

מדינת ישראל
משרד הבריאות

מועצת הבריאות

המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות
ומדיניות הבריאות בישראל

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2010-2012



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

מדינת ישראל
משרד הבריאות

מועצת הבריאות

המכון הלאומי לחקר שרותי
הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2010-2012

חברי מנהלת תכנית המדדים ומחברי הדו"ח:

פרופ' אורלי מנור

פרופ' עמיר שמואלי

פרופ' אריה בן-יהודה

פרופ' אורה פלטיאל

ד"ר רונית קלדרון

ד"ר דינה יפה, רכזת עבודת המנהלת והכנת הדו"ח

בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית

האוניברסיטה העברית והדסה

בהשתתפות:

ארבע קופות החולים בישראל

מבצעת המבדק:

ד"ר עליזה לוקאץ

טבת תשע"ד – דצמבר 2013

חברי המנהלת של התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

פרופ' אורלי מנור (ראש התכנית), ביוסטטיסטיקה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית,
האוניברסיטה העברית והדסה

פרופ' עמיר שמואלי, כלכלת בריאות ומדיניות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה
קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

פרופ' אריה בן-יהודה, מנהל האגף הפנימי, מרכז רפואי הדסה והאוניברסיטה העברית

פרופ' אורה פלטיאל, אפידמיולוגיה, מנהלת מרכז מחקר באפידמיולוגיה קלינית, רופאה בכירה
במחלקה להמטולוגיה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית
והדסה

ד"ר רונית קלדרון, אפידמיולוגיה של מחלות אם וילד, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה
קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

ד"ר דינה יפה (רכזת עבודת המנהלת והכנת הדו"ח), אפידמיולוגיה, בית הספר לבריאות הציבור
ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

צוות התכנית

ויסאם אבו אחמד, מורה חוקר, מערכות מידע וסטטיסטיקה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה
קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

נעה דגן, סטאז'רית לרפואה, מוסמכת בבריאות הציבור, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה
קהילתית, האוניברסיטה העברית

ד"ר אהוד הורביץ, רוקח קליני, מרכז רפואי הדסה והאוניברסיטה העברית

ד"ר מיכל קריגר, רפואה פנימית ומחלות זיהומיות, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית,
האוניברסיטה העברית והדסה

גלית שפר, תלמידת מחקר ל-PhD, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה
העברית והדסה

רשימת השותפים

שירותי בריאות כללית

פרופ' ארנון כהן	מנהל מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
תמרה קורמן	מערכת ארגוני BI, אגף מיחשוב
דר' ניקי ליברמן	ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה
כלנית קיי	ראש אגף סיעוד, חטיבת הקהילה
דר' מרגלית גולדפרכט	מנהלת המחלקה לקידום איכות, אגף רפואה, חטיבת הקהילה
ליאת אלנקוה	רכזת מדידת איכות, מחלקת מדידת איכות, משרד רופא ראשי
דר' מינה רותם	רכזת איכות וניהול סיכונים, אגף סיעוד בקהילה, חטיבת הקהילה
פרופ' שלמה וינקר	מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
פרופ' חיים ביטרמן	רופא ראשי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר עינת אלרון	מנהלת המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
ד"ר אריקה כהן יונגר	סגנית מנהלת המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
רחל מרום	מנהלת המחלקה לשירותי מידע וניהול איכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
גיא לוי	מנהל פרויקט תמ"ל, המחלקה לשירותי מידע וניהול איכות, אגף מערכות מידע ותקשוב
נסיה גורדון	אחראית מידע ותשתיות נתונים, המחלקה לניהול איכות, חטיבת הבריאות
ד"ר יאיר בירנבאום	ראש חטיבת הבריאות

מאוחדת

ליאורה ולינסקי	מנהלת המחלקה לאיכות קלינית
אלון יפה	ניהול פרויקטים - מערכות רפואיות
צביקה בירנבוים	אגף מערכות מידע ומיחשוב
אייל אריאלי	מנתח מערכות, מחלקת מידע
ד"ר דודי מוסינזון	סמנכ"ל רפואה

לאומית שירותי בריאות

דר' ערן מן	מנהל מחלקת רפואה בקהילה
דר' דורון דושניצקי	מנהל מחלקת פיתוח מערכות רפואיות
נירית פרץ	ראש צוות בינה עסקית
פרופ' דניאל ורדי	סמנכ"ל רפואה

תודות

התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל כמו גם הדו"ח המונח לפניכם, מבטאים חזון ושיתוף פעולה של מגוון גופים המעורבים בתוכנית ופועלים לשיפור שירותי הבריאות בקהילה, בראשם:

ארבע קופות החולים בישראל: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, מאוחדת ולאומית שירותי בריאות

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

משרד הבריאות

מועצת הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות בישראל

האיגודים של ההסתדרות הרפואית בישראל

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

האיגוד הישראלי לאיכות

לכולכם, שלמי תודה על תרומתכם הרבה

מנהלת תוכנית המדדים



14/01/2014

שלום רב,

מערכת הבריאות במדינת ישראל הינה אחת הטובות בעולם. אך כדי לשמור על רמתה ומצוינותה יש לדאוג לאיכות הטיפול, שמירה על המקצועיות וחיזוק האמון של הציבור.

התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואה בקהילה מבטאת כל זאת.

קביעת ובדיקת מדדי איכות ופרסומם בצורה שקופה מחזקת את אמון הציבור במערכת, מתמצת את העובדים להצטיין ומביאה ליחס ולטיפול מיטביים במטופלים.

התכנית מספקת מידע אמיתי ובכך מהווה בסיס לקבלת החלטות של הנהלת המשרד.

משרד הבריאות, שהפך בשנת 2004 את המיזם לתוכנית לאומית הפועלת בהובלת המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות, ומנכ"ל המשרד, פרופ' רוני גמזו, שמו את הנושא בראש סדר העדיפויות וימשיכו לתמוך בו ואף להרחיבו בשנים הקרובות.

משמח לגלות מממצאי הדו"ח, המבוססים על נתוני קופות החולים, כי בשנים 2010 – 2012, נשמרה הרמה הגבוהה של איכות הטיפול הרפואי, ויתר על כן, בחלק מהמדדים נראה אף שיפור.

אני מבקשת להודות לכלל הגורמים השותפים לתכנית זו, בכלל זה ארבע קופות החולים, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ההסתדרות הרפואית ומומחים מהאקדמיה. שיתוף הפעולה המוצלח מעמיד את המטופל במרכז ומסייע בשיפור איכות הטיפול בו וקידום צרכיו הרפואיים.

אני משוכנעת כי שיתוף הפעולה הפורה בין הגורמים השונים יימשך גם בעתיד, ויחד נצליח להרחיב את התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה על מנת למדוד תחומים קליניים נוספים.

בכבוד רב,

ח"כ יעל גרמן
שרת הבריאות

"Efforts to improve quality require efforts to measure it"

"השקעת מאמצים לשיפור איכות מחייבים השקעת מאמצים במדידתה"

(Casalino, 1999)

הקדמה

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

הדו"ח הראשון של מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל פורסם בשנת 2004 והציג נתונים לשנים 2003-2001 והדו"ח האחרון שפורסם הציג נתונים לשנים 2010-2008 (מנור וחב', 2012). הדו"ח הנוכחי מציג את תוצאות המדדים לשנים 2012-2010.

הדו"ח מבוסס על נתונים מארבע קופות החולים בישראל ומציג נתונים לאומיים כמו גם נתונים לפי קופות החולים בשבעה תחומים קליניים מרכזיים ברפואת הקהילה בישראל. 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.

תוכן עניינים

1	הקדמה
1	עיקר הממצאים
7	מבוא
10	שיטות
13	מדדי איכות וממצאים
13	אורחות חיים ורפואה מונעת
144	קידום בריאות
27	בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן
38	ילדים ובני נוער
52	מבוגרים בני 65+
63	מחלות כרוניות
64	אסתמה
76	לב וכלי דם
102	סוכרת
148	אחרית דבר
151	רשימת ספרות
159	קיצורים
160	נספחים
161	נספח א'
163	נספח ב'
166	נספח ג'

עיקר הממצאים

נתוני הדו"ח מציגים בדיקה רצופה ושיטתית של מדדי איכות במגוון תחומים של רפואת הקהילה ומשום כך הם מאפשרים לבחון באופן מקיף את העשייה בתחומים אלה. הנתונים בדו"ח זה, המתווספים למידע הקיים על הביצועים הכלכליים ועל רמת שביעות הרצון של המבוטחים, יאפשרו למקבלי ההחלטות לעצב תמונה מקיפה ויסייעו להם לקבל החלטות מושכלות בתחום חשוב זה של מערכת הבריאות.

הדו"ח לשנים 2010-2012 מצביע על המשך מגמת השיפור בחלק מהמדדים שנבדקו ויציבות, לעיתים קרובות ברמה גבוהה, של יתר המדדים. מגמות אלו הן פרי עבודה מאומצת וממוקדת המושקעת על ידי הקופות בפעילותן ברפואת הקהילה.

ראוי לציון השיפור המתמשך בביצוע בדיקות סיקור לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס. בנוסף חל שיפור בהיקף התיעוד של משקל גוף וגובה בקרב ילדים (בני 7 שנים) ובקרב מבוגרים צעירים. ממצאים אלו הם בעלי חשיבות מרובה בשל העלייה בשכיחות ההשמנה בקרב ילדים ומבוגרים כאחד. תיעוד הוא שלב ראשון וחיוני, ושיפור בהיקף התיעוד יאפשר בעתיד להתייחס לערכי מדידות ההשמנה עצמן, להסיק על היקף הבעיה, ולהתייחס למניעה וטיפול. בנוסף, חל שיפור בהיקף התיעוד של לחץ דם במבוגרים צעירים ובשיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב קבוצה זו.

עם זאת, למרות שמרבית המדדים מציגים שיפור מתמשך בקרב כלל האוכלוסייה, הרי שבמספר מדדים עדיין קיימים פערים בין מבוטחים הזכאים לפטור/הנחה מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות – אוכלוסייה חלשה מבחינה חברתית-כלכלית – לבין יתר האוכלוסייה. כמו כן, במספר מדדים לא נצפה שיפור של ממש בשנה האחרונה, בכלל זה בשיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב מבוגרים, כאשר השיעור עומד על שישים אחוז.

לראשונה הדו"ח כולל מידע על תיעוד מצב עישון של המבוטחים בתיק הרפואי. כמו כן, בדו"ח זה, כמו בדוחות קודמים, נערכו עידכונים במספר מדדים כדי לשפר את תוקפם וכדי להתאימם לספרות הבינלאומית. ראוי לציון השינוי שנערך במספר מדדים בתחום הסוכרת במטרה להתאימם לספרות העדכנית.

ממצאים עיקריים לפי תחומים

אורחות חיים ורפואה מונעת

קידום בריאות

תיעוד מדידת גובה ומשקל במבוגרים

- בשנות המעקב חל שיפור מתמשך בהיקף התיעוד של מרכיבי ה-BMI באוכלוסייה הבוגרת. בקרב בני 20-64 עלה שיעור התיעוד מ-79% בשנת 2010 ל-87% בשנת 2012. ואילו בקרב בני 65-74 עלה השיעור מ-76% ל-81%.

- בקרב בני 20-64, שיעורי התיעוד גבוהים יותר בנשים לעומת גברים ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה. מגמות דומות נצפות בקרב בני 65-74, אך ההבדלים בין הקבוצות קטנים יותר.

עישון

- שיעורי תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-70 עמד בשנת 2012 על 80% ולא הציג הבדל משמעותי במהלך שנות המעקב.
- שיעורי התיעוד גבוהים מעט בנשים ביחס לגברים ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

סיקור סרטן שד – ממוגרפיה

- בשנת 2012 עמד שיעור הביצוע של ממוגרפיה על 68% בנשים בנות 51-74. השיעור נותר דומה במהלך שנות המעקב.
- שיעור הביצוע נמוך יותר בקרב בעלות פטור לעומת יתר הנשים. הפער האבסולוטי בין קבוצות אלו עמד בשנת 2012 על 4%.

סיקור סרטן המעי הגס

- בשנות המעקב חל שיפור מתמשך בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם לסרטן המעי הגס (שינוי אבסולוטי של 6%), והשיעור בשנת 2012 הגיע ל-54%.

ילדים ובני נוער

בדיקת המוגלובין בתינוקות

- בשנות המעקב נצפתה מגמת שיפור בביצוע ספירת דם לזיהוי אנמיה (שינוי אבסולוטי של 3%) ובשנת 2012 שיעור הנבדקים הגיע ל-80%.
- לא נמצא הבדל משמעותי בשיעור ביצוע הבדיקה לפי מין התינוק או מצב הפטור של הוריו.

תיעוד מדידת גובה ומשקל בגיל הילדות

- שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 נמצא במגמת עלייה. בשנת 2012 עמד השיעור על 70%, לעומת 64% בשנת 2010.
- שיעורי התיעוד היו דומים בבנים ובבנות. שיעורי תיעוד גבוהים יותר נצפו בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

תיעוד מדידת גובה ומשקל בבני נוער

- במהלך שנות המעקב לא נצפה הבדל משמעותי בשיעור התיעוד של מרכיבי BMI בבני נוער, שעמד בשנת 2012 על 73%.
- לא נצפו הבדלים בשיעור התיעוד לפי מין. שיעורי תיעוד BMI גבוהים יותר נמצאו בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

מבוגרים בני 65+

חיסון נגד שפעת

- בשנות המעקב חלה עליה בשיעור המחוסנים בגילאי 65 ומעלה (שינוי אבסולוטי של 3%), והשיעור הגיע ל-60% בשנת 2012.
- גברים חוסנו יותר מנשים ובקרב בני 74 ומעלה שיעור החיסון היה גבוה יותר מבני 65-73.

חיסון נגד פניאומוקוק

- שיעור החיסון נגד פניאומוקוק הציג מגמת ירידה במהלך שנות המעקב, מ-75% בשנת 2010 ל-72% בשנת 2012.
- גברים חוסנו בשיעור גבוה מעט יותר מנשים ובעלי פטור חוסנו בשיעור מעט גבוה יותר לעומת יתר האוכלוסייה.

מחלות כרוניות

אסתמה

- שכיחות אסתמה מתמשכת נותרה יציבה בשנות המעקב ועמדה על 0.7% מהאוכלוסייה בקרב בני 44-5.
- אסתמה מתמשכת שכיחה יותר בגברים לעומת נשים, אך ההבדלים מצטמצמים עם העלייה בגיל. כבשנים קודמות, גם ב-2012 נמצאו פערים משמעותיים בשכיחות אסתמה בין בעלי פטור ליתר האוכלוסייה – בקרב בעלי פטור שיעור החולי היה גבוה פי 2.2.
- שיעור חולי אסתמה מתמשכת המקבלים תרופות מניעה נותר יציב במהלך שנות המעקב ועמד בשנת 2012 על 79%. לא היה הבדל משמעותי בשיעורי הטיפול בין גברים לנשים. השיעור היה נמוך מעט בקרב מבוטחים בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- שיעור המחוסנים נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת הציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב, מ-36% בשנת 2010 ל-40% בשנת 2012. השיעור היה גבוה ב-2% בנשים ביחס לגברים. השיעור היה גבוה באופן משמעותי בקרב מבוטחים בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה, עם הבדל אבסולוטי של 17%.

לב וכלי דם

דמות כולסטרול

- בתקופת המעקב נצפה שיפור הדרגתי בביצוע בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 ויציבות בקרב בני 55-74. למעלה מ-77% מהאוכלוסייה עברו את הבדיקה בתדירות המומלצת.
- שיעור הנבדקים בקרב נשים גבוה יותר מאשר בקרב גברים. שיעור הנבדקים בקרב בעלי פטור גבוה יותר מאשר בקרב יתר האוכלוסייה.

- בשנת 2012 יעד האיזון הושג בלמעלה מ-91% מאוכלוסיית היעד.
- נמצאו הבדלים בהשגת יעד האיזון לפי מין וגיל. שיעור הנשים שהשיגו את יעד האיזון גבוה מעט משיעור הגברים בקרב בני 35-54, ואילו בקרב בני 55-74 שיעורי האיזון בגברים גבוה יותר. לא נצפה הבדל בין בעלי פטור לבין יתר האוכלוסייה.

תיעוד ערכי לחץ דם

- בשנות המעקב נצפה שיפור בהיקף תיעוד מזידות לחץ דם בקרב בני 20-54, מ-88% בשנת 2010 ל-91% ב-2012. שיעור התיעוד בקרב בני 55-74 עמד בשנת 2012 על 81%, שיעור הנמוך מעט מאשר בשנות המעקב הקודמות.
- שיעור תיעוד מזידות לחץ דם גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים ובקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

מניעה שניונית של מחלות לב

- מבין החולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי 84% רכשו תרופות להורדת כולסטרול בשנת 2012, שיעור הנמוך מעט מהשיעור בשנים קודמות (85% בשנת 2010). שיעור הטיפול מציג מגמת עלייה הדרגתית עם הגיל.
- נשים רוכשות פחות תרופות מאשר גברים, בעיקר בקרב הצעירים. שיעור רכישת התרופות בקרב בעלי הפטור דומה לזה של שאר החולים.
- בשנת 2012, 72% מהחולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי הגיעו ליעד האיזון (רמת LDL נמוכה מ-100 מ"ג/ד"ל). נתון זה מהווה שיפור קל לעומת השנים הקודמות (שיעור ממוצע של 0.55% לשנה). שיעור האיזון מציג מגמת עלייה הדרגתית עם הגיל.
- שיעור הגברים שהגיעו ליעד האיזון בכולסטרול גבוה משיעור הנשים בכ-9%. בקרב בעלי פטור שיעור המטופלים שהגיעו לאיזון רמת הכולסטרול נמוך מעט בהשוואה ליתר המטופלים.

סוכרת

- בשנות המעקב חלה עליה של 0.3% בשנה בשכיחות הסוכרת ובשנת 2012 השכיחות עמדה על 6.5% מכלל האוכלוסייה.
- לא נצפה הבדל משמעותי בשיעור חולי הסוכרת בנשים ביחס לגברים. בשנת 2012, שיעור חולי סוכרת בקרב בעלי פטור היה גבוה פי 4.5 מהשיעור ביתר האוכלוסייה.

איכות הטיפול בסוכרת

- שיעור חולי סוכרת המבצעים בדיקת HbA1c לפחות אחת לשנה נותר גבוה ועמד בשנת 2012 על 89%. שיעור זה נמוך מעט בהשוואה לשנים הקודמות (השיעור עמד על 90% בשנת 2010).

שיעור ביצוע הבדיקה הולך ועולה עם הגיל, עד לשיא של 92% בקרב בני 65-74. שיעור ביצוע הבדיקה גבוה מעט בנשים ביחס לגברים ובעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

- שיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבה מאוזנת (HbA1c נמוך או שווה ל-7% או 8% בהתאם לגיל ולוותק המחלה) בשנת 2012 עמד על 63%. שיעור המאוזנים גבוה ב-5% בנשים ביחס לגברים. השיעור בקרב בעלי פטור דומה לזה של יתר האוכלוסייה.
- שיעור החולים הלא מאוזנים ($HbA1c < 9\%$) עמד בשנת 2012 על 13% ולא הציג שינוי משמעותי במהלך שנות המעקב. שיעור החולים הלא מאוזנים יורד עם הגיל. השיעור היה גבוה מעט בקרב גברים ובקרב בעלי פטור.

ניטור סיבוכי סוכרת

- שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בקרב חולי סוכרת עמד בשנת 2012 על 77%. השיעור היה גבוה מעט בנשים ביחס לגברים. בקרב בעלי פטור השיעור היה דומה לזה של יתר האוכלוסייה.
- שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת עמד בשנת 2012 על 75% ולא הציג שינוי משמעותי במהלך שנות המעקב. השיעור היה גבוה מעט בגברים ביחס לנשים. בקרב בעלי פטור השיעור היה דומה לזה של יתר האוכלוסייה.

ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

- בשנת 2012, תיעוד ערכי לחץ הדם בחולי סוכרת עמד על 90% ויעד האיזון (נמוך או שווה ל-140 מ"מ כ"ס סיסטולי ונמוך או שווה ל-90 מ"מ כ"ס דיאסטולי) הושג בקרב 83% מחולי הסוכרת. חל שיפור קל בשיעור החולים בעלי לחץ דם מאוזן במשך שנות המעקב (שיפור אבסולוטי של 1%).
- שיעור ביצוע בדיקות כולסטרול LDL בחולי סוכרת נותר יציב בתקופת המעקב ועמד על 90% בשנת 2012. שיעור הביצוע הבדיקות היה גבוה מעט בנשים ובקרב בעלי פטור.
- בתקופת המעקב חל שיפור קל בשיעור חולי הסוכרת שהגיעו ליעד האיזון ברמת כולסטרול LDL (שינוי אבסולוטי של 1%). בשנת 2012 השיעור עמד על 64%. שיעור האיזון היה גבוה ב-7% בגברים ביחס לנשים והיה גבוה ב-3% בקרב בעלי פטור ביחס לשאר האוכלוסייה.
- בשנות המעקב התרחב מעט היקף תיעוד ערכי BMI בחולי סוכרת והגיע בשנת 2012 ל-87% (שיפור אבסולוטי של 2%). שיעור התיעוד היה דומה בגברים ונשים והיה גבוה מעט בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

חיסונים

- שיעור חולי הסוכרת שקיבלו חיסון נגד שפעת הציג מגמת שיפור הדרגתית במהלך שנות המעקב (שיפור של כ-2% לשנה) והגיע בשנת 2012 ל-57%. השיעור היה גבוה ב-7% בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

- שיעור חולי הסוכרת המבוגרים שקיבלו חיטון נגד פניאומוקוק עמד בשנת 2012 על 80%. שיעור זה היה יציב במשך שנות המעקב. השיעור היה גבוה מעט בקרב גברים ביחס לנשים ובקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

מבוא

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 (Institute of Medicine, 1994).

לאיכות הטיפול הרפואי מגוון מרכיבים וממדים, בכלל זה:

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

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

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

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

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

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

במשך העשור האחרון, פותחו מדדים לאיכות הטיפול והבשילו תכניות לאומיות ובינלאומיות העוסקות בהערכת איכות הטיפול (Friedberg and Damberg, 2011). כך, בארה"ב (AHRQ, 2010), בשבדיה (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2008), באוסטרליה (Australian Institute of Health and Welfare, 2008), באנגליה (National Health Services, 2009), ועל ידי ה-OECD Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2011(b)).

מדדים שנכללים בתכנית הישראלית מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמותווה בהנחיות המקצועיות המקובלות בעולם ותואמים, ברוב המקרים, את הניסיון המקביל בארצות שהוזכרו. השוואה של ממצאי הדו"ח עם הממצאים העדכניים של התוכנית האמריקאית (נתוני שנת 2011), עבור מספר מדדים מקבילים, מוצגת בנספח.

המדדים נבחרו לאור שלושה קריטריונים:

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

סדרת המדדים כוללת מספר סוגים:

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

כל המדדים מוגדרים כמדדי יחס, כלומר, שיעור האנשים מתוך קבוצה מוגדרת שמתקיים לגביהם תנאי מסוים (למשל שיעור מקבלי חיסון נגד שפעת בקרב בני 65+). המדדים מוצגים בחיתוך לפי קבוצות מין וגיל (שנקבעו כרלבנטיות למדד על ידי צוות המומחים) ומצב כלכלי-חברתי (המוגדר על ידי זכאות ל"פטור" מהשתתפות עצמית בקבלת השירותים).

בנספח לדו"ח מתפרסם פילוח של מדדי האיכות לפי קופות החולים וזאת בנוסף לנתונים הלאומיים. פרסום זה מספק מידע רלבנטי לכל המעורבים, בכלל זה קופות החולים, משרד הבריאות, איגודים רפואיים וכמובן ציבור המבוטחים. ראוי לציין כי מדו"ח שהוכן עבור ה-US Agency for Healthcare Research and Quality, עולה כי למרות שהיחמה 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 (Friedberg and Damberg, 2011). כמו כן, חשוב להדגיש כי למדדים המוצגים בדו"ח מספר מגבלות ביחס למידת הדיוק שבה הם מציגים את איכות הטיפול הניתנת בקופה. המגבלה העיקרית כרוכה בחוסר היכולת לנטרל בצורה הולמת את ההשפעה, על תוצאות המדדים, הנובעת מהרכב האוכלוסין של החברים בקופה, ובפרט מהרכב המבוטחים מבחינת מצב חברתי-כלכלי. מגבלה זו כמו גם מגבלות נוספות מפורטות בנספח ג' המציג את תוצאות המדדים לפי קופה.

שיטות

מקור הנתונים

הנתונים המוצגים בדו"ח מבוססים על מידע המצוי בידי ארבע קופות החולים הפועלות בישראל. קופות החולים העבירו למנהלת את הנתונים לשנים 2010-2012 מרצונן, במסגרת השתתפותן הפעילה בתוכנית מדדי האיכות. הנתונים שהועברו מהקופות למנהלת הם אנונימיים לחלוטין ואינם כוללים פרטים מזהים כלשהם. העברת הנתונים בצורה זו מאפשרת שמירה קפדנית על עיקרון החיסיון הרפואי.

אוכלוסיית הדו"ח

התוכנית מבוססת על נתוני כלל אוכלוסיית המבוטחים בארבע קופות החולים בישראל ומקור הנתונים במערכות המידע הממוחשבות של הקופות. נתונים ממוחשבים היו חסרים רק עבור מספר קטן מאוד של מבוטחים, כ-0.7% מהאוכלוסייה, אשר אינם נכללים בדו"ח. בנוסף, מבוטחים שלא השלימו בשנת המדד שנת חברות מלאה באותה קופה אינם נכללים בדו"ח לרבות אלו שעברו בין הקופות באותה שנה. סה"כ בשנת 2012 עברו לקופה אחרת כ-73,000 מבוטחים המהווים כ-0.9% מסך המבוטחים (המוסד לביטוח לאומי, 2013; המוסד לביטוח לאומי, 2012). לבסוף ראוי לציין, כי גם חיילים אינם נמנים על אוכלוסיית הדו"ח (עובדה המשפיעה בעיקר על קבוצת הגיל 18-24). לפיכך, למעט קבוצות אלה, הדו"ח מבוסס על כלל אוכלוסיית מדינת ישראל, כשבעה מיליון ארבע מאות ועשר אלף איש. 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 (ISQua, 2012).

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

מאפייני המבוטחים

עבור המדדים השונים הנתונים מוצגים לכלל האוכלוסייה הרלבנטית כמו גם על פי מין, קבוצת גיל ומצב חברתי-כלכלי. מצב חברתי-כלכלי נקבע בדו"ח זה על סמך זכאות לפטור או הנחה מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות. מנתוני הקופות לשנת 2012 עולה כי אוכלוסיית מקבלי הפטור מנתה כ-11.2% מאוכלוסיית המבוטחים. שיעור זה היה יציב לאורך שלוש השנים המוצגות בדו"ח. הקבוצות הזכאיות לפטור או הנחה נקבעו בסעיף 8 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי והרכבן מתעדכן מעת לעת. בתקופת המעקב ניתן פטור (מלא או חלקי) מתשלומי בריאות לפי מספר קריטריונים, בכלל זה קבלת קצבאות מהביטוח הלאומי כמו קצבת זקנה ושארים או קצבת נכות, משפחות מרובות ילדים ועוד. בדו"ח זה נכנה את הזכאים לפטור או הנחה מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות "בעלי פטור".

שלבי העבודה

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

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

הדו"ח הנוכחי כולל את מרבית המדדים שהוצגו בדו"ח שפורסם לשנים 2008-2010 (מנור וחב', 2012), אך ההגדרות המשמשות לחישוב אוכלוסיית המונה והמכנה של מספר מדדים עודכנו על-מנת לשפר את תוקפם. כמו כן, התווספו שני מדדים ונגרעו שניים, כמפורט להלן. שינוי מקיף יחסית נערך במדדי הסוכרת.

עדכונים: בכל המדדים העוסקים ב-BMI עודכן המועד הקובע עבור מדידת הגובה לפעם אחת בלבד לאחר גיל 18. המדדים העוסקים בתיעוד וברמות כולסטרול עודכנו כך שבהיעדר תיעוד מהימן של רמת כולסטרול LDL, תילקח בחשבון מדידת רמת כולסטרול non-HDL (עמוד 81). בכל המדדים העוסקים במחלת הסוכרת שונתה ההגדרה של חולי סוכרת כך שלא תתבסס על רכישת תרופות לטיפול בסוכרת בלבד, אלא בנוסף גם על בדיקות מעבדה המעידות על קיום המחלה (עמוד 109). המדד העוסק באיזון סוכרת מוצג לראשונה בדו"ח זה כמדד מאוחד, אך המדד מבוסס על הצבת יעדים ספציפים לקבוצות שונות לפי וותק המחלה וגיל (עמוד 115). מדד ביצוע בדיקות עיניים בקרב חולי סוכרת עודכן, כאשר נקבעה תדירות בדיקה ספציפית על פי וותק המחלה (עמוד 121). בנוסף, עודכן יעד האיזון של לחץ דם בקרב חולי סוכרת (עמוד 130).

גריעה ותוספות של מדדים: מדו"ח זה נגרעו שני מדדים העוסקים במניעה שניונית של מחלות לב וכלי דם – המדדים הבודקים טיפול בתרופות ממשפחת מעכבי האנזים המהפך angiotensin (converting enzyme, ACEI) וחוסמי הרצפטור לאנגיוטנסין (angiotensin-receptor blocker, ARB) ובתרופות ממשפחת חוסמי בטא. המדדים הוסרו מכיוון שההמלצה לטיפול בתרופות ממשפחות אלו אינה גלובלית לכלל חולי הלב, אלא מתמקדת בחולים הסובלים מאי-ספיקת לב, אבחנה שיש קושי להפיקה מתוך הרשומה הרפואית הממוחשבת. בנוסף, הדו"ח כולל מספר מדדים חדשים. לתחום קידום בריאות התווסף מדד תיעוד מצב עישון (עמוד 23). בתחום מדדי הסוכרת הוחזר המדד של שיעור בדיקת חלבון בשתן בקרב חולי סוכרת (עמוד 139). טבלה מרוכזת של המדדים מוצגת בנספח א' (עמוד 179).

2. עדכון מפרטי המדדים

במגוון מדדים הגדרת אוכלוסיית החולים מבוססת על רכישת תרופות, בדיקות מעבדה או ביצוע פרוצדורות מוגדרות (זאת עקב סוגיות הקשורות באחידות ושלמות נתוני האבחנות במערכות המידע של הקופות הכרוכות, בין היתר, באיכות וזמינות המידע המועבר מבתי החולים לקופות). עדכון המפרטים כלל יצירת בסיס מידע מקיף של התרופות הרלבנטיות המאפשר עדכון רציף של רשימת התרופות.

3. הפקת הנתונים תוך כדי מבדק

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

4. תיקוף הממצאים

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

5. בניית מערכת לדיווח התוצאות

הדיווח נערך על ידי דו"ח אינטרנטי (<http://healthindicators.ekmd.huji.ac.il>). הדו"ח מציג מידע עבור 34 מדדי איכות בשבעה תחומים לשנים 2010-2012. לכל מדד מוצג רקע מדעי ותוצאות המדדים מרוכזות בשלושה מקבצים של נתונים: (1) בחלוקה על פי קבוצות גיל ושנה, (2) בחלוקה על פי קבוצות גיל ומין, עבור נתוני שנת 2012 בלבד ו- (3) בחלוקה על פי קבוצות גיל וזכאות לפטור, עבור נתוני שנת 2012 בלבד. בנוסף ללוחות מוצגים גרפים של מגמות על פני זמן, בחלוקה על פי קבוצות גיל מין ופטור עבור שנת 2012 בלבד.

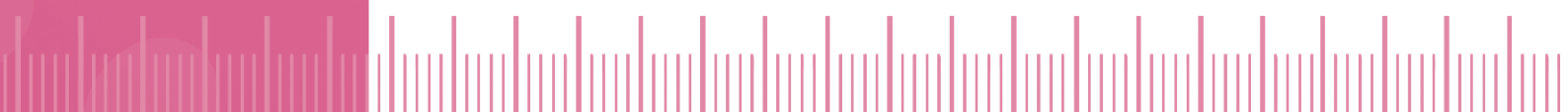
איכות הנתונים

דו"ח זה מבוסס על נתוני כלל האוכלוסייה ולא על מדגם, ולפיכך הנתונים המוצגים כאן אינם כרוכים בטעות דגימה. אולם, יתכנו מקורות אחרים לטעויות בנתונים (Weitzman, 2010). שיטת הפקת הנתונים שנבנתה, הכוללת מערך מבדקים מקיף ותיקוף הממצאים תוך כדי שימוש במקורות מידע שונים, הומלצה בדו"ח שיצא לאחרונה על ידי ה- American Agency for Healthcare Research and Quality (Friedberg & Damberg, 2011). 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 (למשל לפי גיל או מין) או בין שנים שונות.

אורחות חיים ורפואה מונעת



קידום בריאות



תיעוד BMI

רקע

חשיבות

השמנת יתר, כמו תת תזונה, קשורה בתחלואה משמעותית בכל הגילאים. בשנת 1997 הגדיר ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) את תופעת ההשמנה כמחלה, ומאז היא מוכרת ככזו בקלסיפיקציה העולמית למחלות (International Classification of Diseases) (James, 2008). 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 (Catenacci, Hill, & Wyatt, 2009). עבודות שונות מעריכות כי השמנת האוכלוסייה אף תוביל להפחתה בתוחלת החיים (Whitlock et al., 2009).

עודף משקל והשמנת יתר מוגדרים כיום לפי ערכי BMI (body mass index), מדד המורכב מהיחס שבין משקל הגוף (הנמדד בקילוגרמים) לגובה בריבוע (הנמדד במטרים). הטווח התקין של BMI הינו 19 עד 25 ק"ג/מ"ר. עודף משקל מוגדר כ-BMI בטווח שבין 25 ו-30 ק"ג/מ"ר, והשמנת יתר מוגדרת כ-BMI הגבוה מ-30 ק"ג/מ"ר. עם זאת, 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) (Catenacci et al., 2009).

היבטים אפידמיולוגיים

למרות הידיעה שהשמנת יתר הינה גורם סיכון בריאותי מרכזי, היקפי השמנת היתר הגיעו לרמה של מגפה, ומגמת העליה נמשכת בעולם המערבי ובישראל בפרט. בין שנות השמונים לשנות האלפיים, הימצאות ההשמנה הכפילה את עצמה, מ-15% לפני כשלושים שנים, למימדים שעולים על שליש מהאוכלוסייה המערבית המבוגרת כיום (Catenacci et al., 2009). 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 (Wang, Beydoun, Liang, Caballero, & Kumanyika, 2008). בסקר הבריאות הלאומי (משרד הבריאות, 2012א), שנערך בישראל בשנים 2007-2010, נמצא, כי בקרב האוכלוסייה הבוגרת, 30% מהנשים ו-41% מהגברים סובלים מעודף משקל וכ-15% מכלל הנשים והגברים המבוגרים בישראל סובלים מהשמנת יתר (משרד הבריאות, 2012א). עוד נמצא, כי ברוב קבוצות הגיל שיעורי עודף המשקל והשמנת היתר גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. תיעוד מרכיבי ה-BMI הינו צעד ראשון בהבנת ממדי התופעה בישראל, ומהווה בסיס מידע לתוכניות התערבות ומניעה ברמה הפרטנית.

התייחסות נדרשת 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 (טבנקין ולהד, 2013).

מדדים

- ✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64
- ✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-74

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 20-64 ובני 65-74 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 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 20-64 ובני 65-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה), (תיעוד גובה פעם אחת אחרי גיל 18, תיעוד משקל בחמש השנים האחרונות בבני 20-64 ובשנת המדד בבני 65-74).

הערות: מאחר שהגובה לא משתנה משמעותית לאחר גיל 18, שונתה בדו"ח זה הדרישה למדידת גובה כך שגם מדידה בודדת לאחר גיל 18 שנים נחשבת כתיעוד גובה עדכני ברשומה הרפואית. בדו"חות הקודמים נדרשה מדידה עדכנית לחמש השנים האחרונות.

תוצאות (תרשימים 1-7 וטבלאות 1-6)

בני 20-64

בשנות המעקב הנסקרות בדו"ח הנוכחי, 2010-2012, נמשכה מגמת העליה המרשימה שנצפתה בשנים קודמות במדד שיעור תיעוד מרכיבי ה-BMI בקרב בני 20-64. העליה הכללית בתיעוד הייתה מ-78.6% בשנת 2010 ל-86.5% בשנת 2012. בשנת 2012 שיעור התיעוד עלה עם הגיל: משיעור של 82.3% בקרב בני 20-34 לשיעור של 93.9% בקרב בני 64-55.

בנשים שיעורי התיעוד היו גבוהים יותר מאשר בגברים (89.0% לעומת 83.7% בהתאמה), בעיקר בקבוצות הגיל הצעירות, עם הצטמצמות של הפערים בין המינים עם העליה בגיל.

שיעורי התיעוד במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היו גבוהים יותר לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (92.7% לעומת 85.8% בהתאמה).

בני 65-74

בשנת 2012 שיעור תיעוד מרכיבי BMI בבני 65-74 עמד על 81.2%. שיעור זה מהווה שיפור קל לעומת השנים הקודמות.

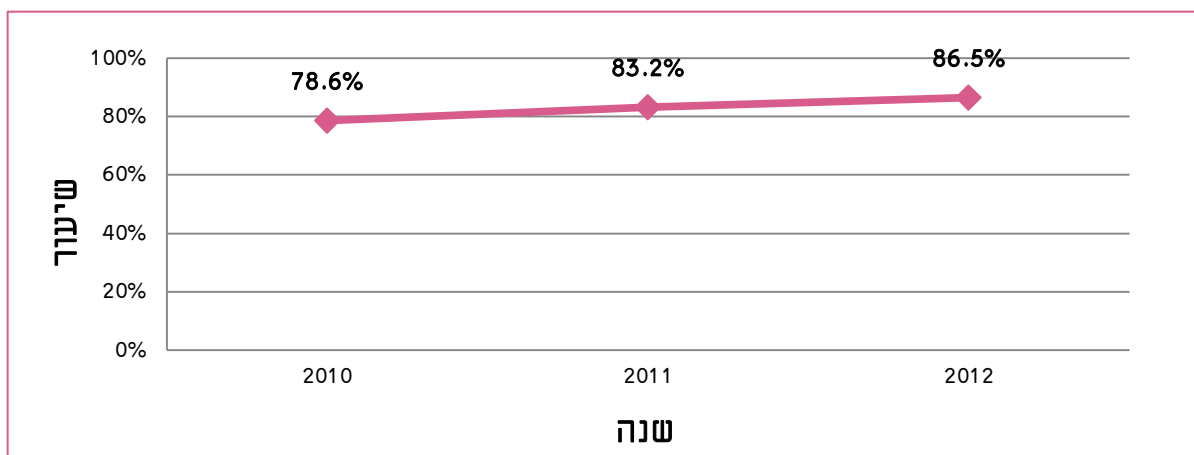
בקרב בני 65-74 לא נצפו הבדלים משמעותיים בתיעוד מרכיבי ה-BMI בין גברים ונשים.

שיעור התיעוד היה גבוה ב-3% בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ביחס לבעלי מעמד חברתי-כלכלי גבוה.

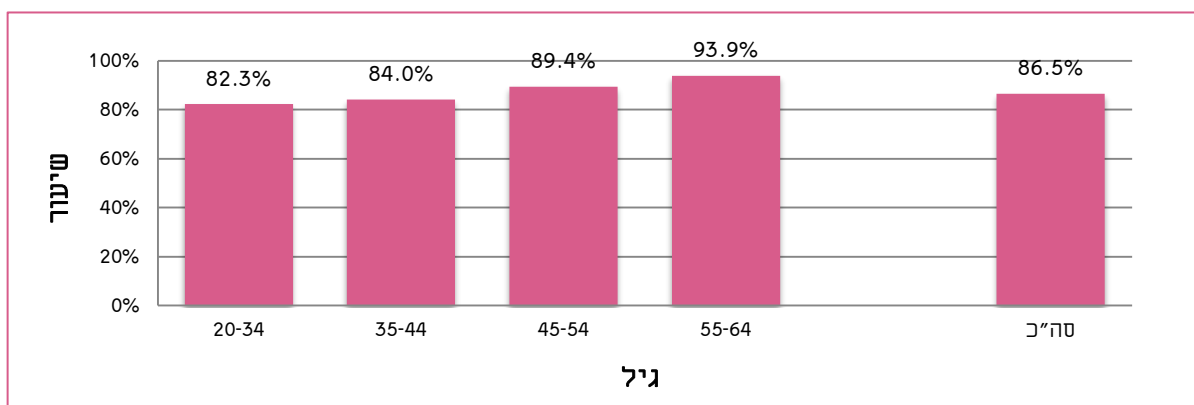
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

שיעור המבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל בחמש השנים האחרונות וגובה אחרי גיל 18) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64 (מכנה)

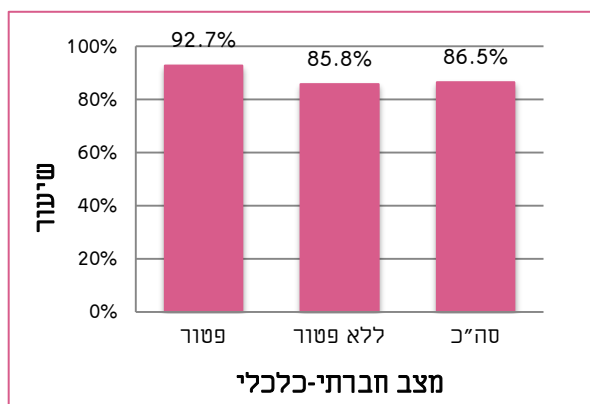
תרשים 1 לפי שנה, 2010-2012



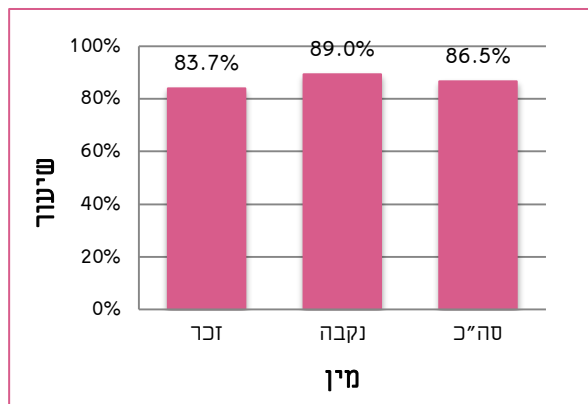
תרשים 2 לפי גיל, 2012



תרשים 4 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 3 לפי מין, 2012



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

מבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל בחמש השנים האחרונות וגובה אחרי גיל 18) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-64 (מכנה)

טבלה 1 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל	גיל				סה"כ
		55-64	45-54	35-44	20-34	
2010	מונה	580,502	604,459	629,252	864,114	2,678,327
	מכנה	653,394	728,704	836,583	1,188,700	3,407,381
	שיעור	88.8%	82.9%	75.2%	72.7%	78.6%
2011	מונה	618,616	635,890	688,982	939,888	2,883,376
	מכנה	673,905	734,022	859,851	1,198,045	3,465,823
	שיעור	91.8%	86.6%	80.1%	78.5%	83.2%
2012	מונה	639,830	662,577	743,532	995,202	3,041,141
	מכנה	681,711	740,910	884,840	1,208,602	3,516,063
	שיעור	93.9%	89.4%	84.0%	82.3%	86.5%

טבלה 2 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל				סה"כ
		55-64	45-54	35-44	20-34	
זכר	מונה	301,785	313,881	349,798	438,408	1,403,872
	מכנה	324,535	357,607	428,591	565,975	1,676,708
	שיעור	93.0%	87.8%	81.6%	77.5%	83.7%
נקבה	מונה	338,045	348,696	393,734	556,794	1,637,269
	מכנה	357,176	383,303	456,249	642,627	1,839,355
	שיעור	94.6%	91.0%	86.3%	86.6%	89.0%
סה"כ	מונה	639,830	662,577	743,532	995,202	3,041,141
	מכנה	681,711	740,910	884,840	1,208,602	3,516,063
	שיעור	93.9%	89.4%	84.0%	82.3%	86.5%

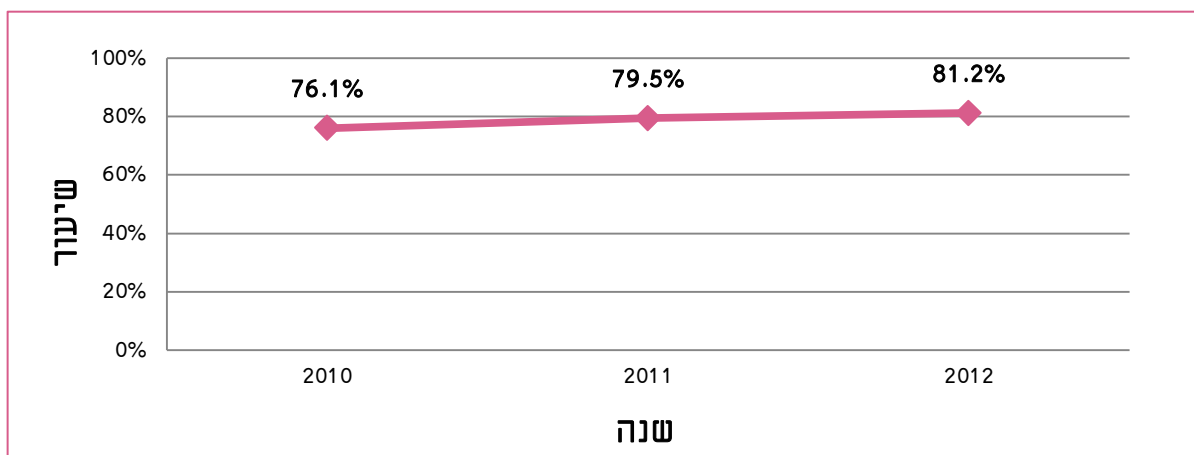
טבלה 3 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל				סה"כ
		55-64	45-54	35-44	20-34	
פטור	מונה	140,901	76,215	48,374	42,504	307,994
	מכנה	147,064	81,718	54,031	49,550	332,363
	שיעור	95.8%	93.3%	89.5%	85.8%	92.7%
ללא פטור	מונה	498,929	586,362	695,158	952,698	2,733,147
	מכנה	534,647	659,192	830,809	1,159,052	3,183,700
	שיעור	93.3%	89.0%	83.7%	82.2%	85.8%
סה"כ	מונה	639,830	662,577	743,532	995,202	3,041,141
	מכנה	681,711	740,910	884,840	1,208,602	3,516,063
	שיעור	93.9%	89.4%	84.0%	82.3%	86.5%

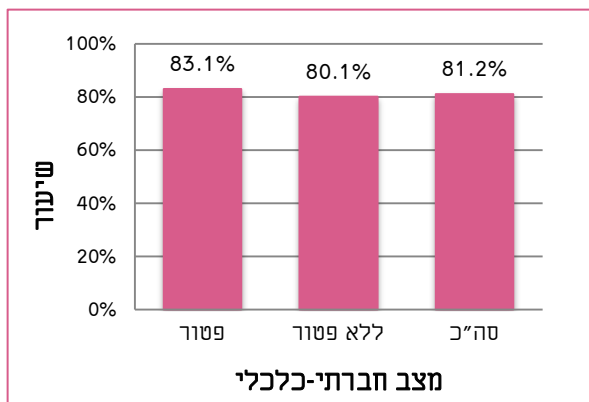
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-74

שיעור המבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל בשנה האחרונה וגובה אחרי גיל 18) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 65-74 (מכנה)

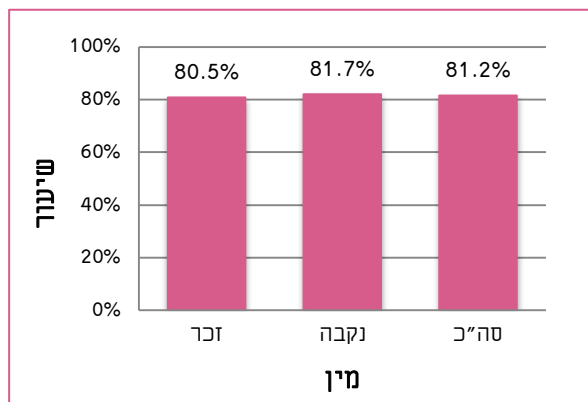
תרשים 5 לפי שנה, 2010-2012



תרשים 7 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 6 לפי מין, 2012



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-74

מבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל בשנה האחרונה וגובה אחרי גיל 18) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-65 (מכנה)

טבלה 4 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

גיל		שנה
65-74		
290,619	מונה	2010
382,023	מכנה	
76.1%	שיעור	
313,494	מונה	2011
394,475	מכנה	
79.5%	שיעור	
339,497	מונה	2012
418,109	מכנה	
81.2%	שיעור	

טבלה 5 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
65-74		
154,717	מונה	זכר
192,076	מכנה	
80.5%	שיעור	
184,780	מונה	נקבה
226,033	מכנה	
81.7%	שיעור	
339,497	מונה	סה"כ
418,109	מכנה	
81.2%	שיעור	

טבלה 6 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
65-74		
130,883	מונה	פטר
157,587	מכנה	
83.1%	שיעור	
208,614	מונה	ללא פטר
260,522	מכנה	
80.1%	שיעור	
339,497	מונה	סה"כ
418,109	מכנה	
81.2%	שיעור	

עישון

רקע

חשיבות

עישון טבק ומוצריו מהווה גורם סיכון למגוון מחלות שכיחות הכוללות (CDC, 2004):

- 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.

גם עישון סביל (פסיבי) הוא גורם סיכון למגוון מחלות, ביניהן סרטן הריאה ומחלת לב איסכמית. עישון טבק ומוצריו מהווה גורם סיכון לרבות מהמחלות הניצבות בראש רשימת הסיבות לתמותה. לכן, 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 מליון איש בשנה בעולם כולו (WHO, 2012(b)). בין השנים 2000 ו-2004 התמותה השנתית המיוחסת לעישון בארה"ב לבדה הוערכה ב-443,000 איש והעלות השנתית למערכת הבריאות הוערכה ב-96 ביליון דולרים (CDC, 2008). בישראל ההערכה היא שכ-10,000 ממקרי המוות בשנה מיוחסים לעישון (Ginsberg, Rosenberg, & Rosen, 2010).

היבטים אפידמיולוגיים

על פי סקרים לאומיים, שיעור העישון באוכלוסייה הבוגרת של מדינת ישראל נכון לשנת 2012 עומד על 20.6% (משרד הבריאות, 2013(א)). ביחס למדינות החברות ב-OECD, שיעור העישון בקרב גברים בישראל (27.2%) הוא קרוב לממוצע, ואילו שיעור הנשים המעשנות (14.5%) נמצא במקום נמוך יחסית לשאר המדינות בארגון (משרד הבריאות, 2013(א)). הגיל הממוצע להתחלת עישון סגריות על פי הדו"ח האחרון של שרת הבריאות על העישון בישראל הינו 17.9 שנים בקרב גברים יהודיים, 20 שנים בקרב נשים יהודיות, 19.2 שנים בקרב גברים ערבים ו-25.2 שנים בקרב נשים ערביות. חציון גיל התחלת העישון הוא 18 שנה עבור שלוש קבוצות האוכלוסין הראשונות ו-22 שנה עבור אוכלוסיית הנשים הערביות (משרד הבריאות, 2013(א)).

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- 8.2% בכתה ו' ל-33.3% בכתה י'. בקרב מתגייסים לצה"ל הגיל הממוצע המדווח להתחלת עישון הוא 15.6 שנים בקרב גברים ו-15.3 שנים בקרב נשים (משרד הבריאות, 2013א)). בישראל אחוז המעשנים עולה במהלך השרות הצבאי, אם כי רוב המעשנים המשתחררים מצה"ל החלו לעשן טרם גיוסם (משרד הבריאות, 2013א)).

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 המיידי והן בטווח הארוך (CDC, 2004).

לצד המאמצים התחקיתיים 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. בדו"ח זה התווסף לראשונה מדד לבדיקת תיעוד מצב העישון בתיק הרפואי. 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) (טבנקין ולהד, 2013).

מדדים

✓ שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-70

שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-70

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 16-70 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 (משרד הבריאות, 2013א). 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 עישון 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 16-70

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

הערות: מדד זה הינו מדד חדש המופיע לראשונה בדו"ח המדדים.

תוצאות (תרשימים 8-11 וטבלאות 7-9)

שיעור תיעוד מצב עישון (כלומר, האם המבוטחים מעשנים, או לא) בקרב בני 16-70, מדד הנמדד לראשונה בדו"ח זה, לא הראה הבדל משמעותי לאורך שנות המעקב 2010-2012. שיעור התיעוד הכללי בשנת 2012 עמד על 79.8% בקרב האוכלוסייה הנבדקת. בשנת 2012 שיעור התיעוד הציג מגמת עלייה עם הגיל, מ-73.1% בקרב בני 16-19 ועד 86.5% בקרב בני 65-74.

