

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2014-2016



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 2014-2016

חברי מנהלת תכנית המדדים ומחברי הדו"ח:

פרופ' רונית קלדרון

פרופ' אורלי מנור

מר ויסאם אבראחמד

פרופ' אריה בן-יהודה

ד"ר אהוד הורוביץ

ד"ר יעל וולף-שגיא

פרופ' אורה פלטיאל

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"ח - דצמבר 2017

עריכה גרפית | ערן צירמן
דפוס | גרפוס פרינט

ירושלים התשע"ח (2017)

חברי המנהלת של התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

פרופ' רונית קלדרון (ראש התכנית)

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

פרופ' אורלי מנור (ראש התכנית היוצאת)

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

מר ויסאם אבו אחמד

תלמיד דוקטורט, 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, מרכז רפואי הדסה והאוניברסיטה העברית

ד"ר יעל וולף־שגיא (סגנית ראש התכנית)

אפידמיולוגיה ומדדי איכות, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

פרופ' אורה פלטיאל

אפידמיולוגיה, מנהלת מרכז מחקר באפידמיולוגיה קלינית, רופאה בכירה במחלקה להמטולוגיה, מנהלת 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

לאה אברמס

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

אלעד חרץ

תלמיד לרפואה ו־MPH, בית הספר לרפואה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

שירה כהן

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

נורה עבדל־רחמן

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

רשימת השותפים

שירותי בריאות כללית

פרופ' ארנון כהן	נושא אחריות עבור פעילות הקופה בתכנית, מנהל מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
גב' גלית בנבנישתי	נושאת אחריות עבור פעילות הקופה בתכנית, מנהלת BI ארגוני, אגף מחשוב
גב' נעמה בטאט	מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
ד"ר יאיר בירנבאום	רופא ראשי
ד"ר שרי גרינברג	מנהלת מחלקת מידע ומחקר, מחלקת מחקר ומידע, משרד רופא ראשי
ד"ר שלומית ירון	מנהלת המחלקה לקידום איכות, אגף רפואה, חטיבת הקהילה
ד"ר ניקי ליברמן	ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה
מר אילן פלדהמר	סטטיסטיקאי, מחלקת מידע ומחקר, משרד רופא ראשי
ד"ר דורון קומנשטר	אפידמיולוג, מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
גב' תמרה קורמן	מנתחת מערכות בצוות BI ארגוני, אגף מחשוב
גב' כלנית קיי	ראש אגף סיעוד, חטיבת הקהילה
ד"ר מינה רותם	רכזת איכות וניהול סיכונים, אגף סיעוד בקהילה, חטיבת הקהילה
גב' שירי שדה־אור	מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
ד"ר מיכל שני	מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי

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
גב' נסיה גורדון	מומחית יישום מערכות מדידה, אחראית מידע ותשתיות נתונים, המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
גב' עפרה וינטרשטיין	מנהלת פרויקט תמ"ל, ר"צ תשתיות BI, המחלקה למידע ניהול ואיכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
גב' רוזנה תבור	מנתחת מערכות, צוות תשתיות BI, המחלקה למידע ניהול ואיכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
גב' רחל מרום	מנהלת המחלקה למידע ניהול ואיכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
פרופ' נחמן אש	ראש חטיבת הבריאות ומשנה למנכ"ל

מאוחדת

מנהלת המחלקה לאיכות קלינית	גב' ליאורה ולינסקי
מחלקת ה־BI	גב' נורית כהן
מחלקת ה־BI	מר יוסי שוחט
מנהלת מחלקת BI	גב' רות אליעזר
מ. מחלקת מערכות רפואיות, אגף טכנולוגיות מידע	גב' שרית כץ
מנהל אגף רפואה ראשונית	ד"ר יואב יחזקאלי
סמנכ"ל רפואה	ד"ר דודי מוסינזון

לאומית שירותי בריאות

מנהל מחלקת רפואה בקהילה	ד"ר ערן מץ
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

חברת פוינטס

החברה הישראלית לאיכות ברפואה

מומחים מהאקדמיה, מהמועצות הלאומיות, ומהאיגודים הרפואיים השונים

לכולכם, שלמי תודה על תרומתכם הרבה

מנהלת תכנית המדדים

ב' בטבת, התשע"ח
20 דצמבר 2017
סימוכין: 138732817

דו"ח התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

בריאות האוכלוסייה מושפעת מגורמים רבים. אחד הגורמים בעלי ההשפעה על מצב הבריאות של האוכלוסייה הינו איכות הטיפול הרפואי הניתן לה. משרד הבריאות, שהכיר בשנת 2004 בתכנית מדדי האיכות ברפואת הקהילה כתכנית לאומית הפועלת בהובלת המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות, הציב את נושא איכות הטיפול הרפואי הניתן לאזרחי ישראל בראש סדר העדיפויות שלו.

התכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה מקיימת מדידה מתמשכת של איכות שירותי המניעה, האבחון והריפוי הניתנים בקהילה על ידי קופות החולים. 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. התכנית מבצעת באופן תקופתי ושיטתי הערכה של המדדים הקיימים ובוחנת הוספה של מדדים בתחומים שונים הכוללים רפואה ראשונית, רפואה מונעת, רפואת מומחים ורפואת ילדים.

הדו"ח כולל הערכת איכות הטיפול במגוון תחומים חשובים של רפואת הקהילה, בכלל זה, קידום בריאות, בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן, סוכרת, מחלות לב וכלי דם, מחלות נשימתיות, בריאות ילדים וקשישים ושימוש באנטיביוטיקה. השנה הוחל לראשונה במדידת מדדים בתחום בריאות הנפש בקהילה שממצאיהם צפויים להתפרסם רק בדו"ח הבא. גם בתחום רצף הטיפול נוספו מדדים שממצאיהם יתפרסמו בדוחות הבאים.

בדו"ח זה משולב לראשונה משתנה המודד את המצב החברתי-כלכלי של המבוטחים, על פי האשכול של האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים, ובכך מאפשר זיהוי פערים, כשלב ראשון במסע החשוב לצמצום אי-שוויון בבריאות.

בצד התפתחות חשובה זו, יש להתחיל חשיבה על פיתוח מדדי תוצאה המדווחים על ידי המטופל (PROMS) כחלק מיישום תפיסת "המטופל במרכז" של משרד הבריאות, גם בקהילה.

אני שמח לראות כי ממצאי הדו"ח, המבוססים על נתוני קופות החולים, מצביעים על כך שבשנת 2016 איכות הטיפול הרפואי שמרה על רמה גבוהה ואף הראתה שיפור משמעותי במספר מדדים.

התכנית 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 התכנית גם בעתיד מתוך מטרה אחת של שיפור השירות הניתן לאזרחי המדינה לקיום היעד של קידום הבריאות של אוכלוסיית ישראל.

בברכה,

משה בר סימן טוב

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mankal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5080000 Fax: 02-5655966

המנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
mankal@moh.health.gov.il
טל: 02-5080000 פקס: 02-5655966

XI	טבלאות ותרשימים
31	הקדמה
33	מבוא
36	שיטות
41	תרשים מפת מדדי האיכות 2016
43	תוצאות
45	טבלת מדדי איכות ושיעורים 2016-2012
/ 50	תרשים מגמות בערכי המדדים 2016-2014
51	עיקר הממצאים
61	ממצאים לפי תחומים:
61	קידום בריאות
89	בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן
115	ילדים ובני נוער
141	מבוגרים בני 65 ומעלה
179	מחלות נשימתיות
205	לב וכלי דם
231	סוכרת
315	אנטיביוטיקה
327	ממצאים נבחרים לפי קופות
343	קיצורים
345	נספח - מדדי איכות וממצאים לשנת 2016 לפי חברות בקופת חולים

טבלאות

טבלה 1: מדדי איכות ושיעורים, 2012-2016.....45

קידום בריאות

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

טבלה 2: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....67

טבלה 3: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....67

שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64

טבלה 4: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....71

טבלה 5: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....71

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב בני 20-64

טבלה 6: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....73

טבלה 7: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....73

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64

טבלה 8: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....75

טבלה 9: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....75

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64

טבלה 10: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....77

טבלה 11: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....77

שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

טבלה 12: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....82

טבלה 13: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....82

שיעור עישון בקרב בני 16-74

טבלה 14: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....85

טבלה 15: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....85

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

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

טבלה 16: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....95

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

טבלה 17: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....100

טבלה 18: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....100

שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות

טבלה 19: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....107

שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם

ב־5 השנים האחרונות

טבלה 20: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....110

ילדים ובני נוער

שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות בין הגילאים 9-18 חודשים

טבלה 21: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....121

שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים

טבלה 22: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....124

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

טבלה 23: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....129

שיעור ההימצאות של רזון (Thinness) בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

טבלה 24: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....132

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

טבלה 25: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....133

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

טבלה 26: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....134

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

טבלה 27: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....135

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

טבלה 28: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....138

מבוגרים בני 65 ומעלה

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

טבלה 29: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....147

טבלה 30: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....147

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

טבלה 31: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....152

טבלה 32: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....152

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84

טבלה 33: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....156

טבלה 34: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....156

שיעור תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה

טבלה 35 לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....159

טבלה 36: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....159

שיעור מבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות

טבלה 37: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....162

טבלה 38: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....162

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

טבלה 39: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....165

טבלה 40: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....165

שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

טבלה 41: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....171

טבלה 42: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....171

שיעור השימוש בבנוזדיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

טבלה 43: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....174

טבלה 44: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....174

מחלות נשימתיות

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45

טבלה 45: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....186

טבלה 46: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....186

שיעור יחס התרופות לאסתמה (AMR) גדול או שווה 0.5 בקרב בני 5-45

טבלה 47: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....189

טבלה 48: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....189

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

טבלה 49: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....192

טבלה 50: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....192

שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74

טבלה 51: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....198

טבלה 52: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....198

תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74

טבלה 53: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....201

טבלה 54: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....201

לב וכלי דם

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

טבלה 55: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....213

טבלה 56: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....213

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74

טבלה 57: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....215

טבלה 58: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....215

שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74

טבלה 59: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....218

טבלה 60: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....218

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54

טבלה 61: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....221

טבלה 62: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....221

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74

טבלה 63: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....223

טבלה 64: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....223

שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

טבלה 65: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....226

טבלה 66: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....226

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצימות גבוהה לאחר צנתור לבבי ו/או ניתוח מעקפים בקרב בני 35 ומעלה

טבלה 67: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....229

טבלה 68: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....229

סוכרת

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

טבלה 69: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....240

טבלה 70: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....240

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

טבלה 71: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....243

טבלה 72: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....243

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

טבלה 73: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....246

טבלה 74:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	246
שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה		
טבלה 75:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	249
טבלה 76:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	249
שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת 18-84		
טבלה 77:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	252
טבלה 78:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	252
שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84		
טבלה 79:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	255
טבלה 80:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	255
שיעור התיעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84		
טבלה 81:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	258
טבלה 82:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	258
שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84		
טבלה 83:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	261
טבלה 84:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	261
שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74		
טבלה 85:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	264
טבלה 86:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	264
שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה		
טבלה 87:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	267
טבלה 88:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	267
שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה		
טבלה 89:	לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	270
טבלה 90:	לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....	270

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

טבלה 91: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....273

טבלה 92: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....273

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

טבלה 93: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....276

טבלה 94: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....276

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

טבלה 95: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....279

טבלה 96: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....279

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64

טבלה 97: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....282

טבלה 98: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....282

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64

טבלה 99: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....285

טבלה 100: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....285

שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64

טבלה 101: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....288

טבלה 102: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....288

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 65-84

טבלה 103: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....291

טבלה 104: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....291

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

טבלה 105: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....294

טבלה 106: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....294

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

טבלה 107: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....297

טבלה 108: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....297

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

טבלה 109: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....300

טבלה 110: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....300

שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17

טבלה 111: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....303

טבלה 112: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....303

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

טבלה 113: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....306

טבלה 114: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....306

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 2-17

טבלה 115: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....309

טבלה 116: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....309

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

טבלה 117: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....312

טבלה 118: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....312

תרופות אנטיביוטיות

היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ל-1000 איש, ליום

טבלה 119: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....312

טבלה 120: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....321

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מקבוצת הצפלוספורינים והקווינולונים

טבלה 121: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....324

טבלה 122: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016.....324

תרשימים

תרשים 1: מפת מדדי האיכות לרפואת הקהילה 2016..... 41

תרשים 2: מגמות בערכי המדדים, 2012-2016..... 50

קידום בריאות

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

תרשים 3: לפי שנה, 2012-2016..... 66

תרשים 4: לפי גיל ומין, 2016..... 66

תרשים 5: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 66

שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64

תרשים 6: לפי שנה, 2013-2016..... 70

תרשים 7: לפי גיל ומין, 2016..... 70

תרשים 8: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 70

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב בני 20-64

תרשים 9: לפי שנה, 2013-2016..... 72

תרשים 10: לפי גיל ומין, 2016..... 72

תרשים 11: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 72

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64

תרשים 12: לפי שנה, 2013-2016..... 74

תרשים 13: לפי גיל ומין, 2016..... 74

תרשים 14: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 74

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64

תרשים 15: לפי שנה, 2012-2016..... 76

תרשים 16: לפי גיל ומין, 2016..... 76

תרשים 17: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 76

שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

- תרשים 18: לפי שנה, 2012-2016 81
- תרשים 19: לפי גיל ומין, 2016 81
- תרשים 20: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 81

שיעור עישון בקרב בני 16-74

- תרשים 21: לפי שנה, 2012-2016 84
- תרשים 22: לפי גיל ומין, 2016 84
- תרשים 23: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 84

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

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

- תרשים 24: לפי שנה, 2012-2016 94
- תרשים 25: לפי גיל, 2016 94
- תרשים 26: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2016 94

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

- תרשים 27: לפי שנה, 2012-2016 99
- תרשים 28: לפי גיל ומין, 2016 99
- תרשים 29: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 99

שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות

- תרשים 30: לפי שנה, 2013-2016 106
- תרשים 31: לפי גיל, 2016 106
- תרשים 32: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2016 106

שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות

- תרשים 33: לפי שנה, 2013-2016 109
- תרשים 34: לפי גיל, 2016 109
- תרשים 35: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2016 109

ילדים ובני נוער

שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות בין הגילאים 9-18 חודשים

תרשים 36: לפי שנה, 2012-2016..... 120

תרשים 37: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 120

שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים

תרשים 38: לפי שנה, 2013-2016..... 123

תרשים 39: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 123

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

תרשים 40: לפי שנה, 2012-2016..... 128

תרשים 41: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 128

שיעור ההימצאות של רזון (Thinness) בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

תרשים 42: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 132

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

תרשים 43: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 133

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

תרשים 44: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 134

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

תרשים 45: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 135

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

תרשים 46: לפי שנה, 2012-2016..... 137

תרשים 47: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 137

מבוגרים בני 65 ומעלה

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

תרשים 48: לפי שנה, 2012-2016..... 146

תרשים 49: לפי גיל ומין, 2016..... 146

תרשים 50: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 146

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

151	תרשים 51: לפי שנה, 2016-2012
151	תרשים 52: לפי גיל ומין, 2016
151	תרשים 53: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84

155	תרשים 54: לפי שנה, 2016-2013
155	תרשים 55: לפי גיל ומין, 2016
155	תרשים 56: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה

158	תרשים 57: לפי שנה, 2016-2013
158	תרשים 58: לפי גיל ומין, 2016
158	תרשים 59: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור מבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות

161	תרשים 60: לפי שנה, 2016-2013
161	תרשים 61: לפי גיל ומין, 2016
161	תרשים 62: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

164	תרשים 63: לפי שנה, 2016-2012
164	תרשים 64: לפי גיל ומין, 2016
164	תרשים 65: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

170	תרשים 66: לפי שנה, 2016-2012
170	תרשים 67: לפי גיל ומין, 2016
170	תרשים 68: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור השימוש בבנוזדיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

178	תרשים 69: לפי שנה, 2016-2012
-----	------------------------------

תרשים 70: לפי גיל ומין, 2016..... 173

תרשים 71: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 173

מחלות נשימתיות

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45

תרשים 72: לפי שנה, 2012-2016..... 185

תרשים 73: לפי גיל ומין, 2016..... 185

תרשים 74: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 185

יחס התרופות לאסתמה (AMR) גדול או שווה 0.5 בקרב בני 5-45

תרשים 75: לפי שנה, 2012-2016..... 188

תרשים 76: לפי גיל ומין, 2016..... 188

תרשים 77: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 188

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

תרשים 78: לפי שנה, 2012-2016..... 191

תרשים 79: לפי גיל ומין, 2016..... 191

תרשים 80: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 191

שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74

תרשים 81: לפי שנה, 2012-2016..... 197

תרשים 82: לפי גיל ומין, 2016..... 197

תרשים 83: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 197

תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74

תרשים 84: לפי שנה, 2012-2016..... 200

תרשים 85: לפי גיל ומין, 2016..... 200

תרשים 86: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016..... 200

לב וכלי דם

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

- תרשים 87: לפי שנה, 2016-2012 212
- תרשים 88: לפי גיל ומין, 2016 212
- תרשים 89: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 212

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74

- תרשים 90: לפי שנה, 2016-2012 214
- תרשים 91: לפי גיל ומין, 2016 214
- תרשים 92: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 214

שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74

- תרשים 93: לפי שנה, 2016-2012 217
- תרשים 94: לפי גיל ומין, 2016 217
- תרשים 95: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 217

שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54

- תרשים 96: לפי שנה, 2016-2012 220
- תרשים 97: לפי גיל ומין, 2016 220
- תרשים 98: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 220

שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74

- תרשים 99: לפי שנה, 2016-2012 222
- תרשים 100: לפי גיל ומין, 2016 222
- תרשים 101: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 222

שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

- תרשים 102: לפי שנה, 2016-2012 225
- תרשים 103: לפי גיל ומין, 2016 225
- תרשים 104: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 225

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצימות גבוהה לאחר צנתור לבבי ו/או ניתוח מעקפים בקרב בני 35 ומעלה

תרשים 105: לפי שנה, 2016-2012 228

תרשים 106: לפי גיל ומין, 2016 228

תרשים 107: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 228

סוכרת

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

תרשים 108: לפי שנה, 2016-2012 239

תרשים 109: לפי גיל ומין, 2016 239

תרשים 110: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 239

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

תרשים 111: לפי שנה, 2016-2012 242

תרשים 112: לפי גיל ומין, 2016 242

תרשים 113: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 242

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

תרשים 114: לפי שנה, 2016-2012 245

תרשים 115: לפי גיל ומין, 2016 245

תרשים 116: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 245

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

תרשים 117: לפי שנה, 2016-2012 248

תרשים 118: לפי גיל ומין, 2016 248

תרשים 119: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 248

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת 18-84

תרשים 120: לפי שנה, 2016-2012 251

תרשים 121: לפי גיל ומין, 2016 251

251	תרשים 122: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016
	שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84
254	תרשים 123: לפי שנה, 2012-2016
254	תרשים 124: לפי גיל ומין, 2016
254	תרשים 125: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016
	שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84
257	תרשים 126: לפי שנה, 2012-2016
257	תרשים 127: לפי גיל ומין, 2016
257	תרשים 128: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016
	שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84
260	תרשים 129: לפי שנה, 2012-2016
260	תרשים 130: לפי גיל ומין, 2016
260	תרשים 131: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016
	שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74
263	תרשים 132: לפי שנה, 2012-2016
263	תרשים 133: לפי גיל ומין, 2016
263	תרשים 134: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016
	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
266	תרשים 135: לפי שנה, 2012-2016
266	תרשים 136: לפי גיל ומין, 2016
266	תרשים 137: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016
	שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל־140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
269	תרשים 138: לפי שנה, 2012-2016
269	תרשים 139: לפי גיל ומין, 2016
269	תרשים 140: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

תרשים 141: לפי שנה, 2016-2012 272

תרשים 142: לפי גיל ומין, 2016 272

תרשים 143: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 272

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

תרשים 144: לפי שנה, 2016-2012 275

תרשים 145: לפי גיל ומין, 2016 275

תרשים 146: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 275

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

תרשים 147: לפי שנה, 2016-2012 278

תרשים 148: לפי גיל ומין, 2016 278

תרשים 149: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 278

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64

תרשים 150: לפי שנה, 2016-2012 281

תרשים 151: לפי גיל ומין, 2016 281

תרשים 152: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 281

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64

תרשים 153: לפי שנה, 2016-2012 284

תרשים 154: לפי גיל ומין, 2016 284

תרשים 155: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 284

שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64

תרשים 156: לפי שנה, 2016-2012 287

תרשים 157: לפי גיל ומין, 2016 287

תרשים 158: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 287

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 65-84

תרשים 159: לפי שנה, 2016-2012 290

תרשים 160: לפי גיל ומין, 2016 290

תרשים 161: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 290

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

תרשים 162: לפי שנה, 2016-2012 293

תרשים 163: לפי גיל ומין, 2016 293

תרשים 164: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 293

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

תרשים 165: לפי שנה, 2016-2012 296

תרשים 166: לפי גיל ומין, 2016 296

תרשים 167: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 296

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

תרשים 168: לפי שנה, 2016-2012 299

תרשים 169: לפי גיל ומין, 2016 299

תרשים 170: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 299

שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17

תרשים 171: לפי שנה, 2016-2012 302

תרשים 172: לפי גיל ומין, 2016 302

תרשים 173: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 302

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

תרשים 174: לפי שנה, 2016-2012 305

תרשים 175: לפי גיל ומין, 2016 305

תרשים 176: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016 305

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 17-2

308	תרשים 177: לפי שנה, 2016-2012
308	תרשים 178: לפי גיל ומין, 2016
308	תרשים 179: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 17-2

311	תרשים 180: לפי שנה, 2016-2012
311	תרשים 181: לפי גיל ומין, 2016
311	תרשים 182: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

תרופות אנטיביוטיות

היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ל-1000 איש, ליום

320	תרשים 183: לפי שנה, 2016-2012
320	תרשים 184: לפי גיל ומין, 2016
320	תרשים 185: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מקבוצת הצפלוספורינים והקווינולונים

323	תרשים 186: לפי שנה, 2016-2012
323	תרשים 187: לפי גיל ומין, 2016
323	תרשים 188: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016

ממצאים נבחרים: לפי קופות

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

330	תרשים 189: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי
-----	---

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

332	תרשים 190: שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי
-----	---

שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

תרשים 191: שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה
מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי 335

שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50

תרשים 192: שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה
ל-COPD, בני 74-50 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי 337

שיעור עמידה ביעד LDL: לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 74-35

תרשים 193: שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב
בני 74-35 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי 339

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 84-18

תרשים 194: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 84-18
מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי 341

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, ומציג את תוצאות המדדים לשנים 2012-2016.

הדו”ח מבוסס על נתונים מארבע קופות החולים בישראל, ומציג נתונים לאומיים כמו גם נתונים לפי קופות החולים, בשמונה 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.

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 [1].

אחד הפרסומים המכוננים בתחום איכות הטיפול הרפואי ראה אור בשנת 2001 על ידי המכון הרפואי האמריקאי (Institute of Medicine, US). פרסום זה הגדיר מסגרת אנליטית לבחינת איכות המערכת הרפואית (זאת, לצד הצעת יעדי שיפור מרכזיים, קווים מנחים ליחסי רופא-חולה, צעדים לקידומה של רפואה מבוססת-ראיות, וכן מסגרת ארגונית להסדרת מנגנוני תמריצים כך שיעלו בקנה אחד עם קריטריונים של איכות הטיפול). מסגרת זו מתווה קריטריונים עיקריים לפיהם נבחנת איכות הטיפול הרפואי [2]:

- בטיחות הטיפול – מידת ההימנעות מנזק כתוצאה מהטיפול.
- מועילות הטיפול – מתן טיפול מבוסס-ראיות, לכל המטופלים להם הוא מתאים, ולהם בלבד (כלומר הימנעות הן מתת-טיפול, הן מעודף טיפול)
- התאמת הטיפול ("המטופל במרכז") – מידת ההתחשבות בהעדפות, צרכים וערכים של המטופלים
- תזמון הטיפול – מתן טיפול תוך זמן מתאים (צמצום זמני המתנה ועיכובים העלולים לגרום לנזק)
- יעילות הטיפול – ניצול מיטבי של המשאבים הקיימים
- 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" וכן 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" הכוללים את מועצת הבריאות והמכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות בישראל.

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". התכנית היוותה המשך ליוזמה מחקרית של אוניברסיטת בן-גוריון בשיתוף ארבע קופות החולים. שיתוף הפעולה של ארבע הקופות יחד עם מינהלת אקדמית בקביעת המדדים, מדידתם באופן שוטף ופרסומם ראוי לציון ומהווה אחת מאבני היסוד של הצלחת התכנית. בראשית 2010 התחלפה מינהלת התכנית, והביצוע הופקד בידי צוות מביה"ס לבריאות הציבור של האוניברסיטה העברית בירושלים והדסה.

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. יש לציין כי תכניות דומות בהקפים שונים פותחו במשך העשורים האחרונים, במדינות שונות כגון ארה"ב [3], שבדיה [4], אוסטרליה [5], אנגליה [6], ועל ידי ה-OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) [7]. 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, תוך התבססות הן על הניסיון והספרות הבינלאומיים והן על היועצות עם מגוון מומחים קליניים ונציגי המועצות הלאומיות. חישובם עובר תהליכי בקרה פנימית וחיצונית קפדניים.

מדדים שנכללים בתכנית הישראלית מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמתווה בהנחיות המקצועיות המקובלות בארץ ובעולם ובספרות המקצועית.

המדדים נבחרו לאור הקריטריונים הבאים:

1. חשיבות ורלבנטיות – המדדים משקפים את איכות הטיפול במחלות השכיחות יחסית באוכלוסייה ובתחומים רלבנטיים לעשייה ברפואת הקהילה.
2. מבוססי ראיות – המדדים משקפים את איכות הטיפול במחלות בהן ישנן ראיות מבוססות לכך שהטיפול הרפואי יעיל ותורם לצמצום התחלואה.
3. כמותיות – המדדים משקפים את איכות הטיפול בתחומים קליניים בהם הן התחלואה והן צמצומה ניתנים לכימות נאות ואמין.
4. ישימות – המדדים משקפים את איכות הטיפול בתחומים בהם הנתונים זמינים ואמינים.
5. הטמעה – המדדים ניתנים להטמעה ברפואת הקהילה.

סדרת המדדים כוללת מספר סוגים:

- מדדי תחלואה (למשל שיעור חולי אסתמה באוכלוסייה)
- מדדי איכות הטיפול הרפואי
 - מדדי ביצוע (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).

כבדוחות קודמים, בנספח לדו"ח מתפרסם פילוח של כלל מדדי האיכות לפי קופות החולים, מין, גיל ומצב חברתי-כלכלי. פרסום לפי קופה מספק מידע רלבנטי לכל המעורבים, בכלל זה קופות החולים, משרד הבריאות, איגודים רפואיים וכמובן ציבור המבוטחים. ראוי לציין, כי מדו"ח שהוכן עבור הסוכנות האמריקאית לחקר ואיכות שירותי הבריאות (US Agency for Healthcare Research)

AHRQ – and Quality) 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 [8]. חשוב להדגיש כי למדדים המוצגים בדו"ח מספר מגבלות המפורטות בנספח ביחס למידת הדיוק שבה הם מציגים את איכות הטיפול הניתן בקופה.

מקור הנתונים

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

איסוף המידע מתבסס על מאגרי הנתונים הממוחשבים של קופות החולים ומאפשר בחינה וניטור של המדדים השונים על פי קבוצת גיל, מין ומצב חברתי-כלכלי.

אוכלוסיית הדו"ח

התכנית מבוססת על נתוני כלל אוכלוסיית המבוטחים בארבע קופות החולים, שהם כלל התושבים במדינת ישראל, למעט חיילים ואסירים. כמו כן, עבור כל שנת מדד לא נכללו מבוטחים אשר לא השלימו בשנת המדד שנת חברות מלאה באותה קופה, לרבות מי שנפטרו או נולדו במהלך השנה, אלה שעברו בין הקופות באותה שנה, וכן מבוטחים השוהים בחו"ל מעל שנתיים (בסך הכל, כ-450,000 תושבים אינם נמנים על אוכלוסיית הדו"ח. התפלגותם נבחנה מול נתוני הביטוח הלאומי [8]). הדו"ח כולל עבור שנת 2016 כ-8.02 מיליון תושבים.

יש להוסיף כי במגוון מדדים, המדידה מתאפשרת כחלק 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 [9].

משתנים

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

מצב חברתי-כלכלי נקבע בדו"ח זה על סמך האשכול אליו משויך האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים. לאחר מפקדי אוכלוסין, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) מחלקת את אזורי המגורים לאזורים גאוגרפים סטטיסטיים (אג"סים) המקבלים ציון כלכלי-חברתי (אשכולות בעלי ציון בטווח 1-20) [10]. חברת פוינטס מטייבת חלוקה זו ומעדכנת את הציון הכלכלי-חברתי, וזאת באמצעות הוספת מידע ממקורות שונים הכוללים בין השאר מידע צרכני המתקבל מחברות מסחריות, נתונים של מחירי נדל"ן וממצאים מפרסומים עדכניים על האוכלוסייה. פוינטס משלימה את שיוכם של כלל אזורי המגורים לאג"סים (גם עבור אזורי מגורים אשר טרם סווגו ע"י הלמ"ס, בפרט שכונות מגורים חדשות), ומקבצת את 20 האשכולות ל-10 קבוצות (כך שכל שני אשכולות עוקבים מהווים קבוצה). נכון לשנת 2016, כל ארבע קופות החולים בישראל כללו את נתוני חברת

פוינטס ברשומותיהם. המידע אודות משתנה זה הועבר לתכנית (בסולם של 10-1) כחלק מהמידע האגרגטיבי עבור כל מדד ומדד. עבור 3.3% מהמבוטחים כתובות המגורים לא היו שלמות, ולכן הם לא השתתפו בניית הנתונים לפי מעמד כלכלי-חברתי. חשוב לציין כי זהו צמצום ניכר של שיעור חסרי המידע אודות מצב חברתי-כלכלי לעומת הדו"ח הקודם (הדו"ח לשנת 2015), בו התבסס השייך על נתוני הלמ"ס בלבד, וכלל 16.2% חסרים [2]. כתוצאה מאי-שלמות המידע אודות מצב חברתי-כלכלי, כאמור, קיימים לאורך הדו"ח הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם וללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי.

כלל המדדים המפורסמים בדו"ח זה רובדו לארבע קבוצות מצב חברתי-כלכלי. המעבר מ-10 ל-4 קבוצות נועד להקל על ההצגה ועל קריאת הנתונים, ונעשה כך שתיווצרנה ארבע קבוצות הדומות ככל האפשר בגודלן: קבוצה 1 (בעלת הדרוג החברתי כלכלי הנמוך ביותר) כוללת את ציוני פוינטס 1-3 ומהווה 22.6% מהאוכלוסייה, קבוצה 2 כוללת את ציוני פוינטס 4-5 ומהווה 27.6% מהאוכלוסייה, קבוצה 3 כוללת את ציוני פוינטס 6-7 ומהווה 31.2% מהאוכלוסייה וקבוצה 4 (בעלת הדרוג הגבוה ביותר) כוללת את ציוני פוינטס 8-10 ומהווה 15.0% מכלל אוכלוסיית הדו"ח.

ההתאמה בין ציוני פוינטס לציוני הלמ"ס, נבחנה באמצעות נתונים השוואתיים שהתקבלו מקופות החולים בפברואר 2017 עבור כלל מבוטחיהם. בנוסף, נערכה השוואה בין קבוצות הפוינטס לבין משתנה ה"פטור". משתנה זה, ששימש את התכנית מראשיתה, מבוסס על זכאות לפטור מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות. ההשוואות הראו מהימנות טובה בהתפלגויות על פי שלושת מקורות הנתונים ($Unweighted\ Kappa=0.63$ להשוואה בין פוינטס ללמ"ס, בניכוי ערכים חסרים).

תקנון

בעת ההשוואה בין ביצועי ארבע הקופות עבור משתנים נבחרים בוצע תקנון ישיר בכדי לנטרל ככל האפשר מתוך השוואה זו את השפעתם של הבדלים בהרכבי האוכלוסייה בקופות השונות על תוצאות המדדים. התקנון בוצע למין, לגיל ולמצב חברתי-כלכלי, כאשר אוכלוסיית התקן הייתה כלל אוכלוסיית המדד הנבחן בארבע הקופות גם יחד.

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 הקיימים בתכנית, במטרה לשקף מידע מקיף ככל האפשר. בכלל זה, נוספו מספר מדדים חדשים: במסגרת תחום ילדים ונוער נכלל לראשונה מידע על הימצאות רזון, משקל תקין, עודף משקל, והשמנה בקרב ילדים וילדות בגיל 7. במסגרת תחום סוכרת, נכלל לראשונה מידע אודות עודף משקל, השמנת יתר, והשמנת יתר חולנית בקרב סוכרתיים בני 20-64, וכן מידע אודות השמנת יתר בקרב סוכרתיים בני 65-84.

2. 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, הרחבה ושיפור האחידות בתהליכי הבדיקות הלוגיות המבוצעות על-ידי הקופות, שיפור האחידות בתהליכי ההפקה בין הקופות, בחינת מגוון מקורות המידע בכל קופה (מעבדות, תיק רפואי, בתי מרקחת), ובדיקה מדגמית של קודי תוכנה.

גם בהפקת הנתונים לדו"ח זה עשתה המנהלת שימוש מקיף במערכת ממוחשבת לניסוח האלגוריתמים המצויה בשימוש מאז הדו"ח לשנת 2015, המאחדת קבצי הגדרות ומאפשרת סטנדרטיזציה, וכך מקטינה סיכויים לטעויות.

3. תיקוף הממצאים

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

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. שיטת הפקת הנתונים שנבנתה, הכוללת מערך מבדקים מקיף ותיקוף הממצאים תוך כדי שימוש במקורות מידע שונים, הומלצה בדו"ח שיצא על ידי ה-AHRQ [11]. גישה זו נועדה להקטין את הטעויות השונות, ובכלל זה את השונות בין הקופות ביחס לתייעוד 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.

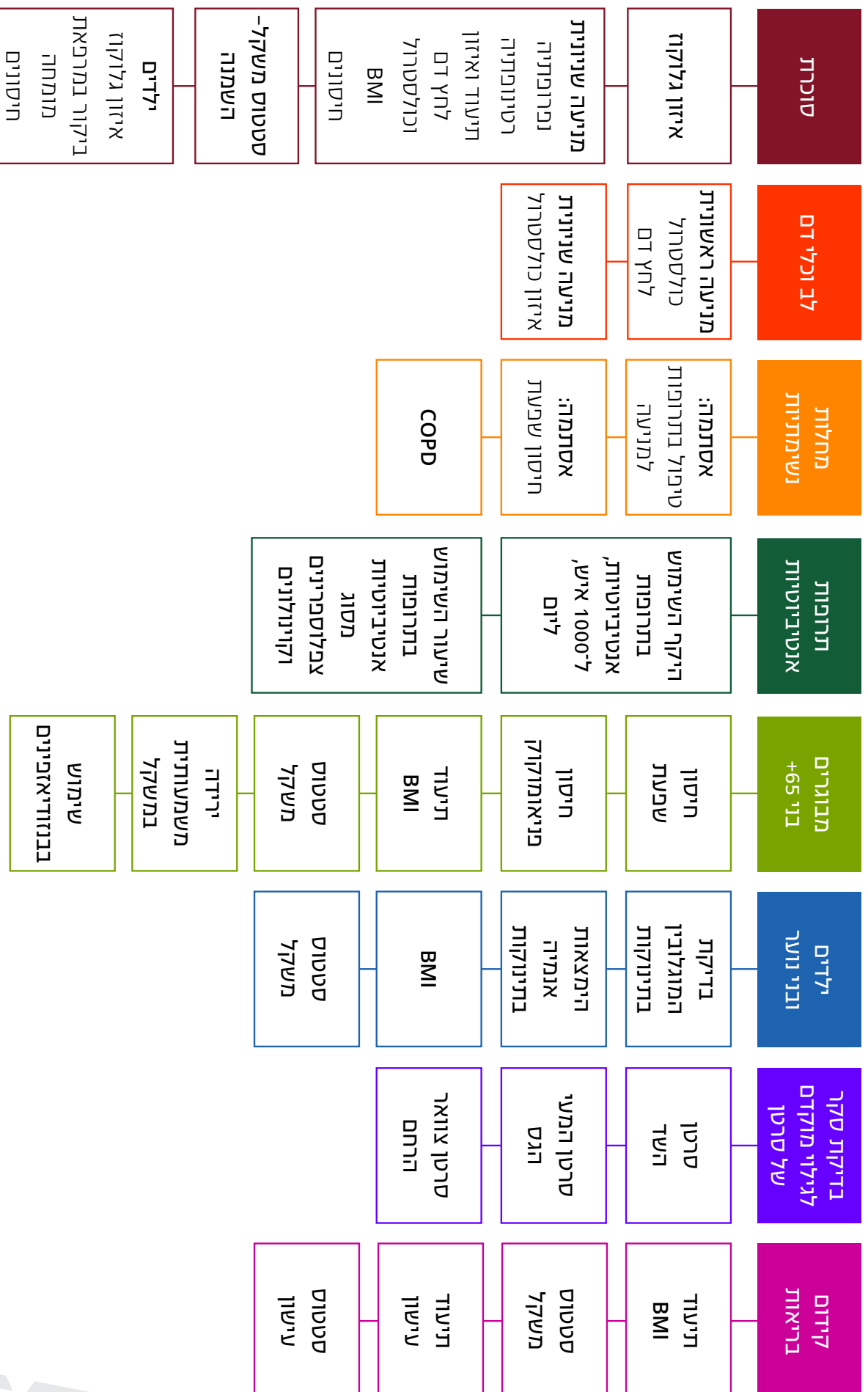
מבנה הדו"ח

הדו"ח מציג מידע עבור 69 מדדי איכות בשמונה תחומים, במבנה הבא:

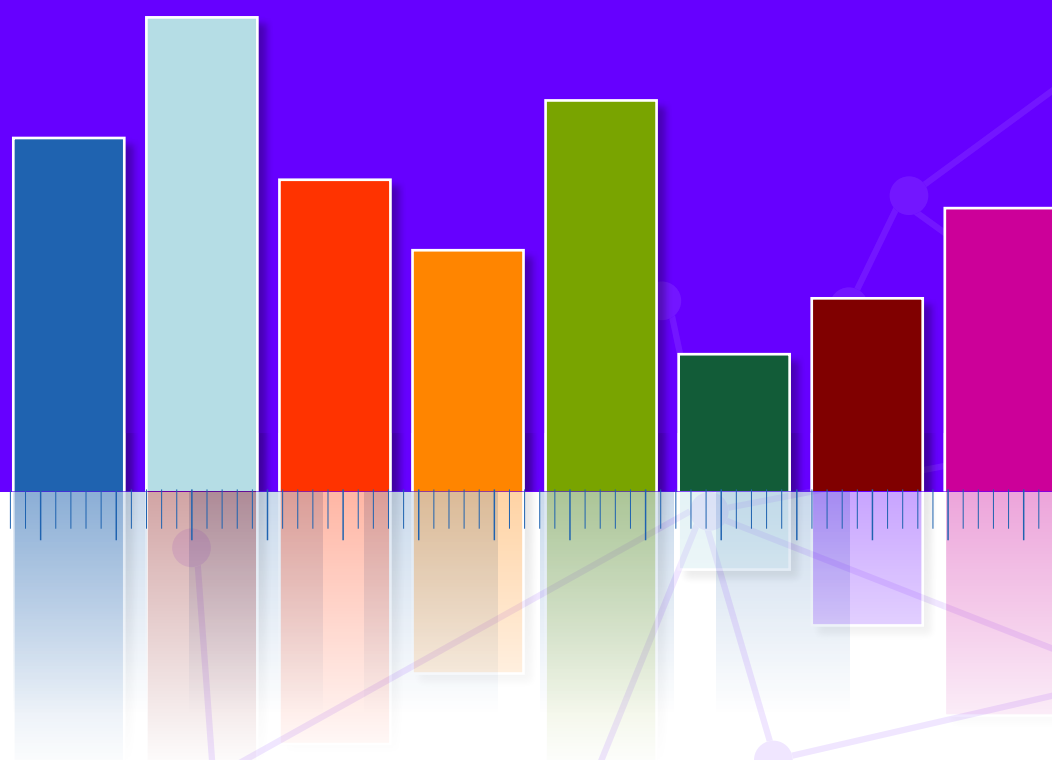
- השיעור של כל אחד מהמדדים לכלל האוכלוסייה הרלבנטית לכל מדד, לחמש השנים האחרונות, כלומר 2012-2016. מדדים אשר התווספו בארבע השנים האחרונות מוצגים בהתאם לזמינות המידע.
- תמצית הממצאים לפי תחומים בה מפורטים הממצאים העיקריים בכל מדד לפי שנה, מין ומצב חברתי כלכלי.
- דווח מפורט על ממצאי כלל המדדים. הפרק כולל רקע מדעי אודות כל תחום ונתונים לאומיים בחלוקה על פי קבוצות גיל, מין, מצב חברתי-כלכלי, ושנה, בליווי תצוגה גרפית וטבלאית של המידע.
- נתונים לאומיים ונתונים לפי קופה לשנת 2016, המתוקננים למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי, עבור שישה מדדים נבחרים מתחומים שונים.
- נספח הכולל פילוח של מדדי האיכות לפי קופות החולים, ולפי מין, גיל, ומצב חברתי-כלכלי לשנת 2016.

- [1] *Protecting and Improving Quality*. Washington DC, National Academy Press: Institute of Medicine, America's Health in Transition, 1994.
- [2] Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001
- [3] National Health care Quality Report 2015. U.S: AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality 2016.
- [4] 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.
- [5] Indicators of Safety and Quality, Australian commission on safety and quality in healthcare, 2017.
Available at: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/>
- [6] Clinical Services Quality Measures (CSQMs), NHS England 2017.
Available at <https://www.england.nhs.uk/ourwork/tsd/data-info/open-data/clinical-services-quality-measures/>
- [7] Health at a Glance 2017 Publisher: OECD Publishing 2017. DOI: 10.1787/health_glance-2017-en
Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
- [8] כהן ר, רבין ח. חברות בקופות חולים 2016. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר 2017 ו.התכנון. Available at: https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker289/seker_289.pdf
- [9] 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.
- [10] אפיין יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה בשנת 2008. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2013.
Available at: http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=100&CYear=2008&CMonth=1
- [11] 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.

תרשים 1 | מפת מדדי האיכות לרפואת הזקנה 2016



תוצאות



טבלה 1 | מדדי איכות ושיעורים 2012-2016

2016	2015	2014	2013	2012	מדד
קידום בריאות					
90.2%	89.6%	88.2%	87.6%	86.1%	שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64**
2.6%	2.5%	2.5%	2.5%	-	שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64
39.8%	39.8%	39.8%	40.1%	-	שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב בני 20-64
34.1%	34.3%	34.2%	34.1%	-	שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64
22.9%	23.0%	23.0%	22.8%	22.8%	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64**
91.9%	90.9%	87.9%	83.9%	79.7%	שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74
19.2%	19.6%	20.3%	20.2%	20.7%	שיעור עישון בקרב בני 16-74
בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן					
69.6%	70.5%	69.3%	69.9%	68.4%	שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74*
58.1%	59.0%	58.3%	56.5%	55.2%	שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74
48.4%	47.8%	48.1%	47.1%	-	שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות
36.7%	37.7%	39.0%	47.4%	-	שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר לא ביצעו בדיקת סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות
ילדים ובני נוער ילדים ובני נוער					
87.3%	86.0%	85.3%	84.8%	84.3%	שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות בני 9-18 חודשים
8.9%	7.8%	8.1%	8.6%	-	שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים
79.6%	77.8%	75.2%	72.7%	69.3%	שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7
4.5%	4.1%	4.3%	-	-	שיעור ההימצאות של רזון (Thinness) בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד
75.2%	74.9%	74.6%	-	-	שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

* שינוי בכותרת המדד בלבד אך לא בהגדרתו
 ** שינוי בטווח הגילאים המפורסם

2016	2015	2014	2013	2012	מדד
12.6%	12.9%	13.2%	-	-	שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד
7.7%	8.0%	7.9%	-	-	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד
75.0%	75.4%	74.5%	76.8%	72.2%	שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18
מבוגרים בני 65 ומעלה					
62.9%	64.1%	63.4%	62.4%	60.2%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה
77.7%	77.5%	76.6%	78.7%	77.4%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74
79.1%	81.1%	79.1%	80.0%	-	שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84
12.9%	12.9%	12.8%	12.7%	-	שיעור תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה
6.2%	6.2%	6.1%	6.2%	-	שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות
33.2%	33.1%	33.3%	33.5%	32.5%	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84
4.7%	5.2%	5.2%	5.2%	5.3%	שיעור שימוש היתר בבנוזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה
2.4%	2.4%	2.6%	3.1%	3.6%	שיעור השימוש בבנוזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה
מחלות נשמתיות					
0.8%	0.9%	0.8%	0.9%	0.9%	שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45*
69.8%	68.2%	67.4%	66.2%	65.9%	שיעור יחס תרופות לאסתמה (AMR) גדול או שווה 0.5 בקרב בני 5-45*
36.9%	42.4%	41.7%	37.3%	36.5%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45*
70.3%	66.9%	57.9%	52.4%	41.8%	שיעור הביצוע של ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-75*
25.9%	14.2%	10.9%	6.6%	5.1%	תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-75*
לב וכלי דם					
88.1%	87.4%	86.1%	87.1%	86.5%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

* שינוי בכותרת המדד בלבד אך לא בהגדרתו
** שינוי בטווח הגילאים המפורסם

2016	2015	2014	2013	2012	מדד
75.2%	76.1%	76.7%	78.0%	77.4%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55
83.3%	83.3%	83.9%	83.6%	84.0%	שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 74-35
89.5%	89.4%	89.8%	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
72.0%	72.0%	72.8%	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
31.0%	29.8%	30.8%	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
93.0%	92.6%	91.2%	92.1%	91.1%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 54-20
81.0%	83.0%	81.9%	82.8%	80.6%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55
81.9%	82.0%	82.2%	82.9%	84.2%	שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה
63.3%	60.8%	57.2%	55.9%	-	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצמות גבוהה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה
סוכרת					
9.7%	9.7%	9.7%	9.6%	9.5%	שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה
89.7%	90.1%	90.0%	89.6%	89.0%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
69.5%	67.6%	66.4%	64.3%	63.2%	שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84
10.4%	11.0%	11.6%	12.2%	12.4%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
72.2%	75.7%	75.0%	74.3%	76.6%	שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84
79.7%	79.7%	78.6%	77.8%	76.3%	שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84
91.2%	91.7%	91.5%	91.3%	90.7%	שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84
31.5%	31.0%	30.5%	30.1%	29.9%	שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

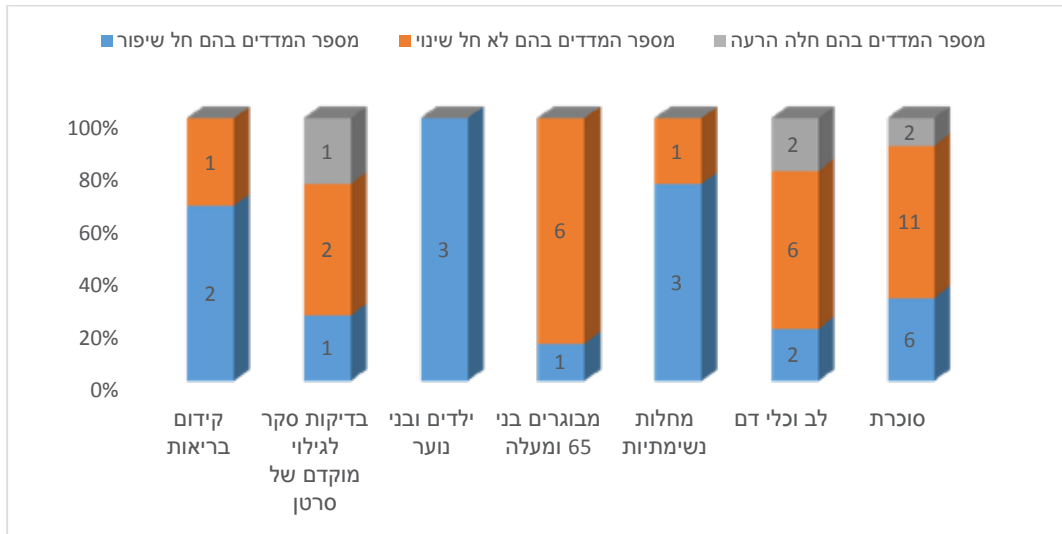
* שינוי בכותרת המדד בלבד אך לא בהגדרתו
** שינוי בטווח הגילאים המפורסם

2016	2015	2014	2013	2012	מדד
74.5%	75.8%	76.4%	76.8%	77.9%	שיעור הטיפול ב- ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74
89.6%	90.8%	90.0%	91.1%	89.6%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
83.2%	83.6%	83.7%	83.7%	83.4%	שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
90.0%	90.6%	90.8%	90.8%	90.3%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
64.5%	64.2%	63.1%	63.8%	63.8%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
86.5%	89.2%	87.6%	88.0%	86.6%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
34.9%	35.0%	34.7%	-	-	שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64
30.5%	30.4%	30.3%	-	-	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64
20.8%	21.0%	21.4%	-	-	שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64
43.9%	43.9%	44.1%	-	-	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 65-84
61.9%	63.5%	61.6%	61.2%	57.5%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
84.4%	83.8%	81.6%	85.3%	83.9%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74
0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17
87.9%	87.4%	87.2%	86.5%	86.1%	שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17
80.5%	76.6%	75.4%	74.5%	73.0%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17
35.6%	37.0%	37.1%	38.2%	43.1%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 2-17

* שינוי בכותרת המדד בלבד אך לא בהגדרתו
** שינוי בטווח הגילאים המפורסם

2016	2015	2014	2013	2012	מדד
46.2%	54.8%	49.8%	48.3%	45.1%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17
תרופות אנטיביוטיות					
20.8	21.5	20.8	21.1	21.2	היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, ל-1000 איש, ליום
22.0%	22.1%	22.1%	21.8%	24.1%	שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינלונים, מתוך סך התרופות האנטיביוטיות

* שינוי בכותרת המדד בלבד אך לא בהגדרתו
** שינוי בטווח הגילאים המפורסם



1. שינוי הוגדר ± 2 נקודות אחוז ב־5 השנים האחרונות או במדדים חדשים \pm נקודת אחוז אחת ב־3 השנים האחרונות
2. לא נכללו מדדי הימצאות

בדו"ח זה, מדדי איכות במגוון תחומים של רפואת הקהילה נבחנו באופן רצוף ושיטתי, והם מוצגים בו לפי תחום. עבור כל מדד הנתונים מוצגים לפי שנה, גיל, מין ומצב חברתי-כלכלי.

הדו"ח לשנת 2016 מצביע על המשך מגמת השיפור בחלק מהמדדים שנבדקו, יציבות ניכרת של חלק אחר מהמדדים, ומגמת ירידה במיעוט המדדים. מגמות השיפור והאחזקה הן פרי עבודה מאומצת וממוקדת המושקעת על ידי הקופות בפעילותן ברפואת הקהילה.

בדו"ח זה מפורסמים לראשונה המדדים לפי חלוקה לארבע קבוצות של מעמד כלכלי-חברתי: למרות שמרבית המדדים מציגים שיפור מתמשך בקרב כלל האוכלוסייה, ובחלק מהמדדים אין פערים כלכליים-חברתיים, הרי שבמספר לא מבוטל של מדדים קיימים פערים ניכרים על רקע חברתי-כלכלי. בולטים הפערים במדדי הסיקור לסרטן המעי הגס וסרטן צוואר הרחם, במדדי הילדים, ובפרט בשיעורי האנמיה בקרב פעוטות ובשיעורי הרזון בקרב ילדים. כמו כן, נצפו פערים על רקע חברתי-כלכלי במדדי ההשמנה, בשיעור המעשנים, וכן במדדי הימצאות ואיזון סוכרת במבוגרים. הצגתם של נתונים אלה מהווה הזדמנות לפעולה והתגייסות משותפת של מערכת הבריאות לטובת צמצום פערים בבריאות בחברה הישראלית.

מדדים חדשים בדו"ח הנוכחי כוללים את התפלגות קטגוריות ה-BMI בילדים בני שבע, על-פי עקומות הגדילה של ארגון הבריאות העולמי, ואת הימצאות השמנת יתר והשמנת יתר חולנית בחולי סוכרת. בחינה של התפלגות נתוני המשקל של הילדים מצביעה על ייצוג עודף של רזון והשמנת-יתר בקרב ילדים, כאשר רזון מצוי יותר בשכבות הנמוכות ואילו השמנת יתר מצויה בעודף בכל השכבות החברתיות-כלכליות. באשר לחולי סוכרת, ניתן להתרשם מההימצאות הגבוהה הן של השמנת יתר והן של השמנת יתר חולנית, אשר בולטת בעיקר בנשים חולות סוכרת.

בדו"ח הנוכחי אנו עדים לבלימה של מגמת העליה בשיעור ההימצאות של מחלת הסוכרת בקרב מבוגרים בישראל - לאחר 11 שנים של עליה מונוטונית בשיעורי ההימצאות, בשלוש השנים האחרונות השיעורים נותרו יציבים (9.7%).

מגמות שיפור בולטות בשנת 2016 כוללות את השיפור המתמשך באיזון סוכרת, השיפור הניכר בביצוע בדיקות ספירומטריה בקרב חולים ומבוטחים שהינם בסיכון גבוה ל-COPD, הירידה (שיפור) בשימוש היתר בבנוזדיאזפינים (תרופות מיישנות) בקרב קשישים והשיפור בבדיקות הסיקור לסרטן צוואר הרחם בקרב נשים. מאידך, בשנת 2016 נצפו ירידה בחלק ממדדי החיסון נגד שפעת וירידה בחלק ממדדי הטיפול בסוכרתיים (כדוגמת ביקור אצל רופא עיניים). יש לציין כי הדו"ח מצביע גם על פערים מגדריים בולטים במדדי עודף שימוש בבנוזדיאזפינים ובאנטיביוטיקה, וכן במדדים העוסקים במדידה ואיזון של רמות הכולסטרול, הן במניעה השניונית, הן במניעה הראשונית באוכלוסייה המצויה בסיכון גבוה למחלות לב וכלי דם.

לסיכום, אנו מקווים כי הנתונים בדו"ח, יחד עם מידע הקיים ממקורות שונים לגבי עלויות ותועלות כלכליות ושביעות הרצון של המבוטחים, יאפשרו קבלה של תמונה מקיפה, אשר תסייע לקובעי מדיניות לקבל החלטות מושכלות להמשך שיפור הבריאות בחברה הישראלית.

אורחות חיים ורפואה מונעת

קידום בריאות

ניטור משקל גוף

- שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 90.2% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (92.8%) מאשר בקרב גברים (87.4%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (91.3%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (88.6%).
- שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 2.6% ב־2016. השיעור היה גבוה פי 2.4 בקרב נשים (3.5%) מאשר בקרב גברים (1.5%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (2.1%) היה נמוך בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (2.7%).
- שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 39.8% ב־2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (42.9%) מאשר בקרב גברים (36.3%). השיעור היה נמוך פי 1.5 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (32.8%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (48.6%).
- שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 34.1% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (28.9%) מאשר בקרב גברים (40.1%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (35.2%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (32.5%).
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 22.9% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (23.8%) מאשר בקרב גברים (21.9%). השיעור היה גבוה פי 2 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (29.6%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (15.1%).

עישון

- שיעור תיעוד מצב העישון בקרב בני 16-74 עלה בין השנים 2012-2016, מ־79.7% בשנת 2012 ל־91.9% בשנת 2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (93.4%) מאשר בקרב גברים (90.2%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (92.5%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (91.0%).
- שיעור העישון בקרב בני 16-74 ירד בהתמדה בין השנים 2012-2016, מ־20.7% בשנת 2012 ל־19.2% בשנת 2016. השיעור היה גבוה פי 2.2 בקרב גברים (26.9%) לעומת נשים (12.4%). השיעור היה גבוה פי 1.5 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (19.3%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (13.5%).

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

סיקור לסרטן השד – ממוגרפיה

- שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 69.6% ב־2016. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (66.9%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (71.7%).

סיקור לסרטן המעי הגס

- שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 עלה בין השנים 2012-2016, מ־55.2% ב־2012 ועד ל־59.0% ב־2016, וירד בשנת 2016 לכדי 58.1%. בשנה זו, השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (59.0%) מאשר בקרב גברים (57.1%), וגבוה בשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (63.8%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החלשה ביותר (52.4%).

סיקור לסרטן צוואר הרחם

- שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר ביצעו סיקור נאות לסרטן צוואר הרחם (ביצעו בדיקת סיקור ב־3 השנים האחרונות) נותר יציב בין השנים 2013-2015 ועלה מעט ב־2016 לכדי 48.4%. השיעור היה נמוך פי 2 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (30.9%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (60.3%).
- שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות ירד בין השנים 2013-2016, מ־47.4% בשנת 2013 ל־36.7% בשנת 2016. השיעור היה גבוה פי 2.3 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (56.7%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (24.6%).

ילדים ובני נוער

בדיקות המוגלובין בתינוקות

- שיעור הביצוע של ספירת דם לזיהוי אנמיה (בדיקת המוגלובין) בתינוקות נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 87.3% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב בנות (86.9%) מאשר בקרב בנים (87.6%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (85.3%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (89.7%).
- שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 8.9% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב בנות (8.8%) ובנים (9.0%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (10.0%) היה גבוה בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (8.1%).

תיעוד מדידת גובה ומשקל בילדים ובני נוער

- שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 עלה בין השנים 2012-2016, מ־69.3% בשנת 2012 ל־79.6% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (83.1%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (76.4%).

- שיעור ההימצאות של רזון (thinness) בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים עמד על 4.5% בשנת 2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב בנות (4.0%) מאשר בקרב בנים (4.8%). השיעור היה גבוה פי 2 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (6.3%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (3.1%).
- שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עמד על 75.2% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב בנות (75.8%) מאשר בקרב בנים (74.8%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (74.4%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (78.6%).
- שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עמד על 12.6% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב בנות (13.0%) ובנים (12.3%) ובין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עמד על 7.7% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב בנות (7.3%) מאשר בקרב בנים (8.1%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (7.2%) היה מעט גבוה בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (6.0%).
- שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 75.0% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (68.5%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (81.4%).

מבוגרים בני 65 ומעלה

חיסון נגד שפעת

- שיעור המחוסנים בקרב בני 65 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 62.9% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (60.8%) מאשר בקרב גברים (65.5%). לא נצפה קשר ברור עם מצב חברתי-כלכלי, כאשר השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (65.0%) היה דומה בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (67.0%).

חיסון נגד פניאומוקוק

- שיעור החיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 77.7% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (75.9%) מאשר בקרב גברים (79.7%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (83.5%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (77.8%).

ניטור משקל גוף

- שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84 נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 79.1% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (82.8%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (76.0%).

- שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה נותר יציב בין השנים 2016-2013 ועמד על 12.9% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (13.8%) מאשר בקרב גברים (11.7%). השיעור היה נמוך פי 1.5 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (10.4%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (15.4%).
- שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות נותר יציב בין השנים 2016-2013 ועמד על 6.2% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (6.7%) מאשר בקרב גברים (5.6%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (7.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (5.5%).
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84 נותר יציב בין השנים 2016-2013 ועמד על 33.2% ב־2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (37.6%) מאשר בקרב גברים (27.8%). השיעור היה גבוה פי 1.8 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (44.0%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (24.5%).

שימוש בתרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים

- שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה ירד בין השנים 2016-2012, מ־5.3% בשנת 2012 ל־4.7% בשנת 2016. השיעור היה גבוה פי 1.5 בקרב נשים (5.5%) מאשר בקרב גברים (3.6%). השיעור היה נמוך פי 2 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (2.6%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (5.3%).
- שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה ירד בין השנים 2016-2012, מ־3.6% בשנת 2012 ל־2.4% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (2.7%) מאשר בקרב גברים (2.0%). השיעור היה נמוך פי 1.6 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (1.8%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (2.8%).

מחלות כרוניות

מחלות נשימתיות

אסתמה

- שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45 נותר יציב בין השנים 2016-2012 ועמד על 0.8% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (0.7%) מאשר בקרב גברים (0.9%). השיעור היה נמוך פי 1.8 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (0.6%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (1.0%).
- שיעור חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 שעבורם היחס בין תרופות למניעה לכלל התרופות לאסתמה (AMR) היה גדול או שווה ל־0.5 (יחס המעיד על טיפול נאות) עלה בין השנים 2016-2012, מ־65.9% בשנת 2012 ל־69.8% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השוואה בין השכבות החברתיות־כלכליות לא הצביעה על קשר מונוטוני, אך השיעור הגבוה ביותר נצפה בשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (74.3%).
- שיעור המחוסנים נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 עלה מ־36.5% ב־2012 ל־42.4% ב־2015, וירד בשנת 2016 ל־36.9%. בשנה זו, השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים

(38.0%) מאשר בקרב גברים (36.0%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (49.2%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (34.2%).

חסמת ריאות (Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

- שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-75 עלה בין השנים 2012-2016, מ-41.8% בשנת 2012 ל-70.3% בשנת 2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (68.5%) מאשר בקרב גברים (71.6%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (66.7%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (72.4%).
- תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בתיק הרפואי של חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-75 עלה בין השנים 2012-2016, מ-5.1% בשנת 2012 ל-25.9% בשנת 2016. השיעור היה דומה בנשים (25.4%) ובגברים (26.2%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (25.3%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (29.6%).

לב וכלי דם

מניעה ראשונית של מחלות לב

רמות כולסטרול

- שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 88.1% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (91.8%) מאשר בקרב גברים (84.2%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.
- שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 75.2% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (77.2%) מאשר בקרב גברים (73.0%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.
- באופן כללי, שיעור העמידה ביעד LDL למניעה ראשונית לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 83.3% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (86.2%) מאשר בקרב גברים (79.4%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

תיעוד ערכי לחץ דם

- שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 93.0% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (95.7%) מאשר בקרב גברים (90.1%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.
- שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 81.0% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (81.9%) מאשר בקרב גברים (80.0%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (85.4%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (77.5%).

מניעה שלישונית של מחלות לב

- מבין חולי הלב בני 35 ומעלה שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי, שיעור המטופלים בתרופות להורדת LDL נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 81.9% ב-2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (79.0%) מאשר בקרב גברים (82.7%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (79.1%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (84.1%).
- מבין חולי הלב בני 35 ומעלה שעברו ניתוח מעקפים או צנתור לב טיפולי, 63.3% הגיעו ליעד האיזון של רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טופלו בסטטינים בעצימות גבוהה בשנת 2016. השיעור עלה בין השנים 2013-2016, מ-55.9% בשנת 2013 ל-63.3% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (54.0%) מאשר בקרב גברים (66.1%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (65.6%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (62.4%).

סוכרת

בוגרים, גיל 18 ומעלה

- לאחר שנים של עליה מונוטונית, שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 9.7% ב-2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (9.1%) מאשר בקרב גברים (10.4%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (9.5%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (7.9%).

איכות הטיפול בסוכרת

- שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 89.7% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (90.7%) מאשר בקרב גברים (88.7%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.
- שיעור חולי הסוכרת בני 18-84, שמחלתם נחשבת מאוזנת (בעלי רמת HbA1c נמוכה או שווה ל-7% או 8% בהתאם לגיל ולוותק המחלה) עלה בין השנים 2012-2016, מ-63.2% בשנת 2012 ל-69.5% בשנת 2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (71.8%) מאשר בקרב גברים (67.3%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (57.2%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (78.6%).
- שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שאינם מאוזנים (בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% ירד בין השנים 2012-2016, מ-12.4% בשנת 2012 ל-10.4% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (9.7%) מאשר בקרב גברים (11.0%). השיעור היה גבוה פי 3 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (17.2%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (5.6%).

ניטור סיבוכי סוכרת

רטינופטיה סוכרתית

- שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84 אשר היה יציב בין השנים 2012-2015 ועמד על 75.7% ב־2015, ירד בשנת 2016 לכדי 72.2%. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (73.7%) מאשר בקרב גברים (70.9%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (70.6%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (74.6%).

מחלת כליות סוכרתית

- שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18 ומעלה עלה בין השנים 2012-2016, מ־76.3% ב־2012 ל־79.7% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב גברים ונשים ובין השכבות החברתיות־כלכליות השונות.
- שיעור התיעוד של תפקודי הכליות (GFR - estimated or measured glomerular filtration rate) בחולי סוכרת בני 18-84 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 91.2% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (92.6%) מאשר בקרב גברים (90.0%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (89.3%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (92.0%).
- שיעור חולי הסוכרת בני 18-84 הסובלים מפגיעה כלייתית עלה עליה מתונה בין השנים 2012-2016 ועמד על 31.5% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (29.4%) מאשר בקרב גברים (33.6%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (32.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (29.9%).
- מבין חולי הסוכרת בני 18-74 הסובלים מפגיעה כלייתית, שיעור המטופלים ב־ACEI/ARB ירד בין השנים 2012-2016, מ־77.9% בשנת 2012 ל־74.5% בשנת 2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (73.5%) מאשר בקרב גברים (75.1%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (73.4%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (76.3%).

ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

- שיעור התיעוד של ערכי לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 89.6% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב גברים ונשים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (91.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (87.6%).
- שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שעמדו ביעד האיזון (לחץ דם נמוך או שווה ל־140/90 מ"מ כספית) נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 83.2% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (86.6%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (82.3%).
- שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 90.0% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (91.2%) מאשר בקרב גברים (88.9%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות־כלכליות השונות.
- שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שהגיעו ליעד האיזון בכולסטרול (רמת LDL נמוכה או שווה ל־100 מ"ג/ד"ל) נותר יציב בין השנים 2012-2016, ועמד על 64.5% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (60.8%) מאשר בקרב גברים (68.3%). הפער היה בולט במיוחד מגיל

45 ומעלה. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (62.7%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (66.4%).

השמנה בסוכרתיים

- שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 86.5% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (88.9%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (83.7%).
- שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 34.9% ב-2016. השיעור היה נמוך יותר במידה ניכרת בקרב נשים (28.6%) מאשר בקרב גברים (40.1%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (32.1%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (39.2%).
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 30.5% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב גברים ונשים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (31.7%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (28.7%).
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 20.8% ב-2016. השיעור היה גבוה כמעט פי 2 בקרב נשים (28.1%) מאשר בקרב גברים (14.6%). השיעור היה גבוה פי 1.7 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (25.0%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (14.8%).
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר והשמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 65-84 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 43.9% ב-2016. השיעור היה גבוה יותר במידה ניכרת בקרב נשים (51.0%) מאשר בקרב גברים (36.3%). השיעור היה גבוה פי 1.5 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (52.2%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (35.3%).

חיסונים

- שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שקבלו חיסון נגד שפעת עלה בין השנים 2012-2015, מ-57.5% בשנת 2012 ל-63.5% בשנת 2015. השיעור ירד לכדי 61.9% בשנת 2016, והיה מעט נמוך יותר בקרב נשים (61.3%) מאשר בקרב גברים (62.5%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.
- שיעור חולי הסוכרת המבוגרים, בני 65-74, שקבלו חיסון נגד פניאומוקוק נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 84.5% ב-2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (82.9%) מאשר בקרב גברים (86.1%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (90.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (83.7%).

ילדים ובני נוער (גיל 2-17)

- שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב ילדים ובני נוער (בני 2-17) נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 0.1% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

איכות הטיפול בסוכרת

- שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 87.9% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (84.3%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (92.2%).
- שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17 עלה בין השנים 2012-2016, מ-73.0% בשנת 2012 ל-80.5% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (85.7%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (73.8%).
- שיעור הילדים ובני הנוער (בני 2-17) שמחלתם נחשבת בלתי מאוזנת (בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9%) ירד בין השנים 2012-2016, מ-43.1% בשנת 2012 ל-35.6% בשנת 2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב בנות (36.5%) מאשר בקרב בנים (34.7%). השיעור היה גבוה פי 2.6 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (49.5%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (19.0%).
- שיעור הילדים ובני הנוער חולי הסוכרת אשר קבלו חיסון נגד שפעת נותר עלה בין השנים 2012-2015 מ-45.1% בשנת 2012 ל-54.8% בשנת 2015, השיעור ירד בשנת 2016 לכדי 46.2%. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור היה גבוה פי 1.5 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (57.2%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (37.2%).

שימוש בתרופות אנטיביוטיות

סך השימוש בתרופות אנטיביוטיות ל-1000 איש ליום

- היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות נותר יציב בין השנים 2012-2016 ובשנת 2016 עמד על 20.8 DDD ל-1000 איש ליום. היקף השימוש היה גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים (24.0 ו-17.4 DDD ל-1000 איש ליום, בהתאמה). היקף השימוש בשכבה החברתית-כלכלית החלשה היה גבוה בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (21.3 ו-18.5 DDD ל-1000 איש ליום, בהתאמה).

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספרינים וקווינולונים

- פרופורציית השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספרינים וקווינולונים, מתוך סך התרופות האנטיביוטיות ירדה מעט בין השנים 2012-2016, מ-24.1% בשנת 2012 ל-22.0% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (24.0%) מאשר בקרב גברים (19.2%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (18.3%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (24.8%).

קידום בריאות



רקע

חשיבות

השמנת יתר קשורה בתחלואה משמעותית בכל הגילאים. בשנת 1997 הגדיר ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) את תופעת ההשמנה כמחלה [1]. השמנת יתר קשורה למרבית הבעיות הרפואיות השכיחות בחברה המערבית, ביניהן סוכרת מסוג 2, יתר לחץ דם, סוגים רבים של סרטן, מחלת לב כלילית ואי ספיקת לב, שהטיפול בהן גובה עלויות רבות [2]. עבודות שונות מעריכות כי השמנת האוכלוסייה אף תוביל להפחתה בתוחלת החיים [3].

ערך ה־BMI (Body Mass Index) מדד המורכב מהיחס שבין משקל הגוף (הנמדד בקילוגרמים) לגובה בריבוע (הנמדד במטרים) הינו אמת־מידה לסווג קטגורית המשקל. מקובל להגדיר משקל תקין כ־BMI שבין 19 ל־25, עודף משקל כ־BMI שבין 25 ל־30 והשמנת יתר כ־BMI הגבוה או שווה ל־30 ק"ג/מ"ר. ערך BMI קטן מ־19 מוגדר כמת משקל. ראוי לציין כי הסיכון למחלת לב כלילית עולה עם ערכי ה־BMI כבר מערכים שהינם בטווח התקין, באופן שאינו תלוי בגורמי סיכון אחרים (כגון רמה מוגברת של שומנים בדם ויתר לחץ דם) [2]. באופן דומה, הודגם בישראל, כי הסיכון לתמותה מסיבות קרדיווסקולריות עולה כבר בטווח הנורמלי של BMI בגיל הנעורים והוא גבוה במיוחד עבור נערים בעלי עודף משקל והשמנה [4].

היבטים אפידמיולוגיים

למרות הידיעה שהשמנת יתר הינה גורם סיכון בריאותי מרכזי, היקפיה הגיעו לרמה של מגפה, ומגמת העליה נמשכת. בשנים 1990-2016 עלה האחוז הממוצע של מבוגרים שמנים בארה"ב מ־11.1% ל־29.8% [5].

לפי דו"ח ה־OECD משנת 2017, שיעור המבוגרים הסובלים מהשמנת יתר עמד על 19.5% מכלל אוכלוסיית המדינות החברות בארגון, ונע מ־6% בקוריאה ועד ל־30% בהונגריה, ניו־זילנד, מקסיקו וארה"ב [6].

לפי הערכות המבוססות על סקרי אוכלוסייה בארה"ב (National Health and Nutrition Examination Surveys), אם ימשיכו המגמות הנוכחיות, בשנת 2030, יותר ממחצית אוכלוסיית ארה"ב תסבול מהשמנת יתר, כשליש יסבלו מעודף משקל ופחות מ־15% יהיו בעלי משקל תקין [7]. בסקר הבריאות הלאומי, שנערך בישראל בשנים 2013-2015, נמצא, כי בקרב האוכלוסייה הבוגרת, 27.0% מהנשים ו־38.1% מהגברים סובלים מעודף משקל וכ־18% מכלל הנשים והגברים המבוגרים בישראל סובלים מהשמנת יתר [8]. עוד נמצא, כי ברוב קבוצות הגיל שיעורי עודף המשקל והשמנת היתר גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. תיעוד מרכיבי ה־BMI והערכת השמנת יתר הינם צעדים ראשוניים בהבנת ממדי התופעה בישראל, ומהווים בסיס מידע לתוכניות התערבות ומניעה ברמה הפרטנית.

ההתייחסות הנדרשת מהמערכת הרפואית

מחקרים רבים עוסקים באסטרטגיות שונות להורדה במשקל, אך הצעד הראשון בהתמודדות עם בעיית ההשמנה הינו ללא ספק זיהוי של הבעיה ואפיונה. הדרישה לתייעוד משקל וגובה, הדרושים לחישוב ה-BMI, מאפשרת לזהות מבוטחים שמשקלם אינו בטווח האופטימאלי ומעלה את הנושא לשיח שבין הרופא למבוטח. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת מומלץ לעקוב אחר ה-BMI בתדירות התלויה בגיל [9]. כדי לקבל תמונה מקיפה על התפלגות קטגוריות מסת הגוף באוכלוסייה הדו"ח מציג את שיעורי ההמצאות של ארבע קטגוריות: תת משקל, משקל תקין, עודף משקל והשמנת יתר. עבור האוכלוסייה המבוגרת, קיימת הגדרה שונה של קטגוריות המשקל. לפיכך בפרק זה מוצגים נתונים עבור בני 20-64 בלבד, ואילו נתונים אודות ניטור משקל הגוף בבני 65 ומעלה מוצגים בנפרד, בפרק העוסק באוכלוסייה המבוגרת.

מדדים

- ✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64
- ✓ התפלגות קטגוריות מסת הגוף בקרב מבוטחים בני 20-64: תת משקל, משקל תקין, עודף משקל והשמנת יתר

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 20-64 עם תיעוד של מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה)

רציונאל: השמנה הינה מגיפה הצפויה להגביר את התחלואה ולהאיץ את התמותה במדינות המערב, תוך שהיא מהווה נטל כלכלי עצום. ערך ה-BMI הינו אמת-מידה של השמנה, המבוסס על משקל ביחס לגובה האדם. זיהוי פרטים באוכלוסייה בעלי עודף משקל או השמנה מאפשר התאמת התערבויות הולמות להתמודדות עם אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר למחלות כרוניות רבות בעידן המודרני. מתן תשומת לב לזיהוי השמנה וטיפול בה, בעיקר לפני הופעת תחלואה נלוות, הוא בעל חשיבות מרובה.

מכנה: מבוטחים בני 20-64

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה): תיעוד גובה פעם אחת אחרי גיל 18 ותיעוד משקל בחמש השנים האחרונות

הערות: נתונים אודות תיעוד מרכיבי BMI בבני 65 ואילך ניתן למצוא בפרק המבוגרים.

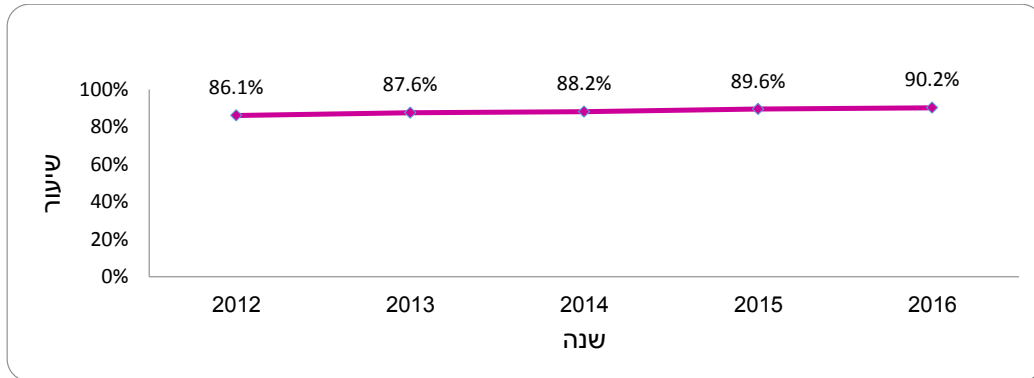
תוצאות (תרשימים 3-5 וטבלאות 2-3)

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 90.2% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (92.8%) מאשר בקרב גברים (87.4%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (91.3%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (88.6%).

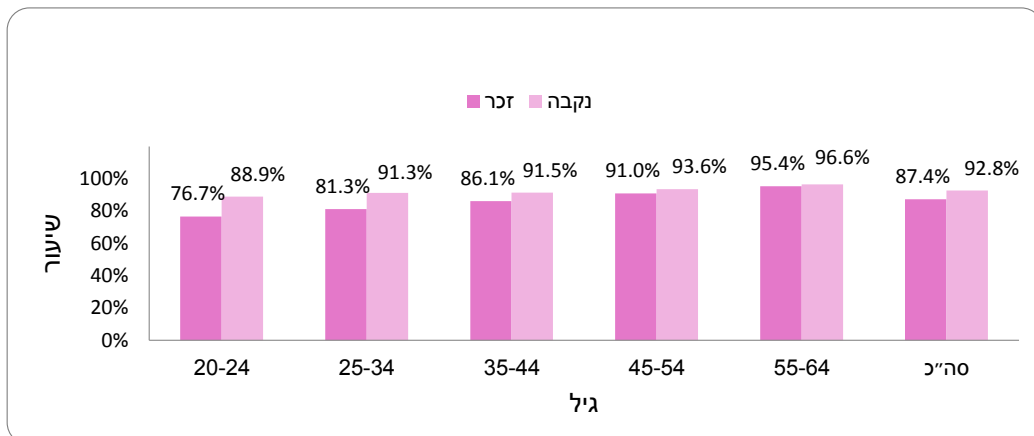
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

שיעור המבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64 (מכנה)

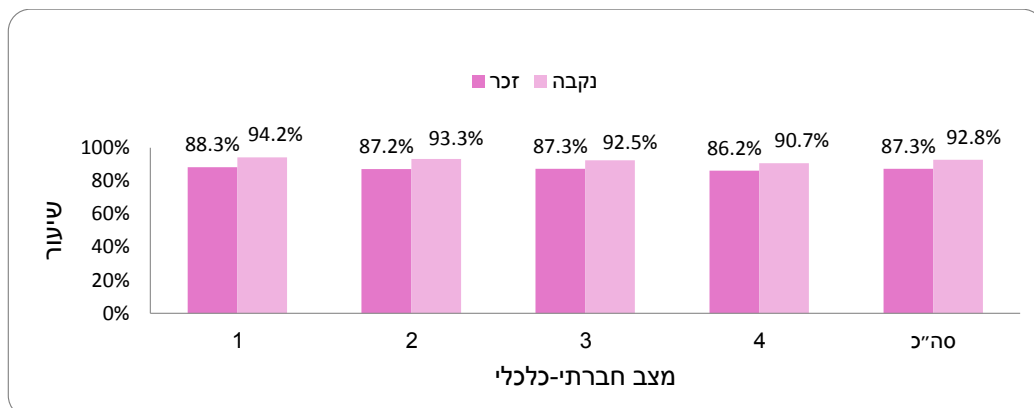
תרשים 3: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 4: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 5: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

מבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64 (מכנה)

טבלה 2: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		55-64	45-54	35-44	25-34	20-24	
זכר	מונה	298,140	343,549	396,294	374,625	34,269	1,446,877
	מכנה	312,479	377,356	460,331	460,525	44,705	1,655,396
	שיעור	95.4%	91.0%	86.1%	81.3%	76.7%	87.4%
נקבה	מונה	331,360	375,007	446,642	454,935	51,595	1,659,539
	מכנה	342,863	400,779	488,078	498,106	58,048	1,787,874
	שיעור	96.6%	93.6%	91.5%	91.3%	88.9%	92.8%
סה"כ	מונה	629,500	718,556	842,936	829,560	85,864	3,106,416
	מכנה	655,342	778,135	948,409	958,631	102,753	3,443,270
	שיעור	96.1%	92.3%	88.9%	86.5%	83.6%	90.2%

טבלה 3: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1		
20-24	מונה	5,624	19,798	26,289	31,317	83,028	
	מכנה	6,870	23,972	31,833	36,851	99,526	
	שיעור	81.9%	82.6%	82.6%	85.0%	83.4%	
25-34	מונה	111,149	262,790	237,011	187,058	798,008	
	מכנה	130,979	304,826	274,260	213,098	923,163	
	שיעור	84.9%	86.2%	86.4%	87.8%	86.4%	
35-44	מונה	145,576	284,528	212,823	171,279	814,206	
	מכנה	167,484	322,014	239,715	187,858	917,071	
	שיעור	86.9%	88.4%	88.8%	91.2%	88.8%	
45-54	מונה	120,642	239,125	201,088	134,942	695,797	
	מכנה	134,486	260,073	216,909	142,738	754,206	
	שיעור	89.7%	91.9%	92.7%	94.5%	92.3%	
55-64	מונה	104,815	223,476	193,896	86,786	608,973	
	מכנה	110,673	232,771	201,555	89,304	634,303	
	שיעור	94.7%	96.0%	96.2%	97.2%	96.0%	
סה"כ	מונה	487,806	1,029,717	871,107	611,382	3,000,012	
	מכנה	550,492	1,143,656	964,272	669,849	3,328,269	
	שיעור	88.6%	90.0%	90.3%	91.3%	90.1%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

התפלגות השמנת יתר, עודף משקל, משקל תקין ותת משקל בקרב בני 20-64

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

רציונאל: השמנה הינה מגיפה הצפויה להגביר את התחלואה ולהאיץ את התמותה במדינות המערב, תוך שהיא מהווה נטל כלכלי עצום. עודף משקל הינו מצב הקשור, אמנם במידה מופחתת, עם תחלואה ותמותה לבבית. ערך ה-BMI הינו אמת-מידה לסווג קטגוריות המשקל, המבוסס על משקל ביחס לגובה האדם. מקובל להגדיר משקל תקין כ-BMI שבין 19 ל-25, עודף משקל כ-BMI שבין 25 ל-30 והשמנת יתר כ-BMI הגבוה או שווה ל-30 ק"ג/מ"ר. ערך BMI קטן מ-19 מוגדר כתת משקל. זיהוי פרטים באוכלוסייה הסובלים מהשמנת יתר מאפשר התאמת התערבויות הולמות להתמודדות עם אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר למחלות כרוניות רבות בעידן המודרני. מתן תשומת לב לזיהוי השמנה וטיפול בה, בעיקר לפני הופעת תחלואה נלוות, הוא בעל חשיבות מרובה.

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

מונה: בהתאם לקטגוריה

השמנת יתר: מספר המבוטחים במכנה עם BMI גבוה או שווה ל-30 ק"ג/מ"ר
עודף משקל: מספר המבוטחים במכנה עם BMI קטן מ-30 וגבוה או שווה ל-25 ק"ג/מ"ר
משקל תקין: מספר המבוטחים במכנה עם BMI קטן מ-25 וגבוה או שווה ל-19 ק"ג/מ"ר
תת משקל: מספר המבוטחים במכנה עם BMI קטן מ-19 ק"ג/מ"ר

הערות: עבור האוכלוסייה המבוגרת, קיימת הגדרה שונה של קטגוריות המשקל. לפיכך, נתונים אודות משקל הגוף בבני 65 ומעלה מוצגים בנפרד, בפרק העוסק באוכלוסייה המבוגרת.

תוצאות (תרשימים 6-17 וטבלאות 4-11)

שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 2.6% ב-2016. השיעור היה גבוה פי 2.4 בקרב נשים (3.5%) מאשר בקרב גברים (1.5%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (2.1%) היה נמוך בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (2.7%).

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 39.8% ב-2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (42.9%) מאשר בקרב גברים (36.3%). השיעור היה נמוך פי 1.5 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (32.8%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (48.6%).

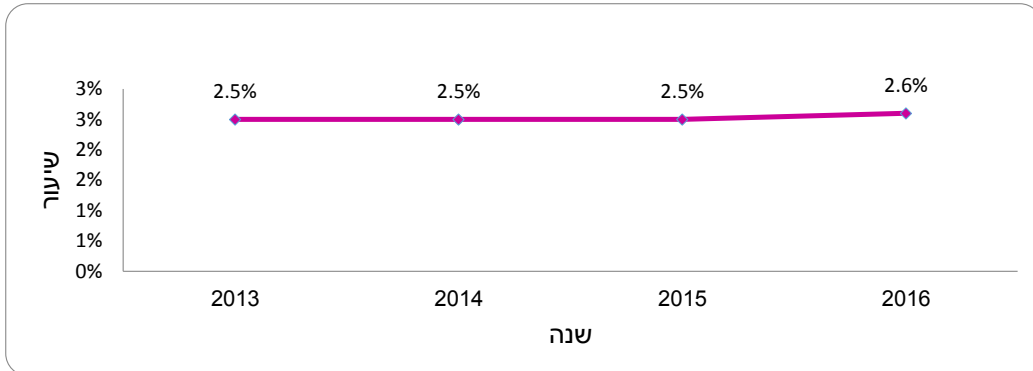
שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 34.1% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (28.9%) מאשר בקרב גברים (40.1%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (35.2%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (32.5%).

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 22.9% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (23.8%) מאשר בקרב גברים (21.9%). השיעור היה גבוה פי 2 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (29.6%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (15.1%).

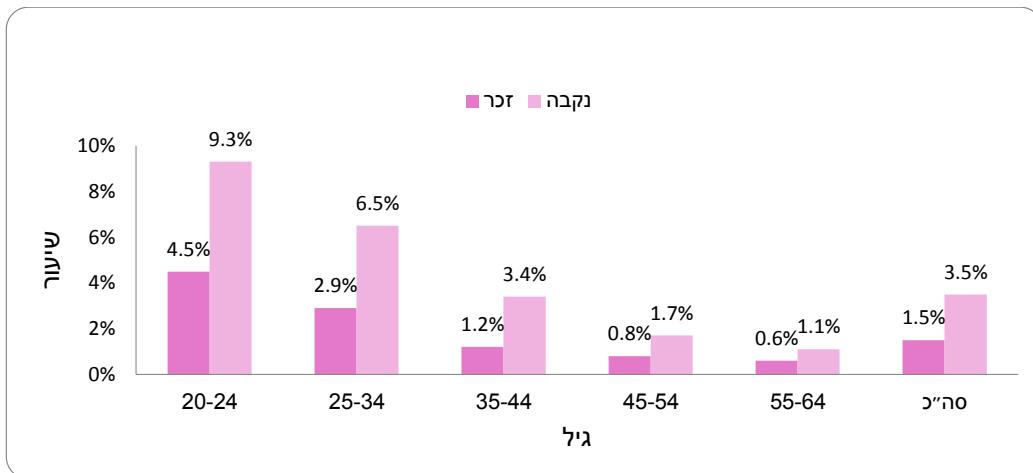
שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64

שיעור המבוטחים בעלי תת משקל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64 (מכנה)

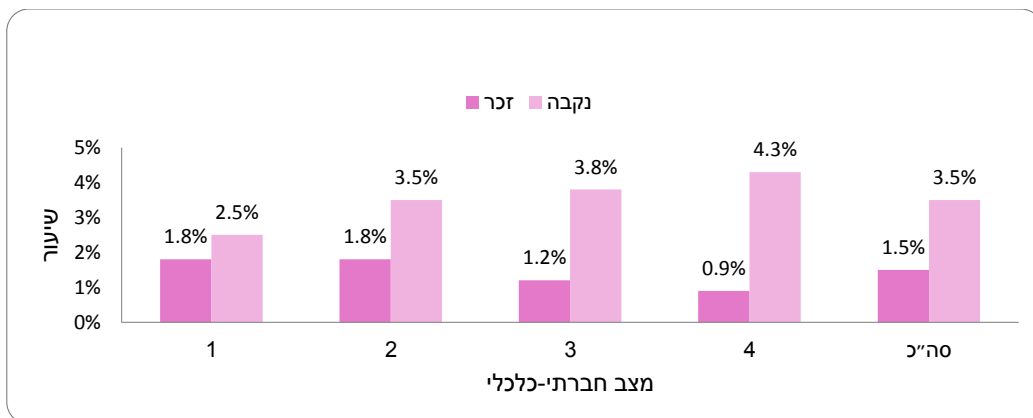
תרשים 6: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 7: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 8: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב בני 20-64

מבוטחים בעלי תת משקל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64 (מכנה)

טבלה 4: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	סה"כ
זכר	מונה	981	10,678	4,753	2,596	1,856	20,864
	מכנה	21,771	374,625	396,294	343,549	295,553	1,431,792
	שיעור	4.5%	2.9%	1.2%	0.8%	0.6%	1.5%
נקבה	מונה	3,336	29,472	14,994	6,348	3,509	57,659
	מכנה	35,759	454,935	446,642	375,007	328,605	1,640,948
	שיעור	9.3%	6.5%	3.4%	1.7%	1.1%	3.5%
סה"כ	מונה	4,317	40,150	19,747	8,944	5,365	78,523
	מכנה	57,530	829,560	842,936	718,556	624,158	3,072,740
	שיעור	7.5%	4.8%	2.3%	1.2%	0.9%	2.6%

טבלה 5: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

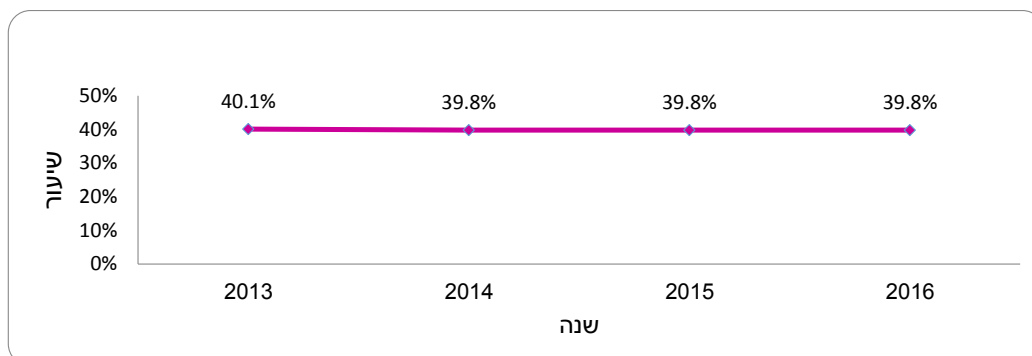
		מצב חברתי-כלכלי				
		1	2	3	4	סה"כ
20-24	מונה	1,128	1,416	1,163	432	4,139
	מכנה	20,784	16,734	13,056	4,188	54,762
	שיעור	5.4%	8.5%	8.9%	10.3%	7.6%
25-34	מונה	7,089	12,279	13,463	6,053	38,884
	מכנה	187,058	237,011	262,790	111,149	798,008
	שיעור	3.8%	5.2%	5.1%	5.4%	4.9%
35-44	מונה	2,652	5,190	7,218	4,173	19,233
	מכנה	171,279	212,823	284,528	145,576	814,206
	שיעור	1.5%	2.4%	2.5%	2.9%	2.4%
45-54	מונה	1,249	2,650	3,083	1,686	8,668
	מכנה	134,942	201,088	239,125	120,642	695,797
	שיעור	0.9%	1.3%	1.3%	1.4%	1.2%
55-64	מונה	686	1,850	1,781	857	5,174
	מכנה	86,066	191,813	221,579	104,181	603,639
	שיעור	0.8%	1.0%	0.8%	0.8%	0.9%
סה"כ	מונה	12,804	23,385	26,708	13,201	76,098
	מכנה	600,129	859,469	1,021,078	485,736	2,966,412
	שיעור	2.1%	2.7%	2.6%	2.7%	2.6%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

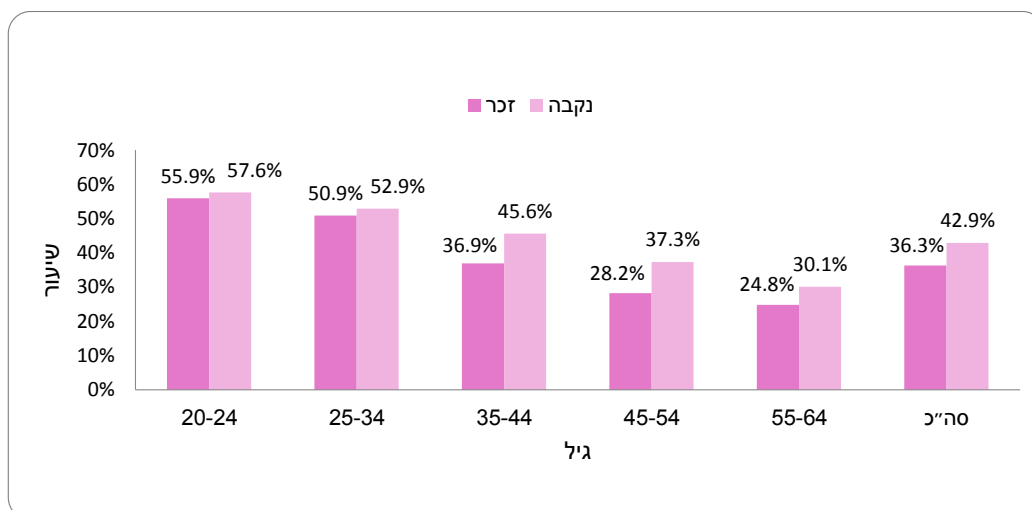
שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב מבוגרים בני 20-64

שיעור המבוססים בעלי משקל תקין (מונה), מקרב מבוגרים בני 20-64 (מכנה)

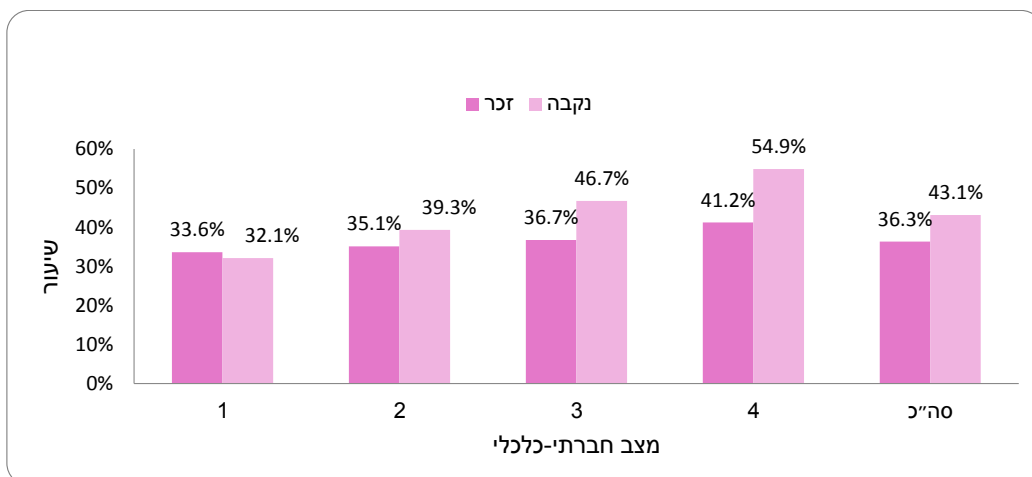
תרשים 9: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 10: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 11: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב מבוגרים בני 20-64

מבוטחים בעלי משקל תקין (מונה), מקרב מבוגרים בני 20-64 (מכנה)

טבלה 6: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	מונה	519,357	73,297	96,822	146,200	190,862	12,176
	מכנה	1,431,792	295,553	343,549	396,294	374,625	21,771
	שיעור	36.3%	24.8%	28.2%	36.9%	50.9%	55.9%
נקבה	מונה	703,839	99,065	139,969	203,623	240,587	20,595
	מכנה	1,640,948	328,605	375,007	446,642	454,935	35,759
	שיעור	42.9%	30.1%	37.3%	45.6%	52.9%	57.6%
סה"כ	מונה	1,223,196	172,362	236,791	349,823	431,449	32,771
	מכנה	3,072,740	624,158	718,556	842,936	829,560	57,530
	שיעור	39.8%	27.6%	33.0%	41.5%	52.0%	57.0%

טבלה 7: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

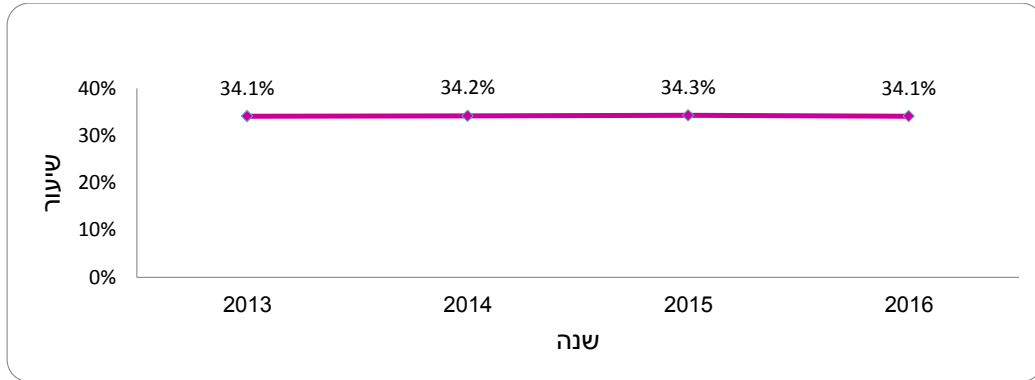
		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
20-24	מונה	31,217	2,754	7,845	9,305	11,313
	מכנה	54,762	4,188	13,056	16,734	20,784
	שיעור	57.0%	65.8%	60.1%	55.6%	54.4%
25-34	מונה	415,709	69,219	144,033	117,968	84,489
	מכנה	798,008	111,149	262,790	237,011	187,058
	שיעור	52.1%	62.3%	54.8%	49.8%	45.2%
35-44	מונה	339,270	76,175	127,213	82,663	53,219
	מכנה	814,206	145,576	284,528	212,823	171,279
	שיעור	41.7%	52.3%	44.7%	38.8%	31.1%
45-54	מונה	230,501	51,795	85,806	61,886	31,014
	מכנה	695,797	120,642	239,125	201,088	134,942
	שיעור	33.1%	42.9%	35.9%	30.8%	23.0%
55-64	מונה	167,284	36,354	65,106	48,822	17,002
	מכנה	603,639	104,181	221,579	191,813	86,066
	שיעור	27.7%	34.9%	29.4%	25.5%	19.8%
סה"כ	מונה	1,183,981	236,297	430,003	320,644	197,037
	מכנה	2,966,412	485,736	1,021,078	859,469	600,129
	שיעור	39.9%	48.6%	42.1%	37.3%	32.8%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64

שיעור המבוטחים בעלי עודף משקל (מונה), מקרב בני 20-64 (מכנה)

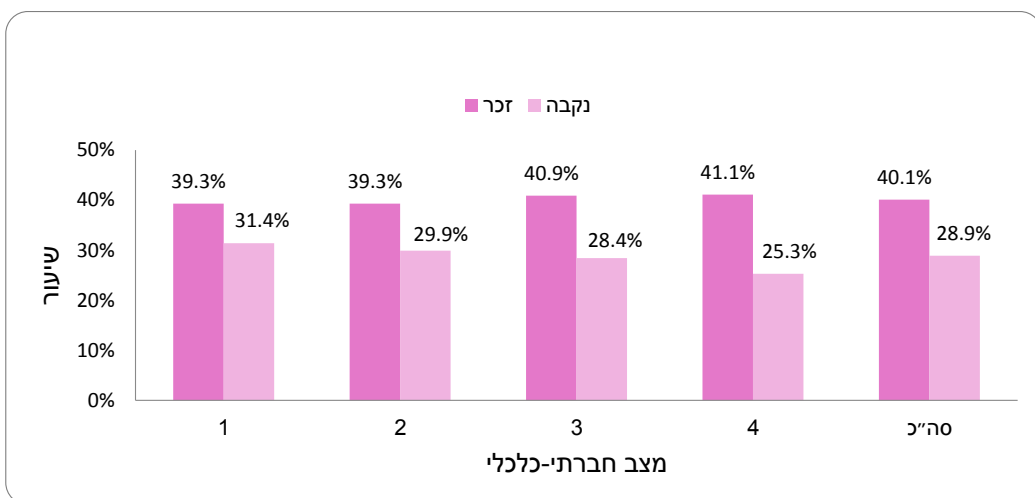
תרשים 12: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 13: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 14: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב בני 20-64

המבוטחים בעלי עודף משקל (מונה), מקרב בני 20-64 (מכנה)

טבלה 8: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	מונה	574,293	135,064	151,743	161,397	120,298	5,791
	מכנה	1,431,792	295,553	343,549	396,294	374,625	21,771
	שיעור	40.1%	45.7%	44.2%	40.7%	32.1%	26.6%
נקבה	מונה	474,799	113,576	118,369	125,800	109,590	7,464
	מכנה	1,640,948	328,605	375,007	446,642	454,935	35,759
	שיעור	28.9%	34.6%	31.6%	28.2%	24.1%	20.9%
סה"כ	מונה	1,049,092	248,640	270,112	287,197	229,888	13,255
	מכנה	3,072,740	624,158	718,556	842,936	829,560	57,530
	שיעור	34.1%	39.8%	37.6%	34.1%	27.7%	23.0%

טבלה 9: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

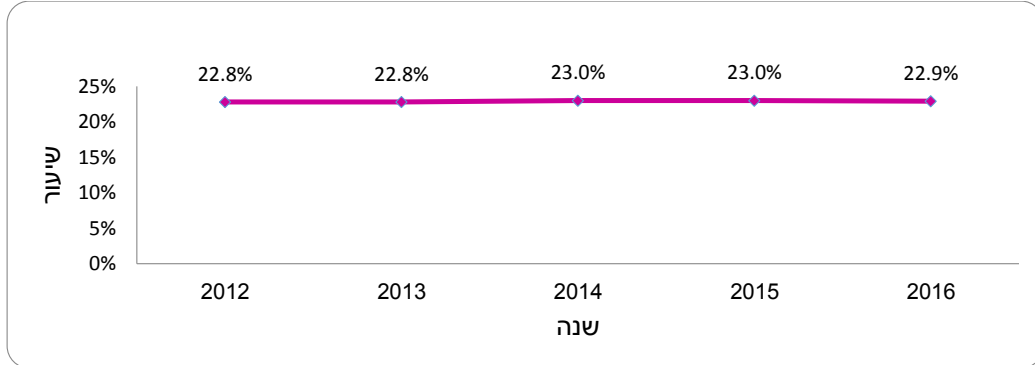
		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
20-24	מונה	12,556	742	2,676	3,783	5,355
	מכנה	54,762	4,188	13,056	16,734	20,784
	שיעור	22.9%	17.7%	20.5%	22.6%	25.8%
25-34	מונה	220,501	25,302	69,457	67,017	58,725
	מכנה	798,008	111,149	262,790	237,011	187,058
	שיעור	27.6%	22.8%	26.4%	28.3%	31.4%
35-44	מונה	276,756	44,387	94,831	73,249	64,289
	מכנה	814,206	145,576	284,528	212,823	171,279
	שיעור	34.0%	30.5%	33.3%	34.4%	37.5%
45-54	מונה	261,644	44,232	90,776	75,286	51,350
	מכנה	695,797	120,642	239,125	201,088	134,942
	שיעור	37.6%	36.7%	38.0%	37.4%	38.1%
55-64	מונה	240,827	43,160	91,076	75,083	31,508
	מכנה	603,639	104,181	221,579	191,813	86,066
	שיעור	39.9%	41.4%	41.1%	39.1%	36.6%
סה"כ	מונה	1,012,284	157,823	348,816	294,418	211,227
	מכנה	2,966,412	485,736	1,021,078	859,469	600,129
	שיעור	34.1%	32.5%	34.2%	34.3%	35.2%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

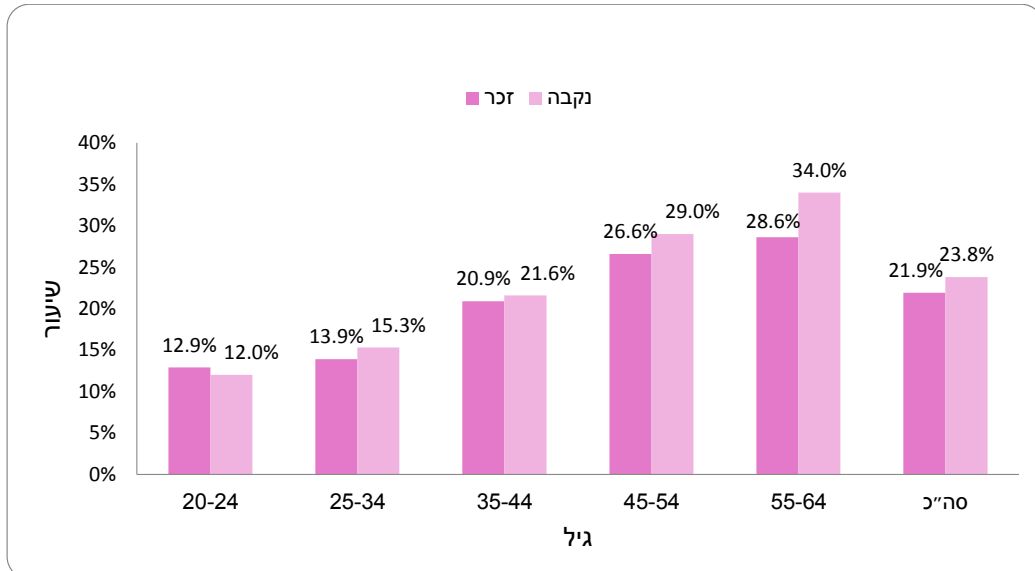
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64

שיעור המבוטחים בעלי ערך BMI גבוה או שווה ל-30 (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64

תרשים 15: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 16: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 17: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64

מבוטחים בעלי ערך BMI גבוה או שווה ל-30 (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64

טבלה 10: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	מונה	313,390	84,649	91,268	82,741	51,932	2,800
	מכנה	1,431,792	295,553	343,549	396,294	374,625	21,771
	שיעור	21.9%	28.6%	26.6%	20.9%	13.9%	12.9%
נקבה	מונה	390,806	111,725	108,802	96,322	69,683	4,274
	מכנה	1,640,948	328,605	375,007	446,642	454,935	35,759
	שיעור	23.8%	34.0%	29.0%	21.6%	15.3%	12.0%
סה"כ	מונה	704,196	196,374	200,070	179,063	121,615	7,074
	מכנה	3,072,740	624,158	718,556	842,936	829,560	57,530
	שיעור	22.9%	31.5%	27.8%	21.2%	14.7%	12.3%

טבלה 11: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
20-24	מונה	6,737	247	1,343	2,185	2,962
	מכנה	54,762	4,188	13,056	16,734	20,784
	שיעור	12.3%	5.9%	10.3%	13.1%	14.3%
25-34	מונה	116,469	9,087	33,184	37,976	36,222
	מכנה	798,008	111,149	262,790	237,011	187,058
	שיעור	14.6%	8.2%	12.6%	16.0%	19.4%
35-44	מונה	171,859	18,420	52,303	50,447	50,689
	מכנה	814,206	145,576	284,528	212,823	171,279
	שיעור	21.1%	12.7%	18.4%	23.7%	29.6%
45-54	מונה	192,353	22,087	58,397	60,711	51,158
	מכנה	695,797	120,642	239,125	201,088	134,942
	שיעור	27.6%	18.3%	24.4%	30.2%	37.9%
55-64	מונה	188,947	23,372	63,023	65,769	36,783
	מכנה	603,639	104,181	221,579	191,813	86,066
	שיעור	31.3%	22.4%	28.4%	34.3%	42.7%
סה"כ	מונה	676,365	73,213	208,250	217,088	177,814
	מכנה	2,966,412	485,736	1,021,078	859,469	600,129
	שיעור	22.8%	15.1%	20.4%	25.3%	29.6%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

רקע

חשיבות

עישון טבק ומוצרי מהווה גורם סיכון למגוון מחלות שכיחות הכוללות [8]:

- שאתות ממאירות (סרטן): שאתות של הריאות, חלל הפה, הושט, הלב, הכליות, שלפוחית השתן וצוואר הרחם. ההערכה היא, כי העישון גורם ל-90% ממקרי התמותה עקב שאתות של הריאות בגברים ו-80% בנשים.
- מחלות לב וכלי-דם: העישון מהווה גורם סיכון חשוב להתפתחות טרשת עורקים ומגביר סיכון למחלות לב איסכמיות, שבץ מוחי, מחלת כלי דם פריפרית והתפתחות מפרצות של אבי העורקים.
- מחלות נשימתיות: העיקרית בהן היא מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), ש-80%-90 ממקרי התחלואה בגינה בארה"ב מיוחסים לעישון.
- בעיות פוריות וסיבוכי הריון ולידה.
- עישון סביל (פסיבי) גם הוא גורם סיכון למגוון מחלות, ביניהן סרטן הריאה ומחלת לב איסכמית [10].

