

בריאות 2013



משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר



אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב
ירושלים

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
פרסום 354

אדר א' תשע"ד
פברואר 2014

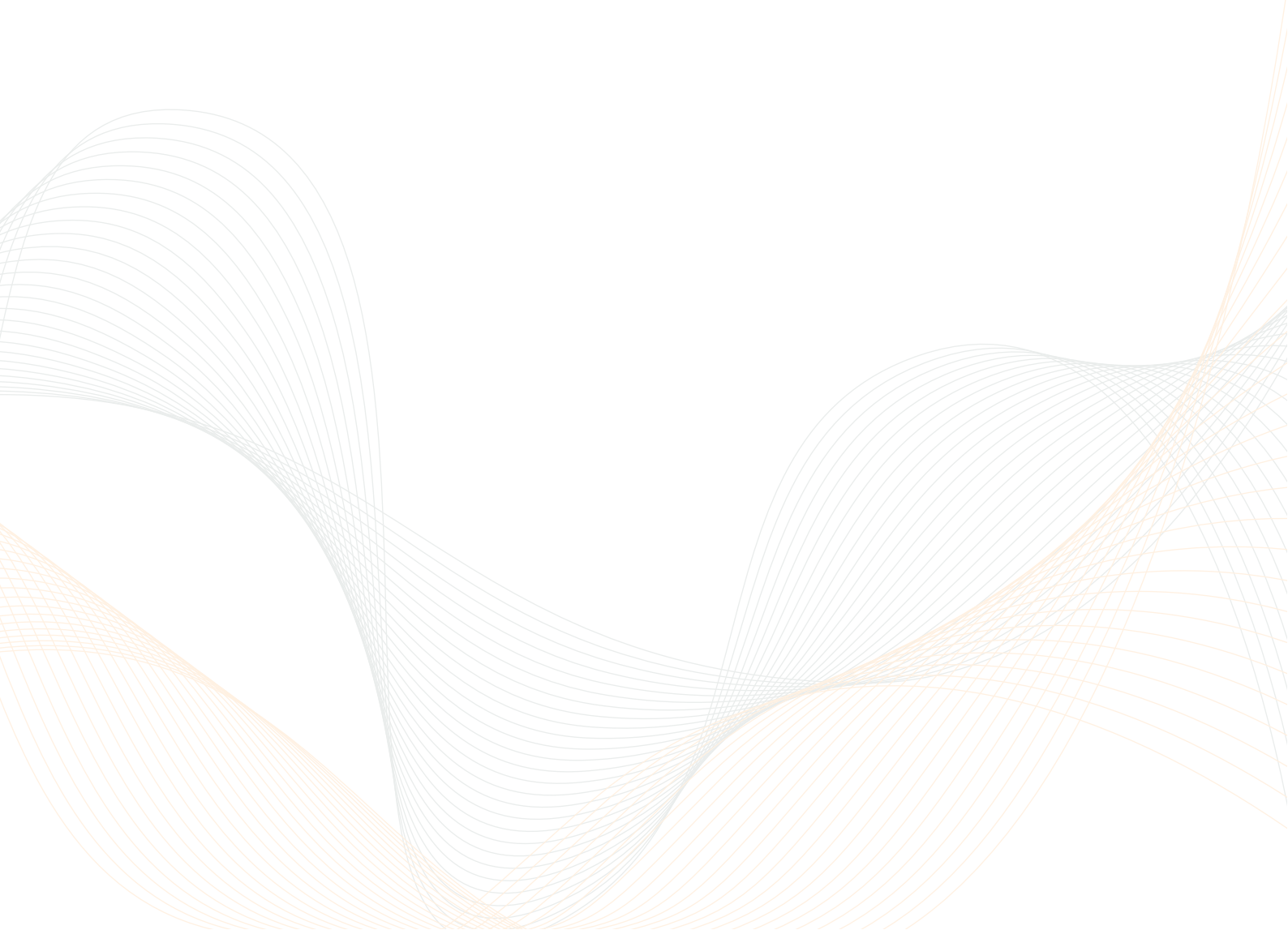
בריאות 2013



אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב
ירושלים

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
פרסום 354

אדר א' תשע"ד
פברואר 2014



חברי המערכת >>

המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם)

פרופ' תמי שוחט
ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות
ד"ר ליטל קינן-בוקר
סגנית ראש המלב"ם
אניקה יפרח
ראש יחידת פרסומים, מלב"ם

אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

ציונה חקלאי
מנהלת אגף המידע
ד"ר עטל-שולמית גורדון
חוקרת בכירה
מרים אבורבה
מרכזת פרסומים

הכנה וכתבייה >>

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

אניקה יפרח
כרמית ליברודר
ד"ר מיכל פרי-מרקוביץ'
ד"ר הדר ארדיטי-בבצ'וק
ד"ר טלי בראון
ד"ר זהר שטלריד

אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

ציונה חקלאי
נחמה גולדברגר
ג'יל מרון
רונית עוזרי
גלי שליצי'קוב
סיניה משה
מרים אבורבה

עיבוד הנתונים >>

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

ריטה דכטיאר
יוליה בליודניקוב
כרמית ליברודר
ד"ר הדר ארדיטי-בבצ'וק

אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

ד"ר עטל-שולמית גורדון
נחמה גולדברגר
ג'יל מרון
טל פוליאק
עדה שטיימן
סתות הלל
דמיטרי מוסטובוי
רונית עוזרי
אביבה תמם

הפקה >>

רחל הופר - המרכז הלאומי לבקרת מחלות
מרים אבורבה - אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב
המדפיס הממשלתי

גרפיקה >>

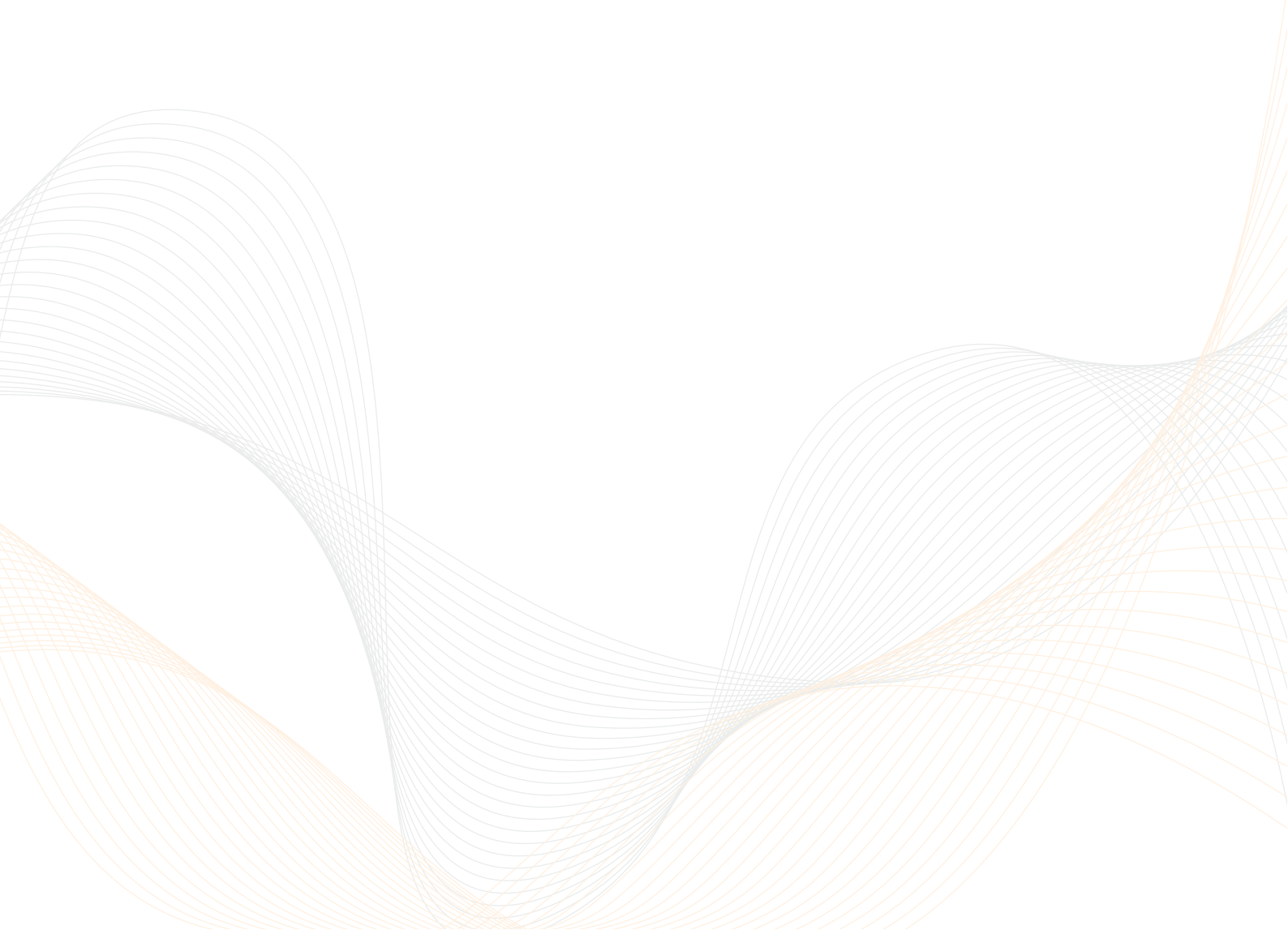
חנה אנגלרד - דפוס העיר העתיקה

אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

מגדלי הבירה, ירמיהו 39
ירושלים 9101002
טל: 02-5082177
health.info@moh.health.gov.il

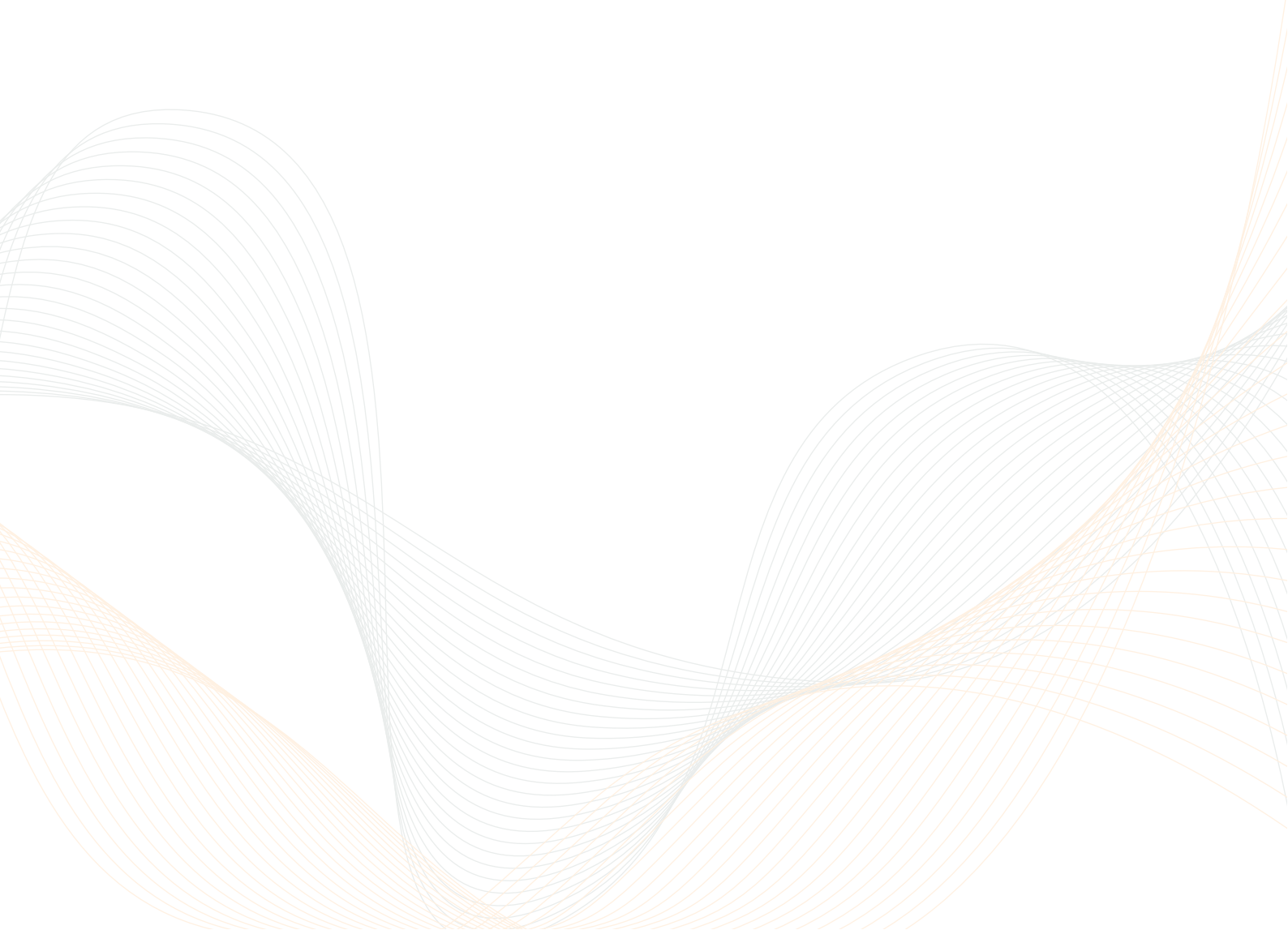
המרכז הלאומי לבקרת מחלות (ICDC)

בניין מכון גרטנר, המרכז הרפואי שיבא
תל השומר 52621
טל: 03-7371500
icdc@moh.health.gov.il



תוכן עניינים <<

9	דבר מנכ"ל משרד הבריאות	
11	שיטות ומקורות מידע	
17	דמוגרפיה	פרק 1
35	תנועה טבעית	פרק 2
37	תוחלת חיים	
42	לידות	
60	פריון	
66	מומים מולדים	
73	טיפול הפריה חוץ גופית	
77	הפסקות הריון	
82	תמותת תינוקות	
101	פטירות	
111	סיבות המוות המובילות	פרק 3
125	מחלות כרוניות	פרק 4
127	סרטן	
174	מחלות לב	
187	שבץ מוחי	
196	סוכרת	
210	אסתמה	
217	מחלות זיהומיות	פרק 5
219	תחלואה ותמותה ממחלות זיהומיות	
249	כיסוי חיסוני בילדים	
258	ניטור שפעת	
268	אידס/HIV	
275	גורמי סיכון והתנהגויות בריאות	פרק 6
277	יתר לחץ דם	
283	רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם	
292	משקל גוף והשמנה	
303	עישון	
320	פעילות גופנית	
335	צריכת אלכוהול וסמים	
351	כגעות חיצוניות	פרק 7
379	אובדנות	פרק 8
403	בריאות הנפש	פרק 9
419	שימוש בשירותי בריאות	פרק 10
449	משאבי אנוש	פרק 11
495	משאבים פיזיים	פרק 12
517	הוצאה לבריאות	פרק 13



תודות <<

ברצוננו להודות מקרב לב לכל עמיתינו שסייעו בהכנת פרסום זה:

ד"ר אמיליה אניס

מנהלת האגף לאפידמיולוגיה
שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

ד"ר יעל אפלבוים

מנהלת המחלקה לאיכות המידע
אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב
משרד הבריאות

אורית בלומנפלד

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

רוית בסל

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

ד"ר יוסי הראל-פיש

ראש המגמה לסוציולוגיה של בריאות
המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה
אוניברסיטת בר אילן

רות וינשטיין

מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות
שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

פרופ' יואל זלוטוגורה

מנהל המחלקה למניעת מומים מולדים
משרד הבריאות

פרופ' דוד טנה

מנהל מערך השבץ
המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

יאנה לוין

המחלקה לשחפת ואיידס
משרד הבריאות

אירנה ליפשיץ

הרישום הלאומי לסרטן
המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

וואסף נעאמה

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

ד"ר רועי סינגר

האגף לאפידמיולוגיה
שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

רס"ן תמר סלע

מפקדת המרכז לחקר תחלואה זיהומית
בריאות הצבא, מקרפ"ר

חנה ספטי

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

תאנה ענב

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

יהודית פישלר

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

ד"ר ענבר צוקר

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

זלמן קאופמן

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

דולב קרולינסקי

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

ד"ר ליזה רובין

מנהלת המחלקה לאם, לילד ולמתבגר
שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

ד"ר אורלי רומנו זליכה

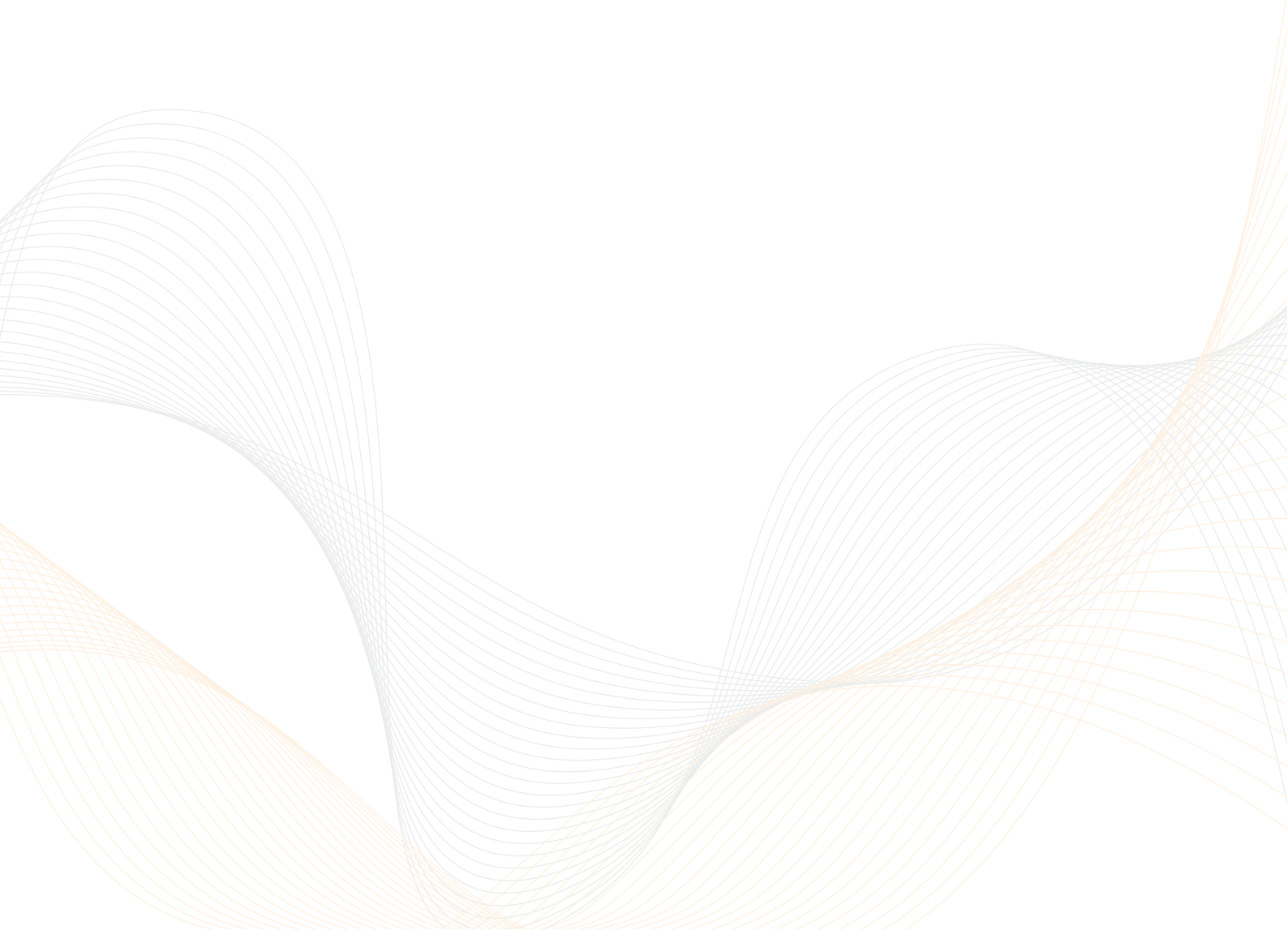
המרכז הלאומי לבקרת מחלות
משרד הבריאות

טלי שחר

האגף לאפידמיולוגיה
שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

ד"ר דניאל שם טוב

מנהל המחלקה לשחפת ואיידס
ומנהל התוכנית הלאומית לשחפת
משרד הבריאות



דבר מנכ"ל משרד הבריאות <<

אני מברך על ההוצאה לאור של הפרסום "בריאות 2013" המהווה ציון דרך בפרסומים של משרד הבריאות. הפרסום במתכונתו החדשה כולל מידע שעד כה הופיע בשני פרסומים נפרדים, שהוצאו לאור על ידי אגף המידע במינהל מידע ומחשוב והמרכז הלאומי לבקרת מחלות. שיתוף הפעולה בין שתי היחידות הביא להוצאה של פרסום זה, הכולל מבט רחב על בריאות האוכלוסייה ועל מערכת הבריאות הקשורים זה בזה.

הפרסום "בריאות 2013" כולל מידע רב על הסוגיות המרכזיות המעסיקות את מערכת הבריאות וביניהן משאבי אנוש ומשאבים פיזיים, שימוש בשירותי הבריאות, ומדדי איכות במערכת הבריאות.

הפרסום כולל נתונים עדכניים אודות מדדי הבריאות העיקריים (פריון, לידות, תמותת תינוקות ותוחלת חיים), תחלואה ותמותה ממחלות כרוניות (סרטן, מחלות לב, שבץ מוחי, סוכרת ואסתמה), מחלות זיהומיות, גורמי סיכון לתחלואה כרונית (כגון יתר לחץ דם, רמות גבוהות של כולסטרול בדם והשמנה), התנהגויות ואורח חיים (עישון, פעילות גופנית, צריכת אלכוהול וסמים), פגיעות חיצוניות, אובדנות ובריאות הנפש.

הנתונים מלווים בהסברים מפורטים ובתרשימים, הנותנים לקורא תמונה בהירה על מצבי הבריאות המרכזיים בכלל האוכלוסייה, לפי מגדר, גיל, קבוצות אוכלוסייה ואזורים גיאוגרפיים. בנוסף מוצגות מגמות לאורך שנים וכן השוואות בין ישראל לבין מדינות ה-OECD.

הניטור המתמשך של מצבי בריאות והגורמים המשפיעים עליהם הוא תהליך חיוני, הבא לידי ביטוי בספר זה. הניטור מאפשר הערכת מצב בריאות האוכלוסייה ושינויים המתרחשים במשך השנים. יתר על כן, הניטור מסייע רבות בתכנון שירותי הבריאות, כמו גם בתכנון וקביעת מדיניות בתחום הבריאות המבוססת על נתונים מדעיים (evidence based).

בפרסום ניתן דגש על ההשוואה בין יהודים וערבים, תוך ציון הפערים בין האוכלוסיות במצבי תחלואה שונים. זאת ברוח יעדי משרד הבריאות לאתר ולטפל במצבי אי שוויון בבריאות.

הפרסום שלפנינו הינו בעל חשיבות רבה ומהווה בסיס מידע לאנשי מערכת הבריאות ולחוקרים ממקצועות הבריאות השונים. תודתי נתונה לצוות המרכז הלאומי לבקרת מחלות ולצוות אגף המידע במינהל מידע ומחשוב, על עבודתם המקצועית והמסורה באיסוף המידע, עיבודו, כתיבתו ועריכתו של פרסום זה.

פרופ' רוני גמזו

מנכ"ל משרד הבריאות

שיטות ומקורות מידע

שיטות

בספר זה מוצגים הנתונים בטבלאות ובתרשימים, כמספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים. הנתונים מוצגים לכלל האוכלוסייה, ובחלוקה לפי מין, גיל, דת, קבוצות אוכלוסייה ואזורים גיאוגרפיים. להלן פירוט ההגדרות והשיטות העיקריות ששימשו בהכנת פרסום זה.

קבוצת אוכלוסייה

הנתונים מוצגים לרוב עבור כלל האוכלוסייה, ועבור שתי קבוצות אוכלוסייה עיקריות: יהודים ואחרים, וערבים. באוכלוסייה הערבית נכללים מוסלמים, נוצרים ערבים, בדואים, דרוזים וצ'רקסים. קבוצת ה"אחרים" כוללת נוצרים שאינם ערבים ואזרחים ללא סיווג דת במשרד הפנים. האוכלוסייה היהודית מהווה בסוף שנת 2013 כ-75.1% מכלל אוכלוסיית ישראל, האוכלוסייה הערבית כ-20.6%, וה"אחרים" כ-4.2%. ברוב הפרקים מוצגים הנתונים עבור "אחרים" יחד עם היהודים. בפרק המציג את תחלואת הסרטן, בשונה מפרקים אחרים, הנתונים עבור כלל האוכלוסייה כוללים את כל קבוצות האוכלוסייה; אך הפירוט לפי קבוצות אוכלוסייה מוצג עבור יהודים וערבים בלבד, ללא "אחרים".

שיעורים משוקללים

ממצאים מסקרי אוכלוסייה מוצגים, בדרך כלל, כשיעורים משוקללים. היות ובאוכלוסיית המדגם התפלגות הגילאים, המינים וקבוצות האוכלוסייה אינה זהה להתפלגותם באוכלוסייה הכללית, נהוג לעשות "תיקון" או "שקלול", על מנת שנתוני הסקר ייצגו כהלכה את האוכלוסייה הכללית במדינת ישראל. השיעור המשוקלל מחושב על פי המשקלים היחסיים של קבוצות גיל, מין ואוכלוסייה רלוונטיים, והוא נועד לשקף את השיעורים באוכלוסייה. באופן זה, נתונים המייצגים את כלל האוכלוסייה מוצגים כשיעורים משוקללים לגיל, למין ולקבוצת אוכלוסייה; נתונים המייצגים גברים ונשים בנפרד מוצגים כשיעורים משוקללים לגיל ולקבוצת אוכלוסייה; ונתונים המייצגים יהודים וערבים בנפרד מוצגים כשיעורים משוקללים לגיל ולמין. שיעורים המבוססים על סקרים שבוצעו בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) מבוססים על חישוב המשקלות שנעשה בלמ"ס.

שיעורים מתוקננים לגיל

בהשוואת שיעורי התחלואה או התמותה באוכלוסיות בעלות התפלגות גילאים שונה, כגון יהודים וערבים, נעשה שימוש בשיעורים מתוקננים לגיל, על מנת לנטרל ככל הניתן, את השפעת הגיל על נתוני התחלואה והתמותה. בשיטה זו ניתן לחשב את השיעור באוכלוסייה אילו התפלגות הגילאים בה הייתה זהה לאוכלוסיית תקן נבחרת, וכך ניתן להשוות בין אוכלוסיות שונות. יש להדגיש כי השיעור המתוקן הינו שיעור היפותטי, המשמש לצורך השוואה בלבד, ואין כל משמעות לערך המוחלט שלו.

חישוב השיעור המתוקן מודגש בכל פרק בפרסום עם הצבעה מדויקת לאוכלוסיית התקן שנבחרה. בהשוואות הבין-לאומיות עם מדינות ה-OECD נעשה שימוש באוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD לשנת 2010.

הצגת נתונים בתרשימים בשיטת "ממוצעים נעים"

בדרך כלל, בהצגת מגמות רב שנתיות בתרשימים, מופיעים השיעורים המתוקננים לכל שנה ושנה. במחלות מסוימות או בתתי קבוצות מסוימות, מספר המקרים לשנה בודדת הוא נמוך, וכתוצאה מכך עלולות להיות תנודות חדות בשיעורים השנתיים, הנובעות משונות מקרית. במצבים אלו נעשה שימוש בשיטת "הממוצע הנע" (moving average). בשיטה זו מחושב אומדן השיעור השנתי על ידי ממוצע השיעורים בשנים עוקבות. שיטה זו מאפשרת הצגת מגמות לאורך השנים, תוך הקטנת תנודות שנתיות. ממוצע נע תלת שנתי מתייחס לשלוש שנים עוקבות: השנה הנדונה, השנה שלפניה והשנה שלאחריה.

שיעור מבוסס על מספר מקרים קטן

שיעורים המבוססים על מספר מקרים קטן מ-20 לא נחשבים כבעלי תוקף סטטיסטי חזק ומוצגים בפרסום בסוגריים ().

מקורות המידע

מקורות המידע לפרסום זה כוללים מאגרי מידע במשרד הבריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והביטוח הלאומי, וכן נתונים מסקרי בריאות לאומיים שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מאגרי המידע כוללים רישומי מחלות, רישום מומים מולדים, רישום לידות, פטירות, סיבות מוות, רישום בעלי הרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, רישום של תעודות הרישוי של בתי החולים ומאגרי מידע על שימושים בשירותי הבריאות כמו אשפוזים וביקורים במחלקות לרפואה, הפסקות הריון וטיפול הפרייה חוץ גופית. בנוסף, נעשה שימוש בדוחות אפידמיולוגיים, שנתונים סטטיסטיים, מאגרי מידע בין-לאומיים, מאמרים מדעיים ועוד. בסוף כל פרק מובאים כלל המקורות אשר שימשו לכתיבתו, בסעיף "מקורות המידע". להלן תיאור מקורות מידע נבחרים בהם נעשה שימוש בפרסום זה.

סקרים לאומיים

ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל 2011

סקר ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל (KAP 2011*) נערך בשנים 2010-2012 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, בשיתוף המחלקה לחינוך ולקידום בריאות במשרד הבריאות. הסקר הינו סקר חתך, מבוסס אוכלוסייה, שנערך באמצעות ראיונות טלפוניים המבוססים על שאלונים מובנים וממוחשבים. נתוני הסקר מבוססים על 4,935 ראיונות של תושבי ישראל, בני 21 ומעלה, יהודים (2,739 אנשים: 1,453 נשים ו-1,283 גברים) וערבים (2,196 אנשים: 1,115 נשים ו-1,075 גברים). בין מטרות הסקר: לספק מידע על ידע, עמדות והתנהגויות ביחס למגוון מדדי בריאות, כבסיס לקביעת מדיניות לקידום הבריאות בישראל. בנוסף משמש הסקר לקבלת אומדנים על הימצאות התנהגויות ומצבי בריאות שונים. סקרי KAP נערכים בתדירות של אחת לשנתיים, משנת 1998 ואילך.

*KAP: Knowledge, Attitudes, Practices

סקר בריאות לאומי בישראל 2010-2007 INHIS-2

סקר INHIS-2 נערך בשנים 2007-2010 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הסקר הינו סקר חתך, מבוסס אוכלוסייה, שנערך באמצעות ראיון טלפוני במדגם של כלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 שנים ומעלה). בין מטרות הסקר: ניטור מצב הבריאות של אוכלוסיית ישראל, כולל שיעורי הימצאות מחלות כרוניות, והערכת דפוסי התנהגות הקשורים בבריאות. נתוני הסקר מבוססים על מדגם מייצג של 10,331 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 שנים ומעלה. הסקר נערך בארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, התנהגות בריאותית מונעת ובריאות הנפש. כל שאלון כלל סדרת שאלות גרעין המשותפות לכל המודולים, וסדרה נוספת של שאלות בנושא המודול.

סקר הרגלי הפעילות הגופנית בקרב תושבי ישראל 2012-2011

סקר הרגלי הפעילות הגופנית נערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשנים 2011-2012. הסקר הינו סקר חתך, מבוסס אוכלוסייה, שנערך באמצעות ראיון טלפוני מובנה, במדגם של כלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה). רואיינו 2,964 אנשים: 1,579 יהודים (831 נשים ו-748 גברים) ו-1,385 ערבים (700 נשים ו-685 גברים). בין מטרות הסקר: לאסוף מידע על מידת העיסוק בפעילות גופנית בקבוצות אוכלוסייה שונות. נאסף מידע גם על ידע ועמדות כלפי פעילות גופנית, כולל גורמים אישיים וסביבתיים המגבילים או מעודדים עיסוק בפעילות גופנית.

סקר לאומי על תסמונת כלילית חדה בישראל 2010 (ACSIS 2010)

סקר 2010 (ACSIS: Acute Coronary Syndrome Israeli Survey) נערך על ידי החוג לטיפול נמרץ לב של האיגוד הקרדיולוגי בישראל והעמותה למנע התקפי לב, בשיתוף המרכז הלאומי לבקרת מחלות. הסקר נערך ב-26 מרכזים רפואיים בישראל, בחודשים מארס-אפריל 2010. הסקר כלל את כל החולים אשר אושפזו עם אוטם חד בשריר הלב (AMI) או תעוקת חזה בלתי יציבה (UAP) ביחידות לטיפול נמרץ לב ובמחלקות הקרדיולוגיות בבתי חולים בישראל (1,781 איש). בנוסף נכללו בסקר 412 חולים שאושפזו ב-37 מחלקות לרפואה פנימית ב-22 בתי חולים. סקרי ACSIS מתקיימים משנת 2000, אחת לשנתיים, למשך חודשיים.

סקר לאומי בנושא שבץ בישראל 2013 (NASIS 2013)

סקר 2013 NASIS (National Acute Stroke Israeli Survey) הינו הסקר הלאומי הרביעי בנושא שבץ מוחי בישראל. הסקר נערך על ידי איגוד הנירולוגים הישראלי, בחודשים אפריל-מאי 2013, בכל בתי החולים בארץ, וכלל את כל החולים אשר אושפזו עקב שבץ מוחי או אירוע איסכמי חולף (TIA) במהלך חודשים אלו (2,048 איש). סקרי NASIS מתקיימים משנת 2004, אחת לשלוש שנים, במשך חודשיים.

נוער בישראל: רוחה, נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל

סקר 2011 HBSC (HBSC: Health Behaviors in School-Aged Children) הינו המחקר הארצי השישי אשר בוצע במסגרת תכנית המחקר הרב-לאומי, על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בבית הספר לחינוך באוניברסיטת בר-אילן. הסקר בוצע בשיתוף ובחסות ארגון הבריאות העולמי (WHO-HBSC), משרד החינוך, משרד הבריאות והרשות למלחמה בסמים ואלכוהול. הסקר הבין-לאומי נערך אחת לארבע שנים ומשתתפות בו למעלה מ-40 מדינות בכל רחבי העולם. איסוף המידע מתבצע בכל מדינה באמצעות העברת שאלונים למילוי עצמי בקרב תלמידים בכיתות ו', ח', ו-י' (מקביל לגילאי 11, 13 ו-15). הסקר האחרון נערך בישראל במהלך שנת 2011, וכלל מדגם ארצי של 5,303 תלמידים בכיתות ו', ח' ו-י' (1,897, 1,722, ו-1,684 בהתאמה), יהודים וערבים. מטרת המחקר היא להציג תמונת מצב עדכנית בנוגע לבריאות ולרווחת הנוער הישראלי.

סקר הבריאות 2009

זהו סקר בריאות שבוצע בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה במימון משותף עם משרד הבריאות. הסקר כולל מידע על שימוש בשירותי הבריאות, תחלואה כרונית ומדדי בריאות נוספים לפי מאפיינים דמוגרפים, גיאוגרפים, השכלה וביטוח רפואי.

סקר כוח אדם

זהו סקר שוטף של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הכולל מידע על מועסקים בישראל לפי משלח יד וענף כלכלי. המידע על המועסקים במקצועות הבריאות מבוסס על סקר זה.

סקר הוצאות משפחה

זהו סקר שוטף של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הכולל מידע על הוצאות המשפחה בישראל. המידע על הוצאות הבריאות של משקי הבית מבוסס על סקר זה, בהתאם לסעיפי ההוצאה.

רישומים ומאגרי מידע

רישום הסרטן הלאומי

הרישום הלאומי לסרטן הוא רישום מבוסס אוכלוסייה אשר תפקידו לאסוף נתונים על היארעות מחלות הסרטן בקרב אזרחי מדינת ישראל. הרישום הוקם בשנת 1960, כחלק משירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, והחל משנת 1982 קיימת חובת דיווח על פי "תוספת לתקנות בריאות העם (דיווח ומידע מיוחד על מחלות הסרטן) - תשמ"ב 1982".

משנת 2005 מהווה הרישום חלק מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות. המאגר כיום כולל מידע על יותר מ-500,000 חולי סרטן. מקורות הדיווח של רישום הסרטן כוללים בתי חולים, מחלקות לרשומות ולמידע רפואי, מכונים לפתולוגיה ולציטולוגיה, מכונים לאונקולוגיה ולהמטולוגיה וקופות החולים. שלמות הנתונים ברישום הסרטן הלאומי עומד על כ-95% לגבי גידולים מוצקים. בפרסום זה מוצגים נתוני היארעות המעודכנים לשנת 2010.

רישום סוכרת מסוג 1

הרישום הלאומי להיארעות סוכרת מסוג 1 בגילאי 0-17 שנים הוקם בשנת 1996 על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם), בשיתוף רופאים אנדוקרינולוגים מכל הארץ. הרישום מאפשר מעקב אחר מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1 ומשמש כמסד נתונים לביצוע מחקרים בתחום. הרישום מבוסס על נתונים המתקבלים מ-19 מרכזים רפואיים המדווחים על מקרי סוכרת חדשים בגילאי 0-17 שנים, והוא מנוהל על ידי יחידת הרישומים במלב"ם. בנוסף לקבלת נתוני הדיווח, נציגי המלב"ם מבצעים בקרה פעילה ביחידות השונות ומתקפים את הנתונים והדיווחים. הנתונים בפרסום זה מבוססים על ממצאי דוח רישום הסוכרת בגילאי 0-17 שנים, לשנת 2011.

רישום מטופלים בדיאליזה

בישראל קיים רישום פרטני של כלל המטופלים בדיאליזה. משנת 2006 מנוהל רישום ארצי זה על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם). יחידות הדיאליזה מדווחות למלב"ם, על גבי טופס מובנה, על כל חולה חדש המתחיל טיפול בדיאליזה לסוגיה וכן על כל שינוי בפרטים הדמוגרפיים או בשיטת הטיפול. הרישום כולל חולים המטופלים בדיאליזה וחולים שעברו השתלת כליה.

מחלות מחייבות הודעה

המידע על תחלואה נאסף באגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות בהתאם לתקנות הפקודה לבריאות העם, המחייבת דיווח על תחלואה במחלות זיהומיות (רשימה מוגדרת). האגף מפרסם ממצאים על תחלואה במחלות זיהומיות בישראל, הנתונים מתפרסמים בדוחות שבועיים וחודשיים, אשר מתפרסמים במלואם, באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

חיסונים

האגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות מרכז נתונים, כולל בקרת איכות למידע על כיסוי חיסונים, כולל תדריך לחיסונים.

סיבות המוות

בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מוצגים נתוני פטירה לפי סיבת המוות, גיל, מין, קבוצת אוכלוסייה, איזור גיאוגרפי, ישוב ועוד. סיבות המוות נרשמות בהודעות הפטירה שמולאו על ידי רופאים שקבעו את המוות. הודעות אלו נמסרות ללשכות הבריאות המחוזיות, ומשם מועברות למשרד הפנים וללשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סיבות המוות מקודדות בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שם מסווגת סיבת המוות היסודית לכל מקרה. קידוד סיבות המוות נעשה על פי סיווג המחלות הבין-לאומי (International Classification - ICD of Diseases). עד סוף שנת 1997, בוצע הקידוד על פי המהדורה התשיעית של ה-ICD-9, ומשנת 1998 ואילך הקידוד הוא על פי ICD-10. שינויים בהגדרות הקידוד בעת המעבר בין המהדורות עלולים להשפיע על רצף המגמות, ויש לקחת זאת בחשבון. בפרסום זה מוצגים נתוני סיבות מוות המעודכנים לשנת 2011.

המאגר הפרינטולוגי

המאגר כולל מידע המבוסס על הודעת לידת חי והודעת פטירה ממשרד הפנים ועל הודעת לידת עובר מת והספח להודעת לידת חי המגיע מבתי החולים. זהו מאגר פרטני מזוהה המנוהל באגף המידע ובמחלקה לאם ולילד ולמתבגר. נתוני לידות החי, לידות מת ופטירת תינוקות בפרסום זה מבוססים על המאגר הפרינטולוגי.

מומים מולדים

במחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד הבריאות מנוהלים מספר מאגרי מידע על מומים מולדים, כמו מידע על תסמונת דאון המתקבל מהמעבדות והמכונים הגנטיים העוסקים באבחון הצטוגנטי על ילודים ועוברים עם תסמונת דאון. המידע על מומים מבוסס על נתונים שנאספו במחלקה לגנטיקה קהילתית ובמחלקה לאם ולילד ולמתבגר במשרד הבריאות וכן בתחום בריאות ותנועה טבעית בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

מאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות

המידע על היצע בעלי ההכשרה במקצועות הבריאות מבוסס על רישום תעודות ההרשאה באגף למקצועות רפואיים, מערך הפסיכולוגיה ומינהל הסיעוד במשרד הבריאות. עיבוד וניתוח המידע נעשה באגף המידע בשיתוף עם אגף המחשוב.

מאגר תעודות הרישום של בתי החולים

משרד הבריאות מנפיק תעודת רישום למוסדות הרפואה בישראל אחת לתקופה. התפלגות מספר מיטות האשפוז, העמדות ושאר המשאבים הפיזיים במוסדות האשפוז מבוססת על מאגר המידע המנוהל באגף לרישוי מוסדות רפואה ואגף המידע במשרד הבריאות.

מאגר המאושפזים בבריאות הנפש

המאגר כולל מידע פרטני על המאושפזים במחלקות הפסיכיאטריות ובבתי חולים פסיכיאטריים. הדיווח שוטף על כל קבלה ושחרור, בהתאם לחוק. המאגר מנוהל במחלקה למידע והערכה בבריאות הנפש.

מאגר האשפוזים הלאומי

המאגר כולל מידע פרטני לא מזוהה על המאושפזים ממרבית בתי החולים. המאגר מתעדכן באופן שוטף מבתי החולים וכולל פרטים דמוגרפיים ופרטים על האשפוז וכן אבחנות ופעולות. המאגר מנוהל באגף המידע במשרד הבריאות.

מאגר הביקורים במחלקות לרפואה דחופה

המאגר כולל מידע פרטני לא מזוהה על הביקורים במחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים. המאגר מתעדכן באופן שוטף מבתי החולים וכולל פרטים דמוגרפיים ופרטים על הביקור וכן אבחנות. המאגר מנוהל באגף המידע במשרד הבריאות.

רשומת הבריאות הממוחשבת של שירותי בריאות לתלמיד

תלמידים בכתות א', ג', ה', ז' ו-ט' נמדדים פעם אחת במהלך שנת הלימודים, על ידי אחיות בריאות הציבור בבתי הספר, והערכים נרשמים ברשומה הממוחשבת של שירותי בריאות לתלמיד. חישוב אחוזוני BMI לפי גיל נעשה באמצעות תוכנת AnthroPlus של ארגון הבריאות העולמי, שהוטמעה בתוך הרשומה הממוחשבת. מדדי הגדילה מנותחים עבור חמש קבוצות אוכלוסייה: יהודים הלומדים בחינוך הממלכתי, בחינוך הממלכתי דתי ובחינוך העצמאי (חרדים); ערבים; ובדואים בדרום. בשנת 2013 פורסם דו"ח לאומי ראשון של נתוני גדילה ארציים. הדו"ח מציג את סיכום מדדי הגדילה של תלמידי בתי הספר שנרשמו ברשומת הבריאות הממוחשבת של שירותי בריאות לתלמיד, משנות הלימודים תשע"א ותשע"ב.

מקורות מידע נוספים

מאגר הנתונים של ה-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)

הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ופיתוח הוקם בשנת 1961. בראשיתו היו חברות בו מדינות מערב אירופה וצפון אמריקה, ובהמשך הרחיב הארגון את שורותיו למדינות נוספות באמריקה, אסיה ומזרח אירופה. ישראל הצטרפה ל-OECD באופן רשמי בספטמבר 2010. נכון להיום חברות בארגון 34 מדינות. ה-OECD מהווה את אחד ממקורות המידע החשובים להשוואות בין-לאומיות למידע סטטיסטי השוואתי בתחומי הבריאות, החברה והכלכלה. בפרסום זה נעשה שימוש במאגר המידע הסטטיסטי של ארגון ה-OECD בנושא בריאות, לצורך השוואות בין-לאומיות של שיעורי תחלואה, תמותה, שיעור מיטות אשפוז, שיעור רופאים ואחיות ומדדי בריאות נוספים. בהשוואות אלה מוצג השיעור בישראל בהשוואה למדינות אחרות ב-OECD וכן לממוצע ה-OECD, בהתאם למספר המדינות שדיווחו על המדד המוצג. לרוב, הנתונים המוצגים הם לשנים 2010-2011.

ניטור תחלואה דמוית שפעת בישראל

ניטור פעילות השפעת מתבצע במהלך עונות הסתיו והחורף ומבוסס על שתי זרועות: הזרוע הקלינית והזרוע המעבדתית. הזרוע הקלינית עוסקת בניתוח נתונים אודות פניות של חולים אל מרפאות בקהילה ואל המחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים בשל תסמינים נשימתיים. הזרוע המעבדתית עוסקת בבידוד נגיפי שפעת ממשטחי אף ולוע הנלקחים ממדגם של חולים עם תחלואה דמוית שפעת הפונים אל מרפאות זקיף בקהילה. סך המידע משולב בדוח שפעת שבועי המופק מדי שבוע, בעברית ובאנגלית, ומופץ להנהלת משרד הבריאות ולקהילה הרפואית. הדוח השבועי זמין באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל

דו"ח התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל מופק בשיתוף ארבע קופות החולים, על מנת להעריך את איכות הטיפול הרפואי בקהילה, שיפורים ושינויים שחלו באיכות הטיפול לאורך זמן, ופערים באיכות הטיפול בין קבוצות אוכלוסייה שונות. הדו"ח מבוסס על נתונים מארבע קופות החולים ומציג נתונים בשבעה תחומים קליניים מרכזיים ברפואת הקהילה בישראל. הדו"ח הראשון של מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל פורסם בשנת 2004. הדו"ח האחרון, המוזכר בפרסום זה, מציג את תוצאות המדדים לשנים 2010-2012.

ממדי העוני והפערים החברתיים

דוח ממדי העוני והפערים החברתיים ("דוח העוני") מפורסם מדי שנה על ידי המוסד לביטוח לאומי. דוח זה מספק תמונת מצב עדכנית על עוני ואי-שוויון בחברה בישראל. בפרסום זה מובאים ממצאי הדוח לשנת 2012, אשר פורסם בדצמבר 2013.

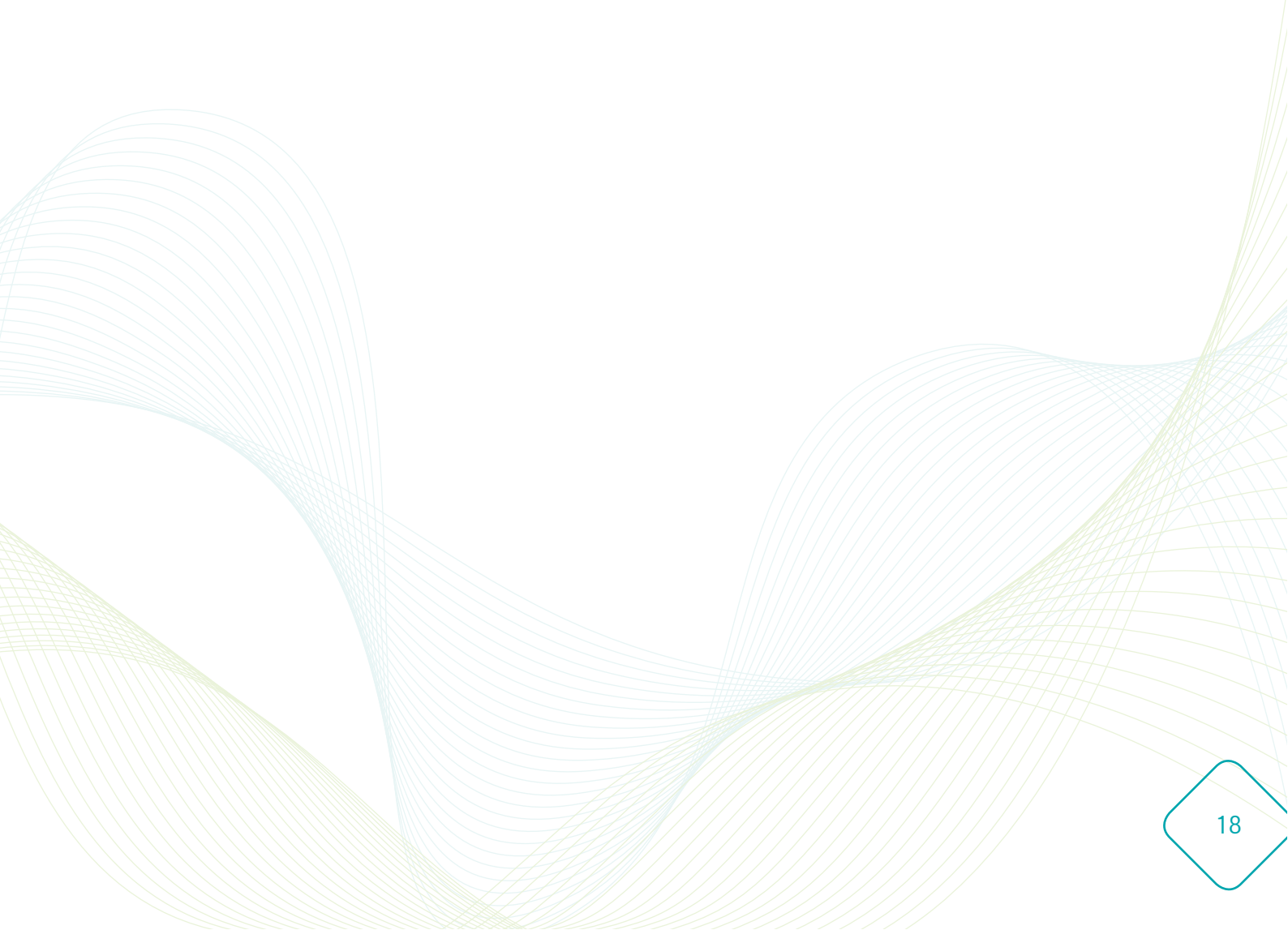
השנתון הסטטיסטי לישראל - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

השנתון הסטטיסטי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מציג נתונים ברמה לאומית על אוכלוסיית ישראל. נתונים אלו כוללים: נתוני אוכלוסייה, תנועה טבעית, בריאות, חברה ורווחה, השוואות בין-לאומיות ועוד. השנתון מודפס כספר ומפורסם במלואו באתר האינטרנט של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

פרק 1

דמוגרפיה





דמוגרפיה

ממצאים עיקריים

גודל האוכלוסייה

- « בסוף שנת 2012 מנתה אוכלוסיית ישראל כ-7,984,500 איש, מהם 75.1% יהודים, 20.6% ערבים ו-4.2% "אחרים" (נוצרים שאינם ערבים ואזרחים ללא סיווג דת).
- « מאז קום המדינה בשנת 1948 ועד סוף שנת 2012 גדלה אוכלוסיית ישראל פי 9.2.

התפלגות האוכלוסייה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

- « בשנת 2012, 28.2% מהאוכלוסייה היו בני 0-14 שנים, 61.6% בני 15-64 שנים, ו-10.3% בני 65 שנים ומעלה.
- « בישראל, חלקם של בני 65 שנים ומעלה באוכלוסייה נמוך וחלקם של בני 0-14 שנים גבוה, יחסית למדינות אירופה וארצות הברית.
- « האוכלוסייה הערבית בישראל צעירה מהאוכלוסייה היהודית. בני 65 שנים ומעלה מהווים 11.9% מהאוכלוסייה היהודית, לעומת 4.1% מהאוכלוסייה הערבית.

מגמות

- « אוכלוסיית ישראל מזדקנת. בין השנים 1955-2012 ירד חלקם של הילדים בני 0-4 שנים באוכלוסייה, מ-14.2% ל-10.3%. במקביל, עלה באותן שנים חלקם של בני 65 שנים ומעלה, מ-4.7% ל-10.3%.

התפלגות המוצא

- « בשנת 2012 היוו ילידי ישראל 73.6% מכלל האוכלוסייה היהודית.
- « 41.1% מהאוכלוסייה היהודית הינם ישראלים שנולדו לאב יליד ישראל, 32.4% נולדו לאב יליד ארצות אירופה/אמריקה, 15% נולדו לאב יליד אפריקה ו-11.6% נולדו לאב יליד אסיה.
- « בשנת 2012, יוצאי מדינות חבר העמים היוו 14.9% מהאוכלוסייה (888,400 איש) ויוצאי אתיופיה היוו 2.0% מהאוכלוסייה (119,500 איש)*.
- « בשנת 2012, 84.3% מהאוכלוסייה הערבית בישראל היו מוסלמים, 7.7% ערבים-נוצרים ו-8.0% דרוזים.

מדדים חברתיים-כלכליים

- « אחוז הגברים בעלי השכלה על-תיכונית עלה מ-26.4% בשנת 1990 ל-45.1% בשנת 2012. במקביל, ירד באותן שנים אחוז הגברים בעלי 10 שנות לימוד ומטה, מ-36.8% ל-19.5%.
- « אחוז הנשים בעלות השכלה על-תיכונית עלה מ-24.3% בשנת 1990 ל-48.1% בשנת 2012. במקביל, ירד באותן שנים אחוז הנשים בעלות 10 שנות לימוד ומטה, מ-41.1% ל-19.5%.
- « בשנת 2012, 439,500 משפחות, המהוות 19.4% מכלל המשפחות בישראל, חיו מתחת לקו העוני (14.1% מהמשפחות היהודיות ו-54.3% מהמשפחות הערביות).
- « 22.7% מכלל האוכלוסייה המבוגרת בישראל (בני 65 שנים ומעלה) נמצאו מתחת לקו העוני.
- « 29.0% מהמשפחות החד-הוריות נמצאו מתחת לקו העוני.

* יוצאי מדינות חבר העמים ויוצאי אתיופיה כוללים ילידי חו"ל וילידי ישראל שאביהם נולד בחו"ל.

« דמוגרפיה

1. הגדרת האוכלוסייה

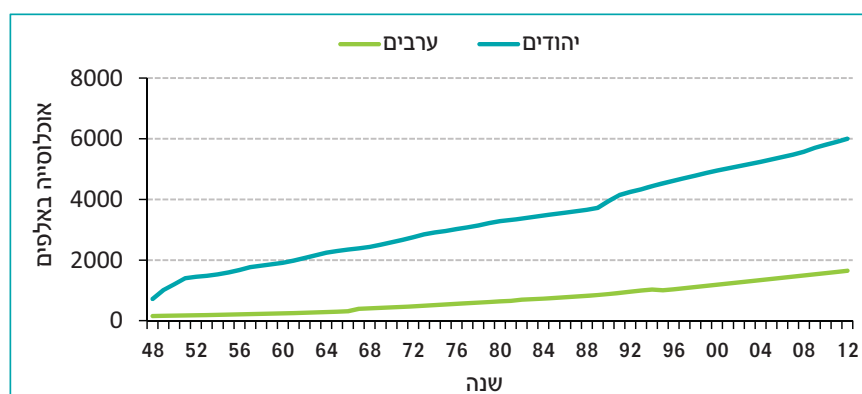
על פי השנתון הסטטיסטי לישראל לשנת 2013, האוכלוסייה מוגדרת על בסיס האוכלוסייה הקבועה (דה יורה), והיא כוללת תושבים קבועים בעלי אזרחות ישראלית ותושבי קבע ללא אזרחות ישראלית (לרבות אלה הנעדרים מישראל פחות משנה בעת האומדן). אומדני האוכלוסייה כוללים את האוכלוסייה הרשומה במרשם האוכלוסין בלבד, ואינם כוללים את אוכלוסיית העובדים הזרים, שנאמדה בכ-202 אלף נפש בסוף שנת 2012. בנוסף, אומדני האוכלוסייה אינם כוללים מהגרים בלתי חוקיים ופליטים¹.

2. גודל האוכלוסייה

בסוף שנת 2012 מנתה אוכלוסיית ישראל כ-7,984,500 איש, מהם 75.1% יהודים (כ-5,999,600 נפשות), 20.6% ערבים (כ-1,647,200 נפשות) ו-4.2% "אחרים" (כ-337,800 נפשות). אוכלוסיית הערבים כוללת מוסלמים, נוצרים ערבים ודרוזים. "אחרים" כוללים נוצרים שאינם ערבים ואזרחים ללא סיווג דת במשרד הפנים¹.

2.1. מגמות בגודל האוכלוסייה

תרשים 1: גודל האוכלוסייה לפי קבוצת אוכלוסייה, 1948-2012¹: אלפים



מאז קום המדינה בשנת 1948 ועד סוף שנת 2012, גדלה אוכלוסיית ישראל פי 9.2 בתקופה זו גדלה האוכלוסייה היהודית בישראל פי 8.4 (מ-716,700 ל-5,999,600 נפשות), והאוכלוסייה הערבית גדלה פי 10.6 (מ-1,647,200 ל-156,000 נפשות) (תרשים 1).

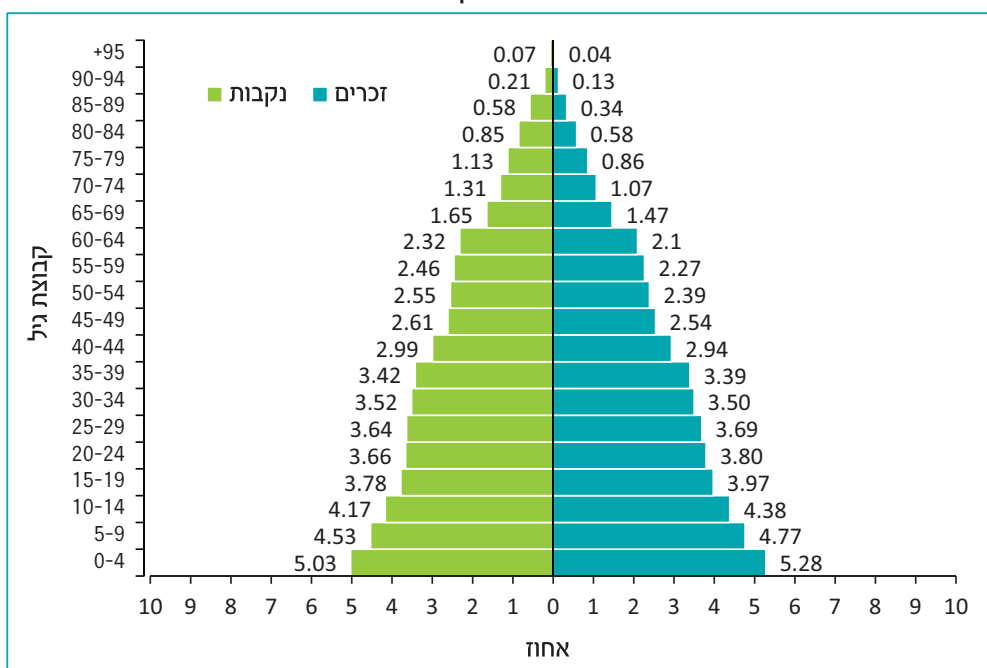
3. התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי גיל

בשנת 2012, 28.2% מהאוכלוסייה היו בני 0-14 שנים, 61.6% היו בני 15-64 שנים, ו-10.3% בני 65 שנים ומעלה (תרשים 2).

3.1 התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי גיל ומין

בגילאים 0-29 שנים, חלקם של הזכרים באוכלוסייה גבוה בכ-5% מחלקן של הנקבות. מגיל 30 ומעלה, חלקן של הנשים באוכלוסייה גבוה יותר, בפער אשר הולך ועולה עם העלייה בגיל. בגילאים 50-79, חלקן של הנשים גבוה בכ-12%, ובגילאי 80 ומעלה מגיע הפער לכ-56% (תרשים 2).

תרשים 2: התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי גיל ומין, 2012¹: אחוזים

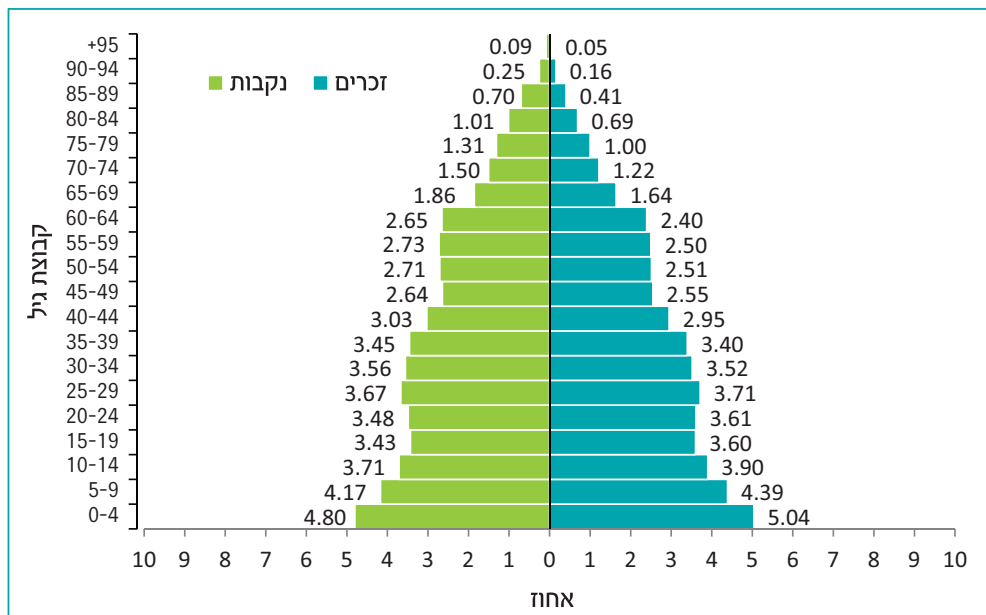


3.2 התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

האוכלוסייה הערבית בישראל צעירה מהאוכלוסייה היהודית. בני 0-24 שנים מהווים 40.1% מהאוכלוסייה היהודית (20.5% זכרים ו-19.6% נקבות), לעומת 55.8% מהאוכלוסייה הערבית (28.6% זכרים ו-27.2% נקבות). שיעור בני 49-25 שנים דומה באוכלוסייה היהודית והערבית. בני 25-49 שנים מהווים 32.5% מהאוכלוסייה היהודית (16.1% זכרים ו-16.4% נקבות) לעומת 31.4% מהאוכלוסייה הערבית (15.8% זכרים ו-15.6% נקבות). בני 50-64 שנים מהווים 15.5% מהאוכלוסייה היהודית (7.4% זכרים ו-8.1% נקבות) לעומת 8.6% מהאוכלוסייה הערבית (4.2% זכרים ו-4.4% נקבות). בני 65 שנים ומעלה מהווים 11.9% מהאוכלוסייה היהודית (5.2% זכרים ו-6.7% נקבות), לעומת 4.1% מהאוכלוסייה הערבית (1.9% זכרים ו-2.2% נקבות) (תרשים 3).

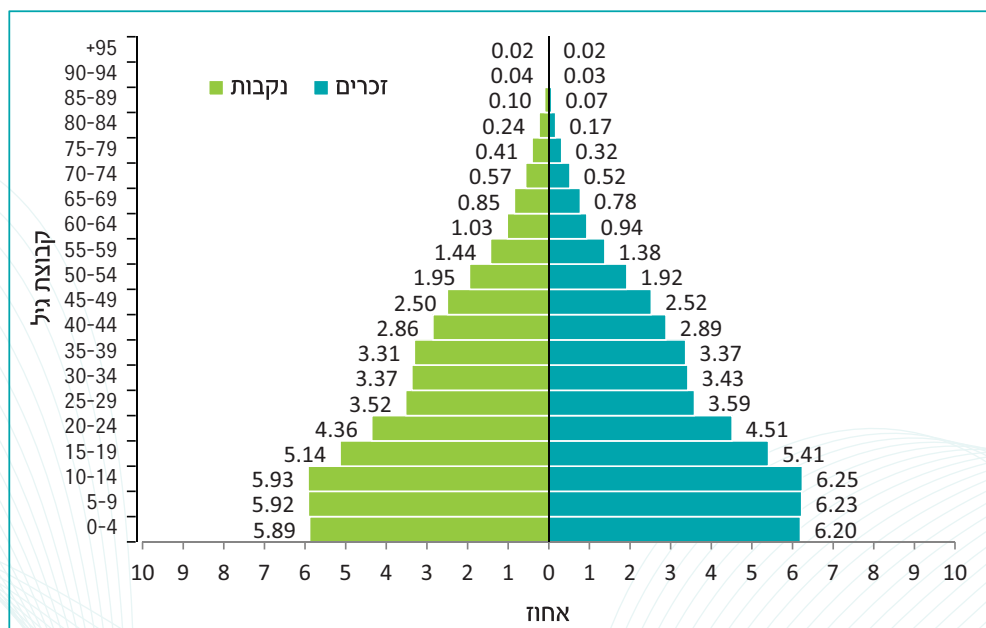
תרשים 3: התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, 2012¹: אחוזים

3.א. יהודים ואחרים*



*אחרים: נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת.

3.ב. ערבים



3.3. מגמות בהתפלגות האוכלוסייה

3.3.1. מגמות לפי גיל

בין השנים 1955-1995 נצפתה מגמת הזדקנות באוכלוסייה, אשר נבלמה במידה רבה בשנות ה-2000. קבוצת הגיל המבוגר (בני 65 שנים ומעלה), היוותה בשנת 1955 4.7% בלבד מכלל האוכלוסייה. בשנת 1995 היוותה קבוצת גיל זו 9.5%, ובשנת 2012, 10.3% מכלל האוכלוסייה. במקביל, בשנת 1955 היוו בני 0-14 שנים 35.2% מכלל האוכלוסייה. בשנת 1995 היוותה קבוצת גיל זו 29.4%, ובשנת 2012, 28.1% מכלל האוכלוסייה.

3.3.2. מגמות לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

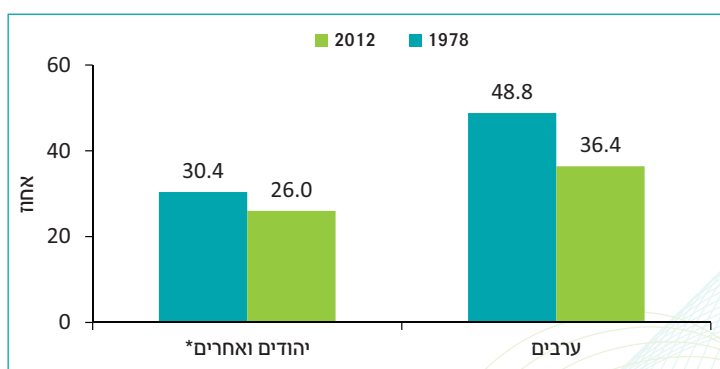
מגמת הזדקנות האוכלוסייה נצפתה בעיקר באוכלוסייה היהודית. כך למשל, קבוצת האוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה) היוותה בשנת 1955 4.7% מהאוכלוסייה היהודית, ואילו בשנת 2012 היוותה קבוצה זו 11.9% מכלל האוכלוסייה היהודית. במקביל, ילדים בני 0-4 שנים היוו 13.6% מכלל האוכלוסייה היהודית בשנת 1955, ואילו בשנת 2012 היוותה קבוצת גיל זו 9.8% מכלל האוכלוסייה היהודית.

התפלגות הגילאים באוכלוסייה הערבית מצביעה על אוכלוסייה צעירה יותר מזו היהודית. עם זאת, גם באוכלוסייה הערבית חלקם היחסי של הילדים הצעירים ביותר (בני 0-4 שנים) הולך ופוחת. כך למשל, בשנת 2012, היוותה קבוצת גיל זו 12.1% מכלל האוכלוסייה הערבית, לעומת 18.7% בשנת 1955. באוכלוסייה הערבית המבוגרת עדיין לא התרחש התהליך הנצפה באוכלוסייה היהודית. בשנת 1955, 5.4% מהאוכלוסייה הערבית היו בני 65 שנים ומעלה ואילו בשנת 2012 עמד חלקה היחסי של קבוצת גיל זו על 4.2% מכלל האוכלוסייה הערבית.¹

3.4. ילדים ונוער

תרשים 4: חלקם של בני 0-14 שנים בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה, 1978 ו-2012¹: אחוזים

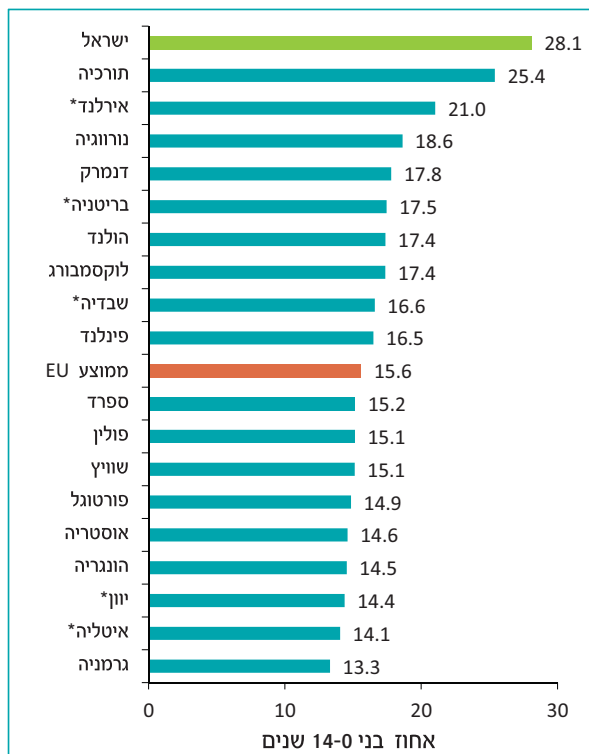
חלקם היחסי של הילדים באוכלוסייה הולך וקטן עם השנים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. בשנת 2012, 26.0% מהאוכלוסייה היהודית ו-36.4% מהאוכלוסייה הערבית היו בני 0-14 שנים. זאת בהשוואה ל-30.4% באוכלוסייה היהודית ו-48.8% באוכלוסייה הערבית בשנת 1978 (תרשים 4). הסיבה העיקרית לשינוי היא העלייה בתוחלת החיים, ובעקבות כך הגידול היחסי בחלקה של האוכלוסייה המבוגרת (ראה תרשים 6).



* אחרים: נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת

תרשים 5: חלקם של בני 14-0 שנים באוכלוסייה בישראל ובמדינות אירופה, 2012²: אחוזים

בהשוואה למדינות אירופה, חלקם היחסי של בני 14-0 שנים מכלל האוכלוסייה בישראל (28.1%) גבוה יחסית. השיעור הקטן ביותר של בני 14-0 שנים נמצא בגרמניה (13.3%).

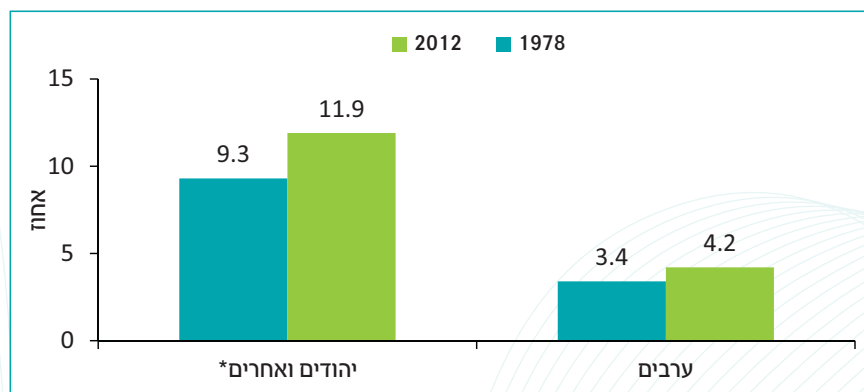


*נתונים אחרונים משנת 2010.

3.5. בני 65 שנים ומעלה

תרשים 6: חלקם של בני 65 שנים ומעלה בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה, 1978 ו-2012¹: אחוזים

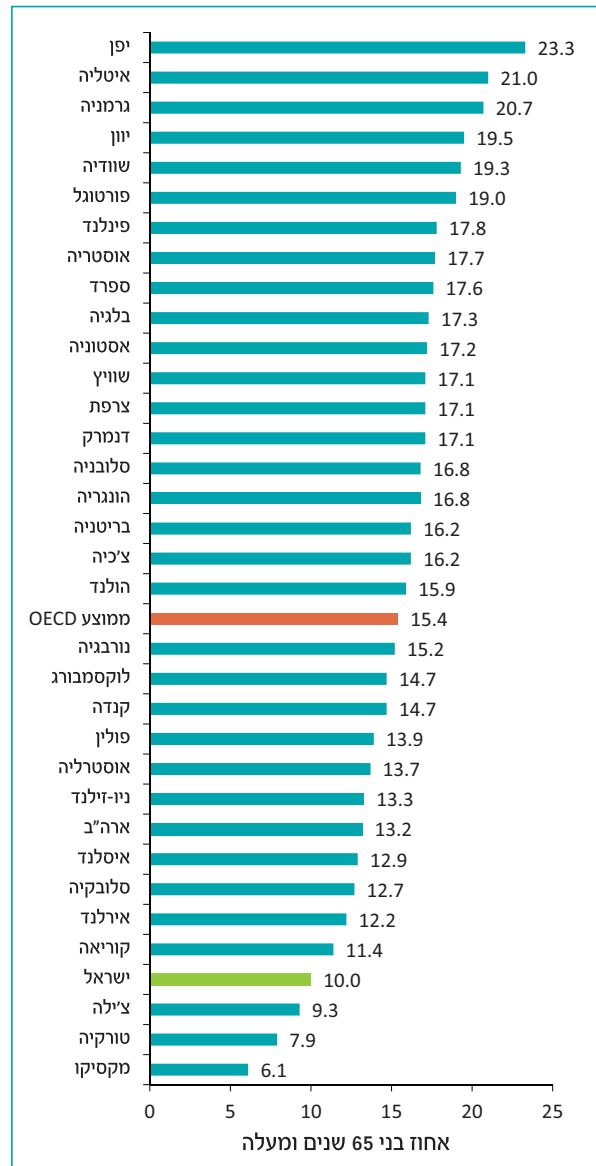
חלקם היחסי של בני 65 ומעלה באוכלוסייה היהודית עלה בכ-28% בין השנים 1978 ל-2012 (מ-9.3%-ל-11.9%). באוכלוסייה הערבית, חלקה של קבוצת גיל זו עלה בכ-24% באותן שנים (מ-3.4%-ל-4.2%) (תרשים 6).



*אחרים: נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת.

תרשים 7: חלקם של בני 65 שנים ומעלה בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2011³: אחוזים

בשנת 2011, חלקם היחסי של בני 65 שנים ומעלה מכלל האוכלוסייה בישראל (10.0%) היה נמוך לעומת מרבית מדינות ה-OECD האחרות. אחוז בני ה-65 ומעלה הגבוה ביותר נמצא ביפן (23.3%).

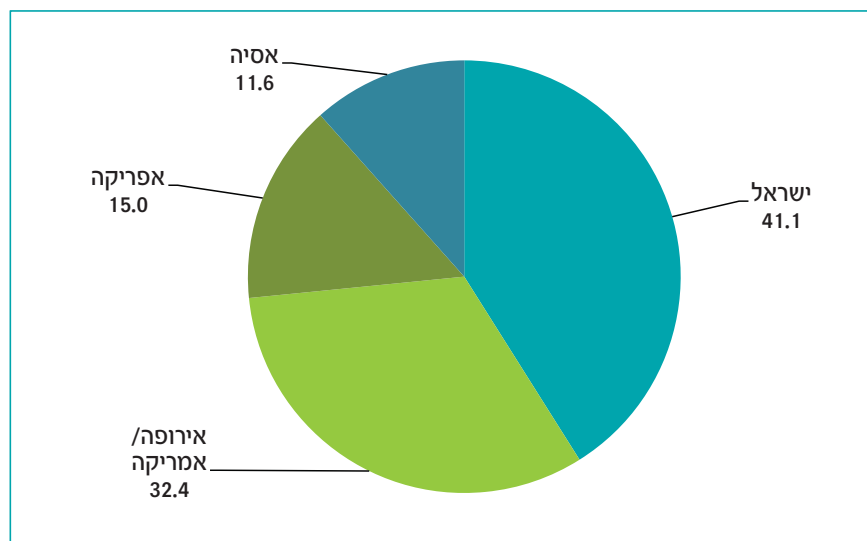


4. התפלגות האוכלוסייה היהודית לפי ארץ מוצא

חלקם של ילידי ישראל באוכלוסייה היהודית הולך וגדל. בשנת 2012 היו ילידי ישראל 73.6% מכלל האוכלוסייה היהודית, לעומת 38.0% בשנת 1961, 47.3% בשנת 1972 ו-61.7% בשנת 1995. כאשר מסווגים את האוכלוסייה היהודית לפי ארץ לידת האב עולה כי בשנת 2012, 41.1% מהאוכלוסייה הינם ישראלים שנולדו לאב יליד ישראל, 32.4% נולדו לאב יליד ארצות אירופה/אמריקה, 15.0% נולדו לאב יליד אפריקה ו-11.6% נולדו לאב יליד אסיה (תרשים 8). בשנת 2012, יוצאי מדינות חבר העמים היוו 14.9% מהאוכלוסייה (888,400 איש) ויוצאי אתיופיה היוו 2.0% מהאוכלוסייה (119,500 איש)¹.

הערה: יוצאי מדינות חבר העמים ויוצאי אתיופיה כוללים ילידי חו"ל וילידי ישראל שאביהם נולד בחו"ל.

תרשים 8: התפלגות האוכלוסייה היהודית לפי ארץ מוצא*, 2012¹: אחוזים

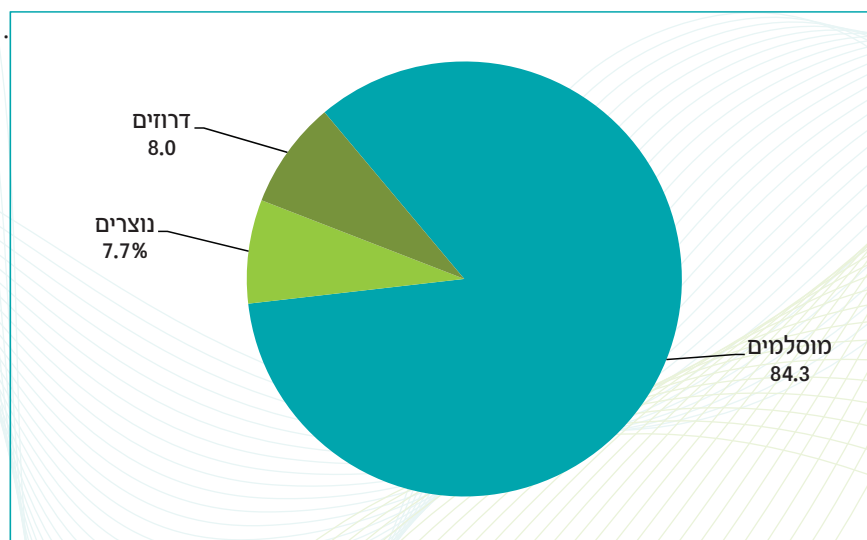


* ילידי ישראל: לפי ארץ לידת האב. ילידי חו"ל: לפי יבשת לידתם.

5. התפלגות האוכלוסייה הערבית לפי דת

בשנת 2012, 84.3% מהאוכלוסייה הערבית בישראל היו מוסלמים, 7.7% ערבים-נוצרים ו-8.0% דרוזים (תרשים 9).

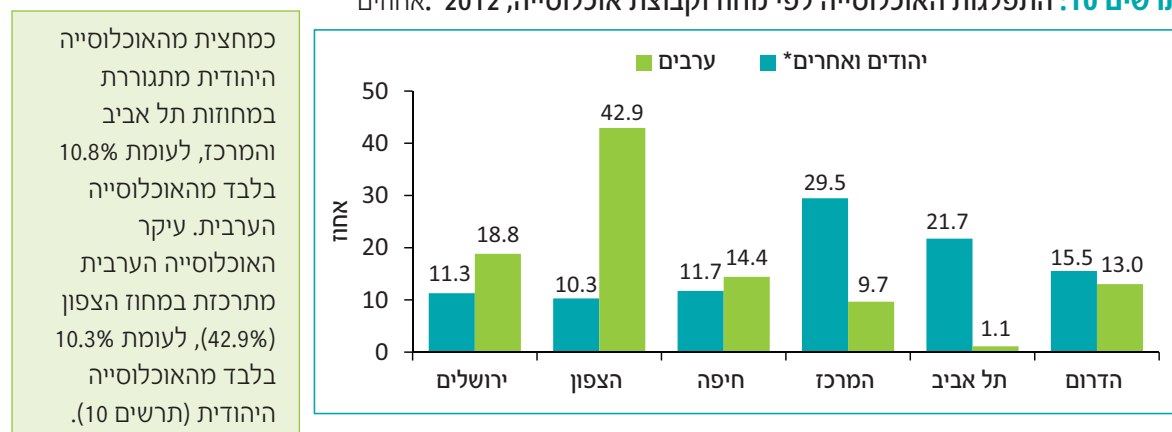
תרשים 9: התפלגות האוכלוסייה הערבית לפי דת, 2012¹: אחוזים



6. התפלגות אוכלוסיית ישראל לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה

התפלגות של שתי קבוצות האוכלוסייה העיקריות (יהודים וערבים) שונה מבחינה גיאוגרפית: כמחצית מהאוכלוסייה היהודית מתגוררת במחוז המרכז ובמחוז תל-אביב, 15.5% מתגוררים במחוז הדרום, 11.3% במחוז ירושלים ו-22.0% בחיפה והצפון. עיקר האוכלוסייה הערבית, לעומת זאת, מתרכזת במחוז הצפון (42.9%), אחוז קטן מאוד (1.1%) במחוז תל-אביב והשאר במחוזות ירושלים (18.8%), דרום (13.0%) ומרכז (9.7%) (תרשים 10).

תרשים 10: התפלגות האוכלוסייה לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה, 2012¹: אחוזים



* אחרים: נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת. בחישובים לגבי האוכלוסייה היהודית לא נכללו תושבי יהודה ושומרון.

7. מדדים חברתיים-כלכליים

מצב בריאותה של האוכלוסייה ושל תתי-קבוצות באוכלוסייה קשור במידה רבה לרמה החברתית-כלכלית, כאשר שיעורי תחלואה ותמותה גבוהים יותר נמצאים בקרב קבוצות בעלות מעמד כלכלי-חברתי נמוך יותר. להלן מובאים נתונים לגבי ארבעה מדדים חברתיים-כלכליים: השכלה, עוני, ביטחון תזונתי ואבטלה.

7.1. השכלה

7.1.1. מגמות ברמת ההשכלה לפי מין

רמת ההשכלה באוכלוסייה עלתה באופן ניכר בעשורים האחרונים, בגברים ובנשים.

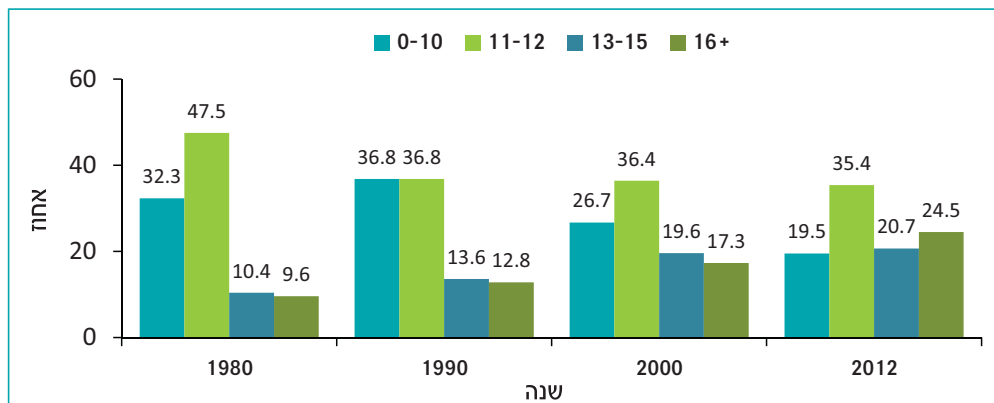
בשנת 1990, אחוז הגברים בעלי השכלה על-תיכונית (מעל 12 שנות לימוד) היה 26.4%, ואילו בשנת 2012 הגיע אחוז זה ל-45.2%. במקביל, ירד אחוז הגברים בעלי 10 שנות לימוד ומטה, מ-36.8% בשנת 1990 ל-19.5% בשנת 2012 (תרשים 11').

אחוז הנשים בעלות השכלה על-תיכונית עלה מ-24.3% בשנת 1990 ל-48.1% בשנת 2012. כמו כן, ניכרת ירידה באחוז הנשים בעלות 10 שנות לימוד ומטה, מ-41.1% ב-1990 ל-19.5% ב-2012 (תרשים 11ב').

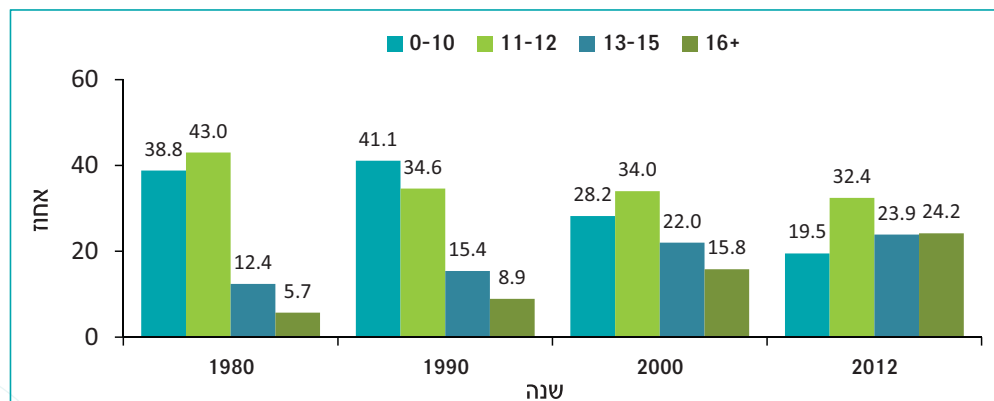
תרשים 11: מגמות ברמת ההשכלה בקרב בני 15 שנים ומעלה, לפי מספר שנות לימוד ומין, שנים נבחרות¹:

אחוזים

11א. גברים



11ב. נשים



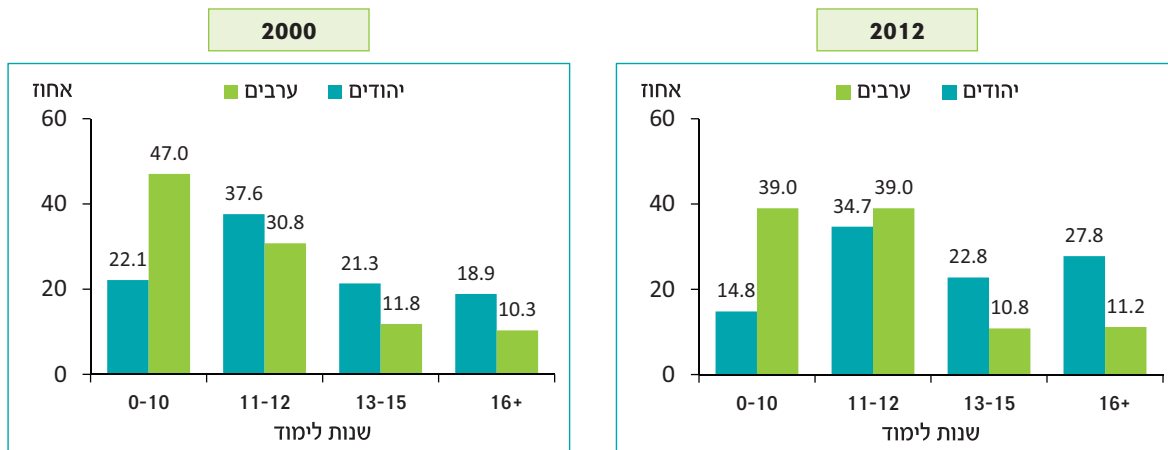
7.1.2 מגמות ברמת ההשכלה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

רמת ההשכלה בישראל ממשיכה במגמת עלייה במאה ה-21. מגמה זו נצפתה בשני המינים ובשתי קבוצות האוכלוסייה, כאשר בכל תת-קבוצה התפלגות שנות ההשכלה מעט שונה. בתרשים 12 מוצגת התפלגות שנות ההשכלה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, בשנת 2000 ובשנת 2012.

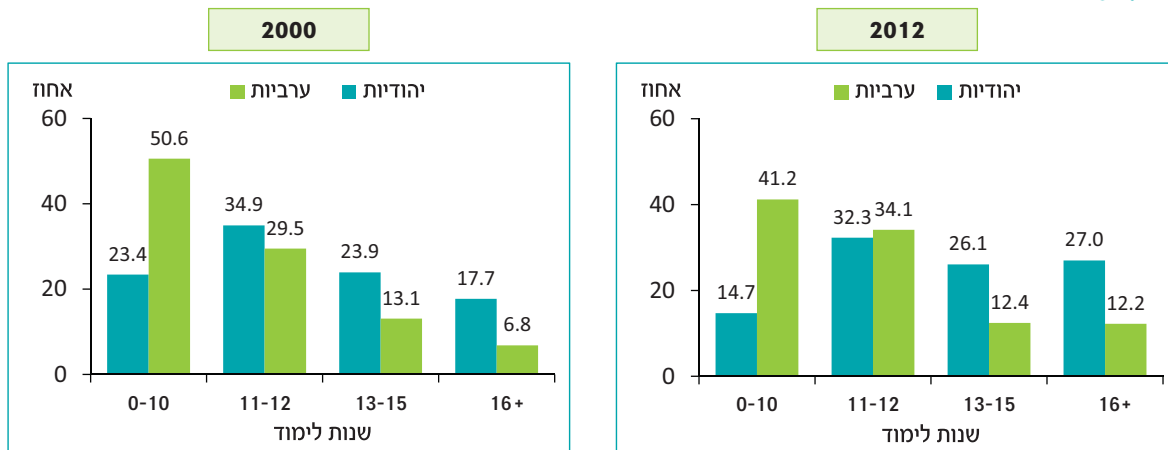
בגברים יהודים, עיקר השינוי התבטא בירידה באחוז בעלי 0-10 שנות לימוד ועלייה באחוז בעלי 16 שנות השכלה ומעלה. בגברים ערבים, עיקר השינוי התבטא בירידה באחוז בעלי 0-10 שנות לימוד ועלייה מקבילה באחוז בעלי 12-11 שנות לימוד. בנשים יהודיות נצפתה מגמה דומה לזו שנצפתה בגברים יהודים, עם עלייה ניכרת באחוז בעלות השכלה על-תיכונית ואקדמית. גם בנשים ערביות ירד אחוז בעלות 0-10 שנות לימוד, וכמעט והוכפל שיעור בעלות 16 שנות השכלה ומעלה, בין השנים 2000 ל-2012. עם זאת, הפערים בין יהודים וערבים נותרו משמעותיים (תרשים 12). בשנת 2012, האחוז היחסי של בעלי השכלה על-תיכונית היה גבוה פי 2.3 בגברים יהודים בהשוואה לערבים (50.6% ו-22.0% בהתאמה), ופי 2.2 בנשים יהודיות בהשוואה לערביות (53.1% ו-24.6% בהתאמה) (תרשים 12).

תרשים 12: מגמות ברמת ההשכלה בקרב בני 15 שנים ומעלה, לפי מספר שנות לימוד, מין וקבוצת אוכלוסייה, שנת 2012 לעומת 2000⁴: אחוזים

12א. גברים



12ב. נשים



7.2 מצב העוני בישראל

קו העוני בישראל מוגדר כמחצית מחציון ההכנסה הפנויה* לנפש⁵. ההכנסה הפנויה משוקללת על פי מספר הנפשות במשק בית. משק בית שהכנסתו הפנויה נמוכה מקו העוני נחשב למשק בית עני. דוח העוני לשנת 2012 התפרסם בדצמבר 2013. עורכי הדוח מציינים כי עקב שינויים מבניים שחלו בשנת 2012 בסקר ההכנסות של הלמ"ס, עליו מתבסס דוח העוני, יש להתייחס במשנה זהירות להשוואות עם הממצאים משנים קודמות⁵. עקב כך מוצגים בפרק זה הממצאים מדוח העוני לשנת 2012 בלבד.

* הכנסה פנויה מוגדרת כהכנסה הכספית ברוטו, בתוספת תשלומי העברה ובניכוי מסים ישירים (מס הכנסה, דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות).

על פי דוח העוני השנתי של המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2012 חיו מתחת לקו העוני 439,500 משפחות, המהוות 19.4% מכלל המשפחות בישראל. משפחות אלו כללו 1,754,700 נפשות, מתוכן 817,200 ילדים (33.7% מכלל הילדים בישראל)⁵.

7.2.1 קשישים

22.7% מכלל האוכלוסייה המבוגרת (בני 65 שנים ומעלה) נמצאו מתחת לקו העוני בשנת 2012⁵.

7.2.2 משפחות חד-הוריות

אחוז המשפחות החד-הוריות שנמצאו מתחת לקו העוני בשנת 2012 היה 29.0%⁵.

7.2.3 עוני ועבודה

על פי דוח העוני לשנת 2012, 13.7% מהמשפחות העובדות בישראל נמצאו מתחת לקו העוני. חלקן של המשפחות העובדות מתוך כלל המשפחות העניות עמד בשנת 2012 על 56.0%⁵.

7.2.4 מצב העוני לפי קבוצת אוכלוסייה

טבלה 1: תחולת העוני לפי קבוצת אוכלוסייה בשנת 2012⁵: אחוזים

קבוצת אוכלוסייה	2012		
	ילדים	נפשות	משפחות
יהודים	22.9	15.5	14.1
ערבים	67.9	57.9	54.3
סך הכול	33.7	23.5	19.4

אחוז המשפחות העניות בישראל היה 14.1% באוכלוסייה היהודית ו-54.3% באוכלוסייה הערבית. 22.9% מהילדים היהודים ו-67.9% מהילדים הערבים הוגדרו כעניים (טבלה 1).

7.2.5 מצב העוני לפי אזור גיאוגרפי

טבלה 2: תחולת העוני לפי מחוז בשנת 2012⁵: אחוזים

מחוז	2012		
	ילדים	נפשות	משפחות
ירושלים	59.4	46.5	34.7
צפון	49.4	38.3	34.5
חיפה	29.4	21.4	19.5
מרכז	15.9	10.9	9.9
תל-אביב	23.7	14.1	12.3
דרום*	24.7	18.4	18.8

מדדי העוני הנמוכים ביותר נמצאו במחוז המרכז, והגבוהים ביותר, במחוז ירושלים (טבלה 2).

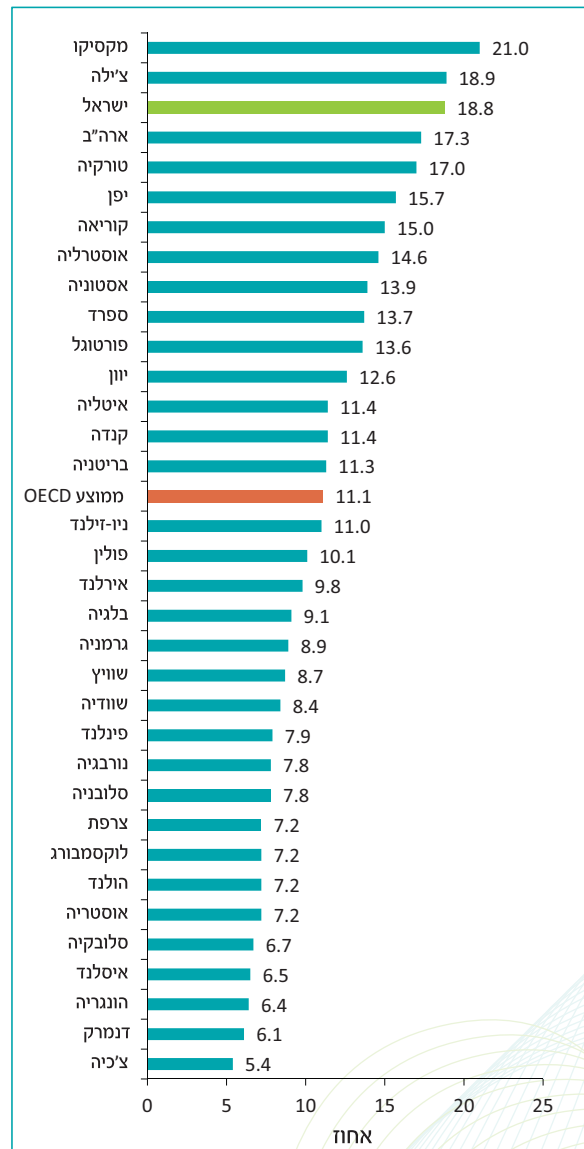
* הנתונים אינם כוללים את האוכלוסייה הבדואית.

7.2.6. מצב העוני: השוואה בין-לאומית

בהשוואה למדינות החברות ב-OECD, ישראל נמצאת בין המדינות בהן ממדי העוני הם מהגבוהים ביותר. תחולת העוני בישראל גבוהה פי 1.7 ממוצע מדינות ה-OECD (תרשים 13). גם במדד ג'יני לאי-שוויון נמצאת ישראל במקום גבוה בהשוואה ליתר מדינות ה-OECD (תרשים 14).

תרשים 13: תחולת העוני* בישראל וביתר מדינות ה-OECD, סוף העשור הראשון של שנות ה-2000 (ישראל 2012)^{5,6}: אחוזים

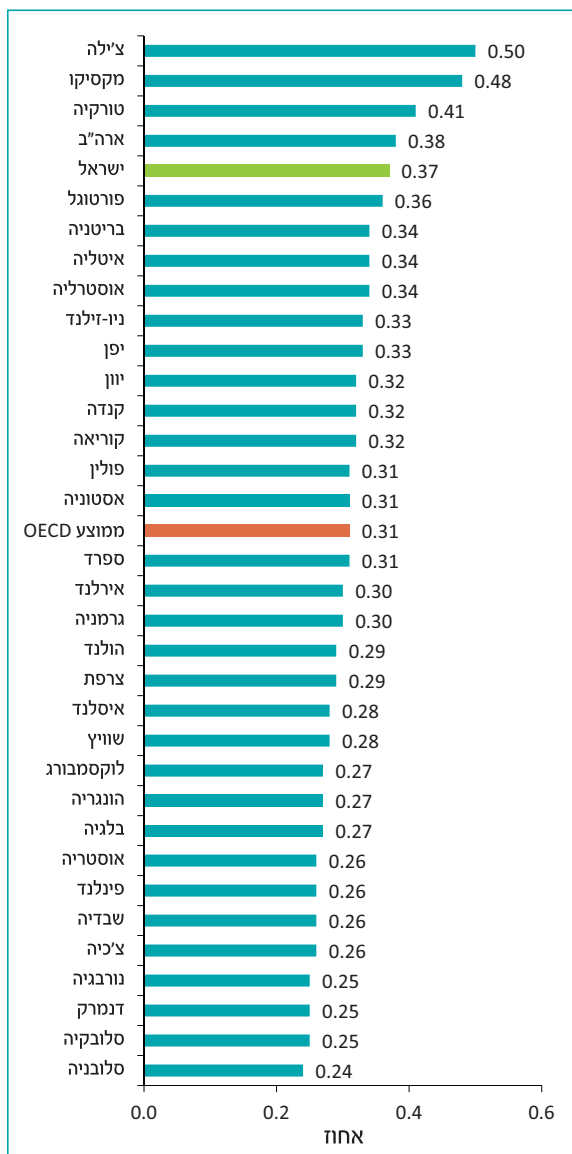
תחולת העוני בישראל היא מהגבוהות במדינות ה-OECD. ישראל ממוקמת במקום ה-3 מתוך 34 מדינות, כשלפניה נמצאות צ'ילה ומקסיקו (תרשים 13).



*תחולת העוני: אחוז החיים בפחות מ-50% מחציון ההכנסה הכספית הפנויה לנפש.

תרשים 14: מדד ג'יני לאי-שוויון בהכנסה הפנויה לנפש בישראל וביתר מדינות ה-OECD, סוף העשור הראשון של שנות ה-2000 (ישראל 2012)^{5,6}: אחוזים

בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD נמצאת ישראל במקום גבוה במדד ג'יני לאי-שוויון (תרשים 14).



7.3. ביטחון תזונתי

במהלך שנת 2011 נערך על ידי המוסד לביטוח לאומי סקר ארצי טלפוני בנושא ביטחון תזונתי בקרב 5,600 משפחות בישראל. "אי-ביטחון תזונתי ניכר" הוגדר כמצב שבו דיווחו הנסקרים כי לא אכלו יום שלם בשל מחסור בכסף, או שצמצמו את גודל הארוחות במספר חודשים בשנה או כמעט בכל חודש. "אי-ביטחון מתון" הוגדר כמצב שבו דיווחו הנסקרים כי דילגו על ארוחות לעתים תכופות או צמצמו את גודל הארוחות⁷.

על פי ממצאי סקר המוסד לביטוח לאומי, 23.4% מתושבי ישראל חיים באי-ביטחון תזונתי, כאשר 11.4% מצויים באי-ביטחון מתון ו-12.0% באי-ביטחון ניכר (טבלה 3).

טבלה 3: רמת הביטחון התזונתי בכלל המשפחות, הנפשות והילדים באוכלוסייה, 2011⁷: אחוזים

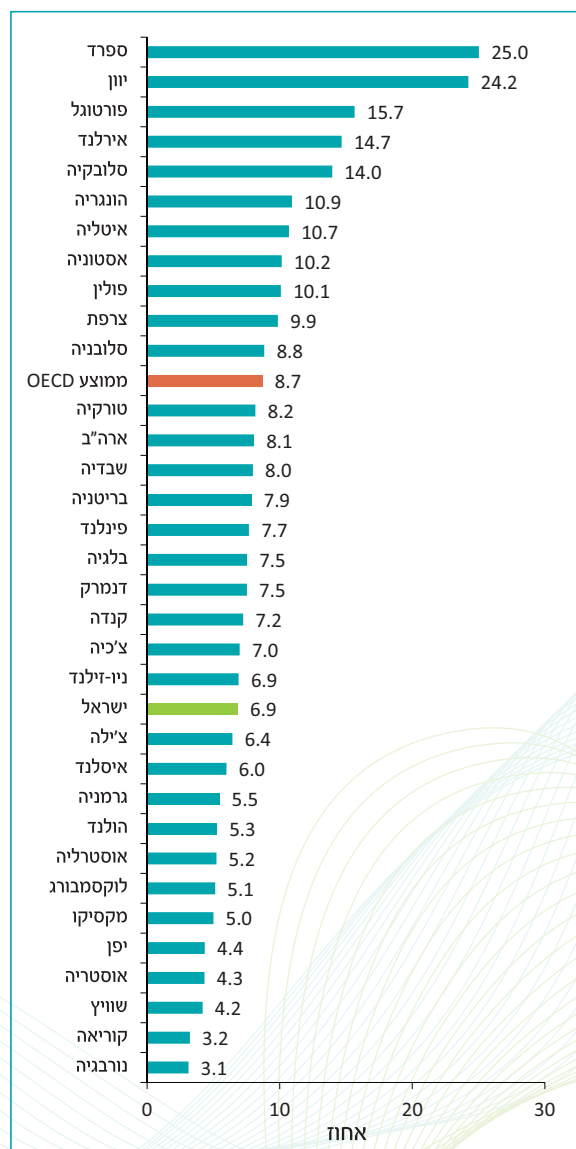
רמת הביטחון התזונתי	משפחות (%)	נפשות (%)	ילדים (%)
ביטחון תזונתי	81.3	76.5	68.4
אי-ביטחון תזונתי מתון	8.2	11.4	16.7
אי-ביטחון תזונתי ניכר	10.5	12.0	14.9

7.4. אבטלה

בתרשים 15 מוצגים אחוזי הבלתי מועסקים בישראל ובמדינות החברות ב-OECD. שיעור האבטלה בישראל בשנת 2011 (6.9%) היה נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD. שיעור האבטלה הגבוה ביותר נמצא בספרד (25.0%) (תרשים 15).

תרשים 15: בלתי מועסקים בכוח העבודה (בני 15 ומעלה) בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2011⁸: אחוזים

שיעור האבטלה בישראל נמוך בכ-21% משיעור האבטלה הממוצע במדינות ה-OECD, וממוקם במקום ה-22 מתוך 34 מדינות (תרשים 15).



מקורות המידע

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2013, פרסום 64. ירושלים, 2013.
2. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013
3. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status" OECD.Stat (database). doi: 10.1787/data-00285-en
4. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2001, פרסום 52. ירושלים, 2001.
5. ממדי העוני והפערים החברתיים: דוח שנתי 2012. המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון. ירושלים, דצמבר 2013. www.btl.gov.il
6. OECD (2011). Society at a Glance 2011 – OECD Social Indicators. www.oecd.org/els/societyataglance.htm.
7. ביטחון תזונתי - תוצאות מסקר הביטוח הלאומי לשנת 2011. המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
8. OECD (2010). "Labour Force Statistics: Summary tables". OECD Employment and Labour Market Statistics (database). doi: 10.1787/data-00285-en

פרק 2

תנועה
טבעית





תוחלת חיים

ממצאים עיקריים

מגמות: תוחלת החיים בלידה בישראל עלתה בעשור האחרון, עלייה ב-2.8 שנים לנשים ועלייה ב-3.2 שנים לגברים במשך השנים 2000-2012.

מגדר: קיים הבדל של כארבע שנים בין תוחלת החיים של גברים ונשים בישראל, 3.7 בשנת 2012. בעשור האחרון הבדל זה נע בין 3.6 שנים ל-4.4 שנים.

קבוצת אוכלוסייה: תוחלת החיים גבוהה יותר בקרב יהודים ואחרים בהשוואה לערבים, גבוהה ב-3.5 שנים לגברים ו-3.3 שנים לנשים בשנת 2012, בהשוואה להפרש של 2.5 שנים ו-3.3 שנים, בהתאמה, בשנת 2000.

השוואה בינלאומית: תוחלת החיים בישראל גבוהה בהשוואה לממוצע מדינות ה-OECD. בקרב גברים, ישראל מדורגת במקום הגבוה ה-5 בהשוואה ל-34 מדינות ה-OECD, רק באיסלנד, שווייץ, איטליה ושוודיה נמצאה תוחלת חיים גבוהה יותר. לעומת זאת, תוחלת החיים של הנשים בישראל מדורגת במקום ה-15 הגבוה מתוך 34 המדינות. ההבדל בתוחלת החיים בין גברים לנשים נמוך בישראל בהשוואה למרבית המדינות ב-OECD, ההבדל הוא פחות מארבע שנים, בדומה להבדל הקיים בשוודיה הולנד, ניו זילנד ואיסלנד.

תוחלת החיים בגיל 65: תוחלת החיים בגיל 65 בישראל גבוהה יחסית לממוצע ה-OECD. ישראל מדורגת גבוה במקום ה-5 מתוך 34 מדינות לגברים, לעומת המקום ה-20 לנשים. ההבדל בתוחלת החיים בגיל 65 בין גברים לנשים נמוך בישראל, מעט מעל שנתיים, כמו יוון, ניו זילנד, טורקיה ודנמרק.

רקע

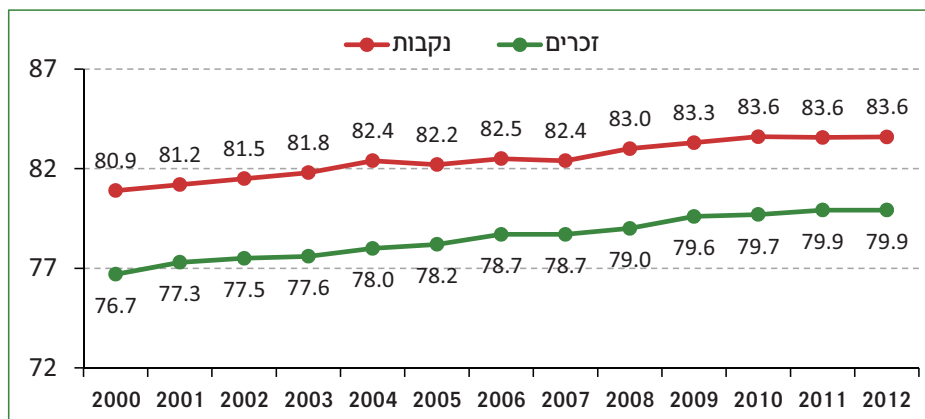
תוחלת חיים מהווה מדד בריאות המצביע על רמת הבריאות הכוללת באוכלוסייה. המדד מאפשר הצבעה על הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה, בין אזורים ובין מדינות. תוחלת החיים נמצאת במגמת עלייה בעשורים האחרונים, עלייה שמושפעת משיפור באיכות תנאי החיים, ירידה בגורמי סיכון רבים ושיפור בטיפול הרפואי. תוחלת החיים גבוהה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים. ההבדל בתוחלת החיים בין נשים לגברים הצטמצם במשך השנים, בעיקר עקב שיפור באורח חיים בריא יותר וירידה בשיעורי התמותה ממחלות לב בקרב גברים⁵. קיים קשר ישיר בין מצב כלכלי-חברתי לבין תוחלת החיים. בישראל, נמצא קשר חיובי בין מדד חברתי-כלכלי לבין תוחלת חיים, ככל שהישוב גבוה יותר במדד החברתי-כלכלי, כך תוחלת החיים בו גבוהה יותר. תוחלת החיים בצפון ובדרום נמוכה יותר בהשוואה לשאר המחוזות^{2,3}.

הגדרה: תוחלת חיים מצביעה על מספר השנים הממוצע הצפוי לאדם לחיות בגיל מסוים, בהנחה ששיעורי התמותה הקיימים בתקופת ההתייחסות יישארו קבועים לאורך חייו.

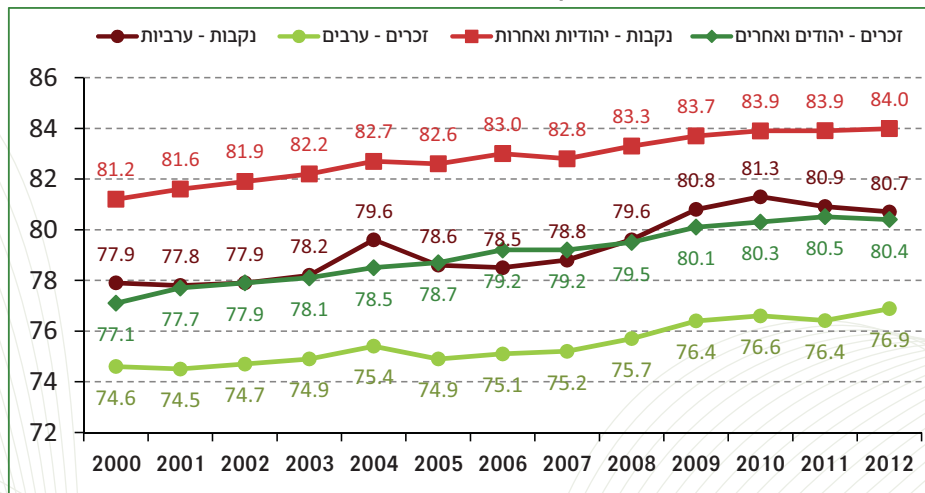
1. תוחלת חיים בלידה

תוחלת החיים בלידה במגמת עלייה בעשורים האחרונים בישראל. בשנת 2012 תוחלת החיים עלתה ל-83.6 שנים לנשים ו-79.9 שנים לגברים. תוחלת החיים ליהודים ואחרים גבוהה יותר, 84.0 שנים לנשים ו-80.4 לגברים בהשוואה לערבים, 80.7 ו-76.9. ההבדל בין שתי קבוצות האוכלוסייה היה 3.5 שנים לגברים ו-3.3 שנים לנשים בשנת 2012 בהשוואה ל-2.5 שנים ו-3.3 שנים, בהתאמה, בשנת 2000. במהלך השנים 2000-2012, עלתה תוחלת החיים של הנשים ב-2.8 שנים גם בקרב יהודים ואחרים וגם בקרב ערבים, ואילו תוחלת החיים לגברים עלתה בקרב יהודים ואחרים ב-3.3 שנים ובקרב ערבים ב-2.3 שנים בלבד. בעשור האחרון, תוחלת החיים של נשים ערביות דומה לזו של גברים יהודים ואחרים.

תרשים 1: תוחלת חיים בלידה לפי מגדר, 2012-2000



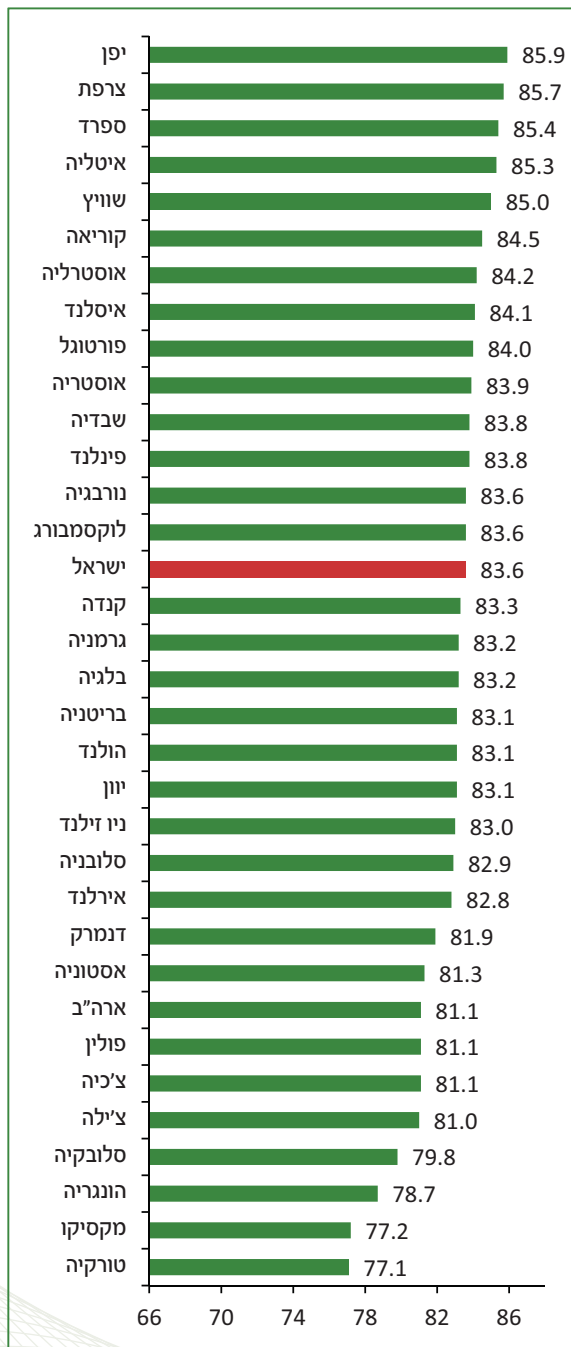
תרשים 2: תוחלת חיים בלידה לפי קבוצת אוכלוסייה ומגדר, 2012-2000



תוחלת החיים בלידה בישראל גבוהה יחסית למוצע ה-OECD (82.8 לנשים ו-77.3 לגברים), ישראל מדורגת גבוה במקום ה-9 מתוך 34 מדינות, הגברים מדורגים במקום ה-5 לעומת המקום ה-15 לנשים. ההבדל בתוחלת החיים בלידה בין גברים לנשים נמוך בישראל, פחות מארבע שנים, כמו בשוודיה ניו זילנד, הולנד ואיסלנד.

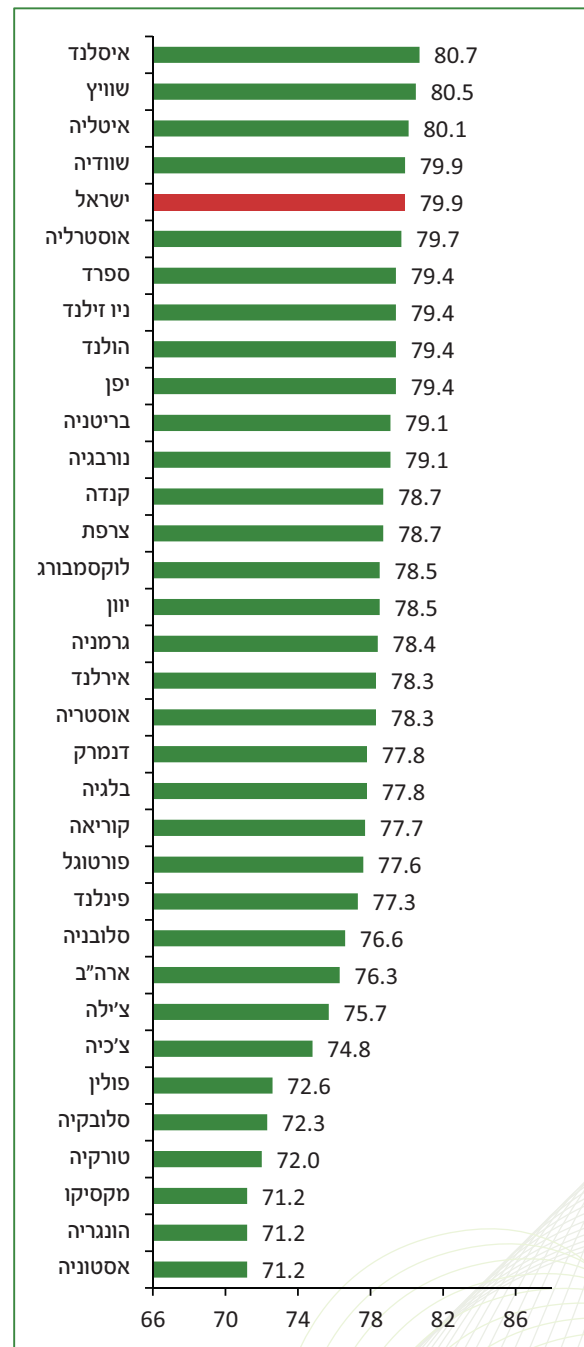
תוחלת חיים

תרשים 4: תוחלת חיים בלידה לנשים, השוואה ל-OECD, 2011



2011 או שנה אחרונה זמינה.

תרשים 3: תוחלת חיים בלידה לגברים, השוואה ל-OECD, 2011

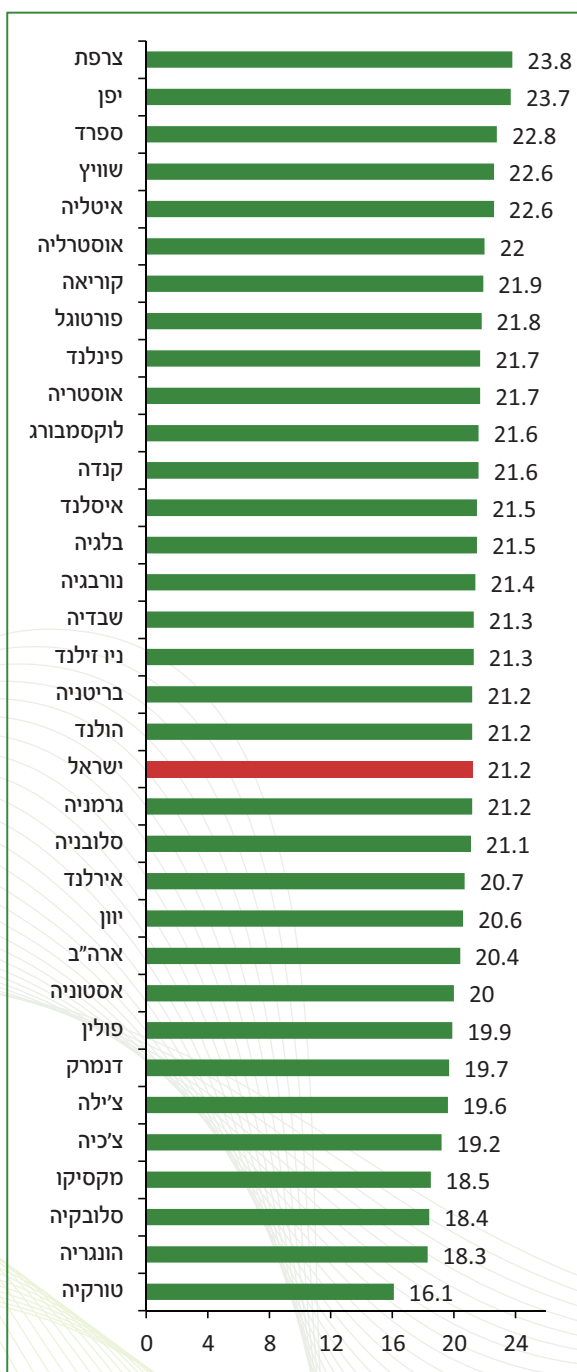


2011 או שנה אחרונה זמינה.

2. תוחלת חיים בגיל 65

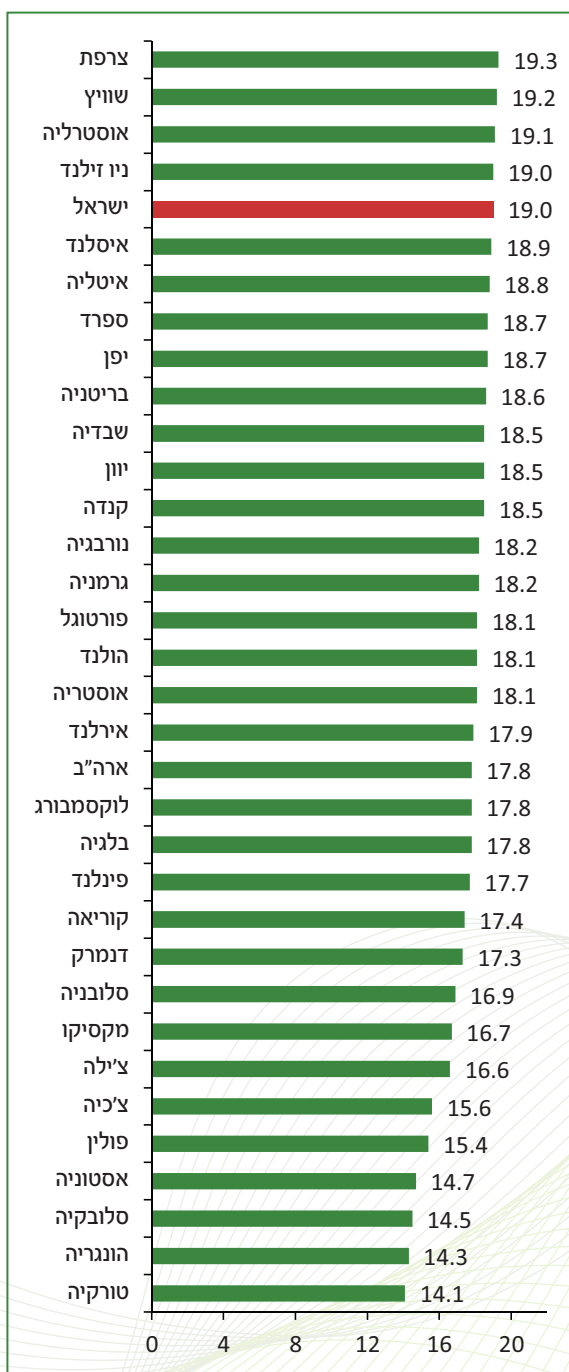
תוחלת החיים בגיל 65 בישראל הייתה 19.0 שנים לגברים ו-21.2 שנים לנשים בשנת 2011, שיעור גבוה יחסית לממוצע ה-OECD, 17.6 שנים ו-20.9 שנים, בהתאמה. ישראל מדורגת גבוה במקום ה-5 מתוך 34 מדינות לגברים, לעומת המקום ה-20 לנשים. ההבדל בתוחלת החיים בגיל 65 בין גברים לנשים נמוך בישראל, מעט מעל שנתיים, כמו יוון, ניו זילנד, טורקיה ודנמרק.

תרשים 6: תוחלת חיים בגיל 65 לנשים, השוואה ל-OECD, 2011



2011 או שנה אחרונה זמינה.

תרשים 5: תוחלת חיים בגיל 65 לגברים, השוואה ל-OECD, 2011



2011 או שנה אחרונה זמינה.

מקורות המידע

1. השנתון הסטטיסטי לישראל 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
2. פרופיל בריאותי-חברתי של הישובים בישראל 1998-2002, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, מאי 2006.
3. אי שוויון בבריאות וההתמודדות אתו, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות, נובמבר 2013.
4. <http://stats.oecd.org>
5. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov. 2013

לידות

ממצאים עיקריים

מספר לידות חי: בשנת 2012 היו 171 אלף לידות חי, מהן 73% של יהודים בהשוואה ל-67% בשנת 2000.

גיל הנשים בלידה: גיל האישה בלידה במגמת עליה. בשנת 2012 חציון הגיל בלידה היה 30.0 בהשוואה ל-28.5 בשנת 2000, בקרב יהודיות ואחרות 30.7 ו-29.2 ובקרב ערביות 27.0 ו-26.6, בהתאמה. בשנת 2012 חמישית מהלידות היו בגיל 35 ומעלה, 23% ליהודיות ואחרות, 12% לערביות וחמישית היו עד גיל 25, 16% ו-37%, בהתאמה.

גיל האם בלידה ראשונה: גיל האם בלידה ראשונה במגמת עליה. בשנת 2012 חציון הגיל בלידה ראשונה היה 27.0, לעומת 25.5 בשנת 2000, בקרב יהודיות ואחרות 28.0 ו-26.4 ובקרב ערביות 22.9 ו-22.5, בהתאמה.

לידה מרובת עוברים: אחוז הילודים שנולדו בלידה מרובת עוברים יציב בעשור האחרון, 4.5% מכלל לידות החי בשנת 2012. אחוז הילודים שנולדו בלידת שלישיות ומעלה ירד ל-0.2% בשנת 2012 בהשוואה ל-0.4% בשנת 2000, האחוז יציב משנת 2005.

לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם: בשנת 2012 נולדו 13,661 תינוקות במשקל נמוך מ-2,500 גרם, 8.0% מכלל לידות החי, אחוז יציב יחסית בעשור האחרון. שליש מכלל הילודים שהיו במשקל נמוך מ-2,500 גרם נולדו בלידה מרובת עוברים וכשני שליש נולדו בלידת יחיד. כעשירית מלידות החי של נשים צעירות עד גיל 20 ונשים בגיל 40 ומעלה היו במשקל נמוך מ-2,500 גרם ורבע מכלל לידות החי של נשים בגיל 45 ומעלה בשנת 2012.

לידות חי במשקל נמוך מ-1,500 גרם: אחוז לידות חי במשקל נמוך שנולדו בלידת שלישיות ומעלה במגמת ירידה ואילו אחוז הילודים שנולדו בלידת תאומים במגמת עליה. בשנת 2012 נולדו 1,596 תינוקות במשקל נמוך מ-1,500 גרם, מהם 503 תינוקות במשקל נמוך מ-1,000 גרם, ירידה בהשוואה ל-1,656 ו-639, בהתאמה, בשנת 2000.

לידות מוקדמות: אחוז לידות החי שנולדו בלידה מוקדמת במגמת ירידה בעשור האחרון. בשנת 2012 7.4% מהילודים נולדו לפני השבוע 37, ירידה מ-7.81 בשנת 2000. אחוז התינוקות שנולדו לפני השבוע ה-33 ירד ל-1.30 בהשוואה ל-1.67 בשנת 2000, ואחוז התינוקות שנולדו לפני השבוע ה-28 ירד ל-0.26 ל-1,000 לידות חי בהשוואה ל-0.42 בשנת 2000.

לידות מת: בשנת 2011 נרשמו 892 לידות מת במשקל 500 גרם ומעלה או מהשבוע ה-22 ומעלה להריון אם המשקל אינו ידוע, 5.4 ל-1,000 לידות. השיעור גבוה לאימהות עד גיל 20 ואימהות בגיל 40 ומעלה.

השוואה בינלאומית: בשנת 2011, ישראל הייתה מדורגת במקום התשיעי הגבוה באחוז התינוקות שנולדו במשקל נמוך מ-2,500 גרם מתוך 34 מדינות ה-OECD.

לידות <<

רקע

המידע על לידות מבוסס על הודעת לידת חי, ספח להודעת לידת חי והודעה על לידת עובר מת. הודעת לידת חי הינו טופס רשמי של משרד הפנים, בהתאם לחוק מרשם האוכלוסין 1965, מוטל על האחראי במוסד שבו אירעה הלידה או על הורי היילוד, הרופא או המיילדת אם הלידה אירעה במקום אחר, למסור בתוך עשרה ימים למשרד הפנים הודעה על הלידה. קבצי לידות חי מועברים אחת לחודש ממשרד הפנים למשרד הבריאות. הספח להודעת לידת חי וההודעה על עובר מת הינם טפסים רשמיים של משרד הבריאות, המדווחים באופן שוטף למחלקה לאם לילד ולמתבגר במשרד הבריאות. במקביל, ההודעה על עובר מת מועברת גם ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המידע כולל לידות שאירעו בישראל, כאשר לפחות אחד מההורים הינו בעל תעודת זהות ישראלית. המידע אינו כולל לידות של אזרחי ישראל שאירעו בחו"ל.

הגדרות

לידות חי: לידה של עובר, שאחרי הפרידו מהאם, בין אם חבל הטבור נחתך ובין אם לא, בין אם השלייה עדיין קשורה ובין אם לא, מגלה לפחות אחד מסימני החיים הבאים: נשימה, דפיקות לב, דופק חבל הטבור או תנועות ברורות של שרירים רצוניים.

לידות מת: לידת עובר, שאינו מגלה אחד מסימני החיים הנ"ל.

לידה מוקדמת: לידה מוקדמת הינה לידה שהייתה לפני השבוע ה-37 להריון. לידה מאוד מוקדמת התרחשה לפני השבוע ה-33 להריון. לידה מאוד מאוד מוקדמת התרחשה לפני השבוע ה-28 להריון.

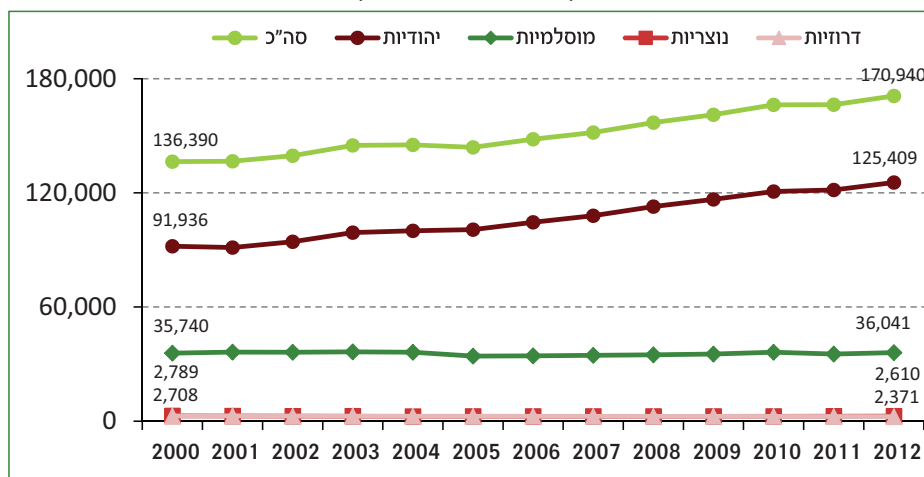
שיעור ילודה גולמי: סך כל לידות חי (תינוקות שנולדו חיים) מחולק באוכלוסייה הקבועה הממוצעת.

1. לידות חי

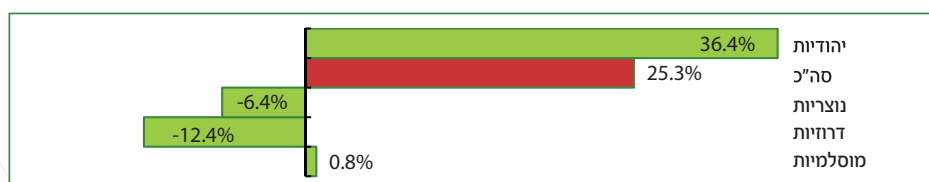
1.1. מספר לידות חי

בשנת 2012 נרשמו 171 אלף לידות חי בישראל, עלייה מ-136 אלף בשנת 2000. במהלך השנים 2000-2012 מספר לידות החי עלה ברבע (25%), בקרב יהודיות בשליש (36%), לעומת מספר יציב בקרב מוסלמיות וירידה בקרב דרוזיות ונוצריות. בשנת 2012 שלושה רבעים (73%) מכלל לידות החי היו של יהודיות לעומת כשני שליש (67%) בשנת 2000.

תרשים 1: מספר לידות חי לפי דת, מספרים מוחלטים, 2012-2000



תרשים 2: אחוז שינוי במספר לידות החי לפי דת, 2012/2000



1.2. לידות חי לפי מגדר

מספר הבנים הנולדים גבוה בהשוואה למספר הבנות הנולדות. בעשור השנים 2000-2012, יחס זה נע בין 1.05 ל-1.06.

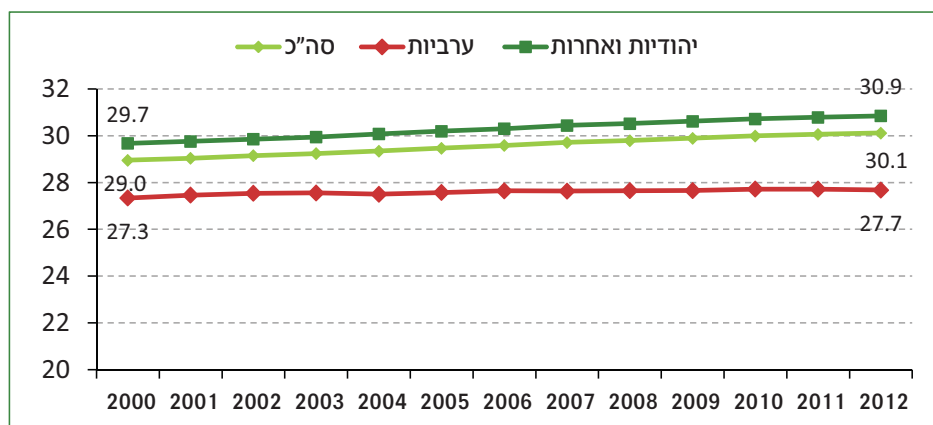
תרשים 3: לידות חי, יחס זכרים/נקבות, 2012-2000



1.3 גיל הנשים בלידה

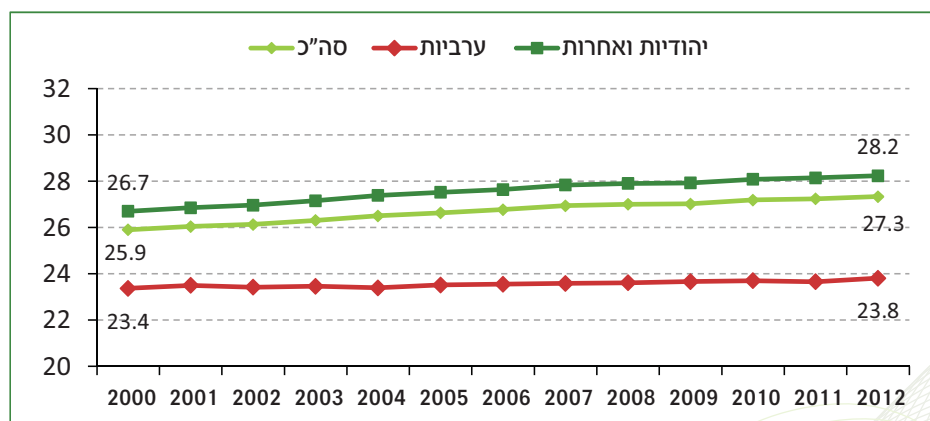
ממוצע גיל האם בלידה: גיל הנשים בלידה במגמת עלייה. בשנת 2012 ממוצע הגיל בלידה היה 30.1 בהשוואה ל-29.0 בשנת 2000, בקרב יהודיות ואחרות 30.9 ו-29.7, בהתאמה, ובקרב ערביות הגיל צעיר יותר בכשלוש שנים, 27.7 ו-27.3, בהתאמה.

תרשים 4: ממוצע גיל האם בלידה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2012-2000



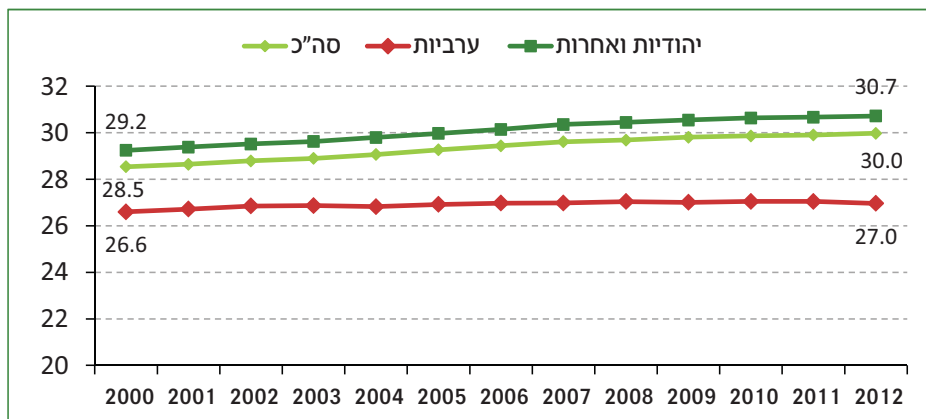
ממוצע גיל האם בלידה הראשונה עלה ל-27.3 בשנת 2012 בהשוואה ל-25.9 בשנת 2000, בקרב יהודיות ואחרות 28.2 ו-26.7, בהתאמה, ובקרב ערביות נמוך בכחמש שנים, 23.8 ו-23.4, בהתאמה.

תרשים 5: ממוצע גיל האם בלידה הראשונה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2012-2000



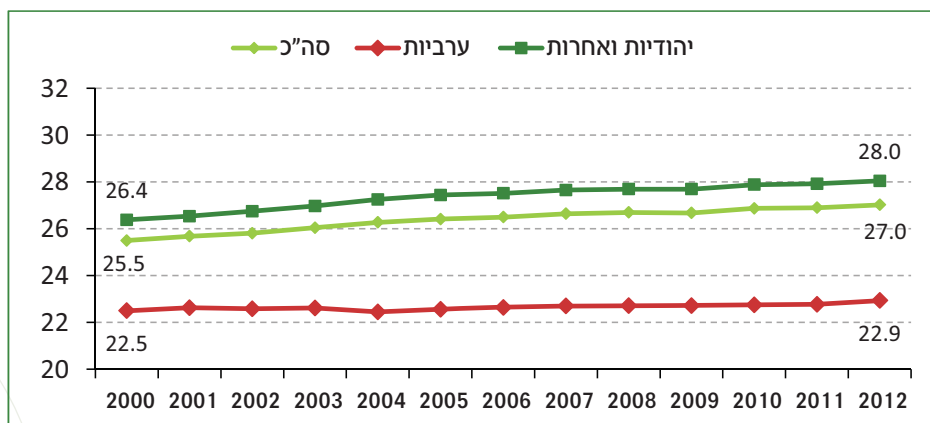
חציון גיל האם בלידה: חציון גיל האם בלידה במגמת עלייה. בשנת 2012 חציון הגיל בלידה היה 30.0 בהשוואה ל-28.5 בשנת 2000, בקרב יהודיות ואחרות 30.7 ו-29.2, בהתאמה, ובקרב ערביות הגיל צעיר יותר בכשלוש שנים, 27.0 ו-26.6, בהתאמה.

תרשים 6: חציון גיל האם בלידה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2012-2000



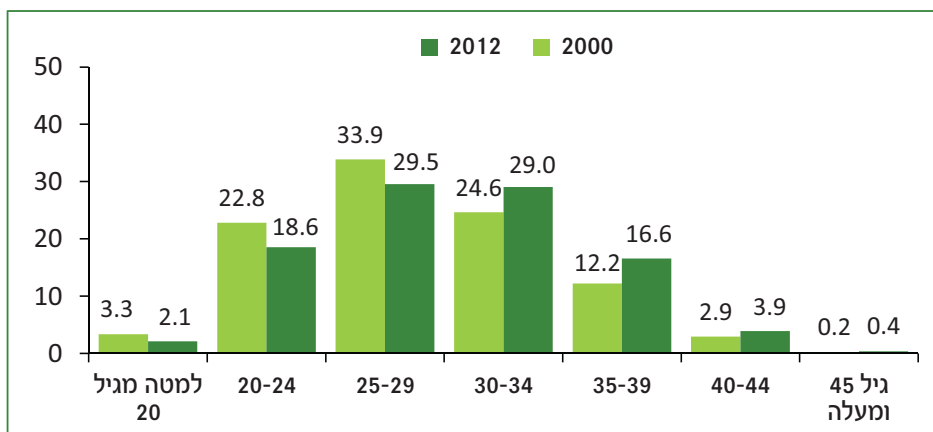
חציון גיל האם בלידה הראשונה היה 27.0 בהשוואה ל-25.5 בשנת 2000, בקרב יהודיות ואחרות 28.0 ו-26.4, בהתאמה, ובקרב ערביות חציון הגיל צעיר יותר בכחמש שנים, 22.9 ו-22.5, בהתאמה.

תרשים 7: חציון גיל האם בלידה הראשונה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2012-2000

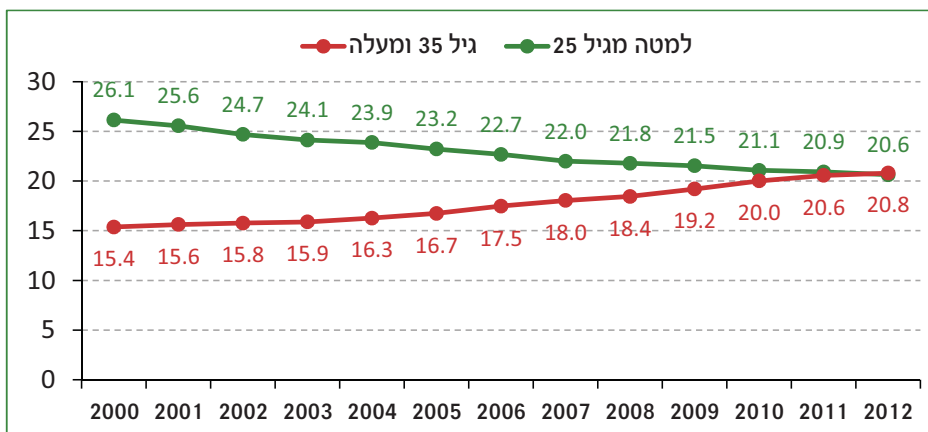


התפלגות לידות החי לפי גיל האם: אחוז לידות החי של נשים צעירות עד גיל 25 מכלל לידות החי במגמת ירידה, חמישית (21%) מכלל לידות החי היו לנשים צעירות למטה מגיל 25 בשנת 2012, בהשוואה לרבע (26%) בשנת 2000. לעומת זאת, אחוז לידות החי של נשים בגיל 35 ומעלה מכלל לידות החי במגמת עלייה, האחוז עלה ל-21% בשנת 2012 בהשוואה ל-15% בשנת 2000.

תרשים 8: אחוז לידות חי לפי גיל האם, 2012, 2000

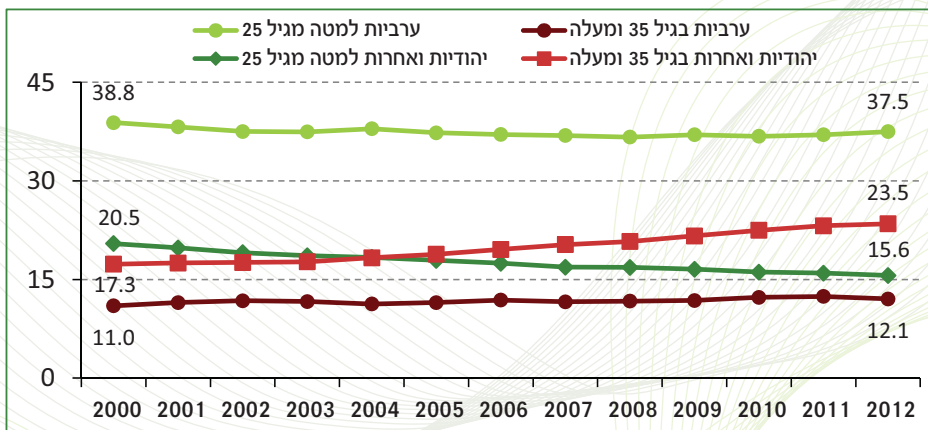


תרשים 9: אחוז לידות חי לפי גיל האם מכלל לידות חי, 2012-2000



אחוז לידות החי של אימהות צעירות מכלל לידות החי גבוה ויציב בקרב ערביות בהשוואה ליהודיות ואחרות. בשנת 2012 38% מכלל לידות החי בקרב ערביות היו של נשים צעירות למטה מגיל 25, ללא שינוי בעשור האחרון, 39% בשנת 2000. לעומת זאת, 16% מכלל לידות החי בקרב יהודיות ואחרות היו של נשים צעירות למטה מגיל 25 בהשוואה ל-21% בשנת 2000. אחוז הלידות לנשים בגיל 35 ומעלה מכלל לידות החי במגמת עלייה, בקרב יהודיות 24% בשנת 2012 בהשוואה ל-17% בשנת 2000, גבוה לעומת ערביות, 12% ו-11%, בהתאמה.

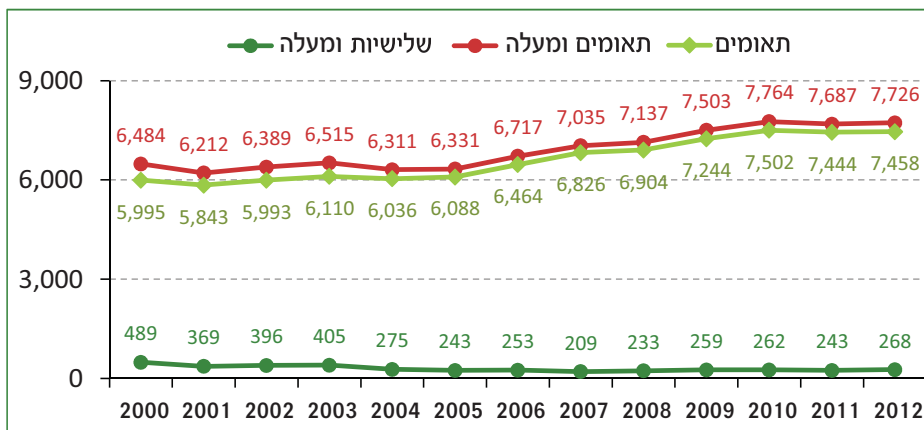
תרשים 10: אחוז לידות חי לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל האם מכלל לידות חי, 2012-2000



1.4. לידה מרובת עוברים

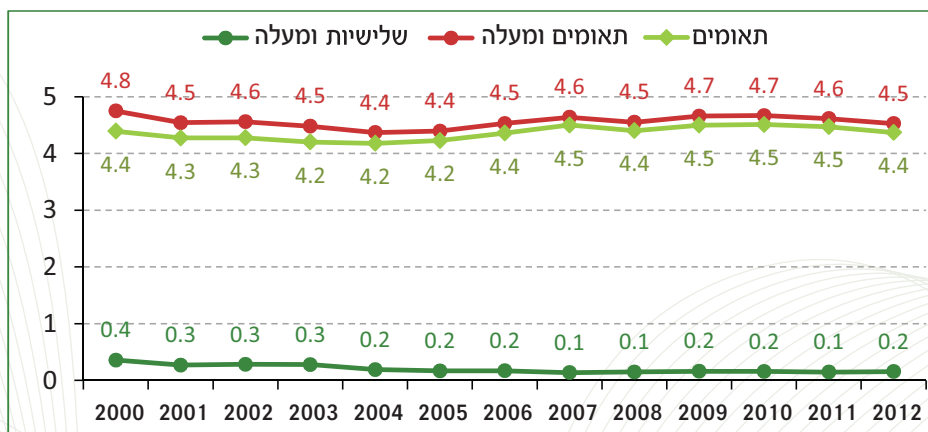
בשנת 2012 נולדו 7,726 תינוקות בלידה מרובת עוברים, עלייה ב-19% בהשוואה ל-6,484 בשנת 2000. מספר התינוקות שנולדו בלידת שלישיות ומעלה ירד ל-268 בשנת 2012 בהשוואה ל-489 בשנת 2000, ירידה ב-45%. בשנים 2005-2012, מספר התינוקות שנולדו בלידת שלישיות ומעלה נע בין 209 ל-268 תינוקות.

תרשים 11: מספר ילודים שנולדו בלידה מרובת עוברים, 2012-2000



אחוז הילודים שנולדו בלידה מרובת עוברים יציב בעשור האחרון, 4.5% מכלל לידות החי בשנת 2012. אחוז הילודים שנולדו בלידת שלישיות ומעלה ירד ל-0.2% בשנת 2012 בהשוואה ל-0.4% בשנת 2000, השיעור יציב ונע בין -0.14% ל-0.17% מכלל לידות החי משנת 2005. אחוז התינוקות שנולדו בלידת תאומים היה יציב, 4.2-4.5 ל-1,000 לידות חי בעשור האחרון.

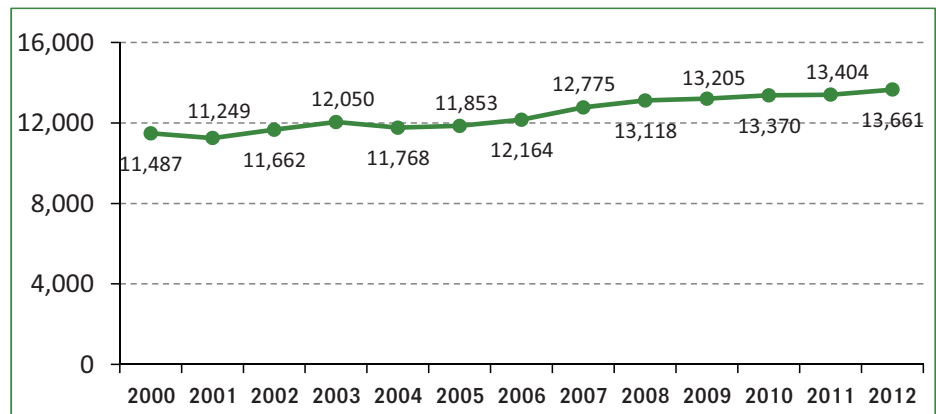
תרשים 12: אחוז הילודים שנולדו בלידה מרובת עוברים מכלל לידות חי, 2012-2000



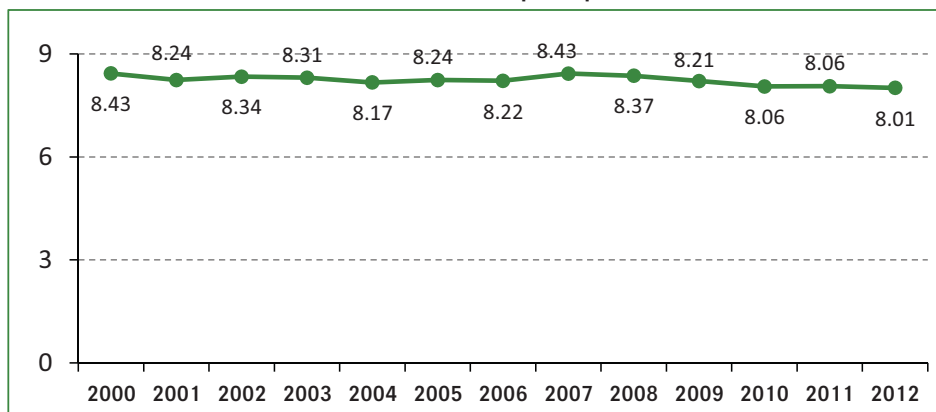
1.5. לידות חי במשקל נמוך

משקל נמוך מ-2,500 גרם: בשנת 2012 נולדו 13,661 תינוקות במשקל נמוך מ-2,500 גרם בהשוואה ל-11,487 בשנת 2000, עלייה ב-19%. אחוז הילודים שנולדו במשקל נמוך מ-2,500 גרם היה יציב, 8.0% מכלל לידות חי בשנת 2012, האחוז נע בין 8.0-8.4 משנת 2000.

תרשים 13: מספר לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם, 2000-2012

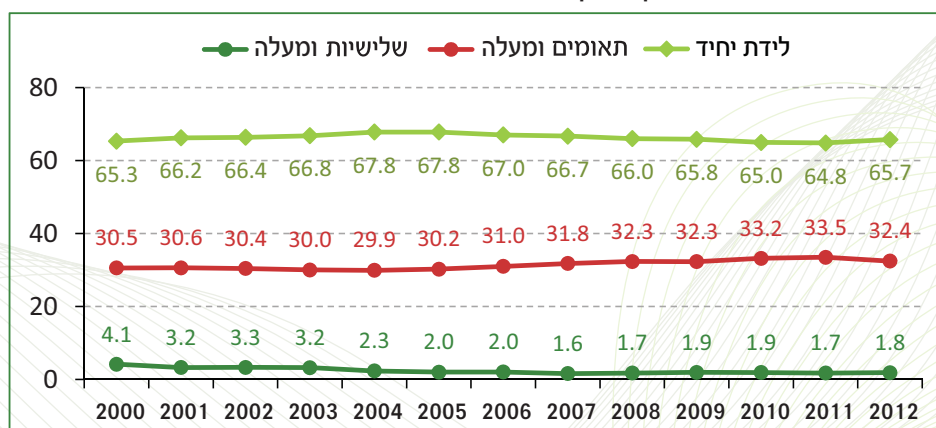


תרשים 14: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם מכלל לידות חי, 2000-2012



שליש מכלל הילודים שהיו במשקל נמוך מ-2,500 גרם נולדו בלידה מרובת עוברים וכשני שלישי נולדו בלידת יחיד, 34% ו-66%, בהתאמה, אחוז יציב בעשור האחרון. אחוז התינוקות שנולדו בלידת שלישיות ומעלה במגמת ירידה, 1.8% בשנת 2012 בהשוואה ל-4.1% בשנת 2000.

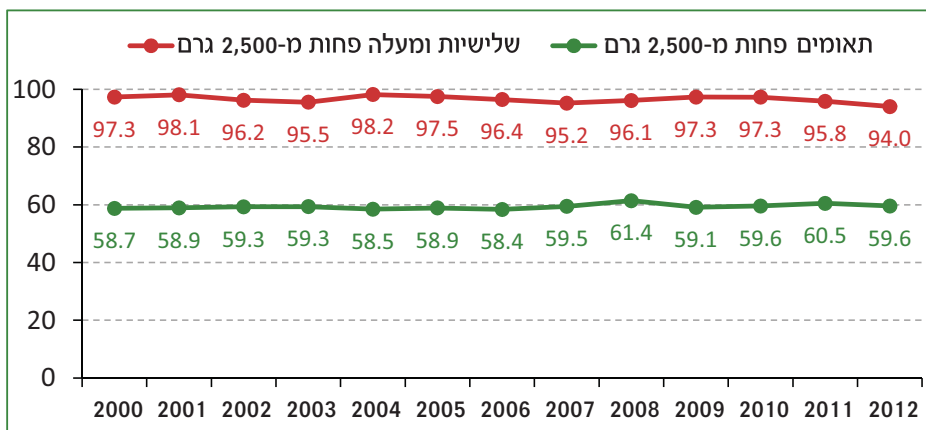
תרשים 15: לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם לפי סוג לידה, אחוזים, 2000-2012



בשנת 2012 מרבית התינוקות (94%) שנולדו בלידת שלישיות ומעלה היו במשקל נמוך מ-2,500 גרם, וכשני שליש (60%) מהתינוקות שנולדו בלידת תאומים, אחוז יציב יחסית בעשור האחרון.

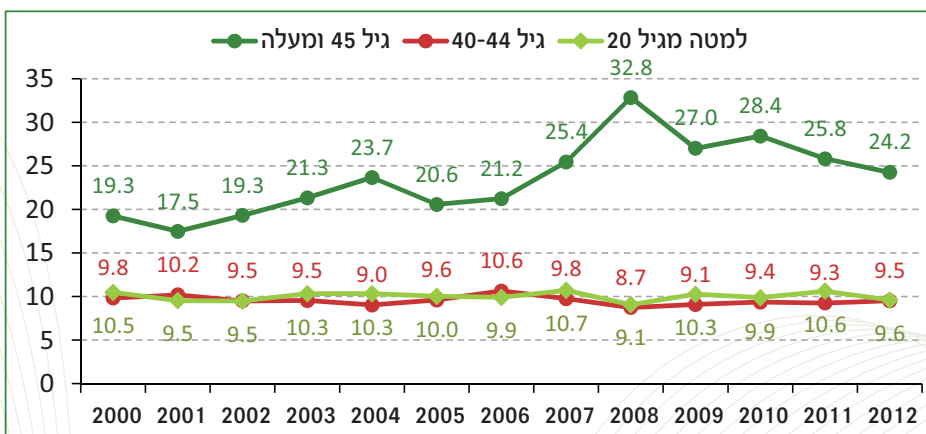
תרשים 16: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם לפי סוג הלידה, 2012-2000:

אחוז מסך כל לידות חי לפי סוג לידה



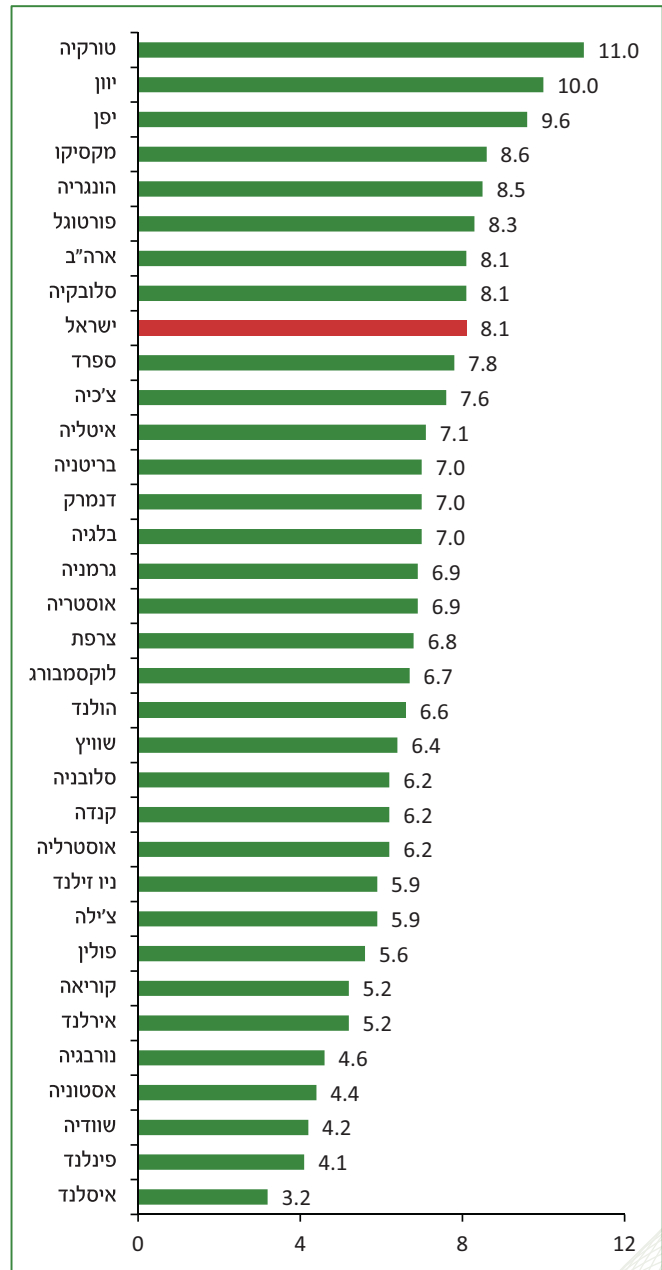
אחוז לידות במשקל נמוך הינו גבוה בקרב אימהות צעירות ואימהות בגיל מבוגר. כעשירית מכלל התינוקות שנולדו במשקל נמוך מ-2,500 גרם היו לאימהות צעירות למטה מגיל 20, האחוז נע בין 9.1%-10.7% בעשור האחרון וכעשירית היה לאימהות בגיל 40-44, האחוז נע בין 8.7%-10.6%, בהתאמה. אחוז התינוקות במשקל נמוך גבוה במיוחד לאימהות בגיל 45 ומעלה, האחוז נע בין 17.5%-32.8% בעשור האחרון.

תרשים 17: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם לפי גיל האם, 2012-2000: אחוז מסך כל לידות חי



בשנת 2011 8.1% מכלל לידות החי נולדו במשקל נמוך מ-2,500 גרם, האחוז בישראל גבוה בהשוואה למדינות ה-OECD. ישראל מדורגת במקום התשיעי הגבוה מתוך 34 מדינות, רק בטורקיה, יוון, יפן, מקסיקו, הונגריה, פורטוגל, ארה"ב וסלובקיה נרשם אחוז גבוה יותר של תינוקות במשקל נמוך מ-2,500 גרם.

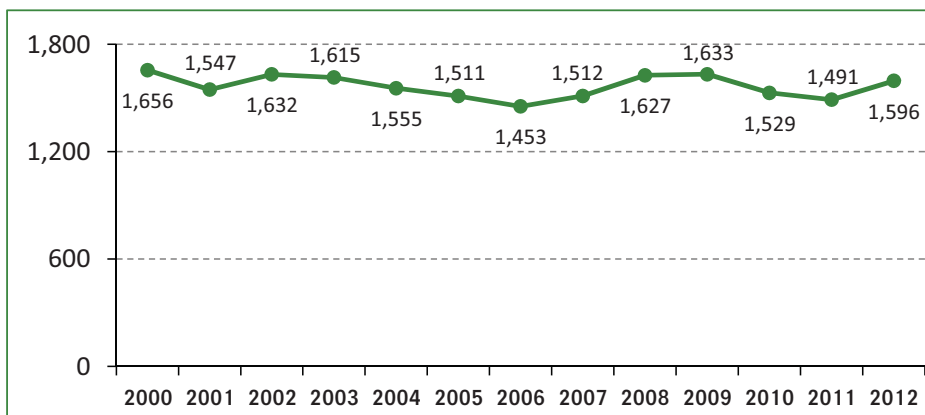
תרשים 18: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-2,500 גרם, השוואה ל-OECD, 2011: אחוז מסך כל לידות חי



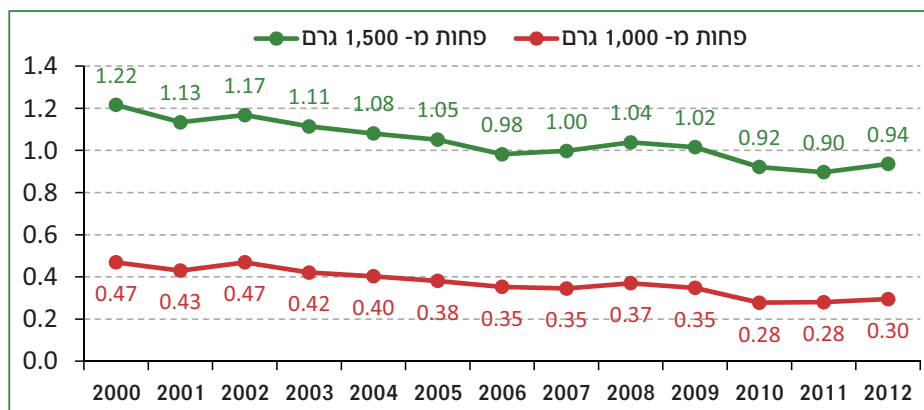
2011 או שנה אחרונה זמינה.

משקל לידה נמוך מ-1,500 גרם: בשנת 2012 נולדו 1,596 תינוקות במשקל נמוך מ-1,500 גרם, מהם 503 תינוקות במשקל נמוך מ-1,000 גרם, ירידה בהשוואה ל-1,656 ו-639, בהתאמה, בשנת 2000. אחוז הילודים שנולדו במשקל נמוך מ-1,500 גרם ירד מ-1.22 בשנת 2000 ל-0.94 בשנת 2012, ואחוז הילודים שנולדו במשקל נמוך מ-1,000 גרם ירד מ-0.47 ל-0.30, בהתאמה.

תרשים 19: מספר לידות חי במשקל נמוך מ-1,500 גרם, 2000-2012

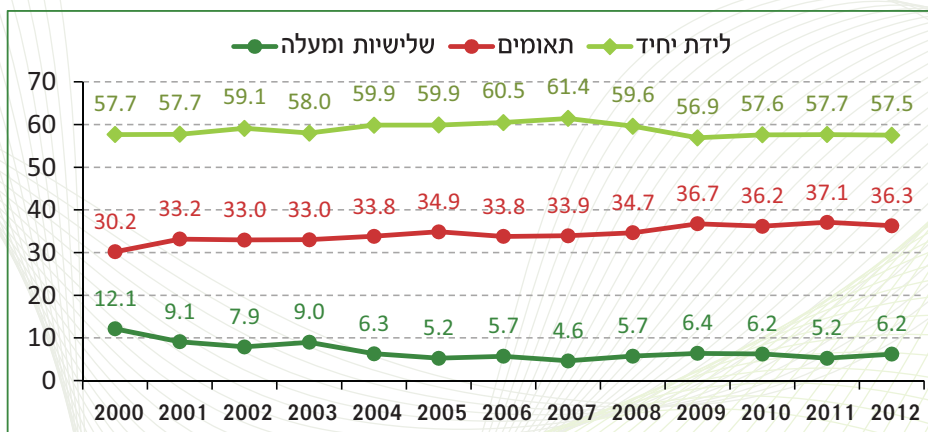


תרשים 20: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-1,500 גרם, 2000-2012: אחוז מסך כל לידות חי



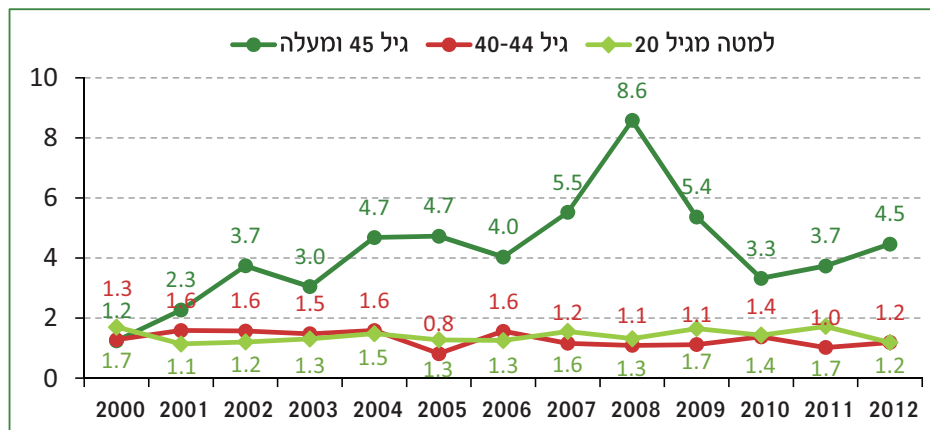
אחוז התינוקות שנולדו במשקל נמוך גבוה יותר בלידות מרובות עוברים בהשוואה ללידות יחיד. בשנת 2012 58% מכלל התינוקות שנולדו במשקל נמוך מ-1,500 גרם היו תינוקות שנולדו בלידת יחיד ו-43% היו תינוקות שנולדו בלידה מרובת עוברים, אחוז יציב יחסית בעשור האחרון. בשנת 2012 6.2% מכלל הילודים במשקל נמוך מ-1,500 גרם נולדו בלידת שלישיות ומעלה, ירידה בהשוואה ל-12.1% בשנת 2000, האחוז יציב משנת 2005, נע בין 4.6 ל-6.4.

תרשים 21: לידות חי במשקל פחות מ-1,500 גרם לפי סוג לידה, אחוזים, 2000-2012



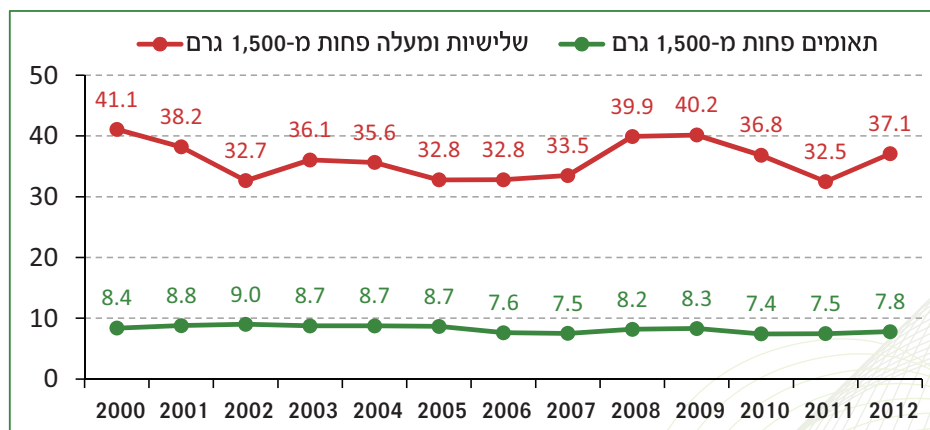
אחוז הילודים שנולדו במשקל נמוך מ-1,500 גרם מכלל לידות החי במגמת ירידה בעשור האחרון, 0.9% בשנת 2012 לעומת 1.2% בשנת 2000. האחוז גבוה לאימהות צעירות למטה מגיל 20, 1.1%-1.7% בעשור האחרון, ולאמהות בגיל 40 ומעלה, 0.8%-1.6% לאמהות בגיל 40-44, ואחוז גבוה יותר לאימהות בגיל 45 ומעלה, 1.2%-8.6% משנת 2000.

תרשים 22: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-1,500 גרם לפי גיל האם, 2012-2000: אחוז מסך כל לידות חי



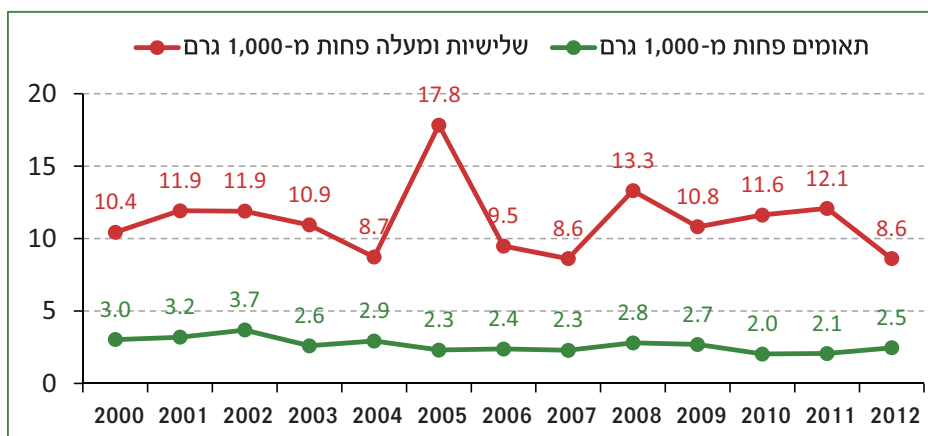
כעשירית מהילודים שנולדו בלידת תאומים היו במשקל נמוך מ-1,500 גרם, 7.8% בשנת 2012, האחוז נע בין 8% ל-9% בעשור האחרון. למעלה משליש מהילודים שנולדו בלידת שלישיות ומעלה היו במשקל נמוך מ-1,500 גרם, 37% בשנת 2012, האחוז נע בין 33%-41% משנת 2000.

תרשים 23: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-1,500 גרם לפי סוג לידה, 2012-2000: אחוז מסך כל לידות חי בלידה מרובת עוברים



כעשירית מכלל התינוקות שנולדו בלידת שלישיות ומעלה היו מתחת ל-1,000 גרם, 8.6% בשנת 2012, האחוז נע בין 9%-18% משנת 2000. אחוז התינוקות שנולדו במשקל נמוך מ-1,000 גרם מכלל התינוקות שנולדו בלידת תאומים נע בין 2%-4% בשנים 2012-2000.

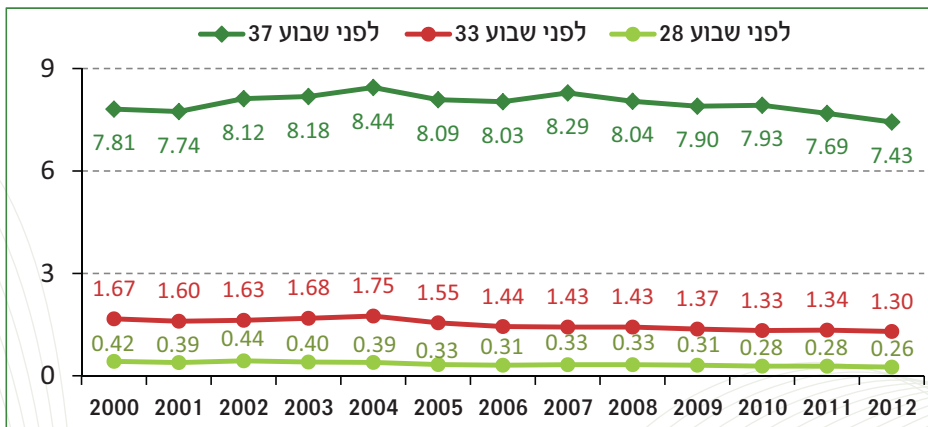
תרשים 24: אחוז לידות חי במשקל נמוך מ-1,000 גרם לפי סוג לידה, 2000-2012: אחוז מסך כל לידות חי בלידה מרובת עוברים



1.6. לידות חי מוקדמות

שיעור לידות החי שנולדו בלידה מוקדמת במגמת ירידה בעשור האחרון. אחוז התינוקות שנולדו לפני השבוע 37 היה 7.43 בשנת 2012 בהשוואה ל-7.81 בשנת 2000, אחוז התינוקות שנולדו לפני השבוע ה-33 ירד ל-1.30 בהשוואה ל-1.67 בשנת 2000 ואחוז התינוקות שנולדו לפני השבוע ה-28 ירד ל-0.26 ל-1,000 לידות חי בהשוואה ל-0.42 בשנת 2000.

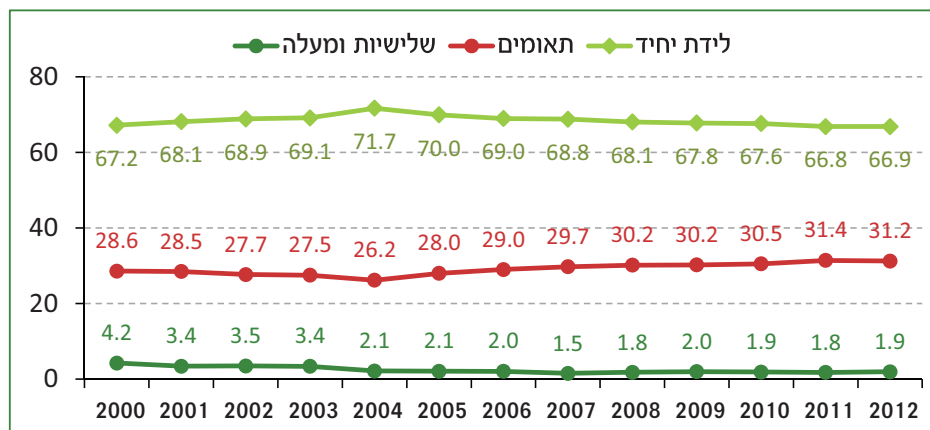
תרשים 25: אחוז לידות חי מוקדמות לפי שבוע הריון מכלל לידות חי, 2000-2012: אחוז מסך כל לידות חי



שני שלישי (67%) מהתינוקות שנולדו בלידה מוקדמת לפני השבוע ה-37 היו בלידת יחיד, ירידה מ-72% בשנת 2004, כשלישי (31%) היו בלידת תאומים ו-2% בלידת שלישיות ומעלה, בהשוואה ל-29% ו-4% בשנת 2000, בהתאמה.

תרשים 26: לידות חי מוקדמות לפני השבוע ה-37 לפי סוג לידה, אחוזים, 2000-2012:

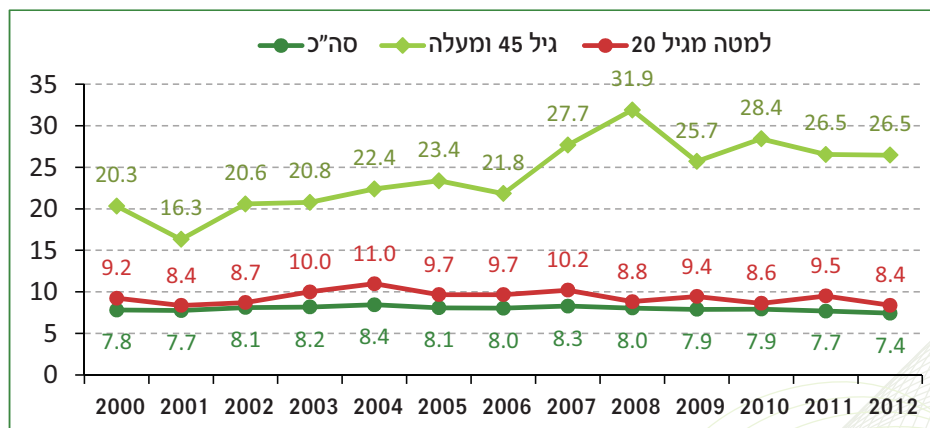
אחוזים מסך כל לידות חי שהיו לפני השבוע 37



אחוז הילודים שנולדו בלידה מוקדמת לפני השבוע ה-37 ירד ל-7.4% מכלל לידות החי בשנת 2012 בהשוואה ל-7.8% בשנת 2000. האחוז לאימהות צעירות עד גיל 20 ולאמהות בגיל 45 ומעלה גבוה, 8.4% ו-26.5%, בהתאמה, בשנת 2012.

תרשים 27: לידות חי לפני שבוע 37 מכלל לידות חי לפי גיל האם, אחוזים, 2000-2012:

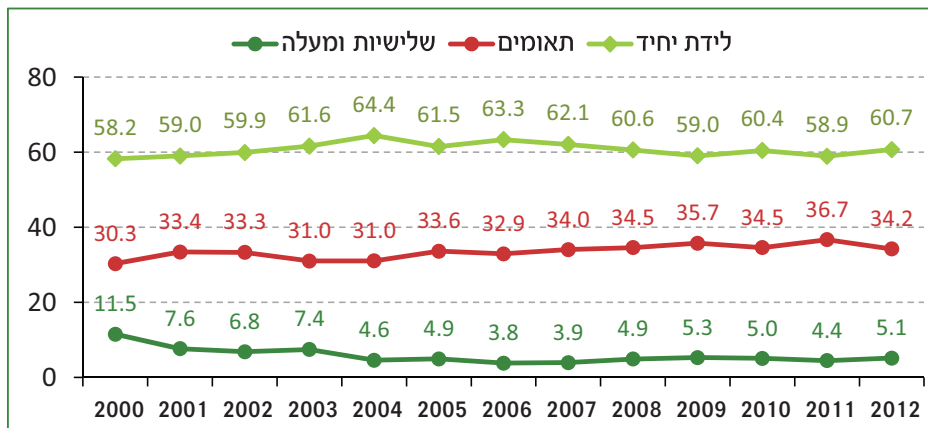
אחוזים מסך כל לידות חי לפי גיל האם



לידות מוקדמות לפני השבוע ה-33: בשנת 2012 כשני שליש (61%) מלידות החי לפני השבוע ה-33 היו בלידת יחיד, כשליש (34%) היו בלידת תאומים ו-5% בלידת שלישיות ומעלה, בהשוואה ל-58%, 30% ו-11% בשנת 2000, בהתאמה.

תרשים 28: לידות חי מוקדמות לפני שבוע 33 לפי סוג לידה, אחוזים, 2000-2012:

אחוזים מסך כל לידות חי שהיו לפני השבוע 33



אחוז הלידות המוקדמות לפני השבוע ה-33 גבוה יותר לאימהות צעירות עד גיל 20 ולאמהות בגיל 45 ומעלה. אחוז הילודים שנולדו לפני השבוע ה-33 בשנת 2012 היה 2.1% ו-5.5% בהתאמה, גבוה לעומת 1.3% הממוצע הארצי של לידות מוקדמות לפני השבוע ה-33.

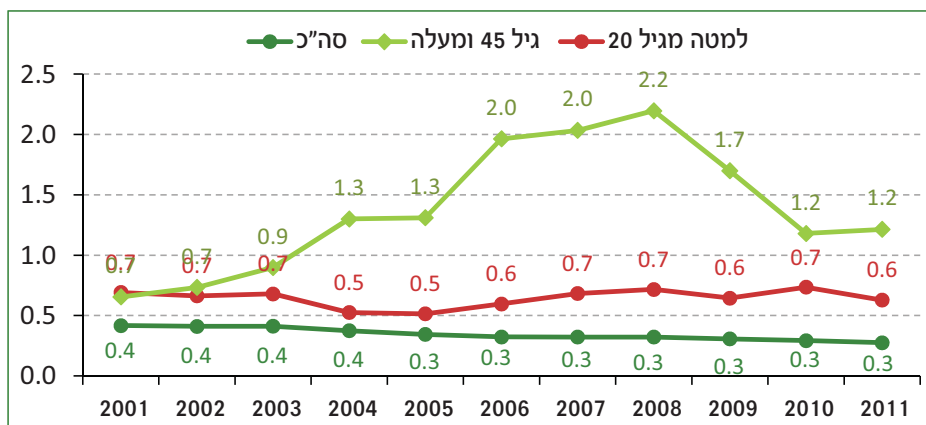
תרשים 29: לידות חי לפני שבוע 33 מכלל לידות חי לפי גיל האם, אחוזים, 2000-2012:

אחוזים, מסך כל לידות חי לפי גיל האם



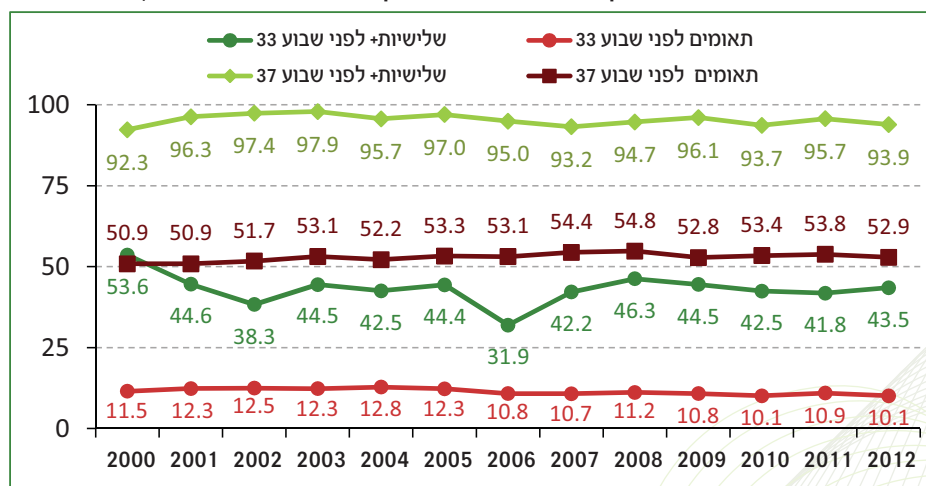
לידות מוקדמות לפני השבוע ה-28: אחוז הילודים שנולדו בלידה מוקדמת לפני השבוע ה-28 מכלל לידות החי ירד ל-0.26% בשנת 2012, בהשוואה ל-0.42% בשנת 2000. האחוז לאימהות צעירות עד גיל 20 ולאמהות בגיל 45 ומעלה גבוה, 0.4%-ו-1.5%, בהתאמה, בשנת 2012.