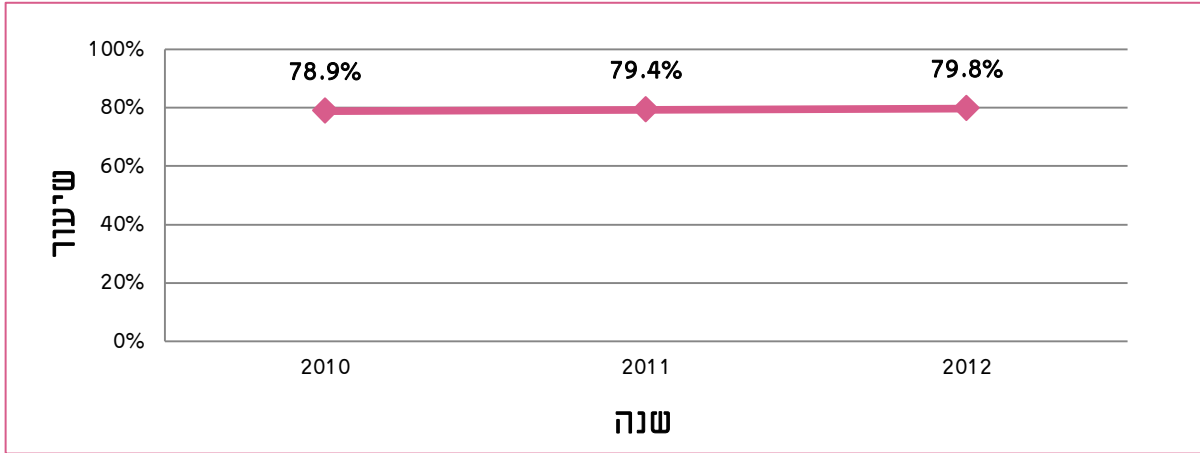
שיעור תיעוד מצב העישון בקרב נשים היה גבוה מעט ביחס לגברים, ועמד על 81.7% לעומת 77.6%. עיקר ההבדל בין המינים נצפה בגילאי הביניים.

שיעורי התיעוד היו גבוהים בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), ועמד על 85.7% ועל 79.1%, בהתאמה.

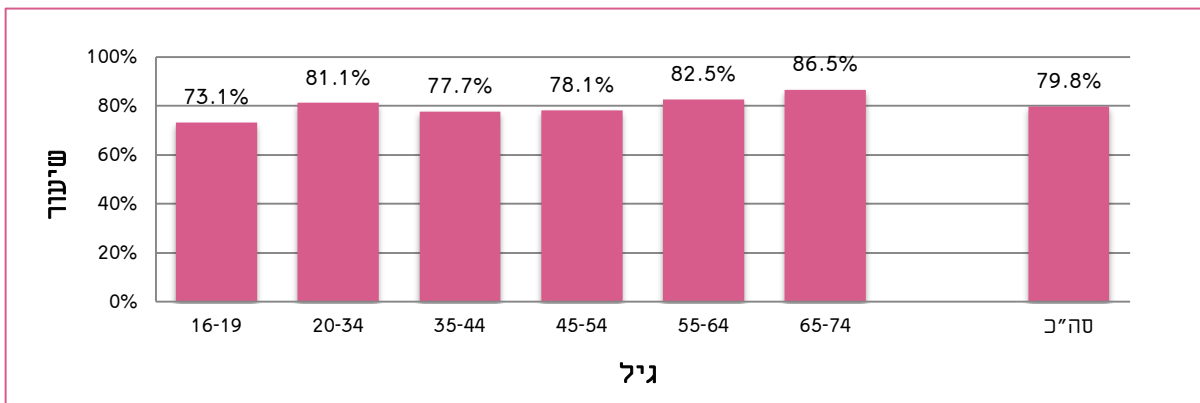
שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-70

שיעור המבוטחים עם תיעוד מצב עישון ב-5 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 16-70 (מכנה)

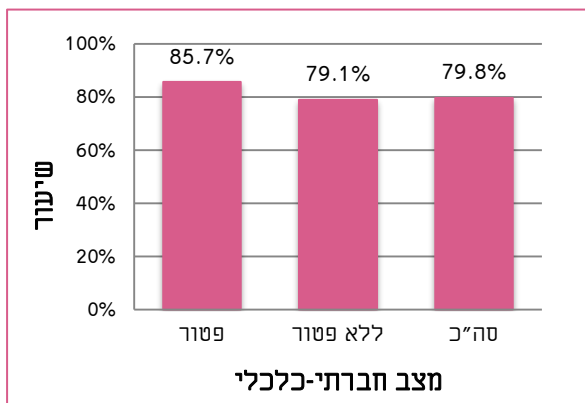
תרשים 8 לפי שנה, 2010-2012



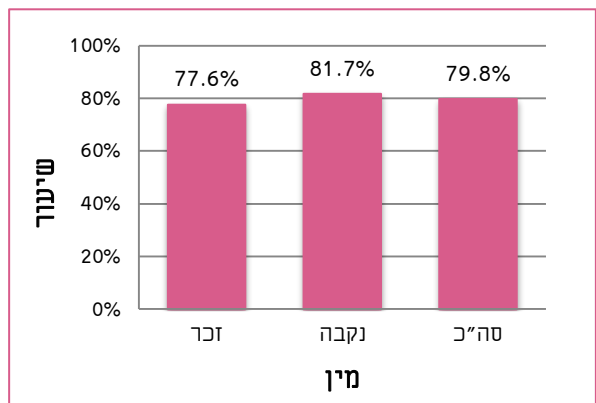
תרשים 9 לפי גיל, 2012



תרשים 11 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 10 לפי מין, 2012



שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-70

מבוטחים עם תיעוד מצב עישון ב-5 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 16-70 (מכנה)

טבלה 7 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	מונה	גיל					
		16-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74
2010	223,007	934,239	655,544	578,724	538,726	193,338	3,123,578
	323,931	1,188,700	836,583	728,704	653,394	226,455	3,957,767
	68.8%	78.6%	78.4%	79.4%	82.5%	85.4%	78.9%
2011	231,628	959,357	672,350	579,545	554,611	201,472	3,198,963
	326,948	1,198,045	859,851	734,022	673,905	235,569	4,028,340
	70.8%	80.1%	78.2%	79.0%	82.3%	85.5%	79.4%
2012	243,104	980,629	687,665	578,899	562,645	224,384	3,277,326
	332,625	1,208,602	884,840	740,910	681,711	259,333	4,108,021
	73.1%	81.1%	77.7%	78.1%	82.5%	86.5%	79.8%

טבלה 8 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	מונה	גיל					
		16-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74
זכר	118,914	437,269	323,695	273,851	265,078	104,569	1,523,376
	164,175	565,975	428,591	357,607	324,535	121,234	1,962,117
	72.4%	77.3%	75.5%	76.6%	81.7%	86.3%	77.6%
נקבה	124,190	543,360	363,970	305,048	297,567	119,815	1,753,950
	168,450	642,627	456,249	383,303	357,176	138,099	2,145,904
	73.7%	84.6%	79.8%	79.6%	83.3%	86.8%	81.7%
סה"כ	243,104	980,629	687,665	578,899	562,645	224,384	3,277,326
	332,625	1,208,602	884,840	740,910	681,711	259,333	4,108,021
	73.1%	81.1%	77.7%	78.1%	82.5%	86.5%	79.8%

טבלה 9 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	מונה	גיל					
		16-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74
פטור	16,207	42,115	45,136	69,587	127,596	77,022	377,663
	20,612	49,550	54,031	81,718	147,064	87,542	440,517
	78.6%	85.0%	83.5%	85.2%	86.8%	88.0%	85.7%
ללא פטור	226,897	938,514	642,529	509,312	435,049	147,362	2,899,663
	312,013	1,159,052	830,809	659,192	534,647	171,791	3,667,504
	72.7%	81.0%	77.3%	77.3%	81.4%	85.8%	79.1%
סה"כ	243,104	980,629	687,665	578,899	562,645	224,384	3,277,326
	332,625	1,208,602	884,840	740,910	681,711	259,333	4,108,021
	73.1%	81.1%	77.7%	78.1%	82.5%	86.5%	79.8%

בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן



בדיקות סקר לגילוי מוקדם של

סרטן השד

רקע

תאור המחלה

סרטן השד הינו הגידול הסרטני השכיח ביותר בנשים ישראליות. בכל שנה מאובחנים כ-3500 מקרים חדשים של סרטן שד חודרני ועוד כ-400 מקרים של סרטן שד לא חודרני. קיימים סוגים שונים של גידולי שד ממאירים, השכיחים הם Lobular carcinoma, בו מקור התאים בבלוטות השד, ו-Ductal carcinoma, שבו מקור התאים בצינורות החלב. המחלה מדורגת בשלבים, משלב 0 – גידול שאינו חודרני, דרך שלב 1 – גידול חודרני אך בקוטר פחות מ-2 ס"מ וללא התפשטות לקשרי לימפה ועד לשלב 4 – סרטן גרורתי. ככל שהשלב עולה, יורד הסיכוי לריפוי.

היבטים אפידמיולוגיים

שיעור ההיארעות המתקנן לגיל (ל-100,000 נשים) התייצב בשנים האחרונות בקרב האוכלוסייה היהודית עומד על 87.7, אך עלה משמעותית בקרב הנשים הלא יהודיות והגיע ל-73.2 (רישום הסרטן הלאומי בישראל, 2010א). במהלך העשור האחרון נצפתה ירידה מתונה בשיעורי התמותה מסרטן השד, מ-22.6 בשנת 1998 ל-17.1 (ל-100,000 נשים) בשנת 2010 (שיעורים מתוקננים לגיל) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010).

גורמי סיכון

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

הטיפול במחלה

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

מערכת הבריאות משקיעה משאבים רבים בביצוע בדיקת סיקור רנטגנית (ממוגרפיה) כאמצעי לגילוי מוקדם של סרטן השד. בשנים האחרונות אנו עדים לירידה בתמותה ולעליה בהישרדות של החולות בסרטן השד. שיפור זה בפרוגנוזה מיוחס הן לשיפור בטיפול בחולות והן לגילוי המחלה

בשלב מוקדם. כאמור, ככל שהמחלה מתגלית בשלבים מוקדמים יותר כך עולים סיכויי הריפוי. על פי המלצות בינלאומיות האמצעי העיקרי לגילוי מוקדם הוא ממוגרפיה (USPSTF, 2009).

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 (משרד הבריאות, 2012(ב)), המלצה זו דומה מאוד להמלצה של ה-US Preventive Services Task Force (USPSTF, 2009) וכן להמלצות של גופים אחרים. יש לציין, שההמלצות שונות עבור נשים בקבוצות סיכון גבוה.

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 6%-23% בתמותה מסרטן השד בקרב הקבוצה שביצעה את הבדיקה לעומת קבוצת הביקורת (Gotzsche & Nielsen, 2009).

בשנים האחרונות קיימת מחלוקת בעולם המדעי בנושא התרומה היחסית של ממוגרפיה להפחתת התמותה מסרטן השד, וקיים דיון ער בספרות לגבי הנזקים הפוטנציאליים הכרוכים בהפעלת תוכנית סיקור כגון ביופסיות מיותרות, אבחנות חיוביות כוזבות והסיכון לאבחון יתר (McNamara & Walsh, 2013). 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 (Mandelblatt et al., 2011; Puliti et al., 2012).

מדדים

✓ שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74

שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של

סרטן השד בנשים בנות 51-74

הגדרת המדד: שיעור הנשים בגילאי 51-74, אשר עברו לפחות ממוגרפיה סוקרת אחת במהלך השנתיים האחרונות

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

מכנה: נשים מבוטחות בגילאים 51-74

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

הערות: אין

תוצאות (תרשימים 12-14 וטבלאות 10-11)

בשנת 2012, אוכלוסיית היעד לביצוע ממוגרפיה סוקרת מנתה 751,208 נשים. מתוכן, 68.4% ביצעו את הבדיקה בשנתיים האחרונות. שיעור זה דומה לשיעורים בשנים 2010-2011. בשנת 2012, שיעור הנשים שביצעו את הבדיקה השתנה עם הגיל, כאשר בגילאים 61-68 71.6% מהנשים ביצעו את הבדיקה לעומת 67.5% בגילאי 51-60 ו-65.1% בגילאי 69-74.

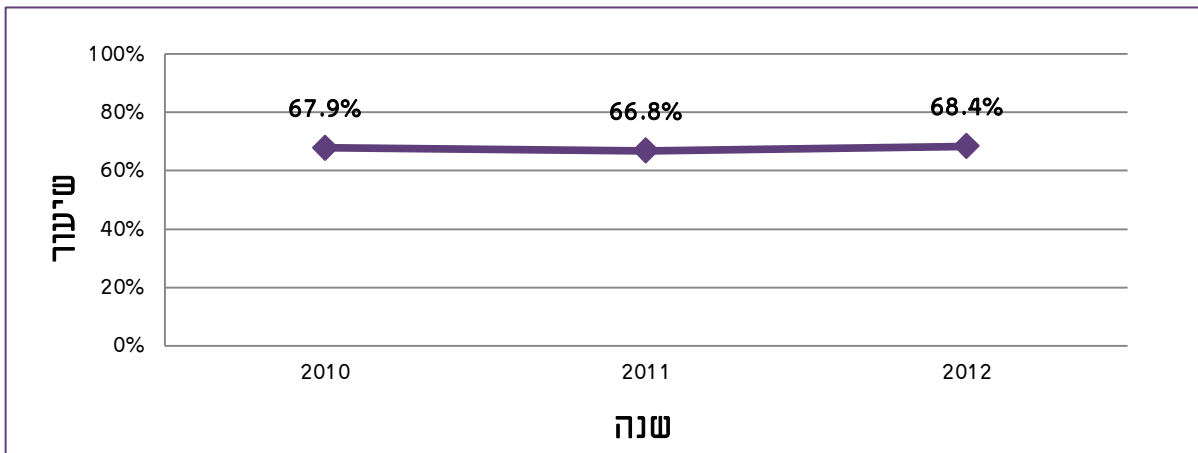
קיים פער בביצוע הבדיקה לפי מצב חברתי-כלכלי. בקרב נשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלות פטור) 65.8% ביצעו סקירת ממוגרפיה לעומת 69.4% בקרב נשים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.

שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים

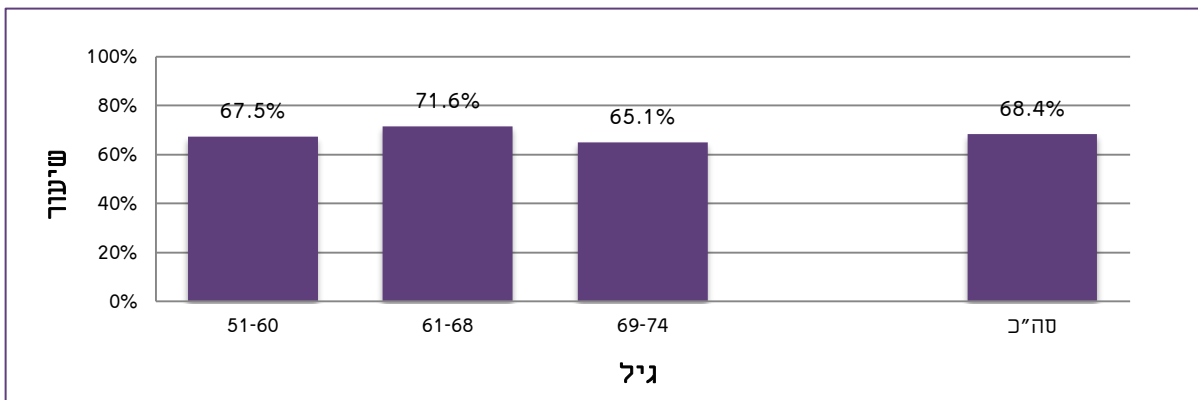
בנות 74-51

שיעור הנשים אשר עברו לפחות בדיקת ממוגרפיה סוקרת אחת בשנתיים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחות בגיל 74-51 (מכנה)

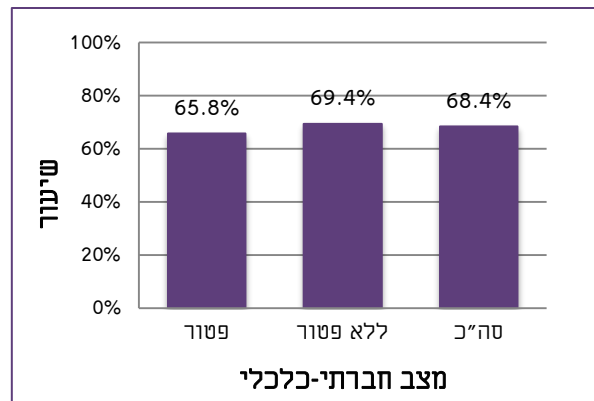
תרשים 12 לפי שנה, 2012-2010



תרשים 13 לפי גיל, 2012



תרשים 14 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 74-51

נשים אשר עברו לפחות בדיקת ממוגרפיה סוקרת אחת בשנתיים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחות בגיל 74-51 (מכנה)

טבלה 10 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל			סה"כ
	69-74	61-68	51-60	
2010	מונה	150,182	253,608	484,218
	מכנה	125,588	375,718	713,320
	שיעור	64.0%	70.8%	67.9%
2011	מונה	157,391	251,097	489,470
	מכנה	126,217	381,595	732,282
	שיעור	64.2%	70.1%	66.8%
2012	מונה	172,771	260,514	513,982
	מכנה	123,969	386,015	751,208
	שיעור	65.1%	71.6%	68.4%

טבלה 11 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	69-74	61-68	51-60	
פטור	מונה	54,326	46,130	134,419
	מכנה	78,684	70,589	204,331
	שיעור	61.7%	69.0%	65.8%
ללא פטור	מונה	118,445	214,384	379,563
	מכנה	162,540	315,426	546,877
	שיעור	67.8%	72.9%	69.4%
סה"כ	מונה	172,771	260,514	513,982
	מכנה	123,969	386,015	751,208
	שיעור	65.1%	71.6%	68.4%

בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת

רקע

תאור המחלה

סרטן המעי הגס הינו השני בשכיחות ותמותה מבין הגידולים הממאירים בנשים ובגברים בישראל ומדי שנה מתגלים כ-3400 מקרים חדשים (רישום הסרטן הלאומי בישראל, (ב)2010). ההישרדות של חולי סרטן המעי הגס קשורה לשלב המחלה בעת גילוייה, כאשר גידול המאובחן בשלבים הראשונים ניתן לריפוי מלא. בישראל, רק כ-20% מהגידולים מאובחנים בשלב 1 וכ-3% בשלב 0 (גידול לא חודרני) (רישום הסרטן הלאומי בישראל, 2010(ב)). 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.

היבטים אפידמיולוגיים

ב-10 השנים האחרונות, שיעור ההיארעות של סרטן המעי הגס נשאר יציב בגברים יהודים, עלה באופן משמעותי בקרב הלא יהודים, וירד בנשים יהודיות. כמו כן, עולים מחבר העמים לשעבר, שעלו בשנות התשעים של המאה הקודמת, נמצאים בסיכון יתר לעומת האוכלוסייה הכללית (רישום הסרטן הלאומי בישראל, 2010(ב)). העליה המשמעותית בהיארעות המחלה באוכלוסייה הערבית עשויה להיות מוסברת על ידי שינויים בהרגלי חיים ובהרגלי בריאות. במהלך העשור האחרון נצפתה ירידה בשיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת מ-15.9 בגברים ו-12.5 בנשים בשנת 1998 ל-12.5 בגברים ו-10.1 בנשים בשנת 2010 (שיעורים מתוקננים ל-100,000) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010).

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 Familial polyposis ו-Ulcerative colitis. לעומת זאת, הרגלי חיים כמו פעילות גופנית, שימוש בהורמונים לאחר גיל המעבר ואספירין מורידים את הסיכון לחלות במחלה (Rothwell et al., 2010).

הטיפול 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, בכלל זה 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% (Hewitson, Glasziou, Watson, Towler, & Irwig, 2008). ניסוי אחר שבדק סיגמואידוסקופיה חד פעמית בגילאים 55-64 הראה אף הוא הפחתה בתמותה של 43% (Atkin et al., 2010). 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. עדויות מעבודות תצפיתיות מצביעות על כך שקולונוסקופיה המבוצעת אחת ל-5 עד 10 שנים עשויה להפחית הן את התמותה והן את ההיארעות של סרטן המעי הגס ושלבדיקה זו יש יחס עלות-תועלת גבוה (Telford, Levy, Sambrook, Zou, & Enns, 2010), אך טענה זו טרם הוכחה בניסויים קליניים. חסרונות הבדיקה כוללים עלות גבוהה, צורך בהכנה מסובכת וסיכון לנקב במעי. להלן המלצות המועצה הלאומית לאונקולוגיה בישראל, למניעה ולגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, אשר אושרו על ידי משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2011א).

- 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-8 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 עשויות 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-8 שנים האחרונות

הערות: הסיבה לביצוע קולונוסקופיה אינה ידועה לפי הנתונים המוצגים. הנתונים שבידי הקופות מאפשרים מידע על ביצוע קולונוסקופיה ב-8 השנים האחרונות, בעתיד כאשר הנתונים יהיו זמינים טווח הזמן יגדל בהדרגה עד לעשור (בהתאם לעדויות בספרות).

תוצאות (תרשימים 15-18 וטבלאות 12-14)

הנתונים מראים כי בשנת 2012 54.1% מאוכלוסיית היעד, סה"כ 766,562 מבוטחים, ביצעו בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס (בדיקת דם סמוי בצואה בשנה האחרונה או קולונוסקופיה ב-8 השנים האחרונות). שיעור הביצוע הבדיקה נמצא בעליה לעומת השנים הקודמות: 48.6% בשנת 2010 ו-50.7% בשנת 2011. שיעור הביצוע הבדיקה הולך ועולה עם הגיל, מ-48.0% בקרב בני 50-59 ועד 61.6% בקרב בני 70-74.

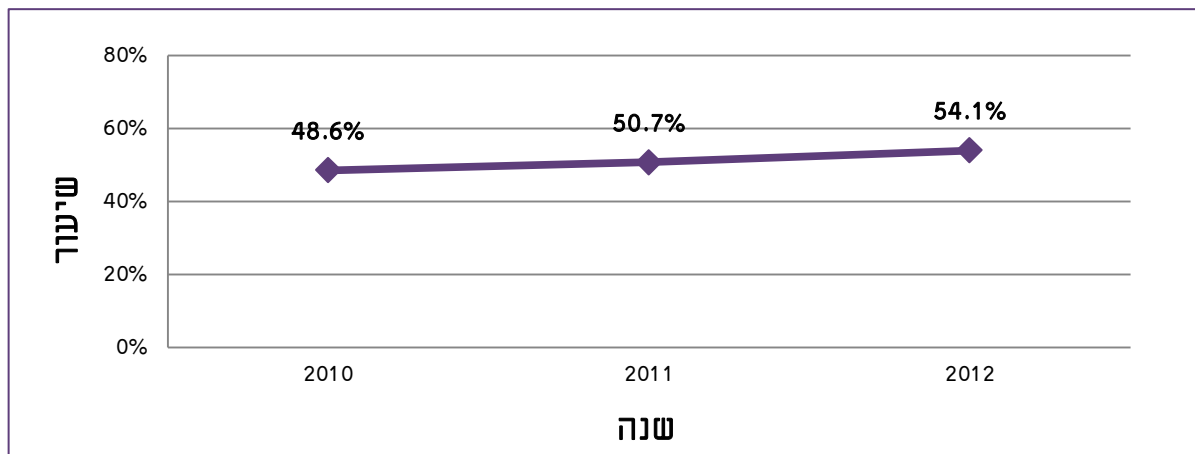
בקרוב נשים, שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס גבוה מעט ביחס לגברים: 55.5% לעומת 52.4%, בהתאמה.

נמצא הבדל קטן בשיעורי הביצוע לפי מעמד חברתי-כלכלי, בעיקר בגילאים המבוגרים יותר. מבוטחים בני 60 ומעלה ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) ביצעו את הבדיקה בשיעור הגבוה ב-3%-4 ביחס למבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור).

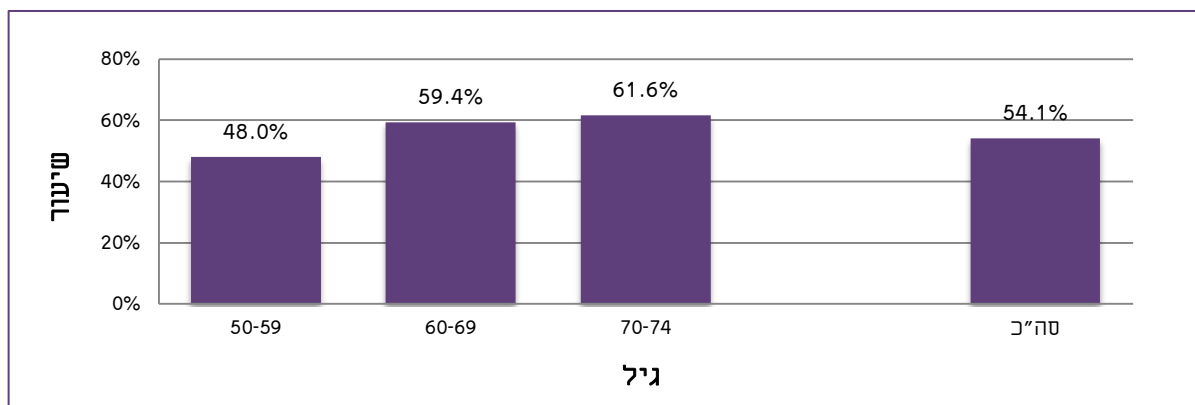
שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 74-50

שיעור המבוטחים אשר ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה ב-8 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-50 (מכנה)

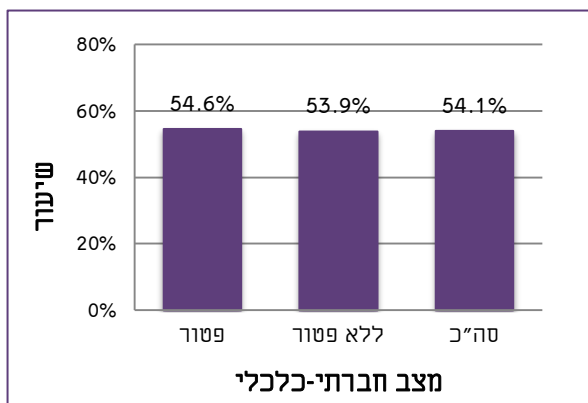
תרשים 15 לפי שנה, 2012-2010



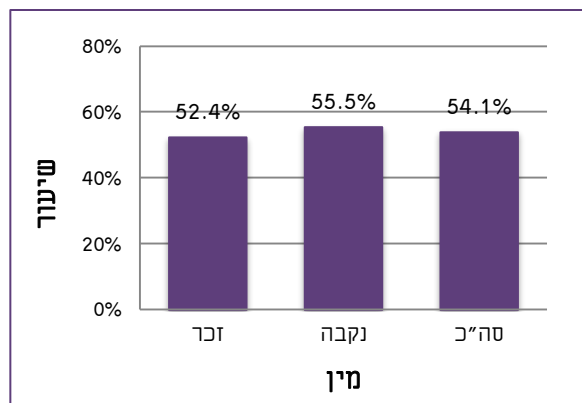
תרשים 16 לפי גיל, 2012



תרשים 18 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 17 לפי מין, 2012



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

מבוטחים אשר ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה ב-8 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-50 (מכנה)

טבלה 12 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל			סה"כ
	70-74	60-69	50-59	
2010	מונה	101,074	258,770	655,289
	מכנה	180,288	477,786	1,349,621
	שיעור	56.1%	54.2%	48.6%
2011	מונה	105,429	283,858	703,063
	מכנה	181,167	505,723	1,385,921
	שיעור	58.2%	56.1%	50.7%
2012	מונה	111,186	318,377	766,562
	מכנה	180,543	536,160	1,418,245
	שיעור	61.6%	59.4%	54.1%

טבלה 13 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	70-74	60-69	50-59	
זכר	מונה	50,382	146,594	350,984
	מכנה	80,653	253,224	669,391
	שיעור	62.5%	57.9%	52.4%
נקבה	מונה	60,804	171,783	415,578
	מכנה	99,890	282,936	748,854
	שיעור	60.9%	60.7%	55.5%
סה"כ	מונה	111,186	318,377	766,562
	מכנה	180,543	536,160	1,418,245
	שיעור	61.6%	59.4%	54.1%

טבלה 14 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	70-74	60-69	50-59	
פטור	מונה	46,138	86,937	183,199
	מכנה	78,051	151,369	335,268
	שיעור	59.1%	57.4%	54.6%
ללא פטור	מונה	65,048	231,440	583,363
	מכנה	102,492	384,791	1,082,977
	שיעור	63.5%	60.1%	53.9%
סה"כ	מונה	111,186	318,377	766,562
	מכנה	180,543	536,160	1,418,245
	שיעור	61.6%	59.4%	54.1%

ילדים ובני נוער



בדיקת המוגלובין בתינוקות

רקע

תאור המחלה

אנמיה של חוסר ברזל הינה בעיה שכיחה ביותר בקרב ילדים ברחבי העולם. מעריכים כי בין 30% (צפון אמריקה) ל-60% (אפריקה) מילדי העולם סובלים מאנמיה זו, תחת ההנחה שכ-50% מהאנמיות בילדות נגרמות מחוסר ברזל (Pala, Erguven, Guven, Erdogan, & Balta, 2010).

לאנמיה של חוסר ברזל ביטויים סיסטמיים רבים כגון חולשה וטכיקרדיה (דופק מהיר). לחוסר ברזל בגילאי הילדות עלולה להיות השפעה מזיקה על ההתפתחות הקוגניטיבית והמוטורית של הילד (Pala et al., 2010), וכן על הקשר בין האם והילד (Black, Quigg, Hurley, & Pepper, 2011).

המזון 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% (Osiki, 1993).

היבטים אפידמיולוגיים

במחקר שנערך בישראל בקרב 35,000 ילדים בשנת 2003 נמצא כי 23.0% 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 (Meyerovitch et al., 2006).

גורמי סיכון

גורמי הסיכון לאנמיה של חוסר ברזל כוללים מוצא אתני ומעמד חברתי-כלכלי, פגות או משקל לידה נמוך, קשירה מוקדמת של חבר 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 סקירה לאיתור אנמיה של חוסר ברזל, שמטרתן לצמצם את שכיחות האנמיה בקרב תינוקות. ההנחיות עודכנו לאחרונה ב-2012 וכוללות בין השאר את ההמלצות הבאות (משרד הבריאות, 2012):

1. 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).
2. בדיקת רמת המוגלובין 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 (White, 2005). 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, אשר עשויים לשפר את ההתפתחות הקוגניטיבית של התינוק (Logan, Martins, & Gilbert, 2001).

מדדים

✓ שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות

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 לאנמיה בגיל הרך היא חוסר ברזל, אשר ניתן לתיקון בקלות יחסית. ישנה חשיבות לזיהוי מוקדם של אנמיה לפני שזו גורמת לנזקים בלתי הפיכים. בשל כך, קיימת בישראל הנחיה של משרד הבריאות לבצע סיקור שגרתי של כלל התינוקות לאנמיה בגיל שנה לערך.

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

מונה: מספר התינוקות במכנה שביצעו בדיקת המוגלובין בשנת המדד

הערות: הועדה לתזונה של האקדמיה האמריקאית לפדיאטריה ממליצה על מתן תוספי ברזל, לתינוקות המזונים על ידי חלב אם, החל מגיל 4 חודשים וכן על בדיקת רמת ההמוגלובין לכל הילדים סביב גיל 12 חודשים (Baker & Greer, 2010). לעומת זאת ה-US Preventive Services Task Force מטיק שאין די ראיות כדי להמליץ על ביצוע בדיקת המוגלובין לכל תינוק, אך ממליץ על מתן תוספי ברזל. ראוי לציין כי נתונים מישראל מראים מגמה ברורה של ירידה בהימצאות אנמיה בתינוקות, במיוחד באוכלוסייה היהודית, מאז ההמלצות של משרד הבריאות ב-1985. יתר על כן מטא-אנליזה של Cochrane (Logan et al., 2001) מראה שתוספי ברזל לטווח ארוך (כ-4 חודשים) עשויים לשפר את המצב הקוגניטיבי של התינוק.

תוצאות (תרשימים 19-21 וטבלאות 15-17)

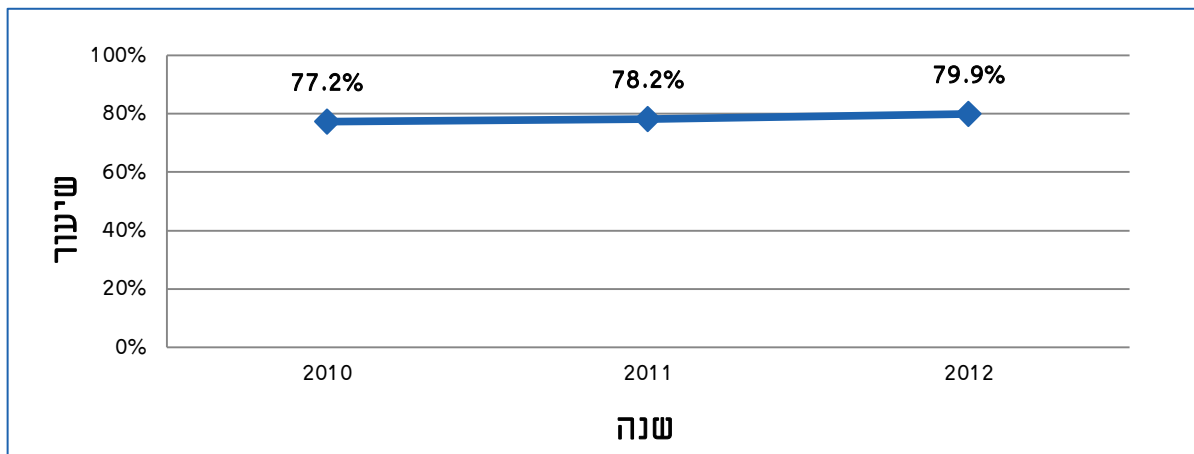
ביצוע בדיקת המוגלובין בקרב תינוקות עמד על 79.9% בשנת 2012. שיעור זה מציג מגמת שיפור קלה במהלך שנות המעקב (בשנת 2010 עמד שיעור הביצוע של הבדיקה על 77.2%).

בשנת 2012, לא נמצא הבדל משמעותי בשיעור ביצוע הבדיקה לפי מין התינוק או לפי המצב החברתי-כלכלי של הוריו.

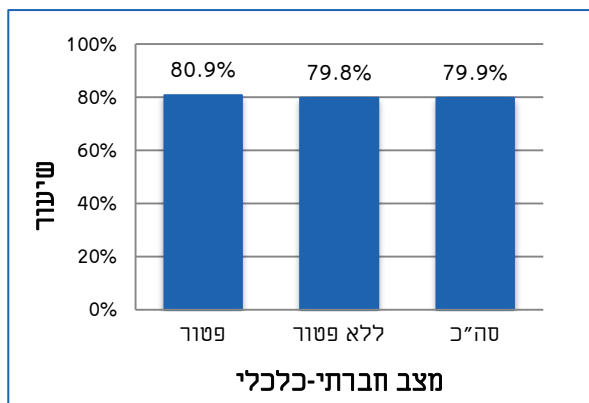
שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות

שיעור התינוקות שביצעו בדיקת המוגלובין (מונה), מקרב תינוקות בני שנה במהלך שנת המדד (מכנה)

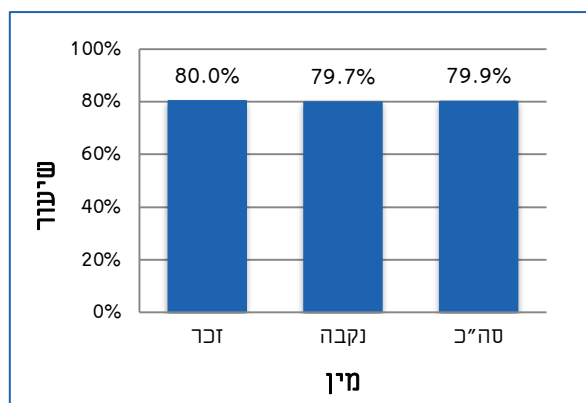
תרשים 19 לפי שנה, 2012-2010



תרשים 21 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 20 לפי מין, 2012



שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות

תינוקות שביצעו בדיקת המוגלובין (מונה), מקרב תינוקות בני שנה במהלך שנת המדד (מכנה)

טבלה 15 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	אוכלוסיית התינוקות	
2010	מונה	119,196
	מכנה	154,306
	שיעור	77.2%
2011	מונה	125,275
	מכנה	160,211
	שיעור	78.2%
2012	מונה	130,265
	מכנה	163,090
	שיעור	79.9%

טבלה 16 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	אוכלוסיית התינוקות	
זכר	מונה	66,944
	מכנה	83,652
	שיעור	80.0%
נקבה	מונה	63,321
	מכנה	79,438
	שיעור	79.7%
סה"כ	מונה	130,265
	מכנה	163,090
	שיעור	79.9%

טבלה 17 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	אוכלוסיית התינוקות	
פטור	מונה	4,107
	מכנה	5,077
	שיעור	80.9%
ללא פטור	מונה	126,158
	מכנה	158,013
	שיעור	79.8%
סה"כ	מונה	130,265
	מכנה	163,090
	שיעור	79.9%

מדידת גובה ומשקל בילדים ובני

נוער

רקע

חשיבות

השמנת ילדים ובני נוער היא כיום בעיה שכיחה בארצות מערביות ולה השפעות קצרות וארוכות טווח. השמנת יתר בילדים קשורה בתחלואה בסוכרת ויתר לחץ דם בגיל הילדות, מחלות שבעבר היו נחלתם של מבוגרים. השמנה בילדות מעלה את הסיכון להשמנה בבגרות (Singh, Mulder, Twisk, van Mechelen, & Chinapaw, 2008), לתחלואה בבגרות בסוכרת, יתר לחץ דם, מחלת לב איסכמית ושבץ מוחי (Reilly & Kelly, 2011). השמנת ילדים קשורה גם להפרעות בתחום הפסיכו-חברתי, הכוללות הערכה עצמית נמוכה, בידוד חברתי ואף דיכאון (Schwartz & Puhl, 2003).

היבטים אפידמיולוגיים

אומדני ההימצאות של עודף משקל או השמנת יתר בילדי העולם המערבי נעים מכ-5% בסין ועד ליותר מ-35% בארה"ב ויוון (OECD, 2011(a)). בישראל מוערך שהשיעור של עודף משקל בילדים בני 7-5 עולה על 25% (OECD, 2010). על פי סקר מצב בריאות ותזונה (מב"ת) 13%-15% מהילדים בני 7-12 שנים סובלים מעודף משקל ו-4%-9% סובלים מהשמנת יתר. שכיחות ההשמנה קשורה באזור גיאוגרפי ובמצב חברתי-כלכלי עם שיעורים גבוהים יותר בבנים לעומת בנות (Nitzan Kaluski, Demem Mazengia, Shimony, Goldsmith, & Berry, 2009).

התייחסות נדרשת מהמערכת הרפואית

איתור ילדים ובני נוער הסובלים מהשמנת יתר הוא בעל חשיבות רבה שכן הוא מאפשר הכוונה לשינויי התנהגות רצויים, בכלל זה דיאטה ופעילות גופנית. עודף משקל והשמנת יתר מוגדרים כיום לפי אחוזוני BMI המותאמים לגיל ומין. BMI הינו מדד המורכב מהיחס שבין משקל הגוף (הנמדד בקילוגרמים) לשטח הגוף (המוערך כריבוע גובה הגוף, ונמדד במטרים בריבוע). סקירה שיטתית שבחנה שיטות להערכת השמנה בילדים, הראתה כי שימוש במדד ה-BMI הינו פשוט ליישום ובעל תוקף גבוה (Reilly, 2010). 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 4-2 ו-5-7 שנים. מגיל 14 ומעלה ההמלצה היא לתיעוד לפחות פעם בכל 3 שנים (משרד הבריאות, 2011(ב)). תיעוד מרכיבי BMI בילדים ובבני נוער הינו צעד ראשון להבנת ממדי התופעה בישראל, ומהווה בסיס מידע לתוכנית התערבות ומניעה.

מדדים

- ✓ שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7
- ✓ שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 7 שנים עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-7 **רציונאל:** השמנת ילדים ובני נוער היא כיום בעיה שכיחה בארצות מערביות ולה השפעות קצרות וארוכות טווח. השמנת יתר כרוכה בסיכון מוגבר לסוכרת ויתר לחץ דם בילדות ובבגרות ולתמותה מתחת לגיל 55. השמנה בילדות קשורה גם בבעיות פסיכו-חברתיות כגון הערכה עצמית נמוכה ובידוד חברתי ובהתנהגויות סיכון בריאותיות כגון עישון. איתור ילדים הסובלים מהשמנת יתר מאפשר הכוונה לשינויי התנהגות רצויים, בכלל זה דיאטה ופעילות גופנית. התמודדות עם השמנת ילדים ונוער ברמת הפרט והחברה מותנית ביכולות של מערכת הבריאות להעריך את היקף הבעיה ולהציע התערבויות.

מכנה: מבוטחים בני 7

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד אחד לפחות של משקל וגובה בין הגילאים 5-7

הערות: המלצת משרד הבריאות היא לתעד משקל וגובה בגיל 2-4 שנים ובגיל 5-7 שנים ומגילאי 14 ומעלה כל 3 שנים.

תוצאות (תרשימים 22-24 וטבלאות 18-20)

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 עמד בשנת 2012 על 70.0%. שיעור זה הציג מגמת עלייה של 3% לשנה במהלך שנות המעקב.

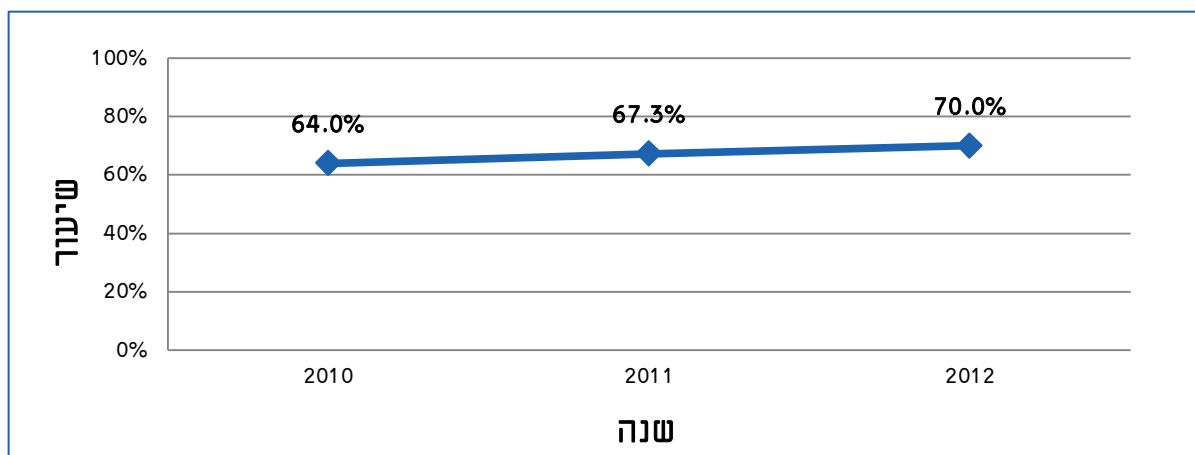
לא נצפו הבדלים משמעותיים בשיעור התיעוד בין בני לבנות.

שיעורי תיעוד גבוהים יותר נצפו בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) (75.4%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (69.7%).

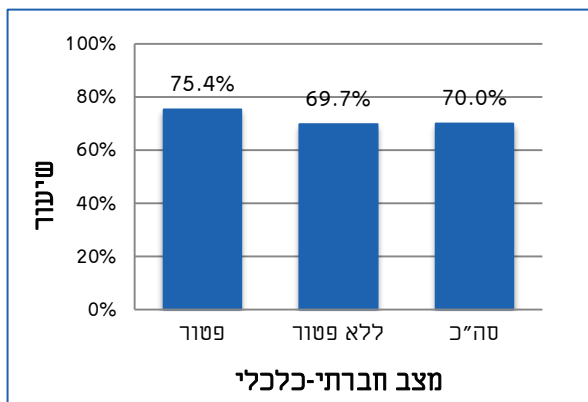
שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

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

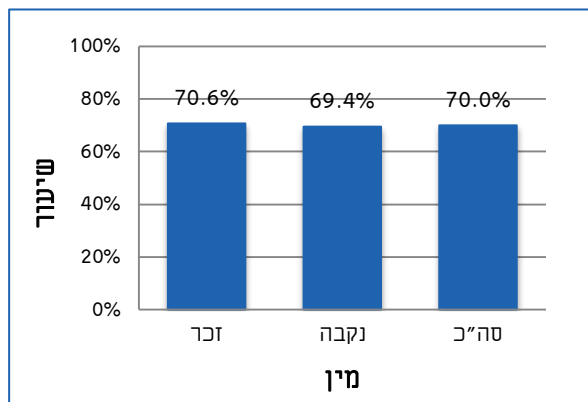
תרשים 22 לפי שנה, 2012-2010



תרשים 24 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 23 לפי מין, 2012



שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

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

טבלה 18 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

גיל		שנה
7		
86,894	מונה	2010
135,847	מכנה	
64.0%	שיעור	
91,093	מונה	2011
135,368	מכנה	
67.3%	שיעור	
94,822	מונה	2012
135,463	מכנה	
70.0%	שיעור	

טבלה 19 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
7		
49,209	מונה	זכר
69,705	מכנה	
70.6%	שיעור	
45,613	מונה	נקבה
65,758	מכנה	
69.4%	שיעור	
94,822	מונה	סה"כ
135,463	מכנה	
70.0%	שיעור	

טבלה 20 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
7		
5,385	מונה	פטר
7,140	מכנה	
75.4%	שיעור	
89,437	מונה	ללא פטר
128,323	מכנה	
69.7%	שיעור	
94,822	מונה	סה"כ
135,463	מכנה	
70.0%	שיעור	

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בגילאי 14-18, עם תיעוד מרכיבי BMI (משקל וגובה), בשלוש השנים האחרונות

רציונאל: השמנת ילדים ובני נוער היא כיום בעיה שכיחה בארצות מערביות ולה השפעות קצרות וארוכות טווח. השמנת יתר כרוכה בסיכון מוגבר לסוכרת ויתר לחץ דם בילדות ובבגרות ולתמותה מתחת לגיל 55. השמנה בילדות קשורה גם בבעיות פסיכו-חברתיות כגון הערכה עצמית נמוכה ובידוד חברתי ובהתנהגויות סיכון בריאותיות כגון עישון. איתור בני נוער הסובלים מהשמנת יתר מאפשר הכוונה לשינויי התנהגות רצויים, בכלל זה דיאטה ופעילות גופנית. התמודדות עם השמנת ילדים ונוער ברמת הפרט והחברה מותנית ביכולות של מערכת הבריאות להעריך את היקף הבעיה ולהציע התערבויות. ערך ה-BMI הינו אמת-מידה של השמנה, אשר מבוסס על היחס בין משקל הגוף לריבוע הגובה.

מכנה: מבוטחים בני 14-18

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI בשלוש השנים האחרונות

הערות: המלצת משרד הבריאות היא לתעד משקל וגובה בגיל 2-4 שנים ובגיל 5-7 שנים ומגילאי 14 ומעלה כל 3 שנים.

תוצאות (תרשימים 25-28 וטבלאות 21-23)

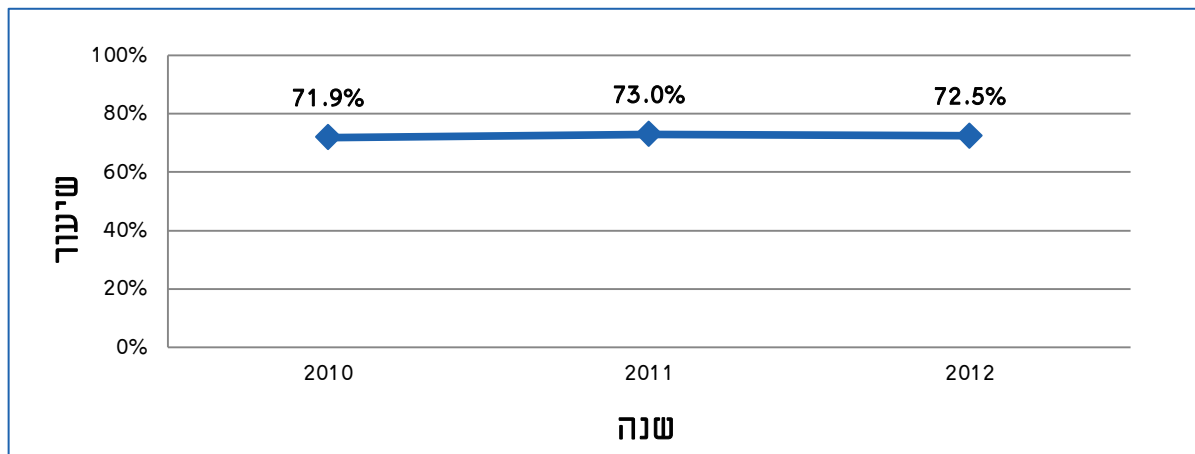
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב מתבגרים בגיל 14-18 עמד בשנת 2012 על 72.5%. שיעור זה דומה לשיעור שנצפה בשנים 2011 ו-2010, שעמדו על 73.0%-71.9%, בהתאמה. שיעור התיעוד בשנת 2012 היה גבוה בקבוצת הגיל 14-15 שנים (76.2%) לעומת קבוצת הגיל 16-18 שנים (69.3%). לא נצפו הבדלים בין בני לבנות.

שיעורי תיעוד גבוהים יותר נצפו בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) (76.7%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (72.1%).

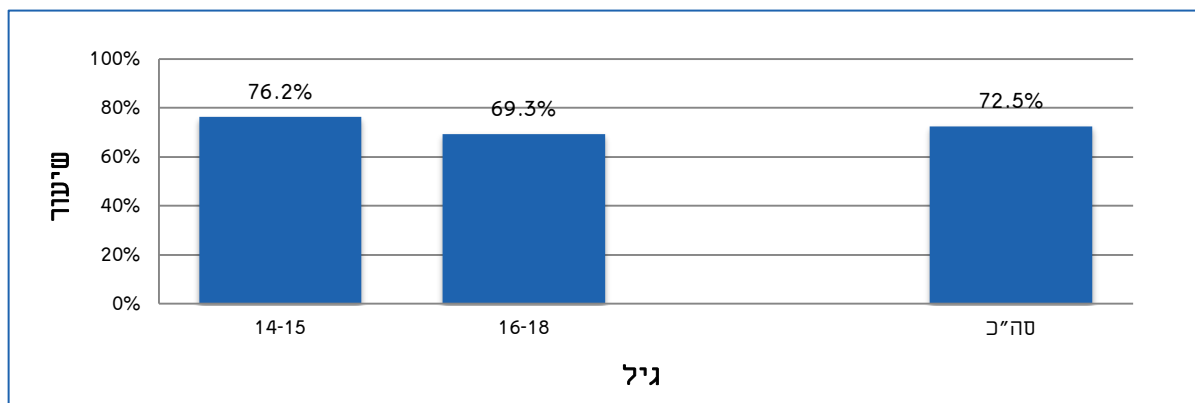
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

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

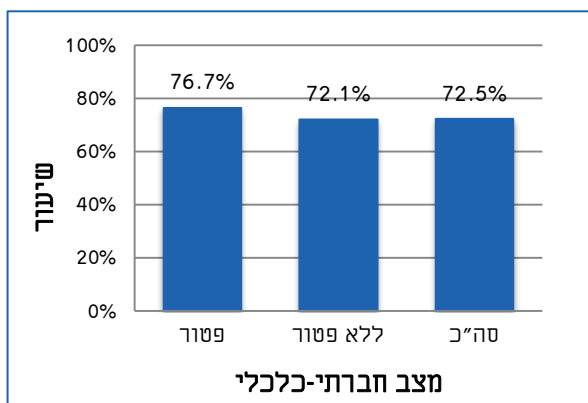
תרשים 25 לפי שנה, 2012-2010



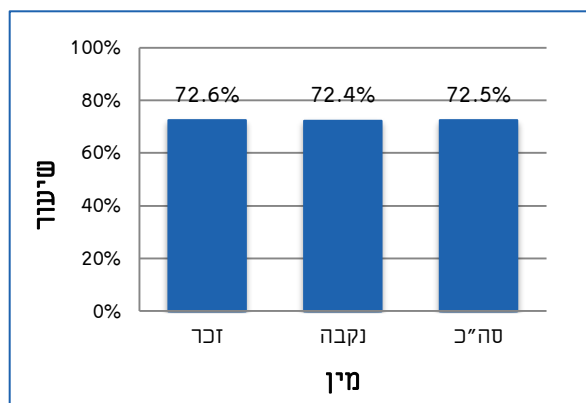
תרשים 26 לפי גיל, 2012



תרשים 28 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 27 לפי מין, 2012



שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

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

טבלה 21 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2010-2012

סה"כ	גיל		שנה
	16-18	14-15	
365,635	197,594	168,041	מונה
508,347	275,465	232,882	מכנה
71.9%	71.7%	72.2%	שיעור
376,734	197,761	178,973	מונה
515,960	278,592	237,368	מכנה
73.0%	71.0%	75.4%	שיעור
382,139	196,200	185,939	מונה
527,185	283,149	244,036	מכנה
72.5%	69.3%	76.2%	שיעור

טבלה 22 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

סה"כ	גיל		שנה
	16-18	14-15	
194,174	98,221	95,953	מונה
267,552	142,399	125,153	מכנה
72.6%	69.0%	76.7%	שיעור
187,965	97,979	89,986	מונה
259,633	140,750	118,883	מכנה
72.4%	69.6%	75.7%	שיעור
382,139	196,200	185,939	מונה
527,185	283,149	244,036	מכנה
72.5%	69.3%	76.2%	שיעור

טבלה 23 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

סה"כ	גיל		שנה
	16-18	14-15	
32,598	13,509	19,089	מונה
42,522	18,733	23,789	מכנה
76.7%	72.1%	80.2%	שיעור
349,541	182,691	166,850	מונה
484,663	264,416	220,247	מכנה
72.1%	69.1%	75.8%	שיעור
382,139	196,200	185,939	מונה
527,185	283,149	244,036	מכנה
72.5%	69.3%	76.2%	שיעור

מבוגרים בני +65



חיסון נגד שפעת במבוגרים

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 שעיקר 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 (Thompson, Comanor & Shay, 2006; Monto, 2009).

