

# התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2011-2013



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

NATIONAL PROGRAM FOR QUALITY INDICATORS IN COMMUNITY HEALTHCARE

المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة الجماهيرية في إسرائيل

# התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח לשנים 2011-2013

חברי מנהלת תכנית המדדים ומחברי הדו"ח:

פרופ' אורלי מנור

פרופ' עמיר שמואלי

פרופ' אריה בן-יהודה

פרופ' אורה פלטיאל

ד"ר רוגית 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'

כסלו תשע"ה - דצמבר 2014

עריכה גרפית | ערן צירמן  
דפוס | גרפוס פרינט

ירושלים תשע"ה (2014)

## 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 (סגנית ראש התכנית)

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

#### 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

**אלעד חרץ**, תלמיד לרפואה ו-MPH, בית הספר לרפואה, בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית והדסה

**שירותי בריאות כללית**

פרופ' ארנון כהן	מנהל מחלקת מדידת איכות ומחקר, משרד רופא ראשי
תמרה קורמן	מערכת ארגוני BI, אגף מחשוב
ד"ר ניקי ליברמן	ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה
כלנית קיי	ראש אגף סיעוד, חטיבת הקהילה
ד"ר מרגלית גולדפרכט	מנהלת המחלקה לקידום איכות, אגף רפואה, חטיבת הקהילה
גלית בנבנישתי	מנהלת BI ארגוני
נורית מן	מחלקת יישומי מידע חוצה ארגון
ליאת אלנקוה	רכזת מדידת איכות, מחלקת מדידת איכות, משרד רופא ראשי
ד"ר דורון קומנשטר	אפידמיולוג, מחלקת מדידת איכות, משרד רופא ראשי
ד"ר 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 אלרן	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
גיאל 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 (בעבר)
פרופ' נחמן אש	ראש חטיבת הבריאות

**מאוחדת**

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

**לאומית שירותי בריאות**

ד"ר ערן מץ	מנהל מחלקת רפואה בקהילה
ד"ר דורון דושניצקי	מנהל מחלקת פיתוח מערכות רפואיות
נרית פרץ	ראש צוות בינה עסקית
פרופ' דניאל ורדי	ראש חטיבת הרפואה

## תודות

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

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

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

משרד הבריאות

מועצת הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות בישראל

האיגודים של ההסתדרות הרפואית בישראל

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

האיגוד הישראלי לאיכות

לכולכם, שלמי תודה על תרומתכם הרבה

**מנהלת תכנית המדדים**



שרת הבריאות

Minister of Health

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

ב' בכסלו, התשע"ה  
24/11/2014

קוראים יקרים,

לאיכות הטיפול הרפואי חשיבות רבה במערכת אספקת שירותי הבריאות ומדידת איכות הטיפול היא צעד ראשון והכרחי בדרך הארוכה לשיפור. בדיקה רצופה ושיטתית של מדדי איכות במגוון תחומים של רפואת הקהילה, כפי שמתקיימת בתכנית הלאומית, מאפשרת לבחון באופן מקיף את העשייה בתחומים אלה ומספקת לציבור ולנו קובעי המדיניות מידע חיוני על איכות הטיפול הרפואי הניתן ע"י קופות החולים. מידע זה מסייע בקבלת החלטות מושכלות בתחום חשוב זה של מערכת הבריאות ומאפשר לשפר ולהיטיב את השירות הרפואי הניתן לתושבי ישראל.

משרד הבריאות, שהפך בשנת 2004 את המיזם לתוכנית לאומית הפועלת בהובלת המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות, ומנכ"ל המשרד, פרופ' ארנון אפק, שמו את הנושא בראש סדר העדיפויות.

משמח לגלות מממצאי הדו"ח, מבוססים על נתוני קופות החולים, כי בשנים 2011-2013 נשמרה הרמה הגבוהה של איכות הטיפול הרפואי, ויתר על כן, בחלק מהמדדים נראה אף שיפור.

כך לדוגמא השיפור המתמשך שחל בביצוע בדיקות סיקור לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס ושל ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד.

השיפור בהיקף התייעוד של משקל גוף וגובה בקרב ילדים ובקרב האוכלוסייה הבוגרת והמידע החדש על היקף השמנת יתר בבוגרים – יתרמו להבנת ממדי התופעה בישראל ולבניית תכניות התערבות ומניעה מתאימות.

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 לשפר ולהיטיב את השירות הרפואי הניתן לתושבי ישראל.

בכבוד רב,

ח"כ יעל גרמן  
שרת הבריאות

## הקדמה

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

הדו”ח הראשון של מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל פורסם בשנת 2004 והציג נתונים לשנים 2001-2003 והדו”ח האחרון שפורסם הציג נתונים לשנים 2010-2012 [2]. הדו”ח הנוכחי מציג את תוצאות המדדים לשנים 2011-2013.

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

9.....	הקדמה.....
13.....	תמצית מדדי איכות 2013.....
16.....	עיקר הממצאים.....
23.....	מבוא.....
26.....	שיטות.....
29.....	אורחות חיים ורפואה מונעת.....
31.....	קידום בריאות.....
49.....	בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן.....
61.....	ילדים ובני נוער.....
75.....	מבוגרים בני 65+.....
101.....	מחלות כרוניות.....
103.....	מחלות נשימתיות.....
123.....	לב וכלי דם.....
153.....	סוכרת.....
225.....	אחרית דבר.....
229.....	רשימת ספרות.....
241.....	קיצורים.....
243.....	נספח.....

## תמצית מדדי איכות 2013

שיעור	מדד	עמוד
<b>קידום בריאות</b>		
87.7%	שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74	35
23.8%	שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-74	38
83.9%	שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74	43
20.2%	שיעור עישון בקרב בני 16-74	46
<b>בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן</b>		
69.9%	שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74	53
56.6%	שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74	58
<b>ילדים ובני נוער</b>		
84.9%	שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות	65
72.8%	שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7	69
72.6%	שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18	72
<b>מבוגרים בני 65+</b>		
62.0%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה	79
74.9%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74	84
81.8%	שיעור התיעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה	88
5.1%	שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה	95
3.1%	שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה	98
<b>מחלות נשימתיות</b>		
0.69%	שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44	107
80.0%	שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44	110
40.1%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44	113
52.0%	שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 50-74	119

שיעור	מדד	עמוד
<b>לב וכלי דם</b>		
87.1%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54	128
77.9%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74	128
83.5%	שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74	134
90.4%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בבני 35-74	136
72.4%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בבני 35-74	138
27.8%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בבני 35-74	140
92.0%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54	142
82.8%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74	142
82.9%	שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה	147
72.9%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה	150
<b>סוכרת</b>		
9.6%	שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה	161
89.6%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	164
64.3%	שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84	167
12.2%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	170
74.2%	שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84	173
77.8%	שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84	176
91.3%	שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84	179
31.6%	שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84	182
75.0%	שיעור הטיפול ב־ ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74	185
91.1%	שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה	188

שיעור	מדד	עמוד
83.7%	שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 ממ"מ כחולי סוכרת בני 18 ומעלה	191
90.8%	שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול כחולי סוכרת בני 18 ומעלה	194
63.8%	שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל כחולי סוכרת בני 18 ומעלה	197
88.0%	שיעור התיעוד של מרכיבי BMI כחולי סוכרת בני 18 ומעלה	200
61.0%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת כחולי סוכרת בני 18 ומעלה	203
82.5%	שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק כחולי סוכרת בני 65-74	206
0.11%	שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17	209
86.5%	שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17	213
74.5%	שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c כחולי סוכרת בני 2-17	216
38.2%	שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% כחולי סוכרת בני 2-17	219
48.1%	שיעור קבלת חיסון נגד שפעת כחולי סוכרת בני 2-17	222

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 החלטות לעצב תמונה מקיפה ויסייעו להם לקבל החלטות מושכלות בתחום חשוב זה של מערכת הבריאות.

הדו"ח לשנים 2011-2013 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 ושל ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד. בנוסף חל שיפור בהיקף התיעוד של משקל גוף וגובה בקרב ילדים (בני 7 שנים) ובקרב האוכלוסייה הבוגרת. ממצא זה הוא בעל חשיבות רבה בשל העליה בשכיחות ההשמנה בקרב ילדים ומבוגרים כאחד. בנוסף, חל שיפור בשיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב מבוגרים ובקרב חולים כרוניים כמו גם בשיעור תיעוד העישון.

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 החיסון נגד פניאומוקוק בקרב האוכלוסייה המבוגרת.

דו"ח זה כולל מספר מדדים חדשים ומשקף עדכונים שנערכו במספר מדדים כדי לשפר את תוקפם וכדי להתאימם לספרות הבינלאומית. להלן עיקרי השינויים: במסגרת תחום קידום בריאות נכלל לראשונה מידע על שיעור השמנת יתר ועל שיעור העישון בקרב בוגרים. במסגרת תחום מחלות נשימתיות לראשונה נכלל מדד איכות בתחום של חסמת הריאות (COPD). במסגרת הערכת איכות הטיפול במבוגרים (בני 65 ומעלה) נכללים לראשונה מדדים על שימוש בתרופות מרגיעות ומיישנות מקבוצת הבנזודיאזפינים וכן נכלל תיעוד של משקל בקבוצת גיל זו. בתחום הסוכרת הורחבו מדדי האיכות בנושא מחלת כליות סוכרתית ואלו מתייחסים כעת לניטור, תיעוד וטיפול במחלה. לבסוף, כלל מדדי הסוכרת הופרדו לשתי קבוצות, האחת כוללת מדדים המתייחסים לחולי סוכרת בוגרים והשנייה מתמקדת בחולי סוכרת בגיל הילדות והנעורים.

## ממצאים עיקריים לפי תחומים

### אורחות חיים ורפואה מונעת

#### קידום בריאות

##### השמנת יתר

- בשנות המעקב (הנכללות בדו"ח: 2011-2013) מתמשך בהיקף התיעוד של מרכיבי BMI באוכלוסייה הבוגרת. בקרב בני 20-74 עלה שיעור התיעוד מ-83% בשנת 2011 ל-88% בשנת 2013. שיעורי התיעוד גבוהים יותר בנשים לעומת גברים ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- בשנת 2013, שיעור ההימצאות של השמנת יתר ( $BMI \geq 30$ ) בקרב בני 20-74 עמד על 24%. השיעור נותר יציב במהלך שנות המעקב. השיעור גבוה בנשים בהשוואה לגברים (25% לעומת 22%). בקרב בעלי פטור שיעור ההימצאות של השמנת יתר גבוה פי 1.7 מאשר ביתר האוכלוסייה.

##### עישון

- שיעור תיעוד מצב העישון בקרב בני 16-74 עמד בשנת 2013 על 84%. השיעור הציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב (שינוי אבסולוטי של כ-5%). שיעורי התיעוד גבוהים בנשים בהשוואה לגברים ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- שיעור העישון בקרב מבוטחים בני 16-74 עמד בשנת 2013 על 20%. השיעור הציג ירידה קלה במהלך שנות המעקב (שינוי אבסולוטי של כאחוז). שיעור העישון בקרב גברים גבוה פי 2 מאשר בנשים. שיעור העישון בקרב בעלי פטור גבוה מעט לעומת יתר האוכלוסייה.

## בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

### סיקור סרטן השד - ממוגרפיה

- בשנות המעקב חל שיפור מתמשך בביצוע ממוגרפיה, והשיעור בשנת 2013 הגיע ל-70%. שיעור הביצוע נמוך מעט יותר בקרב בעלות פטור לעומת יתר הנשים. הפער האבסולוטי בין קבוצות אלו עמד בשנת 2013 על 3%.

### סיקור סרטן המעי הגס

- בשנות המעקב חל שיפור מתמשך בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס (שינוי אבסולוטי של 5%), והשיעור בשנת 2013 הגיע ל-57%. שיעור הביצוע בנשים גבוה יותר מאשר בגברים.

## ילדים ובני נוער

### בדיקת המוגלובין בתינוקות

- בשנות המעקב נצפה שיפור קל בביצוע ספירת דם לזיהוי אנמיה ובשנת 2013 שיעור הנבדקים הגיע ל-85%. לא נמצא הבדל בשיעור ביצוע הבדיקה לפי מין התינוק או מצב הפטור של הוריו.

### תיעוד מדידת גובה ומשקל בילדים ובני נוער

- שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 נמצא במגמת עליה. בשנת 2013 עמד השיעור על 73%, לעומת 67% בשנת 2011. שיעורי התיעוד היו דומים בבנים ובבנות.
- במהלך שנות המעקב לא נצפה שינוי משמעותי בשיעור התיעוד של מרכיבי BMI בבני נוער, שעמד בשנת 2013 על 73%. לא נצפו הבדלים בשיעור התיעוד לפי מין. שיעור תיעוד מרכיבי BMI גבוה יותר נמצא בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

## מבוגרים בני +65

### חיסון נגד שפעת

- בשנות המעקב חלה עליה בשיעור המחסונים בגילאי 65 ומעלה (שינוי אבסולוטי של 4%), והשיעור הגיע ל-62% בשנת 2013. גברים חוסנו יותר מנשים ובקרב בני 75 ומעלה שיעור החיסון גבוה יותר מאשר בבני 65-74.

### חיסון נגד פניאומוקוק

- שיעור החיסון נגד פניאומוקוק עמד בשנת 2013 על 75%. השיעור לא הדגים מגמת שיפור במשך שנות המעקב. גברים חוסנו בשיעור גבוה יותר מנשים ובעלי פטור חוסנו בשיעור גבוה יותר לעומת יתר האוכלוסייה.

### תיעוד מדידת משקל גוף

- בשנת 2013, עמד שיעור התיעוד של משקל גוף בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה על 82%. השיעור הדגים מגמת עליה במהלך שנות המעקב. שיעור התיעוד גבוה מעט בגברים לעומת נשים ובבעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

### שימוש בתרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים

- בשנת 2013, שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה עמד על כ-5%. השיעור היה יציב במשך שנות המעקב. שיעור שימוש היתר עולה עם הגיל ומגיע לכ-11% בקרב בני 85 ומעלה. השיעור גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים. בקרב בעלי פטור שיעור שימוש היתר גבוה פי 1.6 מהשיעור ביתר האוכלוסייה.

- בשנת 2013, שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה עמד על כ-3%. השיעור הראה מגמת ירידה במשך שנות המעקב ועמד על 3.7% בשנת 2011. השיעור עולה עם הגיל ומגיע ל-4% בקרב בני 85 ומעלה. שיעור השימוש גבוה יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים ובקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

## מחלות כרוניות

### מחלות נשימתיות

#### אסתמה

- שכיחות אסתמה מתמשכת נותרה יציבה בשנות המעקב ועמדה על 0.7% מאוכלוסיית בני 44-5. אסתמה מתמשכת שכיחה יותר בגברים לעומת נשים, אך ההבדלים מצטמצמים עם העליה בגיל. כבשנים קודמות, גם ב-2013 נמצאו פערים משמעותיים בשכיחות אסתמה בין בעלי פטור ליתר האוכלוסייה - בקרב בעלי פטור שיעור החולי היה גבוה פי 2.3.
- שיעור חולי אסתמה מתמשכת המקבלים תרופות למניעה עמד בשנת 2013 על 80%. השיעור היה יציב במשך שנות המעקב. לא נמצא הבדל 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 2011 ל-40% בשנת 2013. השיעור גבוה ב-2% בנשים בהשוואה לגברים. השיעור גבוה באופן משמעותי בקרב מבוטחים בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה (הבדל אבסולוטי של 18%).

#### חסמת הריאות (COPD)

- שיעור ביצוע ספירומטריה אבחנתית במבוטחים אשר הוגדרו לאחרונה כסובלים מחסמת הריאות או כמצויים בסיכון גבוה למחלה, עמד בשנת 2013 על 52%. שיעור הביצוע גבוה יותר בגברים לעומת נשים.

## לב וכלי דם

### רמות כולסטרול

- בתקופת המעקב נצפה שיפור קל בביצוע בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 ויציבות בקרב בני 55-74. למעלה מ-78% מהאוכלוסייה עברו את הבדיקה בתדירות המומלצת. שיעור ביצוע הבדיקה בקרב נשים גבוה יותר מאשר בקרב גברים. שיעור הביצוע בקרב בעלי פטור גבוה יותר מאשר בקרב יתר האוכלוסייה.
- בשנת 2013, סה"כ יעד האיזון (של כולסטרול LDL) הושג בקרב 84% מאוכלוסיית היעד. 70% מהאוכלוסייה סווגו כבעלי סיכון נמוך למחלת לב ובקבוצה זו 90% השיגו את יעד האיזון. 26% מהאוכלוסייה סווגו כבעלי סיכון בינוני ובקבוצה זו עמד שיעור האיזון על 72% ואילו 4% מהאוכלוסייה סווגו כבעלי סיכון גבוה ומביניהם רק 28% עמדו ביעד האיזון.



## תיעוד ערכי לחץ דם

- בשנות המעקב נצפה שיפור קל בהיקף תיעוד מדידות לחץ דם. בשנת 2013 עמד השיעור על 92% בקרב בני 20-54 ועל 83% בקרב בני 55-74. שיעור תיעוד מדידות לחץ דם גבוה יותר בקרב נשים לעומת גברים ובקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.

## מניעה שלישונית של מחלות לב

- מבין החולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי, 83% רכשו תרופות להורדת כולסטרול בשנת 2013, שיעור הנמוך מעט מהשיעור בשנים קודמות (85% בשנת 2011). שיעור הטיפול מציג מגמת עליה הדרגתית עם הגיל. נשים רוכשות פחות תרופות מאשר גברים, בעיקר בקרב הצעירים.
- בשנת 2013, 73% מהחולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לב טיפולי הגיעו ליעד האיזון (רמת LDL נמוכה מ-100 מ"ג/ד"ל). נתון זה דומה לזה שהוצג בשנים הקודמות. שיעור האיזון מציג מגמת עליה הדרגתית עם הגיל. שיעור הגברים שהגיעו ליעד האיזון בכולסטרול גבוה משיעור הנשים ב-8%. בקרב בעלי פטור שיעור המטופלים שהגיעו לאיזון רמת הכולסטרול נמוך מעט בהשוואה ליתר החולים.

## סוכרת

### בוגרים, גיל 18 ומעלה

- בשנות המעקב חלה עליה אבסולוטית של 0.5% בשכיחות הסוכרת ובשנת 2013 השכיחות עמדה על 9.6% מכלל אוכלוסיית בני 18 ומעלה. שיעור חולי הסוכרת בקרב גברים גבוה מהשיעור בנשים. שיעור חולי הסוכרת בקרב בעלי פטור גבוה פי 3.6 מהשיעור ביתר האוכלוסייה.

### איכות הטיפול בסוכרת

- שיעור חולי הסוכרת המבצעים בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנה נותר גבוה ועמד בשנת 2013 על 90%. שיעור ביצוע הבדיקה עולה עם הגיל, עד לשיא של 92% בקרב בני 65-74. שיעור ביצוע הבדיקה גבוה מעט בנשים בהשוואה לגברים ובעלי פטור בהשוואה ליתר האוכלוסייה.
- שיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבה מאוזנת (HbA1c נמוך או שווה ל-7% או 8% בהתאם לגיל ולוותק המחלה) עמד בשנת 2013 על 64%. השיעור גבוה מעט מזה שנצפה בשנת 2012. שיעור המאוזנים גבוה ב-5% בנשים לעומת גברים. השיעור בקרב בעלי פטור דומה לזה של יתר האוכלוסייה.
- שיעור החולים הלא מאוזנים (HbA1c > 9%) עמד בשנת 2013 על 12% והציג שיפור במהלך שנות המעקב. שיעור החולים הלא מאוזנים יורד עם הגיל. השיעור גבוה מעט בקרב גברים ובקרב בעלי פטור.

## ניטור סיבוכי סוכרת

### רטינופתיה סוכרתית

- שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בקרב חולי סוכרת בוגרים עמד בשנת 2013 על 74%. השיעור הציג ירידה קלה ביחס לשנת 2012 (77%). השיעור גבוה מעט בנשים ביחס לגברים ובקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

### מחלת כליות סוכרתית

- שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת עמד בשנת 2013 על 78% והציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב. השיעור דומה בגברים ובנשים כמו גם בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.
- בשנת 2013, עמד היקף התיעוד של GFR בקרב חולי סוכרת על 91%. השיעור היה יציב במשך שנות המעקב. השיעור נמוך מעט בקרב גברים לעומת נשים, וגבוה בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- שיעור חולי הסוכרת הסובלים מפגיעה כלייתית, עמד בשנת 2013 על 32%. השיעור היה יציב במהלך שנות המעקב. השיעור בקרב גברים גבוה מהשיעור בנשים. בקרב בעלי פטור השיעור גבוה פי 1.4 מהשיעור ביתר האוכלוסייה.
- מבין חולי הסוכרת הסובלים מפגיעה כלייתית, 75% רכשו תרופות ממשפחת ACEI/ARB. השיעור הראה ירידה קלה במהלך שנות המעקב. רכישת ACEI/ARB גבוהה מעט בגברים ביחס לנשים. שיעור הרוכשים בקרב בעלי פטור גבוה ביחס ליתר האוכלוסייה.

### ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

- בשנת 2013, תיעוד ערכי לחץ הדם בחולי סוכרת עמד על 91% ויעד האיזון (נמוך או שווה ל-140 מ"מ"כ סיסטולי ונמוך או שווה ל-90 מ"מ"כ דיאסטולי) הושג בקרב 84% 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 91% בשנת 2013. שיעור ביצוע הבדיקות גבוה מעט בנשים בהשוואה לגברים ובקרב בעלי פטור בהשוואה ליתר האוכלוסייה.
- בתקופת המעקב חל שיפור קל בשיעור חולי הסוכרת שהגיעו ליעד האיזון ברמת כולסטרול LDL (שינוי אבסולוטי של 1%). בשנת 2013 השיעור עמד על 64%. שיעור האיזון גבוה ב-7% בגברים בהשוואה לנשים וב-3% בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- בשנות המעקב התרחב מעט היקף תיעוד ערכי BMI בחולי סוכרת והגיע בשנת 2013 ל-88% (שיפור אבסולוטי של 2%). שיעור התיעוד דומה בגברים ונשים וגבוה מעט בקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

## חיסונים

- שיעור חולי הסוכרת שקיבלו חיסון נגד שפעת הציג מגמת שיפור במהלך שנות המעקב (שיפור אבסולוטי של 4.5%) והגיע בשנת 2013 ל-61%. השיעור גבוה ב-7% בקרב בעלי פטור לעומת יתר האוכלוסייה.
- שיעור חולי הסוכרת המבוגרים שקיבלו חיסון נגד פניאומוקוק עמד בשנת 2013 על 83%. שיעור זה היה יציב במשך שנות המעקב. השיעור גבוה מעט בקרב גברים ביחס לנשים ובקרב בעלי פטור ביחס ליתר האוכלוסייה.

## ילדים ובני נוער (גיל 2-17)

- בשנת 2013, שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב ילדים ובני נוער עמד על 0.11%. השיעור נותר יציב במהלך שנות המעקב. שיעור חולי הסוכרת עולה עם הגיל ודומה בשני המינים. נמצאו פערים ניכרים בהימצאות הסוכרת לפי מעמד חברתי כלכלי - בקרב מבוטחים שהוריהם בעלי פטור שיעור החולי היה גבוה פי 18 ביחס ליתר האוכלוסייה.

## איכות הטיפול בסוכרת

- בשנת 2013, 87% מהילדים ובני הנוער חולי הסוכרת, בקרו לפחות פעם אחת במרפאת סוכרת ילדים.
- בשנת 2013, שיעור הילדים ובני הנוער חולי הסוכרת שביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנה עמד על 75%.
- בקרב ילדים ובני נוער, שיעור חולי הסוכרת שמחלתם נחשבת כבלתי מאוזנת ( $HbA1c > 9\%$ ), עמד בשנת 2013 על 38%. השיעור הציג מגמת שיפור במשך שנות המעקב.
- בשנת 2013, 48% מבין הילדים ובני הנוער חולי הסוכרת קיבלו חיסון נגד שפעת. השיעור הדגים מגמת עליה במשך שנות המעקב.

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

לאיכות הטיפול הרפואי מגוון מרכיבים וממדים, בכלל זה:

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

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

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

לאור זאת, התעורר הצורך בהקמת מערך מדידה של איכות הטיפול ברפואת הקהילה בישראל. במרץ 2004 הכריז משרד הבריאות על "התכנית הלאומית למדדי איכות הטיפול ברפואת הקהילה בישראל" בהנהלת פרופ' אבי פורת ופרופ' גדי רבינוביץ' ובסיועה של דר' ענת רסקין-סגל [4].

התכנית היוותה המשך ליוזמה מחקרית שהגו חוקרים אלו במסגרת אוניברסיטת בן-גוריון ובשיתוף ארבע קופות החולים. שיתוף הפעולה בין הקופות לבין עצמן ועם מנהלת התכנית בקביעת המדדים, מדידתם באופן שוטף ופרסומם ראוי לציון ומהווה אחת מאבני היסוד של הצלחת התכנית.

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

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

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

מדדים שנכללים בתכנית הישראלית מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמוטווה בהנחיות המקצועיות המקובלות בעולם ותואמים, ברוב המקרים, את הניסיון המקביל בארצות שהוזכרו.

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 שהיזומה לפרסם את מדדי האיכות לפי ספקי שירות נועדה בעיקר כדי לסייע לחולים לבחור את ספק השירות, הרי שקהל היעד העיקרי של הממצאים היו ספקי השירות עצמם [5]. 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 המציג את תוצאות המדדים לפי קופה.

## מקור הנתונים

הנתונים המוצגים בדו"ח מבוססים על מידע המצוי בידי ארבע קופות החולים הפועלות בישראל. קופות החולים העבירו למנהלת את הנתונים לשנים 2011-2013 מרצונן, במסגרת השתתפותן הפעילה בתכנית 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

התכנית 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 2013 עברו לקופה אחרת כ-122,000 מבוטחים המהווים כ-1.5% מסך המבוטחים [11]. לבסוף ראוי לציין, כי גם חיילים אינם נמנים על אוכלוסיית הדו"ח (עובדה המשפיעה בעיקר על קבוצת הגיל 18-24). לפיכך, למעט קבוצות אלה, הדו"ח מבוסס על כלל אוכלוסיית מדינת ישראל, כשבעה מיליון חמש מאות ותשעים 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 [12].

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, קבוצות 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 2013 עולה כי אוכלוסיית מקבלי הפטור מנתה כ-13.5% מאוכלוסיית המבוטחים. 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 ושאריות 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 2010-2012 [2], ובנוסף מספר מדדים חדשים. כמו כן, הדו"ח משקף עדכונים שנערכו במספר מדדים כדי לשפר את תוקפם וכדי להתאימם לספרות הבינלאומית. עיקרי השינויים מפורטים להלן.

תוספת של מדדים: במסגרת תחום קידום בריאות נכלל לראשונה מידע על הימצאות השמנת יתר ומוצג שיעור בעלי BMI של 30 ומעלה בקרב בני 20-74. כמו כן, מוצג מידע על שיעור העישון בבני 16-74. במסגרת תחום מחלות נשימתיות לראשונה נכלל מדד איכות בתחום של חסמת הריאות (COPD) המתמקד בביצוע ספירומטריה אבחנתית במבוטחים אשר הוגדרו לאחרונה כסובלים מחסמת הריאות או כמצויים בסיכון גבוה למחלה. במסגרת הערכת איכות הטיפול במבוגרים בני 65 ומעלה, נכללים לראשונה מדדים על שימוש יתר בתרופות מרגיעות ומיישנות מקבוצת הבנזודיאזפינים ועל שימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח. כמו כן, נכלל תיעוד של משקל בקבוצת גיל זו. במסגרת מניעה ראשונית של מחלות לב, הערכת עמידה ביעד האיזון של כולסטרול (LDL) נערכה לראשונה בהתאם לרמת הסיכון הפרטנית על פי נוסחת פרמינגהם, בריבוד לשלוש קבוצות סיכון: נמוך, בינוני או גבוה. בדו"ח מוצגים מדדי עמידה ביעד לכלל האוכלוסייה ולכל קבוצת סיכון בנפרד. בתחום הסוכרת הורחבו מדדי האיכות בנושא מחלת כליות סוכרתית לארבעה מדדים המתייחסים לניטור, תיעוד וטיפול במחלה.

עדכונים: מדדי הסוכרת הופרדו לשתי קבוצות, האחת כוללת מדדים המתייחסים לחולי סוכרת בוגרים (מגיל 18 ואילך) והשנייה מתמקדת בחולי סוכרת בגיל הילדות והנעורים (גיל 2-17). ההפרדה נעשתה תוך התייחסות למאפיינים הייחודיים של כל קבוצה. לבסוף, נערך שינוי בחלוקה לקבוצות גיל של המדדים השונים כדי להתאימה לדיווח המקובל ברמה הלאומית והבינלאומית. טבלה מסכמת של המדדים מוצגת בעמוד 13.

### 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 חיזוני. 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 מתודולוגים, תהליכי בקרה, נבדק התייעוד, ונבחנה הפעילות המתקנת שנעשתה לאור ממצאי המבדק הקודם. גישה זו מאפשרת שיפור מתמיד בהפקת הנתונים. נושאים שזכו לדגש מיוחד בהפקת הנתונים לדו"ח הנוכחי כוללים בין השאר, שיפור האחידות ע"י שימוש בתרשימי זרימה בהגדרת המדדים, בחינת מגוון מקורות המידע בכל קופה (מעבדות, תיק רפואי, בתי מרקחת) וטיפול מעמיק בקובץ התרופות המבוסס על סיווג ה־ATC (Anatomical Therapeutic Chemical).

#### **4. תיקוף הממצאים**

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

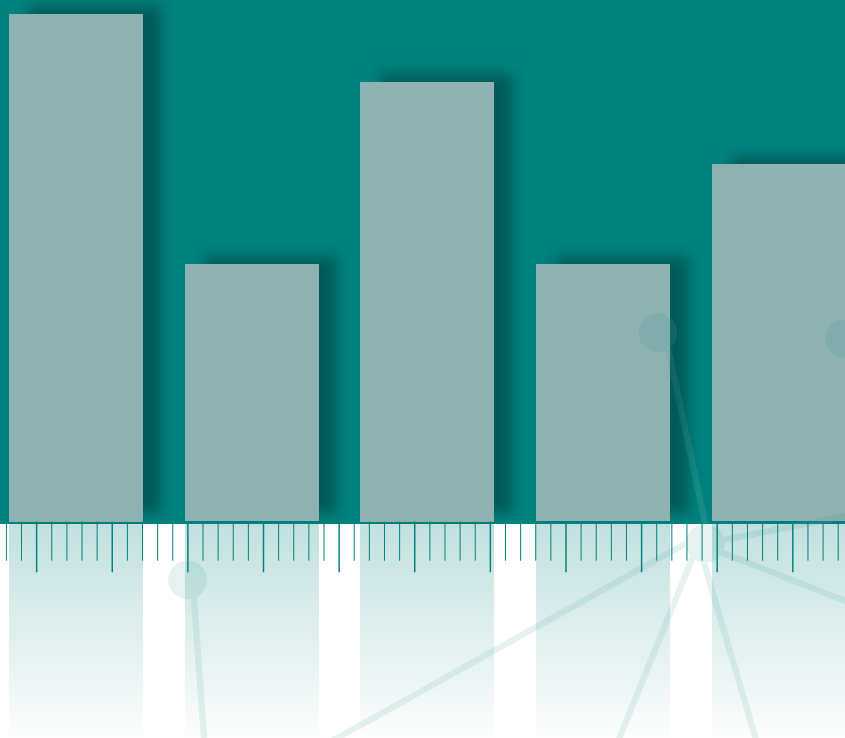
#### **5. בניית מערכת לדיווח התוצאות**

הדו"ח מציג מידע עבור 49 מדדי איכות בשבעה תחומים לשנים 2011-2013. לכל מדד מוצג רקע מדעי ותוצאות המדדים מרוכזות בשלושה מקבצים של נתונים: (1) בחלוקה על פי קבוצות גיל (שנה, 2) בחלוקה על פי קבוצות גיל ומין, עבור נתוני שנת 2013 בלבד ו־3) בחלוקה על פי קבוצות גיל וזכאות לפטור, עבור נתוני שנת 2013 בלבד. בנוסף ללוחות מוצגים גרפים של מגמות על פני זמן, בחלוקה על פי קבוצות גיל מין ופטור עבור שנת 2013 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 [13]. שיטת הפקת הנתונים שנבנתה, הכוללת מערך מבדקים מקיף ותיקוף הממצאים תוך כדי שימוש במקורות מידע שונים, הומלצה בדו"ח שיצא על ידי ה־American Agency for Healthcare Research and Quality [5]. גישה זו נועדה להקטין את הטעויות השונות ובכלל זה את השונות בין הקופות ביחס 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



## רקע

### חשיבות

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

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) [2].

### היבטים אפידמיולוגיים

למרות הידיעה שהשמנת יתר הינה גורם סיכון בריאותי מרכזי, היקפי השמנת היתר הגיעו לרמה של מגפה, ומגמת העליה נמשכת בעולם המערבי בכלל ובישראל בפרט. בין שנות השמונים לשנות האלפיים, הימצאות ההשמנה הכפילה את עצמה, מ-15% לפני כשלושים שנים, לממדים שעולים על שליש מהאוכלוסייה המערבית המבוגרת כיום [2]. 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 [4]. בסקר הבריאות הלאומי, שנערך בישראל בשנים 2010-2007, נמצא, כי בקרב האוכלוסייה הבוגרת, 30% מהנשים ו-41% מהגברים סובלים מעודף משקל וכ-15% מכלל הנשים והגברים המבוגרים בישראל סובלים מהשמנת יתר [5]. עוד נמצא, כי ברוב קבוצות הגיל שיעורי עודף המשקל והשמנת היתר גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. תיעוד מרכיבי BMI והערכת השמנת יתר הינם צעדים ראשוניים בהבנת ממדי התופעה בישראל, ומהווים 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 לתיעוד 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 [6].  
ראוי לציין כי בדו"ח זה לראשונה מוצג שיעור ההימצאות של השמנת יתר.

## **מדדים**

- ✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74
- ✓ שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-74

## שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 20-74 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 20-74

**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:** בדו"ח זה (שלא כבדו"חות קודמים) המדד עבור שתי קבוצות הגיל (20-64 ו-74-65) אוחד. נתונים על תיעוד מרכיבי BMI עבור בני 74 ואילך ניתן למצוא בפרק המבוגרים.

## תוצאות (תרשימים 1-4 וטבלאות 1-3)

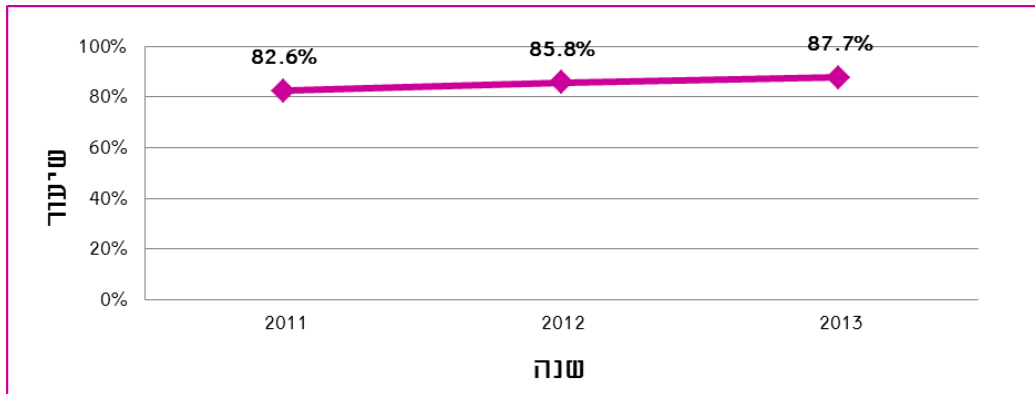
בשנות המעקב, 2011-2013, נצפתה עליה בשיעור תיעוד מרכיבי BMI בקרב בני 20-74, מ-82.6% בשנת 2011 ל-87.7% בשנת 2013. בשנת 2013, שיעור התיעוד עלה עם הגיל: משיעור של 82.4% בקרב בני 20-24 לשיעור של 94.8% בקרב בני 55-64. בבני 65-74 חלה ירידה לשיעור של 83.3%. בנשים שיעורי התיעוד גבוהים יותר מאשר בגברים (89.9% לעומת 85.3%), בעיקר בקבוצות הגיל הצעירות (עד גיל 44).

שיעור התיעוד במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה יותר מהשיעור במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (91.0% לעומת 87.3%).

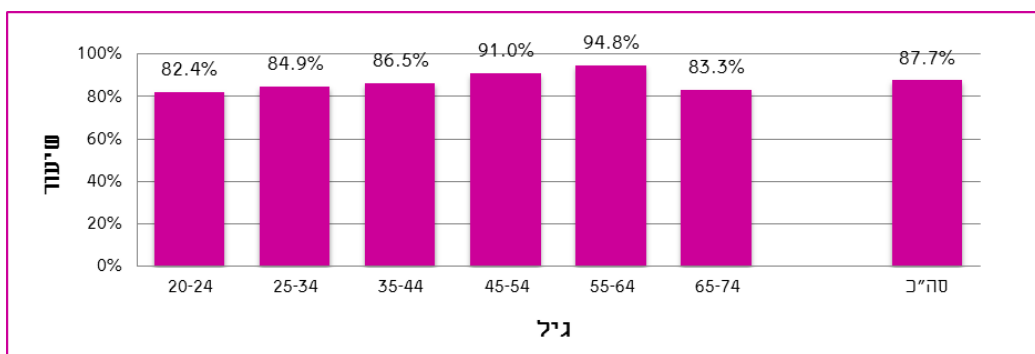
## שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74

שיעור המבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-74 (מכנה)

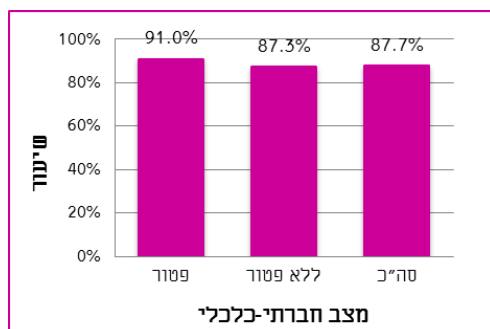
תרשים 1 לפי שנה, 2011-2013



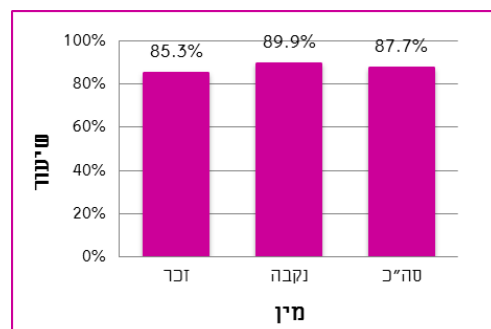
תרשים 2 לפי גיל, 2013



תרשים 4 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 3 לפי מין, 2013



## שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 20-74

מבוטחים עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-74 (מכנה)

**טבלה 1** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
2011	מונה	313,565	619,765	636,478	688,579	729,787	204,837
	מכנה	394,598	674,668	735,352	861,909	928,355	273,079
	שיעור	79.5%	91.9%	86.6%	79.9%	78.6%	75.0%
2012	מונה	339,554	641,995	664,442	745,336	772,716	222,329
	מכנה	418,185	683,172	743,266	888,631	935,572	279,782
	שיעור	81.2%	94.0%	89.4%	83.9%	82.6%	79.5%
2013	מונה	369,615	652,267	681,216	791,810	802,339	231,606
	מכנה	443,648	687,879	748,913	915,538	944,625	280,951
	שיעור	83.3%	94.8%	91.0%	86.5%	84.9%	82.4%

**טבלה 2** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	מונה	169,611	307,813	323,560	373,356	364,603	92,351
	מכנה	204,839	327,388	361,971	443,910	452,997	120,687
	שיעור	82.8%	94.0%	89.4%	84.1%	80.5%	76.5%
נקבה	מונה	200,004	344,454	357,656	418,454	437,736	139,255
	מכנה	238,809	360,491	386,942	471,628	491,628	160,264
	שיעור	83.8%	95.6%	92.4%	88.7%	89.0%	86.9%
סה"כ	מונה	369,615	652,267	681,216	791,810	802,339	231,606
	מכנה	443,648	687,879	748,913	915,538	944,625	280,951
	שיעור	83.3%	94.8%	91.0%	86.5%	84.9%	82.4%

**טבלה 3** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
פטור	מונה	136,812	143,816	78,497	51,463	34,114	11,146
	מכנה	160,375	148,927	83,340	56,536	38,805	13,014
	שיעור	85.3%	96.6%	94.2%	91.0%	87.9%	85.6%
ללא פטור	מונה	232,803	508,451	602,719	740,347	768,225	220,460
	מכנה	283,273	538,952	665,573	859,002	905,820	267,937
	שיעור	82.2%	94.3%	90.6%	86.2%	84.8%	82.3%
סה"כ	מונה	369,615	652,267	681,216	791,810	802,339	231,606
	מכנה	443,648	687,879	748,913	915,538	944,625	280,951
	שיעור	83.3%	94.8%	91.0%	86.5%	84.9%	82.4%



## שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-74

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 20-74 עם השמנת יתר על פי BMI גבוה או שווה ל-30 ק"ג/מ"ר

**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. מקובל להגדיר השמנת יתר כ-BMI הגבוה או שווה ל-30 ק"ג/מ"ר. זיהוי פרטים באוכלוסייה הסובלים מהשמנת יתר מאפשר התאמת התערבות להתמודדות עם אחד מגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר למחלות כרוניות רבות בעידן המודרני. קיימת חשיבות רבה למתן תשומת לב לזיהוי השמנה וטיפול בה, בעיקר לפני הופעת תחלואה נלוות.

**מכנה:** מבוטחים בני 20-74 עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה)

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

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

## תוצאות (תרשימים 5-8 וטבלאות 4-6)

בשנת 2013, שיעור השמנת יתר בקרב בני 20-74 עמד על 23.8%. שיעור זה נותר יציב במהלך שנות המעקב (24.6% בשנת 2011 ו-24.1% בשנת 2012). השיעור עולה עם הגיל, מ-10.9% בקרב בני 24-20 ועד 34.2% בקרב בני 65-74.

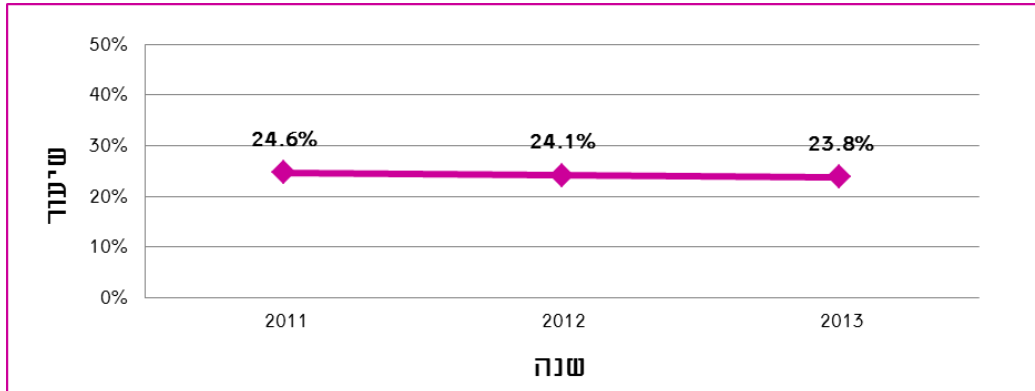
שיעור השמנת יתר גבוה יותר בנשים מאשר בגברים (25.1% לעומת 22.2%), הבדל זה ניכר בעיקר בקרב בני 45-74.

שיעור השמנת יתר במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה פי 1.7 מאשר במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור).

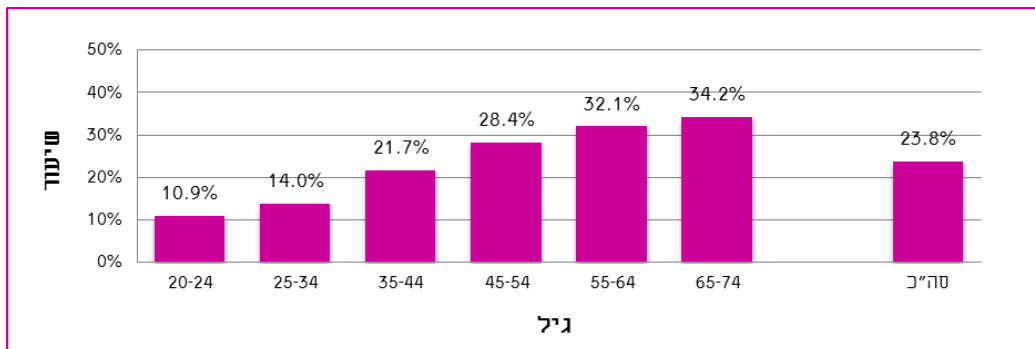
## שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-74

שיעור המבוטחים בעלי ערך BMI גבוה או שווה ל-30 (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-74 (מכנה)

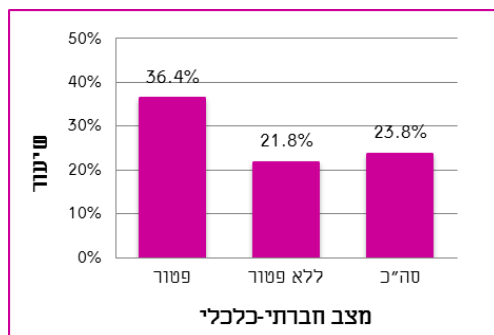
תרשים 5 לפי שנה, 2011-2013



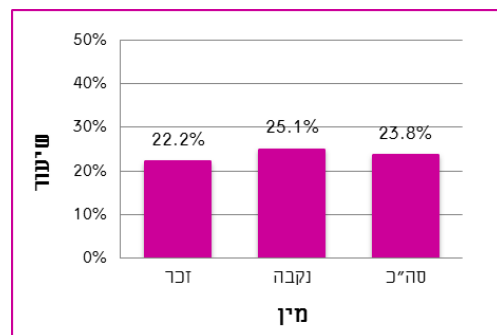
תרשים 6 לפי גיל, 2013



תרשים 8 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 7 לפי מין, 2013



## שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-74

מבוטחים בעלי ערך BMI גבוה או שווה ל-30 (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 20-74 (מכנה)

**טבלה 4** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
2011	מונה	112,465	203,697	186,768	157,844	104,724	22,579
	מכנה	3,256,969	619,503	636,269	688,440	729,730	204,822
	שיעור	24.6%	35.6%	32.9%	29.4%	22.9%	14.4%
2012	מונה	118,958	207,981	191,445	165,498	108,580	24,237
	מכנה	3,454,066	641,860	664,336	745,249	772,675	222,322
	שיעור	24.1%	34.8%	32.4%	28.8%	22.2%	14.1%
2013	מונה	127,487	209,360	193,629	171,676	112,188	25,333
	מכנה	3,602,307	652,212	681,174	791,773	802,310	231,602
	שיעור	23.8%	34.2%	32.1%	28.4%	21.7%	14.0%

**טבלה 5** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	מונה	49,093	88,875	86,301	79,823	49,427	10,559
	מכנה	1,660,346	307,784	323,539	373,335	364,591	92,349
	שיעור	22.2%	28.7%	28.9%	26.7%	21.4%	13.6%
נקבה	מונה	78,394	120,485	107,328	91,853	62,761	14,774
	מכנה	1,941,961	344,428	357,635	418,438	437,719	139,253
	שיעור	25.1%	38.9%	35.0%	30.0%	22.0%	14.3%
סה"כ	מונה	127,487	209,360	193,629	171,676	112,188	25,333
	מכנה	3,602,307	652,212	681,174	791,773	802,310	231,602
	שיעור	23.8%	34.2%	32.1%	28.4%	21.7%	14.0%

**טבלה 6** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	20-24
פטור	מונה	56,285	58,995	29,283	15,839	7,839	2,012
	מכנה	489,876	143,802	78,494	51,461	34,114	11,146
	שיעור	36.4%	40.8%	41.0%	37.3%	30.8%	23.0%
ללא פטור	מונה	71,202	150,365	164,346	155,837	104,349	23,321
	מכנה	3,112,431	508,410	602,680	740,312	768,196	220,456
	שיעור	21.8%	30.4%	29.6%	27.3%	21.1%	13.6%
סה"כ	מונה	127,487	209,360	193,629	171,676	112,188	25,333
	מכנה	3,602,307	652,212	681,174	791,773	802,310	231,602
	שיעור	23.8%	34.2%	32.1%	28.4%	21.7%	14.0%

## רקע

### חשיבות

עישון טבק ומוצריו מהווה גורם סיכון למגוון מחלות שכיחות הכוללות [7]:

- 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 מיליון איש בשנה בעולם כולו [8]. 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 [9]. בישראל ההערכה היא שכ-10,000 ממקרי המוות בשנה מיוחסים לעישון [10].

### היבטים אפידמיולוגיים

על פי סקרים לאומיים, שיעור העישון באוכלוסייה הבוגרת של מדינת ישראל נכון לשנת 2012 עומד על 20.6% [11]. 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 [11]. הגיל הממוצע להתחלת עישון סיגריות 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 [11].

## 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% בכיתה י'. בקרב מתגייסים לצה"ל הגיל הממוצע המדווח להתחלת עישון הוא 15.6 שנים בקרב גברים ו-15.3 שנים בקרב נשים [11]. בישראל אחוז המעשנים עולה במהלך השירות הצבאי, אם כי רוב המעשנים המשתחררים מצה"ל החלו לעשן טרם גיוסם [11].

## התייחסות נדרשת מהמערכת הרפואית

ידוע כי נזקי העישון הם הפיכים בחלקם. כלומר, הפסקת עישון מורידה את הסיכון למחלות הנגרמות על-ידי עישון ומציעה יתרונות בריאותיים הן בטווח המידי והן בטווח הארוך [7].

לצד המאמצים התחיקתיים והחינוכיים לצמצום ממדי התופעה בחברה, יש לרופאי המשפחה תפקיד מכריע בגמילה מעישון ברמת הפרט. הצעד הראשון במאבק זה הינו לזהות את המעשנים, ובעיקר את אלו הרוצים עזרה בהפסקת עישון. הדרישה לתיעוד מצב העישון מציפה את הנושא בשיח שבין הרופא למטופל ועוזרת לאפיין את אוכלוסיית המעשנים לשם מיקוד המשאבים המוקצים להתמודדות עם הבעיה. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, מומלץ לברר ולתעד עישון בקרב כלל האוכלוסייה ולייעץ לגבי נזקי העישון האקטיבי והכפוי (פסיבי) [6].

ראוי לציין כי בדו"ח זה לראשונה מוצג שיעור העישון בקרב בני 16-74.

## מדדים

✓ שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

✓ שיעור עישון בקרב בני 16-74

## שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

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

**רציונאל:** למרות שלל העדויות שהצטברו בחמישים השנים האחרונות לגבי ההשלכות הבריאותיות השליליות של העישון, כחמישית מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל מעשנת [11]. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, מומלץ לברר ולתעד מצב עישון בקרב כלל האוכלוסייה ולייעץ לגבי נזקי העישון האקטיבי והכפוי (פסיבי). תהליך תיעוד מצב העישון על ידי הרופא מעלה את הסוגיה לשיח שבין הרופא למטופל, מאפשר לרופא להציג את ההשפעות השליליות של ההרגל ולפרוש בפני המטופל את שלל האפשרויות לעזרה בתהליך הגמילה מעישון.

**מכנה:** מבוטחים בני 16-74

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

**הערות:** הגיל העליון של המדד הורחב ל־74 (בעבר הגיל העליון היה 70).

## תוצאות (תרשימים 9-12 וטבלאות 7-9)

בשנת 2013, שיעור תיעוד מצב העישון בקרב בני 16-74 עמד על 83.9% והציג עליה לעומת שנות המעקב הקודמות (79.4% בשנת 2011 ו79.7% בשנת 2012). שיעור התיעוד הנמוך ביותר (80.5%) נצפה בקרב בני 35-44 והציג מגמת עליה עם הגיל עד 91.8% בקרב בני 65-74.

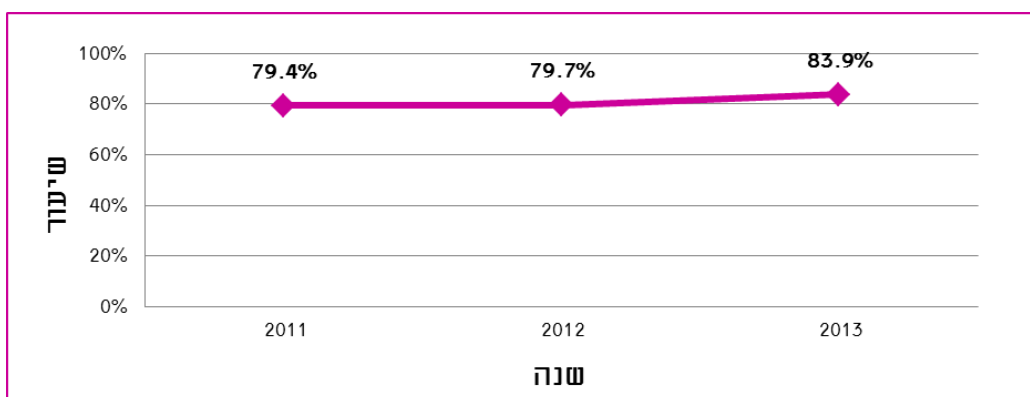
שיעור תיעוד מצב העישון בקרב נשים גבוה ביחס לגברים, ועומד על 85.8% לעומת 81.8%. עיקר ההבדל בין המינים נצפה בגילאים הנמוכים.

שיעור התיעוד בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה בהשוואה למבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), (90.5% לעומת 83.0%).

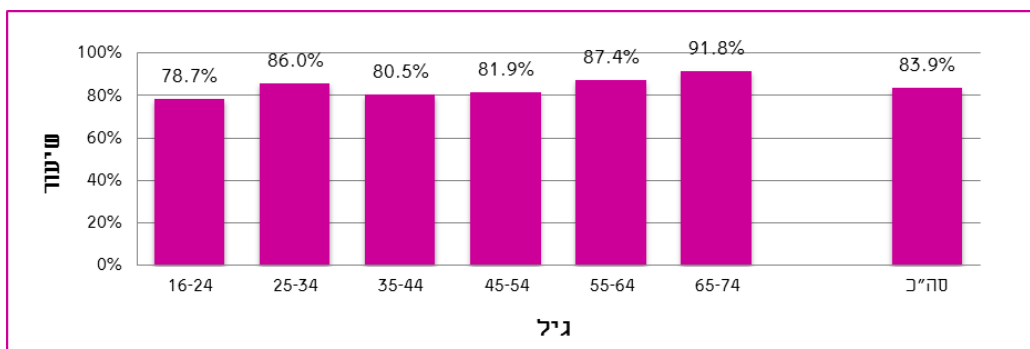
## שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

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

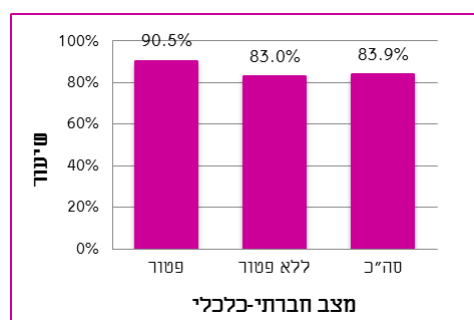
תרשים 9 לפי שנה, 2011-2013



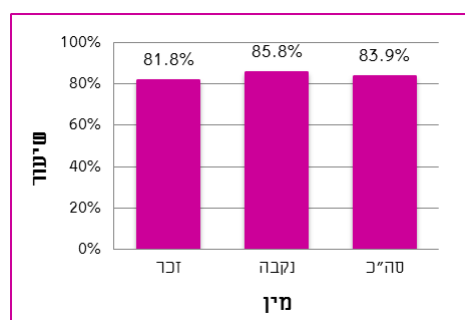
תרשים 10 לפי גיל, 2013



תרשים 12 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 11 לפי מין, 2013



## שיעור תיעוד מצב עישון בקרב בני 16-74

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

**טבלה 7** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24
2011	מונה	328,811	554,743	579,654	672,488	763,074	428,065
	מכנה	4,187,453	674,668	735,352	861,909	928,355	601,933
	שיעור	79.4%	85.4%	82.2%	78.8%	78.0%	82.2%
2012	מונה	352,681	563,288	579,292	688,127	777,193	447,051
	מכנה	4,274,342	683,172	743,266	888,631	935,572	615,475
	שיעור	79.7%	86.4%	82.5%	77.9%	77.4%	83.1%
2013	מונה	397,852	600,928	613,716	737,246	812,565	492,546
	מכנה	4,356,397	687,879	748,913	915,538	944,625	625,835
	שיעור	83.9%	91.8%	87.4%	81.9%	80.5%	78.7%

**טבלה 8** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24
זכר	מונה	183,341	283,256	291,435	348,221	373,203	222,280
	מכנה	2,079,339	327,388	361,971	443,910	452,997	292,960
	שיעור	81.8%	91.6%	86.5%	80.5%	78.4%	82.4%
נקבה	מונה	214,511	317,672	322,281	389,025	439,362	270,266
	מכנה	2,277,058	360,491	386,942	471,628	491,628	332,875
	שיעור	85.8%	91.9%	88.1%	83.3%	82.5%	89.4%
סה"כ	מונה	397,852	600,928	613,716	737,246	812,565	492,546
	מכנה	4,356,397	687,879	748,913	915,538	944,625	625,835
	שיעור	83.9%	91.8%	87.4%	81.9%	80.5%	78.7%

**טבלה 9** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל					
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24
פטור	מונה	144,540	136,493	74,658	49,436	34,644	29,537
	מכנה	518,587	148,927	83,340	56,536	38,805	35,088
	שיעור	90.5%	92.7%	91.7%	89.6%	87.4%	89.3%
ללא פטור	מונה	253,312	464,435	539,058	687,810	777,921	463,009
	מכנה	3,837,810	538,952	665,573	859,002	905,820	590,747
	שיעור	83.0%	91.2%	86.2%	81.0%	80.1%	85.9%
סה"כ	מונה	397,852	600,928	613,716	737,246	812,565	492,546
	מכנה	4,356,397	687,879	748,913	915,538	944,625	625,835
	שיעור	83.9%	91.8%	87.4%	81.9%	80.5%	78.7%



## שיעור עישון בקרב בני 16-74

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

**רציונאל:** למרות שלל העדויות שהצטברו בחמישים השנים האחרונות לגבי ההשלכות הבריאותיות השליליות של העישון, כחמישית מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל מעשנת [11]. על פי המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה מונעת, מומלץ לברר ולתעד מצב עישון בקרב כלל האוכלוסייה ולייעץ לגבי נזקי העישון האקטיבי והכפוי (פסיבי). תהליך תיעוד מצב העישון על ידי הרופא וזיהוי מעשנים מעלה את הסוגיה לשיח שבין הרופא למטופל, מאפשר לרופא להציג את ההשפעות השליליות של ההרגל ולפרוש בפני המטופל את שלל האפשרויות לעזרה בתהליך הגמילה מעישון.

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

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה - המעשנים

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

## תוצאות (תרשימים 13-16 וטבלאות 10-12)

בשנת 2013, שיעור העישון בקרב בני 16-74 עמד על 20.2% והציג ירידה קלה במהלך שנות המעקב (21.1% בשנת 2011 ו־20.7% בשנת 2012). שיעורים נמוכים יותר נצפו מתחת לגיל 25 ומעל לגיל 64.

