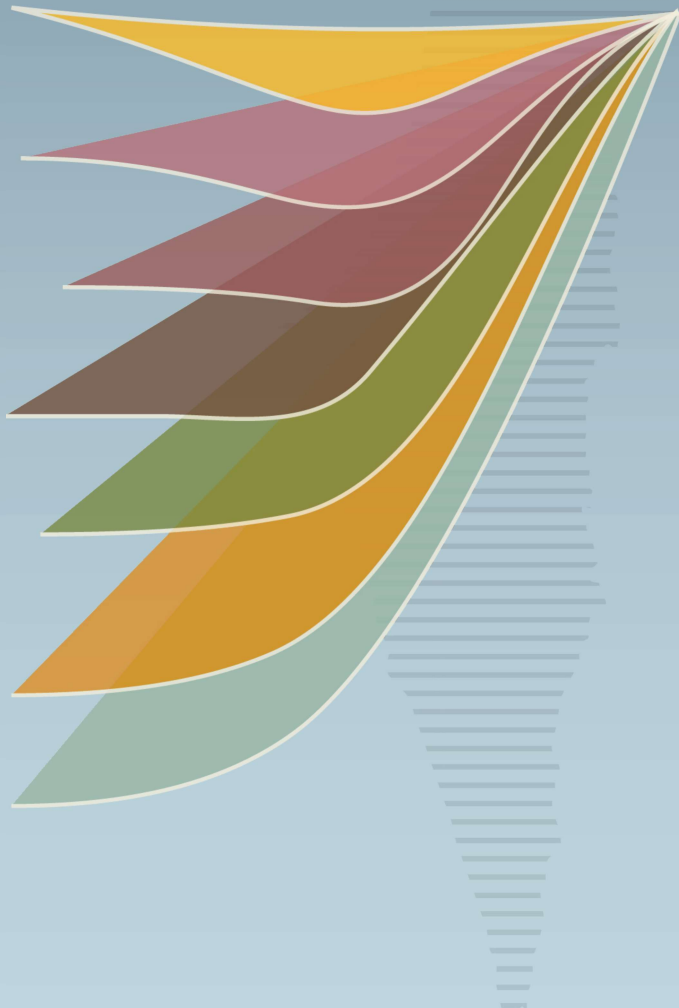


דו"ח פערים בבריאות לנתוני 2023

הבדלים לפי קבוצות אוכלוסיה ומגמות לאורך זמן

תקציר מנהלים



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
- גב' 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 ידידיק – 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 הוועד 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

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 ובייתר 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 לעברנו השפיעו עמוקות על אוכלוסיית ישראל, פיזית ונפשית.

לסיום, 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

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

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

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 של תלואה נלווית), בדיקות סיקור לסרטן (השד, צוואר הרחם והמעי 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 מבוטחים מהחברה הכללית בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים מהחברה החרדית (65.3% ו-53.7% בהתאמה). ככל שהמצב החברתי-כלכלי היה גבוה יותר, כך שיעור הביצוע היה גבוה יותר (70.0% בקרב מבוטחים 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 המבוטחים 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 מבוטחים מהחברה הכללית בעוד שהשיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקרב מבוטחים 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 מבוטחים 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 מבוטחים 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 הגבוה 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