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 ובתי 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 הרב שנתי). בעונת החורף 2011/2012 פעילות השפעת הייתה מאוחרת ומתונה בהשוואה לפעילות הממוצעת בשנים עברו (משרד הבריאות, 2012(ג)). בעונת החורף 2012/2013 פעילות השפעת הייתה מעט יותר מאוחרת וערה בהשוואה לממוצע (משרד הבריאות, 2013(ב)).

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.

לצורך החיסון נעשה שימוש באחד משני סוגי תרכיבי חיסון: תרכיב של נגיף מומת הניתן בזריקה או תרכיב של נגיף חי-מוחלש הניתן כתרסיס אפי. בשל ההשתנות השנתית של זני השפעת יש צורך בחיסון חוזר כל שנה. החיסון מכיל את שלושת זני השפעת הצפויים לגרום לתחלואה המשמעותית ביותר על פי תחזית ארגון הבריאות העולמי. החל מעונת השפעת 2010/2011 אחד מזני הנגיף

הכלולים בחיסון הוא השפעת הפנדמית (שפעת החזירים). עד לשנת 2011 המליץ משרד הבריאות על חיסון נגד נגיף השפעת לבני 6 חודשים עד 6 שנים ולבני 65 שנה ומעלה, כמו גם לקבוצות סיכון נוספות. בסוף שנת 2011 שונו ההנחיות וכעת ממליץ משרד הבריאות על קבלת החיסון לכלל האוכלוסייה, מגיל 6 חודשים ומעלה. עם זאת הוגדרו קבוצות אוכלוסין המצויות בסיכון גבוה לפתח סיבוכי שפעת כדי לאפשר קביעת סדרי עדיפויות להזמנת מועמדים להתחסן או לשם הגדרת קבוצות אוכלוסייה הראויות ליישוג מיוחד (משרד הבריאות, 2011(ג)). יש לציין שחיסון נגד השפעת איננו כלול בתכנית חיסוני השגרה לילדים ופעוטות.

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 29-32 וטבלאות 24-26)

בשנת 2012 60.1% מבני 65 ומעלה חוסנו נגד נגיף השפעת. השיעור מציג מגמת עלייה של כ-1.5% לשנה במהלך שנות המעקב. בקרב בני 74 ומעלה שיעור החיסון גבוה יותר לעומת בני 65-73 (64.3% לעומת 55.8%).

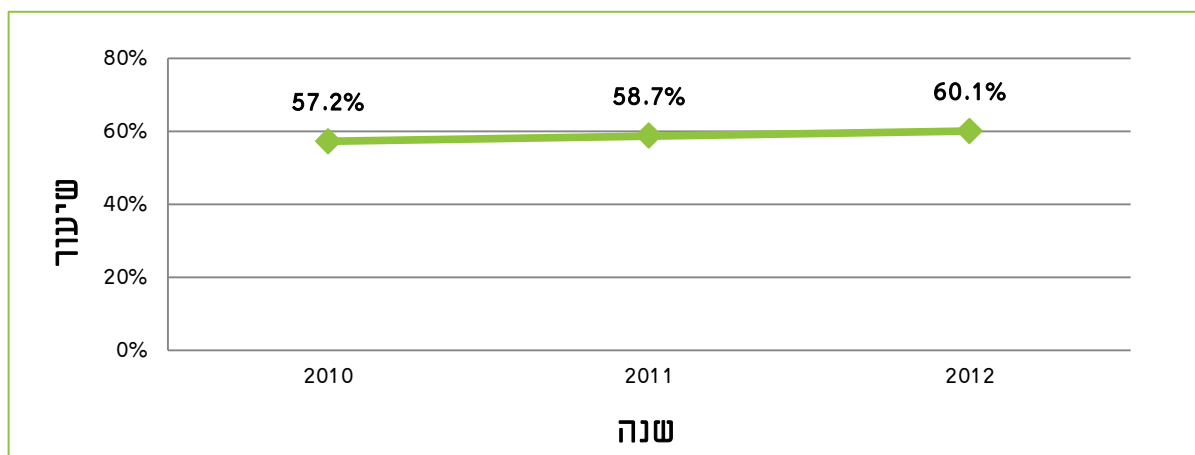
גברים חוסנו יותר מנשים, 62.5% לעומת 58.2%, כאשר ההבדל בולט יותר בקרב קבוצת הגיל המבוגרת (74 שנים ומעלה).

מעמד חברתי-כלכלי היה קשור לחיסון נגד שפעת בקרב בני 74 ומעלה – שיעור חיסון של 67.1% בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), לעומת 60.8% בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור). בקרב בני 65-73 לא נצפה הבדל משמעותי בשיעורי החיסון לפי מעמד חברתי כלכלי.

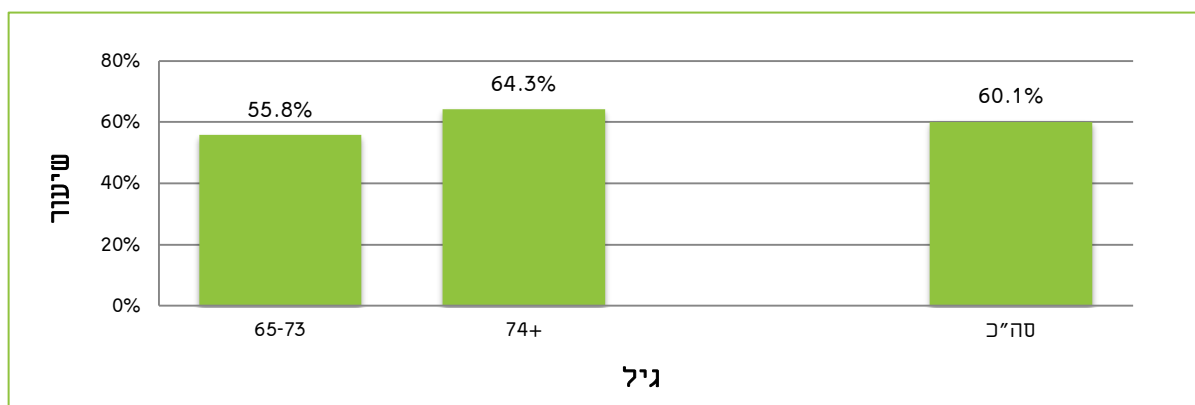
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

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

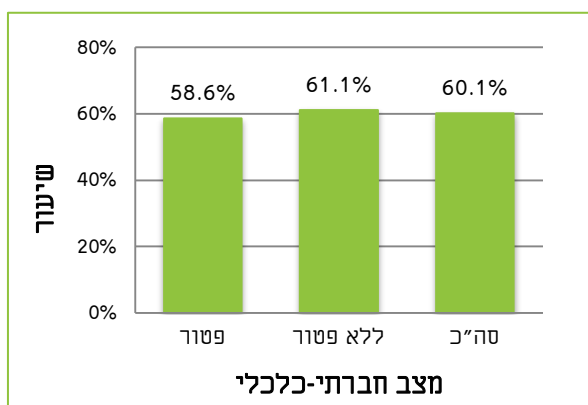
תרשים 29 לפי שנה, 2012-2010



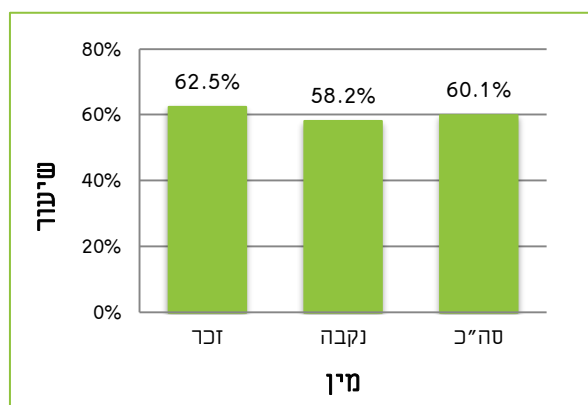
תרשים 30 לפי גיל, 2012



תרשים 32 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 31 לפי מין, 2012



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

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

טבלה 24 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

סו"כ	גיל		שנה
	74+	65-73	
411,722	226,095	185,627	מונה
719,578	368,197	351,381	מכנה
57.2%	61.4%	52.8%	שיעור
434,872	239,255	195,617	מונה
740,219	378,252	361,967	מכנה
58.7%	63.3%	54.0%	שיעור
464,279	251,172	213,107	מונה
772,845	390,819	382,026	מכנה
60.1%	64.3%	55.8%	שיעור

טבלה 25 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

סו"כ	גיל		שנה
	74+	65-73	
209,438	108,720	100,718	מונה
334,863	158,603	176,260	מכנה
62.5%	68.5%	57.1%	שיעור
254,841	142,452	112,389	מונה
437,982	232,216	205,766	מכנה
58.2%	61.3%	54.6%	שיעור
464,279	251,172	213,107	מונה
772,845	390,819	382,026	מכנה
60.1%	64.3%	55.8%	שיעור

טבלה 26 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

סו"כ	גיל		שנה
	74+	65-73	
185,069	106,992	78,077	מונה
315,726	175,943	139,783	מכנה
58.6%	60.8%	55.9%	שיעור
279,210	144,180	135,030	מונה
457,119	214,876	242,243	מכנה
61.1%	67.1%	55.7%	שיעור
464,279	251,172	213,107	מונה
772,845	390,819	382,026	מכנה
60.1%	64.3%	55.8%	שיעור

חיסון נגד פניאומוקוק במבוגרים

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 (ספטיס). מוכרים למעלה מ-90 זנים שונים של חיידק הפניאומוקוק הגורמים למחלות זיהומיות בבני אדם. התפלגות הזנים משתנה בהתאם לגיל, למחלה ולמיקום הגיאוגרפי (Goldblatt & O'Brien, 2008).

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 טיפתית. שיעורי התחלואה הפניאומוקוקלית במבוגרים משתנים במהלך עונות השנה, עם שיעורים גבוהים יותר בחודשי החורף, במקביל לזיהומים נשימתיים אחרים.

זיהומים פנאומוקוקאליים 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-830,000 בילדים מתחת לגיל 5 (WHO, 2007; O'Brien et al., 2009). בשנת 2000 הוכנס לשימוש בילדים חיסון מצומד נגד פניאומוקוק. החיסון הוכנס בתחילה לשגרת חיסוני הילדות בארה"ב ובהמשך, בעידוד ארגון הבריאות העולמי, למדינות נוספות. נכון לשנת 2012 החיסון ניתן ב-86 מתוך 194 (44%) מחברות ארגון הבריאות העולמי, בעיקר מדינות מפותחות (CDC, 2013). 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 (Pilishvili et al., 2010). בישראל, בקרב ילדים מתחת גיל 5 שנים, נצפתה ירידה בהיארעות מחלה פנאומוקוקאלית פולשנית של 23% ו-42% שנה ושנתיים לאחר הכנסת החיסון לשימוש, בהתאמה (Ben-Shimol et al., 2012). בין השנים 2009-2010 אובחנו בישראל 460 חולים מעל גיל 18 שנים עם מחלה פניאומוקוקית 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 (Regev-Yochay et al., 2013).

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 העמידויות 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% (Goldblatt & O'Brien, 2008). אימונוגניות של אנטיגנים פוליסכרידים בילדים בני פחות מ-2-3 שנים הינה נמוכה. לפיכך, הוכנס לשימוש בתינוקות חיסון מצומד (פרבנר) הניתן במסגרת שגרת חיסוני הילדות, כפי שמתואר מעלה.

משרד הבריאות ממליץ על חיסון נגד חיידק הפניאומוקוק (החיסון הפוליסכרידי) החל מגיל שנתיים, עבור אוכלוסייה שנמצאת בסיכון גבוה לזיהום פניאומוקוקלי (משרד הבריאות, 2013(ג)). קבוצות בסיכון גבוה כוללות: 1) חולים במחלות ממושכות כמו סוכרת, מחלות לב וכלי דם, מחלות של מערכת הנשימה, שחמת של הכבד, אלכוהוליזם ודליפת נוזל השדרה; 2) חולים הסובלים מדיכוי של מערכת החיסון, כולל חולים הסובלים מהפרעה בפעילות הטחול, ממאירויות המטולוגיות, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, תסמונת נפרוטית וחולי דיאליזה; 3) חולים עם שתל כוכליארי; 4) ובני 65 ומעלה ובמיוחד אלה השוהים במוסדות. לבני 65 ואילך שחוסנו במנה אחת של התרכיב לפני גיל 65 שנים, מומלץ לקבל מנה נוספת לאחר שמלאו להם 65 שנים (אם חלפו 5 שנים לפחות מהמנה האחרונה).

מדדים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 65-72 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 65-72

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 65-72. טווח הגילאים נקבע בהתחשב במגבלות זמינות הנתונים עבור מדד זה.

תוצאות (תרשימים 33-35 וטבלאות 27-29)

בשנת 2012 שיעור הכיסוי החיסוני נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72 עמד על 71.6%. שיעור זה נמוך מעט ביחס לשיעורים בשנים הקודמות, שעמדו על 73.2% בשנת 2011 ו-74.5% בשנת 2010.

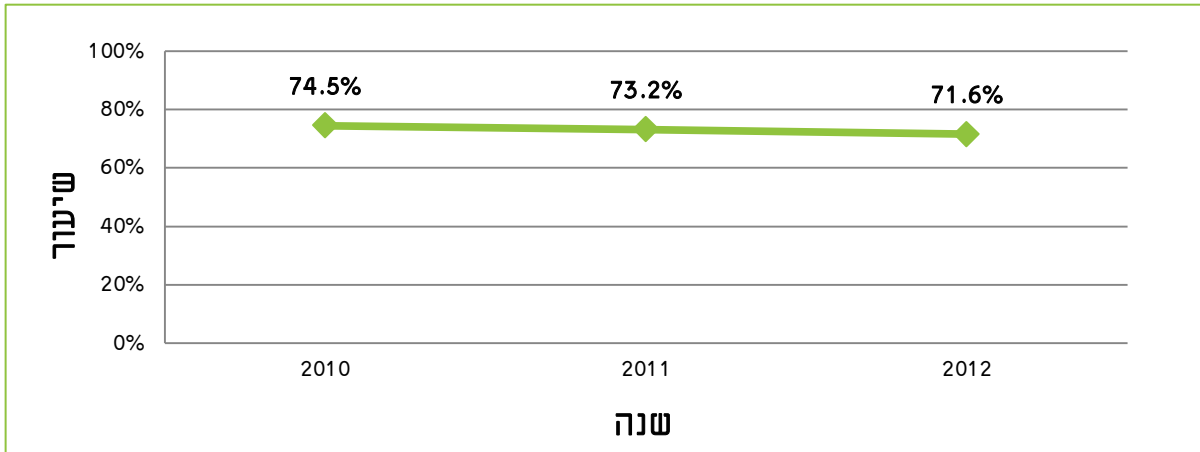
שיעורי החיסון היו מעט גבוהים בקרב גברים ביחס לנשים (73.1% לעומת 70.3%, בהתאמה).

שיעורי החיסון היו מעט גבוהים בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), 73.4% לעומת 70.7%.

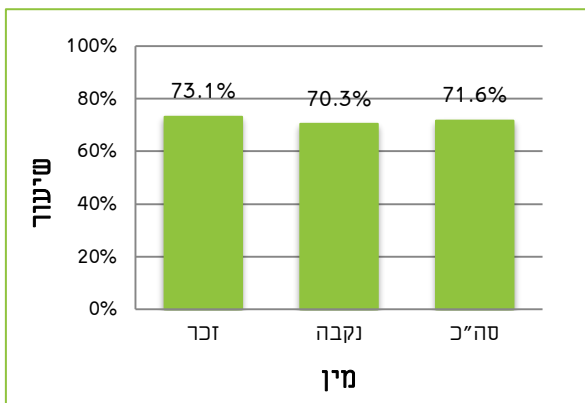
שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72

שיעור המבוטחים אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת לאחר גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב בני 65-72 (מכנה)

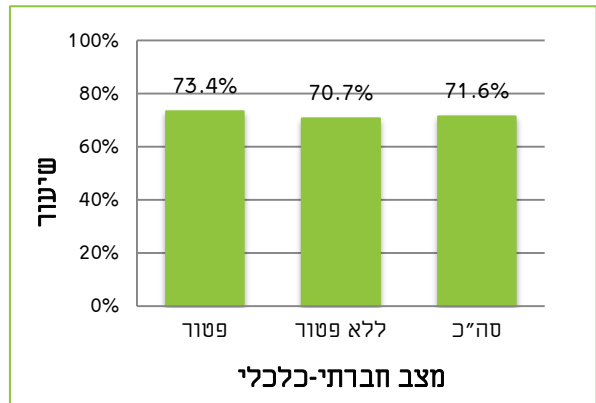
תרשים 33 לפי שנה, 2012-2010



תרשים 35 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 34 לפי מין, 2012



שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72

מבוטחים אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת לאחר גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב בני 65-72 (מכנה)

טבלה 27 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

גיל		שנה
65-72		
215,293	מונה	2010
288,905	מכנה	
74.5%	שיעור	
218,622	מונה	2011
298,654	מכנה	
73.2%	שיעור	
230,252	מונה	2012
321,516	מכנה	
71.6%	שיעור	

טבלה 28 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
65-72		
109,081	מונה	זכר
149,257	מכנה	
73.1%	שיעור	
121,171	מונה	נקבה
172,259	מכנה	
70.3%	שיעור	
230,252	מונה	סה"כ
321,516	מכנה	
71.6%	שיעור	

טבלה 29 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
65-72		
82,304	מונה	פטור
112,140	מכנה	
73.4%	שיעור	
147,948	מונה	ללא פטור
209,376	מכנה	
70.7%	שיעור	
230,252	מונה	סה"כ
321,516	מכנה	
71.6%	שיעור	

מחלות כרוניות



אסתמה



אסתמה

רקע

תאור המחלה

אסתמה הינה מחלה נשימתית, אשר בבסיסה דלקת כרונית של דרכי הנשימה, המתבטאת בהתקפים של קשיי נשימה עקב היצרות דרכי האוויר. מאפייני ההתקפים משתנים ונעים מחרחורים וצפצופים קלים בזמן הנשימה ועד להתקפים מסכני חיים. מבחינים בין אסתמה לא רצופה ואסתמה מתמשכת. ההבחנה בין השתיים מתבססת על תדירות התסמינים וההזדקקות לטיפול תרופתי, כמו גם על מדדי ספירומטריה. אסתמה מתמשכת, להבדיל מאסתמה שאינה רצופה, מאופיינת בהתקפים תדירים המחייבים טיפול תרופתי תכוף.

היבטים אפידמיולוגיים

אסתמה פוגעת ב-1 מתוך 20 מבני כל הגילאים, או בכ-300 מיליון בני אדם ברחבי העולם ואחראית על תמותה של כ-239,000 אנשים בשנה (Masoli, Fabian, Holt, & Beasley, 2004). בישראל שיעור האסתמה מוערך בכ-9% באוכלוסייה הכללית (Masoli, Fabian, Holt, & Beasley, 2004), ובין 6%-7% בקרב ילדים (משרד הבריאות, 2007). במדינות מפותחות אחרות שיעור האסתמה בילדים נע בטווח רחב, בין 7%-9% באוסטרליה, איטליה וספרד, ועד 20%-23% באוסטרליה, ניו-זילנד, בריטניה וארה"ב (Pearce et al., 2007). שיעורים אלה אינם יציבים ומסמנים מגמת עליה ברוב המדינות, במיוחד בקרב ילדים. גורמים הקשורים בהימצאות אסתמה כוללים מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כגון מין, גיל, ומעמד חברתי-כלכלי. לדוגמא, בילדים שיעור האסתמה גבוה יותר בקרב בנים מאשר בבנות ובמבוגרים השיעור גבוה יותר בנשים מאשר בגברים (GINA, 2012). כמו כן, שיעור האסתמה גבוה יותר בקרב אלו השייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לגבוה (American Lung Association, 2012).

גורמי סיכון

גורמי סיכון לאסתמה כוללים בין היתר מין, נטייה גנטית לאסתמה ואלרגיה, השמנת-יתר, וכן הימצאות של גורמים סביבתיים כגון עשן סיגריות, אלרגנים (אבק, עובש, אבקנים, פרוות) וזיהום אוויר. בנוסף, חולי אסתמה נמצאים בסיכון מוגבר לסיבוכים של מחלות דלקתיות בדרכי הנשימה לכדי מחלות חמורות הדורשות אשפוז. לכן, משרד הבריאות ממליץ כי חולי אסתמה יקבלו חיסון נגד שפעת גם אם אינם משתייכים לקבוצת הגיל המבוגר (משרד הבריאות, 2012(ה)). המלצה דומה ניתנה על ידי ה-CDC Center for Disease Control and Prevention (ה-NHLBI Institute בארה"ב (NHLBI, 2007; CDC, 2012)).

הטיפול במחלה

אסתמה היא מחלה הניתנת לשליטה. טיפול בהתקפי המחלה ומניעתם מאפשרים למרבית החולים לנהל אורח חיים תקין. הקפדה על הימנעות מחשיפה למעוררי המחלה, קיום אורח חיים בריא ונטילת תרופות באופן סדיר יכולים להפחית באופן ניכר את חומרת ההתקפים ותדירותם.

הטיפול התרופתי באסתמה נחלק לשתי קטגוריות: טיפול מניעתי להשגת שליטה במחלה לאורך זמן וטיפול חריף להקלה בשעת התקף. תרופות למניעה מכילות בעיקר קורטיקוסטרואידים הניתנים בשאיפה. תרופות להקלה מכילות אגוניסטים לקולטני בטא-2 או אנטיכולינרגים הניתנים בשאיפה להקלה מהירה על התכווצות הסמפונות ועל התסמינים הקשורים בה.

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

מדדים

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

הימצאות אסתמה

✓ שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 44-5

אסתמה מתמשכת מוגדרת בדו"ח זה על ידי רכישת תרופות נגד אסתמה בשמונה חודשים שונים במהלך השנתיים האחרונות. עם זאת, אוכלוסיית החולים עם אסתמה מתמשכת כוללת גם חולים נוספים, בכלל זה ילדים שאינם מקבלים את הטיפול המלא, חולים שאינם צריכים לרכוש את התרופות בתדירות גבוהה ואלו שאינם מגיבים לטיפול המקובל. בנוסף, המדד אינו בוחן הימצאות אסתמה מתמשכת בקרב ילדים בני 4 ומטה, שכן אבחנת המחלה והטיפול בה בקרב קבוצת גיל זו מורכבים יותר.

איכות הטיפול במחלה

שליטה באסתמה כוללת טיפול תרופתי למניעה וכן הפחתת הסיכונים להתקפי המחלה וסיבוכיה באמצעות חיסון נגד שפעת.

✓ שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 44-5

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת על פי רכישת לפחות 8 תרופות לטיפול באסתמה (בחודשים שונים) בשנתיים האחרונות, בקרב בני 44-5

רציונאל: אסתמה הנה אחת מהמחלות הכרוניות הנפוצות ביותר בעולם. השכיחות הכוללת של אסתמה באוכלוסייה הכללית בישראל הינה כ-9% ובקרב ילדים כ-7%. מבחינים בין אסתמה התקפית למתמשכת; אסתמה מתמשכת מאופיינת בתדירות גבוהה של התקפים ודורשת טיפול תרופתי מונע. הטיפול המונע בחולים הסובלים מאסתמה מפחית באופן ניכר אשפוזים, ביקורים בחדר מיון ומספר ימי היעדרות מעבודה ולימודים. הערכה וניטור של שכיחות אסתמה באוכלוסייה ונקיטת צעדים לטיפול בה תורמים לשיפור השליטה במחלה.

מכנה: כלל המבוטחים בני 44-5

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות 8 מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות לאסתמה בשנתיים האחרונות

הערות: אסתמה מוגדרת על פי רכישת תרופות לאסתמה. תרופות לאסתמה כוללות תרופות למניעה (שליטה) – immunomodulators, inhaled corticosteroids, leukotriene modifiers, long-acting beta-2 agonists combinations, mast cell stabilizers ותרופות להקלה – short-acting beta-2 agonists, anticholinergics.

תוצאות (תרשימים 36-39 טבלאות 30-32)

בשנת 2012, 29,952 איש, המהווים 0.71% מכלל האוכלוסייה בגילאי 44-5 שנים, סבלו מאסתמה מתמשכת. השיעורים הגבוהים ביותר היו בקרב ילדים בגילאי 5-9 שנים – 0.89%. שיעור אסתמה מתמשכת בקרב בני נוער בגילאי 10-17 היה הנמוך ביותר - 0.57%. שיעורי אסתמה מתמשכת נותרו יציבים לאורך השנים 2010-2012.

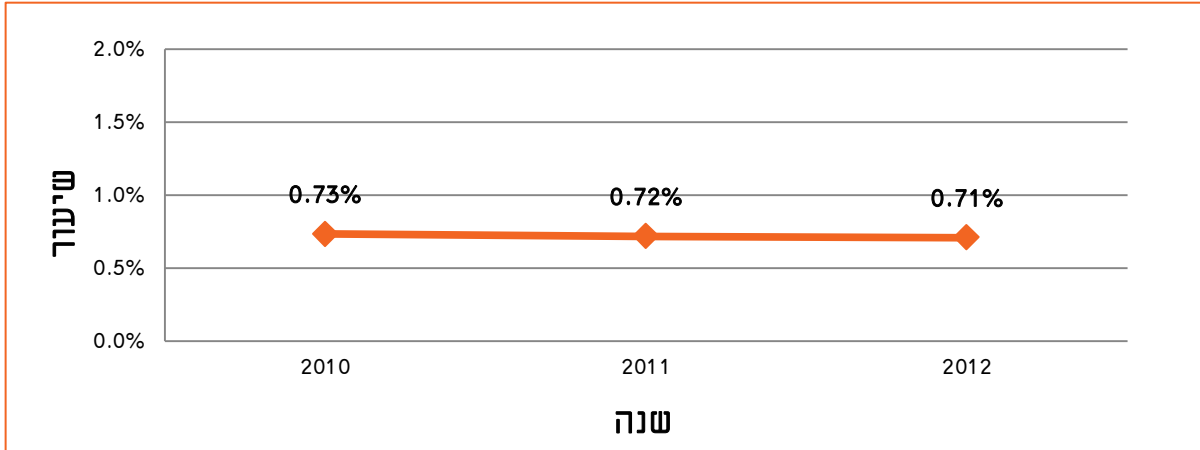
בשנת 2012, שיעורי אסתמה מתמשכת היו גבוהים יותר בכלל הגברים (0.80%) לעומת כלל הנשים (0.61%). ההבדלים בשיעורים בין המינים היו גדולים יותר בקרב ילדים ובני נוער בגילאי 5-17 שנים, והצטמצמו בקרב בני 18 ומעלה.

פערים חברתיים-כלכליים משמעותיים נצפו בשיעורי אסתמה מתמשכת בכל קבוצות הגיל. בסך הכל, שיעור אסתמה מתמשכת בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה פי 2.2 לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.

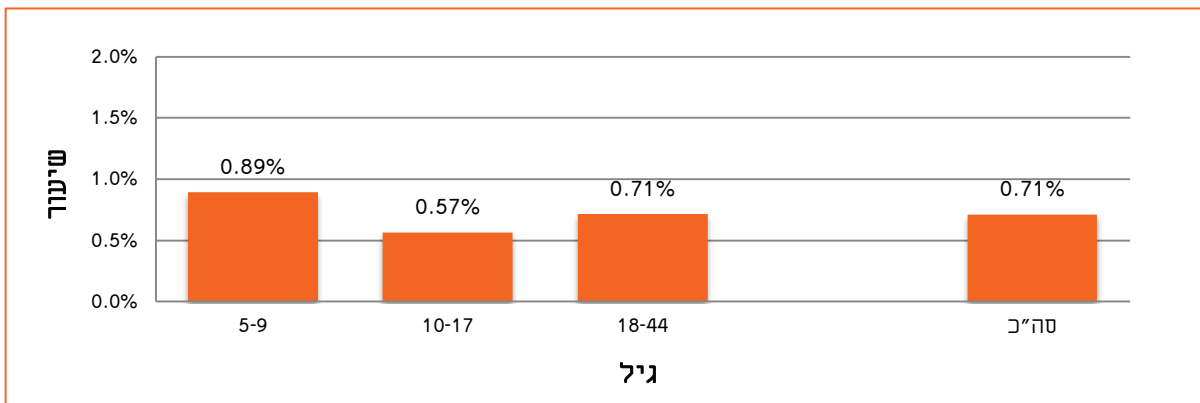
שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 44-5

שיעור המבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת על פי רכישת לפחות 8 תרופות לטיפול באסתמה (בחודשים שונים) בשנתיים האחרונות (מונה), בקרב בני 44-5 (מכנה)

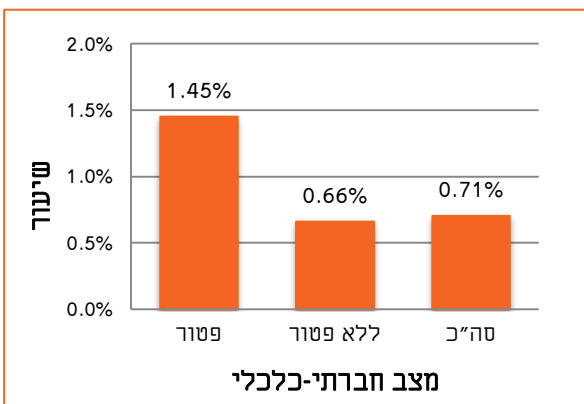
תרשים 36 לפי שנה, 2012-2010



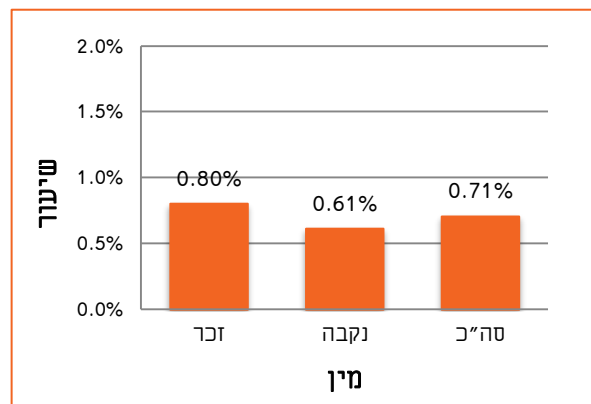
תרשים 37 לפי גיל, 2012



תרשים 39 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 38 לפי מין, 2012



שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

מבוטחים שהוגדרו חולי אסתמה מתמשכת על פי רכישת לפחות 8 תרופות לטיפול באסתמה (בחודשים שונים) בשנתיים האחרונות (מונה), בקרב בני 5-44 (מכנה)

טבלה 30 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
2010	מונה	6,443	5,817	17,738
	מכנה	678,253	950,916	2,457,511
	שיעור	0.95%	0.61%	0.72%
2011	מונה	6,286	5,712	17,798
	מכנה	687,141	971,887	2,492,126
	שיעור	0.91%	0.59%	0.71%
2012	מונה	6,249	5,608	18,095
	מכנה	701,340	991,306	2,536,337
	שיעור	0.89%	0.57%	0.71%

טבלה 31 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
זכר	מונה	3,994	3,646	9,178
	מכנה	359,724	507,613	1,225,737
	שיעור	1.11%	0.72%	0.75%
נקבה	מונה	2,255	1,962	8,917
	מכנה	341,616	483,693	1,310,600
	שיעור	0.66%	0.41%	0.68%
סה"כ	מונה	6,249	5,608	18,095
	מכנה	701,340	991,306	2,536,337
	שיעור	0.89%	0.57%	0.71%

טבלה 32 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
פטר	מונה	706	774	2,025
	מכנה	42,745	83,270	115,172
	שיעור	1.65%	0.93%	1.76%
ללא פטר	מונה	5,543	4,834	16,070
	מכנה	658,595	908,036	2,421,165
	שיעור	0.84%	0.53%	0.66%
סה"כ	מונה	6,249	5,608	18,095
	מכנה	701,340	991,306	2,536,337
	שיעור	0.89%	0.57%	0.71%

שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

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

רצינות: אסתמה הנה אחת מהמחלות הכרוניות הנפוצות ביותר בעולם. אסתמה מתמשכת מאופיינת בתדירות גבוהה של התקפים. התרופות למניעה של אסתמה מסייעות בהפחתת תדירות ההתקפים ועוצמתם, בצמצום מספר האשפוזים בגין המחלה ובשיפור איכות החיים של המטופלים.

מכנה: חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות למניעה בשנת המדד

הערות: אסתמה מוגדרת על פי רכישת תרופות לאסתמה. תרופות לאסתמה כוללות תרופות למניעה (שליטה) – immunomodulators, inhaled corticosteroids, leukotriene modifiers, long-acting beta-2 agonists – combinations, mast cell stabilizers ותרופות להקלה – short-acting beta-2 agonists, anticholinergics.

תוצאות (תרשימים 43-40 וטבלאות 35-33)

בשנת 2012, 79.4% מהחולים באסתמה מתמשכת בגילאי 44-5 שנים רכשו לפחות שלושה מרשמים של תרופות מניעה. שיעור זה דומה לשיעור שנצפה בשנים 2011 (78.8%) ו-2010 (78.9%). שיעורי הרכישה הגבוהים ביותר נצפו בקרב בני נוער בגילאי 17-10 שנים (82.2%), והנמוכים ביותר בקרב מבוגרים בני 44-18 (78.3%).

שיעור רכישת התרופות היה דומה בשני המינים – 80.0% בקרב נשים ו-79.0% בקרב גברים.

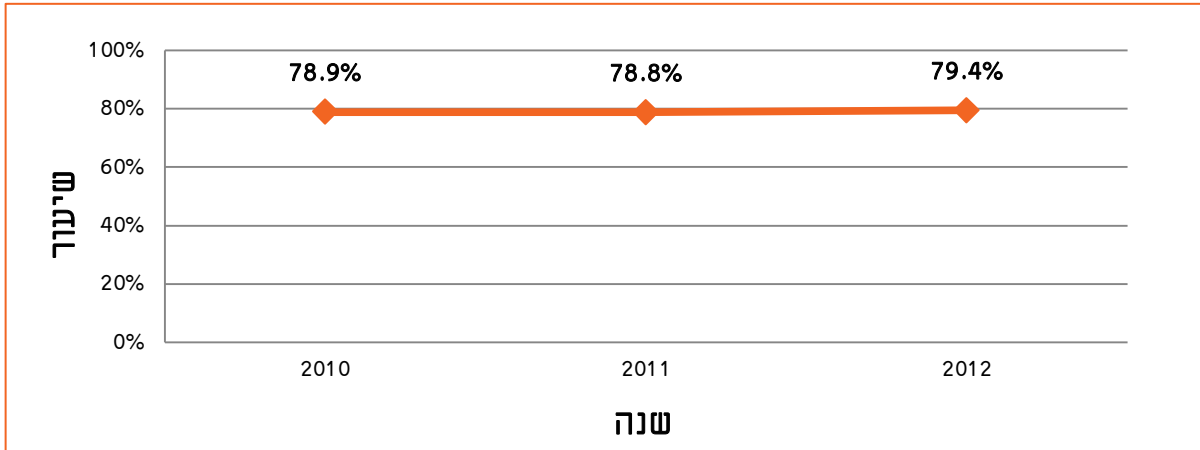
בשנת 2012, שיעור רכישת תרופות מניעה היה נמוך במעט בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (77.4% לעומת 79.7%).

שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת

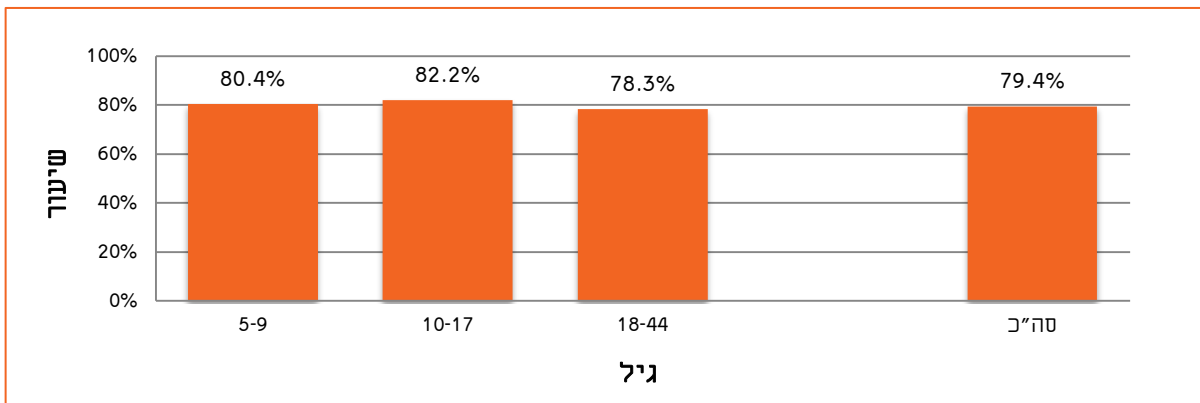
בני 44-5

שיעור חולי אסתמה מתמשכת אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת התרופות למניעה (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת בגיל 44-5 (מכנה)

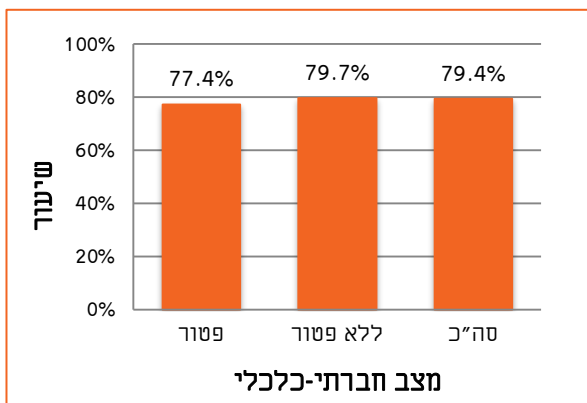
תרשים 40 לפי שנה, 2012-2010



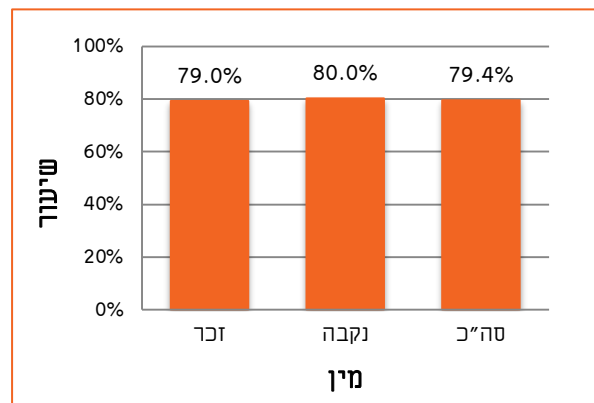
תרשים 41 לפי גיל, 2012



תרשים 43 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 42 לפי מין, 2012



שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת

בני 44-5

חולי אסתמה מתמשכת אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת התרופות למניעה (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת בגיל 44-5 (מכנה)

טבלה 33 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
2010	מונה	4,801	5,230	23,681
	מכנה	5,817	6,443	29,998
	שיעור	82.5%	81.2%	78.9%
2011	מונה	4,697	5,038	23,469
	מכנה	5,712	6,286	29,796
	שיעור	82.2%	80.1%	78.8%
2012	מונה	4,607	5,025	23,795
	מכנה	5,608	6,249	29,952
	שיעור	82.2%	80.4%	79.4%

טבלה 34 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
זכר	מונה	2,984	3,238	13,292
	מכנה	3,646	3,994	16,818
	שיעור	81.8%	81.1%	79.0%
נקבה	מונה	1,623	1,787	10,503
	מכנה	1,962	2,255	13,134
	שיעור	82.7%	79.2%	80.0%
סה"כ	מונה	4,607	5,025	23,795
	מכנה	5,608	6,249	29,952
	שיעור	82.2%	80.4%	79.4%

טבלה 35 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
פטור	מונה	608	564	2,713
	מכנה	774	706	3,505
	שיעור	78.6%	79.9%	77.4%
ללא פטור	מונה	3,999	4,461	21,082
	מכנה	4,834	5,543	26,447
	שיעור	82.7%	80.5%	79.7%
סה"כ	מונה	4,607	5,025	23,795
	מכנה	5,608	6,249	29,952
	שיעור	82.2%	80.4%	79.4%

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

הגדרת המדד: שיעור קבלת חיסון נגד שפעת עונתית בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

רציונאל: אסתמה הנה אחת מהמחלות הכרוניות הנפוצות ביותר בעולם. אסתמה מתמשכת מאופיינת בתדירות גבוהה של התקפים. 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 יקבלו חיסון נגד שפעת מידי שנה.

מכנה: חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

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

הערות: אסתמה מוגדרת על פי רכישת תרופות לאסתמה. תרופות לאסתמה כוללות תרופות לשליטה (מניעה) – immunomodulators, inhaled corticosteroids, leukotriene modifiers, long-acting beta-2 agonists – combinations, mast cell stabilizers ותרופות להקלה – short-acting beta-2 agonists, anticholinergics. תקופת המדד הינה מ-1 בספטמבר של שנת המדד ועד 28 בפברואר בשנה שאחריה, בחפיפה לתקופת מתן החיסון לשפעת.

תוצאות (תרשימים 44-47 וטבלאות 36-38)

בשנת 2012, שיעור החולים באסתמה מתמשכת שקבלו חיסון נגד שפעת עמד על 39.6%. שיעור זה עמד על 35.5% בשנת 2010 והציג מגמת שיפור הדרגתית במהלך שנות המעקב. שיעור המחוסנים בשנת 2012 ירד בהדרגה עם הגיל, מ-43.8% בבני 5-9 שנים ועד 37.6% בבני 18-44 שנים.

שיעור מקבלי החיסון היה גבוה מעט בקרב נשים (40.7%) ביחס לגברים (38.7%).

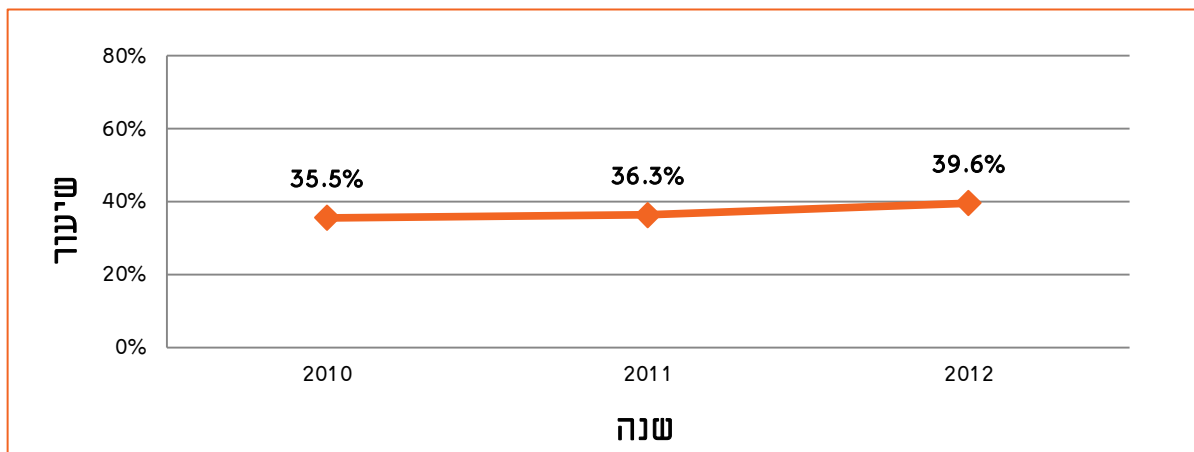
בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) שיעור מקבלי החיסון נגד שפעת היה משמעותית גבוה יותר (54.1%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (37.6%). הבדלים דומים נצפו בכל קבוצות הגיל, אך היו בולטים במיוחד בקרב חולי אסתמה בקבוצת הגיל 18-44.

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת

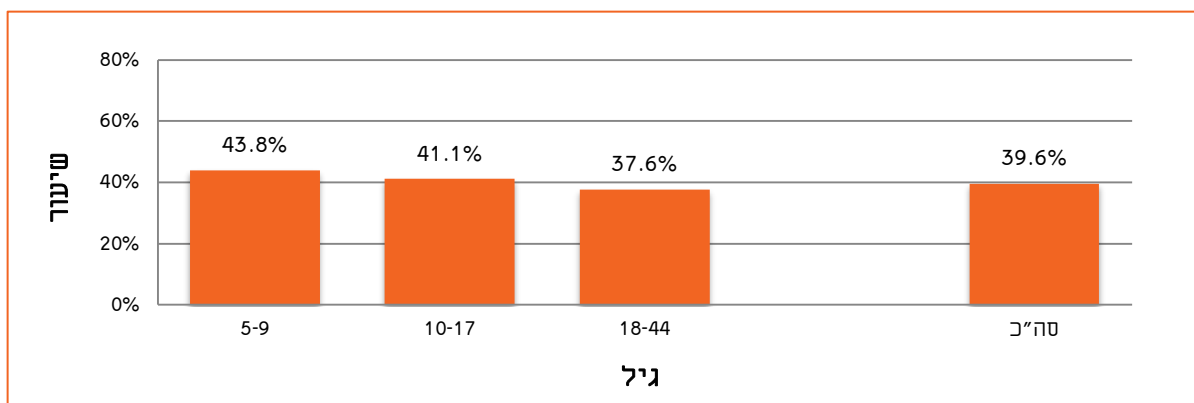
בני 44-5

שיעור חולי אסתמה מתמשכת אשר חוסנו בפועל בחיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת בגיל 44-5 (מכנה)

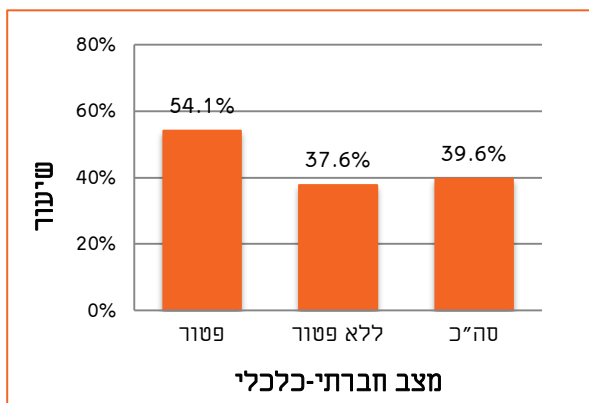
תרשים 44 לפי שנה, 2012-2010



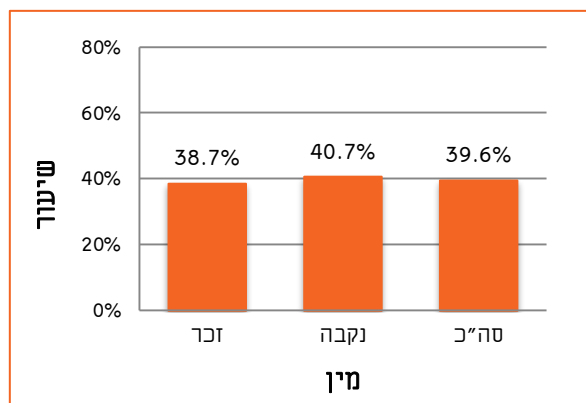
תרשים 45 לפי גיל, 2012



תרשים 47 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 46 לפי מין, 2012



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת

בני 44-5

חולי אסתמה מתמשכת אשר חוסנו בפועל בחיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי אסתמה מתמשכת בגיל 44-5 (מכנה)

טבלה 36 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
2010	מונה	2,205	2,570	10,642
	מכנה	5,783	6,436	29,944
	שיעור	38.1%	39.9%	35.5%
2011	מונה	2,120	2,520	10,804
	מכנה	5,678	6,279	29,736
	שיעור	37.3%	40.1%	36.3%
2012	מונה	2,300	2,739	11,836
	מכנה	5,597	6,247	29,918
	שיעור	41.1%	43.8%	39.6%

טבלה 37 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
זכר	מונה	1,474	1,723	6,498
	מכנה	3,637	3,992	16,796
	שיעור	40.5%	43.2%	38.7%
נקבה	מונה	826	1,016	5,338
	מכנה	1,960	2,255	13,122
	שיעור	42.1%	45.1%	40.7%
סה"כ	מונה	2,300	2,739	11,836
	מכנה	5,597	6,247	29,918
	שיעור	41.1%	43.8%	39.6%

טבלה 38 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	18-44	10-17	5-9	
פטור	מונה	393	375	1,893
	מכנה	772	706	3,501
	שיעור	50.9%	53.1%	54.1%
ללא פטור	מונה	1,907	2,364	9,943
	מכנה	4,825	5,541	26,417
	שיעור	39.5%	42.7%	37.6%
סה"כ	מונה	2,300	2,739	11,836
	מכנה	5,597	6,247	29,918
	שיעור	41.1%	43.8%	39.6%

לב וכלי דם



לב וכלי דם

רקע

תאור המחלה

מחלות לב כליליות הן מחלות בהן נגרמת הפרעה באספקת הדם לשריר הלב, אשר כתוצאה ממנה נוצר נזק לשריר הלב ותפקודו. ההפרעה בזרימת הדם נגרמת לרוב עקב תהליך טרשתני הגורם 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 מופיעים ללא קשר למאמץ (אנגינה לא יציבה, אוטם בשריר הלב). קיימים גם תסמינים פחות טיפויים. 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 הניתנים לטיפול בטרם התבטאו 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

מחלות לב הן הגורם השני לתמותה במדינת ישראל והן אחראיות לכ-19% ממקרי המוות מדי שנה, שהן כ-7,000 פטירות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010). בין השנים 2000-2010 חלה ירידה של כ-30% בתמותה ממחלות לב בישראל, וכיום שיעורי התמותה ממחלות לב בישראל הם מהנמוכים בעולם המערבי (משרד הבריאות, 2013). בשנת 2007 התאשפזו בישראל כ-37,000 חולים עם מחלת לב איסכמית, הכוללת אוטם חריף בשריר הלב וסיבוכים של מחלות לב (משרד הבריאות, 2009). על פי סקרי בריאות שנערכו ב-2007-2010, 7.5% מהגברים ו-4.1% מהנשים בישראל דיווחו על מחלת לב כלילית (משרד הבריאות, 2012).

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 בעשר השנים הקרובות במחלות לב מבוסס על מחקר הפרמינגהם ומשתמש בנוסחא המבוססת על מין, גיל, סך כולסטרול, כולסטרול HDL (גורם מגן), לחץ דם סיסטולי, טיפול ליתר

לחץ דם ועישון (American Heart Association, 2002; NHLBI, 2001). 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, תעוקת 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. הפחתה כוללת של 10% ברמות הכולסטרול יכולה להביא להורדה של 30% במחלות הלב.

בקרוב מבוגרים צעירים, שיעור הסובלים ממחלה טרשתית ולפיכך אמורים לעבור בדיקת כולסטרול כחלק מהמניעה השלישונית – 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 (Adult Treatment Panel III, ATP-III) המלצות לטיפול בעודף כולסטרול בדם (NHLBI, 2001). המלצות אלו עודכנו בשנת 2004 (Grundy et al., 2004). על פי ההמלצות, לאנשים בסיכון גבוה (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. מטרת הטיפול התרופתי הינה הפחתה של 40%-30% ברמות ה-LDL. 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 (Grundy et al., 2004).