היבטים אפידמיולוגיים

מכיוון שעישון טבק ומוצרי מהווה גורם סיכון לרבות מהמחלות הניצבות בראש רשימת הסיבות לתמותה, אין זה מפתיע שהוא נחשב לגורם המוות בר-המניעה הראשון בחשיבותו בעולם. על פי הערכת ארגון הבריאות העולמי, תחלואה הקשורה בעישון גורמת לתמותה של כ-6 מיליון איש בשנה בעולם כולו [11]. בין השנים 2005 ו-2009 התמותה השנתית המיוחסת לעישון בארה"ב לבדה הוערכה ב-437,400 איש (254,100 גברים ו-183,300 נשים) [12], והעלות השנתית למערכת הבריאות הוערכה ב-600.432 ביליון דולרים [13]. בישראל ההערכה היא שכ-10,000 ממקרי המוות בשנה מיוחסים לעישון [14]. בשנת 2016 נפטרו כתוצאה מתחלואה שנגרמה מעישון כ-8,000 ישראלים, מהם כ-800 כתוצאה מתחלואה שנגרמה מחשיפה לעישון כפוי, והטיפול במחלות הקשורות בעישון וההוצאות הנלוות אליהן היה כרוך בעלות של לפחות כ-3.7 מיליארד שקל [15]. על פי "סקר פעילות גופנית 2016" שנערך במרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם), במשרד הבריאות, בשיתוף עם משרד התרבות והספורט בשנים 2016-2017, שיעור העישון באוכלוסייה הבוגרת (בני 18 ומעלה) של מדינת ישראל עומד על 22.7% [15]. ביחס למדינות החברות ב-OECD, שיעור העישון בקרב גברים בישראל (30.9%) הוא קרוב למוצע (25.6%), ואילו שיעור הנשים המעשנות (16.0%) נמצא במקום נמוך יחסית לשאר המדינות בארגון (מוצע 16.9%) [15].

גורמי סיכון

העישון הוא הרגל אשר נרכש לרוב בגיל צעיר. שיעור בני הנוער המדווחים כי התנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם עולה מ-6% בכתה ו' ל-20% בכתה י', שיעור זה מעט גבוה יותר מהממוצע בקרב קבוצת גיל זו באירופה, העומד על כ-17%. בקרב מתגייסים לצה"ל הגיל הממוצע המדווח להתחלת עישון הוא 15.8 שנים בקרב שני המינים. בישראל אחוז המעשנים עולה במהלך השרות הצבאי, אם כי רוב המעשנים המשתחררים מצה"ל החלו לעשן טרם גיוסם [16].

הגיל הממוצע להתחלת עישון סיגריות על פי הדו"ח האחרון של שרת הבריאות על העישון בישראל הינו 18.1 שנים בקרב גברים יהודים, 19.5 שנים בקרב נשים יהודיות, 19.4 שנים בקרב גברים ערבים ו-25.0 שנים בקרב נשים ערביות. חציון גיל התחלת העישון הוא 17 שנה עבור גברים יהודים, 18 שנה עבור נשים יהודיות וגברים ערבים, ו-21 שנה עבור אוכלוסיית הנשים הערביות [15].

התייחסות נדרשת מהמערכת הרפואית

ידוע כי נזקי העישון הם הפיכים בחלקם. כלומר, הפסקת עישון מורידה את הסיכון למחלות הנגרמות על-ידי עישון ומציעה יתרונות בריאותיים הן בטווח המידי והן בטווח הארוך [17].

לצד המאמצים התחיקתיים והחינוכיים לצמצום מימדי התופעה בחברה, יש לרופאי המשפחה תפקיד מכריע בגמילה מעישון ברמת הפרט. הצעד הראשון במאבק זה הינו לזהות את המעשנים, ובעיקר את אלו הרוצים עזרה בהפסקת עישון. הדרישה לתיעוד מצב העישון מציפה את הנושא בשיח שבין הרופא למטופל ועוזרת לאפיין את אוכלוסיית המעשנים לשם מיקוד המשאבים המוקצים להתמודדות עם הבעיה. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, מומלץ לברר ולתעד עישון בקרב כלל האוכלוסייה ולייעץ לגבי נזקי העישון האקטיבי והכפוי (פסיבי) [9].

מדדים

- ✓ שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74
- ✓ שיעור עישון בקרב בני 16-74

שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

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

רציונאל: למרות שלל העדויות שהצטברו בחמישים השנים האחרונות לגבי ההשלכות הבריאותיות השליליות של העישון, כחמישית מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל מעשנת. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, מומלץ לברר ולתעד מצב עישון בקרב כלל האוכלוסייה ולייעץ לגבי נזקי העישון האקטיבי והכפוי (פסיבי). תהליך תיעוד מצב העישון על ידי הרופא מעלה את הסוגיה לשיח שבין הרופא למטופל, מאפשר לרופא להציג את ההשפעות השליליות של ההרגל ולפרוש בפני המטופל את שלל האפשרויות לעזרה בתהליך הגמילה מעישון.

מכנה: מבוטחים בני 16-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מצב עישון (האם מעשנים, אם לא) בתיק הרפואי ב־5 השנים האחרונות

הערות: אין

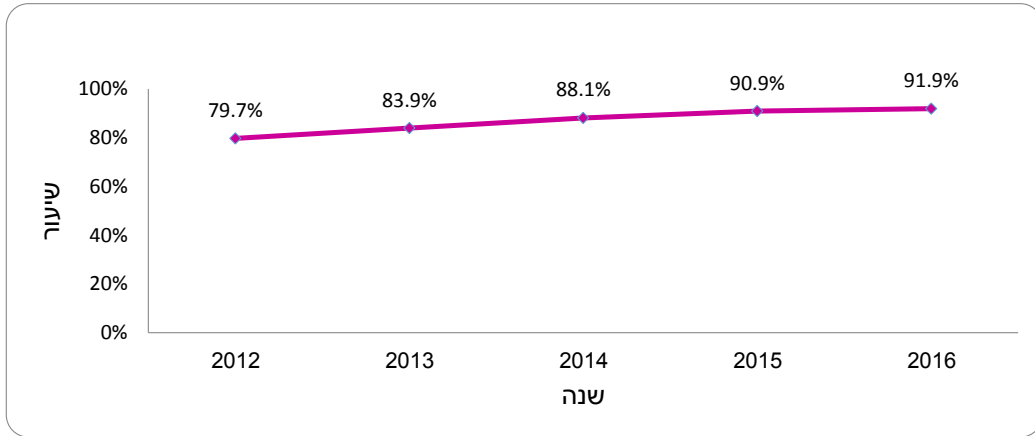
תוצאות (תרשימים 18-20 וטבלאות 12-13)

שיעור תיעוד מצב העישון בקרב בני 16-74 עלה בין השנים 2012-2016, מ־79.7% בשנת 2012 ל־91.9% בשנת 2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (93.4%) מאשר בקרב גברים (90.2%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (92.5%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (91.0%).

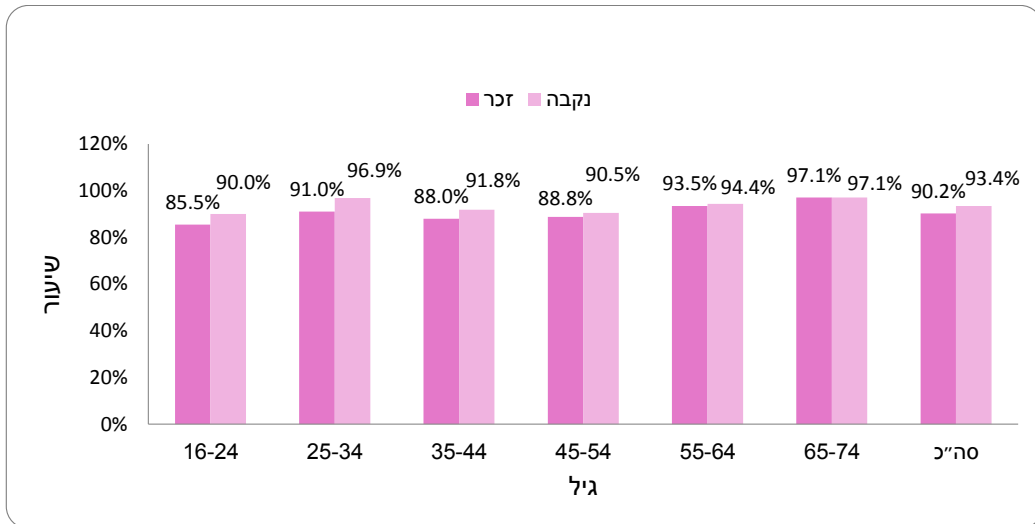
שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

שיעור המבוטחים עם תיעוד מצב עישון ב־5 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 16-74 (מכנה)

תרשים 18: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 19: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 20: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

מבוטחים עם תיעוד מצב עישון ב־5 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 16-74 (מכנה)

טבלה 12: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		סה"כ	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24	
זכר	מונה	1,983,219	226,089	320,061	335,063	404,957	419,276	277,773	
	מכנה	2,198,230	232,791	342,295	377,356	460,331	460,525	324,932	
	שיעור	90.2%	97.1%	93.5%	88.8%	88.0%	91.0%	85.5%	
נקבה	מונה	2,230,689	261,373	355,367	362,655	448,216	482,734	320,344	
	מכנה	2,388,668	269,237	376,604	400,779	488,078	498,106	355,864	
	שיעור	93.4%	97.1%	94.4%	90.5%	91.8%	96.9%	90.0%	
סה"כ	מונה	4,213,908	487,462	675,428	697,718	853,173	902,010	598,117	
	מכנה	4,586,898	502,028	718,899	778,135	948,409	958,631	680,796	
	שיעור	91.9%	97.1%	94.0%	89.7%	90.0%	94.1%	87.9%	

טבלה 13: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
16-24	מונה	567,631	46,326	123,913	161,199	236,193	
	מכנה	648,597	53,419	144,642	187,133	263,403	
	שיעור	87.5%	86.7%	85.7%	86.1%	89.7%	
25-34	מונה	867,549	123,506	287,151	257,067	199,825	
	מכנה	923,163	130,979	304,826	274,260	213,098	
	שיעור	94.0%	94.3%	94.2%	93.7%	93.8%	
35-44	מונה	822,894	148,225	286,547	215,400	172,722	
	מכנה	917,071	167,484	322,014	239,715	187,858	
	שיעור	89.7%	88.5%	89.0%	89.9%	91.9%	
45-54	מונה	674,657	116,674	229,793	195,775	132,415	
	מכנה	754,206	134,486	260,073	216,909	142,738	
	שיעור	89.5%	86.8%	88.4%	90.3%	92.8%	
55-64	מונה	652,837	113,689	240,197	207,111	91,840	
	מכנה	695,776	122,985	256,958	219,683	96,150	
	שיעור	93.8%	92.4%	93.5%	94.3%	95.5%	
65-74	מונה	472,143	95,889	183,676	140,671	51,907	
	מכנה	486,506	99,068	189,187	145,005	53,246	
	שיעור	97.0%	96.8%	97.1%	97.0%	97.5%	
סה"כ	מונה	4,057,711	644,309	1,351,277	1,177,223	884,902	
	מכנה	4,425,319	708,421	1,477,700	1,282,705	956,493	
	שיעור	91.7%	91.0%	91.4%	91.8%	92.5%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור עישון בקרב בני 16-74

הגדרת המדד: שיעור המעשנים מקרב מבוטחים בני 16-74 עם תיעוד מצב עישון ב־5 השנים האחרונות

רציונאל: למרות שלל העדויות שהצטברו בחמישים השנים האחרונות לגבי ההשלכות הבריאותיות השליליות של העישון, כחמישית מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל מעשנת. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, מומלץ לברר ולתעד מצב עישון בקרב כלל האוכלוסייה ולייעץ לגבי נזקי העישון האקטיבי והכפוי (פסיבי). תהליך תיעוד מצב העישון על ידי הרופא וזיהוי מעשנים מעלה את הסוגיה לשיח שבין הרופא למטופל, מאפשר לרופא להציג את ההשפעות השליליות של ההרגל ולפרוש בפני המטופל את שלל האפשרויות לעזרה בתהליך הגמילה מעישון.

מכנה: מבוטחים בני 16-74 עם תיעוד מצב עישון (האם מעשנים, אם לאו) בתיק הרפואי ב־5 השנים האחרונות

מונה: מספר המבוטחים במכנה – המעשנים

הערות: אין

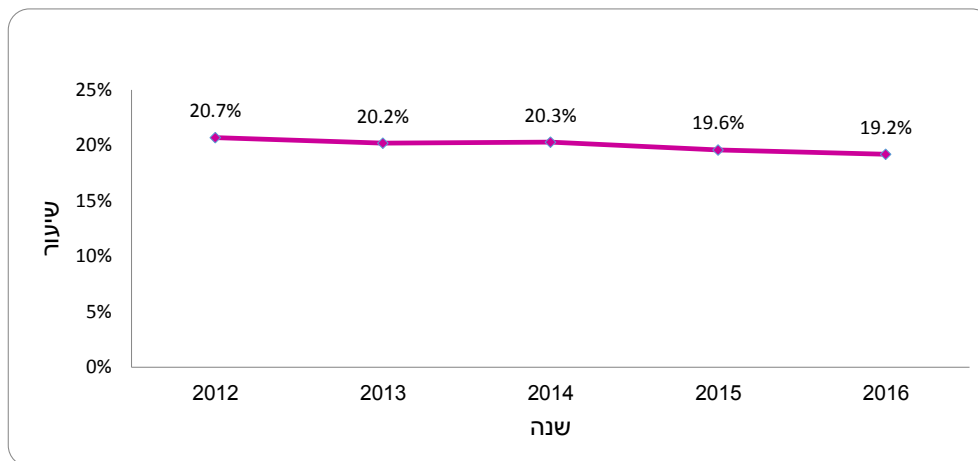
תוצאות (תרשימים 21-23 וטבלאות 14-15)

שיעור העישון בקרב בני 16-74 ירד בהתמדה בין השנים 2012-2016, מ־20.7% בשנת 2012 ל־19.2% בשנת 2016. השיעור היה גבוה פי 2.2 בקרב גברים (26.9%) לעומת נשים (12.4%). השיעור היה גבוה פי 1.5 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (19.3%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (13.5%).

שיעור עישון בקרב בני 16-74

שיעור המבוטחים המעשנים (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 16-74 בעלי תיעוד מצב עישון (מכנה)

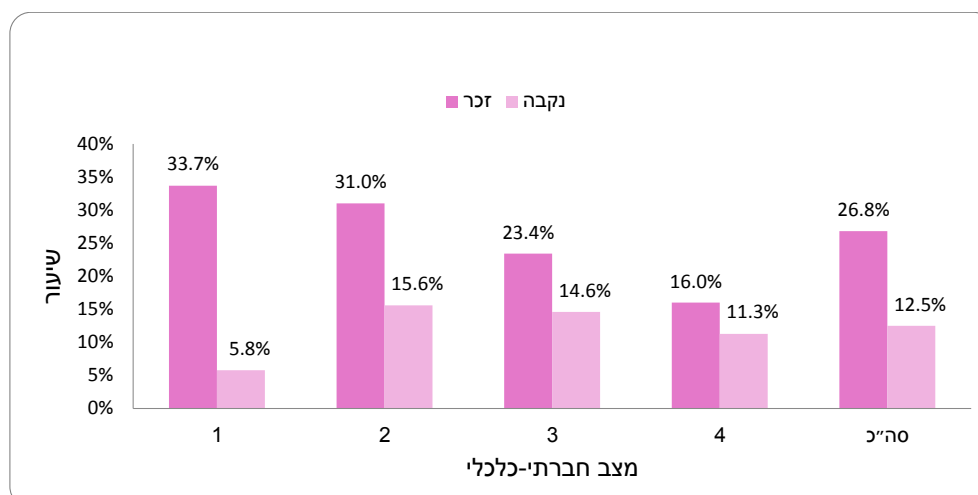
תרשים 21: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 22: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 23: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור עישון בקרב בני 16-74

שיעור המבוטחים המעשנים (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 16-74 בעלי תיעוד מצב עישון (מכנה)

טבלה 14: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		סה"כ	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24	
זכר	מונה	533,394	37,979	83,241	102,059	122,873	135,708	51,534	
	מכנה	1,983,219	226,089	320,061	335,063	404,957	419,276	277,773	
	שיעור		26.9%	16.8%	26.0%	30.5%	30.3%	32.4%	18.6%
נקבה	מונה	276,188	25,122	56,432	56,868	58,827	62,844	16,095	
	מכנה	2,230,689	261,373	355,367	362,655	448,216	482,734	320,344	
	שיעור		12.4%	9.6%	15.9%	15.7%	13.1%	13.0%	5.0%
סה"כ	מונה	809,582	63,101	139,673	158,927	181,700	198,552	67,629	
	מכנה	4,213,908	487,462	675,428	697,718	853,173	902,010	598,117	
	שיעור		19.2%	12.9%	20.7%	22.8%	21.3%	22.0%	11.3%

טבלה 15: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
16-24	מונה	64,378	3,435	13,804	20,284	26,855	
	מכנה	567,631	46,326	123,913	161,199	236,193	
	שיעור		11.3%	7.4%	11.1%	12.6%	11.4%
25-34	מונה	191,027	22,055	62,475	65,390	41,107	
	מכנה	867,549	123,506	287,151	257,067	199,825	
	שיעור		22.0%	17.9%	21.8%	25.4%	20.6%
35-44	מונה	174,895	21,807	58,598	56,879	37,611	
	מכנה	822,894	148,225	286,547	215,400	172,722	
	שיעור		21.3%	14.7%	20.4%	26.4%	21.8%
45-54	מונה	153,391	15,893	49,154	54,292	34,052	
	מכנה	674,657	116,674	229,793	195,775	132,415	
	שיעור		22.7%	13.6%	21.4%	27.7%	25.7%
55-64	מונה	134,707	14,768	46,167	51,073	22,699	
	מכנה	652,837	113,689	240,197	207,111	91,840	
	שיעור		20.6%	13.0%	19.2%	24.7%	24.7%
65-74	מונה	60,859	8,748	22,162	21,131	8,818	
	מכנה	472,143	95,889	183,676	140,671	51,907	
	שיעור		12.9%	9.1%	12.1%	15.0%	17.0%
סה"כ	מונה	779,257	86,706	252,360	269,049	171,142	
	מכנה	4,057,711	644,309	1,351,277	1,177,223	884,902	
	שיעור		19.2%	13.5%	18.7%	22.9%	19.3%

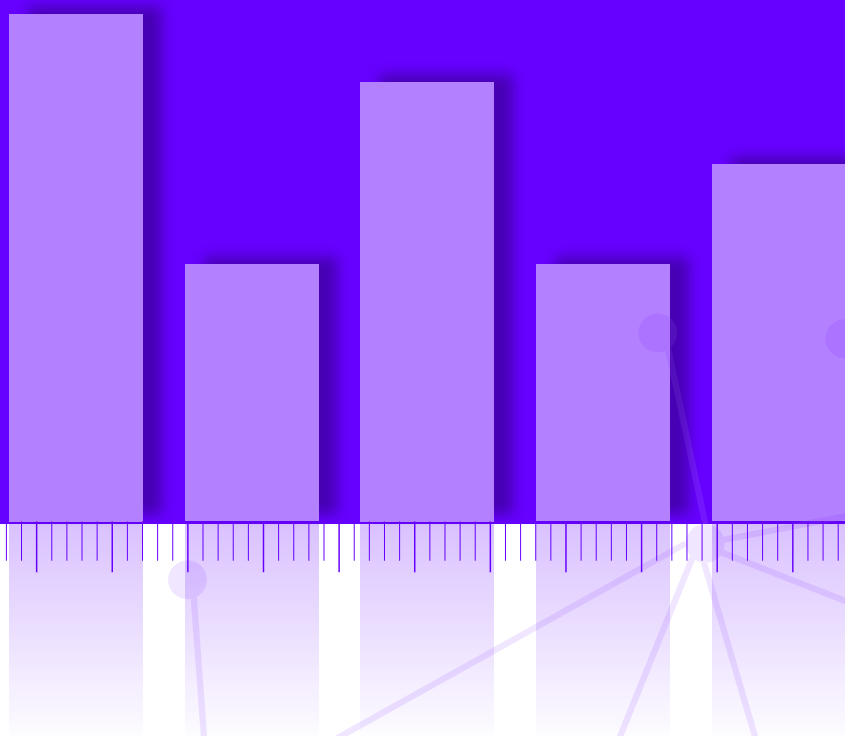
* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] W. P. T. James, "WHO recognition of the global obesity epidemic," *Int. J. Obes.*, vol. 32, p. S120, Jan. 2009.
- [2] V. A. Catenacci, J. O. Hill, and H. R. Wyatt, "The obesity epidemic.," *Clin. Chest Med.*, vol. 30, no. 3, p. 415–44, vii, Sep. 2009.
- [3] G. Whitlock *et al.*, "Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies.," *Lancet (London, England)*, vol. 373, no. 9669, pp. 1083–1096, Mar. 2009.
- [4] G. Twig *et al.*, "Body-Mass Index in 2.3 Million Adolescents and Cardiovascular Death in Adulthood.," *N. Engl. J. Med.*, vol. 374, no. 25, pp. 2430–2440, Jun. 2016.
- [5] ProCon.org., "ProCon.org. US Obesity Levels 1990-2016," 2017. [Online]. Available: <http://obesity.procon.org/view.resource.php?resourceID=006026>. [Accessed: 11-Dec-2017].
- [6] "Obesity-Update-2017," *OECD*, 2017. [Online]. Available: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>. [Accessed: 11-Dec-2017].
- [7] Y. Wang, M. A. Beydoun, L. Liang, B. Caballero, and S. K. Kumanyika, "Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic.," *Obesity (Silver Spring)*, vol. 16, no. 10, pp. 2323–2330, Oct. 2008.
- [8] , "2013-2015 בישראל לאומי בריאות מחלות, "סקר בריאות לאומי בישראל 2017. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inhis_3.pdf. [Accessed: 11-Dec-2017].
- [9] "המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת," ההסתדרות הרפואית בישראל, האגף למדיניות רפואית, איגוד רופאי המשפחה, 2013. [Online]. Available: https://www.wikirefua.org.il/w/index.php/המלצות_כוח_המשימה. [Accessed: 11-Dec-2017].
- [10] Q. Gan, K. R. Smith, S. K. Hammond, and T. Hu, "Disease burden of adult lung cancer and ischaemic heart disease from passive tobacco smoking in China," *Tob. Control*, vol. 16, no. 6, pp. 417–422, Dec. 2007.
- [11] "WHO global report: mortality attributable to tobacco," *WHO World Health Organization*, 2014. [Online]. Available: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [12] "Smoking-Attributable Mortality (SAM), Morbidity, and Economic Costs. 2005-2009," *CDC-Center for Disease Control and Prevention*. [Online]. Available: <https://chronicdata.cdc.gov/Health-Consequences-and-Costs/Smoking-Attributable-Mortality-Morbidity-and-Econo/4yyu-3s69/data>. [Accessed: 10-Nov-2017].
- [13] "Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (sammecc)-Smoking-attributable expenditures (SAEs)," *CDC-Center for Disease Control and Prevention*. [Online]. Available: <https://chronicdata.cdc.gov/Health-Consequences>

and-Costs/Smoking-Attributable-Mortality-Morbidity-and-Econo/ezab-8sq5/data. [Accessed: 10-Dec-2017].

- [14] G. M. Ginsberg, E. Rosenberg, and L. Rosen, "Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel.," *Eur. J. Public Health*, vol. 20, no. 1, pp. 113-119, Feb. 2010.
- [15] המחלקה לחינוך וקידום בריאות, "דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2016", משרד הבריאות, 2017. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2016.pdf. [Accessed: 10-Dec-2017].
- [16] שירותי בריאות הציבור, "דו"ח שרת הבריאות על העישון בישראל 2013", משרד הבריאות, 2014. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2013.pdf.
- [17] "2004 Surgeon General's Report—The Health Consequences of Smoking," *CDC-Center for Disease Control and Prevention*. [Online]. Available: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm. [Accessed: 11-Dec-2017].

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן



רקע

תאור המחלה

סרטן השד הינו הגידול הסרטני השכיח ביותר בקרב נשים ישראליות. בכל שנה מאובחנים למעלה מ-4,600 מקרים חדשים של סרטן שד חודרני ועוד למעלה מ-500 מקרים של סרטן שד ממוקד (in-situ) [1]. קיימים סוגים שונים של גידולי שד ממאירים, השכיחים הם ductal carcinoma שמקורו בצינוריות החלב ולאחריו lobular carcinoma, בו מקור התאים בבלוטות החלב. חומרת המחלה מדורגת בשלבים (staging), משלב 0 המייצג גידול ממוקד שאינו חודרני, דרך שלב 1 המייצג גידול חודרני בקוטר פחות מ-2 ס"מ וללא התפשטות לקשרי לימפה, ועד לשלב 4 – סרטן בעל גרורות מרוחקות. ככל שהשלב גבוה יותר, הסיכוי לריפוי נמוך יותר.

היבטים אפידמיולוגיים

לפי רישום הסרטן הלאומי, שיעור ההיארעות המתוקנן לגיל של סרטן שד חודרני (ל-100,000 נשים) הינו יציב בקרב האוכלוסייה היהודית בשנים האחרונות, ובשנת 2013 עמד על 100.8. לעומת זאת, באוכלוסייה הלא-יהודית, השיעור נמוך יותר, אך הראה עליה משמעותית במהלך השנים עד ל-65.7 בשנת 2013 [1]. מאז שנת 2001 ועד 2013 נצפתה ירידה מתונה בלבד בשיעורי התמותה מסרטן השד (מ-20.6 ועד 17.6 ל-100,000, בהתאמה, שיעורים מתוקננים לגיל), עם מגמת ירידה מובהקת בנשים יהודיות בלבד [1].

גורמי סיכון

גורמי הסיכון הידועים לסרטן השד בקרב נשים כוללים עליה בגיל, גיל צעיר בווסת ראשונה, גיל מבוגר בווסת אחרונה, סיפור משפחתי של סרטן השד בקרובות מדרגה ראשונה, נשאות של מוטציה בגנים BRCA1 או BRCA2, שימוש בהורמונים לאחר גיל המעבר, מחלות שד שפירות, צפיפות גבוהה של רקמת השד בממוגרפיה והשמנת יתר. לעומת זאת, הנקה, גיל צעיר מ-30 בלידה ראשונה ופעילות גופנית הינם גורמים מגנים.

סיקור וטיפול במחלה

הטיפול המוצע למחלה עשוי לכלול שילובים שונים של טיפול כירורגי (כריתה), הקרנות, כימותרפיה, טיפול הורמונלי וטיפול ביולוגי מכוון. הטיפול נקבע בהתאם לשלב בו נמצאת המחלה בעת גילוייה, ובהתאם למאפייני החולה והגידול.

מערכת הבריאות משקיעה משאבים רבים בביצוע בדיקת סיקור רנטגנית (ממוגרפיה) כאמצעי לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בעלות סיכון ממוצע. בשנים האחרונות, אנו עדים לירידה בתמותה ולעליה בהישרדות של החולות בסרטן השד [1]. שיפור זה בפרוגנוזה מיוחס הן לשיפור

בטיפול בחולות, והן לגילוי המחלה בשלב מוקדם. כאמור, ככל שהמחלה מתגלה בשלב מוקדם יותר, כך משתפרים סיכויי הריפוי. על פי המלצות בינלאומיות, האמצעי העיקרי לגילוי מוקדם הוא ממוגרפיה [2].

ממוגרפיה הינה צילום רנטגן של השד במספר זוויות. במדינת ישראל ממליץ משרד הבריאות לבצע ממוגרפיה בתדירות של אחת לשנתיים בנשים בעלות סיכון רגיל בגילאים 50-74, וזאת במסגרת תכנית סריקה ייעודית הכוללת זימון אישי [3]. המלצה זו דומה מאוד להמלצה של ה-US Preventive Services Task Force [2] וכן להמלצות של גופים אחרים. יש לציין, שההמלצות שונות עבור נשים בקבוצות סיכון.

ניתוח-על (מטא-אנליזה) של מספר ניסויים קליניים אשר בדקו את ההשפעה של ביצוע ממוגרפיה לעומת אי-ביצוע בקרב נשים בגיל 50 ומעלה, מראה במעקב ממוצע של 13 שנים ירידה של 23-6% בתמותה מסרטן השד בקרב הקבוצה שביצעה את הבדיקה לעומת קבוצת הביקורת [4].

בשנים האחרונות קיימת מחלוקת בעולם המדעי בנושא התרומה היחסית של ממוגרפיה להפחתת התמותה מסרטן השד, וקיים דיון ער בספרות לגבי הנזקים הפוטנציאליים הכרוכים בהפעלת תכנית סיקור, כגון, ביופסיות מיותרות, אבחנות חיוביות כוזבות והסיכון לאבחון יתר [5]. עם זאת, ישנם מחקרים המדגימים ירידה בתמותה מסרטן השד של 20%-51 בנשים המבצעות ממוגרפיה פעם בשנתיים בין הגילאים 50 עד 74, כפי שמומלץ בישראל [6], [7]. סיכום בנושא תכניות ממוגרפיה באירופה מצביע על כך שהתועלת של הצלת חיים מסרטן שד גוברת על הסיכון של אבחון יתר [8], ובמיוחד עבור נשים מגיל 50. יתר על כן, נתונים מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מצביעים על ירידה בתמותה מסרטן השד בשנים האחרונות, ובו בזמן, נתונים מרישום הסרטן הלאומי בישראל מראים ירידה בשיעור גידולי השד המאובחנים בשלב 4 [1].

מדדים

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

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

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

רציונאל: ממוגרפיה היא שיטה רנטגנית לגילוי מוקדם של סרטן השד. סרטן השד הינה המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים בישראל. שיעור התחלואה במחלה הוא כ-30% מכלל התחלואה בסרטן בקרב נשים. שיעורי ההישרדות היחסיים של נשים החולות במחלה השתפרו במהלך השנים האחרונות, שיפור שמיוחס בחלקו לזיהוי מוקדם של המחלה.

מכנה: נשים מבוטחות בגילאים 50-74

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

הערות: אין

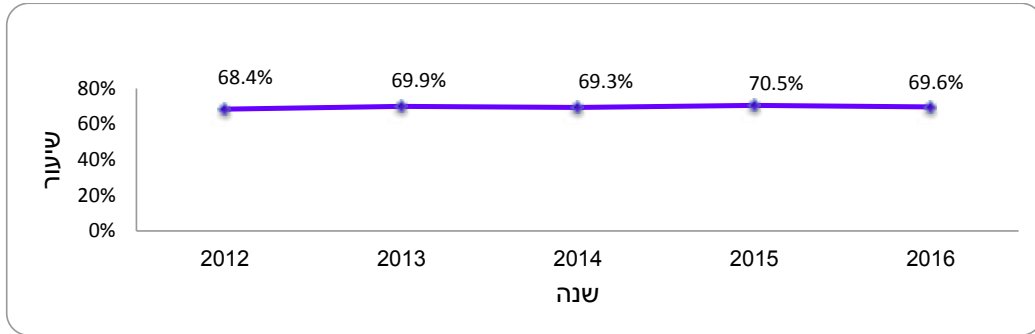
תוצאות (תרשימים 24-26 וטבלה 16)

שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 69.6% ב-2016. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (66.9%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (71.7%).

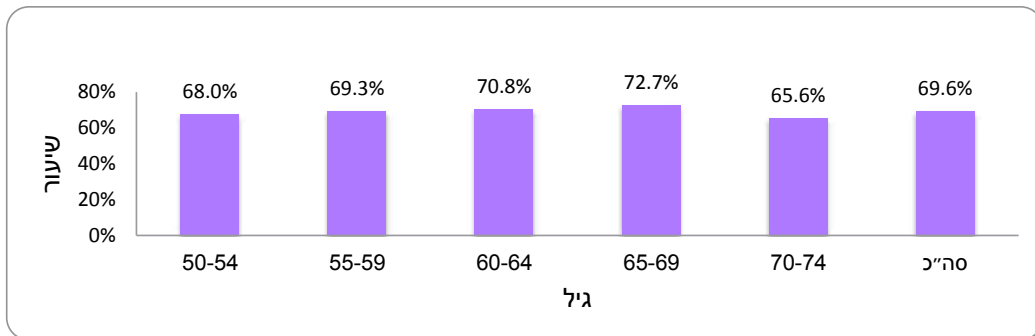
שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74

שיעור הנשים אשר עברו לפחות בדיקת ממוגרפיה סוקרת אחת בשנתיים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחות בגיל 50-74 (מכנה)

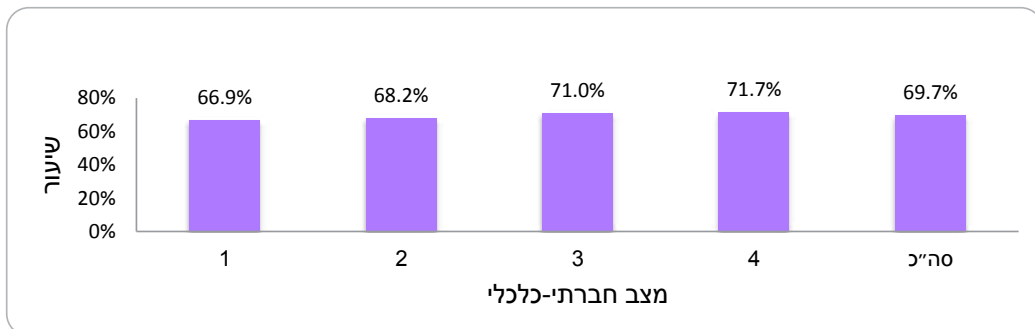
תרשים 24: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 25: לפי גיל, 2016



תרשים 26: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2016



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

נשים אשר עברו לפחות בדיקת ממוגרפיה סוקרת אחת בשנתיים האחרונות (מונה), מקרב
מבוטחות בגיל 50-74 (מכנה)

טבלה 16: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
סה"כ	4	3	2	1		
103,909	18,213	36,596	30,709	18,391	מונה	
152,769	25,671	52,895	46,644	27,559	מכנה	50-54
68.0%	70.9%	69.2%	65.8%	66.7%	שיעור	
131,241	22,503	47,755	41,654	19,329	מונה	
189,391	31,872	68,413	60,848	28,258	מכנה	55-59
69.3%	70.6%	69.8%	68.5%	68.4%	שיעור	
130,575	24,020	50,398	40,210	15,947	מונה	
184,367	33,611	70,288	57,681	22,787	מכנה	60-64
70.8%	71.5%	71.7%	69.7%	70.0%	שיעור	
122,165	24,709	48,466	37,161	11,829	מונה	
167,840	33,463	65,289	51,745	17,343	מכנה	65-69
72.8%	73.8%	74.2%	71.8%	68.2%	שיעור	
65,506	13,900	26,058	18,540	7,008	מונה	
99,620	19,614	37,824	29,725	12,457	מכנה	70-74
65.8%	70.9%	68.9%	62.4%	56.3%	שיעור	
553,396	103,345	209,273	168,274	72,504	מונה	
793,987	144,231	294,709	246,643	108,404	מכנה	סה"כ
69.7%	71.7%	71.0%	68.2%	66.9%	שיעור	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת

רקע

תאור המחלה

סרטן המעי הגס הינו השני בשכיחות ובתמותה מבין הגידולים הממאירים בנשים ובגברים בישראל. מדי שנה מאובחנים כ-3,150 מקרים חדשים [9], [10]. ההישרדות של חולי סרטן המעי הגס קשורה לשלב המחלה בעת גילוייה, כאשר גידול המאובחן בשלבים הראשונים ניתן לריפוי מלא. סרטן המעי מקורו בדרך כלל בגידול שפיר (פוליפ) אשר מתפתח ומתקדם באופן איטי במשך שנים לגידול ממאיר. ההתפתחות האיטית מאפשרת איתור הגידול בשלבים מוקדמים בהם ניתן עדיין לשנות את המהלך הטבעי של המחלה. בישראל, בשנת 2013, כ-33% מהגידולים אובחנו בשלב מוקדם (שלב 0 ושלב 1) – עליה של 66% משנת 2000 [10] אותה ניתן לייחס לעליה בסיקור בעשור האחרון.

היבטים אפידמיולוגיים

שיעור ההיארעות של סרטן המעי הגס בעשור האחרון ירד בגברים יהודים, ועלה באופן משמעותי בקרב הלא יהודים. מהנתונים עולה מגמת עליה בכל קבוצות האוכלוסייה פרט לגברים יהודים בין השנים 2001 ל-2007 ומגמת ירידה החל מ-2010 [10]. כמו כן, עולים מחבר העמים לשעבר, שעלו בשנות התשעים של המאה הקודמת, נמצאים בסיכון יתר לעומת האוכלוסייה הכללית [10]. העליה המשמעותית בהיארעות המחלה באוכלוסייה הערבית עשויה להיות מוסברת על ידי שינויים בהרגלי חיים ובהרגלי בריאות. במהלך חמש עשרה השנים האחרונות נצפתה ירידה בשיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת מ-15.9 בגברים ו-12.5 בנשים בשנת 1998 ל-11.7 בגברים ו-9.4 בנשים בשנת 2013 (שיעורים מתוקננים ל-100,000 נפש) [10]. במקביל נצפתה ירידה משמעותית באחוז הגידולים המאובחנים בשלב 4 מ-15% בשנת 2000 ל-9.8% ב-2013.

גורמי סיכון

מקובל לחשוב שהמחלה קשורה להרגלי חיים, כולל אכילת בשר אדום או שומן מהחי. סיפור משפחתי של סרטן המעי הגס, במיוחד לפני גיל 50, מעלה את הסיכון למחלה וכך גם מחלות כמו Ulcerative colitis ו-Familial polyposis. לעומת זאת, הרגלי חיים כמו פעילות גופנית, שימוש בהורמונים לאחר גיל המעבר ונטילת אספירין מורידים את הסיכון לחלות במחלה [11].

סיקור וטיפול במחלה

הטיפול יכול לכלול כריתה כירורגית, הקרנות, כימותרפיה וטיפול ביולוגי מכוונן. הטיפול נקבע בהתאם לשלב המחלה, מיקום המחלה, מאפייני המחלה ומאפייני החולה.

בנוסף לטיפול בחולים שכבר אובחנו, משקיעה מערכת הבריאות מאמצים בגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת. לאור הקשר הישיר בין גילוי המחלה בשלב מוקדם וסיכויי ההחלמה, ישנה סבירות ביולוגית גבוהה שגילוי מוקדם יתרום להישרדות גבוהה יותר של חולי סרטן המעי הגס ויפחית את שיעור התמותה. קיימות מספר בדיקות לגילוי מוקדם של המחלה, ובכללן בדיקת דם סמוי בצואה על בסיס שנתי, ביצוע סיגמואידוסקופיה עם או בלי דם סמוי, ביצוע קולונוסקופיה, ביצוע קולונוגרפיה ממוחשבת (virtual colonoscopy) ובדיקות DNA בצואה.

מספר ניסויים קליניים הראו שבדיקת דם סמוי שנתי מורידה את התמותה מסרטן המעי הגס ב-15% עד 25% [12]. ניסוי אחר שבדק סיגמואידוסקופיה חד פעמית בגילאים 55-64 הראה אף הוא הפחתה בתמותה של 43% [13]. ביצוע בדיקות כגון סיגמואידוסקופיה וקולונוסקופיה לגילוי מוקדם של סרטן המעי עשוי להפחית גם את היארעות המחלה ולא רק את התמותה ממנה, על ידי גילוי אפשרי של גידולים שפירים טרום-סרטניים (פוליפים), אשר הסרתם תמנע התפתחות סרטן בעתיד. ניתוח-על (מטא-אנליזה) של ניסויים קליניים מראה, שבדיקת סקר על ידי סיגמואידוסקופיה מורידה את היארעות של סרטן בקולון הדיסטאלי בכ-31% ואת התמותה בכ-46%. עדויות מעבודות תצפיתיות מצביעות על כך שקולונוסקופיה המבוצעת אחת ל-10 שנים עשויה להפחית הן את התמותה והן את היארעות של סרטן המעי הגס, ושלבדיקה זו יש יחס עלות-תועלת גבוה [14], אך טענה זו טרם הוכחה בניסויים קליניים. חסרונות הבדיקה כוללים עלות גבוהה, צורך בהכנה מסובכת וסיכון להתנקבות המעי. הארגון האמריקאי – US Preventive services task force [15] שב והדגיש את החשיבות של ביצוע סיקור לסרטן המעי הגס והחלחולת במספר דרכים אפשריות וציין שלאמצעי סיקור שונים יש רמת תמיכה שונה בספרות הרפואית. להלן המלצות המועצה הלאומית לאונקולוגיה בישראל, למניעה ולגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, אשר אושרו על ידי משרד הבריאות [3]:

- ביצוע של בדיקת דם סמוי בצואה אחת לשנה בגברים ובנשים מעל גיל 50, הנמצאים בסיכון ממוצע, במסגרתה של תכנית סריקה ייזומה בזימון אישי לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס.
- ביצוע של בדיקה קולונוסקופית אחת לחמש שנים מגיל 40 במקרה של היסטוריה משפחתית של סרטן המעי הגס בקרוב משפחה מדרגה ראשונה.
- ביצוע של בדיקה קולונוסקופית שנתי מגיל 25 במקרה של תסמונות מורשות לא פוליפוזיות (HNPCC), ומגיל 15 במקרה של תסמונת פוליפוזיס מורשת (FAP). המלצה זו מבוססת על דעת מומחים בעולם בהיעדר מחקר קליני מבוקר שבחן זאת.

מדדים

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

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

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

רצינות: 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 50-74

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

הערות: הסיבה לביצוע קולונוסקופיה (בדיקת סקר, סימפטומים או סיבה אחרת) אינה ידועה לפי הנתונים המוצגים

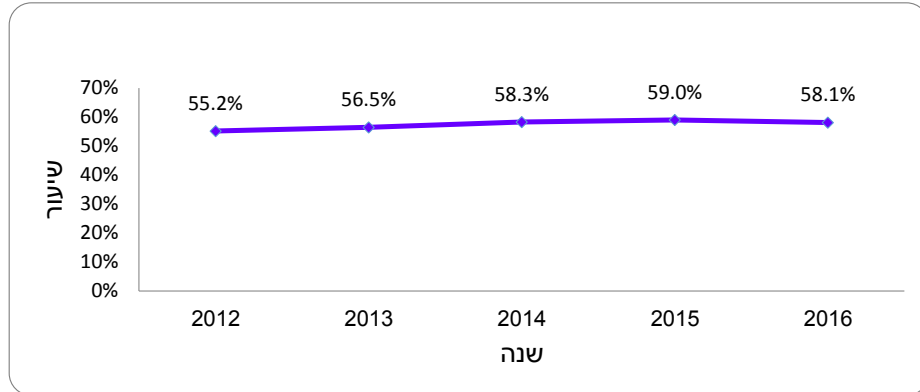
תוצאות (תרשימים 27-29 וטבלאות 17-18)

שיעור הביצוע של בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 עלה בין השנים 2012-2015, מ־55.2% ב־2012 ועד ל־59.0% ב־2015, וירד בשנת 2016 לכדי 58.1%. בשנה זו, השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (59.0%) מאשר בקרב גברים (57.1%), וגבוה בשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (63.8%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החלשה ביותר (52.4%). כמו כן, עלה שיעור הביצוע עם העליה בגיל, מ־48.5% בבני 50-54 ועד ל־64.6% בבני 70-74.

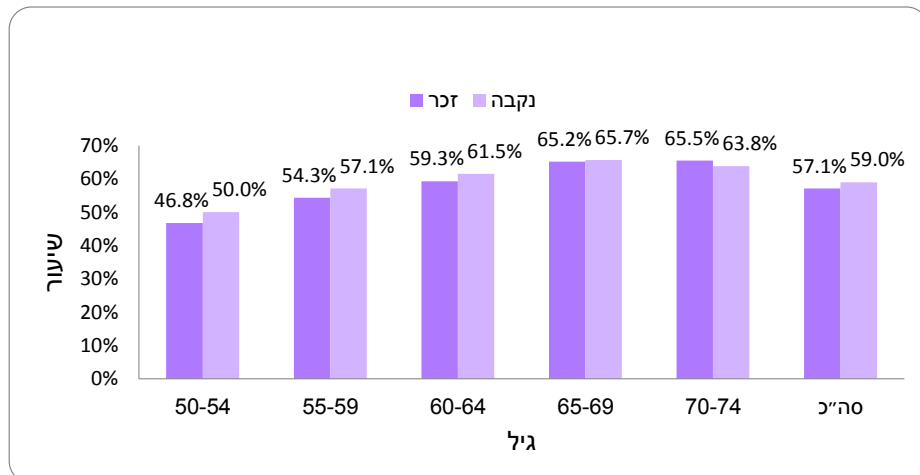
שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74

שיעור המבוטחים אשר ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה ב-10 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 50-74 (מכנה)

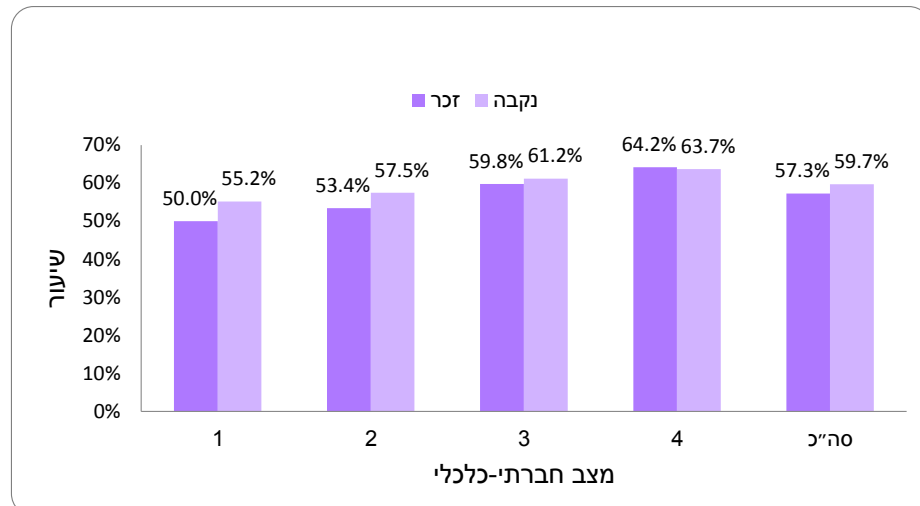
תרשים 27: לפי שנה, 2016-2012



תרשים 28: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 29: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרוב בני 50-74

מבוטחים אשר ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה ב־10 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 50-74 (מכנה)

טבלה 17: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	70-74	65-69	60-64	55-59	50-54
זכר	מונה	410,061	53,967	92,307	94,950	90,333	78,504
	מכנה	717,935	82,336	141,496	160,188	166,265	167,650
	שיעור	57.1%	65.5%	65.2%	59.3%	54.3%	46.8%
נקבה	מונה	472,628	61,790	106,225	109,696	103,922	90,995
	מכנה	800,828	96,885	161,805	178,318	181,974	181,846
	שיעור	59.0%	63.8%	65.7%	61.5%	57.1%	50.0%
סה"כ	מונה	882,689	115,757	198,532	204,646	194,255	169,499
	מכנה	1,518,763	179,221	303,301	338,506	348,239	349,496
	שיעור	58.1%	64.6%	65.5%	60.5%	55.8%	48.5%

טבלה 18: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
50-54	מונה	164,464	31,184	59,058	46,756	27,466
	מכנה	338,395	57,869	117,847	101,757	60,922
	שיעור	48.6%	53.9%	50.1%	45.9%	45.1%
55-59	מונה	188,282	35,835	70,084	56,784	25,579
	מכנה	336,696	57,857	121,913	107,384	49,542
	שיעור	55.9%	61.9%	57.5%	52.9%	51.6%
60-64	מונה	198,578	39,954	77,742	58,638	22,244
	מכנה	327,744	61,061	125,622	101,737	39,324
	שיעור	60.6%	65.4%	61.9%	57.6%	56.6%
65-69	מונה	192,889	42,223	77,536	55,678	17,452
	מכנה	294,087	60,614	116,005	88,547	28,921
	שיעור	65.6%	69.7%	66.8%	62.9%	60.3%
70-74	מונה	112,227	24,976	44,741	30,600	11,910
	מכנה	173,337	35,631	66,807	50,022	20,877
	שיעור	64.7%	70.1%	67.0%	61.2%	57.0%
סה"כ	מונה	856,440	174,172	329,161	248,456	104,651
	מכנה	1,470,259	273,032	548,194	449,447	199,586
	שיעור	58.3%	63.8%	60.0%	55.3%	52.4%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם

רקע

תאור המחלה

סרטן צוואר הרחם הוא גידול ממאיר המתפתח לרב באיזור המעבר (transformation zone) בין האפיתל הקשקשי, המצפה את חלקו החיצוני של צוואר הרחם (ectocervix), והאפיתל העמודי המצפה את חלקו הפנימי (endocervix).

מרבית מקרי סרטן צוואר הרחם (כ־70%) הם בעלי היסטולוגיה של סרטן קשקשי (squamous cell carcinoma), כאשר הסוג ההיסטולוגי השני בשכיחותו (כ־15% מהמקרים) הוא אדנוקרצינומה (adenocarcinoma).

בשלבם המוקדמים סרטן צוואר הרחם הוא לרב ללא תסמינים. ההסתמנות השכיחה ביותר של המחלה היא דמם או הפרשה לדנית בלתי תקינים. מחלה מתקדמת יכולה לגרום לכאבי בטן או גב תחתון, ולתסמינים הנובעים ממעורבות המעי או שלפוחית השתן.

הגורם המחולל החשוב ביותר לסרטן צוואר הרחם הוא זיהום בנגיף הפפילומה (HPV – Human Papilloma Virus), אותו ניתן לבודד כמעט בכל המקרים מרקמת הגידול. זהו זיהום שכיח המועבר בעיקר במגע מיני. בארה"ב מעריכים כי כ־36% החודשים הראשונים לאחר תחילת הפעילות המינית, כמחצית מהנשים נדבקות בנגיף. רב הנשים הנדבקות בנגיף הפפילומה יחלימו מהזיהום בלי לפתח סרטן. רק מיעוטן תפתחנה זיהום מתמשך בנגיף, עם אינטגרציה של הנגיף לתוך הגנום של תאי צוואר הרחם. נשים אלו הן בסיכון לפתח סרטן צוואר הרחם לאחר תקופת חביון ממושכת של כ־10-13 שנים בממוצע [16]. השינויים הדיספלסטיים המופיעים בצוואר הרחם בעקבות הדבקה בנגיף הפפילומה מכונים Cervical Intraepithelial Neoplasia – CIN. הם מסווגים בבדיקה ההיסטולוגית על פי דרגת הדיספלזיה ועומק המעורבות של שכבת האפיתל לשלוש דרגות: CIN-I – CIN-III. ככל שהדרגה גבוהה יותר, הסיכון להתפתחות סרטן גדול יותר.

הפוטנציאל האונקוגני של נגיף הפפילומה תלוי מאד בגנוטיפ של הנגיף. גנוטיפים 16 ו־18 קשורים לכ־70% מהתחלואה בסרטן קשקשי ולכ־80% ממקרי האדנוקרצינומה [17].

היבטים אפידמיולוגיים

סרטן צוואר הרחם הוא הסרטן השביעי בדרוג ההיארעות בעולם והרביעי בקרב נשים. בשנת 2012 אובחנו בעולם כ־528,000 נשים עם סרטן צוואר הרחם, והיקף התמותה מהמחלה הוערך בכ־266,000 נשים. כ־85% מנטל התחלואה והתמותה מגיעים מאיזורים פחות מפותחים בעולם, בעיקר מאפריקה. בישראל, שיעור ההיארעות של יבלות ונגעים טרום סרטניים בצוואר הרחם דומה לזה המדווח במדינות מערביות אחרות (שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל ל־100,000 של סרטן ממוקד של צוואר הרחם, CIN-III, בשנת 2012 היו 22.5 בנשים יהודיות ו־4.2 בנשים ערביות).

ההיארעות של שינויים טרום ממאירים מתקדמים מסוג CIN-III מצויה במגמת עליה מתמדת עם כ־800 מאובחנות חדשות לשנה [18]. עלייה זו בהיארעות לא יכולה להיות מיוחסת לעלייה בסיקור בלבד [19]. לעומת זאת, שיעור התחלואה של סרטן חודרני בצוואר הרחם נמוך יחסית (שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל ל־100,000 בשנת 2012 היו 5.08 בנשים יהודיות ו־2.97 בנשים ערביות) ושיעור התמותה דומה לזה המדווח במדינות מערביות אחרות. להבדיל ממדינות מערביות אחרות, לא נצפתה בישראל ירידה בהיארעות בשנים האחרונות, ונטל התחלואה נותר דומה במהלך השנים: מידי שנה מאובחנות בארץ כ־200 נשים הסובלות מסרטן צוואר הרחם ונפטרות כ־80 נשים. נשים יהודיות ממוצא צפון אפריקאי, בעיקר מרוקני, ונשים לא-יהודיות ממזרח אירופה, מצויות בסיכון גבוה יחסית לתחלואה בסרטן צוואר הרחם [20].

גורמי סיכון

גורמי הסיכון לתחלואה בסרטן צוואר הרחם מבטאים סיכון גבוה להידבקות בנגיף או להפיכת הזיהום למתמשך. גורמי סיכון הקשורים בחשיפה מוגברת לנגיף הפפילומה כוללים ריבוי בני זוג, בני זוג בסיכון גבוה, וגיל צעיר בתחילת הפעילות המינית. לגנוטיפ של הנגיף יש חשיבות רבה בקביעת הסיכון להתמרה סרטנית. גורמים התלויים במאחסן, כמו דיכוי חיסוני ועישון, מגבירים את הסיכון להתפתחות זיהום מתמשך ולהתמרה סרטנית. העדר סיקור לגילוי מוקדם של נגעים טרום ממאירים לסרטן צוואר הרחם מגביר אף הוא את הסיכון לתחלואה ותמותה [16].

מניעה, סיקור וטיפול במחלה

החלופות הטיפוליות לסרטן צוואר הרחם כוללות טיפול כירורגי, קרינה וכמותרפיה. הטיפול נקבע בהתאם לשלב בו מאובחנת המחלה, למאפייני החולה והגידול.

מניעה ראשונית של סרטן צוואר הרחם מבוצעת על ידי מתן חיסון נגד הגנוטיפים האונקוגניים של נגיף הפפילומה. בישראל קיימים שני תרכיבי חיסון רקומביננטים נגד נגיף הפפילומה הכוללים את הגנוטיפים 16 ו־18. אחד התרכיבים (Gardasil) כולל בנוסף את הגנוטיפים 6 ו־11 הגורמים יבלות באברי המין. החיסון הוכנס לשגרת החיסונים עבור בנות בכיתה ח' החל משנת הלימודים 2013-2014 ועבור בנים בכיתה ח' החל משנת הלימודים 2015-2016. הוא מומלץ לגילאי 9-26 שנים [21].

סרטן צוואר הרחם עונה על הקריטריונים לסיקור וגילוי מוקדם, לנוכח תקופת החביון הארוכה של התפתחותו, קיומם של נגעים טרום סרטניים, וקיומו של טיפול המונע התקדמות של נגעים אלו לנגעים ממאירים. עם זאת, סיקור בלתי מושכל עלול לגרור בירור פולשני מיותר וטיפול בנגעים טרום סרטניים אשר היו עוברים נסיגה עצמונית, ולגרום חרדה מיותרת בקרב הנבדקות [16].

סיקור לגילוי מוקדם של נגעים טרום ממאירים וסרטן צוואר הרחם במדינות מפותחות מבוצע בשיטות הבאות:

א. בדיקה ציטולוגית של משטח מצוואר הרחם (בדיקת פאפ, PAP Smear) – זוהי בדיקת סיקור ותיקה אשר הוכנסה לשימוש בארה"ב בשלהי שנות ה־40 של המאה הקודמת (בעקבות מחקריו של הזאולוג Papanicolaou) [22]. הבדיקה מבוססת על דגימת תאים מאיזור המעבר שבצוואר הרחם ובדיקתם הציטולוגית.

ב. בדיקה מולקולרית לגילוי גנוטיפים מחוללי סרטן של נגיף הפפילומה. בדיקות מסוג זה רגישות יותר לזיהוי פתולוגיה בצוואר הרחם מבדיקת הפאפ. אולם, הסגוליות והערך המנבא החיובי שלהן נמוכים יחסית בנשים צעירות, שבהן זיהום בנגיף הפפילומה הוא לרוב זיהום חולף. בארה"ב מומלצות בדיקות מולקולריות בנשים מעל גיל 30 בשילוב עם בדיקה ציטולוגית [16].

היעילות של סיקור לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם במניעת תחלואה ותמותה הודגמה בעיקר במחקרים תצפיתיים ואקולוגיים. בארה"ב ובבריטניה, בדומה לארצות אחרות בהן קיים סיקור לסרטן צוואר הרחם, נצפתה ירידה של כ-50% בשיעורי התחלואה והתמותה מאז הכנסתה לשימוש של בדיקת הפאפ [17], [23], [24]. בנוסף, עיקר התחלואה הנצפית בסרטן צוואר הרחם מתרחשת בקרב נשים שלא עברו סיקור נאות. כך, כ-50% מהנשים המאובחנות לא עברו סיקור כלל ועוד 10% לא עברו סיקור ב-5 השנים שטרם האבחנה [16]. מטה אנאליזות של מחקרים תצפיתיים הצביעו אף הן על יעילות הסיקור [25], כמו גם ניסוי קליני בודד מהודו [26].

ברוב הארצות המפותחות בעולם מומלץ על סיקור לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם, בין אם במסגרת תכנית סיקור יזומה ובין אם במסגרת סיקור מזדמן. ההמלצות נבדלות בטווח הגילים המומלץ לסיקור, תדירות הסיקור והשיטות המומלצות לסיקור. במרבית המדינות מבוצע כיום סיקור באמצעות בדיקת פאפ החל מגיל 21-25 שנה ובתדירות של אחת ל-3 שנים. בחלק מהמדינות מומלץ לנשים מעל גיל שלושים לבצע סיקור משולב של בדיקת פאפ יחד עם בדיקה מולקולרית בתדירות של אחת לחמש שנים. הגיל העליון המומלץ לסיקור הוא 65-70 שנים, בתנאי שבדיקות הסיקור האחרונות היו תקינות. נשים שעברו כריתה מלאה של הרחם (כולל צוואר הרחם) מסיבות שפירות פטורות מסיקור. בשלב זה מומלץ כי נשים אשר חוסנו נגד נגיף הפפילומה יבצעו סיקור ככלל הנשים [16], [17], [27]. לאחרונה, ממליצים גופים שונים, כולל ה-*American Society of Clinical Oncology – ASCO*, על מעבר לשימוש בבדיקה המולקולרית לנגיף הפפילומה כאמצעי סיקור ראשוני [28]-[30], והולנד היא המדינה הראשונה העוברת לשיטת סיקור זו [31].

בישראל, המלצת משרד הבריאות היא לסיקור באמצעות בדיקת פאפ בתדירות של אחת לשלוש שנים עבור נשים בגילאים 25-65 שנים, אם כי, בשלב זה אין המלצה על תכנית סיקור לאומית יזומה [3]. החל מ-1995, משטחי צוואר הרחם נכללים בסל הבריאות עבור נשים בגילאים 35-54 שנים בלבד. האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה ממליץ על בדיקת פאפ אחת לשלוש שנים בין הגילאים 25-65 שנים. בגיל 65 שנים ניתן להפסיק את הסיקור במידה ושלוש בדיקות הפאפ האחרונות היו תקינות [32]. על פי נתוני סקר ה-INHISII ונתוני קופת חולים "מכבי", שיעורי הסיקור בתדירות של אחת לשלוש שנים עבור נשים מעל גיל 21 ונשים בגילאים 25-64 שנים היה 44.7% ו-41.5% בהתאמה [33], [34]. שיעור הסיקור היה נמוך במיוחד בנשים ערביות [33], עולות חדשות ונשים ממעמד סוציאקונומי נמוך [35].

בדיקות מולקולריות לנגיף הפפילומה מבוצעות בארץ על ידי קופות החולים לצורך בירור מתקדם, ואינן משמשות לצורכי סיקור.

מדדים

בדו"ח הנוכחי שני מדדים המתייחסים לסיקור לסרטן צוואר הרחם. המדד הראשון מתייחס לביצוע סיקור נאות, על פי ההנחיות, בתדירות של אחת ל-3 שנים. טווח הגילים אליו מתייחס המדד נגזר מטווח הגילים שעבורו כלולה בדיקת הפאפ בסל הבריאות. המדד השני נועד להצביע על שיעור הנשים שלא עברו סיקור בתקופה של 5 השנים האחרונות, כלומר להצביע על שיעור האוכלוסייה הלא־מסוקרת.

✓ שיעור הנשים בגיל 35-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-3 השנים האחרונות.
✓ שיעור הנשים בגיל 35-54 אשר לא ביצעו בדיקת סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-5 השנים האחרונות.

שיעור הנשים בגיל 35-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות

הגדרת המדד: שיעור הנשים בגיל 35-54 אשר ביצעו לפחות בדיקת סיקור ציטולוגית (פאפ) אחת בשלוש השנים האחרונות.

רציונאל: סרטן צוואר הרחם עונה על הקריטריונים לסיקור וגילוי מוקדם, זאת, בהתחשב בתקופת החביון הארוכה של התפתחותו, קיומם של נגעים טרום סרטניים, וקיומו של טיפול המונע התקדמות של נגעים אלו לנגעים ממאירים. מטרתו העיקרית של הסיקור היא גילויים של נגעים טרום ממאירים, ומתן טיפול מונע עוד בטרם התפתחו נגעים ממאירים. ברוב הארצות המפותחות, מומלץ על סיקור לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם, בין אם במסגרת תכנית סיקור יזומה, ובין אם במסגרת סיקור מזדמן. במרבית המדינות מבוצע כיום סיקור באמצעות בדיקת פאפ בגיל 25-65 שנה, ובתדירות של אחת ל־3 שנים. בישראל, המלצת משרד הבריאות היא סיקור באמצעות בדיקת פאפ בתדירות של אחת לשלוש שנים, עבור נשים בגילאים 25-65 שנים. החל מ־1995, משטחי צוואר הרחם נכללים בסל הבריאות עבור נשים בגיל 35-54 שנים בלבד. בארצות בהן קיים סיקור, נצפתה ירידה משמעותית ביותר בשיעורי התחלואה והתמותה מסרטן צוואר הרחם, מאז הכנסתה לשימוש של בדיקת הפאפ. בארצות אלו עיקר התחלואה בסרטן צוואר הרחם נצפית בנשים שלא עברו סיקור נאות.

מכנה: נשים מבוטחות בגיל 35-54

מונה: מספר הנשים במכנה אשר עברו בדיקת סיקור ציטולוגית (בדיקת פאפ) לסרטן צוואר הרחם, לפחות פעם אחת בשנת המדד או בשנתיים שקדמו לשנת המדד.

הערות: אין

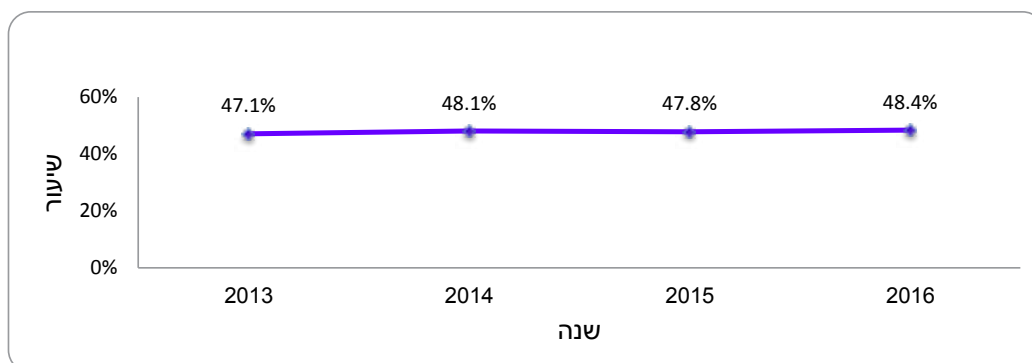
תוצאות (תרשימים 30-32 וטבלה 19)

שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר ביצעו סיקור נאות לסרטן צוואר הרחם (ביצעו בדיקת סיקור ב־3 השנים האחרונות) נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 48.4% בשנת 2016. השיעור היה נמוך פי 2 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (30.9%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (60.3%).

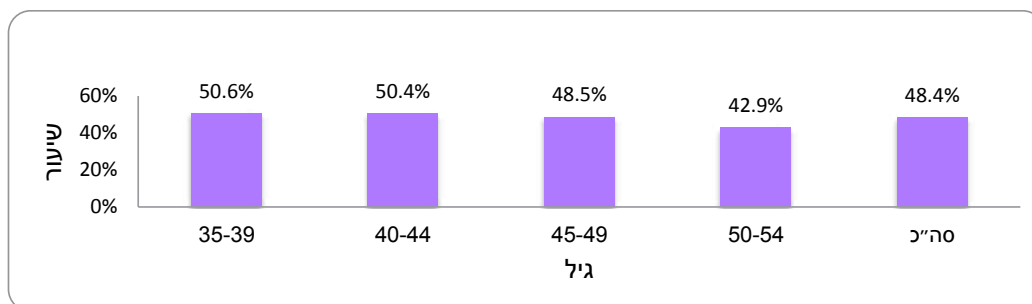
שיעור הנשים בגילאים 54-35 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות

שיעור הנשים אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות (מונה),
בגילאים 54-35 (מכנה)

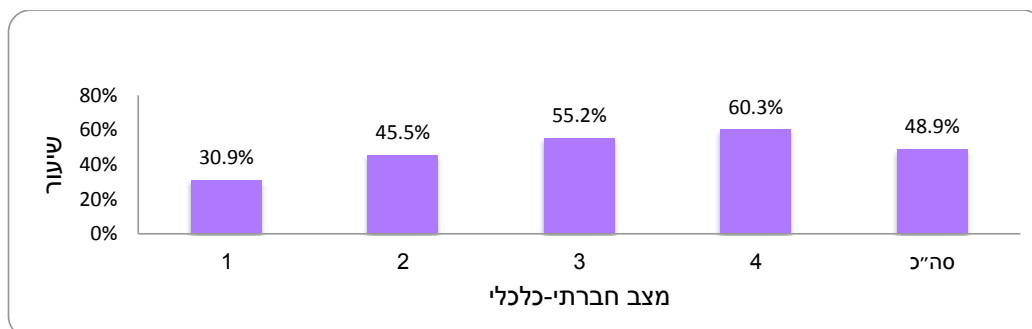
תרשים 30: לפי שנה, 2016-2013



תרשים 31: לפי גיל, 2016



תרשים 32: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2016



שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות

נשים אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־3 השנים האחרונות (מונה),
בגילאים 35-54 (מכנה)

טבלה 19: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
סה"כ	4	3	2	1		
76,789	17,521	30,889	18,503	9,876	מונה	
150,373	28,033	53,222	38,400	30,718	מכנה	35-39
51.1%	62.5%	58.0%	48.2%	32.2%	שיעור	
122,951	29,409	48,875	29,518	15,149	מונה	
241,391	47,538	85,037	61,642	47,174	מכנה	40-44
50.9%	61.9%	57.5%	47.9%	32.1%	שיעור	
101,433	23,343	39,687	26,071	12,332	מונה	
207,371	38,904	72,276	57,145	39,046	מכנה	45-49
48.9%	60.0%	54.9%	45.6%	31.6%	שיעור	
66,101	14,475	26,004	18,141	7,481	מונה	
152,456	26,021	52,848	45,410	28,177	מכנה	50-54
43.4%	55.6%	49.2%	39.9%	26.6%	שיעור	
367,274	84,748	145,455	92,233	44,838	מונה	
751,591	140,496	263,383	202,597	145,115	מכנה	סה"כ
48.9%	60.3%	55.2%	45.5%	30.9%	שיעור	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הנשים בגיל 35-54 אשר לא ביצעו בדיקת סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות

הגדרת המדד: שיעור הנשים בגיל 35-54 אשר לא ביצעו בדיקת סיקור ציטולוגית (בדיקת פאפ) לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות.

רציונאל: סרטן צוואר הרחם עונה על הקריטריונים לסיקור וגילוי מוקדם, זאת, בהתחשב בתקופת החביון הארוכה של התפתחותו, קיומם של נגעים טרום סרטניים, וקיומו של טיפול המונע התקדמות של נגעים אלו לנגעים ממאירים. ברוב הארצות המפותחות מומלץ על סיקור לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם, בין אם במסגרת תכנית סיקור יזומה ובין אם במסגרת סיקור מזדמן. במרבית המדינות מבוצע כיום סיקור באמצעות בדיקת פאפ בגילאים 25-65 שנה, ובתדירות של אחת ל־3 שנים. בישראל, המלצת משרד הבריאות היא סיקור באמצעות בדיקת פאפ בתדירות של אחת לשלוש שנים, עבור נשים בגילאים 25-65 שנים. החל מ־1995, משטחי צוואר הרחם נכללים בסל הבריאות, אך עבור נשים בגילאים 35-54 שנים בלבד. מחקרים הדגימו כי יעילות בדיקת הפאפ יורדת במידה והמרווחים בין שתי בדיקות עוקבות עולים על שלוש שנים. מטרת המדד היא להצביע על שיעור הנשים שאינן נסקרות כלל לסרטן צוואר הרחם או שאינן נסקרות בצורה נאותה. כלומר, אלו שלא ביצעו בדיקת פאפ ב־5 השנים האחרונות.

מכנה: נשים מבוטחות בגיל 35-54

מונה: מספר הנשים במכנה אשר לא עברו בדיקת סיקור ציטולוגית (בדיקת פאפ) לסרטן צוואר הרחם בשנת המדד ובארבע השנים שקדמו לה.

הערות: אין

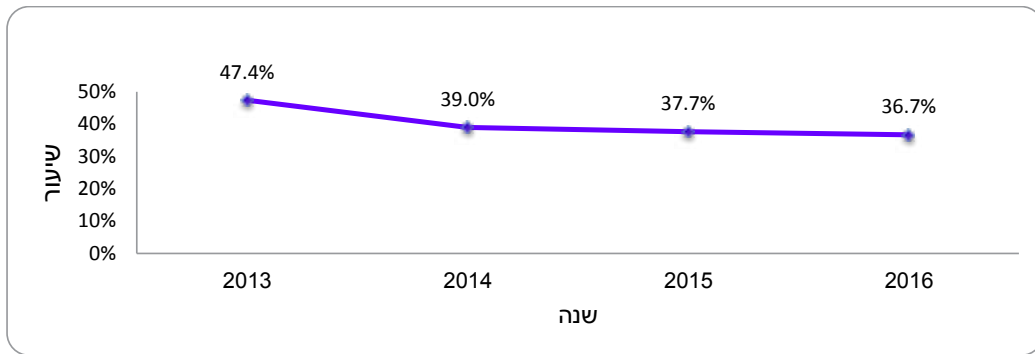
תוצאות (תרשימים 33-35 וטבלה 20)

שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר לא ביצעו בדיקת סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות ירד בין השנים 2013-2016, מ־47.4% בשנת 2013 ל־36.7% בשנת 2016. השיעור היה גבוה פי 2.3 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (56.7%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (24.6%).

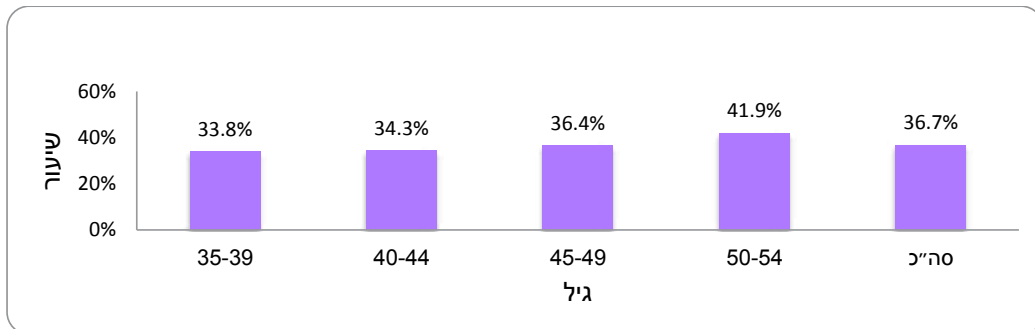
שיעור הנשים בגילאים 54-35 אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות

שיעור הנשים אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות (מונה), בגילאים 54-35 (מכנה)

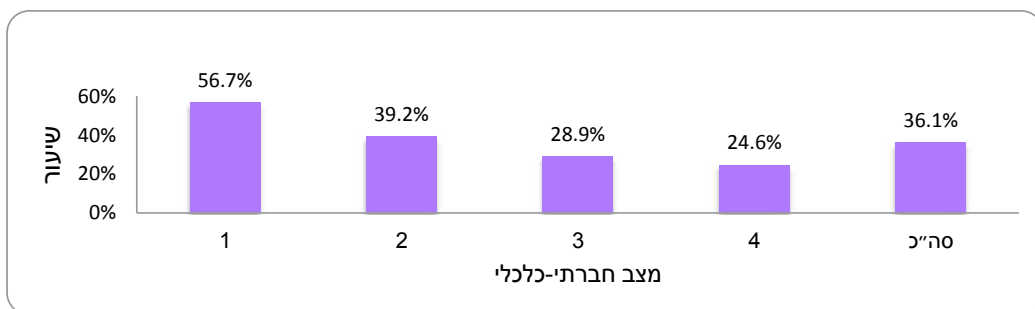
תרשים 33: לפי שנה, 2016-2013



תרשים 34: לפי גיל, 2016



תרשים 35: לפי מצב חברתי-כלכלי, 2016



שיעור הנשים בגילאים 35-54 אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות

נשים אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב־5 השנים האחרונות (מונה), בגילאים
54-35 (מכנה)

טבלה 20: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי					
סה"כ	4	3	2	1	
16,434	2,076	4,501	4,493	5,364	מונה
49,609	9,519	17,824	12,555	9,711	מכנה
33.1%	21.8%	25.3%	35.8%	55.2%	שיעור
78,756	10,445	21,563	21,667	25,081	מונה
233,851	46,270	82,768	59,479	45,334	מכנה
33.7%	22.6%	26.1%	36.4%	55.3%	שיעור
72,449	9,409	20,544	21,443	21,053	מונה
202,144	38,064	70,759	55,542	37,779	מכנה
35.8%	24.7%	29.0%	38.6%	55.7%	שיעור
61,840	7,472	17,983	19,737	16,648	מונה
149,371	25,626	52,006	44,391	27,348	מכנה
41.4%	29.2%	34.6%	44.5%	60.9%	שיעור
229,479	29,402	64,591	67,340	68,146	מונה
634,975	119,479	223,357	171,967	120,172	מכנה
36.1%	24.6%	28.9%	39.2%	56.7%	שיעור

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

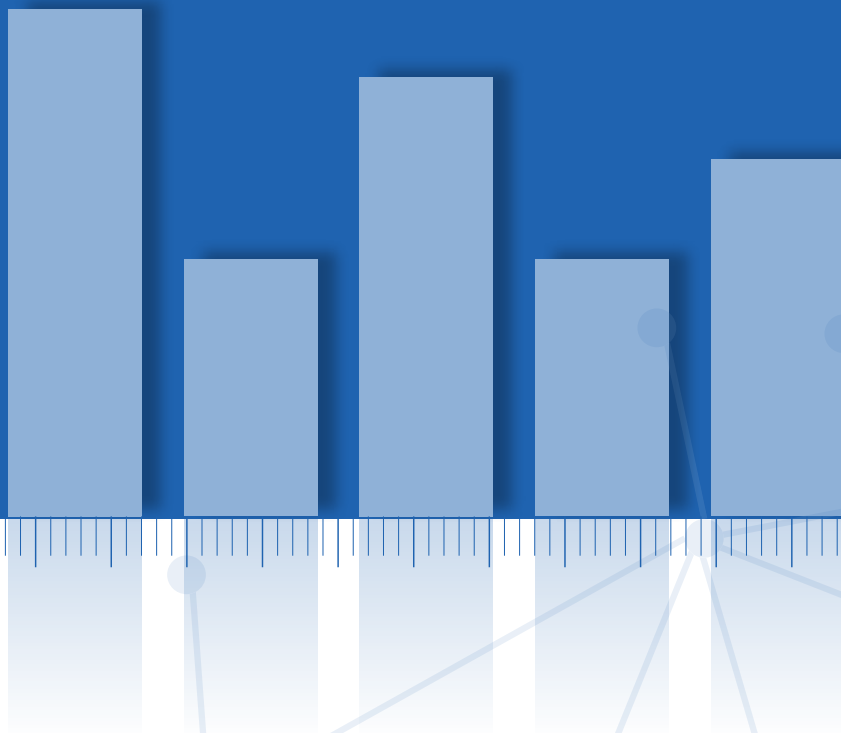
- [1] הרישום הלאומי לסרטן, "Breast Cancer Registry 2016," *Moh*, 2016. [Online]. Available: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/breast_cancer_oct2016.pdf. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [2] U.S. Preventive Services Task Force, "Breast Cancer: Screening," 2009. [Online]. Available: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-screening>. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [3] משרד הבריאות, "חוזר המנהל הכללי בנושא: מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות," 2012. [Online]. Available: <http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=7655>. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [4] P. C. Gøtzsche and K. J. Jørgensen, "Screening for breast cancer with mammography," in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, P. C. Gøtzsche, Ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013.
- [5] M. M and W. JE, "Update in women's health: Evidence published in 2012," *Ann. Intern. Med.*, vol. 159, no. 3, pp. 203–209, 2013.
- [6] D. Puliti, G. Miccinesi, M. Zappa, G. Manneschi, E. Crocetti, and E. Paci, "Balancing harms and benefits of service mammography screening programs: a cohort study," *Breast Cancer Res.*, vol. 14, no. 1, pp. R9–R9, Jan. 2012.
- [7] J. S. Mandelblatt *et al.*, "Modeling the impact of population screening on breast cancer mortality in the United States.," *Breast*, vol. 20 Suppl 3, pp. S75–81, Oct. 2011.
- [8] E. Paci, M. Broeders, S. Hofvind, D. Puliti, and S. W. Duffy, "European breast cancer service screening outcomes: a first balance sheet of the benefits and harms.," *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, vol. 23, no. 7, pp. 1159–1163, Jul. 2014.
- [9] הרישום הלאומי לסרטן, משרד הבריאות, [Online]. Available: <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/ICDC/ICR/CancerIncidence/Pages/Rectum.aspx>. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [10] ד. ר. סילברמן ב, קינן- בוקר ל, ליפשיץ א, פישלר י, "סרטן המעי הגס והחלחולת בישראל – עדכון הנתונים," הרישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2016. [Online]. Available: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/ICR_04032016.pdf. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [11] P. M. Rothwell *et al.*, "Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials.," *Lancet (London, England)*, vol. 376, no. 9754, pp. 1741–1750, Nov. 2010.
- [12] P. Hewitson, P. Glasziou, E. Watson, B. Towler, and L. Irwig, "Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update.," *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 103, no. 6, pp. 1541–1549, Jun. 2008.
- [13] W. S. Atkin *et al.*, "Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial.," *Lancet (London, England)*, vol. 375, no. 9726, pp. 1624–1633, May 2010.

- [14] J. J. Telford, A. R. Levy, J. C. Sambrook, D. Zou, and R. A. Enns, "The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer.," *CMAJ*, vol. 182, no. 12, pp. 1307–1313, Sep. 2010.
- [15] J. S. Lin *et al.*, "Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.," *JAMA*, vol. 315, no. 23, pp. 2576–2594, Jun. 2016.
- [16] "Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 44, July 2003: (Replaces Committee Opinion Number 252, March 2001) Neural Tube Defects," *Obstet. Gynecol.*, vol. 102, no. 1, 2003.
- [17] D. Saslow *et al.*, "American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 62, no. 3, pp. 147–172, Mar. 2012.
- [18] ד. ר. סילברמן ב, קינן-בוקר ל, ליפשיץ א, פישלר י, "סרטן צוואר הרחם בישראל – עדכון הנתונים", הרישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2016. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/cervical_cancer_2016.pdf. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [19] R. Bassal *et al.*, "Cervical Pap screening among Israeli women, 2005-2010," *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 289, no. 3, pp. 615–622, 2014.
- [20] O. Shavit, E. Roura, M. Barchana, M. Diaz, and J. Bornstein, "Burden of human papillomavirus infection and related diseases in Israel.," *Vaccine*, vol. 31 Suppl 8, pp. I32-41, Nov. 2013.
- [21] 2015, "תדריך חיסונים 1999", האגף לאפידמיולוגיה משרד הבריאות, [Online]. Available: https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/300_TUB.pdf. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [22] G. N. Papanicolaou, "New Cancer Diagnosis," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 23, no. 3, pp. 174–179, May 1973.
- [23] National Institutes of Health, "Cervical Cancer," *FACT SHEET – Cerv. Cancer*, no. October, pp. 1–2, 2010.
- [24] M. Quinn, P. Babb, J. Jones, and E. Allen, "Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics.," *BMJ*, vol. 318, no. 7188, pp. 904–908, Apr. 1999.
- [25] L. Peirson, D. Fitzpatrick-Lewis, D. Ciliska, and R. Warren, "Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis.," *Syst. Rev.*, vol. 2, p. 35, May 2013.
- [26] R. Sankaranarayanan *et al.*, "HPV screening for cervical cancer in rural India.," *N. Engl. J. Med.*, vol. 360, no. 14, pp. 1385–1394, Apr. 2009.
- [27] J. Dickinson *et al.*, "Recommendations on screening for cervical cancer.," *CMAJ*, vol. 185, no. 1, pp. 35–45, Jan. 2013.
- [28] van der Veen N, Carpay MEM, van Delden JA, Brouwer E, Grievink L, Hoebee B *et al.*, "Feasibility study for improvements to the population screening for

cervical cancer 2013," 2014. [Online]. Available: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2014-0056.pdf>. [Accessed: 24-Dec-2017].

- [29] W. K. Huh *et al.*, "Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance," *Obstet. Gynecol.*, vol. 125, no. 2, pp. 330–337, Feb. 2015.
- [30] J. Jeronimo *et al.*, "Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline," *J. Glob. Oncol.*, vol. 3, no. 5, pp. 635–657, Oct. 2017.
- [31] "The cobas® HPV Test website." [Online]. Available: <https://global.hpv16and18.com/netherlands-HPV-primary-screening>. [Accessed: 12-Dec-2017].
- [32] האיגוד הישראלי למילדות וגניקולוגיה, "הצעה לעדכון נייר עמדה 101 משטח מצוואר הרחם כבדיקת סריקה למניעת סרטן צוואר הרחם, 2015".
- [33] Israel Center for Disease Control ICDC, "Israel National health Interview Survey (INHis-2) 2007-2010," no. July, 2012.
- [34] E. Schejter, J. Bornstein, and E. Siegler, "Cervical Cancer Screening, Human Papillomavirus Vaccination Practices and Current Infrastructure in Israel," *Vaccine*, vol. 31, no. SUPPL.8, pp. 142–145, 2013.
- [35] R. Raz *et al.*, "Uptake of Pap smears among women in a large Israeli HMO between 2006 and 2008," *Public Health*, vol. 126, no. 7, pp. 594–599, Jul. 2012.

ילדים ובני נוער



רקע

תאור המחלה

אנמיה הינה בעיה שכיחה בקרב ילדים ברחבי העולם. מעריכים שכ-43% מהילדים עד גיל 5 בעולם סובלים מאנמיה, בעיקר במדינות מתפתחות [1], כאשר כ-50% ממקרי האנמיה בילדות נגרמים מחוסר ברזל [2]. לאנמיה של חוסר ברזל ביטויים סיסטמיים רבים כגון חולשה וטכיקרדיה (דופק מהיר) ובגילאי הילדות עלולה להיות לחוסר ברזל השפעה מזיקה על ההתפתחות הקוגניטיבית והמוטורית [2], וכן על הקשר בין האם והילד [3].

מזון הינו מקור הברזל בגוף. ילד הגדל במהירות זקוק לכמויות גדולות של ברזל כדי לספק את צרכי הגוף ומערכת הדם. תרכובות המזון לתינוקות (פורמולות החלב) המשווקות בארץ מכילות כ-1 מ"ג ברזל בכל 100 מ"ל של חלב מוכן. יש לציין שבמוצרים אלו ספיגת הברזל עומדת על כ-4%, בעוד שמחלב אם ספיגת הברזל הינה כ-50% [4].

היבטים אפידמיולוגיים

במחקר שנערך בישראל בקרב 35,000 ילדים בשנת 2003 נמצא כי 23% מהילדים באוכלוסייה הלא יהודית ו-10.5% מהילדים באוכלוסייה היהודית סבלו מאנמיה. אנמיה הייתה שכיחה יותר בקרב ילדים שאימותיהם סבלו גם הן מאנמיה ושלא השתמשו בתוספי ברזל [5].

גורמי סיכון

גורמי הסיכון לאנמיה של חוסר ברזל כוללים מוצא אתני ומעמד חברתי-כלכלי, פגות או משקל לידה נמוך, קשירה מוקדמת של חבל הטבור וכן גורמים תזונתיים, ביניהם כמות וסוג החלב הנצרך.

הטיפול במחלה

החל מ-1985 קיימות בישראל הנחיות של משרד הבריאות בדבר מתן תוספי ברזל לתינוקות ובדיקות סקר לאיתור אנמיה של חוסר ברזל, שמטרתן לצמצם את שכיחות האנמיה בקרב תינוקות. ההנחיות עודכנו לאחרונה ב-2012 וכוללות בין השאר את ההמלצות הבאות [6]:

מתן תוסף ברזל לתינוקות בגילאי 4-18 חודשים (בתינוקות שבספירת הדם השגרתית המבוצעת החל מגיל 9 חודשים לא נמצאה עדות לאנמיה, ניתן להפסיק את מתן התוסף בגיל שנה).

בדיקת רמת ההמוגלובין בקרב כל התינוקות החל מגיל 9 חודשים.

בדיקת המוגלובין אינה מודדת באופן ישיר את רמת הברזל בגוף, ופרט לחוסר ברזל קיימות סיבות נוספות לרמת המוגלובין נמוכה. למעשה, הערך המנבא החיובי (positive predictive value) של רמת

המוגלובין נמוכה מ-11 גר/ד"ל עומד על כ-30% לאבחון של חוסר ברזל [7]. עם זאת, כשמתגלה רמה נמוכה של המוגלובין ניתן להמשיך ולברר את מהות הבעיה על ידי בדיקות ספציפיות יותר, וכן להגביר את ההיענות של ההורים למתן תוספי ברזל לטווח ארוך, אשר הודגם כמשפר את התפקוד הקוגניטיבי של תינוקות [8].

מאז 2010 ממליצה הוועדה לתזונה של האקדמיה האמריקאית לפדיאטריה על מתן תוספי ברזל, לתינוקות המוזנים על ידי חלב אם, החל מגיל 4 חודשים וכן על בדיקת רמת המוגלובין לכל הילדים סביב גיל 12 חודשים [9]. עם זאת, הגוף המרכזי להנחיות קליניות בארצות הברית (US Preventive Task Force) [10] מציין שאין מספיק עדויות עדכניות על הצורך בסיקור לאנמיה בקרב כלל התינוקות בארה"ב, או אפילו על הקשר בין טיפול באנמיה בתינוקות ותוצאים כמו גדילה או התפתחות. אולם, המאפיינים התזונתיים בישראל שונים מאלו של ארה"ב, כפי שמתבטא למשל בצריכת בשר, וברמות הברזל בדיוסות ובדגני בוקר. כמו כן, תוסף הברזל המצוי בשימוש בישראל, ברזל הידרוקסיד פולימלטוז, שונה ביעילותו ממלחי ברזל הנפוצים בארה"ב בשימוש למניעה ראשונית של אנמיה [9]. לפיכך, מלבד מדידת הביצוע של בדיקת דם בקרב תינוקות, התכנית מדווחת גם על שיעור ההימצאות של אנמיה בגיל 9-18 חודשים. מדד זה מבהיר את היקף התופעה של אנמיה בפעוטות ומספק נתונים (לפי גיל ומעמד סוציו-אקונומי), אשר עשויים להנחות הן החלטות קליניות והן קביעת מדיניות בטיפול בילדים.

מדדים

- ✓ שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים
- ✓ המצאות אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים

שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות

הגדרת המדד: שיעור התינוקות בני שנה שביצעו בדיקת המוגלובין לפחות פעם אחת בשנת

המדד

רציונאל: זיהוי אנמיה בגיל הרך חשוב בשל הקשר של אנמיה עם התפתחות תקינה של הילד, לרבות התפתחות קוגניטיבית. אנמיה מזוהה בבדיקת דם פשוטה. אחת הסיבות השכיחות לאנמיה בגיל הרך היא חוסר בברזל, אשר ניתן לתיקון בקלות יחסית. בשל כך, קיימת בישראל הנחיה של משרד הבריאות לבצע סיקור שגרתי של כלל התינוקות לאנמיה בגיל שנה לערך. נתונים מישראל מראים מגמה ברורה של ירידה בהימצאות אנמיה בתינוקות, במיוחד באוכלוסייה היהודית, מאז ההמלצות של משרד הבריאות ב־1985.

מכנה: תינוקות אשר מלאו להם 9-18 חודשים במהלך שנת המדד

מונה: מספר התינוקות במכנה שביצעו בדיקת המוגלובין בשנת המדד

הערות: אין

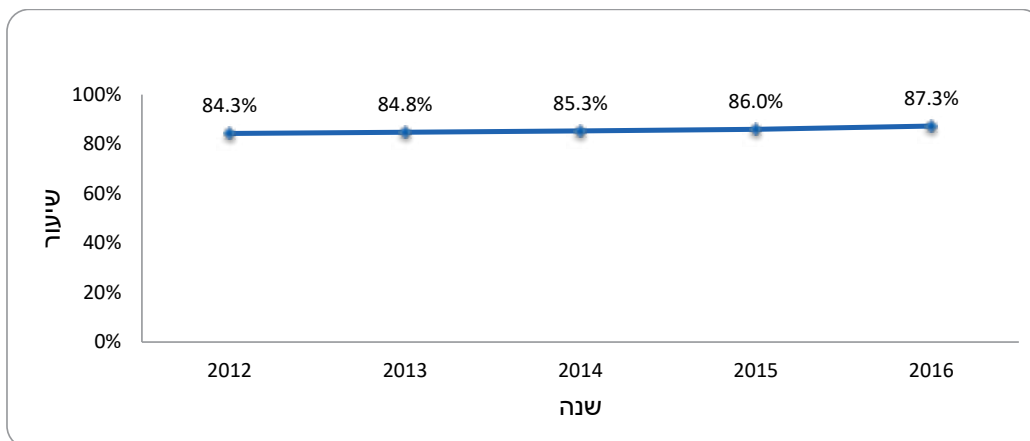
תוצאות (תרשימים 36-37 וטבלה 21)

שיעור הביצוע של ספירת דם לזיהוי אנמיה (בדיקת המוגלובין) בתינוקות עלה מעט בין השנים 2012-2016, מ־84.3% בשנת 2012, ל־87.3% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב בנות (86.9%) מאשר בקרב בנים (87.6%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (85.3%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (89.7%).

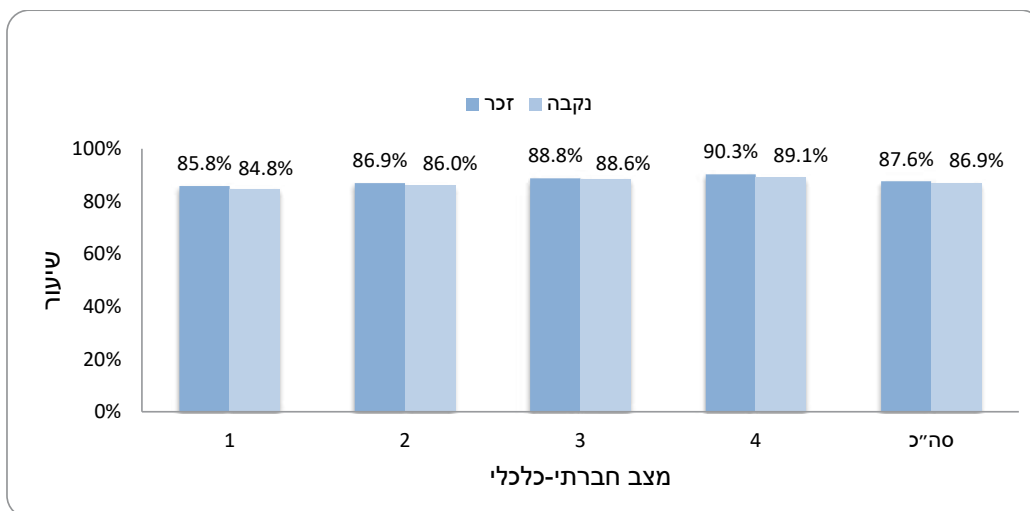
שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות בין הגילאים 9-18 חודשים

שיעור התינוקות שביצעו בדיקת המוגלובין (מונה), מקרב תינוקות בני 9-18 חודשים (מכנה)

תרשים 36: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 37: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות בין הגילאים 9-18 חודשים

תינוקות שביצעו בדיקת המוגלובין (מונה), מקרב תינוקות בני 9-18 חודשים (מכנה)

טבלה 21: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
	סה"כ	4	3	2	1	
זכר	מונה	76,478	10,080	23,301	21,741	21,356
	מכנה	87,320	11,160	26,243	25,027	24,890
	שיעור	87.6%	90.3%	88.8%	86.9%	85.8%
נקבה	מונה	71,590	9,559	21,759	20,445	19,827
	מכנה	82,419	10,731	24,546	23,768	23,374
	שיעור	86.9%	89.1%	88.6%	86.0%	84.8%
סה"כ	מונה	148,068	19,639	45,060	42,186	41,183
	מכנה	169,739	21,891	50,789	48,795	48,264
	שיעור	87.2%	89.7%	88.7%	86.5%	85.3%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים

הגדרת המדד: שיעור התינוקות שהוגדרו כסובלים מאנמיה על סמך בדיקת הדם האחרונה בין הגילאים 9-18 חודשים

רציונאל: זיהוי אנמיה בגיל הרך חשוב בשל הקשר של אנמיה עם התפתחות תקינה של הילד, לרבות התפתחות קוגניטיבית. אנמיה מזוהה בבדיקת דם פשוטה. אחת הסיבות השכיחות לאנמיה בגיל הרך היא חוסר בברזל, אשר ניתן לתיקון בקלות יחסית. בשל כך, קיימת בישראל הנחיה של משרד הבריאות לבצע סיקור שגרתי של כלל התינוקות לאנמיה בגיל שנה לערך. מדד זה, המציג את שיעור ההימצאות של אנמיה בגיל 9-18 חודשים (לפי מין ומצב חברתי-כלכלי), מבהיר את היקף התופעה של אנמיה ומספק נתונים אשר עשויים לשמש בסיס להחלטות קליניות וקביעת מדיניות הטיפול בילדים.