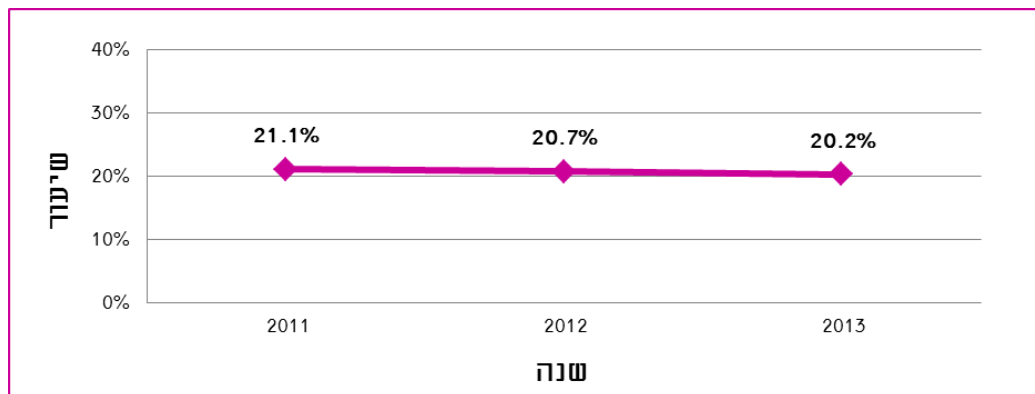
שיעור העישון בקרב נשים נמוך באופן ניכר בהשוואה לגברים, ועומד על 13.6% לעומת 27.9%.

שיעור העישון בקרב מבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מעט ביחס למבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי גבוה (ללא פטור) 21.5% לעומת 20.1%.

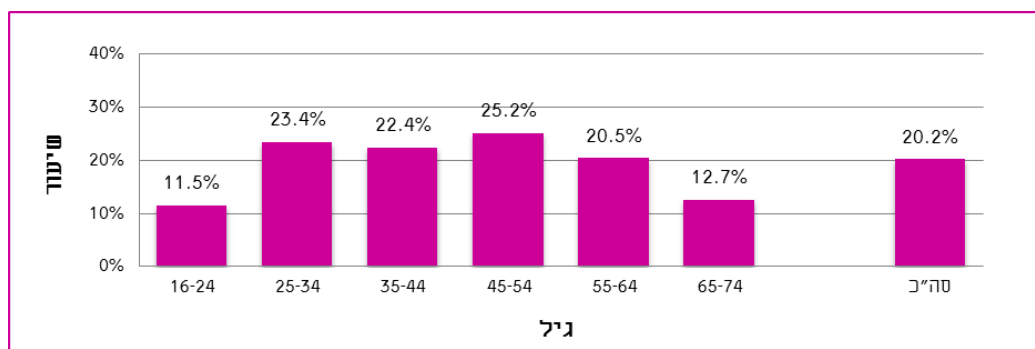
## שיעור עישון בקרב בני 16-74

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

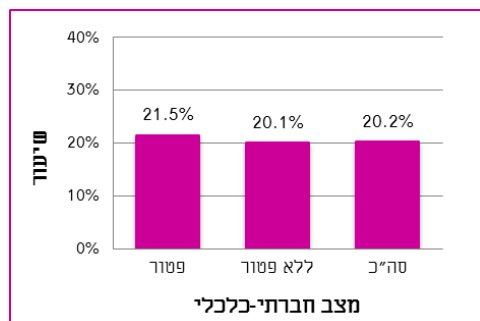
תרשים 13 לפי שנה, 2011-2013



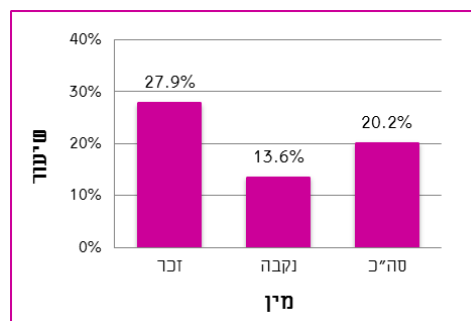
תרשים 14 לפי גיל, 2013



תרשים 16 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 15 לפי מין, 2013



## שיעור עישון בקרב בני 16-74

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

טבלה 10 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל						סה"כ	
	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24		
2011	מונה	701,520	42,528	114,511	151,678	154,343	186,140	52,320
	מכנה	3,326,835	328,811	554,743	579,654	672,488	763,074	428,065
	שיעור	21.1%	12.9%	20.6%	26.2%	23.0%	24.4%	12.2%
2012	מונה	706,929	45,309	116,164	150,210	157,123	186,135	51,988
	מכנה	3,407,632	352,681	563,288	579,292	688,127	777,193	447,051
	שיעור	20.7%	12.8%	20.6%	25.9%	22.8%	23.9%	11.6%
2013	מונה	740,009	50,365	122,926	154,381	165,282	190,187	56,868
	מכנה	3,654,853	397,852	600,928	613,716	737,246	812,565	492,546
	שיעור	20.2%	12.7%	20.5%	25.2%	22.4%	23.4%	11.5%

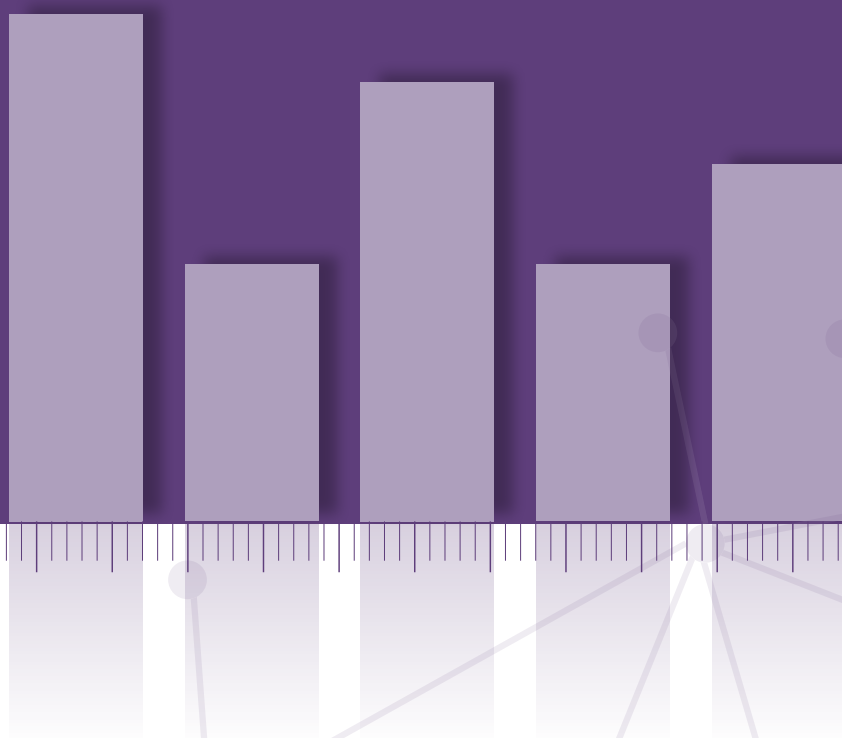
טבלה 11 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל						סה"כ	
	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24		
זכר	מונה	474,158	30,849	72,804	95,907	109,103	123,880	41,615
	מכנה	1,701,736	183,341	283,256	291,435	348,221	373,203	222,280
	שיעור	27.9%	16.8%	25.7%	32.9%	31.3%	33.2%	18.7%
נקבה	מונה	265,851	19,516	50,122	58,474	56,179	66,307	15,253
	מכנה	1,953,117	214,511	317,672	322,281	389,025	439,362	270,266
	שיעור	13.6%	9.1%	15.8%	18.1%	14.4%	15.1%	5.6%
סה"כ	מונה	740,009	50,365	122,926	154,381	165,282	190,187	56,868
	מכנה	3,654,853	397,852	600,928	613,716	737,246	812,565	492,546
	שיעור	20.2%	12.7%	20.5%	25.2%	22.4%	23.4%	11.5%

טבלה 12 לפי מצב חברתי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל						סה"כ	
	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	16-24		
פטור	מונה	100,710	20,570	32,130	23,339	13,269	8,479	2,923
	מכנה	469,308	144,540	136,493	74,658	49,436	34,644	29,537
	שיעור	21.5%	14.2%	23.5%	31.3%	26.8%	24.5%	9.9%
ללא פטור	מונה	639,299	29,795	90,796	131,042	152,013	181,708	53,945
	מכנה	3,185,545	253,312	464,435	539,058	687,810	777,921	463,009
	שיעור	20.1%	11.8%	19.5%	24.3%	22.1%	23.4%	11.7%
סה"כ	מונה	740,009	50,365	122,926	154,381	165,282	190,187	56,868
	מכנה	3,654,853	397,852	600,928	613,716	737,246	812,565	492,546
	שיעור	20.2%	12.7%	20.5%	25.2%	22.4%	23.4%	11.5%

# בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן



## 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 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 של סרטן שד חודרני המתוקנן לגיל (ל־100,000 נשים) התייצב בשנים האחרונות בקרב האוכלוסייה היהודית ועומד על 90.25, אך עלה משמעותית בקרב הנשים הלא יהודיות והגיע ל־57.16 [1]. 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) [2].

### גורמי סיכון

גורמי הסיכון הידועים לסרטן השד כוללים את 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.

### סיקור וטיפול במחלה

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

מערכת הבריאות משקיעה משאבים רבים בביצוע בדיקת סיקור רנטגנית (ממוגרפיה) כאמצעי לגילוי מוקדם של סרטן השד. 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 [3].

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 [4]. המלצה זו דומה מאוד להמלצה של ה-US Preventive Services Task Force [3] 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 23-6% בתמותה מסרטן השד בקרב הקבוצה שביצעה את הבדיקה לעומת קבוצת הביקורת [5].

בשנים האחרונות קיימת מחלוקת בעולם המדעי בנושא התרומה היחסית של ממוגרפיה להפחתת התמותה מסרטן השד, וקיים דיון ער בספרות לגבי הנזקים הפוטנציאליים הכרוכים בהפעלת תכנית סיקור כגון ביופסיות מיותרות, אבחנות חיוביות כוזבות והסיכון לאבחון יתר [6]. 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 [7,8]. יתר על כן, נתונים מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מצביעים על ירידה בתמותה מסרטן השד בשנים האחרונות, ובו בזמן נתונים ממרשם הסרטן הלאומי בישראל מראים מגמת ירידה בשיעור גידולי השד המאובחנים בשלב IV. סיכום בנושא תכניות ממוגרפיה באירופה מראה שעדיין התועלת של הצלת חיים מסרטן שד גוברת על הסיכון של אבחון יתר [9].

## 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 ההישרדות 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 17-19 וטבלאות 13-14)

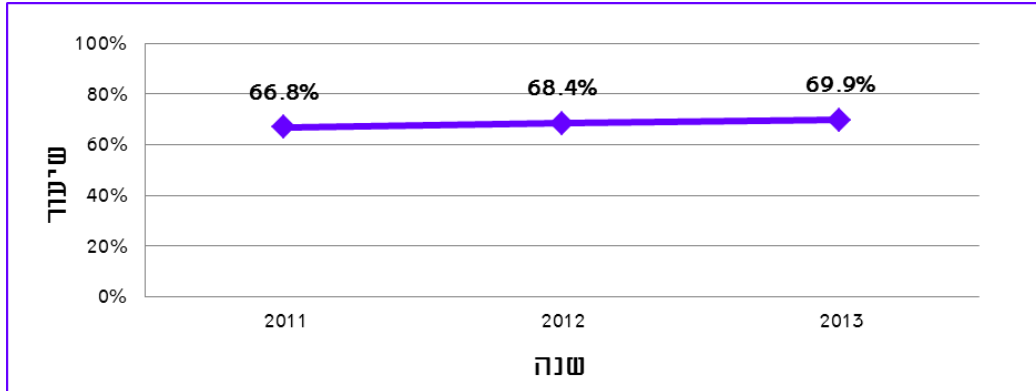
בשנת 2013, אוכלוסיית היעד לביצוע ממוגרפיה סוקרת מנתה 768,003 נשים. מתוכן, 69.9% ביצעו את הבדיקה בשנתיים האחרונות. השיעור מדגים מגמת עליה במהלך שנות המעקב (כ-3% שינוי אבסולוטי). בשנת 2013, שיעור הנשים שביצעו את הבדיקה עולה עם הגיל עד גיל 69, מ-67.8% בקרב קבוצת הגיל 51-54 ועד ל-73.2% בגילאי 65-69. בגילאי 70-74 חלה ירידה לשיעור של 65.6%.

קיים פער בביצוע הבדיקה לפי מצב חברתי-כלכלי. בקרב נשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלות פטור) 67.5% ביצעו סקירת ממוגרפיה לעומת 70.7% בקרב נשים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.

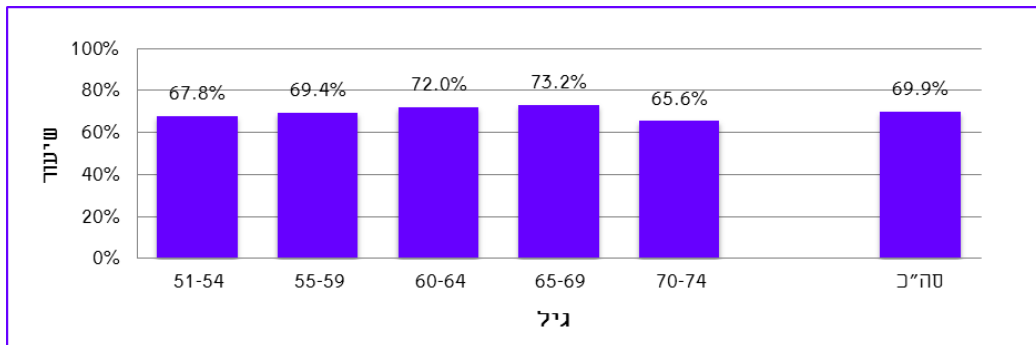
## שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 51-74

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

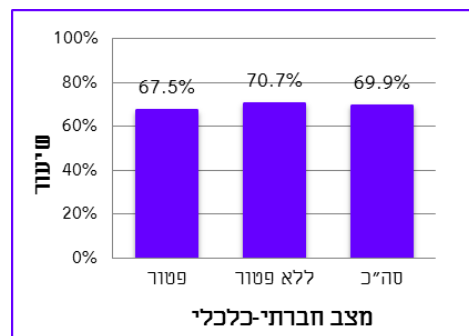
תרשים 17 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 18 לפי גיל, 2013



תרשים 19 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013





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

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

**טבלה 13** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל				
		70-74	65-69	60-64	55-59	51-54
2011	490,173	66,887	75,966	120,662	126,242	100,416
	733,411	105,732	108,765	173,018	190,523	155,373
	<b>66.8%</b>	<b>63.3%</b>	<b>69.8%</b>	<b>69.7%</b>	<b>66.3%</b>	<b>64.6%</b>
2012	514,702	67,394	86,853	125,588	130,386	104,481
	752,420	105,124	121,463	176,676	191,020	158,137
	<b>68.4%</b>	<b>64.1%</b>	<b>71.5%</b>	<b>71.1%</b>	<b>68.3%</b>	<b>66.1%</b>
2013	536,567	66,281	100,998	128,708	132,748	107,832
	768,003	101,107	138,034	178,696	191,161	159,005
	<b>69.9%</b>	<b>65.6%</b>	<b>73.2%</b>	<b>72.0%</b>	<b>69.4%</b>	<b>67.8%</b>

**טבלה 14** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל				
		70-74	65-69	60-64	55-59	51-54
פטור	139,593	27,603	33,537	38,081	25,916	14,456
	206,894	44,059	47,429	54,436	38,606	22,364
	<b>67.5%</b>	<b>62.7%</b>	<b>70.7%</b>	<b>70.0%</b>	<b>67.1%</b>	<b>64.6%</b>
ללא פטור	396,974	38,678	67,461	90,627	106,832	93,376
	561,109	57,048	90,605	124,260	152,555	136,641
	<b>70.7%</b>	<b>67.8%</b>	<b>74.5%</b>	<b>72.9%</b>	<b>70.0%</b>	<b>68.3%</b>
סה"כ	536,567	66,281	100,998	128,708	132,748	107,832
	768,003	101,107	138,034	178,696	191,161	159,005
	<b>69.9%</b>	<b>65.6%</b>	<b>73.2%</b>	<b>72.0%</b>	<b>69.4%</b>	<b>67.8%</b>

# 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־3200 מקרים חדשים [10]. 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 ממוקד) [10]. 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 [10]. 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) [2]. במקביל נצפתה ירידה משמעותית באחוז הגידולים המאובחנים בשלב IV בקרב יהודים.

### 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 [11].

### סיקור וטיפול במחלה

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

בנוסף לטיפול בחולים שכבר אובחנו, משקיעה מערכת הבריאות מאמצים בגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת. לאור הקשר הישיר בין גילוי המחלה בשלב מוקדם וסיכויי ההחלמה, ישנה

סבירות ביולוגית גבוהה שגילוי מוקדם יתרום להישרדות גבוהה יותר של חולי סרטן המעי הגס ויפחית את שיעור התמותה. קיימות מספר בדיקות לגילוי מוקדם של המחלה, 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% [12]. ניסוי אחר שבדק סיגמואידוסקופיה חד פעמית בגילאים 55-64 הראה אף הוא הפחתה בתמותה של 43% [13]. ביצוע בדיקות כגון סיגמואידוסקופיה וקולונוסקופיה לגילוי מוקדם של סרטן המעי עשוי להפחית גם את היארעות המחלה ולא רק את התמותה ממנה, על ידי גילוי אפשרי של גידולים שפירים טרום-סרטניים (פוליפים), אשר הסרתם תמנע התפתחות סרטן בעתיד. ניתוח-על (מטא-אנליזה) של ניסויים קליניים מראה שבדיקת סקר על ידי סיגמואידוסקופיה מורידה את ההיארעות של סרטן בקולון הדיסטאלי בכ-31% ותמותה בכ-46%. 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 [14], 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 [4].

- 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־9 השנים האחרונות

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

**מכנה:** מבוטחים בני 50-74

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר עברו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או ביצעו קולונוסקופיה ב־9 שנים האחרונות

**הערות:** הסיבה לביצוע קולונוסקופיה (בדיקת סקר, סימפטומים או סיבה אחרת) אינה ידועה לפי הנתונים המוצגים. הנתונים שבידי הקופות מאפשרים מידע על ביצוע קולונוסקופיה ב־9 השנים האחרונות, בעתיד כאשר הנתונים יהיו זמינים טווח הזמן יגדל בהדרגה עד לעשור (בהתאם לעדויות בספרות).

## תוצאות (תרשימים 20-23 וטבלאות 15-17)

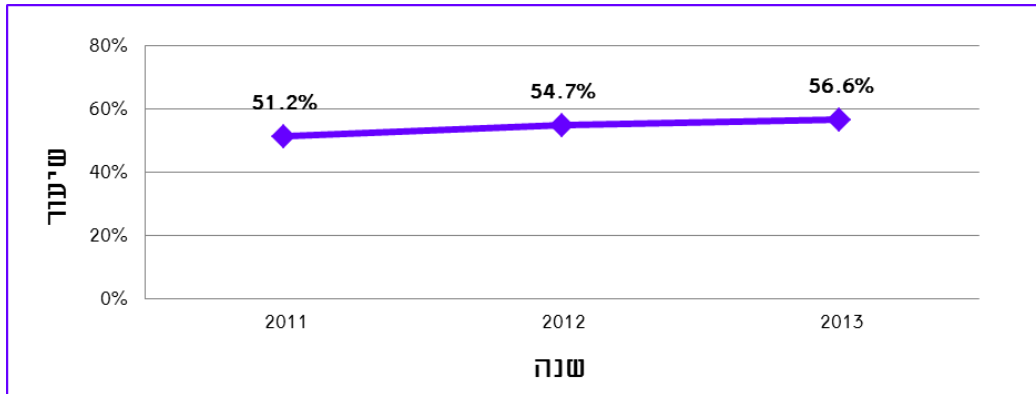
בשנת 2013 56.6% מאוכלוסיית היעד, סה"כ 813,944 מבוטחים, ביצעו בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס (בדיקת דם סמוי בצואה בשנה האחרונה או קולונוסקופיה ב־9 השנים האחרונות). שיעור הביצוע הבדיקה נמצא במגמת עליה לעומת השנים הקודמות: 51.2% בשנת 2011 ו־54.7% בשנת 2012. שיעור הביצוע הבדיקה עולה עם הגיל, מ־47.0% בקרב בני 50-54 ועד 63.7% בקרב בני 74-70.

בקרב נשים, שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס גבוה מעט ביחס לגברים: 58.0% לעומת 54.9%.

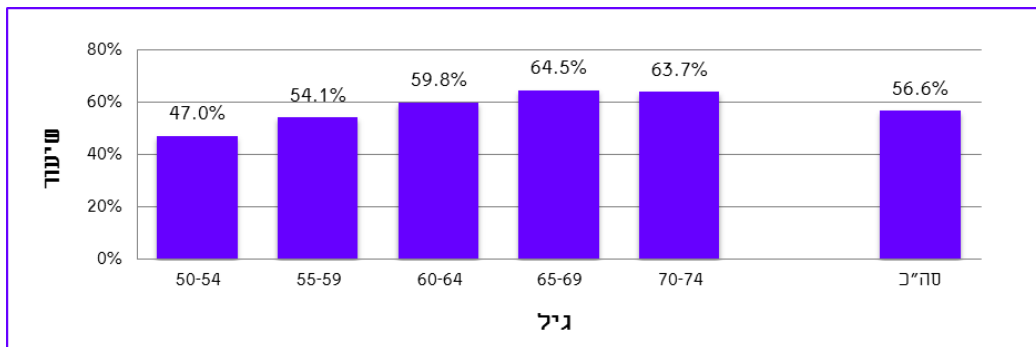
## שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74

שיעור המבוטחים אשר ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה ב-9 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 50-74 (מכנה)

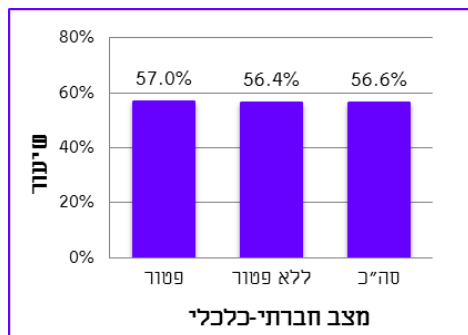
תרשים 20 לפי שנה, 2011-2013



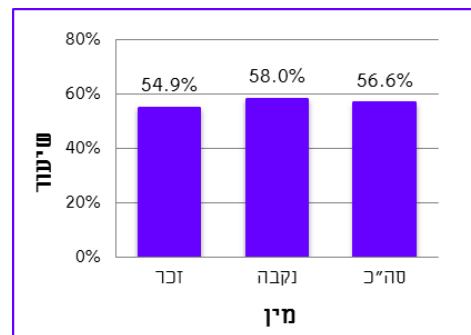
תרשים 21 לפי גיל, 2013



תרשים 23 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 22 לפי מין, 2013



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

מבוטחים אשר ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או קולונוסקופיה ב-9 השנים האחרונות (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 50-74 (מכנה)

טבלה 15 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל				
		70-74	65-69	60-64	55-59	50-54
2011	מונה	105,864	114,969	169,959	167,536	146,621
	מכנה	1,375,723	179,860	193,032	309,420	343,480
	שיעור	51.2%	58.9%	59.6%	54.9%	48.8%
2012	מונה	111,850	135,784	184,610	179,935	158,305
	מכנה	1,408,854	179,279	216,056	316,945	344,303
	שיעור	54.7%	62.4%	62.8%	58.2%	44.9%
2013	מונה	110,624	158,850	191,875	186,337	166,258
	מכנה	1,438,885	173,554	246,456	321,032	344,114
	שיעור	56.6%	63.7%	64.5%	59.8%	47.0%

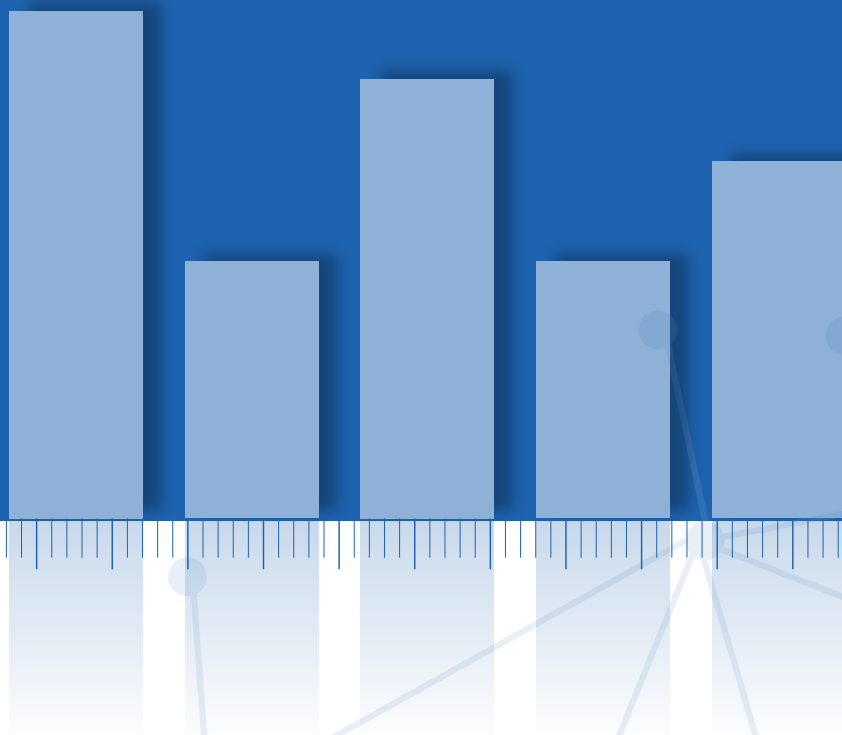
טבלה 16 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל				
		70-74	65-69	60-64	55-59	50-54
זכר	מונה	50,198	73,618	88,407	85,351	75,440
	מכנה	679,313	77,882	116,015	152,254	164,195
	שיעור	54.9%	64.5%	63.5%	58.1%	44.6%
נקבה	מונה	60,426	85,232	103,468	100,986	90,818
	מכנה	759,572	95,672	130,441	168,778	179,919
	שיעור	58.0%	63.2%	65.3%	61.3%	49.2%
סה"כ	מונה	110,624	158,850	191,875	186,337	166,258
	מכנה	1,438,885	173,554	246,456	321,032	344,114
	שיעור	56.6%	63.7%	64.5%	59.8%	47.0%

טבלה 17 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל				
		70-74	65-69	60-64	55-59	50-54
פטור	מונה	44,045	47,923	47,559	32,114	20,811
	מכנה	337,410	72,025	77,325	81,860	61,085
	שיעור	57.0%	61.2%	62.0%	58.1%	46.1%
ללא פטור	מונה	66,579	110,927	144,316	154,223	145,447
	מכנה	1,101,475	101,529	169,131	239,172	283,029
	שיעור	56.4%	65.6%	65.6%	60.3%	47.1%
סה"כ	מונה	110,624	158,850	191,875	186,337	166,258
	מכנה	1,438,885	173,554	246,456	321,032	344,114
	שיעור	56.6%	63.7%	64.5%	59.8%	47.0%

# ילדים ובני נוער



## רקע

### תאור המחלה

אנמיה הינה בעיה שכיחה ביותר בקרב ילדים ברחבי העולם. מעריכים כי בין 30% (צפון אמריקה) ל-60% (אפריקה) מילדי העולם סובלים מאנמיה זו, כאשר כ-50% מהאנמיות בילדות נגרמות מחוסר ברזל [1].

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 [1], וכן על הקשר בין האם והילד [2].

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% [3].

### 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 [4].

### גורמי סיכון

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

### הטיפול במחלה

החל מ-1985 קיימות בישראל הנחיות של משרד הבריאות בדבר מתן תוספי ברזל לתינוקות ובדיקות סקר לאיתור אנמיה של חסר ברזל, שמטרתן לצמצם את שכיחות האנמיה בקרב תינוקות. ההנחיות עודכנו לאחרונה ב-2012 וכוללות בין השאר את ההמלצות הבאות [5]:

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

בדיקת רמת ההמוגלובין בקרב כל התינוקות החל מגיל 9 חודשים.



בדיקת המוגלובין אינה מודדת באופן ישיר את רמת הברזל בגוף, ופרט לחוסר ברזל קיימות סיבות נוספות לרמת המוגלובין נמוכה. למעשה, הערך המנבא החיובי (positive predictive value) של רמת המוגלובין נמוכה מ-11 גר"/ד"ל עומד על כ-30% לאבחון של חוסר ברזל [6]. 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 [7].

## 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 השכיחות לאנמיה בגיל הרך היא חוסר בברזל, 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 שגרתית של כלל התינוקות לאנמיה בגיל שנה לערך. הועדה לתזונה של האקדמיה האמריקאית לפדיאטריה ממליצה על מתן תוספי ברזל, לתינוקות המזוונים על ידי חלב אם, החל מגיל 4 חודשים וכן על בדיקת רמת ההמוגלובין לכל הילדים סביב גיל 12 חודשים [8]. לעומת זאת ה־US Preventive Services Task Force מסיק שאין די ראיות כדי להמליץ על ביצוע בדיקת המוגלובין לכל תינוק, אך ממליץ על מתן תוספי ברזל. נתונים מישראל מראים מגמה ברורה של ירידה בהימצאות אנמיה בתינוקות, במיוחד באוכלוסייה היהודית, מאז ההמלצות של משרד הבריאות ב־1985. מטא־אנליזה של Cochrane [7] מראה שתוספי ברזל לטווח ארוך (כ־4 חודשים) עשויים לשפר את המצב הקוגניטיבי של התינוק.

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

**מונה:** מספר התינוקות במכנה שביצעו בדיקת המוגלובין בשנת המדד

**הערות:** אין

## תוצאות (תרשימים 24-26 טבלאות 18-20)

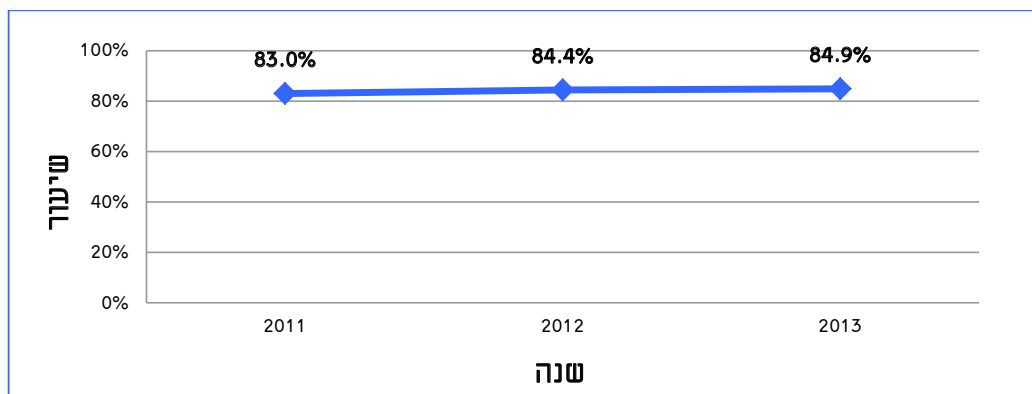
ביצוע בדיקת המוגלובין בקרב תינוקות עמד על 84.9% בשנת 2013. שיעור זה מציג מגמת שיפור קלה במהלך שנות המעקב (בשנת 2011 עמד שיעור הביצוע של הבדיקה על 83.0%).

בשנת 2013, לא נמצא הבדל משמעותי בשיעור ביצוע הבדיקה לפי מין התינוק או לפי המצב החברתי-כלכלי של הוריו.

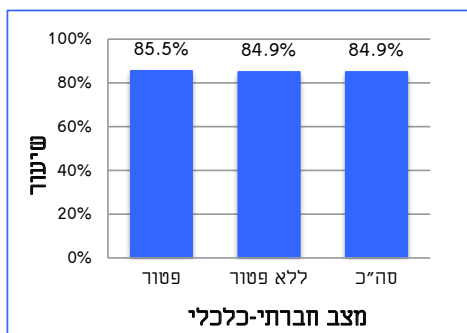
## שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות

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

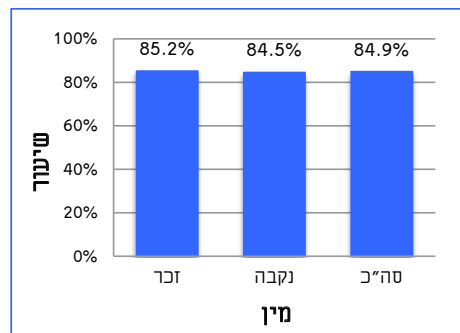
תרשים 24 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 26 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 25 לפי מין, 2013



## שיעור הביצוע של בדיקת המוגלובין בתינוקות

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

**טבלה 18** לפי שנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

אוכלוסיית התינוקות		שנה
133,929	מונה	2011
161,374	מכנה	
83.0%	שיעור	
138,491	מונה	2012
164,151	מכנה	
84.4%	שיעור	
141,188	מונה	2013
166,334	מכנה	
84.9%	שיעור	

**טבלה 19** לפי מין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

אוכלוסיית התינוקות		מין
72,568	מונה	זכר
85,151	מכנה	
85.2%	שיעור	
68,620	מונה	נקבה
81,183	מכנה	
84.5%	שיעור	
141,188	מונה	סה"כ
166,334	מכנה	
84.9%	שיעור	

**טבלה 20** לפי מצב חברתי-כלכלי – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

אוכלוסיית התינוקות		מצב חברתי-כלכלי
4,916	מונה	פטור
5,753	מכנה	
85.5%	שיעור	
136,272	מונה	ללא פטור
160,581	מכנה	
84.9%	שיעור	
141,188	מונה	סה"כ
166,334	מכנה	
84.9%	שיעור	

## 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 [9], לתחלואה בבגרות בסוכרת, יתר לחץ דם, מחלת לב איסכמית ושבץ מוחי [10]. השמנת ילדים קשורה גם להפרעות בתחום הפסיכו-חברתי, הכוללות הערכה עצמית נמוכה, בידוד חברתי ואף דיכאון [11].

### היבטים אפידמיולוגיים

אומדני ההימצאות של עודף משקל או השמנת יתר בילדי העולם המערבי נעים מכ-5% בסין ועד ליותר מ-35% בארה"ב ויוון [12]. בישראל מוערך שהשיעור של עודף משקל בילדים בני 5-7 עולה על 25% [13]. 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 [14].

### 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 [15]. ערכי BMI עשויים גם לזהות ילדים ובני נוער הנמצאים בתת-משקל, להצביע על חסכים תזונתיים ואף להצביע על הפרעות אכילה, המתגלות בגילאים אלה.

המלצת משרד הבריאות היא לתעד משקל וגובה לפחות פעם אחת בגילאי 2-4 ו-5-7 שנים. מגיל 14 ומעלה ההמלצה היא לתיעוד לפחות פעם בכל 3 שנים [16]. תיעוד מרכיבי BMI בילדים ובבני נוער הינו צעד ראשון להבנת ממדי השמנת היתר בישראל, ומהווה בסיס מידע לתכנית התערבות ומניעה.

### מדדים

✓ שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

✓ שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

## שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

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

**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, לפחות פעם אחת, ומגילאי 14 ומעלה כל 3 שנים.

## תוצאות (תרשימים 27-29 וטבלאות 21-23)

בשנת 2013, שיעור התייעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7 עמד על 72.8%. שיעור זה הציג מגמת עליה של כ-3% לשנה במהלך שנות המעקב.

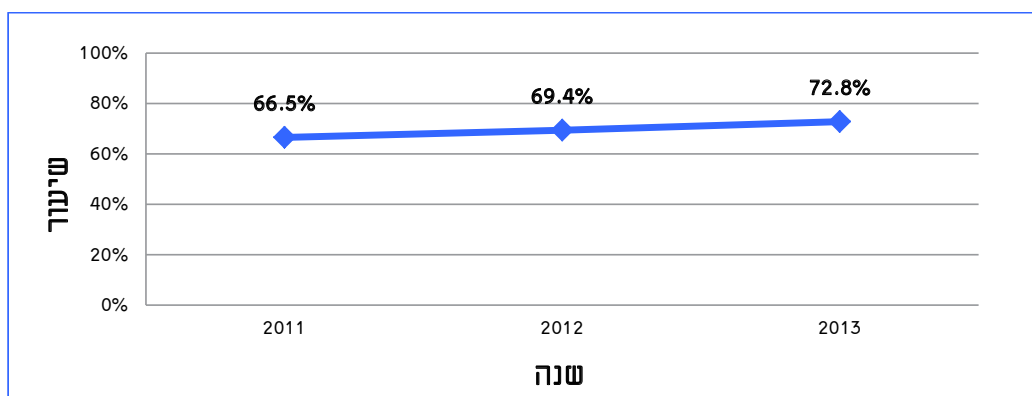
שיעור התייעוד בקרב בנים (73.3%) דומה לשיעור התייעוד בקרב בנות (72.2%).

שיעור תיעוד גבוה מעט יותר נצפה בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) (75.9%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (72.6%).

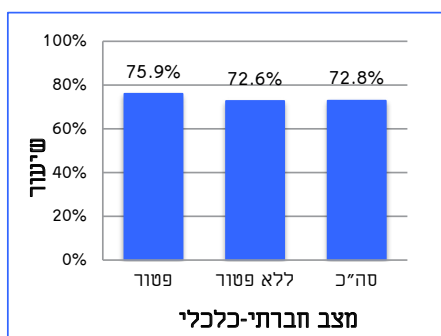
## שיעור התיעוד של מדידת גובה ומשקל בקרב ילדים בני 7

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

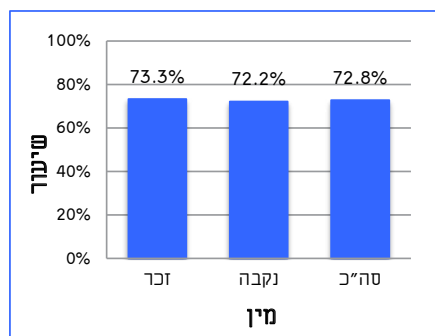
תרשים 27 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 29 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 28 לפי מין, 2013



## 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 21** לפי שנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

גיל		שנה
7		
91,571	מונה	2011
137,630	מכנה	
66.5%	שיעור	
95,441	מונה	2012
137,590	מכנה	
69.4%	שיעור	
103,588	מונה	2013
142,317	מכנה	
72.8%	שיעור	

**טבלה 22** לפי מין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

גיל		מין
7		
53,623	מונה	זכר
73,111	מכנה	
73.3%	שיעור	
49,965	מונה	נקבה
69,206	מכנה	
72.2%	שיעור	
103,588	מונה	סה"כ
142,317	מכנה	
72.8%	שיעור	

**טבלה 23** לפי מצב חברתי כלכלי – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

גיל		מצב חברתי כלכלי
7		
5,891	מונה	פטור
7,765	מכנה	
75.9%	שיעור	
97,697	מונה	ללא פטור
134,552	מכנה	
72.6%	שיעור	
103,588	מונה	סה"כ
142,317	מכנה	
72.8%	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, לפחות פעם אחת, ומגילאי 14 ומעלה כל 3 שנים.

## תוצאות (תרשימים 30-32 וטבלאות 24-26)

בשנת 2013, שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב מתבגרים בגיל 14-18 עמד על 72.6%. שיעור זה דומה לשיעורים שנצפו בשנים 2011 ו-2012, שעמדו על 72.5% ו-72.0%.

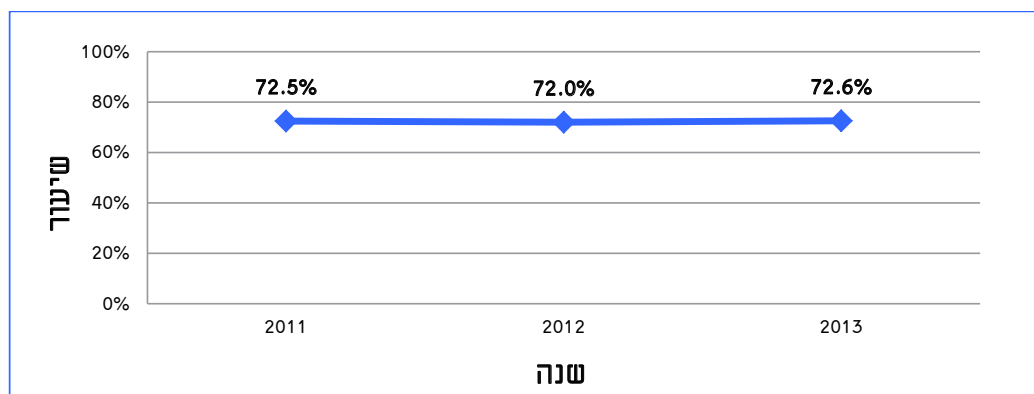
לא נצפו הבדלים בין בנים לבנות.

שיעור תיעוד גבוה יותר נצפה בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) (77.2%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (72.2%).

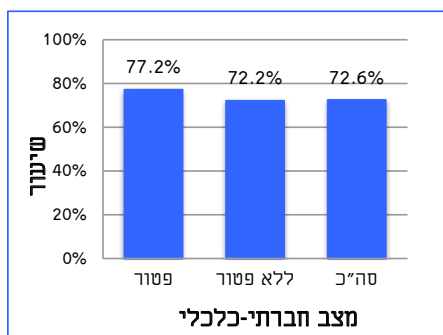
## שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

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

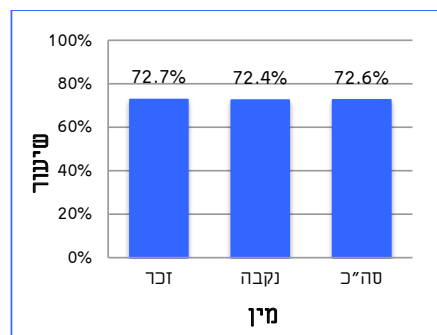
תרשים 30 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 32 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 31 לפי מין, 2013



## שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בקרב בני 14-18

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

**טבלה 24** לפי שנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל	
	14-18	
2011	מונה	377,014
	מכנה	520,107
	שיעור	72.5%
2012	מונה	382,512
	מכנה	531,512
	שיעור	72.0%
2013	מונה	397,498
	מכנה	547,752
	שיעור	72.6%

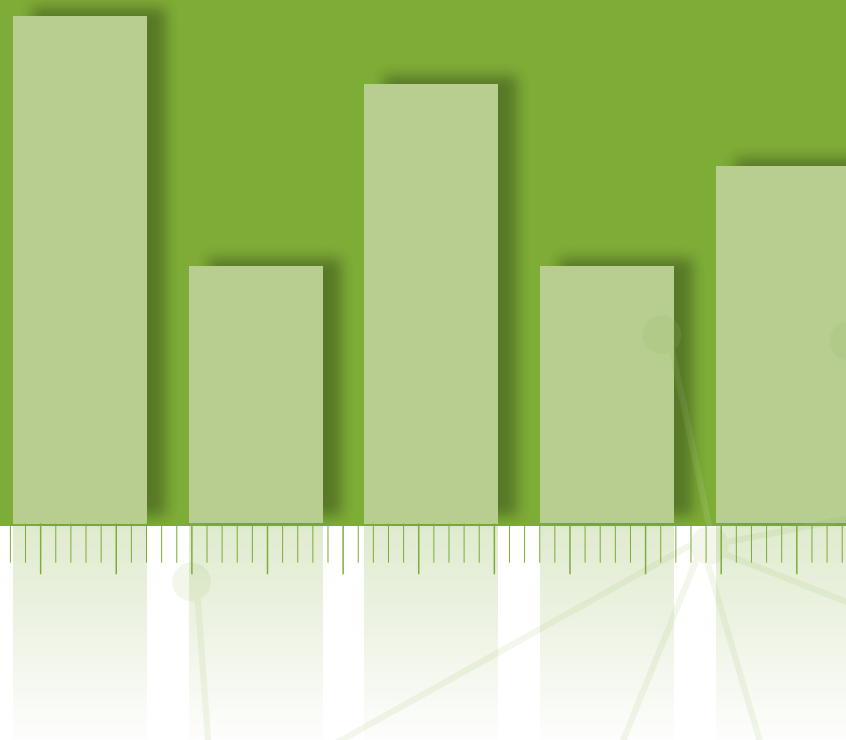
**טבלה 25** לפי מין – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל	
	14-18	
זכר	מונה	202,923
	מכנה	278,941
	שיעור	72.7%
נקבה	מונה	194,575
	מכנה	268,811
	שיעור	72.4%
סה"כ	מונה	397,498
	מכנה	547,752
	שיעור	72.6%

**טבלה 26** לפי מצב חברתי-כלכלי – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל	
	14-18	
פטור	מונה	35,196
	מכנה	45,605
	שיעור	77.2%
ללא פטור	מונה	362,302
	מכנה	502,147
	שיעור	72.2%
סה"כ	מונה	397,498
	מכנה	547,752
	שיעור	72.6%

# מבוגרים בני +65



## 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 [1,2].

### היבטים אפידמיולוגיים

העברת המחלה מאדם לאדם היא לרוב דרך האוויר - שיעול ועיטוש יוצרים תרסיסים המכילים את הנגיף. לצורך אומדן היקף התחלואה בשפעת וסיבוכיה הוקמה במשרד הבריאות מערכת ניטור שפעת, האוספת נתוני תחלואה ותמותה מעבדתיים (מעבדות 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 רב שנתי). בעונת החורף 2013/2012 פעילות השפעת הייתה מעט יותר מאוחרת וערה בהשוואה לפעילות הממוצעת בשנים עברו [3]. בעונת החורף 2014/2013 פעילות השפעת הייתה מאוחרת ודומה לממוצע [4].

### 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 2011/2010 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 לייצוג מיוחד [5]. 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 לאישפוזים 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 33-36 וטבלאות 27-29)

בשנת 2013 חוסנו נגד נגיף השפעת 62.2% מבני 65 ומעלה. השיעור מציג מגמת עליה של כ־1.5% לשנה במהלך שנות המעקב. בקרב בני 75-84 שיעור החיסון גבוה יותר לעומת בני 65-74 ולעומת בני 85 ומעלה (67.1% לעומת 58.4% ו־66.4%).

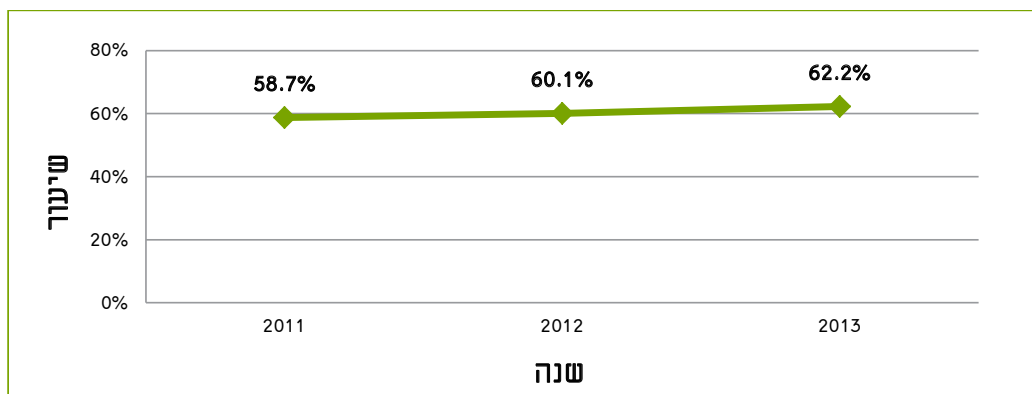
גברים חוסנו יותר מנשים, 64.7% לעומת 60.4%, כאשר ההבדל בולט יותר בקרב קבוצות הגיל המבוגרות (75 שנים ומעלה).

בקרב כלל האוכלוסייה לא נצפו פערים בשיעור החיסון לפי מעמד חברתי־כלכלי, עם זאת מגיל 75 ואילך, השיעור גבוה יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי גבוה (ללא פטור) לעומת אלו ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור).

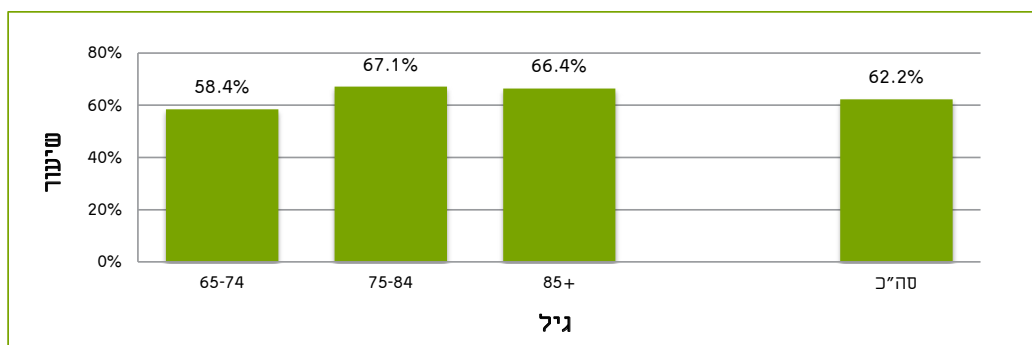
## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

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

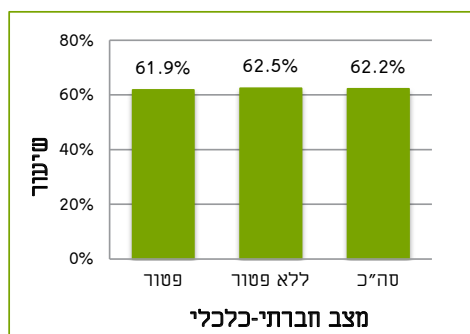
תרשים 33 לפי שנה, 2011-2013



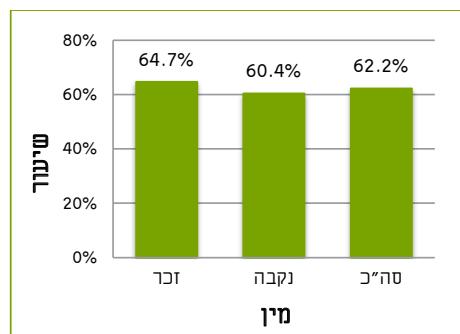
תרשים 34 לפי גיל, 2013



תרשים 36 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 35 לפי מין, 2013





## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב בני 65 ומעלה

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

**טבלה 27** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל		
		85+	75-84	65-74
2011	מכנה	740,557	253,053	397,803
	שיעור	58.7%	63.6%	54.6%
	סה"כ	434,927	161,039	217,347
2012	מכנה	772,986	258,433	421,145
	שיעור	60.1%	65.0%	56.3%
	מונה	464,442	167,952	236,983
2013	מכנה	812,602	268,256	446,551
	שיעור	62.2%	67.1%	58.4%
	מונה	505,801	179,997	260,880

**טבלה 28** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל		
		85+	75-84	65-74
זכר	מכנה	353,927	112,230	206,094
	שיעור	64.7%	70.9%	60.1%
	מונה	228,958	79,617	123,857
נקבה	מכנה	458,675	156,026	240,457
	שיעור	60.4%	64.3%	57.0%
	מונה	276,843	100,380	137,023
סה"כ	מכנה	812,602	268,256	446,551
	שיעור	62.2%	67.1%	58.4%
	מונה	505,801	179,997	260,880

**טבלה 29** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל		
		85+	75-84	65-74
פטור	מכנה	325,793	119,747	160,535
	שיעור	61.9%	64.1%	59.5%
	מונה	201,612	76,740	95,501
ללא פטור	מכנה	486,809	148,509	286,016
	שיעור	62.5%	69.5%	57.8%
	מונה	304,189	103,257	165,379
סה"כ	מכנה	812,602	268,256	446,551
	שיעור	62.2%	67.1%	58.4%
	מונה	505,801	179,997	260,880

## רקע

### תאור המחלה

זיהומים הנגרמים על ידי חיידק הפניאומוקוק (*Streptococcus pneumoniae*) הינם גורם משמעותי לתחלואה ותמותה ברחבי העולם, בייחוד בילדים ובקשישים. תחלואה פניאומוקוקלית כוללת דלקת ריאות ודלקות אוזניים (דלקת של אוזן תיכונה) וכן מחלות פולשניות (*invasive pneumococcal disease*), כגון דלקת קרום המוח (מנינגיטיס) זיהום בדם (בקטרמיה, בנוכחות או בהעדר דלקת ריאות) ואלח דם (ספסיס). מוכרים למעלה מ-90 זנים שונים של חיידק הפניאומוקוק הגורמים למחלות זיהומיות בבני אדם. התפלגות הזנים משתנה בהתאם לגיל, למחלה ולמיקום הגיאוגרפי [6].

### היבטים אפידמיולוגיים

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

זיהומים פניאומוקוקלים הם גורמי תחלואה ותמותה חשובים בעולם, בעיקר בקרב ילדים מתחת לגיל 5 שנים. מעריכים כי חיידק הפניאומוקוק גרם בשנת 2000 ל-1.6 מיליון מקרי מוות ברחבי העולם, מתוכם כ-735,000 בילדים מתחת לגיל 5 [8,7]. בשנת 2000 הוכנס לשימוש בילדים חיסון מצומד נגד פניאומוקוק. החיסון הוכנס בתחילה לשגרת חיסוני הילדות בארה"ב ובהמשך, בעידוד ארגון הבריאות העולמי, למדינות נוספות. נכון לשנת 2012 החיסון ניתן ב-86 מתוך 194 (44%) מחברות ארגון הבריאות העולמי, בעיקר מדינות מפותחות [9]. למרות שהחיסון ניתן לילדים בלבד, הוא הביא לירידה בתחלואה ובתמותה גם בקרב האוכלוסייה הלא מחוסנת, כולל מבוגרים, בשל אפקט חסינות העדר. בארה"ב למשל, נצפתה ירידה של 45% בשיעורי התחלואה בקרב לא מחוסנים בכל הגילאים, כולל בקרב אוכלוסיית בני 65 ומעלה [10]. החיסון המצומד נגד פניאומוקוק הוכנס לשגרת חיסוני הילדות בישראל בשנת 2009. שנה ושנתיים לאחר הכנסת החיסון לשימוש נצפתה ירידה של 23% ו-42% בהתאמה בהיארעות מחלה פניאומוקוקלית פולשנית בקרב ילדים מתחת גיל 5 שנים [11]. בין השנים 2009-2010 אובחנו בישראל 460 חולים מעל גיל 18 שנים עם מחלה פניאומוקוקלית פולשנית, כאשר היארעות המחלה עלתה עם הגיל. שיעור קטלניות המחלה (case-fatality rate) עמד על כ-18% בכלל האוכלוסייה הבוגרת והיה קרוב ל-35% בקרב בני 85 ומעלה [12].

## גורמי סיכון

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

## הטיפול במחלה

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

החיסון נגד זיהום פניאומוקוקלי במבוגרים מורכב מאנטיגנים קפסולריים פוליסכרידים מנוקים של 23 הזנים הנפוצים ביותר של חיידק הפניאומוקוק. יעילות החיסון כנגד מחלה פולשנית בקרב סה"כ אוכלוסיית המבוגרים נעה בין 50%-70%. יעילות החיסון יורדת עם העלייה בגיל, כאשר מעל גיל 85 יעילות החיסון נמוכה מ-50% [6]. אימונוגניות של אנטיגנים פוליסכרידים בילדים בני פחות מ-2-3 שנים הינה נמוכה. לפיכך, הוכנס לשימוש בתינוקות חיסון מצומד (פרברנר) 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 [13]. 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 65-74

### **שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74**

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 65-74 אשר קבלו חיסון נגד פניאומוקוק

**רציונאל:** שיפור הכיסוי החיסוני נגד פניאומוקוק באוכלוסייה המבוגרת עשוי להפחית את התחלואה והתמותה הנגרמת על ידי חיידק הפניאומוקוק.

**מכנה:** מבוטחים בני 65-74

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

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

### **תוצאות** (תרשימים 37-39 וטבלאות 30-32)

בשנת 2013 שיעור הכיסוי החיסוני נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74 עמד על 74.9%. שיעור זה נמוך מעט ביחס לשיעורים בשנים הקודמות, שעמדו על 75.7% בשנת 2012 ו-75.9% בשנת 2011.

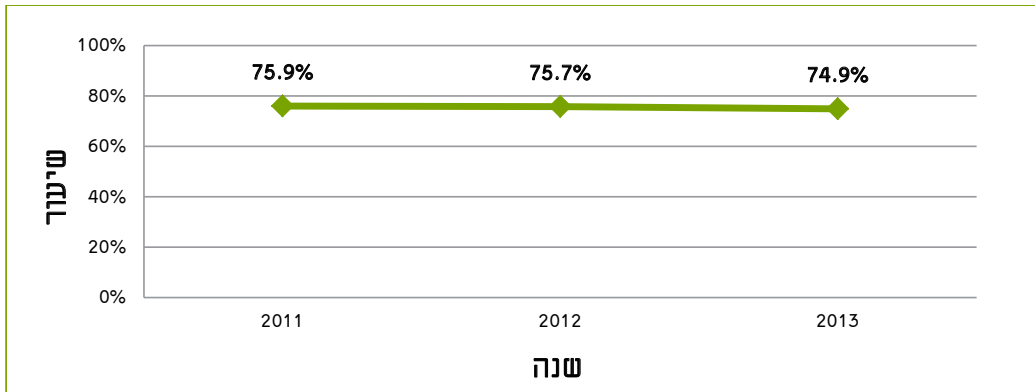
שיעורי החיסון היו גבוהים מעט יותר בקרב גברים ביחס לנשים (76.5% לעומת 73.5%).

שיעורי החיסון היו גבוהים מעט יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור), 77.0% לעומת 73.7%.

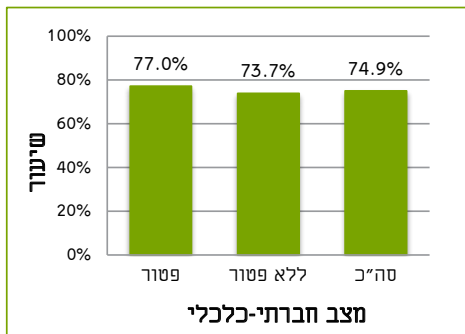
## שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

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

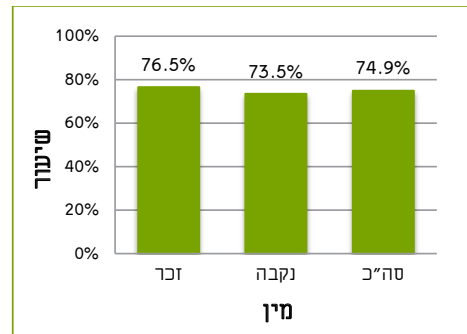
תרשים 37 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 39 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 38 לפי מין, 2013



## שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בקרב בני 65-74

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

**טבלה 30** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל	
	65-74	
2011	מונה	268,897
	מכנה	354,055
	שיעור	75.9%
2012	מונה	286,205
	מכנה	377,982
	שיעור	75.7%
2013	מונה	303,212
	מכנה	404,911
	שיעור	74.9%

**טבלה 31** לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל	
	65-74	
זכר	מונה	143,499
	מכנה	187,482
	שיעור	76.5%
נקבה	מונה	159,713
	מכנה	217,429
	שיעור	73.5%
סה"כ	מונה	303,212
	מכנה	404,911
	שיעור	74.9%

**טבלה 32** לפי מצב חברתי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי- כלכלי	גיל	
	65-74	
פטור	מונה	108,071
	מכנה	140,313
	שיעור	77.0%
ללא פטור	מונה	195,141
	מכנה	264,598
	שיעור	73.7%
סה"כ	מונה	303,212
	מכנה	404,911
	שיעור	74.9%

## חשיבות

ירידה בלתי רצונית במשקל באוכלוסייה הקשישה קשורה בתחלואה ותמותה מוגברים [15,14]. מחד, ירידה במשקל עלולה לנבוע מתחלואה נלווית, למשל בממאירות, מחלות מערכת העיכול או דכאון. היא יכולה לנבוע גם משינויים פיזיולוגיים בתיאבון ואכילה בקשישים. מאידך, ירידה בלתי רצונית במשקל עלולה להוביל לירידה במסת השריר וחולשה, דכאון וסיבוכים של מחלות נלוות. הגורמים לירידת משקל פעמים רבות אינם ידועים אך יכולים להיות מושפעים מגורמים פסיכיאטריים וחברתיים-כלכליים. ללא קשר לגורם, ירדת משקל ואנורקסיה בקרב קשישים הם מרכיבים חשובים של שבריריות (frailty) [16].