בדו"ח הנוכחי עודכנו המדדים העוסקים בתיעוד וברמות כולסטרול כך שיתחשבו לא רק ברמות LDL, אלא, בעת הצורך, גם ברמות כולסטרול non-HDL, בעיקר במקרים בהם רמות הטריגליצרידים גבוהות או אינן מתועדות.

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"ב. 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 (משרד הבריאות, 2012א).

ג. השמנת יתר

השמנת יתר מהווה גורם סיכון למחלות לב וכלי-דם, כמו-גם למגוון מחלות נוספות (ראה תחום קידום בריאות, עמוד 17).

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. הדו"ח הנוכחי מתמקד בטיפול בסטינים להורדת רמת ה-LDL. טיפול באטורוואסטטין הודגם כיעיל בהפחתת תמותה לאחר אוטם חריף בשריר הלב ב-18% בחודש הראשון וב-18% נוספים בתקופה שבין ששת החודשים הראשונים לשנתיים שלאחר האוטם (Lin, Holman, & Jamieson, 2010).

מדדים

מדדי האיכות נחלקים למדדים העוסקים במניעה ראשונית של מחלות לב בכלל האוכלוסייה ומדדים העוסקים במניעה שלישונית באוכלוסיית החולים במחלות לב כליליות.

מניעה ראשונית של מחלות לב וכלי דם

כולסטרול

✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-74

✓ שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 35-74.

ראוי לציין, כי יעד איזון שמרני זה נקבע בשל העדר מידע הולם לקביעת רמת הסיכון של הפרט.

לחץ דם

✓ שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-74

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 אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי

✓ שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב בקרב בני

74-35

איזון גורמי סיכון בחולי לב וכלי דם

✓ שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35-74

ראוי לציין, כי החל מדו"ח זה הוסרו שניים מהמדדים העוסקים במניעה שניוית של מחלות לב וכלי דם – שיעור הטיפול ב-ACEI או ARB ושיעור הטיפול בחוסמי בטא בחולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי. מדדים אלו הוסרו מכיוון שיתרונות הטיפולים הללו הוכחו בעיקר עבור חולי לב הסובלים מאי-ספיקת לב, אבחנה שישנו קושי להפיק מתוך הרשומה הרפואית.

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 ותורפות ממשפחת הסטטינים. הפחתה כוללת של 10% ברמות הכולסטרול עשויה להפחית את התחלואה 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: יש לציין כי בדו"חות הקודמים נבדק שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול LDL בלבד. בדו"ח זה נכללים מבוטחים עם בדיקת כולסטרול LDL אמינה (שבמקביל אליה תועדה רמת טריגליצרידים הנמוכה מ-300 מ"ג/ד"ל) או לחלופין בדיקת כולסטרול non-HDL.

תוצאות (תרשימים 48-55 וטבלאות 39-44)

בני 35-54

בשנת 2012 86.7% מבני 35-54 ביצעו לפחות בדיקת כולסטרול אחת בחמש השנים האחרונות. השיעור עמד על 84.9% בשנת 2010 והציג מגמת שיפור הדרגתית במהלך שנות המעקב. השיעור בשנת 2012 הציג מגמת עלייה עם הגיל – 83.6% בבני 35-44 שנים ו-90.5% בבני 45-54 שנים.

נשים עברו בדיקת כולסטרול יותר מגברים (90.6% לעומת 82.6%).

בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) שיעור הביצוע גבוה יותר מאשר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (92.6% לעומת 86.2%).

בני 55-74

בשנת 2012 שיעור ביצוע בדיקת כולסטרול שנתית עמד על 77.5%, והיה דומה לשיעורים בשנים קודמות. גם בקרב בני 55-74 נצפתה עלייה בשיעור ביצוע הבדיקה עם הגיל – בשנת 2012 השיעור עמד על 83.9% בקרב בני 55-74 שנים, ביחס ל-73.6% בקרב בני 55-64 שנים.

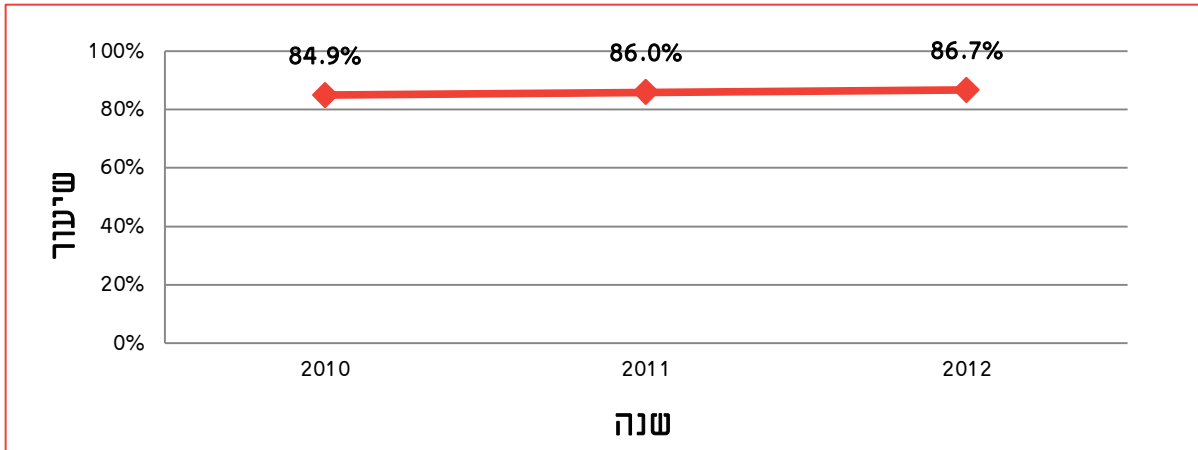
שיעור הביצוע בנשים (80.1%) היה גבוה מגברים (74.5%).

מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) עברו יותר בדיקות לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור).

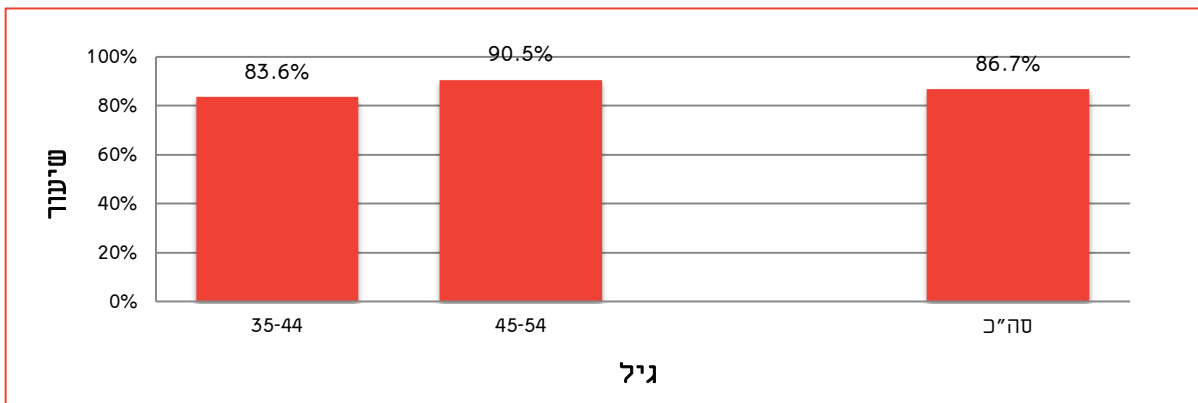
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

שיעור המבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL בשנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-54 (מכנה)

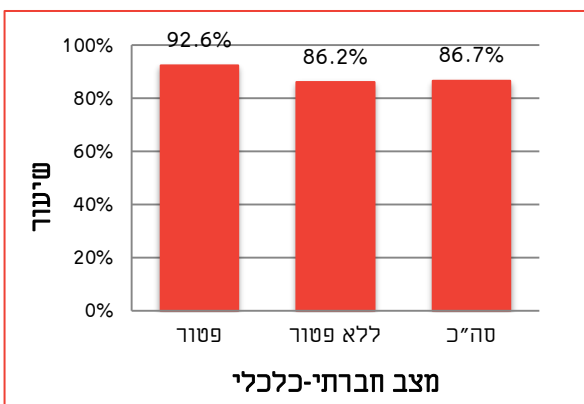
תרשים 48 לפי שנה, 2012-2010



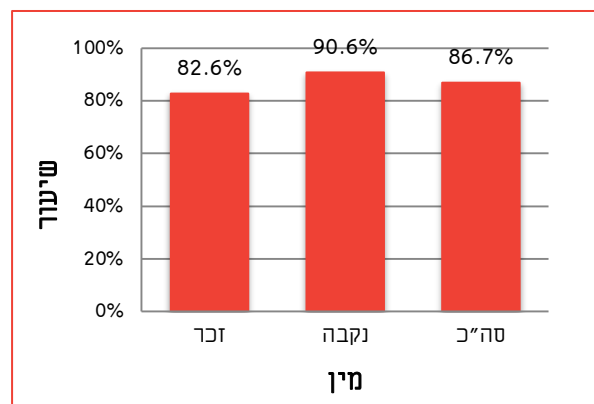
תרשים 49 לפי גיל, 2012



תרשים 51 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 50 לפי מין, 2012



שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

מבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 54-35 (מכנה)

טבלה 39 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל		
	סה"כ	45-54	35-44
2010	מונה	651,464	677,951
	מכנה	728,704	836,583
	שיעור	89.4%	81.0%
2011	מונה	661,228	709,441
	מכנה	734,022	859,851
	שיעור	90.1%	82.5%
2012	מונה	670,871	739,323
	מכנה	740,910	884,840
	שיעור	90.5%	83.6%

טבלה 40 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל		
	סה"כ	45-54	35-44
זכר	מונה	311,720	337,697
	מכנה	357,607	428,591
	שיעור	87.2%	78.8%
נקבה	מונה	359,151	401,626
	מכנה	383,303	456,249
	שיעור	93.7%	88.0%
סה"כ	מונה	670,871	739,323
	מכנה	740,910	884,840
	שיעור	90.5%	83.6%

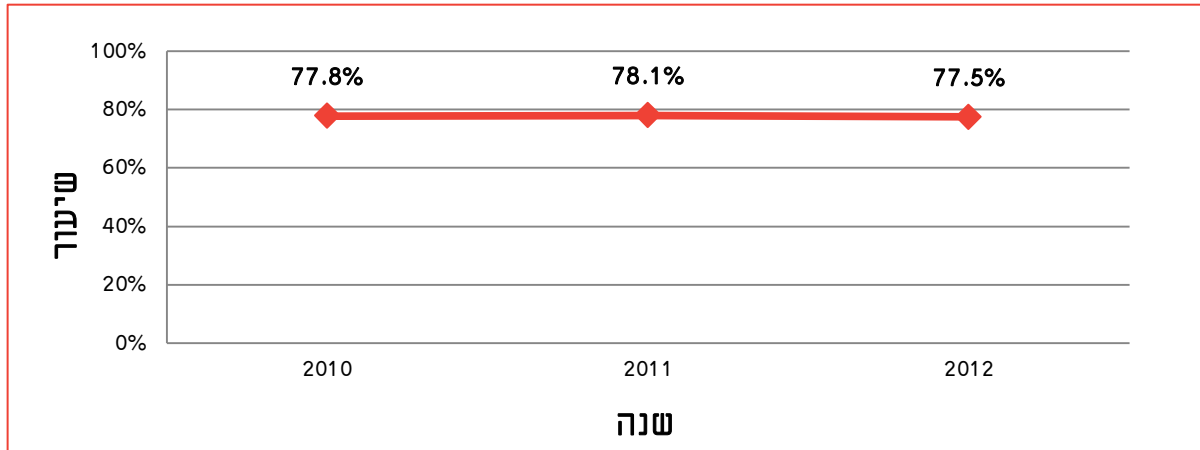
טבלה 41 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל		
	סה"כ	45-54	35-44
פטור	מונה	76,942	48,712
	מכנה	81,718	54,031
	שיעור	94.2%	90.2%
ללא פטור	מונה	593,929	690,611
	מכנה	659,192	830,809
	שיעור	90.1%	83.1%
סה"כ	מונה	670,871	739,323
	מכנה	740,910	884,840
	שיעור	90.5%	83.6%

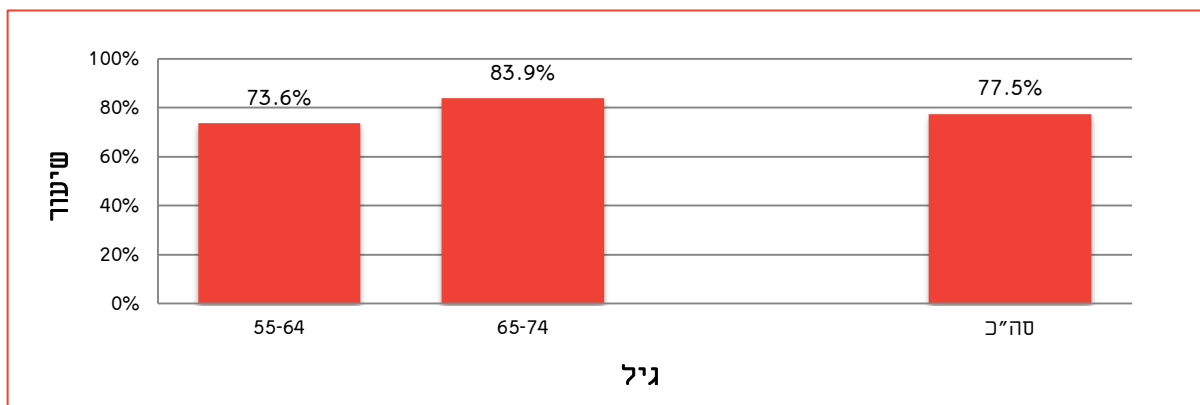
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55

שיעור המבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-55 (מכנה)

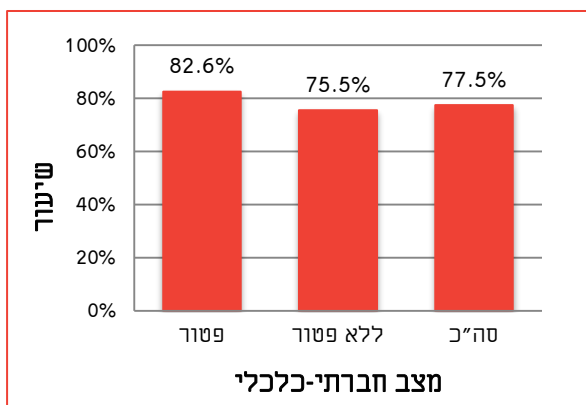
תרשים 52 לפי שנה, 2012-2010



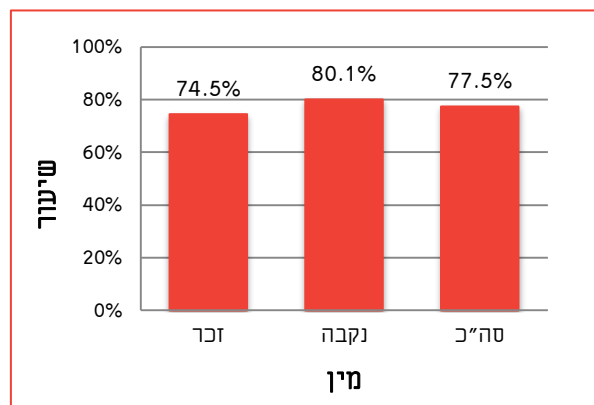
תרשים 53 לפי גיל, 2012



תרשים 55 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 54 לפי מין, 2012



שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55

מבוטחים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-55 (מכנה)

טבלה 42 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל		
	65-74	55-64	סה"כ
2010	מונה	502,088	827,782
	מכנה	677,365	1,063,465
	שיעור	74.1%	77.8%
2011	מונה	519,546	856,722
	מכנה	698,849	1,097,259
	שיעור	74.3%	78.1%
2012	מונה	520,193	874,163
	מכנה	706,392	1,128,381
	שיעור	73.6%	77.5%

טבלה 43 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל		
	65-74	55-64	סה"כ
זכר	מונה	235,753	394,802
	מכנה	336,288	530,136
	שיעור	70.1%	74.5%
נקבה	מונה	284,440	479,361
	מכנה	370,104	598,245
	שיעור	76.9%	80.1%
סה"כ	מונה	520,193	874,163
	מכנה	706,392	1,128,381
	שיעור	73.6%	77.5%

טבלה 44 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל		
	65-74	55-64	סה"כ
פטור	מונה	122,028	257,766
	מכנה	152,929	312,220
	שיעור	79.8%	82.6%
ללא פטור	מונה	398,165	616,397
	מכנה	553,463	816,161
	שיעור	71.9%	75.5%
סה"כ	מונה	520,193	874,163
	מכנה	706,392	1,128,381
	שיעור	73.6%	77.5%

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל

בקרב בני 35-74

הגדרת המדד: שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל

רציונאל: רמה גבוהה של כולסטרול בדם מהווה את אחד מגורמי הסיכון החשובים להופעה של טרשת העורקים באוכלוסייה ולהחמרתה. הנחיות בינלאומיות קבעו יעד של כולסטרול LDL נמוך מ-160 מ"ג/ד"ל כיעד רצוי באוכלוסייה הכללית (ללא מחלה טרשתית ידועה וללא גורמי סיכון פרט לגיל). מטרת המדד הינה לבדוק את שיעור המבוטחים המבוגרים עם רמת כולסטרול בטווח היעד המומלץ.

מכנה: מבוטחים בני 35-54 ובני 55-74 אשר ביצעו בדיקת LDL או non-HDL (בקרב בני 35-54 לפחות בדיקה אחת במשך חמש השנים האחרונות; בקרב בני 55-74 לפחות בדיקה אחת בשנת המדד)

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בבדיקה אחרונה (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-190 מ"ג/ד"ל).

הערות: המדד מחושב בחלוקה לשתי קבוצות גיל, בני 35-54 בהם הימצאות מחלות הלב נמוכה יחסית, ובני 55-74 בהם הימצאות עולה באופן משמעותי. בהעדף יכולת בשלב זה לקבוע את רמת הסיכון של הפרט נקבע הערך 160 מ"ג/ד"ל כערך יעד שמרני. הבדיקה של רמות כולסטרול non-HDL הינה חידוש שבוצע החל מדו"ח זה; בהינתן בדיקה של רמת כולסטרול LDL אמינה (שבמקביל ללקיחתה תועדה רמת טריגליצרידים הנמוכה מ-300 מ"ג/ד"ל) ועדכנית לשנת המדד, נבדקה עמידה ביעד של רמת LDL. אולם כאשר רמת הטריליגליצרידים הייתה גבוהה נבדקה עמידה ביעד של רמת כולסטרול non-HDL.

תוצאות (תרשימים 56-63 וטבלאות 45-50)

בני 35-54

שיעור איזון הכולסטרול בקרב בני 35-54 עמד על 91.7% בשנת 2012. השיעור נותר יציב במהלך שנות המעקב. בבני 35-44 שיעורי האיזון גבוהים מעט יותר מאשר בבני 45-54.

שיעורי האיזון בנשים בגילאי 35-44 היו גבוהים יותר ביחס לגברים (95.5% לעומת 90.7%). בקבוצת הגיל 45-54 שנים לא נמצא הבדל בשיעורי האיזון בין גברים לנשים.

לא נצפו הבדלים בשיעורי האיזון לפי מעמד חברתי-כלכלי.

בני 55-74

במהלך השנים 2010-2012 שיעור איזון רמות הכולסטרול היה יציב בבני 55-74, ועמד על 92.3% (2012). האיזון משתפר עם הגיל – שיעור האיזון בקרב בני 65-74 עלה על זה של בני 55-64.

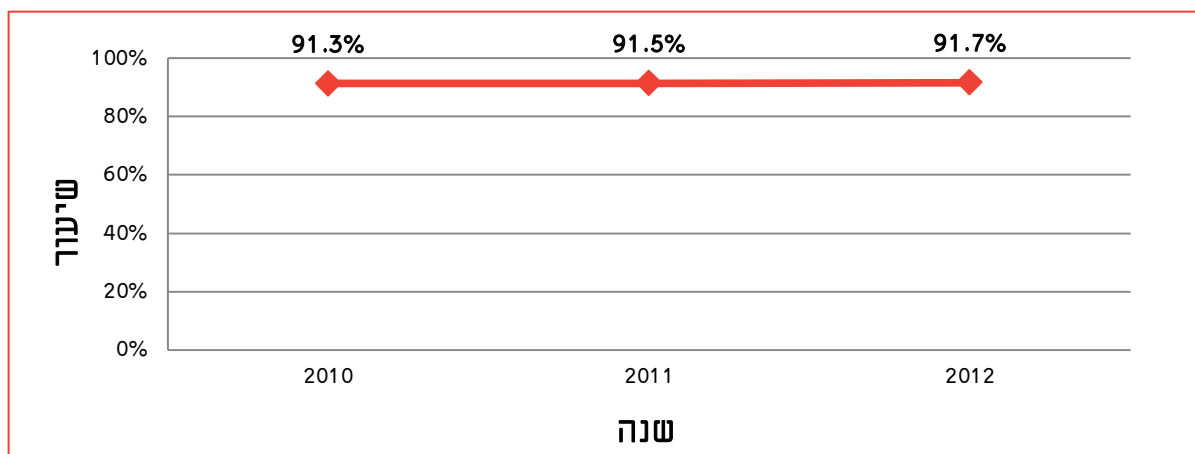
גברים היו בעלי שיעורי איזון גבוהים יותר מנשים (94.0% לעומת 90.8%).

שיעורי האיזון בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ומבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) היו דומים.

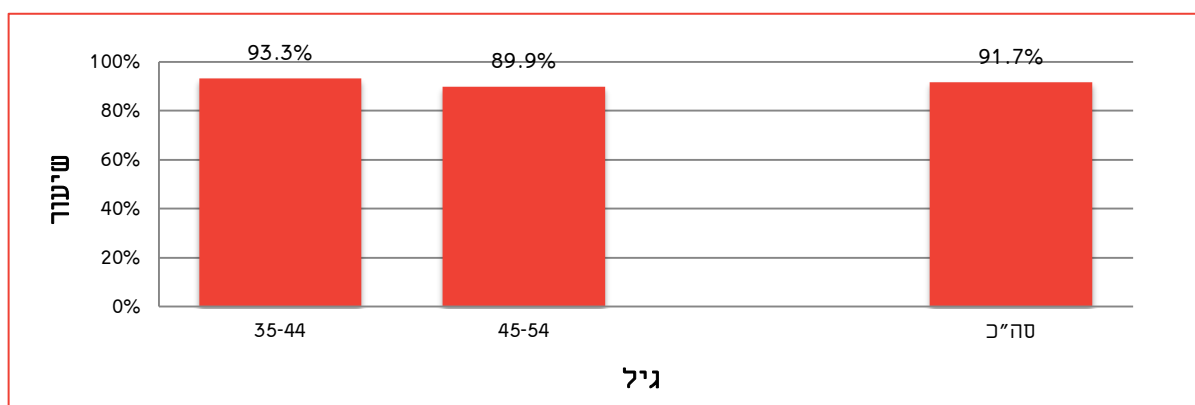
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 54-35

שיעור המבוטחים עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-190 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 54-35 אשר ביצעו בדיקת LDL בחמש השנים האחרונות (מכנה)

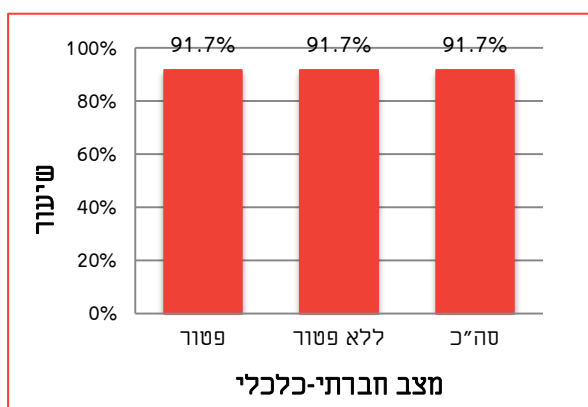
תרשים 56 לפי שנה, 2012-2010



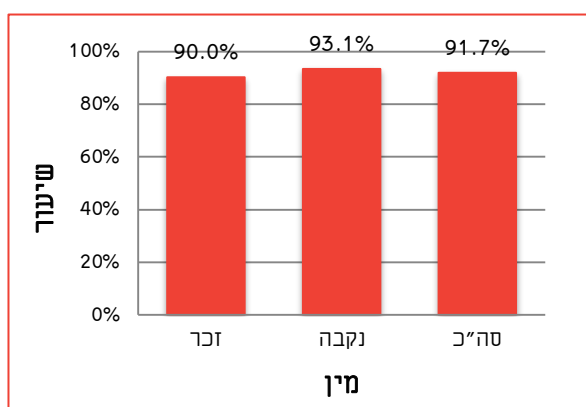
תרשים 57 לפי גיל, 2012



תרשים 59 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 58 לפי מין, 2012



שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 54-35

מבוטחים עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-190 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 54-35 אשר ביצעו בדיקת LDL בחמש השנים האחרונות (מכנה)

טבלה 45 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל		
	סה"כ	45-54	35-44
2010	מונה	583,926	629,884
	מכנה	651,464	677,951
	שיעור	89.6%	92.9%
2011	מונה	593,396	659,910
	מכנה	661,064	709,296
	שיעור	89.8%	93.0%
2012	מונה	602,838	689,476
	מכנה	670,479	738,936
	שיעור	89.9%	93.3%

טבלה 46 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל		
	סה"כ	45-54	35-44
זכר	מונה	277,881	306,012
	מכנה	311,411	337,365
	שיעור	89.2%	90.7%
נקבה	מונה	324,957	383,464
	מכנה	359,068	401,571
	שיעור	90.5%	95.5%
סה"כ	מונה	602,838	689,476
	מכנה	670,479	738,936
	שיעור	89.9%	93.3%

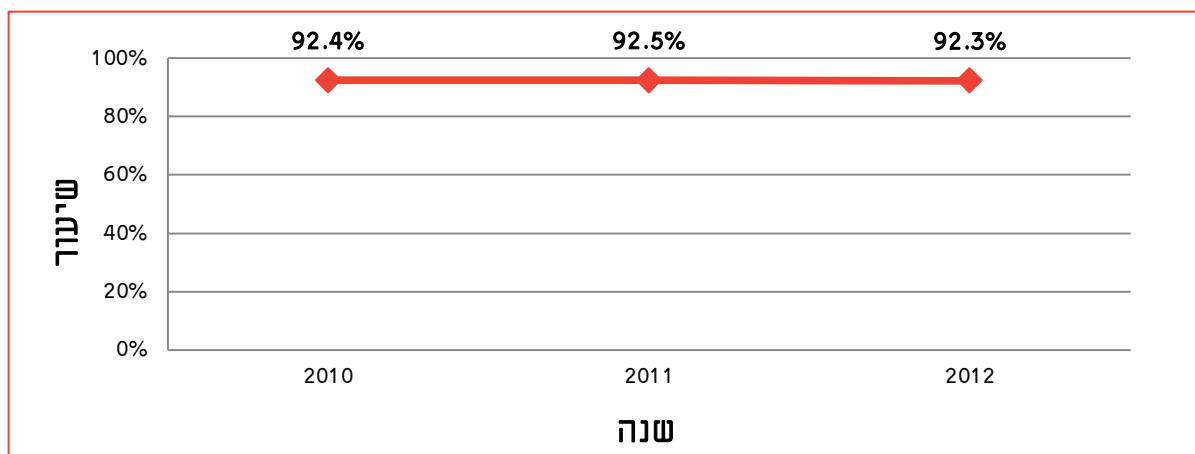
טבלה 47 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל		
	סה"כ	45-54	35-44
פטור	מונה	69,824	45,279
	מכנה	76,901	48,677
	שיעור	90.8%	93.0%
ללא פטור	מונה	533,014	644,197
	מכנה	593,578	690,259
	שיעור	89.8%	93.3%
סה"כ	מונה	602,838	689,476
	מכנה	670,479	738,936
	שיעור	89.9%	93.3%

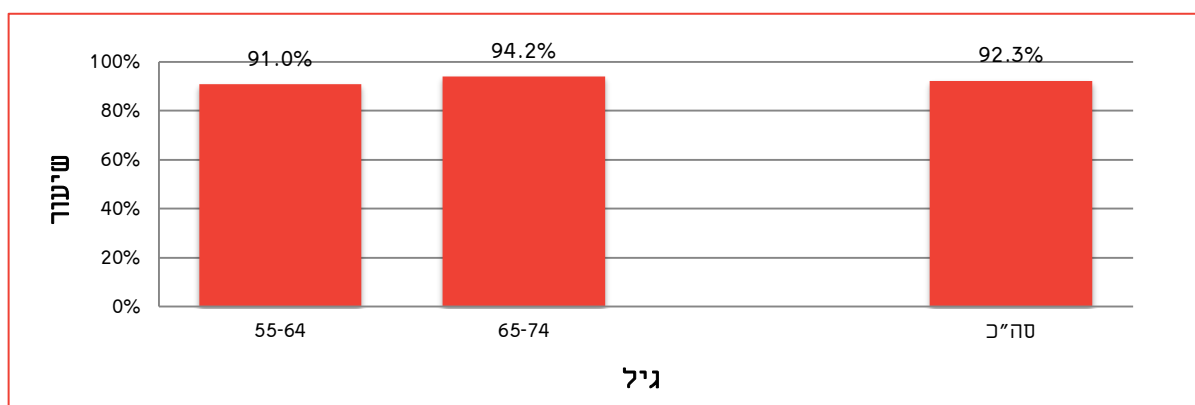
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 74-55

שיעור המבוטחים עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-190 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-55 אשר ביצעו בדיקת LDL בשנת המדד (מכנה)

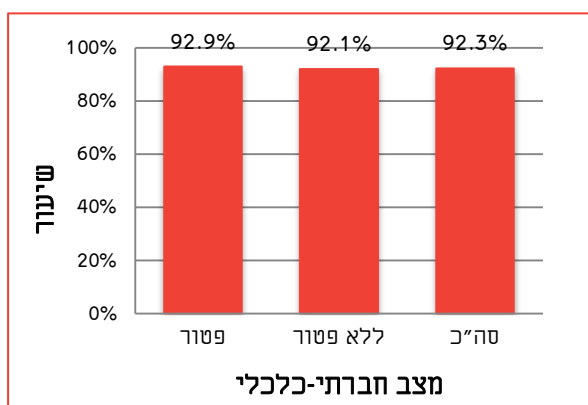
תרשים 60 לפי שנה, 2012-2010



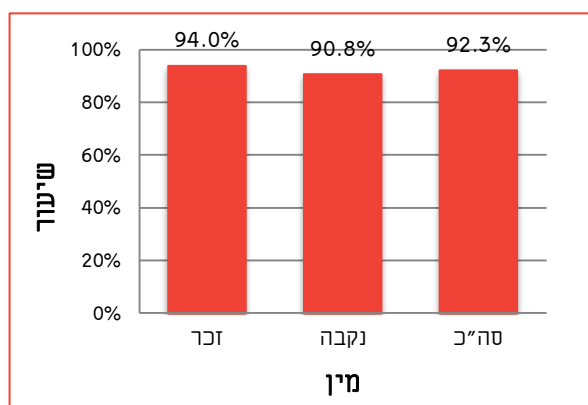
תרשים 61 לפי גיל, 2012



תרשים 63 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 62 לפי מין, 2012



שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 74-55

מבוטחים עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-190 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-55 אשר ביצעו בדיקת LDL בשנת המדד (מכנה)

טבלה 48 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל			סה"כ
	65-74	55-64	מונה	
2010	307,418	457,651	מונה	765,069
	325,694	502,088	מכנה	827,782
	94.4%	91.1%	שיעור	92.4%
2011	318,108	473,445	מונה	791,553
	337,026	519,068	מכנה	856,094
	94.4%	91.2%	שיעור	92.5%
2012	333,177	472,535	מונה	805,712
	353,680	519,322	מכנה	873,002
	94.2%	91.0%	שיעור	92.3%

טבלה 49 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	65-74	55-64	מונה	
זכר	152,280	218,351	מונה	370,631
	158,883	235,213	מכנה	394,096
	95.8%	92.8%	שיעור	94.0%
נקבה	180,897	254,184	מונה	435,081
	194,797	284,109	מכנה	478,906
	92.9%	89.5%	שיעור	90.8%
סה"כ	333,177	472,535	מונה	805,712
	353,680	519,322	מכנה	873,002
	94.2%	91.0%	שיעור	92.3%

טבלה 50 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל			סה"כ
	65-74	55-64	מונה	
פטור	127,374	111,663	מונה	239,037
	135,613	121,797	מכנה	257,410
	93.9%	91.7%	שיעור	92.9%
ללא פטור	205,803	360,872	מונה	566,675
	218,067	397,525	מכנה	615,592
	94.4%	90.8%	שיעור	92.1%
סה"כ	333,177	472,535	מונה	805,712
	353,680	519,322	מכנה	873,002
	94.2%	91.0%	שיעור	92.3%

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

רציונאל: יתר לחץ דם מהווה גורם סיכון שכיח למחלות לב וכלי דם. שבץ מוח, אי-ספיקת 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 חיים, איזון תזונתי ותרופתי לשם הפחתת הסיכון למחלות רבות.

מכנה: מבוטחים בני 20-54 ובני 55-74

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד לחץ דם (בבני 20-54 – לפחות פעם אחת בחמש השנים האחרונות; בבני 55-74 – בשנת המדד)

הערות: אין

תוצאות (תרשימים 64-71 וטבלאות 51-56)

בני 20-54

בשנת 2012 שיעור הביצוע של מדידות לחץ דם בבני 20-54 עמד על 91.3%. השיעור הציג מגמת שיפור הדרגתית במהלך שנות המעקב מ-88.2% בשנת 2010. בשנת 2012, שיעור הביצוע עלה עם הגיל, מ-88.8% בקרב בני 20-34 ל-95% בקרב בני 45-54.

שיעור הביצוע בקרב נשים גבוה מהשיעור בקרב הנברים ג (94.1% לעומת 88.2%).

בקרב מבוטחים במעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) השיעור היה מעט גבוה יותר (93.8%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (91.1%).

בני 55-74

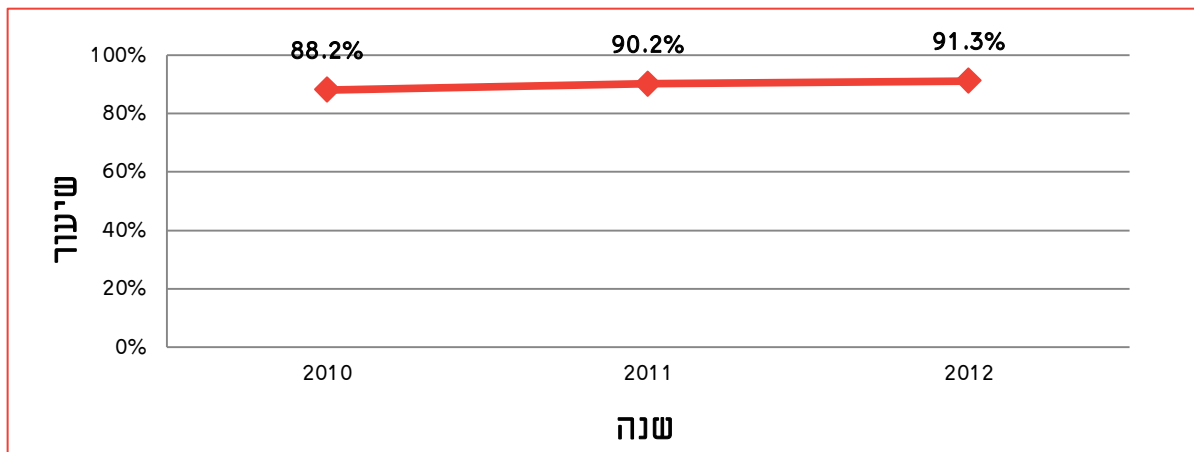
בשנת 2012 שיעור הביצוע של מדידות לחץ דם עמד על 80.6% בקרב בני 55-74, שיעור דומה לזה שנמצא בשנים קודמות (81.7% ו-81.4% בשנים 2010 ו-2011, בהתאמה). שיעור הביצוע בשנת 2012 עלה עם הגיל – מ-77.4% בקבוצת הגיל 55-64 ל-85.9% בקרב בני 65-74.

בשנת 2012, שיעור הביצוע בקרב נשים היה גבוה מזה של גברים (82.1% לעומת 78.9%). בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי השיעור היה נמוך (בעלי פטור) לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (85.8% לעומת 78.6%).

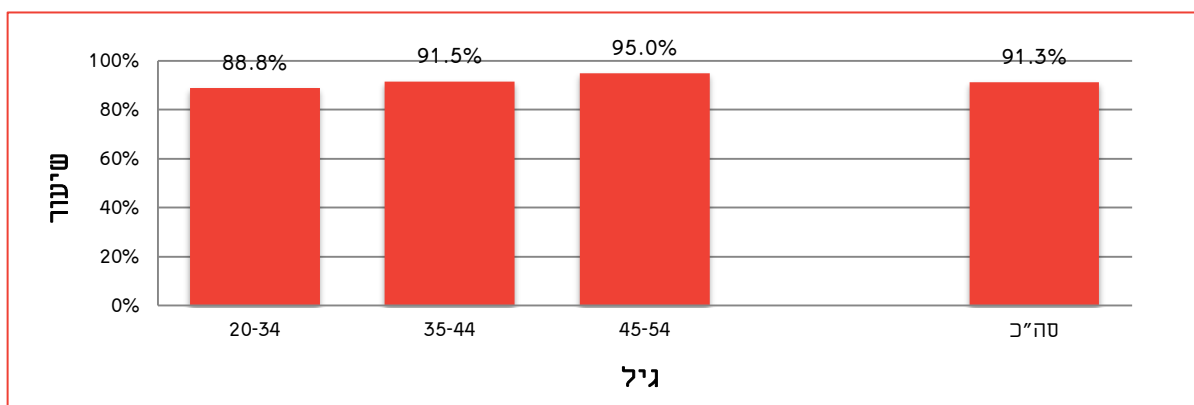
שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54

שיעור המבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-54 (מכנה)

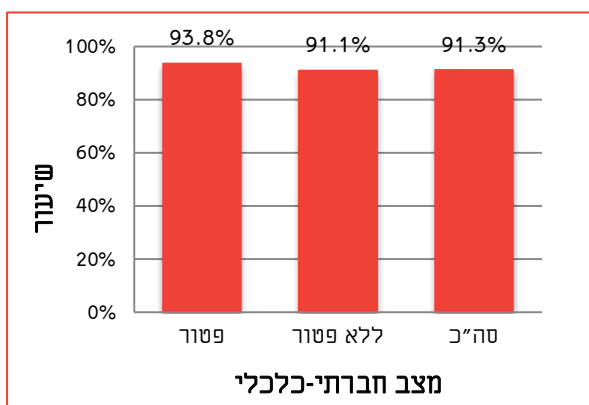
תרשים 64 לפי שנה, 2012-2010



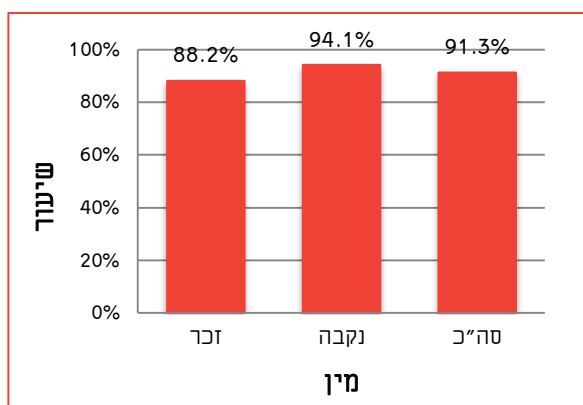
תרשים 65 לפי גיל, 2012



תרשים 67 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 66 לפי מין, 2012



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 51 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל	גיל			סה"כ
		45-54	35-44	20-34	
2010	מונה	681,280	741,510	1,005,280	2,428,070
	מכנה	728,704	836,583	1,188,700	2,753,987
	שיעור	93.5%	88.6%	84.6%	88.2%
2011	מונה	693,565	778,336	1,047,317	2,519,218
	מכנה	734,022	859,851	1,198,045	2,791,918
	שיעור	94.5%	90.5%	87.4%	90.2%
2012	מונה	703,802	809,769	1,073,245	2,586,816
	מכנה	740,910	884,840	1,208,602	2,834,352
	שיעור	95.0%	91.5%	88.8%	91.3%

טבלה 52 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל			סה"כ
		45-54	35-44	20-34	
זכר	מונה	335,649	381,494	475,389	1,192,532
	מכנה	357,607	428,591	565,975	1,352,173
	שיעור	93.9%	89.0%	84.0%	88.2%
נקבה	מונה	368,153	428,275	597,856	1,394,284
	מכנה	383,303	456,249	642,627	1,482,179
	שיעור	96.0%	93.9%	93.0%	94.1%
סה"כ	מונה	703,802	809,769	1,073,245	2,586,816
	מכנה	740,910	884,840	1,208,602	2,834,352
	שיעור	95.0%	91.5%	88.8%	91.3%

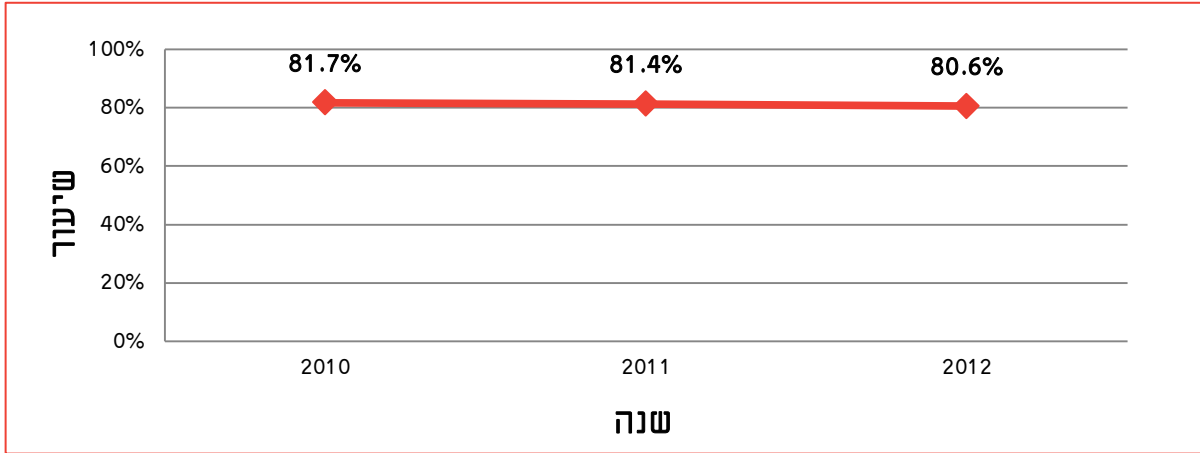
טבלה 53 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל			סה"כ
		45-54	35-44	20-34	
פטור	מונה	78,797	50,628	44,329	173,754
	מכנה	81,718	54,031	49,550	185,299
	שיעור	96.4%	93.7%	89.5%	93.8%
ללא פטור	מונה	625,005	759,141	1,028,916	2,413,062
	מכנה	659,192	830,809	1,159,052	2,649,053
	שיעור	94.8%	91.4%	88.8%	91.1%
סה"כ	מונה	703,802	809,769	1,073,245	2,586,816
	מכנה	740,910	884,840	1,208,602	2,834,352
	שיעור	95.0%	91.5%	88.8%	91.3%

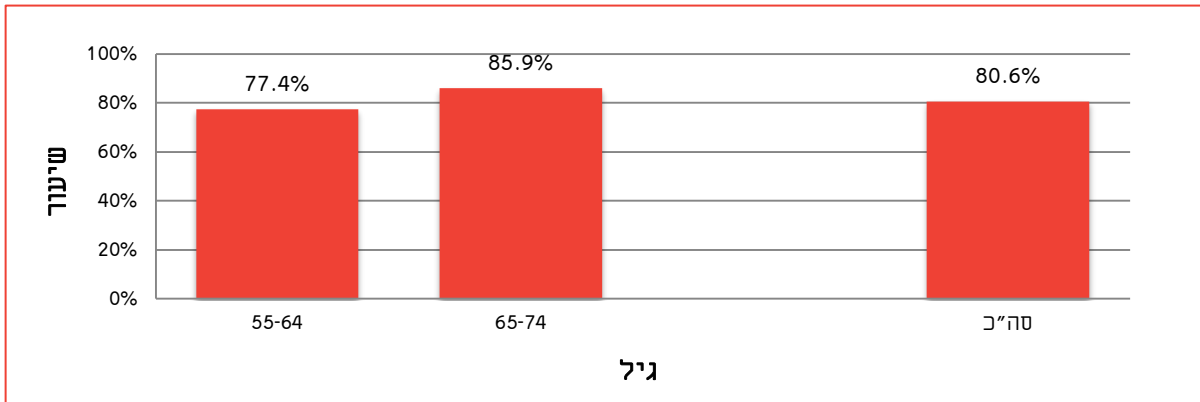
שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55

שיעור המבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בשנת המדד (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-55 (מכנה)

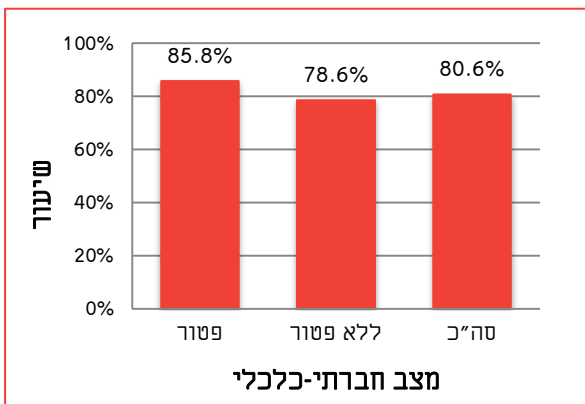
תרשים 68 לפי שנה, 2012-2010



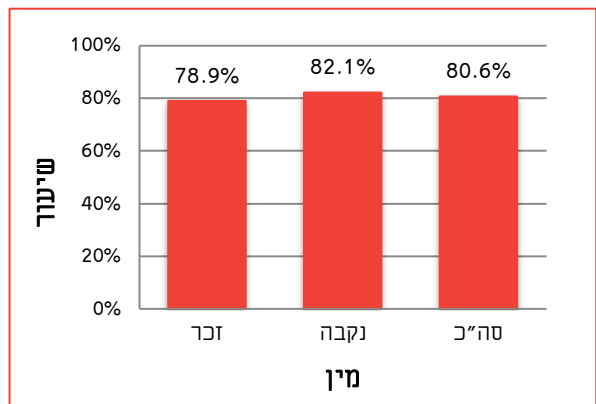
תרשים 69 לפי גיל, 2012



תרשים 71 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 70 לפי מין, 2012



שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55

מבוטחים עם תיעוד מדידת לחץ דם בשנת המדד (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-55 (מכנה)

טבלה 54 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

סו"כ	גיל		שנה
	65-74	55-64	
869,150	337,316	531,834	מונה
1,063,465	386,100	677,365	מכנה
81.7%	87.4%	78.5%	שיעור
893,044	346,617	546,427	מונה
1,097,259	398,410	698,849	מכנה
81.4%	87.0%	78.2%	שיעור
909,355	362,681	546,674	מונה
1,128,381	421,989	706,392	מכנה
80.6%	85.9%	77.4%	שיעור

טבלה 55 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

סו"כ	גיל		שנה
	65-74	55-64	
418,316	164,756	253,560	מונה
530,136	193,848	336,288	מכנה
78.9%	85.0%	75.4%	שיעור
491,039	197,925	293,114	מונה
598,245	228,141	370,104	מכנה
82.1%	86.8%	79.2%	שיעור
909,355	362,681	546,674	מונה
1,128,381	421,989	706,392	מכנה
80.6%	85.9%	77.4%	שיעור

טבלה 56 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

סו"כ	גיל		שנה
	65-74	55-64	
267,813	139,996	127,817	מונה
312,220	159,291	152,929	מכנה
85.8%	87.9%	83.6%	שיעור
641,542	222,685	418,857	מונה
816,161	262,698	553,463	מכנה
78.6%	84.8%	75.7%	שיעור
909,355	362,681	546,674	מונה
1,128,381	421,989	706,392	מכנה
80.6%	85.9%	77.4%	שיעור

שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 35-74, אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות, אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים של תרופות להורדת LDL בשנת המדד

רציונאל: 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, 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 35-74 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 72-75 וטבלאות 57-59)

בשנת 2012 היו בישראל 62,382 חולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות, מתוכם 83.7% רכשו תרופות להורדת LDL. שיעור זה דומה לשיעור בשנים קודמות (84.7% ו-84.3% בשנים 2010 ו-2011, בהתאמה). שיעור רכישת התרופות עולה עם הגיל, מ-63.9% בקרב בני 35-44 שנים, ועד 88.4% בקרב בני 65-74.

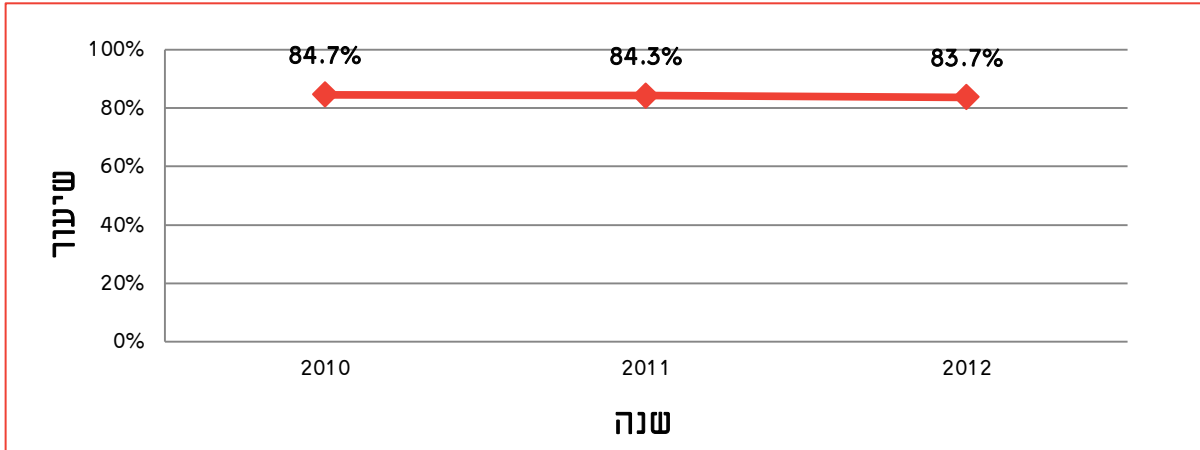
מתוך החולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי, שיעור הגברים אשר רכשו תרופות להורדת LDL גבוה יותר מאשר שיעור הנשים, 84.7% לעומת 79.9%. הבדל ניכר בין המינים נצפה בקבוצת הגיל הצעירה (35-44 שנים), בה ההפרש האבסולוטי עמד על 41.0%.

שיעור הרוכשים דומה בחולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) וגבוה (ללא פטור), (בשנת 2012 השיעור עמד על 84.5% ו-83.3%, בהתאמה).

