.32-1.35, 95% CI OR=1.34), ובקרב מעשנים לעומת לא מעשנים (1.34, 95% CI OR=1.34). מדד מסת גוף (BMI) גבוה ונמוך נמצא קשור לאי-היענות לעומת מדד מסת גוף בינוני. בקרב נחקרים בעלי נתונים חסרים עבור עישון ו-BMI שיעור הנענים להמלצות לבצע סיקור היה נמוך יותר.

מסקנות

במשך ארבע שנות המחקר, רק 20.3% מאוכלוסיית המבוגרים בישראל נענו להמלצות משרד הבריאות וביצעו בדיקה שנתית של דם סמוי בצואה או בדיקת קולונוסקופיה כל 10 שנים. איתור גורמים הקשורים באי-ביצוע מהווה מרכיב חיוני באיכות הטיפול הרפואי ומאפשר זיהוי אוכלוסיות הזקוקות להתערבויות נוספות כדי להגביר את ביצוע הסיקור. הקשר בין אי-היענות ונתונים חסרים מצביע על האפשרות שגורמים הקשורים בטיפול הקליני, בנוסף למאפייני המטופל, תורמים לאי-היענות לבדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס.



ב. עמידה בהמלצה לגבי ביצוע קולונסקופיה לאחר בדיקה חיובית של דם סמוי בצואה

חוקרים ראשיים: ד"ר דינה יפה, ד"ר עינת אלרון, ד"ר עמרי בלקיס, גב' ליאורה ולינסקי, פרופ' ארנון כהן, ד"ר ערן מץ, ד"ר אורית פז סטוצקי, פרופ' אורה פלטיאל

גוף מממן: האגודה הישראלית למלחמה בסרטן

רקע ומטרות המחקר

סרטן המעי הגס הינו הסיבה השנייה לתמותה מסרטן בישראל. סיקור לסרטן המעי הגס על ידי בדיקות דם סמוי בצואה או קולונוסקופיה הוכחו כיעילות בהפחתת התמותה מהמחלה. היעילות של בדיקות דם סמוי בצואה תלויה בביצוע של קולונוסקופיה סמוך לקבלת תוצאה חיובית. משרד הבריאות ממליץ על ביצוע שנתי של בדיקת דם סמוי בצואה במבוגרים בני 50-75 שנה ובמקרה של בדיקה חיובית, ביצוע של קולונוסקופיה תוך 90 יום. במחקר נבחן התזמון של מעקב לאחר בדיקות לדם סמוי בצואה.

שיטת המחקר

מחקר עוקבה היסטורי שכלל 67,329 מבוגרים בני 50-74 שנה עם בדיקה חיובית לדם סמוי בצואה בין ינואר 2008 לספטמבר 2012. מידע התקבל ממאגרי הנתונים הממוחשבים של כל קופות החולים בישראל. התוצא המרכזי של המחקר היה ביצוע קולונוסקופיה תוך 90 יום כמו גם משך הזמן הכולל עד לביצוע קולונוסקופיה. נבחנה ההשפעה של גיל, מין, מצב חברתי-כלכלי, תחלואה נלווית התנהגויות בריאות וקופת החולים על הזמן עד לביצוע קולונוסקופיה. נעשתה השוואה בין מבוטחים שעברו קולונוסקופיה תוך 90 יום ליתר המבוטחים עם דם סמוי חיובי. רגרסיות לוגיסטית ורגרסיה מסוג COX שימשו להערכת קשרים רב משתניים.

ממצאים עיקריים

בקרב מבוגרים עם בדיקת דם סמוי חיובית 71% ($n=47,804$) עברו קולונוסקופיה בזמן המעקב ורק 43.9% ($n=29,575$) עברו קולונוסקופיה תוך 90 יום. אלה התאפיינו בגיל צעיר יותר (שיעורי ביצוע של 45.2% ו-41.2% בבני 50-64 ו-65-74 בהתאמה, $p<0.001$) מעמד חברתי-כלכלי גבוה יותר (46.7% ו-37.2% במעמד גבוה ונמוך, בהתאמה). יחס לינארי הפוך נמצא עם מספר המחלות הנלוות ($p<0.001$) והשמנת יתר ($p<0.001$). הסיכוי לביצוע קולונוסקופיה תוך 90 יום היה גבוה יותר עבור לא מעשנים (44.6%) בהשוואה למעשנים (41.6%) ($p<0.001$). לא נמצאו הבדלים לפי מין וקופה.

מסקנות והמלצות למקבלי ההחלטות

פחות ממחצית מהמבוגרים עם דם סמוי חיובי בצואה עוברים קולונוסקופיה תוך פרק הזמן המומלץ. התזמון של קולונוסקופיה קשור במאפיינים סוציו-דמוגרפים ובריאותיים וכנראה גם בהתנהגויות בריאות אחרות. במחקר זה לא הוערכו גורמים מערכתיים כגון נגישות וזמינות של קולונוסקופיה, אך התוצאות מדגימות בבירור שקיימים גורמים הקשורים במטופל וניתן לפיכך לאתר קבוצות של מטופלים הנמצאות בסיכון לעיכוב בהמשך הבירור. זיהוי קבוצות אלו עשוי להוביל לתכניות התערבות מתאימות. מחקר נוסף נחוץ כדי להעריך האם היענות מופחתת להנחיות התזמון משפיעות על תוצאים בריאותיים ארוכי-טווח.



- [1] Casalino LP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. *N Engl J Med*. 1999; 341(15): 1147-50.
- [2] מנור א, שמואלי ע, בן-יהודה א, פלטיאל א, קלדרון ר, יפה ד. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2010-2012. ירושלים 2014.
- [3] *Protecting and Improving Quality*. Washington DC, National Academy Press: Institute of Medicine, America's Health in Transition, 1994.
- [4] פורת א, רבינוביץ ג, רסקין סגל ע, וויצמן ר. תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דו"ח לציבור 2007-2005. 2008.
- [5] MW. F, Damberg C. Methodological considerations in generating provider performance scores for use in public reporting: a guide for community quality collaborative. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2011.
- [6] National Health care Quality Report 2013. U.S: AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality 2014.
- [7] Quality and Efficiency in Swedish Health Care. In: *Regional Comparisons 2012*. Swedish Association of Local Authorities and Regions Swedish National Board of Health and Welfare 2013:165.
- [8] A set of performance indicators across the health and aged care system. Australian Institute of Health and Welfare for Health Ministers 2008.
- [9] Indicators for Quality Improvement. England: Health and Social Care Information Centre.
- [10] OECD Health Policies and Data: <http://goo.gl/PO9TR1>.
- [11] כהן ר, רבין ח. המוסד לביטוח לאומי. מינהל המחקר והתכנון, חברות בקופת חולים 2014, ירושלים 2015.
- [12] Rosen D, Nakar S, Cohen AD, Vinker S. Low rate of non-attenders to primary care providers in Israel - a retrospective longitudinal study. *Isr J Health Policy Res*. 2014; 3: 15.
- [13] אפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה בשנת 2008. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2013.
- [14] R. W. Measurement Errors in Census type Clinical Performance Measures. In: *PhD dissertation*. Beer-Sheva, Israel: Ben-Gurion University of the Negev 2010.
- [15] Global Asthma Report 2014. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network 2014.
- [16] Why asthma still kills. UK: National Review of Asthma Deaths (NARD) 2014.



