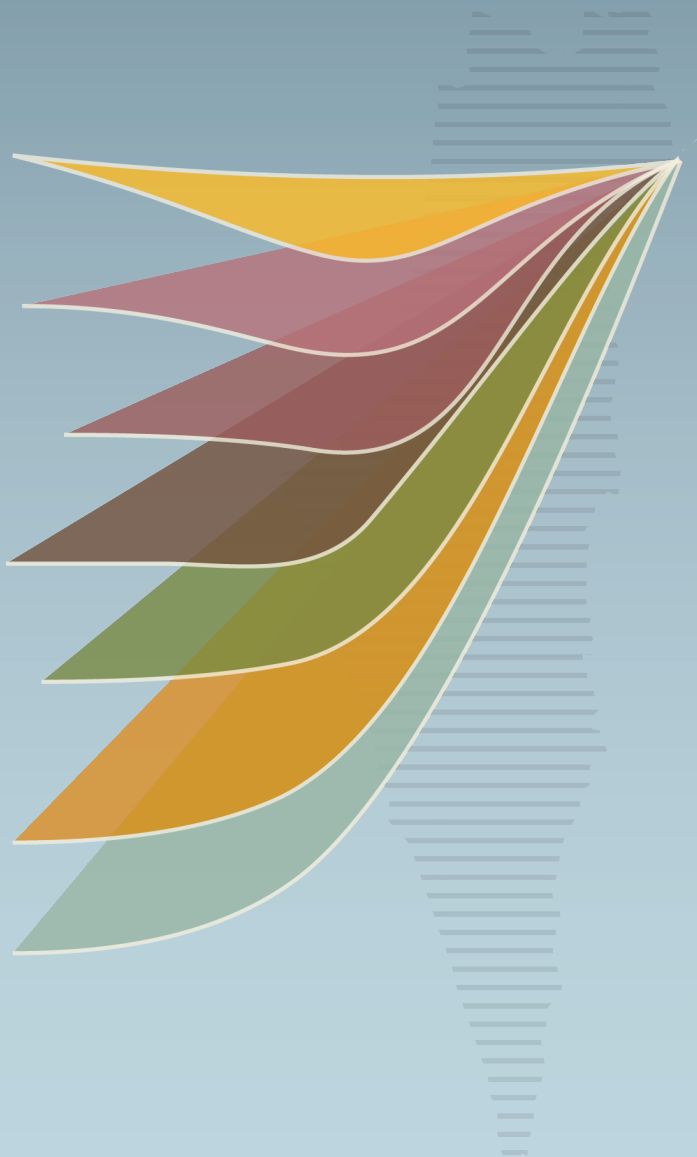


# דו"ח פערים בבריאות לנתוני 2023

הבדלים לפי קבוצות אוכלוסיה ומגמות לאורך זמן



## התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

### דו"ח פערים בבריאות לנתוני 2023

#### חברי מנהלת תכנית המדדים ומחברי הדו"ח:

פרופ' רונית קלדרון-מרגלית (מנהלת התכנית)

פרופ' אריה בן-יהודה

פרופ' אורלי מנור

פרופ' אורה פלטיאל

ד"ר אליענה עין מור

ד"ר מיכל קריגר

פרופ' יעל בר זאב

ד"ר שולי ברמלי גרינברג

פרופ' אדם רוז

פרופ' שושנה רבל-וילק

ד"ר אהוד הורביץ

ברכה ערליך

טלי שפירא

אביטל יונרמן

בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית  
האוניברסיטה העברית והדסה

בהשתתפות:

ארבע קופות החולים בישראל

משרד הבריאות



# שותפים

## שירותי בריאות כללית

- פרופ' ארנון כהן - נושא אחריות עבור פעילות הקופה בתכנית הלאומית, מנהל מחלקת מדידת איכות ומחקר, אגף הרפואה, חטיבת הקהילה
- גב' תמרה קורמן - מנתחת מערכות בצוות IB ארגוני, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל
- גב' אלישבע לוי - תכניתנית בצוות IB ארגוני, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל
- גב' טניה בקנשטיין - רכזת מדידת איכות, מחלקת מדידת איכות ומחקר, אגף הרפואה, חטיבת הקהילה
- ד"ר דורון קומנשטר - מנהל מדור מדידת רצף טיפול, מחלקת מדידת איכות ומחקר, אגף הרפואה, חטיבת הקהילה
- גב' אורלי צור - מנהלת מחלקת איכות ובטיחות מטופל, אגף אחיות, חטיבת הקהילה
- גב' מיטל גולדרינג - ראש צוות קהילה, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל
- מר יואב שור - ראש צוות מחשוב, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל
- מר ניר שחר - מנהל מחלקת דאטה, אגף דיגיטל ודאטה, חטיבת מערכות מידע ודיגיטל
- ד"ר הדר דסקין-ביתן - מנהלת תחום סוכרת ואנדוקרינולוגיה, אגף הרפואה, חטיבת הקהילה
- ד"ר נעמה כץ חנין - סגנית ראש אגף הרפואה, חטיבת הקהילה
- גב' רות ברוך - ראש אגף אחיות, חטיבת הקהילה
- פרופ' דורון נצר - ראש אגף הרפואה, חטיבת הקהילה

## מכבי שירותי בריאות

- ד"ר ערן רוטמן - משנה למנכ"ל וראש חטיבת הבריאות
- גב' עדנה בר-רצון - מנהלת מחלקת ניהול איכות, חטיבת הבריאות
- ד"ר נטלי לרנר - סגנית מנהלת מחלקה ומנהלת רפואית, מחלקת ניהול איכות, חטיבת הבריאות
- דנה אייל-גלינקא - הממונה על השוויון מחלקת ניהול איכות חטיבת הבריאות
- מר בני בראונשטיין - מנהל פרויקטים, דיגיטל ודאטה, חטיבת הטכנולוגיות
- מר רם מסיקה - מנתח מערכות, דיגיטל ודאטה, חטיבת הטכנולוגיות

## קופת חולים מאוחדת

- ד"ר דב אלבוקרק - סמנכ"ל רפואה, חטיבת הרפואה
- ד"ר רונן ברקת - מנהל המחלקה לאיכות קלינית, מערך איכות ובטיחות, חטיבת רפואה
- גב' הגר וקסלר – אחות ראשית, מנהלת אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת רפואה
- ד"ר אפרת ווקסלר - ראש אגף רפואה ראשונית, חטיבת הרפואה
- גב' יהודית צמיר - מנהלת המחלקה להערכת איכות רפואית, אגף רפואה ראשונית, חטיבת רפואה
- גב' רות אליעזר - מנהלת מחלקת IB, אגף טכנולוגיות מידע, חטיבת התפעול
- גב' חן פלג - מנתחת מערכות מידע רפואיות, מחלקת IB, אגף טכנולוגיות מידע, חטיבת התפעול
- גב' עינת אורון – מנהלת מחלקת קידום בריאות, ורפואה ראשונית אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת הרפואה
- מר איציק ששונוב – מרכז תחום מערכות מידע ולוגיסטיקה – אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת הרפואה
- גב' קטיה דידיק – מנהלת המחלקה לרפואה ראשונית, אגף הסיעוד וניהול אוכלוסיות, חטיבת הרפואה

## קופת חולים לאומית

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

## משקיפים

- פרופ' חיים ביטרמן - המנהל המדעי של המכון הלאומי לחקר שריות בריאות ומדיניות הבריאות
- פרופ' נחמן אש – יו"ר הועד המנהל של המכון הלאומי לחקר שריות בריאות ומדיניות הבריאות
- פרופ' ליטל קינן-בוקר - מנהלת המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות



## משקיפים (המשך)

- ד"ר יעל גילרמן - נציגת איגוד רופאי המשפחה
- ד"ר אסי סיקורל - נציג המועצה הלאומית לבריאות הקהילה
- ד"ר יפעת ארליך שהם - סמנכ"לית בכירה איכות ובטיחות, משרד הבריאות
- גב' אתי פרץ - נציגת ציבור

## משרד הבריאות

- גב' איילת גרינבאום אריזון – סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי וכלכלי
- ד"ר חני שרודר - מנהלת האגף לתכנון מדיניות
- גב' נדא עליאן - מנהל תחום צמצום פערי בריאות

## פוינטס מיפוי עסקי

- גב' יפית בן חיים - סמנכ"לית ייעוץ ואנליטיקה
- גב' בת-אל כספי - מנהלת מחקר

## תודות

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

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

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

משרד הבריאות

מועצת הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות בישראל

האיגודים של ההסתדרות הרפואית בישראל

חברת פוינטס

ירפא מחשבים

החברה הישראלית לאיכות ברפואה

מומחים מהאקדמיה, מהמועצות הלאומיות, ומהאיגודים הרפואיים השונים

לכולכם, שלמי תודה על תרומתכם הרבה

**מנהלת תכנית המדדים**

# תוכן עניינים:

|    |                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------|
| 7  | תקציר                                                        |
| 17 | מבוא כללי                                                    |
| 22 | שיטות                                                        |
| 27 | מצב העישון                                                   |
| 33 | השמנת יתר בילדים מבוגרים וקשישים                             |
| 34 | שיעור השמנת יתר בקרב ילדים בני 7                             |
| 37 | שיעור השמנת יתר בקרב בני 14-15                               |
| 40 | שיעור השמנת יתר בקרב בני 20-64                               |
| 43 | שיעור השמנת יתר בקרב בני 65-84                               |
| 52 | סוכרת                                                        |
| 54 | שיעור המצאות סוכרת באוכלוסייה הבוגרת                         |
| 57 | שיעור חולי סוכרת עם רמות מאוזנות של המוגלובין מסוכר          |
| 59 | שיעור חוסר האיזון בקרב חולי סוכרת                            |
| 62 | שיעור פגיעה כלייתית בקרב חולי סוכרת                          |
| 69 | בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן                              |
| 69 | שיעור ביצוע ממוגרפיה                                         |
| 72 | שיעור בדיקות לגילוי סרטן צוואר הרחם                          |
| 74 | שיעור ביצוע קולונוסקופיה                                     |
| 76 | שיעור קולונוסקופיה לאחר תוצאת דם סמוי חיובי                  |
| 82 | תרופות אנטיביוטיות - היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות ססטמיות |
| 90 | טיפול תרופתי לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דיכאון              |
| 92 | היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה                        |
| 94 | היקף השימוש בתרופות נוגדות דיכאון                            |
| 98 | סיכום כללי                                                   |
| 99 | נספח                                                         |

ז' באייר, התשפ"ה

05 במאי 2025

סימוכין: 165625725

### דבר המנכ"ל לתכנית הלאומית למדידת פערים בבריאות בישראל מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

מערכת הבריאות הישראלית מושתתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית כפי שבא לידי ביטוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי המהווה עוגן במערכת.

בהמשך לכך, משרד הבריאות, קופות ובתי החולים, עוסקים כל העת בקידום ערך השוויון ובצמצום פערים בבריאות באמצעות הנגשת שירותים וקידום רפואה מונעת.

על מנת לצמצם פערים בבריאות יש למדוד אותם ולזהות את הנקודות בהן צריך להשקיע ולהתערב. לצורך כך נקבע לפני מספר שנים אוסף מדדים לאומי לפערים בבריאות. מדדים אלה הם תולדה של שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות והתכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל אשר לקחה על עצמה למדוד, לבחון ולפרסם את הנתונים.

הדו"ח הנוכחי מציג מדדי בריאות לפי קבוצת אוכלוסייה לצד מגמות לפי מצב חברתי-כלכלי. מן הדו"ח נלמד, כי באופן יחסי בחברה הערבית, שיעורי עישון גבוהים בקרב גברים ושיעורי השמנה גבוהים אצל נשים ובני נוער ביחס לקבוצת אוכלוסייה אחרות, בעוד החברה החרדית מתאפיינת בביצוע נמוך של ממוגרפיה וסיקור לסרטן המעי הגס. נוסף על כך ונוכח אירועי השבעה באוקטובר 2023, הדו"ח בחן והראה עלייה בצריכת תרופות שינה והרגעה ותרופות נוגדות דיכאון בכל שכבות הגיל ובכל הארץ ובייחוד שאת בקרב צעירים ובקרב אנשים הגרים בצפון ובדרום.

הנתונים שלעיל, אשר מפורטים בהרחבה ובבהירות בדו"ח שלפנינו, מחייבים אותנו במשרד הבריאות ובמערכת כולה להעמיק ולמקד את המדיניות שלנו במטרה להמשיך ולפעול לצמצום פערי בריאות ולהנגיש עוד שירותים לאוכלוסיות הנמצאות בסיכון בריאותי.

הדוחות הבאים יידרשו להמשיך למדוד ולהתעמק בשאלות ובסיבות לפערי הבריאות בדגש על הפערים והסיכונים לאחר אירועי השבעה באוקטובר אשר לעזרנו השפיעו עמוקות על אוכלוסיית ישראל, פיזית ונפשית.

לסיים, ברצוני להודות לכלל העוסקים במלאכת הכנת דו"ח הפערים בבריאות, לאנשי המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות והתוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה, לגורמי המקצוע השותפים בקופ"ח, למינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות וכמובן לצוותים הרפואיים העוסקים בקידום והנגשת שירותי בריאות בשטח. אציין, כי דו"ח זה מסייע למשרד בהערכת התוכניות לצמצום פערי בריאות שמקודמות על ידו ומהווה כלי עבודה בקביעת מדיניות לצמצום פערי בריאות במטרה לקדם שירותי בריאות איכותיים, שוויוניים ונגישים יותר לכל תושבי ישראל.

משה בר סימן טוב

# תקציר דו"ח פערים לשנת 2023

## הקדמה

צמצום פערים בבריאות היא אחת המטרות שהציב לעצמו משרד הבריאות בישראל. לצורך כך נקבע סט מדדים לאומי לפערים בבריאות שאומץ על ידי משרד הבריאות. התכנית הלאומית למדדי איכות הרפואת הקהילה בישראל לקחה על עצמה את פרסום הנתונים. דו"ח זה לשנת 2023 מהווה המשך לדו"ח הראשון שפורסם לנתוני 2021. המדדים המוצגים בו כוללים מדדי קידום בריאות (עישון והשמנה), מדדי סוכרת (המצאות, איזון ומניעה שלילשונית של תחלואה נלווית), בדיקות סיקור לסרטן (השד, צוואר הרחם והמעיים הגס) ושימוש באנטיביוטיקה. מדדי הפערים מוצגים לפי חלוקה למין, מצב חברתי-כלכלי, פיזור גאוגרפי, ולראשונה גם לפי קבוצת אוכלוסיה (חרדים, ערבים ואוכלוסיה כללית).

בנוסף, לאחר האירועים הקשים בשבעה באוקטובר ופרוץ המלחמה הוחלט בשיתוף קופות החולים כללית, מכבי ולאומית, לאסוף נתונים אודות אודות צריכת תרופות פסיכיאטריות בקהילה. נאספו נתוני הרכישות של תרופות לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון לשנים 2021-2023 במסגרת הפקת הנתונים השנתית בתכנית המדדים. ניתוח של נתונים אלה מהווה אומדן כמותי שיכול לבוא לעזר ולתת תמונת מצב על הביקוש לשירותי בריאות הנפש בקהילה ומידע על אוכלוסיות למיקוד.

**עם פרסום דו"ח זה מנהלת התכנית מבקשת להודות לצוותים הרפואיים שעושים כל אשר לאל ידם לתת טיפול איכותי בשגרה ואשר התגייסו ביתר שאת לסייע ולתת מענה בעת חירום.**

## שיטות

הנתונים המוצגים בדו"ח מבוססים על מידע המצוי בידי ארבע קופות החולים הפועלות בישראל. קופות החולים העבירו את הנתונים במסגרת השתתפותן הפעילה בתכנית הלאומית למדדי איכות הרפואת הקהילה בישראל. הנתונים המתקבלים מהקופות הינם מקובצים (אגרגטיביים), ולפיכך אינם כוללים פרטים מזהים כלשהם. עבור כלל המדדים, הנתונים מוצגים לכלל אוכלוסיית הדו"ח על פי שנה, מין, קבוצות גיל, מצב חברתי-כלכלי, קבוצת אוכלוסיה ונפה. כל השיעורים המוצגים מתוקננים לגיל לפי שנת התקן 2021.

## סיכום תוצאות לפי תחומי המדידה

### עישון

שיעור העישון הארצי בקרב גברים גבוה יותר מפי 2 בהשוואה לנשים (29.3% ו-13.7% בהתאמה). לאורך השנים נצפתה עליה בשיעור המעשנים בכל שכבות האוכלוסיה ובקרב שני המינים. בקרב גברים השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו אצל הערבים והנמוכים ביותר אצל החרדים (41.1% לעומת 19.2%, בהתאמה), בעוד שבקרב הנשים, שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפו בקרב האוכלוסיה הכללית והנמוכים ביותר בקרב האוכלוסיה החרדית (בשנת 2023, 16.4% לעומת 5.1% בהתאמה). כמו כן, בקרב הגברים, ככל שהמצב חברתי-כלכלי נמוך יותר, כך שיעור העישון גבוה יותר (40.0% לעומת 17.5% בקרב גברים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר לעומת הגבוה ביותר, בהתאמה). לעומת זאת, בקרב הנשים המגמה שונה (7.4% לעומת 12.2%, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר לעומת הגבוה ביותר, בהתאמה).

### השמנת יתר לפי גיל:

ילדים בני 7 – בשנת 2023 השיעור הארצי של השמנה בקרב ילדים בני 7 עמד על 8.1%. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נרשמו בקרב ילדים מהחברה הערבית (10.4%) והנמוכים ביותר נצפו בקרב ילדים מהחברה החרדית (5.2%). בין השנים 2019-2022 נצפתה עליה בשיעור ההשמנה בכל שכבות האוכלוסיה, ואילו ב-2023 נרשמה מגמת ירידה קלה. השיעורים הנמוכים ביותר של השמנת היתר נצפו בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והגבוה ביותר (8.1% ו-6.0%, בהתאמה).

נערים בני 14-15 – בשנת 2023, שיעור הנערים והנערות עם השמנת יתר עמד על 14.2% ו-12.1% בהתאמה. שיעורי ההשמנה הגבוהים ביותר נרשמו בנערים ונערות מהחברה הערבית (19.9% ו-14.1%, בהתאמה) והשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב נערים ונערות מהחברה החרדית (11.9% ו-9.8%, בהתאמה). בשנים 2019-2023 נצפתה עליה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסיה בשני המינים, פרט לנערים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, שם נרשמה ירידה חדה בשיעור בשנת 2023. שיעורי השמנת היתר הנמוכים ביותר נצפו בקרב נערים ונערות במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, עם שיעור של 8.5% ו-7.6% בהתאמה. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בקרב נערים במצב חברתי-כלכלי בינוני נמוך (17.3%) ונערות במצב חברתי-כלכלי בינוני (13.5%). שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בקרב נערים המתגוררים בנפות נצרת (18.7%) ובקרב נערות המתגוררות בנפת הנגב המערבי וחדרה (14.0%). השיעורים הנמוכים ביותר בקרב הנערים נרשמו בנפת תל אביב (10.9%) ובקרב הנערות בנפת רמת גן (9.7%).

מבוגרים בני 20-64 – השיעור הארצי של הימצאות השמנת היתר בקרב הגברים והנשים עמד על 23.3% ו-27.1% בהתאמה. נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות האוכלוסיה ובקרב שני המינים לאורך השנים. בקרב הגברים, שיעורי ההשמנה הגבוהים ביותר נרשמו אצל החרדים והשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב גברים מהחברה הכללית (30.1% ו-21.4% בהתאמה) בעוד שבקרב הנשים השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בקרב הערביות והשיעורים הנמוכים ביותר בקרב נשים מהחברה הכללית (37.0% ו-24.0% בהתאמה). גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי נמוך הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים יותר לעומת גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי גבוה (2023, גברים: 29.0% ו-15.2%, מצב חברתי-כלכלי נמוך וגבוה, בהתאמה, נשים: 41.3% ו-15.4% בהתאמה).

לאורך השנים 2019-2023, בקרב הגברים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל, בעוד שבקרב הנשים הפער לא השתנה. שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בנצרת (27.7% בגברים, 33.5% בנשים) ובנגב המערבי (26.9% בגברים, 33.5% בנשים) והשיעור הנמוך ביותר נרשם בנפת תל אביב (15.5% בגברים, 17.0% בנשים).

מבוגרים בני 65-84 – השיעור הארצי של הימצאות השמנת היתר בקרב הגברים והנשים עמד על 26.7% ו-35.3% בהתאמה. בקרב הגברים, שיעורי ההשמנה הגבוהים ביותר נרשמו אצל החרדים (31.5%) והשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב גברים מהחברה הכללית (26.0%) בעוד שבקרב הנשים שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בחברה הערבית (54.6%) והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה הכללית (32.8%). שיעורים גבוהים יותר נרשמו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי נמוך ושיעורים נמוכים יותר נרשמו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי גבוה (גברים: 32.9% ו-21.8% מצב חברתי-כלכלי נמוך וגבוה, בהתאמה, נשים: 55.9% ו-22.9% בהתאמה, שנת 2023). בשנים 2019-2021 נצפתה עליה קלה בשיעורי ההשמנה, אך מגמה זו התהפכה בשנים 2021-2023 נרשמה ירידה בשיעורים, בכל שכבות האוכלוסיה ובשני המינים.

## סוכרת

הימצאות: במהלך השנים 2019-2023 הימצאות הסוכרת בקרב בני 18 ומעלה עלתה מעט, מ-9.7% בשנת 2019 ל-10.5% בשנת 2023. שיעורי הסוכרת בקרב האוכלוסיה הערבית היו גדולים בכששים אחוז בהשוואה לאוכלוסיה החרדית והכללית (16.0%, 9.8% ו-9.5% בהתאמה). שיעור הסוכרת הגבוה ביותר נמצא בנפת נצרת (14.4%) והנמוך ביותר בנפת תל אביב (7.8%). שיעורי ההימצאות הגבוהים ביותר נרשמו במבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (16.1%), בעוד ששיעורי ההימצאות הנמוכים ביותר נמצאו בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר (7.1%). הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל בין השנים 2019-2021 ולאחר מכן הצטמצם עד שנת 2023.

איזון: בשנים 2019-2023, שיעורי איזון הסוכרת עלו בכל שכבות האוכלוסיה. מבחינת קבוצת אוכלוסיה, שיעור המבוטחים המאוזנים הגבוה ביותר היה בקרב האוכלוסיה הכללית (80.1%) ומבוטחים עם שיעורי האיזון הנמוכים ביותר היו בקרב האוכלוסיה הערבית (71.1%). שיעורי האיזון הגבוהים ביותר נרשמו בנפת רחובות (81.7%) והנמוכים ביותר בנצרת (71.8%). הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר הצטמצם בשנת 2023 לעומת 2015, אך הוא רחב יותר בהשוואה ל-2019. בשנת 2023 שיעור האיזון בקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר היה 67.5% בהשוואה ל-85.4% במבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר.

שיעור חוסר האיזון ( $HbA1c > 9\%$ ) בקרב החברה הערבית היה גבוה פי 1.7 בהשוואה לחברה הכללית (10.5% ו-6.3% בהתאמה, שנת 2023). שיעורי חוסר האיזון הגבוהים ביותר נצפו בנפת נצרת והנגב המערבי (9.7%) והנמוכים ביותר בנפת רחובות (5.6%). בין השנים 2019-2023, שיעור חוסר האיזון ירד בכל שכבות האוכלוסיה, אך נותר מדרג ברור לפי מצב חברתי-כלכלי כאשר השיעורים הנמוכים היו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה והשיעורים הגבוהים של חוסר האיזון במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (3.8% לעומת 11.9% מצב חברתי-כלכלי גבוה ונמוך, בהתאמה, שנת 2023).

תחלואה נלווית: שיעורי חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית עמד על 31.6% בשנת 2023. שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית הגבוה ביותר היה בקרב האוכלוסיה הערבית והמבוטחים עם השיעור הנמוך ביותר היו מהאוכלוסיה הכללית (35.9% ו-30.3% בהתאמה, שנת 2023). לאורך השנים 2019-2023, השיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, בעוד שהשיעורים הגבוהים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (26.3% ו-37.8% בהתאמה, שנת 2023). הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר נותר יציב לאורך השנים.

## בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

שיעור ביצוע ממוגרפיה: השיעור הארצי של ביצוע ממוגרפיה עמד על 70.5% בשנת 2023. השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בקרב נשים מהחברה הכללית (72.1%) בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב נשים מהחברה החרדית (59.4%). לאורך השנים 2019-2023, נרשמה מגמת ירידה בשיעור הביצוע של ממוגרפיה בכל שכבות האוכלוסייה. שיעורי הביצוע היו גבוהים יותר ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר (75.7% בקרב נשים במעמד חברתי-כלכלי הגבוה ביותר לעומת 58.5% בקרב נשים במעמד החברתי-כלכלי הנמוך ביותר). הפער בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר התרחב משנת 2019.

שיעור ביצוע סיקור לסרטן צוואר הרחם: השיעור הארצי של בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם עמד על 68.8% בשנת 2023. לאורך השנים 2019-2023 נצפתה מגמת עליה ניכרת בשיעורי הביצוע של בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ונרשמה מגמת צמצום פערים בין קבוצות ושכבות האוכלוסייה השונות. השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בקרב נשים מהחברה הכללית (75.0%) בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב נשים מהחברה הערבית (51.4%). שיעורי הביצוע היו גבוהים יותר ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר (81.2% בקרב נשים במעמד חברתי-כלכלי הגבוה ביותר לעומת 43.3% בקרב נשים במעמד חברתי-כלכלי הנמוך ביותר). בנפת תל אביב נרשם שיעור הביצוע הגבוה ביותר (78.1%) ובנפת ירושלים נרשם השיעור הנמוך ביותר (48.7%).

שיעור ביצוע סיקור לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס: בשנת 2023 השיעור הארצי של ביצוע בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס עמד על 64.3%. השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בקרב מבטחים מהחברה הכללית בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבטחים מהחברה החרדית (65.3% ו-53.7% בהתאמה). ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעור הביצוע היה גבוה יותר (70.0% בקרב מבטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר לעומת 59.4% בקרב אנשים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר, בשנת 2023). נרשם צמצום קל מאוד בפער בין שכבות אוכלוסייה אלה.

שיעור המבטחים אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה לאחר בדיקת דם סמוי חיובית: בשנת 2023 השיעור הארצי עמד על 64.4%. בבחינת הבדלים לפי קבוצת אוכלוסייה, שיעורי הביצוע נותרו יציבים מאז 2020. בשנת 2023 השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בקרב מבטחים מהחברה הכללית בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבטחים מהחברה הערבית (67.3% ו-55.0% בהתאמה). שיעור הביצוע הגבוה ביותר נצפה בנפת גולן (72.6%) והנמוך ביותר בנפת ירושלים (53.1%). בין השנים 2019-2023 נצפתה מגמת ירידה בשיעורי הביצוע של קולונוסקופיה לאחר דם סמוי חיובי בקרב אנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר ולכן נצפתה הרחבה של פערים בשיעור הביצוע בין שכבות האוכלוסייה הגבוה ביותר והנמוכה ביותר. ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעור הביצוע היה גבוה יותר (75.9% בקרב מבטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר לעומת 46.3% בקרב אנשים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר, בשנת 2023).

## שימוש בתרופות אנטיביוטיות

בשנת 2023, היקף השימוש הארצי בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ברפואת הקהילה עמד על 754 רכישות ל-1000 איש לשנה עליה עקבית לאחר מגיפת הקורונה. הצריכה הגבוהה ביותר נרשמה בקרב החברה הערבית והצריכה הנמוכה ביותר נרשמה בקרב החברה הכללית (863 רכישות ל-1000 איש לשנה ו-739 רכישות ל-1000 איש לשנה בהתאמה, שנת 2023). היקף השימוש הגבוה ביותר נצפה בנפות נצרת (971 רכישות ל-1000 איש לשנה) והיקף השימוש הנמוך ביותר נצפה בנפת תל אביב (709 רכישות ל-1000 איש לשנה).

בין השנים 2019-2023 נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין צריכת האנטיביוטיקה (היקף השימוש בקרב מבטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר והגבוה ביותר עמד על 853 רכישות ל-1000 איש לשנה ו-699 רכישות ל-1000 איש לשנה בהתאמה, שנת 2023). נרשמה מגמת צמצום בפערי הצריכה בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר.



## נתוני היקף השימוש בתרופות לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון

### היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה

בשנת 2023 נצפתה עליה בהיקף הרכישות של תרופות לשינה והרגעה, מ-536 מרשמים ל-1000 איש בשנת 2022 ל-550 מרשמים ל-1000 איש בשנת 2023. **העליה ברכישות בשנת 2023 בהשוואה לשנת 2022 היתה 2.5% כאשר בשנת 2022 היתה ירידה של 0.6% ברכישות בהשוואה ל-2021.** נשים רכשו יותר תרופות בהשוואה לגברים (613 לעומת 469 מרשמים ל-1000 איש בשנת 2023, בהתאמה) והשימוש עלה עם העליה בגיל המבוססים (בני 20-24: 115 מרשמים ל-1000 איש, בני 84-80: 3642 מרשמים ל-1000 איש, בשנת 2023). מבדיקת אחוז השינוי ברכישות בשנת 2023 לפי גיל, נצפה מדרג ברור בעליה ברכישות לפי גיל. העליה הגדולה ביותר היתה בקרב בני 20-29 (14.1%), אחריהם בני 30-34 (11%) ואחריהם בני 35-44 (כ-9%-8%). בנפות הנגב המערבי, כנרת וגולן נרשמה בשנת 2023 העליה הגבוהה ביותר ועמדה על כ-5%.

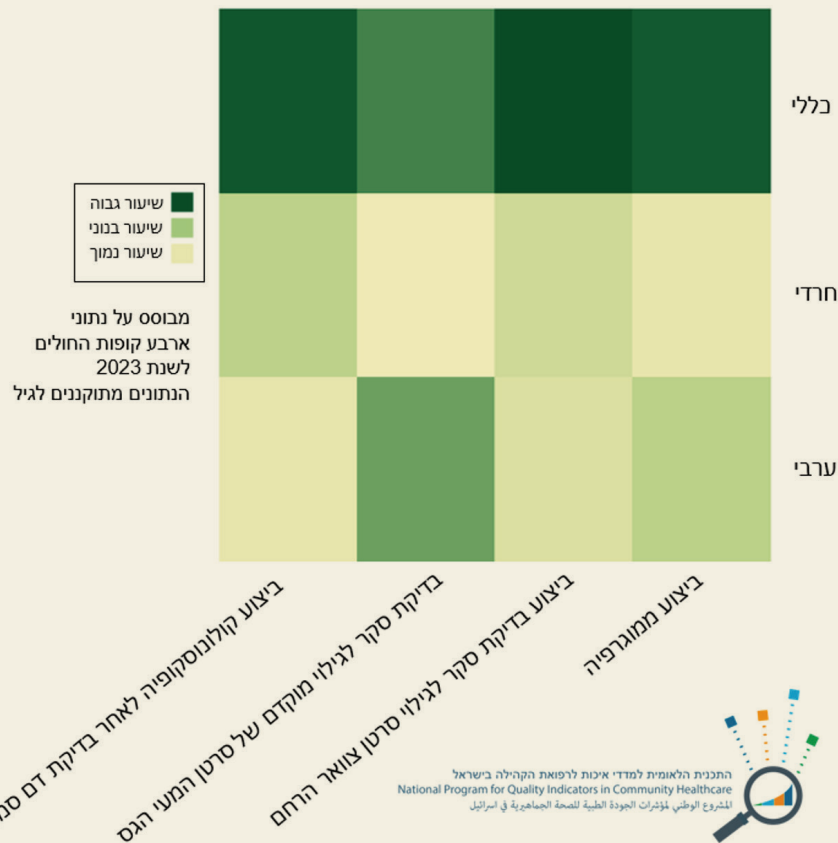
### היקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון

בשנים 2021-2023 נרשמה עליה בהיקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון, מ-588 בשנת 2021 ל-638 בשנת 2023. **העליה ברכישות בשנת 2023 בהשוואה לשנת 2022 היתה 5.7% כאשר העליה בשנת 2022 בהשוואה ל-2021 היתה 2.7%.** נשים צרכו יותר תרופות מגברים (760 ו-497 רכישות ל-1000 נשים וגברים, בהתאמה, בשנת 2023) ומספר הרכישות עלה עם העליה בגיל (בני 20-24: 84 רכישות ל-1000 איש, בני 85 ומעלה: 2073 רכישות ל-1000 איש, בשנת 2023). נצפה מדרג ברור בעליה בכמות הרכישות בשנת 2023 לפי גיל. העליה ברכישות בקרב צעירים בני 20-29 היתה 12%, בקרב בני 30-39 9%, בבני 40-49 8%, בבני 50-54 7% עד לעליה של כ-2% בקרב בני 65 ומעלה. עליות אלו היו גבוהות מהעליות ברכישות שנצפו בשנת 2022. העליה בכמות הרכישות בשנת 2023 איפיינה את כל הנפות, כאשר הנפות הצפוניות והדרומיות היו מעל השיעור הארצי.

### סיכום

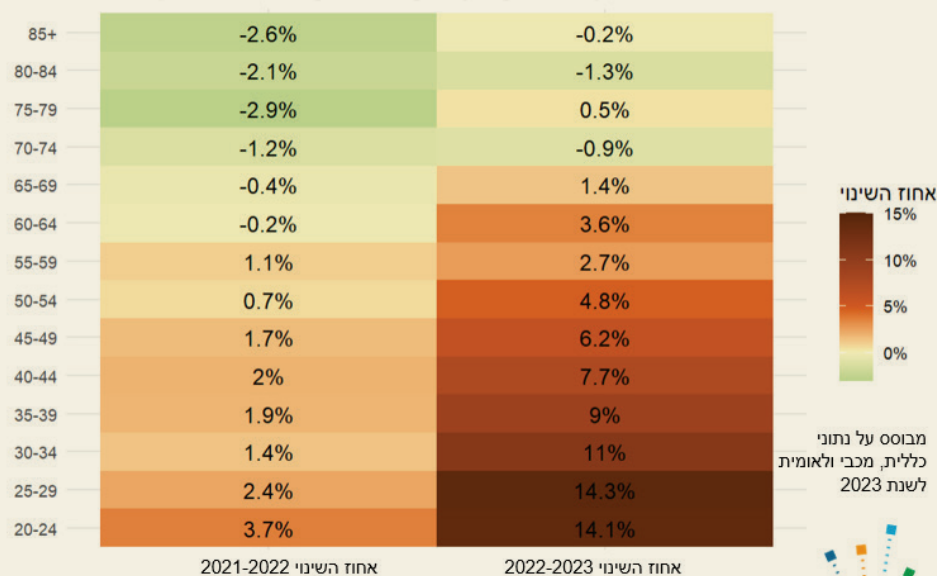
בדו"ח זה, מוצגות מגמות על פני זמן בפערים לפי קבוצות אוכלוסיה ומצב חברתי-כלכלי במדדי פערים בבריאות ובכמות הרכישות של תרופות שינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון וכן פערים גאוגרפיים לפי נפת מגורים לשנת 2023.

לפערים בבריאות מרכיבים רבים שאינם בהכרח קשורים במערכת הבריאות. יחד עם זאת, תפקידה של המערכת הוא בהנגשת שירותי מניעה, אבחנה וטיפול לכל קבוצות האוכלוסיה. אנו רואים כי בשנים מסוימות היה צמצום פערים בשיעורי העישון בקרב הגברים, הימצאות הסוכרת, חוסר איזון הסוכרת, בדיקות סקר לגילוי סרטן המעי הגס וסרטן צוואר הרחם ובהיקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות. קופות החולים משקיעות מאמצים רבים בצמצום פערים באוכלוסיה. דו"ח זה והבאים אחריו יאפשרו מיקוד המאמצים ופיתוח כלים ומדיניות לצמצום פערים בתחומים הנמדדים. הניטור המתמשך יאפשר הערכה מתמשכת של המועילות של כלים אלה בהשגת בריאות מיטבית ושירותי בריאות איכותיים לכלל תושבי ישראל.



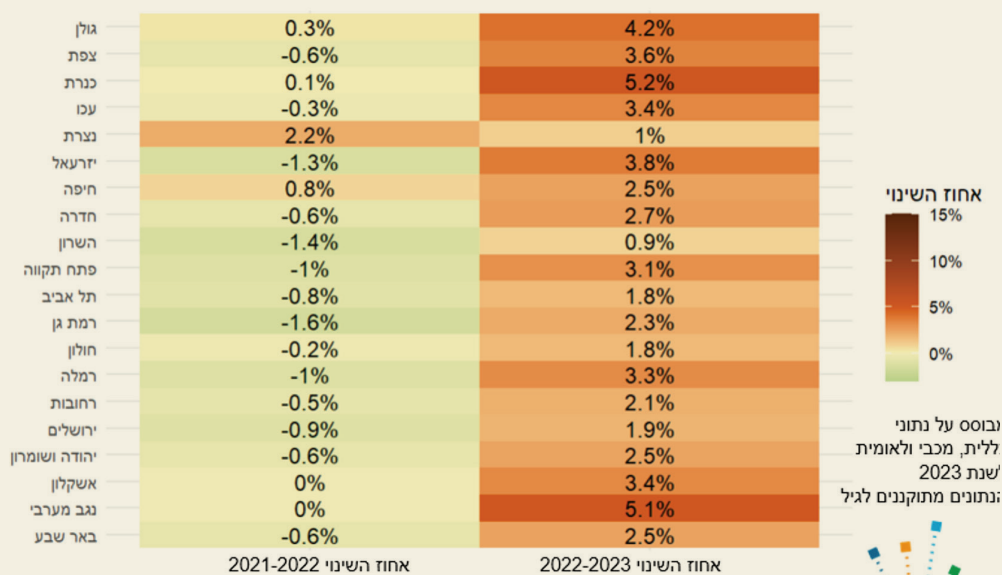
## תרופות לשינה והרגעה

אחוז השינוי בשימוש בתרופות לשינה והרגעה בשנים 2022 ו-2023 לפי גיל



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל  
National Program for Quality Indicators in Community Healthcare  
المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة الجماهيرية في إسرائيل

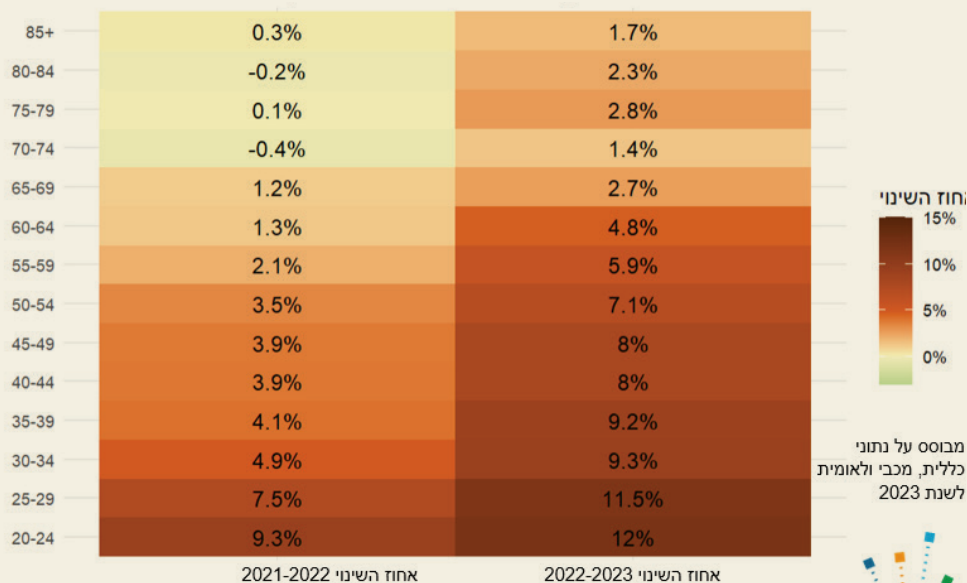
אחוז השינוי בשימוש בתרופות לשינה והרגעה בשנים 2022 ו-2023 לפי נפת מגורים



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל  
National Program for Quality Indicators in Community Healthcare  
المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة الجماهيرية في إسرائيل

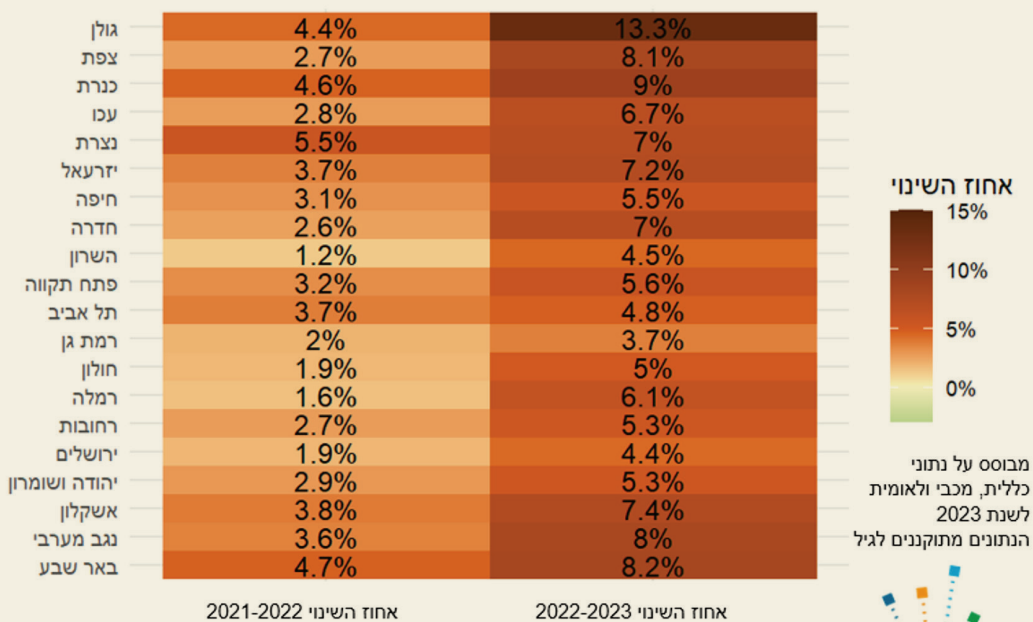
## תרופות נוגדות דכאון

אחוז השינוי בשימוש בתרופות נוגדות דכאון בשנים 2022 ו-2023 לפי גיל



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל  
National Program for Quality Indicators in Community Healthcare  
المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة العامة في إسرائيل

אחוז השינוי בשימוש בתרופות נוגדות דכאון בשנים 2022 ו-2023 לפי נפת מגורים



התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל  
National Program for Quality Indicators in Community Healthcare  
المشروع الوطني لمؤشرات الجودة الطبية للصحة العامة في إسرائيل

## מבוא כללי

בריאות טובה המאפשרת חיים בכבוד מוגדרת כזכות יסוד של כלל בני האדם באשר הם (1). שוויוניות בבריאות (health equity) מבטיחה שלכל אדם תינתן הזדמנות שווה לממש את מלוא פוטנציאל הבריאות שלו. פערים בבריאות (health disparities) מוגדרים כפערים שניתנים למניעה בתחלואה, הפגעות, או בהזדמנות לקבלת טיפול רפואי אופטימלי (2). חלקם הגדול של הפערים וחוסר השוויוניות בבריאות מוסבר ע"י הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות (SDH - Social determinants of health), הנחלקים לחמישה תחומים עיקריים: יציבות כלכלית, השכלה, סביבת מגורים, מרכיבים קהילתיים וחברתיים ואיכות ונגישות לשירותי בריאות (3). הנחת הבסיס הינה, שגורמים אלה ניתנים לשינוי, שינוי אשר יוביל לשיפור בבריאותה של כלל האוכלוסיה, תוך קידומה של חברה הוגנת (1,4).