תרשים 30: לידות חי לפני שבוע 28 מכלל לידות חי לפי גיל האם, אחוזים, 2000-2012: אחוזים מסך כל לידות חי לפי גיל האם, ממוצע נע תלת-שנתי



מחצית (53%) מהילודים שנולדו בלידת תאומים היו לפני השבוע ה-37 להריון ועשירית (10%) נולדו לפני השבוע ה-33, אחוז יציב בעשור האחרון. מרבית מהילודים שנולדו בלידת שלישיות ומעלה נולדו לפני השבוע ה-37, וקרוב למחצית (44%) נולדו לפני השבוע ה-33, אחוז יציב בעשור האחרון.

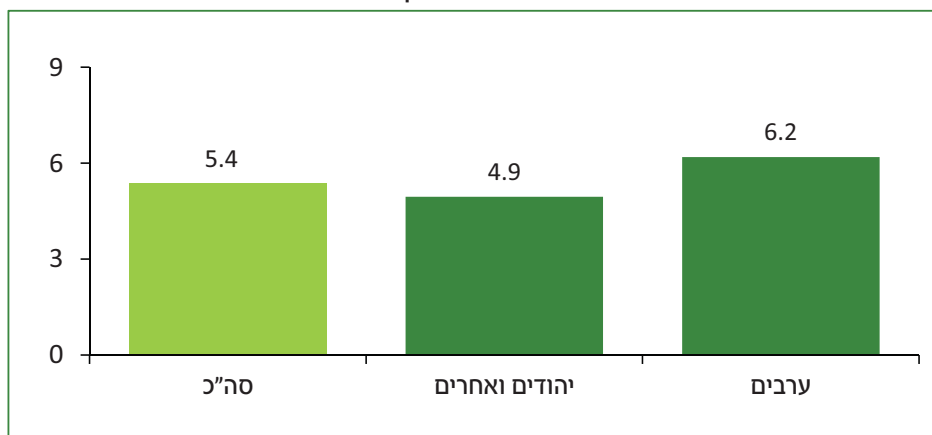
תרשים 31: אחוז לידות חי מוקדמות לפי שבוע הריון, 2000-2012: אחוז מסך כל לידות חי לפי סוג הלידה



2. לידות מת

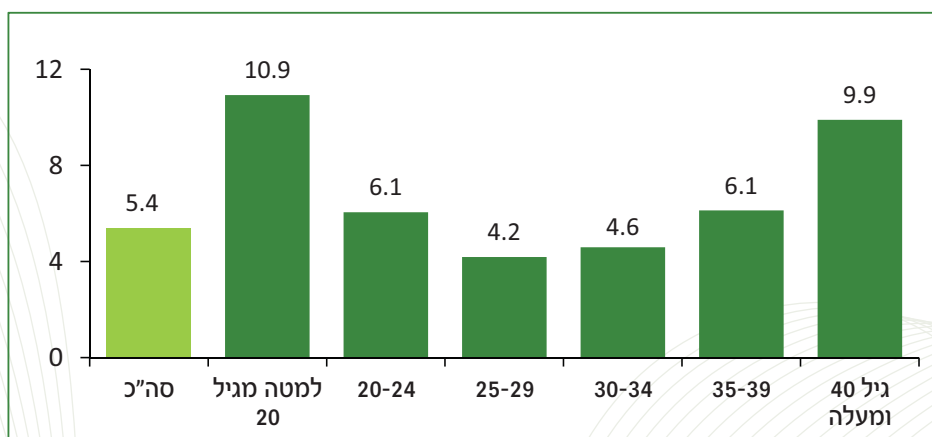
בשנת 2011 נרשמו 892 לידות מת במשקל 500 גרם ומעלה או מהשבוע ה-22 ומעלה להריון אם המשקל אינו ידוע, 5.4 ל-1,000 לידות. שיעור לידות מת גבוה יותר בקרב ערבים, 6.2 ל-1,000 לידות בהשוואה ליהודים ואחרים, 4.9 ל-1,000 לידות.

תרשים 32: שיעור לידות מת ל-1,000 לידות, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2011



שיעור לידות מת גבוה יותר בקרב אימהות צעירות עד גיל 20 וכן בקרב אימהות בגיל 40 ומעלה, 10.9 ו-9.9 ל-1,000 לידות, בהתאמה, בהשוואה ל-6.1 בגילאים 20-24 ו-35-39. שיעור לידות מת הנמוך ביותר נרשם בגיל 25-29, 4.2 ל-1,000 לידות.

תרשים 33: שיעור לידות מת ל-1,000 לידות, לפי גיל האם, 2011



מקורות המידע

1. השנתון הסטטיסטי לישראל 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
2. בריאות בישראל, נתונים נבחרים 2010, אגף המידע, משרד הבריאות.
3. עיבודים באגף המידע, מבוסס על קבצי לידות חי ממשרד הפנים ועדכונים מהמחלקה לאם וילד ולמתבגר ומקורות מידע נוספים.
4. <http://stats.oecd.org>
5. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov 2013.

פריון

ממצאים עיקריים

שיעור הילודה הגולמי: יציב בעשור האחרון, 21.6 ל-1,000 נפש בשנת 2012. בקרב יהודים ואחרים נרשמה עליה, 20.8 בהשוואה ל-18.7 בשנת 2000 ובקרב ערבים נרשמה ירידה, 24.8 ו-35.0, בהתאמה.

שיעור הפריון הסגולי: במגמת ירידה בקרב נשים עד גיל 30 לעומת מגמת עליה לנשים בגילאי 30 ומעלה. בשנת 2012 השיעור היה 91 ל-1,000 נשים בגילאי 15-49, 106 למוסלמיות ו-92 ליהודיות. בקרב מוסלמיות, דרוזיות ונוצריות נרשמה מגמת ירידה בעשור האחרון ועליה בקרב יהודיות.

שיעור הפריון הכולל: בעשור האחרון השיעור יציב, 3.1 בשנת 2012, 3.0 ליהודיות ו-3.5 למוסלמיות, לעומת 2.7 ו-4.7, בהתאמה בשנת 2000. בקרב מוסלמיות ודרוזיות השיעור ירד ברבע, לעומת ירידה ב-15% בקרב נוצריות ועליה ב-14% בקרב יהודיות.

השוואה בינלאומית: בשנת 2011 שיעור הפריון הכולל בישראל היה גבוה בהשוואה לכל מדינות ה-OECD.

רקע

המידע על פריון מבוסס על הודעת לידת חי, שהינו טופס רשמי של משרד הפנים. בהתאם לחוק מרשם האוכלוסין 1965, מוטל על האחראי במוסד שבו אירעה הלידה או על הורי היילוד, הרופא או המיילדת אם הלידה אירעה במקום אחר, למסור בתוך עשרה ימים למשרד הפנים הודעה על הלידה. המידע מבוסס על לידות שאירעו בישראל, כאשר לפחות אחד מן ההורים הינו בעל תעודת זהות ישראלית, ואינו כולל לידות של אזרחי ישראל שאירעו בחו"ל. שיעורי הפריון מבוססים על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הגדרות

שיעור ילודה גולמי: סך כל לידות חי (תינוקות שנולדו חיים) מחולק באוכלוסייה הקבועה הממוצעת.

שיעור פריון סגולי לפי גיל: סך כל לידות חי לאימהות בגיל מסוים מחולק באוכלוסייה הממוצעת הקבועה של נשים באותו גיל.

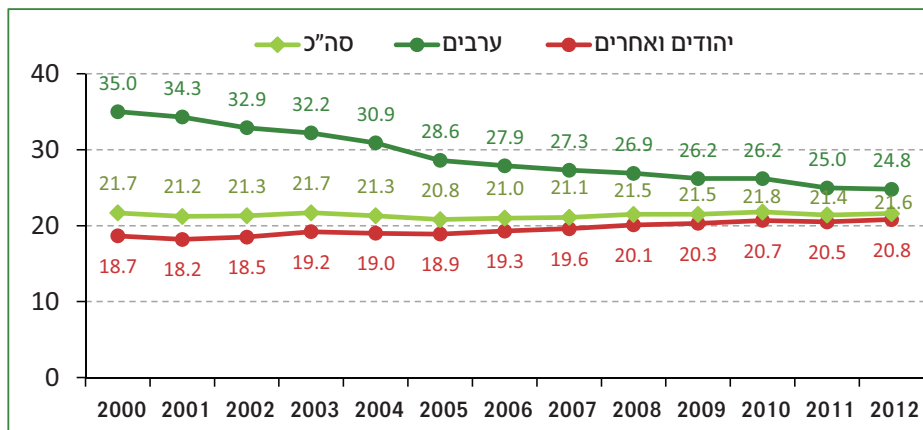
שיעור פריון כולל: מספר הילדים הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה. השיעור מבוסס על ההנחה שכל הנשים בדור מסוים בגילאים 15-49 תלדנה לפי שיעורי הפריון הסגוליים של הנשים באוכלוסייה בשנת התייחסות מסוימת, וכי כולן תשרודנה במשך כל שנות הפריון שלהן.

1. שיעור ילודה גולמי

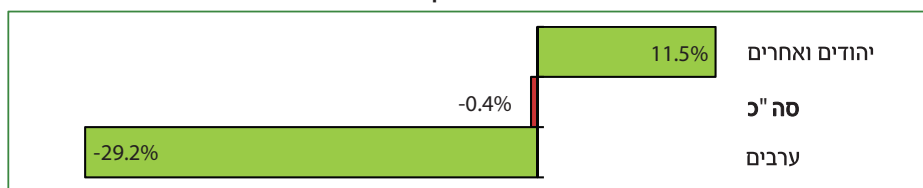
שיעור הילודה הגולמי מצביע על כלל לידות החי מחולק בכלל האוכלוסייה הממוצעת בתקופה. בישראל, שיעור הלידות חי היה יציב בעשור האחרון, 21.6 ל-1,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-21.7 בשנת 2000. השיעור נע בין 20.8-21.8 בשנים 2000-2012.

קבוצת אוכלוסייה: בשנים 2000-2012 נרשמה מגמת ירידה בשיעור הילודה הגולמי בקרב ערביות, מ-35.0 ל-24.8, נפש בשנת 2000 ל-24.8 בשנת 2012, ירידה ב-29%, בהשוואה למגמת עלייה בקרב יהודיות ואחרות, מ-18.7 ל-20.8, בהתאמה, עליה ב-12%.

תרשים 1: שיעור ילודה גולמי ל-1,000 נפש לפי קבוצת אוכלוסייה, 2000-2012

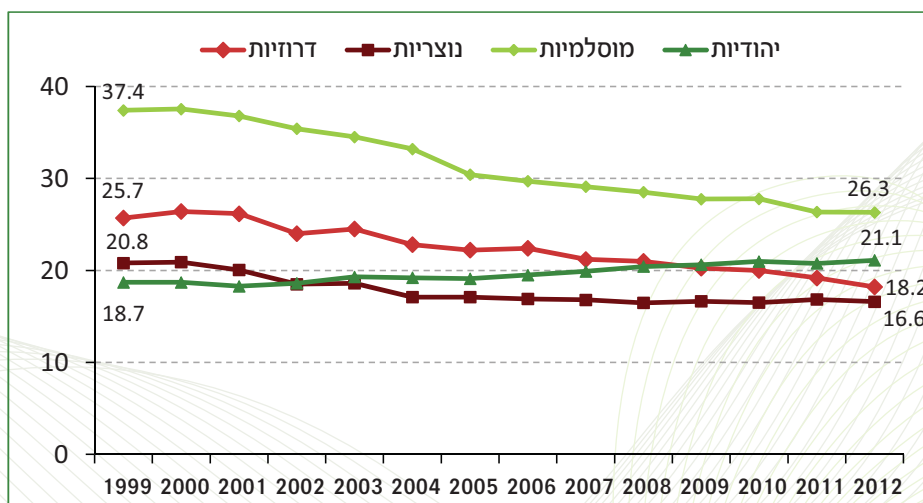


תרשים 2: אחוז שינוי שיעור ילודה גולמי לפי קבוצת אוכלוסייה, 2000-2012

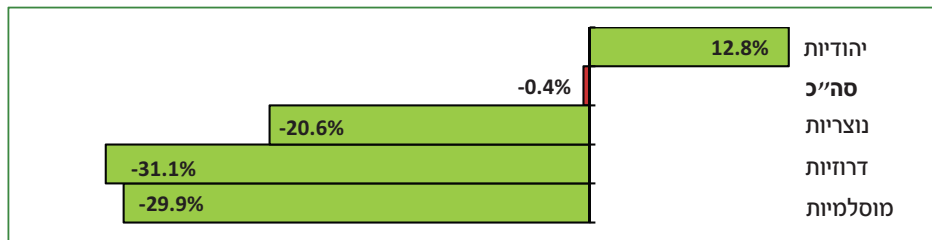


לפי דת: שיעור הילודה הגולמי עלה בקרב יהודיות ב-13%, מ-18.7 ל-21.1 נפש בשנת 2000 ל-26.3 בשנת 2012, לעומת ירידה ב-30% בקרב מוסלמיות, מ-37.4 ל-26.3, בהתאמה וירידה ב-31% בקרב דרוזיות וב-21% בקרב נוצריות.

תרשים 3: שיעור ילודה גולמי ל-1,000 נפש לפי דת, 1999-2012



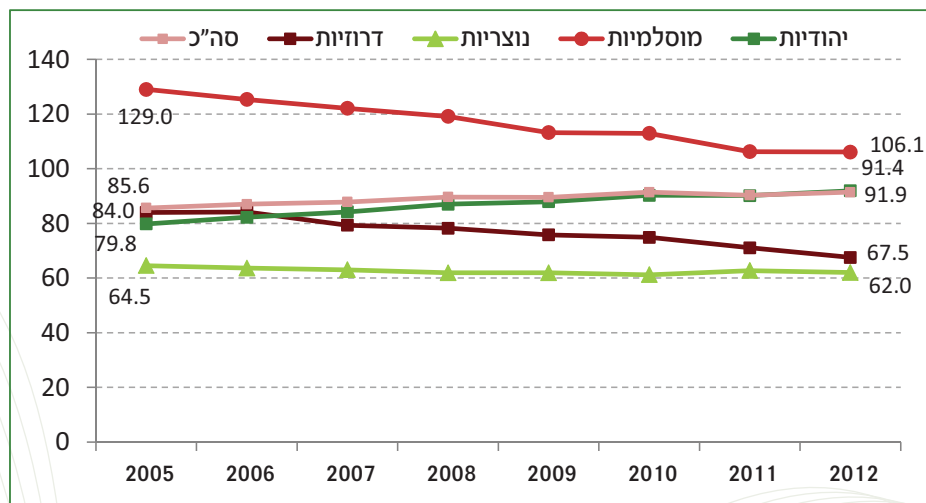
תרשים 4: אחוז שינוי בשיעור לידות החי הגולמי לפי דת, 2012-2000



2. שיעור פריון סגולי

שיעור פריון סגולי מצביע על מספר לידות חי לאימהות בגיל מסוים מחולק באוכלוסייה הממוצעת של נשים באותו גיל. שיעור הפריון הסגולי יציב בישראל בעשור האחרון, 91.4 ל-1,000 נשים בגילאי 15-49 בשנת 2012 בהשוואה ל-87.2 בשנת 2000. ליהודיות נרשמה עלייה ל-91.9 לעומת 75.7 בשנת 2000, ואילו למוסלמיות נרשמה ירידה ל-106.1 מ-157.5, בהתאמה, לדרוזיות נרשמה ירידה ל-67.5 מ-101.5, בהתאמה, ולנוצריות נרשמה ירידה ל-62.0 מ-78.7, בהתאמה. במהלך השנים 2012-2000 נרשמה מגמת עלייה בשיעור הפריון בגילאי 15-49 בקרב יהודיות, עלייה ב-21%, לעומת ירידה ב-34% בקרב דרוזיות, ירידה ב-33% בקרב מוסלמיות וירידה ב-21% בקרב נוצריות.

תרשים 5: שיעור פריון סגולי לפי דת, 2012-2005: שיעור לידות חי ל-1,000 נשים בגילאי 15-49

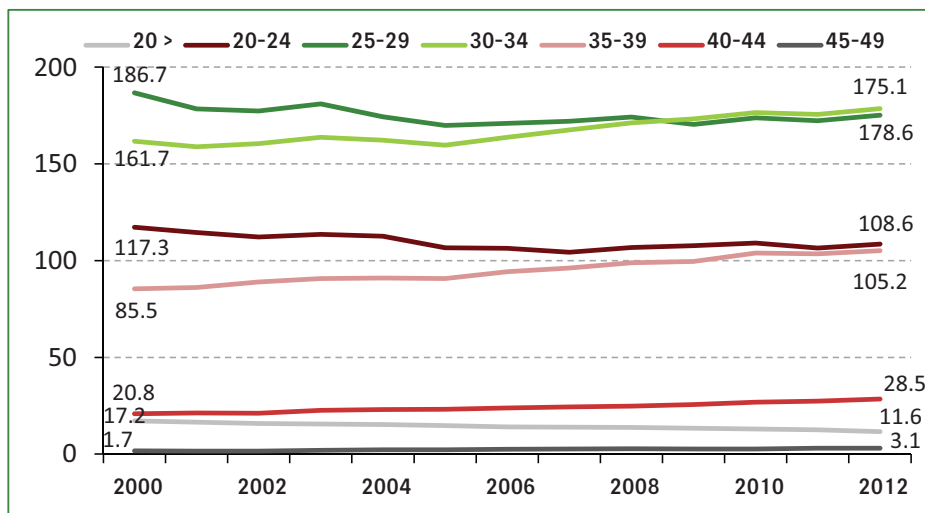


תרשים 6: אחוז השינוי בשיעור הפריון הסגולי לפי דת, 2012-2000

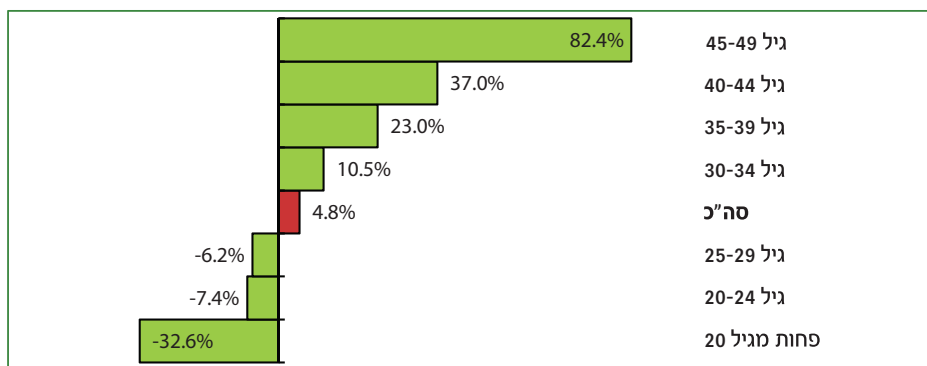


שיעור הפריון הסגולי במגמת ירידה בקרב נשים עד גיל 30 בהשוואה למגמת עלייה בקרב נשים בגיל 30 ומעלה. בשנים 2012-2000 נרשמה ירידה ב-33% בשיעור הפריון הסגולי בקרב צעירות עד גיל 20 וכן ירידה ב-6% בקרב נשים בגילאי 20-29. לעומת זאת, נרשמה עלייה ב-82% בגילאי 45-49, ב-37% בגילאי 40-44, ב-23% בגילאי 35-39 ועלייה ב-10% בגילאי 30-34.

תרשים 7: שיעור פריון סגולי לפי גיל האם, 2012-2000: שיעור לידות חי ל-1,000 נשים לפי גיל האם בלידה



תרשים 8: אחוז שינוי בשיעור הפריון הסגולי לפי גיל האם, 2012-2000

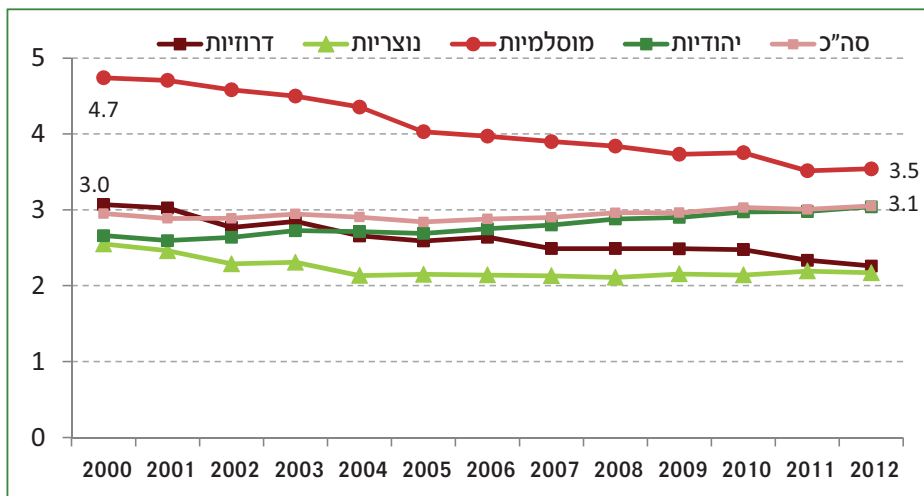


3. שיעור פריון כולל

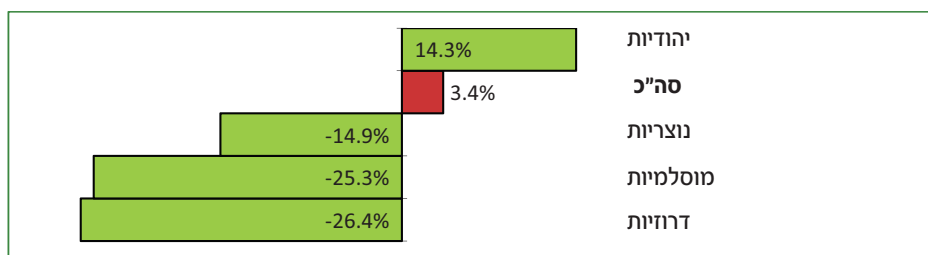
שיעור פריון כולל מצביע על מספר הילדים הממוצע הצפוי לאישה בימי חייה. השיעור מבוסס על ההנחה שנשים בדור מסוים בגילאים 15-49 תלדנה לפי שיעורי הפריון הסגוליים של הנשים באוכלוסייה בשנת התייחסות, וכי כולן תשרודנה במשך כל שנות הפריון שלהן.

שיעור הפריון הכולל יציב יחסית בישראל ברמה ארצית בעשור האחרון. בשנים 2012-2000, השיעור נע בין 2.8-3.1, בשנת 2009 השיעור עלה ל-3.0 ובשנת 2012 ל-3.1. עלייה נרשמה בקרב יהודיות, 3.0 בשנת 2012 בהשוואה ל-2.7 בשנת 2000, עלייה ב-14%. לעומת זאת, השיעור בקרב מוסלמיות ירד ל-3.5 בהשוואה ל-4.7 בשנת 2000, ירידה ב-25%, השיעור בקרב דרוזיות ירד ל-2.3 בהשוואה ל-3.1 בשנת 2000, ירידה ב-26% והשיעור בקרב נוצריות ירד ל-2.2 בהשוואה ל-2.6, ירידה ב-15%, בהתאמה.

תרשים 9: שיעור פריון כולל לפי דת, 2000-2012

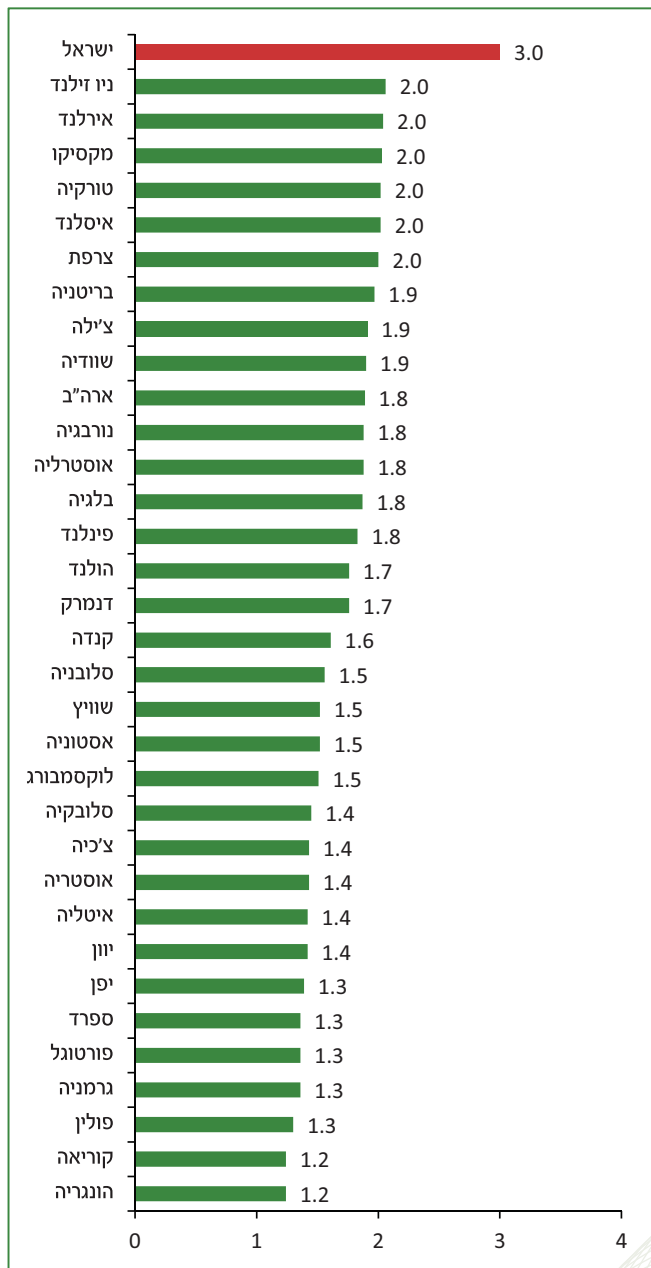


תרשים 10: אחוז שינוי בשיעור הפריון הכולל לפי דת, 2000-2012



בישראל, שיעור הפריון הכולל היה גבוה בהשוואה לכל מדינות ה-OECD בשנת 2011. במרבית המדינות נרשמה מגמת ירידה בעשורים האחרונים, בישראל השיעור היה יציב יחסית.

תרשים 11: שיעור פריון כולל, השוואה ל-OECD, 2011



2011 או שנה אחרונה זמינה.

מקורות המידע

1. השנתון הסטטיסטי לישראל 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

2. <http://stats.oecd.org>

מומים מולדים

ממצאים עיקריים

מומים חמורים: מומים שנבחרו מתוך רשימת המומים המחויבים בדיווח, אלו מומים הניתנים לאבחון לאחר הלידה בכל מחלקות הילודים בישראל (הרשימה מוצגת בטבלה 1). סך כל המומים מבוסס על דיווח מלידות חי, לידות מת והפסקות הריון.

מספר מומים: בשנת 2010 דווח על 1,246 מומים חמורים, בהתאם לדיווח בלידות חי, לידות מת והפסקות הריון, בהשוואה ל-871 בשנת 2000. מספר המומים שדווחו בלידות חי יציב יחסית, בהשוואה לעלייה במספר המומים שדווחו בהפסקות הריון, מ-262 בשנת 2000 ל-597 בשנת 2010, עלייה פי 2.3. מספר המומים שדווחו בלידות עובר מת ירד מ-51 ל-21, בהתאמה.

שיעור המומים: בעשור האחרון שיעור המומים החמורים שדווחו יציב יחסית, 6.7 ל-1,000 לידות חי בממוצע השנים 2002-2000, בהשוואה ל-7.0 בשנים 2008-2010. שיעור המומים ירד ב-12% בלידות חי וב-67% בלידות עובר מת, לעומת עלייה ב-58% בשיעור המומים שדווחו בהפסקות הריון. בשנים 2008-2010 שיעור המומים בלידות חי ובלידות מת היה דומה לשיעור בהפסקות הריון.

אחוז המומים בלידות חי ובלידות מת: בשנים 2008-2010 כמחצית (54%) מכלל המומים דווחו בלידות חי או לידות מת, בהשוואה ל-68% בשנים 2000-2002.

מומים פתוחים של התעלה העצבית: בעשור האחרון שיעור המומים הפתוחים של התעלה העצבית שנמצאו בלידות חי ירד ב-53%, לעומת ירידה ב-28% בשיעור סך כל מומים אלו. הסיבה לכך היא עלייה בשימוש בחומצה פולית לפני ובתחילת ההריון וכן עליה באבחון מוקדם בהריון.

תסמונות כרומוזומליות: שיעור תסמונות דאון וטריזומיות 18 או 13 נמצא במגמת עלייה, 2.5 ל-1,000 לידות חי בשנים 2008-2010 בהשוואה ל-1.8 בשנים 2000-2002, עלייה ב-35%, לעומת שיעור יציב של מומים אלו שדווחו בלידות חי. הסיבה לכך היא עלייה מתמדת במספר הנשים היולדות בגיל מבוגר יחסית וכן עלייה באבחון העוברים בשלבים מוקדמים של ההריון.

רקע

מומים מולדים מהווים גורם חשוב בתחלואה, בתמותת עוברים ותמותת תינוקות. המומים המולדים ניתנים, בחלקם, למניעה באמצעות תכניות התערבות מתאימות. משרד הבריאות מפעיל תכניות למניעת מומים מולדים באמצעות בדיקות סקר לאיתור נשאי מחלות תורשתיות, בדיקות טרום לידתיות לנשים בסיכון גבוה וכן באמצעות העלאת המודעות בקרב האוכלוסייה לביצוע הבדיקות, ליעוץ גנטי לפני ובמהלך ההריון ולהרחבת השימוש בחומצה פולית לנשים בגיל הפוריות. בישראל המידע על מומים בילוד או בעובר מבוסס על תקנות המחייבות דיווח בהתאם למקורות המידע הבאים:

« **לידות חי:** מומים מולדים שנמצאו לאחר הלידה אצל תינוק שנולד חי. בתי החולים מדווחים למחלקה לאם לילד ולמתבגר במשרד הבריאות, באמצעות הספח להודעת לידת חי, על כל ילוד שנולד עם מום מולד בהתאם לרשימת "מומים מחויבי דיווח", שמשרד הבריאות פרסם.

« **הודעות פטירה:** מומים שנרשמו בהודעת הפטירה אך לא דווחו בספח להודעת הלידה. עותק של הודעת הפטירה מועבר ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחלקה לאם ולילד ולמתבגר במשרד הבריאות. בנוסף, בתי החולים שולחים סיכומי אשפוז של תינוקות שנפטרו למחלקה לאם ולילד ולמתבגר במשרד הבריאות.

« **לידת עובר מת:** מומים מולדים שנמצאו בלידה של עובר מת. בתי החולים מדווחים למחלקה לאם לילד

ולמתבגר במשרד הבריאות וללשכה המרכזית לסטטיסטיקה על מומים מולדים שנמצאו לאחר הלידה באמצעות ההודעה על עובר מת.

« **הפסקות הריון:** אישור הפסקת הריון על רקע מומים נעשה בהתאם לסעיף 3 של חוק העונשין (הפסקת הריון) תשל"ז-1977 "הילוד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי". הועדה להפסקת הריון מחויבת מאז 2000 במילוי ספח המצורף לטופס הפסקת הריון, הכולל פירוט המומים. הדיווח נשלח ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

« **תסמונת דאון:** מאגר מידע המנוהל במחלקה לגנטיקה קהילתית הכולל מידע מהמקורות שתוארו ובנוסף דיווח המתקבל ממעבדות ומכונים גנטיים העוסקים באבחון ציטוגנטי של ילודים ועוברים עם תסמונת דאון.

קידוד המומים המדווח בספח להודעת לידת חי והספח להפסקת הריון נעשה לפי ICD-10 ע"י פרופ' יואל זלוטוגורה, מנהל המחלקה לגנטיקה קהילתית במשרד הבריאות.

פרק זה מציג מידע על מומים חמורים (הרשימה מוצגת בטבלה 1), שנבחרו מתוך רשימת המומים המחויבים בדיווח, הניתנים לאבחון לאחר הלידה, בכל מחלקות הילודים בישראל. מומים שנרשמו בהפסקות הריון מאוחרות, אשר מדווחות על פי חוק כלידת מת, נוספו בעזרת עיבוד מיוחד שנעשה בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה במטרה להגדיר קבוצה "אמינה" של עוברים שנפטרו באופן טבעי ברחם או בתהליך הלידה. המידע מבוסס על מקורות המידע שצינו לעיל, אשר התגלו בילוד חי או אצל העובר, בהתאם לנתונים שנאספו במחלקה לגנטיקה קהילתית ובמחלקה לאם וילד ולמתבגר במשרד הבריאות ובתחום בריאות ותנועה טבעית בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מוצגים נתונים בעשור האחרון, שהתגלו בלידות חי, בהפסקות הריון (כולל הפסקות הריון יזומות מאוחרות אשר דווחו כלידת עובר מת) ולידות מת (שאינן תוצאה מהפסקת הריון).

הגדרות

מומים: מומים חמורים שנבחרו מתוך רשימת המומים המחויבים בדיווח הניתנים לאבחון לאחר הלידה בכל מחלקות הילודים בישראל (ראה טבלה 1).

סה"כ מומים: מומים חמורים שדווחו בלידות חי, לידות עובר מת והפסקות הריון.

מומים בלידות חי: מומים שדווחו בתינוקות שנולדו חיים.

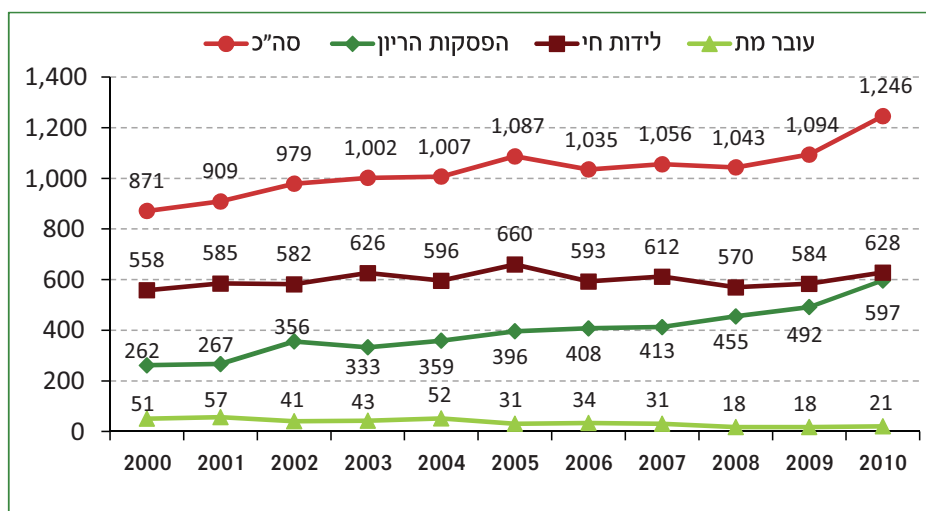
מומים בלידות מת: מומים שדווחו בעוברים שנולדו מתים ואינם תוצאה מהפסקת הריון.

מומים בהפסקת הריון: מומים שדווחו בהפסקת הריון או הפסקות הריון יזומות מאוחרות שדווחו בטופס עובר מת.

1. מספר ושיעור מומים לפי מקור הדיווח

מספר המומים הנבחרים שדווחו עלה מ-871 בשנת 2000 ל-1,246 בשנת 2010. מספר המומים שדווחו בלידות חי יציב יחסית. לעומת זאת, מספר המומים שדווחו בהפסקות הריון עלה מ-262 בשנת 2000 ל-597 בשנת 2010, עלייה פי 2.3. מספר העוברים המתים שדווחו ירד מ-51 ל-21 בשנים אלו, בהתאמה.

תרשים 1: מספר מומים מולדים חמורים נבחרים, מספר מוחלט, 2010-2000: מבוסס על הדיווח בלידות חי, לידות מת ובהפסקות הריון



2. מומים מולדים לפי סוג המום, 2010-2008

בשנים 2010-2008 דווח על 3,383 תינוקות ועוברים עם מומים חמורים, 1,782 דווחו בלידות חי (52.5%), 1,544 בהפסקות הריון (45.6%) ו-57 בלידות עובר מת (1.7%). קבוצת המומים הגדולה ביותר היא התסמונות הכרומוזומליות, בעיקר תסמונת דאון (1,034 מקרים) ואח"כ מומים פתוחים בתעלה העצבית (425 מקרים), מומים בכליות (423), חך שסוע או שפה שסועה (349) ומומי לב (337). ניתן למצוא הבדלים משמעותיים מאוד במקור הדיווח של המומים לפי חומרת המום ויכולת הגילוי בזמן ההריון, לדוגמא מומים שברובם מדווחים בהפסקות הריון כמו אננספלוס, או מומי אטרזיות במערכת העיכול אשר מדווחים בעיקר בלידות חי.

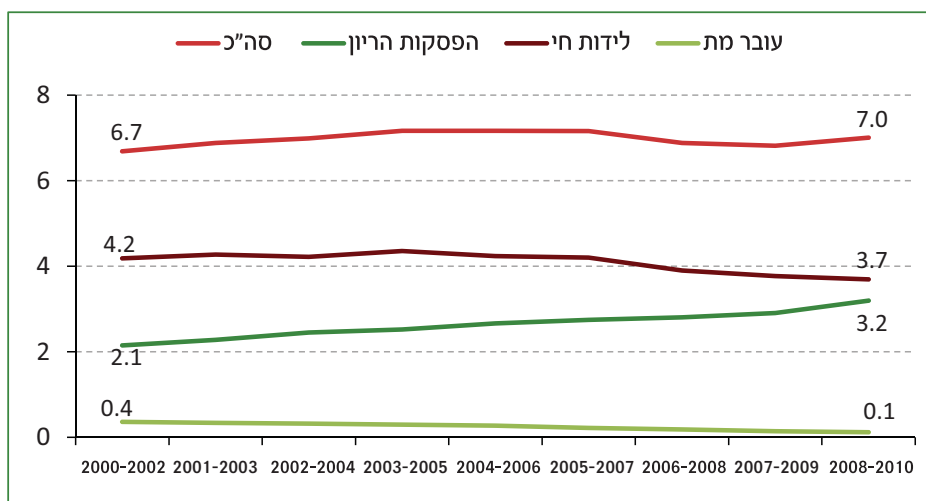
טבלה 1: מספר מומים מולדים חמורים נבחרים לפי אבחנה, מספר מוחלט, 2010-2008

ס"כ	עובר מת	הפסקות הריון	לידות חי	אבחנה (קוד ICD-10)
425	19	330	76	OPEN NEURAL TUBE DEFECTS
246	16	212	18	ANENCEPHALUS (Q00.0-Q00.2)
39	0	33	6	ENCEPHALOCELE (Q01.0-Q01.9)
140	3	85	52	SPINA BIFIDA (Q05.0-Q05.9)
68	3	53	12	REDUCTION DEFORMITIES OF BRAIN (Q04.2-Q04.3)
3	0	0	3	ANOPHTHALMOS (Q11.0-Q11.1)
337	6	133	198	CONGENITAL HEART MALFORMATIONS
92	0	28	64	TRANSPOSITION GREAT VESSELS (Q20.3)
123	1	29	93	TETRALOGY OF FALLOT (Q21.3)
122	5	76	41	HYPOPLASTIC LEFT HEART (Q23.4)
22	0	2	20	CHOANAL ATRESIA (Q30.0)
349	1	60	288	CLEFT PALATE OR CLEFT LIP/PALATE
141	0	9	132	CLEFT PALATE (Q35.0-Q35.9)
208	1	51	156	CLEFT LIP/PALATE (Q36.0-Q37.9)
251	4	2	245	GASTROINTESTINAL TRACT (GIT) ATRESIA
100	2	1	97	ATRESIA ESOPHAGUS (Q39.0-Q39.9)
54	1	1	52	ATRESIA SMALL INTESTINE (Q41.0-Q41.9)
97	1	0	96	ATRESIA LARGE INTESTINE (Q42.0-Q42.9)
423	3	101	319	CONGENITAL KIDNEY MALFORMATIONS
192	2	48	142	RENAL AGENESIS (Q60.0-Q60.2, Q60.6)
231	1	53	177	CONGENITAL CYSTIC KIDNEY DISEASE (Q61.0-Q61.9)
10	0	1	9	EXSTROPHY BLADDER (Q64.1)
115	0	43	72	REDUCTION DEFORMITIES OF LIMBS (Q71.0-Q73.8)
90	2	33	55	DIAPHRAGMATIC HERNIA (Q79.0)
67	2	52	13	OMPHALOCELE (Q79.2)
24	0	18	6	GASTROSCHISIS (Q79.3)
14	0	13	1	PRUNE BELLY SYNDROME (Q79.4)
1,185	17	703	465	TRISOMIES
125	15	79	31	TRISOMY 18 (Q91.0-Q91.3)
26	2	17	7	TRISOMY 13 (Q91.4-Q91.7)
1,034	0	607	427	DOWN (Q90.0-Q90.9)
3,383	57	1,544	1,782	TOTAL

3. מגמות בשיעור המומים לפי סוג, 2010-2000

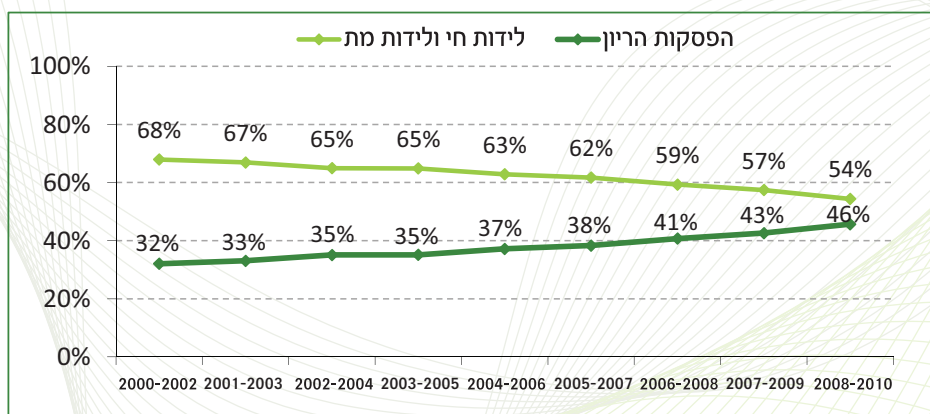
בעשור האחרון שיעור סך כל המומים הנבחרים יציב יחסית, 6.7 ל-1,000 לידות חי בממוצע השנים 2000-2002, בהשוואה ל-7.0 בשנים 2008-2010. שיעור המומים המולדים שנמצאו בלידות חי ירד ב-12% מ-4.2 בשנים 2000-2002 ל-3.7 בשנים 2008-2010. כן נרשמה ירידה בשיעור המומים שנתגלו בלידות עובר מת כתוצאה ממוות תוך רחמי, מ-0.4 ל-0.1, בהתאמה, ירידה ב-67%. לעומת זאת, נרשמה מגמת עלייה בהפסקות הריון כתוצאה ממום אצל העובר. שיעור המומים שנמצאו בהריונות שהופסקו באופן יזום עלה מ-2.1 ל-3.2 לידות חי בממוצע השנים 2000-2002 ל-3.7 לידות חי) היה דומה לשיעור המומים בלידות מת ובהפסקות הריון (3.2 ל-1,000 לידות חי).

תרשים 2: שיעור מומים מולדים ל-1,000 לידות חי, ממוצע נע תלת שנתי, 2010-2000: מבוסס על הדיווח בלידות חי, לידות מת והפסקות הריון



אחוז המומים שדווחו בלידות חי ובלידות מת מכלל המומים נמצא במגמת ירידה, מ-68% בשנים 2000-2002 ל-54% בשנים 2008-2010, לעומת מגמת עלייה שנרשמה באחוז המומים שדווחו בהפסקות הריון, מ-32% ל-46%, בהתאמה.

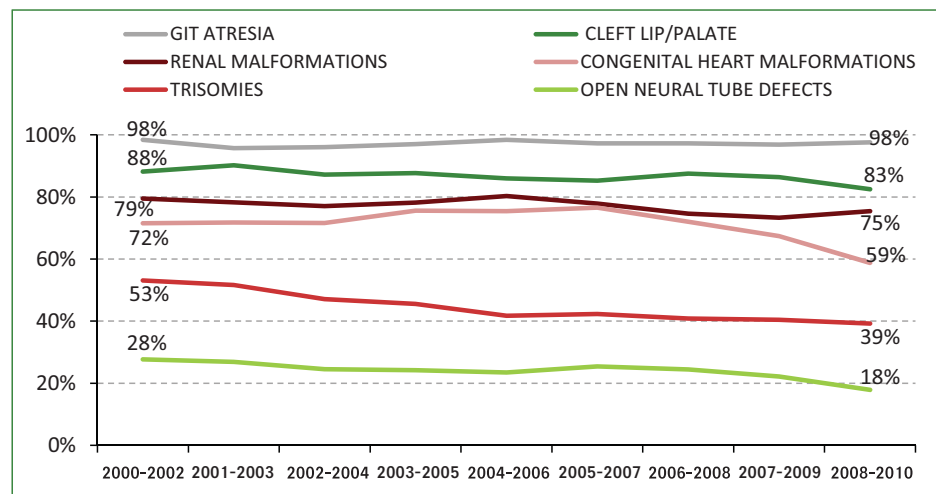
תרשים 3: אחוז מומים בהפסקות הריון בהשוואה למומים שנמצאו בלידות חי ולידות מת, ממוצע נע תלת שנתי, 2012-2000



בשנים 2010-2008 חמישית (18%) מכלל המומים הפתוחים של התעלה העצבית דווחו בלידות חי, ירידה מ-28% בשנים 2002-2000, שתי חמישיות (39%) מכלל המומים עם תסמונות כרומוזומליות דווחו בלידות חי בהשוואה ל-53% בתחילת העשור. אחוז מומי הלב שדווחו בלידות חי היה גבוה (72%) בתחילת העשור וירד ל-59% בשנים 2010-2008. לעומת זאת, מרבית המומים במערכת העיכול, חך שסוע או שפה שסועה ומומים בכליות דווחו בלידות חי, 98%, 83%-75%, בהתאמה, בשנים 2010-2008, בהשוואה ל-98%, 88%-79%, בהתאמה בשנים 2002-2000, אחוז יציב בעשור האחרון.

תרשים 4: אחוז המומים שדווחו בלידות חי מכלל המומים, ממוצע נע תלת שנתי, 2010-2000:

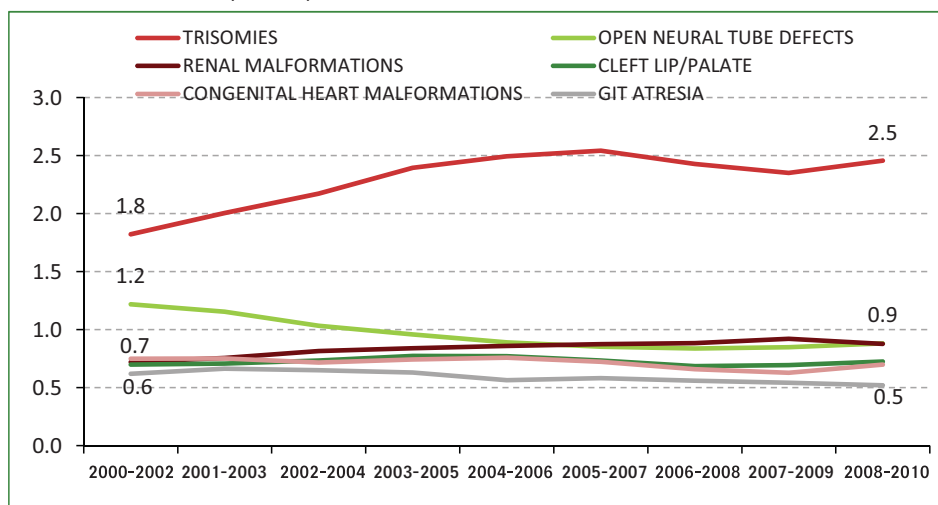
לפי סוג המום, מבוסס על הדיווח בלידות חי, לידות מת והפסקות הריון



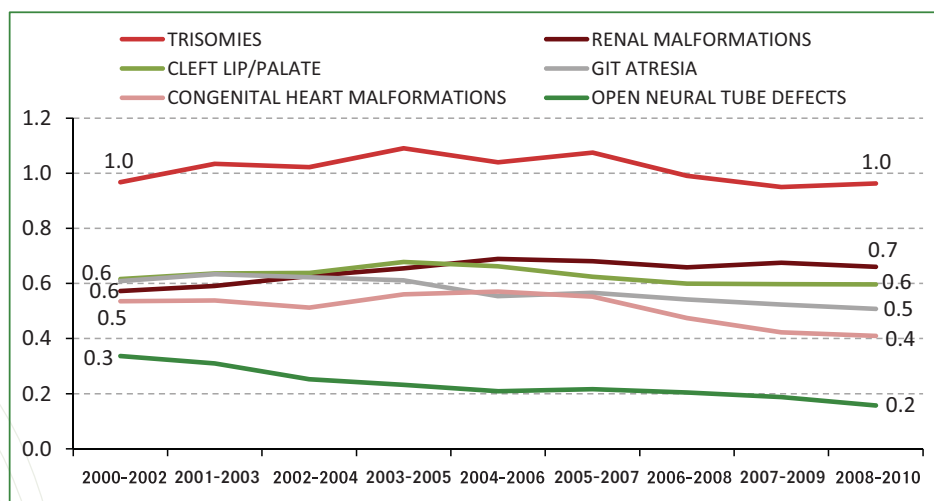
בעשור האחרון נרשמה ירידה בשיעור המומים הפתוחים של התעלה העצבית, זאת בעקבות המלצת משרד הבריאות, שפורסמה בשנת 2000, לנטילה יומית של חומצה פולית לכל אישה המתכננת הריון, בדגש על התקופה לפני תחילת ההריון ובתחילת ההריון. שיעור כלל המומים הפתוחים של התעלה העצבית ירד ב-28% בין השנים 2002-2000 לשנים 2010-2008. הירידה בשיעור מומים אלו שדווחו בלידות חי הייתה גדולה יותר (53%) כתוצאה מהשיפור ביכולת לאבחון מוקדם של המומים (בדיקות שקיפות עורפית וסקירות מוקדמות) שהביאה לעלייה בהפסקות הריון.

שיעור תסמונות דאון וטריזומיות 18 או 13 נמצא במגמת עלייה, 2.5 ל-1,000 לידות חי בשנים 2010-2008 בהשוואה ל-1.8 בשנים 2002-2000, עלייה ב-35%, לעומת שיעור יציב של מומים אלו שדווחו בלידות חי. הסיבה לכך היא העלייה מתמדת במספר הנשים היולדות בגיל מבוגר יחסית וכן עלייה באבחון העוברים בשלבים מוקדמים של ההריון, אשר ללא התערבות היו בחלקם מופלים באופן טבעי.

תרשים 5: שיעור מומים מולדים לפי סוג המום, ממוצע נע תלת שנתי, 2000-2010: ל-1,000 לידות חי, מבוסס על הדיווח בלידות חי, לידות מת ובהפסקות הריון



תרשים 6: שיעור מומים מולדים בלידות חי לפי סוג המום, ממוצע נע תלת שנתי, 2000-2010: ל-1,000 לידות חי



מקורות המידע

1. המחלקה לגנטיקה קהילתית, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
2. המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
3. תחום בריאות ותנועה טבעית, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
4. הפסקות הריון על רקע מומים, דוח מסכם לשנים נבחרות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
5. מומים פתוחים בתעלת העצבים בישראל 1999-2010, המחלקה לגנטיקה קהילתית, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
6. מומים מולדים מדווחים בישראל 2006-2009, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
7. Zlotogora J., Haklai Z., Rotem N., Georgi M., Rubin L.. The impact of prenatal diagnosis and termination of pregnancy on the relative incidence of malformations at birth among Jews and Muslim Arabs in Israel, IMAJ 2010 12:539-542

הפריה חוץ גופית >>

ממצאים עיקריים

אחוז לידות חי לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית: בשנים 2009-2011, 4.1% מכלל לידות החי היו תינוקות שנולדו לאחר הפריה חוץ גופית בהשוואה ל-3.3% בשנת 2005 ו-3.0% בשנת 2001.

מחזורי טיפול בהפריה חוץ גופית: בשנת 2011, מספר מחזורי הטיפול עלה ל-38,284, פי 2.1 משנת 2000. השיעור עלה ל-20.7 ל-1,000 נשים בגיל הפריה, פי 1.8 משנת 2000.

מחזורי טיפול עם החזרת עוברים: שיעור מחזורי הטיפול עם החזרת עוברים עלה ל-17.9 ל-1,000 נשים בגיל הפריה, פי 1.7 בהשוואה לשנת 2000. מרבית מחזורי הטיפול היו עם החזרת עוברים, 86%-90% בעשור האחרון.

הריונות לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית: בשנת 2011, היו 8,796 הריונות לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית. השיעור עלה ל-4.7 ל-1,000 נשים בגיל פריה, פי 1.8 משנת 2000. כרבע ממחזורי הטיפול היו עם הריון, אחוז יציב בעשור האחרון.

הריונות לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית שהסתיימו בלידת חי: בשנת 2011, היו 5,709 הריונות שהסתיימו בלידת חי, השיעור עלה ל-3.1 ל-1,000 נשים בגיל פריה, פי 1.7 בהשוואה לשנת 2000. כחמישית ממחזורי הטיפול, כרבע ממחזורי הטיפול עם החזרת עוברים וכשני שליש מההריונות הסתיימו בלידת חי.

לידות החי: בשנת 2011, מספר התינוקות שנולדו לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית עלה ל-6,901, השיעור עלה ל-3.7 ל-1,000 נשים בגיל פריה, פי 1.6 בהשוואה לשנת 2000.

מספר תינוקות ממוצע בלידה: בממוצע נולדו 1.2-1.3 תינוקות חיים בלידה לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית בעשור האחרון.

רקע

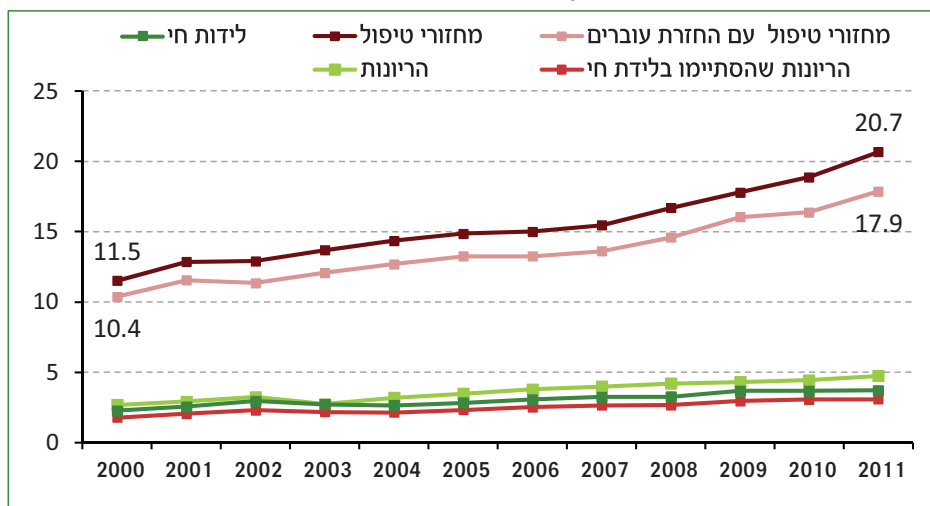
הפריה חוץ גופית, In Vitro Fertilization (IVF), זהו אחד מהטיפולים השכיחים ביותר בטיפולי הפוריות המתקדמים.

בעשורים האחרונים, נרשמה מגמת עליה במספר טיפולי הפריה חוץ גופית בישראל. מרבית מחזורי הטיפול הינם עם החזרת עוברים, כרבע הסתיימו בהריון וכחמישית הסתיימו בלידת חי. בשנים האחרונות, כארבעה אחוזים מכלל לידות החי הינם כתוצאה של טיפולי הפריה חוץ גופית. המידע מבוסס על דיווח סיכומי שנתי מכל היחידות לטיפול בהפריה חוץ גופית למשרד הבריאות, הדיווח כולל מידע על מחזורי טיפול כתוצאה מהפשרת עוברים, ללא הפשרת עוברים וגם מתרומת ביציות, מספר מחזורי טיפול עם החזרת עוברים, מספר הריונות ומספר לידות חי לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית.

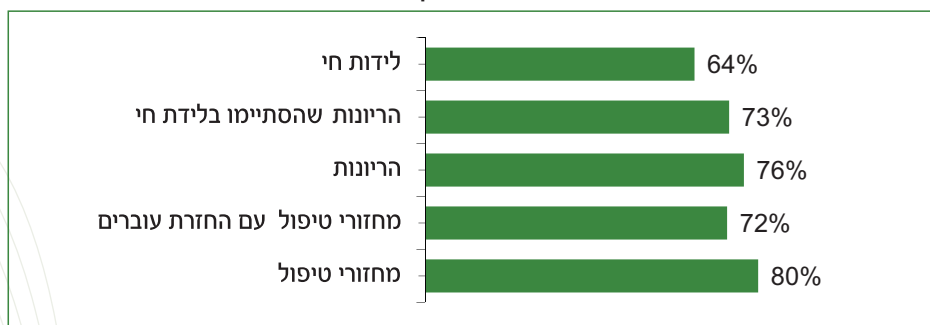
1. מגמות בטיפול הפריה חוץ גופית

טיפול הפריה חוץ גופית במגמת עליה, בשנת 2011 היו 38 אלף מחזורי טיפול בהשוואה ל-18 אלף בשנת 2000, עלייה פי 2.1. שיעור הטיפולים עלה ל-20.7 ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-49) לעומת 11.5 בשנת 2000, עלייה פי 1.8. מספר ההריונות שהסתיימו בלידת חי הגיע ל-5,709, 3.1 ל-1,000 נשים בגיל פריון, עלייה פי 1.7 בהשוואה לשנת 2000. כחמישית ממחזורי הטיפול עם החזרת עוברים וכשני שליש מההריונות הסתיימו בלידת חי.

תרשים 1: שיעור טיפולי הפריה חוץ גופית ל-1,000 נשים בגיל 15-49, 2000-2011



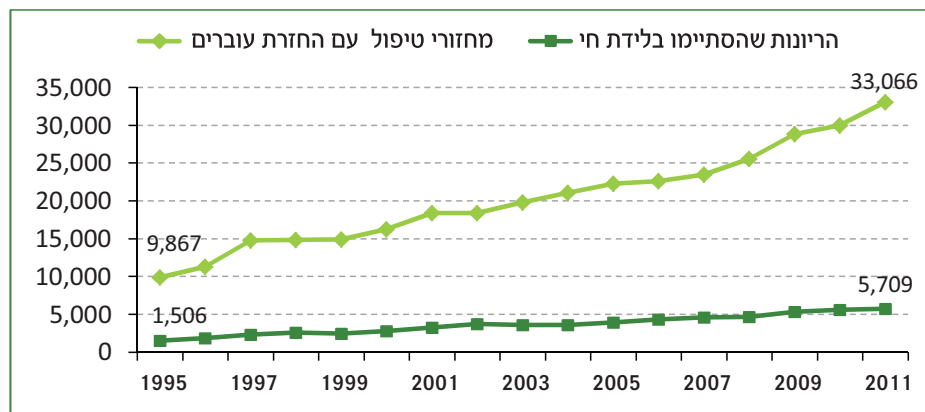
תרשים 2: אחוז הגידול בשיעור טיפולי הפריה חוץ גופית, 2000-2011



הפריה חוץ גופית »

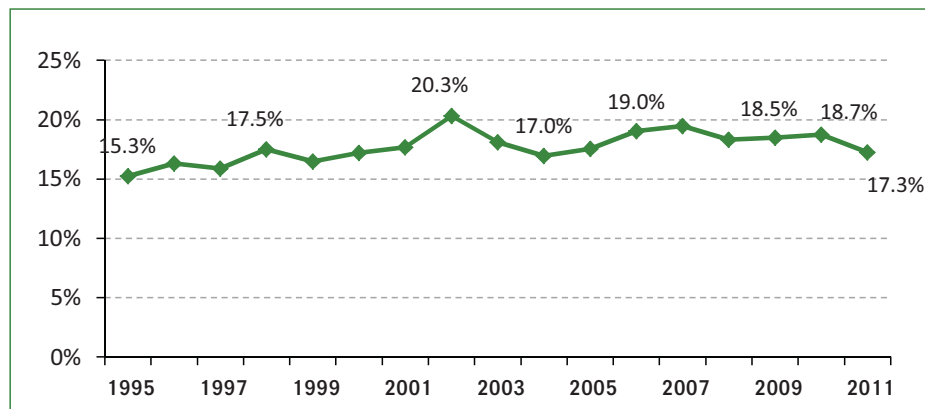
מספר הריונות שהסתיימו בלידת חי ומספר מחזורי הטיפול עם החזרת עוברים במגמת עליה בשנים 1995-2015. מספר הריונות שהסתיימו בלידת חי היה 5,709 בשנת 2011 לעומת 1,506 בשנת 1995, ומספר מחזורי הטיפול עם החזרת עוברים היה 33,066 לעומת 9,867 בהתאמה.

תרשים 3: מספר מחזורי טיפול עם החזרת עוברים ומספר הריונות שהסתיימו בלידת חי, 2011-1995



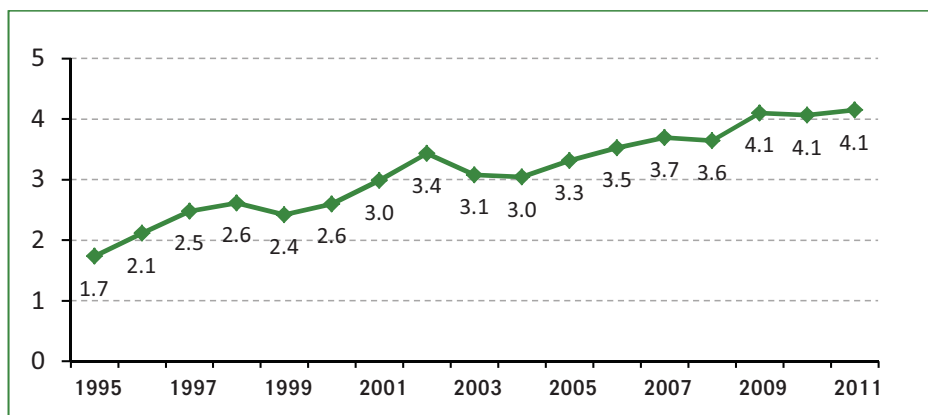
אחוז ההריונות שהסתיימו בלידת חי מכלל מחזורי הטיפול עם החזרת עוברים היה 17.3% בשנת 2011 לעומת 20.3% בשנת 2002 ו-15.3% בשנת 1995.

תרשים 4: אחוז ההריונות שהסתיימו בלידת חי מכלל מחזורי הטיפול עם החזרת עוברים, 2011-1995



בשנים 1995-2011 אחוז לידות החי לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית מכלל לידות החי במגמת עליה, 4.1% בשנת 2011 בהשוואה ל-1.7% בשנת 1995, תוצאה של העלייה בטיפול הפריה חוץ גופית במהלך העשורים האחרונים.

תרשים 5: אחוז לידות חי לאחר טיפולי הפריה חוץ גופית מכלל לידות החי, 1995-2011



מקורות המידע

1. בריאות בישראל 2010, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
2. <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HR/ITandINFO/info/Pages/IVF.aspx>

הפסקות הריון

ממצאים עיקריים

- « שיעור הפסקות הריון בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות מערב אירופה.
- « בשנת 2012 הועדו להפסקת הריון דיווחו למשרד הבריאות על 21,689 פניות של נשים לקבלת אישור לביצוע הפסקת הריון.
- « בשנת 2012 בוצעו בתוקף החוק 20,063 הפסקות הריון בהתאם לאישורי הועדות המהוות 98% מהפניות.
- « שיעור הפסקות הריון נמצא במגמת ירידה בעשור האחרון. השיעור ירד בעשירית משנת 2006, ירידה ניכרת בכל סעיפי החוק, אך בעיקר בסעיף 2, הריון מחוץ לנישואין, ובסעיף 4, סיכון לבריאות האישה.
- « כשני שלישי מכלל הפסקות ההריון היו עד השבוע ה-7 (כולל), כרבע בוצעו בשבוע 8-12, ועשירית בשבוע ה-13 ומעלה, ו-1.2% היו מעל השבוע ה-23.
- « שיעור האישורים לפי גיל מבוסס על הדיווח ללמ"ס. השיעור גבוה בקרב נשים בגיל 18-39 בהשוואה לשיעור בקרב נערות בגיל 15-17 ונשים בגיל 40 ומעלה.
- « שיעור האישורים נמוך בקרב נשים בעלות השכלה גבוהה בהשוואה לנשים בעלות השכלה נמוכה.
- « שיעור האישורים בקרב עולות גבוה בהשוואה לשיעור בקרב יהודיות לא עולות. השיעור בקרב ילידות בריה"מ לשעבר שעלו משנת 1990 נמצא במגמת ירידה משנת 2004. השיעור בקרב ילידות אתיופיה שעלו משנת 1980 גבוה ויציב.

רקע

ועדות להפסקת הריון פועלות במוסדות רפואה בתוקף "חוק העונשין (הפסקת הריון) תשל"ז-1977" והתקנות לחוק משנת 1980 על פי אישור משרד הבריאות ובחתימת שר הבריאות. פעילות הועדות נמדדת על פי מספר הפניות של נשים לקבלת אישור לביצוע הפסקת הריון, מספר האישורים שנתנו לנשים שפנו בהתאם לסעיפי החוק ועל פי ביצוע הפסקת הריון בהתאם לאישור הועדה.

המידע על מגמות בפעילות הועדות להפסקת הריון מבוסס על דיווח הועדות להפסקת הריון למשרד הבריאות, דיווח חודשי שוטף על היקף פעילותן (פניות, אישורים וביצוע הפסקת הריון) לשנים 1990-2012.

המידע על שיעור האישורים לפי מאפיינים דמוגרפיים מבוסס על קבצי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שהועברו למשרד הבריאות, ללא פרטי זהוי של האישה או הועדה. הדיווח כולל פניות של תושבות המדינה ואישורי הועדות ומעודכן לשנת 2011.

הגדרות:

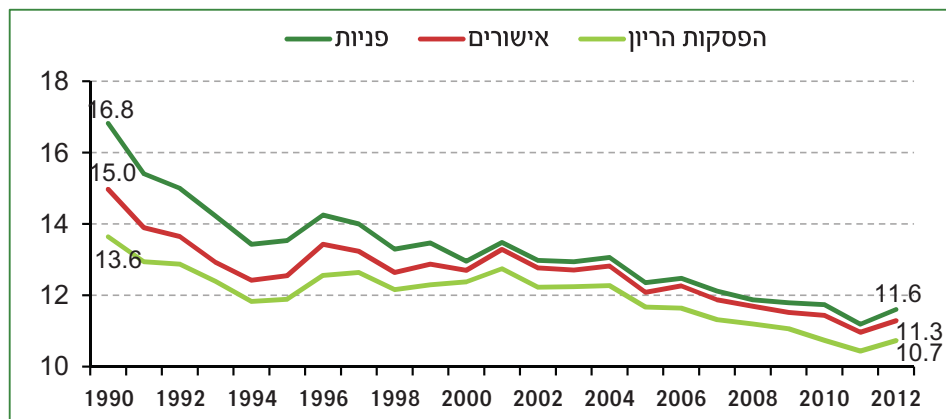
סעיפי החוק: החוק מתיר הפסקת הריון במקרים הבאים:

- סעיף 1. האישה היא למטה מגיל הנישואין המינימלי (גיל 17) או שמלאו לה 40 שנה.
 - סעיף 2. ההריון נובע מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי, מגילוי עריות או שהוא מחוץ לנישואין.
 - סעיף 3. העובר עלול להיות בעל מום גופני או נפשי.
 - סעיף 4. המשך ההריון עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי.
- נשים בגיל פריון:** אוכלוסיית הנשים בגיל 15 עד 49.

1. מגמות בפעילות הועדות להפסקת הריון

פעילות הועדות להפסקת הריון מצביעה על מגמת ירידה בשיעור ביצוע הפסקות הריון משנות התשעים. ירידה של 21% משנת 1990, 13% משנת 2000, וממחצית שנות האלפיים השיעור ירד ב-8%. בשנת 2012 שיעור הפסקות הריון ירד ל-10.7 ל-1,000 נשים בגיל פריין או 117 ל-1,000 לידות חי, השיעור נמוך בהשוואה לשנות התשעים, 13.6 ו-150, בהתאמה, בשנת 1990.

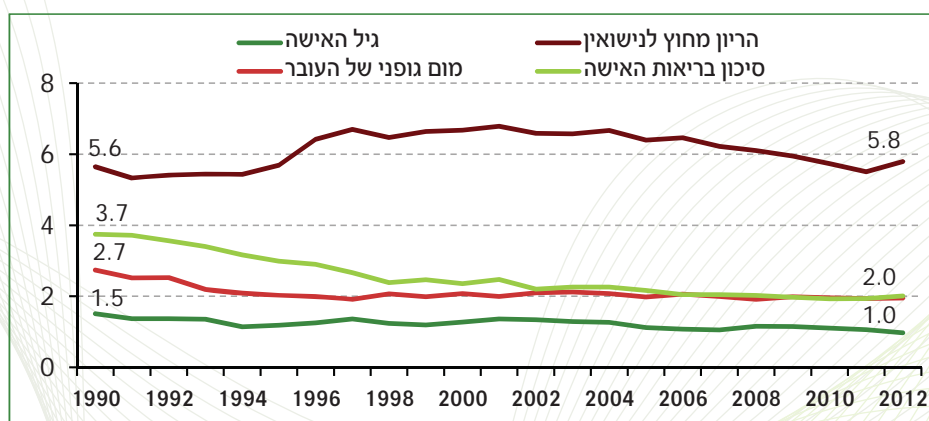
תרשים 1: שיעור פניות, אישורים והפסקות הריון ל-1,000 נשים בגיל פריין, 1990-2012



1.1. הפסקות הריון לפי סעיפי החוק

מחצית (54%) מהפסקות ההריון בשנת 2012 נעשו בהתאם לסעיף 2 בחוק (הריון מחוץ לנישואין), 19% בהתאם לסעיף 4 בחוק (סיכון לבריאות האישה), 18% בהתאם לסעיף 3 בחוק (מום גופני אצל העובר) ו-9% בהתאם לסעיף 1 בחוק (גיל האישה). שיעור הפסקות הריון בשנת 2012 היה 10.7 ל-1,000 נשים בגיל פריין, מהן 5.8 עקב סעיף 1 בחוק, 2.0 עקב סעיף 3 בחוק, 2.0 עקב סעיף 4 בחוק ו-1.0 עקב סעיף 1 בחוק. משנת 2006 נרשמה הירידה הגבוהה ביותר בשיעור הפסקות הריון עקב סעיף 1 של החוק (10%). השיעור עקב סעיף 4 ירד ב-5%, השיעור עקב סעיף 3 ירד ב-5% ועקב סעיף 2 השיעור ירד ב-2%.

תרשים 2: הפסקות הריון לפי סעיפי החוק, שיעור ל-1,000 נשים בגיל פריין, 1990-2012



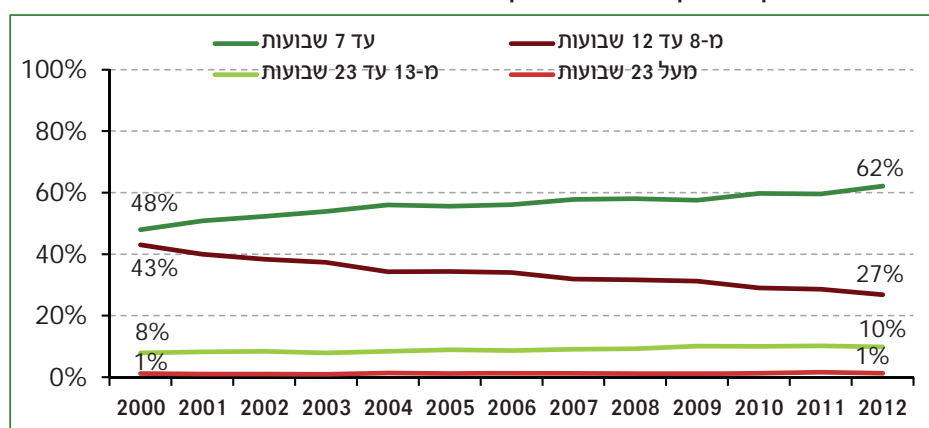
1.2 הפסקות הריון לפי שבוע הריון

אחוז הפסקות הריון עד השבוע ה-7 (כולל) עלה מ-48% בשנת 2000 ל-62% בשנת 2012. אחוז ההפסקות בשבועות 8-12 ירד מ-43% ל-27% והאחוז בשבוע ה-13 ומעלה יציב, כעשירית מכלל הפסקות ההריון. בשנת 2012, 42% מהפסקות ההריון עד השבוע ה-7 (כולל) נעשו באמצעות מיפג'ין, לעומת 24% בשנת 2000 ו-39% בשנת 2005.

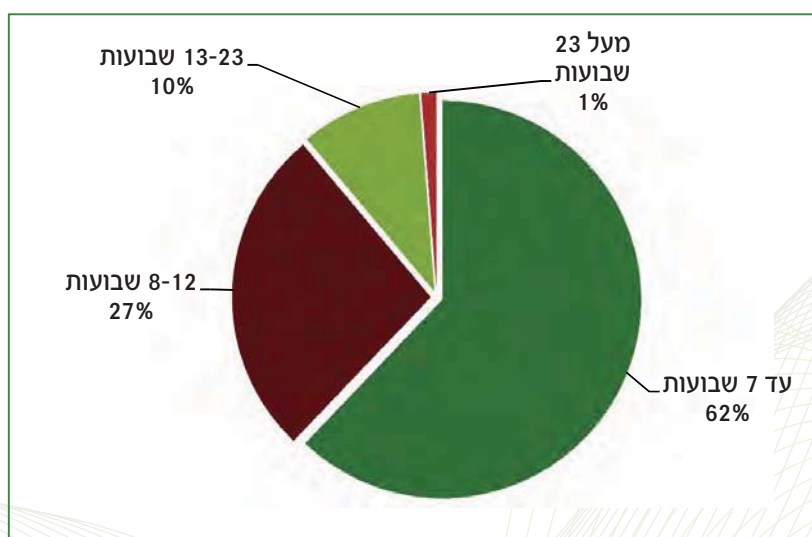
כשני שליש מהפסקות ההריון עקב סעיפים 2,1 ו-4 של החוק היו עד השבוע ה-7 (כולל) בשנת 2012.

בשנת 2012 היו 2,228 הפסקות הריון בשבוע ה-13 ומעלה, מהן 249 הפסקות הריון מאוחרות לאחר השבוע ה-23 של ההריון, 1.2% מכלל הפסקות ההריון. מרבית (88%) הפסקות ההריון המאוחרות היו בהתאם לסעיף 3 של החוק בהשוואה ל-79% בשנת 2000.

תרשים 3: הפסקות הריון לפי שבוע הריון, אחוזים, 2000-2012



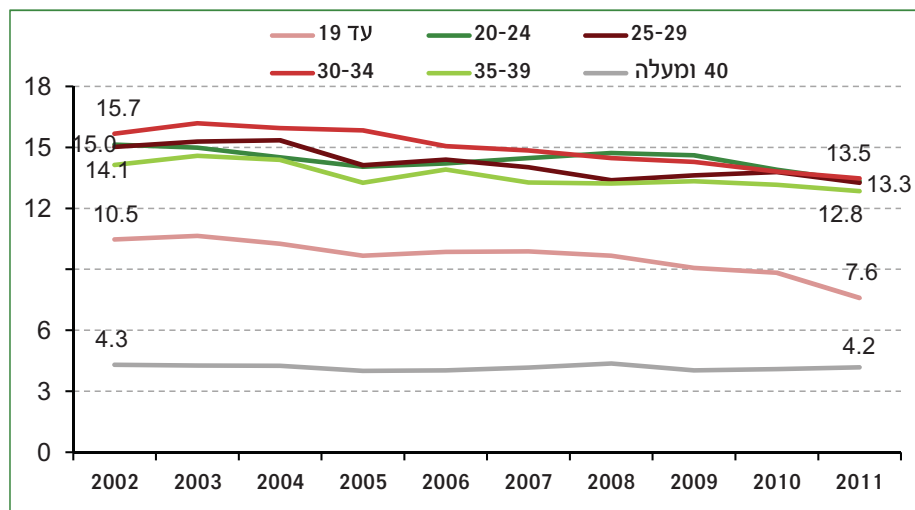
תרשים 4: הפסקות הריון לפי שבוע הריון, אחוזים, 2012



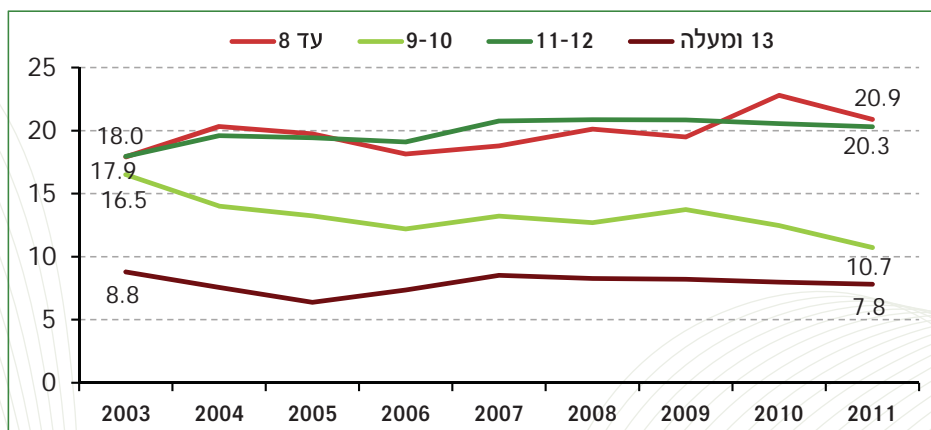
2. שיעור האישורים לפי מאפיינים דמוגרפיים

שיעור האישורים לפי מאפיינים דמוגרפיים מבוסס על מידע פרטני המגיע ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומתייחס לתושבות המדינה בלבד. השיעור בקרב נשים בגיל 18-39 גבוה פי שניים בהשוואה לשיעור בקרב נערות בגיל 15-17 ונשים בגיל 40 ומעלה. בשנים 2005-2011 נרשמה ירידה בשיעור האישורים בקרב נשים בגיל 25-34. שיעור האישורים נמוך בקרב נשים בעלות 13 שנות לימוד ומעלה בהשוואה לנשים בעלות השכלה נמוכה.

תרשים 5: אישורי הפסקות הריון לפי גיל האישה, 2002-2011: שיעור ל-1,000 נשים בגיל פריון

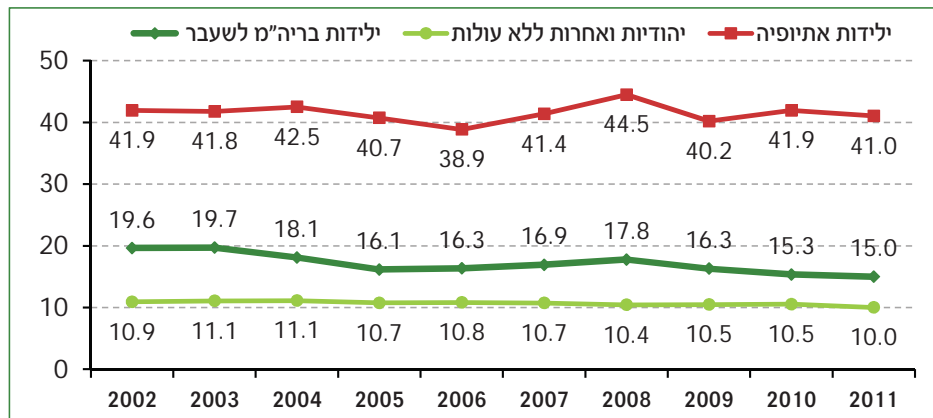


תרשים 6: אישורי הפסקות הריון לפי שנות לימוד, 2003-2011: שיעור ל-1,000 נשים בגיל פריון



שיעור האישורים גבוה יותר בקרב עולות. בשנת 2011 השיעור בקרב ילידות בריה"מ לשעבר שעלו משנת 1990 גבוה פי 1.5 בהשוואה ליהודיות ואחרות שאינן עולות, השיעור נמצא במגמת ירידה משנת 2004. השיעור בקרב ילידות אתיופיה שעלו משנת 1980 גבוה ויציב, פי 4 בהשוואה לשיעור בקרב יהודיות ואחרות שאינן עולות.

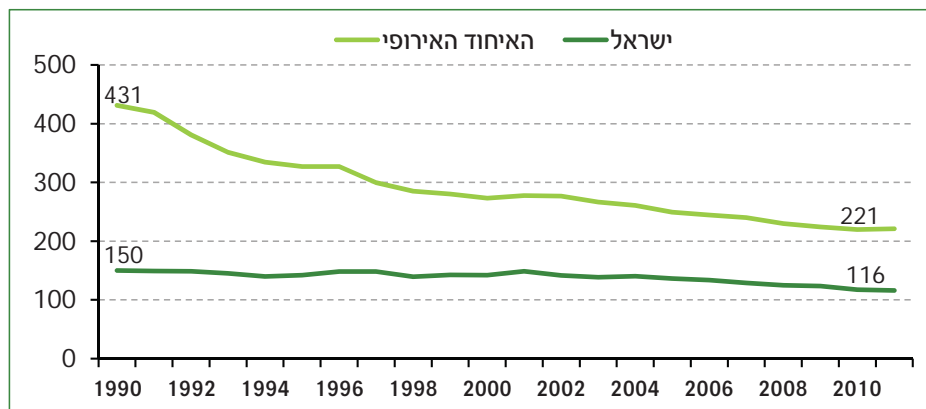
תרשים 7: אישורי הפסקות הריון של עולות חדשות, 2011-2003: שיעור ל-1,000 נשים בגיל פריין



3. השוואה בינלאומית

שיעור הפסקות הריון בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות מערב אירופה, 115.9 ל-1,000 לידות חי לעומת הממוצע האירופי 221.2 בשנת 2011. שיעור הפסקות הריון בישראל של צעירות עד גיל 20 ושיעור של נשים בגיל 35 ומעלה נמוך בהשוואה למרבית מדינות אירופה.

תרשים 8: שיעור הפסקות הריון, ל-1,000 לידות חי, 2011-1990



האיחוד האירופי (EU) כולל 27 מדינות החברות באיחוד.

מקורות המידע

1. הפסקות הריון על פי החוק 1990-2012, ציונה חקלאי, מרים אבורבה, אביבה תמם, דצמבר 2013, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
2. עיבוד באגף המידע, המבוסס על קובץ הפניות ואישורי הועדות להפסקת הריון של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
3. Database Health for All, July 2013, WHO.
4. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-atabase-hfa-db>

תמותת תינוקות

ממצאים עיקריים

מגמות: בשנת 2012 נפטרו 603 תינוקות בתוך שנה מהלידה בהשוואה ל-748 בשנת 2000. שיעור תמותת התינוקות במגמת ירידה, 3.5 ל-1,000 לידות חי בשנת 2012, ירידה מ-5.5 בשנת 2000.

השוואה בינלאומית: שיעור תמותת התינוקות בישראל נמוך לעומת ממוצע מדינות ה-OECD ודומה לחציון מדינות ה-OECD, ישראל מדורגת במקום ה-17 מתוך 34 מדינות. שיעור התמותה הנאונטלית (2.2) נמוך מהשיעור בממוצע ה-OECD (2.8) ואילו שיעור התמותה הפוסטנאונטלית דומה לממוצע ה-OECD.

גיל בפטירה: כמחצית מפטירות התינוקות היו בשבוע הראשון לאחר הלידה וכשליש לאחר חודש, 1.6 ל-1,000 לידות חי ו-1.2, בהתאמה, בשנת 2011. כשני שלישי מהפטירות היו בחודש הראשון לאחר הלידה, בדומה למרבית מדינות ה-OECD.

קבוצת אוכלוסייה: בשנת 2011 שיעור תמותת תינוקות בקרב ערבים גבוה פי שניים וחצי בהשוואה ליהודים ואחרים, יחס השיעורים נע בין 1.9 ל-2.8 בעשור האחרון. השיעור בקרב ערבים ירד ב-29% מ-9.0 ל-1,000 לידות חי בשנת 2000 ל-6.3 בשנת 2011 ובקרב יהודים ואחרים ב-36%, מ-4.0 ל-2.6, בהתאמה.

דת: שיעור תמותת התינוקות בקרב מוסלמים נשאר גבוה פי שניים וחצי בהשוואה ליהודים, 6.9 ל-1,000 לידות חי בשנת 2012, לעומת 2.7 בקרב יהודים, ירידה ב-27% ו-33%, בהתאמה, משנת 2000.

מגדר: שיעור תמותת התינוקות בקרב בנים גבוה בהשוואה לבנות, 3.59 ו-3.31 בשנת 2011, בהתאמה, ירידה ב-40% ו-34%, בהתאמה, משנת 2000.

משקל בלידה: תינוקות שנולדו במשקל נמוך הם בסיכון גבוה יותר, שיעור התמותה של ילידי 2009-2011 שנולדו במשקל נמוך מ-1,000 גרם היה 365.2 ל-1,000 לידות חי, לעומת 62.5 בתינוקות שנולדו במשקל 1,000-1,499 גרם ו-17.0 בתינוקות שנולדו במשקל 1,500-1,999 גרם.

מספר העוברים בלידה: שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר בקרב תינוקות שנולדו בלידה מרובת עוברים לעומת תינוקות שנולדו בלידת יחיד. השיעור של ילידי 2009-2011 היה 55.0 ל-1,000 ילודים שנולדו בלידת שלישיות ומעלה, 16.5 לילודים בלידת תאומים, לעומת 3.7 בלידת יחיד.

גיל הריון: שיעור תמותת התינוקות לילודים שנולדו בלידה מוקדמת גבוה בהשוואה לאלו שנולדו במועד. שיעור התמותה של ילידי 2009-2011 היה גבוה פי 278 לתינוקות שנולדו לפני השבוע ה-28, פי 28 לתינוקות שנולדו בשבוע 28-32 ופי חמישה לתינוקות שנולדו בשבוע 33-36 בהשוואה לתינוקות שנולדו במועד.

גיל האם: קיים קשר בין שיעור תמותת התינוקות וגיל האם, השיעור גבוה יותר לאימהות צעירות ומבוגרות. שיעור תמותת התינוקות לאימהות עד גיל 20 היה 8.6 ל-1,000 לידות חי ו-8.9 בגיל 45 ומעלה, לעומת 2.9 לאימהות בגיל 30-34 ו-4.5 בגיל 40-44, בממוצע 2009-2011.

השכלת האם: קיים קשר הפוך בין שיעור תמותת התינוקות והשכלת האם, השיעור גבוה יותר ככל שהשכלת האם נמוכה יותר. שיעור תמותת התינוקות בקרב ילידי 2011 היה 6.7 ל-1,000 לידות חי בקרב אימהות עם פחות מ-10 שנות לימוד, שיעור הגבוה פי שלושה בהשוואה לאימהות עם 13 שנות לימוד ומעלה.

סיבות מוות: בשנים 2009-2011 הסיבות העיקריות לפטירת תינוקות הן מומים מולדים וגורמים הנובעים ממצבים שונים בתקופה הפרינטלית. מומים מולדים מהווים 39% מסיבות המוות בקרב ערבים ו-26% בקרב יהודים ואחרים, 36%-53%, בהתאמה, הן גורמים שונים בתקופה הפרינטלית, ו-10% בקרב ערבים ובקרב יהודים ואחרים הן מסימפטומים ומצבים אחרים. בשנים 2009-2011 שיעור התמותה ממומים מולדים היה גבוה בקרב ערבים פי 3.9 בהשוואה ליהודים ואחרים, פי 1.8 מגורמים הנובעים ממצבים שונים בתקופה הפרינטלית, פי 3.9 ממחלות של מערכת העצבים ופי 2.7 ממוות בעריסה. במהלך השנים 2000-2011 נרשמה מגמת ירידה בסיבות מוות רבות, ירידה ב-74% ממחלות לב וכלי דם, 63% מפגות ומשקל נמוך בלידה ו-42% מתאונות, לעומת ירידה ב-3% בלבד בשיעור התמותה ממומים מולדים.

שיעור תמותת ילדים עד גיל 5: בשנת 2011 שיעור תמותת הילדים עד גיל 5 היה 4.3 ל-1,000 לידות חי, 3.1 בקרב יהודים ואחרים ו-8.2 בקרב ערבים, בהשוואה ל-5.0, 4.7 ו-11.0, בהתאמה, בשנת 2000, ירידה בשליש בקרב יהודים ואחרים וירידה ברבע בקרב ערבים.

שיעור תמותת אימהות: בשנת 2011 שיעור תמותת האימהות היה 0.04 ל-1,000 לידות חי, השיעור נע בין 0.02 ל-0.07 ל-1,000 לידות חי בשנים 2000-2010. השיעור בישראל נמוך בהשוואה לחציון ה-OECD, ישראל מדורגת במקום ה-10 הנמוך מתוך 28 מדינות ה-OECD.

רקע

שיעור תמותת תינוקות הוא אחד המדדים הבין-לאומיים המשמשים להערכת מצב בריאות האוכלוסייה ובריאות התינוקות ומאפשר השוואה בין אוכלוסיות ותתי אוכלוסיות שונות. המדד מתייחס לתינוקות שנולדו חיים ונפטרו בשנה הראשונה לאחר הלידה, לפני הגיעם לגיל שנה.

הגדרות

פטירת תינוקות: תינוקות שנפטרו בשנה הראשונה לאחר הלידה, לפני הגיעם לגיל שנה.

שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי: שכיחות מספר התינוקות שנפטרו בתקופה מוגדרת מחולק במספר לידות חי (התינוקות שנולדו חיים) באותה תקופה, כפול ב-1,000.

שיעור תמותת תינוקות קוהורטי ל-1,000 לידות חי: מספר פטירת תינוקות שנולדו בתקופה מוגדרת ונפטרו בשנה הראשונה לאחר הלידה, מחולק במספר לידות חי באותה תקופה, כפול ב-1,000. מדד זה מאפשר מעקב במשך שנה מתאריך הלידה של הילוד.

שיעור תמותה נאוטלית: שיעור התמותה של תינוקות שנפטרו במהלך 28 הימים הראשונים לאחר הלידה.

שיעור תמותה פוסטנאוטלית: שיעור התמותה של תינוקות שנפטרו לאחר 28 הימים הראשונים לאחר הלידה ולפני גיל שנה.

סיבת מוות יסודית לפי ICD-10

סיבת מוות	ICD-10
Certain conditions originating in the perinatal period מהם:	P00-P96
Disorders related to length of gestation and fetal malnutrition	P05-P08
Respiratory distress of newborn	P22
Newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labor and delivery	P00-P04
Hemorrhagic and hematological disorders of newborn	P50-P61
Other perinatal conditions	P29, P70.3-P70.9, P71-P76, P78-P81, P83.0-P83.1, P83.3-P83.9, P90-P96
Other respiratory conditions originating in the perinatal period	P23-P28
Infections specific to the perinatal period	P35-P39
Necrotizing enterocolitis of fetus and newborn	P77
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia	P20-P21
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	Q00-Q99
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified מהם:	R00-R99
Other symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	R00-R53, R55-R94, R96-R99
Sudden infant death syndrome	R95
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	E00-E88
Certain infectious and parasitic diseases	A00-B99
Diseases of the nervous system	G00-G98
Diseases of the respiratory system	J00-J98, U04
External causes of mortality	U01, V01-Y84
Diseases of the circulatory system	I00-I99
Other and unspecified causes	F01-F99, H00-H57, L00-M99

1. תמותת תינוקות

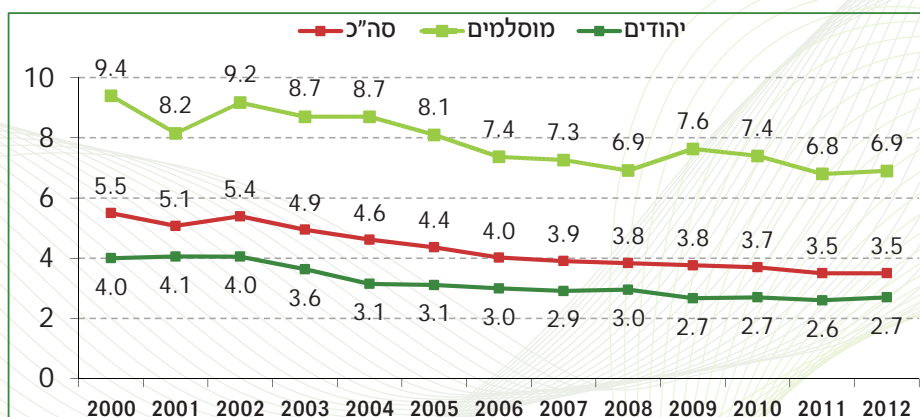
בשנת 2012 נפטרו 603 תינוקות בתוך שנה מתאריך הלידה בהשוואה ל-748 בשנת 2000. שיעור תמותת התינוקות בישראל במגמת ירידה, 3.5 ל-1,000 לידות חי בשנת 2012 בהשוואה ל-5.5 בשנת 2000, ירידה ב-36%. השיעור בקרב המוסלמים נשאר גבוה פי שניים וחצי בהשוואה ליהודים, 6.9 בשנת 2012, ירידה ב-27% משנת 2000, בהשוואה ל-2.7 בקרב יהודים, ירידה ב-33% משנת 2000. יחס השיעורים בין מוסלמים ליהודים נע בין 2.9-2.0 בשנים 2000-2012.

תרשימים 1-3 מצביעים על שכיחות תמותת התינוקות בכל שנה, תרשימים 4-20 מציגים שיעור תמותת תינוקות קוהורטי, המאפשר מעקב מתאריך הלידה. בשנת 2011 שני המדדים הצביעו על שיעור דומה, 3.5 ל-1,000 לידות חי.

טבלה 1: מספר פטירות תינוקות עד גיל שנה

שנה	סה"כ	יהודים	מוסלמים
2000	748	372	336
2001	700	374	299
2002	752	382	332
2003	717	360	317
2004	670	315	319
2005	628	313	277
2006	596	313	253
2007	592	314	251
2008	602	333	241
2009	619	322	271
2010	618	324	268
2011	588	322	240
2012	603	334	250

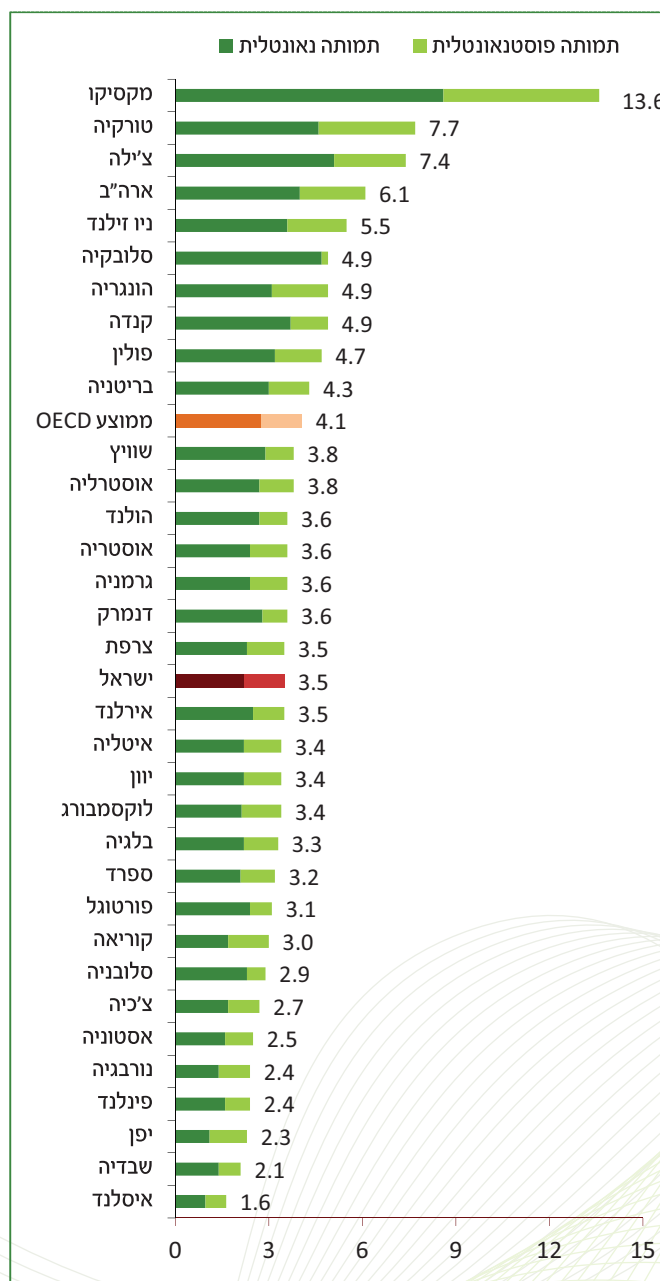
תרשים 1: שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 נפש לפי דת, 2000-2012



1.1. השוואה בינלאומית

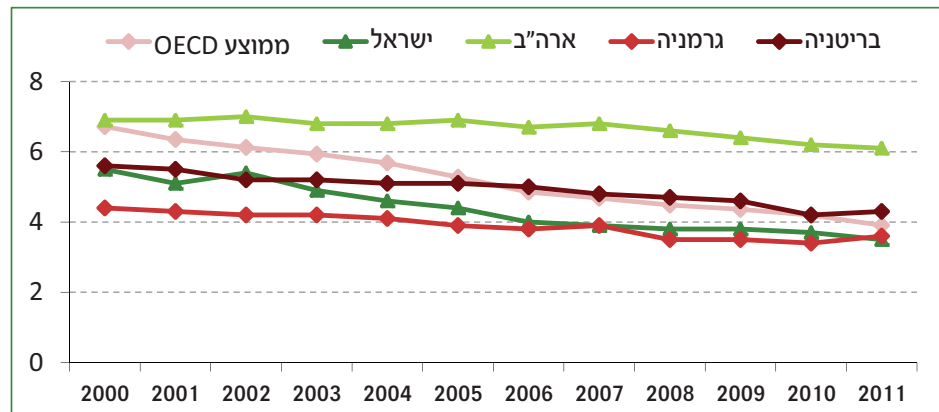
בעשור האחרון שיעור תמותת התינוקות בישראל היה נמוך בהשוואה לממוצע מדינות ה-OECD. בשנת 2011 השיעור בישראל היה דומה לחציון ה-OECD, ישראל דורגה במקום ה-17 מתוך 34 מדינות. השיעור היה 3.5 ל-1,000 לידות חי בהשוואה ל-4.1 בממוצע ה-OECD, לעומת 5.5 ו-6.9, בהתאמה, בשנת 2000. בשנת 2011 שיעור התמותה הנאונטלית בישראל (2.2) נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (2.8) ואילו שיעור התמותה הפוסטנאונטלית היה דומה לממוצע ה-OECD.

תרשים 2: שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי, השוואה ל-OECD, 2011



נתוני שנת 2011 או שנה זמינה אחרונה. ממוצע ה-OECD מבוסס על נתונים של 34 מדינות החברות בארגון.

תרשים 3: שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי, השוואה למדינות נבחרות, 2000-2011

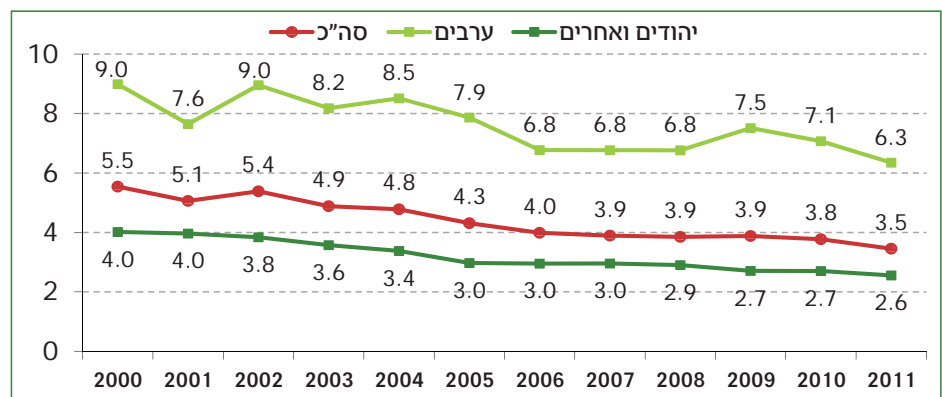


ממוצע ה-OECD בשנת 2011 מבוסס על נתונים של 30 מדינות החברות בארגון.

1.2. קבוצת אוכלוסייה

שיעור תמותת התינוקות בקרב ערבים היה גבוה פי 2.5 בהשוואה ליהודים ואחרים בשנת 2011. יחס השיעורים בין שתי קבוצות האוכלוסייה נשאר יחסית יציב במהלך העשור האחרון ונע בין 1.9 ל-2.8. השיעור בקרב ערבים ירד מ-9.0 ל-6.3 לידות חי בשנת 2000 ל-2011, ירידה של 29%, ובקרב יהודים ואחרים השיעור ירד מ-4.0 ל-2.6, ירידה של 36%.

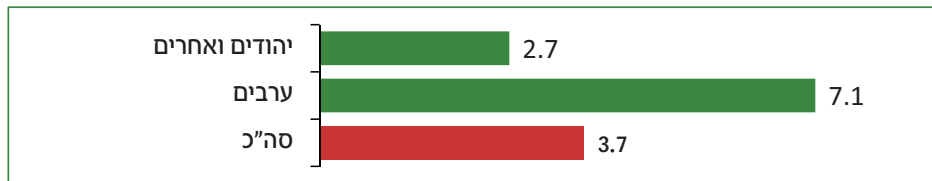
תרשים 4: שיעור תמותת תינוקות לפי קבוצת אוכלוסייה, 2000-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



טבלה 2: יחס שיעורים, ערבים/יהודים ואחרים

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
2.5	2.6	2.8	2.3	2.3	2.3	2.6	2.5	2.3	2.3	1.9	2.2

תרשים 5: שיעור תמותת תינוקות לפי קבוצת אוכלוסייה, ממוצע 2009-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



1.3 מגדר

שיעור תמותת התינוקות בקרב בנים גבוה בהשוואה לבנות. בילידי 2009-2011 השיעור היה 3.9 בקרב בנים ו-3.5 בקרב בנות. השיעור בקרב בנים ירד מ-6.0 בשנת 2000 ל-3.6 בשנת 2011, ירידה של 40%, ובקרב בנות השיעור ירד מ-5.0 ל-3.3, ירידה של 34%.

תרשים 6: שיעור תמותת תינוקות לפי מגדר, 2000-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



טבלה 3: יחס שיעורים, תמותת תינוקות זכרים/נקבות

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
1.08	1.19	1.11	1.37	1.09	1.20	1.16	1.03	1.11	1.13	1.04	1.20

תרשים 7: שיעור תמותת תינוקות לפי מגדר, ממוצע 2009-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי

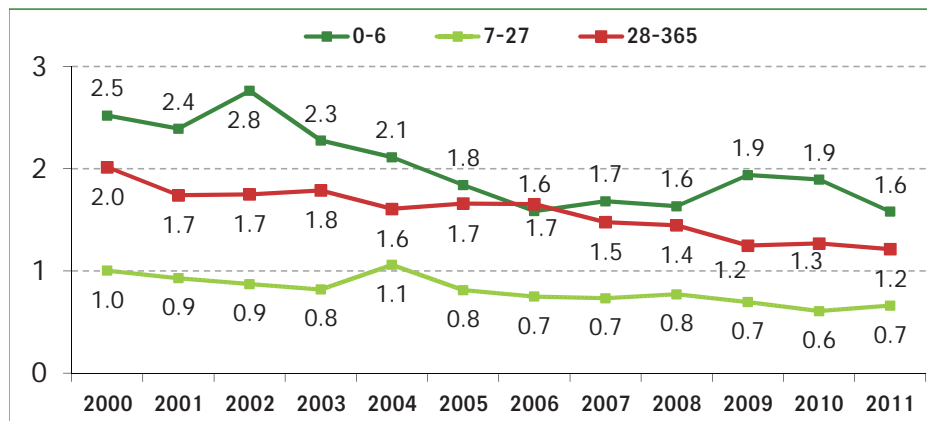


1.4 גיל בפטירה

בילידי 2009-2011 כמחצית (49%) מפטירות התינוקות היו בשבוע הראשון לאחר הלידה וכשליש (34%) לאחר חודש, אחוז יציב יחסית בעשור האחרון. שיעור התמותה בשבוע הראשון (0-6 ימים) לאחר הלידה ירד מ-2.5 ל-1,000 לידות חי בשנת 2000 ל-1.6 בשנת 2011, ירידה ב-37%. שיעור התמותה לאחר החודש הראשון (28-365 ימים) ירד מ-2.0 בשנת 2000 ל-1.2 בשנת 2011, ירידה ב-40%. שני שליש מפטירות התינוקות היו בחודש הראשון לאחר הלידה, אחוז יציב בעשור האחרון.

תמותת תינוקות

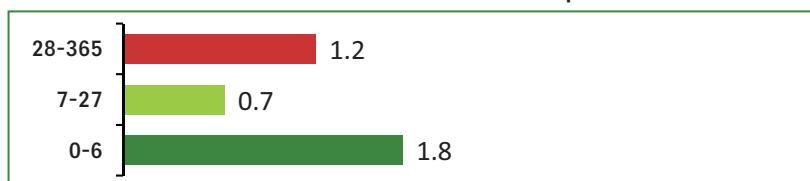
תרשים 8: שיעור תמותת תינוקות לפי גיל הפטירה (ימים), 2011-2000: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



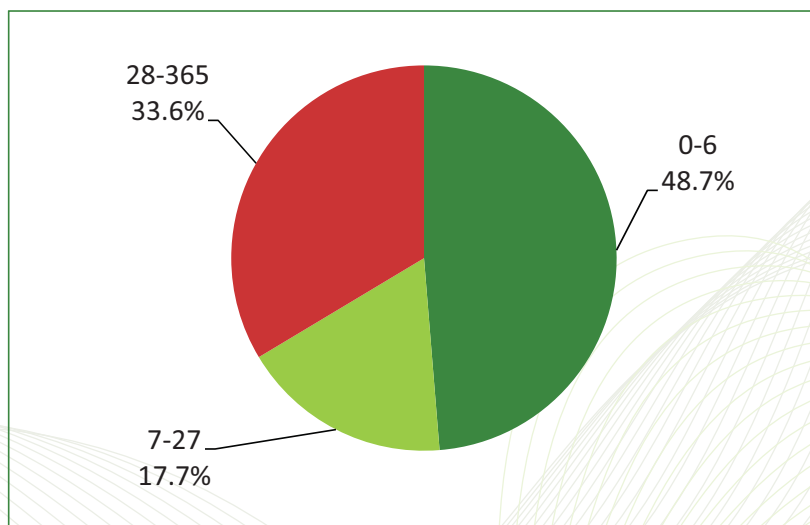
טבלה 4: יחס שיעורים, תמותת תינוקות בשבוע הראשון/לאחר החודש הראשון

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
1.30	1.49	1.55	1.13	1.14	0.96	1.11	1.31	1.27	1.58	1.37	1.25

תרשים 9: תמותת תינוקות לפי גיל הפטירה, 2011-2009: שיעור ל-1,000 לידות חי



תרשים 10: תמותת תינוקות לפי גיל הפטירה, אחוזים, 2011-2009

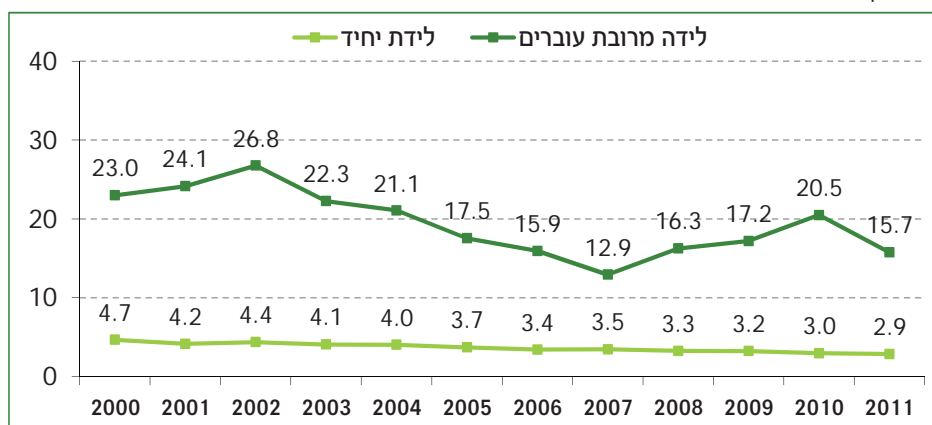


1.5 מספר העוברים בלידה

תמותת התינוקות גבוהה יותר לתינוקות שנולדו בלידה מרובת עוברים בהשוואה לתינוקות שנולדו בלידת יחיד. שיעור תמותת התינוקות לילידי 2009-2011 שנולדו בלידת שלישיות ומעלה היה 55.0 ל-1,000 לידות חי, בהשוואה ל-16.5 לילודים שנולדו בלידת תאומים ו-3.7 לילודים שנולדו בלידת יחיד. השיעור לילודים שנולדו בלידה מרובת עוברים ירד מ-23.0 בשנת 2000 ל-15.7 בשנת 2011, ירידה של 32%. השיעור לילודים שנולדו בלידת יחיד ירד מ-4.7 בשנת 2000 ל-2.9 בשנת 2011, ירידה של 39%.

תרשים 11: שיעור תמותת תינוקות לפי לידה מרובת עוברים ולידת יחיד, 2011-2000:

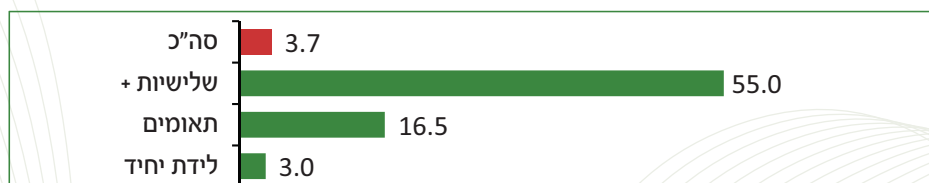
שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



טבלה 5: יחס שיעורים, תמותת תינוקות בלידה מרובת עוברים/לידת יחיד

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
5.5	6.9	5.3	5.0	3.7	4.7	4.7	5.2	5.5	6.1	5.8	4.9

תרשים 12: שיעור תמותת תינוקות לפי סוג לידה, ממוצע 2011-2000: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



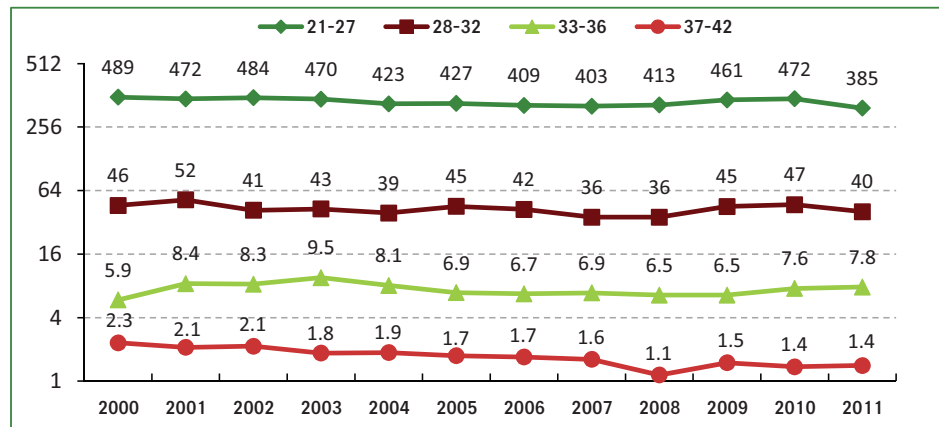
1.6 שבוע הריון

שיעור תמותת התינוקות לילודים שנולדו בלידה מוקדמת גבוה בהשוואה לאלו שנולדו במועד (שבועות 37-42). בילידי 2009-2011, שיעור תמותת התינוקות היה גבוה פי 310 בקרב תינוקות שנולדו לפני השבוע ה-28 לעומת אלו שנולדו במועד, פי 31 לתינוקות שנולדו בשבוע 28-32, פי חמישה לתינוקות שנולדו בשבוע 33-36 ופי שלושה לאלו שנולדו בשבוע 43 ומעלה בהשוואה לאלו שנולדו במועד. בשנים 2000-2011, שיעור תמותת התינוקות ירד ב-38% בקרב תינוקות שנולדו במועד, ב-30% בקרב תינוקות שנולדו לפני השבוע ה-28 וב-26% בקרב תינוקות שנולדו בשבוע 28-32.

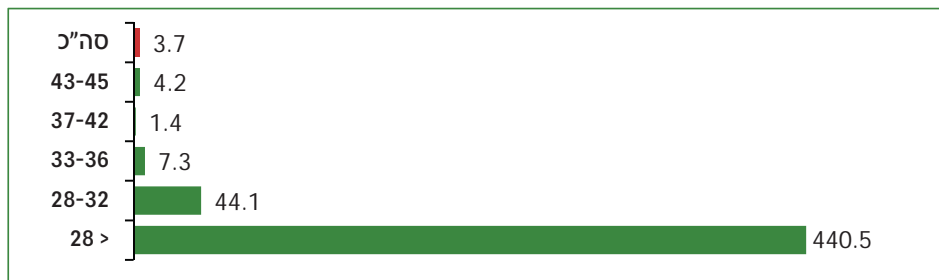
תמותת תינוקות

תרשים 13: שיעור תמותת תינוקות לפי שבוע הריון בלידה, 2011-2000:

שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי, סקלה לוגריתמית



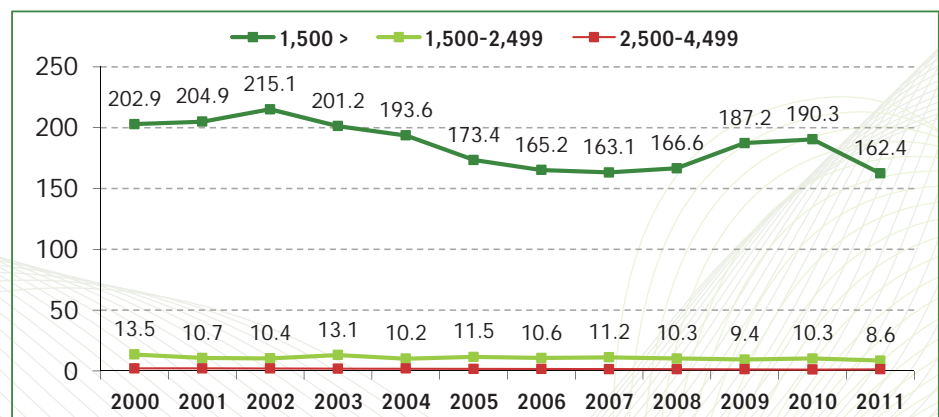
תרשים 14: שיעור תמותת תינוקות לפי שבוע הריון בלידה, ממוצע 2011-2009: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



1.7 משקל בלידה

תינוקות שנולדו במשקל נמוך הם בסיכון גבוה יותר. שיעור התמותה של ילידי 2011 שנולדו במשקל נמוך מ-1,500 גרם ירד ל-162 ל-1,000 לידות חי בהשוואה ל-203 בשנת 2000, ירידה ב-20%. שיעור התמותה בקרב תינוקות שנולדו במשקל 1,500-2,499 גרם ירד ל-8.6 מ-13.5, בהתאמה, ירידה ב-37%.

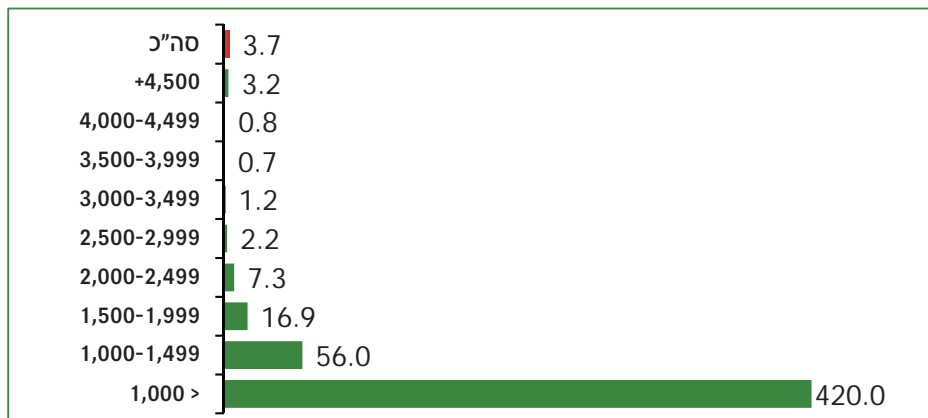
תרשים 15: שיעור תמותת תינוקות לפי משקל בלידה, 2011-2000: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



טבלה 6: יחס שיעורים, תמותת תינוקות במשקל נמוך/במשקל 2,500-4,499 גר'

2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
104.9	124.1	127.1	111.8	106.4	100.1	98.5	95.6	110.4	100.0	96.2	92.4	עד 1,500 ג'
6.4	8.0	7.1	6.9	7.3	6.4	6.5	5.0	7.2	4.8	5.0	6.2	1,500-2,499 ג'

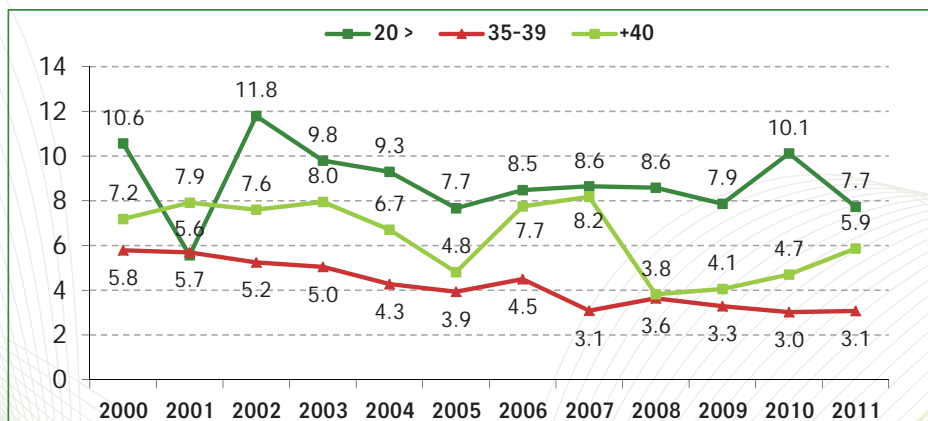
תרשים 16: שיעור תמותת תינוקות לפי משקל בלידה, ממוצע 2009-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



1.8 גיל האם

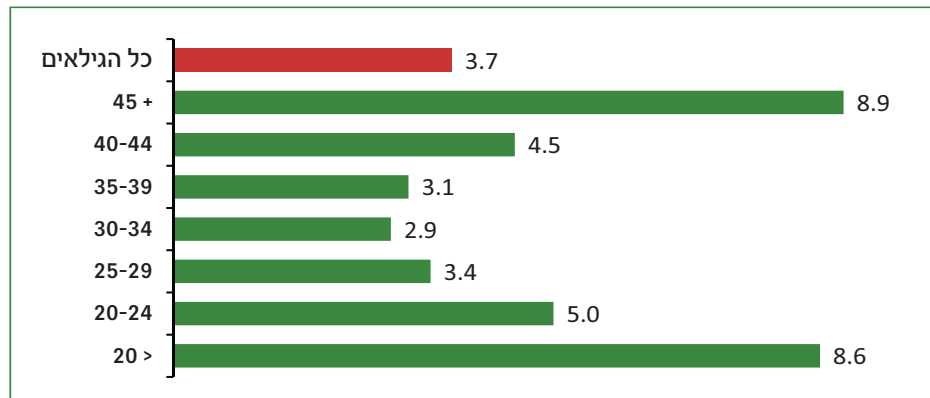
קיים קשר בין שיעור תמותת תינוקות וגיל האם, השיעור גבוה יותר בקרב אימהות צעירות ומבוגרות. בממוצע לילידי 2009-2011, שיעור תמותת תינוקות לאימהות עד גיל 20 היה 8.6 ל-1,000 לידות חי, 8.9 לאימהות בגיל 45 ומעלה ו-4.5 לאימהות בגיל 40-44, לעומת 2.9 לאימהות בגיל 30-34.

תרשים 17: שיעור תמותת תינוקות לפי גיל האם, 2000-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



תמותת תינוקות

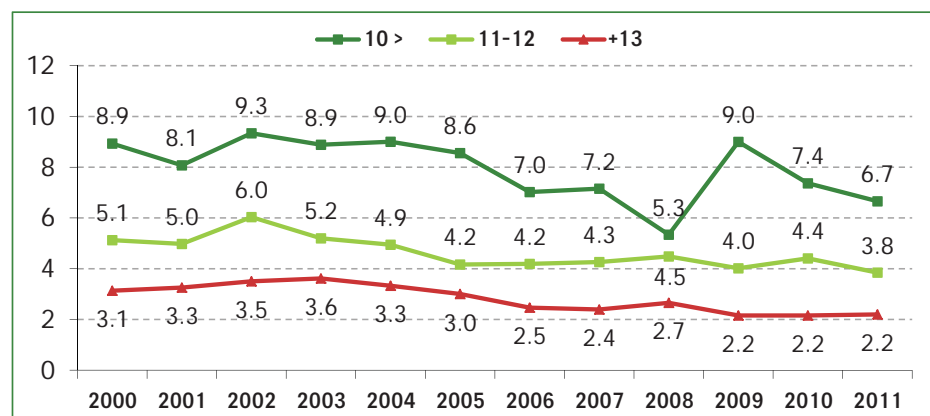
תרשים 18: שיעור תמותת תינוקות לפי גיל האם, ממוצע 2009-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



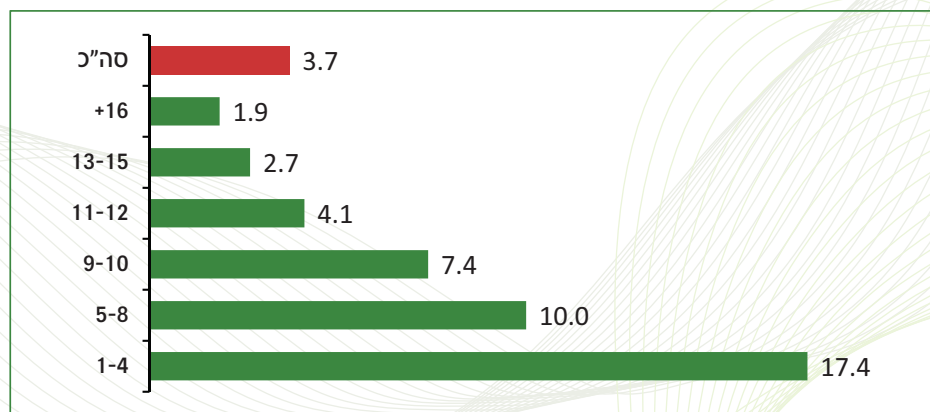
1.9. השכלת האם

קיים קשר הפוך בין שיעור תמותת התינוקות והשכלת האם, ככל שהשכלת האם גבוהה יותר שיעור תמותת התינוקות נמוך יותר. שיעור התמותה של ילידי 2009-2011 היה 1.9 ל-1,000 לידות חי בקרב אימהות עם 16 שנות לימוד ומעלה בהשוואה ל-2.7 לאימהות עם 13-15 שנות לימוד, 4.1 לאימהות עם 11-12 שנות לימוד, 7.4 לאימהות עם 9-10 שנות לימוד, 10.0 לאימהות עם 8-5 שנות לימוד ו-17.4 לאימהות עם 4-1 שנות לימוד.

תרשים 19: שיעור תמותת תינוקות לפי השכלת האם, 2000-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי



תרשים 20: שיעור תמותת תינוקות לפי השכלת האם, ממוצע 2009-2011: שיעור קוהורטי ל-1,000 לידות חי

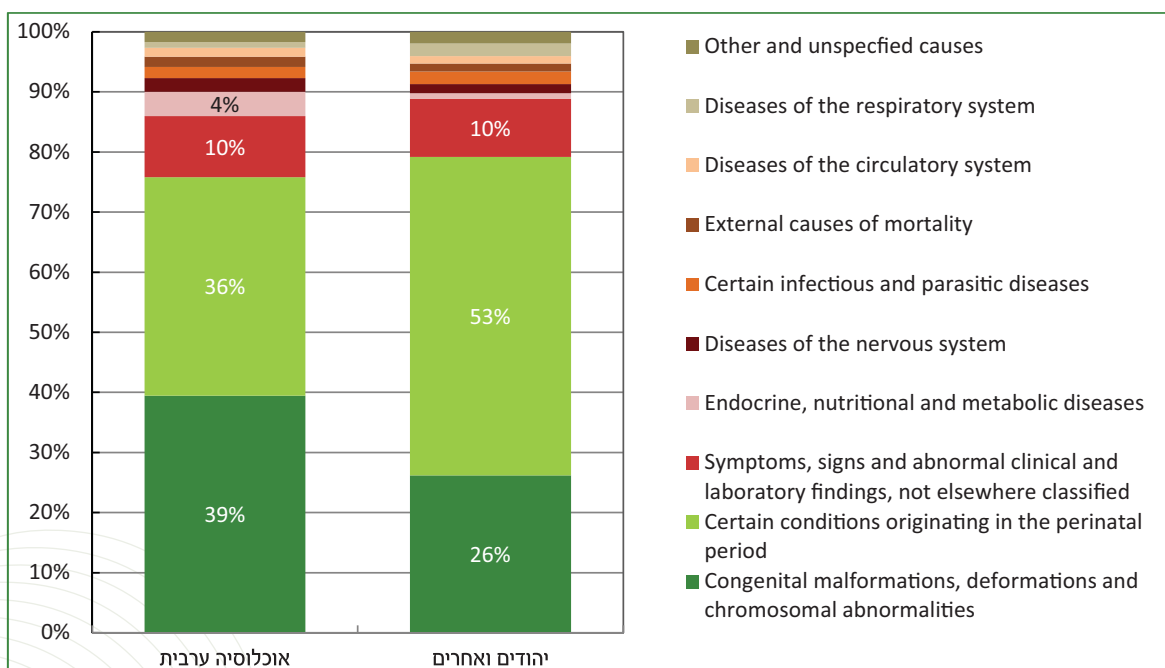


1.10. סיבות מוות

בעשור האחרון הסיבות העיקריות לפטירת תינוקות הן מומים מולדים וגורמים הנובעים ממצבים שונים בתקופה הפרינטלית. בממוצע השנים 2009-2011 מומים מולדים מהווים 39% מסיבות המוות בקרב ערבים ו-26% בקרב יהודים ואחרים, 36% ו-53%, בהתאמה, היו מגורמים שונים בתקופה הפרינטלית ו-10% בקרב ערבים ובקרב יהודים ואחרים מסימפטומים ומצבים אחרים.

בממוצע השנים 2009-2011, שיעור תמותת התינוקות ממומים מולדים היה גבוה בקרב ערבים פי 3.9 בהשוואה ליהודים ואחרים, פי 1.8 מגורמים הנובעים ממצבים שונים בתקופה הפרינטלית, פי 3.9 ממחלות של מערכת העצבים ופי 2.7 ממוות בעריסה.

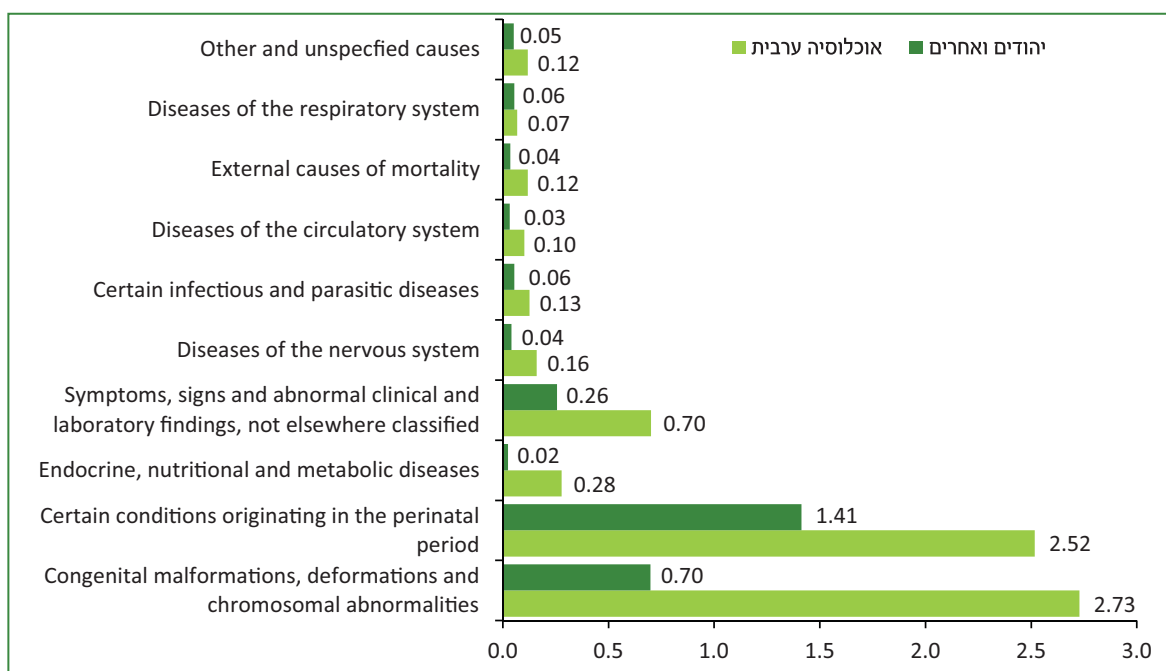
תרשים 21: תמותת תינוקות לפי סיבת מוות יסודית וקבוצת אוכלוסייה, אחוזים, 2009-2011



תמותת תינוקות

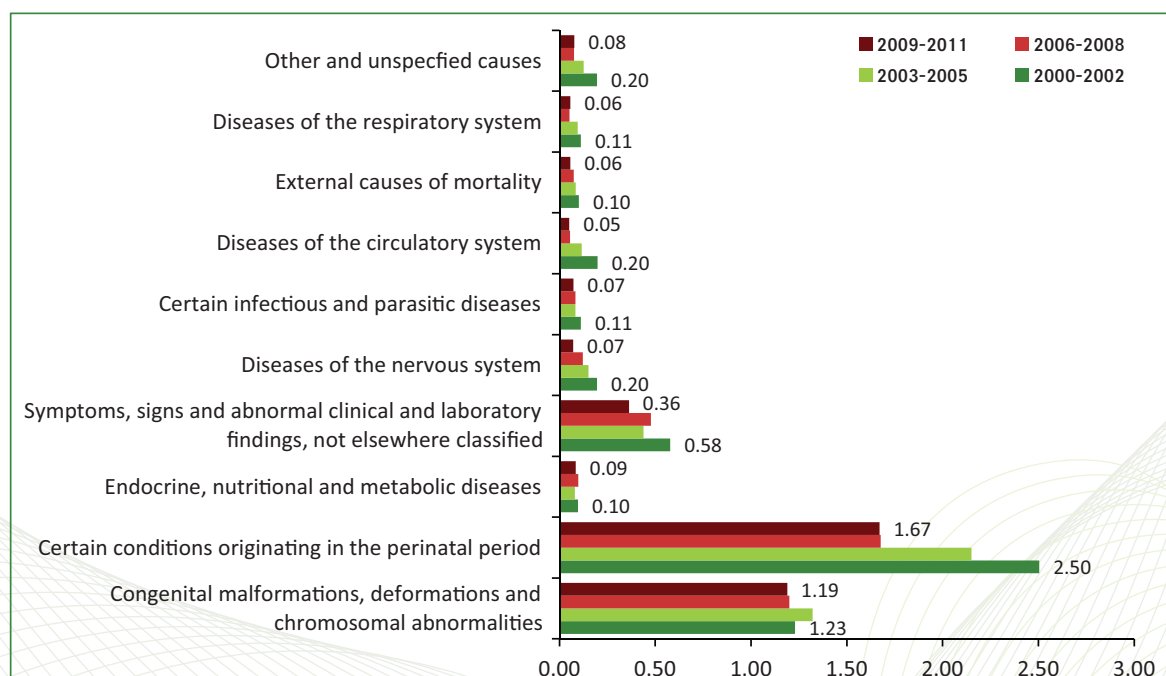
תרשים 22: שיעור תמותת תינוקות לפי סיבת מוות יסודית וקבוצת אוכלוסייה, 2011-2009:

שיעור ל-1,000 לידות חי



תרשים 23: שיעור תמותת תינוקות לפי סיבת מוות יסודית ושנים, 2011-2000:

שיעור ל-1,000 לידות חי



בשנים 2011-2009 נרשמה ירידה בהשוואה לשנים 2002-2000 ב-74% בשיעור תמותת תינוקות ממחלות לב וכלי דם, 64% ממחלות של מערכת העצבים, 49% ממחלות של דרכי הנשימה, 44% מתאונות, 39% ממצוקה נשימתית של הילוד וירידה בשליש בשיעור התמותה מדימומים, זיהומים וממצבים שונים בתקופה הפרינטלית, לעומת ירידה ב-15% בשיעור התמותה ממוות בעריסה ו-3% בלבד ממומים מולדים.

טבלה 7: שיעור תמותת תינוקות לפי סיבת מוות יסודית ושנים ל-1,000 לידות חי, 2000-2011

	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011	אחוז שינוי 2009-2011/ 2000-2002
סה"כ	5.32	4.65	3.92	3.69	-31%
Certain conditions originating in the perinatal period	2.50	2.15	1.68	1.67	-33%
מהם:					
Disorders related to length of gestation and fetal malnutrition	0.92	0.62	0.29	0.36	-61%
Respiratory distress of newborn	0.41	0.46	0.39	0.25	-39%
Newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labor and delivery	0.15	0.15	0.15	0.23	53%
Hemorrhagic and hematological disorders of newborn	0.26	0.20	0.18	0.18	-31%
Other perinatal conditions	0.11	0.12	0.19	0.17	55%
Other respiratory conditions originating in the perinatal period	0.22	0.21	0.14	0.16	-27%
Infections specific to the perinatal period	0.17	0.18	0.14	0.11	-35%
Necrotizing enterocolitis of newborn	0.06	0.09	0.09	0.09	50%
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia	0.14	0.09	0.08	0.08	-43%
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.23	1.32	1.20	1.19	-3%
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	0.58	0.44	0.48	0.36	-38%
מהם:					
Other symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	0.38	0.28	0.33	0.19	-50%
Sudden infant death syndrome	0.20	0.16	0.15	0.17	-15%
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	0.10	0.08	0.10	0.09	-10%
Certain infectious and parasitic diseases	0.11	0.08	0.08	0.07	-36%
Diseases of the nervous system	0.20	0.15	0.12	0.07	-65%
Diseases of the respiratory system	0.11	0.09	0.05	0.06	-45%
External causes of mortality	0.10	0.09	0.07	0.06	-40%
Diseases of the circulatory system	0.20	0.12	0.05	0.05	-75%
Other and unspecified causes	0.20	0.13	0.08	0.08	-60%

טבלה 8: שיעור תמותת תינוקות לפי סיבת מוות יסודית, קבוצת אוכלוסייה ושנים, 2011-2000:

שיעור ל-1,000 לידות חי

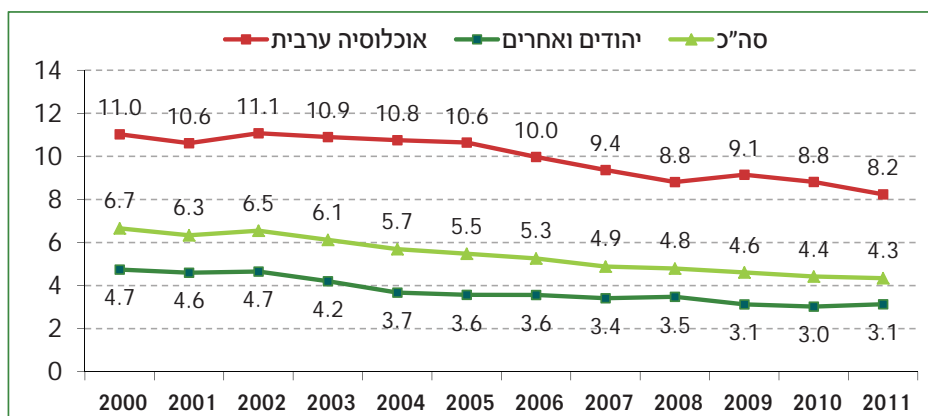
	ערבים				יהודים ואחרים			
	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011
סה"כ	8.50	8.24	6.93	6.92	4.00	3.24	2.91	2.67
Certain conditions originating in the perinatal period	2.97	2.96	2.29	2.52	2.31	1.79	1.48	1.41
מהם:								
Disorders related to length of gestation and fetal malnutrition	0.97	0.81	0.40	0.52	0.91	0.54	0.26	0.32
Respiratory distress of newborn	0.52	0.62	0.53	0.41	0.37	0.38	0.34	0.20
Newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy labor and delivery	(0.12)	0.24	0.23	0.35	0.16	0.11	0.12	0.20
Hemorrhagic and hematological disorders of newborn	0.23	0.23	0.27	0.25	0.27	0.18	0.15	0.16
Other perinatal conditions	0.21	0.23	0.23	0.29	0.07	0.07	0.17	0.13
Other respiratory conditions originating in the perinatal period	0.26	0.32	0.17	0.24	0.21	0.16	0.13	0.13
Infections specific to the perinatal period	0.22	0.26	0.22	0.18	0.15	0.13	0.12	0.10
Necrotizing enterocolitis of newborn	(0.10)	(0.11)	(0.13)	(0.10)	(0.05)	0.08	0.07	0.08
Intrauterine hypoxia and birth asphyxia	0.25	(0.08)	(0.07)	(0.10)	0.10	0.10	0.09	0.08
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	2.43	2.68	2.45	2.73	0.74	0.81	0.79	0.70
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	1.15	1.03	1.01	0.70	0.34	0.22	0.30	0.26
מהם:								
Other symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	0.72	0.61	0.70	0.37	0.23	0.16	0.21	0.14
Sudden infant death syndrome	0.43	0.41	0.31	0.33	0.11	(0.06)	0.09	0.12
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	0.26	0.18	0.24	0.28	(0.02)	(0.05)	(0.05)	(0.02)
Certain infectious and parasitic diseases	0.20	0.19	(0.16)	(0.13)	0.07	(0.04)	(0.06)	0.06
Diseases of the nervous system	0.34	0.27	0.22	(0.16)	0.12	0.11	0.09	(0.04)
Diseases of the respiratory system	0.23	(0.16)	(0.12)	(0.07)	(0.06)	(0.06)	(0.03)	0.06
External causes of mortality	0.17	0.21	(0.12)	(0.12)	0.07	(0.04)	(0.06)	(0.04)
Diseases of the circulatory system	0.37	0.25	(0.12)	(0.10)	0.13	0.07	(0.03)	(0.03)
Other and unspecified causes	0.37	0.31	0.19	(0.12)	0.12	(0.06)	(0.04)	(0.05)

() שיעורים המבוססים על מספר קטן של מקרים

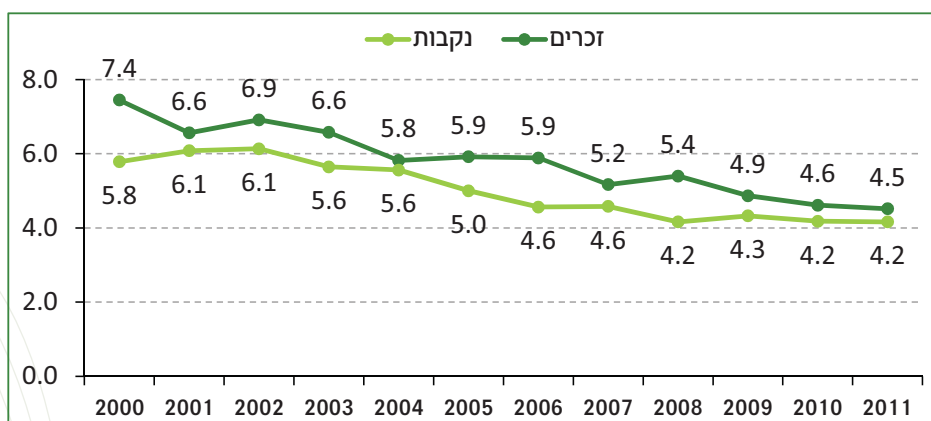
2. תמותת ילדים עד גיל 5

בשנת 2011 שיעור תמותת הילדים עד גיל 5 בישראל היה 4.3 ל-1,000 לידות חי. השיעור בקרב יהודים ואחרים היה 3.1, ירידה ב-34%, לעומת 4.7 בשנת 2000. השיעור בקרב ערבים היה 8.2, ירידה ב-25%, לעומת 11.0 בשנת 2000. במשך העשור האחרון השיעור בקרב ערבים היה גבוה פי 2.3-3.0 בהשוואה ליהודים ואחרים.

תרשים 24: שיעור תמותת ילדים עד גיל 5 לפי קבוצת אוכלוסייה, 2011-2000



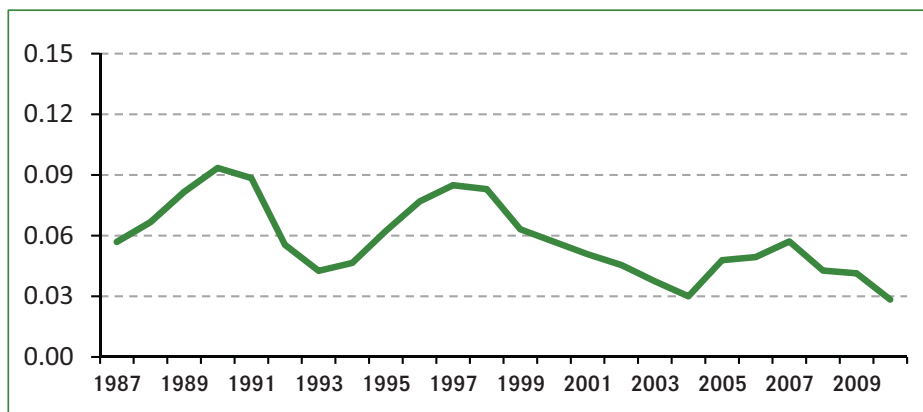
תרשים 25: שיעור תמותת ילדים עד גיל 5 לפי מגדר, 2011-2000



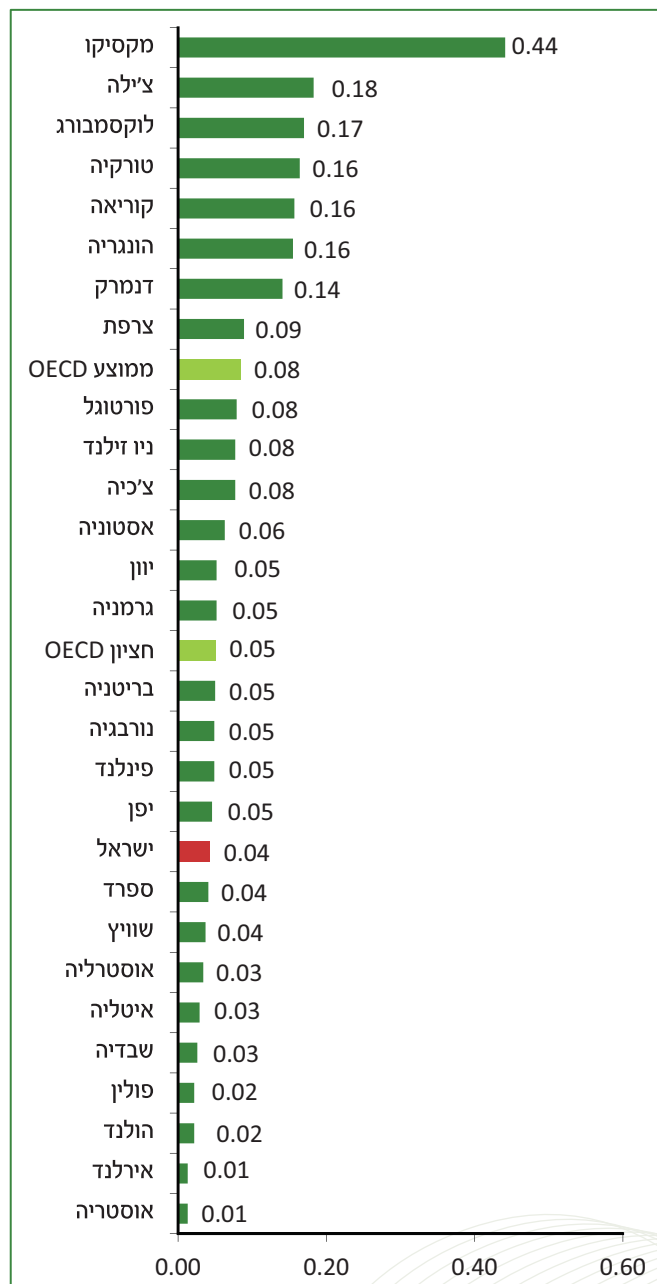
3. תמותת אימהות

בשנים 2010-2000 שיעור תמותת האימהות בישראל נע בין 0.02 ל-0.07 ל-1,000 לידות חי, 0.04 בשנת 2011, שיעור נמוך מהממוצע במדינות ה-OECD, ישראל מדורגת במקום ה-10 הנמוך מתוך 28 מדינות ב-OECD.

תרשים 26: שיעור תמותת אימהות, 1986-2011: ממוצע נע תלת שנתי, שיעור ל-1,000 לידות חי



תרשים 27: שיעור תמותת אימהות, השוואה ל-OECD, 2010: שיעור ל-1,000 לידות חי



מקורות המידע

1. השנתון הסטטיסטי לישראל 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
2. בריאות בישראל, נתונים נבחרים 2010, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
3. עיבודים באגף המידע, מבוסס על קבצי לידות חי וקבצי פטירות ממשרד הפנים ועדכונים מהמחלקה לאם וילד ולמתבגר ומקורות מידע נוספים וקובץ סיבות מוות מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
4. <http://stats.oecd.org>
5. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov. 2013

« פטירות »

ממצאים עיקריים

מספר הפטירות: בשנת 2012 היו כ-42 אלף פטירות. מספר הפטירות עד גיל 75 גבוה בקרב זכרים בהשוואה לנקבות, בגיל 75 ומעלה מספר פטירות הנשים גבוה יותר.

עונתיות: מספר הפטירות גבוה יותר בחודשי החורף ובמיוחד בינואר לעומת שאר חודשי השנה.

שיעור הפטירות הגולמי: השיעור במגמת ירידה, 532 ל-100,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-599 בשנת 2000, ירידה ב-11%.

אחוז הפטירות: אחוז הפטירות בקרב ערבים גבוה יותר בגילאים הצעירים, 9% מכלל הפטירות היו בגיל 0-14 בהשוואה ל-1% בקרב יהודים ואחרים. לעומת זאת, 81% מהפטירות בקרב יהודים ואחרים היו מעל גיל 65 בהשוואה ל-60% בקרב ערבים.

שיעור פטירות לפי תכונות דמוגרפיות: שיעור הפטירות גבוה בקרב זכרים בהשוואה לנקבות בכל הגילאים וקבוצות האוכלוסייה. שיעור הפטירות גבוה בקרב ערבים בהשוואה ליהודים ואחרים בשני המגדרים ובכל קבוצות הגיל, פרט לנשים בגיל 45-54 ובגיל 85 ומעלה, בגילים אלו שיעור הפטירות של יהודיות ואחרות גבוה בהשוואה לערביות.

שיעור פטירות מתוקן לגיל: שיעור התמותה המתוקן לגיל גבוה בשליש בקרב זכרים בהשוואה לנקבות. בשנת 2012, השיעור בקרב ערבים היה גבוה פי 1.17 בהשוואה ליהודים ואחרים. בשנים 2000-2012, שיעור התמותה המתוקן לגיל ירד בחמישית, לזכרים ערבים נרשמה ירידה ב-17%, לעומת ירידה ב-24% לערביות, 24% לזכרים יהודים ואחרים וירידה ב-22% ליהודיות ואחרות.

השוואה בינלאומית: שיעור התמותה המתוקן לגיל בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD. ישראל מדורגת במקום ה-6 הנמוך מתוך 33 מדינות ה-OECD בשנת 2011.

השוואה בין נפות: בממוצע השנים 2006-2010, שיעור התמותה המתוקן לפי גיל, קבוצת אוכלוסייה וארץ לידה (SMR) נמצא נמוך משמעותית בהשוואה לממוצע הארצי בנפות ירושלים, פתח תקוה, רחובות והשרון, (בכל נפה השיעור נמוך ב-5% בהשוואה לממוצע הארצי) וביהודה ושומרון ב-15% בהשוואה לממוצע הארצי. השיעור נמצא גבוה משמעותית בנפת חדרה ב-7%, בנפת באר שבע ב-6%, בחיפה ב-4% ובנפת תל אביב (ב-2%). בשאר הנפות לא נמצא הבדל משמעותי בהשוואה לממוצע הארצי. הבדלים אלו בין הנפות לבין הממוצע הארצי אינם מוסברים בהבדלים של ההרכב הדמוגרפי של האוכלוסייה (גיל, קבוצת אוכלוסייה וארץ לידה), אלא במשתנים אחרים כמו סביבה, השכלה, תזונה, אורח חיים, גנטיקה או משתנים אחרים רלוונטיים.

« פטירות

רקע

בישראל, המידע על הפטירות מבוסס על הודעת הפטירה, שממלא הרופא אשר קבע את המוות, ופרטים אישיים ממרשם האוכלוסין. בהתאם לחוק מרשם האוכלוסין 1965, קיימת חובת דיווח על פטירה בתוך 48 שעות מזמן הפטירה על ידי הרופא שקבע את המוות, ובאין רופא על ידי מי שהיה נוכח בזמן הפטירה. משנת 2002, נתוני הפטירות שמפרסמת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כוללים פטירות בחו"ל של תושבים ישראלים ששהו בחו"ל פחות משנה. מספר הפטירות אינו כולל חללי מלחמה.

הגדרות:

שיעור פטירות גולמי: שיעור פטירות בתקופה מוגדרת מחולק באוכלוסייה באותה תקופה ללא התחשבות בהתפלגות האוכלוסייה לפי תכונות דמוגרפיות.

שיעורי פטירות סגוליים לפי גיל, מגדר, קבוצת אוכלוסייה: מספר הפטירות בקבוצת גיל, מגדר או קבוצת אוכלוסייה מחולק באוכלוסייה הממוצעת באותה קבוצת גיל, מגדר או קבוצת אוכלוסייה. מחושב שיעור ממוצע לתקופה מוגדרת.

שיעור פטירות מתוקן לגיל - תקנון ישיר: מחושב שיעור פטירה המבוסס על שיעורי התמותה הסגוליים לפי גיל בקבוצת אוכלוסייה מסוימת והתפלגות הגילים של אוכלוסיית התקן. אוכלוסיית התקן נקבעה כאוכלוסיית ישראל בשנת 2009.

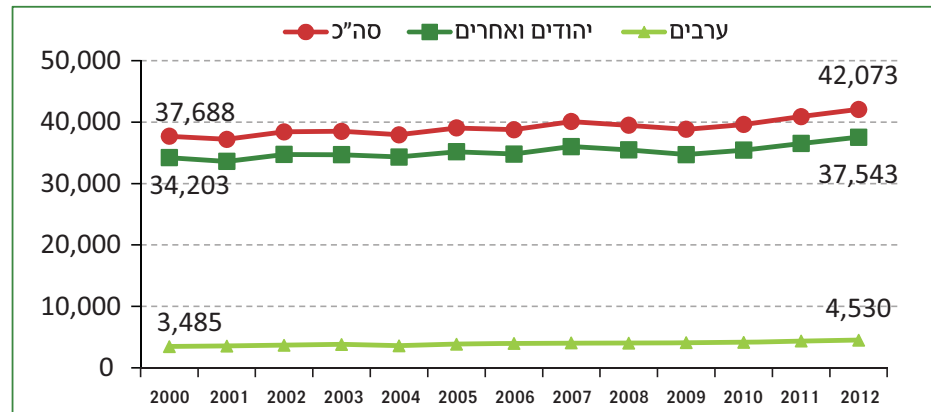
שיעור פטירות מתוקן - תקנון עקיף: מבוסס על מספר הפטירות הצפוי באזור מסוים (מחוז/נפה), אם השיעורים הסגוליים של אוכלוסיית האזור היו זהים לאלו של אוכלוסיית התקן.

Standard Mortality Ratio (SMR): זהו תקנון עקיף המציג את היחס בין מספר הפטירות המצוי (observed) באוכלוסיית האזור (נפה) לבין המספר הצפוי (expected) על פי השיעור הארצי, המבוסס על הרכב האוכלוסייה של אוכלוסיית ישראל. שיעורי ה-SMR בפרסום זה תוקנו על פי גיל, קבוצת אוכלוסייה ויבשת לידה (ערבים, יהודים ואחרים) - ילידי ישראל, ילידי אסיה, ילידי אפריקה וילידי אירופה-אמריקה). השימוש ב-SMR המתוקן מאפשר להציג תמונה כוללת באמצעות ערך יחיד, שמשקף את ההבדל בין האזור (נפה), מעבר להתפלגות משתני התקנון, לבין השיעור הארצי. התוצאה בכל נפה נמדדת בהשוואה לשיעור הארצי ואין להשוות בין נפה לנפה.

1. מספר פטרות

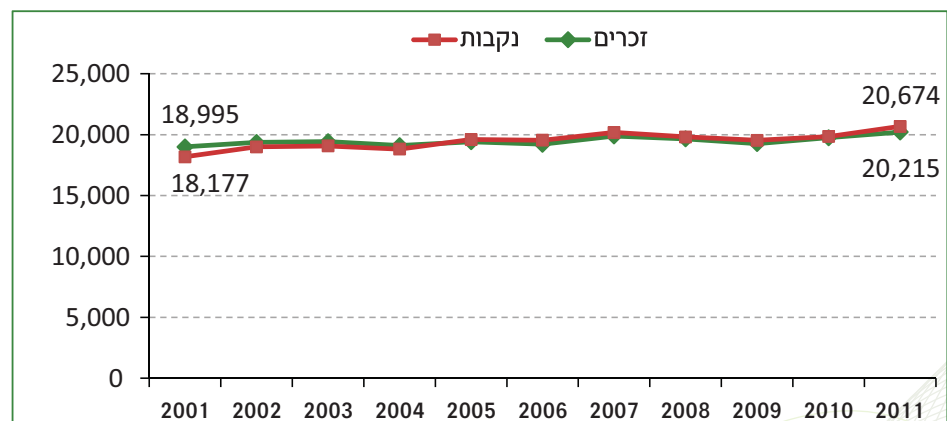
בשנת 2012 נרשמו 42,073 פטרות, מהם 37,543 פטרות של יהודים ואחרים ו-4,530 של ערבים. בשנים 2000-2012, עלה מספר הפטרות בקרב יהודים ואחרים ב-10% ובקרב ערבים ב-30%.

תרשים 1: מספר פטרות לפי קבוצת אוכלוסייה, 2012-2000



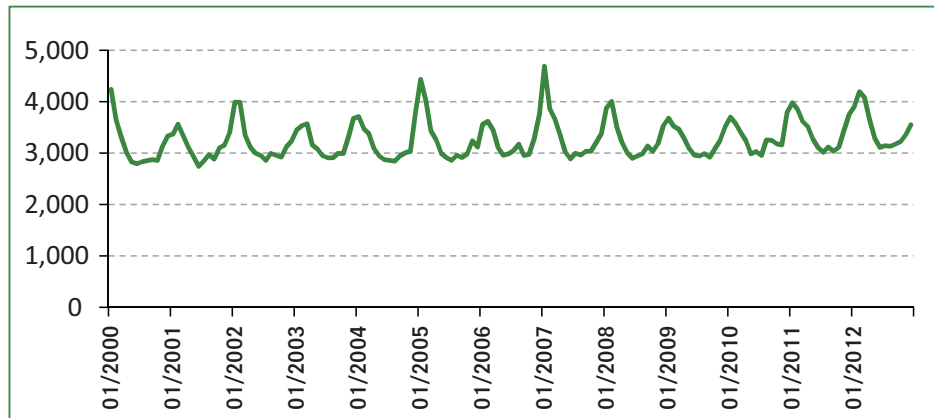
בשנת 2011, מספר פטרות הנקבות היה גבוה בהשוואה לפטרות הזכרים, 20,674 ו-20,215, בהתאמה, ואילו בשנת 2001 מספר פטרות הזכרים היה גבוה יותר. בשנים 2011-2001, מספר הפטרות עלה ב-6% בקרב זכרים וב-12% בקרב נשים.

תרשים 2: מספר פטרות לפי מגדר, 2011-2001

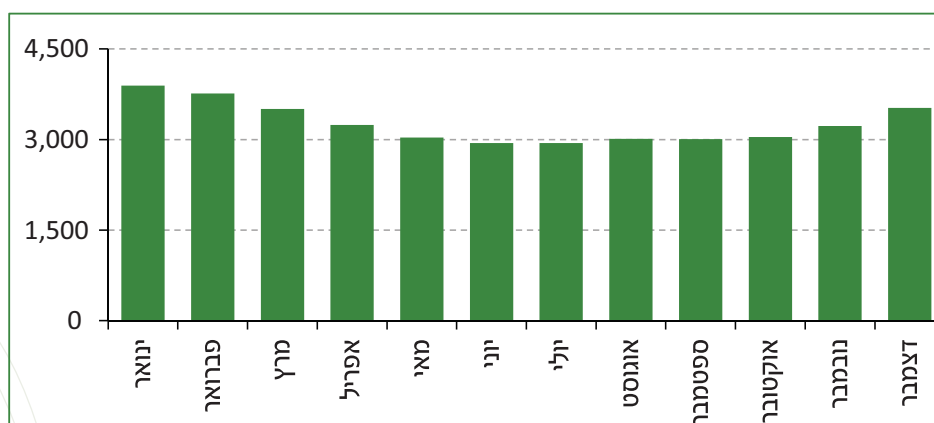


מספר פטירות לפי חודש ושנה: מספר הפטירות גבוה יותר בחודשי החורף בהשוואה לשאר עונות השנה. בינואר, נרשם מספר הפטירות הגבוה ביותר ואחר כך בפברואר ובדצמבר. החודשים עם מספר הפטירות הנמוך ביותר הם יוני ויולי.

תרשים 3: מספר פטירות לפי חודש ושנה, 2012-2000



תרשים 4: ממוצע מספר פטירות לחודש, 2012-2000

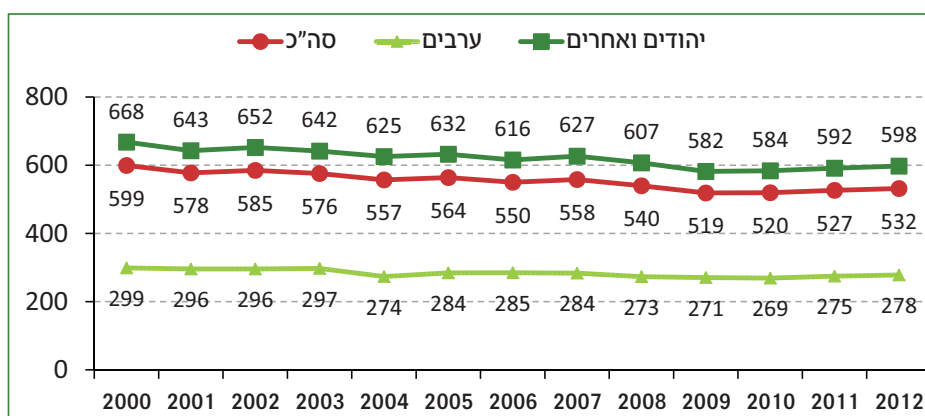


מספר הפטירות מתוקנן למספר הימים בחודש.

2. שיעור תמותה גולמי

שיעור התמותה הגולמי מצביע על מספר הפטירות בתקופה מחולק באוכלוסייה הממוצעת ללא התייחסות לתכונות הדמוגרפיות של האוכלוסייה. השיעור הגולמי במגמת ירידה, 532 ל-100,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-599 בשנת 2000, ירידה ב-11%. בקרב יהודים ואחרים השיעור הגולמי גבוה יותר, 598 ו-668, בהתאמה, ירידה ב-11%. בקרב ערבים, השיעור נמוך יותר בהשוואה ליהודים ואחרים, מאחר ומבנה האוכלוסייה צעיר יותר, 278 ו-299, בהתאמה, ירידה ב-7% בשנים 2012-2000.

תרשים 5: שיעור תמותה גולמי לפי קבוצת אוכלוסייה, 2012-2000: שיעור ל-100,000 נפש

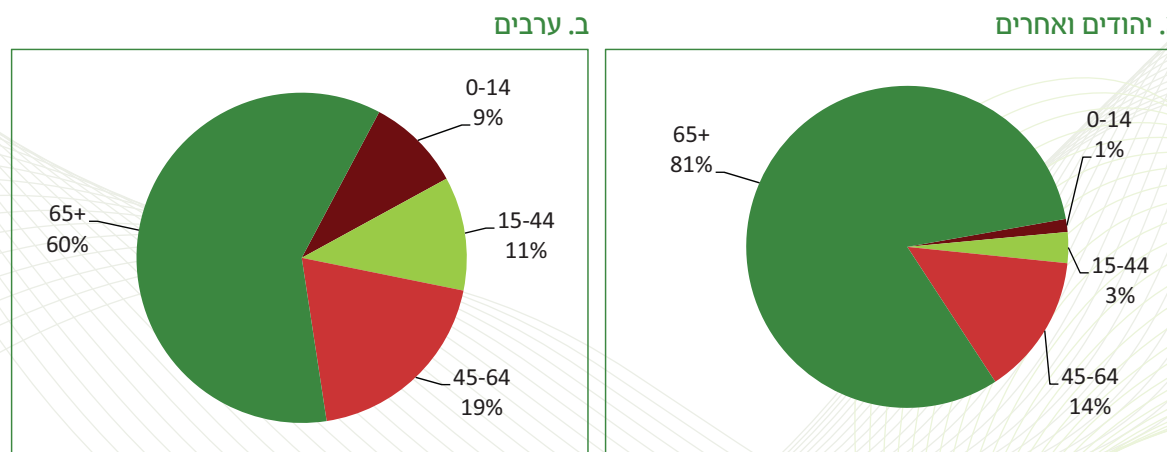


3. פטירות לפי תכונות דמוגרפיות

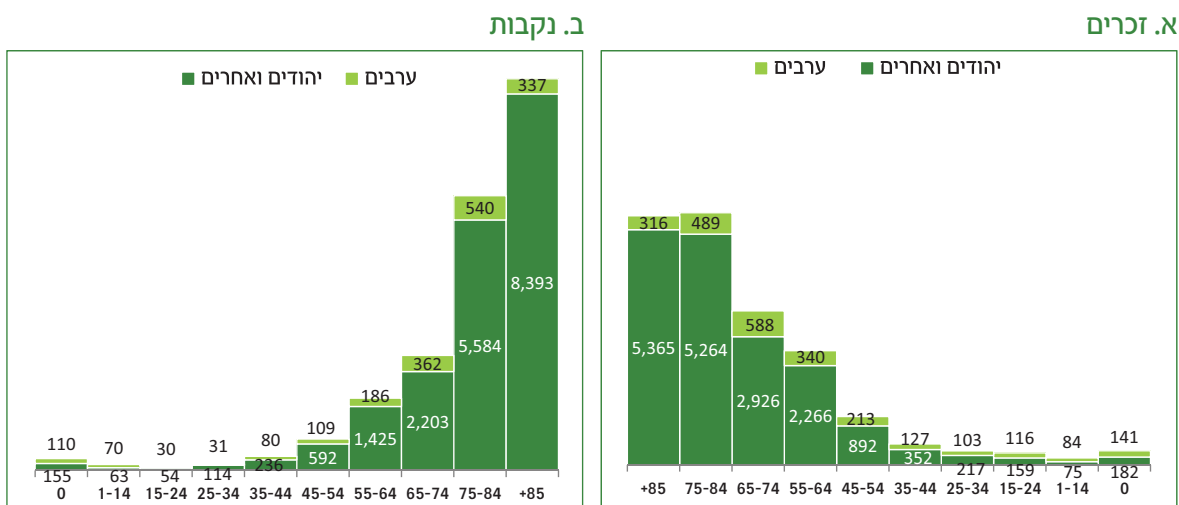
התפלגות הפטירות לפי תכונות דמוגרפיות מראה כי אחוז הפטירות בגיל צעיר גבוה יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה ליהודים ואחרים, 9% מפטירות הערבים היו בגילאי 0-14, לעומת 1% מהפטירות בקרב יהודים ואחרים, 11% מפטירות הערבים היו בגילאי 15-44 בהשוואה ל-3%, בקרב יהודים ואחרים. לעומת זאת, 81% מהפטירות של יהודים ואחרים היו בגיל 65 ומעלה לעומת 60% מפטירות הערבים.

עד גיל 75, מספר פטירות הזכרים גבוה מזה של הנקבות, מגיל 75 ומעלה מספר פטירות הנקבות גבוה יותר, בקרב יהודים ואחרים ובקרב ערבים.

תרשים 6: אחוז הפטירות לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2011: אחוז מכלל הפטירות



תרשים 7: מספר פטירות לפי גיל, מגדר וקבוצת אוכלוסייה, 2011

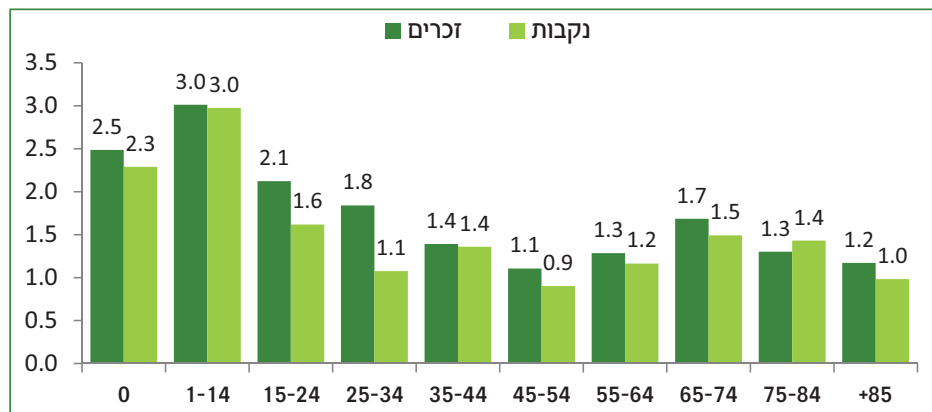


שיעור הפטירות לפי תכונות דמוגרפיות: שיעור הפטירות גבוה יותר בקרב זכרים בכל קבוצות הגיל והאוכלוסייה בהשוואה לנקבות. שיעור הפטירות של הערבים גבוה בכל קבוצות הגיל בהשוואה ליהודים ואחרים בקרב גברים ונשים, פרט לנשים בגיל 45-54 ובגיל 85 ומעלה. בקרב זכרים, יחס השיעורים ערבים/יהודים ואחרים גבוה יותר בכל קבוצות הגיל בהשוואה ליחס השיעורים בקרב נקבות, פרט לגיל 75-84. יחס השיעורים הגבוה ביותר נרשם בגיל 14-1 כאשר שיעור הפטירות בקרב ערבים גבוה פי שלושה מיהודים ואחרים בשני המגדרים. עד גיל שנה, שיעור הפטירות בקרב ערבים היה גבוה פי 2.5 בקרב בנים ופי 2.3 בקרב בנות. יחס השיעורים נמוך נמצא בגיל 35-64 ובגיל 75 ומעלה, פי 1.0-1.4.

טבלה 1: שיעור פטירות ל-100,000 נפש לפי גיל, מגדר וקבוצת אוכלוסייה, 2011

קבוצת גיל	זכרים		נקבות	
	ערבים	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים
0	701	282	579	253
1-14	30	10	26	9
15-24	75	35	20	12
25-34	90	49	27	26
35-44	127	91	81	60
45-54	310	280	158	175
55-64	950	739	491	422
65-74	2,911	1,728	1,638	1,098
75-84	6,608	5,076	5,510	3,851
85+	16,632	14,193	12,962	13,197

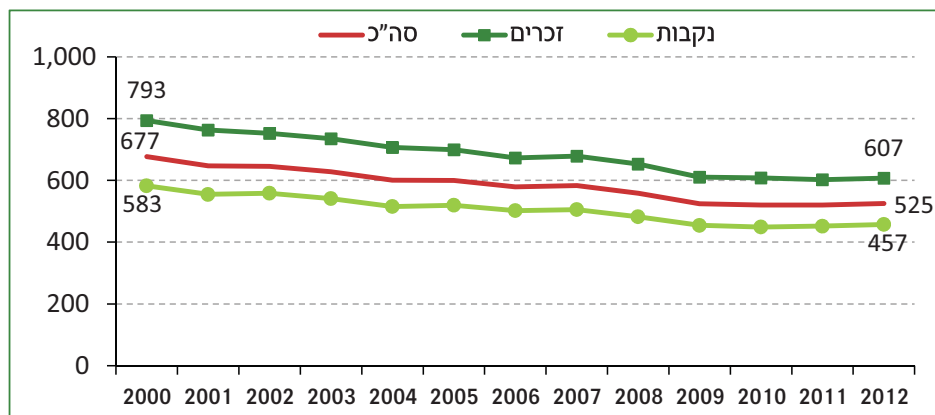
תרשים 8: יחס שיעורים ערבים/יהודים ואחרים לפי גיל ומגדר, 2011



4. שיעור תמותה מתוקנן לגיל

שיעור התמותה המתוקנן לגיל (תקנון ישיר) ירד בחמישית בעשור האחרון. השיעור ירד מ-677 ל-525 בשנת 2012, ירידה ב-22%. בקרב זכרים נרשמה ירידה של 23% מ-793 ל-607, בהתאמה, ובקרב נשים ירידה ב-22%, מ-583 ל-457, בהתאמה. שיעור התמותה המתוקנן לגיל גבוה בשליש בקרב זכרים בהשוואה לנקבות, יחס שיעורים היה 1.33 בשנת 2012 בהשוואה ל-1.36 בשנת 2000.

תרשים 9: שיעור פטירות מתוקנן לגיל לפי מגדר, 2012-2000: תקנון ישיר, שיעור ל-100,000 נפש



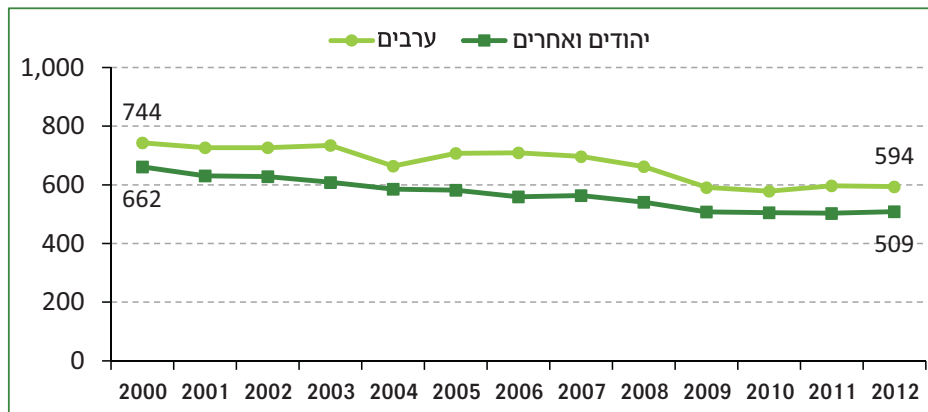
קבוצת אוכלוסייה: שיעור התמותה המתוקנן לגיל גבוה בקרב ערבים בהשוואה ליהודים ואחרים, יחס קבוע יחסית בעשור האחרון. בשנת 2012, השיעור בקרב יהודים ואחרים היה 509 ל-100,000 נפש, ובקרב ערבים השיעור היה גבוה ב-17%, 594 ל-100,000 נפש. בשנים 2012-2000, שיעור התמותה המתוקנן לגיל ירד ב-23% בקרב יהודים ואחרים בהשוואה לירידה של 20% בקרב ערבים, לזכרים ערבים נרשמה ירידה נמוכה יחסית של 17% בלבד, לעומת ירידה ב-24% לערביים. בקרב יהודים ואחרים, הירידה הייתה דומה לזכרים ונקבות, 24%-ו-22%, בהתאמה.

» פרק 2 תנועה טבעית

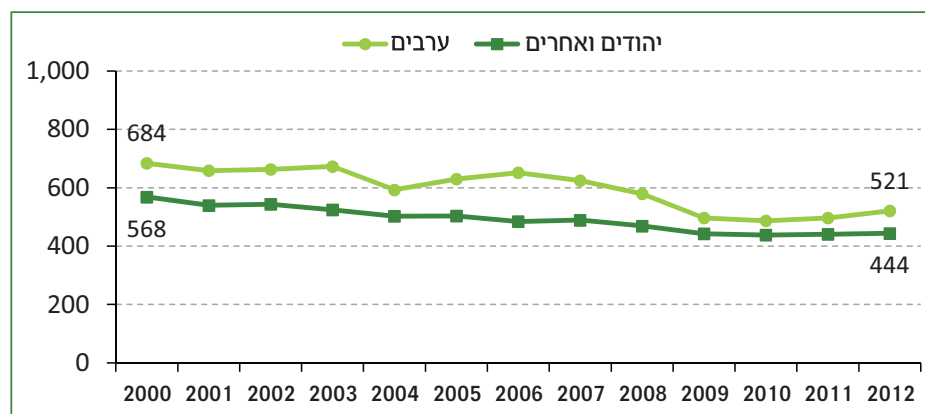
תרשים 10: שיעור פטירות מתוקנן לגיל לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה, 2000-2012:

תקנון ישיר, שיעור ל-100,000 נפש

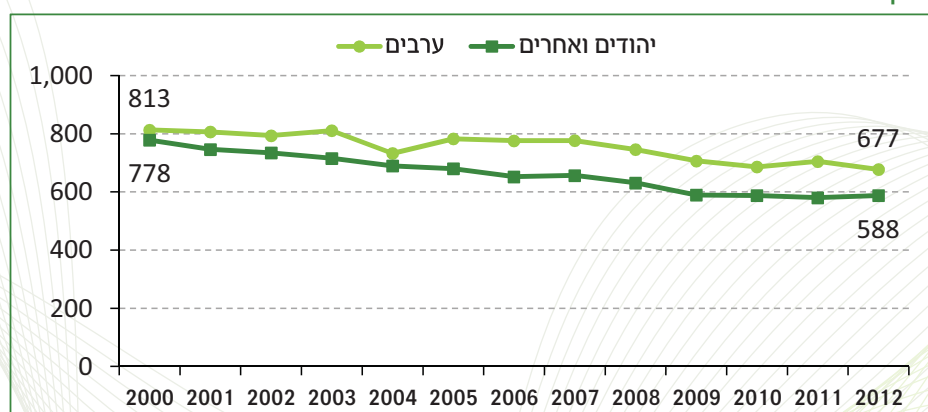
א. סה"כ



ב. זכרים



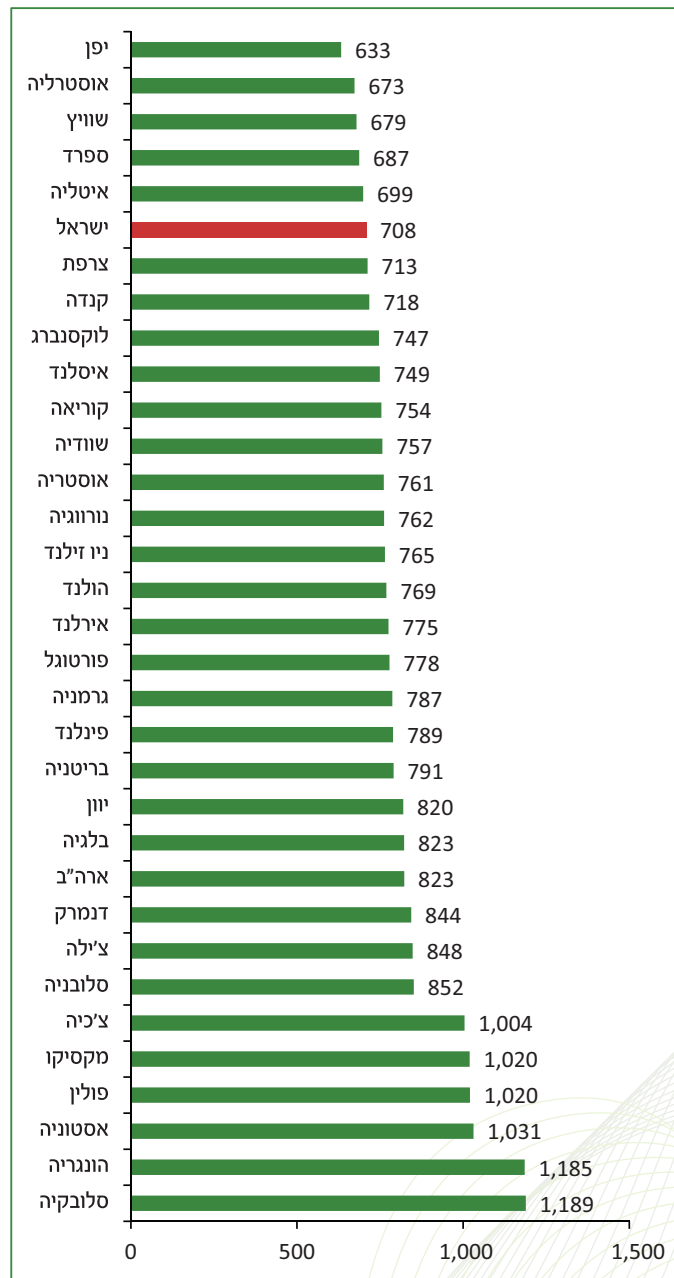
ג. נקבות



5. השוואה בינלאומית

שיעור התמותה המתוקן לגיל בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD. ישראל מדורגת במקום ה-6 הנמוך מתוך 33 מדינות ה-OECD.

תרשים 11: שיעור פטרות מתוקן לגיל, השוואה ל-OECD, 2011: שיעור ל-100,000 נפש



*מתוקן לאוכלוסיית ה-OECD בשנת 2010. נתוני 2011 או שנה זמינה אחרונה.

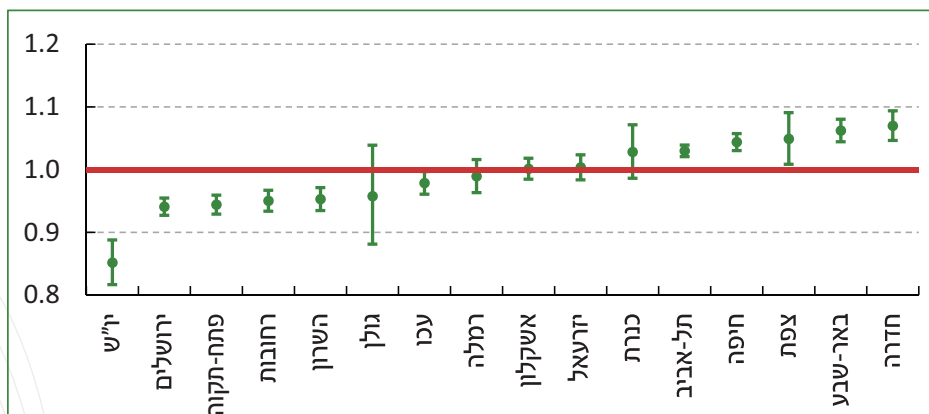
6. השוואה בין שיעור הפטירות בנפוח לבין השיעור הארצי

השוואת שיעור הפטירות בכל נפה לשיעור הארצי מוצגת באמצעות Standard Mortality Ratio (SMR). זהו תקנון עקיף המציג יחס בין מספר הפטירות הנצפה (observed) באוכלוסיית הנפה לבין המספר הצפוי (expected) על פי השיעור הארצי, המבוסס על הרכב האוכלוסייה של אוכלוסיית ישראל. כל אזור נמדד בהשוואה לשיעור הארצי. שיעורי ה-SMR תוקנו על פי גיל, קבוצת אוכלוסייה ויבשת לידה (ערבים, יהודים ואחרים לפי ארץ לידה - ילידי ישראל, ילידי אסיה, ילידי אפריקה וילידי אירופה-אמריקה). השימוש ב-SMR מאפשר להציג תמונה כוללת באמצעות ערך יחיד, המשקף את ההבדל בין הנפה לבין הממוצע הארצי, מעבר להתפלגות התכונות הדמוגרפיות. פירוש הדבר, שלא ניתן להסביר את ההבדלים בין כל נפה לבין הממוצע הארצי בהתפלגות שונה של גיל, קבוצת אוכלוסייה או יבשת לידה, אלא בסיבות אחרות כמו סביבה, השכלה, תזונה, אורח חיים ועוד.

בשנים 2006-2010, שיעור הפטירות המתוקן לגיל, לקבוצת אוכלוסייה ולאורך לידה היה נמוך משמעותית בנפות ירושלים, פתח תקווה, רחובות והשרון בכ-5% ($SMR=0.94-0.95$) בכל נפה בהשוואה לשיעור הארצי וביהודה ושומרון נמוך ב-15% ($SMR=0.85$) בהשוואה לממוצע הארצי. לעומת זאת, השיעור בנפת חדרה היה גבוה משמעותית בהשוואה לממוצע הארצי ב-7% ($SMR=1.07$), בנפת באר שבע היה גבוה ב-6% ($SMR=1.06$), בנפת צפת ב-5% ($SMR=1.05$), בנפת חיפה ב-4% ($SMR=1.04$) ובנפת תל אביב ב-2% ($SMR=1.02$). בשאר הנפות לא נמצא הבדל משמעותי בין השיעור בנפה לבין השיעור הארצי.

תרשים 12: Standard Mortality Ratio (SMR) לפי נפות, 2006-2010

מתוקן לגיל, קבוצת אוכלוסייה ולאורך לידה, רווח בר סמך של 95%



מקורות המידע

1. השנתון הסטטיסטי לישראל 2005-2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
2. עיבוד באגף המידע המבוסס על קבצי הפטירות ממשרד הפנים והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
3. <http://stats.oecd.org>
4. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov 2013.

פרק 3

סיבות
המוות
המובילות





סיבות המוות המובילות»

ממצאים עיקריים

סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה

« בשנת 2011 נפטרו בישראל 40,668 איש, מהם 20,059 גברים ו-20,609 נשים.
« סיבות המוות העיקריות בשנת 2011 היו: סרטן (25.3%), מחלות לב (16.9%), שבץ מוחי (6.0%) וסוכרת (5.4%).