- [17] Shlomo C, Neville B, Avraham A, Chaim S, Levana K, Ziona H, et al. Decline in Asthma Prevalence and Severity in Israel over a 10-Year Period *Respiration*. 2015; 89, No. 1, 2015.
- [18] בריאות 2013. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. אגף המידע, מינהל מידע ומיחשוב. ירושלים 2014.
- [19] נחמה ג, מרים א, ציונה ח. סיבות מוות מובילות בישראל, 2000-2012. ירושלים 2015.
- [20] GINA appendix 2015- Global Initiative for Asthma:Online Appendix. In: *Global strategy for asthma management and prevention*. 2015.
- [21] תדריך חיסונים 1999. משרד הבריאות, האגף לאפידימולוגיה. 2015.
- [22] <http://goo.gl/V46tsS>.
- [23] NHLBI-National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. Program NAEaP, ed. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute 2007 ed. Bethesda, MD 2007.
- [24] Louis V, Emily KT, Jennifer MM. Correlation of Care Process Measures With Childhood Asthma Exacerbations. *Pediatrics*. 2013; 131(1).
- [25] Michael CA, Dominey-Howes D, Labbate M. The antimicrobial resistance crisis: causes, consequences, and management. *Front Public Health*. 2014; 2: 145.
- [26] Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A, Caudron Q, Grenfell BT, Levin SA, et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis*. 2014; 14(8): 742-50.
- [27] Boucher HW, Talbot GH, Bradley JS, Edwards JE, Gilbert D, Rice LB, et al. Bad bugs, no drugs: no ESCAPE! An update from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009; 48(1): 1-12.
- [28] Antibiotic resistance threats in the United States. CDC-Centers for Disease Control and Prevention 2013.
- [29] Ciobotaro P, Oved M, Nadir E, Bardenstein R, Zimhony O. An effective intervention to limit the spread of an epidemic carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* strain in an acute care setting: from theory to practice. *Am J Infect Control*. 2011; 39(8): 671-7.
- [30] Low M, Nitzan O, Bitterman H, Cohen C, Hammerman A, Lieberman N, et al. Trends in outpatient antibiotic use in Israel during the years 2000-2010: setting targets for an intervention. *Infection*. 2013; 41(2): 401-7.
- [31] Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, Group EP. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005; 365(9459): 579-87.
- [32] Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 3: CD000245.



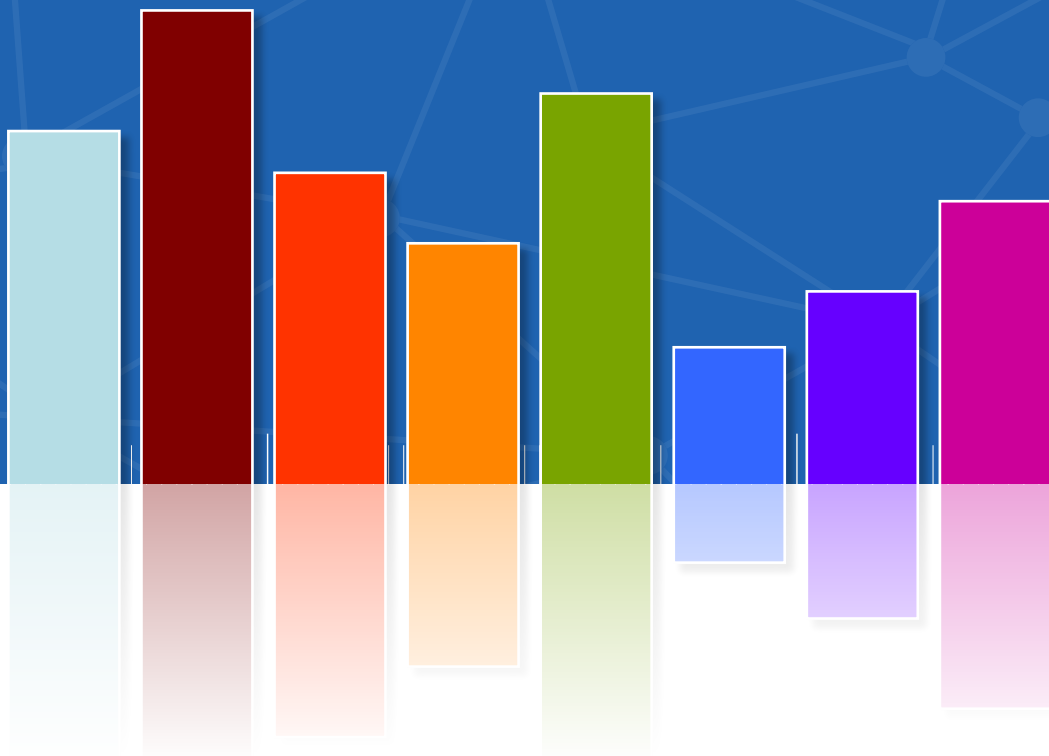
- [33] Hillier S, Roberts Z, Dunstan F, Butler C, Howard A, Palmer S. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infection: a case-control study. *J Antimicrob Chemother.* 2007; 60(1): 92-9.
- [34] Butler CC, Dunstan F, Heginbothom M, Mason B, Roberts Z, Hillier S, et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. *Br J Gen Pract.* 2007; 57(543): 785-92.
- [35] OECD. Quality indicators based on data about prescribing of medications in primary health care: opportunities for international comparison. In: *4th Meeting of the OECD HCQI subgroup on healthcare promotion, prevention and primary care.* Paris, France 2012.
- [36] Health at a Glance: Europe 2012. In: *Screening, survival and mortality for colorectal cancer.* OECD 2012.
- [37] The State of Health Care Quality 2014 NCQA- National Committee for Quality Assurance 2014
- [38] OECD indicators: <http://goo.gl/oZMKqh>.
- [39] Programme Lead – Quality and Outcomes Health Division. Forde I, ed.: OECD 2013.
- [40] Jaffe DH, Eisenbach Z, Neumark YD, Manor O. Individual, household and neighborhood socioeconomic status and mortality: a study of absolute and relative deprivation. *Soc Sci Med.* 2005; 60(5): 989-97.
- [41] Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012; 380(9846): 1011-29.
- [42] דו"ח מסכם על ניהול קובץ בריאות בחודשים ספטמבר-נובמבר 2012 וחישוב מפתח החלוקה ליום 1.1.2013. המוסד לביטוח לאומי. 2013.
- [43] F G. Outcomes that matter to patients. *British Medical Journal* 2012.
- [44] קלדרון־מרנגלית ר, כהן מ, לוין י, פלטיאל א, יפה ד, מנור א. האם שיפור במדדי איכות הטיפול ברפואת הקהילה קשור בבריאות הציבור? סוכרת וסרטני השד והמעיים הגס כמקרי בוחן. הכנס השנתי למדיניות בריאות. תל אביב 2014.