מכנה: תינוקות שביצעו בדיקת המוגלובין בין הגילאים 9-18 חודשים בשנת המדד

מונה: מספר התינוקות במכנה שרמת ההמוגלובין האחרונה שנמדדה להם נמוכה או שווה ל-10.5 מ"ג/ד"ל

הערות: אין

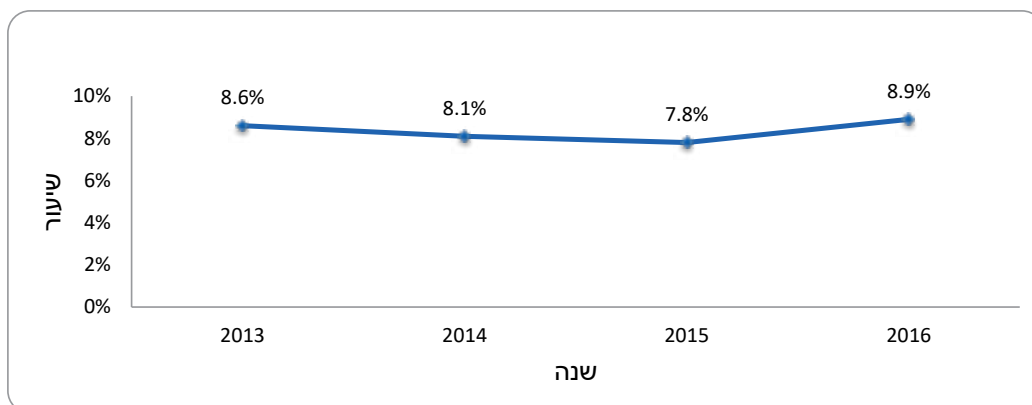
תוצאות (תרשימים 38-39 וטבלה 22)

שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 8.9% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב בנות (8.8%) ובנים (9.0%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (10.0%) היה גבוה בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (8.1%).

שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים

שיעור התינוקות עם אנמיה (מונה) מקרב תינוקות בני 9-18 חודשים (מכנה)

תרשים 38: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 39: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 9-18 חודשים

תינוקות עם אנמיה (מונה) מקרב תינוקות בני 9-18 חודשים (מכנה)

טבלה 22: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
	סה"כ	4	3	2	1	
זכר	מונה	6,396	804	1,895	1,732	1,965
	מכנה	70,996	9,734	21,993	20,002	19,267
	שיעור	9.0%	8.3%	8.6%	8.7%	10.2%
נקבה	מונה	5,877	721	1,679	1,705	1,772
	מכנה	66,608	9,187	20,514	18,885	18,022
	שיעור	8.8%	7.8%	8.2%	9.0%	9.8%
סה"כ	מונה	12,273	1,525	3,574	3,437	3,737
	מכנה	137,604	18,921	42,507	38,887	37,289
	שיעור	8.9%	8.1%	8.4%	8.8%	10.0%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

רקע

חשיבות

השמנה בקרב ילדים הינה אחת הבעיות המרכזיות בבריאות הציבור בשל השלכותיה בטווח הקצר והארוך [12]. עודף משקל או השמנת יתר בגיל הילדות מעלים את הסיכון בבגרות להשמנה, תחלואה במחלות לב וכלי דם, סוכרת, דלקת מפרקים ניוונית וסרטן [13]. כמו כן, ילדים שמנים סובלים יותר מבעיות נפשיות ופסיכולוגיות, כגון הערכה עצמית נמוכה ודיכאון בהשוואה לילדים שאינם שמנים [14-16].

היבטים אפידמיולוגיים

שיעור ההימצאות העולמי של עודף משקל והשמנת יתר בקרב ילדים עלה בקרוב ל-50% בין השנים 1980 ו-2013. השיעור עלה במדינות המתפתחות מ-17% בשנת 1980 ל-24% בשנת 2013, ובמדינות המפותחות מ-8% ב-1980 ל-13% ב-2013 [17]. שכיחות השמנת היתר קשורה באזור הגיאוגרפי ובמצב חברתי-כלכלי. אומדני ההימצאות של השמנה בילדי העולם נעים מכ-2% בבנגלדש, 13% בארצות הברית ועד ליותר מ-30% במדינות הפדרליות של מיקרונזיה [17]. שכיחות עודף המשקל וההשמנה גבוהה יותר בבנים מאשר בנות. במוצע מדינות ה-OECD שיעור ההימצאות הינו 24% בבנים ו-22% בבנות [13].

על פי ארגון הבריאות העולמי מחושב אחוזון BMI לפי מין וגיל הילד, כאשר אחוזון BMI 2.3 (המקביל ל-2 סטיות תקן מתחת לממוצע) או פחות מוגדר כרזון, אחוזון 85 ומעלה מוגדר כעודף משקל ואחוזון 97.7 (המקביל ל-2 סטיות תקן מתחת לממוצע) מוגדר כהשמנת יתר [18].

על פי סקר מצב בריאות ותזונה (מב"ת) שנערך בשנים 2015-2016, 2-3% מהילדים בחטיבת הביניים בישראל הינם בתת משקל, 19-21% סובלים מעודף משקל ובין 11% ל-15% סובלים מהשמנה [19].

משרד הבריאות פרסם נתוני בדיקות גדילה של תלמידי בתי ספר בישראל. במסגרת זו, BMI פחות מאחוזון 3 הוגדר כרזון, BMI בין האחוזון 85-96 הוגדר כעודף משקל ו-BMI באחוזון 97 ויותר הוגדר כהשמנה. כך, בשנת 2013 בקרב תלמידים בכתה א', שיעור עודף המשקל עמד על 11.7%, ושיעור ההשמנה עמד על 8.6%. השיעור הכולל של ילדים הסובלים מעודף משקל או מהשמנה היה 20.3%. כמו כן, נמצא כי שיעורי עודף משקל והשמנה עולים עם הגיל, כאשר בקרב התלמידים בכתות ז' שיעור עודף המשקל עמד על 17.7%, שיעור ההשמנה עמד על 12.7%, ושיעורם הכולל של ילדי כיתות ז' הסובלים מעודף משקל או מהשמנה לפי מקור זה עמד על 30.4% [20].

ההתייחסות הנדרשת מהמערכת הרפואית

איתור ילדים ובני נוער הסובלים ממשקל לא תקין הוא בעל חשיבות רבה, שכן איתור מוקדם מאפשר הכוונה לאורח חיים בריא כבר בתקופת הילדות, במטרה לבסס אורח חיים והתנהגות בריאה בטווח הארוך. עודף משקל והשמנת יתר מוגדרים כיום לפי אחוזוני BMI המותאמים לגיל ולמין. סקירה שיטתית שבחנה שיטות להערכת השמנה בילדים, הראתה כי שימוש במדד ה-BMI [היחס שבין משקל הגוף (בקילוגרמים) לשטח הגוף (המוערך כריבוע גובה הגוף, ונמדד במטרים בריבוע)] הינו פשוט ליישום ובעל תוקף גבוה [21]. ערכי BMI עשויים גם לזהות ילדים ובני נוער הנמצאים בתת משקל, להצביע על חסכים תזונתיים ואף להצביע על הפרעות אכילה, המתגלות בגילאים אלה.

המלצת משרד הבריאות היא לתעד משקל וגובה לפחות פעם אחת בגילאי 2-4 ו-5-7 שנים. מגיל 14 ומעלה ההמלצה הינה לתעד לפחות אחת לשלוש שנים [22].

מדדים

- ✓ שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7
- ✓ התפלגות קטגוריות BMI בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד: רזון, משקל תקין, עודף משקל והשמנת יתר
- ✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 7 שנים עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-6

רציונאל: השמנה בקרב ילדים הינה אחת הבעיות המרכזיות בבריאות הציבור בשל השלכותיה בטווח הקצר והארוך. עודף משקל או השמנת יתר בגיל הילדות מעלים את הסיכון בבגרות להשמנה, תחלואה במחלות לב וכלי דם, סוכרת, דלקת מפרקים ניוונית וסרטן. איתור ילדים ובני נוער הסובלים ממשקל לא תקין הוא בעל חשיבות רבה, שכן איתור מוקדם מאפשר הכוונה לאורח חיים בריא כבר בתקופת הילדות, במטרה לבסס אורח חיים והתנהגות בריאה בטווח הארוך. ערכי BMI עשויים גם לזהות ילדים ובני נוער הנמצאים בתת משקל, להצביע על חסכים תזונתיים ואף להצביע על הפרעות אכילה, המתגלות בגילאים אלה.

מכנה: מבוטחים בני 7

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-6

הערות: אין

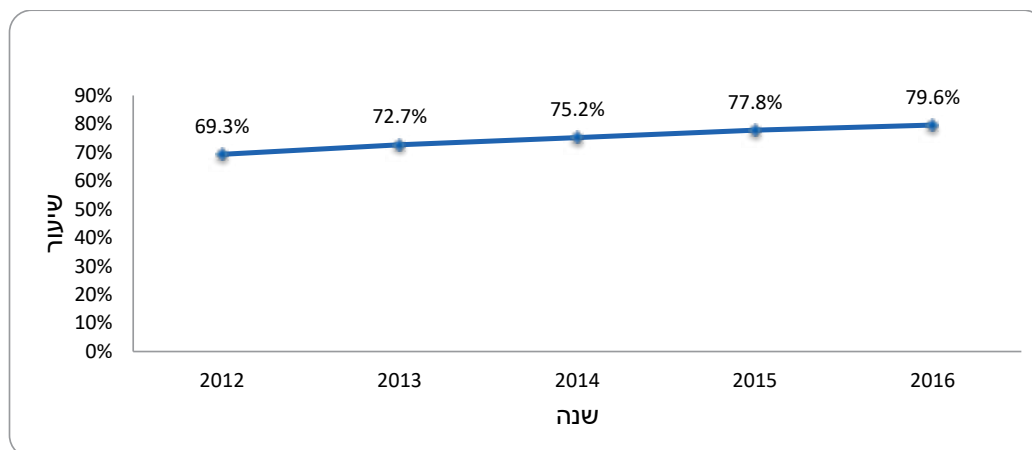
תוצאות (תרשימים 40-41 וטבלה 23)

שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 עלה בין השנים 2012-2016, מ־69.3% בשנת 2012 ל־79.6% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (83.1%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (76.4%).

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

שיעור הילדים עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-6 (מונה), מקרב כלל הילדים בני 7 (מכנה)

תרשים 40: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 41: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

ילדים עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-6 (מונה), מקרב כלל הילדים בני 7 (מכנה)

טבלה 23: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
סה"כ	4	3	2	1		
59,840	8,515	17,790	15,500	18,035	מונה	זכר
75,308	11,098	22,674	19,899	21,637	מכנה	
79.5%	76.7%	78.5%	77.9%	83.4%	שיעור	
56,471	8,001	16,982	14,542	16,946	מונה	נקבה
71,631	10,506	21,881	18,794	20,450	מכנה	
78.8%	76.2%	77.6%	77.4%	82.9%	שיעור	
116,311	16,516	34,772	30,042	34,981	מונה	סה"כ
146,939	21,604	44,555	38,693	42,087	מכנה	
79.2%	76.4%	78.0%	77.6%	83.1%	שיעור	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

התפלגות רזון, משקל תקין, עודף משקל והשמנת יתר בקרב ילדים בני 7

הגדרת המדד: התפלגות קטגוריות מסת הגוף בקרב מבוטחים בני 7

רציונאל: השמנה בקרב ילדים הינה אחת הבעיות המרכזיות בבריאות הציבור בשל השלכותיה בטווח הקצר והארוך. עודף משקל או השמנת יתר בגיל הילדות מעלים את הסיכון בבגרות להשמנה, תחלואה במחלות לב וכלי דם, סוכרת, דלקת מפרקים ניוונית וסרטן. ערך ה-BMI, המבוסס על משקל ביחס לגובה, הינו אמת מידה לסווג קטגוריות המשקל. בקרב ילדים, קטגוריות המשקל מוגדרות כיום לפי אחוזוני BMI המותאמים לגיל ומין. על פי הגדרת ארגון הבריאות העולמי, אחוזון BMI 2.3 או פחות מוגדר כרזון, אחוזון 85 ומעלה מוגדר כעודף משקל ואחוזון 97.7 ומעלה מוגדר כהשמנת יתר. איתור ילדים ובני נוער הסובלים ממשקל לא תקין הוא בעל חשיבות רבה שכן מאפשר הכוונה לאורח חיים בריא כבר בתקופת הילדות, שהינה חשובה בכדי לבסס אורח חיים והתנהגות בריאה בטווח הארוך.

מכנה: מבוטחים בני 7

מונה: בהתאם להגדרת הקטגוריה:

- ✓ רזון: מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI קטן או שווה ל 2.3
 - ✓ משקל תקין: מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI קטן מ-85 וגדול מ-2.3
 - ✓ עודף משקל: מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI גדול או שווה ל-85 וקטן מ-97.7
 - ✓ השמנת יתר: מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI גדול או שווה ל 97.7
- הערות:** המלצת משרד הבריאות היא לתעד משקל וגובה לפחות פעם אחת בגיל 2-4 שנים ובגיל 5-7 שנים. מגיל 14 ומעלה ההמלצה הינה לתעד לפחות פעם אחת כל 3 שנים.

תוצאות (תרשימים 42-45 וטבלאות 24-27)

שיעור ההימצאות של רזון (thinness) בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים עמד על 4.5% בשנת 2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב בנות (4.0%) מאשר בקרב בנים (4.8%). השיעור היה גבוה פי 2 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (6.3%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (3.1%).

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עמד על 75.2% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב בנות (75.8%) מאשר בקרב בנים (74.8%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (74.4%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (78.6%).

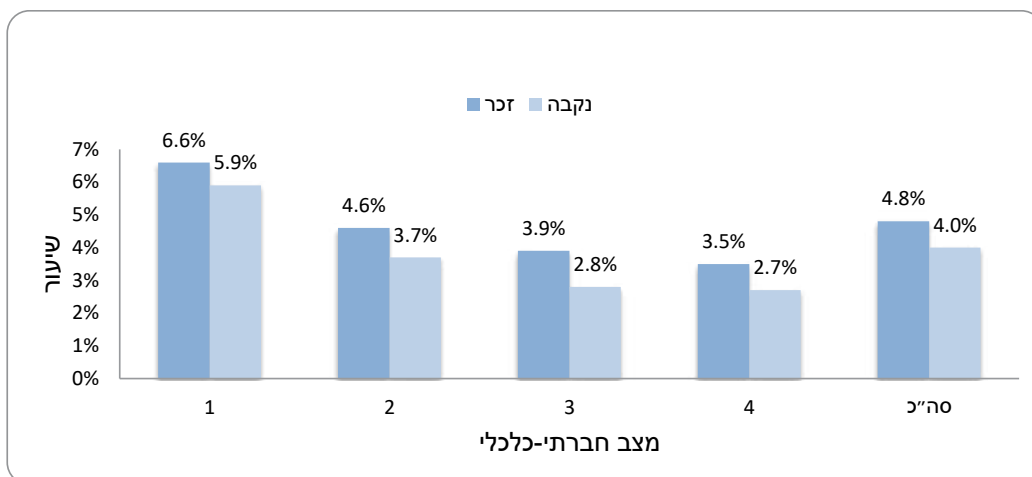
שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עמד על 12.6% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב בנות (13.0%) ובנים (12.3%) ובין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד עמד על 7.7% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב בנות (7.3%) מאשר בקרב בנים (8.1%). הקשר בין מצב חברתי כלכלי לא היה מונוטוני, כך שהשיעור בשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר היה הנמוך ביותר מבין כל השכבות החברתיות-כלכליות (6.0%) ואילו השיעור היה הגבוה ביותר בשכבה החברתית-כלכלית השניה (9.0%).

שיעור ההימצאות של רזון (Thinness) בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

שיעור הילדים בעלי תת משקל (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

תרשים 42: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



ילדים בעלי תת משקל (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

טבלה 24: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
סה"כ	4	3	2	1		
2,888	293	693	716	1,186	מונה	זכר
59,565	8,447	17,682	15,431	18,005	מכנה	
4.8%	3.5%	3.9%	4.6%	6.6%	שיעור	
2,238	217	478	541	1,002	מונה	נקבה
56,236	7,939	16,883	14,493	16,921	מכנה	
4.0%	2.7%	2.8%	3.7%	5.9%	שיעור	
5,126	510	1,171	1,257	2,188	מונה	סה"כ
115,801	16,386	34,565	29,924	34,926	מכנה	
4.4%	3.1%	3.4%	4.2%	6.3%	שיעור	

שיעור ההימצאות של משקל תקין בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד

שיעור הילדים בעלי משקל תקין (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

תרשים 43: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



ילדים בעלי משקל תקין (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

טבלה 25: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
זכר	מונה	44,530	6,660	13,433	11,275	13,162
	מכנה	59,565	8,447	17,682	15,431	18,005
	שיעור	74.8%	78.8%	76.0%	73.1%	73.1%
נקבה	מונה	42,605	6,226	12,727	10,814	12,838
	מכנה	56,236	7,939	16,883	14,493	16,921
	שיעור	75.8%	78.4%	75.4%	74.6%	75.9%
סה"כ	מונה	87,135	12,886	26,160	22,089	26,000
	מכנה	115,801	16,386	34,565	29,924	34,926
	שיעור	75.2%	78.6%	75.7%	73.8%	74.4%

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים במדד

שיעור הילדים בעלי עודף משקל (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

תרשים 44: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים במדד

ילדים בעלי עודף משקל (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

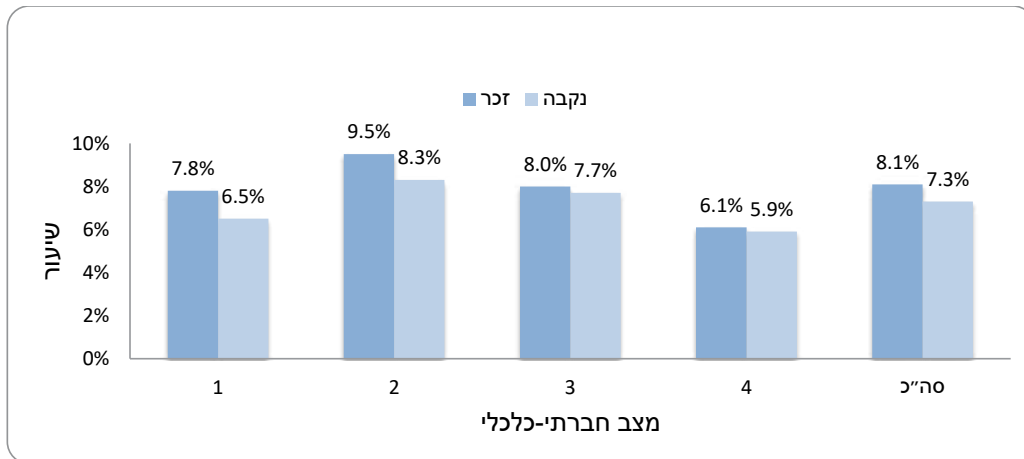
טבלה 26: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
	סה"כ	4	3	2	1	
זכר	מונה	7,333	974	2,134	1,967	2,258
	מכנה	59,565	8,447	17,682	15,431	18,005
	שיעור	12.3%	11.5%	12.1%	12.7%	12.5%
נקבה	מונה	7,306	1,028	2,377	1,929	1,972
	מכנה	56,236	7,939	16,883	14,493	16,921
	שיעור	13.0%	12.9%	14.1%	13.3%	11.7%
סה"כ	מונה	14,639	2,002	4,511	3,896	4,230
	מכנה	115,801	16,386	34,565	29,924	34,926
	שיעור	12.6%	12.2%	13.1%	13.0%	12.1%

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

שיעור הילדים בעלי השמנת יתר (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

תרשים 45: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



ילדים בעלי השמנת יתר (מונה), מקרב כלל הילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד (מכנה)

טבלה 27: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
זכר	מונה	4,813	519	1,422	1,473	1,399	
	מכנה	59,565	8,447	17,682	15,431	18,005	
	שיעור	8.1%	6.1%	8.0%	9.5%	7.8%	
נקבה	מונה	4,083	468	1,299	1,209	1,107	
	מכנה	56,236	7,939	16,883	14,493	16,921	
	שיעור	7.3%	5.9%	7.7%	8.3%	6.5%	
סה"כ	מונה	8,896	987	2,721	2,682	2,506	
	מכנה	115,801	16,386	34,565	29,924	34,926	
	שיעור	7.7%	6.0%	7.9%	9.0%	7.2%	

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

הגדרת המדד: שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

רציונאל: השמנה בקרב ילדים הינה אחת הבעיות המרכזיות בבריאות הציבור בשל השלכותיה בטווח הקצר והארוך. איתור ילדים ובני נוער הסובלים ממשקל לא תקין הוא בעל חשיבות רבה, שכן איתור מוקדם מאפשר הכוונה לאורח חיים בריא כבר בתקופת הילדות, במטרה לבסס אורח חיים והתנהגות בריאה בטווח הארוך. ערכי BMI עשויים גם לזהות ילדים ובני נוער הנמצאים בתת משקל, להצביע על חסכים תזונתיים ואף להצביע על הפרעות אכילה, המתגלות בגילאים אלה. הן נתוני סקר מצב בריאות ותזונה, הן נתוני בדיקות גדילה של תלמידי בתי ספר בישראל הראו כי שיעורי עודף משקל והשמנה בקרב ילדים ונוער עולים במידה ניכרת עם הגיל. המלצת משרד הבריאות היא לתעד משקל וגובה לפחות פעם אחת בגילאי 2-4 ו-5-7 שנים. מגיל 14 ומעלה ההמלצה הינה לתעד לפחות אחת לשלוש שנים.

מכנה: מבוטחים בני 14-18

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי BMI (גובה ומשקל) בשלוש השנים האחרונות

הערות: אין

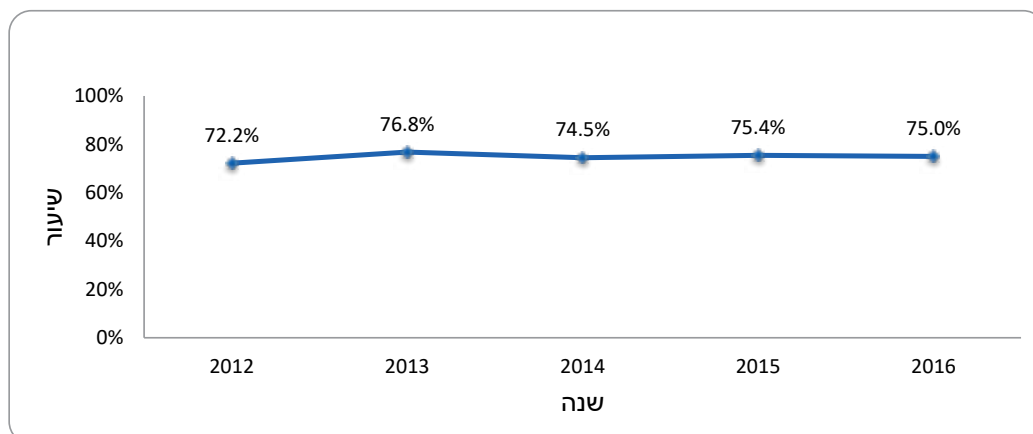
תוצאות (תרשימים 46-47 וטבלה 28)

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 75.0% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (68.5%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (81.4%).

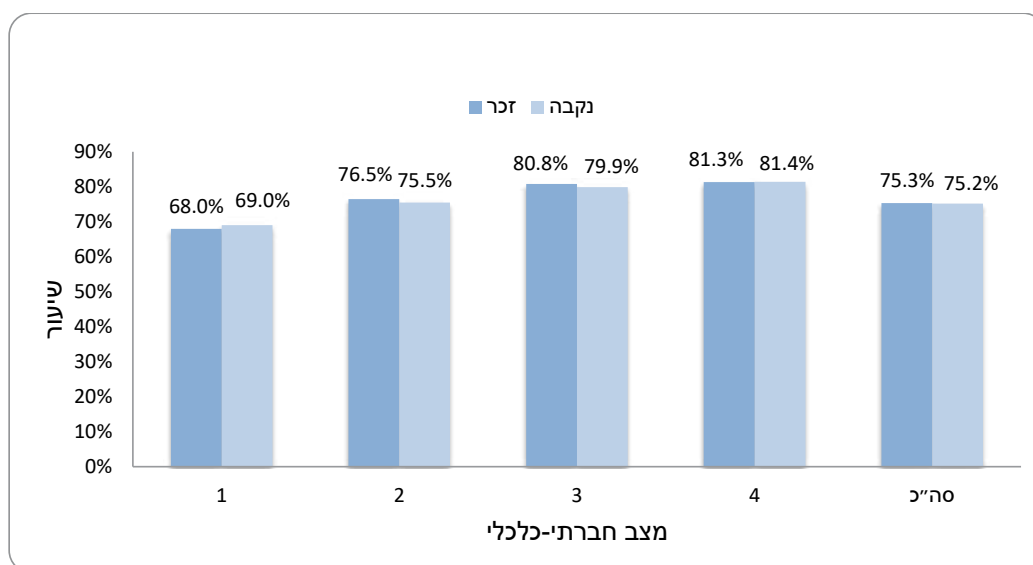
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

שיעור המתבגרים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב כלל המתבגרים בגיל 14-18 (מכנה)

תרשים 46: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 47: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

מתבגרים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב כלל המתבגרים בגיל 14-18 (מכנה)

טבלה 28: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

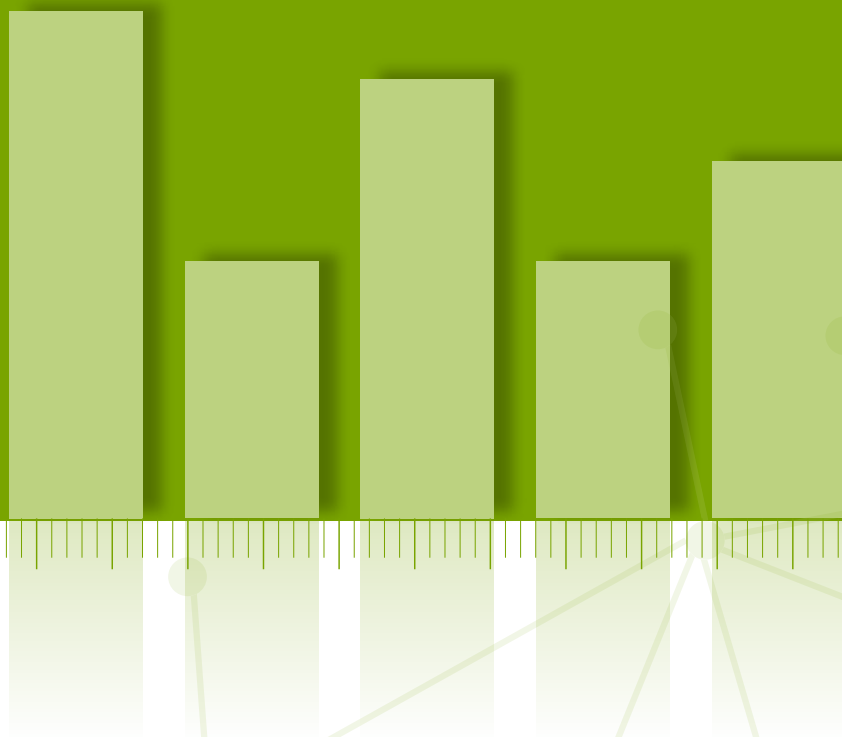
מצב חברתי-כלכלי						
	סה"כ	4	3	2	1	
זכר	מונה	211,102	28,200	59,410	58,578	64,914
	מכנה	280,243	34,697	73,534	76,556	95,456
	שיעור	75.3%	81.3%	80.8%	76.5%	68.0%
נקבה	מונה	201,499	26,663	56,214	55,968	62,654
	מכנה	268,099	32,743	70,373	74,137	90,846
	שיעור	75.2%	81.4%	79.9%	75.5%	69.0%
סה"כ	מונה	412,601	54,863	115,624	114,546	127,568
	מכנה	548,342	67,440	143,907	150,693	186,302
	שיעור	75.2%	81.4%	80.3%	76.0%	68.5%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Health*. 2013; 1(1): e16-25.
- [2] Pala E, Erguven M, Guven S, Erdogan M, Balta T. Psychomotor development in children with iron deficiency and iron-deficiency anemia. *Food Nutr Bull*. 2010; 31(3): 431-5.
- [3] Black MM, Quigg AM, Hurley KM, Pepper MR. Iron deficiency and iron-deficiency anemia in the first two years of life: strategies to prevent loss of developmental potential. *Nutr Rev*. 2011; 69 Suppl 1: S64-70.
- [4] Oski FA. Iron deficiency in infancy and childhood. *N Engl J Med*. 1993; 329(3): 190-3.
- [5] Meyerovitch J, Sherf M, Antebi F, Barhoum-Noufi M, Horev Z, Jaber L, et al. The incidence of anemia in an Israeli population: a population analysis for anemia in 34,512 Israeli infants aged 9 to 18 months. *Pediatrics*. 2006; 118(4): e1055-60.
- [6] משרד הבריאות. תדריך למניעת אנמיה וחוסר ברזל בתינוקות ובפעוטות. חוזר ראש שירותי בריאות הציבור. 13 באוגוסט, 2012.
Available at: http://www.health.gov.il/hozer/BZ17_2012.pdf
- [7] White KC. Anemia is a poor predictor of iron deficiency among toddlers in the United States: for heme the bell tolls. *Pediatrics*. 2005; 115(2): 315-20.
- [8] Wang B, Zhan S, Gong T, Lee L. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(6): CD001444.
- [9] Baker RD, Greer FR, Pediatrics CoNAAo. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics*. 2010; 126(5): 1040-50.
- [10]]Siu AL, Force UPST. Screening for Iron Deficiency Anemia in Young Children: USPSTF Recommendation Statement. *Pediatrics*. 2015; 136(4): 746-52.
- [11] Ruiz-Argüelles GJ, et al. Ineffectiveness of oral iron hydroxide polymaltose in iron-deficiency anemia. *Hematology*. 2007 Jun;12(3):255-6.
- [12] Güngör NK: Overweight and obesity in children and adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2014, 6(3):129-143.
- [13] OECD, Health at a Glance 2015 : OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- [14] Gibson LY, Allen KL, Davis E, Blair E, Zubrick SR, Byrne SM: The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *Eur J Pediatr* 2017, 176(7):925-933.

- [15] Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D: Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatr Int* 2004, 46(3):296-301.
- [16] Schwartz MB, Puhl R: Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obes Rev* 2003, 4(1):57-71.
- [17] Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, Biryukov S, Abbafati C, Abera SF *et al*: Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014, 384(9945):766-781.
- [18] World Health Organization. Growth reference 5-19 years 2017.
Available at: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- [19] משרד הבריאות, סקר מצב בריאות ותזונה מבת צעיר 2, 2015-2016
Available at: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat_youth_2015_2016.pdf
- [20] משרד הבריאות, נתוני בדיקות גדילה של תלמידי בתי ספר בישראל 2013
Available at: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Gdila-school-2010-2012.pdf>
- [21] Reilly JJ: Assessment of obesity in children and adolescents: synthesis of recent systematic reviews and clinical guidelines. *J Hum Nutr Diet* 2010, 23(3):205-211.
- [22] משרד הבריאות. חובת תיעוד של גורמי סיכון ואורחות חיים בתיק הרפואי הממוחשב. חוזר המנהל הכללי. 18 ביולי, 2011
Available at: https://www.health.gov.il/hozer/mk21_2011.pdf

מבוגרים בני 65 ומעלה



רקע

תאור המחלה

מחלת השפעת היא מחלה זיהומית נגיפית המתבטאת לרוב בחום גבוה, צמרמורות, כאבי גרון ושיעול, כאבי שרירים וראש ותשישות. שפעת עונתית היא גורם חשוב בתחלואה ותמותה. בעוד ששיעור התחלואה היא בצעירים בני 2-18 שנים, עיקר סיבוכי המחלה נצפים בקשישים ובילדים צעירים מאד. הסיבוך המרכזי הנמדד בעקבות שפעת הוא דלקת ריאות, אך ככל הנראה, תחלואה בשפעת מחמירה תחלואה כרונית קיימת ותורמת לתמותה בעונת החורף ממחלות ריאה ולב [1], [2].

היבטים אפידמיולוגיים

העברת המחלה מאדם לאדם היא לרוב דרך האוויר – שיעול ועיטוש יוצרים תרסיסים המכילים את הנגיף. לצורך אומדן היקף התחלואה בשפעת וסיבוכיה הוקמה במשרד הבריאות מערכת ניטור שפעת, האוספת נתוני תחלואה ותמותה מעבדתיים (ממעבדות זקיף) וקליניים (מקופות החולים ומבתי החולים). שפעת עונתית מתחילה בדרך כלל בחודשי הסתיו (אוקטובר-נובמבר) ומגיעה לשיאה בחורף (דצמבר-ינואר), כאשר שיעור הפניות לרופא בשבוע בשל תחלואה דמוית שפעת בישראל במהלך עונת החורף עומד על 10-15 פניות ל-10,000 נפש (ממוצע רב שנתי). בעונת החורף 17\2016 נצפתה תחלואה מוקדמת, הן מבחינת התחלת העונה והן מבחינת שיא העונה ביחס לממוצע הרב-שנתי, ונמוכה בשיעוריה בהשוואה לשתי עונות החורף שקדמו לה [3].

גורמי סיכון

גורמי סיכון לסיבוכי המחלה כוללים גיל (קשישים או ילדים צעירים מאד), הריון, מחלות רקע כרוניות כגון סוכרת, השמנת יתר חולנית, מחלות לב, מחלות דרכי הנשימה ומחלות המדכאות את מערכת החיסון.

הטיפול במחלה

הטיפול בשפעת כולל בדרך כלל טיפול תומך וטיפול בסיבוכי המחלה (דלקת ריאות ומצוקה נשימתית). לאור זאת, האמצעי היעיל ביותר הינו מניעה ראשונית – על ידי חיסון נגד נגיף השפעת. היעילות האפשרית של החיסון במניעת שפעת וסיבוכיה כוללת מניעת תחלואה של הפרט וכן צמצום ההעברה והגבלת היקפי ההתפרצויות.

בשל ההשתנות השנתית של זני השפעת יש צורך בחיסון חוזר כל שנה. בעונת חורף 17\2016 החיסון הנבחר לשימוש היה החיסון המומת. שני סוגי תרכיבי חיסון מומת היו בשימוש בישראל: תרכיב מומת טריוולנטי (כנגד 3 זני שפעת) ותרכיב מומת קוואדריולנטי (כנגד 4 זני שפעת).

החיסונים מכילים את זני השפעת הצפויים לגרום לתחלואה המשמעותית ביותר על פי תחזית ארגון הבריאות העולמי. החל מ־1.9.2016, החיסון נגד שפעת נכנס לשגרת החיסונים בבתי הספר, וניתן לתלמידי כיתות ב' [4].

מדדים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

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

רציונאל: 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.

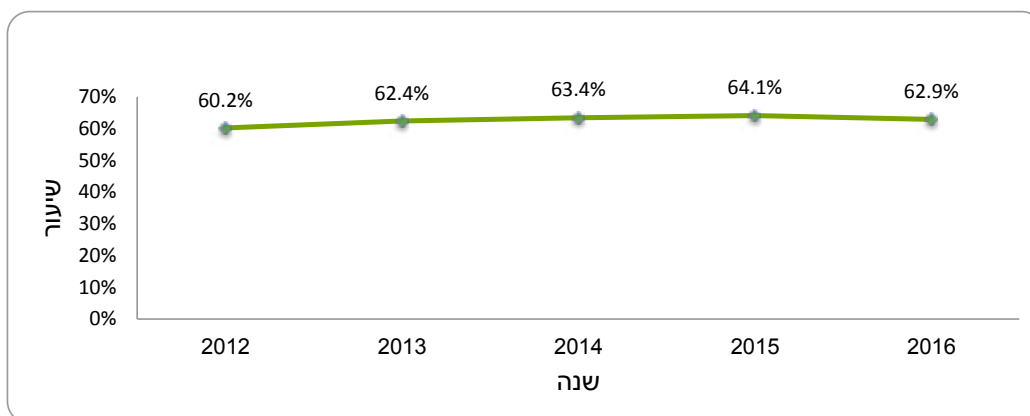
תוצאות (תרשימים 48-50 וטבלאות 29-30)

שיעור המתחסנים בקרב בני 65 ומעלה עלה מעט בין השנים 2012-2016 ועמד על 62.9% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (60.8%) מאשר בקרב גברים (65.5%). שיעורי המתחסנים בשכבה החברתית-כלכלית החלשה ביותר (65.0%) ובשכבה החזקה ביותר (67.0%) היו גבוהים יותר מאשר שיעורי המתחסנים בקרב שכבות הביניים (59.3% ו־62.7% בשכבה השניה והשלישית, בהתאמה).

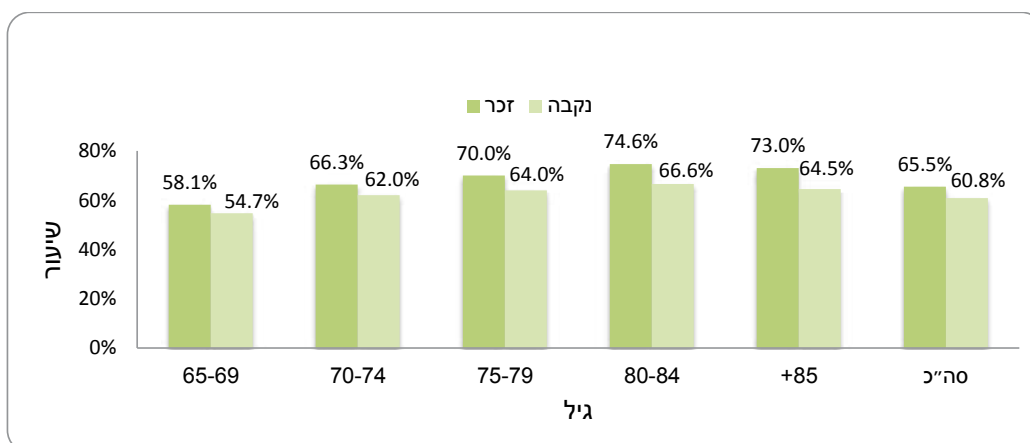
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

שיעור המבוטחים אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב מבוגרים בגיל 65 ומעלה (מכנה)

תרשים 48: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 49: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 50: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

מבוטחים אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב מבוגרים בגיל 65 ומעלה (מכנה)

טבלה 29: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל						
		סה"כ	85+	80-84	75-79	70-74	65-69	
זכר	מונה	262,473	28,598	35,053	51,584	58,726	88,512	
	מכנה	400,955	39,189	47,018	73,723	88,587	152,438	
	שיעור	65.5%	73.0%	74.6%	70.0%	66.3%	58.1%	
נקבה	מונה	310,557	43,817	45,026	61,894	64,404	95,416	
	מכנה	510,714	67,924	67,573	96,716	103,916	174,585	
	שיעור	60.8%	64.5%	66.6%	64.0%	62.0%	54.7%	
סה"כ	מונה	573,030	72,415	80,079	113,478	123,130	183,928	
	מכנה	911,669	107,113	114,591	170,439	192,503	327,023	
	שיעור	62.9%	67.6%	69.9%	66.6%	64.0%	56.2%	

טבלה 30: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	178,157	38,163	69,056	51,267	19,671	
	מכנה	317,272	63,939	124,188	96,623	32,522	
	שיעור	56.2%	59.7%	55.6%	53.1%	60.5%	
70-74	מונה	119,040	25,386	45,609	32,645	15,400	
	מכנה	186,299	37,620	71,431	54,095	23,153	
	שיעור	63.9%	67.5%	63.9%	60.3%	66.5%	
75-79	מונה	109,970	21,591	41,179	34,693	12,507	
	מכנה	165,390	29,970	61,450	55,483	18,487	
	שיעור	66.5%	72.0%	67.0%	62.5%	67.7%	
80-84	מונה	77,575	16,512	30,222	23,252	7,589	
	מכנה	111,142	22,073	42,884	35,249	10,936	
	שיעור	69.8%	74.8%	70.5%	66.0%	69.4%	
85+	מונה	70,362	16,543	27,279	20,428	6,112	
	מכנה	104,175	22,805	40,128	32,131	9,111	
	שיעור	67.5%	72.5%	68.0%	63.6%	67.1%	
סה"כ	מונה	555,104	118,195	213,345	162,285	61,279	
	מכנה	884,278	176,407	340,081	273,581	94,209	
	שיעור	62.8%	67.0%	62.7%	59.3%	65.0%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

רקע

תאור המחלה

זיהומים הנגרמים על ידי חיידק הפניאומוקוק (*Streptococcus pneumoniae*) הינם גורם משמעותי לתחלואה ותמותה ברחבי העולם, בייחוד בילדים ובקשישים. תחלואה פניאומוקוקלית כוללת דלקת ריאות ודלקות אוזניים (דלקת של אוזן תיכונה) וכן מחלות פולשניות (invasive pneumococcal disease), כגון דלקת קרום המוח (מנינגיטיס) זיהום בדם (בקטרמיה, בנוכחות או בהעדר דלקת ריאות) ואלח דם (ספסיס). מוכרים למעלה מ־90 זנים שונים של חיידק הפניאומוקוק הגורמים למחלות זיהומיות בבני אדם. התפלגות הזנים משתנה בהתאם לגיל, למחלה ולמיקום הגיאוגרפי [5].

היבטים אפידמיולוגיים

הפניאומוקוק הוא חיידק נפוץ. נשאות של החיידק בדרכי הנשימה העליונות שכיחה במיוחד בקרב ילדים ולרוב אינה מתפתחת לכדי מחלה. העברת החיידק מאדם לאדם מתרחשת כתוצאה ממגע ישיר והעברה טיפית. שיעורי התחלואה הפניאומוקוקלית במבוגרים משתנים במהלך עונות השנה, עם שיעורים גבוהים יותר בחודשי החורף, במקביל לזיהומים נשימתיים אחרים.

זיהומים פנאומוקוקליים הם גורמי תחלואה ותמותה חשובים בעולם, בעיקר בקרב ילדים מתחת לגיל 5 שנים. מעריכים כי חיידק הפניאומוקוק גרם בשנת 2000 ל־1.6 מיליון מקרי מוות ברחבי העולם, מתוכם כ־735,000 בילדים מתחת לגיל 5 [6], [7]. בשנת 2000 הוכנס לשימוש בילדים חיסון מצומד נגד פניאומוקוק. החיסון הוכנס בתחילה לשגרת חיסוני הילדות בארה"ב ובהמשך, בעידוד ארגון הבריאות העולמי, למדינות נוספות. בשנת 2012 החיסון ניתן ב־86 מתוך 194 (44%) מחברות ארגון הבריאות העולמי, בעיקר מדינות מפותחות [8]. השקעת משאבים ומאמצי הטמעה רבים, בפרט במדינות בעלות הכנסה נמוכה, הובילו לכך שבשנת 2015 היה חיסון זה חלק מתכניות החיסונים הלאומיות ב־128 מדינות (66%). מרבית המדינות בהן טרם נכלל החיסון, הינן מדינות בעלות הכנסה בינונית-נמוכה, בהן פעילות הסיוע הבינ"ל פחותה [9].

למרות שהחיסון ניתן לילדים בלבד, הוא הביא לירידה בתחלואה ובתמותה גם בקרב האוכלוסייה הלא מחוסנת, כולל מבוגרים, בשל אפקט חסינות העדר. בארה"ב למשל, נצפתה ירידה של 45% בשיעורי התחלואה בקרב לא מחוסנים בכל הגילאים, כולל בקרב אוכלוסיית בני 65 ומעלה [10]. החיסון המצומד נגד פניאומוקוק הוכנס לשגרת חיסוני הילדות בישראל בשנת 2009. שנה ושנתיים לאחר הכנסת החיסון לשימוש נצפתה ירידה של 23% ו־42% בהתאמה בהיארעות מחלה פניאומוקוקלית פולשנית בקרב ילדים מתחת גיל 5 שנים [11]. בין השנים 2009-2010 אובחנו בישראל 460 חולים מעל גיל 18 שנים עם מחלה פניאומוקוקלית פולשנית, כאשר היארעות המחלה עלתה עם הגיל. שיעור קטלניות המחלה (case-fatality rate) עמד על כ־18% בכלל האוכלוסייה הבוגרת והיה קרוב ל־35% בקרב בני 85 ומעלה [12].

גורמי סיכון

גורמי סיכון לסיבוכי המחלה כוללים גיל (קשישים מעל גיל 65 וילדים צעירים מגיל שנתיים), מחלות רקע כגון סוכרת, מחלות לב וכלי דם, מחלות של ריאות ודרכי הנשימה, ומצבים ומחלות המדכאות את מערכת החיסון.

הטיפול במחלה

הטיפול המקובל בזיהומים פניאומוקוקליים הינו טיפול אנטיביוטי, בעיקר טיפול בפנצילין ובצפלוספורין (דור 3). שיעור העמידות של החיידק לאנטיביוטיקות הולך ועולה. למשל, ההערכה היא שכיום בארה"ב כ-20% מהזיהומים הפניאומוקוקליים בעלי עמידות לפנצילין ברמה בינונית, ו-15% בעלי עמידות גבוהה. קיימות אנטיביוטיקות חלופיות לטיפול בזנים עמידים, כדוגמת ונקומיצין, אך העלייה בעמידות החיידק מגבירה את חשיבות המניעה הראשונית על ידי מתן חיסון.

החיסון נגד זיהום פניאומוקוקלי במבוגרים מורכב מאנטיגנים קפסולריים פוליסכרידים מנוקים של 23 הזנים הנפוצים ביותר של חיידק הפניאומוקוק. יעילות החיסון כנגד מחלה פולשנית בקרב סה"כ אוכלוסיית המבוגרים נעה בין 50%-70%. יעילות החיסון יורדת עם העלייה בגיל, כאשר מעל גיל 85 יעילות החיסון נמוכה מ-50% [6].

משרד הבריאות ממליץ על חיסון נגד חיידק הפניאומוקוק (החיסון הפוליסכרידי) החל מגיל שנתיים, עבור אוכלוסייה שנמצאת בסיכון גבוה לזיהום פניאומוקוקלי. עבור בני 65 ומעלה מומלץ החיסון עבור מי שלא חוסנו בעבר, או שחוסנו במנה אחת של התרכיב לפני גיל 65 שנים, אם חלפו 5 שנים לפחות מהמנה האחרונה [4].

מדדים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65-74 אשר קבלו חיסון נגד פניאומוקוק
רציונאל: שיפור הכיסוי החיסוני נגד פניאומוקוק באוכלוסייה המבוגרת עשוי להפחית את התחלואה והתמותה הנגרמת על ידי חיידק הפניאומוקוק.

מכנה: מבוטחים בני 65-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר חוסנו בפועל נגד פניאומוקוק פעם אחת לאחר גיל 65 או בחמש השנים האחרונות

הערות: מדד זה מתייחס לחיסונים נגד זיהומים פניאומוקוקליים הניתנים באמצעות התרכיב הפוליסכרידי (הכולל 23 זנים של החיידק) בקרב אוכלוסיית המבוגרים בני 65-74. טווח הגילאים נקבע בהתחשב במגבלות זמינות הנתונים עבור מדד זה.

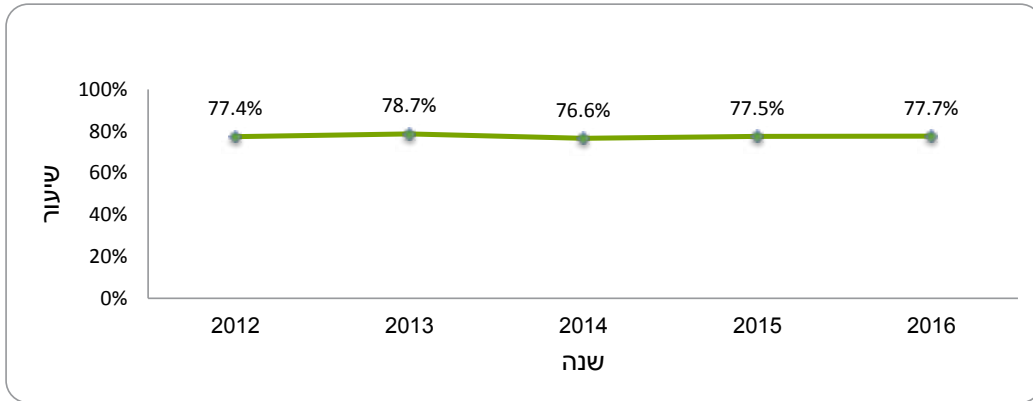
תוצאות (תרשימים 51-53 וטבלאות 31-32)

שיעור החיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 77.7% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (75.9%) מאשר בקרב גברים (79.7%), וכן נמוך יותר בקרב קבוצת הגיל הצעירה (73.4% בבני 65-69) בהשוואה לשכבת הגיל המבוגרת יותר (85.1% בבני 70-74). כמו כן, השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (83.5%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (77.8%).

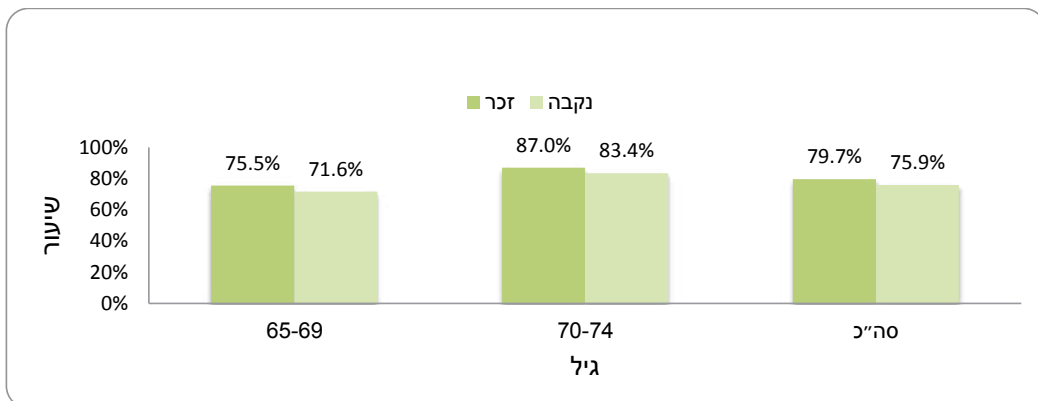
שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

שיעור המבוטחים אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת לאחר גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב בני 65-74 (מכנה)

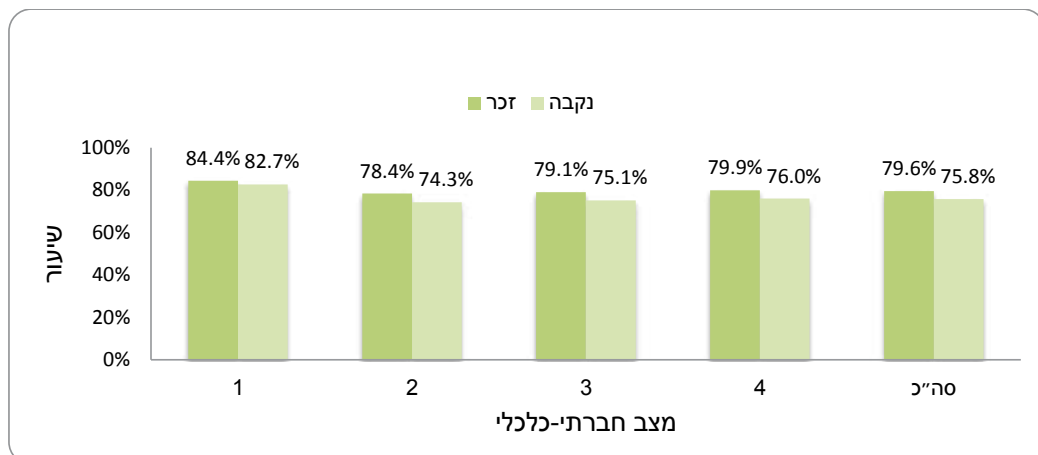
תרשים 51: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 52: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 53: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

מבוטחים אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת לאחר גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב בני 65-74 (מכנה)

טבלה 31: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל			
		סה"כ	70-74	65-69	
זכר	מונה	179,735	70,685	109,050	
	מכנה	225,599	81,212	144,387	
	שיעור	79.7%	87.0%	75.5%	
נקבה	מונה	197,455	79,350	118,105	
	מכנה	260,101	95,142	164,959	
	שיעור	75.9%	83.4%	71.6%	
סה"כ	מונה	377,190	150,035	227,155	
	מכנה	485,700	176,354	309,346	
	שיעור	77.7%	85.1%	73.4%	

טבלה 32: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	220,134	45,177	85,670	65,291	23,996	
	מכנה	299,988	61,442	117,888	90,534	30,124	
	שיעור	73.4%	73.5%	72.7%	72.1%	79.7%	
70-74	מונה	144,963	30,232	55,731	40,826	18,174	
	מכנה	170,512	35,426	65,833	48,850	20,403	
	שיעור	85.0%	85.3%	84.7%	83.6%	89.1%	
סה"כ	מונה	365,097	75,409	141,401	106,117	42,170	
	מכנה	470,500	96,868	183,721	139,384	50,527	
	שיעור	77.6%	77.8%	77.0%	76.1%	83.5%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

רקע

ארגונים בינלאומיים מגדירים את טווח המשקל התקין כ־BMI בין 18 ל־25 ק"ג/מ"ר, וזאת בעקבות תמותת יתר שנמצאה בקרב בעלי משקל מחוץ לטווח זה. הגדרה זו יפה בעיקר למבוגרים עד גיל מסוים בהם מתקיים קשר בין משקל גוף לתחלואה בסוכרת, מחלות לב איסכמיות וסרטן ולתמותה. עבודות ומחקרים שפורסמו בשנים האחרונות מראים כי טווח המשקל התקין איננו מגן מפני תמותת יתר ותחלואה בקרב אנשים בגילאים מבוגרים יותר [13]. שינויים פיזיולוגיים המתרחשים עם הגיל, מחלות כרוניות, ריבוי תרופות, דמנציה, דיכאון ומחלות חלל הפה יכולים כולם להביא לתת תזונה בגיל המבוגר וזו קשורה בתמותת יתר ובתחלואה. תת תזונה בקרב מבוגרים איננה מאובחנת דייה עקב מודעות לקויה לנושא בקרב צוותים מטפלים ועקב השימוש ב־BMI כמדד יחיד.

בנוסף, כשני שלישי מהמבוגרים שגילם עולה על 65 הם בעלי BMI גבוה מ־25, כלומר בעלי מדד מסת גוף העולה על הערך הרצוי המרבי שנקבע עבור גילאים צעירים יותר. עבודות הראו כי מבוגרים בעלי BMI בטווח של 25-30 הינם בעלי סיכון זהה ואף מופחת לתמותה, בהשוואה למבוגרים שמשקלם הינו בטווח המומלץ (20-25) [14].

היבטים אפידמיולוגיים

מטה־אנליזה אשר פורסמה לאחרונה הראתה כי במעקב של כ־12 שנים אחרי כ־200,000 מבוגרים בני 65 ומעלה נמצא שבקרב בעלי BMI של 21-22 סיכויי התמותה היו גבוהים ב־12% מאשר בבעלי BMI של 23-24, ובקרב בעלי BMI של 20-21, סיכויי התמותה היו גבוהים ב־19% מאשר בבעלי BMI של 23-24. בטווח ה־BMI הגבוה, עלתה התמותה בקרב בעלי BMI של 33 ומעלה [15].

לאור זאת, מומלץ לעקוב אחרי ה־BMI בקרב מבוגרים מגיל 70 ומעלה תוך תשומת לב לירידה ב־BMI, במיוחד מתחת ל־23 ק"ג/מ"ר, ערך הקשור לתמותת יתר בקרב מבוגרים בקבוצת גיל זו. ירידה במשקל בגיל זה מחייבת ברור ובמיוחד בחינת גורמים הניתנים לשינוי, כגון בריאות הפה, ריבוי תרופות, דיכאון, מחלות ממאירות ועוד.

לאור זאת, התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה כוללת מדדי מעקב אחר BMI בקרב מבוגרים בגיל 65 ומעלה.

מדדים

- ✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84
- ✓ שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה
- ✓ שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות
- ✓ שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84

הגדרת המדד: שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84

רציונאל: ניטור משקל הגוף בגיל המבוגר הוא בעל חשיבות מרובה. שינויים פיזיולוגיים המתרחשים עם הגיל, מחלות כרוניות, ריבוי תרופות וכן דמנציה, דיכאון ומחלות חלל הפה יכולים להביא לתת תזונה בגיל המבוגר, וזו קשורה בתמותת יתר ובתחלואה. כמו כן, ירידה בלתי רצונית במשקל גוף בקרב קשישים הינה סמן אזהרה לשבריריות ודורשת בירור.

מכנה: מבוטחים בני 65-84

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי BMI. משקל: לפחות פעם אחת בשנת המדד, וגובה: לפחות פעם אחת מגיל 65 ועד גיל 83 שנים

הערות: אין

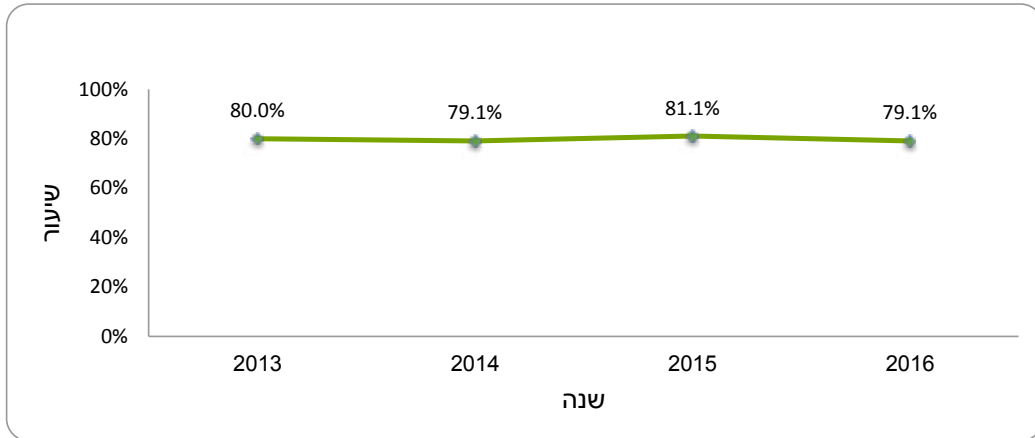
תוצאות (תרשימים 54-56 וטבלאות 33-34)

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84 נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 79.1% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (82.8%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (76.0%).

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84

שיעור בעלי תיעוד של מרכיבי BMI (מונה) בקרב בני 65-84 (מכנה)

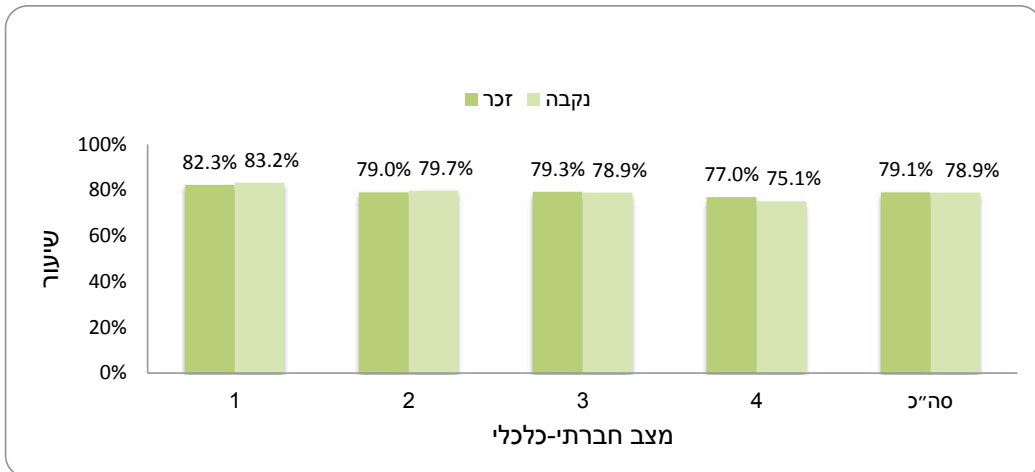
תרשים 54: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 55: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 56: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-84

בעלי תיעוד של מרכיבי BMI (מונה) בקרב בני 65-84 (מכנה)

טבלה 33: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	80-84	75-79	70-74	65-69	
זכר	מונה	282,005	33,277	60,654	73,423	114,651	
	מכנה	355,829	41,093	73,721	88,584	152,431	
	שיעור	79.3%	81.0%	82.3%	82.9%	75.2%	
נקבה	מונה	342,807	45,884	79,001	86,254	131,668	
	מכנה	433,597	58,398	96,713	103,912	174,574	
	שיעור	79.1%	78.6%	81.7%	83.0%	75.4%	
סה"כ	מונה	624,812	79,161	139,655	159,677	246,319	
	מכנה	789,426	99,491	170,434	192,496	327,005	
	שיעור	79.1%	79.6%	81.9%	83.0%	75.3%	

טבלה 34: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	238,412	45,637	92,972	73,640	26,163	
	מכנה	317,253	63,937	124,187	96,615	32,514	
	שיעור	75.1%	71.4%	74.9%	76.2%	80.5%	
70-74	מונה	154,235	29,816	59,213	45,032	20,174	
	מכנה	186,293	37,620	71,428	54,093	23,152	
	שיעור	82.8%	79.3%	82.9%	83.2%	87.1%	
75-79	מונה	135,191	24,090	50,671	45,082	15,348	
	מכנה	165,385	29,970	61,448	55,481	18,486	
	שיעור	81.7%	80.4%	82.5%	81.3%	83.0%	
80-84	מונה	76,658	14,915	29,909	24,236	7,598	
	מכנה	96,560	19,169	37,271	30,605	9,515	
	שיעור	79.4%	77.8%	80.2%	79.2%	79.9%	
סה"כ	מונה	604,496	114,458	232,765	187,990	69,283	
	מכנה	765,491	150,696	294,334	236,794	83,667	
	שיעור	79.0%	76.0%	79.1%	79.4%	82.8%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה **רציונאל:** ניטור משקל הגוף בגיל המבוגר הוא בעל חשיבות מרובה. שינויים פיזיולוגיים המתרחשים עם הגיל, מחלות כרוניות, ריבוי תרופות וכן דמנציה, דיכאון ומחלות חלל הפה יכולים להביא לתת תזונה בגיל המבוגר, וזו קשורה בתמותת יתר ובתחלואה.

מכנה: מבוטחים בני 65 ומעלה עם תיעוד מרכיבי BMI. משקל: לפחות פעם אחת בשנת המדד, וגובה: לפחות פעם אחת אחרי גיל 65

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך BMI נמוך מ־ 23 ק"ג/מ"ר

הערות: אין

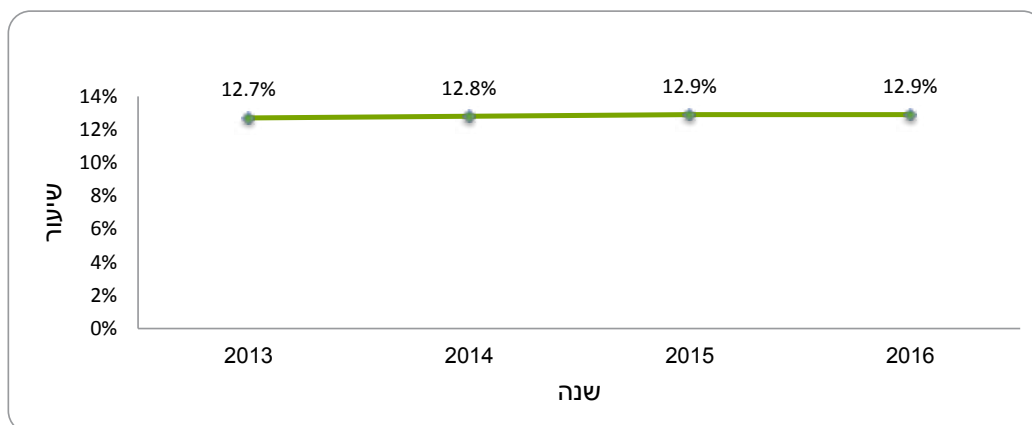
תוצאות (תרשימים 57-59 וטבלאות 35-36)

שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 12.9% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (13.8%) מאשר בקרב גברים (11.7%). השיעור היה גבוה פי כ־1.5 בשכבה החברתית-כלכלית החזקה (15.4%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החלשה ביותר (10.4%). השיעור עלה עם הגיל, הן בגברים (20.3% בבני 85 ומעלה, לעומת 9.3% בבני 65-69), הן בנשים (20.9% בבנות 85 ומעלה, לעומת 12.3% בבנות 65-69).

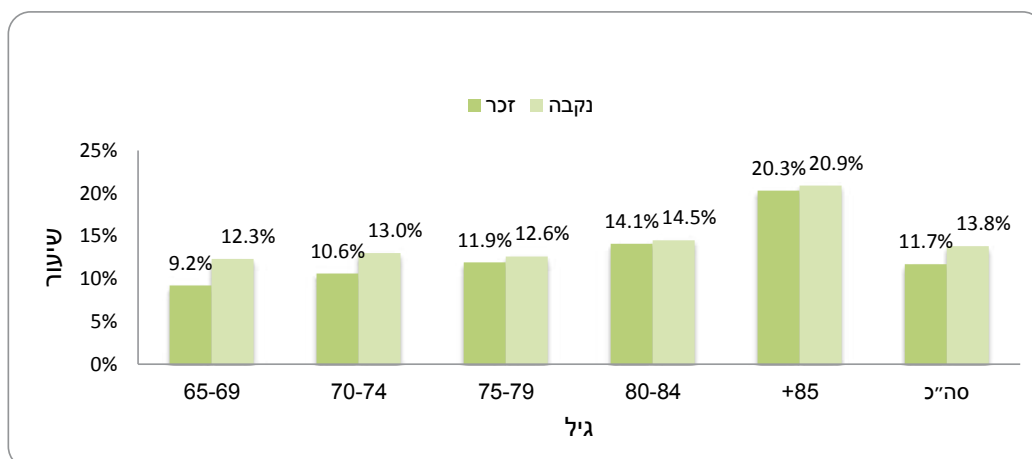
שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה

שיעור המבוטחים עם תת משקל (מונה) בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה (מכנה)

תרשים 57: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 58: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 59: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה

מבוטחים עם תת משקל (מונה) בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה (מכנה)

טבלה 35: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל						
		סה"כ	85+	80-84	75-79	70-74	65-69	
זכר	מונה	37,124	6,126	5,455	7,240	7,748	10,555	
	מכנה	317,634	30,239	38,715	60,643	73,409	114,628	
	שיעור	11.7%	20.3%	14.1%	11.9%	10.6%	9.2%	
נקבה	מונה	54,935	9,843	7,772	9,978	11,187	16,155	
	מכנה	397,711	47,137	53,704	78,983	86,245	131,642	
	שיעור	13.8%	20.9%	14.5%	12.6%	13.0%	12.3%	
סה"כ	מונה	92,059	15,969	13,227	17,218	18,935	26,710	
	מכנה	715,345	77,376	92,419	139,626	159,654	246,270	
	שיעור	12.9%	20.6%	14.3%	12.3%	11.9%	10.8%	

טבלה 36: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	25,859	6,137	10,305	7,230	2,187	
	מכנה	238,363	45,634	92,949	73,621	26,159	
	שיעור	10.8%	13.4%	11.1%	9.8%	8.4%	
70-74	מונה	18,296	4,277	7,210	4,973	1,836	
	מכנה	154,213	29,815	59,205	45,022	20,171	
	שיעור	11.9%	14.3%	12.2%	11.0%	9.1%	
75-79	מונה	16,678	3,493	6,412	5,128	1,645	
	מכנה	135,162	24,089	50,662	45,070	15,341	
	שיעור	12.3%	14.5%	12.7%	11.4%	10.7%	
80-84	מונה	12,824	2,864	5,114	3,676	1,170	
	מכנה	89,460	17,449	34,901	28,294	8,816	
	שיעור	14.3%	16.4%	14.7%	13.0%	13.3%	
85+	מונה	15,516	3,691	6,178	4,440	1,207	
	מכנה	75,166	16,010	29,466	22,986	6,704	
	שיעור	20.6%	23.1%	21.0%	19.3%	18.0%	
סה"כ	מונה	89,173	20,462	35,219	25,447	8,045	
	מכנה	692,364	132,997	267,183	214,993	77,191	
	שיעור	12.9%	15.4%	13.2%	11.8%	10.4%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות

הגדרת המדד: שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות

רציונאל: ניטור משקל הגוף בגיל המבוגר הוא בעל חשיבות מרובה. ירידה בלתי רצונית במשקל גוף בקרב קשישים הינה סמן אזהרה לשבריריות ודורשת בירור.

מכנה: מבוטחים בני 65 ומעלה עם תיעוד משקל בשנת המדד ולפחות תיעוד משקל נוסף אחד בשנת המדד או בשנה שלפני שנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה שאיבדו 10% ממשקלם או יותר בשנת המדד בהשוואה למשקל הגבוה ביותר שתועד עבורם בשנתיים האחרונות

הערות: אין

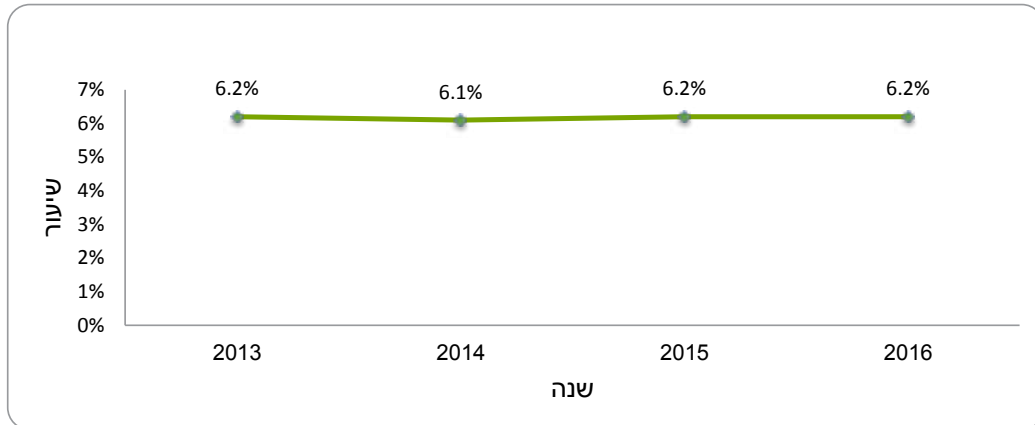
תוצאות (תרשימים 60-62 וטבלאות 37-38)

שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 6.2% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (6.7%) מאשר בקרב גברים (5.6%), ועלה עם העליה בגיל (מ־5.0% בקרב בני 60-64 ועד ל־9.5% בקרב בני 85 ומעלה). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (7.0%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (5.5%).

שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות

שיעור המבוגרים שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות (מונה) בקרב בני 65 ומעלה (מכנה)

תרשים 60: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 61: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 62: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות

מבוגרים שחלה ירידה משמעותית במשקלם בשנתיים האחרונות (מונה) בקרב בני 65 ומעלה (מכנה)

טבלה 37: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		85+	80-84	75-79	70-74	65-69	סה"כ
זכר	מונה	2,478	2,533	3,170	3,363	4,090	15,634
	מכנה	28,132	36,607	57,088	68,949	88,065	278,841
	שיעור	8.8%	6.9%	5.6%	4.9%	4.6%	5.6%
נקבה	מונה	4,193	4,126	5,038	4,558	5,329	23,244
	מכנה	42,294	50,095	73,755	80,715	101,694	348,553
	שיעור	9.9%	8.2%	6.8%	5.6%	5.2%	6.7%
סה"כ	מונה	6,671	6,659	8,208	7,921	9,419	38,878
	מכנה	70,426	86,702	130,843	149,664	189,759	627,394
	שיעור	9.5%	7.7%	6.3%	5.3%	5.0%	6.2%

טבלה 38: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
65-69	מונה	1,614	3,488	2,834	1,124	9,060	
	מכנה	35,206	72,139	56,484	19,765	183,594	
	שיעור	4.6%	4.8%	5.0%	5.7%	4.9%	
70-74	מונה	1,213	2,842	2,349	1,254	7,658	
	מכנה	27,428	55,416	42,329	19,321	144,494	
	שיעור	4.4%	5.1%	5.5%	6.5%	5.3%	
75-79	מונה	1,220	2,829	2,835	1,065	7,949	
	מכנה	22,365	47,576	42,109	14,549	126,599	
	שיעור	5.5%	5.9%	6.7%	7.3%	6.3%	
80-84	מונה	1,089	2,471	2,158	729	6,447	
	מכנה	16,302	32,728	26,488	8,381	83,899	
	שיעור	6.7%	7.6%	8.1%	8.7%	7.7%	
85+	מונה	1,255	2,567	2,068	585	6,475	
	מכנה	14,378	26,893	20,982	6,170	68,423	
	שיעור	8.7%	9.5%	9.9%	9.5%	9.5%	
סה"כ	מונה	6,391	14,197	12,244	4,757	37,589	
	מכנה	115,679	234,752	188,392	68,186	607,009	
	שיעור	5.5%	6.0%	6.5%	7.0%	6.2%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

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

רציונאל: ניטור משקל הגוף בגיל המבוגר הוא בעל חשיבות מרובה. כמו כן, זיהוי פרטים באוכלוסייה הסובלים מהשמנת יתר מאפשר התאמת התערבות להתמודדות עם אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר למחלות כרוניות רבות בעידן המודרני. קיימת חשיבות רבה למתן תשומת לב לזיהוי השמנה וטיפול בה, בעיקר לפני הופעת תחלואה נלוות.

מכנה: מבוטחים בני 65-83 עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה) משקל: לפחות פעם אחת בשנת המדד, וגובה: לפחות פעם אחת אחרי גיל 65

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

הערות: אין

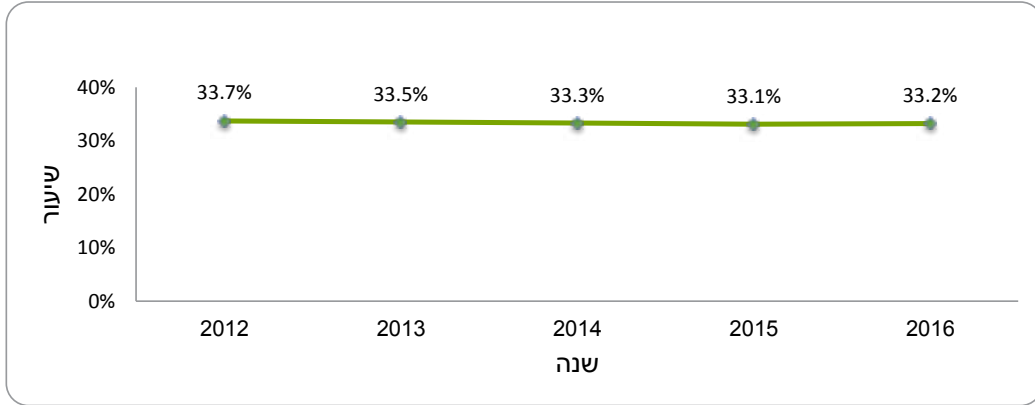
תוצאות (תרשימים 63-65 וטבלאות 39-40)

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84 נותר יציב בין השנים 2013-2016 ועמד על 33.2% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (37.6%) מאשר בקרב גברים (27.8%), וירד עם העליה בגיל (מ' 34.8% בקרב בני 65-69 ועד ל' 29.9% בקרב בני 80-84). השיעור היה גבוה פי 1.8 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (44.0%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (24.5%).

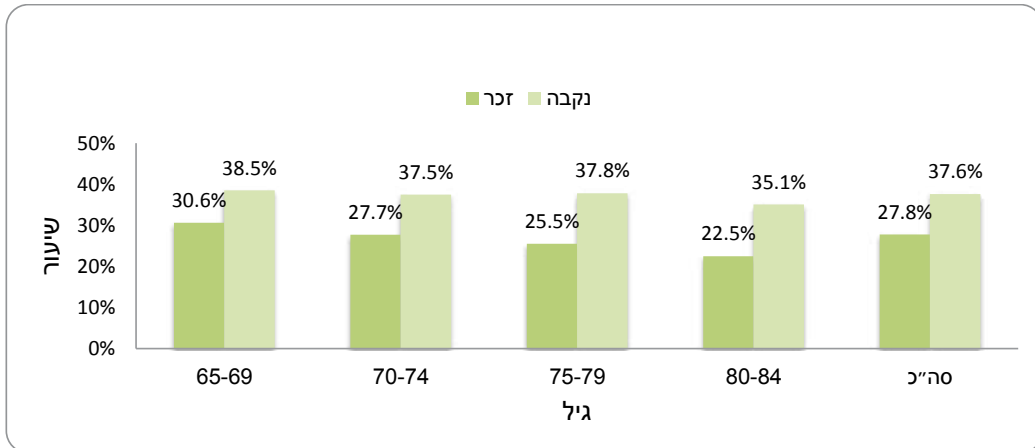
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

שיעור המבוטחים בעלי ערך BMI גבוה או שווה ל-30 (מונה) בקרב בני 65-84 (מכנה)

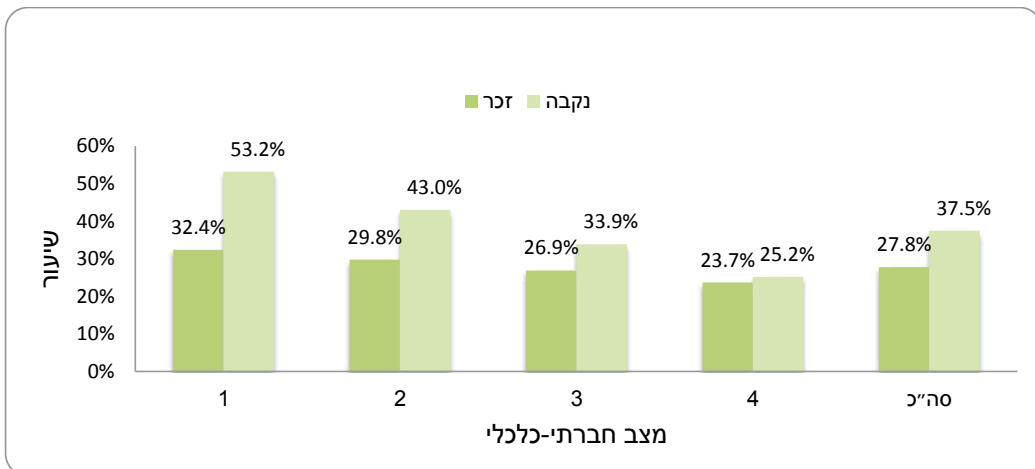
תרשים 63: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 64: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 65: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84

מבוטחים בעלי ערך BMI גבוה או שווה ל-30 (מונה) בקרב בני 65-84 (מכנה)

טבלה 39: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל				
		סה"כ	80-84	75-79	70-74	65-69
זכר	מונה	78,077	7,175	15,490	20,315	35,097
	מכנה	280,546	31,866	60,643	73,409	114,628
	שיעור	27.8%	22.5%	25.5%	27.7%	30.6%
נקבה	מונה	128,265	15,513	29,827	32,299	50,626
	מכנה	341,005	44,135	78,983	86,245	131,642
	שיעור	37.6%	35.1%	37.8%	37.5%	38.5%
סה"כ	מונה	206,342	22,688	45,317	52,614	85,723
	מכנה	621,551	76,001	139,626	159,654	246,270
	שיעור	33.2%	29.9%	32.5%	33.0%	34.8%

טבלה 40: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
65-69	מונה	82,707	11,836	30,086	28,740	12,045
	מכנה	238,363	45,634	92,949	73,621	26,159
	שיעור	34.7%	25.9%	32.4%	39.0%	46.0%
70-74	מונה	50,650	7,081	17,862	16,464	9,243
	מכנה	154,213	29,815	59,205	45,022	20,171
	שיעור	32.8%	23.7%	30.2%	36.6%	45.8%
75-79	מונה	43,814	5,719	15,221	16,583	6,291
	מכנה	135,162	24,089	50,662	45,070	15,341
	שיעור	32.4%	23.7%	30.0%	36.8%	41.0%
80-84	מונה	21,856	3,237	7,977	7,849	2,793
	מכנה	73,527	14,229	28,725	23,227	7,346
	שיעור	29.7%	22.7%	27.8%	33.8%	38.0%
סה"כ	מונה	199,027	27,873	71,146	69,636	30,372
	מכנה	601,265	113,767	231,541	186,940	69,017
	שיעור	33.1%	24.5%	30.7%	37.3%	44.0%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

רקע

חשיבות

בנזודיאזפינים הן תרופות מרגיעות ומשרות שינה ותיקות, אשר הוכנסו לשימוש בשנות ה־60. תרופות אלו משמשות לטיפול במגוון מצבים, בכלל זה: חרדה, הפרעות שינה, חוסר שקט, הפרעה כפיונית, מאניה וכחלק ממשלב תרופות הרגעה הניתנות לפני הליך רפואי. בקרב רופאי משפחה ההתוויות השכיחות לרישום בנזודיאזפינים הן חרדה והפרעות שינה. במתן ממושך, כל התרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים, ובמיוחד התכשירים קצרי הטווח, הן בעלות פוטנציאל להביא להתפתחות תלות נפשית וגופנית. פוטנציאל זה גבוה במיוחד כאשר התרופה ניתנת במינון גבוה ולאחר מתן ממושך של מספר חודשים. הפסקה או מיתון פתאומי של טיפול כרוני בבנזודיאזפינים עלולים להיות מלווים בתופעות גמילה מסכנות חיים: החל מעצבנות, רעד וקושי בשינה וכלה בבלבול, הזיות, עליה בלחץ הדם ופרוסים. תופעות הלוואי השכיחות בשימוש בבנזודיאזפינים הן ישנוניות, פגיעה בזכרון ובריכוז וחוסר יציבות [16], [17]. לאחרונה הועלה חשד כי שימוש בתרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים בקשישים קשור בשיטיון ובסיכון מוגבר להתפתחות דלקת ריאות ותמותה ממנה [18]-[20]. אוכלוסיית הקשישים רגישה במיוחד לתופעות הלוואי של בנזודיאזפינים בשל רגישות יתר של מערכת העצבים המרכזית להשפעת התרופות מחד, וירידה בקצב הפירוק של בנזודיאזפינים ארוכי טווח מאידך. ירידה זו גורמת לרמות גבוהות של התרופה בדם ולאגירתה בגוף. לכן מומלץ להמנע משימוש בבנזודיאזפינים ארוכי-טווח בקבוצת אוכלוסייה זו [21], [22]. מחקרים רבים הצביעו על כך כי שימוש כרוני בבנזודיאזפינים בקרב קשישים יותר ממכפיל את הסיכון לנפילות ושברים בצוואר הירך, לתאונות דרכים ולתאונות ביתיות [23], [24]. כמו כן הוכח, כי הפסקה של שימוש כרוני בבנזודיאזפינים בקשישים עשויה להביא לשיפור בתפקוד הקוגניטיבי והפסיכומטורי [25].

בשנות ה־80 וה־90 הוכנסה לשימוש קבוצת תרופות משרות שינה שאינן ממשפחת הבנזודיאזפינים, הכוללת שלושה תכשירים (Zopiclone, Zolpidem, Zaleplon) ומכונה קבוצת ה־Z. תרופות אלו פותחו במטרה להתגבר על חלק מהחסרונות שבשימוש בבנזודיאזפינים, אך בפועל, לא הוכח כי הן נבדלות מהבנזודיאזפינים קצרי הטווח בעילותן, בפרופיל תופעות הלוואי שלהן או בפוטנציאל להתפתחות תלות. לכן, רוב ההמלצות המגבילות את השימוש בבנזודיאזפינים קצרי-טווח חלות גם על קבוצת תרופות זו [26].

היבטים אפידמיולוגיים

על אף העדויות המדאיגות אודות הנזק הפוטנציאלי הנלווה לשימוש בלתי מושכל וכרוני בבנזודיאזפינים, שימוש כזה נפוץ בעשורים האחרונים במדינות המפותחות באוכלוסיית הקשישים, ובמיוחד בקרב נשים [16]. בהולנד נבדקו המגמות של שימוש בבנזודיאזפינים בקבוצת הגיל 55-64 על פני העשור שבין 1992-2002. שיעור השימוש שנצפה היה 7.9% והוא נותר קבוע לאורך השנים.

השיעור היה גבוה במיוחד בקרב נשים, מטופלים מרקע חברתי-כלכלי נמוך, מטופלים הסובלים ממחלות גופניות כרוניות, רמה תפקודית או קוגניטיבית נמוכה והפרעות חרדה, שינה ודכאון. בין 70% ל-80% מהמטופלים נטלו בנזודיאזפינים כטיפול כרוני, לתקופה של מעל לשנה [27].

במחקר איכותני משנת 2007 שנערך בקרב 33 רופאי משפחה בארה"ב, עלו הגורמים הבאים כסיבות לרישום חוזר של בנזודיאזפינים בקשישים: תפישה שהטיפול יעיל לאור ההקלה המיידית בתסמיני חרדה והפרעות שינה ושביעות הרצון מצד המטופלים, ספקנות לגבי הסכנות הכרוכות בטיפול ממושך, סלחנות למתן טיפול בבנזודיאזפינים בקשישים שתוחלת החיים הצפויה שלהם אינה ארוכה, פקפוק לגבי סיכויי ההצלחה של נסיונות גמילה וחשש שנסיונות כאלו יתקלו בהתנגדות של המטופלים, וכן מתן עדיפות נמוכה לנושא ביחס לנושאים רפואיים אחרים שאליהם נדרשים הרופאים בזמן המוגבל המוקצה לביקור של המטופל במרפאה [28].

ההתייחסות הנדרשת מהמערכת הרפואית

שימוש כרוני בבנזודיאזפינים להשריית שינה או טיפול בחרדה אינו מאד יעיל, במיוחד בשל התפתחות סבילות של החולה לטיפול, והואיל ושימוש ממושך מגביר את הסיכון לסיבוכים [25]. קווים מנחים אשר פורסמו במהלך השנים במדינות רבות ממליצים על הגבלת השימוש בבנזודיאזפינים להפרעות שינה וחרדה בדרגות חומרה גבוהות, למצבים שבהם גישות טיפוליות אחרות לא הביאו לפתרון הבעיה, וכן מקובלת המלצה להגביל את השימוש לתקופות קצרות של 2-4 שבועות בלבד. ה-*CSM* (Committee on Safety of Medicines) הבריטי קובע כי לא קיימת התוויה למתן בנזודיאזפינים מעבר לפרק זמן של 2-4 שבועות. במקרי חרדה קלה אין הצדקה למתן בנזודיאזפינים, ונקבע כי בנזודיאזפינים יינתנו להפרעות שינה חמורות בלבד [29]. גם הקווים המנחים אשר פורסמו באירלנד ב-2002 מדגישים כי טיפול בבנזודיאזפינים צריך להיות קצר ובמינון הנמוך ביותר האפשרי [21]. לפני התחלת טיפול בבנזודיאזפינים בהתוויה של הפרעות שינה יש למצות אמצעים אחרים לטיפול בבעיה דוגמת איתור וטיפול בגורמים הפיזיים להפרעת השינה [דוגמת הפרעה דיכאונית או צריכת חומרים מעוררים (קפאין, ניקוטין) בסמוך לזמן השינה], שימוש בטכניקות של טיפול התנהגותי קוגניטיבי, הרפיה ועידוד פעילות גופנית במשך היום. האיגוד האמריקאי לגריאטריה (*American Geriatric Association*) מכליל את כל התכשירים ממשפחת הבנזודיאזפינים כמו גם את תרופות ה-*Z* ברשימת ה-*PIM* (Potentially Inappropriate Medications). האיגוד ממליץ להמנע כליל משימוש בבנזודיאזפינים לטיפול בהפרעות שינה, חוסר שקט או מצב בלבולי בקשישים מעל גיל 65 ולהגביל את משך השימוש משרה השינה בתרופות ממשפחת ה-*Z* ל-3 חודשים [30].

במסגרת קמפיין *Choosing Wisely* של ה-*American Board of Internal Medicine Foundation* בחר האיגוד האמריקאי לגריאטריה להכליל את ההמלצה להימנע משימוש בבנזודיאזפינים בקשישים כאחת ממטרות הקמפיין [31]. חלק מהקווים המנחים מכילים המלצות המתייחסות לתהליך הגמילה של משתמשים כרוניים מבנזודיאזפינים. תהליך זה כולל לרוב ירידה איטית ומבוקרת במינון התרופה תוך מעקב רפואי צמוד. מחקרים אשר פורסמו בשנים האחרונות בדקו מספר גישות אשר עשויות לשפר את סיכויי ההצלחה של גמילה של משתמשים כרוניים מבנזודיאזפינים ובהן שותפות פעילה של הרוקחים בתהליך והדגשת חינוך המטופלים להכרת הסיכונים שבשימוש בבנזודיאזפינים ולשיטות הגמילה מהם [31], [32].

מדדים

בדו"ח זה מוצגים שני מדדים המתייחסים לשימוש בבנוזודיאזפינים בקשישים. שני המדדים הוגדרו בהתאמה להגדרת המדדים המקבילים של ארגון ה-OECD במטרה לאפשר השוואה בינלאומית מהימנה. מדדים אלו הם מדדי השימוש בתרופות (PQI=Prescribing Quality Indicators) הראשונים הנכללים במסגרת תכנית המדדים הלאומית המתייחסים לפן של בטיחות החולה.

- ✓ שיעור שימוש היתר בבנוזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה
- ✓ שיעור השימוש בבנוזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה עם שימוש יתר בבנוזדיאזפינים בשנת המדד

רצינאל: הבנוזדיאזפינים הן תרופות מרגיעות ומשרות שינה ותיקות. לכל הבנוזדיאזפינים פוטנציאל להתפתחות 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 העיקריות של בנוזדיאזפינים הן ישנוניות, פגיעה בזכרון ובריכוז וחוסר יציבות. קשישים רגישים במיוחד לתופעות לוואי אלו, הן בגלל רגישות יתר של מערכת העצבים להשפעת הבנוזדיאזפינים והן בגלל קצב הפירוק האיטי של תכשירים ארוכי טווח בגוף. מחקרים רבים הוכיחו כי שימוש בבנוזדיאזפינים או בתרופות ה-Z בקשישים מעלה את הסיכון לתאונות, נפילות ושברים. על אף העדויות המדאיות המדאיגות על הנזק הפוטנציאלי שיש בשימוש בלתי מושכל וכרוני בתרופות אלה, שימוש כזה נותר נפוץ במדינות המפותחות, ובפרט באוכלוסיית הקשישים.

מכנה: מבוטחים בני 65 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם שימוש יתר בבנוזדיאזפינים בשנת המדד. שימוש יתר מוגדר כצריכה של תכשירים ממשפחת הבנוזדיאזפינים ו"תרופות ה-Z בכמות של 365 DDD או יותר במהלך שנת המדד

הערות: DDD = Dose Daily Defined: מינון התחזוקה היומי הממוצע המשוער עבור תרופה המשמשת בהתוויה העיקרית שלה במבוגר. זהו מונח המשמש לצורך כימות הצריכה הכוללת של תרופה. ה-DDD נקבע על ידי ה-WHO. המדד הוגדר בצורה תואמת למדד ה-OECD במטרה לאפשר השוואה בינלאומית מהימנה.

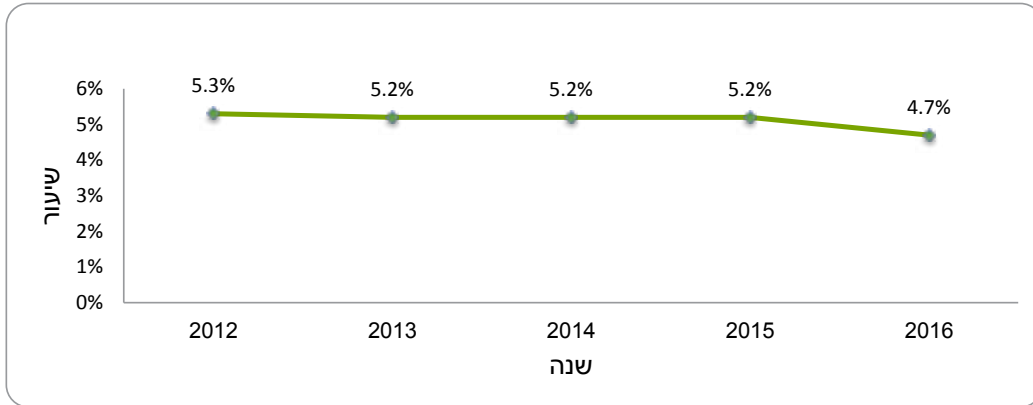
תוצאות (תרשימים 66-68 וטבלאות 41-42)

שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה ירד בין השנים 2012-2016, מ-5.3% בשנת 2012 ל-4.7% בשנת 2016. השיעור היה גבוה פי 1.5 בנשים (5.5%) מאשר גברים (3.6%), ועלה עם העליה בגיל (מ-2.3% בקרב בני 65-69 ועד ל-10.5% בקרב בני 85 ומעלה). השיעור עולה עם העליה במצב החברתי-כלכלי, והיה גבוה פי 2 בשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (5.3%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החלשה ביותר (2.6%).

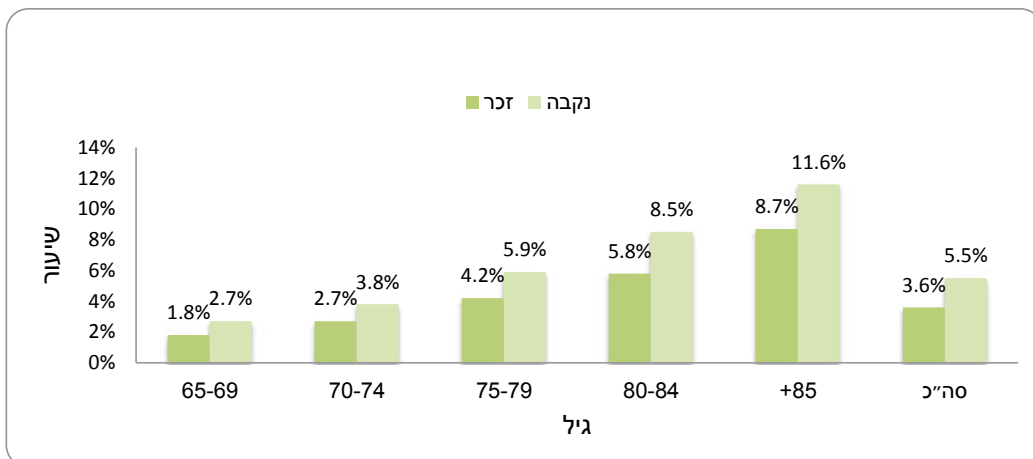
שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

שיעור המבוטחים עם שימוש יתר בבנזודיאזפינים (מונה), מקרב בני 65 ומעלה (מכנה)

תרשים 66: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 67: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 68: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

מבוטחים עם שימוש יתר בבנזודיאזפינים (מונה), מקרב בני 65 ומעלה

טבלה 41: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	85+	80-84	75-79	70-74	65-69
זכר	מונה	14,418	3,391	2,722	3,122	2,399	2,784
	מכנה	400,941	39,188	47,017	73,721	88,584	152,431
	שיעור	3.6%	8.7%	5.8%	4.2%	2.7%	1.8%
נקבה	מונה	28,018	7,877	5,732	5,711	3,938	4,760
	מכנה	510,694	67,923	67,572	96,713	103,912	174,574
	שיעור	5.5%	11.6%	8.5%	5.9%	3.8%	2.7%
סה"כ	מונה	42,436	11,268	8,454	8,833	6,337	7,544
	מכנה	911,635	107,111	114,589	170,434	192,496	327,005
	שיעור	4.7%	10.5%	7.4%	5.2%	3.3%	2.3%

טבלה 42: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
65-69	מונה	7,343	1,496	2,981	2,383	483
	מכנה	317,253	63,937	124,187	96,615	32,514
	שיעור	2.3%	2.3%	2.4%	2.5%	1.5%
70-74	מונה	6,150	1,359	2,530	1,839	422
	מכנה	186,293	37,620	71,428	54,093	23,152
	שיעור	3.3%	3.6%	3.5%	3.4%	1.8%
75-79	מונה	8,582	1,779	3,325	2,904	574
	מכנה	165,385	29,970	61,448	55,481	18,486
	שיעור	5.2%	5.9%	5.4%	5.2%	3.1%
80-84	מונה	8,199	1,899	3,385	2,465	450
	מכנה	111,140	22,073	42,884	35,249	10,934
	שיעור	7.4%	8.6%	7.9%	7.0%	4.1%
85+	מונה	10,934	2,876	4,494	3,049	515
	מכנה	104,173	22,805	40,127	32,131	9,110
	שיעור	10.5%	12.6%	11.2%	9.5%	5.7%
סה"כ	מונה	41,208	9,409	16,715	12,640	2,444
	מכנה	884,244	176,405	340,074	273,569	94,196
	שיעור	4.7%	5.3%	4.9%	4.6%	2.6%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

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

רצינאל: 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 הם 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. בנזודיאזפינים ארוכי טווח כוללים את התרופות הבאות: Potassium, Diazepam, Nitrazepam, Clorazepate.

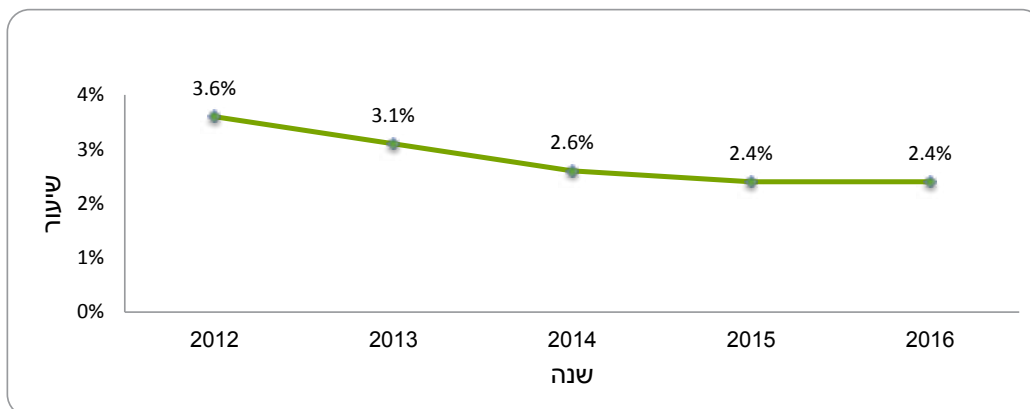
תוצאות (תרשימים 69-71 וטבלאות 43-44)

שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה ירד בין השנים 2012-2016, מ־3.6% בשנת 2012 ל־2.4% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (2.7%) מאשר בקרב גברים (2.0%). השיעור היה נמוך פי 1.6 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (1.8%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (2.8%).