סיבות המוות המובילות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

« מחלות הסרטן היו את סיבת המוות המובילה בגברים ובנשים באוכלוסייה היהודית, ובגברים באוכלוסייה הערבית. בנשים ערביות, סיבת המוות המובילה הייתה מחלות לב.
« שלוש סיבות המוות המובילות בגברים יהודים היו סרטן, מחלות לב ופגיעות חיצוניות; ובגברים ערבים: סרטן, מחלות לב וסוכרת.
« שלוש סיבות המוות המובילות בנשים יהודיות היו סרטן, מחלות לב ושבץ מוחי; ובנשים ערביות: מחלות לב, סרטן וסוכרת.
« בגברים, שיעורי התמותה מעשר סיבות המוות המובילות היו גבוהים בערבים לעומת יהודים. יחסי השיעורים נעו בין 1.1 (סרטן ומחלות זיהומיות) ל-2.6 (COPD).
« בנשים, שיעורי התמותה מסרטן ומדלקת ריאה ושפעת היו גבוהים פי 1.4 בנשים יהודיות לעומת ערביות. בשאר סיבות המוות המובילות, שיעורי התמותה היו גבוהים יותר בנשים ערביות לעומת יהודיות, ביחסי שיעורים שנעו בין 1.2 (מחלות זיהומיות) ל-2.5 (מחלות כבד).

סיבות המוות המובילות לפי גיל

« סיבות המוות המובילות בתינוקות עד גיל שנה היו סיבות סב-לידתיות (41.0%) ומומים מולדים (33.8%).
« בבני 1-4 שנים, סיבות המוות המובילות היו: פגיעות חיצוניות (23.0%), מומים מולדים (17.0%) וסרטן (12.6%).
« בבני 5-14: סרטן (28.1%) ופגיעות חיצוניות (20.3%).
« בבני 15-24: פגיעות חיצוניות (61.4%) וסרטן (11.2%).
« בבני 25-44: פגיעות חיצוניות (31%) וסרטן (27.6%).
« בבני 45-64: סרטן (43%) ומחלות לב (10.7%).
« בבני 65-74: סרטן (36.8%) ומחלות לב (13.7%).
« בבני 75 ומעלה: מחלות לב (20.2%) וסרטן (19.3%).

סיבות המוות המובילות

רקע

נתוני הפטירה מקורם ברישום הודעות הפטירה על פי החוק במשרד הפנים. סימול סיבות המוות נעשה בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בהתאם למילוי הודעת הפטירה על ידי הרופא שקבע את המוות ועדכונים ממקורות מידע נוספים. סיבת המוות היסודית (ה-Underlying cause of death) היא המחלה או הפגיעה שהתחילה את שרשרת האירועים שגרמו לפטירה, ואשר נבחרה מתוך כלל סיבות המוות שנרשמו על ידי הרופא בהודעת הפטירה, בהתאם להגדרות ולכללים בסיווג הבין-לאומי¹. סיבת המוות היסודית היא הסיבה המשמשת לרוב לצרכים סטטיסטיים ולהשוואות בין-לאומיות. מלבד סיבת המוות היסודית, נרשמים בתעודת הפטירה כלל המחלות או המצבים בשרשרת האירועים שגרמו לפטירה, כולל הסיבה המיידית שגרמה לפטירה במישרין, וכן מחלות ומצבים נוספים אשר תרמו לתמותה (סעיפים 1 ו-2 בתעודת הפטירה). החל משנת 2007 מסומלים ומקודדים בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה כלל סיבות המוות המופיעות בהודעת הפטירה באמצעות ICD-10.

בפרק זה מוצגות סיבות המוות המובילות בישראל, בכלל האוכלוסייה ובחלוקה לפי מין, קבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים) וגיל. סיבת המוות המוצגת בתרשימים 1-6 הינה סיבת המוות היסודית. בנוסף, בתרשים 7 מוצג אחוז התמותה הקשור לסיבות המוות הנוספות המופיעות בתעודת הפטירה ("סיבות מרובות").

כל הנתונים מקורם בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה². סיבות המוות השונות קובצו לקבוצות מחלות. הנתונים יוצגו כאחוזים מכלל סיבות המוות בקבוצה נתונה, ובשיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל. בטבלה 1 מוצגים הקודים של קבוצות המחלות שיוזכרו בפרק זה, לפי ה-ICD-9 וה-ICD-10.

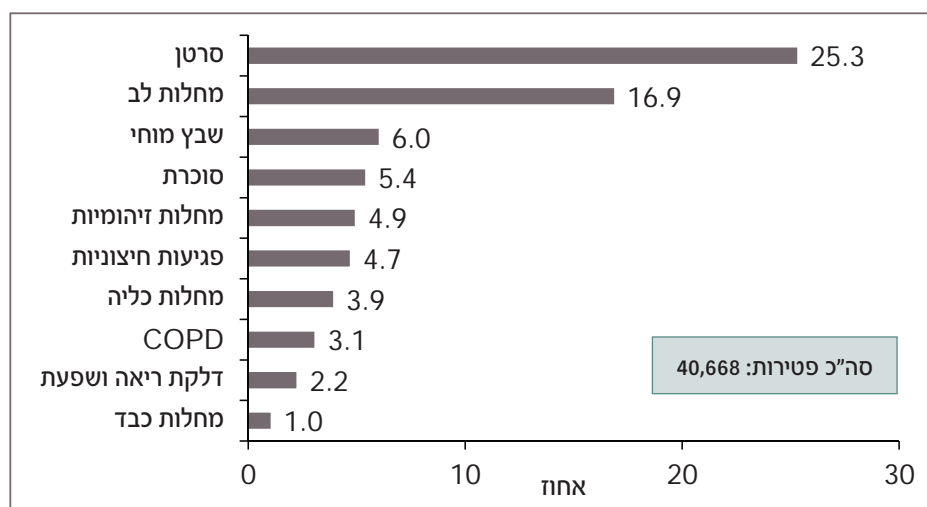
טבלה 1: קידוד מקביל ICD-9 ו-ICD-10 לסיבות המוות המובילות בישראל³

ICD-10	ICD-9	סיבת המוות
I00-I09, I11, I13, I20-I51	390-398, 402, 404, 410-429	מחלות לב
C00-C97	140-208, 238.6, 273.3, 289.8	מחלות ממאירות (סרטן)
D00-D09, D10-D36, D37-D48	230-234, 210-229, 235-238.5, 238.8	שאתות טבות ולא מוגדרות
I60-I69, G45	430-438	שבץ מוחי (CVA)
1. V01-V99, W00-W99, X00-X59, Y85-Y86 2. X60-X84, Y87.0 3. X85-X99, Y00-Y09, Y87.1 4. Y35-Y36, Y89.0, Y89.1 5. Y10-Y34, Y40-Y84, Y87.2-Y88.3, Y89.9	1. E800-E869, E880-E899, E900-E929 2. E950-E959 3. E960-E969 4. E970-E978, E990-E999 5. E870-E879, E930-E949, E980-E989	פגיעות חיצוניות: 1. תאונות (unintentional) 2. התאבדות 3. תקיפה ורצח 4. פעולות החוק, איבה ומלחמה 5. אחר (הפגעות על רקע לא ברור, טיפול רפואי כושל ו/או סיבוכי ועוד)
E10-E14	250	סוכרת
A00-A32, A34-A99, B00-B99	001-134, 136-139	מחלות זיהומיות
N00-N12, N17-N19, N25-N29	580-589	מחלות כליה
J40-J47	490-494, 496	COPD - מחלת ריאה חסימתית כרונית
J10-J11, J12-J18	487 480-486	שפעת ודלקת ריאה
P00-P96, A33	760-779	מחלות כבד כרוניות (כולל שחמת)
P00-P96, A33	760-779	סיבות סב-לידתיות
Q00-Q99	740-759	מומים מולדים
All other codes	All other codes	אחר

1. סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה

בשנת 2011 נרשמו בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 40,668 מקרי מוות (20,059 גברים ו-20,609 נשים). הקובץ אינו כולל נתונים לגבי תושבי ישראל שנפטרו במשך שהייה בחו"ל (כ-220 מקרים). מחלות הסרטן היו את סיבת המוות המובילה. כרבע מכלל הפטירות בשנת 2011 יוחסו לסרטן (10,289 מקרים). מחלות הלב נמצאו במקום השני בתמותה, ולכן יוחסו קרוב ל-17% ממקרי הפטירה (6,857 מקרים). התמותה משתי סיבות אלו ביחד היוותה כ-42% מכלל הפטירות (תרשים 1).

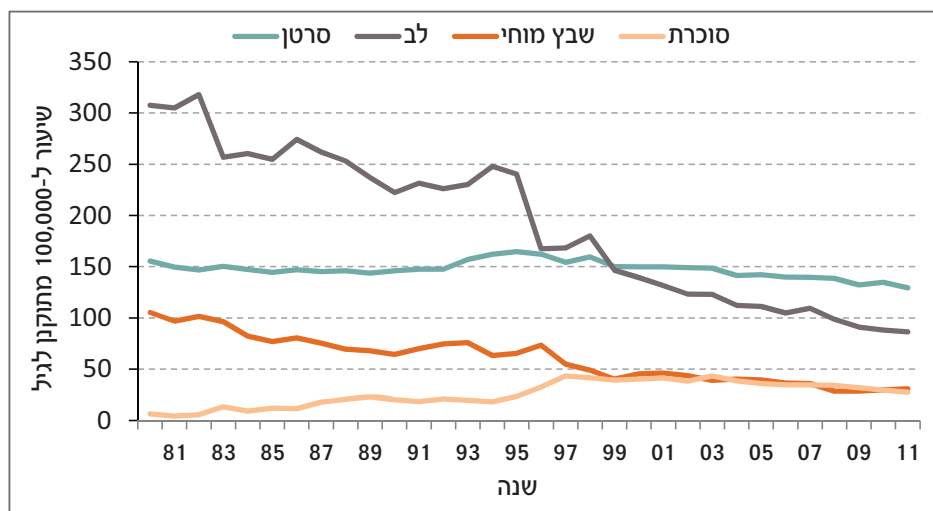
תרשים 1: סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה, ישראל 2011²: אחוז מכלל מקרי המוות



2. מגמות בתמותה מסיבות המוות המובילות

בתרשים 2 מוצגות המגמות בתמותה מארבע סיבות המוות המובילות בישראל (סרטן, מחלות לב, שבץ מוחי וסוכרת), בשנים 1980-2011. לכל אורך השנים, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר היו ממחלות הלב ומסרטן. שיעורי התמותה מסרטן שמרו על יציבות יחסית לאורך השנים, ואילו בשיעורי התמותה ממחלות הלב נצפתה ירידה ניכרת עם השנים. עד שנת 1995 היו מחלות הלב את סיבת המוות המובילה, עם שיעורי תמותה הגבוהים במידה ניכרת משיעורי התמותה מסרטן. בשנת 1996 נצפתה ירידה משמעותית בשיעורי התמותה ממחלות לב. בין השנים 1996-1998 שיעורי התמותה ממחלות לב ומסרטן היו דומים, ומשנת 1999 ואילך, הפכו מחלות הסרטן לסיבת המוות המובילה בישראל, בפער אשר הלך והתרחב עם השנים. במקומות השלישי והרביעי, לכל אורך השנים, נמצאו התמותה משבץ מוחי ומסוכרת. בדומה למגמה בשיעורי התמותה ממחלות לב, גם בשיעורי התמותה משבץ מוחי נצפתה ירידה לאורך השנים. עד שנת 1996 היו שיעורי התמותה משבץ מוחי גבוהים באופן ניכר משיעורי התמותה מסוכרת. בין השנים 1996-1997, במקביל לירידה בתמותה ממחלות לב, נצפתה עלייה בתמותה מסוכרת. ככל הנראה, חלק מהשינוי יכול להיות מוסבר בשינויים שחלו בקידוד סיבות המוות. משנת 1997 ואילך, שיעורי התמותה משבץ מוחי ומסוכרת היו מאוד דומים, כאשר עדיין התמותה משבץ הייתה גבוהה לרוב מהתמותה מסוכרת.

תרשים 2: מגמות בתמותה מארבע סיבות המוות המובילות - סרטן, מחלות לב, שבץ מוחי וסוכרת. ישראל, 1980-2011²: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



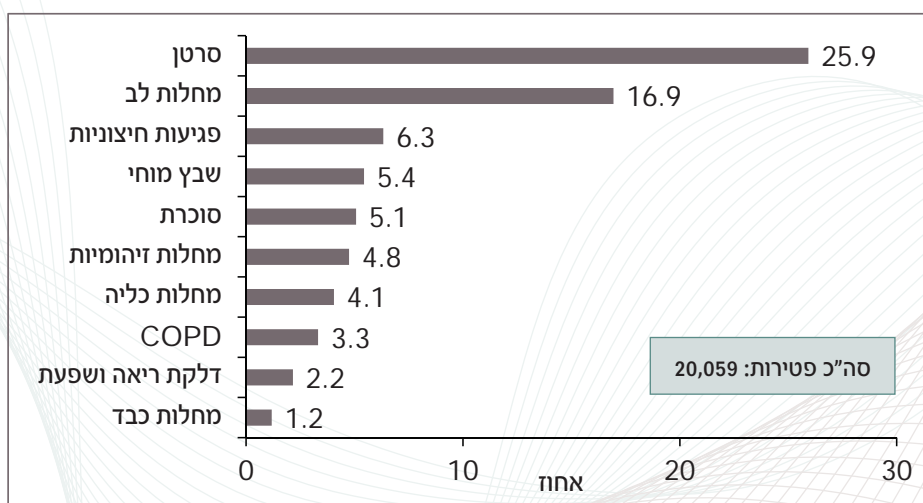
* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

3. סיבות המוות המובילות לפי מין

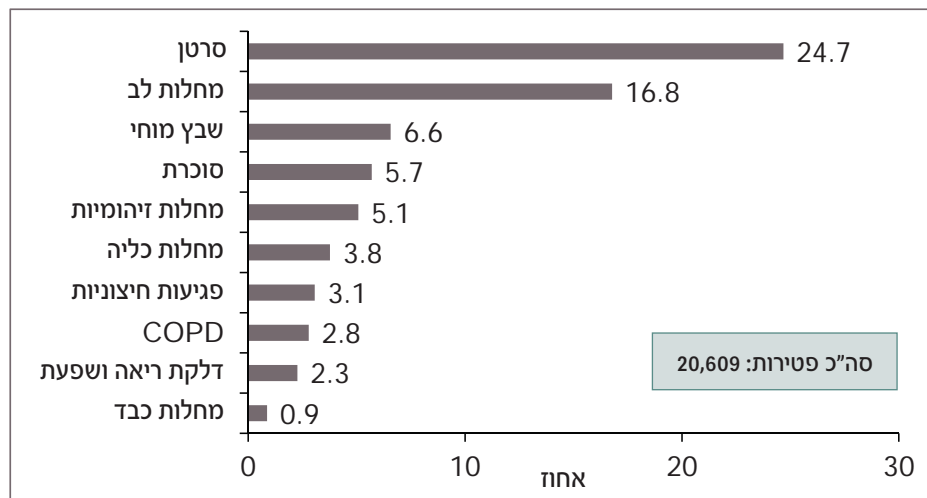
עשר סיבות המוות המובילות בגברים ובנשים היו זהות, אך התפלגותן מעט שונה. סיבת המוות המובילה בקרב גברים ונשים בכלל האוכלוסייה הייתה מחלות הסרטן, אשר גרמו בשנת 2011 ל-25.9% מהתמותה בגברים ול-24.7% מהתמותה בנשים. במקום השני, הן בגברים והן בנשים, נמצאו מחלות הלב, אשר גרמו ל-16.9% ו-16.8% ממקרי הפטירה בגברים ובנשים, בהתאמה. בגברים, פגיעות חיצוניות נמצאו במקום השלישי והיוו 6.3% מכלל התמותה. בנשים, לעומת זאת, פגיעות חיצוניות נמצאו במקום השביעי והיוו 3.1% מכלל מקרי הפטירה. במקום השלישי בנשים והרביעי בגברים נמצאה התמותה משבץ מוחי: 6.6% ו-5.4% מכלל הפטירות, בהתאמה. במקום הרביעי בנשים והחמישי בגברים נמצאה התמותה מסוכרת: 5.7% ו-5.1% מכלל הפטירות, בהתאמה (תרשים 3).

תרשים 3: סיבות המוות המובילות בישראל 2011, לפי מין²: אחוז מכלל מקרי המוות

3.3. גברים



3. נשים

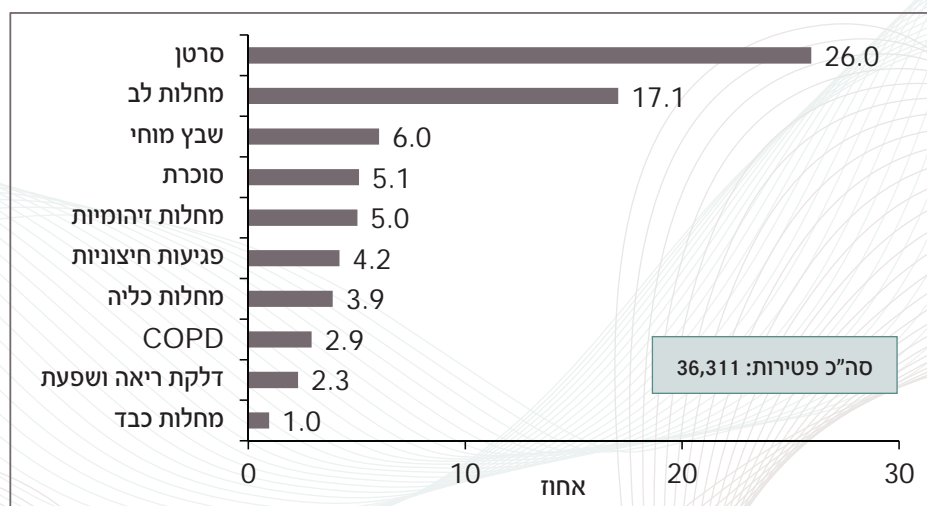


4. סיבות המוות המובילות לפי קבוצת אוכלוסייה

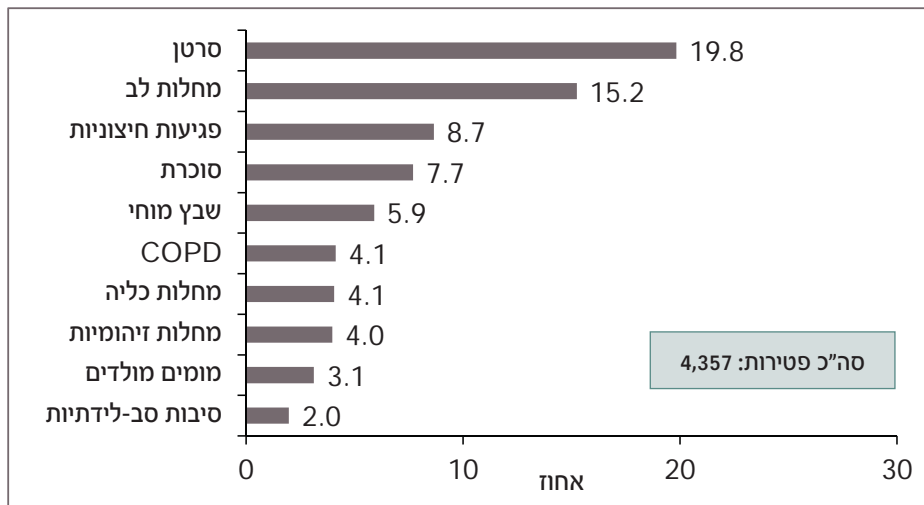
שמונה סיבות המוות המובילות היו זהות ביהודים ובערבים, אם כי התפלגותן אינה זהה. שתי סיבות המוות המובילות, סרטן ומחלות לב, היו זהות במיקומן בשתי קבוצות האוכלוסייה. אחוז הפטירות המיוחס למחלות הסרטן היה גבוה יותר באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית: 26.0% ו-19.8% ממקרי הפטירה, בהתאמה. במקום השני נמצאו מחלות הלב עם 17.1% ממקרי המוות ביהודים ו-15.2% ממקרי המוות בערבים. במקום השלישי באוכלוסייה היהודית, והחמישי באוכלוסייה הערבית, נמצאו מחלות כלי דם במוח (שבץ מוחי), להן יוחסו 6.0% ממקרי המוות ביהודים ו-5.9% ממקרי המוות בערבים. באוכלוסייה הערבית, פגיעות חיצוניות דורגו במקום גבוה יותר (המקום השלישי) מאשר באוכלוסייה היהודית (המקום השישי), וגרמו ל-8.7% מהפטירות בערבים לעומת 4.2% ביהודים. תמותה ממחלת הסוכרת נמצאה במקום הרביעי, הן ביהודים והן בערבים. במקומות התשיעי והעשירי באוכלוסייה הערבית נמצאו תמותה כתוצאה ממומים מולדים ומסיבות סב-לידתיות, בעוד שבאוכלוסייה היהודית גורמים אלו כלל לא נכללו בין עשר סיבות המוות המובילות. את מקומם של אלו באוכלוסייה היהודית תפסו דלקת ריאה ושפעת וכן מחלות כבד, אשר לא נכללו בין עשר סיבות המוות המובילות באוכלוסייה הערבית (תרשים 4).

תרשים 4: סיבות המוות המובילות בישראל 2011, לפי קבוצת אוכלוסייה: אחוז מכלל מקרי המוות

4. יהודים



4. ערבים



5. סיבות המוות המובילות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

הנתונים בסעיף זה מוצגים כשיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל (על פי אוכלוסיית התקן של ישראל 2008). התקנון לגיל מאפשר השוואות שיעורים בין יהודים וערבים, על אף ההבדלים בהתפלגות הגילאים בשתי קבוצות האוכלוסייה. בשנת 2011, מחלות הסרטן היו את סיבת המוות המובילה בקרב גברים ונשים באוכלוסייה היהודית ובגברים באוכלוסייה הערבית. בנשים ערביות, לעומת זאת, שיעורי התמותה ממחלות לב היו גבוהים משיעורי התמותה מסרטן (תרשים 5).

בגברים, שיעורי התמותה מעשר סיבות המוות המובילות (על פי הדירוג בגברים יהודים) היו גבוהים בגברים ערבים לעומת יהודים. יחסי השיעורים נעו בין 1.1 (סרטן ומחלות זיהומיות) ל-2.6 (COPD). שיעורי התמותה מפגיעות חיצוניות ומשבץ מוחי היו גבוהים פי 1.6, ושיעורי התמותה מסוכרת היו גבוהים פי 2 בגברים ערבים לעומת יהודים (תרשים 5א').

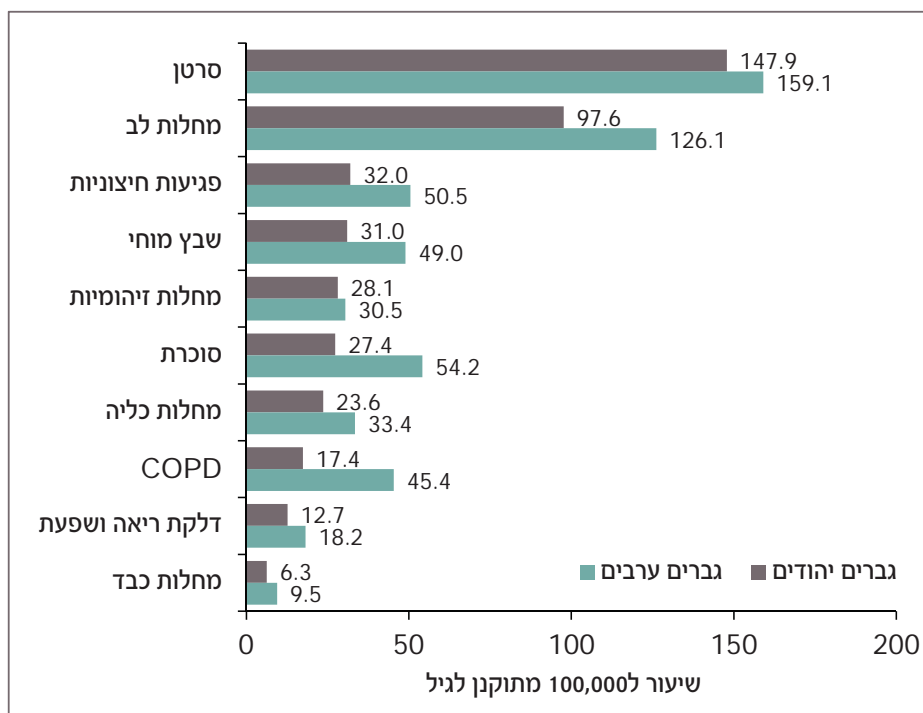
בנשים, שיעורי התמותה מסרטן ומדלקת ריאה ושפעת היו גבוהים פי 1.4 בנשים יהודיות לעומת ערביות. מלבד שתי סיבות מוות אלה, בשמונה מעשר סיבות המוות המובילות (על פי הדירוג בנשים יהודיות), שיעורי התמותה היו גבוהים יותר בנשים ערביות לעומת יהודיות. יחסי השיעורים נעו בין 1.2 (מחלות זיהומיות) ל-2.5 (מחלות כבד). שיעור התמותה ממחלות כליה היה גבוה פי 1.8, והתמותה מסוכרת הייתה גבוהה פי 2.4 בנשים ערביות לעומת יהודיות (תרשים 5ב').

הן ביהודים והן בערבים נמצאו שיעורי תמותה גבוהים יותר בגברים לעומת נשים, מכל סיבות המוות המוצגות, להוציא תמותה מסוכרת באוכלוסייה הערבית, שלגביה שיעורי התמותה היו כמעט זהים בגברים ובנשים. באוכלוסייה היהודית, יחסי השיעורים (גברים לעומת נשים) נעו בין 1.1 (שבץ מוחי) ל-2.3 (פגיעות חיצוניות). באוכלוסייה הערבית נעו יחסי השיעורים בין 1.1 (סרטן ומחלות זיהומיות) ל-2.5 (דלקת ריאה ושפעת) (תרשים 5).

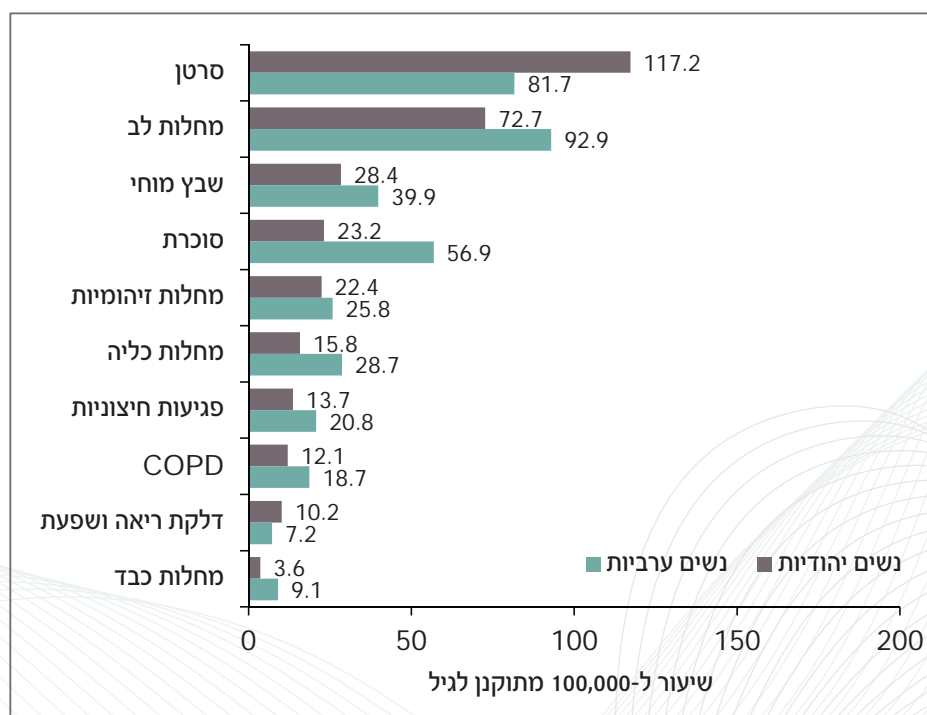
סיבות המוות המובילות»

תרשים 5: סיבות המוות המובילות בישראל 2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה²: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*

5א. גברים



5ב. נשים



*שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

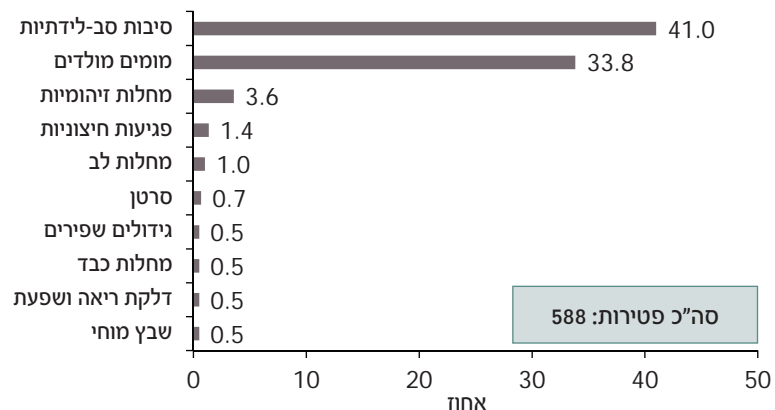
6. סיבות המוות המובילות לפי קבוצות גיל

תרשים 6: סיבות המוות המובילות בישראל 2011, בחלוקה לקבוצות גיל²: אחוז מכלל הפטירות בשנה.

א6. בני 0-1 שנים (תמותת תינוקות)

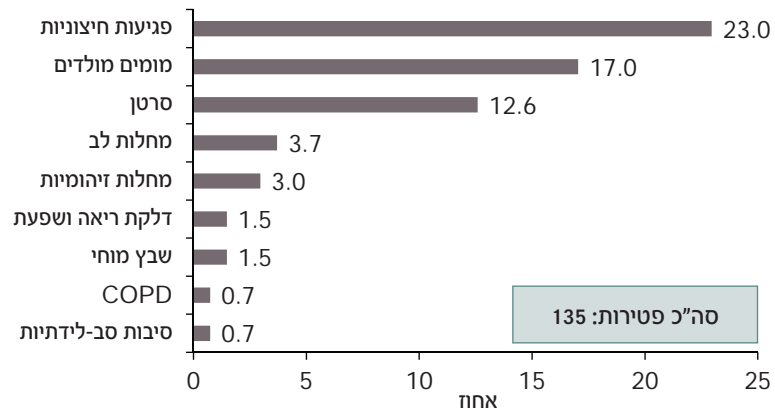
בתרשים א6 מוצגות סיבות המוות המובילות בבני 0-1 שנים (תמותת תינוקות). נושא זה נדון בהרחבה בפרק "תנועה טבעית: תמותת תינוקות".

סיבת המוות המובילה בתינוקות עד גיל שנה היא גורמים סב-לידהיים, להם מיוחסים 41.0% מהפטירות בתינוקות (241 פטירות). במקום השני נמצאים מומים מולדים, הגורמים ל-33.8% מהפטירות (199 פטירות). במקום השלישי נמצאת תמותה ממחלות זיהומיות, עם 3.6% מהפטירות בתינוקות (21 פטירות) (תרשים א6).



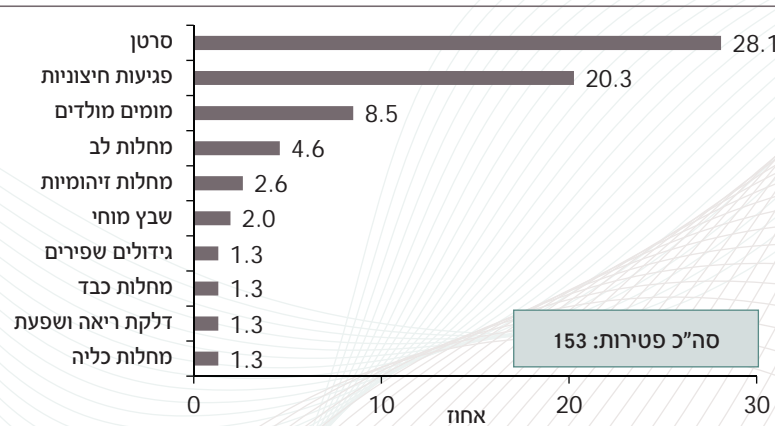
ב6. בני 1-4 שנים

בקרוב בני 1-4 שנים, סיבת המוות המובילה היא פגיעות חיצוניות, להן מיוחסים 23.0% ממקרי הפטירה (31 מקרים). במקום השני נמצאים מומים מולדים, הגורמים ל-17.0% ממקרי הפטירה (23 מקרים). במקום השלישי נמצאת תמותה מסרטן, עם 12.6% ממקרי הפטירה (17 מקרים) (תרשים ב6).



ג6. בני 5-14 שנים

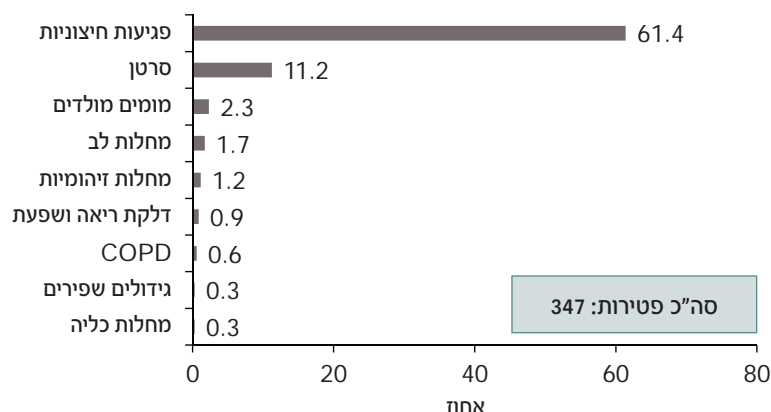
מחלת הסרטן היא סיבת המוות המובילה בילדים בני 5-14 שנים, לה מיוחסים 28.1% מהפטירות (43 מקרים). אחריה נמצאת תמותה מפגיעות חיצוניות עם 20.3% ממקרי המוות (31 מקרים). במקום השלישי נמצאת תמותה כתוצאה ממומים מולדים, לה מיוחסים 8.5% מהפטירות בקבוצת גיל זו (תרשים ג6).



סיבות המוות המובילות»

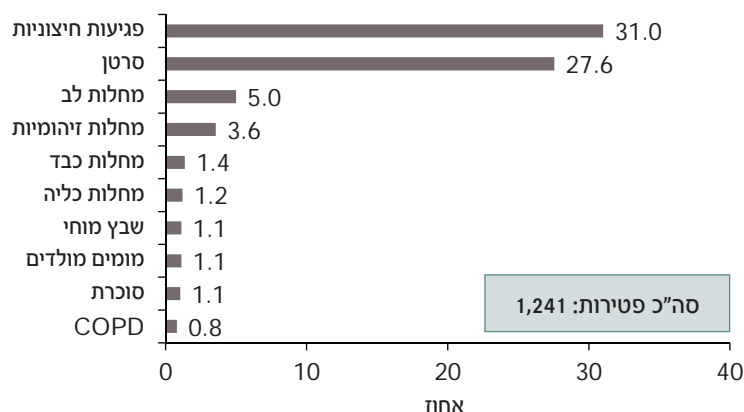
76. בני 15-24 שנים

סיבת המוות המובילה בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים (בני 15-24) היא פגיעות חיצוניות, להן מיוחסים קרוב לשני שלישי ממקרי המוות (213 מקרים). במקום השני נמצאת תמותה ממחלות הסרטן, עם 11.2% מכלל הפטירות בקבוצת גיל זו (39 מקרים) (תרשים ד'6).



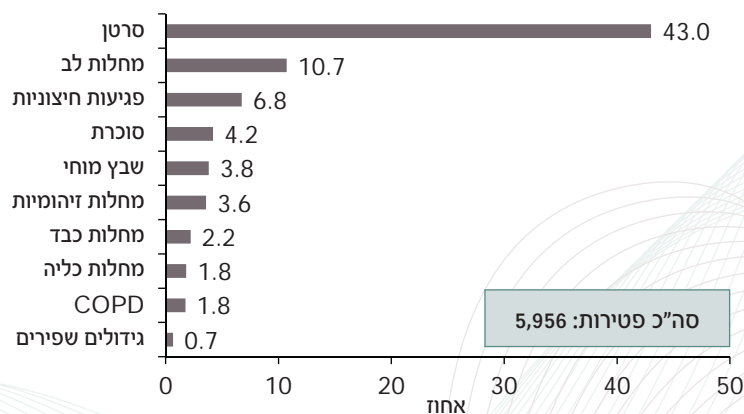
ה6. בני 25-44 שנים

סיבת המוות המובילה בקרב בני 25-44 שנים היא פגיעות חיצוניות, להן מיוחסים קרוב לשליש מהפטירות (385 מקרים). במקום השני נמצאת תמותה ממחלות הסרטן, עם 27.6% מכלל הפטירות (342 מקרים). במקום השלישי נמצאות מחלות הלב, להן מיוחסים 5.0% ממקרי הפטירה בקבוצת גיל זו (62 מקרים) (תרשים ה'6).

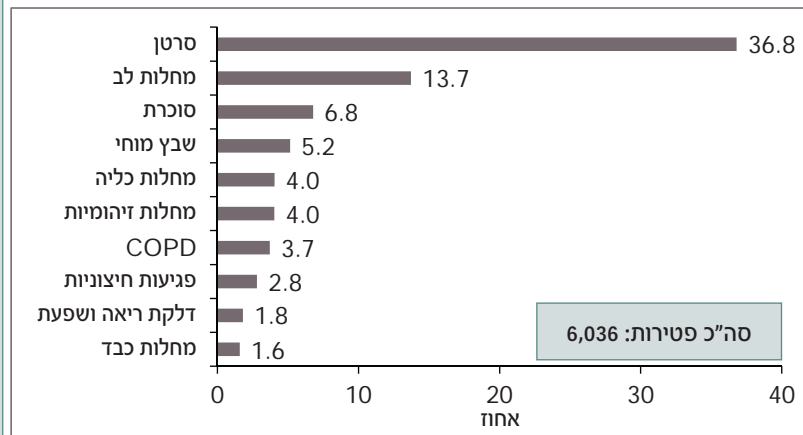


16. בני 45-64 שנים

מחלות הסרטן מהוות את סיבת המוות המובילה בקרב בני 45-64 שנים, להן מיוחסים 43.0% מכלל הפטירות (2,562 מקרים). במקום השני נמצאות מחלות הלב, עם 10.7% ממקרי המוות (639 מקרים). במקום השלישי נמצאת תמותה מפגיעות חיצוניות, עם 6.8% מכלל מקרי הפטירה בקבוצת גיל זו (תרשים 16).

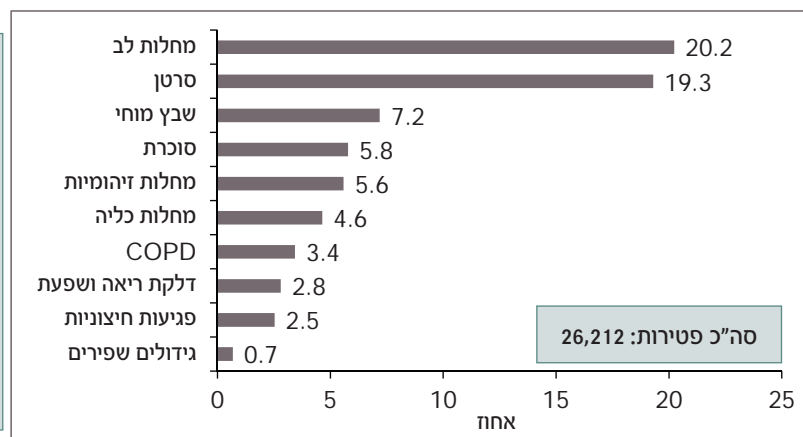


16. בני 65-74 שנים



מחלות הסרטן מהוות את סיבת המוות המובילה בבני 65-74, להן מיוחסים 36.8% ממקרי הפטירה (2,221 מקרים). במקום השני מדורגות מחלות הלב, עם 13.7% ממקרי הפטירה (828 מקרים). במקום השלישי נמצאת סוכרת, עם 6.8% ממקרי הפטירה. בהשוואה לקבוצת הגיל הקודמת, התמותה מהמחלות הכרוניות כגון מחלות לב, סוכרת ושבץ תופסת נתח גדול יותר, בעוד חלקה היחסי של התמותה ממחלות ממאירות יורד (תרשים 16).

16. בני 75 שנים ומעלה



בקבוצת הגיל המבוגר (75 שנים ומעלה), סיבת המוות המובילה היא מחלות הלב, להן מיוחסים 20.2% ממקרי הפטירה (5,303 מקרים). אחוז תמותה מעט יותר נמוך מיוחס למחלות הסרטן (19.3%). במקום השלישי נמצאת התמותה משבץ מוחי, עם 7.2% ממקרי המוות (1,885 מקרים) (תרשים 16).

7. סיבות המוות המובילות - השוואה בין ישראל לארה"ב

בטבלה 2 מוצגות עשר סיבות המוות המובילות בישראל ובארה"ב בשנת 2010. קיימים הבדלים בהתפלגות סיבות המוות בישראל ובארה"ב. בישראל, סיבת המוות המובילה היא מחלות הסרטן, בעוד שבארה"ב מחלות הלב נמצאות במקום הראשון. בארה"ב, אחוז התמותה ממחלות הלב וממחלות הסרטן דומה (24.2% ו-23.3% בהתאמה). בעוד שבארה"ב נמצא פער משמעותי בין פרופורציית התמותה מסרטן וממחלות הלב (26.3% ו-17.2% בהתאמה). התמותה מ-COPD (מחלת ריאה חסימתית כרונית), אשר מדורגת במקום השלישי בארה"ב וגורמת ל-5.6% מכלל הפטירות, נמצאת במקום השמיני בישראל וגורמת לאחוז קטן בהרבה מכלל התמותה. סוכרת, אשר מדורגת במקום הרביעי בתמותה בישראל, נמצאת במקום השביעי בארה"ב וגורמת ל-2.0% מהתמותה, לעומת 5.8% בישראל. מחלת האלצהיימר, אשר מדורגת במקום ה-6 בארה"ב, כלל לא נמצאת בין עשר סיבות המוות המובילות בישראל. מחלות זיהומיות, אשר מדורגות במקום ה-6 בישראל, כלל לא נמצאות בין עשר סיבות המוות המובילות בארה"ב.

חשוב לציין כי חלק מההבדלים בדירוג סיבות המוות בין המדינות נובעים גם מהבדלי מדיניות ברישום סיבות המוות בתעודות הפטירה.

סיבות המוות המובילות»

טבלה 2: עשר סיבות המוות המובילות בישראל ובארה"ב, 2010^{4,2}: אחוזים מכלל הפטירות

א. ישראל 2010

סידור	סיבת המוות	אחוז
1	סרטן	26.3
2	מחלות לב	17.2
3	שבץ מוחי	5.8
4	סוכרת	5.8
5	פגיעות חיצוניות	5.0
6	מחלות זיהומיות	4.2
7	מחלות כליה	3.8
8	COPD	2.9
9	דלקת ריאה ושפעת	2.1
10	מחלות כבד	0.9

ב. ארה"ב 2010

סידור	סיבת המוות	אחוז
1	מחלות לב	24.2
2	סרטן	23.3
3	COPD	5.6
4	שבץ מוחי	5.2
5	פגיעות בלתי מכוונות	4.9
6	אלצהיימר	3.4
7	סוכרת	2.0
8	מחלות כליה	2.0
9	דלקת ריאה ושפעת	2.0
10	התאבדויות	1.6

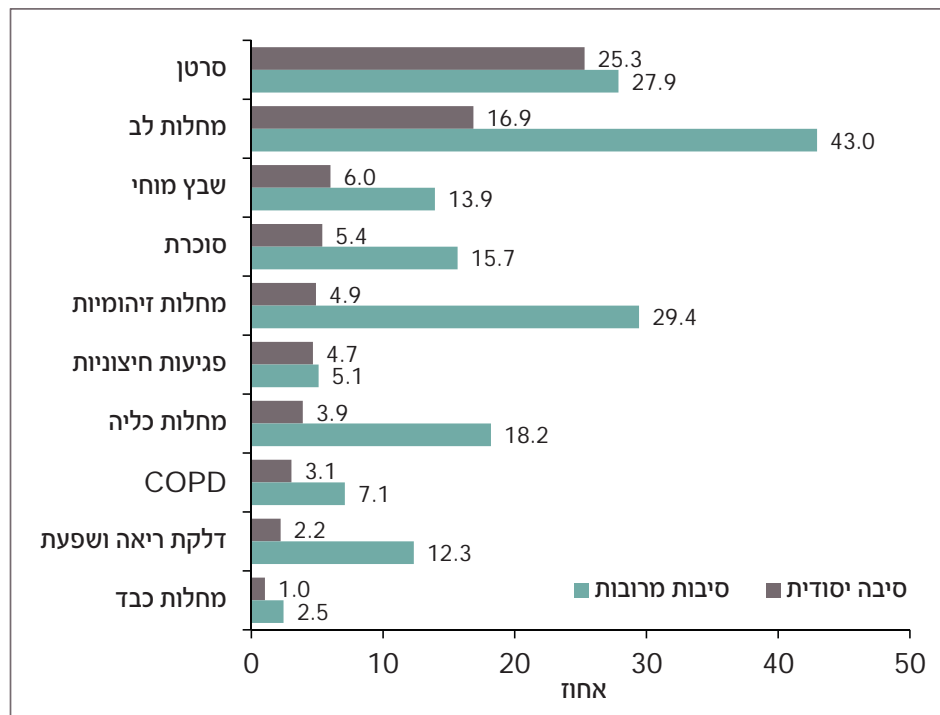
8. סיבות מוות מרובות

בתעודת הפטירה נרשמים כלל המחלות או המצבים בשרשרת האירועים שגרמו לפטירה, כולל סיבת המוות היסודית, סיבת המוות המיידית ומחלות ומצבים נוספים אשר תרמו לתמותה. ניתוח מכלול סיבות המוות הרשומות בתעודת הפטירה ("סיבות מוות מרובות") תורם מידע נוסף על מגוון המצבים שהובילו לתמותה, ובפרט אלו אשר אינם נקבעים לרוב כסיבת המוות היסודית. בתרשים 7 מוצג אחוז התמותה אשר יוחס לכל קבוצת מחלות, כאשר זו הופיעה במקום כלשהו בתעודת הפטירה, לעומת האחוז שיוחס לאותה קבוצת מחלות כסיבת המוות היסודית (כפי שהופיע בתרשים 1). ניתן לראות כי עבור סיבות המוות "סרטן" ו"פגיעות חיצוניות", התקבל אחוז דומה, הן בעת חישוב אחוז הפטירות לפי סיבת המוות היסודית, והן בעת חישוב אחוז הפטירות לפי סיבות מוות מרובות. כלומר, כאשר סיבות אלו הופיעו ברשימת הסיבות המרובות, הן נרשמו לרוב כסיבת המוות היסודית (ב-91% וב-92% מהמקרים בהתאמה). לעומת זאת, התמותה משבץ מוחי, ממחלות כבד ומ-COPD נרשמה בכ-42%-43% מהמקרים כסיבת המוות היסודית. התמותה ממחלות לב נרשמה בכ-39% מהמקרים כסיבת המוות היסודית, והתמותה מסוכרת, בכ-34% מהמקרים. מחלות הכליה נרשמו כסיבת המוות היסודית בכ-21% מהמקרים. מחלות זיהומיות ודלקת ריאה ושפעת, נרשמו כסיבת המוות היסודית בכ-17%-18% מהמקרים בלבד (תרשים 7).

הבדלים בהתפלגות סיבות המוות בין מדינות, כפי שנראו בהשוואה עם ארה"ב בסעיף הקודם, יכולים להיות מוסברים בחלקם בהבדלים ברישום סיבות המוות וקביעת סיבת המוות היסודית. הבדלים אלו יכולים לבוא לידי ביטוי גם בהשוואות בין-לאומיות של שיעורי התמותה הספציפיים למחלה.

תרשים 7: סיבות המוות המובילות בישראל 2011: סיבת המוות היסודית לעומת סיבות מוות מרובות²:

אחוז מכלל הפטרות



מקורות המידע

1. סיבות מוות מובילות בישראל, 2000-2010. מנהל מידע ומחשוב, אגף המידע. משרד הבריאות.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading_causes_2010.pdf
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 1979-2011.
3. Anderson RN et al. Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates. Natl Vital Stat Rep. 2001;49(2):1-32.
4. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care. Hyattsville, MD, 2013.

פרק 4

מחלות
כרוניות





סרטן

ממצאים עיקריים

היארעות סרטן

- « בשנת 2010 אובחנו 25,472 מקרים חדשים של סרטן בישראל. שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל היו 356.9 ל-100,000 בגברים יהודים; 326.3 ל-100,000 בנשים יהודיות; 310.9 ל-100,000 בגברים ערבים; ו-216.63 ל-100,000 בנשים ערביות.
- « מחלות הסרטן השכיחות ביותר בכלל האוכלוסייה היו סרטן השד (16% מכלל מקרי הסרטן החדשים), סרטן המעי הגס והחלחולת (12.3%), סרטן הערמונית (10.0%) וסרטן הריאה (8.7%).

היארעות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

- « בגברים, שלוש מחלות הסרטן השכיחות ביותר בשנת 2010, הן ביהודים והן בערבים, היו: סרטן הערמונית (מקום ראשון ביהודים, שלישי בערבים), סרטן המעי הגס והחלחולת (מקום שני הן ביהודים והן בערבים), וסרטן הריאה (מקום ראשון בערבים, שלישי ביהודים).
- « בנשים, שתי מחלות הסרטן השכיחות ביותר בשנת 2010, הן ביהודיות והן בערביות, היו: סרטן השד (מקום ראשון) ואחריו, סרטן המעי הגס והחלחולת. במקום השלישי ביהודיות נמצא סרטן הריאה, ובערביות, סרטן בגוף הרחם.

היארעות לפי גיל

- « מחלות הסרטן השכיחות ביותר בילדים ובמתבגרים (0-19) היו: ליקמיה, סרטן המוח ולימפומה שאינה הודג'קין. בגילאי 20-44 מחלות הסרטן השכיחות בנשים היו סרטן השד וסרטן בלוטת התריס, ובגברים - סרטן האשכים ולימפומה שאינה הודג'קין. בגילאי 45 ומעלה, מחלות הסרטן השכיחות ביותר בנשים היו סרטן השד וסרטן המעי הגס והחלחולת, ובגברים - סרטן הערמונית, סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן הריאה.

מגמות בהיארעות

- « בין השנים 1980-2007 נצפתה עלייה בהיארעות הסרטן, הן ביהודים והן בערבים. באוכלוסייה היהודית, שיעור ההיארעות עלה בכ-34% בגברים ובכ-20% בנשים. באוכלוסייה הערבית עלה שיעור ההיארעות באותה תקופה בכ-77% בגברים ובכ-115% בנשים.
- « בין השנים 2007-2010 נצפתה ירידה בהיארעות הסרטן בגברים יהודים (ירידה של כ-13%), בנשים יהודיות (כ-4%), ובנשים ערביות (כ-7%). בגברים הערבים נותרו השיעורים יציבים.

תמותה מסרטן

- « מחלת הסרטן היא סיבת המוות המובילה בישראל. בשנת 2011, 25.3% מכלל מקרי המוות בישראל (10,287 פטירות) יוחסו לסרטן.
- « שיעורי התמותה המתוקננים לגיל היו 145.9 ל-100,000 בגברים יהודים; 116.6 ל-100,000 בנשים יהודיות; 159.1 ל-100,000 בגברים ערבים; ו-81.7 ל-100,000 בנשים ערביות.
- « מחלות הסרטן המובילות בתמותה בכלל האוכלוסייה היו: סרטן הריאה (17.9% ממקרי הפטירה מסרטן), סרטן המעי הגס והחלחולת (12.1%) וסרטן השד (10.0%).

תמותה לפי מין

« בשנת 2011, אתר הסרטן המוביל בתמותה בגברים היה סרטן הריאה (22.8% מכלל הפטירות מסרטן בגברים), ואחריו דורגו סרטן המעי הגס והחלחולת (12.7%), סרטן הערמונית (8.3%) וסרטן הלב (8.1%).

« אתר הסרטן המוביל בתמותה בנשים בשנת 2011 היה סרטן השד (20.0% מכלל הפטירות מסרטן בנשים), ואחריו דורגו סרטן הריאה (12.8%), סרטן המעי הגס והחלחולת (11.6%) וסרטן הלב (7.8%).

תמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

« בגברים, שיעור התמותה המתוקנן לגיל מסרטן הריאה היה גבוה פי 1.6 בערבים לעומת יהודים; שיעור התמותה בשאר אתרי הסרטן המובילים היו גבוהים פי 1.2-1.4 ביהודים לעומת ערבים.

« בנשים, שיעור התמותה המתוקנן לגיל מסרטן השד היה גבוה פי 1.4 ביהודיות; שיעור התמותה מסרטן הריאה היה גבוה פי 2.7 ביהודיות; ושיעורי התמותה מסרטן הלב, סרטן השחלה וסרטן הקיבה היו גבוהים פי 1.3-1.5 ביהודיות.

מגמות בתמותה

« באוכלוסייה היהודית נצפו שיעורי תמותה יציבים לאורך שנות ה-80'. בשנות ה-90' נצפתה עלייה בשיעורים. בשנים 1999-2011 ירדו שיעורי התמותה בגברים בכ-16%, ובשנים 1996-2011 ירדו שיעורי התמותה בנשים בכ-21%.

« באוכלוסייה הערבית נצפתה מגמת עלייה בשיעורי התמותה מסרטן, החל מראשית שנות ה-80'. שיעורי התמותה בגברים הערבים עלו בכ-30% בשנים 1980-2011. בנשים הערביות השיעורים עלו בכ-24% בשנים 1980-2008, ומשנת 2009 מסתמנת מגמת ירידה בשיעורים.

השוואה בין-לאומית

« שיעור התמותה מסרטן בגברים בישראל נמוך יחסית ליתר מדינות ה-OECD, ונמצא במקום ה-32 מבין 33 מדינות. שיעור התמותה מסרטן בנשים בישראל גבוה במעט מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, ונמצא במקום ה-15 מבין 33 מדינות (נכון לשנת 2010).

סרטן

רקע

מחלת הסרטן היא סיבת המוות המובילה בישראל, הן בגברים והן בנשים. בשנת 2011, 25.3% ממקרי המוות בישראל (10,288 פטירות) יוחסו לסרטן¹. המחלות הממאירות מהוות את סיבת המוות השכיחה ביותר בישראל מאז שנת 1999, לאחר תקופה ארוכה בה היו מחלות הלב גורם התמותה הראשי². על גורמי הסיכון לתחלואה בסרטן נמנים גורמים גנטיים וגורמים הקשורים באורח חיים וסביבה. מנתוני ארגון הבריאות העולמי, נכון לשנת 2008, כ-13% ממקרי המוות ברחבי העולם (7.6 מיליון מקרים) מיוחסים לסרטן, וההערכה היא כי התמותה מסרטן תמשיך לעלות ותגיע לכ-13.1 מיליון מקרים ב-2030. כ-30% ממקרי התמותה מסרטן מיוחסים לגורמי סיכון התנהגותיים הניתנים למניעה: עישון, עודף משקל, צריכת פירות וירקות מועטה, היעדר פעילות גופנית וצריכת אלכוהול³.

בפרק זה מוצגים נתוני תחלואה ותמותה מכלל אתרי הסרטן וממחלות הסרטן המובילות. הנתונים מוצגים הן עבור כלל האוכלוסייה, הכללת יהודים, ערבים ואחרים*, והן לפי קבוצות אוכלוסייה (יהודים וערבים בלבד). יוצגו נתוני היארעות סרטן בישראל (מספר מקרים חדשים בשנה), נכון לשנת 2010, ונתוני תמותה, נכון לשנת 2011.

מקורות הנתונים

נתוני ההיארעות נלקחו ממסד הנתונים הממוחשב של הרישום הלאומי לסרטן במשרד הבריאות. הרישום הלאומי לסרטן בישראל הוקם בשנת 1960, ומאז שנת 1982 הדיווח לרישום מחויב על פי חוק. משנת 2005 מהווה הרישום חלק מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם). הנתונים מבוססים על דיווח מהמקורות הרפואיים המאבחנים חולי סרטן בארץ או המטפלים בהם. הנתונים שיוצגו כוללים מקרים של גידולים חודרניים בלבד, ואינם כוללים גידולים ממוקדים (*in situ*), פרט לנתונים אודות סרטן צוואר הרחם (סעיף 3.5), הכוללים גם גידולים ממוקדים. הנתונים מוצגים לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, כאחוזים וכשיעורים סגוליים לגיל, וכשיעורים ל-100,000 איש, מתוקננים לגיל. אוכלוסיית התקן היא אוכלוסיית ישראל בשנת 2008.

נתוני התמותה מקורם בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס). הנתונים מוצגים לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, כאחוזים וכשיעורים סגוליים לגיל, וכשיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל (אוכלוסיית התקן, כנ"ל: ישראל 2008).

נתוני ההישרדות מקורם במעקב של חמש שנים שבוצע על ידי הרישום הלאומי לסרטן לגבי מקרים שאובחנו בשנים 1998-2006. השיעורים מוצגים כשיעור ההישרדות היחסי: היחס בין הסיכוי שאדם עם מחלת הסרטן ישרוד בתום תקופת המעקב לבין הסיכוי שיש לאדם בן גילו באוכלוסייה הכללית לשרוד את התקופה. מדד זה מתאר את עודף התמותה בקרב חולים במחלות ממאירות, תוך התחשבות בתמותה הכללית הצפויה.

בטבלה 1 מובאים הקודים לסיווג אתרי הסרטן אשר יופיעו בפרק. מקרי ההיארעות מקודדים על פי ה-ICD-O-3 וה-ICD-9. מקרי התמותה מקודדים על פי ה-ICD-10 החל מ-1998, ועל פי ה-ICD-9 עד 1997 כולל.

*אחרים: נוצרים לא ערבים ואזרחים ללא סיווג דת.

פרק 4 מחלות כרוניות

טבלה 1: סיווג אתרי הסרטן לפי ICD-9, ICD-O-3 ו-ICD-10².

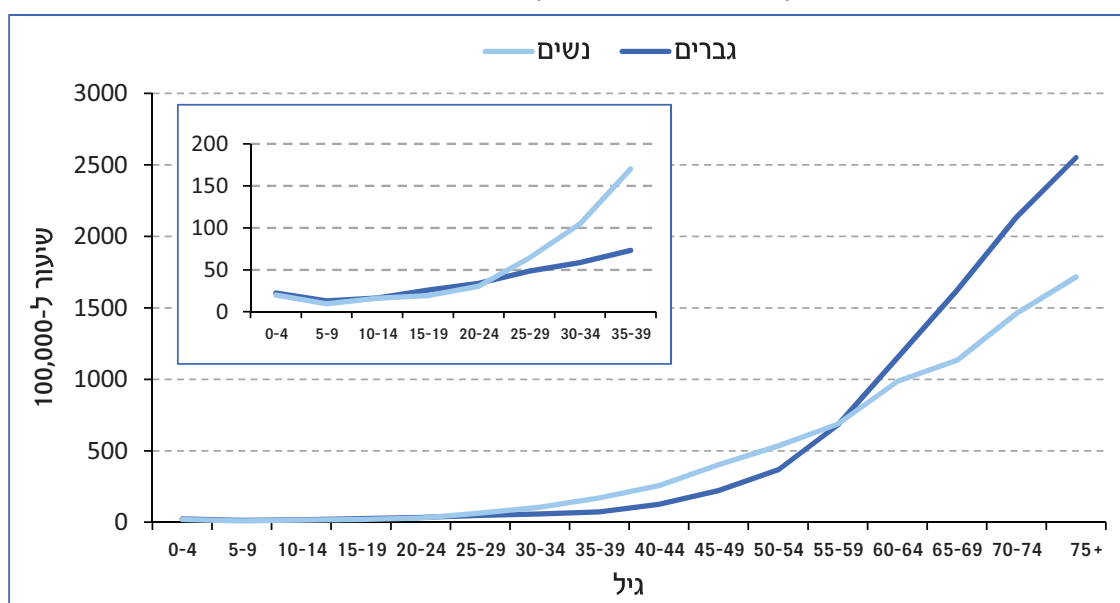
ICD-10	ICD-9	ICD-O-3	אתר
C50	174	C50	שד (נשים) Female Breast
C18, C19-C20	153, 154.0-154.1	C18, C19-C20	מעי גס וחלחולת Colon and Rectum
C61	185	C61	ערמונית Prostate
C33-C34	162	C33-C34	ריאה (כולל הסמפונות וקנה הנשימה) Lung, Bronchus & Trachea
C82-85, C96	200, 202 (excluding 202.4)	C02.4, C09.8, C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77 and all other sites for Extranodal Non-Hodgkin Lymphoma קודים מורפולוגיים: 9590-9596, 9670-9729, 9740-9741, 9750-9758	לימפומה (שאינה הודג'קין) Non-Hodgkin Lymphoma (NHL)
C81	201	C02.4, C09.8, C09.9, C11.1, C14.2, C37.9, C42.2, C77 and all other sites for Extranodal Hodgkin Lymphoma קודים מורפולוגיים: 9650-9667	לימפומת הודג'קין
C67	188	C67	כיס השתן Urinary Bladder
C43	172	C44	מלנומה של העור Melanoma of Skin
C73	193	C73	בלוטת התריס Thyroid
C64, C65, C66, C68	189.0, 189.1, 189.2, 189.3-189.9	C64, C65, C66, C68	כליה (כולל אברים אחרים של מערכת השתן) Kidney and other Urinary Organs
C25	157	C25	לבלב Pancreas
C91, C92-C94, C95	202.4, 204, 205-207, 208, 238.7, 289.8 (288.3 as of 2001)	C42.0, C42.1, C42.4	ליקמיה Leukemia
C16	151	C16	קיבה Stomach
C54, C55	179, 182	C54, C55	גוף הרחם Corpus Uteri & Uterus unspecified
C56	183.0	C56	שחלה Ovary
C70-C72	191-192	C70-C72	מוח (כולל מערכת העצבים) Brain and other Nervous System
C40-C41	170	C40-C41	עצם Bones and Joints
C47, C49	171	C47, C49	רקמות רכות (כולל רקמות חיבור) Connective and Soft Tissue
C62	186	C62	אשכים Testis
C69	190	C69	עין Eye
C53	180	C53	צוואר הרחם Cervix Uteri
C88	203.8, 273.2, 273.3 (238.4, 238.7, 284.9, 285.0 as of 2001)	קודים מורפולוגיים: 9760-9769 (9950-9962, 9970, 9975, 9980-9989 as of 2001)	סרטני דם שונים Miscellaneous Hematologic Diseases

1. היארעות סרטן (כלל האתרים)

1.1. היארעות סרטן לפי מין וגיל

שיעורי היארעות הסרטן עולים עם הגיל. עיקר התחלואה בסרטן מתרחשת בגיל המבוגר. בילדים ובצעירים עד גיל 25, שיעורי היארעות דומים ונמוכים יחסית בשני המינים. בגילאים 25-54 גבוהים יותר שיעורי ההיארעות בנשים לעומת הגברים, בפער ניכר של כ-79% בממוצע. בגילאים 55-59 השיעורים בגברים ובנשים כמעט זהים. החל מגיל 60 נראית עלייה חדה יותר בשיעורי ההיארעות בגברים לעומת הנשים, והשיעורים בגברים גבוהים באופן ניכר. הפערים בין המינים הולכים וגדלים עם הגיל, משיעור הגבוה בכ-17% בגברים לעומת הנשים בגילאי 60-64, לפער של כ-49% בגילאי 75 ומעלה (תרשים 1).

תרשים 1: שיעורי היארעות סרטן (כלל האתרים) לפי מין וגיל, 2010⁴: שיעורים ל-100,000

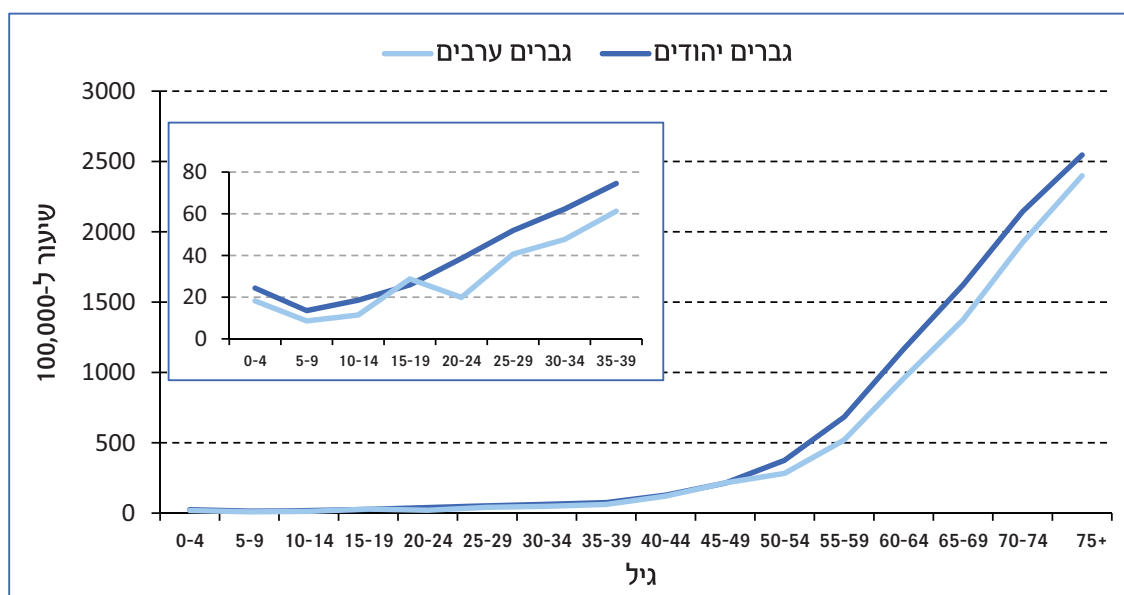


1.2. היארעות סרטן לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

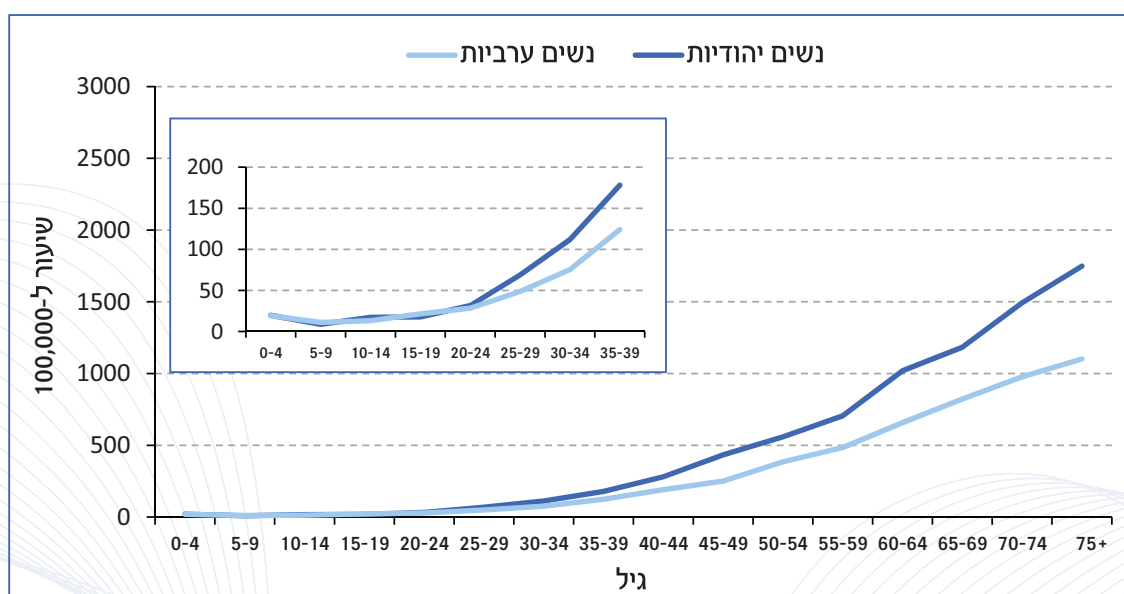
שיעורי היארעות הסרטן בגברים היהודים גבוהים בדרך כלל מהשיעורים בגברים הערבים. בילדים (גילאי 0-14) בולטים שיעורי היארעות גבוהים יותר בבנים היהודים לעומת הערבים (פער של כ-50% בממוצע). הפער הגדול ביותר בין גברים יהודים לערבים נצפה בקבוצת הגיל 20-24, בה גבוה שיעור ההיארעות בגברים היהודים בכ-94% (38.6 ל-100,000 לעומת 19.9 ל-100,000, ביהודים ובערבים בהתאמה). בגילאים 25-39 גבוהים השיעורים בגברים היהודים בכ-27% בממוצע. בגילאים 40-49 שיעורי ההיארעות דומים ביהודים ובערבים. בגילאים 50-59, שוב גבוהים יותר שיעורי ההיארעות בגברים היהודים בכ-32%, ומגיל 60 ומעלה הפער בין הגברים היהודים לערבים מצטמצם, עד לשיעור הגבוה בכ-6% בלבד ביהודים לעומת הערבים בגילאי 75 ומעלה (תרשים 2א'). בנשים, שיעורי היארעות הסרטן דומים ביהודיות ובערביות עד גיל 25. מגיל 25 ומעלה, שיעורי היארעות הסרטן גבוהים יותר בנשים היהודיות, בפער של כ-50% בממוצע. הפער הגדול ביותר בשיעורי ההיארעות נצפה בקבוצת הגיל 45-49, בה גבוה שיעור ההיארעות בנשים היהודיות בכ-73% לעומת הערביות (תרשים 2ב'). בסך הכול, מגמות ההיארעות בנשים ובגברים דומות, אולם העלייה בהיארעות הסרטן בגילאי 50 ומעלה חדה יותר בגברים בהשוואה לנשים, בשתי קבוצות האוכלוסייה.

תרשים 2: שיעורי היארעות סרטן (כלל האתרים) לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2010⁴: שיעורים ל-100,000

2א. גברים



2ב. נשים

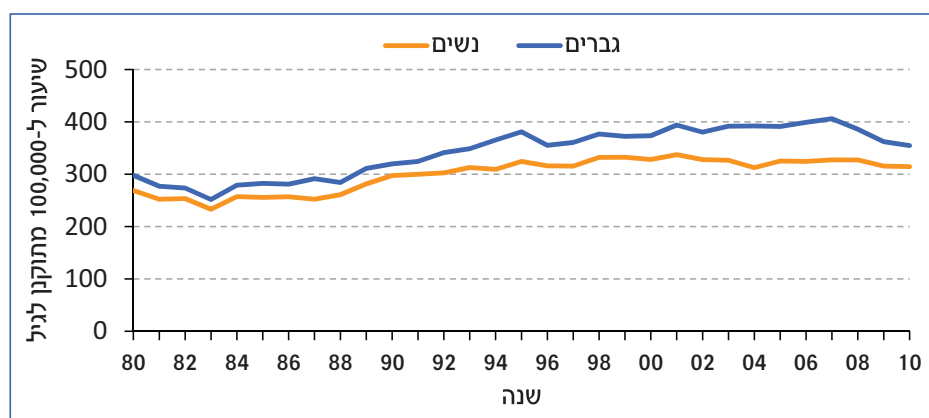


1.3.1 מגמות בהיארעות סרטן (כלל האתרים)

1.3.1.1 מגמות בהיארעות לפי מין

החל מראשית שנות ה-80' נצפתה מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות של סרטן, אשר התמתנה החל מאמצע שנות ה-90'. בין השנים 1980-1995 עלו השיעורים בכ-28% בגברים ובכ-21% בנשים, ובין השנים 1996-2007 חלה עלייה נוספת של כ-14% בגברים וכ-4% בנשים. בשנים האחרונות מסתמנת מגמת ירידה בשיעורים, החל משנת 2007 בגברים ובשנת 2008 בנשים. המגמות בשיעורי ההיארעות דומות בגברים ובנשים, כאשר לאורך כל השנים, שיעורי ההיארעות בגברים גבוהים מהשיעורים בנשים. עד שנת 1993 עמד הפער בין המינים על כ-10%. בהמשך התרחב הפער, ובשנים 2003-2007 היו שיעורי ההיארעות בגברים גבוהים ב-20%-26% לעומת השיעורים בנשים. משנת 2008 החלו הפערים בין המינים להצטמצם ובשנת 2010 נצפה פער של כ-13% בין הגברים לנשים (תרשים 3).

תרשים 3: מגמות בהיארעות סרטן (כלל האתרים) לפי מין, 1980-2010⁴: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל

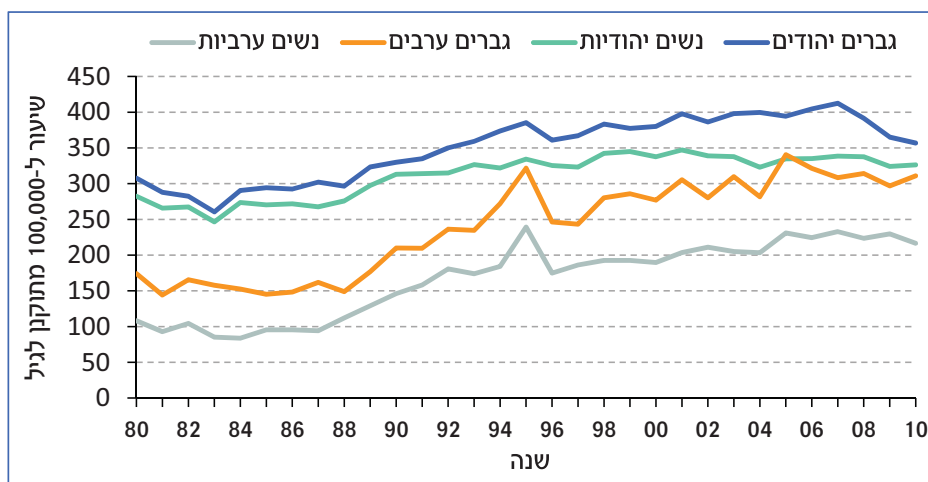


1.3.2.1 מגמות בהיארעות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בין השנים 1980-2007 נצפתה מגמת עלייה בהיארעות הסרטן בשתי קבוצות האוכלוסייה, כאשר עלייה חדה יותר נצפתה באוכלוסייה הערבית. באוכלוסייה היהודית, שיעורי ההיארעות עלו בכ-34% בגברים ובכ-20% בנשים. באוכלוסייה הערבית עלו שיעורי ההיארעות באותה התקופה בכ-77% בגברים ובכ-115% בנשים. בשנים האחרונות נצפית מגמת ירידה בשיעורי ההיארעות. בין השנים 2007-2010 נצפתה ירידה של כ-13% בשיעורי ההיארעות הסרטן בגברים יהודים, וירידה מתונה יותר בנשים יהודיות (כ-4%) ובנשים ערביות (כ-7%). בגברים הערבים נשאר השיעורים יציבים באותן שנים (תרשים 4).

לאורך כל השנים, שיעורי ההיארעות הסרטן גבוהים יותר ביהודים, גברים ונשים, בהשוואה לערבים. שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר נצפו בגברים היהודים, ושיעורי ההיארעות הנמוכים ביותר בנשים הערביות. הפערים בהיארעות בין האוכלוסייה היהודית לערבית הצטמצמו באופן ניכר עם השנים. בשנים 1980-1994, שיעור ההיארעות בגברים היהודים היה גבוה פי 1.8 בממוצע לעומת הגברים הערבים, ושיעור ההיארעות בנשים היהודיות היה גבוה פי 2.5 בממוצע לעומת הערביות. בשנים 1995-2010 הצטמצמו הפערים בין קבוצות האוכלוסייה. שיעור ההיארעות בגברים היהודים בשנים אלו היה גבוה בכ-30% בממוצע בהשוואה לגברים הערבים, ושיעור ההיארעות בנשים היהודיות היה גבוה בכ-60% בממוצע לעומת הערביות (תרשים 4).

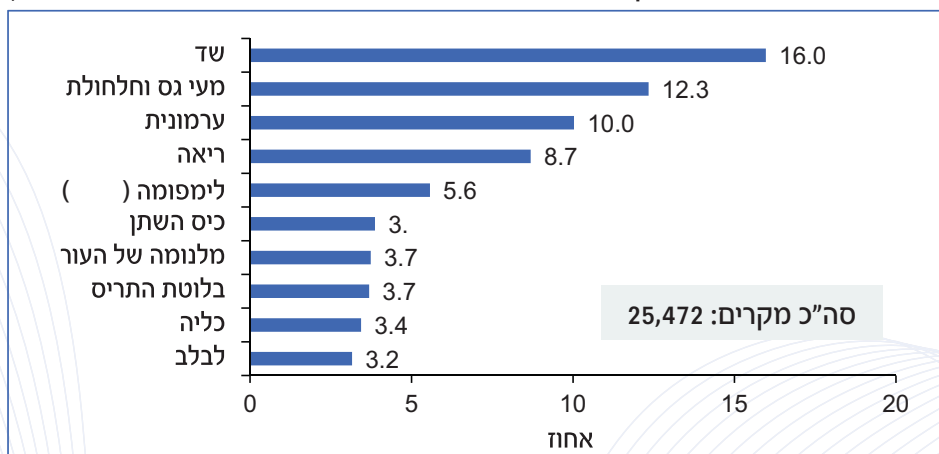
תרשים 4: מגמות בהיארעות סרטן (כלל האתרים) לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2010⁴: שיעורים ל-100,000 מתוקני לגיל



1.4. אתרי הסרטן השכיחים ביותר בכלל האוכלוסייה

בתרשים 5 מוצגים עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר בכלל האוכלוסייה. בסך הכול, עשרה אתרים אלו היוו ביחד 70.5% מכלל מקרי הסרטן החדשים בשנת 2010. סרטן השד הנו הסרטן השכיח ביותר, לו מיוחסים 16.0% ממקרי הסרטן החדשים בשנה (4,068 מקרים). במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, לו מיוחסים 12.3% מהמקרים. במקום השלישי נמצא סרטן הערמונית, עם 10.0% ממקרי הסרטן החדשים בשנה.

תרשים 5: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר בכלל האוכלוסייה, 2010⁴: אחוז מכלל המקרים החדשים



1.5. אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין

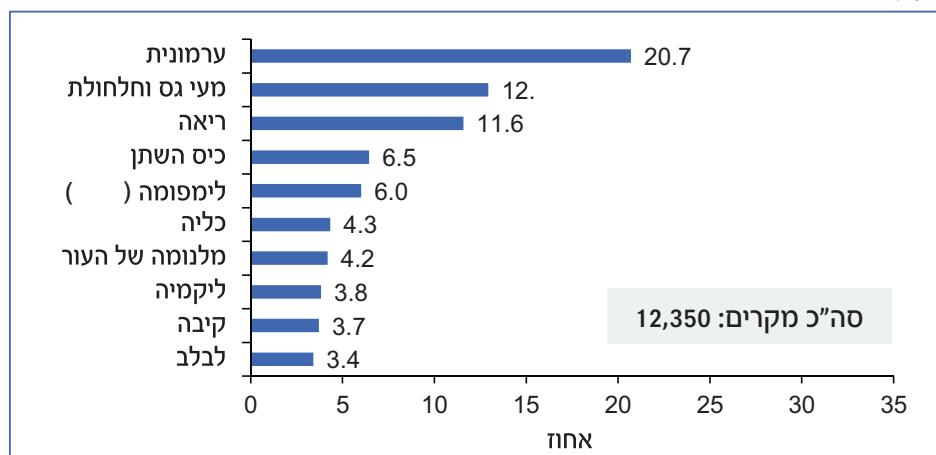
עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר בגברים תורמים ביחד 77.2% ממקרי הסרטן החדשים בגברים לשנת 2010. הסרטן השכיח ביותר הוא סרטן הערמונית, לו מיוחסים 20.7% ממקרי הסרטן החדשים בגברים (2,556 מקרים). אחריו נמצאים סרטן המעי הגס והחלחולת, לו מיוחסים 12.9% מהמקרים, וסרטן הריאה עם 11.6% מהמקרים החדשים בשנה (תרשים 6א').

עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר בנשים תורמים ביחד 75.9% ממקרי הסרטן החדשים בנשים לשנת 2010. הסרטן השכיח ביותר הוא סרטן השד, לו מיוחסים 30.6% ממקרי הסרטן החדשים בנשים (4,021 מקרים). במקומות השני והשלישי, בדומה לנצפה בגברים, נמצאים סרטן המעי הגס והחלחולת עם 11.8% מהמקרים, וסרטן הריאה

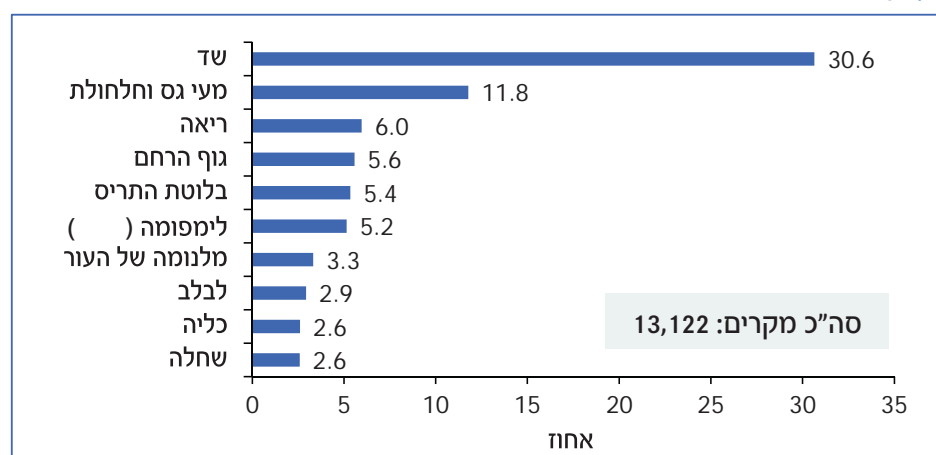
עם 6.0% מהמקרים החדשים בשנה (תרשים ב6'). להוציא אתרי הסרטן שהנם סגוליים למין, מרבית אתרי הסרטן השכיחים זהים בגברים ובנשים.

תרשים 6: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר, לפי מין⁴: אחוז מכלל המקרים החדשים

א. גברים



ב. נשים



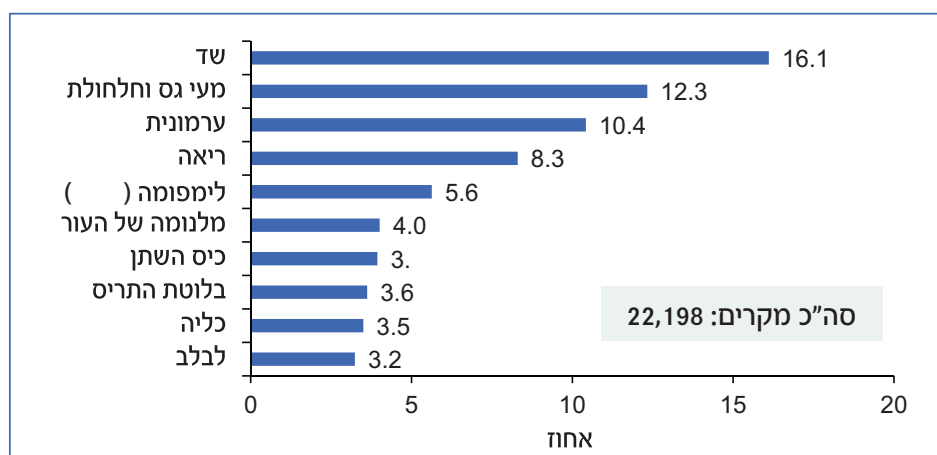
1.6. אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי קבוצת אוכלוסייה

הסרטן השכיח ביותר ביהודים הוא סרטן השד, לו מיוחסים 16.1% ממקרי הסרטן החדשים ביהודים (3,576 מקרים). אחריו נמצאים סרטן המעי הגס והחלחולת עם 12.3% מהמקרים (2,737 מקרים), וסרטן הערמונית עם 10.4% מהמקרים (2,313 מקרים) (תרשים זא').

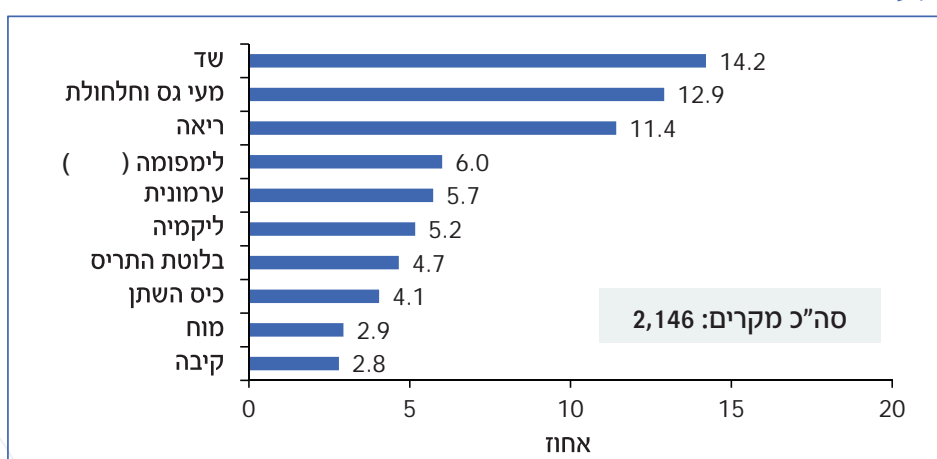
בדומה לנצפה ביהודים, הסרטן השכיח ביותר בערבים הוא סרטן השד, לו מיוחסים 14.2% ממקרי הסרטן החדשים בערבים (305 מקרים), ואחריו נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 12.9% מהמקרים החדשים (277 מקרים). בשונה מהדירוג ביהודים, במקום השלישי בערבים נמצא סרטן הריאה, עם 11.4% ממקרי הסרטן החדשים בשנה (245 מקרים) (תרשים זב'). חמשת האתרים הראשונים בשכיחותם זהים ביהודים ובערבים.

תרשים 7: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר, לפי קבוצת אוכלוסייה⁴: אחוז מכלל המקרים החדשים

7א. יהודים



7ב. ערבים

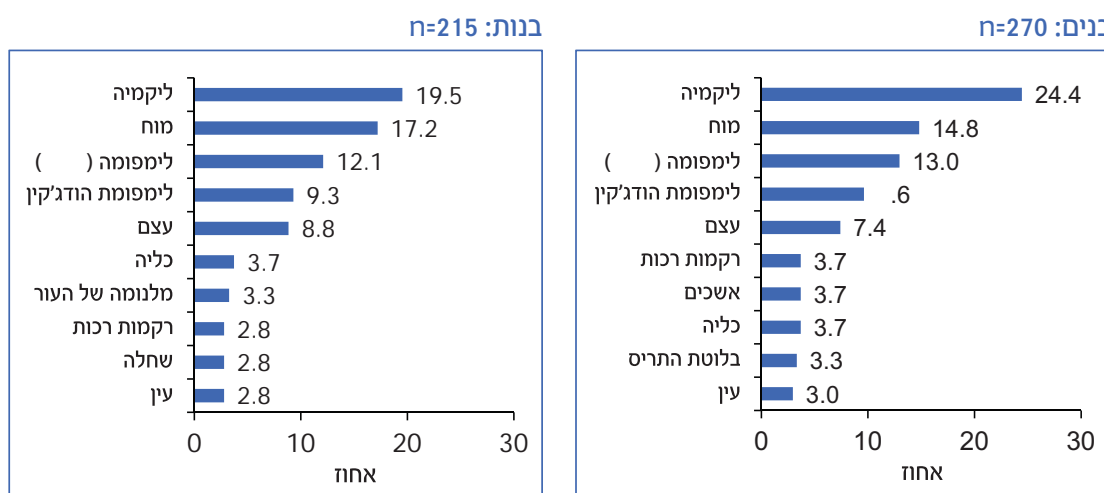


1.7. אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין וגיל

בילדים ובמתבגרים (גילאי 0-19) חמשת אתרי הסרטן השכיחים ביותר מדורגים באופן זהה בבנים ובבנות. מחלת הסרטן השכיחה ביותר בגילאים אלו היא ליקמיה. אחריה מדורגים סרטן המוח, לימפומה שאינה הודג'קין, לימפומה מסוג הודג'קין וסרטן העצם. מספר המקרים החדשים בבנים גבוה בכ-25% ממספר המקרים החדשים בבנות (תרשים א'8).

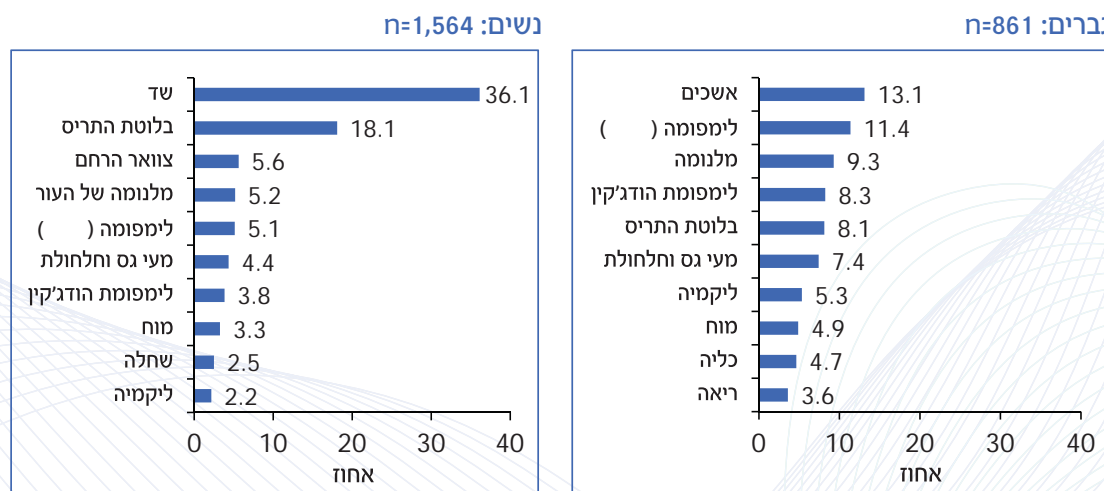
תרשים 8: עשרת אתרי הסרטן השכיחים ביותר, לפי מין וגיל⁴: אחוז מכלל המקרים החדשים

א. גילאי 0-19



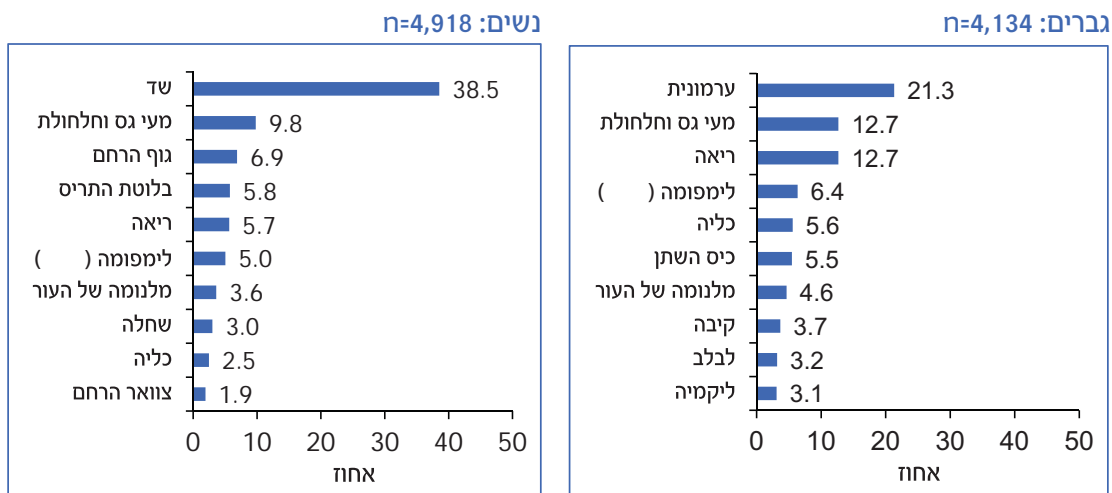
בגילאי 20-44, הסרטן השכיח ביותר בנשים ובגברים הוא סרטן סגולי למין: סרטן השד בנשים, וסרטן האשכים בגברים. מספר מקרי הסרטן החדשים בקבוצת גיל זו גבוה בכ-82% בנשים לעומת הגברים, בעיקר בשל המספר הגבוה של מקרי סרטן השד וסרטן בלוטת התריס בנשים (848 מקרים, המהווים 54.2% מהמקרים החדשים בנשים בקבוצת גיל זו). שבעה מעשרת אתרי הסרטן השכיחים זהים בגברים ובנשים (תרשים ב'8).

ב. גילאי 44-20



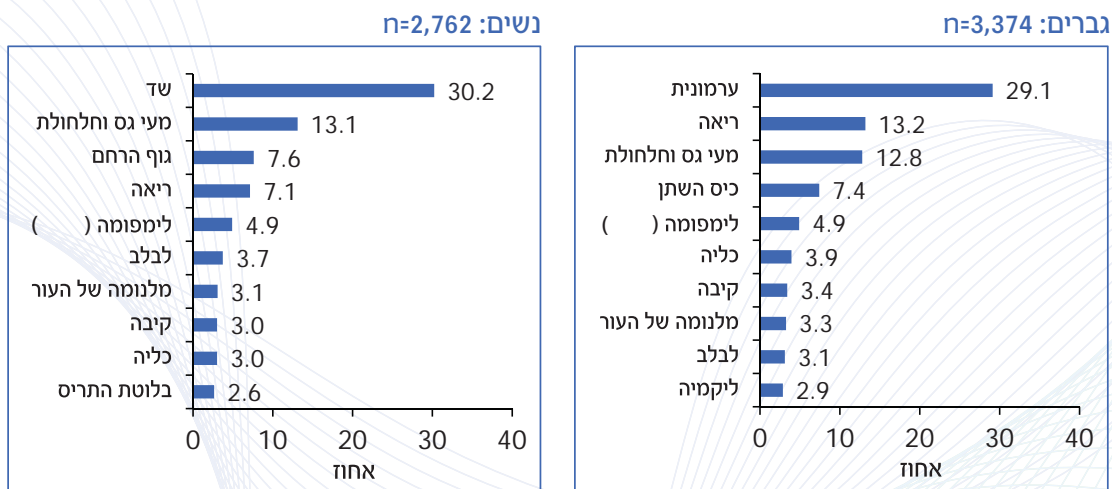
בגילאי 45-64, 38.5% ממקרי הסרטן החדשים בנשים מיוחסים לסרטן השד (1,895 מקרים). במקום השני בנשים ממוקם סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 9.8% מהמקרים החדשים בשנה (482 מקרים), ואחריו סרטן בגוף הרחם, לו מיוחסים 6.9% מהמקרים החדשים. בקרב הגברים בקבוצת גיל זו, 21.3% ממקרי הסרטן החדשים מיוחסים לסרטן הערמונית (881 מקרים). במקומות השני והשלישי בגברים, עם 12.7% (524 מקרים) מסך המקרים החדשים לכל סוג, נמצאים סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן הריאה. חמישה מתוך עשרת האתרים השכיחים בקבוצת גיל זו, זהים בגברים ובנשים (תרשים ג'8).

ג'8. גילאי 45-64



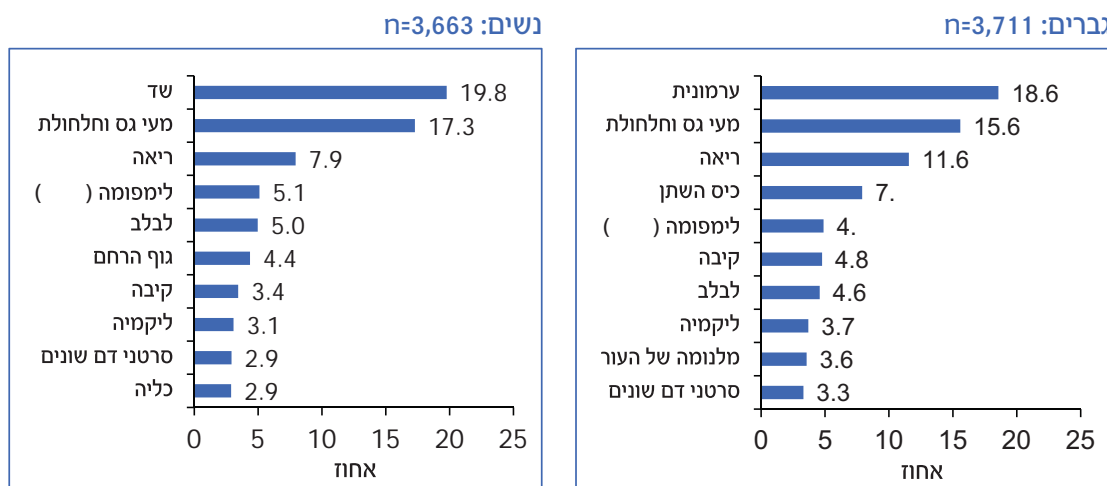
בגילאי 65-74, 30.2% ממקרי הסרטן החדשים בנשים מיוחסים לסרטן השד (835 מקרים). בקרב הגברים בקבוצת גיל זו, 29.1% מהמקרים החדשים מיוחסים לסרטן הערמונית (983 מקרים). האתר השני בשכיחותו בנשים הוא סרטן המעי הגס והחלחולת (13.1%), ואחריו סרטן בגוף הרחם (7.6%). בגברים, הסרטן השני בשכיחותו הוא סרטן הריאה (13.2%), ואחריו סרטן המעי הגס והחלחולת (12.8%). חמישה מעשרת האתרים השכיחים בקבוצת גיל זו, זהים בגברים ובנשים (תרשים ג'8).

ג'8. גילאי 65-74



בגילאי 75 ומעלה, 19.8% ממקרי הסרטן החדשים בשנה בנשים מיוחסים לסרטן השד (724 מקרים), ואחריו מדורגים סרטן המעי הגס והחלחולת (17.3%) וסרטן הריאה (7.9%). בקרב הגברים, 18.6% ממקרי הסרטן החדשים בשנה מיוחסים לסרטן הערמונית (689 מקרים), ואחריו מדורגים סרטן המעי הגס והחלחולת (15.6%) וסרטן הריאה (11.6%). שבעה מעשרת אתרי הסרטן השכיחים בקבוצת גיל זו, זהים בנשים ובגברים (תרשים 8).

8. גילאי 75 ומעלה



אתרי הסרטן הסגוליים למין הם, כאמור, אתרי הסרטן השכיחים ביותר בגברים ובנשים. סרטן השד הוא הסרטן השכיח ביותר בנשים בגילאי 20 ומעלה. בגברים, לעומת זאת, סרטן האשכים הוא השכיח ביותר בצעירים (עד גיל 45), וסרטן הערמונית במבוגרים (גיל 45 ומעלה).

הפער בין האתר השכיח ביותר לשני בשכיחותו בקבוצת הגיל המבוגר (+75), קטן לעומת הפער שנצפה בין המקום הראשון לשני בגילאים 45-74, בהם סרטן השד בנשים וסרטן הערמונית בגברים תופסים אחוז ניכר מסך התחלואה. בנשים פער זה בולט כבר מקבוצת הגיל 20-44.

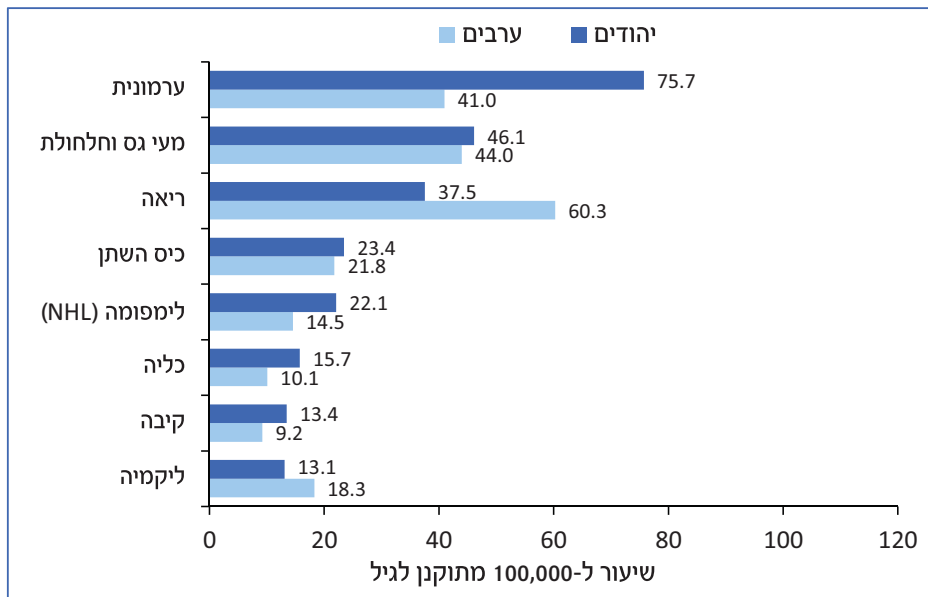
1.8. אתרי הסרטן השכיחים ביותר לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בסעיף זה מוצגים אתרי הסרטן השכיחים באמצעות שיעורי היארעות ל-100,000, מתוקננים לגיל. בקרב הגברים (תרשים 9א'), שיעורי ההיארעות גבוהים יותר ביהודים לעומת ערבים במרבית האתרים המוצגים, להוציא סרטן ריאה וליקמיה. סרטן הערמונית הנו הסרטן השכיח ביותר ביהודים, ושיעורו בגברים היהודים גבוה פי 1.8 משיעורו בערבים (ממוקם שלישי). הסרטן השכיח ביותר בגברים הערבים הנו סרטן הריאה, ושיעורו בגברים הערבים גבוה פי 1.6 משיעורו בגברים היהודים (ממוקם שלישי). במקום השני, הן בגברים יהודים והן בגברים ערבים ממוקם סרטן המעי הגס והחלחולת, עם שיעורי היארעות דומים. שיעורי ההיארעות של סרטן כיס השתן דומים גם הם ביהודים ובערבים. שיעור היארעות הליקמיה גבוה פי 1.4 בגברים ערבים, ושיעורי ההיארעות של יתר אתרי הסרטן המוצגים גבוהים פי 1.5-1.6 בגברים יהודים.

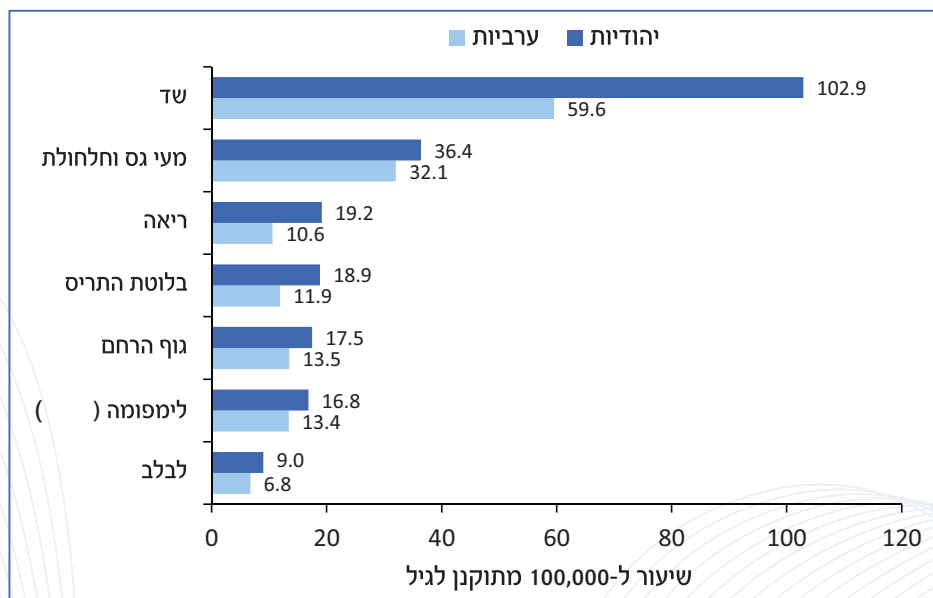
בקרוב הנשים (תרשים 9ב'), שיעורי ההיארעות גבוהים יותר ביהודיות לעומת ערביות בכלל האתרים המוצגים. סרטן השד הנו הסרטן השכיח ביותר בנשים יהודיות וערביות, אולם שיעור ההיארעות גבוה פי 1.7 ביהודיות לעומת ערביות. שיעור ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת, המדורג במקום השני ביהודיות ובערביות, גבוה בכ-13.5% בנשים היהודיות. שיעוריהם של יתר האתרים המוצגים גבוהים פי 1.3-1.8 בנשים יהודיות לעומת ערביות.

תרשים 9: אתרי הסרטן השכיחים ביותר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁴: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

9א. גברים



9ב. נשים



2. תמותה מסרטן (כלל האתרים)

2.1. מגמות בתמותה מסרטן

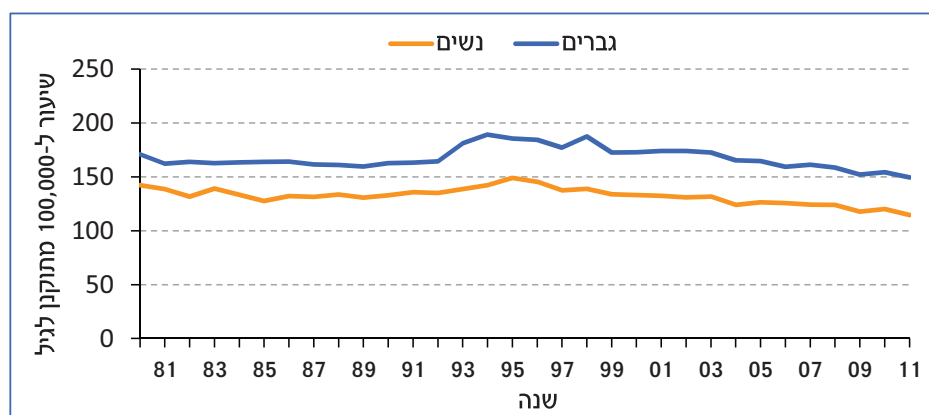
2.1.1. מגמות בתמותה מסרטן לפי מין

בגברים, שיעורי התמותה מסרטן היו יציבים יחסית בשנות ה-80, ובמהלך שנות ה-90 נצפתה עלייה של כ-15% בשיעורים. מסוף שנות ה-90 החלה ירידה בשיעורי התמותה מסרטן, אשר בולטת יותר בשנים האחרונות. בין השנים 1999-2011, ירדו שיעורי התמותה מסרטן בגברים בכ-13%.

בנשים, העלייה בשיעורי התמותה מסרטן החלה מוקדם יותר, ובין השנים 1986-1995 נצפתה עלייה של כ-13% בשיעורי התמותה. מאמצע שנות ה-90 החלה ירידה בשיעורים, ובין השנים 1996-2011 ירדו שיעורי התמותה מסרטן בנשים בכ-21%.

שיעורי התמותה מסרטן גבוהים יותר בגברים לעומת נשים, לכל אורך השנים. הפער בין גברים לנשים גדל, משיעור תמותה הגבוה בכ-22% בגברים לעומת נשים בשנות ה-80, לפער של כ-30% בשנות ה-2000 (תרשים 10).

תרשים 10: מגמות בתמותה מסרטן (כלל האתרים) לפי מין, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



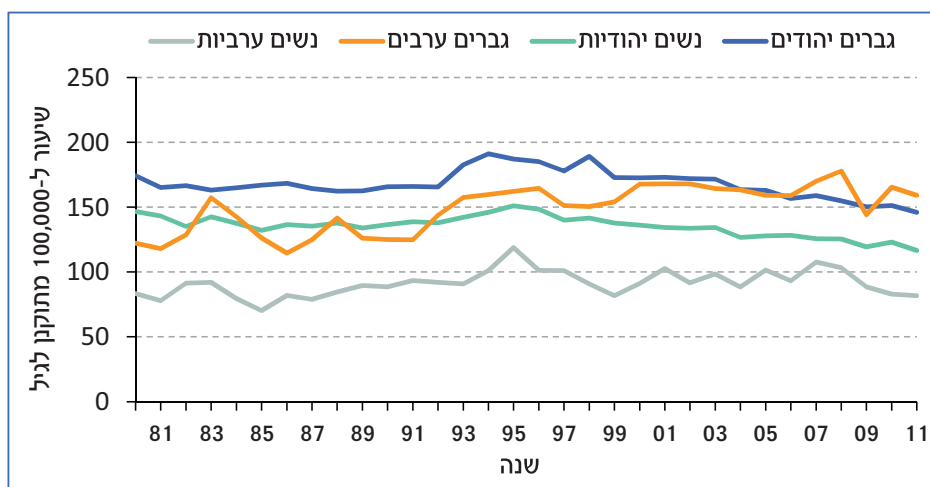
2.1.2. מגמות בתמותה מסרטן לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

באוכלוסייה היהודית, נצפו שיעורי תמותה יציבים לאורך שנות ה-80, בגברים ובנשים. בשנות ה-90 נצפתה עלייה בשיעורי התמותה, אשר הייתה ממושכת וגבוהה יותר בגברים (עלייה של כ-14% בשיעורי התמותה בגברים בשנים 1998-1999, לעומת עלייה של כ-11% בנשים, בשנים 1995-1999). בין השנים 1999-2011 ירדו שיעורי התמותה בגברים בכ-16%. בנשים החלה הירידה באמצע שנות ה-90, ובין השנים 1996-2011 ירדו שיעורי התמותה בנשים בכ-21%.

באוכלוסייה הערבית, נצפתה עלייה בשיעורי התמותה מסרטן לאורך השנים. בגברים נצפתה עלייה של כ-30% בשיעורי התמותה בין השנים 1980-2011. בנשים הערביות, שיעורי התמותה עלו בכ-24% בין השנים 1980-2008, ומשנת 2009 מסתמנת מגמת ירידה בשיעורים (ירידה של כ-21% בין השנים 2008-2011).

מראשית שנות ה-80 ועד אמצע העשור הראשון של שנות ה-2000, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר מסרטן נצפו בגברים היהודים. החל משנת 2000 הצטמצם הפער בשיעורי התמותה מסרטן בין הגברים היהודים לערבים, ומאמצע שנות ה-2000, שיעורי התמותה מסרטן גבוהים יותר בגברים הערבים לעומת היהודים. שיעורי התמותה מסרטן בנשים היהודיות, היו גבוהים מהשיעורים בגברים הערבים, במרבית שנות ה-80. החל משנות ה-90 גבוהים יותר שיעורי התמותה מסרטן בגברים הערבים לעומת הנשים היהודיות, בפער אשר הולך וגדל עם השנים. בנשים הערביות נשמרים שיעורי התמותה הנמוכים ביותר מסרטן, לכל אורך השנים.

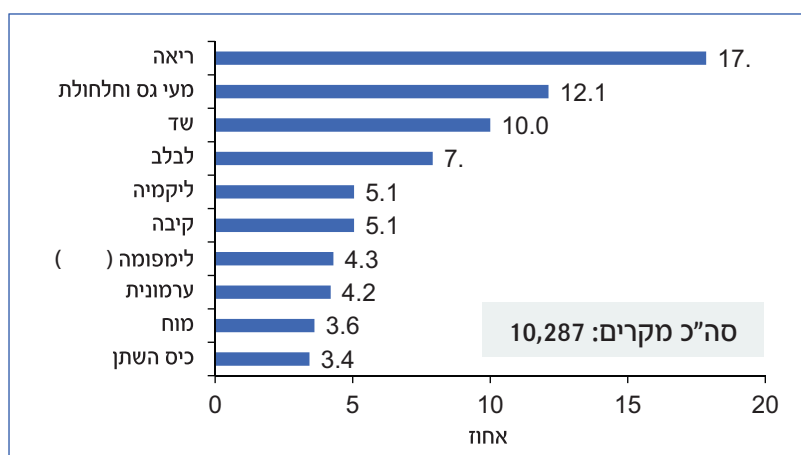
תרשים 11: מגמות בתמותה מסרטן (כלל האתרים) לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל



2.2. תמותה מסרטן לפי אתר המחלה

תרשים 12: עשרת האתרים המובילים בתמותה, 2011¹: אחוז מכלל הפטירות מסרטן

בשנת 2011 נפטרו 10,287 איש בישראל מסרטן. אתר הסרטן המוביל בתמותה הוא סרטן הריאה, לו מיוחסים 17.9% ממקרי הפטירה מסרטן (1,836 מקרים). במקום השני מדורג סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 12.1% ממקרי הפטירה מסרטן (1,247 מקרים). במקום השלישי נמצא סרטן השד, לו מיוחסים 10.0% ממקרי הפטירה מסרטן (1,029 מקרים) (תרשים 12).



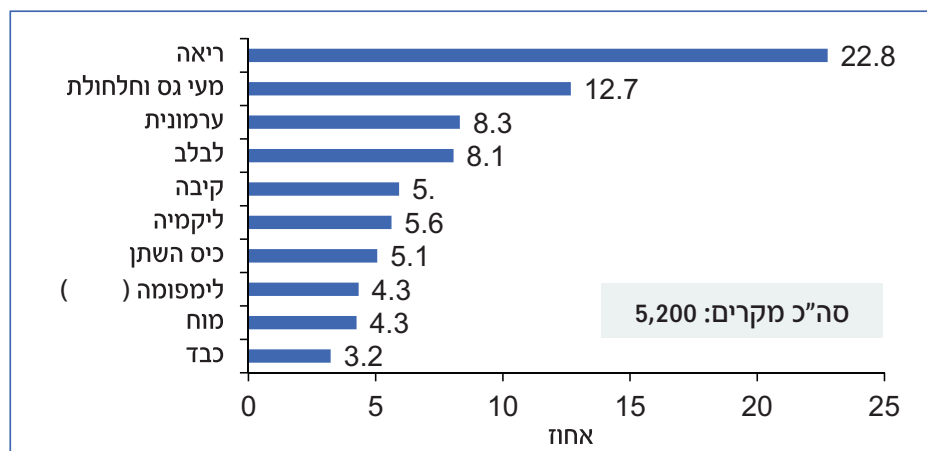
2.3. תמותה מסרטן לפי אתר המחלה ומין

הסרטן המוביל בתמותה בגברים הוא סרטן הריאה, לו מיוחסים 22.8% מכלל הפטירות מסרטן בגברים (1,184 מקרים). במקום השני בגברים נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת עם 12.7% ממקרי הפטירות מסרטן (659 מקרים). במקום השלישי מדורג סרטן הערמונית, עם 8.3% ממקרי הפטירה מסרטן. בצמוד אליו, במקום הרביעי, נמצא סרטן הבלב, לו מיוחסים 8.1% ממקרי הפטירה מסרטן בגברים (תרשים 13א').

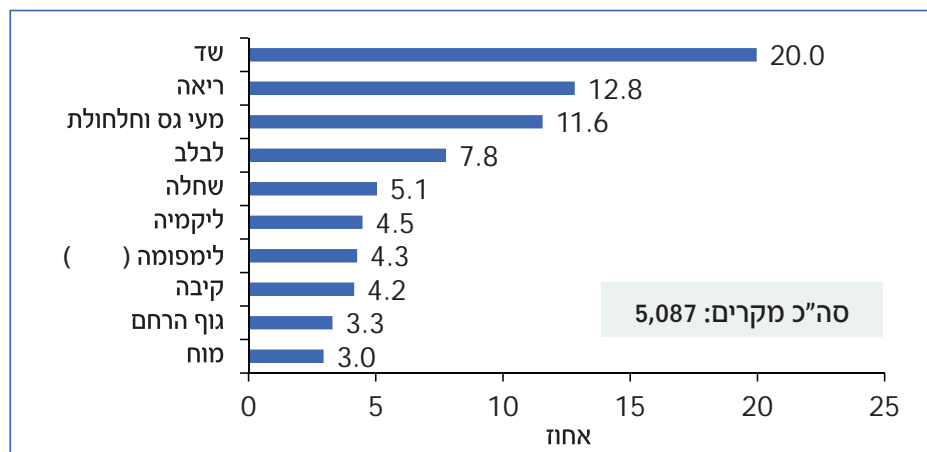
בקרב הנשים, סרטן השד הוא הסרטן המוביל בתמותה, לו מיוחסים 20.0% מכלל מקרי הפטירה מסרטן בנשים (1,016 מקרים). במקום השני נמצא סרטן הריאה, עם 12.8% ממקרי הפטירה מסרטן (652 מקרים). בסמוך לו, במקום השלישי, נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת עם 11.6% ממקרי הפטירה. במקום הרביעי, בדומה לגברים, נמצא סרטן הבלב, לו מיוחסים 7.8% ממקרי הפטירה מסרטן בנשים (תרשים 13ב'). שבעה מעשרת האתרים המובילים בתמותה, משותפים לגברים ולנשים.

תרשים 13: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי מין, 2011¹: אחוז מכלל הפטירות מסרטן

13א. גברים



13ב. נשים

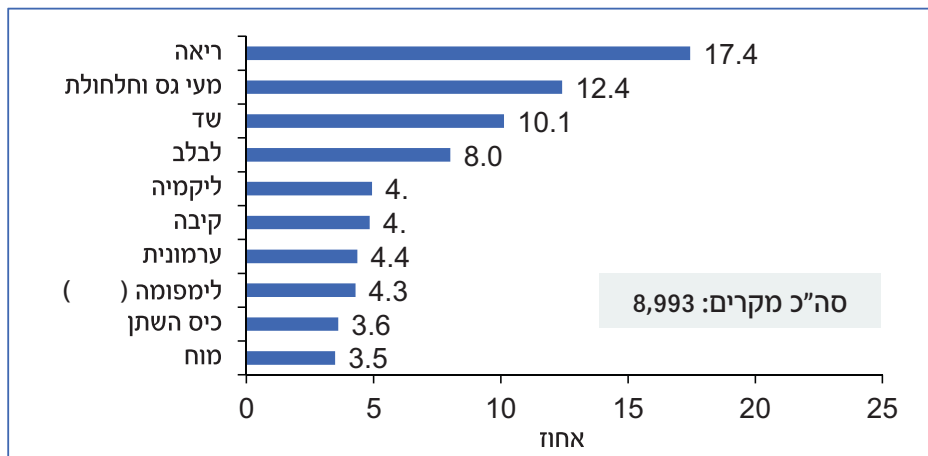


2.4. תמותה מסרטן לפי אתר המחלה וקבוצת אוכלוסייה

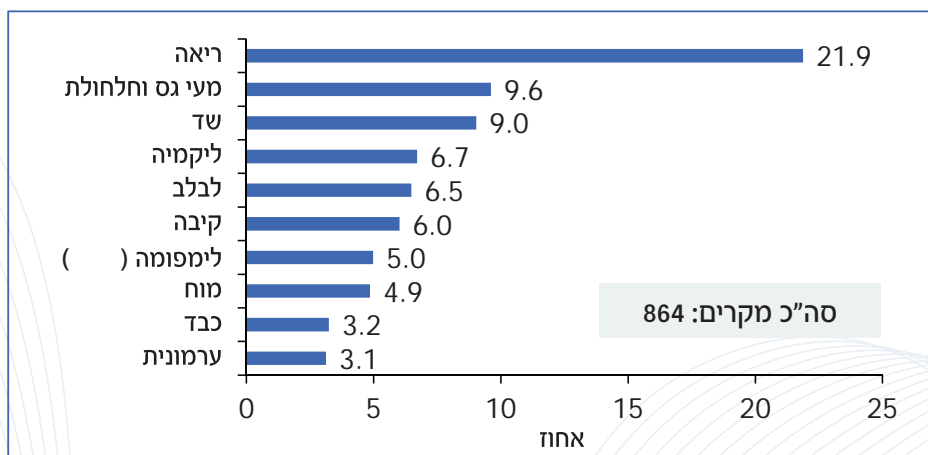
שלושת אתרי הסרטן המובילים בתמותה זהים ביהודים ובערבים. במקום הראשון נמצא סרטן הריאה, אשר אחוז התמותה המיוחס לו גדול יותר בערבים לעומת היהודים. במקומות השני והשלישי נמצאים סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן השד, בהתאמה. במקום הרביעי ביהודים נמצא סרטן הלב, ובמקום החמישי ליקמיה. בערבים ממוקמת התמותה מליקמיה במקום הרביעי, וסרטן הלב במקום החמישי. תשעה מעשרת האתרים המובילים בתמותה זהים ביהודים ובערבים (תרשים 14).

תרשים 14: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי קבוצת אוכלוסייה, 2011¹: אחוז מכלל הפטירות מסרטן

14.א. יהודים



14.ב. ערבים

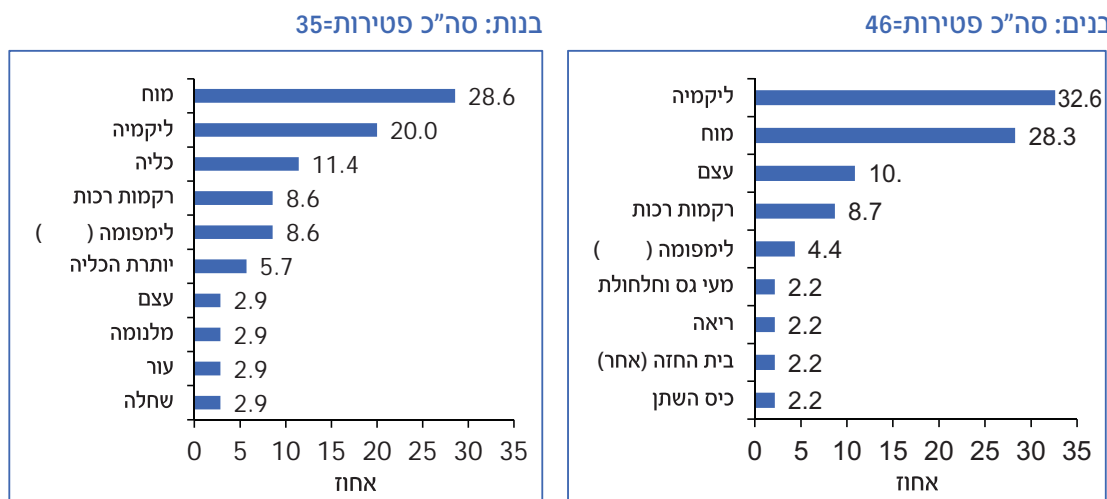


2.5. תמותה מסרטן לפי אתר המחלה, גיל ומין

בגילאי 0-19, ליקמיה מובילה בתמותה מסרטן בבנים, עם 32.6% ממקרי הפטירה מסרטן (15 מקרים), ואחריה סרטן המוח עם 28.3% ממקרי הפטירה (13 מקרים). בבנות אתר הסרטן המוביל בתמותה הוא המוח, עם 28.6% ממקרי הפטירה (10 מקרים), ואחריו מדורגת ליקמיה עם 20.0% ממקרי הפטירה (7 מקרים) (תרשים 15א').

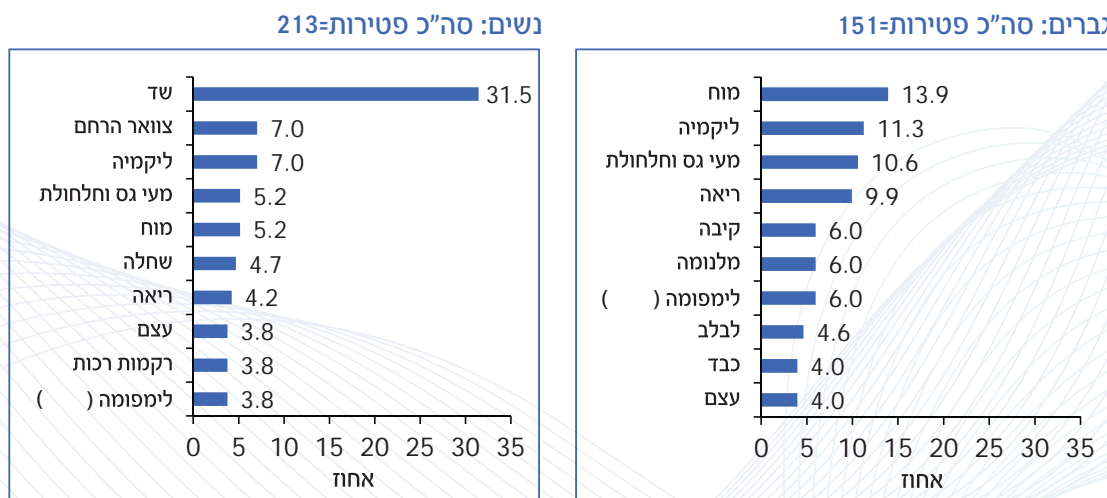
תרשים 15: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי גיל ומין¹: אחוז מכלל הפטירות מסרטן

15א. גילאי 0-19



בגילאי 20-44, שני אתרי הסרטן השכיחים ביותר בתמותה בגברים זהים לאלו שנצפו בילדים: סרטן המוח במקום הראשון, עם 13.9% ממקרי הפטירה מסרטן (21 מקרים) וליקמיה במקום השני, עם 11.3% ממקרי הפטירה מסרטן (17 מקרים). בנשים, לעומת זאת, שני אתרי הסרטן השכיחים ביותר בתמותה הם אתרים סגוליים למין: סרטן השד במקום הראשון, עם 31.5% ממקרי הפטירה מסרטן (67 מקרים), וסרטן צוואר הרחם במקום השני, עם 7% ממקרי הפטירה מסרטן (15 מקרים), בדומה לליקמיה (תרשים 15ב'). מספר מקרי הפטירה בנשים בקבוצת גיל זו גבוה בכ-40% לעומת הגברים, בעוד בילדים היה מספר מקרי הפטירה גבוה בכ-30% בבנים לעומת הבנות.

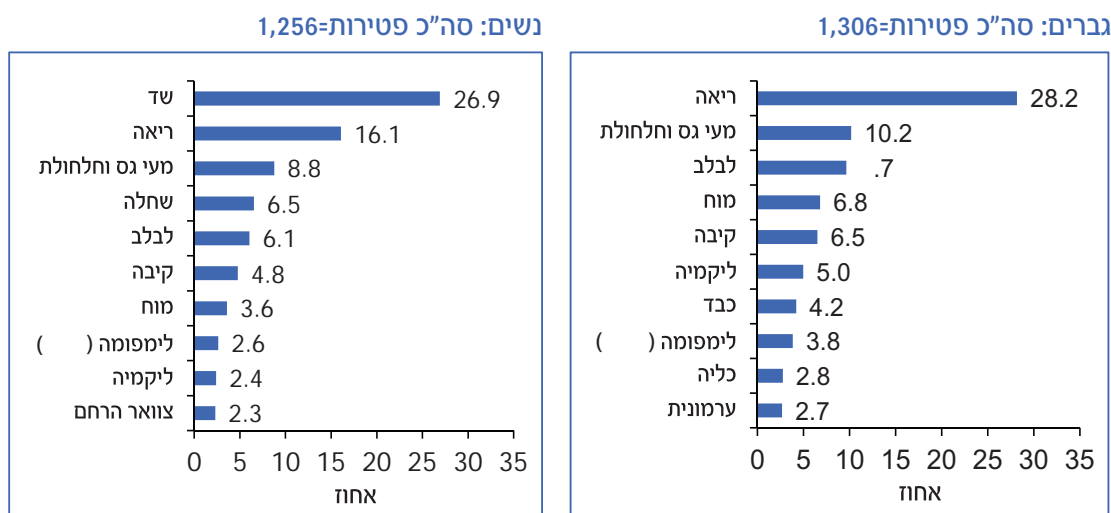
15ב. גילאי 20-44



» פרק 4 מחלות כרוניות

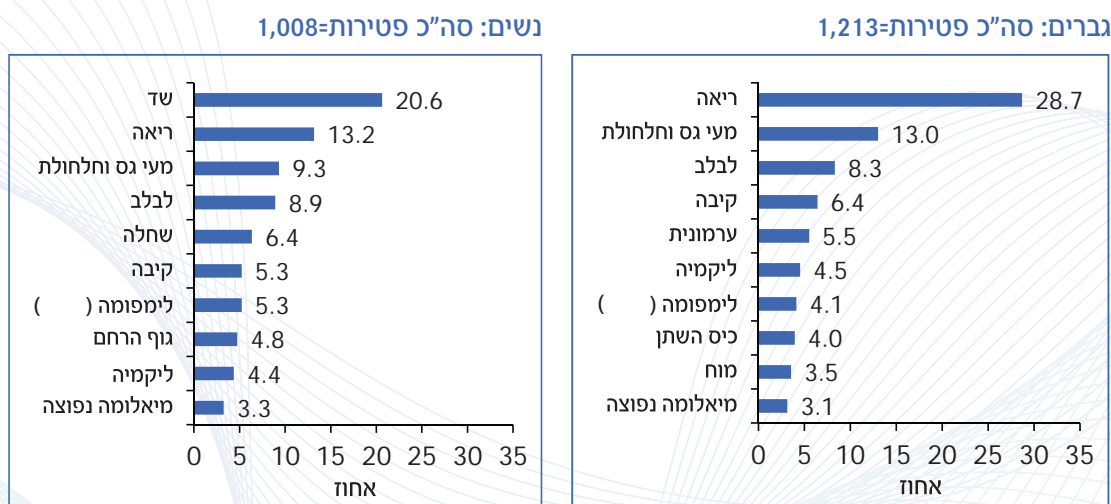
בגילאי 45-64, אתר הסרטן המוביל בתמותה בגברים הוא סרטן הריאה, לו מיוחסים 28.2% ממקרי הפטירה מסרטן (368 מקרים). במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת עם 10.2% ממקרי הפטירה (133 מקרים), ואחריו סרטן הלב עם 9.7% מהמקרים. בקרב הנשים, אתר הסרטן המוביל בתמותה הוא סרטן השד, לו מיוחסים 26.9% ממקרי הפטירה מסרטן בנשים (338 מקרים). במקום השני נמצא סרטן הריאה, עם 16.1% מהמקרים (202 מקרים), ואחריו סרטן המעי הגס והחלחולת עם 8.8% מהמקרים (תרשים ג').

115. גילאי 45-64



בגילאי 65-74, הסרטן המוביל בתמותה בגברים הוא סרטן הריאה, לו מיוחסים 28.7% ממקרי הפטירה מסרטן (348 מקרים). במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 13.0% ממקרי הפטירה (158 מקרים), ואחריו סרטן הלב עם 8.3% מהמקרים. בקרב הנשים, הסרטן המוביל בתמותה הוא סרטן השד, לו מיוחסים 20.6% ממקרי הפטירה (208 מקרים). במקום השני נמצא סרטן הריאה עם 13.2% ממקרי הפטירה (133 מקרים), ואחריו סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 9.3% מהמקרים. בקבוצת גיל זו, מספר מקרי הפטירה מסרטן בגברים גבוה בכ-20% ממספר מקרי הפטירה מסרטן בנשים (תרשים ד').

115. גילאי 65-74

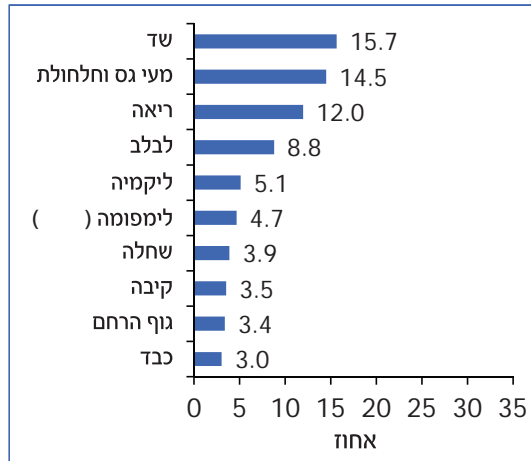


בגילאי 75 ומעלה, האתר המוביל בתמותה בגברים הוא סרטן הריאה, לו מיוחסים 18.2% ממקרי הפטירה מסרטן (452 מקרים). במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 14.1% ממקרי הפטירה מסרטן (351 מקרים),

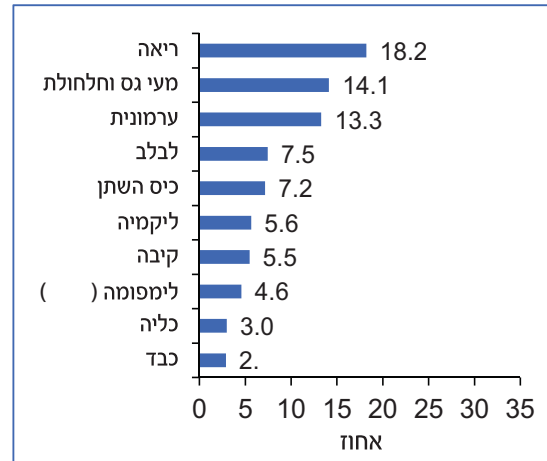
ואחריו סרטן הערמונית עם 13.3% ממקרי הפטירה. בקרב הנשים, אתר הסרטן המוביל בתמותה הוא סרטן השד, לו מיוחסים 15.7% ממקרי הפטירה מסרטן (403 מקרים). במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, עם 14.5% ממקרי הפטירה (373 מקרים), ואחריו סרטן הריאה, עם 12.0% ממקרי הפטירה (תרשים 15').

15. גילאי 75 ומעלה

נשים: סה"כ פטירות=2,575



גברים: סה"כ פטירות=2,484



עיקר התמותה מסרטן מתרחשת בגיל המבוגר, כאשר 49.2% ממקרי הפטירה נצפים בבני 75 ומעלה, ו-4.3% בלבד בגילאי 0-44.

בקרב הנשים, החל מקבוצת הגיל 20-44 ואילך, אתר הסרטן המוביל בתמותה הוא סרטן השד. האחוז שהוא תופס מכלל מקרי התמותה מסרטן, יורד עם הגיל. בקבוצת הגיל הצעיר (20-44), אחוז התמותה מסרטן השד גבוה פי 4.5 לעומת אתר הסרטן הממוקם במקום השני. הפער בין המקום הראשון לשני מצטמצם עם העלייה בגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (75+), אחוז התמותה מסרטן השד גבוה בכ-8% בלבד מהסרטן הממוקם במקום השני.

בקרב הגברים, החל מקבוצת הגיל 45-64, הסרטן המוביל בתמותה הוא סרטן הריאה, ואחריו ממוקם סרטן המעי הגס והחלחולת. בקבוצת הגיל 45-64 אחוז התמותה מסרטן הריאה גבוה פי 2.8 לעומת סרטן המעי הגס. בגילאי 65-74 אחוז התמותה מסרטן הריאה גבוה פי 2.2, ובקבוצת הגיל המבוגר (75+) אחוז התמותה מסרטן הריאה גבוה בכ-30% בלבד לעומת סרטן המעי הגס.

2.6. תמותה מסרטן לפי אתר המחלה, מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 16 מוצגים שיעורי תמותה ל-100,000 איש, מתוקננים לגיל, לפי אתר המחלה, מין וקבוצת אוכלוסייה. בקרב הגברים (תרשים 16א'), שלושת אתרי הסרטן המובילים בתמותה זהים במיקומם ביהודים ובערבים. הן ביהודים והן בערבים, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר הם מסרטן הריאה, כאשר השיעור בגברים הערבים גבוה בכ-60% מהשיעור בגברים היהודים. במקום השני מדורג סרטן המעי הגס והחלחולת ובמקום השלישי, סרטן הערמונית. שיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הערמונית וסרטן הלב לב גבוהים פי 1.2 בגברים היהודים לעומת הערבים; שיעור התמותה מסרטן כיס השתן גבוה פי 1.4 ביהודים; שיעורי התמותה מליקמיה, סרטן הכבד וסרטן הקיבה גבוהים פי 1.2-1.3 בגברים ערבים; ושיעורי התמותה מסרטן המוח ומלימפומה שאינה הודג'קין, דומים ביהודים ובערבים.

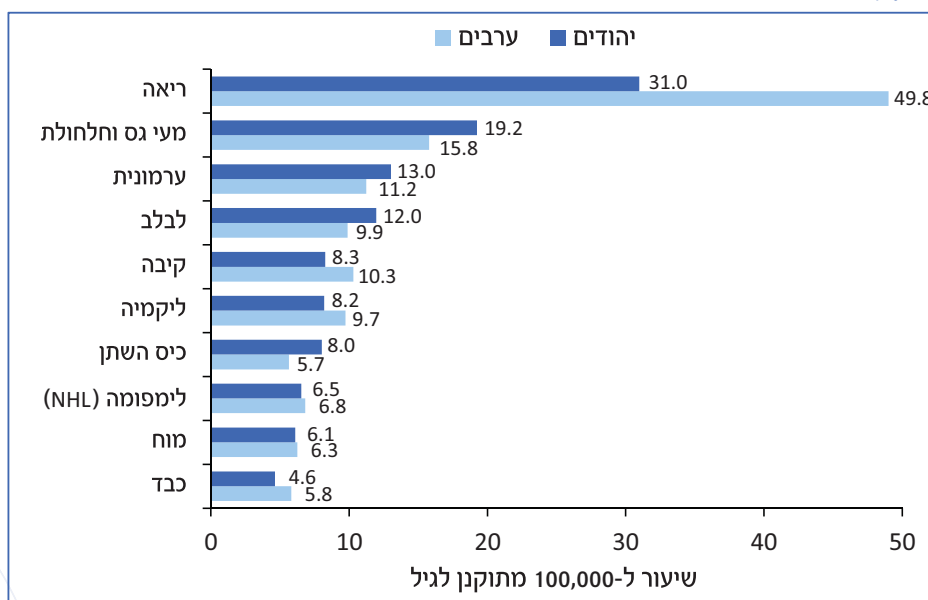
בקרב הנשים (תרשים 16ב'), סרטן השד הוא הסרטן המוביל בתמותה, ביהודיות ובערביות, כאשר שיעור התמותה מסרטן השד בנשים יהודיות גבוה בכ-40% מהשיעור בערביות. במקום השני ביהודיות נמצא סרטן הריאה, אשר

מדורג רביעי בערבות. שיעור התמותה מסרטן הריאה ביהודיות גבוה פי 2.7 מהשיעור בערבות. במקום השני בערבות נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, אשר ממוקם שלישי ביהודיות. על אף מיקומו הגבוה יותר בערבות, שיעור התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת ביהודיות גבוה בכ-54% מהשיעור בערבות. שיעורי התמותה מסרטן הלב, סרטן השחלה וסרטן הקיבה גבוהים פי 1.3-1.4 בנשים יהודיות. שיעורי התמותה מלימפומה שאינה הודג'קין, ליקמיה, סרטן גוף הרחם וסרטן המוח דומים בנשים יהודיות וערבות.

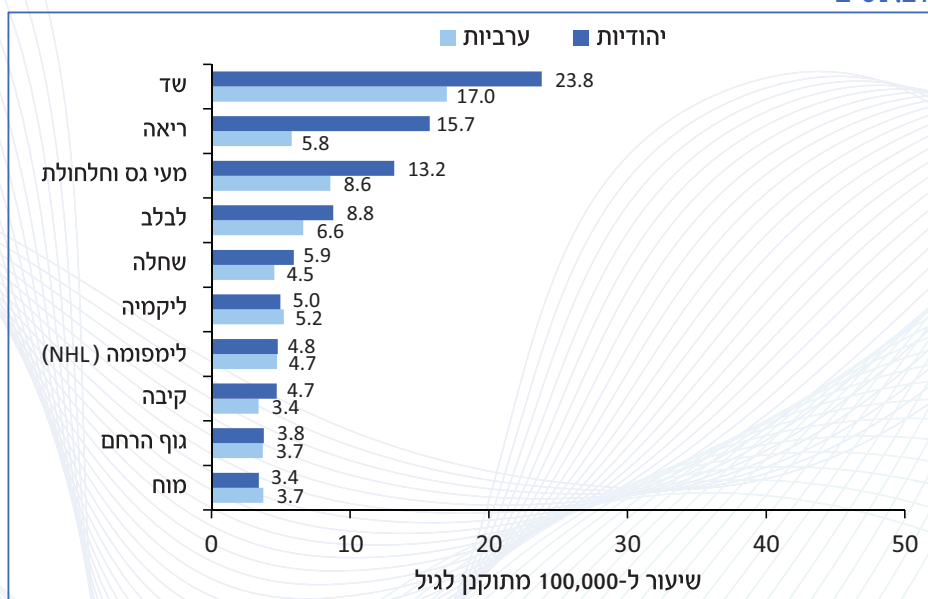
בהשוואה בין המינים, בולט במיוחד שיעור התמותה הגבוה של גברים מסרטן הריאה - פי 8.6 בגברים ערבים לעומת נשים ערבות, וקרוב לפי 2 בגברים יהודים לעומת נשים יהודיות. גם שיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת גבוהים באופן ניכר בגברים לעומת נשים - השיעור בגברים ערבים גבוה בכ-84% מהשיעור בנשים ערבות, והשיעור בגברים יהודים גבוה בכ-46% מהשיעור בנשים יהודיות.

תרשים 16: עשרת האתרים המובילים בתמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה¹: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל

16א. גברים



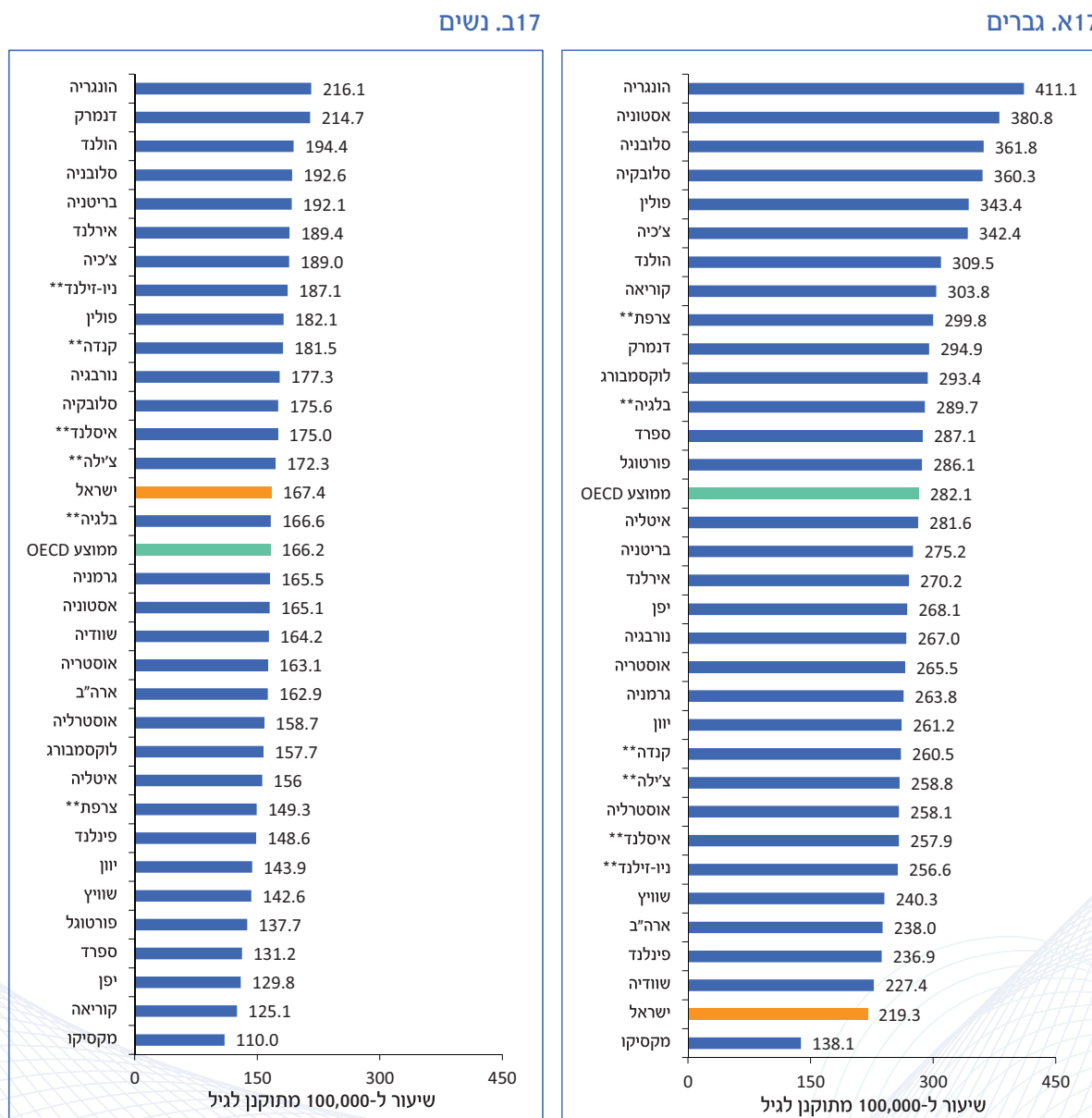
16ב. נשים



2.7. תמותה מסרטן: השוואה בין-לאומית

שיעור התמותה מסרטן בגברים בישראל נמוך יחסית ליתר מדינות ה-OECD, ונמצא במקום ה-32 מבין 33 מדינות. בנשים, לעומת זאת, שיעור התמותה מסרטן בישראל מעט גבוה מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, ונמצא במקום ה-15 מבין 33 מדינות.

תרשים 17: תמותה מסרטן (כלל האתרים) בישראל וביתר מדינות ה-OECD, לפי מין, 2010⁵: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

3. תחלואה ותמותה ממחלות סרטן נבחרות

בחלק זה יוצגו נתונים על ארבע מחלות הסרטן השכיחות ביותר באוכלוסייה: סרטן השד, סרטן המעי הגס והחלחולת, סרטן הערמונית וסרטן הריאה. בנוסף, עקב שינויים במדיניות, והכנסת החיסון נגד נגיף הפפילומה האנושי (HPV) לשגרת החיסונים לאחרונה, יוצגו גם נתונים על סרטן צוואר הרחם.

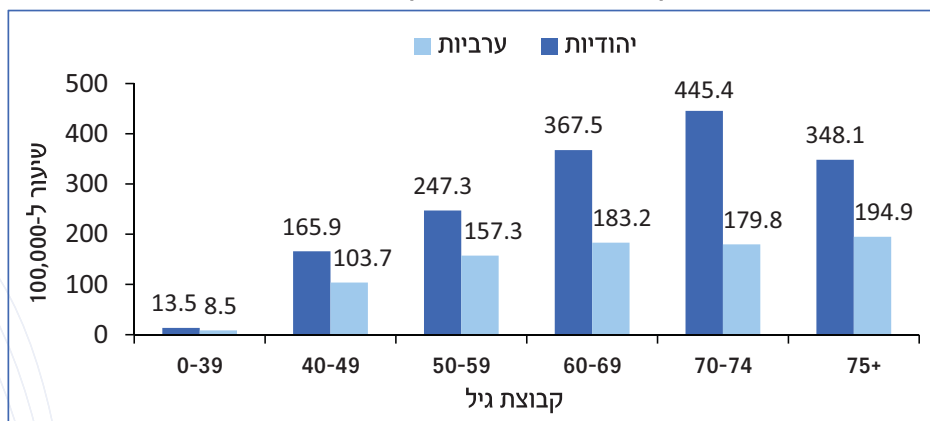
3.1. סרטן השד בנשים

נכון לשנת 2010, סרטן השד הינו הסרטן השכיח ביותר בקרב נשים. כ-30% מכלל הגידולים הסרטניים החדשים בנשים בישראל מיוחסים לסרטן השד. בשנת 2010 אובחנו 4,020 מקרים חדשים של סרטן השד בנשים, כאשר עיקר התחלואה היא בגיל המבוגר (מעל גיל 50)⁴.

3.1.1. היארעות סרטן השד בנשים לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי ההיארעות של סרטן השד בנשים יהודיות גבוהים משיעורי ההיארעות בערביות, בכל קבוצות הגיל. בנשים יהודיות נצפתה עלייה חדה בהיארעות עם העלייה בגיל, עד לקבוצת הגיל 70-74, ובגילאי 75 ומעלה חלה ירידה של כ-22% בשיעורים. בנשים ערביות נצפתה עלייה חדה בהיארעות בקבוצות הגיל הצעירות, ומגיל 60 ומעלה נשמרו שיעורי היארעות דומים, כאשר השיעורים הגבוהים ביותר נצפו בקבוצת הגיל המבוגר (תרשים 18).

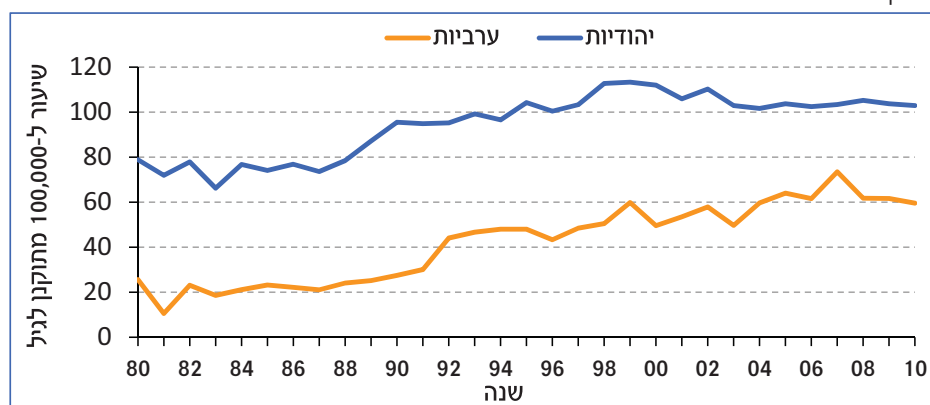
תרשים 18: היארעות סרטן השד בנשים לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2010⁴: שיעורים ל-100,000



3.1.2. מגמות בהיארעות סרטן השד בנשים לפי קבוצת אוכלוסייה

מראשית שנות ה-80 ועד לראשית שנות ה-2000 נצפתה מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות של סרטן השד, הן בנשים יהודיות והן בנשים ערביות. החל מראשית שנות ה-2000 נצפתה התייבבות בשיעורי ההיארעות בקרב נשים יהודיות, ואילו בנשים הערביות נמשכה העלייה בהיארעות עד לשנת 2007, ורק משנת 2008 נצפית התייבבות בשיעורים. בסך הכול, בין השנים 1980-2010 עלו שיעורי ההיארעות בכ-30% בנשים יהודיות ובכ-130% בנשים ערביות. שיעורי ההיארעות המתקננים לגיל היו גבוהים באופן ניכר בנשים יהודיות לעומת ערביות, לאורך כל השנים, כאשר הפערים בין קבוצות האוכלוסייה הולכים ומצטמצמים. בשנת 1980 שיעור ההיארעות בנשים יהודיות היה גבוה פי 3 מהשיעור בערביות, ואילו בשנת 2010 שיעור ההיארעות בנשים יהודיות היה גבוה פי 1.7 מהשיעור בערביות (תרשים 19).

תרשים 19: מגמות בהיארעות סרטן השד בנשים לפי קבוצת אוכלוסייה, 1980-2010⁴: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל



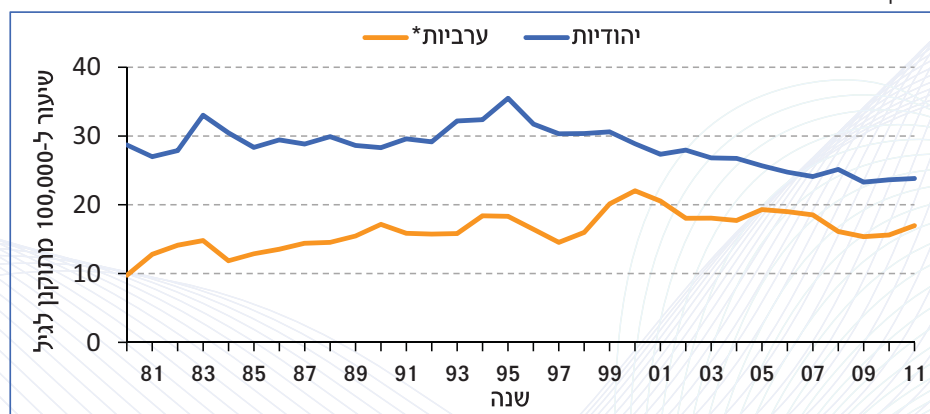
3.1.3. תמותה מסרטן השד בנשים

נכון לשנת 2011, סרטן השד הנו אתר הסרטן המוביל בתמותת נשים בישראל. בשנת 2011 יוחסו לסרטן השד 20.0% ממקרי הפטירה מסרטן בנשים (1,016 פטירות).

3.1.4. מגמות בתמותה מסרטן השד בנשים לפי קבוצת אוכלוסייה

בקרב נשים יהודיות חלה עלייה של כ-24% בשיעורי התמותה מסרטן השד בין השנים 1980-1995. החל משנת 1996 ניכרת ירידה בשיעורי התמותה מסרטן השד. בין השנים 1996-2008 ירדו שיעורי התמותה מסרטן השד בנשים יהודיות בכ-21%, ובשנים האחרונות מסתמנת התייצבות בשיעורים. בקרב נשים ערביות נצפתה עלייה מתמדת בשיעורי התמותה מסרטן השד, מאז ראשית שנות השמונים, אשר נעצרה בשנות האלפיים המוקדמות. בין השנים 1980-2000 עלו שיעורי התמותה בנשים הערביות בכ-125%, ובין השנים 2001-2011 ירדו השיעורים בכ-17%. לאורך כל השנים, שיעורי התמותה היו גבוהים באופן ניכר בנשים יהודיות, אולם הפער בשיעורי התמותה בין נשים יהודיות וערביות הצטמצם. כך לדוגמא, בשנות ה-80 וה-90, יחס השיעורים בין נשים יהודיות לערביות נע בין 1.9-2.9, ומשנת 2000 ועד 2011 נע יחס השיעורים בין 1.3-1.6 (תרשים 20).

תרשים 20: מגמות בתמותה מסרטן השד בנשים לפי קבוצת אוכלוסייה, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל

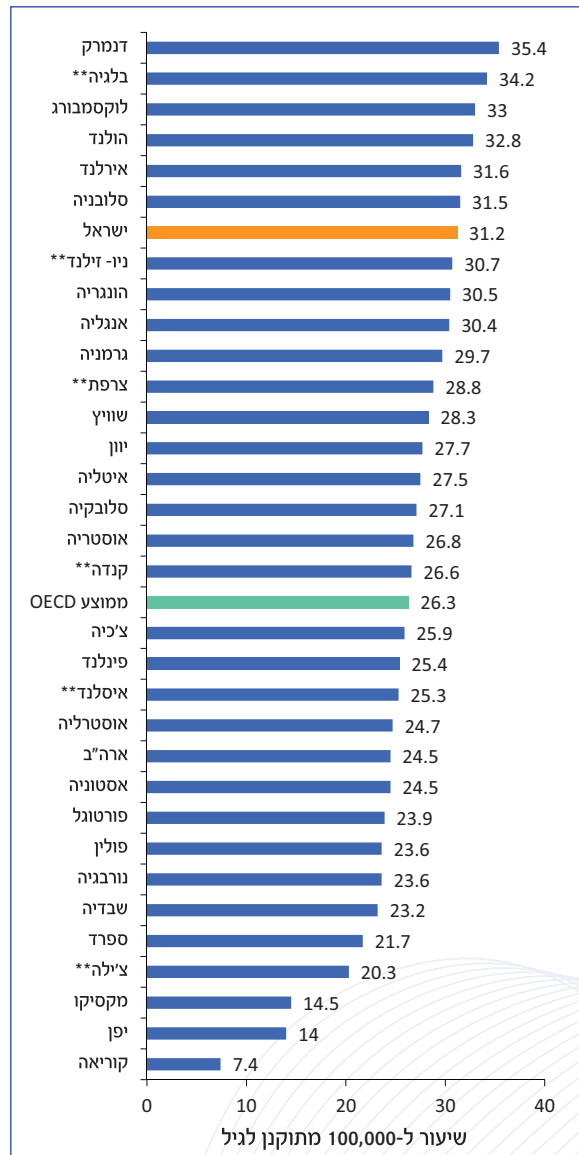


* ממוצע נע לשלוש שנים

3.1.5. תמותה מסרטן השד בנשים: השוואה בין-לאומית

שיעור התמותה מסרטן השד בישראל גבוה בכ-19% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD. ישראל נמצאת במקום השביעי מבין 33 מדינות (תרשים 21). יש לציין כי גם שיעור ההיארעות של סרטן השד בנשים בישראל גבוה מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, וכי שיעור התמותה קשור קשר הדוק לשיעור ההיארעות.

תרשים 21: תמותה מסרטן השד בנשים בישראל וביתר מדינות ה-OECD, שנת 2010⁵: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

3.1.6. הישרדות מסרטן השד בנשים

במעקב אחר נשים שאובחנו עם סרטן השד בין השנים 1998-2006, נמצא כי ההישרדות היחסית מסרטן השד בתום שנה מהאבחנה, גבוהה ודומה מאוד בנשים יהודיות וערביות (96.9% ו-95.9% בהתאמה). הפער בשיעורי ההישרדות בין קבוצות האוכלוסייה גדל עם השנים. ההישרדות היחסית ל-5 שנים גבוהה בכ-11% בנשים יהודיות לעומת ערביות, וההישרדות בתום 10 שנים ממועד האבחנה גבוהה בכ-25% ביהודיות לעומת ערביות (טבלה 2).

טבלה 2: הישרדות יחסית מסרטן השד בנשים, לפי קבוצת אוכלוסייה. מקרים שאובחנו בשנים 1998-2006 (מעקב עד 2010):⁴ אחוזים

הישרדות ביחס למועד האבחנה	קבוצת אוכלוסייה	
	נשים יהודיות	נשים ערביות
בתום שנה אחת	96.9	95.9
בתום 5 שנים	86.3	78.0
בתום 10 שנים	78.2	62.8

3.1.7. מניעה וגילוי מוקדם

על פי חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות (מס' 10/12, יוני 2012), בדיקת ממוגרפיה מומלצת לנשים בעלות סיכון רגיל, בגילאי 50-74, אחת לשנתיים, במסגרת תכנית סריקה יזומה בזימון אישי. בדיקת ממוגרפיה אחת לשנה, מגיל 40 שנה, מומלצת לנשים אשר להן קרובת משפחה מדרגה ראשונה שאובחנה כחולת סרטן השד, או לנשים עם מחלת שד שפירה עם אטיפיה בביופסיה, או לנשים הנמצאות בקבוצת סיכון גבוהה מסיבות אחרות ולפי שיקול דעת הרופא המטפל⁶.

לפי סקר INHIS-2⁷, 80.7% מהנשים בגילאים 50-74 בישראל ביצעו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים שקדמו לסקר. אחוז ביצוע הבדיקה גבוה בכ-17% בנשים יהודיות לעומת ערביות (טבלה 3). יש לציין כי נתון זה אינו מפריד בין בדיקות ממוגרפיה שבוצעו לצרכי סריקה (screening) וגילוי מוקדם לבין כאלה שבוצעו בשל ממצאים קליניים ובירור רפואי.

טבלה 3: ביצוע ממוגרפיה בשנתיים שקדמו לסקר, בקרב נשים בנות 50-74 (גיל ההמלצה לנשים בסיכון רגיל), לפי קבוצת אוכלוסייה:⁷ אחוזים

קבוצת אוכלוסייה	ביצוע ממוגרפיה בשנתיים שקדמו לסקר בגילאי 50-74
נשים יהודיות	82.0
נשים ערביות	70.2
סה"כ משוקלל לקבוצת אוכלוסייה	80.7

3.2. סרטן המעי הגס והחלחולת

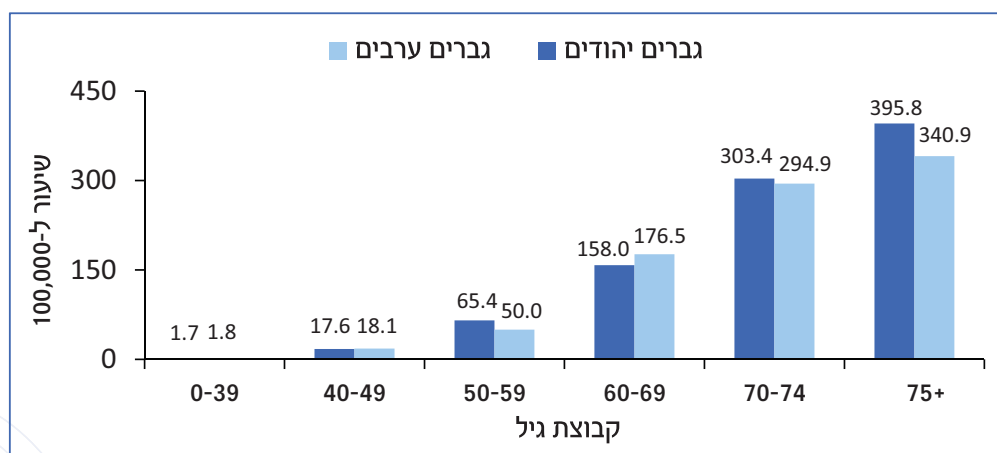
נכון לשנת 2010, סרטן המעי הגס והחלחולת הוא הסרטן השני בשכיחותו באוכלוסייה, ולו מיוחסים 12.3% מכלל הגידולים הסרטניים החדשים. בשנת 2010 אובחנו 3,144 מקרים חדשים של סרטן המעי הגס והחלחולת: 1,598 בגברים ו-1,546 בנשים⁴.

3.2.1 היארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

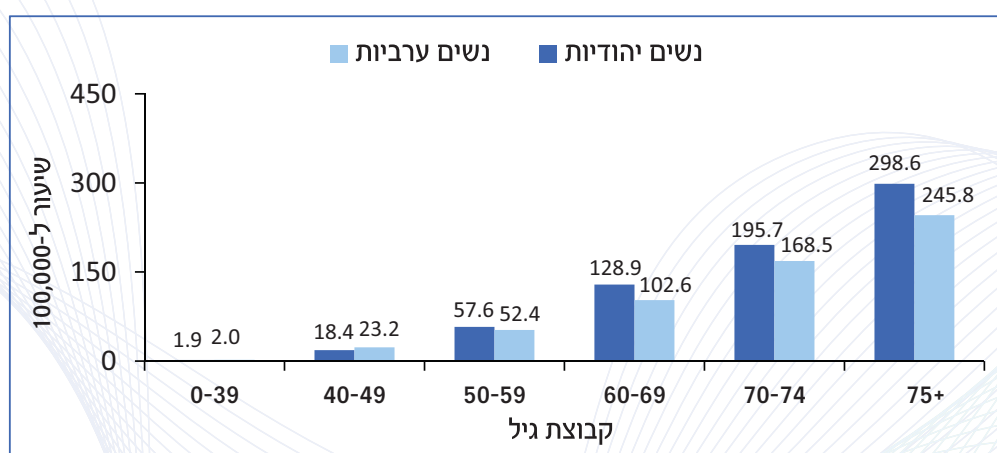
שיעורי ההיארעות של סרטן המעי הגס והחלחולת עולים בצורה ניכרת עם הגיל, כאשר השיעורים הגבוהים ביותר נצפים בגילאי 75 ומעלה. בשני המינים נצפית תמונה דומה: עד גיל 50, שיעורי ההיארעות באוכלוסייה היהודית דומים לאלו הנצפים באוכלוסייה הערבית, ומגיל 50 ואילך ההיארעות באוכלוסייה היהודית גבוהה בדרך כלל מזו שבאוכלוסייה הערבית. שיעורי ההיארעות גבוהים יותר בגברים בהשוואה לנשים, החל מגיל 50 ומעלה באוכלוסייה היהודית, ומגיל 60 ומעלה באוכלוסייה הערבית (תרשים 22).

תרשים 22: היארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2010⁴: שיעורים ל-100,000

22א. גברים



22ב. נשים

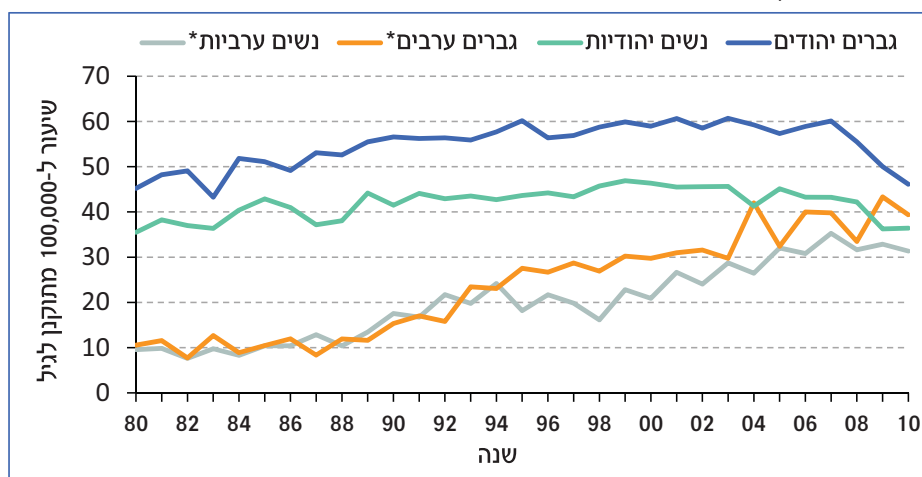


3.2.2. מגמות בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בין ראשית שנות ה-80' לתחילת שנות ה-2000 נצפתה עלייה בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת, הן ביהודים והן בערבים. העלייה בשיעורים הייתה חדה יותר בערבים מאשר ביהודים. החל מאמצע שנות ה-2000, שיעורי ההיארעות שומרים על יציבות באוכלוסייה הערבית, בעוד באוכלוסייה היהודית נצפית ירידה בהיארעות, החל משנת 2008. שיעורי היארעות סרטן המעי הגס והחלחולת ירדו בכ-21% ביהודים, גברים ונשים, בין השנים 2000-2010. באותה תקופה עלו שיעורי ההיארעות בכ-32% בגברים ערבים ובכ-50% בנשים ערביות. הפערים בשיעורי היארעות סרטן המעי הגס והחלחולת בין יהודים לערבים הצטמצמו משמעותית עם השנים. בשנות ה-80', שיעורי ההיארעות היו גבוהים ביהודים לעומת ערבים, פי 4.7 ו-3.8 בממוצע, בגברים ובנשים בהתאמה. בשנות ה-2000 הצטמצם יחס השיעורים ל-1.6 ו-1.5 בממוצע, בגברים ובנשים בהתאמה (תרשים 23).

תרשים 23: מגמות בהיארעות סרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2010: שיעורים

ל-100,000 מתוקנים לגיל



*ממוצע נע לשלוש שנים

3.2.3. תמותה

נכון לשנת 2011, סרטן המעי הגס והחלחולת מדורג שני מבין מחלות הסרטן הגורמות לתמותה בכלל האוכלוסייה (שני בגברים ושלישי בנשים). בשנת 2011, 12.1% ממקרי הפטירה מסרטן בכלל האוכלוסייה יוחסו לסרטן המעי הגס והחלחולת (1,247 פטירות: 659 בגברים ו-588 בנשים)¹.

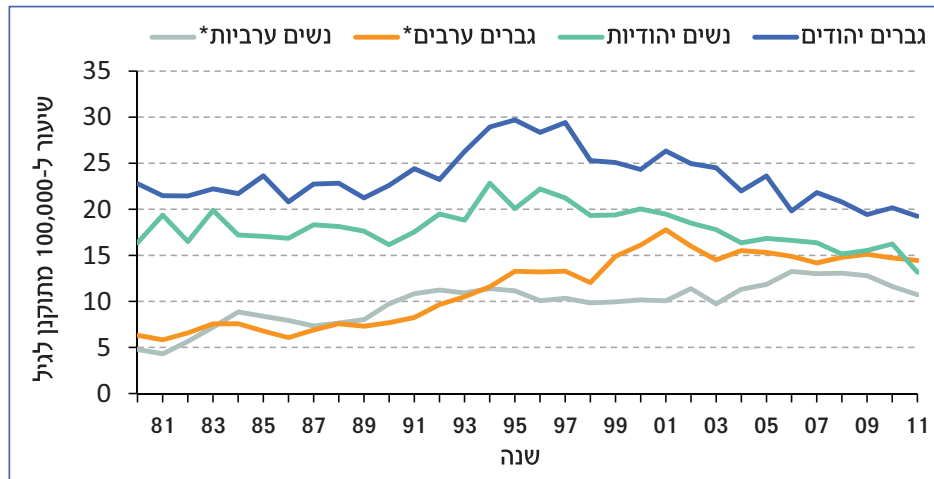
3.2.4. מגמות בתמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

המגמות בתמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת שונות ביהודים ובערבים. באוכלוסייה היהודית נצפו מגמות דומות בגברים ובנשים. מראשית שנות ה-80' ועד אמצע שנות ה-90' נצפתה עלייה בשיעורי התמותה, ולאחר מכן חלה ירידה בתמותה. בין השנים 2000-2011 ירדו שיעורי התמותה בכ-21% בגברים יהודים ובכ-34% בנשים יהודיות. באוכלוסייה הערבית, לעומת זאת, בגברים נצפתה עלייה בשיעורי התמותה עד תחילת שנות ה-2000, והתייצבות בשיעורים מראשית שנות ה-2000. בנשים הערביות נצפתה עלייה מתונה יותר בשיעורי התמותה עד אמצע שנות ה-90', התייצבות, ושוב עלייה בשיעורים בתחילת שנות ה-2000, עם התייצבות נוספת ואף ירידה בשיעורים בשנים האחרונות.

ביהודים, שיעורי התמותה גבוהים בגברים לעומת נשים, לאורך כל התקופה שבין 1980-2011. בערבים, שיעורי

התמותה היו דומים בגברים ובנשים עד אמצע שנות ה-90', ומאז שיעורי התמותה גבוהים יותר בגברים. לאורך כל התקופה שבין 1980 ל-2011, שיעורי התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת ירדו בכ-16% בגברים יהודים ובכ-20% בנשים יהודיות, ואילו באוכלוסייה הערבית באותה תקופה, שיעורי התמותה עלו ביותר מפי שניים בגברים ובנשים. עם זאת, בעשור האחרון נצפתה, כאמור, התייצבות בשיעורי התמותה באוכלוסייה הערבית (תרשים 24).

תרשים 24: מגמות בתמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

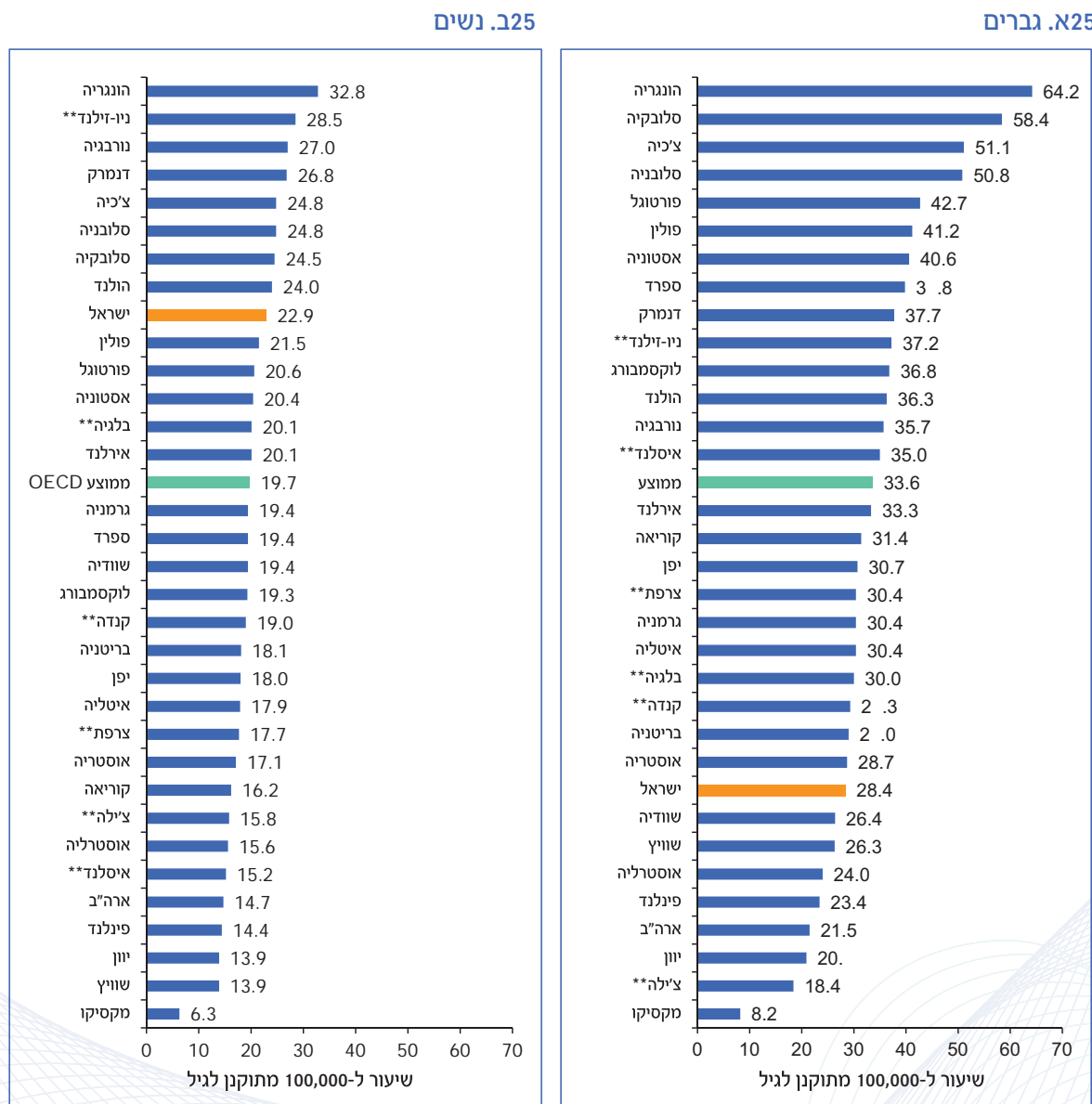


*ממוצע נע לשלוש שנים

3.2.5. תמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת: השוואה בין-לאומית

בישראל, שיעור התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת בגברים נמוך בכ-15% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (מקום 25 מבין 33 מדינות). בנשים ישראליות, לעומת זאת, שיעור התמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת גבוה בכ-16% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (מקום 9 מבין 33 מדינות) (תרשים 25).

תרשים 25: תמותה מסרטן המעי הגס והחלחולת בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010⁵: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

3.2.6. הישרדות מסרטן המעי הגס והחלחולת

במעקב אחר חולים שאובחנו עם סרטן המעי הגס והחלחולת בין השנים 1998-2006, נמצא כי באוכלוסייה היהודית, ההישרדות היחסית מסרטן המעי הגס והחלחולת דומה בקרב גברים ונשים. גם באוכלוסייה הערבית דומה שיעור ההישרדות בגברים ובנשים, כאשר השיעור בנשים מעט יותר נמוך, בפער שגדל בתום 5 ו-10 שנים לאחר האבחנה. שיעורי ההישרדות ביהודים גבוהים משיעורי ההישרדות בערבים. הפער קטן יחסית בתום השנה הראשונה לאחר האבחנה, וגדול יותר בתום 5 ו-10 שנים ממועד האבחנה, בפרט בקרב נשים (טבלה 4).

טבלה 4: הישרדות יחסית מסרטן המעי הגס והחלחולת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. מקרים שאובחנו בשנים 1998-2006 (מעקב עד 2010):⁴ אחוזים

הישרדות ביחס למועד האבחנה	גברים		נשים	
	יהודים	ערבים	יהודיות	ערביות
בתום שנה אחת	84.7	81.8	83.2	81.3
בתום 5 שנים	64.9	58.3	64.0	56.1
בתום 10 שנים	57.8	53.1	59.1	49.0

3.2.7. מניעה וגילוי מוקדם

על פי חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות הסרטן, יש לבצע בדיקת דם סמוי בצואה לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, אחת לשנה, באוכלוסייה בסיכון רגיל למחלה, מעל גיל 50.⁶ על פי הסקר החברתי שנערך על ידי הלמ"ס בשנת 2010, 50.9% מהגברים ו-47.2% מהנשים מעל גיל 50 ביצעו בדיקה זו בחמש השנים שקדמו לסקר (טבלה 5). רובם של הנבדקים (76.1% מהגברים ו-79.9% מהנשים) נבדקו לצורך גילוי מוקדם ולא לצרכים אבחנתיים.⁸

בדיקת קולונוסקופיה לסרטן המעי הגס והחלחולת מומלצת כבדיקת סריקה אך ורק לאוכלוסיות בסיכון מיוחד, כפי שהוגדר על ידי חוזר המנהל הכללי, או כבדיקה אבחנתית.⁶ על פי הסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2010 נמצא כי כ-30% מהאוכלוסייה ביצעו בדיקת קולונוסקופיה בחמש השנים שקדמו לסקר: 30.8% מהגברים ו-29.0% מהנשים (טבלה 5). על אף המלצות משרד הבריאות, קרוב למחצית מהנבדקים בבדיקות קולונוסקופיה (49.2% מהגברים ו-45.1% מהנשים) נבדקו למטרת גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס והחלחולת ולא לצרכים אבחנתיים.⁸

טבלה 5: ביצוע בדיקת דם סמוי ובדיקת קולונוסקופיה בשנתיים ובחמש השנים שקדמו לסקר, בקרב בני 50 ומעלה, לפי מין, 2010:⁸ אחוזים

בדיקה	גברים	נשים
בדיקת דם סמוי ב-5 השנים שקדמו לסקר	50.9	47.2
בדיקת דם סמוי בשנתיים שקדמו לסקר	45.0	41.3
בדיקת קולונוסקופיה ב-5 השנים שקדמו לסקר	30.8	29.0
בדיקת קולונוסקופיה בשנתיים שקדמו לסקר	21.2	19.5

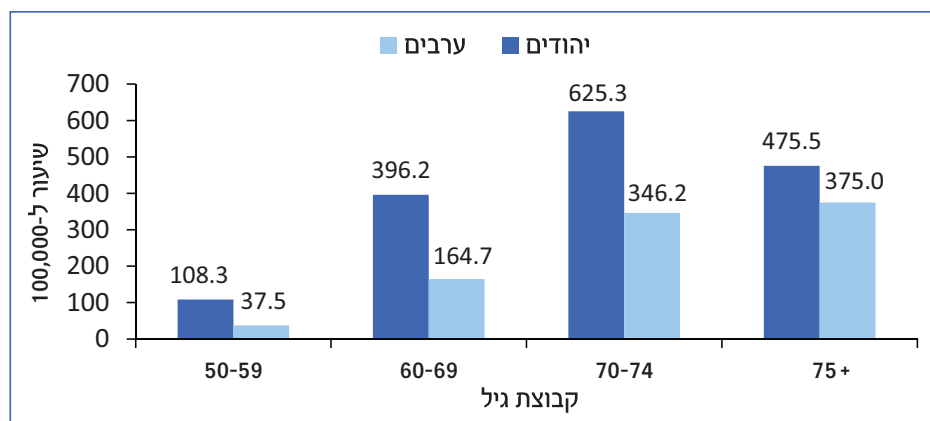
3.3. סרטן הערמונית

נכון לשנת 2010, סרטן הערמונית הוא הסרטן השכיח ביותר בגברים, ולו מיוחסים 20.7% מכלל הגידולים הסרטניים בגברים. בשנת 2010 אובחנו 2,556 מקרים חדשים של סרטן הערמונית, כאשר עיקר התחלואה הינה בגיל המבוגר⁴.

3.3.1. היארעות סרטן הערמונית לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בכל קבוצות הגיל, שיעורי היארעות סרטן הערמונית גבוהים יותר ביהודים בהשוואה לערבים, כאשר הפערים מצטמצמים עם העלייה בגיל. באוכלוסייה היהודית, השיעורים עולים בצורה חדה עם הגיל, עד לקבוצת הגיל 74-70, בה מגיעים השיעורים לשיא של 625.3 ל-100,000, ובקרב בני 75 שנים ומעלה נצפית ירידה של כ-24% בשיעור ההיארעות. באוכלוסייה הערבית עולים השיעורים באופן עקבי עם הגיל, גם בבני 75 ומעלה, אם כי העלייה בשיעורים בין קבוצת הגיל 74-70 לקבוצת הגיל 75 ומעלה היא קטנה יחסית (עלייה של כ-8%) (תרשים 26).

תרשים 26: היארעות סרטן הערמונית לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2010⁴: שיעורים ל-100,000

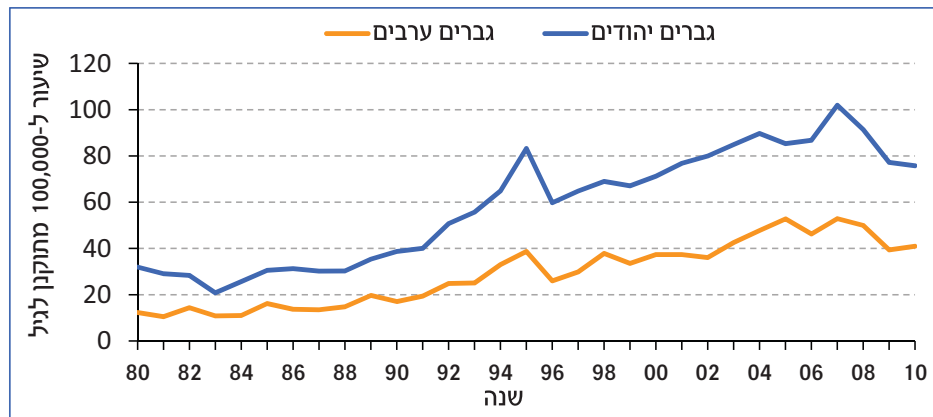


3.3.2. מגמות בהיארעות סרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה

בין השנים 1980-2007 נצפתה עלייה מתמדת בשיעורי ההיארעות של סרטן הערמונית, הן ביהודים והן בערבים. בסך הכול, בין השנים 1980-2007 עלו השיעורים פי 3.2 ביהודים ופי 4.3 בערבים. העלייה בהיארעות יכולה להיות מוסברת לפחות בחלקה על ידי עלייה בביצוע בדיקות ה-PSA*, שהפכו לזמינות בתחילת שנות ה-90. החל משנת 2007 נצפית מגמת ירידה בשיעורים, ובין 2007-2010 חלה ירידה של כ-26% בשיעורי ההיארעות ביהודים, ושל כ-23% בערבים. לאורך כל התקופה היו שיעורי ההיארעות ביהודים גבוהים מהשיעורים בערבים. בשנת 2010, שיעור ההיארעות בגברים יהודים היה גבוה פי 1.8 בהשוואה לערבים (תרשים 27).

* PSA: Prostate Specific Antigen.

תרשים 27: מגמות בהיארעות סרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה, 1980-2010⁴: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



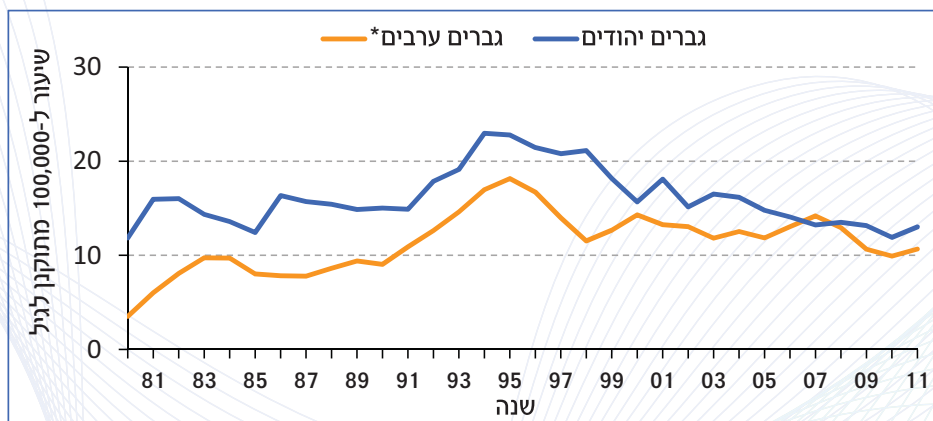
3.3.3. תמותה מסרטן הערמונית

נכון לשנת 2011, סרטן הערמונית מדורג שלישי מבין סוגי הסרטן הגורמים לתמותה בגברים. בשנת 2011, 8.3% ממקרי הפטירה מסרטן בגברים יוחסו לסרטן הערמונית (432 פטירות)¹.