	אג"ס	אזור גיאוגרפי סטטיסטי
	למ"ס	הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
	ממ"כ	מילימטר כספית
Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors	ACE-I	
American Diabetes Association	ADA	
Agency for Healthcare Research and Quality	AHRQ	
Asthma Medication Ratio	AMR	
Angiotensin Receptor Blockers	ARB	
Anatomical Therapeutic Chemical	ATC	
Body Mass Index	BMI	
Center for Disease Control and Prevention	CDC	
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	COPD	
Disability Adjusted Life Years	DALYs	
Defined Daily Dose	DDD	
estimated Glomerular Filtration Rate	eGFR	
Forced Expiratory Volume (in one second)	FEV1	
Forced Vital Capacity	FVC	
Glomerular Filtration Rate	GFR	
Glycated Hemoglobin	HbA1c	
Healthcare Effectiveness Data and Information Set	HEDIS	
High-Density Lipoprotein	HDL	
Low-Density Lipoprotein	LDL	
National Heart Lung and Blood Institute	NHLBI	
Organization for Economic Cooperation and Development	OECD	
Socio Economic Status	SES	



נספח



מדדי איכות וממצאים לשנת 2014 לפי חברות בקופת חולים

מבוא

בדו"ח מתפרסמים מדדי האיכות לפי קופות החולים בנוסף לנתונים הלאומיים. פרסום זה מספק מידע רלבנטי לכל המעורבים, בכלל זה קופות החולים, משרד הבריאות, איגודים רפואיים וכמובן ציבור המבוטחים. לציבור הרחב, מידע על מגוון מדדי האיכות ברמה הלאומית ולפי קופה עשוי לתרום להעמקת הידע על פעולות ממומלצות ולסייע בקידום בריאותם של המבוטחים. עבור הקופות, בחינת מיקומן היחסי עשויה לתרום ליצירת תהליכי שיפור, ואומנם מדו"ח שהוכן עבור ה-US Agency for Healthcare Research and Quality וכן כמסקנה מפרסום מדדי איכות בארה"ב, עולה כי קהל היעד העיקרי של הממצאים היו ספקי השרות עצמם [5]. כמו כן, חשוב להדגיש כי למדדים המוצגים בדו"ח מספר מגבלות ביחס למידת הדיוק שבה הם מציגים את איכות הטיפול הניתנת בקופה.

ראשית, כדי שהמדדים ישקפו נאמנה את איכות הטיפול הניתנת בקופה יש צורך לנטרל את ההשפעה הנובעת מהרכב האוכלוסין של החברים בקופה, כלומר יש לתקן את ממצאי המדדים לפי מאפייני המבוטחים של כל קופה וקופה. במסגרת זו מאפיינים חשובים הם גיל, מין ומצב חברתי כלכלי. הקשר בין מצב חברתי כלכלי ומצב בריאות והתנהגויות בריאותיות הודגם היטב בארץ ובעולם [40,41] וכן הודגמו הבדלים בהרכב הקופות מבחינת המצב החברתי כלכלי של מבוטחיהן [42]. כיום, משתנים מקובלים בספרות למדידת מצב חברתי כלכלי כמו השכלה או הכנסה אינם מצויים בידי הקופות. על-כן, בדוח זה מצב חברתי כלכלי נקבע על סמך זכאות לפטור (או הנחה) מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות. מדד זה אומנם קשור למצב חברתי כלכלי אך אינו רגיש ומדויק דיו כדי לייצג היטב את המצב החברתי כלכלי של כלל המבוטחים. מהנתונים עולה כי אוכלוסיית מקבלי הפטור מנתה ב-2014 כ-11.4% מכלל אוכלוסיית המבוטחים. ריבוד היא אחת השיטות המקובלות כדי להביא בחשבון את מאפייני המבוטחים, ולפיכך המדדים מפורסמים בדו"ח הנוכחי לפי קופות ובריבוד לפי מין, קבוצות גיל ומצב ה"פטור" מהשתתפויות עצמיות [5]. בנוסף, במסגרת פיילוט שנערך לקראת דו"ח זה, נמדד מצב חברתי כלכלי משתנה האשכול של האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים של המבוטחים, ונערך תיקנון לפי מין, גיל ומשתנה למצב חברתי כלכלי של הנתונים לפי קופה עבור ארבעה מדדים נבחרים. הממצאים מוצגים בפרק ממצאים השוואתיים נבחרים לפי חברות בקופה, בקרב בני 65 ומעלה.

שנית, אומנם המדדים המפורסמים בדו"ח מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמוותווה בהנחיות המקצועיות המקובלות בארץ ובעולם ותואמים את הניסיון הבינלאומי בתחום מדדי האיכות. אולם, חלק מהמדדים הם מדדי תהליך ואחרים מהווים מדדי ביניים (surrogate outcomes) בלבד. יתכן כי עבור המבוטחים המדדים הרלבנטיים יותר הם תוצאי בריאות אמיתיים ולא בדיקות מעבדה המשקפות רק באופן חלקי את מצב בריאות של המבוטח [43]. כך למשל, בתחום הסוכרת הדו"ח מציג מידע חשוב במגוון היבטים, ובכלל זה ביצוע בדיקת איזון סוכרת ועמידה ביעדי האיזון, ביצוע בדיקת כולסטרול ועמידה ביעדי האיזון, ביצוע בדיקת עיניים שנתית, קבלת חיסון נגד שפעת, ביצוע בדיקת לחץ דם ועמידה ביעדי האיזון ותייעוד ערכי BMI. אולם הדו"ח אינו כולל מידע על סיבוכי המחלה בכלל זה עיוורון ואי ספיקת כליות. ראוי להוסיף כי לאחרונה



במסגרת מחקר נלווה לתוכנית המדדים, המוצג בפרק מחקרים מלווים, נבחנו השינויים שחלו ברמה הארצית במגוון מדדי תוצאה וזאת במקביל לשיפורים שחלו במדדי האיכות החל מראשית התוכנית. תוצאות המחקר המוצגות בפרק מחקרים מלווים מדגימות שיפור במספר תחומים בכלל זה, הפחתה בסיבוכי סוכרת (פגיעה באברי מטרה ותמותה), שיפור ניכר באבחון סרטן המעי הגס ממוקד בשנות המדידה וירידה ניכרת בהמצאות סרטן גרורתי בעת האבחנה. המחקר מציע כי השקעת משאבים ברמת הקהילה תורמת להפחתת תחלואה משמעותית ברמה הלאומית ומדגישה את הצורך במחקרים ברמה הפרטנית על מנת לאשש ממצאים אלו [44].