קשישים בני 70 ומעלה נמצאים בסיכון לשבריריות אם איבדו למעלה מ-5% ממשקלם בחצי שנה על פי כלי סיקור אחד (Simple FRAIL Questionnaire Screening Tool) [15] או למעלה מ-10% ממשקל גופם מגיל ששים, עפ"י כלי סיקור אחר [17].

## היבטים אפידמיולוגיים

בארצות הברית נמצא כי כ-15%-20% מהקשישים בני 65 ומעלה סובלים מירידת משקל וההימצאות גבוהה יותר בקרב קשישים החיים בבית (27%) ביחס לקשישים הגרים במוסדות [18]. הימצאות ירידה בלתי מכוונת במשקל המלווה בשבריריות דווחה ב-0.5%-8% מהקשישים [18]. בסקר מב"ת זה"ב שנערך בישראל בשנים 2005-2006 במדגם של 1852 קשישים, 19.9% נמצאו בסיכון גבוה לתת תזונה ו-43.3% נמצאו בסיכון מתון (עפ"י מדד ה-DETERMINE). עפ"י כלי סיקור אחר (MNA), נמצא כי 22.6% מהקשישים היו בסיכון לתת תזונה [19].

## התייחסות נדרשת מהמערכת הרפואית

המלצות מקצועיות לניהול של ירידה בלתי רצונית במשקל בקשישים מזהות את הצורך בתייעוד משקל גוף כמרכיב בסיסי למעקב אחר האוכלוסייה הקשישה [16,18]. האיגוד האמריקאי לסוכרת (ADA) ממליץ על ביצוע סיקור לאיבוד משקל בלתי רצוני, בשיתוף עם דיאטנית [20].

בישראל, על פי ההנחיות הקליניות של כח המשימה הישראלי בנושא קידום בריאות ורפואה יש למדוד משקל מדי שנה ולהתייחס לתת משקל ולעודף משקל באוכלוסייה הקשישה. תת משקל דורש התייחסות וברור כשלעצמו בהיותו סימן אזהרה למכלול מחלות ונסיבות חיים, בהן נסיבות חברתיות וקשיי בליעה [21].

## מדדים

✓ שיעור התייעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה

### **שיעור התיעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה**

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה עם תיעוד של משקל גוף בשנת המדד

**רציונאל:** ירידה בלתי רצונית במשקל גוף בקרב קשישים הינה סימן אזהרה לשבריריות ודורשת בירור.

**מכנה:** מבוטחים בני 65 ומעלה

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד משקל גוף בשנת המדד

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

### **תוצאות** (תרשימים 40-43 וטבלאות 33-35)

בשנת 2013, עמד שיעור התיעוד של משקל גוף בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה על 81.8%. השיעור הדגים מגמת עליה במהלך שנות המעקב (3.5% שינוי אבסולוטי).

שיעור התיעוד של משקל הגוף במבוגרים גבוה מעט בגברים (82.7%) לעומת נשים (81.1%).

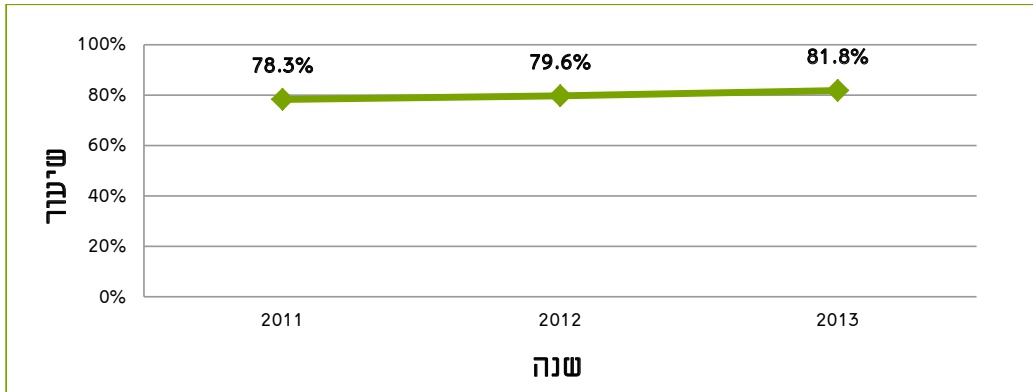
השיעור במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מעט יותר מהשיעור במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (82.9% לעומת 81.1%).



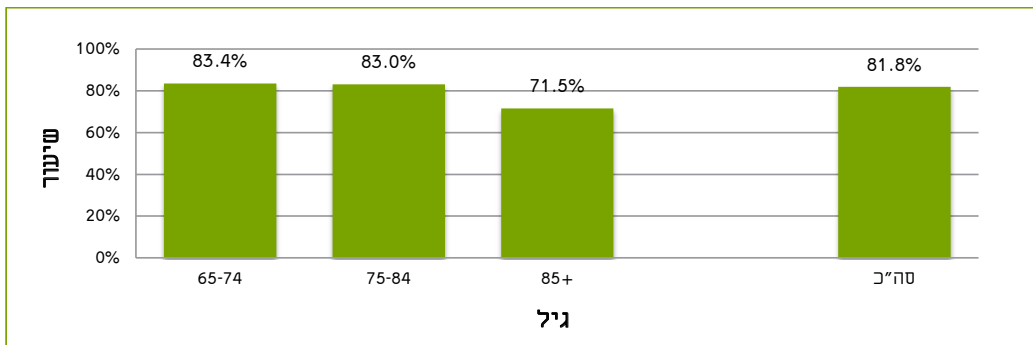
## שיעור התיעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה

שיעור המבוטחים עם תיעוד של משקל גוף בשנת המדד (מונה) מקרב מבוטחים בני 65 ומעלה (מכנה)

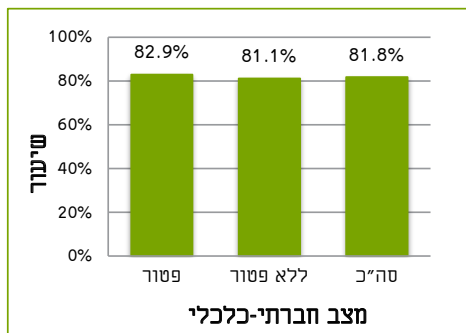
תרשים 40 לפי שנה, 2011-2013



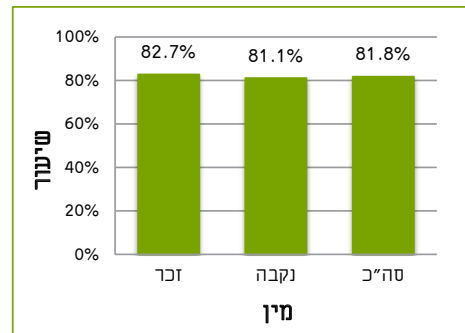
תרשים 41 לפי גיל, 2013



תרשים 43 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 42 לפי מין, 2013



## שיעור התיעוד של משקל גוף בקרב בני 65 ומעלה

מבוטחים עם תיעוד של משקל גוף בשנת המדד (מונה) מקרב מבוטחים בני 65 ומעלה (מכנה)

**טבלה 33** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל		
		85+	75-84	65-74
2011	מונה	62,624	203,670	317,689
	מכנה	91,676	254,978	398,999
	שיעור	68.3%	79.9%	79.6%
2012	מונה	65,913	210,635	343,206
	מכנה	95,503	260,321	422,335
	שיעור	69.0%	80.9%	81.3%
2013	מונה	71,474	224,306	373,338
	מכנה	99,996	270,211	447,757
	שיעור	71.5%	83.0%	83.4%

**טבלה 34** לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל		
		85+	75-84	65-74
זכר	מונה	28,113	95,421	171,304
	מכנה	36,488	113,170	206,743
	שיעור	77.0%	84.3%	82.9%
נקבה	מונה	43,361	128,885	202,034
	מכנה	63,508	157,041	241,014
	שיעור	68.3%	82.1%	83.8%
סה"כ	מונה	71,474	224,306	373,338
	מכנה	99,996	270,211	447,757
	שיעור	71.5%	83.0%	83.4%

**טבלה 35** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל		
		85+	75-84	65-74
פטור	מונה	32,979	99,693	138,380
	מכנה	45,153	119,864	162,101
	שיעור	73.0%	83.2%	85.4%
ללא פטור	מונה	38,495	124,613	234,958
	מכנה	54,843	150,347	285,656
	שיעור	70.2%	82.9%	82.3%
סה"כ	מונה	71,474	224,306	373,338
	מכנה	99,996	270,211	447,757
	שיעור	71.5%	83.0%	83.4%

## רקע

### חשיבות

בנזודיאזפינים הן תרופות מרגיעות ומשרות שינה ותיקות, אשר הוכנסו לשימוש בשנות ה־60. משפחה זו החליפה את הברביטורטים, שהיו בשימוש בהתוויות דומות עד שנות ה־50, אך השימוש בהן צומצם לאור היותן ממכרות ובמינון יתר - מסכנות חיים. הבנזודיאזפינים פועלים במנגנון של הגברת פעילות הנוירורנסמיטור המעכב GABA במח על ידי קישור לקולטן מסוג A. מבחינה פרמקוקינטית התכשירים השונים נבדלים בטווח הפעולה שלהם: תכשירים קצרי-טווח מתחילים לפעול במהירות והשפעתם פגה כעבור זמן קצר יחסית ותכשירים ארוכי-טווח הם בעלי השפעה ממושכת.

תרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים משמשות לטיפול במגוון מצבים בכלל זה: חרדה, הפרעות שינה, חוסר שקט, הפרעה כפיזית, תופעות גמילה מאלכוהול ואמפטמינים, ספזם שרירי, מאניה וכחלק ממשלב תרופות הרגעה הניתנות לפני הליך רפואי. בקרב רופאי משפחה ההתוויות השכיחות לרישום בנזודיאזפינים הן חרדה והפרעות שינה. לרוב משתמשים בתכשירים קצרי-טווח לטיפול בקשיי הירדמות ובתכשירים בעלי טווח פעולה ארוך יותר להפרעות מתמשכות כמו חרדה.

בניגוד לברביטורטים, מתן פומי של בנזודיאזפינים, גם במינון גבוה, אינו גורם לדיכוי נשימתי ולכן לרוב אינו נחשב כמסכן חיים. עם זאת, במתן ממושך כל התרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים, ובמיוחד התכשירים קצרי הטווח, הן בעלות פוטנציאל להביא להתפתחות תלות נפשית וגופנית. פוטנציאל זה גבוה במיוחד כאשר התרופה ניתנת במינון גבוה ולאחר מתן ממושך של מספר חודשים. הפסקה או מיתון פתאומי של טיפול כרוני בבנזודיאזפינים עלולים להיות מלווים בתופעות גמילה מסכנות חיים: החל מעצבנות, רעד וקושי בשינה וכלה בבלבול, הזיות, עליה בלחץ הדם ופרקוסים. תופעות הלואי השכיחות בשימוש בבנזודיאזפינים הן ישנוניות, פגיעה בזכרון ובריכוז וחוסר יציבות. לאחרונה הועלה חשד כי שימוש בתרופות ממשפחת הבנזודיאזפינים בקשישים קשור בשטיון ובסיכון מוגבר להתפתחות דלקת ריאות ותמותה ממנה [22-24]. לעיתים שימוש בבנזודיאזפינים עלול לגרום לתגובה פרדוקסלית של החמרת התופעות שבעטיין הם ניטלו - חוסר שקט, חרדה וקושי בשינה. אוכלסיית הקשישים רגישה במיוחד לתופעות הלואי של בנזודיאזפינים בשל רגישות יתר של מערכת העצבים המרכזית להשפעת התרופות מחד, וירידה בקצב הפירוק של בנזודיאזפינים ארוכי טווח מאידך. ירידה זו גורמת לרמות גבוהות יותר של התרופה בדם ולאגירתה בגוף. לכן מומלץ להמנע משימוש בבנזודיאזפינים ארוכי-טווח בקבוצת אוכלוסין זו [25]. מחקרים רבים הצביעו על כך כי שימוש כרוני בבנזודיאזפינים בקרב קשישים יותר ממכפיל את הסיכון לנפילות ושברים בצוואר הירך, לתאונות דרכים ולתאונות ביתיות [26,27]. כמו כן הוכח, כי הפסקה של שימוש כרוני בבנזודיאזפינים בקשישים עשויה להביא לשיפור בתפקוד הקוגניטיבי והפסיכומטורי [28].

בשנות ה־80 וה־90 הוכנסה לשימוש קבוצה של תרופות משרות שינה חדשות שאינן ממשפחת הבנזודיאזפינים. תרופות אלו פועלות אף הן במנגנון של הפעלת מערכת ה־GABA. הקבוצה כוללת שלושה תכשירים (zaleplon, zolpidem, zopiclone) ומכונה קבוצת ה־Z. תרופות אלו פותחו במטרה להתגבר על חלק מהחסרונות שבשימוש בבנזודיאזפינים כמו התפתחות תלות ותופעות גמילה. בפועל, לא הוכח כי תרופות ממשפחת ה־Z נבדלות מהבנזודיאזפינים קצרי הטווח ביעילותן כמשרות שינה, בפרופיל תופעות הלוואי שלהן או בפוטנציאל להתפתחות תלות. לכן, רוב ההמלצות המגבילות את השימוש בבנזודיאזפינים קצרי-טווח חלות גם על קבוצת תרופות זו [29].

## היבטים אפידמיולוגיים

על אף העדויות המדאיגות על הנזק הפוטנציאלי הנלווה לשימוש בלתי מושכל וכרוני בבנזודיאזפינים, שימוש כזה נותר נפוץ במדינות המפותחות באוכלוסייה בכלל ובאוכלוסיית הקשישים בפרט [30]. שימוש בלתי מושכל בבנזודיאזפינים שכיח במיוחד בקבוצת הגיל הקשיש, בנשים ובמטופלים מרקע חברתי-כלכלי נמוך. במהלך השנים נערכו סקרים רבים בנסיון לקבוע את שכיחות השימוש בבנזודיאזפינים והשיעור של שימוש כרוני בקרב אוכלוסיות שונות. כך למשל, סקר שנערך בקהילה בבריטניה בסוף שנות ה־90 כלל 5000 משתתפים מגיל 15 ומעלה והדגים שכיחות כוללת של שימוש בתרופות פסיכותרופיות של 3.5%, כאשר 63% מהן היו בבנזודיאזפינים. שכיחות השימוש היתה גבוהה פי שניים בנשים ועלתה עם הגיל. בקרב קשישים מעל גיל 65 נמצא כי 5.2% השתמשו בבנזודיאזפינים בהתוויה של השראת שינה ועוד 1.9% כנוגדי חרדה. 60% מצרכני התרופות משרות השינה נטלו אותן לתקופה של מעל לשנה, ו־26% לא ידעו לדווח על משך השימוש. לאור השימוש ההולך ועולה בבריטניה בתרופות Z, נבדקו התפישות והעמדות של רופאי משפחה כלפי משפחת תרופות זו. נמצא כי רוב הנשאלים הביעו עמדה כי תרופות ה־Z יעילות יותר ובעלות פחות תופעות לוואי בהשוואה לבנזודיאזפינים. זאת למרות שתפישה זו אינה עולה בקנה אחד עם המחקרים והקווים המנחים בנושא. בסקר שנערך בצרפת בשנת 2001 נמצא שיעור שימוש בבנזודיאזפינים באוכלוסייה של 7.5% כאשר בקרב נשים, קשישים ומובטלים נרשם שיעור שימוש גבוה במיוחד. שלשה רבעים מהמשתתפים דיווחו על משך שימוש שמעל לחצי שנה כאשר שיעור המשתמשים הכרונים עלה עם הגיל [30].

בהולנד נבדקו המגמות של שימוש בבנזודיאזפינים בקבוצת הגיל 55-64 על פני העשור שבין 1992-2002. שיעור השימוש שנצפה היה 7.9% והוא נותר קבוע לאורך השנים. השיעור היה גבוה במיוחד בקרב נשים, מטופלים מרקע חברתי-כלכלי נמוך, מטופלים הסובלים ממחלות גופניות כרוניות, רמה תפקודית או קוגניטיבית נמוכה והפרעות חרדה, שינה ודכאון. בין 70% ל־80% מהמטופלים נטלו בבנזודיאזפינים כטיפול כרוני, לתקופה של מעל לשנה [31].

סקר אשר נערך בשנת 2002 באוסטרליה מצא כי בקרב קשישים מעל גיל 65 שיעור השימוש בבנזודיאזפינים באותה שנה היה 15.7% כאשר השיעור בקרב נשים היה כפול בהשוואה לגברים. השיעור עלה עם הגיל עד 21.8% בקבוצת הגיל שמעל 85. 40% מהמשתמשים קיבלו מרשם יחיד במהלך השנה, 45% מהמשתמשים קיבלו 2-6 מרשמים ו־15% קיבלו 7 מרשמים או יותר. רוב המרשמים היו לבנזודיאזפינים קצרי טווח [32].

במחקר איכותני שנערך בקרב 33 רופאי משפחה בארה"ב, עלו הגורמים הבאים כסיבות לרישום חוזר של בבנזודיאזפינים בקשישים: תפישה שהטיפול יעיל לאור ההקלה המיידית בתסמיני חרדה

והפרעות שינה ושביעות הרצון מצד המטופלים; ספקנות לגבי הסכנות הכרוכות בטיפול ממושך, במיוחד בקשישים שבהם נדירה התנהגות המעידה על התפתחות תלות; סלחנות למתן טיפול בבנוזדיאזפינים בקשישים שתוחלת החיים הצפויה שלהם אינה ארוכה; פקפוק לגבי סיכויי ההצלחה של נסיונות גמילה, וחשש שנסיונות כאלו יתקלו בהתנגדות של המטופלים; ומתן עדיפות נמוכה לנושא ביחס לנושאים רפואיים אחרים שאליהם נדרשים הרופאים בזמן המוגבל המוקצה לביקור של המטופל במרפאה [33]. היקף השימוש בבנוזדיאזפינים ובתרופות ממשפחת ה-Z בישראל אינו ברור.

### התייחסות נדרשת מהמערכת הרפואית

שימוש כרוני בבנוזדיאזפינים להשריית שינה או טיפול בחרדה אינו מאד יעיל, במיוחד בשל התפתחות סבילות של החולה לטיפול, והואיל ושימוש ממושך מגביר את הסיכון לסיבוכים [28]. קווים מנחים אשר פורסמו במהלך השנים במדינות רבות ממליצים על הגבלת השימוש בבנוזדיאזפינים להפרעות שינה וחרדה בדרגות חומרה גבוהות, למצבים שבהם גישות טיפוליות אחרות לא הביאו לפתרון הבעיה, וכן מקובלת המלצה להגביל את השימוש לתקופות קצובות של 2-4 שבועות בלבד. ה-CMS (Committee on Safety of Medicines) הבריטי קובע כי לא קיימת התוויה למתן בנוזדיאזפינים מעבר לפרק זמן של 2-4 שבועות. בנוזדיאזפינים יינתנו לטיפול בחרדה במידה וההפרעה חמורה וגורמת מצוקה למטופל, מסתמנת לבדה או שנלווית אליה הפרעת שינה או שהיא מופיעה בהקשר של מחלה גופנית או נפשית אחרת קצרת טווח. במקרי חרדה קלה אין הצדקה למתן בנוזדיאזפינים. בנוזדיאזפינים יינתנו להפרעות שינה חמורות בלבד [34].

גם הקווים המנחים אשר פורסמו באירלנד ב-2002 מדגישים כי טיפול בבנוזדיאזפינים צריך להיות קצר ובמינון הנמוך ביותר האפשרי [25]. מודגש הצורך בדיון בין הרופא והמטופל לגבי הסכנות הכרוכות בטיפול והחשיבות של הגבלת משך זמן הטיפול. לפני התחלת טיפול בבנוזדיאזפינים בהתוויה של הפרעות שינה יש למצות אמצעים אחרים לטיפול בבעיה דוגמת הדרכה ל"היגיינת שינה", איתור וטיפול בגורמים הפיזיים להפרעת השינה [דוגמת הפרעה דיכאונית או צריכת חומרים מעוררים (קפאין, ניקוטין) בסמוך לזמן השינה], שימוש בטכניקות של טיפול התנהגותי קוגניטיבי, הרפיה ועידוד פעילות גופנית במשך היום. האיגוד האמריקאי לגריאטריה (American Geriatric Association) מכליל את כל התכשירים ממשפחת הבנוזדיאזפינים כמו גם את תרופות ה-Z ברשימת ה-PIM (Potentially Inappropriate Medications). האיגוד ממליץ להמנע כליל משימוש בבנוזדיאזפינים לטיפול בהפרעות שינה, חוסר שקט או מצב בלבולי בקשישים מעל גיל 65 ולהגביל את משך השימוש משרה השינה בתרופות ממשפחת ה-Z ל-3 חודשים [35]. במסגרת קמפיין של Choosing Wisely של ה-American Board of Internal Medicine Foundation בחר איגוד האמריקאי לגריאטריה להכליל את ההמלצה להמנע משימוש בבנוזדיאזפינים בקשישים כאחת ממטרות הקמפיין [36]. חלק מהקווים המנחים מכילים המלצות המתייחסות לתהליך הגמילה של משתמשים כרוניים מבנוזדיאזפינים. תהליך זה כולל לרוב ירידה איטית ומבוקרת במינון התרופה תוך מעקב רפואי צמוד. לעיתים ניתן להקל על הגמילה על ידי המרת תרופה קצרת טווח בדיאזפם (וואליום, בנוזדיאזפין ארוך טווח) והורדה הדרגתית במינונו. ניתן לתת טיפול תרופתי בתסמיני הגמילה על ידי תכשירים שאינם ממשפחת הבנוזדיאזפינים, כגון שימוש בחוסמי ביטא-אדרנרגיים להקלה בתסמיני הרעד הנלווים לעיתים לתהליך הגמילה. חשוב

שהתהליך יהיה מבוסס על שיתוף פעולה בין הרופא והמטופל תוך קביעת יעדים הגיוניים וברי השגה. מחקרים אשר פורסמו בשנים האחרונות בדקו מספר גישות אשר עשויות לשפר את סיכויי ההצלחה של גמילה של משתמשים כרוניים מבנזודיאזפינים ובהן: שותפות פעילה של הרוקחים בתהליך והדגשת חינוך המטופלים להכרת הסיכונים שבשימוש בבנזודיאזפינים ולשיטות הגמילה מהם [37,36].

## מדדים

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

✓ שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

✓ שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

## שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

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

**רציונאל:** הבנוזדיאזפינים הן תרופות מרגיעות ומשרות שינה ותיקות. לכל הבנוזדיאזפינים פוטנציאל להתפתחות תלות נפשית וגופנית, בעיקר במינון גבוה ולאחר מתן ממושך. הפסקה או מיתון פתאומי של טיפול כרוני עלולים לגרום תסמיני גמילה, חלקם מסכני חיים. תופעות הלוואי העיקריות של בנוזדיאזפינים הן ישנוניות, פגיעה בזכרון ובריכוז וחוסר יציבות. קשישים רגישים במיוחד לתופעות לוואי אלו, הן בגלל רגישות יתר של מערכת העצבים להשפעת הבנוזדיאזפינים והן בגלל קצב הפירוק האיטי של תכשירים ארוכי טווח בגוף. מחקרים רבים הוכיחו כי שימוש בבנוזדיאזפינים בקשישים מעלה את הסיכון לתאונות, נפילות ושברים. בשנות ה-80 וה-90 הוכנסה לשימוש קבוצה חדשה של תרופות משרות שינה, "תרופות ה-Z". בניגוד לציפיות, לא הוכח כי תרופות ה-Z נבדלות מהבנוזדיאזפינים קצרי הטווח ביעילותן כמשרות שינה, בפרופיל תופעות הלוואי שלהן או בנטייה להתפתחות תלות. לרוב, ההמלצות המגבילות את השימוש בבנוזדיאזפינים קצרי טווח חלות גם על קבוצת תרופות זו. על אף העדויות המדאיות על הנזק הפוטנציאלי שיש בשימוש בלתי מושכל וכרוני בבנוזדיאזפינים, שימוש כזה נותר נפוץ מדינות המפותחות באוכלוסייה בכלל ובאוכלוסיית הקשישים בפרט.

**מכנה:** מבוטחים בני 65 ומעלה

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

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

## תוצאות (תרשימים 44-47 וטבלאות 36-38)

בשנת 2013, שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה עמד על 5.1% ונותר יציב במשך שנות המעקב (4.9% בשנת 2011 ו-5.2% בשנת 2012). השיעור עולה עם הגיל, מ-3.1% בקרב בני 64-74 ועד 10.8% בקרב בני 85 ומעלה.

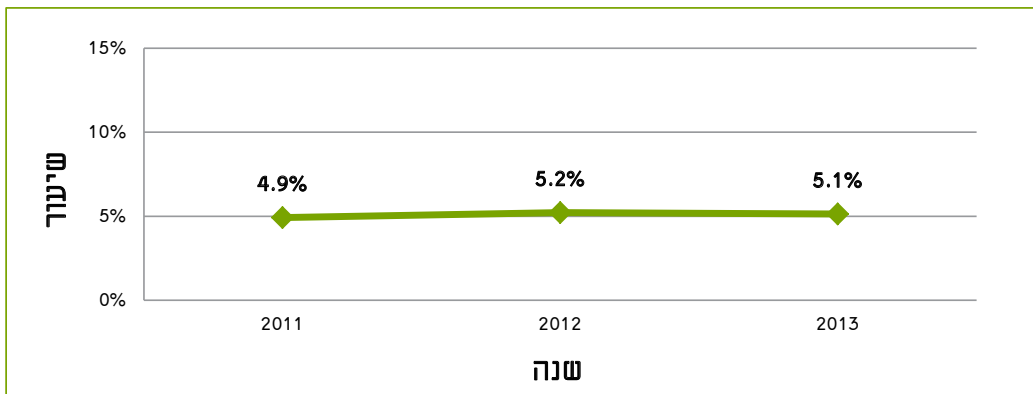
שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים גבוה יותר בקרב נשים (6.1%) מאשר בקרב גברים (3.9%). הבדל זה קיים בכל קבוצות הגיל אך ניכר בעיקר בקרב בני 75 ומעלה.

בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור), שיעור שימוש היתר בבנוזדיאזפינים גבוה יותר מאשר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (6.5% לעומת 4.2%).

## שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

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

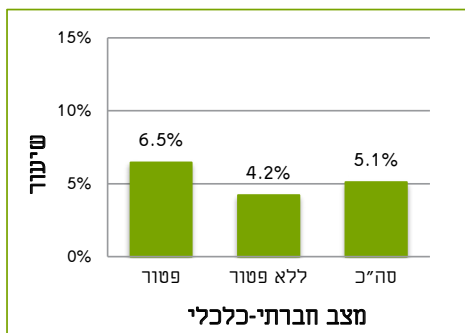
תרשים 44 לפי שנה, 2011-2013



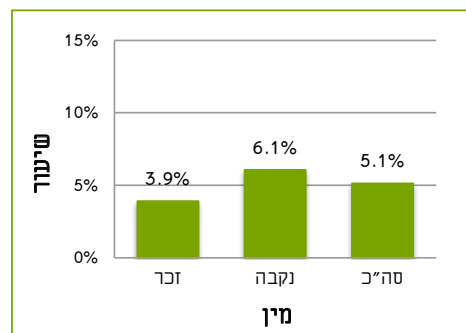
תרשים 45 לפי גיל, 2013



תרשים 47 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 46 לפי מין, 2013





## שיעור שימוש היתר בבנזודיאזפינים בקרב בני 65 ומעלה

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

**טבלה 36** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל			
		85+	75-84	65-74	
2011	36,698	9,207	16,098	11,393	מונה
	745,235	91,652	254,872	398,711	מכנה
	4.9%	10.0%	6.3%	2.9%	שיעור
2012	40,572	10,383	17,358	12,831	מונה
	777,756	95,467	260,211	422,078	מכנה
	5.2%	10.9%	6.7%	3.0%	שיעור
2013	41,938	10,787	17,428	13,723	מונה
	817,575	99,974	270,099	447,502	מכנה
	5.1%	10.8%	6.5%	3.1%	שיעור

**טבלה 37** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל			
		85+	75-84	65-74	
זכר	13,932	3,382	5,647	4,903	מונה
	356,235	36,477	113,124	206,634	מכנה
	3.9%	9.3%	5.0%	2.4%	שיעור
נקבה	28,006	7,405	11,781	8,820	מונה
	461,340	63,497	156,975	240,868	מכנה
	6.1%	11.7%	7.5%	3.7%	שיעור
סה"כ	41,938	10,787	17,428	13,723	מונה
	817,575	99,974	270,099	447,502	מכנה
	5.1%	10.8%	6.5%	3.1%	שיעור

**טבלה 38** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל			
		85+	75-84	65-74	
פטור	21,133	5,353	8,970	6,810	מונה
	326,951	45,141	119,811	161,999	מכנה
	6.5%	11.9%	7.5%	4.2%	שיעור
ללא פטור	20,805	5,434	8,458	6,913	מונה
	490,624	54,833	150,288	285,503	מכנה
	4.2%	9.9%	5.6%	2.4%	שיעור
סה"כ	41,938	10,787	17,428	13,723	מונה
	817,575	99,974	270,099	447,502	מכנה
	5.1%	10.8%	6.5%	3.1%	שיעור

## שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

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

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

**מכנה:** מבוטחים בני 65 ומעלה

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

**הערות:** המדד הוגדר בצורה תואמת למדד ה-OECD במטרה לאפשר השוואה בינלאומית מהימנה. בנזודיאזפינים ארוכי טווח כוללים את התרופות הבאות: Diazepam, Potassium Clorazepate, Nitrazepam. מדד זה הינו מדד חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

## תוצאות (תרשימים 48-51 וטבלאות 39-41)

בשנת 2013, שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה עמד על 3.1%. השיעור הראה מגמת ירידה במהלך שנות המעקב (3.8% בשנת 2011 ו-3.6% בשנת 2012). השיעור עולה עם הגיל, מ-2.6% בקרב בני 64-74 ועד 4.1% בקרב בני 85 ומעלה.

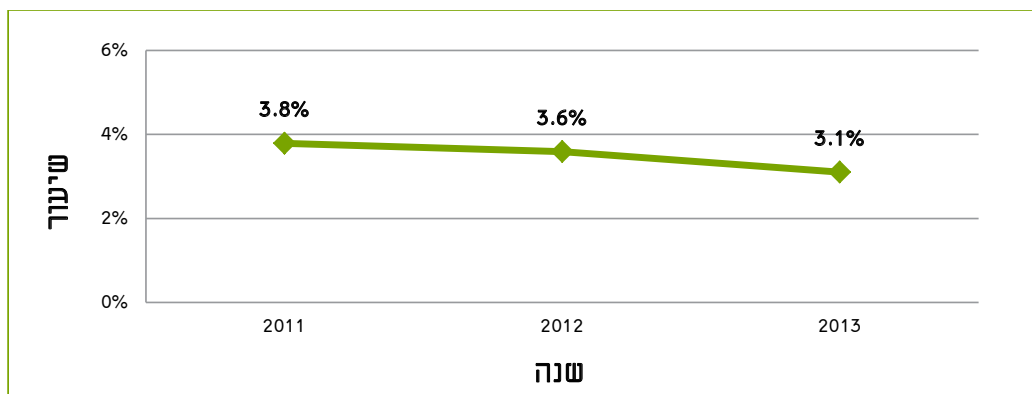
שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח גבוה יותר בקרב נשים (3.5%) מאשר בקרב גברים (2.6%).

בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור), שיעור השימוש בבנזודיאזפינים ארוכי טווח דומה לשיעור בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (3.3% לעומת 3.0%).

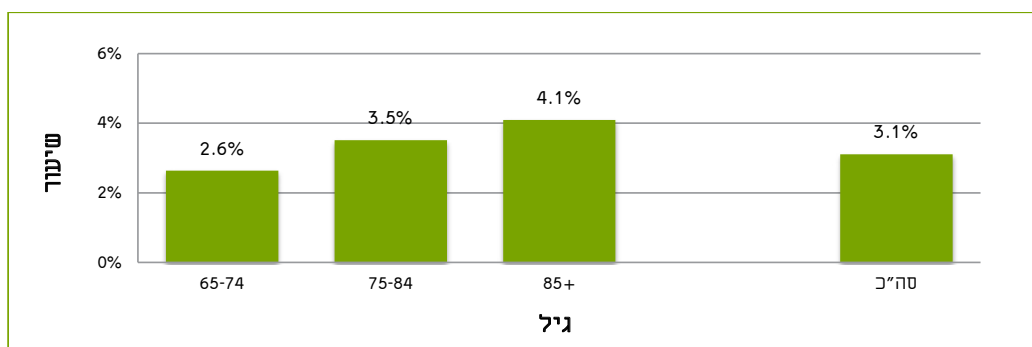
## שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

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

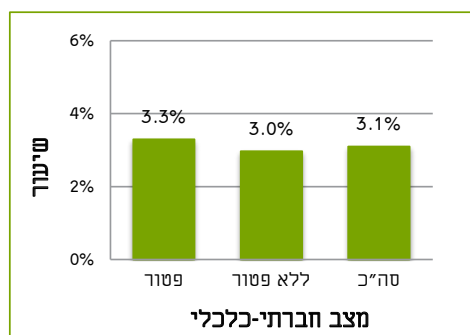
תרשים 48 לפי שנה, 2011-2013



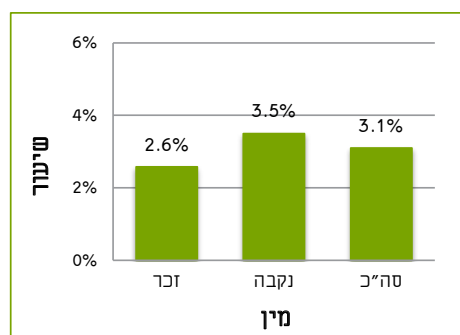
תרשים 49 לפי גיל, 2013



תרשים 51 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 50 לפי מין, 2013



## שיעור השימוש בנזודיאזפינים ארוכי טווח בקרב בני 65 ומעלה

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

**טבלה 39** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל			סה"כ
	85+	75-84	65-74	
2011	מונה	11,007	12,585	28,245
	מכנה	254,872	398,711	745,235
	שיעור	4.3%	3.2%	3.8%
2012	מונה	10,718	12,643	27,912
	מכנה	260,211	422,078	777,756
	שיעור	4.1%	3.0%	3.6%
2013	מונה	9,469	11,783	25,343
	מכנה	270,099	447,502	817,575
	שיעור	3.5%	2.6%	3.1%

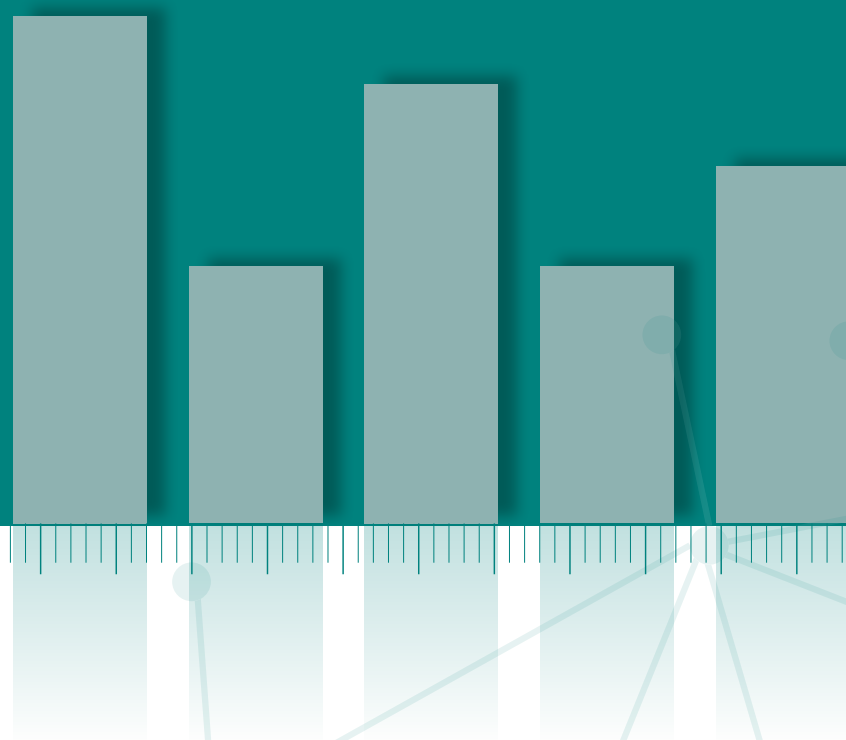
**טבלה 40** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל			סה"כ
	85+	75-84	65-74	
זכר	מונה	3,400	4,430	9,202
	מכנה	113,124	206,634	356,235
	שיעור	3.0%	2.1%	2.6%
נקבה	מונה	6,069	7,353	16,141
	מכנה	156,975	240,868	461,340
	שיעור	3.9%	3.1%	3.5%
סה"כ	מונה	9,469	11,783	25,343
	מכנה	270,099	447,502	817,575
	שיעור	3.5%	2.6%	3.1%

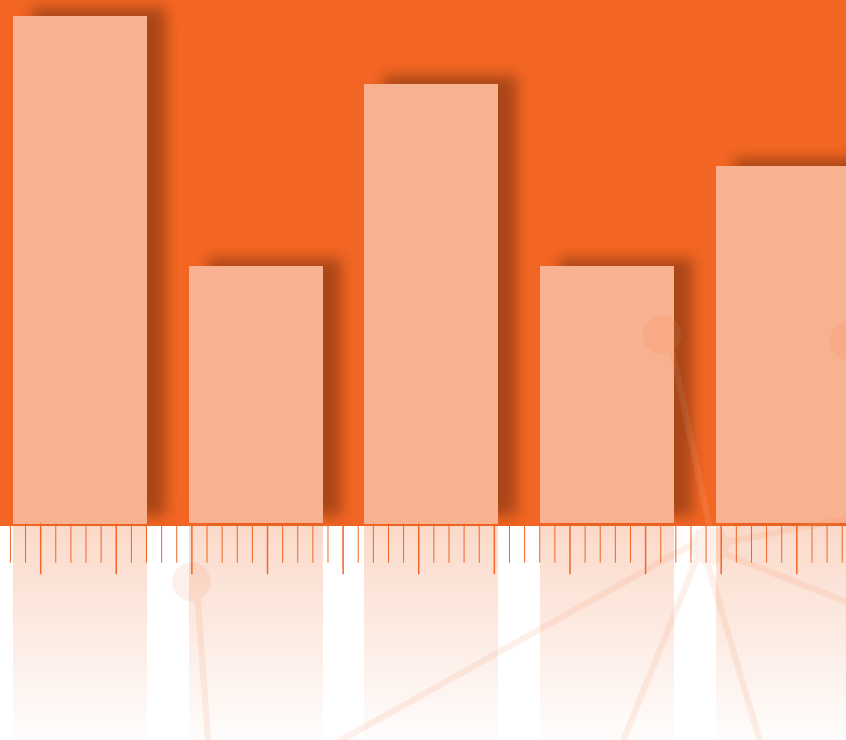
**טבלה 41** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל			סה"כ
	85+	75-84	65-74	
פטור	מונה	4,152	4,786	10,771
	מכנה	119,811	161,999	326,951
	שיעור	3.5%	3.0%	3.3%
ללא פטור	מונה	5,317	6,997	14,572
	מכנה	150,288	285,503	490,624
	שיעור	3.5%	2.5%	3.0%
סה"כ	מונה	9,469	11,783	25,343
	מכנה	270,099	447,502	817,575
	שיעור	3.5%	2.6%	3.1%

# מחלות כרוניות



# מחלות נשימתיות



## רקע

### תאור המחלה

אסתמה הינה מחלה נשימתית חסימתית, אשר בבסיסה תגובתיות יתר ודלקת כרונית של דרכי הנשימה, המתבטאת בהתקפים של קשיי נשימה עקב היצרות הפיכה של דרכי האוויר. מאפייני ההתקפים משתנים ונעים מחרחורים וצפופים קלים בזמן נשימה ועד להתקפי קוצר נשימה 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 היא מחלה כרונית שכיחה. היא 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 [1]. בישראל שיעור האסתמה מוערך בכ־9% באוכלוסייה הכללית [1]. עם זאת, בסקרים בקרב האוכלוסייה הבוגרת דיווחו רק 5.5% מקרב הנשאלים כי אובחנו ע"י רופא כסובלים מאסתמה. סקרים שנערכו בקרב תלמידי כיתות ח' בארץ העלו כי שיעורי ההימצאות של אסתמה הם 7.2% בקרב התלמידים היהודים, 7.8% בקרב התלמידים הערביים, 7.2% בקרב התלמידים הדרוזים ו־10.7% בקרב התלמידים הבדואים. עפ"י רישום האישפוזים במשרד הבריאות, בשנת 2008 היו בישראל 27,682 אישפוזים באבחנה של אסתמה. החל מאמצע שנות ה־90 נרשמת בארץ מגמה של ירידה הדרגתית בתמותה מהמחלה [2]. במדינות מפותחות אחרות שיעור האסתמה בילדים נע בטווח רחב, בין 7%-9% באוסטריה, איטליה וספרד, ועד 20%-23% באוסטרליה, ניו־זילנד, בריטניה וארה"ב [3]. 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 [4]. כמו כן, שיעור האסתמה גבוה יותר בקרב אלו השייכים למעמד חברתי־כלכלי נמוך בהשוואה לגבוה [5].

### גורמי סיכון

גורמי סיכון להתפתחות ולהסתמנות אסתמה כוללים בין היתר מין, נטייה גנטית לאסתמה ואלרגיה, השמנת־יתר, וכן חשיפה לגורמים סביבתיים כגון עשן סיגריות, אלרגנים (אבק, עובש, אבקנים, פרוות) וזיהום אוויר. חולי אסתמה נמצאים בסיכון מוגבר לסיבוכים של מחלות דלקתיות בדרכי הנשימה עד כדי מחלות חמורות הדורשות אישפוז. לכן, משרד הבריאות ממליץ כי חולי אסתמה יקבלו חיסון נגד שפעת גם אם אינם משתייכים לקבוצת הגיל המבוגר [6]. המלצה דומה ניתנה על ידי ה־National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) בארה"ב [7,8].

## הטיפול במחלה

אסתמה היא מחלה הניתנת לשליטה. לטיפול באסתמה שתי מטרות עיקריות: למנוע את תסמיני המחלה וע"י כך לאפשר אורח חיים תקין ולהוריד את הסיכון לסיבוכים (התקפי אסתמה, פגיעה קבועה בתפקוד הריאתי ותופעות לוואי תרופתיות). הגישה הטיפולית למחלה כוללת ארבעה מרכיבים: הערכה וניטור של חומרת המחלה ומידת השליטה בה, חינוך החולה, המנעות מחשיפה למעוררי המחלה וטיפול בתחלואה נלווית המחמירה אותה וטיפול תרופתי [7].

הטיפול התרופתי באסתמה נחלק לשתי קטגוריות: טיפול מניעתי להשגת שליטה במחלה לאורך זמן וטיפול חריף להקלה בשעת התקף. תרופות המניעה העיקריות הן קורטיקוסטרואידים הניתנים בשאיפה. תרופות נוספות מקטגוריה זו הם מיצבי תאי פיטום, אנטיליוקוטריאנים, אימונומודולטורים, קורטיקוסטרואידים במתן פומי, ומשאפים משולבים של אגוניסטים ארוכי טווח לקולטני בטא-2. תרופות להקלה כוללות 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. נטילת טיפול מונע בצורה סדירה הוכחה כהכרחית להורדת התמותה והאישפוזים מהמחלה.

## מדדים

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

## הימצאות אסתמה

✓ שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

אסתמה מתמשכת מוגדרת בדו"ח זה על ידי רכישת תרופות נגד אסתמה בשמונה חודשים שונים במהלך השנתיים האחרונות. עם זאת, אוכלוסיית החולים באסתמה 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. גם מבוגרים שגילם מעל 44 שנים הוחרגו מאוכלוסיית המדד, כדי להמנע מהכללת חולים הסובלים מחסמת הריאות ולא מאסתמה.

## איכות הטיפול במחלה

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

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

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



## שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

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

**רציונאל:** אסתמה הינה 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 אישפוזים, 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 5-44

**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, - (שליטה) short-acting beta-2 agonists combinations, mast cell stabilizers ותרופות להקלה - long-acting beta-2 agonists, anticholinergics.

## תוצאות (תרשימים 52-55 טבלאות 42-44)

בשנת 2013, 29,879 איש, המהווים 0.69% מכלל האוכלוסייה בגילאי 5-44 שנים, סבלו מאסתמה מתמשכת. שיעורי אסתמה מתמשכת נותרו יציבים לאורך השנים 2011-2013. בשנת 2013, השיעור השתנה עם הגיל, שיעורים גבוהים נצפו בקרב ילדים בגילאי 5-14 שנים (0.70%) ובקרב גילאי 35-44 שנים (0.98%).

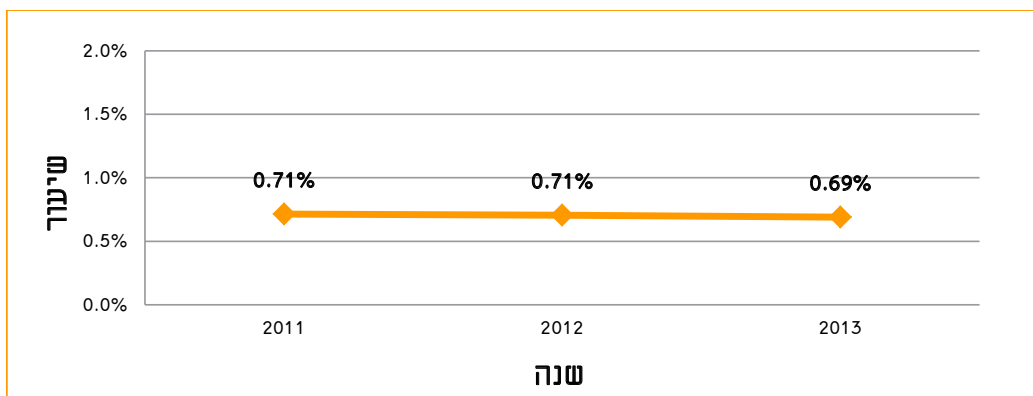
שיעורי אסתמה מתמשכת היו גבוהים מעט יותר בכלל הגברים (0.78%) לעומת כלל הנשים (0.60%). ההבדלים בשיעורים בין המינים היו גדולים יותר בקרב ילדים ובני נוער בגילאי 5-14 שנים, והצטמצמו בקרב בני 15 ומעלה.

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 2.3 לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.

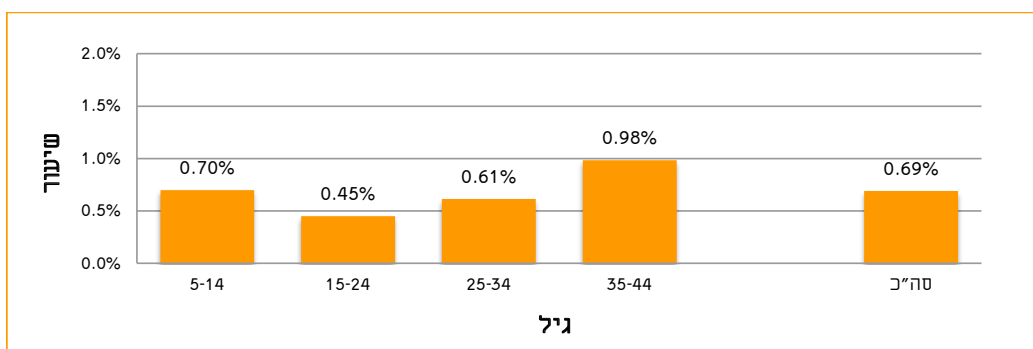
## שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

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

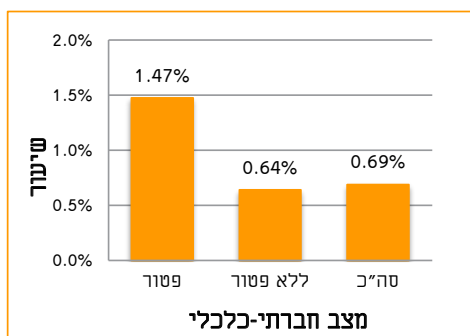
תרשים 52 לפי שנה, 2011-2013



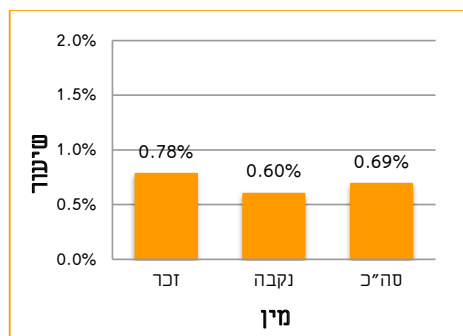
תרשים 53 לפי גיל, 2013



תרשים 55 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 54 לפי מין, 2013



## שיעור ההימצאות של אסתמה מתמשכת בקרב בני 5-44

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

**טבלה 42** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל			
		35-44	25-34	15-24	5-14
2011	29,834	8,932	6,629	3,966	10,307
	4,176,990	915,540	1,039,255	888,162	1,334,033
	0.71%	0.98%	0.64%	0.45%	0.77%
2012	30,007	9,238	6,642	3,992	10,135
	4,255,200	944,585	1,046,832	902,046	1,361,737
	0.71%	0.98%	0.63%	0.44%	0.74%
2013	29,879	9,571	6,467	4,126	9,715
	4,331,329	971,923	1,055,222	915,385	1,388,799
	0.69%	0.98%	0.61%	0.45%	0.70%

**טבלה 43** לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל			
		35-44	25-34	15-24	5-14
זכר	16,756	4,823	3,339	2,335	6,259
	2,144,851	475,232	520,604	436,325	712,690
	0.78%	1.01%	0.64%	0.54%	0.88%
נקבה	13,123	4,748	3,128	1,791	3,456
	2,186,478	496,691	534,618	479,060	676,109
	0.60%	0.96%	0.59%	0.37%	0.51%
סה"כ	29,879	9,571	6,467	4,126	9,715
	4,331,329	971,923	1,055,222	915,385	1,388,799
	0.69%	0.98%	0.61%	0.45%	0.70%

**טבלה 44** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל			
		35-44	25-34	15-24	5-14
פטור	3,766	1,293	570	560	1,343
	255,357	59,331	41,397	50,577	104,052
	1.47%	2.18%	1.38%	1.11%	1.29%
ללא פטור	26,113	8,278	5,897	3,566	8,372
	4,075,972	912,592	1,013,825	864,808	1,284,747
	0.64%	0.91%	0.58%	0.41%	0.65%
סה"כ	29,879	9,571	6,467	4,126	9,715
	4,331,329	971,923	1,055,222	915,385	1,388,799
	0.69%	0.98%	0.61%	0.45%	0.70%

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

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

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

**מכנה:** חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

**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, - short-acting beta-2 agonists combinations, mast cell stabilizers ותרופות להקלה - long-acting beta-2 agonists, anticholinergics.

## תוצאות (תרשימים 56-59 וטבלאות 45-47)

בשנת 2013, 80.0% מהחולים באסתמה מתמשכת בגילאי 5-44 שנים רכשו לפחות שלושה מרשמים של תרופות מניעה. שיעור זה דומה לשיעורים שנצפו בשנים 2011 (78.8%) ו-2012 (79.4%). שיעורי הרכישה הגבוהים ביותר נצפו בקרב ילדים בני 5-14 שנים (81.6%) והנמוכים ביותר בקרב מבוגרים בני 25-34 שנים (77.8%).

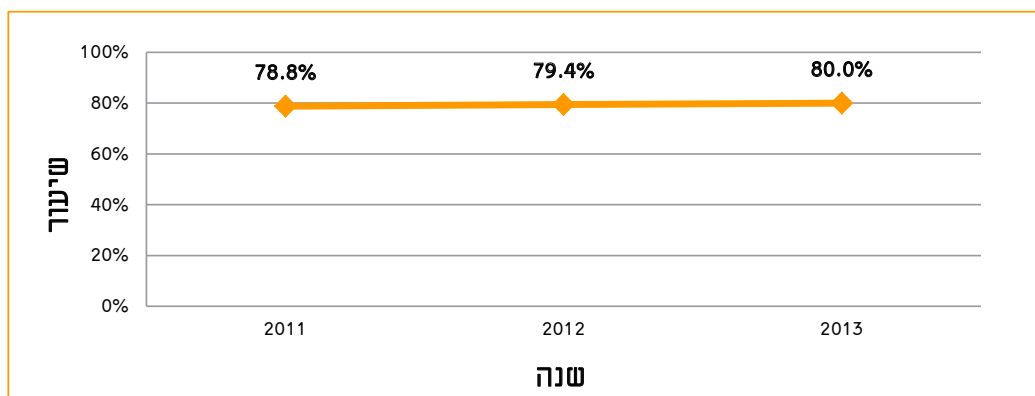
שיעור רכישת התרופות היה דומה בשני המינים - 80.4% בקרב נשים ו-79.7% בקרב גברים.

בשנת 2013, שיעור רכישת תרופות מניעה היה נמוך מעט בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (78.0% לעומת 80.3%).

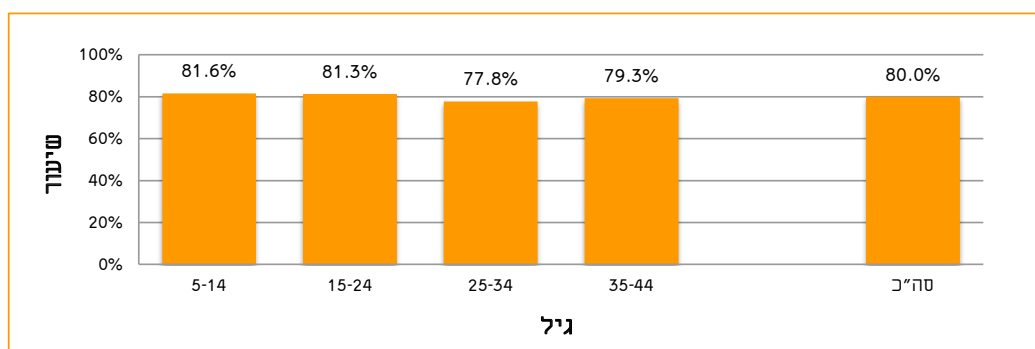
## שיעור הטיפול בתרופות למניעה בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

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

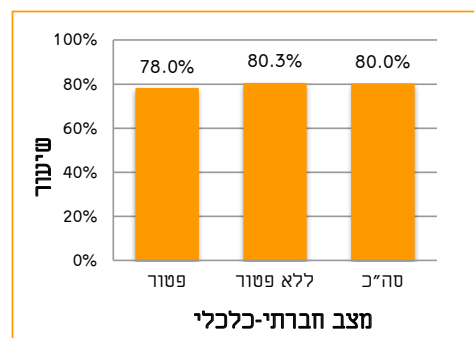
תרשים 56 לפי שנה, 2011-2013



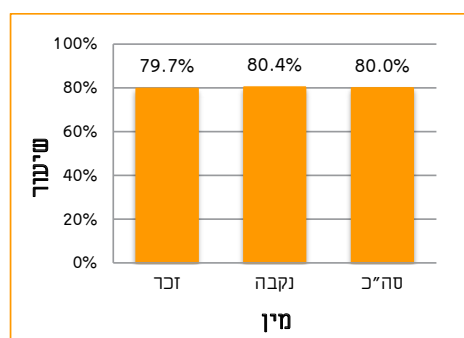
תרשים 57 לפי גיל, 2013



תרשים 59 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 58 לפי מין, 2013



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

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

**טבלה 45** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל				
	סה"כ	35-44	25-34	15-24	5-14
2011	מונה	7,028	5,018	3,083	8,368
	מכנה	8,932	6,629	3,966	10,307
	שיעור	78.7%	75.7%	77.7%	81.2%
2012	מונה	7,326	5,108	3,164	8,237
	מכנה	9,238	6,642	3,992	10,135
	שיעור	79.3%	76.9%	79.3%	81.3%
2013	מונה	7,586	5,029	3,356	7,924
	מכנה	9,571	6,467	4,126	9,715
	שיעור	79.3%	77.8%	81.3%	81.6%

**טבלה 46** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל				
	סה"כ	35-44	25-34	15-24	5-14
זכר	מונה	3,761	2,566	1,889	5,134
	מכנה	4,823	3,339	2,335	6,259
	שיעור	78.0%	76.8%	80.9%	82.0%
נקבה	מונה	3,825	2,463	1,467	2,790
	מכנה	4,748	3,128	1,791	3,456
	שיעור	80.6%	78.7%	81.9%	80.7%
סה"כ	מונה	7,586	5,029	3,356	7,924
	מכנה	9,571	6,467	4,126	9,715
	שיעור	79.3%	77.8%	81.3%	81.6%

**טבלה 47** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל				
	סה"כ	35-44	25-34	15-24	5-14
פטור	מונה	1,006	414	432	1,084
	מכנה	1,293	570	560	1,343
	שיעור	77.8%	72.6%	77.1%	80.7%
ללא פטור	מונה	6,580	4,615	2,924	6,840
	מכנה	8,278	5,897	3,566	8,372
	שיעור	79.5%	78.3%	82.0%	81.7%
סה"כ	מונה	7,586	5,029	3,356	7,924
	מכנה	9,571	6,467	4,126	9,715
	שיעור	79.3%	77.8%	81.3%	81.6%

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

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

**רציונאל:** אסתמה הינה 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 באישפוז. חיסון נגד שפעת מפחית באופן ניכר את תדירות הביקורים בחדר מיון ואת האישפוזים 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, - 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 60-63 וטבלאות 48-50)

בשנת 2013, שיעור החולים באסתמה מתמשכת שקבלו חיסון נגד שפעת עמד על 40.1%. שיעור זה עמד על 36.3% בשנת 2011 והציג מגמת שיפור הדרגתית במהלך שנות המעקב. שיעור המחוסנים ירד בהדרגה עם הגיל, מ־42.8% בבני 5-14 שנים ועד 34.3% בבני 25-34 שנים. בקרב בני 35-44 שנים עמד השיעור על 42.1%.