3.3.4. מגמות בתמותה מסרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה

המגמות בתמותה מסרטן הערמונית דומות באוכלוסיות היהודית והערבית. בין 1980 לאמצע שנות ה-90' חלה עלייה משמעותית בשיעורי התמותה, ומאמצע שנות ה-90' נצפית ירידה הדרגתית בתמותה. בגברים יהודים ירדו שיעורי התמותה בכ-43% בין השנים 1994 ל-2011. בגברים ערבים נצפתה ירידה של כ-45% בין השנים 1995 ל-2011. שיעורי התמותה מסרטן הערמונית גבוהים יותר בגברים יהודים בהשוואה לערבים. עם זאת, יחס שיעורי התמותה הצטמצם עם השנים. בשנת 2011, שיעור התמותה מסרטן הערמונית היה גבוה פי 1.2 בגברים יהודים לעומת ערבים; זאת בהשוואה ליחס שיעורים של 2.9 בין יהודים לערבים בשנת 1980 (תרשים 28).

תרשים 28: מגמות בתמותה מסרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



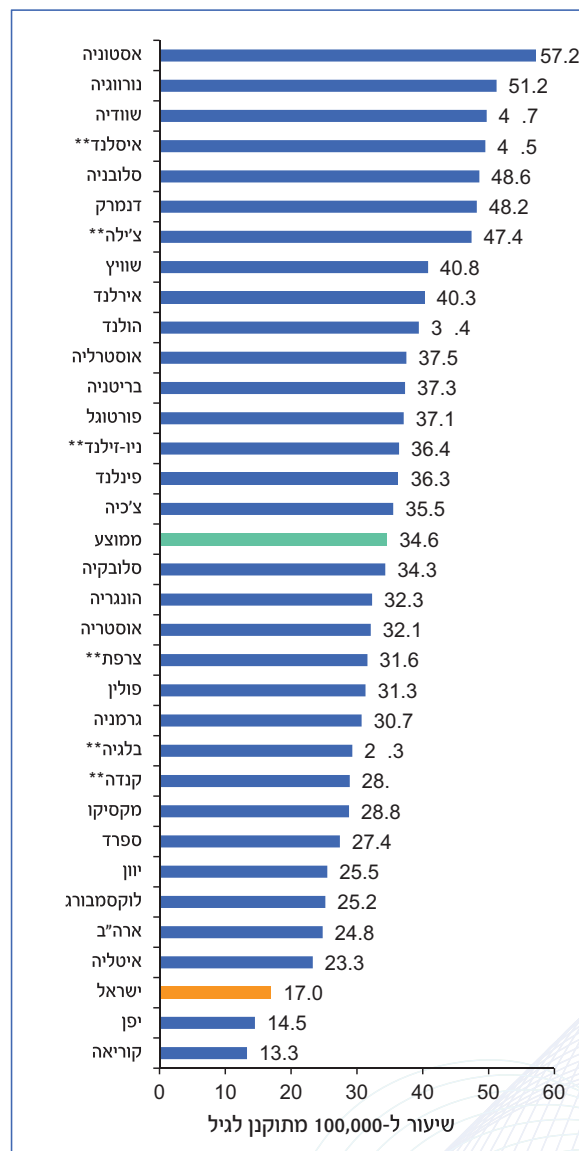
*ממוצע נע לשלוש שנים

3.3.5. תמותה מסרטן הערמונית: השוואה בין-לאומית

שיעור התמותה מסרטן הערמונית בישראל נמוך יחסית ליתר מדינות ה-OECD. ישראל מדורגת במקום ה-31 מבין 33 מדינות, עם שיעור תמותה הנמוך בכ-51% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD.

תרשים 29: תמותה מסרטן הערמונית בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010⁵: שיעורים ל-100,000 מתוקנים

לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.

** נתונים אחרונים משנת 2009.

3.3.6. הישרדות מסרטן הערמונית

הישרדות היחסית מסרטן הערמונית גבוהה יותר בגברים יהודים מאשר בערבים. במעקב אחר גברים שאובחנו עם סרטן הערמונית בין השנים 1998-2006 נמצא כי בתום השנה הראשונה מהאבחנה, הישרדות היחסית גבוהה ודומה בשתי קבוצות האוכלוסייה: 96.9% ו-95.8% ביהודים ובערבים בהתאמה. הפער גדל בתום 5 שנים ממועד האבחנה (91.2% ו-86.1% ביהודים ובערבים בהתאמה), ובתום 10 שנים ממועד האבחנה נצפה פער ניכר של כ-70% בין שיעור הישרדות בגברים היהודים (87.0%) ובגברים הערבים (51.1%) (טבלה 6).

טבלה 6: הישרדות יחסית מסרטן הערמונית לפי קבוצת אוכלוסייה. מקרים שאובחנו בשנים 1998-2006 (מעקב עד 2010)⁴: אחוזים

הישרדות ביחס למועד האבחנה	קבוצת אוכלוסייה	
	יהודים	ערבים
בתום שנה אחת	96.9	95.8
בתום 5 שנים	91.2	86.1
בתום 10 שנים	87.0	51.1

3.3.7. מניעה וגילוי מוקדם

על פי הסקר החברתי שבוצע על ידי הלמ"ס בשנת 2010, 24.1% מבני 50 ומעלה ביצעו בדיקת ערמונית בשנתיים שקדמו לסקר, כאשר השיעורים כמעט זהים בגברים יהודים וערבים. 53.0% מהנבדקים נבדקו לצורך גילוי מוקדם ולא לצרכים אבחנתיים (על אף המלצות משרד הבריאות, הקובעות שאין הצדקה לבצע כשגרה בדיקות סריקה לגילוי מוקדם של סרטן הערמונית). אחוז מבצעי הבדיקה לצורך גילוי מוקדם ולא לצרכים אבחנתיים, גבוה בכ-32% באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית (טבלה 7).

טבלה 7: ביצוע בדיקת ערמונית בשנתיים שקדמו לסקר בקרב גברים בני 50 ומעלה, 2010⁷: אחוזים

	יהודים	ערבים	סה"כ (משוקלל לקבוצת אוכלוסייה)
ביצעו בדיקת ערמונית	24.3	24.0	24.1
מהם: נבדקו לצורך גילוי מוקדם	54.6	41.2	53.0

3.4. סרטן הריאה

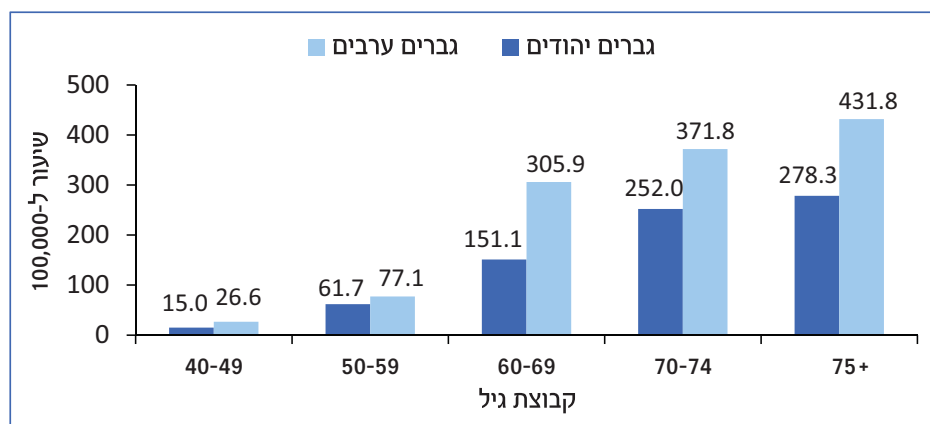
נכון לשנת 2010, סרטן הריאה הוא הסרטן הרביעי בשכיחותו בכלל האוכלוסייה, ולו מיוחסים 8.7% מכלל הגידולים הסרטניים החדשים. בשנת 2010 אובחנו 2,213 מקרים חדשים של סרטן הריאה: 1,430 בגברים ו-783 בנשים⁴.

3.4.1. היארעות סרטן הריאה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

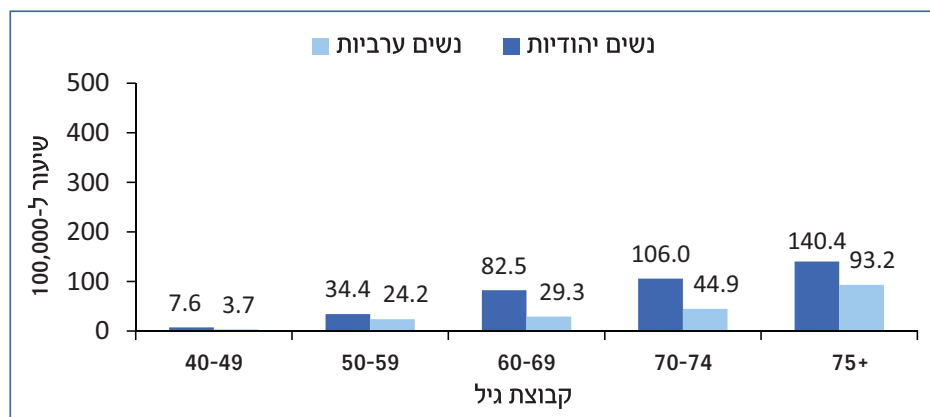
היארעות סרטן הריאה עולה בצורה עקבית עם הגיל. בגברים, שיעורי ההיארעות גבוהים יותר בערבים מאשר ביהודים, בכל קבוצות הגיל. הפער הגדול ביותר נצפה בקבוצת הגיל 60-69 שבה מתרחשת עלייה חדה במיוחד בשיעור ההיארעות בערבים, והוא גבוה פי שניים מהשיעור ביהודים (תרשים 3א'). בנשים, שיעורי ההיארעות גבוהים יותר ביהודיות מאשר בערביות, בכל קבוצות הגיל, כאשר הפער הגדול ביותר נצפה בקבוצת הגיל 60-69 (יחס שיעורים של 2.8). בהמשך, הפער מצטמצם עם העלייה בגיל (תרשים 3ב'). שיעורי היארעות סרטן הריאה גבוהים משמעותית בגברים לעומת נשים, הן ביהודים והן בערבים, כאשר הפער בין המינים גבוה הרבה יותר באוכלוסייה הערבית. בקרב יהודים, יחס השיעורים בין גברים לנשים נע בין 1.8 ל-2.4. בערבים, יחס השיעורים בין גברים לנשים נע בין 3.2 ל-10.4.

תרשים 30: היארעות סרטן הריאה לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה, 2010⁴: שיעורים ל-100,000

א. גברים



ב. נשים

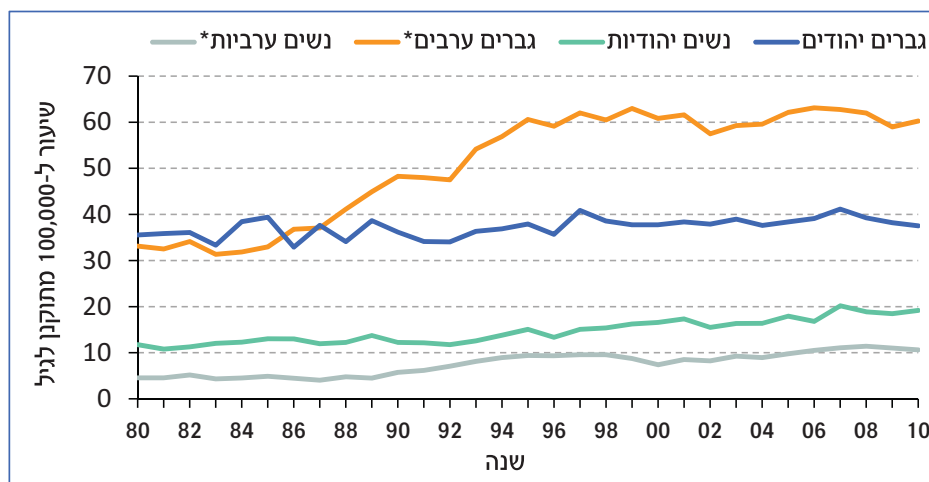


3.4.2. מגמות בהיארעות סרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי היארעות סרטן הריאה גבוהים באופן ניכר בגברים לעומת נשים. בקרב גברים, עד אמצע שנות ה-80' היו שיעורי ההיארעות גבוהים מעט יותר ביהודים לעומת ערבים, ומאמצע שנות ה-80' חלה עלייה ניכרת בשיעורי ההיארעות בגברים ערבים, בעוד בגברים יהודים נשמרה יציבות בשיעורים. שיעורי ההיארעות בגברים ערבים עלו בכ-84% בין השנים 1985-1995, ובהמשך התייצבו. בגברים יהודים מסתמנת מגמת ירידה קלה בשיעורים משנת 2007. בקרב נשים נצפית מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות, ביהודיות ובערביות. בין השנים 1980-2010 נצפתה עלייה של כ-63% בשיעורי ההיארעות בנשים יהודיות, ושל כ-133% בנשים ערביות. במשך כל התקופה, שיעורי ההיארעות היו גבוהים יותר בנשים יהודיות לעומת ערביות, כאשר יחסי השיעורים נעו בין 1.4 ל-3.0.

תרשים 31: מגמות בהיארעות סרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2010⁴: שיעורים ל-100,000 מתוקננים

לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים

3.4.3. תמותה

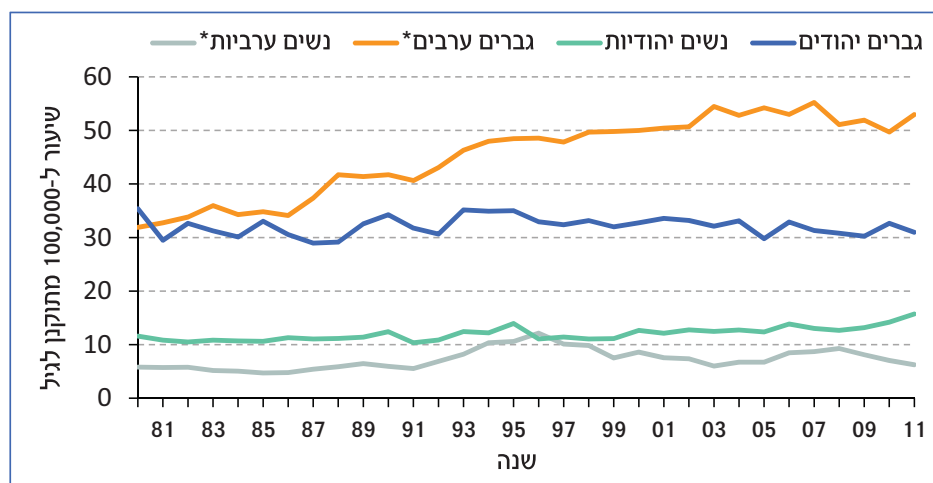
נכון לשנת 2011, סרטן הריאה הוא אתר הסרטן המוביל בתמותה בכלל האוכלוסייה (מקום ראשון בגברים ושני בנשים). בשנת 2011, 17.9% ממקרי הפטירה מסרטן בכלל האוכלוסייה יוחסו לסרטן הריאה (1,836 פטירות: 1,184 בגברים ו-652 בנשים)¹.

3.4.4. מגמות בתמותה מסרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה מסרטן הריאה גבוהים באופן ניכר בגברים לעומת נשים, הן ביהודים והן בערבים. בקרב גברים ערבים נצפתה עלייה ניכרת בשיעורי התמותה מסרטן הריאה מראשית שנות ה-80 ועד שנת 2007, ולאחר מכן ירדו השיעורים מעט והתייצבו. שיעורי התמותה בגברים יהודים שמרו על יציבות יחסית לאורך השנים. עד אמצע שנות ה-80 היו שיעורי התמותה מסרטן הריאה דומים בגברים יהודים וערבים. הפער בשיעורי התמותה הלך והתרחב עם השנים, ובשנת 2011 היה שיעור התמותה בגברים ערבים גבוה פי 1.6 מהשיעור בגברים יהודים.

בנשים יהודיות, שיעורי התמותה מסרטן הריאה שמרו על יציבות יחסית עד סוף שנות ה-90. מתחילת שנות האלפיים מסתמנת מגמת עלייה בשיעורים. בין השנים 2000-2011 עלו שיעורי התמותה בנשים יהודיות בכ-24%. בנשים ערביות, שיעורי התמותה מסרטן הריאה שמרו על יציבות בין ראשית שנות ה-80 לראשית שנות ה-90. בין השנים 1993-1997 נצפתה עלייה של כ-23% בשיעורי התמותה, ולאחריה שוב ירידה והתייצבות בשיעורים. בשנים האחרונות (משנת 2008 ואילך) מסתמנת ירידה מסוימת בשיעורי התמותה מסרטן הריאה בנשים ערביות. במרבית השנים, שיעורי התמותה מסרטן הריאה גבוהים משמעותית בנשים יהודיות לעומת ערביות. בשנת 2011 היה שיעור התמותה מסרטן הריאה ביהודיות גבוה פי 2.7 מהשיעור בערביות.

תרשים 32: מגמות בתמותה מסרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל



* ממוצע נע לשלוש שנים

3.4.5. הישרדות מסרטן הריאה

שיעורי ההישרדות מסרטן הריאה נמוכים. על פי מעקב אחר חולים שאובחנו עם סרטן הריאה בין השנים 1998-2006, בתום השנה הראשונה לאחר האבחנה שורדים 42.5%-41.2% מהגברים היהודים והערבים, בהתאמה. ההישרדות היחסית גבוהה יותר בנשים מאשר בגברים, הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית. שיעורי ההישרדות גבוהים יותר ביהודים מאשר בערבים, הן בגברים והן בנשים (טבלה 8).

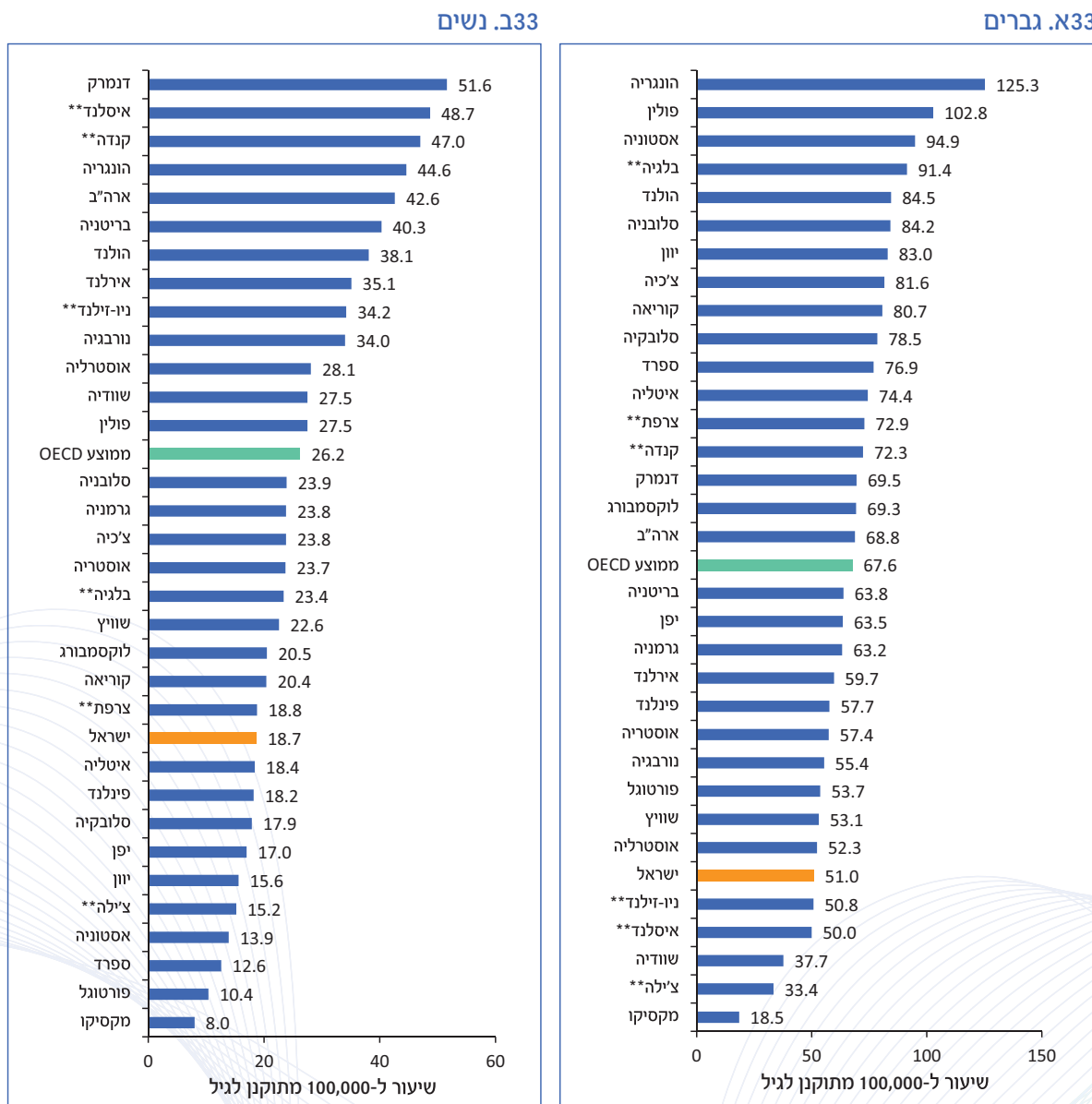
טבלה 8: הישרדות יחסית מסרטן הריאה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. מקרים שאובחנו בשנים 1998-2006 (מעקב עד 2010)⁴: אחוזים

הישרדות ביחס למועד האבחנה		גברים		נשים	
		יהודים	ערבים	יהודיות	ערביות
בתום שנה אחת		42.5	41.2	54.4	52.8
בתום 5 שנים		16.7	13.7	26.1	21.4
בתום 10 שנים		12.1	11.8	20.0	17.4

3.4.6. תמותה מסרטן הריאה: השוואה בין-לאומית

שיעורי התמותה מסרטן הריאה בישראל נמוכים יחסית לשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, הן בגברים והן בנשים. שיעור התמותה בגברים בישראל נמצא במקום ה-28 מבין 33 מדינות, ונמוך בכ-25% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD. שיעור התמותה בנשים בישראל נמצא במקום ה-23 מבין 33 מדינות, ונמוך בכ-29% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD (תרשים 33).

תרשים 33: תמותה מסרטן הריאה בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010⁵: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

3.5. סרטן צוואר הרחם

להבדיל מיתר אתרי הסרטן בהם הוצגו הן נתוני ההיארעות והן נתוני התמותה, עבור גידולים חודרניים בלבד, בהצגת נתוני היארעות סרטן בצוואר הרחם נתייחס בנפרד לגידול ממוקד (in situ) ולסרטן חודרני. בנתוני התמותה ההתייחסות היא לסרטן חודרני בלבד.

3.5.1. היארעות סרטן צוואר הרחם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בסעיף זה, בנוסף לחלוקת האוכלוסייה ליהודים ולערבים, נתייחס גם לקבוצת האוכלוסייה המכונה "אחרים" וכוללת בתוכה נוצרים לא ערבים או אזרחים ללא סיווג דת.

גידול ממוקד: בשנת 2010 אותרו 907 מקרים חדשים של גידול ממוקד (in situ) בצוואר הרחם. מתוכם, 759 מקרים בנשים יהודיות, 36 מקרים בנשים ערביות, ו-112 מקרים בקבוצת ה"אחרות". שיעורי ההיארעות גבוהים במיוחד בגילאים הצעירים. כ-89% מהמקרים החדשים ביהודיות ובערביות, וכ-95% מהמקרים החדשים ב"אחרות", התרחשו לפני גיל 50. שיעור ההיארעות המתוקנן לגיל היה גבוה פי 5.3 בנשים יהודיות לעומת ערביות, ופי 2 בקבוצת ה"אחרות" לעומת היהודיות⁴.

בתרשים 34' מוצגים שיעורי היארעות סגוליים לגיל של גידול ממוקד בצוואר הרחם.

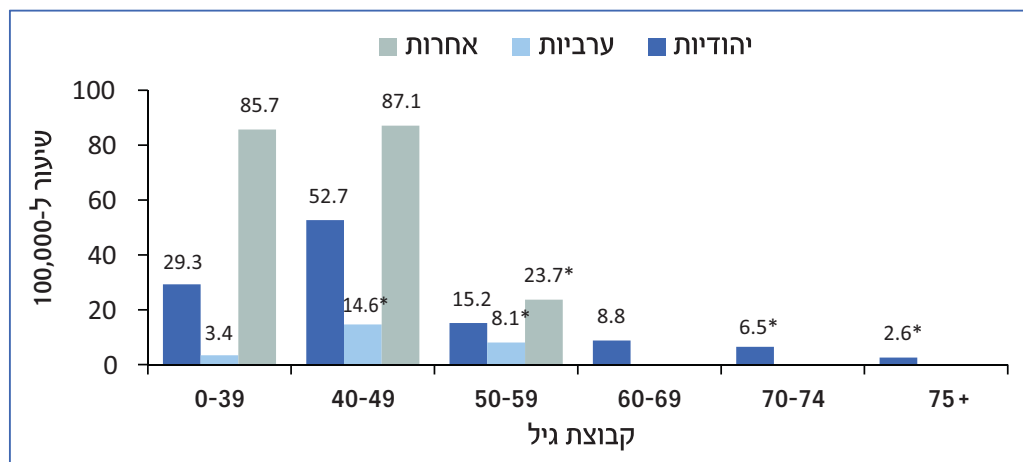
בקבוצת הגיל 0-39, שיעור ההיארעות גבוה פי 8.6 ביהודיות לעומת ערביות, ובקבוצת הגיל 40-49 השיעור גבוה פי 3.6 ביהודיות לעומת ערביות. השיעורים בקבוצת ה"אחרות" גבוהים במיוחד: פי 2.9 בהשוואה ליהודיות בקבוצת הגיל 0-39, ופי 1.7 בקבוצת הגיל 40-49.

סרטן חודרני: בשנת 2010 אותרו 236 מקרים חדשים של סרטן חודרני בצוואר הרחם. מתוכם, 193 מקרים בנשים יהודיות, 14 מקרים בנשים ערביות, ו-29 מקרים בקבוצת ה"אחרות". מקרים חדשים של גידול חודרני בצוואר הרחם מתרחשים בגיל מאוחר יותר בהשוואה למקרי גידול ממוקד, אך עדיין מרבית המקרים מתרחשים לפני גיל 60. שיעור ההיארעות המתוקנן לגיל היה גבוה פי 2.3 בנשים יהודיות לעומת ערביות, ופי 2.3 בקבוצת ה"אחרות" לעומת היהודיות⁴.

בתרשים 34' מוצגים שיעורי היארעות סגוליים לגיל עבור נשים יהודיות בלבד, בשל מיעוט מקרים בקרב נשים ערביות ואחרות. שיעור ההיארעות הנמוך ביותר בנשים יהודיות נמצא בקבוצת הגיל הצעיר (עד 40), ובהמשך שיעורי ההיארעות היו דומים בקבוצות הגיל השונות ונעו בין 10.1-14.2 ל-100,000. שיעור ההיארעות הגבוה ביותר נצפה בקבוצת הגיל 50-59.

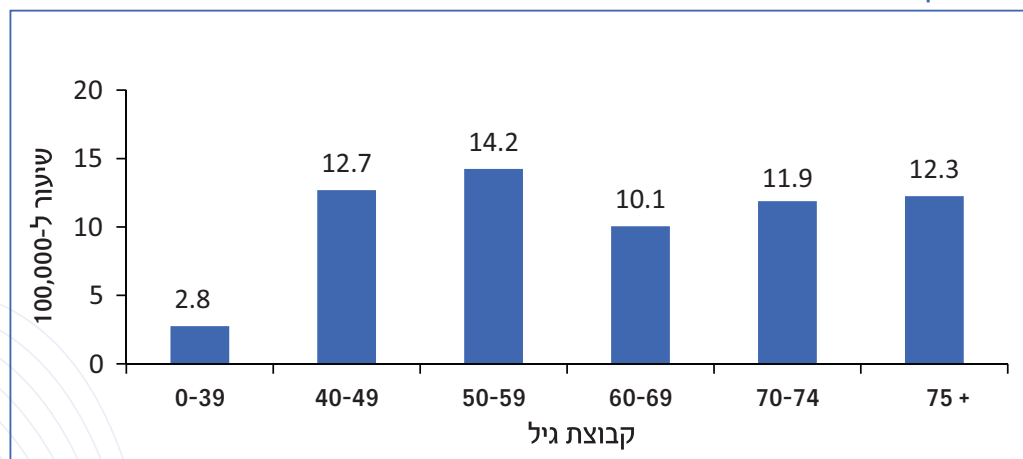
תרשים 34: היארעות סרטן צוואר הרחם לפי סוג הגידול, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁴: שיעורים ל-100,000

34א. גידול ממוקד (in situ)



*השיעור מבוסס על מספר קטן של מקרים.

34ב. סרטן חודרני*



* מוצגים השיעורים בנשים יהודיות בלבד, בשל מיעוט מקרים בערביות ובאחרות.

3.5.2. מגמות בהיארעות סרטן צוואר הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה

מוצגות להלן המגמות בהיארעות גידול ממוקד בצוואר הרחם (תרשים 35א') וסרטן חודרני בצוואר הרחם (תרשים 35ב'). היות ומספר המקרים, בעיקר בשנים המוקדמות, קטן יחסית, ונצפו תנודות גדולות בשיעורי ההיארעות לאורך השנים, חישוב המגמות נעשה על בסיס אחוז השינוי השנתי הממוצע. אחוז זה מבוסס על שיפוע קו הרגרסיה לאורך תקופת זמן נדונה, וממוצע השיעורים לאורך אותה תקופה.

גידול ממוקד: לאורך השנים נצפתה עלייה ניכרת בשיעורי ההיארעות של גידול ממוקד בצוואר הרחם, הן ביהודיות והן בערביות (תרשים 35א'). בנשים יהודיות נצפתה עלייה של כ-213% בשיעורי ההיארעות בין השנים 1980-2010. השיעורים עלו בכ-139% בשנים 1980-1989. בין השנים 1990-1999 עלו השיעורים בכ-48%, ובין השנים 2000-2010 נצפתה עלייה נוספת של כ-60%. בנשים ערביות, אף כי ניכרת מגמת עלייה בהיארעות לאורך השנים, מספר המקרים קטן מכדי לתאר את אחוזי העלייה בשיעורים. מספר המקרים בערביות היה אפסי בשנות ה-80', ונע בין 15-3 מקרים לשנה בשנות ה-90'. מראשית שנות ה-2000 ואילך ניכרת עלייה במספר המקרים, הבולטת בעיקר

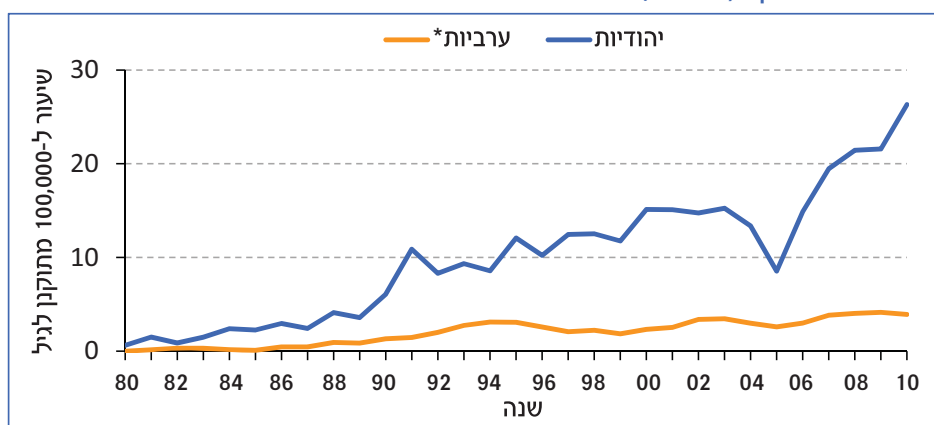
בשנים האחרונות. בין השנים 2004-2010 הוכפל מספר המקרים החדשים בשנה, הן בנשים יהודיות והן בנשים ערביות.

חשוב לציין כי העלייה החדה בהיארעות נובעת לפחות בחלקה מעלייה במודעות לביצוע בדיקות לגילוי מוקדם (משטח PAP), אשר גברה מאז כניסת החיסונים נגד נגיף הפפילומה האנושי (HPV) והתעמולה התקשורתית בנושא. מחקר שנערך בישראל בקרב מבוטחות "מכבי" ובדק ממצאים של תחלואה חריגה בבדיקות PAP בין השנים 2005-2010, דיווח כי מספר הבדיקות המבוצעות עלה מדי שנה (מ-101,582 בשנת 2005, ל-135,819 בשנת 2010).⁹

סרטן חודרני: בין השנים 1980-2010 עלה שיעור ההיארעות בנשים יהודיות בכ-30%, כאשר עיקר העלייה נצפתה בשנים 1980-1994 (תרשים 35). בנשים ערביות, מספר המקרים קטן מכדי להצביע על מגמה ברורה. עד אמצע שנות ה-90 הסתמנה עלייה בשיעורים ובהמשך מגמת ירידה, אולם חשוב להזכיר כי מספר המקרים בערביות עד שנת 1990 היה קטן מ-10, ובהמשך נעו המספרים בין 4-24 מקרים בשנה.

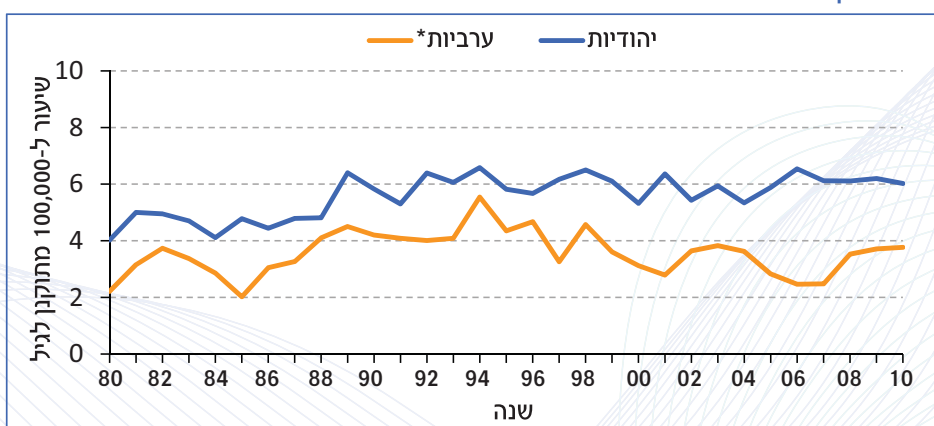
תרשים 35: מגמות בהיארעות סרטן צוואר הרחם לפי סוג הגידול וקבוצת אוכלוסייה, 1980-2010: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל

35. גידול ממוקד (in situ)



*ממוצע נע

35. סרטן חודרני



*ממוצע נע

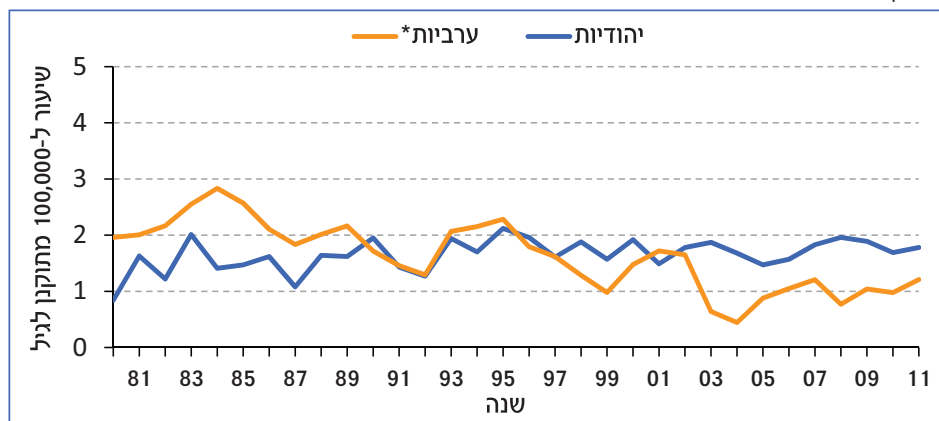
3.5.3. תמותה מסרטן צוואר הרחם

בשנת 2011 היו 79 מקרי תמותה מסרטן צוואר הרחם (1.5% מכלל מקרי הפטירה מסרטן בנשים). שיעור התמותה המתוקן לגיל מסרטן צוואר הרחם בנשים יהודיות, היה גבוה בכ-63% מהשיעור בערביות, והשיעור בקבוצת ה"אחרות" היה גבוה פי 2.5 מהשיעור ביהודיות¹.

3.5.4. מגמות בתמותה מסרטן צוואר הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה

בין השנים 1980-2011 עלה שיעור התמותה מסרטן צוואר הרחם בנשים יהודיות בכ-25%, כאשר בשנים האחרונות מסתמנת התייצבות בשיעורים. בנשים ערביות מסתמנת מגמת ירידה בשיעורי התמותה מסרטן צוואר הרחם לאורך השנים, אולם חשוב להדגיש כי מספר הפטירות מסרטן צוואר הרחם בערביות לא עולה על 6 מקרים בשנה (תרשים 36).

תרשים 36: מגמות בתמותה מסרטן צוואר הרחם לפי קבוצת אוכלוסייה, 1980-2011¹: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל



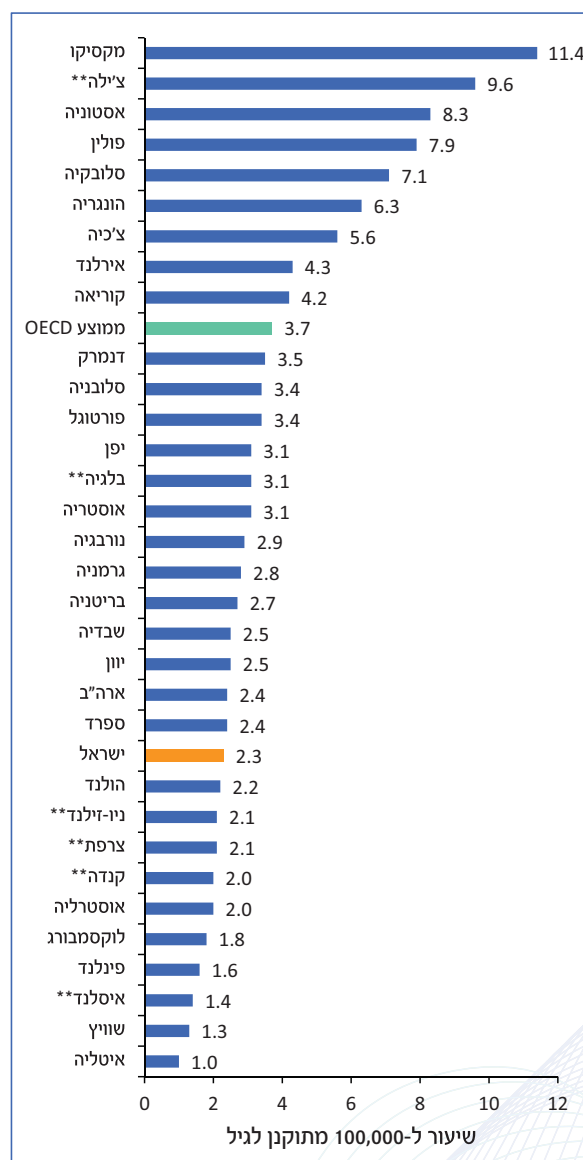
*ממוצע נע

3.5.5. תמותה מסרטן צוואר הרחם: השוואה בין-לאומית

שיעור התמותה מסרטן צוואר הרחם בנשים בישראל נמוך בכ-38% מהשיעור הממוצע במדינות חברות ה-OECD. ישראל נמצאת במקום ה-23 מבין 33 מדינות.

תרשים 37: תמותה מסרטן צוואר הרחם בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010⁵: שיעורים ל-100,000 מתוקנים

לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

3.5.6. הישרדות מסרטן צוואר הרחם

הישרדות היחסית מסרטן צוואר הרחם דומה בנשים יהודיות וערביות. במעקב אחר נשים שאובחנו עם סרטן צוואר הרחם בין השנים 1998-2006, נמצא כי בתום שנה אחת ממועד האבחנה שרדו 89.6% מהנשים היהודיות ו-91.1% מהנשים הערביות, ובתום 10 שנים ממועד האבחנה שרדו 66.0% מהנשים היהודיות ו-65.2% מהנשים הערביות (טבלה 9).

טבלה 9: הישרדות יחסית מסרטן צוואר הרחם, לפי קבוצת אוכלוסייה. מקרים שאובחנו בשנים 1998-2006 (מעקב עד 2010)⁴: אחוזים

הישרדות ביחס למועד האבחנה	קבוצת אוכלוסייה	
	יהודיות	ערביות
בתום שנה אחת	89.6	91.1
בתום 5 שנים	70.4	68.1
בתום 10 שנים	66.0	65.2

3.5.7. מניעה וגילוי מוקדם

על פי חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות הסרטן, ההמלצה היא לביצוע בדיקת משטח מצוואר הרחם כל שלוש שנים, לנשים בגילאי 25-64⁶.

על פי סקר INHIS-2⁷, 44.7% מהנשים בישראל ביצעו בדיקת משטח צוואר הרחם בשלוש השנים שקדמו לסקר. בטבלה 10 מוצגים שיעורי ביצוע הבדיקה לפי גיל. יש לציין כי נתונים אלה אינם מוגבלים לבדיקות סריקה (screening) לצורך גילוי מוקדם אלא מתייחסים לביצוע משטחים מצוואר הרחם באופן כללי.

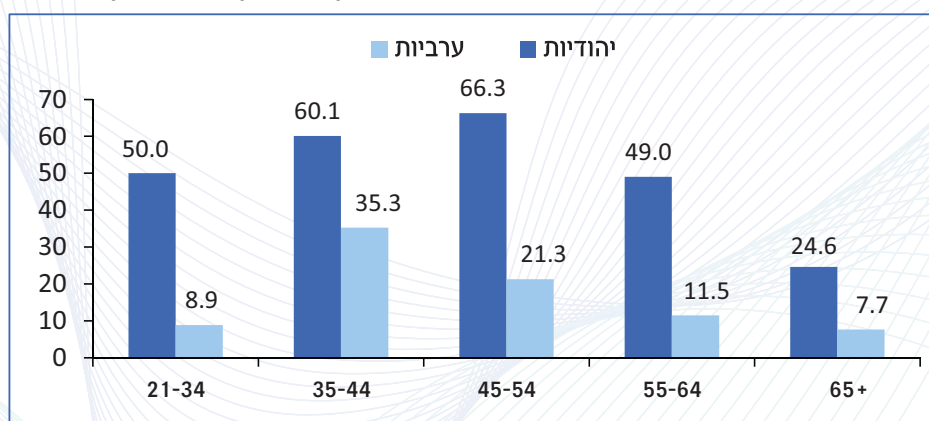
טבלה 10: ביצוע משטח צוואר הרחם בשלוש השנים שקדמו לסקר, לפי גיל⁷: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה

גיל	21-34	35-44	45-54	55-64	65+	סה"כ (אחוז משוקלל לגיל ולקבוצת אוכלוסייה)
ביצעו בדיקת משטח צוואר הרחם	41.7	55.4	60.3	45.4	23.5	44.7

ביצוע בדיקה לגילוי מוקדם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

אחוז ביצוע בדיקת משטח צוואר הרחם גבוה באופן ניכר ביהודיות, בכל קבוצות הגיל, ובעיקר בולט הפער בקבוצת הגיל הצעיר. השיעור בנשים היהודיות עולה עם הגיל, עד לקבוצת הגיל 45-54, בה מגיע השיעור לשיא של 66.3%. בנשים מבוגרות יותר יורד שיעור ביצוע הבדיקה, עד ל-24.6% בבנות 65 ומעלה. בנשים ערביות, השיעור גדל פי 4 בין קבוצות הגיל 21-34 ל-35-44, ובהמשך יורדים השיעורים, עד לערך הנמוך ביותר בבנות 65 ומעלה (תרשים 38).

תרשים 38: ביצוע משטח צוואר הרחם בשלוש השנים שקדמו לסקר לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה⁷: אחוזים



חיסון נגד נגיף הפפילומה האנושי (Human Papilloma Virus) HPV

כמעט כל מקרי סרטן צוואר הרחם נגרמים מנגיף ה-HPV¹⁰. על פי חוזר המנהל הכללי מס' 2/13 מינואר 2013 בנושא הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2013, הוחלט על הוספת חיסון נגד HPV כחלק מחיסוני השגרה במדינת ישראל לנערות הלומדות בכיתה ח'¹¹. החל משנת הלימודים תשע"ד (2013-2014) ניתן החיסון לנערות הלומדות בכיתה ח' (גילאי 13-14). החיסון מומלץ גם לבנות ולנשים בגיל 14-26 (בהתאם ללוח חיסוני מבוגרים), אך בגילאים אלו איננו כלול בשגרת החיסונים. ניתן לרכוש אותו במסגרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים ובאופן פרטי¹².

מקורות המידע

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 1979-2011.
2. סרטן בישראל - מגמות בהיארעות ובתמותה, 1982-2002. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום 310, 2008.
3. World Health Organization. Cancer: Fact Sheet 297.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
4. הרישום הלאומי לסרטן, 2011. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.
5. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics (database).
doi: 10.1787/data-00540-en.
6. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא מניעה וגילוי מוקדם של מחלות ממאירות (מס' 10/12, יוני 2012).
http://www.health.gov.il/hozer/mk10_2012.pdf
7. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2010. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
8. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2010.
http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=929
9. Bassal R, Schejter E, Bachar R et al. Cervical Pap screening among Israeli women, 2005-2010. Arch Gynecol Obstet. 2013 Oct 2. [Epub ahead of print]
10. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV).
<http://www.cdc.gov/hpv/cancer.html>
11. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2013 (מס' 2/13, ינואר 2013).
http://www.health.gov.il/hozer/mk02_2013.pdf
12. תדריך חיסונים. משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור, המחלקה לאפידמיולוגיה, ירושלים. תדריך חיסונים 1999, עדכון אוקטובר 2013. משרד הבריאות - האגף לאפידמיולוגיה.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/tadrich_Chisunim.pdf

מחלות לב

ממצאים עיקריים

הימצאות מחלות לב (סקר INHIS-2)

- « על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, 10.2% מהגברים ו-7.1% מהנשים אובחנו עם מחלת לב כלשהי. 7.5% מהגברים ו-4.1% מהנשים אובחנו עם מחלת לב כללית.
- « שיעורי ההימצאות המתוקננים לגיל של מחלות לב גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה ליהודית: פי 1.09 בגברים ופי 1.38 בנשים.
- « הימצאות מחלות הלב בכלל האוכלוסייה עולה בהתמדה עם העלייה בגיל, בגברים ובנשים. בגילאי 75 ומעלה, מגיע שיעור ההימצאות לשיא של 42.0% בגברים ו-31.0% בנשים.
- « שיעורי מחלות הלב היו גבוהים באופן מובהק בקרב בעלי השכלה נמוכה, לעומת בעלי השכלה בינונית-גבוהה, בגברים ובנשים.

צריכת תרופות

- « 78.2% מהמאובחנים עם מחלת לב כללית, צורכים תרופות לטיפול במחלה: 81.7% מהגברים ו-70.6% מהנשים.

חולים המאושפזים עקב תסמונת כלילית חדה (סקר ACSIS 2010)

- « על פי ממצאי סקר ACSIS 2010, הגברים המאושפזים עקב תסמונת כלילית חדה היו צעירים מהנשים. מרבית הגברים (64.2%) היו בני 65 ומטה, ואילו מרבית הנשים (64.8%) היו מעל גיל 65.
- « גורמי הסיכון הנפוצים ביותר בקרב המאושפזים עם תסמונת כלילית חדה הם כולסטרול גבוה בדם ויתר לחץ דם.

אשפוזים עקב כלל מחלות הלב

- « על פי נתוני קובץ האשפוזים המרכזי שבמשרד הבריאות, שיעורי האשפוז עקב מחלות לב גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים, בכל קבוצות הגיל. הפער הגדול ביותר בין המינים נצפה בגילאים 25-64.

תמותה ממחלות לב

- « ביהודים, שיעור התמותה מכלל מחלות הלב גבוה בכ-34% בגברים לעומת נשים. שיעור התמותה ממחלת לב כללית גבוה בכ-66% בגברים לעומת נשים.
- « בערבים, שיעור התמותה מכלל מחלות הלב גבוה בכ-36% בגברים לעומת נשים. שיעור התמותה ממחלת לב כללית גבוה בכ-63% בגברים לעומת נשים.
- « שיעורי התמותה מכלל מחלות הלב בגברים הערבים גבוהים בכ-29% מהשיעורים בגברים היהודים.
- « שיעורי התמותה מכלל מחלות הלב בנשים הערביות גבוהים בכ-28% מהשיעורים ביהודיות.
- « בין ראשית שנות ה-80 ועד לשנת 2011 ירדו שיעורי התמותה ממחלות הלב בכ-70%, בכל קבוצות האוכלוסייה.
- « שיעורי התמותה ממחלת לב כללית בישראל נמוכים יחסית למרבית מדינות ה-OECD, בגברים ובנשים.

מחלות לב

רקע

בשנים האחרונות, מחלות הלב מהוות את סיבת המוות השנייה בשכיחותה בישראל, בגברים בני 45 ומעלה ובנשים בנות 45-74, ואת הסיבה הראשונה בשכיחותה בנשים בנות 75 ומעלה¹. גורמי הסיכון ההתנהגותיים העיקריים למחלות לב הנם עישון, תזונה לא מאוזנת והיעדר פעילות גופנית, הבאים לידי ביטוי בלחץ דם גבוה, רמות LDL כולסטרול גבוהות, עודף משקל והשמנה².

סיווג מחלות הלב על פי ה-ICD:

כלל מחלות הלב: קבוצת "מחלות הלב" כוללת את כל סוגי האבחנות הקשורות למחלות לב - קודים 390-402, 404, ו-410-429 ב-ICD-9; וקודים I00-I09, I11, I13, ו-I20-I51 ב-ICD-10. **מחלת לב כלילית:** מחלת לב כלילית כוללת את הקודים 410-414 ו-429.9 ב-ICD-9; וקודים I20-I25 ב-ICD-10.

1. תחלואה

מקורות הנתונים

« דיווח עצמי על תחלואה במחלת לב - סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה)³.
« נתונים על חולים המאושפדים עקב תסמונת כלילית חדה (אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה) - סקר ACSIS 2010. הסקר נערך ב-26 מרכזים רפואיים בישראל, בחודשים מארס-אפריל 2010, וכלל את כל החולים אשר אושפדו עם תסמונת כלילית חדה, במחלקות קרדיולוגיות וביחידות לטיפול נמרץ לב⁴.
הרחבה אודות הסקרים והשיטות, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

1.1. תחלואה במחלות לב

הנתונים מסקר INHIS-2 מבוססים על דיווח עצמי על תחלואה במחלת לב שאובחנה על ידי רופא. על מנת לייצג את שיעורי מחלות הלב בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים) (ראה פרק "שיטות ומקורות מידע").

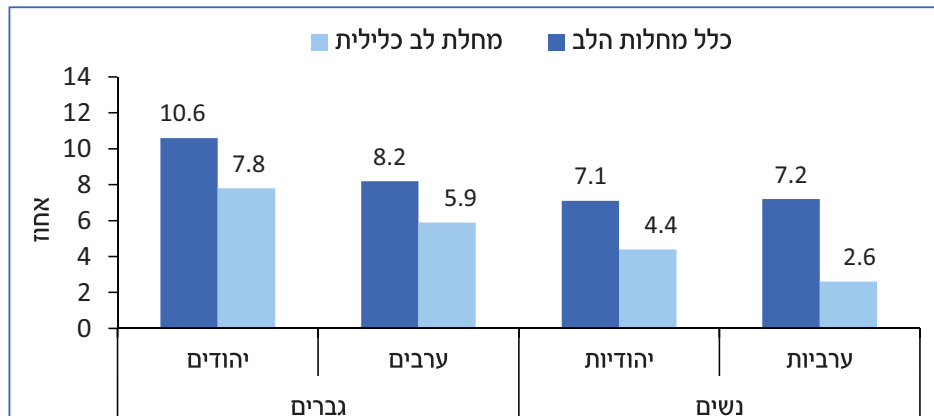
על פי סקר INHIS-2, 10.2% מהגברים ו-7.1% מהנשים אובחנו כחולים במחלת לב כלשהי. על מחלת לב כלילית דיווחו 7.5% מהגברים, לעומת 4.1% מהנשים ($p<0.001$)³.

1.1.1. תחלואה במחלות לב, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

כלל מחלות הלב: בתרשים 1 ניתן לראות כי הן ביהודים והן בערבים, שיעורי מחלות הלב גבוהים יותר בגברים, כאשר השיעור הגבוה ביותר נמצא בגברים היהודים. השיעור בגברים היהודים גבוה בכ-29% מהשיעור בגברים הערבים ($p=0.018$). בנשים, השיעורים כמעט זהים בשתי קבוצות האוכלוסייה.

מחלת לב כלילית: בדומה לנצפה בכלל מחלות הלב, שיעורי הימצאות גבוהים יותר של מחלת לב כלילית נצפים בגברים, כאשר השיעור הגבוה ביותר נמצא בגברים היהודים. השיעור בגברים היהודים גבוה בכ-24% מהשיעור בגברים הערבים ($p=0.028$). השיעור בנשים היהודיות גבוה בכ-69% מהשיעור בערביות ($p=0.005$).

תרשים 1: הימצאות מחלת לב מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי). סקר INHIS-2³: שיעורים משוקללים לגיל



1.1.2. שיעורי הימצאות מתוקננים לגיל

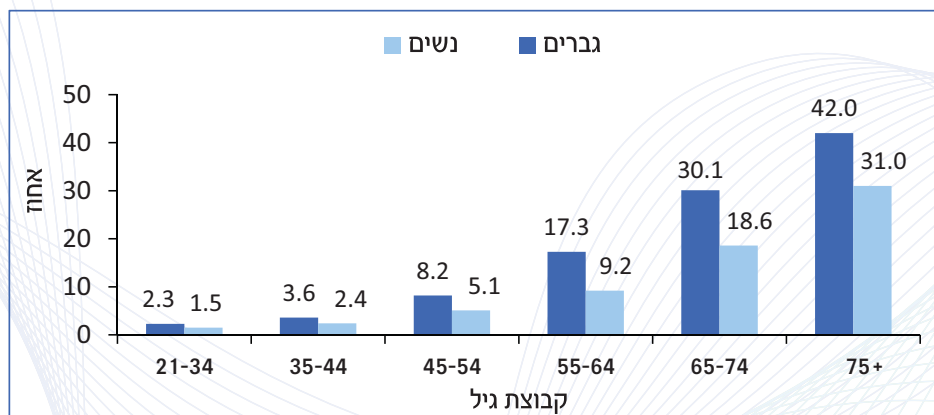
היות והאוכלוסייה הערבית צעירה יותר מהאוכלוסייה היהודית, חושבו גם שיעורים מתוקננים לגיל, המאפשרים השוואה בין אוכלוסיות, תוך נטרול ההשפעה של התפלגות הגילאים השונה. כאוכלוסיית התקן שימשה האוכלוסייה הכללית של ישראל בשנת 2008 (גילאי 35 ומעלה).

לאחר תקנון לגיל נמצא כי שיעורי ההימצאות של מחלות הלב גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית: פי 1.09 בגברים (CI 95% 1.07-1.12) ופי 1.38 בנשים (CI 95% 1.36-1.41).

1.1.3. תחלואה במחלות לב, לפי גיל ומין

הימצאות מחלות הלב בגברים גבוהה מההימצאות בנשים, בכל קבוצות הגיל. בשני המינים עולה בהתמדה שכיחות מחלות הלב עם העלייה בגיל. בגילאי 75 ומעלה מגיעים שיעורי ההימצאות לשיא של 42.0% בגברים ו-31.0% בנשים (תרשים 2).

תרשים 2: הימצאות מחלת לב מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי). סקר INHIS-2³: שיעורים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



1.1.4. תחלואה במחלות לב, לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

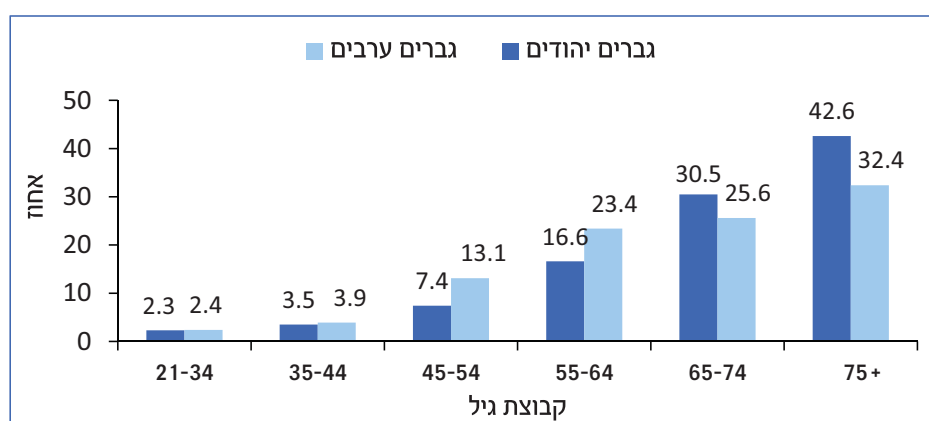
בקרב הגברים (תרשים א'), שיעורי מחלות הלב בגילאים הצעירים (עד 45) נמוכים יחסית ודומים ביהודים ובערבים. בגילאים 45-64, שיעורי מחלות הלב גבוהים יותר בערבים, ומגיל 65 ומעלה השיעורים גבוהים יותר ביהודים. בגברים היהודים נראית עלייה חדה בשיעורי התחלואה מגיל 65 ומעלה, לעומת עלייה מתונה בערבים.

בקרב הנשים (תרשים ב'), שיעורי מחלות הלב גבוהים יותר בערביות, עד גיל 75. בגילאי 75 ומעלה, השיעור ביהודיות גבוה יותר, אולם יש לסייג ולומר כי השיעור בערביות מבוסס על מספר קטן מאוד של מקרים בקבוצת גיל זו. בדומה לממצא בגברים, ביהודיות חלה עלייה חדה בתחלואה מגיל 65 ומעלה, לעומת עלייה מתונה והתייצבות בערביות.

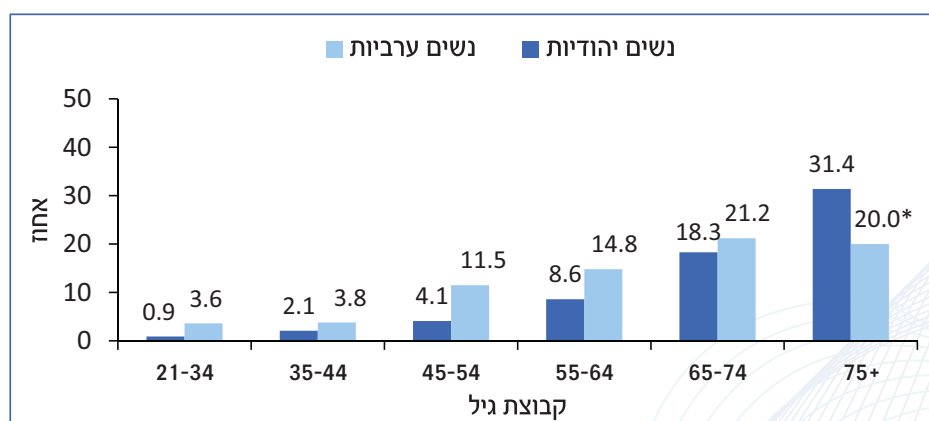
תרשים 3: הימצאות מחלת לב מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2³:

אחוזים

א. גברים



ב. נשים



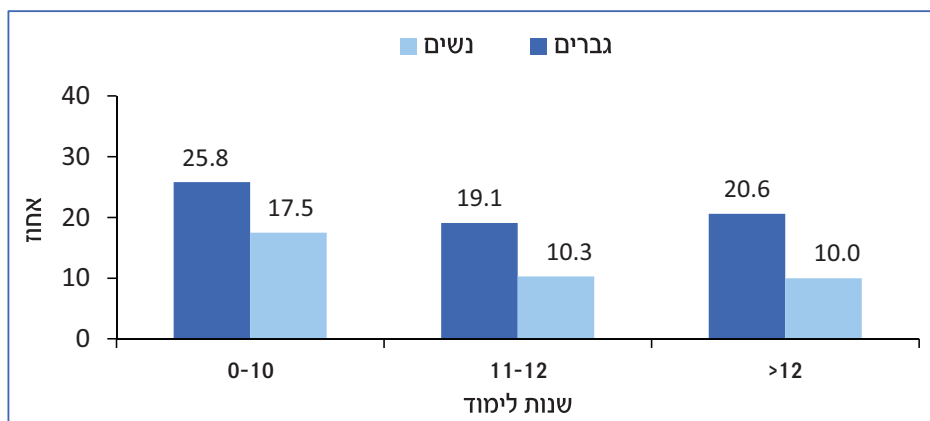
* השיעור מבוסס על מספר קטן של מקרים.

1.1.5. תחלואה במחלות לב, לפי השכלה ומין

בתרשים 4 מוצגים שיעורי מחלות הלב בבני 45 ומעלה, לפי רמות השכלה: נמוכה (עד 10 שנות לימוד), בינונית (11-12 שנות לימוד) וגבוהה (מעל ל-12 שנות לימוד). נמצא קשר הפוך בין רמת ההשכלה והימצאות מחלות לב. שיעורי תחלואה גבוהים באופן מובהק נמצאו בקרב בעלי השכלה נמוכה, לעומת בעלי השכלה בינונית-גבוהה, בגברים ובנשים ($p < 0.008$). פער זה מודגש בעיקר בנשים: שיעור מחלות הלב בנשים בעלות השכלה נמוכה, גבוה

ב-70%-75 לעומת בעלות השכלה בינונית-גבוהה. בגברים בעלי השכלה נמוכה נמצא שיעור תחלואה גבוה ב-25%-35 לעומת בעלי השכלה בינונית-גבוהה.

תרשים 4: הימצאות מחלת לב מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי השכלה ומין, בגילאי 45 ומעלה. סקר INHIS-2³: אחוזים משוקלים לקבוצת אוכלוסייה



1.1.6. צריכת תרופות למחלת לב כללית

על פי סקר INHIS-2, 78.2% מהמאובחנים עם מחלת לב כללית דיווחו על צריכת תרופות לטיפול במחלה בשבועיים שקדמו לסקר - 81.7% מהגברים ו-70.6% מהנשים.

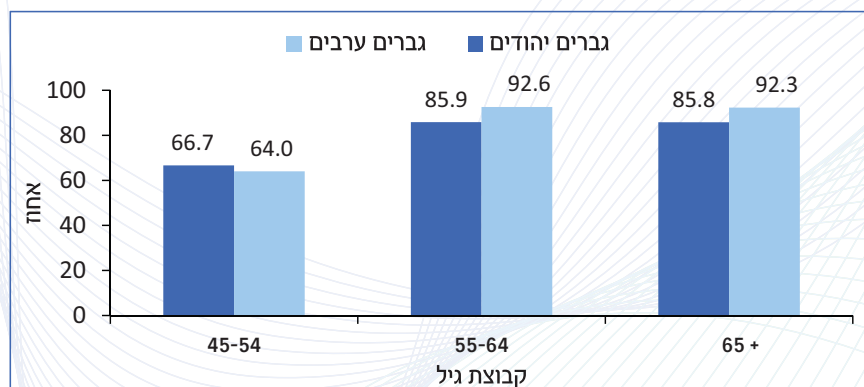
צריכת התרופות עולה עם הגיל, הן בגברים (תרשים א') והן בנשים (תרשים ב'). בקרב הגברים, שיעורי צריכת התרופות דומים ביהודים ובערבים. עלייה בשיעור צריכת התרופות נראית בין גילאי 45-54 לגילאי 55-64, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) נשמרים שיעורי צריכה דומים.

בקרב הנשים, שיעור צריכת התרופות גבוה יותר ביהודיות בגילאי 45-54, ומגיל 55 ומעלה גבוה יותר שיעור צריכת התרופות בערביות. בנשים היהודיות צריכת התרופות נשארת קבועה בקבוצות הגיל הצעיר (45-54 ו-55-64), ועלייה ניכרת בשיעורים נצפית רק בקבוצת הגיל המבוגר (65+). בערביות נצפית עלייה הדרגתית בשיעורי צריכת התרופות עם הגיל, אולם יש לסייג ולומר כי השיעורים בערביות מבוססים על מספר קטן של מקרים.

בהשוואה בין המינים ניכרים שיעורי צריכה נמוכים יותר בנשים, עד גיל 65. בקבוצת הגיל המבוגר (65+) שיעורי הצריכה בגברים ובנשים דומים מאוד.

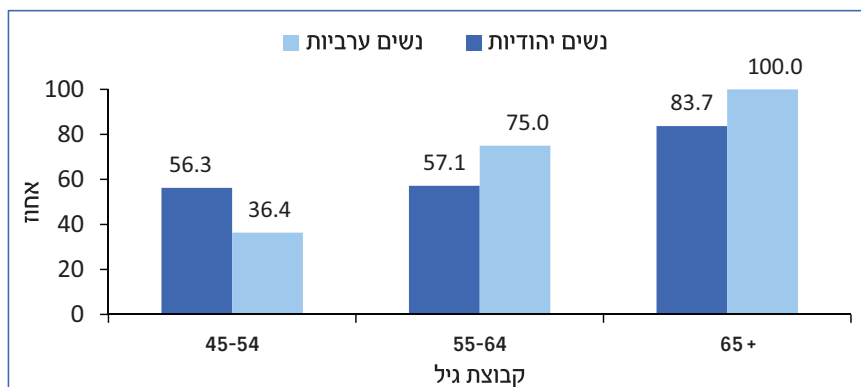
תרשים 5: צריכת תרופות למחלת לב כללית בקרב החולים, לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2³: אחוזים

א. גברים



בגברים, נצפית עלייה בשיעור צריכת התרופות בין גילאי 45-54 לגילאי 55-64, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) נשמרים שיעורי צריכה דומים (תרשים א').

5.ב. נשים



בנשים, שיעור צריכת התרופות היה גבוה יותר ביהודיות בקבוצת הגיל 54-55, ומגיל 55 ומעלה, שיעור צריכת התרופות היה גבוה יותר בערביות (תרשים 5ב').

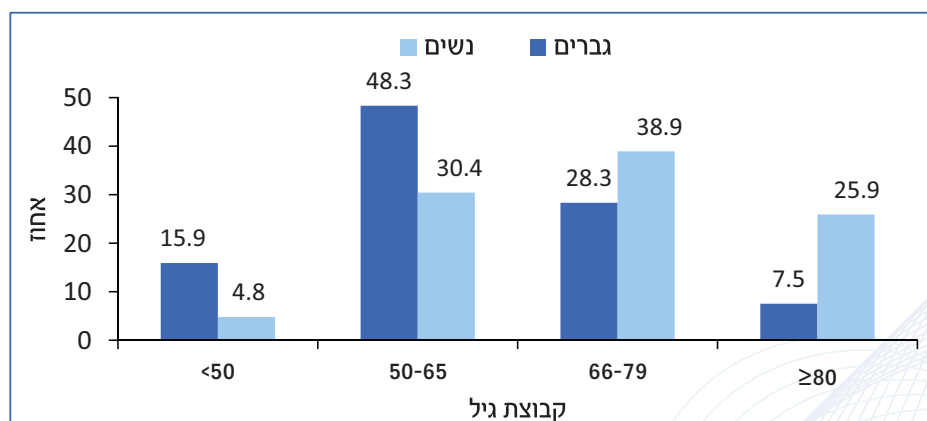
1.2. תסמונת כלילית חדה

הנתונים על מאושפזים עקב תסמונת כלילית חדה (אוטם חד בשריר הלב או תעוקת חזה בלתי יציבה) מבוססים על סקר ACSIS 2010. הסקר נערך ב-26 מרכזים רפואיים בישראל, בחודשים מארס-אפריל 2010, וכלל את כל החולים אשר אושפזו עם תסמונת כלילית חדה, במחלקות קרדיולוגיות וביחידות לטיפול נמרץ לב⁴.

1.2.1. חולים המאושפזים עקב תסמונת כלילית חדה, לפי מין וגיל

הגברים המאושפזים עקב תסמונת כלילית חדה היו צעירים באופן מובהק מהנשים. מרבית הגברים המאושפזים (64.2%) השתייכו לקבוצת הגיל הצעיר (≤ 65), ו-7.5% בלבד היו בני 80 ומעלה. לעומתם, מרבית הנשים המאושפזות (64.8%) היו מעל גיל 65. כ-26% מהמאושפזות היו בנות 80 ומעלה, ו-4.8% בלבד היו מתחת לגיל 50 (תרשים 6).

תרשים 6: התפלגות החולים אשר אושפזו עקב תסמונת כלילית חדה, לפי מין וגיל. סקר ACSIS 2010⁴: אחוזים

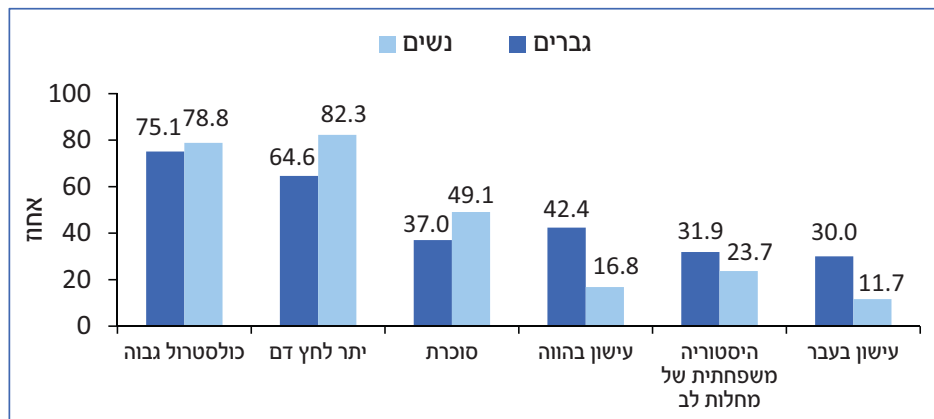


1.2.2. גורמי הסיכון בקרב מאושפזים עם תסמונת כלילית חדה

גורמי הסיכון הנפוצים ביותר, בגברים ובנשים, הם כולסטרול גבוה ויתר לחץ דם. כ-80% מהנשים המאושפזות עקב תסמונת כלילית חדה סובלות מיתר לחץ דם ורמות כולסטרול גבוהות. השיעורים בגברים נמוכים יותר - כ-75% מהגברים המאושפזים סובלים מרמות כולסטרול גבוהות, וכ-65% סובלים מיתר לחץ דם. גם סוכרת מופיעה בשכיחות גבוהה יותר בנשים - כ-49% לעומת 37% בגברים. גורמי הסיכון המופיעים בשכיחות גבוהה יותר בגברים הם עישון בעבר ובהווה (פי 2.5) והיסטוריה משפחתית של מחלות לב (פי 1.35).

תרשים 7: גורמי הסיכון בקרב חולים אשר אושפזו עקב תסמונת כלילית חדה, לפי מין. סקר 2010 ACSIS⁴:

אחוזים

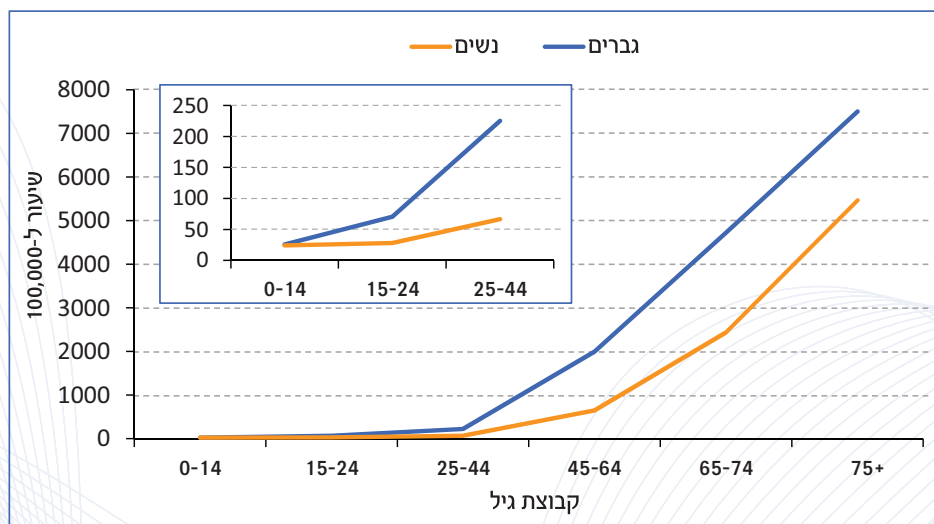


2. אשפוזים עקב מחלות לב

מקור המידע על כלל האשפוזים עקב מחלות לב בישראל הוא קובץ האשפוז המרכזי, המתנהל באגף מידע ומחשוב במשרד הבריאות. קובץ זה כולל נתונים מכלל בתי החולים בארץ.

קיימת עלייה ניכרת בשיעור האשפוזים ממחלות לב עם העלייה בגיל, בגברים ובנשים. שיעורי האשפוז גבוהים יותר בגברים, בכל קבוצות הגיל, כאשר הפערים הגדולים ביותר בין המינים נראים בגילאים 25-64, בהם השיעור בגברים גבוה פי 3 ויותר מהשיעור בנשים. שיעורי האשפוזים ממחלות לב מגיעים לשיא בגילאי 75 ומעלה: 7,503.6 ל-100,000 בגברים ו-5,466.0 ל-100,000 בנשים (תרשים 8, טבלה 1).

תרשים 8: אשפוזים עקב מחלות לב*, לפי גיל ומין⁵: שיעורים ל-100,000



*מחלת לב כאבחנה ראשונה בשחרור.

טבלה 1: אשפוזים עקב מחלות לב*, לפי גיל ומין⁵: שיעורים ל-100,000

קבוצת גיל	גברים	נשים
15-44	168.6	52.9
45-54	1,310.8	334.8
55-64	2,766.8	981.1
65-74	4,723.5	2,439.6
75+	7,503.6	5,466.0

* מחלת לב כאבחנה ראשונה בשחרור.

3. התערבויות כירורגיות

הנתונים על ניתוחי לב מקורם מ-13 בתי חולים, והנתונים על צנתורים מקורם מ-24 בתי חולים (ציבוריים ופרטיים), ברחבי הארץ⁶.

נצפית ירידה מתמדת עם השנים בניתוחי מעקפים, הן בשיעורים והן במספרים המוחלטים. בין השנים 2008-2012 ירדו שיעורי ניתוחי המעקפים בכ-28%. ירידה של כ-15% בין השנים 2008-2012 ניכרת גם בשיעורים של צנתורי לב טיפוליים, כאשר עיקרה בין השנים 2008-2009, ובהמשך נשמרו שיעורים דומים. שיעורי צנתורי לב אבחנתיים היו יציבים בין השנים 2008-2012, כאשר במספרים המוחלטים נצפית עלייה, מ-20,934 צנתורים אבחנתיים ב-2008, ל-22,109 ב-2012 (טבלה 2).

טבלה 2: צנתורים וניתוחי לב, 2008-2012⁶: מספרים מוחלטים ושיעורים ל-100,000

שנה	צנתורי לב אבחנתיים		צנתורי לב טיפוליים		ניתוחי מעקפים	
	מספר מוחלט	שיעור ל-100,000	מספר מוחלט	שיעור ל-100,000	מספר מוחלט	שיעור ל-100,000
2008	20,934	286.4	22,740	311.1	3,125	42.8
2009	21,553	287.9	20,264	270.7	2,815	37.6
2010	21,475	281.7	20,005	262.4	2,749	36.1
2011	21,853	281.4	20,953	269.8	2,605	33.5
2012	22,109	279.5	20,885	264.1	2,431	30.7

4. תמותה ממחלות לב

נתוני התמותה מקורם בקובץ סיבות המוות של הלמ"ס⁷.

כלל מחלות הלב: קודים I09-I10, I11, I13, ו-I20-I51 ב-ICD-10.

מחלת לב כלילית: קודים I25-I20 ב-ICD-10.

4.1. תמותה ממחלות לב, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

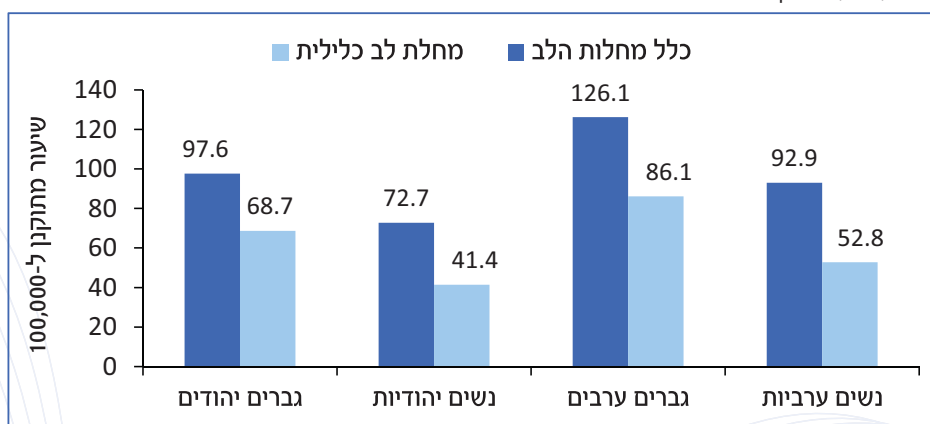
עיקר התמותה ממחלות לב נובעת ממחלת לב כלילית, לחובתה נזקפת כ-70% מכלל התמותה ממחלות לב בגברים (יהודים וערבים) וקרוב ל-60% מכלל התמותה ממחלות לב בנשים (יהודיות וערביות).

שיעורי התמותה ממחלות לב גבוהים משמעותית בגברים לעומת נשים, ביהודים ובערבים, כאשר הפערים בולטים במיוחד בתמותה ממחלת לב כלילית. התמותה בגברים יהודים לעומת נשים יהודיות גבוהה בכ-34% עבור כלל מחלות הלב ובכ-66% עבור מחלת לב כלילית. התמותה בגברים ערבים לעומת נשים ערביות גבוהה בכ-36% עבור כלל מחלות הלב ובכ-63% עבור מחלת לב כלילית (תרשים 9).

שיעורי התמותה ממחלות לב (כלל מחלות הלב ומחלת לב כלילית) גבוהים בערבים בהשוואה ליהודים. השיעורים בגברים הערבים גבוהים בכ-29% מהשיעורים בגברים היהודים והשיעורים בנשים הערביות גבוהים בכ-28% מהשיעורים ביהודיות.

תרשים 9: תמותה מכלל מחלות הלב ומחלת לב כלילית, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, ישראל 2011⁷: שיעורים

ל-100,000 מתוקנים לגיל*

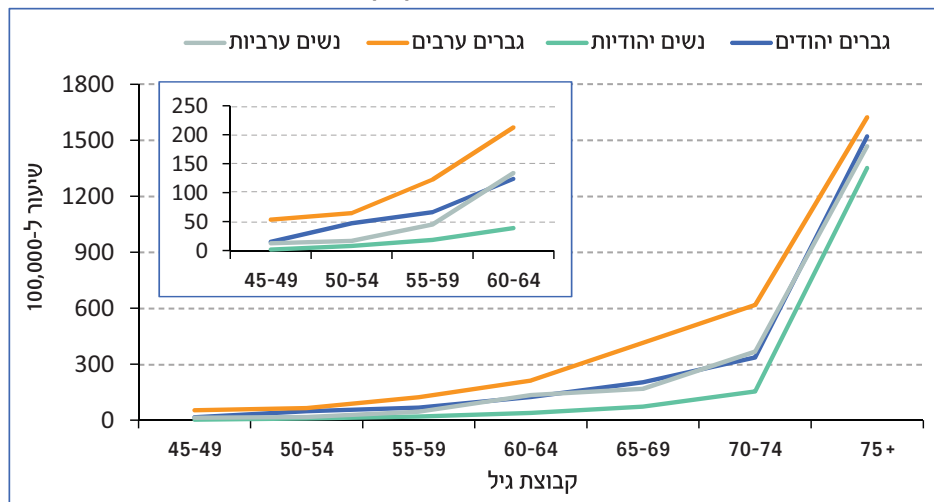


* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

4.2. תמותה מכלל מחלות הלב, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה מכלל מחלות הלב עולים עם הגיל. שיעורי התמותה בגברים גבוהים באופן ניכר מהשיעורים בנשים, הן ביהודים והן בערבים, בכל קבוצות הגיל. בקבוצת הגיל המבוגר (+75) מצטמצמים הפערים בין המינים בשתי קבוצות האוכלוסייה. שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נראים בגברים הערבים, בכל קבוצות הגיל. שיעורי התמותה הנמוכים ביותר נראים בנשים היהודיות, בכל קבוצות הגיל (תרשים 10, טבלה 3).

תרשים 10: תמותה מכלל מחלות הלב, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, ישראל 2011⁷: שיעורים ל-100,000



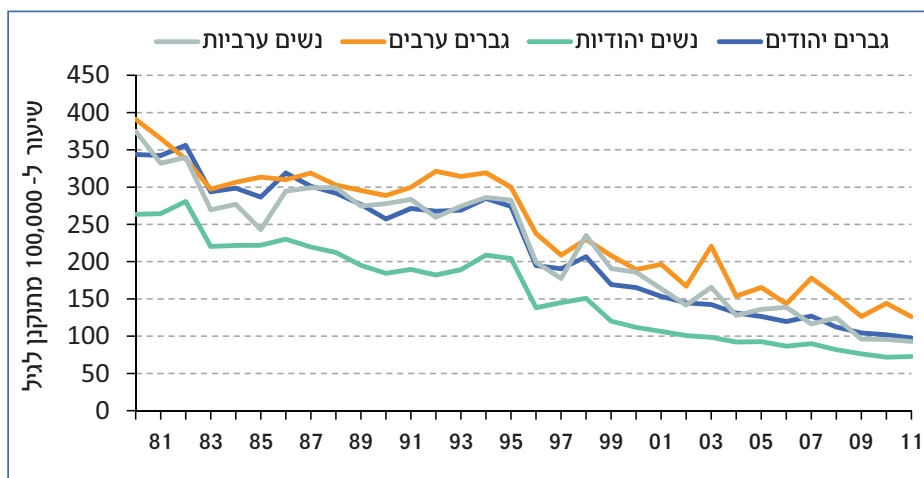
טבלה 3: תמותה מכלל מחלות הלב, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, ישראל 2011⁷: שיעורים ל-100,000

קבוצת גיל	גברים יהודים	נשים יהודיות	גברים ערבים	נשים ערביות
45-49	15.1	1.8	53.3	12.8
50-54	47.1	8.2	64.9	16.8
55-59	66.4	18.5	122.6	45.1
60-64	123.8	38.7	212.3	133.8
65-69	203.3	72.1	413.2	167.9
70-74	335.9	153.5	617.3	366.7
75+	1,521.2	1,351.3	1,623.7	1,467.7

4.3. מגמות בתמותה מכלל מחלות הלב בישראל

החל מראשית שנות ה-80 נצפית מגמת ירידה בשיעורי התמותה ממחלות לב. בסך הכול, בין ראשית שנות ה-80 ועד לשנת 2011 ירדו שיעורי התמותה ממחלות לב בכ-70%. הירידה בשיעורים בולטת במיוחד מאמצע שנות ה-90. שיעורי התמותה הנמוכים ביותר ממחלות לב לאורך כל השנים נצפים בנשים יהודיות והשיעורים הגבוהים ביותר, בגברים ערבים (תרשים 11).

תרשים 11: מגמות בתמותה ממחלות לב*, ישראל 1980-2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁷: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל**

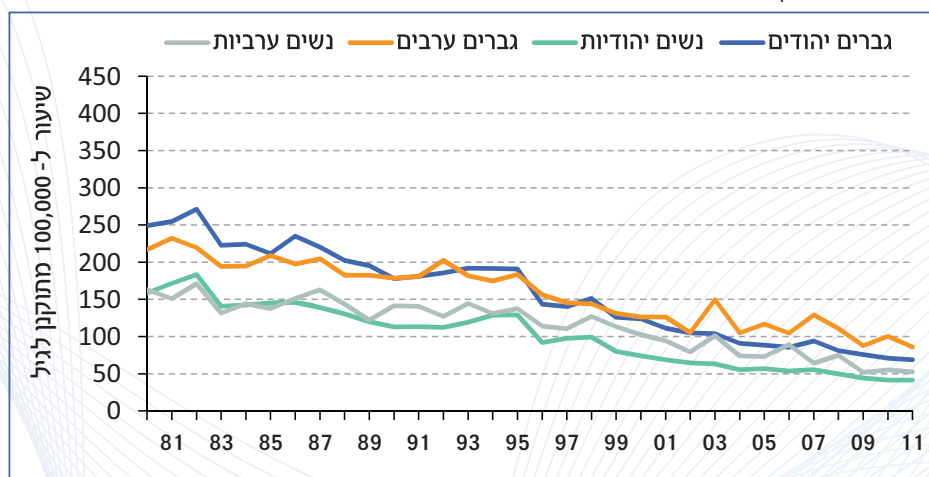


* קודים ICD9-ב-429-410 (עד 1997 כולל); וקודים I10, I11, I13, I20-I25 ב-ICD10 (1998 ואילך).
** שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

4.4. מגמות בתמותה ממחלת לב כלילית בישראל

החל מראשית שנות ה-80' נצפית מגמת ירידה בשיעורי התמותה ממחלת לב כלילית, כאשר הירידה בשיעורים בולטת במיוחד מאמצע שנות ה-90'. בין השנים 1980-2011 ירדו שיעורי התמותה בכ-72% בגברים יהודים, בכ-74% בנשים יהודיות, בכ-60% בגברים ערבים, ובכ-68% בנשים ערביות. החל מאמצע שנות ה-80', שיעורי התמותה הנמוכים ביותר נצפים בנשים היהודיות, כאשר לפני כן, השיעורים ביהודיות ובערביות היו דומים. בגברים, שיעורי התמותה היו גבוהים ביהודים מאשר בערבים עד שנות ה-90', ובין השנים 1990-2000 היו שיעורי התמותה דומים בערבים וביהודים. החל מראשית שנות ה-2000, שיעורי התמותה גבוהים בערבים מאשר ביהודים (תרשים 12).

תרשים 12: מגמות בתמותה ממחלת לב כלילית*, ישראל 1980-2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁷: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל**

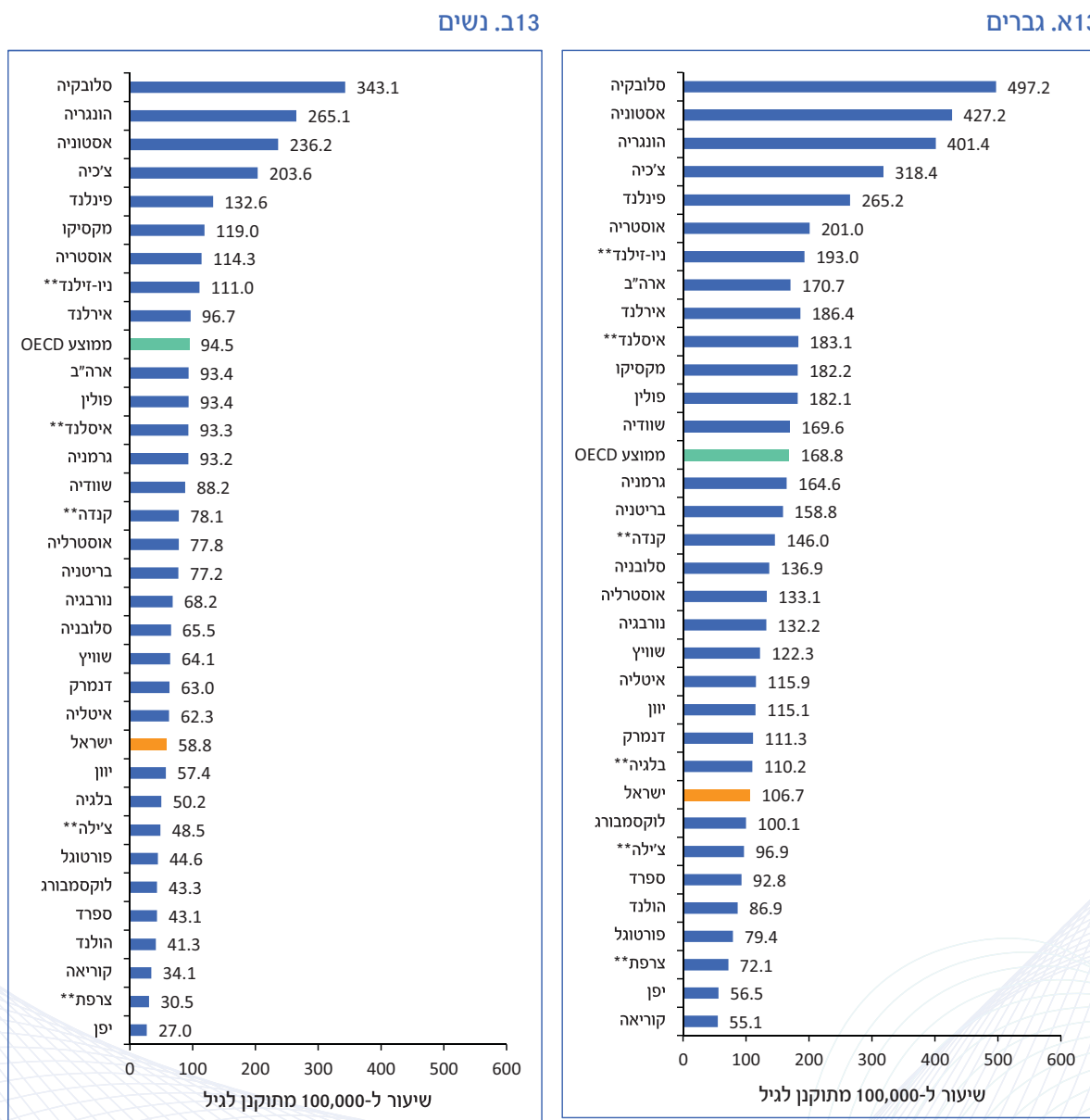


* קודים ICD9-ב-414-410 (עד 1997 כולל); וקודים I25-I20 ב-ICD10 (1998 ואילך).
** שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

4.5. תמותה ממחלת לב כלילית: השוואה בין-לאומית

שיעורי התמותה ממחלת לב כלילית בישראל נמוכים יחסית למרבית מדינות ה-OECD, הן בגברים והן בנשים. מתוך 33 מדינות החברות ב-OECD, שיעור התמותה בישראל נמצא במקום ה-25 בגברים ובמקום ה-23 בנשים (תרשים 13).

תרשים 13: תמותה ממחלת לב כלילית בישראל וביתר מדינות ה-OECD, לפי מין, 2010⁸: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

מקורות המידע

1. סיבות מוות מובילות בישראל 2000-2010. מינהל מידע ומחשוב, אגף מידע, משרד הבריאות. ירושלים, 2013.
2. McKay J, Mensah GA, Mendis S, Greenland K. The Atlas of Heart Disease and Stroke. World Health Organization, 2004. doi: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.
3. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2010. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
4. סקר לאומי על תסמונת כלילית חדה בישראל 2010 (ACSIS 2010). החוג לטיפול נמרץ לב של האיגוד הקרדיולוגי בישראל, העמותה למנע התקפי לב והמרכז הלאומי לבקרת מחלות. פרסום 337, 2011.
5. נתונים באדיבות מינהל מידע ומחשוב, אגף מידע. משרד הבריאות, 2013.
6. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. רשם צנתורי וניתוחי לב על פי חוזר מנהל הרפואה.
7. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 1979-2011.
8. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics (database). doi: 10.1787/data-00540-en

שבץ מוחי >> ממצאים עיקריים

הימצאות שבץ מוחי (סקר INHIS-2)

- « על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, שיעור ההימצאות של שבץ מוחי בישראל הוא 1.7% בגברים ו-1.1% בנשים.
- « בגילאים 45 ומעלה, הימצאות השבץ באוכלוסייה היא 4.2% בגברים יהודים, 2.1% בגברים ערבים, 2.1% בנשים יהודיות ו-1.4% בנשים ערביות.
- « הימצאות השבץ באוכלוסייה עולה עם הגיל.
- « עד גיל 75 השיעורים בגברים גבוהים מאשר בנשים. בגילאי 75 ומעלה השיעורים בגברים ובנשים כמעט זהים ומגיעים לשיא של 6.8% בגברים ו-7.1% בנשים.
- « שיעור הימצאות השבץ יורד עם העלייה ברמת ההשכלה.

מאושפזים עקב שבץ מוחי (סקר NASIS 2013)

- « מבין סוגי האירועים, הגיל הממוצע הצעיר ביותר, הן בגברים והן בנשים, נמצא בחולים שעברו אירוע איסכמי חולף (TIA), והגיל הממוצע המבוגר ביותר נמצא בחולים שעברו שבץ איסכמי.
- « בכל סוגי השבץ המוחי, הגיל הממוצע בעת האירוע היה נמוך בגברים מאשר בנשים.
- « גורמי הסיכון השכיחים ביותר לשבץ היו יתר לחץ דם (77.9% בגברים ו-79.5% בנשים), רמות גבוהות של כולסטרול בדם (63.4% בגברים ו-62.1% בנשים) וסוכרת (45.1% בגברים ו-40.9% בנשים).

תמותה משבץ מוחי

- « שיעורי התמותה משבץ מוחי בישראל גבוהים באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית, בכ-58% בגברים ובכ-41% בנשים.
- « מראשית שנות ה-80 ועד לשנת 2011 ירדו שיעורי התמותה משבץ מוחי בישראל במעל ל-50%, בכל קבוצות האוכלוסייה.

שבץ מוחי»

רקע

כ-15 מיליון איש ברחבי העולם לוקים מדי שנה בשבץ מוחי, שהנו ביטוי למחלתם של כלי הדם במוח. חמישה מיליון מתוכם נפטרים, וחמישה מיליון נוספים נשארים עם נכות קבועה¹. גורמי הסיכון המובילים לשבץ מוחי הם עישון ויתר לחץ דם^{1,2}. מחלות כלי דם במוח הן בין סיבות המוות המובילות לתמותה בארץ ובעולם (מקום שלישי במדינות אירופה ובארה"ב; ומקום רביעי בישראל, החל משנת 2008)³. בשנים האחרונות נצפית ירידה בשיעורי היארעות שבץ במדינות מפותחות רבות, בעיקר כתוצאה מטיפול טוב יותר בגורמי סיכון למחלה כדוגמת יתר לחץ דם ועישון. עם זאת, מספרם המוחלט של מקרי השבץ נמצא במגמת עלייה, בשל הזדקנות האוכלוסייה¹.

1. תחלואה

מקורות הנתונים

« סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2⁴. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה).

« הסקר הלאומי הרביעי בנושא שבץ מוחי בישראל, NASIS 2013⁵. הסקר נערך על ידי איגוד הנוירולוגים הישראלי, בחודשים אפריל-מאי 2013, בכל בתי החולים בארץ, וכלל את כל החולים אשר אושפזו עקב שבץ מוחי במהלך חודשים אלו.

הרחבה אודות הסקרים והשיטות, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

1.1. הימצאות שבץ מוחי

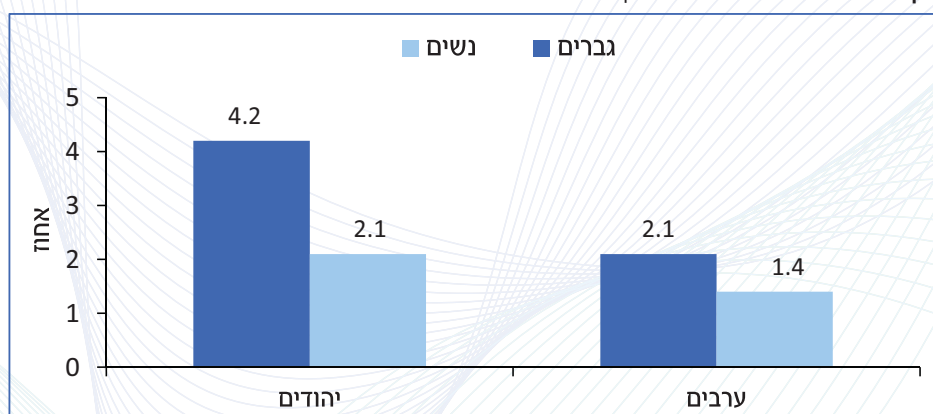
הנתונים מסקר INHIS-2 מבוססים על דיווח עצמי על שבץ מוחי שאובחן על ידי רופא. על מנת לייצג את השיעורים בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים).

בסקר INHIS-2, 1.7% מהגברים ו-1.1% מהנשים דיווחו כי לקו בשבץ מוחי שאובחן על ידי רופא ($p=0.018$)⁴.

1.1.1. הימצאות שבץ מוחי לפי מין וקבוצת אוכלוסייה בקרב בני 45 ומעלה

שיעורי הימצאות השבץ גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית לעומת הערבית, הן בגברים ($p=0.027$) והן בנשים ($p=0.346$). בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעורי הימצאות השבץ גבוהים משמעותית בגברים: פי 2 בגברים יהודים בהשוואה לנשים יהודיות, ופי 1.5 בגברים ערבים בהשוואה לנשים ערביות (תרשים 1).

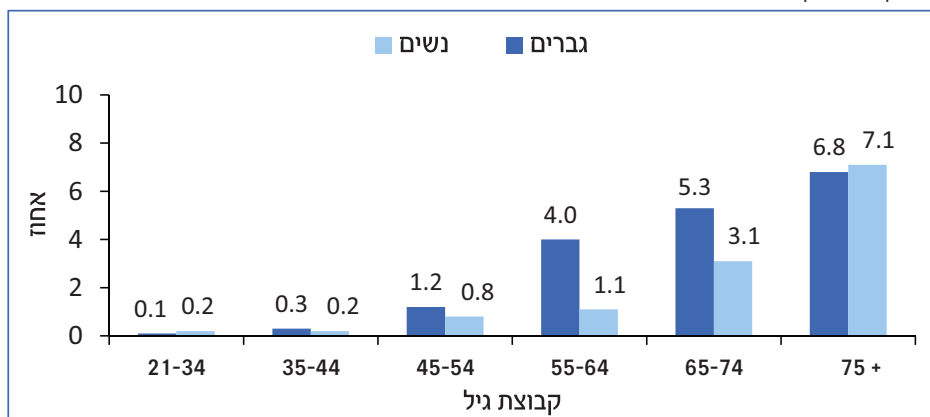
תרשים 1: הימצאות שבץ מוחי מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי) בבני 45 ומעלה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁴: שיעורים משוקללים לגיל



1.1.2. הימצאות שבץ מוחי לפי גיל ומין

הימצאות שבץ מוחי באוכלוסייה עולה עם הגיל, בגברים ובנשים. בקבוצת הגיל 64-55 חלה עלייה חדה בשיעורי השבץ בגברים, והיא נמשכת באופן מתון יותר בגילאי 65 ומעלה. בנשים, לעומת זאת, נצפית עלייה חדה בשיעורים בגיל מבוגר יותר (65-74), שנמשכת גם בקבוצת הגיל 75 ומעלה. עד גיל 75 בולטים שיעורי הימצאות גבוהים משמעותית בגברים לעומת נשים. השיעור בגברים בהשוואה לנשים גבוה פי 1.5 בגילאים הצעירים (35-54) ופי 3.6 בקבוצת הגיל 64-55. בגילאים 74-65 מצטמצם הפער, ובגילאי 75 ומעלה הימצאות השבץ כמעט זהה בגברים ובנשים (6.8% ו-7.1% בהתאמה) (תרשים 2).

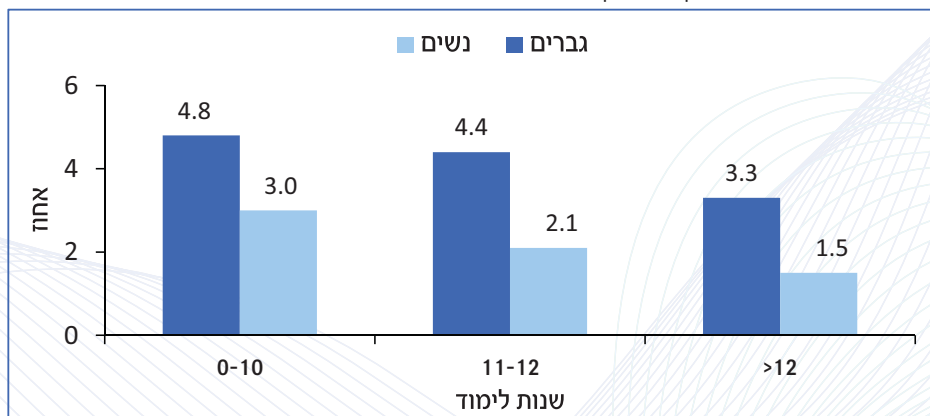
תרשים 2: הימצאות שבץ מוחי מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי גיל ומין. סקר INHIS-2⁴: שיעורים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



1.1.3. הימצאות שבץ מוחי לפי השכלה ומין

בתרשים 3 מוצגים שיעורי הימצאות השבץ בבני 45 ומעלה לפי רמות השכלה: נמוכה (עד 10 שנות לימוד), בינונית (11-12 שנות לימוד) וגבוהה (מעל ל-12 שנות לימוד). נמצא קשר הפוך בין רמת ההשכלה לבין הימצאות שבץ בשני המינים, כאשר הימצאות השבץ יורדת עם העלייה ברמת ההשכלה. הפער בין בעלי השכלה נמוכה לגבוהה היה מובהק סטטיסטית בנשים בלבד ($p=0.011$).

תרשים 3: הימצאות שבץ מוחי מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי) בבני 45 ומעלה, לפי השכלה ומין. סקר INHIS-2⁴: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



1.2. מאושפזים עקב שבץ מוחי

בסקר NASIS 2013 נכללו 2,048 איש, אשר אושפזו עקב שבץ מוחי במהלך החודשים אפריל-מאי 2013. 93.1% מתוכם (1,906 חולים) אובחנו עם אירוע מוחי איסכמי, מהם כ-76% עברו שבץ איסכמי וכ-24% אובחנו עם אירוע איסכמי חולף (TIA). 6.9% מכלל החולים (142) אובחנו עם דימום תוך מוחי (ICH).

1.2.1. התפלגות המאושפזים לפי סוג האירוע, גיל ומין

מבין סוגי האירועים, אירוע איסכמי חולף (TIA) מתרחש בגיל הממוצע הצעיר ביותר (68.2), ושבץ איסכמי, בגיל הממוצע המבוגר ביותר (71.5). 26.4% ממקרי ה-TIA מתרחשים מתחת לגיל 60, לעומת 19.1% מאירועי שבץ איסכמי ו-21.8% מאירועי דימום תוך מוחי. קרוב לשליש ממקרי שבץ איסכמי אירעו בקרב בני 80 ומעלה, לעומת 20.4% ממקרי דימום תוך מוחי ו-22.8% ממקרי ה-TIA. הגיל הממוצע לאירוע מוחי מכל סוג היה נמוך בגברים מאשר בנשים (טבלה 1).

טבלה 1: התפלגות המאושפזים עקב שבץ מוחי לפי סוג האירוע, גיל ומין. סקר NASIS 2013⁵

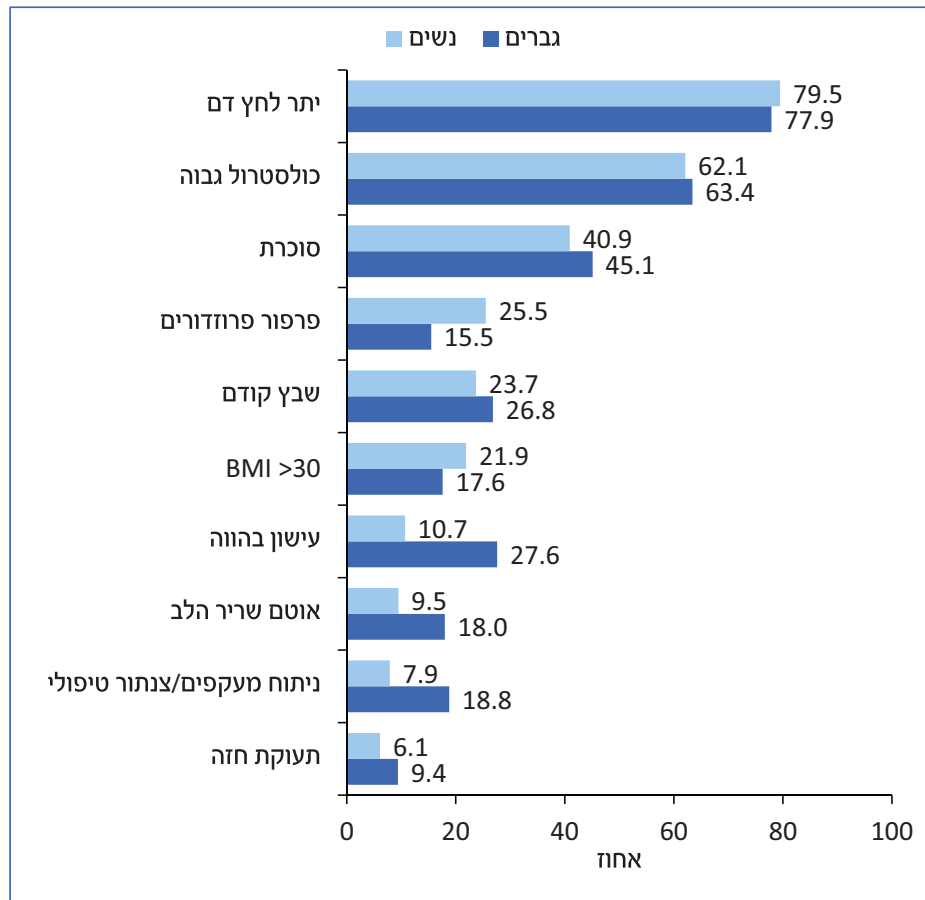
גיל (שנים) ממוצע ± סטיית תקן	דימום תוך מוחי (ICH) (n=142)	שבץ איסכמי (n=1,455)	אירוע איסכמי חולף (TIA) (n=451)
69.2±12.7	71.5±13.2	68.2±14.1	
קבוצת גיל (%)			
<50	5.6	5.0	9.5
50-59	16.2	14.1	16.9
60-69	24.7	23.2	23.7
70-79	33.1	25.9	27.1
≥80	20.4	31.8	22.8
מין			
גברים גיל (שנים) ממוצע ± סטיית תקן	68.0±12.5	69.3±12.7	66.6±14.0
נשים גיל (שנים) ממוצע ± סטיית תקן	71.2±12.9	74.3±13.4	70.1±13.9

1.2.2. גורמי סיכון ותחלואת רקע בקרב מאושפזים עם שבץ מוחי

גורמי הסיכון אשר נמצאו בשכיחות גבוהה ביותר בקרב מאושפזים עם שבץ מוחי היו יתר לחץ דם (77.9% בגברים ו-79.5% בנשים), כולסטרול גבוה (63.4% בגברים ו-62.1% בנשים) וסוכרת (45.1% בגברים ו-40.9% בנשים). ההבדלים בין המינים בשכיחות יתר לחץ דם והימצאות רמות כולסטרול גבוהות, לא היו מובהקים סטטיסטית. פרפור פרוזדורים והשמנה (BMI>30) נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בנשים לעומת גברים. עישון בהווה, אוטם שריר הלב וניתוח מעקפים או צנתור, נמצאו בשכיחות גבוהה יותר (פי 2 ויותר) בגברים לעומת נשים. גם תעוקת חזה וסוכרת נמצאו בשכיחות גבוהה יותר בגברים (תרשים 4).

תרשים 4: גורמי הסיכון ותחלואת הרקע בקרב חולים אשר אושפזו עקב שבץ מוחי, לפי מין. סקר 2013 NASIS⁵:

אחוזים



2. תמותה משבץ מוחי

נתוני התמותה משבץ מוחי (קודים I69-I60 ב-ICD-10) מקורם בקובץ סיבות המוות של הלמ"ס⁶.

2.1 תמותה משבץ מוחי בישראל 2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי התמותה המתוקננים לגיל משבץ מוחי גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית, הן בגברים והן בנשים. בגברים ערבים שיעור התמותה משבץ מוחי גבוה בכ-58% מהשיעור בגברים יהודים. בנשים ערביות השיעור גבוה בכ-41% מהשיעור ביהודיות. בקרב היהודים, שיעור התמותה משבץ מוחי בגברים גבוה בכ-9% מהשיעור בנשים. בקרב הערבים, שיעור התמותה בגברים גבוה בכ-23% מהשיעור בנשים (טבלה 2).

טבלה 2: תמותה משבץ מוחי בישראל 2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁶: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל* ומספרים מוחלטים

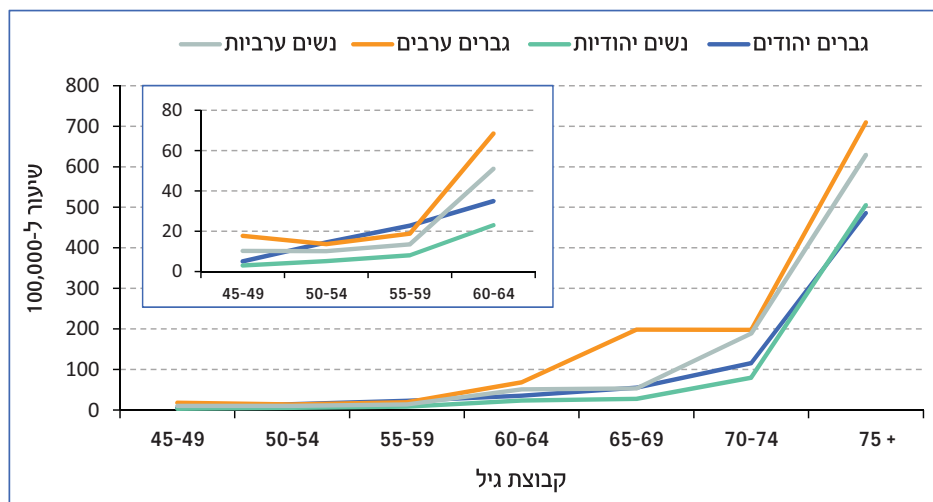
נשים יהודיות	נשים ערביות	גברים יהודים	גברים ערבים	
28.4	39.9	31.0	49.0	שיעור ל-100,000
1,230	124	958	133	מספרים מוחלטים

* שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

2.2. תמותה משבץ מוחי, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, ישראל 2011:

שיעורי התמותה משבץ מוחי עולים עם הגיל. הן ביהודים והן בערבים נצפית עלייה חדה בשיעורי התמותה משבץ מוחי בין קבוצת הגיל 70-74 לגילאי 75 ומעלה. החל מגיל 60, בולטים שיעורי תמותה גבוהים יותר בערבים, גברים ונשים, בהשוואה ליהודים. בקבוצת הגיל 65-69 נצפו בשנת 2011 שיעורי תמותה גבוהים במיוחד בגברים הערבים (למעלה מפי 3.5 בהשוואה לגברים יהודים ולנשים ערביות), אולם יש לסייג ולומר כי השיעורים בערבים מבוססים על מספר קטן יחסית של מקרים. בקרב היהודים, שיעורי התמותה נמוכים יותר בנשים מאשר בגברים, עד לקבוצת הגיל המבוגר (75+), בה גבוהים במעט שיעורי התמותה בנשים בהשוואה לגברים. בקרב הערבים, שיעורי התמותה גבוהים יותר בגברים, בכל קבוצות הגיל, כאשר הפער בין המינים מצטמצם מגיל 70 ומעלה (תרשים 5, טבלה 3).

תרשים 5: תמותה משבץ מוחי, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, ישראל 2011: שיעורים ל-100,000



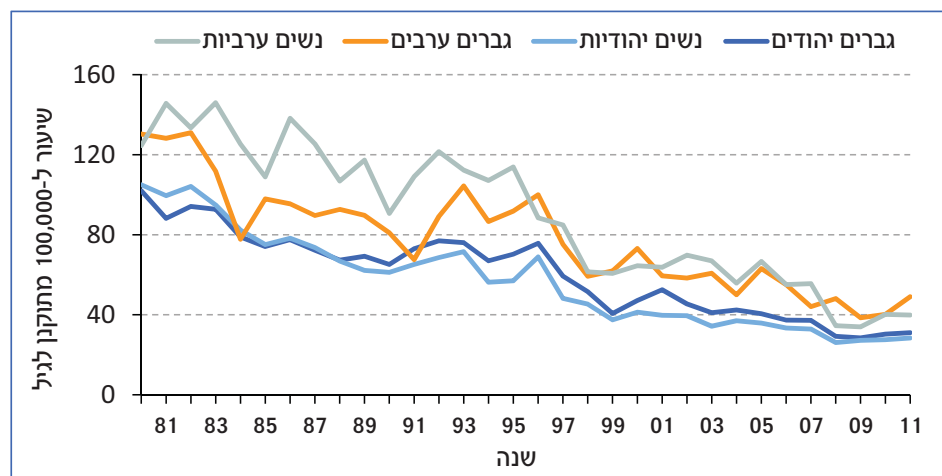
טבלה 3: תמותה משבץ מוחי, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, ישראל 2011: שיעורים ל-100,000

קבוצת גיל	גברים יהודים	נשים יהודיות	גברים ערבים	נשים ערביות
45-49	5.0	3.0	17.8	10.2
50-54	14.5	5.3	13.7	10.1
55-59	22.8	8.1	18.9	13.5
60-64	35.0	23.0	68.5	51.0
65-69	55.3	27.3	198.4	53.4
70-74	115.3	79.8	197.5	188.9
75+	485.9	504.8	709.7	629.0

2.3. מגמות בתמותה משבץ מוחי בישראל

החל מראשית שנות ה-80' נצפית מגמת ירידה בשיעורי התמותה משבץ מוחי. בסך הכול, בין ראשית שנות ה-80' ועד לשנת 2011 ירדו שיעורי התמותה משבץ מוחי בישראל במעל ל-50%, בכל קבוצות האוכלוסייה. לאורך כל השנים נצפים שיעורי תמותה גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, בגברים ובנשים. ביהודים, עד סוף שנות ה-80' שיעורי התמותה משבץ מוחי היו גבוהים מעט בנשים לעומת הגברים, ומסוף שנות ה-80' ועד לשנת 2011, שיעורי התמותה מעט יותר גבוהים בגברים. בערבים, עד אמצע שנות ה-90' היו שיעורי התמותה משבץ מוחי גבוהים יותר בנשים בהשוואה לגברים, ומאמצע שנות ה-90' ועד לשנת 2011 השיעורים דומים בגברים ובנשים (תרשים 6).

תרשים 6: מגמות בתמותה משבץ מוחי* בישראל 1980-2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁶: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל**



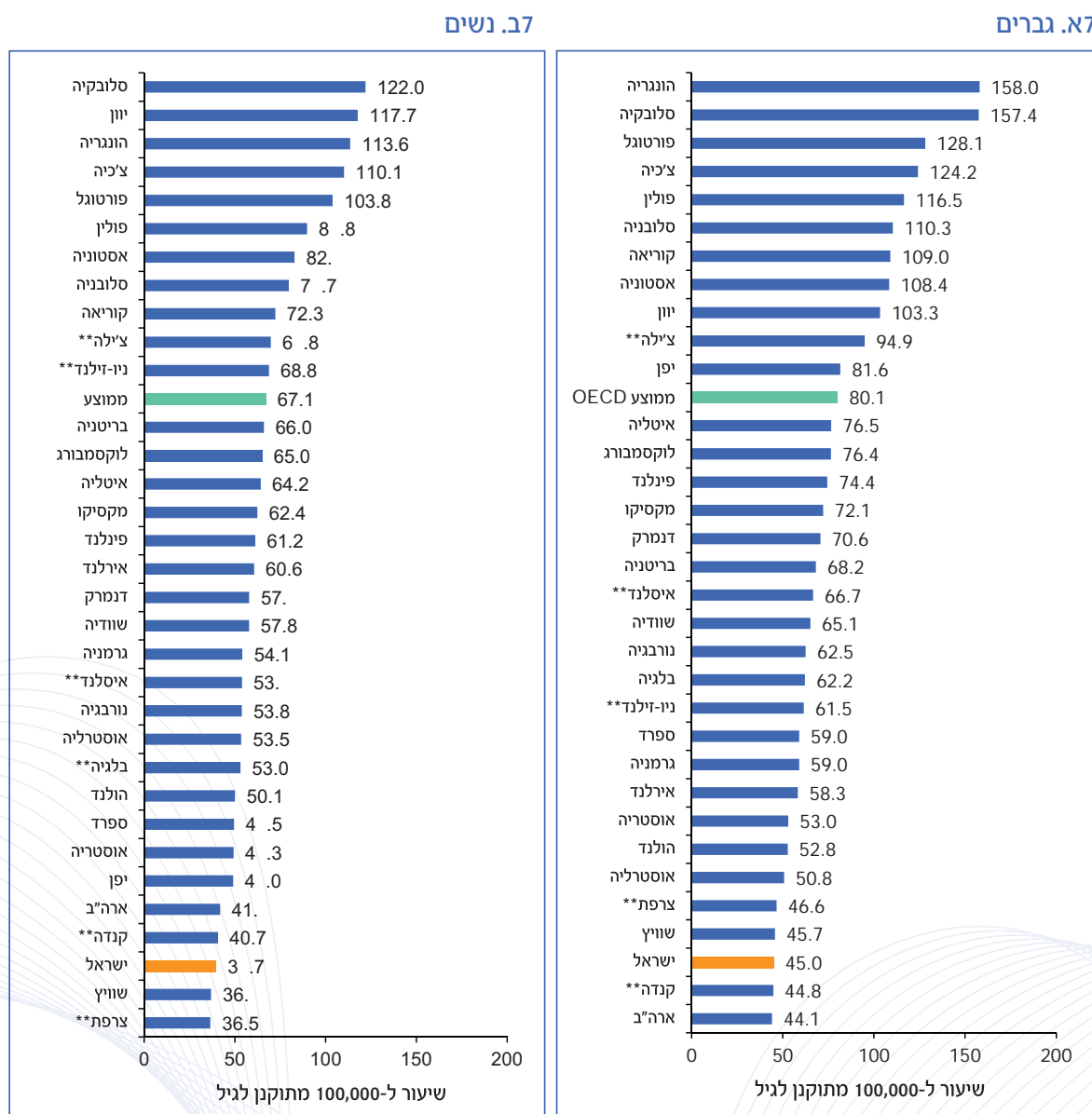
*קודים 438-430 ב-ICD9 (עד 1997 כולל); וקודים I69-I60 ב-ICD10 (1998 ואילך).
 **שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

2.4. תמותה משבץ מוחי: השוואה בין-לאומית

שיעורי התמותה משבץ מוחי בישראל נמוכים יחסית ליתר מדינות ה-OECD, ומדורגים במקום ה-31 מבין 33 מדינות, הן בגברים והן בנשים (תרשים 7).

תרשים 7: תמותה משבץ מוחי בישראל וביתר מדינות ה-OECD, לפי מין, 2010⁷: שיעורים ל-100,000 מתוקננים

לגיל*



* שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

מקורות המידע

1. World Health Organization. Global Burden of Stroke. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf.
2. OECD (2012). Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
3. סיבות מוות מובילות בישראל, 2010-2000. מנהל מידע ומחשוב, אגף המידע. משרד הבריאות. ירושלים, 2013.
4. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2010-2007. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
5. סקר שבץ מוחי בישראל 2013 NASIS. הנתונים באדיבות פרופ' דוד טנה וארגון הנוירולוגים.
6. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2011-1979.
7. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics (database).
doi: 10.1787/data-00540-en.

סוכרת

ממצאים עיקריים

היארעות סוכרת מסוג 1 בבני 0-17

- « בשנת 2011 דווחו 355 מקרים חדשים של סוכרת מסוג 1 לרישום הסוכרת הלאומי. שיעור ההיארעות היה 13.9 מקרים ל-100,000: 14.4 ל-100,000 בבנים, ו-13.5 ל-100,000 בנות.
- « שיעור ההיארעות הגבוה ביותר נצפה בקבוצת הגיל 10-14: 23.7 ל-100,000 בבנים ו-21.4 ל-100,000 בנות.
- « שיעור ההיארעות היה 14.5 ל-100,000 ביהודים ו-12.5 ל-100,000 בערבים.
- « בין השנים 1997-2011 נצפתה מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות של סוכרת מסוג 1: מ-8.0 ל-100,000 ב-1997, ל-13.9 ל-100,000 ב-2011.

הימצאות סוכרת באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה)

- « על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, 8.4% מהגברים ו-7.3% מהנשים סובלים מסוכרת.
- « שיעורי ההימצאות המתוקננים לגיל גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית: פי 1.46 בגברים ופי 1.87 בנשים.
- « הימצאות הסוכרת עולה עם הגיל, בגברים ובנשים.
- « שיעורי הסוכרת גבוהים יותר בגברים בכל קבוצות הגיל, כאשר הפער בין המינים מצטמצם עם העלייה בגיל.
- « הן בסקר INHIS-2 והן בתכנית מדדי האיכות נמצא קשר הפוך בין הימצאות סוכרת למדדים של מצב חברתי-כלכלי.
- « על פי אומדני ה-OECD, שיעור הימצאות הסוכרת בבני 20-79 בישראל גבוה בכ-11% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD.

תמותה מסוכרת

- « שיעורי התמותה מסוכרת גבוהים באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית: פי 2 בגברים ופי 2.4 בנשים.
- « בהשוואה ליתר מדינות ה-OECD, ישראל ממוקמת במקום גבוה בתמותה מסוכרת, הן בגברים והן בנשים (מקום שני מבין 33 מדינות).
- « מראשית שנות ה-80 ועד לתחילת שנות ה-90 נצפתה עלייה הדרגתית בשיעורי התמותה מסוכרת. עלייה חדה יותר בשיעורים חלה בין השנים 1994-1998, והחל משנת 2000 נצפית מגמת ירידה בשיעורי התמותה מסוכרת, בכל קבוצות האוכלוסייה.

סוכרת <<

רקע

על פי אומדנים של ארגון הבריאות העולמי, 347 מיליון איש ברחבי העולם סובלים מסוכרת, מהם 90% סובלים מסוכרת מסוג 2. היארעות הסוכרת נמצאת במגמת עלייה עקבית, ועל פי אומדנים שונים מספר החולים בעולם צפוי להגיע לכ-439 מיליון איש בשנת 2030.

בטווח הארוך, סוכרת לא מאוזנת עלולה להוביל לנזק משמעותי למערכות גוף שונות, ובפרט נזק לעצבים ולכלי דם. סוכרת מגבירה את הסיכון למחלות לב ולשבץ. בין סיבוכי הסוכרת הנפוצים נמנים גם כשל כלייתי (נפרופתיה סוכרתית), עיוורון כתוצאה מנזק מתמשך לכלי הדם הקטנים ברשתית (רטינופתיה סוכרתית), וקטיעות גפיים כתוצאה מנזק עצבי בכפות הרגליים, המגדיל את הסיכון לכיבים ולזיהומים (ניורופתיה סוכרתית).

בשנת 2010, כ-3.4 מיליון איש ברחבי העולם מתו מסיבוכי הסוכרת. כ-50% מהאנשים עם סוכרת מתים ממחלה קרדיו-וסקולרית. בסך הכול, הסיכון לתמותה באנשים עם סוכרת גבוה פי שניים ויותר לעומת בני גילם ללא סוכרת¹.

1. בפרק זה יוצגו: נתוני היארעות של סוכרת מסוג 1 בבני 0-17.
2. נתוני הימצאות של סוכרת מסוג 1 ו-2 באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה).
3. נתוני תמותה מסוכרת.

1. היארעות סוכרת מסוג 1 בבני 0-17, שנת 2011

מקור הנתונים

בשנת 1996 הוקם הרישום הלאומי להיארעות סוכרת מסוג 1 בגילאי 0-17. משתתפים ברישום 19 מרכזים רפואיים המדווחים על מקרי סוכרת חדשים. הרישום מאפשר מעקב אחר מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1 ומשמש בסיס מידע לביצוע מחקרים בתחום. הנתונים להלן מבוססים על ממצאי דוח רישום הסוכרת בגילאי 0-17 שנים, לשנת 2011².

1.1. היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מין

בשנת 2011 דווחו 355 מקרים חדשים של סוכרת מסוג 1. שיעור ההיארעות היה 13.9 מקרים ל-100,000. שיעור ההיארעות מעט יותר גבוה בבנים מאשר בבנות, אולם ההבדל בין המינים אינו מובהק סטטיסטית ($p=0.580$) (טבלה 1).

טבלה 1: היארעות סוכרת מסוג 1 בבני 0-17 לפי מין, שנת 2011²: מספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים ל-100,000

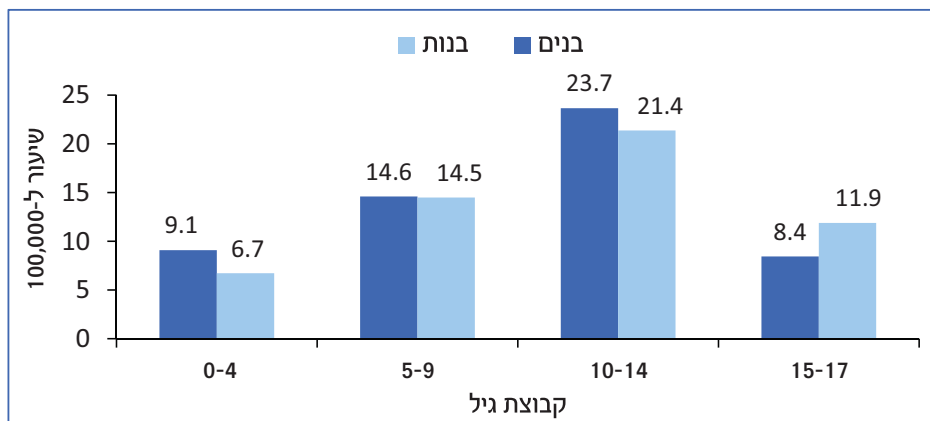
מין	N(%)	שיעור ל-100,000	CI 95%
בנים	188 (53.0)	14.36	12.38-16.56
בנות	167 (47.0)	13.47	11.51-15.68
סה"כ	355 (100)	13.93	12.52-15.46

1.2. היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מין וגיל

הגיל הממוצע בעת אבחון הסוכרת דומה בבנות ובבנים: 10.0 שנים ו-9.6 שנים, בהתאמה ($p=0.410$). בשני המינים,

שיעור ההיארעות הגבוה ביותר הוא בקבוצת הגיל 10-14: 23.7 מקרים ל-100,000 בבנים ו-21.4 מקרים ל-100,000 בبنות. שיעור ההיארעות הנמוך ביותר בבנים נצפה בקבוצת הגיל המבוגר (15-17), ואילו שיעור ההיארעות הנמוך ביותר בבנות נצפה בקבוצת הגיל הצעיר (0-4) (תרשים 1).

תרשים 1: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי גיל ומין, שנת 2011²: שיעורים ל-100,000



1.3. היארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה

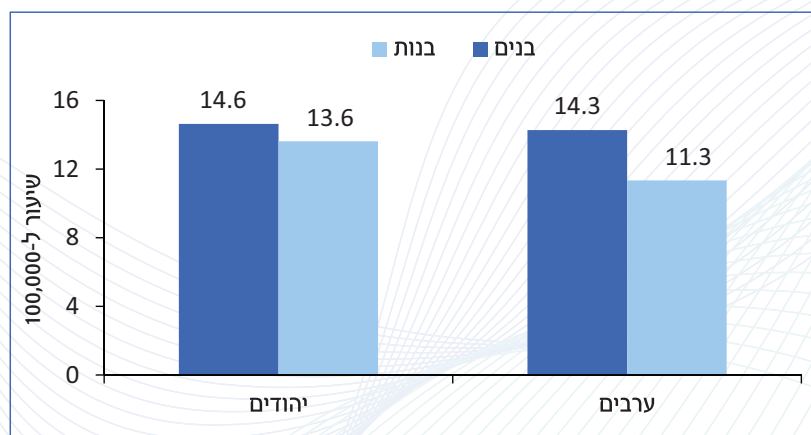
שיעור ההיארעות של סוכרת מסוג 1 ביהודים (14.5 ל-100,000) גבוה משיעור ההיארעות בערבים (12.5 ל-100,000), אך ההבדל אינו מובהק סטטיסטית ($p=0.120$) (טבלה 2).

טבלה 2: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה, שנת 2011²: מספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים ל-100,000

קבוצת אוכלוסייה	N(%)	שיעור ל-100,000	CI 95%
יהודים ואחרים	269 (75.8)	14.5	12.78-16.29
ערבים	86 (24.2)	12.5	10.00-15.44
סה"כ	355 (100)	13.9	12.52-15.46

1.4. היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 2: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, שנת 2011²: שיעורים ל-100,000



בקרוב הבנים, שיעורי היארעות הסוכרת דומים מאוד ביהודים ובערבים. בבנות, לעומת זאת, שיעור ההיארעות בערביות נמוך מהשיעור ביהודיות (תרשים 2). ההבדל בין יהודים וערבים, בהתפלגות לפי מין, אינו מובהק סטטיסטית ($p=0.620$).

1.5. היארעות סוכרת מסוג 1 לפי מוצא האב

מרבית החולים (60.5%) היו ילדים לאבות ילידי ישראל. שיעור היארעות גבוה במיוחד נמצא בילדים שאבותיהם ילידי אסיה (48.9 ל-100,000), אך יש לציין כי שיעור זה מבוסס על מספר מקרים קטן יחסית (16) ורווח הסמך רחב. שיעור היארעות גבוה נמצא גם בקרב ילדים שמוצא אביהם מאפריקה (28.4 ל-100,000) ומבריה"מ לשעבר (25.9 ל-100,000). בקרב יוצאי אפריקה, ב-63% מהמקרים (17 מתוך 27) מדובר באבות יוצאי אתיופיה, והילדים הם ילידי הארץ². בקרב הילדים שאבותיהם ילידי ישראל שיעור ההיארעות נמוך יחסית (11.2 ל-100,000) (טבלה 3).

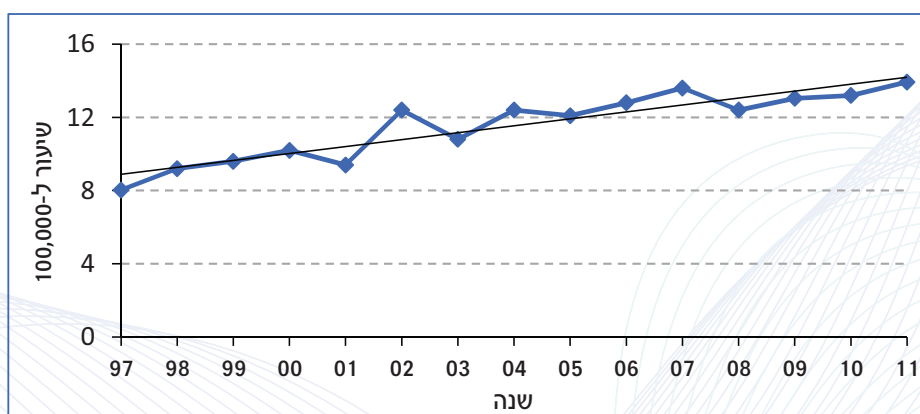
טבלה 3: היארעות סוכרת מסוג 1 לפי ארץ/יבשת מוצא האב (יהודים), שנת 2011²: מספרים מוחלטים, אחוזים ושיעורים ל-100,000

ארץ/יבשת מוצא אב	N(%)	שיעור ל-100,000 (CI 95%)
ישראל	153 (60.5)	11.2 (9.5-13.1)
אפריקה	27 (10.7)	28.4 (18.7-41.3)
בריה"מ לשעבר	41 (16.2)	25.9 (18.6-35.1)
אירופה	6 (2.4)	9.0 (3.3-19.7)
אמריקה	10 (3.9)	13.7 (6.6-25.3)
אסיה	16 (6.3)	48.9 (28.0-79.5)
סה"כ	253 (100)	14.2 (12.5-16.1)

1.6. מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1

מאז שנת 1997 נצפית מגמת עלייה מונוטונית בשיעורי ההיארעות של סוכרת מסוג 1; מ-8.0 מקרים ל-100,000 בשנת 1997 (CI 95%, 6.8-9.3) ל-13.9 מקרים ל-100,000 בשנת 2011 (CI 95%, 12.5-15.5) (תרשים 3).

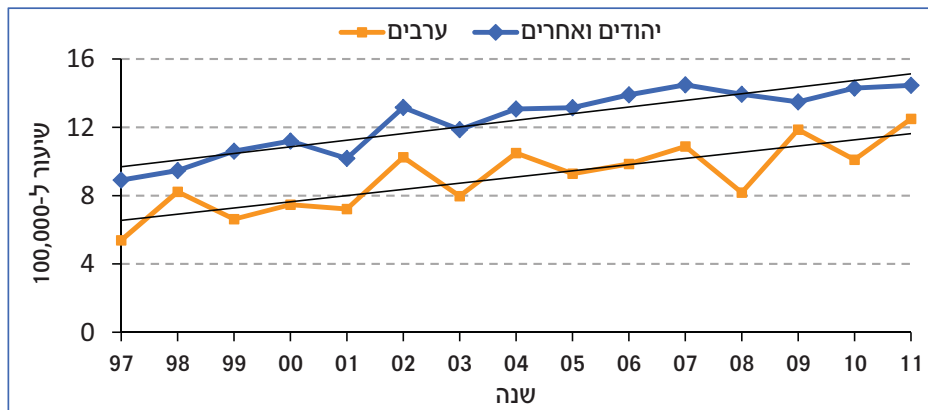
תרשים 3: מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1, 1997-2011²: שיעורים ל-100,000



1.7. מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה

שיעורי ההיארעות של סוכרת מסוג 1 באוכלוסייה היהודית, גבוהים לעומת האוכלוסייה הערבית, לאורך כל השנים. בשתי קבוצות האוכלוסייה נצפית מגמת עלייה בהיארעות, החל משנת 1997 ועד לשנת 2011. בין השנים 1997-2011 חלה עלייה של 44.0% בשיעורי ההיארעות באוכלוסייה היהודית, ועלייה של 55.6% באוכלוסייה הערבית. אחוז העלייה השנתי היה 3.1% באוכלוסייה היהודית ו-4.0% באוכלוסייה הערבית (תרשים 4).

תרשים 4: מגמות בהיארעות סוכרת מסוג 1 לפי קבוצת אוכלוסייה, 1997-2011: שיעורים ל-100,000



2. הימצאות סוכרת באוכלוסייה הבוגרת בישראל

בעת כתיבת ספר זה, לא קיים עדיין רישום כולל של חולי הסוכרת בישראל. חשוב עם זאת לציין שהקמת רישום לאומי לסוכרת אושרה על ידי משרד הבריאות, ובשנת 2014 יחל הרישום לפעול.

מקורות הנתונים

« סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2, אשר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010.³

« התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דו"ח לשנים 2010-2012.⁴

2.1. הימצאות סוכרת על פי סקר INHIS-2

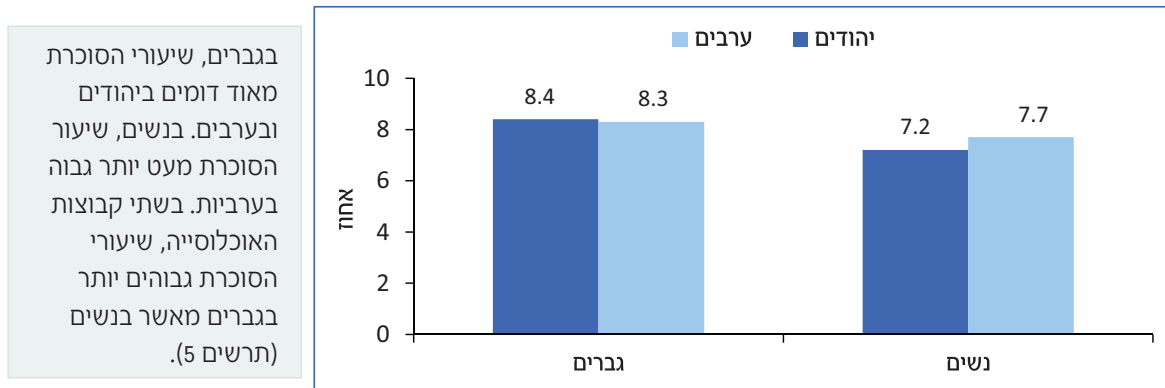
סקר INHIS-2 נערך במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה). הנתונים מבוססים על דיווח עצמי על סוכרת שאובחנה על ידי רופא, וכוללים אבחנת סוכרת מסוג 1 או 2. מקרי סוכרת הריניות, אשר חלפה לאחר ההיריון, לא נכללו בניתוח הנתונים.

על מנת לייצג את שיעורי הסוכרת בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). הרחבה אודות הסקר ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

על פי סקר INHIS-2, 8.4% מהגברים ו-7.3% מהנשים סובלים מסוכרת ($p=0.034$).

2.1.1. הימצאות סוכרת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 5: הימצאות סוכרת מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2³: אחוזים משוקללים לגיל



2.1.2. הימצאות סוכרת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה בבני 35 ומעלה: שיעורים מתוקננים לגיל

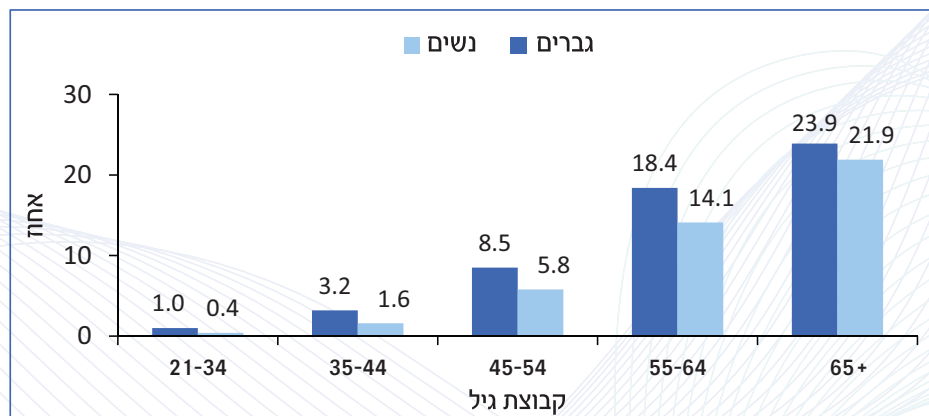
היות והאוכלוסייה הערבית צעירה יותר מהאוכלוסייה היהודית, חושבו גם שיעורים מתוקננים לגיל, המאפשרים השוואה בין אוכלוסיות, תוך נטרול ההשפעה של התפלגות הגילאים השונה. כאוכלוסיית התקן שימשה האוכלוסייה הכללית של ישראל בשנת 2008 (גילאי 35 ומעלה).

שיעורי ההימצאות המתוקננים לגיל של סוכרת גבוהים באופן ניכר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית: פי 1.46 בגברים ופי 1.87 בנשים.

2.1.3. הימצאות סוכרת לפי מין וגיל

בתרשים 6 ניתן לראות עלייה הדרגתית בשיעורי הימצאות הסוכרת עם הגיל, בשני המינים. שיעורי הסוכרת גבוהים יותר בגברים בכל קבוצות הגיל, כאשר הפער בין המינים מצטמצם עם הגיל, ובגילאי 65 ומעלה ומעלה השיעור בגברים גבוה בכ-9% (לעומת שיעור הגבוה ב-47% ו-30% בקבוצות הגיל 45-54 ו-55-64, בהתאמה).

תרשים 6: הימצאות סוכרת מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי גיל ומין. סקר INHIS-2³: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



2.1.4. הימצאות סוכרת לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בקרר הגברים (תרשים 7א) נצפית עלייה בהימצאות הסוכרת עם הגיל, בשתי קבוצות האוכלוסייה. שיעורי הסוכרת בגברים הערבים גבוהים יותר מהשיעורים ביהודים בכל קבוצות הגיל, להוציא קבוצת הגיל הצעיר, בה שיעורי הסוכרת נמוכים וזהים ביהודים ובערבים. העלייה עם הגיל בשיעורי הסוכרת בגברים הערבים חדה עד לקבוצת הגיל 64-55, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) נשמר שיעור דומה. בגברים היהודים, לעומת זאת, העלייה בשיעורי הסוכרת נמשכת עד לקבוצת הגיל המבוגר.

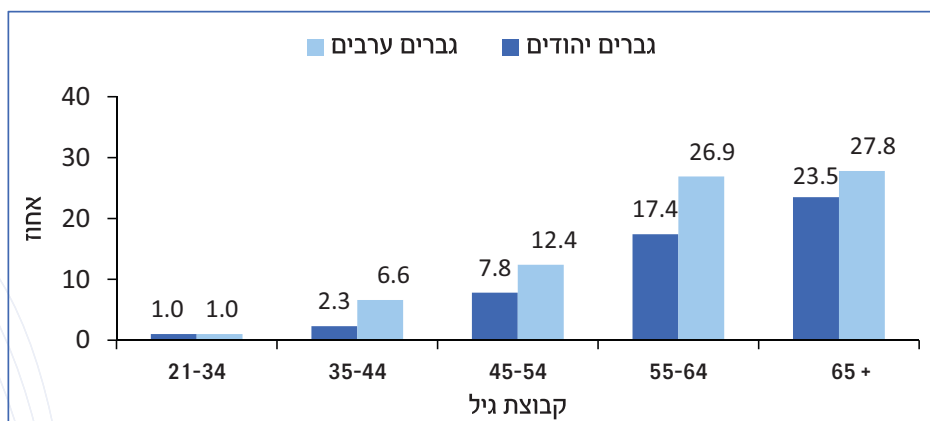
בקרר הנשים (תרשים 7ב), שיעורי הסוכרת דומים ונמוכים ביהודיות ובערביות בקבוצות הגיל הצעיר (עד 45). החל מקבוצת הגיל 54-45, גבוהים השיעורים בערביות באופן ניכר בהשוואה ליהודיות. ביהודיות נצפית עלייה הדרגתית בהימצאות הסוכרת עד לקבוצת הגיל המבוגר (65+), בה מגיע השיעור לשיא של 21.5%. בערביות לעומת זאת, שיעור הסוכרת מגיע לשיא של 32.2% בקבוצת הגיל 64-55 ויורד ל-27.4% בקבוצת הגיל המבוגר.

ביהודים, העלייה בשיעורי ההימצאות של סוכרת עם העלייה בגיל דומה בגברים ובנשים, כאשר השיעורים בגברים גבוהים יותר מהשיעורים בנשים, בעקביות. בערבים לעומת זאת, בגילאים הצעירים (עד 45) השיעורים בגברים גבוהים יותר מהשיעורים בנשים, בגילאי 64-45 השיעורים בנשים גבוהים יותר, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+), השיעורים בגברים ובנשים כמעט זהים.

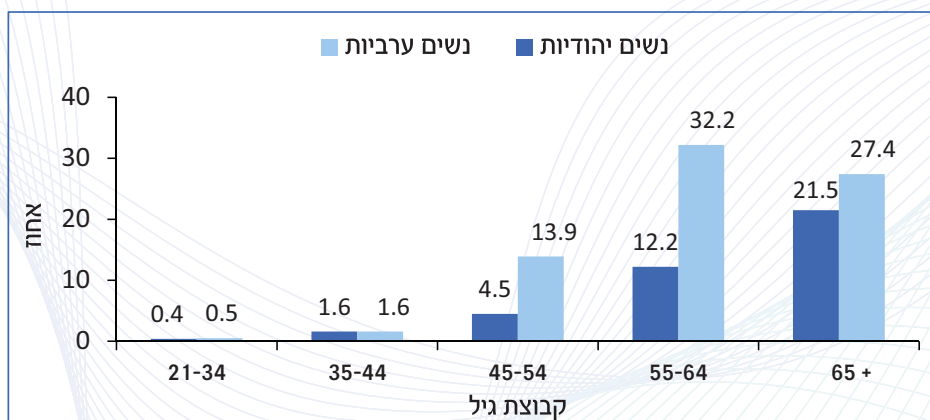
תרשים 7: הימצאות סוכרת מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2³:

אחוזים

7א. גברים



7ב. נשים



2.2. הימצאות סוכרת על פי תכנית מדדי איכות

התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל החלה לפעול בשנת 2001. במסגרת התכנית נאסף מידע על מגוון מצבים רפואיים, לרבות מחלת הסוכרת, בשיתוף ארבע קופות החולים בישראל.

הדו"ח האחרון של תכנית מדדי האיכות פורסם בדצמבר 2013, ומציג את תוצאות המדדים לשנים 2010-2012. לשם שיפור תוקף המדדים בתחום הסוכרת, בוצע בדו"ח זה עדכון בהגדרת תחלואה בסוכרת. בשנים קודמות, זיהוי החולים בוצע לפי רכישת תרופות לטיפול במחלת הסוכרת בלבד. החל מהדו"ח הנוכחי תחלואה בסוכרת מוגדרת הן לפי רכישת תרופות והן לפי תוצאות בדיקות מעבדה הקיימות בתיק הרפואי של המבוטח (בדיקות HbA1c ורמות גלוקוז).

הגדרת חולה סוכרת: מבוטח אשר רכש לפחות שלושה מרשמים (בחדשים שונים) של תרופות לסוכרת או בעל תיעוד של רמת גלוקוז מעל 200 מ"ג/ד"ל (בשתי בדיקות שונות, בהפרש של לפחות 30 יום זו מזו) או בעל רמת HbA1c מעל 6.5%, בשנה שקדמה לשנת המדד.

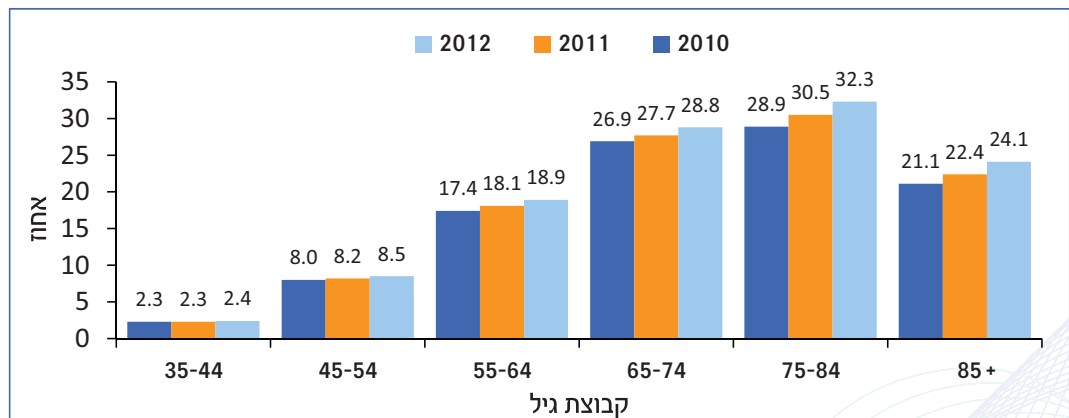
על פי הגדרה זו, בשנת 2012 חיו בישראל 458,769 חולי סוכרת, המהווים 6.5% מכלל האוכלוסייה. שיעורים דומים נמצאו בגברים ובנשים (6.6% ו-6.5% בהתאמה).

חשוב לציין כי השימוש בהגדרה החדשה הביא לעלייה של כ-18% בהימצאות הסוכרת בישראל. בשנת 2010, שיעור ההימצאות על פי ההגדרה החדשה היה 5.9%, לעומת 5.0% על פי ההגדרה הקודמת⁴.

תרשים 8 מציג את שיעורי ההימצאות של סוכרת בישראל בשנים 2010-2012, לפי גיל. שיעור חולי הסוכרת עולה עם הגיל, ומגיע לשיא בקבוצת הגיל 75-84, עם ירידה בגילאי 85 ומעלה. בכל קבוצות הגיל נצפית עלייה הדרגתית בשיעורי ההימצאות הסוכרת עם השנים.

תרשים 8: הימצאות סוכרת בישראל לפי גיל. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל,

2010-2012⁴: אחוזים



2.3. הימצאות סוכרת לפי מעמד חברתי-כלכלי

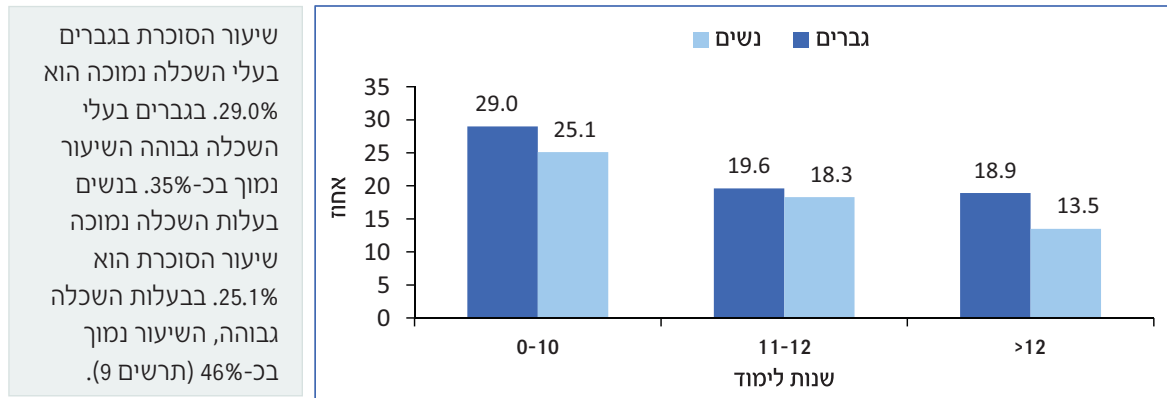
הן בסקר INHIS-2 והן בתכנית מדדי האיכות נמצא קשר ברור בין הימצאות הסוכרת למדדים חברתיים-כלכליים (סוציו-אקונומיים): רמת השכלה (סקר INHIS), ופטור מתשלום דמי ביטוח בריאות (תכנית מדדי איכות).

2.3.1. הימצאות סוכרת בגילאי 55 ומעלה לפי רמת השכלה, סקר INHIS-2

בסקר INHIS-2 הוגדר המשתנה "השכלה" על פי מספר שנות לימוד, בחלוקה ל-3 קטגוריות: השכלה נמוכה (עד 10 שנות לימוד), בינונית (11-12 שנות לימוד) וגבוהה (מעל 12 שנות לימוד). נמצא קשר הפוך בין רמת

ההשכלה והימצאות סוכרת: שיעורי הסוכרת יורדים עם העלייה ברמת ההשכלה, הן בגברים והן בנשים ($p < 0.015$) (תרשים 9).

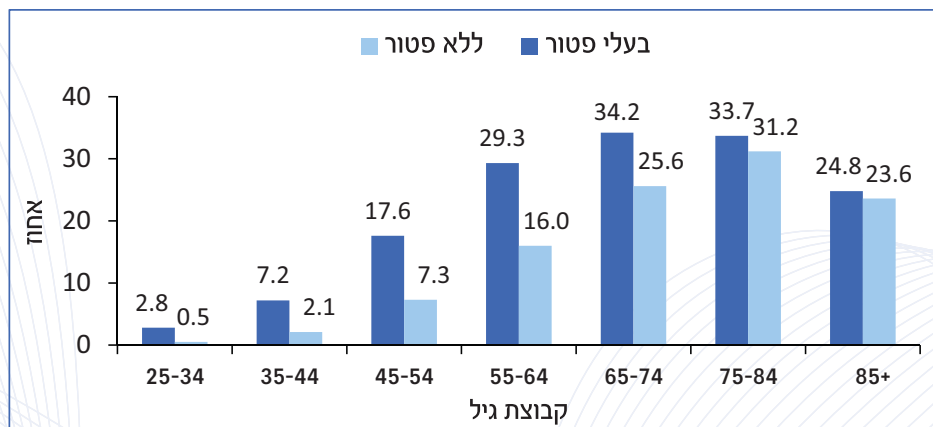
תרשים 9: הימצאות סוכרת מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי רמת השכלה (שנות לימוד) ומין, בגילאי 55 ומעלה. סקר INHIS-2³: אחוזים



2.3.2. הימצאות סוכרת לפי פטור מתשלום דמי ביטוח, תכנית מדדי איכות

בתכנית מדדי האיכות נקבע מצב חברתי-כלכלי על פי תשלום דמי הביטוח: מבוטחים בעלי פטור הוגדרו כמשתייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך, ומבוטחים ללא פטור הוגדרו כמשתייכים למעמד גבוה. בשנת 2012, שיעור חולי הסוכרת בקרב מבוטחי קופות החולים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (בעלי פטור) היה גבוה פי 4.5 בהשוואה לאלו ממעמד גבוה (ללא פטור). הפערים קיימים בכל קבוצות הגיל, אך בולטים במיוחד מתחת לגיל 75, ומצטמצמים בגילאים המבוגרים (תרשים 10).

תרשים 10: הימצאות סוכרת לפי גיל ומצב חברתי-כלכלי. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, 2012⁴: אחוזים

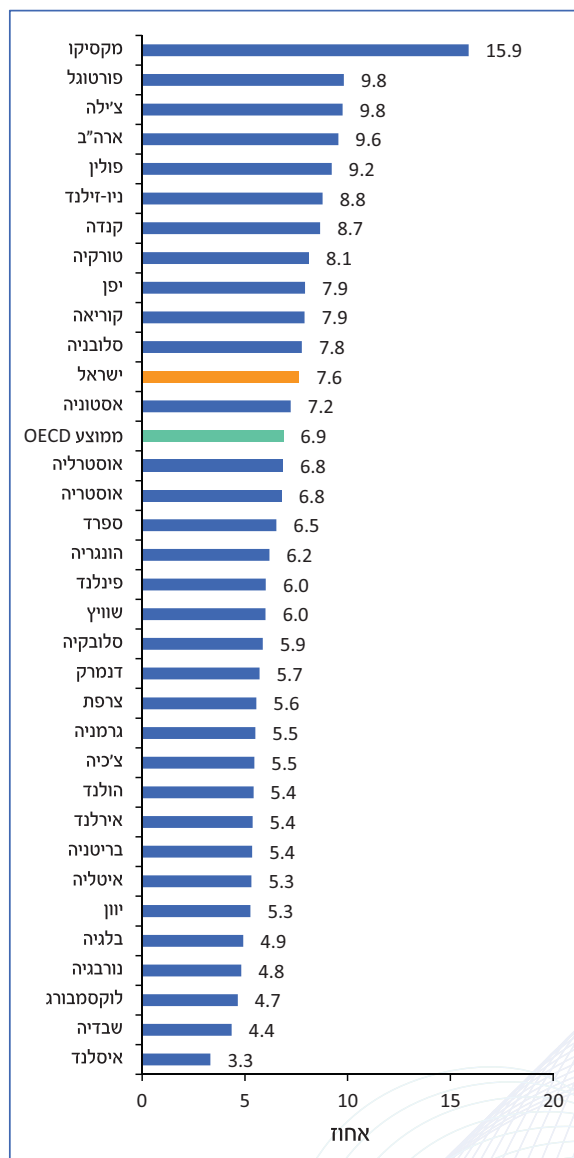


2.4. הימצאות סוכרת: השוואה בין-לאומית

על פי אומדנים של ה-OECD לגבי הימצאות סוכרת בבני 20-79, שיעור הסוכרת בישראל מדורג במקום ה-12 מבין 34 מדינות ה-OECD. השיעור בישראל גבוה בכ-11% משיעור הסוכרת הממוצע (תרשים 11). יש לציין כי האומדנים בהשוואה זו מבוססים על שיעורי סוכרת מאובחנת ולא מאובחנת^{5,6}.

תרשים 11: הימצאות סוכרת בבני 20-79 בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2011: שיעורים מתוקננים לגיל*

בבני 20-79, שיעור הסוכרת בישראל מדורג במקום ה-12 מבין 34 מדינות ה-OECD. השיעור בישראל גבוה בכ-11% משיעור הסוכרת הממוצע (תרשים 11).



*השיעורים תוקנו לגיל על ידי ה-OECD, על פי תקן אוכלוסיית העולם.

3. תמותה מסוכרת

נתוני התמותה מסוכרת (קודים E10-E14 ב-ICD-10) מקורם בקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס)⁷.

3.1. תמותה מסוכרת בישראל 2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

טבלה 4: תמותה מסוכרת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 2011⁷: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל* ומספרים מוחלטים

שיעור ל-100,000	מספר פטירות	
גברים יהודים	27.4	856
נשים יהודיות	23.2	999
גברים ערבים	54.2	160
נשים ערביות	56.9	175

שיעורי התמותה המתוקנים לגיל באוכלוסייה הערבית גבוהים מהשיעורים באוכלוסייה היהודית: פי 2.4 בנשים, ופי 2.0 בגברים. הנשים היהודיות מציגות את השיעור הנמוך ביותר בתמותה מסוכרת, ואילו הנשים הערביות, את השיעור הגבוה ביותר (טבלה 4).

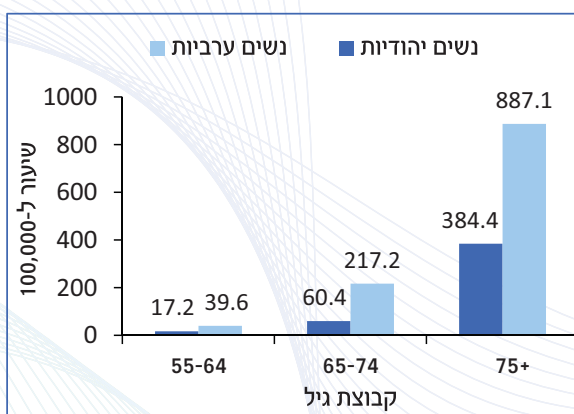
* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

3.2. תמותה מסוכרת לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

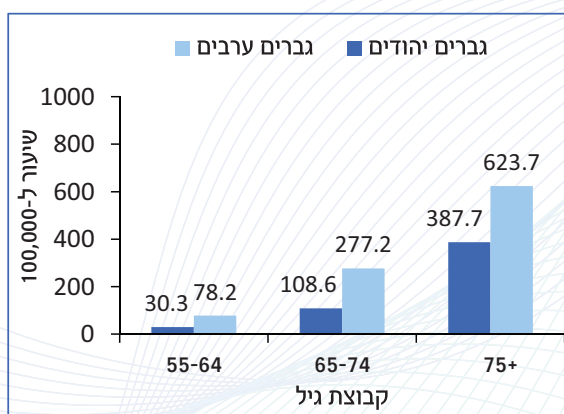
שיעורי התמותה מסוכרת עולים עם הגיל. בדומה להימצאות הגבוהה של סוכרת בערבים (תרשים 7), גם שיעורי התמותה גבוהים יותר בערבים מאשר ביהודים, בשני המינים, ובכל קבוצות הגיל. בגילאים 55-74, שיעור התמותה מסוכרת גבוה פי 2.6 בגברים ערבים לעומת גברים יהודים, ובגילאי 75 ומעלה, קטן הפער, והשיעור בגברים ערבים גבוה פי 1.6 מהשיעור בגברים יהודים (תרשים 12א'). בנשים, הפער הגדול ביותר בין ערביות ליהודיות נראה בקבוצת הגיל 74-65, בה גבוה השיעור בערביות פי 3.6 לעומת היהודיות (תרשים 12ב'). בקרב היהודים, שיעורי התמותה גבוהים יותר בגברים לעומת נשים, בכל קבוצות הגיל, בפערים אשר הולכים וקטנים עם העלייה בגיל. בקרב הערבים, שיעורי התמותה גבוהים יותר בגברים לעומת נשים עד גיל 75, בפערים שהולכים וקטנים עם העלייה בגיל. בקבוצת הגיל המבוגר (75+), שיעור התמותה בנשים הערביות מגיע לשיא של 887.1 ל-100,000, וגבוה בכ-42% מהשיעור בגברים הערבים באותה קבוצת גיל.

תרשים 12: תמותה מסוכרת בישראל 2011, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה⁷: שיעורים ל-100,000

12ב. נשים



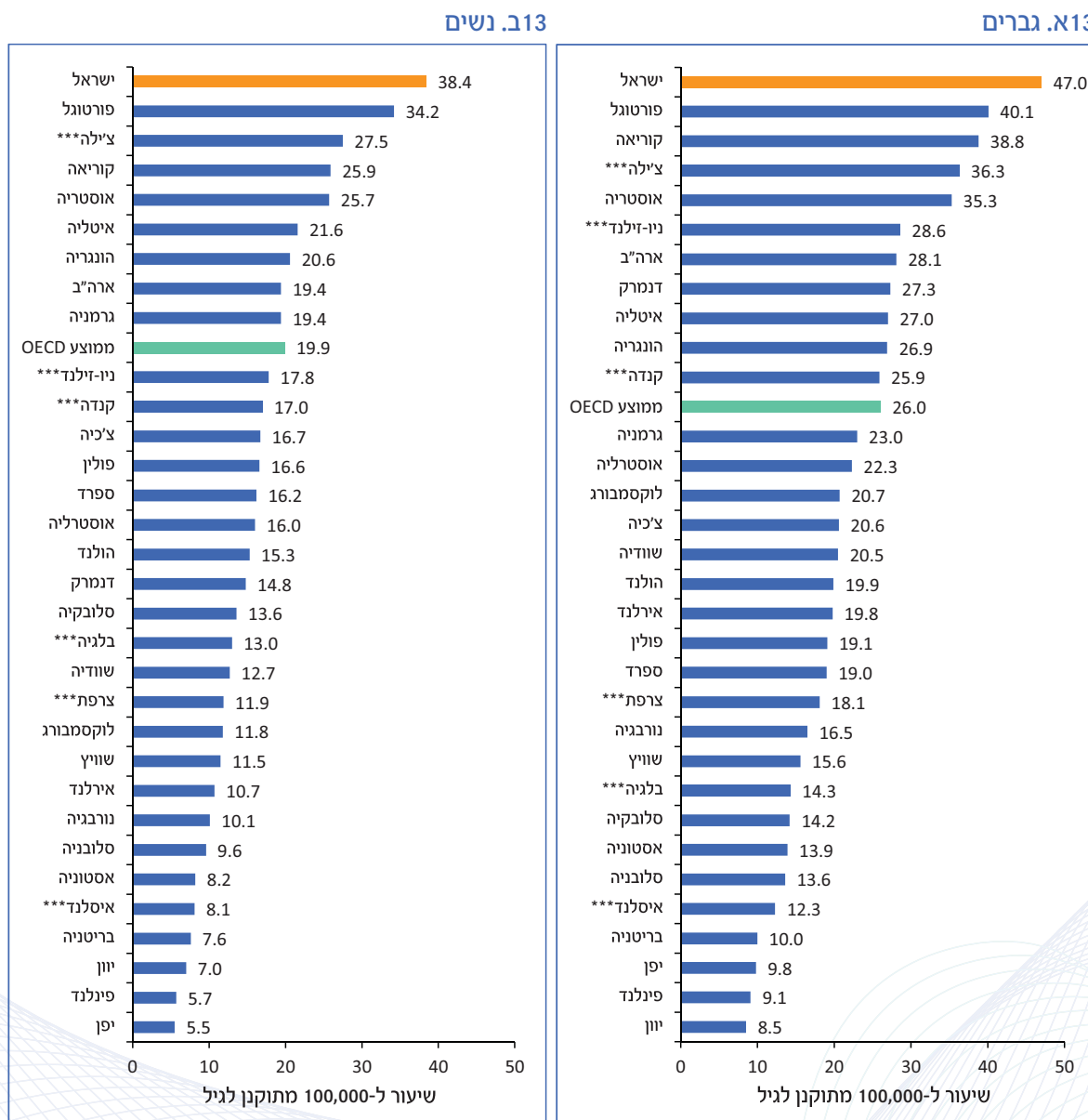
12א. גברים



3.3. תמותה מסוכרת: השוואה בין-לאומית

ישראל ממוקמת במקום הראשון בתמותה מסוכרת בין מדינות ה-OECD, למעט מקסיקו*, הן בגברים (תרשים 13א') והן בנשים (תרשים 13ב'). יש לציין כי ההבדל בין ישראל ליתר המדינות נובע כנראה בחלקו גם משיטות שונות לרישום וקידוד סיבות המוות, ואינו משקף בהכרח את שיעורי התמותה האמיתיים מסוכרת (ראה פרק "סיבות המוות המובילות", סעיף 8). בכל המדינות, שיעורי התמותה מסוכרת גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים.

תרשים 13: תמותה מסוכרת בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010, לפי מין⁶: שיעורים מתוקנים לגיל**



* במקסיקו (נתונים לא מוצגים בגרף) דווחו שיעורי תמותה הגבוהים במעל לפי 3 משיעורי התמותה בישראל: 157.3 ל-100,000 בגברים ו-147.7 ל-100,000 בנשים.

** שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.

*** נתונים אחרונים משנת 2009.

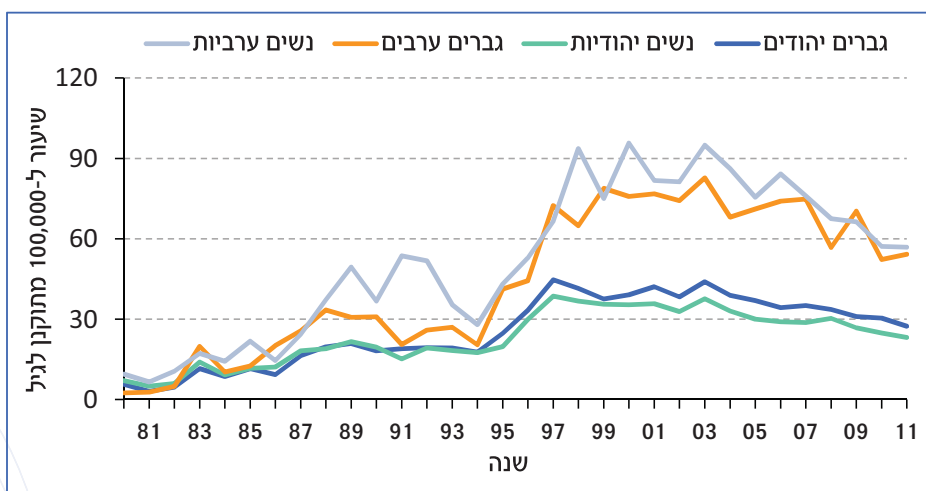
3.4. מגמות בתמותה

בתרשים 14 מוצגות מגמות התמותה מסוכרת בישראל. מראשית שנות ה-80 ועד לתחילת שנות ה-90 נצפתה עלייה הדרגתית בשיעורי התמותה מסוכרת. בין השנים 1994-1998 חלה עלייה חדה בתמותה מסוכרת, אשר בולטת במיוחד בערבים. ניתן להסביר עלייה זו, לפחות בחלקה, בשינויים שנערכו בשיטות רישום וקידוד סיבות המוות בשנים אלה. משנת 2000 מתחילה מגמת ירידה בשיעורי התמותה מסוכרת. בין השנים 2000-2005 ירדו שיעורי התמותה מסוכרת בכ-5%-6%, בגברים יהודים וערבים, ואילו בנשים נצפתה ירידה גדולה יותר, של כ-15% ביהודיות וכ-21% בערביות. בין השנים 2005-2011 נצפתה ירידה נוספת ומשמעותית יותר בתמותה מסוכרת: ירידה של כ-23%-26% ביהודים, וירידה של כ-24%-25% בערבים. יש לציין כי הירידה בתמותה ניכרת על אף העלייה המקבילה שנצפתה בשיעורי ההימצאות.

שיעורי התמותה מסוכרת גבוהים יותר בערבים לעומת יהודים, כבר מאמצע שנות ה-80. בשנת 2000 היו שיעורי התמותה גבוהים פי 1.9 בגברים ערבים לעומת יהודים, ופי 2.7 בנשים ערביות לעומת יהודיות. בשנת 2011 היו שיעורי התמותה גבוהים פי 2 בגברים ערבים לעומת יהודים, ופי 2.4 בנשים ערביות לעומת יהודיות.

תרשים 14: מגמות בתמותה מסוכרת* בישראל, בשנים 1980-2011, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה⁷: שיעורים

ל-100,000 מתוקננים לגיל**



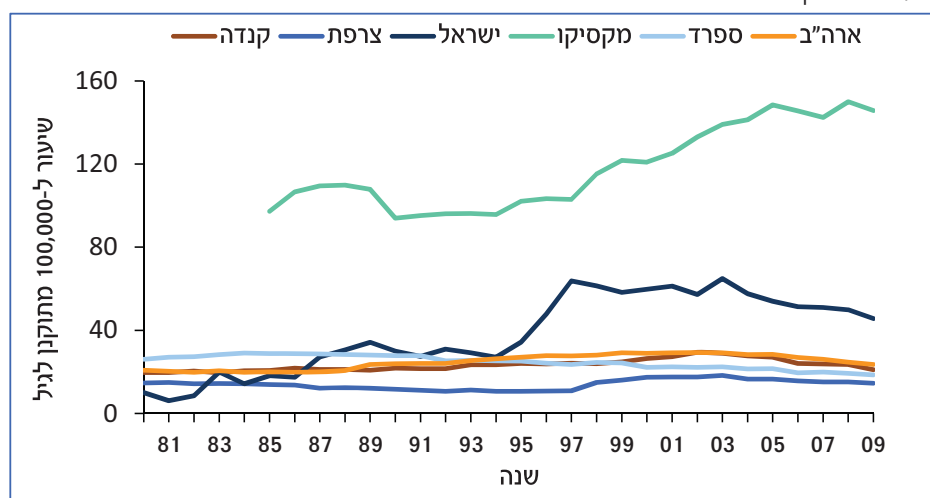
* קוד 250 ב-ICD9 (עד 1997 כולל); וקודים E10-E14 ב-ICD10 (1998 ואילך).
** שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008.

3.5. מגמות בתמותה מסוכרת: השוואה בין-לאומית

בתרשים 15 מוצגות המגמות בתמותה מסוכרת במספר מדינות חברות ה-OECD, אשר שיעורי ההימצאות הסוכרת בהן ממוקמים בחציון העליון. שיעורי התמותה מסוכרת במקסיקו גבוהים הרבה יותר מהשיעורים בירת המדינות. בארצות הברית, בקנדה, בספרד ובצרפת, נצפית יציבות יחסית בשיעורי התמותה. בישראל, בשונה ממדינות אלו, נצפתה עלייה הדרגתית בשיעורי התמותה מסוכרת בין השנים 1980-1989, והחל משנת 1989 גבוהים השיעורים בישראל בהשוואה ליתר המדינות. בין השנים 1994-1997 חלה עלייה חדה בשיעורי התמותה מסוכרת בישראל, אשר משנת 1997 ואילך גבוהים משמעותית בהשוואה ליתר המדינות (להוציא מקסיקו). כפי שהוזכר לעיל (סעיף 3.4), העלייה נובעת כפי הנראה, לפחות בחלקה, משינויים שנערכו בשיטות רישום וקידוד סיבות המוות בשנים אלה. החל משנת 2003 נצפית מגמת ירידה בשיעורי התמותה מסוכרת בישראל. הפער מול יתר המדינות הצטמצם מעט, אך עדיין נשאר גדול.

תרשים 15: מגמות בתמותה מסוכרת בשנים 1980-2009, בישראל ובמספר מדינות OECD נבחרות⁶:

שיעורים מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.

מקורות המידע

1. World Health Organization. Diabetes: Fact Sheet No. 312.
doi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
2. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. ממצאי הרישום לסוכרת בגילאי 0-17 שנים, 2011. יולי, 2013.
3. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2010. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
4. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דו"ח לשנים 2010-2012. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, 2013.
5. Guariguata L, Whiting D, Weil C, Unwin N. The International Diabetes Federation diabetes atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. Diabetes Research and Clinical Practice 2011;94:322-332.
6. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics (database).
doi: 10.1787/data-00540-en
7. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 1979-2011.

« אסתמה

ממצאים עיקריים

הימצאות אסתמה באוכלוסייה הבוגרת (סקר INHIS-2)

- « בסקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, 5.8% מהמשתתפים (בני 21 ומעלה) דיווחו כי אובחנו על ידי רופא כסובלים מאסתמה.
- « שיעורי ההימצאות של אסתמה היו 5.6% בגברים יהודים, 6.7% בנשים יהודיות, 3.7% בגברים ערבים ו-4.0% בנשים ערביות.
- « בקרב גברים יהודים, שיעור האסתמה הגבוה ביותר נמצא בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), ואילו בקרב נשים יהודיות, השיעור הגבוה ביותר נמצא בקבוצת הגיל המבוגר (65 ומעלה).
- « בקרב גברים ערבים, שיעור ההימצאות הגבוה ביותר נמצא בקבוצת הגיל המבוגר (65 ומעלה), ובקרב נשים ערביות השיעור הגבוה ביותר נמצא בגילאים 45-64.

צריכת תרופות

- « מבין המשתתפים בסקר INHIS-2 שאובחנו עם אסתמה, 32.0% דיווחו על צריכת תרופות לטיפול באסתמה: 33.6% מהגברים ו-30.9% מהנשים.

אשפוזים עקב אסתמה

- « על פי קובץ האשפוזים המרכזי במשרד הבריאות, בשנת 2011 היו 4,955 אשפוזים עם אסתמה כאבחנה ראשונה בשחרור.
- « שיעור האשפוזים עקב אסתמה היה 63.8 ל-100,000: 57.7 ל-100,000 בזכרים ו-69.7 ל-100,000 בנקבות.
- « בילדים, שיעורי האשפוז עקב אסתמה גבוהים יותר בבנים מאשר בבנות.
- « באוכלוסייה הבוגרת, שיעורי האשפוז עקב אסתמה גבוהים יותר בנשים מאשר בגברים, והפער הולך ומתרחב עם העלייה בגיל.

תמותה מאסתמה

- « מאמצע שנות ה-90' מסתמנת ירידה הדרגתית בשיעורי התמותה מאסתמה, בגברים ובנשים.
- « שיעור התמותה מאסתמה בנשים בישראל גבוה בהשוואה למדינות ה-OECD האחרות. בגברים ישראלים, לעומת זאת, שיעור התמותה מאסתמה נמצא במקום ביניים יחסית ליתר המדינות.

אסתמה

רקע

אסתמה היא מחלה של כלי הנשימה הפוגעת בילדים ובמבוגרים ומהווה גורם משמעותי לתחלואה ולתמותה בעולם. מחלה זו כרוכה בעלויות גבוהות במיוחד, בשל השימוש הרב בשירותי בריאות כחלק מהטיפול במחלה¹. אסתמה מוגדרת כתסמונת המאופיינת בחסימת דרכי האוויר, אשר יכולה להשתפר ספונטנית או על ידי טיפול. חולי אסתמה מפתחים סוג מיוחד של דלקת בדרכי האוויר, ועל כן הם מגיבים יותר מאנשים ללא אסתמה למגוון של גירויים, מה שמוביל להיצרות משמעותית של דרכי האוויר ולכן לירידה בזרימת האוויר, לצפצופים ולקוצר נשימה². גורמי הסיכון לאסתמה כוללים גורמים סביבתיים כגון זיהום אוויר וחשיפה לאלרגנים שונים, וגורמים גנטיים³.

בעשורים האחרונים נצפתה מגמת עלייה בתחלואה באסתמה בעולם, בעיקר במדינות מתועשות³, ובעקבותיה הולך וגדל הנטל הכלכלי, הן על החולים והן על שירותי הבריאות².

1. הימצאות אסתמה במבוגרים

מקור הנתונים

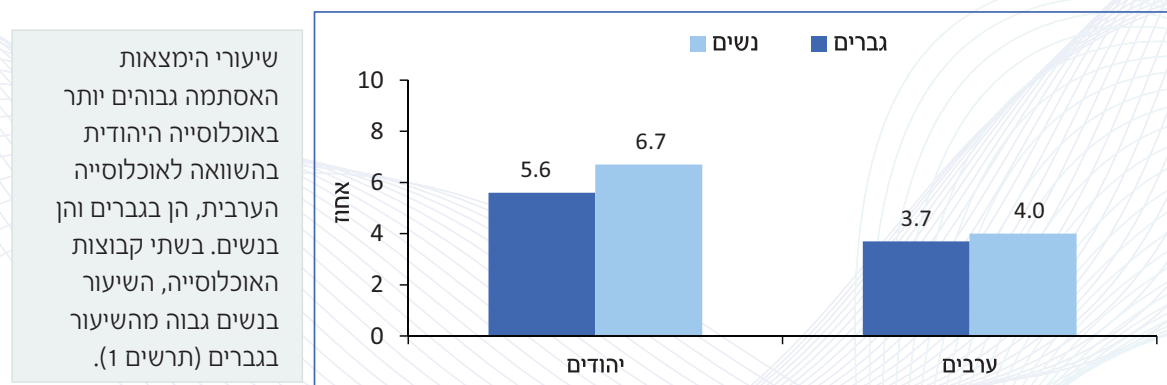
הנתונים בפרק זה מבוססים על דיווח עצמי על תחלואה באסתמה שאובחנה על ידי רופא, מתוך סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2⁴. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה).

על מנת לייצג את שיעור הימצאות האסתמה בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). הרחבה אודות הסקר ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

בסקר INHIS-2 דיווחו 5.8% מהמשתתפים כי אובחנו על ידי רופא כסובלים מאסתמה. שיעור ההימצאות בגברים (5.3%) היה נמוך מהשיעור בנשים (6.3%) ($p < 0.001$)⁴.

1.1 הימצאות אסתמה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

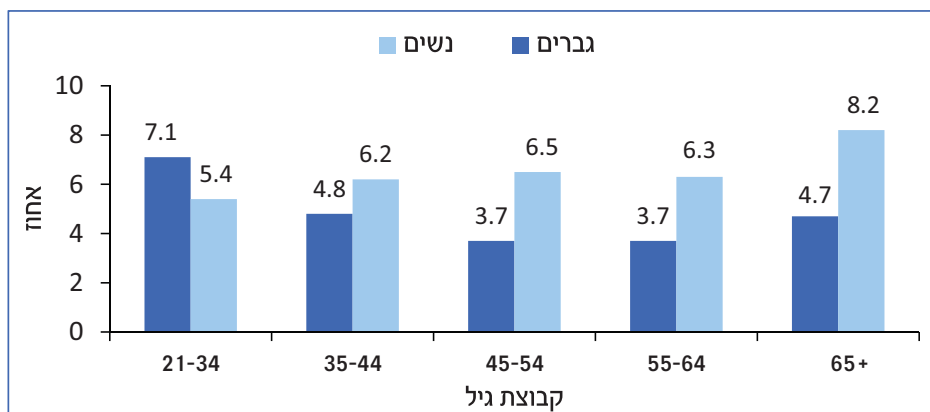
תרשים 1: הימצאות אסתמה מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁴: אחוזים משוקללים לגיל



1.2. הימצאות אסתמה לפי מין וגיל

המגמות בשיעורי ההימצאות של אסתמה לפי גיל שונות בגברים ובנשים. בנשים, שיעורי ההימצאות גבוהים במיוחד בקבוצת הגיל הצעיר (7.1%), יורדים עם העלייה בגיל ומתייצבים סביב 4%. בקרב הנשים, חלה עלייה בהימצאות האסתמה עם הגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר נצפה שיעור ההימצאות הגבוה ביותר (8.2%) (תרשים 2).

תרשים 2: הימצאות אסתמה מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין וגיל. סקר INHIS-2⁴: שיעורים משוקלים לקבוצת אוכלוסייה



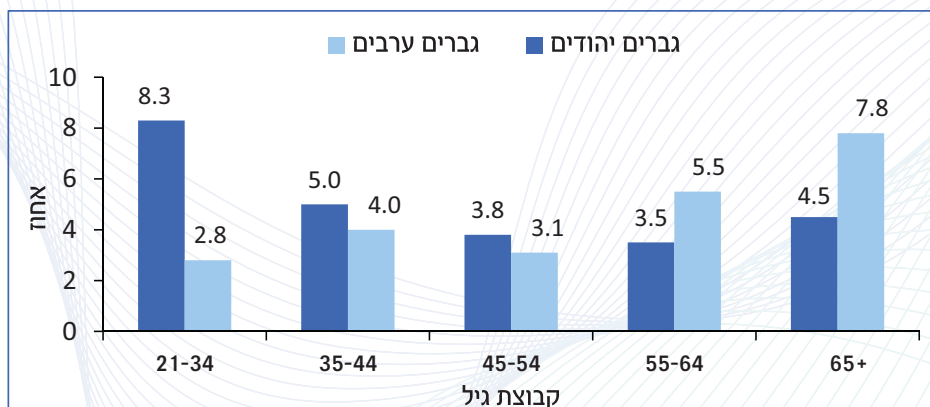
1.3. הימצאות אסתמה לפי קבוצת אוכלוסייה, מין וגיל

בקרוב הגברים (תרשים 3א'), נצפית מגמה שונה בהימצאות אסתמה לפי גיל, ביהודים לעומת ערבים. בגברים הערבים נצפית עלייה בהימצאות המחלה עם הגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) מגיע שיעור ההימצאות לשיא של 7.8%. בגברים היהודים, לעומת זאת, שיעור ההימצאות הגבוה ביותר (8.3%) נצפה בקבוצת הגיל הצעיר, ועם העלייה בגיל חלה ירידה והתייצבות בשיעורים.

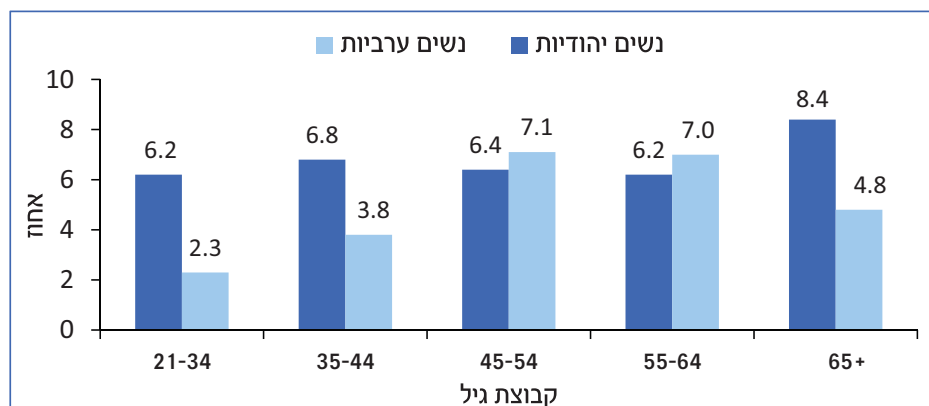
בקרוב הנשים (תרשים 3ב'), מגמת ההימצאות האסתמה לפי גיל שונה ביהודיות לעומת ערביות, ושונה מהמגמה בגברים. בנשים יהודיות השיעורים יציבים עד גיל 65, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) חלה עלייה של כ-35%, עד לשיעור שיא של 8.4%. בנשים הערביות, לעומת זאת, השיעורים עולים עם הגיל ומגיעים לשיא של כ-7% בגילאי 45-64, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) חלה ירידה בשיעורים.