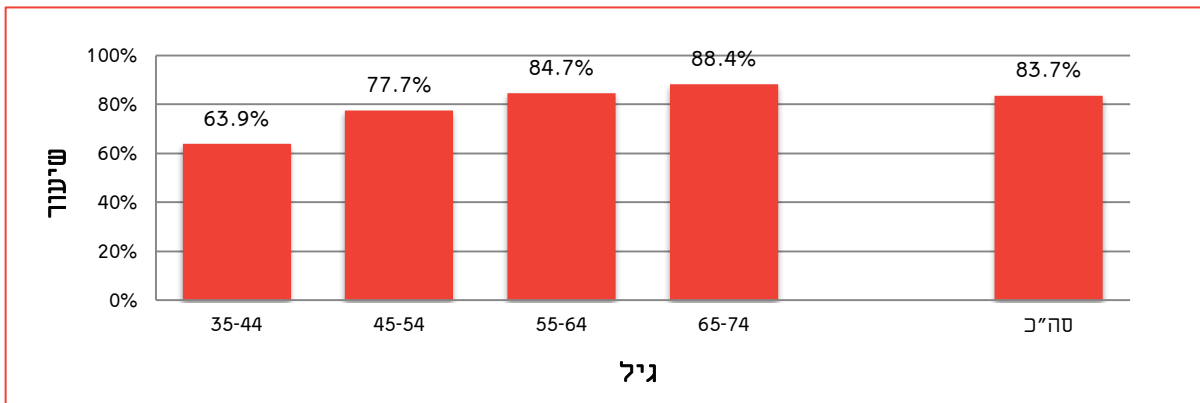
שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 74-35

שיעור המבוטחים אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים בחודשים שונים של תרופות להורדת LDL (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-35, אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי (מכנה)

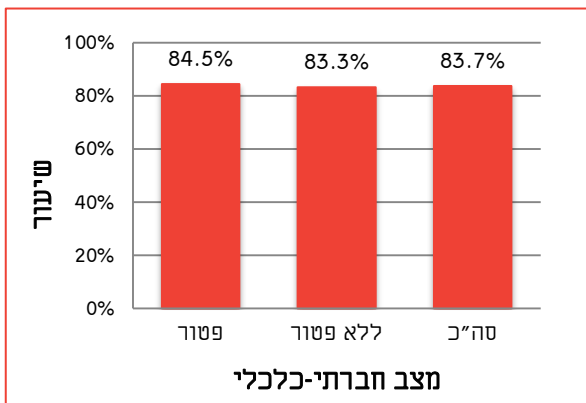
תרשים 72 לפי שנה, 2012-2010



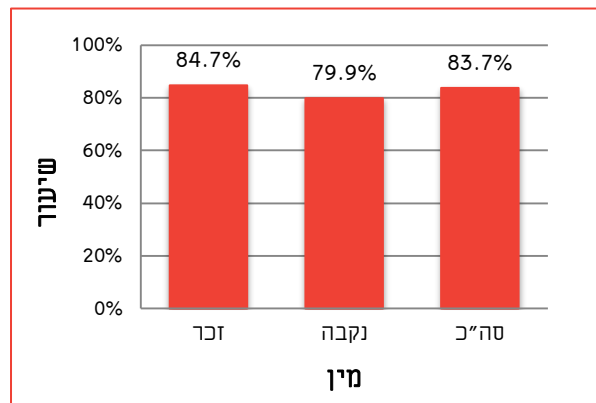
תרשים 73 לפי גיל, 2012



תרשים 75 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 74 לפי מין, 2012



שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35-74

מבוטחים אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים בחודשים שונים של תרופות להורדת LDL (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74, אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי (מכנה)

טבלה 57 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל				
	65-74	55-64	45-54	35-44	סה"כ
2010	19,919	21,734	9,744	1,883	מונה 53,280
	22,289	25,269	12,412	2,956	מכנה 62,926
	89.4%	86.0%	78.5%	63.7%	שיעור 84.7%
2011	19,909	21,600	9,475	1,811	מונה 52,795
	22,365	25,273	12,141	2,843	מכנה 62,622
	89.0%	85.5%	78.0%	63.7%	שיעור 84.3%
2012	19,971	21,194	9,233	1,843	מונה 52,241
	22,600	25,017	11,883	2,882	מכנה 62,382
	88.4%	84.7%	77.7%	63.9%	שיעור 83.7%

טבלה 58 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל				
	65-74	55-64	45-54	35-44	סה"כ
זכר	15,034	17,682	8,165	1,679	מונה 42,560
	16,976	20,739	10,208	2,346	מכנה 50,269
	88.6%	85.3%	80.0%	71.6%	שיעור 84.7%
נקבה	4,937	3,512	1,068	164	מונה 9,681
	5,624	4,278	1,675	536	מכנה 12,113
	87.8%	82.1%	63.8%	30.6%	שיעור 79.9%
סה"כ	19,971	21,194	9,233	1,843	מונה 52,241
	22,600	25,017	11,883	2,882	מכנה 62,382
	88.4%	84.7%	77.7%	63.9%	שיעור 83.7%

טבלה 59 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל				
	65-74	55-64	45-54	35-44	סה"כ
פטור	9,058	7,577	2,463	398	מונה 19,496
	10,251	9,033	3,172	610	מכנה 23,066
	88.4%	83.9%	77.6%	65.2%	שיעור 84.5%
ללא פטור	10,913	13,617	6,770	1,445	מונה 32,745
	12,349	15,984	8,711	2,272	מכנה 39,316
	88.4%	85.2%	77.7%	63.6%	שיעור 83.3%
סה"כ	19,971	21,194	9,233	1,843	מונה 52,241
	22,600	25,017	11,883	2,882	מכנה 62,382
	88.4%	84.7%	77.7%	63.9%	שיעור 83.7%

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35-74

הגדרת המדד: שיעור המבוטחים בני 35-74 אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות שבבדיקת דם נמצאה אצלם רמת כולסטרול LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל

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 בינלאומיות קבעו כי בחולים עם מחלות לב רמת היעד של כולסטרול LDL היא מתחת ל-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל).

מכנה: מבוטחים בני 35-74 לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות אשר ביצעו 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 לחלופין רמת כולסטרול non-HDL נמוכה או שווה ל-130 מ"ג/ד"ל)

הערות: הבדיקה של רמות כולסטרול non-HDL הינה חידוש שבוצע החל מדו"ח זה; בהינתן בדיקה של רמת כולסטרול LDL אמינה (שבמקביל ללקיחתה תועדה רמת טריגליצרידים הנמוכה מ-300 מ"ג/ד"ל) ועדכנית לשנת המדד, נבדקה עמידה ביעד של רמת LDL. אולם כאשר רמת הטריגליצרידים הייתה גבוהה נבדקה עמידה ביעד של רמת כולסטרול non-HDL.

תוצאות (תרשימים 76-79 וטבלאות 60-62)

בשנת 2012 נמדדה רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל ב-72.2% מהחולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי. שיעורים דומים נצפו בשנות המעקב 2010-2011. שיעור החולים בעלי רמת LDL תקינות עולה בהדרגה עם הגיל, מ-59.8% בבני 35-44 שנים ועד 76.9% בבני 65-74.

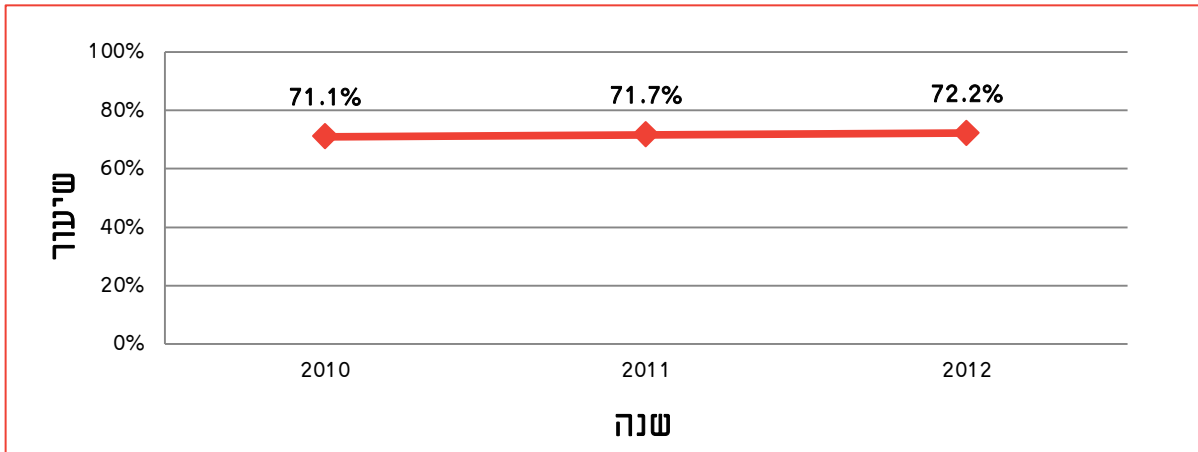
שיעור הגברים בעלי רמת LDL בטווח היעד היה גבוה יותר משיעור הנשים, 73.9% לעומת 65.4%. מגמה זו נצפתה בכל קבוצות הגיל.

הבדל קטן נצפה על רקע מעמד חברתי-כלכלי – 70.9% מהמבוטחים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היו בעלי רמת LDL מאוזנת, לעומת 73.0% בקרב אלו ממעמד גבוה (ללא פטור).

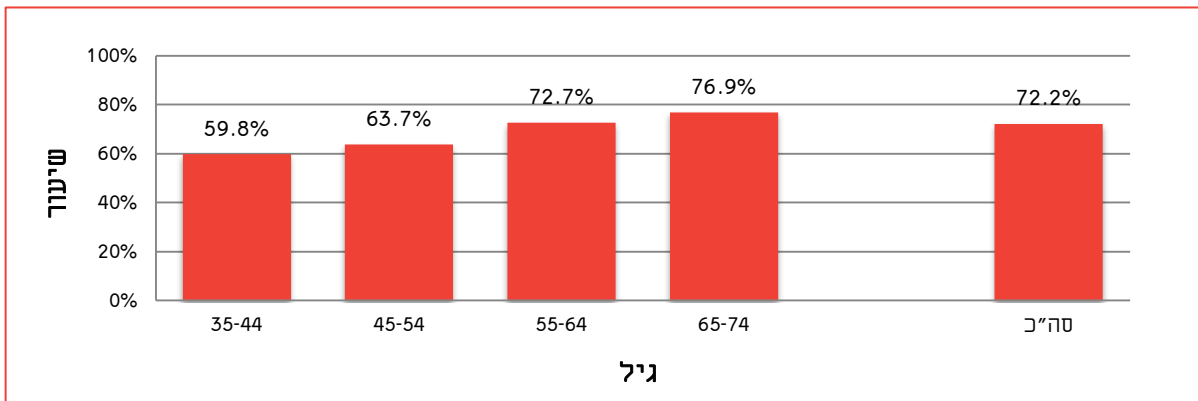
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35-74

שיעור המבוטחים אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת LDL הייתה נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי אשר ביצעו בדיקת LDL (מכנה)

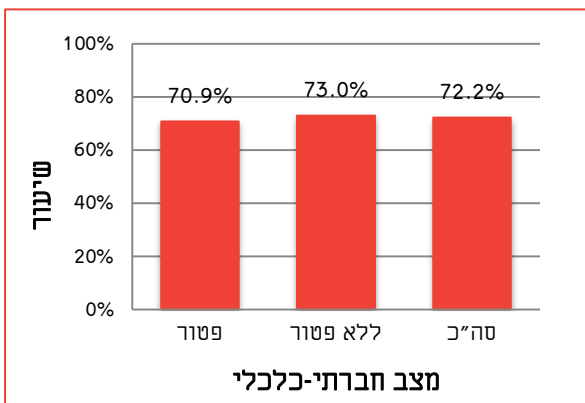
תרשים 76 לפי שנה, 2012-2010



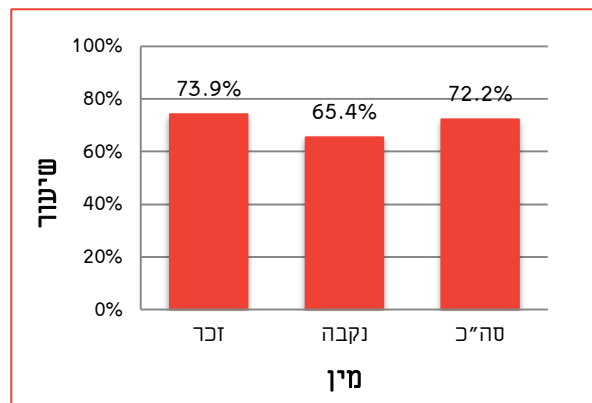
תרשים 77 לפי גיל, 2012



תרשים 79 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 78 לפי מין, 2012



שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35-74

מבוטחים אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת LDL הייתה נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי אשר ביצעו בדיקת LDL (מכנה)

טבלה 60 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל					סה"כ
	65-74	55-64	45-54	35-44		
2010	15,923	16,095	6,402	1,251	מונה	39,671
	20,825	22,414	10,275	2,307	מכנה	55,821
	76.5%	71.8%	62.3%	54.2%	שיעור	71.1%
2011	16,055	16,196	6,246	1,235	מונה	39,732
	20,817	22,436	9,983	2,161	מכנה	55,397
	77.1%	72.2%	62.6%	57.1%	שיעור	71.7%
2012	16,096	16,042	6,232	1,342	מונה	39,712
	20,926	22,067	9,776	2,245	מכנה	55,014
	76.9%	72.7%	63.7%	59.8%	שיעור	72.2%

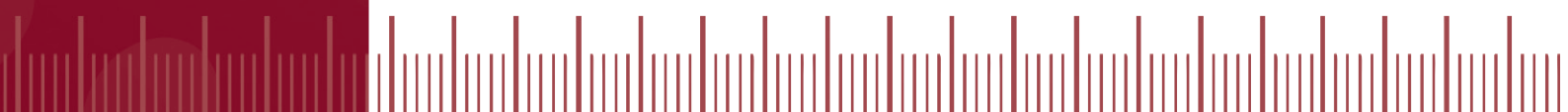
טבלה 61 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל					סה"כ
	65-74	55-64	45-54	35-44		
זכר	12,374	13,505	5,446	1,141	מונה	32,466
	15,623	18,153	8,315	1,839	מכנה	43,930
	79.2%	74.4%	65.5%	62.0%	שיעור	73.9%
נקבה	3,722	2,537	786	201	מונה	7,246
	5,303	3,914	1,461	406	מכנה	11,084
	70.2%	64.8%	53.8%	49.5%	שיעור	65.4%
סה"כ	16,096	16,042	6,232	1,342	מונה	39,712
	20,926	22,067	9,776	2,245	מכנה	55,014
	76.9%	72.7%	63.7%	59.8%	שיעור	72.2%

טבלה 62 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל					סה"כ
	65-74	55-64	45-54	35-44		
פטור	7,163	5,696	1,621	297	מונה	14,777
	9,512	8,149	2,699	490	מכנה	20,850
	75.3%	69.9%	60.1%	60.6%	שיעור	70.9%
ללא פטור	8,933	10,346	4,611	1,045	מונה	24,935
	11,414	13,918	7,077	1,755	מכנה	34,164
	78.3%	74.3%	65.2%	59.5%	שיעור	73.0%
סה"כ	16,096	16,042	6,232	1,342	מונה	39,712
	20,926	22,067	9,776	2,245	מכנה	55,014
	76.9%	72.7%	63.7%	59.8%	שיעור	72.2%

סוכרת



סוכרת

רקע

תאור המחלה

המונח סוכרת מייצג מספר מחלות מטבוליות שהמשותף לכולן הוא רמת גלוקוז גבוהה בניסוב. סוכרת סוג 2 וסוג 1 מהוות את רב רובם של מצבי הסוכרת השונים (כ-90% ו-10%-5% ממקרי הסוכרת בהתאמה). בעוד שסוכרת סוג 1 נגרמת מחוסר באינסולין (עקב הרס חיסוני לרוב של תאי בטא בבלבל), סוכרת סוג 2 הינה לרוב תוצאה של עמידות לאינסולין ברקמות הגוף, כגון שריר ושומן במקביל לחסר יחסי של אינסולין.

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 לאבחנה המחלה כוללות רמת המוגלובין מסוכר (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 אקראית במידה ומתלווים לה תסמיני מחלה אופייניים (פוליאוריה, שתייה מרובה, ירידה במשקל או טשטוש ראיה) (Longo et al., 2012).

לשם שיפור תוקף המדדים בתחום הסוכרת, בוצע בדו"ח זה עדכון נרחב בדרך שבה מוגדר חולי בסוכרת. עד כה זיהוי החולים בוצע לפי רכישת תרופות לטיפול במחלת הסוכרת בלבד. החל מדו"ח זה חולי בסוכרת מוגדר הן לפי רכישת תרופות והן לפי בדיקות מעבדה הקיימות בתיק הרפואי של המבוטח (HbA1c ורמות גלוקוז).

היבטים אפידמיולוגיים

מחלת הסוכרת, בעיקר סוכרת סוג 2, נפוצה ביותר, ושכיחותה בעולם הולכת ועולה בעשורים האחרונים. העלייה בשכיחות המחלה מיוחסת לעלייה בתוחלת החיים, עליה בהישרדות של חולים הסובלים מסוכרת, מעבר לסביבת מגורים עירונית ושכיחות הולכת ועולה של השמנת יתר והעדר פעילות גופנית. בשנת 1985 הוערך מספר חולי הסוכרת בני 20 ומעלה ברחבי העולם בכ-30 מיליון, ובשנת 2000 בכ-170 מיליון. לפי הערכת ארגון הבריאות העולמי חיים כיום בעולם 374 מיליון איש הסובלים מסוכרת (WHO, 2012(a)). בשנת 2030 צפוי מספר החולים להאמיר ל-439 מיליון איש, עם הימצאות עולמית של 7.7%, והסוכרת צפויה להפוך לגורם התמותה השביעי בחשיבותו בעולם (WHO, 2012(b); Shaw, Sicree, & Zimmet, 2010). לתחלואה בסוכרת משמעות כלכלית כבדה, ומעריכים כי 14% מהוצאות הבריאות בארה"ב מופנות לטיפול במחלה וסיבוכיה.

בישראל, על פי סקרי הבריאות הלאומיים, שיעור ההמצאות של חולי הסוכרת בקרב אוכלוסיית ישראל הבוגרת נע בין 7.6% ל-8.8% (משרד הבריאות, 2011(ה)). במידה וימשכו מגמות גידול האוכלוסייה והעלייה בהיארעות הסוכרת בישראל מעריכים כי בשנת 2030 יהיו בארץ 1,200,000 חולי סוכרת (מוסנזון & רז, 2013). בשנים 2008-2010 יוחסו 5.8% ממקרי התמותה בארץ לסוכרת וסיבוכיה והיא הפכה לגורם התמותה השלישי בחשיבותו, לאחר שאתות ממאירות ומחלות לב ולפני מחלות כלי דם במוח. למרות ירידה של כ-15% בשיעור התמותה מסוכרת בארץ בתקופה שבין 2008-2010 לעומת 1999-2001, השיעור עדיין גבוה בהשוואה לארה"ב ולמדינות אירופה (משרד הבריאות, 2013(ד)).

על אף ירידה בהיארעות של חלק מסיבוכי הסוכרת, סיבוכים אלו עדיין מהווים נטל תחלואה משמעותי על מערכת הבריאות בארץ: שיעור היארעות העיוורון על רקע סוכרתי ירד משמעותית מ-4.8 ל-100,000 בשנת 2000 ל-3.2 ל-100,000 בשנת 2007. עם זאת, בשנת 2007 חיו בישראל 2330 עיוורים על רקע סוכרתי. על פי השרות לעיוור במשרד הרווחה, סוכרת הייתה אחראית ל-11% מ-1,309 מקרי העיוורון החדשים בישראל בשנת 2011 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2011).

מנתוני המאגר הישראלי לדיאליזה והשתלת כליה עולה כי נפרופתיה סוכרתית היא הסיבה השכיחה ביותר להתחלת טיפול בדיאליזה בישראל (האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם, 2012). בשנת 1990 היוו חולי הסוכרת 18% מכלל החולים החדשים שהחלו טיפול בדיאליזה, ושיעור זה עלה ל-45% בשנת 2010. מבין כל החולים שהיו מטופלים בדיאליזה בשנת 1990, 11.7% פיתחו את אי ספיקת הכליות על רקע סוכרת ושיעור זה עלה ל-42.7% בשנת 2010. בשנת 2010, 12.8% מקרב החולים שעברו השתלת כליה וחיים עם כליה מתפקדת פיתחו את מחלת הכליה על רקע סוכרת.

בבדיקת שיעורי ההיארעות של קטיעות הגפיים בקרב חולי סוכרת בישראל ניתן למצוא ירידה בעיקר בקרב בני 65 ומעלה, מ-12 ל-100,000 בשנת 2004 ל-8 ל-100,000 בשנת 2007. עם זאת, על פי נתוני משרד הבריאות 70%-78% מכלל הקטיעות בגפיים התחתונות בשנים 1998-2007 היו בקרב חולי סוכרת. מספר חולי הסוכרת בישראל שעברו קטיעות גפיים תחתונות נשאר יציב מידי שנה מאז שנת 2000 ועומד על כ-1100 לשנה (משרד הבריאות, 2010).

נתונים אלו מדגימים נטל תחלואה ניכר, וטיפול איכותי תורם 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, לא נמצא גורם גנטי בודד לסוכרת ואופן ההשפעה של תורשה על התפתחות הסוכרת נראה מורכב. גורמים סביבתיים המעלים את הסיכון לסוכרת, בעיקר מסוג 2, הם בראש וראשונה השמנת-יתר וחוסר בפעילות גופנית.

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.

לצורך איזון רמות הגלוקוז בדם הוכנסו בשנים האחרונות מגוון תרופות חדשות במתן פומי ובהזרקה. אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעילות הטיפול הוא בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכר (HbA1c), המשקפת את מידת איזון הסוכרת ב-2-3 החודשים שקדמו לבדיקה, והיא בעלת ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה.

בשנים האחרונות התפרסמו מספר מחקרים חשובים המהווים ציון דרך בכל הנוגע לחשיבות הטיפול יועדי איזון הסוכרת. מחקר ה-Diabetes Control and Complications Trial and Follow-up Study (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2010) ומחקר ה-UK Prospective Diabetes Study (2012) בסוכרת סוג 2 הראו, כי השגת איזון הדוק, כפי שמשתקף בערכי HbA1c קרובים לתקין, יש בו כדי למנוע סיבוכים בכלי דם קטנים ועל ידי כך למנוע פגיעה ברשתית העין, בכליה ובעצבים.

יתרונותיו של איזון הדוק לגבי מחלות לב וכלי דם, המבטאות פגיעה בכלי הדם הגדולים, הם פחות ברורים. למרות שבמחקרים הנ"ל, שכללו חולים בשלב מוקדם של המחלה, הודגמה ירידה בתחלואה לטווח הארוך, מחקרים מאוחרים יותר, שהתבצעו בחולים וותיקים, היו פחות חד משמעיים: מחקרי ה-Action in Diabetes and Vascular Disease Trial (Patel et al., 2008) וה-Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes trial (ACCORD, 2008) וכן ה-Veterans Affairs Diabetes Trial (Duckworth et al., 2009), 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%. מידע רב זה מהווה בסיס להנחיות לטיפול בסוכרת באוכלוסייה, ומהווה מקור למדדי האיכות.

הקריטריון המקובל כיום לאיזון טוב לכלל חולי הסוכרת הינו רמת HbA1c נמוכה מ-7%. אך בקרב האוכלוסייה המבוגרת יש לשקול את היתרונות של איזון סוכר קפדני אל מול סכנת ההיפוגליקמיה; מצד אחד האוכלוסייה המבוגרת מרוויחה פחות מהורדת הסיכון העתידי לסיבוכים מיקרווסקולאריים, ומצד שני היפוגליקמיה הופכת הן יותר קשה לצפייה בגיל המבוגר והן בעלת השלכות פוטנציאליות חמורות יותר בטווח הזמן המיידני אחרי שהתרחשה (Qaseem et al., 2007). על כן, הקריטריון המומלץ לאיזון סוכרת באוכלוסייה המבוגרת, כמו גם בקרב חולים בעלי משך מחלה ארוך, הינו רמת HbA1c הנמוכה מ-8% (American Diabetes Association, 2013). ממצאים אלו הביאו לשינוי בהגדרת המדדים כפי שמפורט בהמשך.

במקביל לנסיון 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 הפריפרית ובדיקת כפות הרגליים, כולל דפקים ותחושה. תדירות הבדיקות המומלצת היא לרוב אחת לשנה.

עד כה, מדדי האיכות לניטור סיבוכי סוכרת כלל בדיקות שנתיות אצל רופאי עיניים. החל מהדו"ח הנוכחי מדדים אלה שונו כדי לשקף קווים מנחים בינלאומיים. האיגוד האמריקאי לסוכרת (ADA) מציין, שאכן, יש לבצע בדיקות עיניים פעם בשנה בחולי סוכרת סוג 1 וסוג 2, אך ניתן לשקול תדירות נמוכה יותר (פעם בשנתיים-שלוש) לאחר בדיקה אחת או יותר שהן תקינות (American Diabetes Association, 2013). בדו"ח הנוכחי התדירות המומלצת 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

מאחר ומחלות לב וכלי דם הן בעלות נטל תחלואה ותמותה גבוה בקרב חולי סוכרת, ומאחר וחולי סוכרת הם לעיתים קרובות בעלי גורמי סיכון מרובים למחלות לב וכלי דם, יש חשיבות רבה לאיזון קפדני של גורמי הסיכון האחרים כולל: יתר לחץ דם, רמות גבוהות של שומנים בדם, השמנת יתר, ועישון. למעשה, עבור חלק מהגורמים נקבע ערך יעד מחמיר יותר לאיזון עבור חולי סוכרת ביחס לשאר האוכלוסייה.

בדו"ח הנוכחי, ערכי היעד של מדידות לחץ הדם בחולי סוכרת שונו מ-130/80 מ"מ כספית ל-140/90 מ"מ כספית. שינוי זה משקף הנחיות עדכניות למניעה וטיפול בסיבוכי סוכרת. כך, מחקרים הדגימו, שהרווח משליטה הדוקה יותר על ערכי לחץ הדם (מתחת ל-130 מ"מ כספית סיסטולי) בסיכון לתחלואה קרדיווסקולרית וכלייתית הינו מוגבל (American Diabetes Association, 2013; Cushman et al., 2010).

מחקרים אפידמיולוגים מהווים תמיכה לכך שחולי סוכרת, ובייחוד אלה הסובלים מסיבוכים הכוללים מחלת לב וכליות, מצויים בסיכון מוגבר לסיבוכים, אשפוזים ותמותה כתוצאה ממחלת השפעת ומחלה פניאומוקולית. לאור זאת, קיימת המלצה להקפיד על מתן חיסונים נגד שפעת וזיהומים פניאומוקוליים בחולי סוכרת.

מדדים

המדדים בתחום הסוכרת מתמקדים בהימצאות המחלה ובאיכות הטיפול בה. מדדים אלו עברו עדכון מקיף לארונה כפי שמפורט בהמשך.

הימצאות סוכרת

✓ שיעור ההימצאות של סוכרת

עדכון בדו"ח הנוכחי – בדו"ח זה חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בעבר חולי סוכרת הוגדרו על פי רכישת תרופות בלבד.

איכות הטיפול בסוכרת

איזון גלוקוז בדם

✓ שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת

✓ שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 2-84

✓ שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת

עדכון בדו"ח הנוכחי – בדו"ח זה אוחדו המדדים העוסקים באיזון HbA1c למדד בודד, המציב יעד שונה לפי וותק המחלה ולפי גיל החולה. חולים וותיקים (מעל 10 שנות מחלה) וחולים בני 75 ומעלה נדרשים לאיזון רמות סוכר פחות מחמיר (HbA1c נמוך מ-8%), בעוד שיתר החולים נדרשים לאיזון קפדני יותר (HbA1c נמוך מ-7%). בדו"ח הקודם הוצגו שני מדדי איזון עם הבחנה בערך היעד לפי קבוצת גיל אך לא בוצעה הבחנה לפי וותק מחלה.

ניטור סיבוכי סוכרת

✓ שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת

עדכון בדו"ח הנוכחי – מדד זה עבר ריבוד על פי צורך בתדירות שונה לבדיקת עיניים לפי וותק מחלה (פעם בשנה בחולים עם משך מחלה ארוך – מעל 10 שנים, ופעם בשנתיים בקרב יתר חולי הסוכרת).

✓ שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת

ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

לחץ דם

✓ שיעור התייעוד 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

עדכון בדו"ח הנוכחי – ערכי היעד של מדידות לחץ הדם בחולי סוכרת שעמדו על 130/80 מ"מ"כ כספית בדוחות הקודמים שונו ל-140/90 מ"מ"כ כספית בדו"ח זה.

כולסטרול

✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת

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

השמנה

✓ שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חיסונים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 5 ומעלה

✓ שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-72

שיעור ההימצאות של סוכרת

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. שכיחות המחלה עולה גם עם הגיל. בשנת 2000 השכיחות העולמית הייתה 0.2% מתחת לגיל 20, 8.6% מגיל 20-64, ו-20.1% במבוגרים מעל גיל 65.

מכנה: כלל המבוטחים בני שנתיים 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: עד לדו"ח הקודם הגדרת חולי הסוכרת התבססה על רכישת תרופות בלבד, אך לפי הערכות שונות כ-15% מכלל חולי הסוכרת אינם מטופלים תרופתית. על כן, לשם שיפור תוקף המדד, הורחבה ההגדרה כך שתהיה מבוססת גם על בדיקות מעבדה המגדירות חולי בסוכרת. כמו כן, הגדרת המחלה שונתה כך שתתבסס על ערכים מהשנה שקדמה לשנת המדד. זאת בכדי שהגדרות כל מדדי המשנה, הבודקים את איכות הטיפול במחלת הסוכרת, יהיו מבוססות על ההנחה שהמטופלים היו מוגדרים כחולי סוכרת במשך כל שנת המדד. טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני שנתיים ומעלה בלבד, בהתאמה להגדרת המחלה המבוססת כאמור על ממצאים בשנה שקדמה לשנת המדד.

תוצאות (תרשימים 80-83 וטבלאות 63-65)

על פי ההגדרה החדשה של חולי סוכרת בדו"ח זה, בשנת 2012 חיו בישראל 458,769 חולי סוכרת, המהווים 6.5% מכלל האוכלוסייה. שיעור ההימצאות של מחלת הסוכרת המשיך לעלות במהלך שנות המעקב בקצב קבוע של 0.3% לשנה. שיעור חולי הסוכרת עולה עם הגיל, ומגיע לשיא של 32.3% בקבוצת הגיל 75-84 שנים, עם ירידה בגילאי 85 שנה ומעלה. ראוי לציין כי שימוש בהגדרה החדשה הביא לעליה של כ-18% בהימצאות סוכרת בישראל. בשנת 2010 ההימצאות על פי ההגדרה הישנה הייתה 5.0% ואילו על פי ההגדרה החדשה ההימצאות עומדת על 5.9% (מנור וחב', 2012).

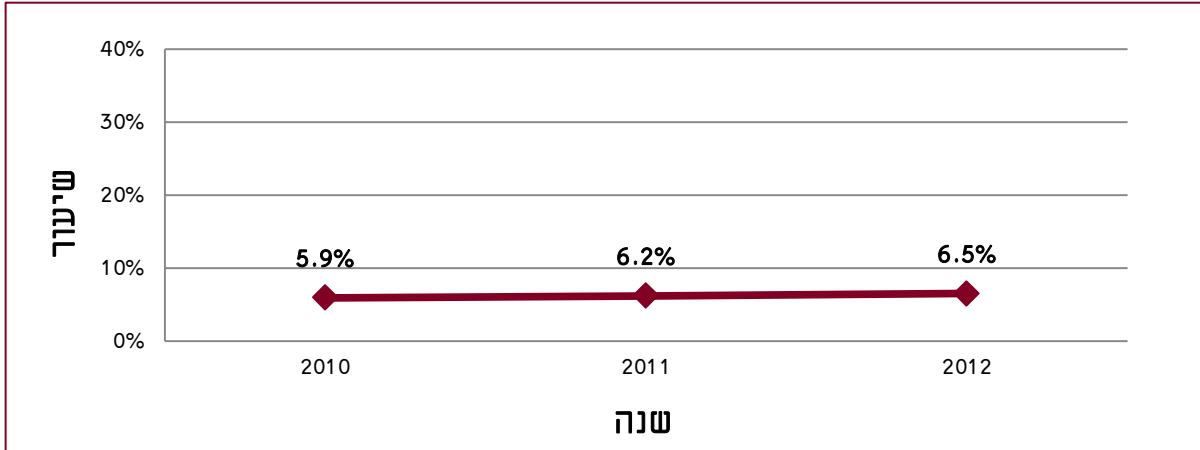
שיעור ההימצאות של סוכרת היה דומה בקרב כלל הגברים (6.6%) וכלל הנשים (6.5%).

פערים משמעותיים ביותר נצפים בשכיחות הסוכרת כאשר מפלחים את האוכלוסייה לפי מעמד חברתי-כלכלי. בשנת 2012 שיעור חולי הסוכרת בקרב המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה פי 4.5 ביחס לאלו ממעמד גבוה (ללא פטור). הפערים קיימים בכל קבוצות הגיל, אך הם בולטים במיוחד מתחת לגיל 74.

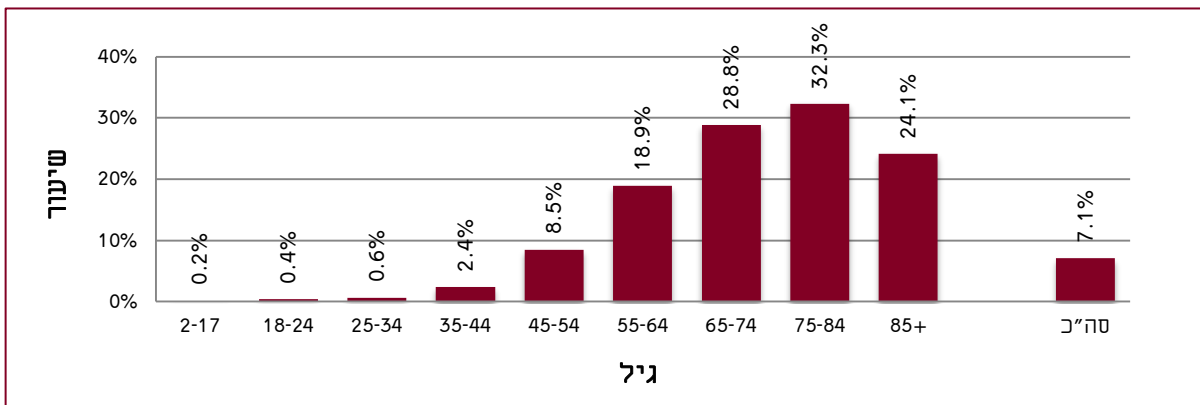
שיעור ההימצאות של סוכרת

שיעור המבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת תרופות הסוכרת או בעלי בדיקות מעבדה המעידות על חולי בסוכרת (מונה), מקרב כלל מבוטחי הקופה (מכנה)

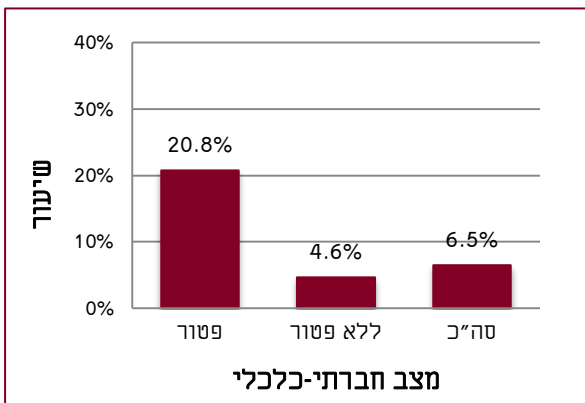
תרשים 80 לפי שנה, 2012-2010



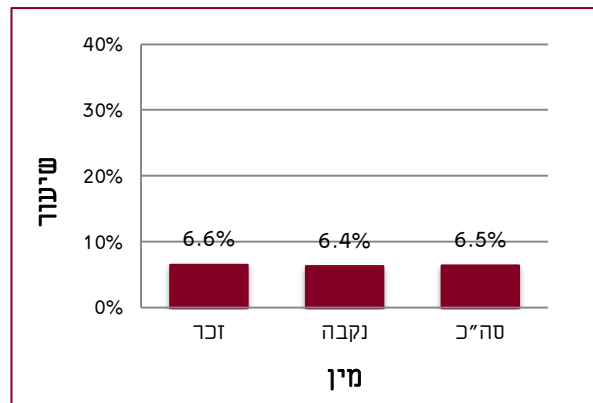
תרשים 81 לפי גיל, 2012



תרשים 83 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 82 לפי מין, 2012



שיעור ההימצאות של סוכרת

מבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת תרופות הסוכרת או בעלי בדיקות מעבדה המעידות על חולי בסוכרת (מונה), מקרב כלל מבוטחי הקופה (מכנה)

טבלה 63 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל	גיל									
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
2010	מונה	401,006	18,338	71,906	102,811	116,731	60,351	20,282	6,055	2,100	2,312
	מכנה	6,790,255	86,987	248,903	382,605	670,929	756,425	883,847	1,026,728	546,936	1,629,167
	שיעור	5.9%	21.1%	28.9%	26.9%	17.4%	8.0%	2.3%	0.6%	0.4%	0.1%
2011	מונה	427,296	20,429	77,177	109,620	125,355	62,464	21,121	6,282	2,218	2,502
	מכנה	6,924,363	91,271	253,349	395,208	692,424	762,964	911,473	1,034,423	546,229	1,659,026
	שיעור	6.2%	22.4%	30.5%	27.7%	18.1%	8.2%	2.3%	0.6%	0.4%	0.2%
2012	מונה	458,769	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	מכנה	7,071,556	95,105	258,740	418,751	700,528	770,881	940,424	1,042,086	553,827	1,692,645
	שיעור	6.5%	24.1%	32.3%	28.8%	18.9%	8.5%	2.4%	0.6%	0.4%	0.2%

טבלה 64 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל									
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
זכר	מונה	227,878	8,898	35,744	58,627	69,036	36,602	12,993	3,402	1,163	1,349
	מכנה	3,442,159	34,759	107,702	192,305	333,502	374,123	459,768	514,441	251,528	867,336
	שיעור	6.6%	25.6%	33.2%	30.5%	20.7%	9.8%	2.8%	0.7%	0.5%	0.2%
נקבה	מונה	230,891	14,023	47,804	62,066	63,149	28,654	9,528	3,092	1,172	1,355
	מכנה	3,629,397	60,346	151,038	226,446	367,026	396,758	480,656	527,645	302,299	825,309
	שיעור	6.4%	23.2%	31.7%	27.4%	17.2%	7.2%	2.0%	0.6%	0.4%	0.2%
סה"כ	מונה	458,769	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	מכנה	7,071,556	95,105	258,740	418,751	700,528	770,881	940,424	1,042,086	553,827	1,692,645
	שיעור	6.5%	24.1%	32.3%	28.8%	18.9%	8.5%	2.4%	0.6%	0.4%	0.2%

טבלה 65 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל									
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
פטור	מונה	169,502	10,587	38,653	53,985	44,420	14,897	4,077	1,115	355	1,314
	מכנה	816,687	42,741	114,680	157,789	151,533	84,709	56,712	39,444	19,016	126,026
	שיעור	20.8%	24.8%	33.7%	34.2%	29.3%	17.6%	7.2%	2.8%	1.9%	1.0%
ללא פטור	מונה	289,267	12,334	44,895	66,708	87,765	50,359	18,444	5,379	1,980	1,390
	מכנה	6,254,869	52,364	144,060	260,962	548,995	686,172	883,712	1,002,642	534,811	1,566,619
	שיעור	4.6%	23.6%	31.2%	25.6%	16.0%	7.3%	2.1%	0.5%	0.4%	0.1%
סה"כ	מונה	458,769	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	מכנה	7,071,556	95,105	258,740	418,751	700,528	770,881	940,424	1,042,086	553,827	1,692,645
	שיעור	6.5%	24.1%	32.3%	28.8%	18.9%	8.5%	2.4%	0.6%	0.4%	0.2%

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת

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), בדיקה המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. לבדיקה זו חשיבות רבה למעקב אחר מצב המחלה בחולי הסוכרת, וחשוב לבצעה לפחות אחת לשנה.

מכנה: חולי סוכרת בני שנתיים ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד.

תוצאות (תרשימים 84-87 וטבלאות 66-68)

בשנת 2012 חיו בישראל 458,769 חולי סוכרת, מתוכם 88.9% ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד. שיעור זה נותר יציב במהלך שנות המעקב. שיעור ביצוע הבדיקה הולך ועולה עם הגיל: מ-72.1% בגילאי 2-17 שנים ועד ל-91.8% בקבוצת הגיל של 65-74 שנים. בגילאים המבוגרים יותר ישנה מגמה של ירידה בשיעור ביצוע הבדיקה.

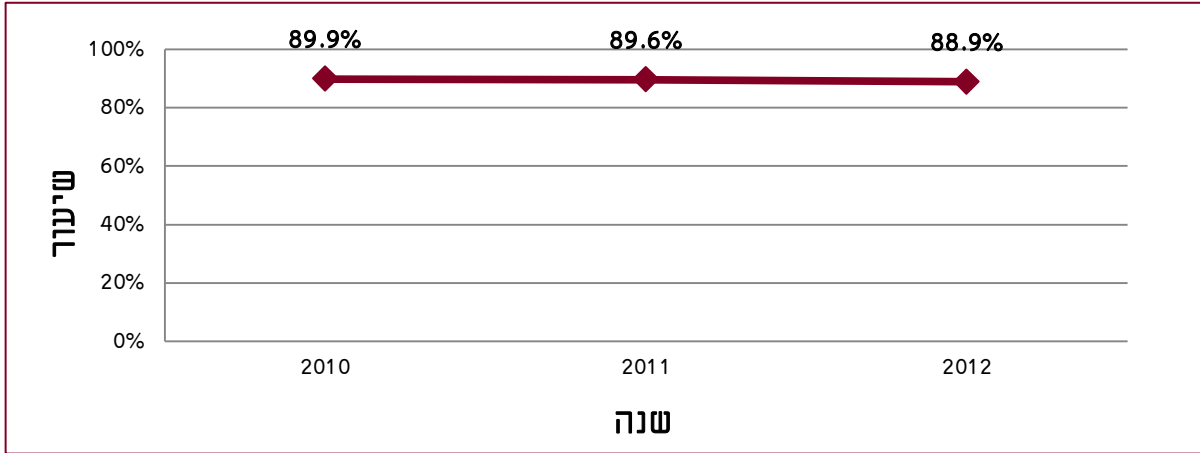
שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c גבוה במעט בקרב נשים בהשוואה לגברים, ועמד בשנת 2012 על 89.9% בנשים לעומת 87.9% בגברים.

שיעור ביצוע בדיקת HbA1c בשנת 2012 היה מעט גבוה יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למעמד חברתי גבוה (ללא פטור) בכל קבוצות הגיל עד גיל 74, ועמד על 90.4% לעומת 88.0%.

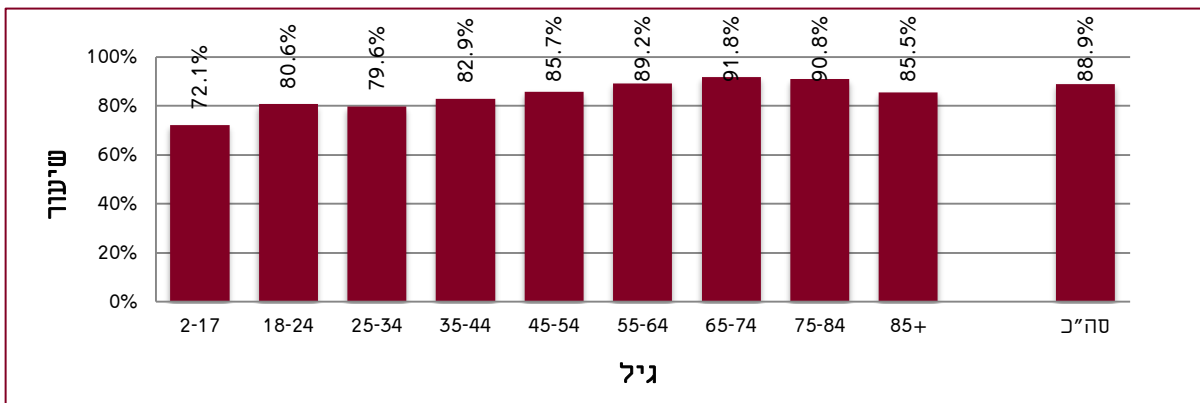
שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

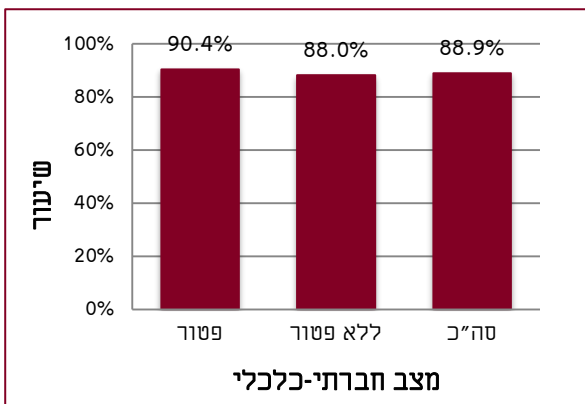
תרשים 84 לפי שנה, 2010-2012



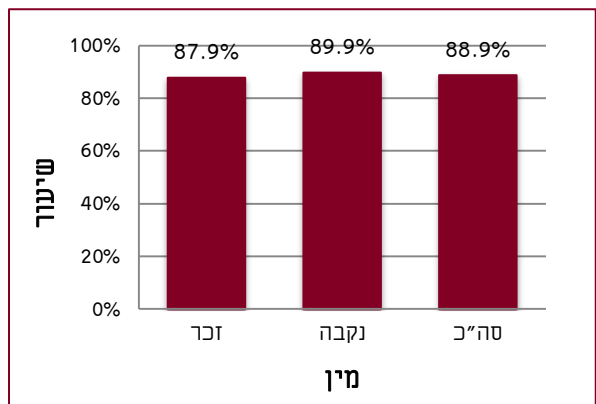
תרשים 85 לפי גיל, 2012



תרשים 87 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 86 לפי מין, 2012



שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

טבלה 66 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
2010	1,799	1,712	4,915	17,016	52,510	105,492	95,705	65,676	15,721	360,614	מונה
	2,312	2,100	6,055	20,282	60,351	116,731	102,811	71,906	18,338	401,006	מכנה
	77.8%	81.5%	81.2%	83.9%	87.0%	90.4%	93.1%	91.3%	85.7%	89.9%	שיעור
2011	1,888	1,804	5,055	17,710	53,892	112,803	101,732	70,457	17,584	382,990	מונה
	2,502	2,218	6,282	21,121	62,464	125,355	109,620	77,177	20,429	427,296	מכנה
	75.5%	81.3%	80.5%	83.9%	86.3%	90.0%	92.8%	91.3%	86.1%	89.6%	שיעור
2012	1,950	1,883	5,170	18,659	55,898	117,962	110,822	75,877	19,592	407,872	מונה
	2,704	2,335	6,494	22,521	65,256	132,185	120,693	83,548	22,921	458,769	מכנה
	72.1%	80.6%	79.6%	82.9%	85.7%	89.2%	91.8%	90.8%	85.5%	88.9%	שיעור

טבלה 67 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
זכר	971	918	2,676	10,517	30,696	60,792	53,449	32,555	7,697	200,303	מונה
	1,349	1,163	3,402	12,993	36,602	69,036	58,627	35,744	8,898	227,878	מכנה
	72.0%	78.9%	78.7%	80.9%	83.9%	88.1%	91.2%	91.1%	86.5%	87.9%	שיעור
נקבה	979	965	2,494	8,142	25,202	57,170	57,373	43,322	11,895	207,569	מונה
	1,355	1,172	3,092	9,528	28,654	63,149	62,066	47,804	14,023	230,891	מכנה
	72.3%	82.3%	80.7%	85.5%	88.0%	90.5%	92.4%	90.6%	84.8%	89.9%	שיעור
סה"כ	1,950	1,883	5,170	18,659	55,898	117,962	110,822	75,877	19,592	407,872	מונה
	2,704	2,335	6,494	22,521	65,256	132,185	120,693	83,548	22,921	458,769	מכנה
	72.1%	80.6%	79.6%	82.9%	85.7%	89.2%	91.8%	90.8%	85.5%	88.9%	שיעור

טבלה 68 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
פטור	959	295	930	3,519	13,192	40,430	49,751	35,051	9,032	153,213	מונה
	1,314	355	1,115	4,077	14,897	44,420	53,985	38,653	10,587	169,502	מכנה
	73.0%	83.1%	83.4%	86.3%	88.6%	91.0%	92.2%	90.7%	85.3%	90.4%	שיעור
ללא פטור	991	1,588	4,240	15,140	42,706	77,532	61,071	40,826	10,560	254,659	מונה
	1,390	1,980	5,379	18,444	50,359	87,765	66,708	44,895	12,334	289,267	מכנה
	71.3%	80.2%	78.8%	82.1%	84.8%	88.3%	91.5%	90.9%	85.6%	88.0%	שיעור
סה"כ	1,950	1,883	5,170	18,659	55,898	117,962	110,822	75,877	19,592	407,872	מונה
	2,704	2,335	6,494	22,521	65,256	132,185	120,693	83,548	22,921	458,769	מכנה
	72.1%	80.6%	79.6%	82.9%	85.7%	89.2%	91.8%	90.8%	85.5%	88.9%	שיעור

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 2-84

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בני 2-84 עם רמת HbA1c מאוזנת

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. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבת מאוזנת כראוי. ערך היעד לרמת HbA1c תלוי בגיל החולה ובוותק המחלה. הקריטריון המקובל לאיזון טוב הינו רמת HbA1c הנמוכה מ-7%. עם זאת, איזון מחמיר של רמת הסוכר בדם טומן בחובו סיכון לסיבוכים מידיים כגון נפילת רמת הסוכר (היפוגליקמיה), סיכון שיש לשקללו אל מול ההפחתה בסיכון לסיבוכים עתידיים של המחלה. מאזן השיקולים הזה הוביל לשינוי רמת היעד של ערך ה-HbA1c לנמוך מ-8% בקרב חולי סוכרת שעברו את גיל 75 שנים ובקרב חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך (וותק מחלה העולה על 10 שנים).

מכנה: חולי סוכרת בני 2-84 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: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. יש לציין כי בדו"ח הקודם הופיעו שני מדדי איזון HbA1c נפרדים עבור טווחי גילאים שונים הדורשים יעד איזון שונה ולא היה כל ריבוד של דרישת האיזון לפי משך מחלה. בדו"ח זה אוחדו מדדי האיזון למדד אחד והתווסף ריבוד לפי משך מחלה. חולה מוגדר כבעל משך מחלה ארוך אם ביצע רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת 10 שנים לפני שנת המדד הנוכחית. מאחר והנתונים הדרושים להפרדה בין חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך לבין יתר חולי הסוכרת קיימים רק עבור שנת המדד 2012, לא מופיעים בדו"ח הנוכחי נתונים למדד זה עבור השנים 2010-2011.

תוצאות (תרשימים 88-90 וטבלאות 69-70)

בשנת 2012 שיעור חולי הסוכרת בגילאי 2-84 שנים עם רמת HbA1c מאוזנת עמד על 63.1%. שיעור החולים המאוזנים הולך ועולה בהדרגה עם הגיל, מ-18.4% בקרב בני 2-17 שנים, ועד 84.2% בבני 75-84 שנים.

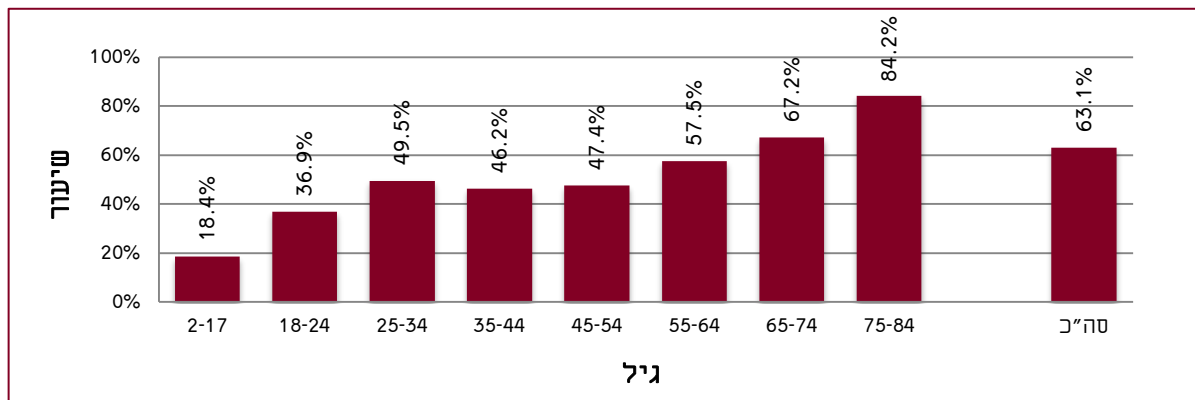
שיעור האיזון בשנת 2012 היה גבוה בכ-5% בנשים ביחס לגברים (65.4% לעומת 60.7%). מגמה זו נצפתה בכל קבוצות הגיל החל מגיל 18 ועד גיל 74.

שיעור החולים המאוזנים בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה דומה לזה של מבוטחים ממעמד גבוה (ללא פטור).