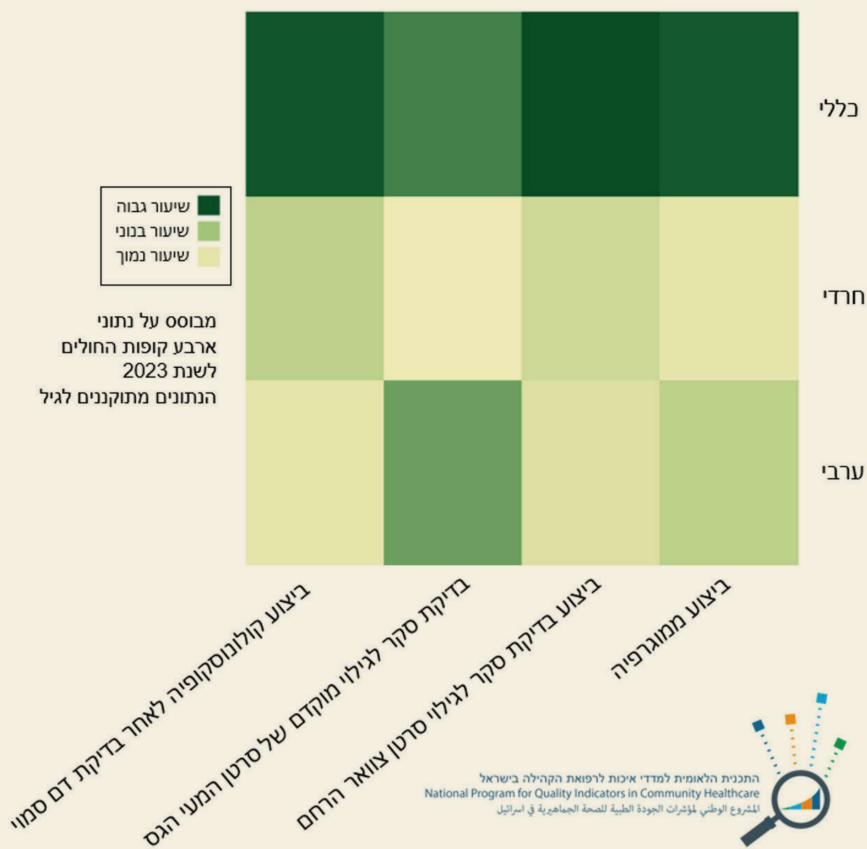
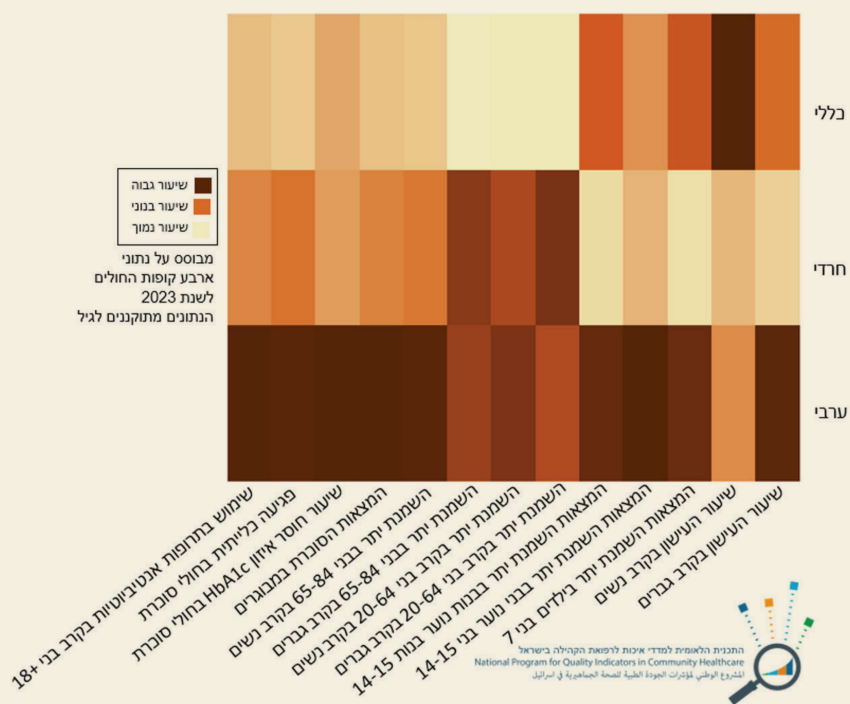
בדו"ח זה, מוצגות מגמות על פני זמן בפערים לפי קבוצות אוכלוסיה ומצב חברתי-כלכלי במדדי פערים בבריאות ובכמות הרכישות של תרופות שינה והרגעה ותרופות נוגדות דכאון וכן פערים גאוגרפים לפי נפת מגורים לשנת 2023.

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.