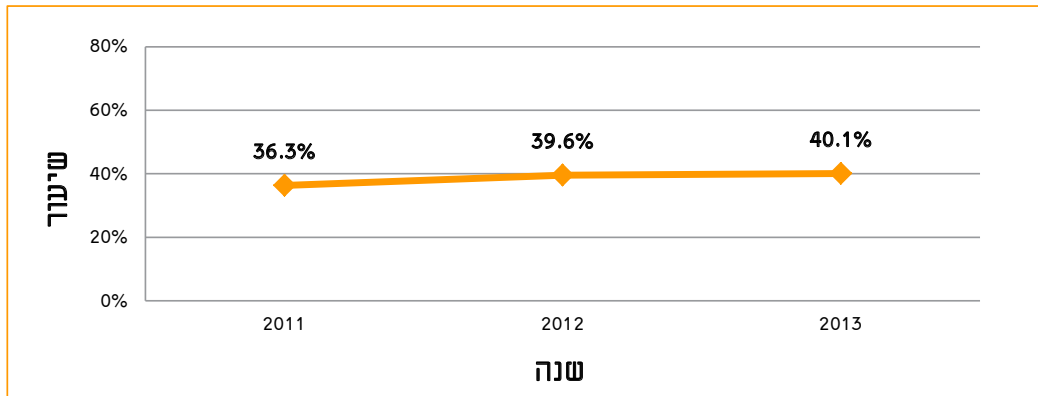
שיעור מקבלי החיסון היה גבוה מעט בקרב נשים (41.1%) ביחס לגברים (39.2%).

בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) שיעור מקבלי החיסון נגד שפעת היה גבוה באופן ניכר (56.2%) לעומת אלו ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (37.8%). הבדלים דומים נצפו בכל קבוצות הגיל, אך היו בולטים במיוחד בקרב חולי אסתמה מעל גיל 15.

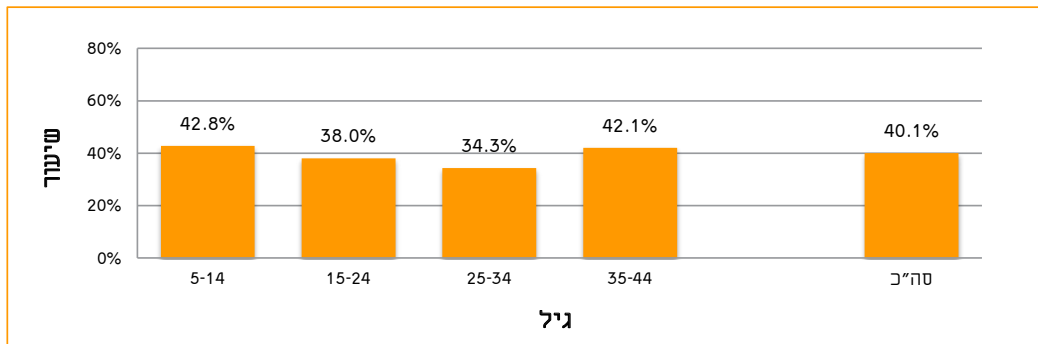
## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בקרב חולי אסתמה מתמשכת בני 5-44

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

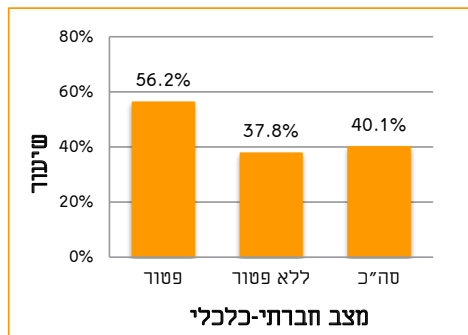
תרשים 60 לפי שנה, 2011-2013



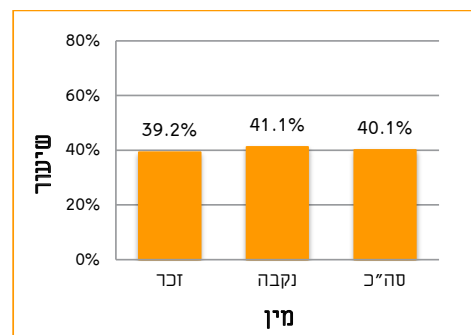
תרשים 61 לפי גיל, 2013



תרשים 63 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 62 לפי מין, 2013





## 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 48** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל			
		35-44	25-34	15-24	5-14
2011	מונה	3,460	2,019	1,292	4,040
	מכנה	8,927	6,626	3,924	10,297
	שיעור	38.8%	30.5%	32.9%	39.2%
2012	מונה	3,787	2,271	1,427	4,373
	מכנה	9,228	6,638	3,975	10,132
	שיעור	41.0%	34.2%	35.9%	43.2%
2013	מונה	4,023	2,217	1,559	4,156
	מכנה	9,560	6,456	4,099	9,711
	שיעור	42.1%	34.3%	38.0%	42.8%

**טבלה 49** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל			
		35-44	25-34	15-24	5-14
זכר	מונה	1,964	1,052	861	2,689
	מכנה	4,816	3,335	2,321	6,257
	שיעור	40.8%	31.5%	37.1%	43.0%
נקבה	מונה	2,059	1,165	698	1,467
	מכנה	4,744	3,121	1,778	3,454
	שיעור	43.4%	37.3%	39.3%	42.5%
סה"כ	מונה	4,023	2,217	1,559	4,156
	מכנה	9,560	6,456	4,099	9,711
	שיעור	42.1%	34.3%	38.0%	42.8%

**טבלה 50** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל			
		35-44	25-34	15-24	5-14
פטור	מונה	760	318	307	729
	מכנה	1,293	570	555	1,343
	שיעור	58.8%	55.8%	55.3%	54.3%
ללא פטור	מונה	3,263	1,899	1,252	3,427
	מכנה	8,267	5,886	3,544	8,368
	שיעור	39.5%	32.3%	35.3%	41.0%
סה"כ	מונה	4,023	2,217	1,559	4,156
	מכנה	9,560	6,456	4,099	9,711
	שיעור	42.1%	34.3%	38.0%	42.8%

## רקע

### תאור המחלה

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

התסמינים האופייניים לחסמת הריאות מופיעים לרוב לאחר שנים של חשיפה, בדרך כלל לאחר גיל 40. ההסתמנות האופיינית כוללת קוצר נשימה, שיעול ויצור מוגבר של ליחה. תסמינים פחות ספציפיים של חסמת הריאות הם צפצופים ולחץ בחזה. בשלבים מתקדמים של המחלה עלולים להופיע עייפות, חוסר תיאבון וירידה במשקל, סימני אי ספיקת לב ימנית, דכאון וחרדה. בנוסף לתסמינים הכרוניים חלק מהחולים סובלים מאירועים חדים של החמרה בתסמיני המחלה המחייבים העמקת הטיפול התרופתי. התלקחויות כאלו מביאות לעיתים לאישפוזים בבתי חולים אשר קשורים בפרוגנוזה גרועה ותמותה [9].

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

### היבטים אפידמיולוגיים

חסמת הריאות היא מחלה שכיחה, הניתנת למניעה ומהווה גורם תמותה ותחלואה חשוב בעולם. המחלה כרוכה בנטל כלכלי וחברתי משמעותי. שיעורי ההימצאות, התחלואה והתמותה מחסמת הריאות משתנים על פני מדינות וקשורים בשכיחות החשיפה לעישון ולגורמי סיכון נוספים - תעסוקתים ואחרים. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי בשנת 2012 היתה חסמת הריאות גורם התמותה השלישי בחשיבותו בעולם עם 3,100,000 מקרי פטירה המהווים 5.6% מסך כלל הפטריות [10]. קשה להעריך במדויק את שיעורי ההימצאות של חסמת הריאות, בין היתר בשל תת אבחנה קלינית של המחלה וקיום קריטריונים ספירומטריים שונים לצורך אבחנתה. בסקר טלפוני שנערך בארה"ב בשנת 2011 דיווחו 6.3% מהנשאלים מעל גיל 18 (14.7 מיליון איש) ו-9.6% מהנשאלים

מעל גיל 45 כי אובחנו על ידי רופא כסובלים מחסמת הריאות [11]. השיעור היה שונה בין מדינות (טווח: 3.1%-9.3) ועלה עם הגיל ועם הירידה במצב חברתי-כלכלי. 36.4% מהמאובחנים דיווחו על עישון בעבר, ו-38.7% על עישון פעיל. שיעור הדווח בקרב נשים היה גבוה לעומת גברים (6.7% לעומת 5.2% בהתאמה) [12]. הערכת שכיחות המחלה בארה"ב בהסתמך על תוצאות בדיקת ספירומטריה במדגם ממשותפי סקר ה-NHANES, הראתה שיעור ההימצאות של 14% בקרב בני 40-79 שנים [13]. על פי נתונים של ה-American Lung Association בשנת 2010 אושפזו 715,000 איש בבתי חולים בארה"ב באבחנה של חסמת הריאות, 134,676 איש נפטרו מהמחלה והנטל הכלכלי הכולל הסתכם בכ-50 ביליון דולר [14].

## גורמי סיכון

גורם הסיכון הנחקר ביותר לחסמת הריאות הוא עישון סיגריות. עם זאת, חלק לא מבוטל מחולי חסמת הריאות אינם מעשנים. זאת ועוד, לא כל הפרטים בעלי היסטורית עישון זהה יפתחו חסמת ריאות, עובדה המעידה על אינטראקציה עם גורמים אחרים כמו נטייה גנטית. גורם סיכון נוסף הוא גיל מבוגר, אם כי לא ברור האם הוא סמן לחשיפה רבת שנים לגורמי סיכון סביבתיים או מהווה גורם סיכון בפני עצמו. חסמת הריאות שכיחה יותר בגברים ובאוכלוסיות ברמה חברתית-כלכלית נמוכה, אך נראה שגם גורמים אלו משקפים רמת חשיפה גבוהה לגורמי סיכון סביבתיים דוגמת עישון.

עישון סיגריות הוא, כאמור, גורם הסיכון המוכר ביותר להתפתחות חסמת הריאות. דרכי עישון אחרות של טבק (כמו מקטרת, סיגרים ונרגילה), כמו גם עישון כפוי, מהווים גורמי סיכון נוספים להתפתחות חסמת הריאות. גורם סיכון שחשיבותו מוכרת פחות הוא חשיפה תעסוקתית לאבק אורגני ואנאורגני, חומרים כימיים וגזים. בארצות הברית מעריכים כי כ-20% ממקרי חסמת הריאות מיוחסים לחשיפה תעסוקתית [9].

## הטיפול במחלה

אבחון ספירומטרי מוקדם ותקף של חסמת הריאות חשוב מאחר והוא מאפשר נקיטת אמצעים במטרה לבלום את התקדמות המחלה. מטרתו של הטיפול בחסמת הריאות הן הקלה סימפטומטית וצמצום הסיכון להתפתחות סיבוכי המחלה. הטיפול הסימפטומטי מכוון להקלה בתסמיני המחלה, שיפור באיכות החיים של החולה ובסיבולת הגופנית שלו. מבחינת הורדת הסיכון לסיבוכים מטרות הטיפול הן לעכב את ההתדרדרות המואצת בתפקוד הריאתי, להוריד את תדירות ועוצמת ההחמרות ולשפר את הישרדות החולים. הטיפול בחולי חסמת הריאות כולל מספר מרכיבים. אמצעי הטיפול והאינטנסיביות שלו צריכים להיות מותאמים לחומרת המחלה, כפי שמשקפת במצבו הקליני של החולה ובערך ה- $FEV_1$  אשר נמדד בספירומטריה.

הפסקת עישון היא האמצעי בעל ההשפעה המשמעותית ביותר על האטת קצב התקדמות המחלה. הטיפול התרופתי מבוסס בעיקר על מרחיבי סימפונות שניתנים לרוב בהשאפה. טיפול זה הוכח כיעיל בהקלה על תסמיני המחלה, שיפור איכות החיים והסיבולת הגופנית והורדה בתדירות ועוצמת ההחמרות, אך לא הוכח באופן חד משמעי כי הוא מאט את קצב הירידה בתפקוד הריאתי לטווח הארוך או משפר הישרדות. מרחיבי הסימפונות בהשאפה כוללים תכשירים משתי קבוצות עיקריות: אגוניסטים של קולטנים אדרנרגים מסוג בטא-2 ותכשירים אנטי כולינרגים. בכל קבוצה

קיימים תכשירים קצרי טווח, ארוכי טווח וארוכי טווח מאד. כמו כן קיימים תכשירים משולבים של אגוניסטים אדרנרגים מסוג בטא-2 עם אנטיכולינרגים או סטרואידים בהשאפה. תכשירים משולבים אלו מאפשרים העלאת יעילות הטיפול עם סיכון מופחת להתפתחות תופעות לוואי. שימוש בסטרואידים בהשאפה לטיפול בחסמת הריאות שנוי במחלוקת. הוא מקובל בחולי חסמת הריאות בדרגת חומרה קשה או קשה ביותר אשר לא מגיבים באופן מספק לטיפול במרחיבי סימפונות, וניתן רק כחלק מטיפול משולב עם מרחיבי סימפונות אחרים. מתיל קסנטינים במתן סיסטמי הם קבוצה ותיקה של מרחיבי סימפונות סיסטמיים עם ריבוי תופעות לוואי, והם אינם מומלצים עוד כקו ראשון לטיפול בחולי חסמת הריאות.

מומלץ להפנות חולי חסמת ריאות קשה הסובלים מקוצר נשימה בהליכה במישור לטיפול במסגרת מכונים לשיקום ריאה. בנוסף לפעילות גופנית מבוקרת והעלאת הסיבולת הגופנית של החולים, מסגרת זו כוללת חינוך של החולים בנושאים שונים הקשורים במחלה כמו תזונה, המנעות מגורמי חשיפה ופעילות גופנית עצמאית. טיפול ביתי בחמצן במשך רוב שעות היממה הוכח כמשפר הישרדות בחולי חסמת הריאות הסובלים מהיפוקסמיה קשה בזמן מנוחה [9]. העמקת הטיפול בזמן החמרות כוללת תוספת של מרחיבי סימפונות קצרי טווח, מתן טיפול סטרואידלי סיסטמי וטיפול אנטיביוטי במידה ומעריכים שהגורם להחמרה הוא זיהומי.

בדומה לחולים אחרים הסובלים ממחלות כרוניות של דרכי הנשימה, חולי חסמת הריאות נתונים בסיכון גבוה יותר לסיבוכי מחלת השפעת. לכן מומלץ על חיסון שנתי של כל חולי חסמת הריאות נגד נגיף השפעת העונתית. על פי המלצות משרד הבריאות חולים הסובלים מחסמת הריאות מצויים בסיכון גבוה לתחלואה במחלה פניאומוקואלית ולכן יש התוויה למתן מנה יחידה של החיסון הפוליסכרידי נגד חיידק הפניאומוקוק. לאחר גיל 65 יש לחזור על החיסון במידה והמנה הראשונה ניתנה לפני יותר מ-5 שנים [15].

## מדדים

מדידת איכות הטיפול בתחום חסמת הריאות נוספה רק בשנה האחרונה לתכנית הלאומית. המדד הראשון בתחום זה מתייחס לביצוע ספירומטריה אבחנתית במבוטחים אשר הוגדרו לאחרונה כסובלים מחסמת הריאות או כמצויים בסיכון גבוה למחלה. לאחרונה הונחה תשתית בקופות החולים לביצוע בדיקת ספירומטריה במסגרת המרפאות בקהילה ותוצאות הבדיקה יכללו במסדי הנתונים הממוחשבים של הקופות. כך יתאפשר אישור ואימות האבחנה הקלינית של חסמת הריאות ומתן הגדרה תקפה לאוכלוסיית החולים הסובלים ממחלה זו. אוכלוסייה זו תהווה יעד למספר מדדי איכות עתידיים.

✓ שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD

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

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

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

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

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

**הערות:** מבוטחים **הסובלים מחסמת הריאות** מוגדרים לפי אבחנה של COPD או רכישה של תרופות ספציפיות ל-COPD. מבוטחים **בסיכון גבוה ל-COPD** מוגדרים לפי מצב עישון חיובי (בעבר או כיום) ואבחון לאסתמה או רכישת תרופות למחלות נשימתיות. מדד זה הינו מדד חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

### תוצאות (תרשימים 64-66 טבלאות 51-52)

בשנת 2013, 14,360 מבוטחים בגילאי 50-74 אובחנו לאחרונה (החל מראשית 2012) כסובלים מחסמת ריאות או ככאלו המצויים בסיכון גבוה למחלה. מתוכם 7,461 איש, המהווים 52.0%, ביצעו ספירומטריה. השיעור עולה עם הגיל מ־46.4% בבני 50-54 עד 53.4% בבני 65-74.

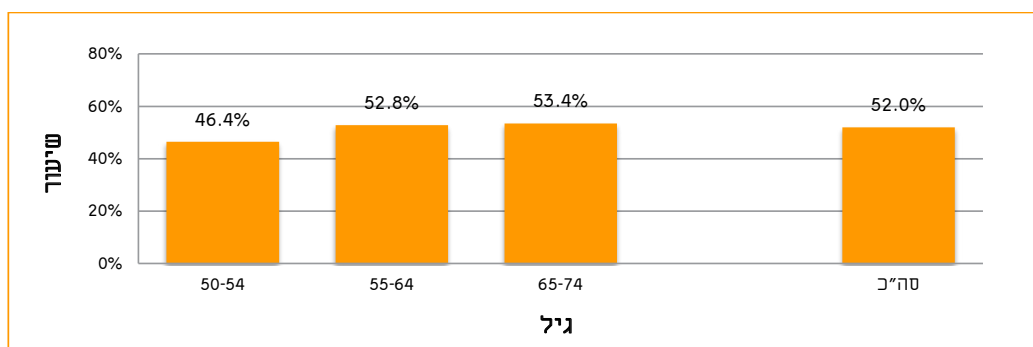
שיעורי הביצוע היו גבוהים יותר בקרב גברים (53.4%) לעומת נשים (49.9%).

השיעור בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה היה דומה לשיעור בקרב מבוטחים ממעמד נמוך.

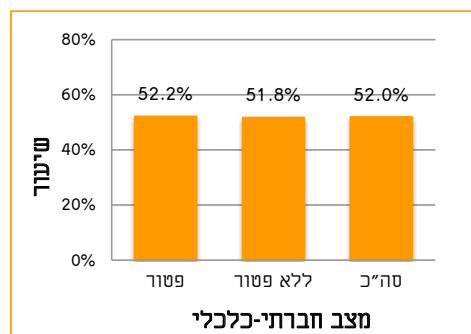
## שיעור ביצוע ספירומטריה בקרב חולי COPD ואוכלוסייה בסיכון גבוה ל-COPD בני 74-50\*

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

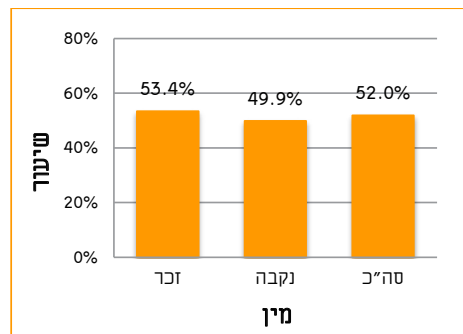
תרשים 64 לפי גיל, 2013



תרשים 66 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 65 לפי מין, 2013



\* השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

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

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

**טבלה 51** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

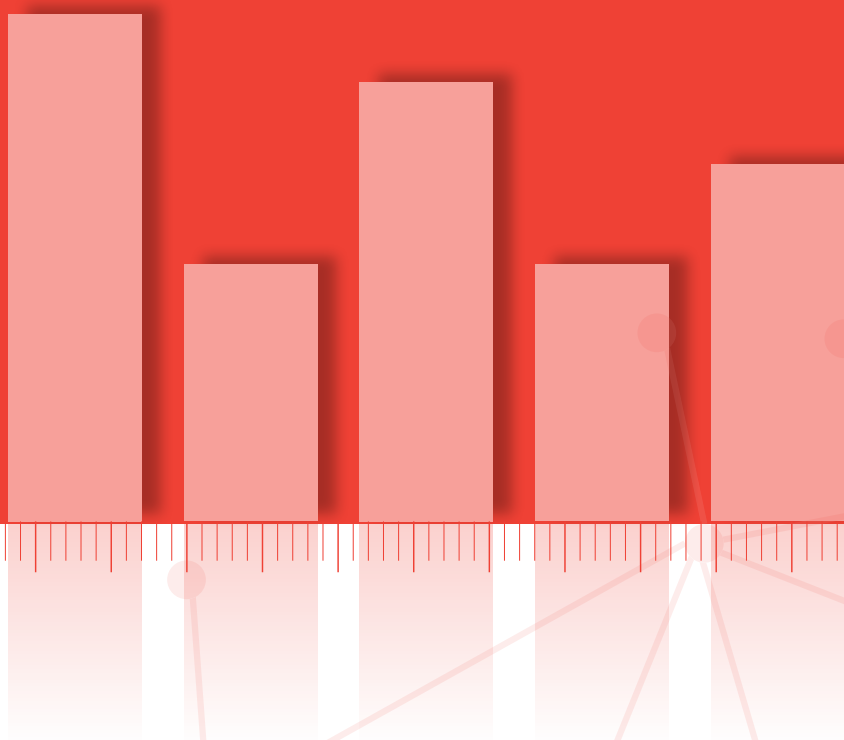
מין	סה"כ	גיל			שיעור
		65-74	55-64	50-54	
זכר	מונה	1,807	1,984	654	47.1%
	מכנה	3,292	3,637	1,390	54.6%
	סה"כ	4,445	8,319	53.4%	54.9%
נקבה	מונה	1,118	1,434	464	45.6%
	מכנה	2,187	2,837	1,017	51.1%
	סה"כ	3,016	6,041	49.9%	50.5%
סה"כ	מונה	2,925	3,418	1,118	46.4%
	מכנה	5,479	6,474	2,407	52.8%
	סה"כ	7,461	14,360	52.0%	53.4%

**טבלה 52** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל			שיעור
		65-74	55-64	50-54	
פטור	מונה	1,346	1,297	336	49.3%
	מכנה	2,604	2,424	682	53.5%
	סה"כ	2,979	5,710	52.2%	51.7%
ללא פטור	מונה	1,579	2,121	782	45.3%
	מכנה	2,875	4,050	1,725	51.8%
	סה"כ	4,482	8,650	51.8%	54.9%
סה"כ	מונה	2,925	3,418	1,118	46.4%
	מכנה	5,479	6,474	2,407	52.8%
	סה"כ	7,461	14,360	52.0%	53.4%

\* השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

# 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 טרשת 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 טיפוסית בכאבים בחזה המופיעים במאמץ וחולפים במנוחה ("אנגינה פקטוריס") או מופיעים ללא קשר למאמץ (אנגינה לא יציבה, אוטם בשריר הלב). קיימים גם תסמינים פחות טיפוסיים. האבחנה מתבססת לרוב על אלקטרוקרדיוגרם (א.ק.ג.), בדיקות דם, מבחן מאמץ ו/או צנתור לב אבחנתי. סיבוכי המחלה כוללים אי־ספיקת לב ובצקת ריאות, הפרעות קצב ומוות.

מניעה ראשונית של מחלות לב מתייחסת לטיפול בגורמי סיכון הניתנים לטיפול בטרם התבטאה 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 [1]. בין השנים 2000-2010 חלה ירידה של כ־30% בתמותה ממחלות לב בישראל, וכיום שיעורי התמותה ממחלות לב בישראל הם מהנמוכים בעולם המערבי [2]. בשנת 2007 התאשפזו בישראל כ־37,000 חולים עם מחלת לב איסכמית, הכוללת אוטם חריף בשריר הלב וסיבוכים של מחלות לב [3]. על פי סקרי בריאות שנערכו ב־2007-2010, 7.5% מהגברים ו־4.1% מהנשים בישראל דיווחו על מחלת לב כלילית [4].

### גורמי סיכון

גורמי סיכון למחלת לב כלילית כוללים בין היתר גיל, מין (נשים מוגנות יחסית עד גיל המעבר), עישון, השמנת יתר, סוכרת, עודף שומנים בדם ויתר לחץ דם. המודל הנפוץ ביותר להערכת הסיכון לתחלואה בעשר השנים הקרובות במחלות לב מבוסס על מחקר הפרמינגה ומשתמש בנוסחא המבוססת על מין, גיל, סך כולסטרוול, כולסטרוול HDL (גורם מגן), לחץ דם סיסטולי, טיפול ליתר לחץ דם ועישון [6,5]. על פי המודל ניתן לחלק את האוכלוסייה הבוגרת כבעלת סיכון גבוה, בינוני או נמוך.

## א. עודף שומנים בדם

טרשת עורקים כליליים, שיכולה להוביל להתקף לב, 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.

בקרב 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 (ATP-III Adult Treatment Panel III), המלצות לטיפול בעודף כולסטרול בדם [6]. המלצות אלו עודכנו בשנת 2004 [7]. 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 30%-40% 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.

## ב. יתר לחץ דם

לחץ דם גבוה הינו גורם סיכון למחלות לב כליליות, אי ספיקת לב, שבץ מוחי, מפרצת עורקית ואי ספיקת כליות. רובם המוחלט (כ-95%) של מקרי יתר לחץ הדם הם ראשוניים, ללא מחלת רקע הגורמת לעלית ערכי לחץ הדם. יחד עם זאת, קיימים גורמי סיכון ליתר לחץ דם כגון השמנה, עישון והעדר פעילות גופנית. יתר לחץ דם מוגדר כלחץ דם סיסטולי שווה או גבוה מ-140 מ"מ"כ ו/או לחץ דם דיאסטולי שווה או גבוה מ-90 מ"מ"כ. קיימים סיווגים נוספים המדרגים לחץ דם גם כשהוא בתחום התקין וכן סיווגים לחומרת יתר לחץ הדם.

בישראל, הימצאות יתר לחץ דם עולה עם הגיל. שיעור המדווחים על יתר לחץ דם עולה מכ-3.5% בקבוצת הגיל 21-34 עד ללמעלה ממחצית המשתתפים בסקר בגילאי 65 ומעלה [4].

## ג. השמנת יתר

השמנת יתר מהווה גורם סיכון למחלות לב וכלי-דם, כמו גם למגוון מחלות נוספות (ר' קידום בריאות).

## ד. עישון

עישון מהווה גורם סיכון למחלות לב וכלי-דם, כמו גם למגוון מחלות נוספות (ר' קידום בריאות).

## הטיפול במחלה

הטיפול במחלת לב יכול לכלול תרופות, צנתור לב טיפולי וניתוח מעקפים וכן שליטה בגורמי הסיכון. הדו"ח הנוכחי מתמקד בטיפול בסטטינים 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 [8].

## מדדים

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

ראוי לציין כי בדו"ח זה לראשונה איזון LDL נקבע לפי עמידה ביעד פרטני. היעד מוגדר לפי הנחיות ה-ATP III בריבוד לסיכון נמוך, בינוני או גבוה למחלות לב על פי מודל הפרמינגהם.

## מניעה ראשונית של מחלות לב וכלי דם

### כולסטרול

- ✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-74
- ✓ שיעור בעלי רמת LDL מאוזנת בקרב בני 35-74:
- שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL הנמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בקרב בני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL הנמוכה או שווה ל-130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בקרב בני 35-74
- שיעור בעלי רמת LDL הנמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בקרב בני 35-74

### 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 לבבי בקרב בני 35 ומעלה

### 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 ומעלה

## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-74

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים אשר ביצעו לפחות בדיקה אחת של כולסטרול LDL (בשנת המדד או בחמש השנים האחרונות)

**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 שניונית). זיהוי מבוטחים עם רמות גבוהות של כולסטרול מסוג LDL (או כולסטרול non-HDL, כאשר אין מדידה אמינה של רמת ה-LDL), הינו קריטי כדי לטפל בעודף הכולסטרול. טיפול זה כולל שינוי באורח החיים ותרופות ממשפחת הסטטינים. הפחתה כוללת של 10% ברמות הכולסטרול עשויה להפחית את 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:** אין

## תוצאות (תרשימים 67-74 וטבלאות 53-58)

### בני 35-54

בשנת 2013, 87.1% מבני 35-54 ביצעו לפחות בדיקת כולסטרול אחת בחמש השנים האחרונות. השיעור עמד על 85.9% בשנת 2011 והציג מגמת שיפור של 0.6% בכל שנה משנות המעקב. השיעור בשנת 2013 הציג מגמת עליה עם הגיל - 84.1% בבני 35-44 שנים ו-90.6% בבני 45-54 שנים.

נשים ביצעו בדיקת כולסטרול יותר מגברים (90.8% לעומת 83.1%).

בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) שיעור הביצוע גבוה יותר מאשר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (92.8% לעומת 86.5%).

### בני 55-74

בשנת 2013, שיעור ביצוע בדיקת כולסטרול שנתית עמד על 77.9%, והיה דומה לשיעורים בשנות המעקב הקודמות. גם בקרב בני 55-74 נצפתה עליה בשיעור ביצוע הבדיקה עם הגיל - 74.0% בבני 55-64 שנים ו-84.2% בבני 65-74 שנים.

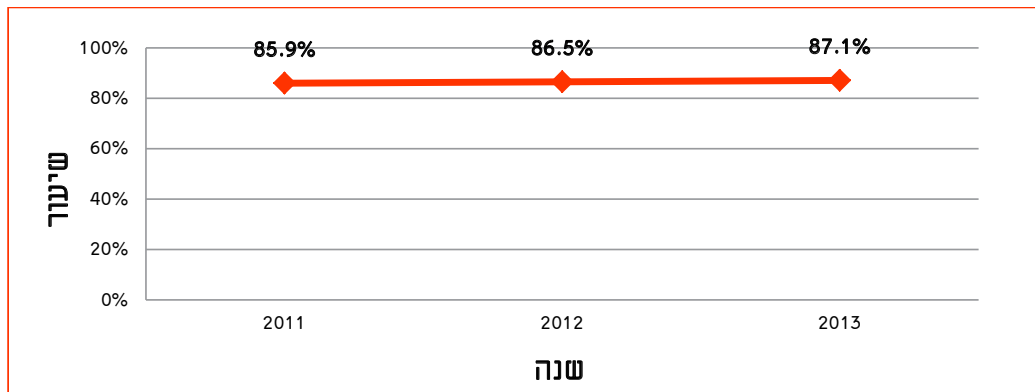
שיעור הביצוע בנשים (80.5%) גבוה מבגברים (75.1%).

שיעור הביצוע במבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה (83.1%) לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (76.0%).

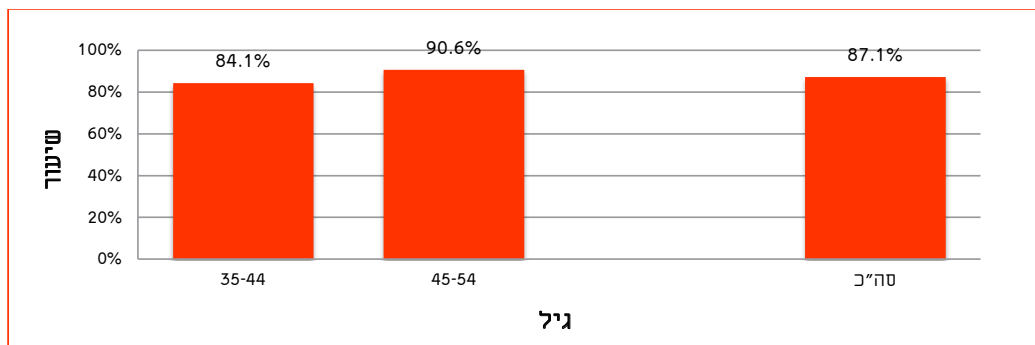
## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

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

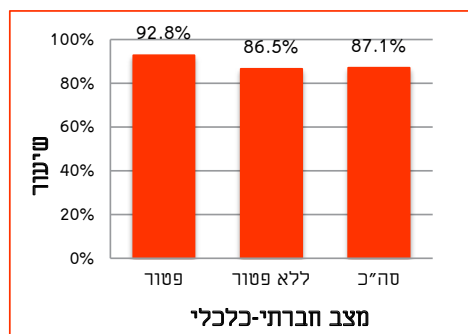
תרשים 67 לפי שנה, 2013-2011



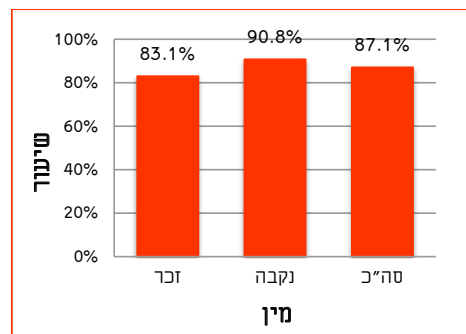
תרשים 68 לפי גיל, 2013



תרשים 70 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 69 לפי מין, 2013



## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54

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

**טבלה 53** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל		סה"כ
	45-54	35-44	
2011	מונה	710,261	1,372,216
	מכנה	861,909	1,597,261
	שיעור	82.4%	85.9%
2012	מונה	739,703	1,410,875
	מכנה	888,631	1,631,897
	שיעור	83.2%	86.5%
2013	מונה	770,393	1,449,004
	מכנה	915,538	1,664,451
	שיעור	84.1%	87.1%

**טבלה 54** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל		סה"כ
	45-54	35-44	
זכר	מונה	353,473	669,522
	מכנה	443,910	805,881
	שיעור	79.6%	83.1%
נקבה	מונה	416,920	779,482
	מכנה	471,628	858,570
	שיעור	88.4%	90.8%
סה"כ	מונה	770,393	1,449,004
	מכנה	915,538	1,664,451
	שיעור	84.1%	87.1%

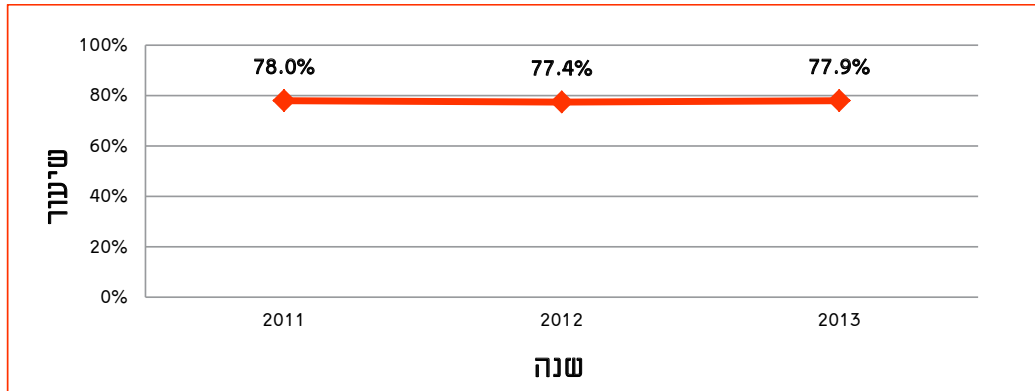
**טבלה 55** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל		סה"כ
	45-54	35-44	
פטור	מונה	51,215	129,739
	מכנה	56,536	139,876
	שיעור	90.6%	92.8%
ללא פטור	מונה	719,178	1,319,265
	מכנה	859,002	1,524,575
	שיעור	83.7%	86.5%
סה"כ	מונה	770,393	1,449,004
	מכנה	915,538	1,664,451
	שיעור	84.1%	87.1%

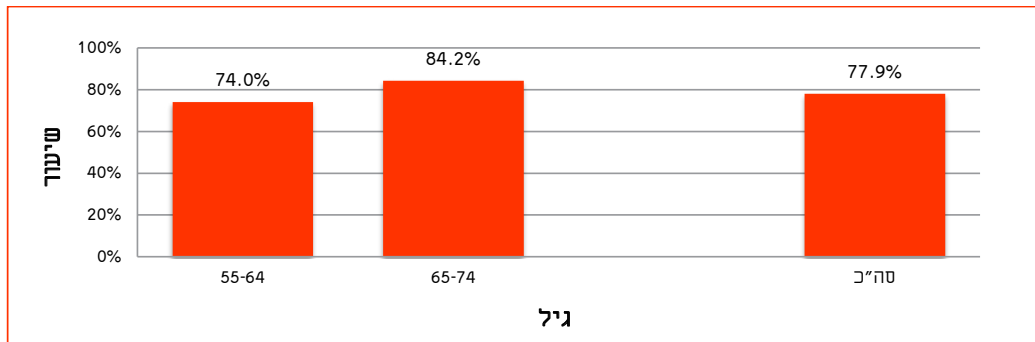
## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 74-55

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

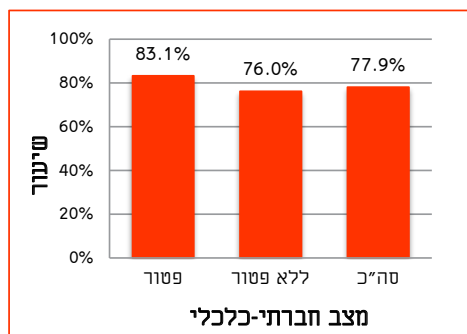
תרשים 71 לפי שנה, 2013-2011



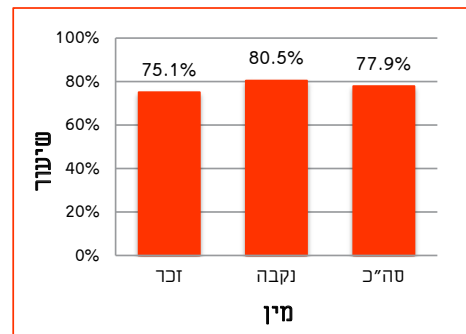
תרשים 72 לפי גיל, 2013



תרשים 74 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 73 לפי מין, 2013



## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בקרב בני 55-74

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

**טבלה 56** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל		
		65-74	55-64	
2011	856,775	337,060	519,715	מונה
	1,098,779	398,712	700,067	מכנה
	78.0%	84.5%	74.2%	שיעור
2012	874,224	353,651	520,573	מונה
	1,130,010	422,078	707,932	מכנה
	77.4%	83.8%	73.5%	שיעור
2013	903,597	376,622	526,975	מונה
	1,159,258	447,502	711,756	מכנה
	77.9%	84.2%	74.0%	שיעור

**טבלה 57** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל		
		65-74	55-64	
זכר	409,740	170,452	239,288	מונה
	545,537	206,634	338,903	מכנה
	75.1%	82.5%	70.6%	שיעור
נקבה	493,857	206,170	287,687	מונה
	613,721	240,868	372,853	מכנה
	80.5%	85.6%	77.2%	שיעור
סה"כ	903,597	376,622	526,975	מונה
	1,159,258	447,502	711,756	מכנה
	77.9%	84.2%	74.0%	שיעור

**טבלה 58** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל		
		65-74	55-64	
פטור	263,191	138,930	124,261	מונה
	316,643	162,003	154,640	מכנה
	83.1%	85.8%	80.4%	שיעור
לא פטור	640,406	237,692	402,714	מונה
	842,615	285,499	557,116	מכנה
	76.0%	83.3%	72.3%	שיעור
סה"כ	903,597	376,622	526,975	מונה
	1,159,258	447,502	711,756	מכנה
	77.9%	84.2%	74.0%	שיעור



## שיעור בעלי רמת LDL מאוזנת בקרב בני 35-74

**הגדרת המדד:** שיעור בעלי רמת LDL נמוכה מהיעד המוגדר לפי הנחיות ה־ATP III

**רציונאל:** רמה גבוהה של כולסטרול בדם מהווה את אחד מגורמי הסיכון החשובים להופעה של טרשת העורקים באוכלוסייה ולהחמרתה. נכון לשנת 2013, הנחיות בינלאומיות קבעו יעדים לכולסטרול LDL על פי רמות הסיכון הפרטניות למחלות לב כפי שהן נקבעות במודל פרמינגהם. מטרת המדד הינה לבדוק את שיעור המבוטחים המבוגרים עם רמת כולסטרול בטווח היעד המומלץ.

**מכנה:** מבוטחים בני 35-74 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 ליעד כפי שהוגדר ע"י ATP III (ראה לעיל). כמו כן מבוצע ריבוד לפי רמת הסיכון הפרטנית לסיכון נמוך, בינוני או גבוה

**הערות:** מדד זה הינו מדד חדש, מוצג לראשונה בדו"ח המדדים ומדווח רק עבור שנת 2013. מדווחים ארבעה מדדי עמידה ביעד:

1. שיעור המבוטחים שעמדו ביעד ה־LDL שהוגדר עבורם לפי רמת הסיכון האישית
2. שיעור המבוטחים בסיכון נמוך בעלי רמת LDL הנמוכה או שווה ל־160 מ"ג/ד"ל
3. שיעור המבוטחים בסיכון בינוני בעלי רמת LDL הנמוכה או שווה ל־130 מ"ג/ד"ל
4. שיעור המבוטחים בסיכון גבוה בעלי רמת LDL הנמוכה או שווה ל־100 מ"ג/ד"ל

## תוצאות (תרשימים 75-86 וטבלאות 59-70)

בשנת 2013, שיעור איזון הכולסטרול בקרב בני 35-74 עמד על 83.5%. שיעור האיזון הגבוה ביותר הינו בקרב בני 35-44 ועומד על 89.7%. השיעור יורד עם הגיל עד ל־79.3% בקרב בני 55-64 ובקרב בני 65-74 השיעור עולה ל־83.3%.

שיעורי האיזון בנשים היו גבוהים יותר ביחס לגברים (86.8% לעומת 78.8%).

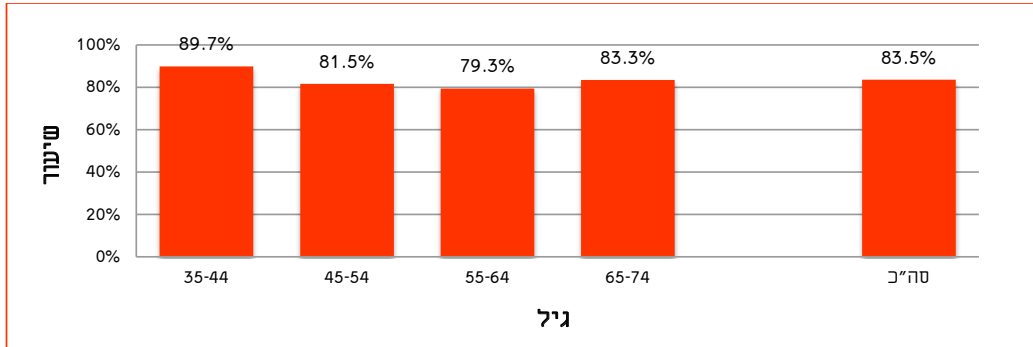
לא נצפו הבדלים בשיעורי האיזון לפי מעמד חברתי-כלכלי.

בשנת 2013, בקרב בני 35-74, 853,099 איש המהווים 70.4% מאוכלוסיית המדד סווגו כבעלי סיכון נמוך למחלת לב. בקבוצה זו שיעור איזון הכולסטרול עמד על 90.4%. 314,599 איש המהווים 26.0% מאוכלוסיית המדד סווגו כבעלי סיכון בינוני ובקבוצה זו עמד שיעור האיזון על 72.4% ואילו 44,328 איש המהווים 3.6% מאוכלוסיית המדד סווגו כבעלי סיכון גבוה ומביניהם רק 27.8% עמדו ביעד האיזון.

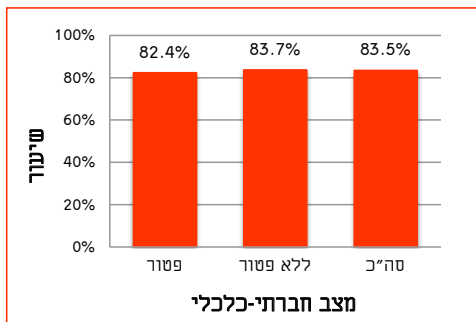
## שיעור עמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בקרב בני 35-74\*

שיעור המבוטחים בעלי רמת LDL בטווח היעד לפי קבוצת סיכון למחלות לב (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם, שאינם חולי לב או סוכרת (מכנה)

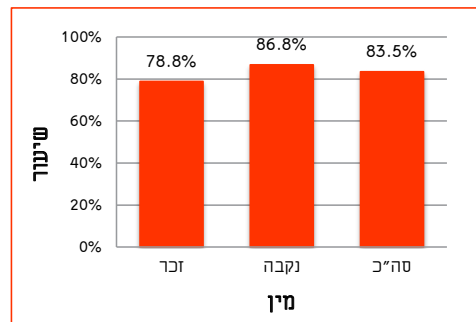
תרשים 75 לפי גיל, 2013



תרשים 77 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 76 לפי מין, 2013



\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

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

מבוטחים בעלי רמת LDL בטווח היעד לפי קבוצת סיכון למחלות לב וכלי דם (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 74-35 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם, שאינם חולי לב או סוכרת (מכנה)

**טבלה 59** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013\*

שנה	מונה	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
2013	1,011,525	182,276	267,632	267,023	294,594
	1,212,026	218,730	337,393	327,633	328,270
	83.5%	83.3%	79.3%	81.5%	89.7%
	שיעור				

**טבלה 60** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
זכר	400,604	74,442	109,858	99,921	116,383
	508,217	91,447	141,244	137,101	138,425
	78.8%	81.4%	77.8%	72.9%	84.1%
	שיעור				
נקבה	610,921	107,834	157,774	167,102	178,211
	703,809	127,283	196,149	190,532	189,845
	86.8%	84.7%	80.4%	87.7%	93.9%
	שיעור				
סה"כ	1,011,525	182,276	267,632	267,023	294,594
	1,212,026	218,730	337,393	327,633	328,270
	83.5%	83.3%	79.3%	81.5%	89.7%
	שיעור				

**טבלה 61** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

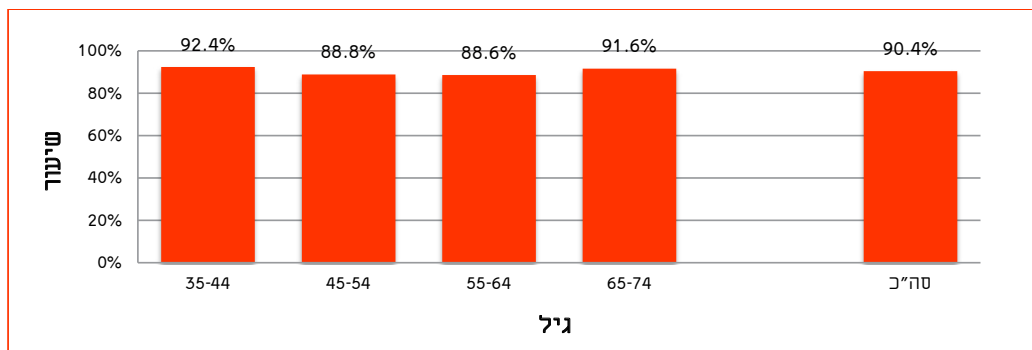
מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
פטור	169,689	59,258	54,802	32,473	23,156
	205,889	71,917	68,713	39,303	25,956
	82.4%	82.4%	79.8%	82.6%	89.2%
	שיעור				
ללא פטור	841,836	123,018	212,830	234,550	271,438
	1,006,137	146,813	268,680	288,330	302,314
	83.7%	83.8%	79.2%	81.3%	89.8%
	שיעור				
סה"כ	1,011,525	182,276	267,632	267,023	294,594
	1,212,026	218,730	337,393	327,633	328,270
	83.5%	83.3%	79.3%	81.5%	89.7%
	שיעור				

\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

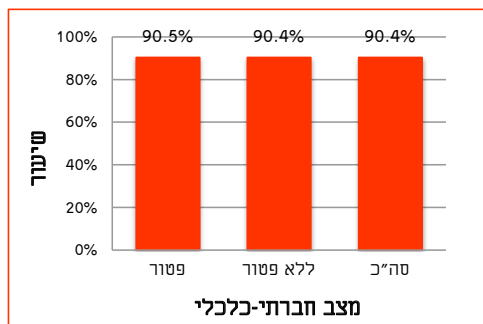
## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בקרב בני 35-74\*

שיעור המבוטחים בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-160 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם שאינם חולי לב או סוכרת ובקבוצת סיכון נמוך למחלות לב (מכנה)

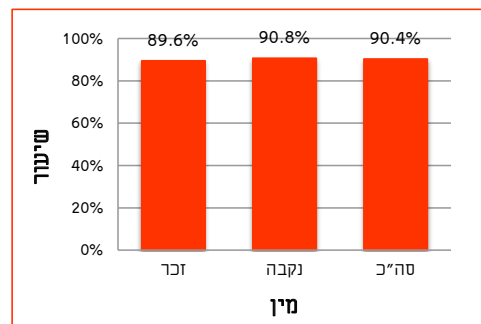
תרשים 78 לפי גיל, 2013



תרשים 80 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 79 לפי מין, 2013



\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־160 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון נמוך למחלות לב בקרב בני 35-74

מבוטחים בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־160 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם שאינם חולי לב או סוכרת ובקבוצת סיכון נמוך למחלות לב (מכנה)

**טבלה 62** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013\*

שנה	גיל				סה"כ
	35-44	45-54	55-64	65-74	
מונה	276,336	212,661	173,153	109,226	771,376
מכנה	298,997	239,391	195,472	119,239	853,099
שיעור	92.4%	88.8%	88.6%	91.6%	90.4%

**טבלה 63** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל				סה"כ
	35-44	45-54	55-64	65-74	
מונה	102,134	51,687	53,670	34,513	242,004
מכנה	114,901	58,984	59,398	36,904	270,187
שיעור	88.9%	87.6%	90.4%	93.5%	89.6%
מונה	174,202	160,974	119,483	74,713	529,372
מכנה	184,096	180,407	136,074	82,335	582,912
שיעור	94.6%	89.2%	87.8%	90.7%	90.8%
מונה	276,336	212,661	173,153	109,226	771,376
מכנה	298,997	239,391	195,472	119,239	853,099
שיעור	92.4%	88.8%	88.6%	91.6%	90.4%

**טבלה 64** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

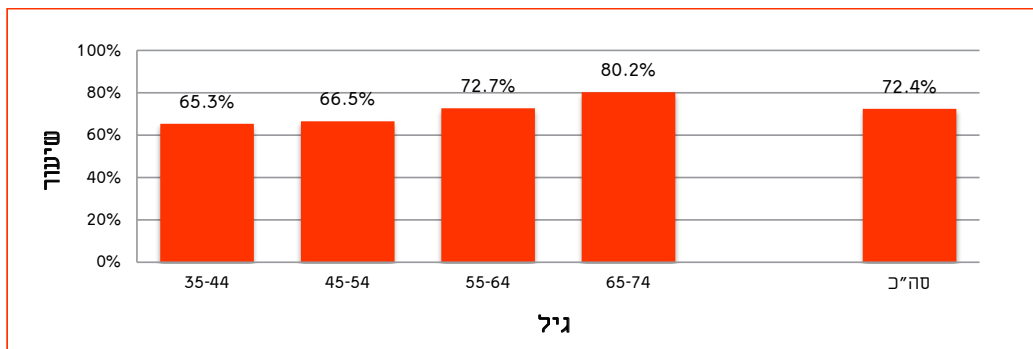
מצב חברתי-כלכלי	גיל				סה"כ
	35-44	45-54	55-64	65-74	
מונה	21,008	24,564	32,804	33,071	111,447
מכנה	22,705	27,412	36,745	36,302	123,164
שיעור	92.5%	89.6%	89.3%	91.1%	90.5%
מונה	255,328	188,097	140,349	76,155	659,929
מכנה	276,292	211,979	158,727	82,937	729,935
שיעור	92.4%	88.7%	88.4%	91.8%	90.4%
מונה	276,336	212,661	173,153	109,226	771,376
מכנה	298,997	239,391	195,472	119,239	853,099
שיעור	92.4%	88.8%	88.6%	91.6%	90.4%

\* השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

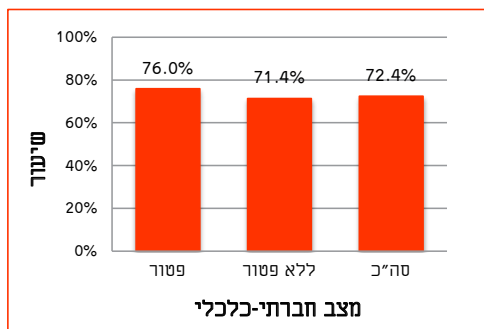
## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בקרב בני 35-74\*

שיעור המבוטחים בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־130 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם שאינם חולי לב או סוכרת ובקבוצת סיכון בינוני למחלות לב (מכנה)

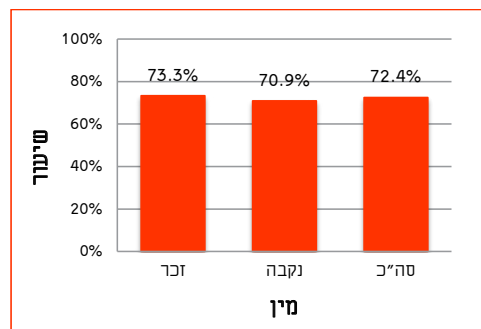
תרשים 81 לפי גיל, 2013



תרשים 83 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 82 לפי מין, 2013



\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־130 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון בינוני למחלות לב בקרב בני 35-74

מבוטחים בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל־130 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם שאינם חולי לב או סוכרת ובקבוצת סיכון בינוני למחלות לב (מכנה)

**טבלה 65** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013\*

שנה	מונה	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
2013	227,818	65,545	91,397	52,989	17,887
	314,599	81,733	125,732	79,738	27,396
	72.4%	80.2%	72.7%	66.5%	65.3%
	שיעור				

**טבלה 66** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
זכר	148,503	33,423	54,085	47,055	13,940
	202,693	40,035	70,172	70,511	21,975
	73.3%	83.5%	77.1%	66.7%	63.4%
	שיעור				
נקבה	79,315	32,122	37,312	5,934	3,947
	111,906	41,698	55,560	9,227	5,421
	70.9%	77.0%	67.2%	64.3%	72.8%
	שיעור				
סה"כ	227,818	65,545	91,397	52,989	17,887
	314,599	81,733	125,732	79,738	27,396
	72.4%	80.2%	72.7%	66.5%	65.3%
	שיעור				

**טבלה 67** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

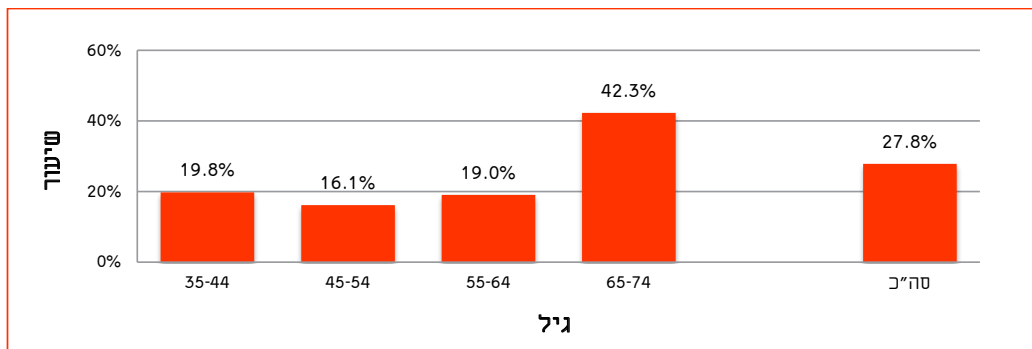
מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
פטור	54,415	23,339	21,310	7,677	2,089
	71,619	29,171	28,693	10,723	3,032
	76.0%	80.0%	74.3%	71.6%	68.9%
	שיעור				
ללא פטור	173,403	42,206	70,087	45,312	15,798
	242,980	52,562	97,039	69,015	24,364
	71.4%	80.3%	72.2%	65.7%	64.8%
	שיעור				
סה"כ	227,818	65,545	91,397	52,989	17,887
	314,599	81,733	125,732	79,738	27,396
	72.4%	80.2%	72.7%	66.5%	65.3%
	שיעור				

\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

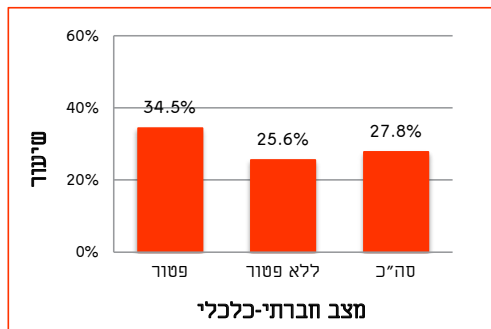
## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בקרב בני 35-74\*

שיעור המבוטחים בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם שאינם חולי לב או סוכרת ובקבוצת סיכון גבוה למחלות לב (מכנה)

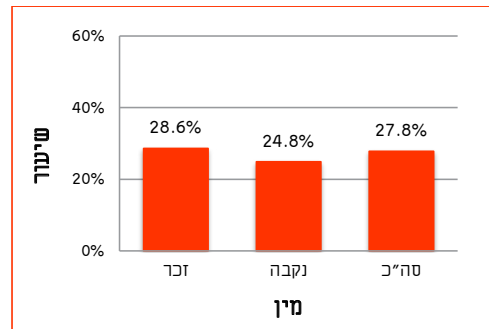
תרשים 84 לפי גיל, 2013



תרשים 86 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 85 לפי מין, 2013



\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.



## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בקבוצת סיכון גבוה למחלות לב בקרב בני 35-74

מבוטחים בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בגיל 35-74 בעלי תיעוד גורמי סיכון לפי פרמינגהם שאינם חולי לב או סוכרת ובקבוצת סיכון גבוה למחלות לב (מכנה)

**טבלה 68** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013\*

שנה	סה"כ	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
2013	מונה	7,505	3,082	1,373	371
	מכנה	17,758	16,189	8,504	1,877
	שיעור	42.3%	19.0%	16.1%	19.8%

**טבלה 69** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
זכר	מונה	6,506	2,103	1,179	309
	מכנה	14,508	11,674	7,606	1,549
	שיעור	44.8%	18.0%	15.5%	19.9%
נקבה	מונה	999	979	194	62
	מכנה	3,250	4,515	898	328
	שיעור	30.7%	21.7%	21.6%	18.9%
סה"כ	מונה	7,505	3,082	1,373	371
	מכנה	17,758	16,189	8,504	1,877
	שיעור	42.3%	19.0%	16.1%	19.8%

**טבלה 70** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל			
		65-74	55-64	45-54	35-44
פטור	מונה	2,848	688	232	59
	מכנה	6,444	3,275	1,168	219
	שיעור	44.2%	21.0%	19.9%	26.9%
ללא פטור	מונה	4,657	2,394	1,141	312
	מכנה	11,314	12,914	7,336	1,658
	שיעור	41.2%	18.5%	15.6%	18.8%
סה"כ	מונה	7,505	3,082	1,373	371
	מכנה	17,758	16,189	8,504	1,877
	שיעור	42.3%	19.0%	16.1%	19.8%

\*השיעור חושב רק עבור שנת 2013.

## 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 87-94 וטבלאות 71-76)

### בני 20-54

בשנת 2013, שיעור הביצוע של מדידות לחץ דם בבני 20-54 עמד על 92.0%. השיעור הציג מגמת שיפור קלה במהלך שנות המעקב מ־90.2% בשנת 2011. בשנת 2013, שיעור הביצוע עלה עם הגיל, מ־87.2% בקרב בני 20-24 ל־95.2% בקרב בני 45-54.

שיעור הביצוע בקרב נשים גבוה מהשיעור בקרב גברים (94.6% לעומת 89.2%).

בקרב מבוטחים במעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) השיעור מעט גבוה יותר (94.3%) לעומת אלו ממעמד חברתי־כלכלי גבוה (ללא פטור) (91.9%).

### בני 55-74

בשנת 2013, שיעור הביצוע של מדידות לחץ דם עמד על 82.8% בקרב בני 55-74, השיעור עלה ביחס לשיעור בשנת 2012 (80.6%). שיעור הביצוע בשנת 2013 עולה עם הגיל מ־79.8% בקבוצת הגיל 55-64 ל־87.7% בקרב בני 65-74.