תרשים 3: הימצאות אסתמה מאובחנת על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי קבוצת אוכלוסייה, מין וגיל. סקר INHIS-2⁴: אחוזים

3א. גברים



3.3. נשים

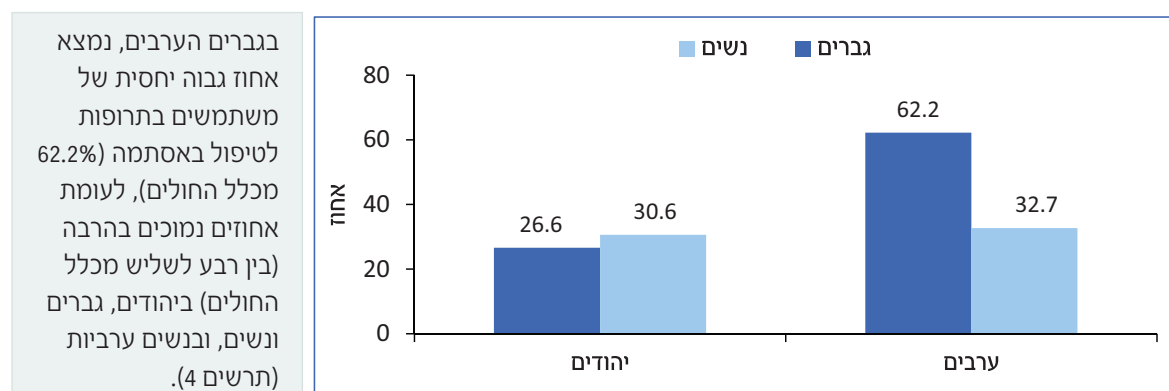


2. צריכת תרופות לטיפול באסתמה

על פי סקר INHIS-2, 32.0% מהחולים באסתמה דיווחו כי השתמשו בתרופות לטיפול במחלה בשבועיים שקדמו לסקר (33.6% מהגברים ו-30.9% מהנשים).⁴

תרשים 4: צריכת תרופות לטיפול באסתמה (דיווח עצמי), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁴

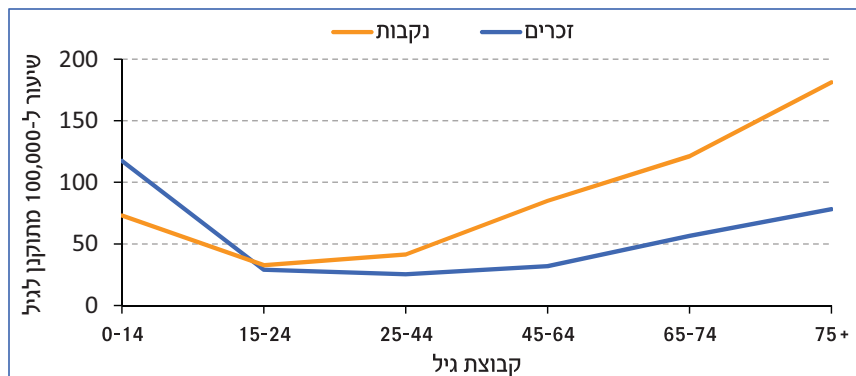
אחוז מכלל חולי האסתמה



3. אשפוזים עקב אסתמה

על פי רישום האשפוזים במשרד הבריאות, בשנת 2011 היו 4,955 אשפוזים עם אסתמה כאבחנה ראשונה בשחרור. שיעור האשפוזים עקב אסתמה היה 63.8 ל-100,000: 57.7 ל-100,000 בזכרים ו-69.7 ל-100,000 בנקבות. בקרב ילדים בני 0-14 שנים, שיעורי האשפוז בבנים גבוהים פי 1.6 מאשר בבנות; בבני 15-24 השיעורים דומים בגברים ובנשים; ומגיל 25 ואילך השיעורים גבוהים באופן ניכר בנשים בהשוואה לגברים. בזכרים נצפה שיעור גבוה יחסית של אשפוזים עקב אסתמה בקרב ילדים, שיעורים נמוכים יחסית בגילאים 15-64, ועלייה הדרגתית עם הגיל, מגיל 65 ואילך. בנקבות, השיעורים עולים בצורה חדה מקבוצת הגיל 15-24 ואילך, ומגיעים ל-181.2 ל-100,000 בגילאי 75 ומעלה (תרשים 5).

תרשים 5: אשפוזים עקב אסתמה* (אבחנה ראשונה בשחרור), לפי מין וגיל, שנת 2011⁵: שיעורים ל-100,000



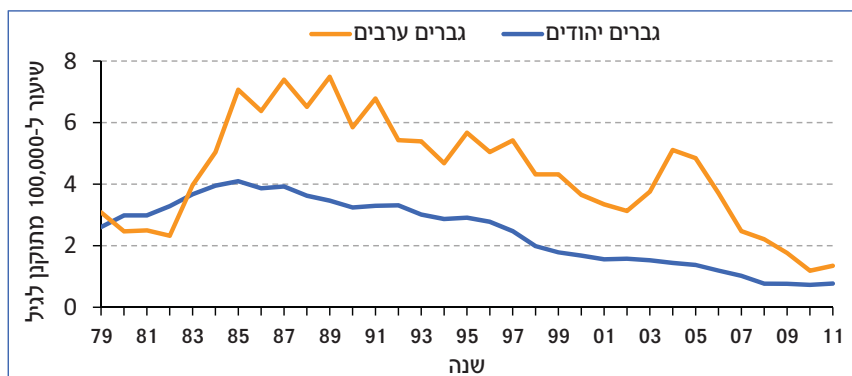
* קוד 493 ב-ICD9.

4. תמותה מאסתמה

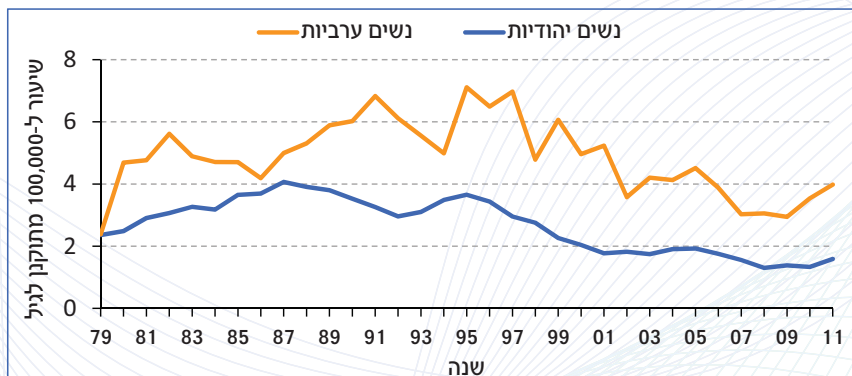
מאמצע שנות ה-90' מסתמנת ירידה הדרגתית בשיעורי התמותה מאסתמה, הן בגברים והן בנשים. שיעורי התמותה מאסתמה גבוהים פי שניים ויותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית, אך עם זאת, מגמת הירידה בשיעורי התמותה נצפית בשתי קבוצות האוכלוסייה, בגברים ובנשים. בין השנים 1995-2011 ירדו שיעורי התמותה בכ-74% בגברים יהודים, בכ-58% בנשים יהודיות, בכ-76% בגברים ערבים ובכ-18% בנשים ערביות (תרשים 6).

תרשים 6: תמותה מאסתמה* לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1979-2011⁶: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל**

א.6. גברים



ב.6. נשים



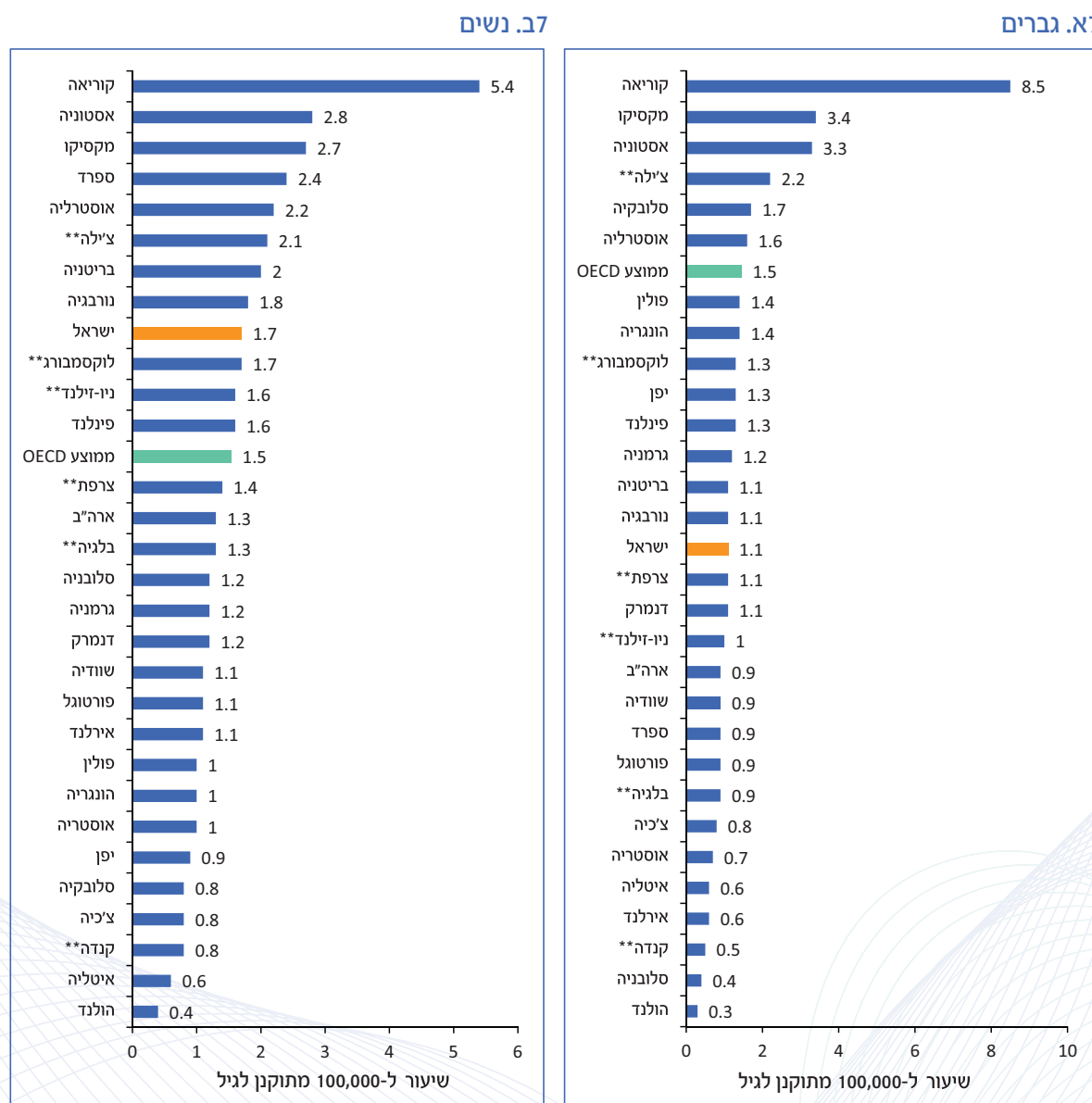
* קוד 493 ב-ICD9 (עד 1997 כולל); וקודים J45 ו-J46 ב-ICD10 (1998 ואילך).
** השיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית ישראל 2008 ומוצגים כממוצע נע ל-3 שנים.

4.1. תמותה מאסתמה: השוואה בין-לאומית

שיעור התמותה מאסתמה בגברים בישראל (1.1 ל-100,000) ממוקם במקום ה-15 מתוך 30 מדינות החברות ב-OECD. השיעור הגבוה ביותר דווח בקוריאה (8.5 ל-100,000) והוא גבוה משמעותית משיעור התמותה מאסתמה המדווח ביתר המדינות (תרשים 7א').

שיעור התמותה מאסתמה בנשים בישראל (1.7 ל-100,000) גבוה יחסית למרבית המדינות, ומדורג במקום ה-9 מבין 30 מדינות. בדומה לנצפה בגברים, השיעור הגבוה ביותר דווח בקוריאה (5.4 ל-100,000) (תרשים 7ב').

תרשים 7: תמותה מאסתמה בישראל ובמדינות נוספות החברות ב-OECD, לפי מין, 2010⁷: שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



*שיעורים מתוקנים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 **נתונים אחרונים משנת 2009.

מקורות המידע

1. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, Lynd L, Alasaly K, Swiston J, FitzGerald JM. Economic burden of asthma: a systematic review. BMC Pulm Med. 2009;9:24.
2. Anthony S.Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th edition. 2008, vol 2: p1596.
3. D'Amato G, Liccardi G, D'Amato M, Holgate S. Environmental risk factors and allergic bronchial asthma. Clin Exp Allergy. 2005;35(9):1113-24.
4. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2010. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
5. נתונים באדיבות שרותי מידע ומחשוב, רישום מאגר האשפוזים, תחום מידע. משרד הבריאות, 2010.
6. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 1979-2011.
7. OECD (2012). "OECD Health Data: Health status". OECD Health Statistics (database). doi: 10.1787/data-00540-en

פרק 5

מחלות
זיהומיות





תחלואה ותמותה ממחלות זיהומיות <<

ממצאים עיקריים

כללי

- « ב-20 השנים האחרונות נצפתה מגמת ירידה בתחלואה מרוב המחלות הזיהומיות.
- « בין השנים 1990-2012 ירדו בלמעלה מ-90% שיעורי ההיארעות של אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת עוצבה על ידי המופילוס b, וקדחת השיגרן.
- « שיעורי ההיארעות של שעלת, קמפילובקטר, לישמאניה, ליסטריה וכלמידיה עלו בלמעלה מ-60%, בין השנים 1998-2012.
- « בשנים 2011-2012 נצפתה בעונת החורף ירידה בפניות לרופאים בקהילה ולחדרי מיון עקב תחלואת מעיים שילשולית בקרב תינוקות. ירידה זו מיוחסת להכנסת חיסון נגד נגיף הרוטה לשגרת חיסוני הילדות בישראל.

אשפוזים

- « בשנת 2011 היו כ-18,660 אשפוזים עקב מחלה זיהומית.
- « שיעור האשפוזים הגבוה ביותר בשל מחלות זיהומיות היה בתינוקות מתחת לגיל שנה: 17.5 ל-1,000.
- « שיעור האשפוזים בשל תחלואת מעיים גבוה במיוחד בבני 0-4 שנים, ואילו שיעור האשפוזים בשל דלקת ריאה ושפעת גבוה במיוחד בבני 75 שנים ומעלה.

תמותה

- « בשנת 2011 נפטרו ממחלות זיהומיות 1,998 אנשים (4.9% מכלל מקרי המוות בישראל). עיקר התמותה ממחלות זיהומיות היא בבני 65 שנים ומעלה.
- « בין השנים 1998-2011, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות היו נמוכים בנשים בהשוואה לגברים.
- « שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות היו דומים בגברים יהודים וערבים. לעומת זאת, שיעורי התמותה בנשים ערביות היו גבוהים מהשיעורים שנצפו בנשים יהודיות.
- « **השוואה בין-לאומית:** בשנת 2011, שיעור התמותה ממחלות זיהומיות בישראל היה גבוה מהשיעורים שנצפו ברוב מדינות ה-OECD.

מגמות בהיארעות מחלות נבחרות

זיהומים בדרכי העיכול

- « **שיגלה:** לאחר עלייה בשיעורי ההיארעות בשנות ה-70' וה-80', חלה ירידה, עם התפרצויות אחת לשנתיים. שיעור ההיארעות ב-2012 היה 54.6 ל-100,000. השיעור הגבוה ביותר נמצא בקבוצת הגיל 1-4 שנים.
- « **סלמונלה:** משנות ה-50' ועד לשנת 1994 נצפתה עלייה הדרגתית בשיעורי ההיארעות של סלמונלה, ולאחר מכן חלה ירידה בשיעורים. בשנת 2012 השיעור היה 17.3 ל-100,000. הטיפול הסרולוגי הנפוץ כיום בישראל הינו *Salmonella infantis*.

« **קמפילובקטר:** לאחר עלייה בשיעורי ההיארעות משנת 1982 ועד 2009, מסתמנת בשנים האחרונות מגמת התייצבות בהיארעות. בשנת 2012 השיעור היה 66.3 ל-100,000. עיקר התחלואה היא בבני 0-4 שנים.

מחלות הניתנות למניעה על ידי חיסון

« **שעלת:** משנות ה-70' ועד 1998 נצפו שיעורים נמוכים עם התפרצויות מקומיות. בשנת 2012 השיעור היה 34.9 ל-100,000. מהמחצית השניה של שנת 2012 מומלץ לחסן נשים הרות (בכל הריון) כנגד המחלה.

« **חצבת:** מתחילת שנות ה-70' נצפתה ירידה בשיעורי ההיארעות, עם התפרצויות בשנים 1975, 1982, 1985, 1991, 1994, ו-2007-2008. בשנת 2012 נצפתה התפרצות והשיעור היה 2.7 ל-100,000.

« **חזרת:** מאמצע שנות ה-90' ועד 2008 היו שיעורי ההיארעות נמוכים מאוד. בשנים 2009-2010, עקב התפרצות, הגיעה ההיארעות ל-64.6 ל-100,000. בשנת 2012 נבלמה ההתפרצות והשיעור היה 1.2 ל-100,000.

« **דלקת כבד נגיפית מסוג A:** בעקבות הכנסת חיסון נגד המחלה בשנת 1999, ירדו שיעורי ההיארעות מ-35 ל-100,000 בשנת 1999 ל-0.6 ל-100,000 בשנת 2011. בשנת 2012 היתה התפרצות של המחלה במחוז תל אביב ושיעור ההיארעות הארצי עלה ל-2.2 ל-100,000.

« **דלקת כבד נגיפית מסוג B:** השיעור בשנת 2012 היה 0.5 ל-100,000.

« **דלקת עוצבה מהמופילוס:** מתחילת שנות ה-70' ועד שנות ה-90' היו שיעורי ההיארעות במגמת עלייה. משנת 1994, בה הוחל בחיסון, נצפתה ירידה בתחלואה, ובשנת 2012 השיעור היה 0.1 ל-100,000.

« **שיתוק ילדים (פוליו):** משנת 1988 לא דווחו מקרי פוליו קליניים בישראל. בשנת 2013, נמצא נגיף פוליו פראי מזן 1 בדגימות שפכים במספר אתרים בדרום ובמרכז הארץ, עם עדות לסירקולציה של הנגיף באוכלוסייה. כחלק מההתמודדות עם אירוע זה, הוחלט באוגוסט 2013 על מבצע חיסון כלל ילידי 2004 ואילך בחיסון פומי ביוולנטי חי מוחלש.

« **פלצת (טטנוס):** בשנת 2013 דווח על מקרה פלצת באישה מבוגרת שלא קיבלה מנת דחף לאחר פציעה.

מחלות המועברות במגע מיני

« **זיבה:** משנת 1970 נצפתה ירידה בשיעורי זיבה. בין השנים 1998-2002 חלה עלייה בשיעורים ולאחר מכן שוב ירידה שהתמתנה ב-2005. ב-2012 אובחנו 227 מקרים של זיבה (2.9 ל-100,000).

« **עגבת:** בשנת 2012 אובחנו 68 (0.9 ל-100,000) מקרי עגבת ראשונית ושניונית, מקרה אחד של עגבת מולדת ו-155 (2.0 ל-100,000) מקרים של עגבת מאוחרת.

« **כלמידיה טרומוטיס בדרכי המין:** משנת 1994 נצפית מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות. בשנת 2012 דווח על 834 מקרים חדשים (10.5 ל-100,000).

מחלות אחרות

« **קדחת מערב הנילוס:** בעקבות התפרצות קדחת מערב הנילוס בשנת 2000, נוספה מחלה זו לרשימת המחלות המחייבות דיווח. בשנת 2012 דווח על 47 מקרים (0.6 ל-100,000).

« **לישמוניאזיס:** משנת 2000 נמצאת היארעות לישמוניאזיס עורית במגמת עלייה. בשנת 2012 דווח על 336 מקרים (4.2 ל-100,000).

« **מלריה:** משנת 1973 לא דווח על מקרי מלריה מקומיים. בשנת 2010 דווחה עלייה בהיארעות של מלריה מיובאת ולאחר מכן חלה ירידה. בשנת 2012 היה שיעור ההיארעות של מלריה מיובאת 1.3 ל-100,000.

« **שחפת:** משנות ה-50' ועד שנת 1990 נצפתה ירידה מתמדת בשיעורי ההיארעות. בשנים 1985 ו-1991 נצפו עליות בשיעורים, הקשורות לגלי עלייה מאזורים אנדמיים. בעשור האחרון נצפתה ירידה בתחלואה, ובשנתיים האחרונות נצפית עלייה. בשנת 2012 היה השיעור 6.4 מקרים ל-100,000 (509 מקרים).

השוואות בין-לאומיות: תחלואה

בשנת 2011, שיעורי התחלואה בחזרת, אדמת, דלקת כבד נגיפית A ו-B, שחפת, עגבת וזיבה בישראל היו נמוכים מהשיעורים המדווחים במדינות האיחוד האירופאי. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בשעלת בישראל היו גבוהים מהמדווחים במדינות האיחוד האירופאי ובמדינות ה-OECD.

רקע

מחלות זיהומיות היו בעבר אחד הגורמים העיקריים לתחלואה ולתמותה. בתחילת שנות ה-50', המחלות הזיהומיות השכיחות בישראל היו שעלת, אסכרה (דיפתריה), טיפוס אנדמי, עגבת (סיפיליס), טיפואיד, סלמונלוזיס, שיגלוזיס, חצבת, חזרת, שיתוק ילדים (פוליו) ושחפת. תמורות משמעותיות חלו בתחלואה ובתמותה ממחלות זיהומיות בעקבות הפעלת תוכניות חיסון נגד מגוון מחלות, והשיפור ברמה הסוציו-אקונומית של האוכלוסייה ובתנאים הסביבתיים והסניטריים.

מקורות הנתונים

המקור לנתוני התחלואה במחלות הזיהומיות השונות שיפורטו בפרק זה הוא האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות¹. נתוני האשפוז התקבלו מהאגף למידע ומחשוב, תחום מידע, משרד הבריאות². נתוני התמותה התקבלו מקובץ סיבות המוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס)³. נתונים על תחלואה ותמותה משפעת ומתסמונת הכשל החיסוני (אידס/HIV) מוצגים בפרקים נפרדים.

בנתוני האשפוז נעשה סימול המחלות לפי ה-ICD-9⁴. בקובץ סיבות המוות של הלמ"ס, נעשה שימוש ב-ICD-9 עד 1997 כולל, ומ-1998 ואילך סיבות המוות סומלו לפי ה-ICD-10⁵. במעבר בין המהדורות קיים הבדל, הן בכללי הסימול והן בקידוד. לדוגמא: במהדורה התשיעית⁴ נכלל שלשול ממקור לא ידוע במחלות מערכת העיכול, ואילו במהדורה העשירית⁵, שלשול ממקור לא ידוע נכלל במחלות הזיהומיות. בשל חוסר האחידות בין המהדורות, קשה לבחון את המגמות בתמותה ממחלות זיהומיות לאורך שנים בהן השתמשו במהדורות שונות. לפיכך, נתוני התמותה המוצגים בפרק זה הינם עבור השנים 1998 ואילך, בהן נעשה שימוש ב-ICD-10. בשיעורי התמותה המתוקנים לגיל נעשה תקנון לאוכלוסיית ישראל לפי מפקד 2008.

המחלות המופיעות תחת הכותרת "מחלות זיהומיות" ב-ICD (קודים 139-001 לפי ICD-9 או קודים A00-B99 לפי ICD-10) אינן מהוות את כלל המחלות הזיהומיות. כך לדוגמה, דלקת אוזן תיכונה מקודדת על פי ICD-10 בקוד H66.0 שאינו נכלל בקידוד המחלות הזיהומיות (A00-B99), ויש עוד רבות אחרות⁶. לפיכך, השימוש בקבוצת הקודים המוגדרת ב-ICD כ"מחלות זיהומיות" אמנם מקובל אך נותן תת אומדן לנטל התחלואה האמיתי ממחלות זיהומיות. יש לציין כי דלקת ריאה ושפעת אינן נכללות ב"כלל המחלות הזיהומיות" על פי ICD-9 ו-ICD-10. מחלות אלו מקודדות בנפרד.

בטבלה 1 מוצגים הקודים לכלל המחלות הזיהומיות, מחלות מעיים זיהומיות ודלקת ריאה ושפעת, כפי שמופיעים ב-ICD-9 וב-ICD-10.

טבלה 1: סיווג המחלות הזיהומיות המוצגות בפרק זה לפי ICD-9 ו-ICD-10:^{4,5}

התחלואה/סיבת המוות	ICD-9	ICD-10
כלל המחלות הזיהומיות	001-139	A00-B99
מחלות מעיים זיהומיות	001-009	A00-A09
דלקת ריאה ושפעת	480-487.8	J10-J18

1. תחלואה

על פי פקודת בריאות העם (הודעות על מחלות מידבקות), ישנה חובת דיווח למשרד הבריאות על שורה של מחלות מידבקות (רשימה מוגדרת). הדיווח המגיע ללשכות הבריאות מהרופאים ומצוותי הרפואה בבתי החולים ובקהילה, מועבר לאגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות ומפורסם בדוחות שבועיים וחודשיים. יש לציין כי שלמות הדיווח למשרד הבריאות אינה אחידה במחלות השונות. כך לדוגמה הדיווח על דלקת קרום המוח חיידקית, מחלה הדורשת פעולות מניעה וטיפול מיידיות, הינו מלא ברובו. לעומת זאת, הדיווח על מחלות שלשוליות חלקי ביותר.

ב-20 השנים האחרונות נצפית מגמת ירידה בתחלואה ברוב המחלות הזיהומיות החייבות בדיווח¹. בין השנים 1990 ל-2012, ירדו בלמעלה מ-90% שיעורי ההיארעות של אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת עוצבה על ידי המופילוס b וקדחת השיגרון¹. כמו כן, בשנים 2011-2012 נצפתה ירידה בעונת החורף בפניות לרופאים בקהילה ולחדרי מיון עקב תחלואת מעיים שילשולית בקרב תינוקות. ירידה זו מיוחסת להכנסת חיסון נגד נגיף הרוטה לשגרת חיסוני הילדות בישראל (דצמבר 2010).

לעומת הירידה בשיעורי מחלות אלו, משנות ה-90 חלה עלייה של יותר מ-60% בשיעורי ההיארעות המדווחים של שעלת, קמפילובקטר, לישמאניה, ליסטריה וכלמידיה¹.

מגמות בהיארעות מחלות נבחרות מפורטות בסעיף 4 בהמשך. מידע מפורט על התחלואה במחלות הזיהומיות המחייבות הודעה מופיע בפרסום "מחלות זיהומיות מחייבות הודעה בישראל, 60 שנות ניטור, 1951-2010"⁷.

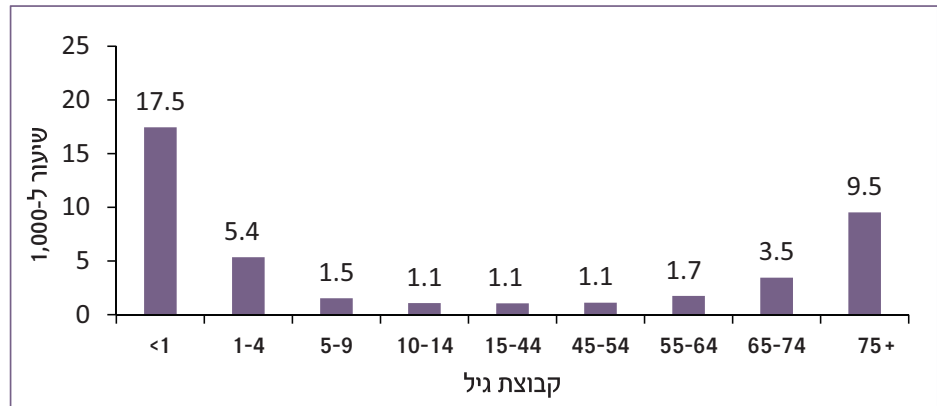
2. אשפוזים

שיעור האשפוזים הוא מדד נוסף לתחלואה במחלות זיהומיות. פרק זה מציג נתונים לגבי שחרורים מאשפוז (כולל תמותה באשפוז) בהם האבחנה הראשונה היתה מחלה זיהומית. על פי נתוני קובץ האשפוזים, בשנת 2011 היו כ-18,660 שיחרורים מבתי חולים עם אבחנה ראשונה של מחלה זיהומית (קודים 001-139 לפי ICD-9)².

2.1 אשפוזים לפי גיל

אשפוזים עקב מחלה זיהומית שכיחים יותר בתינוקות (בעיקר מתחת לגיל שנה) ובקשישים (בעיקר בני 75 שנים ומעלה). בשנה הראשונה לחיים, שיעור האשפוזים מכלל המחלות הזיהומיות הוא 17.5 ל-1,000. השיעורים יורדים עד ל-1.1 ל-1,000 בקבוצת הגיל 10-14 שנים ונשארים יציבים עד גיל 55, שממנו ואילך מתחילה עלייה בשיעורים. בקבוצת הגיל 75 שנים ומעלה, השיעור עולה בצורה חדה ומגיע ל-9.5 ל-1,000 (תרשים 1)².

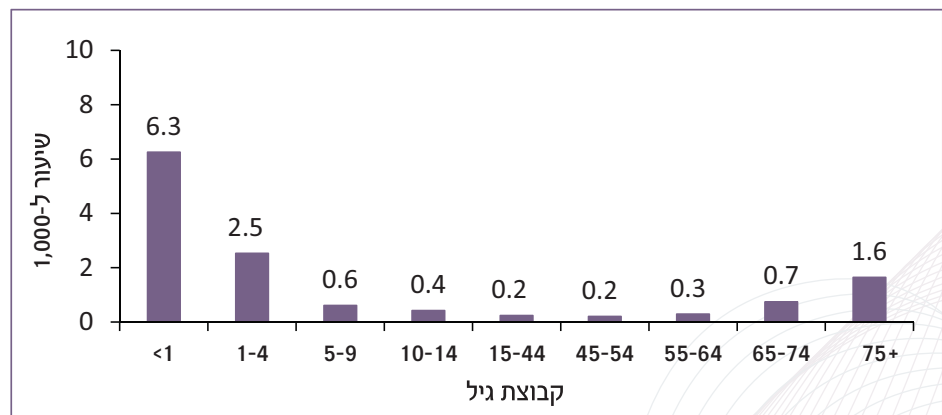
תרשים 1: אשפוזים עקב מחלות זיהומיות (ICD-9 001-139) לפי גיל, 2011²: שיעורים ל-1,000



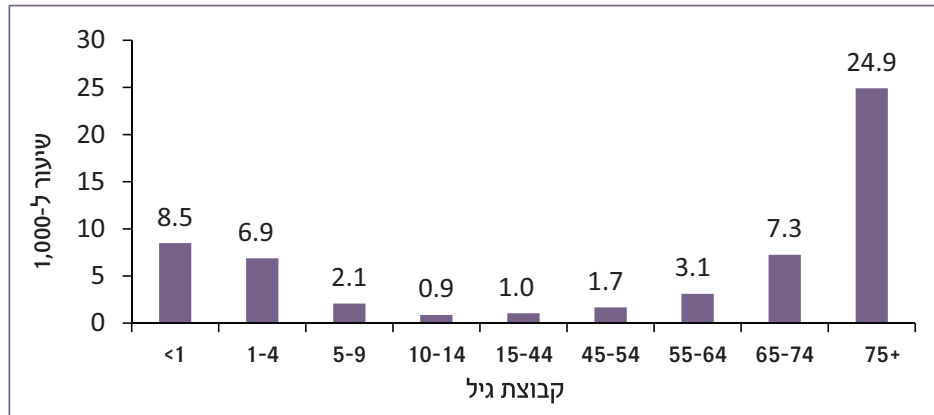
האשפוזים עקב מחלות מעיים זיהומיות אופייניים בעיקר לתינוקות מתחת לגיל שנה (6.3 ל-1,000) ולבני 4-1 שנים (2.5 ל-1,000). בבני 75 שנים ומעלה השיעור הוא 1.6 ל-1,000. ביתר קבוצות הגיל השיעורים נמוכים מאשפוז אחד ל-1,000 (תרשים 2)². לעומת זאת, שיעור האשפוזים בשל דלקת ריאה ושפעת גבוה במיוחד בבני 75 שנים ומעלה (24.9 ל-1,000), ואחר כך בסדר יורד בקבוצות הגיל הבאות: תינוקות מתחת לגיל שנה (8.5 ל-1,000), 74-65 שנים (7.3 ל-1,000) ו-4-1 שנים (6.9 ל-1,000). ביתר קבוצות הגיל השיעורים נמוכים יותר (תרשים 3)².

בשנת 2011 נרשמה ירידה בשיעור האשפוזים עקב מחלות מעיים זיהומיות בקרב תינוקות מתחת לגיל שנה ובבני 4-1 שנים. בהשוואה לשיעורי האשפוז עקב מחלות מעיים זיהומיות בשנת 2010, תועדה ירידה של כ-52% בשיעורי האשפוז של תינוקות מתחת לגיל שנה, וירידה של כ-45% בשיעורי האשפוז של בני 4-1 שנים (מ-13.1 ל-6.3 ל-1,000, ומ-4.6 ל-2.5 ל-1,000, בהתאמה)². ירידה זאת קשורה ככל הנראה להכנסת החיסון נגד נגיף הרוטה לשגרת החיסונים בישראל (החיסון הוחל בדצמבר 2010).

תרשים 2: אשפוזים עקב מחלות מעיים זיהומיות (ICD-9 001-009) לפי גיל, 2011²: שיעורים ל-1,000



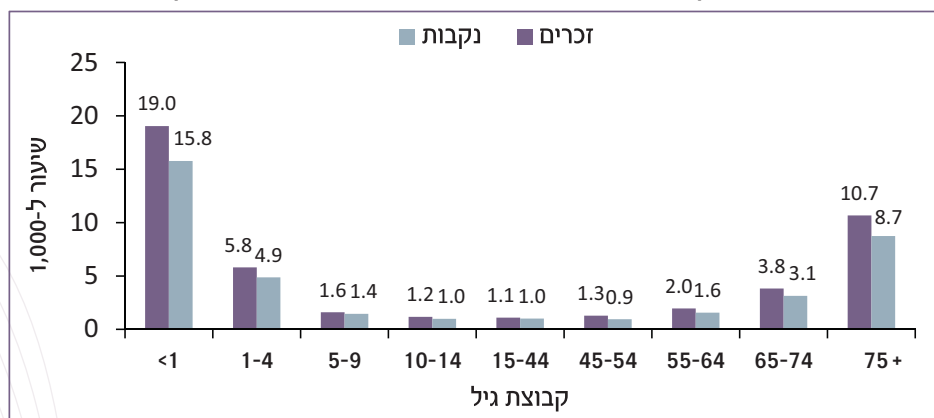
תרשים 3: אשפוזים עקב דלקת ריאה ושפעת (ICD-9 480-487.8) לפי גיל, 2011²: שיעורים ל-1,000



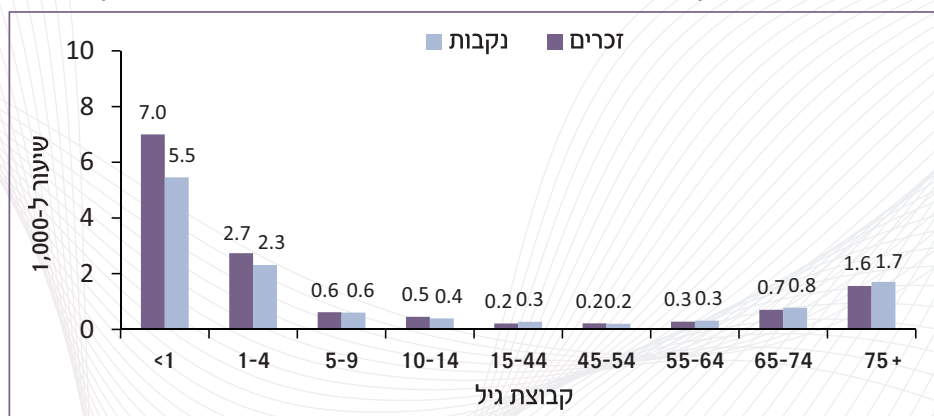
2.2. אשפוזים לפי מין

שיעורי האשפוזים מכלל המחלות הזיהומיות ומדלקת ריאה ושפעת גבוהים יותר בזכרים מאשר בנקבות, בכל קבוצות הגיל (תרשים 4 ותרשים 6)². ההבדל הגדול ביותר בין המינים נמצא באשפוזים עקב דלקת ריאה ושפעת, בעיקר בבני 65 ומעלה. אשפוזים עקב תחלואה במחלות מעיים זיהומיות גבוהים יותר בבנים מאשר בבנות, בגילאי 4-0 שנים. בגילאים המבוגרים יותר, אין הבדלים משמעותיים בין המינים בשיעורי האשפוז מסיבה זו (תרשים 5)².

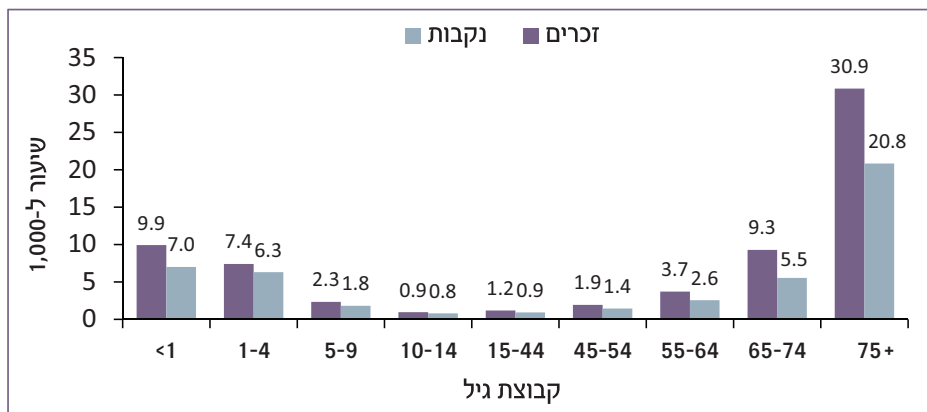
תרשים 4: אשפוזים עקב מחלות זיהומיות (ICD-9 001-139) לפי גיל ומין, 2011²: שיעורים ל-1,000



תרשים 5: אשפוזים עקב מחלות מעיים זיהומיות (ICD-9 001-009) לפי גיל ומין, 2011²: שיעורים ל-1,000



תרשים 6: אשפוזים עקב דלקת ריאה ושפעת (ICD-9 480-487.8) לפי גיל ומין, 2011²: שיעורים ל-1,000



3. תמותה

מקור נתוני התמותה הוא קובץ סיבות המוות של הלמ"ס. לחישוב שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות נכללו המקרים בהם סיבת המוות היסודית (underlying cause of death) היתה מקבוצת המחלות הזיהומיות (ICD-10 A00-B99). לא נכללו מקרי מוות בהם התחלואה הזיהומית הופיעה כסיבה במקום אחר בהודעת הפטירה. כפי שצוין לעיל, דלקת ריאה ושפעת אינן נכללות ב"כלל המחלות הזיהומיות". מחלות אלו מקודדות בנפרד (ICD-10 J10-J18) (ראה טבלה 1).

בשנת 2011 נפטרו מכלל המחלות הזיהומיות (A00-B99) בישראל 1,998 אנשים (4.9% מכלל מקרי המוות). 902 אנשים נוספים נפטרו מדלקת ריאה ושפעת (J10-J18), ומהווים 2.2% מכלל מקרי התמותה.

שיעור התמותה ממחלות זיהומיות (A00-B99) המתוקנן לגיל היה 25.2 ל-100,000 בכלל האוכלוסייה, 28.1 ל-100,000 בגברים יהודים ואחרים, 30.5 ל-100,000 בגברים ערבים, 22.4 ל-100,000 בנשים יהודיות ואחרות ו-25.8 ל-100,000 בנשים ערביות³.

3.1 תמותה לפי גיל ומין

בתינוקות מתחת לגיל שנה, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות (A00-B99) גבוהים יחסית: 13.0 ל-100,000 בתינוקות ממין זכר ו-12.4 ל-100,000 בתינוקות ממין נקבה. בהמשך, התמותה ממחלות זיהומיות נמוכה מאוד, עד גיל 45 שנים בגברים ו-50 שנים בנשים. בגילאים מבוגרים יותר, שיעור התמותה מתחיל לעלות, עד לכ-423 ל-100,000 בגברים ו-374 ל-100,000 בנשים, בגילאי 75 שנים ומעלה. בחלוקה לפי מין, לא נמצא הבדל משמעותי בין זכרים לנקבות, עד העשור החמישי לחיים. מגיל 40 שנים ומעלה, שיעורי התמותה מכלל המחלות הזיהומיות גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים (טבלה 2)³.

שיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות (A00-A09) בגילאי 0-4 שנים, גבוהים משמעותית בזכרים לעומת נקבות. לאחר מכן השיעורים נמוכים מאוד, הן בגברים והן בנשים, עד גיל 60. בבני 75 שנים ומעלה שיעורי התמותה מגיעים לערך הגבוה ביותר ומהווים קרוב ל-10% מסך מקרי המוות ממחלות זיהומיות (טבלה 2). שיעורי התמותה מדלקת ריאה ושפעת (J10-J18) נמוכים עד גיל 55 בגברים וגיל 60 בנשים. מגילאים אלו ואילך, עולים השיעורים עד ליותר מ-180 פטירות ל-100,000 בבני 75 שנים ומעלה. החל מגיל 55 ומעלה, שיעורי התמותה מדלקת ריאה ושפעת גבוהים משמעותית בגברים לעומת נשים (טבלה 2)³.

טבלה 2: תמותה ממחלות זיהומיות לפי אבחנה, מין וגיל, 2011³: שיעורים ל-100,000

גיל	מחלות זיהומיות (ICD-10 A00-B99)		מחלות מעיים זיהומיות (ICD-10 A00-A09)		דלקת ריאה ושפעת (ICD-10 J10-J18)	
	זכרים	נקבות	זכרים	נקבות	זכרים	נקבות
<1	13.0	12.4	4.8	1.2	1.2	2.5
1-4	3.2	3.1	1.0	0.3	0.5	0.8
5-9	0.3	0.3	0	0	0	0.3
10-14	0	0.6	0	0	0.3	0
15-19	0.6	0.3	0.3	0	0.3	0.3
20-24	0.3	0	0	0	0.3	0
25-29	1.0	0.4	0	0	0.7	0.4
30-34	2.2	2.2	0	0	0.4	0.4
35-39	1.2	2.6	0	0	0.4	0
40-44	4.9	3.1	0.5	0	0.9	0.4
45-49	9.1	2.9	0	0	1.0	0.5
50-54	12.2	9.9	0	0	0.5	0.5
55-59	28.4	7.2	0	0	5.0	1.5
60-64	30.0	18.2	1.2	1.7	7.4	6.1
65-69	45.8	33.7	4.9	1.7	20.5	14.7
70-74	98.8	66.5	10.3	5.6	55.2	21.6
75+	422.8	374.1	33.1	42.1	218.7	183.0
סה"כ*	28.3	22.8	2.1	2.3	13.1	10.1

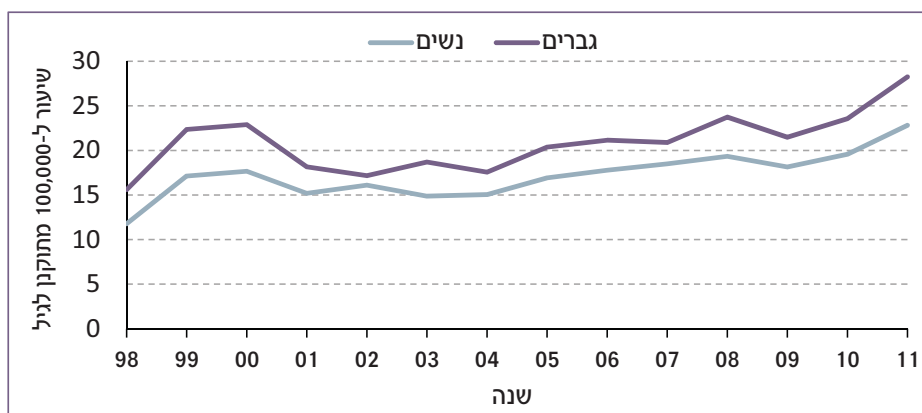
* שיעור מתוקנן לגיל.

3.2. מגמות בתמותה

3.2.1. מגמות בתמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10 A00-B99)

שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות גבוהים באופן עקבי בגברים לעומת נשים. בין השנים 1998-2011 נצפתה עלייה בשיעורי התמותה ממחלות זיהומיות, הן בגברים והן בנשים. בקרב הגברים עלה השיעור בכ-80%, מ-15.6 פטירות ל-100,000 ב-1998, ל-28.3 ל-100,000 ב-2011. בנשים נצפתה עלייה של כ-93%, מ-11.8 פטירות ל-100,000 ב-1998, ל-22.8 ל-100,000 ב-2011 (תרשים 7)³. בשנים 2010-2011, כ-70% ממקרי התמותה ממחלות זיהומיות היו בשל ספסים (אלח דם)³.

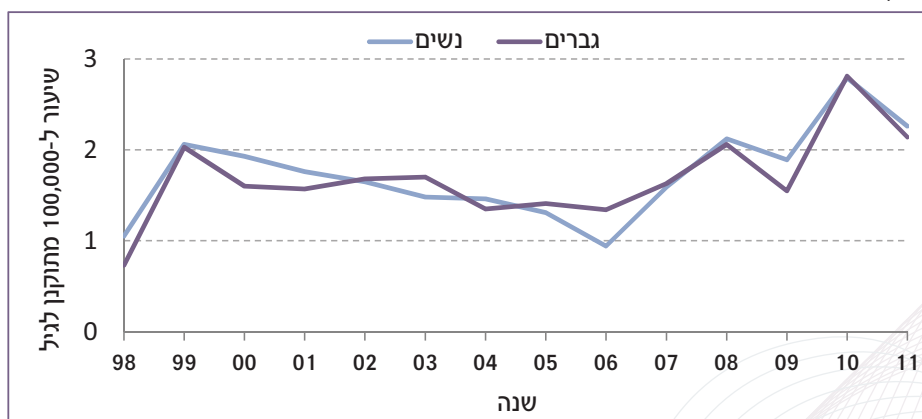
תרשים 7: תמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10 A00-B99) לפי מין, 1998-2011³: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



3.2.2. מגמות בתמותה ממחלות מעיים זיהומיות (ICD-10 A00-A09)

שיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות דומים בגברים ובנשים. לאחר ירידה בשיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות בשנים 1999-2006, נצפתה עלייה ניכרת בשיעורי התמותה בשנים 2006-2010. בתקופה זו עלו שיעורי התמותה בגברים בכ-115%, מ-1.3 ל-2.8 בשנת 2006, ל-2.8 ל-100,000 בשנת 2010. בנשים עלו שיעורי התמותה ביותר מ-200%, מ-0.9 פטירות ל-2.8 בשנת 2006, ל-2.8 ל-100,000 בשנת 2010. בשנת 2011 שוב ירדו שיעורי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות (תרשים 8)³. משנת 2008, רוב מקרי התמותה ממחלות מעיים זיהומיות סווגו כזיהום מעיים בחידק ה-*Clostridium difficile*³.

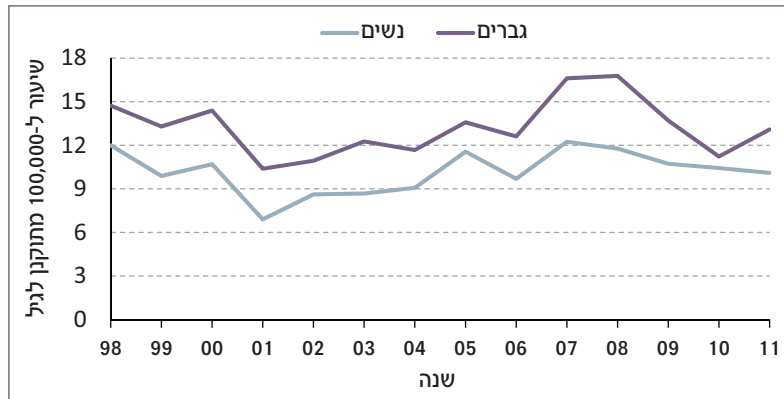
תרשים 8: תמותה ממחלות מעיים זיהומיות (ICD-10 A00-A09) לפי מין, 1998-2011³: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל



3.2.3. מגמות בתמותה מדלקת ריאה ושפעת (ICD-10 J10-J18)

תרשים 9: תמותה מדלקת ריאה ושפעת (ICD-10 J10-J18) לפי מין, 1998-2011³: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

בין השנים 1998-2001 ירדו שיעורי התמותה מדלקת ריאה ושפעת. בשנים 2002-2007 חלה עלייה בשיעורים. בשנים 2008-2010 ירדו שיעורי התמותה בגברים, ובאופן מתון יותר, בנשים. בשנת 2011 המשיכו שיעורי התמותה לרדת באופן מתון בנשים, אך עלו בגברים. לאורך כל השנים, השיעורים גבוהים יותר בגברים לעומת נשים (תרשים 9)³.



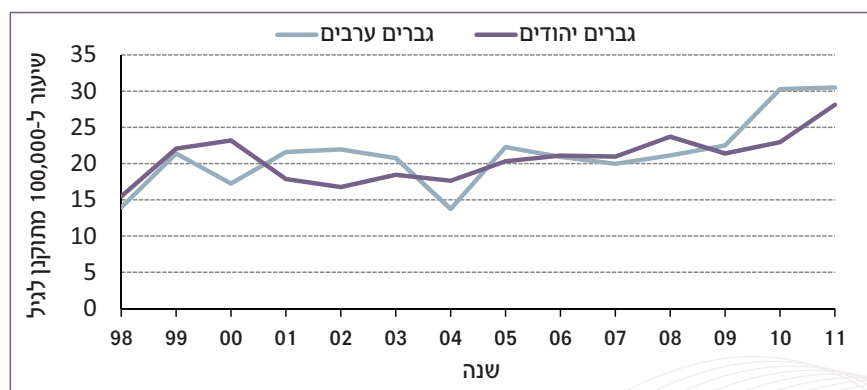
3.2.4. מגמות בתמותה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

עד תחילת שנות ה-90, שיעורי התמותה המתוקננים לגיל ממחלות זיהומיות (A00-B99) היו גבוהים יותר באוכלוסייה הערבית מאשר באוכלוסייה היהודית³ (נתונים לא מוצגים).

תרשים 10: תמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10 A00-B99) לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1998-2011³: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל

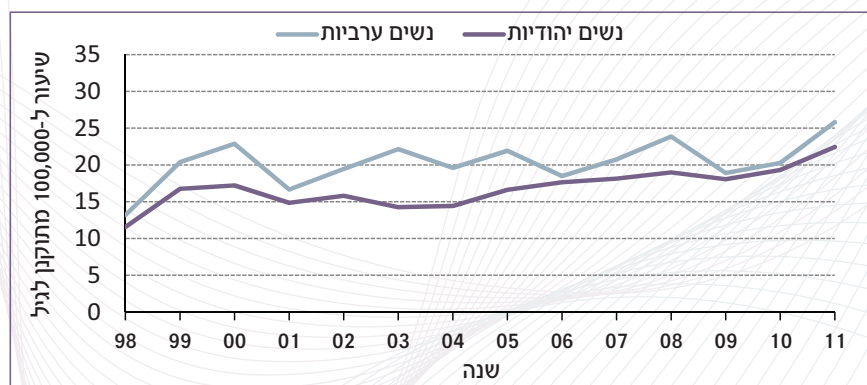
10א. גברים

בשנים 1998-2011, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות היו דומים בגברים יהודים וערבים (תרשים 10א)³.



10ב. נשים

שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות היו גבוהים יותר בנשים ערביות לעומת יהודיות, לאורך כל התקופה (1998-2011) (תרשים 10ב)³.



3.3. תמותה ממחלות זיהומיות: השוואה בין-לאומית

תרשים 11 מציג את שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות (A00-B99) בישראל וביתר מדינות ה-OECD. בשנת 2010, שיעורי התמותה ממחלות זיהומיות בישראל, הן בגברים והן בנשים, היו הגבוהים ביותר בהשוואה ליתר מדינות ה-OECD⁸. בבדיקת שיעורי התמותה הסגוליים לגיל נמצא כי עיקר ההבדל בין ישראל לשאר המדינות הוא בקבוצת הגיל המבוגר (75 ומעלה).

תרשים 11: תמותה ממחלות זיהומיות (ICD-10 A00-B99) בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010⁸: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*



* שיעורים מתוקננים לגיל לפי אוכלוסיית התקן של מדינות ה-OECD 2010.
 ** נתונים אחרונים משנת 2009.

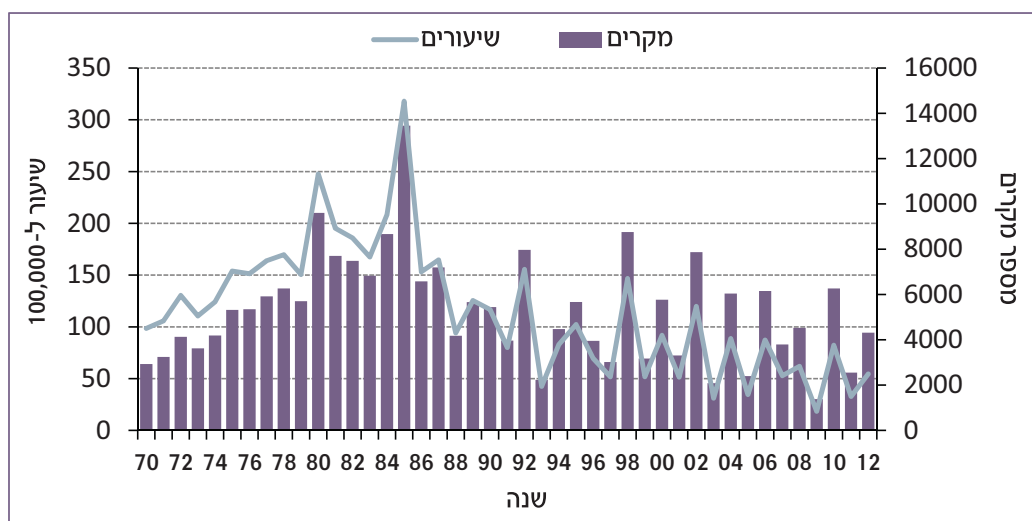
4. מגמות בהיארעות מחלות נבחרות

4.1. מחלות מעיים זיהומיות

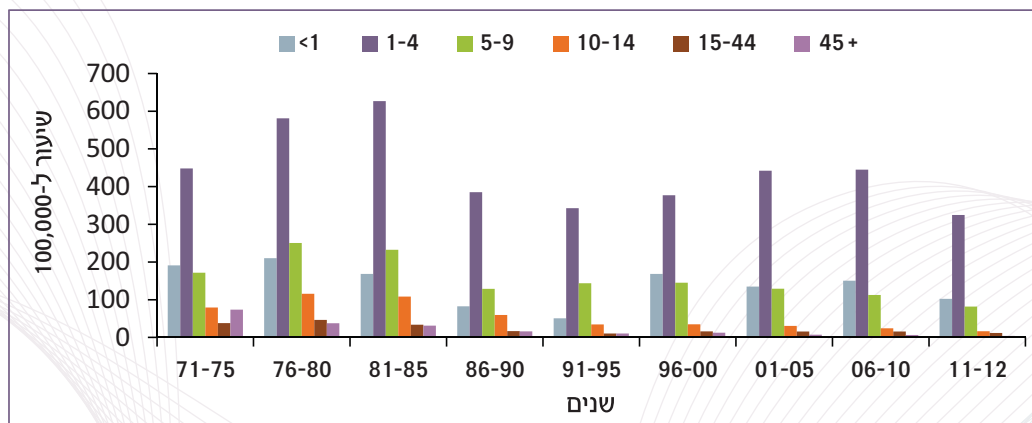
4.1.1. זיהומים על ידי שיגלה

מתחילת שנות ה-70 ועד אמצע שנות ה-80 נצפתה מגמת עלייה בשיעורי התחלואה משיגלזיס. בשנים 1980-1985 היו שתי התפרצויות גדולות במיוחד ושיעורי התחלואה הגיעו לשיא של 318 מקרים ל-100,000 בשנת 1985. מסוף שנות ה-80 נצפתה ירידה בהיארעות, עם תבנית של התפרצויות חוזרות אחת לשנתיים. בשנת 2012 דווחו 4,316 מקרים של שיגלה (54.6 ל-100,000) (תרשים 12)¹. לכל אורך השנים, השיעורים הגבוהים ביותר היו בבני 4-1 שנים (תרשים 13)¹.

תרשים 12: היארעות שיגלזיס, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



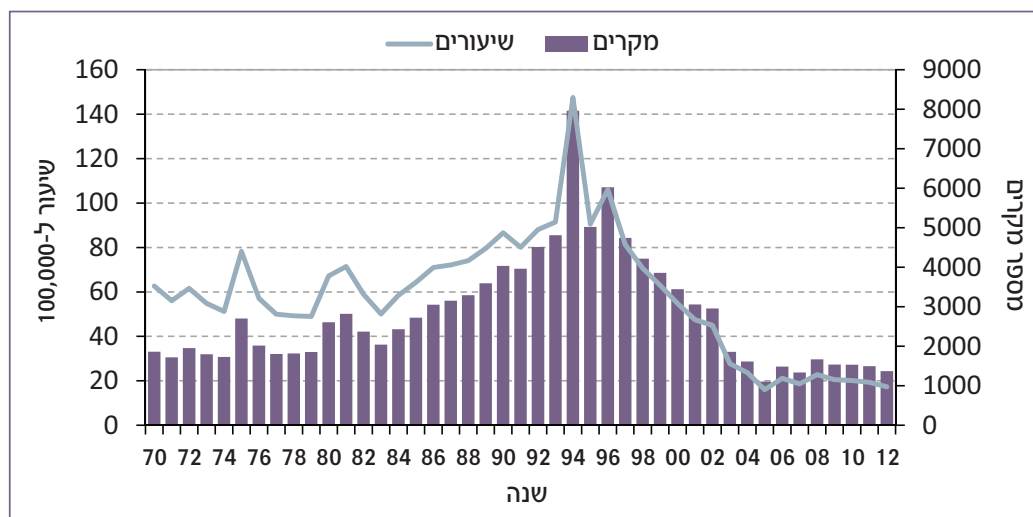
תרשים 13: היארעות שיגלזיס לפי גיל, 1971-2012¹: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



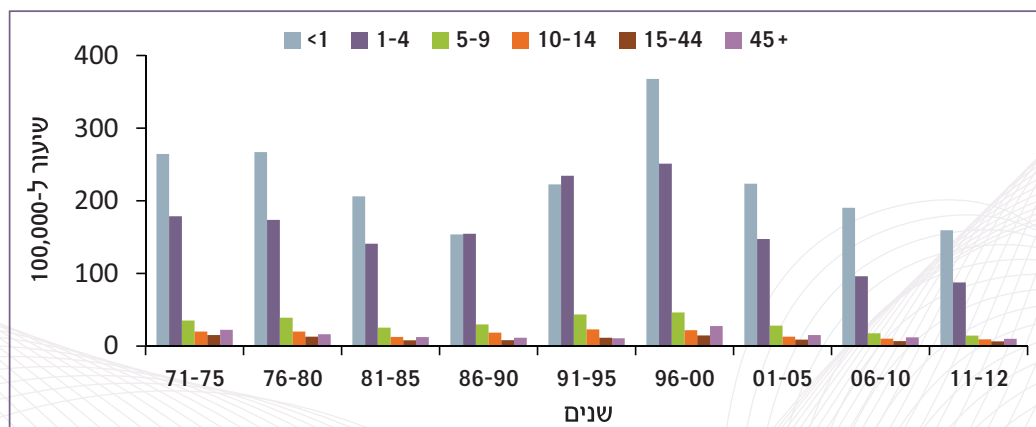
4.1.2. זיהומים על ידי סלמונלה

שיעורי התחלואה מסלמונלה היו יציבים מאמצע שנות ה-60 (נתונים לא מוצגים) ועד לתחילת שנות ה-80. מתחילת שנות ה-80 נצפתה עלייה בשיעורים. בשנת 1994 היתה התפרצות גדולה בכל המדינה עקב זיהום חטיף בוטנים בסלמונלה מזן agona. שיעורי התחלואה הגיעו ל-147.5 מקרים ל-100,000. בשנת 1996 נצפתה עלייה בתחלואה שיוחסה לעלייה בשכיחות זן Typhimurium עמיד לאנטיביוטיקה⁹. לאחר מכן נצפתה ירידה בשיעורי ההיארעות, עד להתייבבות על כ-20 מקרים ל-100,000 מאמצע העשור הראשון לשנות האלפיים ואילך. בשנת 2012 דווחו 1,370 מקרי סלמונלה בישראל (17.3 ל-100,000) (תרשים 14). שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר בכל השנים היו בתינוקות מתחת לגיל שנה ובבני 1-4 שנים (147.2 ל-100,000 ו-82.9 ל-100,000 בהתאמה, בשנת 2012) (תרשים 15). עד שנת 2008 הטיפוס הסרולוגי השליט היה *Salmonella enteritidis*. לאחר מכן הפך הטיפוס הסרולוגי *Salmonella infantis* לשכיח בישראל¹⁰.

תרשים 14: היארעות סלמונלה, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



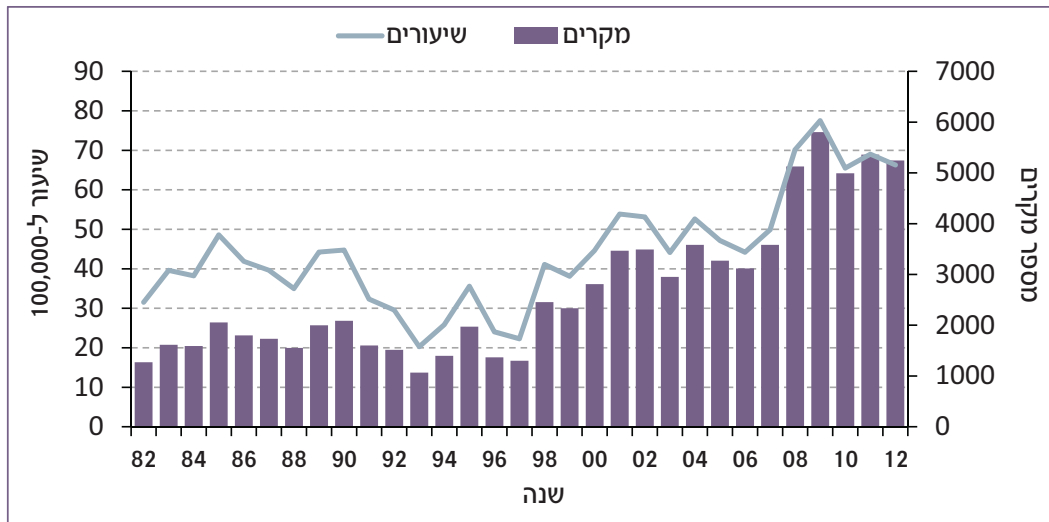
תרשים 15: היארעות סלמונלה לפי גיל, 1971-2012¹: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



4.1.3. זיהומים על ידי קמפילובקטר

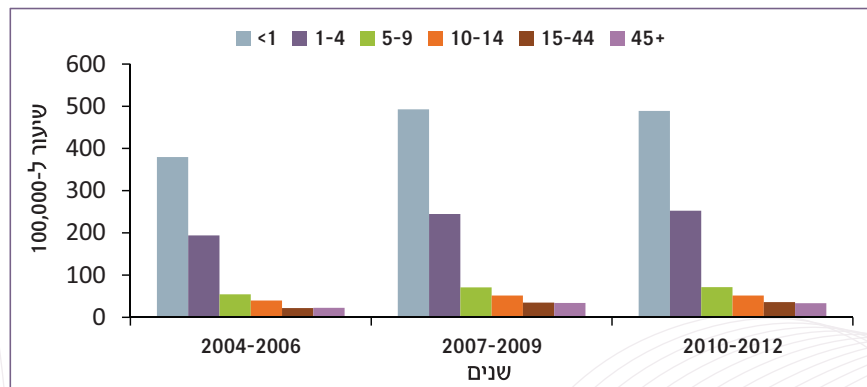
הדיווח על קמפילובקטר החל בשנת 1982. מסוף שנות ה-90' נצפית מגמת עלייה בשיעורי ההיארעות. השיעור הממוצע בשנות ה-80' היה 39.8 ל-100,000; השיעורים ירדו במעט בשנות ה-90' (שיעור ממוצע של 31.5 ל-100,000), ובעשור הראשון של שנות ה-2000 חלה עלייה בשיעורים, עד לשיא של 77.5 מקרים ל-100,000 בשנת 2009. בשנים 2010-2012 ירדו השיעורים, ובשנת 2012 דווח על 5,244 מקרים, שהם 66.3 מקרים ל-100,000 (תרשים 16).¹

תרשים 16: היארעות קמפילובקטריוזיס, 1982-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



תרשים 17: היארעות קמפילובקטריוזיס לפי גיל, 2004-2012¹: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 3-שנתי)

השיעורים הגבוהים ביותר מאובחנים בתינוקות מתחת לגיל שנה ובגילאי 4-1 שנים (תרשים 17).¹ השיעורים בקבוצות גיל אלו בשנת 2012 היו 434.5 ו-262.8 ל-100,000, בהתאמה.¹



4.2. מחלות הניתנות למניעה על ידי חיסון

4.2.1. שעלת

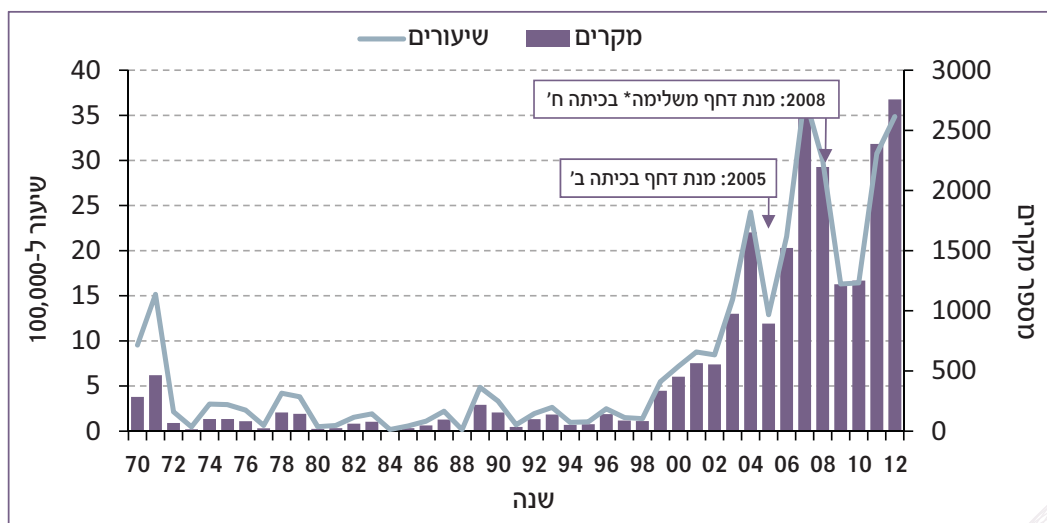
בשנת 1957 הוחל בחיסון שגרתי נגד שעלת כחלק מהחיסון המשולש (שעלת, דיפתריה וטטנוס). שיעור התחלואה הממוצע בשנים 1951-1956, טרם הכנסת החיסון, היה 490.8 מקרים ל-100,000. החיסון ניתן החל מגיל חודשיים ועד גיל שנה במספר מנות. בשנת 1967, עשור לאחר התחלת החיסון, בזמן התפרצות, הגיע שיעור התחלואה בשעלת ל-48.6 מקרים ל-100,000 (נתונים לא מוצגים).^{1,7} שיעור זה ירד ל-2.1 מקרים ל-100,000 בשנת 1972. במהלך שנות השבעים, השמונים והתשעים, שיעורי המחלה היו נמוכים (שיעור ממוצע נמוך מ-2 מקרים ל-100,000), עם התפרצויות מקומיות. בתחילת שנות ה-2000 נצפתה התפרצות מחודשת של המחלה. בשנת 2007 הגיע שיעור ההיארעות לשיא של 37.1 ל-100,000, ולאחריו נצפתה ירידה בהיארעות בשנים 2008-2009. מגמת ההיארעות

התהפכה שוב בשנת 2010, ושיעורי ההיארעות נמצאים במגמת עלייה. בשנת 2012 דווח על 2,757 חולים (שיעור של 34.9 מקרים ל-100,000) (תרשים 18)¹. בעקבות ההתפרצות בעשור הראשון של שנות האלפיים, נוספו מנות דחף של החיסון נגד שעלת בגיל בית הספר: בשנת 2005 נוספה מנת דחף לבני 7 שנים (תלמידי כיתה ב') ובשנת 2008 לבני 13 שנים (תלמידי כיתה ח').

פרט לשנים 2006-2007, בהן שיעור התחלואה הגבוה ביותר היה במתבגרים בני 10-14 שנים, שיעור ההיארעות הגבוה ביותר נמצא בתינוקות מתחת לגיל שנה¹. בעשור האחרון נצפתה עלייה דרמטית בשיעורי ההיארעות בבני 10-14 שנים: מ-4.0 ל-100,000 ב-1998, ל-146.0 ל-100,000 ב-2007. בעקבות הכנסת חיסון הדחף בתלמידי כיתה ב' בשנת 2005, וחיסון הדחף המשלים בתלמידי כיתה ח' בשנת 2008, ירדו השיעורים בקבוצות הגיל 5-9 ו-10-14¹¹. בשנת 2010, שיעור ההיארעות בקבוצת הגיל 10-14 שנים היה 22.6 ל-100,000. בשנים 2011-2012 שוב עלו שיעורי ההיארעות בכל קבוצות הגיל. קבוצת הגיל המושפעת ביותר היתה קבוצת התינוקות מתחת לגיל שנה. בשנת 2012 הגיע שיעור ההיארעות בקבוצת גיל זו ל-201.6 מקרים ל-100,000, ואילו בקבוצת הגיל 10-14 נצפתה עלייה קלה בשיעור ההיארעות שהגיע ל-34.3 מקרים ל-100,000 (תרשים 19)¹. בכדי להגן על תינוקות בשבועות הראשונים לחייהם, הומלץ במחצית השניה של 2012 על מתן חיסון נגד שעלת לכל אישה הרה בין השבועות 27-36 להריון (בכל הריון).

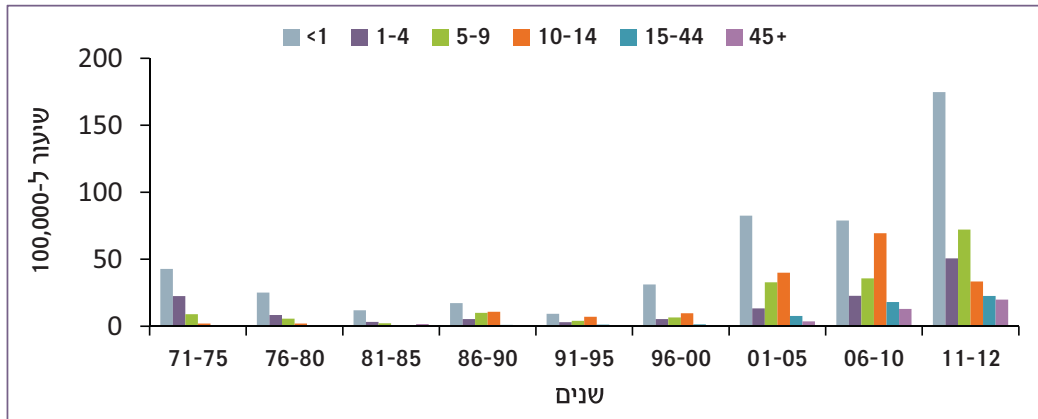
יש לציין כי השינויים המדווחים בשיעורי ההיארעות במהלך התקופות השונות יכולים לנבוע בחלקם משינויים באופן האבחון והדיווח.

תרשים 18: היארעות שעלת, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



* מנת דחף משלימה למי שלא חוסן בגיל 7 שנים ואילך.

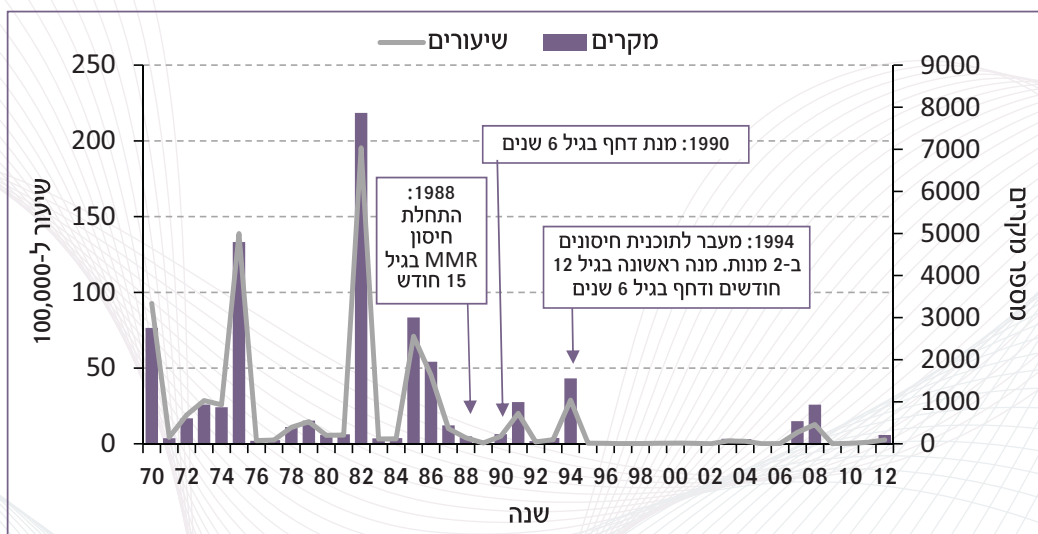
תרשים 19: היארעות שעלת לפי גיל, 1971-2012¹: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



4.2.2. חצבת

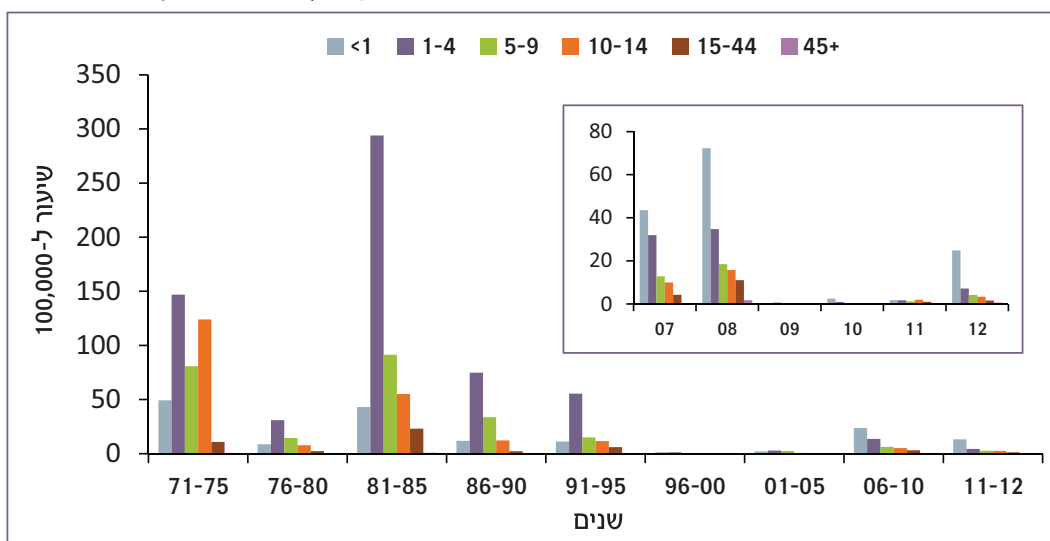
בשנת 1967 הוכנס לשיגרת החיסונים החיסון החי מוחלש נגד חצבת, ובשנת 1971 תועדה לראשונה ירידה משמעותית בשיעורי היארעות המחלה (נתונים לא מוצגים)⁷. מאז ועד 1994 נצפו מספר התפרצויות של חצבת, כאשר הגדולה שבהן תועדה בשנת 1982, עם שיעור שיא של 195.3 מקרים ל-100,000. בשנת 1990, נוספה מנת חיסון דחף נגד חצבת בגיל 6 שנים. לאחר מכן, תועדו שתי התפרצויות קטנות יותר ב-1991 וב-1994 (שיעור שיא של 28.8 מקרים ל-100,000 בשנת 1994). בעקבות ההתפרצות ב-1991, נעשתה בין השנים 1991-1995 תוכנית השלמה של מנת חיסון דחף לתלמידי כיתות ו' ו-ח'. מ-1995 ועד 2006, שיעורי התחלואה היו על פי רוב נמוכים במיוחד, עם שיעור ממוצע של 0.5 ל-100,000 (למעט בשנים 2003-2004, בהן היה השיעור הממוצע 1.8 ל-100,000). בשנים 2007-2008 היתה התפרצות נוספת של חצבת, עם שיעור שיא של 12.7 מקרים ל-100,000. בשנת 2009 נבלמה התפרצות זו, ודווח על 5 מקרי תחלואה בלבד (0.1 ל-100,000). בשנת 2012 ארעה התפרצות נוספת ודווח על 211 מקרים (2.7 ל-100,000) (תרשים 20)¹. כ-47% מהמקרים נצפו במחוז תל אביב וכ-21% בנפת עפולה¹. בשונה מהתפרצויות חצבת קודמות בישראל, בהן נמצאו זני D4 ו-D8 של הנגיף, ההתפרצות במחוז תל אביב התאפיינה בזן B3 שהינו אנדמי באפריקה (סב-סהרה). 64% מהמקרים בהתפרצות זו היו מהגרים מאזורים אנדמיים. עיקר התחלואה היתה באוכלוסייה שלא חוסנה בשתי מנות חיסון כמומלץ¹².

תרשים 20: היארעות חצבת, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



בתרשים 21 מוצגים שיעורי היארעות חצבת לפי גיל. עד שנת 1995, שיעורי ההיארעות הגבוהים ביותר נמצאו באופן עקבי בבני 4-1 שנים. בהתפרצות החצבת בתחילת שנות השמונים הגיע שיעור ההיארעות הממוצע בקבוצת גיל זו ל-294.0 ל-100,000. השיעור ירד ל-1.3 ל-100,000 בשנים 1996-2000. בהתפרצות החצבת בשנים 2007-2008 נצפתה עיקר התחלואה בתינוקות מתחת לגיל שנה (72.3 ל-100,000 בשנת 2008). בהתפרצות זו, 65% מהמקרים היו במחוז ירושלים, רובם ילדים מקהילות חרדיות. שיעור ההיארעות במחוז ירושלים היה גבוה במיוחד בקרב התינוקות בני 9-12 חודשים (1,704.8 ל-100,000)¹³. גם בהתפרצות שנצפתה בשנת 2012, עיקר התחלואה היתה בקבוצת התינוקות מתחת לגיל שנה, והשיעור הארצי בקבוצת גיל זו היה 24.8 ל-100,000 (תרשים 21)¹.

תרשים 21: היארעות חצבת לפי גיל, 1971-2012* שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



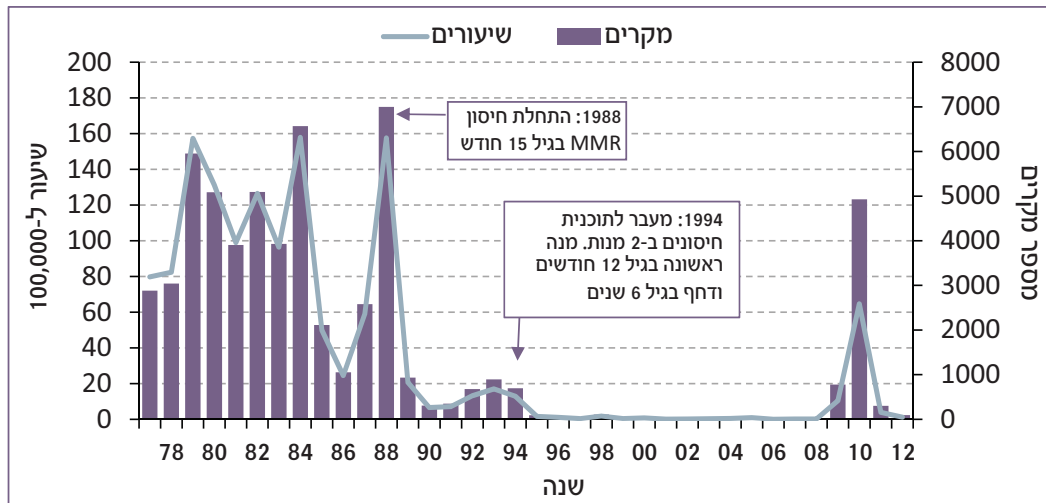
* התחלואה בחצבת בשנים 2012-2007, לפי קבוצות גיל, מוצגת בהגדלה על גבי התרשים.

4.2.3 חזרת

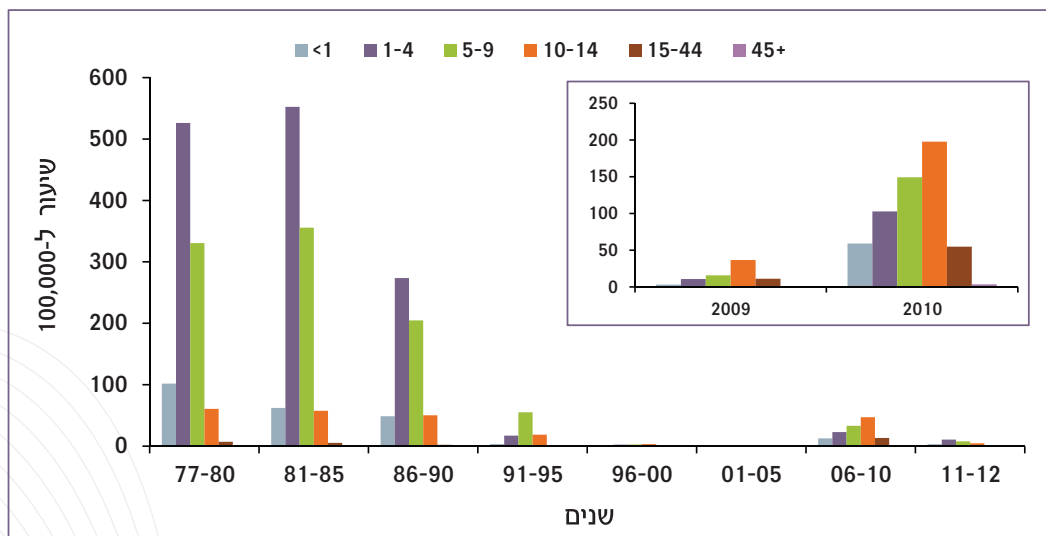
בשנת 1984 הוכנס לשגררת החיסונים חיסון חי מוחלש נגד חזרת בתרכיב משולב חצבת-חזרת. החיסון ניתן לילדים בגיל 15 חודשים. מדיניות זו נמשכה עד אמצע שנת 1985 ולאחריה הופסק השימוש בתרכיב החזרת ונמשך חיסון החצבת בלבד. בסוף 1988 הוחל שוב בחיסון נגד חזרת, כחלק מהחיסון נגד חזרת-חצבת-אדמת (MMR) שניתן בגיל 15 חודשים. החל משנת 1994 ניתנות שתי מנות חיסון, הראשונה בגיל 12 חודשים והשנייה בגיל 6 שנים.

מתחילת שנות ה-80 ניכרת מגמת ירידה בהיארעות המחלה, פרט לשתי התפרצויות בשנים 1984 ו-1988, עם שיעורי תחלואה של כ-158 מקרים ל-100,000. משנת 1995 ועד 2008 היו שיעורי התחלואה נמוכים מאוד (שיעור ממוצע של 0.6 ל-100,000). בשנת 2009 החלה התפרצות נוספת של חזרת שהגיעה לשיעור מקסימלי של 64.6 ל-100,000 (4,927 מקרים) בשנת 2010. התפרצות זו נבלמה, ובשנת 2012 היה השיעור 1.2 ל-100,000 (תרשים 22)¹. בשונה מהתחלואה בשנות ה-80 שהיתה בעיקרה בפעוטות ובילדים בני 1-9 שנים, בהתפרצות בשנים 2009-2010 עיקר התחלואה נצפתה בקבוצת הגיל 10-14 שנים (תרשים 23)¹. מרבית המקרים (98%) בהתפרצות זו היו ביהודים, עם שיעורים גבוהים בחרדים, בעיקר תלמידי ישיבה. בקרב אלו שקיים מידע על היסטוריית החיסונים שלהם, כ-80% היו מחוסנים באופן מלא לגילם¹⁴.

תרשים 22: היארעות חזרת, 1977-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



תרשים 23: היארעות חזרת לפי גיל, 1977-2012^{1*}: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)



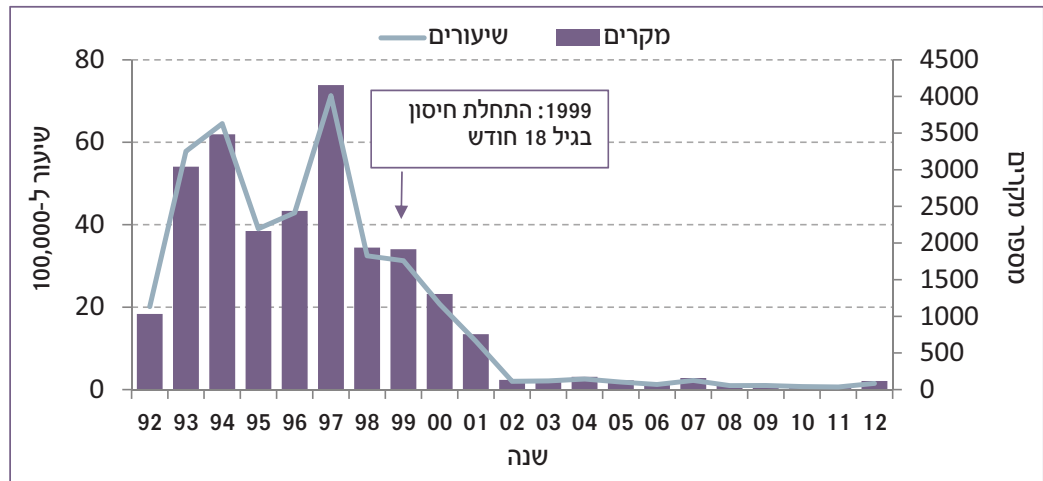
*התפרצות חזרת בשנים 2009-2010, לפי קבוצות גיל, מוצגת בהגדלה על גבי התרשים.

4.2.4. דלקת כבד נגיפית

א. דלקת כבד נגיפית מסוג A

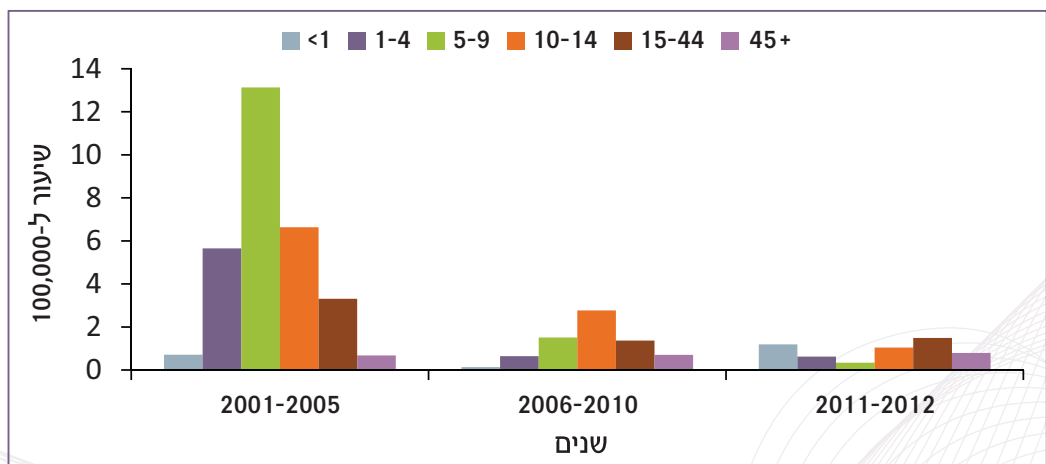
בשנת 1999 הוכנס חיסון מומת נגד דלקת כבד נגיפית מסוג A לשגרתי החיסונים. החיסון ניתן בשתי מנות, הראשונה בגיל 18 חודשים והשנייה בגיל 24-30 חודשים. בעקבות הכנסת החיסון ירדו שיעורי היארעות המחלה בצורה ניכרת, מ-31.3 ל-100,000 בשנת 1999, ל-0.6 ל-100,000 בשנת 2011 (49 מקרים). בשנת 2012 נצפתה התפרצות מקומית של המחלה במחוז תל אביב, בעקבותיה עלה שיעור ההיארעות ל-1.5 ל-100,000 (תרשים 24)¹.

תרשים 24: היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג A, 1992-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



בתרשים 25 מוצגים שיעורי היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג A לפי גיל. בשנים האחרונות ניכר שינוי בקבוצות הגיל הנמצאות בסיכון למחלה. בשנים 2005-2001, שיעור ההיארעות הממוצע הגבוה ביותר היה בקבוצת הגיל 5-9 שנים (13.1 ל-100,000), ואילו בשנים 2006-2010 היה השיעור הממוצע הגבוה ביותר בקבוצת הגיל 10-14 שנים (2.8 ל-100,000). בשנת 2012, עקב התפרצות המחלה במחוז תל אביב, היה השיעור הארצי הגבוה ביותר בקבוצת הגיל 15-44 שנים (2.2 ל-100,000)¹. התפרצות זו אופיינה במספר גבוה של מקרים בגברים לא מחוסנים בטווח הגילאים 25-34 מדרום תל אביב. שימוש תוך ורידי בסמים ודורות רחוב אפיינו 17% מהמקרים. התפרצות בהיקף קטן יותר נצפתה גם בנפת אשקלון בשנת 2012. בהתפרצות זו, מרבית המקרים (כ-70%) היו בני 20-44 שנים וכ-80% יוצאי בריה"מ לשעבר¹⁵.

תרשים 25: היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג A לפי גיל, 2001-2012¹: שיעורים ל-100,000 (ממוצע 5-שנתי)

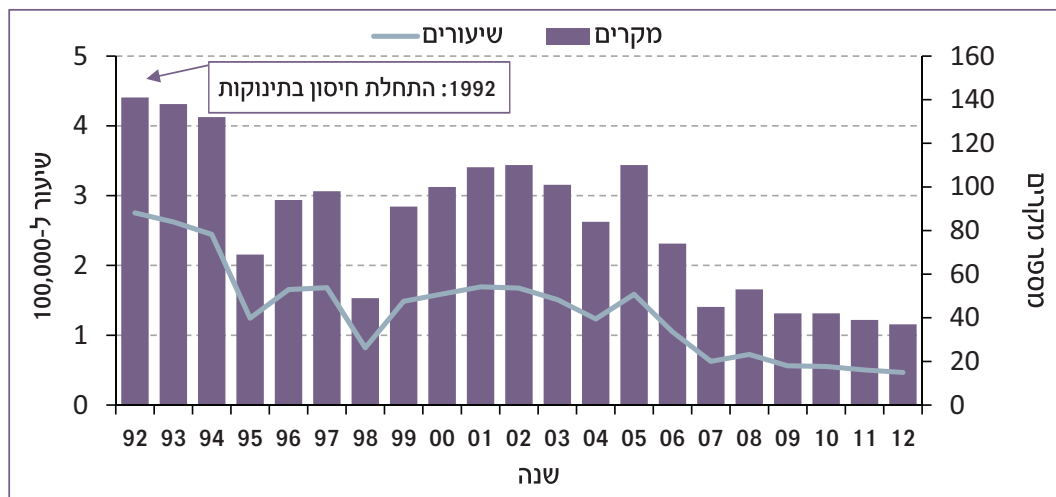


ב. דלקת כבד נגיפית מסוג B

משנת 1992 ניתן בישראל חיסון רקומביננטי נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B לתינוקות בשנת חייהם הראשונה. החיסון ניתן בשלוש מנות (ביום הלידה, בגיל חודש ובגיל 6 חודשים). בעקבות החיסון ירד שיעור ההיארעות של דלקת כבד נגיפית מסוג B, מ-2.8 ל-100,000 בשנת 1992, ל-0.5 ל-100,000 בשנת 2012 (37 מקרים) (תרשים 26)¹. בסקר סרואפידמיולוגי לנוכחות נוגדנים כנגד חלבוני המעטפת של הנגיף בדגימות סרומים שנלקחו בשנת 2011

מבני 0-18 שנים (שהיו אמורים לקבל את החיסון במסגרת שגרת החיסונים), נמצא כי בגיל 7-24 חודשים כ-90% מהתינוקות בעלי כייל נוגדנים מגן. עוד נמצא כי קיימת ירידה בכייל הנוגדנים, כך שבגיל 15-19 שנים כ-30% מהאוכלוסייה בעלי כייל נוגדנים מגן¹⁶. יש לציין כי בספרות העולמית נמצא כי למרות ירידת הנוגדנים נשאר זכרון חיסוני.

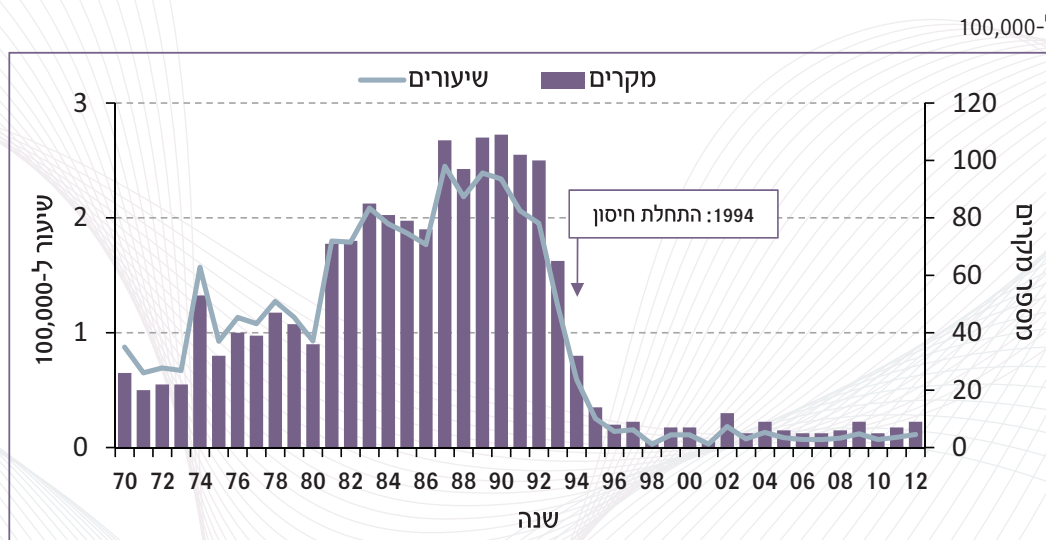
תרשים 26: היארעות דלקת כבד נגיפית מסוג B, 1992-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



4.2.5. דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה ב

מתחילת שנות ה-70 ועד סוף שנות ה-80, שיעורי התחלואה היו במגמת עלייה. בשנת 1970, שיעור ההיארעות היה 0.9 ל-100,000 ובשנת 1987 שיעור זה הגיע לשיא של 2.5 ל-100,000. בשנים 1988-1992 אובחנו כ-100 מקרים בשנה. משנת 1993 החלה ירידה בשיעורי ההיארעות, שבחלקה יכולה להיות מיוחסת למתן חיסון במימון פרטי בחלק מהאוכלוסייה. בשנת 1994 הוכנס חיסון מומת מצומד לשגרת החיסונים, במספר מנות, החל מגיל חודשיים ועד גיל שנה. באותה שנה נצפתה ירידה חדה בתחלואה, עם שיעור היארעות של 0.6 ל-100,000. משנת 1995 ואילך ישנם מקרי תחלואה בודדים מדי שנה (שיעור ממוצע 0.1 ל-100,000). בשנת 2012 אובחנו 9 מקרים בלבד (0.1 ל-100,000) (תרשים 27)¹.

תרשים 27: היארעות דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה ב, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

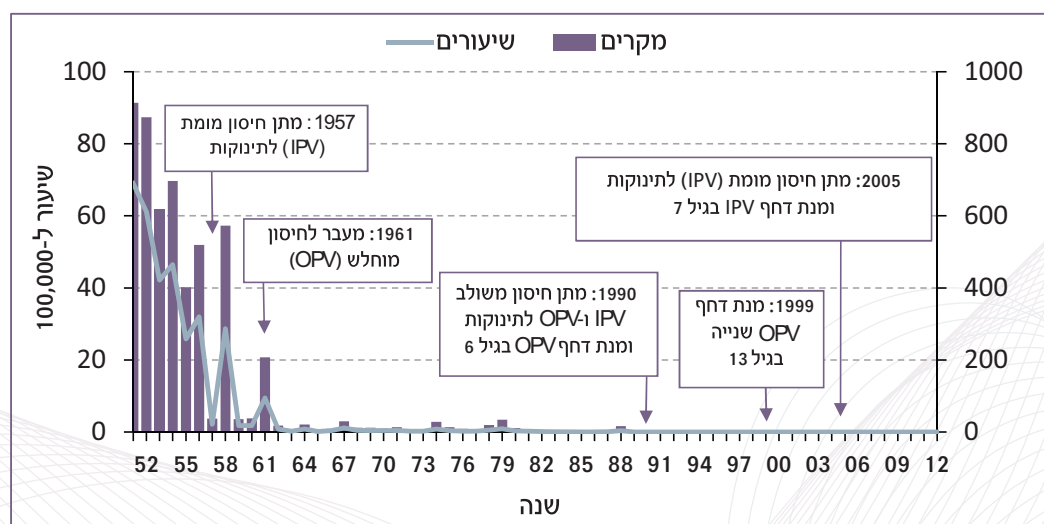


4.2.6. שיתוק ילדים (פוליו)

בשנים הראשונות להקמת מדינת ישראל, טרם הכנסת החיסון, נצפו התפרצויות גדולות של מחלת הפוליו. בשנת 1951, השנה בה החל הדיווח על המחלה, היה שיעור ההיארעות של שיתוק ילדים 69.0 ל-100,000. בשנת 1957 הוכנס לשימוש החיסון המומת כנגד המחלה, ובשנת 1961 הוחלף חיסון זה בחיסון המוחלש. משנת 1962 היו שיעורי ההיארעות נמוכים מ-1.2 ל-100,000, (תרשים 28)¹. בשנת 1988 אירעו 15 מקרים של שיתוק ילדים בישראל¹, 12 מתוכם בנפת חדרה. שמונה מקרים מההתפרצות בנפת חדרה היו מבוגרים וצעירים מעל גיל 15 שנים, אשר 75% מהם חוסנו בחיסון החי מוחלש בעברם¹⁷. בעקבות ההתפרצות נערך מבצע חיסון ארצי חד פעמי ובמסגרתו חוסנה כלל האוכלוסיה עד גיל 40 בחיסון חי מוחלש. בעקבות מקרי התחלואה הוחלט בשנת 1990 לשנות את תוכנית החיסונים לתוכנית המשלבת תרכיבים חיים ומומתיים בשנת החיים הראשונה, ומנת דחף של תרכיב חי מוחלש בגיל 6 שנים (כיתה א'). בשנים 1999-2004 ניתנה מנת דחף נוספת של החיסון החי מוחלש בגיל 13 שנים (כיתה ח'). בעקבות הכרזת ארגון הבריאות העולמי על ישראל כמדינה נקיה מפוליו, בשנת 2005 שונתה תוכנית החיסונים שוב לתוכנית הכוללת תרכיבים מומתיים בלבד. החיסונים ניתנים בארבע מנות, בשנה הראשונה לחיים, ומנת דחף בגיל 7 שנים (כיתה ב'). משנת 1988 לא דווחו מקרי פוליו קליניים בישראל.

בשנת 2013 נמצא במסגרת הניטור הסביבתי נגיף פוליו פראי מזן 1 בדגימות השפכים במספר אתרים בדרום הארץ ובמרכזה. בעקבות זיהוי הנגיף בשפכים ובדגימות צואה מתושבים בדרום הארץ, הוחלט באוגוסט 2013 על מבצע חיסון כלל ילדי ישראל, ילידי 2004 ואילך (שלא קיבלו מנת OPV בעברם), בתרכיב ביוולנטי חי מוחלש. בהמשך (אוקטובר 2013) הוחלט על מתן מנת דחף נוספת לילידי 2004 ואילך, בישובים בהם עדיין היתה עדות לנוכחות הנגיף בשפכים. עד לסוף שנת 2013 כ-79% מאוכלוסיית היעד לחיסון התחסנה (ילדים שחיו בישראל ללא התוויות נגד לחיסון). בכל התקופה, לא ארעו מקרי תחלואה בשיתוק ילדים בקרב האוכלוסייה בישראל. כהמשך ההתמודדות עם חדירת נגיף פוליו פראי לישראל, הוחלט על המשך השימוש בחיסון החי מוחלש הביוולנטי. ילידי 1.7.13 ואילך יקבלו את החיסון בגיל 6 חודשים ו-18 חודשים, ואילו ילידי 1.1.04 עד 30.6.13, שלא חוסנו במבצע החיסון בחיסון חי-מוחלש, יחוסנו במנה אחת בלבד.

תרשים 28: היארעות שיתוק ילדים, 1951-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



4.2.7. פלצת (טטנוס)

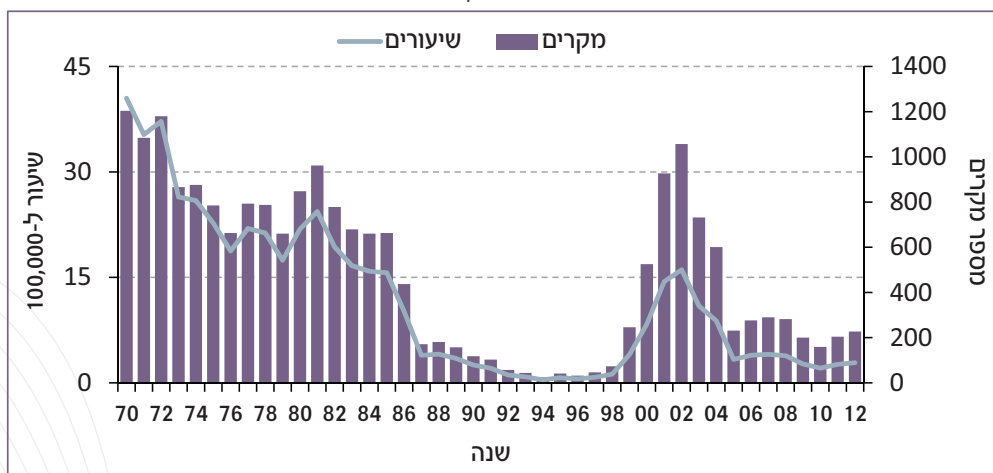
בשנת 1952 היה שיעור היארעות המחלה בשיא של 2.7 מקרים ל-100,000. לאחר מכן החלו השיעורים לרדת עד ל-0.5 מקרים ל-100,000 בשנת 1955, השנה בה הוכנס החיסון לשגרת החיסונים בקרב תינוקות ותלמידי בית ספר. מסוף שנות ה-50, שיעורי ההיארעות היו נמוכים מ-0.5 מקרים ל-100,000 ואילו מסוף שנות ה-60 ירדו השיעורים מתחת ל-0.1 ל-100,000. בשנים 2000-2012 דווח על 5 מקרי פלצת. פלצת ילודים לא דווחה בישראל מאז 1988¹. באוקטובר 2013 דווח על מקרה פלצת באישה מבוגרת שלא חוסנה במנת דחף לאחר שנחבלה. בעקבות האירוע חודדו ההמלצות על חיסון נגד המחלה כל 10 שנים באוכלוסייה הבוגרת.

4.3. מחלות המועברות במגע מיני

4.3.1. זיבה

במהלך שנות ה-50 וה-60 (נתונים לא מוצגים) נרשמה עלייה בשיעורי הזיבה בישראל, עד לשיא של 40.5 מקרים ל-100,000 בשנת 1970^{1,7}. מאז ירדו השיעורים, ובשנים 1993-1997 דווח על פחות ממקרה אחד ל-100,000. משנת 1998 החלו שיעורי הזיבה לעלות, עד לשיעור שיא של 16.1 ל-100,000 בשנת 2002. מאז נמצאים שיעורי הזיבה במגמת ירידה, שהתמתנה משנת 2005. בשנת 2012 אובחנו 227 מקרי זיבה (2.9 ל-100,000) (תרשים 29)¹.

תרשים 29: היארעות זיבה, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

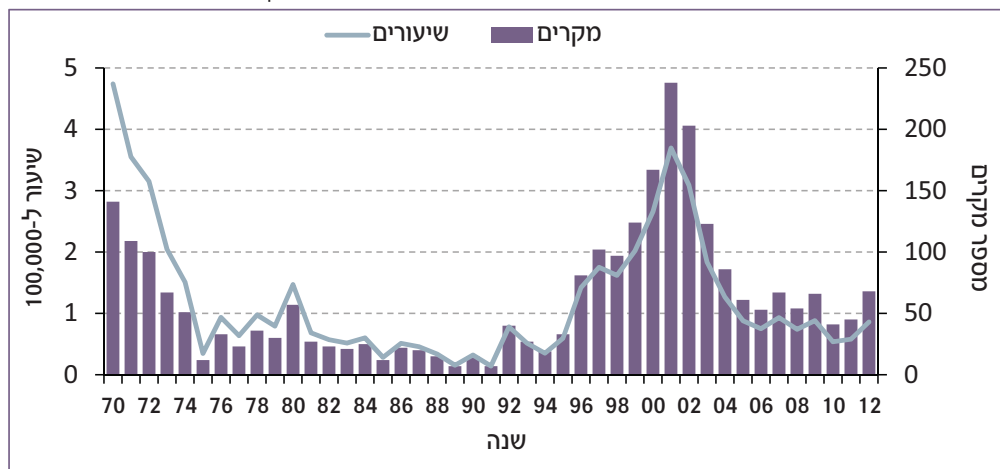


4.3.2. עגבת

א. עגבת ראשונית ושניונית

התחלואה בעגבת ראשונית ושניונית במהלך השנים 1951-1980 מתאפיינת במספר גלי תחלואה. שיעור ההיארעות הגבוה ביותר נצפה ב-1970 (4.7 מקרים ל-100,000)^{1,7}. בשנים 1981-1995 היו שיעורי ההיארעות נמוכים מ-1 ל-100,000. החל משנת 1996 החלו השיעורים לעלות, עד לשיא של 3.7 מקרים ל-100,000 בשנת 2001. מאז ירדו השיעורים עד להתייצבות משנת 2005. בשנת 2012 אובחנו 68 מקרים (0.9 ל-100,000) (תרשים 30)¹.

תרשים 30: היארעות עגבת ראשונית ושניונית, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



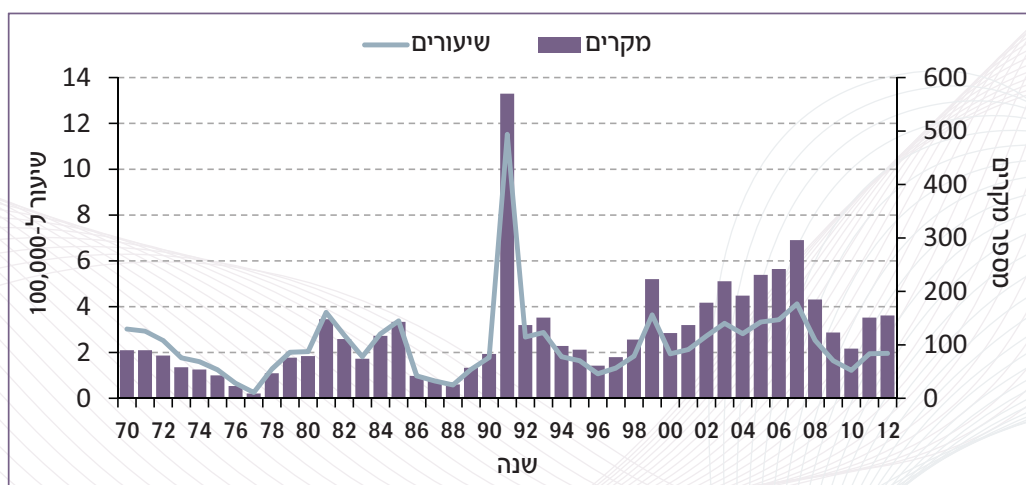
ב. עגבת מולדת

בשנות החמישים היו שיעורי העגבת המולדת בישראל גבוהים. בשנת 1954 היה שיעור זה 5.1 מקרים ל-100,000. שיעורי היארעות עגבת מולדת ירדו בסוף שנות החמישים ותחילת שנות השישים. משנת 1963 היו שיעורי עגבת מולדת נמוכים מ-0.2 ל-100,000. בשנת 2012 אובחן מקרה בודד של עגבת מולדת ושיעור ההיארעות היה 0.01 מקרים ל-100,000 (נתונים לא מוצגים)^{1,7}.

ג. עגבת מאוחרת

בתחילת שנות החמישים היו שיעורי התחלואה גבוהים. השיעורים ירדו באופן חד לקראת סוף העשור, המשיכו לרדת בשנות השישים (נתונים לא מוצגים) ונשארו נמוכים בשנות השבעים והשמונים (3.8 ל-100,000)⁷. בשנת 1991 היתה עלייה במספר המקרים המאובחנים, בעקבות בדיקות יזומות שנעשו לעולים חדשים שמוצאם בארצות אנדמיות. בעשור האחרון של המאה ה-20 ובעשור הראשון של המאה ה-21 נצפתה שוב עלייה במספר המקרים, יתכן עקב גל העלייה מארצות אנדמיות בשנות ה-90' ובעקבות איתור מקרים במסגרת סריקת ילדות. בשנת 2012 אובחנו 155 מקרים (2.0 ל-100,000) (תרשים 31)¹.

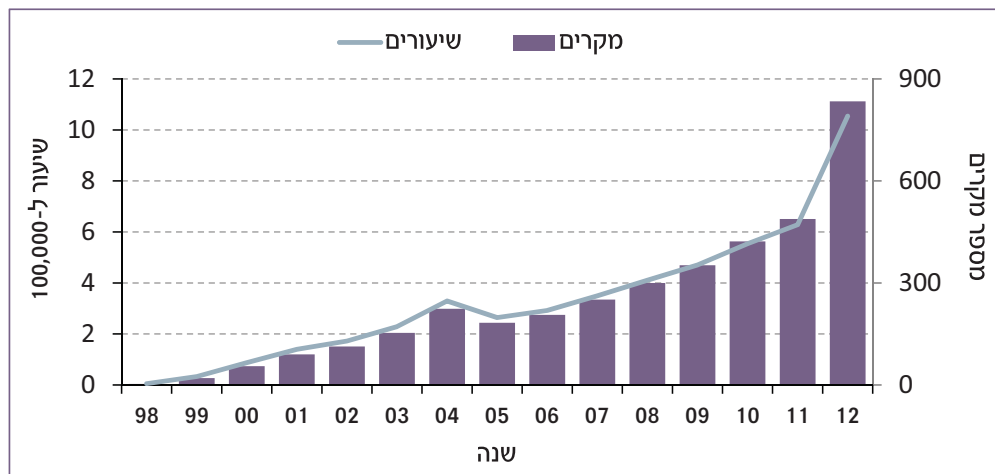
תרשים 31: היארעות עגבת מאוחרת/סמויה, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



4.3.3. כלמידה טרכומטיס בדרכי המין

חובת הדיווח על כלמידה טרכומטיס בדרכי המין החלה בשנת 1994. משנה זו עולה בהתמדה מספר המקרים המדווחים, ובשנת 2012 דווח על 834 מקרים חדשים של המחלה (שיעור היארעות של 10.5 ל-100,000) (תרשים 32)¹. מגמת עלייה בהיארעות כלמידה נצפית גם במדינות אירופה וארה"ב. לא ניתן לומר בוודאות האם העלייה הנצפית משקפת עלייה אמיתית בשיעורי ההיארעות או הינה תוצאה של שינוי באופן הפניית החולים לבדיקה ושיפור בשיטות המעבדה לאבחון המחלה.

תרשים 32: היארעות כלמידה טרכומטיס בדרכי המין, 1998-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

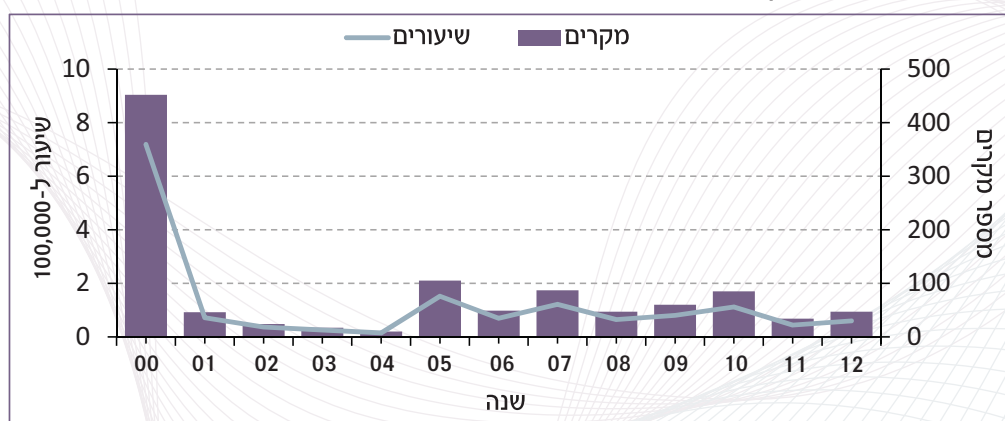


4.4. מחלות אחרות

4.4.1. קדחת מערב הנילוס

בעקבות התפרצות קדחת מערב הנילוס בשנת 2000, נוספה מחלה זו לרשימת המחלות המחייבות דיווח. בשנה זו אובחנו 452 חולים, ושיעור ההיארעות היה 7.2 ל-100,000. לאחר התפרצות זו היו שיעורי ההיארעות נמוכים מ-1 ל-100,000, למעט בשנים 2005, 2007 ו-2010, בהן היו השיעורים 1.5, 1.2 ו-1.1 ל-100,000 בהתאמה. בשנת 2012 דווח על 47 מקרים (0.6 ל-100,000) (תרשים 33)¹. ניתן להניח כי קיימת תת הערכה של שיעורי ההיארעות מאחר ומקרים רבים הינם קלים ואינם מגיעים לאבחון מעבדתי.

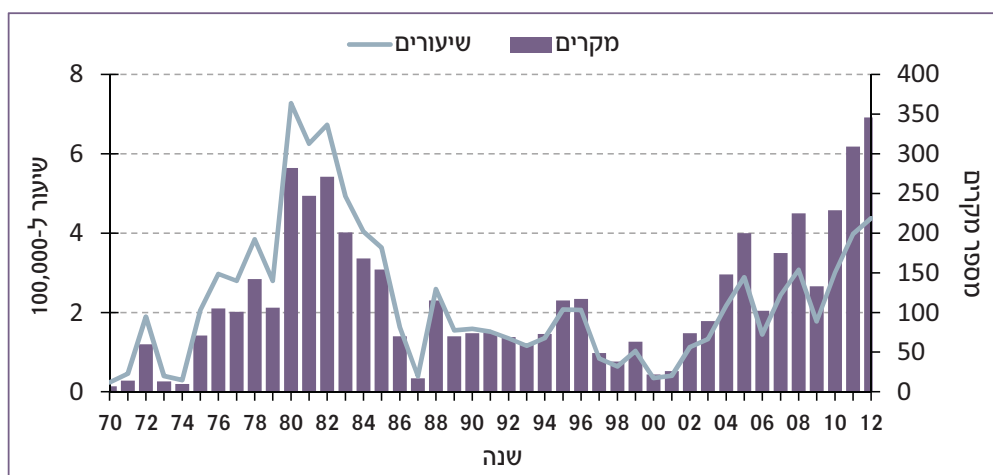
תרשים 33: היארעות קדחת מערב הנילוס, 2000-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



4.4.2. לישמניאזיס

מקרי הלישמניאזיס בישראל הינם עוריים. בשנות החמישים ותחילת שנות השישים היו שיעורי ההיארעות נמוכים. בשנת 1965 נצפתה התפרצות המחלה והשיעור הגיע ל-4.6 ל-100,000 (נתונים לא מוצגים)^{1,7}. בשנות השבעים והשמונים נצפתה התפרצות נוספת של המחלה שהגיעה לשיא של 7.3 מקרים ל-100,000 בשנת 1980. בתחילת שנות האלפיים החלו שיעורי ההיארעות לעלות שוב, וב-2012 אובחנו 346 מקרים (4.4 ל-100,000) (תרשים 34)¹. שיעורי היארעות גבוהים במיוחד דווחו בשנת 2012 בנפות באר שבע וכנרת (23.7 ו-10.3 מקרים ל-100,000, בהתאמה)¹.

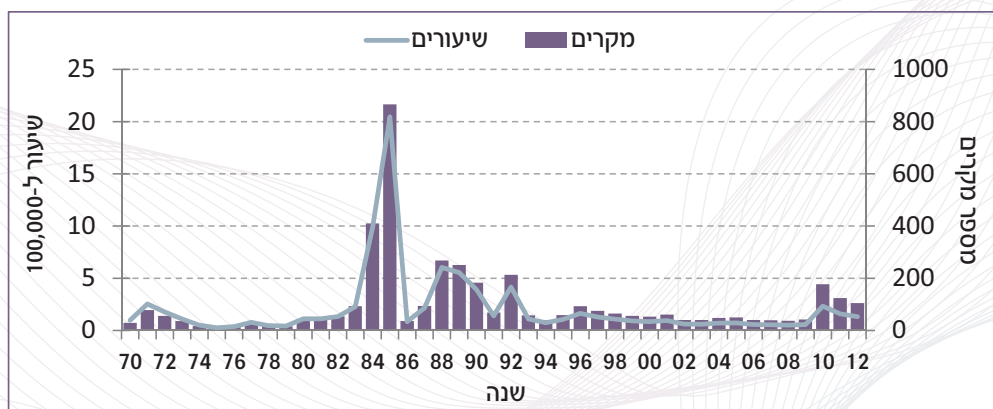
תרשים 34: היארעות לישמניאזיס, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



4.4.3. מלריה

בשנות החמישים, רב מקרי המלריה בישראל היו בעקבות הדבקה מקומית. בשנות השישים והשבעים מקרי ההדבקה המקומית היו בודדים בלבד, ומשנת 1973 לא דווח על מקרי מלריה מקומית (נתונים לא מוצגים)^{1,7}. באמצע שנות השמונים עלה מספר איבחוני המלריה המיובאת בשל עלייה מארצות אנדמיות. בשנות התשעים היו השיעורים נמוכים, למעט שנת 1992, בה דווח על 213 מקרים (4.2 מקרים ל-100,000). בשנים 1999-2009 היו השיעורים נמוכים ממקרה אחד ל-100,000. בשנת 2010 עלה שוב השיעור ל-2.3 ל-100,000 ודווח על כ-180 מקרים. עיקר תחלואה זו הינה בקרב מהגרי עבודה שהגיעו מארצות אנדמיות. בשנים 2011-2012 ירדו מעט השיעורים, אך הוסיפו להיות גבוהים מ-1.3 ל-100,000 (תרשים 35)¹.

תרשים 35: היארעות מלריה מיובאת, 1970-2012¹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



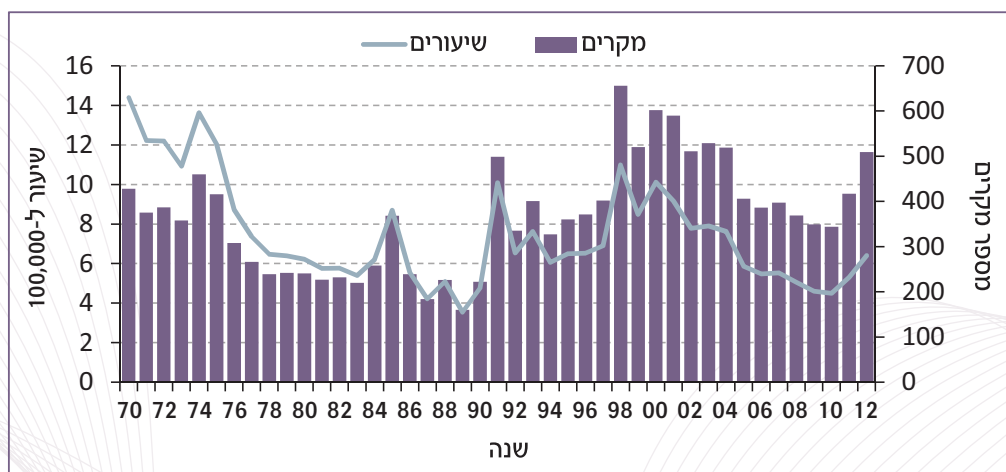
4.4.4. שחפת

שיעורי ההיארעות של שחפת היו גבוהים בתחילת שנות ה-50' (106.2 ל-100,000 בשנת 1952). מאז ועד תחילת שנות ה-90' ניכרה מגמת ירידה, עד ל-4.8 מקרים ל-100,000 בשנת 1990. בשנים 1985 ו-1991 נצפו שתי עליות בשיעורים, ובשנת 1991 הגיע השיעור ל-10.1 ל-100,000. עליות אלו קשורות לשני גלי עלייה מאזורים אנדמיים. במהלך שנות ה-90' חלה עלייה במספר מקרי השחפת. בשנת 1997 יוסדה התוכנית הלאומית למיגור שחפת בישראל, שמטרתה לאתר את חולי השחפת ולצמצם את התחלואה בישראל. התוכנית כוללת תשע מרפאות יעודיות (מלש"ח), מחלקת אשפוז ומעבדה מרכזית. בשנת 1998, עם התחלת התוכנית, היה שיעור היארעות השחפת 11.0 מקרים ל-100,000. השיעורים נותרו מעל 7.5 ל-100,000 עד שנת 2004, ולאחריה החלו השיעורים לרדת עד ל-4.5 ל-100,000 בשנת 2010. בשנתיים האחרונות נצפית עלייה במספר המקרים, ובשנת 2012 דווח על 509 מקרים (6.4 ל-100,000) (תרשים 36)¹⁹. 80.5% ממקרי השחפת שאובחנו בישראל בין השנים 1999-2010 היו ריאליים, ומבין מקרי השחפת החוץ ריאליים, עיקר האתרים המעורבים הם בלוטות הלימפה, הפלאורה, ומערכת השתן²⁰. 87.6% ממקרי השחפת ארעו באזרחי ישראל שאינם ילידי המדינה. כ-10% מהחיידיקים שבודדו מחולי שחפת היו עמידים לתרופה אנטיביוטית אחת לפחות, ו-4.5% מוגדרים כעמידים לריפמפין ואיזוניאזיד (MDR-TB)²⁰.

מתן חיסון ה-BCG חי מוחלש לכל הילודים, החל בשנת 1955 והופסק בשנת 1982. בשנים 1961-1987 ניתנה מנת דחף בכיתה ז', בהתאם לתוצאות תבחין טוברקולין. כיום ניתן החיסון לילודים ולילדים עד גיל 4 כולל, ממשפחות עולים חדשים או תושבים שאינם אזרחים המגיעים מארצות אנדמיות למחלה.

שיעור היארעות השחפת בישראל נמוך מהשיעור במרבית מדינות מערב אירופה. ברומניה, רוסיה, ואוקראינה השיעורים גבוהים פי 10 ומעלה מהממוצעים בישראל. השיעורים בהולנד, שווייץ, שבדיה ופינלנד דומים לשיעורים הממוצעים בישראל. שיעורים נמוכים מהממוצעים בישראל דווחו באיטליה, צרפת, יוון וגרמניה²¹.

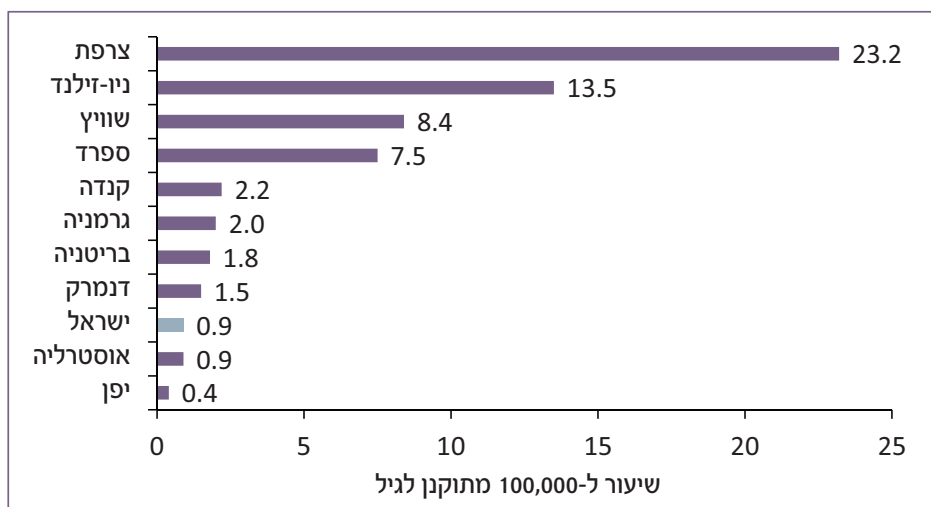
תרשים 36: היארעות שחפת (כלל המקרים הפעילים), 1970-2012¹⁹: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000



5. תחלואה במחלות נבחרות: השוואות בין-לאומיות

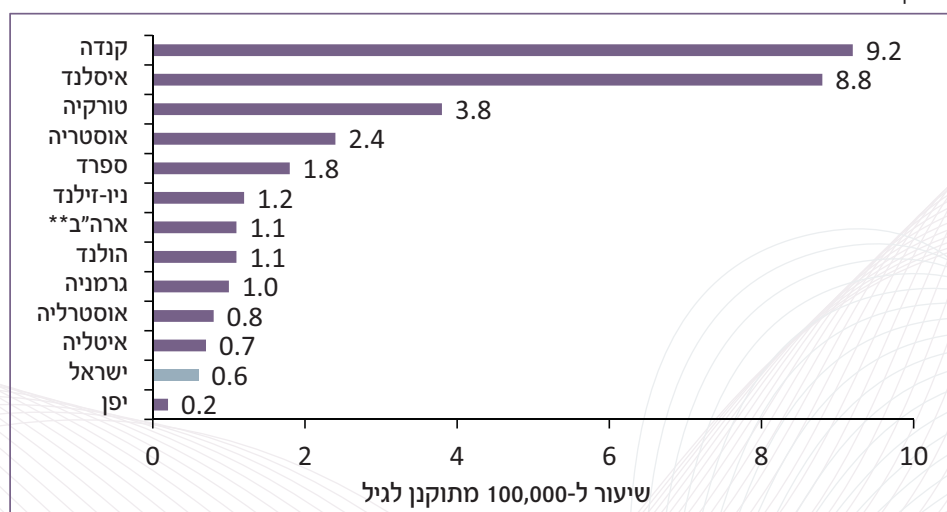
בשנת 2011 היו שיעורי התחלואה בחצבת ובדלקת כבד נגיפית מסוג B נמוכים מהמדווחים במרבית מדינות ה-OECD (תרשימים 37 ו-38)⁸. שיעורי התחלואה באדמת, חזרת, זיבה, עגבת, שחפת, ודלקת כבד נגיפית מסוג A ו-B בישראל, היו נמוכים מהשיעורים המדווחים במדינות האיחוד האירופאי (טבלה 3)²¹. לעומת זאת, שיעורי התחלואה בשעלת היו גבוהים מהמדווחים במרבית מדינות ה-OECD ומדינות האיחוד האירופאי (תרשים 39 וטבלה 3)^{8,21}.

תרשים 37: היארעות חצבת בישראל ובמבחר מדינות החברות ב-OECD, 2011: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*



* שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית ה-OECD 2010.

תרשים 38: היארעות דלקת כבד נגיפית B בישראל ובמבחר מדינות החברות ב-OECD, 2011: שיעורים ל-100,000 מתוקננים לגיל*

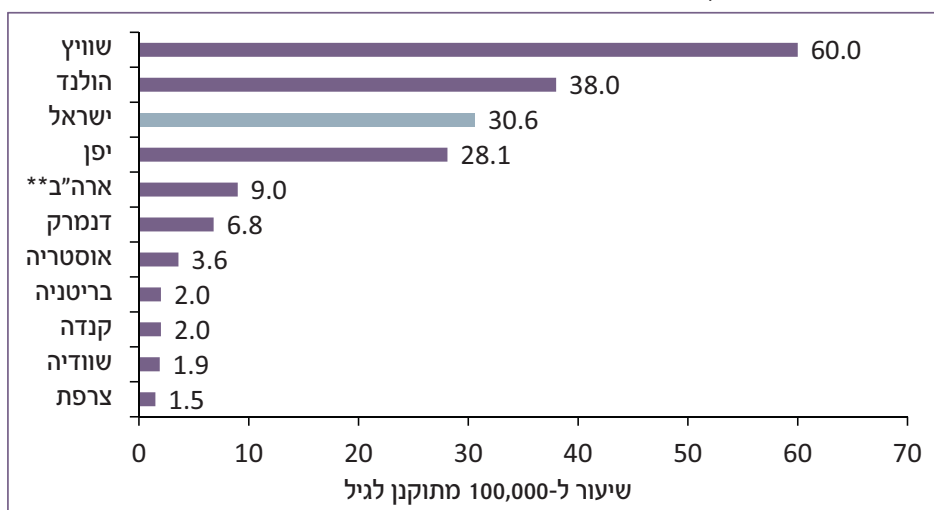


* שיעורים מתוקננים לאוכלוסיית ה-OECD 2010.

** נתונים מעודכנים לשנת 2010.

תרשים 39: היארעות שעלת בישראל ובמבחר מדינות החברות ב-OECD, 2011⁸:

שיעורים ל-100,000 מתוקנים לגיל*



* שיעורים מתוקנים לאוכלוסיית ה-OECD 2010.

** נתונים מעודכנים לשנת 2010.

טבלה 3: שיעורי היארעות מחלות נבחרות בישראל ובמדינות האיחוד האירופאי, 2011²¹: שיעורים ל-100,000

המחלה	ישראל	ממוצע מדינות האיחוד האירופאי
אדמת	0.01	2.4
דלקת כבד נגיפית A*	0.7	3.0
דלקת כבד נגיפית B	0.5	1.1
זיבה	2.6	7.2
חזרת	3.9	5.6
חצבת	0.9	6.5
עגבת	2.5	3.6
שחפת	5.3	12.2
שעלת	30.7	4.6

* נתונים משנת 2010, השנה העדכנית ביותר בה היו נתונים עבור מחלה זו במדינות האיחוד האירופאי.

מקורות המידע

1. דיווחי האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות.
2. נתונים באדיבות שרותי מידע ומחשוב, רישום מאגר האשפוזים, תחום מידע. משרד הבריאות, 2013.
3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. קובץ סיבות המוות, 2011.
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Ninth Revision (ICD-9). Geneva: World Health Organization, 1979.
5. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1992.
6. Shohat T, Harari G, Green MS. Mortality from infectious diseases in Israel, 1979-1992, based on revised ICD-9 codes: implications for international comparisons. *Am J Public Health* 1999;89:1855-1857.
7. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. מחלות זיהומיות מחייבות הודעה בישראל, 60 שנות ניטור 1951-2010. פרסום 342, 2012.
8. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics (database). doi: 10.1787/data-00540-en.
9. Metzger E, Agmon V, Andoren N, Cohen D. Emergence of multidrug-resistant *Salmonella* Typhimurium phage-type DT104 among *Salmonellae* causing enteritis in Israel. *Epidemiol Infect.* 1998;121: 555-559.
10. Bassal R, Reisfeld A, Andorn N, Yishai R, Nissan I, Agmon V, Peled N, Block C, Keller N, Kenes Y, Taran D, Schemberg B, Ken-Dror S, Rouach T, Citron B, Berman E, Green MS, Shohat T, Cohen D. Recent trends in the epidemiology of non-typhoidal *Salmonella* in Israel, 1999-2009. *Epidemiol Infect.* 2012;140(8):1446-53.
11. Stein-Zamir C, Shoob H, Abramson N, Zentner G. The impact of additional pertussis vaccine doses on disease incidence in children and infants. *Vaccine* 2010;29:207-211.
12. Kopel E, Amitai Z, Savion M, Aboudy Y, Mendelson E, Sheffer R. Ongoing African measles virus genotype outbreak in Tel Aviv district since April, Israel, 2012. *EuroSurveill.* 2012;17(37).
13. Stein-Zamir C, Shoob H, Abramson N, Zentner G. Who are the children at risk? Lessons learned from measles outbreaks. *Epidemiol. Infect.* 2012;140:1578-1588.
14. Anis E, Grotto I, Moerman L, Warshavsky B, Slater PE, Lev B. Mumps outbreak in Israel's highly vaccinated society: are two doses enough? *Epidemiol Infect.* 2012; 140:439-446.

15. התפרצות דלקת כבד נגיפית A, 2013.

<http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Documents/07348813a.pdf>

16. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. ממצאי סקר סרואפידמיולוגי לבדיקת רמות נוגדנים נגד דלקת כבד נגיפית B באוכלוסייה שנולדה אחרי הכנסת החיסון כנגד המחלה לשגרת החיסונים בישראל. פרסום 348, 2013.

17. Slater PE, Costin C, Yarrow A, Ben-Zvi T, Avni A, Epstein I, Orenstein WA, Morag A, Handsheer R, Green MS, Rishpon S, Havkin O, Swartz TA, Kew OM, Rey M, Melnick JL. Poliomyelitis outbreak in Israel in 1988: a report with two commentaries. Lancet 1990;335(8699):1192-1195.

18. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2011. Stockholm: ECDC; 2013.

19. נתונים באדיבות המחלקה לשחפת ואיידס, משרד הבריאות.

20. Mor Z, Pinsker G, Cedar N, Lidji M, Grotto I. Adult tuberculosis in Israel and migration: trends and challenges between 1999 and 2010. Int J Tuberc. Lung Dis 2012;16:1613-1618.

21. European Health for All database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (January 2013).

כיסוי חיסוני בילדים»

ממצאים עיקריים

כללי

- « הכיסוי החיסוני מבטא את אחוז הילדים בשנתון שחוסנו, מתוך סך הילדים המוכרים בתחנות לבריאות המשפחה.
- « הכיסוי החיסוני בשנת 2010 בילדים בהגיעם לגיל שנתיים היה מעל 90% עבור מרבית החיסונים, הן במגזר היהודי והן במגזר הערבי. במחוזות מסוימים בארץ הכיסוי החיסוני מתקרב ל-100%.
- « הכיסוי החיסוני בכל אחד מהחיסונים הניתנים עד גיל שנתיים גבוה יותר באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית.

השוואה בין-לאומית

- « הכיסוי החיסוני נגד המחלות שיתוק ילדים, חצבת, דלקת כבד נגיפית מסוג B, אסכרה, פלצת, שעלת ודלקת עוצבה נגיפית על ידי המופילוס אינפלואנזה b דומה לזה שבמדינות החברות ב-OECD, ונע בין 93%-96%.

רקע

כיסוי חיסוני הינו מדד בריאות המשקף את היקף השימוש בשירותי הרפואה המונעת ואת מידת ההגנה של האוכלוסייה בפני הידבקות במחלות שנגדן ניתן החיסון. מדד זה אמור להציג את אחוז הילדים בשנתון מסוים שחוסנו, מתוך ילידי אותו שנתון. בפועל בישראל הוא מתאר את אחוז הילדים בשנתון שחוסנו, מתוך סך הילדים באותו שנתון המוכרים לתחנות לבריאות המשפחה המופעלות על ידי משרד הבריאות, העריות וקופות החולים. ילדים שאינם מוכרים אינם כלולים בדיווח.

הנתונים בפרק זה מבוססים על הדיווח של לשכות הבריאות לאגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות לגבי ילדים אשר מלאו להם שנתיים בשנת 2010 (ילידי 2008)¹. תוכנית החיסונים העדכנית לילדים בישראל, כפי שפורסמה על ידי האגף לאפידמיולוגיה, מוצגת בטבלה 1.

טבלה 1: לוח חיסוני השגרה של גיל הילדות ובית הספר, ישראל 2013²

גיל											החיסון
בית הספר			שנה שלישית	שנה שנייה		שנה ראשונה					
13 שנים (כיתה ח)	7 שנים (כיתה ב)	6 שנים (כיתה א)	30-24 חודשים	18 חודשים	12 חודשים	6 חודשים	4 חודשים	2 חודשים	1 חודש	בלידה (בבית"ח)	
						HBV			HBV	HBV	דלקת כבד נגיפית מסוג B
	IPV				IPV	IPV	IPV	IPV			שיתוק ילדים* (פוליו)
Tdap	Tdap				DTaP	DTaP	DTaP	DTaP			אסכרה-פלצת-שעלת
					Hib	Hib	Hib	Hib			המופילוס אינפלואנזה b
					PCV13		PCV13	PCV13			פנוימוקוק
						Rota	Rota	Rota			נגיף רוטה
		MMR			MMR						חצבת-חזרת-אדמת
		Var			Var						אבעבועות רוח
			HAV	HAV							דלקת כבד נגיפית מסוג A
HPV											נגיף פפילומה**

* bOPV - לילידי 1.1.2004 עד 30.6.2013 ניתן במנה אחת כחלק ממבצע החיסון באוגוסט 2013. לילידי 1.7.2013 ואילך יינתנו שתי מנות בגיל 6 חודשים ו-18 חודשים, כהמשך התמודדות עם חדירת נגיף פוליו פרא לישראל.

** יינתן בשלוש מנות, לבנות בלבד.

הערה: התרכיבים IPV, DTaP, Hib, MMR, Varicella - ניתנים בשילובים שונים הזמינים באותה עת בישראל.

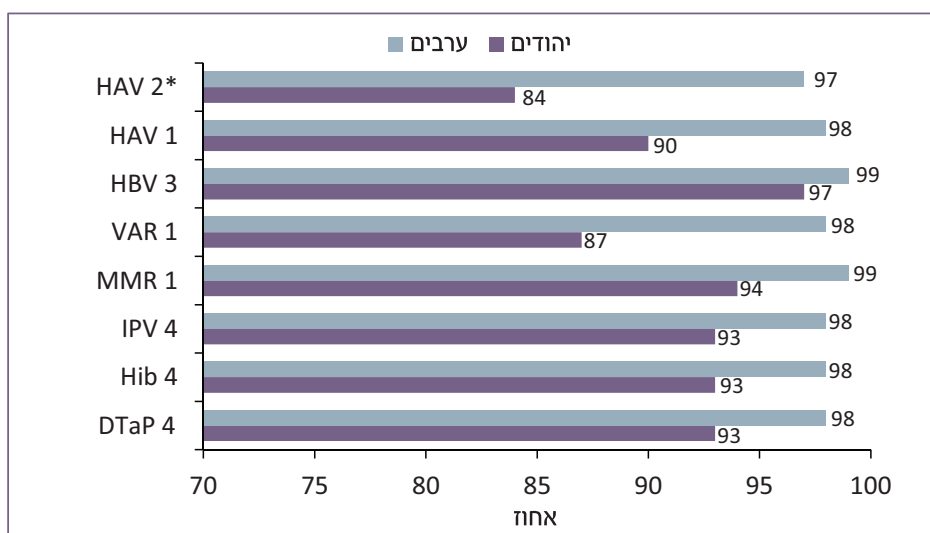
Viral Hepatitis B vaccine (recombinant)	HBV - תרכיב נגד דלקת כבד נגיפית B
Inactivated polio vaccine (enhanced)	IPV - תרכיב מומת נגד שיתוק ילדים (משופר)
Bivalent Oral Polio Vaccine	bOPV - תרכיב ביוולנטי חי-מוחלש נגד שיתוק ילדים
Diphtheria-Tetanus-Pertussis acellular vaccine pediatric	DTaP - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת אסלולרי לילדים
Diphtheria-Tetanus-Pertussis acellular vaccine adult	Tdap - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת אסלולרי למבוגרים
Haemophilus influenzae b vaccine (conjugate)	Hib - תרכיב נגד המופילוס אינפלואנזה b
Pneumococcal conjugate vaccine	PCV13 - תרכיב מצומד נגד זיהומים פנוימוקוקיים
Rotavirus Vaccine	Rota - תרכיב נגד נגיף הרוטה
Measles-Mumps-Rubella vaccine	MMR - תרכיב נגד חצבת-חזרת-אדמת
Varicella vaccine	Var - תרכיב נגד אבעבועות רוח
Viral Hepatitis A vaccine	HAV - תרכיב נגד דלקת כבד נגיפית A
Human Papillomavirus Vaccine	HPV - תרכיב נגד נגיף פפילומה באדם

1. הכיסוי החיסוני לפי קבוצת אוכלוסייה וסוג החיסון

אחוז התינוקות שחוסנו על פי תוכנית החיסונים של משרד הבריאות גבוה, ובמחוזות מסוימים בארץ מתקרב ל-100% (נתונים לפי מחוזות לא מוצגים)¹.

בתרשים 1 מוצג הכיסוי החיסוני בשנת 2010 בקרב ילדים בהגיעם לגיל שנתיים (ילידי 2008), לפי קבוצת אוכלוסייה וסוג החיסון. עבור מרבית החיסונים, הכיסוי החיסוני היה מעל 90%, ביהודים ובערבים. אחוז המתחסנים בכל אחד מהחיסונים הניתנים עד גיל שנתיים גבוה יותר באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית. פער זה בולט במיוחד בחיסונים: HAV1 (98%-90% בהתאמה), HAV2 (97%-84% בהתאמה) ו-VAR1 (98%-87% בהתאמה).

תרשים 1: הכיסוי החיסוני בגיל שנתיים בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה וסוג החיסון, 2010 (ילידי 2008 בהגיעם לגיל שנתיים)¹: אחוזים



* ילידי 2007 בהגיעם לגיל שלוש.

HAV 2	2 מנות חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג A
HAV 1	מנת חיסון אחת נגד דלקת כבד נגיפית מסוג A
HBV 3	3 מנות חיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B
VAR 1	מנת חיסון אחת נגד אבעבועות רוח
MMR 1	מנת חיסון אחת נגד חצבת-חזרת-אדמת
IPV 4	4 מנות חיסון מומת נגד שיתוק ילדים
Hib 4	4 מנות חיסון נגד המופילוס אינפולאנזה b
DTaP 4	4 מנות חיסון נגד אסכרה-פלצת-שעלת

2. השוואה בין-לאומית

בפרק זה מוצג הכיסוי החיסוני בישראל נגד מחלות נבחרות, בהשוואה למדינות אחרות. הנתונים מישראל מבוססים על דיווחי לשכות הבריאות לאגף לאפידמיולוגיה, והנתונים מהמדינות האחרות מבוססים על דיווחי המדינות לארגון הבריאות העולמי (WHO)³. יש לציין כי קיימים הבדלים בין המדינות, הן בתוכניות החיסונים הנהוגות בהן, והן בסוגי התרכיבים הזמינים בכל מדינה. גורמים אלו עשויים להשתנות משנה לשנה ויכולים להוביל לשינוי הכיסוי החיסוני במדינות המשוויות⁴.

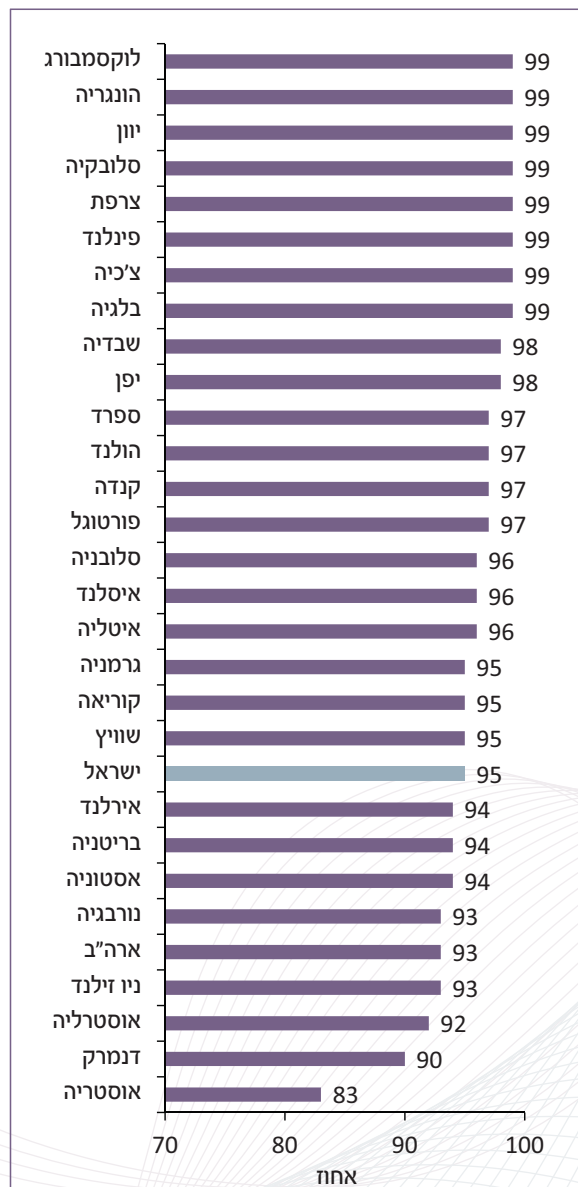
2.1. החיסון נגד שיתוק ילדים

תרשים 2: הכיסוי החיסוני בשלוש מנות חיסון נגד שיתוק ילדים (פוליו) בילדים בגיל שנה, בישראל ובמדינות חברות ה-OECD, 2010³: אחוזים

בישראל, החיסון נגד שיתוק ילדים (פוליו) ניתן כתרכיב מומת (IPV), כחלק מהחיסון המחומש הכולל גם חיסון נגד אסכרה-פלצת-שעלת ודלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה b.

בשנת 2010, הכיסוי החיסוני בגיל שנה בשלוש מנות נגד פוליו בישראל היה 95%. אחוז זה נמצא במיקום ביניים בהשוואה לרוב המדינות עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99%) דווח בלוקסמבורג, הונגריה, יוון, סלובקיה, צרפת, פינלנד, צ'כיה ובלגיה. באוסטריה דווח האחוז הנמוך ביותר (83%) (תרשים 2)³.

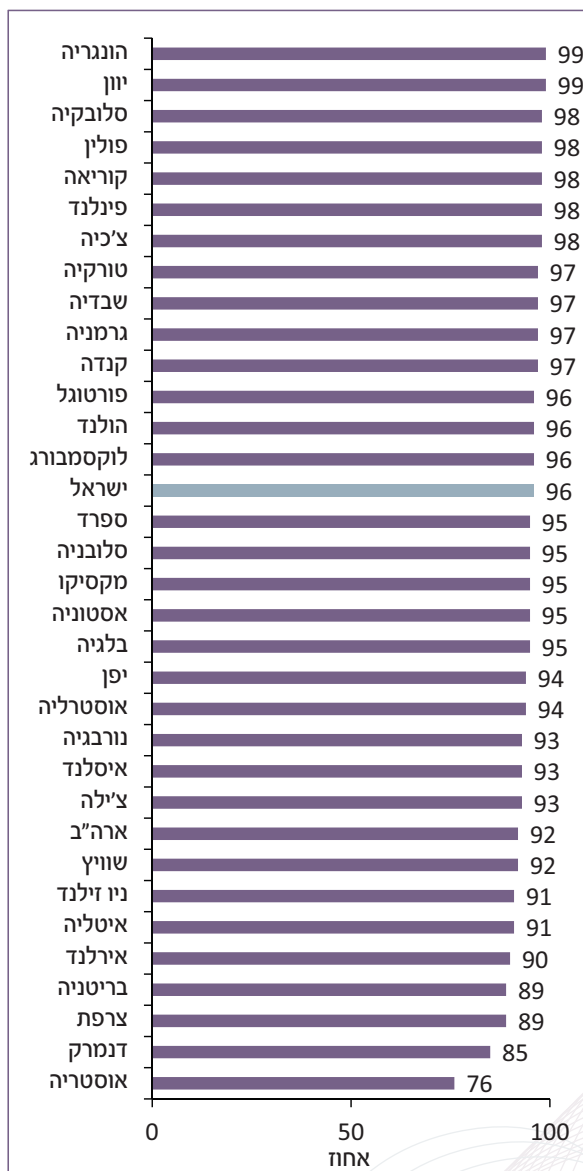
בשנת 2013, בעקבות זיהוי נגיף פוליו פראי בדגימות שפכים ודגימות צואה, בוצע מבצע חיסון ארצי לילידי 2004 ואילך בחיסון חי מוחלש נגד שיתוק ילדים (bOPV). כיסוי החיסון במבצע זה עמד על כ-79% מאוכלוסיית היעד לחיסון (ילדים שחיו בישראל ללא התוויות נגד לחיסון). בנוסף, הוחלט על המשך השימוש בחיסון החי מוחלש הביוולנטי כהמשך ההתמודדות עם חדירת נגיף פוליו פרא לישראל. ילידי 1.7.2013 ואילך יקבלו את החיסון בגיל 6 חודשים ו-18 חודשים, ואילו ילידי 1.1.2004 עד 30.6.2013, שלא חוסנו במבצע בחיסון חי-מוחלש, יחוסנו במנה אחת בלבד².



2.2. החיסון נגד חצבת

תרשים 3: הכיסוי החיסוני במנת חיסון נגד חצבת בילדים בגיל שנתיים, בישראל ובמדינות חברות ה-OECD, 2010³: אחוזים

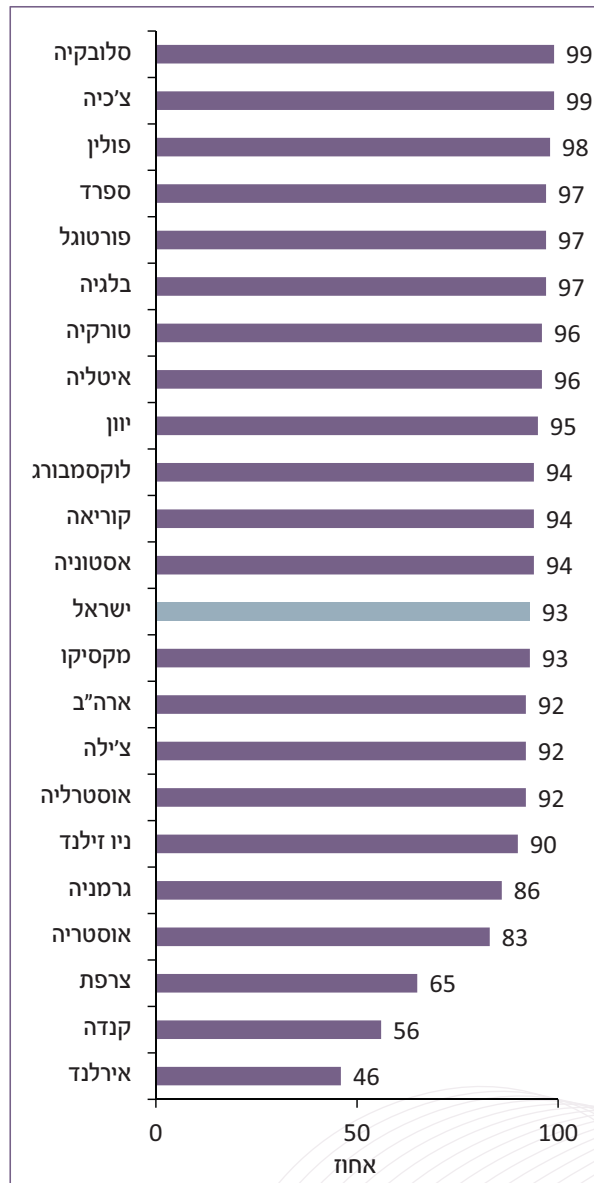
החיסון נגד חצבת ניתן בישראל ובמרבית מדינות ה-OECD כתרכיב משולש חצבת-חזרת-אדמת (MMR) (למעט איטליה ויפן בהן יכול להינתן גם כתרכיב נפרד)⁴. בשנת 2010, הכיסוי החיסוני נגד חצבת בישראל היה 96%. אחוז זה נמצא במקום ביניים בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99%) נמצא בהונגריה ויוון, והנמוך ביותר (76%) באוסטריה (תרשים 3)³.



2.3. החיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B

תרשים 4: הכיסוי החיסוני בשלוש מנות נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B בילדים בגיל שנה, בישראל ובמדינות נבחרות ב-OECD, 2010^{1,3}: אחוזים

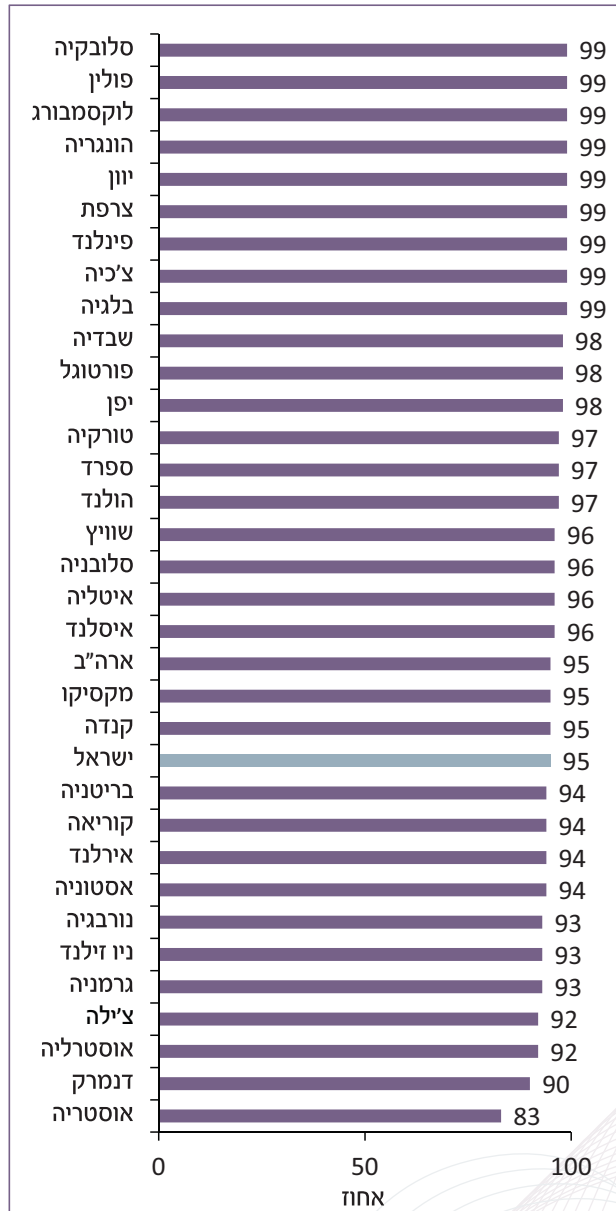
החיסון נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B ניתן בישראל בשלוש מנות. הראשונה מייד אחרי הלידה (עדיף תוך 12 שעות ראשונות), ואח"כ בגילאי חודש ושישה חודשים. בישראל, בשנת 2010, הכיסוי החיסוני נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B בגיל שנה היה 93%¹. אחוז זה נמצא במקום ביניים בהשוואה לשאר המדינות עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99%) נמצא בצ'כיה וסלובקיה, והנמוך ביותר (46%) באירלנד (תרשים 4)³. שש מדינות החברות ב-OECD, בהן פינלנד, יפן, שווייץ והונגריה, טרם הכלילו חיסון זה בשגרת החיסונים⁴.



2.4. החיסון נגד אסכרה-פלצת-שעלת

תרשים 5: הכיסוי החיסוני בשלוש מנות נגד אסכרה-פלצת-שעלת בילדים בגיל שנה, בישראל ובמדינות חברות ה-OECD, 2010^{1,3}: אחוזים

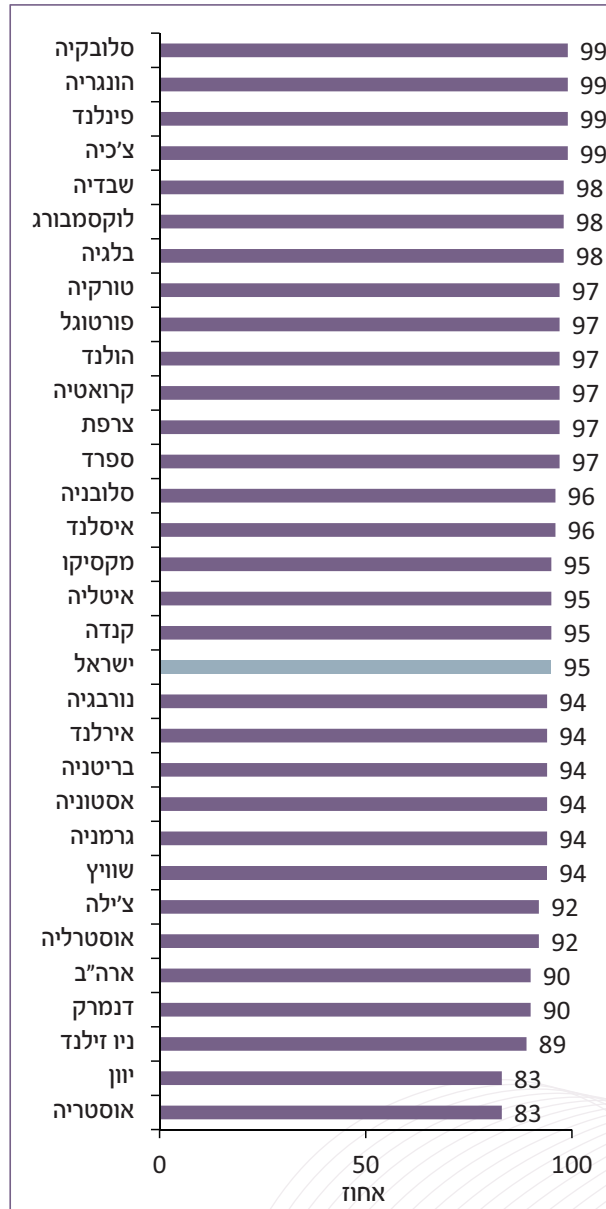
בישראל ניתן החיסון נגד אסכרה-פלצת-שעלת כחלק מהחיסון המחומש הכולל גם חיסון מומת נגד שיתוק ילדים וחיסון נגד דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה b. בשנת 2010, הכיסוי החיסוני בשלוש מנות נגד אסכרה-פלצת-שעלת בגיל שנה בישראל היה 95%¹. אחוז זה נמצא במקום ביניים בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99%) דווח במדינות בלגיה, צ'כיה, פינלנד, צרפת, יוון, הונגריה, לוקסמבורג, פולין וסלובקיה. כיסוי נמוך יחסית דווח באוסטריה ובדנמרק (83%-90% בהתאמה) (תרשים 5). אחוז נמוך זה יכול להיות מוסבר גם בהבדל בתזמון החיסונים במדינה³.



2.5. החיסון נגד דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה ב

תרשים 6: הכיסוי החיסוני בשלוש מנות נגד דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה ב בילדים בגיל שנה, בישראל ובמדינות חברות ה-OECD, 2010^{1,3}; אחוזים

בישראל, החיסון נגד דלקת עוצבה חיידקית על ידי המופילוס אינפלואנזה ב ניתן כחלק מהחיסון המחומש הכולל גם חיסון מומת נגד שיתוק ילדים וחיסון נגד אסכרה-פלצת-שעלת. בשנת 2010, הכיסוי החיסוני בשלוש מנות נגד החיידק בגיל שנה היה 95%¹. אחוז זה נמצא במקום ביניים בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD עבורן מוצגים נתונים. הכיסוי החיסוני הגבוה ביותר (99%) דווח במדינות סלובקיה, הונגריה, פינלנד וצ'כיה. כיסוי נמוך יחסית (83%) דווח באוסטריה ויוון (תרשים 6)³.



מקורות המידע

1. נתונים באדיבות המחלקה לאפידמיולוגיה, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
2. תדריך החיסונים, עדכון ספטמבר 2013. האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/tadrich_Chisunim.pdf
3. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Immunization. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en>.
4. OECD Health Data 2013. Health care utilization. Definitions, Sources and Methods: Immunizations. doi: 10.1787/data-00542-en

ניטור שפעת

ממצאים עיקריים

ניטור מעבדתי

- « בעונת החורף 2012/13, מנתה רשת הניטור 22 מרפאות בפריסה ארצית. רשת מרפאות הזקיף פעלה מהשבוע השני של חודש אוקטובר 2012 (שבוע 41) ועד אמצע חודש אפריל 2013 (שבוע 16).
- « 32% מהדגימות היו חיוביות לשפעת, 13.3% מהדגימות היו חיוביות ל-RSV.
- « מרבית הדגימות החיוביות לשפעת היו לשפעת מסוג A (93%).
- « שיעור הבידוד של נגיף שפעת מדגימות ממרפאות הזקיף הגיע לשיא בשבועות 4-7 של שנת 2013 ועמד על כ-70%.
- « כל זני השפעת שנמצאו וסווגו בעונת החורף 2012/13 התאימו לזנים הכלולים בחיסון לעונה זו.

ניטור קליני

- « בעונת החורף 2012/13 נצפתה תחלואה דמוית שפעת גבוהה ביחס לממוצע ב-5 העונות האחרונות.
- « שיעורי תחלואה דמוית שפעת היו הגבוהים ביותר בקרב ילדים ובני נוער עד גיל 18 שנים.
- « בעונת החורף 2012/13, משבוע 3 ועד שבוע 7 היו שיעורי הפניות לרופאי "מכבי שירותי בריאות" בשל דלקת ריאה גבוהים באופן רציף מהממוצע ב-5 העונות האחרונות.
- « שיעור הפניות לרופאי "מכבי שירותי בריאות" שהסתיימו עם אבחנה של דלקת ריאה גבוה במיוחד בקבוצת התינוקות מתחת לגיל שנתיים. בעונת החורף 2012/13 שיעור זה היה 81.5 פניות ל-10,000 תינוקות.
- « היקף הפניות בשל דלקת ריאה למחלקות לרפואה דחופה בילדים היה ברובו מתחת לממוצע הרב שנתי במהלך חורף 2012/13.
- « במהלך כל עונת החורף 2012/13 הייתה תפוסת המיטות הממוצעת במחלקות הפנימיות של בתי החולים הכלליים מעל 100%.
- « במחלקות הילדים, תפוסת המיטות הממוצעת הייתה מעל 100%, החל משבוע 52 של שנת 2012 ועד שבוע 7 בשנת 2013.
- « בעונת החורף 2012/13, אחוז הפטירות מדלקת ריאה נע סביב הצפי העונתי.

התחסנות נגד שפעת

- « בישראל קיימים תרכיבים מומתים ותרכיב חי מוחלש נגד שפעת.
- « החיסון מומלץ לכלל האוכלוסייה מגיל 6 חודשים. לבני 2-17 שנים החיסון המועדף הוא החי מוחלש.
- « בעונת החורף 2012/13 התחסנו נגד שפעת כ-1,310,000 איש (כ-17% מהאוכלוסייה).

רקע

מערכת הניטור למחלת השפעת בישראל מנוהלת על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) במשרד הבריאות, ומבוססת על שתי זרועות: זרוע מעבדתית וזרוע קלינית. הניטור המעבדתי מבוסס על משטחי אף ולוע הנלקחים מחולים הפונים לאחת ממרפאות הזקיף עם תחלואה דמוית שפעת, ונבדקים לנוכחות נגיפי שפעת במעבדה המרכזית לנגיפים של משרד הבריאות. הניטור הקליני מבוסס בעיקרו על מידע אודות ביקורי חולים במרפאות בקהילה ובחדרי המיון של בתי החולים בשל מחלה דמוית שפעת, דלקת בדרכי הנשימה העליונות ודלקת ריאה.

כל המידע הנאסף ממקורות המידע השונים מעובד על ידי צוות היחידה לניטור תחלואה חריגה במלב"ם ומסוכם בדו"חות המופקים אחת לשבוע במהלך עונת השפעת ומופצים להנהלת המשרד ולקבוצות רופאים ייעודיות. הדו"חות ניתנים לצפייה באתר האינטרנט של משרד הבריאות, בעברית ובאנגלית¹.

מטרות מערכת ניטור השפעת הן להציג תמונת מצב עדכנית של תחלואה משפעת וסיבוכיה כגון דלקת ריאה ו/או תמותה, להעריך את העומס על מערכת הבריאות ולאפיין את זני השפעת הפעילים. הניטור מתנהל בדרך כלל מחודש אוקטובר ועד לחודש אפריל בשנה העוקבת².

1. הניטור המעבדתי

החל מחורף 1996/7 מפעיל המלב"ם רשת מרפאות זקיף בקהילה לזיהוי נגיפי השפעת הפעילים במהלך עונת השפעת. בעונת החורף 2012/13 מנתה רשת הניטור 22 מרפאות בפריסה ארצית, מדימונה בדרום ועד כרמיאל בצפון. הצוות הרפואי במרפאות מונחה לקחת משטחי אף ולוע מחולים הנמצאים ביום הראשון או השני למחלתם, והעונים להגדרת מקרה של תחלואה דמוית שפעת (חום 37.8°C ומעלה, מלווה באחד או יותר מהסימנים הבאים: שיעול, כאב גרון, כאבי שרירים, נזלת, צמרמורות, וכד'). משטחי האף והלוע נשמרים בקירור ומשונעים אחת לשבוע למעבדה המרכזית לנגיפים של משרד הבריאות (שירותי בריאות הציבור), שם הם נבדקים לנוכחות נגיפי שפעת ונגיפי ה-RSV (Respiratory Syncytial Virus). במעבדה מאופיינים נגיפי השפעת ברמת הסוג, תת הסוג והזן, מזוהים שינויים אנטיגנים וגנטיים, ונבדקת העמידות לתכשירים אנטי-ויראליים. כמו כן, נבדקת מידת ההתאמה של נגיפי השפעת לחיסון העונתי.

1.1. ניטור וירולוגי באמצעות רשת מרפאות הזקיף: חורף 2012/13

רשת מרפאות הזקיף פעלה מהשבוע השני של חודש אוקטובר 2012 (שבוע אפידמיולוגי 41) ועד אמצע חודש אפריל 2013 (שבוע 16). ממצאי בדיקות המעבדה המרכזית לנגיפים בדגימות שנאספו בתקופה הנ"ל מסוכמות בטבלאות 1 ו-2. מרבית הדגימות שנמצאו חיוביות לשפעת היו שפעת מסוג A (93%) (טבלה 2).

טבלה 1: התפלגות בידודי שפעת ו-RSV מדגימות אף ולוע שנאספו במרפאות הזקיף, חורף 2012/13^{1,3}: מספרים ואחוזים

%	N=1588	
32.4	515	דגימות חיוביות לשפעת
13.3	212	דגימות חיוביות ל-RSV
55.0	873	דגימות שליליות לשפעת ול-RSV

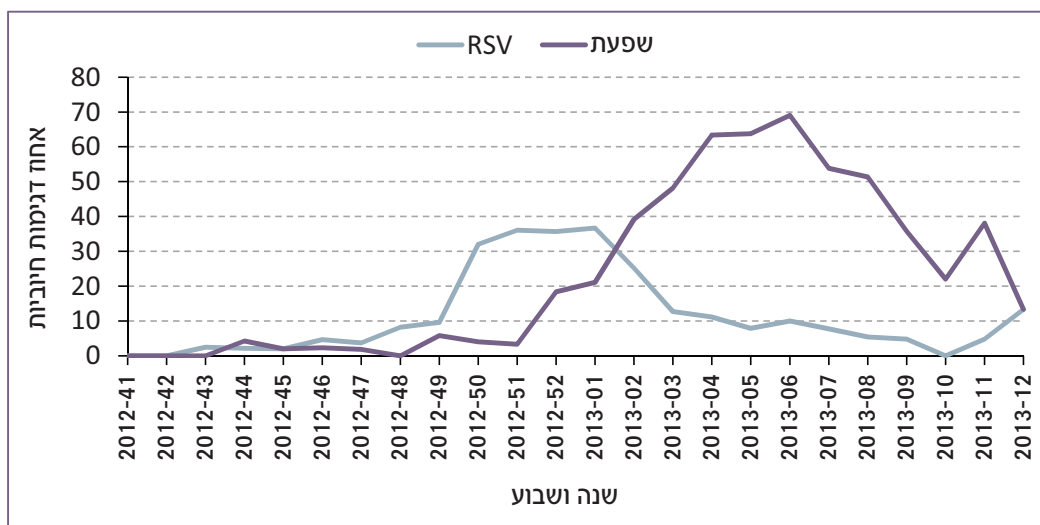
טבלה 2: התפלגות בידודי השפעת מדגימות אף ולוע לפי סוג, חורף 2012/13^{1,3}: מספרים ואחוזים

%	N	
93.0	479	שפעת מסוג A
54.3	260	A/H1N1 2009
45.5	218	A/H3
0	0	A/H1
0.2	1	*A/unsubtyped
7.0	36	שפעת מסוג B
100.0	515	סה"כ דגימות חיוביות לשפעת

* דגימות חיוביות לשפעת A שלא ניתן לסווג אותן בשל כמות וירוס מועטה.

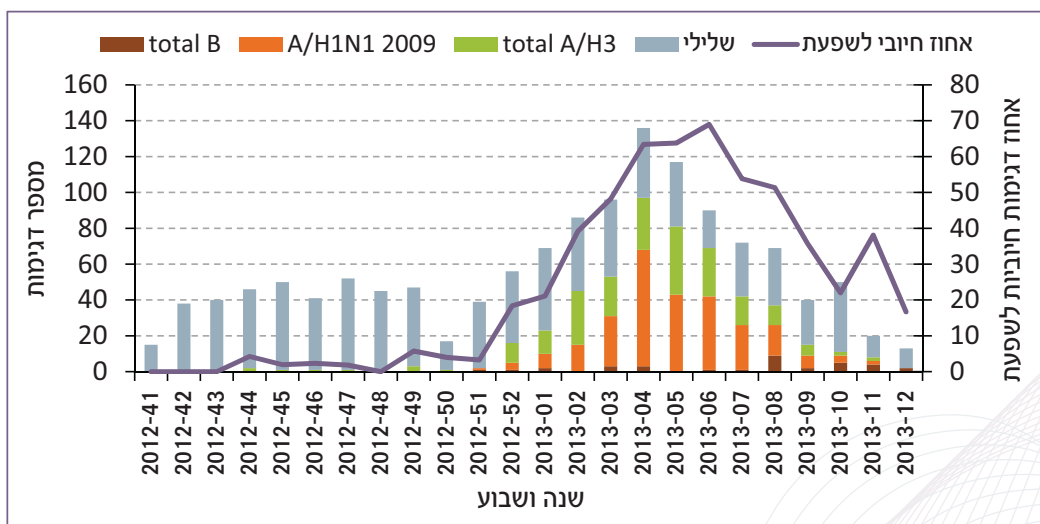
תרשים 1 מציג את ממצאי בדיקות המעבדה המרכזית לנגיפים בדגימות שנאספו במרפאות הזקיף במשך עונת החורף, לפי שבוע. התחלואה ב-RSV הקדימה את התחלואה בשפעת. אחוז הבידודים החיוביים ל-RSV החל לעלות במחצית חודש דצמבר 2012 (שבוע 50). במהלך המחצית השנייה של דצמבר והשבוע הראשון של שנת 2013 נע אחוז הבידודים בין 30% ל-37%. מהשבוע השני של ינואר ירד אחוז בידודי ה-RSV במרפאות הזקיף. אחוז הבידודים החיוביים לשפעת החל לעלות בשבוע האחרון של שנת 2012, והחל מהשבוע השלישי של שנת 2013 היה גבוה מאחוז בידודי ה-RSV. בשבועות 4-7 של שנת 2013 הגיע אחוז הדגימות החיוביות לשפעת לשיא של כ-70%, לאחריו ירד אחוז הבידודים. דגימות חיוביות לשפעת נמצאו לכל אורך תקופת הניטור, עד השבוע ה-16 בשנת 2013.

תרשים 1: דגימות אף ולוע חיוביות לשפעת ול-RSV שנאספו ברשת מרפאות הזקיף, לפי שבוע הדגימה, חורף 2012/13^{1,3}: אחוזים



תרשים 2 מציג את תת זני השפעת שבודדו מהדגימות ברשת הניטור. כל זני השפעת שנמצאו וסווגו התאימו לזנים שנכללו בחיסון לעונה זו. תבנית דומה של פעילות זוהתה גם בקרב מאושפדים עם תחלואה נשימתית שאובחנו במעבדה המרכזית לנגיפים³.

תרשים 2: דגימות אף ולוע שנאספו ברשת מרפאות הזקיף, לפי ממצא מעבדתי ושבוע הדגימה, חורף 2012/13^{1,3}: מספרים ואחוז חיוביים לשפעת



2. הניטור הקליני

הניטור הקליני מבוסס על מספר מקורות מידע:

« נתונים על מבוסחי שתי קופות החולים הגדולות בישראל ("מכבי שירותי בריאות"⁴ ו"שירותי בריאות כללית"⁵) שפנו לרופאי הקהילה ואובחנו קלינית כחולים בשפעת או במחלה דמוית שפעת, זיהום חד בדרכי הנשימה העליונות או דלקת ריאה. מידע פרטני, לא מזוהה, אודות חולים אלו מועבר אל המלב"ם מדי יום ונאגר בבסיס נתונים יעודי.

« נתונים יומיים על מספר החולים שפנו למחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד) של שמונת בתי החולים הכלליים של "שירותי בריאות כללית" ואובחנו עם דלקת ריאה או זיהום חד בדרכי הנשימה העליונות.

« נתונים יומיים על תפוסת מיטות בבתי החולים הכלליים.

« נתוני הפטירות בקהילה ובבתי החולים.

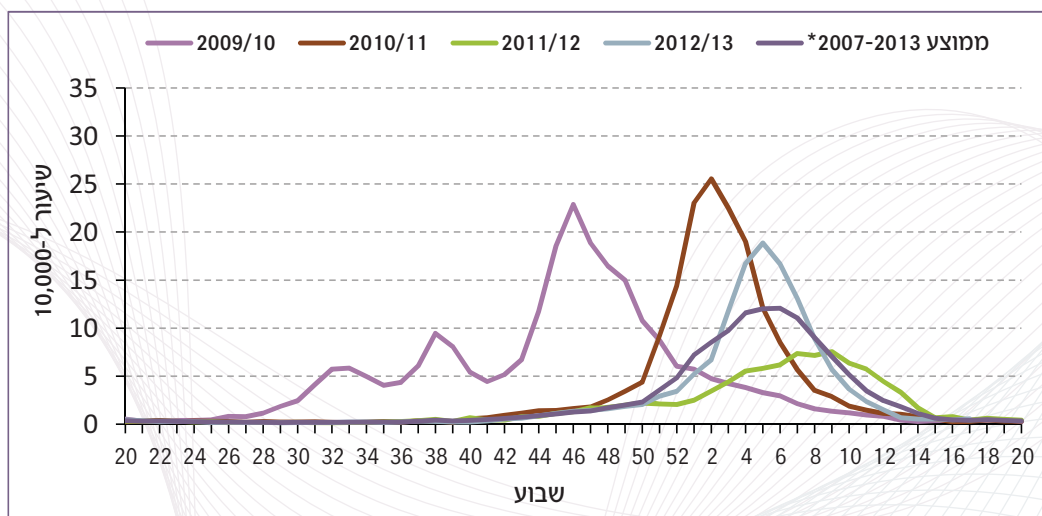
« נתונים שבועיים על כלל הפטירות בישראל מכל הסיבות ומדלקת ריאה שדווחו לאגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות.

2.1. ניטור תחלואה דמוית שפעת בקהילה

בתרשים 3 מוצגים שיעורים שבועיים של פניות חולים אל רופאי "מכבי שירותי בריאות" בשל תחלואה דמוית שפעת, במהלך התקופה מאי-2009 עד מאי-2013⁴. תקופה זו כוללת את ארבע עונות החורף האחרונות (2009/10, 2010/11, 2011/12 ו-2012/13). בנוסף, מוצג קו ממוצע המדגים את הפעילות העונתית של מחלת השפעת בישראל, מתוך נתונים רב-שנתיים (2007-2013). התחלואה בעונת החורף 2009/10 הייתה חריגה בשל הופעת זן שפעת חדש (A/H1N1, השפעת הפנדמית). נתונים על התחלואה בעונה זו ניתן למצוא בספר "מצב הבריאות בישראל 2010", משרד הבריאות (פרק ניטור מחלת השפעת בישראל). בעונת החורף 2012/13 נצפתה תחלואה גבוהה בהשוואה לממוצע הרב שנתי. שיעורי התחלואה הגבוהים ביותר נצפו בילדים ונוער עד גיל 18 שנים (תרשים 4).

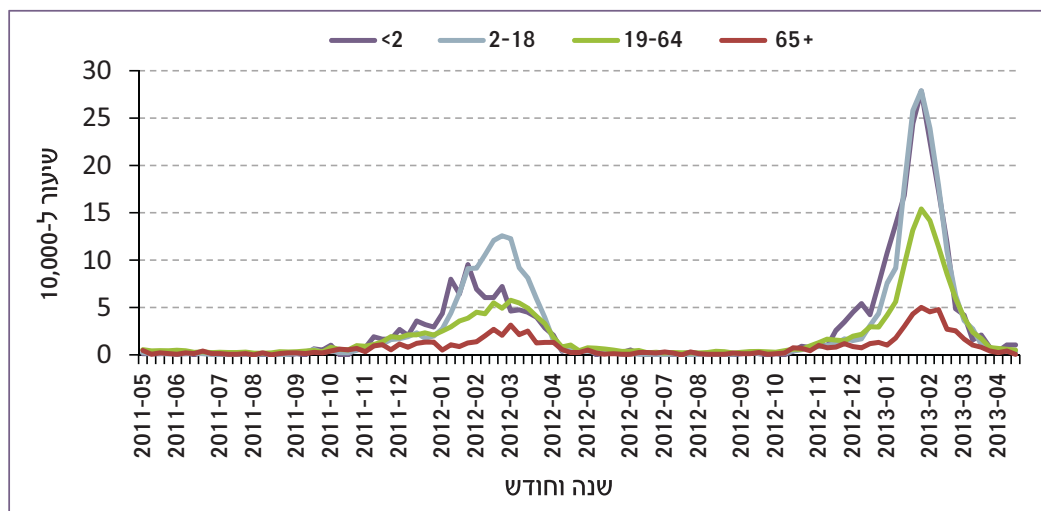
תרשים 3: פניות בשבוע למרפאות "מכבי שירותי בריאות" שהסתיימו באבחנה של תחלואה דמוית שפעת^{1,4}:

שיעורים ל-10,000



*הממוצע אינו כולל את עונת חורף 2009/10.

תרשים 4: פניות בשבוע למרפאות "מכבי שירותי בריאות" שהסתיימו באבחנה של תחלואה דמוית שפעת, לפי קבוצת גיל^{1,4}: שיעורים ל-10,000

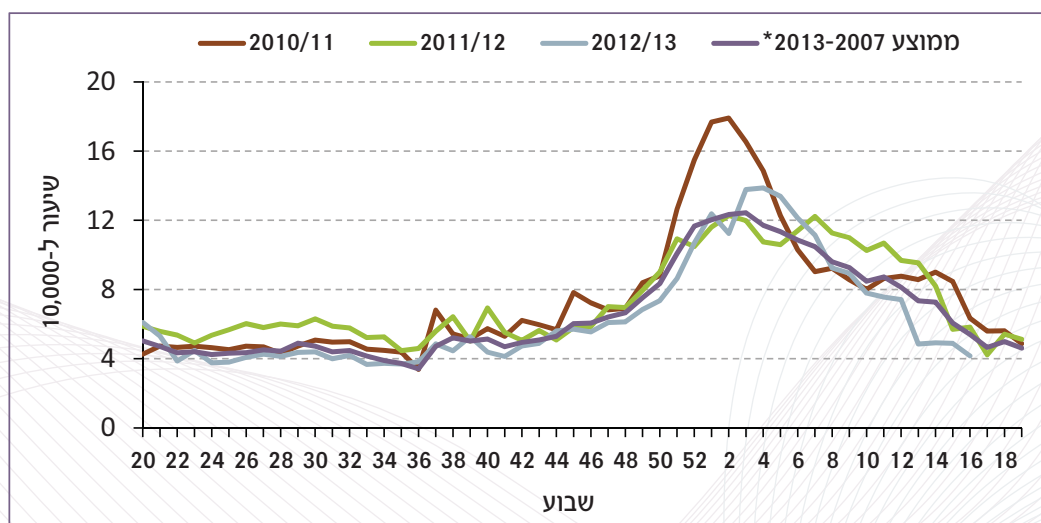


2.2. ניטור תחלואה בדלקת ריאה בקהילה

תרשים 5 מציג שיעורים שבועיים של פניות חולים לרופאי "מכבי שירותי בריאות" שהסתיימו עם אבחנה של דלקת ריאה, במהלך התקופה מאי-2010 עד אפריל-2013, בהשוואה לממוצע הרב-שנתי (2007-2013). בעונת חורף 2012/13, שיעורי הפניות משבוע 3 ועד שבוע 7 היו גבוהים באופן רציף מהממוצע הרב-שנתי. בשבוע האחרון של חודש ינואר (שבוע 4) הגיע שיעור הפניות לשיא של 13.9 ל-10,000 (תרשים 5).

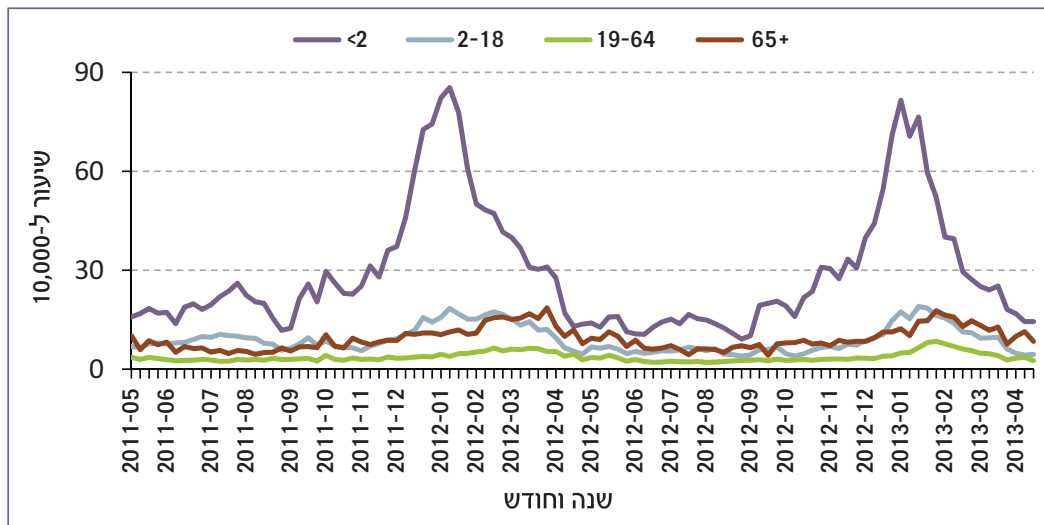
שיעור הפניות בשל דלקת ריאה גבוה במיוחד בקבוצת התינוקות מתחת לגיל שנתיים והגיע בעונת חורף 2012/13 ל-81.5 פניות ל-10,000. בקבוצת הגיל 19 עד 64 שנים שיעורי הפניות בשל דלקת ריאה נמוכים משיעורי הפניות בשאר קבוצות הגיל (תרשים 6).