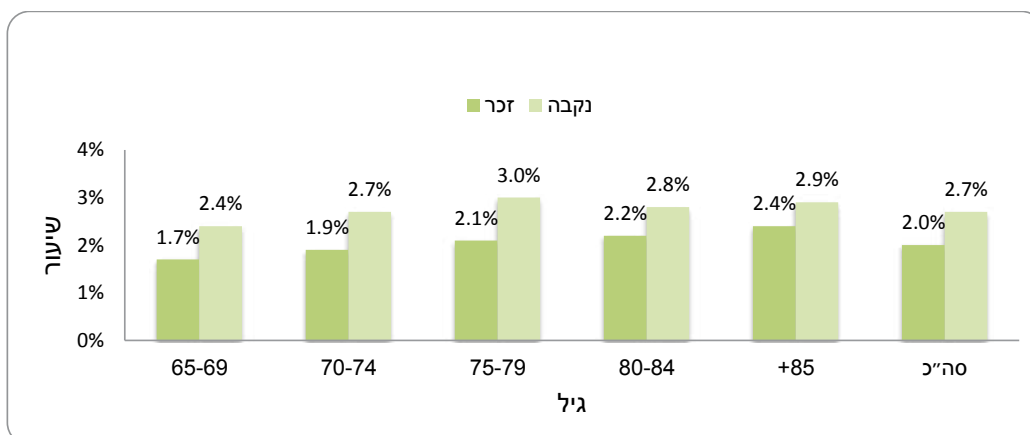
שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

שיעור המבוטחים אשר רכשו בנזודיאזפינים ארוכי טווח (מונה), מקרב מבוגרים בגיל 65 ומעלה (מכנה)

תרשים 69: לפי שנה, 2016-2012



תרשים 70: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 71: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

מבוטחים אשר רכשו בנזודיאזפינים ארוכי טווח (מונה), מקרב מבוגרים בגיל 65 ומעלה (מכנה)

טבלה 43: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

טווח גילאים							
	סה"כ	85+	80-84	75-79	70-74	65-69	
זכר	מונה	7,907	928	1,043	1,568	1,709	2,659
	מכנה	400,941	39,188	47,017	73,721	88,584	152,431
	שיעור	2.0%	2.4%	2.2%	2.1%	1.9%	1.7%
נקבה	מונה	13,836	1,955	1,922	2,901	2,786	4,272
	מכנה	510,694	67,923	67,572	96,713	103,912	174,574
	שיעור	2.7%	2.9%	2.8%	3.0%	2.7%	2.4%
סה"כ	מונה	21,743	2,883	2,965	4,469	4,495	6,931
	מכנה	911,635	107,111	114,589	170,434	192,496	327,005
	שיעור	2.4%	2.7%	2.6%	2.6%	2.3%	2.1%

טבלה 44: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

מצב חברתי-כלכלי						
	סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	6,731	1,518	2,678	1,954	581
	מכנה	317,253	63,937	124,187	96,615	32,514
	שיעור	2.1%	2.4%	2.2%	2.0%	1.8%
70-74	מונה	4,359	1,043	1,673	1,222	421
	מכנה	186,293	37,620	71,428	54,093	23,152
	שיעור	2.3%	2.8%	2.3%	2.3%	1.8%
75-79	מונה	4,309	970	1,731	1,308	300
	מכנה	165,385	29,970	61,448	55,481	18,486
	שיעור	2.6%	3.2%	2.8%	2.4%	1.6%
80-84	מונה	2,875	709	1,114	852	200
	מכנה	111,140	22,073	42,884	35,249	10,934
	שיעור	2.6%	3.2%	2.6%	2.4%	1.8%
85+	מונה	2,800	730	1,135	758	177
	מכנה	104,173	22,805	40,127	32,131	9,110
	שיעור	2.7%	3.2%	2.8%	2.4%	1.9%
סה"כ	מונה	21,074	4,970	8,331	6,094	1,679
	מכנה	884,244	176,405	340,074	273,569	94,196
	שיעור	2.4%	2.8%	2.4%	2.2%	1.8%

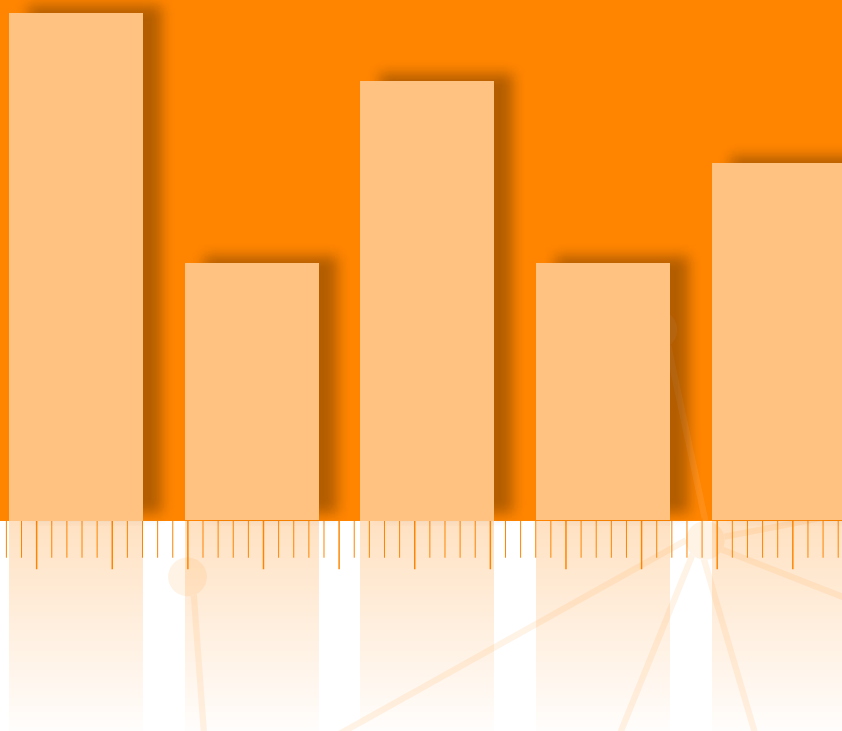
* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] A. S. Monto, "The Risk of Seasonal and Pandemic Influenza: Prospects for Control," *Clin. Infect. Dis.*, vol. 48, no. Supplement_1, pp. S20–S25, Jan. 2009.
- [2] W. W. Thompson, L. Comanor, and D. K. Shay, "Epidemiology of Seasonal Influenza: Use of Surveillance Data and Statistical Models to Estimate the Burden of Disease," *J. Infect. Dis.*, vol. 194, no. Supplement_2, pp. S82–S91, Nov. 2006.
- [3] דוח מסכם עונת השפעת 2016/2017, חטיבת הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2017. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Flu2016_2017.pdf. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [4] תדריך החיסונים- משרד הבריאות, האגף לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור, 2017. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Flu2016_2017.pdf. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [5] D. Goldblatt and K. L. O'Brien, "Pneumococcal Infections," in *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19e, D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. L. Jameson, and J. Loscalzo, Eds. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2015.
- [6] K. L. O'Brien *et al.*, "Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates," *Lancet (London, England)*, vol. 374, no. 9693, pp. 893–902, Sep. 2009.
- [7] "WHO | Estimated Hib and pneumococcal deaths for children under 5 years of age, 2000," WHO, 2014. [Online]. Available: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/estimates/Pneumo_hib_2000/en/#.WjjmqKAvurY.mendeley. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [8] Center for Disease Control and Prevention, "Progress in introduction of pneumococcal conjugate vaccine-worldwide, 2000-2008.," *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 2008. [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6216.pdf>. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [9] Unicef and WHO, "GIVS: Global Immunization Vision and Strategy, 2006-2015," *WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals and UNICEF Programme Division, Health Section*, 2015. [Online]. Available: http://www.who.int/immunization/newsroom/press/immunization_coverage_july_2016/en/.
- [10] T. Pilishvili *et al.*, "Sustained reductions in invasive pneumococcal disease in the era of conjugate vaccine.," *J. Infect. Dis.*, vol. 201, no. 1, pp. 32–41, Jan. 2010.
- [11] S. Ben-Shimol *et al.*, "Rapid reduction in invasive pneumococcal disease after introduction of PCV7 into the National Immunization Plan in Israel.," *Vaccine*, vol. 30, no. 46, pp. 6600–6607, Oct. 2012.
- [12] G. Regev-Yochay *et al.*, "Early impact of PCV7/PCV13 sequential introduction to the national pediatric immunization plan, on adult invasive pneumococcal disease: A nationwide surveillance study.," *Vaccine*, vol. 33, no. 9, pp. 1135–1142, Feb. 2015.

- [13] A. Heiat, V. Vaccarino, and H. M. Krumholz, "An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons.," *Arch. Intern. Med.*, vol. 161, no. 9, pp. 1194–1203, May 2001.
- [14] I. Janssen and E. Bacon, "Effect of Current and Midlife Obesity Status on Mortality Risk in the Elderly," *Obesity*, vol. 16, no. 11, pp. 2504–2509, Nov. 2008.
- [15] J. E. Winter, R. J. MacInnis, N. Wattanapenpaiboon, and C. A. Nowson, "BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis.," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 99, no. 4, pp. 875–890, Apr. 2014.
- [16] J. Donoghue and M. Lader, "Usage of benzodiazepines: A review," *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, vol. 14, no. 2, pp. 78–87, 2010.
- [17] J. McMinn, C. Steel, and A. Bowman, "Investigation and management of unintentional weight loss in older adults," *BMJ*, vol. 342, Mar. 2011.
- [18] S. Billioti de Gage *et al.*, "Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study," *BMJ Br. Med. J.*, vol. 349, Sep. 2014.
- [19] S. Billioti de Gage *et al.*, "Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study," *BMJ Br. Med. J.*, vol. 345, Sep. 2012.
- [20] E. Obiora, R. Hubbard, R. D. Sanders, and P. R. Myles, "The impact of benzodiazepines on occurrence of pneumonia and mortality from pneumonia: a nested case-control and survival analysis in a population-based cohort," *Thorax*, vol. 68, no. 2, p. 163 LP-170, Feb. 2013.
- [21] Department of Health and Children, "Benzodiazepines : Good Practice Guidelines for Clinicians," 2002. [Online]. Available: <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/Benzodiazepines-Good-Practice-Guidelines.pdf>.
- [22] C. H. Ashton, "Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw," *Institute of Neuroscience, Newcastle University*, 2002. [Online]. Available: <http://www.benzo.org.uk/manual/bzcha01.htm#15>. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [23] C. I. Neutel, J. P. Hirdes, C. J. Maxwell, and S. B. Patten, "New evidence on benzodiazepine use and falls: the time factor.," *Age Ageing*, vol. 25, no. 4, pp. 273–278, Jul. 1996.
- [24] R. E. Thomas, "Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association.," *Can. Fam. Physician*, vol. 44, pp. 799–808, Apr. 1998.
- [25] C. H. Gallagher, "Addressing the Issue of Chronic, Inappropriate Benzodiazepine Use: How Can Pharmacists Play a Role?," *Pharmacy*, vol. 1, no. 2. 2013.
- [26] National Institute for Clinical Excellence, "Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia," *Technol. Apprais. Guid.*, no. April, pp. 1–35, 2004.
- [27] C. M. Sonnenberg, E. J. M. Bierman, D. J. H. Deeg, H. C. Comijs, W. van Tilburg, and A. T. F. Beekman, "Ten-year trends in benzodiazepine use in the Dutch population," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 47, no. 2, pp. 293–301, 2012.

- [28] J. M. Cook, R. Marshall, C. Masci, and J. Coyne, "Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study," *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 22, pp. 303–307, Apr. 2007.
- [29] Committee on Safety of Medicines, "Benzodiazepines, dependence and withdrawal symptoms," *UK Government Bulletin to Prescribing Doctors*, 1988. [Online]. Available: <https://www.benzo.org.uk/commit.htm>. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [30] "American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults.," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 60, no. 4, pp. 616–631, Apr. 2012.
- [31] AGS-Geriatrics Healthcare Professionals, "Ten Things Physicians and Patients Should Question," *American Geriatrics Society*, 2015. [Online]. Available: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/>. [Accessed: 19-Dec-2017].
- [32] C. Tannenbaum, P. Martin, R. Tamblyn, A. Benedetti, and S. Ahmed, "Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The empower cluster randomized trial," *JAMA Intern. Med.*, vol. 174, no. 6, pp. 890–898, Jun. 2014.

מחלות נשימתיות



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 ועד להתקפי קוצר נשימה מסכני חיים. מבחינים בין אסתמה סירוגית (intermittent) ואסתמה מתמשכת (persistent). ההבחנה בין השתיים מתבססת על תדירות התסמינים וההזדקקות לטיפול תרופתי, כמו גם על מדדי ספירומטריה. אסתמה מתמשכת, להבדיל מאסתמה סירוגית, מאופיינת בהתקפים תדירים המחייבים טיפול תרופתי כרוני [1].

היבטים אפידמיולוגיים

אסתמה היא המחלה הנשימתית הכרונית השכיחה ביותר בעולם. בקרב ילדים, אסתמה היא המחלה הלא מדבקת השכיחה ביותר. הערכות של נטל התחלואה העולמי באסתמה נעות בין 235 [2] ל-358 מליון איש [3]. שיעור ההימצאות של אסתמה משתנה על פני אזורים ומדינות בעולם; הוא מעל 10% במדינות דוברות האנגלית של מערב אירופה, אוסטרליה וניו-זילנד, ונמוך כדי אחוז אחד במדינות שונות באסיה ובמזרח אירופה. במדינות המפותחות נרשמה בשנים האחרונות מגמה של ירידה בנטל סיבוכי המחלה כפי שמתבטא בשיעורי האשפוז והתמותה. אף על פי כן, אסתמה נותרה מחלה כרונית שכיחה ובעלת השפעה חשובה על איכות החיים, המשיטה נטל כלכלי משמעותי [4]. בשנת 2015 דווחו בעולם כ-388,000 מקרי מוות מאסתמה, מרביתם באוכלוסיה הבוגרת. רוב נטל התמותה כמו גם התחלואה של אסתמה מרוכז במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובינונית, שבהן גם היארעות המחלה מצויה בעליה [2]. אף על פי שאסתמה אינה גורם שכיח לתמותה, חלק ניכר ממקרי המוות מהמחלה ניתנים למניעה על ידי טיפול, מעקב והדרכה הולמים [3,5].

הערכת שיעור ההימצאות של אסתמה בישראל מבוססת בעיקרה על סקרים. בסקרים בקרב האוכלוסיה הבוגרת דיווחו 7.4% מקרב הנשאלים כי אובחנו ע"י רופא כסובלים מאסתמה. שיעור ההימצאות גבוה באוכלוסיה היהודית בהשוואה לאוכלוסיה הערבית. כמו כן, הימצאות אסתמה גבוהה באופן מובהק במחוז חיפה ביחס לאזורים גאוגרפים אחרים [6]. 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% [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 [8]. בדומה למדינות מפותחות אחרות, החל מאמצע שנות ה-90 נרשמת בארץ מגמה של ירידה בנטל סיבוכי המחלה כפי שמתבטא בפניות למיון, אשפוזים ותמותה [9]. עפ"י נתוני משרד הבריאות, בשנת 2013 היו בישראל 9,184

פניות למיון בשל אסתמה וברוניכיטיס, מהן 42.3% הובילו לאשפוז. בשנת 2014 נרשמו 117 מקרי מוות כתוצאה מאסתמה. שיעורי האשפוז והתמותה בישראל מצויים במקום ביניים בקרב מדינות ה-OECD [1, 9].

גורמי סיכון

גורמים הקשורים בהימצאות אסתמה כוללים מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כגון מין, גיל, ומעמד חברתי-כלכלי. לדוגמא, 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 [4].

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

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 ביתיים 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 [4].

הטיפול במחלה

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, הימנעות מחשיפה למעוררי המחלה כולל טיפול בתחלואה נלווית המחמירה אותה, וטיפול תרופתי [1].

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 סטרואידלים בהשאפה. תרופות נוספות מקטגוריה זו הם מיצבי תאי פיטום, אנטילוקוטריאנים, אימונומודולטורים, קורטיקוסטרואידים במתן פומי, ומשאפים משולבים המכילים סטרואידים ואגוניסטים ארוכי טווח לקולטני בטא-2. הטיפול המונע הוכח כיעיל בשיפור התסמינים ובהורדת הסיכון להחמרות, אשפוזים ותמותה. כדי להקל על תסמינים המופיעים על אף הטיפול המונע, מומלץ שימוש על פי הצורך במרחיבי סימפונות להקלה. תרופות אלו כוללות אגוניסטים לקולטני בטא-2 או אנטיוכינרגים הניתנים בהשאפה להקלה מהירה על התכווצות הסמפונות ועל התסמינים הקשורים בה. שימוש יתר בתכשירים להקלה מהווה סמן לאסתמה שאינה בשליטה וקשור בתוצאים גרועים של המחלה, כולל תמותת יתר [4].

חולי אסתמה שאינה רצופה יכולים בדרך כלל להסתפק בתרופות להקלה בשעת התקף. לחולי אסתמה מתמשכת, בנוסף לטיפול להקלה בשעת התקף, מומלץ ליטול באופן קבוע תרופות למניעה [1]. 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. המדד של יחס תרופות לאסתמה (Asthma-AMR Medication Ratio) משמש כמדד איכות במספר מערכות בארה"ב, כולל מערכת ה-HEDIS, ועבר תיקוף במספר גדול של מחקרים [11].

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 [12, 13]. המלצה דומה ניתנה על ידי ה-Center for Disease Control and Prevention (CDC) [14] וה-National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) בארה"ב [1].

מדדים

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

- ✓ שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45
- ✓ שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR) Asthma Medication Ratio גדול או שווה ל-0.5 בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45
- ✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 5-45 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, המשיטה נטל כלכלי משמעותי. מבחינים בין אסתמה מתמשכת לאסתמה סירוגית; אסתמה מתמשכת מאופיינת בתדירות גבוהה של תסמינים המחייבים טיפול תרופתי מונע. הטיפול המונע בחולים הסובלים מאסתמה מפחית את הסיכון להחמרות, אשפוזים ותמותה. הערכה וניטור של שכיחות אסתמה באוכלוסייה ונקיטת צעדים לטיפול בה תורמים לשיפור השליטה במחלה.

מכנה: כלל המבוטחים בני 5-45

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 בעבר בהסתמך על רכישת תרופות נגד אסתמה בלבד. הגדרה זו הביאה להערכת חסר של אוכלוסיית חולי האסתמה המתמשכת, במיוחד בקרב קבוצות בעלות הענות נמוכה לטיפול התרופתי. לפיכך, הגדרת האוכלוסייה שונתה ומתבססת בנוסף לרכישת תרופות גם על אבחנות ביקור של אסתמה.

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

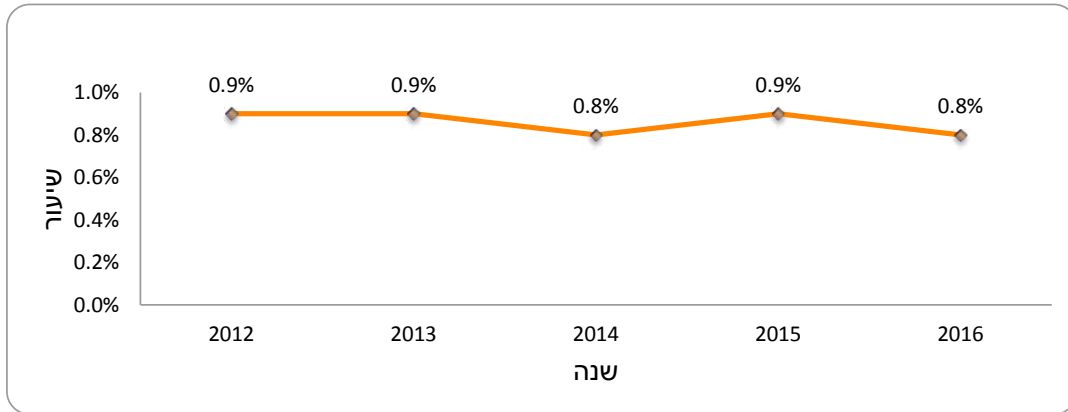
תוצאות (תרשימים 72-74 וטבלאות 45-46)

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 0.8% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (0.7%) מאשר בקרב גברים (0.9%). השיעור היה גבוה פי 1.7 בשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (1.0%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החלשה ביותר (0.6%).

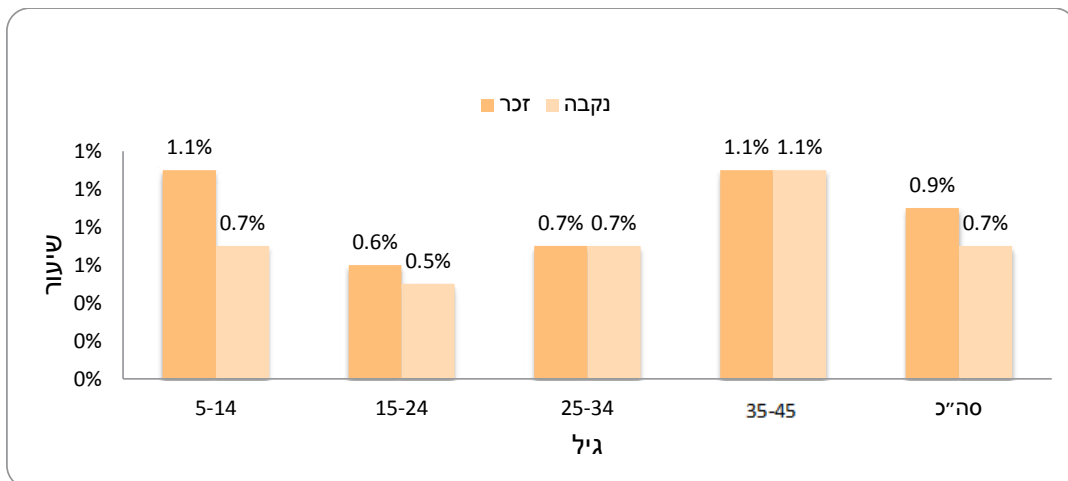
שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45

שיעור המבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות) ע"פ רכישת לפחות 8 תרופות לטיפול באסתמה בשנתיים האחרונות (מונה), בקרב בני 5-45 (מכנה)

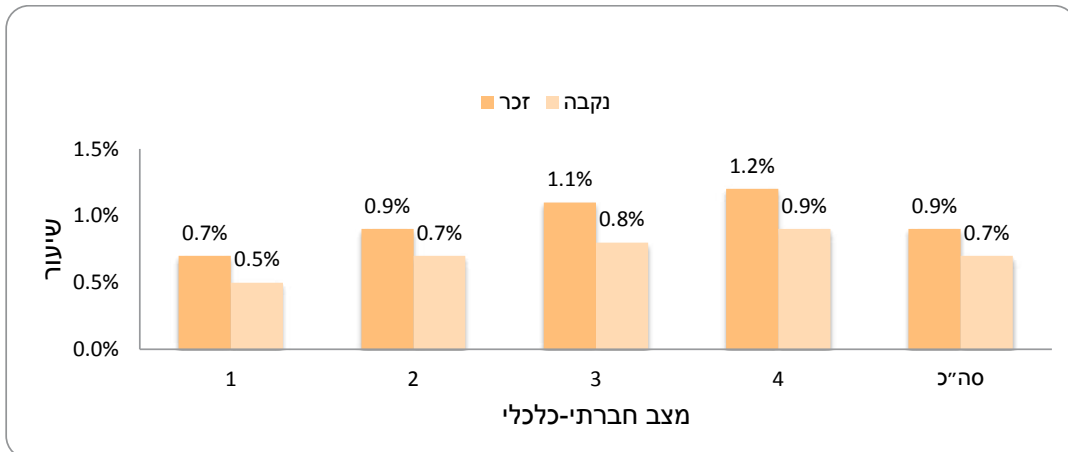
תרשים 72: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 73: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 74: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-45

מבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות) ע"פ רכישת לפחות 8 תרופות לטיפול באסתמה בשנתיים האחרונות (מונה), בקרב בני 5-45 (מכנה)

טבלה 45: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל				
		סה"כ	35-45	25-34	15-24	5-14
זכר	מונה	20,591	5,357	3,942	2,770	8,522
	מכנה	2,245,189	493,861	532,541	469,984	748,803
	שיעור	0.9%	1.1%	0.7%	0.6%	1.1%
נקבה	מונה	16,394	5,552	3,738	2,376	4,728
	מכנה	2,275,263	515,640	545,543	502,902	711,178
	שיעור	0.7%	1.1%	0.7%	0.5%	0.7%
סה"כ	מונה	36,985	10,909	7,680	5,146	13,250
	מכנה	4,520,452	1,009,501	1,078,084	972,886	1,459,981
	שיעור	0.8%	1.1%	0.7%	0.5%	0.9%

טבלה 46: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
5-14	מונה	12,828	2,253	4,481	3,420	2,674
	מכנה	1,405,514	202,409	410,019	370,524	422,562
	שיעור	0.9%	1.1%	1.1%	0.9%	0.6%
15-24	מונה	4,988	821	1,643	1,445	1,079
	מכנה	931,288	99,204	236,155	267,733	328,196
	שיעור	0.5%	0.8%	0.7%	0.5%	0.3%
25-34	מונה	7,451	1,314	2,751	2,221	1,165
	מכנה	1,039,081	147,292	342,743	310,687	238,359
	שיעור	0.7%	0.9%	0.8%	0.7%	0.5%
35-45	מונה	10,536	2,002	3,920	2,748	1,866
	מכנה	976,217	177,592	340,774	256,380	201,471
	שיעור	1.1%	1.1%	1.2%	1.1%	0.9%
סה"כ	מונה	35,803	6,390	12,795	9,834	6,784
	מכנה	4,352,100	626,497	1,329,691	1,205,324	1,190,588
	שיעור	0.8%	1.0%	1.0%	0.8%	0.6%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי יחס תרופות לאסתמה (AMR) Medication Ratio גבוה או שווה ל-0.5 בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

הגדרת המדד: שיעור חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 בעלי יחס תרופות לאסתמה גדול או שווה ל-0.5

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. יתרה מכך, חלק ניכר מהתמותה מהמחלה ניתן למניעה על ידי טיפול ומעקב הולמים. הטיפול התרופתי באסתמה נחלק לשתי 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 סטרואידים בהשאפה. הטיפול המונע הוכח כיעיל בשיפור התסמינים ובהורדת הסיכון להחמרות, אשפוזים ותמותה. על אף שחשיבותו של הטיפול המונע אינה מוטלת בספק, ההענות לטיפול זה אינה משיגת רצון. קיומו של טיפול יעיל שהענות לו חלקית הפך את הטיפול התרופתי המונע באסתמה כמושא מתבקש למדד איכות.

מכנה: חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

מונח: 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 מאריזות התרופות אותן הם נוטלים לטיפול במחלה הן תרופות מניעה.

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

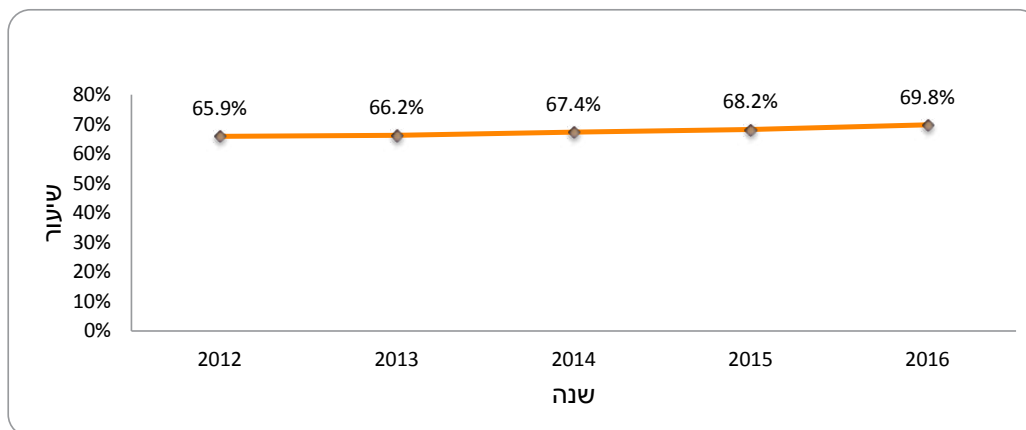
תוצאות (תרשימים 75-77 וטבלאות 47-48)

שיעור חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 שעבורם היחס בין תרופות למניעה לכלל התרופות לאסתמה (AMR) היה ≤ 0.5 (יחס המעיד על טיפול נאות) עלה בין השנים 2012-2016, מ-65.9% בשנת 2012 ל-69.8% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השוואה בין השכבות החברתיות-כלכליות לא הצביעה על קשר מונוטוני, אך השיעור הגבוה ביותר נצפה בשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (74.3%).

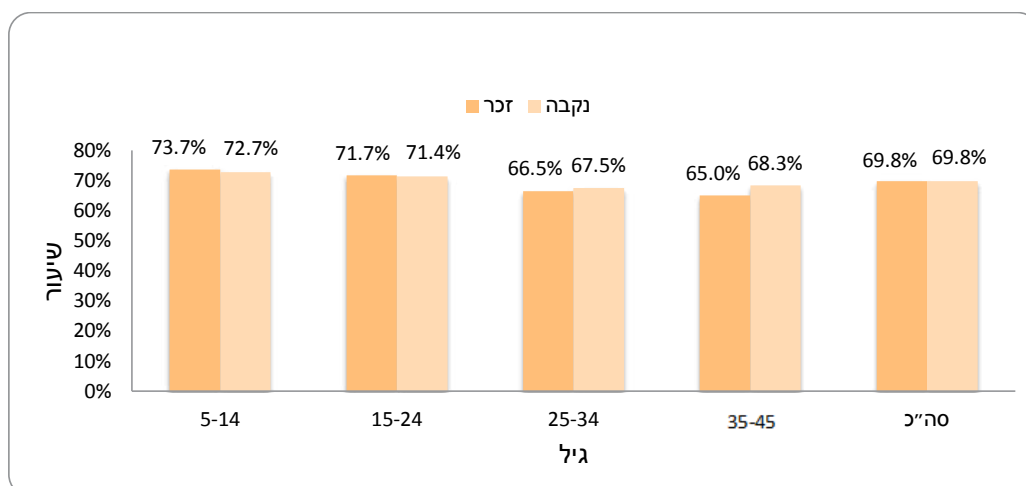
יחס התרופות לאסתמה (AMR)

מספר המבוטחים במכנה שלגביהם יחס התרופות לאסתמה (AMR) בשנת המדד גדול או שווה ל-0.5 (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 (מכנה)

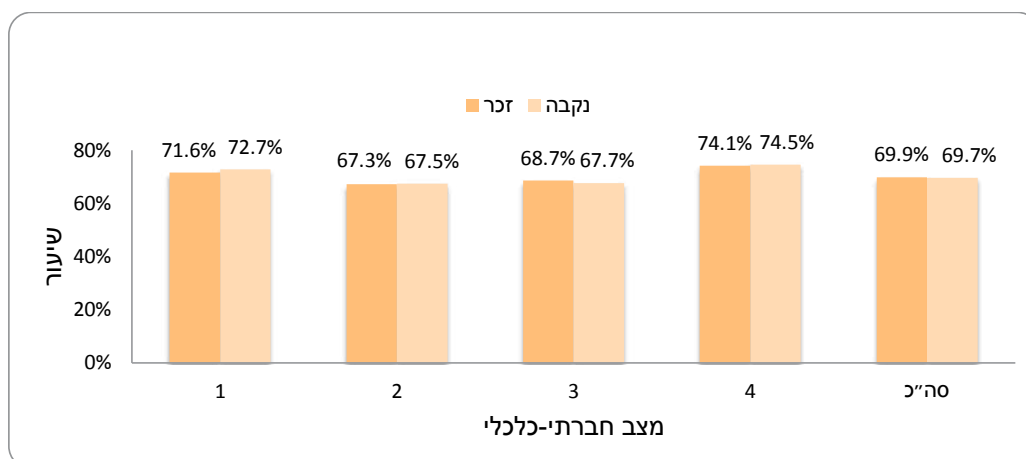
תרשים 75: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 76: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 77: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



יחס התרופות לאסתמה (AMR)

מספר המבוטחים במכנה שלגביהם יחס התרופות לאסתמה (AMR) בשנת המדד גדול או שווה ל-0.5 (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 (מכנה)

טבלה 47: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	35-45	25-34	15-24	5-14	
זכר	מונה	14,367	3,481	2,622	1,987	6,277	
	מכנה	20,591	5,357	3,942	2,770	8,522	
	שיעור	69.8%	65.0%	66.5%	71.7%	73.7%	
נקבה	מונה	11,450	3,794	2,524	1,697	3,435	
	מכנה	16,394	5,552	3,738	2,376	4,728	
	שיעור	69.8%	68.3%	67.5%	71.4%	72.7%	
סה"כ	מונה	25,817	7,275	5,146	3,684	9,712	
	מכנה	36,985	10,909	7,680	5,146	13,250	
	שיעור	69.8%	66.7%	67.0%	71.6%	73.3%	

טבלה 48: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
5-14	מונה	9,391	1,721	3,192	2,452	2,026	
	מכנה	12,828	2,253	4,481	3,420	2,674	
	שיעור	73.2%	76.4%	71.2%	71.7%	75.8%	
15-24	מונה	3,568	638	1,138	1,004	788	
	מכנה	4,988	821	1,643	1,445	1,079	
	שיעור	71.5%	77.7%	69.3%	69.5%	73.0%	
25-34	מונה	5,001	960	1,838	1,405	798	
	מכנה	7,451	1,314	2,751	2,221	1,165	
	שיעור	67.1%	73.1%	66.8%	63.3%	68.5%	
35-45	מונה	7,032	1,427	2,566	1,763	1,276	
	מכנה	10,536	2,002	3,920	2,748	1,866	
	שיעור	66.7%	71.3%	65.5%	64.2%	68.4%	
סה"כ	מונה	24,992	4,746	8,734	6,624	4,888	
	מכנה	35,803	6,390	12,795	9,834	6,784	
	שיעור	69.8%	74.3%	68.3%	67.4%	72.1%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת

בני 5-45

הגדרת המדד: שיעור קבלת חיסון נגד שפעת עונתית בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

רציונאל: אסתמה הנה אחת מהמחלות הכרוניות הנפוצות ביותר בעולם. אסתמה מתמשכת מאופיינת בתדירות גבוהה של התקפים המחייבים טיפול תרופתי. חולי אסתמה נמצאים בסיכון מוגבר לסיבוכים ממחלות דלקתיות בדרכי הנשימה, שעלולים להחמיר עד כדי צורך באשפוז. חיסון נגד שפעת מפחית באופן ניכר את תדירות הביקורים בחדר מיון ואת האשפוזים ולפיכך, משרד הבריאות ממליץ כי חולי אסתמה בני 6 חודשים ומעלה יקבלו חיסון נגד שפעת מידי שנה.

מכנה: חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר חוסנו בפועל בחיסון נגד שפעת עונתית

הערות: אסתמה מתמשכת מוגדרת על פי רכישת תרופות לאסתמה ואבחנות ביקור. תקופת המדד הינה מ־1 בספטמבר של שנת המדד ועד 28 בפברואר בשנה שאחריה, בחפיפה לתקופת מתן החיסון לשפעת.

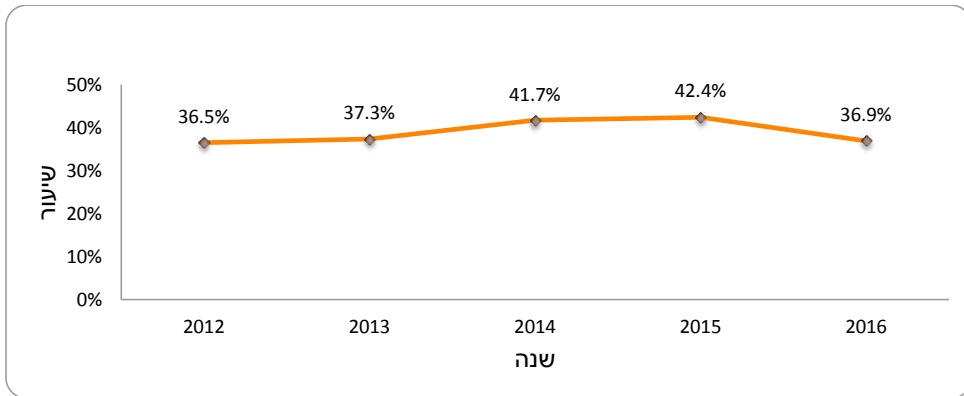
תוצאות (תרשימים 78-80 וטבלאות 49-50)

שיעור המחוסנים נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45 עלה מ־36.5% ב־2012 ל־42.4% ב־2015, וירד בשנת 2016 ל־36.9%. בשנה זו, השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (38.0%) מאשר בקרב גברים (36.0%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (49.2%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (34.2%).

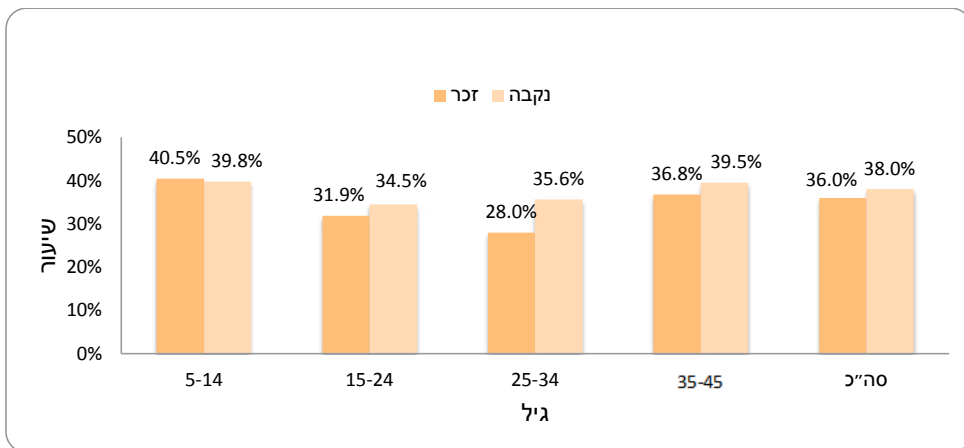
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות) בני 5-45

שיעור המבוטחים אשר חוסנו בפועל בחיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת
(לפי תרופות ואבחנות) בגיל 5-45 (מכנה)

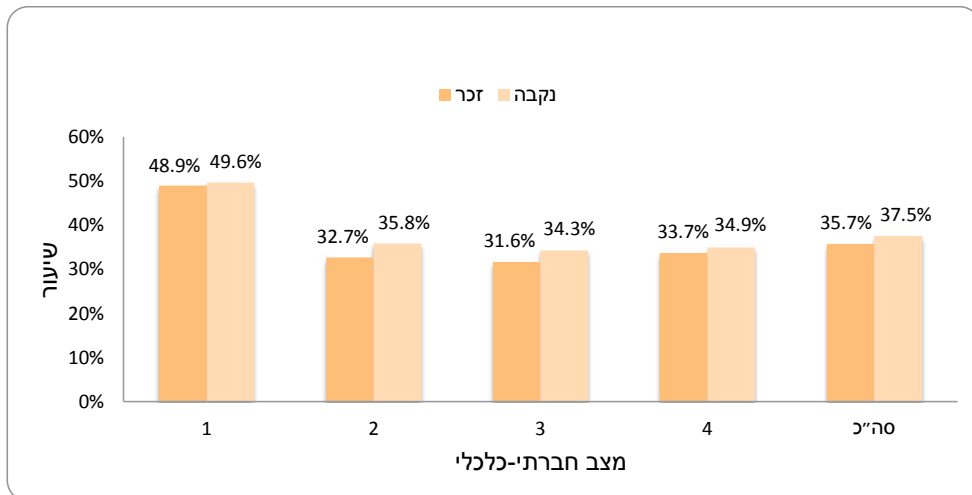
תרשים 78: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 79: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 80: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-45

מבוטחים אשר חוסנו בפועל בחיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת (לפי תרופות ואבחנות) בגיל 5-45 (מכנה)

טבלה 49: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		35-45	25-34	15-24	5-14	סה"כ	
זכר	מונה	1,969	1,102	885	3,454	7,410	
	מכנה	5,357	3,942	2,770	8,522	20,591	
	שיעור	36.8%	28.0%	31.9%	40.5%	36.0%	
נקבה	מונה	2,193	1,330	819	1,880	6,222	
	מכנה	5,552	3,738	2,376	4,728	16,394	
	שיעור	39.5%	35.6%	34.5%	39.8%	38.0%	
סה"כ	מונה	4,162	2,432	1,704	5,334	13,632	
	מכנה	10,909	7,680	5,146	13,250	36,985	
	שיעור	38.2%	31.7%	33.1%	40.3%	36.9%	

טבלה 50: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
5-14	מונה	853	1,626	1,258	1,385	5,122	
	מכנה	2,253	4,481	3,420	2,674	12,828	
	שיעור	37.9%	36.3%	36.8%	51.8%	39.9%	
15-24	מונה	241	483	444	468	1,636	
	מכנה	821	1,643	1,445	1,079	4,988	
	שיעור	29.4%	29.4%	30.7%	43.4%	32.8%	
25-34	מונה	397	745	665	533	2,340	
	מכנה	1,314	2,751	2,221	1,165	7,451	
	שיעור	30.2%	27.1%	29.9%	45.8%	31.4%	
35-45	מונה	696	1,345	989	951	3,981	
	מכנה	2,002	3,920	2,748	1,866	10,536	
	שיעור	34.8%	34.3%	36.0%	51.0%	37.8%	
סה"כ	מונה	2,187	4,199	3,356	3,337	13,079	
	מכנה	6,390	12,795	9,834	6,784	35,803	
	שיעור	34.2%	32.8%	34.1%	49.2%	36.5%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

רקע

תאור המחלה

חסמת הריאות היא מחלת ריאות חסימתית כרונית, בדרך כלל פרוגרסיבית, המאופיינת בהיצרות קבועה של דרכי האוויר. המחלה קשורה בתגובה דלקתית מוגברת לגירוי של גזים או חלקיקים נשאפים בדרכי האוויר והפרנכימה. חסימת דרכי האוויר היא תוצאה של שני תהליכים אשר משקלם היחסי שונה מחולה לחולה: מחלה של דרכי האוויר הקטנות (ברונכיוליטיס חסימתית) והרס של פרנכימת הריאה (נפחת). דלקת בדרכי האוויר הקטנות גורמת להיצרותם ואילו הרס הפרנכימה מביא להקטנת האלסטיות של דרכי האוויר. תהליכים אלו מפחיתים את היכולת של דרכי האוויר להוות פתוחות בזמן נשיפה [15].

התסמינים האופייניים לחסמת הריאות מופיעים לרוב לאחר שנים של חשיפה, בדרך כלל לאחר גיל 40. ההסתמנות האופיינית כוללת קוצר נשימה, שיעול ויצור מוגבר של ליחה. תסמינים פחות ספציפיים של חסמת הריאות הם צפצופים ולחץ בחזה. בשלבים מתקדמים של המחלה עלולים להופיע עייפות, חוסר תיאבון וירידה במשקל, סימני אי ספיקת לב ימנית, דכאון וחרדה. בנוסף לתסמינים הכרוניים, חלק מהחולים סובלים מאירועים חדים של החמרה בתסמיני המחלה המחייבים העמקת הטיפול התרופתי. התלקחויות כאלו מביאות לעיתים לאשפוזים בבתי חולים אשר קשורים בפרוגנוזה גרועה ותמותה [15].

בדיקת הבחירה לאבחנה של חסמת הריאות היא ספירומטריה. בהקשר הקליני המתאים (קיום תסמינים, הסטוריה של חשיפה לגורמי סיכון) יחס של FEV1/FVC הקטן מ-0.7 לאחר מתן מרחיבי סימפונות נחשב אבחנתי למחלה. ערכי FEV1 נמוכים מהצפוי משמשים להערכת חומרת ההפרעה החסימתית, ומהווים גורם מנבא להתלקחויות תכופות ולתוצאים גרועים של המחלה. לאור חשיבות הספירומטריה לצורך אבחנה, הערכת החומרה וניטור מהלך המחלה, מומלץ כי כל החולים המצויים בסיכון לחסמת הריאות יבצעו ספירומטריה. כיום לא קיימת המלצה לסיקור ספירומטרי אוניברסלי [15].

היבטים אפידמיולוגיים

חסמת הריאות היא מחלה שכיחה, הניתנת למניעה ומהווה גורם תמותה ותחלואה חשוב בעולם. המחלה כרוכה בנטל כלכלי וחברתי משמעותי. שיעורי ההימצאות, התחלואה והתמותה מחסמת הריאות משתנים על פני מדינות וקשורים בשכיחות החשיפה לעישון ולגורמי סיכון נוספים - תעסוקתים ואחרים. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, בשנת 2015 היתה חסמת הריאות גורם התמותה הרביעי בחשיבותו בעולם עם 3,200,000 מקרי פטירה המהווים 5.6% מסך כלל הפטריות [16]. קשה להעריך במדויק את שיעורי ההמצאות של חסמת הריאות, בין היתר בשל תת אבחנה קלינית של המחלה וקיום קריטריונים ספירומטריים שונים לצורך אבחנתה. מעריכים כי נכון לשנת

2015 נטל התחלואה העולמי מהמחלה היה כ־174 מיליון איש [3], וגבוה יותר בגברים לעומת נשים. בסקר טלפוני שנערך בארה"ב בשנת 2011 דיווחו 6.3% מהנשאלים מעל גיל 18 (14.7 מיליון איש) ו־9.6% מהנשאלים מעל גיל 45 כי אובחנו על ידי רופא כסובלים מחסמת הריאות [10] השיעור היה שונה בין מדינות (טווח: 3.1%-9.3%) ועלה עם הגיל ועם הירידה במצב חברתי־כלכלי. 36.4% מהמאובחנים דיווחו על עישון בעבר, ו־38.7% על עישון פעיל. שיעור הדווח בקרב נשים היה גבוה לעומת גברים (6.7% לעומת 5.2% בהתאמה) [17]. הערכת שכיחות המחלה בארה"ב בהסתמך על תוצאות בדיקת ספירומטריה במדגם ממשותפי סקר ה־NHANES, הראתה שיעור המצאות של 14% בקרב בני 40-79 שנים [18]. במחקר שבוצע בישראל נבדקו שיעורי ההימצאות של חסמת הריאות בקרב מעשנים ומעשני-עבר כבדים בגילאים 45-75. המחקר הצביע על תת־אבחנה משמעותית של חסמת הריאות בארץ: למרות שרק 4% מבין הנבדקים היו מאובחנים טרם המחקר כסובלים מחסמת הריאות, נמצא כי 22% סבלו מהמחלה על סמך בדיקת ספירומטריה [19]. על פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2013 פנו למיון 7,890 איש באבחנה של חסמת הריאות מהם אושפזו 5,641 [20]. שיעור האשפוזים בארץ גבוה ממוצע ה־OECD [21].

גורמי סיכון

גורם הסיכון הנחקר ביותר לחסמת הריאות הוא עישון סיגריות. עם זאת, חלק לא מבוטל מחולי חסמת הריאות אינם מעשנים. זאת ועוד, לא כל האנשים בעלי היסטורית עישון נתונה יפתחו חסמת ריאות, עובדה המעידה על אינטראקציה עם גורמים אחרים כמו נטייה גנטית. גורם סיכון נוסף הוא גיל מבוגר, אם כי לא ברור האם הוא סמן לחשיפה רבת שנים לגורמי סיכון סביבתיים או מהווה גורם סיכון בפני עצמו. חסמת הריאות שכיחה יותר בגברים ובאוכלוסיות ברמה חברתית־כלכלית נמוכה, אך נראה שגם גורמים אלו משקפים רמת חשיפה גבוהה לגורמי סיכון סביבתיים דוגמת עישון. עישון סיגריות הוא, כאמור, גורם הסיכון המוכר ביותר להתפתחות חסמת הריאות. דרכי עישון אחרות של טבק (כמו מקטרת, סיגרים ונרגילה), כמו גם עישון כפוי, מהווים גורמי סיכון נוספים להתפתחות חסמת הריאות. גורם סיכון שחשיבותו מוכרת פחות הוא חשיפה תעסוקתית לאבק אורגני ואנאורגני, חומרים כימיים וגזים. בארצות הברית מעריכים כי כ־20% ממקרי חסמת הריאות מיוחסים לחשיפה תעסוקתית [15,22].

הטיפול במחלה

מטרותיו של הטיפול בחסמת הריאות הן הקלה בתסמיני המחלה וצמצום הסיכון להתפתחות סיבוכי המחלה. הטיפול הסימפטומטי מכוון להקלה בתסמיני המחלה, שיפור באיכות החיים של החולה ובסיבולת הגופנית שלו. מבחינת הורדת הסיכון לסיבוכים, מטרות הטיפול הן לעכב את ההתדרדרות המואצת בתפקוד הריאתי, להוריד את תדירות ועוצמת ההחמרות ולשפר את השרדות החולים. הטיפול בחולי חסמת הריאות כולל מספר מרכיבים. אמצעי הטיפול והאינטנסיביות שלו צריכים להיות מותאמים לחומרת המחלה, כפי שמשקפת במצבו הקליני של החולה ובערך ה־FEV1 אשר נמדד בספירומטריה.

הפסקת עישון היא האמצעי בעל ההשפעה המשמעותית ביותר על האטת קצב התקדמות המחלה. הטיפול התרופתי מבוסס בעיקר על מרחיבי סימפונות שניתנים לרב בהשאפה. טיפול זה הוכח כיעיל בהקלה על תסמיני המחלה, שיפור איכות החיים והסיבולת הגופנית והורדה בתדירות

ועוצמת ההחמרות, אך לא הוכח באופן חד משמעי כי הוא מאט את קצב הירידה בתפקוד הריאתי לטווח הארוך או משפר השרדות. מרחיבי הסימפונות בהשאפה כוללים תכשירים משתי קבוצות עיקריות: אגוניסטים של קולטנים אדרנרגים מסוג 2β ותכשירים אנטי כולינרגים. בכל קבוצה קיימים תכשירים קצרי טווח, ארוכי טווח וארוכי טווח מאד. כמו כן קיימים תכשירים משולבים של אגוניסטים אדרנרגים מסוג 2β עם אנטיכולינרגים או סטרואידים בהשאפה. תכשירים משולבים אלו מאפשרים העלאת יעילות הטיפול עם סיכון מופחת להתפתחות תופעות לוואי. שימוש בסטרואידים בהשאפה לטיפול בחסמת הריאות שנוי במחלוקת. הוא מקובל בחולי חסמת הריאות בדרגת חומרה קשה או קשה ביותר אשר לא מגיבים באופן מספק לטיפול במרחיבי סימפונות, וניתן רק כחלק מטיפול משולב עם מרחיבי סימפונות. מתיל קסנטינים במתן סיסטמי הם קבוצה ותיקה של מרחיבי סימפונות סיסטמיים עם ריבוי תופעות לוואי, והם אינם מומלצים עוד כקו ראשון לטיפול בחולי חסמת הריאות.

מומלץ להפנות חולי חסמת ריאות קשה הסובלים מקוצר נשימה בהליכה במישור לטיפול במסגרת מכונים לשיקום ריאה. בנוסף לפעילות גופנית מבוקרת והעלאת הסיבולת הגופנית של החולים, מסגרת זו כוללת חינוך של החולים בנושאים שונים הקשורים במחלה כמו תזונה, המנעות מגורמי חשיפה ופעילות גופנית עצמאית. טיפול ביתי בחמצן במשך רוב שעות היממה הוכח כמשפר השרדות בחולי חסמת הריאות הסובלים מהיפוקסמיה קשה בזמן מנוחה [15]. העמקת הטיפול בזמן החמרות כוללת תוספת של מרחיבי סימפונות קצרי טווח, מתן טיפול סטרואידלי סיסטמי וטיפול אנטיביוטי במידה ומעריכים שהגורם להחמרה הוא זיהומי.

בדומה לחולים אחרים הסובלים ממחלות כרוניות של דרכי הנשימה, חולי חסמת הריאות נתונים בסיכון גבוה יותר לסיבוכי מחלת השפעת. לכן מומלץ על חיסון שנתי של כל חולי חסמת הריאות נגד נגיף השפעת העונתית. על פי המלצות משרד הבריאות חולים הסובלים מחסמת הריאות מצויים בסיכון גבוה לתחלואה במחלה פניאומוקואלית ולכן יש התוויה למתן מנה יחידה של החיסון הפוליסכרידי נגד חיידק הפניאומוקוק. לאחר גיל 65 יש לחזור על החיסון במידה והמנה הראשונה ניתנה לפני יותר מ-5 שנים [23].

מדדים

- ✓ שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD
- ✓ שיעור התיעוד של ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD

שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל־COPD

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 50-74 אשר אובחנו החל מתאריך 01/01/2012 ואילך כסובלים מחסמת הריאות (COPD) או כמצויים בסיכון גבוה לחסמת הריאות, אשר ביצעו בדיקת ספירומטריה

רציונאל: חסמת הריאות היא מחלה שכיחה וניתנת למניעה המהווה גורם תמותה ותחלואה חשוב בעולם וכרוכה בנטל כלכלי וחברתי משמעותי. שיעורי ההמצאות המדויקים של המחלה קשים לקביעה בין היתר בשל תת-אבחנה ניכרת של המחלה. אבחנה מוקדמת ותקפה של חסמת הריאות חיונית לצורך המנעות מגורמי הסיכון ומתן טיפול הולם. הללו מאפשרים את בלימת ההתדרדרות המואצת בתפקודי הריאה, שיפור בתסמינים ובסיבולת הגופנית והורדה בתכיפות ההחמרות במחלה. בדיקת הבחירה לאבחנה של חסמת הריאות היא ספירומטריה. הספירומטריה מאפשרת בנוסף לאישוש האבחנה של חסמת הריאות גם הערכה של חומרת ההפרעה החסימתית, המהווה גורם מנבא להתלקחויות תכופות ולתוצאים גרועים של המחלה. לאור חשיבות הספירומטריה לצורך אבחנה, הערכת החומרה וניטור מהלך המחלה מומלץ כי כל החולים המצויים בסיכון לחסמת הריאות יביצעו ספירומטריה.

מכנה: מבוטחים בני 50-74 אשר אובחנו החל מתאריך 01/01/2012 ואילך כסובלים מחסמת הריאות או כמצויים בסיכון גבוה לחסמת הריאות

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו לפחות בדיקה אחת של ספירומטריה מ־01/01/2011 ואילך

הערות: מבוטחים הסובלים מחסמת הריאות מוגדרים לפי אבחנה של COPD או רכישה של תרופות ספציפיות ל־COPD. מבוטחים בסיכון גבוה ל־COPD מוגדרים לפי מצב עישון חיובי (בעבר או כיום) ואבחון לאסתמה או רכישת תרופות למחלות נשימתיות.

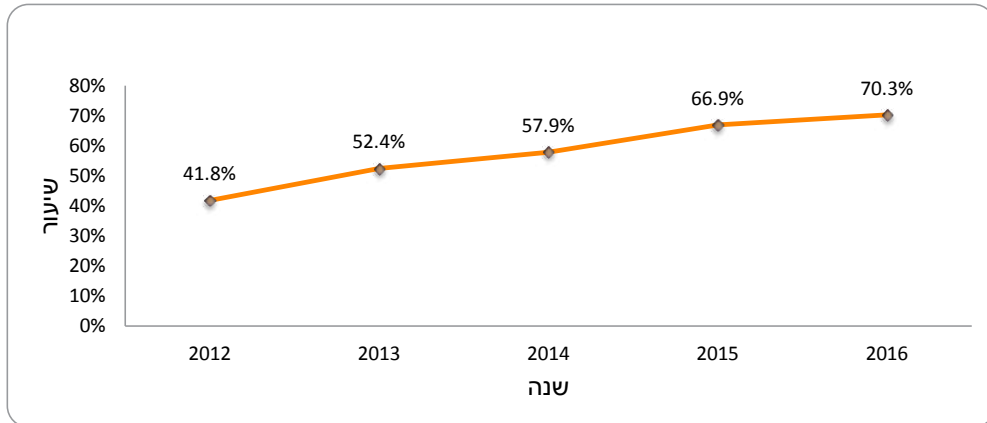
תוצאות (תרשימים 81-83 וטבלאות 51-52)

שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל־COPD בני 50-75 עלה בין השנים 2012-2016, מ־41.8% בשנת 2012 ל־70.3% בשנת 2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (68.5%) מאשר בקרב גברים (71.6%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (66.7%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (72.4%).

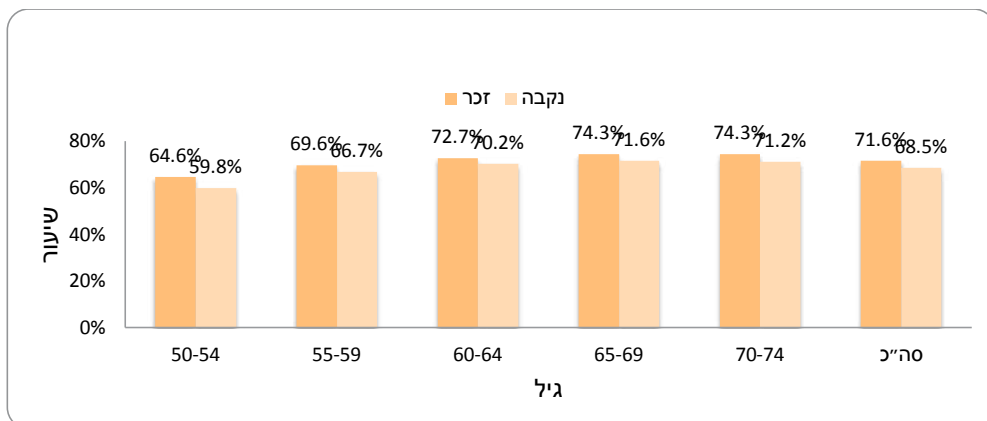
שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50

שיעור ביצוע ספירומטריה (מונה), בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD, בני 74-50 (מכנה)

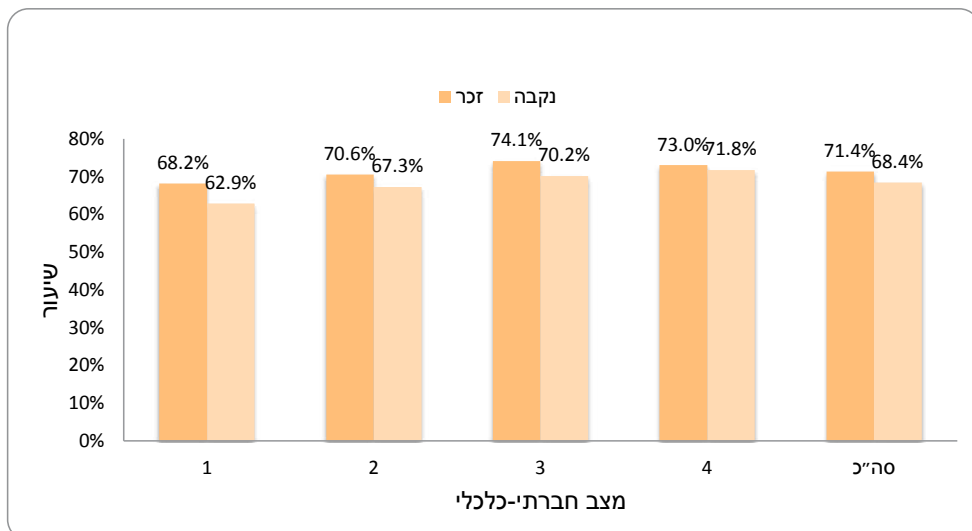
תרשים 81: לפי שנה, 2016-2012



תרשים 82: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 83: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50

מבוטחים אשר ביצעו ספירומטריה (מונה), בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD, בני 74-50 (מכנה)

טבלה 51: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		70-74	65-69	60-64	55-59	50-54	סה"כ
זכר	מונה	2,427	3,481	3,281	2,570	1,839	13,598
	מכנה	3,268	4,682	4,513	3,690	2,846	18,999
	שיעור	74.3%	74.3%	72.7%	69.6%	64.6%	71.6%
נקבה	מונה	1,539	2,216	2,327	1,801	1,127	9,010
	מכנה	2,162	3,094	3,313	2,701	1,886	13,156
	שיעור	71.2%	71.6%	70.2%	66.7%	59.8%	68.5%
סה"כ	מונה	3,966	5,697	5,608	4,371	2,966	22,608
	מכנה	5,430	7,776	7,826	6,391	4,732	32,155
	שיעור	73.0%	73.3%	71.7%	68.4%	62.7%	70.3%

טבלה 52: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		4	3	2	1	סה"כ
50-54	מונה	237	790	1,112	715	2,854
	מכנה	362	1,302	1,778	1,129	4,571
	שיעור	65.5%	60.7%	62.5%	63.3%	62.4%
55-59	מונה	418	1,327	1,624	840	4,209
	מכנה	604	1,926	2,395	1,252	6,177
	שיעור	69.2%	68.9%	67.8%	67.1%	68.1%
60-64	מונה	631	1,923	2,051	812	5,417
	מכנה	872	2,619	2,870	1,194	7,555
	שיעור	72.4%	73.4%	71.5%	68.0%	71.7%
65-69	מונה	795	2,098	1,920	687	5,500
	מכנה	1,076	2,750	2,676	1,013	7,515
	שיעור	73.9%	76.3%	71.7%	67.8%	73.2%
70-74	מונה	634	1,422	1,200	557	3,813
	מכנה	835	1,855	1,705	829	5,224
	שיעור	75.9%	76.7%	70.4%	67.2%	73.0%
סה"כ	מונה	2,715	7,560	7,907	3,611	21,793
	מכנה	3,749	10,452	11,424	5,417	31,042
	שיעור	72.4%	72.3%	69.2%	66.7%	70.2%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור התייעוד של ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 50-74 אשר אובחנו כסובלים מחסמת הריאות (COPD) או כמצויים בסיכון גבוה לחסמת הריאות שלגביהם קיים תיעוד של ערכי בדיקת ספירומטריה.

רציונאל: חסמת הריאות היא מחלה שכיחה וניתנת למניעה המהווה גורם תמותה ותחלואה חשוב בעולם וכרוכה בנטל כלכלי וחברתי משמעותי. שיעורי ההמצאות המדויקים של המחלה קשים לקביעה בין היתר בשל תת-אבחנה ניכרת של המחלה. אבחנה מוקדמת ותקפה של חסמת הריאות חיונית לצורך המנעות מעישון ומתן טיפול הולם. הללו מאפשרים את בלימת ההתדרדרות המואצת בתפקודי הריאה, שיפור בתסמינים ובסיבולת הגופנית והורדה בתכיפות ההחמרות במחלה. בדיקת הבחירה לאבחנה של חסמת הריאות היא ספירומטריה. הספירומטריה מאפשרת בנוסף לאישוש האבחנה של חסמת הריאות גם הערכה של חומרת ההפרעה החסימתית, המהווה גורם מנבא להתלקחויות תכופות ולתוצאים גרועים של המחלה. לאור חשיבות הספירומטריה לצורך אבחנה, הערכת החומרה וניטור מהלך המחלה מומלץ כי כל החולים המצויים בסיכון לחסמת הריאות יבצעו ספירומטריה. תיעוד ערכי בדיקת הספירומטריה ברשומות הרפואיות של המבוטחים יאפשר זיהוי תקף של אוכלוסיית חולי ה-COPD. אוכלוסייה זו עשויה להוות יעד למספר מדדי איכות עתידיים.

מכנה: מבוטחים בני 50-74 אשר אובחנו החל מתאריך 01/01/2012 ואילך כסובלים מחסמת הריאות או כמצויים בסיכון גבוה לחסמת הריאות ואשר ביצעו לפחות בדיקת ספירומטריה אחת החל מ-1/1/2011 ואילך.

מונה: מספר המבוטחים במכנה שלגביהם קיים תיעוד של ערכי בדיקת ספירומטריה אשר בוצעה החל מ-1/1/2011 ואילך.

הערות: מבוטחים הסובלים מחסמת הריאות מוגדרים לפי אבחנה של COPD או רכישה של תרופות ספציפיות ל-COPD. מבוטחים בסיכון גבוה ל-COPD מוגדרים לפי מצב עישון חיובי (בעבר או כיום) ואבחון לאסתמה או רכישת תרופות למחלות נשימתיות.

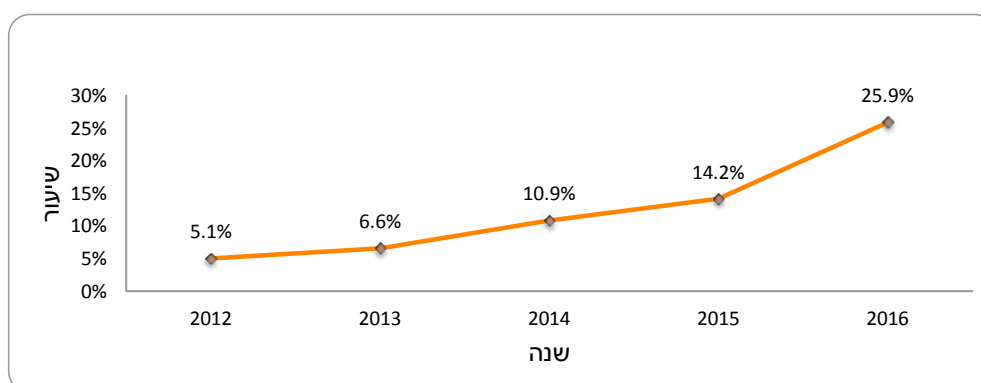
תוצאות (תרשימים 84-86 וטבלאות 53-54)

תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בתיק הרפואי של חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-75 עלה בין השנים 2012-2016, מ-5.1% בשנת 2012 ל-25.9% בשנת 2016. השיעור היה דומה בנשים (25.4%) ובגברים (26.2%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (25.3%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (29.6%).

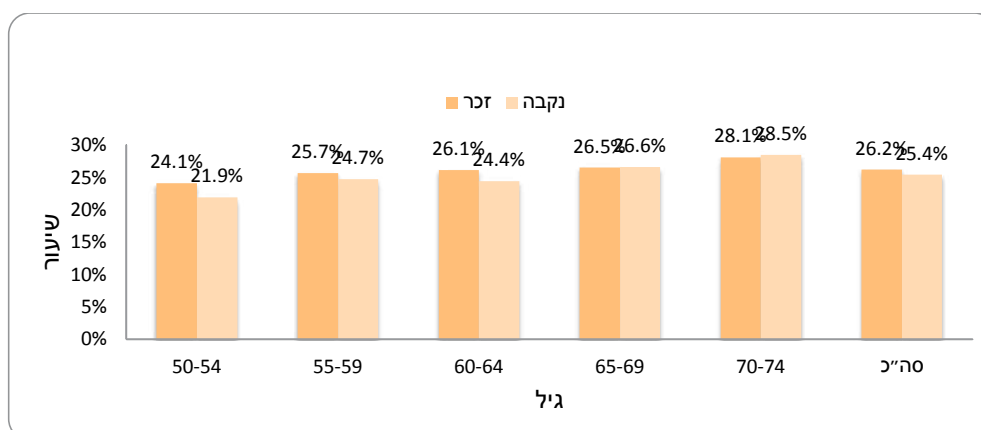
תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74

שיעור תיעוד ערכי בדיקות ספירומטריה (מונה), בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD, בני 50-74 (מכנה)

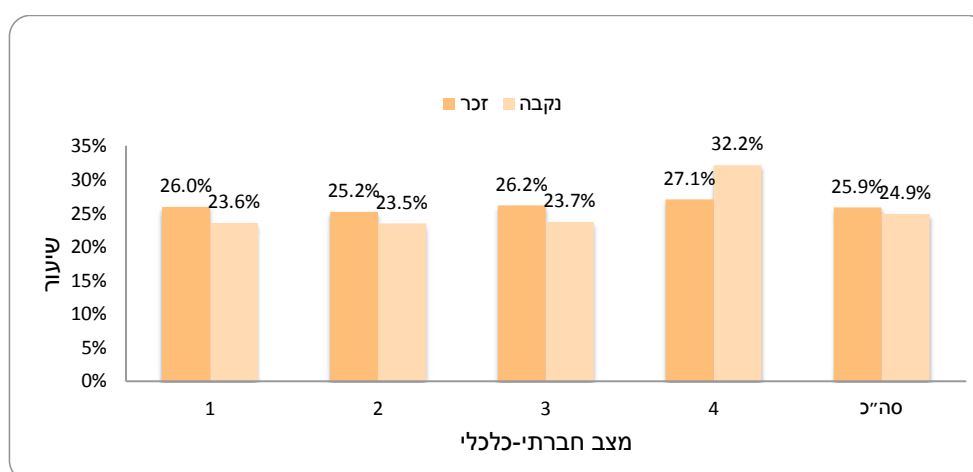
תרשים 84: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 85: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 86: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74

שיעור תיעוד ערכי בדיקות ספירומטריה (מונה), בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD, בני 50-74 (מכנה)

טבלה 53: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		70-74	65-69	60-64	55-59	50-54	סה"כ
זכר	מונה	683	923	857	661	443	3,567
	מכנה	2,427	3,481	3,281	2,570	1,839	13,598
	שיעור	28.1%	26.5%	26.1%	25.7%	24.1%	26.2%
נקבה	מונה	439	589	568	444	247	2,287
	מכנה	1,539	2,216	2,327	1,801	1,127	9,010
	שיעור	28.5%	26.6%	24.4%	24.7%	21.9%	25.4%
סה"כ	מונה	1,122	1,512	1,425	1,105	690	5,854
	מכנה	3,966	5,697	5,608	4,371	2,966	22,608
	שיעור	28.3%	26.5%	25.4%	25.3%	23.3%	25.9%

טבלה 54: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

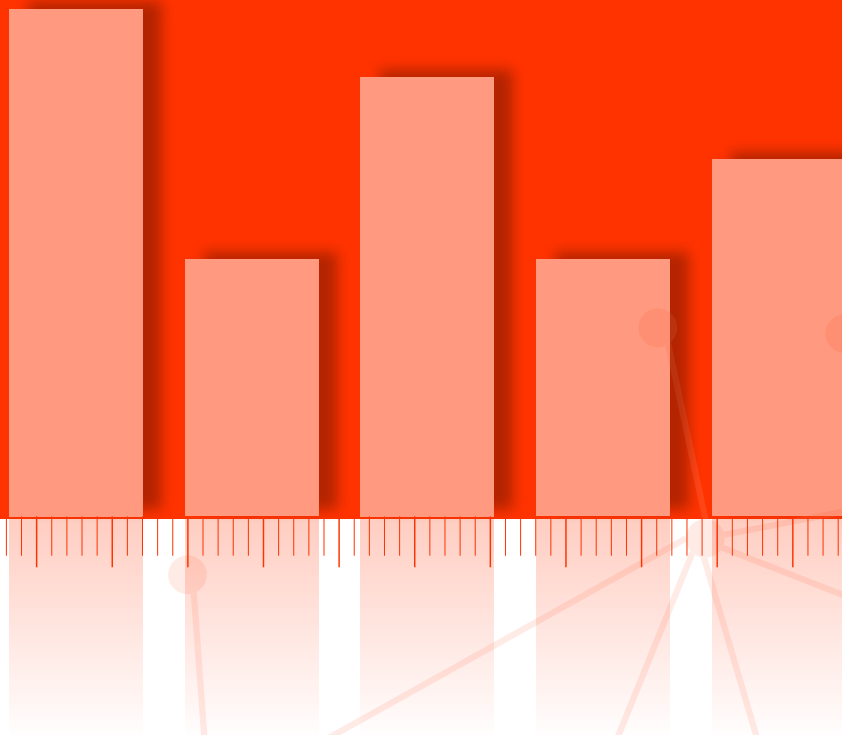
		מצב חברתי-כלכלי				
		4	3	2	1	סה"כ
50-54	מונה	60	175	240	173	648
	מכנה	237	790	1,112	715	2,854
	שיעור	25.3%	22.2%	21.6%	24.2%	22.7%
55-59	מונה	118	330	379	218	1,045
	מכנה	418	1,327	1,624	840	4,209
	שיעור	28.2%	24.9%	23.3%	26.0%	24.8%
60-64	מונה	179	469	518	194	1,360
	מכנה	631	1,923	2,051	812	5,417
	שיעור	28.4%	24.4%	25.3%	23.9%	25.1%
65-69	מונה	259	526	497	165	1,447
	מכנה	795	2,098	1,920	687	5,500
	שיעור	32.6%	25.1%	25.9%	24.0%	26.3%
70-74	מונה	188	401	305	164	1,058
	מכנה	634	1,422	1,200	557	3,813
	שיעור	29.7%	28.2%	25.4%	29.4%	27.7%
סה"כ	מונה	804	1,901	1,939	914	5,558
	מכנה	2,715	7,560	7,907	3,611	21,793
	שיעור	29.6%	25.1%	24.5%	25.3%	25.5%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] National Asthma Education and Prevention Program, "Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," 2007
- [2] Asthma- Fact sheet, WHO. April 2017. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>
- [3] J.B. Soriano et al., "Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015," *Lancet Respir. Med.*, vol. 5, no. 9, pp. 691–706.
- [4] Global Initiative for Asthma, GINA Report. "Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Online Appendix," 2017.
- [5] K. F. Chung, Royal College of Physicians (RCP), CDC, S. Siddiqui, S. Gonem, and A. Wardlaw, "Why asthma still kills The National Review of Asthma Deaths (NRAD) Confidential Enquiry," *Semin. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 33, no. 6, pp. 666–684, 2014.
- [6] Israel National Health Interview Survey INHIS-3, 2013-2015 – Selected Findings. Israel Center for Disease Control, Ministry of Health. Publication. 374, 2017.
- [7] המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. מצב הבריאות בישראל, 2010. פרסום 333. 2011 Available at: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Health_Status_in_Israel2010.pdf
- [8] S. Cohen *et al.*, "Decline in asthma prevalence and severity in Israel over a 10-year period," *Respiration*, vol. 89, no. 1, pp. 27–32, 2015.
- [9] המרכז הלאומי לבקרת מחלות ואגף מידע, מינהל מידע ומיחשוב, משרד הבריאות. בריאות 2013, פרסום 354. פברואר 2014. Available at: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/health2013.pdf>
- [10] L. Vernacchio, E. K. Trudell, and J. M. Muto, "Correlation of care process measures with childhood asthma exacerbations.," *Pediatrics*, vol. 131, no. 1, pp. e136-43, Jan. 2013.
- [11] National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Measure summary: Asthma medication ratio. In: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015 Oct 01. Available at: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov>
- [12] האגף לאפידמיולוגיה משרד הבריאות, "תדריך חיסונים 1999, 2015". [Online]. Available: https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/300_TUB.pdf.
- [13] מניעת שפעת עונתית ומחלות חורף אחרות, משרד הבריאות, 2012. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/SUBJECTS/VACCINES/FLU/Pages/Winter_flu.aspx.
- [14] CDC-Center for Disease Control and Prevention, "Flu shots - get vaccinated," 2017. [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/asthma/flu.html>.

- [15] From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available: <http://goldcopd.org>.
- [16] WHO-World Health Organization. The top 10 causes of death. Fact sheet No 310. Updated 2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- [17] CDC-Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Chronic obstructive pulmonary disease among adults - United States, 2011. 2012, 61(46): 938-943. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6146a2.htm>
- [18] Tilert T, Dillon C, Paulose-Ram R, Hnizdo E, Doney B. Estimating the U.S. prevalence of chronic obstructive pulmonary disease using pre- and post-bronchodilator spirometry: the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007–2010. *Respiratory Research* 2013, 14:103. Available at: <http://respiratory-research.com/content/pdf/1465-9921-14-103.pdf>
- [19] Stav D, Raz M, Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease among Smokers Aged 45 and Up in Israel. *MAJ* 2007 (9): 800-2.
- [20] "2015, מגפת המזע, משרד הבריאות. ביקורים במחלקה לרפואה זדופה, מאפייני הפעילות, 2015". Available at: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/emergency_2015.pdf
- [21] OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- [22] American Lung Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Fact Sheet 2014. Available at: <http://www.lung.org/lung-disease/copd/resources/facts-figures/COPD-Fact-Sheet.html>
- [23] משרד הבריאות. 2014. תדריך חיסונים 1999. האגף לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור. 2014. עדכון אונוסט 2014. Available at: http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/tadrich_Chisunim.pdf

לב וכלי דם



רקע

תאור המחלה

מחלת לב כלילית היא מחלה בה נגרמת הפרעה באספקת הדם לשריר הלב, אשר כתוצאה ממנה נוצר נזק לשריר הלב ולתפקודו. ההפרעה בזרימת הדם נגרמת לרוב עקב תהליך טרשתי המוביל להיצרות והתקשחות העורקים הכליליים המספקים דם לשריר הלב. ההפרעה יכולה להיות מורגשת בשעת צורך רב יותר בדם לשריר הלב (למשל במאמץ) ולחלוף במנוחה, או להופיע ולא להיעלם, כפי שקורה באוטם חריף בשריר הלב ("התקף לב"). המחלה מתבטאת באופן טיפוסי בכאבים בחזה המופיעים במאמץ וחולפים במנוחה (אנגינה פקטוריס) או כאבים המופיעים ללא קשר למאמץ (אנגינה לא יציבה, אוטם חריף בשריר הלב). קיימים גם תסמינים פחות טיפוסיים. האבחנה מתבססת לרוב על אלקטרוקרדיוגרם (א.ק.ג.), בדיקות דם, מבחן מאמץ ו/או צנתור לב אבחנתי. סיבוכי המחלה כוללים אי־ספיקת לב ובצקת ריאות, הפרעות קצב ומוות.

מניעה ראשונית של מחלות לב מתייחסת לטיפול בגורמי סיכון בטרם התבטאותה של המחלה. מניעה שלישונית מטרתה טיפול בחולים, על מנת למנוע סיבוכים כגון אי ספיקת לב, בצקת ריאות, הפרעות קצב ומוות. מניעה ראשונית של מחלת לב כלילית הינה בעלת חשיבות מכרעת בבריאות הציבור. מניעה זו כוללת התערבות לשינוי והפחתה של גורמי הסיכון להתפתחות מחלת לב כלילית. מניעה שלישונית של מחלת לב כלילית כוללת טיפול תרופתי המיועד למניעת סיבוכי המחלה.

היבטים אפידמיולוגיים

בסקר בריאות שנערך בשנים 2007-2010, 7.5% מהגברים ו-4.1% מהנשים בישראל דיווחו על מחלת לב כלילית [1]. מחלות לב הן הגורם השני לתמותה במדינת ישראל, והיו אחראיות לכ-14.5% ממקרי המוות בשנת 2014 (כ-6,000 פטירות) [2]. שיעורי התמותה ממחלות לב בישראל הם מהנמוכים בעולם המערבי. שיעור הפטירות הגולמי ממחלות לב ירד באופן ניכר במשך השנים. עם ירידה של 36% בגברים ו-32% בנשים בין השנים 2000-2002 לשנים 2012-2014 [3].

בהתאמה לכך, נצפתה ירידה עם השנים בשיעורי הביצוע של פרוצדורות טיפוליות בעורקים מוצרים או חסומים. כך, בין השנים 2008 ל-2012 ירדו שיעורי הביצוע של ניתוחי מעקפים בכ-28%, ובשנת 2012 היה שיעורם בישראל 31 ל-100,000. שיעורי הביצוע של צנתורים טיפוליים ירדו בתקופה זו בכ-15%, מ-311 ל-100,000 איש ב-2008 ל-264 ל-100,000 איש ב-2012 [4].

גורמי סיכון

גורמי סיכון למחלת לב כלילית כוללים בין היתר גיל, מין (נשים מוגנות יחסית עד גיל המעבר), עישון, השמנת יתר, סוכרת, עודף שומנים בדם ויתר לחץ דם. המודל הנפוץ ביותר להערכת הסיכון לתחלואה במחלות לב בעשר השנים הקרובות מבוסס על מחקר הפרמינגהם ומשתמש בנוסחה

המבוססת על מין, גיל, סך כולסטרול, כולסטרול HDL (גורם מגן), לחץ דם סיסטולי, טיפול ליתר לחץ דם ועישון [6,5]. על פי המודל ניתן לחלק את האוכלוסייה הבוגרת כבעלת סיכון גבוה, בינוני או נמוך.

א. עודף שומנים בדם

טרשת עורקים כליליים, שיכולה להוביל להתקף לב, לתעוקת חזה ולמוות פתאומי, מתבטאת בהיווצרות משקעים בכלי הדם, שאחד הגורמים החשובים להופעתם הוא רמה גבוהה של כולסטרול. להפחתת רמת הכולסטרול לרמות היעד יש חשיבות הן במניעה של התקדמות טרשת בחולי לב ידועים (מניעה שלישונית), והן בהפחתת הסיכון לפתח מחלת לב באנשים עם גורמי סיכון למחלות אלו (מניעה ראשונית). זיהוי אנשים עם כולסטרול מעל לרמה המומלצת, וספציפית כולסטרול מסוג LDL, הינו קריטי כדי לטפל בהפחתת רמת הכולסטרול. טיפול זה כולל שינוי באורח החיים ותרופות ממשפחת הסטטינים. הודגם, כי הפחתה כוללת של כ-39 מ"ג/ד"ל ברמות ה-LDL כולסטרול יכולה להביא להורדה של כ-25% בסיכון לארועים קרדיווסקולריים [7].

בקרב מבוגרים צעירים, שיעור הסובלים ממחלה טרשתית- נמוך, כך שמדד המעריך שיעור ביצוע של בדיקת כולסטרול בקבוצת הגיל הצעירה, משקף את איכות רמת המעקב שמטרתו מניעה ראשונית של מחלות לב.

בשנת 2001 פרסמה ועדת מומחים (ATP-III, Adult Treatment Panel III) המלצות לטיפול בעודף כולסטרול בדם [6]. המלצות אלו עודכנו בשנת 2004 [8]. על פי המלצות אלו, לאנשים בסיכון גבוה לתחלואה במחלות לב (סיכון לעשר שנים העולה על 20%), רמת ה-LDL המומלצת היא מתחת ל-100 מ"ג/ד"ל. לאנשים בסיכון בינוני (יותר מגורם סיכון אחד והערכת סיכון ל-10 שנים של עד 20%), ערך המטרה הוא מתחת ל-130 מ"ג/ד"ל. לאנשים בסיכון נמוך (עד גורם סיכון אחד וסיכון של פחות מ-10% ב-10 שנים), הרמה המומלצת היא מתחת ל-160 מ"ג/ד"ל.

בשנת 2013 פורסמו הנחיות חדשות שקבעו מתי יש להתחיל טיפול, אך לא קבעו ערכי יעד [9]. קיום מנחים אלה עוררו ביקורת רבה והובילו לפרסום של קיום מנחים ישראלים מטעם של האיגוד הקרדיולוגי בישראל, האיגוד לרפואה פנימית, והחברה לחקר מניעה וטיפול בטרשת העורקים בשנת 2014 [10]. על פי קיום מנחים אלה, ערכי היעד הקודמים עומדים בעינם ובנוסף, אנשים בסיכון גבוה מאד (מניעה שלישונית) יטופלו להשגת ערך יעד נמוך מ-70 מ"ג/ד"ל או ירידה של 50% בערכי ה-LDL.

ב. יתר לחץ דם

לחץ דם גבוה הינו גורם סיכון למחלות לב כליליות, אי ספיקת לב, שבץ מוחי, מפרצת עורקית ואי ספיקת כליות. רובם המוחלט (כ-95%) של מקרי יתר לחץ הדם הם ראשוניים, ללא מחלת רקע הגורמת לעלית ערכי לחץ הדם. יחד עם זאת, קיימים גורמי סיכון ליתר לחץ דם כגון השמנה, עישון והעדר פעילות גופנית. יתר לחץ דם מוגדר כלחץ דם סיסטולי שווה או גבוה מ-140 מ"מ"כ ו/או לחץ דם דיאסטולי שווה או גבוה מ-90 מ"מ"כ. קיימים סיווגים נוספים המדרגים לחץ דם גם כשהוא בתחום התקין וכן סיווגים לחומרת יתר לחץ הדם.

בישראל, הימצאות יתר לחץ דם עולה עם הגיל. שיעור המדווחים על יתר לחץ דם עולה מכ־3.5% בקבוצת הגיל 21-34 עד ללמעלה ממחצית המשתתפים בסקר בגילאי 65 ומעלה [1].

ג. השמנת יתר

השמנת יתר מהווה גורם סיכון למחלות לב וכלי־דם, כמו־גם למגוון מחלות נוספות (ר' קידום בריאות).

ד. עישון

עישון מהווה גורם סיכון למחלות לב וכלי־דם, כמו־גם למגוון מחלות נוספות (ר' קידום בריאות).

הטיפול במחלה

הטיפול במחלת לב יכול לכלול תרופות, צנתור לב טיפולי וניתוח מעקפים וכן שליטה בגורמי הסיכון. מדדי התכנית בתחום זה מתמקדים בטיפול בסטטינים להורדת רמת ה־LDL. טיפול ב־Atorvastatin (סטאטינים בעלי עצימות גבוהה) הודגם כיעיל בהפחתת תמותה לאחר אוטם חריף בשריר הלב ב־18% בחודש הראשון וב־18% נוספים בתקופה שבין ששת החודשים הראשונים ועד שנתיים לאחר האוטם [11].

מדדים

מדדי האיכות נחלקים למדדים העוסקים במניעה ראשונית של מחלות לב בכלל האוכלוסייה ומדדים העוסקים במניעה שלישונית באוכלוסיית החולים במחלות לב כלליות. איזון LDL נקבע לפי עמידה ביעד פרטני. היעד מוגדר לפי הנחיות ה־ATP III בריבוד לסיכון נמוך, בינוני או גבוה למחלות לב על פי מודל הפרמינגהם.

מניעה ראשונית של מחלות לב וכלי דם

כולסטרול

- ✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 (אחת לחמש שנים)
- ✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74 (אחת לשנה)
- ✓ שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74

לחץ דם

- ✓ שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54 (אחת לחמש שנים)
 - ✓ שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74 (אחת לשנה)
- ראוי לציין, כי המדדים הרלוונטיים לגורמי הסיכון השמנת יתר ועישון מדווחים בנפרד תחת פרק קידום בריאות.

מניעה שלישונית של מחלות לב וכלי דם

טיפול תרופתי ואיזון גורמי סיכון בחולי לב וכלי דם

- ✓ שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה
- ✓ שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצימות גבוהה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים אשר ביצעו לפחות בדיקה אחת של כולסטרול LDL בשנת המדד

רציונאל: טרשת עורקים כליליים, שיכולה להוביל להתקף לב, תעוקת חזה, שבץ מוחי ומוות פתאומי, מתבטאת בהיווצרות משקעים בכלי הדם, שאחד הגורמים החשובים להופעתם הוא רמה גבוהה של כולסטרול. להפחתת רמת הכולסטרול לרמות יעד יש חשיבות הן בהפחתת הסיכון לפיתוח מחלת לב בקרב בעלי גורמי סיכון למחלות אלו (מניעה ראשונית) והן במניעה של התקדמות טרשת בחולי לב ידועים (מניעה שלישונית). זיהוי מבוטחים עם רמות גבוהות של כולסטרול מסוג LDL (או כולסטרול non-HDL, כאשר אין מדידה אמינה של רמת ה־LDL), הינו קריטי כדי לטפל בעודף הכולסטרול. טיפול זה כולל שינוי באורח החיים ותרופות ממשפחת הסטטינים. הפחתה כוללת של 10% ברמות הכולסטרול עשויה להפחית את הסיכון לתחלואה במחלות לב בכ־30%.

מכנה: מבוטחים בני 35-54 ובני 55-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL (בקרב בני 35-54 לפחות בדיקה אחת במשך חמש השנים האחרונות; בקרב בני 55-74 לפחות בדיקה אחת בשנת המדד)

הערות: אין

תוצאות (תרשימים 87-92 וטבלאות 55-58)

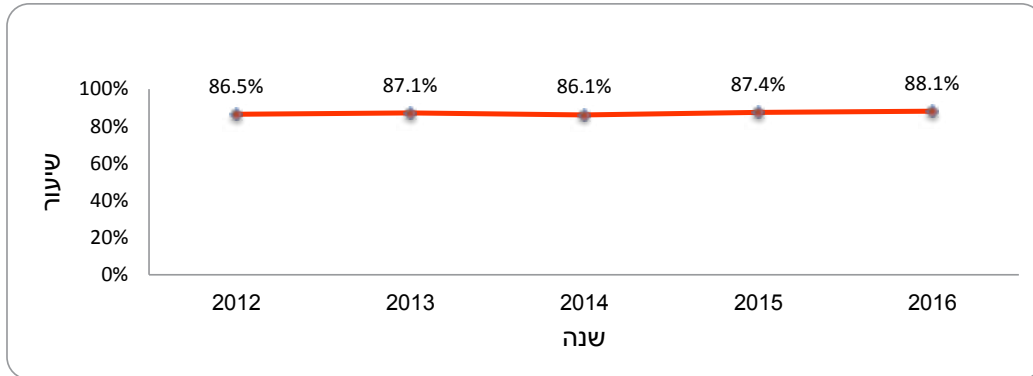
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 88.1% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (91.8%) מאשר בקרב גברים (84.2%), ועלה באופן מונוטוני עם העליה בגיל (מ־84.1% בבני 35-39, ועד ל־92.4% בבני 50-54). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 75.2% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (77.2%) מאשר בקרב גברים (73.0%), ועלה באופן מונוטוני עם העליה בגיל (מ־67.0% בבני 55-59 ועד ל־84.2% בבני 70-74). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

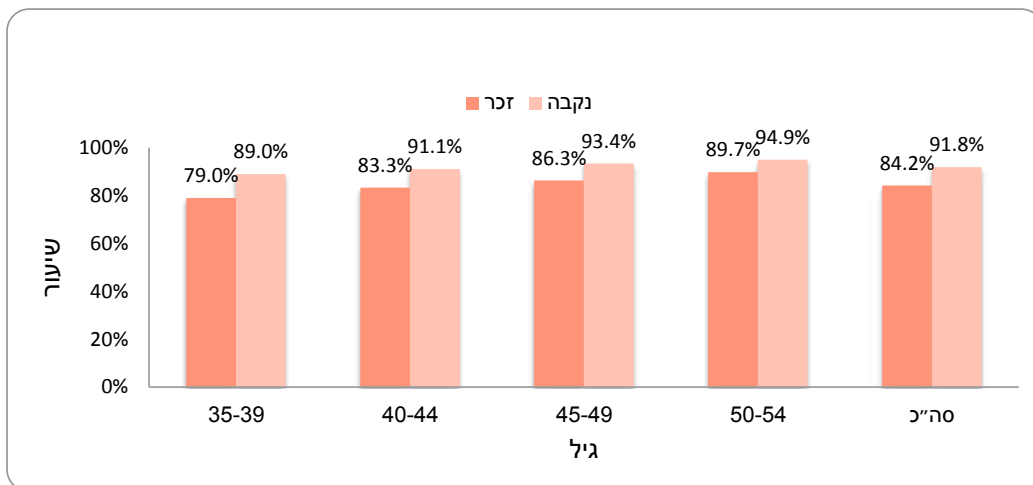
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

שיעור המבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-54 (מכנה)

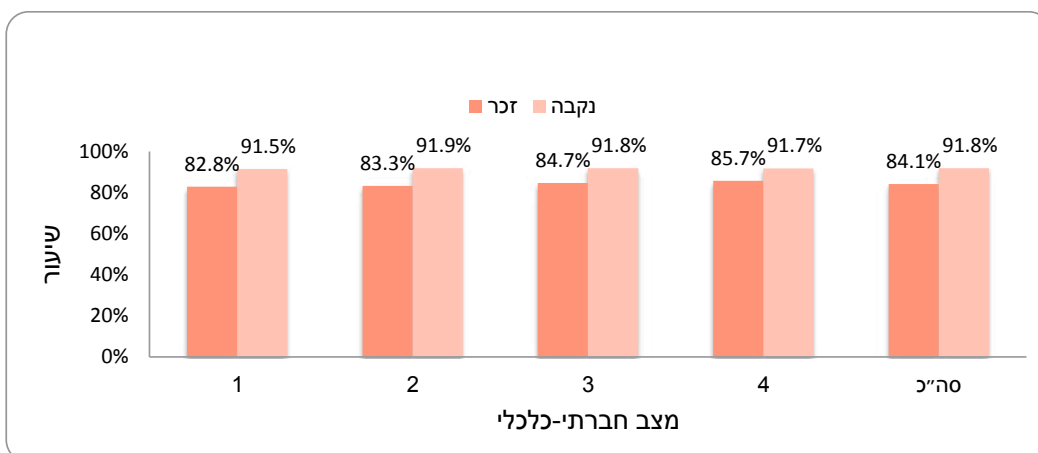
תרשים 87: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 88: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 89: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

מבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-54 (מכנה)

טבלה 55: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל				
		סה"כ	50-54	45-49	40-44	35-39
זכר	מונה	704,995	162,362	169,279	188,917	184,437
	מכנה	837,370	180,982	196,057	226,823	233,508
	שיעור	84.2%	89.7%	86.3%	83.3%	79.0%
נקבה	מונה	816,091	182,368	194,483	219,582	219,658
	מכנה	888,522	192,116	208,328	241,161	246,917
	שיעור	91.8%	94.9%	93.4%	91.1%	89.0%
סה"כ	מונה	1,521,086	344,730	363,762	408,499	404,095
	מכנה	1,725,892	373,098	404,385	467,984	480,425
	שיעור	88.1%	92.4%	90.0%	87.3%	84.1%

טבלה 56: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים* ושיעורים, 2016

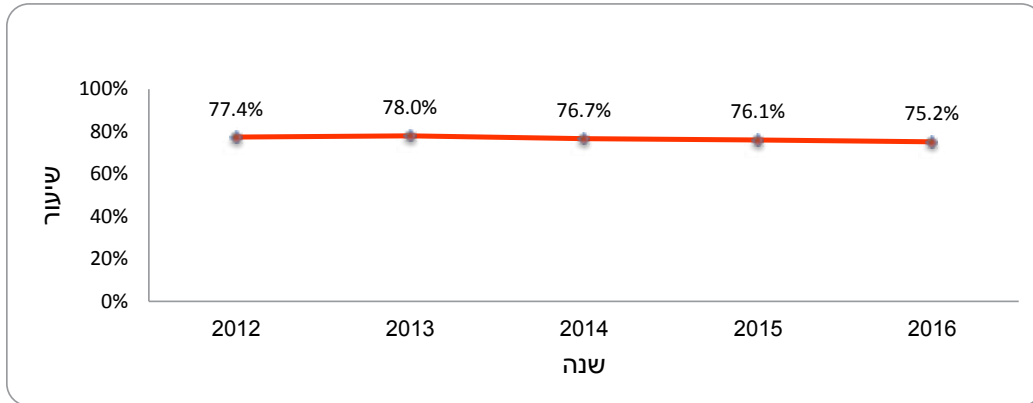
		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
35-39	מונה	389,536	68,554	137,735	102,246	81,001
	מכנה	463,727	80,117	163,001	123,292	97,317
	שיעור	84.0%	85.6%	84.5%	82.9%	83.2%
40-44	מונה	395,296	76,805	139,010	100,962	78,519
	מכנה	453,344	87,367	159,013	116,423	90,541
	שיעור	87.2%	87.9%	87.4%	86.7%	86.7%
45-49	מונה	352,585	65,941	122,160	96,990	67,494
	מכנה	392,230	73,045	135,253	108,245	75,687
	שיעור	89.9%	90.3%	90.3%	89.6%	89.2%
50-54	מונה	333,648	56,901	115,691	99,909	61,147
	מכנה	361,332	61,361	124,598	108,429	66,944
	שיעור	92.3%	92.7%	92.9%	92.1%	91.3%
סה"כ	מונה	1,471,065	268,201	514,596	400,107	288,161
	מכנה	1,670,633	301,890	581,865	456,389	330,489
	שיעור	88.1%	88.8%	88.4%	87.7%	87.2%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

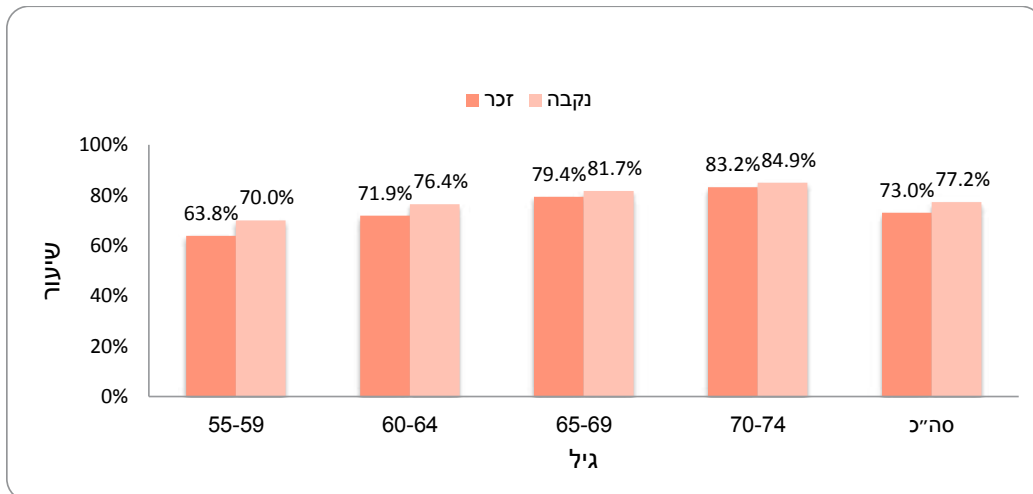
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74

שיעור המבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 55-74 (מכנה)

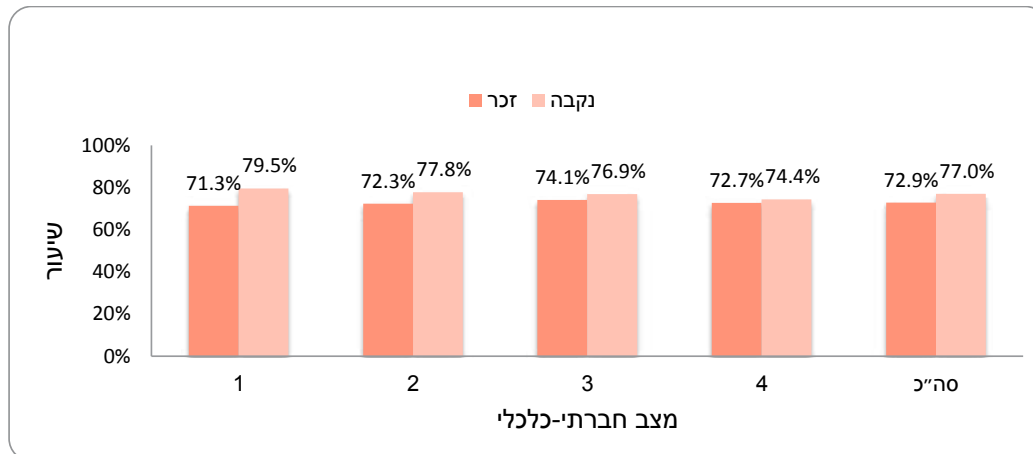
תרשים 90: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 91: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 92: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74

מבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 55-74 (מכנה)

טבלה 57: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		70-74	65-69	60-64	55-59	סה"כ	
זכר	מונה	73,629	121,070	124,332	116,513	435,544	
	מכנה	88,467	152,539	172,832	182,497	596,335	
	שיעור	83.2%	79.4%	71.9%	63.8%	73.0%	
נקבה	מונה	88,178	142,691	146,832	138,621	516,322	
	מכנה	103,801	174,700	192,273	198,157	668,931	
	שיעור	84.9%	81.7%	76.4%	70.0%	77.2%	
סה"כ	מונה	161,807	263,761	271,164	255,134	951,866	
	מכנה	192,268	327,239	365,105	380,654	1,265,266	
	שיעור	84.2%	80.6%	74.3%	67.0%	75.2%	

טבלה 58: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
55-59	מונה	39,256	87,649	79,672	39,445	246,022	
	מכנה	61,785	131,346	118,049	56,974	368,154	
	שיעור	63.5%	66.7%	67.5%	69.2%	66.8%	
60-64	מונה	46,364	99,535	82,551	33,769	262,219	
	מכנה	64,486	133,983	110,728	44,463	353,660	
	שיעור	71.9%	74.3%	74.6%	75.9%	74.1%	
65-69	מונה	50,670	100,733	77,921	26,188	255,512	
	מכנה	63,956	124,283	96,699	32,544	317,482	
	שיעור	79.2%	81.1%	80.6%	80.5%	80.5%	
70-74	מונה	31,360	60,415	45,351	19,311	156,437	
	מכנה	37,593	71,334	54,010	23,131	186,068	
	שיעור	83.4%	84.7%	84.0%	83.5%	84.1%	
סה"כ	מונה	167,650	348,332	285,495	118,713	920,190	
	מכנה	227,820	460,946	379,486	157,112	1,225,364	
	שיעור	73.6%	75.6%	75.2%	75.6%	75.1%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי רמת LDL מאוזנת בקרב בני 35-74

הגדרת המדד: שיעור בעלי רמת LDL נמוכה מהיעד המוגדר לפי רמות סיכון לתחלואה לבבית.

רציונאל: רמה גבוהה של כולסטרול בדם מהווה את אחד מגורמי הסיכון החשובים להופעה של טרשת העורקים באוכלוסייה ולהחמרתה. נכון לשנת 2013, הנחיות בינלאומיות קבעו יעדים לכולסטרול LDL על פי רמות הסיכון הפרטניות למחלות לב כפי שהן נקבעות במודל פרמינגהם. מטרת המדד הינה לבדוק את שיעור המבוטחים המבוגרים עם רמת כולסטרול בטווח היעד המומלץ.