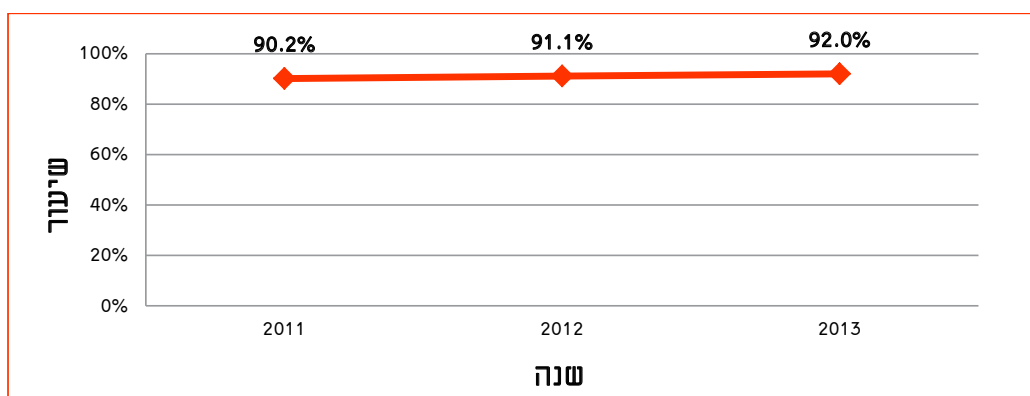
בשנת 2013, שיעור הביצוע בקרב נשים גבוה מזה של גברים (84.1% לעומת 81.3%).

בקרב מבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) השיעור גבוה לעומת מבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי גבוה (ללא פטור) (87.9% לעומת 80.9%).

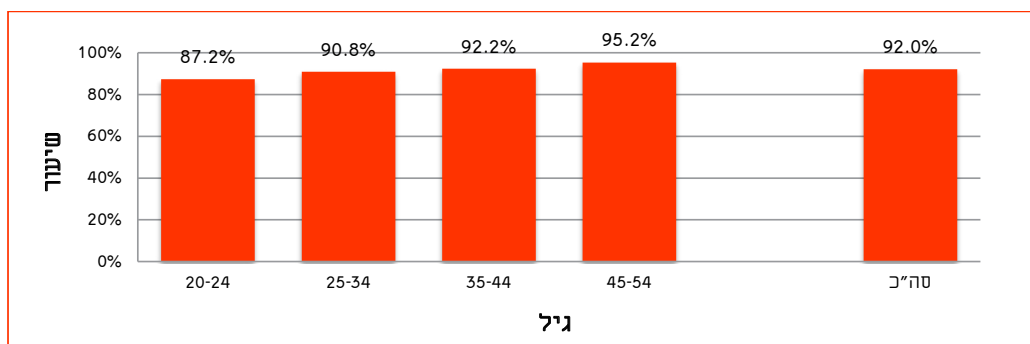
## שיעור התיעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 20-54

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

תרשים 87 לפי שנה, 2011-2013



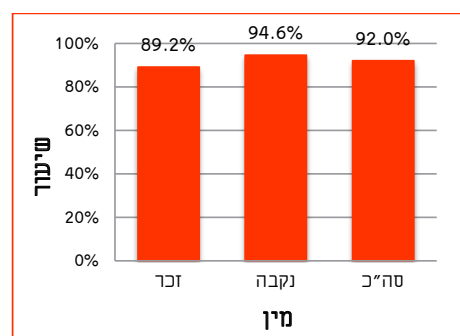
תרשים 88 לפי גיל, 2013



תרשים 90 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 89 לפי מין, 2013



## 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 71** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל			
		45-54	35-44	25-34	20-24
2011	2,523,477	694,575	779,648	820,278	228,976
	2,798,695	735,352	861,909	928,355	273,079
	90.2%	94.5%	90.5%	88.4%	83.8%
2012	2,594,787	705,587	812,191	838,005	239,004
	2,847,251	743,266	888,631	935,572	279,782
	91.1%	94.9%	91.4%	89.6%	85.4%
2013	2,660,111	713,282	844,425	857,483	244,921
	2,890,027	748,913	915,538	944,625	280,951
	92.0%	95.2%	92.2%	90.8%	87.2%

**טבלה 72** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל			
		45-54	35-44	25-34	20-24
זכר	1,230,587	340,858	399,194	391,898	98,637
	1,379,565	361,971	443,910	452,997	120,687
	89.2%	94.2%	89.9%	86.5%	81.7%
נקבה	1,429,524	372,424	445,231	465,585	146,284
	1,510,462	386,942	471,628	491,628	160,264
	94.6%	96.2%	94.4%	94.7%	91.3%
סה"כ	2,660,111	713,282	844,425	857,483	244,921
	2,890,027	748,913	915,538	944,625	280,951
	92.0%	95.2%	92.2%	90.8%	87.2%

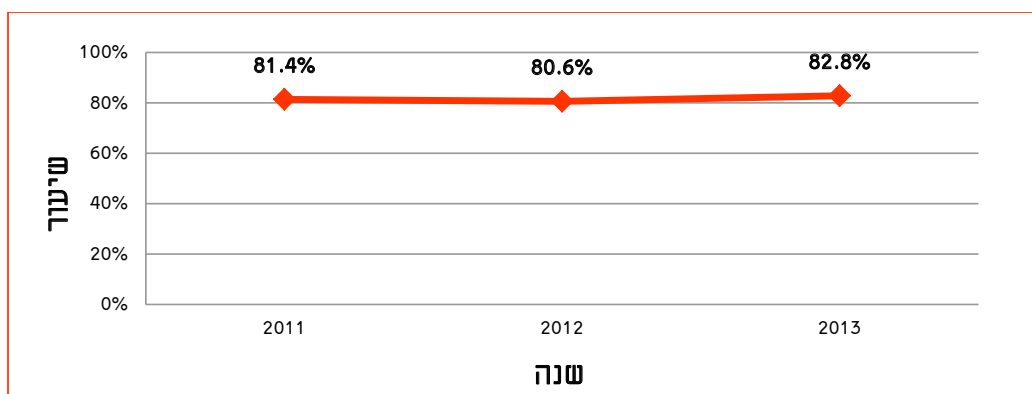
**טבלה 73** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל			
		45-54	35-44	25-34	20-24
פטור	180,798	80,629	53,284	35,475	11,410
	191,695	83,340	56,536	38,805	13,014
	94.3%	96.7%	94.2%	91.4%	87.7%
ללא פטור	2,479,313	632,653	791,141	822,008	233,511
	2,698,332	665,573	859,002	905,820	267,937
	91.9%	95.1%	92.1%	90.7%	87.2%
סה"כ	2,660,111	713,282	844,425	857,483	244,921
	2,890,027	748,913	915,538	944,625	280,951
	92.0%	95.2%	92.2%	90.8%	87.2%

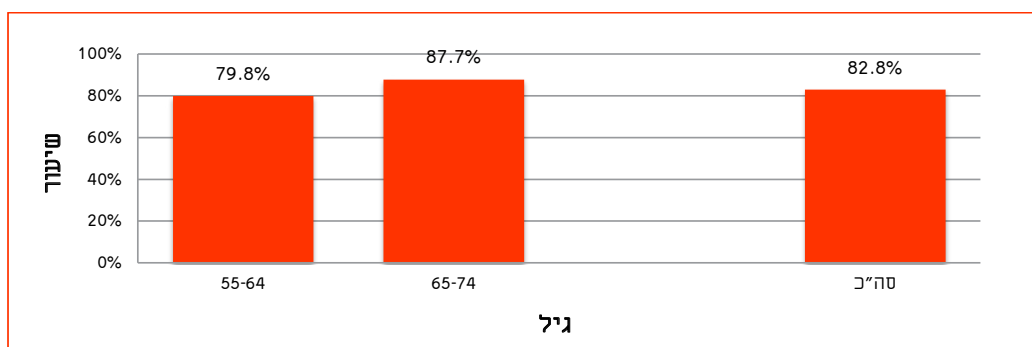
## שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74

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

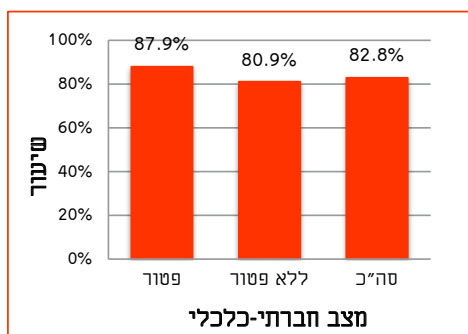
תרשים 91 לפי שנה, 2013-2011



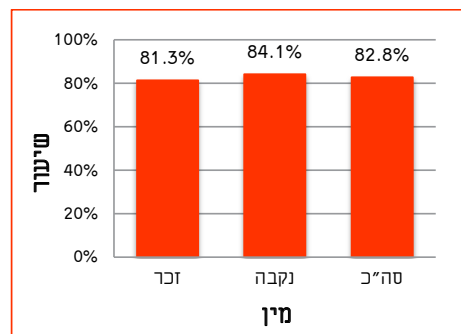
תרשים 92 לפי גיל, 2013



תרשים 94 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 93 לפי מין, 2013



## שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בקרב בני 55-74

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

**טבלה 74** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל		
	סה"כ	65-74	55-64
2011	מונה	346,801	547,287
	מכנה	398,712	700,067
	שיעור	87.0%	78.2%
2012	מונה	362,757	547,884
	מכנה	422,078	707,932
	שיעור	85.9%	77.4%
2013	מונה	392,319	567,805
	מכנה	447,502	711,756
	שיעור	87.7%	79.8%

**טבלה 75** לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל		
	סה"כ	65-74	55-64
זכר	מונה	179,694	264,006
	מכנה	206,634	338,903
	שיעור	87.0%	77.9%
נקבה	מונה	212,625	303,799
	מכנה	240,868	372,853
	שיעור	88.3%	81.5%
סה"כ	מונה	392,319	567,805
	מכנה	447,502	711,756
	שיעור	87.7%	79.8%

**טבלה 76** לפי מצב חברתי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל		
	סה"כ	65-74	55-64
פטור	מונה	145,295	132,914
	מכנה	162,003	154,640
	שיעור	89.7%	86.0%
לא פטור	מונה	247,024	434,891
	מכנה	285,499	557,116
	שיעור	86.5%	78.1%
סה"כ	מונה	392,319	567,805
	מכנה	447,502	711,756
	שיעור	87.7%	79.8%

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

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 35 ומעלה, 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 ומעלה לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות

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

**הערות:** בדו"ח זה טווח הגילים של המדד הורחב והוא כולל כעת גם בני 75 ומעלה.

## תוצאות (תרשימים 95-98 וטבלאות 77-79)

בשנת 2013, היו בישראל 83,746 חולים (בני 35 ומעלה) שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בחמש השנים האחרונות, מתוכם 82.9% רכשו תרופות להורדת LDL. שיעור זה מדגים מגמת ירידה קלה ביחס לשנים האחרונות (84.8% ו-84.2% בשנים 2011 ו-2012). שיעור רכישת התרופות עולה עם הגיל, מ-61.5% בקרב בני 35-44 שנים, ועד 87.4% בקרב בני 65-74. בגילאים מבוגרים יותר חלה ירידה עד 75.9% בקרב בני 85 ומעלה.

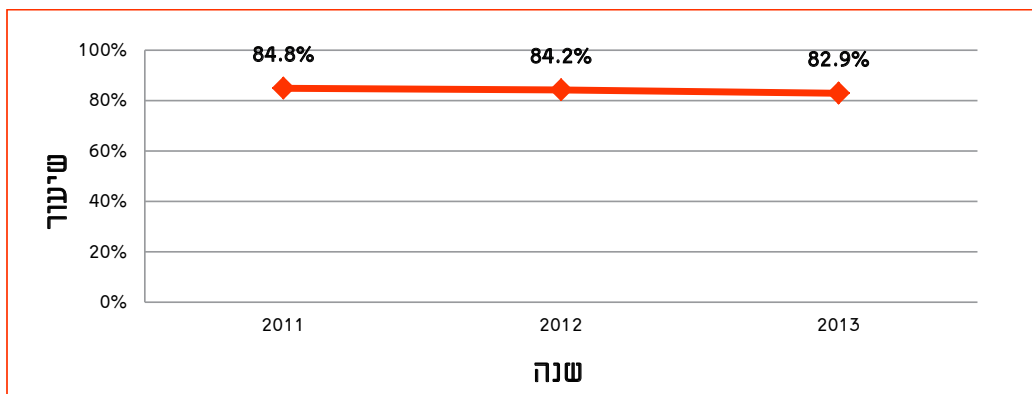
מתוך החולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי, שיעור הגברים אשר רכשו תרופות להורדת LDL גבוה יותר מאשר שיעור הנשים, 83.9% לעומת 79.9%, ההבדל ניכר בגילאים הצעירים.

שיעור הרוכשים גבוה מעט בחולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) לעומת אלו ממעמד גבוה (ללא פטור) (83.8% לעומת 82.4%).

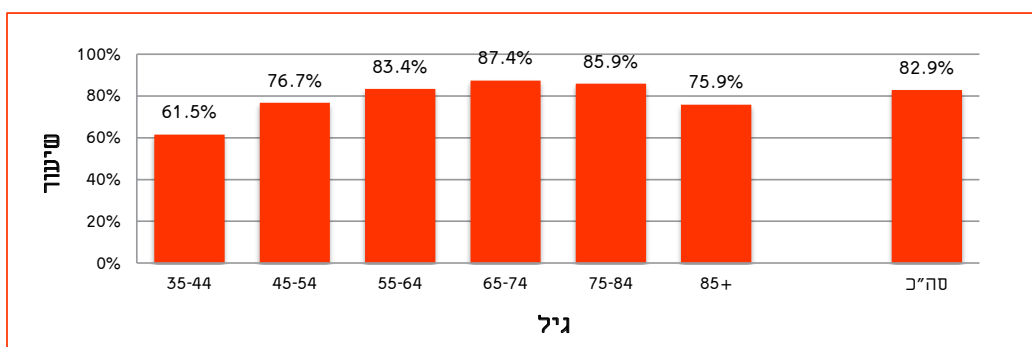
## שיעור הטיפול בתרופות להורדת LDL לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

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

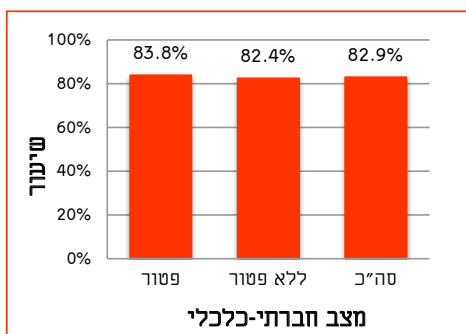
תרשים 95 לפי שנה, 2013-2011



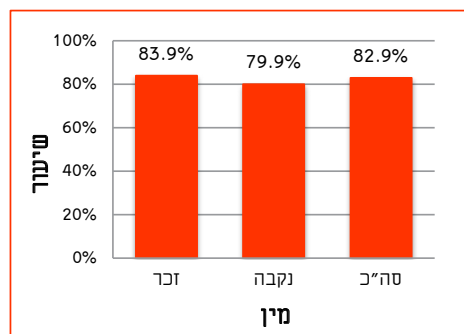
תרשים 96 לפי גיל, 2013



תרשים 98 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 97 לפי מין, 2013





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

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

טבלה 77 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל					
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44
2011	מונה	3,082	14,490	19,903	21,609	9,478	1,812
	מכנה	3,829	16,494	22,356	25,285	12,147	2,845
	שיעור	80.5%	87.9%	89.0%	85.5%	78.0%	63.7%
2012	מונה	3,067	14,388	19,953	21,252	9,248	1,847
	מכנה	3,863	16,506	22,588	25,103	11,915	2,898
	שיעור	79.4%	87.2%	88.3%	84.7%	77.6%	63.7%
2013	מונה	3,158	14,350	20,374	20,595	9,125	1,835
	מכנה	4,162	16,711	23,316	24,683	11,892	2,982
	שיעור	75.9%	85.9%	87.4%	83.4%	76.7%	61.5%

טבלה 78 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל					
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44
זכר	מונה	1,864	9,298	15,494	17,152	8,054	1,664
	מכנה	2,419	10,765	17,631	20,455	10,166	2,399
	שיעור	77.1%	86.4%	87.9%	83.9%	79.2%	69.4%
נקבה	מונה	1,294	5,052	4,880	3,443	1,071	171
	מכנה	1,743	5,946	5,685	4,228	1,726	583
	שיעור	74.2%	85.0%	85.8%	81.4%	62.1%	29.3%
סה"כ	מונה	3,158	14,350	20,374	20,595	9,125	1,835
	מכנה	4,162	16,711	23,316	24,683	11,892	2,982
	שיעור	75.9%	85.9%	87.4%	83.4%	76.7%	61.5%

טבלה 79 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל					
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44
פטור	מונה	1,429	6,606	9,069	7,433	2,474	428
	מכנה	1,854	7,685	10,366	8,964	3,238	649
	שיעור	77.1%	86.0%	87.5%	82.9%	76.4%	65.9%
ללא פטור	מונה	1,729	7,744	11,305	13,162	6,651	1,407
	מכנה	2,308	9,026	12,950	15,719	8,654	2,333
	שיעור	74.9%	85.8%	87.3%	83.7%	76.9%	60.3%
סה"כ	מונה	3,158	14,350	20,374	20,595	9,125	1,835
	מכנה	4,162	16,711	23,316	24,683	11,892	2,982
	שיעור	75.9%	85.9%	87.4%	83.4%	76.7%	61.5%

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

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 35 ומעלה אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי 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 ומעלה 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:** בדו"ח זה טווח הגילים של המדד הורחב והוא כולל כעת גם בני 75 ומעלה.

## תוצאות (תרשימים 99-102 וטבלאות 80-82)

בשנת 2013, נמדדה רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל ב-72.9% מהחולים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי. שיעורים דומים נצפו בשנות המעקב 2011-2012. שיעור החולים בעלי רמות LDL תקינות עולה בהדרגה עם הגיל, מ-58.4% בבני 35-44 שנים ועד 77.1% בבני 65-74. בגילאים מבוגרים יותר חלה ירידה עד 69.8% בקרב בני 85 ומעלה.

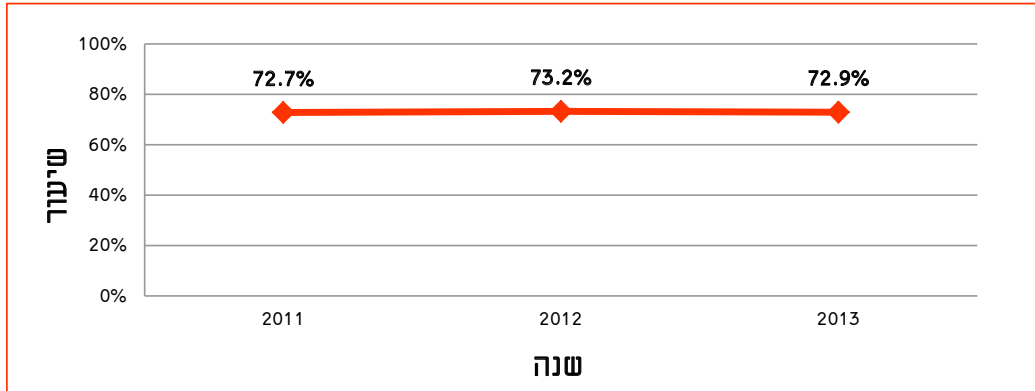
שיעור הגברים בעלי רמת LDL בטווח היעד היה גבוה יותר משיעור הנשים (בכל קבוצות הגיל), 74.9% לעומת 66.9%.

הבדל קטן נצפה על פי מעמד חברתי-כלכלי - 72.0% מהמבוטחים שעברו ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היו בעלי רמת LDL מאוזנת, לעומת 73.5% בקרב אלו ממעמד גבוה (ללא פטור).

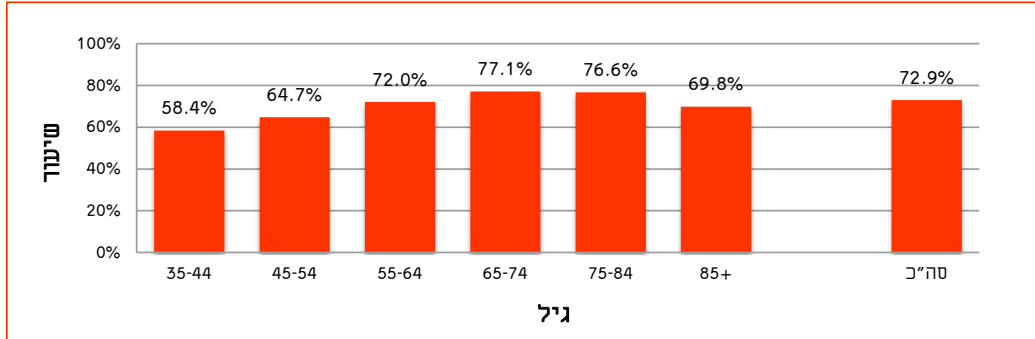
## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל לאחר ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי בקרב בני 35 ומעלה

שיעור המבוטחים אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת LDL הייתה נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בני 35 ומעלה אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי אשר ביצעו בדיקת LDL (מכנה)

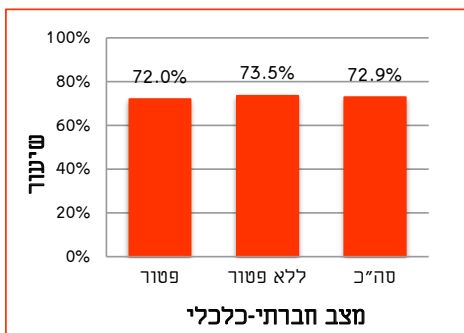
תרשים 99 לפי שנה, 2011-2013



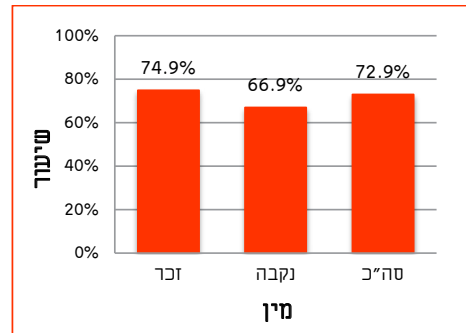
תרשים 100 לפי גיל, 2013



תרשים 102 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 101 לפי מין, 2013



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

מבוטחים אשר תוצאתה האחרונה של בדיקת LDL הייתה נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב מבוטחים בני 35 ומעלה אחרי ניתוח מעקפים ו/או צנתור לבבי אשר ביצעו בדיקת LDL (מכנה)

**טבלה 80** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל					
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44
2011	מונה	2,418	11,754	16,050	16,202	6,248	1,235
	מכנה	3,400	15,309	20,809	22,445	9,988	2,161
	שיעור	71.1%	76.8%	77.1%	72.2%	62.6%	57.1%
2012	מונה	2,475	11,769	16,072	16,071	6,238	1,342
	מכנה	3,449	15,250	20,896	22,103	9,782	2,245
	שיעור	71.8%	77.2%	76.9%	72.7%	63.8%	59.8%
2013	מונה	2,558	11,848	16,730	15,800	6,417	1,350
	מכנה	3,665	15,470	21,703	21,943	9,914	2,311
	שיעור	69.8%	76.6%	77.1%	72.0%	64.7%	58.4%

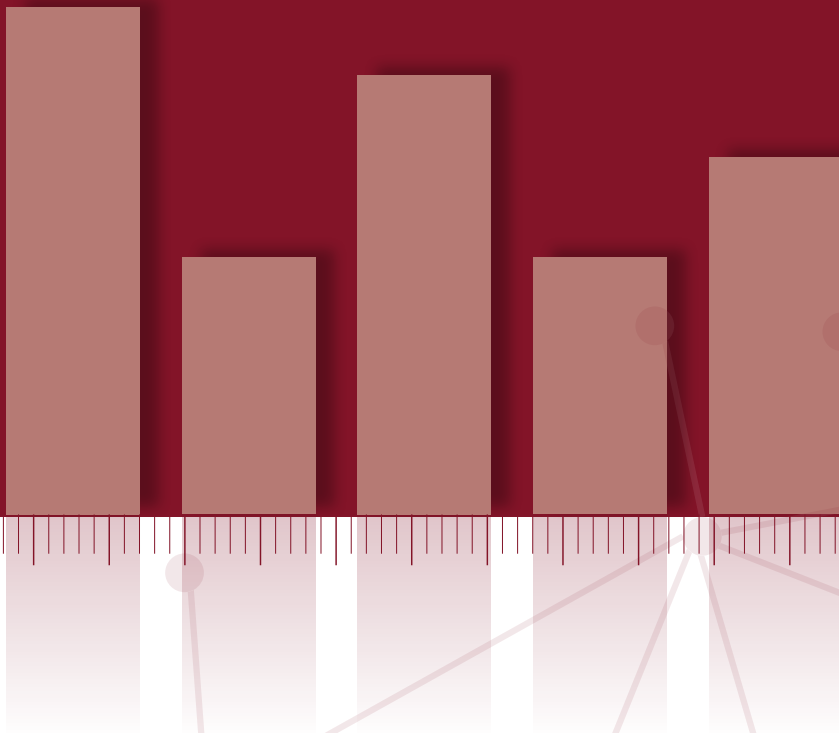
**טבלה 81** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל					
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44
זכר	מונה	1,633	7,980	12,911	13,240	5,594	1,134
	מכנה	2,135	9,964	16,325	18,057	8,413	1,861
	שיעור	76.5%	80.1%	79.1%	73.3%	66.5%	60.9%
נקבה	מונה	925	3,868	3,819	2,560	823	216
	מכנה	1,530	5,506	5,378	3,886	1,501	450
	שיעור	60.5%	70.3%	71.0%	65.9%	54.8%	48.0%
סה"כ	מונה	2,558	11,848	16,730	15,800	6,417	1,350
	מכנה	3,665	15,470	21,703	21,943	9,914	2,311
	שיעור	69.8%	76.6%	77.1%	72.0%	64.7%	58.4%

**טבלה 82** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל					
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44
פטור	מונה	1,146	5,373	7,368	5,702	1,686	298
	מכנה	1,638	7,109	9,721	8,149	2,795	545
	שיעור	70.0%	75.6%	75.8%	70.0%	60.3%	54.7%
ללא פטור	מונה	1,412	6,475	9,362	10,098	4,731	1,052
	מכנה	2,027	8,361	11,982	13,794	7,119	1,766
	שיעור	69.7%	77.4%	78.1%	73.2%	66.5%	59.6%
סה"כ	מונה	2,558	11,848	16,730	15,800	6,417	1,350
	מכנה	3,665	15,470	21,703	21,943	9,914	2,311
	שיעור	69.8%	76.6%	77.1%	72.0%	64.7%	58.4%

# סוכרת



## רקע

### תאור המחלה

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

איזון רמת הגלוקוז בקרב חולי סוכרת חשוב לצורך תקינות מטבולית בטווח הקצר, ומניעת סיבוכים בכלי דם קטנים וגדולים בטווח הארוך. סיבוכים אלה מהווים את עיקר נטל התחלואה בקרב בקרב חולי סוכרת, גורמים לירידה תפקודית וירידה ניכרת באיכות החיים, ואף מהווים גורם עיקרי לתמותה.

אבחנה של מחלת הסוכרת מבוססת על תסמיני המחלה ועל בדיקות מעבדה. בדיקות מעבדה המשמשות לאבחנת המחלה כוללות רמת המוגלובין מסוכרר (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 ראייה) [1].

לשם שיפור תוקף המדדים בתחום הסוכרת, בוצע בשנת 2012 עדכון נרחב בדרך שבה מוגדר חולי בסוכרת. עד אז זיהוי החולים בוצע לפי רכישת תרופות לטיפול במחלת הסוכרת בלבד. החל משנת 2012 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 מסוג 2, נפוצה ביותר, ושכיחותה בעולם הולכת ועולה בעשורים האחרונים. העליה בשכיחות המחלה מיוחסת לעליה בתוחלת החיים, עליה בהישרדות של חולים הסובלים מסוכרת, מעבר לסביבת מגורים עירונית, שכיחות 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. חיים כיום בעולם 347 מיליון איש הסובלים מסוכרת. בשנת 2030 צפוי מספר החולים להאמיר ל־439 מיליון איש, עם הימצאות עולמית של 7.7%, והסוכרת צפויה להפוך לגורם התמותה השביעי בחשיבותו בעולם [2, 3]. לתחלואה בסוכרת משמעות כלכלית כבדה, ומעריכים כי 14% מהוצאות הבריאות בארה"ב מופנות לטיפול במחלה וסיבוכיה.

בישראל, על פי סקרי הבריאות הלאומיים, שיעור ההימצאות של חולי הסוכרת בקרב אוכלוסיית ישראל הבוגרת נע בין 7.6% ל־8.8% [4]. מספר החולים הסוכרתיים אשר היו רשומים במשרד

הבריאות בסוף שנת 2009 היה 352,320 [5]. במידה וימשכו מגמות גידול האוכלוסייה והעליה בהיארעות הסוכרת בישראל מעריכים כי בשנת 2030 יהיו בארץ 1,200,000 חולי סוכרת [6]. 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 [7]. למרות שסוכרת מסוג 1 שכיחה הרבה פחות מסוכרת מסוג 2 גם בסוכרת מסוג זה חלה עליה בשיעורי ההיארעות בשנים האחרונות. על פי נתוני רשם הסוכרת של מרכז הלאומי לבקרת מחלות, היארעות סוכרת מסוג 1 בקרב ילדים ונוער (גילאים 0-17) עלתה מ-8 מקרים ל-100,000 בשנת 1997 ל-13.9 מקרים ל-100,000 בשנת 2011. בשנה זו אובחנו 355 מקרים חדשים של סוכרת מסוג 1 בקרב בני 0-17. היארעות סוכרת מסוג 1 גבוהה באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית, אך בשתי האוכלוסיות נצפית עליה בהיארעות במהלך השנים: בין השנים 1997-2011 עלו השיעורים בכ-44% בילדים יהודים ובכ-56% בילדים ערבים [8].

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 השירות לעיוור במשרד הרווחה, סוכרת הייתה אחראית ל-11% מ-1,309 מקרי העיוורון החדשים בישראל בשנת 2011 [9].

באופן טיפוסי, 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו נפרופתיה, אך לא בכל המקרים. השלב המוקדם של הפגיעה הכלייתית הסוכרתית מתבטא בהפרשה מוגברת של חלבון בשתן. הפרשה כזו, במיוחד כאשר היא בערכים של 300 מ"ג ליממה או יותר, היא גורם מנבא להתפתחות של אי ספיקת כליות סופנית [10]. מנתוני המאגר הישראלי לדיאליזה והשתלת כליות עולה כי נפרופתיה סוכרתית היא הסיבה השכיחה ביותר להתחלת טיפול בדיאליזה בישראל [11]. 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 כליות וחיים עם כליות מתפקדות פיתחו את מחלת הכליות 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 [12].

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 ובראשונה 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 המסוכרר (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 ויעדי איזון הסוכרת. מחקר ה־Diabetes Control and Complications Trial and Follow-up Study [13] בסוכרת מסוג 1 ומחקר ה־UK Prospective Diabetes Study [14] בסוכרת מסוג 2 הראו כי בחולי סוכרת המצויים בשלב מוקדם של המחלה, השגת איזון הדוק, כפי שמשקף 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, שכאמור כללו 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 [15] וה־Veterans Affairs to Control Cardiovascular Risk in Diabetes trial [16] וכן ה־Diabetes Trial [17], לא הדגימו יעילות רבה יותר במניעת סיבוכים בכלי הדם הגדולים (כולל שבץ מוחי ואוטם) עבור איזון סוכרת קפדני ביותר, המכוון לערכי HbA1c הנמוכים מ־6.5-6.0%, 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 המידי אחרי שהתרחשה [18]. על כן, הקריטריון המומלץ לאיזון סוכרת באוכלוסייה המבוגרת, כמו גם בקרב חולים בעלי משך מחלה ארוך, הינו רמת HbA1c הנמוכה מ־8% [10].



התחלואה בסוכרת בקרב אוכלוסיית הילדים והנוער היא במרבית במקרים בסוכרת מסוג 1, אם כי ישנם מקרים משניים למחלות אחרות כמו ציסטיק פיברוזיס. כמו כן, עם העליה בשיעור השמנת היתר בקרב ילדים ובני נוער נצפית גם עליה במקרי סוכרת מסוג 2 [19]. איזון סוכרת בקרב ילדים ובני נוער הוא נושא מורכב לאור קיומם של מאפיינים יחודיים של אוכלוסייה זו, לדוגמה - משטרי אכילה ופעילות גופנית פחות סדירים, התלות במבוגרים לצורך טיפול תרופתי ושינויים ברגישות לאינסולין במהלך שנות הגדילה וההתפתחות. האיגוד האמריקאי לסוכרת (ADA) ממליץ כי הטיפול בסוכרת בילדים ונוער יעשה על ידי צוותים רב תחומיים [10]. בעבר רווחה הדעה כי ילדים רגישים במיוחד להיפוגליקמיה ולפוטנציאל הנזק הנוירוקוגניטיבי שלה, לכן נקבעו יעדי HbA1c המגדירים איזון טוב של סוכרת על פי קבוצות גיל: עד גיל 6 היעד המומלץ היה רמת HbA1c נמוכה מ-8.5%, בין הגילאים 6-12 רמת HbA1c נמוכה מ-8% ובין הגילאים 13-18 רמת HbA1c נמוכה מ-7.5% [10]. לאחרונה שינה האיגוד האמריקאי לסוכרת את עמדתו ופרסם המלצה חדשה על פיה נקבע יעד אחד של HbA1c המגדיר איזון טוב של סוכרת עבור כל גילאי הילדות והנעורים [20]. על פי המלצה זו יעד האיזון של כל חולי הסוכרת מסוג 1 עד גיל 18 הוא ערכי HbA1c של 7.5%. בכך הפכו המלצות האיגוד האמריקאי לסוכרת תואמות להמלצות של ארגונים אחרים דוגמת הפדרציה הבינלאומית לסוכרת.

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 הפרפרית ובדיקת כפות הרגליים, כולל דפקים ותחושה. תדירות הבדיקות המומלצת היא לרוב אחת לשנה.

מדדי האיכות לניטור וטיפול בסיבוכי סוכרת מתייחסים לפגיעה העינית והכלייתית. האיגוד האמריקאי לסוכרת (ADA) ממליץ לבצע בדיקת עיניים מקיפה, כולל בדיקת קרקעיות פעם בשנה בתוך 5 שנים מאבחנת סוכרת מסוג 1 ובסמוך למועד האבחנה של סוכרת מסוג 2. לאחר בדיקה תקינה אחת או יותר ניתן לשקול תדירות נמוכה יותר (פעם בשנתיים) של בדיקת עיניים [10]. 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. אבחנה מוקדמת של פגיעה סוכרתית עינית חשובה ביותר כי טיפול הולם (בד"כ פוטו קואגולציה באמצעות לייזר) עשוי למנוע פגיעה בראייה ועיוורון.

החל מהדו"ח הנוכחי הורחבה היריעה בנושא מחלת כליות סוכרתית והיא כוללת כעת ארבעה מדדים המתייחסים לניטור, תיעוד וטיפול. האיגוד האמריקאי לסוכרת ממליץ לבצע סיקור שנתי של רמות הפרשת האלבומין בשתן. יש להתחיל בסיקור בתוך 5 שנים מאבחנת סוכרת מסוג 1, ובסמוך למועד האבחנה של סוכרת מסוג 2. כמו כן, בכל חולי הסוכרת יש לבצע בדיקה שנתי של רמות קראטינין בדם כדי לאפשר חישוב של eGFR, וזאת ללא תלות ברמת האלבומינוריה. המעקב אחר התפקוד הכלייתי חשוב לסיווג הנפרופתיה הסוכרתית לשלב המחלה, לאיתור וטיפול בסיבוכים משניים לאי ספיקת כליות ולהפניה בעיתוי מתאים להערכה לפני דיאליזה.

בנוסף לאיזון מיטבי של רמות הגלוקוז ושל ערכי לחץ הדם, הוכח כי טיפול בתרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין (ACE-I ו-ARBs) מאט את קצב התקדמות מחלת הכליות הסוכרתית. קיימת התוויה לטיפול תרופתי ב-ACE-I/ARBs בחולים סוכרתיים הסובלים מיתר לחץ דם

ו/או מהפרשת חלבון בשתן [10]. עיקר המחקרים אשר בדקו את יעילות התרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין בטיפול בנפרופתיה סוכרתית נעשו בחולים סוכרתיים בגילאי הביניים. לאור מיעוט המידע לגבי יעילות הטיפול בקבוצת הגיל הקשישה, הוגבל המדד הבודק את שיעור השימוש בתרופות אלו עד לגיל 74.

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 הקודם, 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 [21].

מחקרים אפידמיולוגים מהווים תמיכה לכך שחולי סוכרת, ובייחוד אלה הסובלים מסיבוכים לבביים וכלייתיים, מצויים בסיכון מוגבר לסיבוכים, אישפוזים 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, אשר משקף את העובדה שלסוכרת בגילאי הילדות והנעורים (2-17 שנים) מאפיינים יחודיים: כמעט תמיד מדובר בסוכרת מסוג 1 המחייבת טיפול תרופתי באינסולין. בנוסף, בניגוד לחולי הסוכרת הבוגרים, רוב החולים בגילאי הילדות והנעורים מטופלים במסגרת מרפאות יעודיות. לאור זאת, בוצעה בדו"ח הנוכחי הפרדה של מדדי הסוכרת לשתי קבוצות מדדים: האחת כוללת מדדים המתייחסים לחולי סוכרת בוגרים, מגיל 18 ואילך, והשנייה לחולי סוכרת בגיל הילדות והנעורים (2-17 שנים).

בנוסף, בדו"ח הנוכחי נוספו שלושה מדדים חדשים המתייחסים לאבחון וטיפול במחלת כליות סוכרתית.

## מדדי סוכרת בבוגרים מגיל 18

### הימצאות סוכרת

✓ שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

### איכות הטיפול בסוכרת

#### איזון גלוקוז בדם

✓ שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

✓ שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

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

## ניטור סיבוכי סוכרת

### רטינופתיה סוכרתית

✓ שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

### מחלת כליות סוכרתית

✓ שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

✓ שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

✓ שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

✓ שיעור הטיפול ב-ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

## ניטור ואיזון מחלות נלוות לסוכרת

### לחץ דם

✓ שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

### כולסטרול

✓ שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

### השמנה

✓ שיעור התייעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

### חיסונים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

✓ שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

## מדדי סוכרת בגילאי הילדות והנעורים (2-17 שנים)

### הימצאות סוכרת

✓ שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

בדו"ח הנוכחי נעשה ריבוד של מדד ההימצאות עפ"י קבוצות גיל. בניגוד לסוכרת בגיל המבוגר, בגיל הילדות והנעורים מדובר כמעט תמיד בסוכרת מסוג 1 המחייבת טיפול באינסולין. לכן הגדרת אוכלוסיית חולי הסוכרת בקבוצת גיל זו מתבססת על רכישת טיפול באינסולין בלבד בשנה שקדמה לשנת המדד.

## איכות הטיפול בסוכרת

### ניטור ומעקב

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

### איזון גלוקוז בדם

✓ שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

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

### חיסונים

✓ שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

## שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

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

**רציונאל:** בעולם כולו ובישראל בפרט ישנה עליה מתמשכת בהימצאות סוכרת. 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. במידה וימשכו מגמות גידול האוכלוסייה והעליה בהיארעות הסוכרת בישראל מעריכים כי בשנת 2030 יהיו בארץ 1,200,000 חולי סוכרת. 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.

**מכנה:** כלל המבוטחים בני 18 ומעלה

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

**הערות:** במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער בדו"ח הנוכחי, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 ומעלה בלבד.

## תוצאות (תרשימים 103-106 וטבלאות 83-85)

בשנת 2013 חיו בישראל 468,103 חולי סוכרת בני 18 ומעלה, המהווים 9.6% מקרב בני 18 ומעלה באוכלוסייה. שיעור ההימצאות של מחלת הסוכרת המשיך לעלות במהלך שנות המעקב, בעיקר בין השנים 2011 ו-2012 (מ-9.1% ל-9.5%). שיעור חולי הסוכרת עולה עם הגיל, מגיע לשיא של 32.4% בקבוצת הגיל 75-84 שנים, ויורד בגילאי 85 שנה ומעלה.

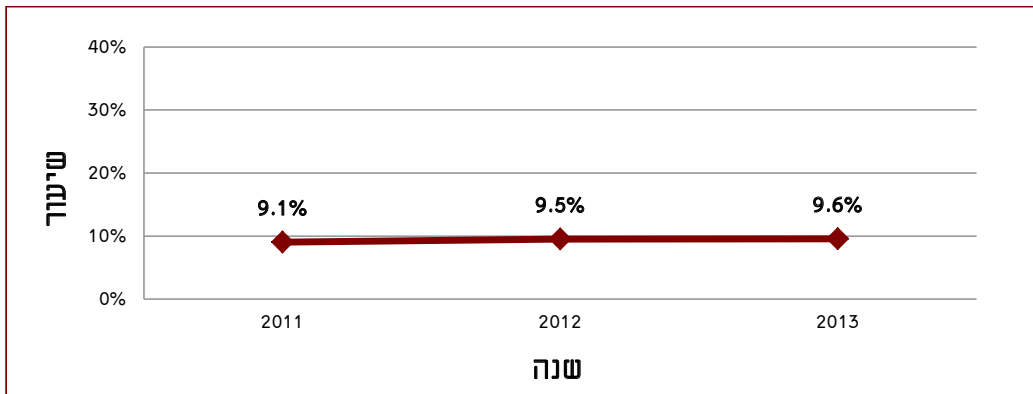
שיעור ההימצאות של סוכרת גבוה יותר בקרב גברים (10.1%) לעומת נשים (9.1%).

פערים משמעותיים ביותר נצפים בשכיחות הסוכרת לפי מעמד חברתי-כלכלי. בשנת 2013 שיעור חולי הסוכרת בקרב המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה פי 3.6 ביחס לאלו ממעמד גבוה (ללא פטור). הפערים קיימים בכל קבוצות הגיל, אך הם בולטים במיוחד מתחת לגיל 74.

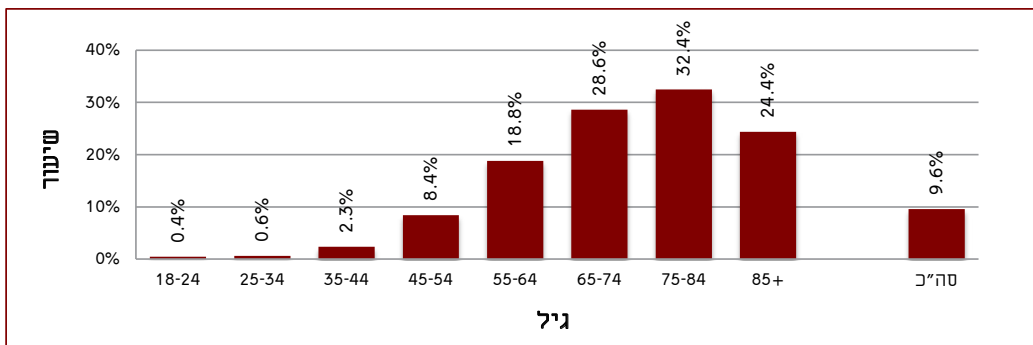
## שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

שיעור המבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת תרופות הסוכרת או בעלי בדיקות מעבדה המעידות על חולי בסוכרת (מונה), מקרב מבוטחים בני 18 ומעלה (מכנה)

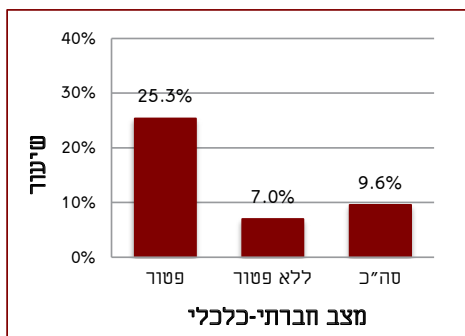
תרשים 103 לפי שנה, 2011-2013



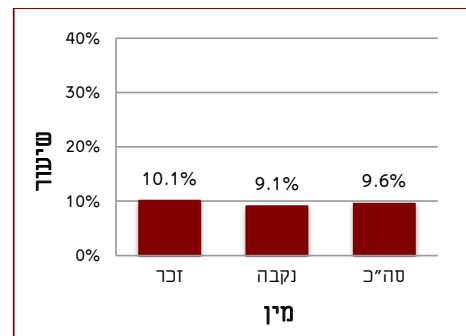
תרשים 104 לפי גיל, 2013



תרשים 106 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 105 לפי מין, 2013



## שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

מבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים מרשימת תרופות הסוכרת או בעלי בדיקות מעבדה המעידות על חולי בסוכרת (מונה), מקרב מבוטחים בני 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 83 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	425,779	20,430	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233
	מכנה	4,704,515	91,234	253,420	395,509	693,628	765,374	915,540	1,039,255	550,555
	שיעור	9.1%	22.4%	30.5%	27.8%	18.1%	8.2%	2.3%	0.6%	0.4%
2012	מונה	457,202	22,915	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
	מכנה	4,798,057	95,058	258,837	418,836	702,056	773,440	944,586	1,046,832	558,412
	שיעור	9.5%	24.1%	32.3%	28.8%	18.9%	8.5%	2.4%	0.6%	0.4%
2013	מונה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	מכנה	4,886,499	99,569	268,706	444,161	705,983	778,540	971,922	1,055,221	562,397
	שיעור	9.6%	24.4%	32.4%	28.6%	18.8%	8.4%	2.3%	0.6%	0.4%

טבלה 84 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	234,252	9,433	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
	מכנה	2,320,024	36,317	112,543	205,020	336,126	378,302	475,231	520,603	255,882
	שיעור	10.1%	26.0%	33.4%	30.6%	20.8%	9.8%	2.8%	0.7%	0.5%
נקבה	מונה	233,851	14,816	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
	מכנה	2,566,475	63,252	156,163	239,141	369,857	400,238	496,691	534,618	306,515
	שיעור	9.1%	23.4%	31.8%	26.9%	17.0%	7.1%	1.9%	0.6%	0.4%
סה"כ	מונה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	מכנה	4,886,499	99,569	268,706	444,161	705,983	778,540	971,922	1,055,221	562,397
	שיעור	9.6%	24.4%	32.4%	28.6%	18.8%	8.4%	2.3%	0.6%	0.4%

טבלה 85 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	173,647	11,257	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	מכנה	685,086	44,976	119,098	160,594	153,372	86,328	59,331	41,397	19,990
	שיעור	25.3%	25.0%	34.1%	34.7%	29.4%	17.6%	7.2%	2.8%	1.9%
ללא פטור	מונה	294,456	12,992	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
	מכנה	4,201,413	54,593	149,608	283,567	552,611	692,212	912,591	1,013,824	542,407
	שיעור	7.0%	23.8%	31.1%	25.1%	15.8%	7.3%	2.0%	0.5%	0.4%
סה"כ	מונה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	מכנה	4,886,499	99,569	268,706	444,161	705,983	778,540	971,922	1,055,221	562,397
	שיעור	9.6%	24.4%	32.4%	28.6%	18.8%	8.4%	2.3%	0.6%	0.4%

## שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת שביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנת המדד

**רציונאל:** המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על-ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על-ידי בדיקת המוגלובין מסוכרר (HbA1c), בדיקה המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. לבדיקה זו חשיבות רבה למעקב אחר איזון המחלה בחולי הסוכרת, וחשוב לבצעה לפחות אחת לשנה.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 ומעלה

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

**הערות:** במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 ומעלה בלבד.

### תוצאות (תרשימים 107-110 וטבלאות 86-88)

בשנת 2013 חיו בישראל 468,103 חולי סוכרת בני 18 ומעלה, מתוכם 89.6% ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד. שיעור זה נותר יציב במהלך שנות המעקב. שיעור ביצוע הבדיקה הולך ועולה עם הגיל: מ-80.9% בגילאי 25-34 שנים (81.7% בגילאי 18-24) ועד ל-92.2% בקבוצת הגיל של 65-74 שנים. בגילאים המבוגרים יותר ישנה מגמה של ירידה בשיעור ביצוע הבדיקה.

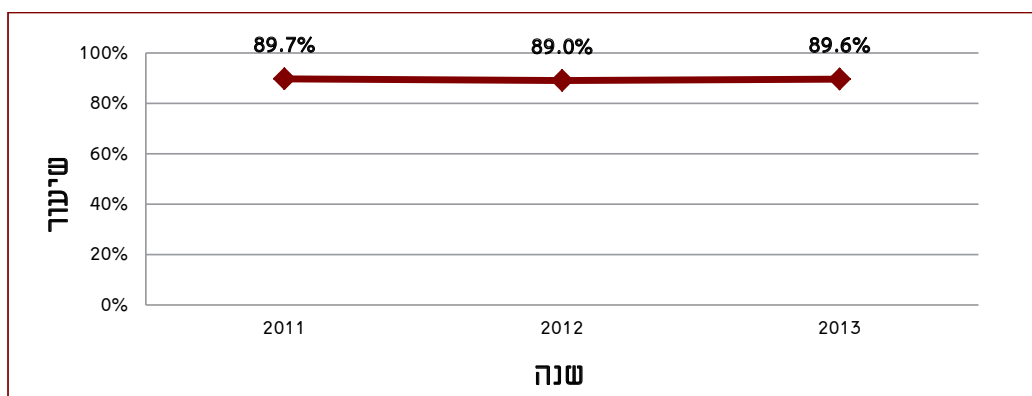
שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c גבוה מעט יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים, ועמד בשנת 2013 על 90.6% בנשים לעומת 88.5% בגברים.

שיעור ביצוע בדיקת HbA1c בשנת 2013 גבוה מעט יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למעמד חברתי גבוה (ללא פטור) בכל קבוצות הגיל, ועמד על 91.2% לעומת 88.6%.

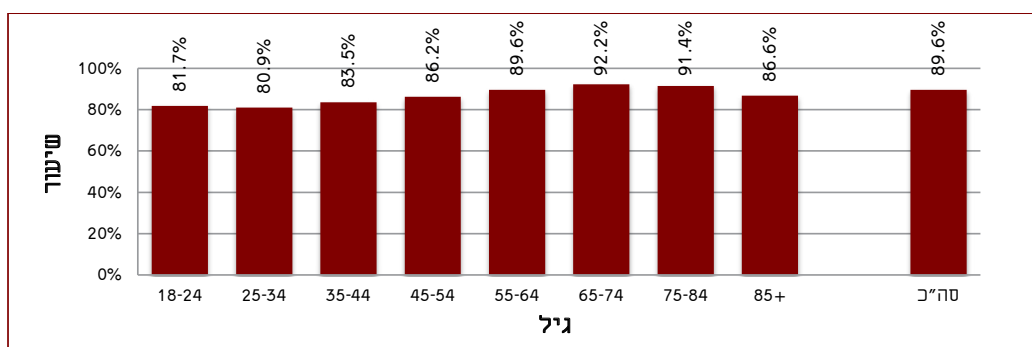
## שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה (מכנה)

תרשים 107 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 108 לפי גיל, 2013



תרשים 110 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 109 לפי מין, 2013





## שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 86 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2011	382,066	17,584	70,466	101,892	113,155	54,233	17,834	5,085	1,817
	425,779	20,430	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233
	89.7%	86.1%	91.3%	92.8%	90.0%	86.3%	83.9%	80.5%	81.4%
2012	406,955	19,582	75,920	110,920	118,397	56,251	18,788	5,197	1,900
	457,202	22,915	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
	89.0%	85.5%	90.8%	91.8%	89.2%	85.7%	82.9%	79.7%	80.6%
2013	419,214	21,009	79,670	117,113	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	89.6%	86.6%	91.4%	92.2%	89.6%	86.2%	83.5%	80.9%	81.7%

טבלה 87 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	207,408	8,272	34,413	57,372	61,674	31,134	10,826	2,740	977
	234,252	9,433	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
	88.5%	87.7%	91.6%	91.6%	88.4%	84.4%	81.4%	80.2%	80.7%
נקבה	211,806	12,737	45,257	59,741	57,044	25,229	8,208	2,560	1,030
	233,851	14,816	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
	90.6%	86.0%	91.3%	92.9%	90.9%	88.6%	86.4%	81.7%	82.7%
סה"כ	419,214	21,009	79,670	117,113	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	89.6%	86.6%	91.4%	92.2%	89.6%	86.2%	83.5%	80.9%	81.7%

טבלה 88 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	158,444	9,760	37,218	51,688	41,223	13,542	3,702	996	315
	173,647	11,257	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	91.2%	86.7%	91.6%	92.8%	91.5%	89.1%	87.2%	86.5%	83.3%
ללא פטור	260,770	11,249	42,452	65,425	77,495	42,821	15,332	4,304	1,692
	294,456	12,992	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
	88.6%	86.6%	91.3%	91.8%	88.6%	85.3%	82.7%	79.7%	81.4%
סה"כ	419,214	21,009	79,670	117,113	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	89.6%	86.6%	91.4%	92.2%	89.6%	86.2%	83.5%	80.9%	81.7%

## שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 18-84 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 (וوتק מחלה העולה על 10 שנים).

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

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

**הערות:** יעד האיזון מרובד הן על פי גיל החולה והן על פי משך מחלתו. חולה מוגדר כבעל משך מחלה ארוך אם ביצע רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת 10 שנים לפני שנת המדד הנוכחית. מאחר והנתונים הדרושים להפרדה בין חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך לבין יתר חולי הסוכרת קיימים רק משנת המדד 2012, לא מופיעים בדו"ח הנוכחי נתונים למדד זה עבור השנה 2011. במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 עד 84.

## תוצאות (תרשימים 111-114 וטבלאות 89-91)

בשנת 2013 שיעור חולי הסוכרת בגילאי 18-84 שנים עם רמת HbA1c מאוזנת עלה מעט ביחס לשנת 2012 ועמד על 64.3% לעומת 63.2%. קיימת מגמה של עליה בשיעור החולים המאוזנים עם הגיל, מ-37.2% בקרב בני 18-24 שנים, ועד 84.7% בבני 75-84 שנים.

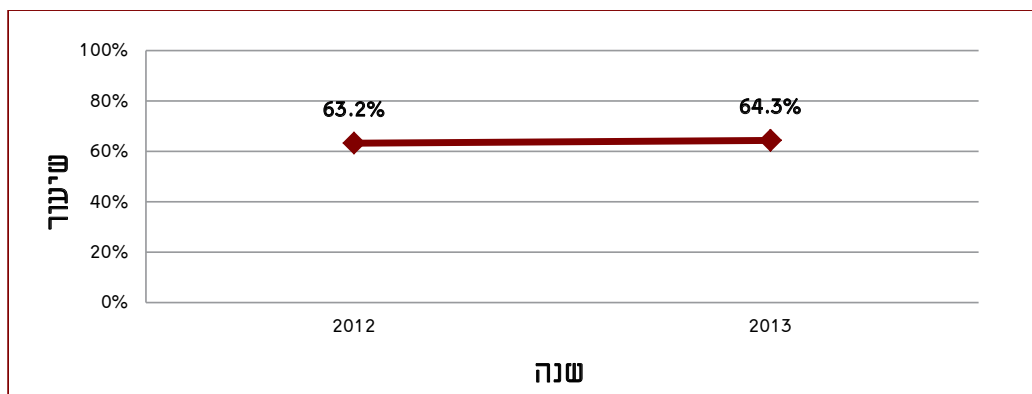
שיעור האיזון בשנת 2013 היה גבוה בנשים ביחס לגברים (66.7% לעומת 62.0%). מגמה זו נצפתה בכל קבוצות הגיל, אך הפער מצטמצם בגילאים המבוגרים.

שיעור החולים המאוזנים בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה דומה לזה של מבוטחים ממעמד גבוה (ללא פטור), אך בגילאים 45-74 השיעור במבוטחים ממעמד נמוך היה נמוך בכ-5% מהשיעור במבוטחים ממעמד גבוה.

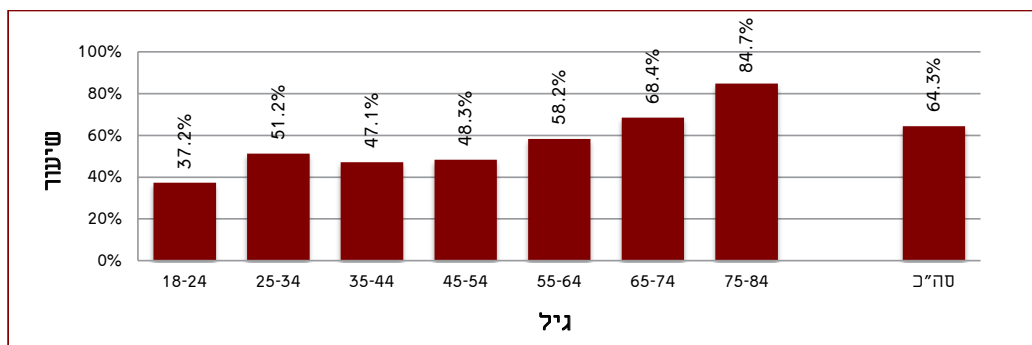
## שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

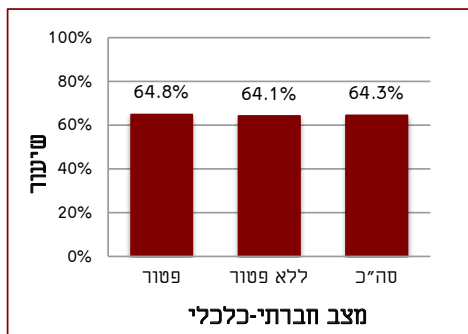
תרשים 111 לפי שנה, 2012-2013\*



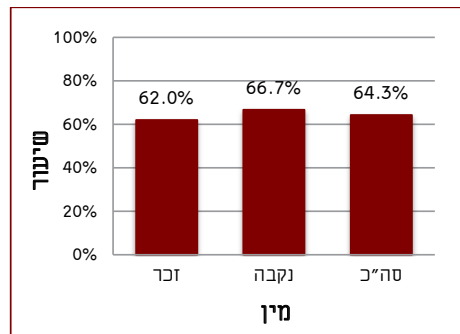
תרשים 112 לפי גיל, 2013



תרשים 114 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 113 לפי מין, 2013



\*השיעורים חושבו רק עבור השנים 2012-2013.

## שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת עם רמת HbA1c מאוזנת (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 89 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2013\*

שנה	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2012	244,317	63,736	73,962	68,022	26,643	8,688	2,569	697
	386,403	75,675	110,195	118,397	56,251	18,788	5,197	1,900
	63.2%	84.2%	67.1%	57.5%	47.4%	46.2%	49.4%	36.7%
2013	255,609	67,214	79,671	69,095	27,199	8,970	2,713	747
	397,217	79,381	116,414	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	64.3%	84.7%	68.4%	58.2%	48.3%	47.1%	51.2%	37.2%

טבלה 90 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	123,243	28,973	38,249	35,036	14,564	4,825	1,253	343
	198,729	34,283	57,095	61,674	31,134	10,826	2,740	977
	62.0%	84.5%	67.0%	56.8%	46.8%	44.6%	45.7%	35.1%
נקבה	132,366	38,241	41,422	34,059	12,635	4,145	1,460	404
	198,488	45,098	59,319	57,044	25,229	8,208	2,560	1,030
	66.7%	84.8%	69.8%	59.7%	50.1%	50.5%	57.0%	39.2%
סה"כ	255,609	67,214	79,671	69,095	27,199	8,970	2,713	747
	397,217	79,381	116,414	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	64.3%	84.7%	68.4%	58.2%	48.3%	47.1%	51.2%	37.2%

טבלה 91 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	95,956	31,211	33,761	22,600	6,077	1,684	503	120
	148,152	37,073	51,301	41,223	13,542	3,702	996	315
	64.8%	84.2%	65.8%	54.8%	44.9%	45.5%	50.5%	38.1%
ללא פטור	159,653	36,003	45,910	46,495	21,122	7,286	2,210	627
	249,065	42,308	65,113	77,495	42,821	15,332	4,304	1,692
	64.1%	85.1%	70.5%	60.0%	49.3%	47.5%	51.3%	37.1%
סה"כ	255,609	67,214	79,671	69,095	27,199	8,970	2,713	747
	397,217	79,381	116,414	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	64.3%	84.7%	68.4%	58.2%	48.3%	47.1%	51.2%	37.2%

\*השיעורים חושבו רק עבור השנים 2012-2013.