שלישית, הדו"ח עוסק במגוון היבטים של רפואת הקהילה בישראל ומציג תוצאות בשמונה תחומים חשובים. אולם, כמובן, שהדו"ח אינו מקיף את מכלול פעילות רפואת הקהילה הנעשית בקופות. כך למשל, במסגרת בריאות ילדים ובני נוער הדו"ח כולל שלושה מדדים בלבד - ביצוע בדיקת המוגלובין בתינוקות וביצוע מדידות גובה ומשקל בקרב ילדים ובקרב בני נוער. כמו כן, היבטים וממדים חשובים של רפואת הקהילה כמו זמינות ונגישות הטיפול ושביעות הרצון של המבוטחים אינם מהווים חלק מהדו"ח.

רביעית, התחום של מדידת איכות ברפואה הוא מורכב ומחייב בין השאר, בחינה מתמשכת, עדכונים שוטפים הכוללים התאמות של מדדים קיימים, הוספת מדדים חדשים וגריעת מדדים, שיפור והאחדה של מערכות המידע כמו גם ביצוע מבדקים מפורטים. כל אלו מהווים רכיבים בלתי נפרדים של התוכנית כפי שמפורט בפרק השיטות ויש לקחת אותם בחשבון כאשר בוחנים את הממצאים ברמה הלאומית ולפי קופות. כך למשל, המדד לבחינת איכות הטיפול באסתמה עודכן לאחרונה. מדד חדש מאופיין בד"כ בשעורי ביצוע נמוכים או בינוניים, המשתפרים עם הזמן. כאשר מדד חדש המתוסף לתוכנית הלאומית שימש עוד קודם לכן כמדד פנימי בחלק מהקופות, הרי הן כבר התנסו בתהליך השיפור, בעוד שהקופות שהנהיגו אותו לראשונה השנה ידגימו רמות נמוכות יחסית.

יש לציין כי מדדי הסוכרת בילדים אינם מוצגים בשל שכיחות נמוכה (ראה להלן). לבסוף, ראוי להדגיש כי בחינת הממצאים לפי קופות מחייבת התייחסות למורכבות המדידה ולמגבלות המפורטות ומצריכה זהירות בפרוש הממצאים.

סימונים בלוחות

אומדנים המבוססים על תאים בעלי שכיחות נמוכה חשופים יותר לטעויות ולפיכך מוצג מידע רק עבור תאים ששכיחותם עולה על 150. בצורה זו טעות הדגימה האבסולוטית נמוכה מ-5% ואילו טעות הדגימה היחסית עבור מדדי האיכות נמוכה מ-25% פרט למספר קטן של מקרים.

סימונים:

- - - אומדנים שלגביהם טעות הדגימה היחסית גבוהה.



קבוצת גיל	לאומיות		מאומדת		מכר		כללית	
	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה
שעור התישוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74	83.6%	83.0%	68.6%	80.7%	69.1%	63.9%	46.8%	59.0%
	90.5%	92.1%	77.8%	84.8%	75.9%	77.7%	53.1%	61.0%
	89.8%	92.6%	81.7%	88.6%	80.8%	86.6%	69.4%	75.5%
	91.0%	94.5%	85.8%	90.9%	87.1%	91.5%	82.3%	88.0%
	93.7%	96.1%	90.8%	94.6%	89.5%	93.5%	86.4%	90.9%
	67.9%	72.3%	65.2%	70.4%	72.1%	79.1%	70.8%	75.6%
שעור התישוד מעב עישון בקרב בני 16-74	11.4%	17.1%	10.8%	13.4%	15.3%	23.6%	15.7%	24.7%
	17.9%	26.9%	14.6%	22.5%	21.2%	31.5%	18.9%	26.4%
	25.0%	35.2%	24.0%	29.7%	25.3%	35.9%	25.5%	34.9%
	30.9%	44.2%	29.1%	35.1%	28.9%	43.1%	29.0%	36.4%
	34.2%	46.6%	30.0%	33.7%	33.4%	49.5%	31.2%	38.5%
	37.4%	50.6%	30.1%	34.7%	35.6%	51.6%	32.1%	37.1%
	69.5%	72.3%	57.6%	69.3%	47.5%	46.0%	36.3%	42.2%
	75.5%	81.0%	59.0%	71.4%	69.3%	68.5%	48.3%	53.5%
	74.0%	80.5%	63.1%	73.9%	64.7%	72.6%	55.7%	63.7%
	76.5%	83.9%	68.5%	79.5%	64.0%	76.3%	60.8%	71.2%
	82.0%	86.3%	77.1%	83.3%	70.3%	80.3%	68.0%	80.6%
	85.6%	87.3%	84.3%	87.1%	78.5%	84.3%	78.7%	84.4%
שעור עישון בקרב בני 16-74	11.1%	10.1%	30.5%	21.6%	5.4%	8.5%	24.3%	17.8%
	18.5%	17.0%	40.1%	37.4%	12.6%	14.3%	33.4%	34.9%
	17.8%	19.7%	37.7%	46.6%	14.6%	16.2%	30.7%	39.5%
	20.3%	23.8%	36.8%	47.1%	17.5%	21.4%	30.2%	40.4%
	18.6%	18.6%	28.8%	38.3%	14.8%	15.3%	23.5%	31.9%
	11.4%	9.4%	19.6%	22.8%	8.7%	7.2%	14.0%	20.2%
שעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בשנים 51-74	60.5%	62.1%	-	-	68.0%	67.4%	-	-
	61.7%	61.2%	-	-	70.3%	68.0%	-	-
	63.4%	64.9%	-	-	71.6%	72.2%	-	-
	63.8%	66.1%	-	-	72.4%	73.3%	-	-
	56.2%	58.7%	-	-	71.1%	68.8%	-	-
שעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן התעו הגס בקרב בני 50-74	45.7%	50.4%	41.5%	43.6%	49.7%	53.1%	47.5%	47.1%
	54.2%	55.4%	50.2%	50.9%	58.5%	58.1%	55.8%	54.5%
	59.9%	60.5%	57.0%	57.2%	64.1%	66.7%	61.9%	58.8%
	64.7%	64.7%	62.4%	63.5%	66.8%	68.2%	67.4%	63.5%
	60.9%	57.8%	62.5%	60.5%	67.2%	69.5%	69.5%	68.7%
שעור התישוד של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן העיון בקרב בני 16-74	60.5%	62.1%	-	-	68.0%	67.4%	-	-
	61.7%	61.2%	-	-	70.3%	68.0%	-	-
	63.4%	64.9%	-	-	71.6%	72.2%	-	-
	63.8%	66.1%	-	-	72.4%	73.3%	-	-
	56.2%	58.7%	-	-	71.1%	68.8%	-	-
שעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן העיון בקרב בני 50-74	45.7%	50.4%	41.5%	43.6%	49.7%	53.1%	47.5%	47.1%
	54.2%	55.4%	50.2%	50.9%	58.5%	58.1%	55.8%	54.5%
	59.9%	60.5%	57.0%	57.2%	64.1%	66.7%	61.9%	58.8%
	64.7%	64.7%	62.4%	63.5%	66.8%	68.2%	67.4%	63.5%
	60.9%	57.8%	62.5%	60.5%	67.2%	69.5%	69.5%	68.7%