תוצאות

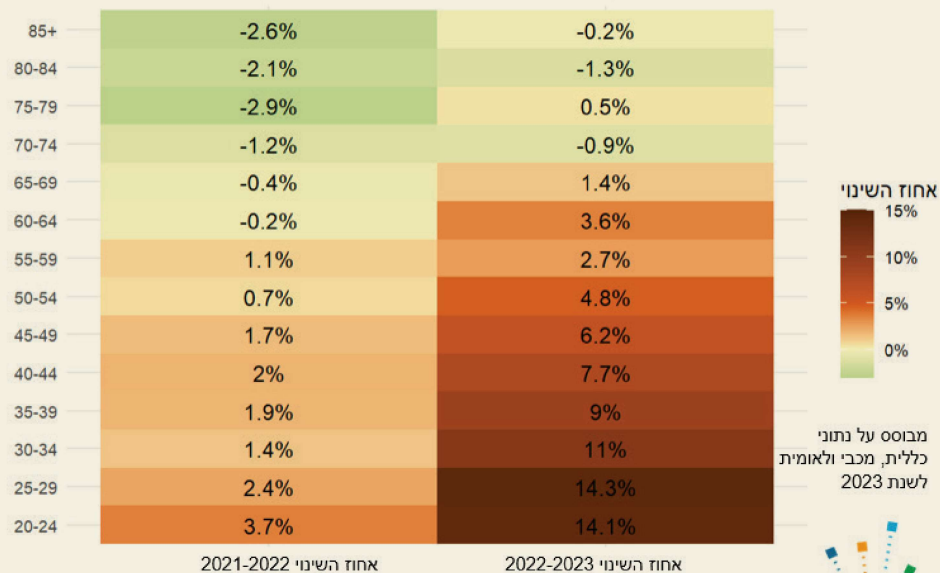
תמצית נתוני מדדי פערים בבריאות

תמצית נתוני מדדי פערים בבריאות לפי השייכות לקבוצת אוכלוסיה לשנת 2023 מוצגים במפות החום



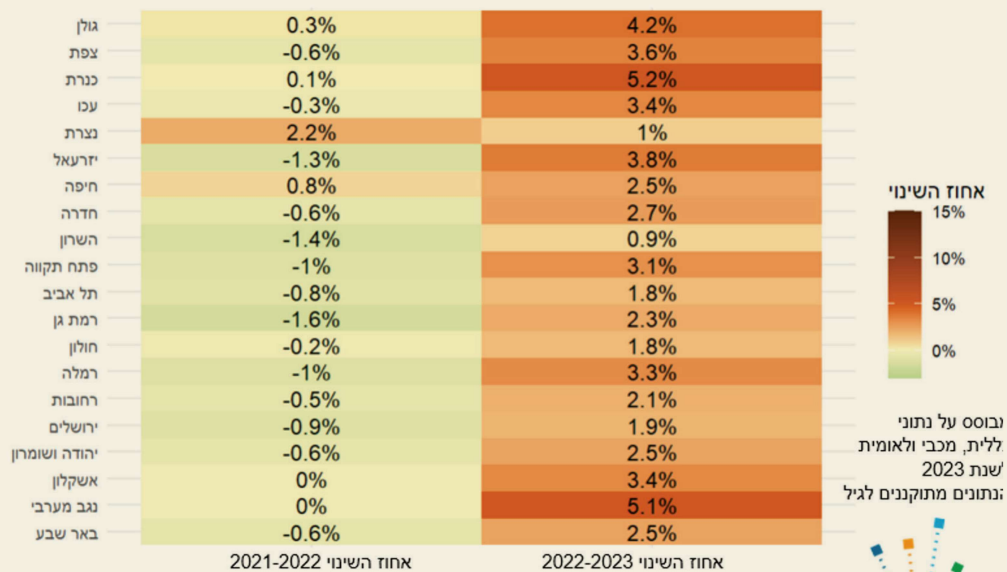
תרופות לשינה והרגעה

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 المجتمعية في إسرائيل

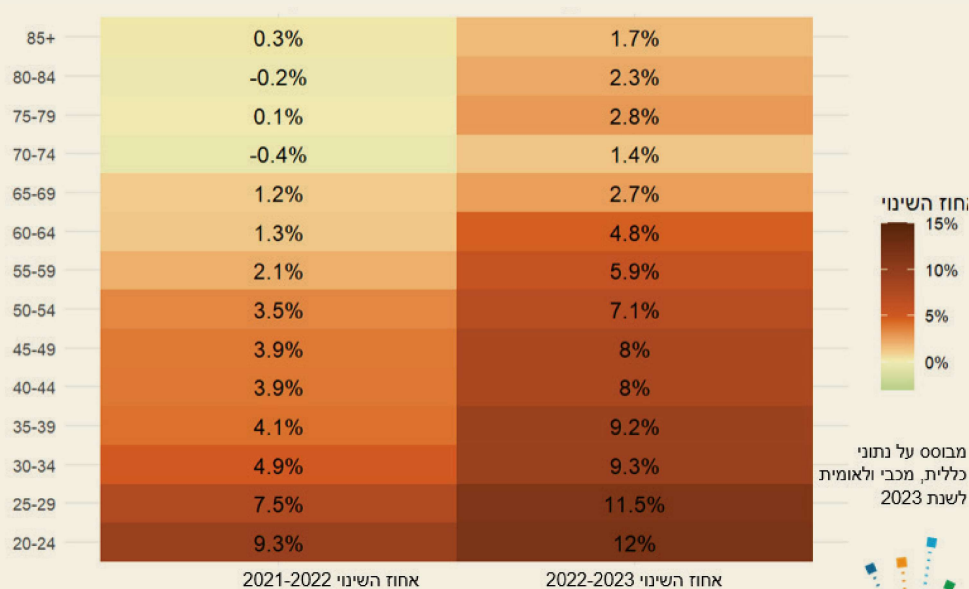
אחוז השינוי בשימוש בתרופות לשינה והרגעה בשנים 2022 ו-2023 לפי נפת מגורים