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

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

**רציונאל:** רמת הגלוקוז בדמם של חולי סוכרת משפיעה באופן ישיר על סיבוכי המחלה, ביניהם מחלות לב וכלי דם, עיוורון ואי ספיקת כליות. המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על־ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על־ידי בדיקת המוגלובין A1c (HbA1c), המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. הקריטריון המקובל כיום לאיזון טוב הוא רמת HbA1c מתחת ל־7% או מתחת ל־8% כתלות בגיל החולה ובמשך המחלה, ולאיזון שאינו מספק - רמת HbA1c מעל 9%. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם אינה מאוזנת ברמה מספקת.

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

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

**הערות:** במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 ומעלה בלבד.

### תוצאות (תרשימים 115–118 וטבלאות 92–94)

שיעור חולי הסוכרת שאינם מאוזנים (רמת HbA1c הגבוהה מ־9%) עמד בשנת 2013 על 12.2%. השיעור מדגים ירידה קלה במשך שנות המעקב. שיעור החולים שאינם מאוזנים יורד עם הגיל; בגילאים הצעירים (מתחת לגיל 54) השיעור עולה על 20%.

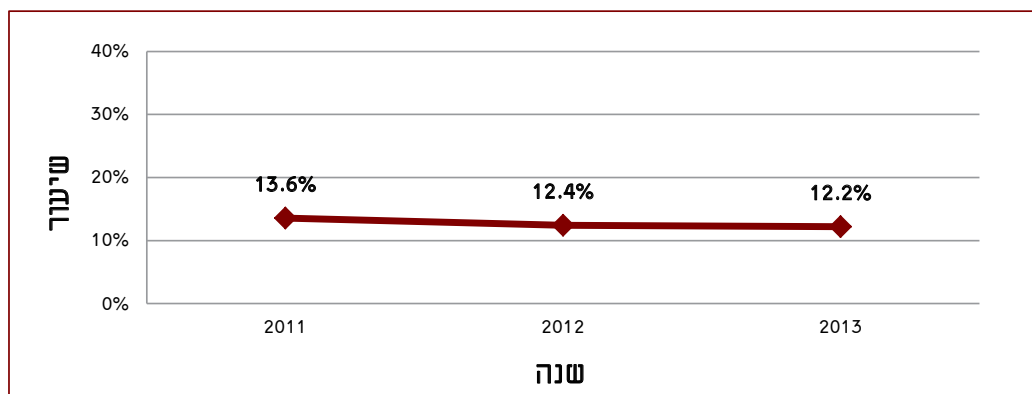
בשנת 2013, שיעור הגברים חולי הסוכרת שאינם מאוזנים גבוה מעט ביחס לשיעור המקביל בנשים (13.0% לעומת 11.4%).

שיעור חולי הסוכרת שאינם מאוזנים בקרב מבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מעט ביחס לשיעור בקרב מבוטחים ממעמד גבוה (ללא פטור) (13.2% לעומת ל־11.6%).

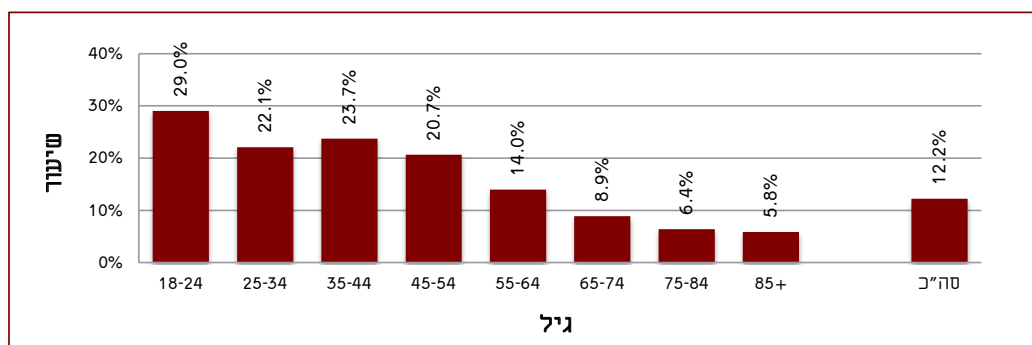
## שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ-9.0% (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

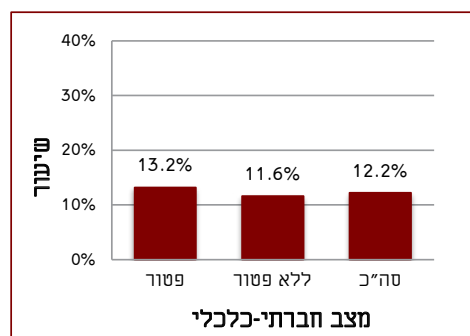
תרשים 115 לפי שנה, 2011-2013



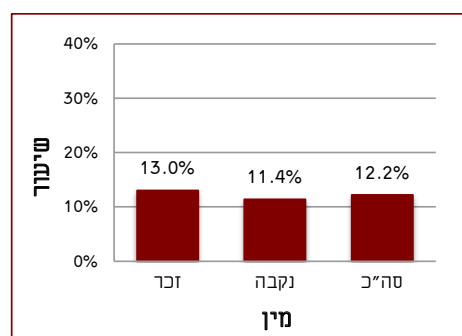
תרשים 116 לפי גיל, 2013



תרשים 118 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 117 לפי מין, 2013



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

חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ-9.0% (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 92 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	51,823	1,118	5,104	10,261	16,978	12,177	4,433	1,210	542
	מכנה	382,066	17,584	70,466	101,892	113,155	54,233	17,834	5,085	1,817
	שיעור	13.6%	6.4%	7.2%	10.1%	15.0%	22.5%	24.9%	23.8%	29.8%
2012	מונה	50,542	1,119	4,972	10,143	16,514	11,649	4,378	1,185	582
	מכנה	406,955	19,582	75,920	110,920	118,397	56,251	18,788	5,197	1,900
	שיעור	12.4%	5.7%	6.5%	9.1%	13.9%	20.7%	23.3%	22.8%	30.6%
2013	מונה	51,171	1,225	5,076	10,365	16,603	11,641	4,509	1,170	582
	מכנה	419,214	21,009	79,670	117,113	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	שיעור	12.2%	5.8%	6.4%	8.9%	14.0%	20.7%	23.7%	22.1%	29.0%

טבלה 93 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	27,054	508	2,184	5,244	8,842	6,569	2,740	677	290
	מכנה	207,408	8,272	34,413	57,372	61,674	31,134	10,826	2,740	977
	שיעור	13.0%	6.1%	6.3%	9.1%	14.3%	21.1%	25.3%	24.7%	29.7%
נקבה	מונה	24,117	717	2,892	5,121	7,761	5,072	1,769	493	292
	מכנה	211,806	12,737	45,257	59,741	57,044	25,229	8,208	2,560	1,030
	שיעור	11.4%	5.6%	6.4%	8.6%	13.6%	20.1%	21.6%	19.3%	28.3%
סה"כ	מונה	51,171	1,225	5,076	10,365	16,603	11,641	4,509	1,170	582
	מכנה	419,214	21,009	79,670	117,113	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	שיעור	12.2%	5.8%	6.4%	8.9%	14.0%	20.7%	23.7%	22.1%	29.0%

טבלה 94 לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	20,890	542	2,495	5,565	7,315	3,555	1,048	270	100
	מכנה	158,444	9,760	37,218	51,688	41,223	13,542	3,702	996	315
	שיעור	13.2%	5.6%	6.7%	10.8%	17.7%	26.3%	28.3%	27.1%	31.7%
ללא פטור	מונה	30,281	683	2,581	4,800	9,288	8,086	3,461	900	482
	מכנה	260,770	11,249	42,452	65,425	77,495	42,821	15,332	4,304	1,692
	שיעור	11.6%	6.1%	6.1%	7.3%	12.0%	18.9%	22.6%	20.9%	28.5%
סה"כ	מונה	51,171	1,225	5,076	10,365	16,603	11,641	4,509	1,170	582
	מכנה	419,214	21,009	79,670	117,113	118,718	56,363	19,034	5,300	2,007
	שיעור	12.2%	5.8%	6.4%	8.9%	14.0%	20.7%	23.7%	22.1%	29.0%

## שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

**הגדרת המדד:** חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת עיניים תקופתית

**רציונאל:** סוכרת היא סיבה מובילה לעיוורון במערב, והפגיעה ברשתית העין כתוצאה מסוכרת (רטינופתיה סוכרתית) היא סיבוך נפוץ של המחלה. 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. 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 18-84

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר בקרו אצל רופא עיניים בתדירות המומלצת: פעם בשנה בחולים עם משך מחלה ארוך (מעל 10 שנים) ופעם בשנתיים בקרב יתר חולי הסוכרת

**הערות:** חולה מוגדר כבעל משך מחלה ארוך אם ביצע רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת 10 שנים לפני שנת המדד הנוכחית. מאחר והנתונים הדרושים להפרדה בין חולי סוכרת עם משך מחלה ארוך לבין יתר חולי הסוכרת קיימים רק משנת המדד 2012, לא מופיעים בדו"ח הנוכחי נתונים למדד זה עבור השנה 2011. במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18-84.

## תוצאות (תרשימים 119-122 וטבלאות 95-97)

בשנת 2013, 74.2% מחולי הסוכרת ביצעו בדיקת עיניים בתדירות הנדרשת וחלה ירידה קלה לעומת שנת 2012 בה עמד השיעור על 76.6%. שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בקרב חולי הסוכרת עולה בהדרגה עם הגיל עד לשיא בקבוצת הגיל 65-74 (78.5%).

בקרב כלל חולי הסוכרת בגילאים 18-84, שיעור ביצוע בדיקות העיניים גבוה בנשים לעומת גברים (75.8% לעומת 72.7%). מגמה זו מתהפכת מעבר לגיל 75.

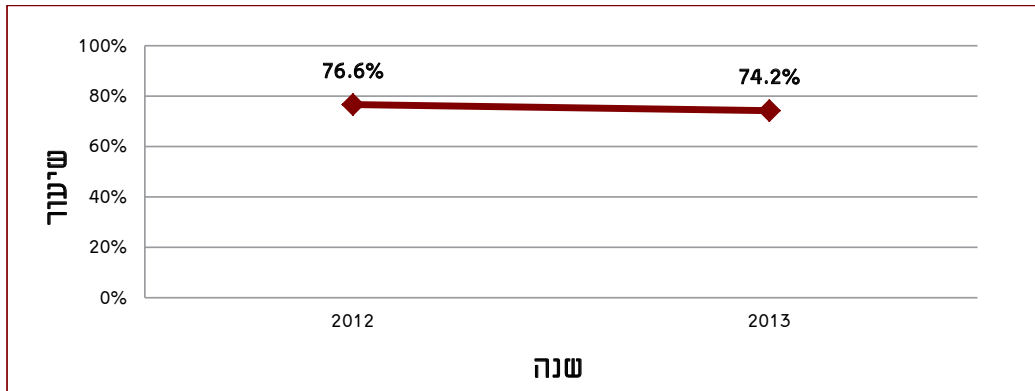
שיעור החולים שביצעו בדיקת עיניים מבין המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) עמד על 75.5% לעומת 73.5% בקרב אלו ממעמד גבוה (ללא פטור). לאחר גיל 65, מגמה זו מתהפכת ושיעור הביצוע גבוה מעט יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.



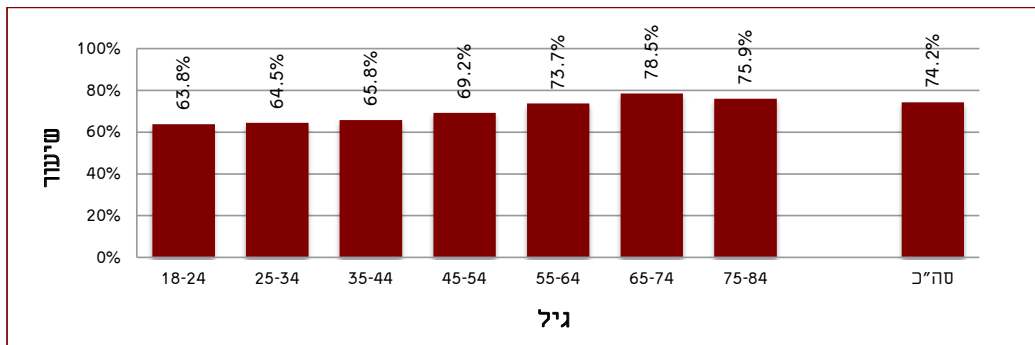
## שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות עיניים תקופתית (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

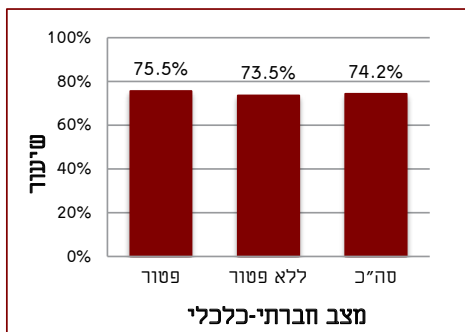
תרשים 119 לפי שנה, 2012-2013\*



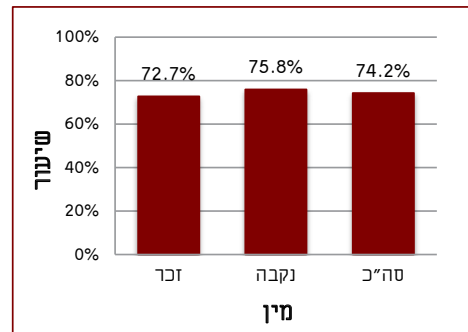
תרשים 120 לפי גיל, 2013



תרשים 122 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 121 לפי מין, 2013



\*השיעורים חושבו רק עבור השנים 2012-2013.

## שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות עיניים תקופתית (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

טבלה 95 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2012-2013\*

שנה	מונה	גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2012	מכנה	332,673	64,879	97,398	101,050	47,672	15,818	4,319	1,537
	שיעור	76.6%	77.6%	80.6%	76.2%	72.6%	69.8%	66.2%	65.2%
	סה"כ	434,287	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
2013	מכנה	329,557	66,166	99,672	97,692	45,241	14,994	4,224	1,568
	שיעור	74.2%	75.9%	78.5%	73.7%	69.2%	65.8%	64.5%	63.8%
	סה"כ	443,854	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457

טבלה 96 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מכנה	163,474	29,242	48,570	49,630	24,620	8,480	2,175	757
	שיעור	72.7%	77.8%	77.5%	71.1%	66.7%	63.8%	63.7%	62.5%
	סה"כ	224,819	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
נקבה	מכנה	166,083	36,924	51,102	48,062	20,621	6,514	2,049	811
	שיעור	75.8%	74.5%	79.5%	76.6%	72.4%	68.6%	65.4%	65.1%
	סה"כ	219,035	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
סה"כ	מכנה	329,557	66,166	99,672	97,692	45,241	14,994	4,224	1,568
	שיעור	74.2%	75.9%	78.5%	73.7%	69.2%	65.8%	64.5%	63.8%
	סה"כ	443,854	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457

טבלה 97 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מכנה	122,628	30,421	43,414	33,938	10,899	2,937	767	252
	שיעור	75.5%	74.9%	77.9%	75.3%	71.7%	69.2%	66.6%	66.7%
	סה"כ	162,390	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
ללא פטור	מכנה	206,929	35,745	56,258	63,754	34,342	12,057	3,457	1,316
	שיעור	73.5%	76.8%	79.0%	72.9%	68.4%	65.0%	64.0%	63.3%
	סה"כ	281,464	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
סה"כ	מכנה	329,557	66,166	99,672	97,692	45,241	14,994	4,224	1,568
	שיעור	74.2%	75.9%	78.5%	73.7%	69.2%	65.8%	64.5%	63.8%
	סה"כ	443,854	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457

\*השיעורים חושבו רק עבור השנים 2012-2013.

## שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת

בני 18-84

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 18-84 שביצעו בדיקת מיקרואלבומינוריה, פרוטאינוריה או יחס אלבומין/קראטינין (איסוף שתן או דגימת שתן) בשנת המדד

**רציונאל:** 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה בכליות, עד לאי ספיקת כליות סופנית, מצב בו יש צורך בטיפול דיאליזה או השתלת כליה. הבדיקה המעבדתית החיונית ביותר כסמן מוקדם לפגיעה כלייתית בחולי סוכרת היא מעקב אחר רמות האלבומין המופרש בשתן. כאשר תפקוד הכליה מתחיל להשתבש רמות האלבומין הנמדדות בשתן עולות באופן הדרגתי. הפרשה של מעל 300 מ"ג אלבומין ביממה היא גורם מנבא להתקדמות המחלה הכלייתית והתפתחות אי ספיקת כליות סופנית. בנוסף, אלבומינוריה היא סמן לסיכון גבוה למחלה קרדיו־וסקולרית. בדיקות לזיהוי אלבומינוריה (הפרשה מוגברת של חלבון האלבומין בשתן) יש לבצע לפחות אחת לשנה. חשיבות הבדיקה נובעת מכך שיש טיפול יעיל להאטת הנזק הכלייתי מרגע שזה מזוהה, בתרופות מסוג ACEI (angiotensin converting enzyme inhibitors) או ARB (angiotensin receptor blockers).

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 עד 84

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

**הערות:** במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18-84.

## תוצאות (תרשימים 123-126 וטבלאות 98-100)

בשנת 2013, מתוך חולי הסוכרת (בני 18-84), 77.8% ביצעו בדיקה לאיתור חלבון בשתן. שיעור זה עלה בהדרגה משנת 2011 (74.4%). שיעור ביצוע הבדיקה עולה עם הגיל עד קבוצת הגיל 65-74 (81.4%), ויורד לרמה של 76.3% בקבוצת הגיל 75-84.

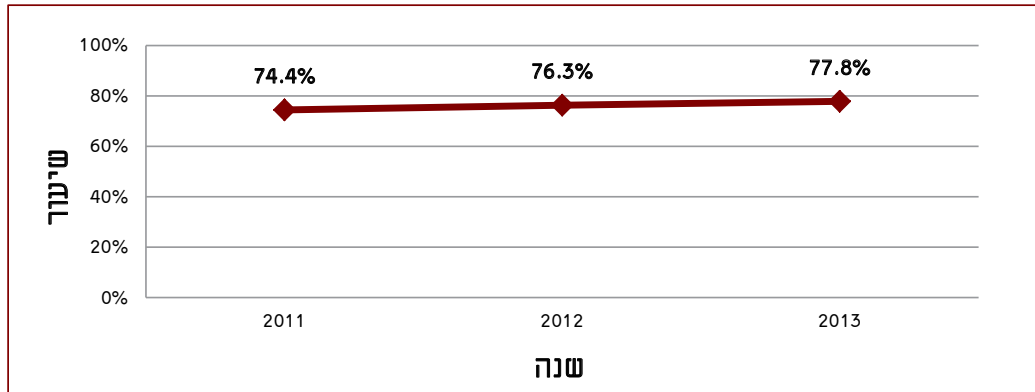
שיעור ביצוע הבדיקות לאיתור חלבון בשתן דומה בקרב גברים (78.1%) ונשים (77.5%).

שיעור החולים שביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן מבין המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מעט יותר מהשיעור בקרב אלו השייכים למעמד גבוה (ללא פטור) ועומד על 78.4% לעומת 77.4%.

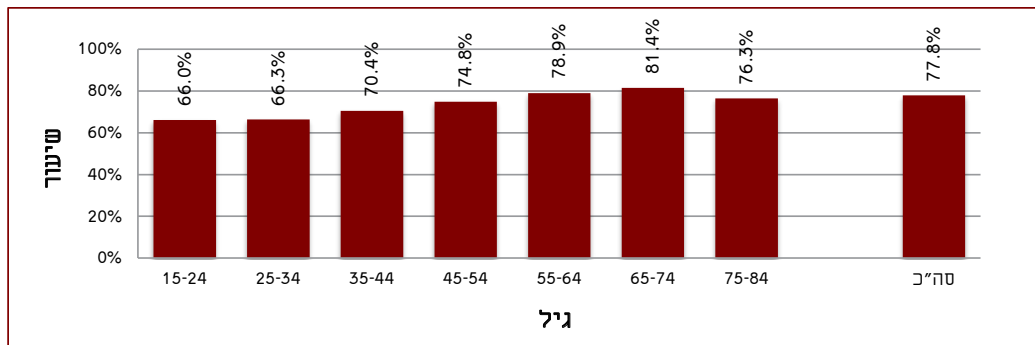
## שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

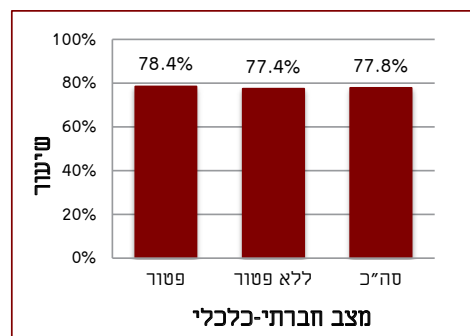
תרשים 123 לפי שנה, 2011-2013



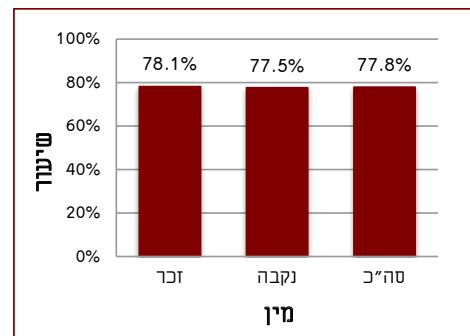
תרשים 124 לפי גיל, 2013



תרשים 126 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 125 לפי מין, 2013



## שיעור הביצוע של בדיקות לאיתור חלבון בשתן בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקות לאיתור חלבון בשתן (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

**טבלה 98** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	302,444	55,208	86,291	95,484	44,934	14,453	3,985	1,405
	מכנה	406,343	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233
	שיעור	74.4%	71.5%	78.6%	75.9%	71.5%	68.0%	63.1%	62.9%
2012	מונה	332,287	62,134	96,551	103,284	48,085	15,760	4,209	1,498
	מכנה	435,427	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
	שיעור	76.3%	74.3%	79.9%	77.8%	73.2%	69.5%	64.5%	63.6%
2013	מונה	346,217	66,523	103,327	104,611	48,886	16,054	4,342	1,621
	מכנה	445,085	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	77.8%	76.3%	81.4%	78.9%	74.8%	70.4%	66.3%	66.0%

**טבלה 99** לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	175,867	29,842	51,255	54,709	27,288	9,298	2,305	798
	מכנה	225,293	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
	שיעור	78.1%	79.4%	81.8%	78.4%	73.9%	69.9%	67.5%	65.9%
נקבה	מונה	170,350	36,681	52,072	49,902	21,598	6,756	2,037	823
	מכנה	219,792	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
	שיעור	77.5%	74.0%	81.0%	79.5%	75.8%	71.1%	65.0%	66.1%
סה"כ	מונה	346,217	66,523	103,327	104,611	48,886	16,054	4,342	1,621
	מכנה	445,085	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	77.8%	76.3%	81.4%	78.9%	74.8%	70.4%	66.3%	66.0%

**טבלה 100** לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל							
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	127,726	30,793	45,120	35,926	11,526	3,024	776	233
	מכנה	162,884	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	שיעור	78.4%	75.8%	81.0%	79.7%	75.8%	71.2%	67.4%	61.6%
ללא פטור	מונה	218,491	35,730	58,207	68,685	37,360	13,030	3,566	1,388
	מכנה	282,201	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
	שיעור	77.4%	76.8%	81.7%	78.5%	74.4%	70.2%	66.0%	66.8%
סה"כ	מונה	346,217	66,523	103,327	104,611	48,886	16,054	4,342	1,621
	מכנה	445,085	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	77.8%	76.3%	81.4%	78.9%	74.8%	70.4%	66.3%	66.0%

## שיעור התיעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 18 עד 84 עם תיעוד של GFR, eGFR או מרכיבי GFR (קראטינין) בשנת המדד.

**רציונאל:** 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה בכליות, עד לאי ספיקת כליות סופנית, מצב בו יש צורך בטיפול דיאליזה או השתלת כליה. באופן טיפוסי הסימן הראשון לפגיעה כלייתית משנית לסוכרת היא הפרשה מוגברת של חלבון בשתן. עם זאת, חלק מהחולים יפתחו פגיעה כלייתית על רקע סוכרתי אשר תתבטא בירידה בערכי ה-GFR ללא הפרשה מוגברת של חלבון. עבור חולים אלו מעקב אחר ערכי ה-GFR יאפשר אבחנה של פגיעה כלייתית. בנוסף, המעקב אחר ערכי ה-GFR חשוב להערכה של דרגת החומרה של אי ספיקת הכליות, לאיתור וטיפול בחולים בסיכון לסיבוכים של אי ספיקת כליות (כמו הפרעות במאזן האלקטרוליטים או במטבוליזם העצם) ולהפנייתם של חולים באי ספיקת כליות מתקדמת להערכת נפרולוג והכנה לדיאליזה. מכאן שההמלצה היא לעקוב אחר התפקוד הכלייתי בכל חולי הסוכרת בתדירות של פעם בשנה, ובחולים עם ירידה בתפקוד הכלייתי בתדירות גבוהה אף יותר.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 עד 84

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר עבורם קיים תיעוד של GFR, eGFR או מרכיבי GFR (קראטינין) בשנת המדד

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

## תוצאות (תרשימים 127-130 וטבלאות 101-103)

בשנת 2013, מתוך 443,854 חולי הסוכרת בני 18-84, 91.3% היו בעלי תיעוד GFR. שיעור זה דומה בכל שנות המעקב - 91.1% בשנת 2011 ו-90.7% בשנת 2012. שיעור התיעוד עולה בהדרגה עם הגיל מ-82.3% בגילאי 18-24 ועד 95.4% בגילאי 75-84.

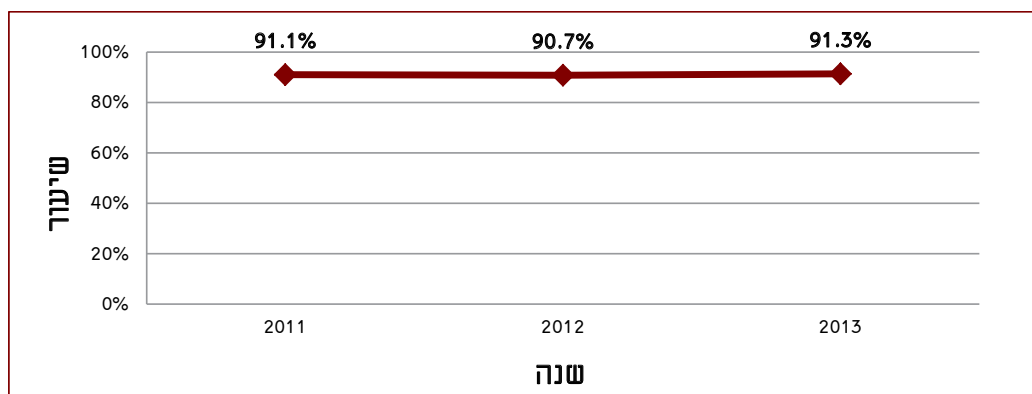
שיעור הגברים בעלי תיעוד GFR נמוך מהשיעור בקרב נשים, 90.0% לעומת 92.8%, בהתאמה. הבדל זה נצפה בכל קבוצות הגיל אך ניכר יותר עד גיל 64.

שיעור החולים בעלי תיעוד GFR מבין המבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מהשיעור בקרב אלו ממעמד גבוה (ללא פטור) ועומד על 93.8% לעומת 89.9%. הבדל זה נצפה בכל קבוצות הגיל אך ניכר יותר עד גיל 64.

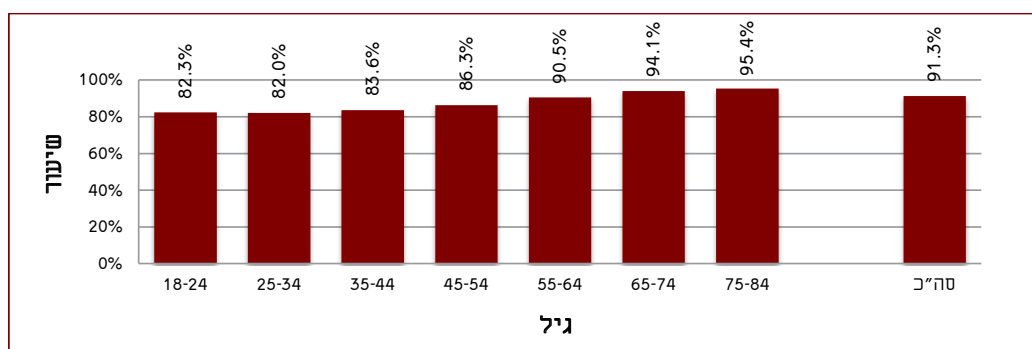
## שיעור התיעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

שיעור חולי סוכרת עם תיעוד של GFR (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

תרשים 127 לפי שנה, 2011-2013



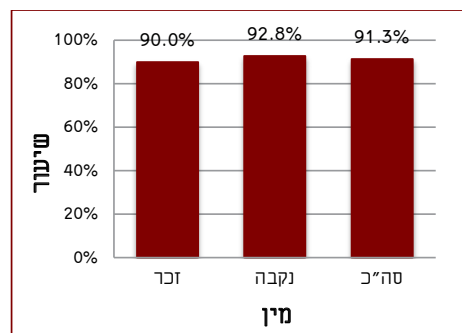
תרשים 128 לפי גיל, 2013



תרשים 130 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 129 לפי מין, 2013



## שיעור התייעוד של GFR בחולי סוכרת בני 18-84

חולי סוכרת עם תיעוד של GFR (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

טבלה 101 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2011	369,092	73,466	103,313	113,621	54,072	17,665	5,137	1,818
	405,349	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233
	91.1%	95.2%	94.1%	90.4%	86.1%	83.1%	81.3%	81.4%
2012	394,067	79,441	113,112	119,402	56,233	18,715	5,278	1,886
	434,287	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
	90.7%	95.0%	93.6%	90.0%	85.6%	82.6%	80.9%	80.1%
2013	405,416	83,120	119,421	119,988	56,442	19,047	5,375	2,023
	443,854	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	91.3%	95.4%	94.1%	90.5%	86.3%	83.6%	82.0%	82.3%

טבלה 102 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	202,227	35,818	58,553	62,305	31,120	10,758	2,706	967
	224,819	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
	90.0%	95.3%	93.4%	89.3%	84.3%	80.9%	79.2%	79.9%
נקבה	203,189	47,302	60,868	57,683	25,322	8,289	2,669	1,056
	219,035	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
	92.8%	95.4%	94.7%	91.9%	88.9%	87.3%	85.2%	84.8%
סה"כ	405,416	83,120	119,421	119,988	56,442	19,047	5,375	2,023
	443,854	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	91.3%	95.4%	94.1%	90.5%	86.3%	83.6%	82.0%	82.3%

טבלה 103 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	152,346	38,831	52,795	41,917	13,704	3,770	1,007	322
	162,390	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	93.8%	95.6%	94.8%	93.0%	90.1%	88.8%	87.4%	85.2%
ללא פטור	253,070	44,289	66,626	78,071	42,738	15,277	4,368	1,701
	281,464	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
	89.9%	95.2%	93.5%	89.3%	85.1%	82.4%	80.9%	81.8%
סה"כ	405,416	83,120	119,421	119,988	56,442	19,047	5,375	2,023
	443,854	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	91.3%	95.4%	94.1%	90.5%	86.3%	83.6%	82.0%	82.3%



## שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

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

**רציונאל:** 20%-40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לפגיעה כלייתית, עד לאי ספיקת כליות סופנית, מצב בו יש צורך בטיפול דיאליזה או השתלת כליה. באופן טיפוסים הסימן הראשון לפגיעה כלייתית משנית לסוכרת היא הפרשה מוגברת של חלבון בשתן. עם זאת, חלק מהחולים יפתחו פגיעה כלייתית על רקע סוכרתי אשר תתבטא בירידה בערכי ה-GFR ללא הפרשה מוגברת של חלבון. האבחנה של מחלת כליות סוכרתית נסמכת על מעקב אחר הפרשת החלבון בשתן והתפקוד הכלייתי. אבחון מוקדם חשוב מאחר ויש טיפול יעיל להאטת הנזק הכלייתי מרגע שזה מזוהה, על ידי שימוש בתרופות מסוג angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) או angiotensin receptor blockers (ARB) כמו גם על ידי איזון מיטבי של יל"ד וערכי הגלוקוז.

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

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה עם פגיעה כלייתית: פגיעה כלייתית מוגדרת על פי תוצאת בדיקה לא תקינה מקטגוריה אחת או יותר מהמפורטות להלן, לפחות פעם בשנה הקודמת לשנת המדד: eGFR או GFR נמוך מ-60 מ"ל/דקה/1.73 מ<sup>2</sup>) או (קראטינין גבוה מ-1.5 מ"ג/ד"ל או 132 מיקרומול/ליטר) או (יחס אלבוּמין/קראטינין גבוה מ-30 מ"ג/גרם) או (אלבוּמינוריה גבוהה מ-30 מ"ג/יום או גבוהה מ-20 מיקרוגרם/דקה)

**הערות:** ניתן לבצע חישוב של eGFR על פי נוסחאות שונות. במסגרת התכנית לא נעשה חישוב eGFR אלא נלקח הערך המחושב ממסדי הנתונים של קופות החולים. מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

## תוצאות (תרשימים 131-134 וטבלאות 104-106)

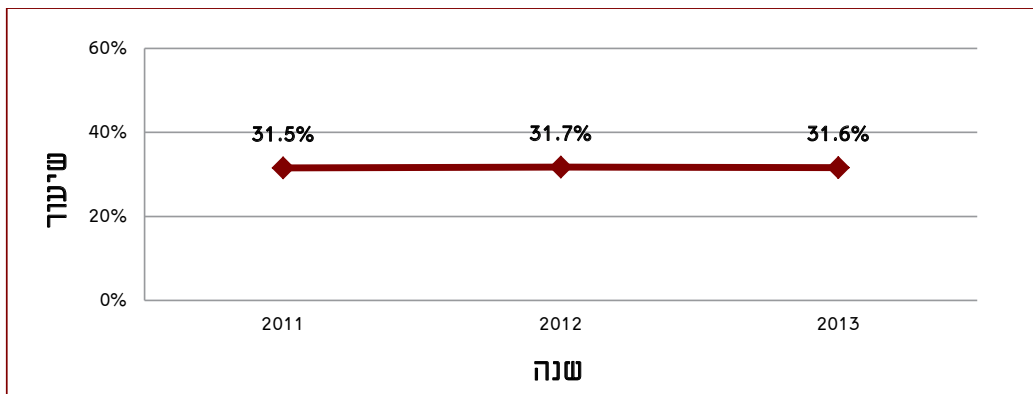
בשנת 2013, מתוך 421,798 חולי הסוכרת בני 18-84 עם תיעוד של תפקוד כלייתי, שיעור הסובלים מפגיעה כלייתית עמד על 31.6%. שיעור זה היה יציב בשנות המעקב. שיעור הסובלים מפגיעה כלייתית עולה בהדרגה עם הגיל מ-13.5% בגילאי 18-24 ועד 48.8% בגילאי 75-84.

שיעור הסובלים מפגיעה כלייתית בקרב גברים חולי סוכרת היה גבוה יותר מאשר בקרב הנשים (33.3% לעומת 29.9%). נצפה פער ניכר בשיעור החולים במחלת כליות כרונית בקרב חולי סוכרת על פי מעמד חברתי-כלכלי: 38.5% בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) לעומת 27.6% בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה.

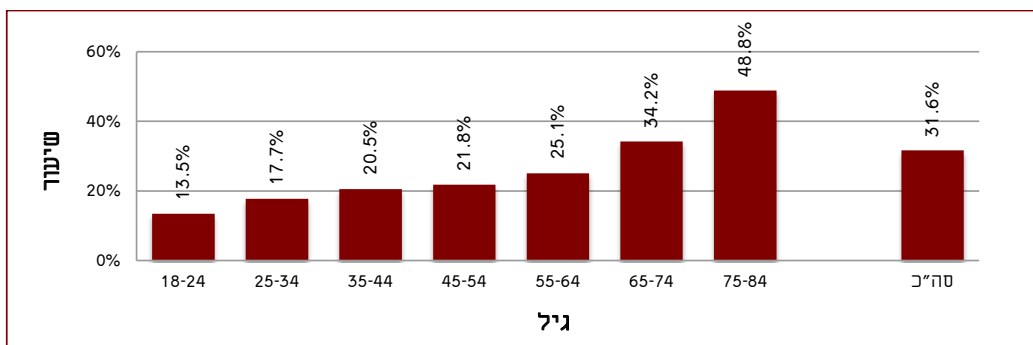
## שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

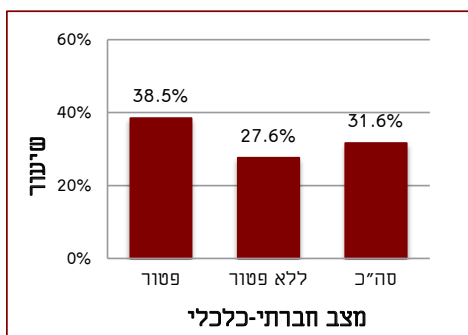
תרשים 131 לפי שנה, 2011-2013



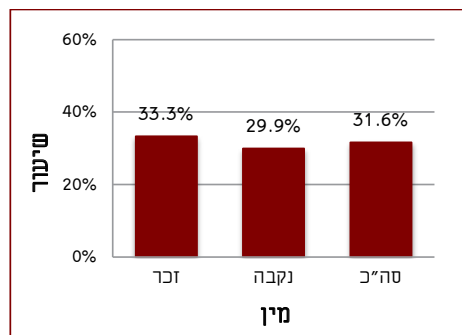
תרשים 132 לפי גיל, 2013



תרשים 134 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 133 לפי מין, 2013



## שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84

חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18-84 (מכנה)

טבלה 104 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2011	121,930	37,112	37,529	29,770	12,411	3,878	975	255
	386,767	75,120	106,367	119,299	58,638	19,702	5,698	1,943
	31.5%	49.4%	35.3%	25.0%	21.2%	19.7%	17.1%	13.1%
2012	131,242	39,907	40,768	31,795	13,284	4,198	1,021	269
	413,852	81,354	116,734	125,678	61,212	20,961	5,893	2,020
	31.7%	49.1%	34.9%	25.3%	21.7%	20.0%	17.3%	13.3%
2013	133,468	41,336	41,818	31,396	13,270	4,309	1,052	287
	421,798	84,632	122,246	125,109	60,769	20,987	5,929	2,126
	31.6%	48.8%	34.2%	25.1%	21.8%	20.5%	17.7%	13.5%

טבלה 105 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	70,607	19,101	22,362	18,125	7,832	2,564	512	111
	211,803	36,484	60,082	65,261	33,851	12,080	3,025	1,020
	33.3%	52.4%	37.2%	27.8%	23.1%	21.2%	16.9%	10.9%
נקבה	62,861	22,235	19,456	13,271	5,438	1,745	540	176
	209,995	48,148	62,164	59,848	26,918	8,907	2,904	1,106
	29.9%	46.2%	31.3%	22.2%	20.2%	19.6%	18.6%	15.9%
סה"כ	133,468	41,336	41,818	31,396	13,270	4,309	1,052	287
	421,798	84,632	122,246	125,109	60,769	20,987	5,929	2,126
	31.6%	48.8%	34.2%	25.1%	21.8%	20.5%	17.7%	13.5%

טבלה 106 לפי מצב חברתי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	גיל						
		75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	60,017	19,694	20,764	13,908	4,250	1,082	255	64
	155,920	39,445	53,805	43,044	14,302	3,931	1,059	334
	38.5%	49.9%	38.6%	32.3%	29.7%	27.5%	24.1%	19.2%
ללא פטור	73,451	21,642	21,054	17,488	9,020	3,227	797	223
	265,878	45,187	68,441	82,065	46,467	17,056	4,870	1,792
	27.6%	47.9%	30.8%	21.3%	19.4%	18.9%	16.4%	12.4%
סה"כ	133,468	41,336	41,818	31,396	13,270	4,309	1,052	287
	421,798	84,632	122,246	125,109	60,769	20,987	5,929	2,126
	31.6%	48.8%	34.2%	25.1%	21.8%	20.5%	17.7%	13.5%

## שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18–74

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 18 עד 74 עם פגיעה כלייתית אשר טופלו בתרופות ממשפחת ACEI/ARB בשנת המדד.

**רציונאל:** 20%–40 מחולי הסוכרת יפתחו סיבוך של פגיעה כלייתית. סוכרת היא הגורם השכיח ביותר להתפתחות אי ספיקת כליות סופנית הדורשת טיפול חלופי בדיאליזה. בנוסף לאיזון מיטבי של רמות הגלוקוז ושל ערכי לחץ הדם, הוכח כי טיפול בתרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין [Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) או Angiotensin Receptor Blockers (ARB)] מאט את קצב ההתקדמות של מחלת הכליות הסוכרתית. קיימת התוויה לטיפול תרופתי ב־ACEI/ARBs בחולים סוכרתיים הסובלים מיתר לחץ דם ו/או מהפרשת חלבון מוגברת בשנתן [10]. עיקר המחקרים אשר בדקו את יעילות התרופות החוסמות את מערכת הרנין-אנגיוטנסין בטיפול בנפרופתיה סוכרתית נעשו בחולים סוכרתיים בגילאי הביניים. לאור מיעוט המידע לגבי יעילות הטיפול בקבוצת הגיל הקשישה, הוגבל המדד הבודק את שיעור השימוש בתרופות אלו עד לגיל 74.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 עד 74 עם פגיעה כלייתית אשר אובחנה על סמך בדיקה לא תקינה של תפקודי כליות ו/או אלבומינוריה בשנה הקודמת לשנת המדד

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות 3 מרשמים של תרופות ממשפחת ה־ACEI/ARB (בחודשים שונים) בשנת המדד

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

### תוצאות (תרשימים 135–138 וטבלאות 107–109)

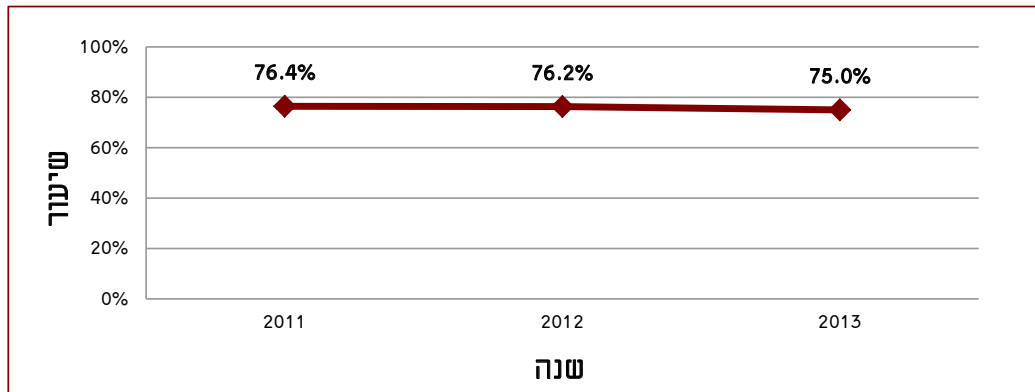
בשנת 2013, מתוך 92,132 חולי סוכרת בני 18–74 עם פגיעה כלייתית, 75.0% טופלו ב־ACEI/ARB. שיעור זה מראה ירידה קלה בתקופת המעקב ובשנת 2011 עמד על 76.4%. השיעור עולה בהדרגה עם הגיל מ־20.9% בגילאי 18–24 ועד 80.4% בגילאי 65–74.

שיעור החולים המטופלים ב־ACEI/ARB גבוה מעט יותר בקרב הגברים (75.5%) מאשר בקרב הנשים (74.3%). שיעור החולים המטופלים ב־ACEI/ARB מבין המבוטחים ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מאלו שממעמד גבוה (ללא פטור) ועמד על 76.9% לעומת 73.5%.

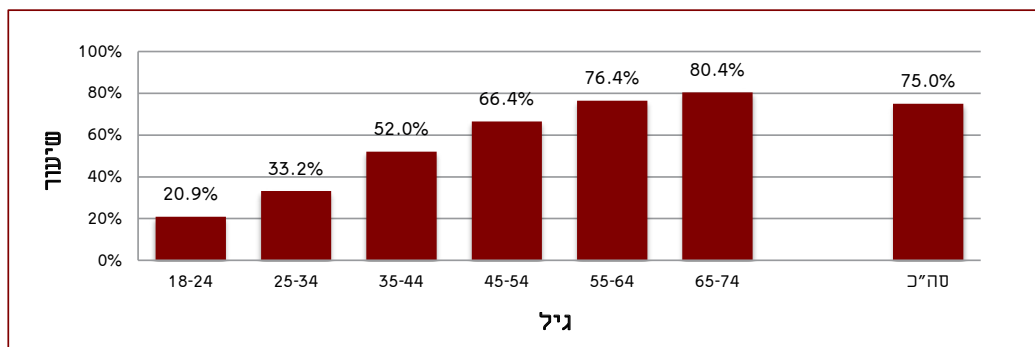
## שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

שיעור חולי סוכרת אשר רכשו תרופות לטיפול ב־ACEI/ARB (מונה), מקרב חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74 (מכנה)

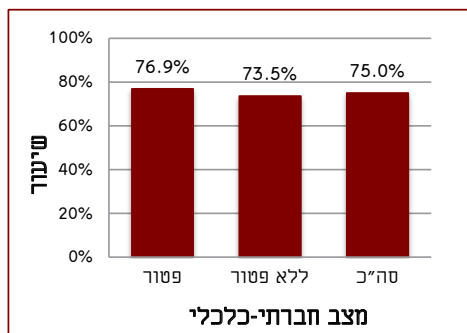
תרשים 135 לפי שנה, 2011-2013



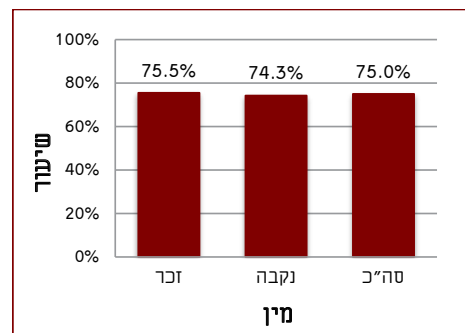
תרשים 136 לפי גיל, 2013



תרשים 138 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 137 לפי מין, 2013



## שיעור הטיפול ב־ACEI/ARB בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74

חולי סוכרת אשר רכשו תרופות לטיפול ב־ACEI/ARB (מונה), מקרב חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-74 (מכנה)

**טבלה 107** לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל						
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	64,823	30,491	23,149	8,609	2,156	361	57
	מכנה	84,818	37,529	29,770	12,411	3,878	975	255
	שיעור	76.4%	81.2%	77.8%	69.4%	55.6%	37.0%	22.4%
2012	מונה	69,633	33,173	24,709	9,076	2,251	363	61
	מכנה	91,335	40,768	31,795	13,284	4,198	1,021	269
	שיעור	76.2%	81.4%	77.7%	68.3%	53.6%	35.6%	22.7%
2013	מונה	69,076	33,616	23,998	8,811	2,242	349	60
	מכנה	92,132	41,818	31,396	13,270	4,309	1,052	287
	שיעור	75.0%	80.4%	76.4%	66.4%	52.0%	33.2%	20.9%

**טבלה 108** לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל						
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	38,896	17,904	13,990	5,318	1,445	213	26
	מכנה	51,506	22,362	18,125	7,832	2,564	512	111
	שיעור	75.5%	80.1%	77.2%	67.9%	56.4%	41.6%	23.4%
נקבה	מונה	30,180	15,712	10,008	3,493	797	136	34
	מכנה	40,626	19,456	13,271	5,438	1,745	540	176
	שיעור	74.3%	80.8%	75.4%	64.2%	45.7%	25.2%	19.3%
סה"כ	מונה	69,076	33,616	23,998	8,811	2,242	349	60
	מכנה	92,132	41,818	31,396	13,270	4,309	1,052	287
	שיעור	75.0%	80.4%	76.4%	66.4%	52.0%	33.2%	20.9%

**טבלה 109** לפי מצב חברתי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל						
		65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	30,993	16,746	10,604	2,870	632	117	24
	מכנה	40,323	20,764	13,908	4,250	1,082	255	64
	שיעור	76.9%	80.6%	76.2%	67.5%	58.4%	45.9%	37.5%
ללא פטור	מונה	38,083	18,870	13,394	5,941	1,610	232	36
	מכנה	51,809	21,054	17,488	9,020	3,227	797	223
	שיעור	73.5%	80.1%	76.6%	65.9%	49.9%	29.1%	16.1%
סה"כ	מונה	69,076	33,616	23,998	8,811	2,242	349	60
	מכנה	92,132	41,818	31,396	13,270	4,309	1,052	287
	שיעור	75.0%	80.4%	76.4%	66.4%	52.0%	33.2%	20.9%

## 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 [14]. הנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מדידה תקופתית של לחץ דם וטיפול ביתר לחץ דם במטרה להשיג יעדי איזון קפדנים.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

**הערות:** אין

## תוצאות (תרשימים 139-142 וטבלאות 110-112)

מתוך 468,103 חולי סוכרת בני 18 ומעלה, 91.1% ביצעו מדידת לחץ דם בשנת 2013. שיעור זה דומה לשיעורים שנצפו בשנות המעקב הקודמות - 90.5% בשנת 2011 ו־89.6% בשנת 2012. שיעורי ביצוע הבדיקה עולים בהדרגה עם הגיל עד לקבוצת הגיל 65-74 (93.8%), שלאחריה מתחילה מגמת ירידה.

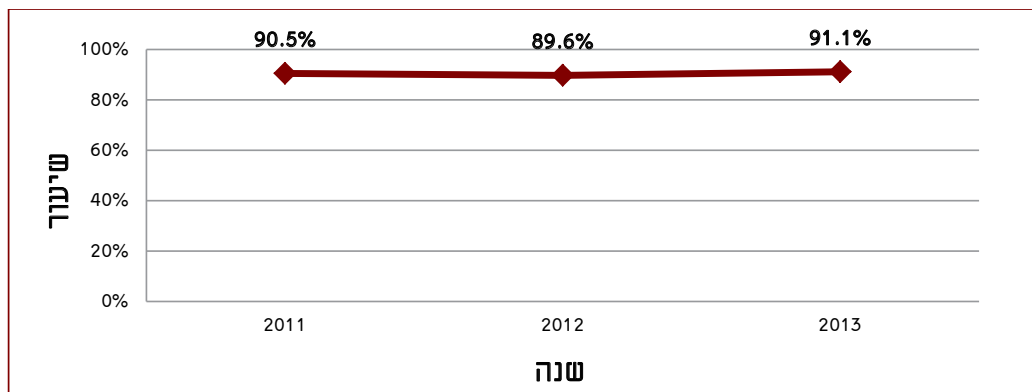
שיעור מדידת לחץ הדם בקרב נשים סוכרתיות דומה לזה של גברים (91.5% ו־90.7%, בהתאמה).

שיעור ביצוע מדידת לחץ דם בקרב חולי סוכרת ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה מעט יותר ביחס לחולי סוכרת ממעמד חברתי־כלכלי גבוה (ללא פטור), 92.9% לעומת 90.1%.

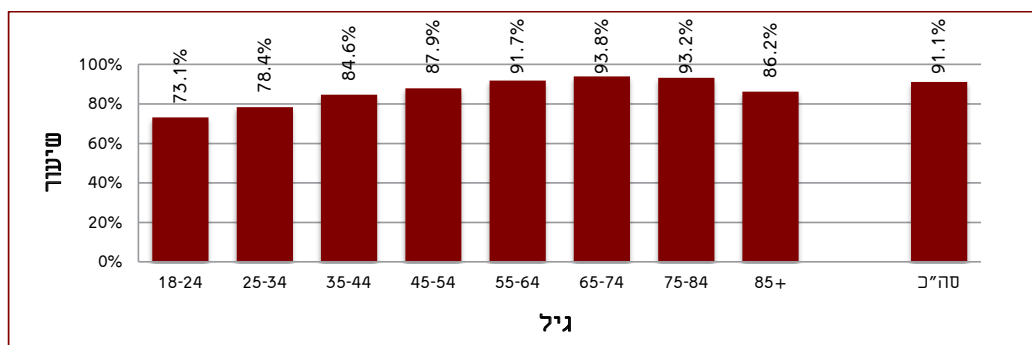
## שיעור התייעוד של מדידות לחץ דם בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

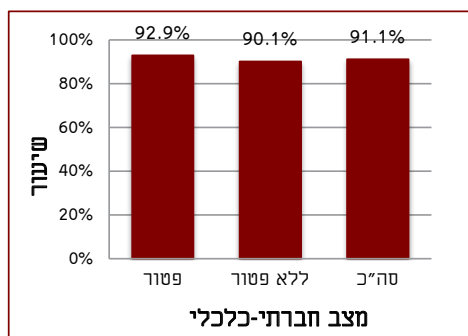
תרשים 139 לפי שנה, 2011-2013



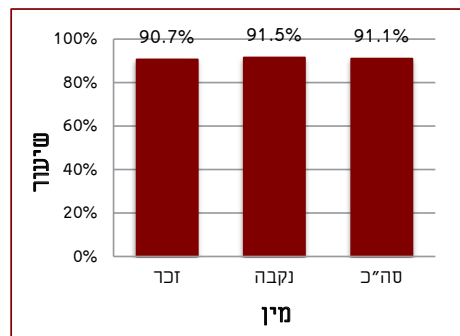
תרשים 140 לפי גיל, 2013



תרשים 142 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 141 לפי מין, 2013





## שיעור התייעוד 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 110 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	385,163	17,272	71,055	102,862	114,375	55,031	17,958	4,951	1,659
	מכנה	425,779	20,430	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233
	שיעור	90.5%	84.5%	92.0%	93.7%	91.0%	87.6%	84.5%	78.4%	74.3%
2012	מונה	409,858	19,134	76,524	111,891	119,651	56,956	18,948	5,037	1,717
	מכנה	457,202	22,915	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
	שיעור	89.6%	83.5%	91.5%	92.6%	90.2%	86.7%	83.6%	77.2%	72.9%
2013	מונה	426,464	20,901	81,194	119,107	121,573	57,477	19,281	5,134	1,797
	מכנה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	91.1%	86.2%	93.2%	93.8%	91.7%	87.9%	84.6%	78.4%	73.1%

טבלה 111 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	212,435	8,535	35,387	58,525	63,371	32,049	11,066	2,636	866
	מכנה	234,252	9,433	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
	שיעור	90.7%	90.5%	94.2%	93.4%	90.8%	86.8%	83.2%	77.1%	71.5%
נקבה	מונה	214,029	12,366	45,807	60,582	58,202	25,428	8,215	2,498	931
	מכנה	233,851	14,816	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
	שיעור	91.5%	83.5%	92.4%	94.2%	92.7%	89.2%	86.5%	79.7%	74.7%
סה"כ	מונה	426,464	20,901	81,194	119,107	121,573	57,477	19,281	5,134	1,797
	מכנה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	91.1%	86.2%	93.2%	93.8%	91.7%	87.9%	84.6%	78.4%	73.1%

טבלה 112 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	161,287	9,705	37,811	52,680	42,350	13,808	3,709	950	274
	מכנה	173,647	11,257	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	שיעור	92.9%	86.2%	93.0%	94.6%	94.0%	90.8%	87.3%	82.5%	72.5%
ללא פטור	מונה	265,177	11,196	43,383	66,427	79,223	43,669	15,572	4,184	1,523
	מכנה	294,456	12,992	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
	שיעור	90.1%	86.2%	93.3%	93.2%	90.6%	87.0%	83.9%	77.5%	73.3%
סה"כ	מונה	426,464	20,901	81,194	119,107	121,573	57,477	19,281	5,134	1,797
	מכנה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	91.1%	86.2%	93.2%	93.8%	91.7%	87.9%	84.6%	78.4%	73.1%

## 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 [21].

**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:** אין

### תוצאות (תרשימים 143-146 וטבלאות 113-115)

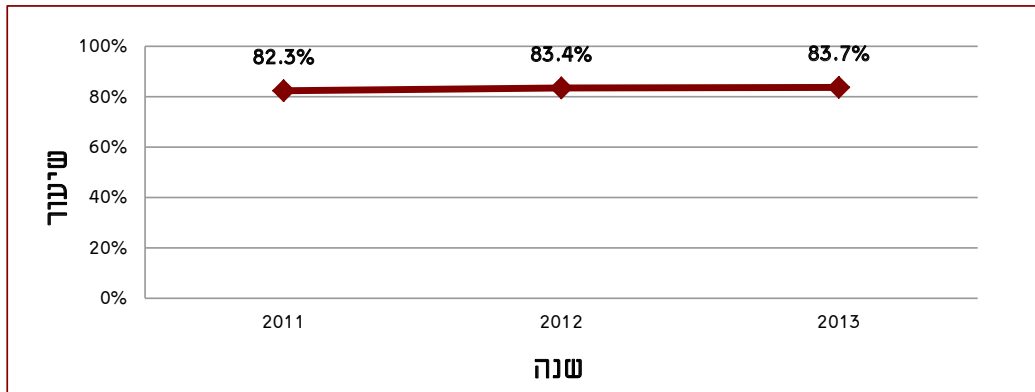
בשנת 2013, מתוך 426,464 חולי סוכרת בני 18 ומעלה שעברו מדידת לחץ דם, 83.7% השיגו את יעד האיזון המתאים לאוכלוסייה זו. השיעור היה יציב במהלך שנות המעקב, עם שיעורי איזון לחץ דם של 82.3% ב־2011 ו־83.4% ב־2012. שיעור האיזון יורד עם הגיל, החל מ־97.8% בקבוצת הגיל 18-24 ועד 79.7% בגילאי 85 שנים ומעלה.

לא נצפה הבדל בשיעורי איזון לחץ הדם בקרב חולי סוכרת לפי מין. שיעורי איזון לחץ הדם היו גבוהים מעט יותר בקרב חולי סוכרת ממעמד חברתי־כלכלי גבוה (ללא פטור) לעומת חולים ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור), ועמדו על 84.1% לעומת 82.9%.