ארגון הבריאות העולמי מבחין בין גורמים מבניים וגורמים מתווכים המגדירים את ה-SDH. הגורמים המבניים מתייחסים למערכות רחבות המייצרות אי-שוויון, דוגמת המבנה הפוליטי, ההרכב הסוציאקונומי או מרכיבים תרבותיים הכוללות בין היתר הבדלים בהיקף, בזמינות ובמשאבים המושקעים בשירותי הבריאות. הגורמים המתווכים מתייחסים לרוב לתנאי מגורים, עבודה, איכות המזון, הרגלים אישיים ומצב נפשי (1).

הקשר בין פערים בבריאות ומאפיינים חברתיים וכלכליים תועד בפרסומים בינלאומיים רבים (8, 5-1), ובפרט פערים הנצפים על רקע שייכות לקבוצת מיעוט באוכלוסיה. מחקרים רבים הדגימו כי מצבן של קבוצות מיעוט פחות טוב מזה של שאר האוכלוסייה, הן מבחינת התנהגויות בריאותיות כגון עישון (9), עריכת בדיקות סקר לאיתור סרטן (10) והן מבחינת תוצאי בריאות כמו סוכרת והשמנה (11). בארה"ב בני קבוצות מיעוט, אפרו-אמריקאים והיספנים, תועדו עם שיעורי עישון גבוהים בהשוואה לשאר האוכלוסייה (OR= 2.65) (9). במחקר אחר על סיקור לסרטן בארה"ב בקרב מיעוטים (10), נמצא כי שיעור הבדיקות לאיתור מוקדם של סרטן היה נמוך משמעותית בקרב אפרו-אמריקאים, אסיאתיים אמריקאים, היספנים אמריקאים, ואינדיאנים אמריקאים/ילידי אלסקה בהשוואה לשאר האוכלוסייה. דווח כי מחסומים כמו אוריינות בריאותית נמוכה, חוסר ביטוח בריאות ותקשורת לקויה בין מטופלים לספקי שירותים רפואיים מהווים גורמים המשפיעים על השיעור הנמוך בביצוע בדיקות סקר לסרטן. פעולות כגון שיחות טלפוניות, מפגשי חינוך קהילתיים, תמיכה מותאמת אישית להעלאת המודעות בעזרת עובדים קהילתיים ותוכניות ההתערבות אשר השתמשו בחומרים מותאמים תרבותית בשפת האם של האוכלוסייה הייעודית, הביאו לעלייה מובהקת בשיעורי ההיענות לבדיקות הסקר לסרטן. עם זאת, לא נמצאה התערבות שהצליחה להעלות באופן עקבי את שיעורי הבדיקות לכלל המבוגרים מקבוצות המיעוט האתניות ולכן המחקרים הדגישו את הצורך בתקשורת בינאישית להעלאת שיעורי הביצוע של בדיקות הסקר לאורך זמן (10). במחקר שבדק את שיעורי הסוכרת בקרב מיעוטים בארה"ב נמצאו המצאות ותמותה מסוכרת הגבוהים ב-50%-100% בקרב אפרו-אמריקאים בהשוואה לאוכלוסיה הלבנה, למרות ההתקדמות הרפואית והגדלת הנגישות לטיפול רפואי (11).

על רקע ממצאים מדאיגים אלה, Klibourne (קילבורן) הציעה מודל בן שלושה שלבים לטיפול בפערים חברתיים: זיהוי, הבנה ופעולה. ראשית, יש לזהות את הפערים הקיימים בין קבוצות אוכלוסייה שונות ולמדוד אותם. שנית, יש להבין את הגורמים לפערים הללו. שלישית, יש לפתח ולהטמיע התערבויות לצמצום הפערים הללו. (12)

## פערים בבריאות בישראל לפי מצב חברתי-כלכלי, קבוצת אוכלוסיה ופיזור גאוגרפי

קיימים דיווחים רבים על הקשר בין קבוצת אוכלוסיה ומעמד חברתי-כלכלי בישראל לתחלואה ותמותה (13). בסקירה להלן נתייחס בקצרה לפערים בתמותה ותחלואה לפי קבוצת אוכלוסיה ולפי פיזור גאוגרפי. ככלל, תוחלת החיים בלידה גבוהה בישראל בהשוואה למדינות ה-OECD. בישראל קיימים פערים בתוחלת החיים לפי קבוצת אוכלוסיה ולפי ישוב מגורים. בשנת 2019, תוחלת החיים של נשים יהודיות היתה 85.1 שנים, של גברים יהודיים 81.7 שנים, של נשים ערביות 81.9 ואילו של גברים ערביים 78.1 שנים בלבד. יש לציין כי בשנת 2020, תוחלת החיים ירדה בנשים ערביות ובגברים יהודים, אך הירידה הגדולה ביותר נצפתה בגברים ערבים (14).

בשנת 2019 תוחלת החיים בערים הגדולות היתה הגבוהה ביותר בכפר סבא ורמת גן והנמוכה ביותר בבאר שבע, בת ים, אשדוד ואשקלון. ניתוח של שיעורי התמותה המתוקנים לגיל בשנים 2015-2019 ביישובים עם מעל 2000 תושבים הדגים שיעורים נמוכים בעיקר ביישובים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה ושיעורים גבוהים בעיקר ביישובים ערבים ויישובים יהודים עם רמה חברתית כלכלית נמוכה דוגמת דימונה. פערים נוספים ניתן למצוא בתמותת תינוקות. למרות ירידה עקבית בשיעורי תמותת תינוקות, השיעורים גבוהים לאורך השנים בערך פי 2 באוכלוסיה הערבית בהשוואה ליהודית (5.4 ל-1000 לידות חי בקרב ערבים ו-2.3 בקרב יהודים ואחרים בשנים 2017-2019). בהסתכלות לפי מחוז, תמותת התינוקות היא הגבוהה ביותר במחוז דרום. היחס בין תמותת תינוקות בערבים ליהודים משתנה בין המחוזות האחרים (טווח של 1.3-2.3), אבל במחוז דרום הוא פי 3 עם שיעור תמותה בערבים המגיע ל-9.2 ל-1000 לידות חי (15).

גם בתחלואה בסרטן ישנם פערים לפי קבוצת אוכלוסיה. שיעורי הארעות הסרטן גבוהים בגברים ונשים יהודים ונמוכים בנשים ערביות (שיעורים מתוקנים לגיל לשנת 2021: 254, 303, 209 ו-100,000 ל-100,000 בגברים יהודים, נשים יהודיות גברים ערבים ונשים ערביות, בהתאמה) (16). בתמותה מסרטן, גברים ערביים מובילים עם שיעור של 95 ל-100,000, אחריהם גברים יהודים עם שיעורי תמותה של 83 ל-100,000, נשים יהודיות (67 ל-100,000) ונשים ערביות (58 ל-100,000). סוגי הסרטן האחראים לעיקר התמותה מהמחלה בישראל היו דומים בגברים יהודים וערבים (סרטן הריאה, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הלב, סרטן הערמונית וסרטן כיס השתן) ובנשים יהודיות וערביות (סרטן השד, סרטן הריאה, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הלב וסרטן השחלה). בניתוח הקודם לפי מצב חברתי-כלכלי, נמצא ששיעורי התחלואה הנמוכים ביותר כמעט בכל סוגי הסרטן היו באשכולות החברתיים כלכליים הנמוכים ביותר. מעבר לכך, הקשר עם מצב חברתי-כלכלי השתנה לפי סוג סרטן ומין (17). דוח תחלואה לפי נפות המעודכן עד 2019 הדגים תחלואה גבוהה בסרטן בגברים בחיפה, אשקלון, תל אביב, ובאר שבע ונמוכה בירושלים והשרון. בנשים שיעורים גבוהים נצפו בחיפה, תל אביב ופתח תקווה ושיעורים נמוכים נצפו בירושלים, עכו, חדרה, יו"ש והשרון. בסרטן הריאה מובילות בגברים באר שבע, חדרה, יזרעאל ועכו ובנשים חיפה ותל אביב. בסרטן השד מובילות נפות חיפה, תל אביב ופתח תקווה (18).

בבדיקת הקשר בין המצב החברתי-כלכלי לבין השיעור המתוקן של מקרי סוכרת בשנים 2014-2016 ביישובים שמנו 10,000 תושבים ויותר, נמצא שהקשר מתקיים אך ורק ביישובים יהודיים ומעורבים ואילו ביישובים ערביים לא נמצא מתאם בין המדד החברתי-כלכלי לבין הימצאות מקרי הסוכרת ביישוב. שיעורי חוסר איזון הסוכרת (המוגלובין מסוכרר מעל 9%) הגבוהים ביותר נמצאו ביישובים ערביים. היישובים היהודיים עם הערכים הגבוהים ביותר של חולים לא מאוזנים הם יישובים במעמד חברתי-כלכלי בינוני או בינוני נמוך וכוללים לרוב יישובי פריפריה דרומית וצפונית (19).

## הערכת פערים בבריאות ובשירותי בריאות בישראל

אחת המטרות המוצהרות של משרד הבריאות היא צמצום הפערים בבריאות. בעשור האחרון נעשו פעולות רבות במיפוי וצמצום הפערים בבריאות (19) וביניהם שינוי נוסחת הקפיטציה כולל תעדוף לפריפריה הגיאוגרפית ולמין, גיבוש תכנית אסטרטגית לשנים 2017-2020, גיבוש תוכנית אסטרטגית ('ועדת העשור') לשנים 2022-2023, הקמת פורטל אינטרנטי עם מידע על מאפיינים דמוגרפיים של ישובים הכולל תוצאי בריאות שונים ברמה יישובית (הנתונים מעודכנים עד 2015), הקמת פורטל בריאות חדש 'עולם הדאטה' ובו מוצגים בין היתר נתונים ישוביים עדכניים של השמנה ועודף משקל בפעוטות וילדים (20), מידע אודות מספר שעות קבלה (הנתונים מעודכנים עד 2018) (21) ופורטל זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה (אורתופדיה, אף אוזן גרון, רפואת נשים, עיניים ועור) (הנתונים מעודכנים עד 2021) (22). מכון ברוקדייל עורך סקרים תקופתיים על תפקוד מערכת הבריאות בהבטים שונים ביניהם נגישות וזמינות השירותים. בסקר האחרון (בשנת 2022) נמצא כי 19% מהמרוויינים ויתרו על שירות רפואי בגלל המרחק מהבית וכי ישנה עליה בשיעור הויתור בעשור האחרון (11% ויתור בשנת 2012). כמו כן, הודגם כי בשנת 2022 שיעור הויתור הגבוה ביותר היה במחוזות הצפון והדרום כ- 22%, שיעור ויתור שהוכפל במחוזות אלו בהשוואה לשנת 2016 (23).

### פיתוח סט מדדים לאומי לשיקוף פערים בבריאות ובשירותי הבריאות

תחום צמצום פערי בריאות במינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי במשרד הבריאות מפרסם מדי שנה את דוח אי שוויון בבריאות וההתמודדות עימו (24). בדוחות המפורסמים ישנה התייחסות עקבית למגמות עיקריות בשיעורי תמותה ותוחלת חיים, הערכת כח אדם במערכת הבריאות ופריסת מיטות אישפוז, וכן נושאים מתחלפים מידי שנה בקהילה וברשויות המקומיות. בשנת 2018 הוחלט במשרד הבריאות על גיבוש סט לאומי של מדדי פערים בבריאות ובשירותי הבריאות על רקע הפערים הסוציודמוגרפיים והגיאוגרפיים הקיימים במגוון תחומי בריאות ובמטרה לשקף לציבור ולמקבלי ההחלטות את תמונת המצב ולעקוב אחר המגמות לאורך זמן. השאיפה הייתה לשקף פערים ברזולוציה הגבוהה האפשרית, על פי הבדלים בין אזורים גאוגרפיים סטטיסטיים בתוך הישובים עצמם וזאת מתוך הבנה שקיימים הבדלים משמעותיים בין אזורים שכאלו באותו ישוב עצמו והסתכלות על אזורים נרחבים שמשקפת ממוצע אינה טובה מספיק עבור מקבלי החלטות. בעקבות זאת ובמימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות, החל משרד הבריאות, בהובלת תחום צמצום פערי בריאות במנהל התכנון האסטרטגי והכלכלי, ופרופ' רחלי וילף-מירון ממכון גרטנר, בגיבוש סט מדדים לאומי בתהליך מחקרי ובהסכמה רחבה בליווי ועדת היגוי אשר בוצע בשלושה שלבים. השלב הראשון היה איסוף מידע אודות קיום מאגרי מידע מהם ניתן להפיק מדדי איכות בעלי משמעות קלינית המתבססים על ראיות מדעיות מוצקות. השלב השני היה הסכמה בוועדת ההיגוי על ארבעה קרטיונים לפיהם ידורגו המדדים המוצעים (חשיבות בריאותית, מגמת הפעם, עניין ציבורי, פוטנציאל לשינוי). השלב השלישי היה תהליך דלפי (Delphi) בשלושה סבבים להסכמה על סט המדדים הלאומי שדורג לפי הקרטיונים שנקבעו בסולם ליקרט 5-1. בשלב זה השתתפו 55-75 מומחים (משתנה בהתאם לסבב) ממגזרים שונים אשר דירגו 30 מדדים מוצעים. בסוף הסבב השלישי נבחרו עשרת התחומים עם הציון הגבוה ביותר. למדדים אלו נוספו ע"מ מכ"ל משרד הבריאות דאז שלושה מדדים נוספים. הטבלה מטה מתארת את סט המדדים הנבחר הכולל 13 מדדים (24,25).

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

## מידת פערים בתכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל שמה לה למטרה למדוד את איכות הטיפול הרפואי הניתן ע"י קופות החולים ולספק מידע אודותיו. הפקת הנתונים הלאומית מתאפשרת הודות לשיתוף פעולה פורה בין ארבע קופות החולים המתקיים משנת 2003. נתוני המדדים מסופקים על ידי קופות החולים ומדווחים בתשעה תחומי מדידה (סוכרת, בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן, ילדים ובני נוער, קידום בריאות, מבוגרים בני 65+, לב וכלי דם, מחלות נשימתיות, בריאות הנפש, צריכה של תרופות אנטיביוטיות) בריבוד למין, גיל ומצב חברתי-כלכלי. מדי שנה מפורסם דו"ח המדגימים שיפור מתמשך באיכות הטיפול בתחומים הנמדדים (26).

בשנת 2022 הוחלט ע"י משרד הבריאות כי התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל תפרסם דו"ח פערים בבריאות זאת לאחר אימוץ סט המדדים הלאומיים ע"י מנכ"ל משרד הבריאות. דו"ח זה המובא לפניכם כולל נתוני המצאות של בריאות וחולי וכן מדדי תהליך מתוך סט המדדים הלאומי לפערים בבריאות. הנתונים מוצגים בריבוד למצב חברתי-כלכלי, בצורה גאוגרפית לפי נפת מגורים של תושבי ישראל ולראשונה לפי קבוצת אוכלוסיה.



1. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511391>.
2. Global Health Equity Strategy 2022-2027. Centers for Disease Control and Prevention (2022).
3. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health Equity and Health Disparities Environmental Scan. (2022).
4. Marmot, M. & Bell, R. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.
5. Smedley, B. D., Stith, A. Y. & Nelson, A. R. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care (with CD) 1-764 (2002) doi:10.17226/12875.
6. OECD, Health at a Glance 2021. (2021) doi:10.1787/AE3016B9-EN.
7. OECD, Health for Everyone? (2019) doi:10.1787/3c8385d0-en.
8. Marmot, M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: the argument. Int J Epidemiol 46, 1312-1318 (2017).
9. Chen-Sankey, J. C. et al. Cigar-Smoking Patterns by Race/Ethnicity and Cigar Type: A Nationally Representative Survey Among U.S. Adults. Am J Prev Med 60, 87-94 (2021).
10. Liu, D., Schuchard, H., Burston, B., Yamashita, T. & Albert, S. Interventions to Reduce Healthcare Disparities in Cancer Screening Among Minority Adults: a Systematic Review. J Racial Ethn Health Disparities 8, 107-126 (2021).
11. Chow, E. A., Foster, H., Gonzalez, V. & McIver, L. S. The Disparate Impact of Diabetes on Racial/Ethnic Minority Populations. Clinical Diabetes 30, 130-133 (2012).
12. Kilbourne, A. M., Switzer, G., Hyman, K., Crowley-Matoka, M. & Fine, M. J. Advancing Health Disparities Research Within the Health Care System: A Conceptual Framework. Am J Public Health 96, 2113 (2006).
13. Goldberger, N. F. & Haklai, Z. Educational level, ethnicity and mortality rates in Israel: national data linkage study. Isr J Health Policy Res 10, 1-13 (2021).
14. למ"ס. מחולל דוחות למ"ס.
15. סילברמן גמבלפלדקב, ב.. עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2021. הרישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות (2024)
16. משרד הבריאות. עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2019. הרישום הלאומי לסרטן. 201.19.71.3.2202zka/76925.01:iod (2022)
17. תחלואה בסרטן בישראל לפי נפות, 2015-2011, ו-2019-2016 משרד הבריאות
18. לוסון, ג. פריימן, ט. אי השוויון במערכת הבריאות וההתמודדות עמו. (2024)
19. משרד הבריאות. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עימו. (2019)
20. משרד הבריאות. עולם הדאטה - גדילה והנקה בילדים
21. משרד הבריאות. מפת הבריאות היישובית, פורטל בריאות אינטרנטי. Preprint at (2022)
22. משרד הבריאות. זמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה. Preprint at (2022)
23. מלמב NIHP הכנס השנתי ה-15 למדיניות הבריאות. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2023)
24. משרד הבריאות. אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו בשגרה ובקורונה. (2020)
25. Wilf-Miron, R. et al. Developing a National Set of Health Equity Indicators Using a Consensus Building Process. Int J Health Policy Manag 11, 1522-1532 (2022).
26. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. Preprint at (2023)

# שיטות

## מקור הנתונים

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

## משתנים

- **קבוצת אוכלוסיה** – השייכות לקבוצת אוכלוסיה מתקבלת בקופות החולים מחברת פוינטס. לצרכי התכנית, המבוטחים סווגו לשלוש קבוצות: חברה חרדית, חברה ערבית ושאר המבוטחים (הקבוצה הכללית). חברת פוינטס מעבירה לקופות החולים את הקבוצה הדומיננטית בכל אזור סטטיסטי. אזור שבו יותר מ-50% מהתושבים שייכים לקבוצת אוכלוסיה מסוימת יחשב כקבוצה הדומיננטית באותו אזור סטטיסטי. למשל, אם באזור סטטיסטי מסויים יותר מ-50% מהתושבים חרדים, 'חרדי' זו הקבוצה הדומיננטית גם אם מתגוררים שם מבוטחים מהקבוצה הכללית. השייכות לקבוצת אוכלוסיה נקבעת לפי מספר פרמטרים הנאספים על ידי חברת פוינטס, ביניהם הצבעה בקלפיות, אופי מערכת החינוך, מספר מוסדות דת, הרגלי צריכה ועוד.
- **מצב חברתי-כלכלי** – נקבע על סמך האשכול שאליו משויך האזור הסטטיסטי של כתובת המגורים. לאחר מפקדי אוכלוסין, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) מחלקת את אזורי המגורים לאזורים גאוגרפים סטטיסטיים (אג"סים) המקבלים ציון חברתי-כלכלי (אשכולות בעלי ציון בטווח 1-10). חברת פוינטס מטייבת חלוקה זו ומעדכנת את הציון החברתי-כלכלי, וזאת באמצעות הוספת מידע ממקורות שונים הכוללים בין השאר מידע צרכני המתקבל מחברות מסחריות, נתונים של מחירי נדל"ן וממצאים מפרסומים עדכניים על האוכלוסייה. פוינטס משלימה את שיוכם של כלל אזורי המגורים לאג"סים (גם עבור אזורי מגורים אשר טרם סווגו ע"י הלמ"ס, בפרט שכונות מגורים חדשות). עבור 3.3% מהמבוטחים כתובות המגורים לא היו שלמות, ולכן הם לא השתתפו בניתוח הנתונים לפי מצב חברתי-כלכלי. לכן, יתכנו הפרשים במספרים המוחלטים ובשיעורים בין טבלאות ותרשימים עם וללא פילוח לפי מצב חברתי-כלכלי. התפלגות האוכלוסיה לפי המצב החברתי-כלכלי מוצגת לאורך הדוח בחמש קבוצות כך שכל שתי קטגוריות סמוכות של המצב החברתי-כלכלי בסולם 1-10 אוחדו לחמש קטגוריות: 1+2 (הנמוכה ביותר), 3+4, 5+6, 7+8, 9+10 (הגבוהה ביותר).
- **נפות** – השיוך הנפתי של כל מבוטח נקבע על פי מקום מגוריו. הנפות בתכנית המדדים זהות לנפות המוגדרות בלמ"ס פרט לשלוש: נפת הנגב המערבי, נפת ת"א ונפת יזרעאל. הפיצול בוצע על מנת ליצור יחידות שטח קטנות. בעקבות ארועי ה-7.10 הוחלט לפצל מנפת באר שבע ונפת אשקלון נפה נוספת: הנגב המערבי. ישובי הנפה זהים לישובי אשכול הנגב המערבי (84 ישובים) וכוללים בין

היתר את ישובי עוטף עזה, וכן את אופקים, נתיבות, רהט ושדרות. נפת תל-אביב מהגדרות הלמ"ס פוצלה לנפת חולון, נפת רמת-גן, ונפת תל-אביב בהתאם לאזורים הטבעיים. בנוסף, הוחלט לפצל את נפת יזרעאל, כפי שהוגדרה ע"י הלמ"ס, ל-2 נפות: יזרעאל ונצרת. נפת נצרת, כפי שהוגדרה בתכנית המדדים, תחומה באזור הטבעי הרי נצרת-תירען אולם היא כוללת בתוכה רק חלק מיישובי האזור הטבעי הרי נצרת-תירען. מכאן בתכנית המדדים יש 20 נפות.

## מאפייני אוכלוסיית הדו"ח

אוכלוסיית ישראל הולכת וגדלה. בהתאם לכך, גם אוכלוסיית הדו"ח גדלה עם השנים. טבלה 1 מסכמת את גודל אוכלוסיית הדו"ח בין השנים 2015-2023.

**טבלה 1 : גודל אוכלוסיית הדו"ח לפי שנה (2015-2023)**

| שנה  | גודל אוכלוסיית הדו"ח |
|------|----------------------|
| 2015 | 7,859,229            |
| 2016 | 8,007,626            |
| 2017 | 8,166,087            |
| 2018 | 8,324,218            |
| 2019 | 8,462,259            |
| 2020 | 8,629,348            |
| 2021 | 8,731,506            |
| 2022 | 8,904,325            |
| 2023 | 9,098,830            |

## מאפייני האוכלוסיה לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה

מאפייני האוכלוסייה לפי גיל, קבוצת אוכלוסיה ומצב חברתי-כלכלי מופיעים בטבלה 2. 70% מהמבוטחים הם מהחברה הכללית, 11% מהחברה החרדית ו-19% מהחברה הערבית. החברה החרדית והחברה הערבית הן צעירות יותר, 54% מהחרדים הם בני 0-19, 40% מהחברה הערבית, ו-30% מהחברה הכללית. לעומת זאת, אחוז האנשים בני 60 ומעלה הגבוה ביותר הוא בחברה הכללית (21% לעומת 8% ו-9% בחברה החרדית והערבית בהתאמה).

בהתפלגות האוכלוסיה לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה והמצב החברתי-כלכלי (טבלה 2) נראה כי 14% מהחרדים ו-34% מהערבים שייכים למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר, כאשר כ-80% מכל קבוצה שייכים למצב חברתי-כלכלי נמוך או בינוני נמוך (רמות 1-4). לעומתם כ-80% מהחברה הכללית שייכים למצב חברתי-כלכלי בינוני ומעלה (רמות 5-10). ניכר כי כ-50% מהחברה הכללית מצויים במצב חברתי-כלכלי גבוה וגבוה מאוד (רמות 7-10) לעומת פחות מ-1% מקרב החרדים והערבים.

## טבלה 2: מאפייני אוכלוסיית הדו"ח לפי קבוצת גיל וקבוצת אוכלוסיה, 2023

| סה"כ      | ערבי      | חרדי      | כללי      |                        |
|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| 9,098,830 | 1,722,195 | 1,043,101 | 6,333,534 |                        |
| 100%      | 18.9%     | 11.5%     | 69.6%     |                        |
|           |           |           |           | <b>קבוצת גיל</b>       |
| 19.6%     | 20.0%     | 30.6%     | 17.7%     | 0-9                    |
| 15.9%     | 19.7%     | 23.1%     | 13.7%     | 10-19                  |
| 47.5%     | 51.3%     | 38.3%     | 48.0%     | 20-59                  |
| 8.1%      | 5.4%      | 4.0%      | 9.5%      | 60-69                  |
| 6.0%      | 2.6%      | 2.7%      | 7.4%      | 70-79                  |
| 2.9%      | 1.0%      | 1.3%      | 3.6%      | 80+                    |
|           |           |           |           | <b>מצב חברתי-כלכלי</b> |
| 8.2%      | 34.3%     | 14.3%     | 0.2%      | 1+2 (נמוך)             |
| 26.3%     | 52.3%     | 67.4%     | 12.5%     | 3+4                    |
| 28.3%     | 11.5%     | 17.9%     | 34.6%     | 5+6                    |
| 23.3%     | 0.2%      | 0.4%      | 33.3%     | 7+8                    |
| 10.5%     | 0.0%      | 0.0%      | 15.1%     | 9+10 (גבוה)            |

### מאפייני האוכלוסיה לפי נפה

מאפייני האוכלוסיה לפי חלוקה לנפות מתוארים בטבלה 3. ניתן להתרשם, כי נפת חולון היא הנפה המבוגרת ביותר בישראל, עם קבוצת גיל חציונית של 40-44, בעוד הנפה הצעירה ביותר היא נפת יהודה ושומרון עם קבוצת גיל חציונית של 15-19. בהסתכלות על התפלגות האוכלוסייה לפי נפה ומצב חברתי-כלכלי (בסולם 1-10) ניתן להתרשם כי נפת נצרת היא הנפה עם המצב החברתי-כלכלי החציוני הנמוך ביותר (מצב חברתי-כלכלי 3), אחריה גולן, עכו, ירושלים והנגב המערבי עם מצב חברתי-כלכלי ברמה 4 ואילו מרכז הארץ מאופיין במצב חברתי-כלכלי גבוה יותר ובפרט נפות תל אביב ופתח תקווה, מחזיקות בחציון המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר.

### טבלה 3 – גיל חציוני ומצב חברתי-כלכלי חציוני לפי נפה, 2023

| נפה           | גיל חציוני | SES חציוני |
|---------------|------------|------------|
| גולן          | 30-34      | 4          |
| צפת           | 30-34      | 5          |
| כנרת          | 30-34      | 5          |
| עכו           | 30-34      | 4          |
| נצרת          | 25-29      | 3          |
| יזרעאל        | 30-34      | 6          |
| חיפה          | 35-39      | 6          |
| חדרה          | 30-34      | 5          |
| פתח תקווה     | 30-34      | 8          |
| השרון         | 30-34      | 6          |
| תל אביב       | 35-39      | 9          |
| רמת גן        | 25-29      | 6          |
| חולון         | 40-44      | 6          |
| רמלה          | 30-34      | 7          |
| רחובות        | 35-39      | 7          |
| ירושלים       | 20-24      | 4          |
| יהודה ושומרון | 15-19      | 5          |
| אשקלון        | 30-34      | 5          |
| נגב מערבי     | 20-24      | 4          |
| באר שבע       | 25-29      | 5          |

### שיטות סטטיסטיות

עבור כל מדד נותחו מגמות בפערים בבריאות לאורך השנים 2015-2023. השיעורים המוצגים מתוקנים לגיל באופן של תיקון ישיר. כלומר, בכל רובד של גיל נלקחו השיעורים הספציפיים אשר הוכפלו בהתפלגות אוכלוסיית התקן שנקבעה להיות התפלגות אוכלוסיית הדו"ח בשנת 2021. במדד שיעור חולי הסכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 הרבדים של מין וגיל כללו מספר קטן של מבוטחים עד כדי מצב של שיעור 0% בחלק מקטגוריות המין והגיל ולכן קובצו קטגוריות גיל בתהליך התקנון, בכדי להימנע ממצב זה.

בכדי לבחון האם היתה הרחבה או היה צמצום פערים לאורך זמן לפי קבוצת אוכלוסיה או מצב חברתי-כלכלי, חושב יחס שיעורים (Rate Ratio, RR). יחס השיעורים (RR) חושב עבור חרדים ביחס לקבוצה הכללית ועבור ערבים ביחס לקבוצה הכללית, עבור מצב חברתי-כלכלי, חושב RR של רמה חברתית כלכלית 1+2 ביחס לרמה 9+10 לשנים נבחרות.

לבניית המפות נעשה שימוש בתוכנת ArcGIS Pro גרסה 3.0.3 (ESRI, Redlands, California). בכדי שניתן יהיה להשוות בין המפות של הנשים והגברים מבחינת הצבעים עבור אותו מדד, הוגדר טווח זהה בקרב שני המינים, כאשר הטווח נע בין שיעור ההימצאות המינימלי לבין שיעור ההימצאות המקסימלי מבין הגברים והנשים באותו מדד.

## מבנה הדוח

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

המדדים שיוצגו מתוך סט המדדים הלאומי מופיעים בטבלה מטה ובנוסף מוצג מדד למידת השימוש באנטיביוטיקה שאינו חלק מסט המדדים הלאומי וכן מדדים בטיפול תרופתי לשינה, הרגעה ודיכאון אשר נכללו בדוח בעקבות ארועי ה-7.10.

| המדדים                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>השמנת יתר בילדים מבוגרים וקשישים</b>                                     |
| שיעור השמנת יתר בקרב ילדים בני 7                                            |
| שיעור השמנת יתר בקרב בני 14-15                                              |
| שיעור השמנת יתר בקרב בני 20-64                                              |
| שיעור השמנת יתר בקרב בני 65-84                                              |
| <b>סוכרת</b>                                                                |
| שיעור המצאות סוכרת באוכלוסייה הבוגרת                                        |
| שיעור חולי סוכרת עם רמות מאוזנות של המוגלובין מסוכר                         |
| שיעור חוסר האיזון בקרב חולי סוכרת                                           |
| שיעור פגיעה כלייתית בקרב חולי סוכרת                                         |
| <b>בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן</b>                                      |
| שיעור ביצוע ממוגרפיה                                                        |
| שיעור בדיקות לגילוי סרטן צוואר הרחם                                         |
| שיעור ביצוע קולונוסקופיה                                                    |
| שיעור קולונוסקופיה לאחר תוצאת דם סמוי חיובי                                 |
| <b>היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי – רכישות ל 1000 איש לשנה</b> |
| <b>טיפול תרופתי לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דיכאון</b>                      |
| היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה                                       |
| היקף השימוש בתרופות נוגדות דיכאון                                           |



## מצב העישון

### מצב העישון בקרב בני 16-74

#### מבוא

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

שיעורי העישון בכל העולם גבוהים יותר בקרב אוכלוסיות מוחלשות, כגון: אנשים בעלי השכלה נמוכה, מובטלים, חסרי בית, בעלי מחלות נפש, אסירים, וחלק מקבוצות מיעוט שונות באוכלוסייה. אוכלוסיות אלו נוטות להיות במצב חברתי-כלכלי נמוך יותר (2,3).

בישראל, שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפים בקרב גברים ערבים, ובקרב בעלי השכלה נמוכה (5).

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

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

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

**מונה:** מספר המבוטחים במכנה עם סטטוס עישון אחרון חיובי

#### תוצאות

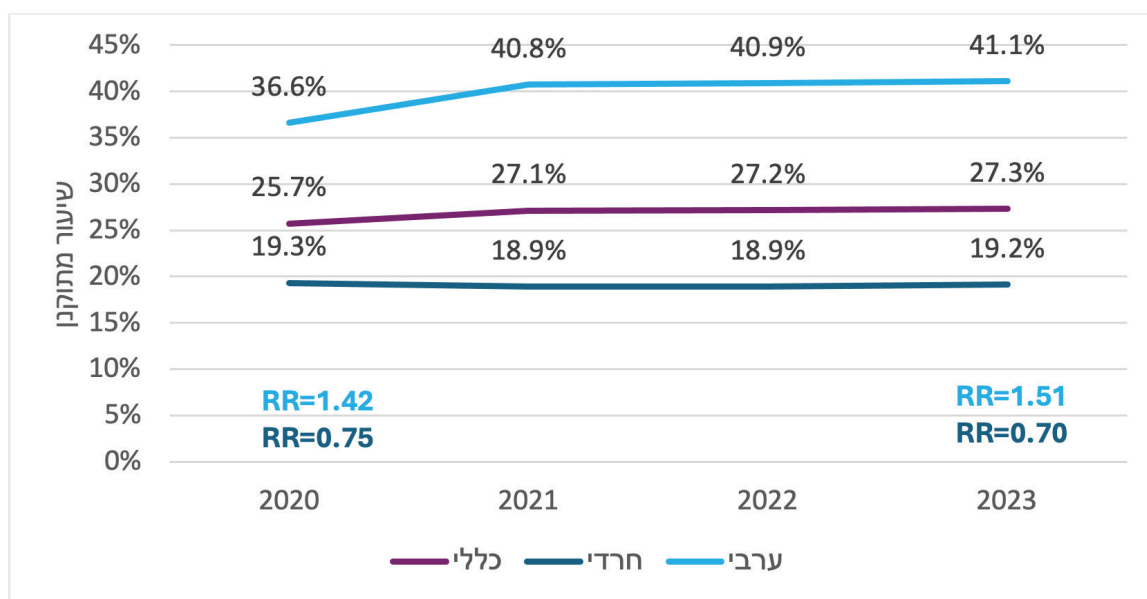
מגמות בשיעור המעשנים לאורך זמן לפי שייכות לקבוצת אוכלוסייה

שיעור העישון הארצי בקרב הגברים גבוה יותר מפי 2 בהשוואה לזה של הנשים (29.3% ו-13.7% בהתאמה).

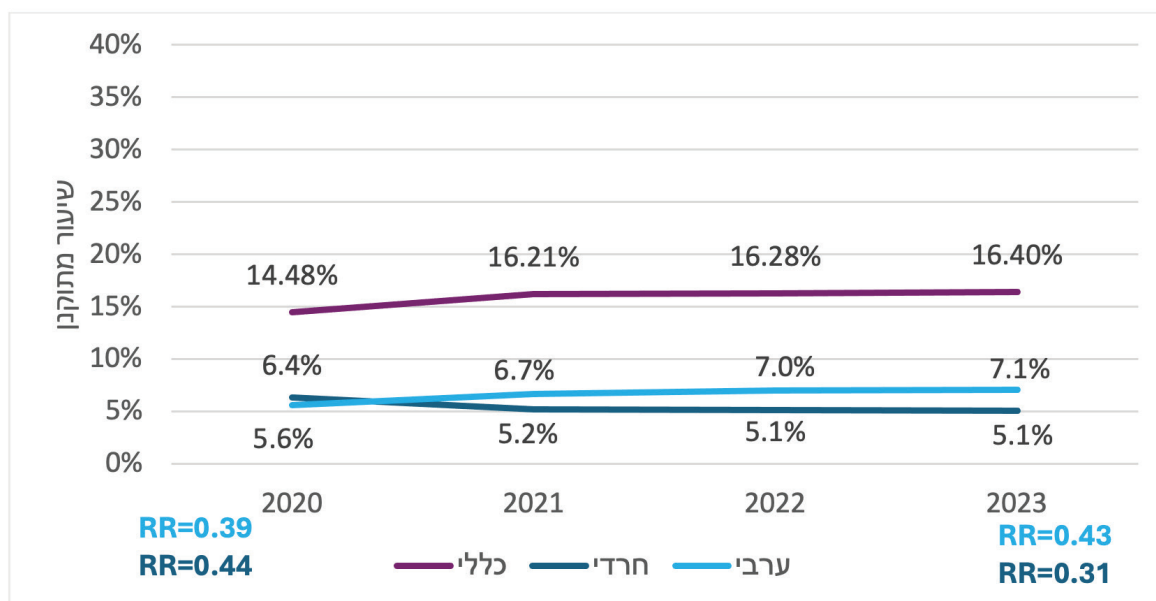
בקרב הגברים, שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפו בקרב הערבים והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב החרדים, כאשר בשנת 2023 הראשונים עישנו כפי 2 יותר בהשוואה לאחרונים (41.1% לעומת 19.2% בהתאמה). לאורך השנים 2020-2023, נצפתה עלייה של 4.5% בשיעור העישון בקרב הגברים הערבים (41.1% בשנת 2023 לעומת 36.6% בשנת 2020) וירידה של 0.1% בקרב הגברים החרדים

(19.2% בשנת 2023 לעומת 19.3% בשנת 2020). בחברה הכללית שיעור המעשנים עלה ב-1.2% (29.3% בשנת 2023 לעומת 28.1% בשנת 2020). בקרב הנשים, שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפו בחברה הכללית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב הנשים החרדיות, כאשר בשנת 2023 הראשונות עישנו פי 3.2 יותר בהשוואה לאחרונות (16.4% לעומת 5.1% בהתאמה). לאורך השנים 2020-2023, נצפתה עלייה של 1.9% בשיעור העישון בקרב הנשים מהאוכלוסייה הכללית (16.4% בשנת 2023 לעומת 14.5% בשנת 2020) ועליה של 1.5% בשיעור העישון בקרב הנשים ערביות (7.1% בשנת 2023 לעומת 5.6% בשנת 2020). בקרב נשים חרדיות נצפתה ירידה של 1.3% (5.1% בשנת 2023 לעומת 6.4% בשנת 2020).

### תרשים 1: שיעור עישון בקרב בני 16-74 לפי קבוצת אוכלוסיה



### תרשים 2: שיעור עישון בקרב בנות 16-74 לפי קבוצת אוכלוסיה



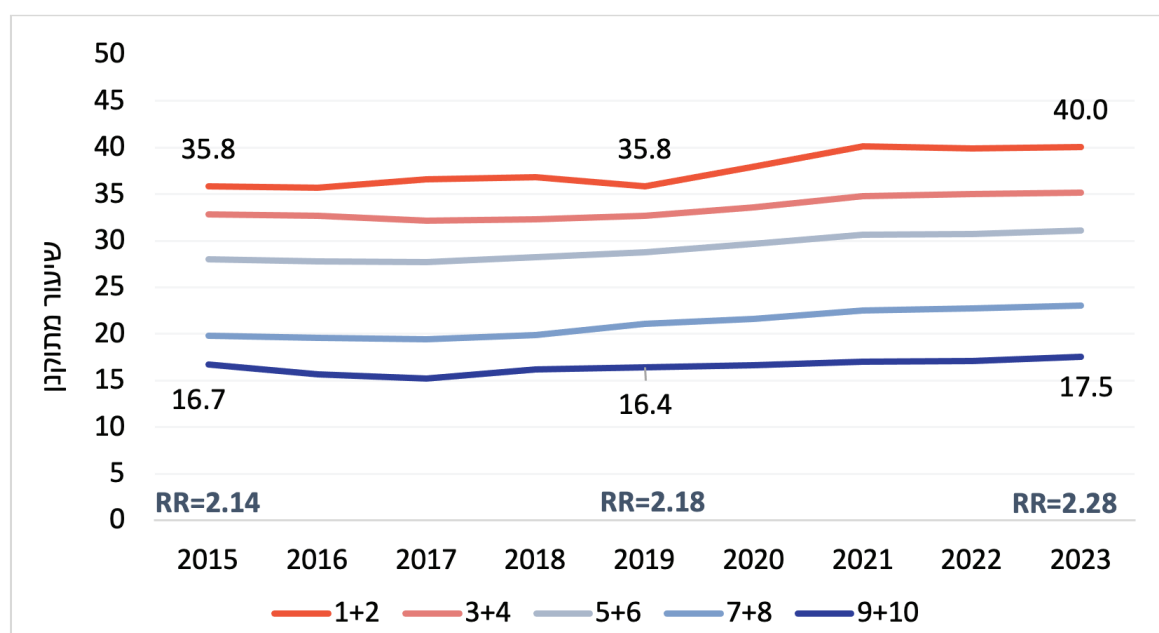


## מגמות בשיעור המעשנים לאורך זמן לפי מין ומצב חברתי-כלכלי

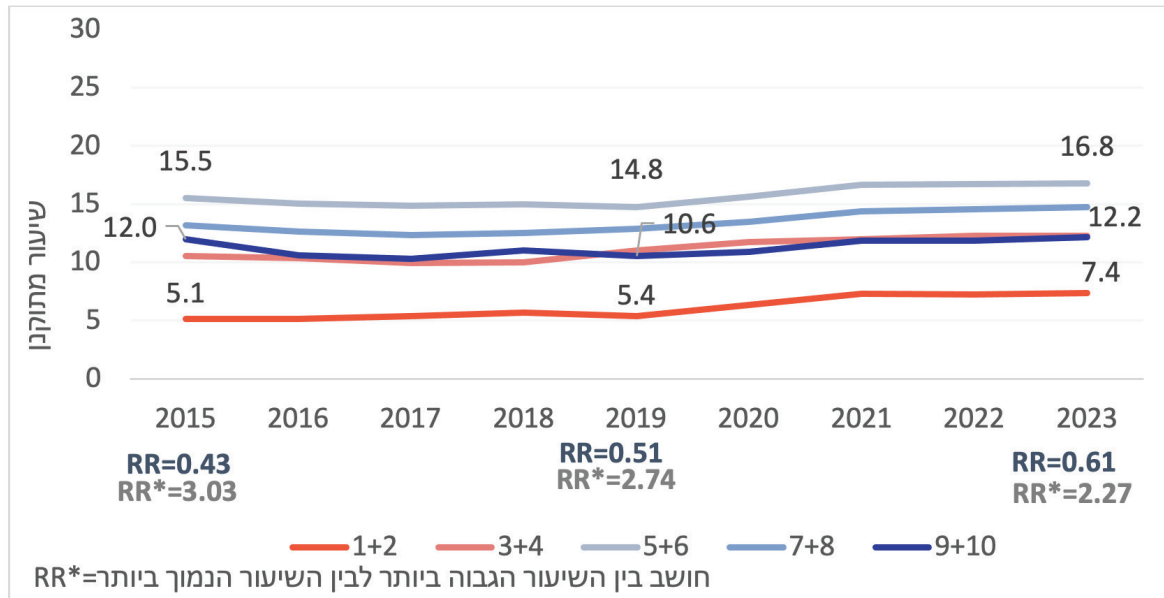
בשנת 2023 נצפתה עליה קלה בשיעור המעשנים בקרב הגברים והנשים בכל שכבות המצב החברתי-כלכלי. העלייה הגדולה ביותר נצפתה במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, שכבות 9+10 (עליה של 0.4% בקרב גברים ועליה של 0.3% בקרב נשים). למרות עלייה זו ובדומה לשנים הקודמות, שיעור הגברים המעשנים במצב חברתי-כלכלי נמוך, היה גדול יותר בהשוואה לשיעור המעשנים במצב חברתי-כלכלי גבוה, בעוד שבקרב הנשים המגמה הייתה הפוכה. נשים במצב חברתי-כלכלי נמוך עישנו פחות מנשים במצב חברתי-כלכלי גבוה. כך לדוגמה, בשנת 2023 שיעור העישון בקרב גברים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר ובמצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר עמד על 17.5% ו-40.0% בהתאמה. לעומת זאת, בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר השיעור היה 7.3% ובנשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עמד על 12.2%, כאשר שיעור העישון הגבוה ביותר בקרב נשים נצפה במצב חברתי-כלכלי בינוני (5+6) ועמד על 16.7%.

בקרב הגברים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ירד בהשוואה לשנה שעברה, כאשר יחס השיעורים (RR) ירד מ-2.33 בשנת 2022 ל-2.28 בשנת 2023. לעומת זאת, בקרב הנשים הפער נשאר זהה, כאשר יחס השיעורים עמד על 0.61 בשנת 2023.