מכנה: מבוטחים בני 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי Framingham, שאינם חולי לב או סוכרת

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם רמת LDL נמוכה או שווה ליעד כפי שהוגדר ע"י ATP III (ראה לעיל), תוך ריבוד לפי רמת הסיכון הפרטנית לסיכון נמוך, בינוני או גבוה

הערות: המדד המדווח הינו כאמור שיעור עמידה כולל ביעדי LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74. מדד זה מחושב על סמך שלושה מדדי עמידה ביעד בקבוצות הסיכון השונות:

- שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בבני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בבני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-110 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בבני 35-74

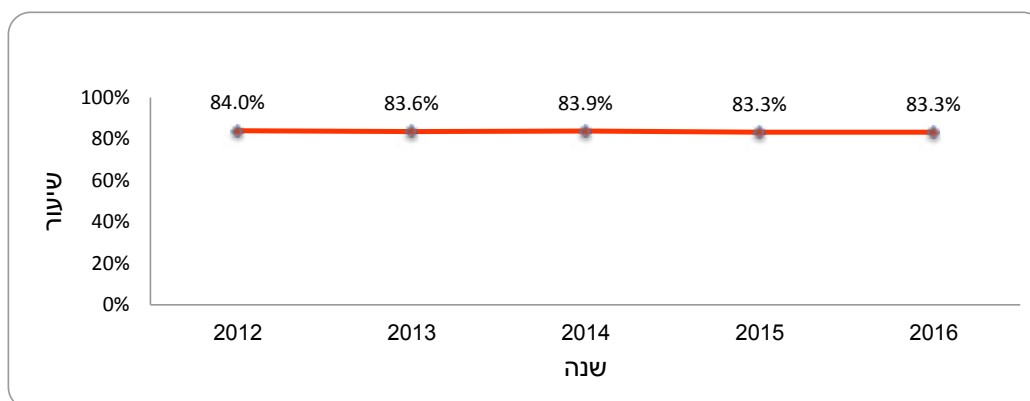
תוצאות (תרשימים 93-95 וטבלאות 59-60)

השיעור הכולל של עמידה ביעד LDL למניעה ראשונית לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 83.3% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (86.2%) מאשר בקרב גברים (79.4%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות כלכליות השונות.

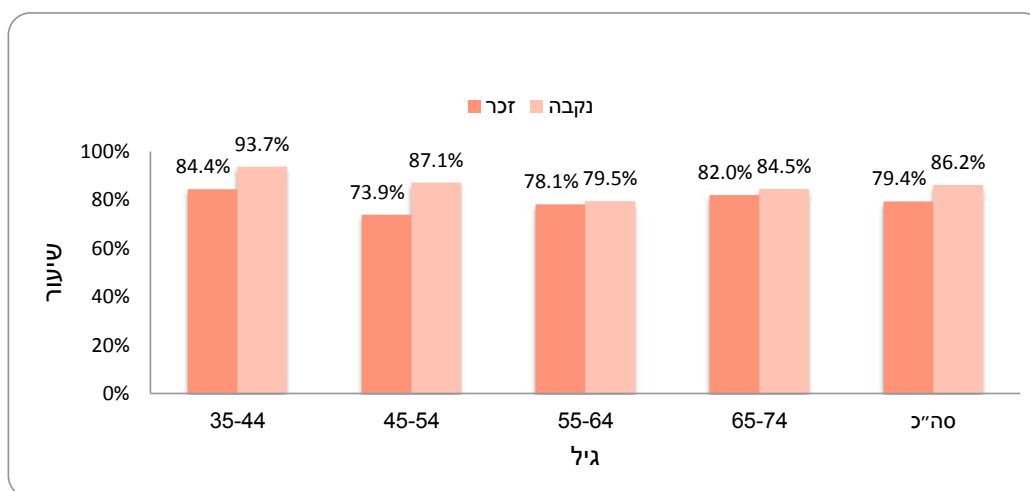
שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 74-35

שיעור המבוטחים בעלי רמת LDL בטווח היעד לפי קבוצת סיכון למחלות לב (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-35 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי Framingham, שאינם חולי לב או סוכרת (מכנה)

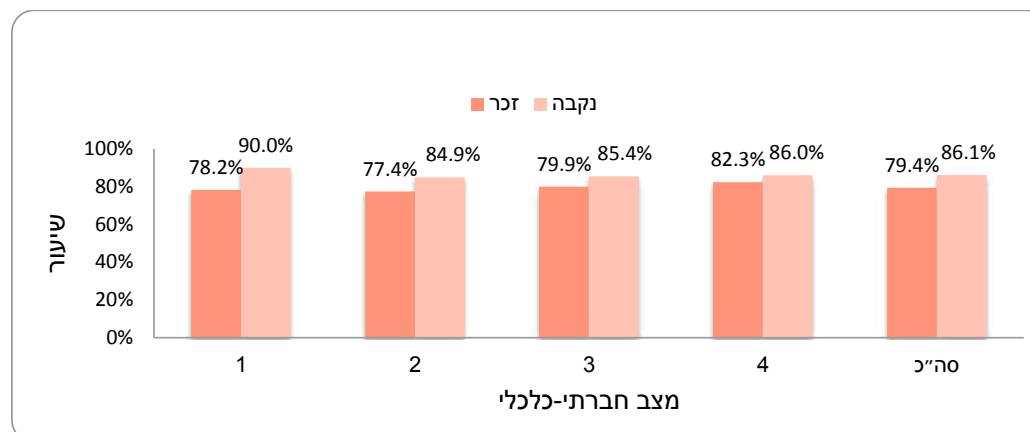
תרשים 93: לפי שנה, 2016-2012



תרשים 94: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 95: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74

מבוטחים בעלי רמת LDL בטווח היעד לפי קבוצת סיכון למחלות לב וכלי דם (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי Framingham, שאינם חולי לב או סוכרת (מכנה)

טבלה 59: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	65-74	55-64	45-54	35-44	
זכר	מונה	435,472	89,057	117,177	106,426	122,812	
	מכנה	548,265	108,653	150,095	144,056	145,461	
	שיעור	79.4%	82.0%	78.1%	73.9%	84.4%	
נקבה	מונה	642,088	127,134	164,434	167,507	183,013	
	מכנה	744,825	150,504	206,732	192,227	195,362	
	שיעור	86.2%	84.5%	79.5%	87.1%	93.7%	
סה"כ	מונה	1,077,560	216,191	281,611	273,933	305,825	
	מכנה	1,293,090	259,157	356,827	336,283	340,823	
	שיעור	83.3%	83.4%	78.9%	81.5%	89.7%	

טבלה 60: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
35-44	מונה	293,498	50,613	100,672	77,173	65,040	
	מכנה	327,116	55,731	112,160	86,793	72,432	
	שיעור	89.7%	90.8%	89.8%	88.9%	89.8%	
45-54	מונה	264,095	45,335	90,555	76,564	51,641	
	מכנה	324,489	55,036	111,777	95,361	62,315	
	שיעור	81.4%	82.4%	81.0%	80.3%	82.9%	
55-64	מונה	272,016	51,866	104,309	82,461	33,380	
	מכנה	345,121	64,305	132,326	106,939	41,551	
	שיעור	78.8%	80.7%	78.8%	77.1%	80.3%	
65-74	מונה	209,428	47,536	84,969	58,546	18,377	
	מכנה	251,301	56,395	101,598	71,407	21,901	
	שיעור	83.3%	84.3%	83.6%	82.0%	83.9%	
סה"כ	מונה	1,039,037	195,350	380,505	294,744	168,438	
	מכנה	1,248,027	231,467	457,861	360,500	198,199	
	שיעור	83.3%	84.4%	83.1%	81.8%	85.0%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 20-54 ובני 55-74 עם תיעוד של ערכי בדיקת לחץ דם **רצינאל:** יתר לחץ דם מהווה גורם סיכון שכיח למחלות לב וכלי דם. שבץ מוחי, אייספיקת לב, התקף לב ופגיעה בתפקוד הכליות מהווים כולם סיבוכים של יתר לחץ דם. ה-US Preventive Services Task Force ממליץ על מדידת לחץ דם בכל ביקור במרפאה מעל גיל 20. זוהי המלצה בדרגה גבוהה (A). יתר לחץ דם מהווה מחלה מסוכנת, אך סמויה במשך זמן רב – רבים מהסובלים מיתר לחץ דם אינם מודעים למצבם, שניתן לגלותו בבדיקות שגרה פשוטות בכל מרפאה ראשונית בקהילה. תיעוד לחץ הדם מאפשר זיהוי מקרים של יתר לחץ דם הדורשים שינוי באורח החיים, איזון תזונתי, ו/או איזון תרופתי לשם הפחתת הסיכון למחלות רבות.

מכנה: מבוטחים בני 20-54 ובני 55-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד לחץ דם

הערות: מדווחים שני מדדים:

1. שיעור המבוטחים בני 20-54 עם תיעוד של ערכי בדיקת לחץ דם (לפחות פעם אחת בחמש השנים האחרונות)
2. שיעור המבוטחים בני 55-74 עם תיעוד של ערכי בדיקת לחץ דם (בשנת המדד)

תוצאות (תרשימים 96-101 וטבלאות 61-64)

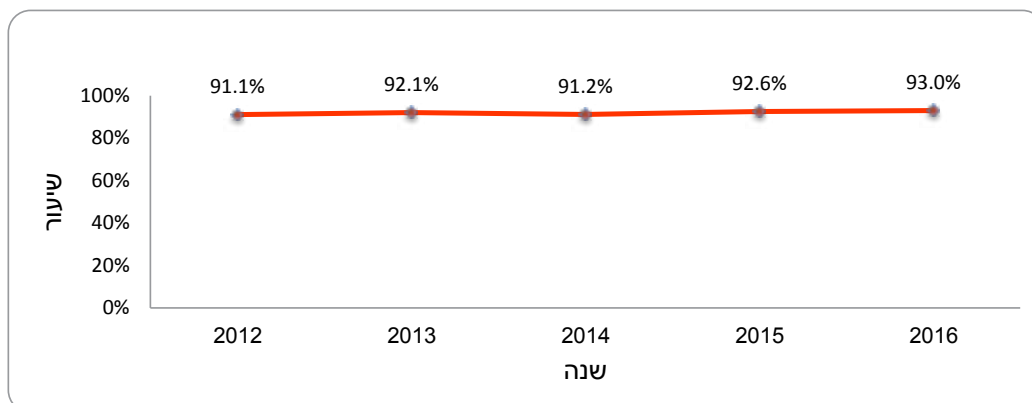
שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 93.0% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (95.7%) מאשר בקרב גברים (90.1%), ועלה באופן מונוטוני עם העליה בגיל (מ־87.8% בבני 20-24 ועד ל־96.1% בבני 45-54). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 81.0% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (81.9%) מאשר בקרב גברים (80.0%), ועלה באופן מונוטוני עם העליה בגיל (מ־74.9% בבני 55-59 ועד ל־88.3% בבני 70-74). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (85.4%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (77.5%).

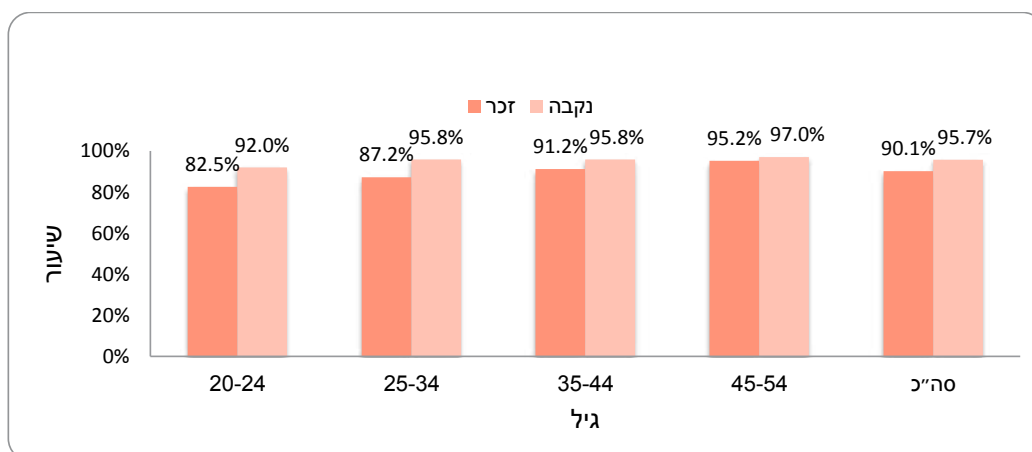
שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54

שיעור המבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-54 (מכנה)

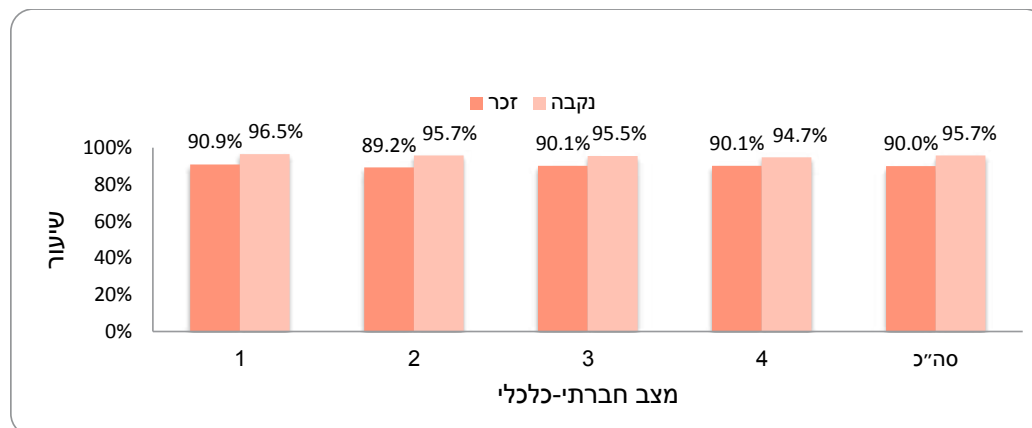
תרשים 96: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 97: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 98: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54

מבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-54 (מכנה)

טבלה 61: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	45-54	35-44	25-34	20-24	
זכר	מונה	1,295,097	358,940	419,737	401,500	114,920	
	מכנה	1,437,160	377,039	460,331	460,525	139,265	
	שיעור	90.1%	95.2%	91.2%	87.2%	82.5%	
נקבה	מונה	1,491,935	388,387	467,439	477,209	158,900	
	מכנה	1,559,296	400,444	488,078	498,106	172,668	
	שיעור	95.7%	97.0%	95.8%	95.8%	92.0%	
סה"כ	מונה	2,787,032	747,327	887,176	878,709	273,820	
	מכנה	2,996,456	777,483	948,409	958,631	311,933	
	שיעור	93.0%	96.1%	93.5%	91.7%	87.8%	

טבלה 62: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

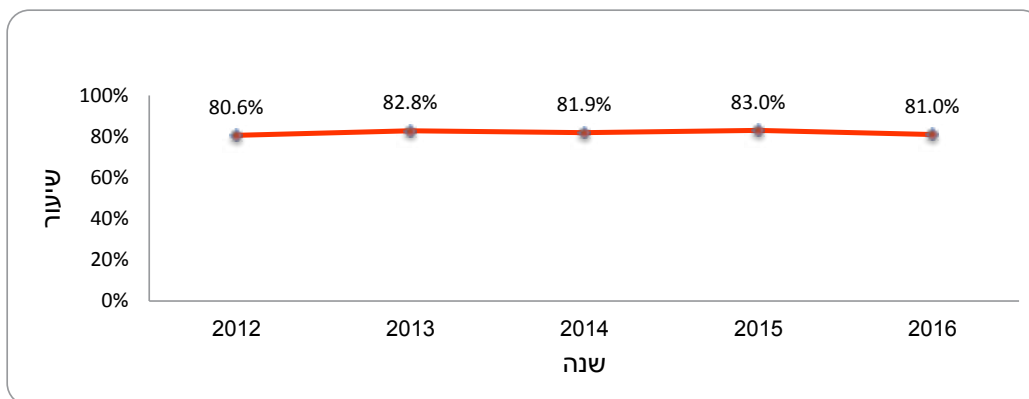
		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
20-24	מונה	259,076	14,238	50,966	76,254	117,618	
	מכנה	295,955	17,411	60,302	88,477	129,765	
	שיעור	87.5%	81.8%	84.5%	86.2%	90.6%	
25-34	מונה	845,822	118,670	279,161	250,711	197,280	
	מכנה	923,163	130,979	304,826	274,260	213,098	
	שיעור	91.6%	90.6%	91.6%	91.4%	92.6%	
35-44	מונה	857,479	155,730	300,820	223,184	177,745	
	מכנה	917,071	167,484	322,014	239,715	187,858	
	שיעור	93.5%	93.0%	93.4%	93.1%	94.6%	
45-54	מונה	724,124	128,052	249,580	208,074	138,418	
	מכנה	753,562	134,406	259,851	216,674	142,631	
	שיעור	96.1%	95.3%	96.0%	96.0%	97.0%	
סה"כ	מונה	2,686,501	416,690	880,527	758,223	631,061	
	מכנה	2,889,751	450,280	946,993	819,126	673,352	
	שיעור	93.0%	92.5%	93.0%	92.6%	93.7%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

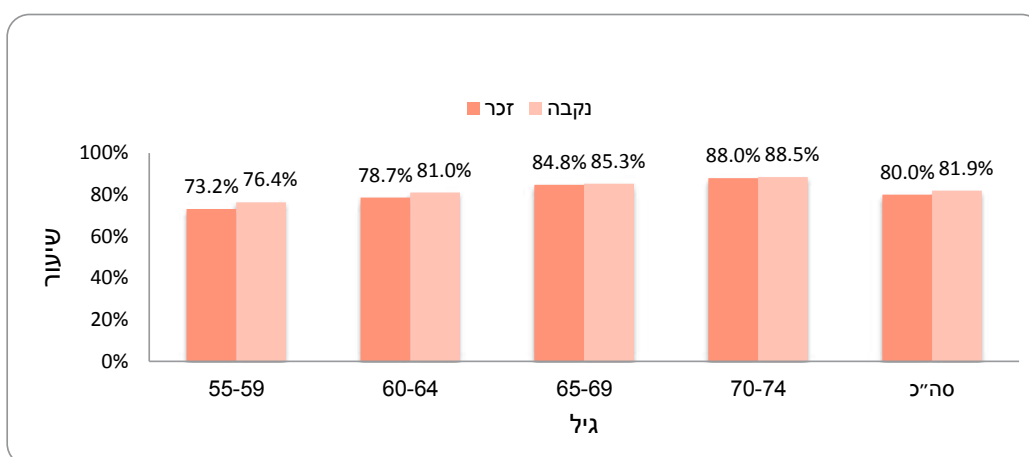
שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74

שיעור המבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בשנת המדד (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 55-74 (מכנה)

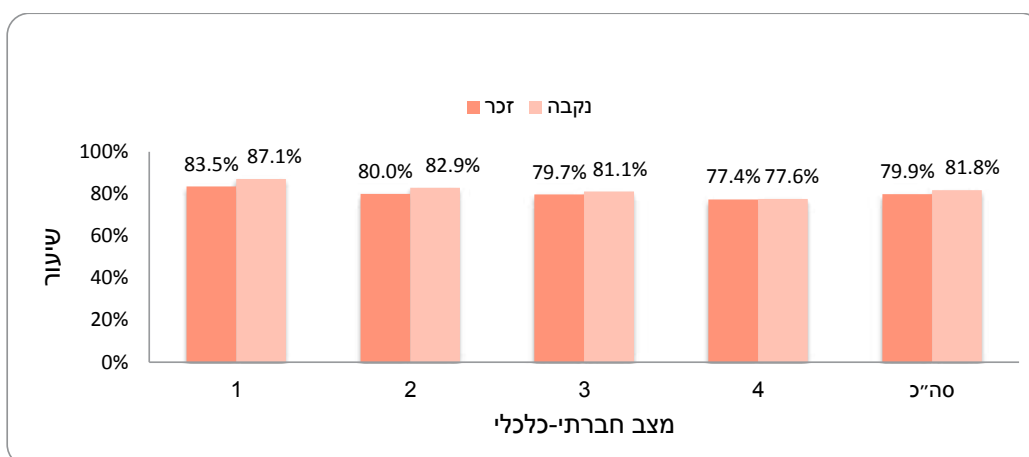
תרשים 99: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 100: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 101: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74

מבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בשנת המדד (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 55-74 (מכנה)

טבלה 63: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	70-74	65-69	60-64	55-59	
זכר	מונה	477,038	77,892	129,408	136,097	133,641	
	מכנה	596,335	88,467	152,539	172,832	182,497	
	שיעור	80.0%	88.0%	84.8%	78.7%	73.2%	
נקבה	מונה	547,966	91,899	149,093	155,666	151,308	
	מכנה	668,931	103,801	174,700	192,273	198,157	
	שיעור	81.9%	88.5%	85.3%	81.0%	76.4%	
סה"כ	מונה	1,025,004	169,791	278,501	291,763	284,949	
	מכנה	1,265,266	192,268	327,239	365,105	380,654	
	שיעור	81.0%	88.3%	85.1%	79.9%	74.9%	

טבלה 64: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
55-59	מונה	274,942	42,688	96,234	89,618	46,402	
	מכנה	368,154	61,785	131,346	118,049	56,974	
	שיעור	74.7%	69.1%	73.3%	75.9%	81.4%	
60-64	מונה	282,198	48,672	106,200	89,482	37,844	
	מכנה	353,660	64,486	133,983	110,728	44,463	
	שיעור	79.8%	75.5%	79.3%	80.8%	85.1%	
65-69	מונה	269,955	52,792	105,576	82,768	28,819	
	מכנה	317,482	63,956	124,283	96,699	32,544	
	שיעור	85.0%	82.5%	84.9%	85.6%	88.6%	
70-74	מונה	164,216	32,475	62,861	47,786	21,094	
	מכנה	186,068	37,593	71,334	54,010	23,131	
	שיעור	88.3%	86.4%	88.1%	88.5%	91.2%	
סה"כ	מונה	991,311	176,627	370,871	309,654	134,159	
	מכנה	1,225,364	227,820	460,946	379,486	157,112	
	שיעור	80.9%	77.5%	80.5%	81.6%	85.4%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 35 ומעלה, אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי טיפולי בחמש השנים האחרונות, אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים של תרופות להורדת LDL בשנת המדד

רצינאל: ניתוח מעקפים וצנתור לב טיפולי הינם פעולות פולשניות המבוצעות בחולים עם מחלה טרשתית מתקדמת בעורקים הכליליים של הלב. חולים אלה נמצאים בדרגת סיכון גבוהה לאירועים לבביים חוזרים, והמשך טיפול נאות בהם צריך לכלול מניעה שלישונית, אותה סוגיה פעולות פולשניות אלו הן המניעה השלישונית, וחולים אלו נדרשת גם מניעה שניונית, הכוללת בין השאר טיפול תרופתי הכוללת בין השאר טיפול תרופתי. הסטטינים הם קבוצת התרופות הנפוצות ביותר להפחתת רמות הכולסטרול מסוג LDL. על פי ההנחיות הרפואיות המקובלות, יש לטפל בתרופות להפחתת כולסטרול בכל חולי הלב שעברו טיפול פולשני.

מכנה: מבוטחים בני 35 ומעלה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות להורדת LDL בשנת המדד

הערות: אין

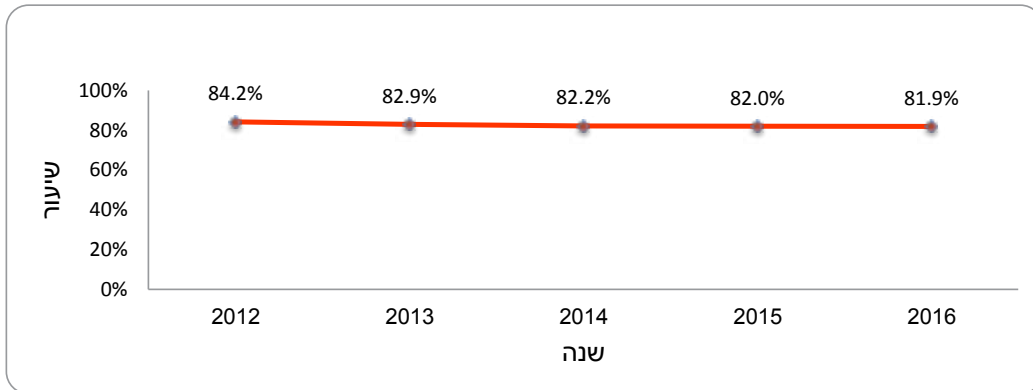
תוצאות (תרשימים 102-104 וטבלאות 65-66)

מבין חולי הלב בני 35 ומעלה שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי טיפולי, שיעור המטופלים בתרופות להורדת LDL נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 81.9% ב-2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (79.0%) מאשר בקרב גברים (82.7%). השיעור בשכבה החברתית כלכלית החלשה (79.1%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית כלכלית החזקה ביותר (84.1%).

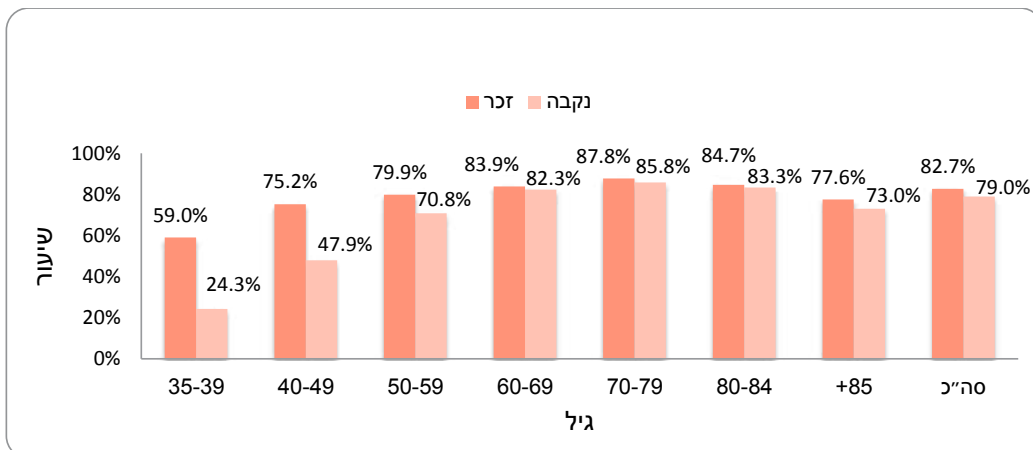
שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בני 35 ומעלה

שיעור המבוטחים אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים בחודשים שונים של תרופות להורדת LDL (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35 ומעלה, אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי (מכנה)

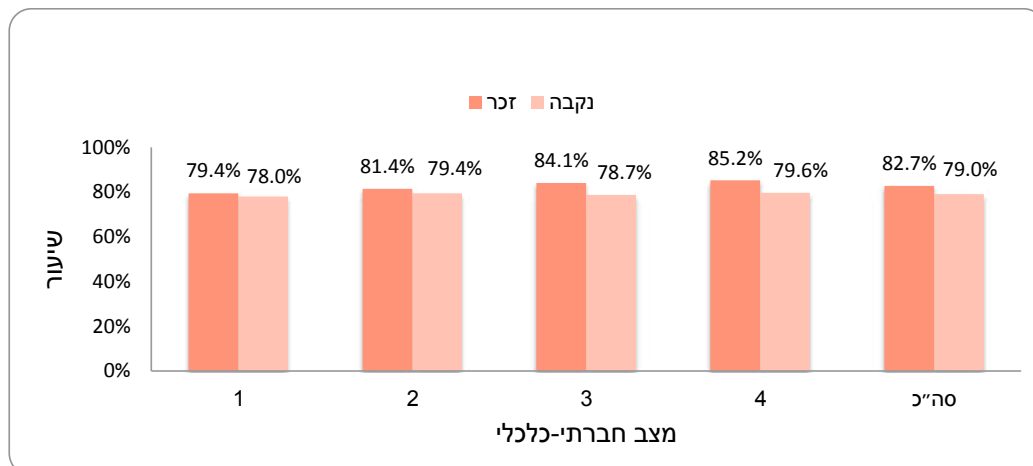
תרשים 102: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 103: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 104: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

מבוטחים אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים בחודשים שונים של תרופות להורדת LDL (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35 ומעלה, אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי (מכנה)

טבלה 65: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		סה"כ	85+	80-84	70-79	60-69	50-59	40-49	35-39
זכר	מונה	53,148	1,881	3,297	12,084	19,422	12,164	3,958	342
	מכנה	64,295	2,425	3,893	13,761	23,143	15,232	5,261	580
	שיעור	82.7%	77.6%	84.7%	87.8%	83.9%	79.9%	75.2%	59.0%
נקבה	מונה	14,442	1,241	1,869	4,736	4,442	1,728	382	44
	מכנה	18,280	1,700	2,245	5,518	5,398	2,441	797	181
	שיעור	79.0%	73.0%	83.3%	85.8%	82.3%	70.8%	47.9%	24.3%
סה"כ	מונה	67,590	3,122	5,166	16,820	23,864	13,892	4,340	386
	מכנה	82,575	4,125	6,138	19,279	28,541	17,673	6,058	761
	שיעור	81.9%	75.7%	84.2%	87.2%	83.6%	78.6%	71.6%	50.7%

טבלה 66: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
35-39	מונה	374	32	103	116	123
	מכנה	732	73	226	218	215
	שיעור	51.1%	43.8%	45.6%	53.2%	57.2%
40-49	מונה	4,148	545	1,237	1,206	1,160
	מכנה	5,800	737	1,732	1,707	1,624
	שיעור	71.5%	73.9%	71.4%	70.7%	71.4%
50-59	מונה	13,338	1,652	4,326	4,323	3,037
	מכנה	16,975	2,050	5,455	5,610	3,860
	שיעור	78.6%	80.6%	79.3%	77.1%	78.7%
60-69	מונה	23,067	3,906	8,767	7,313	3,081
	מכנה	27,582	4,546	10,374	8,865	3,797
	שיעור	83.6%	85.9%	84.5%	82.5%	81.1%
70-79	מונה	16,290	3,035	6,040	5,096	2,119
	מכנה	18,668	3,427	6,872	5,874	2,495
	שיעור	87.3%	88.6%	87.9%	86.8%	84.9%
80-84	מונה	5,003	1,015	1,967	1,562	459
	מכנה	5,948	1,186	2,298	1,880	584
	שיעור	84.1%	85.6%	85.6%	83.1%	78.6%
85+	מונה	3,042	732	1,174	881	255
	מכנה	4,017	963	1,523	1,170	361
	שיעור	75.7%	76.0%	77.1%	75.3%	70.6%
סה"כ	מונה	65,262	10,917	23,614	20,497	10,234
	מכנה	79,722	12,982	28,480	25,324	12,936
	שיעור	81.9%	84.1%	82.9%	80.9%	79.1%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצמות גבוהה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 35 ומעלה אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי טיפולי בעשר השנים שלפני שנת המדד, שבבדיקת דם נמצאה אצלם רמת כולסטרול LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או שקיבלו טיפול בסטטינים בעצמות גבוהה

רציונאל: ניתוח מעקפים וצנתור לב טיפולי הינם פעולות פולשניות המבוצעות בחולים עם מחלה מתקדמת בעורקים הכליליים של הלב. חולים אלו נמצאים בדרגת סיכון גבוהה לאירועים לבביים חוזרים, והמשך טיפול נאות בהם צריך לכלול מניעה שלישונית, הכוללת בין השאר טיפול תרופתי לאיזון רמת הכולסטרול. מאחר שרמה גבוהה של כולסטרול בדם מהווה אחד מגורמי הסיכון החשובים להחמרת טרשת עורקים, הנחיות האיגודים הישראליים קבעו כי בחולים עם מחלות לב רמת היעד של כולסטרול LDL היא מתחת ל-70 מ"ג/ד"ל.

מכנה: מבוטחים בני 35 ומעלה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי טיפולי בעשר השנים שלפני שנת המדד אשר ביצעו בדיקת כולסטרול בשנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם רמת LDL האחרונה המהימנה בשנת המדד (קרי: רמת טריגליצרידים באותה הבדיקה קטנה מ-300 מ"ג/ד"ל) נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל, או באם אין רמת LDL מהימנה אז: רמת non-HDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל, או: רכשו לפחות 3 מרשמים של סטטינים בעצמות גבוהה בחודשים שונים בשנת המדד

הערות: אין

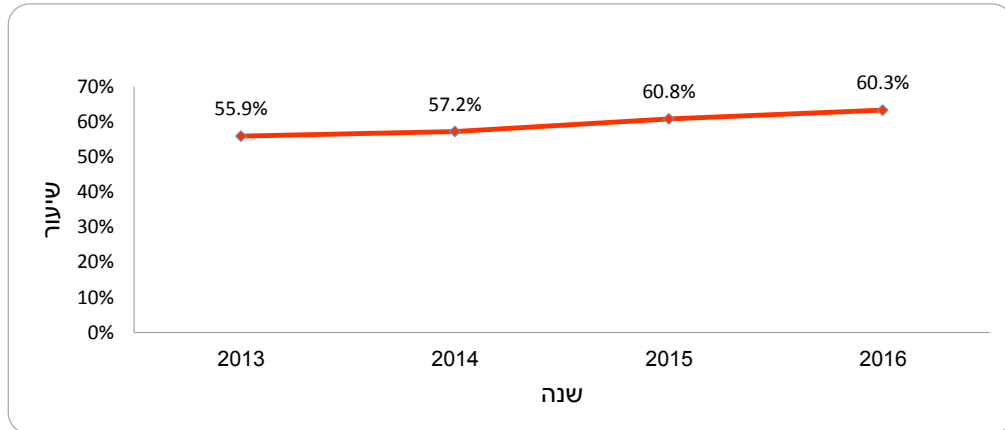
תוצאות (תרשימים 105-107 וטבלאות 67-68)

מבין חולי הלב בני 35 ומעלה שעברו ניתוח מעקפים או צנתור לב טיפולי, 63.3% הגיעו ליעד האיזון של רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טופלו בסטטינים בעצמות גבוהה בשנת 2016. השיעור עלה בין השנים 2013-2016, מ-55.9% בשנת 2013 ל-63.3% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (54.0%) מאשר בקרב גברים (66.1%). השיעור בשכבה החברתית כלכלית החלשה (65.6%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית כלכלית החזקה ביותר (62.4%).

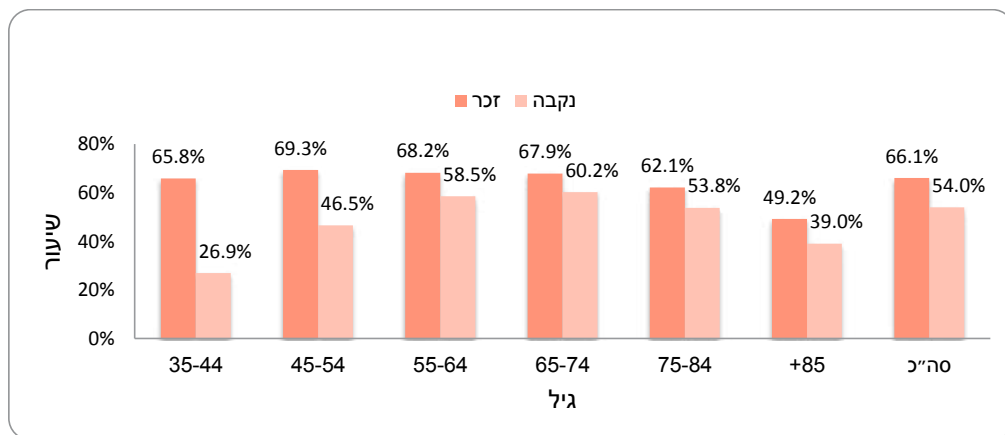
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצמות גבוהה לאחר צנתור לבבי/ניתוח מעקפים בקרב בני 35 ומעלה

שיעור המבוטחים אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת LDL הייתה נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בני 35 ומעלה אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי אשר ביצעו בדיקת LDL (מכנה)

תרשים 105: לפי שנה, 2013-2016



תרשים 106: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 107: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטטינים בעצימות גבוהה לאחר צנתור לבבי/ניתוח מעקפים בקרב בני 35 ומעלה

מבוטחים אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת LDL הייתה נמוכה או שווה ל־70 מ"ג/ד"ל (מונה),
מקרב מבוטחים בני 35 ומעלה אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי אשר ביצעו בדיקת LDL
(מכנה)

טבלה 67: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל						
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	
זכר	מונה	2,231	10,713	20,149	18,554	7,431	1,421	60,499
	מכנה	4,538	17,265	29,670	27,209	10,716	2,158	91,556
	שיעור	49.2%	62.1%	67.9%	68.2%	69.3%	65.8%	66.1%
נקבה	מונה	1,236	4,666	5,037	3,174	829	141	15,083
	מכנה	3,173	8,670	8,363	5,422	1,783	524	27,935
	שיעור	39.0%	53.8%	60.2%	58.5%	46.5%	26.9%	54.0%
סה"כ	מונה	3,467	15,379	25,186	21,728	8,260	1,562	75,582
	מכנה	7,711	25,935	38,033	32,631	12,499	2,682	119,491
	שיעור	45.0%	59.3%	66.2%	66.6%	66.1%	58.2%	63.3%

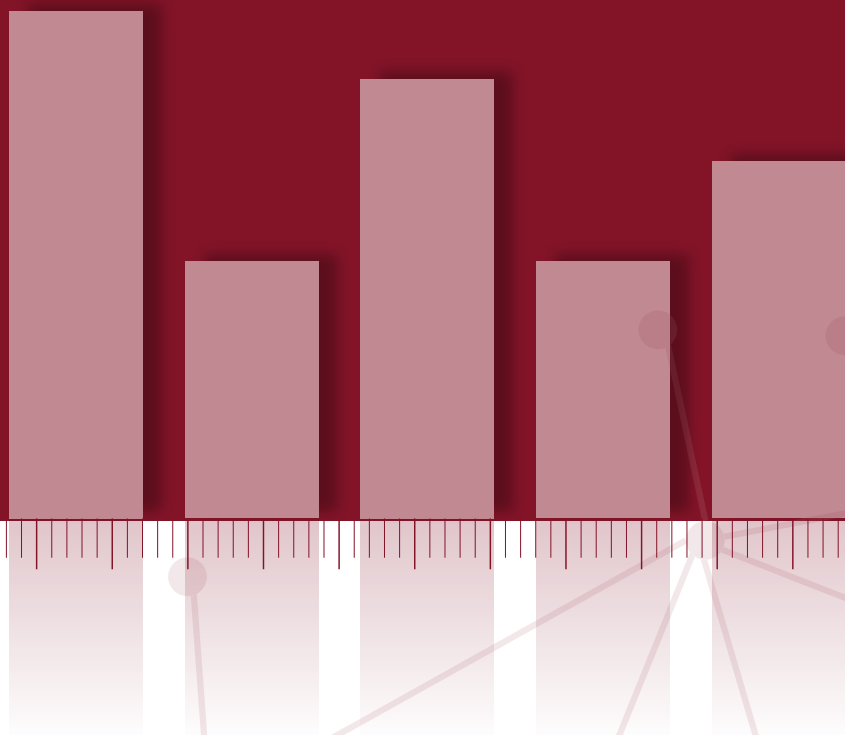
טבלה 68: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
35-44	מונה	188	438	432	433	1,491	1,491
	מכנה	328	770	744	714	2,556	2,556
	שיעור	57.3%	56.9%	58.1%	60.6%	58.3%	58.3%
45-54	מונה	1,059	2,406	2,362	2,088	7,915	7,915
	מכנה	1,519	3,654	3,703	3,124	12,000	12,000
	שיעור	69.7%	65.8%	63.8%	66.8%	66.0%	66.0%
55-64	מונה	3,061	7,290	6,950	3,661	20,962	20,962
	מכנה	4,571	11,010	10,534	5,328	31,443	31,443
	שיעור	67.0%	66.2%	66.0%	68.7%	66.7%	66.7%
65-74	מונה	4,454	9,289	7,459	3,094	24,296	24,296
	מכנה	6,840	14,062	11,238	4,586	36,726	36,726
	שיעור	65.1%	66.1%	66.4%	67.5%	66.2%	66.2%
75-84	מונה	2,763	5,676	4,875	1,578	14,892	14,892
	מכנה	4,687	9,553	8,258	2,619	25,117	25,117
	שיעור	59.0%	59.4%	59.0%	60.3%	59.3%	59.3%
85+	מונה	813	1,311	977	275	3,376	3,376
	מכנה	1,839	2,883	2,191	597	7,510	7,510
	שיעור	44.2%	45.5%	44.6%	46.1%	45.0%	45.0%
סה"כ	מונה	12,338	26,410	23,055	11,129	72,932	72,932
	מכנה	19,784	41,932	36,668	16,968	115,352	115,352
	שיעור	62.4%	63.0%	62.9%	65.6%	63.2%	63.2%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] משרד הבריאות. סקר בריאות לאומי בישראל 2007-2010. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, פרסום מספר 331, 2012.
- [2] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. השנתון סטטיסטי לישראל 2016. Available at: http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm
- [3] משרד הבריאות. 2017. סיבות מוות מובילות בישראל 2000-2014. Available at: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Leading_Causes_2014.pdf
- [4] מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות. מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD, 2013. Available at: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/health2013.pdf>
- [5] American Heart Association. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002, 106(25): 3143-3421.
- [6] NHLBI-National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). National Cholesterol Education Program. National Institutes of Health. NIH Publication No. 0 1-3670 May 2001. Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3xsum.pdf>
- [7] Silverman MG et al., Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016 Sep 27;316(12):1289-97. doi: 10.1001/jama.2016.13985.
- [8] Grundy SM, Cleeman JJ, Merz CN, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004, 110(2): 227-239.
- [9] Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013 Nov 12
- [10] "עדכון ההנחיות לטיפול בהיפרליפידמיה 2014 - עיקרי ההמלצות". החברה לחקר, מניעה וטיפול בטרשת העורקים, האיגוד לקרדיולוגיה בישראל, האיגוד הישראלי לרפואה פנימית, איגוד רופאי המשפחה, החברה הישראלית ליתר לחץ דם, האגודה הישראלית לסוכרת, האיגוד לנירולוגיה בישראל, העמותה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון בישראל, והחברה הישראלית לתזונה קלינית. Available at: <http://www.ias.org.il/hyperlipidemia2014.pdf>
- [11] Lin V, Holman JR, Jamieson B. Clinical Inquiries: Which drugs should post-MI patients routinely receive? *The Journal Of Family Practice* 2010, 59(9): 527-529.

סוכרת



רקע

תאור המחלה

המונח סוכרת מייצג מספר מחלות מטבוליות שהמשותף לכולן הוא רמת גלוקוז גבוהה בנסיוב. סוכרת מסוג 2 אחראית לכ־90% ממקרי הסוכרת וסוכרת מסוג 1 לכ־5%-10% ממקרי הסוכרת. בעוד שסוכרת מסוג 1 נגרמת מחוסר באינסולין עקב הרס של תאי בטא בבלבל, סוכרת מסוג 2 הינה לרוב תוצאה של עמידות לאינסולין ברקמות הגוף, במקביל לחסר יחסי של אינסולין ויצור יתר של גלוקוז בכבד. איזון רמת הגלוקוז בקרב חולי סוכרת חשוב לצורך תקינות מטבולית בטווח הקצר, ומניעת סיבוכים בכלי דם קטנים וגדולים בטווח הארוך. סיבוכים אלה מהווים את עיקר הנטל הבריאותי בקרב חולי סוכרת, גורמים לירידה תפקודית וירידה ניכרת באיכות החיים, ואף מהווים גורם עיקרי לתמותה.

אבחנה של מחלת הסוכרת מבוססת על תסמיני המחלה ועל בדיקות מעבדה. בדיקות מעבדה המשמשות לאבחנת המחלה כוללות רמת המוגלובין מסוכרת (HbA1c) מעל 6.5%, רמת גלוקוז בפלזמה מעל 126 מ"ג/ד"ל בצום, רמת גלוקוז מעל 200 מ"ג/ד"ל שעתיים לאחר העמסת גלוקוז או בבדיקה [1].

היבטים אפידמיולוגיים

מחלת הסוכרת, בעיקר סוכרת סוג 2, נפוצה ביותר, ושכיחותה בעולם הולכת ועולה. העלייה בהמצאות המחלה מיוחסת לעלייה בהשמנת יתר והעדר פעילות גופנית, כמו גם עליה בתוחלת החיים ועליה בהישרדות של חולים הסובלים מסוכרת. ההערכה היא שכיום חיים בעולם כ־425 מיליון איש הסובלים מסוכרת, פי ארבעה ממספר החולים בשנת 1980, עם שיעור הימצאות עולמי של 8.8%, כאשר כמחצית מהחולים אינם מודעים למחלתם. בשנת 2045 צפוי מספר החולים להאמיר ל־629 מיליון ושיעור ההימצאות יגיע ל־9.9%. לתחלואה בסוכרת משמעות כלכלית כבדה, ומעריכים כי כ־14% מהוצאות הבריאות בארה"ב מופנות לטיפול במחלה וסיבוכיה [2].

בדו"חות קודמים של התכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה הודגמה עליה בהמצאות הסוכרת עם השנים עד כדי שיעור המצאות של 9.7% באוכלוסייה הבוגרת. בסקר הבריאות הלאומי (INHS-3, 2015-2013), שיעור ההימצאות היה נמוך יותר (8.4%), והודגמה המצאות גבוהה יותר במגזר הערבי בהשוואה ליהודי [3]. סוכרת הינה סיבת המוות הרביעית בהיקפה, לאחר שאתות ממאירות, מחלות לב ומחלות כלי דם במוח. שיעור התמותה מסוכרת בישראל גבוה פי 2.3 בהשוואה למדינות אירופה [4]. על פי נתוני רשם הסוכרת של המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חלה עליה בהיארעות סוכרת מסוג 1 בקרב ילדים ונוער (גילאים 0-17) מ־8 מקרים ל־100,000 בשנת 1997 ל־13.8 מקרים ל־100,000 בשנת 2015 [5].

סיבוכי הסוכרת מהווים נטל תחלואה משמעותי על מערכת הבריאות. בארץ, שיעור היארעות העיוורון על רקע סוכרתי ירד במחצית מ-4.8 ל-100,000 בשנת 1999 ל-2.36 ל-100,000 בשנת 2010 [6]. עם זאת, על פי השרות לעיוור במשרד הרווחה, בשנת 2014 סוכרת עדיין היוותה את הגורם השלישי בשכיחותו לעיוורון בישראל והיתה אחראית ל-10.2% מ-1441 מקרי העיוורון החדשים [7].

20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו נפרופתיה. באופן טיפוס, השלב המוקדם של הפגיעה הכלייתית הסוכרתית מתבטא בהפרשה מוגברת של חלבון בשתן. הפרשה כזו, במיוחד כאשר היא בערכים של 300 מ"ג ליממה או יותר, היא גורם מנבא להתפתחות של אי ספיקת כליות סופנית [1]. מנתוני המאגר הישראלי לדיאליזה והשתלת כליה עולה כי נפרופתיה סוכרתית היא הסיבה השכיחה ביותר להתחלת טיפול בדיאליזה בישראל, ושיעורי ההיארעות של התחלת טיפול בדיאליזה בחולים סוכרתיים רשמו עליה במהלך השנים. בשנת 1990 היוו חולי הסוכרת 18% מכלל החולים החדשים שהחלו טיפול בדיאליזה, ושיעור זה עלה ל-45.1% בשנת 2015 [8].

שיעור קטיעות הגפיים התחתונות בחולי סוכרת המתוקנן לגיל ולמין הוא 87 לכל 100,000 חולי סוכרת, שיעור הגבוה מממוצע מדינות ה-OECD [9].

לאור נטל התחלואה הניכר, בולטת חשיבותו של טיפול איכותי, התורם להורדת התחלואה הנובעת מסיבוכי הסוכרת.

גורמי סיכון

גורמי הסיכון לסוכרת הינם גנטיים וסביבתיים. בעוד שסיפור משפחתי הוא גורם סיכון לסוכרת וישנן קבוצות אתניות בהן שכיחות הסוכרת גבוהה מאשר באחרות, לרב לא נמצא גורם גנטי בודד לסוכרת ואופן ההשפעה של תורשה על התפתחות הסוכרת מורכב. גורמים סביבתיים המעלים את הסיכון לסוכרת, בעיקר מסוג 2, הם בראש ובראשונה השמנת-יתר וחוסר בפעילות גופנית [1].

הטיפול במחלה

הטיפול במחלת הסוכרת נועד להשיג איזון מטבולי במשק הגלוקוז בגוף ולמנוע סיבוכים ופגיעה באיברי מטרה שונים, כגון לב, כליות, עיניים וגפיים. בנוסף לאיזון רמות הגלוקוז בדם, הטיפול בסוכרת כולל מספר מרכיבים, ביניהם: איתור וטיפול בסיבוכי המחלה, איזון גורמי סיכון נוספים לסיבוכי הסוכרת (בעיקר גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם, כמו רמות כולסטרול גבוהות, יתר לחץ דם, השמנה ועישון), חינוך החולה לגבי סוכרת וקיום אורח חיים בריא (תזונה ופעילות גופנית) ומניעת מחלות קשורות בסוכרת, כמו מחלות זיהומיות שונות.

אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעילות הטיפול לאיזון רמות הגלוקוז הוא בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכרר (HbA1c), המשקפת את מידת איזון הסוכרת בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה, והיא בעלת ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה [1].

בשנים האחרונות התפרסמו מספר מחקרים חשובים המהווים ציון דרך בכל הנוגע לחשיבות הטיפול ויעדי איזון הסוכרת. מחקרים אלה הראו, כי השגת איזון הדוק של סוכרת יש בו כדי למנוע סיבוכים בכלי דם קטנים ועל ידי כך למנוע פגיעה ברשתית העין, בכליה ובעצבים [10], [11]. מחקרים שונים לא הדגימו יעילות רבה יותר במניעת סיבוכים בכלי הדם הגדולים (כולל שבץ מוחי ואוטם) עבור איזון סוכרת קפדני ביותר המכוון לערכי HbA1c הנמוכים מ-6.0-6.5, בהשוואה

לאיזון פחות קפדני המכוון להשגת ערכים הנמוכים מ-7%, אך תופעות הלוואי היו רבות יותר באיזון הדוק [12]-[14]. המחקרים הדגישו את הצורך בקביעת יעדי איזון שמרניים יותר לקבוצות בסיכון להיפוגלקמיה. המגמה של התאמת יעדי האיזון למאפייני החולים התחזקה עם השנים, וכיום יש ניסיון לתפור את יעדי האיזון למידותיו של כל חולה וחולה תוך התחשבות במאפייניו הפרטניים [15]. מדדי האיכות המתייחסים לאיזון רמות הגלוקוז בדם קובעים שני ערכי יעד שונים של HbA1c (7% או 8%) בהתאם לגיל המבוטח ולוותק אבחנת הסוכרת.

במקביל לניסיון למנוע התפתחות של סיבוכי סוכרת על ידי איזון קפדני של רמות הגלוקוז בדם, חשוב לבצע ניטור של הסיבוכים ולטפל בהם. ניטור זה כולל בדיקות תקופתיות של הפרשת האלבומין בשתן ורמות הקראטינין בדם, בדיקת עיניים כולל קרקעיות, בדיקה של מערכת העצבים הפרפרית ובדיקת כפות הרגליים, כולל דפקים ותחושה. תדירות הבדיקות המומלצת היא לרוב אחת לשנה.

בנוסף לאיזון מיטבי של רמות הגלוקוז ושל ערכי לחץ הדם, הוכח כי טיפול בתרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין (ACE-I ו-ARBs) מאט את קצב התקדמות מחלת הכליות הסוכרתית. קיימת התוויה לטיפול תרופתי ב-ACE-I/ARBs בחולים סוכרתיים הסובלים מיתר לחץ דם והפרשת חלבון בשתן [1]. מחלות נלוות לסוכרת הם מצבי בריאות המופיעים בשכיחות גבוהה יותר בקרב חולי סוכרת, לעומת פרטים דומים מבחינת גיל אשר אינם סובלים מסוכרת. רבות מהמחלות הנלוות מקשות על איזון הסוכרת ותורמות לפגיעה הסוכרתית באברי מטרה, ואיזון מיטבי שלהן מסייע במניעה או בעיכוב של פגיעה זו. מדדי האיכות מתייחסים כיום לשלוש מחלות נלוות שכיחות: יתר לחץ דם, דיסליפידמיה והשמנת יתר. מחלות נלוות אלו מהוות גורם סיכון עצמאי לתחלואה במחלות לב וכלי דם המהוות את גורם התמותה השכיח ביותר בקרב חולי סוכרת. התחלואה בסוכרת בקרב אוכלוסיית הילדים והנוער היא במרבית המקרים בסוכרת מסוג 1 [5]. איזון סוכרת בקרב ילדים ובני נוער הוא נושא מורכב לאור קיומם של מאפיינים יחודיים של אוכלוסייה זו. האיגוד האמריקאי לסוכרת (ADA) ממליץ כי הטיפול בסוכרת בילדים ונוער יעשה על ידי צוותים רב תחומיים [1].

מדדים

מערך מדדי האיכות בתחום הסוכרת כולל מדד תחלואה העוקב אחרי שיעור ההימצאות של מחלת הסוכרת בישראל. מדד זה מגדיר את אוכלוסיית המכנה של רבים ממדדי איכות הטיפול הרפואי בסוכרת. מדדי איכות הטיפול הרפואי בסוכרת באוכלוסיית **המבוגרים** (מגיל 18 ומעלה) נחלקים ל-4 תחומים:

1. איזון רמות הגלוקוז בדם - ניטור ואיזון רמות ההמוגלובין המסוכרר
2. סיבוכים ארוכי טווח - רטינופתיה סוכרתית ומחלת כליות כרונית
3. תחלואה נלווית שכיחה - השמנת יתר, דיסליפידמיה ויתר לחץ דם
4. מניעת תחלואה זיהומית - חיסונים נגד שפעת ופנאומוקוק

מערך מדדי האיכות של סוכרת באוכלוסיית **הילדים והנוער** (גילאי 2-17 שנים) מצומצם יותר, ומתחשב בעובדה שניהול המחלה באוכלוסייה זו נעשה לרוב במרכזים יעודיים. כך, בנוסף למדדי האיזון של רמות גלוקוז בדם ומתן חיסון נגד שפעת, נמדדת פרופורציה החולים המופנים למעקב במרפאות יעודיות לסוכרת - מתוך הנחה שבמרכזים אלו ניתנים טיפול וניטור מיטביים ולכן ניתן לראות בהם "קופסא שחורה" מבחינת מדידת איכות הטיפול.

מדדי סוכרת בבני 18 ומעלה

הימצאות סוכרת

✓ שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

איכות הטיפול בסוכרת

- ✓ איזון גלוקוז בדם
- ✓ שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
- ✓ שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84
- ✓ שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

ניטור סיבוכי סוכרת

רטינופתיה סוכרתית

✓ שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

מחלת כליות סוכרתית

- ✓ שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84
- ✓ שיעור התיעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84
- ✓ שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84
- ✓ שיעור הטיפול ב-ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

לחץ דם

- ✓ שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
- ✓ שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

כולסטרול

- ✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
- ✓ שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

השמנה

- ✓ שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
- ✓ שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64
- ✓ שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64
- ✓ שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64
- ✓ שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 65-84

חיסונים

- ✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה
- ✓ שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

מדדי סוכרת בבני 17-2 שנים

הימצאות סוכרת

✓ שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 17-2

איכות הטיפול בסוכרת

ניטור ומעקב

✓ שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 17-2

איזון גלוקוז בדם

✓ שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 17-2

✓ שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 17-2

חיסונים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 17-2

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

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

רציונאל: בעולם כולו ובישראל בפרט ישנה עליה מתמשכת בהימצאות סוכרת, והיא נחשבת לאחד ממצבי החירום החשובים ביותר בתחום הבריאות במאה ה־21. בהשוואה לשנת 1980, מספר חולי הסוכרת בני 79-20 הוכפל כמעט פי ארבעה, וההערכה היא שכיום חיים בעולם כ־425 מיליון איש הסובלים מסוכרת, עם שיעור הימצאות עולמי של 8.8%. שיעורי ההימצאות של סוכרת עולים עם הגיל וגבוהים במקצת בגברים לעומת נשים. על פי סקר הבריאות הלאומי האחרון שיעור ההימצאות של חולי סוכרת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל הוא 8.4% (8.8% בגברים, 8.0% בנשים). במידה וימשכו מגמות גידול האוכלוסייה והעליה בהיארעות הסוכרת בישראל מעריכים כי בשנת 2030 יהיו בארץ 1,200,000 חולי סוכרת. בשנים 2012-2014 יוחסו 5.6% ממקרי התמותה בארץ לסוכרת וסיבוכיה והיא הפכה לגורם התמותה הרביעי בחשיבותו, לאחר שאתות ממאירות, מחלות לב ומחלות כלי דם במוח.

מכנה: כלל המבוטחים בני 18 ומעלה

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

הערות: מדד תחלואה זה מגדיר את אוכלוסיית המכנה של רבים ממדדי איכות הטיפול הרפואי בחולי סוכרת בוגרים.

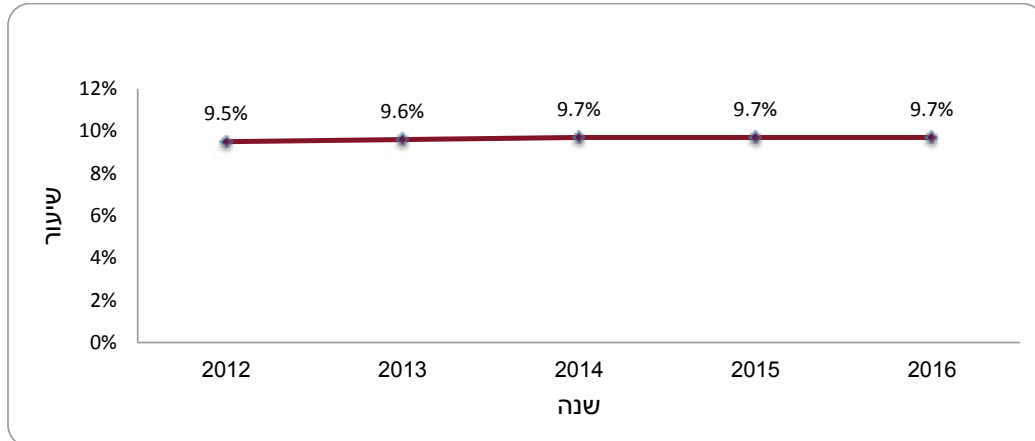
תוצאות (תרשימים 108-110 וטבלאות 69-70)

לאחר שנים של עליה מונוטונית, שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 9.7% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (9.1%) מאשר בקרב גברים (10.4%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (9.5%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (7.9%).

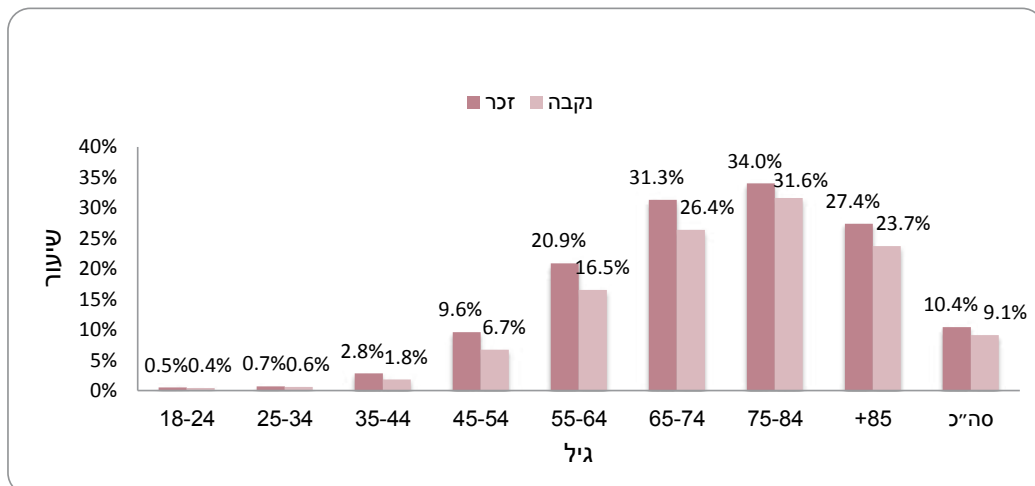
שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

שיעור המבוטחים שהוגדרו כחולי סוכרת על פי רכישת שלוש תרופות לסוכרת או על פי בדיקות מעבדה, בשנה שקדמה לשנת המדד (מונה), מקרב מבוטחים בני 18 ומעלה (מכנה)

תרשים 108: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 109: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 110: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

מבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת תרופות הסוכרת או בעלי בדיקות מעבדה המעידות על חולי בסוכרת (מונה), מקרב מבוטחים בני 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 69: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל									
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	255,166	10,548	40,335	74,115	73,226	38,004	13,834	3,702	1,402	
	מכנה	2,447,600	38,441	118,737	236,608	350,275	393,932	494,353	531,137	284,117	
	שיעור		10.4%	27.4%	31.3%	20.9%	9.6%	2.8%	0.7%	0.5%	
נקבה	מונה	244,698	15,846	51,284	72,251	63,661	27,521	9,436	3,279	1,420	
	מכנה	2,688,597	66,816	162,089	273,675	385,331	413,802	515,772	544,456	326,656	
	שיעור		9.1%	23.7%	31.6%	26.4%	16.5%	6.7%	1.8%	0.6%	0.4%
סה"כ	מונה	499,864	26,394	91,619	146,366	136,887	65,525	23,270	6,981	2,822	
	מכנה	5,136,197	105,257	280,826	510,283	735,606	807,734	1,010,125	1,075,593	610,773	
	שיעור		9.7%	25.1%	32.6%	28.7%	18.6%	8.1%	2.3%	0.6%	0.5%

טבלה 70: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
18-24	מונה	2,702	311	771	783	837	
	מכנה	583,665	53,356	141,459	172,655	216,195	
	שיעור		0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.4%
25-34	מונה	6,623	687	1,899	2,033	2,004	
	מכנה	1,036,687	147,216	342,490	309,754	237,227	
	שיעור		0.6%	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%
35-44	מונה	22,097	1,977	5,953	6,469	7,698	
	מכנה	976,849	178,034	341,489	256,414	200,912	
	שיעור		2.3%	1.1%	1.7%	2.5%	3.8%
45-54	מונה	62,466	5,743	17,295	19,682	19,746	
	מכנה	782,708	138,993	268,811	226,095	148,809	
	שיעור		8.0%	4.1%	6.4%	8.7%	13.3%
55-64	מונה	131,273	15,487	42,871	44,927	27,988	
	מכנה	711,964	125,309	262,257	225,254	99,144	
	שיעור		18.4%	12.4%	16.3%	19.9%	28.2%
65-74	מונה	140,998	21,653	51,525	45,784	22,036	
	מכנה	494,475	100,163	191,893	147,943	54,476	
	שיעור		28.5%	21.6%	26.9%	30.9%	40.5%
75-84	מונה	88,693	13,815	32,461	31,071	11,346	
	מכנה	272,404	51,457	102,773	89,309	28,865	
	שיעור		32.6%	26.8%	31.6%	34.8%	39.3%
85+	מונה	25,659	4,974	9,786	8,390	2,509	
	מכנה	102,341	22,480	39,416	31,538	8,907	
	שיעור		25.1%	22.1%	24.8%	26.6%	28.2%
סה"כ	מונה	480,511	64,647	162,561	159,139	94,164	
	מכנה	4,961,093	817,008	1,690,588	1,458,962	994,535	
	שיעור		9.7%	7.9%	9.6%	10.9%	9.5%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת שביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנת המדד

רציונאל: המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על-ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על-ידי בדיקת המוגלובין מסוכרר (HbA1c). בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכרר (HbA1c) המשקפת את מידת איזון הסוכרת ב־2-3 החודשים שקדמו לבדיקה, היא אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעילות הטיפול ויש לה ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה. האיגוד האמריקאי לסוכרת ממליץ על ביצוע הבדיקה בתדירות של פעמיים בשנה עבור חולים מאוזנים ויציבים ובתדירות של כל שלושה חודשים עבור חולים שאינם מאוזנים או לאחר שינוי בטיפול [1].

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

הערות: אין

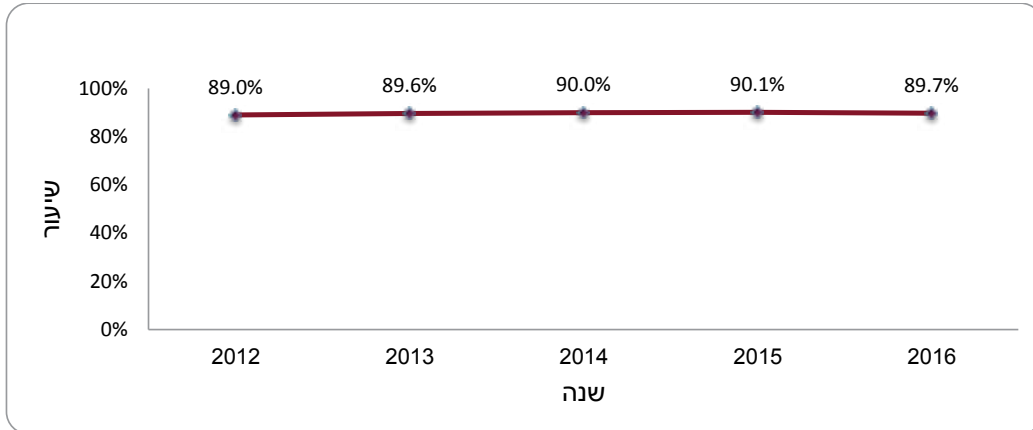
תוצאות (תרשימים 111-113 וטבלאות 71-72)

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 89.7% ב־2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (90.7%) מאשר בקרב גברים (88.7%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

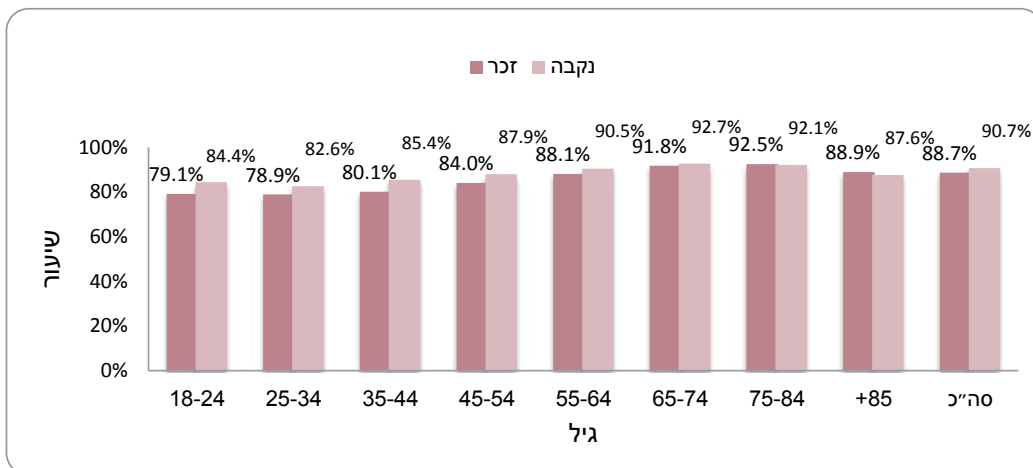
שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה (מכנה)

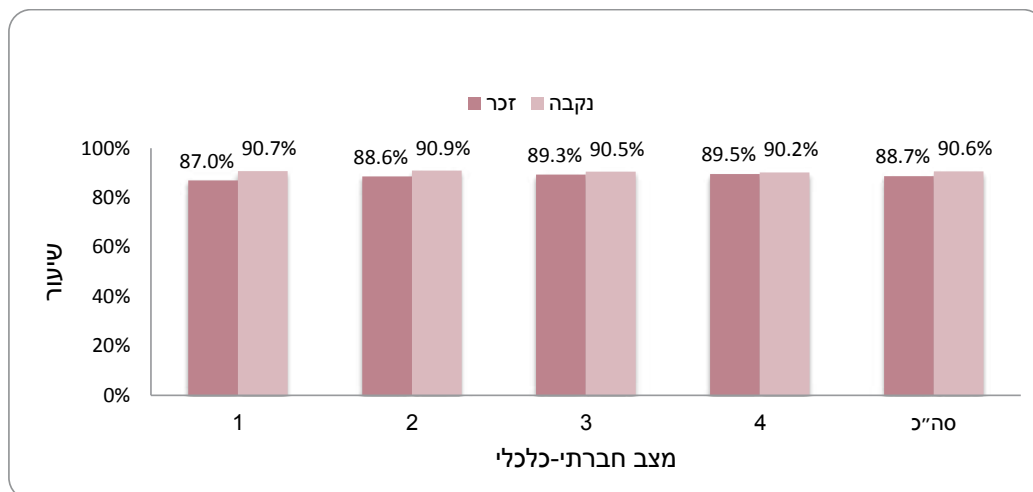
תרשים 111: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 112: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 113: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 71: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל									
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	224,865	9,498	37,477	68,095	63,916	31,252	10,708	2,839	1,080	
	מכנה	253,528	10,683	40,528	74,188	72,573	37,218	13,375	3,598	1,365	
	שיעור	88.7%	88.9%	92.5%	91.8%	88.1%	84.0%	80.1%	78.9%	79.1%	
נקבה	מונה	221,010	14,030	47,378	67,055	57,108	23,737	7,866	2,674	1,162	
	מכנה	243,696	16,018	51,467	72,304	63,085	27,002	9,207	3,237	1,376	
	שיעור	90.7%	87.6%	92.1%	92.7%	90.5%	87.9%	85.4%	82.6%	84.4%	
סה"כ	מונה	445,875	23,528	84,855	135,150	121,024	54,989	18,574	5,513	2,242	
	מכנה	497,224	26,701	91,995	146,492	135,658	64,220	22,582	6,835	2,741	
	שיעור	89.7%	88.1%	92.2%	92.3%	89.2%	85.6%	82.3%	80.7%	81.8%	

טבלה 72: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
18-24	מונה	2,144	252	612	598	682	
	מכנה	2,622	302	747	760	813	
	שיעור	81.8%	83.4%	81.9%	78.7%	83.9%	
25-34	מונה	5,222	547	1,512	1,597	1,566	
	מכנה	6,478	687	1,866	1,988	1,937	
	שיעור	80.6%	79.6%	81.0%	80.3%	80.8%	
35-44	מונה	17,608	1,583	4,640	5,104	6,281	
	מכנה	21,442	1,931	5,787	6,274	7,450	
	שיעור	82.1%	82.0%	80.2%	81.4%	84.3%	
45-54	מונה	52,342	4,776	14,327	16,486	16,753	
	מכנה	61,208	5,655	16,906	19,213	19,434	
	שיעור	85.5%	84.5%	84.7%	85.8%	86.2%	
55-64	מונה	115,930	13,533	37,688	39,750	24,959	
	מכנה	130,055	15,350	42,362	44,534	27,809	
	שיעור	89.1%	88.2%	89.0%	89.3%	89.8%	
65-74	מונה	130,153	19,897	47,690	42,232	20,334	
	מכנה	141,118	21,639	51,548	45,809	22,122	
	שיעור	92.2%	91.9%	92.5%	92.2%	91.9%	
75-84	מונה	82,128	12,835	30,127	28,782	10,384	
	מכנה	89,053	13,862	32,569	31,190	11,432	
	שיעור	92.2%	92.6%	92.5%	92.3%	90.8%	
85+	מונה	22,880	4,443	8,679	7,528	2,230	
	מכנה	25,962	5,018	9,895	8,498	2,551	
	שיעור	88.1%	88.5%	87.7%	88.6%	87.4%	
סה"כ	מונה	428,407	57,866	145,275	142,077	83,189	
	מכנה	477,938	64,444	161,680	158,266	93,548	
	שיעור	89.6%	89.8%	89.9%	89.8%	88.9%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

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

רציונאל: הטיפול במחלת הסוכרת נועד להשיג איזון מטבולי במשק הגלוקוז בגוף ולמנוע סיבוכים ופגיעה באיברי מטרה שונים כגון לב, כליות, עיניים וגפיים. אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעלות הטיפול הוא בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכרר (HbA1c), המשקפת את מידת איזון הסוכרת ב־2-3 החודשים שקדמו לבדיקה, והיא בעלת ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה. מחקרים הראו שאיזון הדוק של רמות הגלוקוז בדם מביא לירידה בסיכון להתפתחות סיבוכים מיקרו־וסקולרים של סוכרת, אך הוא פחות יעיל במניעת סיבוכים בכלי דם הגדולים. לעומת זאת, נסיונות לאיזון קפדני יותר היו כרוכים בסיכון מוגבר להיפוגליקמיה והשלכותיה, בעיקר בקרב חולים מבוגרים, בעלי משך מחלה ארוך ואלו הסובלים מסיבוכי סוכרת. המגמה של התאמת יעדי האיזון למאפייני החולים התחזקה עם השנים וכיום יש נסיון לתפור את יעדי האיזון למידותיו של כל חולה וחולה תוך התחשבות במאפייניו הפרטניים. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבת מאוזנת כראוי. יעדי האיזון נקבעים תוך התחשבות בגיל המבוטח ומשך הזמן שחלף מאבחנת הסוכרת.

מכנה: חולי סוכרת בני 18-84 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 וותק 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.

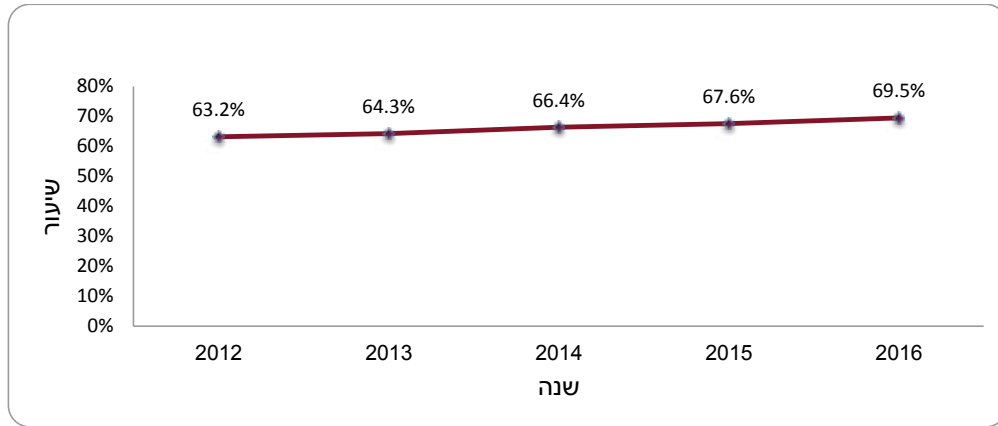
תוצאות (תרשימים 114-116 וטבלאות 73-74)

שיעור חולי הסוכרת בני 18-84, שמחלתם נחשבת מאוזנת (בעלי רמת HbA1c נמוכה או שווה ל־7% או 8% בהתאם לגיל ולוותק המחלה) עלה בין השנים 2012-2016, מ־63.2% בשנת 2012 ל־69.5% בשנת 2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (71.8%) מאשר בקרב גברים (67.3%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (57.2%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (78.6%).

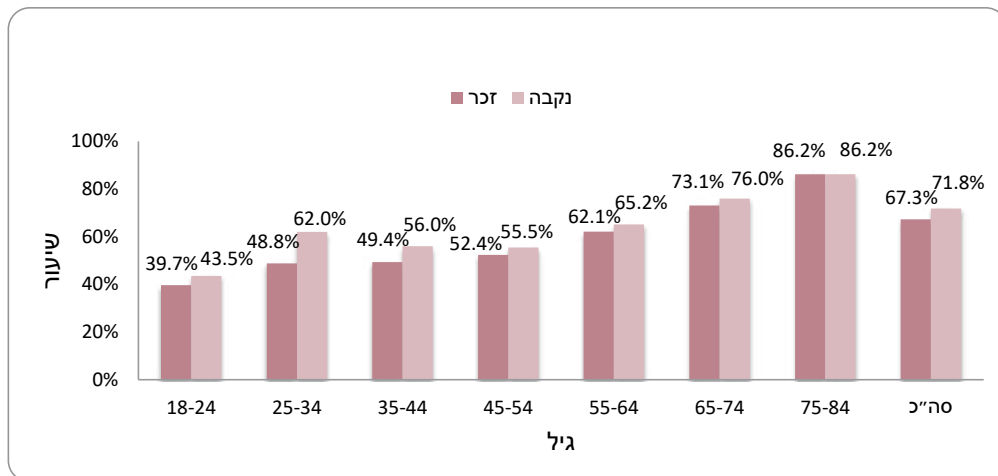
שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

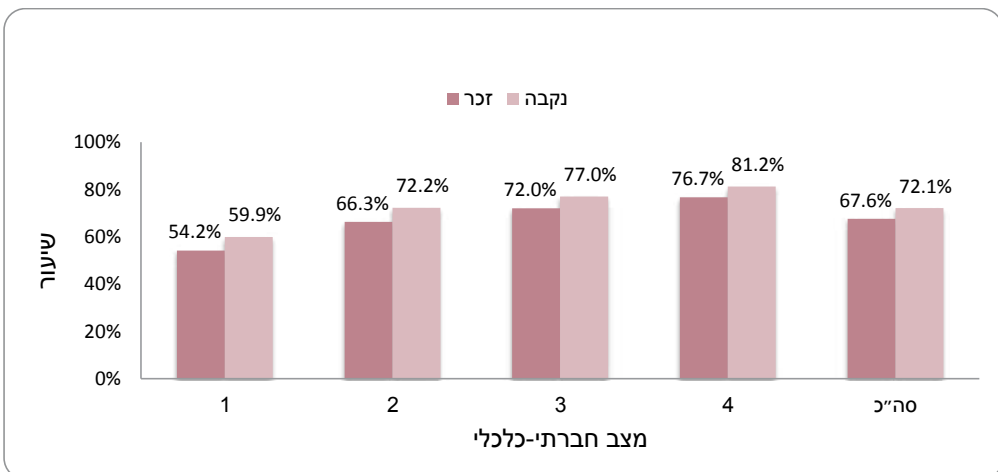
תרשים 114: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 115: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 116: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 73: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	32,119	49,670	39,994	16,645	5,469	1,426	440	145,763
	מכנה	37,240	67,980	64,394	31,793	11,063	2,925	1,108	216,503
	שיעור	86.2%	73.1%	62.1%	52.4%	49.4%	48.8%	39.7%	67.3%
נקבה	מונה	40,564	50,883	37,490	13,389	4,506	1,685	519	149,036
	מכנה	47,069	66,922	57,491	24,146	8,050	2,718	1,192	207,588
	שיעור	86.2%	76.0%	65.2%	55.5%	56.0%	62.0%	43.5%	71.8%
סה"כ	מונה	72,683	100,553	77,484	30,034	9,975	3,111	959	294,799
	מכנה	84,309	134,902	121,885	55,939	19,113	5,643	2,300	424,091
	שיעור	86.2%	74.5%	63.6%	53.7%	52.2%	55.1%	41.7%	69.5%

טבלה 74: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
18-24	מונה	120	282	266	257	925	
	מכנה	255	628	617	702	2,202	
	שיעור	47.1%	44.9%	43.1%	36.6%	42.0%	
25-34	מונה	369	947	926	740	2,982	
	מכנה	548	1,545	1,637	1,619	5,349	
	שיעור	67.3%	61.3%	56.6%	45.7%	55.7%	
35-44	מונה	1,024	2,739	2,730	3,005	9,498	
	מכנה	1,619	4,750	5,260	6,490	18,119	
	שיעור	63.2%	57.7%	51.9%	46.3%	52.4%	
45-54	מונה	3,048	8,695	9,074	7,944	28,761	
	מכנה	4,838	14,587	16,814	17,024	53,263	
	שיעור	63.0%	59.6%	54.0%	46.7%	54.0%	
55-64	מונה	9,853	25,879	25,243	13,572	74,547	
	מכנה	13,631	38,044	40,044	25,070	116,789	
	שיעור	72.3%	68.0%	63.0%	54.1%	63.8%	
65-74	מונה	16,205	37,103	30,931	12,855	97,094	
	מכנה	19,916	47,652	42,102	20,218	129,888	
	שיעור	81.4%	77.9%	73.5%	63.6%	74.8%	
75-84	מונה	11,506	26,284	24,426	8,222	70,438	
	מכנה	12,775	29,980	28,565	10,276	81,596	
	שיעור	90.1%	87.7%	85.5%	80.0%	86.3%	
סה"כ	מונה	42,125	101,929	93,596	46,595	284,245	
	מכנה	53,582	137,186	135,039	81,399	407,206	
	שיעור	78.6%	74.3%	69.3%	57.2%	69.8%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

רציונאל: 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 A1c (HbA1c), המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. הקריטריון המקובל כיום לאיזון טוב הוא רמת HbA1c מתחת ל־7% או מתחת ל־8% כתלות בגיל החולה ובמשך המחלה, ולאיזון שאינו מספק - רמת HbA1c מעל 9%. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם אינה מאוזנת ברמה מספקת.

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

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

הערות: אין

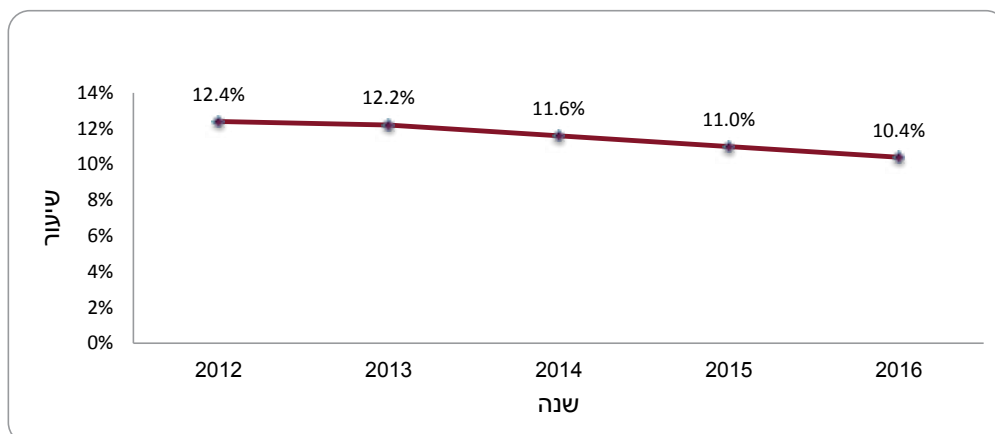
תוצאות (תרשימים 117-119 וטבלאות 75-76)

שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שאינם מאוזנים (בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9%) ירד בין השנים 2012-2016, מ־12.4% בשנת 2012 ל־10.4% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (9.7%) מאשר בקרב גברים (11.0%). השיעור היה גבוה פי 3 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (17.2%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (5.6%).

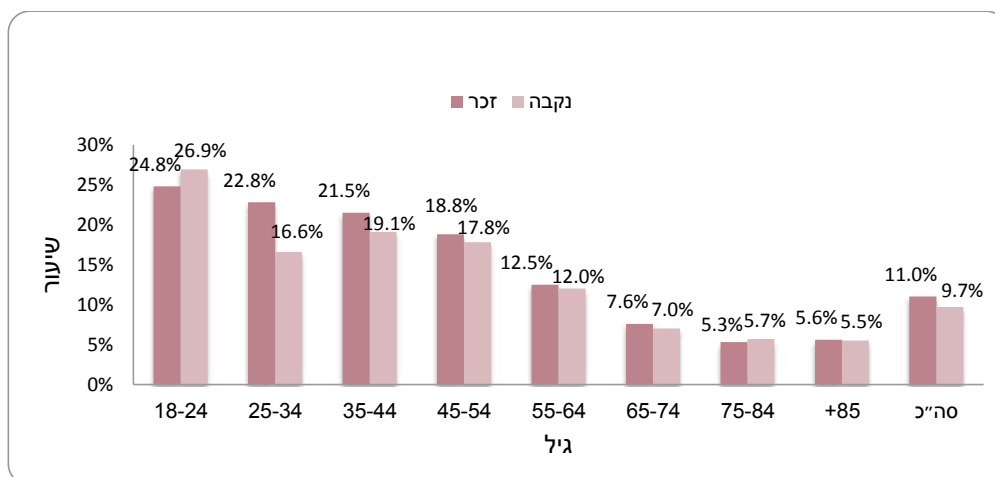
שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ־9% (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

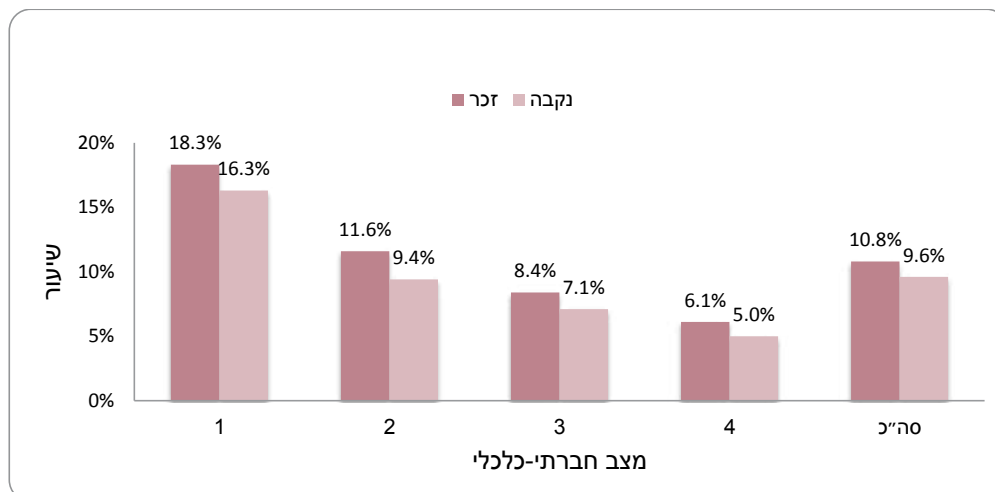
תרשים 117: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 118: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 119: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% בחולי סוכרת

חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ־9% (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 75: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל									
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	24,762	534	1,995	5,154	7,984	5,874	2,307	646	268	
	מכנה	224,865	9,498	37,477	68,095	63,916	31,252	10,708	2,839	1,080	
	שיעור	11.0%	5.6%	5.3%	7.6%	12.5%	18.8%	21.5%	22.8%	24.8%	
נקבה	מונה	21,491	772	2,694	4,663	6,869	4,234	1,504	443	312	
	מכנה	221,010	14,030	47,378	67,055	57,108	23,737	7,866	2,674	1,162	
	שיעור	9.7%	5.5%	5.7%	7.0%	12.0%	17.8%	19.1%	16.6%	26.9%	
סה"כ	מונה	46,253	1,306	4,689	9,817	14,853	10,108	3,811	1,089	580	
	מכנה	445,875	23,528	84,855	135,150	121,024	54,989	18,574	5,513	2,242	
	שיעור	10.4%	5.6%	5.5%	7.3%	12.3%	18.4%	20.5%	19.8%	25.9%	

טבלה 76: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
18-24	מונה	548	35	128	155	230	
	מכנה	2,144	252	612	598	682	
	שיעור	25.6%	13.9%	20.9%	25.9%	33.7%	
25-34	מונה	1,005	57	217	314	417	
	מכנה	5,222	547	1,512	1,597	1,566	
	שיעור	19.2%	10.4%	14.4%	19.7%	26.6%	
35-44	מונה	3,576	194	747	1,063	1,572	
	מכנה	17,608	1,583	4,640	5,104	6,281	
	שיעור	20.3%	12.3%	16.1%	20.8%	25.0%	
45-54	מונה	9,520	543	2,052	3,004	3,921	
	מכנה	52,342	4,776	14,327	16,486	16,753	
	שיעור	18.2%	11.4%	14.3%	18.2%	23.4%	
55-64	מונה	14,044	1,000	3,636	4,961	4,447	
	מכנה	115,930	13,533	37,688	39,750	24,959	
	שיעור	12.1%	7.4%	9.6%	12.5%	17.8%	
65-74	מונה	9,298	839	2,666	3,208	2,585	
	מכנה	130,153	19,897	47,690	42,232	20,334	
	שיעור	7.1%	4.2%	5.6%	7.6%	12.7%	
75-84	מונה	4,496	421	1,445	1,671	959	
	מכנה	82,128	12,835	30,127	28,782	10,384	
	שיעור	5.5%	3.3%	4.8%	5.8%	9.2%	
85+	מונה	1,279	179	452	456	192	
	מכנה	22,880	4,443	8,679	7,528	2,230	
	שיעור	5.6%	4.0%	5.2%	6.1%	8.6%	
סה"כ	מונה	43,766	3,268	11,343	14,832	14,323	
	מכנה	428,407	57,866	145,275	142,077	83,189	
	שיעור	10.2%	5.6%	7.8%	10.4%	17.2%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

הגדרת המדד: חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת עיניים תקופתית

רציונאל: סוכרת היא סיבה מובילה לעיוורון במערב, והפגיעה ברשתית העין כתוצאה מסוכרת (רטינופתיה סוכרתית) היא סיבוך נפוץ של המחלה. האיגוד האמריקאי לסוכרת (ADA) ממליץ לבצע בדיקת עיניים מקיפה, כולל בדיקת קרקעיות פעם בשנה בתוך 5 שנים מאבחנת סוכרת סוג 1 ובסמוך למועד האבחנה של סוכרת מסוג 2. לאחר בדיקה תקינה אחת או יותר ניתן לשקול תדירות נמוכה יותר (פעם בשנתיים) של בדיקת עיניים. בניסוח מדד האיכות התדירות הנדרשת לביקור אצל רופא עיניים מוגדרת על פי וותק המחלה: פעם בשנה בחולים עם משך מחלה ארוך (מעל 10 שנים) ופעם בשנתיים בקרב יתר חולי הסוכרת. אבחנה מוקדמת של פגיעה סוכרתית עינית חשובה ביותר לקבלת טיפול הולם (בד"כ פוטו קואגולציה באמצעות לייזר) ומניעת פגיעה בראייה ועיוורון.

מכנה: חולי סוכרת בני 18-84

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר בקרו אצל רופא עיניים בתדירות המומלצת: פעם בשנה בחולים עם משך מחלה ארוך (מעל 10 שנים) ופעם בשנתיים בקרב יתר חולי הסוכרת

הערות: חולה מוגדר כבעל משך מחלה ארוך אם ביצע רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת 10 שנים לפני שנת המדד הנוכחית. הנתונים הדרושים להפרדה בין חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך לבין יתר חולי הסוכרת קיימים החל משנת המדד 2012.

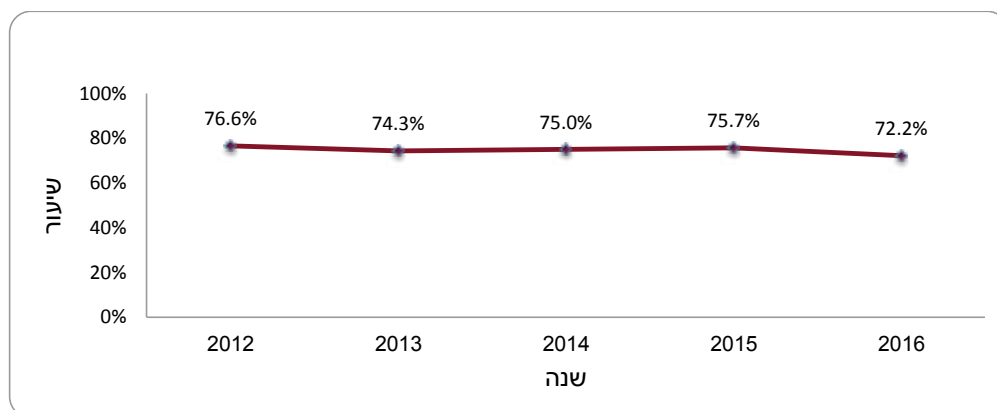
תוצאות (תרשימים 120-122 וטבלאות 77-78)

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84 אשר היה יציב בין השנים 2012-2015 ועמד על 75.7% ב־2015, ירד בשנת 2016 לכדי 72.2%. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (73.7%) מאשר בקרב גברים (70.9%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (70.6%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (74.6%).

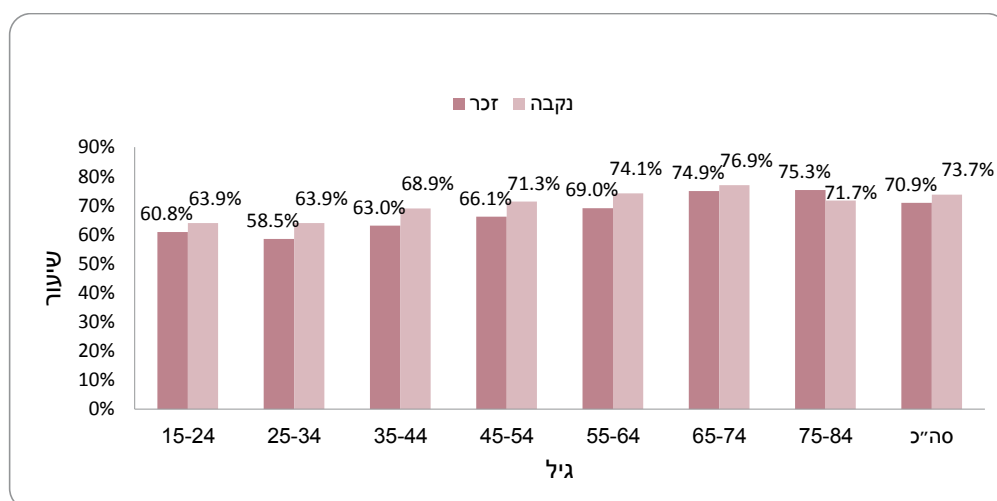
שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת 18-84

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת עיניים תקופתית (מונה), מקרב כלל חולי סוכרת 18-84 (מכנה)

תרשים 120: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 121: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 122: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת 18-84

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות עיניים תקופתית (מונה), מקרב חולי סוכרת 18-84 (מכנה)

טבלה 77: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	סה"כ
זכר	מונה	30,449	55,606	50,458	25,010	8,705	2,164	846	173,238
	מכנה	40,419	74,244	73,075	37,858	13,812	3,700	1,391	244,499
	שיעור	75.3%	74.9%	69.0%	66.1%	63.0%	58.5%	60.8%	70.9%
נקבה	מונה	36,781	55,647	47,073	19,599	6,482	2,097	902	168,581
	מכנה	51,298	72,358	63,485	27,472	9,413	3,281	1,411	228,718
	שיעור	71.7%	76.9%	74.1%	71.3%	68.9%	63.9%	63.9%	73.7%
סה"כ	מונה	67,230	111,253	97,531	44,609	15,187	4,261	1,748	341,819
	מכנה	91,717	146,602	136,560	65,330	23,225	6,981	2,802	473,217
	שיעור	73.3%	75.9%	71.4%	68.3%	65.4%	61.0%	62.4%	72.2%

טבלה 78: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		4	3	2	1	סה"כ
18-24	מונה	198	496	455	519	1,668
	מכנה	306	765	779	833	2,683
	שיעור	64.7%	64.8%	58.4%	62.3%	62.2%
25-34	מונה	386	1,168	1,232	1,246	4,032
	מכנה	688	1,898	2,031	2,005	6,622
	שיעור	56.1%	61.5%	60.7%	62.1%	60.9%
35-44	מונה	1,258	3,725	4,148	5,221	14,352
	מכנה	1,972	5,945	6,451	7,686	22,054
	שיעור	63.8%	62.7%	64.3%	67.9%	65.1%
45-54	מונה	3,913	11,588	13,149	13,808	42,458
	מכנה	5,720	17,230	19,611	19,720	62,281
	שיעור	68.4%	67.3%	67.0%	70.0%	68.2%
55-64	מונה	11,016	30,578	31,727	20,104	93,425
	מכנה	15,463	42,734	44,838	27,923	130,958
	שיעור	71.2%	71.6%	70.8%	72.0%	71.3%
65-74	מונה	16,992	39,858	34,385	16,083	107,318
	מכנה	21,667	51,613	45,849	22,092	141,221
	שיעור	78.4%	77.2%	75.0%	72.8%	76.0%
75-84	מונה	10,721	24,618	22,142	7,687	65,168
	מכנה	13,831	32,508	31,083	11,363	88,785
	שיעור	77.5%	75.7%	71.2%	67.6%	73.4%
סה"כ	מונה	44,484	112,031	107,238	64,668	328,421
	מכנה	59,647	152,693	150,642	91,622	454,604
	שיעור	74.6%	73.4%	71.2%	70.6%	72.2%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת מיקרואלבומינוריה, פרוטאינוריה, יחס אלבומין/קריאטינין בשתן או יחס חלבון/קריאטינין בשתן בשנת המדד

רציונאל: 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה בכליות, עד לאי ספיקת כליות סופנית, מצב בו יש צורך בטיפול דיאליזה או השתלת כליה. הבדיקה המעבדתית החיונית ביותר כסמן מוקדם לפגיעה כלייתית בחולי סוכרת היא מעקב אחר רמות האלבומין המופרש בשתן. כאשר תפקוד הכליה מתחיל להשתבש רמות האלבומין הנמדדות בשתן עולות באופן הדרגתי. הפרשה של מעל 300 מ"ג אלבומין ביממה היא גורם מנבא להתקדמות המחלה הכלייתית והתפתחות אי ספיקת כליות סופנית. בנוסף, אלבומינוריה היא סמן לסיכון גבוה למחלה קרדיו-וסקולרית. בדיקות לזיהוי אלבומינוריה (הפרשה מוגברת של חלבון האלבומין בשתן) יש לבצע לפחות אחת לשנה. חשיבות הבדיקה נובעת מכך שקיים טיפול יעיל להאטת הנזק הכלייתי מרגע שזה מזוהה, באמצעות תרופות מסוג angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) או angiotensin receptor blockers (ARB).

מכנה: חולי סוכרת בני 18 עד 84

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת מיקרואלבומינוריה, פרוטאינוריה, יחס אלבומין/קריאטינין בשתן או יחס חלבון/קריאטינין בשתן בשנת המדד

הערות: אין

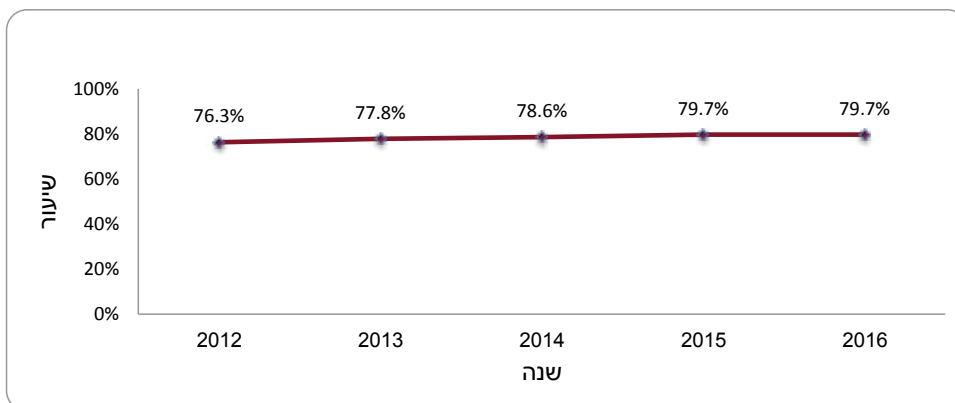
תוצאות (תרשימים 123-125 וטבלאות 79-80)

שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18 ומעלה עלה בין השנים 2012-2016, מ-76.3% ב-2012 ל-79.7% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב גברים ונשים ובין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

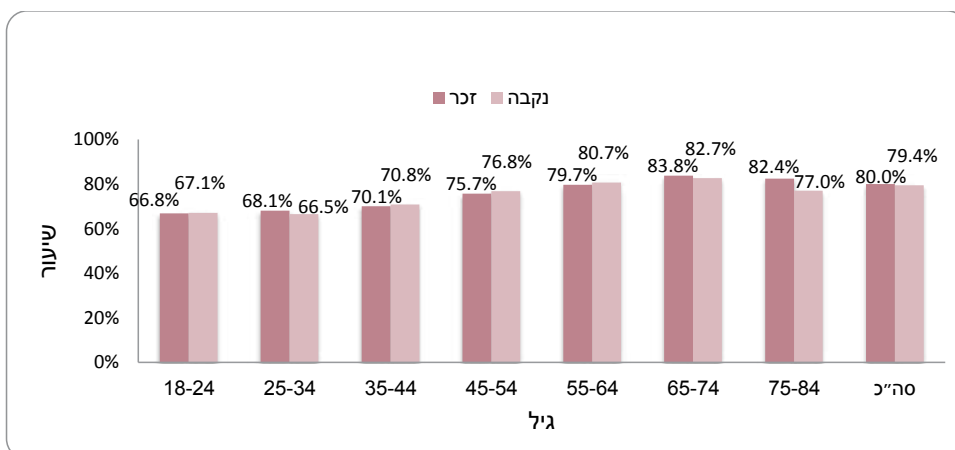
שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן (מונה), מקרב כלל חולי סוכרת 18-84 (מכנה)

תרשים 123: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 124: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 125: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

טבלה 79: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		סה"כ	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	מונה	194,320	33,379	62,175	57,864	28,161	9,380	2,449	912
	מכנה	242,845	40,528	74,188	72,573	37,218	13,375	3,598	1,365
	שיעור	80.0%	82.4%	83.8%	79.7%	75.7%	70.1%	68.1%	66.8%
נקבה	מונה	180,689	39,652	59,774	50,923	20,751	6,514	2,152	923
	מכנה	227,678	51,467	72,304	63,085	27,002	9,207	3,237	1,376
	שיעור	79.4%	77.0%	82.7%	80.7%	76.8%	70.8%	66.5%	67.1%
סה"כ	מונה	375,009	73,031	121,949	108,787	48,912	15,894	4,601	1,835
	מכנה	470,523	91,995	146,492	135,658	64,220	22,582	6,835	2,741
	שיעור	79.7%	79.4%	83.2%	80.2%	76.2%	70.4%	67.3%	66.9%

טבלה 80: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
18-24	מונה	1,757	214	516	470	557
	מכנה	2,622	302	747	760	813
	שיעור	67.0%	70.9%	69.1%	61.8%	68.5%
25-34	מונה	4,365	457	1,265	1,349	1,294
	מכנה	6,478	687	1,866	1,988	1,937
	שיעור	67.4%	66.5%	67.8%	67.9%	66.8%
35-44	מונה	15,085	1,395	3,957	4,382	5,351
	מכנה	21,442	1,931	5,787	6,274	7,450
	שיעור	70.4%	72.2%	68.4%	69.8%	71.8%
45-54	מונה	46,563	4,303	12,707	14,681	14,872
	מכנה	61,208	5,655	16,906	19,213	19,434
	שיעור	76.1%	76.1%	75.2%	76.4%	76.5%
55-64	מונה	104,280	12,172	33,854	35,767	22,487
	מכנה	130,055	15,350	42,362	44,534	27,809
	שיעור	80.2%	79.3%	79.9%	80.3%	80.9%
65-74	מונה	117,503	18,107	43,079	38,157	18,160
	מכנה	141,118	21,639	51,548	45,809	22,122
	שיעור	83.3%	83.7%	83.6%	83.3%	82.1%
75-84	מונה	70,732	11,104	26,172	24,740	8,716
	מכנה	89,053	13,862	32,569	31,190	11,432
	שיעור	79.4%	80.1%	80.4%	79.3%	76.2%
סה"כ	מונה	360,285	47,752	121,550	119,546	71,437
	מכנה	451,976	59,426	151,785	149,768	90,997
	שיעור	79.7%	80.4%	80.1%	79.8%	78.5%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור התיעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 18 עד 84 עם תיעוד של GFR, eGFR או מרכיבי GFR (קראטינין) בשנת המדד.