קבוצת גיל		מבטי				מאוחזת				כללית				
		נזכה	לא נזכה	זכר	נזכה	נזכה	לא נזכה	זכר	נזכה	נזכה	לא נזכה	זכר	נזכה	
פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	
ילדים ובני נוער														
שיעור הביצוע של בדיקות המגולובין בתינוקות														
82.0%	80.6%	82.1%	81.0%	63.7%	71.5%	65.1%	67.2%	90.7%	90.6%	91.3%	92.0%	89.9%	89.9%	
65.7%	71.6%	67.0%	71.6%	38.2%	45.3%	39.6%	43.5%	63.8%	69.4%	65.5%	70.1%	93.2%	93.9%	
שיעור התעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7														
81.2%	82.2%	82.3%	84.9%	54.8%	60.2%	56.9%	59.4%	79.7%	83.1%	79.9%	81.8%	74.1%	80.4%	
שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 18-14														
59.3%	59.8%	57.9%	64.0%	55.9%	52.0%	57.0%	59.2%	61.0%	56.4%	63.4%	64.4%	58.7%	60.5%	
60.5%	59.6%	63.8%	63.6%	67.0%	55.9%	72.4%	64.7%	67.7%	58.3%	74.9%	68.1%	68.6%	73.9%	
54.9%	59.1%	55.7%	65.9%	67.8%	53.1%	74.0%	65.9%	55.4%	47.7%	69.9%	63.5%	68.7%	73.9%	
74.9%	79.3%	75.1%	81.7%	49.2%	47.5%	51.9%	55.7%	75.7%	75.1%	79.3%	82.0%	76.6%	80.0%	
שיעור התייעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה														
68.4%	72.8%	65.7%	70.9%	72.8%	79.9%	71.5%	76.7%	70.1%	74.0%	72.6%	76.8%	87.6%	88.1%	
60.5%	65.4%	62.3%	67.2%	71.0%	76.2%	72.7%	78.3%	71.0%	71.8%	77.6%	76.8%	87.6%	89.1%	
40.9%	48.9%	49.8%	62.6%	52.3%	52.8%	63.2%	69.7%	54.6%	55.0%	66.6%	67.6%	74.9%	81.9%	
3.2%	4.2%	2.0%	3.7%	2.2%	3.7%	1.1%	2.8%	3.9%	5.9%	2.2%	4.8%	3.0%	4.5%	
6.7%	7.4%	4.1%	5.7%	4.9%	5.7%	3.2%	4.9%	8.7%	8.8%	5.3%	6.6%	6.6%	9.5%	
9.8%	10.4%	7.8%	6.2%	9.7%	8.9%	8.0%	7.0%	14.7%	11.2%	10.8%	10.2%	11.0%	13.9%	
2.9%	2.3%	1.7%	2.3%	3.1%	3.0%	2.0%	2.6%	3.1%	2.8%	1.9%	2.4%	2.6%	2.8%	
3.6%	2.8%	2.5%	1.8%	3.9%	2.6%	2.6%	2.2%	4.4%	2.6%	2.7%	2.0%	3.1%	3.6%	
3.3%	2.1%	2.7%	2.3%	4.4%	2.4%	3.0%	1.7%	3.8%	2.7%	3.2%	1.9%	2.9%	3.2%	
אסתמה														
שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44														
0.68%	1.65%	1.06%	2.30%	0.62%	1.19%	1.11%	2.21%	0.70%	1.68%	1.30%	2.26%	0.60%	1.12%	
0.44%	1.01%	0.59%	1.36%	0.45%	1.69%	0.68%	1.50%	0.48%	1.19%	0.69%	1.40%	0.35%	1.07%	
0.66%	1.77%	0.74%	1.85%	0.63%	1.68%	0.77%	1.29%	0.75%	1.60%	0.81%	1.91%	0.59%	1.50%	
1.09%	2.60%	1.00%	3.25%	1.10%	2.27%	1.12%	2.22%	1.00%	2.59%	1.16%	2.54%	0.96%	2.47%	
74.7%	-	62.1%	-	73.1%	-	71.9%	69.4%	76.8%	65.4%	76.8%	73.5%	72.8%	59.4%	
70.4%	-	71.4%	-	77.7%	-	71.3%	-	73.0%	-	78.6%	-	69.2%	-	
71.1%	-	68.8%	-	64.0%	-	66.9%	-	70.4%	-	69.7%	-	59.2%	51.2%	
75.1%	-	74.2%	-	69.0%	-	66.1%	-	67.8%	65.9%	67.9%	63.9%	61.8%	56.1%	
81.8%	-	67.1%	-	78.7%	-	82.6%	-	78.7%	-	83.1%	84.1%	79.6%	73.6%	
81.1%	-	79.7%	-	83.5%	-	78.0%	-	78.4%	-	84.8%	-	82.1%	73.8%	
80.4%	-	77.5%	-	76.9%	-	74.6%	-	82.0%	-	77.5%	-	79.7%	69.4%	
86.0%	-	82.3%	-	79.8%	-	78.3%	-	81.0%	84.0%	79.4%	-	80.9%	82.2%	
שיעור היחס תרופות לאסתמה (AMR) גדול או שווה 0.5 בקרב בני 5-44														
5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14	5-14
15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24
25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34	25-34
35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44	35-44
78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%	78.4%
77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%	77.4%
71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%	71.5%
75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%	75.7%