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



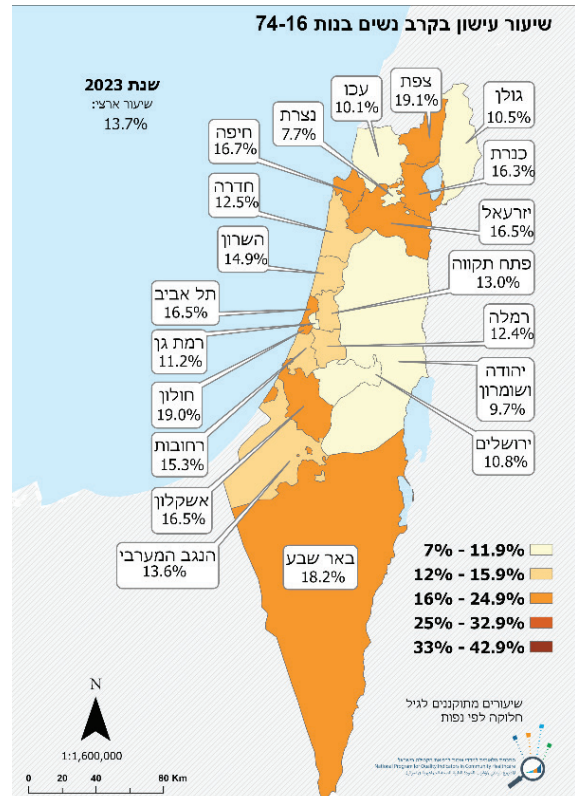
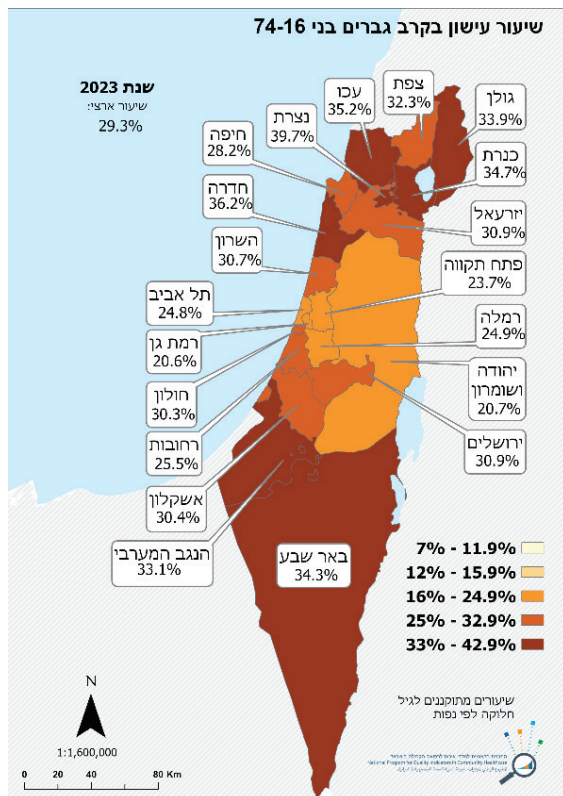
#### תרשים 4: שיעור עישון בקרב בנות 16-74 לפי מצב חברתי-כלכלי



#### פערים מרחביים

בשנת 2023 שיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפו בקרב הגברים בנפות נצרת (39.7%) חדרה (36.2%) ועכו (35.2%) ובקרב הנשים, חולון (19.1%), צפת (19.1%) ותל אביב (16.5%).

בנפות פתח תקווה, יהודה ושומרון ורמת גן נצפה השיעור הנמוך ביותר של המעשנים (20.75%, 20.6%, 20.6% בהתאמה) ובנפות גולן, עכו ונצרת נצפה השיעור הנמוך ביותר של המעשנות (10.1%, 10.5%, 7.7%).



## דיון

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

הסבר לקשר בין המצב החברתי-כלכלי ושיעור עישון גבוה יותר הינו מורכב אבל מושפע בין היתר מרמות ההשכלה, מעוני ומתחלואת נפש גבוהה שמובילים לסיכון גבוה יותר להתנסות במוצרי טבק והתמכרות, ולשיעור גמילה נמוך יותר (2,3,7). יתר על כן, ממחקרים בעולם ידוע שחברות הטבק מכוונות באופן ספציפי לאוכלוסיות מוחלשות יותר, אם על ידי פרסום מכוון ואם על ידי ריכוז גבוה יותר של נקודות מכירה באזורים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה יותר (8).

כחלק מהאמנה הבינלאומית למלחמה בטבק, ארגון הבריאות העולמי ממליץ על שורת אסטרטגיות לצמצום העישון, MPOWER, הכוללות בין היתר ניטור, יצירת מרחבים ציבוריים נקיים מעישון, מתן תמיכה בגמילה מעישון, איסור פרסום ושיווק של מוצרי טבק ועישון, העלאת מודעות לנזקי העישון, ומיסוי (1). מדינת ישראל חתמה ואשררה את האמנה הבינלאומית, והיא פועלת להטמיע אסטרטגיות אלו. עם זאת, הטמעת אסטרטגיות אלו יעילות יותר בצמצום העישון בקרב האוכלוסייה מהשכבות החברתיות-כלכליות הגבוהות ופחות משפיעה על השכבות הנמוכות. סקירות סיסטמיות בנושא מצאו כי מיסוי ותוכניות התערבות לגמילה מעישון הממוקדות באוכלוסיות מוחלשות הן האסטרטגיות היחידות שהוכחו כבעלות השפעה מצמצמת פערים (2,7). נדרש מחקר נוסף כדי להבין איך ניתן להטמיע אסטרטגיות אלו ואחרות כדי לצמצם את הפערים בצורה טובה יותר.

העלייה הקלה בשיעורי העישון בשנת 2023 הינה ככל הנראה תוצאה ישירה של המלחמה. מחקרים שונים בעולם הראו שלמלחמה השפעה ישירה על שיעורי העישון, כולל עליה בחזרה לעישון בקרב אנשים שהפסיקו לעשן (9-11). נתונים אלו תואמים למספר סקרים שנעשו בישראל מאז פרוץ המלחמה, אם כי לא נאסף עד כה נתונים מסקר לאומי מייצג (מתוך נתונים שהוצגו בישיבה משותפת של ועדת הסמים והועדה לזכויות הילד לכבוד היום הבינלאומי ללא עישון (12)). נתונים אלו מחייבים השקעה משמעותית נוספת בפתרונות מותאמים למצב הייחודי, תוך הנגשה מרבית של אפשרויות התמיכה וגמילה מעישון.

1. Tobacco .<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Smith ,C .E ., Hill ,S .E & .Amos ,A .Impact of population tobacco control interventions on socio-economic inequalities in smoking :A systematic review and appraisal of future research directions .**Tob Control** **30**, E87–E95 (2021).
3. Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafò, M. Socioeconomic status and smoking: a review. **Ann N Y Acad Sci** **1248**, 107–123 (2012).
4. Payne, N. W. S. et al. Socio-economic deprivation and cancer incidence in England: Quantifying the role of smoking. **PLoS One** **17**, e0272202 (2022).
5. דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל לשנת 2023 משרד הבריאות .<https://www.gov.il/he/pages/smoking-2023>.
6. Lopez, A. D., Collishaw, N. E. & Piha, T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. **Tob Control** **3**, 242 (1994).
7. Tabuchi, T., Iso, H. & Brunner, E. Tobacco Control Measures to Reduce Socioeconomic Inequality in Smoking: The Necessity, Time-Course Perspective, and Future Implications. **J Epidemiol** **28**, 170–175 (2018).
8. Yerger, V. B., Przewoznik, J. & Malone, R. E. Racialized geography, corporate activity, and health disparities: tobacco industry targeting of inner cities. **J Health Care Poor Underserved** **18**, 10–38 (2007).
9. Boyko, E. J. et al. Longitudinal Investigation of Smoking Initiation and Relapse Among Younger and Older US Military Personnel. **Am J Public Health** **105**, 1220–1229 (2015).
10. Shevorykin, A. et al. Tobacco use, trauma exposure and PTSD: a systematic review. **Health Psychol Rev** **18**, (2024).
11. O'Toole, B. I., Kirk, R., Bittoun, R. & Catts, S. V. Combat, Posttraumatic Stress Disorder, and Smoking Trajectory in a Cohort of Male Australian Army Vietnam Veterans. **Nicotine & Tobacco Research** **20**, 1198–1205 (2018).
12. נתונים מדאיגים: 40% מהאוכלוסיה החלו לעשן יותר בעקבות המלחמה | ישראל היום .<https://www.israel-hayom.co.il/health/article/15935554>



## השמנת יתר בילדים, מבוגרים וקשישים

### מבוא

לפני כעשור, השמנת יתר הוגדרה על ידי ה-NIH כמחלה כרונית הדורשת התייחסות רפואית ובשנה האחרונה, האיגוד האירופי לחקר ההשמנה (EASO) הציג מסגרת חדשה לאבחון, דירוג וניהול השמנה, המדגישה את הצורך בהתייחסות להשמנת יתר כמחלה כרונית הדורשת ניהול מתמשך (1). השמנת יתר נמצאה כגורם סיכון לתחלואה במחלות כרוניות רבות בינהן סוכרת, תחלואה לבבית, שבץ וסוגי סרטן מסוימים וכן גורם סיכון לתמותה (2,3). הגורמים להשמנת יתר מגוונים וכוללים בין היתר גורמים הקשורים בהרגלי תזונה ופעילות גופנית, גורמים גנטיים וגורמים סביבתיים המעודדים אורח חיים יושבני. יחד עם זאת, ארגון הבריאות העולמי קובע כי השמנה ניתנת למניעה וממליץ על מספר פעולות במבוגרים ובילדים הכוללים למשל מתן תכנית טיפול אישית, התערבות הכוללת את גם את הקהילה ואת בתי הספר ומתן טיפולים משלימים (פסיכולוגיים, תרופתיים או ניתוחיים).

ערך ה-BMI הינו אמת מידה להשמנה המבוסס על משקל ביחס לגובה האדם ( $\text{kg/m}^2$ ). ה-WHO, הגדיר את השמנת יתר במבוגרים (obesity) כ-BMI גבוה מ-30 ובילדים ההגדרה הינה לפי אחוזונים המותאמים לגיל ומין, כך שילדים עם ערך BMI הגבוה מאחוזון 97 סובלים מהשמנת יתר (3). השמנת יתר בילדים מעוררת דאגה רבה מאחר וילדים עם השמנת יתר הם בסיכון גבוה להיות מבוגרים עם השמנת יתר, ולכן מניעה וטיפול בהם בשנות הילדות ובנעורים עשויים להניב תוצאות חיוביות וחסכון כלכלי (3-5).

בשני העשורים האחרונים, שיעורי השמנת יתר עלו והגיעו במדינות רבות לכדי ממדי מגיפה. בשנת 2022 הוערך כי 159.3 מיליון ילדים ובני נוער סובלים מהשמנת יתר ברחבי העולם, עם שיעור של 6.9% בקרב בנות ו-9.3% בקרב בנים – עלייה של פי חמישה מאז שנת 1990 והכפלה מאז 2020 (6). בקרב מבוגרים נצפתה מגמה מדאיגה דומה, כאשר שיעורי השמנת יתר בעולם עלו פי שלושה מאז 1975 (7). בארה"ב שכיחות השמנת יתר במבוגרים עלתה מ-23% בתחילת שנות ה-90 ל-42% בשנת 2018 ובאירופה מ-10% בשנת 1995 ל-22% בשנת 2016 (4,8). בישראל, מאז 2013 נצפתה עליה קלה בשיעור המבוגרים בגילאי 20-64 בעלי השמנת יתר מ-23% ל-25% בשנת 2021, כאשר עליה גדולה נצפתה בשיעורי השמנת יתר לאחר הקורונה (2019-2021) (9). יש לציין, כי בגיל הילדות והנעורים שיעור הבנים עם השמנת יתר גבוה מזה של הבנות ובקרב מבוגרים המגמה הפוכה.

הקשר בין שייכות לקבוצת באוכלוסיה לבין שיעורי השמנת יתר דווח ומוכר במדינות מערביות רבות, גם בין מדינות מערביות עם הכנסה גבוהה. מחקרים מראים כי במרבית המקרים ילדים מקבוצות מיעוט נמצאים בסיכון גבוה יותר להשמנת יתר, אך קיימות קבוצות אוכלוסיה המראות כיוון הפוך, כתלות בקבוצת המיעוט (10). בארה"ב, סקר הבריאות הלאומי לילדים לשנים 2011-2012 וסקר הבריאות והתזונה הלאומי לשנים 1999-2014 בקרב ילדים בני 6-17 שנים הראו השמנה בכ-25% מהילדים בקבוצות מיעוט, אפרו-אמריקאים והיספנים, לעומת 12% בלבד בקרב שאר הילדים. עם זאת, ילדים מהמיעוט הסיני בבריטניה מראים שיעורים נמוכים של השמנת יתר בהשוואה לאוכלוסיה הכללית שם (10). גם בקרב מבוגרים בישראל תועדו פערים בשיעורי השמנת יתר והתחלואה בסוכרת לפי קבוצת אוכלוסיה. מחקר שנערך בשנת 2022 בשירותי בריאות כללית העלה כי בחברה הערבית נצפו שיעורים גבוהים יותר של השמנת יתר לעומת שאר האוכלוסיה (28.8% לעומת 22.5%) (11). מחקר שנערך על נתוני מדגם מהלמ"ס העלה שבקרב בני 21-50 ללא הבחנה בין המינים, שיעורי השמנת יתר בקרב חרדים גבוה בהשוואה לאחרים, אך כאשר ריבדו את הנתונים לפי מין, לא היה ניתן להצביע על הבדל מובהק בין שיעורי ההשמנה בבחינה של כל מין בנפרד (12).

הקשר בין מצב חברתי-כלכלי והשמנת דווח ומוכר (13,14). באירופה למשל, כ-42% מהמבוגרים בעלי השכלה גבוהה הם בעלי עודף משקל או השמנת יתר בהשוואה ל-55% מקרב בעלי ההשכלה התיכונית ומטה (14). כיום, מחקרים מתייחסים למצבו החברתי-כלכלי של אדם כגורם סיכון העומד בפני עצמו (15,16). הוערך כי אדם בגיל 60 עלול לאבד 3-7 שנים של תפקוד תקין בגלל שייכות למצב חברתי-כלכלי ירוד לאחר תיקנון להשמנת יתר (15).

קשרים דומים בין שייכות למצב חברתי-כלכלי ירוד והשמנת יתר דווחו גם בילדים (3-19,17). דווח כי קיים קשר הפוך בין השמנת יתר בילדים והשכלת הורים (19), הכנסת הורים (17) ומגורים בשכונה מוחלשת מבחינה חברתית-כלכלית (20). בניתוח מרובד לפי השכלת ההורים בארה"ב, נמצא כי בעשור האחרון ישנה ירידה בשיעורי השמנת יתר בקרב מתבגרים להורים משכילים ועליה בקרב מתבגרים להורים עם השכלה תיכונית (20).

מניתוח הפריסה הגיאוגרפית מנתוני משרד הבריאות לשנים 2017-2018 של השמנת יתר בילדים ונוער עלה כי עשרת הישובים בהם שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר בכיתה ז' הם ישובים ערביים (21). במחוזות חיפה והצפון נצפים שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר אשר עומדים על 10% על 10% בכיתה א' ו-16% בכיתה ז', בהשוואה למחוז הנמוך ביותר 4%-8% (כיתה א' ו-ז' בהתאמה) ביהודה ושומרון (22).

### בחלק זה יוצגו תוצאות של ארבעה מדדי איכות:

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

### תוצאות

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

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

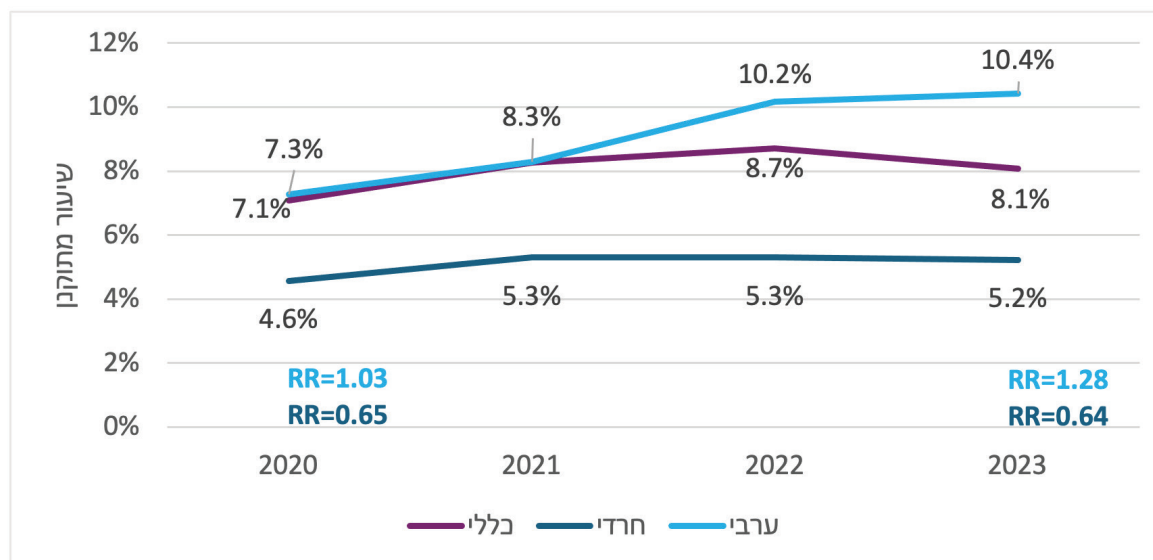
**מונה:** מספר המבוטחים במכנה עם ערך אחוזון BMI גדול או שווה ל-97.7.

#### מגמות בשיעור השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לאורך זמן לפי קבוצת אוכלוסיה

בשנת 2023 השיעור הארצי של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 עמד על 8.1%. שיעורי השמנת היתר הנמוכים ביותר נצפו בקרב ילדים מהחברה החרדית, באופן עקבי לאורך שנות המעקב. בשנת 2023 שיעורי השמנת היתר בקרב ילדים בני 7 עמדו על 5.2% בחברה החרדית, 8.1% בחברה הכללית ו-10.4% בחברה הערבית (  $RR=0.64$  ו-  $RR=1.28$ , חרדים וערבים לעומת האוכלוסיה הכללית, בהתאמה), פער מוחלט של כמעט 3% בין ילדי החברה החרדית לעומת החברה הכללית, ויותר מ-5% בהשוואה לילדי החברה הערבית. בשנים 2020-2021 נראה כי לא קיים פער בין החברה הכללית, לחברה הערבית, אך הוא נפער בשנת 2022, והתרחב ביתר שאת בשנת 2023.

## תרשים 1: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי קבוצת אוכלוסיה

יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלית) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)



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

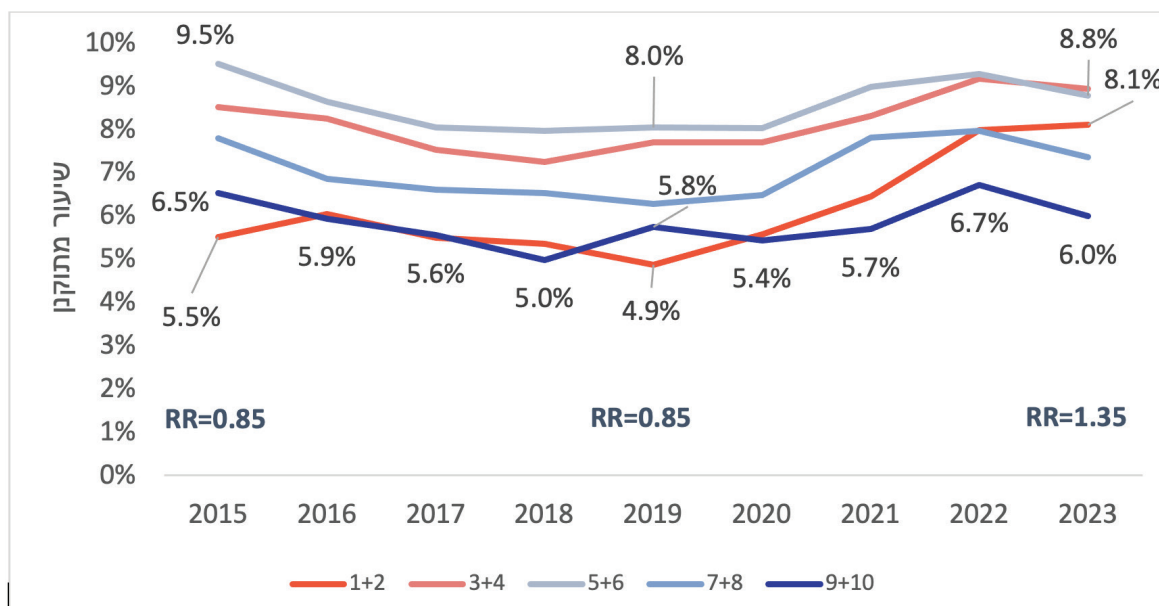
במהלך השנים 2019-2023 נצפתה עליה ולאחר מכן ירידה בשיעורי השמנת היתר ברוב שכבות האוכלוסיה. כך לדוגמה, בשנת 2019 שיעור השמנת היתר בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר עמד על 5.8%, בשנת 2022 השיעור עלה ל-6.7% ובשנת 2023 הוא ירד ל-6.0%.

שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי נמוך-בינוני (3+4). בשכבת אוכלוסיה זו נצפתה ירידה בשיעור השמנת היתר עד שנת 2020 (7.7%) ולאחר מכן השיעור עלה ל-8.9% בשנת 2023. לאורך כל השנים, בקרב ילדים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של השמנת יתר. כך לדוגמה, בשנת 2023, שיעור השמנת היתר בקרב ילדים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר עמד על 6.0%.

משנת 2020 נראה כי הפער בין השכבה הגבוה ביותר לנמוכה ביותר הלך והתרחב בגלל העליה בשיעורי השמנת היתר בקרב הילדים בשכבה הנמוכה ביותר.



## תרשים 2: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי מצב חברתי-כלכלי

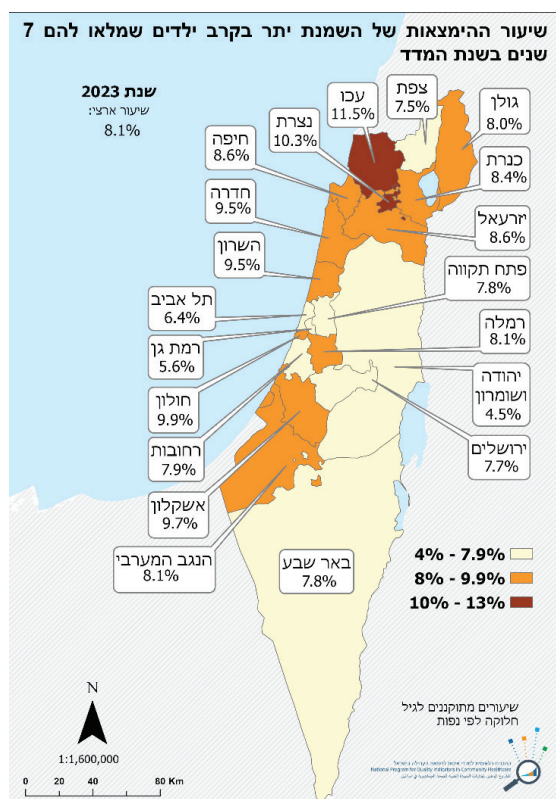


יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

### פערים מרחביים

בשנת 2023 שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בנפות עכו (11.5%) ונצרת (10.3%). בנפות יהודה ושומרון (4.5%), רמת גן (5.6%) ותל אביב (6.4%) נצפה השיעור הנמוך ביותר של ילדים עם השמנת יתר.

## מפה 1 - שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים בני 7 לפי נפת מגורים





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

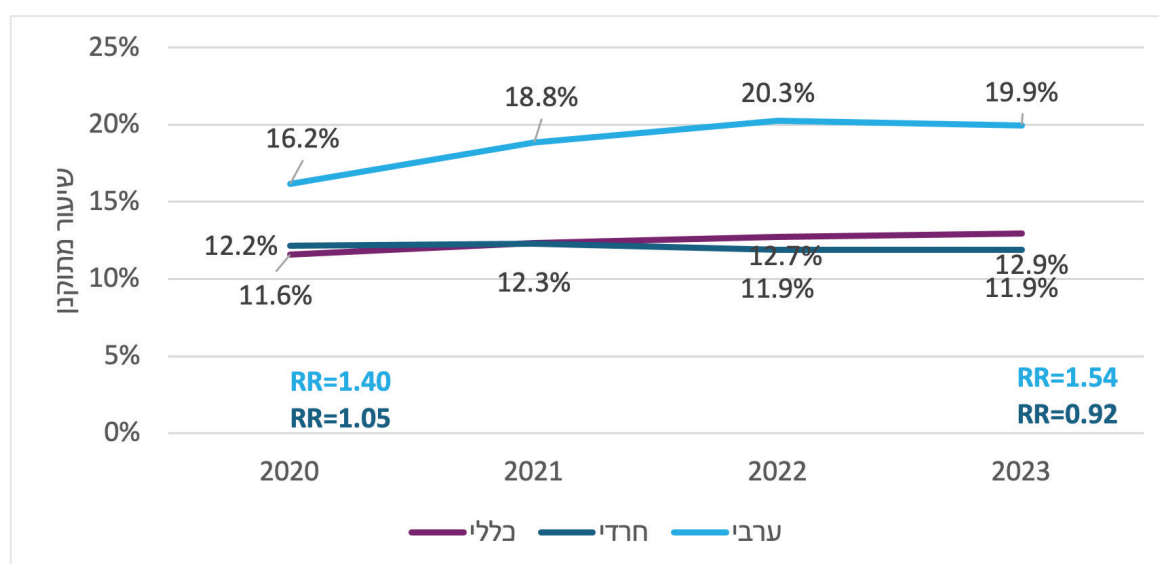
**מכנה:** מבוטחים בני 14-15 עם תיעוד BMI בשלוש השנים האחרונות (שני שנתונים)

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

מגמות לאורך זמן בשיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15 לפי קבוצת אוכלוסיה ומין

בקרב נערים בני 14-15 שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בחברה הערבית. בין השנים 2020 ל-2023 נצפתה עליה של 3.7% בשיעור זה, כך שבשנת 2020 השיעור עמד על 16.2% ובשנת 2023 עלה ל-19.9%. שיעור זה גבוה ביחס לשיעורים הנצפים בחברה הכללית והחרדית השומרות על יציבות יחסית לאורך השנים עם שיעורים שנעים בין 11.6% ו-12.9% ב-2020-2023. בקרב נערות שיעור השמנת היתר הגבוה ביותר נצפה בחברה הערבית (14.1%), לאחר מכן בחברה הכללית (11.9%) והשיעור הנמוך ביותר בחברה החרדית עם שיעור השמנת יתר של 9.8%. נראה כי לאורך השנים הורחבו הפערים בין שלושת הקבוצות.

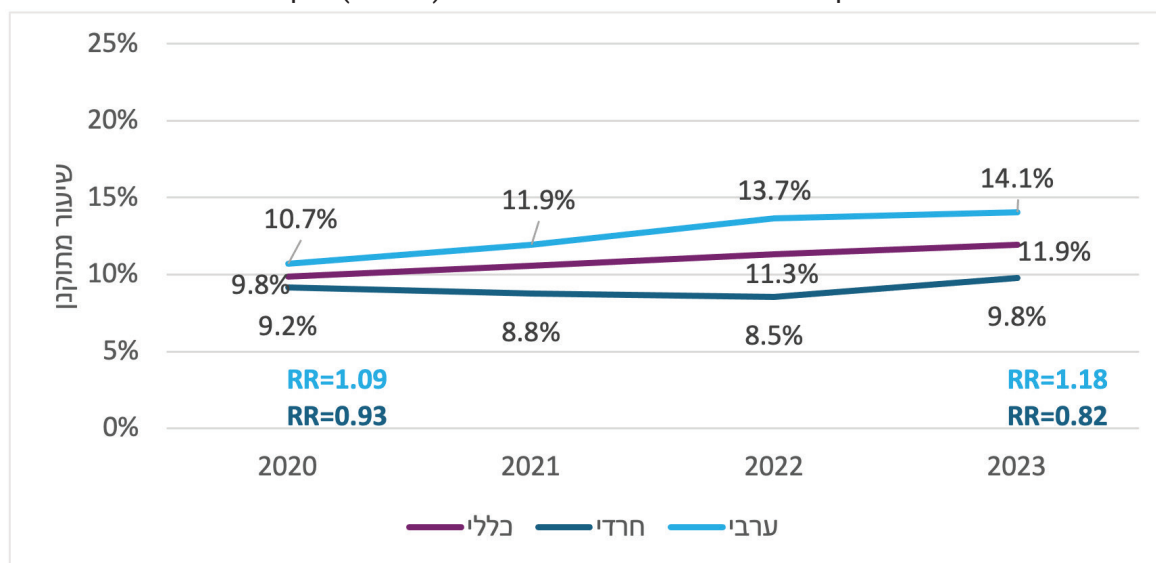
## תרשים 3: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15 לפי קבוצת אוכלוסיה



יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

#### תרשים 4: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בנות 14-15 לפי קבוצת אוכלוסיה

יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה



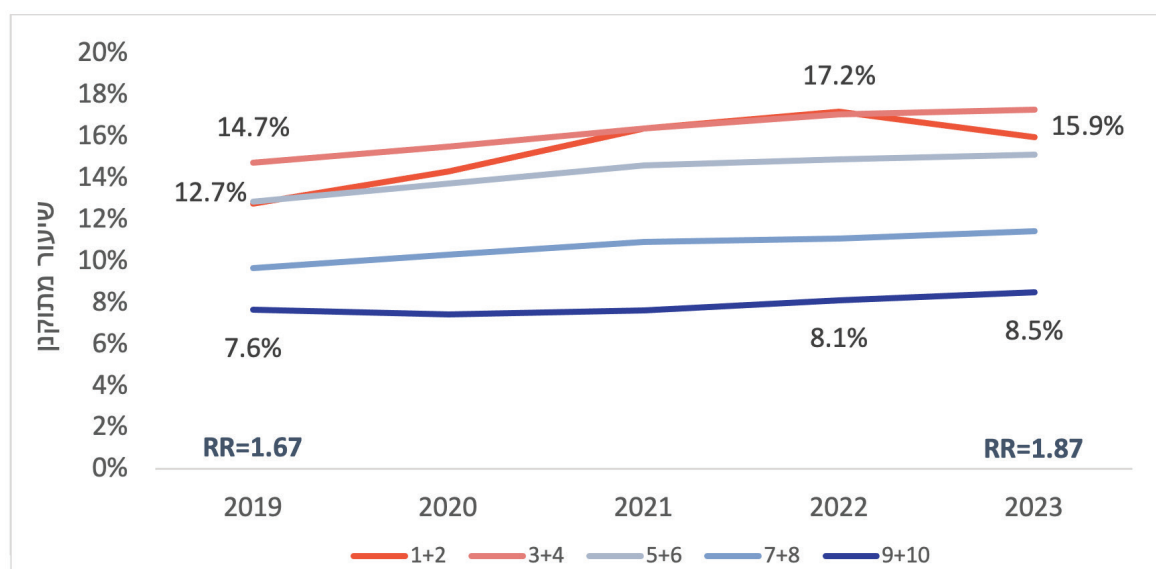
הכללית (בכחול כהה)

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

שיעורי השמנת היתר הנמוכים ביותר נצפו בקרב נערים ונערות במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, עם שיעור של 8.5% ו-7.6% בהתאמה בשנת 2023. לעומת זאת, שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר התקבלו בקרב נערים במצב חברתי-כלכלי 3+4, עם שיעור של 17.3% ובקרב נערות במצב חברתי-כלכלי 5+6 עם שיעור של 13.5% בשנת 2023.

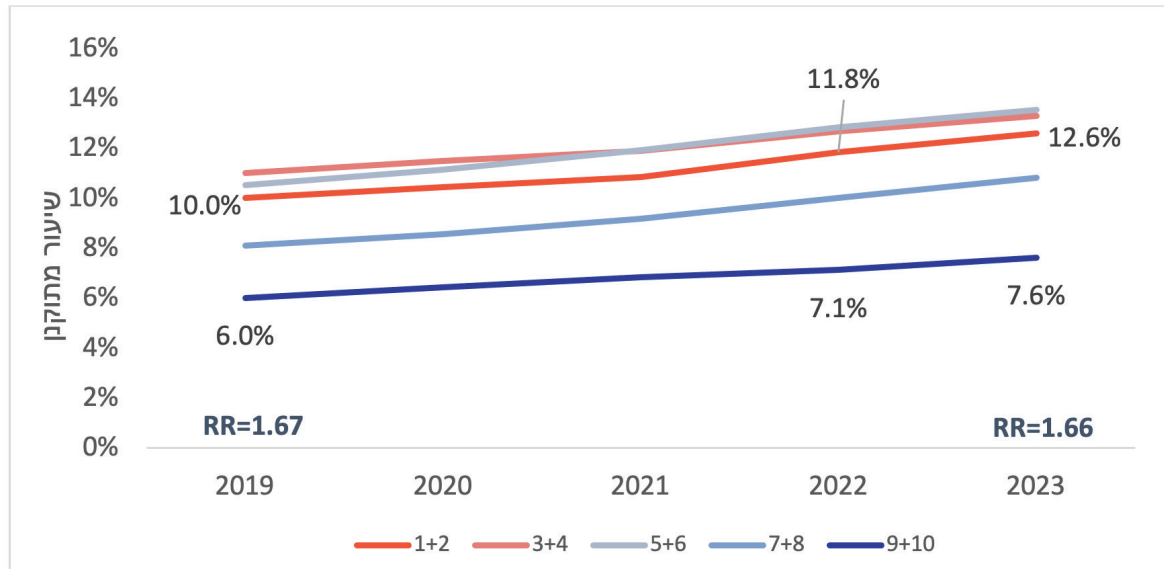
בקרב הנערים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל לאורך השנים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-1.67 בשנת 2019 ל-2.14 בשנת 2021, וירד ל-1.88 בשנת 2023. לעומת זאת, בקרב הנערות הפער נותר כמעט קבוע, כאשר יחס השיעורים עמד על כ-1.66 לאורך השנים.

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



יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

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



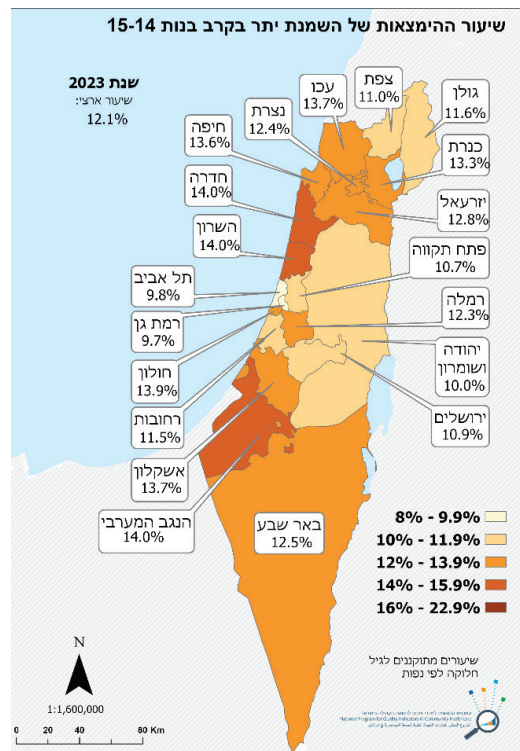
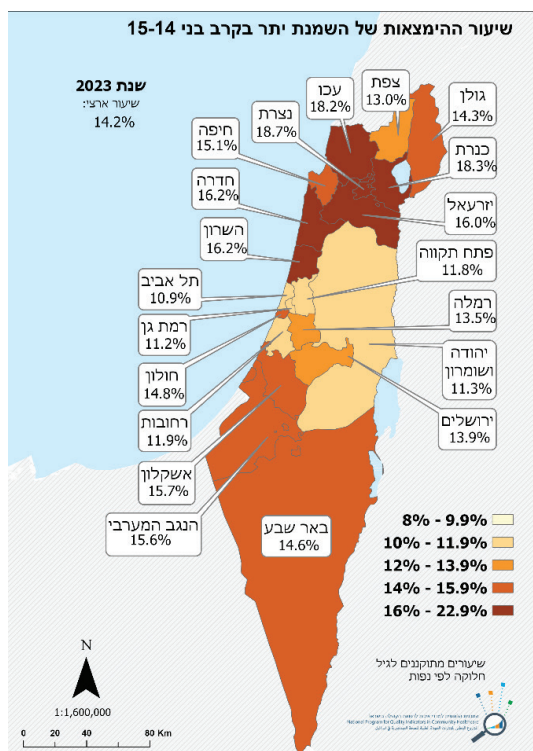
יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

### פערים מרחביים

בשנת 2021 שיעור השמנת היתר הגבוה ביותר נצפה בקרב נערים המתגוררים בנפות נצרת (18.7%), כנרת (18.3%), עכו (18.2%), חדרה והשרון (שתייהן 16.2%) ובקרב נערות המתגוררות בנפות חדרה, השרון והנגב המערבי (14.0% בשלושתן).

בנפות תל אביב, רמת גן ויהודה ושומרון נצפה השיעור הנמוך ביותר של נערים (10.9%, 11.2% ו-11.3% בהתאמה) ונערות (9.8%, 9.7% ו-10.0% בהתאמה) הסובלים מהשמנת יתר.

## מפה 2: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 14-15 לפי נפת מגורים



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

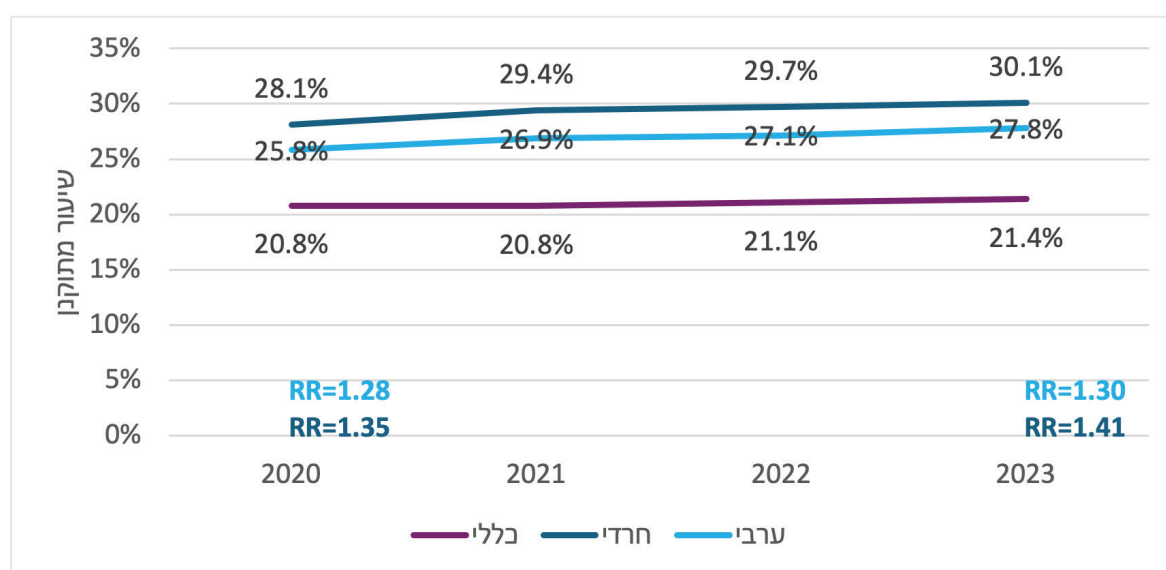
מכנה: מבוטחים בני 20-64 עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI (משקל וגובה)

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

מגמות לאורך זמן בשיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64 לפי מין וקבוצת אוכלוסיה

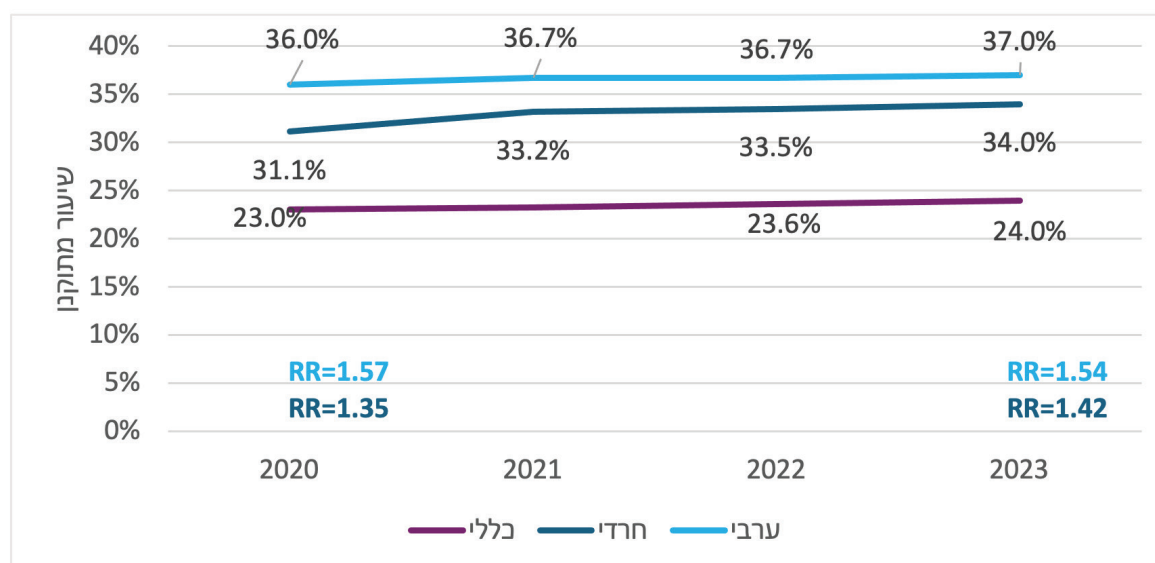
השיעור הארצי של השמנת יתר בקרב הנשים היה גבוה יותר מזה של הגברים (27.1% ו-23.3% בהתאמה). בקרב גברים, שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בחברה החרדית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה הכללית (30.1% לעומת 21.45% בשנת 2023 בהתאמה, יחס שיעורים  $RR=1.41$ ). לאורך השנים 2020-2023, נצפתה עלייה של כ-2% בשיעור השמנת היתר בקרב גברים בחברה החרדית והערבית, ועליה מתונה יותר (של 0.6%) בקרב החברה הכללית. בקרב נשים, שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בחברה הערבית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה הכללית (37.0% לעומת 24.0% בהתאמה). לאורך השנים 2020-2023, נצפתה עלייה בכל קבוצות אוכלוסיה, כאשר נרשמה עלייה של כ-1% בשיעור השמנת היתר בקרב הנשים בחברה הכללית ובקרב נשים מהחברה הערבית, בעוד שבקרב הנשים מהחברה החרדית נצפתה עלייה של 2.9%.