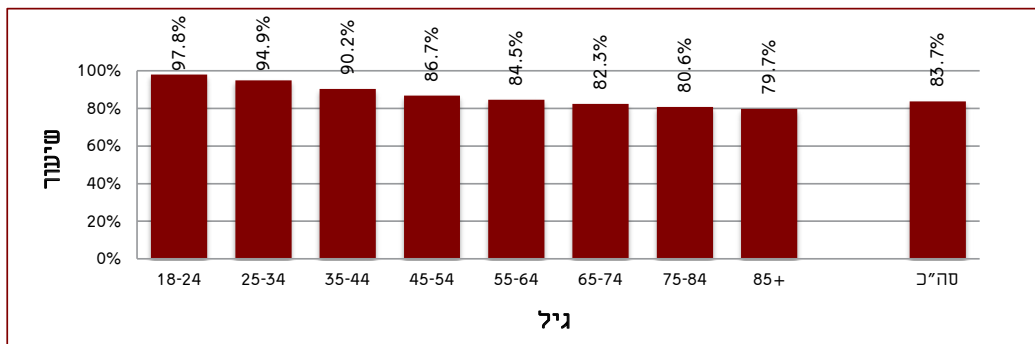
## שיעור בעלי לחץ דם נמוך או שווה ל-140/90 מ"מ כספית בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם ערכי מדידת לחץ דם סיסטולי 140 מ"מ או פחות יחד עם לחץ דם דיאסטולי 90 מ"מ או פחות (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה אשר ביצעו מדידת לחץ דם (מכנה)

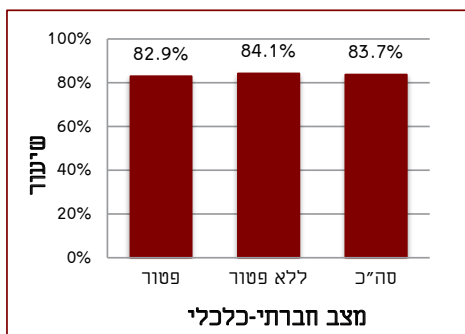
תרשים 143 לפי שנה, 2011-2013



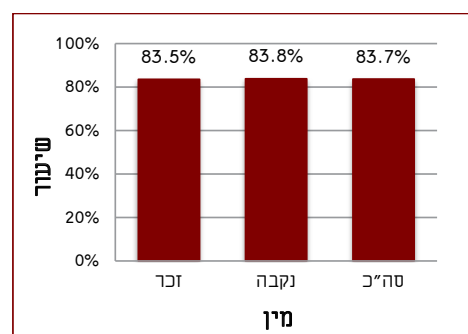
תרשים 144 לפי גיל, 2013



תרשים 146 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 145 לפי מין, 2013



## 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 או פחות יחד עם לחץ דם דיאסטולי 90 מ"מ או פחות (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה אשר ביצעו מדידת לחץ דם (מכנה)

**טבלה 113 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013**

שנה	סה"כ	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2011	מונה	13,617	56,416	83,066	94,351	47,277	16,109	4,614	1,605
	מכנה	17,272	71,055	102,862	114,375	55,031	17,958	4,951	1,659
	שיעור	78.8%	79.4%	80.8%	82.5%	85.9%	89.7%	93.2%	96.7%
2012	מונה	15,298	61,509	91,823	100,270	49,344	17,101	4,760	1,675
	מכנה	19,134	76,524	111,891	119,651	56,956	18,948	5,037	1,717
	שיעור	80.0%	80.4%	82.1%	83.8%	86.6%	90.3%	94.5%	97.6%
2013	מונה	16,654	65,472	98,052	102,734	49,849	17,401	4,871	1,758
	מכנה	20,901	81,194	119,107	121,573	57,477	19,281	5,134	1,797
	שיעור	79.7%	80.6%	82.3%	84.5%	86.7%	90.2%	94.9%	97.8%

**טבלה 114 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013**

מין	סה"כ	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	מונה	6,967	29,037	48,010	52,754	27,436	9,837	2,465	847
	מכנה	8,535	35,387	58,525	63,371	32,049	11,066	2,636	866
	שיעור	81.6%	82.1%	82.0%	83.2%	85.6%	88.9%	93.5%	97.8%
נקבה	מונה	9,687	36,435	50,042	49,980	22,413	7,564	2,406	911
	מכנה	12,366	45,807	60,582	58,202	25,428	8,215	2,498	931
	שיעור	78.3%	79.5%	82.6%	85.9%	88.1%	92.1%	96.3%	97.9%
סה"כ	מונה	16,654	65,472	98,052	102,734	49,849	17,401	4,871	1,758
	מכנה	20,901	81,194	119,107	121,573	57,477	19,281	5,134	1,797
	שיעור	79.7%	80.6%	82.3%	84.5%	86.7%	90.2%	94.9%	97.8%

**טבלה 115 לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013**

מצב חברתי- כלכלי	סה"כ	גיל							
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	מונה	7,768	30,454	43,245	35,756	11,973	3,344	889	266
	מכנה	9,705	37,811	52,680	42,350	13,808	3,709	950	274
	שיעור	80.0%	80.5%	82.1%	84.4%	86.7%	90.2%	93.6%	97.1%
ללא פטור	מונה	8,886	35,018	54,807	66,978	37,876	14,057	3,982	1,492
	מכנה	11,196	43,383	66,427	79,223	43,669	15,572	4,184	1,523
	שיעור	79.4%	80.7%	82.5%	84.5%	86.7%	90.3%	95.2%	98.0%
סה"כ	מונה	16,654	65,472	98,052	102,734	49,849	17,401	4,871	1,758
	מכנה	20,901	81,194	119,107	121,573	57,477	19,281	5,134	1,797
	שיעור	79.7%	80.6%	82.3%	84.5%	86.7%	90.2%	94.9%	97.8%

## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו לפחות בדיקה אחת של כולסטרול LDL או non-HDL בשנת המדד

**רציונאל:** חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר לחלות במחלות לב וכלי דם, המהוות הסיבה העיקרית לתמותה באוכלוסייה זו. טיפול אינטנסיבי להפחתת רמת כולסטרול LDL עשוי להיטיב עם החולים כבר בשנתיים הראשונות לטיפול ולהקטין את הסיכון להתקפי לב או שבץ מוחי. חלק בלתי נפרד מטיפול זה הינו 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 18 ומעלה

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

**הערות:** במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 ומעלה בלבד.

### תוצאות (תרשימים 147-150 וטבלאות 116-118)

בשנת 2013, מתוך 468,103 חולי סוכרת בני 18 ומעלה, שיעור החולים שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או כולסטרול non-HDL עמד על 90.8%. לא חל שינוי בשיעור זה במהלך שנות המעקב. שיעור החולים שביצעו בדיקת כולסטרול עולה עם הגיל החל מ־79.9% בקבוצת הגיל 18-24 שנים ועד 93.7% בקבוצת הגיל 75-84. בבני 85 ומעלה נצפתה ירידה בביצוע הבדיקה.

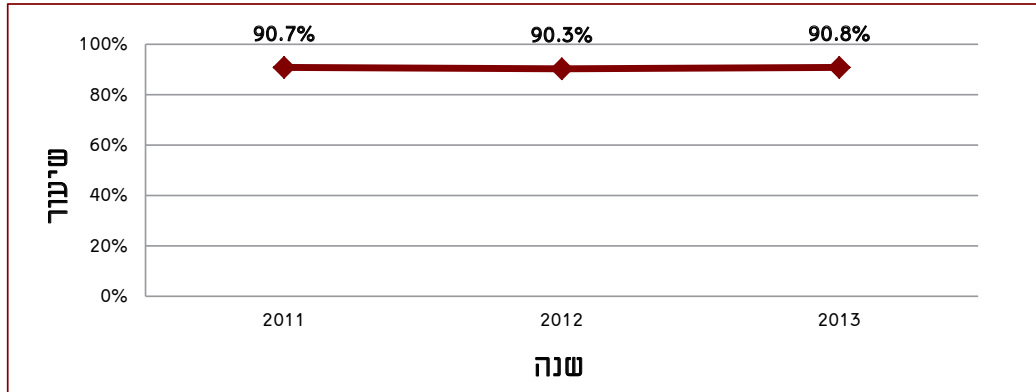
שיעור ביצוע בדיקת כולסטרול בקרב חולי סוכרת בשנת 2013 גבוה מעט יותר בנשים ביחס לגברים (91.9% לעומת 89.6%).

שיעור ביצוע הבדיקה גבוה מעט יותר בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) לעומת מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) - 92.6% לעומת 89.7%.

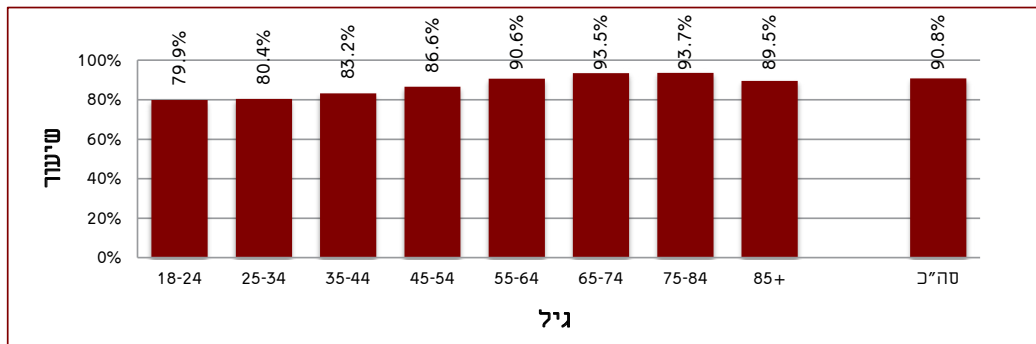
## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה (מכנה)

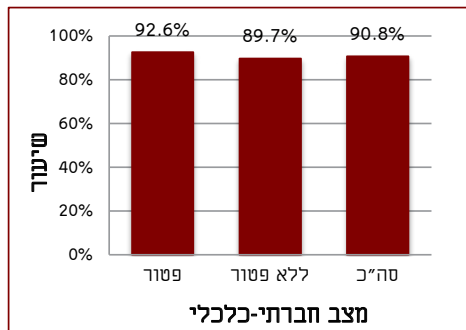
תרשים 147 לפי שנה, 2011-2013



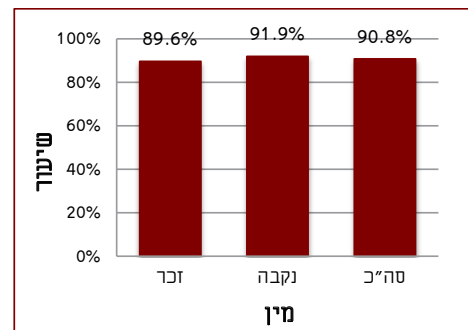
תרשים 148 לפי גיל, 2013



תרשים 150 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 149 לפי מין, 2013



## שיעור הביצוע של בדיקת כולסטרול בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 116 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011–2013

שנה	מונה	מכנה	שיעור	גיל							
				85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
2011	386,316	18,347	72,164	102,954	114,061	54,316	17,718	5,003	1,753		
	425,779	20,430	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233		
	90.7%	89.8%	93.5%	93.8%	90.7%	86.4%	83.3%	79.2%	78.5%		
2012	412,785	20,395	77,855	112,543	119,633	56,595	18,746	5,179	1,839		
	457,202	22,915	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356		
	90.3%	89.0%	93.1%	93.2%	90.2%	86.2%	82.7%	79.4%	78.1%		
2013	424,923	21,703	81,636	118,687	120,074	56,617	18,974	5,269	1,963		
	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457		
	90.8%	89.5%	93.7%	93.5%	90.6%	86.6%	83.2%	80.4%	79.9%		

טבלה 117 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	מונה	מכנה	שיעור	גיל							
				85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
זכר	209,910	8,568	35,246	58,128	62,324	31,216	10,774	2,715	939		
	234,252	9,433	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211		
	89.6%	90.8%	93.8%	92.8%	89.3%	84.6%	81.0%	79.5%	77.5%		
נקבה	215,013	13,135	46,390	60,559	57,750	25,401	8,200	2,554	1,024		
	233,851	14,816	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246		
	91.9%	88.7%	93.6%	94.2%	92.0%	89.2%	86.3%	81.5%	82.2%		
סה"כ	424,923	21,703	81,636	118,687	120,074	56,617	18,974	5,269	1,963		
	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457		
	90.8%	89.5%	93.7%	93.5%	90.6%	86.6%	83.2%	80.4%	79.9%		

טבלה 118 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	מונה	מכנה	שיעור	גיל							
				85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24
פטור	160,797	10,047	38,125	52,345	41,671	13,599	3,716	990	304		
	173,647	11,257	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378		
	92.6%	89.3%	93.8%	94.0%	92.5%	89.4%	87.5%	85.9%	80.4%		
ללא פטור	264,126	11,656	43,511	66,342	78,403	43,018	15,258	4,279	1,659		
	294,456	12,992	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079		
	89.7%	89.7%	93.5%	93.1%	89.6%	85.7%	82.3%	79.3%	79.8%		
סה"כ	424,923	21,703	81,636	118,687	120,074	56,617	18,974	5,269	1,963		
	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457		
	90.8%	89.5%	93.7%	93.5%	90.6%	86.6%	83.2%	80.4%	79.9%		

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

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

**רציונאל:** 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 18 ומעלה, שביצעו בדיקת כולסטרול LDL או non-HDL בשנת המדד

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (או רמת כולסטרול non-HDL נמוכה מ-130 מ"ג/ד"ל) (תוצאה אחרונה)

**הערות:** במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 ומעלה בלבד.

### תוצאות (תרשימים 151-154 וטבלאות 119-121)

בשנת 2013, מתוך 424,923 חולי הסוכרת בני 18 ומעלה, שביצעו בדיקת LDL או non-HDL, 63.8% השיגו את יעד האיזון המומלץ. השיעור נותר יציב במהלך שנות המעקב. שיעור האיזון משתנה עם הגיל, השיעור הנמוך ביותר שנצפה היה בקבוצת הגיל 25-44 ועמד על כ-48%.

שיעור חולי הסוכרת עם רמת כולסטרול מאוזנת בשנת 2013 היה גבוה בגברים ביחס לנשים (67.1% לעומת 60.6%).

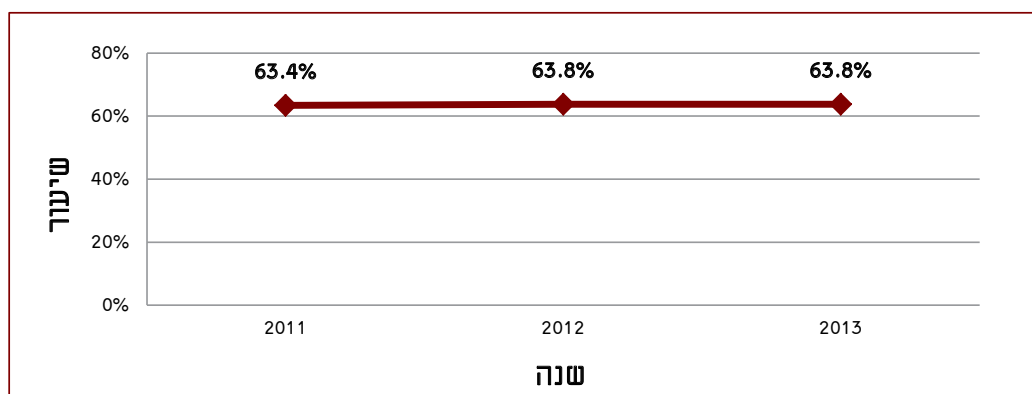
שיעור חולי הסוכרת שהשיגו את יעדי האיזון, היה מעט גבוה יותר במבוטחים ממעמד חברתי כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס למבוטחים ממעמד חברתי כלכלי גבוה (ללא פטור), 65.8% לעומת 62.6%.



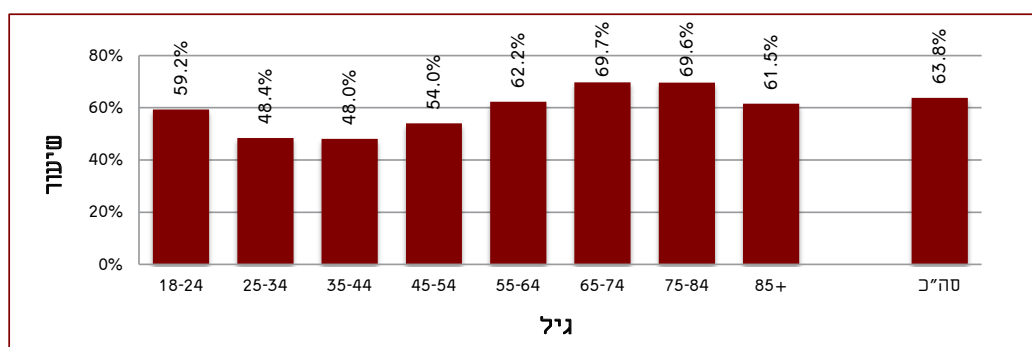
## שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה שביצעו בדיקת LDL (מכנה)

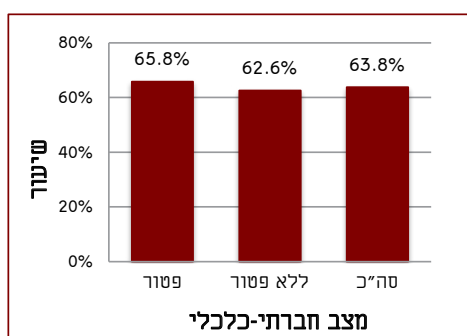
תרשים 151 לפי שנה, 2011-2013



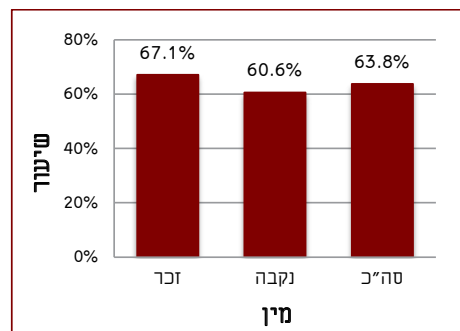
תרשים 152 לפי גיל, 2013



תרשים 154 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 153 לפי מין, 2013



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

חולי סוכרת עם רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה שביצעו בדיקת LDL (מכנה)

טבלה 119 לפי גיל ושנה - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	244,946	11,552	50,267	71,441	71,035	28,885	8,388	2,354	1,024
	מכנה	386,316	18,347	72,164	102,954	114,061	54,316	17,718	5,003	1,753
	שיעור	63.4%	63.0%	69.7%	69.4%	62.3%	53.2%	47.3%	47.1%	58.4%
2012	מונה	263,277	12,720	54,474	78,386	74,609	30,507	8,994	2,504	1,083
	מכנה	412,785	20,395	77,855	112,543	119,633	56,595	18,746	5,179	1,839
	שיעור	63.8%	62.4%	70.0%	69.6%	62.4%	53.9%	48.0%	48.3%	58.9%
2013	מונה	271,058	13,348	56,829	82,768	74,734	30,555	9,110	2,551	1,163
	מכנה	424,923	21,703	81,636	118,687	120,074	56,617	18,974	5,269	1,963
	שיעור	63.8%	61.5%	69.6%	69.7%	62.2%	54.0%	48.0%	48.4%	59.2%

טבלה 120 לפי מין וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	140,839	5,967	26,500	42,693	40,935	17,542	5,255	1,338	609
	מכנה	209,910	8,568	35,246	58,128	62,324	31,216	10,774	2,715	939
	שיעור	67.1%	69.6%	75.2%	73.4%	65.7%	56.2%	48.8%	49.3%	64.9%
נקבה	מונה	130,219	7,381	30,329	40,075	33,799	13,013	3,855	1,213	554
	מכנה	215,013	13,135	46,390	60,559	57,750	25,401	8,200	2,554	1,024
	שיעור	60.6%	56.2%	65.4%	66.2%	58.5%	51.2%	47.0%	47.5%	54.1%
סה"כ	מונה	271,058	13,348	56,829	82,768	74,734	30,555	9,110	2,551	1,163
	מכנה	424,923	21,703	81,636	118,687	120,074	56,617	18,974	5,269	1,963
	שיעור	63.8%	61.5%	69.6%	69.7%	62.2%	54.0%	48.0%	48.4%	59.2%

טבלה 121 לפי מצב חברתי וגיל - מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	105,824	6,066	26,203	36,578	26,705	7,595	1,964	534	179
	מכנה	160,797	10,047	38,125	52,345	41,671	13,599	3,716	990	304
	שיעור	65.8%	60.4%	68.7%	69.9%	64.1%	55.8%	52.9%	53.9%	58.9%
ללא פטור	מונה	165,234	7,282	30,626	46,190	48,029	22,960	7,146	2,017	984
	מכנה	264,126	11,656	43,511	66,342	78,403	43,018	15,258	4,279	1,659
	שיעור	62.6%	62.5%	70.4%	69.6%	61.3%	53.4%	46.8%	47.1%	59.3%
סה"כ	מונה	271,058	13,348	56,829	82,768	74,734	30,555	9,110	2,551	1,163
	מכנה	424,923	21,703	81,636	118,687	120,074	56,617	18,974	5,269	1,963
	שיעור	63.8%	61.5%	69.6%	69.7%	62.2%	54.0%	48.0%	48.4%	59.2%

## 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 מסוג 2 קשורים בהשמנת יתר, אשר מגבירה את הסיכון למחלות לב, הגבוה ממילא בחולי סוכרת. ההנחיות לטיפול בסוכרת כוללות מעקב אחר משקל הגוף ושמירה על משקל גוף תקין, בעיקר באמצעות קיום אורח חיים הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה. ערך ה־BMI הינו אמת־מידה של השמנה, אשר מבוסס על משקל ביחס לגובה.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 ומעלה

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה) - תיעוד משקל בשנת המדד וגובה פעם אחת אחרי גיל 18)

**הערות:** אין

## תוצאות (תרשימים 155-158 וטבלאות 122-124)

בשנת 2013, שיעור חולי הסוכרת בני 18 ומעלה עם תיעוד של משקל וגובה עדכניים עמד על 88.0%. השיעור הציג שיפור קל במהלך שנות המעקב (86.0% בשנת 2011). שיעור התיעוד של מרכיבי BMI עולה עם הגיל מ־76.1% בבני 18-24 ועד ל־91.5% בבני 65-74. בבני 75 ומעלה, שיעור התיעוד יורד במעט.

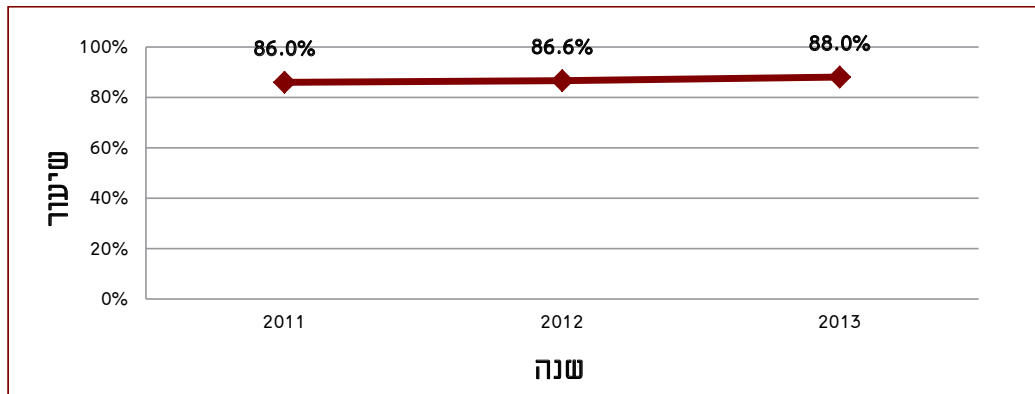
לא נצפה הבדל בשיעור התיעוד של מרכיבי ה־BMI בקרב חולי הסוכרת לפי מין.

שיעור התיעוד היה גבוה מעט יותר בקרב חולי סוכרת ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) ביחס לאלו ממעמד גבוה (ללא פטור), ועמד על 89.6% לעומת 87.1%.

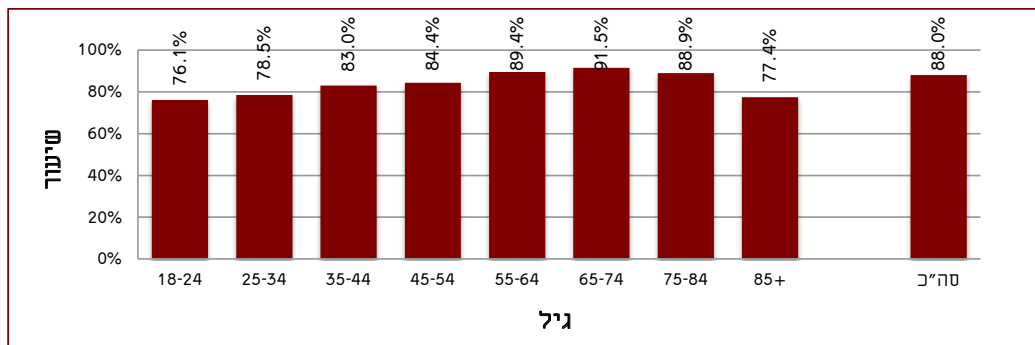
## שיעור התיעוד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

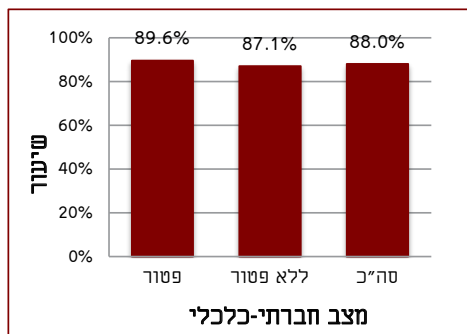
תרשים 155 לפי שנה, 2011-2013



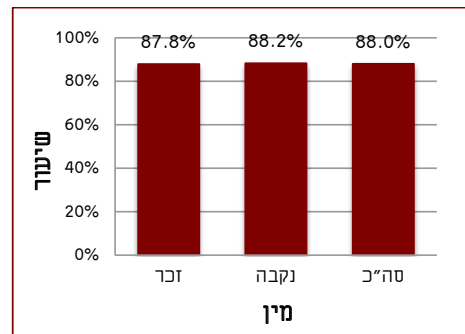
תרשים 156 לפי גיל, 2013



תרשים 158 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 157 לפי מין, 2013



## 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 122 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	366,037	15,251	66,690	98,695	110,161	51,622	17,176	4,815	1,627
	מכנה	425,779	20,430	77,192	109,788	125,725	62,834	21,261	6,316	2,233
	שיעור	86.0%	74.7%	86.4%	89.9%	87.6%	82.2%	80.8%	76.2%	72.9%
2012	מונה	396,094	17,258	72,845	109,247	117,383	54,250	18,332	5,024	1,755
	מכנה	457,202	22,915	83,593	120,802	132,678	65,667	22,667	6,524	2,356
	שיעור	86.6%	75.3%	87.1%	90.4%	88.5%	82.6%	80.9%	77.0%	74.5%
2013	מונה	412,001	18,766	77,479	116,121	118,530	55,169	18,923	5,142	1,871
	מכנה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	88.0%	77.4%	88.9%	91.5%	89.4%	84.4%	83.0%	78.5%	76.1%

טבלה 123 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	205,746	7,810	33,995	57,126	61,772	30,658	10,837	2,645	903
	מכנה	234,252	9,433	37,570	62,660	69,757	36,906	13,298	3,417	1,211
	שיעור	87.8%	82.8%	90.5%	91.2%	88.6%	83.1%	81.5%	77.4%	74.6%
נקבה	מונה	206,255	10,956	43,484	58,995	56,758	24,511	8,086	2,497	968
	מכנה	233,851	14,816	49,587	64,293	62,785	28,491	9,499	3,134	1,246
	שיעור	88.2%	73.9%	87.7%	91.8%	90.4%	86.0%	85.1%	79.7%	77.7%
סה"כ	מונה	412,001	18,766	77,479	116,121	118,530	55,169	18,923	5,142	1,871
	מכנה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	88.0%	77.4%	88.9%	91.5%	89.4%	84.4%	83.0%	78.5%	76.1%

טבלה 124 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל								
		85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	155,588	8,804	36,055	51,322	41,247	13,235	3,666	960	299
	מכנה	173,647	11,257	40,637	55,703	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	שיעור	89.6%	78.2%	88.7%	92.1%	91.5%	87.0%	86.3%	83.3%	79.1%
ללא פטור	מונה	256,413	9,962	41,424	64,799	77,283	41,934	15,257	4,182	1,572
	מכנה	294,456	12,992	46,520	71,250	87,473	50,193	18,550	5,399	2,079
	שיעור	87.1%	76.7%	89.0%	90.9%	88.4%	83.5%	82.2%	77.5%	75.6%
סה"כ	מונה	412,001	18,766	77,479	116,121	118,530	55,169	18,923	5,142	1,871
	מכנה	468,103	24,249	87,157	126,953	132,542	65,397	22,797	6,551	2,457
	שיעור	88.0%	77.4%	88.9%	91.5%	89.4%	84.4%	83.0%	78.5%	76.1%

## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת עונתית

**רציונאל:** חולים במחלות כרוניות בכל הגילאים, ובהם חולי סוכרת, נמצאים בסיכון מוגבר למחלת השפעת וסיבוכיה בהשוואה לאנשים בריאים. חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר פי 2-4 לתמותה משפעת ביחס לאוכלוסייה הבריאה. בנוסף, חולי סוכרת נוטים יותר לחלות בשפעת בזמן התפרצות השפעת העונתית. לפי ההמלצות של משרד הבריאות חולי סוכרת אמורים לקבל חיסון נגד שפעת אחת לשנה.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 18 ומעלה

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

**הערות:** תקופת המדד הינה מ' 1 בספטמבר של שנת המדד ועד 28 בפברואר בשנה שאחריה, בחפיפה לעונת מתן החיסון. במסגרת פיצול מדדי הסוכרת למדדי מבוגרים ולמדדי ילדים ונוער, טווח הגילאים של המדד עודכן וכולל כעת מבוטחים בני 18 ומעלה בלבד.

## תוצאות (תרשימים 159-162 וטבלאות 125-127)

בשנת 2013, שיעור המחוסנים נגד שפעת בקרב חולי סוכרת מעל גיל 18 שנים עמד על 61.0%. שיעור זה נמצא במגמת עליה בשנות המעקב, בשנת 2011 עמד השיעור על 55.5% ובשנת 2012 על 57.4%. השיעור עולה עם הגיל, החל מ-44.2% בקבוצת הגיל 25-34 שנים ועד ל-71.4% בקרב בני 75-84.

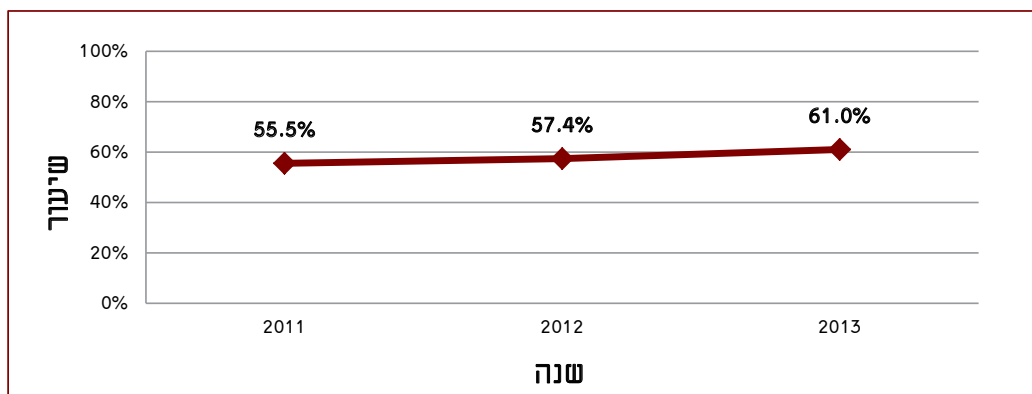
שיעור המחוסנים נגד שפעת בשנת 2013 עמד על 61.8% בקרב גברים סוכרתיים לעומת 60.2% בקרב נשים סוכרתיות.

שיעור החיסון נגד שפעת בקרב חולי הסוכרת ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה ביחס לחולי הסוכרת ממעמד חברתי-כלכלי גבוה (ללא פטור) (65.6% לעומת 58.3%). הפער ניכר בקבוצות הגיל 18-64 ואילו בקרב גילאי 75 ומעלה המגמה מתהפכת.

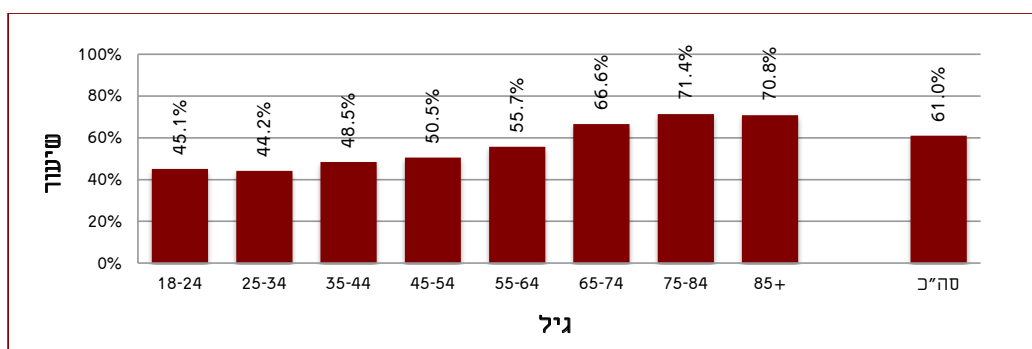
## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

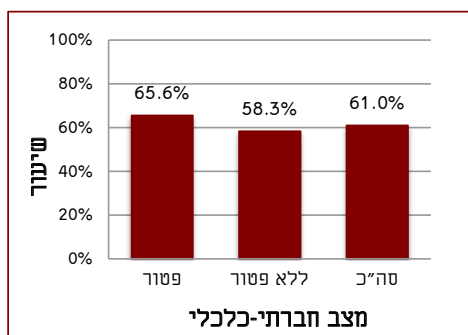
תרשים 159 לפי שנה, 2011-2013



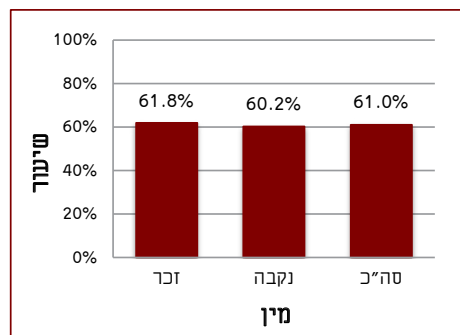
תרשים 160 לפי גיל, 2013



תרשים 162 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 161 לפי מין, 2013



## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה

חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 18 ומעלה (מכנה)

טבלה 125 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל									
	סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
2011	מונה	235,251	13,518	51,702	68,138	62,186	27,601	8,939	2,314	853
	מכנה	423,789	19,940	76,426	109,379	125,536	62,749	21,229	6,303	2,227
	שיעור	55.5%	67.8%	67.6%	62.3%	49.5%	44.0%	42.1%	36.7%	38.3%
2012	מונה	261,198	15,304	57,185	76,819	68,540	29,837	9,955	2,584	974
	מכנה	455,072	22,329	82,861	120,378	132,408	65,591	22,642	6,515	2,348
	שיעור	57.4%	68.5%	69.0%	63.8%	51.8%	45.5%	44.0%	39.7%	41.5%
2013	מונה	284,350	16,734	61,636	84,300	73,675	32,974	11,036	2,889	1,106
	מכנה	465,928	23,630	86,379	126,522	132,326	65,309	22,771	6,538	2,453
	שיעור	61.0%	70.8%	71.4%	66.6%	55.7%	50.5%	48.5%	44.2%	45.1%

טבלה 126 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל									
	סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
זכר	מונה	144,226	6,940	28,107	43,076	39,451	18,320	6,284	1,507	541
	מכנה	233,195	9,185	37,200	62,421	69,634	36,856	13,280	3,412	1,207
	שיעור	61.8%	75.6%	75.6%	69.0%	56.7%	49.7%	47.3%	44.2%	44.8%
נקבה	מונה	140,124	9,794	33,529	41,224	34,224	14,654	4,752	1,382	565
	מכנה	232,733	14,445	49,179	64,101	62,692	28,453	9,491	3,126	1,246
	שיעור	60.2%	67.8%	68.2%	64.3%	54.6%	51.5%	50.1%	44.2%	45.3%
סה"כ	מונה	284,350	16,734	61,636	84,300	73,675	32,974	11,036	2,889	1,106
	מכנה	465,928	23,630	86,379	126,522	132,326	65,309	22,771	6,538	2,453
	שיעור	61.0%	70.8%	71.4%	66.6%	55.7%	50.5%	48.5%	44.2%	45.1%

טבלה 127 לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל									
	סה"כ	85+	75-84	65-74	55-64	45-54	35-44	25-34	18-24	
פטור	מונה	113,869	7,653	27,776	37,507	28,219	9,225	2,591	673	225
	מכנה	173,644	11,257	40,636	55,701	45,069	15,204	4,247	1,152	378
	שיעור	65.6%	68.0%	68.4%	67.3%	62.6%	60.7%	61.0%	58.4%	59.5%
ללא פטור	מונה	170,481	9,081	33,860	46,793	45,456	23,749	8,445	2,216	881
	מכנה	292,284	12,373	45,743	70,821	87,257	50,105	18,524	5,386	2,075
	שיעור	58.3%	73.4%	74.0%	66.1%	52.1%	47.4%	45.6%	41.1%	42.5%
סה"כ	מונה	284,350	16,734	61,636	84,300	73,675	32,974	11,036	2,889	1,106
	מכנה	465,928	23,630	86,379	126,522	132,326	65,309	22,771	6,538	2,453
	שיעור	61.0%	70.8%	71.4%	66.6%	55.7%	50.5%	48.5%	44.2%	45.1%



## שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד פניאומוקוק

**רציונאל:** חולים במחלות כרוניות בכל הגילאים, ובהם חולי סוכרת, מועדים לזיהומים פניאומוקוקליים בהשוואה לאנשים בריאים. חולי סוכרת מצויים בסיכון מוגבר לתחלואה ותמותה מבקטרמיה (זיהום בדם) כתוצאה מחיידק הפניאומוקוק. לפי המלצות משרד הבריאות חולי סוכרת אמורים לקבל מנה אחת של חיסון נגד זיהומים פניאומוקוקליים.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 65-74

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

**הערות:** מדד זה מתייחס לחיסונים נגד זיהומים פניאומוקוקליים הניתנים באמצעות התרכיב הפוליסכרידי (הכולל 23 זנים של החיידק) בקרב אוכלוסיית חולי סוכרת בני 65-74, וזאת בשל קיומם של נתונים אלה עבור מבוגרים בלבד.

## תוצאות (תרשימים 163-165 וטבלאות 128-130)

בשנת 2013, שיעור המחוסנים נגד פניאומוקוק בקרב חולי הסוכרת המבוגרים עמד על 82.5%. השיעור היה יציב במשך שנות המעקב ועמד על 81.8% ו-82.7% בשנים 2011 ו-2012, בהתאמה.

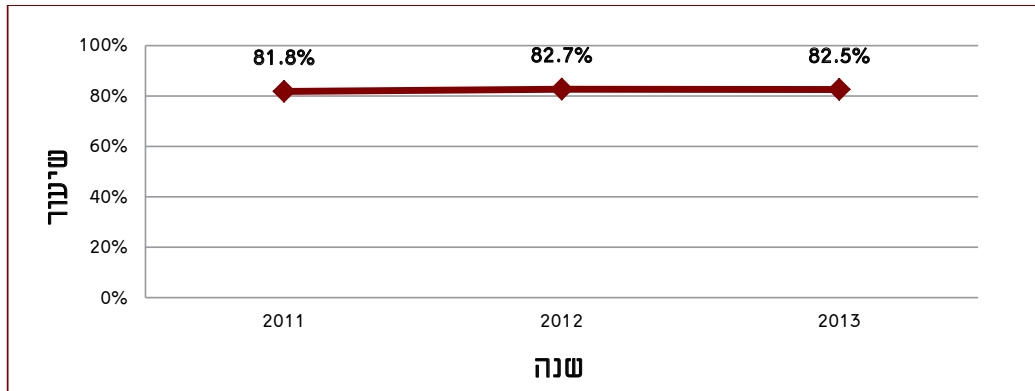
שיעור חולי הסוכרת המבוגרים המחוסנים נגד פניאומוקוק בשנת 2013 גבוה בקרב גברים (84.0%) ביחס לנשים (81.1%).

שיעור החיסון נגד פניאומוקוק בקרב מבוטחים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה במעט מזה שבקרב מבוטחים ממעמד כלכלי-חברתי גבוה (ללא פטור), 83.7% לעומת 81.7%.

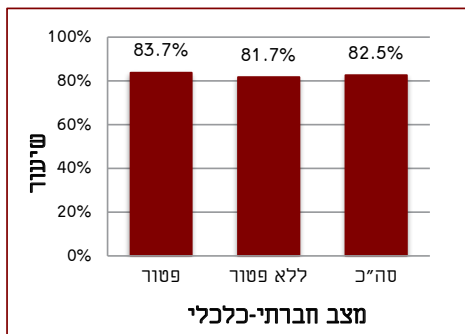
## שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

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

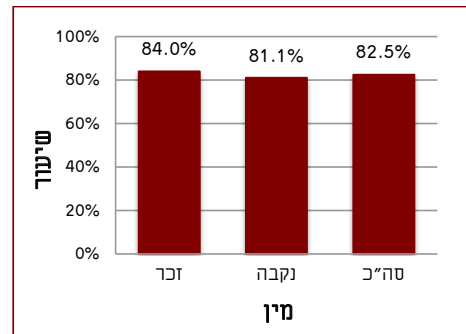
תרשים 163 לפי שנה, 2011-2013



תרשים 165 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 164 לפי מין, 2013



## שיעור קבלת חיסון נגד פניאומוקוק בחולי סוכרת בני 65-74

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

**טבלה 128** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

גיל		שנה
65-74		
82,245	מונה	2011
100,571	מכנה	
81.8%	שיעור	
92,108	מונה	2012
111,363	מכנה	
82.7%	שיעור	
97,352	מונה	2013
117,990	מכנה	
82.5%	שיעור	

**טבלה 129** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

גיל		מין
65-74		
49,097	מונה	זכר
58,459	מכנה	
84.0%	שיעור	
48,255	מונה	נקבה
59,531	מכנה	
81.1%	שיעור	
97,352	מונה	סה"כ
117,990	מכנה	
82.5%	שיעור	

**טבלה 130** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

גיל		מצב חברתי- כלכלי
65-74		
42,261	מונה	פטור
50,521	מכנה	
83.7%	שיעור	
55,091	מונה	ללא פטור
67,469	מכנה	
81.7%	שיעור	
97,352	מונה	סה"כ
117,990	מכנה	
82.5%	שיעור	

## שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

**הגדרת המדד:** שיעור המבוטחים בני 2-17 שהוגדרו כחולי סוכרת על פי רכישת שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות ממשפחת האינסולין בשנה הקודמת לשנת המדד.

**רציונאל:** בעולם כולו ובישראל בפרט ישנה עליה מתמשכת בהימצאות סוכרת. מספר החולים הסוכרתיים אשר היו רשומים במשרד הבריאות בסוף שנת 2009 היה 352,320 [5]. במידה וימשכו מגמות גידול האוכלוסייה והעליה בהיארעות הסוכרת בישראל מעריכים כי בשנת 2030 יהיו בארץ 1,200,000 חולי סוכרת [6]. 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 שסוכרת מסוג 1 שכיחה הרבה פחות מסוכרת מסוג 2, גם בסוכרת מסוג זה חלה עליה בשיעורי ההיארעות בשנים האחרונות. על פי נתוני רשם הסוכרת של המלב"ם היארעות סוכרת מסוג 1 בקרב ילדים ונוער (גילאים 0-17) עלתה מ-8 מקרים ל-100,000 בשנת 1997 ל-13.9 מקרים ל-100,000 בשנת 2011. בשנה זו אובחנו 355 מקרים חדשים של סוכרת מסוג 1 בקרב 0-17. היארעות סוכרת מסוג 1 גבוה באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית. בין השנים 1997-2011 עלו השיעורים בכ-44% בילדים יהודים ובכ-56% בילדים ערבים [8].

**מכנה:** כלל המבוטחים בני 2-17

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות ממשפחת האינסולין בשנה הקודמת לשנת המדד

**הערות:** עד לדו"ח הנוכחי לא נעשתה הבחנה בין חולי סוכרת מבוגרים וילדים מבחינת הגדרת אוכלוסיית החולים ואוסף המדדים. החל מדו"ח זה נעשתה הפרדה בין מדדי הסוכרת המתייחסים למבוגרים (מגיל 18 ואילך) ולאוכלוסיית הילדים והנוער (גילאים 2-17). לאוכלוסייה זו מאפיינים מיוחדים מאחר ובגיל הילדות והנעורים מדובר במרבית המקרים בסוכרת מסוג 1 המחייבת טיפול תרופתי קבוע באופן בלעדי באינסולין. לכן הגדרת החולי בקבוצת גיל הילדות והנעורים מתבססת על רכישת תרופות ממשפחת האינסולין בלבד, בלי שיש צורך להסמך על בדיקות מעבדה. הגדרת אוכלוסיית החולים מתבססת על ערכים מהשנה שקדמה לשנת המדד. זאת כדי שהגדרות כל מדדי המשנה, הבודקים את איכות הטיפול במחלת הסוכרת, יהיו מבוססות על ההנחה שהמטופלים היו מוגדרים כחולי סוכרת במשך כל שנת המדד. מאחר והגדרת האוכלוסייה נסמכת על נתונים מהשנה הקודמת לשנת המדד, ניתן להכליל בה פעוטות מגיל שנתיים ומעלה בלבד. מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

## תוצאות (תרשימים 166-169 וטבלאות 131-133)

על פי ההגדרה של חולי סוכרת בדו"ח זה, בשנת 2013 חיו בישראל 2,505 חולי סוכרת בני 2-17, המהווים 0.11% מקרב קבוצת גיל זו באוכלוסייה. שיעור ההימצאות של מחלת הסוכרת נותר יציב

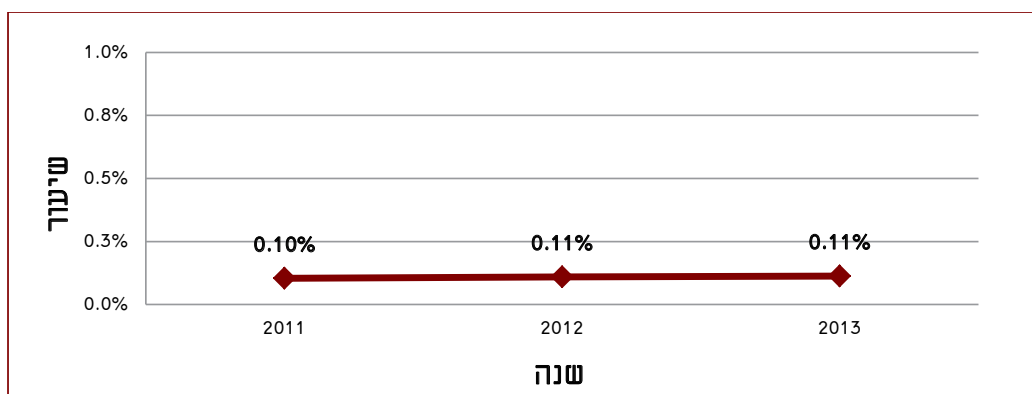
במהלך שנות המעקב. שיעור חולי הסוכרת עולה עם הגיל ובשנת 2013 עמד על 0.05% בקרב בני 9-2 שנים ועל 0.19% בקבוצת הגיל 10-17.

שיעור ההימצאות של סוכרת זהה בשני המינים. פערים משמעותיים נצפים בשכיחות הסוכרת לפי מעמד חברתי-כלכלי. בשנת 2013 שיעור חולי הסוכרת בקרב מבוטחים שהוריהם ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה פי 18 ביחס לאלו שהוריהם ממעמד גבוה (ללא פטור) - 0.91% לעומת 0.05%.

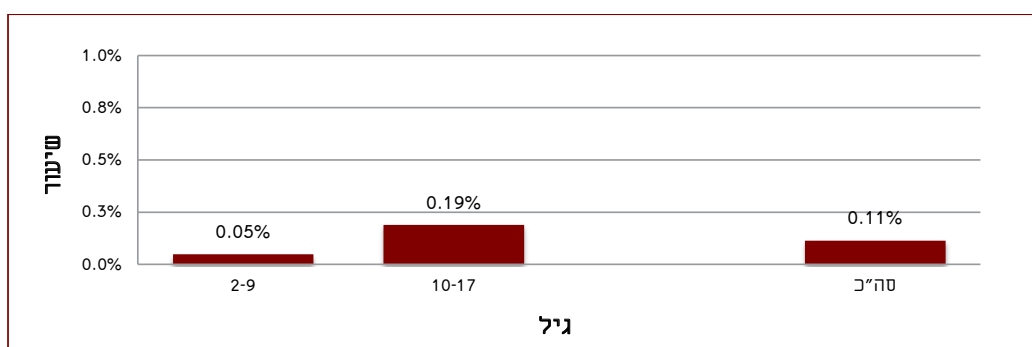
## שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

שיעור המבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים של תרופות ממשפחת האינסולין (מונה), מקרב מבוטחים בני 2-17 (מכנה)

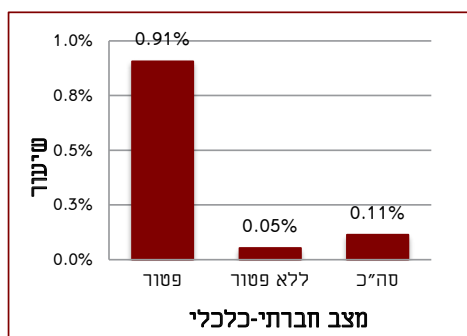
תרשים 166 לפי שנה, 2011-2013



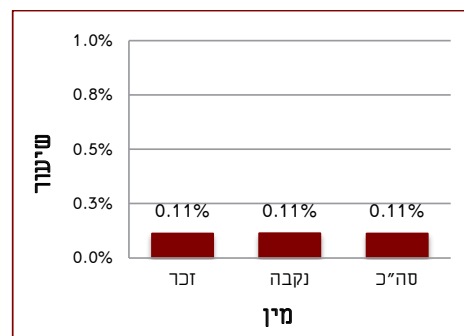
תרשים 167 לפי גיל, 2013



תרשים 169 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 168 לפי מין, 2013



## שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 2-17

מבוטחים אשר רכשו שלושה מרשמים של תרופות ממשפחת האינסולין (מונה), מקרב מבוטחים בני 2-17 (מכנה)

טבלה 131 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל		סה"כ
	10-17	2-9	
2011	מונה	538	2,192
	מכנה	1,133,868	2,113,116
	שיעור	0.05%	0.10%
2012	מונה	575	2,368
	מכנה	1,161,175	2,160,010
	שיעור	0.05%	0.11%
2013	מונה	573	2,505
	מכנה	1,187,836	2,210,352
	שיעור	0.05%	0.11%

טבלה 132 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל		סה"כ
	10-17	2-9	
זכר	מונה	299	1,276
	מכנה	609,352	1,133,361
	שיעור	0.05%	0.11%
נקבה	מונה	274	1,229
	מכנה	578,484	1,076,991
	שיעור	0.05%	0.11%
סה"כ	מונה	573	2,505
	מכנה	1,187,836	2,210,352
	שיעור	0.05%	0.11%

טבלה 133 לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל		סה"כ
	10-17	2-9	
פטור	מונה	521	1,420
	מכנה	67,791	156,638
	שיעור	0.77%	0.91%
ללא פטור	מונה	52	1,085
	מכנה	1,120,045	2,053,714
	שיעור	0.00%	0.05%
סה"כ	מונה	573	2,505
	מכנה	1,187,836	2,210,352
	שיעור	0.05%	0.11%

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

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 2-17 אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים לפחות פעם אחת בשנת המדד

**רציונאל:** לסוכרת בגיל הילדות והנעורים מאפיינים מיוחדים הכוללים בין היתר שינוי ברגישות לאינסולין עם ההתבגרות והגדילה, יכולת משתנה לטיפול עצמי, צורך בשיתוף המשפחה בטיפול וצורך לתת מענה לשעות בהן הילד מצוי בבית הספר או במעון. כדי להבטיח מענה הולם לצרכים המיוחדים הללו ממליץ האיגוד האמריקאי לסוכרת שהטיפול בילדים ובני נוער יעשה במסגרת מרפאות סוכרת יעודיות, רב תחומיות. במסגרת זו יכללו בנוסף לפן הרפואי גם חינוך של הילד והמשפחה לטיפול עצמי בסוכרת, הדרכה של תזונאית והתייחסות לצד הרגשי והפסיכולוגי של המחלה.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 2-17

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים בשנת המדד

**הערות:** החל מדו"ח זה נעשתה הפרדה בין מדדי הסוכרת המתייחסים למבוגרים (מגיל 18 ואילך) ולאוכלוסיית הילדים והנוער (גילאים 2-17). מאחר וסוכרת בגיל הילדות והנעורים היא רובה ככולה מסוג 1, הגדרת אוכלוסיית חולי הסוכרת בקבוצת גיל זו מבוססת על רכישת תרופות ממשפחת האינסולין בלבד. מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

### תוצאות (תרשימים 170-173 וטבלאות 134-136)

בשנת 2013, מתוך 2,505 חולי הסוכרת בני 2-17, 86.5% ביקרו במרפאת סוכרת ילדים. שיעור הביקור נותר יציב במשך שנות המעקב. שיעור הביקור יורד מעט עם הגיל.

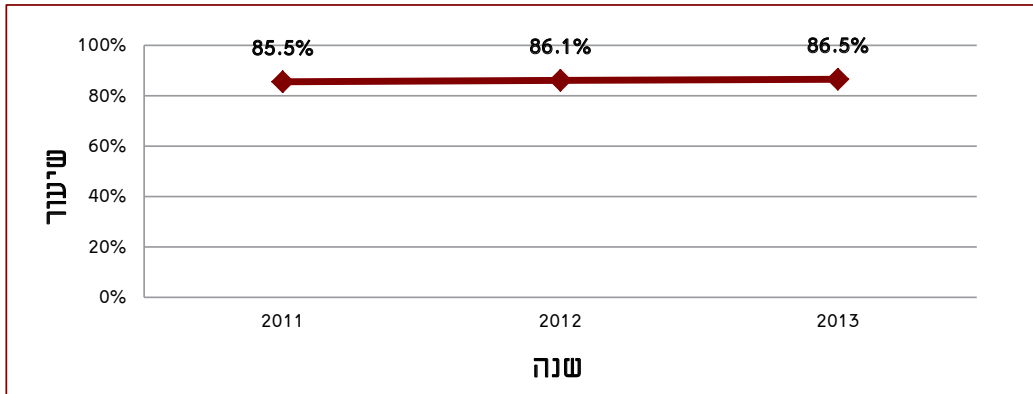
שיעור החולים אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים דומה בקרב בנים ובנות. לא נצפו הבדלים ניכרים בשיעור הביקור על פי מעמד חברתי-כלכלי של ההורים.



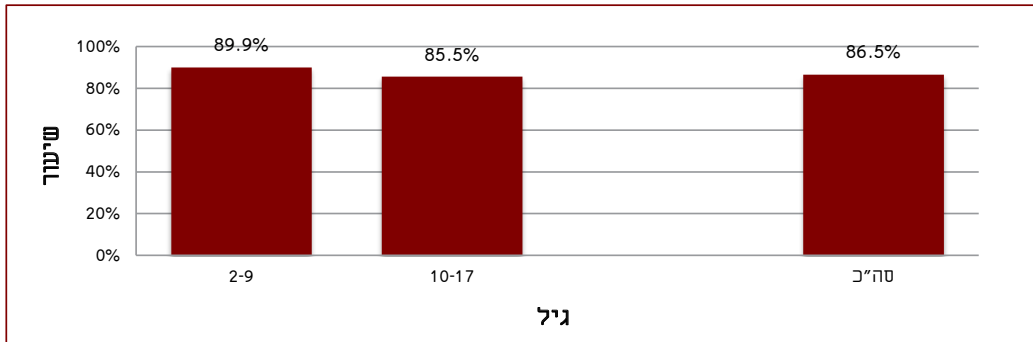
## שיעור המבקרים במרפאת סוכרת ילדים בקרב חולי סוכרת בני 2-17

שיעור חולי סוכרת אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים בשנת המדד (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 17-2 (מכנה)

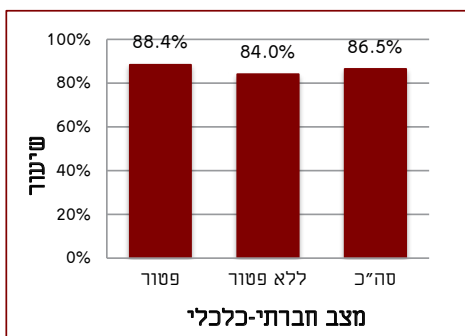
תרשים 170 לפי שנה, 2011-2013



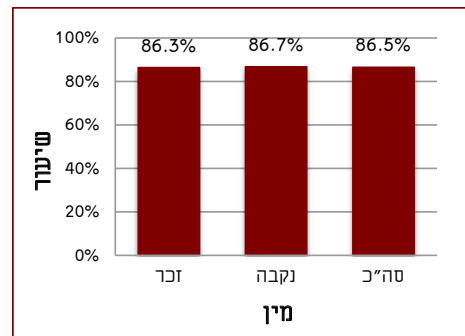
תרשים 171 לפי גיל, 2013



תרשים 173 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 172 לפי מין, 2013



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

חולי סוכרת אשר ביקרו במרפאת סוכרת ילדים בשנת המדד (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

טבלה 134 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	סה"כ	גיל		שיעור
		10-17	2-9	
2011	מונה	1,397	477	85.5%
	מכנה	1,654	538	84.5%
	שיעור	84.5%	88.7%	
2012	מונה	1,531	507	86.1%
	מכנה	1,793	575	85.4%
	שיעור	85.4%	88.2%	
2013	מונה	1,651	515	86.5%
	מכנה	1,932	573	85.5%
	שיעור	85.5%	89.9%	

טבלה 135 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	סה"כ	גיל		שיעור
		10-17	2-9	
זכר	מונה	826	275	86.3%
	מכנה	977	299	84.5%
	שיעור	84.5%	92.0%	
נקבה	מונה	825	240	86.7%
	מכנה	955	274	86.4%
	שיעור	86.4%	87.6%	
סה"כ	מונה	1,651	515	86.5%
	מכנה	1,932	573	85.5%
	שיעור	85.5%	89.9%	

טבלה 136 לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	סה"כ	גיל		שיעור
		10-17	2-9	
פטור	מונה	788	467	88.4%
	מכנה	899	521	87.7%
	שיעור	87.7%	89.6%	
ללא פטור	מונה	863	48	84.0%
	מכנה	1,033	52	83.5%
	שיעור	83.5%	92.3%	
סה"כ	מונה	1,651	515	86.5%
	מכנה	1,932	573	85.5%
	שיעור	85.5%	89.9%	

## שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 2-17 שביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם אחת בשנת המדד

**רציונאל:** המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על-ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על-ידי בדיקת המוגלובין מסוכרר (HbA1c), בדיקה המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. לבדיקה זו חשיבות רבה למעקב אחר איזון המחלה בחולי הסוכרת, וחשוב לבצעה לפחות אחת לשנה.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 2-17

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר ביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

**הערות:** החל מדו"ח זה נעשתה הפרדה בין מדדי הסוכרת המתייחסים למבוגרים (מגיל 18 ואילך) ולאוכלוסיית הילדים והנוער (גילאים 2-17). מאחר וסוכרת בגיל הילדות והנעורים היא רובה ככולה מסוג 1, הגדרת אוכלוסיית חולי הסוכרת בקבוצת גיל זו מבוססת על רכישת תרופות ממשפחת האינסולין בלבד. מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

## תוצאות (תרשימים 174-177 וטבלאות 137-139)

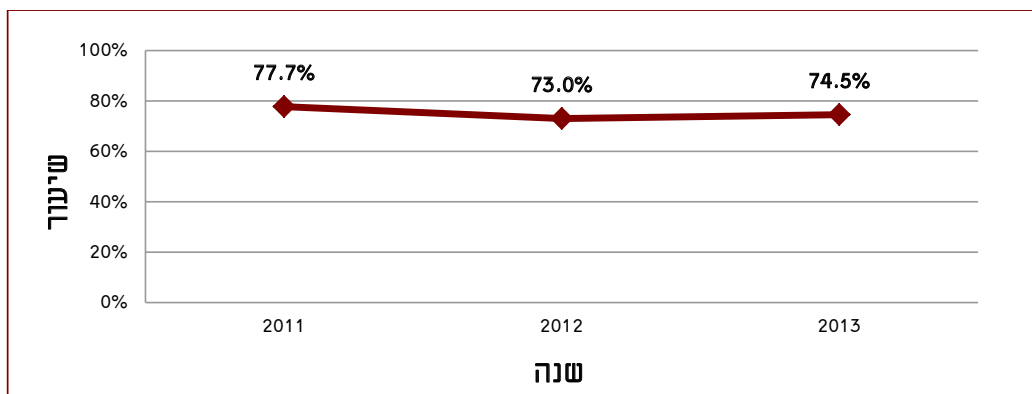
בשנת 2013, מתוך 2,505 חולי הסוכרת בני 2-17, 74.5% ביצעו בדיקת HbA1c. שיעור דומה נצפה בשנת 2012 (73.0%). שיעור ביצוע הבדיקה עולה עם הגיל.