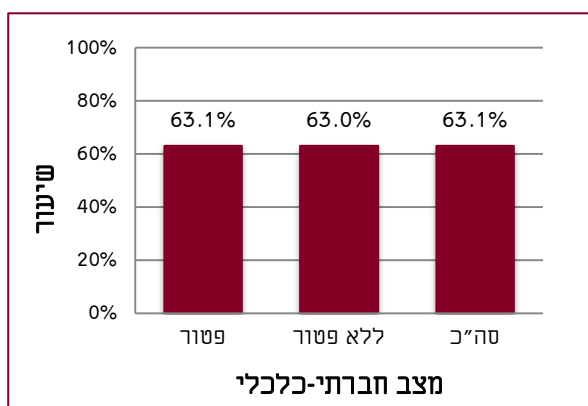
שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 2-84*

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 2-84 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

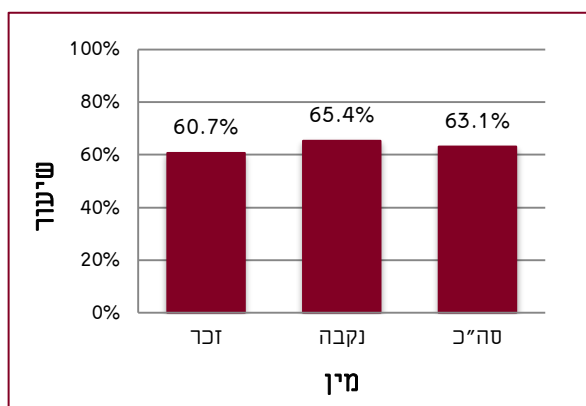
תרשים 88 לפי גיל, 2012



תרשים 90 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 89 לפי מין, 2012



* השיעור חושב רק עבור שנת 2012.

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 2-84*

חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 2-84 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 69 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל									
	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
זכר	מונה	116,768	27,341	35,085	34,020	14,070	4,545	1,203	321	179
	מכנה	192,230	32,460	53,168	60,792	30,696	10,517	2,676	918	971
	שיעור	60.7%	84.2%	66.0%	56.0%	45.8%	43.2%	45.0%	35.0%	18.4%
נקבה	מונה	127,489	36,363	38,867	33,823	12,447	4,078	1,355	374	180
	מכנה	195,080	43,172	56,929	57,170	25,202	8,142	2,494	965	979
	שיעור	65.4%	84.2%	68.3%	59.2%	49.4%	50.1%	54.3%	38.8%	18.4%
סה"כ	מונה	244,257	63,704	73,952	67,843	26,517	8,623	2,558	695	359
	מכנה	387,310	75,632	110,097	117,962	55,898	18,659	5,170	1,883	1,950
	שיעור	63.1%	84.2%	67.2%	57.5%	47.4%	46.2%	49.5%	36.9%	18.4%

טבלה 70 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל									
	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
פטור	מונה	90,686	29,175	31,799	21,710	5,737	1,562	456	114	128
	מכנה	143,639	34,937	49,323	40,430	13,192	3,519	930	295	959
	שיעור	63.1%	83.5%	64.5%	53.7%	43.5%	44.4%	49.0%	38.6%	13.3%
ללא פטור	מונה	153,571	34,529	42,153	46,133	20,780	7,061	2,102	581	231
	מכנה	243,671	40,695	60,774	77,532	42,706	15,140	4,240	1,588	991
	שיעור	63.0%	84.8%	69.4%	59.5%	48.7%	46.6%	49.6%	36.6%	23.3%
סה"כ	מונה	244,257	63,704	73,952	67,843	26,517	8,623	2,558	695	359
	מכנה	387,310	75,632	110,097	117,962	55,898	18,659	5,170	1,883	1,950
	שיעור	63.1%	84.2%	67.2%	57.5%	47.4%	46.2%	49.5%	36.9%	18.4%

* השיעור חושב רק עבור שנת 2012.

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת

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 שנתיים ומעלה, שביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת ה-HbA1c גבוהה מ-9%

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד.

תוצאות (תרשימים 91-94 וטבלאות 71-73)

שיעור חולי הסוכרת שאינם מאוזנים (רמת HbA1c הגבוהה מ-9%) עמד בשנת 2012 על 12.5%. שיעור זה דומה לשיעור שנצפה במשך שנות המעקב. שיעור החולים שאינם מאוזנים הולך ויורד עם הגיל; בגילאים הצעירים שיעור החולים הלא מאוזנים גבוה יותר, ועומד על מעל 20% בכל קבוצות הגיל מתחת לגיל 54.

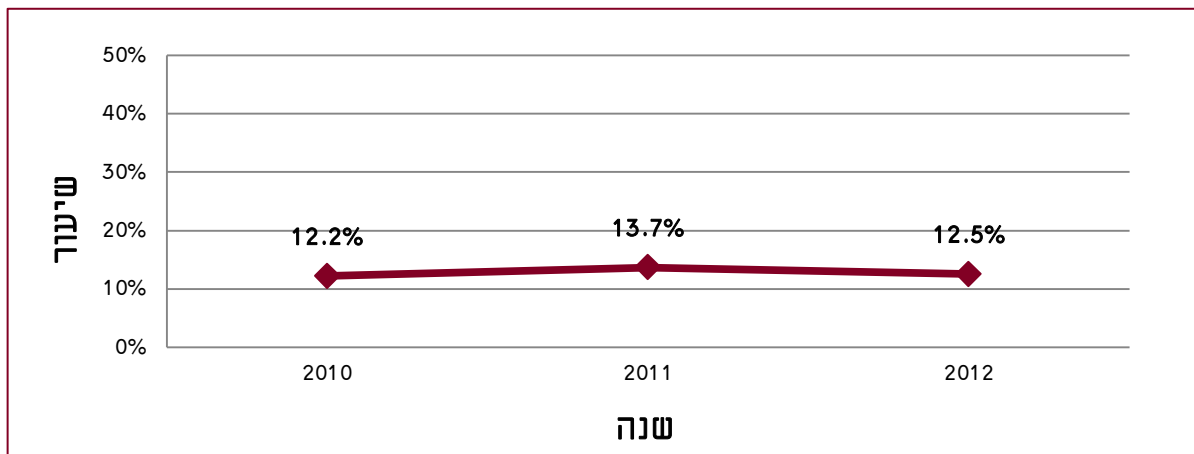
בשנת 2012, שיעור הגברים חולי סוכרת שאינם מאוזנים היה גבוה מעט ביחס לשיעור המקביל בנשים (13.2% לעומת 11.8%).

שיעור חולי סוכרת שאינם מאוזנים בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה מעט ביחס לשיעור בקרב מבוטחים ממעמד גבוה (ללא פטור) (13.5% לעומת ל-11.9%).

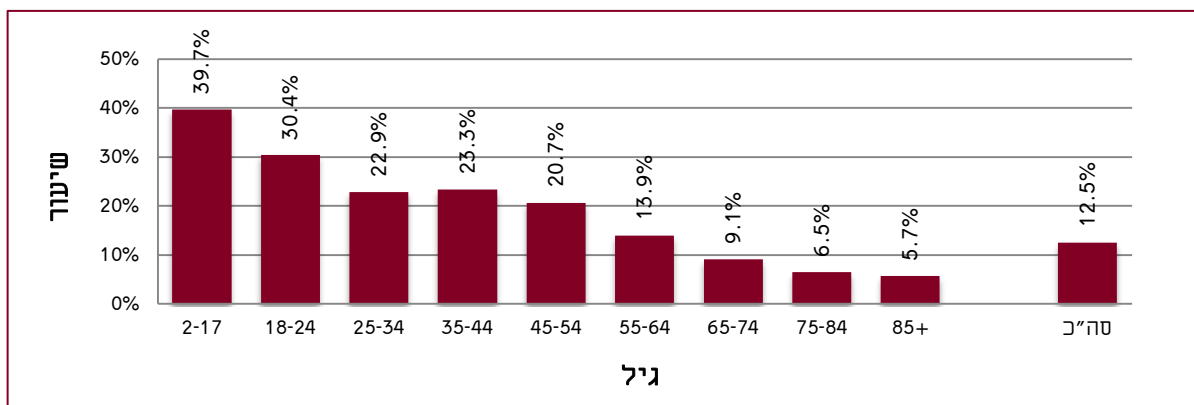
שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ-9.0% (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

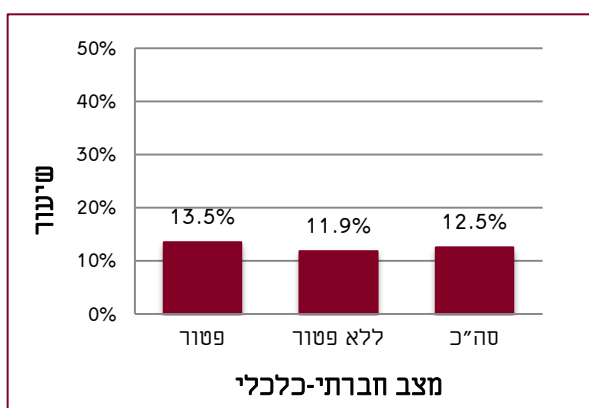
תרשים 91 לפי שנה, 2012-2010



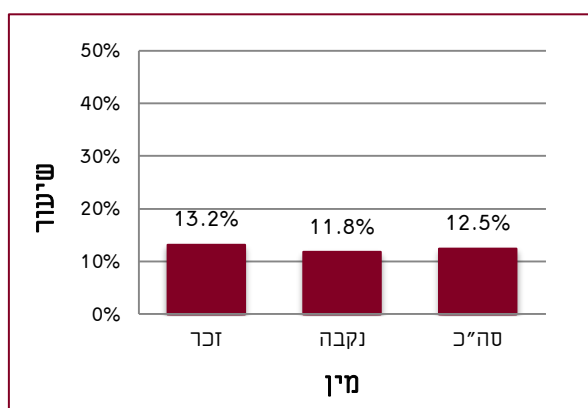
תרשים 92 לפי גיל, 2012



תרשים 94 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 93 לפי מין, 2012



שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת

חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ-9.0% (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 71 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
2010	מונה	836	3,942	8,315	14,053	10,760	3,854	1,047	459	607	43,892
	מכנה	15,721	65,676	95,705	105,492	52,510	17,016	4,915	1,712	1,799	360,614
	שיעור	5.3%	6.0%	8.7%	13.3%	20.5%	22.6%	21.3%	26.8%	33.7%	12.2%
2011	מונה	1,117	5,100	10,234	16,877	12,070	4,392	1,203	536	776	52,330
	מכנה	17,584	70,457	101,732	112,803	53,892	17,710	5,055	1,804	1,888	382,990
	שיעור	6.4%	7.2%	10.1%	15.0%	22.4%	24.8%	23.8%	29.7%	41.1%	13.7%
2012	מונה	1,117	4,968	10,117	16,430	11,567	4,353	1,183	572	774	51,102
	מכנה	19,592	75,877	110,822	117,962	55,898	18,659	5,170	1,883	1,950	407,872
	שיעור	5.7%	6.5%	9.1%	13.9%	20.7%	23.3%	22.9%	30.4%	39.7%	12.5%

טבלה 72 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
זכר	מונה	459	2,093	4,933	8,640	6,432	2,618	673	279	379	26,518
	מכנה	7,697	32,555	53,449	60,792	30,696	10,517	2,676	918	971	200,303
	שיעור	6.0%	6.4%	9.2%	14.2%	21.0%	24.9%	25.1%	30.4%	39.0%	13.2%
נקבה	מונה	658	2,875	5,184	7,790	5,135	1,735	510	293	395	24,584
	מכנה	11,895	43,322	57,373	57,170	25,202	8,142	2,494	965	979	207,569
	שיעור	5.5%	6.6%	9.0%	13.6%	20.4%	21.3%	20.4%	30.4%	40.3%	11.8%
סה"כ	מונה	1,117	4,968	10,117	16,430	11,567	4,353	1,183	572	774	51,102
	מכנה	19,592	75,877	110,822	117,962	55,898	18,659	5,170	1,883	1,950	407,872
	שיעור	5.7%	6.5%	9.1%	13.9%	20.7%	23.3%	22.9%	30.4%	39.7%	12.5%

טבלה 73 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
פטור	מונה	486	2,401	5,418	7,216	3,480	954	260	96	418	20,748
	מכנה	9,032	35,051	49,751	40,430	13,192	3,519	930	295	959	153,213
	שיעור	5.4%	6.9%	10.9%	17.8%	26.4%	27.1%	28.0%	32.5%	43.6%	13.5%
ללא פטור	מונה	631	2,567	4,699	9,214	8,087	3,399	923	476	356	30,354
	מכנה	10,560	40,826	61,071	77,532	42,706	15,140	4,240	1,588	991	254,659
	שיעור	6.0%	6.3%	7.7%	11.9%	18.9%	22.5%	21.8%	30.0%	35.9%	11.9%
סה"כ	מונה	1,117	4,968	10,117	16,430	11,567	4,353	1,183	572	774	51,102
	מכנה	19,592	75,877	110,822	117,962	55,898	18,659	5,170	1,883	1,950	407,872
	שיעור	5.7%	6.5%	9.1%	13.9%	20.7%	23.3%	22.9%	30.4%	39.7%	12.5%

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת

הגדרת המדד: חולי סוכרת שביצעו בדיקת עיניים תקופתית

רציונאל: סוכרת היא סיבה מובילה לעיוורון במערב, והפגיעה ברשתית העין כתוצאה מסוכרת (רטינופתיה סוכרתית) היא סיבוך נפוץ של המחלה. איתור נזק ברשתית מחייב טיפול מתאים למניעת המשך פגיעה בראייה. טיפול הלייזר משמש לטיפול ברטינופתיה הסוכרתית והינו יעיל במניעת הידרדרות הראייה. יעילות הטיפול עולה ככל ששלב הרטינופתיה הסוכרתית מוקדם יותר. בדיקת עיניים תקופתית חשובה לכן לאיתור רטינופתיה בשלב מוקדם, בו ניתן לטפל בצורה יעילה יותר. מחלת רשתית זו עלולה להתפתח בשני סוגי הסוכרת; סוכרת מסוג 2 הינה מחלה שמתחילה באופן שקט זמן רב לפני האבחנה שלה, ולכן בחולי סוכרת מסוג 2 מומלץ להתחיל בסקירה מייד עם אבחון המחלה. בסוכרת מסוג 1 נדיר שתתפתח רטינופתיה לפני שיעברו מספר שנים מאבחון המחלה, ולכן יש להתחיל בבדיקות הסקירה אצל רופא עיניים בשלב מעט מאוחר יותר. ללא תלות בסוג הסוכרת, בקרב חולים עם משך מחלה ארוך (מעל 10 שנים) תדירות הבדיקה המומלצת הינה פעם בשנה ובקרב חולים עם וותק מחלה קצר יותר, פעם בשנתיים.

מכנה: חולי סוכרת בני שנתיים ומעלה

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: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. חולה מוגדר כבעל משך מחלה ארוך אם ביצע רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת 10 שנים לפני שנת המדד הנוכחית. מאחר והנתונים הדרושים להפרדה בין חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך לבין יתר חולי הסוכרת קיימים רק עבור שנת המדד 2012, לא מופיעים בדו"ח הנוכחי נתונים למדד זה עבור השנים 2010-2011.

תוצאות (תרשימים 95-97 וטבלאות 74-75)

בשנת 2012 76.7% מחולי הסוכרת ביצעו בדיקת עיניים בתדירות הנדרשת. שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בקרב חולי הסוכרת עולה בהדרגה עם הגיל עד לשיא בקבוצת הגיל 65-74 (80.7%).

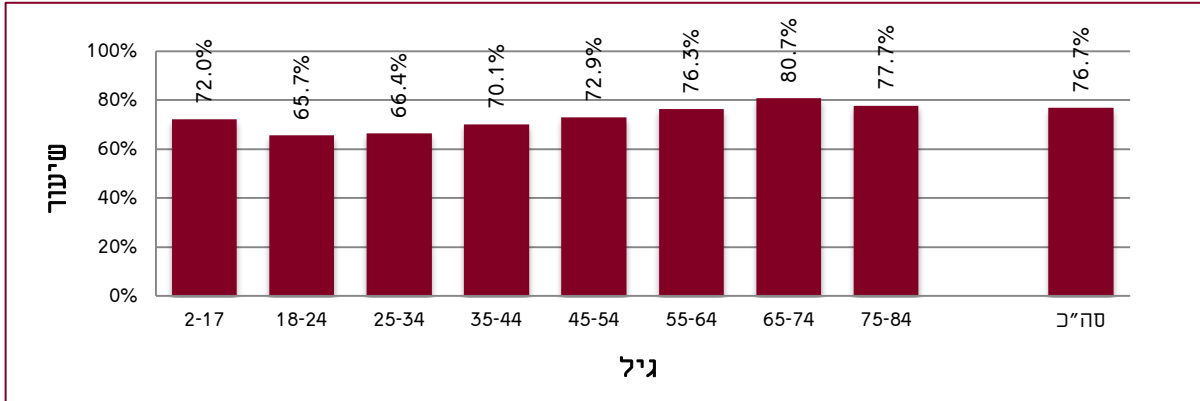
בקרב כלל חולי הסוכרת, שיעור ביצוע בדיקות העיניים היה גבוה בנשים לעומת גברים (78.1% לעומת 75.3%). מגמה זו מתהפכת מעבר לגיל 75.

שיעור החולים שביצעו בדיקת עיניים מבין המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) עמד על 77.8% לעומת 76.0% בקרב אלו ממעמד גבוה (ללא פטור). אחרי גיל 65, מגמה זו מתהפכת ושיעור ביצוע בדיקת עיניים גבוה יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.

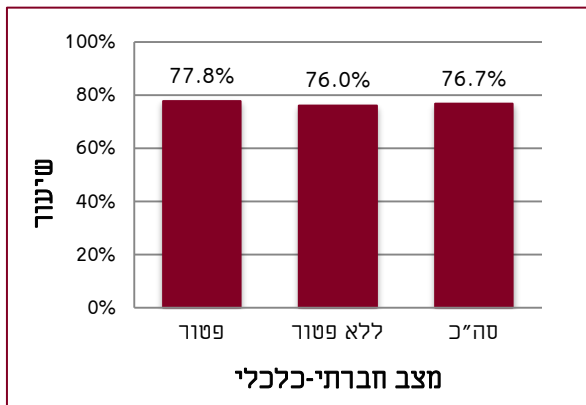
שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת*

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת עיניים תקופתית (מונה), מקרב כלל חולי סוכרת (מכנה)

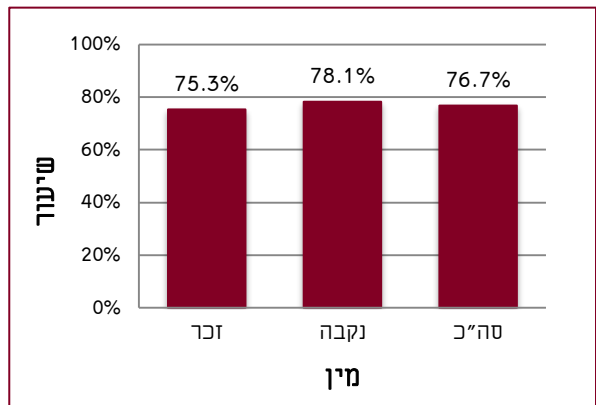
תרשים 95 לפי גיל, 2012



תרשים 97 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 96 לפי מין, 2012



*השיעור חושב רק עבור שנת 2012.

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת*

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת עיניים תקופתית (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

טבלה 74 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל								
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
זכר	מונה	164,896	28,604	46,804	50,942	25,746	8,844	2,222	742	954
	מכנה	218,980	35,744	58,627	69,036	36,602	12,993	3,402	1,163	1,349
	שיעור	75.3%	80.0%	79.8%	73.8%	70.3%	68.1%	65.3%	63.8%	70.7%
נקבה	מונה	169,372	36,273	50,594	49,878	21,793	6,937	2,088	791	994
	מכנה	216,868	47,804	62,066	63,149	28,654	9,528	3,092	1,172	1,355
	שיעור	78.1%	75.9%	81.5%	79.0%	76.1%	72.8%	67.5%	67.5%	73.4%
סה"כ	מונה	334,268	64,877	97,398	100,820	47,539	15,781	4,310	1,533	1,948
	מכנה	435,848	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	שיעור	76.7%	77.7%	80.7%	76.3%	72.9%	70.1%	66.4%	65.7%	72.0%

טבלה 75 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל								
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
פטור	מונה	123,673	29,590	43,286	34,525	11,231	3,002	762	249	972
	מכנה	158,915	38,653	53,985	44,420	14,897	4,077	1,115	355	1,314
	שיעור	77.8%	76.6%	80.2%	77.7%	75.4%	73.6%	68.3%	70.1%	74.0%
ללא פטור	מונה	210,595	35,287	54,112	66,295	36,308	12,779	3,548	1,284	976
	מכנה	276,933	44,895	66,708	87,765	50,359	18,444	5,379	1,980	1,390
	שיעור	76.0%	78.6%	81.1%	75.5%	72.1%	69.3%	66.0%	64.8%	70.2%
סה"כ	מונה	334,268	64,877	97,398	100,820	47,539	15,781	4,310	1,533	1,948
	מכנה	435,848	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	שיעור	76.7%	77.7%	80.7%	76.3%	72.9%	70.1%	66.4%	65.7%	72.0%

* השיעור חושב רק עבור שנת 2012.

שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי

סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת שביצעו בדיקת מיקרואלבומינוריה, פרוטאינוריה או יחס מיקרואלבומין/קריאטינין (איסוף שתן או דגימת שתן) בשנת המדד

רציונאל: סוכרת הינה אחת הסיבות המובילות לפגיעה בכליות, עד לאי ספיקת כליות סופנית, מצב בו יש צורך בטיפול דיאליזה או השתלת כליה. הבדיקה המעבדתית החיונית ביותר כסמן מוקדם לירידה בתפקוד הכליה בחולי סוכרת היא מעקב אחר רמות האלבומין המופרש בשתן. כאשר תפקוד הכליה מתחיל להשתבש רמות האלבומין הנמדדות בשתן עולות באופן הדרגתי. בדיקות לזיהוי מיקרואלבומינוריה (הפרשה מוגברת של חלבון האלבומין בשתן) יש לבצע תחילה אחת לשנה, ועל פי רמת החלבון הנמדדת יש לקבוע את תדירות ביצוע הבדיקה בהמשך. חשיבות הבדיקה נובעת מכך שיש טיפול יעיל להאטת הנזק הכלייתי מרגע שזה מזוהה, בתרופות מסוג angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) או angiotensin receptor blockers (ARB).

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת מיקרואלבומינוריה, פרוטאינוריה או יחס מיקרואלבומין/קריאטינין (איסוף שתן או דגימת שתן) בשנת המדד

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. יש לציין כי מדד זה הוסר זמנית בדו"ח הקודם עקב בעיה טכנית בקבלת הנתונים והוחזר בדו"ח זה.

תוצאות (תרשימים 98-101 וטבלאות 76-78)

בשנת 2012, מתוך חולי הסוכרת (בני 18 ומעלה), 75.4% ביצעו בדיקה לאיתור חלבון בשתן. שיעור זה דומה לשיעור שנצפה בשנת 2010 (75.7%), בעוד שבשנת 2011 נצפתה ירידה קלה בשיעור (73.5%). שיעור ביצוע הבדיקה עולה בהדרגה עם הגיל עד קבוצת הגיל 65-74 (80.0%). בהמשך השיעור יורד עם התקדמות הגיל.

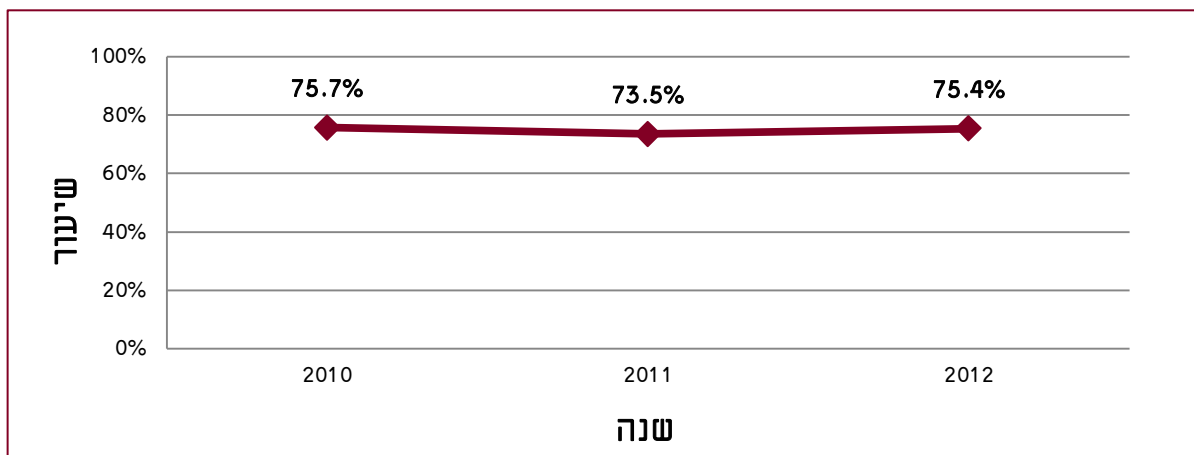
שיעור ביצוע הבדיקות לאיתור חלבון בשתן היה גבוה מעט יותר בקרב גברים (76.2%) לעומת נשים (74.6%).

לא נצפו בשנת 2012 הבדלים בביצוע בדיקה לאיתור חלבון בשתן לפי מעמד חברתי-כלכלי.

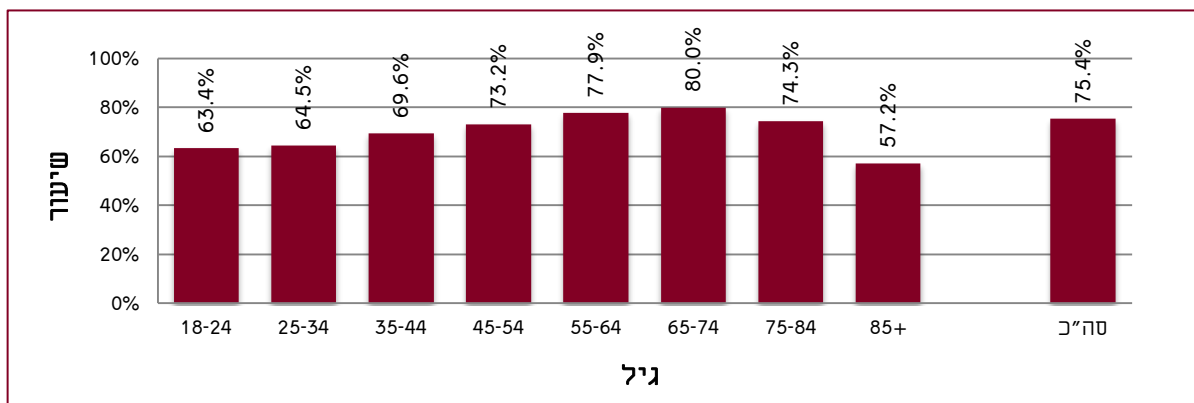
שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

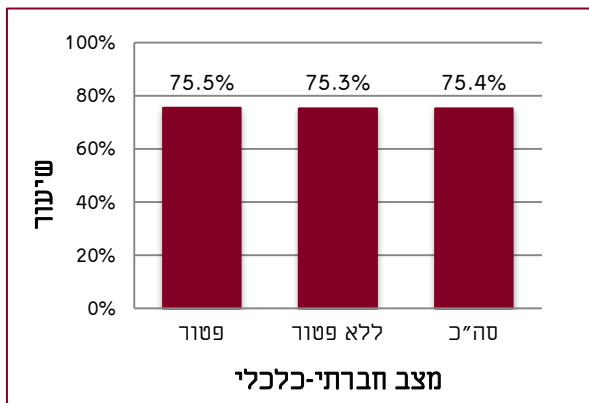
תרשים 98 לפי שנה, 2012-2010



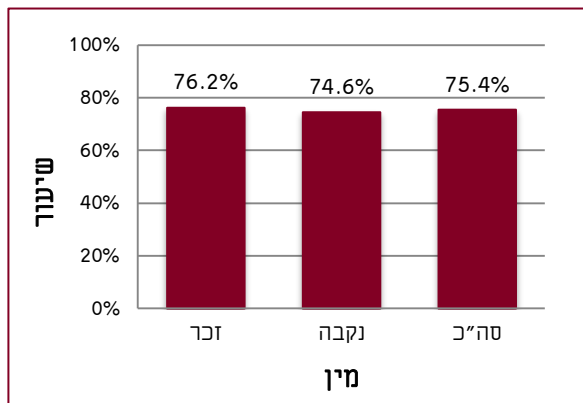
תרשים 99 לפי גיל, 2012



תרשים 101 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 100 לפי מין, 2012



שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

טבלה 76 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2010	מונה	301,817	10,107	52,624	83,111	91,707	44,674	14,237	4,014	1,343
	מכנה	398,574	18,338	71,906	102,811	116,731	60,351	20,282	6,055	2,100
	שיעור	75.7%	55.1%	73.2%	80.8%	78.6%	74.0%	70.2%	66.3%	64.0%
2011	מונה	312,162	11,259	55,205	86,155	95,192	44,651	14,346	3,959	1,395
	מכנה	424,666	20,429	77,177	109,620	125,355	62,464	21,121	6,282	2,218
	שיעור	73.5%	55.1%	71.5%	78.6%	75.9%	71.5%	67.9%	63.0%	62.9%
2012	מונה	343,758	13,102	62,107	96,495	102,924	47,796	15,664	4,189	1,481
	מכנה	455,953	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335
	שיעור	75.4%	57.2%	74.3%	80.0%	77.9%	73.2%	69.6%	64.5%	63.4%

טבלה 77 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	172,655	5,692	27,697	47,172	53,485	26,624	9,033	2,215	737
	מכנה	226,465	8,898	35,744	58,627	69,036	36,602	12,993	3,402	1,163
	שיעור	76.2%	64.0%	77.5%	80.5%	77.5%	72.7%	69.5%	65.1%	63.4%
נקבה	מונה	171,103	7,410	34,410	49,323	49,439	21,172	6,631	1,974	744
	מכנה	229,488	14,023	47,804	62,066	63,149	28,654	9,528	3,092	1,172
	שיעור	74.6%	52.8%	72.0%	79.5%	78.3%	73.9%	69.6%	63.8%	63.5%
סה"כ	מונה	343,758	13,102	62,107	96,495	102,924	47,796	15,664	4,189	1,481
	מכנה	455,953	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335
	שיעור	75.4%	57.2%	74.3%	80.0%	77.9%	73.2%	69.6%	64.5%	63.4%

טבלה 78 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	126,947	5,989	28,518	42,770	34,831	11,026	2,876	711	226
	מכנה	168,089	10,587	38,653	53,985	44,420	14,897	4,077	1,115	355
	שיעור	75.5%	56.6%	73.8%	79.2%	78.4%	74.0%	70.5%	63.8%	63.7%
ללא פטור	מונה	216,811	7,113	33,589	53,725	68,093	36,770	12,788	3,478	1,255
	מכנה	287,864	12,334	44,895	66,708	87,765	50,359	18,444	5,379	1,980
	שיעור	75.3%	57.7%	74.8%	80.5%	77.6%	73.0%	69.3%	64.7%	63.4%
סה"כ	מונה	343,758	13,102	62,107	96,495	102,924	47,796	15,664	4,189	1,481
	מכנה	455,953	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335
	שיעור	75.4%	57.2%	74.3%	80.0%	77.9%	73.2%	69.6%	64.5%	63.4%

שיעור התייעוד 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 תקופתית של לחץ דם וטיפול ביתר לחץ דם במטרה להשיג יעדי איזון קפדניים.

מכנה: חולי סוכרת בני 18 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד לחץ דם לפחות פעם אחת בשנת המדד

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד.

תוצאות (תרשימים 102-105 וטבלאות 79-81)

מתוך 455,953 חולי סוכרת בני 18 ומעלה, 89.6% ביצעו מדידת לחץ דם בשנת 2012. שיעור זה דומה לשיעורים שנצפו בשנות המעקב הקודמות – 90.8% בשנת 2010 ו-90.5% בשנת 2011. שיעורי ביצוע הבדיקה עולים בהדרגה עם הגיל עד לקבוצת הגיל 65-74 (92.6%), שלאחריה מתחילה מגמת ירידה.

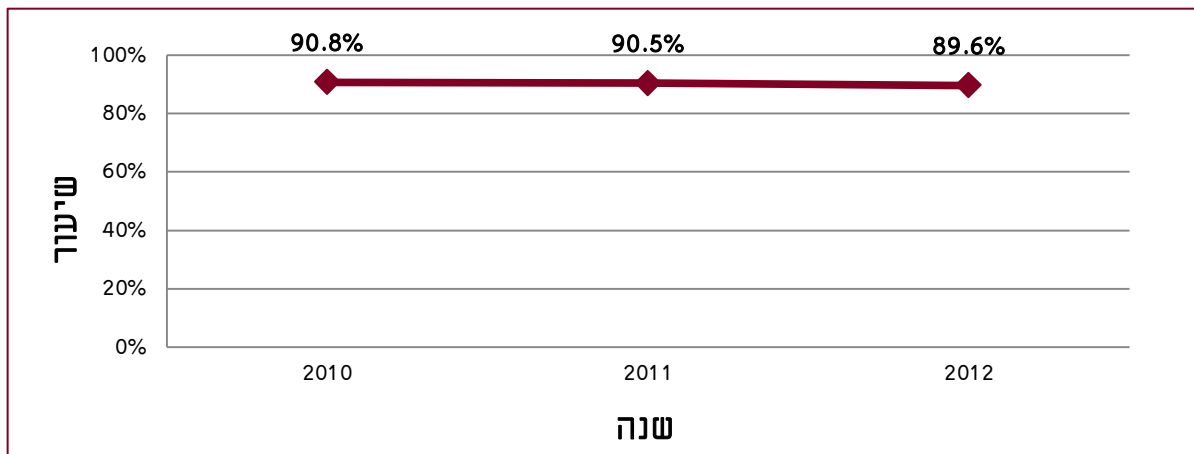
שיעור מדידת לחץ הדם בקרב נשים סוכרתיות דומה לזה של גברים (90.1% ו-89.1%, בהתאמה).

שיעור ביצוע מדידת לחץ דם בקרב חולי סוכרת ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה מעט גבוה ביחס לחולי סוכרת ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), 91.3% לעומת 88.7%.

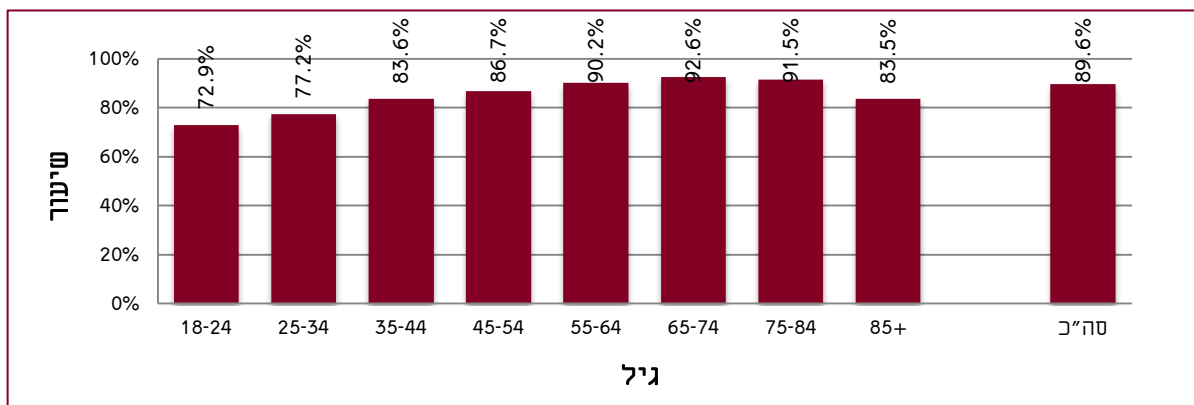
שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם תיעוד מדידת לחץ דם אחת לפחות בשנת המדד (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

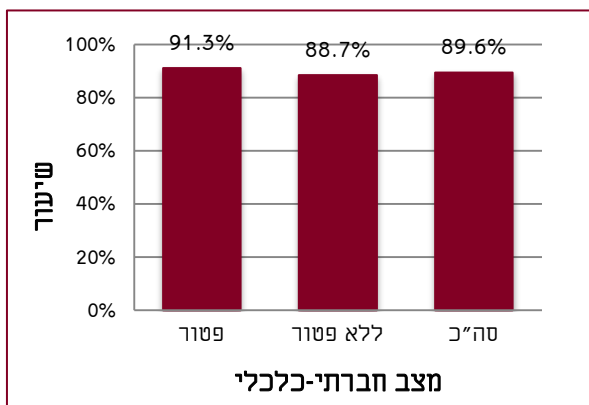
תרשים 102 לפי שנה, 2012-2010



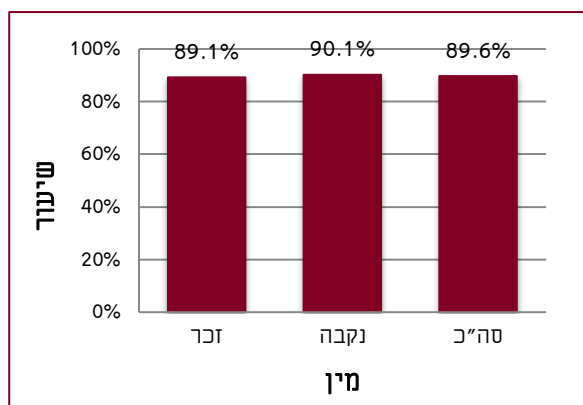
תרשים 103 לפי גיל, 2012



תרשים 105 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 104 לפי מין, 2012



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 79 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל									
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	סה"כ	
2010	מונה	1,540	4,747	17,087	52,912	106,975	96,695	66,404	15,515	361,875
	מכנה	2,100	6,055	20,282	60,351	116,731	102,811	71,906	18,338	398,574
	שיעור	73.3%	78.4%	84.2%	87.7%	91.6%	94.1%	92.3%	84.6%	90.8%
2011	מונה	1,645	4,924	17,844	54,691	114,031	102,710	71,040	17,273	384,158
	מכנה	2,218	6,282	21,121	62,464	125,355	109,620	77,177	20,429	424,666
	שיעור	74.2%	78.4%	84.5%	87.6%	91.0%	93.7%	92.0%	84.6%	90.5%
2012	מונה	1,702	5,015	18,823	56,598	119,198	111,776	76,482	19,141	408,735
	מכנה	2,335	6,494	22,521	65,256	132,185	120,693	83,548	22,921	455,953
	שיעור	72.9%	77.2%	83.6%	86.7%	90.2%	92.6%	91.5%	83.5%	89.6%

טבלה 80 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל									
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	סה"כ	
זכר	מונה	828	2,581	10,744	31,244	61,588	54,009	33,100	7,770	201,864
	מכנה	1,163	3,402	12,993	36,602	69,036	58,627	35,744	8,898	226,465
	שיעור	71.2%	75.9%	82.7%	85.4%	89.2%	92.1%	92.6%	87.3%	89.1%
נקבה	מונה	874	2,434	8,079	25,354	57,610	57,767	43,382	11,371	206,871
	מכנה	1,172	3,092	9,528	28,654	63,149	62,066	47,804	14,023	229,488
	שיעור	74.6%	78.7%	84.8%	88.5%	91.2%	93.1%	90.7%	81.1%	90.1%
סה"כ	מונה	1,702	5,015	18,823	56,598	119,198	111,776	76,482	19,141	408,735
	מכנה	2,335	6,494	22,521	65,256	132,185	120,693	83,548	22,921	455,953
	שיעור	72.9%	77.2%	83.6%	86.7%	90.2%	92.6%	91.5%	83.5%	89.6%

טבלה 81 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל									
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	סה"כ	
פטור	מונה	262	872	3,538	13,276	41,020	50,365	35,315	8,832	153,480
	מכנה	355	1,115	4,077	14,897	44,420	53,985	38,653	10,587	168,089
	שיעור	73.8%	78.2%	86.8%	89.1%	92.3%	93.3%	91.4%	83.4%	91.3%
ללא פטור	מונה	1,440	4,143	15,285	43,322	78,178	61,411	41,167	10,309	255,255
	מכנה	1,980	5,379	18,444	50,359	87,765	66,708	44,895	12,334	287,864
	שיעור	72.7%	77.0%	82.9%	86.0%	89.1%	92.1%	91.7%	83.6%	88.7%
סה"כ	מונה	1,702	5,015	18,823	56,598	119,198	111,776	76,482	19,141	408,735
	מכנה	2,335	6,494	22,521	65,256	132,185	120,693	83,548	22,921	455,953
	שיעור	72.9%	77.2%	83.6%	86.7%	90.2%	92.6%	91.5%	83.5%	89.6%

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 המדידה האחרונה שלהם היו סיסטולי 140 מ"מ"כ או פחות יחד עם דיאסטולי 90 מ"מ"כ או פחות

רציונאל: יתר לחץ דם מהווה גורם סיכון שכיח למחלות לב וכלי דם. שבץ מוחי, אי-ספיקת לב, התקף לב ופגיעה בתפקודי הכליה מהווים כולם סיבוכים של יתר לחץ דם. חולי סוכרת חייבים באיזון קפדני של לחץ הדם, ערכים שמעל 140/90 מ"מ"כ הוגדרו לאחרונה על ידי האגודה האמריקאית לסוכרת כלחץ דם שאינו מאוזן עבור חולי סוכרת (American Diabetes Association, 2013).

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: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. יש לציין כי ערך הסף להגדרת לחץ דם מאוזן שונה מ-130/80 מ"מ כספית בדו"ח הקודם ל-140/90 מ"מ כספית בדו"ח זה, בהתאם להנחיות בינלאומיות.

תוצאות (תרשימים 106-109 וטבלאות 82-84)

מתוך 408,735 חולי סוכרת בני 18 ומעלה שעברו מדידת לחץ דם בשנת 2012, 83.4% השיגו את יעד האיזון המתאים לאוכלוסייה זו. השיעור היה יציב במהלך שנות המעקב, עם שיעורי איזון לחץ דם של 82.2% ב-2010 ו-82.4% ב-2011. שיעורי האיזון הולכים ויורדים עם הגיל, החל מ-97.5% בקבוצת הגיל 18-24 ועד 79.9% בגילאי 85 שנים ומעלה.

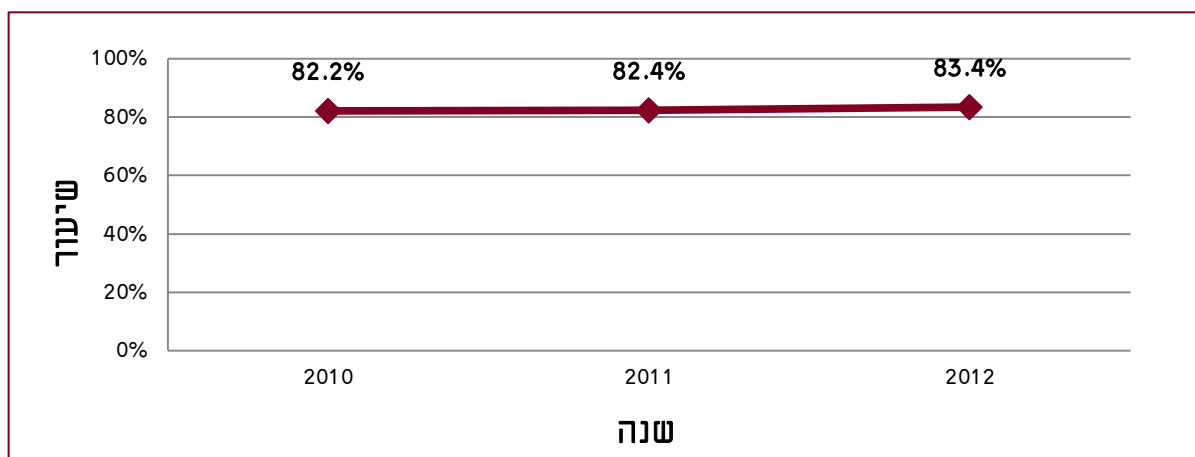
לא נצפה הבדל בשיעורי איזון לחץ הדם בקרב חולי סוכרת לפי מין.

שיעורי איזון לחץ הדם היו גבוהים מעט בקרב חולי סוכרת ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) לעומת חולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור), ועמדו על 84.0% לעומת 82.4%.

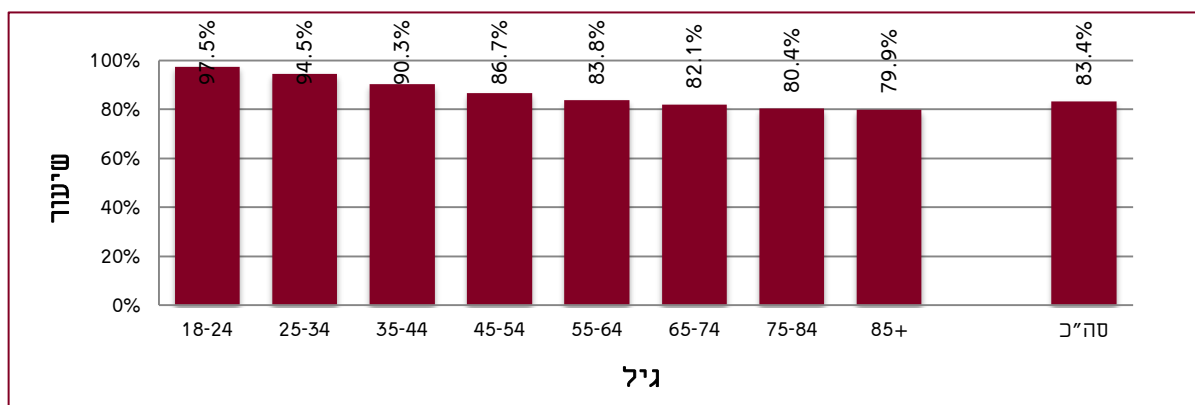
שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

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)

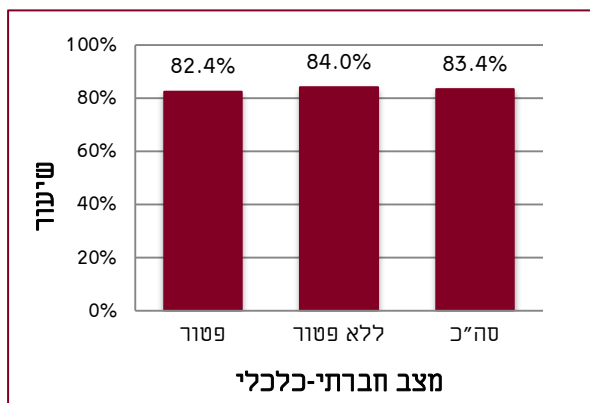
תרשים 106 לפי שנה, 2012-2010



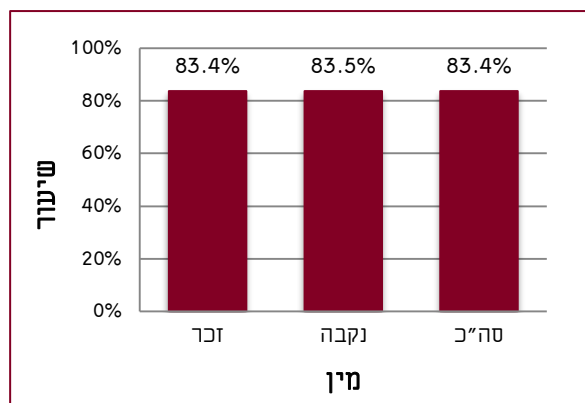
תרשים 107 לפי גיל, 2012



תרשים 109 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 108 לפי מין, 2012



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 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)

טבלה 82 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2010-2012

שנה	גיל	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2010	מזונה	297,317	12,182	52,717	77,709	88,186	45,234	15,332	4,462	1,495
	מכנה	361,875	15,515	66,404	96,695	106,975	52,912	17,087	4,747	1,540
	שיעור	82.2%	78.5%	79.4%	80.4%	82.4%	85.5%	89.7%	94.0%	97.1%
2011	מזונה	316,355	13,617	56,414	82,976	94,124	47,022	16,016	4,593	1,593
	מכנה	384,158	17,273	71,040	102,710	114,031	54,691	17,844	4,924	1,645
	שיעור	82.4%	78.8%	79.4%	80.8%	82.5%	86.0%	89.8%	93.3%	96.8%
2012	מזונה	340,990	15,298	61,498	91,779	99,945	49,071	17,000	4,739	1,660
	מכנה	408,735	19,141	76,482	111,776	119,198	56,598	18,823	5,015	1,702
	שיעור	83.4%	79.9%	80.4%	82.1%	83.8%	86.7%	90.3%	94.5%	97.5%

טבלה 83 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מזונה	168,315	6,361	27,093	44,372	50,970	26,707	9,609	2,398	805
	מכנה	201,864	7,770	33,100	54,009	61,588	31,244	10,744	2,581	828
	שיעור	83.4%	81.9%	81.9%	82.2%	82.8%	85.5%	89.4%	92.9%	97.2%
נקבה	מזונה	172,675	8,937	34,405	47,407	48,975	22,364	7,391	2,341	855
	מכנה	206,871	11,371	43,382	57,767	57,610	25,354	8,079	2,434	874
	שיעור	83.5%	78.6%	79.3%	82.1%	85.0%	88.2%	91.5%	96.2%	97.8%
סה"כ	מזונה	340,990	15,298	61,498	91,779	99,945	49,071	17,000	4,739	1,660
	מכנה	408,735	19,141	76,482	111,776	119,198	56,598	18,823	5,015	1,702
	שיעור	83.4%	79.9%	80.4%	82.1%	83.8%	86.7%	90.3%	94.5%	97.5%

טבלה 84 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מזונה	126,510	7,011	28,350	41,156	34,246	11,489	3,190	811	257
	מכנה	153,480	8,832	35,315	50,365	41,020	13,276	3,538	872	262
	שיעור	82.4%	79.4%	80.3%	81.7%	83.5%	86.5%	90.2%	93.0%	98.1%
ללא פטור	מזונה	214,480	8,287	33,148	50,623	65,699	37,582	13,810	3,928	1,403
	מכנה	255,255	10,309	41,167	61,411	78,178	43,322	15,285	4,143	1,440
	שיעור	84.0%	80.4%	80.5%	82.4%	84.0%	86.8%	90.4%	94.8%	97.4%
סה"כ	מזונה	340,990	15,298	61,498	91,779	99,945	49,071	17,000	4,739	1,660
	מכנה	408,735	19,141	76,482	111,776	119,198	56,598	18,823	5,015	1,702
	שיעור	83.4%	79.9%	80.4%	82.1%	83.8%	86.7%	90.3%	94.5%	97.5%

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת

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 פיקוח 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 שנתיים ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או כולסטרול non-HDL בשנת המדד

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. יש לציין כי בדו"חות הקודמים נבדק שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול LDL בלבד. בדו"ח זה נכללים מבוטחים עם בדיקת כולסטרול LDL אמינה (שבמקביל אליה תועדה רמת טריגליצרידים הנמוכה מ-300 מ"ג/ד"ל) או לחלופין בדיקת כולסטרול non-HDL.

תוצאות (תרשימים 110-113 וטבלאות 85-87)

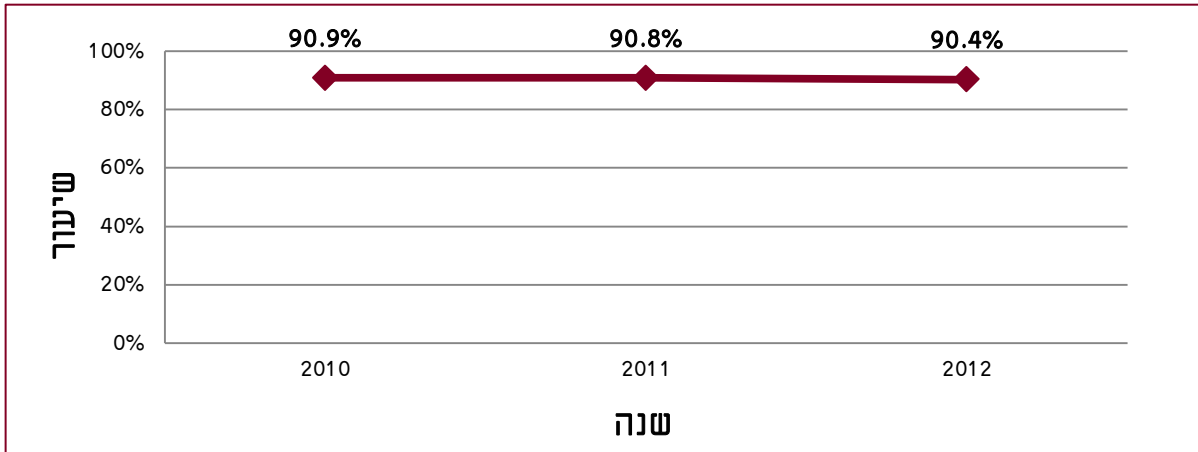
שיעור חולי הסוכרת אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או כולסטרול non-HDL בשנת 2012 עמד על 90.4%. לא חל שינוי בשיעור זה במהלך שנות המעקב. שיעור החולים שביצעו בדיקת כולסטרול הולך ועולה עם הגיל, החל מ-70.2% בקבוצת הגיל 2-17 שנים, ועד 93.3% בקבוצת הגיל 65-74. בבני 75 ומעלה נצפתה ירידה הדרגתית בביצוע בדיקות כולסטרול עם התקדמות הגיל.