### תרשים 7: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 20-64 לפי קבוצת אוכלוסיה



יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

## תרשים 8: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 20-64 לפי קבוצת אוכלוסיה



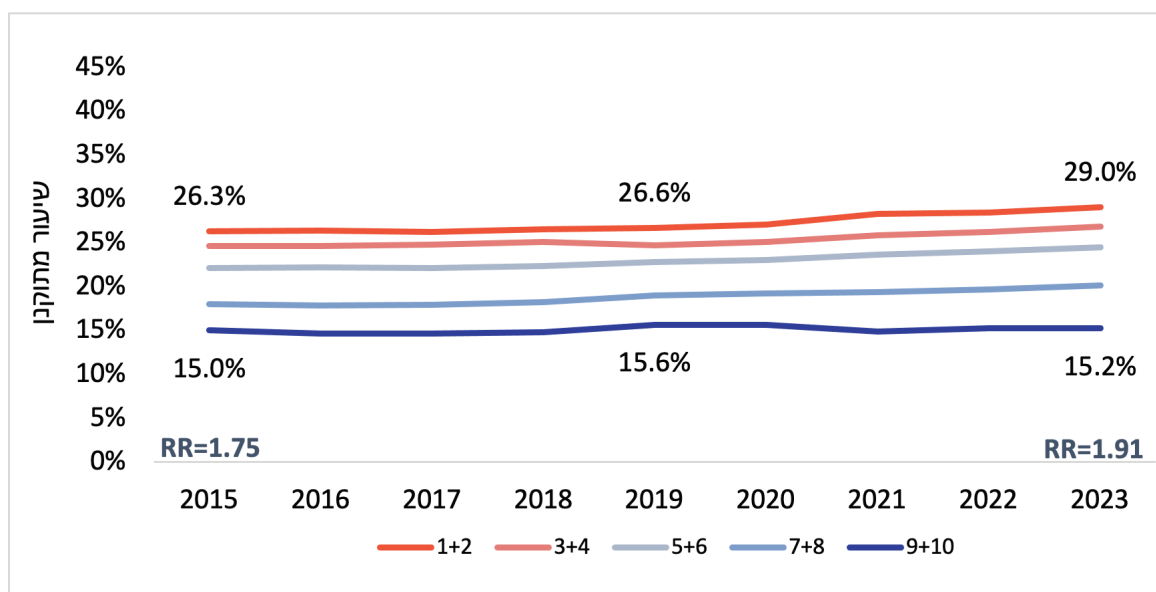
יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

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

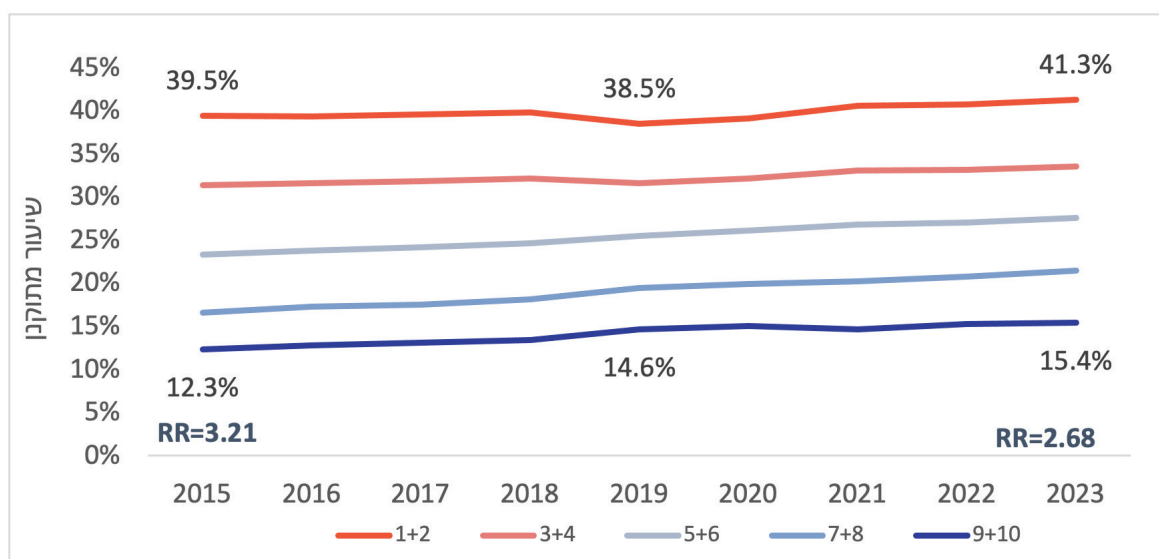
לאורך השנים 2015-2023 נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר בכל שכבות אוכלוסיה ובקרב שני המינים. כך לדוגמה, שיעור השמנת היתר בקרב הגברים והנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה בשנים הללו ב-2.7% ו-1.9% בהתאמה.

לאורך כל השנים, גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי נמוך הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים יותר לעומת גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי גבוה. בקרב הגברים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל לאורך השנים, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-1.75 בשנת 2015 ל-1.91 בשנת 2023. לעומת זאת, בקרב הנשים הפער הצטמצם, בעקבות עלייה יחסית משמעותית בשיעור השמנת היתר בנשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר יחס השיעורים ירד מ-3.21 בשנת 2015 ל-2.68 בשנת 2023. נוסף על כך, למרות הפער הקטן יחסית בשיעור הארצי בין הגברים לנשים (3.5% בלבד), ריבוד למצב חברתי-כלכלי הראה כי יש פער משמעותי בין גברים לנשים שנמצאים במצב חברתי-כלכלי נמוך (1+2 ו-3+4). כך לדוגמה, בשנת 2023, בקרב אוכלוסיה במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, שיעור השמנת היתר אצל גברים ונשים עמד על 29.1% ו-41.3% בהתאמה, בעוד שבקרב גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר שיעור ההימצאות עמד על 15.2% ו-15.4% בהתאמה.

**תרשים 9: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 20-64 לפי מצב חברתי-כלכלי**



**תרשים 10: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 20-64 לפי מצב חברתי-כלכלי**



יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

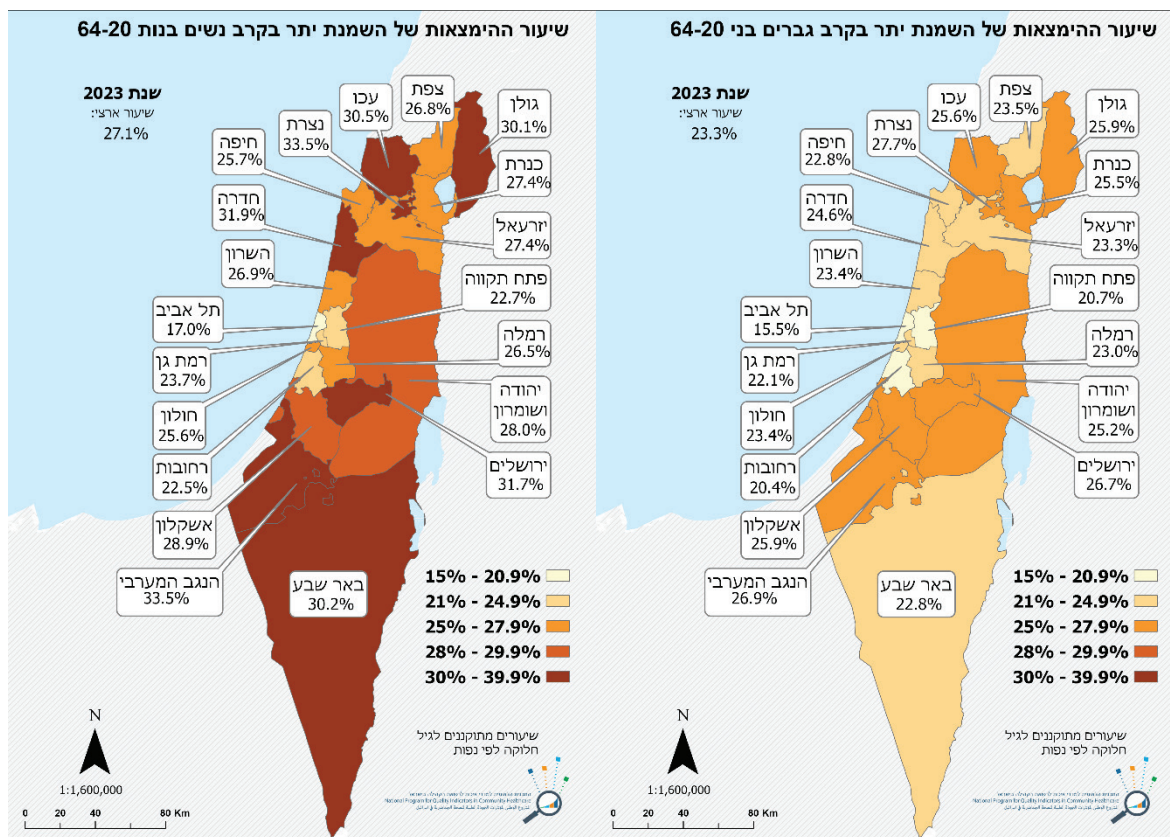
**פער מרחביים**

בשנת 2023 שיעור השמנת היתר הגבוה ביותר נצפה בקרב גברים המתגוררים בנפות נצרת (27.7%), הנגב המערבי (26.9%) וירושלים (26.7%), ובקרב נשים המתגוררות בנפות נצרת והנגב המערבי (33.5%) בשתייהן, ירושלים (31.7%), עכו (30.5%) ובאר שבע (30.2%).

בנפות תל אביב, רחובות, ופתח תקווה נצפה השיעור הנמוך ביותר של גברים (15.5%, 20.4% ו-20.7% בהתאמה) ונשים (17.0%, 22.5% ו-22.7% בהתאמה) עם השמנת יתר.



### מפה 3: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 20-64 לפי נפת מגורים



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

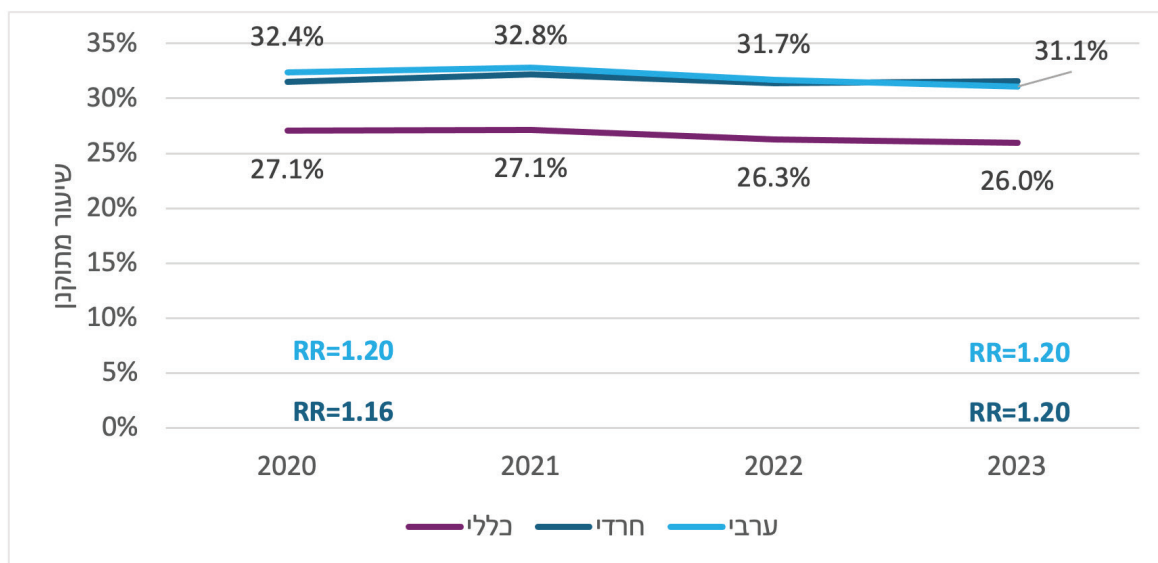
**מכנה:** מבוטחים בני 65-84 עם תיעוד מרכיבי חישוב BMI, משקל: לפחות פעם אחת בשנת המדד, וגובה: לפחות פעם אחת אחרי גיל 65.

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

מגמות לאורך זמן בשיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84 לפי מין וקבוצת אוכלוסיה

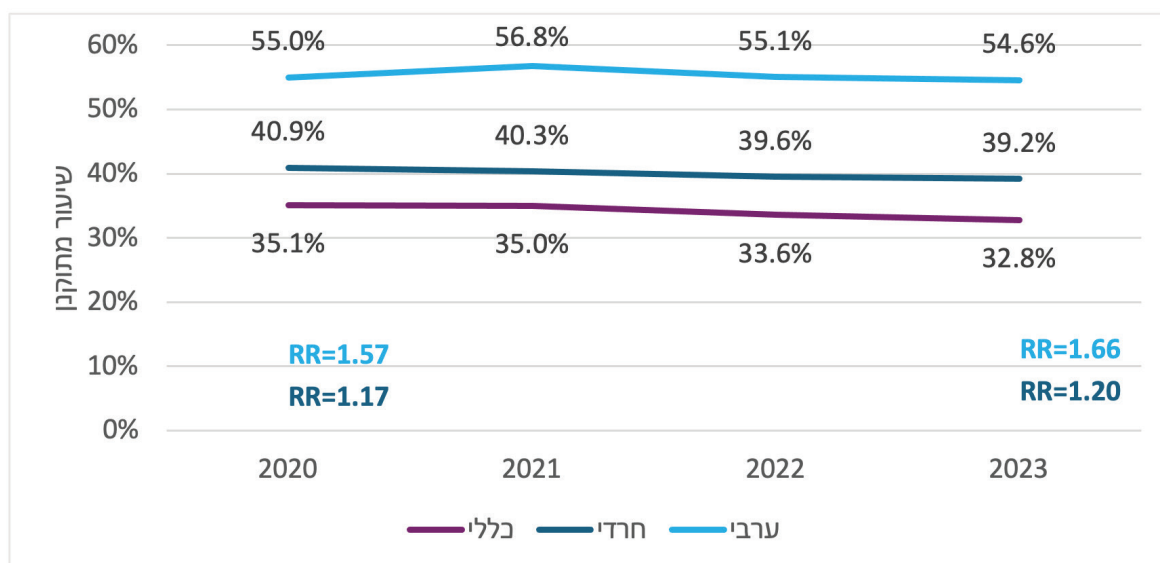
השיעור הארצי של הימצאות השמנת יתר בקרב נשים היה גבוה יותר מזה של הגברים (35.3% ו-26.7% בהתאמה). בקרב גברים, שיעורי השמנת יתר הגבוהים ביותר נצפו בחברה החרדית והערבית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה הכללית (31.5% ו-31.1% לעומת 26.0% בשנת 2023 בהתאמה). בקרב נשים, שיעורי השמנת יתר הגבוהים ביותר נצפו בחברה הערבית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה הכללית (54.6% לעומת 32.8% בהתאמה). לאורך השנים 2021-2023, נצפתה ירידה של בין 1% ל-2% בשיעור השמנת יתר בכל קבוצות האוכלוסיה ובשני המינים.

### תרשים 11: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 65-84 לפי קבוצת אוכלוסיה



יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה היהודית לחברה הכללית (בכחול כהה)

### תרשים 12: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בני 65-84 לפי קבוצת אוכלוסיה



יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה היהודית לחברה הכללית (בכחול כהה)

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

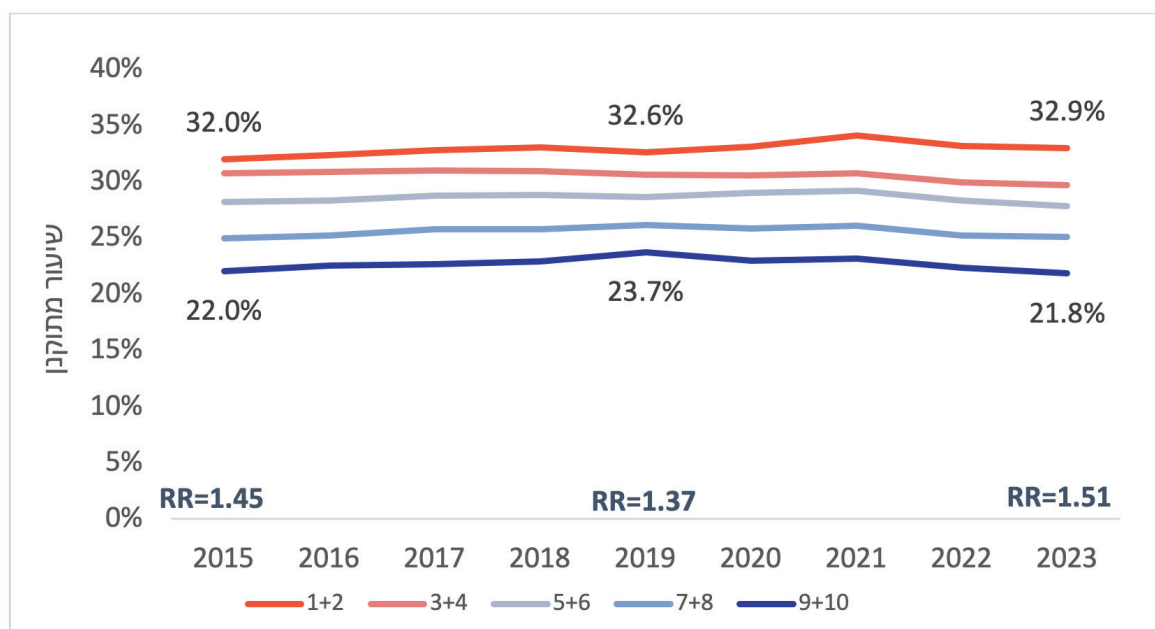
לאורך השנים 2015-2021 נצפתה עליה מתונה בשיעורי השמנת היתר כמעט בכל שכבות האוכלוסיה ובקרב שני המינים, ובמהלך השנים 2022-2023 נצפתה ירידה. כך לדוגמה, שיעור השמנת היתר בקרב



הגברים והנשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה בשנים הללו ב-2.1% ו-2.0% בהתאמה, ואחר כך ירדו ב-1.1% וב-0.6% בהתאמה. הירידה המשמעותית ביותר נראתה בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי בינוני-נמוך ובינוני (3+4 ו-5+6), עם ירידה של 2.3% בהשוואה לשנת השיא, שנת 2021.

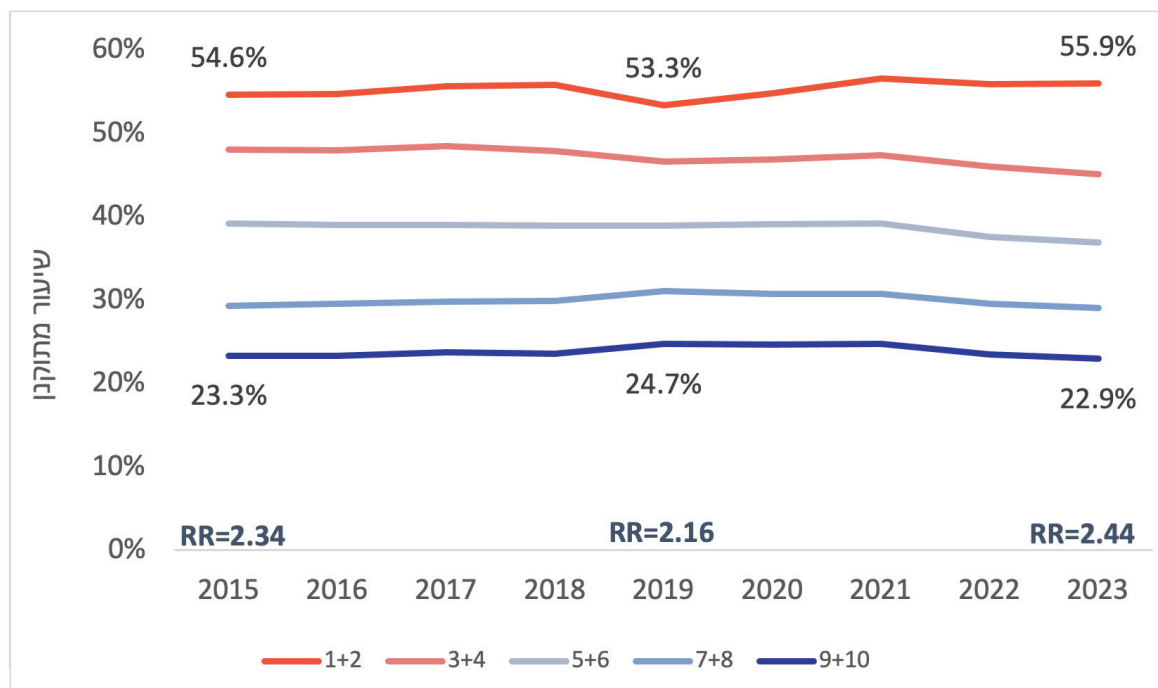
לאורך כל השנים, גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי נמוך הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים יותר לעומת גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי גבוה. בקרב שני המינים, הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר התרחב, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-1.45 ו-2.34 בשנת 2015 ל-1.51 ו-2.44 בשנת 2023, בגברים ונשים, בהתאמה. בנוסף על כך, ריבוד למצב חברתי-כלכלי הראה שיש פער משמעותי בין גברים לנשים שנמצאים במצב חברתי-כלכלי נמוך ובינוני (1+2, 3+4 ו-5+6). כך לדוגמה, בשנת 2021, בקרב אוכלוסיה במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, שיעור השמנת היתר אצל גברים ונשים עמד על 32.9% ו-55.9% בהתאמה, בעוד שבקרב גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר שיעור ההימצאות עמד על 21.8% ו-22.9% בהתאמה.

### תרשים 13: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב גברים בני 65-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

**תרשים 14: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב נשים בנות 65-84 לפי מצב חברתי-כלכלי**



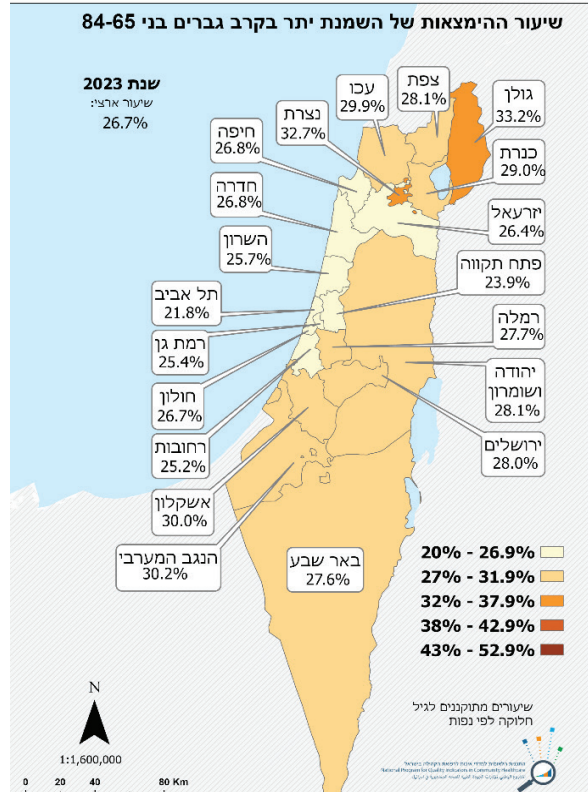
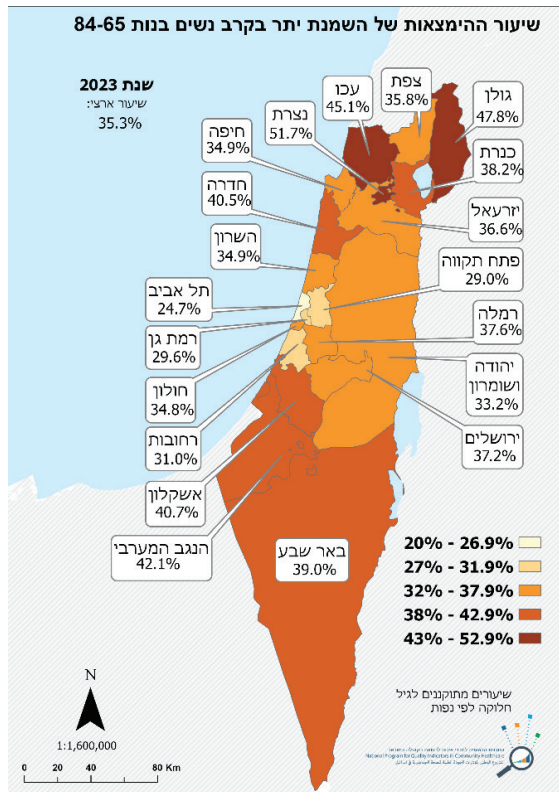
יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

**פער מרחביים**

בשנת 2023 בנפות גולן, נצרת, הנגב המערבי ואשקלון נצפה השיעור הגבוה ביותר של גברים (33.2%, 32.7%, 30.2% ו-30.0% בהתאמה) הסובלים מהשמנת יתר ובקרב נשים השיעור הגבוה ביותר נצפה בנפות נצרת, גולן ועכו (51.7%, 47.8% ו-45.1% בהתאמה).

בנפות תל אביב, פתח תקווה, רמת גן והשרון נצפה השיעור הנמוך ביותר של גברים (21.8%, 23.9%, 25.4% ו-25.7% בהתאמה) ונשים (31.1%, 30.8% ו-26.9% בהתאמה) הסובלים מהשמנת יתר.

מפה 4: שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני ובנות 65-84 לפי נפת מגורים



שיעורי השמנת היתר בישראל עולים עם השנים בכל הגילאים פרט לקבוצת הגיל המבוגרת (65-84 שנים), שם נצפתה עצירה של המגמה וירידה מאז שנת 2022. יתכן ומגמה זו קשורה לעליה בשימוש בתרופות ממשפחת GLP-1, אשר מפחיתות תיאבון ומשקל עד כ-15% מעבר להשפעת פעילות גופנית ותזונה, ומשפרות מדדים מטבוליים וקרדיווסקולריים (26).

פערים ניכרים נצפו בהשוואה בין קבוצות האוכלוסיה בישראל בכל שכבות הגיל. בקרב בני 7 הפער נפער בשנת 2022, והתרחב בשנת 2023, כך ששיעור השמנת היתר בקרב החברה הערבית הוא גבוה פי 2 בהשוואה לילדי החברה החרדית. למעשה, כפי שניתן לראות בארה"ב ובאנגליה, קבוצות מיעוט מציגות שיעורים שונים של השמנת יתר, לאו דווקא גבוהים יותר. גם בישראל, הקשר בין קבוצות אוכלוסיה להשמנת יתר הוא לא בכיוון אחד. בקרב ילדים בני 7 בחברה הערבית השיעור גבוה משמעותית בהשוואה לילדים מהאוכלוסיה הכללית, בעוד שבקרב ילדים בני 7 מהחברה החרדית הוא נמוך יותר. גם בקרב בני נוער, נערים ונערות מהחברה הערבית הראו שיעורי השמנת יתר גבוהים ביחס לשאר הקבוצות. בקרב בני 20-64, גם כן נצפו פערים בין קבוצות אוכלוסיה שונות. בקרב גברים, בקבוצת גיל זו שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר נצפו בקרב בני החברה החרדית ובקרב נשים, השיעורים הגבוהים נצפו בחברה הערבית. בקבוצת הגיל המבוגרת יותר 65-84, גברים ונשים בחברה הערבית והחרדית הראו שיעורים גבוהים יותר של השמנת יתר.

שיעורי השמנת היתר הגבוהים ביותר בנערים ומבוגרים נמצאו בקרב אנשים השייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך. הפער החברתי-כלכלי בלט במיוחד בנשים בנות 20 ומעלה בהן השמנה שכיחה פי שניים ויותר בקרב נשים ממצב חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לנשים ממצב חברתי-כלכלי גבוה. יש לציין כי בקרב נשים בנות 65 ומעלה מהשכבה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר למעלה ממחצית (55.9%) הן בעלות השמנת יתר. המשמעות היא שכל אישה שניה בקבוצה זו היא עם השמנת יתר. בקרב גברים הפער הוא פי 1.5 יותר בהשוואת המצב הנמוך ביותר לגבוה ביותר. פערים כלכליים-חברתיים דומים נמצאו בארה"ב בהשוואת שיעורי השמנת יתר לפי רמת השכלה (13). הקשר בין השכלה נמוכה והשמנת יתר הודגם גם באירופה (4,23).

בהסתכלות מרחבית, בקרב בני 20-64, נצרת והנגב המערבי הן הנפות עם שיעורי ההשמנה הגבוהים ביותר בנשים ובגברים. בקרב הקשישים, נפות נצרת וגולן הן הנפות עם השיעורים הגבוהים ביותר. הדבר תואם את הפערים לפי מצב חברתי-כלכלי. כפי שהוצג בפרק השיטות הערך החציוני של המצב החברתי-כלכלי בנצרת הוא 3 (בסקלה של 1-10). הקשר בין השכלה נמוכה והשמנת יתר הודגם גם באירופה (4,23) ובארה"ב (13). במחקר מטה אנליזה של 21 מחקרים נמצא כי ישנו קשר בין מגורים בשכונה עם מאפיינים חברתיים כלכליים נמוכים והשמנה (24) ובין שייכות למצב חברתי-כלכלי ירוד ותמותה כגורם סיכון עצמאי (16).

השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער נמצאת בעליה הבולטת בעיקר לאחר תקופת מגפת הקורונה. בגיל 7 אין הבדלים בין שיעורי השמנת היתר בין בנים לבנות עם שיעור ארצי של 7.7%, שיעור הנמוך מאירופה, שם דווח על 12% (4). בגיל 14-15 שיעור הבנים עם השמנת יתר גבוה מזה של הבנות (14.2% ו-12.1% בהתאמה) וגבוה מהשיעור באירופה של בני 10-19, העומד על 6% לבנים ו-8% לבנות (4). בשנת 2023, נראה כי נבלמה מגמה של הרחבה של הפערים בשיעורי השמנת היתר בבנים. בשנה זו יחס השיעורים לפי מצב חברתי-כלכלי עמד על שיעור הגבוה פי 1.87 בקרב בני נוער ממעמד חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה לבני נוער ממעמד חברתי-כלכלי גבוה. שכיחות גבוהה יותר של השמנת יתר בבני נוער ממעמד החברתי-כלכלי נמוך נמצאה גם בארה"ב (20) ובאירופה (25) ואף הודגם כי ישנה עליה בשכיחות השמנת היתר בקרב בני נוער השייכים למעמד החברתי-כלכלי הנמוך וירידה בשיעורי השמנת היתר בנערים השייכים

למעמד חברתי הגבוה (20), בדומה לממצא בישראל.

בישראל יש קווים מנחים לטיפול בהשמנת יתר חמורה (27) וראוי כי אלה יותאמו בנפרד לקבוצות אוכלוסיה שונות.

השמנת יתר מהווה אתגר בריאותי משמעותי בישראל, עם פערים מגדריים, חברתיים וגיאוגרפיים בולטים. פעולות להקטנת נטל ההשמנה עשויות להביא עימן הפחתה בנטל התחלואה במחלות שונות, הארכת חיים ושיפור באיכות החיים של תושבי המדינה.

1. Busetto, L. et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. **Nature Medicine** (2024) 2399–2395, **30** 30:9 2024 ).
2. Bhaskaran, K., dos-Santos-Silva, I., Leon, D. A., Douglas, I. J. & Smeeth, L. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3·6 million adults in the UK. **Lancet Diabetes Endocrinol** **6**, 944–953 (2018).
3. Obesity and overweight - WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. WHO European Regional Obesity Report 2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. Ward, Z. J. et al. Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. **New England Journal of Medicine** **377**, 2145–2153 (2017).
6. Bixby, H., Mishra, A. & Martinez, A. R. Worldwide levels and trends in childhood obesity. in **Childhood Obesity: From Basic Knowledge to Effective Prevention** 21–40 (Elsevier, 2024). doi:10.1016/B978-0-443-21975-7.00002-2.
7. Lingvay, I., Cohen, R. V., Roux, C. W. le & Sumithran, P. Obesity in adults. **The Lancet** vol. 404 972–987 Preprint at [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01210-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01210-8) (2024).
8. Fryar CD, Carroll MD & Afful J. Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity among Adults Aged 20 and over: United States, 1960–1962 through 2017–2018. <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity-adult-17-18/obesity-adult.htm#Citation> (2020)
9. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל (2002). <https://www.israelhealthindicators.org/>
10. Alkhatib, A. & Obita, G. Childhood Obesity and Its Comorbidities in High-Risk Minority Populations: Prevalence, Prevention and Lifestyle Intervention Guidelines. (2024) doi:10.3390/nu16111730.
11. Ethnic Disparities in Chronic Diseases: Comparison Between Arabs and Jews in Israel - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39692388/>
12. Arbel, Y., Fialkoff, C. & Kerner, A. Do Ultra-Orthodox Israeli Jews Suffer more than Secular Israeli Jews from Obesity? Gender, Cohort Effect and the Yule-Simpson Paradox. **J Relig Health** **62**, 255–267 (2023).
13. Center for Health Statistics, N. Obesity and Socioeconomic Status in Adults: United States, 2005–2008. (2005).
14. Health at a Glance: Europe 2022. (2022) doi:10.1787/507433B0-EN.
15. Stringhini, S. et al. Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. **Gianluca Severi** **360**, 17 (2018).
16. Stringhini, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. **The Lancet** **389**, 1229–1237 (2017).
17. Homs, C. et al. Independent and Joined Association between Socioeconomic Indicators and Pediatric Obesity in Spain: The PASOS Study. **Nutrients** **15**, (2023).
18. Buoncristiano, M. et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. **Obes Rev** **22** Suppl 6, (2021).
19. Ogden, C. L. et al. Prevalence of Obesity Among Youths by Household Income and Education Level of Head of Household – United States 2011–2014. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** **67**, 186–189 (2023).
20. Frederick, C. B., Snellman, K. & Putnam, R. D. Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. **Proc Natl Acad Sci U S A** **111**, 1338–1342 (2014).
21. 2011-2017 היישובים בישראל של פרופיל בריאות-חברתי. [https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2019/370/05\\_19\\_370b.pdf](https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2019/370/05_19_370b.pdf) (2019)

22. משרד הבריאות . רמת מחוז - סקר הערכת גדילה - [https://statistics.health.gov.il/views/3\\_/sheet53%?Aembed=y](https://statistics.health.gov.il/views/3_/sheet53%?Aembed=y). (2017)
23. Health at a Glance :Europe (2022). 2022 doi10.1787/507433:B0-EN.
24. Mohammed, S. H. et al. Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. doi:10.1136/bmjopen-2018-028238.
25. Buoncristiano, M. et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among -6 to -9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. **Obesity Reviews** **22**, (2021).
26. Gudzone, K. A. & Kushner, R. F. Medications for Obesity: A Review. **JAMA** vol. 332 571–584 Preprint at <https://doi.org/10.1001/jama.2024.10816> (2024).
27. ההסתדרות הרפואית בישראל | מניעה וטיפול בהשמנת יתר. <https://www.ima.org.il/Main/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=21>.



## סוכרת

### מבוא

סוכרת מסוג 2 הינה מחלה מטבולית המאופיינת ברמת גלוקוז גבוהה בנסיוב כתוצאה מתנגודת לאינסולין ברקמות הגוף, במקביל לחסר יחסי של אינסולין ויצור יתר של גלוקוז בכבד. בעולם ישנה עליה מתמשכת בשיעורי הימצאות הסוכרת, והיא נחשבת לאחד ממצבי החירום החשובים ביותר בתחום הבריאות במאה ה-21. מעריכים כי בשנת 2021, נטל התחלואה העולמי בסוכרת היה כ-529 מיליון איש (שיעור הימצאות גלובלית מתוקנן לגיל של 6.1%), והוא צפוי להאמיר ל-1.31 ביליון איש עד 2050 (הימצאות של 9.8%). העלייה בהימצאות הסוכרת נובעת משילוב של עלייה בתוחלת החיים ועלייה בהימצאות של גורמי הסיכון העיקריים באוכלוסיה (1), בראש ובראשונה השמנה, כמו גם הרגלי אכילה לקויים, חשיפה לזיהום אוויר, עישון והיעדר פעילות גופנית (1). בישראל, כמו במדינות אחרות, סוכרת היא בין המחלות הכרוניות השכיחות ביותר ומהווה נטל כבד על מערכת הבריאות, על החולה ועל משפחתו (2). על פי נתוני התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, נכון ל-2023, שיעור ההימצאות של חולי סוכרת בקרב האוכלוסיה הבוגרת בישראל הוא 10.5% (כ-610,000 איש) (3). בשנת 2022 נרשמו 2,472 מקרי פטירה מסוכרת בארץ (4.8% מסך כל מקרי הפטירה) והיא הייתה גורם התמותה החמישי בחשיבותו, לאחר שאתות ממאירות, מחלות לב, נגיף הקורונה ומחלות זיהומיות. שיעורי התמותה המתוקננים לגיל מסוכרת גבוהים פי 1.5 בגברים לעומת נשים. בניגוד לשאתות ממאירות, מחלות לב וקורונה שיעורי התמותה מסוכרת בישראל גבוהים בהשוואה ליתר מדינות ה-OECD. (4)

הטיפול במחלת הסוכרת נועד להשיג איזון מטבולי במשק הגלוקוז בגוף ולמנוע, בטווח הארוך, סיבוכים ופגיעה באיברי מטרות שונים: לב, כליות, מערכת העצבים המרכזית וההיקפית, עיניים וגפיים. אחד הכלים המקובלים למעקב אחר יעילות הטיפול ומידת האיזון של חולי סוכרת הוא בדיקת רמות ההמוגלובין המסוכרר בנסיוב (HbA1c). הבדיקה משקפת את מידת איזון הסוכרת ב-2-3 החודשים שקדמו לה, והיא בעלת ערך מנבא חזק להתפתחות סיבוכי המחלה (5). אחד מהסיבוכים החשובים והשכיחים של סוכרת היא פגיעה כלייתית, המופיעה ב-20%-40% מחולי הסוכרת (6). בישראל, סוכרת הינה הסיבה השכיחה ביותר לאי ספיקת כליות סופנית והזדקקות לדיאליזה (7).

בשנים האחרונות, הולכת וגוברת ההכרה בחשיבותם של הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות (SDOH - Social Determinants Of Health), וביניהם מצב חברתי-כלכלי, בקביעת מצב הבריאות ופערי בריאות, במיוחד במחלות לא מדבקות כמו סוכרת. החל מ-2023, האגודה האמריקאית לסוכרת ממליצה בקווים המנחים שלה, להתייחס לגורמים החברתיים כחלק בלתי נפרד מתוכנית הטיפול בסוכרת (8). הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לסיכון להתפתחות סוכרת וסיבוכיה, הוא קשר מבוסס היטב לפחות בארצות המפותחות בעולם. במאמר סקירה שיטתית שהתמקד במחקרים שבוצעו בארה"ב (9), הוגדר מצב חברתי-כלכלי לפי שלושה משתנים: הכנסה, השכלה ומצב התעסוקה. ככל שהמצב חברתי-כלכלי היה נמוך יותר כך עלה הסיכון לתחלואה בסוכרת, התפתחות סיבוכים ותמותה מוקדמת. השיפוע של הקשר היה תלול ביותר במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר. הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך וסוכרת נצפה גם ברמה האישית וגם ברמה הקהילתית, כאשר באיזורים בעלי מצב חברתי-כלכלי נמוך נמצאה שכיחות גבוהה יותר של סוכרת וסיבוכיה, וההשפעה של המאפיינים האישיים והקהילתיים היתה סינרגיסטית. זאת ועוד, בארה"ב נצפתה מגמה של הגדלת הפערים עם השנים, כלומר, היתה עלייה בסיכון היחסי של אוכלוסיה במצב חברתי-כלכלי נמוך לעומת גבוה לסבול מסוכרת (9). מאפיינים חברתיים נוספים, הכרוכים במצב



החברתי-כלכלי, נמצאו גם הם כקשורים לתחלואה ולתוצאים של סוכרת; מגורים ארעיים נקשרו באיזון פחות טוב של סוכרת. חשיפה למזהמים סביבתיים (ארסן, תוצרי פלסטיק וזיהום אוויר) הגבירו את הסיכון לסוכרת, ולעומת זאת איזורי מגורים שמעודדים פעילות גופנית (פארקים, סביבה פתוחה ירוקה) נקשרו בסיכון נמוך יותר להתפתחות השמנה וסוכרת. גם חוסר ביטחון תזונתי וגישה קלה למקורות מזון לא בריא (כמו מסעדות אוכל מהיר במקום סופרמרקטים) היו כרוכות בעליה בשיעורי סוכרת. בארה"ב, שבה אין ביטוח בריאות אוניברסלי, ההיענות לטיפול התרופתי בסוכרת מושפעת מהיכולת העצמית לרכוש תרופות ולכן מהמצב החברתי-כלכלי. כמו כן, קיימת השפעה גדולה לנגישות לשירותים רפואיים ולאיתותם, בראש ובראשונה לעצם קיומו של ביטוח בריאות. גם שיוך מגזרי (שחורים, היספנים, לבנים) קשור בארה"ב בפערים חברתיים-כלכליים ולכן בתחלואה ובתוצאים של סוכרת (9). מאמר סקירה נוסף, אשר התמקד בארצות אירופה (10), העלה ממצאים דומים. במאמר מצויין כי הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך והסיכון לסוכרת תלוי לא רק בגורמים כמו השמנה, תזונה לקויה ואורח חיים יושבני אלא גם בגורמים פסיכולוגיים כמו מצב של דחק ותחושת חוסר אונים. כמו כן, המחברים מדגישים את הצורך להתחשב בגורמים חברתיים-כלכליים, בנוסף לגורמים פיזיולוגיים, כדי להגדיר אוכלוסיות לישוג לצורך סיקור לסוכרת (11). במחקר שהתבסס על סקר ה-NHANES בארה"ב הודגם כי התנהגויות בריאות (העדר פעילות גופנית, צריכת אלכוהול, תזונה) ונגישות מוגבלת לטיפול רפואי הם משתנים מתווכים חשובים בין המצב החברתי-כלכלי להימצאות סוכרת (12).

עפ"י נתונים של המרכז למניעת מחלות בקנדה, אנשים ברבעון ההכנסה הנמוך ביותר הם בעלי שיעורי הימצאות של סוכרת הגבוהים פי 2.1 מיתר האוכלוסיה, נוטים לאכול פחות ירקות ופירות, לבצע פחות פעילות גופנית ולסבול מהשמנת יתר. למרות שהסיכון לפתח סוכרת גבוה פי 1.5 בגברים לעומת נשים, הסיכון היחסי של נשים מרבעון ההכנסה התחתון לעומת רבעון ההכנסה העליון לפתח סוכרת גבוה לעומת גברים (13) (14). גם באוסטרליה, שבה מצב חברתי-כלכלי נמוך קשור בתחלואה ותמותה גבוהים מסוכרת, הסיכון היחסי בקרב נשים ממצב חברתי-כלכלי נמוך לעומת נשים ממצב חברתי-כלכלי גבוה הוא גדול יותר בהשוואה לגברים. כלומר, בנשים, הסיכון לתחלואה ותמותה מושפע בעוצמה רבה יותר ממשתנים חברתיים-כלכליים (15).

במאמר סקירה שיטתית אשר בדק את הפערים החברתיים-כלכליים בהתפתחות סיבוכי סוכרת (16), נמצא כי מצב חברתי-כלכלי נמוך היה קשור בשיעור גבוה יותר של רטינופתיה, מחלה כלילית, נפרופתיה ורגל סוכרתית.

בישראל קיימים פערים חברתיים-כלכליים ופערים מגזריים בהימצאות, איזון ותמותה מסוכרת. מחקר שהתבסס על נתוני קופ"ח מכבי הדגים שיעורי הימצאות גבוהים של סוכרת כמו גם שיעורים גבוהים של חוסר איזון בקרב מבוסחים ממצב חברתי-כלכלי נמוך ובקרב המגזר הערבי (17). מחקר של קופ"ח כללית הצביע על שיעורי הימצאות גבוהים בחברה הערבית לעומת היהודית, ובמיוחד בקרב נשים ערביות מעל גיל 60 (18). עפ"י דו"ח רישום הסוכרת הלאומי לשנת 2019, שיעור ההימצאות של סוכרת בישראל, כמו גם שיעור האיזון הגליקמי של חולים סוכרתיים הם בעלי קשר הפוך למעמד החברתי-כלכלי (19). כמו כן, שיעורי ההימצאות של סוכרת בקרב האוכלוסיה הערבית והבדואית גבוהים באופן משמעותי בהשוואה לאוכלוסיה היהודית, וההימצאות באוכלוסיה החרדית גבוהה ביחס לאוכלוסיה היהודית הכללית (19). עפ"י נתוני הלמ"ס מ-2022, שיעורי התמותה המתוקננים לגיל מסוכרת גבוהים פי 2.2 בחברה הערבית לעומת היהודית (4). גורמים שנחשבים כתורמים להימצאות גבוהה של סוכרת במגזר הערבי הם השמנה, העדר פעילות גופנית, אורניות בריאות נמוכה ויתכן גורמים גנטיים (20) (21). ב-2019 השיק משרד הבריאות תכנית לשיפור מצב הבריאות בחברה הערבית וצמצום פערים, כאשר אחד הנושאים המרכזיים הוא נושא ההשמנה והסוכרת (22).