קבוצת גיל	מאוחזרת		לא מוחזרת		מכבי		כללית	
	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5	31.1%	-	31.9%	-	31.6%	-	35.2%	39.4%
	26.0%	-	24.1%	-	29.4%	-	25.6%	28.0%
	30.0%	-	24.2%	-	34.3%	-	23.1%	33.9%
	34.3%	-	33.7%	-	35.9%	-	32.4%	40.4%
שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואינולסיה בסיועו בקרב בני 74-50	28.6%	-	37.1%	-	-	-	64.5%	-
	36.0%	47.2%	46.0%	50.0%	63.0%	-	63.9%	56.7%
	42.8%	40.1%	49.9%	47.0%	-	-	72.4%	60.2%
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 54-35	85.4%	91.8%	73.3%	85.2%	83.1%	89.4%	72.9%	82.2%
	91.4%	95.4%	82.2%	90.1%	90.2%	93.1%	82.2%	88.6%
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55	75.3%	81.3%	67.2%	76.4%	70.9%	78.3%	63.8%	73.3%
	82.9%	87.1%	78.9%	83.8%	79.5%	83.3%	77.1%	79.0%
שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון לחמלות לב בקרב בני 74-35	92.3%	89.6%	78.9%	79.4%	93.8%	92.3%	85.0%	84.7%
	83.5%	82.4%	64.6%	66.2%	87.5%	86.3%	73.9%	74.9%
	72.3%	70.9%	68.2%	69.3%	78.8%	76.4%	76.9%	75.5%
	76.1%	74.8%	69.4%	68.5%	83.6%	80.5%	77.6%	74.7%
שיעור מדידות לחץ דם בקרב בני 74-20	90.0%	89.5%	76.8%	84.9%	80.7%	72.4%	59.2%	67.0%
	94.6%	93.9%	83.2%	88.0%	89.3%	86.9%	67.7%	74.6%
	93.5%	95.3%	86.4%	91.3%	90.6%	93.0%	80.4%	84.6%
	94.1%	96.7%	90.0%	94.5%	93.9%	96.3%	91.1%	94.1%
שיעור החיכוך של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55	70.6%	78.6%	66.0%	74.9%	75.2%	83.1%	71.3%	81.4%
	79.2%	82.9%	76.7%	81.0%	82.6%	88.3%	81.9%	85.2%
שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ללב בקרב בני 35 ומעלה	-	-	67.1%	-	-	-	62.0%	-
	-	-	73.4%	74.7%	-	-	75.1%	74.2%
	73.6%	73.5%	76.8%	78.2%	67.4%	-	79.9%	78.0%
	76.1%	81.4%	82.0%	84.9%	73.7%	-	85.7%	83.1%
	72.6%	81.3%	72.0%	83.1%	81.6%	-	84.8%	82.5%
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5	-	-	57.1%	-	-	-	55.6%	-
	-	-	66.0%	62.6%	-	-	64.1%	64.8%
	58.5%	58.0%	62.9%	60.5%	51.2%	-	64.8%	66.2%
	58.8%	58.0%	70.1%	69.7%	55.6%	-	78.0%	75.0%
	58.0%	55.9%	70.9%	65.5%	60.4%	-	80.4%	76.1%
	-	-	-	-	-	-	73.9%	-





קבוצת גיל		זכר		נקבה		מאוזנות		מכבי		כללית	
זכר	לא פטור	זכר	לא פטור	נקבה	לא פטור	זכר	לא פטור	נקבה	לא פטור	זכר	לא פטור
שעור הימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה	2.5%	0.3%	1.5%	0.4%	2.1%	0.5%	1.5%	0.4%	2.1%	0.4%	2.1%
18-24	0.4%	0.3%	1.5%	0.4%	2.1%	0.5%	1.5%	0.4%	2.1%	0.4%	2.1%
25-34	0.5%	0.6%	2.9%	0.4%	2.8%	0.5%	2.3%	0.5%	2.3%	0.5%	2.8%
35-44	1.8%	2.6%	8.5%	1.2%	5.3%	2.2%	6.4%	1.1%	5.7%	2.1%	7.2%
45-54	6.2%	17.5%	19.6%	4.5%	11.9%	7.2%	18.1%	4.0%	12.5%	7.3%	17.7%
55-64	15.8%	27.6%	34.4%	10.9%	22.9%	15.6%	30.9%	11.1%	24.0%	16.6%	31.4%
65-74	26.6%	33.6%	39.2%	17.7%	27.9%	23.5%	32.3%	19.0%	30.0%	25.8%	34.8%
75-84	32.3%	36.0%	34.8%	22.3%	31.7%	28.8%	28.3%	25.3%	34.8%	31.2%	32.7%
85+	23.3%	25.6%	26.6%	17.0%	20.9%	20.5%	22.1%	20.9%	25.9%	26.4%	23.6%
שעור הימצאות של סוכרת בוגר	-	-	-	-	-	81.1%	-	86.2%	-	84.6%	-
18-24	-	-	-	-	-	81.1%	-	86.2%	-	84.6%	-
25-34	77.0%	66.8%	79.0%	81.3%	88.6%	84.8%	85.9%	80.7%	87.3%	80.7%	86.7%
35-44	84.9%	86.3%	86.2%	85.8%	88.6%	81.1%	87.5%	83.0%	87.3%	82.5%	86.7%
45-54	84.6%	88.4%	84.9%	88.5%	89.9%	83.7%	87.5%	88.4%	91.7%	86.6%	90.3%
55-64	88.8%	90.7%	85.2%	90.5%	92.5%	87.4%	89.8%	91.5%	93.9%	90.3%	93.0%
65-74	90.8%	92.2%	88.9%	92.7%	93.1%	90.8%	93.2%	93.6%	94.6%	93.5%	94.8%
75-84	84.6%	89.8%	91.3%	91.6%	91.0%	91.7%	91.9%	94.0%	94.5%	94.4%	95.4%
85+	74.5%	82.3%	79.1%	87.3%	84.7%	88.6%	-	88.9%	90.3%	92.0%	94.5%
שעור הימצאות של סוכרת בוגר מ-HbA1c מאוזנת	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-34	58.3%	43.9%	39.7%	61.5%	49.4%	55.9%	52.9%	39.0%	51.8%	47.2%	51.0%
35-44	52.8%	42.8%	44.1%	58.1%	46.7%	52.3%	45.2%	58.2%	53.7%	49.3%	44.8%
45-54	54.6%	47.1%	51.1%	55.8%	62.2%	53.1%	58.1%	59.7%	63.5%	54.2%	58.5%
55-64	62.8%	55.1%	63.1%	67.0%	73.5%	64.6%	69.5%	68.8%	75.0%	63.0%	69.0%
65-74	70.9%	67.7%	63.1%	77.8%	88.5%	74.4%	87.0%	77.4%	88.0%	73.6%	86.5%
75-84	83.4%	85.2%	82.4%	89.6%	88.5%	88.5%	-	88.1%	88.0%	87.8%	86.5%
שעור הימצאות של סוכרת בוגר מ-HbA1c גבוהה מ-9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-34	15.9%	27.2%	34.0%	12.4%	23.7%	15.6%	20.6%	24.3%	23.9%	19.2%	20.6%
35-44	16.9%	25.2%	26.3%	15.2%	22.8%	19.2%	22.3%	10.7%	18.6%	18.4%	23.4%
45-54	17.2%	20.4%	20.8%	14.8%	12.5%	16.0%	14.9%	13.1%	11.3%	16.3%	14.4%
55-64	12.6%	16.9%	13.1%	8.0%	6.2%	9.9%	7.2%	7.6%	6.1%	9.6%	8.1%
65-74	7.5%	9.9%	11.4%	4.9%	4.9%	5.4%	5.1%	4.8%	4.4%	5.6%	4.9%
75-84	6.7%	6.7%	5.7%	4.3%	3.8%	4.4%	4.4%	4.3%	4.4%	4.1%	4.9%
85+	7.0%	6.5%	1.9%	4.9%	2.6%	2.2%	-	4.4%	5.2%	4.6%	5.0%
שעור הימצאות של סוכרת בוגר מ-HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-34	57.7%	42.5%	60.2%	54.0%	70.5%	61.6%	68.2%	74.7%	78.0%	68.8%	73.4%
35-44	59.9%	49.4%	57.3%	67.0%	68.6%	56.0%	67.0%	70.3%	79.7%	72.6%	75.9%
45-54	63.4%	67.4%	64.8%	69.3%	75.6%	61.6%	69.5%	72.8%	79.7%	76.9%	78.2%
55-64	68.9%	68.1%	67.8%	73.7%	78.2%	66.8%	69.5%	82.1%	83.2%	79.4%	78.2%
65-74	72.5%	74.1%	71.0%	78.2%	77.1%	73.3%	74.7%	85.7%	84.2%	85.0%	82.5%
75-84	65.2%	67.1%	74.5%	71.6%	72.9%	74.5%	75.1%	80.1%	76.6%	83.6%	80.4%