שיעור ביצוע בדיקות כולסטרול בקרב חולי סוכרת בשנת 2012 היה גבוה מעט בנשים ביחס לגברים (91.6% לעומת 89.2%). שיעור ביצוע הבדיקות גבוה במעט בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) לעומת מבוטחים ממעמד חברתי כלכלי גבוה (ללא פטור) – 92.0% לעומת 89.5%.

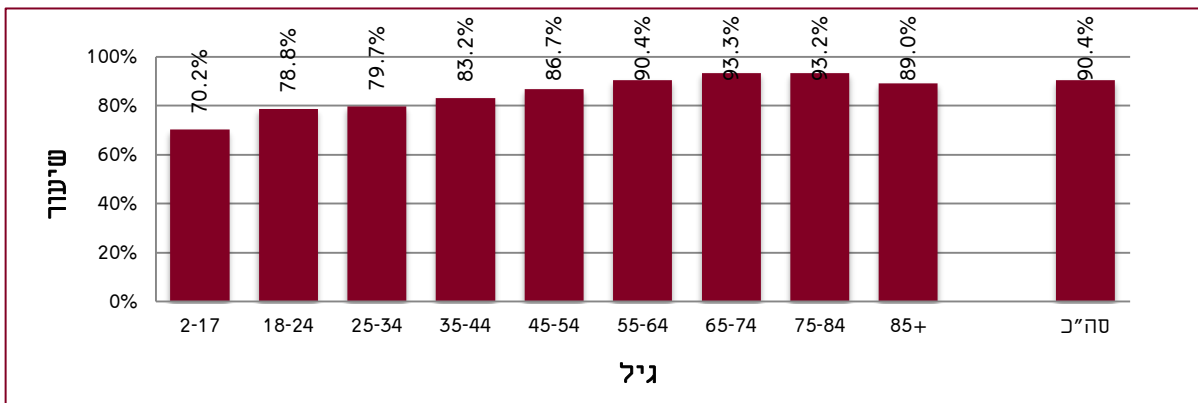
שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת (מכנה)

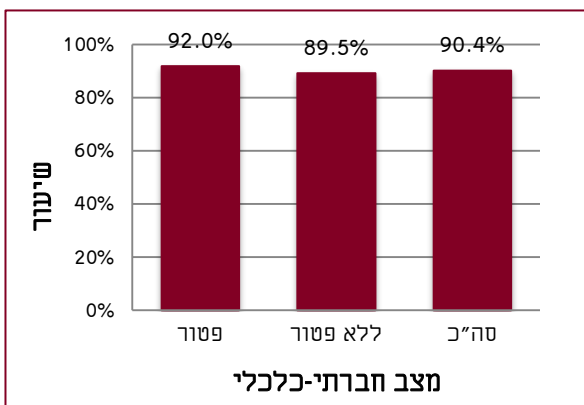
תרשים 110 לפי שנה, 2010-2012



תרשים 111 לפי גיל, 2012



תרשים 113 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 112 לפי מין, 2012



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 85 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל	גיל									
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
2010	מונה	364,561	16,275	67,234	96,821	106,349	52,636	16,988	4,856	1,646	1,690
	מכנה	401,006	18,338	71,906	102,811	116,731	60,351	20,282	6,055	2,100	2,312
	שיעור	90.9%	88.8%	93.5%	94.2%	91.1%	87.2%	83.8%	80.2%	78.4%	73.1%
2011	מונה	388,169	18,356	72,190	102,970	114,006	54,296	17,710	5,002	1,753	1,828
	מכנה	427,296	20,429	77,177	109,620	125,355	62,464	21,121	6,282	2,218	2,502
	שיעור	90.8%	89.9%	93.5%	93.9%	90.9%	86.9%	83.9%	79.6%	79.0%	73.1%
2012	מונה	414,710	20,411	77,862	112,630	119,518	56,574	18,743	5,177	1,839	1,898
	מכנה	458,769	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	שיעור	90.4%	89.0%	93.2%	93.3%	90.4%	86.7%	83.2%	79.7%	78.8%	70.2%

טבלה 86 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל									
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
זכר	מונה	203,161	8,012	33,328	54,254	61,507	30,989	10,546	2,665	890	944
	מכנה	227,878	8,898	35,744	58,627	69,036	36,602	12,993	3,402	1,163	1,349
	שיעור	89.2%	90.0%	93.2%	92.5%	89.1%	84.7%	81.2%	78.3%	76.5%	70.0%
נקבה	מונה	211,549	12,399	44,534	58,376	58,011	25,585	8,197	2,512	949	954
	מכנה	230,891	14,023	47,804	62,066	63,149	28,654	9,528	3,092	1,172	1,355
	שיעור	91.6%	88.4%	93.2%	94.1%	91.9%	89.3%	86.0%	81.2%	81.0%	70.4%
סה"כ	מונה	414,710	20,411	77,862	112,630	119,518	56,574	18,743	5,177	1,839	1,898
	מכנה	458,769	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	שיעור	90.4%	89.0%	93.2%	93.3%	90.4%	86.7%	83.2%	79.7%	78.8%	70.2%

טבלה 87 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל	גיל									
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	
פטור	מונה	155,946	9,432	35,981	50,525	40,924	13,329	3,552	939	297	914
	מכנה	169,502	10,587	38,653	53,985	44,420	14,897	4,077	1,115	355	1,314
	שיעור	92.0%	89.1%	93.1%	93.6%	92.1%	89.5%	87.1%	84.2%	83.7%	69.6%
ללא פטור	מונה	258,764	10,979	41,881	62,105	78,594	43,245	15,191	4,238	1,542	984
	מכנה	289,267	12,334	44,895	66,708	87,765	50,359	18,444	5,379	1,980	1,390
	שיעור	89.5%	89.0%	93.3%	93.1%	89.6%	85.9%	82.4%	78.8%	77.9%	70.8%
סה"כ	מונה	414,710	20,411	77,862	112,630	119,518	56,574	18,743	5,177	1,839	1,898
	מכנה	458,769	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335	2,704
	שיעור	90.4%	89.0%	93.2%	93.3%	90.4%	86.7%	83.2%	79.7%	78.8%	70.2%

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

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל

רציונאל: לפי איגוד הסוכרת האמריקאי (American Diabetes Association) ואיגוד הלב האמריקאי (American Heart Association) איזון טוב של רמת הכולסטרול בחולי סוכרת מושג כאשר רמת ה-LDL נמוכה מ-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל). עבור חולי סוכרת שסובלים גם מטרשת עורקים מומלץ לשקול הורדת ערך כולסטרול ה-LDL מתחת ל-70 מ"ג/ד"ל, אך היעד הראשוני נותר מתחת ל-100 מ"ג/ד"ל.

מכנה: חולי סוכרת בני שנתיים 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: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. הבדיקה של רמות כולסטרול non-HDL הינה חידוש שבוצע החל מדו"ח זה; בהינתן בדיקה של רמת כולסטרול LDL אמינה (שבמקביל ללקיחתה תועדה רמת טריגליצרידים הנמוכה מ-300 מ"ג/ד"ל) ועדכנית לשנת המדד, נבדקה עמידה ביעד של רמת LDL. אולם כאשר רמת הטריגליצרידים הייתה גבוהה נבדקה עמידה ביעד של רמת כולסטרול non-HDL.

תוצאות (תרשימים 114-117 וטבלאות 88-90)

מתוך 414,710 חולי הסוכרת שביצעו בדיקת LDL או non-HDL בשנת 2012, 63.8% השיגו את יעד האיזון המומלץ. השיעור נותר יציב במהלך שנות המעקב.

שיעור האיזון הנמוך ביותר נצפה בקבוצת הגיל 35-44 (48.0%) ובהמשך השיעור עולה עד לקבוצת הגיל 75-84 (70.0%).

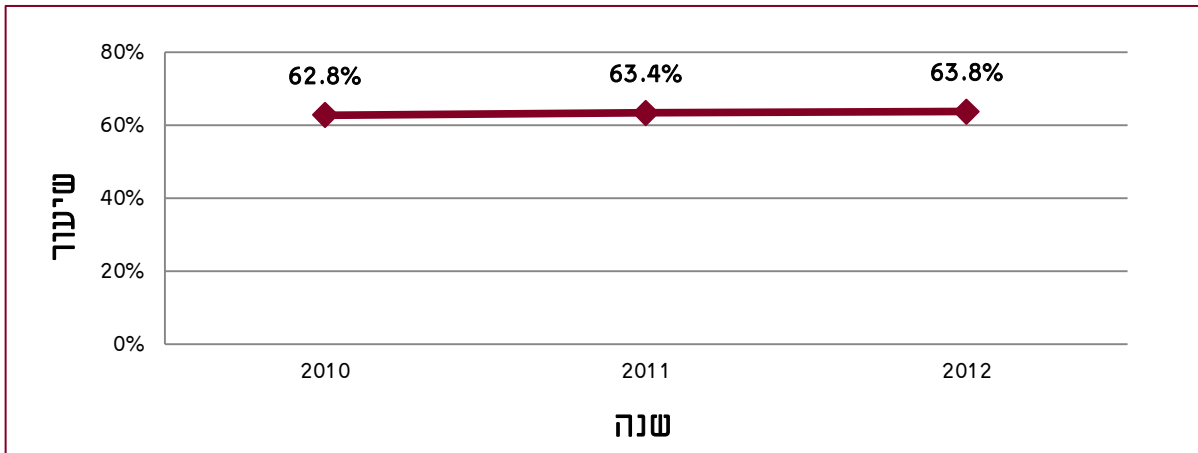
שיעור חולי הסוכרת עם רמת כולסטרול מאוזנת בשנת 2012 היה גבוה בגברים ביחס לנשים (67.1% לעומת 60.6%).

שיעור חולי הסוכרת שהשיגו את יעדי האיזון, היה מעט גבוה במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), 65.6% לעומת 62.7%.

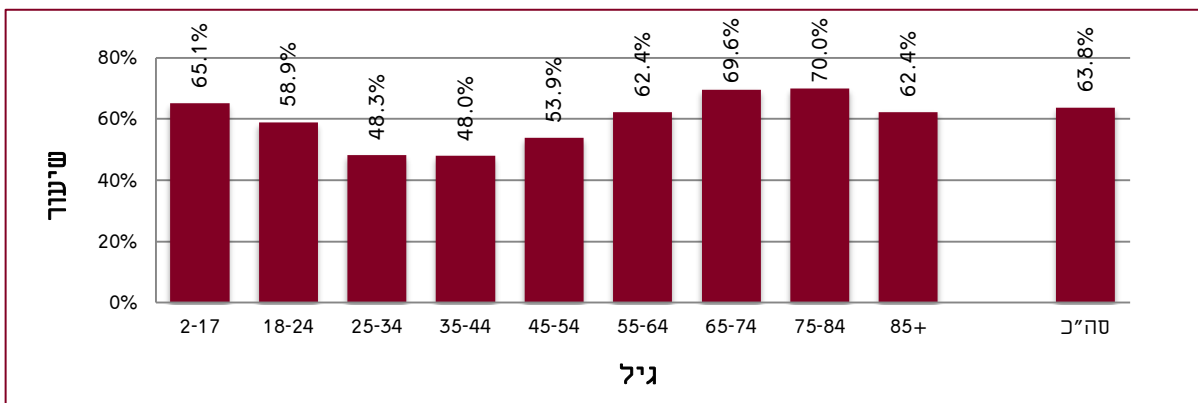
שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת

שיעור חולי סוכרת עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת LDL (מכנה)

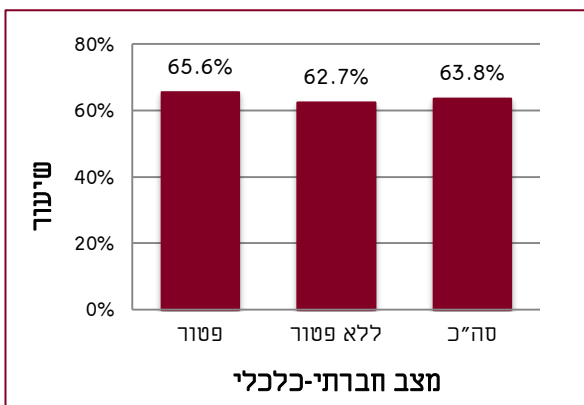
תרשים 114 לפי שנה, 2012-2010



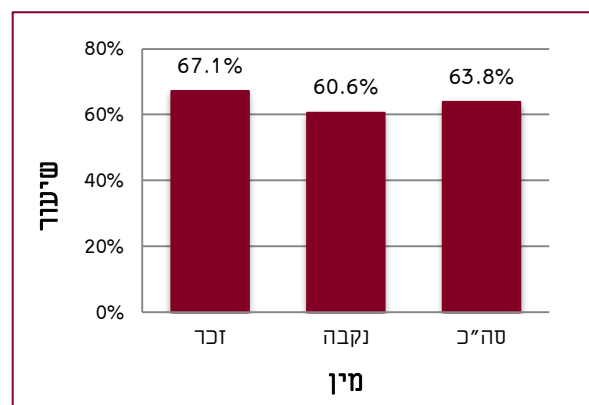
תרשים 115 לפי גיל, 2012



תרשים 117 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 116 לפי מין, 2012



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 (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל) (מונה), מקרב חולי סוכרת שביצעו בדיקת LDL (מכנה)

טבלה 88 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
2010	מונה	10,156	46,289	66,196	65,940	27,962	8,042	2,302	947	1,050	228,929
	מכנה	16,275	67,234	96,821	106,349	52,636	16,988	4,856	1,646	1,690	364,561
	שיעור	62.4%	68.8%	68.4%	62.0%	53.1%	47.3%	47.4%	57.5%	62.1%	62.8%
2011	מונה	11,558	50,289	71,453	70,991	28,876	8,387	2,353	1,024	1,142	246,114
	מכנה	18,356	72,190	102,970	114,006	54,296	17,710	5,002	1,753	1,828	388,169
	שיעור	63.0%	69.7%	69.4%	62.3%	53.2%	47.4%	47.0%	58.4%	62.5%	63.4%
2012	מונה	12,733	54,481	78,442	74,534	30,495	8,991	2,503	1,083	1,236	264,533
	מכנה	20,411	77,862	112,630	119,518	56,574	18,743	5,177	1,839	1,898	414,710
	שיעור	62.4%	70.0%	69.6%	62.4%	53.9%	48.0%	48.3%	58.9%	65.1%	63.8%

טבלה 89 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
זכר	מונה	5,607	25,118	39,925	40,594	17,409	5,126	1,325	581	668	136,366
	מכנה	8,012	33,328	54,254	61,507	30,989	10,546	2,665	890	944	203,161
	שיעור	70.0%	75.4%	73.6%	66.0%	56.2%	48.6%	49.7%	65.3%	70.8%	67.1%
נקבה	מונה	7,126	29,363	38,517	33,940	13,086	3,865	1,178	502	568	128,167
	מכנה	12,399	44,534	58,376	58,011	25,585	8,197	2,512	949	954	211,549
	שיעור	57.5%	65.9%	66.0%	58.5%	51.1%	47.2%	46.9%	52.9%	59.5%	60.6%
סה"כ	מונה	12,733	54,481	78,442	74,534	30,495	8,991	2,503	1,083	1,236	264,533
	מכנה	20,411	77,862	112,630	119,518	56,574	18,743	5,177	1,839	1,898	414,710
	שיעור	62.4%	70.0%	69.6%	62.4%	53.9%	48.0%	48.3%	58.9%	65.1%	63.8%

טבלה 90 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	גיל										
	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	2-17	סה"כ	
פטור	מונה	5,773	24,855	35,151	25,987	7,434	1,845	488	197	596	102,358
	מכנה	9,432	35,981	50,525	40,924	13,329	3,552	939	297	914	155,946
	שיעור	61.2%	69.1%	69.6%	63.5%	55.8%	51.9%	52.0%	66.3%	65.2%	65.6%
ללא פטור	מונה	6,960	29,626	43,291	48,547	23,061	7,146	2,015	886	640	162,175
	מכנה	10,979	41,881	62,105	78,594	43,245	15,191	4,238	1,542	984	258,764
	שיעור	63.4%	70.7%	69.7%	61.8%	53.3%	47.0%	47.5%	57.5%	65.0%	62.7%
סה"כ	מונה	12,733	54,481	78,442	74,534	30,495	8,991	2,503	1,083	1,236	264,533
	מכנה	20,411	77,862	112,630	119,518	56,574	18,743	5,177	1,839	1,898	414,710
	שיעור	62.4%	70.0%	69.6%	62.4%	53.9%	48.0%	48.3%	58.9%	65.1%	63.8%

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

הגדרת המדד: שיעור חולי סוכרת בגילאי 18 ומעלה אשר ניתן היה לחשב עבורם את מדד ההשמנה 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 האדם.

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: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. מאחר שהגובה לא משתנה משמעותית אחרי גיל 18, שונתה בדו"ח זה הדרישה למדידת גובה, כך שגם מדידה בודדת לאחר גיל 18 שנים נחשבת כתיעוד גובה עדכני ברשומה הרפואית. בדו"חות הקודמים נדרשה מדידה עדכנית לחמש השנים האחרונות.

תוצאות (תרשימים 118-121 וטבלאות 91-93)

שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה עם תיעוד של משקל וגובה עדכניים עמד בשנת 2012 על 86.6%. שיעור זה הציג מגמה קלה של שיפור במהלך שנות המעקב ועמד על 84.4% בשנת 2010. שיעור התיעוד של מרכיבי BMI עולה עם הגיל, מ-74.2% בבני 18-24 ועד 90.4% בבני 65-74. בבני 75 ומעלה, שיעור התיעוד מציג מגמת ירידה.

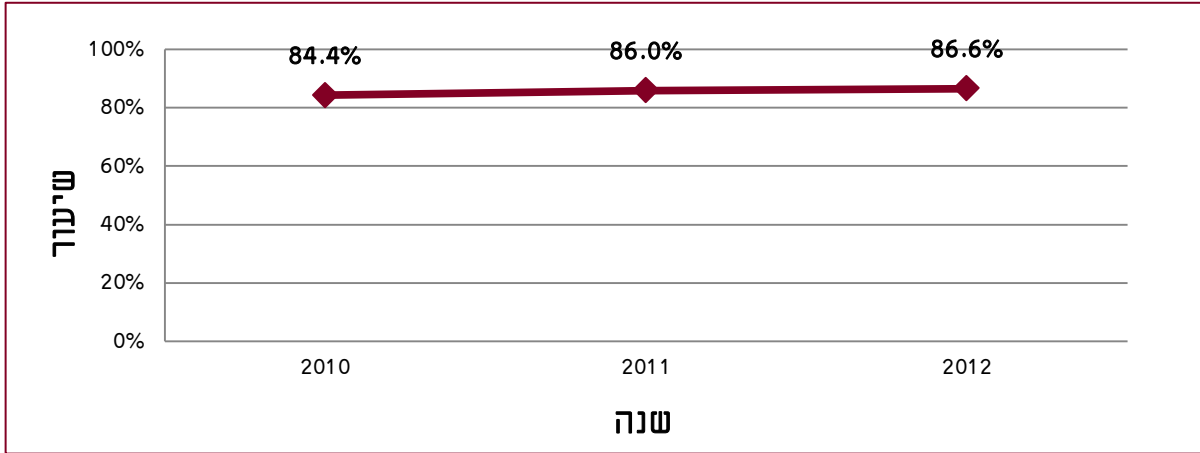
לא נצפה הבדל בשיעור התיעוד של מרכיבי ה-BMI בקרב חולי הסוכרת לפי מין.

שיעורי התיעוד היו מעט גבוהים יותר בקרב חולי סוכרת ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס לאלו ממעמד גבוה (ללא פטור), ועמדו על 88.2% לעומת 85.8%.

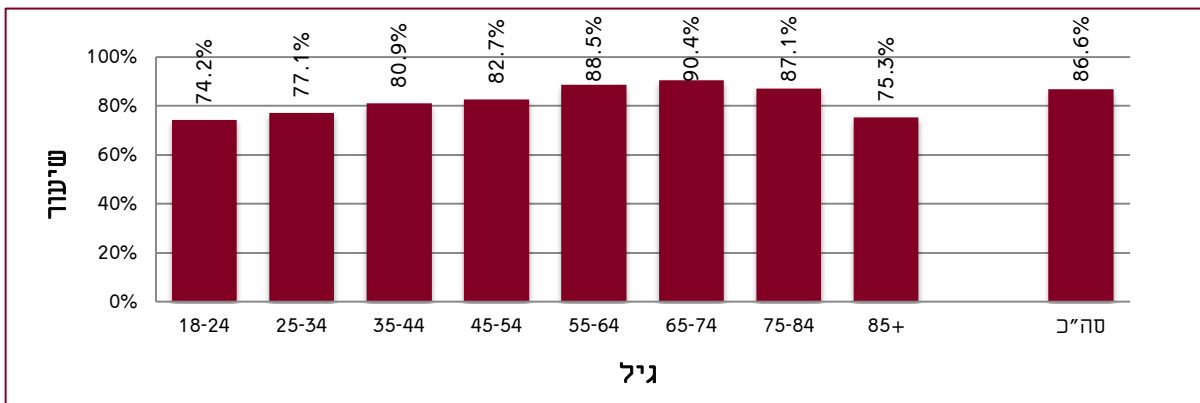
שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

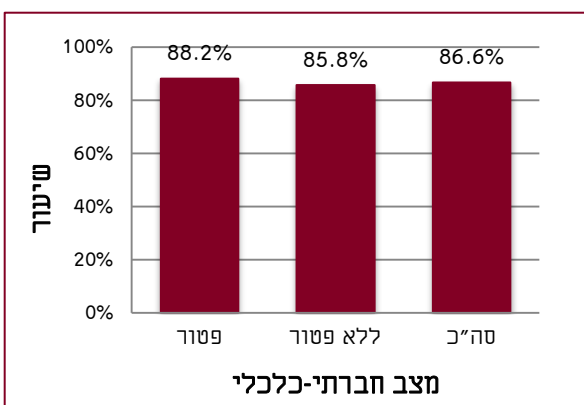
תרשים 118 לפי שנה, 2012-2010



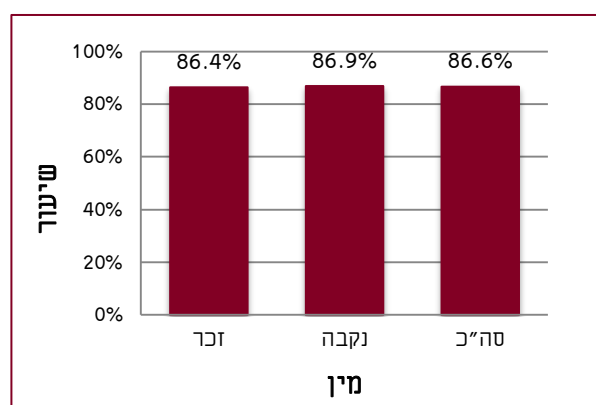
תרשים 119 לפי גיל, 2012



תרשים 121 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 120 לפי מין, 2012



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 91 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	מונה	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2010	336,217	13,341	60,754	90,537	100,788	48,623	16,033	4,597	1,544
	398,574	18,338	71,906	102,811	116,731	60,351	20,282	6,055	2,100
	שיעור	84.4%	72.8%	84.5%	88.1%	86.3%	80.6%	79.1%	75.9%
2011	365,123	15,251	66,677	98,556	109,847	51,317	17,071	4,790	1,614
	424,666	20,429	77,177	109,620	125,355	62,464	21,121	6,282	2,218
	שיעור	86.0%	74.7%	86.4%	89.9%	87.6%	82.2%	80.8%	76.2%
2012	395,079	17,257	72,799	109,154	116,974	53,937	18,221	5,004	1,733
	455,953	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335
	שיעור	86.6%	75.3%	87.1%	90.4%	88.5%	82.7%	80.9%	77.1%

טבלה 92 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	מונה	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	195,611	7,165	31,770	52,859	60,346	29,711	10,348	2,567	845
	226,465	8,898	35,744	58,627	69,036	36,602	12,993	3,402	1,163
	שיעור	86.4%	80.5%	88.9%	90.2%	87.4%	81.2%	79.6%	75.5%
נקבה	199,468	10,092	41,029	56,295	56,628	24,226	7,873	2,437	888
	229,488	14,023	47,804	62,066	63,149	28,654	9,528	3,092	1,172
	שיעור	86.9%	72.0%	85.8%	90.7%	89.7%	84.5%	82.6%	78.8%
סה"כ	395,079	17,257	72,799	109,154	116,974	53,937	18,221	5,004	1,733
	455,953	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335
	שיעור	86.6%	75.3%	87.1%	90.4%	88.5%	82.7%	80.9%	77.1%

טבלה 93 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	מונה	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	148,180	8,066	33,553	49,044	40,242	12,704	3,439	870	262
	168,089	10,587	38,653	53,985	44,420	14,897	4,077	1,115	355
	שיעור	88.2%	76.2%	86.8%	90.8%	90.6%	85.3%	84.4%	78.0%
ללא פטור	246,899	9,191	39,246	60,110	76,732	41,233	14,782	4,134	1,471
	287,864	12,334	44,895	66,708	87,765	50,359	18,444	5,379	1,980
	שיעור	85.8%	74.5%	87.4%	90.1%	87.4%	81.9%	80.1%	76.9%
סה"כ	395,079	17,257	72,799	109,154	116,974	53,937	18,221	5,004	1,733
	455,953	22,921	83,548	120,693	132,185	65,256	22,521	6,494	2,335
	שיעור	86.6%	75.3%	87.1%	90.4%	88.5%	82.7%	80.9%	77.1%

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 5 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 5 ומעלה

מונה: מספר המבוטחים במכנה אשר חוסנו בפועל נגד שפעת עונתית

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. תקופת המדד הינה מ-1 בספטמבר של שנת המדד ועד 28 בפברואר בשנה שאחריה.

תוצאות (תרשימים 125-122 וטבלאות 94-96)

שיעור המחוסנים נגד שפעת בקרב חולי סוכרת מעל גיל 5 שנים עמד בשנת 2012 על 57.3%. שיעור זה מהווה עליה לעומת השיעורים בשנים הקודמות (53.8% בשנת 2010 ו-55.5% בשנת 2011). השיעור הנמוך ביותר נצפה בקבוצת הגיל 25-34 שנים (39.7%), שלאחריו נצפת מגמת עלייה הדרגתית עם הגיל עד לשיעור של 69.0% בקרב בני 75-84.

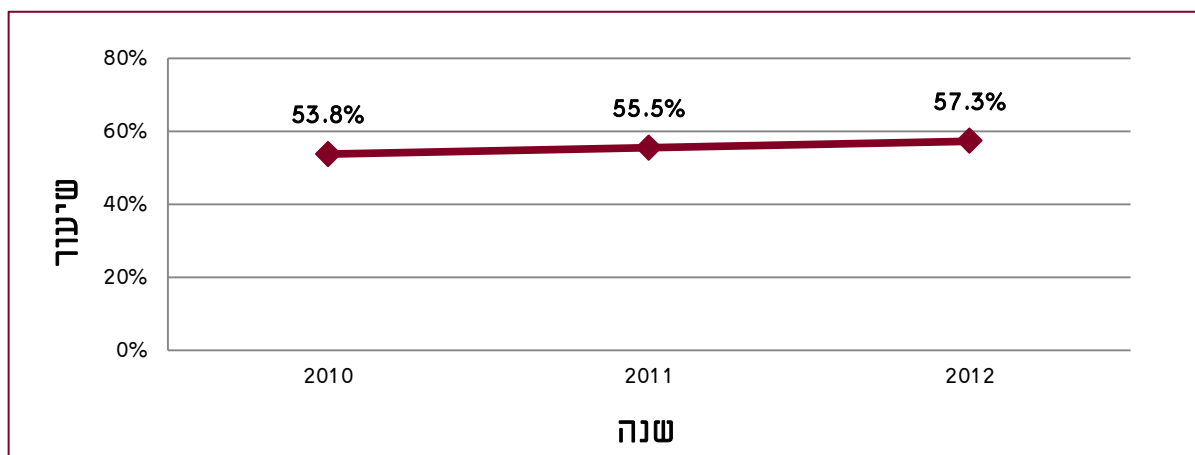
שיעור המחוסנים נגד שפעת בשנת 2012 עמד על 58.2% בקרב גברים סוכרתיים לעומת 56.5% בקרב נשים סוכרתיים.

שיעור החיסון נגד שפעת בקרב חולי הסוכרת ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה ביחס לחולי הסוכרת ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (61.6% לעומת 54.8%).

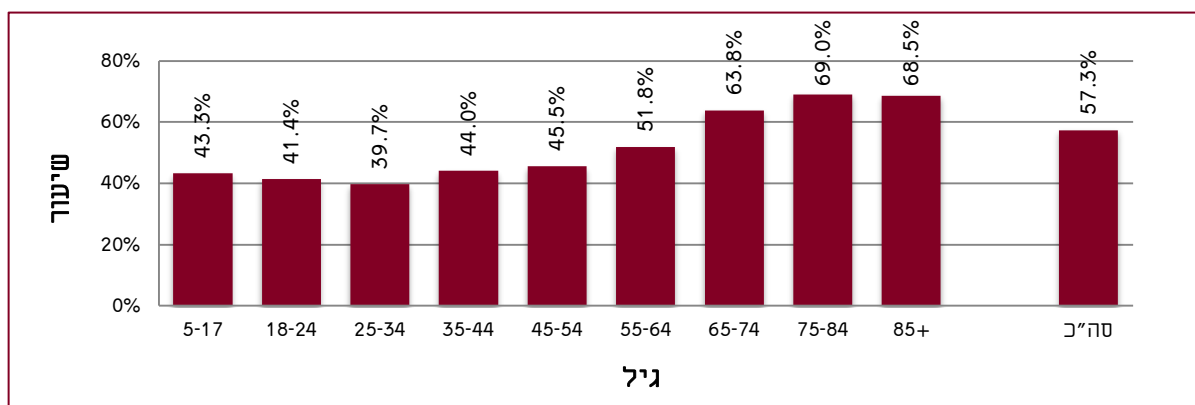
שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 5 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 5 ומעלה (מכנה)

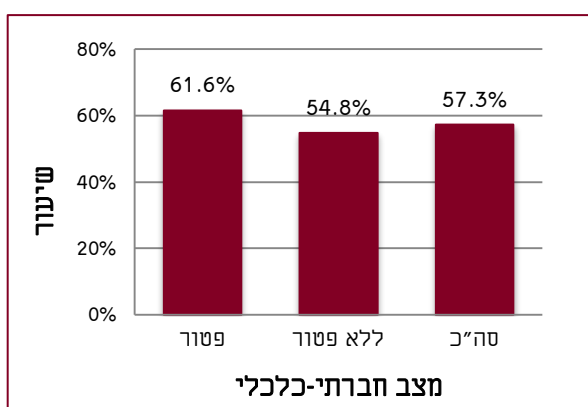
תרשים 122 לפי שנה, 2012-2010



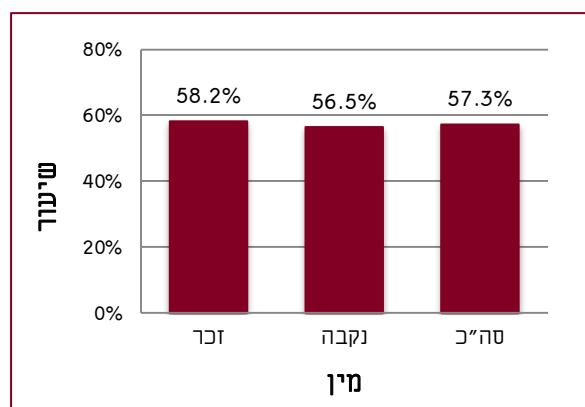
תרשים 123 לפי גיל, 2012



תרשים 125 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 124 לפי מין, 2012



שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 5 ומעלה

חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 5 ומעלה (מכנה)

טבלה 94 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

שנה	מונה	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	5-17
2010	214,567	11,673	47,062	62,144	56,279	25,225	8,239	2,204	758	983
	399,119	17,885	71,233	102,453	116,554	60,273	20,263	6,054	2,094	2,310
	53.8%	65.3%	66.1%	60.7%	48.3%	41.9%	40.7%	36.4%	36.2%	42.6%
2011	235,950	13,519	51,703	68,089	62,052	27,508	8,910	2,312	850	1,007
	425,177	19,939	76,411	109,211	125,166	62,379	21,089	6,269	2,212	2,501
	55.5%	67.8%	67.7%	62.3%	49.6%	44.1%	42.2%	36.9%	38.4%	40.3%
2012	261,746	15,306	57,161	76,718	68,301	29,655	9,896	2,575	963	1,171
	456,525	22,335	82,816	120,269	131,915	65,180	22,496	6,485	2,327	2,702
	57.3%	68.5%	69.0%	63.8%	51.8%	45.5%	44.0%	39.7%	41.4%	43.3%

טבלה 95 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	מונה	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	5-17
זכר	131,942	6,396	25,992	38,667	36,292	16,573	5,630	1,320	484	588
	226,770	8,648	35,413	58,407	68,874	36,552	12,975	3,396	1,158	1,347
	58.2%	74.0%	73.4%	66.2%	52.7%	45.3%	43.4%	38.9%	41.8%	43.7%
נקבה	129,804	8,910	31,169	38,051	32,009	13,082	4,266	1,255	479	583
	229,755	13,687	47,403	61,862	63,041	28,628	9,521	3,089	1,169	1,355
	56.5%	65.1%	65.8%	61.5%	50.8%	45.7%	44.8%	40.6%	41.0%	43.0%
סה"כ	261,746	15,306	57,161	76,718	68,301	29,655	9,896	2,575	963	1,171
	456,525	22,335	82,816	120,269	131,915	65,180	22,496	6,485	2,327	2,702
	57.3%	68.5%	69.0%	63.8%	51.8%	45.5%	44.0%	39.7%	41.4%	43.3%

טבלה 96 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

שנה	מונה	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	5-17
פטור	104,329	6,890	25,298	34,271	25,845	8,326	2,286	578	188	647
	169,402	10,587	38,653	53,985	44,420	14,897	4,076	1,115	355	1,314
	61.6%	65.1%	65.4%	63.5%	58.2%	55.9%	56.1%	51.8%	53.0%	49.2%
ללא פטור	157,417	8,416	31,863	42,447	42,456	21,329	7,610	1,997	775	524
	287,123	11,748	44,163	66,284	87,495	50,283	18,420	5,370	1,972	1,388
	54.8%	71.6%	72.1%	64.0%	48.5%	42.4%	41.3%	37.2%	39.3%	37.8%
סה"כ	261,746	15,306	57,161	76,718	68,301	29,655	9,896	2,575	963	1,171
	456,525	22,335	82,816	120,269	131,915	65,180	22,496	6,485	2,327	2,702
	57.3%	68.5%	69.0%	63.8%	51.8%	45.5%	44.0%	39.7%	41.4%	43.3%

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת

בני 65-72

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 אמורים לקבל מנה אחת של חיסון נגד זיהומים פניאומוקוקליים.

מכנה: חולי סוכרת בני 65-72

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

הערות: חולי סוכרת מוגדרים על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או על פי רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת, שבוצעו בשנה שקדמה לשנת המדד. בהשוואה לדוחות קודמים, ראוי לשים לב כי חולי סוכרת הוגדרו בעבר על פי רכישת תרופות בלבד. מדד זה מתייחס לחיסונים נגד זיהומים פניאומוקוקליים הניתנים באמצעות התרכיב הפוליסכרידי (הכולל 23 זנים של החיידק) בקרב אוכלוסיית חולי סוכרת בני 65-72, וזאת בשל קיומם של נתונים אלה עבור מבוגרים בלבד.

תוצאות (תרשימים 126-128 וטבלאות 97-99)

שיעור המחוסנים נגד פניאומוקוק בקרב חולי הסוכרת המבוגרים עמד בשנת 2012 על 80.0%. זהו שיעור הדומה לשיעור שנצפה בשנות המעקב הקודמות 2010 ו-2011, בהן עמד על 80.6% ו-80.4%, בהתאמה.

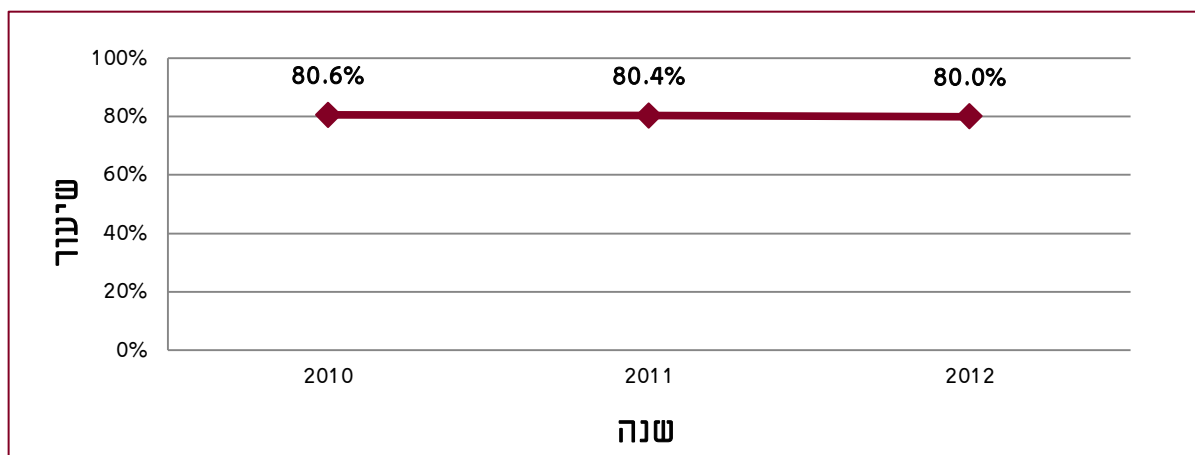
שיעור חולי הסוכרת המבוגרים המחוסנים נגד פניאומוקוק בשנת 2012 היה גבוה מעט בקרב גברים ביחס לנשים, 81.6% לעומת 78.5%.

שיעור החיסון נגד פניאומוקוק בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה במעט מזה שבקרב מבוטחים ממעמד כלכלי-חברתי גבוה (ללא פטור), 81.4% לעומת 79.0%.

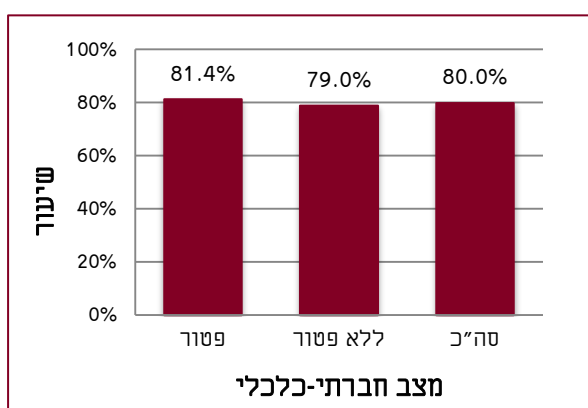
שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-72

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת אחרי גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 65-72 (מכנה)

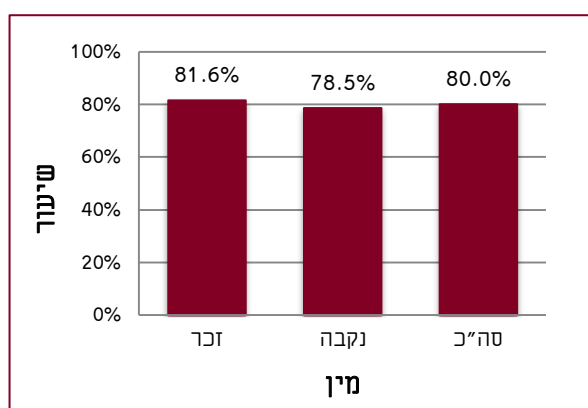
תרשים 126 לפי שנה, 2010-2012



תרשים 128 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2012



תרשים 127 לפי מין, 2012



שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-72

חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק פעם אחת אחרי גיל 65 או בחמש השנים האחרונות (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 65-72 (מכנה)

טבלה 97 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2010

גיל		שנה
65-72		
61,898	מונה	2010
76,786	מכנה	
80.6%	שיעור	
65,758	מונה	2011
81,781	מכנה	
80.4%	שיעור	
72,813	מונה	2012
90,986	מכנה	
80.0%	שיעור	

טבלה 98 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
65-72		
36,848	מונה	זכר
45,179	מכנה	
81.6%	שיעור	
35,965	מונה	נקבה
45,807	מכנה	
78.5%	שיעור	
72,813	מונה	סה"כ
90,986	מכנה	
80.0%	שיעור	

טבלה 99 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012

גיל		שנה
65-72		
31,806	מונה	פטור
39,054	מכנה	
81.4%	שיעור	
41,007	מונה	ללא פטור
51,932	מכנה	
79.0%	שיעור	
72,813	מונה	סה"כ
90,986	מכנה	
80.0%	שיעור	

אחרית דבר



אחרית דבר

הדו"ח המונח לפניכם מציג את תוצאות מדדי האיכות לשנים 2010-2012. מדידת איכות הטיפול היא צעד ראשון והכרחי בדרך הארוכה לשיפור, אולם במדידה אין די. יש צורך להשלים אותה באמצעות בחינה יסודית של התוצאות ותרומן למדיניות מתאימה זאת בכל רמות השירותים (מהרופא בקהילה, דרך המרפאה, המחוז ועד לקופה). בד בבד מן הראוי לעדכן ולפתח את תכנית המדדים כדי לשמר את יעילותה. להלן נקודות המפתח הכלולות בתהליכים אלו.

דווח ודיון בתוצאות

- יש לעודד את הפצת הדו"ח בקרב הגופים הרלבנטיים, בכלל זה קופות החולים, משרד הבריאות, איגודים מקצועיים (רופאים, אחיות, אנשי מנהל וכד') ומוסדות חינוך רפואי. דיונים בתוצאות הדו"ח בפורומים מגוונים יסייעו לבחון מגמות באיכות הטיפול ואת הגורמים התורמים לשיפור הנצפה. כמו כן, הדיונים יתרמו לאיתור תחומים הדורשים בחינה נוספת, התערבות ושיפור.

סדרת המדדים

- לקראת דו"ח זה נערכה בדיקה שיטתית של המדדים תוך כדי זיהוי העדכונים הנדרשים, בכלל זה גריעה, הוספה או שינוי של מדדים. מומלץ להמשיך באופן רציף בתהליך זה, וכן לבחון מעבר ממדדי תיעוד בלבד למדדים מבוססי ערכים, לבחון תחומי מדידה נוספים והיבטים נוספים של איכות הטיפול כמו זמינות, נגישות ותיאום.

מאפייני המבוטחים

- כדי לזהות פערים באוכלוסייה וקבוצות אוכלוסייה הדורשות התייחסות מיוחדת, יש צורך בריבוד התוצאות לפי מדד רגיש יותר למצב חברתי- כלכלי מאשר על סמך זכאות לפטור/הנחה מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות. התכנית נמצאת בעיצומו של תהליך עבודה עם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שבמסגרתו לכל מבוטח ישויך ציון חברתי-כלכלי על סמך כתובת מגוריו (האיזור גיאוגרפי-סטטיסטי, אג"ס, אליו המבוטח שייך). ציונים אלה חושבו על סמך המפקד האחרון שנערך ב-2008. נתונים אלה יאפשרו לתקן את האוכלוסיות בקופות החולים השונות כך שהשוואה בין הקופות תהיה מדויקת והוגנת. כמו כן, נתונים אלה ישמשו לתעד פערים באיכות הטיפול בין קבוצות מרמה חברתית-כלכלית שונה.

מתודולוגיה

- יש להמשיך ולבחון סוגיות מתודולוגיות ובכללן בדיקת איכות הנתונים, הערכת ערכים חסרים, שנות חברות לא מלאות ואמידת טעויות מדידה.
- יש צורך במאמצים נוספים לשיפור והאחדה של מערכות המידע עליהן מבוסס הדו"ח, בכלל זה שיפור המנגנון הלאומי לקידוד אחיד של פרוצדורות רפואיות, אבטחת העברה סדירה של נתונים רלבנטיים מנותני השירותים לקופות, בחינת התפתחות רשמים לאומיים והשלמת הרשומה הרפואית הלאומית.
- יש לבחון את תהליך המבדק על כל שלביו ולאחר תחומים בהם ראוי לשפר או להרחיב את מערך הבדיקות.
- ראוי לפתח מתודולוגיה להבנה וניתוח הנתונים בכל רמות השירות אשר תשמש בסיס להדרכת אנשי מקצוע לשימוש במדדים.

מחקר

- מומלץ לעודד שימוש בדו"ח לזיהוי כיווני מחקר חדשים העולים מהתוצאות וליצירת סדר יום מחקרי בנושאים רלבנטיים. המחקר יסייע להבנת תוצאות התוכנית והשלכותיה ולבחינה של התהליכים המובילים לשינוי באיכות הטיפול. נושאים העולים במסגרת זו כוללים את חקירת ההשתנות בתוצאי בריאות לאומיים במקביל לשיפורים במדדי האיכות, הערכה של ההשפעות הכלכליות של התוכנית, יצירת בסיס מדעי להשוואות בינלאומיות, ניטור הפערים על פני זמן בתוצאות המדדים בין קבוצות מבוטחים וחקירת ההסברים לפערים אלו.

רשימת ספרות

ACCORD-Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. The New England Journal of Medicine 2008, 358: 2545-2559.

AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality. National Healthcare Quality Report 2010. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality 2010. Publication No. 11-0004. Available at :<http://www.ahrq.gov/qual/nhqr10/nhqr10.pdf>.

American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2013. Available at: <http://professional.diabetes.org/ResourcesForProfessionals.aspx?cid=84160>.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2013. Diabetes Care 2013, 36 Suppl 1: S11-66.

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. Available at : <http://circ.ahajournals.org/content/106/25/3143.long>.

American Lung Association. Trends in Asthma Morbidity and Mortality. Epidemiology and Statistics Unit 2012, Research and Program Services Division, American Lung Association.

Atkin, W. S., Edwards, R., Kralj-Hans, I., Wooldrage, K., Hart, A. R., Northover, J. M., Parkin, D. M., Wardle, J., Duffy, S. W., & Cuzick, J. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2010, 375(9726): 1624-1633.

Australian Institute of Health and Welfare. A set of performance indicators across the health and aged care system. Australian Institute of Health and Welfare for Health Ministers 2008. Available at: http://www.aihw.gov.au/indicators/performance_indicators_200806_draft.pdf.

Baker, R. D., & Greer, F. R. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). Pediatrics 2010, 126(5): 1040-1050.

Ben-Shimol, S., Greenberg, D., Givon-Lavi, N., Elias, N., Glikman, D., Rubinstein, U., & Dagan, R. Rapid reduction in invasive pneumococcal disease after introduction of PCV7 into the National Immunization Plan in Israel. Vaccine 2012, 30(46): 6600-6607.

Black, M. M., Quigg, A. M., Hurley, K. M., & Pepper, M. R. Iron deficiency and iron-deficiency anemia in the first two years of life: strategies to prevent loss of developmental potential. Nutrition Reviews 2011, 69 Suppl 1: S64-70.

Casalino, L. P. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. The New England Journal of Medicine 1999, 341(15): 1147-1150.

Catenacci, V. A., Hill, J. O., & Wyatt, H. R. The obesity epidemic. Clinics in Chest Medicine 2009, 30(3): 415-444.

- CDC-Center for Disease Control and Prevention. 2004 Surgeon General's Report—The Health Consequences of Smoking. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm.
- CDC-Center for Disease Control and Prevention. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses --- United States, 2000--2004 .2008 Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5745a3.htm>.
- CDC-Center for Disease Control and Prevention. Flu shots - get vaccinated. Accessed March 2012. Available at: <http://www.cdc.gov/asthma/flu.html>.
- CDC-Center for Disease Control and Prevention. Progress in Introduction of Pneumococcal Conjugate Vaccine — Worldwide, 2000–2012. April 26, 2013, 62(16);308-311. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6216a4.htm?s_cid=mm6216a4_w.
- Cushman C, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, Cutler JA, Simons-Morton DG, Basile JN, Corson MA, Probstfield JL, Katz L, Peterson KA, Friedewald WT, Buse JB, Bigger JT, Gerstein HC, Ismail-Beigi F; ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine* 2010, 362(17): 1575-85.
- Duckworth, W., Abraira, C., Moritz, T., Reda, D., Emanuele, N., Reaven, P. D., Zieve, F. J., Marks, J., Davis, S. N., Hayward, R., Warren, S. R., Goldman, S., McCarren, M., Vitek, M. E., Henderson, W. G., & Huang, G. D. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine* 2009, 360(2): 129-139.
- Friedberg, M. W., & Damberg, C. L. 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. AHRQ Pub 2011, No. 11-0093.
- GINA-Global Initiative for Asthma Program. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012. Available at: <http://www.ginasthma.org>.
- Ginsberg, G. M., Rosenberg, E., & Rosen, L. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. *European Journal of Public Health* 2010, 20(1): 113-119.
- Godlee, F. Outcomes that matter to patients. *BMJ* 2012, 244:e318.
- Goldblatt, D., & O'Brien, K. I. Pneumococcal Infections. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Chapter 134. D.L. Longo, et al., Editors. 2008, McGraw Hill: New York.
- Gotzsche, P. C., & Nielsen, M. Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database of Systematic reviews*(4): CD001877. 2009.
- Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Merz, C. N., Brewer, H. B., Jr., Clark, L. T., Hunninghake, D. B., Pasternak, R. C., Smith, S. C., Jr., & Stone, N. J. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004, 110(2): 227-239.
- Hewitson, P., Glasziou, P., Watson, E., Towler, B., & Irwig, L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *The American Journal of Gastroenterology* 2008, 103(6): 1541-1549.

- Institute of Medicine. America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality. Washington DC: National Academy Press 1994.
- ISQua-The International Society for Quality in Health Care. Advancing Quality and Safety for All; Now and in the Future. Vinker et al, 2012 #1724. 29th International Conference. 21st - 24th October 2012, Geneva. Available at: <http://www.isqua.org/docs/geneva-2012-final-docs/poster-displays.pdf?sfvrsn=2>.
- Jaffe, D.H., Eisenbach, Z., Neumark, Y.D., & Manor, O. Individual, household and neighborhood socioeconomic status and mortality: a study of absolute and relative deprivation. *Social Science and Medicine* 2005, 60(5): 989-997.
- James, W. P. WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity* 2008, 32(Suppl 7): S120-126.
- Lin, V., Holman, J. R., & Jamieson, B. Clinical Inquiries: Which drugs should post-MI patients routinely receive? *The Journal of family Practice* 2010, 59(9): 527-529.
- Logan, S., Martins, S., & Gilbert, R. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2) 2001: CD001444.
- Longo, A. L., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. Harrison's Principles of Internal Medicine 2012, 18th Edition, chapter 344.
- Mandelblatt, J. S., Cronin, K. A., Berry, D. A., Chang, Y., de Koning, H. J., Lee, S. J., Plevritis, S. K., Schechter, C. B., Stout, N. K., van Ravesteyn, N. T., Zelen, M., & Feuer, E. J. Modeling the impact of population screening on breast cancer mortality in the United States. *Breast* 2011, 20 Suppl 3: S75-81.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P., on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012, 380(9846):1011-1029.
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., & Beasley, R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. *Allergy* 2004, 59(5): 469-478.
- McNamara, M., & Walsh, J. M. Update in Women's Health: Evidence Published in 2012. *Annals of Internal Medicine* 2013, 159(3): 203-209.
- Meyerovitch, J., Sherf, M., Antebi, F., Barhoum-Noufi, M., Horev, Z., Jaber, L., Weiss, D., & Koren, A.. 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): e1055-1060.
- Monto, A. S. The risk of seasonal and pandemic influenza: prospects for control. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 2009, 48(Suppl 1): S20-25.
- National Committee for Quality Assurance, 2012. The State of Health Care Quality. Available at: <http://www.ncqa.org/Portals/0/State%20of%20Health%20Care/2012/SOHC%20Report%20Web.pdf>

- National Health Services. Indicators for Quality Improvement. Full indicator list, 2009. Health and Social Care Information Centre: England. Available at: <http://www.nchod.nhs.uk>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Diabetes Control and Complications Trial and Follow-up Study (DCCT) .National Institutes of Health, 2010. Available at: <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/control>
- 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>.
- NHLBI-National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Asthma Education and Prevention Program, NIH publication no 07-4051 Bethesda, MD: National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute 2007. Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma>.
- Nitzan Kaluski, D., Demem Mazengia, G., Shimony ,T., Goldsmith, R., & Berry, E. M. Prevalence and determinants of physical activity and lifestyle in relation to obesity among schoolchildren in Israel. Public Health Nutrition 2009, 12(6): 774-782.
- O'Brien, K. L., Wolfson, L. J., Watt, J. P., Henkle, E ,.Deloria-Knoll, M., McCall, N., Lee, E., Mulholland, K., Levine, O. S., & Cherian, T. Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates. Lancet 2009, 374(9693): 893-902.
- OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat, The Size and Risks of the International Epidemic of Child Obesity, 2010. Available at: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/obesity-and-the-economics-of-prevention/the-size-and-risks-of-the-international-epidemic-of-child-obesity_9789264084865-9-en.
- OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. Obesity update 2012. OECD Health Data 2011(a). Available at: <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>.
- OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Care Quality Indicators. OECD Health Policies and Data 2011(b). Available at: <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>.
- Oski, F. A.. Iron deficiency in infancy and childhood. The New England Journal of Medicine 1993, 329(3): 190-193.
- Pala, E., Erguven, M., Guven, S., Erdogan, M., & Balta, T. Psychomotor development in children with iron deficiency and iron-deficiency anemia. Food and Nutrition Bulletin 2010, 31(3): 431-435.
- Patel, A., MacMahon, S., Chalmers, J., Neal, B., Billot, L., Woodward, M., Marre, M., Cooper, M., Glasziou, P., Grobbee, D., Hamet, P., Harrap, S., Heller, S., Liu, L ,.Mancia, G., Mogensen, C. E., Pan, C., Poulter, N., Rodgers, A., Williams, B., Bompont, S., de Galan, B. E., Joshi, R., & Travert, F. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. The New England Journal of Medicine 2008, 358(24): 2560-2572.