## בפרק הסוכרת זה יוצגו 4 מדדי איכות:

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

## א. שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה

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

**מכנה:** כלל המבוטחים בני 18 ומעלה

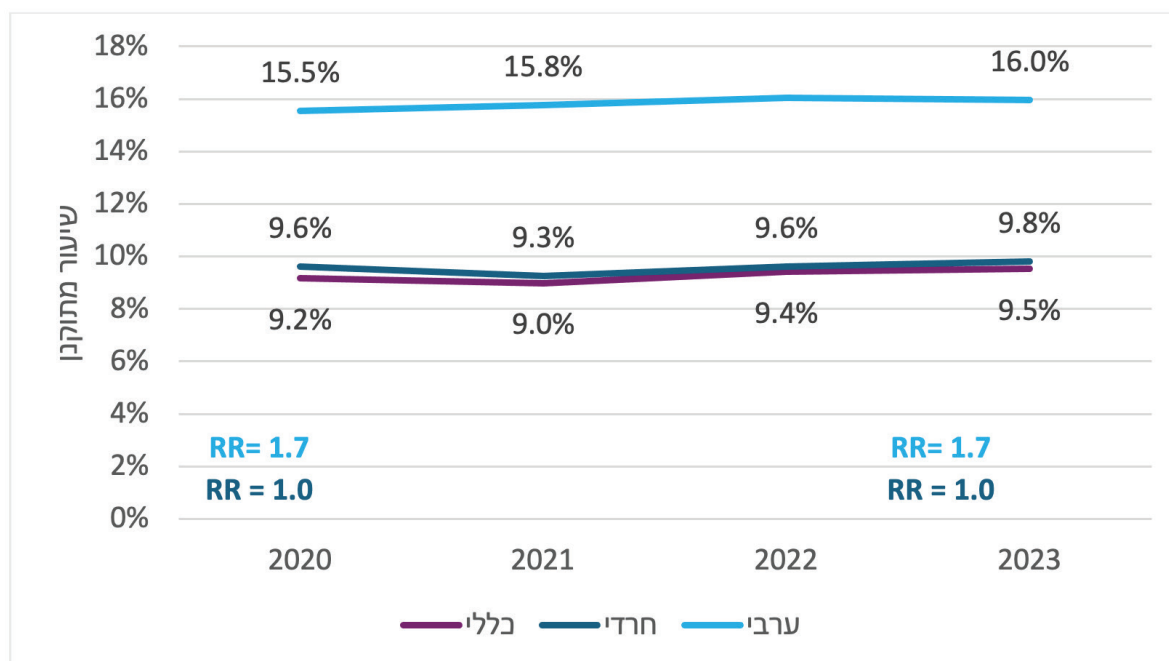
**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר רכשו לפחות שלושה מרשמים (בחודשים שונים) של תרופות לסוכרת, או בעלי תיעוד של רמת גלוקוז מעל 200 מ"ג/ד"ל (בשתי בדיקות שונות, בהפרש של לפחות 30 יום זו מזו) או רמת HbA1c מעל 6.5%, בשנה שקדמה לשנת המדד.

## תוצאות

מגמות בשיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לאורך זמן לפי קבוצת אוכלוסייה

בשנת 2023, שיעור ההימצאות הארצי של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה עמד על 10.5%. במהלך השנים 2017-2021 הימצאות המחלה נותרה פחות או יותר קבועה. שיעור ההימצאות המתוקנן לגיל של סוכרת גבוה משמעותית בערבים ביחס לחברה הכללית והחרדית. שיעורי ההימצאות בחרדים דומים וגבוהים אך במעט בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. בין השנים 2020-2023 חלה עלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת בכל קבוצות האוכלוסייה, כאשר בערבים העלייה החלה מוקדם יותר והתמתנה בשנתיים האחרונות, בעוד שבחרדים ובאוכלוסייה הכללית נרשמה ירידה מסוימת בשיעורי ההימצאות בשנת 2021 ולאחריה נצפתה עלייה. בשנת 2023 שיעורי ההימצאות המתוקננים לגיל של סוכרת היו 16% בקרב ערבים, 9.8% בחרדים ו-9.5% באוכלוסייה הכללית עם יחס שיעורים של 1.7.

# תרשים 1: שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי קבוצת אוכלוסיה

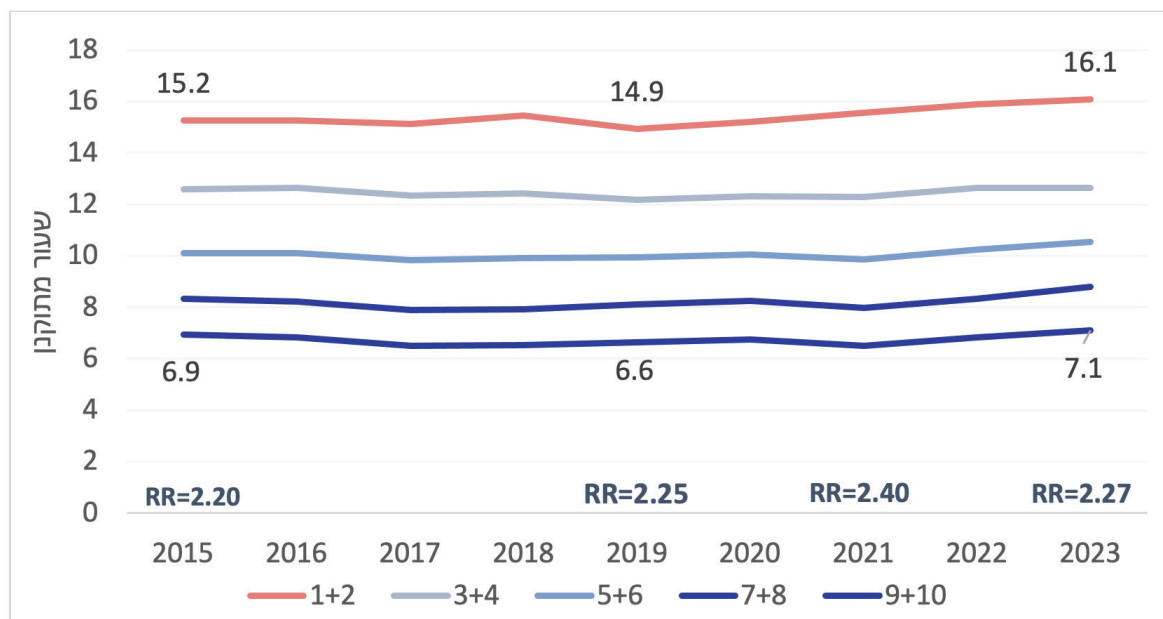


## מגמות בשיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

החל משנת 2021 נרשמת מגמה של עלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת, המקיפה את כל שכבות האוכלוסיה. בקרב מבוטחים מהמצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר, העלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת החלה מוקדם יותר, כבר משנת 2019, והיא הגדולה ביותר; בין השנים 2019-2023 נרשמה עלייה מוחלטת של 1.2% בשיעור ההימצאות (מ-14.9% ל-16.1%) עם התמתנות בקצב העלייה בשנתיים האחרונות. ביתר שכבות האוכלוסיה נצפתה עלייה קטנה יותר (0.3-0.8%) בשיעורי ההימצאות של סוכרת שהחלה רק בשנת 2021.

לאורך כל שנות המעקב, 2015-2023, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לשיעורי הסוכרת. שיעורי הסוכרת הגבוהים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ושיעורי הסוכרת הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר שיעור ההימצאות של הראשונים גדול יותר מפי שניים בהשוואה לזה של האחרונים (16.1% לעומת 7.1% בשנת 2023). הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל במהלך השנים 2015-2021, כאשר יחס השיעורים עלה מ-2.20 ל-2.40. החל משנת 2021, לאור העלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת בקרב כל שכבות האוכלוסיה, וההתמתנות בקצב העלייה בשכבה הנמוכה ביותר, הפער הצטמצם (יחס שיעורים של 2.27).

## תרשים 2: שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי מצב חברתי-כלכלי

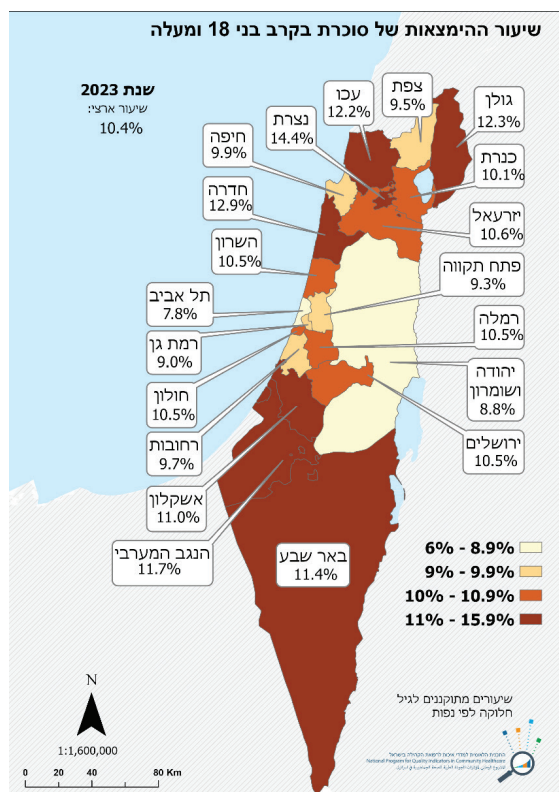


### פערים מרחביים

מגמת העלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת בין השנים 2021-2023 לא פסחה על אף נפה.

בשנת 2023 שיעורי ההימצאות הגבוהים ביותר של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה נצפו בנפות נצרת (14.4%), חדרה (12.9%), גולן (12.3%) ועכו (12.2%). בנפות תל אביב (7.8%), יהודה ושומרון (8.8%) ורמת גן (9.0%), נצפה השיעור הנמוך ביותר של חולי סוכרת. בהשוואה לשנת 2021, בשנת 2023, תמונת הפערים הנפתיים נותרה דומה.

## מפה 1: שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה לפי נפה 2023



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

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

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

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

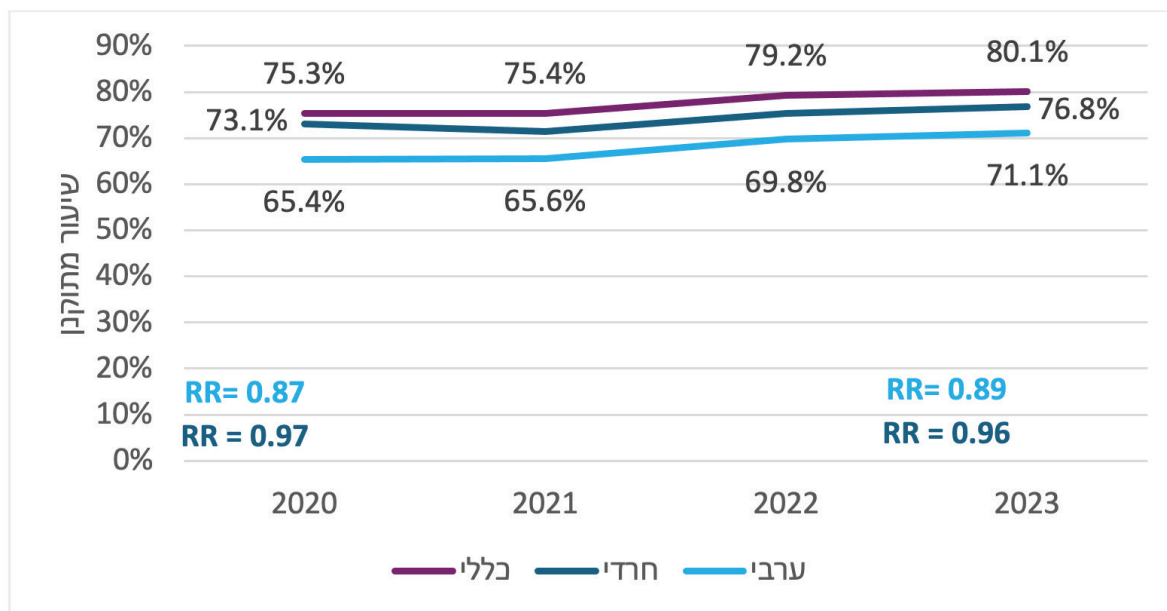
### תוצאות:

מגמות בשיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לאורך זמן לפי קבוצת אוכלוסיה

לאחר ירידה קלה בשיעורי האיזון בשנת 2021, בשנתיים האחרונות, המשיכה מגמת העלייה בשיעור חולי הסוכרת בעלי רמת המוגלובין מסוכרר מאוזנת. בשנת 2023 שיעור האיזון הכולל היה 78%.

לאורך כל תקופת המעקב, 2020-2023, שיעור חולי הסוכרת בעלי רמת HbA1c מאוזנת היה הגבוה ביותר באוכלוסיה הכללית והנמוך ביותר בחברה הערבית. למרות ירידה קלה בשיעורי האיזון בקרב האוכלוסיה החרדית בשנת 2021, בסה"כ נצפתה עלייה יפה בשיעורי האיזון של סוכרת בכל קבוצות האוכלוסיה בין השנים 2020 ו-2023. באוכלוסיה הכללית שיעורי האיזון עלו מ-75.3% בשנת 2020 ל-80.1% בשנת 2023 ובקרב הערבים מ-65.4% ב-2020 ל-71.1% ב-2023. העלייה לוותה בצמצום מסוים של הפערים בין קבוצות האוכלוסיה עם יחס שיעורים של 0.89.

### תרשים 3: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לפי קבוצת אוכלוסיה



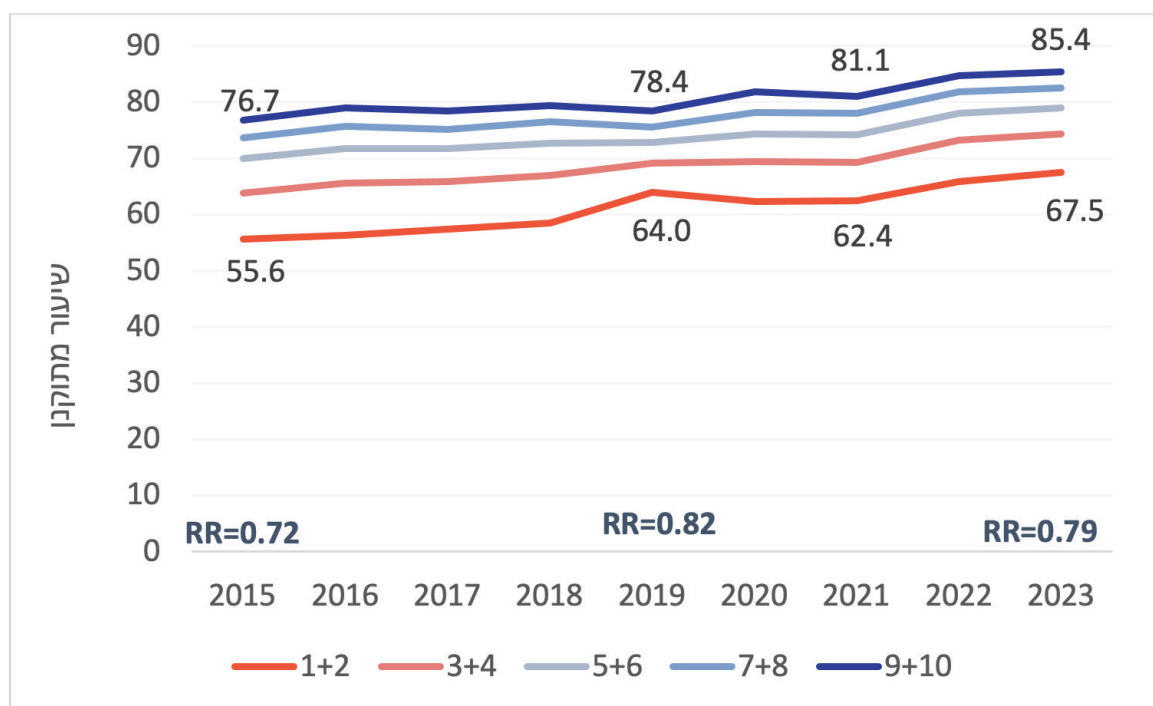
מגמות בשיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

לאורך כל תקופת המעקב, 2015-2023, נצפה קשר ישר בין המצב החברתי-כלכלי לשיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בקרב בני 18-84; ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעורי האיזון היו גבוהים יותר. בנוסף, נצפתה, כאמור, עלייה יפה בשיעורי איזון הסוכרת לאורך שנות המעקב ובמיוחד

בשנתיים האחרונות: שיעור איזון הסוכרת המתוקנן לגיל בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר עלה מ-55.6% בשנת 2015 ל-67.5% בשנת 2023. במקביל, בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר השיעור עלה מ-76.8% בשנת 2015 ל-85.4% בשנת 2023.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך שנות המעקב. בין השנים 2015-2019 הפער הצטמצם, כאשר יחס השיעורים (RR) עלה מ-0.72 בשנת 2015 ל-0.82 בשנת 2019. בשנת 2020 יחס השיעורים עמד על 0.76, דבר המעיד על הרחבת הפער, בהשוואה לשנת 2019. מאז ועד 2023 יחס השיעורים עלה במעט (0.79 ב-2023).

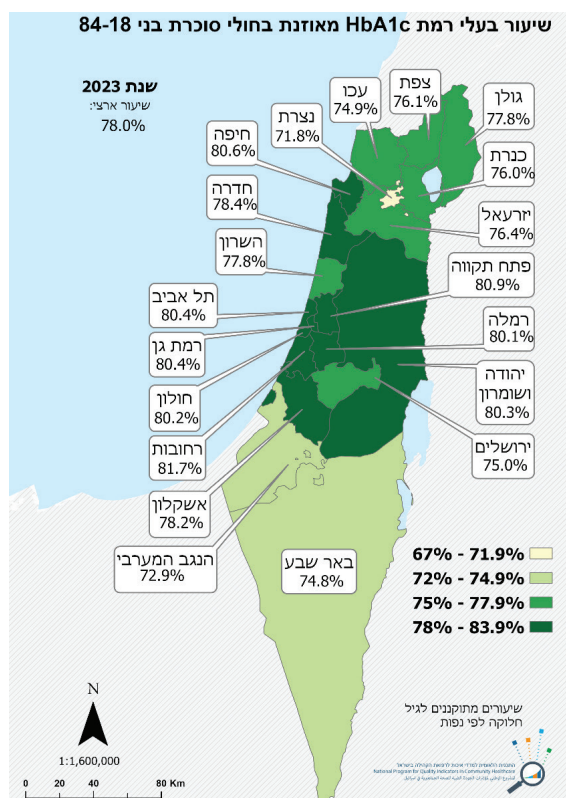
#### תרשים 4: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



#### פערים מרחביים

בהשוואה לשנת 2021, בשנת 2023 נרשמה עלייה יפה בשיעורי האיזון בכל הנפות. עם זאת, בין 2022 ו-2023 הייתה התמתנות במגמת העלייה ובנפות באר-שבע, הנגב המערבי וצפת נרשמה אף ירידה קלה. בשנת 2023 שיעור המבוטחים חולי הסוכרת בעלי רמת HbA1c מאוזנת היה הגבוה ביותר בנפות רחובות (81.7%), פתח תקווה (80.9%), חיפה (80.6%), תל אביב ורמת גן (80.4% בשתי הנפות). בנפות נצרת (71.8%), הנגב המערבי (72.9%), באר שבע (74.8%) ועכו (74.9%) נרשמו שיעורי האיזון הנמוכים ביותר. בהשוואה לשנת 2021, המדרג היחסי של הנפות היה יציב בסה"כ עם שינויים קטנים (כמו שיפור בביצועים היחסיים בנפות פתח תקווה וחדרה וירידה במיקום היחסי של נפות צפת ובאר שבע).

## מפה 2: שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84 לפי נפה 2023



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

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

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

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

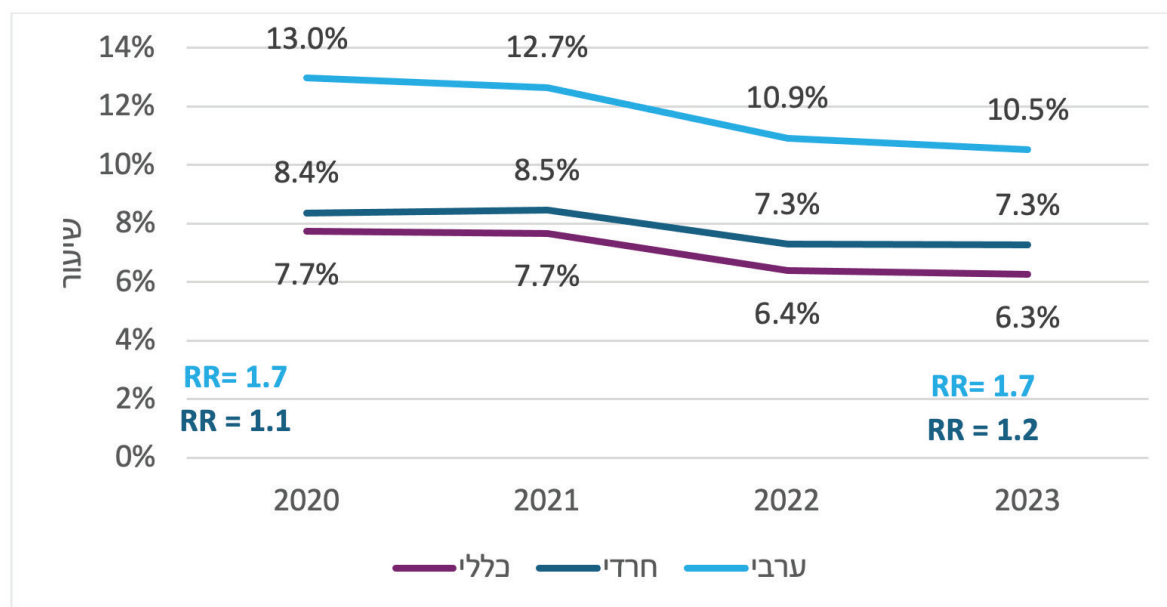
### תוצאות

מגמות בשיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לאורך זמן לפי קבוצת אוכלוסיה

במהלך השנים 2015-2023 נצפתה ירידה משמעותית בשיעורי חוסר האיזון של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה, מ-11% ל-7.2%. לאורך תקופת המעקב, בין 2020-2023, שיעור חולי הסוכרת בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% היה הגבוה ביותר בחברה הערבית והנמוך ביותר בחברה הכללית. הפער בין קבוצות האוכלוסיה היה ניכר, כאשר שיעור הבלתי מאוזנים בקרב אוכלוסיית חולי הסוכרת הערביים היה גבוה פי 1.5 ויותר לעומת שיעור חולי הסוכרת הלא מאוזנים באוכלוסיה הכללית. למרות עלייה קלה בשיעורי חוסר האיזון בקרב האוכלוסיה החרדית בשנת 2021, בסה"כ נצפתה ירידה בשיעורי חוסר האיזון של סוכרת בכל קבוצות האוכלוסיה: באוכלוסיה הכללית שיעורי חוסר האיזון ירדו מ-7.7% בשנת 2020 ל-6.3% בשנת 2023, באוכלוסיה החרדית מ-8.4% ב-2020 ל-7.3% ב-2023 ובקרב הערבים מ-13.0% ל-10.5%. הירידה לוותה בצמצום מסוים של הפערים בין קבוצות האוכלוסיה (יחס שיעורים של 1.67).



## תרשים 5: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי קבוצת אוכלוסיה



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

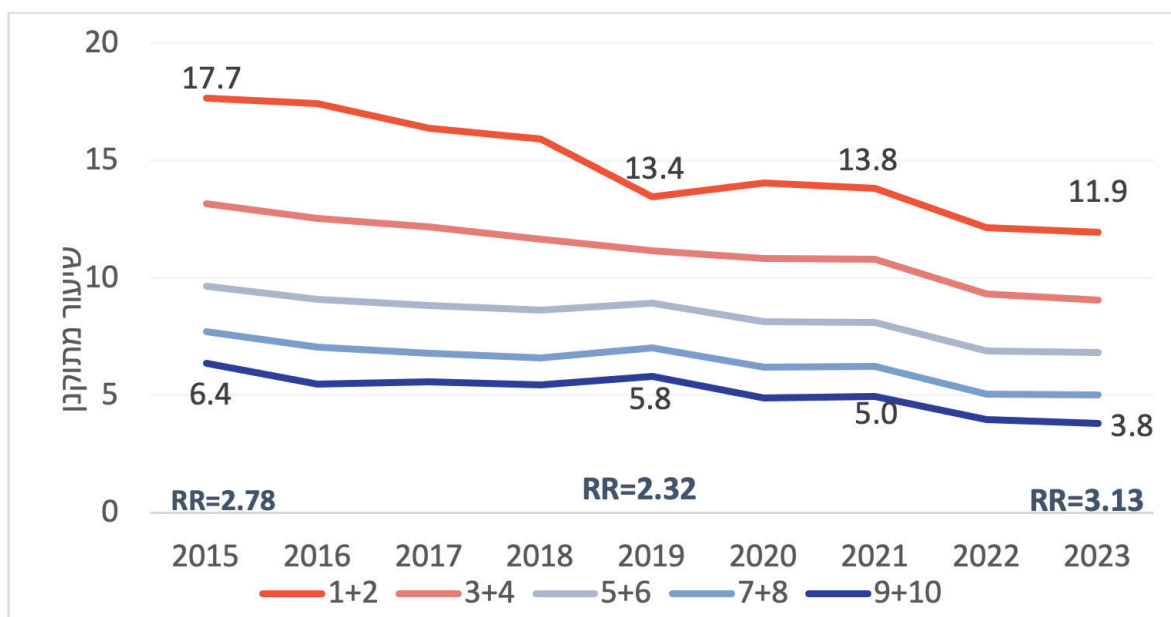
מגמת הירידה בשיעורי חוסר האיזון של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה נצפתה בכל שכבות האוכלוסיה, כאשר בקרב חולי הסוכרת במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר נצפתה הירידה המוחלטת הגדולה ביותר (מ-17.7% ב-2015 ל-11.9% ב-2023, ירידה של 5.8%).

לאורך תקופת המעקב, בין 2015-2023, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לשיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9%: ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעורי חוסר האיזון היו נמוכים יותר. בשנת 2023 שיעור חולי הסוכרת הבלתי מאוזנים מקרב המבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר עמד על 11.9%, פי יותר משלושה לעומת חולי סוכרת מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר, שבהם שיעור הבלתי מאוזנים עמד על 3.8%.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך השנים. בין השנים 2015-2019 הפער הצטמצם, כאשר יחס השיעורים (RR) ירד מ-2.78 בשנת 2015 ל-2.32 בשנת 2019. בשנת 2023 יחס השיעורים עמד על 3.15, דבר המעיד על הרחבת הפער, בהשוואה לשנת 2019.



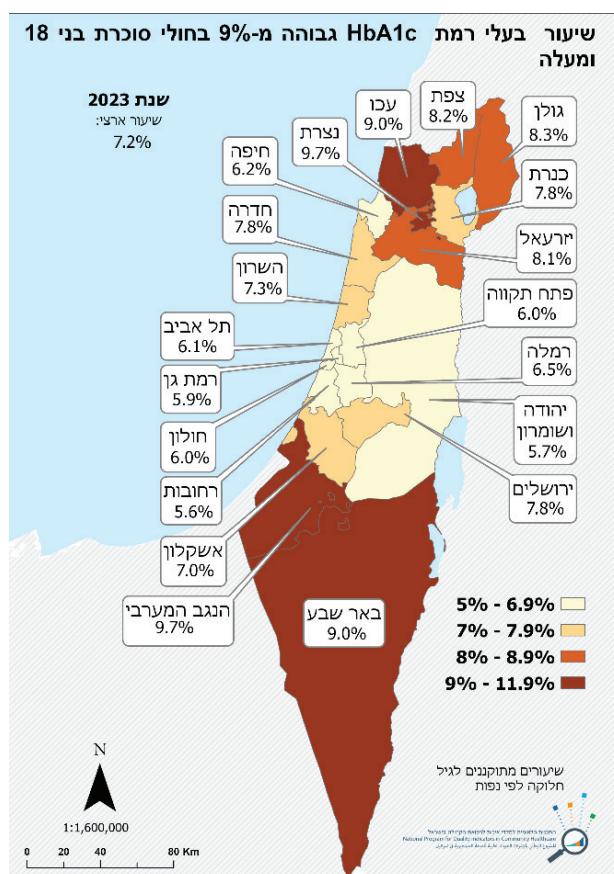
**תרשים 6: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי מצב חברתי-כלכלי**



**פערים מרחביים**

בהשוואה לשנת 2021, בשנת 2023 נרשמה ירידה יפה בשיעורי חוסר האיזון בכל הנפות. עם זאת, בין 2022 ו-2023 הייתה התמתנות במגמת הירידה ובנפות באר-שבע, הגולן וצפת נרשמה אף עלייה קלה. בשנת 2023 שיעור המבוטחים חולי הסוכרת בעלי רמת HbA1c לא מאוזנת היה הנמוך ביותר בנפות רחובות (5.6%), יהודה ושומרון (5.7%), רמת גן (5.9%), פתח תקווה וחולון (6.0% בשתי הנפות). לעומת זאת, בנפות נצרת, הנגב המערבי (9.7% בשתי הנפות), עכו ובאר שבע (9.0% בשתי הנפות) נרשמו שיעורי חוסר האיזון הגבוהים ביותר. בהשוואה לשנת 2021, המדרג היחסי של הנפות היה יציב ב"כ עם שינויים קטנים (כמו שיפור בביצועים היחסיים בנפות יהודה ושומרון וכנרת וירידה במיקום היחסי של נפות חיפה וגולן).

### מפה 3: שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה לפי נפה 2023



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

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

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

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

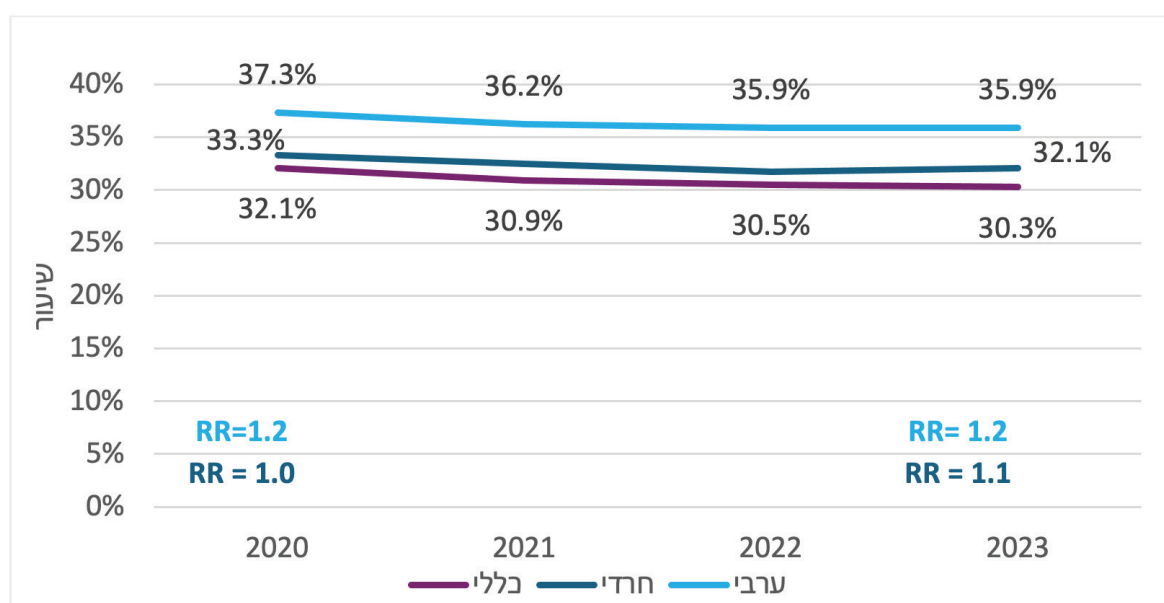
1. בדיקה לא תקינה של הפרשת חלבון או אלבומין בשתן: (הפרשת אלבומין בשתן גבוהה מ-30 מ"ג/יום) או (הפרשת חלבון בשתן גבוה מ-150 מ"ג/יום) או (יחס אלבומין לקראטינין גבוה מ-30 מ"ג/גרם) או (יחס חלבון לקראטינין גבוה מ-200 מ"ג/גרם או 0.2 מ"ג/מ"ג).  
או:

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

## תוצאות

מגמות בשיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לאורך זמן לפי קבוצת אוכלוסיה בשנת 2023 השיעור הכולל של חולי סוכרת בני 18-84 אשר סבלו מפגיעה כלייתית היה 31.5%. לאורך תקופת המעקב, 2020-2023, שיעור הפגיעה הכלייתית בקרב חולי סוכרת בני 18-84 היה הגבוה ביותר בקרב המגזר הערבי והנמוך ביותר בקרב המגזר הכללי. בשנת 2023 שיעור חולי הסוכרת שסבלו מפגיעה כלייתית במגזר הערבי היה 35.9% לעומת 32.1% במגזר החרדי ו-30.3% במגזר הכללי. לאורך השנים נצפתה ירידה בשיעורי הפגיעה הכלייתית בקרב כל קבוצות האוכלוסיה (למעט עליה קטנה בקרב המגזר החרדי בין 2022 ל-2023), אשר לוותה בעלייה קלה בפערים.

### תרשים 7: שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לפי קבוצת אוכלוסיה



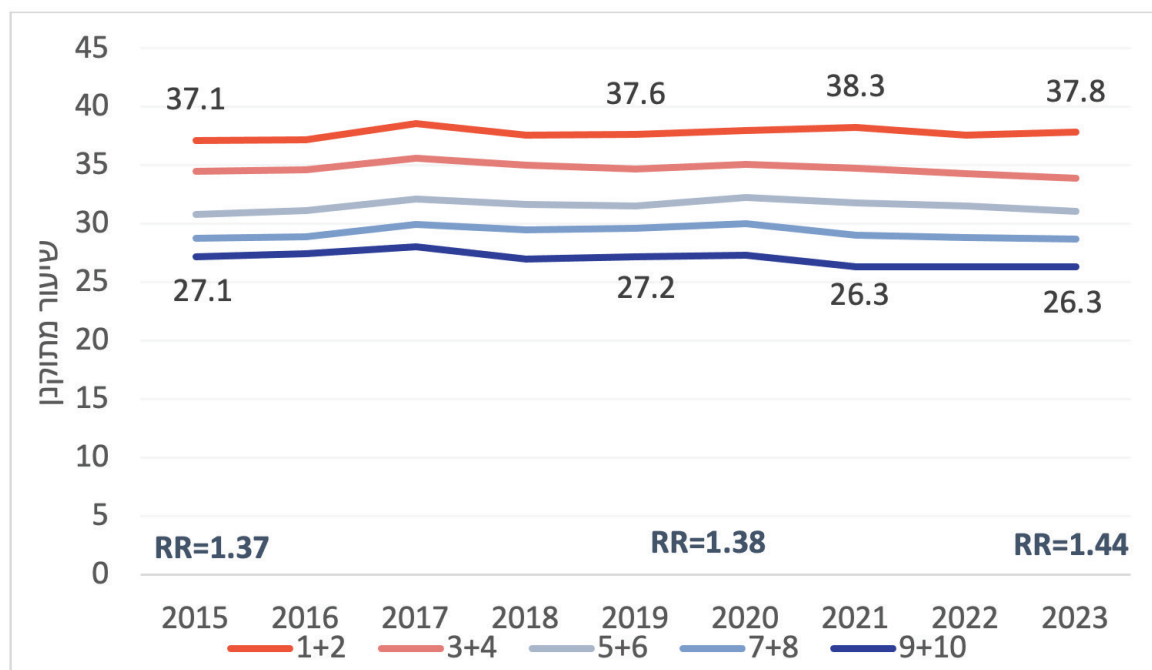
### מגמות בשיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לאורך זמן לפי מצב חברתי-כלכלי

במהלך השנים 2017-2020 נצפתה עליה מתונה מאד בשיעור חולי הסוכרת בני 18-84 עם פגיעה כלייתית בכל שכבות האוכלוסיה. החל משנת 2020 נרשמת מגמה של ירידה קלה בשיעורי ההימצאות של פגיעה כלייתית בקרב חולי סוכרת, פרט למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר. בשכבה זו הייתה עליה בשיעורי ההימצאות עד שנת 2021 ולאחריה נרשמה ירידה קלה.

לאורך כל השנים, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לשיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית. השיעורים הגבוהים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר בשנת 2023 שיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית עמד על 37.8% ו-26.3% בהתאמה.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר גדל במהלך השנים, זאת בעקבות העלייה בשיעור חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית בקרב האוכלוסיה במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר וירידה בשיעור באוכלוסיה במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר, כאשר יחס השיעורים עלה מ-1.37 בשנת 2015 ל-1.44 בשנת 2023.

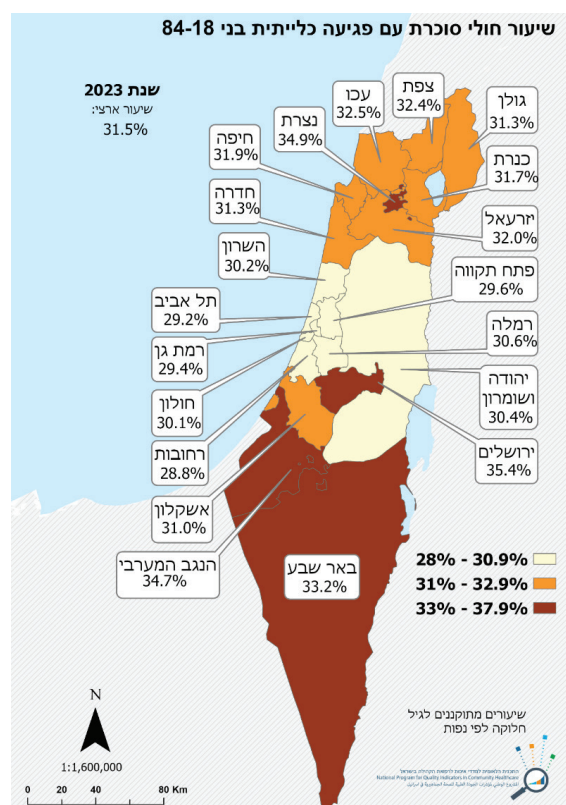
## תרשים 8: שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לפי מצב חברתי-כלכלי



### פערים מרחביים

בשנת 2023 השיעורים הגבוהים ביותר של פגיעה כלייתית בקרב חולי סוכרת בני 18-84 נרשמו בנפת ירושלים (35.4%), נצרת (34.9%), הנגב המערבי (34.7%) ובאר שבע (33.2%). לעומת זאת בנפות רחובות (28.8%), תל-אביב (29.2%), רמת-גן (29.4%) ופתח-תקווה (29.6%) שיעורי הפגיעה הכלייתית היו הנמוכים ביותר.

## מפה 4: שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84 לפי נפה, 2023



## סיכום

מחלת הסוכרת היא אחד מאתגרי הבריאות הגדולים והחשובים של המאה ה-21. בישראל נטל התחלואה והתמותה מסוכרת הוא משמעותי ביותר וגבוה בהשוואה למדינות מפותחות אחרות (2,4). במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה בישראל, קיים מערך נרחב של מדדי איכות בתחום הסוכרת (3). מתוכם נבחרו ארבעה מדדים אשר הוצגו בדוח פערים זה: שיעור ההימצאות של סוכרת באוכלוסיה הבוגרת, שני מדדי איזון גליקמי (שיעור חולי הסוכרת עם רמות מאוזנות של המוגלובין מסוכרר ושיעור חוסר האיזון בקרב חולי סוכרת) ושיעור הפגיעה הכלייתית בקרב חולי סוכרת.

בדו"ח הנוכחי אנו מציגים לראשונה נתונים בפילוח לקבוצות אוכלוסיה. מבין שלוש קבוצות האוכלוסיה, במגזר הערבי נצפו שיעורי ההימצאות המתקננים לגיל הגבוהים ביותר של סוכרת, שיעורי האיזון הגליקמי הנמוכים ביותר ושיעור הפגיעה הכלייתית הגבוה ביותר: בשנת 2023 שיעור ההימצאות של סוכרת בחברה הערבית היה גבוה פי 1.7 בהשוואה לחברה הכללית (16% לעומת 9.8% בחרדים ו-9.5% בחברה הכללית). שיעור החולים עם ערכי המוגלובין מסוכרר מאוזנים היה גבוה פי 1.14 בקרב מבוטחים מהחברה הכללית (80.1% בחברה הכללית לעומת 76.8% בחברה החרדית ו-71.1% בחברה הערבית), ולעומת זאת שיעור הבלתי מאוזנים היה גבוה פי 1.67 בקרב חולים ערביים (10.5% לעומת 7.3% בחרדים ו-6.3% באוכלוסיה הכללית). בהשוואה לחברה הכללית, שיעור הפגיעה הכלייתית היה גבוה פי 1.18 (35.9% לעומת 32.1% בחרדים ו-30.3% באוכלוסיה הכללית). בחברה החרדית שיעור ההימצאות המתקנן לגיל של סוכרת היה דומה לזה של האוכלוסיה הכללית. במדדי האיזון הגליקמי ובהימצאות של פגיעה כלייתית נצפו פערים לעומת החברה הכללית, אך הם היו קטנים ביחס לפערים שנמדדו בחברה הערבית.

לכל אורך תקופת המעקב, בין השנים 2015-2023, נצפה קשר ברוך, בעל גרדיאנט רציף, בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין שיעור הימצאות גבוה של סוכרת, איזון גליקמי לא מיטבי ושיעור הימצאות גבוה של פגיעה כלייתית. הפערים עפ"י מצב חברתי-כלכלי היו מאד גדולים: בשנת 2023 שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב מבוטחים בוגרים ממצב חברתי-כלכלי נמוך היה גבוה פי 2.27 בהשוואה למבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר (16.1% לעומת 7.1% בהתאמה). שיעור החולים עם ערכי המוגלובין מסוכרר מאוזנים היה גבוה פי 1.27 בקרב מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי גבוה (85.4% לעומת 67.5%), ולעומת זאת שיעור הבלתי מאוזנים היה גבוה פי 3.15 בקרב חולים ממצב חברתי-כלכלי נמוך (11.9% לעומת 3.8%). לאור הפערים הגדולים באיזון הסוכרת אין זה מפתיע שחולים ממצב חברתי-כלכלי נמוך פיתחו סיבוכים כלייתיים בשיעור גבוה יותר (37.8% לעומת 26.3%, פי 1.44). ממצאים אלו עומדים בהלימה למה שידוע מארצות מפותחות אחרות בעולם, כפי שתואר לעיל. ההשפעה היחסית של המצב החברתי-כלכלי ושל השיוך המגזרי על הימצאות סוכרת, האיזון הגליקמי והפגיעה הכלייתית, כמו גם האינטראקציה בין שני משתנים אלו דורשת ניתוח נוסף החורג מיריעת דו"ח זה.

מבחינה גאוגרפית, שיעורי ההימצאות הגבוהים ביותר של סוכרת נרשמו בנפות נצרת, חדרה, גולן ועכו. שיעורי חוסר האיזון הגבוהים ביותר נרשמו בנפות נצרת, הנגב המערבי, באר שבע ועכו. נפות אלו הן בעלות מצב חברתי-כלכלי חציוני נמוך יחסית (דרוג 3-5), יש בהן פרופורציה גבוהה של אוכלוסיה ערבית והן מציגות שיעורי השמנה גבוהים במיוחד (ראה פרק השמנת יתר).