רציונאל: 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה בכליות, עד לאי ספיקת כליות סופנית, מצב בו יש צורך בטיפול דיאליזה או השתלת כליה. באופן טיפוסי הסימן הראשון לפגיעה כלייתית משנית לסוכרת היא הפרשה מוגברת של חלבון בשתן. עם זאת, חלק מהחולים יפתחו פגיעה כלייתית על רקע סוכרתי אשר תתבטא בירידה בערכי ה-GFR ללא הפרשה מוגברת של חלבון. עבור חולים אלו מעקב אחר ערכי ה-GFR יאפשר אבחנה של פגיעה כלייתית. בנוסף, המעקב אחר ערכי ה-GFR חשוב להערכה של דרגת החומרה של אי ספיקת הכליות, לאיתור וטיפול בחולים בסיכון לסיבוכים של אי ספיקת כליות (כמו הפרעות במאזן האלקטרוליטים או במטבוליזם העצם) ולהפנייתם של חולים באי ספיקת כליות מתקדמת להערכת נפרולוג והכנה לדיאליזה. מכאן שההמלצה היא לעקוב אחר התפקוד הכלייתי בכל חולי הסוכרת בתדירות של פעם בשנה, ובחולים עם ירידה בתפקוד הכלייתי בתדירות גבוהה אף יותר.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 עד 84

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר עבורם קיים תיעוד של GFR, eGFR או מרכיבי GFR (קראטינין) בשנת המדד

הערות: ניתן לבצע חישוב של eGFR בהתבסס על רמות הקראטינין בדם על פי נוסחאות שונות. במסגרת התוכנית לא נעשה חישוב eGFR אלא נלקח הערך המחושב ממסדי הנתונים של קופות החולים.

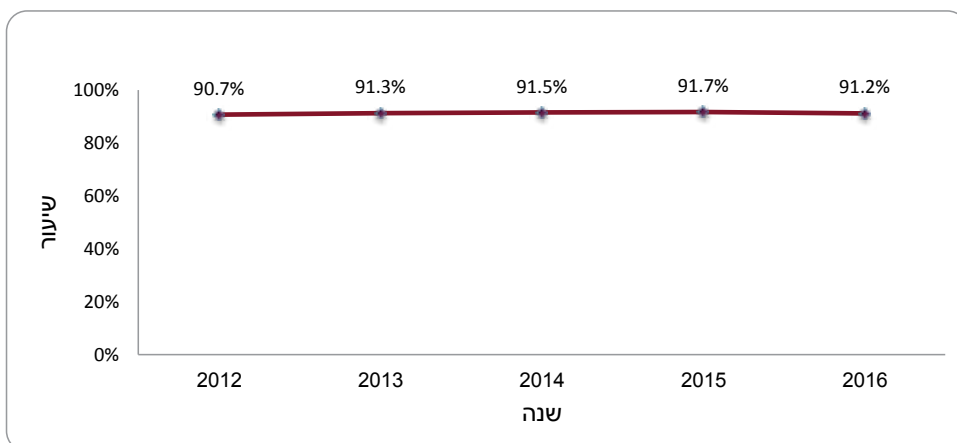
תוצאות (תרשימים 126-128 וטבלאות 81-82)

שיעור התיעוד של תפקודי הכליות (GFR) estimated or measured glomerular filtration rate (GFR) בחולי סוכרת בני 18-84 נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 91.2% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (92.6%) מאשר בקרב גברים (90.0%). השיעור בשכבה החברתית כלכלית החלשה (89.3%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (92.0%).

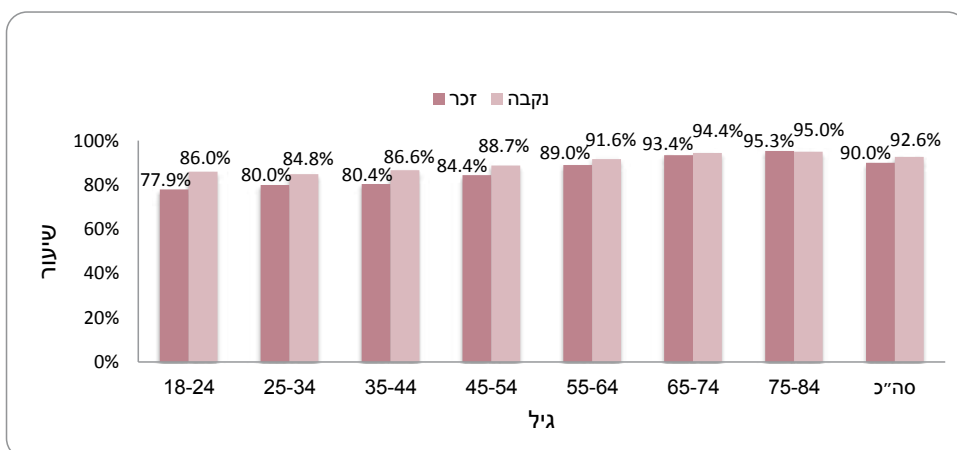
שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת עם תיעוד של GFR (מונה), מקרב חולי סוכרת בבני 18-84 (מכנה)

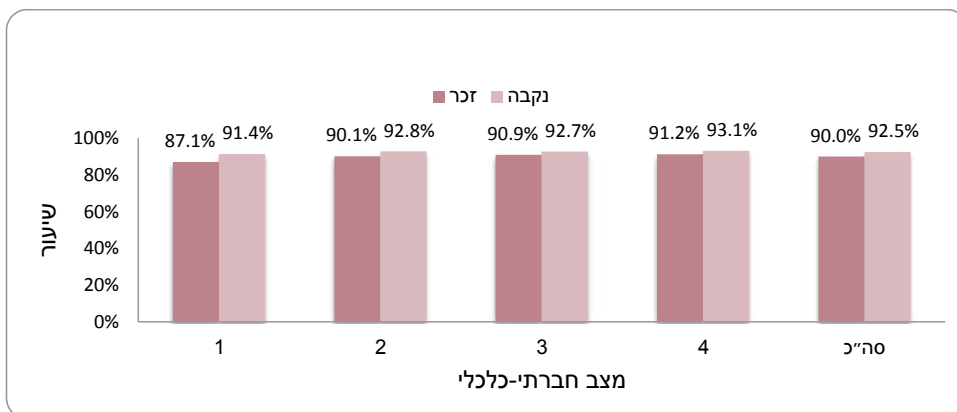
תרשים 126: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 127: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 128: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת עם תיעוד של GFR (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 14-84 (מכנה)

טבלה 81: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		סה"כ	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	מונה	218,552	38,603	69,284	64,571	31,399	10,755	2,877	1,063
	מכנה	242,845	40,528	74,188	72,573	37,218	13,375	3,598	1,365
	שיעור	90.0%	95.3%	93.4%	89.0%	84.4%	80.4%	80.0%	77.9%
נקבה	מונה	210,749	48,877	68,229	57,784	23,958	7,973	2,745	1,183
	מכנה	227,678	51,467	72,304	63,085	27,002	9,207	3,237	1,376
	שיעור	92.6%	95.0%	94.4%	91.6%	88.7%	86.6%	84.8%	86.0%
סה"כ	מונה	429,301	87,480	137,513	122,355	55,357	18,728	5,622	2,246
	מכנה	470,523	91,995	146,492	135,658	64,220	22,582	6,835	2,741
	שיעור	91.2%	95.1%	93.9%	90.2%	86.2%	82.9%	82.3%	81.9%

טבלה 82: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
18-24	מונה	2,144	254	611	600	679
	מכנה	2,622	302	747	760	813
	שיעור	81.8%	84.1%	81.8%	78.9%	83.5%
25-34	מונה	5,319	561	1,540	1,633	1,585
	מכנה	6,478	687	1,866	1,988	1,937
	שיעור	82.1%	81.7%	82.5%	82.1%	81.8%
35-44	מונה	17,750	1,619	4,715	5,155	6,261
	מכנה	21,442	1,931	5,787	6,274	7,450
	שיעור	82.8%	83.8%	81.5%	82.2%	84.0%
45-54	מונה	52,682	4,845	14,497	16,656	16,684
	מכנה	61,208	5,655	16,906	19,213	19,434
	שיעור	86.1%	85.7%	85.8%	86.7%	85.8%
55-64	מונה	117,212	13,753	38,204	40,321	24,934
	מכנה	130,055	15,350	42,362	44,534	27,809
	שיעור	90.1%	89.6%	90.2%	90.5%	89.7%
65-74	מונה	132,430	20,358	48,569	43,005	20,498
	מכנה	141,118	21,639	51,548	45,809	22,122
	שיעור	93.8%	94.1%	94.2%	93.9%	92.7%
75-84	מונה	84,672	13,288	31,133	29,629	10,622
	מכנה	89,053	13,862	32,569	31,190	11,432
	שיעור	95.1%	95.9%	95.6%	95.0%	92.9%
סה"כ	מונה	412,209	54,678	139,269	136,999	81,263
	מכנה	451,976	59,426	151,785	149,768	90,997
	שיעור	91.2%	92.0%	91.8%	91.5%	89.3%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

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

רציונאל: 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. נפרופתיה סוכרתית היא הסיבה השכיחה ביותר להתחלת טיפול בדיאליזה בישראל. האבחנה של מחלת כליות סוכרתית נסמכת על מעקב אחר הפרשת החלבון בשתן והתפקוד הכלייתי. אבחון מוקדם חשוב מאחר ויש טיפול יעיל להאטת הנזק הכלייתי מרגע שזה מזוהה, על ידי שימוש בתרופות מסוג Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) או Angiotensin Receptor Blockers (ARB) כמו גם על ידי איזון מיטבי של יל"ד וערכי הגלוקוז.

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

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

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

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

הערות: ניתן לבצע חישוב של eGFR בהתבסס על רמות הקראטינין בדם על פי נוסחאות שונות. במסגרת התוכנית לא נעשה חישוב eGFR אלא נלקח הערך המחושב ממסדי הנתונים של קופות החולים.

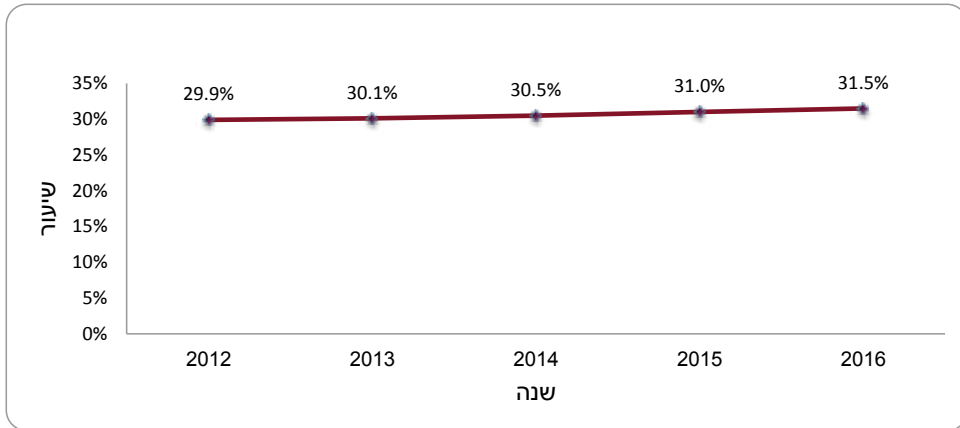
תוצאות (תרשימים 129-131 וטבלאות 83-84)

שיעור חולי הסוכרת בני 18-84 הסובלים מפגיעה כלייתית עלה עליה מתונה בין השנים 2012-2016 ועמד על 31.5% ב-2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (29.4%) מאשר בקרב גברים (33.6%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (32.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (29.9%).

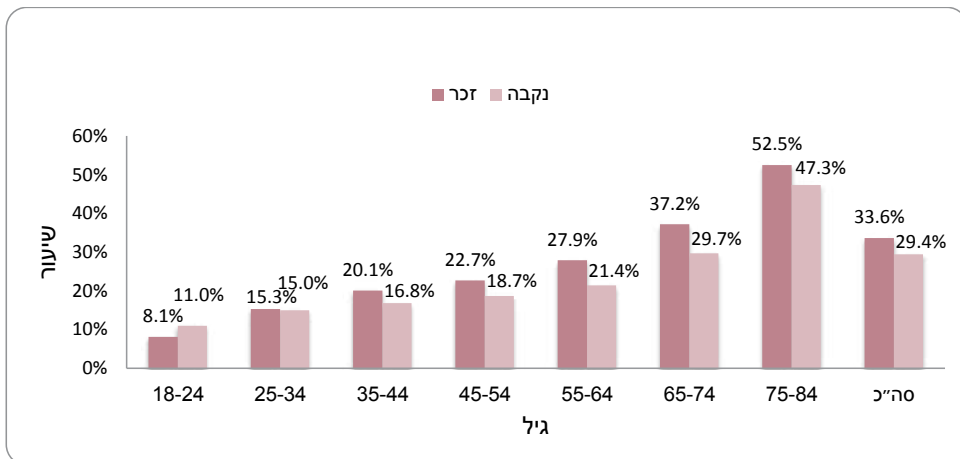
שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית (מונה), בני 18-84 (מכנה)

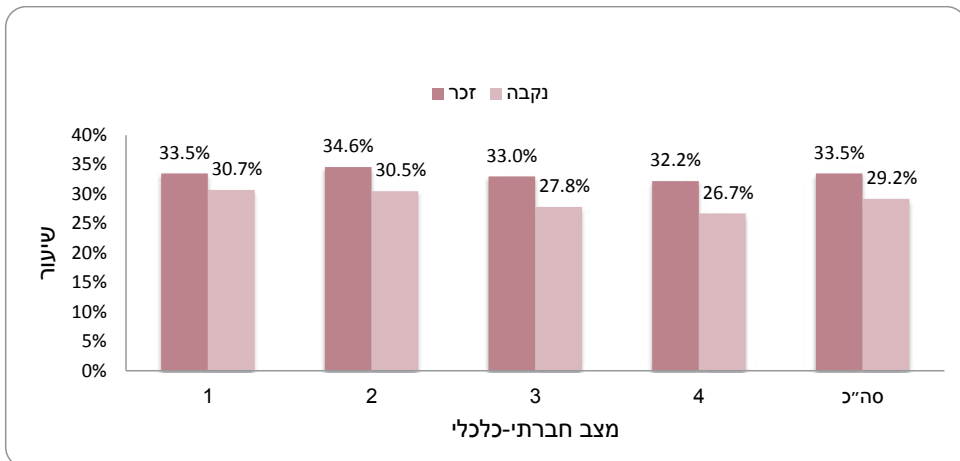
תרשים 129: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 130: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 131: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית (מונה), בני 18-84 (מכנה)

טבלה 83: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	20,706	26,500	18,943	7,734	2,443	488	95	76,909
	מכנה	39,412	71,250	67,839	34,003	12,154	3,184	1,175	229,017
	שיעור	52.5%	37.2%	27.9%	22.7%	20.1%	15.3%	8.1%	33.6%
נקבה	מונה	23,657	20,745	12,830	4,746	1,445	444	133	64,000
	מכנה	49,984	69,853	60,010	25,385	8,610	2,967	1,210	218,019
	שיעור	47.3%	29.7%	21.4%	18.7%	16.8%	15.0%	11.0%	29.4%
סה"כ	מונה	44,363	47,245	31,773	12,480	3,888	932	228	140,909
	מכנה	89,396	141,103	127,849	59,388	20,764	6,151	2,385	447,036
	שיעור	49.6%	33.5%	24.9%	21.0%	18.7%	15.2%	9.6%	31.5%

טבלה 84: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
18-24	מונה	9	41	62	97	209	
	מכנה	254	639	658	729	2,280	
	שיעור	3.5%	6.4%	9.4%	13.3%	9.2%	
25-34	מונה	54	198	264	360	876	
	מכנה	610	1,676	1,785	1,753	5,824	
	שיעור	8.9%	11.8%	14.8%	20.5%	15.0%	
35-44	מונה	247	848	1,103	1,452	3,650	
	מכנה	1,757	5,254	5,776	6,918	19,705	
	שיעור	14.1%	16.1%	19.1%	21.0%	18.5%	
45-54	מונה	804	2,810	3,830	4,309	11,753	
	מכנה	5,224	15,534	17,767	18,058	56,583	
	שיעור	15.4%	18.1%	21.6%	23.9%	20.8%	
55-64	מונה	3,034	9,008	10,720	7,490	30,252	
	מכנה	14,349	39,847	42,048	26,282	122,526	
	שיעור	21.1%	22.6%	25.5%	28.5%	24.7%	
65-74	מונה	6,157	15,753	15,175	8,174	45,259	
	מכנה	20,830	49,678	44,193	21,218	135,919	
	שיעור	29.6%	31.7%	34.3%	38.5%	33.3%	
75-84	מונה	6,581	15,481	15,189	5,610	42,861	
	מכנה	13,517	31,758	30,323	10,957	86,555	
	שיעור	48.7%	48.7%	50.1%	51.2%	49.5%	
סה"כ	מונה	16,886	44,139	46,343	27,492	134,860	
	מכנה	56,541	144,386	142,550	85,915	429,392	
	שיעור	29.9%	30.6%	32.5%	32.0%	31.4%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 18 עד 74 עם פגיעה כלייתית אשר טופלו בתרופות ממשפחת ACEI/ARB בשנת המדד.

רציונאל: 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת היא הגורם השכיח ביותר להתפתחות אי ספיקת כליות סופנית הדורשת טיפול חלופי בדיאליזה. בנוסף לאיזון מיטבי של רמות הגלוקוז ושל ערכי לחץ הדם, הוכח כי טיפול בתרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין [Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) או Angiotensin Receptor Blockers (ARB)] מאט את קצב ההתקדמות של מחלת הכליות הסוכרתית. קיימת התוויה לטיפול תרופתי ב־ACEI/ARBs בחולים סוכרתיים הסובלים מיתר לחץ דם והפרשת חלבון מוגברת בשתן. עיקר המחקרים אשר בדקו את יעילות התרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין בטיפול בנפרופתיה סוכרתית נעשו בחולים סוכרתיים בגילאי הביניים. לאור מיעוט המידע לגבי יעילות הטיפול בקבוצת הגיל הקשישה, הוגבל המדד הבודק את שיעור השימוש בתרופות אלו עד לגיל 74.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 עד 74 עם פגיעה כלייתית כפי שהוגדרה במדד הקודם לעיל, להוציא: חולים המקבלים טיפול חליפי בדיאליזה, חולים עם אי ספיקת כליות מתקדמת (שלב IV, V) וחולים שכל הבדיקות לגילוי הפרשת חלבון בשתן שלהם בשנה הקודמת לשנת המדד היו בגדר התקין

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות 3 מרשמים של תרופות ממשפחת ה־ARB/ACEI (בחודשים שונים) בשנת המדד

הערות: פגיעה כלייתית מוגדרת על סמך בדיקה לא תקינה של תפקודי כליות ו/או הפרשה פתולוגית של חלבון/אלבומין בשתן בשנה הקודמת לשנת המדד, כפי שמפורט במדד הקודם לעיל.

חולים עם אי ספיקת כליות מתקדמת (שלב IV, V) מוגדרים כחולים שתוצאת בדיקת ה־GFR/eGFR האחרונה שלהם בשנה הקודמת לשנת המדד היתה נמוכה מ־30 מ"ל/דקה/1.73 מ². עבור חולים שאין עבורם תיעוד של GFR/eGFR אך יש עבורם תיעוד של רמות קראטינין בשנה שלפני שנת המדד יחשב ערך קראטינין הגבוה מ־3.5 מ"ג/ד"ל (310 מיקרומול/ליטר)

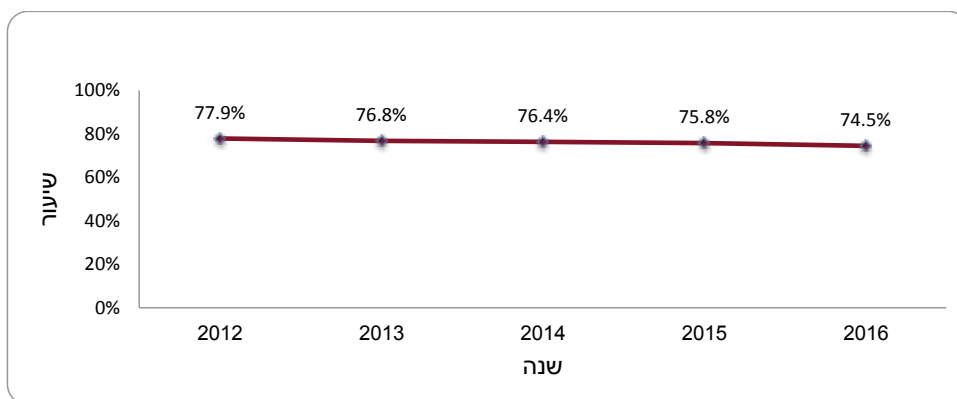
תוצאות (תרשימים 132-134 וטבלאות 85-86)

מבין חולי הסוכרת בני 18-74 הסובלים מפגיעה כלייתית, שיעור המטופלים ב־ACEI/ARB ירד בין השנים 2016-2012, מ־77.9% בשנת 2012 ל־74.5% בשנת 2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (73.5%) מאשר בקרב גברים (75.1%). יש לציין כי הפער בשיעור המטופלים בין נשים לגברים גדול במיוחד בקבוצות הגיל הצעירות (25 עד 54) ומצטמצם עם העליה בגיל. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (73.4%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (76.3%).

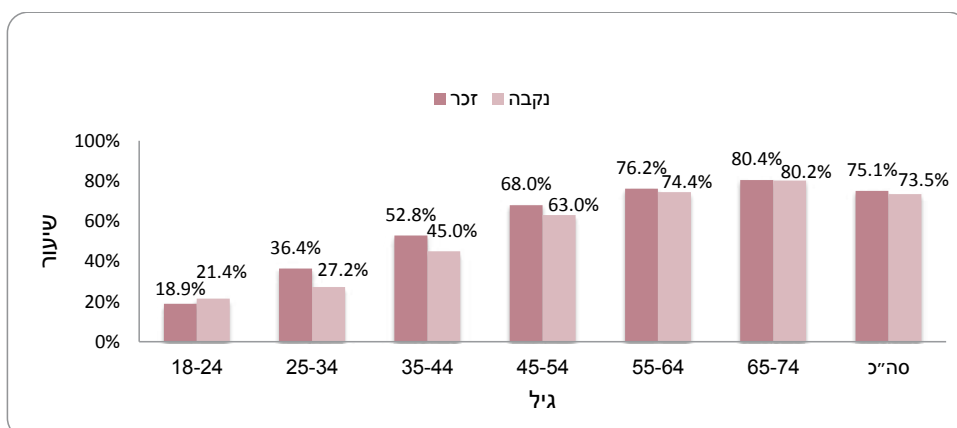
שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB (מונה), בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74 (מכנה)

תרשים 132: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 133: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 134: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הטיפול ב־ ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

טיפול ב־ ACEI/ARB (מונה), בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74 (מכנה)

טבלה 85: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל						
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	16,623	12,463	4,837	1,217	171	17	35,328
	מכנה	20,674	16,355	7,118	2,305	470	90	47,012
	שיעור	80.4%	76.2%	68.0%	52.8%	36.4%	18.9%	75.1%
נקבה	מונה	11,907	8,116	2,777	612	114	27	23,553
	מכנה	14,838	10,913	4,406	1,361	419	126	32,063
	שיעור	80.2%	74.4%	63.0%	45.0%	27.2%	21.4%	73.5%
סה"כ	מונה	28,530	20,579	7,614	1,829	285	44	58,881
	מכנה	35,512	27,268	11,524	3,666	889	216	79,075
	שיעור	80.3%	75.5%	66.1%	49.9%	32.1%	20.4%	74.5%

טבלה 86: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1		
18-24	מונה	5	10	11	13	39	
	מכנה	9	38	58	93	198	
	שיעור	55.6%	26.3%	19.0%	14.0%	19.7%	
25-34	מונה	11	60	71	127	269	
	מכנה	51	187	255	343	836	
	שיעור	21.6%	32.1%	27.8%	37.0%	32.2%	
35-44	מונה	109	371	512	720	1,712	
	מכנה	225	793	1,038	1,386	3,442	
	שיעור	48.4%	46.8%	49.3%	51.9%	49.7%	
45-54	מונה	464	1,682	2,253	2,754	7,153	
	מכנה	715	2,565	3,512	4,043	10,835	
	שיעור	64.9%	65.6%	64.2%	68.1%	66.0%	
55-64	מונה	1,881	5,722	6,838	5,112	19,553	
	מכנה	2,470	7,587	9,228	6,640	25,925	
	שיעור	76.2%	75.4%	74.1%	77.0%	75.4%	
65-74	מונה	3,587	9,381	9,103	5,171	27,242	
	מכנה	4,465	11,621	11,404	6,439	33,929	
	שיעור	80.3%	80.7%	79.8%	80.3%	80.3%	
סה"כ	מונה	6,057	17,226	18,788	13,897	55,968	
	מכנה	7,935	22,791	25,495	18,944	75,165	
	שיעור	76.3%	75.6%	73.7%	73.4%	74.5%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 18 ומעלה עם תיעוד מדידת לחץ דם אחת לפחות בשנת המדד

רציונאל: יתר לחץ דם עלול להאיץ הופעת סיבוכים בחולי סוכרת. מחקר ה־UK Prospective Diabetes Study הראה שאיזון לחץ דם בחולי סוכרת חשוב לפחות כמו איזון רמות הסוכר למניעת סיבוכים. הנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מדידה של לחץ דם בכל ביקור במרפאה וטיפול ביתר לחץ דם במטרה להשיג יעדי איזון קפדנים.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד לחץ דם לפחות פעם אחת בשנת המדד

הערות: אין

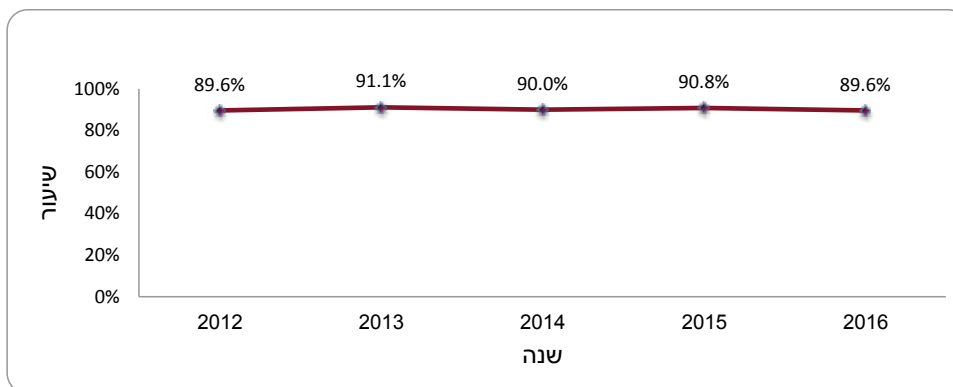
תוצאות (תרשימים 135-137 וטבלאות 87-88)

שיעור התיעוד של ערכי לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 89.6% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב גברים ונשים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (91.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (87.6%).

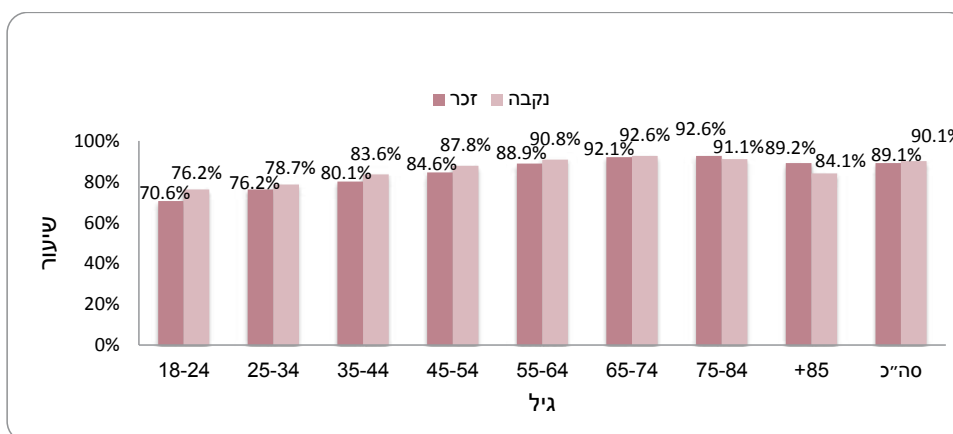
שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם תיעוד מדידת לחץ דם אחת לפחות בשנת המדד (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

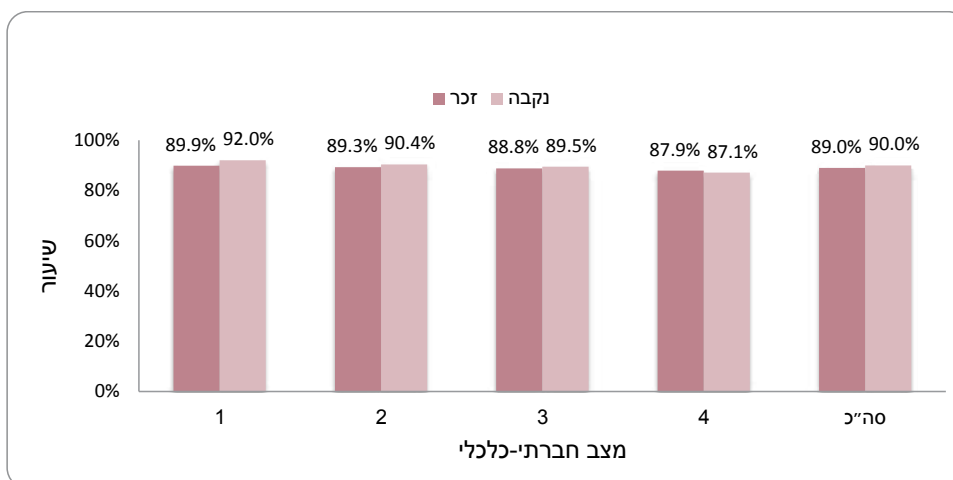
תרשים 135: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 136: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 137: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת עם תיעוד מדידת לחץ דם אחת לפחות בשנת המדד (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 87: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל									
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	225,801	9,529	37,532	68,310	64,526	31,484	10,715	2,741	964	
	מכנה	253,528	10,683	40,528	74,188	72,573	37,218	13,375	3,598	1,365	
	שיעור		89.1%	89.2%	92.6%	92.1%	88.9%	84.6%	80.1%	76.2%	70.6%
נקבה	מונה	219,623	13,479	46,890	66,976	57,270	23,715	7,696	2,549	1,048	
	מכנה	243,696	16,018	51,467	72,304	63,085	27,002	9,207	3,237	1,376	
	שיעור		90.1%	84.1%	91.1%	92.6%	90.8%	87.8%	83.6%	78.7%	76.2%
סה"כ	מונה	445,424	23,008	84,422	135,286	121,796	55,199	18,411	5,290	2,012	
	מכנה	497,224	26,701	91,995	146,492	135,658	64,220	22,582	6,835	2,741	
	שיעור		89.6%	86.2%	91.8%	92.4%	89.8%	86.0%	81.5%	77.4%	73.4%

טבלה 88: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
18-24	מונה	1,907	210	524	546	627	
	מכנה	2,622	302	747	760	813	
	שיעור		72.7%	69.5%	70.1%	71.8%	77.1%
25-34	מונה	5,003	478	1,409	1,532	1,584	
	מכנה	6,478	687	1,866	1,988	1,937	
	שיעור		77.2%	69.6%	75.5%	77.1%	81.8%
35-44	מונה	17,441	1,458	4,537	5,089	6,357	
	מכנה	21,442	1,931	5,787	6,274	7,450	
	שיעור		81.3%	75.5%	78.4%	81.1%	85.3%
45-54	מונה	52,513	4,654	14,164	16,497	17,198	
	מכנה	61,208	5,655	16,906	19,213	19,434	
	שיעור		85.8%	82.3%	83.8%	85.9%	88.5%
55-64	מונה	116,613	13,239	37,564	40,045	25,765	
	מכנה	130,055	15,350	42,362	44,534	27,809	
	שיעור		89.7%	86.2%	88.7%	89.9%	92.6%
65-74	מונה	130,251	19,564	47,435	42,453	20,799	
	מכנה	141,118	21,639	51,548	45,809	22,122	
	שיעור		92.3%	90.4%	92.0%	92.7%	94.0%
75-84	מונה	81,679	12,572	29,881	28,665	10,561	
	מכנה	89,053	13,862	32,569	31,190	11,432	
	שיעור		91.7%	90.7%	91.7%	91.9%	92.4%
85+	מונה	22,373	4,249	8,561	7,337	2,226	
	מכנה	25,962	5,018	9,895	8,498	2,551	
	שיעור		86.2%	84.7%	86.5%	86.3%	87.3%
סה"כ	מונה	427,780	56,424	144,075	142,164	85,117	
	מכנה	477,938	64,444	161,680	158,266	93,548	
	שיעור		89.5%	87.6%	89.1%	89.8%	91.0%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 18 ומעלה שערכי מדידת לחץ הדם האחרונה שלהם היו סיסטולי 140 מ"מ"כ או פחות יחד עם דיאסטולי 90 מ"מ"כ או פחות

רציונאל: יתר לחץ דם הוא מחלה נלווית שכיחה לסוכרת ומעריכים כי כ-80% מחולי סוכרת הבוגרים סובלים גם מיתר לחץ דם. שיעור זה גבוה פי שניים לפחות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. תחלואה כפולה בסוכרת ויתר לחץ דם מעלה מאד את הסיכון למחלות לב וכלי דם (שבץ מוחי, אי־ספיקת לב, מחלת לב כלילית, מחלת כלי דם פריפרית) ויתכן וגם תורמת לפגיעה בכלי דם קטנים המתבטאת בפגיעה סוכרתית עינית וכלייתית. חולי סוכרת חייבים באיזון קפדני של לחץ הדם, כשערך הסף להגדרת יתר לחץ דם בחולי סוכרת, בדומה לכלל האוכלוסייה נקבע על 140/90 מ"מ"כ

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה עם תיעוד של מדידת לחץ דם אחת לפחות בשנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערכי מדידת לחץ דם אחרונה של סיסטולי 140 מ"מ"כ או פחות יחד עם דיאסטולי 90 מ"מ"כ או פחות

הערות: לאחרונה פורסמו קווים מנחים עדכניים למניעת, אבחון וטיפול ביתר לחץ דם מטעם ה־American College of Cardiology וה־American Heart Association המגדירים ערך סף חדש של 130/80 מ"מ"כ כספית לקביעת אבחנה של יתר לחץ דם באוכלוסייה הכללית ובחולי סוכרת בפרט. קווים מנחים אלו לא אומצו בינתיים בישראל והגדרת המדד נותרה כשהיתה.

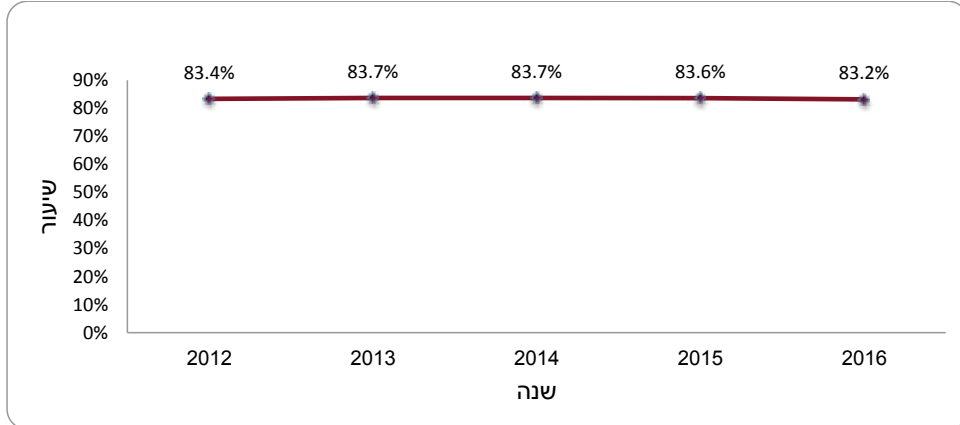
תוצאות (תרשימים 138-140 וטבלאות 89-90)

שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שעמדו ביעד האיזון (לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ כספית) נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 83.2% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (86.6%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (82.3%).

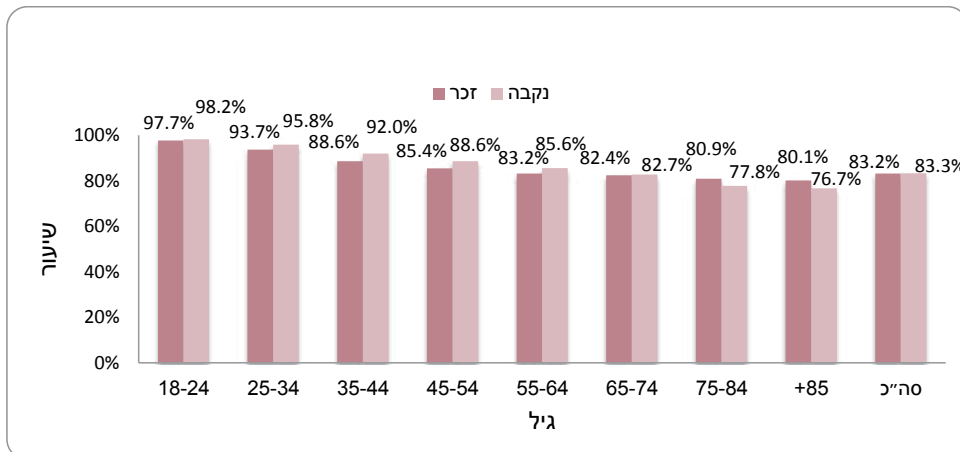
שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם ערכי מדידת לחץ דם סיסטולי 140 מ"מ"כ או פחות יחד עם לחץ דם דיאסטולי 90 מ"מ"כ או פחות (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה אשר ביצעו מדידת לחץ דם (מכנה)

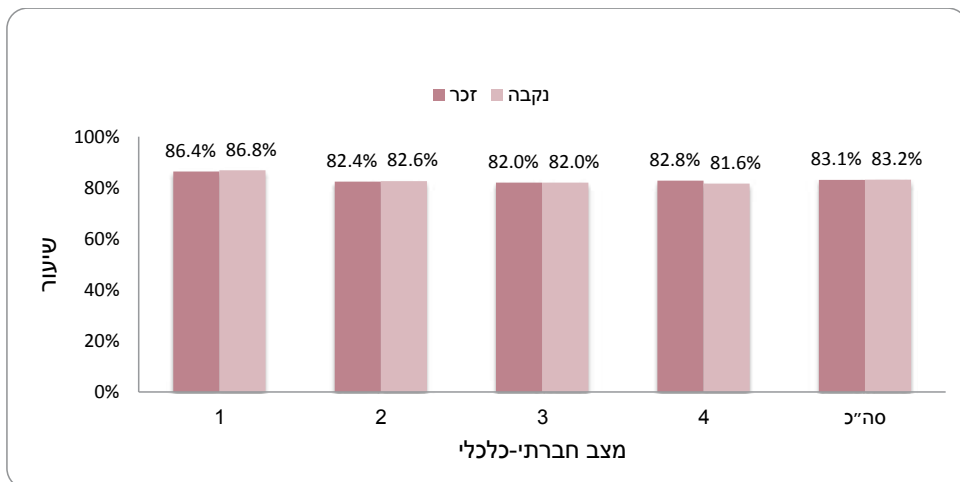
תרשים 138: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 139: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 140: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת עם ערכי מדידת לחץ דם סיסטולי 140 ממ"מ או פחות יחד עם לחץ דם דיאסטולי 90 ממ"מ או פחות (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה אשר ביצעו מדידת לחץ דם (מכנה)

טבלה 89: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	190,873	7,624	30,568	56,798	54,666	27,616	9,919	2,683	999
	מכנה	229,415	9,520	37,805	68,968	65,701	32,345	11,190	2,864	1,022
	שיעור	83.2%	80.1%	80.9%	82.4%	83.2%	85.4%	88.6%	93.7%	97.7%
נקבה	מונה	185,196	10,313	36,709	55,839	49,879	21,532	7,326	2,512	1,086
	מכנה	222,402	13,454	47,175	67,509	58,264	24,305	7,967	2,622	1,106
	שיעור	83.3%	76.7%	77.8%	82.7%	85.6%	88.6%	92.0%	95.8%	98.2%
סה"כ	מונה	376,069	17,937	67,277	112,637	104,545	49,148	17,245	5,195	2,085
	מכנה	451,817	22,974	84,980	136,477	123,965	56,650	19,157	5,486	2,128
	שיעור	83.2%	78.1%	79.2%	82.5%	84.3%	86.8%	90.0%	94.7%	98.0%

טבלה 90: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
18-24	מונה	1,979	222	544	558	655
	מכנה	2,021	227	554	572	668
	שיעור	97.9%	97.8%	98.2%	97.6%	98.1%
25-34	מונה	4,906	467	1,370	1,497	1,572
	מכנה	5,193	486	1,460	1,594	1,653
	שיעור	94.5%	96.1%	93.8%	93.9%	95.1%
35-44	מונה	16,315	1,362	4,145	4,717	6,091
	מכנה	18,142	1,522	4,698	5,298	6,624
	שיעור	89.9%	89.5%	88.2%	89.0%	92.0%
45-54	מונה	46,684	4,108	12,400	14,565	15,611
	מכנה	53,908	4,751	14,558	17,004	17,595
	שיעור	86.6%	86.5%	85.2%	85.7%	88.7%
55-64	מונה	99,990	11,267	31,968	34,097	22,658
	מכנה	118,743	13,469	38,377	40,768	26,129
	שיעור	84.2%	83.7%	83.3%	83.6%	86.7%
65-74	מונה	108,365	16,303	39,270	35,080	17,712
	מכנה	131,420	19,761	47,914	42,828	20,917
	שיעור	82.5%	82.5%	82.0%	81.9%	84.7%
75-84	מונה	65,048	9,987	23,660	22,702	8,699
	מכנה	82,233	12,665	30,140	28,833	10,595
	שיעור	79.1%	78.9%	78.5%	78.7%	82.1%
85+	מונה	17,453	3,276	6,570	5,760	1,847
	מכנה	22,338	4,247	8,557	7,322	2,212
	שיעור	78.1%	77.1%	76.8%	78.7%	83.5%
סה"כ	מונה	360,740	46,992	119,927	118,976	74,845
	מכנה	433,998	57,128	146,258	144,219	86,393
	שיעור	83.1%	82.3%	82.0%	82.5%	86.6%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו לפחות בדיקה אחת של כולסטרול LDL או non-HDL בשנת המדד

רציונאל: חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר לחלות במחלות לב וכלי דם, המהוות הסיבה העיקרית לתמותה באוכלוסייה זו. טיפול אינטנסיבי להפחתת רמת כולסטרול LDL עשוי להיטיב עם החולים כבר בשנתיים הראשונות לטיפול ולהקטין את הסיכון להתקפי לב או שבץ מוחי. חלק בלתי נפרד מטיפול זה הינו ניטור תקופתי על רמת הכולסטרול על-ידי מדידת הרכב שומני הדם (ליפידוגרם), הכוללים כולסטרול LDL (או כולסטרול non-HDL כמדד חליפי, כאשר מדידת ה-LDL אינה אמינה). מדידה זו אמורה להתבצע לפחות אחת לשנה.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או כולסטרול non-HDL בשנת המדד

הערות: אין

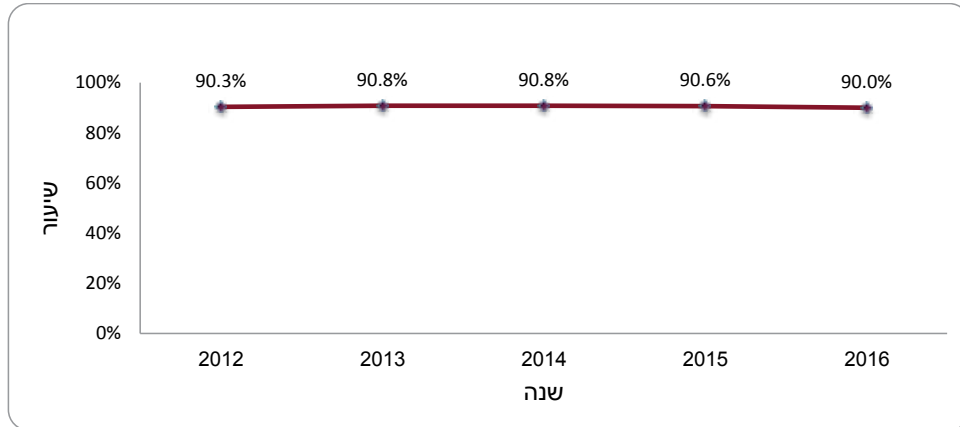
תוצאות (תרשימים 141-143 וטבלאות 91-92)

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 90.0% ב-2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב נשים (91.2%) מאשר בקרב גברים (88.9%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

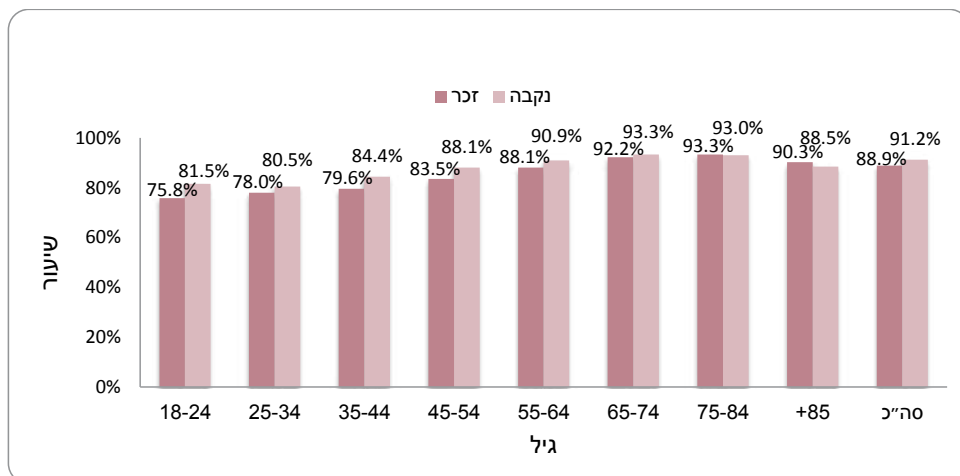
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

תרשים 141: לפי שנה, 2016-2012



תרשים 142: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 143: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

טבלה 91: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל									
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	225,395	9,651	37,811	68,420	63,939	31,091	10,643	2,806	1,034	
	מכנה	253,528	10,683	40,528	74,188	72,573	37,218	13,375	3,598	1,365	
	שיעור	88.9%	90.3%	93.3%	92.2%	88.1%	83.5%	79.6%	78.0%	75.8%	
נקבה	מונה	222,130	14,183	47,851	67,477	57,329	23,792	7,770	2,606	1,122	
	מכנה	243,696	16,018	51,467	72,304	63,085	27,002	9,207	3,237	1,376	
	שיעור	91.2%	88.5%	93.0%	93.3%	90.9%	88.1%	84.4%	80.5%	81.5%	
סה"כ	מונה	447,525	23,834	85,662	135,897	121,268	54,883	18,413	5,412	2,156	
	מכנה	497,224	26,701	91,995	146,492	135,658	64,220	22,582	6,835	2,741	
	שיעור	90.0%	89.3%	93.1%	92.8%	89.4%	85.5%	81.5%	79.2%	78.7%	

טבלה 92: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
18-24	מונה	2,058	243	590	569	656	
	מכנה	2,622	302	747	760	813	
	שיעור	78.5%	80.5%	79.0%	74.9%	80.7%	
25-34	מונה	5,123	537	1,481	1,570	1,535	
	מכנה	6,478	687	1,866	1,988	1,937	
	שיעור	79.1%	78.2%	79.4%	79.0%	79.2%	
35-44	מונה	17,445	1,571	4,627	5,056	6,191	
	מכנה	21,442	1,931	5,787	6,274	7,450	
	שיעור	81.4%	81.4%	80.0%	80.6%	83.1%	
45-54	מונה	52,230	4,772	14,354	16,531	16,573	
	מכנה	61,208	5,655	16,906	19,213	19,434	
	שיעור	85.3%	84.4%	84.9%	86.0%	85.3%	
55-64	מונה	116,150	13,591	37,835	39,993	24,731	
	מכנה	130,055	15,350	42,362	44,534	27,809	
	שיעור	89.3%	88.5%	89.3%	89.8%	88.9%	
65-74	מונה	130,862	20,089	47,993	42,525	20,255	
	מכנה	141,118	21,639	51,548	45,809	22,122	
	שיעור	92.7%	92.8%	93.1%	92.8%	91.6%	
75-84	מונה	82,915	13,029	30,493	28,967	10,426	
	מכנה	89,053	13,862	32,569	31,190	11,432	
	שיעור	93.1%	94.0%	93.6%	92.9%	91.2%	
85+	מונה	23,167	4,541	8,824	7,544	2,258	
	מכנה	25,962	5,018	9,895	8,498	2,551	
	שיעור	89.2%	90.5%	89.2%	88.8%	88.5%	
סה"כ	מונה	429,950	58,373	146,197	142,755	82,625	
	מכנה	477,938	64,444	161,680	158,266	93,548	
	שיעור	90.0%	90.6%	90.4%	90.2%	88.3%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל

רציונאל: חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר לתחלואה ותמותה ממחלות לב וכלי דם, כאשר גורם הסיכון החשוב ביותר היא תחלואה נלווית בדיסליפידמיה. טיפול מוקדם וקפדני בגורם סיכון זה על ידי שילוב של שינוי באורח החיים ושימוש בתרופות ממשפחת הסטטינים מביא לירידה משמעותית בתמותה בקרב חולי סוכרת. ההנחיות הישראליות של החברה לחקר, מניעה וטיפול בטרשת העורקים משנת 2014 מגדירות את חולי הסוכרת כבעלי סיכון גבוה לתחלואת לב וכלי דם. ההנחיות הישראליות מדגישות את החשיבות של המשך השימוש בערכי מטרה לאיזון רמות ה-LDL, הנגזרים מרמת הסיכון לתחלואת לב וכלי דם, לצורך ניטור יעילות הטיפול בדיסליפידמיה. בחולי סוכרת המצויים בסיכון גבוה לתחלואת לב וכלי דם יש לשאוף לערכי כולסטרול LDL של 100 מ"ג/ד"ל ומטה, ובחולי סוכרת המצויים בסיכון גבוה מאד יש לשאוף לערכי LDL שווים או נמוכים מ-70 מ"ג/ד"ל. הגדרת המדד מאמצת את ערך היעד של 100 מ"ג/ד"ל כרף העליון של רמת ה-LDL עבור כלל חולי הסוכרת.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה, שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL בשנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל) (תוצאה אחרונה)

הערות: אין

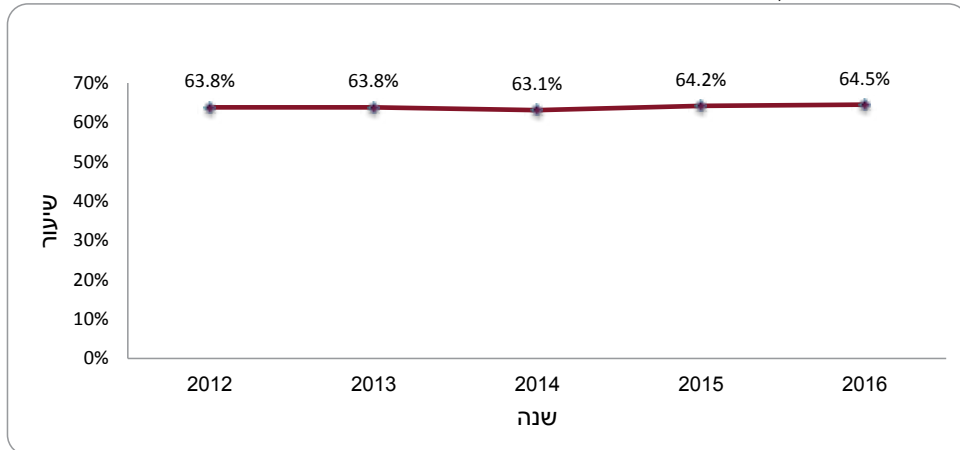
תוצאות (תרשימים 144-146 וטבלאות 93-94)

שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שהגיעו ליעד האיזון בכולסטרול (רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל) נותר יציב בין השנים 2012-2016, ועמד על 64.5% בשנת 2016. השיעור היה נמוך יותר בקרב נשים (60.8%) מאשר בקרב גברים (68.3%). הפער היה בולט במיוחד מגיל 45 ומעלה. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (62.7%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (66.4%).

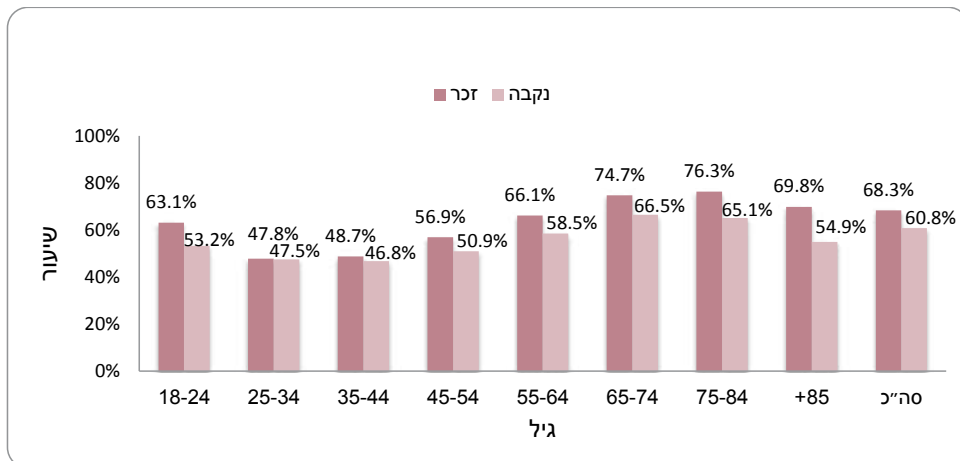
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת LDL (מכנה)

תרשים 144: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 145: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 146: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת

חולי סוכרת עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת LDL (מכנה)

טבלה 93: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל									
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	153,841	6,737	28,868	51,098	42,284	17,677	5,185	1,340	652	
	מכנה	225,395	9,651	37,811	68,420	63,939	31,091	10,643	2,806	1,034	
	שיעור	68.3%	69.8%	76.3%	74.7%	66.1%	56.9%	48.7%	47.8%	63.1%	
נקבה	מונה	134,960	7,785	31,143	44,898	33,549	12,112	3,639	1,237	597	
	מכנה	222,130	14,183	47,851	67,477	57,329	23,792	7,770	2,606	1,122	
	שיעור	60.8%	54.9%	65.1%	66.5%	58.5%	50.9%	46.8%	47.5%	53.2%	
סה"כ	מונה	288,801	14,522	60,011	95,996	75,833	29,789	8,824	2,577	1,249	
	מכנה	447,525	23,834	85,662	135,897	121,268	54,883	18,413	5,412	2,156	
	שיעור	64.5%	60.9%	70.1%	70.6%	62.5%	54.3%	47.9%	47.6%	57.9%	

טבלה 94: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
18-24	מונה	1,190	143	338	338	371	
	מכנה	2,058	243	590	569	656	
	שיעור	57.8%	58.8%	57.3%	59.4%	56.6%	
25-34	מונה	2,439	275	686	719	759	
	מכנה	5,123	537	1,481	1,570	1,535	
	שיעור	47.6%	51.2%	46.3%	45.8%	49.4%	
35-44	מונה	8,323	751	2,155	2,335	3,082	
	מכנה	17,445	1,571	4,627	5,056	6,191	
	שיעור	47.7%	47.8%	46.6%	46.2%	49.8%	
45-54	מונה	28,239	2,588	7,582	8,854	9,215	
	מכנה	52,230	4,772	14,354	16,531	16,573	
	שיעור	54.1%	54.2%	52.8%	53.6%	55.6%	
55-64	מונה	72,590	8,613	23,667	24,723	15,587	
	מכנה	116,150	13,591	37,835	39,993	24,731	
	שיעור	62.5%	63.4%	62.6%	61.8%	63.0%	
65-74	מונה	92,343	14,318	34,163	29,535	14,327	
	מכנה	130,862	20,089	47,993	42,525	20,255	
	שיעור	70.6%	71.3%	71.2%	69.5%	70.7%	
75-84	מונה	58,018	9,298	21,744	19,838	7,138	
	מכנה	82,915	13,029	30,493	28,967	10,426	
	שיעור	70.0%	71.4%	71.3%	68.5%	68.5%	
85+	מונה	14,103	2,787	5,376	4,583	1,357	
	מכנה	23,167	4,541	8,824	7,544	2,258	
	שיעור	60.9%	61.4%	60.9%	60.8%	60.1%	
סה"כ	מונה	277,245	38,773	95,711	90,925	51,836	
	מכנה	429,950	58,373	146,197	142,755	82,625	
	שיעור	64.5%	66.4%	65.5%	63.7%	62.7%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 18 ומעלה אשר ניתן היה לחשב עבורם את ערך ה-BMI בשנת המדד

רציונאל: השמנת יתר מהווה גורם סיכון עצמאי למחלות לב וכלי דם. כ־80% ממקרי סוכרת סוג 2 קשורים בהשמנת יתר, אשר מגבירה את הסיכון למחלות לב, הגבוה ממילא בחולי סוכרת. ההנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מעקב אחר משקל הגוף ושמירה על משקל גוף תקין, בעיקר באמצעות קיום אורח חיים הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה. ערך ה־BMI הינו אמת-מידה של השמנה, אשר מבוסס על משקל ביחס לגובה.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה) - תיעוד משקל בשנת המדד וגובה פעם אחת אחרי גיל 18)

הערות: אין

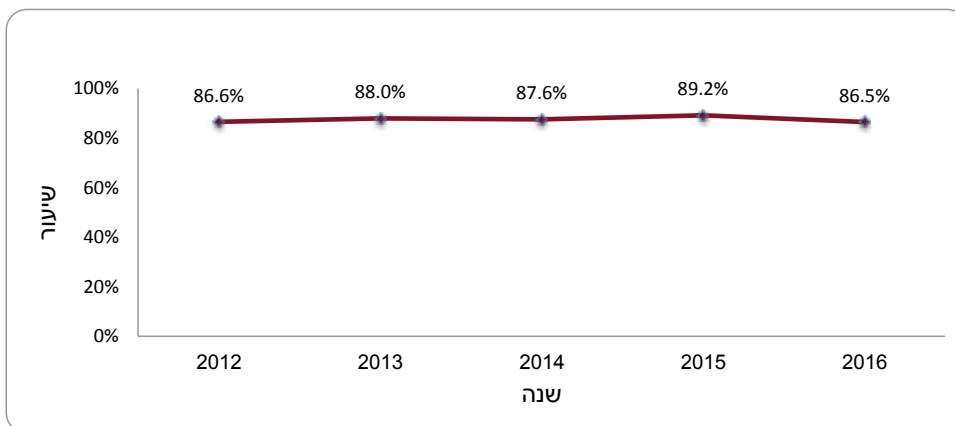
תוצאות (תרשימים 147-149 וטבלאות 95-96)

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 86.5% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב נשים וגברים. השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (88.9%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (83.7%).

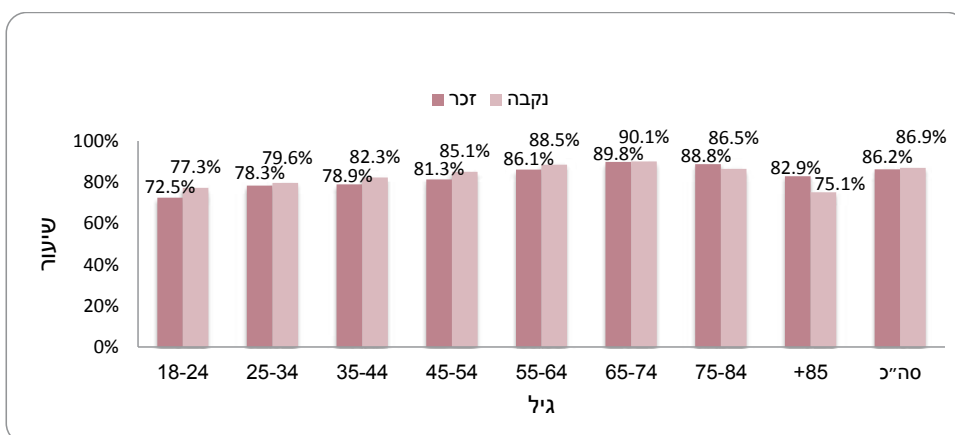
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

תרשים 147: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 148: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 149: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 95: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל								
		סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	מונה	219,894	8,743	35,820	66,535	63,060	30,882	10,911	2,900	1,043
	מכנה	255,203	10,548	40,335	74,115	73,226	38,004	13,834	3,702	1,439
	שיעור	86.2%	82.9%	88.8%	89.8%	86.1%	81.3%	78.9%	78.3%	72.5%
נקבה	מונה	212,588	11,894	44,380	65,091	56,309	23,419	7,768	2,610	1,117
	מכנה	244,723	15,846	51,284	72,251	63,661	27,521	9,436	3,279	1,445
	שיעור	86.9%	75.1%	86.5%	90.1%	88.5%	85.1%	82.3%	79.6%	77.3%
סה"כ	מונה	432,482	20,637	80,200	131,626	119,369	54,301	18,679	5,510	2,160
	מכנה	499,926	26,394	91,619	146,366	136,887	65,525	23,270	6,981	2,884
	שיעור	86.5%	78.2%	87.5%	89.9%	87.2%	82.9%	80.3%	78.9%	74.9%

טבלה 96: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
18-24	מונה	2,052	217	572	576	687
	מכנה	2,760	316	794	795	855
	שיעור	74.3%	68.7%	72.0%	72.5%	80.4%
25-34	מונה	5,214	487	1,486	1,599	1,642
	מכנה	6,623	687	1,899	2,033	2,004
	שיעור	78.7%	70.9%	78.3%	78.7%	81.9%
35-44	מונה	17,676	1,484	4,583	5,155	6,454
	מכנה	22,097	1,977	5,953	6,469	7,698
	שיעור	80.0%	75.1%	77.0%	79.7%	83.8%
45-54	מונה	51,613	4,509	13,876	16,214	17,014
	מכנה	62,466	5,743	17,295	19,682	19,746
	שיעור	82.6%	78.5%	80.2%	82.4%	86.2%
55-64	מונה	114,187	12,812	36,742	39,153	25,480
	מכנה	131,273	15,487	42,871	44,927	27,988
	שיעור	87.0%	82.7%	85.7%	87.1%	91.0%
65-74	מונה	126,611	18,893	46,136	41,171	20,411
	מכנה	140,998	21,653	51,525	45,784	22,036
	שיעור	89.8%	87.3%	89.5%	89.9%	92.6%
75-84	מונה	77,528	11,902	28,416	27,164	10,046
	מכנה	88,693	13,815	32,461	31,071	11,346
	שיעור	87.4%	86.2%	87.5%	87.4%	88.5%
85+	מונה	20,053	3,797	7,704	6,526	2,026
	מכנה	25,659	4,974	9,786	8,390	2,509
	שיעור	78.2%	76.3%	78.7%	77.8%	80.7%
סה"כ	מונה	414,934	54,101	139,515	137,558	83,760
	מכנה	480,569	64,652	162,584	159,151	94,182
	שיעור	86.3%	83.7%	85.8%	86.4%	88.9%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של עודף משקל בחולי סוכרת

בני 20-64

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 20-64 אשר סובלים מעודף משקל

רציונאל: השמנת יתר מהווה גורם סיכון חשוב להתפתחות סוכרת מסוג 2, מקשה על איזון ערכי הסוכר, מחמירה מחלות נלוות אחרות ומהווה גורם סיכון לתחלואה לבבית. בחולים סוכרתיים הסובלים מעודף משקל, גם ירידה מתונה וקבועה במשקל הוכחה כמשפרת את איזון הסוכרת, את השליטה ביתר לחץ דם ודיסליפידמיה ומפחיתה את הצורך בטיפול תרופתי במצבים אלו. ההנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מעקב אחר משקל הגוף ושמירה על משקל גוף תקין, באמצעות קיום אורח חיים הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, טיפול התנהגותי ובמידת הצורך, טיפול תרופתי וניתוח בריאטרי.

מכנה: חולי סוכרת בני 20-64 עם תיעוד BMI (תיעוד משקל בשנת המדד וגובה פעם אחת אחרי גיל 18)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך BMI אחרון גדול או שווה ל-25 ק"ג/מ² וקטן מ-30 ק"ג/מ².

הערות: מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח תוכנית המדדים.

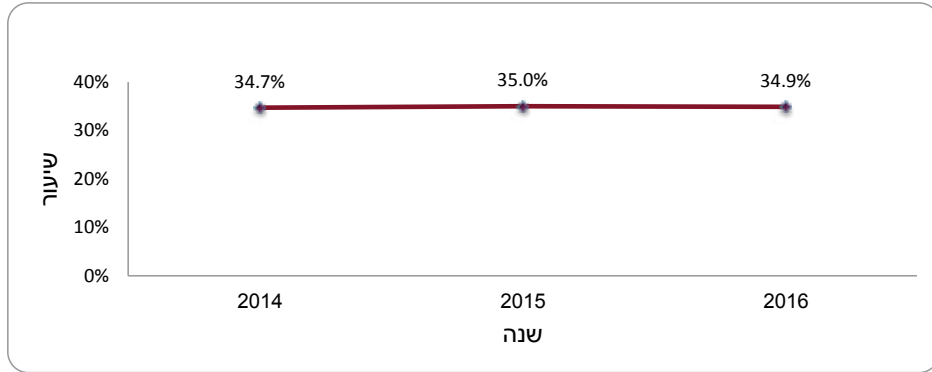
תוצאות (תרשימים 150-152 וטבלאות 97-98)

שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 34.9% ב־2016. השיעור היה נמוך יותר במידה ניכרת בקרב נשים (28.6%) מאשר בקרב גברים (40.1%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (32.1%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (39.2%).

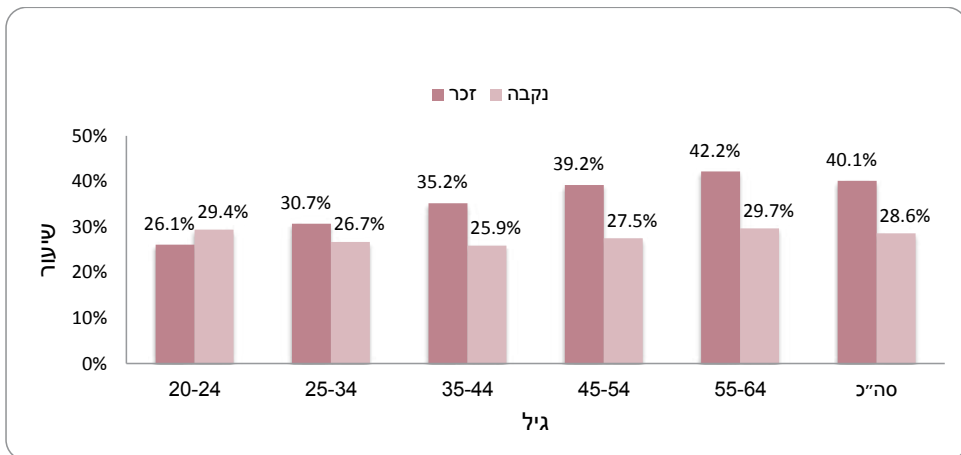
שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64

שיעור המבוטחים בעלי עודף משקל (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 20-64 (מכנה)

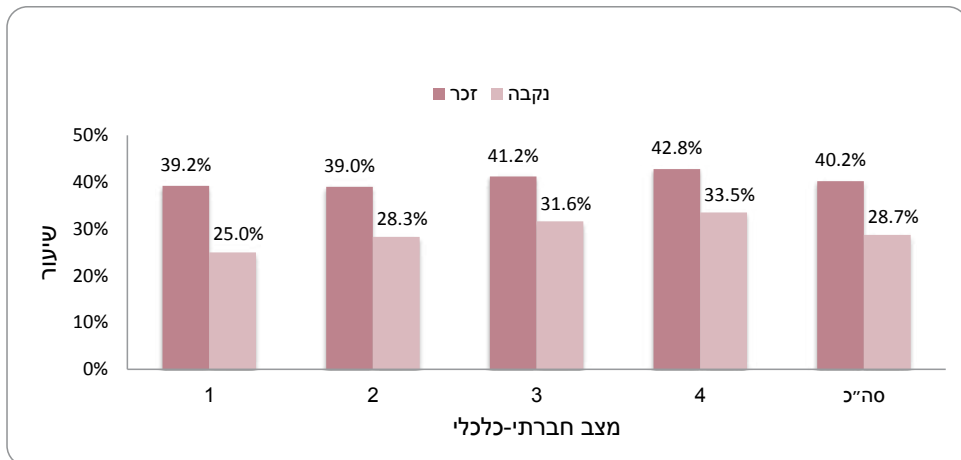
תרשים 150: לפי שנה, 2014-2016



תרשים 151: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 152: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של עודף משקל בקרב חולי סוכרת בני 20-64

מבוטחים בעלי עודף משקל (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 20-64 (מכנה)

טבלה 97: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		55-64	45-54	35-44	25-34	20-24	
זכר	מונה	22,900	11,854	3,716	862	185	39,517
	מכנה	54,220	30,246	10,543	2,809	709	98,527
	שיעור	42.2%	39.2%	35.2%	30.7%	26.1%	40.1%
נקבה	מונה	14,245	6,313	1,960	683	230	23,431
	מכנה	48,038	22,985	7,557	2,561	783	81,924
	שיעור	29.7%	27.5%	25.9%	26.7%	29.4%	28.6%
סה"כ	מונה	37,145	18,167	5,676	1,545	415	62,948
	מכנה	102,258	53,231	18,100	5,370	1,492	180,451
	שיעור	36.3%	34.1%	31.4%	28.8%	27.8%	34.9%

טבלה 98: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		4	3	2	1	סה"כ
20-24	מונה	36	128	99	127	390
	מכנה	134	415	393	475	1,417
	שיעור	26.9%	30.8%	25.2%	26.7%	27.5%
25-34	מונה	129	416	467	447	1,459
	מכנה	483	1,451	1,558	1,584	5,076
	שיעור	26.7%	28.7%	30.0%	28.2%	28.7%
35-44	מונה	470	1,488	1,479	1,942	5,379
	מכנה	1,440	4,463	4,992	6,231	17,126
	שיעור	32.6%	33.3%	29.6%	31.2%	31.4%
45-54	מונה	1,681	4,920	5,332	5,344	17,277
	מכנה	4,437	13,577	15,830	16,735	50,579
	שיעור	37.9%	36.2%	33.7%	31.9%	34.2%
55-64	מונה	4,408	11,882	11,826	7,450	35,566
	מכנה	10,647	30,813	33,566	22,619	97,645
	שיעור	41.4%	38.6%	35.2%	32.9%	36.4%
סה"כ	מונה	6,724	18,834	19,203	15,310	60,071
	מכנה	17,141	50,719	56,339	47,644	171,843
	שיעור	39.2%	37.1%	34.1%	32.1%	35.0%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בחולי סוכרת בני 20-64

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 20-64 אשר סובלים מהשמנת יתר

רציונאל: השמנת יתר מהווה גורם סיכון חשוב להתפתחות סוכרת מסוג 2, מקשה על איזון ערכי הסוכר, מחמירה מחלות נלוות אחרות ומהווה גורם סיכון לתחלואה לבבית. בחולים סוכרתיים הסובלים מעודף משקל, גם ירידה מתונה וקבועה במשקל הוכחה כמשפרת את איזון הסוכרת, את השליטה ביתר לחץ דם ודיסליפידמיה ומפחיתה את הצורך בטיפול תרופתי במצבים אלו. ההנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מעקב אחר משקל הגוף ושמירה על משקל גוף תקין, באמצעות קיום אורח חיים הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, טיפול התנהגותי ובמידת הצורך, טיפול תרופתי וניתוח בריאטרי.

מכנה: חולי סוכרת בני 20-64 עם תיעוד BMI (תיעוד משקל בשנת המדד וגובה פעם אחת אחרי גיל 18)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך BMI אחרון גדול או שווה ל-30 ק"ג/מ² וקטן מ-35 ק"ג/מ².

הערות: מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח תוכנית המדדים.

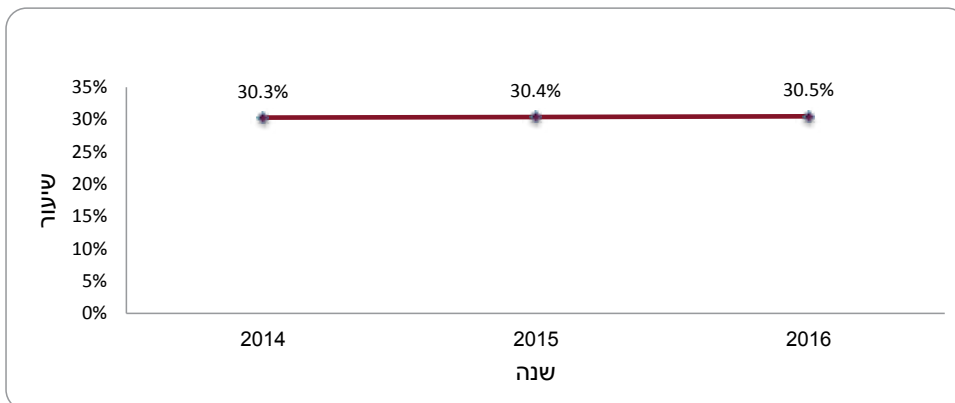
תוצאות (תרשימים 153-155 וטבלאות 99-100)

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 30.5% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב גברים ונשים. השיעור בשכבה החברתית כלכלית החלשה (31.7%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (28.7%).

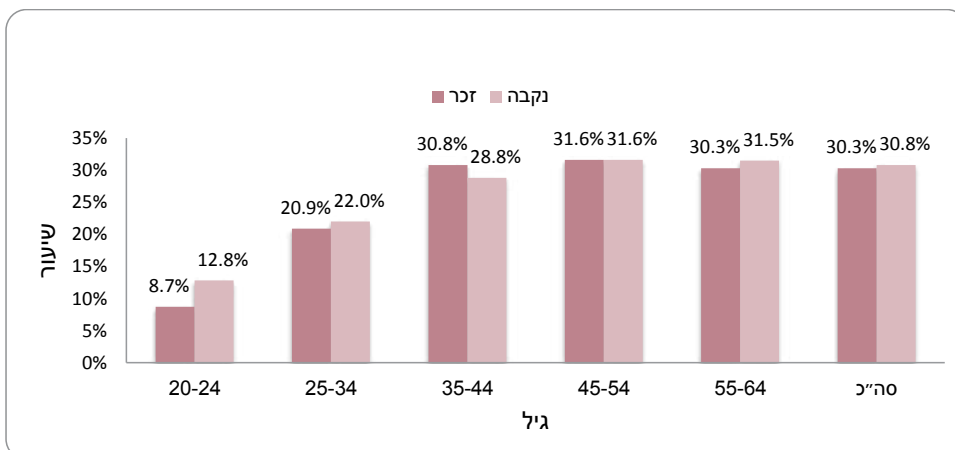
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64

שיעור המבוטחים בעלי השמנת יתר (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 20-64 (מכנה)

תרשים 153: לפי שנה, 2014-2016



תרשים 154: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 155: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 20-64

מבוטחים בעלי השמנת יתר (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 20-64 (מכנה)

טבלה 99: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	מונה	29,867	16,414	9,560	3,245	586	62
	מכנה	98,527	54,220	30,246	10,543	2,809	709
	שיעור	30.3%	30.3%	31.6%	30.8%	20.9%	8.7%
נקבה	מונה	25,254	15,146	7,267	2,178	563	100
	מכנה	81,924	48,038	22,985	7,557	2,561	783
	שיעור	30.8%	31.5%	31.6%	28.8%	22.0%	12.8%
סה"כ	מונה	55,121	31,560	16,827	5,423	1,149	162
	מכנה	180,451	102,258	53,231	18,100	5,370	1,492
	שיעור	30.5%	30.9%	31.6%	30.0%	21.4%	10.9%

טבלה 100: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
20-24	מונה	154	5	56	39	54
	מכנה	1,417	134	415	393	475
	שיעור	10.9%	3.7%	13.5%	9.9%	11.4%
25-34	מונה	1,075	76	282	324	393
	מכנה	5,076	483	1,451	1,558	1,584
	שיעור	21.2%	15.7%	19.4%	20.8%	24.8%
35-44	מונה	5,107	372	1,248	1,516	1,971
	מכנה	17,126	1,440	4,463	4,992	6,231
	שיעור	29.8%	25.8%	28.0%	30.4%	31.6%
45-54	מונה	16,000	1,343	4,190	4,984	5,483
	מכנה	50,579	4,437	13,577	15,830	16,735
	שיעור	31.6%	30.3%	30.9%	31.5%	32.8%
55-64	מונה	30,116	3,122	9,358	10,449	7,187
	מכנה	97,645	10,647	30,813	33,566	22,619
	שיעור	30.8%	29.3%	30.4%	31.1%	31.8%
סה"כ	מונה	52,452	4,918	15,134	17,312	15,088
	מכנה	171,843	17,141	50,719	56,339	47,644
	שיעור	30.5%	28.7%	29.8%	30.7%	31.7%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בחולי סוכרת בני 20-64

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 20-64 אשר סובלים מהשמנת יתר חולנית

רציונאל: השמנת יתר מהווה גורם סיכון חשוב להתפתחות סוכרת מסוג 2, מקשה על איזון ערכי הסוכר, מחמירה מחלות נלוות אחרות ומהווה גורם סיכון לתחלואה לבבית. בחולים סוכרתיים הסובלים מעודף משקל, גם ירידה מתונה וקבועה במשקל הוכחה כמשפרת את איזון הסוכרת, את השליטה ביתר לחץ דם ודיסליפידמיה ומפחיתה את הצורך בטיפול תרופתי במצבים אלו. ההנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מעקב אחר משקל הגוף ושמירה על משקל גוף תקין, באמצעות קיום אורח חיים הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, טיפול התנהגותי ובמידת הצורך, טיפול תרופתי וניתוח בריאטרי. ניתוחים בריאטריים (מטבוליים) הוכחו כאמצעי יעיל לירידה במשקל, לאיזון סוכרת ולהפחתת גורמי הסיכון למחלות לב וכלי דם. הם מומלצים לחולים סוכרתיים עם BMI של 40 ק"ג/מ² ומעלה או לחולים עם BMI בין 35 ק"ג/מ² ו-40 ק"ג/מ² הסובלים מסוכרת לא מאוזנת.

מכנה: חולי סוכרת בני 20-64 עם תיעוד BMI (תיעוד משקל בשנת המדד וגובה פעם אחת אחרי גיל 18)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך BMI אחרון גדול או שווה ל-35 ק"ג/מ².

הערות: מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח תוכנית המדדים. ערך הסף של השמנת יתר חולנית נקבע על 35 ק"ג/מ² ולא 40 ק"ג/מ² כמקובל באוכלוסייה הכללית, מאחר ועל פי הנחיות משרד הבריאות חולים סוכרתיים בעלי BMI של 35 ק"ג/מ² ומעלה מעומדים לניתוח בריאטרי.

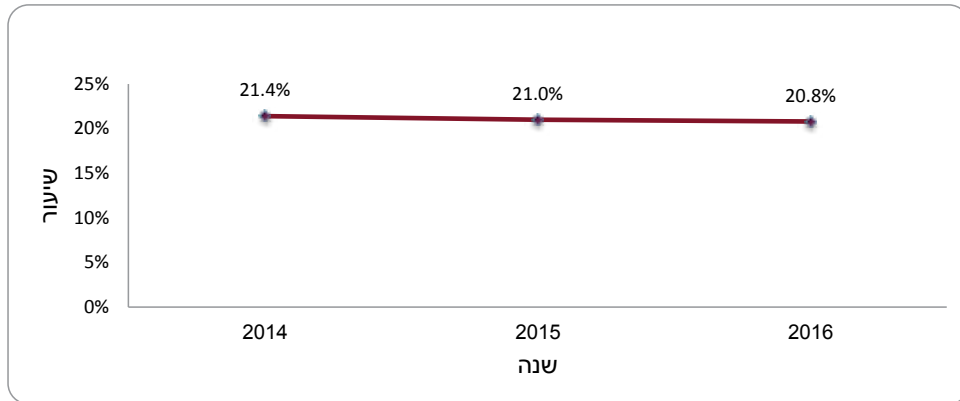
תוצאות (תרשימים 156-158 וטבלאות 101-102)

שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 20.8% ב-2016. השיעור היה גבוה כמעט פי 2 בקרב נשים (28.1%) מאשר בקרב גברים (14.6%). השיעור היה גבוה פי 1.7 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (25.0%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (14.8%).

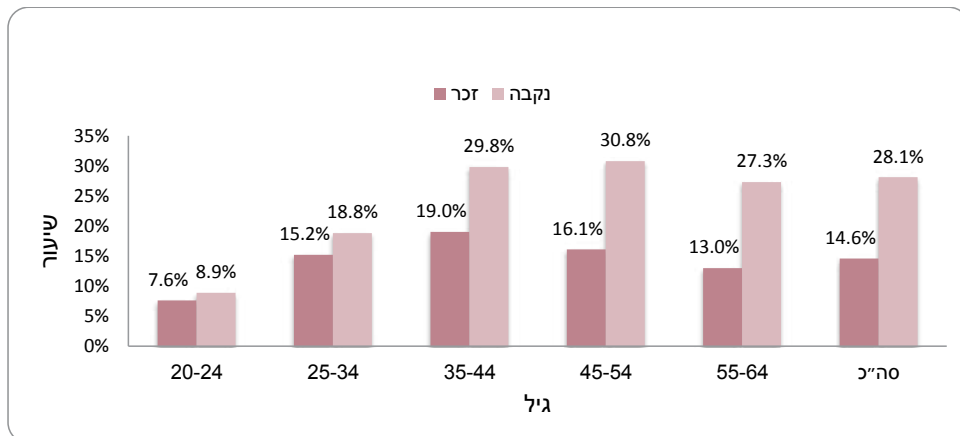
שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64

שיעור המבוטחים בעלי השמנת יתר חולנית (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 20-64 (מכנה)

תרשים 156: לפי שנה, 2014-2016



תרשים 157: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 158: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של השמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 20-64

מבוטחים בעלי השמנת יתר חולנית (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 20-64 (מכנה)

טבלה 101: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		55-64	45-54	35-44	25-34	20-24	סה"כ
זכר	מונה	7,070	4,877	2,003	427	54	14,431
	מכנה	54,220	30,246	10,543	2,809	709	98,527
	שיעור	13.0%	16.1%	19.0%	15.2%	7.6%	14.6%
נקבה	מונה	13,132	7,076	2,255	482	70	23,015
	מכנה	48,038	22,985	7,557	2,561	783	81,924
	שיעור	27.3%	30.8%	29.8%	18.8%	8.9%	28.1%
סה"כ	מונה	20,202	11,953	4,258	909	124	37,446
	מכנה	102,258	53,231	18,100	5,370	1,492	180,451
	שיעור	19.8%	22.5%	23.5%	16.9%	8.3%	20.8%

טבלה 102: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		4	3	2	1	סה"כ
20-24	מונה	4	20	36	60	120
	מכנה	134	415	393	475	1,417
	שיעור	3.0%	4.8%	9.2%	12.6%	8.5%
25-34	מונה	47	200	290	317	854
	מכנה	483	1,451	1,558	1,584	5,076
	שיעור	9.7%	13.8%	18.6%	20.0%	16.8%
35-44	מונה	253	948	1,252	1,608	4,061
	מכנה	1,440	4,463	4,992	6,231	17,126
	שיעור	17.6%	21.2%	25.1%	25.8%	23.7%
45-54	מונה	770	2,707	3,576	4,291	11,344
	מכנה	4,437	13,577	15,830	16,735	50,579
	שיעור	17.4%	19.9%	22.6%	25.6%	22.4%
55-64	מונה	1,458	5,188	6,944	5,629	19,219
	מכנה	10,647	30,813	33,566	22,619	97,645
	שיעור	13.7%	16.8%	20.7%	24.9%	19.7%
סה"כ	מונה	2,532	9,063	12,098	11,905	35,598
	מכנה	17,141	50,719	56,339	47,644	171,843
	שיעור	14.8%	17.9%	21.5%	25.0%	20.7%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בחולי סוכרת בני 65-84

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 65-84 אשר סובלים מעודף משקל

רציונאל: השמנת יתר מהווה גורם סיכון חשוב להתפתחות סוכרת מסוג 2, מקשה על איזון ערכי הסוכר, מחמירה מחלות נלוות אחרות ומהווה גורם סיכון לתחלואה לבבית. בחולים סוכרתיים הסובלים מעודף משקל, גם ירידה מתונה וקבועה במשקל הוכחה כמשפרת את איזון הסוכרת, את השליטה ביתר לחץ דם ודיסליפידמיה ומפחיתה את הצורך בטיפול תרופתי במצבים אלו. ההנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מעקב אחר משקל הגוף ושמירה על משקל גוף תקין, באמצעות קיום אורח חיים הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, טיפול התנהגותי ובמידת הצורך, טיפול תרופתי וניתוח בריאטרי.

מכנה: חולי סוכרת בני 65-84 עם תיעוד BMI (תיעוד משקל בשנת המדד וגובה פעם אחת אחרי גיל 65)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם ערך BMI אחרון גדול או שווה ל-30 ק"ג/מ².

הערות: מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח תוכנית המדדים.

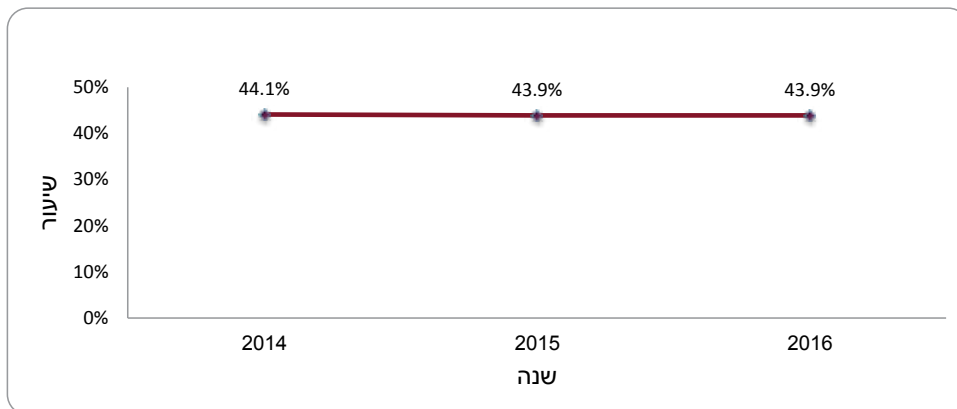
תוצאות (תרשימים 159-161 וטבלאות 103-104)

שיעור ההימצאות של השמנת יתר והשמנת יתר חולנית בקרב חולי סוכרת בני 65-84 נותר יציב בין השנים 2014-2016 ועמד על 43.9% ב-2016. השיעור היה גבוה יותר במידה ניכרת בקרב נשים (51.0%) מאשר בקרב גברים (36.3%). השיעור היה גבוה פי 1.5 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (52.2%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (35.3%).

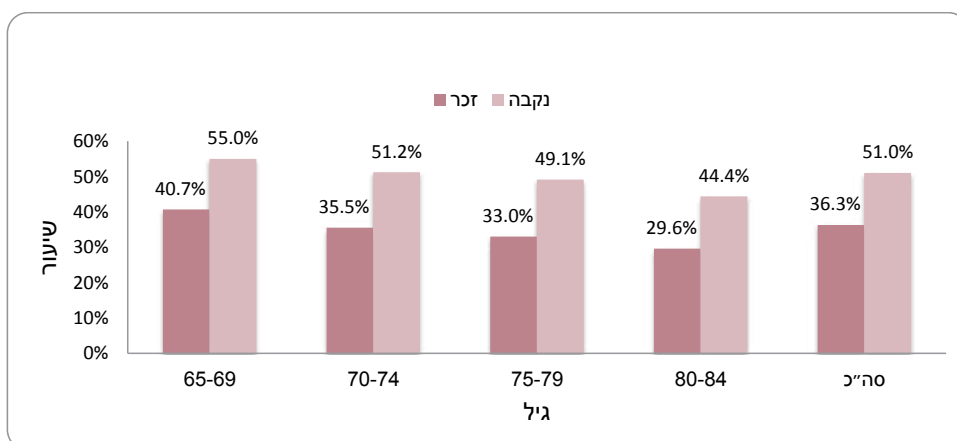
שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 65-84

שיעור המבוטחים בעלי השמנת יתר (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 65-84 (מכנה)

תרשים 159: לפי שנה, 2014-2016



תרשים 160: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 161: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב חולי סוכרת בני 65-84

מבוטחים בעלי השמנת יתר (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 65-84 (מכנה)

טבלה 103: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	80-84	75-79	70-74	65-69	
זכר	מונה	35,957	3,448	7,319	9,552	15,638	
	מכנה	99,163	11,657	22,185	26,914	38,407	
	שיעור	36.3%	29.6%	33.0%	35.5%	40.7%	
נקבה	מונה	53,895	6,669	13,097	13,824	20,305	
	מכנה	105,629	15,008	26,691	27,009	36,921	
	שיעור	51.0%	44.4%	49.1%	51.2%	55.0%	
סה"כ	מונה	89,852	10,117	20,416	23,376	35,943	
	מכנה	204,792	26,665	48,876	53,923	75,328	
	שיעור	43.9%	37.9%	41.8%	43.4%	47.7%	

טבלה 104: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	34,506	4,220	11,858	12,349	6,079	
	מכנה	72,479	10,653	26,558	24,250	11,018	
	שיעור	47.6%	39.6%	44.6%	50.9%	55.2%	
70-74	מונה	22,405	2,699	7,372	7,427	4,907	
	מכנה	51,845	7,826	18,631	16,203	9,185	
	שיעור	43.2%	34.5%	39.6%	45.8%	53.4%	
75-79	מונה	19,712	2,250	6,586	7,653	3,223	
	מכנה	47,223	6,850	16,962	16,837	6,574	
	שיעור	41.7%	32.8%	38.8%	45.5%	49.0%	
80-84	מונה	9,721	1,279	3,477	3,599	1,366	
	מכנה	25,781	4,255	9,735	8,753	3,038	
	שיעור	37.7%	30.1%	35.7%	41.1%	45.0%	
סה"כ	מונה	86,344	10,448	29,293	31,028	15,575	
	מכנה	197,328	29,584	71,886	66,043	29,815	
	שיעור	43.8%	35.3%	40.7%	47.0%	52.2%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת עונתית

רציונאל: חולים במחלות כרוניות בכל הגילאים, ובהם חולי סוכרת, נמצאים בסיכון מוגבר למחלת השפעת וסיבוכיה בהשוואה לאנשים בריאים. חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר פי 2-4 לתמותה משפעת ביחס לאוכלוסייה הבריאה. בנוסף, חולי סוכרת נוטים יותר לחלות בשפעת בזמן התפרצות השפעת העונתית. לפי ההמלצות של משרד הבריאות חולי סוכרת אמורים לקבל חיסון נגד שפעת אחת לשנה.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 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 לעונת מתן החיסון.

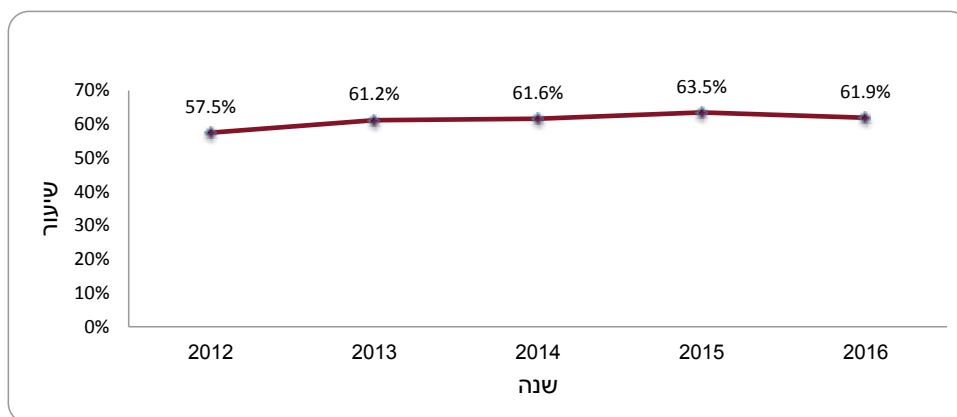
תוצאות (תרשימים 162-164 וטבלאות 105-106)

שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה שקבלו חיסון נגד שפעת עלה בין השנים 2012-2015, מ־57.5% בשנת 2012 ל־63.5% בשנת 2015. השיעור ירד לכדי 61.9% בשנת 2016, והיה מעט נמוך יותר בקרב נשים (61.3%) מאשר בקרב גברים (62.5%). השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

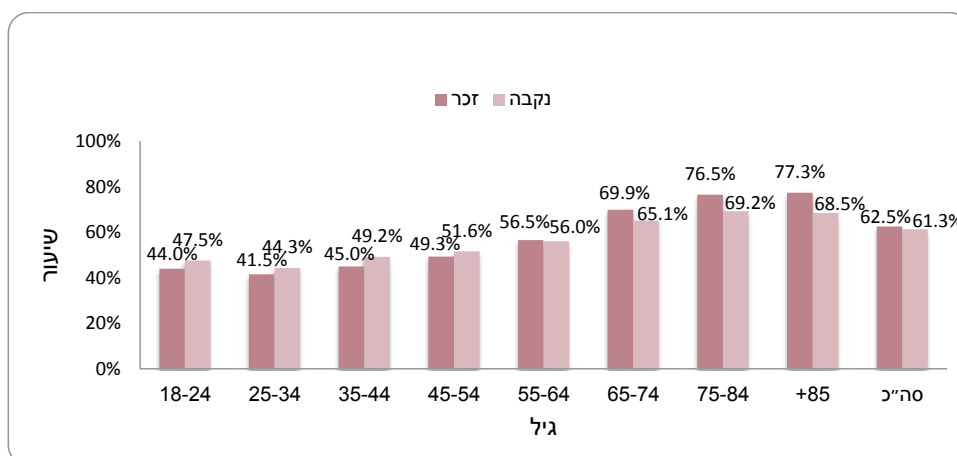
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

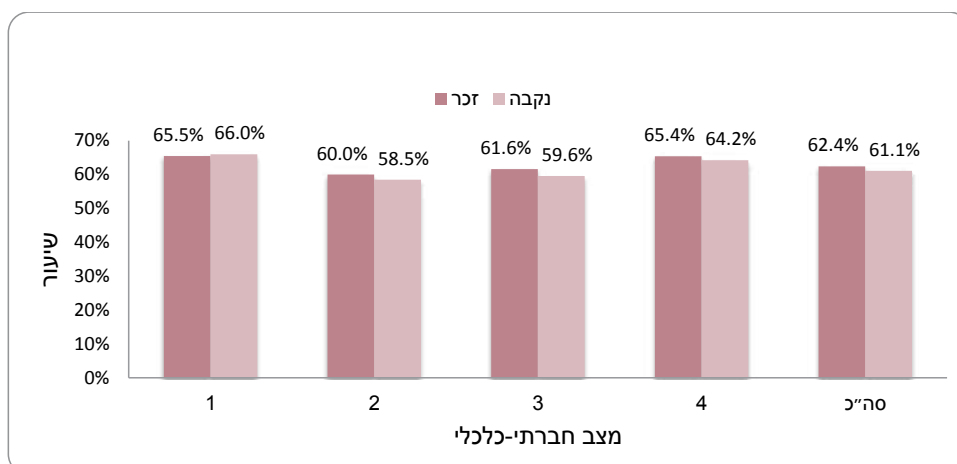
תרשים 162: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 163: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 164: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 105: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	157,658	8,018	30,712	51,618	40,904	18,312	6,007	1,487	600
	מכנה	252,326	10,378	40,154	73,898	72,430	37,167	13,352	3,584	1,363
	שיעור	62.5%	77.3%	76.5%	69.9%	56.5%	49.3%	45.0%	41.5%	44.0%
נקבה	מונה	148,774	10,723	35,344	46,920	35,278	13,894	4,530	1,432	653
	מכנה	242,528	15,645	51,075	72,074	62,976	26,952	9,198	3,234	1,374
	שיעור	61.3%	68.5%	69.2%	65.1%	56.0%	51.6%	49.2%	44.3%	47.5%
סה"כ	מונה	306,432	18,741	66,056	98,538	76,182	32,206	10,537	2,919	1,253
	מכנה	494,854	26,023	91,229	145,972	135,406	64,119	22,550	6,818	2,737
	שיעור	61.9%	72.0%	72.4%	67.5%	56.3%	50.2%	46.7%	42.8%	45.8%

טבלה 106: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		4	3	2	1	
18-24	מונה	1,191	124	304	302	461
	מכנה	2,619	302	745	760	812
	שיעור	45.5%	41.1%	40.8%	39.7%	56.8%
25-34	מונה	2,732	247	683	773	1,029
	מכנה	6,463	686	1,864	1,985	1,928
	שיעור	42.3%	36.0%	36.6%	38.9%	53.4%
35-44	מונה	9,888	794	2,181	2,725	4,188
	מכנה	21,414	1,929	5,779	6,270	7,436
	שיעור	46.2%	41.2%	37.7%	43.5%	56.3%
45-54	מונה	30,394	2,483	7,168	9,132	11,611
	מכנה	61,116	5,653	16,889	19,188	19,386
	שיעור	49.7%	43.9%	42.4%	47.6%	59.9%
55-64	מונה	72,657	8,446	22,340	23,981	17,890
	מכנה	129,818	15,334	42,309	44,448	27,727
	שיעור	56.0%	55.1%	52.8%	54.0%	64.5%
65-74	מונה	94,812	15,186	34,403	29,386	15,837
	מכנה	140,632	21,597	51,408	45,639	21,988
	שיעור	67.4%	70.3%	66.9%	64.4%	72.0%
75-84	מונה	63,845	10,616	23,517	21,336	8,376
	מכנה	88,317	13,763	32,324	30,928	11,302
	שיעור	72.3%	77.1%	72.8%	69.0%	74.1%
85+	מונה	18,216	3,740	7,032	5,642	1,802
	מכנה	25,310	4,895	9,661	8,282	2,472
	שיעור	72.0%	76.4%	72.8%	68.1%	72.9%
סה"כ	מונה	293,735	41,636	97,628	93,277	61,194
	מכנה	475,689	64,159	160,979	157,500	93,051
	שיעור	61.7%	64.9%	60.6%	59.2%	65.8%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסייה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק

רציונאל: חולים במחלות כרוניות בכל הגילאים, ובהם חולי סוכרת, מועדים לזיהומים פניאומוקוקליים בהשוואה לאנשים בריאים. חולי סוכרת מצויים בסיכון מוגבר לתחלואה ותמותה מבקטרמיה (זיהום בדם) כתוצאה מחיידק הפניאומוקוק. לפי המלצות משרד הבריאות חולי סוכרת מבוגרים אמורים לקבל מנה אחת של חיסון נגד זיהומים פניאומוקוקליים באמצעות התרכיב הפוליסכרידי (הכולל 23 זנים של החיידק, PPV23).