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

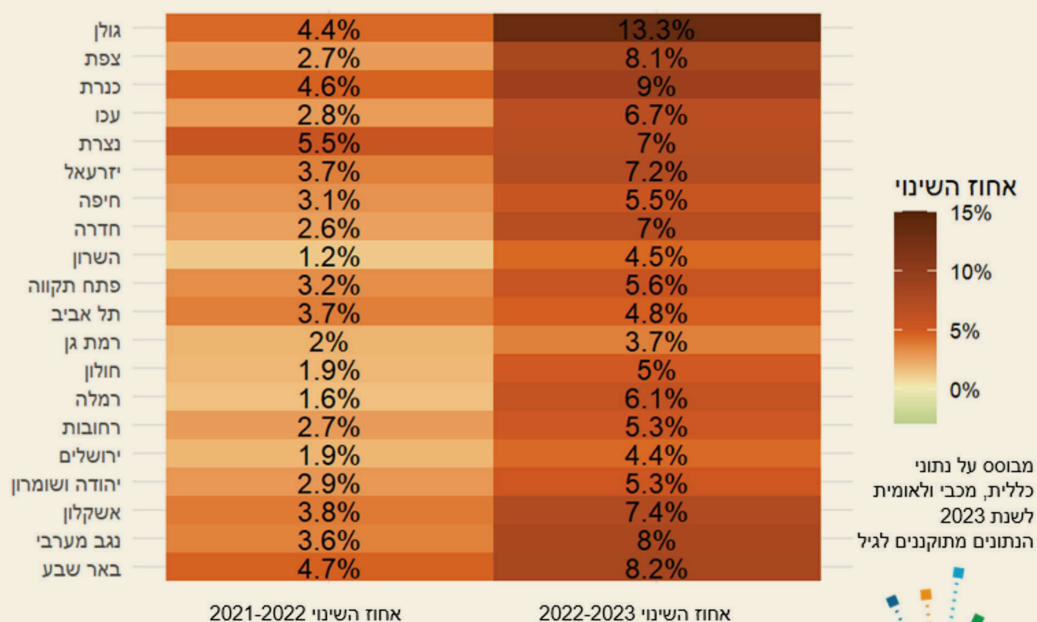
תרופות נוגדות דכאון

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 المجتمعية 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 المجتمعية 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 האוכלוסייה, 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 באוכלוסייה. 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 לאוכלוסייה 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 המתוקננים 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 מתוקננים לגיל לשנת 2021: 209,303,254 ו-201 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 המועדון 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 המתוקנן 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 יישוביים עדכניים של השמנה ועודף משקל בפעויות 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% מהמראיינים 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 הפער, עניין ציבורי, פוטנציאל לשינוי). השלב השלישי היה תהליך דלפי (Delphi) בשלושה סבבים להסכמה על סט המדדים הלאומי שדורג לפי הקרטיונים שנקבעו בסולם ליקרט 1-5. 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"י מנכ"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
מדדים נוספים	
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 גמבלפלד, 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 הרפואת 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 מסוים 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%	
				קבוצת גיל
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+
				מצב חברתי-כלכלי
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 מתוקננים לגיל באופן של תיקנון 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
השמנת יתר בילדים מבוגרים וקשישים
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
סוכרת
שיעור המצאות סוכרת באוכלוסייה הבוגרת
שיעור חולי סוכרת עם רמות מאוזנות של המוגלובין מסוכרר
שיעור חוסר האיזון בקרב חולי סוכרת
שיעור פגיעה כלייתית בקרב חולי סוכרת
בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן
שיעור ביצוע ממוגרפיה
שיעור בדיקות לגילוי סרטן צוואר הרחם
שיעור ביצוע קולונוסקופיה
שיעור קולונוסקופיה לאחר תוצאת דם סמוי חיובי
היקף השימוש בתרופות אנטיביוטיות במתן סיסטמי – רכישות ל 1000 איש לשנה
טיפול תרופתי לשינה והרגעה ותרופות נוגדות דיכאון
היקף השימוש בתרופות מרשם לשינה והרגעה
היקף השימוש בתרופות נוגדות דיכאון