תרשים 5: פניות בשבוע למרפאות "מכבי שירותי בריאות" שהסתיימו באבחנה של דלקת ריאה^{1,4}: שיעורים ל-10,000



* הממוצע אינו כולל את עונת חורף 2009/10

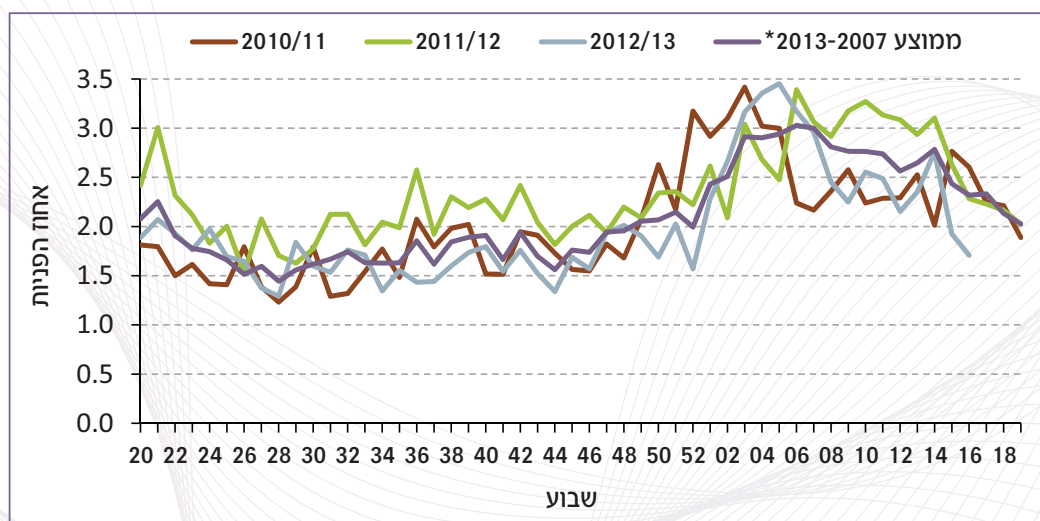
תרשים 6: פניות בשבוע למרפאות "מכבי שירותי בריאות" שהסתיימו באבחנה של דלקת ריאה, לפי קבוצת גיל^{1,4}: שיעורים ל-10,000



2.3. ניטור פניות למחלקות לרפואה דחופה שהסתיימו באבחנה של דלקת ריאה

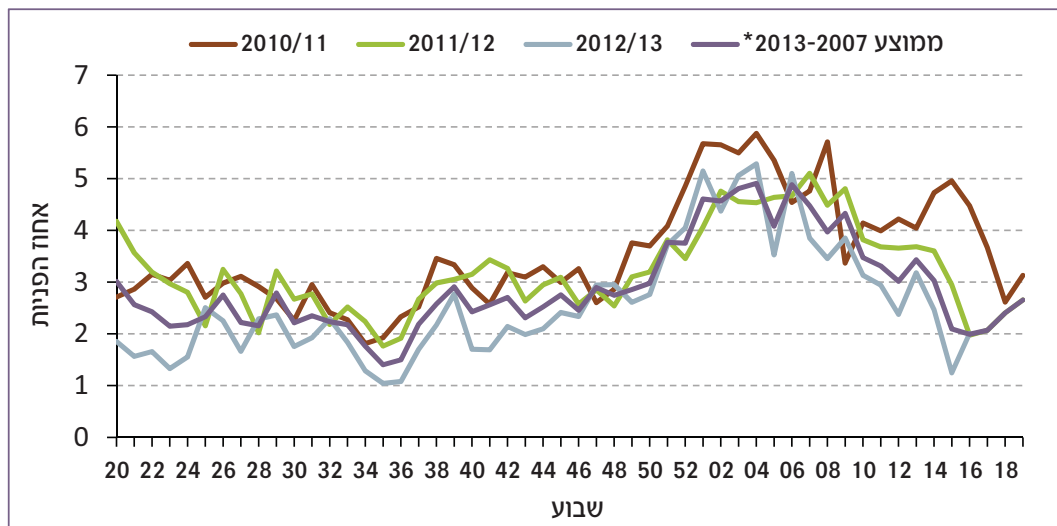
התחלואה בשפעת מלווה בעלייה בהיקף הפניות למלר"ד בגלל דלקת ריאה. תרשימים 7 ו-8 מציגים את אחוז הביקורים שהסתיימו עם אבחנה של דלקת ריאה, מכלל הביקורים שהסתיימו עם אבחנה כלשהי במלר"ד למבוגרים ולילדים, בשמונת בתי החולים של "שירותי בריאות כללית". במחצית השנייה של שנת 2012 היה אחוז הפניות בגלל דלקת ריאה למלר"ד מבוגרים, נמוך מהממוצע הרב-שנתי. מהשבוע השני של שנת 2013 ועד השבוע השישי היה שיעור הפניות בגלל דלקת ריאה גבוה מהממוצע הרב-שנתי, ולאחר מכן היה השיעור ברובו נמוך מהשיעור הממוצע (תרשים 7)⁵. היקף הפניות בגלל דלקת ריאה למלר"ד ילדים במחצית השנייה של 2012 ובמחצית הראשונה של 2013 היה ברובו מתחת לממוצע הרב-שנתי (תרשים 8)⁵.

תרשים 7: פניות למחלקות לרפואה דחופה (מבוגרים) בבתי החולים של "שירותי בריאות כללית" שהסתיימו עם אבחנה של דלקת ריאה, מאי 2010-אפריל 2013, בהשוואה לממוצע רב-שנתי^{5,1}: אחוז מסך הפניות שהסתיימו באבחנה כלשהי



*הממוצע אינו כולל את עונת חורף 2009/10.

תרשים 8: פניות למחלקות לרפואה דחופה (ילדים) בבתי החולים של "שירותי בריאות כללית" שהסתיימו עם אבחנה של דלקת ריאה, מאי 2010-אפריל 2013, בהשוואה לממוצע רב-שנתי^{1,5}: אחוז מסך הפניות שהסתיימו באבחנה כלשהי

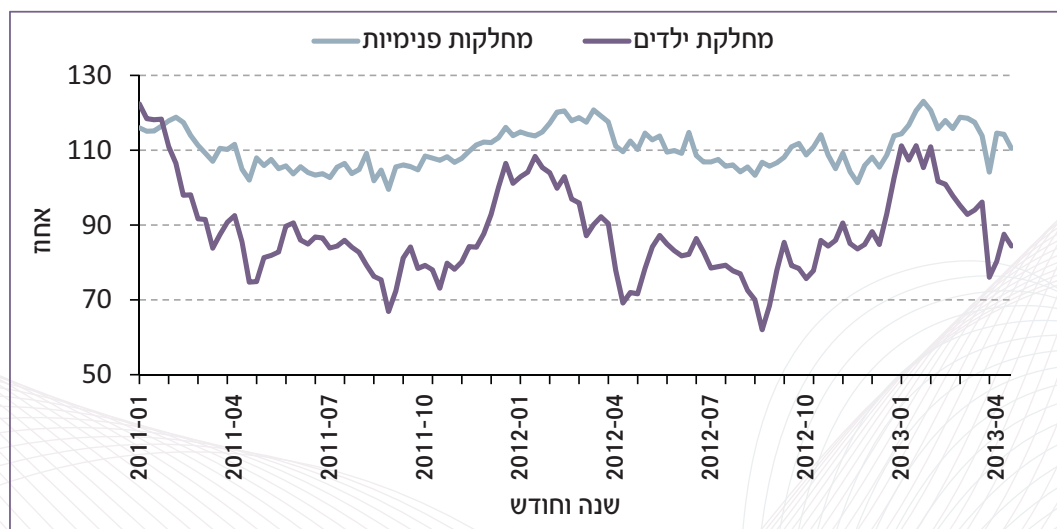


* הממוצע אינו כולל את עונת חורף 2009/10.

2.4. ניטור תפוסת מיטות שבועית בבתי החולים הכלליים

במהלך כל עונת החורף 2012/13 הייתה תפוסת המיטות הממוצעת במחלקות הפנימיות של בתי החולים הכלליים מעל 100%, והתפוסה הגיעה לשיא של 123% בשבוע האחרון של ינואר 2013. במחלקות הילדים, התפוסה הממוצעת הייתה נמוכה יותר מאשר במחלקות הפנימיות. החל משבוע 52 של שנת 2012 ועד שבוע 7 בשנת 2013 הייתה התפוסה מעל 100%.

תרשים 9: תפוסת מיטות שבועית במחלקות פנימיות וילדים, בתי חולים כלליים, 2011-2013¹: אחוז ממוצע

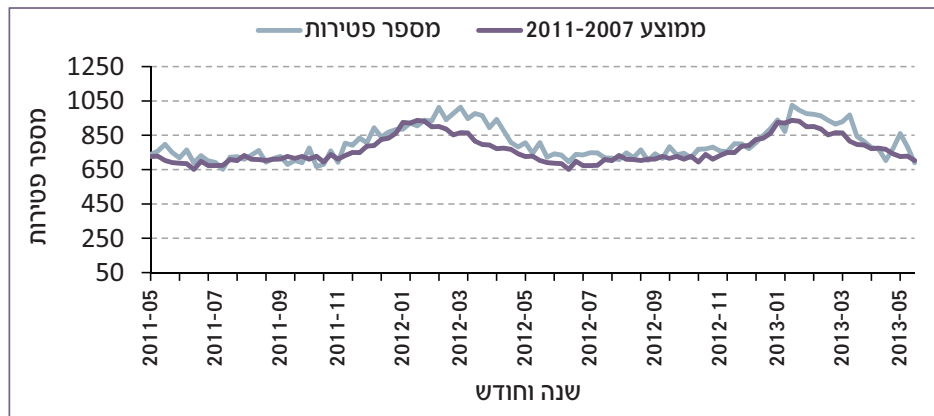


2.5. ניטור תמותה

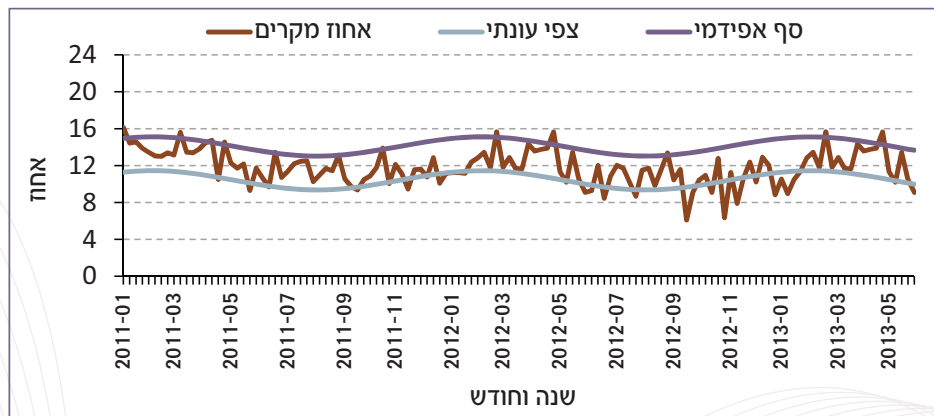
לצורך הערכת חומרת מחלת השפעת בעונת החורף 2012/13 נעשה שימוש בשני מדדי תמותה: תמותה מכל הסיבות (תרשים 10) ואחוז התמותה מדלקת ריאה מסך מקרי המוות בישראל (תרשים 11).

בשתי עונות החורף האחרונות (2011/12, 2012/13) היה מספר הנפטרים מכל סיבות המוות בתקופת החורף, גבוה מהממוצע הרב-שנתי בשנים 2007-2011 (תרשים 10). עם זאת, בעוד שבעונת חורף 2011/12 היה אחוז הפטירות מדלקת ריאה גבוה מהצפי העונתי, בעונת החורף 2012/13 האחוז נע סביב הצפי העונתי (תרשים 11).

תרשים 10: פטירות בשבוע בהשוואה לממוצע הרב-שנתי, 2011-2007:⁶ מספרים מוחלטים



תרשים 11: פטירות בשבוע מדלקת ריאה בהשוואה לצפי הרב-שנתי, 2011-2013:⁶ אחוז מסך מקרי הפטירה



3. התחסנות נגד שפעת

משנת 2011 יש המלצה לכלל האוכלוסייה מעל גיל 6 חודשים להתחסן נגד שפעת. נמצאים בשימוש מספר תרכיבים מומתים המכילים 3 זני שפעת ותרכיב חי מוחלש המכיל 4 זני שפעת. לילדים מגיל שנתיים ועד גיל 17 שנים מומלץ לקבל את התרכיב החי מוחלש, היות ולתרכיב זה יעילות גבוהה יותר בקבוצת גיל זו.

בתדריך החיסונים של האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות⁷ ניתן למצוא פירוט של קבוצות יעד לחיסון (אנשים בסיכון לסבול מסיבוכי שפעת ואנשי צוות רפואי).

בעונת חורף 2012/13 התחסנו כ-1,310,000 איש נגד שפעת (כ-17% מאוכלוסיית ישראל). הכיסוי החיסוני בקרב אוכלוסיית הקשישים (65 שנה ומעלה), ילדים מתחת לגיל 5 שנים וחולים כרוניים היה 60%, 20% ו-35% בהתאמה. ערכים אלו דומים לאחוזי ההתחסנות בעונת החורף 2011/12.⁸

4. השוואה בינלאומית

בארה"ב הייתה עונת חורף 2012/13 מוקדמת בהשוואה לשנים קודמות והזן הדומיננטי בה היה A/H3N2, לצד שפעת B ו-A(H1N1)pdm09. מרבית הזנים שהיו פעילים במהלך העונה דמו לזני התרכיב אך נמצאו כ-30% מבידודי שפעת B שהינם מזן ויקטוריה (B/Victoria) שלא נכלל בחיסון⁹. באירופה לעומת זאת, הייתה פעילות השפעת מאוחרת וארוכה בהשוואה לשנים קודמות. נגיפי A(H1N1)pdm09 היו הדומיננטיים לאורך רב העונה, לצד שפעת B ו-A/H3N2. מרבית הזנים שהיו פעילים במהלך העונה דמו אנטיגנית לזני התרכיב, אך כ-10% מבידודי שפעת B היו מזן ויקטוריה¹⁰. באירופה ובארה"ב נמצאה רגישות גבוהה ל-oseltamivir ול-zanamivir ועמידות גבוהה ל-adamantanes^{9,10}.

מקורות המידע

1. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. ניטור שפעת בעונת החורף 2012-2013 בישראל ובעולם.
<http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?pageid=5312&parentid=507&catid=78&maincat=25>
2. ברומברג מ, קאופמן ז, מנדלבוים מ, ספטי ח, שלו ו, מרום ר, מנדלסון א, גרין מ, שוחט ת. ניטור קליני ומעבדתי של מחלת השפעת בישראל: יישום בעת פנדמיה של שפעת. הרפואה 2009;148(9):490-5.
3. נתונים באדיבות המעבדה המרכזית לנגיפים, משרד הבריאות, 2013.
4. נתונים באדיבות "מכבי שירותי בריאות", 2013.
5. נתונים באדיבות "שירותי בריאות כללית", 2013.
6. נתונים באדיבות האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות, 2013.
7. תדריך החיסונים, עדכון ספטמבר 2013. האגף לאפידמיולוגיה, משרד הבריאות.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/tadrich_Chisunim.pdf
8. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. דוח סיכום - פעילות השפעת בחורף 2011-2012.
<http://www.health.gov.il/publicationfiles/flu2011-2012.pdf>
9. Centers for Disease Control and Prevention. Seasonal Influenza (Flu): Flu Activity and Surveillance. <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>
10. World Health Organization. EuroFlu – weekly electronic bulletin. Week 17: 22/4/2013-28/4/2013. Issue No. 486.
http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi?season=2012&menu=y

« איידס/HIV

ממצאים עיקריים

תחלואה

- « בסוף שנת 2012 היו רשומים בישראל 6,057 חולי איידס ונשאי HIV. על פי הערכה, חיו בארץ באותה תקופה כ-8,360 איש עם הנגיף.
- « בשנת 2012 אובחנו בישראל 487 נשאים/חולים חדשים. שיעור היארעות איידס/HIV בשנה זו היה 6.1 ל-100,000.
- « בשנים 2010-2012 אובחנו במוצק כ-450 מקרים חדשים של נשאות או מחלה בשנה. ממצא זה מהווה עלייה לעומת השנים 2000-2009, בהם אובחנו במוצק כ-350 מקרים בשנה.

תמותה

- « בשנת 2012 נפטרו 36 חולי איידס/נשאי HIV בישראל. שיעור התמותה היה 0.5 ל-100,000.
- « 27 מהנפטרים היו גברים ו-9 היו נשים. שיעור התמותה היה 0.7 ל-100,000 בגברים ו-0.2 ל-100,000 בנשים.
- « בשנים 1998-2011 נפטרו במוצק כ-50 חולים או נשאי HIV בשנה. שיעור התמותה הממוצע היה 0.7 ל-100,000: 1.1 ל-100,000 בגברים ו-0.4 ל-100,000 בנשים.

קבוצות סיכון למחלה

- « בגברים, 38% מחולי האיידס/נשאי HIV הם הטרוסקסואלים, 35% הם גברים המקיימים יחסים עם גברים (MSM) ו-17% מזריקי סמים.
- « בנשים, 80% מהמאובחנות הן הטרוסקסואליות ו-8% מזריקות סמים.
- « 61% מהנשים החולות באיידס/נשאות HIV ו-29% מהגברים החולים/נשאים הם יוצאי מדינות בהן הנגיף נפוץ.

השוואה בין-לאומית

- « שיעור ההיארעות של מחלת האיידס בישראל זהה לערך החציוני במדינות ה-OECD (ב-50% מהמדינות השיעור גבוה מערך זה, וב-50% השיעור נמוך מערך זה).

« איידס/HIV

רקע

על פי דוח ה-UNAIDS, בשנת 2013 חיו עם נגיף ה-HIV כ-35.5 מיליון איש ברחבי העולם. אומדן זה מהווה עלייה לעומת שנים קודמות, היות ומספר גדול יותר של חולים ונשאים מקבלים את הטיפול האנטי-רטרו-ויראלי, המציל ומאריך חיים. בשנת 2012 נפטרו מאיידס כ-1.6 מיליון איש, לעומת כ-2.3 מיליון בשנת 2005¹.

בישראל קיים רישום של חולי איידס ונשאי HIV משנת 1981. בשנת 1983 נוספה מחלת האיידס לרשימת המחלות המחייבות דיווח בישראל, על פי "פקודת בריאות העם 1940", ובשנת 2000 התווסף דיווח חובה על נשאות. אבחון נגיף ה-HIV נעשה בבדיקות דם המבוצעות בכל המרכזים הרפואיים, ללא עלות².

מקור הנתונים

הנתונים המוצגים בפרק זה התקבלו מרישום האיידס/HIV הלאומי במחלקה לשחפת ואיידס במשרד הבריאות. מאגר נתונים זה מבוסס על הודעות אינדיבידואליות ומתעדכן שגרתי תוך השוואה עם נתוני לשכות הבריאות, מרכזי האיידס, המעבדה המרכזית לנגיפים וקופות החולים.

1. תחלואה

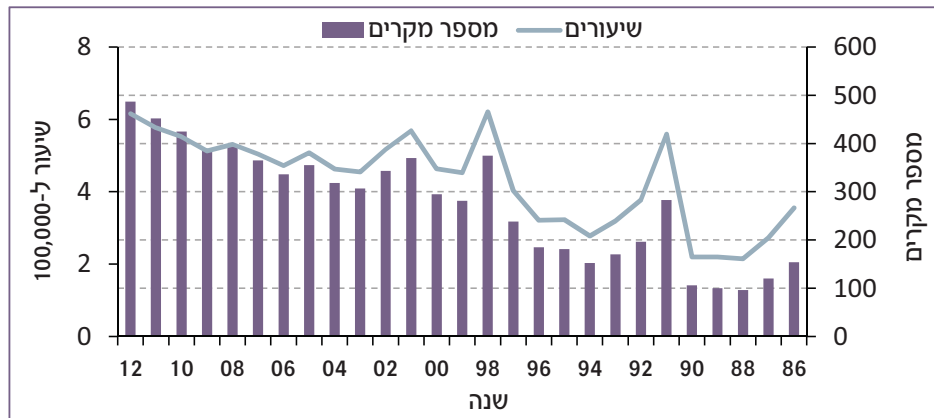
על פי הנתונים שהתפרסמו ב: "HIV/איידס בישראל, דו"ח אפידמיולוגי תקופתי 1981-2012", משנת 1981 ועד סוף 2012 התגלו בישראל 7,517 מקרים חדשים של נשאי HIV וחולי איידס, הכוללים אזרחים ישראליים ותושבים זרים שאובחנו בישראל^{3,4}. על פי הידוע למשרד הבריאות, 1,460 מהם נפטרו או עזבו את הארץ, ונכון לסוף שנת 2012 היו רשומים בישראל 6,057 נשאי HIV וחולי איידס³.

בדיקת הנוגדנים ל-HIV אינה בדיקת חובה, ולכן לא ניתן לקבוע בוודאות את שיעור הנשאות באוכלוסייה הכללית³. על פי חישובים המבוססים על מגמת התחלואה בישראל, ועל סמך מידע ממדינות מערביות אחרות, ההערכה היא כי בסוף שנת 2012 חיו עם הנגיף בישראל 8,363 איש - פי 1.4 מהמדווח^{2,3}.

1.1 מגמות בתחלואה

משנת 1986 נמצא שיעור חולי איידס ונשאי HIV במגמת עלייה. בשנים 1991 ו-1998 נצפו שיאים בהיארעות, ככל הנראה בשל גלי עלייה ממדינות אנדמיות. בשנים 2000-2009 התייצבו שיעורי ההיארעות על כ-5.0 מקרים ל-100,000 (350 מקרים לשנה בממוצע). בשנים 2010-2012 עלה השיעור הממוצע ל-5.8 מקרים ל-100,000 (450 מקרים לשנה בממוצע). בשנת 2012 אובחנו בישראל 487 נשאים וחולים חדשים, ושיעור היארעות איידס/HIV בשנה זו היה 6.1 מקרים ל-100,000 (תרשים 1)^{3,4}. נציין כי בחישוב השיעורים נכללים מקרים בתושבים זרים שאובחנו בישראל, בעוד אוכלוסיית המכנה הינה אוכלוסיית אזרחי ישראל בלבד.

תרשים 1: היארעות מחלת האיידס ונשאות HIV בישראל, 1986-2012⁴: מספר מקרים ושיעורים ל-100,000

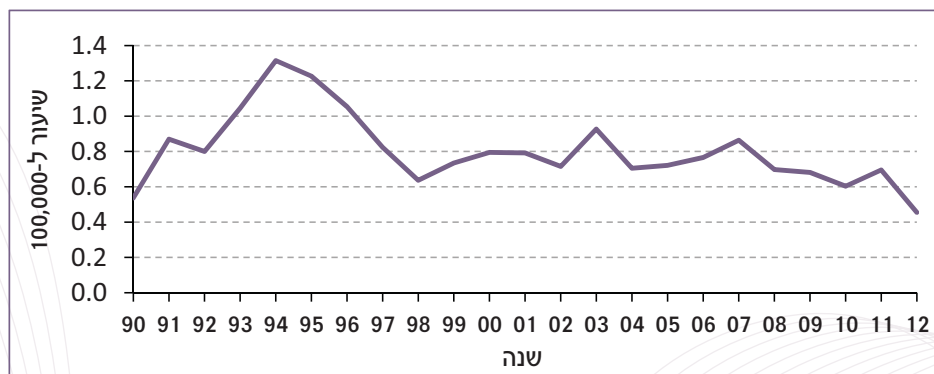


2. תמותה

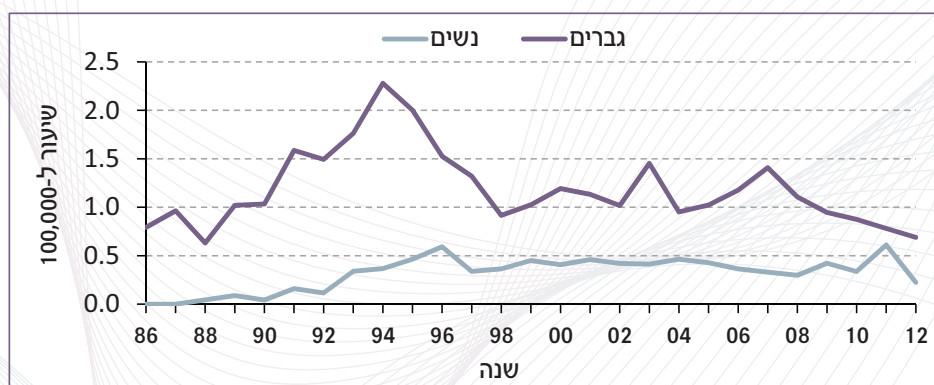
נתוני התמותה כוללים את מספר הנפטרים שהינם חולי איידס או נשאי HIV שנפטרו במהלך השנה, ללא קשר לסיבת הפטירה. בשנים 1998-2011 נפטרו בממוצע כ-50 חולים או נשאי HIV בשנה, ושיעור התמותה היה 0.7 ל-100,000. בשנת 2012 נצפתה ירידה בתמותה בקרב חולי איידס/ נשאי HIV, ושיעור התמותה היה 0.5 ל-100,000 (36 פטירות) (תרשים 2)⁴.

לאורך כל תקופת הדיווח היו שיעורי התמותה בגברים גבוהים משיעורי התמותה בנשים. בין השנים 1998-2011 היו שיעורי התמותה הממוצעים 1.1 ל-100,000 ו-0.4 ל-100,000, בגברים ובנשים בהתאמה. בשנת 2012 נפטרו 27 גברים ו-9 נשים שחיו עם הנגיף, ושיעורי התמותה היו 0.7 ו-0.2 ל-100,000, בגברים ובנשים בהתאמה (תרשים 3)⁴.

תרשים 2: מגמות בתמותה של חולי איידס ונשאי HIV בישראל, 1990-2012⁴: שיעורים ל-100,000



תרשים 3: מגמות בתמותה של חולי איידס ונשאי HIV בישראל, לפי מין, 1986-2012⁴: שיעורים ל-100,000

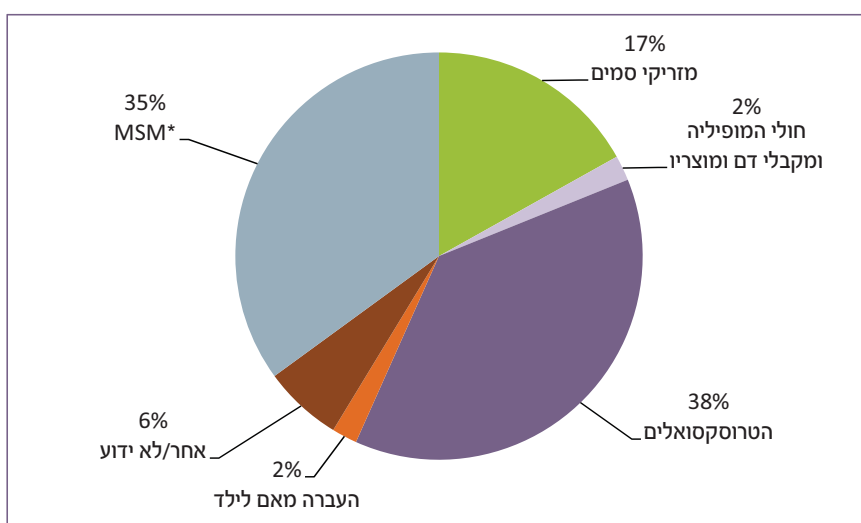


3. קבוצות סיכון למחלה

בתרשים 4 מוצגת התפלגות חולי האיידס ונשאי HIV (סה"כ) שחיו בישראל בשנת 2012, לפי קבוצות סיכון למחלה, בגברים ובנשים. מבין הגברים, 38% הם הטרוסקסואלים (1,838), 35% הם גברים המקיימים יחסים עם גברים (1,703), ו-17% מזריקי סמים (821) (תרשים א'4). מבין הנשים, 80% הן הטרוסקסואליות (2,045) ו-8% מזריקות סמים (207) (תרשים ב'4). כמו כן, 61% מהנשים ו-29% מהגברים הם יוצאי מדינות בהן הנגיף נפוץ⁴.

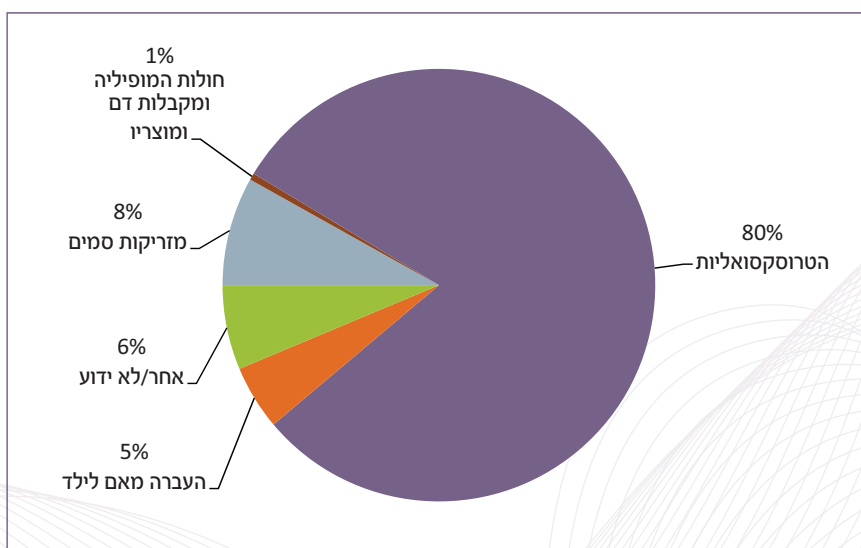
תרשים 4: חולי איידס ונשאי HIV בישראל לפי מין וגורמי סיכון, 2012: אחוזים

א. גברים (N=4,862)



*MSM: Men who have Sex with Men.

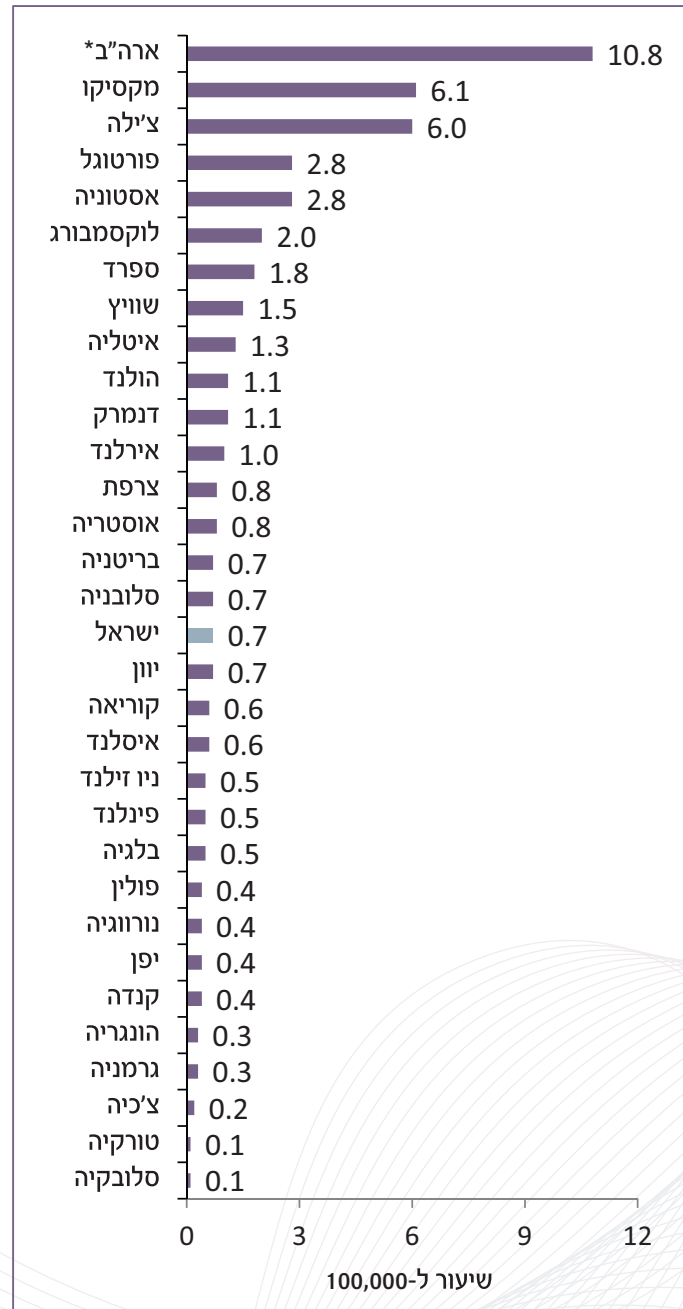
ב. נשים (N=2,549)



4. היארעות איידס: השוואה בין-לאומית

בשנת 2011 היה שיעור ההיארעות של מחלת האיידס בישראל 0.7 מקרים ל-100,000, שיעור הזהה לזה שנצפה בבריטניה, בסלובניה וביוון, וזהה לערך החציוני במדינות ה-OECD (50% מהמדינות בעלות ערך גבוה ממנו ו-50% בעלות ערך נמוך ממנו). שיעור ההיארעות הגבוה ביותר דווח בארה"ב. שיעורים גבוהים דווחו גם במקסיקו ובצ'ילה (תרשים 5).

תרשים 5: היארעות מחלת האיידס בישראל ובמדינות ה-OECD, 2011⁵: שיעורים ל-100,000



*נתונים משנת 2010.

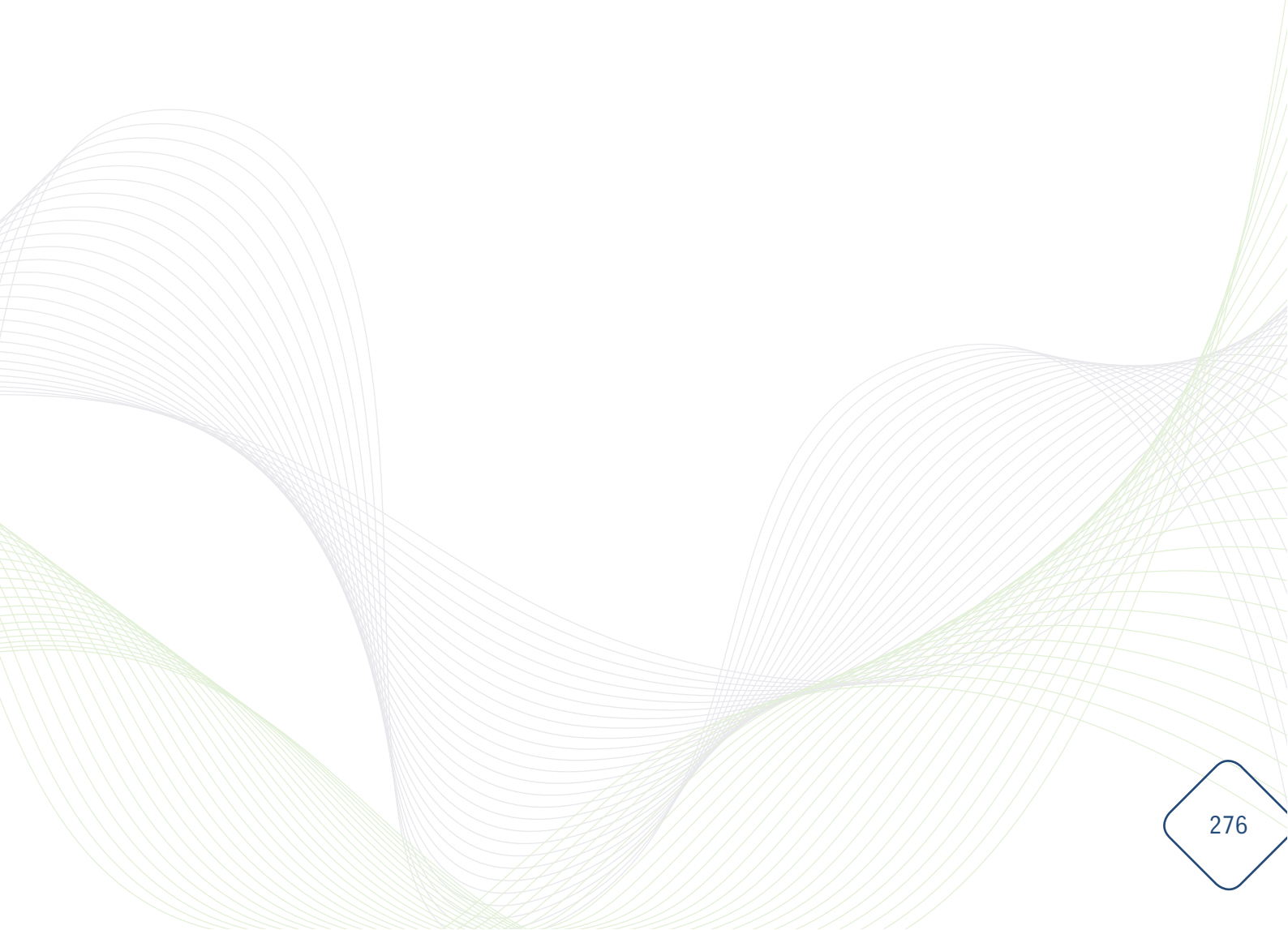
מקורות המידע

1. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS report on the global epidemic 2013. UNAIDS/10.12E/JC2035E
<http://www.unaids.org/globalreport/AIDSScorecards.htm>
2. Mor Z, Weinstein R, Grotto I, Levin Y, Chemtob D. Thirty years of HIV in Israel: current epidemiology and future challenges. BMJ Open. 2013. 3(7).
doi: 10.1136/bmjopen-2013-003078.
3. HIV/אידס בישראל, דו"ח אפידמיולוגי תקופתי 1981-2012. המחלקה לשחפת ואידס, האגף לאפידמיולוגיה, שרותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/AIDS_PeriodicReport2013.pdf
4. נתונים באדיבות המחלקה לשחפת ואידס, משרד הבריאות.
5. OECD (2013). "OECD Health Data: Health status", OECD Health Statistics (database). doi: 10.1787/data-00540-en.

פרק 6

גורמי סיכון
והתנהגויות
בריאות





יתר לחץ דם

ממצאים עיקריים

מתוך סקר INHIS-2:

- « על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, 18.4% מהגברים ו-20.6% מהנשים מדווחים על יתר לחץ דם שאובחן על ידי רופא.
- « ביהודים, השיעורים הם 19.5% בגברים ו-21.4% בנשים.
- « בערבים, השיעורים הם 13.0% בגברים ו-16.5% בנשים.
- « הן בגברים והן בנשים, נראית עלייה בשיעורי הימצאות יתר לחץ דם עם העלייה בגיל. בגילאי 65+ מגיעים השיעורים לשיא של 60.2% בנשים לעומת 51.6% בגברים.
- « בגילאים 50-64 שיעור יתר לחץ הדם בגברים ערבים גבוה יותר מאשר בגברים יהודים (38.2% ו-32.1% בהתאמה). בגילאי 65+ השיעור בגברים יהודים גבוה יותר מאשר בגברים ערבים (52.7% ו-38.1% בהתאמה).
- « בגילאים 50-64 שיעור יתר לחץ הדם בנשים ערביות גבוה יותר מאשר בנשים יהודיות (41.7% ו-28.8% בהתאמה). בגילאי 65+ השיעור בנשים יהודיות גבוה יותר מאשר בנשים ערביות (61.0% ו-48.4% בהתאמה).
- « נמצא קשר הפוך מובהק בין הימצאות יתר לחץ דם לבין מספר שנות ההשכלה.
- « 86.5% מהגברים ו-84.4% מהנשים המאובחנים עם יתר לחץ דם, מדווחים על שימוש בתרופות להורדת לחץ דם.

רקע

יתר לחץ דם (יל"ד) הוא גורם סיכון משמעותי לתחלואה ולתמותה ממחלות לב וכלי דם. על פי דוח ארגון הבריאות העולמי לשנת 2012, כ-13% מכלל מקרי המוות וכ-4% מסך ה-DALYs* ברחבי העולם מיוחסים ליתר לחץ דם. יתר לחץ דם תורם לכ-50% ממקרי המוות כתוצאה משבץ מוחי ולכ-45% ממקרי המוות כתוצאה ממחלת לב כלילית¹. אחד מכל שלושה מבוגרים ברחבי העולם סובל מיתר לחץ דם. שכיחות גבוהה של יתר לחץ דם בולטת במיוחד במדינות בעלות הכנסה בינונית-נמוכה. במדינות רבות באפריקה, כ-40%-50% מהמבוגרים סובלים מיתר לחץ דם לא מטופל. במדינות בעלות הכנסה גבוהה, לעומת זאת, אסטרטגיות נרחבות של אבחון וטיפול הקטינו משמעותית את ממוצע לחץ הדם, ותרמו להפחתת התמותה ממחלות לב². הקטגוריות הנהוגות לסיווג ערכי לחץ הדם מובאות בטבלה 1.

* DALYs: Disability Adjusted Life Years

טבלה 1: קטגוריות לחץ דם (במילימטר כספית) במבוגרים בני 18 ומעלה³

לחץ דם דיאסטולי (DBP)		לחץ דם סיסטולי (SBP)	
<80	-1	<120	תקין
80-89	1*/1א	120-139	טרם יתר לחץ דם
90-99	1א/1א	140-159	יתר לחץ דם דרגה 1
≥100	1א/1א	≥160	יתר לחץ דם דרגה 2

*בסיווג ערכי לחץ הדם יש להתייחס הן לערך הסיסטולי והן לערך הדיאסטולי, כאשר החומרה מוגדרת על פי הגבוה מבין השניים.

מקור הנתונים

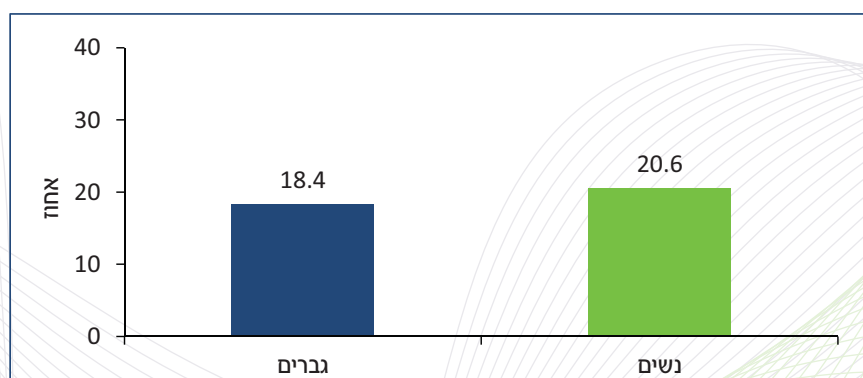
הנתונים בפרק זה מבוססים על דיווח עצמי על אבחון רופא מתוך סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2⁴. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה). על מנת לייצג את השיעורים בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). הרחבה אודות הסקר ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

1. ביצוע בדיקות לחץ דם

מרבית המרואיינים דיווחו כי ביצעו בדיקת לחץ דם בשנה שקדמה לסקר: 76.2% מהגברים ו-78.7% מהנשים. שיעור הנבדקים עולה עם הגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) מגיע שיעור הנבדקים בשנה שקדמה לסקר ל-96.3% ו-96.6% בגברים ובנשים, בהתאמה.

2. יתר לחץ דם לפי מין

תרשים 1: הימצאות יתר לחץ דם מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין. סקר INHIS-2⁴: אחוזים משוקללים לגיל ולקבוצת אוכלוסייה

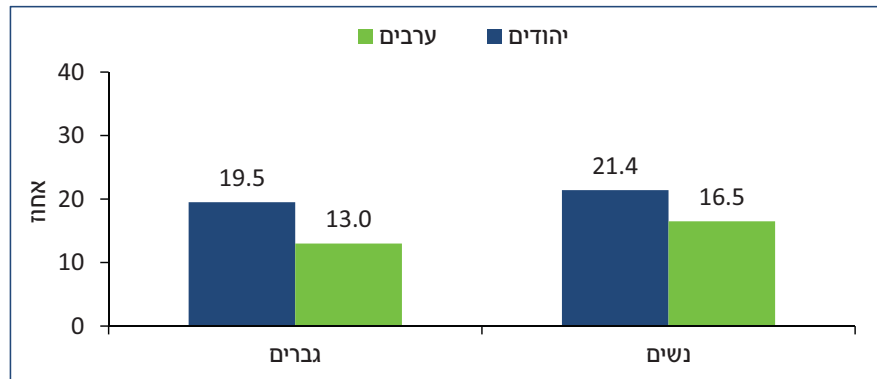


כחמישית מהנשים בסקר אובחנו על ידי רופא כבעלות יתר לחץ דם. שיעור זה גבוה בכ-12% מהשיעור בגברים ($p < 0.020$) (תרשים 1).

3. יתר לחץ דם לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

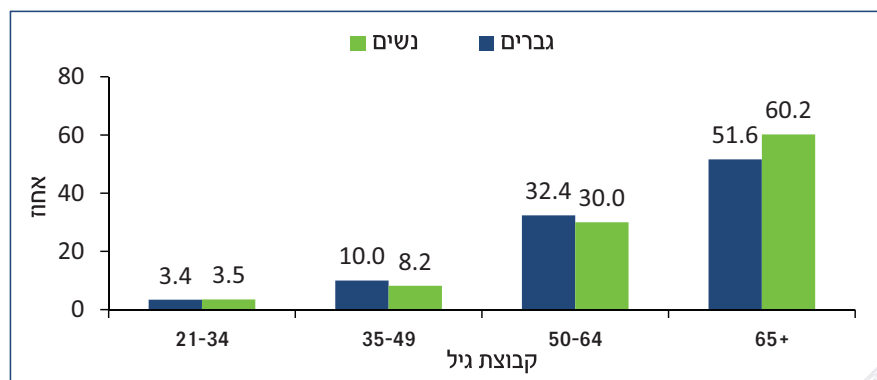
שיעורים גבוהים יותר של יתר לחץ דם נמצאו בקרב היהודים, נשים וגברים, בהשוואה לערבים ($p < 0.001$). בשתי קבוצות האוכלוסייה השיעורים בנשים גבוהים מהשיעורים בגברים. השיעור בגברים היהודים גבוה בכ-50% מהשיעור בגברים הערבים, והשיעור בנשים היהודיות גבוה בכ-30% מהשיעור בנשים הערביות (תרשים 2).

תרשים 2: הימצאות יתר לחץ דם מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה.
סקר INHIS-2⁴: אחוזים משוקללים לגיל



4. יתר לחץ דם, לפי מין וגיל

תרשים 3: הימצאות יתר לחץ דם מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין וגיל.
סקר INHIS-2⁴: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



שיעורי ההימצאות של יל"ד עולים עם הגיל בקבוצת הגיל הצעיר, שיעור הסובלים מיל"ד נמוך וכמעט זהה בשני המינים. בגילאי 64-35 השיעורים בגברים גבוהים מעט מהשיעורים בנשים. בקבוצת הגיל המבוגר (65+), שיעור יל"ד בנשים גבוה מהשיעור בגברים (תרשים 3).

5. יתר לחץ דם לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בגברים (תרשים 4א'), שיעורי יתר לחץ הדם בגילאים הצעירים (עד 50) מאוד דומים ביהודים ובערבים. בקבוצת הגיל 64-50 שיעור ההימצאות של יתר לחץ דם מעט יותר גבוה בגברים ערבים לעומת יהודים, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) השיעור בגברים יהודים גבוה בכ-40% לעומת גברים ערבים ($p = 0.080$). בעוד שבגברים יהודים שיעור יתר לחץ הדם גבוה בכ-60% בקבוצת הגיל המבוגר בהשוואה לקבוצת הגיל 64-50 ($p < 0.001$), בגברים הערבים נשמר שיעור קבוע מגיל 50 ומעלה.

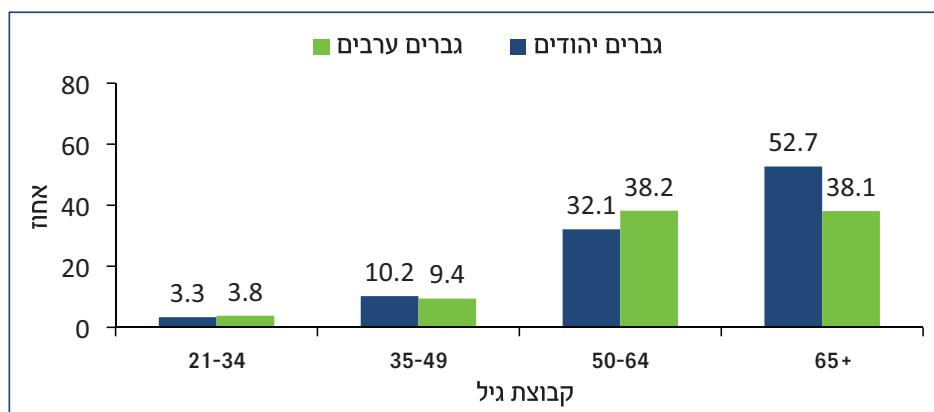
בנשים (תרשים 4ב'), שיעורי יתר לחץ הדם בגילאים 64-21 גבוהים יותר בנשים ערביות לעומת יהודיות. בקבוצת הגיל המבוגר (65+), לעומת זאת, גבוה יותר שיעור יתר לחץ הדם בנשים יהודיות. בנשים היהודיות חלה עלייה חדה בשיעורים בין קבוצת הגיל 64-50 לקבוצת הגיל המבוגר ($p < 0.001$), בה שיעור ההימצאות מגיע ל-61% בנשים.

הערביות, לעומת זאת, העלייה בשיעורים בין אותן קבוצות גיל מתונה יחסית. בקבוצת הגיל המבוגר (65+) שיעורי יתר לחץ הדם גבוהים יותר באוכלוסייה היהודית, הן בגברים והן בנשים.

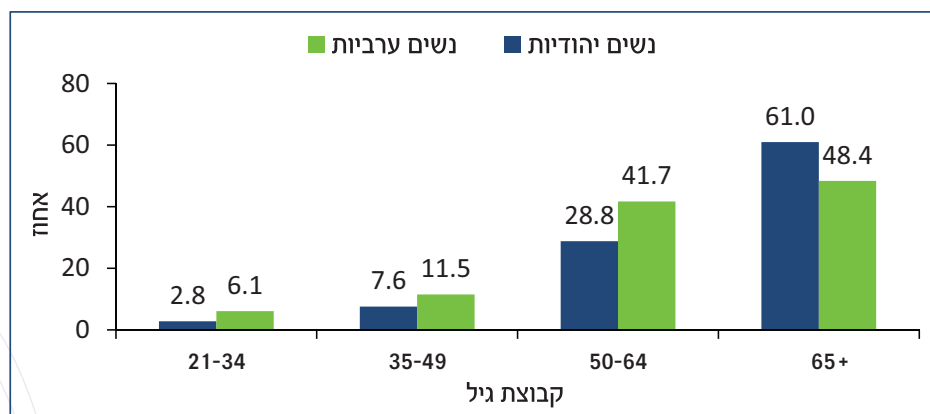
תרשים 4: הימצאות יתר לחץ דם מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי), לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

סקר INHIS-2⁴: אחוזים

תרשים 4א. גברים



תרשים 4ב. נשים



6. יתר לחץ דם לפי השכלה וקבוצת אוכלוסייה

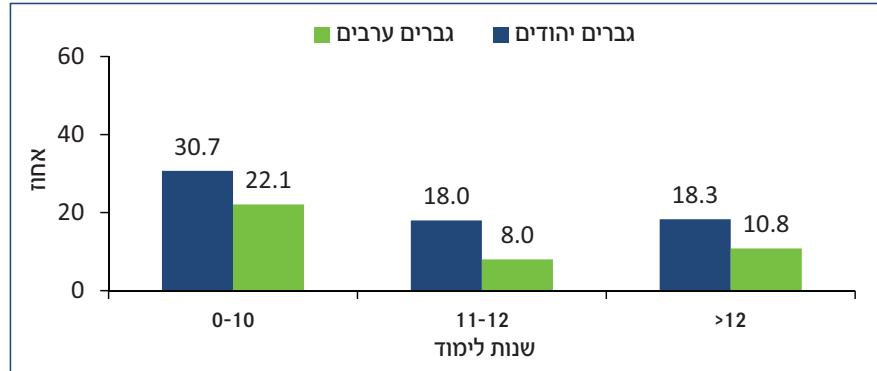
המשתנה "השכלה" הוגדר לפי מספר שנות הלימוד שדיווחו המרואיינים ונבחן בקטגוריות הבאות: עד 10 שנות לימוד (השכלה נמוכה), 11-12 שנות לימוד (השכלה בינונית), ומעל ל-12 שנות לימוד (השכלה גבוהה). נמצא קשר הפוך מובהק בין יתר לחץ דם לשנות השכלה ($p < 0.001$).

שיעור הגברים הסובלים מיתר לחץ דם, גבוה יותר בקרב בעלי השכלה נמוכה בהשוואה לבעלי השכלה גבוהה, בשתי קבוצות האוכלוסייה. ביהודים בעלי השכלה נמוכה, שיעור יתר לחץ הדם גבוה פי 1.7 בהשוואה לבעלי השכלה בינונית וגבוהה. בערבים בעלי השכלה נמוכה, שיעור יתר לחץ הדם גבוה פי 2.8 בהשוואה לבעלי השכלה בינונית, ופי 2 בהשוואה לבעלי השכלה גבוהה (תרשים 5א').

בדומה לנצפה בגברים, גם בקרב הנשים נראית ירידה בשיעורי יתר לחץ הדם עם העלייה ברמת ההשכלה, בשתי קבוצות האוכלוסייה. שיעור יתר לחץ הדם ביהודיות בעלות השכלה נמוכה גבוה פי 2.1 מהשיעור בבעלות השכלה בינונית ופי 2.5 מהשיעור בבעלות השכלה גבוהה. שיעור יתר לחץ הדם בערביות בעלות השכלה נמוכה, גבוה פי 2.3 מהשיעור בבעלות השכלה בינונית ופי 4 מהשיעור בבעלות השכלה גבוהה (תרשים 5ב').

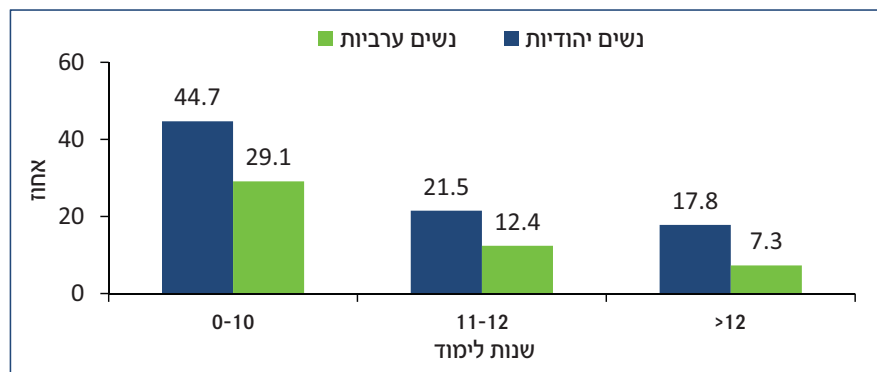
תרשים 5: הימצאות יתר לחץ דם מאובחן על ידי רופא (דיווח עצמי) לפי מין, קבוצת אוכלוסייה ומספר שנות לימוד. סקר INHIS-2⁴: אחוזים משוקללים לגיל

תרשים 5א. גברים



שיעור הגברים הסובלים מיתר לחץ דם, גבוה יותר בקרב בעלי השכלה נמוכה בהשוואה לבעלי השכלה בינונית וגבוהה, הן ביהודים והן בערבים (תרשים 5א').

תרשים 5ב. נשים

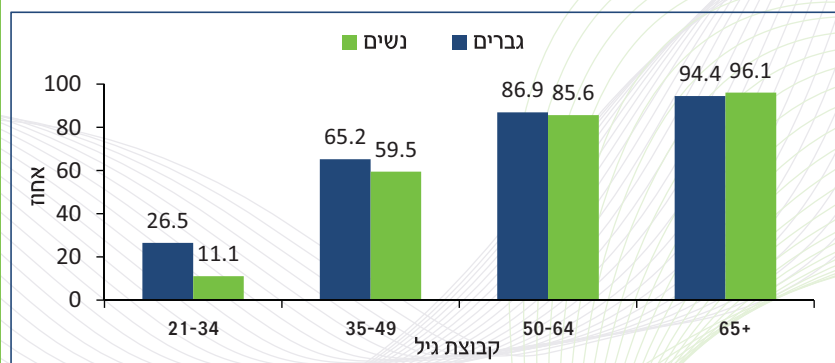


בדומה לנצפה בגברים, גם בנשים נראית ירידה בשיעורי יתר לחץ הדם עם העלייה ברמת ההשכלה, הן ביהודיות והן בערביות (תרשים 5ב').

7. צריכת תרופות לטיפול ביתר לחץ דם

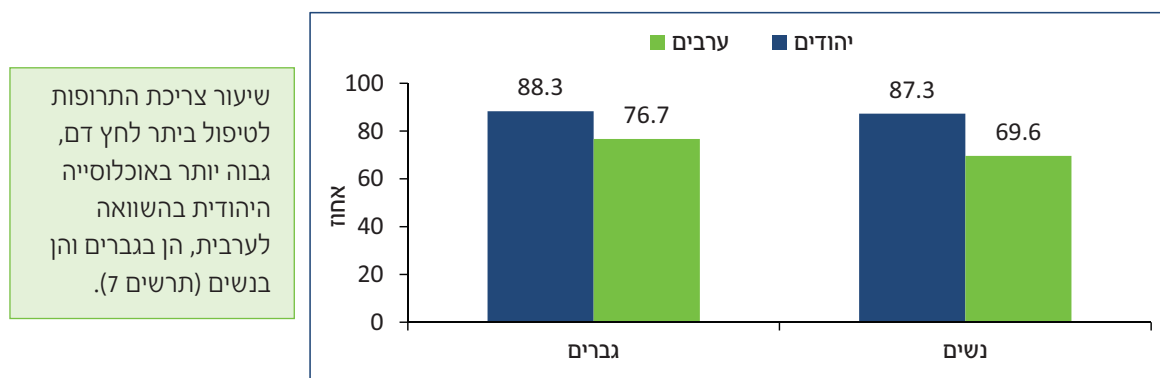
המרואיינים בסקר נשאלו האם במהלך השבועיים האחרונים לקחו תרופות שנרשמו על ידי רופא לטיפול ביתר לחץ דם. 86.5% מהגברים ו-84.4% מהנשים המאובחנים עם יתר לחץ דם דיווחו כי הם משתמשים בתרופות להורדת לחץ דם. תרשים 6 מציג את שיעור הצרכים תרופות לטיפול ביתר לחץ דם, בקרב המאובחנים עם המחלה, לפי גיל ומין. תרשים 7 מציג את שיעור הצרכים תרופות לטיפול ביתר לחץ דם, בקרב המאובחנים עם המחלה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה.

תרשים 6: צריכת תרופות להורדת לחץ דם בקרב בעלי יתר לחץ דם, בשבועיים שקדמו לסקר (דיווח עצמי), לפי גיל ומין. סקר INHIS-2⁴: אחוזים



שיעורי צריכת התרופות לטיפול ביתר לחץ דם עולים עם הגיל, בשני המינים. בקבוצת הגיל הצעיר, השיעור גבוה באופן ניכר בגברים לעומת נשים. הפערים הולכים ומצטמצמים, ומגיל 50 ומעלה, דומים מאוד שיעורי צריכת התרופות בגברים ובנשים (תרשים 6).

תרשים 7: צריכת תרופות להורדת לחץ דם בקרב בעלי יתר לחץ דם, בשבועיים שקדמו לסקר (דיווח עצמי), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁴: אחוזים



שיעור צריכת התרופות לטיפול ביתר לחץ דם, גבוה יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לערבית, הן בגברים והן בנשים (תרשים 7).

מקורות המידע

1. World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2012 Report. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en.
3. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289:2560-71.
4. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2007-2010. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.

רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם

ממצאים עיקריים

מתוך סקר INHIS-2:

- « על פי סקר INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, שיעור ביצוע הבדיקה למדידת רמת כולסטרול בדם עולה עם הגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) מגיע לכ-90%.
- « רמת הכולסטרול בדם גבוהה בכ-20% מהגברים. שיעור זה נמוך מעט מהשיעור המקביל בנשים.
- « לכ-10.5% מהגברים רמת הטריגליצרידים בדם גבוהה מהנורמה. שיעור זה גבוה מעט מהשיעור המקביל בנשים.
- « שיעור גבוה יותר של רמת כולסטרול גבוהה בדם נמצא ביהודים, ואילו שיעור גבוה יותר של רמת טריגליצרידים גבוהה בדם נמצא בערבים.
- « שיעור ההימצאות של רמת כולסטרול גבוהה בדם עולה עם הגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) מגיע השיעור לשיא של 53.8% בנשים ו-39.2% בגברים.
- « שיעור ההימצאות של רמת טריגליצרידים גבוהה בדם מגיע לשיא של 20.6% בנשים, בקבוצת הגיל המבוגר (65+), ואילו בגברים מגיע השיעור לשיא של 19.7% בקבוצת הגיל 50-64.
- « השימוש בתרופות להורדת כולסטרול, בקרב בעלי כולסטרול גבוה בדם, עולה עם הגיל. בקבוצת הגיל המבוגר (65+) מתקרב שיעור השימוש בתרופות ל-90%, בגברים ובנשים.
- « שיעורים גבוהים יותר של רמת כולסטרול גבוהה בדם נמצאו בקרב בעלי השכלה נמוכה, בהשוואה לבעלי השכלה בינונית וגבוהה, ביהודים ובערבים, בשני המינים.

רקע

רמות כולסטרול גבוהות בדם מעלות את הסיכון למחלות לב ולשבץ¹. רמות טריגליצרידים גבוהות בדם מהוות גורם סיכון עצמאי למחלת לב כלילית². כשליש ממקרי מחלת לב כלילית ברחבי העולם מיוחסים לרמות כולסטרול גבוהות. בשנת 2008, הימצאות כולסטרול גבוה במבוגרים ברחבי העולם הייתה כ-39%. במדינות בעלות הכנסה נמוכה, כרבע מן המבוגרים סובלים מרמות כולסטרול גבוהות. במדינות בעלות הכנסה נמוכה-בינונית עולה השיעור לשליש. במדינות בעלות הכנסה גבוהה, מעל ל-50% מהמבוגרים מאובחנים עם רמות כולסטרול גבוהות¹. התרופות הקיימות להורדת שומנים בדם יכולות לתרום משמעותית להורדת שיעור מחלות הלב וכלי הדם ברחבי העולם. יחס עלות-תועלת באיתור בעלי רמות שומנים גבוהות בדם וטיפול בתרופות נמצא חיובי גם במדינות בעלות רמת הכנסה נמוכה-בינונית³.

טבלה 1: ערכי כולסטרול וטריגליצרידים על פי הנחיות ה-NIH* בארצות הברית⁴

אופטימאלי	גבולי	גבוה	גבוה מאוד	
<150	150-199	200-499	≥500	טריגליצרידים (מ"ג/ד"ל)
<200	200-239	≥240		כולסטרול כולל (מ"ג/ד"ל)
אופטימאלי: <100 תת-אופטימאלי: 100-129	130-159	160-189	≥190	LDL (מ"ג/ד"ל)
אופטימאלי	גבולי	נמוך		
≥60 (מוריד סיכון)	גברים (40-59) נשים (50-59)	גברים (<40) נשים (<50)		HDL (מ"ג/ד"ל)

*NIH: National Institutes of Health.

מקור הנתונים

הנתונים בפרק זה מבוססים על דיווח עצמי על אבחון רופא מתוך סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2⁵. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה). על מנת לייצג את השיעורים בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). הרחבה אודות הסקר ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

1. ביצוע בדיקות

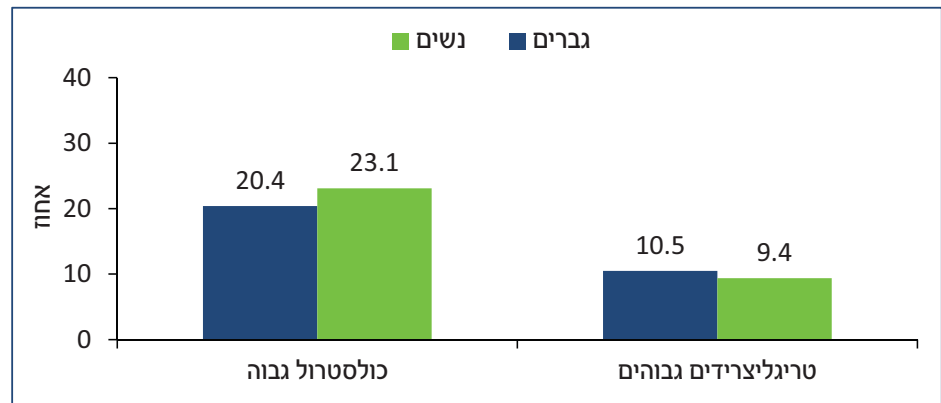
בסקר INHIS-2, 59% מהגברים ו-66% מהנשים דיווחו כי ביצעו בדיקה למדידת רמת כולסטרול בשנה שקדמה לסקר. שיעור הנבדקים עולה עם הגיל ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) מגיע שיעור הנבדקים ל-89.5% ו-90% בגברים ובנשים, בהתאמה.

2. הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם, לפי מין

כחמישית מהגברים דיווחו כי הם בעלי כולסטרול גבוה בדם. שיעור זה נמוך מעט מהשיעור בנשים ($p=0.865$). 10.5% מהגברים דיווחו על טריגליצרידים גבוהים בדם. שיעור זה גבוה מעט מהשיעור בנשים ($p<0.001$) (תרשים 1).

תרשים 1: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי מין.

סקר INHIS-2⁵: אחוזים משוקללים לגיל ולקבוצת אוכלוסייה

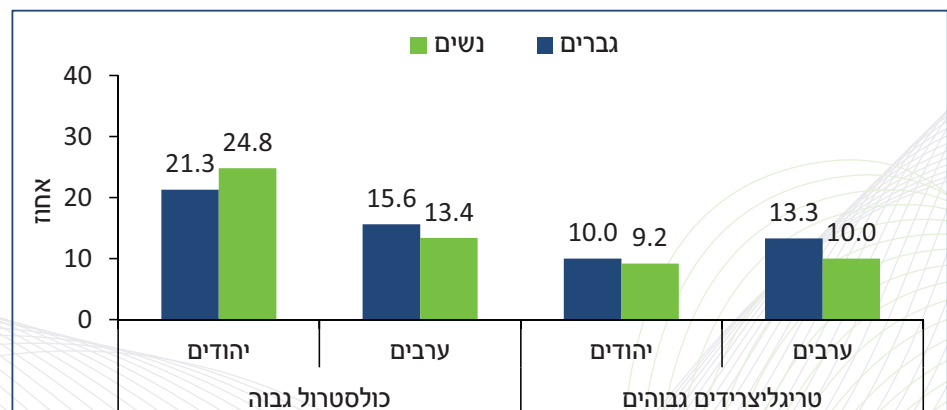


3. הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

רמות גבוהות של כולסטרול בדם נמצאו בשיעור גבוה יותר ביהודים מאשר בערבים ($p<0.001$), ואילו רמות טריגליצרידים גבוהות נמצאו בשיעור מעט יותר גבוה בערבים מאשר ביהודים ($p=0.007$). בקרב היהודים, רמות הכולסטרול מעט יותר גבוהות בנשים מאשר בגברים, ואילו בערבים רמות הכולסטרול מעט יותר גבוהות בגברים מאשר בנשים. רמות הטריגליצרידים גבוהות מעט יותר בגברים, הן ביהודים והן בערבים (תרשים 2).

תרשים 2: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול וטריגליצרידים בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי מין

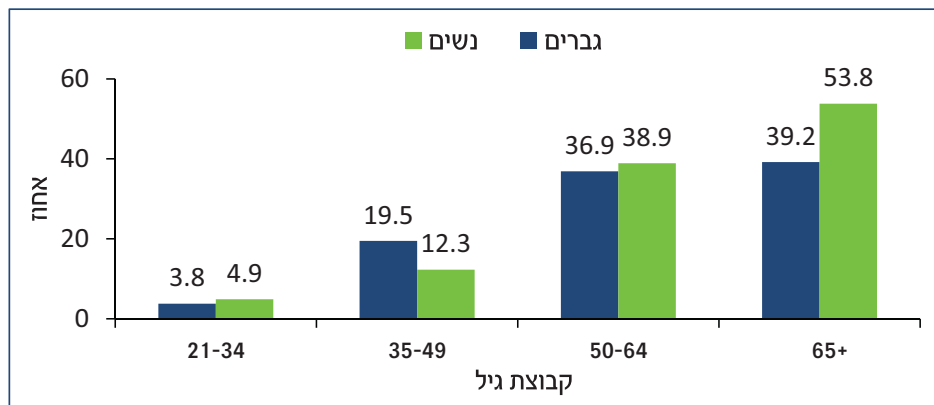
וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁵: אחוזים משוקללים לגיל



4. רמות כולסטרול גבוהות, לפי מין וגיל

שיעורי הימצאות כולסטרול גבוה בדם עולים עם העלייה בגיל ($p < 0.001$). בקבוצת הגיל הצעיר (21-34) הימצאות כולסטרול גבוה בדם נמוכה ודומה בשני המינים. בגילאי 35-49 שיעור ההימצאות בגברים גבוה בכ-60% לעומת השיעור בנשים ($p < 0.001$). בקבוצת הגיל 50-64 השיעורים דומים בשני המינים, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) עולה משמעותית השיעור בנשים ומגיע לשיא של 53.8% לעומת 39.2% בגברים ($p < 0.001$) (תרשים 3).

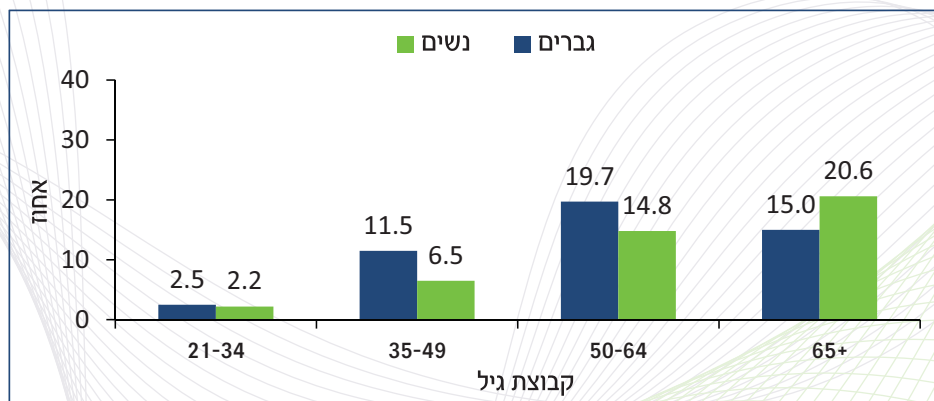
תרשים 3: הימצאות רמות גבוהות של כולסטרול בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי מין וגיל.
סקר INHIS-2⁵: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



5. רמות טריגליצרידים גבוהות, לפי מין וגיל

בדומה לכולסטרול, הימצאות רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם עולה עם הגיל ($p < 0.001$). בקבוצת הגיל הצעיר (21-34) שיעור בעלי טריגליצרידים גבוהים בדם נמוך ודומה בשני המינים. בגברים חלה עלייה חדה בשיעור ההימצאות בגילאי 35-49. בקבוצת הגיל 50-64 נראית עלייה נוספת, עד לשיעור שיא של 19.7%, ובבני 65 ומעלה חלה ירידה בשיעורים. בנשים, העלייה בשיעורים הדרגתית ומתונה יותר, ושיעור ההימצאות הגבוה ביותר (20.6%) נמצא בקבוצת הגיל המבוגר (65+). מתחת לגיל 65, השיעורים גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים ($p < 0.004$). בקבוצת הגיל המבוגר (65+) השיעור גבוה יותר בנשים ($p < 0.007$) (תרשים 4).

תרשים 4: הימצאות רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי מין וגיל.
סקר INHIS-2⁵: אחוזים משוקללים לקבוצת אוכלוסייה



6. רמות כולסטרול גבוהות, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

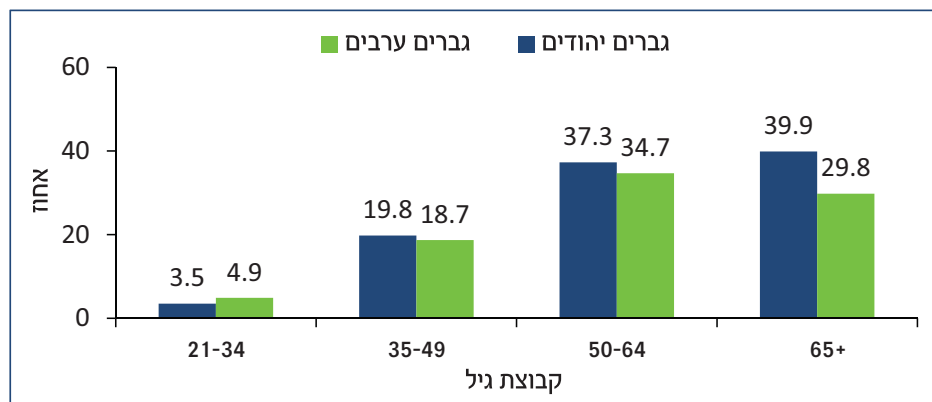
בקרב הגברים (תרשים א'), שיעור הימצאות כולסטרול גבוה בדם דומה ביהודים ובערבים בגילאים 21-64. בין קבוצת הגיל 64-50 לקבוצת הגיל המבוגר (65+) חלה ירידה בשיעור ההימצאות בערבים, לעומת עלייה קלה ביהודים, והשיעור ביהודים בגילאי 65 ומעלה גבוה בכ-34% מהשיעור בערבים. בקרב הנשים (תרשים ב'), שיעור הימצאות כולסטרול גבוה בדם כמעט זהה ביהודיות ובערביות בקבוצת הגיל הצעיר (21-34). בהמשך, השיעור גבוה יותר ביהודיות, בפערים אשר הולכים וגדלים עם העלייה בגיל. בין קבוצת הגיל 64-50 לקבוצת הגיל המבוגר (65+) עולה השיעור ביהודיות, מ-39.9% ל-55.1% ($p < 0.001$). בערביות, לעומת זאת, השיעור באותן קבוצות גיל נשאר דומה (כ-33%). בהשוואה בין המינים, בולט שיעור גבוה משמעותית של כולסטרול גבוה בדם בנשים מעל גיל 65, באוכלוסייה היהודית: 55.1% מהנשים היהודיות מעל גיל 65 מדווחות על רמות כולסטרול גבוהות, לעומת 39.9% מהגברים היהודים ($p < 0.001$).

יש לציין כי בקבוצת הגיל המבוגר (65+) תיתכן הערכת חסר של שיעור ההימצאות בערבים לעומת היהודים, היות ובקבוצת גיל זו נמוך יותר שיעור המבצעים בדיקות למדידת רמת הכולסטרול בערבים. (אחוז המבצעים בדיקה בגיל 65+ ביהודים: 90.1% בגברים ו-91.0% בנשים. אחוז המבצעים בדיקה בגיל 65+ בערבים: 82.1% בגברים ו-76.3% בנשים).⁵

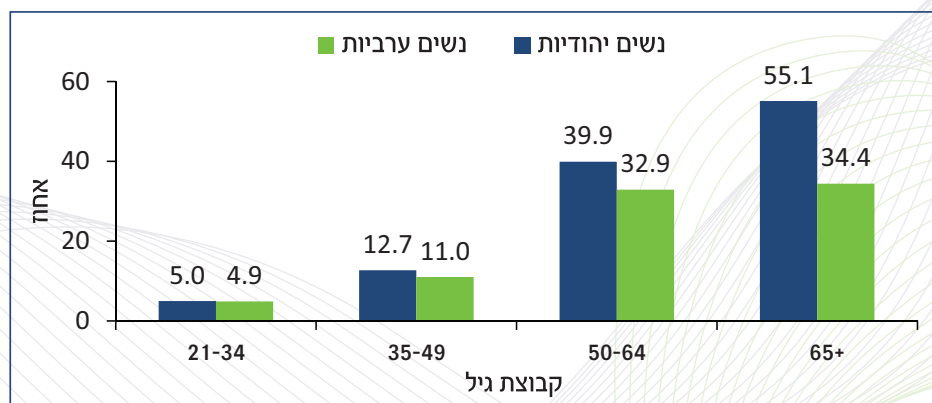
תרשים 5: הימצאות כולסטרול גבוה בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

סקר INHIS-2⁵: אחוזים

תרשים א. גברים



תרשים ב. נשים

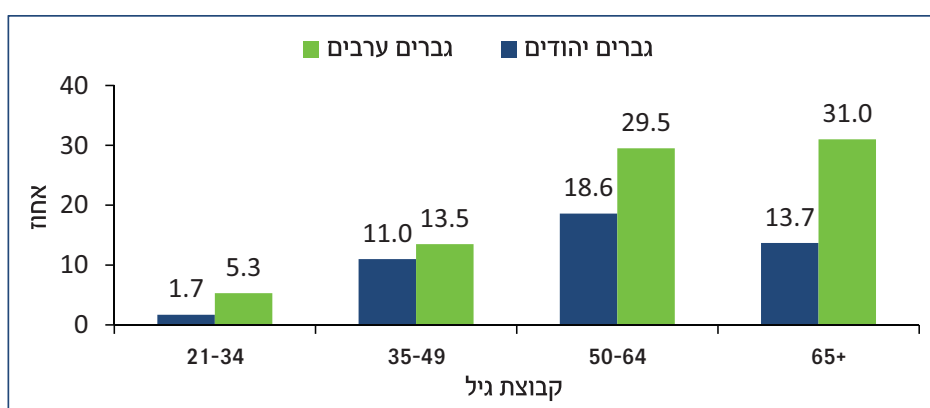


7. רמות טריגליצרידים גבוהות, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

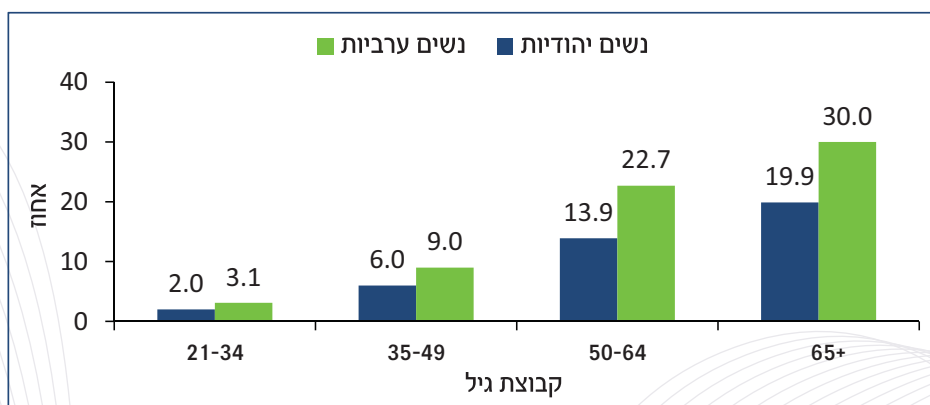
באוכלוסייה הערבית נמצא שיעור הימצאות גבוה יותר של טריגליצרידים גבוהים בדם, בגברים ובנשים, בכל קבוצות הגיל. בגברים הערבים (תרשים א'6) נראית עלייה הדרגתית בהימצאות עם העלייה בגיל, ואילו ביהודים יורד השיעור בין קבוצת הגיל 64-50 לגילאי 65 ומעלה. בגיל 65 ומעלה, השיעור בערבים גבוה פי 2.3 מהשיעור ביהודים ($p < 0.001$). בקרב הנשים (תרשים ב'6), נראית עלייה הדרגתית בהימצאות עם העלייה בגיל, ביהודיות ובערביות. בקבוצת הגיל המבוגר (65+) השיעור גבוה פי 1.5 בערביות לעומת יהודיות.

תרשים 6: הימצאות רמות גבוהות של טריגליצרידים בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

תרשים א'6. גברים



תרשים ב'6. נשים



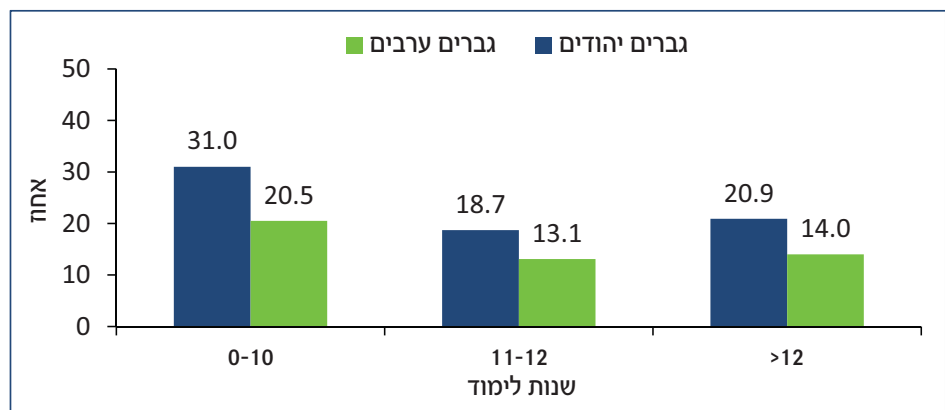
8. רמות כולסטרול גבוהות, לפי השכלה, מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 7 מוצגים שיעורי הימצאות כולסטרול גבוה בדם, לפי רמות השכלה: נמוכה (עד 10 שנות לימוד), בינונית (11-12 שנות לימוד) וגבוהה (מעל ל-12 שנות לימוד). שיעורים גבוהים יותר של כולסטרול גבוה בדם נמצאו בבעלי השכלה נמוכה, בהשוואה לבעלי השכלה בינונית וגבוהה, ביהודים ובערבים, בשני המינים ($p < 0.001$). בכל הקטגוריות, שיעורים גבוהים יותר של כולסטרול גבוה בדם נמצאו ביהודים. פערים גדולים יותר בין יהודים לערבים נראים בקרב הנשים, כאשר בולט במיוחד שיעור ההימצאות הגבוה בנשים יהודיות בעלות השכלה נמוכה (45%).

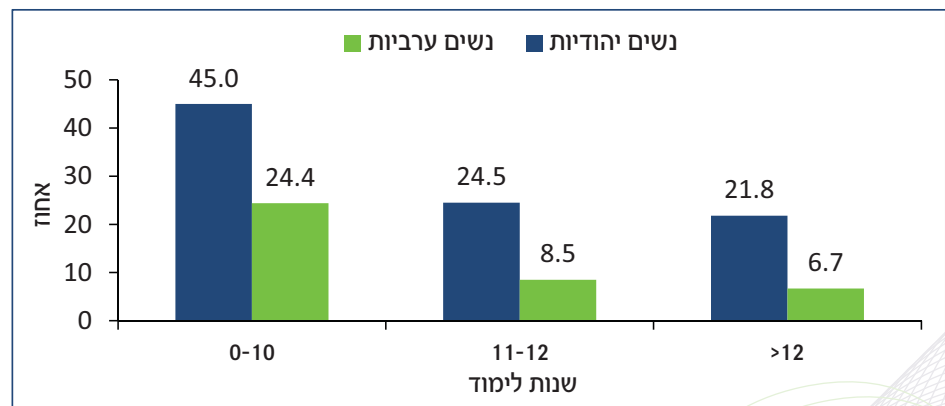
תרשים 7: הימצאות כולסטרול גבוה בדם, דיווח עצמי על אבחון רופא, לפי השכלה, מין וקבוצת אוכלוסייה.

סקר INHIS-2⁵: אחוזים משוקללים לגיל

תרשים 7א. גברים



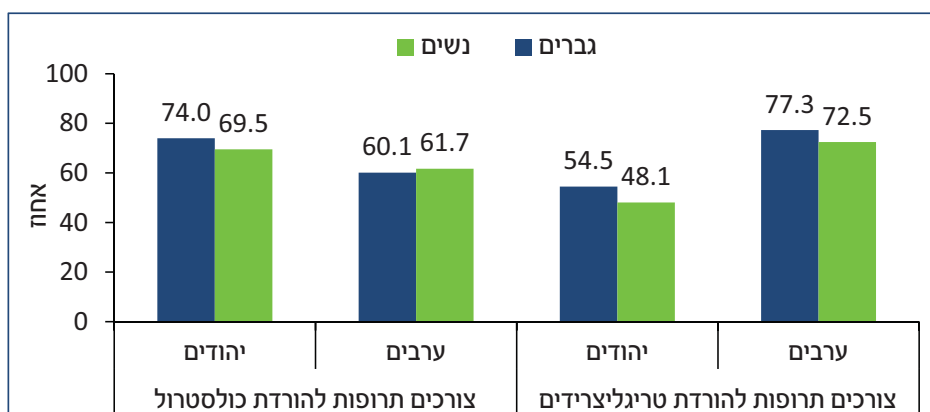
תרשים 7ב. נשים



9. צריכת תרופות להורדת שומנים בדם, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 8 ניתן לראות כי בקרב בעלי רמות כולסטרול גבוהות בדם, שיעור צריכת התרופות גבוה יותר ביהודים, ואילו בקרב בעלי טריגליצרידים גבוהים, שיעור צריכת התרופות גבוה יותר בערבים. בסך הכול, צריכת התרופות מעט יותר גבוהה בגברים לעומת נשים, להוציא צריכת תרופות להורדת כולסטרול בערבים, אשר כמעט זהה בשני המינים.

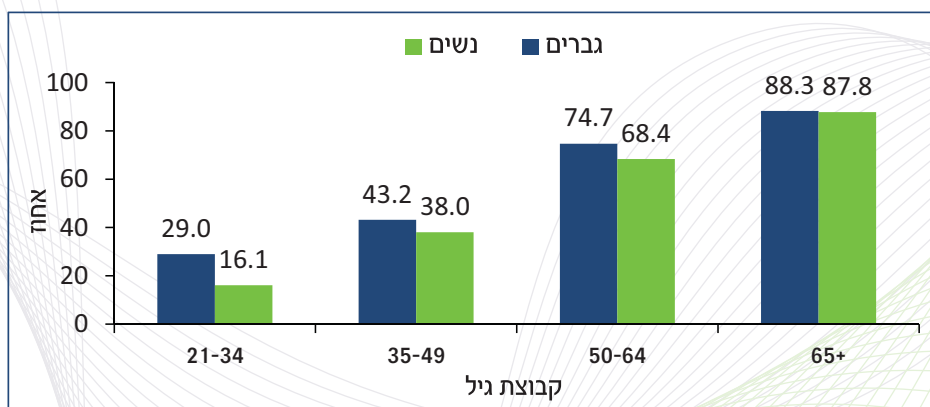
תרשים 8: צריכת תרופות להורדת כולסטרול/טריגליצרידים, בשבועיים שקדמו לסקר (דיווח עצמי), בקרב בעלי רמות כולסטרול/טריגליצרידים גבוהות, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁵: אחוזים



10. צריכת תרופות להורדת כולסטרול, לפי גיל ומין

השימוש בתרופות להורדת כולסטרול בקרב הסובלים מכולסטרול גבוה בדם, עולה עם העלייה בגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+), מתקרב השיעור ל-90%, בגברים ובנשים. בכל קבוצות הגיל, שיעור צריכת התרופות גבוה יותר בגברים, כאשר הפער הגדול ביותר בין גברים לנשים נצפה בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), בה גבוה שיעור הצריכה בגברים פי 1.8 מהשיעור בנשים. הפער בין המינים מצטמצם עם העלייה בגיל, עד לשיעור כמעט זהה בקבוצת הגיל המבוגר (תרשים 9).

תרשים 9: צריכת תרופות להורדת כולסטרול, בשבועיים שקדמו לסקר (דיווח עצמי), בקרב בעלי רמות כולסטרול גבוהות, לפי גיל ומין. סקר INHIS-2⁵: אחוזים



מקורות המידע

5. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). Raised cholesterol. Available at: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/index.html.
6. Cullen P. Evidence that triglycerides are an independent coronary heart disease risk factor. American Journal of Cardiology 2000;86:943-949.
7. Roth A, Fihn D, Mokdad H et al. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries. Bulletin of the World Health Organization 2011;89:92-101. doi: 10.2471/BLT.10.079947.
8. National Institutes of Health; National Heart Lung, and Blood Institute; National Cholesterol Education Program. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III): Final Report. NIH Publication No. 02-5215, September 2002.
9. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2010-2007. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.

משקל גוף והשמנה

ממצאים עיקריים

באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה)

- « על פי סקר KAP 2011, 49.8% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל סובלים מעודף משקל או השמנה ($BMI \leq 25$): 34.1% בעלי עודף משקל ($25 < BMI < 30$) ו-15.7% סובלים מהשמנה ($BMI \geq 30$).
- « שיעור עודף המשקל גבוה בכ-50% בגברים מאשר בנשים, ואילו שיעור ההשמנה דומה בגברים ובנשים.
- « שיעור ההשמנה בגברים ערבים גבוה בכ-27% מהשיעור בגברים יהודים.
- « שיעור עודף המשקל בנשים ערביות גבוה בכ-16% מהשיעור בנשים יהודיות, ושיעור ההשמנה בנשים ערביות גבוה בכ-27% מהשיעור בנשים יהודיות.
- « בגברים יהודים, השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה ($BMI \leq 25$) נצפה בגילאים 45-64, בהם מגיע השיעור לכ-70%.
- « בגברים ערבים, השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה ($BMI \leq 25$) נצפה בקבוצת הגיל המבוגר (65+), בה מגיע השיעור לכ-80%.
- « בנשים יהודיות, השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה ($BMI \leq 25$) נצפה בקבוצת הגיל המבוגר (65+), בה מגיע השיעור לכ-64%.
- « בנשים ערביות, השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה ($BMI \leq 25$) נצפה בגילאים 45-64, בהם מגיע השיעור לכ-79%.
- « שיעורי ההשמנה ועודף המשקל יורדים עם העלייה ברמת ההשכלה. שיעור ההשמנה בבעלי השכלה גבוהה (מעל 12 שנות לימוד) נמוך בכ-24% מהשיעור בבעלי השכלה בינונית (11-12 שנות לימוד), ובכ-51% מהשיעור בבעלי השכלה נמוכה (עד 10 שנות לימוד).
- « בהשוואה לשנים קודמות (סקר KAP 2011 לעומת KAP 2004) נצפית עלייה בהימצאות ההשמנה בגברים יהודים וערבים, ובנשים יהודיות. בנשים ערביות נצפית ירידה קלה בהימצאות.
- « שיעורי ההשמנה בקרב גברים ונשים בישראל נמוכים משיעור ההשמנה הממוצע במדינות ה-OECD (מקומות 20 ו-21 בהתאמה, מתוך 34 מדינות).

בילדים ובמתבגרים

- « שיעורי עודף משקל והשמנה (יחד) מראים עלייה הדרגתית עם הגיל בכיתות א'-ה', התייצבות בכיתות ה'-ז', וירידה מתונה בכיתות ז'-ט'.
- « השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה נמצא בכיתות ה'-ז' ועומד על 30.7%.
- « השיעורים הנמוכים ביותר של עודף משקל והשמנה נמצאו בקרב התלמידים הבדואים בדרום. שיעורים נמוכים יחסית נמצאו גם בתלמידים החרדים.
- « השיעורים הגבוהים ביותר של עודף משקל והשמנה בכיתות הגבוהות (ז'-ט'), נמצאו בתלמידים הערבים.
- « בכיתות הנמוכות (א'-ה'), השיעורים הגבוהים ביותר של עודף משקל והשמנה נמצאו בתלמידי בתי הספר הממלכתיים (יהודים).

משקל גוף והשמנה

רקע

תופעת ההשמנה הנה אחד האתגרים הגדולים ביותר בבריאות הציבור של המאה ה-21¹. מאז שנות ה-80, שיעור ההימצאות של השמנה ברחבי העולם כמעט הוכפל. בשנת 2008, 10% מהגברים בעולם (מעל ל-200 מיליון) ו-14% מהנשים (קרוב ל-300 מיליון) הוגדרו כסובלים מהשמנה (obesity). זאת לעומת 5% מהגברים ו-8% מהנשים בשנת 1980^{2,3}. כמחצית מהעלייה בשיעורי ההשמנה חלה ב-20 השנים שבין 1980 ל-2000, והמחצית השנייה ב-8 השנים שבין 2000 ל-2008⁴.

קרוב ל-3 מיליון איש ברחבי העולם מתים מדי שנה כתוצאה מעודף משקל או השמנה. לעודף משקל ולהשמנה השפעה שלילית על האזון המטבולי של כולסטרול, טריגליצרידים, לחץ דם ותנגודת לאינסולין. עם העלייה ב-BMI* עולה בהתמדה הסיכון למחלת לב כלילית, שבץ מוחי וסוכרת מסוג 2. השמנה מעלה את הסיכון גם לסוגים שונים של סרטן כגון: סרטן השד, המעי הגס והערמונית³. הסיכון לפתח יותר ממחלה אחת עולה עם העלייה ב-BMI¹.

בפרק זה מוצגים הנתונים בחלוקה ל-2 שכבות אוכלוסייה:

1. האוכלוסייה הבוגרת. 2. ילדים ומתבגרים.

1. משקל גוף והשמנה באוכלוסייה הבוגרת

קטגוריות ה-BMI המקובלות במבוגרים מוצגות בטבלה 1 להלן.

טבלה 1: קטגוריות BMI על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO) עבור מבוגרים מעל גיל 20⁵

מצב תזונתי (Nutritional Status)	BMI
תת-משקל (Underweight)	$BMI < 18.5$
משקל תקין (Normal Weight)	$18.5 \leq BMI < 25$
עודף משקל (Pre-Obesity)	$25 \leq BMI < 30$
השמנה מדרגה 1 (Obesity class 1)	$30 \leq BMI < 35$
השמנה מדרגה 2 (Obesity class 2)	$35 \leq BMI < 40$
השמנה מדרגה 3 (Obesity class 3)	$40 \leq BMI$

* BMI (Body Mass Index) = משקל הגוף (בקילוגרם) / ריבוע הגובה (במטרים). מדד מסת הגוף הנו המדד המקובל להגדרת מצבו התזונתי של אדם.

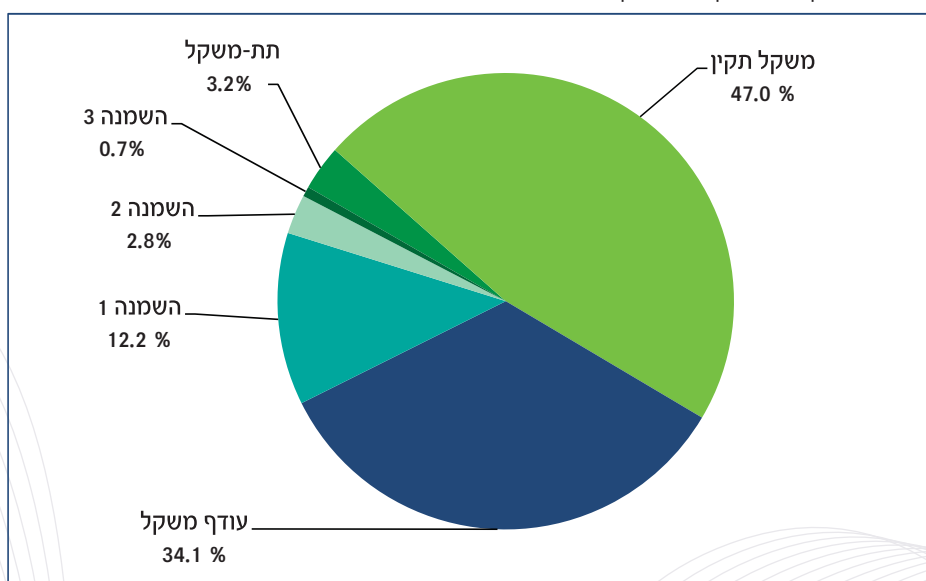
מקור הנתונים

הנתונים אודות האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה) מבוססים על סקר KAP 2011⁶, אשר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2010-2012. ערכי ה-BMI חושבו מנתוני דיווח עצמי של משקל וגובה. על מנת לייצג את השיעורים בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים).
הרחבה אודות הסקר ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

1.1 התפלגות BMI באוכלוסייה הבוגרת

תרשים 1 מציג את התפלגות ערכי ה-BMI באוכלוסייה הבוגרת בישראל. 47% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל הם בעלי משקל תקין ($18.5 \leq BMI < 25$), 34.1% בעלי עודף משקל ($25 \leq BMI < 30$), ו-15.7% סובלים מהשמנה ($BMI \geq 30$). שיעור ההימצאות של השמנה מדרגה 1 ($30 \leq BMI < 35$) הוא 12.2%, של השמנה מדרגה 2 ($35 \leq BMI < 40$) 2.8%, ושל השמנה מדרגה 3 ($BMI \geq 40$) 0.7%. בקצה השני של הסקאלה, 3.2% מהאוכלוסייה הם בתת-משקל ($BMI < 18.5$).

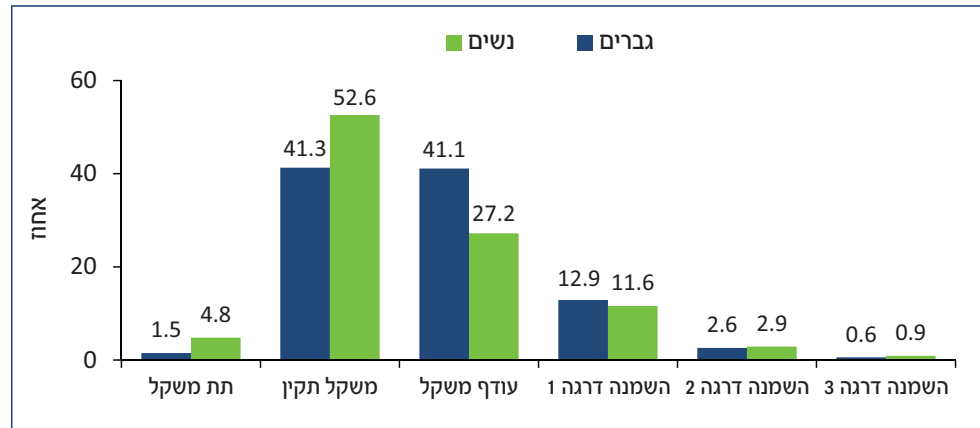
תרשים 1: התפלגות BMI באוכלוסייה הבוגרת בישראל (21 ומעלה). סקר KAP 2011⁶:
אחוזים משוקללים למין, לגיל ולקבוצת אוכלוסייה



1.2 התפלגות BMI לפי מין

בתרשים 2 ניתן לראות כי שיעור גבוה יותר של משקל תקין נמצא בנשים: 52.6%, לעומת 41.3% בגברים. שיעור עודף המשקל גבוה בכ-50% בגברים לעומת נשים. שיעורי ההשמנה דומים בגברים ובנשים, כאשר שיעור ההשמנה מדרגה 1 גבוה מעט יותר בגברים ושיעורי ההשמנה מדרגות 2 ו-3 גבוהים מעט יותר בנשים. אחוז הנשים בעלות תת-משקל (4.8%) גבוה פי 3.2 מאשר בגברים (1.5%). ההבדל בהתפלגות ה-BMI בין המינים מובהק סטטיסטית ($p < 0.001$).

תרשים 2: התפלגות BMI לפי מין. סקר KAP 2011⁶: אחוזים משוקללים לגיל ולקבוצת אוכלוסייה



1.3. התפלגות BMI לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

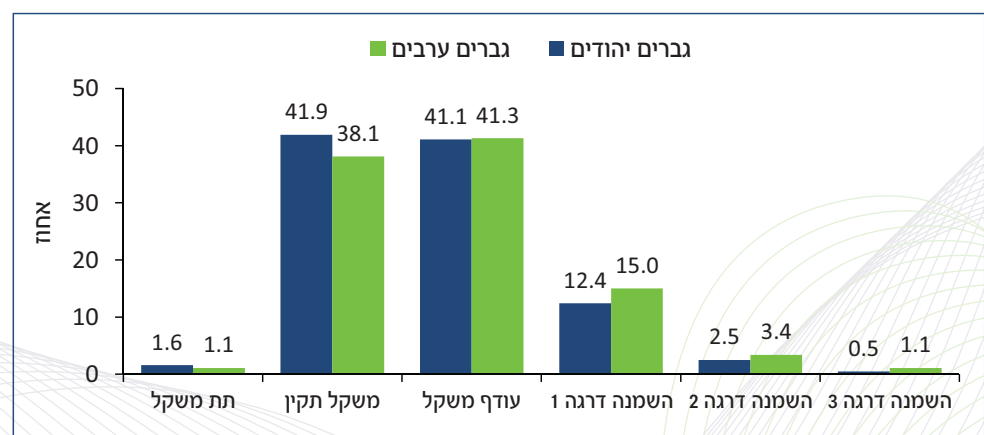
בגברים היהודים נמצא שיעור מעט יותר גבוה של בעלי משקל תקין בהשוואה לגברים הערבים. שיעורי עודף המשקל מאוד דומים ביהודים ובערבים. שיעור ההשמנה גבוה בכ-27% בגברים הערבים לעומת היהודים (תרשים 3א').

בנשים היהודיות נמצא שיעור גבוה יותר של בעלות משקל תקין מאשר בערביות. בנשים ערביות נמצאו שיעורים גבוהים יותר של עודף משקל והשמנה. שיעור עודף המשקל גבוה בכ-16% בנשים ערביות בהשוואה ליהודיות, ושיעור ההשמנה גבוה בכ-27% בנשים ערביות בהשוואה ליהודיות. שיעור תת-המשקל, לעומת זאת, גבוה בכ-40% בנשים היהודיות (תרשים 3ב').

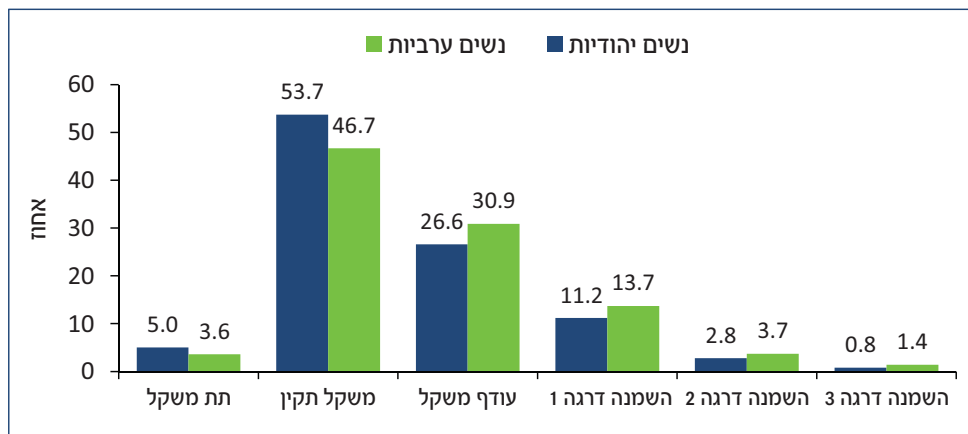
בשתי קבוצות האוכלוסייה נצפים שיעורים גבוהים יותר של משקל תקין ותת-משקל בנשים, לעומת שיעורים גבוהים יותר של עודף משקל והשמנה בגברים.

תרשים 3: התפלגות BMI לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011⁶: אחוזים משוקללים לגיל

3א. גברים



3. נשים



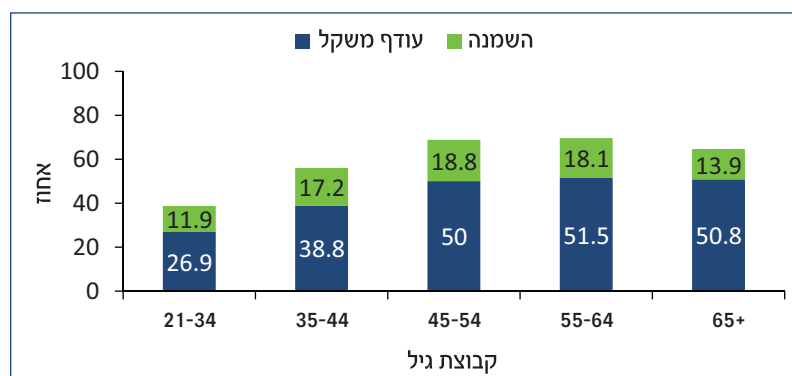
1.4. עודף משקל והשמנה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 4 מוצגים שיעורי השמנה ($BMI \geq 30$) ועודף משקל ($25 \leq BMI < 30$), הן כמדדים נפרדים והן כמדד אחד ($BMI \geq 25$).

תרשים 4: הימצאות עודף משקל והשמנה לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וגיל. סקר KAP 2011: אחוזים

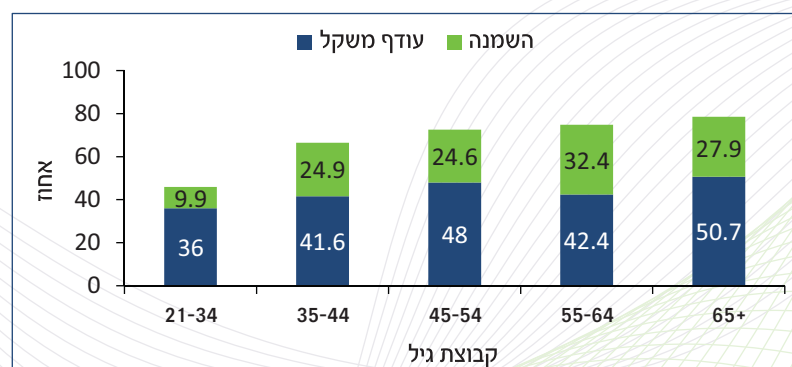
4. גברים יהודים

בגברים יהודים, השיעור הנמוך ביותר של השמנה ועודף משקל נצפה בקבוצת הגיל הצעיר (21-34). השיעור הגבוה ביותר של השמנה ועודף משקל נמצא בגילאים 45-64, בהם מגיע השיעור לכ-70%. בגילאי 65+ חלה ירידה של כ-23% בשיעור ההשמנה, בעוד שיעור בעלי עודף משקל בלבד נשאר ללא שינוי (תרשים 4א').



4. בגברים ערבים

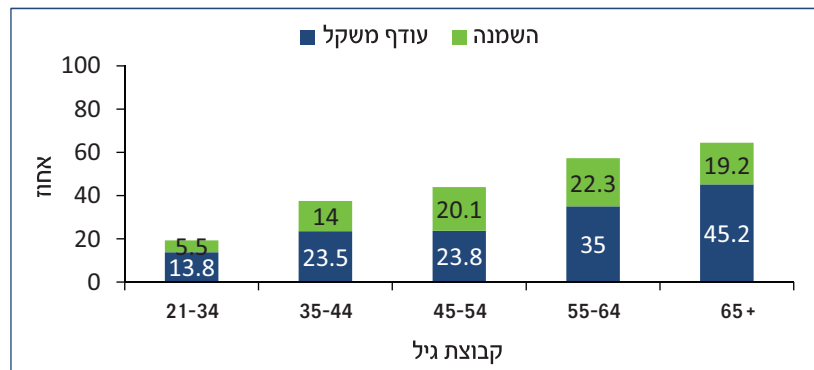
בגברים ערבים, השיעור הנמוך ביותר של השמנה ועודף משקל נצפה בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), ובגילאי 65+ מגיע השיעור לשיא של כ-80%. אחוז ההשמנה ($BMI \geq 30$) הגבוה ביותר בגברים הערבים (32.4%) נצפה בקבוצת הגיל 55-64 (תרשים 4ב').



משקל גוף והשמנה

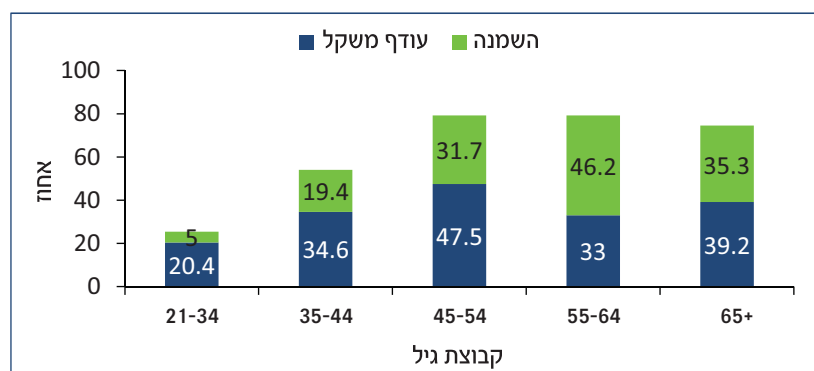
בהשוואה בין גברים יהודים וגברים ערבים, ניתן לראות כי שיעורי ההשמנה ועודף המשקל ($BMI \leq 25$) גבוהים יותר בגברים הערבים בכל קטגוריות הגיל, וזאת בעיקר בשל שיעורי השמנה גבוהים יותר בערבים, מגיל 35 ואילך. בולטים במיוחד שיעורי ההשמנה הגבוהים בערבים בגילאי 55 ומעלה. בגילאי 55-64, שיעור ההשמנה בערבים גבוה בכ-79% מהשיעור ביהודים, ובגילאי 65 ומעלה, שיעור ההשמנה כפול בגברים הערבים לעומת היהודים (תרשימים א' ו-ב').

ג4. נשים יהודיות



בנשים יהודיות נצפית עלייה הדרגתית בשיעורי עודף המשקל וההשמנה ($BMI \leq 25$) עם העלייה בגיל, מכ-19% בגילאי 21-34 לשיעור של כ-64% בגילאי 65 ומעלה. שיעור ההשמנה הגבוה ביותר (22.3%) נמצא בגילאי 55-64. בגילאי 65+ ניכרת ירידה של כ-14% בשיעור ההשמנה ועלייה של כ-29% בשיעור עודף המשקל (תרשים ג4').

ג4. נשים ערביות



בנשים ערביות, השיעורים הנמוכים ביותר של עודף משקל והשמנה ($BMI \leq 25$) נצפים בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), והשיעורים הגבוהים ביותר נצפים בגילאי 45-64 (כ-79%). בין קבוצות הגיל 35-44 ו-45-54 נצפית עלייה של כ-63% בהשמנה וכ-37% בעודף משקל. בין קבוצות הגיל 54-64 ו-65+ נצפית עלייה של כ-46% בהשמנה וירידה בעודף המשקל. בגילאי 65 ומעלה יורד שיעור ההשמנה ועולה שיעור עודף המשקל (תרשים ג4').

בהשוואה בין נשים יהודיות ונשים ערביות, ניתן לראות כי השיעור הכולל של עודף משקל והשמנה גבוה יותר בערביות בכל קטגוריות הגיל, וכמעט כפול בקבוצת הגיל 54-64. שיעור ההשמנה בנשים ערביות בקבוצת הגיל 55-64 כפול מאשר ביהודיות, ובקבוצת הגיל 65+ השיעור גבוה בכ-84% לעומת השיעור ביהודיות.

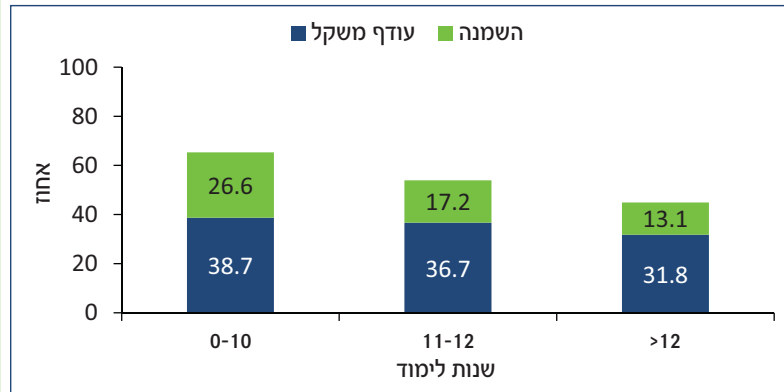
1.5. עודף משקל והשמנה לפי רמת השכלה

המשתנה "השכלה" הוגדר לפי מספר שנות הלימוד שדיווחו המרואיינים ונבחן בקטגוריות הבאות: עד 10 שנות לימוד (השכלה נמוכה), 11-12 שנות לימוד (השכלה בינונית), ומעל ל-12 שנות לימוד (השכלה גבוהה). נמצא הבדל מובהק באופן התפלגות ה-BMI ברמות ההשכלה השונות ($p < 0.001$).

תרשים 5: הימצאות עודף משקל והשמנה לפי רמת השכלה. סקר KAP 2011⁶:

אחוזים משוקללים לגיל, למין ולקבוצת אוכלוסייה

שיעורי ההשמנה ועודף המשקל יורדים עם העלייה בהשכלה. במיוחד בולטת הירידה בשיעורי ההשמנה ($BMI \leq 30$): שיעור ההשמנה בקרב בעלי השכלה בינונית נמוך בכ-35% מההשמנה בבעלי השכלה נמוכה. שיעור ההשמנה בקרב בעלי השכלה גבוהה נמוך בכ-24% מההשמנה בבעלי השכלה בינונית ובכ-51% מההשמנה בבעלי השכלה נמוכה (תרשים 5).

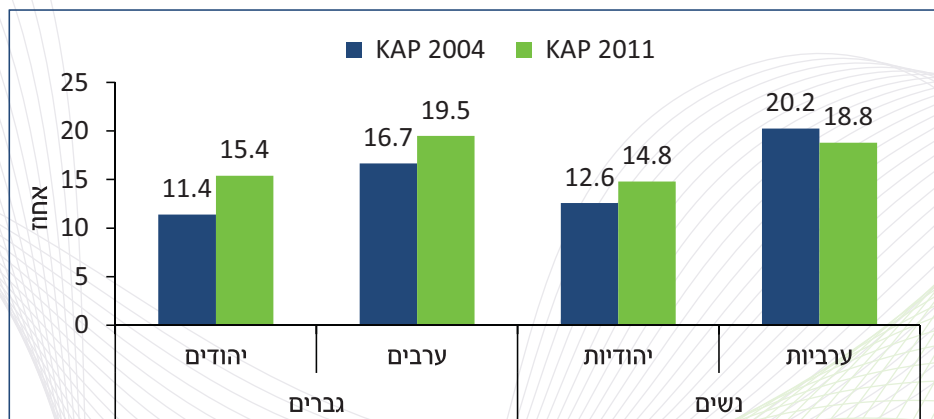


1.6. מגמות בהשמנה

בתרשים 6 מוצגת השוואה בין שיעורי ההשמנה שנמצאו בסקר KAP 2011, מהשנים 2010-2012, לשיעורים מסקר KAP 2004, מהשנים 2004-2005. בכל קבוצות האוכלוסייה, להוציא את קבוצת הנשים הערביות, נצפתה עלייה בשיעורי ההשמנה עם השנים. בגברים היהודים חלה העלייה הגבוהה ביותר בשיעור ההשמנה (עלייה של כ-35%). בגברים הערבים ובנשים היהודיות חלה עלייה דומה בשיעורי ההשמנה (עלייה של כ-17%). הנשים הערביות הן תת-האוכלוסייה היחידה בה נצפתה ירידה בשיעור ההשמנה עם השנים, אך יש להזכיר כי הנשים הערביות הציגו את שיעור ההשמנה הגבוה ביותר ב-KAP 2004 (20.2%), וגם לאחר הירידה נותר שיעור ההשמנה בערביות גבוה יחסית (18.8%).

תרשים 6: השוואת שיעורי ההשמנה באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה.

סקר KAP 2011⁶ מול סקר KAP 2004: אחוזים משוקללים לגיל

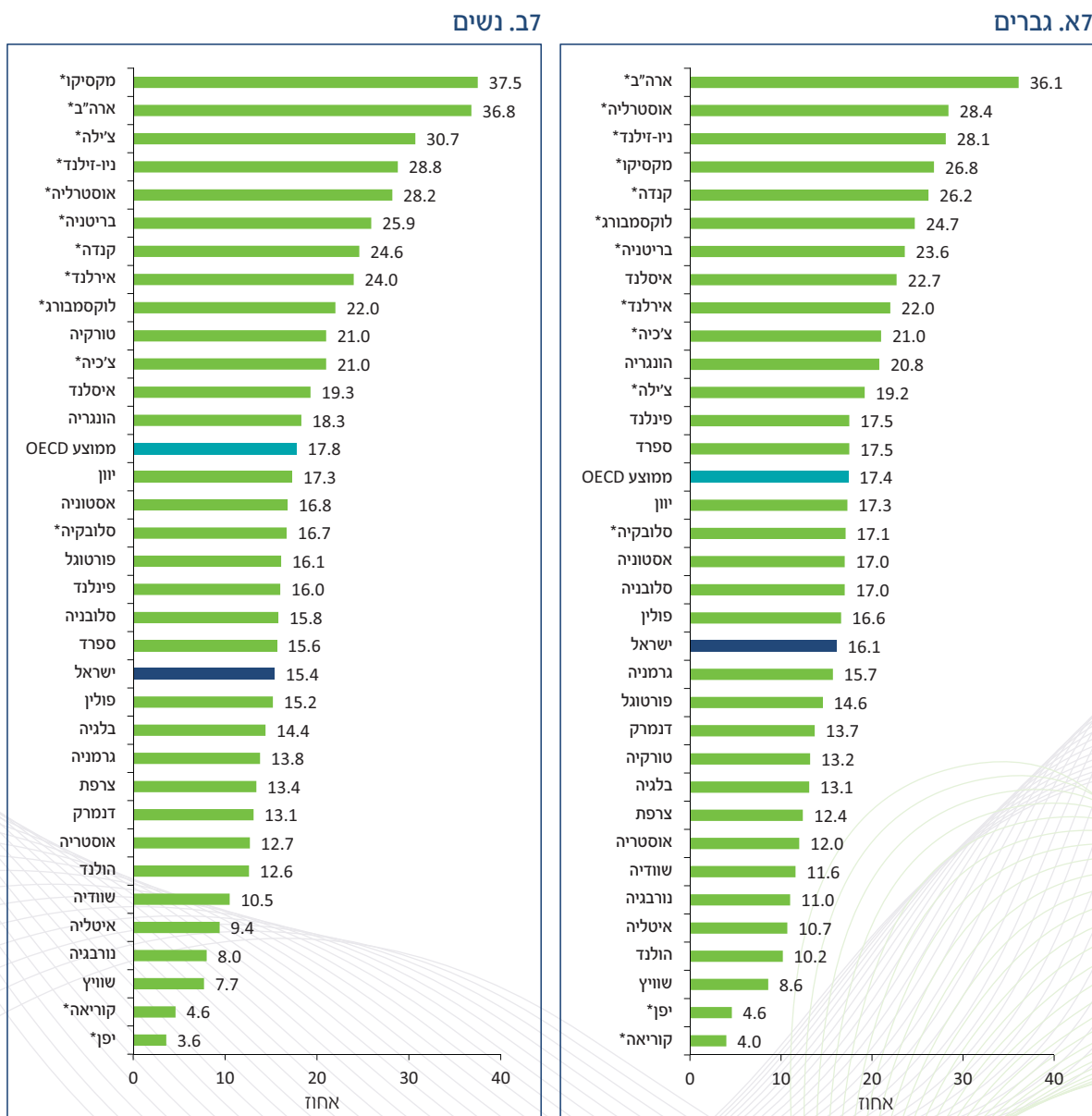


1.7. השמנה: השוואה בין-לאומית

שיעור ההשמנה בישראל נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, הן בגברים והן בנשים. הגברים הישראליים מדורגים במקום ה-20 מתוך 34 מדינות (תרשים 7א') והנשים הישראליות מדורגות במקום ה-21 מתוך 34 מדינות (תרשים 7ב').

חשוב לציין כי במרבית המדינות, ובהן ישראל, מדד ה-BMI מבוסס על דיווח עצמי של משקל וגובה. כשליש מהמדינות מדווחות על BMI מדוד, אשר הנו אמיין יותר ולרוב גבוה יותר⁸. יש לסייג את ההשוואה בין המדינות ולציין כי במדינות בהן נתוני ה-BMI מבוססים על דיווח עצמי, מדובר ככל הנראה בהערכת חסר, בהשוואה לנתוני BMI מדוד.

תרשים 7: שיעורי ההשמנה ($BMI \geq 30$) במבוגרים בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2011 (או השנה הקרובה ביותר)⁸: אחוזים



* BMI מדוד.

2. משקל גוף והשמנה בקרב ילדים ומתבגרים

בשנת 2010 הוגדרו מעל ל-40 מיליון ילדים מתחת לגיל 5 ברחבי העולם כסובלים מעודף משקל. קרוב ל-35 מיליון מהם גרים במדינות מתפתחות וכ-8 מיליון, במדינות מפותחות². ילדים הסובלים מעודף משקל ומהשמנה נוטים לסבול מהשמנה גם בחייהם הבוגרים ונמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח מחלות כרוניות, כמו סוכרת ומחלות קרדיו-וסקולריות, בגיל צעיר יותר⁹.

בשונה ממדדי ה-BMI המקובלים במבוגרים (טבלה 1), בילדים ובמתבגרים נהוג להתייחס לאחוזוני BMI, הנגזרים מטבלאות גדילה סטנדרטיות המותאמות לגיל ולמין הילד. לאחר חישוב ה-BMI לפי נתוני משקל וגובה, בדומה לנהוג במבוגרים (משקל בק"ג/ריבוע הגובה במטרים), נעשה שימוש בעקומות גדילה לקביעת אחוזון ה-BMI. האחוזון מסמל את מיקומו היחסי של הילד, בהשוואה לילדים בני גילו ומינו¹⁰. בישראל אומצו לשימוש החל מספטמבר 2010 עקומות הייחוס של ארגון הבריאות העולמי (WHO) משנת 2007. בעבר נעשה שימוש בעקומות הייחוס של ה-CDC של ארצות הברית, בהן נקודות החיתוך לחישוב השמנה ותת-משקל היו שונות מעט מאלה של ה-WHO (טבלה 2).

טבלה 2: קטגוריות המשקל בילדים על פי עקומות הייחוס של ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO) והמרכז לבקרת מחלות (ה-CDC) של ארה"ב⁷

קטגוריית משקל	אחוזון (WHO)	אחוזון (CDC)
תת-משקל	BMI<3%	BMI<5%
משקל תקין	3%≤BMI<85%	5%≤BMI<85%
עודף משקל	85%≤BMI<97%	85%≤BMI<95%
השמנה	97%≤BMI	95%≤BMI

מקור הנתונים

הנתונים אודות ילדים ומתבגרים מבוססים על סיכום מדדי גדילה של תלמידי בתי הספר, מתוך רשומות הבריאות הממוחשבת של שירותי בריאות לתלמיד במשרד הבריאות, משנות הלימודים תשע"א ותשע"ב. תלמידים בכתות א', ג', ה', ז' ו-ט' נמדדים פעם אחת במהלך שנת הלימודים. המדידות מבוצעות ברמה פרטנית על ידי אחיות בריאות הציבור⁷.

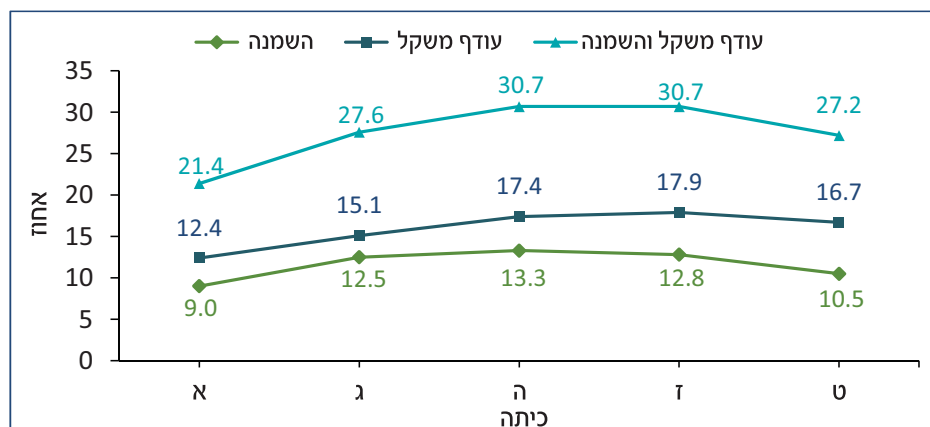
2.1. עודף משקל והשמנה לפי גיל

תרשים 8 מציג את שיעורי ההשמנה ועודף המשקל, יחד ובנפרד, לפי גיל. המגמה הכוללת של שיעורי עודף משקל והשמנה (כלל מי שנמצא באחוזון 85 ומעלה) מראה עלייה הדרגתית עם הגיל, עד לכיתה ה', התייצבות בשיעורים בין כיתות ה'-ז', וירידה של כ-11% בין כיתות ז' ל-ט'. השיעור המרבי נצפה בכיתות ה'-ז' ועומד על 30.7%.

המגמות בשיעורי עודף המשקל וההשמנה בנפרד, דומות אך לא זהות. שיעורי ההשמנה (אחוזון 97 ומעלה) נמצאים במגמת עלייה בכיתות א'-ה' ובכיתה ז' מתחילה מגמת ירידה בהשמנה. הירידה בשיעורי עודף המשקל (אחוזון 85 עד אחוזון 96.9), מתונה יותר, ומתחילה מאוחר יותר.

בכל הגילאים, שיעורי עודף המשקל גבוהים יותר משיעורי ההשמנה, כאשר הפער בין שיעורי עודף המשקל לשיעורי ההשמנה הולך וגדל עם הגיל.

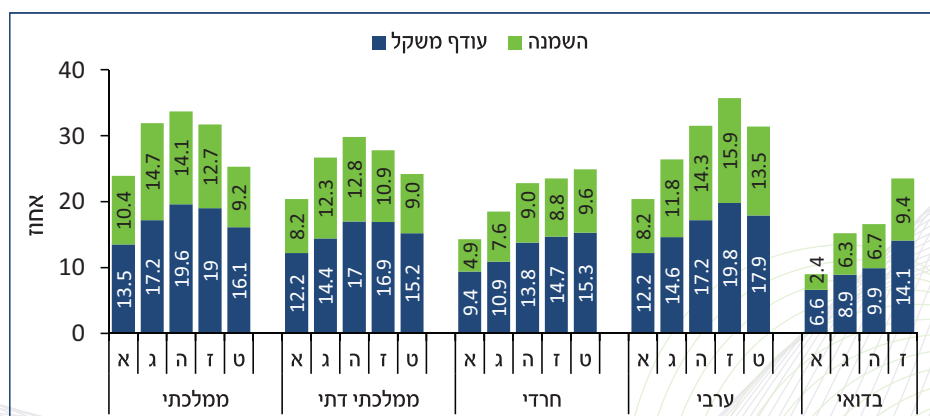
תרשים 8: עודף משקל והשמנה לפי גיל (כיתה), לשנה"ל תשע"א ותשע"ב (2010-2011): אחוזים



2.2. עודף משקל והשמנה לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתרשים 9 מוצגים שיעורי עודף המשקל וההשמנה (יחד ובנפרד), לפי גיל ומגזר. השיעורים הנמוכים ביותר של עודף משקל והשמנה נמצאו בקרב התלמידים הבדואים בדרום. גם בתלמידים החרדים נמצאו שיעורי עודף משקל והשמנה נמוכים יחסית, בעיקר בכיתות הנמוכות. השיעורים הגבוהים ביותר של עודף משקל והשמנה נצפו בתלמידים הערבים, בכיתות הגבוהות (ז'-ט') ובתלמידי ביה"ס הממלכתי בכיתות הנמוכות (א'-ה'). במגזרים בהם שיעורי ההשמנה ועודף המשקל נמוכים יחסית (הבדואים והחרדים), נראית עלייה מתמדת בשיעורים עם העלייה בגיל. במגזרים בהם השיעורים גבוהים יחסית, נראית ירידה בשיעורי עודף המשקל וההשמנה בכיתות הגבוהות. יש לציין עוד כי בקרב התלמידים הבדואים והחרדים, המציגים שיעורי עודף משקל והשמנה נמוכים יחסית לשאר המגזרים, נראים שיעורים גבוהים של תת-משקל (BMI נמוך מאחוזון 3 לגיל), ובניגוד לממצאים בשאר המגזרים, שיעורים אלו עולים עם הגיל (נתונים לא מוצגים).⁷

תרשים 9: עודף משקל והשמנה לפי גיל (כיתה) ומגזר*, לשנה"ל תשע"א ותשע"ב (2010-2011): אחוזים



* החלוקה למגזרים - בהתאם לסיווג בתי הספר במשרד החינוך.

מקורות המידע

1. World Health Organization. Obesity. Downloaded from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>.
2. World Health Organization. Obesity and overweight: Fact sheet No.311. Downloaded from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
3. World Health Organization, Global Health Observatory (GHO). Mean Body Mass Index (BMI). Downloaded from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/index.html.
4. Stevens GA, Singh GM, Lu Y et al. for the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index) National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. Population Health Metrics 2012,10:22.
5. World Health Organization. BMI. Downloaded from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
6. ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל 2011 (KAP). המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 345, 2013.
7. דוח נתוני בדיקות גדילה של תלמידי בתי ספר בישראל, תשע"א-תשע"ב. ד"ר ליזה רובין, מירה חנוביץ, ד"ר זיוה שטל, שרית יערי, פרופ' איתמר גרוטו. <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Gdila-school-2010-2012.pdf>
8. Health at a Glance 2013. OECD INDICATORS. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
9. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Child overweight and obesity. Downloaded from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en>
10. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy weight. Downloaded from: http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html.

עישון << ממצאים עיקריים

באוכלוסייה הבוגרת

- « על פי סקר KAP 2011, שיעור העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל בשנים 2010-2012 היה 20.6%: 27.2% בגברים ו-14.5% בנשים.
- « שיעור העישון הגבוה ביותר נמצא בגברים הערבים (43.3%), והשיעור הנמוך ביותר נמצא בנשים הערביות (6.5%).
- « שיעורי עישון גבוהים יותר נצפו בבעלי השכלה נמוכה יותר.
- « בקרב הגברים הערבים בולטת צריכה גבוהה של סיגריות: 30.9% מהמעשנים צורכים מעל ל-20 סיגריות ביום, לעומת 11.6% מהמעשנים היהודים.
- « בעשור האחרון חלה ירידה בשיעורי העישון באוכלוסייה היהודית, של כ-17% בגברים ושל כ-20% בנשים.
- « בגברים הערבים נצפתה ירידה בשיעורי העישון בשנים האחרונות, מ-49% בשנים 2008-2009, ל-43% בשנים 2010-2012. בנשים הערביות, שיעורי העישון נעים לאורך השנים בין 5% ל-8%, ללא מגמה ברורה.
- « שיעור העישון בגברים בישראל דומה לשיעור הממוצע במדינות ה-OECD.
- « שיעור העישון בנשים בישראל נמוך בכ-25% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD.
- « החשיפה לעישון כפוי (פסיבי) גבוהה במיוחד בנשים הערביות: מעל ל-40% מהערביות הלא מעשנות, חשופות לעישון כפוי בביתן.

בקרב בני הנוער (סקר 2011 HBSC)

מעשנים לפחות פעם בשבוע

- « בנערים יהודים, שיעור המעשנים עולה עם הגיל, מ-1.9% בתלמידי כיתה ו' ל-19.8% בתלמידי כיתה י'.
- « בנערים ערבים, השיעורים גבוהים יחסית בכל שכבות הגיל ומגיעים לשיא של 24.1% בתלמידי כיתה י'.
- « בנערות יהודיות, שיעור המעשנות עולה עם הגיל, מ-0.6% בבנות כיתה ו' ל-9.1% בבנות כיתה י'. בנערות ערביות, השיעורים הגבוהים ביותר (3.9%) דווחו בבנות כיתה ו'.
- « שיעור העישון בתלמידים ישראלים (12.7%) נמוך יחסית למדינות האחרות המשתתפות במחקר ה-HBSC.

מעשנים מדי יום

- « בתלמידי כיתה י', שיעור המעשנים מדי יום היה 17.1% בערבים, לעומת 12.5% ביהודים.
- « בתלמידות כיתה י', שיעור המעשנות מדי יום היה 7.1% ביהודיות, לעומת 2.1% בערביות.
- « בקרב נערים יהודים נצפתה מגמת עלייה בשיעורי העישון בשנים 2006-2011.
- « בקרב נערות יהודיות נצפתה מגמת ירידה בשיעורי העישון בשנים 2004-2011.
- « בקרב נערים ערבים נצפתה עלייה ניכרת של כ-50% בשיעורי העישון בשנים 2006-2011.
- « בקרב נערות ערביות נצפתה מגמת עלייה בשיעורי העישון בשנים 2004-2011.

בצה"ל

- « בשנת 2012, שיעורי העישון בקרב המתגייסים לצה"ל היו 30.6% בגברים ו-23.3% בנשים.
- « בשנת 2012, שיעורי העישון בקרב המשתחררים מצה"ל היו 29.3% בגברים ו-25.9% בנשים.

עישון »

רקע

עישון טבק ממשיך להיות הגורם המוביל לתמותה כלל עולמית הניתנת למניעה. העישון הנו גורם סיכון משמעותי בקבוצת מחלות הגורמות לכ-63% ממקרי המוות ברחבי העולם: סרטן, סוכרת, מחלות לב וכלי דם ומחלות ריאה כרוניות. העישון גורם למותם של קרוב ל-6 מיליון איש בשנה ולנזק כלכלי גלובלי של מאות מיליארדי דולרים בשנה¹.

בפרק זה מוצגים נתונים על דפוסי העישון בישראל בחלוקה ל-3 שכבות אוכלוסייה:
1. האוכלוסייה הבוגרת. 2. בני נוער. 3. חיילי צה"ל.

1. עישון סיגריות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

מקורות הנתונים

« מקור המידע העיקרי - סקר ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל (KAP 2011)². הסקר נערך על ידי המלב"ם, בשנים 2010-2012, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה)².

« סקר הרגלי הפעילות הגופנית³. הסקר נערך על ידי המלב"ם, בשנים 2010-2012, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה).

על מנת לייצג את שיעורי העישון בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקרים בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים).

הרחבה אודות הסקרים ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

בהגדרת "מעשן" נכלל כל מי שדיווח כי הוא מעשן סיגריות בהווה (מדי יום או מדי פעם).

1.1. עישון באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה)

שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל על פי סקר KAP 2011²:

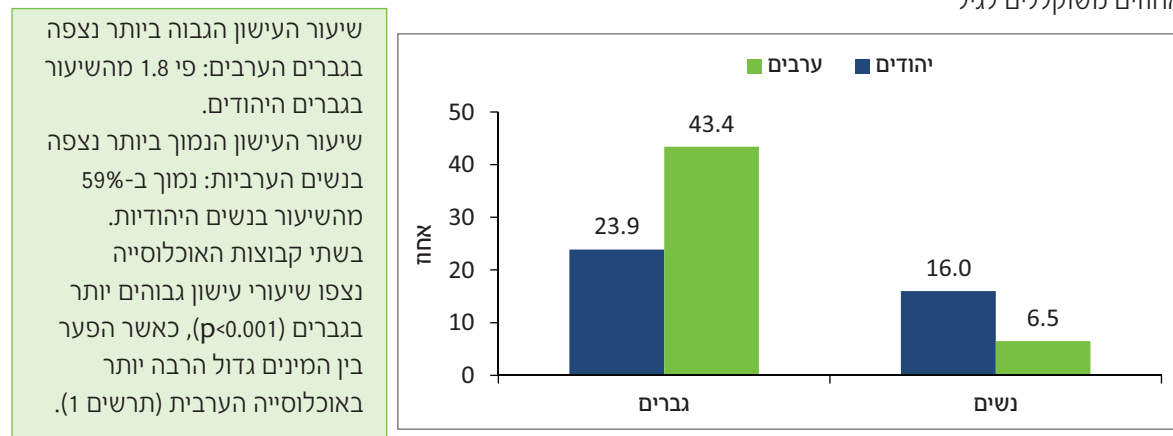
בכלל האוכלוסייה:	20.6% (95% CI 19.5-21.8).
בגברים:	27.2% (95% CI 25.4-29.0).
בנשים:	14.5% (95% CI 13.2-15.9).
באוכלוסייה היהודית:	19.8% (95% CI 18.4-21.3).
באוכלוסייה הערבית:	24.9% (95% CI 23.1-26.7).

שיעור העישון בסקר KAP 2011² מהשנים 2010-2012 נמוך בכ-10% בהשוואה לסקר KAP 2008⁴ מהשנים 2008-2009 (20.6% לעומת 22.8%).

עיקר הירידה נצפתה בגברים: השיעור המדווח ירד מ-32.3% ל-27.2% בגברים, ומ-15.3% ל-14.5% בנשים.

1.2. עישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 1: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים משוקללים לגיל



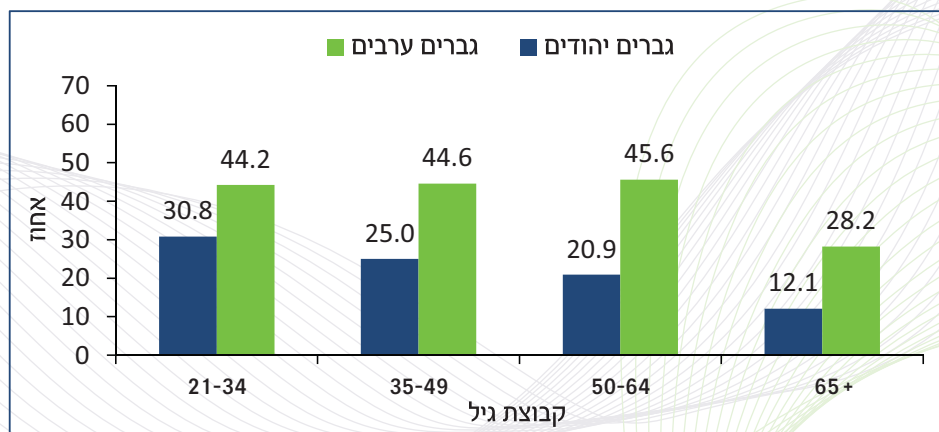
1.3. עישון לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעורי העישון בגברים הערבים גבוהים משמעותית מהשיעורים בגברים היהודים, בכל קבוצות הגיל ($p < 0.001$). הפערים בין הערבים ליהודים גדלים עם העלייה בגיל. בגברים היהודים נצפית ירידה הדרגתית בשיעור המעשנים עם העלייה בגיל: מ-30.8% בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), ל-12.1% בקבוצת הגיל המבוגר (65+). בגברים הערבים, לעומת זאת, שיעורי העישון דומים וגבוהים יחסית בגילאים 21-64 (כ-45%), ורק בקבוצת הגיל המבוגר (65+) שיעור העישון יורד (תרשים 2א').

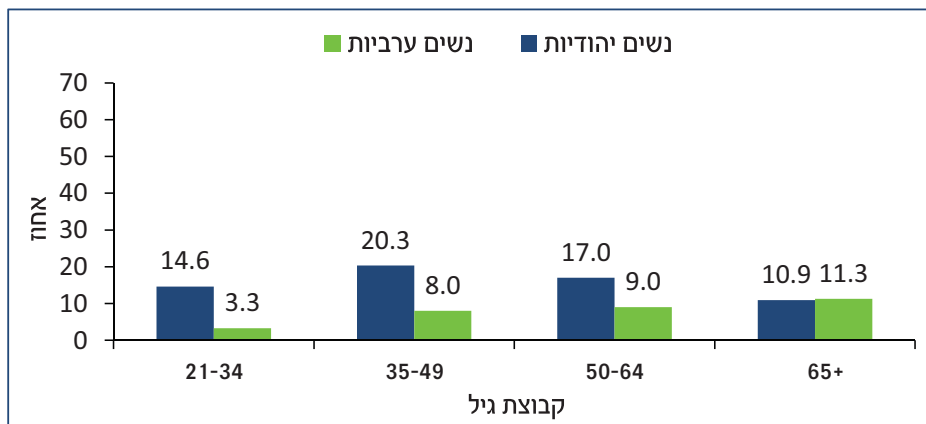
שיעורי העישון בנשים היהודיות בגילאים 21-64 גבוהים משמעותית בהשוואה לשיעורים בערביות ($p < 0.001$). הפערים בשיעורי העישון הולכים ומצטמצמים עם העלייה בגיל, ובקבוצת הגיל המבוגר (65+) השיעורים ביהודיות ובערביות דומים. בנשים היהודיות, שיעורי העישון הנמוכים ביותר נצפים בקבוצת הגיל המבוגר (65+). בנשים הערביות, לעומת זאת, נצפית עלייה בשיעורי העישון עם העלייה בגיל. יש לציין כי זאת קבוצת האוכלוסייה היחידה בה נראית מגמת עלייה בשיעורים עם העלייה בגיל, אולם השיעורים מבוססים על מספר קטן יחסית של סך המעשנות הערביות במדגם (תרשים 2ב').

תרשים 2: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה), לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים

2א. גברים



2. נשים

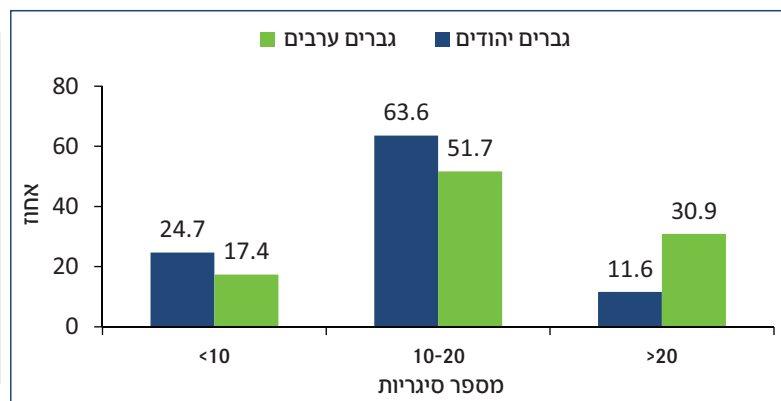


1.4. צריכת סיגריות יומית

צריכת הסיגריות חולקה ל-3 קטגוריות: 1. פחות מ-10 סיגריות ביום (צריכה נמוכה). 2. 10-20 סיגריות ביום (צריכה בינונית). 3. מעל ל-20 סיגריות ביום (צריכה גבוהה).

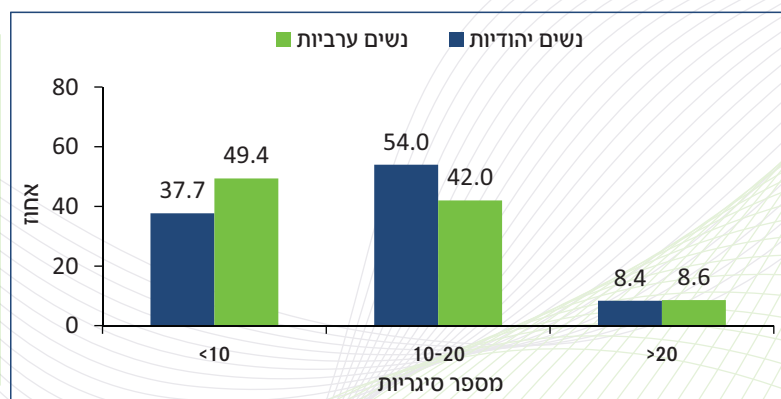
תרשים 3: התפלגות המעשנים באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה) לפי צריכת סיגריות יומית, מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים

3. גברים



בקרב הגברים, יהודים וערבים, מרבית המעשנים צורכים 10-20 סיגריות ביום. בגברים הערבים בולטת צריכה גבוהה של סיגריות. למעלה מ-30% מהמעשנים הערבים צורכים מעל ל-20 סיגריות ביום. שיעור זה גבוה פי 2.7 מהשיעור בגברים היהודים (תרשים 3א').

3. נשים



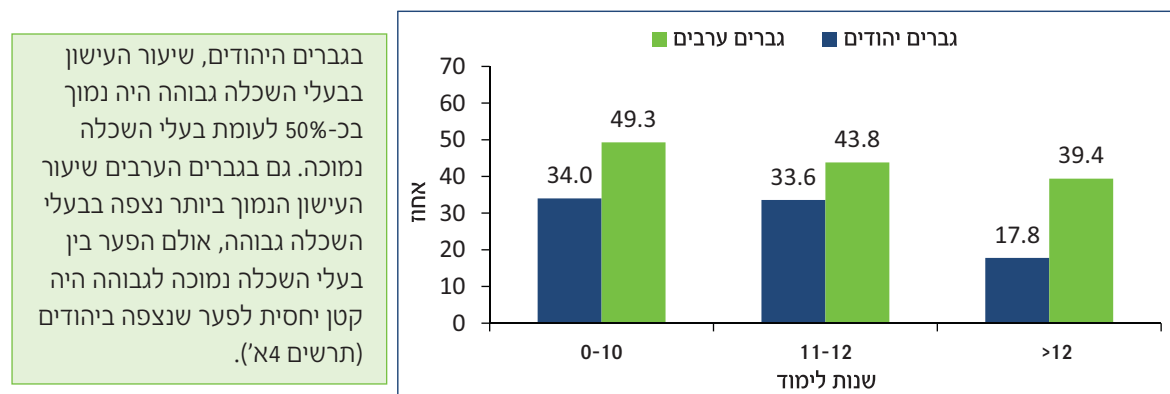
מרבית הנשים היהודיות המעשנות צורכות 10-20 סיגריות ביום. מרבית הנשים הערביות המעשנות צורכות פחות מ-10 סיגריות ביום. הן ביהודיות והן בערביות נמצא שיעור דומה ונמוך יחסית של צריכת סיגריות גבוהה (תרשים 3ב').

1.5. עישון לפי מין, השכלה וקבוצת אוכלוסייה

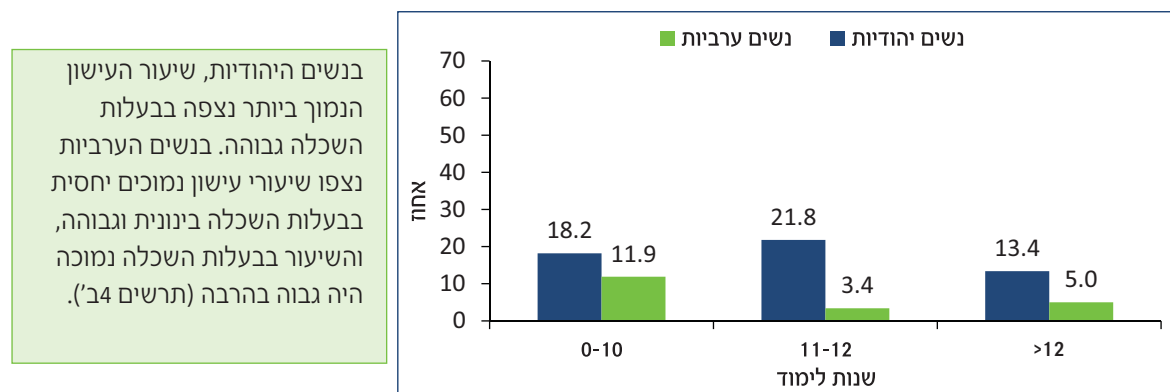
המשתנה "השכלה" הוגדר לפי מספר שנות לימוד שדיווחו המרואיינים ונבחן בקטגוריות הבאות: עד 10 שנות לימוד (השכלה נמוכה), 11-12 שנות לימוד (השכלה בינונית), ומעל ל-12 שנות לימוד (השכלה גבוהה). נמצא קשר הפוך מובהק בין שיעורי העישון למספר שנות השכלה ($p < 0.001$).

תרשים 4: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה), לפי השכלה (שנות לימוד), מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים משוקלים לגיל

א. גברים



ב. נשים



1.6. גיל התחלת העישון

על פי ערך הממוצע, הגברים בשתי קבוצות האוכלוסייה מתחילים לעשן מוקדם מהנשים. גיל התחלת העישון בשני המינים נמוך יותר ביהודים לעומת ערבים. חציון גיל התחלת העישון ביהודים זהה בגברים ובנשים, וזהה גם לחציון בגברים הערבים. חציון גיל התחלת העישון בנשים הערביות גבוה יותר, והטווח הבין-רבעוני בנשים הערביות הוא הרחב ביותר (טבלה 1).

טבלה 1: הגיל בעת התחלת העישון, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: שנים

טווח בין-רבעוני	חציון	ממוצע	
16-20	18	17.9	גברים יהודים
17-20	18	20	נשים יהודיות
16-21	18	19.2	גברים ערבים
20-30	22	25.2	נשים ערביות

1.7. ממצאי סקר KAP 2011 לעומת סקר הרגלי הפעילות הגופנית 2011-2012

בטבלה 2 מוצגים שיעורי העישון שנמצאו בסקר הרגלי הפעילות הגופנית, לעומת שיעורי העישון מסקר KAP 2011. בסקר הרגלי הפעילות הגופנית נמצאו שיעורי עישון נמוכים יותר (להוציא בקבוצת הנשים הערביות, בה מספר המעשנות קטן). הסבר אפשרי לכך הוא במאפייני הנענים להשתתף בסקרים השונים. היות והמרווינים בסקר הרגלי הפעילות הגופנית יודעו על נושא הסקר טרם הריאיון, יתכן כי אנשים המתעניינים בפעילות גופנית נוטו להסכים להשתתף בסקר באחוזים גבוהים יותר בהשוואה למי שמתעניינים בכך פחות. ביצוע פעילות גופנית נמצא קשור באופן מובהק עם שיעורי עישון נמוכים יותר, בשני הסקרים.

טבלה 2: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה) - סקר KAP 2011 לעומת סקר הרגלי הפעילות הגופנית 2011-2012

קבוצת אוכלוסייה	שיעורי העישון (CI 95%)	
	סקר KAP 2011	סקר הרגלי הפעילות הגופנית
כלל האוכלוסייה*	20.6% (19.5-21.8)	17.7% (15.9-19.4)
גברים יהודים**	23.9% (21.7-26.4)	20.9% (17.5-24.3)
נשים יהודיות**	16.0% (14.2-18.0)	12.0% (9.7-14.3)
גברים ערבים**	43.4% (40.4-46.3)	41.4% (37.2-45.5)
נשים ערביות**	6.5% (5.2-8.1)	8.1% (5.9-10.3)

*אחוזים משוקללים לגיל, למין ולקבוצת אוכלוסייה.
**אחוזים משוקללים לגיל.

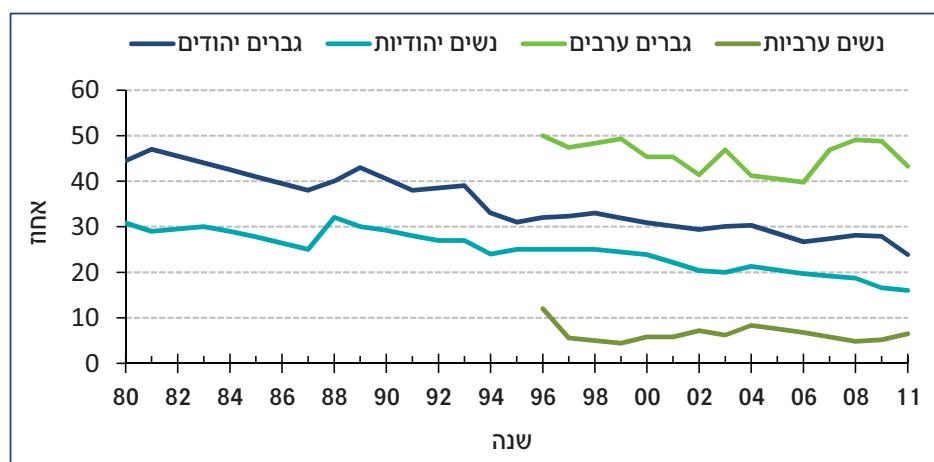
1.8. מגמות בעישון בישראל

בתרשים 5 מוצגות המגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, בשנים 1980-2011. הנתונים מבוססים על מספר מקורות מידע:

1. מאגר המידע של המחלקה לחינוך וקידום בריאות הקיים משנות ה-70 ועד תחילת שנות ה-90.
2. סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), שנערכו בשנים 1996-1997 ו-1999-2000.
3. סדרת הסקרים הלאומיים בנושא ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל (סקרי KAP), שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. סקר KAP הראשון נערך בשנת 1994 והחל משנת 1996 נערכים סקרי KAP אחת לשנתיים. הסקר האחרון נערך בשנים 2010-2012.
4. סקר בריאות לאומי INHIS-1 שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2003-2004.
5. סקר בריאות לאומי INHIS-2 שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010.

תרשים 5: מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, 1980-2011:

אחוזים*



*הערות לתרשים 5:

- היות והנתונים לאורך השנים מתבססים על סקרים שונים אשר נערכו בשיטות שונות ובהתבסס על מדגמים, תיתכן שונות בין ממצאי הסקרים השונים.
- חלק מהסקרים כוללים בני 18 ומעלה ואחרים בני 21 ומעלה. החל משנת 2008 ההתייחסות היא לבני 21 ומעלה בלבד.
- משנת 2000 ואילך, הנתונים המוצגים משוקללים לגיל.
- הנתונים על עישון באוכלוסייה הערבית מוצגים החל משנת 1996, השנה הראשונה בה קיימים נתונים על עישון באוכלוסייה זו.

גברים יהודים - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון לאורך השנים. בראשית שנות ה-80' שיעורי העישון היו כ-45%, וירדו לכ-40% בתחילת שנות ה-90'. מאמצע שנות ה-90' נצפתה ירידה נוספת בשיעורי העישון, עד לכ-32% בסוף שנות ה-90'. עד אמצע העשור הראשון של שנות ה-2000 עמדו השיעורים על כ-30%, ולאחר מכן חלה ירידה נוספת בשיעורי העישון לכ-27% בשנים 2007-2009. בשנים 2010-2012 נצפתה ירידה נוספת בשיעורי העישון לכ-24%. בסך הכל, נצפתה ירידה של כ-47% בשיעורי העישון בקרב הגברים היהודים ב-30 השנה האחרונות.

נשים יהודיות - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון לאורך השנים. בראשית שנות ה-80' היו שיעורי העישון כ-30%. בשנים 1986-1987 חלה ירידה בשיעורים לכ-25% ושוב עלייה עד לכ-30% בתחילת שנות ה-90'. מראשית שנות ה-90' נצפתה ירידה בשיעורי העישון אשר הגיעו לכ-25% בסוף שנות ה-90'. מראשית שנות ה-2000 חלה ירידה נוספת בשיעורי העישון, עד לכ-20% באמצע העשור הראשון של שנות ה-2000, ובשנים 2010-2012 שיעור העישון היה 16%. בסך הכל, נצפתה ירידה של כ-47% בשיעורי העישון בקרב הנשים היהודיות ב-30 השנים האחרונות, שיעור ירידה זהה לזה שנצפה בגברים היהודים.

גברים ערבים - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון מאמצע שנות ה-90' עד לאמצע העשור הראשון של שנות ה-2000. השיעורים ירדו מ-50% בשנת 1996 לכ-40% באמצע העשור הראשון של שנות ה-2000. בהמשך נצפתה מגמת עלייה בשיעורי העישון, עד לכ-49% בשנים 2008-2009. בשנים 2010-2012 שוב נצפתה ירידה בשיעורי העישון, לכ-43%. בסך הכל, חלה ירידה של כ-14% בשיעורי העישון מאמצע שנות ה-90'.

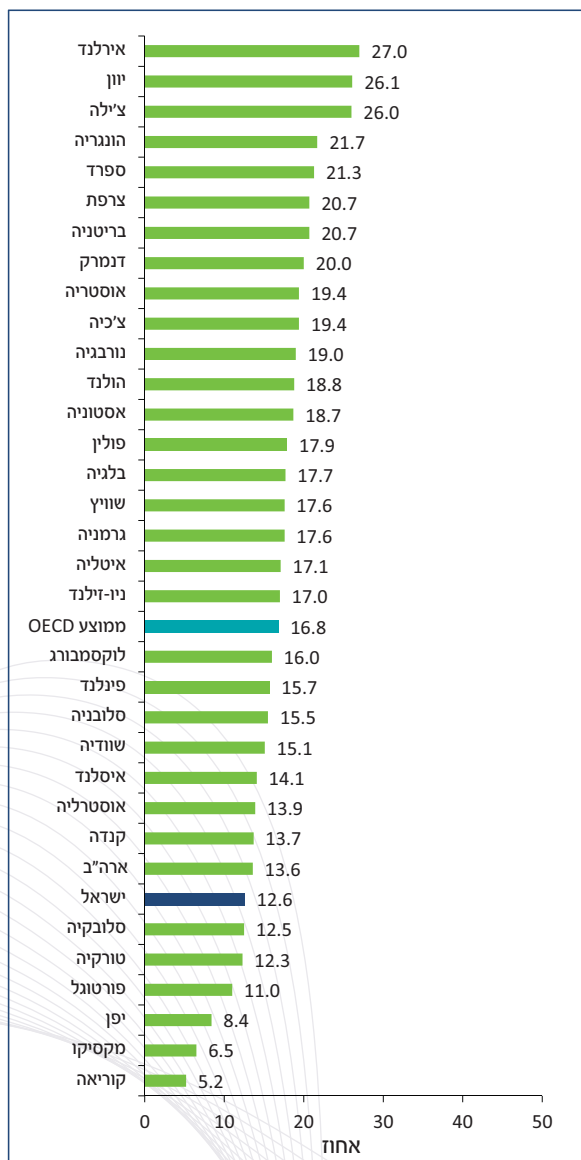
נשים ערביות - נצפית ירידה של כ-50% בשיעורי העישון בין שנת 1996 לתחילת שנות ה-2000 (מ-12% ל-5.8%). בהמשך נעים השיעורים בין 5% ל-8%, ללא מגמה ברורה. יש לציין כי בשל מספרן הנמוך יחסית של הנשים הערביות המעשנות במדגם, יתכן והשיעורים אינם מהווים אומדן מדויק של שיעור העישון האמיתי באוכלוסייה זו. בסך הכל, לכל אורך השנים ניתן לראות שיעורי עישון גבוהים יותר בקרב הגברים, כאשר הפער בין המינים גבוה הרבה יותר באוכלוסייה הערבית. בגברים הערבים נצפים שיעורי העישון הגבוהים ביותר ואילו בנשים הערביות נצפים שיעורי העישון הנמוכים ביותר לאורך השנים.

1.9. שיעורי עישון: השוואה בין-לאומית

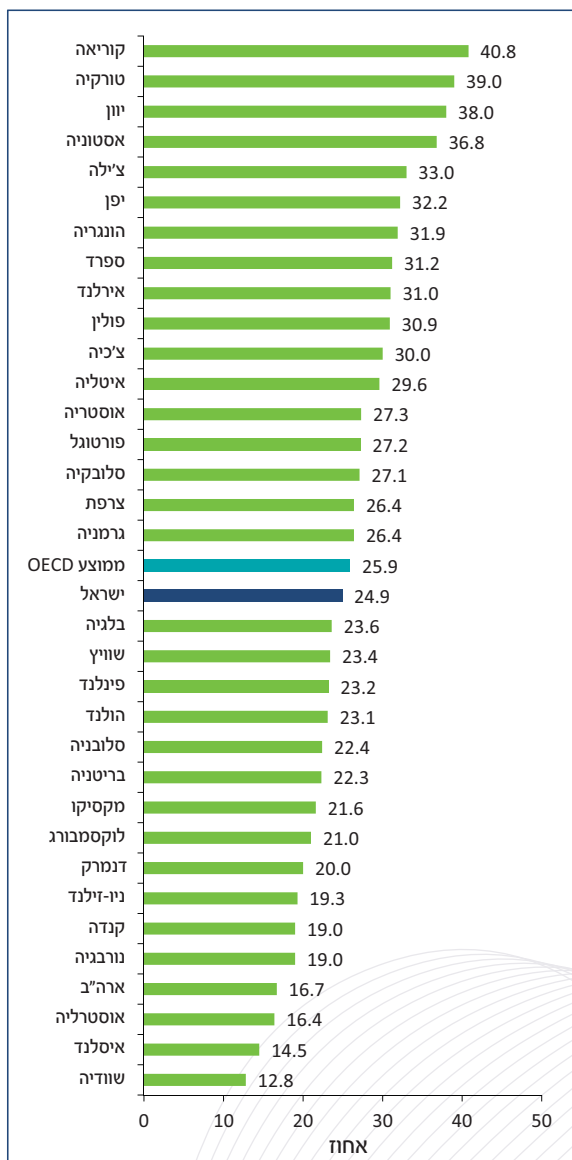
שיעור העישון בקרב הגברים בישראל דומה לשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, ונמצא במקום ה-18 מתוך 34 מדינות (תרשים א'). שיעור העישון בקרב הנשים בישראל נמוך בכ-25% מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, ונמצא במקום ה-28 מתוך 34 מדינות (תרשים ב').

תרשים 6: שיעורי העישון היומי בישראל וביתר מדינות ה-OECD, 2010 (או השנה הקרובה ביותר)⁵: אחוזים*

6ב. נשים



6א. גברים



* ההשוואה הבין-לאומית מוגבלת במידה מסוימת בשל היעדר סטנדרטיזציה באופן מדידת הרגלי העישון בסקרי הבריאות של המדינות השונות. קיימים הבדלים בקבוצות הגיל הנסקרות, בניסוח השאלה, בקטגוריות התשובה ובמתודולוגיה של הסקר.⁵

2. מניעה

בשנת 2011 אישרה ממשלת ישראל, בהתאם להמלצת משרד הבריאות, את התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו. הפעילות למיגור העישון נעשית במספר מישורים הכוללים חקיקה ואכיפה, תכניות גמילה מעישון, מחקר וניטור, התערבויות בקהילה והסברה⁶.

2.1. יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה

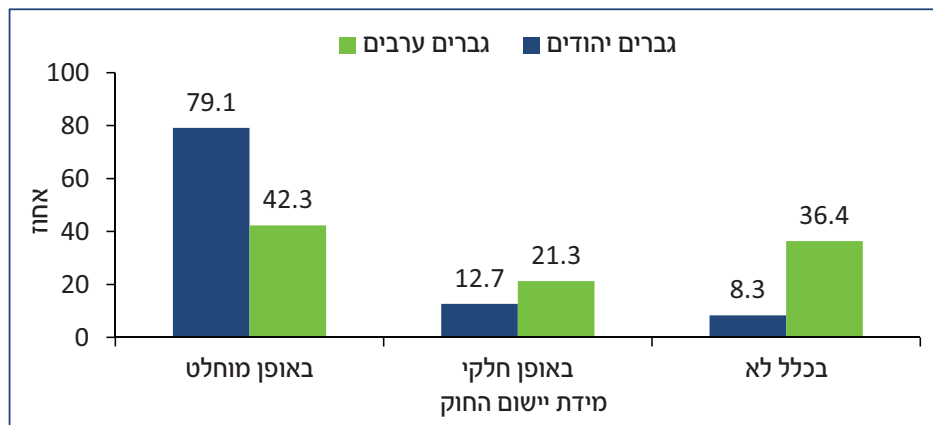
בסקר KAP 2011 נמצאו הבדלים ברורים בין הגברים היהודים לערבים בדיווח על מידת יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה. הרוב המוחלט של היהודים (79.1%) דיווחו על יישום מלא של החוק, ופחות מ-10% דיווחו כי החוק אינו מיושם כלל. בקרב הערבים, לעומת זאת, פחות ממחצית דיווחו על יישום מלא של החוק, ומעל לשליש (36.4%) דיווחו על אי יישום מוחלט (תרשים לא').

תמונה דומה נצפתה בקרב הנשים. בנשים היהודיות אחוז הדיווח על יישום מלא של החוק גבוה יותר מאשר בגברים היהודים, ומתקרב ל-90%. 5.7% בלבד דיווחו כי החוק כלל אינו מיושם. בנשים הערביות לעומת זאת, כ-60% בלבד דיווחו כי החוק מיושם במלואו, וכ-20% דיווחו על אי יישום מוחלט (תרשים לב'). בסך הכל, בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעור גבוה יותר של יישום מלא של החוק האוסר על עישון במקומות עבודה מדווח על ידי נשים, בעוד דיווח על אי יישום של החוק גבוה יותר בגברים. בשני המינים, שיעור היישום המלא של החוק גבוה יותר ביהודים, ואילו אי יישום של החוק גבוה יותר בערבים.

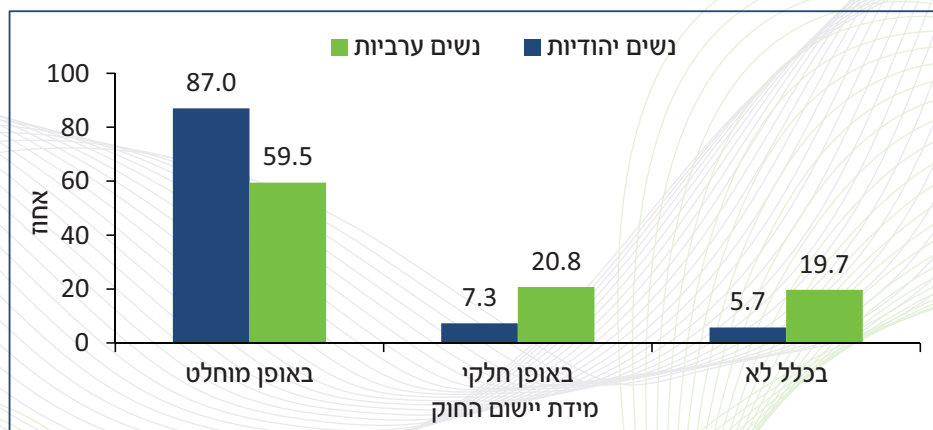
תרשים 7: מידת יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה (על פי דיווח עצמי), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה.

סקר KAP 2011²: אחוזים

א. גברים



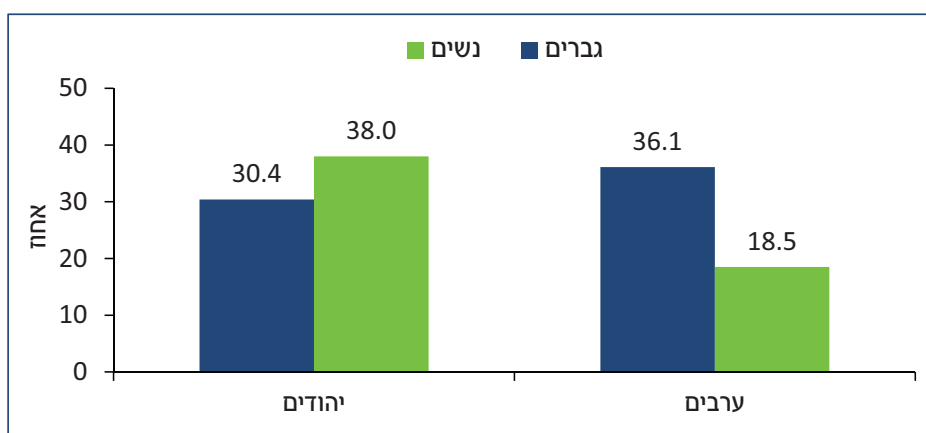
ב. נשים



2.2. השפעת החוקים להגבלת העישון על ציבור המעשנים

מעל ל-30% מכלל אוכלוסיית המעשנים דיווחו על הפחתה בכמות העישון בעקבות הכנסת החוקים להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים. קבוצת האוכלוסייה שהושפעה במידה הרבה ביותר היא אוכלוסיית הנשים היהודיות. 38% מהיהודיות המעשנות דיווחו על הפחתה בעישון. שיעור זה גבוה פי 2.1 בהשוואה לערביות המעשנות. שיעור הגברים הערבים שדיווחו על הפחתה בעישון גבוה יחסית, וקרוב מאוד לשיעור בנשים היהודיות (36.1% ו-38%). שיעור הפחתה נמוך מזה (כ-30%) דווח בקרב הגברים היהודים. השיעור הנמוך ביותר של הפחתה בעישון נראה בקרב הנשים הערביות (18.5%), אולם יש לסייג ולהזכיר כי ייצוגן של הנשים הערביות המעשנות במדגם קטן יחסית לשאר קבוצות האוכלוסייה (תרשים 8).

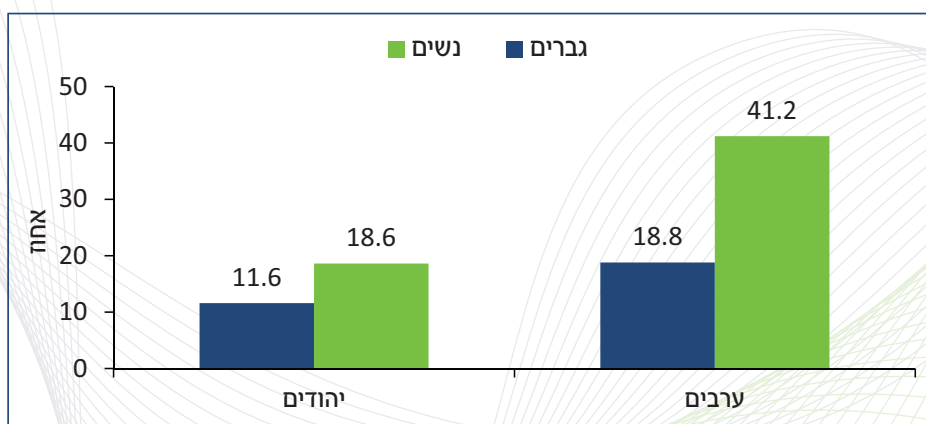
תרשים 8: מעשנים המדווחים על הפחתה בעישון בעקבות החוקים להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים



2.3. חשיפה לעישון סביל בקרב לא מעשנים

בסקר KAP 2011 נשאלו המרואיינים האם מישהו מבני ביתם מעשן בתוך הבית. בשתי קבוצות האוכלוסייה (יהודים וערבים) נמצאה חשיפה גבוהה יותר לעישון כפוי בבית בקרב הנשים. בולטת במיוחד מידת החשיפה של הנשים הערביות לעישון כפוי: מעל ל-40% מהערביות חשופות לעישון כפוי בביתן (תרשים 9).

תרשים 9: חשיפה לעישון כפוי בבית בקרב לא מעשנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים

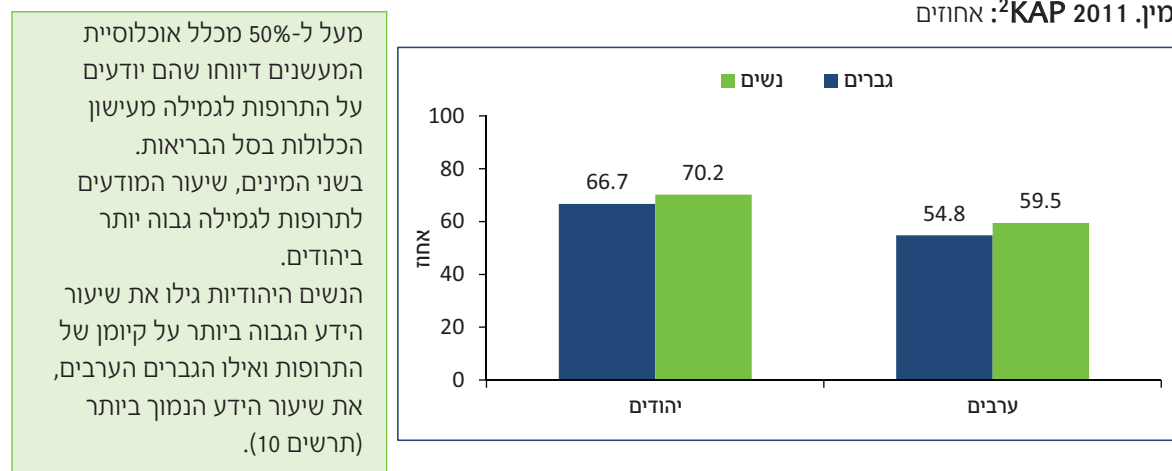


2.4. תרופות וסדנאות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות

בשנת 2010 הוכנסו לסל שירותי הבריאות סדנאות לגמילה מעישון וכן תרופות מרשם לגמילה מעישון. על פי נתוני ארבע קופות החולים (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית), עלה מספר המעשנים הפונים לגמילה מעישון בקופות החולים מ-11,844 איש בשנת 2010 ל-19,646 איש בשנת 2011. כלומר, כעבור שנה אחת בלבד מהכנסת הטכנולוגיות לסל, עלה מספר הפונים בכ-65%⁶.

2.4.1. ידע על תרופות לגמילה מעישון

תרשים 10: מעשנים היודעים על תרופות העוזרות בגמילה מעישון וכלולות בסל הבריאות, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין. 2011 KAP²: אחוזים



3. עישון סיגריות בקרב בני הנוער בישראל

הנתונים בחלק זה מתבססים על ממצאי המחקר הארצי השישי על נושאים הקשורים לבריאות, רווחה והתנהגויות סיכון של בני נוער, שנערך בשנים 2010-2011. הסקר בוצע כחלק מתכנית המחקר הרב-לאומי בשיתוף ובחסות ארגון הבריאות העולמי (WHO-HBSC), משרד החינוך, משרד הבריאות והרשות למלחמה בסמים ואלכוהול. הסקר הבינלאומי נערך אחת ל-4 שנים ומשתתפות בו למעלה מ-40 מדינות בכל רחבי העולם. איסוף המידע מתבצע בכל מדינה באמצעות שאלונים למילוי עצמי המועברים לתלמידים בכיתות ו', ח' ו-י' (מקביל לגילאי 11, 13 ו-15)⁷. הרחבה אודות הסקר, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

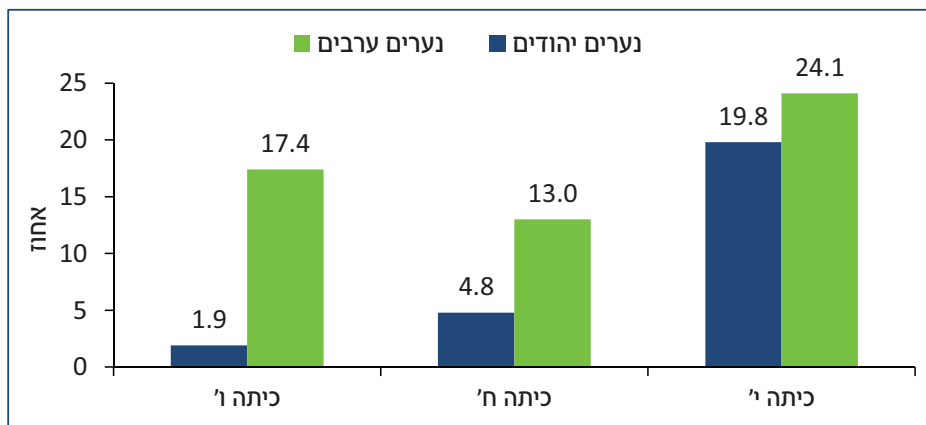
3.1 מעשנים לפחות פעם בשבוע

בקרב הנערים היהודים נצפית עלייה הדרגתית בשיעורי העישון עם העלייה בגיל, עם שיעורים נמוכים יחסית בגילאים הצעירים (מתחת ל-5%). גם בנערים הערבים השיעורים הגבוהים ביותר נצפים בשכבת הגיל הגבוהה אולם להבדיל מן היהודים, השיעורים המדווחים גבוהים כבר בגילאים הצעירים (פי 9 ופי 2.7 בהשוואה ליהודים בכיתות ו' ו-ח' בהתאמה). בולט במיוחד שיעור העישון הגבוה שדווח על ידי בנים ערבים בכיתה ו' - 17.4% (תרשים א'11).

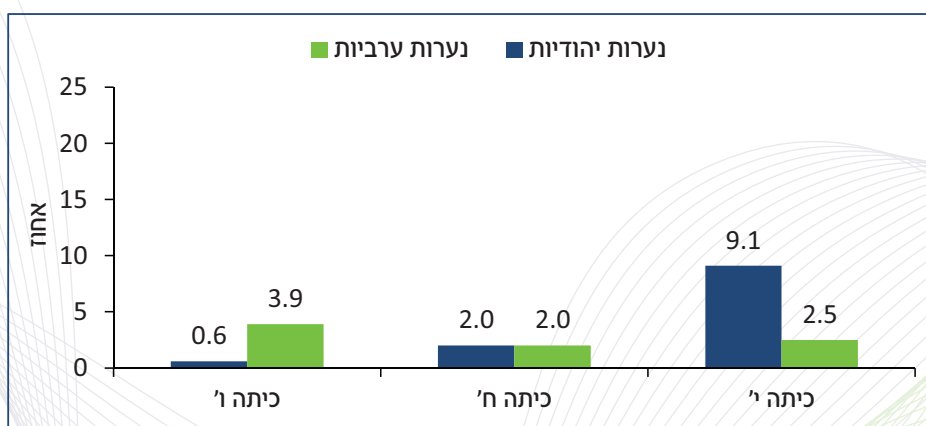
בקרב הנערות היהודיות, שיעורי העישון עולים עם הגיל, משיעור נמוך מאוד בכיתה ו' (0.6%) לכ-9% בתלמידות כיתה י'. בקרב הנערות הערביות, שיעור העישון המדווח על ידי תלמידות כיתה ו' (3.9%), גבוה מן השיעור המדווח בתלמידות כיתות ח' ו-י'. בשכבת הגיל הבוגרת (כיתה י') שיעור העישון בבנות היהודיות גבוה פי 3.6 מהשיעור בערביות (תרשים ב'11).

תרשים 11: תלמידים המדווחים על עישון סיגריות או מוצרי טבק, לפחות פעם בשבוע, לפי מין, גיל (כיתה) וקבוצת אוכלוסייה. סקר HBSC 2011⁷: אחוזים

א.11 נערים



ב.11 נערות



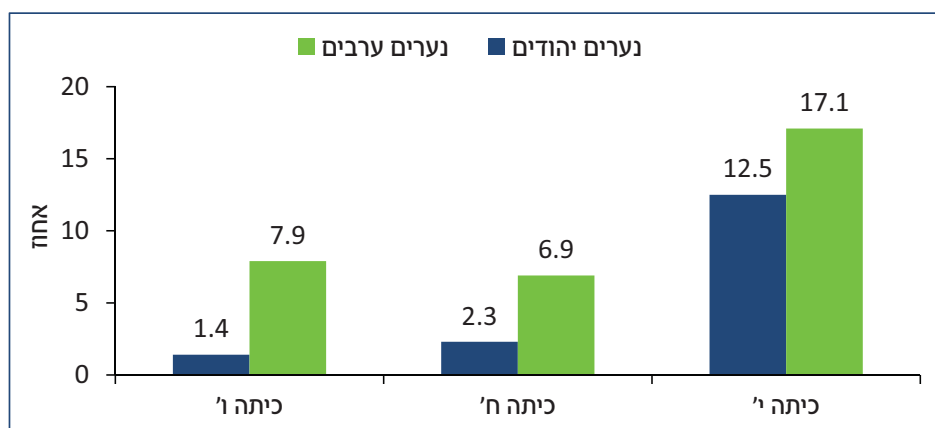
3.2. מעשנים מדי יום

המגמות בעישון מדי יום דומות למגמות שנצפו בדיווח על עישון לפחות פעם בשבוע. בנערים היהודים נצפית עלייה בשיעורי העישון עם העלייה בגיל. גם בערבים שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בשכבת הגיל הבוגרת, אולם השיעורים גבוהים יחסית גם בכיתות הנמוכות. שיעור הנערים הערבים המדווחים על עישון מדי יום גבוה מהשיעור המדווח ביהודים בכל שכבות הגיל. הפערים בין קבוצות האוכלוסייה מצטמצמים עם העלייה בגיל: משיעור עישון הגבוה פי 5.6 בערבים לעומת יהודים בכיתה ו', לשיעור הגבוה ב-37% בכיתה י' (תרשים א'12).

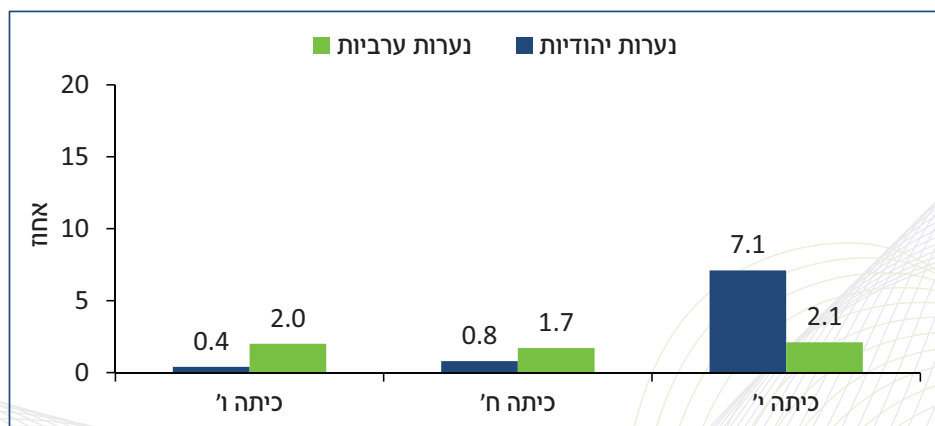
בקרב הנערות היהודיות, שיעור המדווחות על עישון מדי יום נמוך מאוד בכיתות הנמוכות (פחות מ-1%) ועולה בשכבת הגיל הבוגרת (כיתה י'), בה מגיע שיעור העישון ל-7.1%. שיעור הנערות הערביות המדווחות על עישון מדי יום אינו משתנה מהותית עם הגיל ונע סביב 2% (תרשים ב'12).

תרשים 12: תלמידים המדווחים על עישון סיגריות או מוצרי טבק, לפחות פעם ביום, לפי מין, גיל (כיתה) וקבוצת אוכלוסייה. סקר HBSC 2011⁷: אחוזים

א.12. נערים



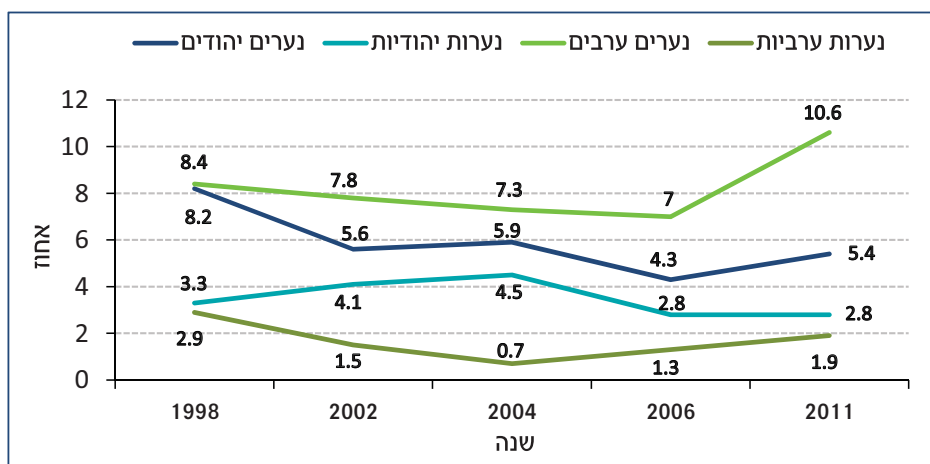
ב.12. נערות



3.3. מגמות בעישון בקרב בני הנוער, ישראל 1998-2011

בתרשים 13 מוצגות המגמות בשיעור המעשנים מדי יום בקרב תלמידי ישראל, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. הנתונים מבוססים על ממצאי הסקרים הארציים שנערכו בשנים: 1998, 2002, 2004, 2006 ו-2011.