מכנה: חולי סוכרת בני 65-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר חוסנו נגד פניאומוקוק פעם אחת אחרי גיל 65 או בחמש השנים האחרונות

הערות: מדד זה מתייחס לחיסונים נגד זיהומים פניאומוקוקליים הניתנים באמצעות התרכיב הפוליסכרידי (הכולל 23 זנים של החיידק) בקרב אוכלוסיית חולי סוכרת בני 65-74, וזאת בשל קיומם של נתונים אלה עבור מבוגרים בלבד.

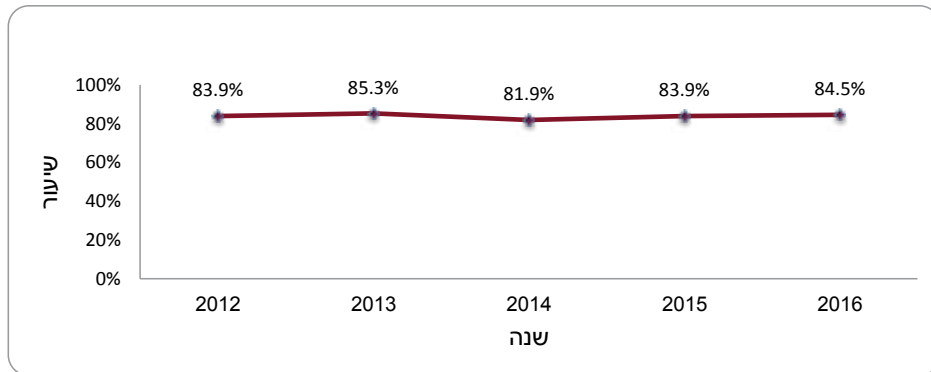
תוצאות (תרשימים 165-167 וטבלאות 107-108)

שיעור חולי הסוכרת המבוגרים, בני 65-74, שקבלו חיסון נגד פניאומוקוק נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 84.5% ב־2016. השיעור היה מעט נמוך יותר בקרב נשים (82.9%) מאשר בקרב גברים (86.1%). השיעור בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (90.0%) היה מעט גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (83.7%).

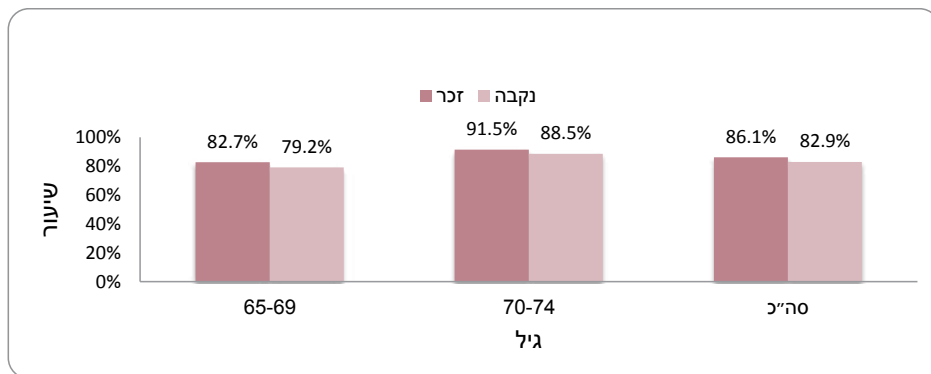
שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת אחרי גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 65-74 (מכנה)

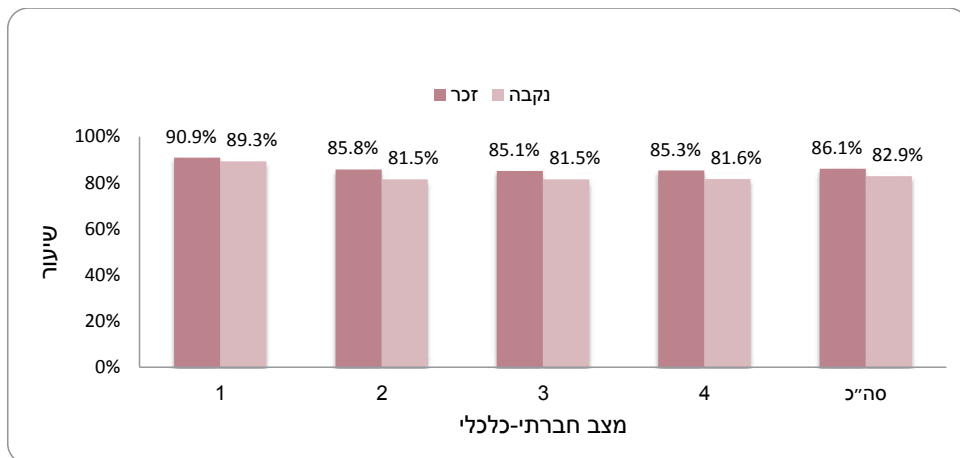
תרשים 165: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 166: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 167: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת אחרי גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 65-74 (מכנה)

טבלה 107: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל			
		סה"כ	70-74	65-69	
זכר	מונה	60,393	25,114	35,279	
	מכנה	70,115	27,439	42,676	
	שיעור	86.1%	91.5%	82.7%	
נקבה	מונה	56,402	24,282	32,120	
	מכנה	68,026	27,448	40,578	
	שיעור	82.9%	88.5%	79.2%	
סה"כ	מונה	116,795	49,396	67,399	
	מכנה	138,141	54,887	83,254	
	שיעור	84.5%	90.0%	81.0%	

טבלה 108: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
65-69	מונה	64,911	9,914	23,779	21,274	9,944	
	מכנה	80,221	12,416	29,865	26,519	11,421	
	שיעור	80.9%	79.8%	79.6%	80.2%	87.1%	
70-74	מונה	47,494	7,568	17,192	14,509	8,225	
	מכנה	52,804	8,461	19,273	16,303	8,767	
	שיעור	89.9%	89.4%	89.2%	89.0%	93.8%	
סה"כ	מונה	112,405	17,482	40,971	35,783	18,169	
	מכנה	133,025	20,877	49,138	42,822	20,188	
	שיעור	84.5%	83.7%	83.4%	83.6%	90.0%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 2-17 שהוגדרו כחולי סוכרת על פי רכישת שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות ממשפחת האינסולין בשנה הקודמת לשנת המדד.

רציונאל: על פי נתוני רשם הסוכרת של המלב"ם, היארעות סוכרת מסוג 1 בקרב ילדים ונוער (גילאים 0-17) עלתה מ-8 מקרים ל-100,000 בשנת 1997 ל-13.8 מקרים ל-100,000 בשנת 2015. בשנה זו אובחנו 382 מקרים חדשים של סוכרת מסוג 1 בקרב בני 0-17. היארעות סוכרת מסוג 1 היתה בעבר גבוהה באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית, כשבשתי האוכלוסיות נצפתה עליה בשיעורי ההיארעות במהלך שני העשורים האחרונים. עליה מואצת יותר בקרב האוכלוסייה הערבית הביאה לשיעור היארעות דומה של סוכרת מסוג 1 בשני המגזרים.

מכנה: כלל המבוטחים בני 2-17

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות ממשפחת האינסולין בשנה הקודמת לשנת המדד

הערות: קיימת הפרדה בין מדדי הסוכרת המתייחסים למבוגרים (מגיל 18 ואילך) ולאוכלוסיית הילדים והנוער (גילאים 2-17). לאוכלוסייה זו מאפיינים מיוחדים בין היתר מאחר ובגיל הילדות והנעורים מדובר במרבית המקרים בסוכרת מסוג 1 המחייבת טיפול תרופתי קבוע באופן בלעדי באינסולין. לכן הגדרת החולי בקבוצת גיל הילדות והנעורים מתבססת על רכישת תרופות ממשפחת האינסולין בלבד, בלי שיש צורך להסמך על בדיקות מעבדה. הגדרת אוכלוסיית החולים מתבססת על ערכים מהשנה שקדמה לשנת המדד. זאת כדי שהגדרות כל מדדי המשנה, הבודקים את איכות הטיפול במחלת הסוכרת, יהיו מבוססות על ההנחה שהמטופלים היו מוגדרים כחולי סוכרת במשך כל שנת המדד. מאחר והגדרת האוכלוסייה נסמכת על נתונים מהשנה הקודמת לשנת המדד, ניתן להכליל בה פעוטות מגיל שנתיים ומעלה בלבד.

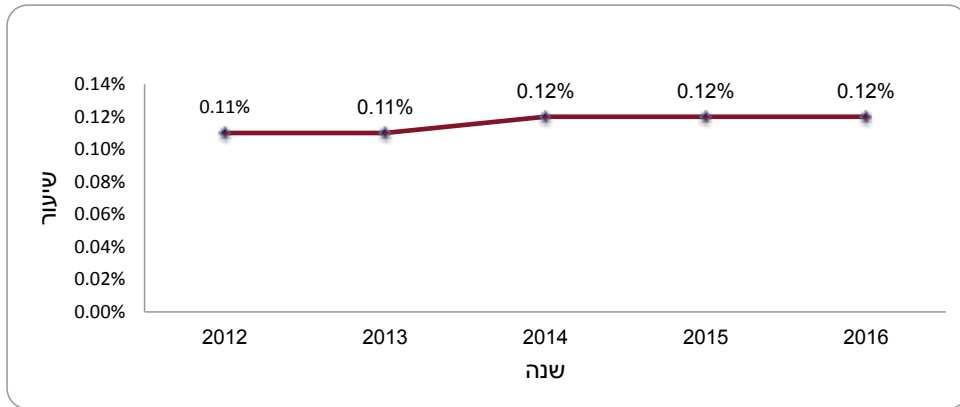
תוצאות (תרשימים 168-170 וטבלאות 109-110)

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב ילדים ובני נוער (בני 2-17) נותר יציב בין השנים 2012-2016 ועמד על 0.12% ב-2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור היה דומה בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות.

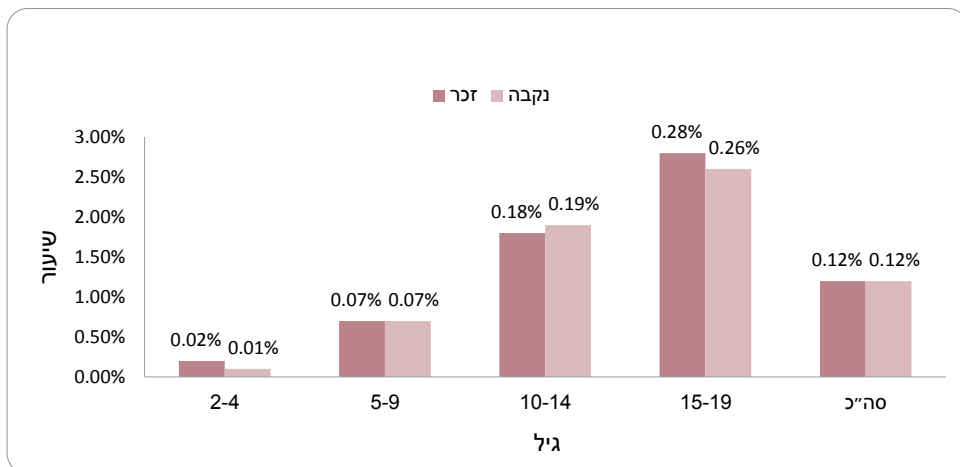
שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

שיעור ההימצאות של סוכרת (מונה), בקרב בני 2-17 (מכנה)

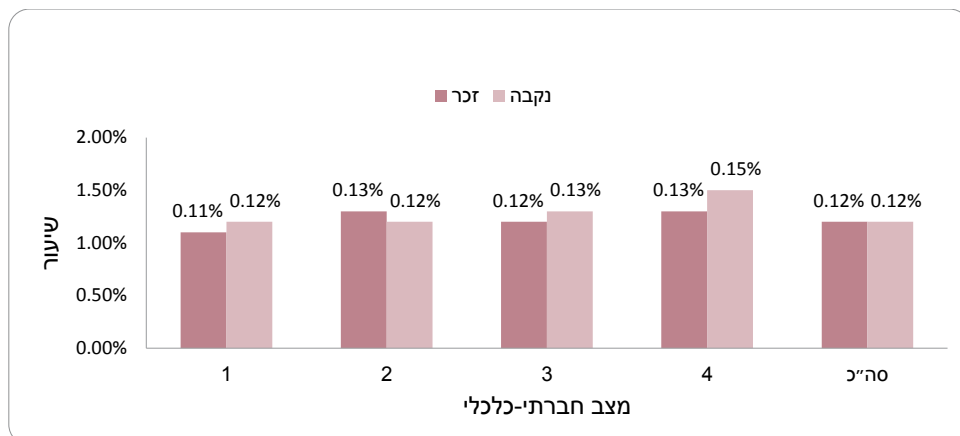
תרשים 168: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 169: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 170: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

הימצאות של סוכרת (מונה), בקרב בני 2-17 (מכנה)

טבלה 109: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		טווח גילאים				
		סה"כ	15-19	10-14	5-9	2-4
זכר	מונה	1,476	544	635	256	41
	מכנה	1,193,623	193,314	358,405	390,895	251,009
	שיעור	0.12%	0.28%	0.18%	0.07%	0.02%
נקבה	מונה	1,407	484	645	250	28
	מכנה	1,133,758	183,665	340,364	371,320	238,409
	שיעור	0.12%	0.26%	0.19%	0.07%	0.01%
סה"כ	מונה	2,883	1,028	1,280	506	69
	מכנה	2,327,381	376,979	698,769	762,215	489,418
	שיעור	0.12%	0.27%	0.18%	0.07%	0.01%

טבלה 110: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי				
		סה"כ	4	3	2	1
0-4	מונה	68	13	17	14	24
	מכנה	470,847	64,504	142,454	130,019	133,870
	שיעור	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
5-9	מונה	487	79	153	115	140
	מכנה	734,256	107,485	219,972	192,613	214,186
	שיעור	0.07%	0.07%	0.07%	0.06%	0.07%
10-14	מונה	1,225	194	352	353	326
	מכנה	672,252	94,947	190,165	178,205	208,935
	שיעור	0.18%	0.20%	0.19%	0.20%	0.16%
15-19	מונה	986	149	305	259	273
	מכנה	362,126	47,207	98,772	99,662	116,485
	שיעור	0.27%	0.32%	0.31%	0.26%	0.23%
סה"כ	מונה	2,766	435	827	741	763
	מכנה	2,239,481	314,143	651,363	600,499	673,476
	שיעור	0.12%	0.14%	0.13%	0.12%	0.11%

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 2-17 אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים לפחות פעם אחת בשנת המדד

רציונאל: לסוכרת בגיל הילדות והנעורים מאפיינים מיוחדים הכוללים בין היתר שינוי ברגישות לאינסולין עם ההתבגרות והגדילה, היכולת המשתנה לטיפול עצמי, הצורך בשיתוף המשפחה בטיפול והצורך לתת מענה לשעות בהן הילד מצוי בבית הספר או במעון. כדי להבטיח מענה הולם לצרכים המיוחדים הללו ממליץ האיגוד האמריקאי לסוכרת שהטיפול בילדים ובני נוער יעשה במסגרת מרפאות סוכרת יעודיות, רב תחומיות. במסגרת זו יכללו בנוסף לפן הרפואי גם חינוך של הילד והמשפחה לטיפול עצמי בסוכרת, הדרכה של תזונאית והתייחסות לצד הרגשי והפסיכולוגי של המחלה.

מכנה: חולי סוכרת בני 2-17

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים בשנת המדד

הערות: אין

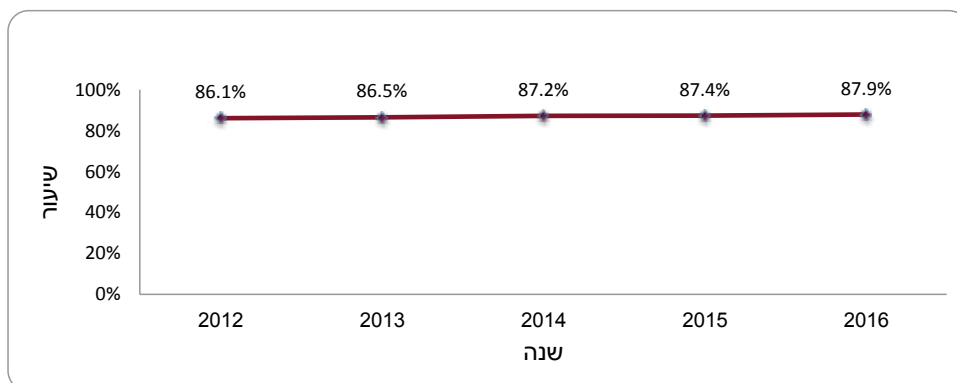
תוצאות (תרשימים 171-173 וטבלאות 111-112)

שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17 נותר יציב בין השנים 2016-2012 ועמד על 87.9% ב־2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית כלכלית החלשה (84.3%) היה מעט נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (92.2%).

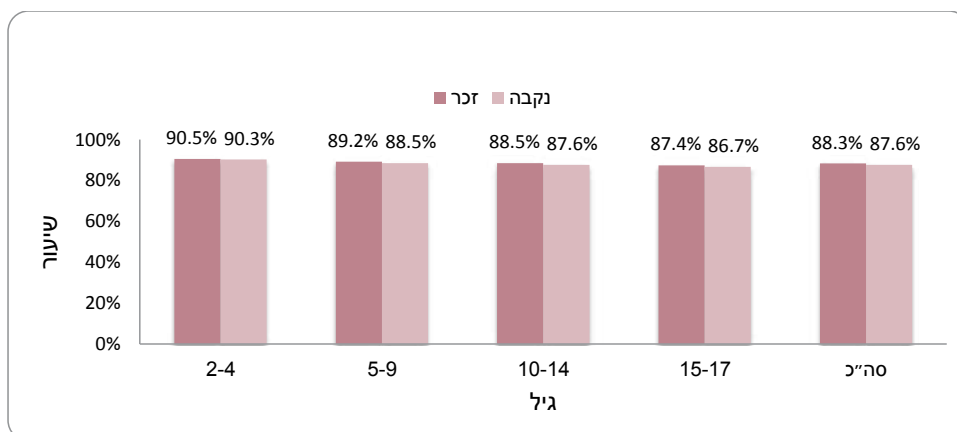
שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17

שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים (מונה), בקרב חולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

תרשים 171: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 172: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 173: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17

מבקרים במרפאת סוכרת ילדים (מונה) בקרב חולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

טבלה 111: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		15-17	10-14	5-9	2-4	סה"כ	
זכר	מונה	449	577	239	38	1,303	
	מכנה	514	652	268	42	1,476	
	שיעור	87.4%	88.5%	89.2%	90.5%	88.3%	
נקבה	מונה	391	573	239	28	1,231	
	מכנה	451	654	270	31	1,406	
	שיעור	86.7%	87.6%	88.5%	90.3%	87.6%	
סה"כ	מונה	840	1,150	478	66	2,534	
	מכנה	965	1,306	538	73	2,882	
	שיעור	87.0%	88.1%	88.8%	90.4%	87.9%	

טבלה 112: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
2-4	מונה	12	18	12	23	65	
	מכנה	13	19	15	25	72	
	שיעור	92.3%	94.7%	80.0%	92.0%	90.3%	
5-9	מונה	75	142	108	132	457	
	מכנה	82	160	124	150	516	
	שיעור	91.5%	88.8%	87.1%	88.0%	88.6%	
10-14	מונה	185	327	318	275	1,105	
	מכנה	198	368	362	326	1,254	
	שיעור	93.4%	88.9%	87.8%	84.4%	88.1%	
15-17	מונה	129	250	214	212	805	
	מכנה	142	280	240	261	923	
	שיעור	90.8%	89.3%	89.2%	81.2%	87.2%	
סה"כ	מונה	401	737	652	642	2,432	
	מכנה	435	827	741	762	2,765	
	שיעור	92.2%	89.1%	88.0%	84.3%	88.0%	

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 2-17 שביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנת המדד

רציונאל: המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על-ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על-ידי בדיקת המוגלובין מסוכרר (HbA1c), בדיקה המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. לבדיקה זו חשיבות רבה למעקב אחר איזון המחלה בחולי הסוכרת, ומומלץ לבצעה לפחות פעמיים בשנה בחולים מאוזנים ויציבים ואחת ל-3 חודשים בחולים שאינם מאוזנים היטב או לאחר שינוי בטיפול התרופתי. ערך היעד של HbA1c בקרב ילדים ונוער הוא 7.5%.

מכנה: חולי סוכרת בני 2-17

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

הערות: אין

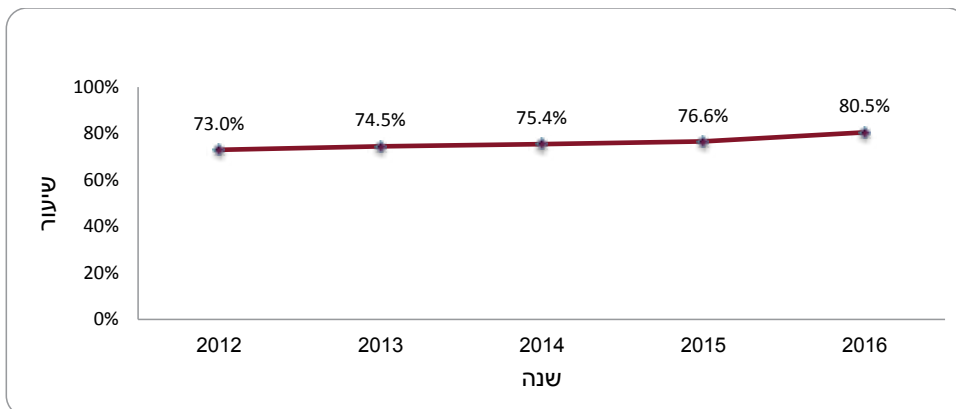
תוצאות (תרשימים 174-176 וטבלאות 113-114)

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17 עלה בין השנים 2012-2016, מ-73.0% בשנת 2012 ל-80.5% בשנת 2016. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (85.7%) היה גבוה יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (73.8%).

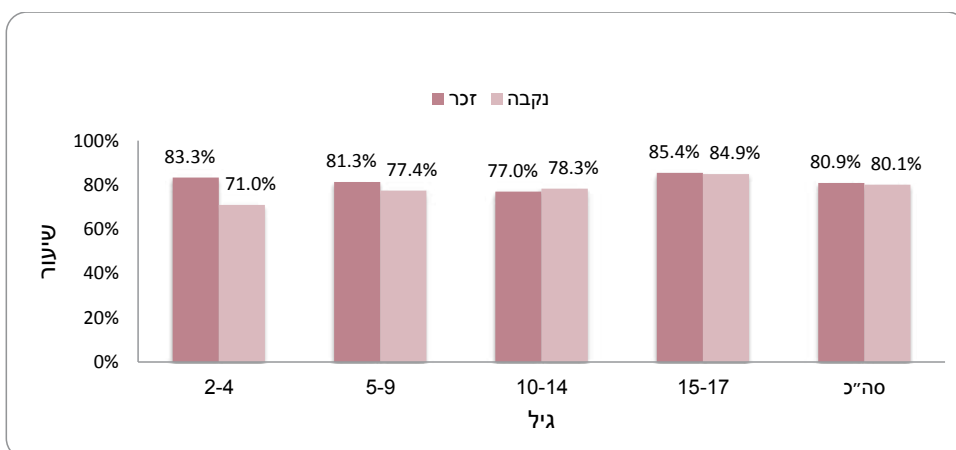
שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c (מונה), בחולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

תרשים 174: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 175: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 176: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

ביצוע של בדיקת HbA1c (מונה), בחולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

טבלה 113: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		15-17	10-14	5-9	2-4	סה"כ	
זכר	מונה	439	502	218	35	1,194	
	מכנה	514	652	268	42	1,476	
	שיעור	85.4%	77.0%	81.3%	83.3%	80.9%	
נקבה	מונה	383	512	209	22	1,126	
	מכנה	451	654	270	31	1,406	
	שיעור	84.9%	78.3%	77.4%	71.0%	80.1%	
סה"כ	מונה	822	1,014	427	57	2,320	
	מכנה	965	1,306	538	73	2,882	
	שיעור	85.2%	77.6%	79.4%	78.1%	80.5%	

טבלה 114: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
2-4	מונה	10	15	11	20	56	
	מכנה	13	19	15	25	72	
	שיעור	76.9%	78.9%	73.3%	80.0%	77.8%	
5-9	מונה	55	119	98	133	405	
	מכנה	82	160	124	150	516	
	שיעור	67.1%	74.4%	79.0%	88.7%	78.5%	
10-14	מונה	140	284	280	266	970	
	מכנה	198	368	362	326	1,254	
	שיעור	70.7%	77.2%	77.3%	81.6%	77.4%	
15-17	מונה	116	231	204	234	785	
	מכנה	142	280	240	261	923	
	שיעור	81.7%	82.5%	85.0%	89.7%	85.0%	
סה"כ	מונה	321	649	593	653	2,216	
	מכנה	435	827	741	762	2,765	
	שיעור	73.8%	78.5%	80.0%	85.7%	80.1%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% בחולי סוכרת בני 2-17

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 2-17 עם רמת HbA1c גבוהה מ־9%

רציונאל: איזון מיטבי של רמות הגלוקוז בדמם של חולי סוכרת חשוב למניעת סיבוכים בטווח הקצר (רמות גלוקוז גבוהות, חמצת מטבולית, היפוגליקמיה) ובטווח הארוך - פגיעה בכלי דם גדולים וקטנים (המתבטאת במחלות לב וכלי דם, עיוורון, פגיעה בעצבים פריפריים 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. בדומה למבוגרים, גם בילדים יש למצוא את האיזון בין השאיפה להגיע לרמות גלוקוז בדם הקרובות לערך התקין ובין המגבלה של הסיכון להיפוגליקמיה. על פי המלצות ה־ADA רמת ה־HbA1c המגדירה איזון סוכרת טוב באוכלוסיית החולים הצעירים מגיל 18 היא 7.5%. רמת HbA1c מעל 9% מעידה על איזון בלתי מספק. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם אינה מאוזנת.

מכנה: חולי סוכרת בני 2-17, שביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר התוצאה של בדיקת ה־HbA1c האחרונה שלהם גבוהה מ־9%

הערות: אין

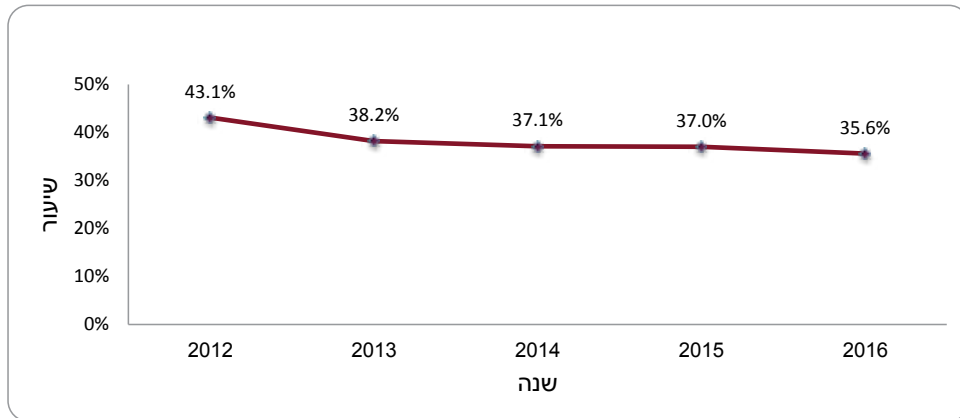
תוצאות (תרשימים 177-179 וטבלאות 115-116)

שיעור הילדים ובני הנוער (בני 2-17) שמחלתם נחשבת בלתי מאוזנת (בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9%) ירד בין השנים 2012-2016, מ־43.1% בשנת 2012 ל־35.6% בשנת 2016. השיעור היה מעט גבוה יותר בקרב בנות (36.5%) מאשר בקרב בנים (34.7%). השיעור היה גבוה פי 2.6 בשכבה החברתית־כלכלית החלשה (49.5%) בהשוואה לשכבה החברתית־כלכלית החזקה ביותר (19.0%).

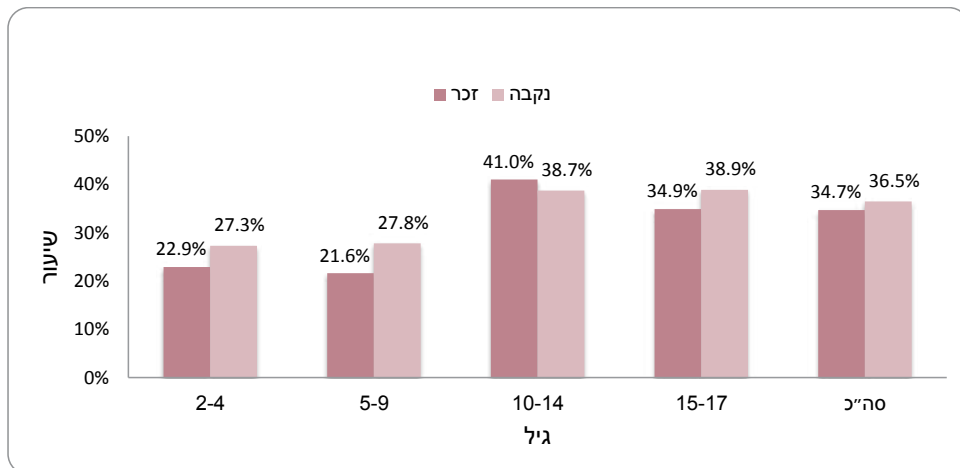
שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% בחולי סוכרת בני 2-17

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ־9% (מונה), בחולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

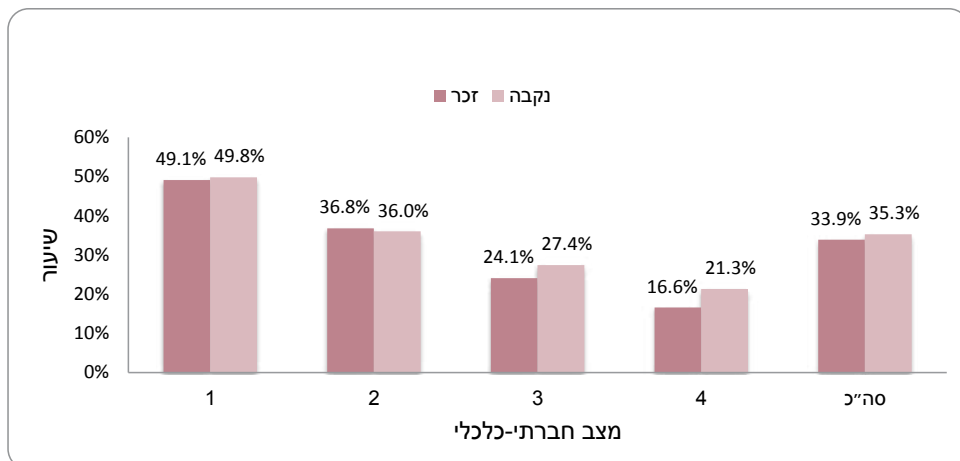
תרשים 177: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 178: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 179: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 2-17

בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% (מונה), בחולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

טבלה 115: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		סה"כ	15-17	10-14	5-9	2-4	
זכר	מונה	414	153	206	47	8	
	מכנה	1,194	439	502	218	35	
	שיעור	34.7%	34.9%	41.0%	21.6%	22.9%	
נקבה	מונה	411	149	198	58	6	
	מכנה	1,126	383	512	209	22	
	שיעור	36.5%	38.9%	38.7%	27.8%	27.3%	
סה"כ	מונה	825	302	404	105	14	
	מכנה	2,320	822	1,014	427	57	
	שיעור	35.6%	36.7%	39.8%	24.6%	24.6%	

טבלה 116: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
2-4	מונה	14	1	2	3	8	
	מכנה	56	10	15	11	20	
	שיעור	25.0%	10.0%	13.3%	27.3%	40.0%	
5-9	מונה	94	6	20	14	54	
	מכנה	405	55	119	98	133	
	שיעור	23.2%	10.9%	16.8%	14.3%	40.6%	
10-14	מונה	380	32	78	129	141	
	מכנה	970	140	284	280	266	
	שיעור	39.2%	22.9%	27.5%	46.1%	53.0%	
15-17	מונה	279	22	67	70	120	
	מכנה	785	116	231	204	234	
	שיעור	35.5%	19.0%	29.0%	34.3%	51.3%	
סה"כ	מונה	767	61	167	216	323	
	מכנה	2,216	321	649	593	653	
	שיעור	34.6%	19.0%	25.7%	36.4%	49.5%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 2-17 אשר קיבלו חיסון נגד שפעת עונתית

רציונאל: חולים במחלות כרוניות בכל הגילאים, ובהם חולי סוכרת, נמצאים בסיכון מוגבר למחלת השפעת וסיבוכיה בהשוואה לאנשים בריאים. חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר פי 2-4 לתמותה משפעת ביחס לאוכלוסייה הבריאה. בנוסף, חולי סוכרת נוטים יותר לחלות בשפעת בזמן התפרצות השפעת העונתית. לפי ההמלצות של משרד הבריאות חולי סוכרת מגיל 6 חודשים ומעלה אמורים לקבל חיסון נגד שפעת אחת לשנה.

מכנה: חולי סוכרת בני 2-17

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 לעונת מתן החיסון לשפעת.

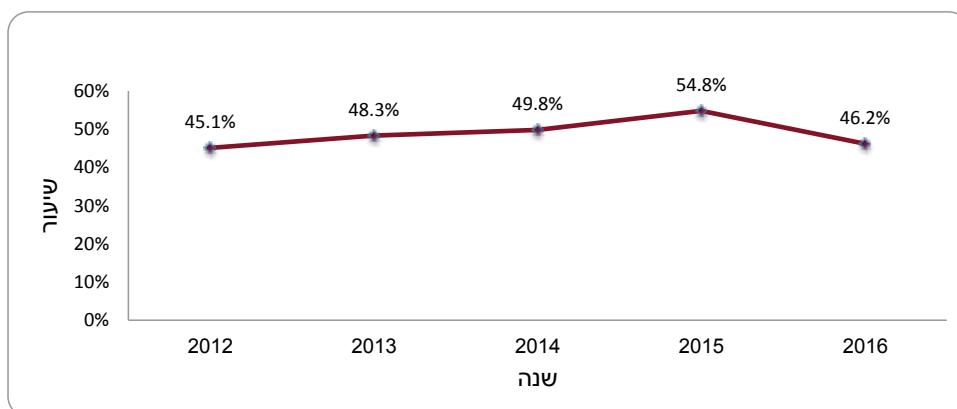
תוצאות (תרשימים 180-182 וטבלאות 117-118)

שיעור הילדים ובני הנוער חולי הסוכרת אשר קבלו חיסון נגד שפעת נותר עלה בין השנים 2015-2012 מ־45.1% בשנת 2012 ל־54.8% בשנת 2015, השיעור ירד בשנת 2016 לכדי 46.2%. השיעור היה דומה בקרב בנות ובנים. השיעור היה גבוה פי 1.5 בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (57.2%) בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (37.2%).

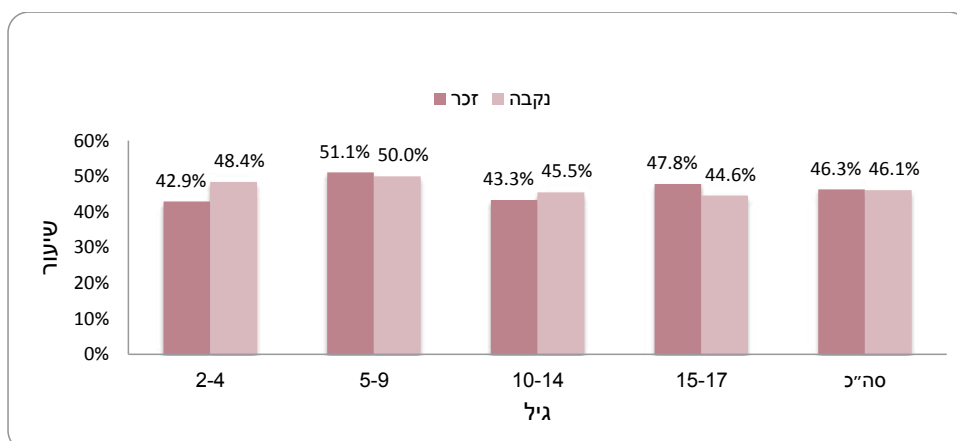
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת (מונה), בחולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

תרשים 180: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 181: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 182: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

קבלת חיסון נגד שפעת (מונה), בחולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

טבלה 117: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל					
		15-17	10-14	5-9	2-4	סה"כ	
זכר	מונה	245	282	137	18	682	
	מכנה	513	651	268	42	1,474	
	שיעור	47.8%	43.3%	51.1%	42.9%	46.3%	
נקבה	מונה	201	297	135	15	648	
	מכנה	451	653	270	31	1,405	
	שיעור	44.6%	45.5%	50.0%	48.4%	46.1%	
סה"כ	מונה	446	579	272	33	1,330	
	מכנה	964	1,304	538	73	2,879	
	שיעור	46.3%	44.4%	50.6%	45.2%	46.2%	

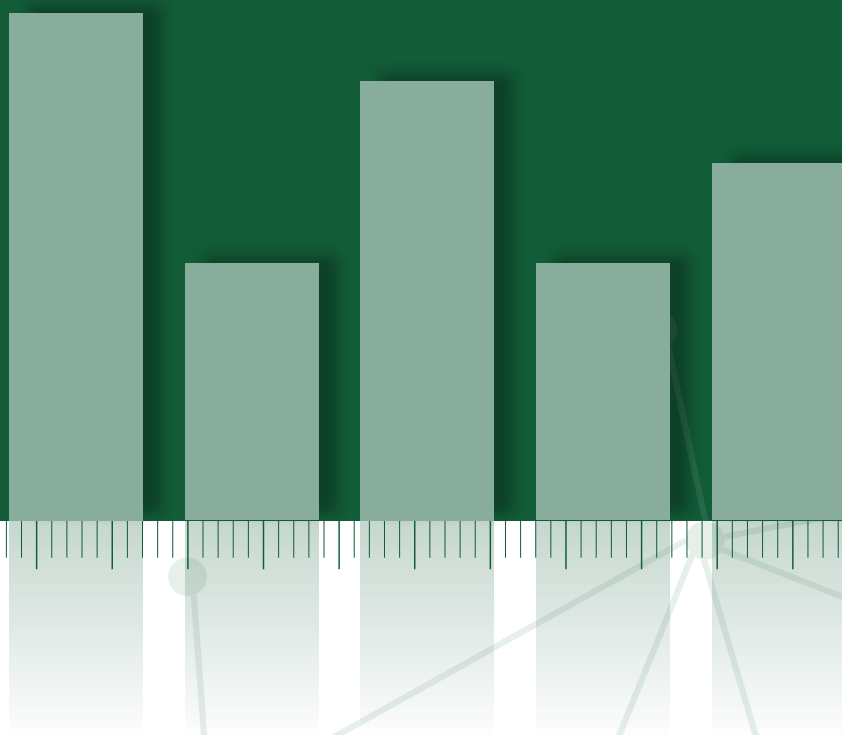
טבלה 118: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		4	3	2	1	סה"כ	
2-4	מונה	6	8	5	13	32	
	מכנה	13	19	15	25	72	
	שיעור	46.2%	42.1%	33.3%	52.0%	44.4%	
5-9	מונה	30	67	63	96	256	
	מכנה	82	160	124	150	516	
	שיעור	36.6%	41.9%	50.8%	64.0%	49.6%	
10-14	מונה	76	134	159	182	551	
	מכנה	198	368	361	325	1,252	
	שיעור	38.4%	36.4%	44.0%	56.0%	44.0%	
15-17	מונה	50	121	109	144	424	
	מכנה	142	280	240	260	922	
	שיעור	35.2%	43.2%	45.4%	55.4%	46.0%	
סה"כ	מונה	162	330	336	435	1,263	
	מכנה	435	827	740	760	2,762	
	שיעור	37.2%	39.9%	45.4%	57.2%	45.7%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] American Diabetes Association (ADA), "Standard of medical care in diabetes - 2017," *Diabetes Care*, vol. 40 (sup 1), no. January, pp. s4-s128, 2017.
- [2] International Diabetes Federation, "IDF Diabetes Atlas, 8th edn," *Brussels, Belgium: International Diabetes Federation*, 2017. [Online]. Available: <http://www.diabetesatlas.org>. [Accessed: 24-Dec-2017].
- [3] "סקר בריאות לאומי בישראל 2013-2015", משרד הבריאות המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 2017. [Online]. Available: https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inhis_3.pdf. [Accessed: 11-Dec-2017].
- [4] צ. ח. נחמה גולדברגר, מרים אבורבה, "סיבות מוות מובילות 2000-2014", משרד הבריאות 2017.
- [5] I. Ministry of Health, "ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17 לשנת 2015," *Isr. Cent. Dis. Control*, 2017.
- [6] A. Skaat, A. Chetrit, M. Belkin, M. Kinori, and O. Kalter-Leibovici, "Time Trends in the Incidence and Causes of Blindness in Israel," *Am. J. Ophthalmol.*, vol. 153, no. 2, p. 214-221.e1, 2012.
- [7] "ראייה ועיוורון נתונים סטטיסטיים", משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2017. [Online]. Available: <http://www.molsa.gov.il/Populations/Disabilities/Blindness/VisionAndBlindness/StatisticalData/Pages/StatisticalData.aspx>.
- [8] פ. ת. ש. ד"ר אורלי רומנוזליכה, ד"ר אלי גולן, פרופ' גפרי בונר, "אפידמיולוגיה של נפרופתיה סוכרתית בישראל", המדריך לטיפול בסוכרת, 2017.
- [9] OECD (2017), "Health at a Glance 2017: OECD INDICATORS," Paris, 2017.
- [10] U. S. D. of H. and H. Services, "DCCT and EDIC : The Diabetes Control and Complications Trial and Follow-up Study," *U.S. Dep. Heal. Hum. Serv. Natl. Institutes Heal.*, pp. 1-6, 2008.
- [11] A. J. Hayes, J. Leal, A. M. Gray, R. R. Holman, and P. M. Clarke, "UKPDS Outcomes Model 2: A new version of a model to simulate lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes mellitus using data from the 30 year united kingdom prospective diabetes Study: UKPDS 82," *Diabetologia*, vol. 56, no. 9, pp. 1925-1933, 2013.
- [12] The ADVANCE Collaborative Group, "Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes," *New Engl J Med*, vol. 358, pp. 2560-72, 2008.
- [13] J. E. Lang *et al.*, "New England Journal," vol. 2016, pp. 11-22, 2016.
- [14] W. Duckworth *et al.*, "Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes.," *N Engl J Med*, vol. 360, no. 2, pp. 129-39, 2009.
- [15] המדריך לטיפול in "ד. ע. מ. פרופ' איתמר ה", "קביעת יעד מטרה לאיוון סוכרת בחולה הבוזד", The medical group, 2015.

שימוש בתרופות אנטיביוטיות



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 המפחיתות את יעילות האנטיביוטיקה. התפתחות עמידות לתרופות אנטיביוטיות היא תוצאה של שימוש באנטיביוטיקה, ותלויה במידת השימוש ובאופן השימוש באנטיביוטיקה [1]. החשש המרכזי הוא התפתחות 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 שבין השנים 2000-2010 חלה עלייה של 36% בשימוש הכולל [2]. מנגד, קצב פיתוח תרופות אנטיביוטיות חדשות מצוי בירידה מתמדת [3]. היקפי 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 [4]. בישראל דווח על התפרצויות של זיהומים עמידים לאנטיביוטיקה בעיקר בבתי חולים [5].

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 [6].

גורמי סיכון

מחקרים רבים הדגימו את הקשר שבין שימוש מוגבר באנטיביוטיקה להופעתם והתפשטותם של זנים עמידים [7], [8]. שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה עלול להיות כרוך בתופעות לוואי [9], ולהגביר את הסיכון להופעת זיהום חוזר בזן עמיד [10]. עם זאת, להשפעות אלה כנראה יש מרכיב הפיר, כך ששימוש מושכל ומופחת בתרופות אנטיביוטיות עשוי לצמצם את היקף תופעת העמידות [11].

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 [4].

מדדים

במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה מופקים מדדים לאומיים הנוגעים לשימוש בתרופות אנטיביוטיות בקהילה, וזאת כחלק מיוזמה רחבה של ארגון ה־OECD לקביעת מדדי איכות אחידים ובני-השוואה לרפואת הקהילה [12]. השתתפות תכנית המדדים הלאומית בישראל במיזם ה־OECD מאפשרת לבחון את מידת השימוש באנטיביוטיקה בכלל ובתרופות רחבות־טווח בפרט ביחס למדינות נוספות החברות בארגון ומשתתפות במיזם.

- ✓ היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בקרב האוכלוסייה
- ✓ שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות טווח מסוג צפלוספורינים וקווינולונים מתוך סך התרופות האנטיביוטיות

היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בכלל האוכלוסייה

הגדרת המדד: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות בכלל האוכלוסייה

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

מכנה: כלל המבוטחים

מונה: רכישות מרשמים לתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, סך מנות האנטיביוטיקה היומיות (DDD – Defined Daily Dose), ל-1000 איש.

הערות: לצורך חישוב המדד נעשה שימוש בנתוני רכישת תרופות מתוך מאגרי המידע הממוחשבים של הקופות. בנתוני ה-OECD לחישוב מדד זה מדווח על סך המרשמים שהוצאו לתרופות אנטיביוטיות.

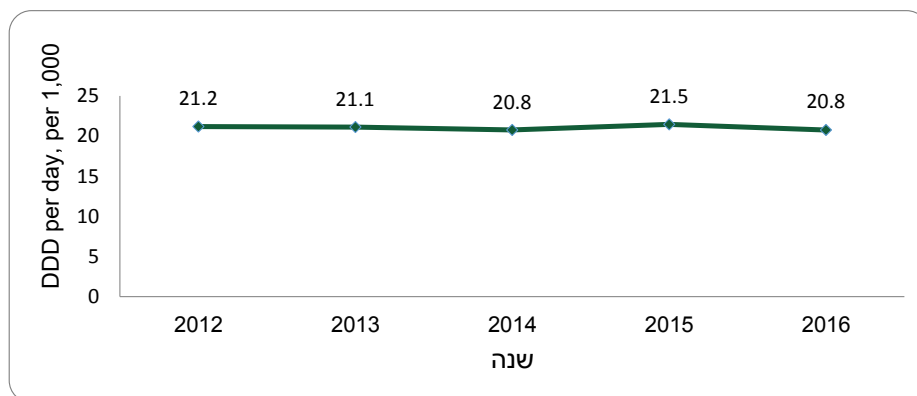
תוצאות (תרשימים 183-185 וטבלאות 119-120)

היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות נותר יציב בין השנים 2012-2016 ובשנת 2016 עמד על 20.8 DDD ל-1000 איש ליום. היקף השימוש היה גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים (24.0 ו-17.4 DDD ל-1000 איש ליום, בהתאמה). היקף השימוש בשכבה החברתית-כלכלית החלשה היה גבוה בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (21.3 ו-18.5 DDD ל-1000 איש ליום, בהתאמה). נצפתה עליה עם הגיל בשימוש.

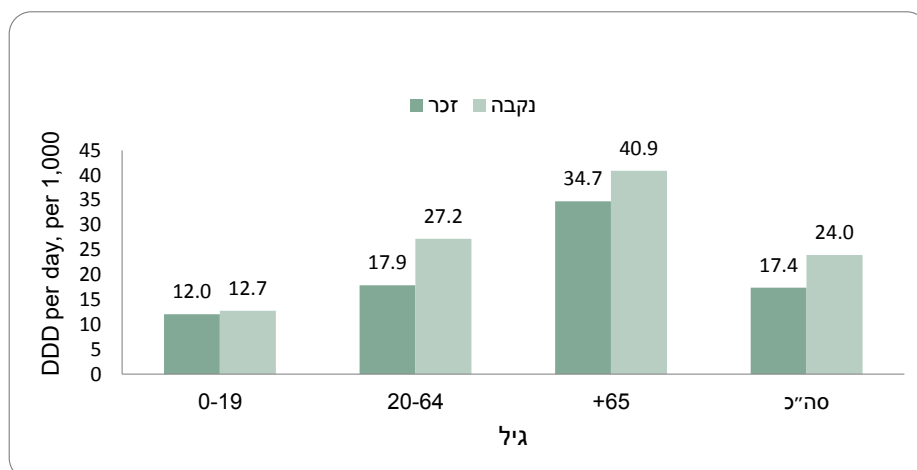
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ל-1000 איש, ליום

סה"כ רכישות מרשמים לתרופות לאנטיביוטיקה, DDD ל-1000 איש, ליום (מונה), בקרב כלל המבוטחים (מכנה)

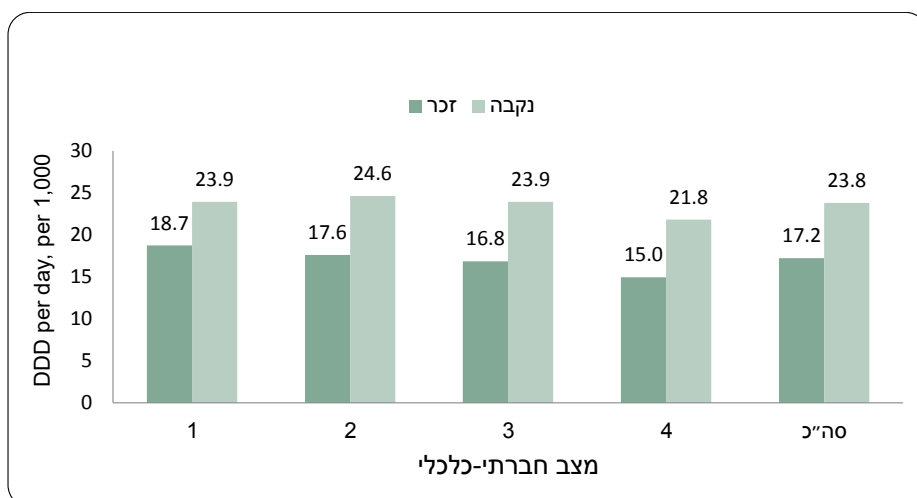
תרשים 183: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 184: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 185: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ל-1000 איש, ליום

סה"כ רכישות מרשמים לתרופות לאנטיביוטיקה, DDD ל-1000 איש, ליום (מונה), בקרב כלל המבוטחים (מכנה)

טבלה 119: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים והיקף השימוש, ל-1,000 איש ליום, 2016

		גיל				
		סה"כ	65+	20-64	0-19	
זכר	מונה	24,884,228	5,040,833	13,419,651	6,423,745	
	מכנה	3,916,053	397,427	2,057,022	1,461,604	
	היקף השימוש	17.4	34.7	17.9	12.0	
נקבה	מונה	35,682,658	7,566,488	21,623,106	6,493,064	
	מכנה	4,076,432	506,739	2,174,159	1,395,534	
	היקף השימוש	24.0	40.9	27.2	12.7	
סה"כ	מונה	60,566,886	12,607,320	35,042,757	12,916,809	
	מכנה	7,992,485	904,166	4,231,181	2,857,138	
	היקף השימוש	20.8	38.2	22.7	12.4	

טבלה 120: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים והיקף השימוש, ל-1,000 איש ליום, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
0-19	מונה	12,258,187	1,249,334	3,431,045	3,507,067	4,070,742	
	מכנה	2,744,486	368,926	784,200	744,292	847,068	
	היקף השימוש	12.2	9.3	12.0	12.9	13.2	
20-64	מונה	33,502,888	4,507,020	10,733,857	9,956,075	8,305,936	
	מכנה	4,087,011	657,157	1,377,281	1,191,506	861,067	
	היקף השימוש	22.5	18.8	21.4	22.9	26.4	
65+	מונה	12,139,812	2,358,144	4,523,593	3,611,092	1,646,983	
	מכנה	876,875	175,206	337,110	271,260	93,299	
	היקף השימוש	37.9	36.9	36.8	36.5	48.4	
סה"כ	מונה	57,900,887	8,114,498	18,688,494	17,074,234	14,023,661	
	מכנה	7,708,372	1,201,289	2,498,591	2,207,058	1,801,434	
	היקף השימוש	20.6	18.5	20.5	21.2	21.3	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

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

הגדרת המדד: שיעור השימוש באוכלוסייה של תרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים

רציונאל: 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. שימוש מושכל ומופחת בתרופות אנטיביוטיות רחבות-טווח עשוי לצמצם את היקף תופעת העמידות. מעקב אחר מידת השימוש בתרופות אנטיביוטיות רחבות-טווח עשוי לסייע בהנחלת השימוש המושכל בהן.

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

מונה: סה"כ Defined Daily Dose (DDD), במרשמים לתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים

הערות: לצורך חישוב המדד נעשה שימוש בנתוני רכישת תרופות מתוך מאגרי המידע הממוחשבים של הקופות. בנתוני ה-OECD לחישוב מדד זה מדווח על סך המרשמים שנופקו לתרופות אנטיביוטיות.

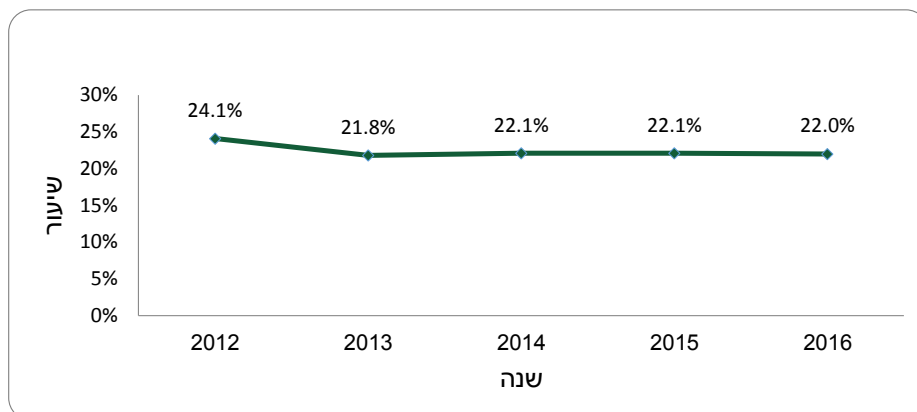
תוצאות (תרשימים 186-188 וטבלאות 121-122)

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מסוג צפלוספורינים וקווינולונים, מתוך סך התרופות האנטיביוטיות ירד מעט בין השנים 2012-2016, מ-24.1% בשנת 2012 ל-22.0% בשנת 2016. השיעור היה גבוה יותר בקרב נשים (24.0%) מאשר בקרב גברים (19.2%). השיעור בשכבה החברתית-כלכלית החלשה (18.3%) היה נמוך יותר בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר (24.8%).

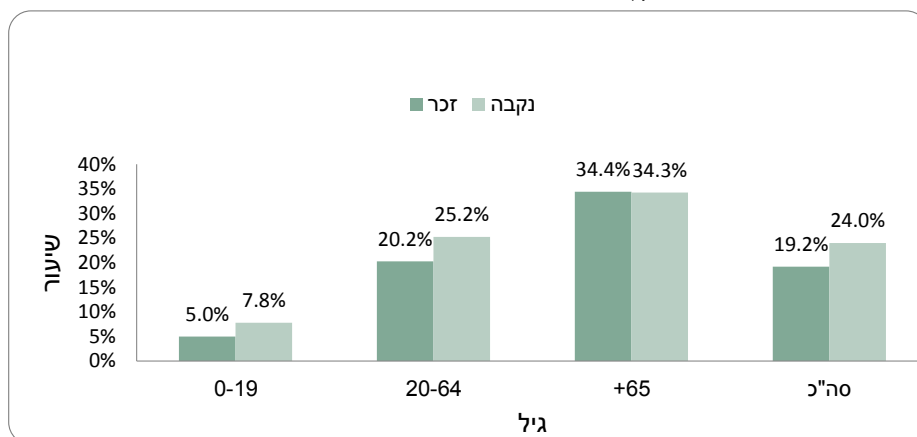
שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מקבוצת הצפלוספורינים והקווינולונים

סך DDD במרשמים לתרופות אנטיביוטיות מקבוצת הצפלוספורינים והקווינולונים (מונה), מסך DDD במרשמים לתרופות אנטיביוטיות (מכנה)

תרשים 186: לפי שנה, 2012-2016



תרשים 187: לפי גיל ומין, 2016



תרשים 188: לפי מצב חברתי-כלכלי ומין, 2016



שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מקבוצת הצפלוספורינים והקווינולונים

סך DDD במרשמים לתרופות אנטיביוטיות מקבוצת הצפלוספורינים והקווינולונים (מונה), מסך DDD במרשמים לתרופות אנטיביוטיות (מכנה)

טבלה 121: לפי גיל ומין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		גיל				
		סה"כ	65+	20-64	0-19	
זכר	מונה	4,770,793	1,734,539	2,715,835	320,420	
	מכנה	24,884,229	5,040,833	13,419,651	6,423,745	
	שיעור	19.2%	34.4%	20.2%	5.0%	
נקבה	מונה	8,555,509	2,592,566	5,458,553	504,391	
	מכנה	35,682,658	7,566,488	21,623,106	6,493,064	
	שיעור	24.0%	34.3%	25.2%	7.8%	
סה"כ	מונה	13,326,303	4,327,104	8,174,387	824,811	
	מכנה	60,566,886	12,607,320	35,042,757	12,916,809	
	שיעור	22.0%	34.3%	23.3%	6.4%	

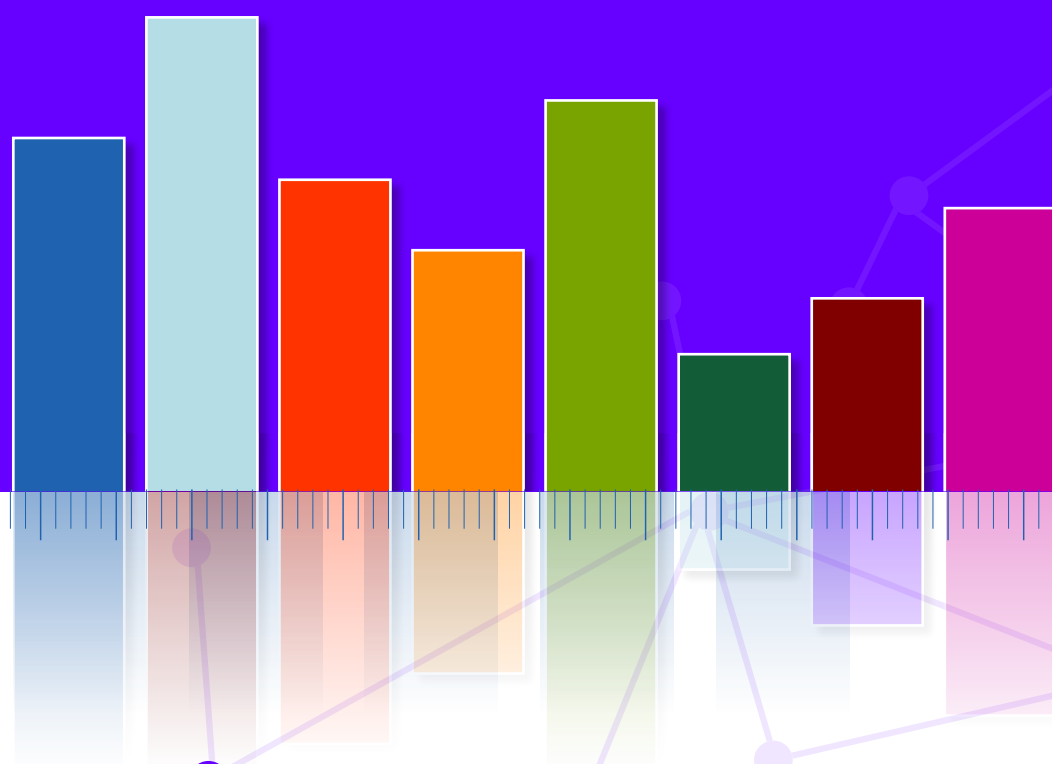
טבלה 122: לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2016

		מצב חברתי-כלכלי					
		סה"כ	4	3	2	1	
0-19	מונה	784,984	80,260	209,174	221,647	273,903	
	מכנה	12,258,187	1,249,334	3,431,045	3,507,067	4,070,742	
	שיעור	6.4%	6.4%	6.1%	6.3%	6.7%	
20-64	מונה	7,840,898	1,142,427	2,614,124	2,333,546	1,750,801	
	מכנה	33,502,888	4,507,020	10,733,857	9,956,075	8,305,936	
	שיעור	23.4%	25.3%	24.4%	23.4%	21.1%	
65+	מונה	4,179,707	791,079	1,554,363	1,298,218	536,048	
	מכנה	12,139,812	2,358,144	4,523,593	3,611,092	1,646,983	
	שיעור	34.4%	33.5%	34.4%	36.0%	32.5%	
סה"כ	מונה	12,805,590	2,013,766	4,377,661	3,853,411	2,560,752	
	מכנה	57,900,887	8,114,498	18,688,494	17,074,234	14,023,661	
	שיעור	22.1%	24.8%	23.4%	22.6%	18.3%	

* הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם/ללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי נובעים מחוסר במידע אודות מצב חברתי-כלכלי עבור 3.3% מכלל האוכלוסיה, כמוסבר בפרק השיטות.

- [1] Michael CA, Dominey-Howes D and Labbate M. The antimicrobial resistance crisis: causes, consequences and management. *Front Public Health* 2014;16(2): 145:1-8.
- [2] Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. *Lancet Infect Dis* 2014;14(8):742-750.
- [3] WHO. Antimicrobial agents in clinical development. Sept 2017. WHO reference number: WHO/EMP/IAU/2017.11. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258965/1/WHO-EMP-IAU-2017.11-eng.pdf> accessed 15.10.2017
- [4] CDC. Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. Available at: <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/pdf/ar-threats-2013-508.pdf#page=15>
- [5] Schwaber MJ and Carmeli Y. The Impact of a carbapenem-resistant enterobacteriaceae outbreak on facilitating development of a national infrastructure for infection control in Israel. *Clin Infect Dis* 2017 29;65(12):2144-2149.
- [6] Low M, Nitzan O, Bitterman H et al. Trends in outpatient use of antibiotic use in Israel during the years 2000-2010: setting targets for an intervention. *Infection* 2013;41(2):401-407.
- [7] McDonnell L, Armstrong D, Ashworth M et al. National disparities in the relationship between antimicrobial resistance and antimicrobial consumption in Europe: an observational study in 29 countries. *Journal Antimicrob Chemother* 2017. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28961862>
- [8] Bell BG, Schellevis F, Stobberingh E et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. *BMC Infect Dis* 2014;14:13.
- [9] Smith SM, Fahey T, Smucny J et al. Antibiotics for acute bronchitis – review. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;6: CD000245.
- [10] Hillier S, Roberts Z, Dunstan F et al. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infections: a case-control study. *J Antimicrob Chemother* 2007;60:92-9.
- [11] Dagan R, Barkai G, Givon-Lavi N et al. Seasonality of Antibiotic-Resistant *Streptococcus pneumoniae* That Causes Acute Otitis Media: A Clue for an Antibiotic-Restriction Policy? *J Infect Dis* 2008; 197(8):1094-102.
- [12] OECD; Quality indicators based on data about prescribing of medications in primary health care: opportunities for international comparison. 4th Meeting of the OECD HCQI subgroup on healthcare promotion, prevention and primary care. 2012, Paris, France.

ממצאים נבחרים לפי קופות



בפרק זה מוצגים ערכי שישה מדדים נבחרים לפי קופה: ביצוע ממוגרפיה לאיתור מוקדם של סרטן השד, חיסון פניאומוקוק בקרב מבוגרים, שימוש יתר בבנזודיאזפינים, ביצוע ספירומטריה בחולי COPD ובאוקלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD, עמידה ביעד LDL (לפי קבוצות סיכון למחלות לב), ואיזון סוכרת. מדדים אלו בעלי חשיבות לבריאות הציבור, ומשקפים עשייה רחבת-היקף ברפואת הקהילה במגוון תחומים.

ערכי המדדים מוצגים בחלוקה לפי קופה, לאחר תקנון למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי, בליווי רווחי סמך של 95%. כפי שפורט בפרק השיטות, מצב חברתי-כלכלי נקבע בדו"ח זה על סמך האשכול אליו משויך האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים. חלוקה זו מבוססת על ממצאי מפקדי האוכלוסין של הלמ"ס, ועוברת השלמה וטיוב של הנתונים על-ידי חברת פוינטס. התקנון, כמו גם הריבוד בשאר פרקי הדו"ח הנוכחי, בוצעו תוך חלוקה לארבע קבוצות. עבור 3.3% מהמבוטחים כתובות המגורים לא היו שלמות, ולכן הם אינם נכללים במדדים המתוקננים. לצד השיעורים המתוקננים של כל קופה, מוצג עבור כל מדד גם השיעור הלאומי לשנת 2016. אלו הם שיעורים גולמיים ואינם כרוכים כלל בערכים חסרים.

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

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

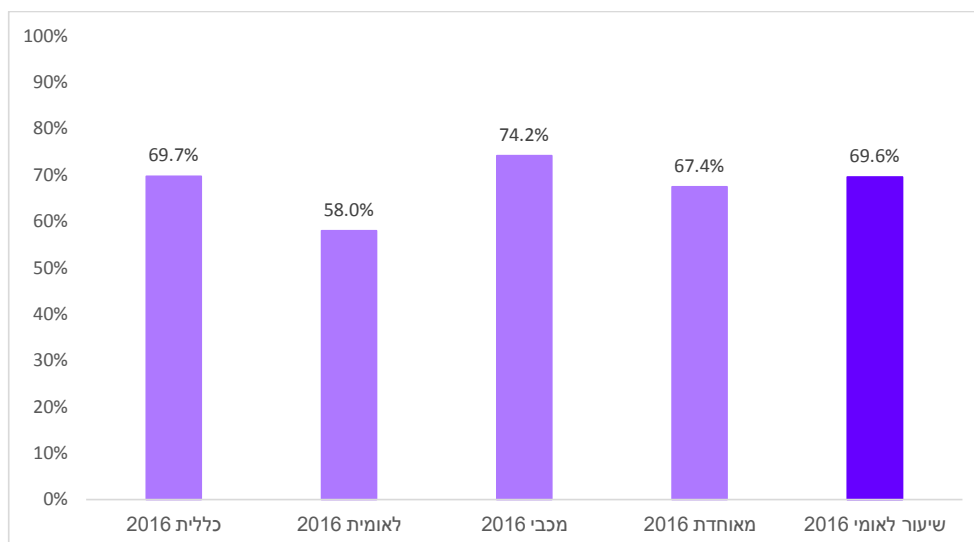
רציונאל: ממוגרפיה היא שיטה רנטגנית לגילוי מוקדם של סרטן השד. סרטן השד הינה המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים בישראל. שיעור התחלואה במחלה הוא כ-30% מכלל התחלואה בסרטן בקרב נשים. שיעורי ההישרדות היחסיים של נשים החולות במחלה השתפרו במהלך השנים האחרונות, שיפור שמיחס בחלקו לזיהוי מוקדם של המחלה.

מכנה: נשים מבוטחות בגילאים 50-74

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

הערות: אין

תרשים 189: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74, מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי



בשנת 2016, עמד שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 בישראל על 69.6%. השיעורים המתוקננים שנצפו בקופות השונות היו: קופ"ח כללית 69.7% (95% CI 69.6%, 69.8%), לאומית 58.0% (95% CI 57.6%, 58.4%), מכבי שרותי בריאות 74.2% (95% CI 74.0%, 74.4%), וקופ"ח מאוחדת 67.4% (95% CI 67.1%, 67.8%).

בשנת 2015 עמד השיעור הממוצע של ביצוע ממוגרפיה בנשים בגילאים 50-69 ב־33 מדינות OECD על 60.8%, כשהשיעור בישראל עבור טווח גילאים זה היה 70.5%. ישראל דורגה בחציון העליון של שיעור ביצוע ממוגרפיה, כאשר שוודיה הגיעה לשיעור הגבוה ביותר מבין המדינות החברות (90.4%). פורטוגל, דנמרק, פינלנד וסלובניה הציגו שיעורים הגבוהים מ־80%. ארה"ב ואנגליה השיגו אף הן שיעורי סקירה גבוהים יותר מאשר בישראל (79.5% ו־75.1% בהתאמה). השיעורים הנמוכים ביותר בקרב המדינות החברות נצפו במקסיקו, סלובקיה וטורקיה (עם 18.1%, 23.2% ו־31.0% בהתאמה). גם אוסטרליה וצרפת, למשל, הציגו שיעורים נמוכים יותר מהשיעור בישראל באותה השנה (54.5% ו־51.9% בהתאמה) [1].

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

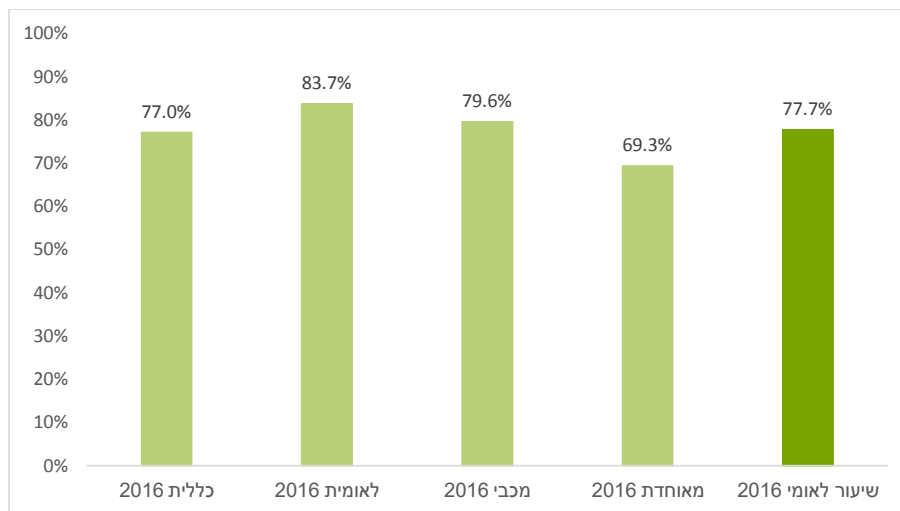
הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65-74 אשר קבלו חיסון נגד פניאומוקוק
רציונאל: שיפור הכיסוי החיסוני נגד פניאומוקוק באוכלוסייה המבוגרת עשוי להפחית את התחלואה והתמותה הנגרמת על ידי חיידק הפניאומוקוק.

מכנה: מבוטחים בני 65-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר חוסנו בפועל נגד פניאומוקוק פעם אחת לאחר גיל 65 או בחמש השנים האחרונות

הערות: מדד זה מתייחס לחיסונים נגד זיהומים פניאומוקוקליים הניתנים באמצעות התרכיב הפוליסכרידי (הכולל 23 זנים של החיידק) בקרב אוכלוסיית המבוגרים בני 65-74. טווח הגילאים נקבע בהתחשב במגבלות זמינות הנתונים עבור מדד זה.

תרשים 190: שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי



בשנת 2016, עמד שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74 בישראל על 77.7% השיעורים המתוקננים שנצפו בקופות השונות היו: קופ"ח כללית 77.0% (95% CI 76.9%, 77.2%), לאומית 83.7% (95% CI 83.3%, 84.1%), מכבי שרותי בריאות 79.6% (95% CI 79.3%, 79.8%), וקופ"ח מאוחדת 69.3% (95% CI 68.9%, 69.7%).

על-פי נתוני סקר הבריאות הלאומי בארה"ב משנת 2015 (Nathional Health Interview Survey), עמד השיעור הלאומי של קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65 ומעלה בארה"ב על 63.6% [2]. בניגוד לכיסוי החיסוני נגד שפעת בבני 65 ומעלה אודותיו אוסף ה-OECD נתונים מהמדינות החברות, מידע אודות שיעור המחוסנים נגד פניאומוקוק אינו מדווח באופן מובנה. עם זאת, בשנים האחרונות חיסון זה מוטמע בהדרגה בשגרת החיסונים במדינות רבות (נכון לשנת 2015, החיסון הוטמע בשני שלישים מהמדינות) [3].

שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה עם שימוש יתר בבנזודיאזפינים בשנת המדד

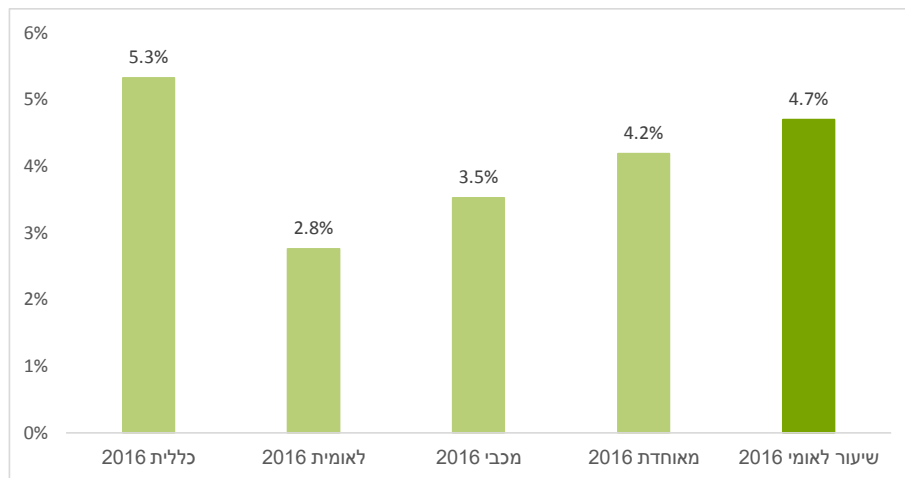
רציונל: הבנזודיאזפינים הן תרופות מרגיעות ומשרות שינה ותיקות. לכל הבנזודיאזפינים פוטנציאל להתפתחות תלות נפשית וגופנית, בעיקר במינון גבוה ולאחר מתן ממושך. הפסקה או מיתון פתאומי של טיפול כרוני עלולים לגרום תסמיני גמילה, חלקם מסכני חיים. תופעות הלוואי העיקריות של בנזודיאזפינים הן ישנוניות, פגיעה בזכרון ובריכוז וחוסר יציבות. קשישים רגישים במיוחד לתופעות לוואי אלו, הן בגלל רגישות יתר של מערכת העצבים להשפעת הבנזודיאזפינים והן בגלל קצב הפירוק האיטי של תכשירים ארוכי טווח בגוף. מחקרים רבים הוכיחו כי שימוש בבנזודיאזפינים או בתרופות ה-Z בקשישים מעלה את הסיכון לתאונות, נפילות ושברים. על אף העדויות המדאיגות על הנזק הפוטנציאלי שיש בשימוש בלתי מושכל וכרוני בתרופות אלה, שימוש כזה נותר נפוץ במדינות המפותחות, ובפרט באוכלוסיית הקשישים.

מכנה: מבוטחים בני 65 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם שימוש יתר בבנזודיאזפינים בשנת המדד. שימוש יתר מוגדר כצריכה של תכשירים ממשפחת הבנזודיאזפינים ו"תרופות ה-Z" בכמות של 365 DDD או יותר במהלך שנת המדד.

הערות: DDD = Defined Daily Dose: מינון התחזוקה היומי הממוצע המשוער עבור תרופה המשמשת בהתוויה העיקרית שלה במבוגרים. זהו מונח המשמש לצורך כימות הצריכה הכוללת של תרופה. ה-DDD נקבע על ידי ה-WHO. המדד הוגדר בצורה תואמת למדד ה-OECD במטרה לאפשר השוואה בינלאומית מהימנה. עבור מדד זה, ערכים נמוכים נחשבים מיטביים.

תרשים 191: שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי*



בשנת 2016, עמד שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה בישראל על 4.7%. זאת, לעומת 5.3% בשנת 2012. השיעורים המתוקננים שנצפו בקופות השונות היו: קופ"ח כללית 5.3% (95% CI 5.3%, 5.4%), לאומית 2.8% (95% CI 2.6%, 2.9%), מכבי שרותי בריאות 3.5% (95% CI 3.4%, 3.6%), וקופ"ח מאוחדת 4.2% (95% CI 4.0%, 4.3%).

בשנת 2013 עמד השיעור הממוצע של שימוש יתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה ב־13 מדינות OECD על 2.89%, כשהשיעור בישראל באותה השנה היה 5.13%. ישראל דורגה בחציון העליון של שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים, כאשר באירלנד ובפורטוגל נצפו שיעורי שימוש גבוהים אף יותר (6.26% בשתי המדינות), ואילו מדינות אחרות, כדוגמת דנמרק, קנדה ופינלנד הציגו שיעורים נמוכים יותר מאלה שנצפו בישראל באותה שנה (2.00%, 1.87% ו־1.07% בהתאמה) [1].

שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל־COPD

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 50-74 אשר אובחנו החל מתאריך 01/01/2012 ואילך כסובלים מחסמת הריאות (COPD) או כמצויים בסיכון גבוה לחסמת הריאות, אשר ביצעו בדיקת ספירומטריה

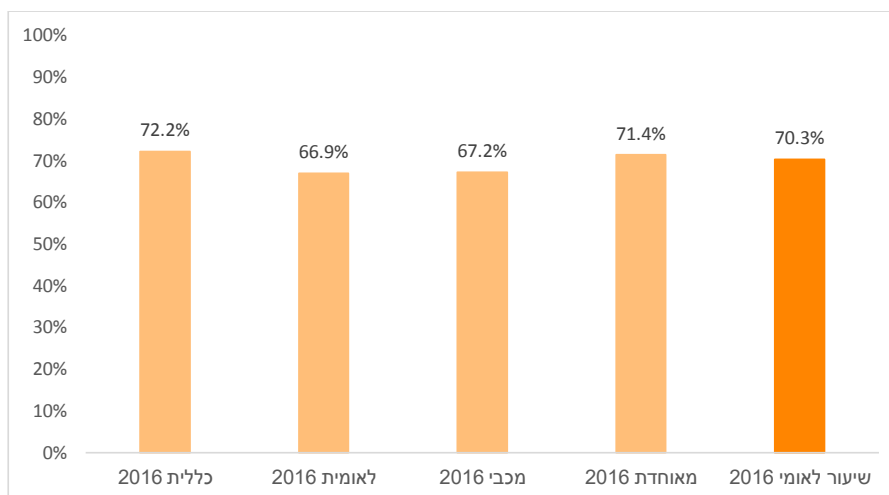
רציונאל: חסמת הריאות היא מחלה שכיחה וניתנת למניעה המהווה גורם תמותה ותחלואה חשוב בעולם וכרוכה בנטל כלכלי וחברתי משמעותי. שיעורי ההמצאות המדויקים של המחלה קשים לקביעה בין היתר בשל תת-אבחנה ניכרת של המחלה. אבחנה מוקדמת ותקפה של חסמת הריאות חיונית לצורך המנעות מגורמי הסיכון ומתן טיפול הולם. הללו מאפשרים את בלימת ההתדרדרות המואצת בתפקודי הריאה, שיפור בתסמינים ובסיבולת הגופנית והורדה בתכיפות ההחמרות במחלה. בדיקת הבחירה לאבחנה של חסמת הריאות היא ספירומטריה. הספירומטריה מאפשרת בנוסף לאישוש האבחנה של חסמת הריאות גם הערכה של חומרת ההפרעה החסימתית, המהווה גורם מנבא להתלקחויות תכופות ולתוצאים גרועים של המחלה. לאור חשיבות הספירומטריה לצורך אבחנה, הערכת החומרה וניטור מהלך המחלה מומלץ, כי כל החולים המצויים בסיכון לחסמת הריאות יביצעו ספירומטריה.

מכנה: מבוטחים בני 50-74 אשר אובחנו החל מתאריך 01/01/2012 ואילך כסובלים מחסמת הריאות או כמצויים בסיכון גבוה לחסמת הריאות

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו לפחות בדיקה אחת של ספירומטריה מ־01/01/2011 ואילך

הערות: מבוטחים הסובלים מחסמת הריאות מוגדרים לפי אבחנה של COPD או רכישה של תרופות ספציפיות ל־COPD. מבוטחים בסיכון גבוה ל־COPD מוגדרים לפי מצב עישון חיובי (בעבר או כיום) ואבחון לאסתמה או רכישת תרופות למחלות נשימתיות.

תרשים 192: שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי



בשנת 2016, עמד שיעור הביצוע של בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74 בישראל על 70.3%. זאת, לעומת 41.8% בלבד בשנת 2012. השיעורים המתוקנים שנצפו בקופות השונות היו: קופ"ח כללית 72.2% (95% CI 71.5%, 72.9%), לאומית 66.9% (95% CI 65.7%, 68.2%), מכבי שרותי בריאות 67.2% (95% CI 65.9%, 68.4%) וקופ"ח מאוחדת 71.4% (95% CI 69.7%, 73.0%).

מדד זה מאחד תחתיו את שיעור הביצוע של בדיקת ספירומטריה הן בקרב מאובחנים חדשים ב-COPD והן בקרב אוכלוסייה בסיכון גבוה למחלה זו. שיעור הביצוע בקרב חולי COPD בלבד בשנת 2016 עמד על 52.0%. הפרדה זו מאפשרת השוואה למדד דומה, הבוחן ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD בני 40 ומעלה, של ה- Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS). לפי מקור זה, עמד שיעור הביצוע בארה"ב בשנת 2016 על 31.6% ו-35.0% בקרב מבוטחי Medicaid ו-Medicare, בהתאמה, ועל 40.5% ו-42.0% בקרב בעלי ביטוחים פרטיים מסוגים שונים (קבלת שירותים רפואיים באמצעות רשתות ספקי שירות שבהסכם- Preferred Provider Organization או באמצעות ארגוני הבריאות-HMO Health Maintenance Organization, בהתאמה) [4].

שיעור בעלי רמת LDL מאוזנת בקרב בני 35-74

הגדרת המדד: שיעור בעלי רמת LDL נמוכה מהיעד המוגדר לפי רמות סיכון לתחלואה לבבית

רציונאל: רמה גבוהה של כולסטרול בדם מהווה את אחד מגורמי הסיכון החשובים להופעה של טרשת העורקים באוכלוסייה ולהחמרתה. נכון לשנת 2013, הנחיות בינלאומיות קבעו יעדים לכולסטרול LDL על פי רמות הסיכון הפרטניות למחלות לב כפי שהן נקבעות במודל פרמינגהם. מטרת המדד הינה לבדוק את שיעור המבוטחים המבוגרים עם רמת כולסטרול בטווח היעד המומלץ.

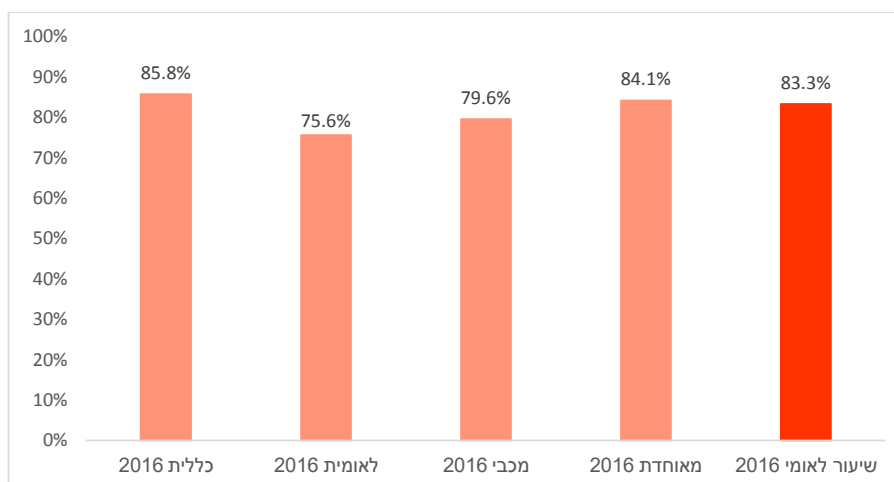
מכנה: מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי Framingham, שאינם חולי לב או סוכרת

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם רמת LDL נמוכה או שווה ליעד, כפי שהוגדר ע"י ATP III, תוך ריבוד לפי רמת הסיכון הפרטנית לסיכון נמוך, בינוני או גבוה

הערות: המדד המדווח הינו כאמור שיעור עמידה כולל ביעדי LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74. מדד זה מחושב על סמך שלושה מדדי עמידה ביעד בקבוצות הסיכון השונות:

- שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בבני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בבני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-110 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בבני 35-74

תרשים 193: שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74 מתוקן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי



בשנת 2016, עמד שיעור בעלי רמת LDL מאוזנת בקרב בני 35-74 בישראל על 83.3%. השיעורים המתוקנים שנצפו בקופות השונות היו: קופ"ח כללית 85.8% (95% CI 85.7%, 85.9%), לאומית 75.6% (95% CI 75.3%, 75.8%), מכבי שרותי בריאות 79.6% (95% CI 79.4%, 79.7%) וקופ"ח מאוחדת 84.1% (95% CI 83.9%, 84.3%).

שיעור זה מורכב מעמידה ביעד LDL בשלוש קבוצות סיכון: 89.5% בבעלי סיכון נמוך, 72.0% בבעלי סיכון בינוני, ו-31.0% בבעלי סיכון גבוה. לשם השוואה, בארה"ב בין השנים 1999-2008 עלה שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בבני 20-79 מ-24% ל-50.4% [5].

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

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

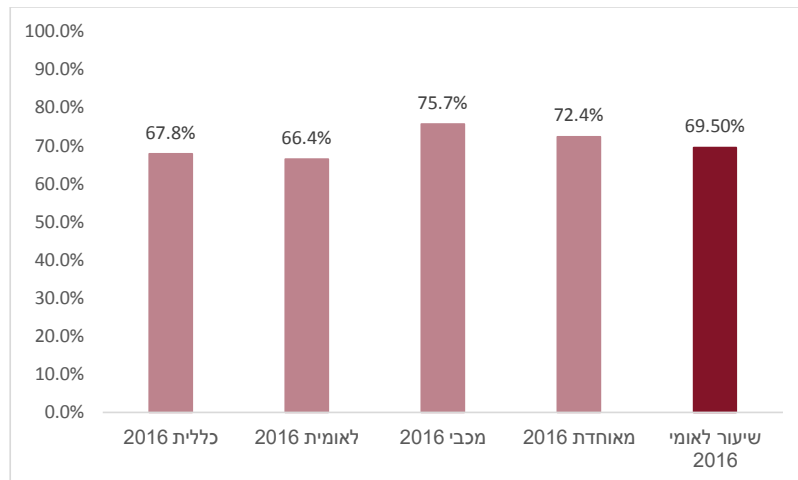
רציונאל: הטיפול במחלת הסוכרת נועד להשיג איזון מטבולי במשק הגלוקוז בגוף ולמנוע סיבוכים ופגיעה באיברי מטרה שונים, כגון לב, כליות, עיניים וגפיים. אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעלות הטיפול הוא בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכרר (HbA1c), המשקפת את מידת איזון הסוכרת ב־2-3 החודשים שקדמו לבדיקה, והיא בעלת ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה. מחקרים הראו שאיזון הדוק של רמות הגלוקוז בדם מביא לירידה בסיכון להתפתחות סיבוכים מיקרווסקולרים של סוכרת, אך הוא פחות יעיל במניעת סיבוכים בכלי דם הגדולים. לעומת זאת, נסיונות לאיזון קפדני יותר היו כרוכים בסיכון מוגבר להיפוגליקמיה והשלכותיה, בעיקר בקרב חולים מבוגרים, בעלי משך מחלה ארוך ואלו הסובלים מסיבוכי סוכרת. המגמה של התאמת יעדי האיזון למאפייני החולים התחזקה עם השנים וכיום יש ניסיון לתפור את יעדי האיזון למידותיו של כל חולה וחולה תוך התחשבות במאפייני הפרטניים. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבת מאוזנת כראוי. יעדי האיזון נקבעים תוך התחשבות בגיל המבוטח ומשך הזמן שחלף מאבחנת הסוכרת.

מכנה: חולי סוכרת בני 18-84 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 וותק 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.

תרשים 194: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 מתוקנן למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי



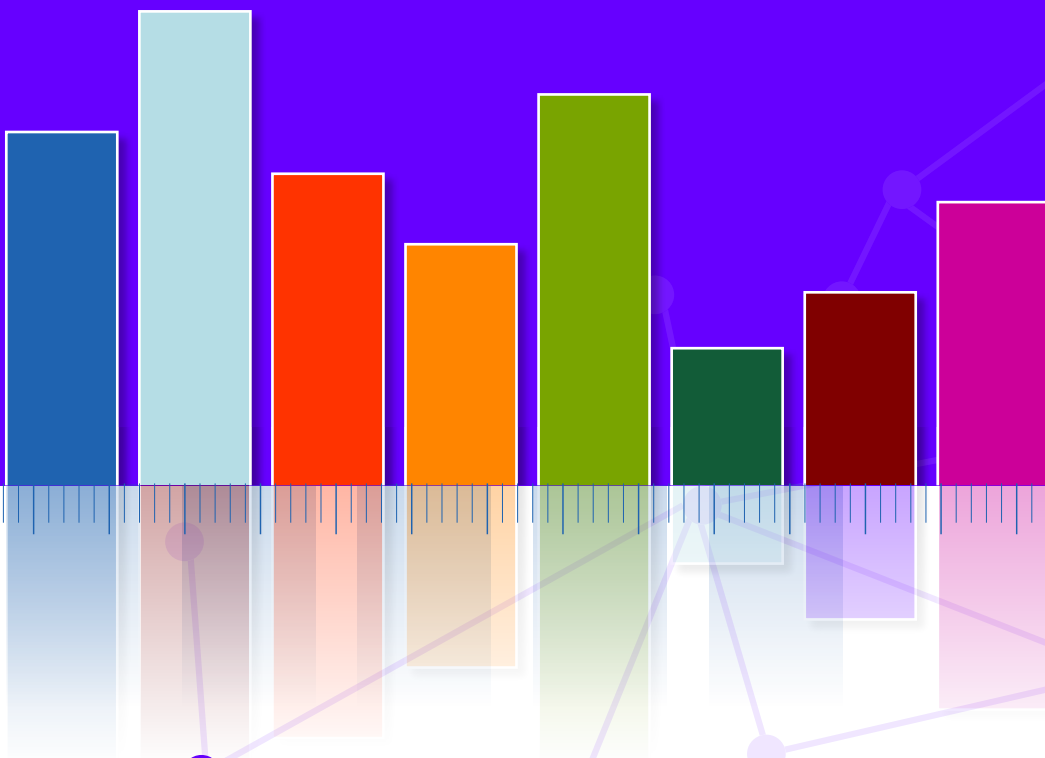
בשנת 2016, השיעור הלאומי של חולי הסוכרת בני 18-84 שמחלתם נחשבת מאוזנת (בעלי רמת HbA1c נמוכה או שווה ל-7% או 8% בהתאם לגיל ולוותק המחלה) בישראל עמד על 67.8%. השיעורים המתוקננים שנצפו בשנת 2016 בקופות השונות היו: קופ"ח כללית 69.5% (95% CI 67.6%, 68.0%), לאומית 66.4% (95% CI 65.9%, 66.9%), מכבי שרותי בריאות 75.7% (95% CI 75.4%, 76.0%) וקופ"ח מאוחדת 72.4% (95% CI 71.9%, 72.8%).

לשם השוואה, נתוני סקר NHANES לשנים 2005-2008 הצביעו על פרופורציה מעט נמוכה יותר של חולי סוכרת בני 20-64 המאוזנים לפי היעדים שהוגדרו על ידי איגוד הסוכרת האמריקאי, עם 62% מאוזנים בקרב מבוטחים בתוכנית הביטוח הפדרלית Medicare, ו-53% מאוזנים בקרב חולים המבוטחים בביטוחים הפרטיים [6]. לעומת זאת, נתונים מסקרי בריאות מדגמיים שנערכו בגרמניה בין השנים 2006 ל-2012 הצביעו על שיעור גבוה יותר של חולי סוכרת שמחלתם מאוזנת, עם 84.8% בעלי ערך HbA1c נמוך מ-7.5% (בקרב 51.3% נמצא ערך המוגלובין מסוכרר הנמוך מ-6.5%) [7].

- [1] Health at a Glance 2017. *OECD Indicators*. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- [2] Vaccination Coverage Among Adults in the United States, National Health Interview Survey, 2015. CDC. Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/coverage/adultvaxview/coverage-estimates/2015.html>
- [3] Unicef and WHO, "GIVS: Global Immunization Vision and Strategy, 2006-2015," WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals and UNICEF Programme Division, Health Section, 2015. Available at: http://www.who.int/immunization/newsroom/press/immunization_coverage_july_2016/en/.
- [4] NCQA, HEDIS Report Cards 2016. Available at: <http://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality/2016-table-of-contents/spirometry>
- [5] Tattersall MC et al., Trends in Low-Density Lipoprotein Cholesterol Goal Achievement in High Risk United States Adults: Longitudinal Findings from the 1999–2008 National Health and Nutrition Examination Surveys. *PLOS* 2013; 8(40): e59309.
- [6] Fitch K, Pyenson BS, Iwasaki K, Medical Claim Cost Impact of Improved Diabetes Control for Medicare and Commercially Insured Patients with Type 2 Diabetes. *J Manag Care Spec Pharm*, 2013 Oct;19(8):609-620.
- [7] Ulrich S, Holle R, Wacker M, et al. Cost burden of type 2 diabetes in Germany: results from the population-based KORA studies. *BMJ Open* 2016;6:e012527.

אזור גיאוגרפי סטטיסטי	אג"ס
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה	למ"ס
המרכז הלאומי לבקרת מחלות	מלב"ם
מילימטר כספית	ממ"כ
Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors	ACE-I
American Diabetes Association	ADA
Agency for Healthcare Research and Quality	AHRQ
Asthma Medication Ratio	AMR
Angiotensin Receptor Blocker	ARB
American Society of Clinical Oncology	ASCO
Adult Treatment Panel III	ATP-III
Body Mass Index	BMI
Cervical Intraepithelial Neoplasia	CIN
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	COPD
Committee on Safety of Medicines	CSM
Defined Daily Dos	DDD
Estimated Glomerular Filtration Rate	eGFR
Familial Adenomatous Polyposis	FAP
Glomerular Filtration Rate	GFR
Glycated Hemoglobin	HbA1c
High-Density Lipoprotein	HDL
Health Maintenance Organization	HMO
The Healthcare Effectiveness Data and Information Set	HEDIS
Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer	HNPCC
Human Papilloma Virus	HPV
Israeli National Health Interview Survey	INHIS
Low-Density Lipoprotein	LDL
Organization for Economic Cooperation and Development	OECD
Potentially Inappropriate Medications	PIM
Preferred Provider Organization	PPO
Prescribing Quality Indicators	PQI
World Health Organization	WHO

נספח



מדדי איכות וממצאים לשנת 2016 לפי חברות בקופת חולים

מבוא

בנספח מתפרסמות תוצאות מדדי האיכות לפי קופות החולים, בנוסף לפרסום הנתונים הלאומיים לאורך הדו"ח. 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 [1]. 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 [2-4] וכן הודגמו הבדלים בהרכב הקופות מבחינת המצב החברתי כלכלי של מבוטחיהן [5]. ריבוד היא אחת השיטות המקובלות כדי להביא בחשבון את מאפייני המבוטחים, ולפיכך המדדים מפורסמים בנספח לפי קופות ובריבוד לפי מין, קבוצות גיל ומצב חברתי כלכלי [1]. כפי שמפורט בפרק השיטות, מצב חברתי כלכלי נקבע בדו"ח זה על סמך האשכול אליו משויך האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים, שיוך העובר טיוב והשלמה על ידי חברת פוינטס. עבור 3.3% מהמבוטחים כתובות המגורים לא היו שלמות, ולכן הם לא נכללים בממצאים המוצגים בנספח זה.

שנית, אומנם המדדים המפורסמים בדו"ח מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמותווה 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 [6].

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 ארבעה מדדים בלבד - ביצוע בדיקת המוגלובין בתינוקות, הימצאות אנמיה 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, 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.

בשל המגבלות המפורטות לעיל, הפרסום לפי קופות החולים כולל את כלל המדדים למעט מדדים חדשים. כמו כן, 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

- [1] Friedberg MW, 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.
- [2] 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 Mar;60(5):989-97. PubMed PMID: 15589669. eng.
- [3] Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012 Sep;380(9846):1011-29. PubMed PMID: 22964159. eng.
- [4] אברבוך א, אבני ש. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד. 2015. <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2015.pdf> הבריאות;
- [5] כהן ר, רבין ח. חברות בקופת חולים 2015. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון; 2016. https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_280.pdf
- [6] Godlee F. Outcomes that matter to patients. British Medical Journal, 2012, 244:e318
- [7] קלדרון-מרגלית ר, כהן מ, לויני י, פלטיאל א, יפה ד, מנור א. האם שיפור במדדי איכות הטיפול ברפואת הקהילה קשור בשיפור בבריאות הציבור? סוכרת וסרטני השד והמעי הגס כמקרי בוחן. הכנס השנתי 2014. תל אביב. http://www.israelhpr.org.il/h/1/&mod=download&me_id=1848 למדיניות בריאות.