עד שנת 2019 שיעורי ההימצאות של סוכרת בישראל היו פחות או יותר קבועים ואפילו במגמה קלה של ירידה. בשנת 2020, שבה החלה מגפת הקורונה, נרשמה עליה קלה בהימצאות של סוכרת, שהייתה בולטת יותר בשכבה הנמוכה ביותר של המצב החברתי-כלכלי. עלייה זו הייתה זמנית ברב שכבות האוכלוסיה, אבל התמידה בקרב מבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר. החל משנת 2021 ועד

2023 נרשמת שוב עליה ברורה בשיעורי ההימצאות של סוכרת המקיפה את כל שכבות האוכלוסיה ואת כל קבוצות האוכלוסיה. יצוין כי במקביל נרשמה עלייה בשיעורי ההשמנה בקרב האוכלוסיה הבוגרת בישראל, אשר בולטת בעיקר במבוסחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (ראה פרק השמנת יתר). שיעור חולי הסוכרת הסובלים מפגיעה כליתית נותר פחות או יותר קבוע לאורך השנים עם מגמה קלה של ירידה בשנתיים האחרונות.

העלייה הנמשכת בשיעור ההימצאות של סוכרת והפגיעה הזמנית שנצפתה בשנים 2020-2021 באיזון הגליקמי יכולות להיות מוסברות בחלקן ע"י מגפת הקורונה: נמצא כי בחולי סוכרת שלקו בקורונה היתה פגיעה באיזון הגליקמי (23), ואנשים שלקו בקורונה היו מצויים בסיכון גבוה ב-66% להיות מאובחנים עם סוכרת חדשה (24). בנוסף צעדי ההכלה של המגפה - סגר וריחוק חברתי, הביאו לירידה חדה בשימוש בשירותי בריאות כמו גם לעליה בשיעורי ההשמנה, תחושת דחק וירידה בפעילות הגופנית המהווים גורמי סיכון לסוכרת. ואכן, כפי שצוין לעיל, בארץ נצפית עלייה מתמשכת בשיעורי ההשמנה. מאידך, השיפור באיזון הגליקמי והירידה הקלה בשיעורי הפגיעה הכליתית שנצפים בשנתיים האחרונות עשויים להיות מיוחסים, בין היתר, לשימוש ההולך ועולה בתרופות ממשפחת ה-SGLT2I וה-GLP1RA. בנוסף להשפעה הישירה של תרופות אלו על איזון רמות הגלוקוז, הן בעלת השפעה מוכחת היטב של עיכוב ומניעת הפגיעה באברי מטרה (כולל פגיעה כליתית), ויעילות ביותר לטיפול בהשמנה (25).

ברבע האחרון של שנת 2023 פרצה מלחמת חרבות ברזל. מאחר והנתונים המוצגים בדו"ח זה הם נתונים של שנה קלנדרית, קשה להצביע בבירור, בשלב זה, על ההשפעה של המלחמה על מצב הבריאות ופערי הבריאות בתחום הסוכרת. נושא זה, כמו גם העלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת מחייבים המשך מעקב.

## רשימת ספרות

1. Ong, K. L. et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021 with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 402, 203–234 (2023).
2. המדריך לטיפול בסוכרת מהדורת 2019
3. התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל דו"ח לשנים 2017-2021. (1202)
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (4202). סיבות מוות בישראל 2020-2022.
5. Committee, A. D. A. P. P. et al. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 48, S128–S145 (2025).
6. Committee, A. D. A. P. P. et al. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 48, S239–S251 (2025).
7. Committee, A. D. A. P. P. et al. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 48, S14–S26 (2025).
8. Elsayed, N. A. et al. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 46, S10–S18 (2023).
9. Hill-Briggs, F. et al. Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care* 44, 258–279 (2021).
10. Kyrou, I. et al. Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: A narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC Endocr Disord* 20, 1–13 (2020).
11. Gaygisiz, Ü., Lajunen, T. & Gaygisiz, E. Socio-economic factors, cultural values, national personality and antibiotics use: A cross-cultural study among European countries. *J Infect Public Health* 10, 755–760 (2017).
12. Liu, C. et al. Diabetes risk among US adults with different socioeconomic status and behavioral lifestyles: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Front Public Health* 11, 1197947 (2023).
13. Public Health Agency of Canada. Inequalities in Diabetes in Canada. 180786 (2019).
14. Public Health Agency of Canada. Inequalities in diabetes and related risk factors: Comparing Canadian adults by income level. 2017–2018 (2022).
15. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Indicators of Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Disease, Diabetes and Chronic Kidney Disease. (2019).
16. Tatulashvili, S. et al. Socioeconomic inequalities and type 2 diabetes complications: A systematic review. *Diabetes Metab* 46, 89–99 (2020).
17. Wilf-Miron, R. et al. Disparities in diabetes care: Role of the patient's socio-demographic characteristics. *BMC Public Health* 10, (2010).
18. Jaffe, A. et al. Adult Arabs have higher risk for diabetes mellitus than Jews in Israel. *PLoS ONE* vol. 12 Preprint at <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176661> (2017).
19. דו"ח רישום הסוכרת הלאומי לשנת 2019.
20. Sharkia, R., Sheikh-Muhammad, A., Mahajnah, M., Khatib, M. & Zalan, A. Exploration of risk factors for type 2 diabetes among arabs in Israel. *Annals of Global Health* vol. 85 Preprint at <https://doi.org/10.5334/aogh.2350> (2019).
21. עבדל-רחמן, נ. ולרון, מ. השמנה וסוכרת באוכלוסיה הערבית בישראל: הימצאות, אורח חיים ושימוש בשירותי בריאות (2023)
22. משרד הבריאות. תוכנית מערכתית לשיפור במצב הבריאות בחברה הערבית ולצמצום אי-שוויון בבריאות ובשירותי בריאות. (2019)
23. Unnikrishnan, R. & Misra, A. Diabetes and COVID19: a bidirectional relationship, Mini Review. *Nutr Diabetes* 11, (2021).



24. Ssentongo, P., Zhang, Y., Witmer, L., Chinchilli, V. M. & Ba, D. M. Association of COVID-19 with diabetes: a systematic review and meta-analysis Methods. **Scientific Reports** | **12**, 20191 (2022).

25. Committee, A. D. A. P. P. et al. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2025. **Diabetes Care** **48**, S181–S206 (2025).





# בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן

## מבוא

מדינות רבות בהן קיימת מערכת בריאות ממלכתית וביטוח בריאות אוניברסלי מתמודדות עם הפרדוקס של אי שוויון בנגישות לשירותי בריאות ופערים בתוצאים בריאותיים, לרבות היארעות ותמותה מסרטן. מדינות רבות, לרבות קנדה, בהן לכאורה הנגישות לשירותי בריאות אמורה להיות שוויונית, מדווחות על פערים בביצוע פעולות לגילוי מוקדם של סרטן לפי רמה סוציאקונומית, גיאוגרפיה וקבוצה אתנית (1). פערים אלו עשויים להצטמצם בזכות שיפור תשתיות (structure measures) והנגשה פיזית, הגברת מודעות והטמעת תהליכים (process measures) המותאמים לאוכלוסיות שונות (2,3).

בסרטן צוואר הרחם למשל, נתונים מהעולם מראים כי הנשים הנמצאות בסיכון הגבוה ביותר למוות מהמחלה, אלו הזקוקות ביותר לגילוי מוקדם, הן אלו המבצעות את בדיקות הסיקור בשיעור הנמוך ביותר (4), ממצא תואם ל- the inverse care law שתואר ע"י Tudor Hart ב-1971 (5).

בישראל גילוי מוקדם של סרטן השד, סרטן צוואר הרחם וסרטן המעי הגס נמצאים בסל השירותים וישנן תכניות מסודרות לסיקור לסרטן השד וסרטן המעי הגס. הסיקור המומלץ ואשר קיים בסל הבריאות הוא ביצוע ממוגרפיה אחת לשנתיים בגילאים 50-74, ביצוע בדיקת PCR לוורוס הפפילומה בנשים בסיכון ממוצע בגיל 25-64 אחת לשלוש-חמש שנים ובדיקת דם סמוי בצואה אחת לשנה או קולונוסקופיה אחת לעשר שנים בגילאים 50-74. למרות שפעולות אלה כלולות בסל הבריאות אנו עדים לפערים בביצוען (6). בעשרים השנים האחרונות נצפתה עליה דרמטית בשיעורי ביצוע בדיקות סקר לסרטן המעי הגס ולסרטן השד בישראל, בזכות התכניות המוסדרות, הקצאת המשאבים והעלאת המודעות. שיפורים אלו הביאו לירידה בתמותה מסרטן השד וסרטן המעי הגס, אולם השיפורים אינם אחידים בכל חלקי האוכלוסיה (7,8). לעומת זאת, לא חל שיפור בתמותה מסרטן צוואר הרחם, נתון שיכול לרמז על העדר תכנית לאומית ופוגע בעיקר באוכלוסיה הנזקקת (9).

בתכנית המדדים נמדדות הפעולות לגילוי מוקדם של ממאירויות השד, צוואר הרחם והמעי הגס.

## בחלק זה יוצגו תוצאות של ארבעה מדדים:

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

## תוצאות

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

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

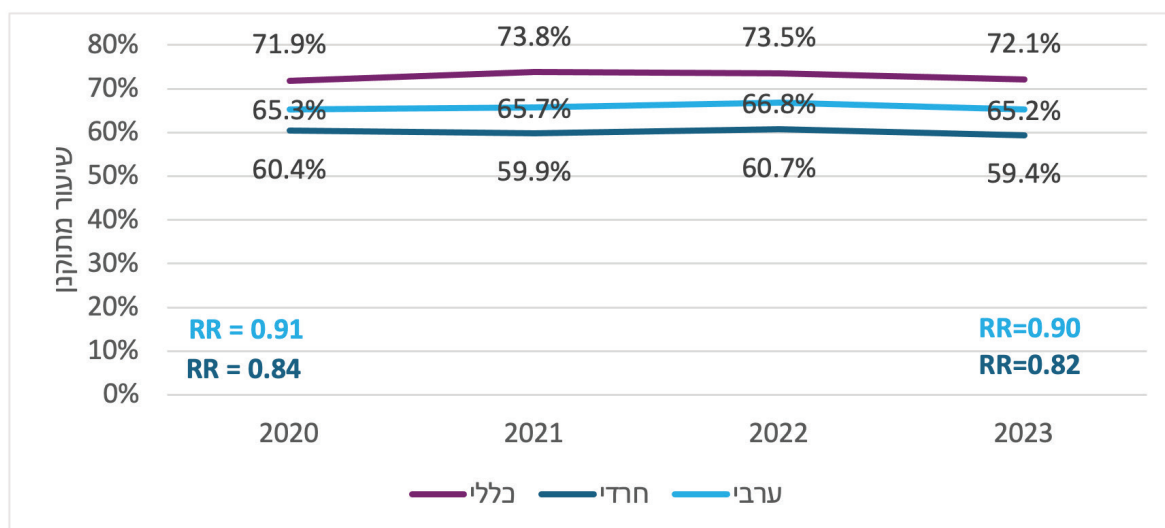
**מכנה:** נשים מבוטחות בגילאים 50-74

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

מגמות בשיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה

השיעור הארצי של ביצוע ממוגרפיה ירד ב-1.5% בהשוואה לשנת 2022 ועמד על 70.5% בשנת 2023, בעוד שמשנת 2020 ועד שנת 2022 נצפתה מגמת עליה בשיעור הביצוע (מ-70.6% בשנת 2020 ל-72.0% בשנת 2022). שיעורי הביצוע הגבוהים ביותר נצפו באוכלוסיה הכללית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה החרדית (72.1% לעומת 59.4% בהתאמה, יחס שיעורים  $RR=0.82$ ). יחס השיעורים בין החברה הערבית לאוכלוסיה הכללית עמד על  $RR=0.90$ . לאורך השנים 2020-2022, נצפתה עלייה של כ-1.5% בשיעור הביצוע בקרב הנשים בחברה הכללית ובקרב נשים מהחברה הערבית בעוד שבקרב הנשים מהחברה החרדית שיעורי הביצוע נותרו ללא שינוי לאורך השנים עד 2022. בשנת 2023 נצפתה ירידה בשיעורי הביצוע בקרב כל המגזרים, כאשר הירידה נעה בין 1.3%-1.6% כתלות במגזר.

**תרשים 1: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי שייכות קבוצת אוכלוסיה**



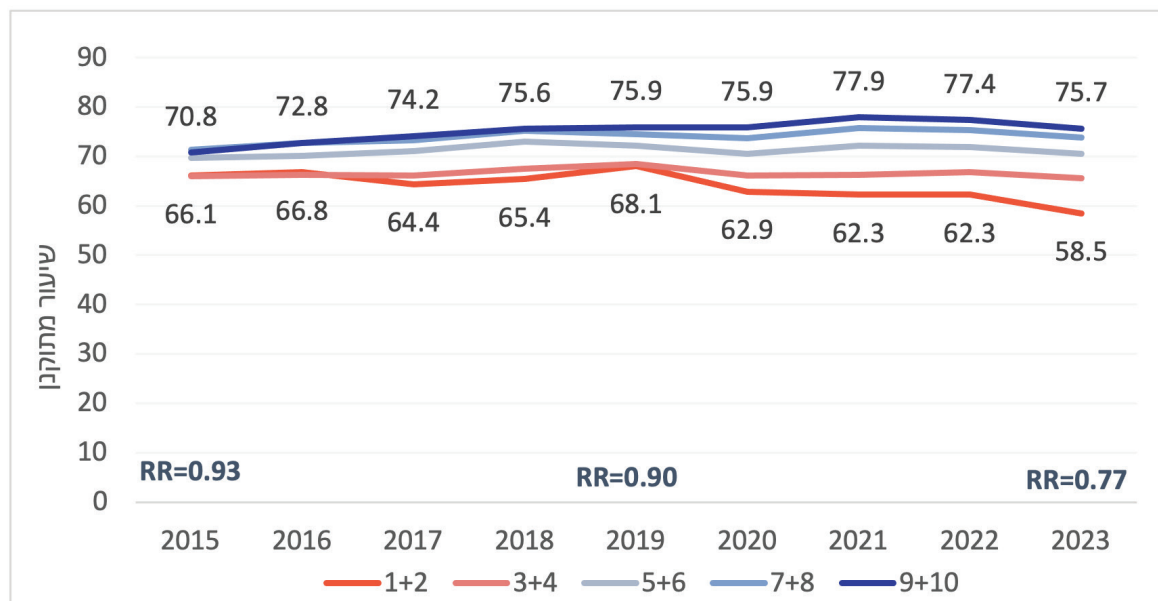
יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלית) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

מגמות הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד לפי מצב חברתי-כלכלי

בדומה לשנים הקודמות, ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעורי הביצוע היו גבוהים יותר. כך למשל, 75.7% מהנשים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר ביצעו בדיקת ממוגרפיה, לעומת 58.5% מהנשים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר שביצעו בדיקה זו.

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר המשיך להתרחב בהתמדה משנת 2019, כאשר יחס השיעורים ( $RR$ ) בין השכבה החלשה ביותר לגבוהה ביותר ירד מ-0.90 בשנת 2019 ל-0.77 בשנת 2023, מגמה המעידה על הרחבת הפערים ונובעת מירידה תלולה יותר בביצוע בשכבה הנמוכה ביותר בהשוואה ליתר השכבות. יש לשים לב כי הירידה היחסית בשיעור הביצוע בשנת 2023 בהשוואה ל-2022 בשכבה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר גבוהה מהירידה היחסית בשיעור הביצוע בשכבה החברתית-כלכלית הגבוהה ביותר (6% לעומת 2%).

## תרשים 2: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי

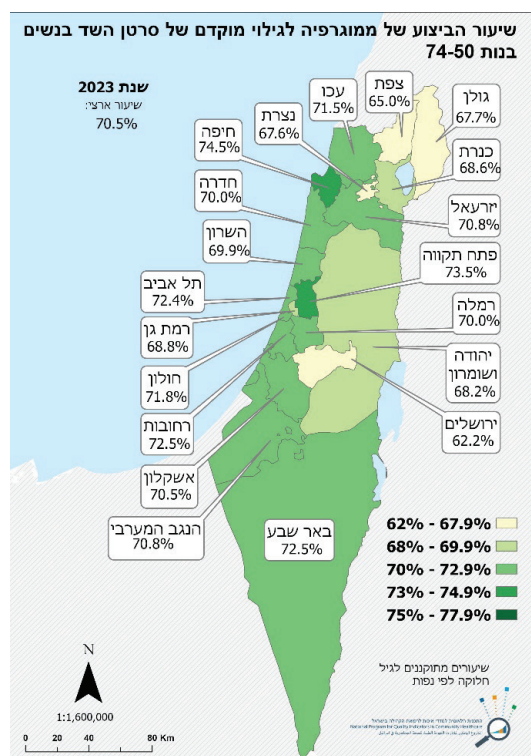


יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

### פער מרחביים

בשנת 2023 שיעורי ביצוע ממוגרפיה הגבוהים ביותר נצפו בנפות חיפה (74.5%) ופתח תקווה (73.5%). בנפות ירושלים (62.2%), צפת (65.0%), נצרת (67.6%) וגולן (67.7%) נצפה השיעור הנמוך ביותר של ביצוע ממוגרפיה.

## מפה 1: שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74



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

**הגדרת המדד:** שיעור הנשים בגיל 25-54 אשר ביצעו לפחות בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בתדירות המומלצת.

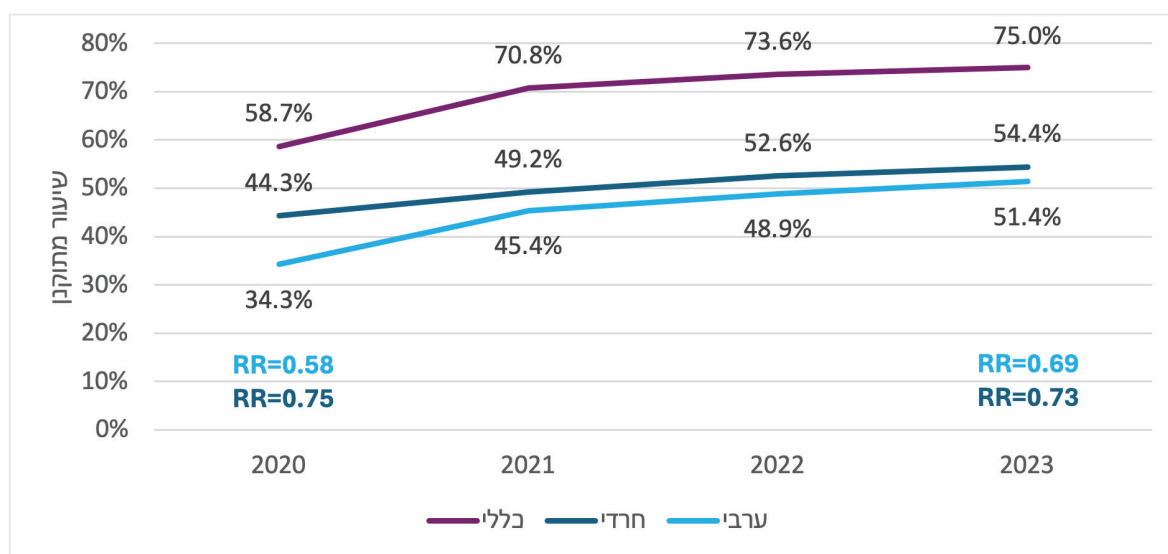
**מכנה:** מבוטחות בגילאים 25-54.

**מונה:** מספר הנשים במכנה אשר עברו בדיקת סיקור ציטולוגית (בדיקת פאפ) לסרטן צוואר הרחם לפחות פעם אחת בשלוש השנים האחרונות ו/או ביצעו בדיקת סיקור מולקולרית (בדיקת HPV) לפחות פעם בחמש השנים האחרונות.

### ביצוע של סיקור לסרטן צוואר הרחם לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה

השיעור הארצי של בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם עמד על 68.8% בשנת 2023, עליה של 15.7% בהשוואה לשנת 2020. שיעורי הביצוע הגבוהים ביותר נצפו בנשים מהחברה הכללית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב נשים ערביות (75.0% לעומת 51.4% בהתאמה, יחס שיעורים  $RR=0.69$ ). יחס השיעורים בין החברה החרדית לאוכלוסיה הכללית עמד על  $RR=0.73$ . לאורך השנים 2020-2023, נצפתה עלייה בכל קבוצות האוכלוסיה, כאשר העליה הנומינלית הגדולה ביותר נצפתה בקרב נשים מהחברה הערבית, אשר עמדה על 17.1%, לאחריה עליה של 16.3% בשיעור הביצוע בקרב הנשים מהחברה הכללית ואילו בקרב הנשים החרדיות נרשמה עלייה בשיעורי הביצוע אשר עמדה על 10.1%.

### **תרשים 3: שיעור הנשים בגילאים 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם ב-3 השנים האחרונות בתדירות המומלצת לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה**



יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

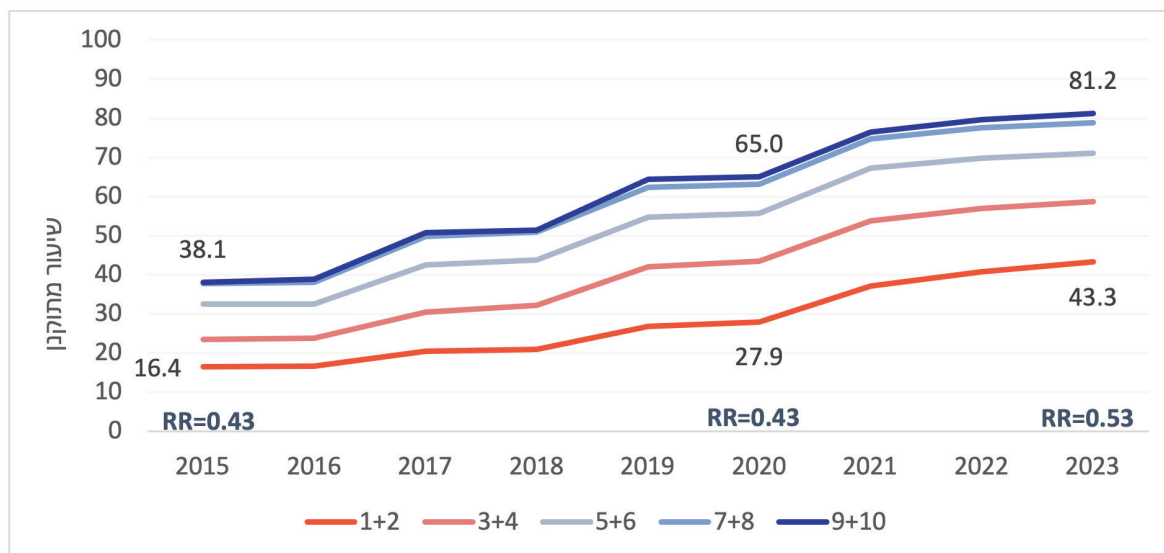
### מגמות ביצוע בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם לפי מצב חברתי-כלכלי

ככל שהמצב החברתי-כלכלי גבוה יותר, כך שיעורי הביצוע של סיקור לסרטן צוואר הרחם היו גבוהים יותר, כאשר אחוזי הביצוע בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר היו גדולים בערך פי 2 מאחוזי הביצוע בקרב נשים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר (81.2% לעומת 43.3% בהתאמה).

עם העליה בסיקור לסרטן צוואר הרחם בכל השכבות החברתיות-כלכליות, מגמת צמצום הפער בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר המשיכה גם בשנת 2023. יחס

השיעורים (RR) עלה מ-0.43 בשנת 2020 ל-0.53 בשנת 2023, מגמה המעידה על צמצום בפערים בביצוע.

#### תרשים 4: שיעור הנשים בגילאים 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בתדירות המומלצת לפי מצב חברתי-כלכלי

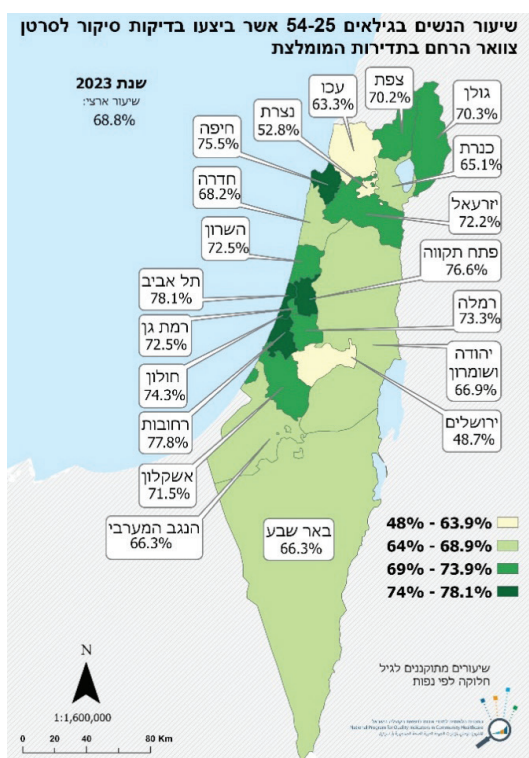


יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

#### פערים מרחביים

בשנת 2023 שיעורי ביצוע סיקור לסרטן צוואר הרחם הגבוהים ביותר נצפו בנפות תל אביב (78.1%), פתח תקווה (76.6%), חיפה (75.5%) וחולון (74.3%). בנפות ירושלים (48.7%) ונצרת (52.8%) נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של ביצוע הסיקור לסרטן, בפער ניכר בהשוואה לשאר הנפות. לאחרונה שיעור נמוך נצפה גם בעכו (63.3%).

#### מפה 2: שיעור ביצוע בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בתדירות המומלצת



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

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

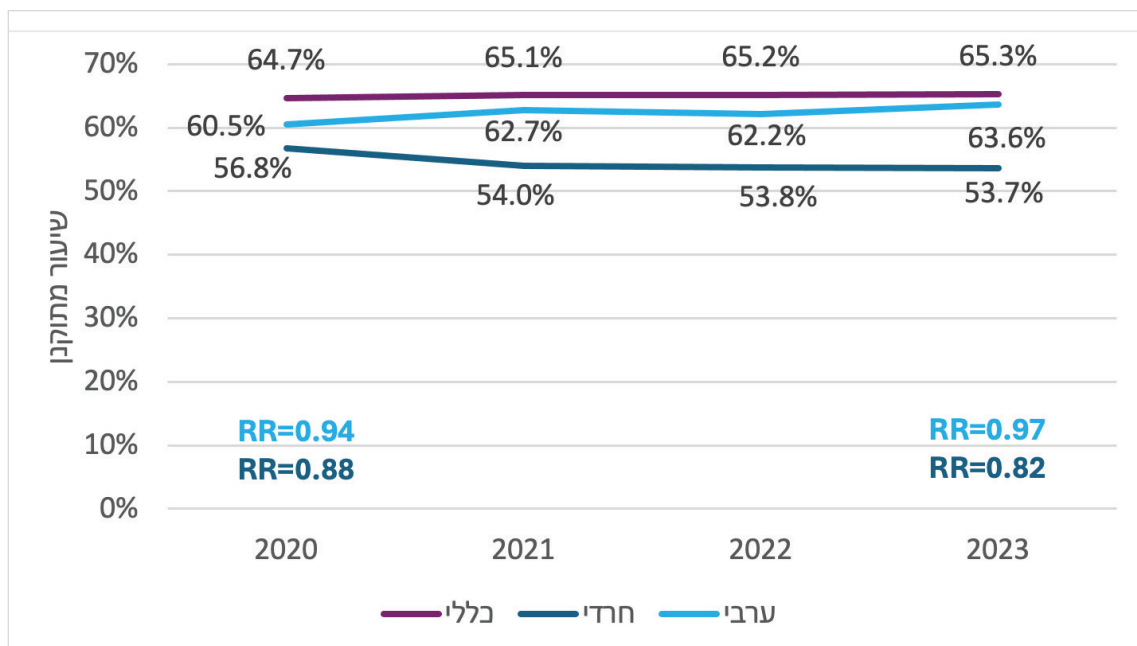
**מונה:** מספר המבוטחים במכנה אשר עברו בדיקת דם סמוי בצואה לפחות פעם אחת בשנת המדד או ביצעו קולונוסקופיה ב-10 השנים האחרונות

**מכנה:** מבוטחים בני 50-74

#### ביצוע של בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה

השיעור הארצי של ביצוע בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס עלה במעט משנת 2020, מ-63.5% ל-64.3% בשנת 2023. שיעורי הביצוע הגבוהים ביותר נצפו בחברה הכללית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בחברה החרדית (65.3% לעומת 53.7% בהתאמה, יחס שיעורים  $RR=0.82$ ). לעומת זאת, פער קטן נרשם בין החברה הערבית לאוכלוסיה הכללית, יחס השיעורים עמד על  $RR=0.97$ . לאורך השנים 2020-2023, שיעורי הביצוע בחברה הכללית עלו מעט, בקרב הערבים נרשמה עליה של 3.1% בשיעורי הביצוע (מ-60.5% בשנת 2020 ל-63.6% בשנת 2023) ואילו בקרב חרדים נצפתה ירידה בשיעור, אשר עמדה על 3.1% (מ-56.8% בשנת 2020 ל-53.7% בשנת 2023).

#### תרשים 5: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה

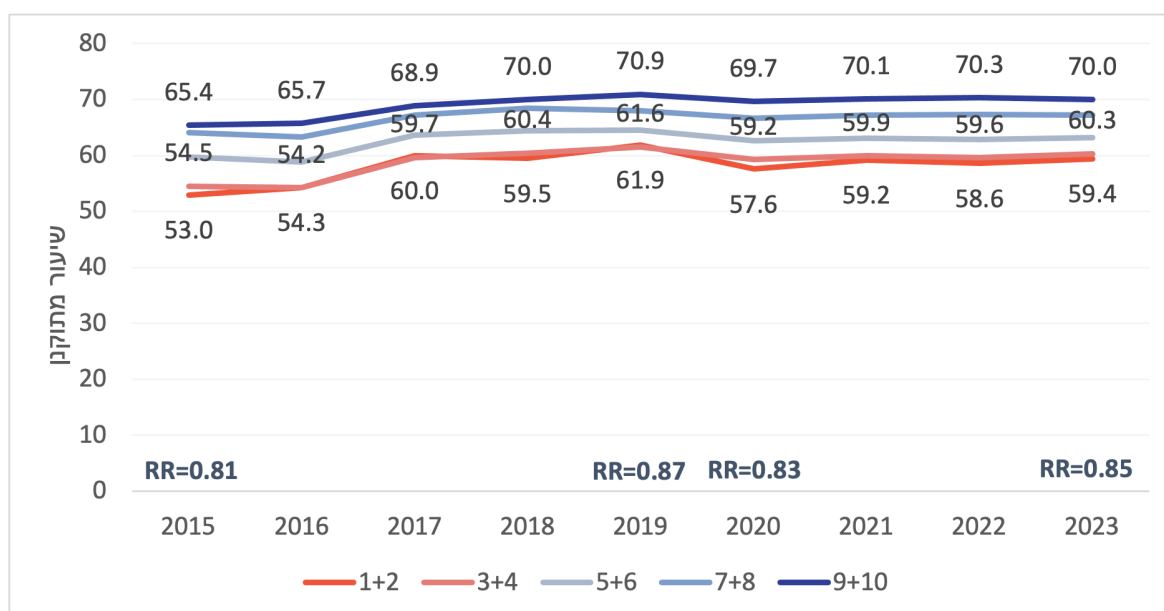


יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

## מגמות בשיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס לפי מצב חברתי-כלכלי

בשנת 2023 נצפתה עליה קלה בכל שכבות המצב החברתי-כלכלי. העליה הגדולה ביותר הייתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והבנוני-נמוך (3+4) (1.9%-1.1% בהתאמה). בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי בינוני (5-6), בנוני-גבוה והגבוה ביותר נרשמה עליה מתונה יותר בשיעור הביצוע (0.5%, 0.6%-0.3% בהתאמה). כמו כן, בדומה לשנים הקודמות, ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעורי הביצוע היו גבוהים יותר, כאשר אחוזי הביצוע בקרב אנשים ממצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר עמד על 70.0% בעוד שבקרב אנשים ממצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר הוא עמד על 59.4%. בשנת 2023 יחס השיעורים (RR) עלה מ-0.83 בשנת 2020 ל-0.85 בשנת 2023, דבר המעיד על צמצום קל מאוד בפערים. השנה שקדמה לשנת פרץ הקורונה אופיינה ביחס השיעורים המצומצם ביותר (RR=0.87).

## תרשים 6: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי



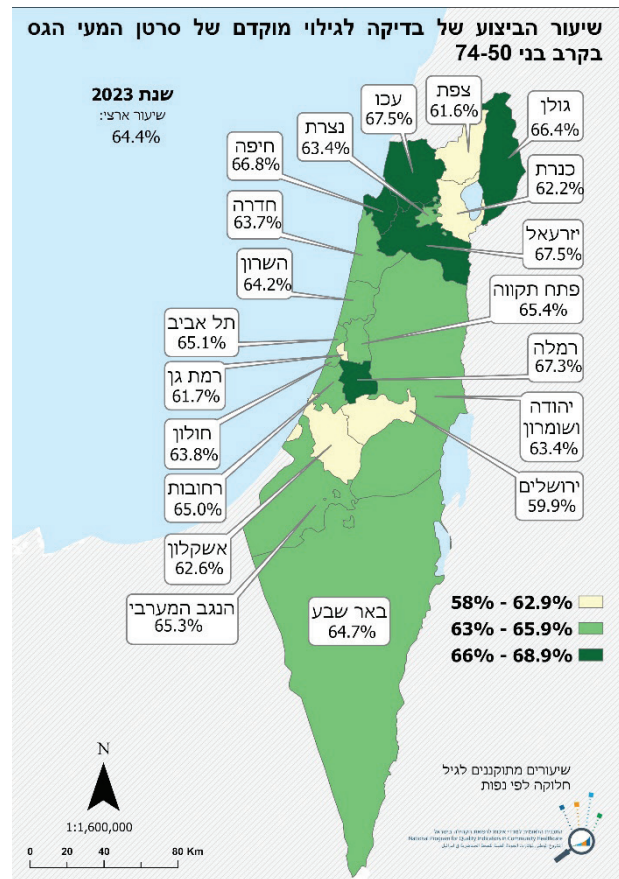
יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

## פערים מרחביים

בשנת 2023 שיעורי הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס הגבוהים ביותר נצפו בנפות יזרעאל (67.5%), עכו (67.5%), רמלה (67.3%) וגולן (66.4%). בנפות ירושלים (48.7%), צפת (61.6%), כנרת (62.2%) ואשקלון (62.6%) נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של ביצוע הסיקור לסרטן.



### מפה 3: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74



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

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

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

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

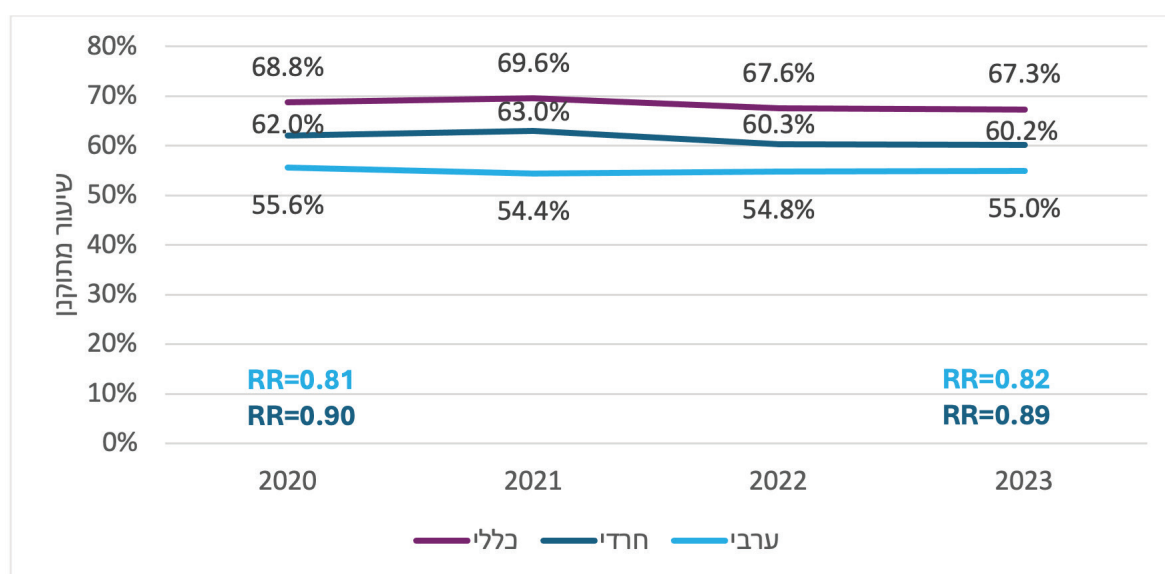
### ביצוע קולונוסקופיה לאחר דם סמוי חיובי לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה

שיעורי הביצוע הגבוהים ביותר נצפו בחברה הכללית והשיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב החברה הערבית (67.3% לעומת 55.0% בהתאמה, יחס שיעורים  $RR=0.82$ ). יחס השיעורים בין החברה החרדית לאוכלוסיה הכללית עמד על  $RR=0.89$ . בשנת 2023, בחברה הערבית נצפתה עליה קלה של 0.2% ביחס לאשתקד. לאחר ירידה בשיעור בין השנים 2020-2021 (מ-55.6% בשנת 2020 ל-54.4% בשנת 2021) נרשמה עלייה מתונה בין השנים 2022-2023, כאשר השיעור בשנת 2023 עמד על 55.0% (54.8% בשנת 2022 לעומת 55.0% בשנת 2023). לעומת זאת, בחברה הכללית והחרדית שיעורי הביצוע בין השנים 2020-2021 עלו ב-1% וירדו בכ-2% בשנים 2022-2023. כך לדוגמה, בחברה החרדית שיעורי



הביצוע עמדו על 62.0% בשנת 2020, לאחר מכן עלו ל-63.0% בשנת 2021 ולבסוף ירדו ל-60.2% בשנת 2023. בחברה הכללית, השיעור עלה מ-68.8% בשנת 2020 ל-69.6% בשנת 2021 ולבסוף ירד ל-67.3% בשנת 2023.

## תרשים 7: שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי לפי שייכות לקבוצת אוכלוסיה



יחס השיעורים המוצג הוא בין החברה הערבית לחברה הכללית (בתכלת) ובין החברה החרדית לחברה הכללית (בכחול כהה)

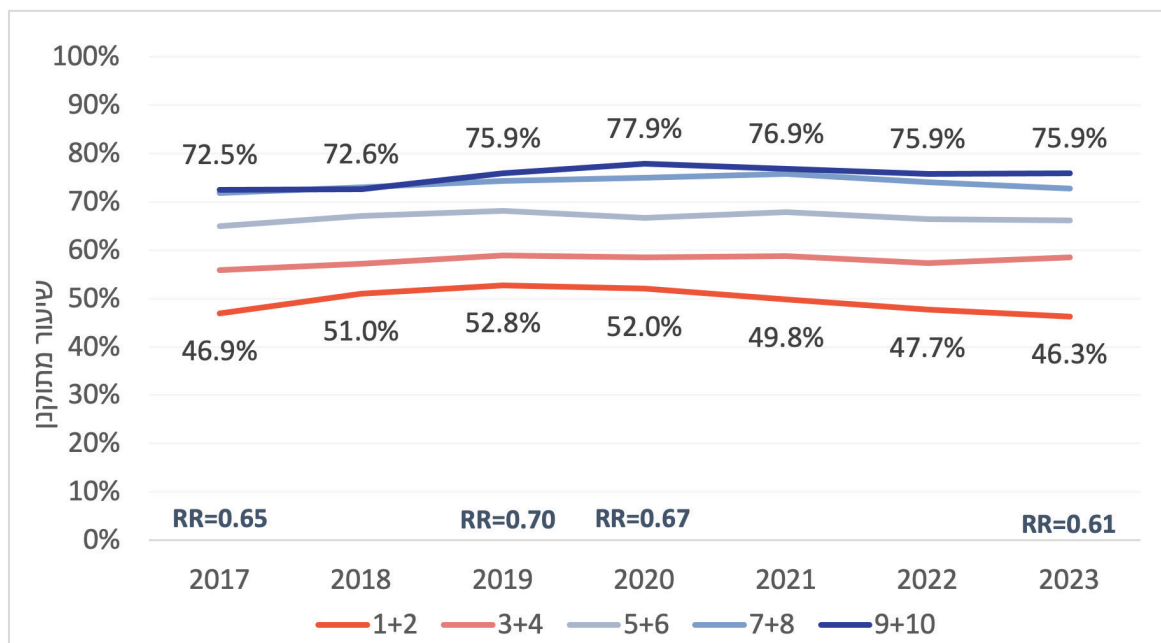
### ביצוע קולונוסקופיה לאחר דם סמוי חיובי לפי מצב חברתי-כלכלי

השיעור הארצי של מבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי עמד על 64.1% בשנת 2023, ירידה של 0.9% בהשוואה לשנת 2020. בשנת 2023, נרשמה ירידה בשיעור הביצוע בכל שכבות האוכלוסיה, כאשר הירידה המשמעותית ביותר הייתה בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר (ירידה של 5.7%, בהשוואה לשנת 2020), בעוד בקרב המצב הכלכלי הבינוני-נמוך (3+4) כמעט לא נרשמה ירידה (ירידה של 0.04%).

בדומה לשנים הקודמות, ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר כך שיעור הביצוע של קולונוסקופיה היה גבוה יותר, כאשר שיעור הביצוע בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר היה גדול פי 1.6 בהשוואה למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך-בינוני (75.9% ו-46.3% בהתאמה בשנת 2023).

הפער בין המצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר למצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר המשיך להתרחב משנת 2020, כאשר יחס השיעורים (RR) ירד מ-0.67 בשנת 2020 ל-0.61 בשנת 2023, מגמה המעידה על הרחבת הפערים בביצוע.

## תרשים 8: שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי לפי מצב חברתי-כלכלי

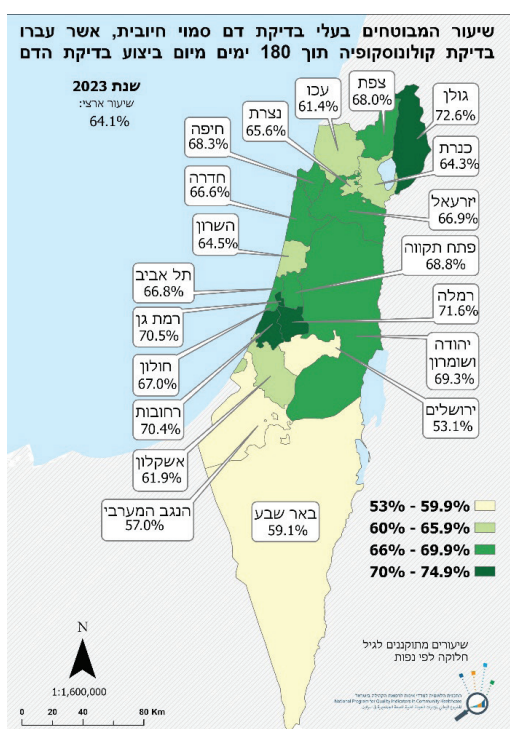


יחס השיעורים הוא בין השכבה החלשה ביותר לחזקה ביותר

### פער מרחביים

בשנת 2023 שיעורי המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 יום מביצוע בדיקת הדם, הגבוהים ביותר נצפו בנפות גולן (72.6%), רמלה (71.6%), רחובות (70.4%) ורמת גן (70.5%). בנפות ירושלים (53.1%), הנגב המערבי (57.0%) ובאר שבע (59.1%) נצפו השיעורים הנמוכים ביותר של ביצוע הסיקור לסרטן.

## מפה 3: שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74



הנתונים בדוח זה מצביעים על פערים משמעותיים בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן בר ריפוי או מניעה בישראל הן לפי קבוצת אוכלוסיה והן לפי מצב חברתי-כלכלי.