קבוצת גיל	מאומרת		מאומרת		מרכיב		מרכיב		מרכיב		מרכיב		מרכיב		מרכיב		מרכיב		מרכיב		מרכיב	
	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה
שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84	75.2%	77.4%	76.8%	79.6%	80.1%	81.1%	81.2%	84.9%	87.1%	86.6%	85.5%	82.1%	81.9%	86.6%	84.8%	85.3%	85.0%	87.0%	86.7%	84.9%	82.5%	82.0%
	75.2%	77.4%	76.8%	79.6%	80.1%	81.1%	81.2%	84.9%	87.1%	86.6%	85.5%	82.1%	81.9%	86.6%	84.8%	85.3%	85.0%	87.0%	86.7%	84.9%	82.5%	82.0%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	72.2%	72.7%	72.5%	77.2%	71.6%	77.3%	76.6%	79.4%	79.3%	71.4%	73.8%	77.3%	79.5%	77.3%	77.5%	77.6%	77.5%	79.7%	79.7%	77.6%	77.5%	77.6%
	72.2%	72.7%	72.5%	77.2%	71.6%	77.3%	76.6%	79.4%	79.3%	71.4%	73.8%	77.3%	79.5%	77.3%	77.5%	77.6%	77.5%	79.7%	79.7%	77.6%	77.5%	77.6%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	77.0%	83.0%	76.5%	84.5%	86.1%	84.5%	86.4%	86.9%	86.7%	84.9%	89.9%	87.4%	85.7%	85.7%	87.2%	87.3%	87.4%	87.4%	87.4%	86.5%	87.4%	87.4%
	77.0%	83.0%	76.5%	84.5%	86.1%	84.5%	86.4%	86.9%	86.7%	84.9%	89.9%	87.4%	85.7%	85.7%	87.2%	87.3%	87.4%	87.4%	87.4%	86.5%	87.4%	87.4%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	75.8%	89.9%	83.4%	89.8%	91.5%	89.8%	91.7%	93.9%	91.6%	93.7%	94.1%	94.2%	94.3%	94.4%	94.5%	94.9%	94.4%	94.2%	94.0%	94.3%	94.4%	94.0%
	75.8%	89.9%	83.4%	89.8%	91.5%	89.8%	91.7%	93.9%	91.6%	93.7%	94.1%	94.2%	94.3%	94.4%	94.5%	94.9%	94.4%	94.2%	94.0%	94.3%	94.4%	94.0%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	84.4%	90.0%	87.5%	90.4%	91.7%	91.7%	92.7%	92.5%	94.1%	94.1%	94.2%	94.3%	94.3%	94.4%	94.5%	94.9%	94.4%	94.2%	94.0%	94.3%	94.4%	94.0%
	84.4%	90.0%	87.5%	90.4%	91.7%	91.7%	92.7%	92.5%	94.1%	94.1%	94.2%	94.3%	94.3%	94.4%	94.5%	94.9%	94.4%	94.2%	94.0%	94.3%	94.4%	94.0%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	88.9%	89.5%	87.1%	87.1%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%
	88.9%	89.5%	87.1%	87.1%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	89.9%	89.5%	87.1%	87.1%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%
	89.9%	89.5%	87.1%	87.1%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%	87.5%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	84.4%	86.3%	86.5%	87.4%	90.2%	90.2%	92.5%	92.5%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%
	84.4%	86.3%	86.5%	87.4%	90.2%	90.2%	92.5%	92.5%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%	93.0%
שיעור החיפוש של מדידות לחץ מדויקות לחץ מדויקות בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	71.5%	75.4%	80.0%	87.4%	78.6%	79.2%	88.6%	88.6%	82.8%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%
	71.5%	75.4%	80.0%	87.4%	78.6%	79.2%	88.6%	88.6%	82.8%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%	82.0%



לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית			
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה	
פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור	פטור	לא פטור
שיעור בעלי בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל 140/90 - ממ"כ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-24	94.0%	92.9%	91.9%	91.3%	97.3%	96.8%	96.8%	98.3%	96.9%	94.8%	95.5%	91.8%	91.8%
25-34	91.9%	84.8%	83.8%	84.3%	95.6%	92.8%	86.6%	97.4%	95.5%	92.3%	91.8%	88.8%	88.8%
35-44	88.1%	83.4%	79.5%	77.4%	91.3%	83.4%	83.4%	91.4%	89.1%	89.1%	88.9%	88.1%	88.1%
45-54	87.1%	83.1%	75.4%	72.7%	85.9%	79.9%	79.9%	88.5%	87.7%	87.7%	86.7%	85.5%	85.5%
55-64	86.1%	84.4%	74.0%	72.3%	82.7%	78.0%	78.0%	85.0%	84.9%	84.9%	85.1%	85.3%	85.3%
65-74	85.2%	82.9%	70.8%	71.1%	73.7%	78.1%	78.4%	80.7%	80.9%	80.9%	82.4%	82.9%	82.9%
75-84	84.2%	83.1%	69.8%	64.5%	71.2%	75.7%	73.0%	78.7%	81.8%	79.5%	81.8%	82.6%	82.6%
85+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
שיעור היצוע של בדיקות כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	-	-	73.6%	-	85.4%	80.8%	-	80.8%	76.7%	88.4%	84.5%	84.5%	84.5%
18-24	76.0%	62.5%	78.1%	85.6%	79.2%	80.5%	-	82.0%	78.4%	88.4%	80.1%	86.0%	86.0%
25-34	84.3%	80.4%	77.6%	84.8%	82.9%	82.7%	87.0%	86.1%	89.4%	89.4%	80.1%	88.0%	88.0%
35-44	86.1%	80.4%	81.8%	83.7%	88.6%	86.4%	89.7%	88.7%	91.9%	91.9%	83.5%	88.0%	88.0%
45-54	90.4%	86.4%	87.6%	88.6%	91.8%	90.5%	93.4%	90.9%	92.9%	92.9%	87.8%	91.0%	91.0%
55-64	92.0%	89.4%	90.8%	92.3%	94.1%	94.1%	95.2%	94.2%	94.1%	94.1%	92.4%	92.9%	92.9%
65-74	86.9%	86.8%	92.1%	92.8%	94.7%	95.5%	95.7%	94.0%	93.2%	93.2%	93.9%	93.4%	93.4%
75-84	75.8%	78.7%	84.6%	-	90.7%	93.0%	93.8%	90.0%	88.8%	90.0%	92.0%	91.6%	91.6%
85+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל 100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	-	-	-	-	47.2%	60.3%	-	56.9%	61.1%	57.1%	49.3%	55.8%	55.8%
18-24	-	40.1%	51.7%	-	41.5%	45.4%	-	46.5%	49.3%	57.1%	50.4%	55.4%	55.4%
25-34	33.0%	31.7%	46.3%	51.2%	40.4%	45.3%	48.6%	49.3%	55.4%	55.4%	57.1%	60.9%	60.9%
35-44	36.1%	45.3%	46.9%	55.1%	45.7%	55.2%	54.5%	54.2%	57.5%	57.5%	67.8%	69.3%	69.3%
45-54	42.0%	52.2%	55.3%	62.9%	50.5%	63.4%	66.4%	60.7%	63.9%	63.9%	75.6%	76.1%	76.1%
55-64	51.3%	61.5%	63.2%	68.4%	58.7%	71.4%	72.1%	68.2%	69.0%	69.0%	76.2%	77.1%	77.1%
65-74	50.8%	63.0%	64.0%	68.5%	58.8%	73.8%	72.3%	67.2%	66.1%	66.1%	72.1%	70.1%	70.1%
75-84	44.7%	58.6%	57.8%	-	48.0%	66.6%	65.0%	57.9%	57.1%	57.1%	72.1%	70.1%	70.1%
85+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
שיעור היתעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	-	-	65.4%	-	86.2%	84.2%	-	76.6%	73.1%	73.1%	74.9%	82.2%	82.2%
18-24	77.0%	68.3%	73.8%	-	84.2%	83.8%	-	78.2%	77.4%	77.4%	79.6%	83.4%	83.4%
25-34	76.1%	74.2%	81.9%	80.3%	85.2%	85.6%	87.2%	82.2%	86.7%	86.7%	82.3%	85.5%	85.5%
35-44	79.4%	74.1%	81.3%	86.3%	86.4%	86.7%	90.1%	85.9%	88.0%	88.0%	89.7%	91.9%	91.9%
45-54	81.9%	77.3%	80.4%	86.7%	87.7%	87.9%	90.4%	91.1%	92.9%	92.9%	91.8%	93.1%	93.1%
55-64	81.9%	80.7%	84.1%	86.1%	90.3%	91.6%	90.6%	93.0%	93.1%	93.1%	91.8%	92.4%	92.4%
65-74	69.9%	73.7%	77.8%	85.1%	85.8%	84.3%	88.3%	90.9%	90.0%	90.0%	92.4%	92.4%	92.4%
75-84	45.8%	58.0%	55.7%	71.4%	59.9%	63.1%	70.8%	68.8%	66.1%	80.5%	82.9%	77.4%	79.4%
85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+	85+



	לאומיות		מאומדות		מכבי		כלליות		שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 65-74	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 75-84	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 85+			
	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר	נקבה	זכר								
82.3%	83.7%	82.5%	87.6%	56.0%	56.7%	59.9%	65.2%	82.5%	81.5%	86.0%	87.5%	83.6%	84.3%	86.4%	88.6%	65-74
58.3%	59.5%	60.8%	71.4%	75.1%	58.5%	77.9%	-	63.4%	51.6%	76.4%	68.9%	73.3%	70.1%	80.1%	76.4%	85+
65.2%	64.6%	71.0%	70.6%	73.9%	59.4%	77.3%	72.2%	73.2%	61.6%	80.3%	72.9%	72.2%	67.2%	77.9%	75.7%	75-84
66.8%	66.2%	66.6%	71.4%	64.8%	60.9%	68.0%	70.5%	68.8%	62.8%	71.7%	72.1%	65.0%	65.3%	68.3%	72.3%	65-74
52.0%	60.6%	50.2%	63.8%	53.4%	58.7%	55.8%	66.1%	52.6%	60.1%	55.6%	66.6%	53.4%	61.4%	54.5%	66.8%	55-64
43.9%	56.6%	41.7%	56.4%	48.4%	55.3%	49.7%	59.4%	44.6%	55.7%	47.1%	62.9%	51.3%	63.4%	49.8%	64.2%	45-54
40.5%	54.9%	37.8%	48.1%	46.5%	59.7%	49.3%	60.1%	44.0%	54.5%	42.6%	55.8%	45.4%	63.3%	47.1%	62.8%	35-44
29.6%	-	30.9%	-	43.9%	-	44.7%	-	50.6%	-	46.2%	-	47.5%	-	45.1%	60.2%	18-24
-	-	-	-	-	-	-	-	43.4%	-	38.9%	-	45.4%	56.8%	44.0%	62.2%	25-34



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל
NATIONAL PROGRAM FOR QUALITY INDICATORS IN COMMUNITY HEALTHCARE
المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة الجماهيرية في إسرائيل