סאודות				מכבי				לאומית				כלית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

קידום בריאות

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 64-20

57.3%	57.4%	59.0%	66.6%	78.6%	79.7%	76.5%	83.0%	70.8%	73.2%	71.7%	75.3%	82.6%	87.6%	87.6%	87.9%	20-24	זכר
62.9%	63.5%	62.1%	66.7%	77.2%	80.1%	79.0%	81.0%	83.5%	84.0%	83.1%	82.6%	83.9%	84.7%	85.4%	86.7%	25-34	
77.7%	77.7%	75.1%	78.1%	81.2%	83.4%	83.1%	85.7%	87.4%	87.5%	86.7%	88.0%	88.0%	89.0%	89.5%	91.6%	35-44	
88.2%	88.9%	86.8%	87.4%	86.2%	87.9%	87.9%	89.8%	90.4%	91.3%	90.1%	90.1%	92.8%	94.0%	94.4%	95.7%	45-54	
90.4%	91.6%	90.3%	90.4%	91.7%	93.2%	93.2%	94.4%	94.7%	94.7%	94.0%	93.7%	97.2%	97.8%	97.8%	98.5%	55-64	
75.8%	74.7%	83.4%	88.0%	87.7%	90.9%	91.9%	93.0%	83.6%	85.7%	85.6%	87.4%	92.4%	92.1%	93.3%	92.7%	20-24	נקבה
80.6%	84.0%	85.8%	89.5%	89.5%	91.6%	92.1%	93.6%	93.9%	94.4%	94.5%	94.4%	90.6%	91.5%	92.3%	92.9%	25-34	
87.2%	88.1%	87.8%	89.9%	87.5%	89.3%	89.7%	92.1%	93.4%	94.2%	93.2%	94.8%	91.3%	92.6%	94.1%	95.0%	35-44	
91.0%	92.5%	92.0%	92.4%	87.4%	90.0%	90.9%	92.7%	93.7%	94.4%	94.1%	94.4%	94.5%	96.0%	96.9%	97.5%	45-54	
92.0%	94.0%	93.6%	93.3%	92.3%	94.1%	94.6%	96.3%	96.2%	96.3%	96.5%	96.5%	97.9%	98.5%	98.7%	99.2%	55-64	

שיעור ההמצאות של תת משקל בקרב בני 64-20

3.6%	4.9%	5.3%	4.7%	9.7%	6.6%	5.7%	4.2%	1.2%	4.5%	4.5%	4.7%	5.2%	6.0%	4.8%	3.4%	20-24	זכר
2.4%	2.5%	3.3%	3.5%	2.1%	2.4%	2.9%	2.9%	2.2%	2.5%	3.3%	3.3%	2.2%	2.9%	3.5%	2.7%	25-34	
0.8%	1.0%	1.7%	2.0%	0.5%	0.7%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.6%	1.6%	0.9%	1.3%	1.6%	1.3%	35-44	
0.5%	0.7%	0.9%	1.1%	0.3%	0.4%	0.7%	0.7%	0.5%	0.7%	1.0%	1.0%	0.4%	0.7%	1.2%	0.9%	45-54	
0.2%	0.4%	0.8%	0.9%	0.1%	0.3%	0.5%	0.8%	0.4%	0.6%	0.9%	1.0%	0.3%	0.6%	1.0%	0.9%	55-64	
7.9%	7.3%	8.6%	4.3%	11.4%	11.1%	10.0%	6.1%	10.1%	9.4%	9.2%	8.1%	14.1%	10.9%	11.3%	7.3%	20-24	נקבה
6.3%	5.6%	5.5%	4.1%	7.9%	6.7%	6.1%	4.8%	7.3%	6.2%	5.4%	4.4%	8.4%	7.7%	7.4%	4.7%	25-34	
3.5%	3.1%	3.0%	2.0%	4.4%	3.6%	2.9%	1.4%	4.5%	3.0%	2.8%	1.6%	5.1%	4.4%	3.6%	1.6%	35-44	
2.1%	1.8%	1.8%	1.4%	2.5%	1.8%	1.5%	0.9%	1.8%	1.8%	1.5%	1.0%	2.3%	2.0%	1.6%	0.8%	45-54	
1.2%	1.0%	1.0%	0.9%	1.5%	1.0%	0.9%	0.6%	1.5%	1.0%	1.0%	0.8%	1.3%	1.2%	1.1%	0.6%	55-64	

שיעור ההמצאות של משקל תקין בקרב בני 64-20

65.6%	57.5%	53.8%	47.7%	61.9%	58.3%	54.1%	48.9%	72.3%	59.3%	55.5%	53.3%	63.3%	59.3%	56.7%	56.1%	20-24	זכר
56.8%	48.7%	43.7%	38.3%	61.5%	53.0%	48.0%	40.8%	59.7%	52.2%	47.0%	43.3%	61.9%	54.7%	50.5%	46.7%	25-34	
42.3%	33.8%	30.0%	26.6%	44.7%	36.2%	31.9%	25.7%	43.0%	35.2%	32.5%	28.7%	46.6%	41.1%	38.0%	32.7%	35-44	
30.8%	26.7%	25.0%	22.3%	32.3%	26.9%	25.4%	21.4%	28.6%	26.3%	25.7%	24.9%	33.4%	30.1%	30.1%	27.2%	45-54	
22.8%	21.9%	22.0%	21.5%	25.6%	23.1%	22.9%	21.1%	23.8%	23.3%	23.6%	23.8%	26.3%	25.8%	26.9%	25.7%	55-64	
62.3%	57.4%	45.6%	45.3%	66.7%	61.9%	57.9%	57.6%	66.4%	57.3%	52.8%	48.8%	65.6%	61.5%	57.8%	57.4%	20-24	נקבה
54.7%	47.6%	42.7%	38.4%	62.4%	55.6%	49.5%	43.9%	57.0%	50.6%	45.4%	41.8%	65.4%	58.4%	53.4%	47.8%	25-34	
52.8%	45.9%	37.7%	27.0%	57.7%	50.0%	41.9%	31.8%	52.9%	45.9%	39.4%	29.2%	60.1%	52.4%	44.3%	32.6%	35-44	
50.8%	41.9%	32.9%	20.4%	54.1%	44.4%	34.9%	23.7%	48.4%	40.7%	32.5%	21.0%	51.2%	42.1%	33.4%	19.8%	45-54	
42.7%	32.6%	24.8%	16.1%	45.9%	34.3%	24.8%	18.1%	41.2%	31.7%	25.0%	16.4%	41.7%	34.2%	26.6%	14.6%	55-64	

שיעור ההמצאות של עודף משקל בקרב בני 64-20

23.2%	26.9%	24.9%	31.5%	22.8%	23.9%	24.7%	28.2%	23.6%	26.8%	28.4%	27.3%	22.1%	22.8%	25.5%	27.6%	20-24	זכר
30.5%	33.2%	34.0%	35.0%	27.4%	31.5%	32.3%	34.4%	29.2%	33.3%	34.2%	34.3%	27.9%	30.9%	32.1%	34.3%	25-34	
40.8%	42.5%	40.5%	39.9%	40.2%	42.3%	40.9%	41.5%	41.1%	41.8%	41.6%	41.0%	39.6%	40.0%	39.2%	41.6%	35-44	
47.4%	45.7%	42.4%	41.0%	46.6%	46.0%	42.8%	42.3%	47.9%	45.9%	42.7%	42.1%	45.9%	44.4%	42.3%	43.4%	45-54	
49.8%	46.5%	43.7%	41.9%	50.2%	47.9%	43.7%	42.4%	48.3%	46.9%	44.3%	41.6%	48.9%	46.5%	43.7%	43.0%	55-64	
22.6%	21.7%	26.1%	30.7%	15.9%	17.7%	19.6%	22.1%	17.7%	22.0%	24.1%	27.0%	14.2%	17.5%	19.1%	22.0%	20-24	נקבה
25.2%	27.6%	29.2%	32.2%	17.1%	20.8%	23.3%	27.4%	23.9%	26.9%	28.6%	30.5%	18.3%	21.6%	23.5%	28.0%	25-34	
27.1%	29.4%	30.9%	34.7%	21.2%	25.4%	28.7%	31.9%	26.3%	29.9%	31.1%	34.5%	22.9%	26.1%	28.8%	34.2%	35-44	
29.1%	32.4%	32.8%	33.3%	26.5%	30.5%	32.2%	33.6%	31.1%	32.0%	33.3%	32.7%	28.7%	31.7%	33.0%	33.5%	45-54	
34.8%	35.8%	34.4%	28.9%	33.0%	36.0%	35.0%	32.4%	35.3%	36.9%	35.2%	33.0%	34.8%	35.8%	35.1%	30.6%	55-64	

מאחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64

7.1%	10.6%	15.8%	16.1%	4.9%	10.5%	14.8%	18.3%	2.9%	9.5%	11.6%	14.7%	9.4%	11.9%	13.0%	13.0%	20-24	זכר
10.2%	15.4%	18.7%	23.2%	7.8%	12.0%	15.9%	21.0%	8.7%	12.0%	15.4%	19.1%	8.0%	11.5%	13.9%	16.3%	25-34	
16.0%	22.4%	27.5%	31.4%	13.4%	19.7%	25.1%	30.6%	14.8%	21.7%	24.2%	28.6%	12.9%	17.6%	21.1%	24.4%	35-44	
21.3%	26.7%	31.4%	35.4%	19.6%	25.8%	30.2%	34.9%	22.9%	27.0%	30.6%	32.0%	20.3%	24.7%	26.3%	28.5%	45-54	
27.1%	31.0%	33.3%	35.6%	23.0%	27.8%	32.2%	35.0%	27.3%	29.2%	31.1%	33.6%	24.5%	27.1%	28.4%	30.4%	55-64	
6.8%	13.5%	19.0%	18.9%	5.3%	8.5%	11.3%	13.4%	5.8%	11.3%	13.9%	16.0%	6.1%	10.0%	11.8%	13.3%	20-24	נקבה
13.7%	18.9%	22.2%	24.9%	7.0%	11.4%	15.7%	19.9%	11.7%	16.3%	20.6%	23.3%	7.9%	12.3%	15.7%	19.5%	25-34	
16.5%	21.4%	28.1%	35.9%	10.8%	16.6%	23.2%	32.0%	16.3%	21.2%	26.6%	34.6%	11.9%	17.1%	23.2%	31.6%	35-44	
17.9%	23.8%	32.4%	44.7%	15.3%	22.0%	30.4%	40.9%	18.6%	25.5%	32.7%	45.3%	17.8%	24.1%	31.9%	45.8%	45-54	
21.3%	30.4%	39.7%	53.8%	18.5%	27.8%	38.8%	48.2%	22.0%	30.4%	38.8%	49.8%	22.2%	28.9%	37.2%	54.2%	55-64	

שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

47.6%	48.9%	48.8%	51.9%	87.8%	89.1%	88.6%	91.5%	82.0%	82.6%	80.3%	79.9%	99.2%	99.0%	99.5%	99.6%	16-24	זכר
61.8%	62.1%	59.1%	56.7%	91.1%	92.6%	92.7%	94.0%	81.6%	82.6%	81.3%	81.0%	97.5%	98.2%	98.8%	99.5%	25-34	
69.9%	68.6%	66.3%	63.6%	77.4%	78.7%	79.9%	80.1%	82.7%	85.4%	84.1%	86.1%	97.1%	97.9%	98.5%	99.0%	35-44	
74.1%	73.9%	72.5%	71.5%	80.2%	81.7%	83.0%	83.2%	87.9%	89.4%	88.5%	87.8%	97.0%	97.9%	98.6%	98.9%	45-54	
78.4%	79.9%	79.8%	79.4%	88.0%	88.9%	89.3%	89.2%	93.3%	93.4%	93.1%	92.5%	97.7%	98.6%	99.0%	99.3%	55-64	
89.3%	90.1%	89.3%	87.3%	96.0%	96.0%	95.3%	95.2%	96.5%	97.0%	96.0%	96.2%	98.6%	99.0%	99.4%	99.5%	65-74	
61.1%	58.7%	59.0%	60.9%	93.0%	93.7%	93.0%	93.7%	89.1%	90.5%	88.4%	87.1%	99.4%	99.6%	99.7%	99.8%	16-24	נקבה
82.1%	82.7%	83.3%	83.2%	98.2%	98.5%	98.4%	98.7%	92.9%	94.0%	93.9%	94.0%	99.3%	99.6%	99.7%	99.9%	25-34	
80.3%	79.3%	79.1%	78.8%	85.9%	85.2%	84.4%	82.5%	92.3%	92.9%	92.3%	93.7%	98.5%	98.9%	99.4%	99.4%	35-44	
76.1%	76.4%	76.8%	78.0%	82.8%	82.8%	82.6%	82.1%	92.3%	93.8%	93.5%	93.3%	97.7%	98.6%	99.2%	99.1%	45-54	
80.7%	82.0%	82.8%	82.9%	89.2%	88.9%	89.0%	90.7%	95.2%	95.6%	96.0%	95.6%	98.2%	98.9%	99.4%	99.3%	55-64	
89.7%	89.6%	90.3%	88.6%	95.4%	95.0%	94.4%	95.6%	97.0%	96.9%	96.5%	96.8%	98.7%	99.2%	99.5%	99.4%	65-74	

שיעור עישון בקרב בני 16-74

20.1%	25.0%	27.9%	35.1%	4.9%	7.6%	11.1%	14.6%	22.0%	28.3%	31.5%	35.4%	7.3%	12.8%	16.9%	17.8%	16-24	זכר
33.6%	37.4%	38.2%	41.7%	18.9%	22.4%	27.6%	24.5%	33.9%	41.4%	45.9%	50.0%	23.0%	29.2%	36.1%	37.9%	25-34	
26.5%	33.4%	38.1%	39.7%	16.1%	21.9%	30.3%	27.0%	29.2%	38.0%	44.2%	46.8%	19.5%	26.1%	35.4%	38.7%	35-44	
21.9%	30.9%	37.7%	42.6%	13.0%	20.8%	30.0%	30.9%	27.1%	36.5%	43.4%	46.8%	15.8%	26.4%	37.0%	43.0%	45-54	
19.5%	27.4%	32.6%	39.5%	11.3%	18.2%	25.4%	27.5%	24.9%	31.0%	37.3%	41.5%	13.3%	21.5%	31.9%	40.0%	55-64	
13.3%	18.4%	22.3%	29.9%	8.5%	12.3%	17.3%	20.2%	15.7%	22.1%	26.0%	32.3%	9.3%	13.4%	20.4%	29.5%	65-74	
12.0%	12.7%	9.7%	4.9%	4.0%	4.1%	4.3%	1.5%	14.6%	14.8%	13.6%	5.1%	5.2%	6.7%	5.8%	1.0%	16-24	נקבה
24.8%	21.3%	16.3%	5.6%	9.4%	10.1%	11.8%	4.4%	25.7%	25.6%	24.0%	8.1%	14.4%	16.5%	17.0%	4.1%	25-34	
18.3%	20.9%	19.1%	8.0%	8.0%	11.2%	15.7%	6.4%	21.2%	23.7%	24.0%	8.0%	11.9%	15.6%	17.6%	5.1%	35-44	
17.6%	22.6%	22.1%	11.4%	9.6%	13.7%	17.2%	9.9%	20.9%	24.6%	24.7%	12.7%	12.6%	17.8%	19.8%	9.1%	45-54	
16.3%	20.6%	20.0%	13.3%	10.5%	13.9%	15.7%	10.9%	21.6%	24.2%	22.6%	15.0%	12.2%	16.3%	19.0%	11.0%	55-64	
11.0%	12.6%	11.4%	7.1%	7.7%	8.7%	8.7%	6.2%	14.2%	15.1%	12.8%	8.8%	8.3%	9.7%	10.6%	7.1%	65-74	

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 45-74

69.4%	67.4%	64.3%	58.5%	75.2%	75.2%	72.2%	70.1%	55.4%	57.9%	53.4%	53.7%	68.0%	67.1%	66.0%	69.8%	50-54	נקבה
68.2%	68.7%	67.0%	60.6%	74.3%	75.5%	74.5%	72.7%	58.8%	57.5%	56.8%	55.5%	69.1%	68.7%	68.5%	71.1%	55-59	
68.8%	70.4%	68.9%	59.4%	74.6%	76.0%	75.5%	74.6%	58.6%	60.0%	58.7%	58.6%	71.0%	71.5%	69.5%	72.5%	60-64	
69.8%	71.8%	70.7%	61.2%	74.6%	76.3%	76.1%	71.3%	62.2%	63.2%	60.4%	59.4%	75.1%	75.2%	72.2%	70.1%	65-69	
67.9%	68.7%	66.3%	56.3%	72.3%	71.5%	68.6%	66.3%	55.7%	58.5%	52.1%	48.4%	71.6%	69.1%	61.0%	55.5%	70-74	

דאָרדט				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור הביצוע של בדיקה גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 74-50

53.5%	53.4%	49.0%	46.3%	58.4%	55.1%	52.0%	50.7%	52.6%	46.6%	43.9%	43.6%	48.6%	42.7%	38.0%	39.1%	50-54	זכר
62.0%	60.9%	56.9%	53.7%	67.8%	63.6%	58.8%	56.7%	61.8%	57.0%	53.5%	50.3%	57.1%	51.8%	44.8%	45.9%	55-59	
65.1%	63.8%	61.3%	56.5%	71.0%	67.8%	64.8%	63.8%	65.0%	62.7%	58.9%	57.8%	62.6%	56.9%	50.7%	51.2%	60-64	
70.9%	70.3%	68.2%	65.3%	75.2%	72.5%	70.3%	71.2%	71.4%	69.3%	65.0%	63.9%	67.1%	63.1%	56.6%	56.4%	65-69	
72.4%	71.4%	66.7%	65.8%	74.8%	74.0%	70.9%	71.8%	71.3%	67.9%	68.7%	64.9%	68.9%	64.9%	56.4%	55.9%	70-74	
55.3%	55.6%	53.6%	50.0%	56.6%	56.7%	54.6%	53.7%	51.8%	49.0%	50.3%	47.9%	49.6%	45.7%	43.0%	47.3%	50-54	נקבה
62.8%	61.7%	60.8%	58.7%	65.2%	63.1%	62.7%	59.4%	63.1%	59.1%	59.0%	56.7%	58.0%	53.9%	50.0%	53.1%	55-59	
65.6%	66.0%	65.9%	60.2%	69.1%	68.2%	67.7%	68.5%	67.2%	64.8%	63.8%	63.8%	62.0%	59.1%	53.9%	56.9%	60-64	
67.6%	69.8%	70.4%	64.5%	72.3%	71.5%	71.3%	69.6%	71.2%	70.9%	67.7%	65.4%	67.2%	63.9%	58.4%	57.9%	65-69	
68.2%	68.6%	69.4%	63.3%	73.7%	71.8%	71.6%	72.3%	68.7%	68.6%	64.7%	61.7%	67.0%	63.7%	55.7%	51.5%	70-74	

שיעור הנשים בגילאים 54-35 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-3 השנים האחרונות

57.0%	55.8%	47.8%	27.8%	67.1%	64.5%	58.6%	48.4%	41.1%	44.2%	37.9%	26.5%	61.0%	55.9%	45.2%	31.2%	35-39	נקבה
59.3%	56.8%	46.2%	30.0%	65.7%	63.0%	57.2%	47.8%	43.7%	44.1%	41.2%	26.9%	58.8%	54.1%	43.7%	30.2%	40-44	
57.8%	54.0%	47.4%	29.9%	64.2%	61.2%	55.1%	48.1%	42.2%	43.8%	38.3%	28.0%	55.8%	50.7%	40.8%	29.2%	45-49	
54.6%	51.1%	40.9%	24.8%	60.8%	56.4%	49.8%	43.8%	37.4%	39.6%	35.4%	23.6%	51.2%	44.5%	35.7%	24.4%	50-54	

שיעור הנשים בגילאים 54-35 אשר לא ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-5 השנים האחרונות

26.8%	28.4%	37.5%	60.3%	15.8%	17.1%	23.4%	35.3%	43.1%	38.7%	46.4%	62.7%	25.1%	29.0%	39.9%	56.5%	35-39	נקבה
25.7%	27.4%	38.1%	58.7%	17.7%	19.3%	25.4%	36.1%	41.3%	40.0%	44.1%	61.5%	26.9%	30.4%	41.6%	57.5%	40-44	
27.1%	29.9%	37.1%	58.0%	19.7%	21.5%	27.8%	36.1%	41.2%	40.6%	46.6%	61.9%	30.3%	34.6%	44.1%	58.1%	45-49	
31.1%	33.4%	42.6%	62.4%	22.9%	26.0%	32.9%	41.2%	47.4%	44.8%	49.7%	65.1%	34.7%	40.1%	49.6%	63.3%	50-54	

ילדים ובני נוער

שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתיוקת בני 18-9 חודשים

79.1%	75.0%	72.5%	69.8%	93.1%	93.3%	93.4%	93.4%	83.8%	83.7%	82.0%	80.3%	90.2%	90.5%	90.7%	92.5%	1	בנים
76.3%	75.0%	69.4%	68.2%	92.3%	93.1%	93.4%	91.5%	87.1%	83.6%	82.5%	79.7%	89.0%	90.4%	90.0%	91.5%	1	בנות

שיעור ההימצאות של אנמיה בקרב תינוקות בני 18-9 חודשים

8.0%	10.4%	12.6%	15.0%	7.0%	7.5%	8.1%	9.9%	6.8%	8.1%	10.0%	12.7%	9.4%	9.1%	8.0%	9.0%	1	בנים
8.4%	11.1%	12.2%	15.3%	6.7%	7.6%	8.7%	9.1%	8.7%	7.1%	9.6%	10.3%	8.7%	8.3%	8.6%	9.0%	1	בנות

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

62.8%	61.2%	56.9%	59.5%	65.3%	65.7%	63.1%	65.5%	74.4%	78.4%	74.0%	74.7%	91.9%	92.9%	93.6%	95.8%	7	זכר
63.7%	59.3%	57.3%	58.1%	64.4%	64.2%	62.1%	64.0%	69.0%	75.2%	75.3%	73.7%	91.0%	92.9%	92.8%	95.6%	7	נקבה

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 18-14

74.2%	71.9%	64.9%	66.3%	79.3%	79.8%	78.0%	74.1%	90.4%	87.9%	84.4%	78.9%	84.7%	83.0%	77.8%	65.3%	14-18	זכר
73.9%	68.2%	63.5%	67.9%	79.8%	80.0%	77.2%	73.5%	90.3%	88.0%	83.0%	77.6%	84.7%	82.0%	77.0%	66.8%	14-18	נקבה

מבוגרים בני 65 ומעלה

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

58.8%	55.0%	51.5%	59.1%	60.2%	55.6%	50.2%	54.7%	61.9%	59.6%	60.1%	63.8%	62.6%	58.8%	56.5%	63.7%	65-69	זכר
68.8%	64.7%	58.5%	62.2%	68.9%	63.2%	59.6%	60.8%	65.8%	66.6%	64.9%	70.1%	70.9%	67.6%	64.1%	70.2%	70-74	
73.0%	69.2%	62.6%	66.0%	73.1%	67.6%	63.4%	63.4%	72.3%	66.8%	64.5%	66.6%	76.9%	72.5%	67.6%	72.6%	75-79	
85.0%	72.1%	68.3%	72.0%	75.2%	70.4%	68.4%	71.5%	74.0%	69.2%	65.9%	65.7%	81.8%	77.8%	72.2%	73.6%	80-84	
78.2%	72.4%	69.6%	72.7%	70.5%	66.8%	62.4%	64.3%	61.7%	60.2%	59.2%	57.5%	81.3%	76.7%	72.2%	73.7%	85+	
56.4%	52.1%	48.3%	52.9%	56.8%	51.6%	48.2%	48.9%	59.4%	60.7%	61.2%	67.0%	59.2%	54.5%	52.1%	61.5%	65-69	נקבה
63.6%	58.4%	54.7%	60.0%	63.6%	59.1%	53.9%	57.1%	66.8%	66.3%	65.3%	69.3%	66.5%	62.9%	59.8%	66.5%	70-74	
68.1%	60.4%	57.9%	62.4%	67.7%	60.3%	57.4%	58.2%	63.3%	63.9%	63.3%	68.0%	70.7%	66.2%	61.2%	67.7%	75-79	
71.6%	64.6%	60.7%	64.6%	64.8%	60.5%	56.9%	57.7%	64.6%	61.6%	62.8%	62.6%	73.4%	69.4%	65.1%	70.0%	80-84	
69.5%	64.6%	57.1%	58.3%	53.9%	52.4%	48.7%	50.9%	62.7%	58.2%	55.0%	55.8%	74.0%	68.2%	64.9%	68.6%	85+	

מאחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור קבלת חיסון נגד פניאמוקוק בקרב בני 74-65

71.6%	70.6%	68.3%	76.7%	79.2%	78.8%	76.8%	80.2%	79.1%	81.1%	81.6%	84.5%	73.7%	73.2%	73.3%	81.1%	65-69	זכר
77.3%	74.2%	72.2%	77.8%	89.4%	88.2%	86.9%	88.9%	88.5%	89.5%	88.2%	89.9%	87.8%	87.9%	87.0%	91.0%	70-74	
67.0%	64.9%	63.6%	70.3%	75.1%	73.8%	72.5%	73.9%	78.4%	81.3%	81.6%	86.7%	69.9%	69.0%	68.2%	79.8%	65-69	נקבה
71.1%	68.4%	66.0%	76.3%	85.8%	84.1%	82.4%	85.6%	83.2%	87.6%	88.1%	89.8%	84.2%	83.8%	82.8%	90.1%	70-74	

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 84-65

69.1%	68.3%	68.5%	70.6%	64.8%	69.9%	69.9%	73.3%	79.4%	77.5%	75.7%	78.2%	76.9%	78.4%	79.8%	82.5%	65-69	זכר
74.4%	75.3%	73.2%	76.0%	68.2%	71.9%	72.7%	78.6%	84.1%	82.4%	80.3%	80.7%	87.5%	88.9%	88.5%	90.7%	70-74	
76.5%	77.2%	74.8%	72.4%	70.5%	73.4%	74.5%	74.3%	64.1%	62.1%	58.5%	57.4%	89.2%	90.4%	89.1%	89.8%	75-79	
59.8%	58.6%	58.2%	53.3%	71.2%	73.2%	73.2%	73.8%	59.6%	59.8%	54.9%	52.4%	88.5%	89.9%	89.4%	89.6%	80-84	
69.7%	70.1%	71.1%	73.8%	61.2%	67.5%	69.8%	71.5%	80.4%	80.1%	78.8%	80.8%	75.9%	78.6%	80.8%	85.0%	65-69	נקבה
73.3%	75.3%	75.2%	77.0%	64.4%	70.0%	72.5%	74.6%	84.3%	84.7%	81.2%	83.0%	87.1%	89.1%	89.5%	91.5%	70-74	
74.2%	75.7%	76.1%	73.8%	66.8%	70.3%	72.9%	72.2%	60.9%	62.9%	60.2%	59.0%	87.0%	89.6%	89.6%	90.5%	75-79	
55.2%	55.2%	56.0%	56.1%	63.1%	66.5%	67.9%	68.1%	51.8%	58.3%	54.8%	54.2%	84.0%	88.0%	88.6%	88.5%	80-84	

שיעור תת משקל בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה

7.6%	7.5%	8.4%	8.6%	7.5%	7.6%	7.9%	8.1%	7.6%	9.0%	9.7%	12.5%	8.7%	9.4%	11.0%	11.2%	65-69	זכר
9.0%	8.6%	9.3%	11.1%	8.5%	8.9%	9.2%	9.4%	6.6%	10.7%	10.6%	11.9%	10.3%	10.8%	12.3%	11.9%	70-74	
11.1%	9.1%	10.0%	9.8%	10.1%	10.4%	10.4%	10.7%	11.4%	11.2%	12.9%	12.8%	11.5%	12.6%	12.8%	14.5%	75-79	
12.4%	10.5%	10.6%	11.3%	12.1%	11.1%	11.9%	10.5%	14.7%	12.3%	15.7%	14.3%	14.2%	14.8%	15.3%	17.4%	80-84	
17.1%	15.7%	19.7%	16.8%	18.0%	16.5%	16.9%	17.1%	19.6%	21.1%	18.9%	14.9%	21.3%	20.1%	21.9%	22.0%	85+	
18.0%	12.0%	9.1%	6.3%	19.2%	12.3%	7.9%	5.9%	15.3%	12.3%	9.2%	8.1%	18.2%	13.9%	10.7%	6.3%	65-69	נקבה
20.0%	12.2%	10.4%	8.3%	18.6%	12.8%	8.3%	6.9%	14.6%	13.9%	10.3%	7.8%	19.0%	14.5%	11.8%	6.9%	70-74	
18.2%	11.2%	9.2%	7.8%	17.9%	11.9%	8.7%	7.3%	14.2%	11.8%	9.7%	11.5%	17.2%	14.2%	12.0%	8.8%	75-79	
18.8%	12.7%	9.5%	15.1%	19.3%	12.9%	9.4%	9.5%	19.0%	14.2%	11.3%	13.0%	18.3%	16.1%	13.0%	11.3%	80-84	
22.7%	19.6%	16.1%	14.2%	24.5%	20.1%	15.5%	13.3%	22.3%	20.1%	16.5%	15.2%	25.1%	22.5%	19.2%	16.6%	85+	

שיעור המבוגרים בני 65 ומעלה שחלה ירידה חדה במשקלם בשנתיים האחרונות

2.3%	2.6%	3.1%	3.6%	5.9%	5.8%	6.0%	5.8%	4.2%	3.8%	4.2%	4.7%	4.2%	4.4%	4.9%	5.7%	65-69	זכר
2.3%	3.1%	3.7%	4.6%	5.4%	6.2%	6.2%	5.7%	4.2%	4.7%	5.3%	4.3%	3.9%	4.6%	5.2%	6.2%	70-74	
3.1%	2.9%	3.8%	4.6%	5.7%	7.5%	6.7%	6.1%	4.6%	5.9%	7.5%	5.8%	4.8%	5.2%	5.8%	6.7%	75-79	
4.6%	4.1%	4.8%	5.3%	7.8%	8.7%	9.4%	6.4%	3.7%	7.9%	11.0%	7.7%	6.0%	6.5%	7.0%	8.4%	80-84	
6.2%	7.0%	8.9%	7.4%	11.2%	11.7%	13.5%	16.4%	-	9.0%	7.5%	-	7.3%	8.5%	9.0%	8.0%	85+	
2.9%	4.0%	3.9%	4.4%	6.1%	6.0%	6.3%	6.2%	3.5%	4.9%	5.1%	5.0%	4.7%	5.2%	5.2%	6.3%	65-69	נקבה
3.5%	4.2%	4.6%	5.6%	5.8%	6.3%	7.0%	7.0%	4.2%	5.4%	5.8%	5.7%	4.5%	5.5%	5.8%	7.4%	70-74	
5.0%	4.9%	6.1%	6.3%	6.9%	8.1%	8.9%	7.8%	6.0%	6.1%	7.4%	9.1%	5.9%	6.2%	7.1%	8.2%	75-79	
4.7%	5.0%	7.1%	5.8%	9.6%	10.9%	9.5%	12.1%	7.1%	8.6%	9.6%	10.8%	6.7%	8.0%	8.5%	9.3%	80-84	
5.9%	7.2%	7.4%	7.8%	12.3%	13.9%	13.3%	13.4%	8.3%	10.2%	11.0%	16.0%	9.1%	9.8%	9.8%	9.8%	85+	

שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 84-65

28.7%	33.8%	38.1%	37.2%	25.8%	30.3%	35.2%	37.7%	30.0%	29.9%	33.6%	36.2%	26.3%	29.0%	30.7%	32.5%	65-69	זכר
25.7%	30.8%	34.9%	35.6%	22.3%	26.5%	30.5%	36.6%	26.8%	27.7%	31.0%	37.7%	23.0%	25.8%	28.1%	32.7%	70-74	
23.4%	30.4%	31.1%	35.1%	20.3%	24.4%	28.6%	32.9%	19.9%	25.3%	28.1%	27.9%	21.6%	23.5%	26.8%	29.2%	75-79	
19.0%	27.9%	28.9%	-	18.7%	22.2%	27.5%	29.2%	19.8%	22.5%	22.8%	30.7%	18.7%	21.4%	23.5%	25.0%	80-84	
25.2%	37.3%	46.4%	54.8%	24.1%	35.3%	46.7%	53.0%	27.2%	37.1%	44.7%	56.1%	25.9%	33.4%	42.8%	56.7%	65-69	נקבה
25.0%	36.3%	46.6%	56.5%	22.3%	34.1%	44.9%	51.2%	27.8%	35.7%	42.7%	56.8%	24.7%	32.4%	40.8%	56.3%	70-74	
26.4%	40.3%	48.3%	54.8%	23.4%	34.2%	45.1%	48.0%	31.1%	38.0%	41.9%	48.5%	26.2%	33.6%	42.2%	48.6%	75-79	
27.6%	37.3%	48.2%	48.1%	23.5%	32.9%	42.6%	44.6%	31.4%	35.6%	44.7%	41.5%	26.2%	31.7%	38.5%	46.1%	80-84	

דאאודת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

1.6%	1.8%	1.7%	1.1%	1.7%	1.6%	1.8%	1.5%	0.9%	1.1%	1.4%	1.1%	1.9%	2.2%	2.2%	1.3%	65-69	זכר
2.6%	2.2%	2.5%	1.4%	2.7%	2.3%	2.2%	1.5%	1.5%	1.9%	2.0%	1.4%	3.4%	3.2%	3.2%	1.8%	70-74	
4.1%	4.2%	4.0%	2.6%	3.6%	3.4%	3.7%	2.2%	3.5%	3.1%	2.8%	1.9%	5.2%	5.2%	5.0%	2.6%	75-79	
4.3%	3.6%	5.0%	4.4%	3.8%	3.6%	5.1%	3.6%	2.5%	3.9%	2.9%	1.8%	7.7%	7.7%	6.4%	3.0%	80-84	
9.8%	8.0%	7.6%	3.5%	5.8%	5.3%	5.8%	4.2%	4.2%	5.1%	5.2%	3.3%	11.6%	10.9%	8.8%	5.5%	85+	
2.6%	2.8%	3.0%	1.9%	2.4%	2.4%	2.8%	2.3%	1.7%	1.5%	1.5%	1.0%	3.3%	3.2%	3.2%	1.6%	65-69	נקבה
3.5%	3.8%	4.1%	1.7%	3.7%	3.3%	3.2%	2.5%	2.2%	3.0%	2.6%	1.9%	4.6%	4.7%	4.3%	1.9%	70-74	
6.0%	4.9%	5.9%	4.5%	5.2%	4.2%	5.1%	3.3%	3.0%	3.7%	3.2%	3.4%	8.3%	7.3%	6.7%	3.5%	75-79	
7.6%	7.2%	7.2%	4.6%	7.0%	5.8%	6.3%	4.3%	6.4%	5.0%	4.9%	3.5%	11.8%	10.6%	8.8%	5.1%	80-84	
11.6%	10.4%	11.2%	5.8%	7.9%	6.9%	7.2%	3.6%	8.2%	6.7%	5.2%	5.0%	16.6%	14.3%	11.9%	6.6%	85+	

שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

1.9%	1.8%	1.9%	2.6%	1.9%	1.7%	1.6%	1.8%	1.8%	1.9%	1.4%	1.6%	1.7%	1.7%	1.9%	1.4%	65-69	זכר
2.6%	2.0%	1.8%	2.3%	2.4%	2.1%	1.9%	2.3%	2.2%	2.1%	2.2%	2.4%	2.0%	1.6%	1.9%	1.7%	70-74	
2.8%	2.4%	2.4%	3.0%	2.5%	2.4%	2.0%	2.0%	2.6%	2.6%	2.0%	1.4%	2.4%	2.0%	1.9%	1.4%	75-79	
3.0%	2.2%	2.9%	2.8%	2.5%	2.1%	2.4%	1.1%	2.8%	1.9%	2.2%	2.3%	2.5%	2.2%	2.2%	1.5%	80-84	
3.8%	2.7%	2.3%	2.1%	2.7%	2.6%	2.3%	2.0%	4.7%	2.4%	1.7%	1.8%	2.8%	2.4%	2.0%	1.1%	85+	
3.0%	2.9%	2.8%	2.8%	3.0%	2.9%	2.5%	2.7%	2.7%	2.5%	2.0%	2.5%	2.7%	2.3%	2.0%	1.5%	65-69	נקבה
4.0%	3.5%	2.6%	2.4%	3.5%	3.2%	2.8%	3.0%	3.2%	3.0%	2.3%	2.2%	3.1%	2.6%	2.4%	1.4%	70-74	
4.3%	3.4%	2.7%	2.2%	3.8%	3.5%	2.9%	2.1%	3.7%	3.1%	2.7%	1.7%	3.9%	3.2%	2.5%	1.4%	75-79	
2.5%	3.0%	2.7%	3.5%	4.1%	3.3%	2.8%	2.4%	4.2%	2.2%	2.1%	1.8%	3.7%	2.9%	2.5%	1.7%	80-84	
3.2%	2.7%	2.9%	4.9%	3.8%	2.9%	2.5%	2.5%	4.2%	3.2%	2.0%	2.7%	3.2%	3.1%	2.6%	1.9%	85+	

מחלות נשימתיות

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 45-5

1.9%	1.6%	1.2%	0.7%	1.5%	1.4%	1.2%	0.9%	1.6%	1.5%	1.4%	0.8%	1.2%	1.2%	1.0%	0.8%	5-14	זכר
1.0%	0.9%	0.7%	0.4%	1.0%	0.8%	0.7%	0.4%	0.7%	0.7%	0.6%	0.4%	0.8%	0.7%	0.5%	0.4%	15-24	
1.2%	1.0%	0.7%	0.4%	1.1%	0.9%	0.8%	0.6%	1.0%	0.8%	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.7%	0.5%	25-34	
1.3%	1.4%	1.0%	1.0%	1.3%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	1.1%	1.1%	1.2%	1.1%	1.1%	1.0%	0.9%	35-45	
1.1%	1.0%	0.7%	0.5%	0.8%	0.8%	0.7%	0.6%	1.1%	0.9%	0.7%	0.4%	0.7%	0.7%	0.6%	0.4%	5-14	נקבה
0.9%	0.8%	0.5%	0.3%	0.8%	0.7%	0.5%	0.3%	0.6%	0.5%	0.6%	0.3%	0.7%	0.6%	0.5%	0.3%	15-24	
1.0%	0.8%	0.7%	0.4%	1.0%	0.8%	0.7%	0.5%	1.1%	0.8%	0.7%	0.4%	0.7%	0.7%	0.7%	0.5%	25-34	
1.1%	1.2%	1.1%	0.7%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.4%	1.1%	1.0%	1.1%	1.1%	0.9%	35-45	

שיעור יחס התרופות לאסתמה (AMR) גדול או שווה 0.5 בקרב בני 45-5

78.1%	67.6%	71.5%	75.8%	79.4%	75.0%	75.0%	80.8%	-	70.9%	74.6%	73.3%	74.9%	70.5%	67.5%	76.9%	5-14	זכר
-	58.4%	68.8%	-	80.4%	78.7%	80.3%	-	-	-	-	-	-	69.3%	65.1%	71.5%	15-24	
-	60.4%	-	-	75.1%	73.4%	70.7%	-	-	-	-	-	71.7%	64.1%	61.0%	61.2%	25-34	
-	58.8%	59.4%	63.4%	70.8%	69.1%	68.9%	-	-	-	-	-	66.8%	62.3%	59.2%	62.1%	35-45	
-	66.8%	73.2%	73.3%	75.3%	73.3%	77.4%	-	-	-	-	-	73.9%	69.9%	67.9%	73.2%	5-14	נקבה
-	70.4%	-	-	84.1%	71.5%	72.2%	-	-	-	-	-	-	66.3%	66.6%	71.4%	15-24	
-	60.5%	-	-	78.8%	74.2%	68.9%	-	-	-	-	-	69.0%	62.6%	61.8%	71.4%	25-34	
-	60.9%	61.9%	-	78.9%	71.9%	69.1%	-	-	-	68.5%	-	69.4%	61.7%	64.5%	67.2%	35-45	

מאחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 45-5

36.4%	34.8%	27.1%	40.8%	36.4%	32.4%	33.8%	39.9%	-	30.0%	28.5%	36.9%	43.4%	42.5%	44.8%	60.8%	5-14	זכר
-	23.0%	22.9%	-	27.1%	21.3%	24.0%	-	-	-	-	-	-	32.3%	36.9%	51.9%	15-24	
-	22.7%	-	-	19.8%	22.2%	18.8%	-	-	-	-	-	31.9%	26.9%	32.0%	50.7%	25-34	
-	29.4%	28.1%	31.7%	30.5%	26.7%	30.5%	-	-	-	-	-	33.9%	37.0%	40.3%	60.7%	35-45	
-	30.5%	30.5%	41.1%	33.4%	30.7%	32.3%	-	-	-	-	-	41.9%	45.2%	46.6%	59.1%	14-מאי	נקבה
-	35.2%	-	-	22.2%	23.2%	21.5%	-	-	-	-	-	-	39.3%	41.1%	57.9%	15-24	
-	32.9%	-	-	27.6%	25.8%	28.1%	-	-	-	-	-	45.8%	32.7%	38.0%	56.9%	25-34	
-	31.3%	26.7%	-	34.9%	32.5%	29.2%	-	-	-	39.8%	-	42.9%	42.1%	43.0%	58.4%	35-45	

שיעור הביצוע של ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50

-	-	-	-	-	72.4%	63.1%	-	-	52.3%	61.8%	51.6%	-	65.0%	65.8%	67.8%	50-54	זכר
-	79.2%	62.1%	74.7%	68.7%	73.6%	66.2%	-	-	72.9%	71.8%	62.9%	75.8%	72.8%	73.3%	70.3%	55-64	
-	77.5%	77.6%	-	65.2%	76.3%	64.5%	-	-	77.3%	73.1%	67.8%	79.0%	77.8%	74.5%	71.1%	65-74	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58.9%	-	-	63.9%	60.0%	69.7%	50-54	נקבה
-	69.5%	65.0%	-	67.1%	68.3%	67.1%	-	-	59.5%	66.3%	62.1%	75.6%	73.3%	70.7%	66.5%	55-64	
-	76.0%	80.5%	-	69.1%	75.2%	66.2%	-	-	74.1%	59.9%	-	81.6%	75.4%	70.6%	59.5%	65-74	

תיעוד ערכי בדיקת ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.8%	-	-	36.3%	32.8%	33.7%	50-54	זכר
0.0%	-	0.0%	0.0%	29.9%	17.3%	11.8%	7.4%	-	20.2%	17.1%	15.3%	35.5%	34.7%	35.8%	35.4%	55-64	
0.0%	-	0.0%	0.0%	35.2%	19.1%	13.3%	13.1%	-	18.1%	10.5%	-	34.2%	33.1%	36.6%	36.2%	65-74	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.2%	-	50-54	נקבה
-	0.0%	-	-	41.4%	19.9%	14.7%	-	-	18.6%	17.2%	-	28.2%	32.8%	31.5%	30.4%	55-64	
-	-	-	-	41.7%	22.1%	14.3%	-	-	19.2%	17.4%	-	36.4%	32.4%	37.6%	32.5%	65-74	

לב וכלי דם

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 54-35

75.4%	75.2%	71.9%	62.6%	80.3%	79.9%	78.1%	79.9%	73.9%	73.4%	73.0%	75.0%	83.5%	81.4%	79.2%	81.0%	35-39	זכר
79.7%	79.1%	77.4%	68.5%	83.8%	83.4%	82.3%	84.1%	79.5%	79.0%	78.2%	80.2%	87.7%	85.9%	84.6%	86.2%	40-44	
84.0%	83.9%	81.3%	70.2%	86.0%	86.8%	85.3%	87.4%	85.5%	83.7%	82.7%	83.8%	90.4%	89.1%	87.8%	88.7%	45-49	
87.0%	88.5%	86.6%	75.5%	90.2%	90.5%	89.9%	90.7%	88.9%	86.5%	86.0%	86.1%	92.1%	91.6%	90.4%	90.8%	50-54	
86.3%	85.3%	83.7%	72.5%	85.7%	86.2%	85.7%	87.2%	85.8%	85.7%	85.3%	86.6%	92.8%	91.8%	91.5%	93.5%	35-39	נקבה
88.6%	89.6%	88.7%	75.3%	88.9%	89.4%	89.1%	89.9%	88.2%	89.4%	89.3%	90.9%	94.1%	93.7%	93.7%	95.0%	40-44	
91.7%	92.3%	91.7%	79.0%	92.4%	92.8%	93.0%	94.3%	92.3%	91.8%	91.9%	92.8%	94.7%	94.7%	94.8%	95.9%	45-49	
93.9%	94.3%	94.2%	80.8%	94.3%	95.0%	94.4%	95.2%	93.6%	93.9%	93.6%	93.9%	95.8%	95.8%	95.6%	96.7%	50-54	

סאודת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55

61.5%	62.5%	60.6%	56.7%	55.7%	57.8%	58.8%	59.6%	65.7%	64.3%	63.8%	62.6%	67.6%	69.4%	66.5%	66.7%	55-59	זכר
67.5%	69.5%	69.0%	61.7%	64.8%	66.6%	67.3%	69.3%	73.9%	72.4%	72.1%	71.5%	75.7%	76.3%	73.9%	73.9%	60-64	
76.7%	77.1%	76.9%	69.9%	72.7%	75.2%	74.9%	75.4%	80.7%	79.7%	77.6%	77.6%	83.1%	83.5%	81.1%	79.4%	65-69	
80.5%	81.0%	80.6%	75.2%	77.8%	79.1%	78.1%	80.8%	82.8%	82.9%	80.7%	78.5%	87.3%	87.1%	84.3%	82.9%	70-74	
66.9%	68.9%	70.5%	64.4%	56.6%	60.1%	62.4%	65.3%	72.1%	72.1%	73.6%	74.8%	71.8%	73.6%	74.5%	77.9%	55-59	נקבה
73.6%	74.4%	76.7%	69.7%	64.7%	68.4%	70.8%	73.8%	75.2%	78.5%	78.7%	80.6%	78.1%	79.6%	79.8%	82.9%	60-64	
77.9%	80.7%	81.0%	75.1%	71.7%	75.1%	77.1%	78.1%	83.0%	83.4%	82.9%	82.7%	84.6%	85.0%	84.7%	85.5%	65-69	
80.5%	81.5%	83.6%	78.5%	76.4%	78.1%	81.3%	82.1%	86.0%	84.4%	84.0%	85.5%	87.7%	88.5%	87.3%	86.6%	70-74	

שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 74-35

87.5%	85.7%	85.0%	86.1%	83.0%	81.3%	80.0%	81.6%	82.4%	79.2%	76.1%	77.5%	88.8%	87.4%	84.8%	83.9%	35-44	זכר
78.2%	76.0%	76.9%	75.5%	74.8%	71.7%	69.6%	73.1%	67.7%	65.3%	61.2%	64.8%	79.6%	76.8%	74.9%	74.0%	45-54	
81.7%	77.5%	76.2%	78.3%	78.3%	75.9%	72.9%	74.7%	71.6%	68.2%	63.7%	65.1%	84.8%	81.7%	79.1%	78.1%	55-64	
83.7%	79.4%	79.3%	81.2%	80.1%	78.0%	74.8%	74.4%	72.0%	70.6%	67.9%	63.5%	87.6%	85.9%	84.0%	82.9%	65-74	
95.5%	94.5%	94.0%	95.5%	91.2%	89.8%	88.9%	91.6%	92.4%	91.2%	91.1%	92.0%	95.4%	94.9%	94.7%	95.0%	35-44	נקבה
88.7%	88.6%	88.0%	90.2%	83.9%	82.3%	81.1%	86.9%	82.9%	82.0%	80.7%	85.6%	89.3%	88.6%	88.8%	91.2%	45-54	
82.3%	79.3%	78.4%	85.2%	75.7%	74.5%	72.1%	78.8%	71.6%	69.0%	68.4%	72.5%	83.0%	82.3%	82.1%	85.6%	55-64	
85.4%	83.3%	83.0%	86.0%	80.1%	79.4%	78.3%	81.6%	74.8%	74.5%	72.8%	75.2%	87.0%	87.9%	87.2%	89.6%	65-74	

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 54-20

58.1%	61.1%	60.8%	69.0%	81.2%	83.2%	79.8%	85.6%	78.0%	80.6%	80.4%	82.5%	88.0%	88.8%	90.5%	93.4%	20-24	זכר
71.5%	72.0%	69.0%	72.2%	88.1%	90.2%	89.5%	89.6%	85.5%	86.4%	85.3%	84.8%	87.6%	88.9%	89.9%	92.3%	25-34	
82.8%	83.6%	80.8%	82.8%	92.4%	93.3%	92.4%	93.2%	87.5%	88.6%	88.2%	89.2%	91.1%	91.9%	92.5%	95.2%	35-44	
91.8%	92.6%	91.0%	91.9%	94.8%	95.3%	95.0%	95.7%	91.1%	92.6%	91.9%	91.8%	95.5%	96.5%	96.7%	98.0%	45-54	
73.8%	76.9%	80.4%	86.6%	88.9%	92.2%	91.8%	93.1%	90.2%	92.5%	92.2%	92.7%	93.7%	95.2%	96.1%	96.6%	20-24	נקבה
88.3%	90.4%	91.7%	94.8%	95.1%	96.3%	96.6%	97.3%	94.4%	95.5%	95.3%	96.3%	95.1%	96.4%	96.8%	97.1%	25-34	
92.2%	92.7%	92.3%	94.0%	95.2%	96.1%	96.0%	96.9%	93.7%	94.8%	94.2%	95.9%	95.4%	96.2%	97.0%	97.6%	35-44	
94.3%	95.3%	94.7%	95.0%	95.5%	96.7%	96.7%	97.3%	94.4%	95.1%	95.4%	95.8%	97.1%	97.9%	98.5%	98.9%	45-54	

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55

61.2%	64.9%	64.5%	70.9%	65.4%	68.2%	70.3%	73.2%	70.8%	71.3%	72.1%	73.4%	72.6%	76.5%	77.7%	83.0%	55-59	זכר
69.0%	70.4%	70.1%	74.4%	72.5%	76.2%	76.5%	79.5%	76.3%	75.8%	77.0%	78.3%	78.4%	81.4%	82.8%	86.0%	60-64	
78.5%	78.5%	79.5%	82.2%	81.1%	83.1%	83.2%	85.5%	85.5%	84.2%	83.2%	84.5%	85.0%	87.1%	87.1%	89.6%	65-69	
83.2%	83.1%	82.2%	84.9%	84.6%	85.5%	86.1%	88.8%	86.6%	85.5%	85.0%	86.8%	88.5%	90.1%	90.1%	92.1%	70-74	
66.5%	66.2%	69.5%	75.5%	64.5%	70.2%	72.4%	77.0%	73.6%	75.2%	79.6%	80.1%	75.0%	79.0%	82.2%	87.2%	55-59	נקבה
71.6%	73.8%	76.1%	79.5%	71.4%	76.6%	78.5%	82.2%	78.0%	80.5%	82.2%	86.1%	79.2%	83.3%	85.2%	89.5%	60-64	
80.3%	80.0%	81.4%	83.2%	78.1%	81.8%	83.3%	85.1%	85.8%	86.4%	86.2%	87.5%	84.5%	87.5%	88.7%	91.7%	65-69	
83.0%	84.2%	84.4%	87.5%	82.6%	84.6%	86.0%	88.3%	87.9%	87.7%	86.2%	89.3%	88.5%	90.5%	91.1%	93.3%	70-74	

שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

-	-	-	-	-	77.0%	-	-	-	-	-	-	-	62.8%	71.7%	72.1%	35-44	זכר
-	76.5%	75.1%	69.3%	82.2%	80.9%	77.3%	83.1%	-	74.0%	69.0%	71.9%	82.3%	77.2%	75.6%	79.8%	45-54	
80.9%	82.3%	78.6%	66.1%	83.0%	83.6%	84.0%	86.4%	77.4%	76.8%	77.4%	77.7%	85.5%	83.9%	80.2%	80.7%	55-64	
86.5%	85.6%	84.1%	76.6%	88.3%	87.4%	84.6%	83.5%	87.7%	84.5%	80.9%	75.9%	89.5%	88.3%	86.9%	85.1%	65-74	
81.5%	85.4%	81.3%	-	88.4%	88.5%	87.0%	-	-	83.0%	79.7%	-	88.6%	88.5%	87.4%	83.2%	75-84	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80.4%	80.6%	73.6%	-	85+	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35-44	נקבה
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59.6%	63.5%	62.9%	45-54	
-	66.1%	74.4%	-	-	78.5%	76.3%	-	-	-	-	-	74.7%	78.8%	77.6%	83.9%	55-64	
-	76.5%	77.2%	-	87.2%	82.6%	85.3%	-	-	-	79.0%	-	88.7%	84.8%	87.2%	88.2%	65-74	
-	75.8%	82.6%	-	85.7%	85.8%	85.7%	-	-	-	81.5%	-	84.4%	89.0%	85.4%	84.6%	75-84	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72.8%	73.1%	75.1%	-	85+	

מאחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-70 מ"ג/ד"ל או טיפול בסטיינים בעצמות גבוהה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

-	-	-	-	-	72.9%	71.8%	-	-	-	-	-	-	62.0%	65.5%	67.4%	35-44	זכר
-	68.7%	69.0%	68.2%	73.9%	72.7%	71.5%	72.8%	-	63.0%	55.7%	61.2%	73.8%	67.6%	67.0%	70.9%	45-54	
69.8%	70.0%	65.5%	68.4%	68.3%	69.5%	70.0%	73.9%	56.6%	57.5%	56.5%	58.0%	70.0%	68.8%	69.2%	70.9%	55-64	
63.1%	70.1%	69.7%	69.5%	66.3%	68.4%	68.2%	71.4%	56.7%	58.1%	54.6%	51.9%	68.7%	68.9%	70.5%	69.7%	65-74	
62.7%	65.5%	63.1%	-	61.0%	61.4%	63.4%	70.7%	-	52.2%	47.6%	46.4%	62.6%	64.0%	62.6%	62.7%	75-84	
-	-	-	-	51.1%	51.1%	50.0%	-	-	-	-	-	47.5%	51.7%	47.9%	51.0%	85+	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35-44	נקבה
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.7%	45.7%	49.6%	45-54	
-	-	-	-	58.8%	60.7%	63.8%	-	-	51.3%	49.5%	-	54.0%	57.2%	58.6%	65.0%	55-64	
-	53.8%	58.0%	-	54.6%	60.0%	64.3%	-	-	47.3%	49.6%	-	59.3%	59.3%	62.2%	66.8%	65-74	
-	41.1%	54.7%	-	55.7%	53.9%	63.7%	-	-	43.2%	44.9%	-	52.7%	53.9%	54.0%	58.2%	75-84	
-	-	-	-	-	40.6%	46.1%	-	-	-	-	-	37.9%	38.9%	40.1%	39.1%	85+	

סוכרת

שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

0.6%	0.4%	0.4%	0.4%	0.7%	0.7%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.7%	0.8%	0.6%	0.4%	18-24	זכר
0.5%	0.6%	0.7%	0.9%	0.4%	0.6%	0.7%	1.0%	0.4%	0.5%	0.6%	0.9%	0.5%	0.6%	0.7%	1.0%	25-34	
1.6%	2.2%	3.1%	3.8%	1.3%	2.2%	3.0%	4.6%	1.4%	2.3%	2.8%	3.9%	1.5%	2.2%	3.2%	4.5%	35-44	
5.1%	7.1%	8.9%	12.8%	5.1%	7.7%	9.7%	14.9%	6.3%	8.8%	9.9%	12.3%	6.5%	9.1%	11.2%	14.5%	45-54	
14.2%	17.1%	18.5%	25.0%	14.1%	18.3%	21.4%	27.3%	17.4%	19.8%	21.5%	23.3%	17.4%	20.9%	23.0%	28.3%	55-64	
21.7%	25.6%	26.6%	33.2%	25.1%	29.3%	31.7%	38.7%	29.6%	32.1%	32.0%	37.8%	27.4%	31.7%	34.2%	40.4%	65-74	
26.6%	28.6%	26.7%	33.4%	29.1%	33.6%	33.9%	36.2%	33.1%	34.5%	32.5%	35.7%	32.0%	34.8%	36.1%	38.6%	75-84	
20.2%	23.6%	20.9%	25.4%	24.8%	26.4%	27.7%	30.9%	25.6%	27.1%	26.1%	28.4%	26.5%	28.2%	29.3%	29.0%	85+	
0.3%	0.4%	0.4%	0.4%	0.6%	0.6%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4%	0.3%	0.4%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	18-24	נקבה
0.4%	0.4%	0.5%	0.6%	0.5%	0.6%	0.6%	0.7%	0.8%	0.4%	0.6%	0.6%	0.4%	0.6%	0.6%	0.8%	25-34	
0.8%	1.1%	1.5%	2.6%	0.8%	1.2%	1.9%	2.9%	1.0%	1.4%	1.9%	2.8%	0.9%	1.5%	2.1%	3.7%	35-44	
2.5%	3.8%	5.9%	9.7%	2.2%	4.1%	6.1%	10.5%	3.4%	4.8%	6.7%	10.4%	3.5%	5.6%	8.3%	13.7%	45-54	
7.4%	10.7%	14.5%	24.4%	7.9%	12.6%	17.1%	25.3%	10.3%	13.6%	17.8%	25.0%	10.6%	14.5%	19.5%	31.3%	55-64	
13.9%	19.0%	23.8%	31.8%	15.5%	23.2%	29.0%	37.1%	19.8%	24.5%	29.0%	38.2%	19.0%	24.5%	31.0%	44.2%	65-74	
19.2%	24.4%	29.4%	32.5%	20.6%	29.2%	35.3%	41.0%	26.8%	30.4%	34.1%	37.6%	25.3%	30.5%	35.8%	41.9%	75-84	
15.1%	17.7%	19.8%	20.4%	19.1%	24.1%	26.3%	30.4%	21.0%	23.3%	25.2%	26.3%	20.4%	23.5%	26.2%	28.2%	85+	

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81.6%	74.0%	78.2%	18-24	זכר
-	-	-	-	-	79.9%	81.8%	-	-	-	-	-	78.9%	82.3%	76.5%	78.1%	25-34	
-	84.1%	77.2%	83.0%	82.1%	77.9%	80.8%	83.3%	-	73.6%	73.9%	77.5%	82.7%	78.8%	79.0%	81.7%	35-44	
81.9%	82.8%	85.2%	86.6%	83.7%	84.0%	85.0%	85.0%	82.0%	78.9%	81.2%	81.4%	84.5%	84.6%	84.1%	83.6%	45-54	
85.3%	86.2%	86.3%	90.7%	87.8%	88.6%	89.5%	89.9%	85.6%	87.5%	86.7%	85.0%	87.8%	88.7%	88.3%	87.0%	55-64	
92.7%	90.3%	92.0%	94.4%	91.8%	93.3%	93.4%	93.3%	89.5%	91.0%	88.1%	88.8%	91.6%	92.3%	91.3%	90.5%	65-74	
92.9%	92.5%	92.7%	92.5%	93.9%	94.2%	93.8%	94.2%	87.8%	89.3%	90.0%	87.9%	92.7%	93.0%	92.3%	90.0%	75-84	
-	87.0%	90.5%	-	91.7%	91.7%	93.3%	-	-	75.5%	82.0%	-	91.7%	88.7%	88.6%	88.2%	85+	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86.7%	84.5%	86.3%	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	81.0%	83.4%	-	-	-	-	-	79.8%	82.7%	84.8%	84.3%	25-34	
-	82.2%	82.6%	91.4%	82.7%	81.0%	86.4%	88.6%	-	79.7%	84.8%	85.6%	82.7%	83.9%	85.5%	87.4%	35-44	
-	85.6%	88.1%	91.8%	85.1%	85.9%	87.6%	89.0%	-	85.3%	86.9%	82.9%	86.7%	87.3%	88.6%	89.1%	45-54	
87.5%	88.3%	90.5%	94.3%	88.6%	90.3%	91.0%	92.5%	88.7%	89.4%	89.4%	90.2%	89.9%	89.9%	90.3%	91.5%	55-64	
90.5%	91.8%	93.9%	94.7%	92.7%	92.7%	93.6%	94.8%	89.8%	91.9%	91.3%	89.6%	92.7%	93.0%	92.6%	92.3%	65-74	
92.5%	93.1%	93.1%	93.6%	93.8%	93.2%	93.6%	95.1%	88.3%	87.5%	89.4%	85.4%	92.1%	92.1%	92.0%	90.7%	75-84	
-	90.2%	89.5%	-	88.9%	88.4%	91.9%	93.3%	80.1%	80.5%	80.9%	82.1%	86.9%	87.7%	88.6%	87.2%	85+	

מאוחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47.0%	-	27.8%	18-24
-	-	-	-	-	47.9%	50.3%	-	-	-	-	-	-	53.7%	46.9%	38.8%	25-34
-	55.7%	51.8%	46.0%	57.1%	59.7%	59.1%	58.4%	-	50.5%	41.8%	39.4%	59.8%	51.7%	46.2%	40.5%	35-44
59.3%	61.7%	56.5%	48.9%	64.0%	61.3%	58.1%	56.0%	-	48.5%	47.5%	40.2%	60.0%	55.2%	49.6%	42.7%	45-54 זכר
72.4%	68.1%	65.5%	54.1%	72.7%	70.6%	67.2%	61.6%	64.8%	61.9%	57.3%	50.9%	69.4%	64.0%	58.3%	49.9%	55-64
83.4%	80.3%	75.8%	62.9%	81.1%	78.6%	76.5%	73.5%	75.6%	71.2%	69.5%	60.4%	79.1%	75.3%	68.5%	58.3%	65-74
90.2%	85.1%	87.3%	80.9%	91.9%	90.4%	90.9%	89.4%	85.4%	84.9%	85.6%	75.8%	89.2%	86.7%	83.3%	79.3%	75-84
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39.6%	35.9%	18-24
-	-	-	-	-	69.3%	71.3%	-	-	-	-	-	-	66.0%	61.2%	49.5%	25-34
-	62.4%	61.2%	49.7%	69.8%	65.1%	64.6%	61.5%	-	-	45.6%	50.2%	67.9%	61.1%	50.5%	48.2%	35-44
-	61.8%	58.6%	50.1%	69.5%	68.5%	64.5%	61.0%	-	57.8%	51.8%	45.8%	64.2%	59.9%	52.6%	46.5%	45-54 נקבה
74.2%	72.1%	70.9%	58.1%	77.6%	75.4%	74.0%	69.4%	72.0%	65.8%	62.4%	53.9%	73.7%	68.6%	61.5%	54.0%	55-64
85.3%	82.9%	79.7%	67.2%	84.6%	83.1%	82.2%	76.5%	76.4%	74.2%	74.8%	61.6%	83.0%	78.4%	72.4%	64.2%	65-74
87.7%	87.1%	86.9%	85.2%	92.2%	90.8%	90.6%	87.8%	86.2%	86.6%	85.6%	78.8%	90.1%	87.4%	83.6%	77.7%	75-84

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

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.5%	-	39.6%	18-24
-	-	-	-	-	16.6%	17.7%	-	-	-	-	-	-	19.8%	27.4%	30.8%	25-34
-	15.8%	16.3%	21.0%	15.2%	14.2%	16.5%	16.5%	-	19.6%	25.9%	30.0%	13.4%	19.1%	24.2%	28.4%	35-44
15.0%	11.5%	16.4%	21.7%	10.8%	13.3%	15.2%	17.3%	-	19.3%	20.6%	24.1%	12.7%	16.7%	20.7%	25.8%	45-54 זכר
6.9%	9.9%	10.3%	14.5%	6.4%	7.8%	8.9%	11.8%	11.3%	11.2%	13.2%	19.3%	8.1%	11.2%	15.2%	20.3%	55-64
3.2%	4.9%	5.5%	10.6%	4.5%	4.9%	5.4%	6.1%	5.9%	8.1%	9.4%	13.7%	4.9%	6.4%	9.7%	14.6%	65-74
2.8%	3.3%	5.0%	5.8%	2.7%	3.3%	3.4%	4.9%	6.3%	5.7%	6.1%	11.6%	3.2%	5.1%	6.8%	9.8%	75-84
-	2.9%	5.6%	-	2.0%	3.9%	3.8%	-	-	6.2%	3.9%	-	4.5%	5.2%	7.7%	12.2%	85+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.8%	36.8%	18-24
-	-	-	-	-	10.1%	12.7%	-	-	-	-	-	-	12.1%	15.8%	26.7%	25-34
-	13.7%	15.1%	24.7%	8.6%	12.0%	14.6%	16.7%	-	-	25.2%	20.3%	9.8%	16.2%	22.2%	24.8%	35-44
-	12.0%	13.9%	19.0%	7.0%	9.4%	13.7%	13.9%	-	15.8%	17.7%	25.9%	10.9%	15.2%	19.6%	24.2%	45-54 נקבה
4.6%	8.4%	7.4%	12.7%	7.3%	6.4%	7.7%	10.0%	7.3%	10.3%	13.0%	17.8%	7.3%	10.1%	13.9%	18.8%	55-64
3.3%	3.9%	5.0%	9.6%	2.7%	3.4%	3.5%	6.1%	7.1%	6.0%	6.7%	13.3%	3.7%	5.9%	8.6%	13.7%	65-74
3.1%	4.2%	3.2%	5.8%	2.7%	3.5%	3.2%	4.3%	7.4%	5.8%	5.9%	8.8%	3.4%	5.4%	6.9%	10.8%	75-84
-	2.4%	2.8%	-	3.5%	4.6%	4.0%	3.9%	-	8.8%	5.4%	-	4.5%	5.5%	6.5%	8.3%	85+

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61.1%	54.7%	61.9%	18-24	
-	-	-	56.5%	-	68.2%	69.2%	-	-	-	-	-	-	53.6%	56.8%	56.2%	62.4%	25-34
-	56.5%	60.3%	60.3%	73.7%	67.9%	70.2%	70.7%	-	47.6%	47.5%	51.0%	56.0%	59.3%	61.2%	66.6%	35-44	
65.1%	62.3%	61.8%	63.0%	73.5%	73.8%	73.4%	73.8%	45.5%	48.1%	49.6%	60.9%	62.0%	63.5%	65.0%	67.2%	45-54 זכר	
64.7%	65.1%	65.6%	70.2%	76.7%	77.2%	77.0%	77.2%	49.4%	55.9%	56.1%	59.0%	66.3%	67.7%	68.3%	69.5%	55-64	
72.3%	72.0%	74.4%	70.8%	83.2%	82.9%	81.3%	80.6%	67.6%	66.6%	65.1%	66.3%	74.0%	74.4%	72.6%	73.3%	65-74	
74.7%	71.2%	72.5%	69.0%	84.1%	82.7%	80.2%	79.6%	66.7%	68.9%	65.3%	65.2%	77.2%	76.6%	72.4%	70.8%	75-84	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66.7%	62.4%	62.4%	18-24	
-	-	-	-	-	67.0%	67.3%	-	-	-	-	-	-	58.9%	67.5%	62.3%	65.6%	25-34
-	57.0%	66.5%	69.7%	68.5%	70.7%	70.6%	73.0%	-	58.9%	56.4%	58.8%	62.3%	64.8%	69.1%	74.0%	35-44	
72.1%	65.2%	67.5%	72.1%	75.6%	76.2%	75.1%	79.0%	-	52.4%	62.4%	62.5%	68.2%	69.2%	69.4%	74.3%	45-54 נקבה	
72.2%	72.4%	72.0%	73.1%	80.7%	79.9%	79.8%	79.9%	61.3%	66.6%	64.6%	66.2%	73.1%	74.1%	72.2%	74.4%	55-64	
80.8%	76.5%	76.1%	73.5%	85.2%	83.4%	82.9%	80.9%	69.0%	73.1%	69.6%	66.7%	80.2%	78.1%	74.2%	71.5%	65-74	
73.7%	71.2%	69.9%	64.9%	79.9%	78.2%	76.0%	74.6%	64.3%	64.8%	64.5%	59.2%	76.6%	75.0%	68.3%	64.4%	75-84	

דאוחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69.2%	53.1%	65.3%	18-24	זכר
-	-	-	-	-	76.9%	77.1%	-	-	-	-	-	64.5%	67.8%	65.1%	65.4%	25-34	
-	77.6%	67.6%	75.2%	79.2%	72.3%	75.8%	77.2%	-	65.2%	65.2%	62.6%	71.6%	64.8%	66.7%	70.7%	35-44	
72.9%	72.5%	76.6%	78.0%	81.1%	80.1%	81.1%	80.0%	73.7%	68.9%	71.9%	70.4%	73.0%	73.6%	74.4%	73.9%	45-54	
74.5%	77.9%	76.3%	82.0%	84.4%	85.2%	86.1%	84.7%	78.0%	77.7%	75.6%	74.2%	77.3%	78.7%	78.8%	77.5%	55-64	
80.2%	79.9%	82.1%	85.2%	89.5%	90.2%	89.6%	87.3%	83.5%	81.2%	78.4%	74.1%	81.9%	83.2%	82.7%	81.2%	65-74	
74.9%	79.2%	78.8%	81.0%	91.2%	90.0%	87.4%	88.3%	75.0%	76.8%	73.6%	70.5%	82.3%	82.1%	81.6%	78.2%	75-84	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63.6%	62.4%	65.3%	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	70.7%	73.7%	-	-	-	-	-	58.9%	63.4%	68.1%	65.9%	25-34	
-	66.7%	70.5%	78.4%	74.7%	71.3%	77.3%	81.3%	-	62.7%	67.9%	67.9%	66.1%	66.6%	69.2%	71.0%	35-44	
-	74.2%	76.7%	82.0%	80.0%	80.0%	80.1%	83.1%	-	72.2%	72.9%	69.2%	70.6%	71.4%	76.2%	78.5%	45-54	
72.1%	75.9%	79.2%	85.0%	84.1%	85.1%	86.5%	88.6%	79.1%	77.3%	76.8%	78.0%	76.4%	77.4%	79.6%	82.4%	55-64	
75.6%	77.5%	83.1%	84.6%	89.4%	88.7%	88.8%	87.7%	80.5%	81.3%	77.1%	74.7%	80.6%	80.7%	81.5%	82.2%	65-74	
75.3%	73.1%	76.6%	77.4%	86.7%	85.1%	83.4%	83.1%	68.2%	71.7%	69.6%	66.8%	73.8%	76.9%	76.9%	73.6%	75-84	

שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82.2%	73.4%	79.9%	18-24	זכר
-	-	-	-	-	80.3%	84.1%	-	-	-	-	-	80.7%	83.5%	79.5%	81.4%	25-34	
-	84.3%	77.4%	72.8%	83.4%	78.3%	81.4%	83.1%	-	70.4%	69.9%	73.7%	83.6%	80.4%	80.4%	83.0%	35-44	
79.8%	82.4%	85.3%	72.2%	84.4%	84.9%	85.8%	85.4%	78.4%	76.2%	78.4%	78.5%	86.7%	86.3%	86.1%	85.1%	45-54	
85.7%	86.9%	87.4%	78.5%	88.9%	89.7%	90.5%	90.3%	85.0%	86.0%	85.1%	84.3%	89.5%	90.2%	90.1%	88.7%	55-64	
93.3%	92.5%	93.7%	83.3%	93.5%	94.7%	94.7%	94.7%	89.5%	90.0%	88.8%	87.6%	93.9%	94.4%	93.3%	93.1%	65-74	
95.3%	95.7%	94.1%	88.2%	95.9%	96.7%	96.1%	95.5%	90.6%	91.4%	90.6%	88.9%	96.1%	96.2%	95.4%	93.4%	75-84	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88.5%	87.6%	89.7%	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	83.7%	87.6%	-	-	-	-	-	84.5%	85.8%	87.1%	86.8%	25-34	
-	83.1%	82.2%	80.6%	85.2%	83.0%	86.9%	89.2%	-	76.6%	83.1%	83.8%	86.2%	87.3%	87.7%	89.4%	35-44	
-	85.0%	87.3%	77.9%	86.1%	87.5%	88.8%	90.5%	-	83.6%	83.3%	81.3%	89.7%	89.3%	90.3%	91.1%	45-54	
88.9%	88.9%	91.3%	82.0%	89.9%	91.9%	92.3%	93.4%	88.7%	87.7%	87.4%	87.7%	92.0%	91.8%	92.5%	93.0%	55-64	
92.5%	92.9%	94.6%	85.8%	94.8%	94.2%	95.0%	94.9%	90.4%	90.9%	91.1%	88.0%	95.6%	95.2%	94.8%	94.5%	65-74	
96.4%	95.1%	95.1%	87.8%	97.0%	95.9%	95.4%	96.0%	91.2%	90.5%	90.8%	88.0%	95.9%	95.7%	95.5%	93.6%	75-84	

שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כליתית בני 18-84

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.6%	8.8%	12.2%	18-24	זכר
-	-	-	-	-	9.1%	13.2%	-	-	-	-	-	-	12.3%	16.5%	23.0%	25-34	
-	20.9%	21.4%	22.9%	15.4%	14.8%	16.6%	16.4%	-	21.0%	25.1%	25.8%	15.0%	17.6%	21.9%	23.1%	35-44	
15.7%	20.6%	24.2%	27.0%	15.0%	16.5%	19.7%	19.7%	-	22.9%	24.5%	27.3%	17.1%	22.3%	25.7%	26.9%	45-54	
21.2%	25.6%	29.1%	30.3%	21.4%	23.3%	24.7%	25.9%	27.5%	29.0%	28.2%	30.8%	26.0%	26.6%	30.9%	33.1%	55-64	
31.9%	33.7%	35.0%	39.1%	33.4%	34.4%	35.6%	34.6%	30.2%	32.6%	33.7%	36.4%	34.3%	37.4%	40.9%	43.3%	65-74	
43.5%	43.4%	45.3%	44.6%	50.5%	51.6%	52.2%	50.6%	47.3%	41.3%	41.0%	38.2%	54.6%	54.3%	55.9%	55.7%	75-84	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9.2%	15.6%	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	9.3%	11.0%	-	-	-	-	-	11.0%	13.4%	14.9%	21.7%	25-34	
-	12.3%	12.1%	19.3%	9.1%	11.3%	12.7%	12.4%	-	-	16.8%	20.9%	15.5%	16.6%	19.0%	19.9%	35-44	
-	16.0%	19.2%	21.2%	10.4%	11.8%	14.1%	17.3%	-	16.1%	18.5%	21.4%	15.9%	17.0%	20.4%	22.4%	45-54	
20.9%	18.2%	21.2%	24.2%	16.2%	16.8%	17.9%	19.9%	12.5%	18.1%	18.9%	20.9%	16.9%	19.4%	23.8%	27.3%	55-64	
22.5%	26.0%	26.7%	32.8%	23.8%	26.1%	29.0%	30.4%	19.8%	20.6%	21.1%	24.4%	24.8%	28.1%	33.3%	39.1%	65-74	
38.3%	41.7%	44.8%	48.1%	47.0%	46.3%	47.6%	46.0%	27.7%	27.3%	25.7%	30.0%	45.9%	48.3%	52.2%	54.1%	75-84	

סאודת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור הטיפול ב- ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

																גיל	זר/נקבה
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18-24	זר
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25-34	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48.9%	51.0%	56.0%	35-44	
-	67.5%	72.4%	71.4%	68.7%	65.4%	65.7%	68.4%	-	59.9%	61.5%	61.4%	75.2%	70.8%	67.1%	70.0%	45-54	
-	81.3%	73.6%	72.6%	75.7%	76.0%	74.1%	73.6%	-	71.0%	66.5%	69.3%	80.6%	77.8%	76.8%	78.3%	55-64	
80.8%	83.8%	82.9%	76.3%	74.2%	77.6%	77.3%	78.4%	83.4%	78.2%	74.2%	72.0%	85.6%	83.1%	80.5%	79.2%	65-74	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25-34	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36.4%	45.7%	48.1%	35-44	
-	-	-	-	-	53.5%	57.1%	-	-	-	53.6%	62.8%	-	64.3%	62.1%	69.0%	45-54	
-	76.3%	76.1%	74.6%	62.6%	66.5%	68.5%	76.2%	-	72.0%	70.0%	71.5%	74.3%	74.3%	74.4%	78.7%	55-64	
-	79.5%	81.4%	79.7%	72.1%	73.8%	77.1%	77.3%	-	79.7%	75.2%	79.6%	79.7%	80.9%	81.7%	83.3%	65-74	

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

																גיל	זר/נקבה
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.0%	70.8%	76.6%	18-24	זר
-	-	-	-	-	81.8%	80.8%	-	-	-	-	-	65.1%	73.5%	74.8%	82.4%	25-34	
-	75.9%	71.9%	79.2%	78.6%	79.4%	81.9%	84.3%	-	71.6%	72.5%	75.5%	74.7%	77.3%	81.1%	85.6%	35-44	
74.4%	77.3%	77.9%	83.1%	82.7%	84.1%	85.3%	87.4%	80.2%	76.0%	79.5%	82.8%	83.0%	83.9%	86.8%	88.2%	45-54	
75.8%	76.6%	75.4%	82.2%	85.6%	88.6%	89.0%	90.6%	84.8%	86.2%	87.3%	88.5%	87.8%	90.3%	91.6%	93.5%	55-64	
78.7%	77.9%	80.8%	80.9%	91.3%	92.5%	92.9%	94.7%	92.2%	91.7%	90.5%	90.9%	91.8%	93.3%	94.3%	95.7%	65-74	
74.3%	75.1%	78.0%	78.8%	94.4%	93.7%	93.8%	94.3%	84.0%	85.2%	86.3%	83.5%	93.5%	94.8%	95.3%	95.7%	75-84	
-	64.7%	69.8%	-	87.2%	92.9%	90.7%	-	-	78.4%	77.5%	-	90.2%	92.7%	92.1%	92.8%	85+	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75.2%	79.9%	82.3%	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	79.6%	83.9%	-	-	-	-	-	66.7%	76.4%	80.2%	86.0%	25-34	
-	75.1%	76.8%	82.1%	76.9%	80.6%	83.4%	88.9%	-	73.4%	83.5%	78.3%	78.3%	81.1%	85.2%	89.0%	35-44	
-	80.4%	80.7%	84.5%	83.0%	86.6%	86.8%	88.7%	-	80.7%	84.8%	84.0%	83.9%	86.7%	89.4%	91.8%	45-54	
73.8%	79.4%	80.6%	84.9%	86.2%	88.5%	90.3%	91.2%	87.7%	89.3%	90.2%	92.0%	88.7%	91.1%	92.7%	95.3%	55-64	
76.9%	80.8%	82.5%	84.8%	90.0%	92.1%	92.6%	92.5%	90.4%	94.4%	91.5%	92.0%	91.4%	93.8%	94.7%	95.9%	65-74	
76.3%	74.5%	77.6%	80.0%	92.0%	91.5%	90.9%	92.2%	82.8%	83.8%	83.3%	83.0%	90.1%	93.5%	94.1%	94.4%	75-84	
-	63.8%	64.1%	-	85.6%	82.4%	82.8%	88.5%	72.0%	72.7%	70.3%	68.2%	83.3%	87.2%	89.0%	89.8%	85+	

שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

																גיל	זר/נקבה
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96.7%	18-24	זר
-	-	-	-	-	88.0%	89.6%	-	-	-	-	-	-	93.0%	95.3%	96.2%	25-34	
-	83.4%	82.7%	86.9%	86.9%	85.9%	85.0%	88.1%	-	87.2%	90.7%	90.0%	90.0%	88.2%	89.1%	92.8%	35-44	
84.2%	78.8%	79.4%	78.3%	84.2%	81.9%	81.3%	86.1%	-	82.5%	82.6%	84.0%	87.2%	87.2%	87.2%	90.3%	45-54	
76.1%	73.0%	74.1%	74.5%	83.6%	80.2%	80.0%	82.1%	79.5%	82.4%	82.7%	82.0%	84.2%	85.0%	84.6%	88.5%	55-64	
72.8%	71.9%	70.3%	72.0%	81.8%	79.1%	79.8%	83.3%	82.9%	82.3%	81.0%	84.8%	84.0%	84.2%	83.8%	87.0%	65-74	
74.6%	71.1%	68.6%	69.0%	80.8%	78.1%	79.5%	83.1%	86.0%	85.9%	85.3%	83.1%	82.1%	81.3%	81.3%	84.4%	75-84	
-	71.8%	-	-	81.1%	75.4%	78.6%	-	-	79.4%	83.0%	-	79.3%	79.3%	82.4%	87.0%	85+	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98.1%	98.7%	18-24	נקבה
-	-	-	-	-	95.7%	92.9%	-	-	-	-	-	-	97.4%	95.9%	95.3%	25-34	
-	86.5%	89.0%	88.9%	92.4%	89.0%	90.4%	92.7%	-	-	92.1%	90.8%	92.0%	92.4%	92.6%	94.0%	35-44	
-	81.1%	81.3%	82.1%	87.8%	86.0%	86.6%	88.3%	-	89.6%	88.0%	89.0%	89.9%	89.0%	89.0%	91.5%	45-54	
79.1%	77.5%	76.2%	76.1%	84.1%	82.6%	83.8%	84.4%	83.9%	84.4%	84.9%	87.8%	85.7%	86.8%	86.8%	89.5%	55-64	
73.4%	72.8%	71.5%	71.1%	80.8%	80.8%	80.4%	81.5%	82.6%	85.0%	85.9%	84.9%	84.4%	83.6%	83.9%	86.1%	65-74	
71.6%	68.5%	67.7%	69.4%	75.3%	74.8%	75.2%	73.5%	80.0%	82.4%	83.6%	85.7%	76.6%	77.9%	78.4%	83.6%	75-84	
-	67.8%	64.6%	-	71.9%	68.7%	70.0%	-	-	81.6%	83.8%	-	75.9%	77.0%	78.8%	85.4%	85+	

מאוחדת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81.6%	70.8%	75.7%	18-24
-	-	-	-	-	79.9%	83.2%	-	-	-	-	-	77.1%	80.9%	76.2%	79.4%	25-34
-	84.1%	77.6%	73.2%	82.1%	77.5%	79.6%	81.9%	-	72.0%	72.2%	76.3%	83.6%	79.3%	78.8%	81.8%	35-44
81.9%	82.4%	84.8%	72.4%	83.1%	83.7%	84.8%	84.8%	77.8%	77.9%	80.0%	80.8%	84.9%	85.0%	84.6%	84.0%	45-54
85.3%	87.3%	87.1%	78.3%	87.5%	88.2%	89.4%	89.5%	86.4%	86.3%	86.5%	86.3%	88.1%	89.2%	89.0%	87.3%	55-64
92.5%	91.6%	92.7%	83.4%	91.6%	93.3%	92.9%	93.2%	90.4%	90.5%	88.8%	89.2%	92.4%	93.1%	92.3%	91.6%	65-74
94.9%	94.1%	92.9%	87.9%	94.3%	94.6%	93.6%	93.0%	87.2%	88.1%	88.8%	87.2%	94.3%	94.4%	93.3%	91.7%	75-84
-	91.6%	93.3%	-	92.3%	90.6%	92.7%	-	-	72.7%	78.1%	-	93.7%	91.1%	90.3%	91.2%	85+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85.5%	83.5%	86.7%	18-24
-	-	-	-	-	75.9%	77.4%	-	-	-	-	-	81.5%	82.5%	83.3%	83.3%	25-34
-	81.2%	83.0%	79.6%	78.7%	79.7%	83.3%	86.9%	-	75.9%	84.8%	82.7%	81.8%	84.5%	84.8%	88.1%	35-44
-	85.6%	88.3%	78.1%	84.7%	85.6%	87.3%	88.4%	-	84.7%	87.1%	83.8%	88.0%	88.6%	89.6%	90.3%	45-54
88.4%	88.6%	91.4%	81.9%	88.9%	90.2%	90.6%	92.2%	89.0%	89.3%	89.5%	90.4%	91.0%	90.9%	91.6%	92.1%	55-64
93.0%	92.4%	94.5%	85.7%	93.2%	92.7%	93.2%	93.3%	90.7%	90.9%	91.7%	90.4%	94.7%	94.1%	93.8%	92.9%	65-74
94.9%	93.7%	94.3%	87.6%	95.1%	93.7%	92.7%	94.0%	89.0%	87.9%	88.9%	85.8%	93.9%	93.8%	93.3%	91.8%	75-84
-	89.0%	89.5%	-	89.7%	87.8%	89.7%	92.7%	78.9%	75.9%	75.0%	76.2%	89.3%	90.4%	89.7%	89.9%	85+

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60.9%	-	58.6%	18-24
-	-	-	-	-	51.2%	48.3%	-	-	-	-	-	-	45.9%	46.3%	51.3%	25-34
-	44.4%	40.0%	44.1%	49.3%	50.8%	49.2%	55.5%	-	36.7%	34.2%	39.7%	51.1%	49.7%	48.5%	50.7%	35-44
50.2%	51.2%	51.2%	46.5%	59.8%	56.1%	59.0%	58.9%	-	48.9%	42.5%	43.0%	61.4%	60.3%	58.5%	59.6%	45-54
61.7%	59.3%	59.2%	56.4%	68.1%	68.5%	67.6%	68.0%	60.5%	54.0%	53.9%	51.1%	71.9%	69.6%	67.2%	66.4%	55-64
67.5%	69.5%	66.4%	64.4%	76.5%	76.3%	74.7%	78.1%	69.5%	64.1%	62.2%	61.0%	78.5%	78.1%	75.2%	73.7%	65-74
77.4%	71.8%	69.1%	65.5%	78.2%	77.7%	77.1%	78.2%	63.3%	66.3%	63.8%	63.0%	79.8%	79.3%	75.7%	75.4%	75-84
-	66.5%	62.9%	-	69.8%	73.9%	72.6%	-	-	58.9%	63.4%	-	71.5%	71.4%	69.8%	68.7%	85+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52.5%	55.3%	18-24
-	-	-	-	-	43.5%	44.0%	-	-	-	-	-	-	47.7%	48.6%	50.5%	25-34
-	35.3%	40.0%	40.7%	43.5%	40.1%	45.4%	50.3%	-	-	35.0%	34.1%	47.0%	47.5%	49.0%	52.9%	35-44
-	35.5%	41.0%	45.5%	45.6%	46.9%	49.9%	55.6%	-	36.7%	36.1%	35.7%	47.2%	49.6%	54.5%	57.6%	45-54
45.2%	46.8%	49.0%	53.4%	51.6%	55.9%	59.4%	64.1%	42.1%	45.0%	43.9%	44.1%	58.9%	60.4%	61.9%	64.8%	55-64
53.0%	54.2%	56.7%	59.4%	61.6%	64.8%	66.4%	73.2%	55.5%	53.7%	53.5%	52.5%	67.5%	69.3%	69.6%	71.9%	65-74
57.1%	56.8%	57.2%	55.3%	62.5%	66.6%	66.2%	68.8%	56.6%	57.0%	51.5%	52.3%	65.7%	67.5%	66.6%	66.7%	75-84
-	52.8%	51.8%	-	50.6%	52.9%	58.5%	56.9%	-	40.4%	48.2%	-	55.2%	55.6%	56.0%	58.0%	85+

שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78.4%	71.4%	78.7%	18-24
-	-	-	84.6%	-	79.2%	83.2%	-	-	-	-	-	70.5%	78.0%	75.7%	80.9%	25-34
-	77.3%	77.4%	82.9%	70.5%	72.6%	76.5%	77.8%	-	75.6%	71.3%	72.7%	76.9%	78.4%	80.5%	83.8%	35-44
80.7%	78.6%	79.1%	84.9%	74.4%	76.7%	76.7%	81.4%	74.3%	73.8%	75.4%	76.1%	82.2%	82.3%	85.1%	85.8%	45-54
82.6%	81.6%	80.2%	86.1%	75.4%	78.0%	80.0%	83.1%	79.7%	80.6%	78.4%	80.5%	87.6%	89.9%	91.4%	92.7%	55-64
85.6%	85.8%	84.6%	86.0%	80.0%	82.5%	83.7%	87.5%	89.7%	89.8%	88.3%	88.7%	91.4%	92.8%	93.3%	94.9%	65-74
81.6%	82.1%	82.2%	83.6%	80.5%	82.8%	82.6%	84.9%	78.1%	76.0%	75.5%	73.1%	92.3%	92.8%	93.6%	93.9%	75-84
-	70.7%	-	-	71.2%	75.7%	75.2%	-	-	64.0%	59.8%	-	86.2%	88.5%	88.0%	89.9%	85+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74.5%	78.9%	83.4%	18-24
-	-	-	-	-	77.9%	78.3%	-	-	-	-	-	69.0%	78.9%	80.9%	84.0%	25-34
-	80.7%	85.2%	88.1%	71.6%	73.0%	76.4%	85.8%	-	75.9%	78.2%	74.7%	79.4%	81.5%	84.6%	87.5%	35-44
79.8%	80.5%	82.1%	90.3%	76.9%	78.0%	79.8%	83.3%	-	81.6%	80.2%	82.4%	81.9%	85.4%	87.1%	89.8%	45-54
81.9%	84.3%	84.5%	89.9%	73.8%	79.7%	81.4%	84.6%	83.4%	82.2%	83.1%	85.4%	89.0%	91.0%	92.3%	94.6%	55-64
85.4%	84.6%	86.3%	88.3%	78.1%	81.7%	83.2%	85.5%	89.2%	91.4%	88.8%	89.3%	91.7%	93.5%	93.4%	94.7%	65-74
78.1%	82.4%	80.7%	78.0%	77.1%	78.0%	79.1%	80.9%	71.4%	72.7%	73.2%	68.5%	88.1%	91.1%	91.9%	92.3%	75-84
-	58.4%	62.2%	-	62.1%	64.1%	62.4%	66.7%	48.4%	46.6%	47.3%	53.6%	77.5%	81.8%	83.3%	85.2%	85+

דאָוּדָה				מַכְבִּי				לְאוּמִית				כְּלִית				גִיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

שִׁעוֹר קִבְלַת חִסּוֹן נֶגַד שְׁפֵעַת בַּחֹלִי סוֹכֶרֶת בְּנֵי 18 וּמַעְלָה

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42.9%	36.5%	56.9%	18-24	זָכָר
-	-	-	-	-	28.0%	34.1%	-	-	-	-	-	33.9%	35.2%	38.0%	53.9%	25-34	
-	48.4%	52.7%	58.4%	36.1%	31.7%	33.7%	41.7%	-	39.6%	41.3%	47.0%	39.3%	36.2%	43.6%	58.0%	35-44	
43.7%	45.3%	50.5%	60.5%	41.5%	38.5%	40.0%	47.0%	44.9%	45.9%	48.6%	55.5%	45.8%	45.2%	49.9%	61.7%	45-54	
58.3%	54.7%	54.7%	64.4%	51.9%	50.9%	48.7%	54.3%	57.6%	54.5%	56.1%	61.8%	56.7%	54.7%	57.2%	66.5%	55-64	
72.8%	68.7%	65.8%	73.5%	72.1%	67.8%	62.2%	65.8%	72.7%	71.9%	70.4%	75.1%	72.1%	69.7%	68.5%	76.0%	65-74	
82.9%	76.8%	72.0%	74.3%	78.6%	75.5%	70.8%	72.7%	71.9%	73.5%	72.5%	71.5%	81.4%	77.7%	74.5%	79.6%	75-84	
-	78.6%	76.5%	-	77.0%	76.9%	67.7%	-	-	65.1%	64.3%	-	83.5%	80.6%	75.7%	78.8%	85+	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38.4%	42.3%	65.2%	18-24	נְקִבָּה
-	-	-	-	-	35.0%	35.0%	-	-	-	-	-	40.5%	41.4%	43.9%	60.5%	25-34	
-	42.7%	44.4%	59.6%	39.2%	33.2%	35.2%	46.6%	-	52.5%	53.5%	49.1%	45.9%	42.5%	49.7%	60.7%	35-44	
-	46.3%	44.8%	59.7%	40.1%	36.3%	40.0%	46.8%	-	48.9%	52.5%	54.7%	48.7%	43.8%	51.3%	64.2%	45-54	
57.9%	52.7%	51.0%	62.5%	50.5%	47.8%	46.7%	50.3%	56.1%	56.0%	61.5%	65.0%	57.2%	52.9%	54.0%	67.1%	55-64	
67.6%	62.3%	61.6%	70.8%	66.3%	62.6%	58.2%	61.3%	69.2%	70.9%	69.2%	73.0%	68.5%	64.3%	62.3%	71.1%	65-74	
70.2%	67.0%	64.6%	73.8%	71.3%	64.4%	61.2%	65.0%	69.2%	67.1%	70.0%	70.1%	75.4%	71.1%	67.3%	73.3%	75-84	
-	72.7%	60.6%	-	55.7%	58.6%	55.0%	57.0%	60.2%	61.4%	59.8%	57.0%	77.9%	71.5%	68.9%	75.2%	85+	

שִׁעוֹר קִבְלַת חִסּוֹן נֶגַד פְּנִיאַוּמוֹקוֹק בַּחֹלִי סוֹכֶרֶת בְּנֵי 65-74

81.3%	77.8%	79.4%	88.8%	85.6%	86.1%	84.6%	87.6%	86.3%	89.1%	88.6%	91.1%	79.1%	79.2%	80.7%	87.8%	65-69	זָכָר
82.5%	77.8%	79.6%	84.2%	93.0%	91.9%	92.6%	93.4%	90.1%	93.3%	92.9%	95.4%	90.4%	90.9%	92.0%	95.2%	70-74	
75.5%	73.6%	75.5%	81.3%	82.3%	80.0%	80.2%	83.7%	81.8%	88.5%	88.2%	90.9%	74.6%	75.2%	76.0%	86.6%	65-69	נְקִבָּה
76.1%	73.2%	75.8%	89.0%	89.6%	89.1%	87.0%	90.8%	88.0%	91.5%	91.4%	94.3%	87.8%	88.0%	86.9%	93.7%	70-74	

שִׁעוֹר הֵימְצָאוֹת שֶׁל סוֹכֶרֶת בַּקֶּרֶב בְּנֵי 2-17

0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2-4	זָכָר
0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	5-9	
0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	10-14	
0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.2%	15-17	
0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2-4	נְקִבָּה
0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	5-9	
0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	10-14	
0.3%	0.4%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.3%	0.3%	0.2%	15-17	

דאאודת				מכבי				לאומית				כללית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

תרופות אנטיביוטיות

היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, ל-1000 איש, ליום

13.4	15.6	14.4	13.5	0.4	0.4	0.5	0.6	14.2	14	14.2	13.6	15.3	19.1	18.9	16.6	0-9
11	12.8	12.8	12	7.3	7.7	7.8	9.3	11	11.3	11.8	11.9	10.9	12	11.8	12.6	10-19
11.4	13.8	13.9	14.4	10.1	11.3	10.9	13.2	11.8	12	12.1	13.7	11.3	13	14	16	20-29
14.3	17	18.2	18.5	12.4	13.5	13.5	16.8	13	14.3	15.6	18.8	13.9	15.9	17	21.8	30-39
14.1	17	19	22.2	11.7	13.1	14.4	19.7	13.4	15.1	17.3	22.9	15	17.2	19.8	26.1	40-49
18.7	21.5	24.1	28.9	13.4	15.3	16.9	24.3	17.3	20	22.4	30.1	19.2	21.7	24.1	32.3	50-59
26.8	28.6	32.2	38.4	19.9	21	21.6	29.4	22	26.8	26.6	37.1	29.1	29.1	30.3	42.7	60-69
34.3	35	37.7	47.2	26.8	27	26.1	32.8	31.5	32.7	33.1	44.7	35.2	36.9	37.2	52.8	70-79
36.2	34.6	40	48.7	27.4	29.6	28.8	36.2	36.1	33	32.9	44.6	39.2	40	41.4	53.4	80-84
46.9	47.3	62.3	50	33.8	33.5	32.7	28.3	34.8	35.9	37.3	37.9	44.4	42.5	44	49.7	85+
15	16.2	14.8	14.1	0.3	0.4	0.3	0.5	13.8	14.5	14.2	13.2	15.6	18.8	18.8	15.3	0-9
15.2	15.8	15.5	14.2	8.6	8.8	8.9	9.7	13.9	13.8	13.9	13.8	12.9	14.9	14.8	13.6	10-19
20.7	24.7	24.9	24.2	16.4	18	18.3	19.5	19.3	20.9	21.3	22.8	22	24.5	25.6	25.6	20-29
22.6	26.8	27.6	26.3	18.8	20.7	20.4	22.3	20	23.9	26	29.4	24.2	27	29.1	32.3	30-39
21.3	26.1	28.2	29.2	17	19	20.4	24	20.4	23.9	27.3	32.4	24.6	27.6	30.8	35.8	40-49
28.6	32	35.2	36.4	19.3	22.2	23.2	27.2	25.6	29	31	37.7	31.9	34.7	36.4	43	50-59
36.7	37.3	37.2	42.9	26.5	26.2	24.5	29.7	32.9	34.2	31.9	45	40.9	40.6	40.4	51.9	60-69
41.6	39.1	42.2	48.9	27.8	26.6	25	29.3	32.7	32.1	32	43.9	47.1	45.2	44.3	54.8	70-79
46.3	42	42.5	58	27.8	28.5	26	32.3	31.5	32	31.2	39.1	51.4	48.7	47.1	53	80-84
44.3	46	48	49.3	30.6	29.9	29.9	29.8	32.9	35.4	34.7	43.8	55.2	51.6	48	53.2	85+

שיעור השימוש בתרופות אנטיביוטיות מקבוצת צפלוספורינים וקווינולונים, מתוך סך התרופות האנטיביוטיות

5.2%	5.4%	6.0%	5.5%	13.3%	13.3%	14.0%	14.8%	4.2%	3.6%	4.1%	4.6%	1.0%	1.1%	1.2%	1.2%	0-9
13.1%	12.6%	12.7%	14.5%	11.6%	12.9%	11.7%	13.1%	8.8%	10.0%	10.1%	12.1%	6.1%	5.8%	5.8%	6.4%	10-19
22.5%	20.9%	18.6%	19.0%	21.5%	19.2%	16.6%	16.6%	21.2%	16.9%	17.3%	16.6%	16.3%	14.1%	12.7%	12.1%	20-29
24.1%	22.7%	22.2%	19.4%	18.7%	19.4%	19.2%	19.3%	21.0%	17.7%	17.8%	18.8%	15.2%	15.3%	14.3%	14.1%	30-39
25.6%	25.7%	26.0%	23.9%	23.0%	22.9%	22.4%	21.8%	19.6%	21.3%	22.6%	21.3%	18.0%	17.7%	17.2%	17.0%	40-49
28.6%	29.3%	31.1%	27.9%	28.3%	28.1%	26.9%	25.1%	25.9%	25.0%	25.4%	26.6%	21.5%	22.1%	21.4%	20.3%	50-59
34.5%	34.7%	35.5%	35.1%	33.0%	33.7%	32.6%	31.5%	29.6%	31.1%	31.4%	30.7%	25.5%	26.0%	26.3%	25.4%	60-69
34.9%	40.1%	41.4%	41.4%	38.0%	38.5%	41.0%	41.2%	37.8%	38.4%	35.9%	36.7%	29.6%	31.4%	33.6%	30.4%	70-79
41.7%	39.9%	48.9%	47.4%	47.7%	45.9%	45.9%	45.3%	29.9%	41.3%	47.0%	46.9%	33.4%	37.4%	37.7%	36.5%	80-84
38.9%	55.1%	44.2%	53.0%	52.9%	52.0%	47.4%	54.6%	53.2%	50.6%	47.8%	43.5%	39.0%	40.9%	42.2%	43.1%	85+
7.1%	7.8%	8.4%	8.3%	16.6%	18.1%	18.2%	15.9%	5.8%	5.6%	5.9%	7.0%	1.7%	1.8%	2.1%	2.9%	0-9
18.5%	17.8%	16.3%	14.8%	16.3%	16.3%	16.5%	14.8%	11.7%	12.3%	13.0%	13.3%	9.1%	9.5%	9.6%	10.8%	10-19
31.2%	28.9%	28.4%	25.8%	27.2%	26.0%	25.0%	23.8%	28.5%	26.1%	24.2%	25.6%	23.6%	22.2%	21.3%	20.9%	20-29
30.2%	29.8%	28.2%	25.8%	26.4%	26.1%	25.2%	24.4%	25.8%	24.9%	24.0%	26.0%	22.1%	21.8%	21.7%	19.9%	30-39
32.1%	30.0%	29.7%	26.6%	29.3%	28.1%	26.1%	26.1%	29.7%	26.7%	25.8%	25.4%	23.9%	22.7%	22.1%	20.8%	40-49
35.6%	33.1%	33.7%	30.8%	33.9%	31.1%	30.7%	29.6%	32.0%	29.6%	28.0%	27.1%	26.3%	25.3%	24.8%	22.4%	50-59
35.5%	35.8%	36.2%	35.4%	35.0%	35.5%	35.5%	33.7%	35.9%	32.4%	32.7%	31.0%	27.3%	26.9%	28.0%	24.9%	60-69
36.5%	39.4%	38.9%	36.8%	41.0%	42.5%	44.0%	42.8%	42.7%	40.0%	40.2%	39.6%	29.9%	30.3%	32.4%	29.1%	70-79
38.9%	43.8%	45.5%	46.9%	52.6%	50.4%	52.0%	49.1%	51.0%	46.6%	49.7%	47.8%	30.0%	33.8%	36.5%	33.5%	80-84
44.0%	45.8%	43.4%	52.4%	58.9%	56.7%	54.3%	51.7%	58.5%	54.5%	52.7%	51.6%	34.8%	36.1%	39.8%	35.4%	85+

דאאודת				מכבי				לאומית				כלית				גיל/SES
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	

התפלגות מין, גיל ומצב חברתי-כלכלי, לפי קופה 2016

דאאודת				מכבי				לאומית				כלית				עד שנה	זכר
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1		
0.43%	1.54%	2.01%	2.40%	1.14%	1.91%	1.28%	0.61%	0.20%	1.00%	1.45%	1.62%	0.67%	1.58%	1.48%	1.71%	14-1	
0.92%	2.89%	3.37%	4.12%	2.49%	3.69%	2.26%	1.15%	0.48%	2.38%	3.25%	3.82%	1.06%	2.32%	2.30%	3.29%	15-24	
0.54%	1.82%	2.39%	2.92%	1.22%	2.03%	1.57%	0.93%	0.38%	1.86%	2.70%	3.14%	0.50%	1.28%	1.62%	2.55%	34-25	
0.60%	1.90%	2.03%	1.88%	1.33%	2.44%	1.71%	0.63%	0.56%	2.08%	2.66%	2.05%	0.91%	2.27%	2.24%	1.97%	44-35	
0.74%	2.02%	1.79%	1.62%	1.77%	2.78%	1.58%	0.57%	0.45%	1.70%	1.97%	1.58%	0.98%	2.01%	1.69%	1.63%	54-45	
0.63%	1.70%	1.47%	1.05%	1.74%	2.55%	1.55%	0.50%	0.40%	1.64%	1.99%	1.30%	0.60%	1.30%	1.32%	1.18%	64-55	
0.53%	1.37%	1.19%	0.59%	1.19%	1.83%	1.24%	0.31%	0.46%	1.61%	1.87%	0.82%	0.69%	1.58%	1.47%	0.80%	74-65	
0.41%	0.91%	0.70%	0.27%	0.79%	1.17%	0.78%	0.16%	0.34%	1.00%	1.07%	0.37%	0.64%	1.30%	0.96%	0.43%	84-75	
0.17%	0.37%	0.30%	0.11%	0.32%	0.49%	0.41%	0.08%	0.13%	0.48%	0.57%	0.18%	0.35%	0.71%	0.55%	0.21%	85+	
0.05%	0.09%	0.08%	0.03%	0.09%	0.12%	0.10%	0.02%	0.05%	0.15%	0.18%	0.06%	0.15%	0.26%	0.19%	0.06%		
0.42%	1.48%	1.92%	2.23%	1.07%	1.81%	1.21%	0.58%	0.19%	0.94%	1.35%	1.53%	0.64%	1.50%	1.40%	1.64%	עד שנה	
0.87%	2.77%	3.20%	3.88%	2.36%	3.51%	2.12%	1.09%	0.45%	2.22%	3.03%	3.57%	1.00%	2.22%	2.19%	3.14%	14-1	
0.59%	1.93%	2.41%	2.74%	1.37%	2.27%	1.69%	0.92%	0.41%	1.91%	2.74%	3.00%	0.55%	1.45%	1.80%	2.57%	15-24	
0.62%	1.91%	1.97%	1.87%	1.49%	2.68%	1.76%	0.64%	0.50%	1.93%	2.40%	1.87%	0.97%	2.37%	2.21%	1.97%	34-25	
0.79%	2.15%	1.80%	1.56%	2.17%	3.28%	1.76%	0.62%	0.47%	1.77%	1.96%	1.56%	1.01%	1.97%	1.60%	1.60%	44-35	
0.65%	1.74%	1.48%	0.94%	1.84%	2.69%	1.60%	0.47%	0.44%	1.73%	2.05%	1.24%	0.65%	1.43%	1.41%	1.22%	54-45	
0.57%	1.51%	1.31%	0.56%	1.23%	2.00%	1.43%	0.31%	0.47%	1.69%	1.98%	0.77%	0.80%	1.82%	1.61%	0.87%	64-55	
0.44%	1.00%	0.82%	0.30%	0.86%	1.32%	0.98%	0.19%	0.36%	1.11%	1.21%	0.41%	0.73%	1.50%	1.15%	0.51%	74-65	
0.20%	0.45%	0.41%	0.14%	0.36%	0.60%	0.57%	0.11%	0.17%	0.64%	0.82%	0.26%	0.47%	0.96%	0.82%	0.30%	84-75	
0.07%	0.17%	0.14%	0.04%	0.13%	0.20%	0.17%	0.03%	0.12%	0.29%	0.32%	0.09%	0.25%	0.44%	0.35%	0.10%	85+	