**ההרחבה הנצפית בפערים בביצוע ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד לפי המצב החברתי-כלכלי,** החלה בתקופת מגפת הקורונה ועדיין לא השתפרה. הירידה בביצוע בשכבות הנמוכות עשויה להשפיע על הסיכון לסרטן חודרני ומפושט לטווח הארוך. השונות הגיאוגרפית הגדולה בישראל בשיעורי הביצוע (מ- 62.2% ל-74.5%) יתכן ונובעת מדחיפה ומודעות גבוהות יותר לחשיבות הבדיקה באזורים בהם הוצגו שיעורי ההיארעות גבוהים יותר בדו"ח של רישום הסרטן שפורסם לאחרונה (10). קיים צורך בנתונים מרחביים על תמותה ושיעורי הגידולים המפושטים בעת האבחון כדי לוודא שהשונות המרחבית בביצוע הבדיקה אינה משפיעה לרעה על הפרוגנוזה של המחלה באזורים השונים. קיימים פערים משמעותיים לפי קבוצת אוכלוסיה ללא שינוי מהותי בשלוש השנים האחרונות, כאשר נשים חרדיות מבצעות פחות ממוגרפיה לגילוי מוקדם מאשר הקבוצות האחרות. פערים אלו ידועים בישראל משנת 2014 (11). ישנם מאמצים רבים בישראל ובעולם להעלאת מודעות והגדלת הסיקור הכוללים בין היתר ניידות ממוגרפיה (12), תכניות מותאמות תרבות (13), לצד מדידה רציפה כאמצעי לשיפור ההיענות והאבחון. אמצעים אלו הוכיחו את עצמם, ויש להמשיכם ואף לחזקם כדי לצמצם את הפערים.

**הנתונים אודות הפערים בביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם, הן לפי מצב חברתי-כלכלי והן לפי מגזר ממשיכים להדאיג.** למרות העלייה בביצוע בכל שכבות המצב החברתי-כלכלי, ממשיכים להתקיים פערים רבים לפי מצב חברתי-כלכלי וגם לפי מגזר כאשר במגזר החרדי לא נצפה שיפור בביצוע הבדיקה. יש לזכור שבישראל הוחלט לא להטמיע תכנית לאומית לסיקור. ההמלצות לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם השתנו בשנים האחרונות עם הכנסה של בדיקות חדשות לנגיף הפפילומה, הארכת תדירות הסיקור לחמש במקום שלוש שנים, האפשרות לדיגום ביתי כאופציה לסיקור והעלאת הגיל המרבי לסיקור עד 64 שנים. כל אלה, יחד עם מניעה ראשונית ע"י חיסון ל-HPV, עשויים לקרב את מדינת ישראל ליכולת להוריד בצורה משמעותית גם את ההיארעות וגם תמותה מהמחלה. אולם כל זה חייב להיעשות תוך שימת דגש על האוכלוסיות הפגיעות ביותר, נשים עניות בעלות השכלה נמוכה שנמצאות בסיכון גבוה אשר להן אוריינות רפואית, מודעות למחלה והידע אודות הצורך בבדיקות סקר עלולים להיות נמוכים יותר. יש מדינות באירופה שהצליחו להקטין את הפערים בתמותה לפי רמת השכלה (14), רובן עם תכנית לאומית מוסדרת, ויש ללמוד מהן.

**גילוי מוקדם לסרטן המעי הגס,** ידוע שביצוע קולונוסקופיה ובדיקות דם סמוי בעקביות עשוי להוריד לא רק תמותה מהמחלה בקרב החולים אלא גם את היארעות המחלה (ובעקבותיה סבל, עלויות והשלכות רפואיות). ישנה נסיגה מסוימת בביצוע סיקור באוכלוסיה כולה, הפערים בשיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74 לפי מצב חברתי-כלכלי אינם מצטמצמים עם השנים. מאמץ מיוחד דרוש על מנת להגדיל הענות בשכבות החלשות יותר אשר בהן מעל 40% מהמבוגרים בגיל המתאים אינם מבצעים את הבדיקות. גם כאן דרוש מחקר מכון כדי להבין מהם החסמים לסיקור (שכן בדיקת דם סמוי ניתנת לביצוע בבית). האם מדובר בחוסר מודעות, אי-הנעימות של הבדיקה או העובדה שקולונוסקופיה (בדיקה מורכבת יותר אך דורשת הכנה, הסבר, היעדרות מעבודה) פחות נגישה לאוכלוסיה זאת? סוגיית המרחק למכונים המבצעים את הבדיקה דורשת מחקר נפרד.

באשר לביצוע קולונוסקופיה לאחר בדיקת דם סמוי חיובית, ידוע מהספרות שיש חשיבות לזמן שעובר בעוד שבשכבות הגבוהות יותר שלושה מכל ארבעה מטופלים מבצעים את הבדיקה העוקבת בזמן, בשכבה הסוציאקונומית הנמוכה פחות מחצי מבצעים את הקולונוסקופיה תוך 180 יום, אם בכלל. הפערים לפי מגזר קיימים, אמנם פחות בולטים. יש לאמץ ולהטמיע שילוב של אסטרטגיות שונות כולל

שמירת תורים מיוחדים ומתן קדימות לקולונוסקופיה לחולים עם תוצאות חיוביות לדם סמוי, ניווט החולים (patient navigators) (15) ופריסה הולמת של מכוני גסטרואנטרולוגיה מבחינה גאוגרפית כדי לצמצם את הפערים ולהגביר את זמינות הבדיקה (16). ההשלכות של הפערים הנצפים עלולות לכלול הגברת פערים בתמותה ובסרטן גרורתי באוכלוסיות המוחלשות כלכלית, דבר שנוגד לעקרון השוויון ולחוק ביטוח הבריאות בישראל.

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

1. Adefemi K, Knight JC, Zhu Y, Wang PP. Racial and sociodemographic distribution of colorectal cancer screening in Canada: A cross-sectional study. Canadian Journal of Public Health [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 Feb 2];115(3):371–83. Available from: <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-024-00859-9>
2. Doubeni CA, Selby K, Gupta S. Framework and Strategies to Eliminate Disparities in Colorectal Cancer Screening Outcomes. Annu Rev Med. 2021;72:383–98.
3. Richardson-Parry A, Baas C, Donde S, Ferraiolo B, Karmo M, Maravic Z, et al. Interventions to reduce cancer screening inequities: the perspective and role of patients, advocacy groups, and empowerment organizations. Int J Equity Health. 2023;22(1):1–9.
4. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. PLoS Med. 2008;5(6):0863–8.
5. Hart JT. The inverse care law. The Lancet. 1971;297.
6. Loewenberg Weisband Y, Torres L, Paltiel O, Sagy YW, Calderon-Margalit R, Manor O. Socioeconomic disparity trends in cancer screening among women after introduction of national quality indicators. Ann Fam Med. 2021;19(5):396–404.
7. משרד הבריאות. סרטן השד בישראל עדכון נתוני תחלואה ותמותה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2022;
8. משרד הבריאות. מ. סרטן המעי הגס והחלחולת בישראל 1996-2020. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2022;
9. משרד הבריאות. סרטן צוואר הרחם בישראל עדכון נתוני תחלואה ותמותה. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2022;
10. משרד הבריאות. תחלואה בסרטן בישראל לפי נפות, 1102-5102, ו-6102-9102. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. 2022;
11. Freund A, Cohen M, Azaiza F. Factors associated with routine screening for the early detection of breast cancer in cultural-ethnic and faith-based communities. Ethn Health [Internet]. 2019 Jul 4 [cited 2025 Feb 2];24(5):527–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28675042/>
12. De Mil R, Guillaume E, Launay L, Guittet L, Dejardin O, Bouvier V, et al. Cost-Effectiveness Analysis of a Mobile Mammography Unit for Breast Cancer Screening to Reduce Geographic and Social Health Inequalities. Value in Health. 2019;22(10):1111–8.
13. Brevik TB, Laake P, Bjørkly S. Effect of culturally tailored education on attendance at mammography and the Papanicolaou test. Health Services Research. 2020;55(3):457–68.
14. Vaccarella S, Georges D, Bray F, Ginsburg O, Charvat H, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in cancer mortality between and within countries in Europe: a population-based study. The Lancet Regional Health - Europe. 2023;25:100551.
15. Doubeni CA, Selby K, Gupta S. Framework and Strategies to Eliminate Disparities in Colorectal Cancer Screening Outcomes. Annual Review of Medicine. 2021;72:383–98.
16. Dupont-Lucas C, Dejardin O, Dancourt V, Launay L, Launoy G, Guittet L. Socio-geographical determinants of colonoscopy uptake after faecal occult blood test. Dig Liver Dis 2011. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21530429/>



## תרופות אנטיביוטיות - היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות ססטמיות

### מבוא

זיהומים עמידים לטיפול אנטיביוטי הינם מקור חשוב לתחלואה ולתמותה, ומהווים נטל כלכלי משמעותי ואתגר עולמי למערכת הבריאות. מעריכים כי ב-2019 נפטרו כ-5 מיליון איש בעולם מזיהומים בחיידקים עמידים (1). קצב הפיתוח של תכשירים אנטיביוטיים אינו משיג את קצב ההתפתחות של עמידות בקרב חיידקים, דבר שמאיים על יעילותם של טיפולים אנטיביוטיים (1-3). בישראל, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות הם מהגבוהים בין ארצות ה-OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) עפ"י נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנים 2020-2022 מחלות זיהומיות היוו את הסיבה הרביעית בשכיחותה לתמותה בישראל (2,545 נפטרים בשנת 2022, המהווים 4.9% מסך כל הנפטרים). מרבית מקרי הפטירה (83%) היו תוצאה של אלח דם. שיעורי הפטירה ממחלות זיהומיות היו גבוהים בגברים לעומת נשים (יחס שיעורים 1.5) ובערבים לעומת יהודים (יחס שיעורים 1.2). בניגוד לאטיולוגיות מובילות אחרות לתמותה, כמו סרטן ומחלות לב, שיעור התמותה ממחלות זיהומיות בישראל נמצא במגמת עליה בעשור האחרון (4). שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה ברפואה (5) ובחקלאות הוא גורם הסיכון הניתן לשינוי החשוב ביותר להתפתחות עמידות בקרב חיידקים (1,3,6). למרות שבאופן מסורתי הושם דגש על שימוש באנטיביוטיקה בין כתלי בתי החולים, חלק הארי (80-95%) של נפח התרופות האנטיביוטיות נרשם בקהילה (5). שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה הוא תופעה שכיחה בעולם (3). ההתוויה השכיחה ביותר לרישום בלתי מוצדק של אנטיביוטיקה היא זיהומים בדרכי הנשימה העליונות (7). מעריכים כי הצריכה העולמית הכוללת של אנטיביוטיקה בין השנים 2016 ו-2023 עלתה ב-20.9% כאשר הצריכה הממוצעת לנפש עלתה ב-13.1%. הצריכה צפויה להמשיך לעלות בשיעורים של 52.3% ו-43.8% בהתאמה עד שנת 2030 (8).

ברמה העולמית, הקשר בין מצב חברתי-כלכלי לדפוסי צריכת אנטיביוטיקה הוא קשר מורכב, המושפע ממשתנים מקומיים רבים ביניהם: קיום או העדר ביטוח בריאות, מידת הרגולציה על יצור ושיווק תכשירים אנטיביוטיים, נגישות לטיפול רפואי (9) וגישת לאמצעים לאבחון מעבדתי של זיהומים חיידקיים (1). צריכת שירותי בריאות, כולל צריכת אנטיביוטיקה, מושפעת מאד מהעלות לצרכן. ברב המדינות המפותחות קיים ביטוח בריאות המגן על האוכלוסיה מפני מלוא העלות, והיכולת העצמית לרכוש שירותים משחקת תפקיד קטן יחסית. לעומת זאת, במדינות מתפתחות יש משמעות רבה ליכולת הכלכלית של המבוטח לשלם עבור תרופות אנטיביוטיות (9).

במדינות מפותחות מדווח, לרוב, על קשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין צריכה גבוהה של אנטיביוטיקה (10-12). לדוגמה, בחלקים שונים של בריטניה נרשמה צריכת אנטיביוטיקה גבוהה יותר באזורים בעלי מקדם עוני (SDI - Social Deprivation Index) גבוה יותר (9-11). בארה"ב נמצא קשר הפוך בין רמת ההכנסה הממוצעת במחוז לבין צריכת אנטיביוטיקה בקהילה (13). מספר מחקרים הצביעו גם על אזורים גאוגרפיים שבהם רישום גבוה במיוחד של אנטיביוטיקה (11,13,14). במחקר שביצענו בעבר על נתוני התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה בישראל נמצא קשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לצריכה גבוהה של אנטיביוטיקה בקהילה בישראל (15). הקשר בין רמת השכלה להיקף השימוש באנטיביוטיקה פחות ברור. עם זאת, רמת השכלה נמוכה יותר נקשרת

לפחות בחלק מהארצות, לשיעור גבוה יותר של התנהגויות של שימוש בלתי מושכל באנטיביוטיקה, כולל נטילת אנטיביוטיקה ללא מרשם רופא ואי-הענות להוראות השימוש באנטיביוטיקה (16). קיימים מספר גורמים העשויים להסביר את הקשר בין מצב חברתי-כלכלי נמוך לבין צריכה גבוהה יחסית של אנטיביוטיקה, ביניהם: נטל גבוה של תחלואה זיהומית הנובע, למשל, מתנאי מגורים צפופים או רמת היגיינה נמוכה (13); נטל גבוה של תחלואות רקע, כמו סוכרת או מחלת ריאות חסימתית, המגבירה את הנטייה לסיבוכים זיהומיים (13); אוריינות בריאותית נמוכה המביאה ללחץ על ספק השירותים לרישום אנטיביוטיקה גם ללא התוויה מוצדקת (12).

בנוסף למצב חברתי-כלכלי נמוך מדווחים גם גיל מבוגר (ובמיוחד מגורים בבית אבות) ומין נקבה כקשורים בצריכה גבוהה של אנטיביוטיקה בקהילה (10,13,15,17,18).

שימוש יתר באנטיביוטיקה מושפע גם מדפוסי הרישום של תרופות אנטיביוטיות ע"י הרופאים המטפלים. בארה"ב רופאים שמוקמו בעשירון העליון מבחינת מספר מרשמי האנטיביוטיקה שהנפיקו, היו אחראיים ל-41% מכלל מרשמי האנטיביוטיקה שהונפקו בקהילה (14). דפוסי הרישום תלויים, בין היתר, בעלויות למבוטח, בצפייה ובלחץ של המבוטח לקבלת מרשם ובתמריצים כלכליים לשיווק אנטיביוטיקה ע"י נותני השירות (9). ככלל, בארצות מפותחות, נגישות טובה יותר לשירותי בריאות, המתבטאת בביקורים תכופים יותר במרפאות, כמו גם עומס על הרופא המטפל, עם זמן קצר יותר לכל מטופל, כרוכים ברישום אנטיביוטיקה גבוה יותר (17,18). פניה תכופה ליעוץ רפואי ומרפאות עמוסות עלולים להיות נפוצים יותר באזורים בהם מצב חברתי-כלכלי נמוך.

השיוך האתני עשוי להשפיע גם הוא על דפוסי הצריכה של תכשירים אנטיביוטיים. בארץ פורסמו מספר מחקרים איכותניים על דפוסי השימוש באנטיביוטיקה בחברה הערבית. הללו הצביעו על קיומן של צורות שונות של טיפול עצמי באנטיביוטיקה ללא מרשם רופא, בין אם ע"י שימוש בשאריות תכשירים אנטיביוטיים, לחץ על הרוקח לספק תכשירים אנטיביוטיים בהעדר מרשם או לחץ על הרופא לרשום טיפול אנטיביוטי. החוקרים ייחסו דפוסים אלו לאופייה המסורתי-קולקטיביסטי של החברה הערבית כמו גם לתפיסת תפקיד הנשים כאחראיות על בריאות בני ביתן. (19–21)

בניסיון לצמצם את בעיית הזיהומים העמידים ארגון הבריאות העולמי המליץ על שורה של צעדים ביניהם: הורדה של שיעורי ההיארעות של זיהומים ע"י שיפור בתנאי הסניטציה, ההיגיינה ומניעת הזיהומים, השקעת משאבים בפיתוח תרופות חדשות נגד חיידקים, אמצעים אבחנתיים וחיסונים (1,21). בשנים האחרונות מושם דגש על תוכניות לשימוש מושכל באנטיביוטיקה, ברפואה ובחקלאות (5), ככלי חשוב במלחמה בזיהומים עמידים. חלק בלתי נפרד מתוכניות אלו הוא ניטור, דיווח ומעקב אחר מגמות בזמן של היקף השימוש בתכשירים אנטיביוטיים (1,6).

יצוין כי במקביל למאמצים העולמיים לצמצום השימוש באנטיביוטיקה, בשנת 2020, בזמן מגפת הקורונה, נרשמה ירידה בולטת (18.3% באירופה, כ-20% בארה"ב) בצריכת אנטיביוטיקה בקהילה במדינות רבות בעולם. ירידה זו מיוחסת לשימוש באמצעי הגנה כמו מסכות, תקופות סגר וריחוק חברתי, אשר הביאו לירידה בזיהומים נשימתיים בכלל, כמו גם לירידה בנגישות ובשימוש בשירותי הבריאות בקהילה (22,23). התופעה לא פסחה על מדינת ישראל, כפי שניתן לראות בנתונים המוצגים להלן (בחלק "תוצאות").

## תוצאות

ניתן לכמת את צריכת האנטיביוטיקה על ידי שימוש במספר ביטויים אפשריים (24,25). במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה בישראל נעשה שימוש בשני ביטויים לכימות היקפי צריכת אנטיביוטיקה במתן סיסטמי בקהילה: DDD ל-1000 איש ליום ומספר רכישות ל-1000 איש ליום. במסגרת הדו"ח הנוכחי יוצגו פערי הצריכה תוך שימוש בביטוי האחרון.

### היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי, מבטא במספר רכישות ל-1000 איש לשנה

**מכנה:** כלל המבוטחים (החל מגיל לידה), מבטא באלפים

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

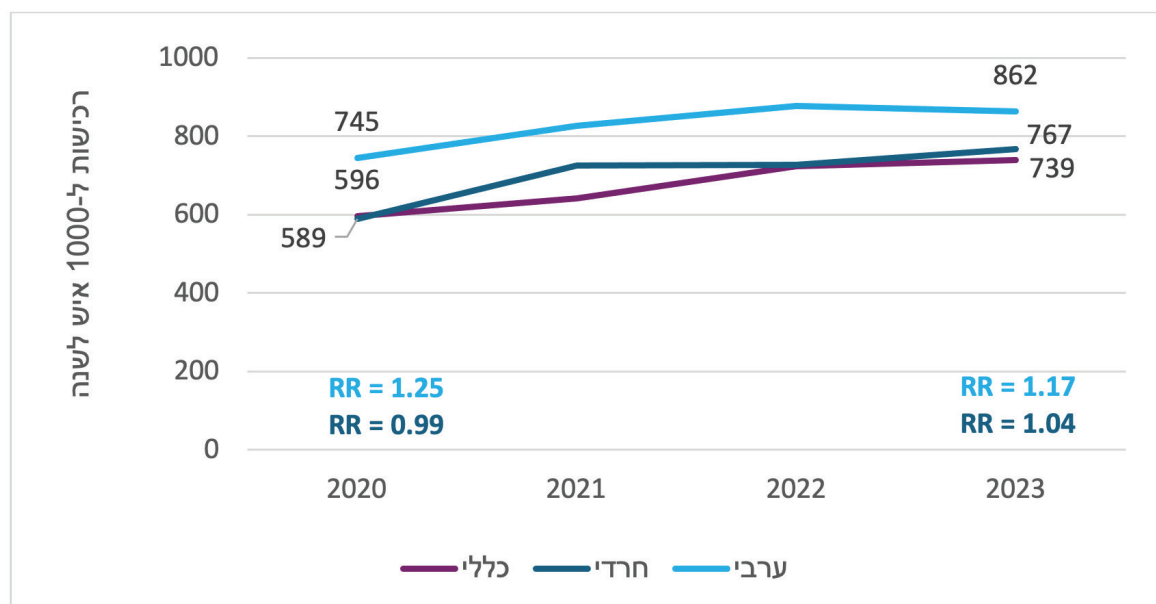
**הערות:** בהשוואה לביטוי של DDD ל-1000 איש ליום, זהו ביטוי יותר אינטואיטיבי להבנה והוא מתאים לכל קבוצות הגיל, לרבות ילדים. בנוסף הביטוי המשמש את ה-CDC (Centers for Disease Control and Prevention) לכימות צריכת האנטיביוטיקה בקהילה בארה"ב, כך שהוא מאפשר השוואות בינלאומיות (26).

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

בשנים 2020-2023, הצריכה הגבוהה ביותר של תכשירים אנטיביוטיים סיסטמיים נרשמה בקרב מבטחים מהחברה הערבית. בשנת 2023 נרשמה בקרב ערבים צריכה מתוקננת לגיל של 863 רכישות ל-1000 איש לשנה. הצריכה הנמוכה ביותר נרשמה בקרב החברה הכללית (739 רכישות ל-1000 איש לשנה), כאשר הצריכה בקרב החרדים היתה גבוהה במעט מהצריכה בחברה הכללית (767 רכישות ל-1000 איש לשנה). ההבדלים בין קבוצות האוכלוסיה אינם משקפים רק את ההרכב השונה של האוכלוסיות מבחינת מצב חברתי-כלכלי, מאחר והבדלים נשמרים גם בתוך השכבות של המצב החברתי-כלכלי (הנתונים אינם מוצגים פה). בשנים 2020-2023 חלה עלייה בהיקף השימוש בתכשירים אנטיביוטיים בכל קבוצות האוכלוסיה. בין השנים 2022 ו-2023 חלה התמתנות במגמת העלייה, כאשר באוכלוסיה הערבית נרשמה אף ירידה קלה בהיקף הצריכה.



## תרשים 1: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (רכישות ל-1000 איש לשנה) לפי קבוצת אוכלוסיה



נתונים מתוקנים לגיל, שנת התקן 2021

### פערים על פי מצב חברתי-כלכלי

בשנת 2023, היקף השימוש הארצי בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות ברפואת הקהילה עמד על 754 רכישות ל-1000 איש לשנה.

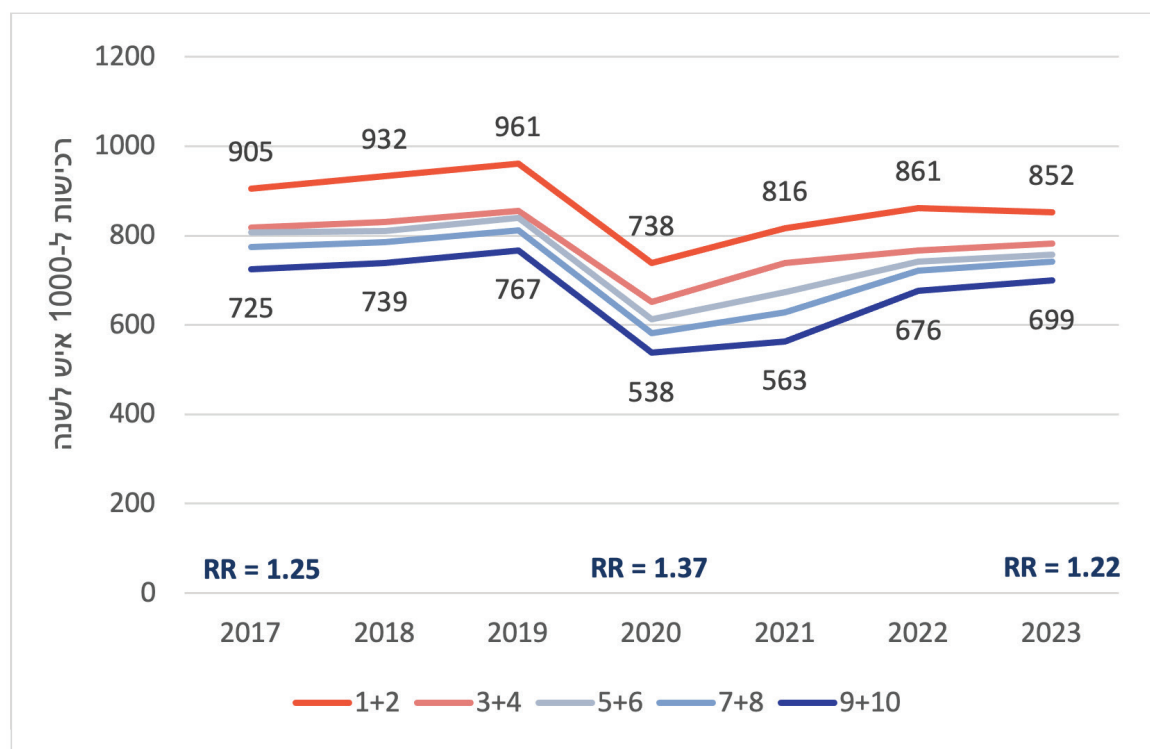
לאורך כל התקופה שבין השנים 2017-2023 נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין הצריכה הכוללת של אנטיביוטיקה, כאשר מספר הרכישות הגבוה ביותר נרשם בקרב מבטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ומספר הרכישות הנמוך ביותר נרשם בקרב מבטחים מהמצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר. כך, בשנת 2023, היקף השימוש בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר עמד על 853 רכישות ל-1000 איש לשנה, לעומת 699 רכישות ל-1000 איש לשנה בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר.

בין השנים 2017-2019 נצפתה עליה במספר הרכישות השנתיות של תכשירים אנטיביוטיים, כאשר העלייה המשמעותית ביותר הייתה בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר והעלייה הקטנה ביותר הייתה בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי בינוני (5+6) (עלייה של 54 ו-32 מרשמים בהתאמה). בשנת 2020, עם פרוץ מגפת הקורונה, התרחשה ירידה משמעותית מאד במספר הרכישות, בכל שכבות האוכלוסיה. ירידה דומה דווחה בארצות אחרות בעולם (ראה לעיל). הירידה הגדולה ביותר הייתה בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר והירידה הקטנה ביותר נצפתה בקרב מבטחים במצב חברתי-כלכלי בינוני (3+4) (ירידה של 229 ו-203 רכישות בהתאמה). החל משנת 2021 נצפתה שוב עלייה בהיקף השימוש אשר כללה את כל שכבות האוכלוסיה. עם זאת, היקף הצריכה, נכון ל-2023, לא חזר לערכי שנת 2019 ומגמת העלייה בשנתיים האחרונות התמתנה.

פער הצריכה בין המצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר למצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר השתנה לאורך השנים. בהשוואה למבטחים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר, היקף השימוש בקרב מבטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר היה גדול פי 1.25, והיחס נותר קבוע בין השנים 2017-2019. הירידה בצריכת אנטיביוטיקה בשנת 2020, בזמן מגפת הקורונה, הייתה מלווה בהגדלת פערי הצריכה (היקף השימוש

בקרב מבוטחים במצב חברתי-כלכלי הנמוך ביותר היה גדול פי 1.37 בהשוואה למבוטחים במצב חברתי-כלכלי הגבוה ביותר), שהתמידה בשנת 2021 ( $RR=1.45$ ). בשנתיים האחרונות, במקביל להתמתנות העלייה בצריכה הכוללת של תכשירים אנטיביוטיים, הצמצם פער הצריכה ( $RR=1.22$ ), ולראשונה תועדה ירידה בצריכת האנטיביוטיקה בקרב מבוטחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר.

## תרשים 2: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (רכישות ל-1000 איש לשנה) לפי מצב חברתי-כלכלי ושנה

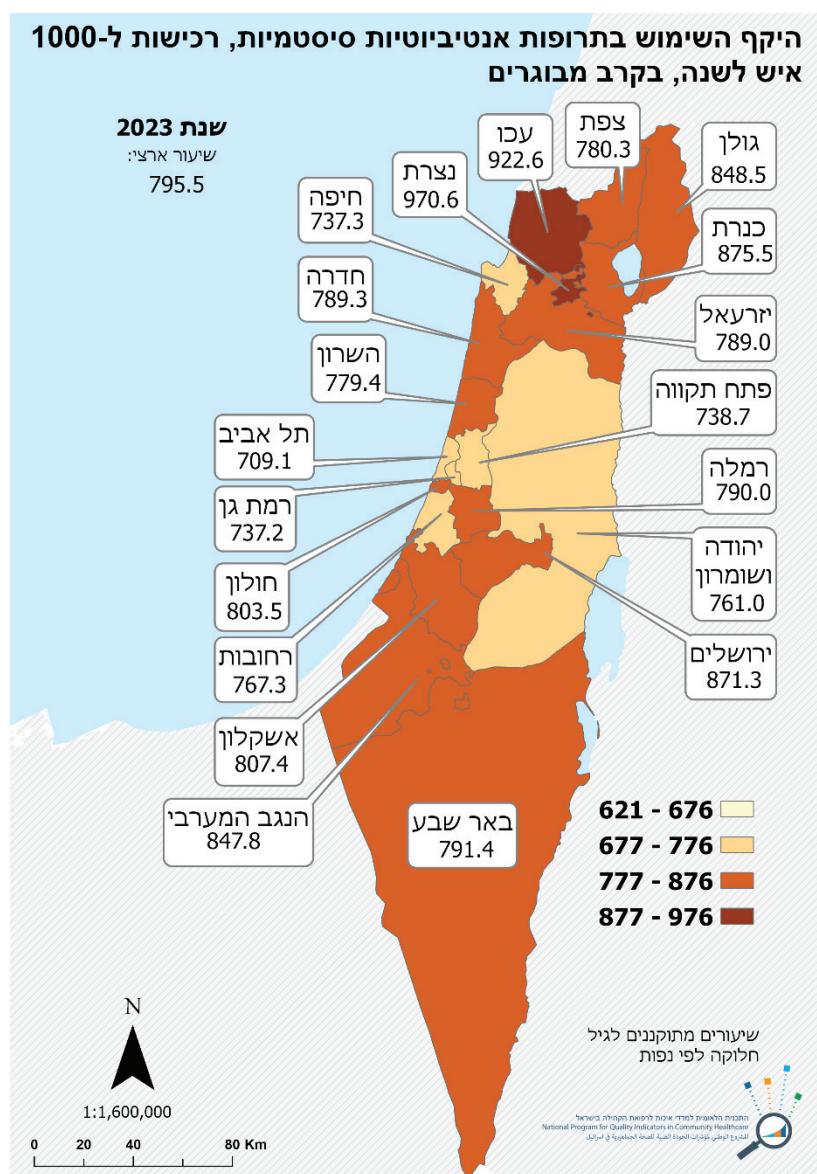


נתונים מתוקננים לגיל, שנת התקן 2021

### פערם מרחביים

בשנת 2023, היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות הגבוה ביותר נצפה בנפות נצרת (971 רכישות ל-1000 איש לשנה), עכו (923), כנרת (876), וירושלים (871). היקף השימוש הנמוך ביותר נצפה בנפות תל אביב (709), רמת גן (737) ופתח תקווה (739). בסה"כ תמונת הפער בין הנפות נותרה יציבה בשנת 2023 לעומת 2021 עם שינויים קטנים (למשל צפת ובאר שבע ששיפרו את נתוני הצריכה שלהן ביחס לנפות אחרות בשנת 2023).

**מפה 1: היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי (מרשמים ל-1000 איש לשנה) בקרב מבוסחים מגיל 18 ומעלה, לפי נפת מגורים, 2023**



## סיכום

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

בדו"ח זה, לראשונה, אנו מפרסמים את נתוני צריכת האנטיביוטיקה בפילוח לפי קבוצת אוכלוסיה. על אף שצריכת האנטיביוטיקה הגולמית בחברה הערבית והחרדית נמוכה יחסית לחברה הכללית (לא הוצג), שיעורי צריכת האנטיביוטיקה המתוקננים לגיל בחברה הערבית הם הגבוהים ביותר ואילו בחברה הכללית הם הנמוכים ביותר, כאשר בחברה החרדית נרשמה צריכה דומה לחברה הכללית. על אף

מאפיינים דמוגרפיים המשותפים (מצב חברתי-כלכלי נמוך יחסית לאוכלוסיה הכללית, צפיפות מגורים, פרופורציה גבוהה של אוכלוסיה צעירה) לערבים וחרדים, הם נבדלים בהיקפי השימוש באנטיביוטיקה. ככל הנראה, ההבדלים בין החברות אינם משקפים רק את התמהיל השונה של האוכלוסיות מבחינת מצב חברתי-כלכלי, אלא שישנם הבדלים חברתיים, תרבותיים או בדפוסי השימוש בשירותי בריאות העשויים להשפיע על היקף השימוש באנטיביוטיקה. ואכן, עפ"י נתוני משרד הבריאות שיעור הפונים למרפאות בקהילה נמוך בחברה החרדית ביחס לחברה הערבית (22). בנוסף, מספר עבודות איכותניות שפורסמו בשנים האחרונות מצביעות על מאפיינים מסורתיים-קולקטיביסטים ותפישת האישה כאחראית על בריאות בני המשפחה כגורמים אפשריים המשפיעים על דפוסי צריכה לא מושכלת של אנטיביוטיקה בחברה הערבית. ההשפעה היחסית של המצב החברתי-כלכלי ושל השיוך של קבוצת האוכלוסיה על היקף השימוש בתכשירים אנטיביוטיים, כמו גם האינטראקציה בין שני משתנים אלו דורשת ניתוח נוסף החורג מיריעת דו"ח זה.

לאורך כל שנות המעקב, החל מ-2017, נצפה קשר הפוך בין המצב החברתי-כלכלי לבין היקף הצריכה של תכשירי אנטיביוטיקה; ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה נמוך יותר הוא היה קשור בצריכה גבוהה יותר של אנטיביוטיקה. תצפיות אלו הן בהלימה למדווח במדינות מפותחות אחרות.

בין השנים 2017-2019 חלה עליה בכמות המרשמים לאנטיביוטיקה שנופקו בקרב כל שכבות האוכלוסיה ובמיוחד בקרב השכבות הנמוכות. בשנת 2020, במהלך מגפת הקורונה נרשמה ירידה בולטת בצריכת אנטיביוטיקה בארץ, בדומה למדינות אחרות בעולם (בסה"כ ירידה של 26% במספר הרכישות). ב-2021 נרשמה שוב מגמה של עליה בצריכת האנטיביוטיקה בקהילה בישראל, מגמה שהקיפה את כל שכבות האוכלוסיה. עם זאת, היקף הצריכה, נכון ל-2023, לא חזר לערכי שנת 2019 ומגמת העלייה בשנתיים האחרונות התמתנה. בין השנים 2022-2023 תועדה לראשונה ירידה בצריכת האנטיביוטיקה בקרב מבוסחים במצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר.

הפערים הגאוגרפיים בצריכת האנטיביוטיקה משקפים במידה רבה את תמהיל האוכלוסיה הנפתי מבחינת מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה. בין השנים 2021-2023 תמונת הפערים הבין נפתיים נותרה בסה"כ יציבה עם שינויים קלים.

מאפייני האוכלוסיות בעלות הצריכה הגבוהה של אנטיביוטיקה יכולים לסייע בחידוד התערבויות לצמצום צריכת האנטיביוטיקה בקהילה בישראל ובמעקב אחר יעילותן.

1. Ho, C. S. et al. Antimicrobial resistance: a concise update. *Lancet Microbe* 6, 100947 (2025).
2. WHO. Antimicrobial resistance. Global report on surveillance. World Health Organization 61, 12–28 (2014).
3. Ventola, C. L. The Antibiotic Resistance Crisis: Part 1: Causes and Threats. *Pharmacy and Therapeutics* 40, 277 (2015).
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סיבות מוות בישראל, 2020-2022. (2024).
5. Berman, T. S., Barnett-Itzhaki, Z., Berman, T. & Marom, E. Antimicrobial resistance in food-producing animals: towards implementing a one health based national action plan in Israel. *Isr J Health Policy Res* 12, 1–17 (2023).
6. Sanchez, G. V., Fleming-Dutra, K. E., Roberts, R. M. & Hicks, L. A. Core Elements of Outpatient Antibiotic Stewardship. *MMWR. Recommendations and Reports* 65, 1–12 (2019).
7. Fleming-Dutra, K. E. et al. Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescriptions Among US Ambulatory Care Visits, 2010–2011. *JAMA* 315, 1864–1873 (2016).
8. Klein, E. Y. et al. Global trends in antibiotic consumption during 2016–2023 and future projections through 2030. *Proc Natl Acad Sci U S A* 121, e2411919121 (2024).
9. Miller-Petrie M & Gelband H. Socioeconomics, antimicrobial use and antimicrobial resistance | AMR Control. *AMR Control* <http://resistancecontrol.info/2017/socioeconomics-antimicrobial-use-and-antimicrobial-resistance/> (2017).
10. Harvey, E. J., De Brún, C., Casale, E., Finistrella, V. & Ashiru-Oredope, D. Influence of factors commonly known to be associated with health inequalities on antibiotic use in high-income countries: a systematic scoping review. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 78, 861–870 (2023).
11. Thomson, K. et al. An examination of trends in antibiotic prescribing in primary care and the association with area-level deprivation in England. *BMC Public Health* 20, 1–9 (2020).
12. Adekanmbi, V., Jones, H., Farewell, D. & Francis, N. A. Antibiotic use and deprivation: an analysis of Welsh primary care antibiotic prescribing data by socioeconomic status. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 75, 2363–2371 (2020).
13. Volpi, C., Shehadeh, F. & Mylonakis, E. Correlation of antimicrobial prescription rate and county income in medicare part D. *Medicine (United States)* 98, (2019).
14. Gouin, K. A. et al. Identifying higher-volume antibiotic outpatient prescribers using publicly available medicare part D data – United States, 2019. *American Journal of Transplantation* 22, 1266–1270 (2022).
15. קריגר, מ. ועמיתים. הטיפול באנטיביוטיקה ברפואת הקהילה בישראל בראי התוכנית הלאומית למדדי איכות הרפואה 158, 299–304 (2019).
16. Mallah, N., Orsini, N., Figueiras, A. & Takkouche, B. Education level and misuse of antibiotics in the general population: a systematic review and dose–response meta-analysis. *Antimicrob Resist Infect Control* 11, 1–22 (2022).
17. Martínez-gonzález, N. A. et al. Time Trends and Factors Associated with Antibiotic Prescribing in Swiss Primary Care (2008 to 2020). *Antibiotics* 2020, Vol. 9, Page 837 9, 837 (2020).
18. Chen, Y. et al. Socio-demographic and health service factors associated with antibiotic dispensing in older Australian adults. *PLoS One* 14, e0221480 (2019).
19. Khazen, M. & Guttman, N. 'Nesef Doctora'—When mothers are considered to be 'half-doctors': Self-medication with antibiotics and gender roles in the Arab society in Israel. *Sociol Health Illn* 43, 408–423 (2021).
20. Khazen, M. & Guttman, N. Pharmacists under pressure to concede: Why pharmacists provide non-prescribed antibiotics in the Arab minority in Israel. *SSM - Qualitative Research in Health* 2, 100191 (2022).
21. Khazen, M. Power dynamics in doctor-patient relationships: A qualitative study examining how cultural and personal relationships facilitate medication requests in a minority with collectivist attributes. *Patient Educ Couns* 105, 2038–2044 (2022).
22. גלעד, ל. ופריימן, טל. אי השוויון במערכת הבריאות וההתמודדות עמו. ירושלים (2024).



## טיפול תרופתי לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון

### מבוא

ארועי ה-7.10 ובעקבותיהם מלחמת חרבות ברזל טלטלו את החברה הישראלית באופן חסר תקדים. לתמותה הקיצונית החריגה, להתמודדות עם חטיפת אזרחים וחיילים וללוחמה, נוספו עקירת אנשים מבתיים, אזעקות מרובות בעורף ופגיעה קשה בשגרת החיים. רבות דובר על הפגיעה בבריאות הנפש של האוכלוסיה, אך חסרים אמדנים לאומיים לפגיעה זו ולצרכים העולים של שירותי הבריאות בקהילה.

מספר מחקרים ניסו לאמוד את הקשר בין ארועי השבעה באוקטובר והמלחמה לבין המצב הנפשי והצורך בשירותי בריאות הנפש. מחקר שבדק 710 ישראלים לפני ואחרי ארועי פרוץ המלחמה (אוגוסט 2023 בהשוואה לנובמבר 2023) הדגים עליה פי 1.8 בשכיחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) (posttraumatic stress disorder), עליה פי 1.7 בחרדה ועליה פי 1.4 בדכאון (1). בסקר של מכון ברוקדייל שנערך כשלושה חודשים לאחר פרוץ המלחמה אשר בו השתתפו 701 צעירים בני 18-34 המייצג את האוכלוסיה היהודית והערבית בישראל, דווח כי 50% חוו החמרה במצב הנפשי, 71% דיווחו כי חוו מתח או חרדה ו-61% חשו מדוכאים (2). מבחינת הפניות לשירותי בריאות הנפש, מחקר שנערך בשירותי בריאות כללית העריך שברבעון שבין אוקטובר לדצמבר 2023 היתה של עליה של 23% (מ-0.99% ל-1.22%) בפניות לשירותי בריאות הנפש בקהילה בהשוואה לתקופה המקבילה ב-2022 (3). בבחינת הפניות למוקדים הטלפונים של עמותת ער"ן (עזרה ראשונה נפשית) נרשמה עליה תלולה ביום השבעה באוקטובר ולאחריו ירידה הדרגתית עד סוף שנת 2023 (סוף תקופת המחקר), ממצא המייצג עליה חריפה במצוקה נפשית (4). במחקר לא נמצאה עליה בפניות אבדניות למוקד, ממצא שהמחברים מייחסים ללכידות החברתית בתקופה הראשונה ולזמן שלוקח לפתח פוסט טראומה שהוא מעבר לתקופת המעקב במחקר זה. בתקופה קצרה זו הערכה של הפניות למיון פסיכיאטרי בחודש שלאחר ארועי השבעה באוקטובר הדגימה עליה של 46% אשר רובן יוחסו לתגובה לארועי הטרור של השבעה באוקטובר (5), אך לא בוצע מעקב אחר מגמות לאורך זמן. סקר נוסף שנעשה בסמיכות לאירועי 7.10 שבו השתתפו כ-400 מתנדבים, הדגים עליה מובהקת בשימוש בתרופות הרגעה עבור אנשים שנחשפו למצבים טראומטיים במידה גבוהה יותר (ניצולים מאזורי הקרב, מות קרוב, קרוב חטוף, חשיפה למתקפת טילים, אדם קרוב שגוייס, חשיפה לסרטונים) (6).

במספר מחקרים נעשה ניסיון להבין את המאפיינים של אנשים שיפתחו פוסט טראומה, דכאון וחרדה. בסקר קטן שנערך בנובמבר-דצמבר 2023 בקרב מפונים מהדרום והצפון ותושבי המרכז הראה כי רמות העקה, דכאון וחרדה הגבוהות ביותר היו נחלתם של תושבי הדרום והרמות היו גבוהות יותר בקרב תושבי הצפון בהשוואה למרכז (7). מחקר אורך שנערך לאחר אירועי אוקטובר הדגים כי לנשים נטיה גבוהה משל גברים לחוות PTSD, דכאון וחרדה בשלושה שבועה חודשים לאחר האירוע (1,8) בדומה לארועי הטרור ב-11.9.2001 (9/11) (9). במחקר נוסף, שצויין מעלה ובדק PTSD, חרדה ודכאון לפני ואחרי שבעה באוקטובר מצא כי ערבים נטו יותר מיהודים לפתח הפרעות אלו מיהודים (10) תוצאה שנמצאה עבור מיעוטים גם במחקרים אחרים לאחר 9/11 (11,12).

לאור הפרסומים על הירידה במצב הנפשי של האוכלוסיה והעליה בביקוש לשירותי בריאות הנפש ולאור המחסור בנתונים לאומיים זמינים, הוחלט במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה לאמוד את צריכת השירותים הקשורים בבריאות הנפש. בשיתוף מידע משלוש קופות חולים כללית,

מכבי ולאומית, נעשתה מדידה של הרכישות של תרופות לשינה והרגעה והתרופות נגד דכאון כמדד עקיף לביקוש ולמצוקה בעקבות ארועי השבעה באוקטובר והמלחמה.