תרשים 13: תלמידים המדווחים על עישון סיגריות או מוצרי טבק, לפחות פעם ביום, לפי שנה, מין וקבוצת אוכלוסייה. סקרי HBSC⁷: אחוזים



נערים יהודים - נצפתה ירידה בשיעורי העישון בין 1998 ל-2002. השיעורים הנמוכים ביותר נצפו ב-2006. בין 2006 ל-2011 חלה עלייה בשיעורי העישון אולם עדיין השיעורים ב-2011 נמוכים מהשיעורים ב-1998-2004.

נערות יהודיות - נצפית מגמת עלייה בשיעורי העישון בין 1998 ל-2004 ומגמת ירידה בשיעורים בין השנים 2004 ל-2011.

נערים ערבים - נצפתה מגמת ירידה מתונה בשיעורי העישון בין 1998 ל-2006. בין 2006 ל-2011 חלה עלייה ניכרת של כ-50% בשיעורי העישון, והשיעור שדווח ב-2011 (10.6%) הוא הגבוה ביותר שנמצא מאז 1998.

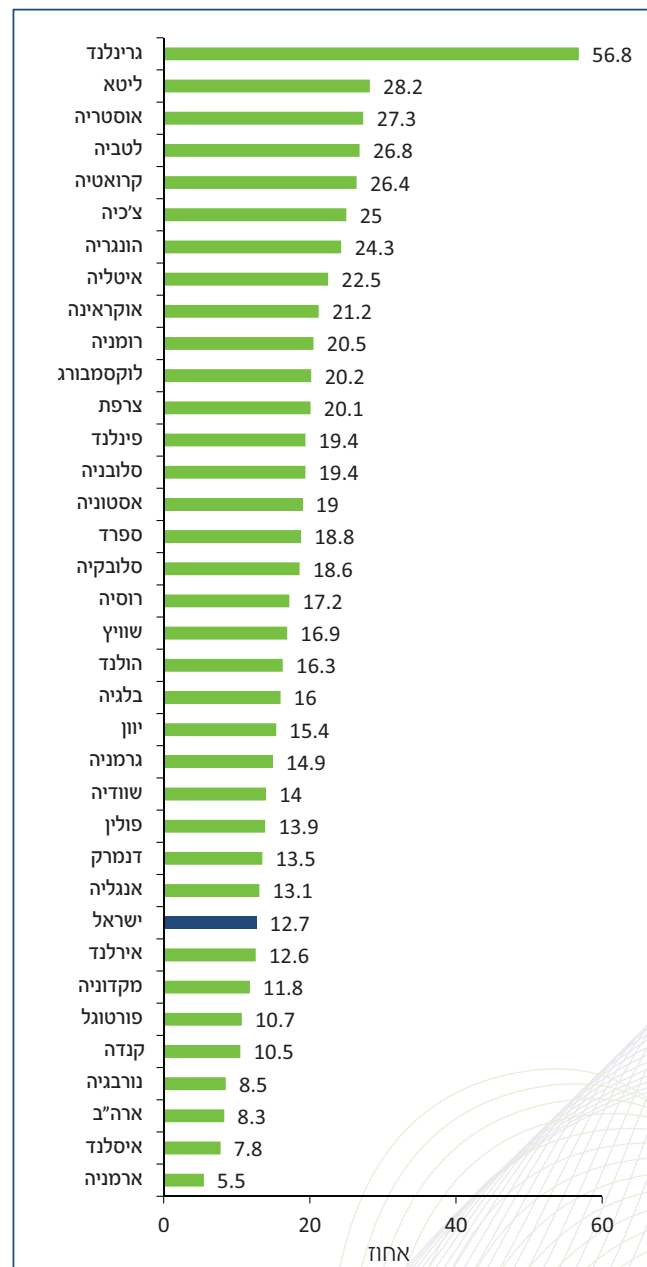
נערות ערביות - נצפתה מגמת ירידה בשיעורי העישון בין 1998 ל-2004. החל מ-2004 נצפית מגמת עלייה, אולם השיעור ב-2011 (1.9%) עדיין נמוך מהשיעור ב-1998.

באופן עקבי לאורך השנים נצפים שיעורי עישון גבוהים יותר בקרב הבנים. השיעורים הגבוהים ביותר נצפים בקרב הנערים הערבים ואילו הנמוכים ביותר בקרב הנערות הערביות (בדומה למגמה במבוגרים).

3.4. השוואה בין-לאומית

מבין המדינות המשתתפות במחקר ה-HBSC מזדווגת ישראל במקום ה-28 מתוך 36 מדינות, כלומר שיעור העישון בתלמידים הישראלים (12.7%) נמוך יחסית למדינות האחרות (תרשים 14).

תרשים 14: תלמידים בני 15 (כיתה י') המדווחים על עישון סיגריות או מוצרי טבק, לפחות פעם בשבוע, לפי מדינה. סקר HBSC 2011⁷: אחוזים



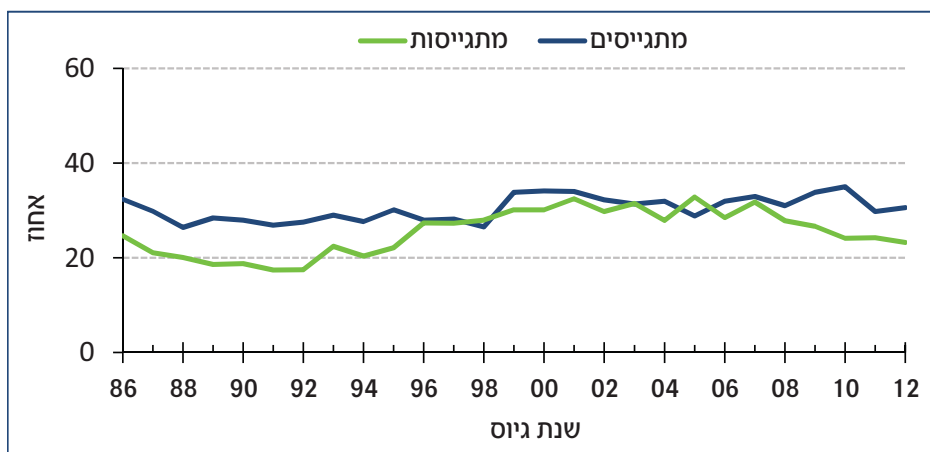
4. עישון בצה"ל

בשנת 2012, שיעור העישון בעת הגיוס לצה"ל היה 30.6% בגברים ו-23.0% בנשים. שיעור העישון בעת השחרור מצה"ל היה 29.3% בגברים ו-25.9% בנשים⁸.

4.1. מגמות בעישון בקרב מתגייסים לצה"ל

שיעורי העישון בגברים יציבים יחסית לאורך השנים ונעים סביב ה-30%. בנשים מתחילה עלייה בשיעורי העישון בראשית שנות ה-90'. השיעורים מתייצבים במהלך שנות ה-2000 ומתחילים לרדת משנת 2008 ואילך. בין אמצע שנות ה-80' לאמצע שנות ה-90' שיעורי העישון בגברים היו גבוהים באופן ניכר מהשיעורים בנשים. מאמצע שנות ה-90' ועד לשנת 2008 נצפו שיעורים דומים מאוד בגברים ובנשים. בשנים האחרונות שוב נצפים שיעורי עישון גבוהים יותר בגברים (תרשים 15).

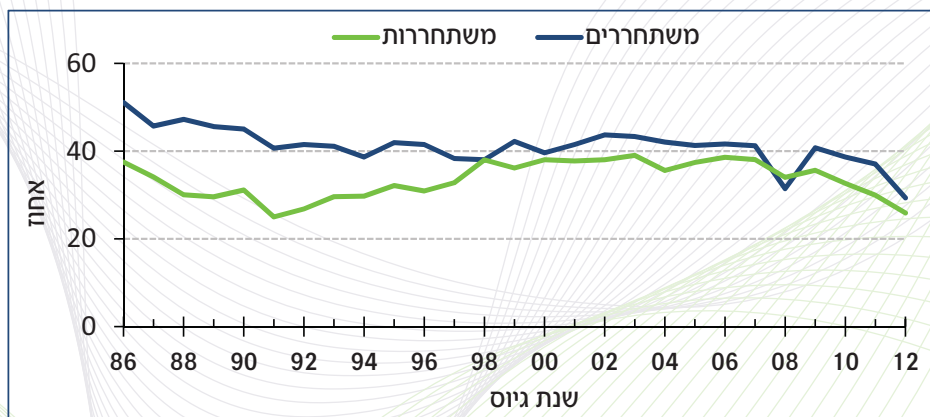
תרשים 15: שיעורי העישון בקרב מתגייסים לצה"ל, לפי מין, 1986-2012⁸: אחוזים



4.2. מגמות בעישון בקרב משתחררים מצה"ל

בדומה לנצפה בקרב המתגייסים, בין אמצע שנות ה-80' לסוף שנות ה-90' נצפו שיעורי עישון גבוהים באופן ניכר בגברים לעומת הנשים. החל מסוף שנות ה-90' מצטמצמים הפערים בין המינים, אך עדיין, למעט שנת 2008, שיעורי העישון גבוהים יותר בגברים. בשנים האחרונות (החל ב-2009) נראית ירידה בשיעורי העישון במשתחררים מצה"ל, גברים ונשים (תרשים 16).

תרשים 16: שיעורי העישון בקרב משתחררים מצה"ל, לפי מין, 1986-2012⁸: אחוזים



מקורות המידע

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
2. ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל 2011 (KAP). המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 345, 2013.
3. סקר הרגלי הפעילות הגופנית בקרב תושבי ישראל. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. מינהל הספורט, משרד התרבות והספורט. פרסום 349, 2012.
4. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330, 2011.
5. OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequently-requesteddata.htm>
6. דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2011. המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות, 2012.
7. הראל-פיש י, וולש ס, בוניאל-נסים מ, דז'אלובסקי א, אמית ש, טסלר ר חביב ג'. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל. סיכום ממצאי המחקר הארצי השישי (2011), ניתוח מגמות בין השנים 1994-2011 והשוואה בינלאומית. תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני הנוער. בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר-אילן, 2013.
<http://hbcs.biu.ac.il/books.html>
8. נתונים באדיבות ענף בריאות הצבא, מקרפ"ר, צה"ל.

פעילות גופנית

ממצאים עיקריים

פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת

ממצאי סקר KAP 2011

- « 53.3% מהאוכלוסייה עוסקים באופן קבוע בפעילות גופנית בשעות הפנאי: 56.9% מהגברים ו-50.0% מהנשים.
- « 38.0% מהגברים ו-35.6% מהנשים דיווחו כי הם עוסקים בפעילות גופנית לפחות 3 פעמים בשבוע, למשך חצי שעה לפחות בכל פעם.
- « בגברים יהודים, שיעור השיא של ביצוע פעילות גופנית (57.6%) נצפה בקבוצת הגיל המבוגר (65+), ואילו בגברים ערבים שיעור השיא (36.1%) נצפה בקבוצת הגיל הצעיר (21-34).
- « בנשים יהודיות, שיעורים גבוהים יותר של פעילות גופנית דווחו בגילאים המבוגרים לעומת הצעירים, ואילו בנשים ערביות שיעורים גבוהים יותר דווחו בצעירות לעומת מבוגרות.

ממצאי סקר הרגלי הפעילות הגופנית 2012-2011

- « הליכה הנה הפעילות השכיחה ביותר בגברים ובנשים: 30.8% מהגברים ו-24.8% מהנשים דיווחו על עיסוק בהליכה בשבועיים שלפני הסקר.
- « שיעורי העמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית ממוקדת היו: 38.1% בגברים יהודים, 30.9% בנשים יהודיות, 25.3% בגברים ערבים, ו-17.9% בנשים ערביות.
- « שיעורי העמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית בחיי היומיום היו: 5.6% בגברים יהודים, 10.5% בנשים יהודיות, 9.1% בגברים ערבים, ו-15.4% בנשים ערביות.
- « שיעורי העמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות סיכום משך העיסוק בפעילות גופנית ממוקדת ופעילות גופנית בחיי היומיום היו: 42.5% בגברים יהודים, 41.7% בנשים יהודיות, 32.5% בגברים ערבים, ו-31.9% בנשים ערביות.
- « 48.1% מהאוכלוסייה עוסקים בפעילות יושבנית למשך למעלה מ-4 שעות ביום. השיעור בנשים גבוה מהשיעור בגברים: 51.6% ו-44.4%, בהתאמה.

פעילות גופנית בילדים ובמתבגרים

- « סקר "נוער בישראל" (Health Behavior in School Aged Children - HBSC) שנערך בשנת 2011 מצא כי 22.9% מכלל תלמידי כיתות ו', ח' ו-י' (31.8% מהבנים ו-14.0% מהבנות) עוסקים בפעילות גופנית לפחות ארבע פעמים בשבוע, המסתכמות בלפחות שעתיים וחצי בשבוע.
- « בכל שכבות הגיל, שיעורי העיסוק בפעילות גופנית היו גבוהים בתלמידים יהודים מאשר בתלמידים ערבים, הן בבנים והן בבנות.
- « 12.6% מכלל התלמידים דיווחו כי לא עסקו בשבוע האחרון בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, לפחות 60 דקות: 9.3% מהבנים ו-15.9% מהבנות.
- « בהשוואה למדינות האחרות המשתתפות בסקר, ישראל מדורגת במקום גבוה באחוז התלמידים הממעטים לעסוק בפעילות גופנית.

פעילות גופנית <<

רקע

המונח פעילות גופנית מתייחס לפעילויות מתוכננות, מובנות ומכוונות לשיפור הכושר הגופני, כמו גם לפעילויות אחרות המערבות תנועת גוף ונעשות כחלק ממשחק, עבודה, מטלות הבית, פעילויות פנאי וכדומה. היעדר פעילות גופנית דורג במקום הרביעי כגורם סיכון לתמותה כלל עולמית. פעילות גופנית מפחיתה את הסיכון ליתר לחץ דם, מחלת לב כלילית, שבץ, סוכרת, סרטן השד והמעי הגס, דיכאון ונפילות. ההערכה היא כי היעדר פעילות גופנית הוא הגורם העיקרי לכ-23% ממקרי סרטן השד והמעי הגס, כ-27% ממקרי הסוכרת וכ-30% ממקרי מחלת לב כלילית¹.

בפרק זה מוצגים נתונים על דפוסי הפעילות הגופנית בישראל בחלוקה ל-2 שכבות אוכלוסייה:

1. האוכלוסייה הבוגרת. 2. ילדים ובני נוער.

1. פעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת

מקורות הנתונים

« סקר ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל (KAP 2011)². הסקר נערך על ידי המלב"ם, בשנים 2010-2012, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה).

« סקר הרגלי הפעילות הגופנית³. הסקר נערך על ידי המלב"ם, בשנים 2010-2012, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה).

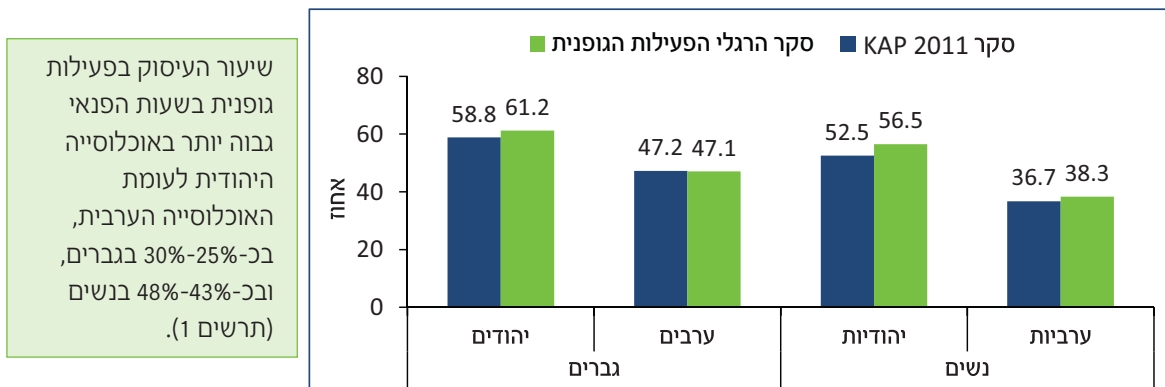
על מנת לייצג את שיעורי הפעילות הגופנית בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקרים בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). הרחבה אודות הסקרים ושיטת השקלול, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

1.1. עיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי

על פי סקר KAP 2011, 53.3% מהאוכלוסייה עוסקים באופן קבוע בפעילות גופנית בשעות הפנאי. השיעור המדווח בגברים היה גבוה מהשיעור המדווח בנשים: 56.9%-50.0%, בהתאמה ($p<0.001$). השיעור המדווח ביהודים היה גבוה מהשיעור המדווח בערבים: 55.6%-42.0%, בהתאמה ($p<0.001$).

לשם השוואה, מוצגים גם הנתונים מסקר הרגלי הפעילות הגופנית שנערך בשנים 2010-2012. בשני הסקרים התקבלה תמונה דומה לגבי הדיווח על פעילות גופנית, אולם השיעורים בסקר הרגלי הפעילות הגופנית היו מעט יותר גבוהים ביהודים ובנשים ערביות לעומת נתוני סקר KAP 2011. בשני הסקרים נמצא כי שיעור העוסקים בפעילות גופנית גבוה יותר בגברים לעומת נשים, הן ביהודים והן בערבים, כאשר הפער בין המינים גדול יותר בערבים (תרשים 1).

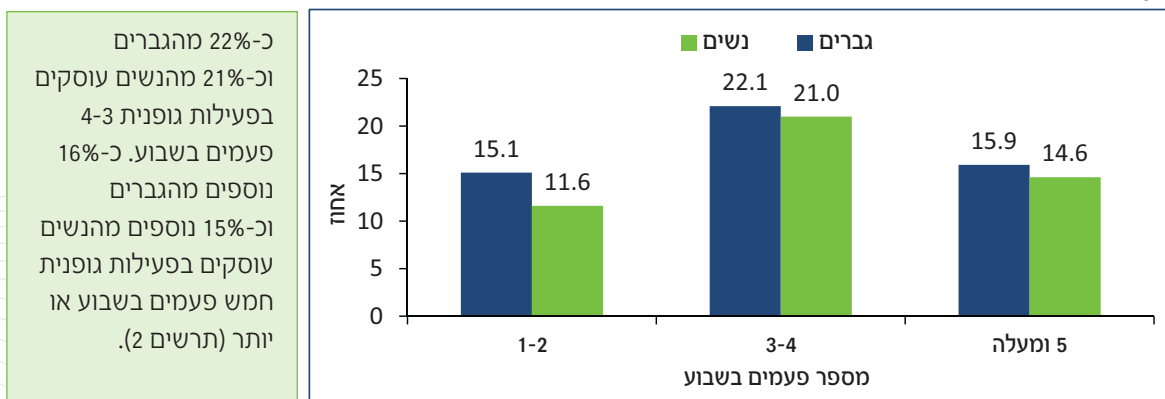
תרשים 1: עיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי (באופן קבוע), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר 2011 KAP² וסקר הרגלי הפעילות הגופנית 2011-2012³: אחוזים משוקללים לגיל



1.2. תדירות העיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי - סקר 2011 KAP

תדירות העיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי מוצגת בשלוש קטגוריות, לפי מספר פעמים בשבוע (לפחות 30 דקות בכל פעם): 1-2 פעמים, 3-4 פעמים, ו-5 פעמים ומעלה.

תרשים 2: תדירות העיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי (לפחות 30 דקות בכל פעם), לפי מין. סקר 2011 KAP²: אחוזים משוקללים לגיל ולקבוצת אוכלוסייה



1.3. עיסוק בפעילות גופנית - לפחות 3 פעמים בשבוע

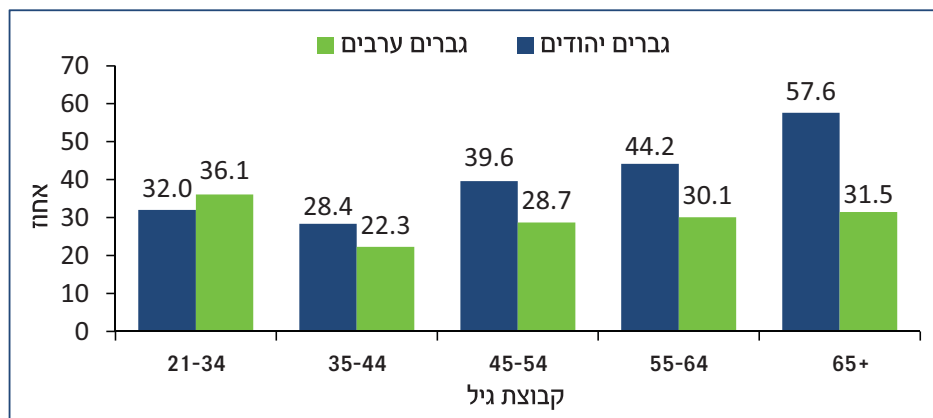
בגברים יהודים, שיעור העוסקים בפעילות גופנית עולה באופן ניכר עם הגיל, מקבוצת הגיל 35-44 ואילך. בבני 65 ומעלה, קרוב ל-60% מדווחים על ביצוע פעילות גופנית לפחות 3 פעמים בשבוע. בגברים ערבים, לעומת זאת, השיעור הגבוה ביותר (36.1%) נמצא בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), השיעור הנמוך ביותר (22.3%) נמצא בבני 35-44, ומגיל 45 ואילך עולים השיעורים עליה מאוד מתונה עד ל-31.5% בבני 65 ומעלה. שיעורי העיסוק בפעילות גופנית גבוהים יותר בגברים יהודים מאשר בגברים ערבים, בכל קטגוריות הגיל, למעט קבוצת הגיל הצעיר (21-34), בפעמים אשר הולכים וגדלים עם העלייה בגיל (תרשים 3א').

בנשים יהודיות נצפית עלייה מתמדת בשיעור העוסקות בפעילות גופנית עם העלייה בגיל - עלייה כוללת של מעל ל-100%. בנשים הערביות נצפית עלייה מתונה בשיעורים עד לקבוצת הגיל 45-54, ובהמשך חלה ירידה תלולה בשיעורים - ירידה של למעלה מ-100% בין קבוצת הגיל 45-54 לגילאי 65 ומעלה. שיעורי העיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי, דומים בנשים יהודיות וערביות בגילאים הצעירים. החל מגיל 45 ומעלה גבוהים יותר השיעורים ביהודיות, בפעמים אשר הולכים וגדלים עם העלייה בגיל (תרשים 3ב').

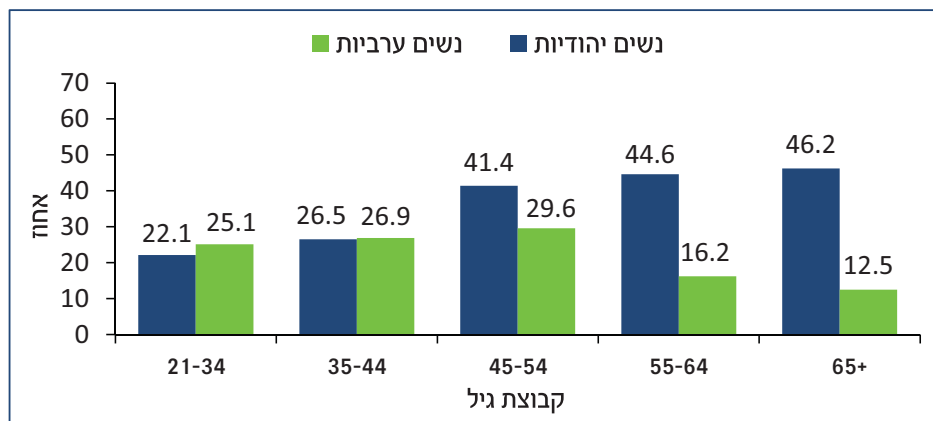
באוכלוסייה היהודית, שיעורי העיסוק בפעילות גופנית גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים בגילאים הצעירים (21-44). בבני 45-64 השיעורים דומים בגברים ונשים, ובבני 65 ומעלה השיעור גבוה בכ-25% בגברים לעומת נשים. הפערים בין גברים ונשים גדולים יותר באוכלוסייה הערבית, בפרט בקבוצות הגיל המבוגר. בגילאי 65 ומעלה שיעור העיסוק בפעילות גופנית גבוה פי 2.5 בגברים הערבים לעומת הנשים הערביות.

תרשים 3: עיסוק בפעילות גופנית* בשעות הפנאי, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר KAP 2011²: אחוזים

תרשים 3א. גברים



תרשים 3ב. נשים

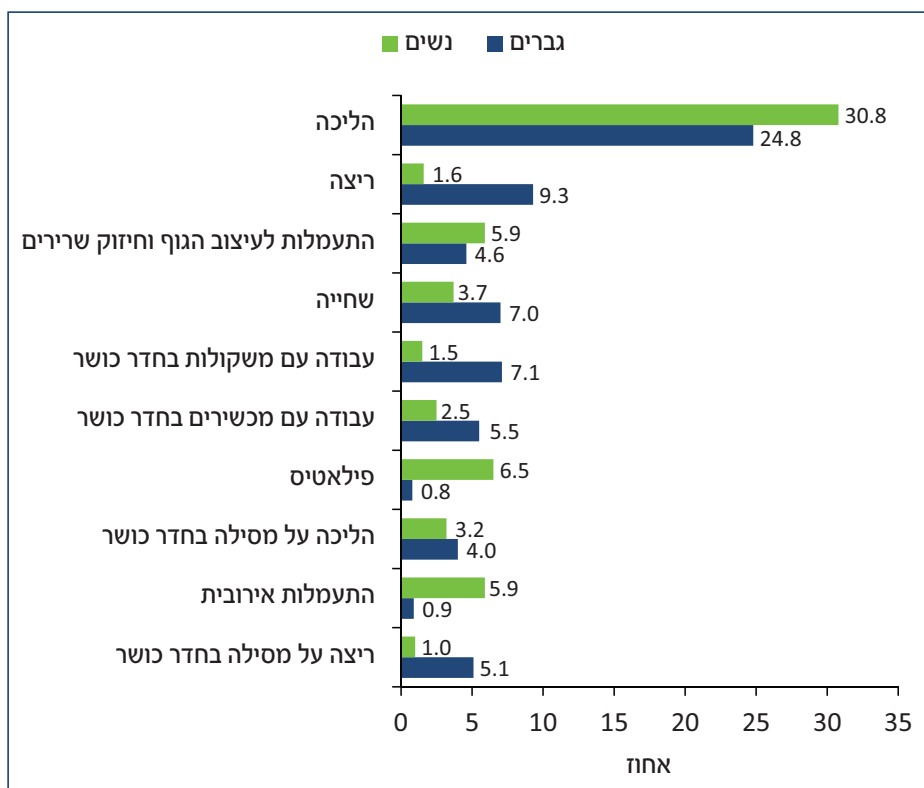


*לפחות 3 פעמים בשבוע, לפחות 30 דקות רצופות בכל פעם.

1.4 סוגי הפעילות השכיחים - סקר הרגלי הפעילות הגופנית

תרשים 4 מציג את שיעורי העיסוק בעשרת סוגי הספורט השכיחים ביותר, בשבועיים שלפני הסקר, לפי מין. נמצא כי הליכה הנה הפעילות השכיחה ביותר בגברים ובנשים: 30.8% מהגברים ו-24.8% מהנשים דיווחו על עיסוק בהליכה בשבועיים שלפני הסקר. שיעור העוסקים בהליכה גבוה במאות אחוזים משיעור העוסקים בכל אחת מהפעילויות האחרות. במרבית הפעילויות נצפו הבדלים גדולים בין המינים. הפעילויות שדווחו בשכיחות גבוהה יותר בנשים מאשר בגברים: פילאטיס (פי 8.1), התעמלות אירובית (פי 6.6), והתעמלות לעיצוב הגוף (פי 1.3). הפעילויות שדווחו בשכיחות גבוהה יותר בגברים מאשר בנשים: ריצה (פי 5.8), ריצה על מסילה בחדר כושר (פי 5.1), עבודה עם משקולות בחדר כושר (פי 4.7), עבודה עם מכשירים בחדר כושר (פי 2.2), שחייה (פי 1.9), והליכה על מסילה בחדר כושר (פי 1.3).

תרשים 4: עיסוק בעשרת סוגי הספורט השכיחים ביותר בשבועיים שלפני הסקר, לפי מין. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים משוקללים לגיל ולקבוצת אוכלוסייה



1.5. עמידה בהמלצות לפעילות גופנית

המלצת ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת (18 ומעלה):

לפחות 150 דקות בשבוע של פעילות גופנית אירובית מתונה* או לפחות 75 דקות בשבוע של פעילות גופנית אירובית בעצימות גבוהה** או שילוב שווה ערך של פעילות בעצימות גבוהה ומתונה⁴.
אחת ממטרותיו של סקר הרגלי הפעילות הגופנית הייתה להעריך את מידת העמידה בהמלצות לפעילות גופנית. אחוז המשתתפים שעמדו בהמלצות נקבע על פי מענה על השאלות הבאות:

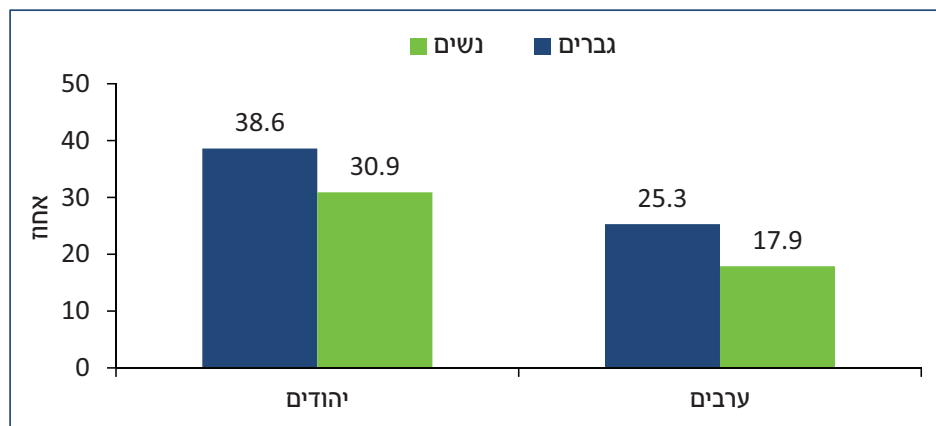
1. איזו פעילות גופנית ביצעת בשבועיים האחרונים?
2. כמה פעמים ביצעת פעילות זו בשבועיים אלה?
3. מה היה משך הפעילות בכל פעם?
4. מה מידת המאמץ שהשקעת בפעילות?

1.5.1. עמידה בהמלצות, באמצעות פעילות גופנית ממוקדת

על פי ממצאי סקר הרגלי הפעילות הגופנית, כשליש מהמשתתפים בסקר (32.4%) עומדים בהמלצות לפעילות גופנית; 36.3% מהגברים ו-28.8% מהנשים³. בחלוקה לפי קבוצות אוכלוסייה נמצא כי השיעור הגבוה ביותר של עמידה בהמלצות הוא בגברים יהודים (38.6%) והשיעור הנמוך ביותר, בנשים ערביות (17.9%). השיעורים גבוהים משמעותית ביהודים לעומת ערבים, בשני המינים; בכ-53% בגברים, ובכ-73% בנשים (תרשים 5).

*פעילות מתונה - עלייה בינונית בקצב הנשימה ובפעילות הלב, תחושת חום והזעה קלה.
**פעילות בעצימות גבוהה - עלייה גדולה בקצב הנשימה ובפעילות הלב, תחושת חום והזעה מרובה.

תרשים 5: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית ממוקדת, בשבועיים שלפני הסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים משוקללים לגיל

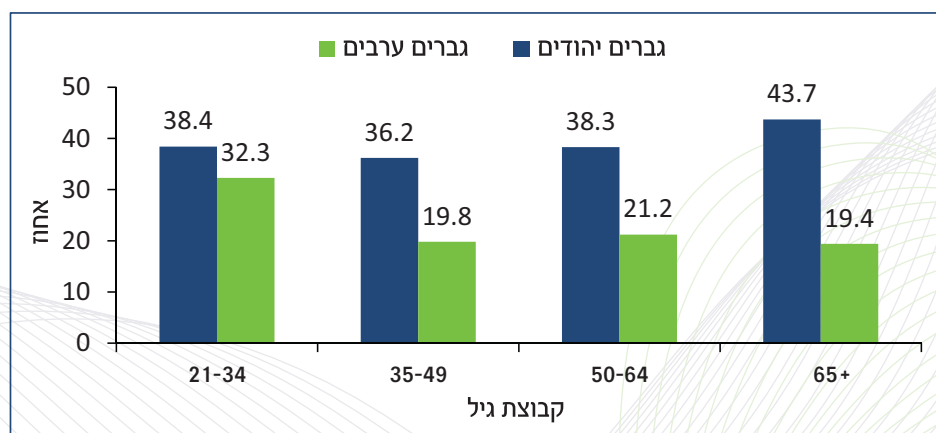


תרשים 6 מציג את שיעורי העמידה בהמלצות באמצעות פעילות גופנית ממוקדת, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה. בגברים יהודים, השיעור הגבוה ביותר של עמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית ממוקדת נצפה בקבוצת הגיל המבוגר (65+). בגברים ערבים, לעומת זאת, השיעור הגבוה ביותר של עמידה בהמלצות לפעילות גופנית נצפה בקבוצת הגיל הצעיר (21-34). בכל קבוצות הגיל, שיעורי העמידה בהמלצות גבוהים יותר בגברים יהודים לעומת גברים ערבים, כאשר הפער בין קבוצות האוכלוסייה גדל עם הגיל (תרשים 6א').

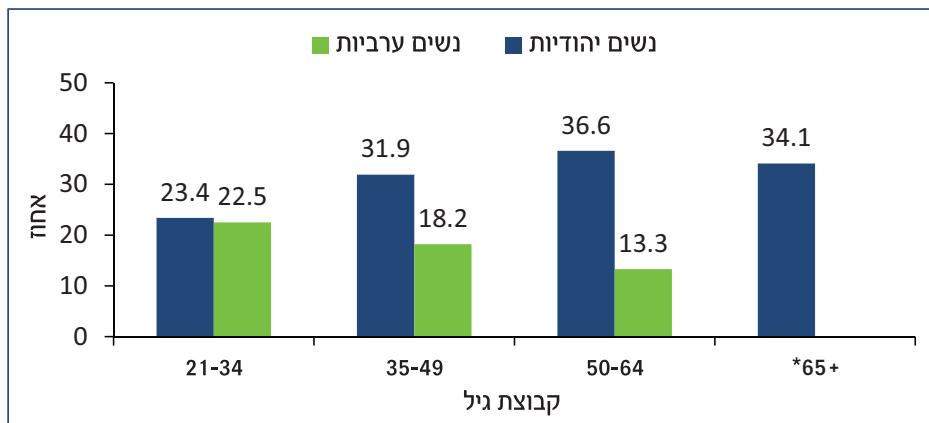
בנשים יהודיות, השיעור הגבוה ביותר של עמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית ממוקדת נצפה בקבוצת הגיל 50-64, והשיעור הנמוך ביותר נצפה בקבוצת הגיל הצעיר. בנשים ערביות, לעומת זאת, בדומה לנצפה בגברים ערבים, השיעור הגבוה ביותר של עמידה בהמלצות לפעילות גופנית נצפה בקבוצת הגיל הצעיר, ונצפתה ירידה עקבית עם העלייה בגיל. בקבוצת הגיל הצעיר (21-34), השיעורים בנשים יהודיות וערביות מאוד דומים, ועם העלייה בגיל הפער בין קבוצות האוכלוסייה הולך וגדל באופן ניכר (תרשים 6ב').

תרשים 6: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית ממוקדת, בשבועיים שלפני הסקר, לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים

תרשים 6א. גברים



תרשים 6. נשים



*השיעור בקרב נשים ערביות בגילאי 65 ומעלה אינו מוצג עקב גודל מדגם קטן.

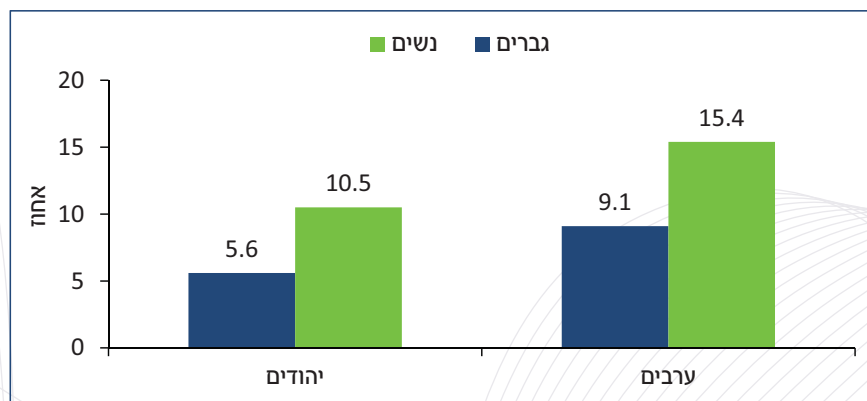
1.5.2. עמידה בהמלצות, באמצעות פעילות גופנית בחיי היומיום

המוראיינים בסקר הרגלי הפעילות הגופנית נשאלו לגבי מספר פעילויות עיקריות שהם נוהגים לבצע בחיי היומיום, ושאינן מבוצעות כחלק מעבודתם או למטרות כושר גופני וספורט. הפעילויות שנבדקו הן: הליכה או רכיבה על אופניים, לעבודה או לסידורים (קניות/טיול עם הילדים/נכדים/טיול עם הכלב וכדומה). המוראיינים נשאלו האם בשבועיים האחרונים עסקו באחת הפעילויות. במידה וענו בחיוב, נשאלו לגבי מספר הפעמים שעסקו בפעילות בשבועיים האחרונים, משך כל פעם ומידת המאמץ המושקע.

בניתוח העמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית בחיי היומיום (תרשים 7), התקבלה תמונה הפוכה מזו שנצפתה בניתוח העמידה בהמלצות באמצעות פעילות גופנית ממוקדת (תרשים 5).

תרשים 7: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות פעילות גופנית במהלך חיי היומיום*, בשבועיים שלפני הסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים משוקללים לגיל

הן ביהודים והן בערבים, שיעור גבוה יותר של עמידה בהמלצות (באמצעות פעילות גופנית בחיי היומיום) נצפה בנשים. בשני המינים, שיעור גבוה יותר של עמידה בהמלצות נמצא בערבים (תרשים 7).

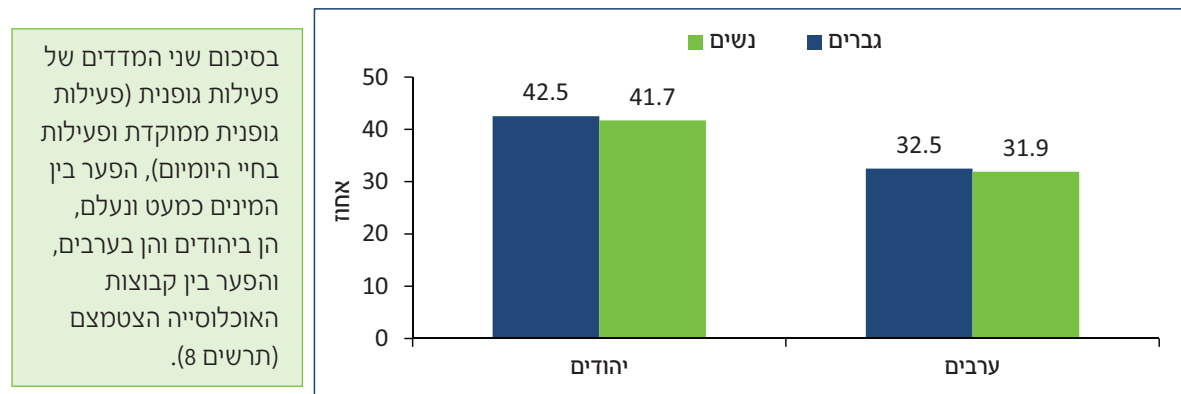


*הליכה או רכיבה על אופניים לעבודה או לסידורים.

1.5.3. עמידה בהמלצות: סיכום משך הפעילות הגופנית הממוקדת והיומיומית

בסיכום שני המדדים של פעילות גופנית (פעילות ממוקדת ופעילות בחיי היומיום), נמצא כי 40.8% מהגברים ו-40.2% מהנשים עומדים בהמלצות לפעילות גופנית³.

תרשים 8: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית באמצעות סיכום משך העיסוק בפעילות גופנית ממוקדת ופעילות גופנית בחיי היומיום, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים משוקללים לגיל

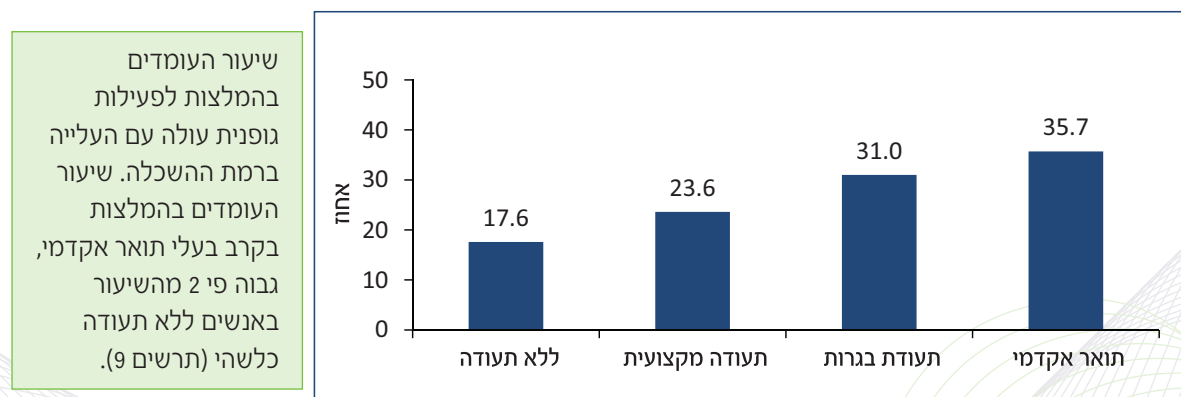


1.6. עמידה בהמלצות לפעילות גופנית לפי משתנים חברתיים-כלכליים

1.6.1. עמידה בהמלצות לפי רמת השכלה

המשתנה "השכלה" דורג על פי סוג התעודה הגבוהה ביותר בה מחזיק האדם (ללא תעודה/תעודה מקצועית/תעודת בגרות/תואר אקדמי).

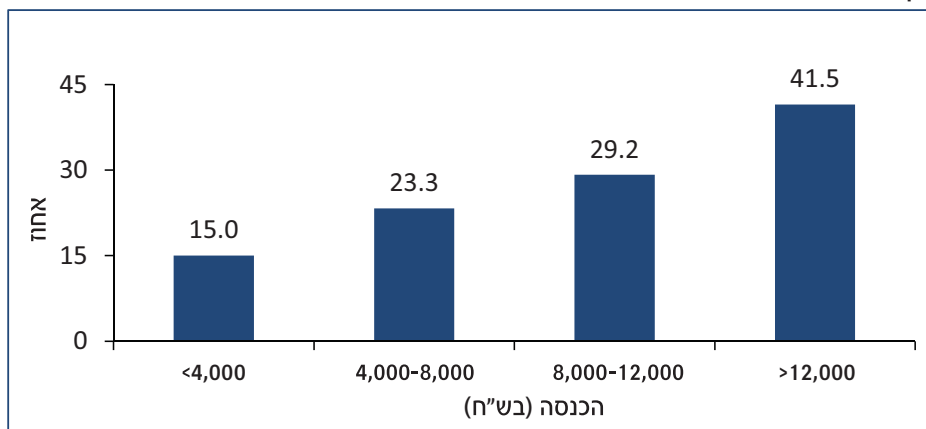
תרשים 9: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית, לפי רמת השכלה. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים



1.6.2. עמידה בהמלצות לפי רמת הכנסה

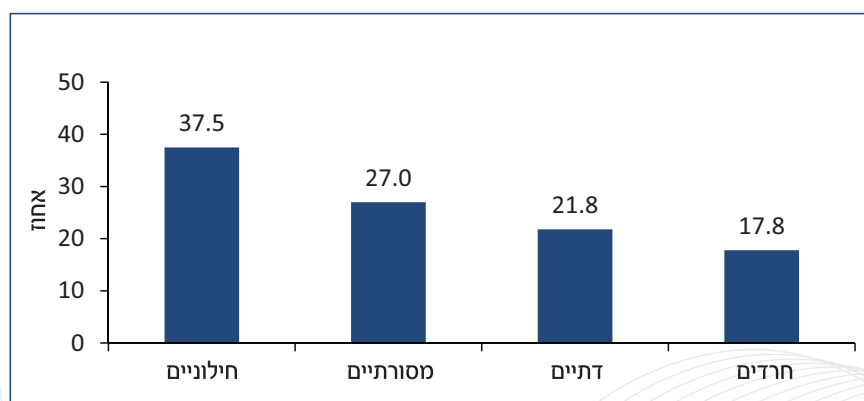
שיעור העומדים בהמלצות לפעילות גופנית עולה עם העלייה ברמת ההכנסה. שיעור העומדים בהמלצות בקרב בעלי הכנסה של למעלה מ-12,000 ₪ גבוה פי 2.8 מהשיעור בבעלי הכנסה של מתחת ל-4,000 ₪, פי 1.8 מהשיעור בבעלי הכנסה של 4,000-8,000 ₪, ופי 1.4 מהשיעור בבעלי הכנסה של 8,000-12,000 ₪ (תרשים 10).

תרשים 10: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית, לפי רמת ההכנסה החודשית למשק בית (הכנסה נטו בש"ח). סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים



1.6.3. עמידה בהמלצות לפי רמת דתיות

תרשים 11: עמידה בהמלצות לפעילות גופנית, לפי רמת דתיות. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים



שיעור העומדים בהמלצות לפעילות גופנית יורד עם העלייה באדיקות הדתית. שיעור העומדים בהמלצות בקרב החילוניים גבוה פי 2.1 בהשוואה לשיעור בחרדים, פי 1.7 בהשוואה לשיעור בדתיים, ופי 1.4 בהשוואה לשיעור במסורתיים (תרשים 11).

1.7. פעילות יושבנית בשעות הפנאי

קביעת משך העיסוק בפעילות יושבנית התבססה על תשובות המרואיינים ל-3 השאלות הבאות:

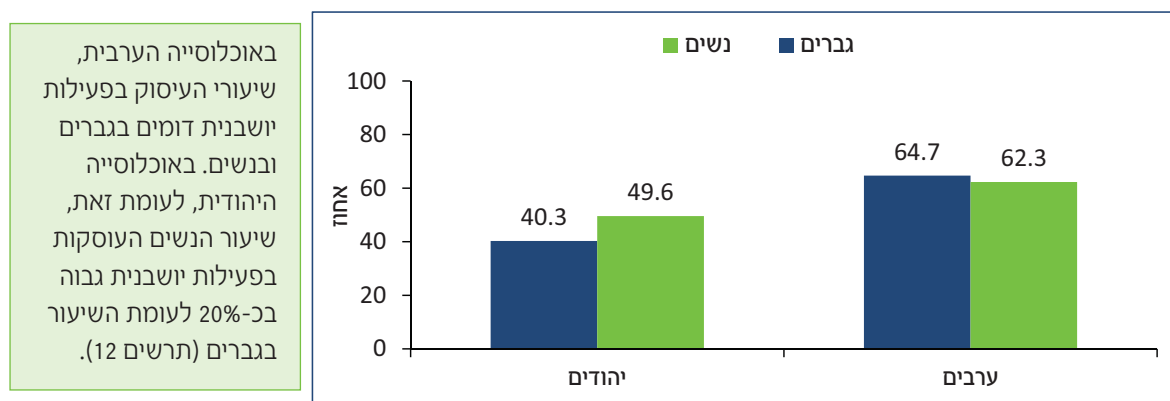
1. ביום ממוצע, כמה זמן אתה צופה בטלוויזיה/בישיבה/שכיבה?
2. ביום ממוצע, כמה זמן אתה משתמש במחשב בשעות הפנאי?
3. ביום ממוצע, כמה זמן אתה קורא בשעות הפנאי (קריאת ספר/עיתון, כולל פתרון תשבצים, משחקי קופסא/קלפים וכד')?

על פי סקר הרגלי הפעילות הגופנית, 48.1% מהאוכלוסייה עוסקים בפעילות יושבנית בשעות הפנאי, הנמשכת למעלה מ-4 שעות ביום: 44.4% מהגברים ו-51.6% מהנשים.

1.7.1. פעילות יושבנית בשעות הפנאי לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

באוכלוסייה הערבית נמצאו שיעורים גבוהים של אורח חיים יושבני בשעות הפנאי: 62.3% מהנשים ו-64.7% מהגברים דיווחו על פעילות יושבנית למשך למעלה מ-4 שעות ביום. שיעור העוסקים בפעילות יושבנית בשעות הפנאי בגברים הערבים היה גבוה בכ-60% מהשיעור בגברים היהודים, והשיעור בנשים הערביות היה גבוה בכ-30% מהשיעור בנשים היהודיות (תרשים 12).

תרשים 12: פעילות יושבנית בשעות הפנאי למשך יותר מ-4 שעות ביום, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר הרגלי הפעילות הגופנית³: אחוזים משוקלים לגיל



1.8. עיסוק בפעילות גופנית - השוואת ממצאי סקרים שונים שנערכו בישראל

בטבלה 1 ניתן לראות כי על-אף ההבדלים בהגדרת העיסוק בפעילות גופנית בסקרים השונים, שיעור העוסקים בפעילות גופנית נשאר דומה. כשליש מהאוכלוסייה בישראל עומדים בהמלצות לפעילות גופנית.

טבלה 1: עיסוק בפעילות גופנית - השוואת ממצאי סקרים ישראליים: אחוזים משוקלים לגיל, למין ולקבוצת אוכלוסייה

שם ושנת הסקר	גודל המדגם	מדד פעילות גופנית	שיעור (%)
סקר בריאות לאומי 2009 (למ"ס) ⁵	N=18,549	30 דקות ביום, לפחות 3 פעמים בשבוע	31.2
INHis-2 (2007-2010) ⁶	N=10,331	20 דקות ביום, לפחות 3 פעמים בשבוע	33.9
KAP 2008 (2008-2010) ⁷	N=4,186	20 דקות ביום, לפחות 3 פעמים בשבוע	32.1
סקר הרגלי הפעילות הגופנית (2011-2012) ³	N=2,964	150 דקות מצטברות בשבוע של פעילות מתונה או 75 דקות בשבוע של פעילות בעצימות גבוהה, או שילוב של שניהם*	32.4
KAP 2011 (2010-2012) ²	N=4,935	30 דקות רצופות, לפחות 3 פעמים בשבוע	34.8

* על פי המלצת ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית באוכלוסייה הבוגרת בשנת 2008.

2. פעילות גופנית בילדים ובמתבגרים

על פי המלצת ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית בילדים ובמתבגרים, על ילדים בני 5-17 שנים לעסוק בפעילות גופנית מתונה עד נמרצת, לפחות 60 דקות ביום. מרבית הפעילות צריכה להיות אירובית, כאשר יש לשלב פעילויות בעצימות גבוהה, כולל פעילויות לחיזוק שרירים ועצם, לפחות 3 פעמים בשבוע⁴.

מקור הנתונים

הנתונים בפרק זה מתבססים על ממצאי המחקר הארצי השישי על נושאים הקשורים לבריאות, רווחה והתנהגויות סיכון של בני נוער. הסקר בוצע בשנת 2011 כחלק מתכנית המחקר הרב-לאומי בשיתוף ובחסות ארגון הבריאות העולמי (WHO-HBSC), משרד החינוך, משרד הבריאות והרשות למלחמה בסמים ואלכוהול. הסקר הבין-לאומי נערך אחת ל-4 שנים ומשתתפות בו למעלה מ-40 מדינות, מכל רחבי העולם. איסוף המידע מתבצע בכל מדינה באמצעות העברת שאלונים למילוי עצמי בקרב תלמידים בכיתות ו', ח' ו-י' (מקביל לגילאי 11, 13 ו-15)⁸.

הרחבה אודות הסקר, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

בפרק זה מוצגים נתונים לגבי שני מדדים של פעילות גופנית:

1. תלמידים שדיווחו כי הם עוסקים בדרך כלל בפעילות גופנית מחוץ לשעות הלימודים, בתדירות של לפחות ארבע פעמים בשבוע, המסתכמות בלפחות שעתיים וחצי בשבוע ("פעילות גופנית מרובה").

2. תלמידים שדיווחו כי במהלך 7 הימים האחרונים לא עסקו בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, לפחות 60 דקות ("היעדר פעילות גופנית").

עיקר הממצאים מוצגים בטבלה 2 להלן:

טבלה 2: עיסוק מרובה והיעדר עיסוק בפעילות גופנית בקרב בני 11, 13 ו-15 לפי מין וקבוצת אוכלוסייה.

סקר 2011 HBSC⁸: אחוזים

המדד	בנים יהודים	בנות יהודיות	בנים ערבים	בנות ערביות	סה"כ בנים	סה"כ בנות	סה"כ
עסקו בפעילות גופנית לפחות 4 פעמים בשבוע, ולפחות שעתיים וחצי בשבוע בסך הכול	35.8	15.8	21.0	9.2	31.8	14.0	22.9
לא עסקו בשבוע האחרון בפעילות גופנית שנמשכה לפחות 60 דקות בסיכום כולל	9.7	17.1	8.3	12.7	9.3	15.9	12.6

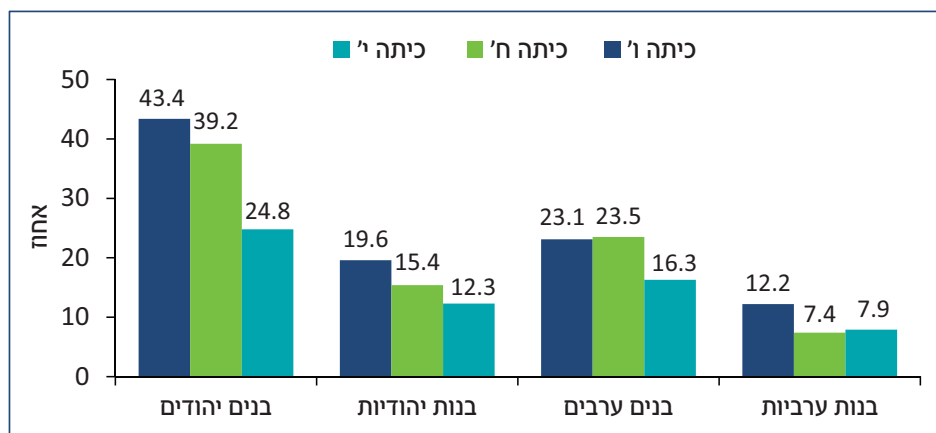
2.1. עיסוק בפעילות גופנית מרובה בשעות הפנאי

נמצא כי 22.9% מכלל התלמידים עסקו בפעילות גופנית לפחות ארבע פעמים בשבוע, המסתכמות בלפחות שעתיים וחצי בשבוע: 31.8% מהבנים ו-14.0% מהבנות. השיעור הגבוה ביותר נמצא בבנים יהודים (35.8%) והשיעור הנמוך ביותר - בבנות ערביות (9.2%) (טבלה 2).

2.1.1. עיסוק בפעילות גופנית מרובה לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה

בכל קבוצות האוכלוסייה נמצאו שיעורים גבוהים יותר של עיסוק בפעילות גופנית מרובה בתלמידים צעירים יותר. בתלמידים יהודים (בנים ובנות), השיעורים יורדים באופן ניכר עם העלייה בגיל, כאשר בבנים יהודים השיעור בבני כיתה ו' גבוה בכ-80% מהשיעור בבני כיתה י', ובבנות יהודיות השיעור בבנות כיתה ו' גבוה בכ-60% מהשיעור בבנות כיתה י'. בבנים ערבים נמצאו שיעורים דומים בבני כיתות ו' ו-ח'; שיעורים אלו היו גבוהים בכ-40% מהשיעור בבני כיתה י'. בבנות ערביות נמצאו שיעורים דומים בבנות כיתות ח' ו-י', והשיעור בבנות כיתה ו' היה גבוה בכ-60%. בכל הכיתות, השיעורים היו גבוהים יותר בתלמידים יהודים מאשר בתלמידים ערבים, הן בבנים והן בבנות (תרשים 13).

תרשים 13: תלמידים שעסקו בפעילות גופנית לפחות 4 פעמים בשבוע*, לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וגיל (כיתה). סקר HBSC 2011: אחוזים

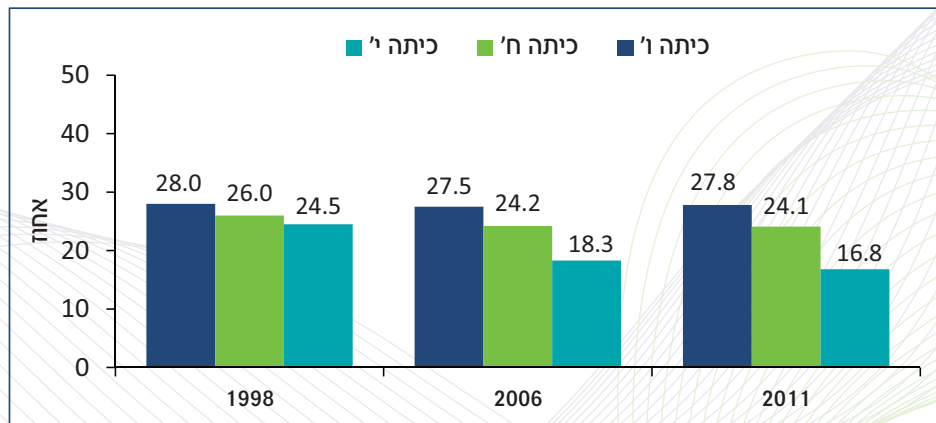


*המסתכמות בלפחות שעתיים וחצי בשבוע.

2.1.2. מגמות בעיסוק בפעילות גופנית

בין השנים 1998-2011, שיעורי העיסוק בפעילות גופנית נשארו יציבים בקרב תלמידי כיתה ו'. בקרב תלמידי כיתה ח' נצפתה ירידה קלה של כ-7%. בתלמידי כיתה י', לעומת זאת, נצפתה ירידה משמעותית של כ-31% בשיעורי הפעילות הגופנית - מ-24.5% בשנת 1998, ל-16.8% בשנת 2011 (תרשים 14).

תרשים 14: תלמידים שעסקו בפעילות גופנית לפחות 4 פעמים בשבוע*, לפי שנת סקר וגיל (כיתה). סקר HBSC 2011: אחוזים



*המסתכמות בלפחות שעתיים וחצי בשבוע.

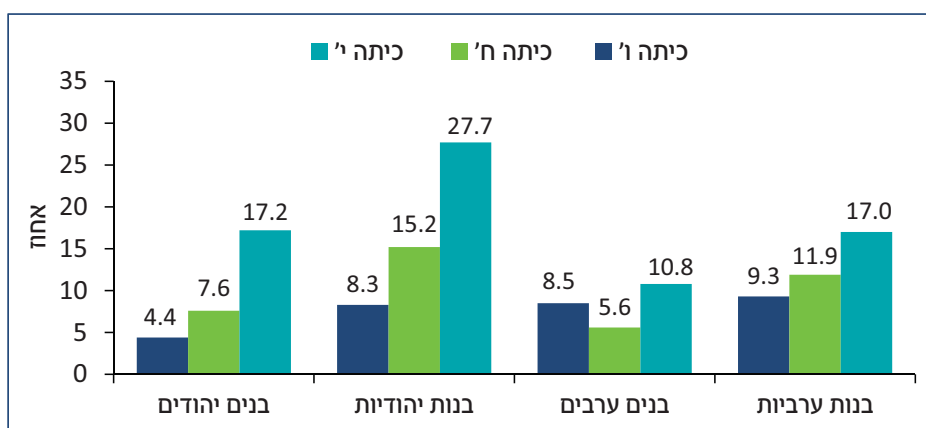
2.2. היעדר פעילות גופנית

נמצא כי 12.6% מכלל התלמידים לא עסקו בשבוע האחרון בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, לפחות 60 דקות: 9.3% מהבנים ו-15.9% מהבנות. השיעור הגבוה ביותר של היעדר פעילות גופנית נמצא בבנות יהודיות (17.1%) והשיעור הנמוך ביותר - בבנים ערבים (8.3%) (טבלה 2).

2.2.1. היעדר פעילות גופנית לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה

בתלמידים יהודים (בנים ובנות) ובתלמידות ערביות, שיעור היעדר פעילות גופנית עלה בצורה עקבית וניכרת עם הגיל, כאשר השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב בנות יהודיות בכיתה י' (27.7%), והשיעור הנמוך ביותר, בבנים יהודים בכיתה ו' (4.4%). בבנים ערבים לא נצפתה מגמת עלייה ברורה, ובבני כיתה י' נמצא שיעור נמוך יחסית של היעדר פעילות גופנית (10.8%) (תרשים 15).

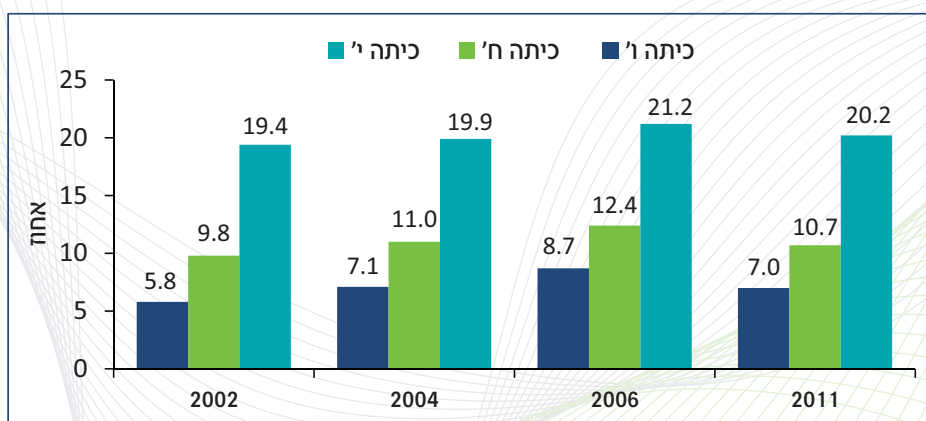
תרשים 15: תלמידים שבמהלך 7 הימים האחרונים לא עסקו בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, לפחות 60 דקות, לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וגיל (כיתה). סקר HBSC 2011⁸: אחוזים



2.2.2. מגמות בהיעדר פעילות גופנית

בין השנים 2002 ל-2006 חלה עלייה מתונה באחוז התלמידים שלא עוסקים בפעילות גופנית, בכל קבוצות הגיל. בסקר של 2011 נצפתה ירידה קלה בשיעורים (תרשים 16).

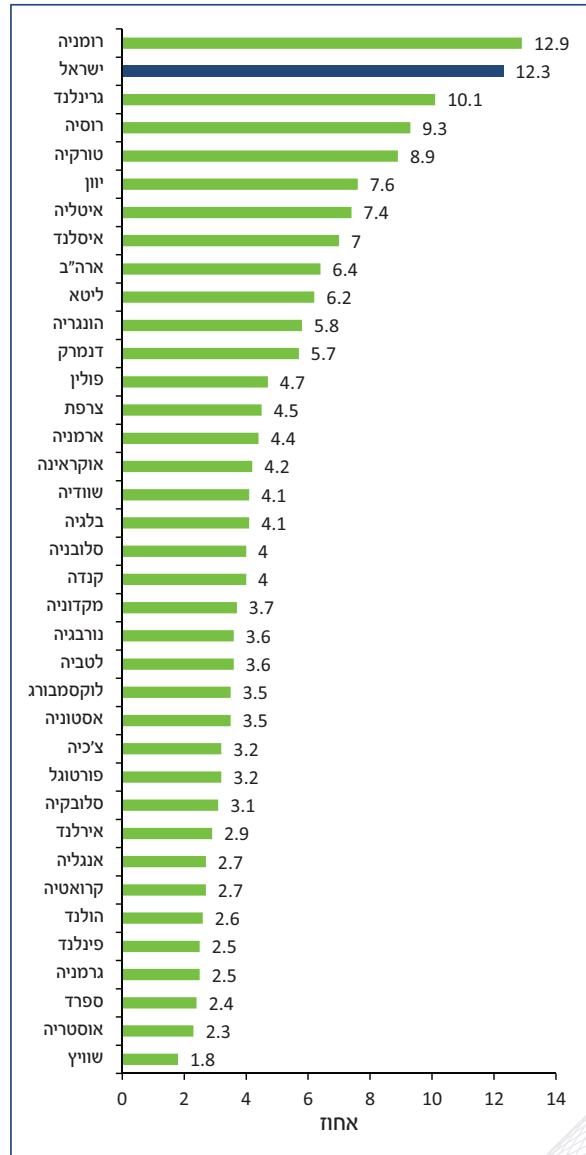
תרשים 16: תלמידים שבמהלך 7 הימים האחרונים לא עסקו בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, לפחות 60 דקות, לפי שנת סקר וגיל (כיתה). סקרי HBSC⁸: אחוזים



2.3. היעדר פעילות גופנית: השוואה בין-לאומית

תרשים 17: אחוז התלמידים בני 11, 13 ו-15 שבמהלך 7 הימים האחרונים לא עסקו בפעילות גופנית שנמשכה, בסיכום כולל, לפחות 60 דקות. סקר HBS, 2010-2011⁸: אחוזים

בהשוואה למדינות האחרות, ישראל מדורגת במקום גבוה באחוז התלמידים הממעטים לעסוק בפעילות גופנית (מקום 2 מבין 37 מדינות) (תרשים 17).



מקורות המידע

1. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
2. ידע, עמדות והתנהגויות בריאות בישראל 2011 (KAP). המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 345, 2013.
3. סקר הרגלי הפעילות הגופנית בקרב תושבי ישראל. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. מינהל הספורט, משרד התרבות והספורט. פרסום 349, 2012.
4. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>
5. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר בריאות לאומי 2009. ממצאים כלליים. פרסום 1500, 2013. http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=98&CYear=2009&CMonth=1
6. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2010-2007. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
7. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) בישראל 2009-2008. המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות. פרסום 330, 2011.
8. הראל-פיש י', וולש ס', בוניאל-נסים מ', דד'אלובסקי א', אמית ש', טסלר ר', חביב ג. (2013). נוער בישראל: בריאות רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל. דו"ח HBSC ישראל. תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן. <http://hbcs.biu.ac.il/books.html>

צריכת אלכוהול וסמים

ממצאים עיקריים

צריכת אלכוהול וסמים בקרב בני נוער (סקר HBSC)

- « בסקר HBSC שנערך בשנת 2011 בקרב כ-5,300 תלמידי כיתות ו', ח' ו-י', 19.3% מהתלמידים דיווחו על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת), לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר.
- « אחוז הדיווח על שתיית אלכוהול, לפחות פעם אחת בחודש, היה גבוה פי 2.3 בבנים מאשר בבנות (26.8% ו-11.8% בהתאמה).
- « אחוז הדיווח על שתיית אלכוהול, לפחות פעם אחת בחודש, היה 27.3% בבנים יהודים, 25.4% בבנים ערבים, 13.5% בבנות יהודיות, ו-7.3% בבנות ערביות.
- « 16.1% מתלמידי כיתה ו' דיווחו כי הם נוהגים לשתות משקה אלכוהולי כלשהו לפחות פעם בשבוע.
- « 14.1% מכלל התלמידים דיווחו כי השתכרו אי פעם (20.4% מהבנים ו-7.9% מהבנות).
- « 12.5% מכלל התלמידים דיווחו על צריכת אלכוהול מופרזת (שתייה של חמש מנות אלכוהול או יותר תוך שעות ספורות), לפחות פעם אחת בחודש האחרון: 17.7% מהבנים ו-7.2% מהבנות.
- « 4.5% מתלמידי כיתות י' (יהודים חילוניים) דיווחו כי השתמשו בחשיש/מריחואנה במהלך 12 החודשים שלפני הסקר (5.7% מהבנים ו-3.2% מהבנות).
- « 2.1% מתלמידי כיתות י' (יהודים חילוניים) דיווחו על שימוש ב-LSD או אקסטזי במהלך 12 החודשים שלפני הסקר (3.0% בבנים ו-1.2% בבנות).
- « בין השנים 1998-2011, ירד אחוז המדווחים על שימוש בחשיש/מריחואנה ב-12 החודשים שלפני הסקר, מ-8.5% בשנת 1998 ל-4.5% בשנת 2011.

צריכת אלכוהול באוכלוסייה הבוגרת (סקר INHIS-2)

- « בסקר בריאות לאומי INHIS-2 שנערך בשנים 2007-2010, 38.8% מהמרואיינים דיווחו על שתיית אלכוהול בחודש שקדם לסקר: 52.9% מהגברים ו-25.5% מהנשים.
- « הדיווח על צריכת אלכוהול בחודש האחרון עלה באופן הדרגתי עם העלייה בהכנסה החודשית.
- « 2.8% מהמרואיינים (5.1% מהגברים ו-0.7% מהנשים) דיווחו על "צריכת אלכוהול תכופה", שהוגדרה כשתיית אלכוהול (שלא למטרות דת) ב-15 ימים או יותר בחודש שקדם לסקר.
- « על פי דוח ה-OECD לשנת 2013, צריכת האלכוהול הממוצעת לאדם בגיל 15 ומעלה בישראל היא 2.4 ליטר. רמה זו נמוכה בהרבה מהצריכה הממוצעת לנפש במדינות ה-OECD.

צריכת אלכוהול וסמים

רקע

צריכת אלכוהול מהווה גורם סיכון למגוון רחב של מחלות ומצבי בריאות, כולל סוגי סרטן שונים, מחלות זיהומיות כגון שחפת ודלקת ריאה, מחלות לב וכלי דם, שבץ, סוכרת, אפילפסיה, שחמת הכבד, והיפגעויות לא-מכוונות ומכוונות¹. בזמן ההיריון צריכת אלכוהול עלולה לגרום לתסמונת האלכוהול העוברית¹, ובגיל ההתבגרות היא עלולה לפגוע בהתפתחות הנייר-קוגניטיבית². הסיכון לרוב המחלות עולה ככל שעולה הצריכה הממוצעת¹. עם זאת, יש לציין כי צריכה מתונה נקשרת גם לסיכון מופחת למחלות לב כליליות ואחרות ולמחלות כלי דם ולסוכרת, אך ממצאים אלה אינם חד-משמעיים, ובסיכום כולל, תועלתם פחותה בהשוואה להיקף הנזקים הבריאותיים הקשורים לצריכת אלכוהול³.

בחישוב נטל התחלואה והתמותה העולמית הקשורה לאלכוהול, נמצא כי בשנת 2004 גרמה צריכת אלכוהול ל-3.8% מסך מקרי המוות, 6.3% בגברים ו-1.1% בנשים. רוב מקרי המוות היו כתוצאה מהיפגעויות, סרטן, ומחלות לב וכלי דם. בנוסף, גרמה צריכת אלכוהול ל-4.6% מכלל התחלואה, 7.6% בגברים ו-1.4% בנשים³.

בפרק זה מוצגים נתונים על דפוסי צריכת אלכוהול בישראל בחלוקה ל-2 שכבות אוכלוסייה:

1. ילדים ובני נוער.

2. האוכלוסייה הבוגרת.

בנוסף מוצגים נתונים אודות השימוש בסמים בקרב בני נוער, בתלמידים יהודים חילוניים בכיתות י'.

מקורות הנתונים

1. נתונים על צריכת אלכוהול וסמים בקרב בני נוער: הסקר הלאומי הרב שנתי "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון". סקר זה התבצע בשנים 1994, 1998, 2002, 2006, ו-2011, והינו חלק ממחקר רב לאומי של ארגון הבריאות העולמי על התנהגויות בריאות בקרב תלמידים (HBSC)*. צריכת אלכוהול נבדקה בקרב כל התלמידים במדגם; השימוש בסמים נבדק בתלמידים יהודים חילוניים בכיתות י' בלבד⁴.

2. נתונים על צריכת אלכוהול באוכלוסייה הבוגרת: סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010, במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה). הסקר כלל ארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש. היות והשאלות הנוגעות לצריכת אלכוהול היו זהות בשלושת המודולים הראשונים אך שונות במודול הרביעי, מוצגים בפרק זה נתונים משלושת המודולים הראשונים בלבד (7,292 משתתפים, יהודים וערבים)⁵.

הרחבה אודות הסקרים והשיטות, ראה פרק "שיטות ומקורות מידע".

* HBSC: Health Behaviors in School Children

1. צריכת אלכוהול בקרב בני נוער

דפוסי שתיית אלכוהול ושימוש בסמים בקרב בני נוער נחקרו בסקר "נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון" (סקר HBSC). בסקר שנערך בשנת 2011 השתתפו 5,303 תלמידים מכיתות ו' (בני 11), כיתות ח' (בני 13) וכיתות י' (בני 15), יהודים וערבים.

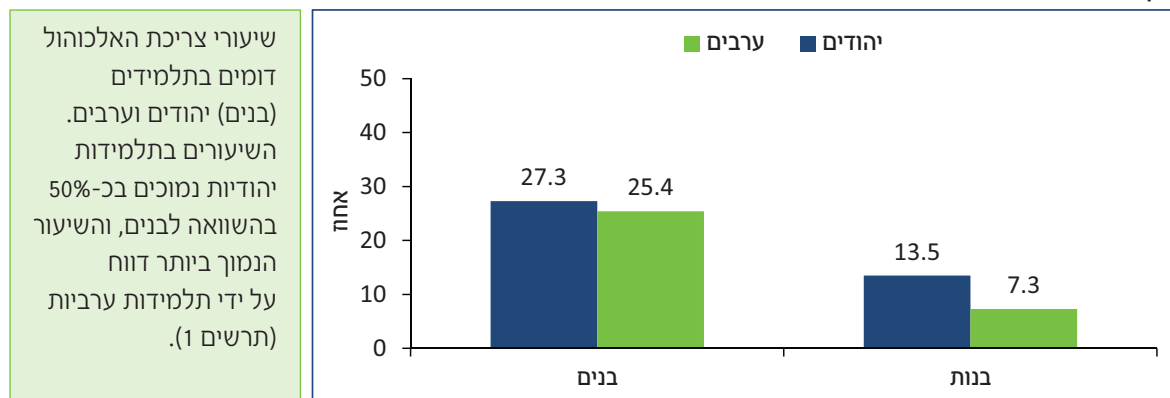
1.1. צריכת אלכוהול לפחות פעם אחת בחודש

19.3% מכלל התלמידים דיווחו על צריכת אלכוהול "מתונה", שהוגדרה כשתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת), לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר.

1.1.1. צריכת אלכוהול לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

אחוז הדיווח על צריכת אלכוהול (לפחות פעם בחודש) היה גבוה פי 2.3 בבנים מאשר בבנות (26.8% ו-11.8% בהתאמה). השיעור היה גבוה פי 1.2 ביהודים מאשר בערבים (20.4% ו-16.4% בהתאמה)⁴. אחוזי צריכת אלכוהול לפי מין וקבוצת אוכלוסייה מוצגים בתרשים 1.

תרשים 1: שתיית משקה אלכוהולי, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה.
סקר HBSC 2011: אחוזים

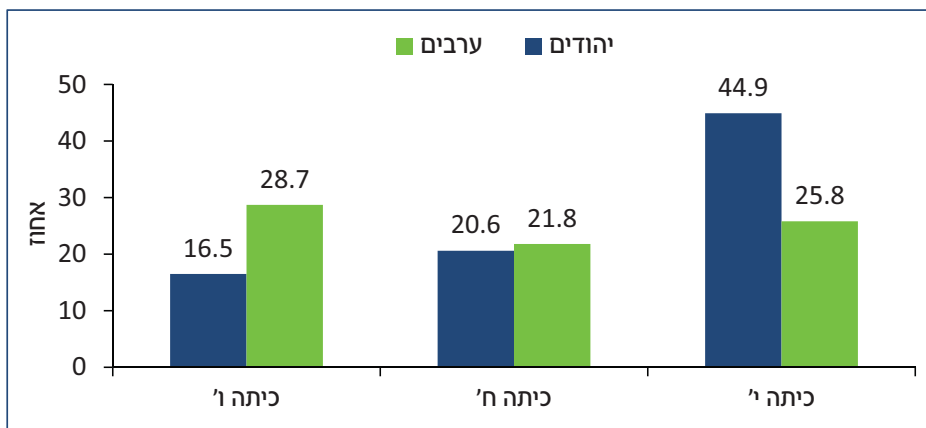


1.1.2. צריכת אלכוהול לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה

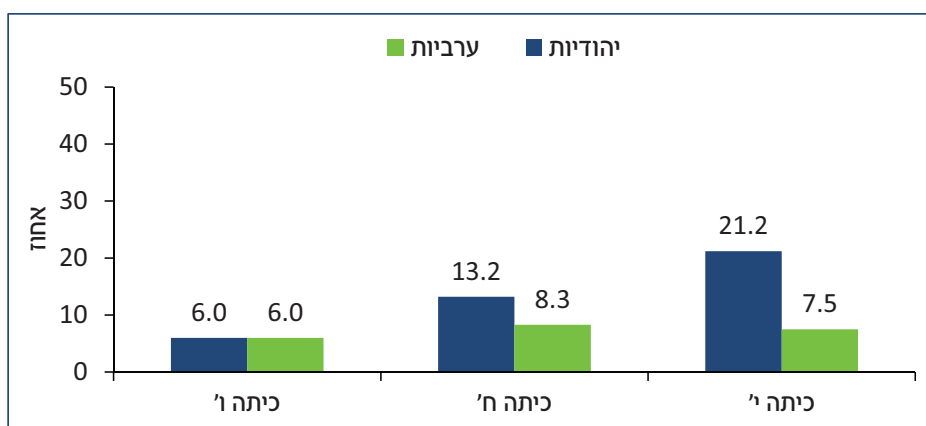
בקרב בנים יהודים, שיעור המדווחים על צריכת אלכוהול (לפחות פעם בחודש) עולה באופן ניכר עם הגיל ומגיע לכ-45% בתלמידי כיתה י'. בבנים ערבים לא נצפתה מגמה ברורה והשיעורים הגבוהים ביותר דווחו על ידי תלמידי כיתה ו' (28.7%). בתלמידי כיתה ו', שיעור צריכת האלכוהול גבוה פי 1.7 בערבים לעומת יהודים, ובתלמידי כיתה י', השיעור גבוה פי 1.7 ביהודים (תרשים 2א'). בתלמידות יהודיות השיעורים עולים עם הגיל ומגיעים ל-21.2% בבנות כיתה י'. בתלמידות ערביות לא נצפתה מגמה ברורה, והשיעור הגבוה ביותר נמצא בבנות כיתה ח' (8.3%). בתלמידות כיתה ו', השיעורים זהים ביהודיות ובערביות. בבנות כיתה ח' השיעור גבוה פי 1.6 ביהודיות, ובבנות כיתה י' השיעור גבוה פי 2.8 בתלמידות יהודיות לעומת ערביות (תרשים 2ב').

תרשים 2: שתיית משקה אלכוהולי, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר, לפי גיל (כיתה), מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר HBSC 2011⁴: אחוזים

2א. בנים



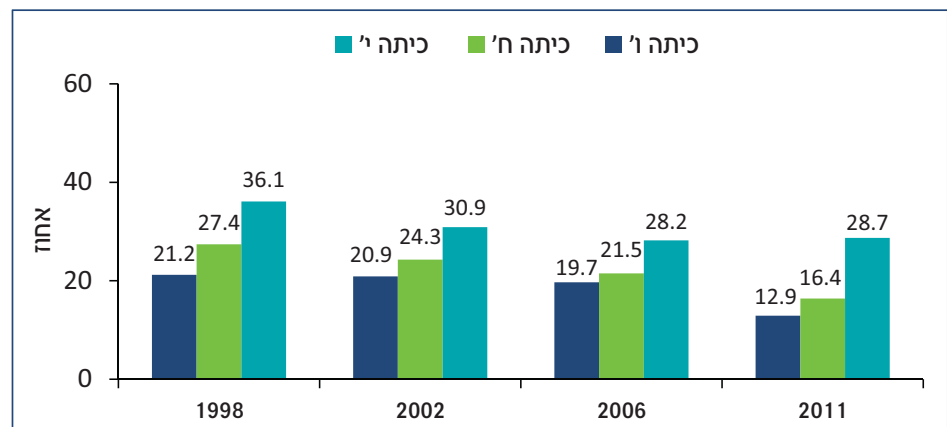
2ב. בנות



1.1.3. מגמות בצריכת אלכוהול

בין השנים 1998-2011 נצפתה ירידה באחוזי הדיווח על צריכת אלכוהול, בכל שכבות הגיל. בתלמידי כיתה ו' ירדו השיעורים המדווחים בכ-39%, בתלמידי כיתה ח' נצפתה ירידה של כ-40%, ובתלמידי כיתה י' חלה ירידה של כ-20%. הירידה בשיעורים הדרגתית, והשיעורים בכל שכבת גיל יורדים משנת סקר אחת לבאה, להוציא את התקופה שבין השנים 2006-2011, במהלכה לא נצפתה ירידה בשיעורים בקרב תלמידי כיתה י' (תרשים 3).

תרשים 3: שתיית משקה אלכוהולי, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר, לפי גיל (כיתה) ושנת הסקר. סקרי HBSC⁴: אחוזים



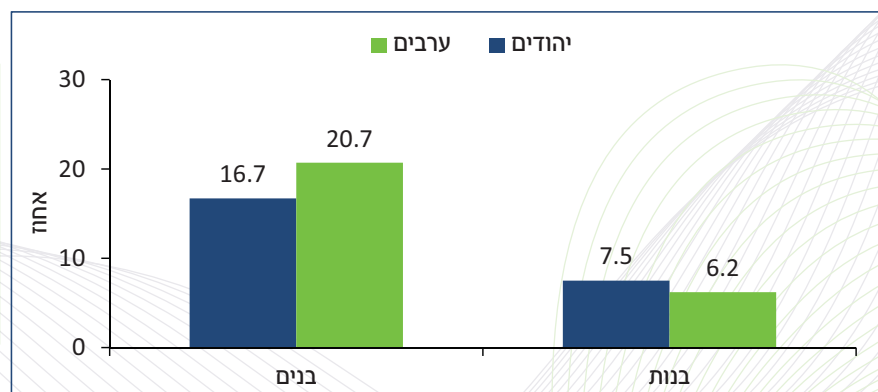
1.2. צריכת אלכוהול מופרזת

צריכת אלכוהול מופרזת (שתיית אביסה, Binge drinking) הוגדרה כשתייה של חמש מנות אלכוהול או יותר תוך שעות ספורות, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר.

12.5% מכלל התלמידים דיווחו על צריכת אלכוהול מופרזת: 17.7% מהבנים ו-7.2% מהבנות.⁴

1.2.1. צריכת אלכוהול מופרזת לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 4: צריכת אלכוהול מופרזת (שתיית חמש מנות אלכוהול או יותר תוך שעות ספורות, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר HBSC 2011⁴: אחוזים

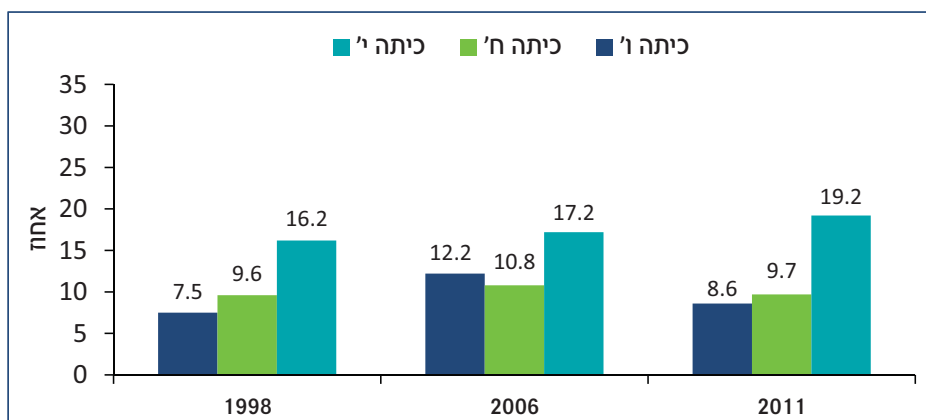


השיעור הגבוה ביותר של צריכת אלכוהול מופרזת נמצא בבנים ערבים (פי 1.2 מהשיעור בבנים יהודים), והשיעור הנמוך ביותר נמצא בבנות ערביות (תרשים 4).

1.2.2. מגמות בצריכת אלכוהול מופרזת

בתלמידי כיתה ו' נצפתה עלייה של כ-63% בשיעור הדיווח על צריכת אלכוהול מופרזת בין השנים 1998-2006 (מ-7.5% ל-12.2%), ובשנת 2011 ירד שיעור הדיווח ל-8.6%. בתלמידי כיתה ח' נצפתה מגמה דומה של עלייה וירידה בשיעורים בין השנים, אך השינויים היו קטנים מאוד. בתלמידי כיתה י' נצפתה עלייה עקבית, מ-16.2% בשנת 1998 ל-19.2% בשנת 2011 (עלייה כוללת של כ-19%) (תרשים 5).

תרשים 5: צריכת אלכוהול מופרזת (שתיית חמש מנות אלכוהול או יותר תוך שעות ספורות, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר), לפי גיל (כיתה) ושנת הסקר. סקרי HBSC⁴: אחוזים

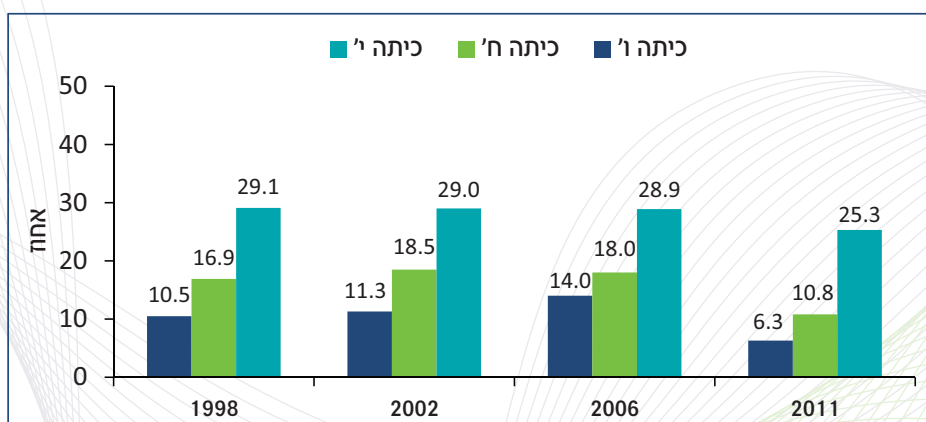


1.3. השתכרות

14.1% מכלל התלמידים דיווחו כי השתכרו אי פעם: 20.4% מהבנים ו-7.9% מהבנות.⁴

בתלמידי כיתות ו' ו-ח' נצפתה עלייה בדיווח על השתכרות בין השנים 1998-2006, וירידה בשנת 2011. בתלמידי כיתה י' השיעורים היו יציבים בין השנים 1998-2006 (סביב 29%), ובשנת 2011 נצפתה ירידה מתונה (ל-25.3%) (תרשים 6).

תרשים 6: השתכרות אי פעם, לפי גיל (כיתה) ושנת הסקר. סקרי HBSC⁴: אחוזים

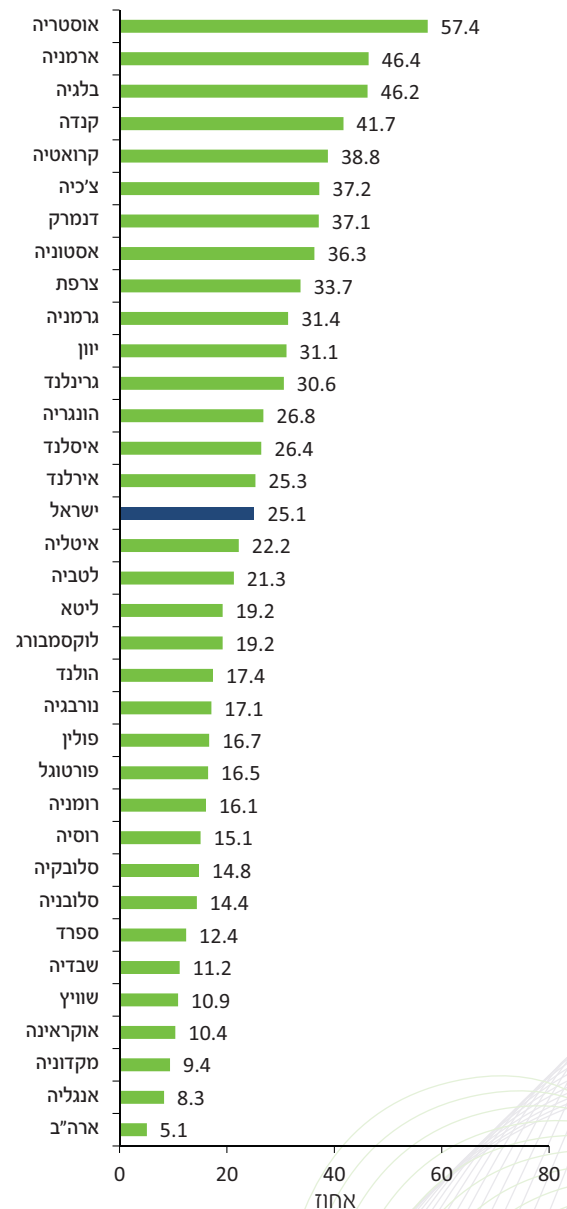


1.4. השוואה בין-לאומית

בתרשים 7 מוצגת השוואה בין-לאומית של צריכת אלכוהול (לפחות פעם בשבוע) בקרב בני 11.

תרשים 7: דיווח על צריכת אלכוהול (שלא למטרות דת) בקרב בני 11 (כיתה ו'), לפחות פעם אחת בשבוע שקדם לסקר, לפי מדינה. סקר HBSC 2011⁴: אחוזים

25.1% מבני כיתות ו' בישראל דיווחו על שתיית משקה אלכוהולי כלשהו (שלא למטרות דת), לפחות פעם בשבוע. בהשוואה ליתר המדינות המשתתפות בסקר ה-HBSC, ישראל ממוקמת במקום ביניים (מקום 16 מתוך 35 מדינות) (תרשים 7).

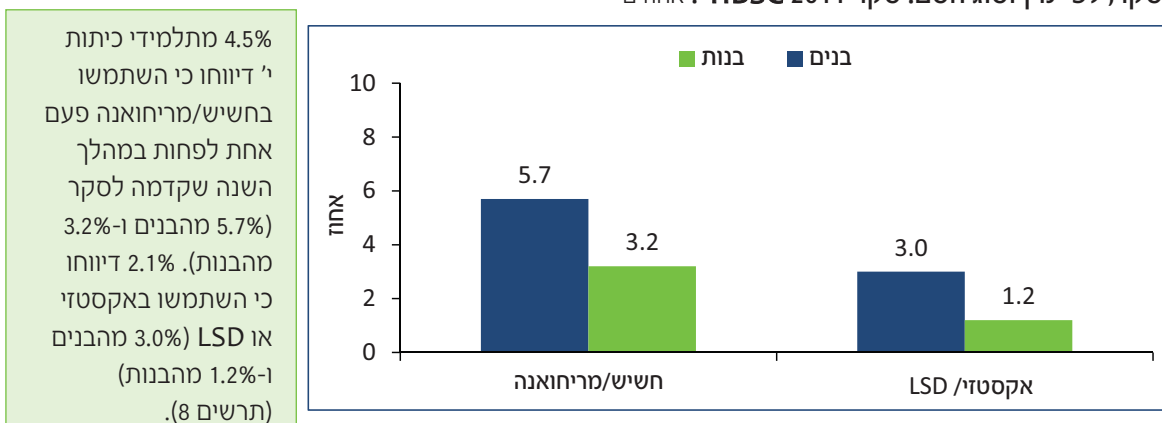


2. שימוש בסמים

2.1 שימוש בסמים בשנה שקדמה לסקר

השימוש בסמים נבדק בקרב תלמידים יהודים חילוניים בכיתות י' בלבד. בתרשים 8 מוצגים שיעורי השימוש בסמים לפי מין וסוג הסם, על פי דיווח התלמידים.

תרשים 8: שימוש בסמים בתלמידי כיתה י' (יהודים חילוניים), פעם אחת לפחות במהלך 12 החודשים שקדמו לסקר, לפי מין וסוג הסם. סקר HBSC 2011⁴: אחוזים

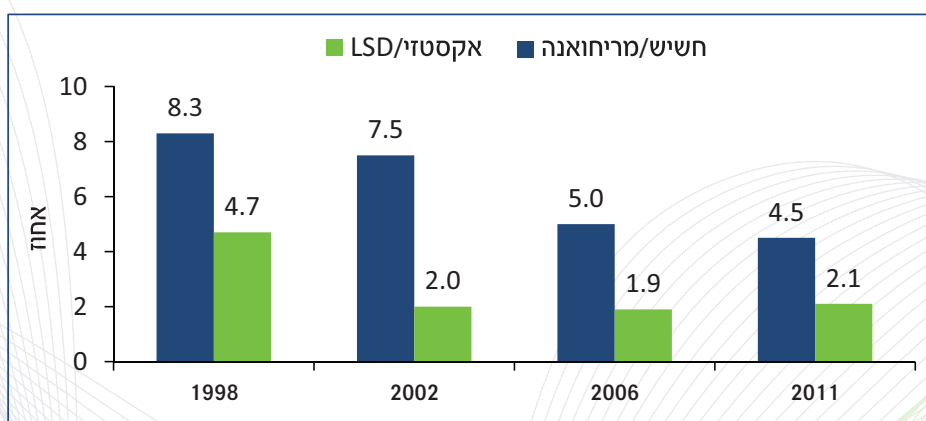


4.5% מתלמידי כיתות י' דיווחו כי השתמשו בחשיש/מריחואנה פעם אחת לפחות במהלך השנה שקדמה לסקר (5.7% מהבנים ו-3.2% מהבנות). 2.1% דיווחו כי השתמשו באקסטזי או LSD (3.0% מהבנים ו-1.2% מהבנות) (תרשים 8).

2.2 מגמות בשימוש בסמים

נצפתה ירידה הדרגתית באחוז הדיווח על שימוש בחשיש/מריחואנה (לפחות פעם אחת במהלך השנה שקדמה לסקר). השיעורים ירדו מ-8.3% בשנת 1998 ל-4.5% בשנת 2011, ירידה כוללת של כ-46%. בדיווח על צריכת סמים "קשים" (אקסטזי או LSD) נצפתה ירידה של כ-57% בין שנת 1998 לשנת 2002, ובהמשך השיעורים נשארו יציבים (תרשים 9).

תרשים 9: שימוש בסמים בתלמידי כיתה י' (יהודים חילוניים), פעם אחת לפחות במהלך 12 החודשים שקדמו לסקר, לפי שנת הסקר וסוג הסם. סקרי HBSC⁴: אחוזים

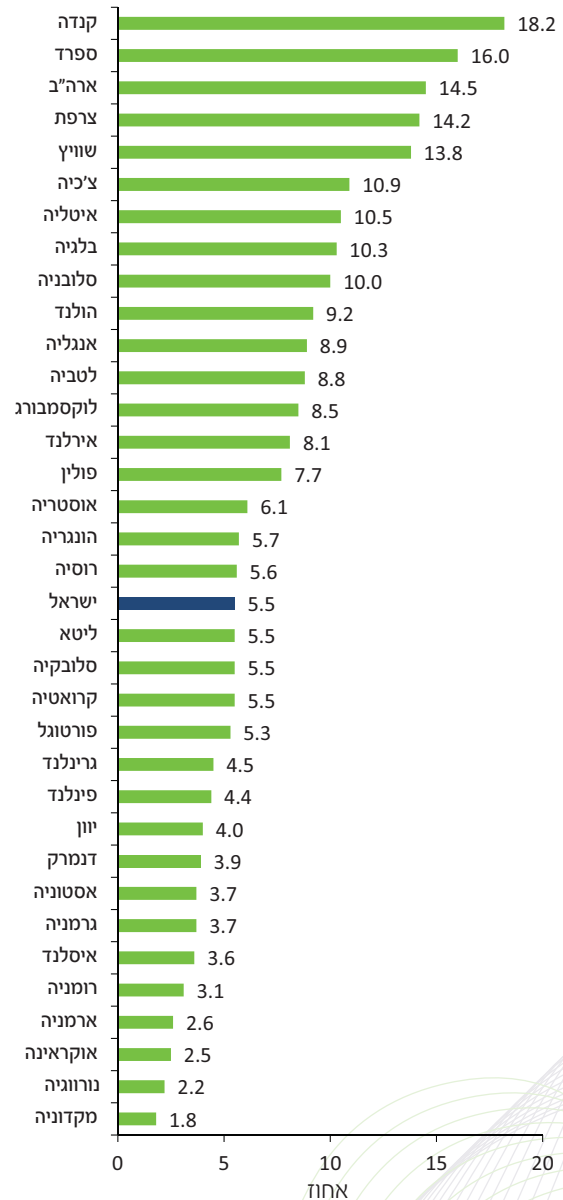


2.3. השוואה בין-לאומית

בתרשים 10 מוצגת השוואה בין-לאומית של שימוש בחשיש/מריחואנה (לפחות פעם בחודש) בקרב בני 15.

תרשים 10: שימוש בחשיש/מריחואנה, לפחות פעם אחת במהלך החודש שקדם לסקר, בקרב בני 15 (כיתה י'), לפי מדינה. סקר HBSC 2011⁴: אחוזים

5.5% מבני ה-15 בישראל דיווחו על שימוש בחשיש/מריחואנה. בהשוואה ליתר המדינות שהשתתפו בסקר ה-HBSC, ישראל ממוקמת במרכז, ונמצאת במקום ה-19 מבין 35 מדינות. במקום הראשון בדיווח על שימוש בחשיש/מריחואנה בקרב בני 15 נמצאת קנדה (18.2%) ואחריה נמצאות ספרד וארה"ב (תרשים 10).



3. צריכת אלכוהול באוכלוסייה הבוגרת

הנתונים לגבי האוכלוסייה הבוגרת מבוססים על דיווח עצמי אודות צריכת אלכוהול, מתוך סקר בריאות לאומי בישראל, INHIS-2. הסקר נערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2010 במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה)⁵. "צריכת אלכוהול" מתייחסת לשתיית משקה אלכוהולי כלשהו, להוציא שתיית יין למטרות דת, בחודש שקדם לסקר.

על מנת לייצג את השיעורים בכלל האוכלוסייה, שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 עבור המשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים) (ראה פרק "שיטות ומקורות מידע").

3.1. צריכת אלכוהול לפי מין

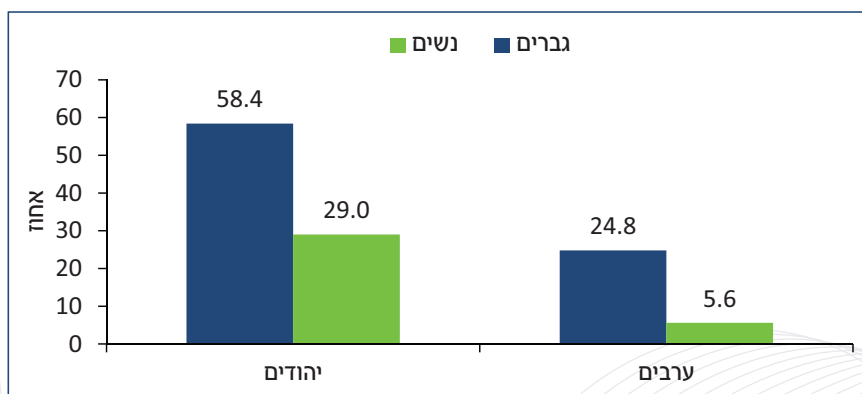
אחוז הגברים שדיווחו על צריכת אלכוהול היה גבוה פי 2.1 לעומת אחוז הדיווח בנשים.

38.8% מהמרוויינים בסקר INHIS-2 דיווחו על צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר:
52.9% מהגברים ו-25.5% מהנשים.

3.2. צריכת אלכוהול לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

שיעור היהודים שדיווחו על צריכת אלכוהול (43.1%) היה גבוה פי 2.8 מהשיעור בערבים (15.3%)⁵. אחוזי צריכת אלכוהול לפי מין וקבוצת אוכלוסייה מוצגים בתרשים 11.

תרשים 11: צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2: אחוזים



קרוב ל-60% מהגברים היהודים וכרבע מהגברים הערבים דיווחו על צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר. השיעורים בנשים היהודיות היו נמוכים בכ-50% בהשוואה לגברים היהודים. השיעורים בנשים הערביות היו נמוכים משמעותית (תרשים 11).

3.3. צריכת אלכוהול לפי גיל ומין

בגברים, הן ביהודים והן בערבים, נצפתה ירידה באחוז המרוויינים שדיווחו על צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר, עם העלייה בגיל. בכל קבוצות הגיל, השיעורים היו גבוהים יותר ביהודים מאשר בערבים (פי 2.2 עד 3.4), כאשר הפער בין היהודים לערבים התרחב עם הגיל (תרשים 12א').

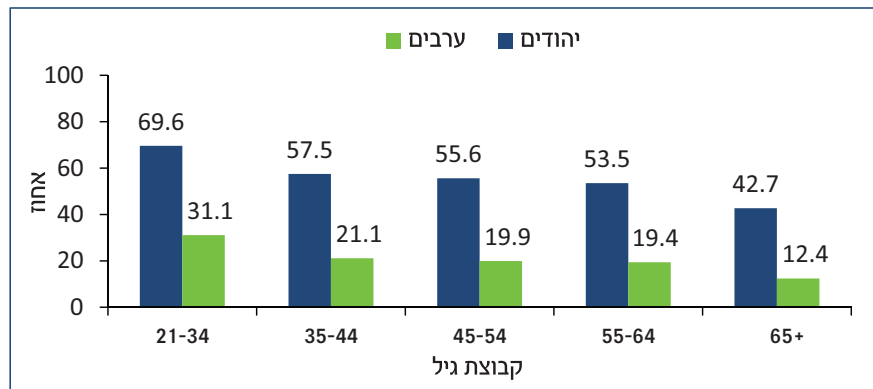
בנשים יהודיות, אחוזי הדיווח על צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר היו דומים בגילאים הצעירים (עד 45). בגילאים המבוגרים יותר נצפתה ירידה עקבית בשיעורים עם העלייה בגיל, עד לשיעור של 15.4% בבנות 65 ומעלה. בנשים הערביות, לעומת זאת, שיעורי הצריכה הנמוכים ביותר נמצאו בגילאים הצעירים (עד 45). בגילאים המבוגרים יותר נצפתה עלייה הדרגתית בשיעורים, עם העלייה בגיל, עד לשיעור הצריכה הגבוה ביותר בבנות 65 ומעלה (10.9%). בכל קבוצות הגיל היה אחוז הדיווח על צריכת אלכוהול גבוה יותר בנשים היהודיות, אך בשונה

צריכת אלכוהול וסמים

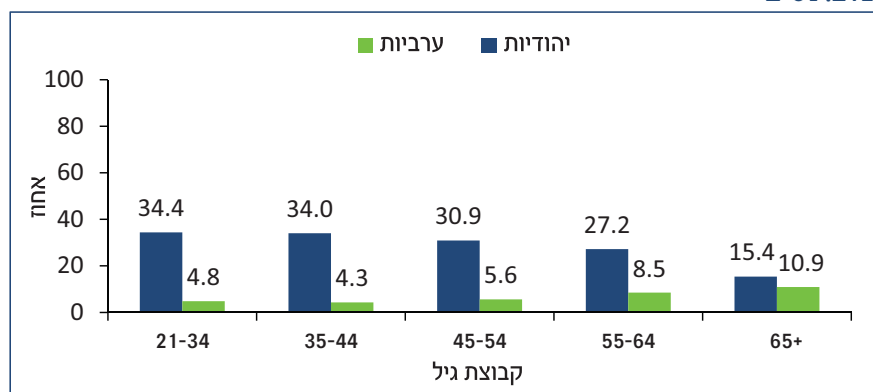
מהנצפה בגברים, הפער בשיעורים בין יהודיות וערביות הצטמצם עם הגיל (תרשים 12ב').

תרשים 12: צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

12א. גברים



12ב. נשים

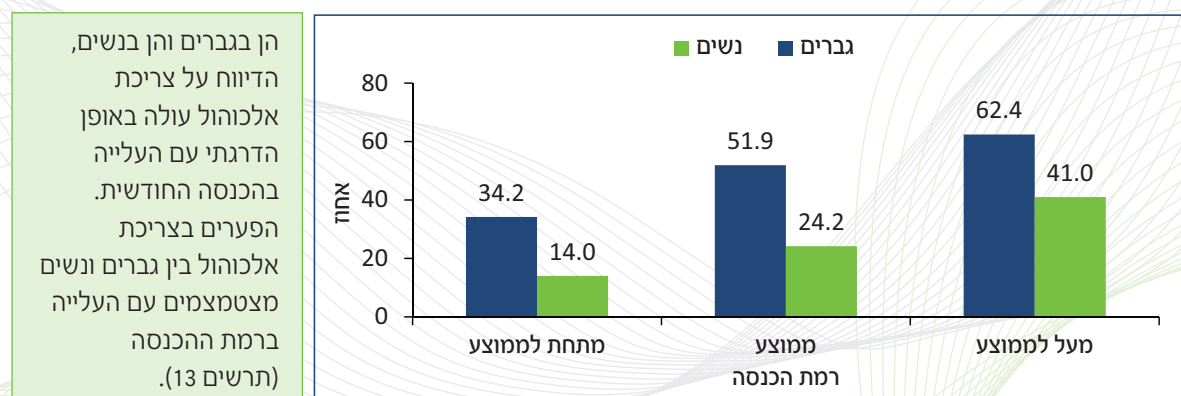


3.4 צריכת אלכוהול לפי הכנסה חודשית

ההכנסה החודשית הממוצעת למשק בית בעת ביצוע סקר INHIS-2 הייתה 8,500-9,000 ₪. אחוזי הדיווח על צריכת אלכוהול עלו עם העלייה ברמת ההכנסה: מ-22.7% במרוויינים שדיווחו על הכנסה חודשית הנמוכה מהממוצע, ל-52.4% במרוויינים שדיווחו על הכנסה חודשית גבוהה מהממוצע⁵.

3.4.1 צריכת אלכוהול לפי הכנסה חודשית ומין

תרשים 13: צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר, לפי רמת הכנסה ומין. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

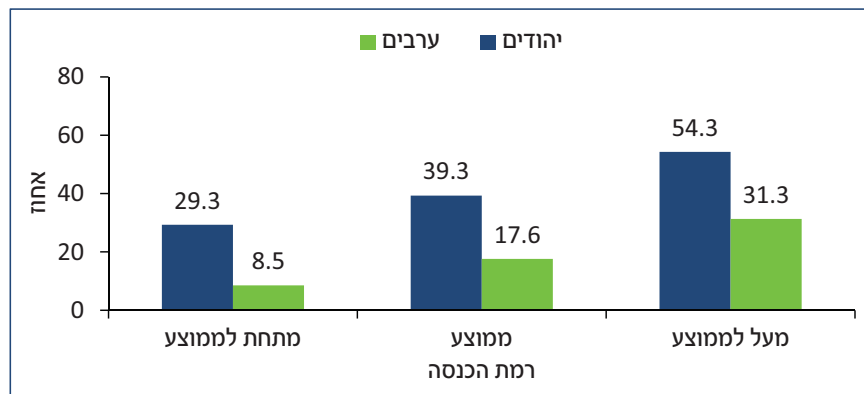


הן בגברים והן בנשים, הדיווח על צריכת אלכוהול עולה באופן הדרגתי עם העלייה בהכנסה החודשית. הפערים בצריכת אלכוהול בין גברים ונשים מצטמצמים עם העלייה ברמת ההכנסה (תרשים 13).

3.4.2. צריכת אלכוהול לפי הכנסה חודשית וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 14: צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר, לפי רמת הכנסה וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

הן ביהודים והן בערבים, הדיווח על צריכת אלכוהול עולה באופן עקבי עם העלייה בהכנסה החודשית, עלייה של כ-85% ביהודים ושל למעלה מ-200% בערבים. הפערים בצריכה בין יהודים וערבים מצטמצמים עם העלייה ברמת ההכנסה (תרשים 14).



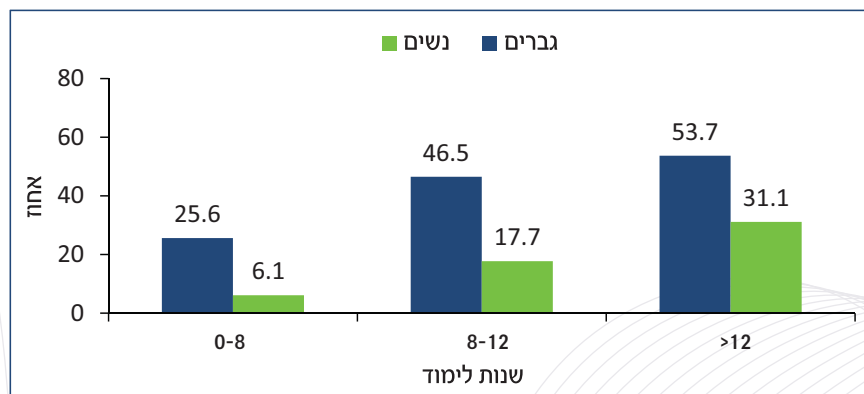
3.5. צריכת אלכוהול לפי רמת השכלה

בדומה לנצפה לגבי ההכנסה החודשית, אחוזי הדיווח על צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר עלו עם העלייה ברמת ההשכלה. אחוז הדיווח היה 17.1% בקרב מרואיינים בעלי 8 שנות לימוד או פחות, 31.6% בקרב בעלי 8-12 שנות לימוד, ו-44.1% בקרב בעלי השכלה על תיכונית⁵.

3.5.1. צריכת אלכוהול לפי רמת השכלה ומין

תרשים 15: צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר, לפי רמת השכלה (שנות לימוד) ומין. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

הן בגברים והן בנשים, הדיווח על צריכת אלכוהול עולה באופן עקבי עם העלייה ברמת ההשכלה, כאשר העלייה חדה יותר בנשים. הפערים בצריכת אלכוהול בין גברים ונשים מצטמצמים עם העלייה ברמת ההשכלה (תרשים 15).

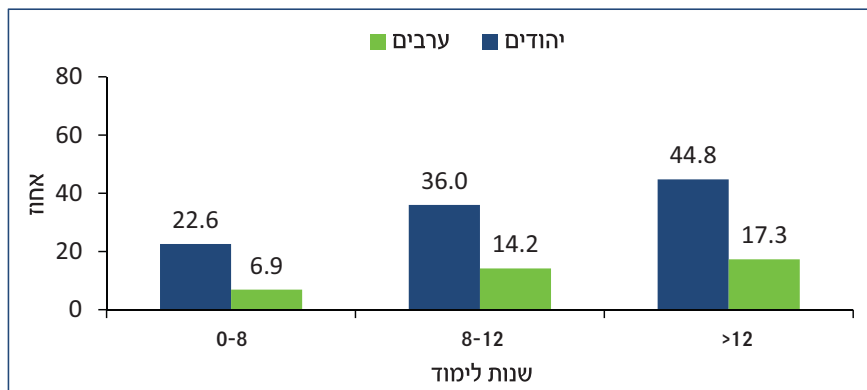


3.5.2. צריכת אלכוהול לפי רמת השכלה וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 16: צריכת אלכוהול בחודש שקדם לסקר, לפי רמת השכלה (שנות לימוד) וקבוצת אוכלוסייה.

סקר INHIS-2⁵: אחוזים

הן ביהודים והן בערבים, הדיווח על צריכת אלכוהול עולה באופן עקבי עם העלייה ברמת ההשכלה, כאשר בשתי קבוצות האוכלוסייה, עלייה חדה יותר נצפתה בין רמת השכלה נמוכה לבינונית, מאשר בין רמת השכלה בינונית לגבוהה (תרשים 16).



3.6. סוג האלכוהול

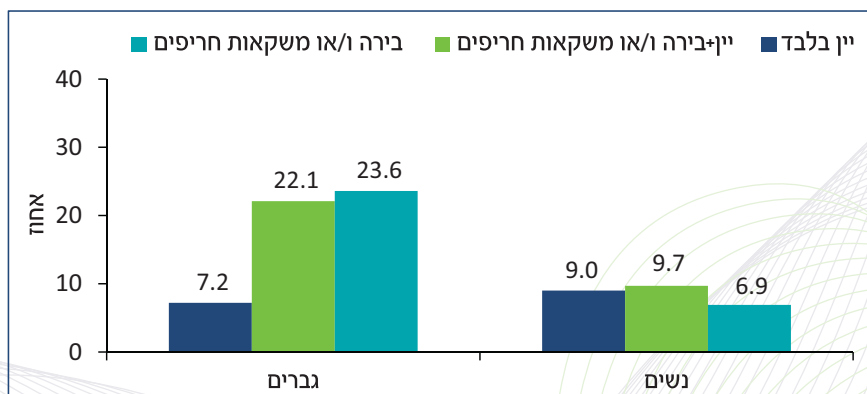
8.1% מהמראיינים בסקר INHIS-2 דיווחו על שתיית יין בלבד; 15.7% דיווחו על שתיית יין בנוסף לבירה ו/או משקאות חריפים אחרים (ויסקי, קוניאק, ערק, וודקה או סיידר אלכוהולי); 15.0% דיווחו על שתיית בירה ו/או משקאות חריפים אחרים, אך לא יין⁵.

3.6.1. סוג האלכוהול לפי מין

בגברים, אחוז השותים יין בלבד (7.2%) היה נמוך יחסית לאחוז השותים משקאות חריפים אחרים (23.6%) או יין בנוסף למשקאות חריפים אחרים (22.1%). בנשים, אחוז השותות משקאות חריפים אחרים, מלבד יין (6.9%), היה מעט נמוך מאחוז השותות יין בלבד (9.0%) או יין בנוסף למשקאות חריפים אחרים (9.7%).

תרשים 17: סוג האלכוהול בחודש שקדם לסקר, לפי מין. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

אחוז הנשים שדיווחו על שתיית יין בלבד היה גבוה פי 1.3 מאשר בגברים. אחוז הדיווח על שתיית משקאות חריפים היה גבוה הרבה יותר בגברים: פי 2.3 לגבי שתיית יין בנוסף לבירה ו/או משקאות חריפים אחרים, ופי 3.4 לגבי שתיית בירה ו/או משקאות חריפים אחרים (תרשים 17).



3.7. צריכת אלכוהול תכופה

צריכת אלכוהול תכופה הוגדרה כשתיית אלכוהול (שלא למטרות דת) ב-15 ימים או יותר בחודש שקדם לסקר.

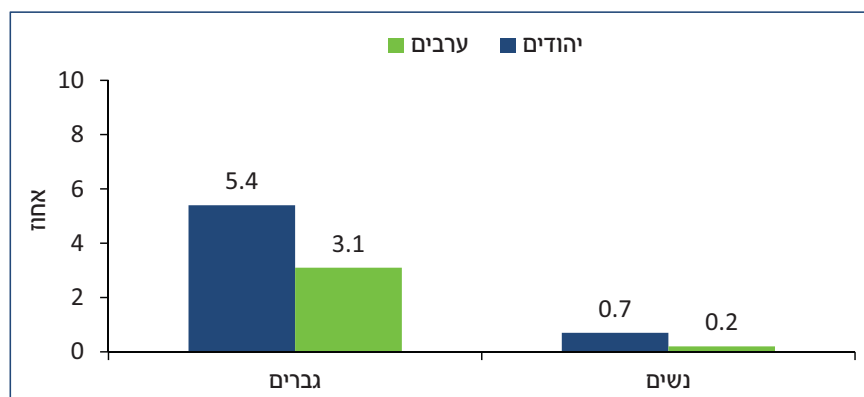
2.8% מהמרוואיינים דיווחו על צריכת אלכוהול תכופה בחודש שקדם לסקר: 5.1% מהגברים ו-0.7% מהנשים⁵.

3.7.1. צריכת אלכוהול תכופה לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 18: צריכת אלכוהול ב-15 ימים או יותר בחודש שקדם לסקר, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. סקר INHIS-2⁵:

אחוזים

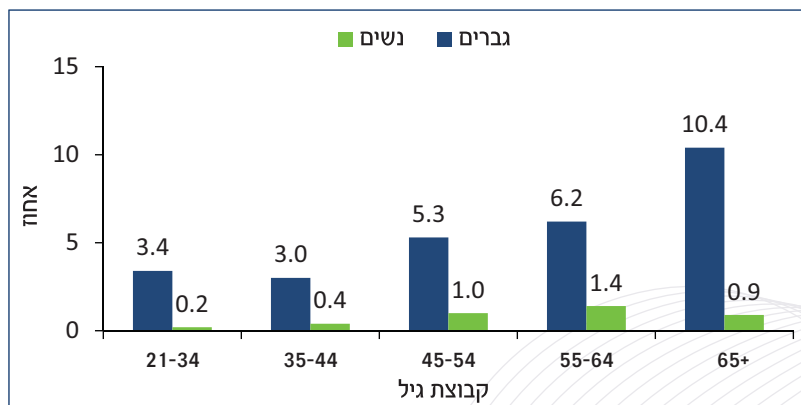
בגברים, שיעור הדיווח על צריכת אלכוהול תכופה היה גבוה פי 1.7 ביהודים מאשר בערבים. בנשים ערביות נמצא שיעור אפסי וגם ביהודיות השיעור היה מאוד נמוך (0.7%) (תרשים 18).



3.7.2. צריכת אלכוהול תכופה לפי מין וגיל

תרשים 19: צריכת אלכוהול ב-15 ימים או יותר בחודש שקדם לסקר, לפי מין וגיל. סקר INHIS-2⁵: אחוזים

בגברים, אחוז המרוואיינים שדיווחו על צריכת אלכוהול תכופה עלה עם הגיל, מ-3.4% בבני 21-34 ל-10.4% בבני 65 ומעלה. בנשים, השיעורים נמוכים מכדי לתאר מגמה ברורה. עם זאת, נצפו שיעורים מעט גבוהים יותר בנשים מעל גיל 45 (סביב 1.0%), מאשר בגילאים הצעירים (פחות מ-0.5%) (תרשים 19).

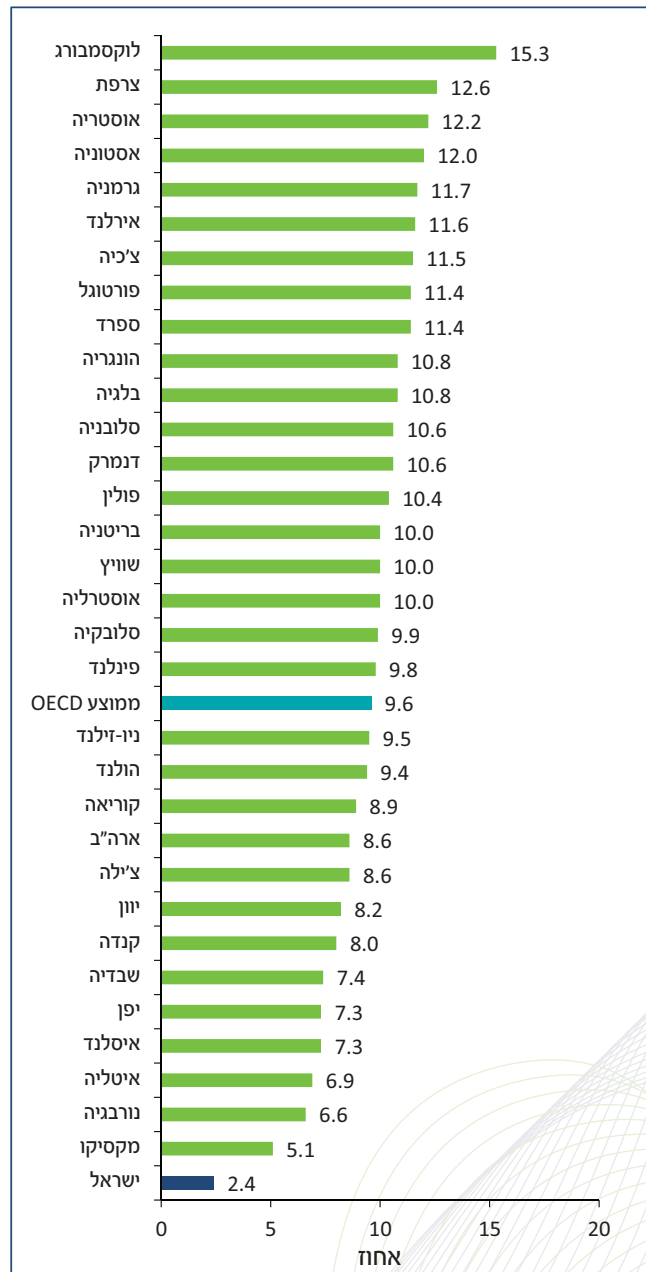


3.8. צריכת אלכוהול: השוואה בין-לאומית

מדד צריכת האלכוהול בכל מדינה מבוסס על נתוני מכירות שנתיות של אלכוהול, ביחידות של ליטרים לאדם מגיל 15 ומעלה. הנתונים על צריכת אלכוהול ממוצעת במדינות החברות ב-OECD מוצגים בתרשים 20.⁶

תרשים 20: צריכה ממוצעת של אלכוהול* באוכלוסייה הבוגרת (בני 15 ומעלה), במדינות חברות ה-OECD, שנת 2011 (או השנה הקרובה ביותר)⁶: ליטרים לאדם

הצריכה הממוצעת של אלכוהול לאדם בישראל (2.4 ליטר) היא הנמוכה ביותר מבין המדינות החברות ב-OECD ועומדת על כ-25% מהצריכה הממוצעת במדינות אלו (תרשים 20).



* אלכוהול טהור

מקורות המידע

1. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Taylor B. The relations between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010;105:817-843.
2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert no. 59, April 2003. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa59.htm>. Accessed August 27, 2013.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-33.
4. הרצל-פיש י, וולש ס, בוניאל-נסים מ, דז'אלובסקי א, אמית ש, טסלר ר חביב ג'. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל. סיכום ממצאי המחקר הארצי השישי (2011), ניתוח מגמות בין השנים 1994-2011 והשוואה בינלאומית. תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני הנוער. בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר-אילן, 2013. <http://hbsc.biu.ac.il/books.html>
5. סקר בריאות לאומי בישראל INHIS-2 2010-2007. ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. פרסום 331, 2012.
6. OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

פרק 7

פגיעות
חיצוניות





פגיעות חיצוניות <<

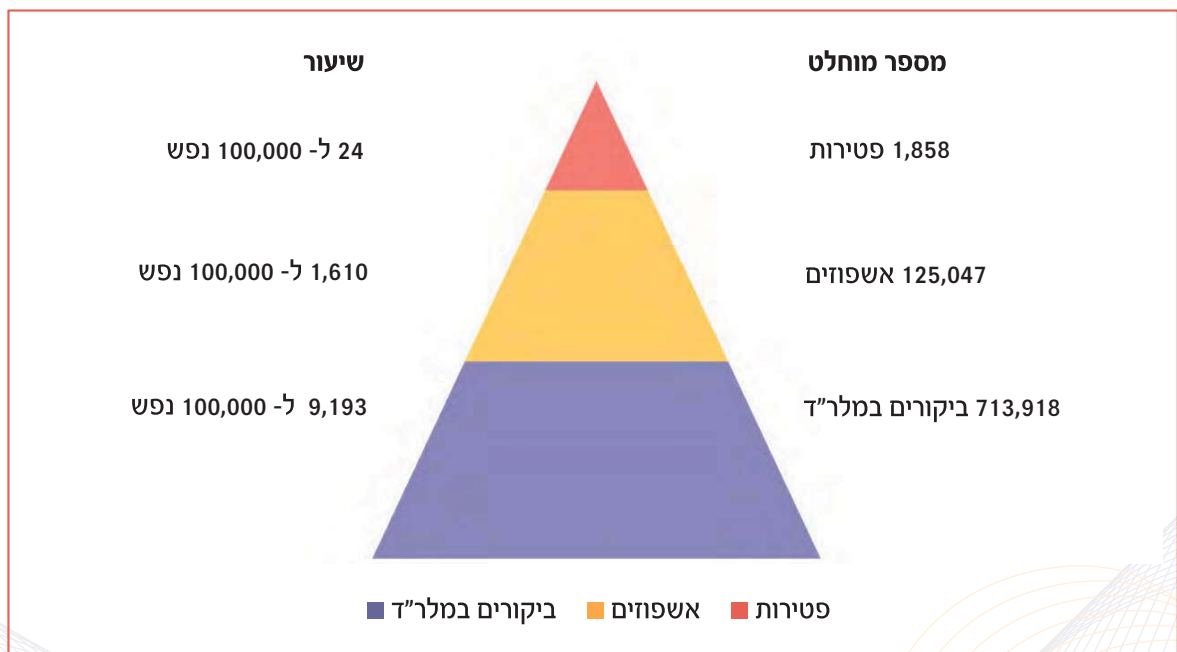
הקדמה

ההיפגעות כתוצאה מטרור ופגעות חבלות שונות הינה סיבת המוות העיקרית בקרב צעירים ואחת מסיבות המוות המובילות בקרב מבוגרים. הפגיעות הגופניות ניתנות למניעה וחשוב לצמצם תופעה זו באמצעות מדיניות מתאימה בכל תחומי החיים בישראל.

ניתן להציג את תופעת ההיפגעות באמצעות פירמידה בהתאם לעומס על המערכת. בסיס הפירמידה כולל מקרי היפגעות קלים שאינם מגיעים לטיפול בבתי החולים, חלקם אינם מגיעים לטיפול רפואי כלל וחלקם מגיעים לטיפול רפואי במרפאות בקהילה או ביחידות לרפואה דחופה בקהילה. מקרים אלו אינם מוצגים בפרק זה מאחר והמידע לגביהם חסר. לאחר מכן מוצגים כל המקרים שהגיעו לטיפול במחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים לאשפוז כללי. מעליהם מוצגים כל מקרי ההיפגעות שאושפזו באחת ממחלקות האשפוז בבתי החולים, ומעליהם, בקצה הפירמידה, מוצגים כל מקרי המוות כתוצאה מההיפגעות.

בשנת 2011 פירמידת ההיפגעות מצביעה על 1,858 פטירות, 125 אלף אשפוזים ו-714 אלף ביקורים במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד). המידע על ההיפגעות מבוסס על מספר מאגרי מידע ומוצג בהמשך, בהתאם לנדבך בפירמידת ההיפגעות.

פירמידת היפגעות, מספרים מוחלטים ושיעור ל-100,000 נפש, 2011



פטירות מפגיעות חיצוניות <<

ממצאים עיקריים

היקף התופעה: בשנת 2011 היו 1,858 פטירות עקב פגיעות חיצוניות, 1,259 גברים ו-599 נשים. כשני שליש מכלל הפטירות מסיבות חיצוניות היו מתאונות (פגיעות לא מכוונות) וכשליש היו מפגיעות מכוונות. הסיבות השכיחות של פטירות מתאונות היו תאונות דרכים ותעבורה ואח"כ תאונות ופגיעות אחרות, נפילות, חנק והרעלות.

מגמות: שיעור התמותה המתוקנן לגיל מפגיעות חיצוניות ירד בשליש בעשור האחרון, ירידה ניכרת נרשמה במרבית סוגי התאונות, במיוחד ירידה ב-62% מהרעלות, ב-44% מתאונות נשק וירידה ב-41% מתאונות דרכים.

גיל: מספר הפטירות מתאונות דרכים ותעבורה יורד עם הגיל ומספר הפטירות מתאונות ופגיעות אחרות, נפילות וחנק עולה עם הגיל. בגיל 25-64 פטירות מהרעלות (כולל פטירות מסמים) מהוות את הסיבה השלישית מכלל התאונות.

מגדר: במוצע השנים 2009-2011 שיעור הפטירות המתוקנן לגיל מפגיעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה גבוה בקרב גברים בהשוואה לנשים. השיעור לגברים גבוה פי שלושה מתאונות דרכים ותעבורה, הרעלות וטביעות, פי 2.6 מכוויות, פי 1.5 מנפילות וחנק ופי 8.8 מפגיעות נשק.

קבוצת אוכלוסייה: שיעור התמותה המתוקנן לגיל היה גבוה יותר בקרב ערבים בהשוואה ליהודים ואחרים ממרבית התאונות. בשנים 2009-2011 השיעור לערבים היה גבוה פי 2.5 מתאונות דרכים ותעבורה, פי 1.5 מנשק, כוויות, חנק ותאונות אחרות.

השוואות בינלאומיות: שיעור התמותה המתוקנן לגיל בישראל מפגיעות לא מכוונות (תאונות) היה מהנמוכים ביותר בהשוואה למדינות ה-OECD בשנת 2011, רק בפורטוגל נרשם שיעור נמוך יותר.

רקע

פטירות כתוצאה מהיפגעות כוללות פטירות מפגיעות מכוונות, פטירות מפגיעות לא מכוונות ופטירות מפגיעות עם כוונה לא ידועה או לא ברורה. בשנת 2011 פטירות מהיפגעות היוו 6% מכלל הפטירות, בהתאם לקידוד סבת המוות היסודית בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סיבות חיצוניות, במיוחד תאונות, הינן בין הסיבות העיקריות לתמותה בגילאים הצעירים. בשנת 2011 תאונות היו סבת המוות הראשונה בקרב בנים בגיל 15-24 והסיבה השנייה בקרב בנות בגיל זה. בגיל 25-44 תאונות היו סבת המוות השנייה לגברים והשלישית לנשים ובגיל 5-14 תאונות הייתה סבת המוות השנייה לבנים והרביעית לבנות. בגיל 0-4 תאונות היו סבת המוות השלישית בקרב בנים ובנות.

המידע על מוות מסיבות חיצוניות מבוסס על קובץ סיבות המוות המתעדכן בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בהתאם להודעת הפטירה שרשם הרופא, אשר קבע את המוות. בנוסף, נעשה עדכון מהמכון לרפואה משפטית וממקורות מידע אחרים. סימול סבת המוות נעשה על פי כללים שנקבעו על ידי ארגון הבריאות העולמי. משנת 1998 סיבות המוות בישראל נרשמות בהתאם למהדורה העשירית של ה-ICD. הנתונים כוללים את הפטירות של תושבי מדינת ישראל ותושבים ישראלים הגרים ביהודה, שומרון וחבל עזה, ואינם כוללים פטירות ישראלים בחו"ל וכן אינם כוללים נתוני חללי מלחמה.

הגדרות:

שיעור פטירות סגולי לפי גיל, מגדר וקבוצת אוכלוסייה: מספר הפטירות בקבוצת גיל, מגדר או קבוצת אוכלוסייה מסוימת מחולק באוכלוסייה הממוצעת באותה קבוצת גיל, מגדר או קבוצת אוכלוסייה. מחושב שיעור ממוצע לתקופה מוגדרת.

שיעור פטירות מתוקנן לגיל: שיעור פטירה מבוסס על שיעורי התמותה הסגוליים לפי גיל בקבוצת אוכלוסייה מסוימת והתפלגות הגילאים של אוכלוסיית התקן. אוכלוסיית התקן נקבעה כאוכלוסיית ישראל בשנת 2009.

ממוצע נע תלת שנתי: סדרה של ממוצעים של שלוש שנים עוקבות, לדוגמא 2003-2001, 2004-2002, 2005-2003.

פגיעות חיצוניות: כולל מידע על מוות מסיבות חיצוניות, המוצג לפי כוונת הפגיעה ונסיבות הפגיעה. הפטירות לפי כוונת הפגיעה כולל פגיעות מכוונות (התאבדות, רצח ופעולות מלחמתיות, משטרה וטרור), פטירות מפגיעות לא מכוונות (כל סוגי התאונות) ופטירות מפגיעות עם כוונה לא ברורה. בפרסום, הפטירות עקב תאונות כולל פטירות מפגיעות לא מכוונות וכן פטירות עם כוונה לא ברורה.

סיבות מוות מפגיעות חיצוניות לפי סיבות הפגיעה וכוונת הפגיעה, בהתאם ל-ICD-10:

ICD-10	סיבות הפגיעה	כוונת הפגיעה
V01-Y36, Y85-Y87, Y89	סה"כ	סיבות חיצוניות
V01-X59, Y85-Y86		תאונות
W65-W74	טביעות	
W00-W19	נפילות	
X00-X19	כוויות/אש	
W32-W34	נשק	
V01-V99, Y85	תעבורה	
X40-X49	הרעלות	
W75-W84	חנק	
W20-W31, W35-W64, W85-W91, X50, X58, Y86, X59	אחר/לא ידוע (כולל חבלות, חיתוך, אסונות טבע ואחרות)	
X60-X84, Y87.0		התאבדות
X85-Y09, Y87.1		רצח
Y10-Y34, Y87.2, Y89.9		כוונה לא ידועה
Y21	טביעות	
Y30	נפילות	
Y26-Y27	כוויות/אש	
Y22-Y24	נשק	
Y32	תעבורה	
Y10-Y19	הרעלות	
Y20	חנק	
Y25, Y28-Y29, Y31, Y33-Y34, Y87.2, Y89.9	כל השאר	
Y35-Y37*, Y89(.0, .1)		פעולות מלחמתיות, משטרה וטרור

* Y37 הינו קוד ישראלי עבור קרבנות טרור.

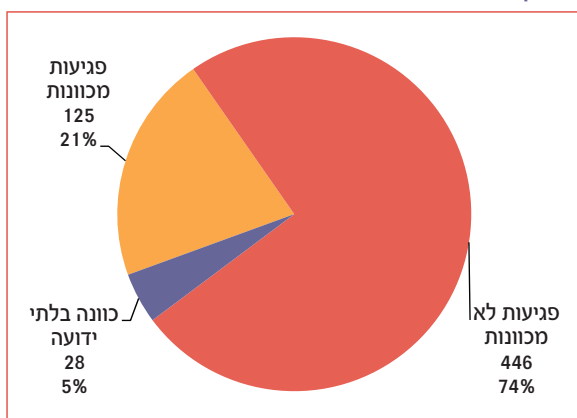
(): שיעור מבוסס על 5-19 מקרים ואינו בעל תוקף סטטיסטי חזק.

1.1. תמותה מפגיעות חיצוניות לפי כוונת הפגיעה

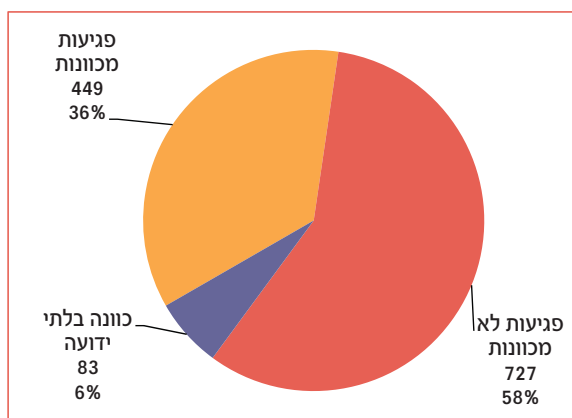
בשנת 2011 היו 1,858 פטירות מפגיעות חיצוניות, 1,259 גברים ו-599 נשים. כשני שליש מכלל הפטירות היו עקב פגיעות לא מכוונות (תאונות) וכשליש היו עקב פגיעות מכוונות. התפלגות הפטירות לפי כוונת הפגיעה שונה בין גברים ונשים, שלושה רבעים (74%) מפטירות הנשים היו עקב תאונות לעומת 58% בקרב גברים, חמישית (21%) היו עקב פגיעות מכוונות בהשוואה ל-36% בקרב גברים, ו-5% היו עקב כוונה לא ידועה בהשוואה ל-6% בקרב גברים.

תרשים 1: פטירות עקב פגיעות חיצוניות לפי מגדר וכוונת הפגיעה, 2011: מספרים מוחלטים ואחוזים

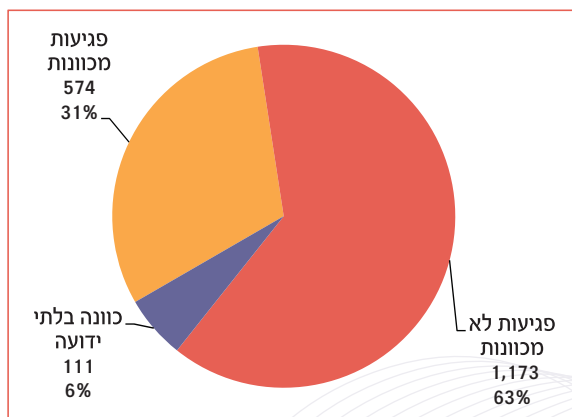
ב. נקבות



א. זכרים



ג. סה"כ

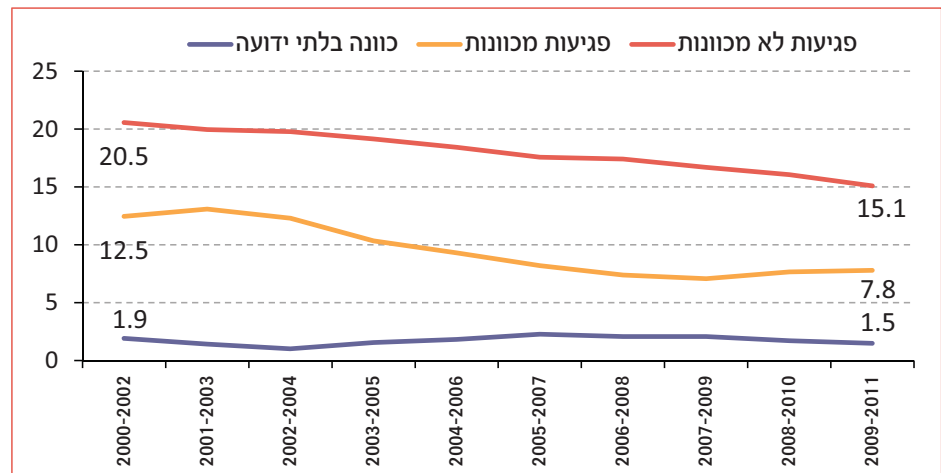


פטרות מפגיעות חיצוניות >>

תמותה מפגיעות חיצוניות לפי כוונת הפגיעה ושנה: שיעור התמותה המתוקן לגיל מפגיעות חיצוניות ירד ב-30% בעשור האחרון, מ-34.9 ל-100,000 נפש בממוצע השנים 2002-2000 ל-24.4 בממוצע השנים 2011-2009. הירידה הגבוהה ביותר נרשמה בפטרות עקב פגיעות מכוונות, השיעור המתוקן לגיל ירד ב-37% מ-12.5 ל-7.8, בהתאמה. שיעור התמותה מתאונות (פגיעות לא מכוונות) ירד בתקופה זו ב-27% מ-20.5 ל-15.1, בהתאמה, ושיעור התמותה מפגיעות עם כוונה בלתי ידועה ירד ב-22% בתקופה זו, מ-1.9 ל-1.5, בהתאמה.

תרשים 2: שיעור פטרות מסיבות חיצוניות לפי כוונת הפגיעה, 2011-2000:

שיעור מתוקן לגיל ל-100,000, ממוצע נע תלת שנתי

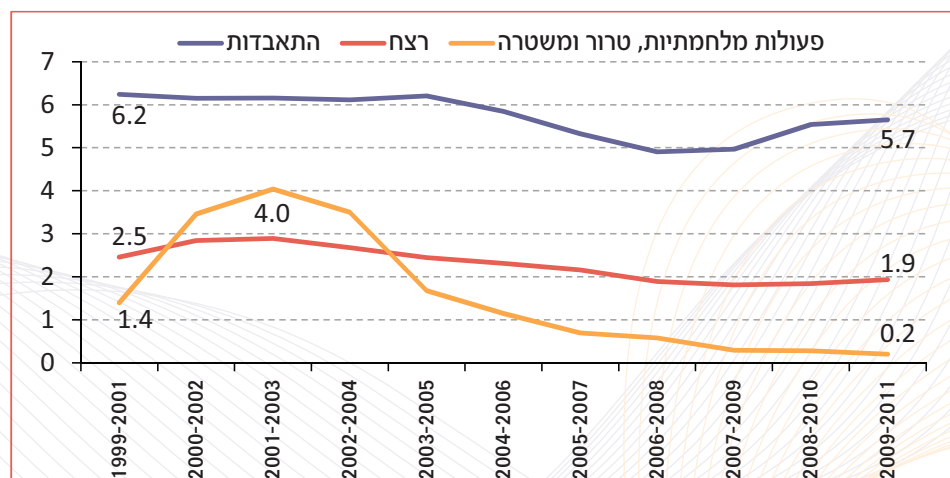


1.2. תמותה מפגיעות מכוונות לפי סיבת הפגיעה

שיעור הפטרות מפגיעות מכוונות במגמת ירידה בעשור האחרון. שיעור הרצח ירד בחמישית (21%) ושיעור ההתאבדות בעשירית. שיעור הפטרות עקב פעולות מלחמתיות, טרור ומשטרה היה גבוה בשנים 2005-2000 עקב גל הטרור שהיה בשנים אלו, שהגיע לשיא של 4.0 ל-100,000 נפש בשנים 2003-2001, וירד בשנים האחרונות (חללי מלחמת לבנון בשנת 2006 אינם כלולים, בהתאם להנחיות הבינלאומיות).

תרשים 3: שיעור הפטרות מפגיעות מכוונות לפי סיבת הפגיעה, 2011-1999:

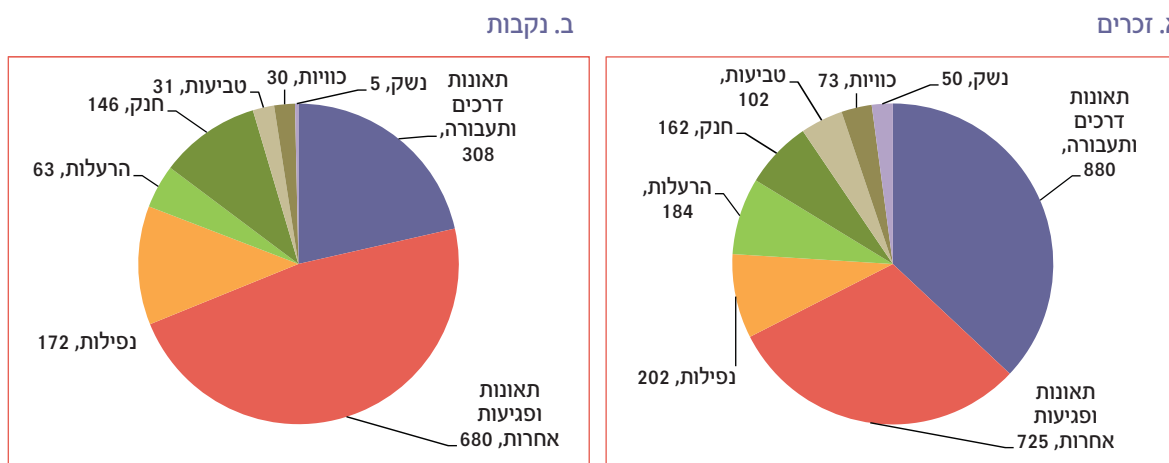
שיעור מתוקן לגיל ל-100,000, ממוצע נע תלת שנתי



1.3. תמותה מפגיעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה לפי סיבת הפגיעה

מגדר: בשנים 2009-2011 היו 3,813 פטירות עקב פגיעות לא מכוונות או עם כוונה לא ברורה (להלן "תאונות"), 2,378 לגברים ו-1,435 לנשים. הסיבות השכיחות ביותר בקרב גברים ונשים היו תאונות דרכים ותעבורה ואח"כ תאונות ופגיעות אחרות, שבמרביתן נסיבות הפגיעה לא נרשמה בהודעת הפטירה. הסיבות השכיחות הבאות בקרב גברים היו נפילות, הרעלות (כולל סמים) וחנק, כאשר בנשים חנק שכיח יותר מהרעלות. הסיבות הבאות לפי סדר יורד הן טביעות, כוויות ותאונות מנשק.

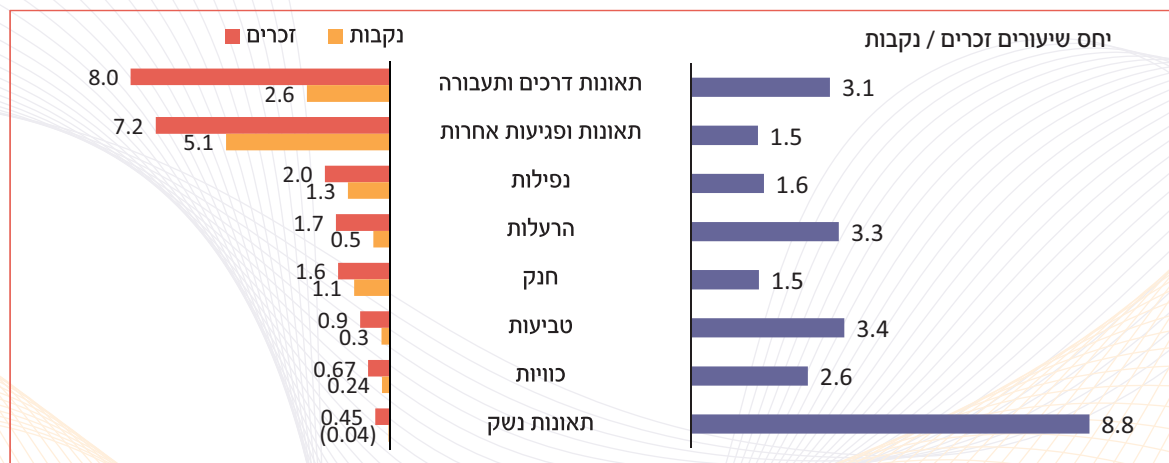
תרשים 4: מספר הפטירות מפגיעות לא מכוונות או כוונה לא ידועה, 2009-2011: לפי מגדר וסיבת הפגיעה



שיעור הפטירות מתאונות המתוקנן לגיל גבוה בקרב גברים בהשוואה לנשים. בממוצע השנים 2009-2011 השיעור בקרב גברים היה 22.5 ל-100,000 נפש, פי 2.0 מהשיעור בקרב נשים, 11.1. השיעור לגברים גבוה בהשוואה לנשים בכל סיבות הפגיעה, כאשר יחס השיעורים הגבוה ביותר היה פטירות מתאונות נשק, פי 8.8, ואחר כך בסדר יורד טביעות, הרעלות ותאונות דרכים ותעבורה. יחס השיעורים הנמוך ביותר, פי 1.5 בקרב גברים בהשוואה לנשים היה פטירות מחנק, נפילות ותאונות ופגיעות אחרות.

תרשים 5: שיעור הפטירות מפגיעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה, 2009-2011:

שיעור מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש לפי מגדר וסיבת הפגיעה, יחס שיעורים



פטרות מפגעות חיצוניות <<

קבוצות גיל:

גיל 24-0: תאונות דרכים ותעבורה מהוות שני שלישי (66%) מכלל הפטרות עקב תאונות. הסיבות השכיחות הבאות הן טביעות (9%), תאונות ופגעות אחרות (9%), חנק (4%) והרעלות (4%).

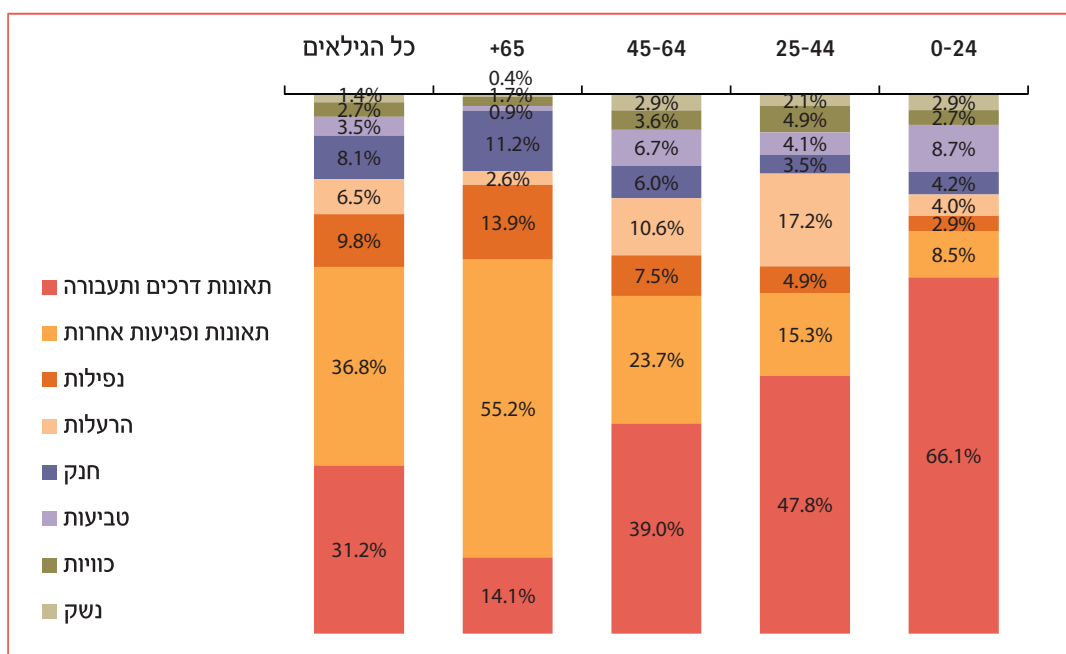
גיל 44-25: תאונות דרכים ותעבורה מהוות מחצית (48%) מהפטרות עקב תאונות, אח"כ הרעלות כולל פטרות מסמים (17%), פטרות מתאונות ופגעות אחרות (15%), נפילות (5%) וכוויות (5%).

גיל 64-45: תאונות דרכים ותעבורה הינה הסיבה השכיחה, 40% מהפטרות עקב תאונות, אח"כ פטרות מתאונות ופגעות אחרות (24%), הרעלות (11%), נפילות (8%), טביעות (7%) וחנק (6%).

גיל 65 ומעלה: הפטרות מתאונות ופגעות אחרות מהוות יותר ממחצית (55%) הפטרות עקב תאונות. הסיבות השכיחות הבאות הן תאונות דרכים ותעבורה (14%), נפילות (14%) וחנק (11%).

תרשים 6: התפלגות הפטרות מפגעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה, 2011-2009

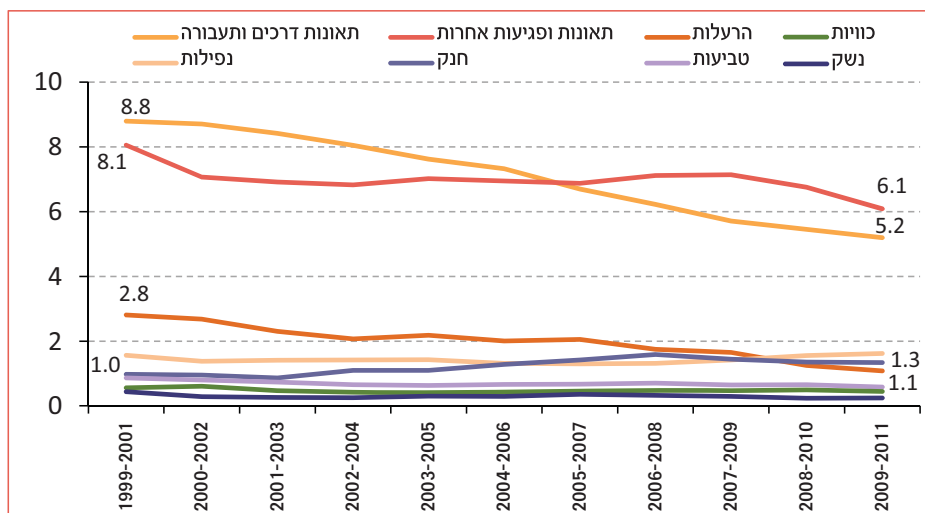
לפי סיבת הפגיעה וגיל, אחוזים



מגמות: בשנים 2011-1999 נרשמה ירידה ניכרת בשיעור התמותה ממרבית התאונות. הירידה הגבוהה ביותר נרשמה בשיעור התמותה המתקנן לגיל מהרעלות, ירידה ב-62%, מ-2.8 ל-100,000 נפש בשנים 2001-1999 ל-1.1 בשנים 2011-2009. שיעור התמותה מתאונות נשק ירד ב-44%, מ-0.43 ל-0.24, בהתאמה, ושיעור התמותה מתאונות דרכים ותעבורה ירד ב-41%, מ-8.8 ל-5.2, בהתאמה. שיעור התמותה מטביעות ירד ב-32%, תאונות ופגעות אחרות ב-24% ושיעור התמותה מכוויות ירד ב-20%. לעומת זאת, נרשמה עלייה בשיעור התמותה מחנק מ-1.0 ל-1.3, בהתאמה. שיעור התמותה מנפילות היה יחסית יציב.

תרשים 7: שיעור פטירות מפגיעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה, 1999-2011:

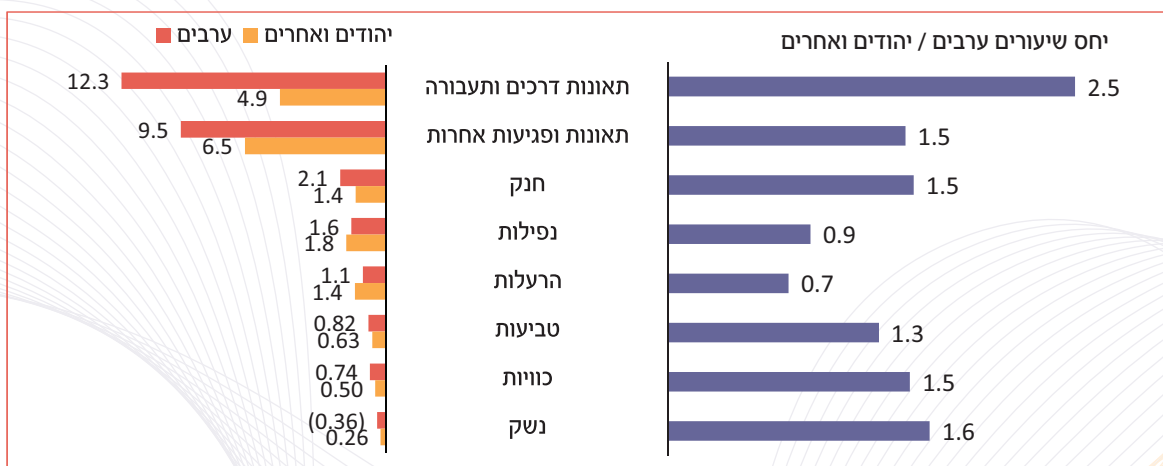
שיעור מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש לפי סיבת הפגיעה, ממוצע נע תלת שנתי



לפי קבוצת אוכלוסייה: בממוצע השנים 2009-2011 שיעור הפטירות המתוקנן לגיל מפגיעות לא מכוונות או פגיעות עם כוונה לא ידועה בקרב ערבים היה 24.7 ל-100,000 נפש, גבוה פי 1.6 מהשיעור בקרב יהודים ואחרים, 15.0. השיעור בקרב ערבים היה גבוה במיוחד, פי 2.5, מתאונות דרכים ותעבורה. שיעור התמותה מתאונות נשק היה גבוה פי 1.6 ושיעור הפטירות מחנק, כוויות ותאונות ופגיעות אחרות גבוה פי 1.5 בקרב ערבים בהשוואה ליהודים ואחרים. שיעור התמותה כתוצאה מנפילות והרעלות היה נמוך יותר בקרב ערבים, ויחס השיעורים ערבים/יהודים ואחרים היה 0.9 ו-0.7, בהתאמה.

תרשים 8: שיעור פטירות מפגיעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה, 2009-2011:

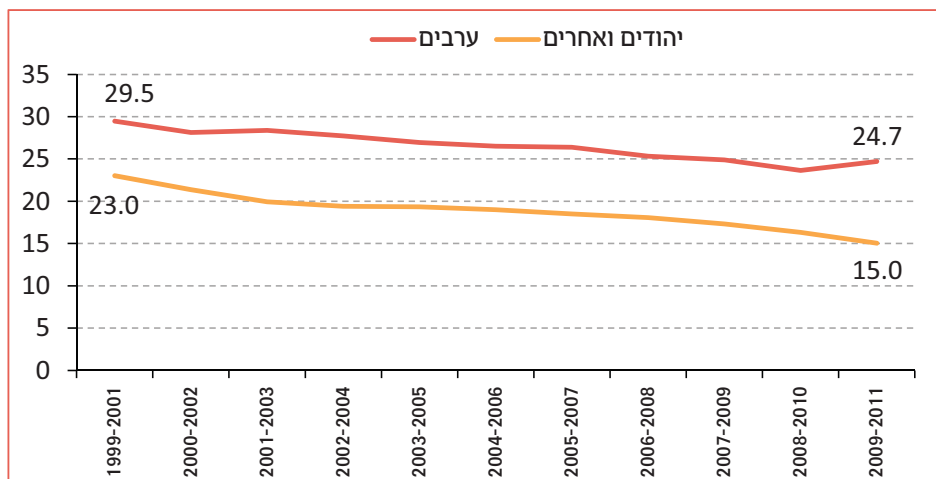
שיעור מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש, לפי קבוצת אוכלוסייה וסיבת הפגיעה



שיעור הפטרות מכלל הפגעות הלא מכוונות או עם כוונה לא ידועה ירד במהלך העשור 1999-2011 בקרב ערבים ובקרב יהודים ואחרים, אך הירידה בקרב יהודים ואחרים הייתה גבוהה יותר. השיעור המתוקן לגיל ירד ב-35% בקרב יהודים לעומת ירידה ב-16% בלבד בקרב ערבים בממוצע השנים 2009-2011 בהשוואה לשנים 1999-2001.

תרשים 9: שיעור הפטרות מפגעות לא מכוונות או עם כוונה לא ידועה, 1999-2011:

שיעור מתוקן לגיל ל-100,000 נפש, ממוצע נע תלת שנתי

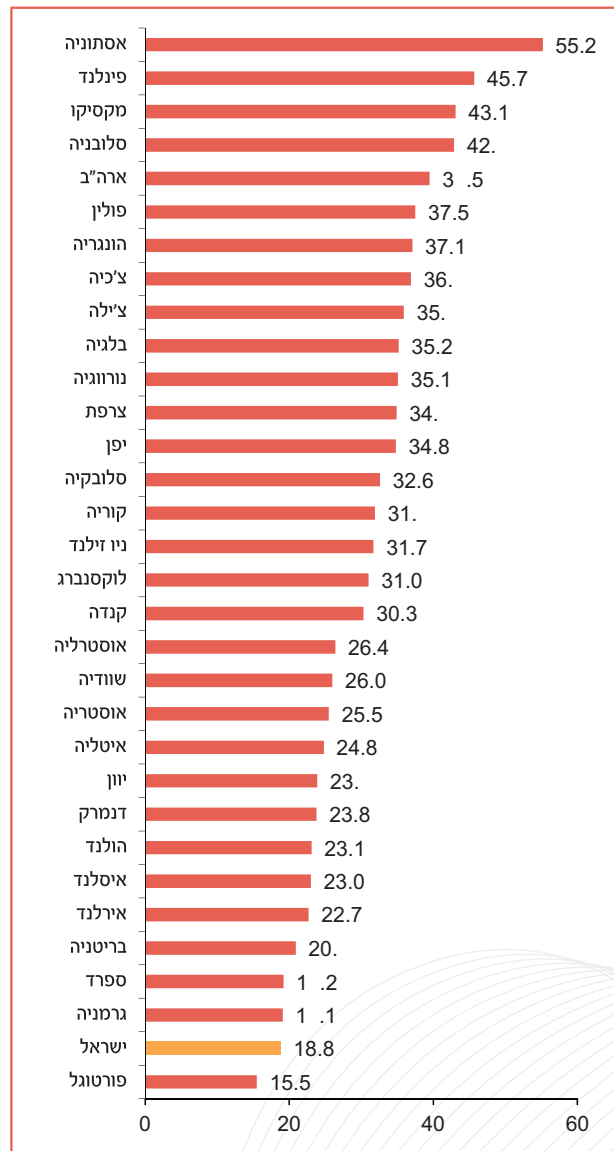


יהודים ואחרים: כולל יהודים, נוצרים שאינם ערבים וללא סיווג דת.
אוכלוסייה ערבית: כולל מוסלמים, נוצרים ערבים ודרוזים.

1.4. תמותה מתאונות - השוואה בינלאומית

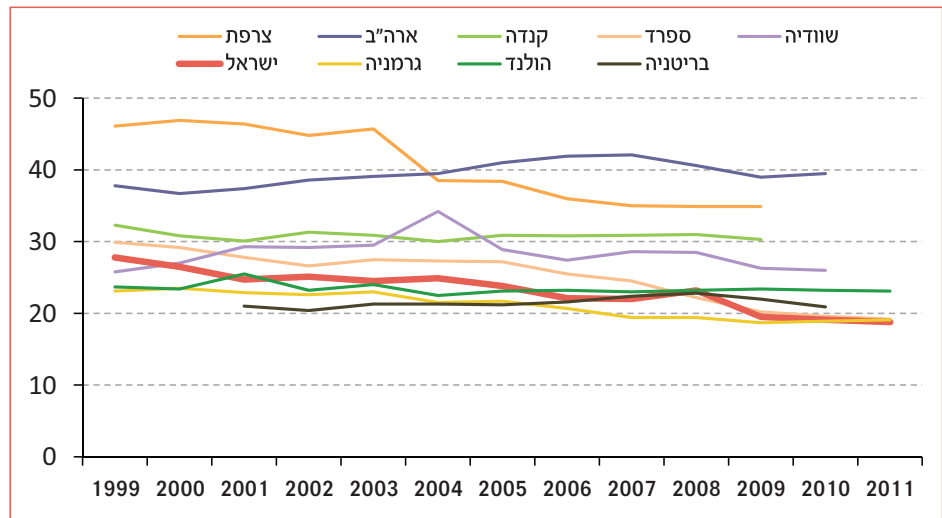
בשנת 2011 שיעור התמותה מתאונות לא מכוונות המתוקנן לגיל בישראל היה מהנמוכים ביותר בהשוואה למדינות ה-OECD, 18.8 ל-100,000 נפש, רק בפורטוגל נמצא שיעור נמוך יותר. השיעור דומה לשיעור בגרמניה ספרד ובריטניה. בשנת 1999 השיעור היה גבוה יותר משוודיה, גרמניה, הולנד, ובריטניה אבל בשנת 2011 השיעור ירד בהשוואה למדינות רבות.

תרשים 10: שיעור תמותה מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש מתאונות במדינות ה-OECD, 2011



מתוקנן לאוכלוסיית ה-OECD בשנת 2010, שנה אחרונה זמינה.

תרשים 11: שיעור תמותה מתוקן לגיל מתאונות, מדינות נבחרות ב-OECD, 1999-2011: שיעור ל-100,000 נפש



מתוקן לאוכלוסיית ה-OECD בשנת 2010

מקורות המידע

1. סיבות מוות מובילות בישראל 2000-2011, נחמה גולדברג, מרים אבורבה, ציונה חקלאי, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות, 2013.
2. OECD Health Statistics 2013 database
3. עיבוד באגף המידע, המבוסס על קובץ סיבות מוות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

אשפוזים מפגיעות חיצוניות »

ממצאים עיקריים

מספר האשפוזים: בשנת 2011 נרשמו 125 אלף אשפוזים עם אבחנה ראשונה או משנית עקב פגיעות חיצוניות, עלייה מ-95 אלף בשנת 2000.

שיעור האשפוזים: שיעור האשפוזים עקב פגיעות חיצוניות נמצא במגמת עלייה, 161 ל-10,000 נפש בשנת 2011 בהשוואה ל-152 בשנת 2000. השיעור היה גבוה פי 1.2 בקרב זכרים בהשוואה לנקבות, 176 ו-146, בהתאמה, בשנת 2011, לעומת 171 ו-133, בהתאמה, בשנת 2000.

גיל ומגדר: שיעור האשפוזים עולה עם הגיל, בגיל 85 ומעלה השיעור גבוה פי 7.8 לעומת השיעור הכולל, בקרב זכרים פי 7.0 ובקרב נקבות פי 8.7 ובגיל 75-84 השיעור היה גבוה פי 4.5, 4.0 ו-5.0, בהתאמה. השיעור מגיל 45 ומעלה נמצא במגמת עלייה, לעומת ירידה בגילים הצעירים.

שהיה ממוצעת: השהיה בקרב זכרים גבוהה בכל קבוצות הגיל בהשוואה לנקבות, פרט לגיל 14-5 וגיל 85 ומעלה. בשנת 2011 השהיה הממוצעת הייתה 7.0 ימים, 7.2 ימים לזכרים ו-6.8 לנקבות.

סוגי הפגיעות: בשנת 2011 נרשמו 35 אלף אשפוזים עם שברים, 21 אלף סיבוכים לאחר טיפול רפואי, 15 אלף פגיעות שטחיות, 10 אלפים פגיעות פנימיות, 9 אלפים פצעים פתוחים, 5 אלפים הרעלות, 4 אלפים פריקות, נקעים ומתיחות, אלפיים כוויות ו-39 אלף אשפוזים עם פגיעות לא ספציפיות. בעשור האחרון נרשמה ירידה במספר האשפוזים עם הרעלות, כוויות, פגיעות פנימיות וסיבוכים מאוחרים לעומת עלייה בשאר סוגי הפגיעות.

שברים: כשני שליש (62%) מהשברים בגפיים העליונים ושלושה רבעים (72%) מהשברים בגולגולת היו של זכרים, לעומת כמחצית מהשברים בגפיים התחתונים (47%) ובעמוד שדרה וגו (53%). שיעור השברים בגפיים התחתונים בגיל 85 ומעלה היה גבוה פי 6.2 בהשוואה לגיל 65-74 ושיעור השברים בגפיים העליונים היה גבוה פי 4.2, בהתאמה.

שבר בצוואר הירך: שיעור האשפוזים עקב שבר בצוואר הירך גבוה בנשים בהשוואה לגברים. בשנים 2000-2011 נרשמה מגמת ירידה בשיעור האשפוזים עם שבר בצוואר הירך בגיל 65 ומעלה. בקרב נשים מגמת הירידה הייתה גבוהה יותר בהשוואה לגברים, בגיל 65-74 השיעור ירד ב-32% לעומת 6%, בהתאמה, בגיל 75-84 הייתה ירידה ב-11% אצל נשים לעומת שיעור יציב אצל גברים, ובגיל 85 ומעלה נרשמה ירידה ב-24% אצל נשים לעומת 18% אצל גברים.

רקע

אשפוזים עקב פגיעות חיצוניות כוללים את כל האשפוזים עקב תאונות, פגיעות או הרעלות, פגיעות מכוונות ופגיעות לא מכוונות או פגיעות עם כוונה לא ברורה, בהתאם לרישום האבחנות בבית החולים במהלך האשפוז. המידע מבוסס על מאגר האשפוזים הלאומי במשרד הבריאות, הכולל מידע ממרבית בתי החולים לאשפוז כללי. האשפוזים אופיינו לפי האבחנות שנרשמו במהלך האשפוז, אבחנה ראשונה או משנית, לפי ICD-9-CM בהתאם לקודי האבחנות 800-999 או נסיבות הפגיעה (E codes), כולל פירוט לפי סוגי הפגיעה, תוך דגש על שברים.

הגדרות:

אשפוזים עקב פגיעות חיצוניות: שחרורים מאשפוז עם לפחות אחת מהאבחנות 800-999 או E codes לפי ICD-9-CM שנרשמו במהלך האשפוז כאבחנה ראשונה או משנית.

סוגי הפגיעות: סוגי הפגיעות באשפוז אופיינו על פי האבחנות שנרשמו במהלך האשפוז, אבחנה ראשונה או משנית, בהתאם ל-ICD-9-CM. מקרים עם רישום של E code בלבד, ללא ציון סוג הפגיעה נכללו בפגיעות לא ספציפיות.

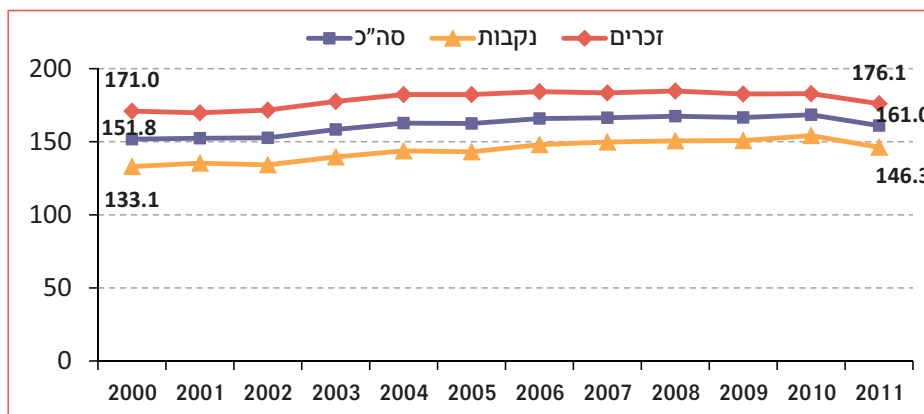
קוד ICD-9-CM	סוג הפגיעה
800-829	שברים
830-848	פריקות, נקעים ומתיחות
850-869, 925-939, 950-957	פגיעות פנימיות
870-904	פצעים פתוחים
905-909	תופעות מאוחרות לאחר פגיעות
910-924	פגיעות שטחיות
940-949	כוויות
958-959, 990-995, כולל מקרים עם E codes בלבד	פגיעות בלתי ספציפיות
960-989	הרעלות
996-999	סיבוכים לאחר טיפול רפואי

אשפוזים עם שבר בצוואר הירך: כולל אשפוזים עם רישום אבחנה 820 כאבחנה ראשונה או משנית במהלך האשפוז.

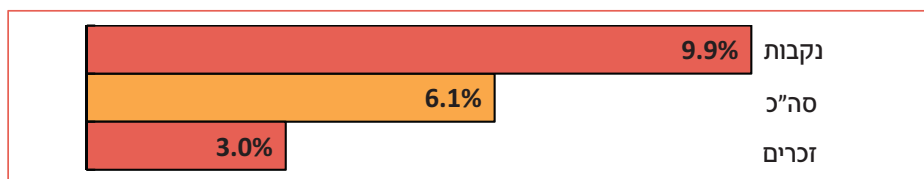
2.1. שיעור אשפוזים

בשנת 2011 נרשמו 125 אלף אשפוזים עם לפחות אבחנה אחת של פגיעות חיצוניות, שנרשמה כאבחנה ראשונה או משנית במהלך האשפוז. השיעור במגמת עלייה מתונה, 161 ל-10,000 נפש בהשוואה ל-152 בשנת 2000. לזכרים נרשם שיעור גבוה פי 1.2 בהשוואה לנקבות בשנת 2011, לעומת פי 1.3 בשנת 2000 (176 ו-146 בשנת 2011, לעומת 171 ו-133 בשנת 2000, בהתאמה), עלייה ב-3% לזכרים לעומת עלייה ב-10% לנקבות.

תרשים 12: פגיעות חיצוניות - שיעור אשפוזים ל-10,000 נפש, 2011-2000

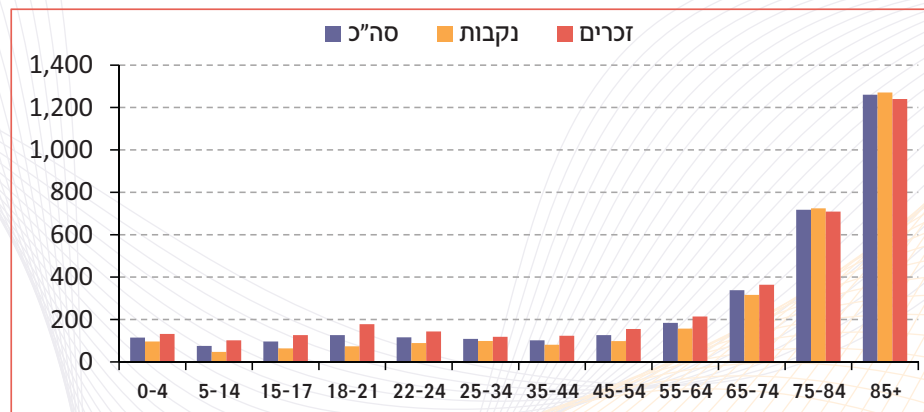


תרשים 13: פגיעות חיצוניות - אחוז שינוי בשיעור האשפוזים, 2011-2000



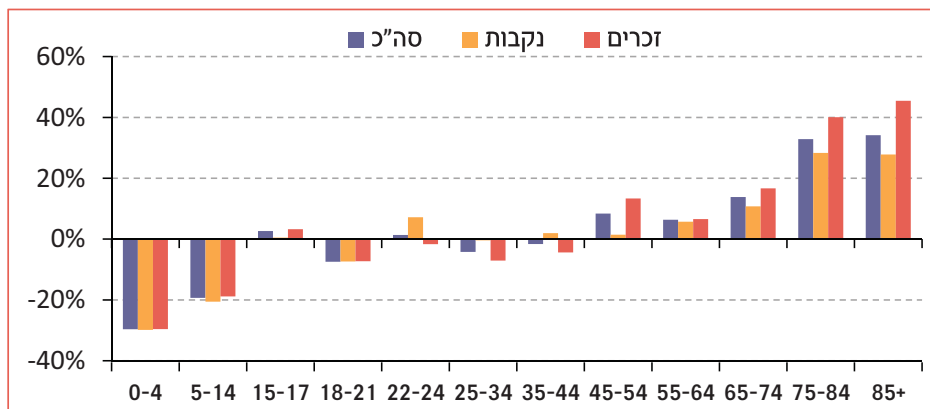
בשנת 2011 שיעור האשפוזים בגיל 85 ומעלה היה גבוה פי 7.8 בהשוואה לשיעור הכולל, בקרב זכרים פי 7.0 ובקרב נקבות פי 8.7, ובגיל 75-84 השיעור היה גבוה פי 4.5, 4.0 ו-5.0, בהתאמה. שיעור האשפוזים בגיל 45 ומעלה, ובמיוחד בגיל 75 ומעלה, עלה בהשוואה לשנת 2000, לעומת ירידה בגילאים הצעירים, למעט עלייה אצל בנים בגיל 15-17 ונשים בגיל 22-24.

תרשים 14: פגיעות חיצוניות - שיעור האשפוזים ל-10,000 נפש לפי גיל ומגדר, 2011



אשפוזים מפגיעות חיצוניות

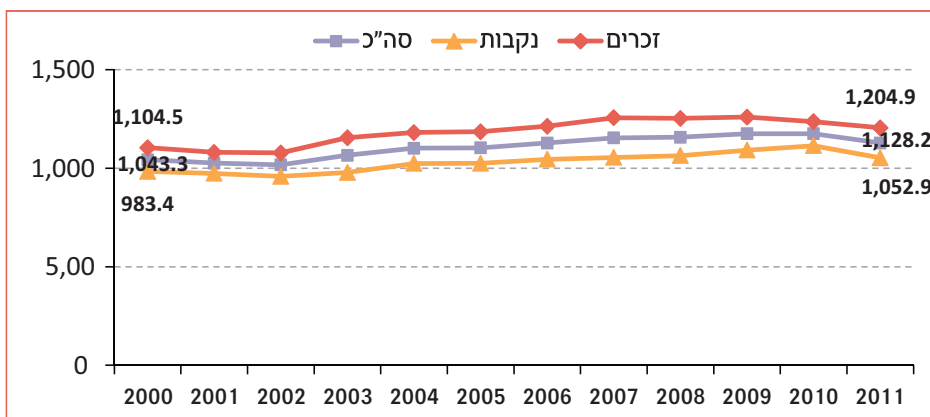
תרשים 15: פגיעות חיצוניות - אחוז שינוי בשיעור האשפוזים לפי גיל ומגדר, 2011/2000



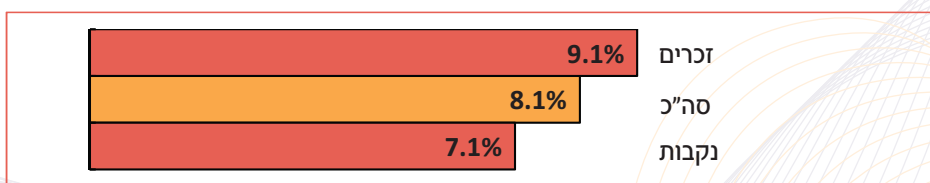
2.2. שיעור ימי אשפוז

שיעור ימי האשפוז עם לפחות אבחנה אחת של פגיעות חיצוניות היה 1,128 ל-10,000 נפש בשנת 2011, 1,205 לזכרים ו-1,053 לנקבות, עלייה ב-8.1%, 9.1% ו-7.1% בהתאמה, משנת 2000. מגמת עלייה נרשמה מגיל 45 ומעלה פרט לנשים בגיל 65-74, לעומת ירידה בגילאים הצעירים, פרט לעליה אצל בנים בגיל 15-17.

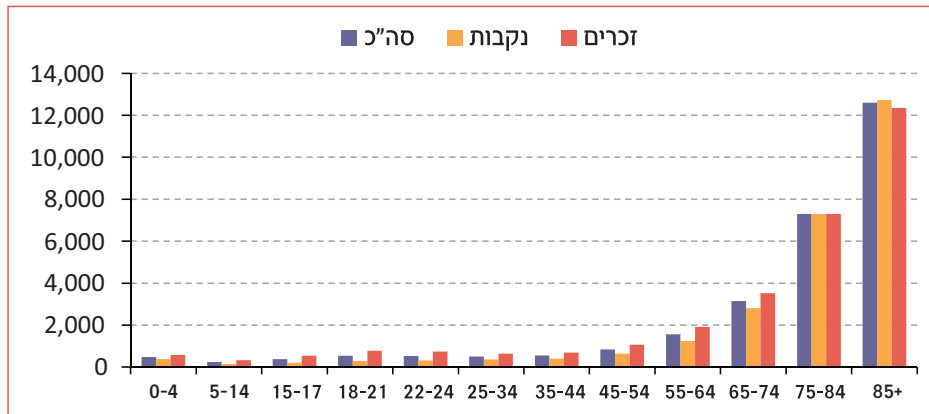
תרשים 16: פגיעות חיצוניות - שיעור ימי אשפוז ל-10,000 נפש, 2011-2000



תרשים 17: פגיעות חיצוניות - אחוז שינוי בשיעור ימי האשפוז, 2011/2000



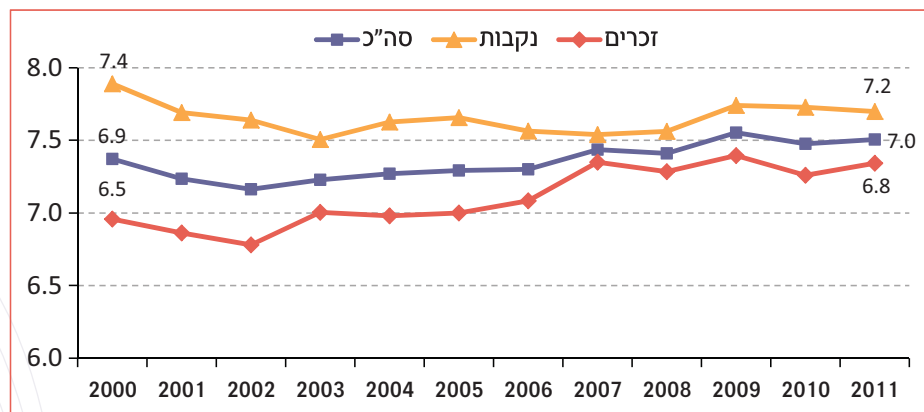
תרשים 18: פגיעות חיצוניות - שיעור ימי האשפוז לפי גיל ומגדר, 2011



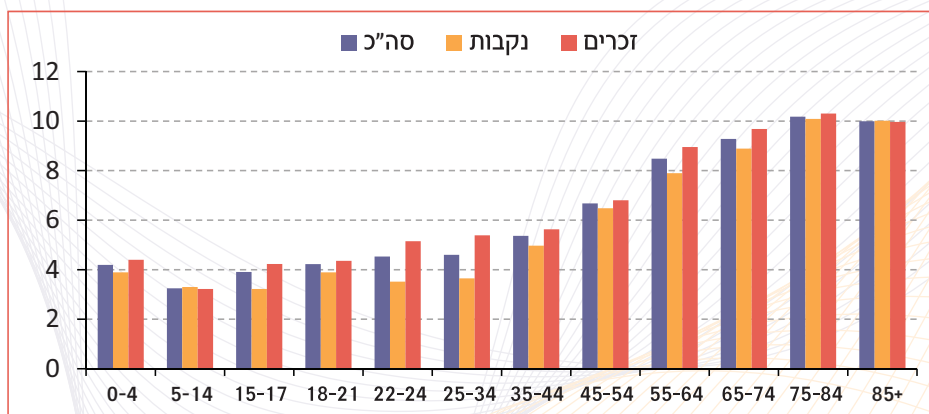
2.3. שהיה ממוצעת באשפוז

בשנת 2011 השהיה הממוצעת באשפוז עם סיבות חיצוניות הייתה 7.0 ימים בהשוואה ל-6.9 ימים בשנת 2000. השהיה בקרב זכרים גבוהה בכל קבוצות הגיל בהשוואה לנקבות, פרט לגיל 5-14 וגיל 85 ומעלה, בגילאים אלו השהיה הממוצעת הייתה דומה בקרב זכרים ונקבות.