- Pearce, N., Ait-Khaled, N., Beasley, R., Mallol, J., Keil, U., Mitchell, E., & Robertson, C. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax* 2007, 62(9): 758-766.
- Pilishvili, T., Lexau, C., Farley, M. M., Hadler, J., Harrison, L. H., Bennett, N. M., Reingold, A., Thomas, A., Schaffner, W., Craig, A. S., Smith, P. J., Beall, B. W., Whitney, C. G., & Moore, M. R. Sustained reductions in invasive pneumococcal disease in the era of conjugate vaccine. *The Journal of Infectious Diseases* 2010, 201(1): 32-41.
- Puliti, D., Miccinesi, G., Zappa, M., Manneschi, G., Crocetti, E., & Paci, E. Balancing harms and benefits of service mammography screening programs: a cohort study. *Breast Cancer Research* 2102, 14(1): R9.
- Qaseem, A., Vijan, S., Snow, V., Cross, J. T., Weiss, K. B., & Owens, D. K. Glycemic control and type 2 diabetes mellitus :the optimal hemoglobin A1c targets. A guidance statement from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 2007, 147(6): 417-422.
- Regev-Yochay, G., Rahav, G., Strahilevitz, J., Bishara, J., Katzir, M., Chowers, M., Finkelstein, R., Chazan ,B., Zimhony, O., & Dagan, R. A nationwide surveillance of invasive pneumococcal disease in adults in Israel before an expected effect of PCV7. *Vaccine* 2013, 31(19): 2387-2394.
- Reilly, J. J. Assessment of obesity in children and adolescents: synthesis of recent systematic reviews and clinical guidelines. *Journal of human nutrition and dietetics* 2010 : The Official Journal of the British Dietetic Association, 23(3): 205-211.
- Reilly, J. J & Kelly, J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity* 2011, 35(7): 891-898.
- Rothwell, P. M., Wilson, M., Elwin, C. E., Norrving, B., Algra, A., Warlow, C. P., & Meade, T. W. Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials. *Lancet* 2010, 376(9754): 1741-1750.
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010, 87(1): 4-14.
- Schwartz, M. B., & Puhl, R. Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2003, 4(1): 57-71.
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity* 2008, 9(5): 474-488.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions. Quality and Efficiency in Swedish Health Care Regional comparisons. National Board of Health and Welfare 2008: Stockholm Available at: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8365/2009-126-144_2009126144_rev3.pdf.
- Telford, J. J., Levy, A. R., Sambrook, J. C., Zou, D., & Enns, R. A. The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 2010, 182(12): 1307-1313.

Thompson, W. W., Comanor, L., & Shay, D. K. Epidemiology of seasonal influenza: use of surveillance data and statistical models to estimate the burden of disease. *The Journal of Infectious Diseases* 2006, 194(Suppl 2): S82-91.

USPSTF-US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement, *Annals of Internal Medicine*, 2009, 151(10): 716-726.

Wang, Y., Beydoun, M. A., Liang, L., Caballero, B., & Kumanyika, S. K. Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity* 2008, 16(10): 2323-2330.

Weitzman, R. Measurement Errors in Census type Clinical Performance Measures. PhD dissertation, 2010, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel.

White, K. C. Anemia is a poor predictor of iron deficiency among toddlers in the United States: for heme the bell tolls. *Pediatrics* 2005, 115(2): 315-320.

Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R., & Peto, R. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009, 373(9669): 1083-1096.

WHO-World Health Organization. World Diabetes Day 2012(a). Available at: <http://www.who.int/diabetes/en/>.

WHO-World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco, 2012(b). Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. השנתון סטטיסטי לישראל 2010 – מספר 61. 2010.

האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם. טיפול כלייתי חליפי בישראל, 1990-2010. משרד הבריאות. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 350, דצמבר 2012. http://www.isnh.org.il/RRTI1990_2010.pdf

המוסד לביטוח לאומי. דו"ח מסכם על ניהול קובץ בריאות בחודשים מרץ – מאי 2012 וחישוב מפתח החלוקה ליום 1.7.2012. מנהל המחקר והתכנון http://www.btl.gov.il/Mediniyut/Situation/haveruth/Documents/capitatia_072012.pdf

המוסד לביטוח לאומי. דו"ח מסכם על ניהול קובץ בריאות בחודשים ספטמבר – נובמבר 2012 וחישוב מפתח החלוקה ליום 1.1.2013. מנהל המחקר והתכנון. <http://www.btl.gov.il/Mediniyut/Situation/haveruth/Documents/capitatia012013.pdf>

טבנקין, ח., & להד, א. המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת. האגף למדיניות רפואית, איגוד רופאי המשפחה בישראל 2013. ההסתדרות הרפואית בישראל.

http://www.wikirefua.org.il/index.php/%D7%A7%D7%99%D7%93%D7%95%D7%9D_%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA_%D7%95%D7%A8%D7%A4%D7%95%D7%90%D7%94_%D7%9E%D7%95%D7%A0%D7%A2%D7%AA#.D7.94.D7.A0.D7.97.D7.99.D7.95.D7.AA - Clinical guidelines

מוסנזון, ע., & רז, א. המדריך לטיפול בסוכרת. המועצה הלאומית לסוכרת. משרד הבריאות, 2013. <http://www.themedical.co.il/magazines/diabetic2012/index.html>

מנור, א., שמואלי, ע., בן-יהודה, א., פלטיאל, א., קלדרון, ר., יפה, ד. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2007-2009. ביה"ס לבריאות הציבור והדסה, ירושלים, מרץ 2012.

משרד הבריאות. סקר המצאות אסתמה בילדי כיתות ח' בישראל. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. פרסום מספר 30, 2007.

http://www.health.gov.il/Download/pages/astmaA_111109.pdf

משרד הבריאות. נטל התחלואה מסוכרת בישראל – מצגת. המרכז לבקרת מחלות, 2010.

<http://abush.health.gov.il/Download/pages/soceret251010.ppt#321,1>

משרד הבריאות. 2011(א). מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות. חוזר המנהל הכללי. 19 ביוני, 2012.

<http://www.cancer.org.il/download/files>

[/pdf/מניעה%20וגילוי%20מוקדם%20של%20מחלות%20ממאירות%20יוני%202012](http://www.cancer.org.il/download/files/pdf/מניעה%20וגילוי%20מוקדם%20של%20מחלות%20ממאירות%20יוני%202012)

משרד הבריאות. 2011(ב). חובת תיעוד של גורמי סיכון ואורחות חיים בתיק הרפואי הממוחשב.

חוזר המנהל הכללי. 18 ביולי, 2011. http://www.health.gov.il/hozer/mk21_2011.pdf

משרד הבריאות. 2011(ג). מניעת השפעת העונתית – הנחיות מעודכנות. חוזר ראש שירותי בריאות הציבור. 01 בספטמבר, 2011. http://www.health.gov.il/hozer/bz09_2011.pdf

משרד הבריאות. 2011(ה). מצב הבריאות בישראל 2010. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 333, אוגוסט 2011. משרד הבריאות.

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Health_Status_in_Israel2010.pdf

משרד הבריאות. 2012(א). סקר בריאות לאומי בישראל 2010-2007. המרכז הלאומי לבקרת מחלות,

משרד הבריאות, פרסום מספר 331, 2012. [/http://www.pagegangster.com/p/KOTGX](http://www.pagegangster.com/p/KOTGX)

משרד הבריאות. 2012(ב). משרד הבריאות. מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות. חוזר המנהל הכללי. 19 ביוני, 2012.

<http://www.cancer.org.il/download/files/מניעה%20וגילוי%20מוקדם%20של%20מחלות%20ממאירות%20יוני%202012.pdf>

משרד הבריאות. 2012(ג). משרד הבריאות. דוח סיכום - פעילות השפעת בחורף 2011-2012. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, היחידה לניטור תחלואה חריגה. משרד הבריאות.

http://www.health.gov.il/publicationsfiles/flu2011_2012.pdf

משרד הבריאות. 2012(ד). תדריך למניעת אנמיה וחוסר ברזל בתינוקות ובפעוטות. חוזר ראש שירותי בריאות הציבור. 13 באוגוסט, 2012.

http://www.health.gov.il/hozer/BZ17_2012.pdf

משרד הבריאות. 2012(ה). מניעת שפעת ומחלות חורף אחרות. 2012.

http://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/Pages/Winter_flu.aspx

משרד הבריאות. 2013(א). דו"ח שרת הבריאות על העישון בישראל 2012. שירותי בריאות הציבור. סיוון התשע"ב, מאי 2013.

<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking-2012.pdf>

משרד הבריאות. 2013(ב). ניטור תחלואה דמוית שפעת בישראל. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, חטיבת הבריאות. משרד הבריאות.

http://www.health.gov.il/publicationsfiles/flu2011_2012.pdf

משרד הבריאות. 2013(ג). משרד הבריאות. תדריך חיסונים 1999. האגף לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור. עדכון אפריל 2013.

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/tadrich_Chisunim.pdf

משרד הבריאות. 2013(ד). סיבות מוות מובילות בישראל 2000-2010.

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading_causes_2010.pdf

משרד הרווחה והשירותים החברתיים. חלק ד': אנשים עם עיוורון ולקות ראייה, 2011.

<http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/ResearchAndEvaluation/Documents/537-554.pdf-%D7%A1%D7%A7%D7%99%D7%A8%D7%94%202011%20-%D7%9E%D7%95%D7%92%D7%91%D7%9C%D7%95%D7%99%D7%95%D7%AA-%D7%90%D7%A0%D7%A9%D7%99%D7%9D%20%D7%A2%D7%9D%20%D7%A2%D7%99%D7%95%D7%95%D7%A8%D7%9F%20%D7%95%D7%9C-%D7%A8%D7%90%D7%99%D7%99%D7%94.pdf>

רישום הסרטן הלאומי בישראל. רישום סרטן לאומי סרטן שד. 2010(א)

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=22&catid=183&pageid=1609>

רישום הסרטן הלאומי בישראל. 2010(ב). סרטן המעי הגס והחלחולת. עדכון נתוני תחלואה, 2010. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

http://www.health.gov.il/Download/pages/crc3_25022010.pdf

קיצורים

מילימטר כספית	ממ"כ
Angiotensin converting enzyme inhibitors	ACEI
Angiotensin receptor blockers	ARB
Body mass index	BMI
Center for Disease Control and Prevention	CDC
Glycated hemoglobin	HbA1c
Healthcare Effectiveness Data and Information Set	HEDIS
Low-density lipoprotein	LDL

נספחים



נספח א'

מפתח מדדי איכות 2012

שיעור	ממד	עמוד
קידום בריאות		
86.5%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64	16
81.2%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 65-74	16
79.8%	שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-70	24
בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן		
68.4%	שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74	30
54.1%	שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74	35
ילדים ובני נוער		
79.9%	שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות	41
70.0%	שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7	46
72.5%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18	49
מבוגרים בני +65		
60.1%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה	55
71.6%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72	60
אסתמה		
0.71%	שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44	67
79.4%	שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44	70
39.6%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44	73
לב וכלי דם		
86.7%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54	81
77.5%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74	81
91.7%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 35-54	86
92.3%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 55-74	86
91.3%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54	91

שיעור	מזד	עמוד
80.6%	שיעור התייעוד של מזידות לחץ דם בקרב בני 74-55	91
83.7%	שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 74-35	96
72.2%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 74-35	99
סוכרת		
6.5%	שיעור ההימצאות של סוכרת	109
88.9%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת	112
63.1%	שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 84-2	115
12.5%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת	118
76.7%	שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת	121
75.4%	שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	124
89.6%	שיעור התייעוד של מזידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	127
83.4%	שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	130
90.4%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת	133
63.8%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת	136
86.6%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	139
57.3%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 5 ומעלה	142
80.0%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-72	145

נספח ב'

השוואה עם ארה"ב

כפי שצויין במבוא לדו"ח, ישראל אינה יחידה בנסיונותיה למדוד את איכות הטיפול הרפואי בקהילה. אחת מהתכניות המפורסמות ביותר – שהוותה השראה גם לתכנית הישראלית – היא תכנית מדדי ה-Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) הפועלת בארה"ב.

אחד עשר מדדי איכות מופיעים הן בדו"ח הנוכחי של תוכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה בישראל והן בדו"ח מדדי האיכות בארה"ב ה-2012 State of Health Care Quality Report (מערכת מדדי HEDIS) (National Committee for Quality Assurance, 2012). בחרנו להציג בנספח השוואה של הממצאים העולים משתי התוכניות.

כפי שמפורט להלן, למרות שהמדדים מוגדרים באופן דומה, ההשוואה אינה מיידית. הסיבות העיקריות לכך הן הבדלים באופי הנתונים (חלק מהנתונים האמריקאיים הינם דווחי האזרחים בסקרי אוכלוסייה לעומת רישום בקבצים אדמיניסטרטיביים של הקופות בנתונים הישראלים) והבדלים בשכבות הגיל אליהם מתייחסים המדדים. הבדלים אלה צוינו בעמודת "הערות" בלוח שלהלן, ויש להתחשב בהם כאשר מתרשמים מהשוואת הממצאים.

נציין כי קיימים פערים ניכרים בערכי המדדים בארה"ב בין קבוצות אוכלוסייה שונות - בין אלה המבוטחים לבין הלא-מבוטחים, ובקרב המבוטחים - לפי סוג הביטוח. בחרנו להציג את טווח ערכי המדדים שהתקבלו בקבוצות הביטוח השונות ולא לנסות לקבץ את הערכים למספר יחיד שייצג את האוכלוסייה האמריקאית כולה.

טבלת השוואה בין ישראל וארה"ב – שיעורים לשנת 2012¹

שיעור	הגדרת המדד	תחום
קידום בריאות		
85.9%	שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74	ישראל
26.3%-68.2%	Adult BMI assessment (during the measurement year or the year prior to the measurement year), ages 18-74 years	ארה"ב
<i>הערות: תקופות שונות, דרישה שונה למועד מדידת משקל וגובה</i>		
בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן		
68.4%	שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74 בשנתיים האחרונות	ישראל
50.4%-70.5%	Breast cancer screening with mammogram in past two years, ages 40-69 years	ארה"ב
<i>הערות: גיל לא מקביל. השיעור הישראלי דומה לשיעורים הנצפים בקרב מבוטחי שירותי הביטוח של Medicare והביטוחיים המסחריים (Commercial) בארצות הברית, בעוד ששיעור הביצוע של ממוגרפיה בקרב מבוטחי Medicaid בארצות הברית נמוכים יותר ועומדים על 50.4%.</i>		
54.1%	שיעור הביצוע של דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה בשמונה השנים האחרונות בקרב בני 50-74	ישראל
54.6%-62.4%	Colorectal cancer screening with fecal occult blood test during the measurement year, flexible sigmoidoscopy during the measurement year or the four years prior to the measurement year, or colonoscopy during the measurement year or in any of the nine years prior to the measurement year, ages 50-75 years	ארה"ב
<i>הערות: תקופות שונות; בארה"ב הבדיקות כוללות גם סיגמואידוסקופיה גמישה. השיעור הישראלי דומה לשיעורים הנצפים בסקטור ה-PPO של Medicare ובביטוחים המסחריים (Commercial) בארצות הברית, בעוד ששיעור הביצוע של בדיקת סקר למעני הגס בקרב הסקטור ה-HMO של Medicare ובביטוחים המסחריים (Commercial) גבוהים יותר ועומדים על כ-61%.</i>		
מבוגרים בני +65		
60.1%	שיעור הביצוע של חיסון נגד שפעת עונתית בקרב בני 65 ומעלה	ישראל
68.8%-69.5%	Influenza vaccination (fall-winter), ages 65+ years	ארה"ב
אסתמה		
79.4%	שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44	ישראל
85.0%-91.9%	Use of appropriate medications for people with persistent asthma, ages 5-64 years	ארה"ב
<i>הערות: גיל לא מקביל, הגדרת חולי אסתמה הינה על ידי שימוש בתרופות (ישראל וארה"ב) או קודים אבחנותיים (ארה"ב)</i>		

שיעור	הגדרת המדד	תחום
		סוכרת
88.8%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18-74	ישראל
82.5%-91.1%	Hemoglobin A1c testing in adults with diabetes, ages 18-75 years	ארה"ב
<p><u>הערות:</u> הגדרת חולי סוכרת הינה על ידי שימוש בתרופות וערכי מעבדה (ישראל) ועל ידי תרופות וקודים אבחנתיים (ארה"ב). השיעור הישראלי דומה לשיעורים הנצפים בקרב מבוטחי שירותי הביטוח של Medicare והביטוחיים המסחריים (Commercial) בארצות הברית, בעוד ששיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בקרב מבוטחי Medicaid חולי הסוכרת בארצות הברית נמוכים יותר ועומדים על 82.5%.</p>		
14.2%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18-74	ישראל
26.5%-43.0%	Poor hemoglobin A1c control (>9%) in adults with diabetes, ages 18-75 years	ארה"ב
<p><u>הערות:</u> הגדרת חולי סוכרת הינה על ידי שימוש בתרופות וערכי מעבדה (ישראל) ועל ידי תרופות וקודים אבחנתיים (ארה"ב)</p>		
76.5%	שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-74	ישראל
48.4%-66.0%	Eye exam in adults with diabetes, ages 18-75 years	ארה"ב
<p><u>הערות:</u> הגדרת חולי סוכרת הינה על ידי שימוש בתרופות וערכי מעבדה (ישראל) ועל ידי תרופות וקודים אבחנתיים (ארה"ב)</p>		
84.4%	שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ"כ בחולי סוכרת בקרב בני 18-74	ישראל
59.4%-65.8%	Blood pressure control (< 140/90 mmHg) in adults with diabetes, ages 18-75 years	ארה"ב
<p><u>הערות:</u> הגדרת חולי סוכרת הינה על ידי שימוש בתרופות וערכי מעבדה (ישראל) ועל ידי תרופות וקודים אבחנתיים (ארה"ב)</p>		
90.0%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18-74	ישראל
75.0%-88.3%	LDL cholesterol in patients with diabetes, ages 18-75 years	ארה"ב
<p><u>הערות:</u> הגדרת חולי סוכרת הינה על ידי שימוש בתרופות וערכי מעבדה (ישראל) ועל ידי תרופות וקודים אבחנתיים (ארה"ב)</p>		
62.3%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18-74	ישראל
35.2%-52.5%	LDL cholesterol control (< 100 mg/dL) in adults with diabetes, ages 18-75 years	ארה"ב
<p><u>הערות:</u> הגדרת חולי סוכרת הינה על ידי שימוש בתרופות וערכי מעבדה (ישראל) ועל ידי תרופות וקודים אבחנתיים (ארה"ב)</p>		

¹ הנתונים מארה"ב מבוססים על הדיווח לשנת 2011 (National Committee for Quality Assurance, 2012).

מדדי איכות וממצאים לשנת 2012 לפי חברות בקופת חולים

מבוא

בדו"ח מתפרסמים מדדי האיכות לפי קופות החולים בנוסף לנתונים הלאומיים. פרסום זה מספק מידע רלבנטי לכל המעורבים, בכלל זה קופות החולים, משרד הבריאות, איגודים רפואיים וכמובן ציבור המבוטחים. לציבור הרחב, מידע על מגוון מדדי האיכות ברמה הלאומית ולפי קופה עשוי לתרום להעמקת הידע על פעולות ממומלצות ולסייע בקידום בריאותם של המבוטחים. עבור הקופות, בחינת מיקומן היחסי עשויה לתרום ליצירת תהליכי שיפור, ואומנם מדו"ח שהוכן עבור ה-US Agency for Healthcare Research and Quality וכן כמסקנה מפרסום מדדי איכות בארה"ב, עולה כי קהל היעד העיקרי של הממצאים היו ספקי השרות עצמם (Friedberg & Damberg, 2011). 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 (Marmot et al, 2012; Jaffe et al, 2005) וכן הודגמו הבדלים בהרכב הקופות מבחינת המצב החברתי-כלכלי של מבוטחיהן (המוסד לביטוח לאומי, 2013). כיום, משתנים מקובלים בספרות למדידת מצב חברתי-כלכלי כמו השכלה או הכנסה אינם מצויים בידי הקופות. על-כן, בדוח זה מצב חברתי-כלכלי נקבע על סמך זכאות לפטור (או הנחה) מתשלומי השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי הבריאות. מדד זה אומנם קשור למצב-חברתי כלכלי אך אינו רגיש ומדויק דיו כדי לייצג היטב את המצב החברתי-כלכלי של כלל המבוטחים. מהנתונים עולה כי אוכלוסיית מקבלי הפטור מנתה ב-2012 כ-11.2% מכלל אוכלוסיית המבוטחים. ריבוד היא אחת השיטות המקובלות כדי להביא בחשבון את מאפייני המבוטחים, ולפיכך המדדים מפורסמים בדו"ח הנוכחי לפי קופות ובריבוד לפי מין, קבוצות גיל ומצב ה"פטור" מהשתתפויות עצמיות (Friedberg & Damberg, 2011). אנו מקווים שבעתיד תקנון המדדים להרכב האוכלוסייה יעשה בצורה תקפה יותר בהסתמך על הציון החברתי-כלכלי לאזורים גיאוגרפיים סטטיסטיים של הלמ"ס – לכשתסתיים מלאכת קישור כתובות המבוטחים בקופות לציון של האזור הגיאוגרפי סטטיסטי.

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 (Godlee, 2012). כך למשל, בתחום הסוכרת

הדו"ח מציג מידע חשוב במגוון היבטים, ובכלל זה ביצוע בדיקת איזון סוכרת ועמידה ביעדי האיזון, ביצוע בדיקת כולסטרול ועמידה ביעדי האיזון, ביצוע בדיקת עיניים שנתית, קבלת חיטון נגד שפעת, ביצוע בדיקת לחץ דם ועמידה ביעדי האיזון ותיעוד ערכי BMI. אולם הדו"ח אינו כולל מידע על סיבוכי המחלה בכלל זה עיוורון ואי ספיקת כליות. ראוי להוסיף כי בעתיד הקרוב, במסגרת מחקר נלווה לתוכנית המדדים, ייבחנו השינויים שחלו ברמה הארצית במגוון מדדי תוצאה וזאת במקביל לשיפורים שחלו במדדי האיכות החל מראשית התוכנית.

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

רביעית, התחום של מדידת איכות ברפואה הוא מורכב ומחייב בין השאר, בחינה מתמשכת, עדכונים שוטפים הכוללים התאמות של מדדים קיימים, הוספת מדדים חדשים וגריעת מדדים, שיפור והאחדה של מערכות המידע כמו גם ביצוע מבדקים מפורטים. כל אלו מהווים רכיבים בלתי נפרדים של התוכנית כפי שמפורט בפרק השיטות ויש לקחת אותם בחשבון כאשר בוחנים את הממצאים ברמה הלאומית ולפי קופות. כך למשל, מדד חדש הנכלל בדו"ח עוסק בתיעוד מצב עישון. מדד חדש מאופיין בד"כ בשעורי ביצוע נמוכים או בינוניים, המשתפרים עם הזמן. כאשר מדד 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 שניים, תיעוד מצב עישון ובדיקת המוגלובין בתינוקות. 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 המסומנים על ידי (.)

סימונים אומדנים:

-- – אומדנים שלגביהם טעות הדגימה היחסית גבוהה.

קידום בריאות

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור		פסור	ללא פסור

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-64

78.8%	82.3%	62.0%	74.9%	66.8%	69.5%	46.3%	53.5%	80.6%	82.0%	68.8%	71.9%	94.3%	93.7%	89.5%	90.6%	20-34
79.4%	83.2%	69.3%	79.0%	76.5%	82.5%	67.0%	73.2%	80.2%	87.3%	75.8%	82.5%	94.5%	95.2%	91.3%	92.0%	35-44
80.9%	88.1%	74.2%	82.6%	88.9%	92.1%	84.3%	87.9%	84.3%	90.8%	81.8%	87.1%	96.4%	96.5%	94.3%	94.5%	45-54
85.3%	88.4%	81.0%	86.6%	90.5%	94.0%	87.5%	91.2%	90.0%	93.8%	88.6%	92.9%	98.1%	98.3%	97.3%	97.1%	55-64

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 74-65

79.8%	79.4%	77.2%	78.1%	68.2%	76.9%	66.9%	74.1%	69.1%	74.2%	71.9%	74.1%	86.5%	88.1%	84.7%	87.0%	65-74
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור		פסור	ללא פסור

שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74

58.9%	56.8%	71.8%	68.9%	70.1%	67.1%	67.5%	65.4%	51-60
61.6%	60.1%	73.6%	74.2%	73.4%	70.9%	74.0%	68.7%	61-68
54.2%	53.4%	67.9%	71.3%	68.4%	63.9%	69.1%	60.6%	69-74

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

44.3%	47.3%	40.0%	42.2%	50.6%	53.6%	47.3%	47.2%	51.9%	54.9%	50.7%	50.0%	49.8%	48.8%	44.8%	41.9%	50-59
56.9%	55.8%	53.4%	52.5%	60.6%	62.7%	59.5%	57.3%	61.5%	62.5%	60.6%	59.0%	62.2%	57.9%	58.7%	54.0%	60-69
57.9%	56.2%	59.2%	57.4%	63.2%	67.5%	65.5%	65.1%	60.8%	61.3%	65.2%	60.9%	63.3%	57.2%	64.9%	58.5%	70-74

ילדים ובני נוער

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור		פסור	ללא פסור

שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

40.6%	42.9%	41.9%	47.4%	33.4%	33.7%	35.6%	37.4%	56.3%	62.4%	57.6%	62.3%	92.4%	93.6%	93.2%	93.9%	7
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---

שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 18-14

72.9%	76.2%	74.4%	75.7%	45.7%	50.6%	49.1%	48.2%	71.7%	76.1%	72.2%	74.1%	87.1%	87.8%	87.8%	87.4%	14-15
74.9%	79.8%	73.9%	80.9%	50.4%	55.6%	50.4%	50.7%	77.0%	78.4%	76.4%	77.6%	69.9%	75.6%	69.6%	71.5%	16-18

מבוגרים בני 65+

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור		פסור	ללא פסור

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

58.4%	55.9%	56.0%	60.4%	54.2%	49.2%	55.1%	56.1%	58.5%	54.5%	60.1%	60.8%	54.2%	53.2%	54.7%	58.9%	65-72
62.4%	54.2%	66.5%	59.4%	66.5%	52.9%	73.0%	64.0%	62.6%	53.9%	71.4%	65.3%	65.0%	59.6%	70.4%	66.8%	74+

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-72

42.0%	38.8%	39.3%	43.0%	41.4%	35.3%	41.2%	41.7%	75.9%	73.5%	78.1%	80.5%	75.4%	77.8%	77.9%	82.5%	65-72
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

אסתמה

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור		פסור	ללא פסור

שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 44-5

0.67%	1.35%	1.27%	2.51%	0.68%	1.12%	1.04%	2.10%	0.63%	1.50%	1.09%	1.94%	0.60%	1.11%	0.99%	1.96%	5-9
0.44%	0.81%	0.66%	1.10%	0.42%	1.12%	0.78%	1.30%	0.37%	0.64%	0.72%	0.96%	0.35%	0.69%	0.63%	1.10%	10-17
0.61%	1.80%	0.65%	1.86%	0.68%	2.07%	0.80%	1.93%	0.66%	1.84%	0.77%	1.71%	0.60%	1.80%	0.66%	1.61%	18-44

שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

80.2%	--	79.6%	--	85.1%	--	83.6%	--	79.6%	--	83.4%	--	76.1%	--	79.7%	77.5%	5-9
81.9%	--	82.2%	--	86.5%	--	81.8%	--	81.1%	--	84.5%	--	84.4%	79.3%	81.0%	76.0%	10-17
81.1%	--	81.9%	--	79.9%	--	78.7%	--	79.6%	84.3%	78.9%	75.8%	79.5%	78.3%	75.4%	72.5%	18-44

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 44-5

24.7%	--	29.2%	--	36.7%	--	32.4%	--	40.9%	--	37.1%	--	52.9%	--	50.8%	63.7%	5-9
24.5%	--	28.5%	--	29.5%	--	28.1%	--	38.0%	--	35.4%	--	50.7%	61.3%	47.6%	55.4%	10-17
30.3%	--	21.2%	--	30.1%	--	27.7%	--	35.1%	54.8%	33.8%	47.8%	41.3%	58.9%	37.9%	58.8%	18-44

לב וכלי דם

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור		פסור	ללא פסור

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 54-55

82.4%	87.9%	68.9%	80.6%	85.1%	90.7%	73.7%	82.7%	85.1%	91.5%	79.3%	87.5%	91.5%	94.2%	80.6%	88.4%	35-44
90.3%	94.4%	79.5%	87.5%	92.3%	94.9%	84.3%	89.5%	92.6%	96.1%	86.9%	91.8%	94.7%	96.5%	88.6%	92.5%	45-54

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55

74.3%	79.4%	64.0%	74.4%	74.3%	80.3%	66.6%	75.3%	73.4%	81.3%	68.5%	79.0%	76.7%	81.8%	69.7%	77.4%	55-64
81.6%	84.2%	76.0%	78.7%	81.7%	85.1%	79.1%	80.1%	82.0%	87.7%	81.4%	84.6%	86.3%	86.8%	82.5%	83.7%	65-74

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 54-55

95.0%	94.0%	90.3%	91.1%	95.5%	94.7%	90.5%	91.0%	95.2%	93.0%	89.7%	88.7%	95.9%	94.9%	91.4%	92.1%	35-44
89.7%	89.7%	87.9%	89.9%	90.4%	89.9%	89.4%	90.0%	88.9%	87.4%	87.7%	87.7%	91.6%	91.6%	90.0%	92.1%	45-54

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקרב בני 74-55

87.4%	88.7%	91.8%	92.3%	89.5%	89.7%	93.0%	93.4%	86.0%	87.0%	91.4%	92.6%	90.7%	92.0%	93.3%	94.1%	55-64
91.7%	91.3%	94.5%	94.9%	92.4%	91.6%	96.1%	95.2%	90.2%	90.0%	95.2%	94.4%	94.1%	94.0%	96.4%	96.2%	65-74

לב וכלי דם (המשך)

לאומית				מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 54-20

89.8%	89.0%	74.4%	82.2%	85.6%	82.4%	63.7%	69.2%	93.5%	91.2%	85.2%	84.1%	95.0%	94.1%	89.5%	90.6%	20-34
91.1%	93.0%	81.9%	89.1%	89.9%	92.4%	79.2%	83.6%	93.6%	96.0%	90.0%	93.1%	95.6%	96.0%	92.2%	93.0%	35-44
92.1%	96.3%	87.3%	92.5%	93.8%	96.1%	90.8%	93.8%	95.4%	98.3%	93.8%	96.0%	97.4%	97.4%	95.7%	95.6%	45-54

שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 74-55

79.3%	84.5%	73.2%	82.2%	74.7%	83.8%	70.6%	80.4%	77.3%	85.3%	75.1%	83.9%	77.7%	84.5%	74.3%	81.6%	55-64
86.7%	88.4%	84.8%	87.0%	81.2%	87.8%	79.8%	84.5%	85.0%	89.3%	85.4%	87.8%	86.2%	88.4%	84.0%	87.0%	65-74

שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 74-35

--	--	69.8%	--	--	--	71.9%	--	--	--	70.8%	--	30.1%	--	71.5%	71.3%	35-44
--	--	75.6%	72.2%	--	--	79.6%	73.6%	61.2%	--	82.5%	82.2%	60.5%	73.9%	80.2%	80.2%	45-54
75.1%	84.3%	81.6%	82.7%	76.2%	--	84.5%	83.4%	81.3%	82.0%	85.4%	85.7%	82.0%	84.4%	87.1%	83.7%	55-64
85.7%	85.8%	82.9%	87.9%	81.3%	85.6%	87.5%	89.2%	86.2%	88.1%	87.9%	89.0%	88.8%	88.5%	89.8%	88.4%	65-74

שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 74-35

--	--	--	--	--	--	63.0%	--	--	--	64.4%	--	52.2%	--	61.6%	62.2%	35-44
--	--	61.9%	56.7%	--	--	67.6%	56.9%	56.5%	--	67.0%	59.8%	53.0%	56.8%	67.6%	63.1%	45-54
57.1%	58.3%	66.9%	63.3%	60.7%	--	75.1%	67.7%	62.5%	69.2%	75.7%	69.8%	66.4%	65.7%	77.7%	73.2%	55-64
63.6%	67.5%	73.0%	70.6%	62.2%	62.1%	77.8%	72.9%	69.6%	65.7%	78.7%	75.7%	72.9%	71.8%	82.7%	79.2%	65-74

סוכרת

לאומית				מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		
פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	פסור	ללא פסור	

שיעור ההימצאות של סוכרת

0.1%	0.6%	0.1%	0.7%	0.1%	1.3%	0.1%	1.1%	0.1%	1.3%	0.1%	1.1%	0.1%	0.9%	0.1%	0.8%	2-17
0.3%	3.1%	0.3%	(1.3%)	0.3%	2.3%	0.4%	(1.4%)	0.4%	1.5%	0.5%	1.2%	0.3%	2.1%	0.4%	1.9%	18-24
0.4%	3.1%	0.5%	2.8%	0.4%	2.4%	0.5%	1.9%	0.4%	2.4%	0.5%	2.5%	0.5%	3.2%	0.6%	2.8%	25-34
1.6%	5.9%	2.6%	8.6%	1.3%	5.3%	2.1%	6.7%	1.1%	5.2%	2.0%	6.4%	2.2%	7.5%	3.0%	8.3%	35-44
5.9%	16.1%	8.6%	18.6%	4.6%	12.6%	7.4%	18.3%	4.0%	12.5%	7.0%	17.2%	7.6%	17.7%	10.2%	20.0%	45-54
15.0%	26.2%	18.1%	32.5%	11.3%	23.5%	15.7%	30.9%	10.9%	22.4%	15.9%	30.2%	15.7%	29.2%	19.6%	33.8%	55-64
24.8%	31.6%	28.2%	33.4%	18.7%	28.1%	23.8%	29.4%	17.8%	28.5%	24.4%	30.7%	26.4%	35.6%	29.4%	38.6%	65-74
28.7%	33.3%	32.0%	29.9%	22.8%	30.7%	28.5%	28.6%	23.7%	32.2%	29.8%	30.9%	32.1%	34.4%	34.1%	35.5%	75-84
20.3%	21.8%	24.6%	24.5%	16.8%	21.4%	21.0%	25.3%	18.4%	23.9%	24.2%	21.7%	23.9%	24.6%	26.2%	26.6%	85+

שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת

--	--	--	--	--	--	--	--	79.7%	68.4%	74.0%	73.3%	70.7%	73.9%	66.5%	73.2%	2-17
--	--	--	--	--	--	--	--	84.6%	--	78.9%	--	82.5%	--	77.9%	--	18-24
81.6%	--	79.5%	--	80.1%	--	83.2%	--	78.3%	--	81.3%	--	79.8%	84.8%	76.0%	83.1%	25-34
85.1%	--	79.0%	86.6%	86.3%	89.3%	82.1%	84.9%	83.3%	91.5%	81.6%	84.5%	84.9%	87.4%	79.5%	83.9%	35-44
85.6%	88.9%	81.8%	85.1%	88.8%	91.0%	84.5%	85.4%	87.0%	90.6%	85.3%	89.0%	87.1%	90.3%	82.1%	86.7%	45-54
90.8%	92.7%	87.0%	89.9%	90.4%	93.8%	87.1%	89.6%	90.5%	93.5%	89.0%	91.8%	89.0%	91.3%	86.8%	89.3%	55-64
92.5%	92.0%	89.8%	91.8%	92.2%	93.8%	90.6%	92.8%	93.0%	93.9%	92.2%	93.4%	92.0%	92.2%	90.7%	90.9%	65-74
89.1%	90.1%	90.7%	90.7%	92.0%	92.7%	93.2%	92.7%	92.7%	93.7%	93.8%	93.1%	90.4%	89.7%	90.6%	90.1%	75-84
82.6%	82.1%	85.8%	--	84.4%	83.1%	86.2%	--	86.2%	89.9%	90.6%	92.8%	84.9%	84.1%	85.8%	85.9%	85+

סוכרת (המשך)

לאומית		מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל		
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה			זכר	
ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור		ללא פטור	פטור

שיעור בעלי רמת HbA1c מאוחדת בחולי סוכרת בני 2-84

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	25.4%	11.6%	25.4%	14.2%	2-17
--	--	--	--	--	--	--	--	38.5%	--	36.6%	--	34.1%	--	32.0%	--	18-24
--	--	48.0%	--	59.6%	--	50.2%	--	55.1%	--	43.1%	--	54.0%	47.6%	43.6%	43.5%	25-34
49.3%	--	38.9%	45.2%	54.8%	--	45.8%	34.2%	55.4%	48.6%	47.8%	43.7%	49.4%	44.9%	41.1%	44.0%	35-44
50.8%	43.7%	45.0%	40.9%	54.2%	43.3%	49.0%	44.5%	56.9%	47.6%	50.2%	42.6%	49.0%	44.0%	44.9%	42.4%	45-54
60.0%	55.7%	57.4%	49.4%	63.6%	55.6%	59.3%	53.6%	65.8%	60.5%	61.1%	56.3%	61.0%	52.9%	55.6%	51.7%	55-64
66.8%	66.5%	64.6%	63.0%	72.4%	68.1%	70.3%	64.1%	74.2%	71.8%	71.1%	68.4%	69.7%	63.7%	67.6%	61.0%	65-74
84.2%	85.6%	83.2%	85.1%	86.8%	86.0%	86.1%	86.6%	87.7%	86.7%	87.2%	87.6%	84.4%	82.2%	84.2%	82.1%	75-84

שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	41.0%	52.0%	41.0%	41.3%	2-17
--	--	--	--	--	--	--	--	26.4%	--	22.4%	--	33.9%	--	34.4%	--	18-24
--	--	29.8%	--	17.3%	--	20.2%	--	13.2%	--	20.5%	--	21.1%	30.5%	26.4%	30.2%	25-34
22.8%	--	29.3%	31.0%	18.9%	--	21.9%	28.5%	16.6%	22.1%	20.3%	27.5%	21.2%	27.1%	25.8%	28.0%	35-44
18.6%	27.1%	19.9%	25.9%	13.6%	23.2%	16.6%	24.0%	13.7%	21.1%	16.6%	25.9%	20.5%	26.9%	21.2%	27.5%	45-54
11.8%	16.4%	11.9%	20.1%	9.3%	12.9%	10.2%	15.9%	9.0%	11.2%	10.1%	15.6%	12.3%	19.2%	13.7%	19.8%	55-64
7.9%	10.0%	9.5%	10.8%	5.4%	8.1%	5.7%	9.1%	5.2%	6.3%	6.1%	7.5%	8.6%	12.0%	8.1%	12.8%	65-74
6.6%	5.3%	6.6%	6.8%	4.9%	5.1%	4.7%	4.8%	4.2%	4.7%	4.6%	5.0%	6.8%	7.9%	6.7%	7.3%	75-84
6.7%	6.9%	(4.2%)	--	5.1%	2.4%	5.0%	--	3.8%	4.7%	5.6%	4.7%	6.0%	5.5%	6.7%	5.7%	85+

שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת

--	--	--	--	--	--	--	--	72.5%	77.2%	75.3%	72.2%	67.1%	74.7%	68.3%	70.3%	2-17
--	--	--	--	--	--	--	--	68.3%	71.4%	63.8%	69.6%	68.8%	--	66.1%	--	18-24
52.3%	--	52.6%	--	58.4%	--	60.1%	--	65.9%	70.1%	69.6%	59.5%	70.0%	74.4%	66.5%	67.8%	25-34
56.2%	--	50.9%	62.0%	64.4%	66.0%	59.9%	68.8%	73.1%	73.5%	71.4%	71.7%	75.2%	77.9%	69.6%	73.6%	35-44
63.9%	67.5%	57.8%	60.8%	69.4%	71.4%	63.3%	67.0%	76.4%	77.7%	73.9%	72.3%	77.3%	80.4%	71.4%	74.2%	45-54
71.3%	73.3%	63.1%	68.1%	73.8%	76.7%	67.7%	73.3%	80.8%	80.4%	77.4%	77.3%	79.9%	80.1%	73.8%	76.2%	55-64
76.0%	75.4%	72.4%	76.2%	77.8%	80.1%	74.3%	78.2%	85.1%	81.8%	83.6%	81.4%	83.1%	80.7%	80.4%	79.9%	65-74
70.5%	70.7%	72.5%	71.1%	71.8%	73.1%	74.7%	76.1%	79.5%	74.5%	82.5%	79.7%	77.7%	75.1%	81.1%	80.7%	75-84

שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

--	--	--	--	--	--	--	--	68.7%	--	71.6%	--	59.2%	--	58.4%	--	18-24
63.8%	--	68.8%	--	74.0%	--	73.5%	--	67.4%	--	73.0%	--	60.9%	62.1%	60.7%	62.8%	25-34
68.5%	--	70.7%	74.9%	76.5%	76.1%	76.4%	74.7%	69.8%	80.8%	73.9%	74.4%	67.5%	68.6%	65.8%	67.1%	35-44
71.7%	74.8%	72.3%	73.5%	80.3%	80.0%	78.0%	77.4%	75.2%	78.5%	76.8%	78.2%	72.1%	74.1%	69.9%	71.1%	45-54
79.7%	79.8%	78.9%	80.4%	83.6%	87.5%	81.6%	82.7%	79.7%	83.0%	80.4%	82.7%	75.8%	77.3%	75.4%	75.2%	55-64
80.9%	80.5%	80.9%	81.6%	86.1%	85.3%	86.4%	85.0%	82.0%	82.2%	83.4%	83.2%	78.6%	77.2%	79.7%	77.8%	65-74
72.7%	72.0%	77.2%	78.0%	80.5%	80.1%	87.9%	85.4%	76.9%	77.6%	82.0%	79.9%	71.0%	69.3%	76.0%	75.6%	75-84
54.5%	51.0%	63.7%	--	61.0%	62.8%	75.3%	--	59.1%	57.1%	68.6%	68.8%	51.2%	51.6%	62.2%	62.7%	85+

שיעור התיעד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

--	--	--	--	--	--	--	--	83.7%	--	78.0%	--	69.4%	--	68.2%	--	18-24
83.3%	--	75.3%	--	85.4%	--	80.1%	--	85.2%	--	83.2%	--	74.6%	77.3%	72.2%	75.7%	25-34
85.4%	--	80.5%	88.3%	85.7%	91.2%	88.0%	92.5%	86.3%	91.8%	85.6%	90.5%	82.8%	85.5%	79.2%	84.2%	35-44
87.8%	92.5%	83.8%	88.6%	90.5%	91.3%	87.1%	89.6%	89.3%	92.9%	88.3%	90.1%	87.0%	89.4%	82.8%	87.2%	45-54
92.8%	94.2%	90.5%	93.1%	91.4%	94.7%	88.4%	92.1%	91.5%	94.2%	90.6%	93.6%	89.3%	92.0%	86.8%	91.2%	55-64
94.9%	93.5%	93.3%	95.0%	91.6%	94.3%	90.3%	93.3%	93.5%	94.4%	93.4%	94.5%	92.6%	92.9%	90.6%	92.7%	65-74
90.4%	89.5%	94.2%	91.8%	88.9%	91.0%	93.0%	93.4%	91.8%	91.4%	94.4%	93.1%	90.8%	90.7%	92.3%	92.1%	75-84
78.3%	79.2%	87.7%	--	76.0%	73.8%	84.8%	--	80.5%	80.9%	87.9%	88.2%	81.5%	82.1%	87.2%	87.4%	85+

שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

--	--	--	--	--	--	--	--	99.0%	--	98.9%	--	97.2%	--	97.0%	--	18-24
--	--	93.8%	--	94.2%	--	91.1%	--	96.1%	--	92.4%	--	97.1%	95.6%	94.1%	90.9%	25-34
91.9%	--	86.7%	93.7%	89.3%	--	86.7%	84.9%	89.8%	89.0%	87.0%	83.6%	92.8%	91.3%	91.7%	91.0%	35-44
88.9%	91.7%	87.3%	88.7%	84.1%	82.7%	80.7%	81.8%	84.9%	83.2%	81.8%	79.9%	90.0%	88.9%	88.2%	86.1%	45-54
88.5%	90.0%	85.7%	86.6%	81.0%	74.6%	76.7%	73.9%	80.9%	79.9%	78.6%	78.3%	87.3%	86.0%	85.4%	83.9%	55-64
88.1%	86.6%	87.0%	87.2%	75.3%	71.9%	75.8%	71.8%	77.9%	75.2%	77.6%	75.8%	84.0%	83.7%	84.0%	84.2%	65-74
88.7%	86.2%	88.5%	90.4%	71.2%	67.9%	76.5%	73.1%	72.4%	72.3%	76.5%	76.2%	80.4%	81.1%	82.9%	83.2%	75-84
87.8%	83.6%	86.3%	--	71.1%	67.7%	75.3%	--	70.3%	65.8%	74.7%	78.1%	80.2%	80.6%	83.8%	82.1%	85+

סוכרת (המשך)

לאומית				מאוחדת				מכבי				כללית				קבוצת גיל
נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		נקבה		זכר		
ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	ללא פטור	פטור	

שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת

--	--	--	--	--	--	--	--	78.6%	68.4%	74.0%	67.8%	70.2%	67.7%	64.9%	67.7%	2-17
--	--	--	--	--	--	--	--	81.7%	--	77.6%	--	80.9%	--	74.5%	--	18-24
79.3%	--	79.1%	--	75.8%	--	82.2%	--	80.4%	--	80.4%	--	80.7%	87.0%	75.9%	82.6%	25-34
83.4%	--	77.1%	84.9%	88.1%	87.4%	82.1%	84.4%	83.8%	93.7%	82.4%	84.5%	85.3%	88.8%	79.8%	84.9%	35-44
86.0%	89.2%	82.4%	85.8%	90.5%	91.5%	85.1%	87.0%	88.8%	91.6%	86.1%	89.6%	88.5%	91.6%	83.0%	87.3%	45-54
91.2%	93.1%	87.5%	90.6%	91.7%	95.2%	88.0%	90.7%	91.8%	94.5%	90.0%	92.9%	90.7%	92.4%	87.9%	90.5%	55-64
93.0%	93.3%	90.1%	91.8%	94.3%	95.2%	92.1%	93.0%	94.7%	95.3%	93.3%	94.9%	93.9%	93.7%	92.2%	92.6%	65-74
91.4%	91.9%	90.6%	92.4%	93.1%	94.6%	95.0%	94.1%	94.7%	95.3%	94.5%	95.3%	93.2%	92.4%	93.1%	92.7%	75-84
85.1%	83.1%	86.8%	--	89.3%	89.8%	89.4%	--	90.9%	91.3%	93.3%	92.8%	88.2%	88.3%	89.5%	90.2%	85+

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	60.2%	63.5%	74.0%	68.1%	2-17
--	--	--	--	--	--	--	--	49.8%	--	65.6%	--	52.9%	--	62.1%	--	18-24
--	--	46.5%	--	46.0%	--	51.9%	--	43.5%	--	48.1%	--	47.7%	49.7%	48.6%	52.7%	25-34
40.5%	--	39.5%	51.3%	45.1%	--	47.1%	50.3%	41.1%	45.1%	49.2%	55.3%	49.0%	52.5%	48.3%	53.2%	35-44
41.6%	47.1%	48.0%	55.6%	51.1%	52.9%	55.9%	53.9%	47.7%	50.4%	55.4%	54.8%	52.4%	54.3%	56.8%	60.5%	45-54
49.6%	51.8%	58.6%	60.6%	54.6%	57.1%	64.3%	65.7%	54.0%	58.2%	65.2%	66.8%	59.9%	62.3%	66.7%	68.7%	55-64
58.7%	61.4%	65.7%	68.7%	61.9%	62.4%	72.1%	71.4%	63.1%	63.5%	73.3%	72.8%	67.8%	67.8%	74.4%	75.0%	65-74
59.8%	59.9%	69.7%	68.3%	62.4%	61.9%	75.7%	70.4%	61.5%	63.5%	74.6%	72.7%	68.1%	66.8%	76.7%	76.2%	75-84
51.0%	46.9%	60.9%	--	60.8%	55.7%	73.3%	--	53.6%	51.5%	65.9%	66.1%	59.4%	58.5%	72.0%	70.9%	85+

שיעור התיעד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

--	--	--	--	--	--	--	--	81.7%	--	78.0%	--	74.0%	--	71.9%	--	18-24
85.1%	--	75.3%	--	83.6%	--	74.8%	--	83.9%	--	82.0%	--	75.1%	78.5%	73.2%	74.7%	25-34
83.7%	--	78.8%	84.4%	85.0%	86.2%	82.7%	88.2%	84.0%	86.8%	82.8%	85.4%	80.3%	84.6%	76.3%	82.2%	35-44
83.2%	87.4%	79.9%	83.2%	85.9%	88.7%	81.1%	81.7%	84.9%	88.2%	83.2%	87.6%	83.4%	85.5%	79.1%	84.0%	45-54
85.6%	87.7%	83.6%	86.0%	84.4%	88.5%	80.4%	84.0%	85.8%	87.3%	84.3%	87.6%	90.9%	92.8%	88.7%	91.6%	55-64
90.6%	88.3%	89.3%	89.2%	82.3%	87.2%	81.3%	85.4%	86.5%	86.6%	87.5%	87.3%	92.6%	92.5%	91.3%	92.8%	65-74
77.8%	77.5%	81.8%	82.0%	74.7%	79.6%	79.4%	82.9%	80.4%	78.8%	84.9%	83.7%	88.8%	88.3%	91.1%	91.6%	75-84
54.7%	57.6%	67.5%	--	54.6%	58.7%	65.5%	--	62.0%	62.1%	72.4%	72.6%	75.0%	77.0%	83.2%	84.8%	85+

שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 5 ומעלה

--	--	--	--	--	--	--	--	39.6%	43.3%	42.9%	44.9%	39.1%	53.9%	37.6%	52.7%	5-17
--	--	--	--	--	--	--	--	32.9%	--	41.8%	--	45.9%	--	39.3%	--	18-24
34.5%	--	29.3%	--	43.8%	--	41.4%	--	37.4%	--	36.6%	--	37.7%	54.3%	36.3%	53.3%	25-34
39.0%	--	33.3%	49.2%	40.8%	50.9%	44.9%	57.0%	40.2%	58.0%	41.3%	59.2%	43.8%	53.9%	40.5%	58.8%	35-44
39.7%	51.0%	35.4%	51.8%	44.2%	52.2%	45.8%	57.5%	40.4%	54.5%	43.8%	56.7%	43.6%	54.5%	42.0%	58.8%	45-54
47.8%	53.3%	47.1%	61.7%	49.0%	55.5%	51.4%	62.5%	50.6%	57.8%	52.5%	65.6%	46.6%	55.0%	47.7%	60.6%	55-64
68.0%	63.5%	67.6%	69.0%	63.2%	56.0%	65.6%	67.9%	68.6%	60.2%	69.4%	70.1%	61.1%	59.9%	63.2%	67.1%	65-74
70.5%	59.0%	75.9%	67.1%	72.7%	57.1%	78.1%	71.2%	70.9%	59.8%	77.5%	69.6%	68.8%	63.4%	74.7%	71.3%	75-84
66.4%	55.6%	71.9%	--	70.2%	55.2%	79.6%	--	62.8%	50.7%	72.1%	67.3%	69.8%	64.5%	76.4%	72.6%	85+

שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-72

49.8%	48.1%	50.2%	53.3%	47.8%	43.5%	48.5%	54.4%	83.4%	80.0%	85.1%	87.9%	83.3%	84.6%	85.5%	88.9%	65-72
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