שיעור החולים אשר ביצעו בדיקת HbA1c דומה בשני המינים ובקרב מבוטחים שהוריהם ממעמד חברתי-כלכלי גבוה ונמוך.

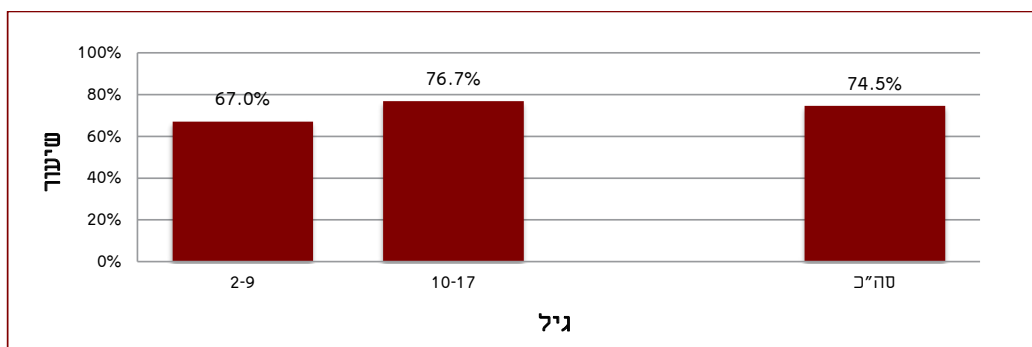
## שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 17-2

שיעור חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 17-2 (מכנה)

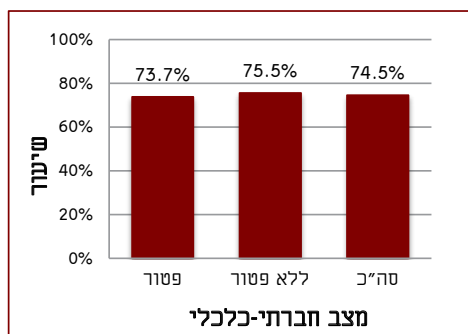
תרשים 174 לפי שנה, 2011-2013



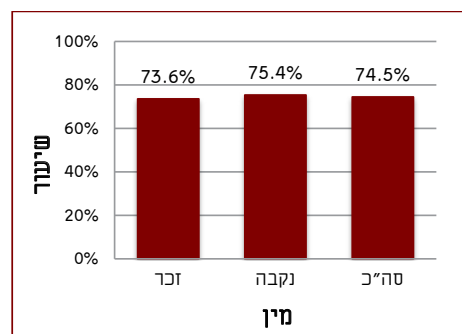
תרשים 175 לפי גיל, 2013



תרשים 177 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 176 לפי מין, 2013



## שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c בחולי סוכרת בני 2-17

חולי סוכרת אשר ביצעו בדיקת HbA1c לפחות פעם בשנה (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 2-17 (מכנה)

**טבלה 137** לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל		סה"כ
	10-17	2-9	
2011	מונה	386	1,704
	מכנה	538	2,192
	שיעור	71.7%	77.7%
2012	מונה	366	1,728
	מכנה	575	2,368
	שיעור	63.7%	73.0%
2013	מונה	384	1,866
	מכנה	573	2,505
	שיעור	67.0%	74.5%

**טבלה 138** לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל		סה"כ
	10-17	2-9	
זכר	מונה	204	939
	מכנה	299	1,276
	שיעור	68.2%	73.6%
נקבה	מונה	180	927
	מכנה	274	1,229
	שיעור	65.7%	75.4%
סה"כ	מונה	384	1,866
	מכנה	573	2,505
	שיעור	67.0%	74.5%

**טבלה 139** לפי מצב חברתי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל		סה"כ
	10-17	2-9	
פטור	מונה	351	1,047
	מכנה	521	1,420
	שיעור	67.4%	73.7%
ללא פטור	מונה	33	819
	מכנה	52	1,085
	שיעור	63.5%	75.5%
סה"כ	מונה	384	1,866
	מכנה	573	2,505
	שיעור	67.0%	74.5%

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

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 2-17 עם רמת HbA1c גבוהה מ־9%

**רציונאל:** איזון מיטבי של רמות הגלוקוז בדמם של חולי סוכרת חשוב למניעת סיבוכים בטווח הקצר (רמות גלוקוז גבוהות, חמצת מטבולית, היפוגליקמיה) ובטווח הארוך - פגיעה בכלי דם גדולים וקטנים (המתבטאת במחלות לב וכלי דם, עיוורון, פגיעה בעצבים פריפריים ואי ספיקת כליות). המעקב אחר רמת הגלוקוז בדם מבוצע הן ברמה היומיומית על־ידי מדידה עצמית של החולה, והן אחת לתקופה על־ידי בדיקת המוגלובין A1c (HbA1c), המשקפת את רמת הגלוקוז הממוצעת בדם בשלושת החודשים שקדמו לבדיקה. בדומה למבוגרים, גם בילדים יש למצוא את האיזון בין השאיפה להגיע לרמות גלוקוז בדם הקרובות לערך התקין ובין המגבלה של הסיכון להיפוגליקמיה. על פי המלצות ה־ADA רמת ה־HbA1c המגדירה איזון סוכרת טוב באוכלוסיית החולים הצעירים מגיל 18 היא 7.5%. רמת HbA1c מעל 9% מעידה על איזון בלתי מספק. מדד זה הינו ביטוי לשיעור חולי הסוכרת שמחלתם אינה מאוזנת ברמה מספקת.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 2-17, שביצעו בדיקת HbA1c בשנת המדד

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

**הערות:** החל מדו"ח זה נעשתה הפרדה בין מדדי הסוכרת המתייחסים למבוגרים (מגיל 18 ואילך) ולאוכלוסיית הילדים והנוער (גילאים 2-17). מאחר וסוכרת בגיל הילדות והנעורים היא רובה ככולה מסוג 1, הגדרת אוכלוסיית חולי הסוכרת בקבוצת גיל זו מבוססת על רכישת תרופות ממשפחת האינסולין בלבד. מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

## תוצאות (תרשימים 178-181 וטבלאות 140-142)

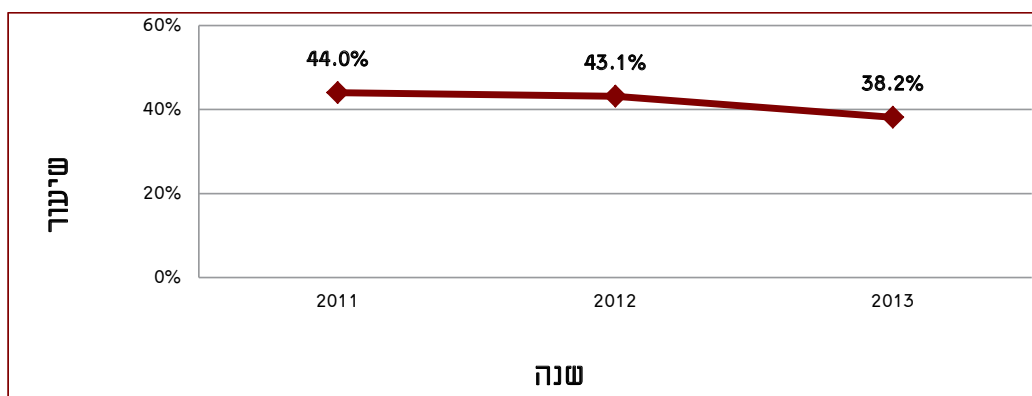
בשנת 2013, מתוך 1,866 חולי הסוכרת בני 2-17 שביצעו בדיקת HbA1c, 38.2% אינם מאוזנים. השיעור מצביע על מגמת שיפור במהלך שנות המעקב. השיעור עולה עם הגיל.

שיעור החולים בעלי רמת HbA1c לא מאוזנת דומה בשני המינים. השיעור בקרב מבוטחים שהוריהם ממעמד חברתי־כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מעט מהשיעור בקרב אלו שהוריהם ממעמד גבוה (ללא פטור).

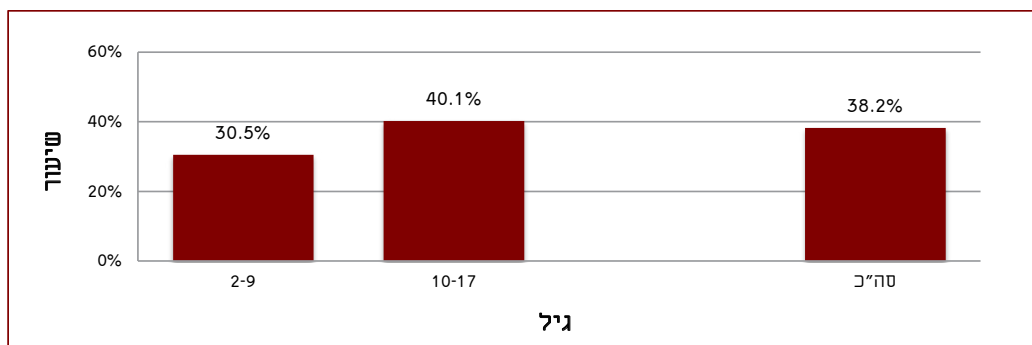
## שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 2-17

שיעור חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ-9.0% (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 2-17 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

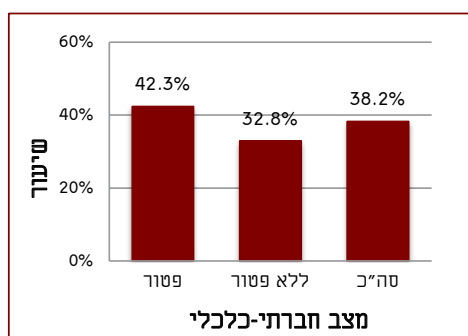
תרשים 178 לפי שנה, 2011-2013



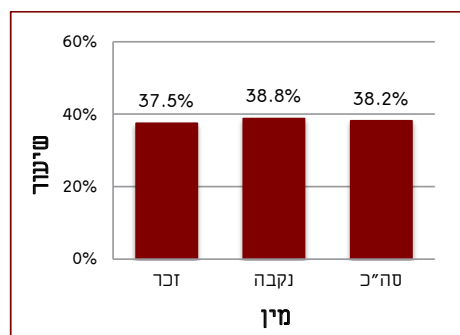
תרשים 179 לפי גיל, 2013



תרשים 181 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 180 לפי מין, 2013



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

חולי סוכרת עם רמת HbA1c גבוהה מ־9.0% (מונה), מקרב חולי סוכרת בני 2-17 שביצעו בדיקת HbA1c (מכנה)

טבלה 140 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל			סה"כ
	2-9	10-17	סה"כ	
2011	מונה	132	618	750
	מכנה	386	1,318	1,704
	שיעור	34.2%	46.9%	44.0%
2012	מונה	117	628	745
	מכנה	366	1,362	1,728
	שיעור	32.0%	46.1%	43.1%
2013	מונה	117	595	712
	מכנה	384	1,482	1,866
	שיעור	30.5%	40.1%	38.2%

טבלה 141 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל			סה"כ
	2-9	10-17	סה"כ	
זכר	מונה	64	288	352
	מכנה	204	735	939
	שיעור	31.4%	39.2%	37.5%
נקבה	מונה	53	307	360
	מכנה	180	747	927
	שיעור	29.4%	41.1%	38.8%
סה"כ	מונה	117	595	712
	מכנה	384	1,482	1,866
	שיעור	30.5%	40.1%	38.2%

טבלה 142 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל			סה"כ
	2-9	10-17	סה"כ	
פטור	מונה	111	332	443
	מכנה	351	696	1,047
	שיעור	31.6%	47.7%	42.3%
ללא פטור	מונה	6	263	269
	מכנה	33	786	819
	שיעור	18.2%	33.5%	32.8%
סה"כ	מונה	117	595	712
	מכנה	384	1,482	1,866
	שיעור	30.5%	40.1%	38.2%



## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

**הגדרת המדד:** שיעור חולי סוכרת בני 2-17 אשר קיבלו חיסון נגד שפעת עונתית

**רציונאל:** חולים במחלות כרוניות בכל הגילאים, ובהם חולי סוכרת, נמצאים בסיכון מוגבר למחלת השפעת וסיבוכיה בהשוואה לאנשים בריאים. חולי סוכרת נמצאים בסיכון מוגבר פי 2-4 לתמותה משפעת ביחס לאוכלוסייה הבריאה. בנוסף, חולי סוכרת נוטים יותר לחלות בשפעת בזמן התפרצות השפעת העונתית. לפי ההמלצות של משרד הבריאות חולי סוכרת אמורים לקבל חיסון נגד שפעת אחת לשנה.

**מכנה:** חולי סוכרת בני 2-17

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

**הערות:** החל מדו"ח זה נעשתה הפרדה בין מדדי הסוכרת המתייחסים למבוגרים (מגיל 18 ואילך) ולאוכלוסיית הילדים והנוער (גילאים 2-17). מאחר וסוכרת בגיל הילדות והנעורים היא רובה ככולה מסוג 1, הגדרת אוכלוסיית חולי הסוכרת בקבוצת גיל זו מבוססת על רכישת תרופות ממשפחת האינסולין בלבד. תקופת המדד הינה מ־1 בספטמבר של שנת המדד ועד 28 בפברואר בשנה שאחריה, בחפיפה לעונת מתן החיסון לשפעת. מדד זה הינו חדש ומוצג לראשונה בדו"ח המדדים.

## תוצאות (תרשימים 182-185 וטבלאות 143-145)

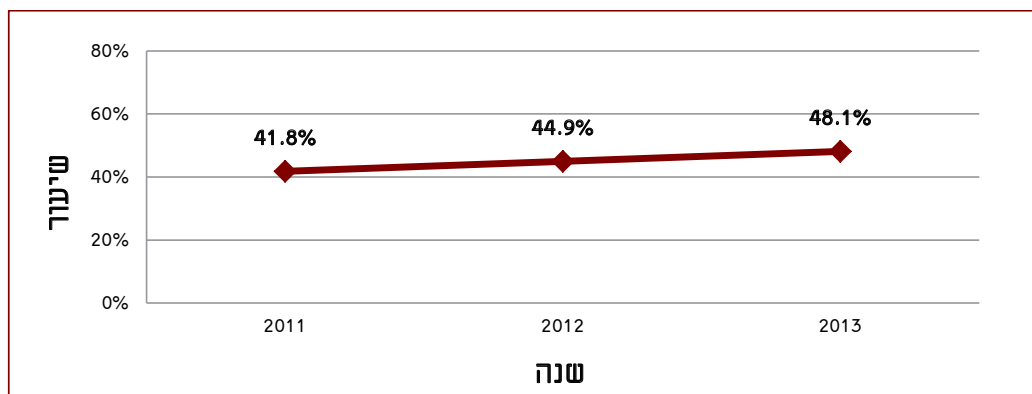
בשנת 2013, מתוך 2,505 חולי הסוכרת בני 2-17, 48.1% קיבלו חיסון נגד שפעת. השיעור מצביע על מגמת עליה בשנות המעקב. שיעור החולים המחוסנים דומה בקרב בנים ובנות.

שיעור החולים המחוסנים מבין המבוטחים שהוריהם ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) גבוה מעט מהשיעור בקרב אלו שהוריהם ממעמד גבוה (ללא פטור).

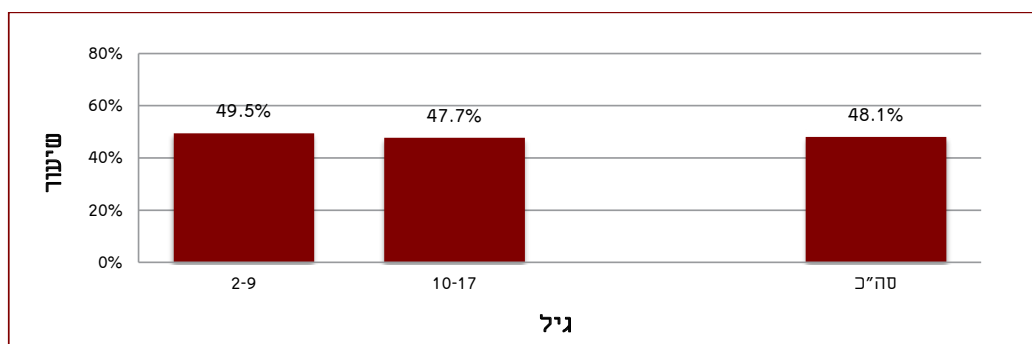
## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

שיעור חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 2-17 (מכנה)

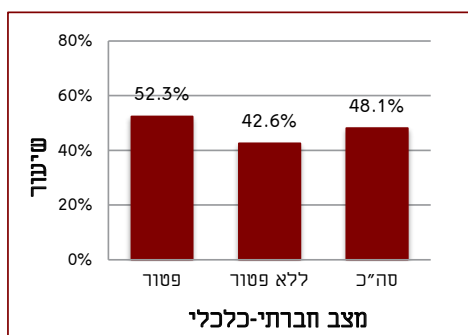
תרשים 182 לפי שנה, 2011-2013



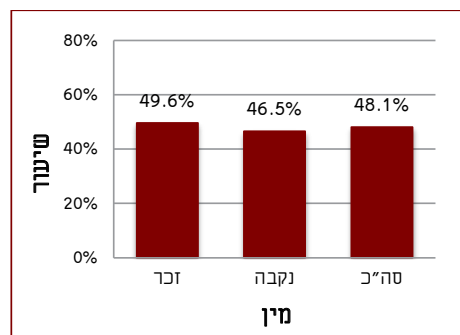
תרשים 183 לפי גיל, 2013



תרשים 185 לפי מצב חברתי-כלכלי, 2013



תרשים 184 לפי מין, 2013



## שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 2-17

חולי סוכרת אשר קיבלו חיסון נגד שפעת (מונה), מקרב חולי סוכרת בגיל 17-2 (מכנה)

טבלה 143 לפי גיל ושנה – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2011-2013

שנה	גיל			סה"כ
	10-17	2-9	מונה	
2011	695	220	915	מכנה
	1,653	538	2,191	שיעור
	42.0%	40.9%	41.8%	
2012	801	263	1,064	מכנה
	1,793	575	2,368	שיעור
	44.7%	45.7%	44.9%	
2013	920	283	1,203	מכנה
	1,929	572	2,501	שיעור
	47.7%	49.5%	48.1%	

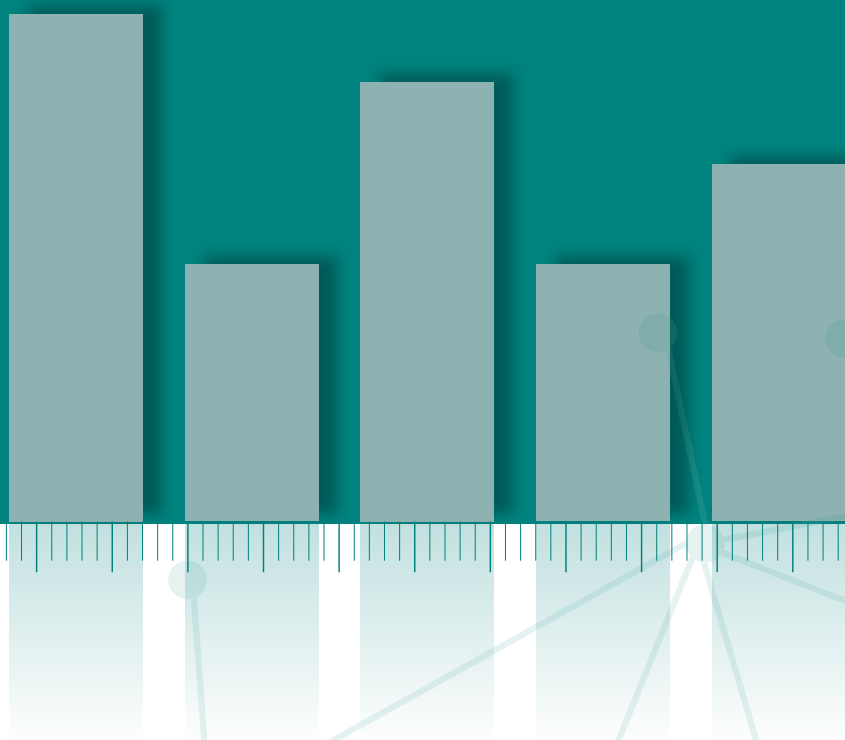
טבלה 144 לפי מין וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מין	גיל			סה"כ
	10-17	2-9	מונה	
זכר	485	147	632	מכנה
	975	299	1,274	שיעור
	49.7%	49.2%	49.6%	
נקבה	435	136	571	מכנה
	954	273	1,227	שיעור
	45.6%	49.8%	46.5%	
סה"כ	920	283	1,203	מכנה
	1,929	572	2,501	שיעור
	47.7%	49.5%	48.1%	

טבלה 145 לפי מצב חברתי-כלכלי וגיל – מספרים מוחלטים ושיעורים, 2013

מצב חברתי-כלכלי	גיל			סה"כ
	10-17	2-9	מונה	
פטור	479	264	743	מכנה
	899	521	1,420	שיעור
	53.3%	50.7%	52.3%	
ללא פטור	441	19	460	מכנה
	1,030	51	1,081	שיעור
	42.8%	37.3%	42.6%	
סה"כ	920	283	1,203	מכנה
	1,929	572	2,501	שיעור
	47.7%	49.5%	48.1%	

# אחרית דבר



הדו"ח המונח לפניכם מציג את תוצאות מדדי האיכות לשנים 2011-2013. מדידת איכות הטיפול היא צעד ראשון והכרחי בדרך הארוכה לשיפורה, אולם במדידה אין די. יש צורך להשלים אותה באמצעות בחינה יסודית של התוצאות ותרגומן למדיניות מתאימה וזאת 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. כן מומלץ להמשיך ולבחון מעבר ממדדי תיעוד בלבד למדדים מבוססי ערכים, הרחבה של אוסף המדדים לתחומי מדידה נוספים ולהיבטים 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 (האזור 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 ולאתר 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

לאחרונה הגיעו לכדי סיום שני מחקרים הקשורים לפעולת התכנית ולתוצאות הדו"ח. המחקר הראשון מתמקד בחקירת ההשתנות בתוצאי בריאות לאומיים במקביל לשיפורים במדדי האיכות. המחקר הדגים שיפור במספר תחומים, בכלל זה, הפחתה בסיבוכי סוכרת הכוללים פגיעה באברי מטרה ותמותה שניכרו מאז החלת התכנית. בנוסף, נמצא שיפור ניכר באבחון סרטן המעי הגס ממוקד בשנות המדידה וירידה ניכרת בהימצאות סרטן גרורתי בעת האבחנה. המחקר מציע כי השקעת משאבים ברמת הקהילה תורמת להפחתת תחלואה משמעותית ברמה הלאומית ומדגיש את הצורך במחקרים ברמה הפרטנית על מנת לאשש את הממצאים ברמה הלאומית [1]. המחקר השני מאפשר בחינה ברמה הלאומית של הצמדות לקווים מנחים בנושא בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס. מהמחקר עולה כי אומנם שיעור המבוטחים העוברים בדיקת סקר בשנה אחת גבוה יחסית, אך שיעור המבצעים את הבדיקה בשנים עוקבות נמוך. כמו כן נמצא כי פחות ממחצית מהמבוגרים עם תוצאה חיובית בבדיקת דם סמוי חיובי בצואה עוברים קולונוסקופיה תוך 60 יום. התזמון של ביצוע קולונוסקופיה נמצא קשור במאפיינים סוציו-דמוגרפים ובריאותיים ובהתנהגויות בריאות אחרות [2]. מומלץ להמשיך ולעודד שימוש בדו"ח לזיהוי כיווני מחקר חדשים העולים מהתוצאות וליצירת סדר יום מחקרי בנושאים רלבנטיים. המחקר יסייע להבנת תוצאות התכנית והשלכותיה ולבחינה של התהליכים המובילים לשינוי באיכות הטיפול. נושאים נוספים העולים במסגרת זו כוללים הערכה של ההשפעות הכלכליות של התכנית, יצירת בסיס מדעי להשוואות בינלאומיות, ניטור הפערים על פני זמן בתוצאות המדדים בין קבוצות מבוטחים וחקירת ההסברים לפערים אלו.

## מבוא

1. Casalino LP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. *New England Journal Of Medicine* 1999, 341(15): 1147-1150.
2. מנור א, שמואלי ע, בן-יהודה א, פלטיאל א, קלדרון ר, יפה ד. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2010-2012. ביה"ס לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים, דצמבר 2013.
3. Institute of Medicine. *America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality*. Washington DC: National Academy Press 1994.  
Available at: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9147&page=1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=1)
4. פורת א, רבינוביץ ג, רסקין-סגל ע, וויצמן ר. תכנית מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דו"ח לציבור 2007-2005. משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2008.
5. Friedberg MW, Damberg CL. *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.
6. AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality. *National Healthcare Quality Report 2013*. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality 2014. Publication No. 14-0005.  
Available at: <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr13/2013nhqr.pdf>
7. Swedish Association of Local Authorities and Regions. *Quality and Efficiency in Swedish Health Care - Regional comparisons 2012*. Swedish National Board of Health and Welfare 2013: Stockholm.  
Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19072/2013-5-7.pdf>
8. 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/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442471955>
9. National Health Services. *Indicators for Quality Improvement. The Compendium of Population Health Indicators*. Health and Social Care Information Centre: England.  
Available at: <https://indicators.ic.nhs.uk/webview/>
10. OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health Care Quality Indicators*. OECD Health Policies and Data.

Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

11. 2014. 2013. המוסד לביטוח לאומי. מינהל המחקר והתכנון, חברות בקופת חולים 2013. [http://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker\\_262.pdf](http://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_262.pdf)
12. Rosen D, Nakar S, Cohen AD, Vinker S. Low rate of non-attenders to primary care providers in Israel – a retrospective longitudinal study. *Israel Journal Of Health Policy Research* 2014, 3: 15.
13. Weitzman R. Measurement Errors in Census type Clinical Performance Measures. PhD dissertation, 2010, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel.

## קידום בריאות

1. James WP. WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity* 2008, 32(7): s120-126.
2. Catenacci VA, Hill JO, Wyatt HR. The obesity epidemic. *Clinics In Chest Medicine* 2009, 30(3): 415-444, vii.
3. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009, 373(9669): 1083-1096.
4. Wang Y, Beydoun MA, Liang L, Caballero B, Kumanyika SK. Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity* 2008, 16(10): 2323-2330.
5. משרד הבריאות. סקר בריאות לאומי בישראל 2007-2010, ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות פרסום מספר 331, 2012. (INHIS-2) <http://www.pagegangster.com/p/K0TGX/>
6. טבנקין ח, להד א. המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת. האגף למדיניות רפואית, איגוד רופאי המשפחה בישראל. ההסתדרות הרפואית בישראל. 2013. [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\\_.D7.A7.D7.9C.D7.99.D7.A0.D7.99.D7.95.D7.AA\\_-\\_Clinical\\_guidelines](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_.D7.A7.D7.9C.D7.99.D7.A0.D7.99.D7.95.D7.AA_-_Clinical_guidelines)
7. 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](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm)
8. WHO-World Health Organization. WHO global report: Mortality attributable to tobacco, 2012. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf)
9. CDC-Center for Disease Control and Prevention. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000—2004. *MMWR-Morbidity and Mortality Weekly Report* 2008, 57(45): 1226-1228.



10. Ginsberg GM, Rosenberg E, Rosen L. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. *European Journal of Public Health* 2010, 20(1): 113-119.
11. משרד הבריאות. דו"ח שרת הבריאות על העישון בישראל 2013. שירותי בריאות הציבור. מאי 2014  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking\\_2013.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2013.pdf)

## סרטן

1. רישום הסרטן הלאומי בישראל. רישום סרטן לאומי סרטן שד. 2014  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/breast\\_cancer\\_oct2014.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/breast_cancer_oct2014.pdf)
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. השנתון הסטטיסטי לישראל 2014 – מספר 65  
[http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew\\_site.htm](http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm)
3. 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, W-236.
4. משרד הבריאות. מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות. חוזר המנהל הכללי. 19 ביוני, 2012  
[http://www.cancer.org.il/download/files/20%של20%מוקדם20%מניעהוגילוי20%מחלותממאירות\\_יוני\\_2012.pdf](http://www.cancer.org.il/download/files/20%של20%מוקדם20%מניעהוגילוי20%מחלותממאירות_יוני_2012.pdf)
5. Gotsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2013, 6: CD001877.
6. McNamara M, Walsh JM. Update in women's health: evidence published in 2012. *Annals Of Internal Medicine* 2013, 159(3): 203-209.
7. 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 : BCR* 2012, 14(1): R9.
8. Mandelblatt JS, Cronin KA, Berry DA, et al. Modeling the impact of population screening on breast cancer mortality in the United States. *Breast* 2011, 20(S3): S75-81.
9. Paci E, Broeders M, Hofvind S, Puliti D, Duffy SW; the EUROSCREEN Working Group. European Breast Cancer Service Screening Outcomes: A First Balance Sheet of the Benefits and Harms. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention* 2014, 23(7): 1159-1163.
10. משרד הבריאות. רישום הסרטן הלאומי בישראל. סרטן המעי הגס והחלחולת. עדכון נתוני תחלואה, 2014. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2014.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/ICR\\_21072014.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/ICR_21072014.pdf)
11. Rothwell PM, Wilson M, Elwin CE, et al. 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.
12. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemocult): an update. *The American Journal Of Gastroenterology* 2008, 103(6): 1541-1549.

13. Atkin WS, Edwards R, Krali-Hans I, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010, 375(9726): 1624-1633.
14. Telford JJ, Levy AR, Sambrook JC, Zou D, Enns RA. The cost-effectiveness of screening for colorectal cancer. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne* 2010, 182(12): 1307-1313.

## ילדים

1. 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.
2. Black MM, Quigg AM, Hurley KM, Pepper MR. Iron deficiency and iron-deficiency anemia in the first two years of life: strategies to prevent loss of developmental potential. *Nutrition Reviews* 2011, 69(S1): S64-70.
3. Oski FA. Iron deficiency in infancy and childhood. *The New England Journal Of Medicine* 1993, 329(3): 190-193.
4. Meyerovitch J, Sherf M, Antebi F, et al. The incidence of anemia in an Israeli population: a population analysis for anemia in 34,512 Israeli infants aged 9 to 18 months. *Pediatrics* 2006, 118(4): e1055-1060.
5. משרד הבריאות. תדריך למניעת אנמיה וחוסר בחל בתינוקות ובפעוטות. חוזר ראש שירותי בריאות הציבור. 13 באוגוסט, 2012.  
[http://www.health.gov.il/hozer/BZ17\\_2012.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/BZ17_2012.pdf)
6. White KC. Anemia is a poor predictor of iron deficiency among toddlers in the United States: for heme the bell tolls. *Pediatrics* 2005, 115(2): 315-320.
7. Wang B, Zhan S, Gong T, Lee L. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2013, 6: CD001444.
8. Baker RD, Greer FR. 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.
9. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. 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.
10. Reilly JJ, 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.
11. Schwartz MB, 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.

12. OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. Obesity update 2014. OECD Health Data 2014.  
Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf>
13. 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](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)
14. Nitzan Kaluski D, Demem Mazengia G, Shimony T, Goldsmith R, Berry EM. Prevalence and determinants of physical activity and lifestyle in relation to obesity among schoolchildren in Israel. Public Health Nutrition 2009, 12(6): 774-782.
15. Reilly JJ. Assessment of obesity in children and adolescents: synthesis of recent systematic reviews and clinical guidelines. Journal Of Human Nutrition And Dietetics 2010, 23(3): 205-211.
16. משרד הבריאות. 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](http://www.health.gov.il/hozer/mk21_2011.pdf)

## מבוגרים

1. Monto AS. 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(1): S20-25.
2. Thompson WW, Comanor L, Shay DK. Epidemiology of seasonal influenza: use of surveillance data and statistical models to estimate the burden of disease. The Journal Of Infectious Diseases 2006, 194(2): S82-91.
3. משרד הבריאות. בריאות 2013. אנף מידע מנהל ומחשוב, המרכז הלאומי לבקרת מחלות = 2014. ICDC.  
<http://147.237.77.238/PublicationsFiles/health2013.pdf>
4. משרד הבריאות. דוח מסכם עונת השפעת 2013/2014 חטיבת הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות 2014. IDCD  
[http://www.health.gov.il/publicationsfiles/flu2013\\_2014.pdf](http://www.health.gov.il/publicationsfiles/flu2013_2014.pdf)
5. משרד הבריאות. מניעת השפעת העונתית - הנחיות מעודכנות. חוזר ראש שירותי בריאות הציבור. 01 בספטמבר, 2011.  
[http://www.health.gov.il/hozer/bz09\\_2011.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/bz09_2011.pdf)
6. Goldblatt D, O'Brien KI. Pneumococcal Infections. Harrison's Principles of Internal Medicine, Chapter 134. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. 2011.
7. O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, et al. Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates. Lancet 2009, 374(9693): 893-902.

8. WHO-World Health Organization. Estimated Hib and pneumococcal deaths for children under 5 years of age, 2000.  
Available at: [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/estimates/Pneumo\\_hib\\_2000/en/index2.html](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/estimates/Pneumo_hib_2000/en/index2.html)
9. CDC-Center for Disease Control and Prevention. Progress in Introduction of Pneumococcal Conjugate Vaccine — Worldwide, 2000–2012. *Morbidity And Mortality Weekly Report (MMWR)* April 26, 2013, 62(16): 308-311.  
Available at: [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6216a4.htm?s\\_cid=mm6216a4\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6216a4.htm?s_cid=mm6216a4_w)
10. Pilishvili T, Lexau C, Farley MM, et al. Sustained reductions in invasive pneumococcal disease in the era of conjugate vaccine. *The Journal Of Infectious Diseases* 2010, 201(1): 32-41.
11. Ben-Shimol S, Greenberg D, Givon-Lavi N, et al. Rapid reduction in invasive pneumococcal disease after introduction of PCV7 into the National Immunization Plan in Israel. *Vaccine* 2012, 30(46): 6600-6607.
12. Regev-Yochay G, Rahav G, Strahilevitz J, et al. A nationwide surveillance of invasive pneumococcal disease in adults in Israel before an expected effect of PCV7. *Vaccine* 2013, 31(19): 2387-2394.
13. משרד הבריאות. תדריך חיסונים 1999. האגף לאפידימילוגיה, שירותי בריאות הציבור. עדכון אונסט 2014.  
[http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/tadrich\\_Chis-unim.pdf](http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/tadrich_Chis-unim.pdf)
14. Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *American Family Physician* 2002, 65(4): 640-650.
15. Lopez D, Flicker L, Dobson A. Validation of the frail scale in a cohort of older Australian women. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012, 60(1): 171–173.
16. Morley JE. Anorexia, weight loss, and frailty. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)* 2010, 11(4): 225-228.
17. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences And Medical Sciences* 2001, 56(3): M146-156.
18. Alibhai SM, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ* 2005, 172(6): 773-780.
19. משרד הבריאות. המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"מ). סקר מב"ת זהב - סקר מצב בריאות ותזונה לאומי לבני 65 ומעלה, 2005-2006.  
[http://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/mabat/Pages/Mabat\\_Gold.aspx](http://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/mabat/Pages/Mabat_Gold.aspx)
20. Guideline Summary NGC-7536. Unintended weight loss (UWL) in older adults' evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): American Dietetic Association (ADA) 2009 Oct, Various p.  
Available at: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15436>

21. הר"י - ההסתדרות הרפואית בישראל. האגף למדיניות רפואית. איגוד רופאי המשפחה בישראל. הנחיות קליניות, המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת 2013 [http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/clinical\\_09\\_preventive.pdf](http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/clinical_09_preventive.pdf)
22. Billioti Gage S, Moride Y, Ducruet T, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014, 349: g5205.
23. Billioti Gage S, Bégaud B, Bazin F, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ* 2012, 345: e6231.
24. Obiora E, Hubbard R, Sanders RD, Myles PR. The impact of benzodiazepines on occurrence of pneumonia and mortality from pneumonia: a nested case-control and survival analysis in a population-based cohort. *Thorax* 2013, 68(2): 163-170.
25. Benzodiazepines: Good Practice Guidelines for Clinicians. Department of health and children. Available at: <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/Benzodiazepines-Good-Practice-Guidelines.pdf>
26. Neutel CI, Hirdes JP, Maxwell CJ, Patten SB. New evidence on benzodiazepine use and falls: the time factor. *Age Ageing* 1996, 25(4): 273-278.
27. Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Canadian Family Physician* 1998, 44: 799-808.
28. Gallagher HC. Addressing the Issue of Chronic, Inappropriate Benzodiazepine Use: How Can Pharmacists Play a Role? *Pharmacy* 2013, 1(2): 65-93. Available at: <http://www.mdpi.com/2226-4787/1/2/65/htm>
29. NICE-National Institute for Health and Care Excellence. Technology appraisal guidance 77. Guidance on the use of Zaleplon, Zolpidem and Zopiclone for the short-term management of insomnia. Issued April 2004. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/ta77/resources/guidance-guidance-on-the-use-of-zaleplon-zolpidem-and-zopiclone-for-the-shortterm-management-of-insomnia-pdf>
30. Donoghue J, Lader M. Usage of benzodiazepines: A review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2010, 14(2): 78-87. Available at: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13651500903447810>
31. Sonnenberg CM, Bierman EJ, Deeg DJ, Comijs HC, van Tilburg W, Beekman AT. Ten-year trends in benzodiazepine use in the Dutch population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012, 47(2): 293-301.
32. Windle A, Elliot E, Duszynski K, Moore V. Benzodiazepine prescribing in elderly Australian general practice patients. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2007, 31(4): 379-381.
33. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*. 2007, 22(3): 303-307.

34. Committee on safety of medicines. Benzodiazepines, dependence and withdrawal symptoms. UK Government Bulletin to Prescribing Doctors, 1988. Current problems. Number 21: 1-2.  
Available at: <http://www.benzo.org.uk/commit.htm>
35. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2012, 60(4): 616-631.
36. AGS-Geriatrics Healthcare Professionals. Ten Things Physicians and Patients Should Question. Choosing Wisely. American Geriatrics Society 2013, 1-5. 2014, 6-10.  
Available at: <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-geriatrics-society/>
37. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Internal Medicine 2014, 174(6): 890-898.

## מחלות נשימתיות

1. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R, Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. Allergy 2004, 59(5): 469-478.
2. משרד הבריאות. מצב הבריאות בישראל 2010. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 333, אוגוסט 2011.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Health\\_Status\\_in\\_Israel2010.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Health_Status_in_Israel2010.pdf)
3. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, et al. 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.
4. GINA-Global Initiative for Asthma Program. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012.  
Available at: <http://www.ginasthma.org>
5. American Lung Association. Trends in Asthma Morbidity and Mortality. Epidemiology and Statistics Unit 2012, Research and Program Services Division, American Lung Association.  
Available at: <http://www.lung.org/finding-cures/our-research/trend-reports/asthma-trend-report.pdf>
6. משרד הבריאות. מניעת שפעת ומחלות חורף אחרות. 2012.  
[http://www.health.gov.il/SUBJECTS/VACCINES/FLU/Pages/Winter\\_flu.aspx](http://www.health.gov.il/SUBJECTS/VACCINES/FLU/Pages/Winter_flu.aspx)
7. 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/files/docs/guidelines/asthsumm.pdf>

8. CDC-Center for Disease Control and Prevention. Flu shots - get vaccinated. Accessed March 2012.  
Available at: <http://www.cdc.gov/asthma/flu.html>
9. GOLD-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2014.  
Available at: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2014\\_Jun11.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jun11.pdf)
10. WHO-World Health Organization. The top 10 causes of death. Fact sheet No 310. Updated 2014.  
Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
11. CDC-Center for Disease Control and Prevention. BRFSS-Behavioural Risk Factor Surveillance System.  
Available at: <http://www.cdc.gov/brfss/>
12. CDC-Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Chronic obstructive pulmonary disease among adults - United States, 2011. 2012, 61(46): 938-943.  
Available at: <http://www.cdc.gov/mmWr/preview/mmwrhtml/mm6146a2.htm>
13. Tilert T, Dillon C, Paulose-Ram R, Hnizdo E, Doney B. Estimating the U.S. prevalence of chronic obstructive pulmonary disease using pre- and post-bronchodilator spirometry: the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007-2010. Respiratory Research 2013, 14:103.  
Available at: <http://respiratory-research.com/content/pdf/1465-9921-14-103.pdf>  
or at: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Estimating+the+U.S.+prevalence+of+chronic+obstructive+pulmonary+disease+using+pre-+and+post-bronchodilator+spirometry%3A+the+National+Health+and+Nutrition+Examination+Survey+\(NHANES\)+2007%E2%80%932010](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Estimating+the+U.S.+prevalence+of+chronic+obstructive+pulmonary+disease+using+pre-+and+post-bronchodilator+spirometry%3A+the+National+Health+and+Nutrition+Examination+Survey+(NHANES)+2007%E2%80%932010)
14. American Lung Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Fact Sheet 2014.  
Available at: <http://www.lung.org/lung-disease/copd/resources/facts-figures/COPD-Fact-Sheet.html>
15. משרד הבריאות. 2014. תדריך חיסונים 1999. האגף לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור. עדכון 2014 אוגוסט.  
[http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/tadrich\\_Chis-unim.pdf](http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/tadrich_Chis-unim.pdf)

## לב וכלי דם

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. השנתון סטטיסטי לישראל 2014 - מספר 65.  
[http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew\\_site.htm](http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm)
2. משרד הבריאות. 2013. סיבות מוות מובילות בישראל 2000-2010.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading\\_causes\\_2010.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading_causes_2010.pdf)

3. Israel Ministry Of Health. Morbidity, disability and hospital discharges. Health For All 2009.  
Available at: <http://www.old.health.gov.il/download/docs/units/comp/hfa/2009/3.pdf>
4. משרד הבריאות. סקר בריאות לאומי בישראל 2007-2010. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, פרסום מספר 331, 2012.  
<http://www.pagegangster.com/p/K0TGX/>
5. American Heart Association. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation 2002, 106(25): 3143-3421.  
Available at: <http://circ.ahajournals.org/content/106/25/3143.long>
6. NHLBI-National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). National Cholesterol Education Program. National Institutes of Health. NIH Publication No. 0,1-3670 May 2001.  
Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3xsum.pdf>
7. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 2004, 110(2): 227-239.
8. Lin V, Holman JR, Jamieson B. Clinical Inquiries: Which drugs should post-MI patients routinely receive? The Journal Of Family Practice 2010, 59(9): 527-529.

## סוכרת

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition. chapter 344. 2012.
2. WHO-World Health Organization. World Diabetes Day 2014.  
Available at: <http://www.who.int/diabetes/en/>
3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research And Clinical Practice 2010, 87(1): 4-14.
4. משרד הבריאות. מצב הבריאות בישראל 2010. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 333, אוגוסט 2011.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Health\\_Status\\_in\\_Israel2010.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Health_Status_in_Israel2010.pdf)
5. WHO-World Health Organization, Ministry of Health, Department of health information. Selected Health For All (HFA) Indicators 2011. Jerusalem.  
Available at: [http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HFA\\_2011.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HFA_2011.pdf)
6. ח, א, מוסנזון ע. המדריך לטיפול בסוכרת. המועצה הלאומית לסוכרת. משרד הבריאות  
<http://www.themedical.co.il/magazines/diabetic2012/index.html>
7. משרד הבריאות. סיבות מוות מובילות בישראל 2000-2010.  
[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading\\_causes\\_2010.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading_causes_2010.pdf)



8. הרישום הלאומי להיארעות סוכרת מסוג 1 בבני 0-17, ריכוז נתונים על מחלת הסוכרת בישראל.  
[http://147.237.77.238/UnitsOffice/ICDC/Chronic\\_Diseases/Diabetes/Pages/Type1\\_0\\_17.aspx](http://147.237.77.238/UnitsOffice/ICDC/Chronic_Diseases/Diabetes/Pages/Type1_0_17.aspx)
9. 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-%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>
10. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2014. Diabetes Care 2014, 37(S1): S14-S80.  
 Available at: [http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement\\_1/S14.full.pdf+html](http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html)
11. 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/RRT11990\\_2010.pdf](http://www.isnh.org.il/RRT11990_2010.pdf)
12. משרד הבריאות. נטל התחלואה מסוכרת בישראל – מצגת. המרכז לבקרת מחלות, 2010. כפי שהוצג:  
<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02745.pdf>
13. 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>
14. Hayes AJ, Leal J, Gray AM, Holman RR, Clarke PM. UKPDS Outcomes Model 2: a new version of a model to simulate lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes mellitus using data from the 30 year United Kingdom Prospective Diabetes Study: UKPDS 82. Diabetologia 2013, 56: 1925-1933.
15. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. The New England Journal Of Medicine 2008, 358(24): 2560-2572.
16. 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(24): 2545-2559.
17. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. New England Journal of Medicine 2009, 360(2):129-139.
18. Qaseem A, Vijan S, Snow V, et al. 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.
19. שליטין ש. סוכרת בבני נוער ובצעירים. המדריך לטיפול בסוכרת. 2013.  
[http://www.wikirefua.org.il/index.php/%D7%A1%D7%95%D7%9B%D7%A8%D7%AA\\_%D7%91%D7%91%D7%A0%D7%99\\_%D7%A0%D7%95%D7%A2%D7%A8\\_%D7%95%D7%91%D7%A6%D7%A2%D7%99%D7%A8%D7%99%D7%9D](http://www.wikirefua.org.il/index.php/%D7%A1%D7%95%D7%9B%D7%A8%D7%AA_%D7%91%D7%91%D7%A0%D7%99_%D7%A0%D7%95%D7%A2%D7%A8_%D7%95%D7%91%D7%A6%D7%A2%D7%99%D7%A8%D7%99%D7%9D)

20. Cianng JL, Kirkman MS, Laffel L, Peters A. Type 1 Diabetes Through the lifespan: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care June 16, 2014 (Published ahead of print)  
<http://care.diabetesjournals.org/content/early/2014/06/09/dc14-1140.full.pdf+html>
21. Cushman WC, Evans GW, Byington RP, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. New England Journal Of Medicine 2010, 362(17):1575-1585.

## אחרית דבר

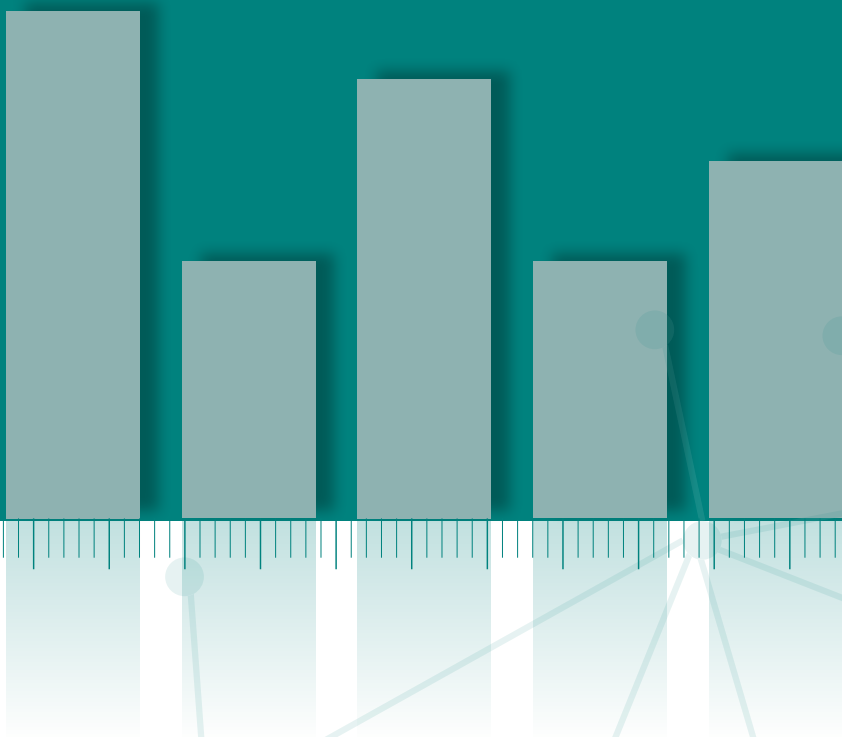
1. קלדרון-מרנגלית ר, כהן מ, לוין י, פלטיאל א, יפה ד, מנור א. האם שיפור במדדי איכות הטיפול ברפואת הקהילה קשור בבריאות הציבור? סוכרת וסרטני השד והמעי הגס כמקרי בוחן. הכנס השנתי למדיניות בריאות. 2014, תל אביב  
[http://www.israelhpr.org.il/h/1/&mod=download&me\\_id=1848](http://www.israelhpr.org.il/h/1/&mod=download&me_id=1848)
2. יפה ד, בלקיס ע, פי-סטוצקי א, מנור א, כהן א, אלרן ע, ולינסקי ל, מץ ע, פלטיאל א. בשם התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה. טיפול בעקבות תוצאה חיובית של דם סמוי בצואה. הכנס (השנתי למדיניות בריאות, 2014 תל-אביב (פרס פוסטר מצטיין

## נספח

1. Friedberg MW, Damberg CL. 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.
2. Jaffe DH, Eisenbach Z, Neumark YD, 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.
3. 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.
4. 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/Medinyut/Situation/haveruth/Documents/capitatia012013.pdf>
5. Godlee F. Outcomes that matter to patients. British Medical Journal 2012, 244:e318.
6. קלדרון-מרנגלית ר, כהן מ, לוין י, פלטיאל א, יפה ד, מנור א. האם שיפור במדדי איכות הטיפול ברפואת הקהילה קשור בבריאות הציבור? סוכרת וסרטני השד והמעי הגס כמקרי בוחן. הכנס השנתי למדיניות בריאות. 2014, תל אביב  
[http://www.israelhpr.org.il/h/1/&mod=download&me\\_id=1848](http://www.israelhpr.org.il/h/1/&mod=download&me_id=1848)

מח"כ	מילימטר כספית
ACEI	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors
ADA	American Diabetes Association
ARB	Angiotensin Receptor Bockers
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
BMI	Body Mass Index
CDC	Center for Disease Control and prevention
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate
GFR	Glomerular Filtration Rate
HbA1c	Glycated hemoglobin
HEDIS	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
HDL	High-Density Lipoprotein
LDL	Low-Density Lipoprotein
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development

# נספח



## מדדי איכות וממצאים לשנת 2013 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 השירות עצמם [1].

חשוב להדגיש כי למדדים המוצגים בדו"ח מספר מגבלות ביחס למידת הדיוק שבה הם מציגים את איכות הטיפול הניתנת בקופה.

ראשית, כדי שהמדדים ישקפו נאמנה את איכות הטיפול הניתנת בקופה יש צורך לנטרל את ההשפעה הנובעת מהרכב האוכלוסין של החברים בקופה, כלומר יש לתקן את ממצאי המדדים לפי מאפייני המבוטחים של כל קופה וקופה. במסגרת זו מאפיינים חשובים הם גיל, מין ומצב חברתי כלכלי. הקשר בין מצב חברתי כלכלי ומצב בריאות והתנהגויות בריאותיות הודגם היטב בארץ ובעולם [2,3] וכן הודגמו הבדלים בהרכב הקופות מבחינת המצב החברתי כלכלי של מבוטחיהן [4]. 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-2013 כ-13.5% 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 [1]. 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, המדדים המפורסמים בדו"ח מתייחסים לאיכות הטיפול הקליני כפי שמתווה 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 [5]. כך למשל, בתחום הסוכרת הדו"ח מציג מידע חשוב במגוון היבטים, ובכלל זה ביצוע בדיקת איזון סוכרת ועמידה ביעדי

האיזון, ביצוע בדיקת כולסטרול ועמידה ביעדי האיזון, ביצוע בדיקת עיניים שנתית, קבלת חיסון נגד שפעת, ביצוע בדיקת לחץ דם ועמידה ביעדי האיזון ותייעוד ערכי BMI. אולם הדו"ח אינו כולל מידע על סיבוכי המחלה בכלל זה עיוורון ואי ספיקת כליות. ראוי להוסיף כי לאחרונה במסגרת מחקר נלווה לתכנית המדדים, נבחנו השינויים שחלו ברמה הארצית במגוון מדדי תוצאה וזאת במקביל לשיפורים שחלו במדדי האיכות החל מראשית התכנית. המחקר הדגים שיפור במספר תחומים בכלל זה, הפחתה בסיבוכי סוכרת (פגיעה באברי מטרה ותמותה), שיפור ניכר באבחון סרטן המעי הגס ממוקד בשנות המדידה וירידה ניכרת בהימצאות סרטן גרורותי בעת האבחנה. המחקר מציע כי השקעת משאבים ברמת הקהילה תורמת להפחתת תחלואה משמעותית ברמה הלאומית ומדגיש את הצורך במחקרים ברמה הפרטנית על מנת לאשש ממצאים אלו [6].

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 התכנית כפי שמפורט בפרק השיטות ויש לקחת אותם בחשבון כאשר בוחנים את הממצאים ברמה הלאומית ולפי קופות. כך למשל, מדד חדש הנכלל בדו"ח עוסק בחסמת הריאות (COPD) ושני מדדים חדשים עוסקים בשימוש בבנזודיאזפינים בקשישים. מדד חדש מאופיין בד"כ בשיעורי ביצוע נמוכים או בינוניים, המשתפרים עם הזמן. כאשר מדד חדש המתוסף לתכנית 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 המדדים הבאים: מדד ביצוע ספירומטריה בחולי חסמת הריאות ושני מדדי שימוש בבנזודיאזפינים בקשישים. כמו כן, מדדי הסוכרת בילדים אינם מוצגים בשל שכיחות נמוכה (ראה להלן). לבסוף, ראוי להדגיש כי בחינת הממצאים לפי קופות מחייבת התייחסות למורכבות המדידה ולמגבלות המפורטות ומצריכה זהירות בפרוש הממצאים.

## סימונים בלוחות

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

## סימונים:

-- אומדנים שלגביהם טעות הדגימה היחסית גבוהה.











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
<b>שיעור בעלי רמת LDL נמוכה או שווה ל-100 מ"ג/ד"ל בחולי סוכרת בני 18 ומעלה</b>																
--	--	--	--	--	--	--	--	51.0%	--	64.8%	--	55.7%	--	66.8%	--	18-24
--	--	40.7%	--	44.0%	--	50.0%	--	46.7%	--	48.4%	--	47.0%	52.7%	48.6%	56.3%	25-34
33.7%	--	36.8%	44.2%	43.6%	48.5%	45.6%	44.9%	43.5%	43.5%	47.9%	57.8%	48.5%	54.9%	49.6%	55.6%	35-44
38.1%	39.1%	45.0%	49.4%	47.7%	45.7%	54.9%	54.4%	48.4%	51.4%	57.0%	58.5%	53.3%	56.2%	56.9%	60.1%	45-54
43.2%	48.9%	52.3%	56.9%	52.2%	56.5%	61.5%	64.7%	54.1%	59.7%	65.5%	69.4%	60.3%	63.5%	67.1%	68.9%	55-64
52.4%	54.5%	61.9%	65.4%	62.9%	61.0%	70.4%	68.9%	63.0%	65.0%	73.8%	74.6%	68.5%	69.1%	74.7%	75.1%	65-74
53.2%	54.4%	66.6%	65.1%	61.0%	62.4%	73.8%	69.0%	62.9%	64.9%	74.8%	75.2%	68.3%	65.9%	76.4%	76.6%	75-84
44.3%	44.7%	58.9%	--	60.1%	51.8%	68.2%	--	51.7%	56.5%	66.7%	67.4%	58.4%	56.7%	72.4%	69.8%	85+
<b>שיעור התיעד של מרכיבי BMI בחולי סוכרת בני 18 ומעלה</b>																
--	--	--	--	--	--	59.6%	--	84.2%	--	85.1%	--	80.6%	--	74.3%	--	18-24
76.0%	--	74.4%	--	81.2%	--	74.1%	--	84.0%	--	82.1%	--	77.0%	82.1%	74.7%	86.9%	25-34
81.9%	87.1%	76.1%	88.7%	80.3%	87.7%	76.2%	83.4%	85.4%	89.4%	85.1%	87.7%	85.2%	87.3%	80.7%	84.1%	35-44
82.2%	85.6%	76.5%	81.8%	81.9%	82.1%	77.1%	83.4%	86.0%	89.5%	85.6%	88.2%	86.2%	88.5%	82.9%	86.6%	45-54
84.0%	85.1%	81.1%	84.9%	81.4%	85.3%	79.7%	81.6%	87.0%	89.5%	87.0%	89.9%	92.3%	94.2%	90.4%	92.9%	55-64
90.1%	90.6%	89.7%	91.7%	80.9%	85.9%	79.5%	83.7%	89.1%	88.9%	89.5%	90.2%	93.6%	93.9%	92.5%	93.8%	65-74
76.4%	77.0%	80.8%	82.1%	74.3%	80.3%	77.5%	84.5%	83.2%	82.6%	88.4%	88.0%	90.9%	90.8%	93.0%	93.1%	75-84
53.6%	57.4%	65.5%	66.2%	55.2%	61.2%	66.2%	--	66.2%	65.8%	77.3%	77.4%	77.4%	79.2%	86.0%	86.7%	85+
<b>שיעור קבלת חיסון נגד שפעת בחולי סוכרת בני 18 ומעלה</b>																
--	--	--	--	--	--	36.4%	--	39.1%	--	38.9%	--	50.1%	--	47.0%	--	18-24
31.1%	--	31.2%	--	38.0%	--	37.7%	--	38.8%	--	40.2%	--	44.5%	58.0%	42.9%	66.8%	25-34
40.3%	53.5%	36.5%	52.6%	39.6%	53.5%	42.0%	49.7%	40.8%	56.3%	41.8%	58.6%	52.0%	64.0%	47.9%	64.4%	35-44
44.8%	59.6%	39.9%	57.0%	44.0%	46.2%	44.2%	59.2%	42.6%	55.6%	45.5%	59.0%	51.5%	62.6%	49.3%	62.4%	45-54
52.5%	62.7%	50.0%	66.4%	46.2%	53.1%	50.6%	62.1%	50.7%	57.7%	54.8%	65.5%	51.8%	60.9%	53.0%	66.7%	55-64
70.7%	69.6%	69.0%	75.7%	60.0%	55.8%	62.7%	66.5%	67.9%	61.4%	69.2%	71.2%	64.0%	64.6%	66.9%	71.9%	65-74
68.3%	65.4%	73.6%	72.5%	70.8%	56.1%	74.7%	70.2%	71.8%	61.3%	79.0%	70.4%	71.7%	66.8%	77.2%	74.8%	75-84
63.9%	62.5%	67.8%	70.7%	70.4%	55.3%	78.5%	--	63.4%	50.9%	75.5%	66.5%	72.5%	69.0%	78.9%	74.4%	85+
<b>שיעור קבלת חיסון נגד פניאמוקוק בחולי סוכרת בני 65-74</b>																
67.6%	71.0%	67.9%	74.7%	48.7%	47.7%	50.1%	58.0%	82.6%	80.8%	85.5%	87.2%	84.8%	85.3%	87.1%	89.4%	65-74



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