בפרק זה נסקור שני מדדי המצאות של שימוש בתרופות שינה, הרגעה ותרופות נוגדות דיכאון בשנים 2021-2023 תוך נסיון להבין את דפוסי השימוש בחודשי המלחמה הראשונים (אוקטובר-דצמבר 2023). יש לציין כי הרבעון האחרון של שנת 2023 נמהל בנתונים השנתיים ולכן יתכן כי המגמות המאפיינות את תקופת המלחמה אף חמורות יותר.

## שיטות

### אוכלוסיה:

הופקו נתונים על רכישות של תרופות לשינה, הרגעה ודכאון עבור כלל המבוטחים מקופת חולים כללית, מכבי ולאומית בני 18 ומעלה בשנים 2021-2023. סה"כ 5,133,263 מבוטחים בשנת 2023, מהם 53% נשים, 40% בני 20-39, 33% בני 40-59, 22% בני 60-79 ו 5% בני 80 ומעלה (טבלה 1).

### טבלה 1 - מאפייני המבוטחים לפי מין וגיל, 2023

| קבוצת גיל | נשים      | גברים     | סה"כ      |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           | 2,669,942 | 2,463,321 | 5,133,263 |
| 20-29     | 19.6%     | 20.3%     | 20.0%     |
| 30-39     | 19.4%     | 20.7%     | 19.9%     |
| 40-49     | 18.0%     | 18.8%     | 18.4%     |
| 50-59     | 14.7%     | 15.0%     | 14.9%     |
| 60-69     | 13.0%     | 12.5%     | 12.7%     |
| 70-79     | 10.0%     | 8.9%      | 9.5%      |
| 80-89     | 2.6%      | 2.0%      | 2.3%      |
| 85+       | 2.8%      | 1.8%      | 2.3%      |

### משתנים:

הנתונים הופקו באופן אגרגטיבי בדומה להפקה במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. אופן הגדרת המשתנים מופיע בפירוט בפרק השיטות בדו"ח זה.

נאספו נתונים עבור שתי קבוצות של טיפולים תרופתיים:

• תרופות לשינה והרגעה - N03AE, N05BA, N05CD - Benzodiazepine derivatives  
N05CF - Benzodiazepine related drugs

• תרופות נוגדות דכאון - N06A – antidepressant

רשימת התרופות המלאה מופיעה בנספח לפרק זה בטבלה 6.

עבור כל קבוצת תרופות הופק נתון על סך הרכישות בכל שנה בשנים 2021-2023. סך הרכישות חושב באופן אגרגטיבי לפי מין, קבוצת גיל, מצב חברתי-כלכלי ונפה. לא נתקבל מידע אודות מאפייני שימוש ברמת הפרט, אודות טיפול ראשון, טיפול חוזר או טיפול משולב בשני סוגי התרופות.



## שיטות סטטיסטיות:

חישוב הרכישות נעשה ע"י חלוקה של סך הרכישות לכל קבוצת תרופות בגודל האוכלוסיה. התוצאה הוכפלה ב-1000 כדי להציג את הרכישות ל-1000 איש.

על מנת לאמוד את השינוי בדפוס השימוש בשנים 2021-2023 חושב אחוז השינוי בין השנים. אחוז השינוי בשנת 2022 לעומת 2021 מציג את אחוז העליה או הירידה ברכישות בשנת 2022 לעומת שנת 2021, אחוז השינוי בשנת 2023 לעומת 2022 מציג את אחוז העליה או הירידה ברכישות בשנת 2023 לעומת שנת 2022. אחוז השינוי ברכישות חושב לפי קבוצת גיל ולפי נפת מגורים ומוצג בצורת גרף עמודות.

סך הרכישות המוצג לפי מין ונפת מגורים תוקנן לפי גיל (אוכלוסית התקן היא האוכלוסיה בשנת 2021).

## תוצאות

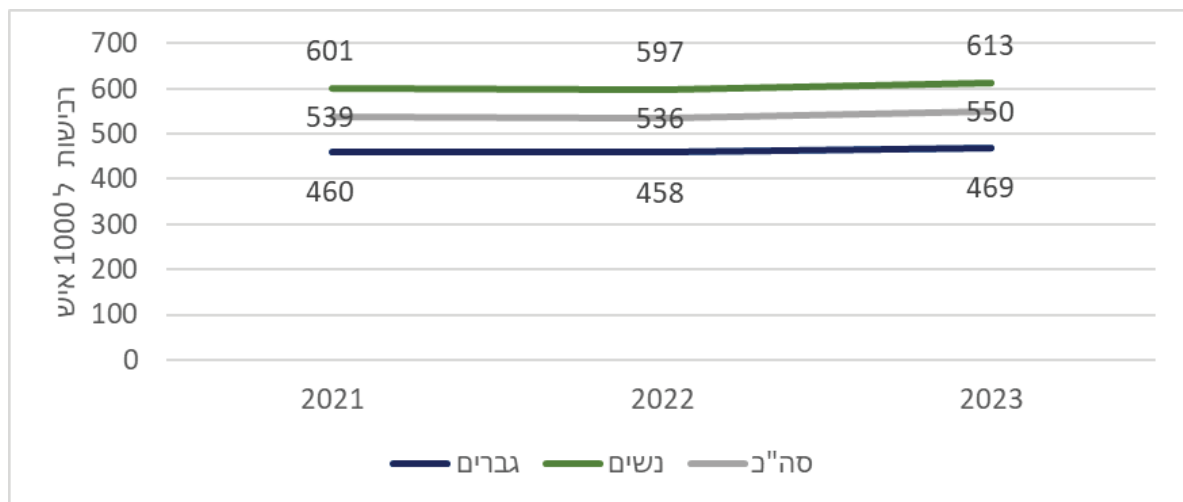
### היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה, רכישות ל-1000 איש לשנה

#### מגמות בשימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה לפי גיל

לאחר יציבות בסך הרכישות בין השנים 2021-2022, נצפתה עליה בשנת 2023 בשימוש בתרופות לשינה (עליה אבסולוטית של 14 מרשמים ל-1000 תושבים המייצגת עליה יחסית של 2.5%) (תרשים 1). צריכת התרופות גבוהה יותר ב-30% בנשים בהשוואה לגברים (613 לעומת 469 מרשמים ל-1000 איש בשנת 2023, בהתאמה). השימוש בתרופות אלו עולה עם העליה בגיל ועומד בשנת 2023 על 115 מרשמים ל-1000 אנשים בגיל 20-24 לעומת 3643 מרשמים ל-1000 אנשים בני 84-80 (טבלה 2 בנספח). נתוני צריכה לפי מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה מוצגים בנספח בטבלה 2.

תרשים 2 מציג את אחוז השינוי ברכישות לפי גיל בין השנים 2022-2023 לעומת 2021-2022. ניתן להתרשם, כי בשנת 2022 היו עליות של פחות מ-4% בקרב אנשים עד גיל 59 ונצפתה ירידה בצריכה בבני 60 ומעלה. לעומת זאת, בשנת 2023 היו עליות של כ-14% בצריכה בבני 20-29, מגמה שהתמתנה עם הגיל, אך עדיין הדגימה עליה בצריכה בבני 60-69, והתהפכה רק בבני 70 ומעלה, בהם הירידות היו מצומצמות יותר (אם בכלל) מאשר בשנת 2022.

#### תרשים 1 – היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה, רכישות ל-1000 איש לשנה\*



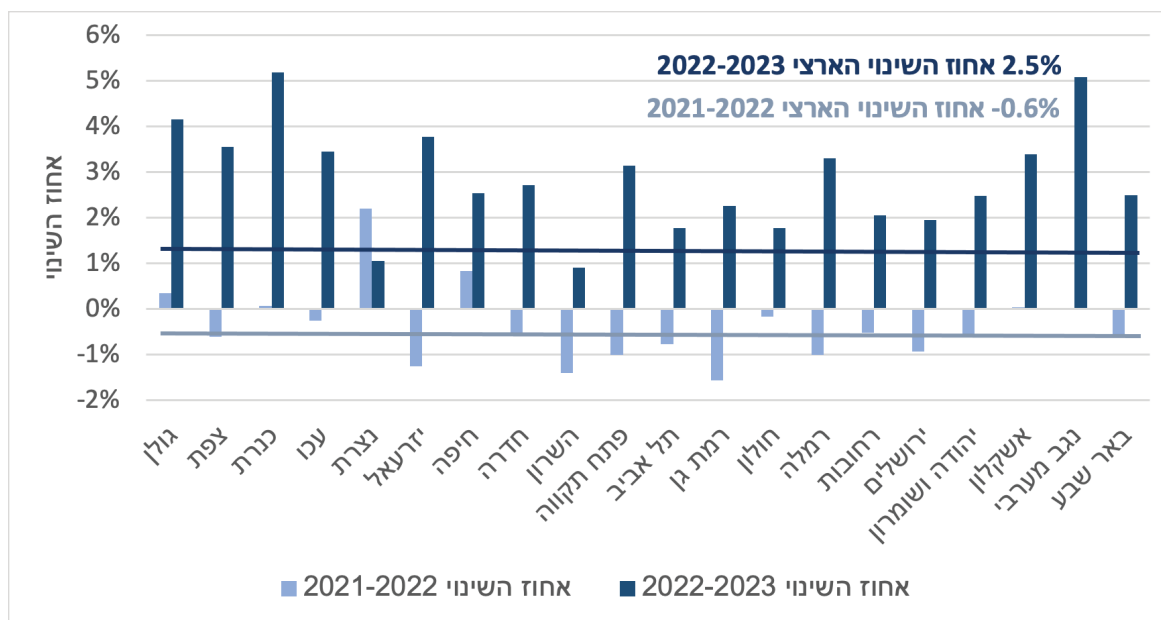
מתוקנן לגיל לפי שנת תקן 2021



## טיפול תרופתי לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון

בשנת 2023, מספר הרכישות הגבוה ביותר ל 1000 איש נרשם בחיפה (778), חולון (666), יזרעאל (618), כנרת (604) ואשקלון (596) (טבלה 3 נספח). בשנת 2022 היתה ירידה ברכישת תרופות כמעט בכל הנפות (תרשים 3). לעומת זאת, בשנת 2023 היתה עליה ברכישות בכל הנפות כולן, כשהעליות הגבוהות ביותר היו בנפות כנרת והנגב המערבי (כ-5%), צפת והגולן.

**תרשים 3 – אחוז השינוי בהיקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה בשנים עוקבות לפי נפת מגורים**



מתוקנן לגיל לפי שנת תקן 2021

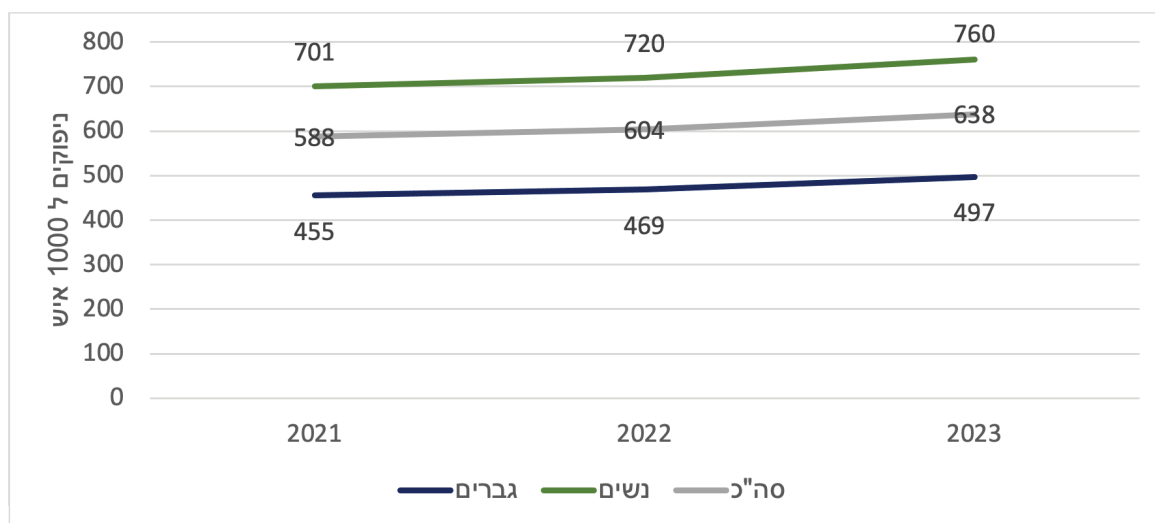
## היקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון, רכישות ל-1000 איש לשנה

מגמות בשימוש בתרופות נוגדות דכאון לפי גיל

בשנת 2022 נצפתה עליה מ-588 ל-604 מרשמים ל-1000 איש, המיצגת עליה של 2.7% בצריכת תרופות נוגדות דכאון (תרשים 4). לעומת זאת, בשנת 2023 העליה התחזקה ל-638 מרשמים ל-1000 איש, עליה של 5.7%. לכל אורך התקופה, נשים צורכות בכ-50% יותר מרשמים מגברים (בשנת 2023, 760 לעומת 497 רכישות ל-1000 נשים וגברים, בהתאמה). מספר הרכישות עולה עם העליה בגיל ונע בין 84 רכישות ל-1000 בני 20-24 ועד ל-2073 רכישות בקרב 1000 בני 85 ומעלה (טבלה 4 בנספח). נתוני צריכה לפי מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה מוצגים בנספח בטבלה 4.

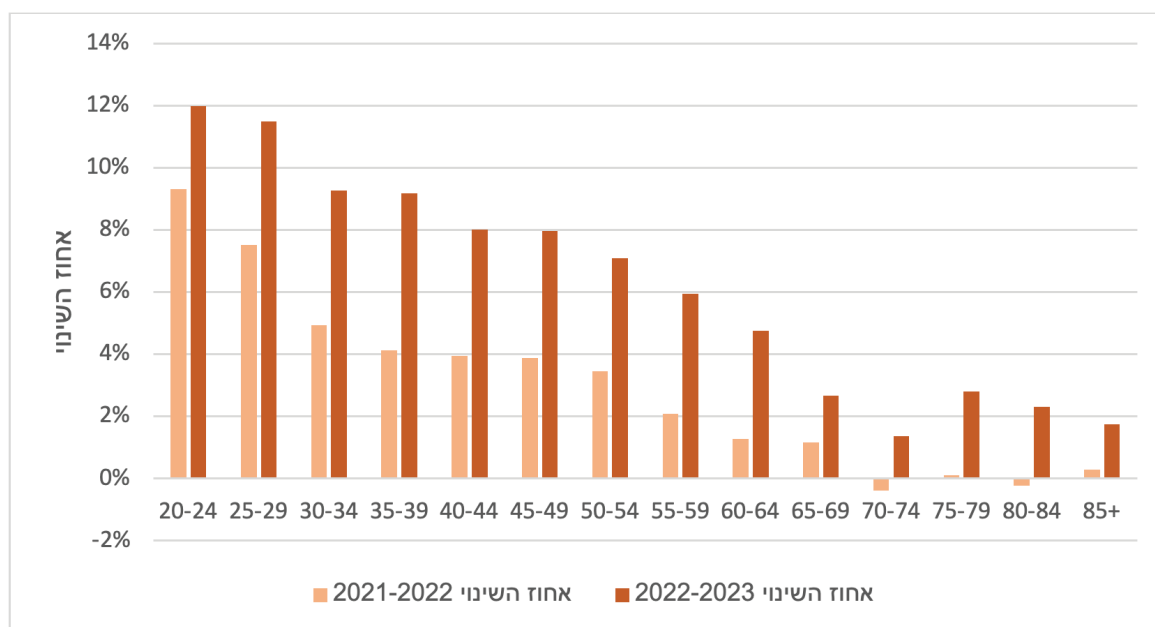
בבחינת אחוז השינוי בשנים עוקבות לפי גיל, ניכר כי בשנת 2022 היתה עליה ברכישות בגילאים 20-69 וירידה קלה או חוסר שינוי ברכישות בבני 70 ומעלה (תרשים 5). מידת העליה היתה קשורה קשר הפוך עם הגיל, עם עליה של 9.3% בבני 20-24. בשנת 2023 היתה עליה ברכישות תרופות נוגדות דכאון בכל קבוצות הגיל שהגיעה עד 12% בבני 20-24. יתר על כן, בכל קבוצות הגיל החל מגיל 30, ישנה הכפלה של שיעור השינוי ברכישות בשנת 2023 בהשוואה לשיעור השינוי בשנת 2022. כך למשל בקבוצת גיל 35-39, ישנה עליה של 9.2% ברכישות בשנת 2023 בהשוואה לשנת 2022 ואילו בשנת 2022 ישנה עליה של 4.1% ברכישות בהשוואה לשנת 2021.

### תרשים 4 – היקף השימוש בתרופות מרשם נוגדות דכאון, רכישות ל-1000 איש לשנה



מתוקנן לגיל לפי שנת תקן 2021

## תרשים 5 – אחוז השינוי בהיקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון בשנים עוקבות לפי גיל

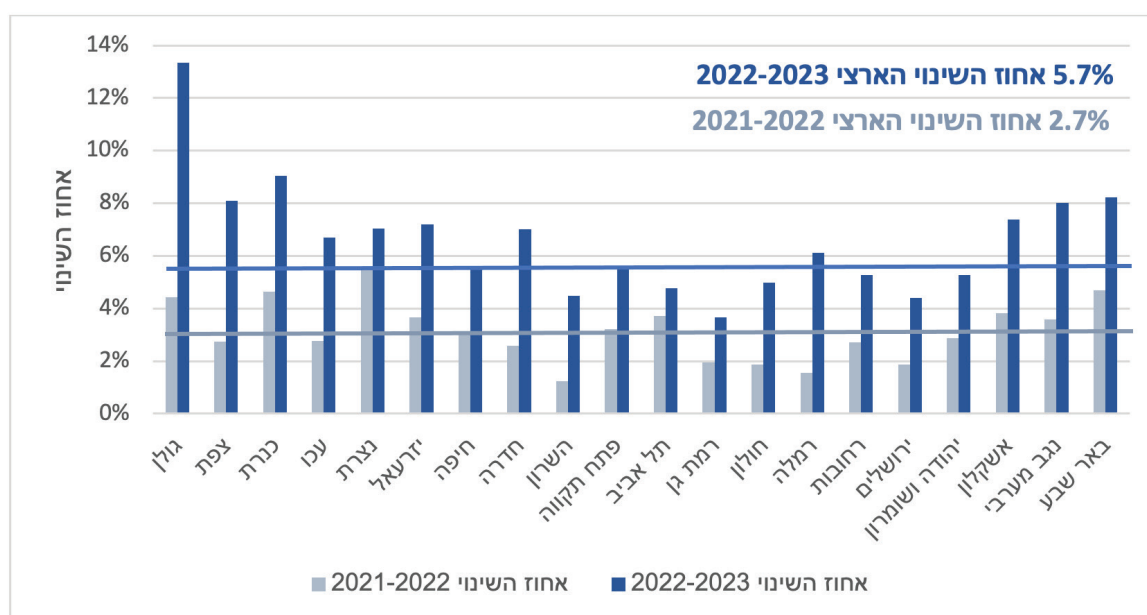


### מגמות בשימוש בתרופות נוגדות דכאון לפי נפת מגורים

מספר הרכישות ל 1000 תושבים בשנת 2023 היה הגבוה ביותר בחיפה (754) ובתל אביב (749) (טבלה 5 בנספח). ניתן לראות כי שבע נפות מתוך 20 הנפות בתכנית חצו את 700 הרכישות ל 1000 תושבים ביניהן רמת גן (739), פתח תקווה (723), כנרת (717), צפת (708), יזרעאל (700).

בתרשים 6 מוצג אחוז השינוי ברכישות של תרופות נוגדות דכאון בשנים עוקבות לפי נפה. כאמור, אחוז השינוי הארצי בכמות הרכישות בשנת 2023 עמד על עליה של 5.7% בהשוואה לשנת 2022 ואילו בשנת 2022 העליה ברכישות עמדה על 2.7% לעומת הרכישות ב-2021. ניתן לראות כי בכל הנפות היתה עליה ברכישות, כאשר בשנת 2023 אזור הצפון (גולן, צפת, כנרת) והדרום (אשקלון, נגב מערבי ובאר שבע) מובילים בעליות הגבוהות ביותר.

## תרשים 6 – אחוז השינוי בהיקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון בשנים עוקבות לפי נפת מגורים\*



מתוקנן לגיל לפי שנת תקן 2021

בשנת 2023 נצפו עליות בצריכת תרופות להרגעה ושינה ותרופות נוגדות דכאון בכלל האוכלוסיה הבוגרת. העליה בלטה במיוחד בקבוצות הגיל הצעירות המאופיינות בצריכה נמוכה יחסית ובנפוח הדרום והצפון שחוו פגיעה אם ממעשי טרור ולוחמה ואם מפניו ועקירה, אך למעשה אפיינה את כל אזורי המדינה. עבור תרופות להרגעה ושינה מדובר בשינוי מגמה בהשוואה לשנת 2022 שאופיינה בעיקר ביציבות בצריכה ואף ירידה כמעט בכל הנפוח ובשנת 2023 רואים עליה בצריכה. נשים צרכו יותר מגברים וידוע כי הן נוטות יותר מגברים לפתח חרדה, דכאון ו PTSD לאחר ארועים טראומטיים (1,8,12,13).

במחקר שנערך במכבי שירותי בריאות ובחן את השימוש בשירותי רפואה בקהילה ושירותי בריאות הנפש בקרב תושבי צפון המדינה במלחמת לבנון השניה, נמצאה ירידה בשימוש בשירותי הבריאות הכלליים וגם ירידה בפניה לשירותי בריאות הנפש ללא ירידה או שינוי בפניות לחדרי מיון. נמצאה עליה בשימוש בנוגדי חרדה ובנוגדי דכאון סביב חדשי המלחמה ובצפון הארץ, אך פרשנות הממצאים לא היתה חד משמעית (14). יש לציין כי גם בתכנית המדדים בניתוח לפי נפה, נמצא עבור חלק מהמדדים שאינם קשורים בבריאות הנפש ירידה בשימוש בשירותי הבריאות בשנת 2023 לעומת 2022 בנפוח הקשורות במלחמה או בפניו תושבים מבתיים (הנתונים טרם פורסמו).

ניתן לבחון מידע על תגובות נפשיות ברמת האוכלוסיה לארועי טרור ומלחמה מארועים בעלי אימפקט גבוה, דוגמת ארועי 9/11 בארה"ב. בסקירה של ההשלכות הנפשיות של ארועים אלה (15), נצפה כי ככלל, 44% מהאוכלוסיה המבוגרת בארה"ב חוותה עקה 3-5 ימים לאחר התשעה בספטמבר וסקרים לאומיים הדגימו עליה בתחושות פחד חוסר בטחון ותסמינים פוסט טראומטיים גם חדשיים לאחר ארועים אלה. הסיכון היה גבוה יותר בתושבי ניו יורק בהשוואה לאלה שגרו מחוץ לאזור ניו יורק. נמצא שההמצאות של תסמונת עקה פוסט-טראומטית (PTSD) עלתה 5-6 שנים לאחר הארוע (late onset PTSD). מחקרים מצאו עליה בשימוש באלכוהול, עישון ומריחואנה אשר נקשרה לחשיפה לארועי 9/11. לא נמצא קשר עם אבדנות ולא דווח על שימוש בתרופות. לאחר אסון פוקושימה ביפן בשנת 2011, בקרב עובדי המתקנים הגרעיניים נמצאה אינסומניה בקרב כ-50% מהעובדים. גורמים הקשורים באינסומניה במשך ארבע שנות מעקב כללו אבדן רכוש ופניו מהבתים (16), קשרים שנותרו חזקים גם לאחר ניטרול תסמינים של PTSD. בשנת 2023 הלמ"ס ביצע את הסקר החברתי בו המשתתפים נשאלו לגבי מצבם הנפשי, שינוי במצבם הבריאותי ודפוסי השינה שלהם. לבקשתנו, קיבלנו את נתוני התשובות לפני ואחרי השבעה באוקטובר 2023. נמצא, שמבחינת שעות שינה לא היו הבדלים ניכרים בין המענים לפני ואחרי השבעה באוקטובר, היתה עליה מובהקת סטטיסטית במדווחים על נדודי שינה (30.8% ו-41.9% לפני ואחרי ה-7.10, בהתאמה,  $p < 0.001$ ) כמו כן היתה עליה מובהקת סטטיסטית במדווחים שמצבם הנפשי סביר או לא טוב (18.9% ו-23.3% בהתאמה,  $p < 0.001$ ) (הנתונים באדיבות הגב' נורית דוברין, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה).

מנתוני התכנית לשנת 2023 לא ניתן לחשב באופן ישיר כמה מהעליה בצריכה של תרופות הרגעה, שינה ונוגדי דכאון מיוחס לרבעון האחרון של אותה שנה ולהשפעות המלחמה. יחד עם זאת, ההשוואה לצריכה בשנת 2022 והעליה שנצפתה בשנת 2023 מספקים תמונת מצב עדכנית לגבי הצורך שהתעורר באוכלוסיה במיוחד בקרב צעירים ועומד בהלימה עם דיווחים על העליה בפניות לשירותי בריאות הנפש, עליה בחרדה, דכאון ופוסט טראומה בחודשים הסמוכים לשבעה באוקטובר (עם כי יתכן שמוקדם מדי לדבר על פוסט טראומה כה סמוך לארועים).

איסוף נתונים אודות הצריכה של תרופות אלו ימשך גם בשנת 2024 ויאפשר הבנה טובה יותר של המגמות שנצפו. הנתונים יותחו גם לפי מאפיינים נוספים של מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה על מנת לזהות אוכלוסיות למיקוד. השפעות המלחמה על בריאות האוכלוסיה וצריכת שירותי הבריאות ינותחו גם הם מנתוני 2024, שנת המלחמה. ניתוח זה יהוו נדבך נוסף בהבנה של השפעות המלחמה ויעזור במיפוי צרכי האוכלוסיה ובשיפור השירות לתושבים.

1. Levi-Belz, Y., Groweiss, Y., Blank, C. & Neria, Y. PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: a nationwide prospective study. *EClinicalMedicine* 68, (2024).
2. בן סימון, ב. קונסטנטינובו, חרבות מלחמת השפעות בישראל הצעירים על ברזל סקר ממציא מארייס גוינט ברוקדייל (2024) 004 24
3. פרוכטר, א. & קופציק, מ. מלחמת חרבות ברזל - המלחמה על הנפש. הרפואה 361, (2024).
4. Benatov, J., Itzhaky, L., Daniels, S. & Zalsman, G. Suicidality Calls to a National Helpline After a Terror Attack and War. *JAMA Psychiatry* 81, 1138–1141 (2024).
5. Shalev, L. et al. Utilization of psychiatry services in the emergency department following a terror event in Israel. *Psychiatry Res* 339, 116059 (2024).
6. Feingold, D., Neria, Y. & Bitan, D. T. PTSD, distress and substance use in the aftermath of October 7th, 2023, terror attacks in Southern Israel. *J Psychiatr Res* 174, 153–158 (2024).
7. Shamo-Nir, D. L. Psychological trauma of evacuated Israeli residents following the October 7th Hamas terror attack. *Psychiatry Res* 342, 116210 (2024).
8. Schechtman, E. G., Hay, D. E., Schwartz, I., Neria, Y. & Roe, D. The unfolding of psychological distress following the October 7 attack on Israel: The impact of exposure, gender, and event centrality. *Psychiatry Res* 344, 116356 (2025).
9. Ford, J. D., Adams, M. L. & Dailey, W. F. Factors associated with receiving help and risk factors for disaster-related distress among Connecticut adults 5-15 months after the September 11th terrorist incidents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41, 261–270 (2006).
10. Groweiss, Y., Blank, C., Hamdan, S., Neria, Y. & Levi-Belz, Y. The mental health impact of the October 7th terror attack on Jews and Arabs in Israel: A nationwide prospective study. *Psychiatry Res* 337, 115973 (2024).
11. Ford, J. D., Adams, M. L. & Dailey, W. F. Factors associated with receiving help and risk factors for disaster-related distress among Connecticut adults 5-15 hs after the September 11th terrorist incidents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41, 261–270 (2006).
12. Chu, T. Q., Seery, M. D., Ence, W. A., Alison Holman, E. & Silver, R. C. Ethnicity and gender in the face of a terrorist attack: A national longitudinal study of immediate responses and outcomes two years after september 11. *Basic Appl Soc Psych* 28, 291–301 (2006).
13. Whealin, J. M. et al. Race/Ethnic Differences in Prevalence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in World Trade Center Responders: Results from a Population-Based, Health Monitoring Cohort. *Psychol Trauma* 14, 199 (2021).
14. Gelkopf, M., Kodesh, A. & Werbeloff, N. Mental health medication and service utilisation before, during and after war: a nested case-control study of exposed and non-exposed general population, 'at risk', and severely mentally ill cohorts. *Epidemiol Psychiatr Sci* 25, 80–90 (2016).
15. Perlman, S. E. et al. Short-term and medium-term health effects of 9/11. *The Lancet* 378, 925–934 (2011).
16. Ikeda, A., Charvat, H., Shigemura, J., Kales, S. N. & Tanigawa, T. Longitudinal trends in disaster-related insomnia among Fukushima nuclear plant workers: the Fukushima Nuclear Energy Workers' Support Project study. *Sleep* 42, (2019).

## סיכום כללי

דוח זה מביא מידע ייחודי, שנאסף בעקבות ארועי שבעה באוקטובר ופתיחת המלחמה, על הצריכה של תרופות שינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון. הודגמה עליה בצריכת תרופות אלו בכל שכבות הגיל ובכל הנפות אך העליה המשמעותית ביותר היתה בקרב צעירים בני 20-50 ואנשים הגרים בצפון ודרום הארץ, באזורים הנמצאים בהלימה עם יישובים שפוננו מיושביהם. מגמת העליה שנצפתה בשנת 2023 מיוחסת לחודשי המלחמה וניתן להעריך כי מגמה זו תימשך גם בשנת 2024. הנתונים המובאים בדו"ח זה מדגימים באופן כמותי היבט אחד של העליה במצוקה הנפשית והצורך המורגש לשרותי בריאות הנפש בקהילה. ניתוח עתידי לפי מאפיינים של מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה עשויים לסייע באיתור אוכלוסיות למיקוד.

בדו"ח זה הובאו לראשונה נתונים לאומיים של מדדי הפערים בבריאות לפי קבוצת אוכלוסיה (חרדים, ערבים והחברה הכללית) לצד מגמות לפי מצב חברתי-כלכלי. באופן כללי, ניתן לסכם כי האוכלוסיה הערבית מתאפיינת בשיעורי עישון גבוהים, במיוחד בגברים, שיעורי השמנה גבוהים בנשים ובני נוער, שיעורי המצאות גבוהים של סוכרת ושיעורי חוסר איזון גבוהים בקרב חולי סוכרת. האוכלוסיה החרדית מתאפיינת ביצוע נמוך של ממוגרפיה וסיקור לסרטן המעי הגס. סיקור נמוך לסרטן צוואר הרחם מאפיין הן את האוכלוסיה הערבית והן את האוכלוסיה החרדית.

ניתן להתרשם כי למרות שישנו מתאם בין מצב חברתי-כלכלי לבין קבוצת אוכלוסיה, הפערים חזקים יותר בבחינה לפי מצב חברתי-כלכלי מאשר לפי קבוצת אוכלוסיה. יתרה מכך, הפערים במדדי הבריאות עשויים להיות שונים בבחינה לפי מצב חברתי-כלכלי או קבוצת אוכלוסיה (לדוגמה, צמצום היחס בין עמידה במדד בשכבה חברתית-כלכלית גבוהה לנמוכה בשנים שונות לעומת הרחבת היחס בין קבוצת אוכלוסיה מסוימת לאוכלוסיה הכללית באותן שנים). ניתוחים עתידיים יחקרו לעומק עד כמה פערים בין קבוצות אוכלוסיה מוסברים על ידי פערים חברתיים-כלכליים. בנוסף תבחן השונות בין קבוצות אוכלוסיה וקבוצות חברתיות כלכליות לפי מיקום גאוגרפי.

ידוע כי גורמים תרבותיים, אוריינות בריאות, נגישות לשירותי בריאות ויתכן שאף איכות השירותים המסופקים לאנשים משכבות חברתיות-כלכליות או מקבוצות אוכלוסיה או מיישובים שונים עלולים לקבוע את העמידה במדדי איכות ויתרה מכך – את מצב בריאותם. דוחות דוגמת הדוח הנוכחי מטרתם לשקף פערים באופן רב מימדי ככל הניתן, בכדי לנסות ולמקד פעילויות שיובילו לצמצום פערים אלה וייטיבו עם בריאות האוכלוסיה כולה.

# נספח

## טבלה 1: שיעורים מתוקננים לגיל לפי מין וקבוצת אוכלוסיה 2023

| שיעורים מתוקננים לגיל לפי מין וקבוצת אוכלוסיה                     |       |       |       |
|-------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| קבוצת אוכלוסיה                                                    | כללי  | חרדי  | ערבי  |
| מין                                                               |       |       |       |
| שיעור עישון בקרב בני 16-74                                        |       |       |       |
| גברים                                                             | 27.3% | 19.2% | 41.1% |
| נשים                                                              | 16.3% | 5.1%  | 7.1%  |
| שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב ילדים שמלאו להם 7 שנים בשנת המדד |       |       |       |
| בנים                                                              | 8.2%  | 5.4%  | 11.0% |
| בנות                                                              | 8.0%  | 5.1%  | 9.8%  |
| שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 14-15                        |       |       |       |
| בנים                                                              | 12.9% | 11.9% | 19.9% |
| בנות                                                              | 11.9% | 9.8%  | 14.1% |
| שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64                        |       |       |       |
| גברים                                                             | 21.4% | 30.1% | 27.8% |
| נשים                                                              | 24.0% | 34.0% | 37.0% |
| שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 65-84                        |       |       |       |
| גברים                                                             | 26.0% | 31.6% | 31.1% |
| נשים                                                              | 32.8% | 39.2% | 54.6% |
| שיעור ההימצאות של סוכרת בקרב בני 18 ומעלה                         |       |       |       |
| גברים                                                             | 10.8% | 10.9% | 16.2% |
| נשים                                                              | 8.5%  | 8.8%  | 15.7% |
| שיעור בעלי רמת HbA1c מאוזנת בחולי סוכרת בני 18-84                 |       |       |       |
| גברים                                                             | 77.9% | 74.3% | 68.5% |
| נשים                                                              | 82.7% | 79.9% | 73.7% |
| שיעור בעלי רמת HbA1c גבוהה מ-9% בחולי סוכרת בני 18 ומעלה          |       |       |       |
| גברים                                                             | 6.9%  | 8.0%  | 11.4% |
| נשים                                                              | 5.5%  | 6.3%  | 9.7%  |

המשך <

| שיעורים מתוקננים לגיל לפי מין וקבוצת אוכלוסיה (המשך)                                                          |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| קבוצת אוכלוסיה                                                                                                | כללי  | חרדי  | ערבי  |
| מין                                                                                                           |       |       |       |
| שיעור הביצוע של בדיקות עיניים בחולי סוכרת בני 18-84                                                           |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 73.1% | 72.2% | 75.3% |
| נשים                                                                                                          | 74.0% | 72.2% | 76.5% |
| שיעור חולי סוכרת עם פגיעה כלייתית בני 18-84                                                                   |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 33.9% | 35.3% | 38.8% |
| נשים                                                                                                          | 26.2% | 28.4% | 33.2% |
| שיעור הביצוע של ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים בנות 50-74                                            |       |       |       |
| נשים                                                                                                          | 72.1% | 59.4% | 65.2% |
| שיעור הנשים בגילאים 25-54 אשר ביצעו בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בתדירות המומלצת                             |       |       |       |
| נשים                                                                                                          | 75.0% | 54.4% | 51.4% |
| שיעור הביצוע של בדיקה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס בקרב בני 50-74                                            |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 65.1% | 53.3% | 62.0% |
| נשים                                                                                                          | 65.5% | 54.1% | 65.3% |
| שיעור המבוטחים בעלי בדיקת דם סמוי חיובית, אשר עברו בדיקת קולונוסקופיה תוך 180 ימים מיום ביצוע בדיקת הדם הסמוי |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 65.9% | 59.0% | 54.7% |
| נשים                                                                                                          | 69.0% | 61.6% | 55.4% |
| היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות סיסטמיות, רכישות ל-1000 איש לשנה                                              |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 612.7 | 662.0 | 788.1 |
| נשים                                                                                                          | 856.6 | 874.6 | 936.1 |
| היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה, רכישות ל-1000 איש לשנה                                                 |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 481.8 | 455.9 | 362.1 |
| נשים                                                                                                          | 649.0 | 546.9 | 361.2 |
| היקף השימוש בתרופות נוגדות דיכאון, רכישות ל-1000 איש לשנה                                                     |       |       |       |
| גברים                                                                                                         | 532.4 | 514.7 | 327.5 |
| נשים                                                                                                          | 838.1 | 662.0 | 414.4 |



**טבלה 2 – היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה, רכישות ל 1000 איש לשנה, לפי גיל, מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה**

| 2023 | 2022 | 2021 |                 |
|------|------|------|-----------------|
|      |      |      | גיל             |
| 115  | 101  | 97   | 20-24           |
| 167  | 146  | 143  | 25-29           |
| 225  | 202  | 199  | 30-34           |
| 299  | 274  | 269  | 35-39           |
| 396  | 368  | 360  | 40-44           |
| 516  | 486  | 478  | 45-49           |
| 677  | 646  | 641  | 50-54           |
| 860  | 837  | 828  | 55-59           |
| 1110 | 1071 | 1073 | 60-64           |
| 1447 | 1428 | 1433 | 65-69           |
| 1944 | 1962 | 1985 | 70-74           |
| 2584 | 2572 | 2648 | 75-79           |
| 3643 | 3689 | 3769 | 80-84           |
| 4934 | 4942 | 5073 | 85+             |
|      |      |      | מצב חברתי-כלכלי |
| 299  | 290  | 286  | 1+2 (נמוך)      |
| 589  | 577  | 579  | 3+4             |
| 598  | 580  | 582  | 5+6             |
| 526  | 511  | 512  | 7+8             |
| 490  | 480  | 486  | 9+10            |
|      |      |      | קבוצת אוכלוסיה  |
| 508  | 496  | 504  | חרדים           |
| 365  | 353  | 350  | ערבים           |
| 575  | 561  | 564  | כללית           |

**טבלה 3 – היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה, רכישות ל 1000 איש לשנה, לפי נפת מגורים\***

| 2023 | 2022 | 2021 |               |
|------|------|------|---------------|
| נפה  |      |      |               |
| 355  | 341  | 340  | גולן          |
| 519  | 501  | 504  | צפת           |
| 604  | 574  | 574  | כנרת          |
| 548  | 530  | 531  | עכו           |
| 455  | 450  | 440  | נצרת          |
| 618  | 596  | 603  | יזרעאל        |
| 778  | 758  | 752  | חיפה          |
| 525  | 511  | 514  | חדרה          |
| 514  | 498  | 504  | פתח תקווה     |
| 533  | 528  | 536  | השרון         |
| 552  | 542  | 547  | תל אביב       |
| 527  | 516  | 524  | רמת גן        |
| 666  | 655  | 656  | חולון         |
| 500  | 484  | 489  | רמלה          |
| 514  | 504  | 507  | רחובות        |
| 396  | 389  | 392  | ירושלים       |
| 390  | 380  | 383  | יהודה ושומרון |
| 596  | 576  | 576  | אשקלון        |
| 473  | 450  | 450  | נגב מערבי     |
| 548  | 535  | 538  | באר שבע       |

\*מתוקנן לגיל לפי שנת תקן 2021

**טבלה 4 – היקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון, רכישות ל 1000 איש לשנה, לפי גיל, מצב חברתי-כלכלי וקבוצת אוכלוסיה**

| 2023            | 2022 | 2021 |            |
|-----------------|------|------|------------|
| גיל             |      |      |            |
| 84              | 77   | 63   | 20-24      |
| 212             | 188  | 160  | 25-29      |
| 340             | 304  | 278  | 30-34      |
| 426             | 382  | 355  | 35-39      |
| 524             | 479  | 457  | 40-44      |
| 632             | 579  | 556  | 45-49      |
| 745             | 690  | 664  | 50-54      |
| 836             | 774  | 745  | 55-59      |
| 931             | 870  | 841  | 60-64      |
| 1046            | 987  | 967  | 65-69      |
| 1181            | 1127 | 1113 | 70-74      |
| 1330            | 1295 | 1280 | 75-79      |
| 1632            | 1610 | 1616 | 80-84      |
| 2073            | 2017 | 2015 | 85+        |
| מצב חברתי-כלכלי |      |      |            |
| 339             | 305  | 291  | 1+2 (נמוך) |
| 548             | 516  | 501  | 3+4        |
| 654             | 619  | 603  | 5+6        |
| 740             | 701  | 680  | 7+8        |
| 736             | 703  | 684  | 9+10       |
| קבוצת אוכלוסיה  |      |      |            |
| 594             | 569  | 555  | חרדים      |
| 375             | 344  | 330  | ערבים      |
| 696             | 659  | 640  | כללית      |

**טבלה 5 – היקף השימוש בתרופות נוגדות דכאון, רכישות ל 1000 איש לשנה, לפי נפת מגורים\***

| נפה           | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------------|------|------|------|
| גולן          | 486  | 508  | 576  |
| צפת           | 637  | 655  | 708  |
| כנרת          | 629  | 658  | 717  |
| עכו           | 482  | 495  | 528  |
| נצרת          | 373  | 393  | 421  |
| יזרעאל        | 630  | 653  | 700  |
| חיפה          | 693  | 715  | 754  |
| חדרה          | 528  | 542  | 580  |
| פתח תקווה     | 663  | 684  | 723  |
| השרון         | 564  | 571  | 597  |
| תל אביב       | 689  | 715  | 749  |
| רמת גן        | 700  | 713  | 739  |
| חולון         | 647  | 659  | 692  |
| רמלה          | 580  | 590  | 626  |
| רחובות        | 636  | 653  | 688  |
| ירושלים       | 467  | 475  | 496  |
| יהודה ושומרון | 514  | 528  | 556  |
| אשקלון        | 557  | 578  | 621  |
| נגב מערבי     | 514  | 533  | 575  |
| באר שבע       | 516  | 540  | 585  |

\*מתוקנן לגיל לפי שנת תקן 2021

## טבלה 6 – קודי התרופות לחישוב סך הרכישות

|                                                  | תרופות לשינה והרגעה   |
|--------------------------------------------------|-----------------------|
| N03AE, N05BA, N05CD - Benzodiazepine derivatives |                       |
| N03AE01                                          | clonazepam            |
| N05BA01                                          | diazepam              |
| N05BA04                                          | oxazepam              |
| N05BA05                                          | potassium clorazepate |
| N05BA06                                          | lorazepam             |
| N05BA08                                          | bromazepam            |
| N05BA09                                          | clobazam              |
| N05BA12                                          | alprazolam            |
| N05CD09                                          | brotizolam            |
| N05CF - Benzodiazepine related drugs             |                       |
| N05CF01                                          | zopiclone             |
| N05CF02                                          | zolpidem              |

|                        | תרופות אנטידכאוניות |
|------------------------|---------------------|
| N06A - Antidepressants |                     |
| N06AA01                | desipramine         |
| N06AA04                | clomipramine        |
| N06AA09                | amitriptyline       |
| N06AA12                | doxepin             |
| N06AA21                | maprotiline         |
| N06AB03                | fluoxetine          |
| N06AB04                | citalopram          |
| N06AB05                | paroxetine          |
| N06AB06                | sertraline          |
| N06AB08                | fluvoxamine         |
| N06AB10                | escitalopram        |
| N06AX03                | mianserin           |
| N06AX05                | trazodone           |
| N06AX10                | oxaflozane          |
| N06AX11                | mirtazapine         |
| N06AX12                | bupropion           |
| N06AX16                | venlafaxine         |
| N06AX17                | milnacipran         |
| N06AX18                | reboxetine          |
| N06AX21                | duloxetine          |
| N06AX25                | Hyperici herba      |
| N06AX26                | vortioxetine        |