תרשים 19: פגיעות חיצוניות - שהיה ממוצעת, ימים, 2011-2000



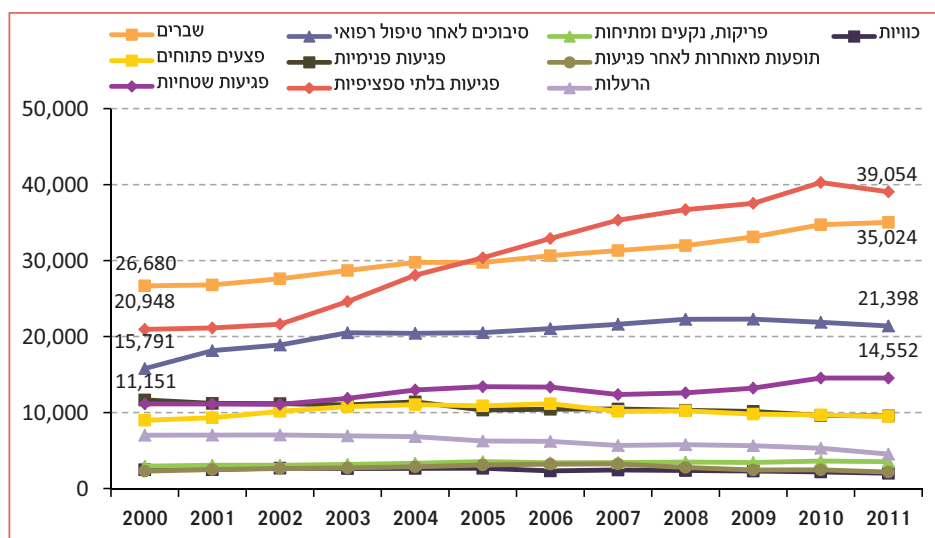
תרשים 20: פגיעות חיצוניות - שהיה ממוצעת לפי גיל ומגדר, ימים, 2011



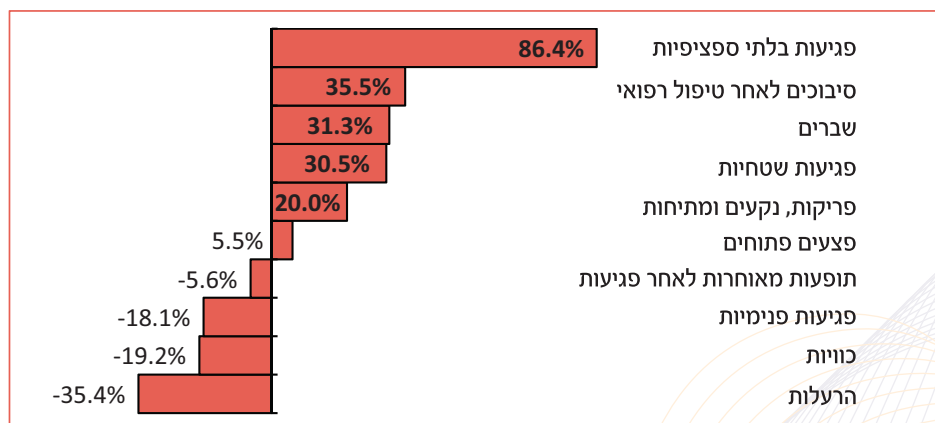
2.4. סוגי הפגיעות באשפוז

בשנת 2011 נרשמו 35 אלף אשפוזים עם שברים, 21 אלף עם סיבוכים לאחר טיפול רפואי, 15 אלף עם פגיעות שטחיות, 10 אלפים עם פגיעות פנימיות, 9 אלפים עם פצעים פתוחים, 5 אלפים עם הרעלות, 4 אלפים עם פריקות, נקעים ומתיחות, אלפיים עם כוויות ו-39 אלף אשפוזים עם פגיעות לא ספציפיות. בשנים 2000-2011 נרשמה ירידה במספר האשפוזים עם הרעלות (35%), כוויות (19%), פגיעות פנימיות (18%) ותופעות מאוחרות לאחר פגיעות (6%), לעומת עלייה בפגיעות לא ספציפיות (86%), סיבוכים לאחר טיפול רפואי (36%), שברים (31%), פגיעות שטחיות (30%), פריקות, נקעים ומתיחות (20%) ופצעים פתוחים (6%).

תרשים 21: פגיעות חיצוניות - מספר אשפוזים לפי סוג הפגיעה, מספר מוחלט, 2000-2011



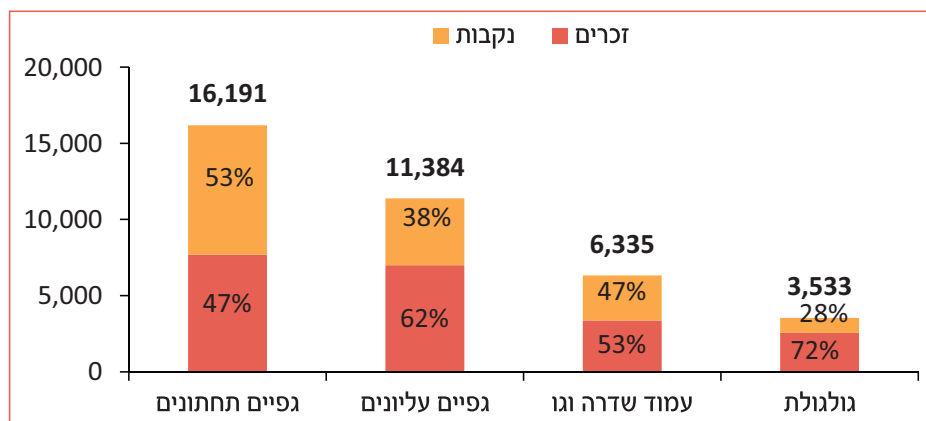
תרשים 22: פגיעות חיצוניות - אחוז שינוי במספר האשפוזים לפי סוג הפגיעה, 2011/2000



2.5. שברים

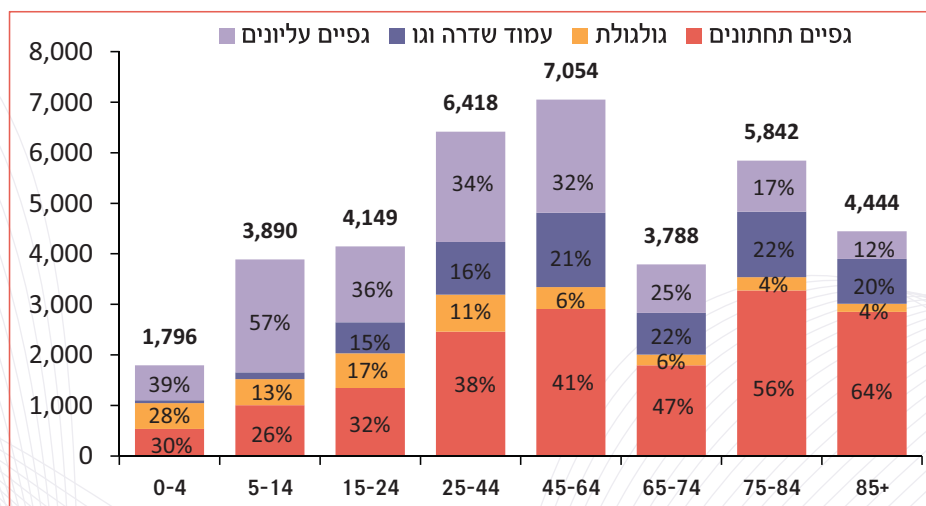
בשנת 2011 נרשמו 16 אלף אשפוזים עם שברים בגפיים התחתונות, 11 אלף בגפיים העליונות, 6 אלפים בעמוד שדרה וגו ו-3.5 אלף שברים בגולגולת. כשני שלישי (62%) מהשברים בגפיים העליונות ושלושה רבעים (72%) מהשברים בגולגולת היו בקרב זכרים, לעומת כמחצית מהשברים בגפיים התחתונות (47%) ובעמוד שדרה וגו (53%).

תרשים 23: מספר אשפוזים עם שברים לפי מגדר, מספרים מוחלטים ואחוזים, 2011



שברים בגפיים התחתונות הינם השברים השכיחים בגיל 45 ומעלה. שברים בגפיים העליונות שכיחים אצל צעירים עד גיל 25. בגיל 25-44 אחוז השברים בגפיים העליונות דומה לשברים בגפיים התחתונות. שברים בעמוד שדרה וגו מהווים כחמישית מכלל השברים בגיל 45 ומעלה.

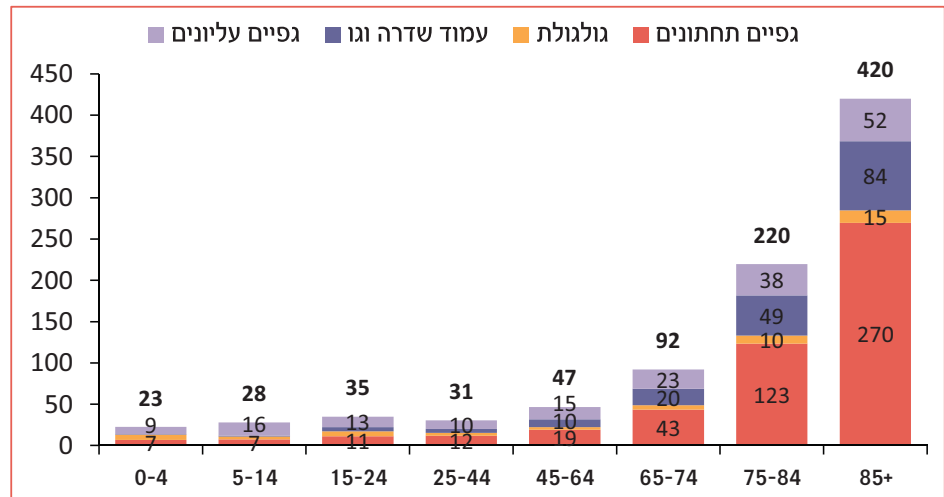
תרשים 24: שברים לפי גיל, מספרים מוחלטים ואחוזים, 2011



אשפוזים מפגיעות היצונית <<

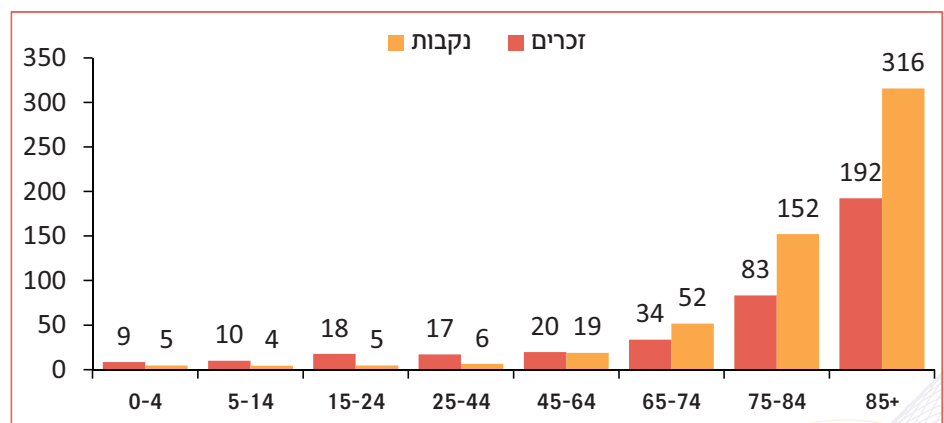
מגיל 45 שיעור השברים במגמת עליה עם הגיל, במיוחד שברים בגפיים. בשנת 2011 שיעור השברים בגפיים התחתונים בגיל 85 ומעלה היה גבוה פי 6.2 בהשוואה לגיל 65-74 ושיעור השברים בגפיים העליונים היה גבוה פי 4.2, בהתאמה, ובגיל 84-75 השיעור היה גבוה פי 2.8 ופי 2.4, בהתאמה, בהשוואה לשיעור בגיל 65-74.

תרשים 25: שיעור האשפוזים עם שברים ל-10,000 נפש לפי גיל, 2011



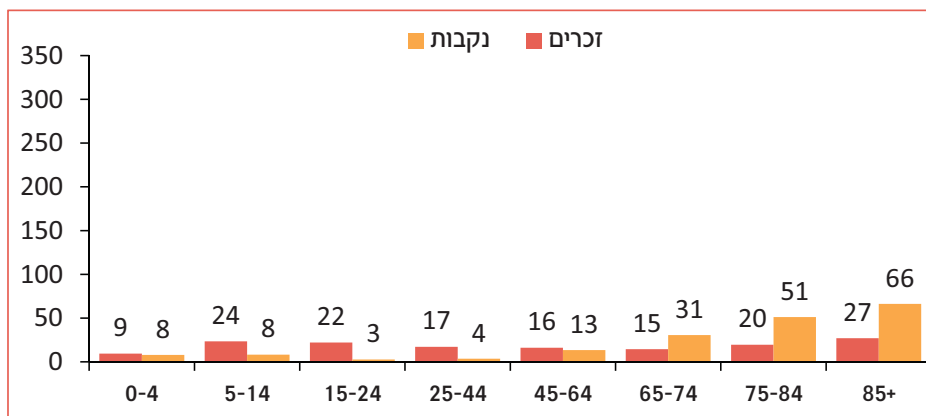
שברים בגפיים התחתונים: בגיל 65 ומעלה שיעור השברים בגפיים התחתונים גבוה יותר בקרב נקבות בהשוואה לזכרים, לעומת זאת בקרב ילדים וצעירים עד גיל 44 השיעור גבוה יותר בקרב זכרים בהשוואה לנקבות.

תרשים 26: שיעור אשפוזים עם שברים בגפיים התחתונים, 2011



שברים בגפיים העליונים: בגיל 65 ומעלה שיעור השברים בגפיים העליונים גבוה יותר בקרב נקבות בהשוואה לזכרים, בשנת 2011 השיעור היה גבוה לפחות פי שניים. לעומת זאת, עד גיל 65 השיעור גבוה יותר בקרב זכרים בהשוואה לנקבות.

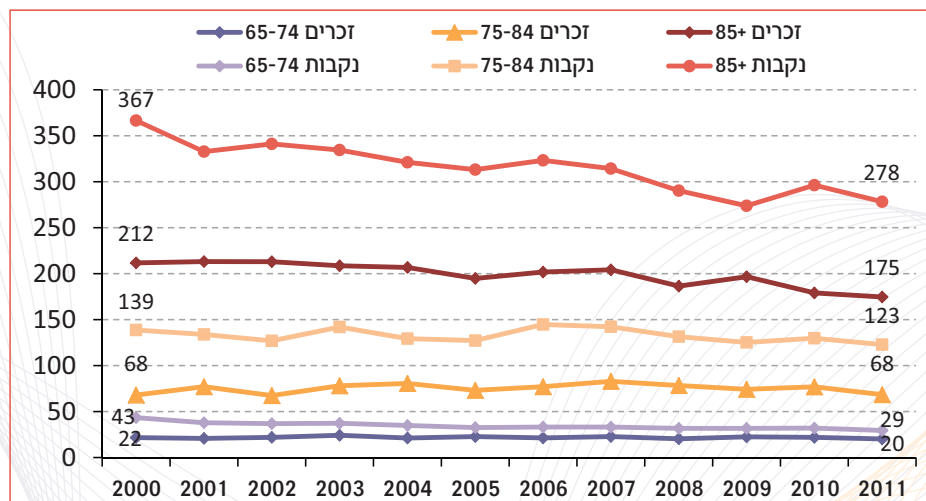
תרשים 27: שיעור אשפוזים עם שברים בגפיים העליונים, 2011



2.6. שבר בצוואר הירך

שיעור האשפוזים עם שבר בצוואר הירך גבוה בקרב נשים בהשוואה לגברים. בשנים 2000-2011 נרשמה מגמת ירידה בשיעור האשפוזים עם שבר בצוואר הירך בגיל 65 ומעלה. בקרב נשים הירידה חדה יותר, ב-32% בגיל 74-65, ב-11% בגיל 84-75 וירידה ב-24% בגיל 85 ומעלה, לעומת ירידה נמוכה יותר בקרב גברים, ב-6% בגיל 74-65, שיעור יציב בגיל 84-75 וירידה ב-18% בגיל 85 ומעלה. בעשור האחרון יחס השיעורים בין נשים לבין גברים נע בין 1.4-2.0, כאשר בשנת 2011 יחס השיעורים היה 1.4 בגיל 74-65, 1.8 בגיל 84-75 ו-1.6 בגיל 85 ומעלה. יש לציין כי הירידה בקרב נשים ניכרת מתחילת העשור ואילו בקרב גברים הירידה נראית רק בשנים האחרונות.

תרשים 28: שיעור אשפוזים ל-100,000 נפש עם שבר בצוואר הירך בגיל 65 ומעלה לפי מגדר, 2000-2011



מקורות המידע

1. מאגר האשפוזים הלאומי, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.

ביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב הפגיעות ותאונות» ממצאים עיקריים

היקף התופעה: בשנת 2012 היו 735 אלף ביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב פגיעות ותאונות, כשני שליש, 459 אלף ביקורים, היו של זכרים. שיעור הביקורים היה 93 ל-1,000 נפש. השיעור לגברים גבוה פי 1.7 בהשוואה לנשים, 117 ו-68, בהתאמה.

קבוצות גיל ומגדר: שיעור הביקורים הגבוה ביותר נרשם בקרב בנים בגיל 15-24 ונשים בגיל 85 ומעלה. יחס השיעורים הגבוה ביותר בין גברים לנשים, פי 2.5, נרשם בגיל 15-24. גברים פונים יותר מנשים למחלקה לרפואה דחופה.

מגמות: שיעור הביקורים עקב פגיעות חיצוניות היה יציב יחסית בעשור האחרון. ירידה ניכרת נרשמה בשיעור הביקורים עקב תאונות דרכים (20%).

סוג הפגיעה: חבלות הן הפגיעה השכיחה ביותר במחלקה לרפואה דחופה ואח"כ שברים בגפיים העליונים.

רקע

ביקורים במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד) עקב פגיעות חיצוניות כולל פניות למלר"ד בבתי חולים לאשפוז כללי, עם רישום סיבת כניסה או אבחנה המצביעה על פגיעות או תאונות מסיבה חיצונית כלשהי. מרבית הפניות מטופלות במסגרת המלר"ד וכעשירית מהפונים מועברים לאשפוז. המידע על ביקורים במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד) עקב פגיעות חיצוניות מבוסס על המאגר הלאומי של הביקורים במלר"ד המנוהל באגף המידע במשרד הבריאות. המאגר כולל מידע מכל בתי החולים לאשפוז כללי, פרט לבתי החולים במזרח ירושלים. מספר הביקורים לפי סיבות חיצוניות כולל פגיעות מכוונות, תאונות ופגיעות ללא כוונה ידועה. המידע מבוסס על סיבת פניה או אבחנה שנרשמה במהלך הביקור.

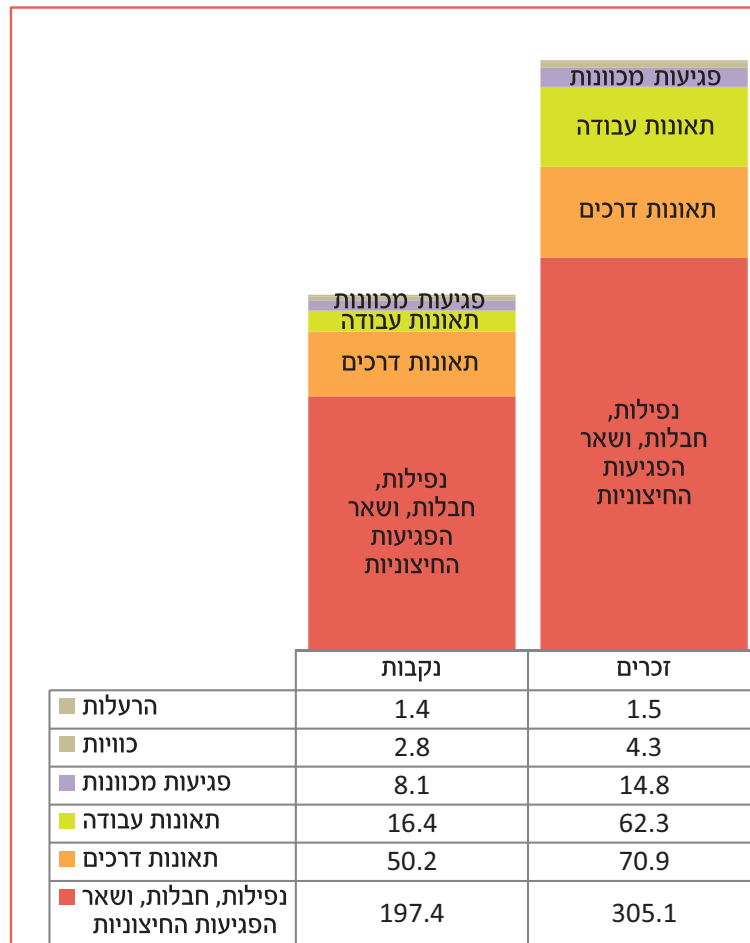
הגדרות:

ביקורים: פניות למלר"ד עקב פגיעות חיצוניות בהתאם לרישום סיבת הכניסה או רישום האבחנות במלר"ד לפי ICD-9-CM, קודי אבחנות 800-999 או E codes.

3.1. מספר ביקורים לפי סיבת הפניה

בשנת 2012 נרשמו 735 אלף ביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב פגיעות חיצוניות, הכוללות פגיעות מכוונות, תאונות ללא כוונה ופגיעות עם כוונה לא ידועה, בהתאם לרישום סיבת הכניסה או רישום האבחנות. כשני שליש (62%) מכלל הביקורים עקב סיבות חיצוניות היו של זכרים, 459 אלף ביקורים ו-276 אלף ביקורים של נקבות. עקב תאונות דרכים היו כ-120 אלף ביקורים, מהם 59% של זכרים. עקב תאונות עבודה נרשמו כ-62 אלף ביקורים, 79% לזכרים. עקב פגיעות מכוונות, הכוללות תקיפות, נסיונות התאבדות וטרור, נרשמו כ-15 אלף ביקורים, 65% לזכרים. עקב כוויות, נרשמו כ-4 אלפים ביקורים, 60% לזכרים. עקב הרעלות נרשמו כ-1,500 ביקורים, 52% לזכרים. עקב נפילות, חבלות ושאר פגיעות חיצוניות נרשמו 502 אלף ביקורים, 61% לזכרים.

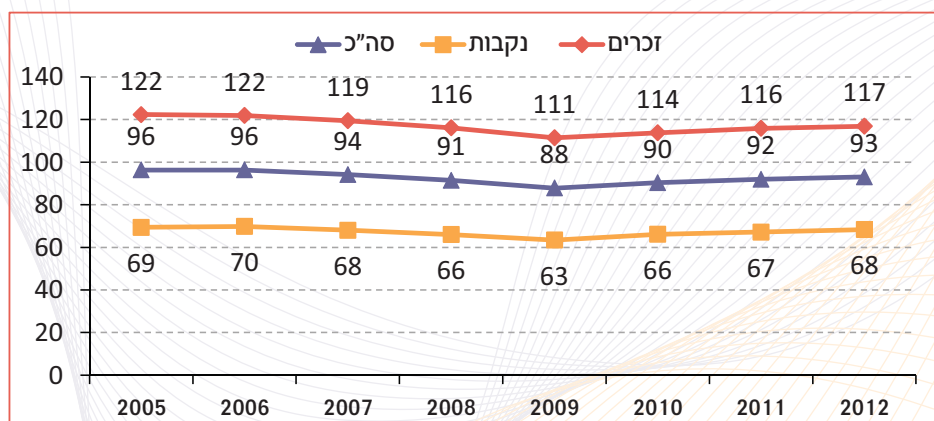
תרשים 29: מספר ביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב פגיעות ותאונות, 2012: לפי מגדר וסיבת הפניה, אלפים



3.2. שיעור ביקורים לפי מגדר

בשנת 2012 שיעור הביקורים המתוקנן לגיל עקב פגיעות ותאונות היה 93 ל-1,000 נפש, השיעור בקרב זכרים גבוה פי 1.7 בהשוואה לנקבות, 117 ו-68, בהתאמה. בשנים 2009-2005 השיעור ירד בשני המגדרים, אך משנת 2009 נרשמה מגמת עלייה מתונה.

תרשים 30: שיעור ביקורים מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש עקב פגיעות חיצוניות לפי מגדר ושנה, 2012-2005

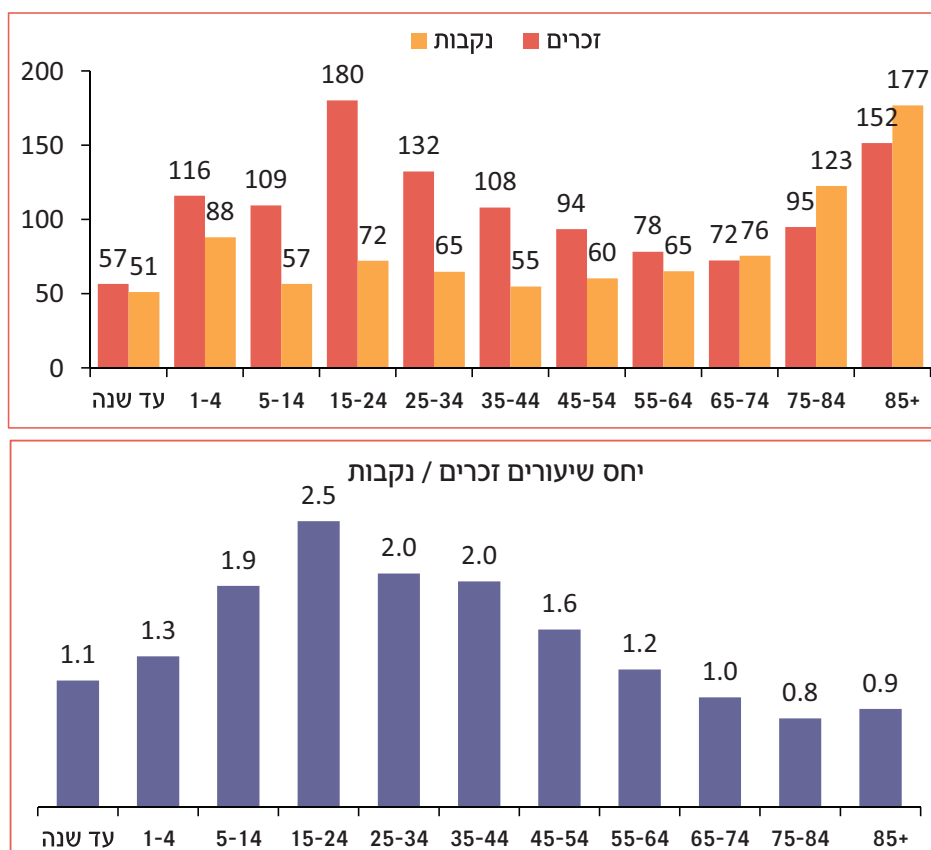


3.3. שיעור ביקורים לפי גיל

שיעור הביקורים גבוה בגיל 15-34 ובגיל 85 ומעלה, בקרב גברים השיעור הגבוה ביותר נרשם בגיל 15-24, 180 ל-1,000 נפש. בקרב נשים, השיעור הגבוה ביותר נרשם בגיל 85 ומעלה. השיעור בקרב נשים עד גיל 65 נמוך יחסית לגברים, ואילו מגיל 65 ומעלה שיעור הביקורים גבוה יותר בקרב נשים. יחס השיעורים הגבוה ביותר בין גברים לנשים נמצא בגיל 15-24, השיעור לגברים גבוה פי 2.5 מהשיעור לנשים, ופי שניים בגילאים 5-14 ו-25-44 ואילו בגיל 75 ומעלה נמצא יחס הפוך, 0.8. בקרב תינוקות עד גיל שנה, שיעור הביקורים נמוך ודומה לבנים ולבנות.

תרשים 31: שיעור הביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב פגיעות ותאונות, 2012:

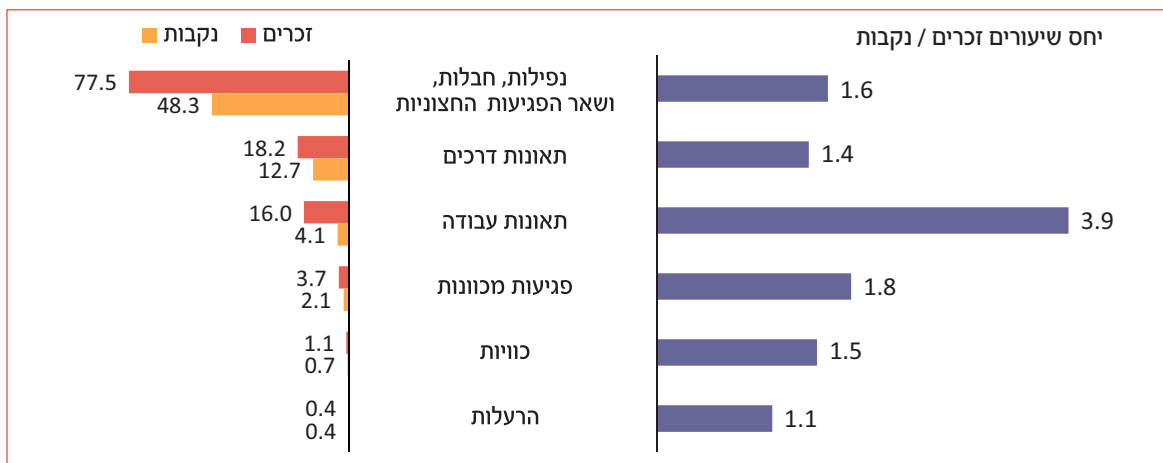
לפי גיל ומגדר, שיעור ל-1,000 נפש



השיעור בקרב גברים גבוה בהשוואה לנשים בכל סיבות הפגיעה, כאשר יחס השיעורים הגבוה ביותר היה בתאונות עבודה, 3.9. שיעור הפגיעות המכוונות בקרב גברים היה גבוה פי 1.8 מהשיעור בקרב נשים, יחס השיעורים לשאר הסיבות היה 1.6 לנפילות, חבלות ושאר פגיעות חיצוניות ופי 1.1 לביקורים עקב הרעלות.

תרשים 32: שיעור הביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב פגיעות חיצוניות, 2012:

לפי מגדר וסיבת הפגיעה, שיעור מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש

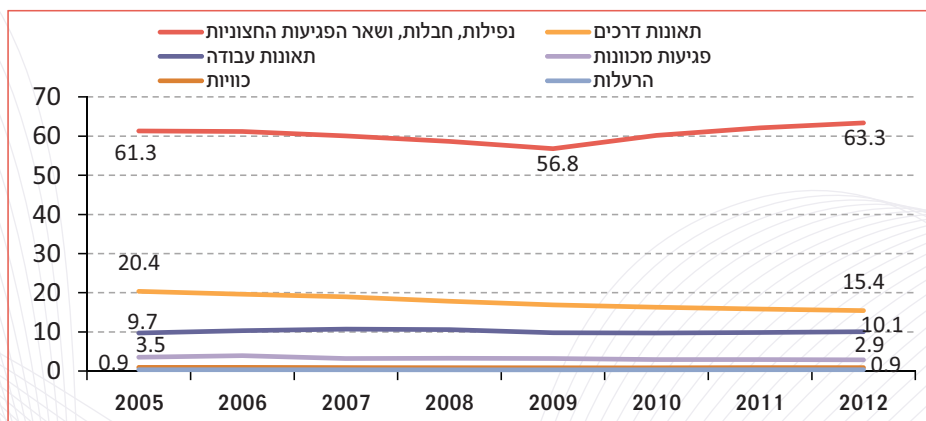


3.4. שיעור הפניות לפי סיבת הפגיעה

בשנים 2005-2012 שיעור הביקורים במחלקה לרפואה דחופה עקב פגיעות חיצוניות היה יציב במרבית סיבות הכניסה. ירידה ב-21% נרשמה בשיעור הביקורים עקב תאונות דרכים מ-20.4 ל-15.4. כן נרשמה ירידה של 26% בביקורים עקב פגיעות מכוונות מ-3.5 ל-2.9, בהתאמה.

תרשים 33: שיעור הביקורים במלר"ד עקב פגיעות חיצוניות, 2005-2012:

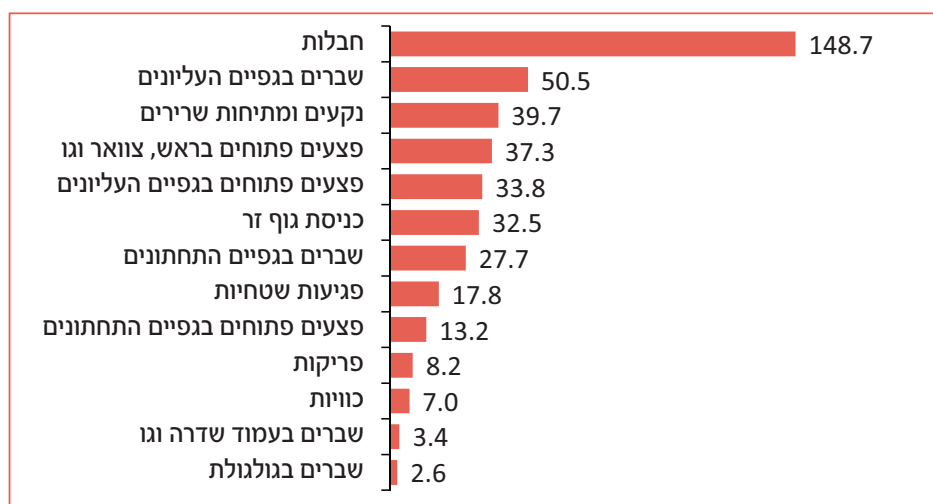
לפי סיבת הפגיעה, שיעור מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש



3.5. סוג הפגיעה - אבחנות שכיחות

בשנת 2012 סוגי הפגיעות השכיחות מכלל הפגיעות והתאונות שנרשמו לפונים למלר"ד היו חבלות 149 אלף, ואחר כך שברים בגפיים העליונים (50 אלף), נקעים ומתיחות שרירים (40 אלף) ופצעים פתוחים בראש, צוואר וגו (37 אלף).

תרשים 34: סוגי הפגיעות השכיחות במלר"ד, 2012: מספר מוחלט (באלפים)



מקורות המידע

1. ביקורים במחלקות לרפואה דחופה 2012, ג'יל מרון, סתית הלל, ענבל זלץ, יעל אפלבוים, ציונה חקלאי, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות, 2013.
2. מאגר הביקורים במלר"ד, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.

פרק 8

אובדנות



אובדנות <<

ממצאים עיקריים

התאבדויות:

היקף התופעה: בשנת 2011 נרשמו 409 התאבדויות בישראל, 322 גברים ו-87 נשים. שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל היה 7.3 ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה בשנת 2011, ירידה מתחילת העשור. שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD.

גיל ומגדר: בשנים 2009-2011 נרשמה ירידה בשיעור ההתאבדות בגיל 15-24 ובגיל 75 ומעלה, לעומת עלייה בגיל 25-74. שיעור ההתאבדות עולה עם הגיל בקרב גברים ונשים. בקרב גברים השיעור המתוקנן גבוה פי ארבעה בהשוואה לנשים.

קבוצת אוכלוסייה: בשנים 2009-2011 שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל בגיל 15 ומעלה היה גבוה פי 2.6 בקרב יהודים ואחרים לעומת ערבים. בגיל 15-24 היחס נמוך יותר, 1.6.

עולים: השיעור המתוקנן לגיל גבוה בקרב עולים בהשוואה ליהודים ואחרים ללא עולים, פי 3.6 לעולים מאתיופיה ופי 1.6 לעולי בריה"מ לשעבר.

מצב משפחתי: שיעור ההתאבדות נמוך יותר בקרב נשואים ונשואות בהשוואה לגרושים וגרושות ולרווקים ורווקות.

דרך ביצוע: בשנים 2009-2011 למעלה ממחצית (56%) התאבדויות הגברים נעשו בתליה או בחנק, לעומת 37% אצל הנשים, 11% ו-23%, בהתאמה, בקפיצה מגבוה, ו-13% ו-6%, בהתאמה, בנשק לסוגיו.

עונתיות: בחודשי ינואר, מאי וספטמבר שכיחות ההתאבדויות גבוהה יותר לעומת שכיחות נמוכה יחסית בפברואר ואוקטובר. לפי הלוח העברי, שכיחות נמוכה נרשמה בחודשים כסלו, אדר, ניסן, תשרי וחשוון, בהשוואה למספר גבוה בסיון, אייר, אב ושבת.

אשפוז פסיכיאטרי: בשנים 1981-2009 שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל היה גבוה פי 17.6 בקרב אלו שאושפזו באשפוז פסיכיאטרי לעומת אלו שלא אושפזו. בשנים 2007-2009 כשליש מההתאבדויות היו של אנשים שהיו אי פעם באשפוז פסיכיאטרי.

נסיונות התאבדות:

היקף התופעה: בשנת 2012 נרשמו 6,159 נסיונות התאבדות, שטופלו במחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים. שיעור הנסיונות המתוקנן לגיל היה 97 ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה, 83 בקרב גברים ו-111 בקרב נשים, עלייה בהשוואה ל-2011 ובהשוואה לשיעור יציב יחסית ממחצית שנות האלפיים.

גיל ומגדר: בקרב בני נוער בגיל 15-24 נרשם השיעור הגבוה ביותר, 152.9 ל-100,000 נפש בקרב בנים ו-240.9 בקרב בנות. השיא נרשם לבנות ולבנים בגיל 19, 346 ו-349, בהתאמה, בשנים 2010-2012. השיעור יורד עם הגיל עד גיל 65 בקרב גברים ונשים.

קבוצת אוכלוסייה: שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב ערבים במגמת עלייה. בשנים 2010-2012 נרשם שיעור מתוקנן לגיל גבוה יותר בקרב ערביות, 116 ל-100,000 נפש בהשוואה ל-103 בקרב יהודיות ואחרות, ואילו בקרב גברים השיעור היה גבוה יותר ליהודים ואחרים, 80 בהשוואה ל-67 בקרב ערבים.

עולים: שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב עולי ברה"מ לשעבר גבוה בהשוואה לעולי אתיופיה וליהודים ואחרים ללא עולים בממוצע השנים 2010-2012.

« אובדנות

רקע

אובדנות הינה אחת מסיבות המוות העיקריות בארצות רבות ובמיוחד בקרב צעירים. בישראל, אובדנות מהווה את סיבת המוות השנייה בקרב בנים בגיל 15-24 והסיבה השלישית בקרב בנות בגיל 15-24 וגברים בגיל 25-44. מחקרים רבים מראים קשר בין תחלואת נפש ואובדנות, כן נמצא קשר בין מצבים חברתיים רבים לאובדנות. תופעת האובדנות, התאבדויות ונסיונות ההתאבדות משאירה את חותמה על החברה והמשפחה ויש למצוא דרכים לצמצמה. ישראל רואה חשיבות עליונה במניעת אובדנות, ועדה בינמשרדית פועלת באופן שוטף במטרה לצמצם את היקף הבעיה. הועדה הובילה תכנית לאומית לצמצום התופעה ברמלה, רחובות וכפר כנא, ולאחרונה התקבלה החלטה להרחבת התכנית הלאומית למניעת אובדנות, ומשרדי הממשלה מתארגנים ליישומה.

הגדרות

המידע על האובדנות בישראל מבוסס על מקורות המידע הבאים:

התאבדות: המידע על התאבדויות מבוסס על קובץ סיבות מוות המתעדכן בלמ"ס, בהתאם להודעת הפטירה שרשם הרופא, אשר קבע את המוות, ובנוסף על עדכונים מהמכון לרפואה משפטית וממקורות מידע נוספים. סימול סיבת המוות נעשה על פי כללים שנקבעו על ידי ארגון הבריאות העולמי. משנת 1998 סיבות המוות בישראל נרשמות בהתאם למהדורה העשירית של ה-ICD, התאבדות מסומלת לפי קודי האבחנות X84-X60, ו-Y87.0.

לעיתים יש נסיון להסתיר את ההתאבדות ולכן מקרים אלו יסומלו בקובץ סיבות המוות כפגיעה חיצונית לא מכוונת או עם כוונה לא ידועה, אם לא התקבל עבור מידע ממקור אחר. מקרים אלו אינם כלולים במספרי ההתאבדויות המוצגים בפרק זה.

נסיונות התאבדות: המידע על נסיונות התאבדות מבוסס על מקרים שהגיעו למחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים, בהתאם לרישום סיבת הכניסה או האבחנה שנרשמה במהלך הביקור. בנוסף, קיימים סקרים המנסים ללמוד על כוונות, מחשבות או נסיונות לאובדנות באוכלוסייה, והם כוללים מקרים שטופלו בקהילה או טופלו במחלקות לרפואה דחופה, אך לא נרשמו כנסיונות התאבדות. מקרים אלו אינם נכללים בנתונים המוצגים בפרק זה.

שיעורי פטירות סגוליים לפי גיל, מגדר וקבוצת אוכלוסייה: מספר הפטירות בקבוצת גיל, מגדר או קבוצת אוכלוסייה מחולק באוכלוסייה הממוצעת באותה קבוצת גיל, מגדר או קבוצת אוכלוסייה. מחושב שיעור ממוצע לתקופה מוגדרת.

שיעור פטירות מתוקן לגיל: שיעור פטירה מחושב המבוסס על שיעורי התמותה הסגוליים לפי גיל בקבוצת אוכלוסייה מסוימת והתפלגות הגילים של אוכלוסיית התקן. אוכלוסיית התקן נקבעה כאוכלוסיית ישראל בשנת 2009.

ממוצע נע תלת שנתי: סדרה של ממוצעים של שלוש שנים עוקבות, לדוגמא 2001-2003, 2002-2004, 2003-2005.

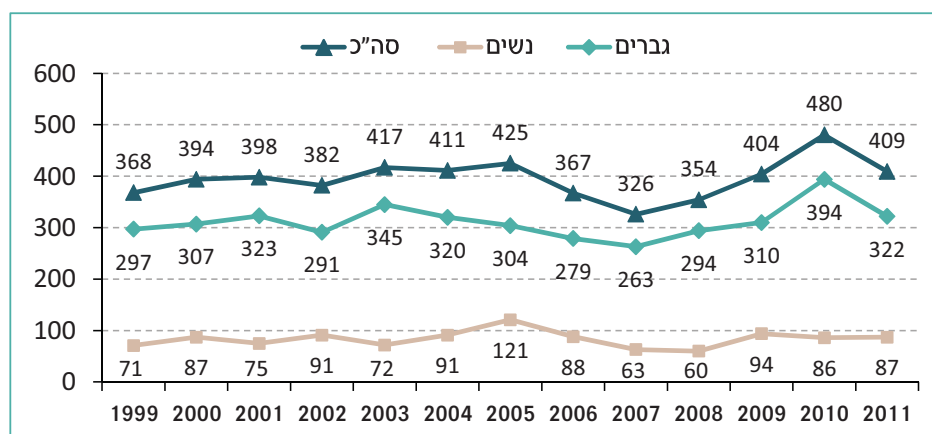
(): שיעור מבוסס על 5-19 מקרים ואינו בעל תוקף סטטיסטי חזק.

1. התאבדויות

1.1. מגמות

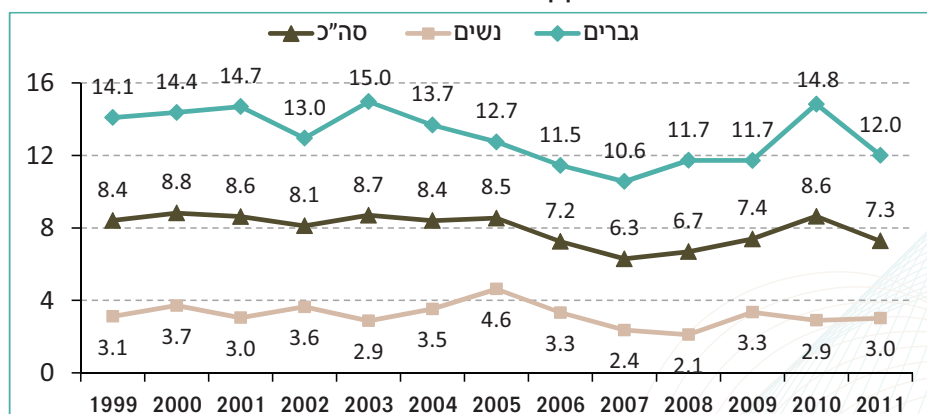
בשנת 2011 נרשמו 409 התאבדויות בישראל, 322 גברים ו-87 נשים. מספר ההתאבדויות ירד בהשוואה לשנת 2010, שבה נרשם מספר גבוה של מקרי התאבדות, 480 מקרים, וזאת לאחר ירידה בשנים 2006-2008, שבהן נרשמו בממוצע כ-350 התאבדויות בשנה. בעשור האחרון, נרשם מספר התאבדויות גבוה מ-400 מקרים בשנה בשנים 2003-2005 ובשנים 2009-2011.

תרשים 1: מספר התאבדויות, 1999-2011



שיעור ההתאבדויות המתוקנן לגיל היה יציב יחסית בשנים 1999-2005. בשנת 2007 השיעור ירד ל-6.3 ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה בהשוואה ל-8.5 בשנת 2005, ובשנים 2008-2010 השיעור עלה והגיע ל-8.6. בשנת 2011 נרשמה שוב ירידה ל-7.3 בדומה לשיעור בשנת 2009, 7.4. השיעור בקרב גברים גבוה פי ארבעה בהשוואה לנשים.

תרשים 2: שיעור התאבדויות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה, 1999-2011

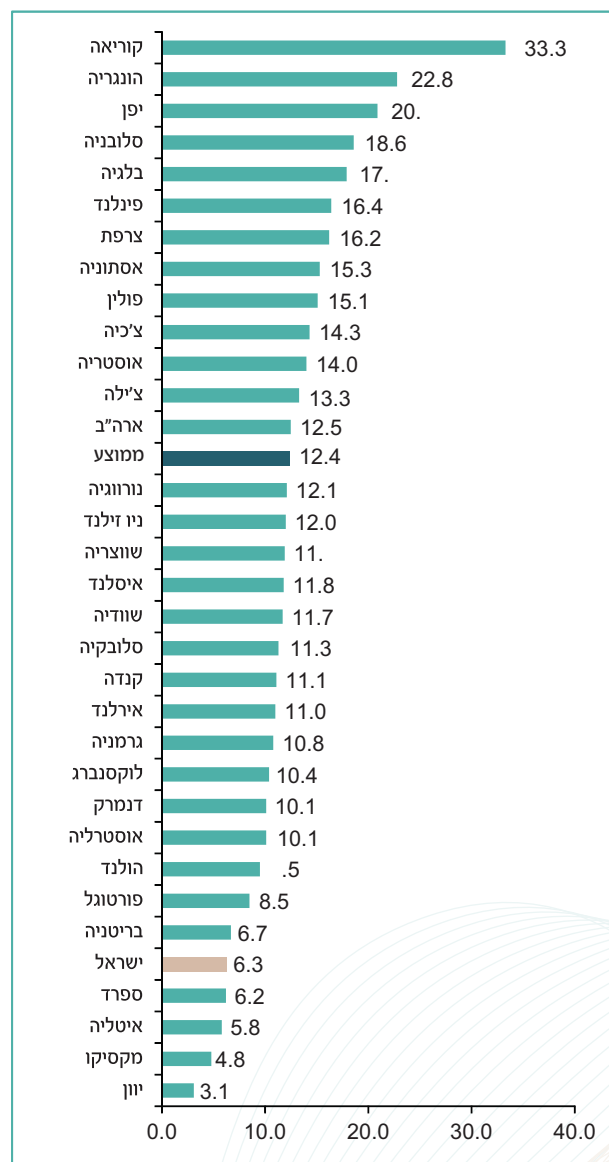


1.2. השוואות בינלאומיות

שיעור ההתאבדויות המתוקנן לגיל בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, 6.3 ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה בהשוואה לשיעור גבוה פי 2.0 בממוצע ה-OECD, 12.4 ל-100,000.

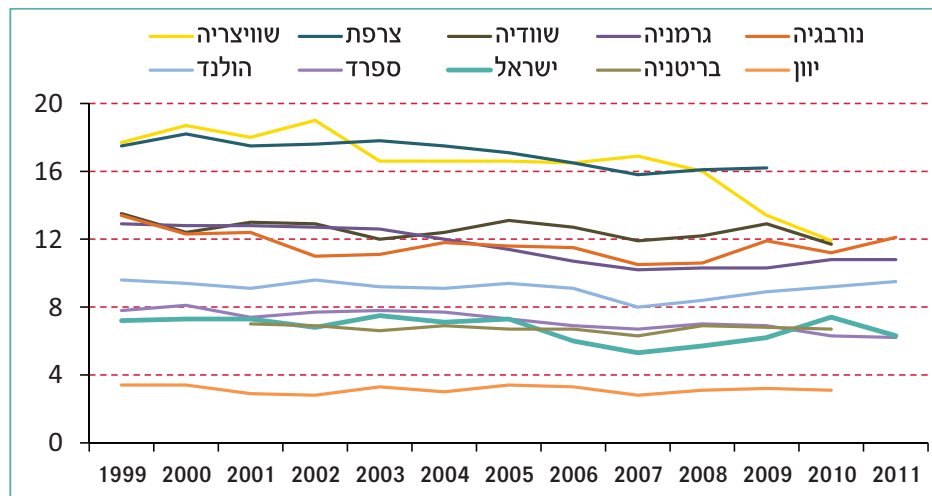
ישראל מדורגת במקום נמוך יחסית למדינות ה-OECD, רק ביוון, מקסיקו, איטליה וספרד נרשם שיעור התאבדות נמוך יותר מהשיעור בישראל מתוך 34 מדינות ה-OECD. בעשור האחרון, נרשמה ירידה בשיעור ההתאבדות במדינות רבות, השיעור בישראל דומה לשיעור בבריטניה וספרד וגבוה יותר מיוון ואיטליה.

תרשים 3: שיעור התאבדויות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה, 2011



השיעור מתוקנן לאוכלוסיית ה-OECD בשנת 2010, נתוני 2011 או שנה אחרונה זמינה.

תרשים 4: שיעור התאבדויות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש, מדינות נבחרות, 1999-2011

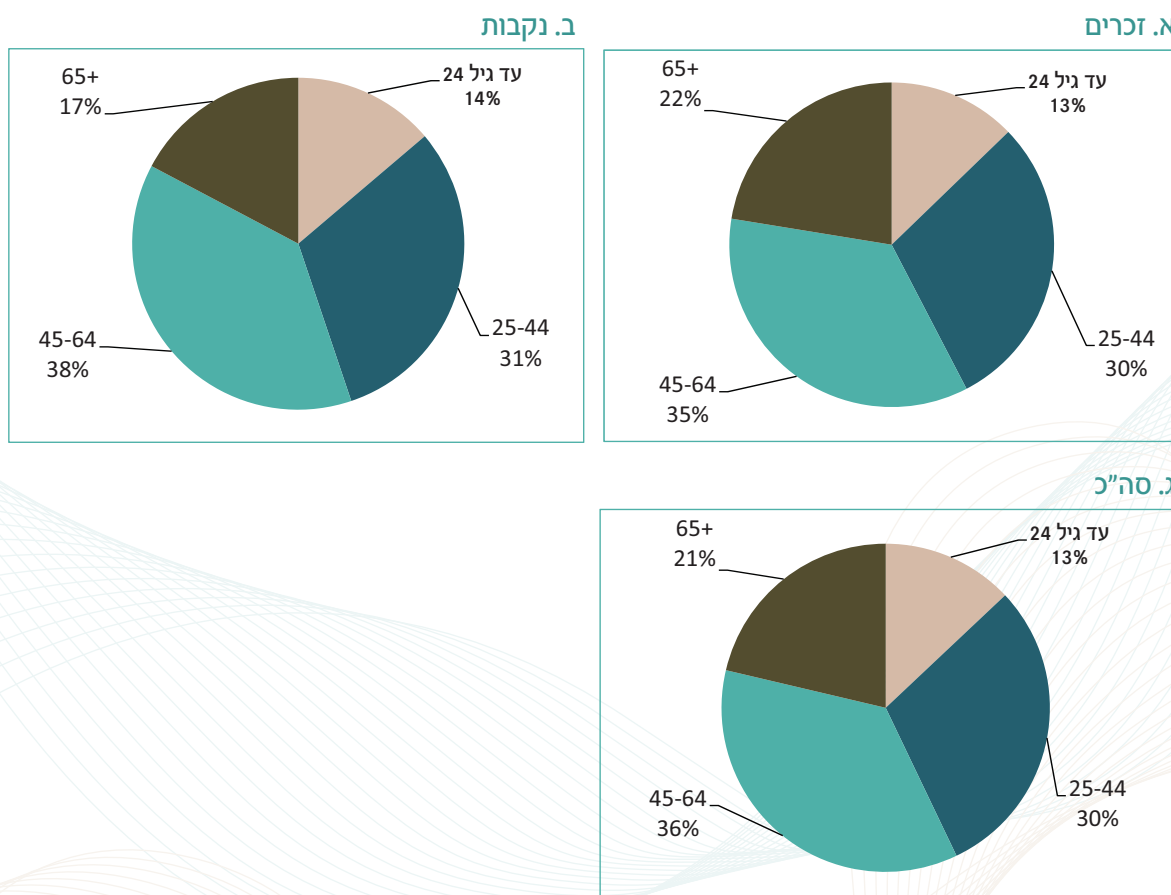


1.3. התאבדויות לפי גיל ומגדר

בשנת 2011 התאבדות היתה סיבת המוות השנייה בקרב בנים צעירים בגיל 15-24 והסיבה השלישית בקרב בנות בגיל 15-24 וגברים בגיל 25-44. כעשירית (13%) מכלל ההתאבדויות היו בקרב בני נוער עד גיל 24, כשליש (30%) היו בגיל 25-44, כשליש (36%) בגיל 45-64 וחמישית (21%) בגיל 65 ומעלה.

חמישית (22%) מההתאבדויות של הגברים היו בגיל 65 ומעלה בהשוואה ל-17% בקרב נשים בגיל 65 ומעלה.

תרשים 5: התאבדויות לפי גיל, אחוזים, 2011



שיעור ההתאבדות עולה עם הגיל בקרב גברים ונשים. בממוצע השנים 2009-2011 נרשמה ירידה בשיעור ההתאבדות בקרב בני נוער בגיל 15-24 ובקרב גילאי 75 ומעלה, לעומת עלייה בקרב גילאי 25-74.

גיל 15-24: השיעור בגיל 15-24 ירד מ-7.1 ל-5.3 בממוצע השנים 1999-2001 ל-5.3 בשנים 2009-2011.

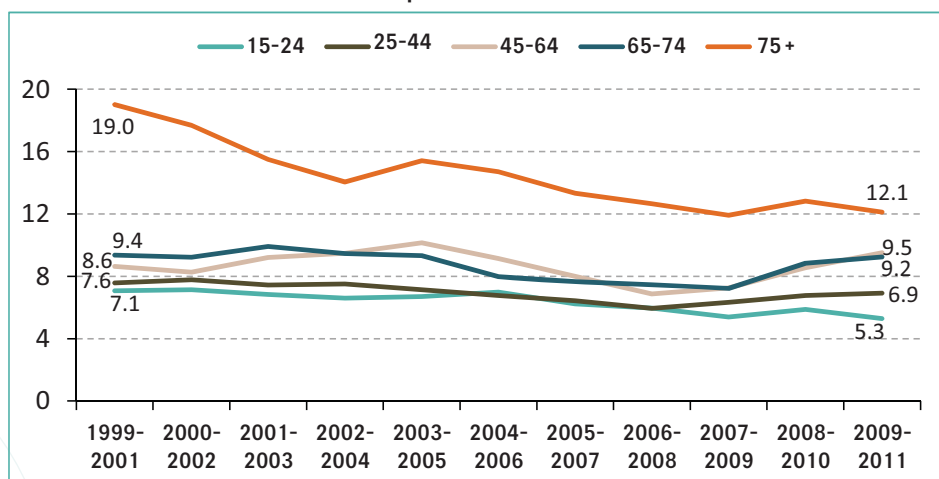
גיל 25-44: שיעור ההתאבדות בגיל 25-44 היה 6.9 ל-100,000 בממוצע השנים 2009-2011, גבוה בהשוואה לשיעור בשנים 2006-2008, 5.9, אך עדיין נמוך מהשיעור בתחילת העשור, 7.6 בשנים 1999-2001.

גיל 45-64: שיעור ההתאבדות בגיל 45-64 היה במגמת ירידה בשנים 2004-2007, אחרי עלייה בתחילת העשור. לאחר שנים אלו השיעור עלה שוב והגיע ל-9.5 ל-100,000 בממוצע השנים 2009-2011, גבוה יותר מהשיעור בשנים 1999-2001 שהיה 8.6.

גיל 65-74: שיעור ההתאבדות בגיל 65-74 היה במגמת ירידה מתחילת העשור, אולם עלה שוב בשנים האחרונות והגיע ל-9.2 ל-100,000 בממוצע השנים 2009-2011, דומה לשיעור בתחילת העשור, 9.4 בשנים 1999-2001.

גיל 75 ומעלה: שיעור ההתאבדות בגיל 75 ומעלה גבוה יותר יחסית לשאר הגילאים, יחד עם זאת השיעור ירד ביותר משליש בעשור האחרון, מ-19.0 ל-12.1 בממוצע השנים 1999-2001 ל-12.1 בשנים 2009-2011.

תרשים 6: שיעור התאבדויות ל-100,000 נפש לפי קבוצות גיל, 1999-2011: ממוצע נע תלת שנתי



1.4. התאבדויות בקרב בני נוער

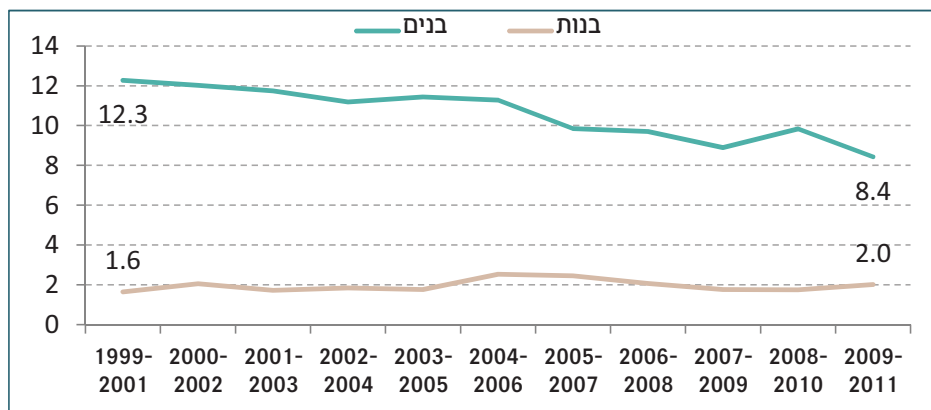
בשנים 1999-2011 מספר ההתאבדויות בקרב בנים היה גבוה יותר בגיל 18-21 בהשוואה לגיל 22-24. מספר ההתאבדויות בגיל 15-17 נמוך.

תרשים 7: מספר ההתאבדויות בקרב בנים בגיל 15-24, 1999-2011



בעשור האחרון, שיעור ההתאבדות בקרב בנים בגיל 15-24 ירד בשליש, מ-12.3 ל-8.4 בשנים 1999-2001 ל-2009-2011. בקרב בנות השיעור יציב יחסית.

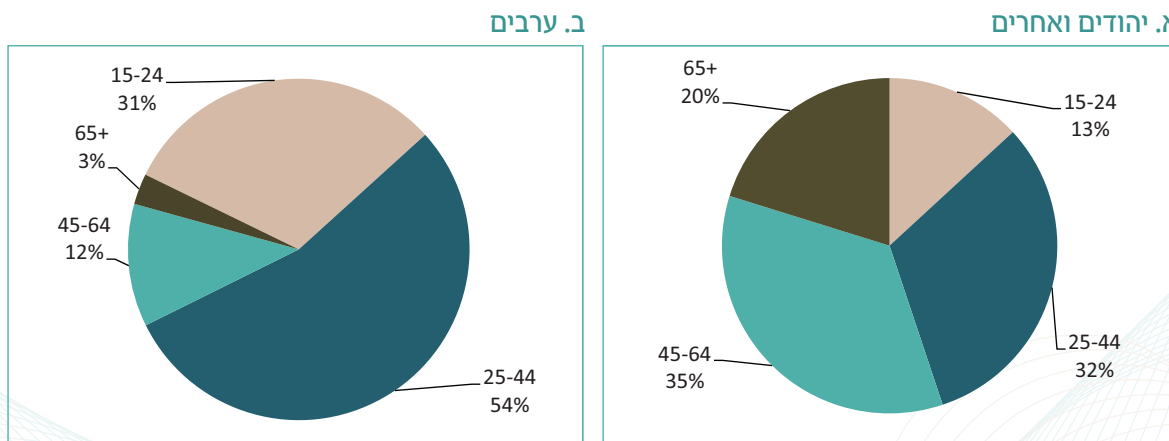
תרשים 8: שיעור התאבדויות בגיל 15-24 ל-100,000 נפש, 1999-2011: ממוצע נע תלת שנתי



1.5. התאבדויות לפי קבוצות אוכלוסייה

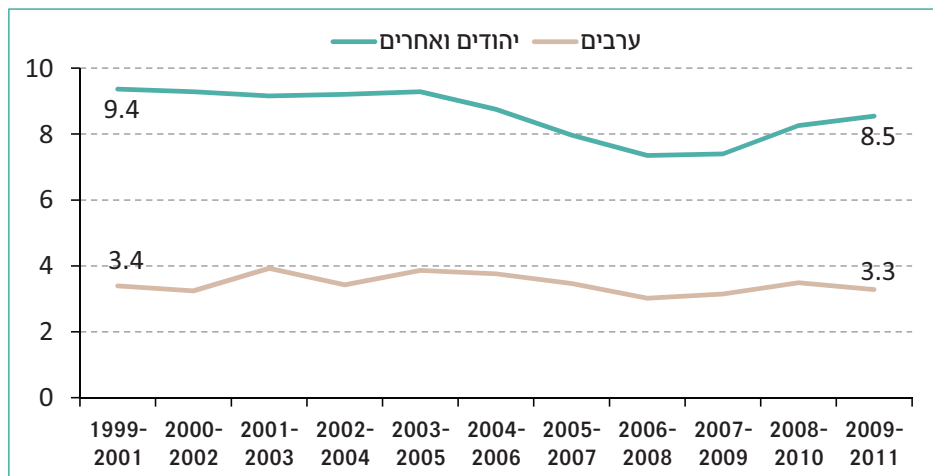
בשנת 2011 נרשמו 392 התאבדויות בקרב יהודים ואחרים ו-17 בקרב ערבים, בהשוואה ל-435 ו-49, בהתאמה, בשנת 2009. בשנת 2010 ו-355 ו-49, בהתאמה, בשנת 2009. בקרב הערבים כשליש (31%) מההתאבדויות היו של צעירים בגיל 15-24 בהשוואה ל-13% בקרב יהודים ואחרים. למעלה ממחצית (54%) מההתאבדויות של הערבים היו בגיל 25-44 בהשוואה לשליש (32%) בקרב יהודים ואחרים. לעומת זאת, רק 3% מההתאבדויות של הערבים היו בגיל 65 ומעלה, לעומת חמישית (20%) בקרב יהודים ואחרים.

תרשים 9: התאבדויות לפי קבוצות גיל ואוכלוסייה, 2009-2011: אחוזים



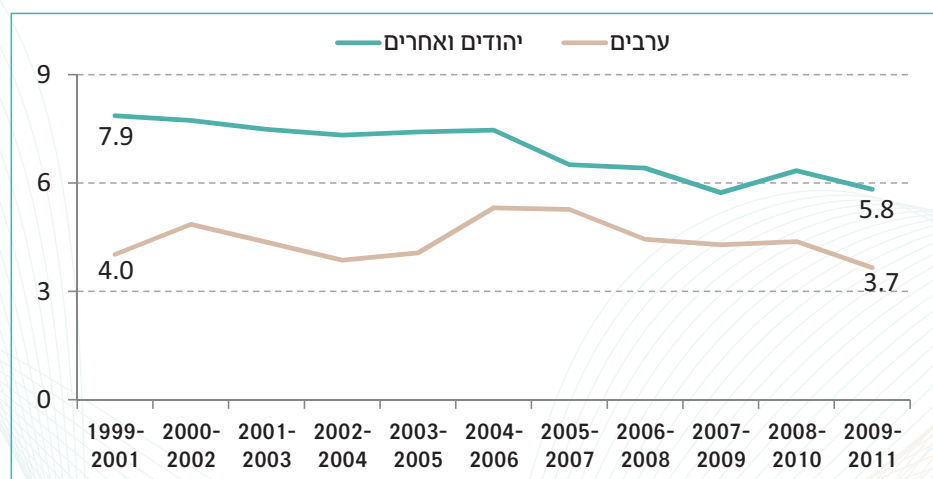
בממוצע השנים 2011-2009 שיעור התאבדות המתוקנן לגיל בקרב יהודים ואחרים היה 8.5 ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה בהשוואה ל-3.3 בקרב ערבים, יחס גבוה פי 2.6, ירידה מ-2.8 בתחילת העשור, אך גבוה מיחס השיעורים 2.4 בשנים 2008-2004.

תרשים 10: שיעור התאבדויות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש לפי קבוצת אוכלוסייה, 2011-1999: גיל 15 ומעלה, ממוצע נע תלת שנתי



בממוצע השנים 2011-2009 שיעור ההתאבדות בגיל 15-24 היה 5.8 בקרב יהודים ואחרים לעומת 3.7 בקרב ערבים. ההבדל בשיעור ההתאבדות בין יהודים ואחרים לבין ערבים בקרב בני נוער הצטמצם במשך העשור האחרון עקב עלייה בשיעור בקרב צעירים ערבים וירידה בקרב יהודים ואחרים. יחס השיעורים היה 2.0 בשנים 2001-1999, ירד ל-1.2 בשנים 2007-2005, ועלה שוב ל-1.6 בשנים 2011-2009.

תרשים 11: שיעור התאבדויות בגיל 15-24 לפי קבוצת אוכלוסייה ל-100,000 נפש, 2011-2009: ממוצע נע תלת שנתי



1.6. התאבדויות בקרב עולים

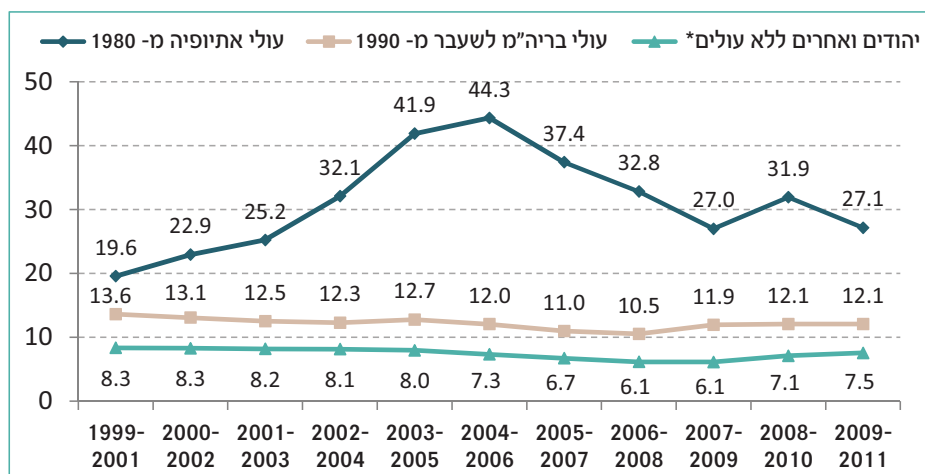
בשנת 2011 נרשמו 121 התאבדויות של עולים בגיל 15 ומעלה, מתוכם 91 עולי בריה"מ לשעבר שעלו משנת 1990 ו-16 עולי אתיופיה שעלו משנת 1980.

שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל בקרב עולים גבוה בהשוואה ליהודים ואחרים ללא עולים. השיעור גבוה במיוחד בקרב ילידי אתיופיה שעלו משנת 1980, 44.3 ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה במוצע 2004-2006. בשנים 2009-2011 השיעור בקרב ילידי אתיופיה ירד ל-27.1, אך עדיין גבוה פי 3.6 מהשיעור בקרב יהודים ואחרים ללא עולים, 7.5 ל-100,000 נפש, ופי 2.2 מהשיעור בקרב ילידי בריה"מ לשעבר שעלו משנת 1990, 12.1.

שיעור ההתאבדות בקרב ילידי בריה"מ לשעבר, שעלו מ-1990, היה במגמת ירידה מתחילת שנות האלפיים מ-13.6 ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה ל-10.5 במוצע השנים 2006-2008, אך עלה שוב ל-12.1 בשנים 2009-2011. יחס השיעורים בין שיעור ההתאבדות של עולי בריה"מ לשעבר לבין יהודים ואחרים ללא עולים היה 1.6 בשנים 2009-2011, בדומה לתחילת העשור.

תרשים 12: שיעור התאבדויות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה, 1999-2011:

לפי סטטוס עלייה, ממוצע נע תלת שנתי

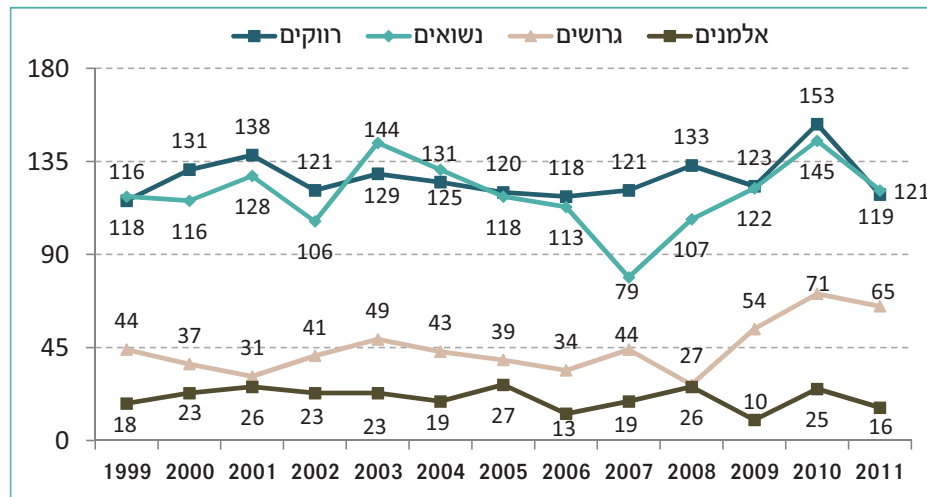


*יהודים ואחרים ללא עולים: ללא ילידי בריה"מ לשעבר, שעלו מ-1990 וללא ילידי אתיופיה, שעלו מ-1980.

1.7. התאבדויות לפי מצב משפחתי

בשנת 2011 התאבדו בקרב גברים 119 רווקים, 121 נשואים, 65 גרושים ו-16 אלמנים. בקרב נשים התאבדו 36 רווקות, 26 נשואות, 16 גרושות ו-9 אלמנות.

תרשים 13: מספר ההתאבדויות בקרב גברים לפי מצב משפחתי, 2011-1999



טבלה 1: מספר ההתאבדויות בקרב נשים לפי מצב משפחתי, 2011-1999

שנה	רווקות	נשואות	גרושות	אלמנות	סה"כ
1999	12	28	16	15	71
2000	24	34	16	13	87
2001	19	25	12	19	75
2002	25	27	19	20	91
2003	16	21	20	15	72
2004	32	24	22	13	91
2005	31	42	22	26	121
2006	33	29	15	11	88
2007	20	17	16	10	63
2008	23	15	9	13	60
2009	30	34	16	14	94
2010	30	32	15	9	86
2011	36	26	16	9	87

שיעור ההתאבדות נמוך יותר בקרב נשואים ונשואות בהשוואה לגרושים וגרושות ולרווקים ורווקות.

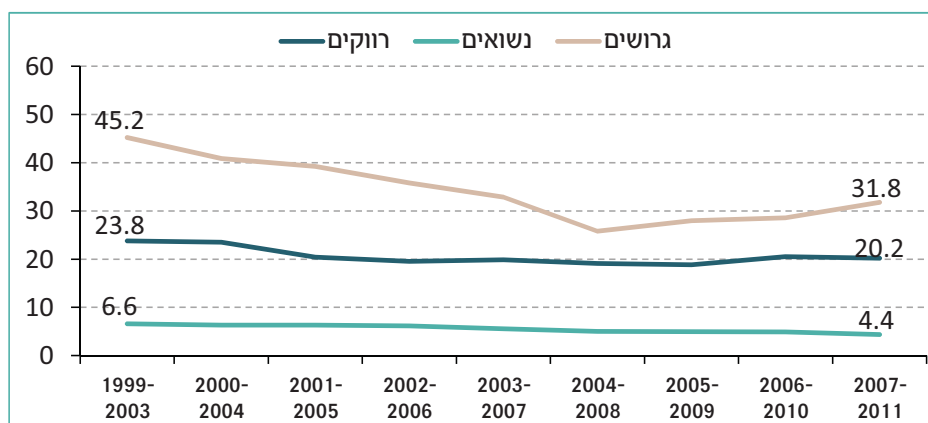
גברים בגיל 44-25: בשנים 1999-2011 שיעור ההתאבדות הגבוה ביותר לגברים בגיל 44-25 היה לגרושים, והנמוך ביותר לנשואים. בעשור האחרון, השיעור לנשואים ולרווקים היה יציב יחסית עם ירידה קלה, ואילו לגרושים נרשמה ירידה לעומת תחילת העשור ושוב עלייה בשנים האחרונות. השיעור בקרב גרושים היה 31.8 ל-100,000 נפש בשנים 2007-2011, פי 1.6 לעומת רווקים (20.2) ופי 7.0 מנשואים (4.4).

גברים בגיל 64-45: בשנים 1999-2011 שיעור ההתאבדות בקרב רווקים בגיל 64-45 היה מעט גבוה מהשיעור בקרב גרושים, אך גבוה פי 5-4 מהשיעור בקרב נשואים. בממוצע השנים 2007-2011 השיעור היה 41.2 ל-100,000 נפש בקרב רווקים, בהשוואה ל-37.1 בקרב גרושים ו-8.6 בקרב נשואים.

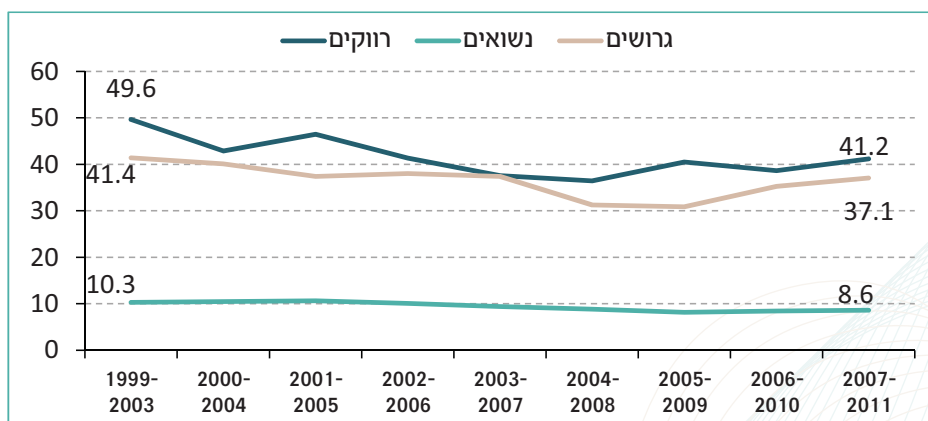
תרשים 14: שיעור התאבדות לפי מצב משפחתי וגיל, 1999-2011 - גברים:

שיעור ל-100,000 נפש, ממוצע נע חמש שנתי

א. גיל 44-25



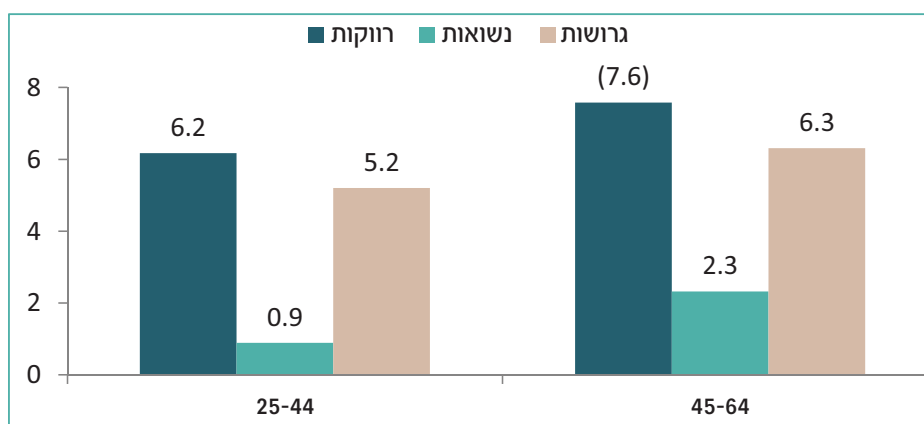
ב. גיל 64-45



נשים בגיל 25-44: בשנים 2007-2011 נרשם שיעור התאבדות גבוה לרווקות, 6.2 ל-100,000 נפש, בהשוואה ל-5.2 לגרושות. השיעור בקרב רווקות גבוה פי 7.0 לעומת נשואות (0.9).

נשים בגיל 45-64: בשנים 2007-2011 שיעור ההתאבדות הגבוה ביותר נרשם לרווקות, 7.6 ל-100,000 נפש, לעומת 6.3 לגרושות ו-2.3 לנשואות.

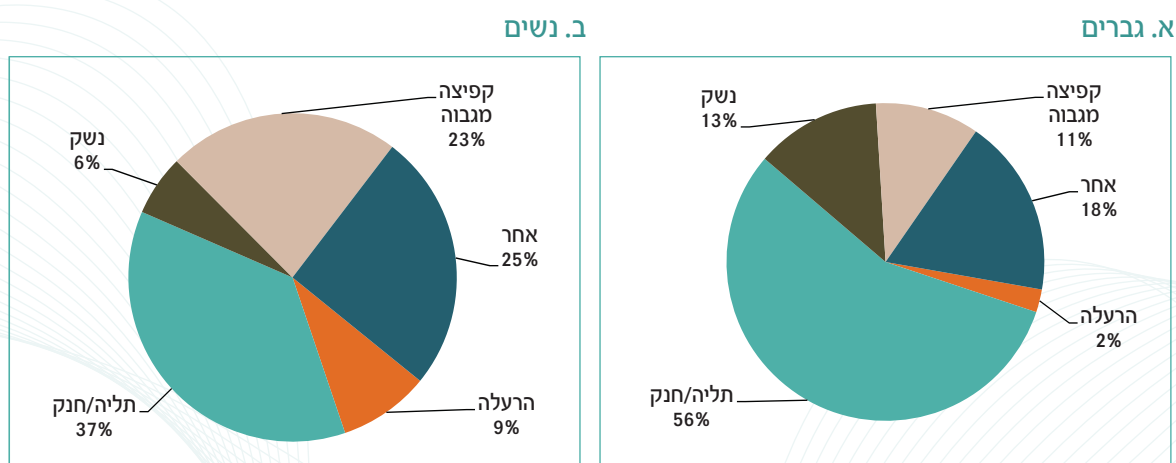
תרשים 15: שיעור התאבדויות לפי מצב משפחתי וגיל, 2007-2011 - נשים: שיעור ל-100,000 נפש



1.8. התאבדויות לפי דרך ביצוע

בשנים 2009-2011 למעלה ממחצית (56%) התאבדויות הגברים נעשו בתליה או בחנק, 13% עם נשק לסוגיו ו-11% בקפיצה מגבוה. בקרב נשים שכיחות השיטות שונה, 37% בתליה או בחנק, 23% קפיצה מגבוה, 9% הרעלה ו-6% באמצעות נשק לסוגיו.

תרשים 16: התאבדויות לפי מגדר ודרך ביצוע, אחוזים, 2009-2011

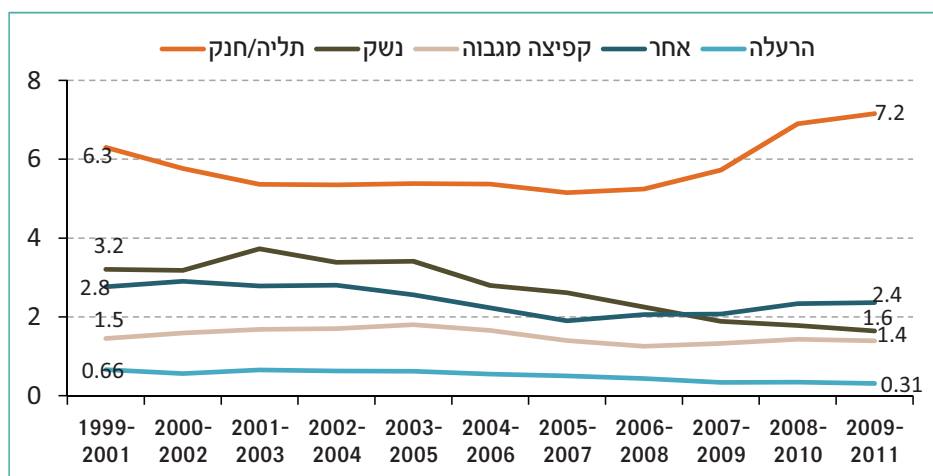


שיעור ההתאבדות בקרב גברים באמצעות נשק לסוגיו ירד בשנים 1999-2011 בקרוב למחצית, מ-3.2 ל-100,000 נפש בשנים 1999-2001 ל-1.6 בשנים 2009-2011. במקביל, נרשמה ירידה באמצעות הרעלה, מ-0.66 ל-0.31, בהתאמה. לעומת זאת, השיעור באמצעות תליה או חנק עלה.

השימוש בנשק ירד במיוחד בקרב בנים בגיל 15-24, כאשר 25% מההתאבדויות היו באמצעות נשק בשנים 2009-2011 לעומת 43% בשנים 1999-2001, יתכן שירידה זו קשורה לפעילות מכוונת בצה"ל בשנים האחרונות. במקביל אחוז ההתאבדויות באמצעות תליה או חנק עלה ל-46% לעומת 36%, בהתאמה.

תרשים 17: שיעור התאבדויות מתוקנן לגיל לפי דרך ביצוע, 1999-2011 - זכרים:

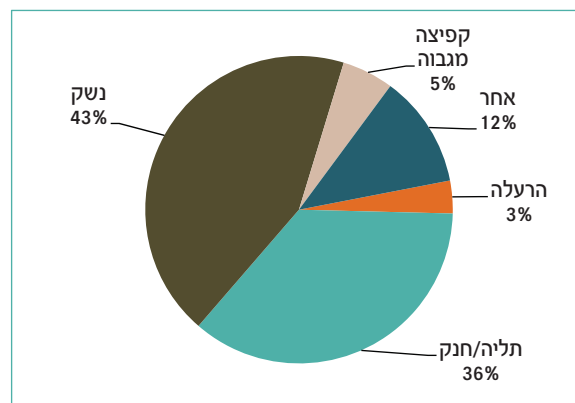
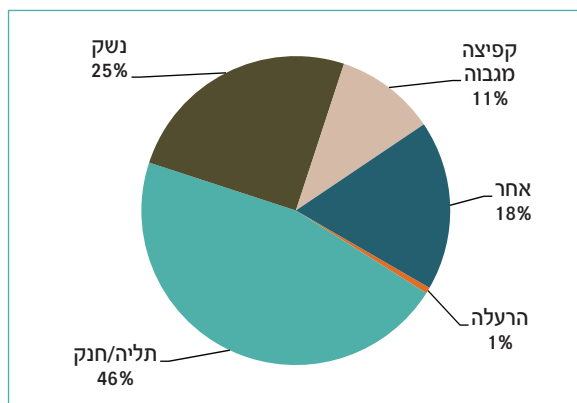
שיעור ל-100,000 נפש בגיל 15 ומעלה, ממוצע נע תלת שנתי



תרשים 18: התאבדויות בגיל 15-24 לפי דרך ביצוע - זכרים: אחוזים

ב. 2011-2009

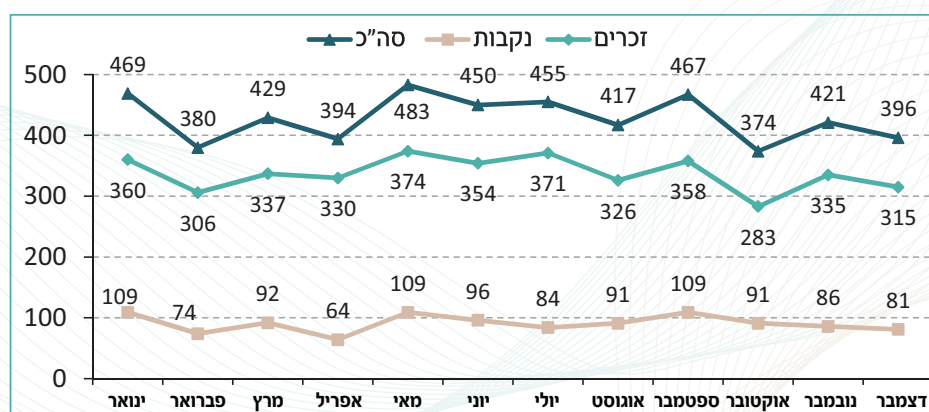
א. 2001-1999



1.9. עונתיות

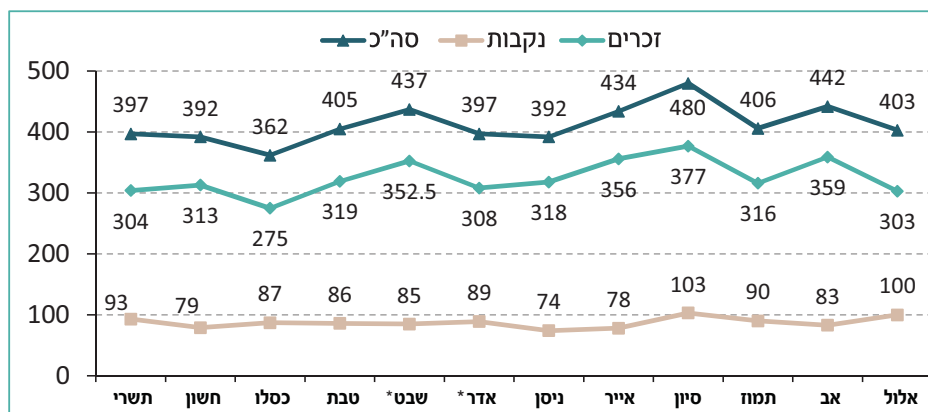
בשנים 2011-1999 נרשמה שכיחות גבוהה יותר של התאבדות בחודשי ינואר, מאי וספטמבר ושכיחות נמוכה יותר בפברואר ואוקטובר.

תרשים 19: מספר התאבדויות לפי חודש, 2011-1999



לפי הלוח העברי, מניסן תשנ"ט עד אדר ב' תשע"א, החודש עם מספר ההתאבדויות הנמוך ביותר הוא כסלו, ונמוכים אחריו הם חודשי אדר, ניסן, תשרי וחשון בהשוואה למספר גבוה ביותר בסיני, וגבוה גם בחודשי אב, שבט ואייר.

תרשים 20: מספר התאבדויות לפי חודשי לוח השנה העברי, ניסן תשנ"ט - אדר ב' תשע"א

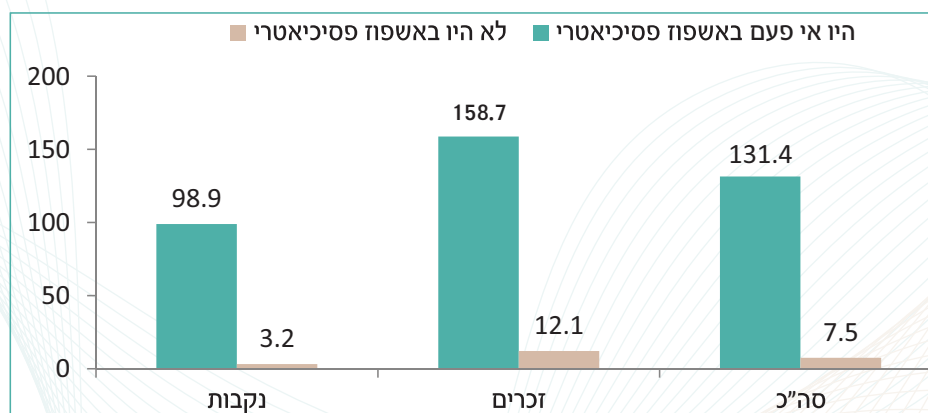


שבט: ממוצע חודש שבט ואדר א' בשנים מעוברות. אדר: חודש אדר או אדר ב' בשנים מעוברות.

1.10 התאבדות בקרב אנשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי

מחקרים בעולם מצביעים על קשר בין אשפוז פסיכיאטרי לבין שיעור התאבדות גבוה. בישראל, נמצא כי שיעור ההתאבדות בקרב אנשים שהיו אי פעם באשפוז פסיכיאטרי גבוה בהשוואה לאנשים שלא היו באשפוז פסיכיאטרי. בשנים 1981-2009 שיעור ההתאבדות המתוקן לגיל היה גבוה פי 17.6 בקרב אלו שאושפזו באשפוז פסיכיאטרי אי פעם לעומת אלו שלא אושפזו, בקרב גברים השיעור היה גבוה פי 13.1 ובקרב נשים פי 30.9. השיעור היה גבוה במיוחד בגילאים צעירים, בגיל 18-44 שיעור ההתאבדות היה גבוה פי 25.9 בקרב אנשים שהיו אי פעם באשפוז פסיכיאטרי בהשוואה לצעירים שלא אושפזו, פי 18.2 לגברים ופי 57.1 לנשים. יחס השיעורים בגיל 65 ומעלה נמוך יותר ושיעור ההתאבדות בקרב אלו שהיו מאושפזים אי פעם היה גבוה יותר פי 6.5 בהשוואה לאלו שמעולם לא אושפזו, בקרב גברים ו-8.6 בקרב נשים.

תרשים 21: שיעור התאבדויות מתוקן לגיל* ל-100,000 נפש, 1989-2009: לפי סטטוס של אשפוז פסיכיאטרי



*אוכלוסית התקן היא אוכלוסית היהודים ואחרים מעל גיל 18 בשנת 1996.

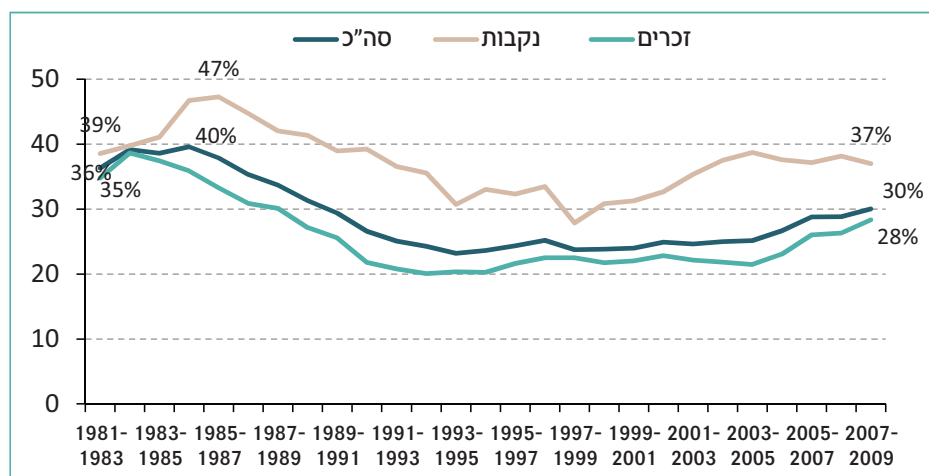
טבלה 2: יחס שיעורי התאבדות בקרב אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי אי פעם בהשוואה לאנשים שלא היו באשפוז פסיכיאטרי, 1981-2009

	סה"כ מתוקנן לגיל*	65+	45-64	18-44
זכרים	13.1	6.0	11.2	18.2
נקבות	30.9	8.6	25.4	57.1
סה"כ	17.6	6.5	14.7	25.9

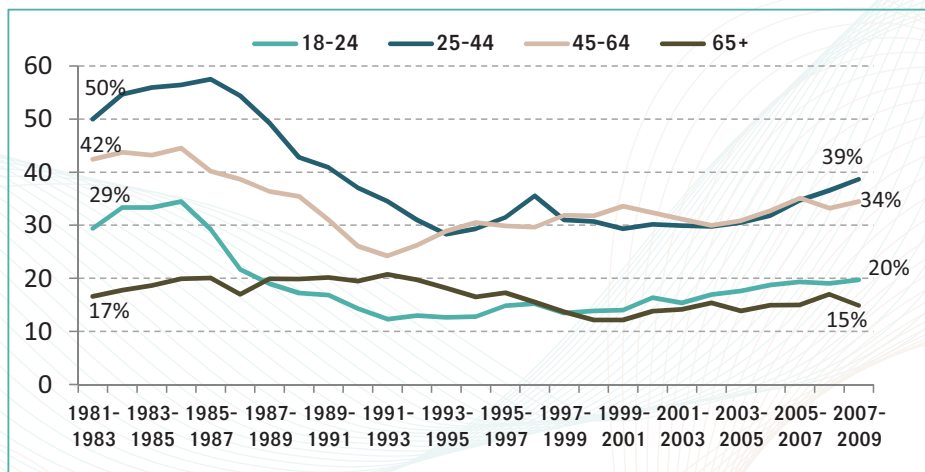
*אוכלוסית התקן היא אוכלוסית היהודים ואחרים מעל גיל 18 בשנת 1996.

בשנים 2007-2009 כשליש (30%) מכלל ההתאבדויות בישראל היו בקרב אנשים שהיו פעם באשפוז פסיכיאטרי, 28% מכלל התאבדויות הגברים ו-37% מהתאבדויות הנשים. האחוז גבוה יותר בגיל 25-64 ונמוך בגילאים 18-24 ו-65 ומעלה. האחוז היה גבוה יותר בשנות השמונים, כנראה מפני ששיעור המיטות לאשפוז פסיכיאטרי ושיעור האשפוז הפסיכיאטרי היו אז גבוהים יותר. יש לציין כי בעשור האחרון עלה אחוז ההתאבדויות של אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי מכלל ההתאבדויות, כנראה שעלייה זו מוסברת בהמשך צמצום שיעורי האשפוז הפסיכיאטרי.

תרשים 22: אחוז ההתאבדויות של אנשים שהיו אי פעם באשפוז פסיכיאטרי מכלל ההתאבדויות, 1981-2009: לפי מגדר, ממוצע נע תלת שנתי



תרשים 23: אחוז ההתאבדויות של אנשים שהיו אי פעם באשפוז פסיכיאטרי מכלל ההתאבדויות, 1981-2009: לפי גיל, ממוצע נע תלת שנתי



2. נסיונות התאבדות

2.1. מגמות

בשנת 2012 נרשמו 6,159 נסיונות התאבדות, שטופלו במחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים, בהשוואה ל-5,588 בשנת 2011, 5,731 בשנת 2010 וכ-5,000 מקרים בממוצע בשנה בשנים 2004-2007.

שיעור נסיונות ההתאבדות המתוקנן לגיל בשנת 2012 היה 97 ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה, 83 בקרב גברים ו-111 בקרב נשים, עלייה בהשוואה לשנה הקודמת ובהשוואה לשיעור יציב יחסית ממחצית שנות האלפיים, העלייה נרשמה בקרב גברים ונשים. בשנים 2004-2009 השיעור בקרב גברים נע בין 70-76 ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה ובקרב נשים בין 102-106. בקרב נשים השיעור גבוה פי 1.3 בהשוואה לגברים בשנת 2012.

טבלה 3: מספר ושיעור נסיונות התאבדות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה, 2004-2012

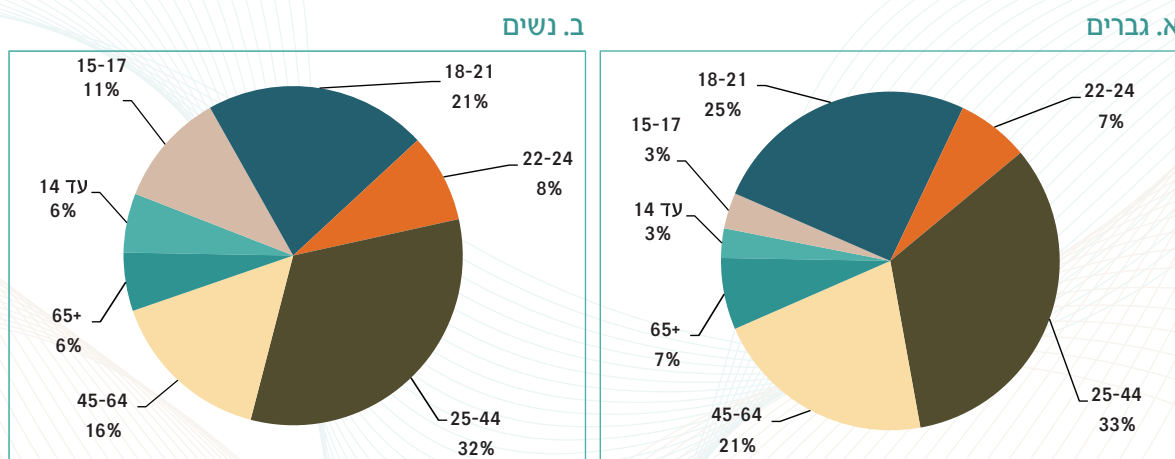
	מספר מוחלט			שיעור מתוקנן לגיל ל-100,000		
	סה"כ	זכרים	נקבות	סה"כ	זכרים	נקבות
2004	5,019	2,073	2,945	90.0	75.8	104.9
2005	4,988	2,016	2,971	88.4	72.5	104.6
2006	5,013	2,059	2,954	87.6	73.3	102.7
2007	4,979	2,002	2,977	85.5	69.8	101.9
2008	5,236	2,085	3,151	88.5	71.4	106.2
2009	5,382	2,279	3,103	88.7	75.4	102.4
2010	5,731	2,349	3,382	93.2	77.3	109.7
2011	5,588	2,305	3,282	89.1	73.9	104.5
2012	6,159	2,648	3,511	96.5	83.2	110.5

סה"כ כולל מגדר לא ידוע.

2.2. נסיונות התאבדות לפי גיל ומגדר

בשנת 2012 מספר נסיונות ההתאבדות של בני הנוער עד גיל 24 היה כמחצית מנסיונות ההתאבדות של נשים (46%) ו-38% מנסיונות הגברים. כשליש מהנסיונות של גברים ונשים היו בגיל 25-44.

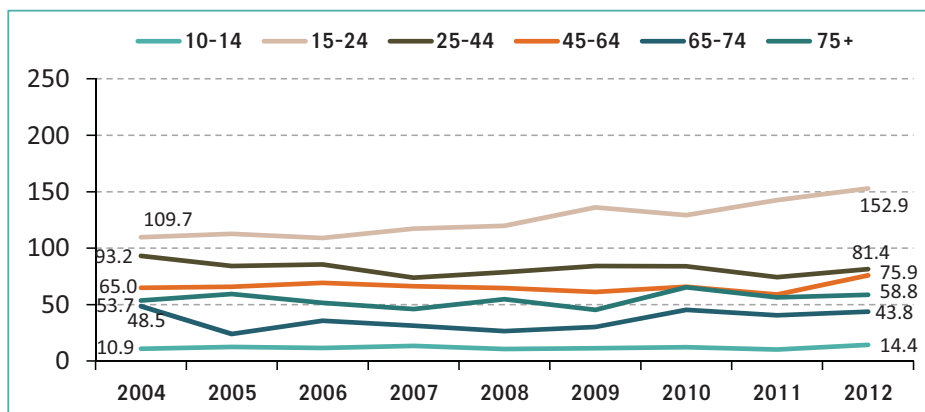
תרשים 24: נסיונות התאבדות לפי קבוצות גיל ומגדר, אחוזים, 2012



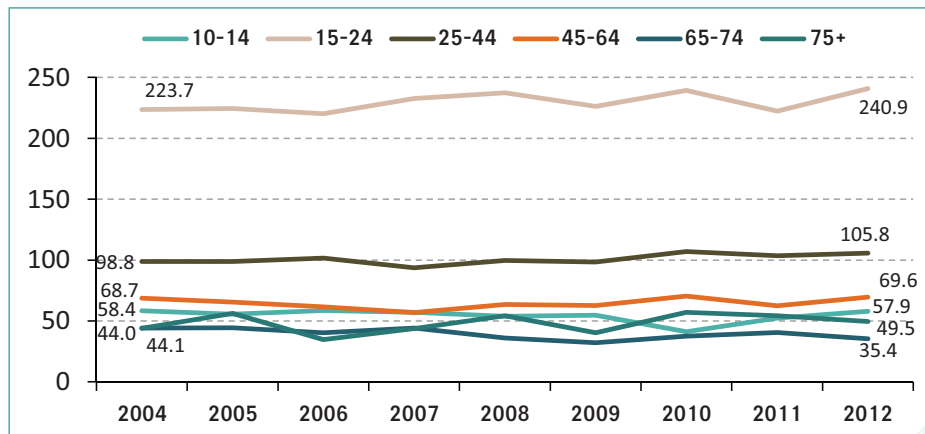
שיעור נסיונות ההתאבדות הגבוה ביותר נרשם בקרב בני נוער בגיל 15-24, השיעור יורד עם הגיל עד גיל 65 בקרב גברים ונשים. השיעור הנמוך ביותר נרשם בקרב נשים בגיל 65-74 ובקרב בנים בגיל 10-14. בשנים האחרונות השיעור עלה בגיל 15-24, במיוחד בקרב בנים והגיע בשנת 2012 ל-152.9 ל-100,000 נפש בהשוואה ל-240.9 בקרב בנות. שיעור נסיונות ההתאבדות גבוה יותר בקרב נשים עד גיל 44 בהשוואה לגברים, יחס השיעורים בין נשים לגברים היה 1.6 בגיל 15-24 ו-1.3 בגיל 25-44 בשנת 2012.

תרשים 25: שיעור נסיונות התאבדות ל-100,000 נפש לפי גיל ומגדר, 2004-2012

א. זכרים



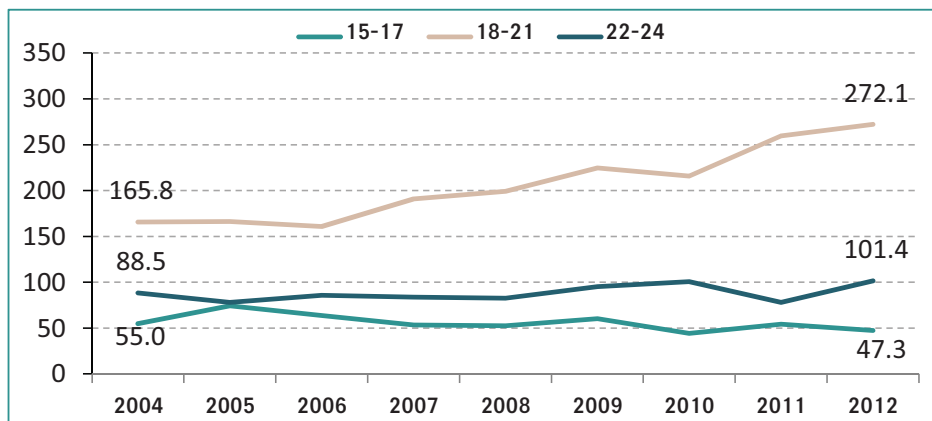
ב. נקבות



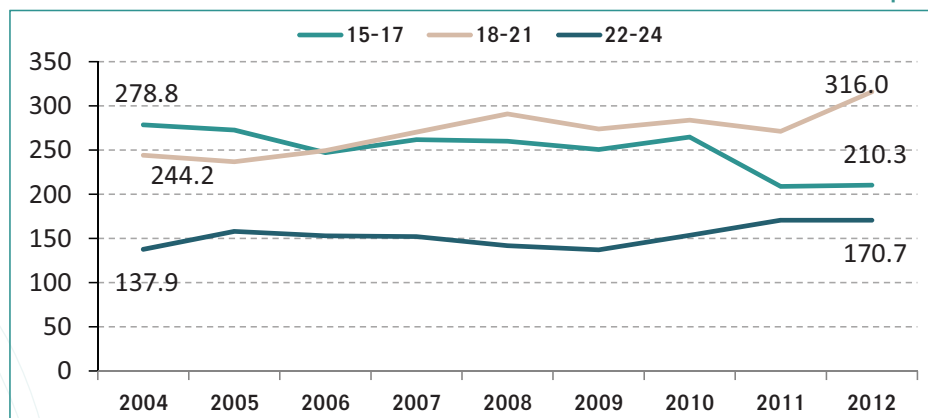
בשנים האחרונות שיעור נסיונות ההתאבדות הגבוה ביותר בקרב בני נוער נרשם בגיל 18-21. השיעור במגמת ירידה בגיל 17-15, אך בגיל 21-18 השיעור במגמת עלייה בשני המגדרים, ובשנתיים האחרונות נרשמה עלייה גם בקרב בנות בגיל 24-22.

תרשים 26: שיעור נסיונות התאבדות בקרב בני נוער ל-100,000 נפש לפי גיל ומגדר, 2012-2004

א. זכרים

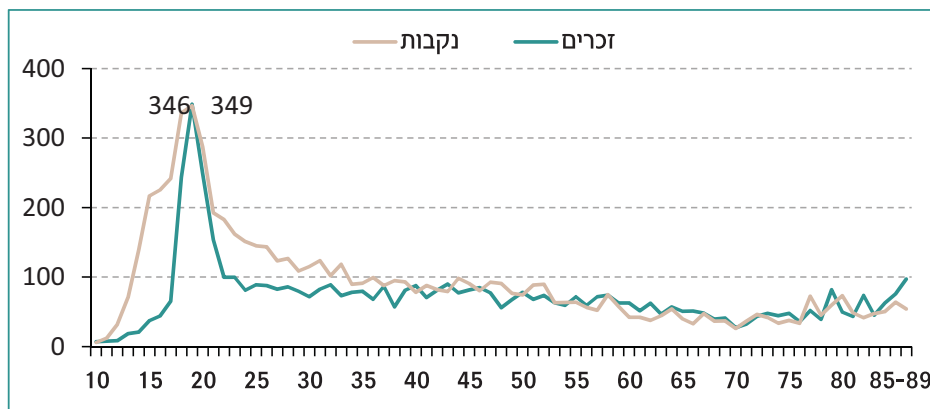


ב. נקבות



שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב צעירים גבוה בקרב בנות בהשוואה לבנים, לאחר גיל 35 לא נמצא הבדל משמעותי בין המינים. השיא בשיעור נסיונות ההתאבדות נרשם לבנות ולבנים בגיל 19, 346 ו-349, בהתאמה, ל-100,000 נפש בשנים 2010-2012.

תרשים 27: שיעור נסיונות התאבדות ל-100,000 נפש לפי גיל ומגדר, 2010-2012

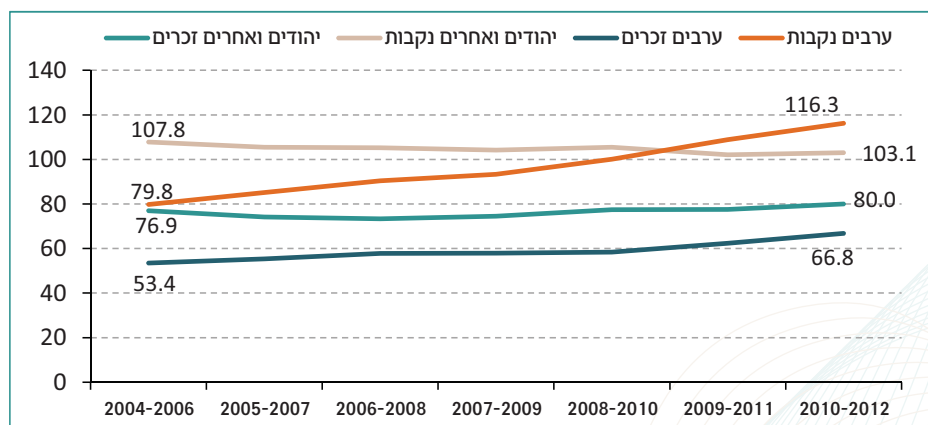


2.3. נסיונות התאבדות לפי קבוצות אוכלוסייה

שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב ערבים במגמת עלייה ובשנים 2010-2012 נרשם שיעור גבוה יותר בקרב ערביות בהשוואה ליהודיות ואחרות. שיעור נסיונות ההתאבדות המתוקנן לגיל בקרב ערבים עלה בקרב גברים מ-53.4 ל-66.8 בשנים 2004-2006 ל-66.8 בשנים 2010-2012, עלייה ב-25%, ובקרב נשים מ-79.8 ל-116.3, עלייה ב-46%, בהתאמה, בהשוואה לשיעור יציב יחסית בקרב יהודים ואחרים.

תרשים 28: שיעור נסיונות התאבדות מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה, 2004-2012:

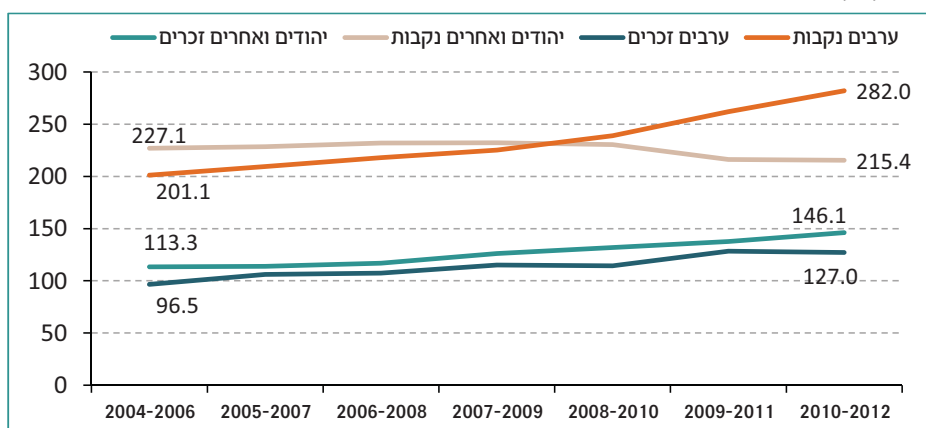
לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה, ממוצע נע תלת שנתי



מגמת העלייה לערבים נרשמה בקרב גברים ונשים בכל קבוצות הגיל ובמיוחד בקרב צעירים. השיעור בגיל 24-15 עלה בקרב בנים מ-96.5 בממוצע השנים 2004-2006 ל-127.0 בשנים 2010-2012, עלייה ב-32%, ובקרב בנות מ-201.1 ל-282.0, עלייה ב-40%, בהתאמה, שיעור גבוה יותר מהשיעור בקרב בנות יהודיות ואחרות. השיעור בקרב יהודים ואחרים בגיל 24-15 גם עלה בשנים אלו לבנים מ-113.3 ל-146.1, עלייה ב-29%, אך ירד לבנות מ-227.1 ל-215.4. יחס השיעורים בגיל 24-15 בקרב יהודיות ואחרות בהשוואה לערביות ירד מ-1.2 בשנים 2004-2006 ל-0.8 בשנים 2010-2012. בקרב בנים יחס השיעורים, בהתאמה, נשאר יציב.

תרשים 29: שיעור נסיונות התאבדות בגיל 24-15 לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה, 2012-2004:

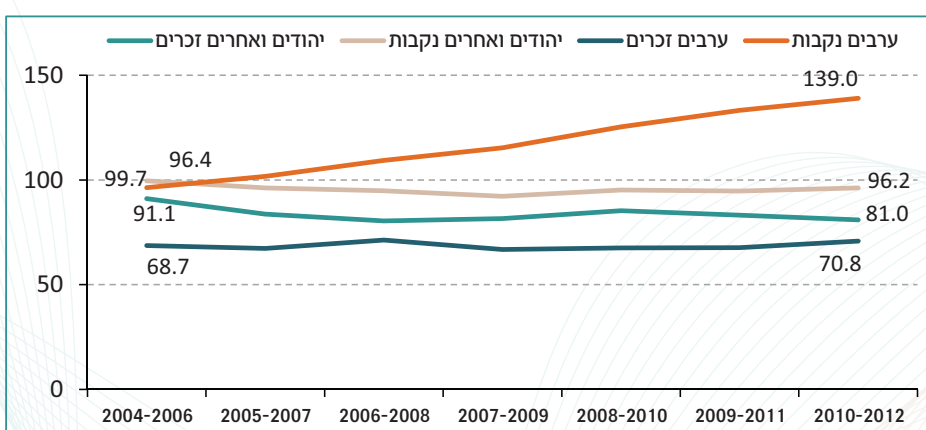
ממוצע נע תלת שנתי



שיעור נסיונות ההתאבדות עלה בקרב ערבים גם בגיל 25-44, במיוחד לנשים, מ-96.4 בממוצע השנים 2004-2006 ל-139.0 בשנים 2010-2012. השיעור בקרב ערביות גבוה בהשוואה ליהודיות ואחרות, כאשר לנשים יהודיות נרשמה ירידה קלה בשנים אלו.

תרשים 30: שיעור נסיונות התאבדות בגיל 25-44 לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה, 2012-2004:

ממוצע נע תלת שנתי

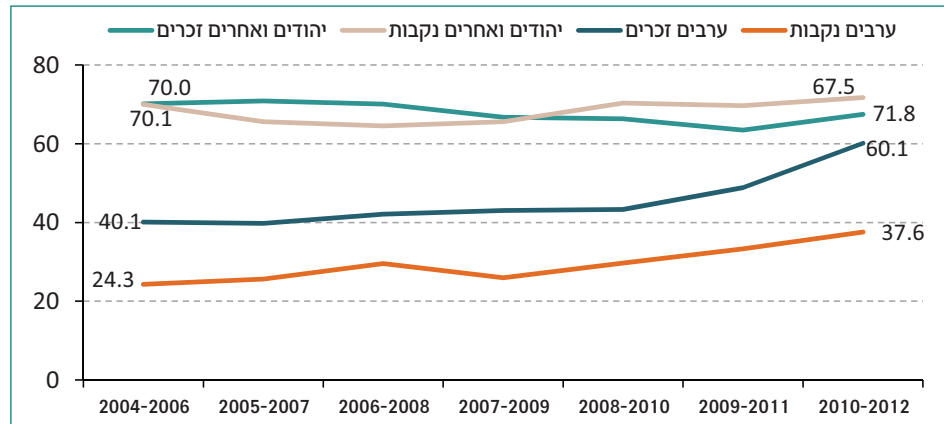


בגיל 64-45 שיעור נסיונות ההתאבדות גבוה יותר בקרב יהודים ואחרים בהשוואה לערבים, אך הפער הצטמצם במשך השנים 2004-2012. בקרב גברים יהודים ואחרים השיעור היה 67.5 ל-100,000 נפש בשנים 2010-2012, ובקרב ערבים 60.1, בקרב נשים השיעור היה 71.8 ו-37.6, בהתאמה.

בגיל 65 ומעלה שיעור נסיונות ההתאבדות גבוה הרבה יותר בקרב יהודים ואחרים בשני המגדרים.

תרשים 31: שיעור נסיונות התאבדות בגיל 64-45 ל-100,000 נפש לפי מגדר וקבוצת אוכלוסייה, 2004-2012:

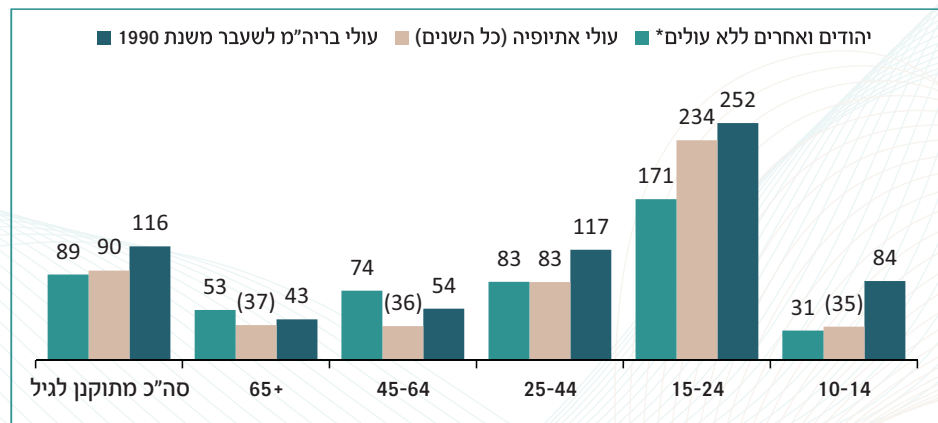
ממוצע נע תלת שנתי



2.4. נסיונות התאבדות בקרב עולים

שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב עולי בריה"מ לשעבר גבוה בהשוואה לעולי אתיופיה ולשאר יהודים ואחרים. בממוצע השנים 2010-2012 השיעור המתוקנן לגיל בקרב עולי בריה"מ לשעבר משנת 1990 היה 115.7 ל-100,000 נפש בגיל 10 ומעלה, בהשוואה ל-90.3 בקרב עולי אתיופיה ו-88.8 בקרב שאר יהודים ואחרים. השיעור הגבוה ביותר נמצא בגילאים צעירים, במיוחד בגיל 10-14, פי 2.7 משאר יהודים ואחרים, אבל בגילאים מבוגרים מעל 45, השיעור בקרב עולי בריה"מ לשעבר נמוך מהשיעור בקרב שאר יהודים ואחרים. שיעור נסיונות ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה גבוה יותר משאר יהודים ואחרים רק בגילאים צעירים עד גיל 24, במיוחד בגיל 15-24, כשהשיעור הוא פי 1.4 מהשיעור בקרב שאר יהודים ואחרים, 233.7 ל-100,000 נפש בהשוואה ל-171.0 בקרב שאר יהודים ואחרים.

תרשים 32: שיעור נסיונות התאבדות לעולים מבריה"מ לשעבר ועולים מאתיופיה בהשוואה לשאר יהודים ואחרים, ממוצע 2010-2012: שיעור ל-100,000 נפש



*יהודים ואחרים ללא עולים: ללא ילידי בריה"מ לשעבר, שעלו מ-1990 וללא ילידי אתיופיה, שעלו מ-1980.

מקורות המידע

1. אובדנות בישראל, התאבדויות ונסיונות התאבדות, 2014, נחמה גולדברגר, מרים אבורבה, ציונה חקלאי, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
2. OECD Health Statistics 2013 database.
3. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov 2013
4. Suicides Among Persons with Psychiatric Hospitalizations, Nehama Goldberger, Ziona Haklai, Inna Pugachova, Itzhak Levav, Israel Journal of Psychiatry (in press)

פרק 9

בריאות
הנפש





בריאות הנפש >>

ממצאים עיקריים

מספר המאושפזים באשפוז פסיכיאטרי: בסוף 2012 היו 3,536 חולים מאושפזים באשפוז פסיכיאטרי, ירידה בהשוואה ל-5,280 בשנת 2000, בעקבות המדיניות לצמצום האשפוז והפניית הטיפול לקהילה.

מגדר וגיל: שני שליש מהמאושפזים בסוף 2012 היו זכרים. שלושה רבעים היו בגיל 25-64, כעשירית בגיל 65 ומעלה ו-14% צעירים בגיל 25 ומטה.

שיעור המאושפזים באשפוז פסיכיאטרי: שיעור המאושפזים במגמת ירידה, 0.44 ל-1,000 נפש בסוף שנת 2012, ירידה במחצית משנת 2000. השיעור במגמת ירידה בכל קבוצות הגיל, ירידה בשלושה רבעים בגיל 65 ומעלה, במחצית בגיל 44-25 ובשליש בגיל 25 ומטה. השיעור הגבוה ביותר נרשם בגיל 45-64, 0.85 ל-1,000 נפש ואח"כ בגיל 44-25 (0.65).

קבלות ראשונות לאשפוז פסיכיאטרי: בשנת 2012 היו 4,991 חולים שהתקבלו לראשונה לאשפוז פסיכיאטרי, שיעור של 0.63 ל-1,000 נפש, ירידה מ-0.71 בשנת 2000. השיעור בקרב בני נוער בגיל 18-24 גבוה יחסית לשאר הגילאים, 1.3 ל-1,000 נפש, לעומת 0.85 בגיל 44-25 ו-0.64 בגיל 45 ומעלה בשנת 2012.

קבלות ראשונות לטיפול יום פסיכיאטרי: בשנת 2012 נרשמו 167 קבלות ראשונות לטיפול יום בבתי חולים, שיעור של 0.021 ל-1,000 נפש.

אשפוז מעל שנה: אחוז המאושפזים ששהו באשפוז פסיכיאטרי מעל שנה נמצא במגמת ירידה, 33% בשנת 2012, לעומת 48% בשנת 2000 ו-62% בשנת 1995. במקביל נרשמה ירידה בשהייה הממוצעת.

סיכון לתמותה: בממוצע השנים 1981-2008 שיעור הפטירה המתוקן לגיל בקרב אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי אי פעם היה גבוה פי שניים בהשוואה לשיעור בקרב אנשים ללא רקע של אשפוז פסיכיאטרי בישראל, פי 1.8 עבור פטירות מסיבות טבעיות ופי 5.6 עבור פטירות מסיבות חיצוניות. יחס השיעורים בין קבוצות אלו גבוה יותר בגיל צעיר ובמיוחד עבור פטירות מסיבות חיצוניות ובקרב נשים. היחס יציב יחסית לאורך השנים 1981-2009.

ביקורים אצל פסיכיאטר או פסיכולוג: בשנת 2009 שיעור האנשים שביקרו אצל פסיכיאטר או פסיכולוג היה 5.2 ל-1,000 נפש, בהתאם לסקר הבריאות 2009.

מטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש: בשנת 2012 היו 53,753 מטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש, שיעור של 6.8 ל-1,000 נפש. השיעור היה במגמת עלייה במחצית הראשונה של שנות האלפיים, אך משנת 2006 נרשמה מגמת ירידה.

בריאות הנפש <<

רקע

הרפורמה בבריאות הנפש אושרה בממשלה ותכנס לתוקף ביולי 2015, זאת בהתאם לצו ביטוח בריאות ממלכתי התשע"ב-2012, שהוציא שר הבריאות מתוקף סמכותו על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם לרפורמה, תועבר האחראיות על מתן שירותי בריאות הנפש לידי קופות החולים. עד אז, ימשיך משרד הבריאות לספק את שירותי בריאות הנפש וייערך מול קופות החולים להעברת האחראיות במועד שנקבע.

סקר הבריאות הלאומי, שבוצע במהלך השנים 2003-2004, הראה כי כעשירית מהאוכלוסייה הבוגרת סבלה בשנה האחרונה מהפרעות חרדה או דיכאון וקרוב לחמישית סבלו מבעיות דומות אי פעם. בנוסף, הסקר הצביע על כך שעשירית מהאוכלוסייה פנו במהלך השנה האחרונה לקבלת טיפול כלשהו בבעיות או הפרעות נפשיות. אולם, רק כמחצית מאלו שאובחנו כסובלים מהפרעות חרדה או דיכאון פנו לקבלת טיפול כלשהו. לעומת זאת, למעלה ממחצית הפונים לקבלת טיפול לא אובחנו כסובלים מחרדה או דיכאון.

בהתאם למדיניות משרד הבריאות לצמצום האשפוז הפסיכיאטרי ומעבר הטיפול לקהילה, שיעור המיטות לאשפוז פסיכיאטרי ירד במחצית בעשור האחרון. בשנת 2006 נעשה עדכון נוסף בתעודות הרישום של בתי החולים הפסיכיאטריים ומספר המיטות צומצם, כהכנה ליישום הרפורמה בבריאות הנפש.

המידע על מאושפזים המטופלים במחלקות או בבתי חולים פסיכיאטריים מנוהל במשרד הבריאות באגף לבריאות הנפש. המידע על מטופלים במסגרות אמבולטוריות אינו מלא ומבוסס בעיקר על סקרי בריאות או על פעילות המרפאות הפסיכיאטריות בבעלות ממשלתית, שמהווה חלק מהפעילות האמבולטורית. פעילות נוספת מבוצעת בקופות החולים, בצה"ל ובמגזר הפרטי.

הגדרות:

אשפוז פסיכיאטרי: אשפוז לטיפול פסיכיאטרי בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית.

אשפוז יום: מסגרת אשפוז ללא לינה, אליה מגיעים למספר שעות במשך מספר ימים בשבוע.

קבלה ראשונה: קבלה ראשונה לאשפוז פסיכיאטרי בישראל.

משך שהייה באשפוז: מספר הימים, ברוטו, מיום הקבלה לאשפוז ועד יום השחרור, כולל ימים בהם המאושפז לא לן בבית החולים כמו חופשה, היעדרות, בריחה או אשפוז בבית חולים כללי.

מגעים: מפגש בין מטופל למטפל או בין מטפל לבין גורם אחר בנוגע למטופל. המטופל מקבל מספר מגעים במהלך האפיזודה הטיפולית.

מטופלים: אנשים שהיה להם לפחות מגע אחד בתקופה נתונה.

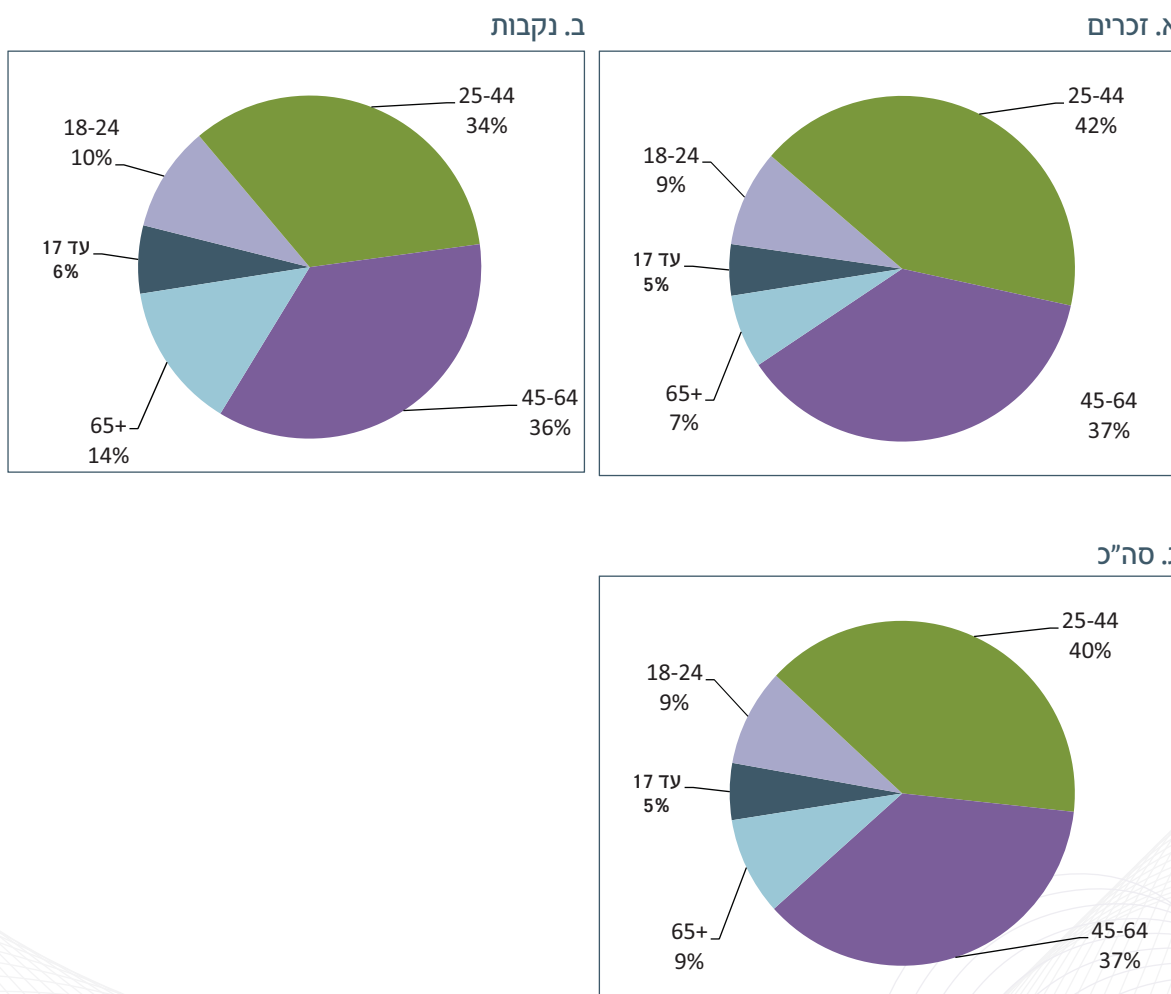
שיעור מבקרים אצל פסיכיאטר או פסיכולוג: השיעור מבוסס על סקר הבריאות 2009, הכולל מספר האנשים שפנו לטיפול אצל פסיכיאטר או פסיכולוג, לפחות פעם בשבועיים שלפני הראיון.

1. אשפוז פסיכיאטרי

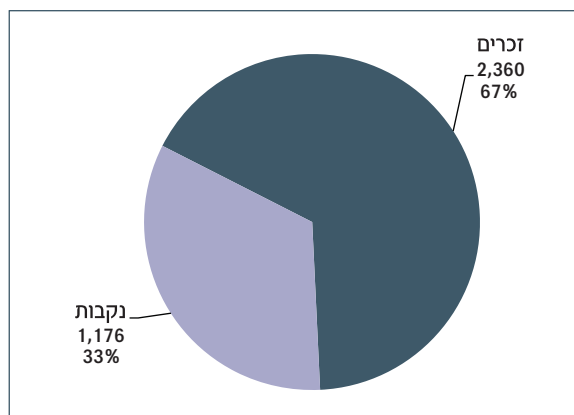
1.1 מספר המאושפזים

בסוף 2012 היו 3,536 חולים מאושפזים באשפוז פסיכיאטרי, מהם 314 (9%) במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים לאשפוז כללי ו-3,222 בבתי חולים פסיכיאטריים. מספר המאושפזים במגמת ירידה, בהשוואה ל-5,280 בשנת 2000. שני שליש מהמאושפזים הם גברים, 67% בשנת 2012. אחוז המאושפזים עד גיל 45 מכלל המאושפזים גבוה בקרב גברים בהשוואה לנשים (56%-ו-50%, בהתאמה), ואילו אחוז המאושפזים בגיל 65 ומעלה נמוך בקרב גברים בהשוואה לנשים (7%-ו-14%, בהתאמה). שלושה רבעים (77%) מכלל המאושפזים בסוף 2012 היו בגיל 25-64, כעשירית (9%) בגיל 65 ומעלה ו-14% היו צעירים בגיל 25 ומטה.

תרשים 1: מאושפזים באשפוז פסיכיאטרי לפי גיל ומגדר, אחוזים, סוף 2012



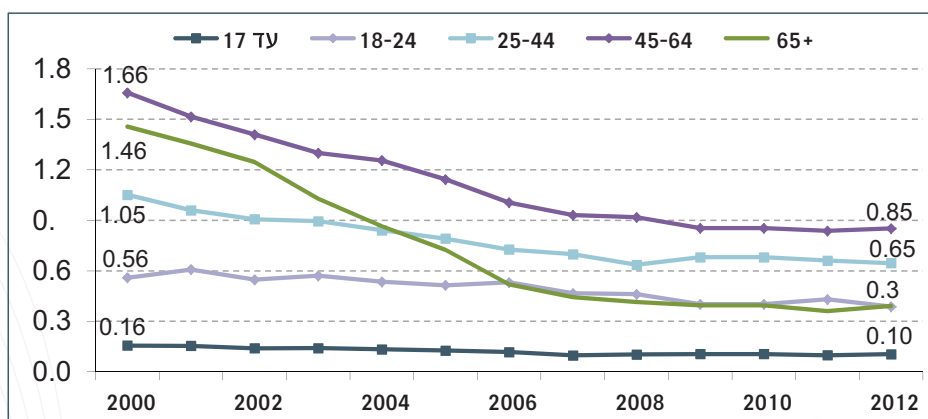
תרשים 2: מאושפדים באשפוז פסיכיאטרי לפי מגדר, סוף 2012



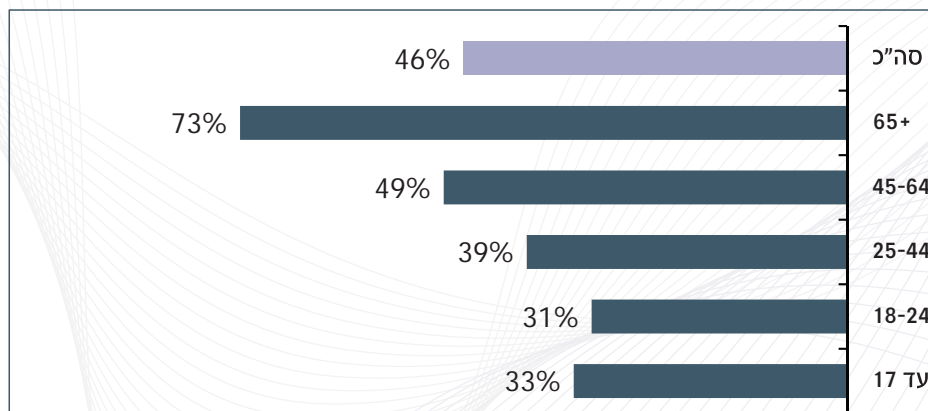
1.2. שיעור המאושפדים

בסוף שנת 2012, שיעור המאושפדים באשפוז פסיכיאטרי ירד ל-0.44 ל-1,000 נפש, ירידה במחצית (46%) משנת 2000. השיעור במגמת ירידה בכל קבוצות הגיל, בגיל 65 ומעלה השיעור ירד ב-73%, לעומת ירידה במחצית (49%) בגיל 44-25 וירידה בשליש בגילים הצעירים יותר. בעשור האחרון, שיעור המאושפדים הגבוה ביותר נרשם בגיל 64-45, 0.85 ל-1,000 נפש בשנת 2012, ואח"כ בגיל 44-25 (0.65).

תרשים 3: שיעור מאושפדים באשפוז פסיכיאטרי לפי גיל, 2012-2000: שיעור ל-1,000 נפש בסוף השנה

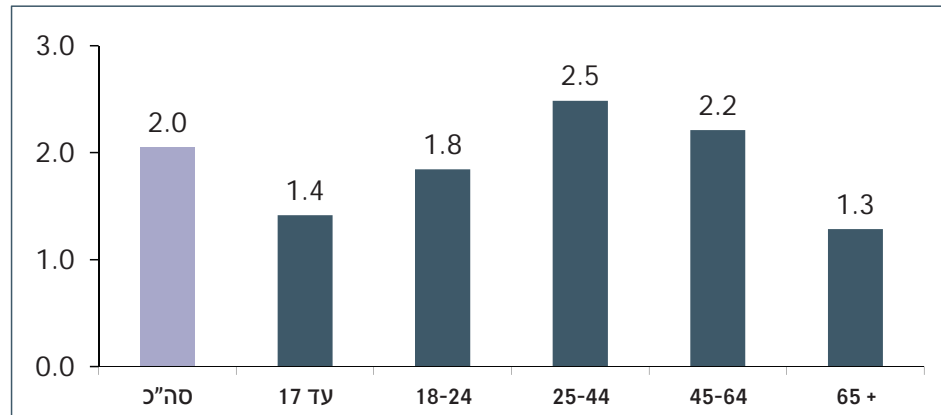


תרשים 4: אחוז שינוי בשיעור המאושפדים באשפוז פסיכיאטרי, 2012/2000



בסוף 2012 שיעור הגברים המאושפדים (0.60 ל-1,000 נפש) גבוה פי שניים בהשוואה לשיעור הנשים המאושפדות (0.30), בגיל 25-44 השיעור גבוה פי 2.5 ובגיל 65 ומעלה גבוה פי 1.3.

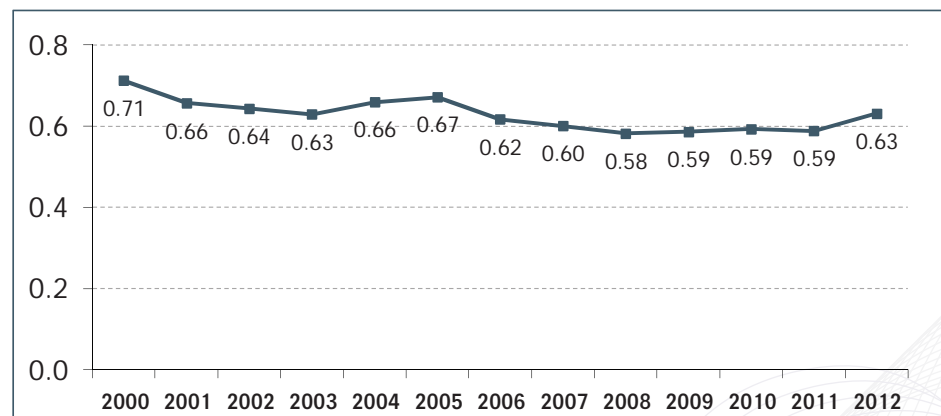
תרשים 5: שיעור המאושפדים באשפוז פסיכיאטרי, יחס שיעורים גברים/נשים, סוף 2012



1.3. קבלות ראשונות מהקהילה

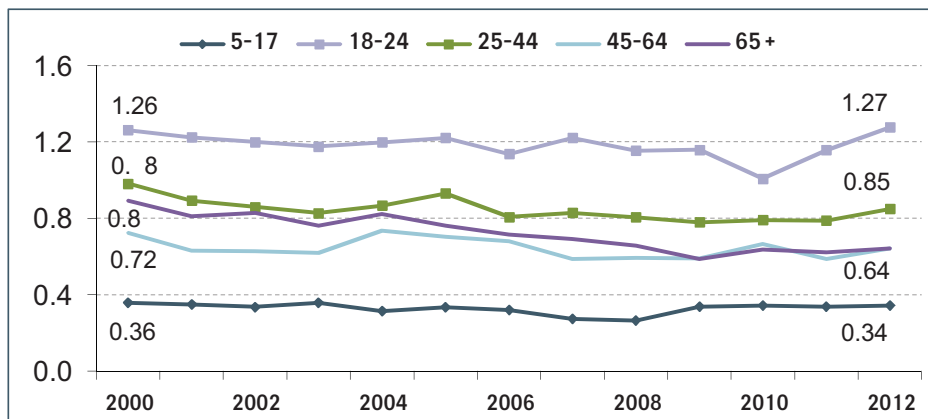
מספר הקבלות הראשונות מהקהילה לאשפוז פסיכיאטרי מתייחס לחולים שהתקבלו לראשונה לאשפוז. בשנת 2012 התקבלו 4,991 חולים לראשונה לאשפוז פסיכיאטרי, שיעור של 0.63 ל-1,000 נפש, ירידה בהשוואה ל-0.71 בשנת 2000. בנוסף, נרשמו 167 קבלות ראשונות לטיפול יום בבתי חולים בשנת 2012, שיעור של 0.021 ל-1,000 נפש.

תרשים 6: שיעור קבלות ראשונות לאשפוז פסיכיאטרי ל-1,000 נפש, 2000-2012

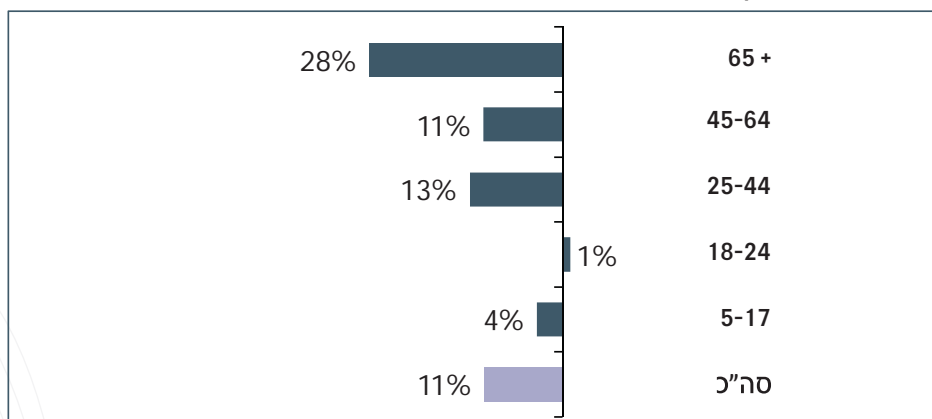


שיעור הקבלות הראשונות מהקהילה לאשפוז פסיכיאטרי היה גבוה בקרב בני נוער בגיל 18-24, 1.27 ל-1,000 נפש בשנת 2012, בהשוואה ל-0.85 בגיל 25-44 ו-0.64 בגיל 45 ומעלה. בשנים 2000-2012 נרשמה ירידה גבוהה, יחסית, בשיעור הקבלות הראשונות בגיל 65 ומעלה, ומעלה, ירידה ב-28%, בהשוואה לירידה ב-13% בגיל 25-44 וירידה ב-11% בגיל 45-64.

תרשים 7: שיעור קבלות ראשונות לאשפוז פסיכיאטרי לפי גיל ל-1,000 נפש, 2012-2000



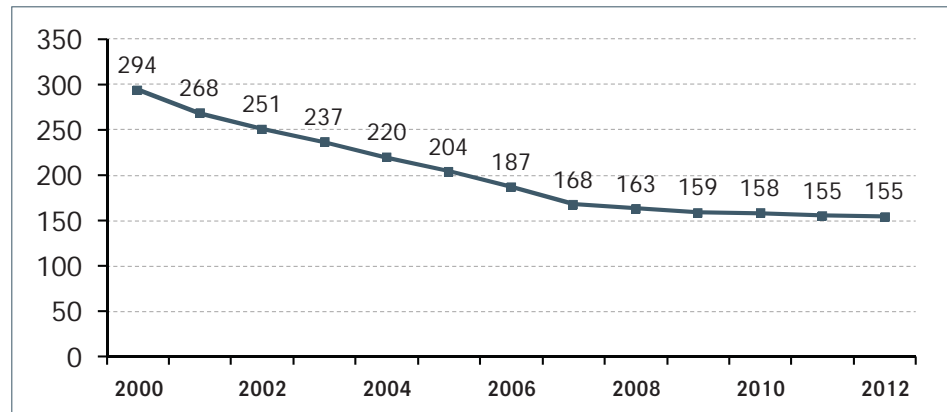
תרשים 8: שיעור קבלות ראשונות לאשפוז פסיכיאטרי, אחוז שינוי 2012/2000



1.4. שיעור ימי האשפוז

שיעור ימי האשפוז באשפוז הפסיכיאטרי ממשיך במגמת הירידה שהחלה בעשורים הקודמים. בשנת 2012 נרשמו 155 ימי אשפוז ל-1,000 נפש, בהשוואה ל-294 בשנת 2000 ו-407 בשנת 1995, תוצאה ישירה של צמצום מיטות האשפוז והעברת הטיפול לקהילה.

תרשים 9: שיעור ימי אשפוז באשפוז פסיכיאטרי ל-1,000 נפש, 2012-2000



1.5. שהייה ממוצעת

השהייה הממוצעת באשפוז הפסיכיאטרי נמצאת במגמת ירידה. בשנת 2012 נרשמה שהייה של 42 ימים בממוצע, בהשוואה ל-59 ימים בשנת 2007 ו-233 ימים בשנת 2000.

תרשים 10: שהייה ממוצעת באשפוז פסיכיאטרי, ימים, 2012-2000

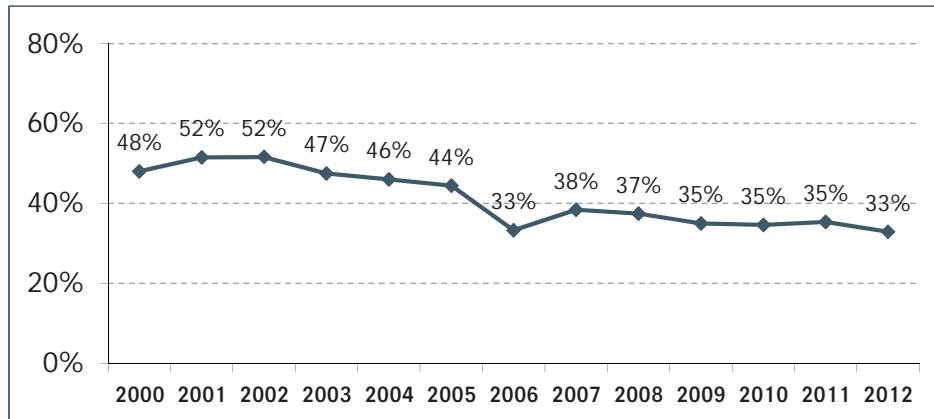


1.6. משך שהייה

אחוז המאושפדים ששהו באשפוז פסיכיאטרי מעל שנה נמצא במגמת ירידה, 33% בשנת 2012, בהשוואה ל-48% בשנת 2000 ו-62% בשנת 1995.

תרשים 11: אחוז המאושפדים ששהו שנה ומעלה באשפוז פסיכיאטרי, 2012-2000:

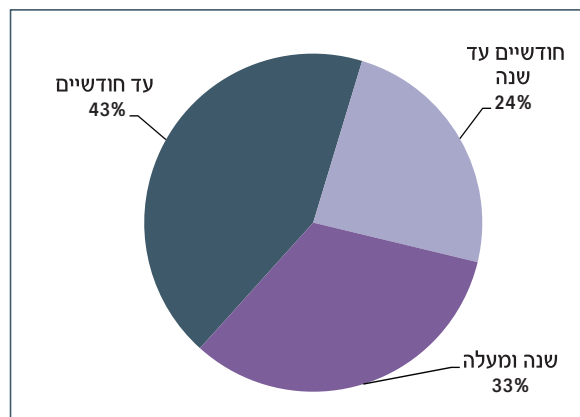
אחוז מכלל המאושפדים בסוף השנה



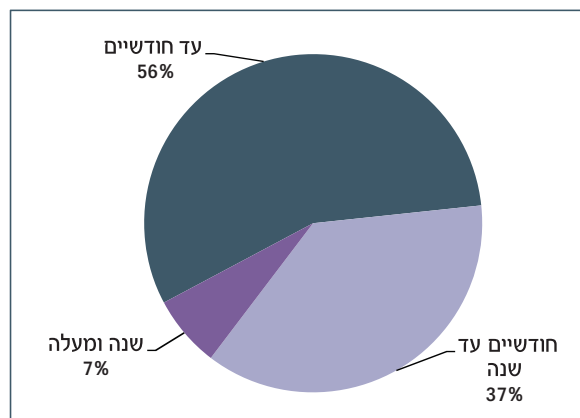
בסוף שנת 2012 שני שלישי (67%) מהמאושפדים שהו עד שנה, שתי חמישיות (43%) עד חודשיים ורבע (24%) שהו מחודשיים עד שנה. אחוז המאושפדים ששהו באשפוז מעל שנה הינו גבוה יותר בקרב בני 65 ומעלה (44%), בהשוואה לשליש (33%) בקרב גילאי 18-64 ו-7% בקרב גיל 17 ומטה.

תרשים 12: מאושפדים באשפוז פסיכיאטרי לפי משך שהייה וגיל, אחוזים, סוף 2012

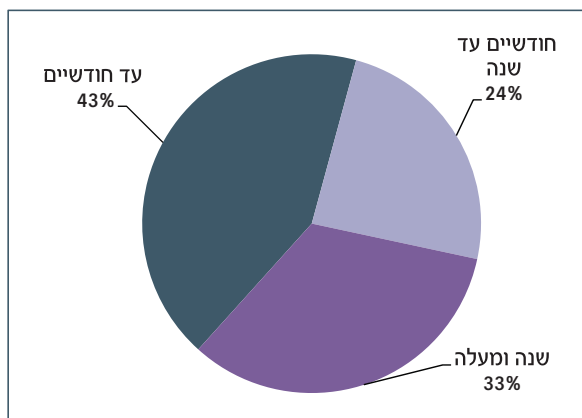
א. סה"כ



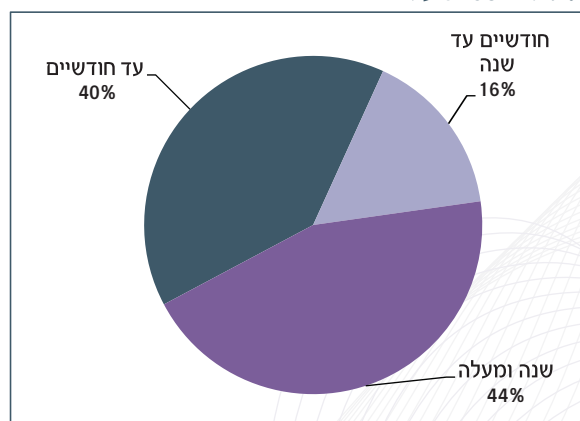
ב. עד גיל 17



ג. גילאי 18-64



ד. גילאי 65 ומעלה



1.7. סיכון התמותה של מאושפזים באשפוז פסיכיאטרי בהשוואה לאוכלוסייה הכללית

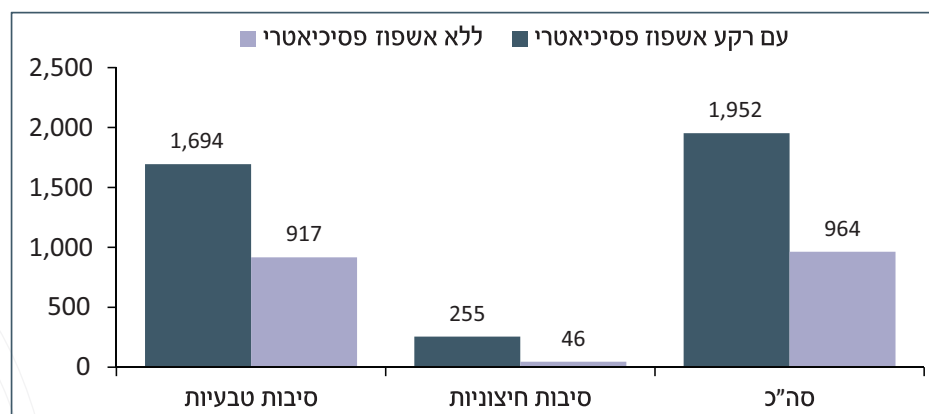
מחקרים מצביעים על סיכון גבוה לתמותה בקרב אנשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. OECD פרסם מדד המצביע על תמותה גבוהה בקרב חולים במחלות נפש בהשוואה לאוכלוסייה הכללית במדינות שונות.

בישראל אוכלוסיית המאושפזים בבריאות הנפש הוקבלה עם קובץ סיבות מוות, כדי ללמוד על שיעור התמותה וסיבות המוות בקרב אוכלוסיית זו. נחקרו שיעורי התמותה וסיבות המוות בשנים 1981-2009 בקרב יהודים ואחרים בגיל 18 ומעלה, שהיו באשפוז פסיכיאטרי בישראל אי פעם מקום המדינה ועד סוף שנת 2009 ושרדו עד תחילת שנות השמונים, בהשוואה לאנשים שלא היו באשפוז פסיכיאטרי בישראל. נמצאו שיעורי תמותה גבוהים יותר בקרב אנשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי, במיוחד בגילאים צעירים ובעיקר בפטירות מסיבות חיצוניות (כולל תאונות, רצח והתאבדות).

בממוצע השנים 1981-2009 שיעור הפטירה המתוקן לגיל בקרב אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי היה 1,952 ל-100,000 נפש, בהשוואה ל-964 בקרב אנשים ללא רקע של אשפוז פסיכיאטרי בישראל, שיעור גבוה פי 2.0 (95% CI, 2.01-2.05). שיעור הפטירות מסיבות טבעיות היה גבוה פי 1.8 (95% CI, 1.83-1.87), 1,694 ו-917, בהתאמה, והשיעור של פטירות מסיבות חיצוניות היה גבוה פי 5.6 (95% CI, 5.42-5.78), 255 ו-46, בהתאמה.

תרשים 13: שיעורי תמותה לפי סיבת המוות ורקע של אשפוז פסיכיאטרי, ממוצע 1981-2009:

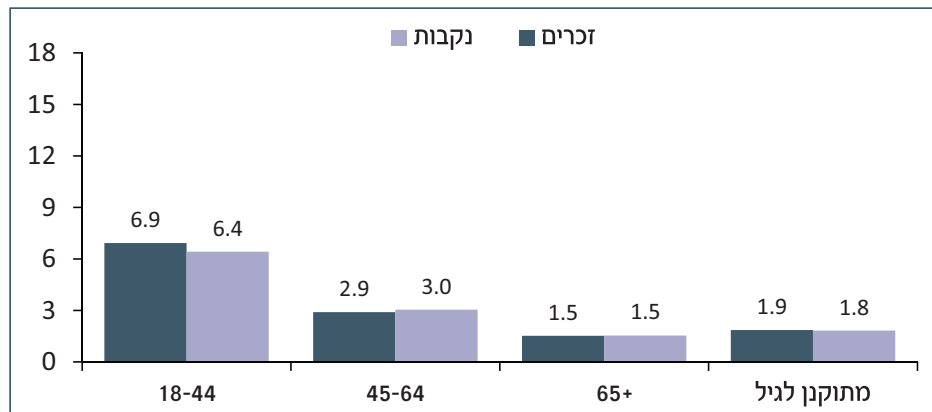
שיעור מתוקן לגיל ל-100,000 נפש



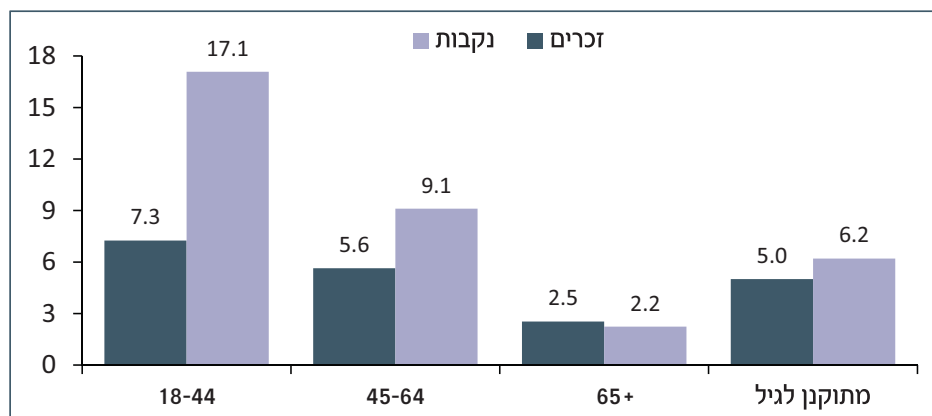
שיעור התמותה בקרב אנשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי גבוה בהשוואה לאנשים ללא רקע דומה בכל קבוצות הגיל והמגדר, אך יחס השיעורים גבוה יותר בגיל צעיר ובמיוחד עבור פטירות מסיבות חיצוניות ובקרב נשים. שיעור הפטירות מסיבות חיצוניות בקרב נשים צעירות בגיל 18-44 היה גבוה פי 17.1, ואילו בקרב זכרים בגיל זה השיעור היה גבוה פי 7.3. יחס השיעורים בקרב נשים צעירות בגיל 18-44 לפטירות מסיבות טבעיות היה 6.4 ו-6.9 לנקבות וזכרים, בהתאמה. לעומת זאת, בגיל 65 ומעלה יחס השיעורים היה נמוך יותר, 1.5 עבור שני המגדרים לתמותה מסיבות טבעיות בהשוואה ליחס שיעורים של 2.5 ו-2.2 לתמותה מסיבות חיצוניות לזכרים ונקבות, בהתאמה. גם בגיל 45-64 שיעור הפטירות מסיבות חיצוניות בקרב נשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי מאוד גבוה, פי 9.1, בהשוואה לשיעור התמותה בקרב נשים ללא רקע דומה, לעומת שיעור גבוה פי 5.6 בקרב גברים בגיל זה. שיעור הפטירות המתוקן לגיל מסיבות חיצוניות היה גבוה פי 5.0 בקרב גברים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי בהשוואה לאלו ללא רקע דומה, ובקרב נשים השיעור היה גבוה פי 6.2.

תרשים 14: יחס שיעורי הפטירה של אנשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי בהשוואה לאנשים ללא רקע של אשפוז פסיכיאטרי, ממוצע 2009-1981: לפי קבוצות גיל, מגדר וסיבת פטירה

א. סיבות טבעיות

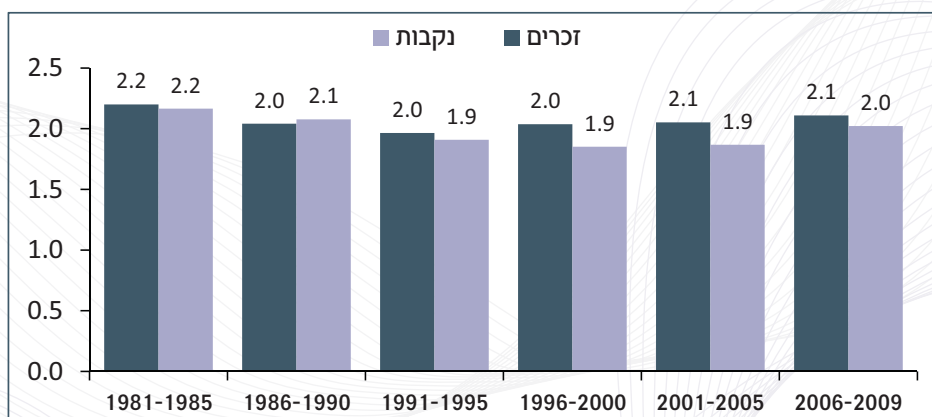


ב. סיבות חיצוניות



יחס השיעורים היה יציב יחסית במשך השנים, ירד מ-2.2 בקרב גברים ונשים במחצית הראשונה של שנות השמונים ל-1.9 לנשים ו-2.0 לגברים בשנות התשעים, ועלה שוב בשנות האלפיים ל-2.0 לנשים ול-2.1 לגברים בשנים 2009-2006.

תרשים 15: יחס שיעורי הפטירה של אנשים עם רקע של אשפוז פסיכיאטרי בהשוואה לאנשים ללא רקע של אשפוז פסיכיאטרי, 2009-1981: לפי מגדר ותקופה, שיעור מתוקנן לגיל



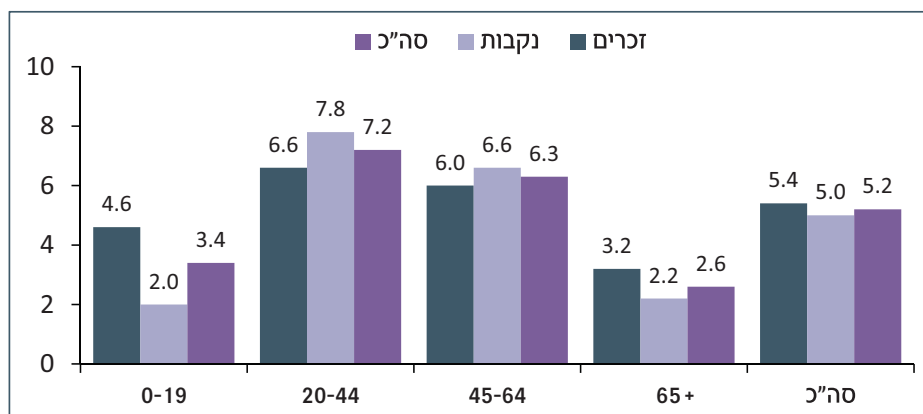
2. טיפול פסיכיאטרי אמבולטורי

2.1. ביקורים אצל פסיכיאטר או פסיכולוג

בשנת 2009 שיעור האנשים שביקרו אצל פסיכיאטר או פסיכולוג, לפחות לפעם אחת, על פי סקר הבריאות שנערך בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה במימון משותף עם משרד הבריאות, היה 5.2 ל-1,000 נפש. בקרב צעירים בגיל 20-44 נמצא שיעור גבוה יותר, 7.8 בקרב נשים ו-6.6 בקרב גברים.

תרשים 16: שיעור האנשים שביקרו אצל פסיכיאטר או פסיכולוג לפי מגדר וגיל, 2009:

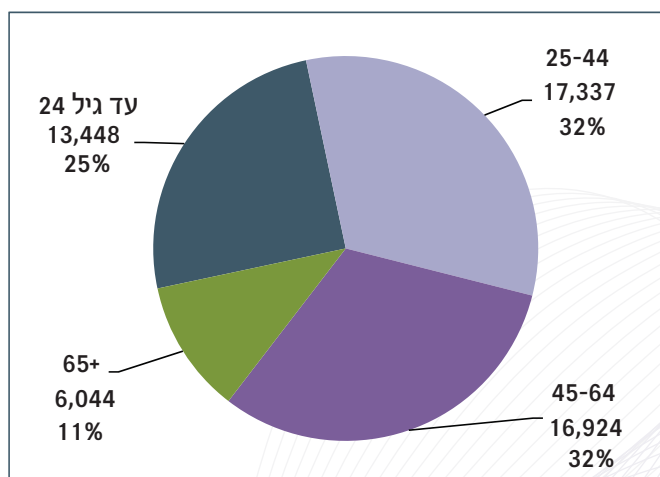
שיעור ל-1,000 נפש, מבוסס על סקר הבריאות 2009



2.2. מספר ושיעור מטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש

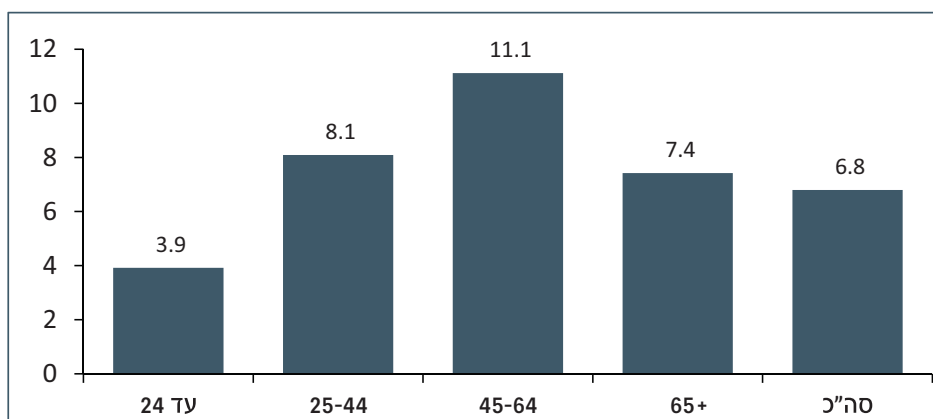
בשנת 2012 היו 53,753 מטופלים שהגיעו לטיפול במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש. שליש (32%) היו בגיל 25-44, שליש (32%) בגיל 45-64, רבע (25%) בגיל 24 ומטה, וכעשירית (11%) בגיל 65 ומעלה.

תרשים 17: מספר מטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש לפי גיל, 2012: מספר מוחלט, אחוזים



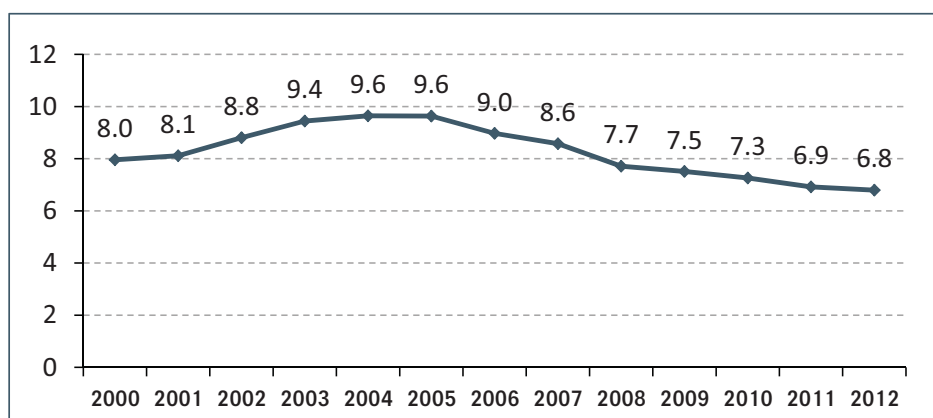
בשנת 2012 שיעור המטופלים במרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש היה 6.8 ל-1,000 נפש. השיעור הגבוה ביותר, 11.1, נרשם בגיל 45-64.

תרשים 18: שיעור המטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש ל-1,000 נפש, לפי גיל, 2012



שיעור המטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש היה במגמת עלייה במחצית הראשונה של שנות האלפיים, הגיע ל-9.6 ל-1,000 נפש בשנת 2005 וירד ל-6.8 בשנת 2012, ירידה ב-29%.

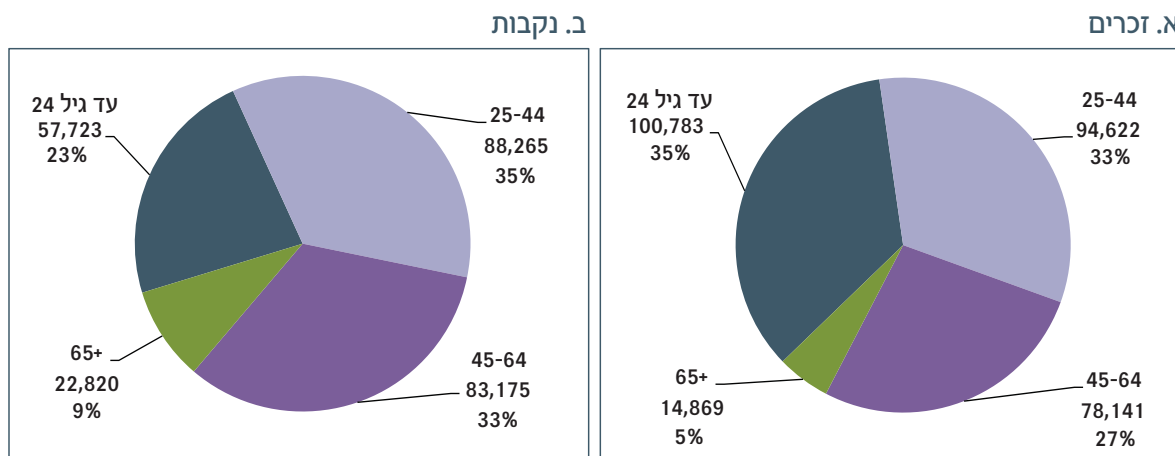
תרשים 19: שיעור מטופלים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש ל-1,000 נפש, 2000-2012



2.3. מספר מגעים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש

בשנת 2012 נרשמו 540,398 מגעים עם מטופלים במרפאות לבריאות הנפש, 288,415 לגברים ו-251,983 לנשים. המגעים כוללים ביקורים אצל פסיכיאטר, פסיכולוג או בעלי מקצועות אחרים, טיפול משפחתי או קבוצתי, ביקורי בית, מעקבים והערכות תקופתיות. בקרב גברים, כשליש מהמגעים (35%) היו למטופלים בגיל 24 ומטה בהשוואה ל-23% בקרב נשים. לעומת זאת, בקרב גברים שליש (32%) מהמגעים היו בגיל 45 ומעלה בהשוואה ל-42% בקרב נשים.

תרשים 20: מגעים במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש לפי גיל ומגדר, 2012: מספר מוחלט, אחוזים



מקורות המידע

1. מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות, פרסומים שנתיים, 2000-2012.
2. סיכון התמותה של מאושפדים באשפוז פסיכיאטרי, 1981-2009, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות, אוקטובר 2012.
3. The Mortality Risk Among Persons with Psychiatric Hospitalizations, Z. Haklai, N. Goldberger et al, Isr J Psychiatry Relat Sci 48 (4), 2011 230-239
4. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov 2013
5. The Prevalence of Mental Disorders and Service Use in Israel: Results from the National Health Survey, 2004-2004. Levinson D., Lerner Y., Zilber N., Levav I., Polakiewicz J.
6. המחלקה למידע ולהערכה, שירותי בריאות הנפש.
7. בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2008, המחלקה למידע והערכה, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות.

פרק 10

שימוש
בשירותי
בריאות





שימוש בשירותי בריאות

ממצאים עיקריים

ביקורים אצל רופא: שיעור הביקורים אצל רופא בקהילה היה 6.2 לנפש בשנה, בהתאם לסקר הבריאות 2009 של הלמ"ס ומשרד הבריאות. השיעור דומה לממוצע ה-OECD.

בדיקות הדמיה: בשנת 2011, שיעור בדיקות ה-CT ובדיקות ה-MRI בישראל נמוך בהשוואה ל-OECD, ישראל מדורגת במקום ה-6 הנמוך בשיעור בדיקות ה-MRI מתוך 27 מדינות ואילו שיעור בדיקות ה-PET גבוה בהשוואה ל-OECD, ישראל מדורגת במקום השני הגבוה מתוך 11 מדינות.

ביקורים במחלקות לרפואה דחופה: בשנת 2012 נרשמו 2.9 ביקורים במחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים לאשפוז כללי. השיעור יציב יחסית בשנים האחרונות, 36 ל-100 נפש. רבע מהמטופלים שהו מעל 4 שעות, ממוצע השהיה היה 3.38 שעות וחציון השהיה 2.42 שעות. כשליש מהפונים אושפזו, 27% מהפונים ללא יולדות, 33% מהפונים עקב מחלה, 10% מהפונים עקב פגיעות חיצוניות ו-50% מהפונים ללידה.

שיעור שחרורים לפי סוג האשפוז: שיעור השחרורים באשפוז הכללי במגמת ירידה, 163 ל-1,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-175 בשנת 2000, ירידה ב-7%, לעומת עלייה בשיעור השחרורים באשפוז הפסיכיאטרי (3%), באשפוז הגריאטרי (18%) ובאשפוז השיקומי (3%).

שיעור ימי אשפוז לפי סוג האשפוז: שיעור ימי האשפוז באשפוז הכללי במגמת ירידה, 663 ל-1,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-761 בשנת 2000, ירידה ב-13%, השיעור באשפוז פסיכיאטרי ירד ב-47%, לעומת עלייה באשפוז הגריאטרי (10%) ובאשפוז השיקומי (8%).

האשפוז הכללי - ימי אשפוז מצטברים: ההתפלגות המצטברת בשנה של ימי אשפוז למאושפז מצביעה על הבדלים באחוז השימוש של ימי האשפוז בין המאושפזים. בשנת 2012, רבע (27%) מהחולים שאושפזו השתמשו ב-5% בלבד מכלל ימי האשפוז ושני שלישי (68%) השתמשו ברבע (24%) מימי האשפוז. לעומת זאת, עשירית (10%) מהחולים השתמשו במחצית (50%) מימי האשפוז ו-5% השתמשו בשליש (33%) מימי האשפוז.

האשפוז הכללי - תפוסת מיטות: תפוסת המיטות באשפוז הכללי בישראל הינה הגבוהה ביותר מכל מדינות ה-OECD. בשנת 2012, נרשמה ירידה ל-96.4% בהשוואה ל-97.6% בשנת 2010, ירידה זו הינה תוצאה של תוספת במיטות אשפוז מתחילת 2010.

האשפוז הכללי - משך שהיה: שליש (32%) מהאשפוזים באשפוז הכללי היו עד יום אחד ו-14% היו שבוע ומעלה, בשנת 2012.

אשפוז כללי ללא יולדות: בשנת 2012, שיעור השחרורים באשפוז הכללי ללא יולדות ירד ל-147 ל-1,000 נפש, 143 לזכרים ו-150 לנקבות. שיעור ימי האשפוז ירד ל-578 ל-1,000 נפש, 581 לזכרים ו-576 לנקבות.

גילאי 85 ומעלה: אחוז האשפוזים של גילאי 85 ומעלה במגמת עלייה, 8% מהאשפוזים באשפוז הכללי בשנת 2012 בהשוואה ל-6% בשנת 2000 ובאגף הפנימי 15% ו-11%, בהתאמה. שיעור האשפוזים היה גבוה פי 5.5 בהשוואה לשיעור הכולל ושיעור ימי האשפוז גבוה פי 8.1.

גילאי 75 ומעלה: אחוז האשפוזים של גילאי 75 ומעלה במגמת עלייה, 22% בשנת 2012 בהשוואה ל-20% בשנת 2000, באגף הפנימי היה 38% ו-33%, בהתאמה. שיעור האשפוזים בגיל 75-84 היה גבוה פי 4.0 בהשוואה לשיעור הכולל ושיעור ימי האשפוז היה גבוה פי 5.5.

שיעור ניתוחים: מוצג שיעור גולמי לפי סוג הניתוח.

צנתור לב כלילי: שיעור צנתור לב כלילי בישראל גבוה בהשוואה לממוצע ב-OECD.

ניתוחי מעקפים: שיעור ניתוחי מעקפים בעורקים הכליליים (CABG) נמוך בישראל יחסית לממוצע ב-OECD.

ניתוחים אורתופדיים: שיעור ניתוחי החלפת מפרק ירך וניתוחי החלפת מפרק ברך נמוך בישראל בהשוואה לממוצע ב-OECD.

ניתוח קטרקט: שיעור ניתוחי קטרקט, שבוצעו בבתי חולים או במרפאות בקהילה, נמוך בהשוואה לממוצע ב-OECD.

ניתוח לתיקון בקע מפשעתי: שיעור הניתוחים לתיקון בקע מפשעתי דומה בישראל לממוצע ב-OECD.

כריתת רחם: שיעור ניתוחי כריתת רחם נמוך בישראל בהשוואה לממוצע ב-OECD.

ניתוחים קיסריים: שיעור הניתוחים הקיסריים בישראל נמוך בהשוואה לממוצע ב-OECD. חמישית (20%) מכלל לידות החי היו בניתוח קיסרי בהשוואה ל-26% בממוצע ב-OECD.

הגדרות:

ביקורים אצל רופא: ביקורים אצל רופא בקהילה, מבוסס על סקר הבריאות.

ביקורים במחלקה לרפואה דחופה: מספר הפניות שנרשמו במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד).

אשפוזים: שחרורים מבית חולים לאחר אפיזודת אשפוז, שחרור החולה לביתו, העברה למוסד אחר או פטירה. מספר השחרורים לא כולל העברות בין מחלקות באותו בית חולים, ביקור במרפאות, חופשת סוף שבוע בזמן אשפוז ותינוקות בריאים לאחר לידה.

משך אשפוז: התפלגות מספר החולים שהיו באשפוז לפי מספר הימים ששהו באשפוז.

ממוצע שהיה: מספר ימי השהיה של חולים שהשתחררו מחולק במספר השחרורים.

תפוסת מיטות בתקן: ימי האשפוז בפועל בתקופה מחולק במספר המיטות בתקן בתקופה כפול מספר הימים בתקופה.

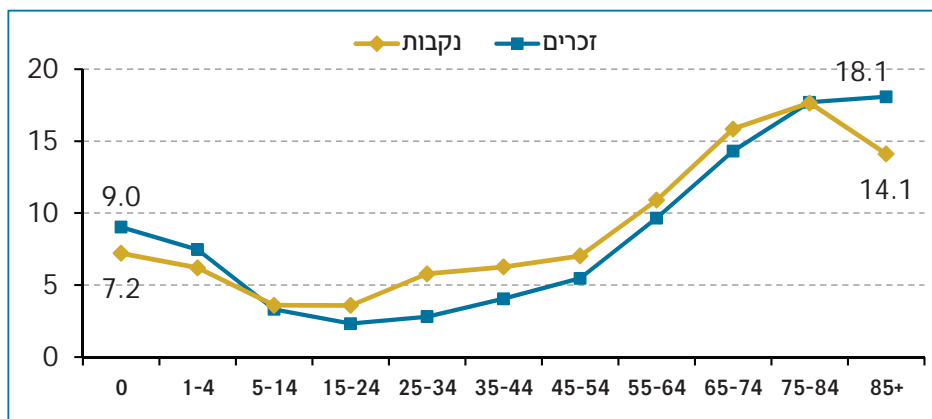
רקע

השימוש בשירותי הבריאות בישראל מעוגן בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, השירותים זמינים לכלל האוכלוסייה, שירותי בריאות ציבוריים ופרטיים שניתנו במרפאות ובמוסדות האשפוז. בפרק זה נתמקד בשיעור הביקורים אצל רופא בקהילה, בדיקות הדמיה, ביקורים במחלקות לרפואה דחופה, שיעורי האשפוז לפי סוג האשפוז תוך דגש על האשפוז הכללי ושיעור ניתוחים. שיעור הביקורים אצל רופא בקהילה מבוסס על סקר הבריאות האחרון שבוצע בשנת 2009 ע"י הלמ"ס ומשרד הבריאות. שיעור בדיקות ההדמיה מבוסס על איסוף המידע במינהל הטכנולוגיות. שיעור הביקורים במלר"ד ושיעור האשפוזים מבוסס על מאגרי המידע במשרד הבריאות, בהתאם לדיווח בתי החולים למשרד הבריאות.

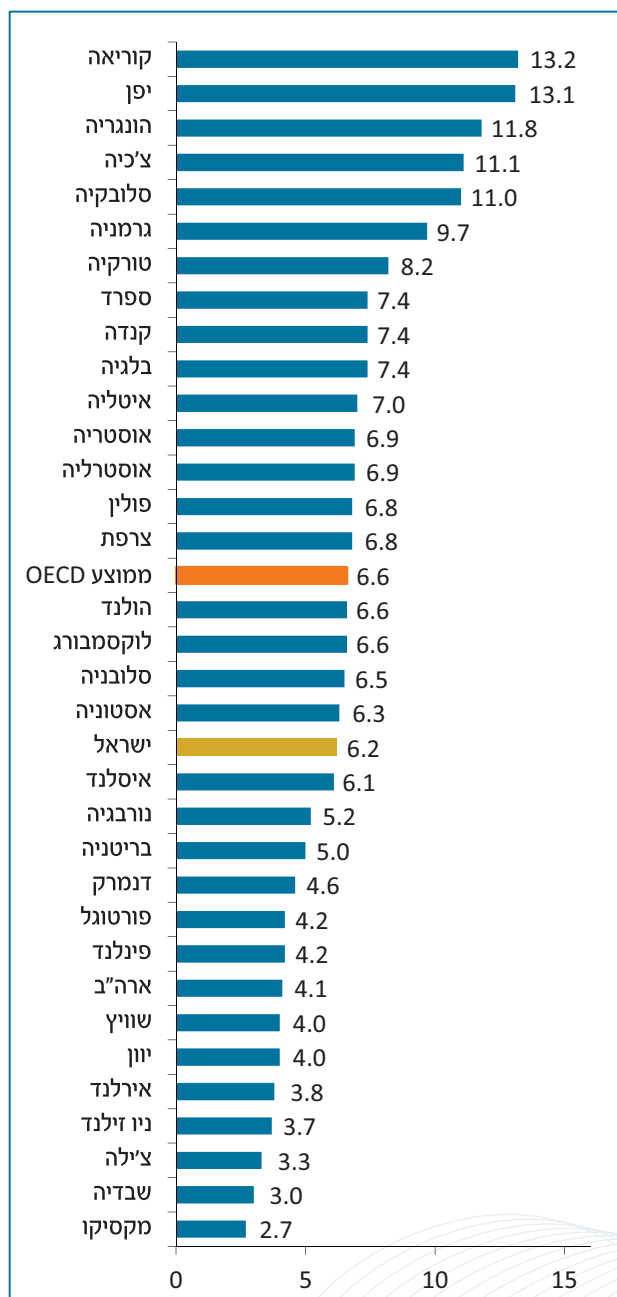
1. ביקורים אצל רופא בקהילה

שיעור הביקורים אצל רופא בקהילה היה 6.2 לנפש בשנה, 6.9 לנקבות ו-5.5 לזכרים, בהתאם לסקר הבריאות 2009 של הלמ"ס ומשרד הבריאות. השיעור לזכרים גבוה בהשוואה לנקבות בקרב ילדים בגיל 0-4 ובקרב קשישים בגיל 85 ומעלה, ואילו בגיל 15-74 השיעור גבוה יותר לנקבות. שיעור הביקורים אצל רופא בישראל נמוך בהשוואה לממוצע ב-OECD.

תרשים 1: שיעור ביקורים אצל רופא לפי גיל ומין, 2009: שיעור לנפש בשנה



תרשים 2: שיעור ביקורים אצל רופא, השוואה ל-OECD, 2011

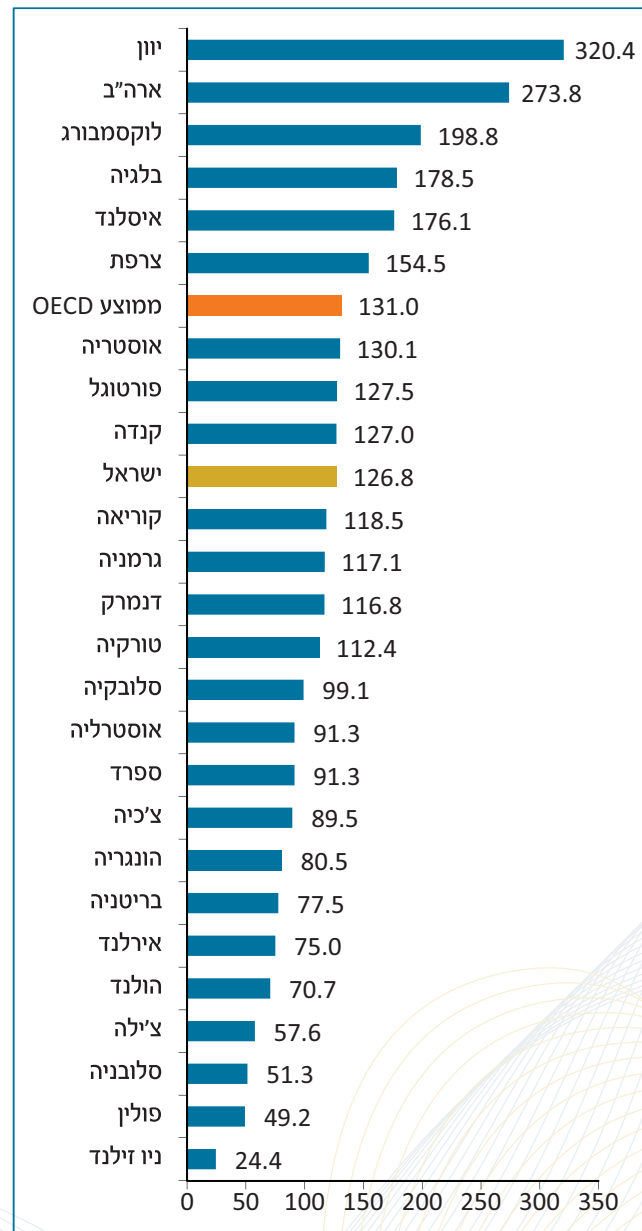


שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה, נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2009.

2. בדיקות הדמיה

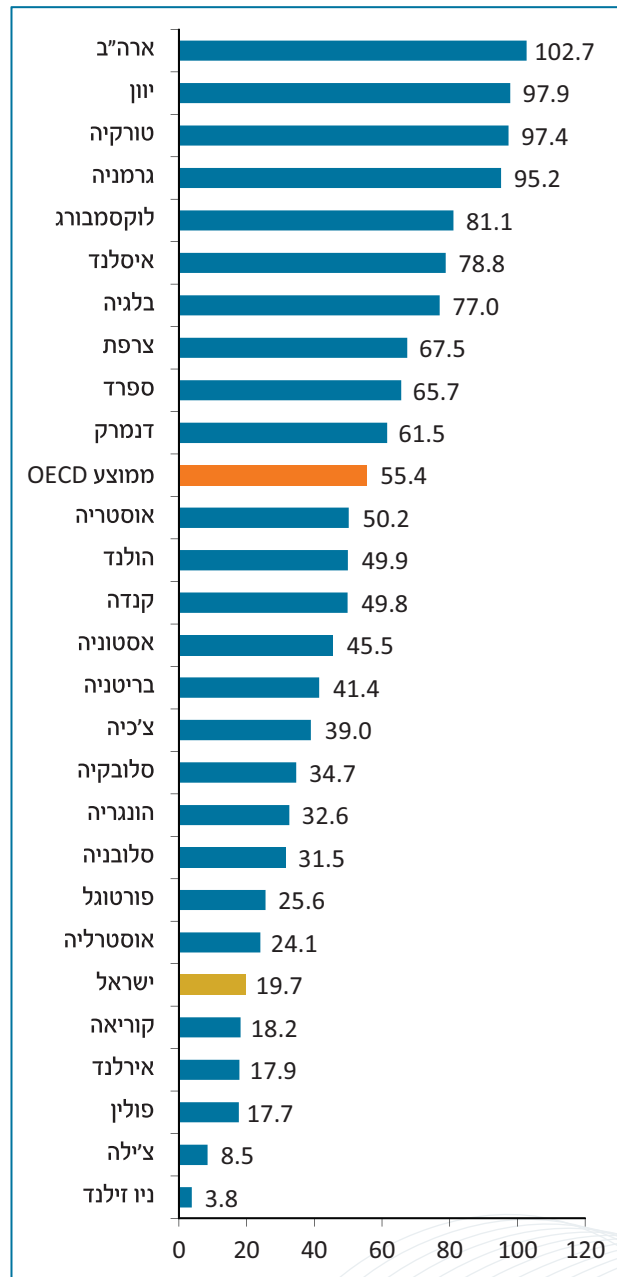
בשנת 2011, שיעור בדיקות ה-CT בישראל היה 127 ל-1,000 נפש, נמוך בהשוואה ל-131 בממוצע ה-OECD. שיעור בדיקות ה-MRI היה 20 ל-1,000 נפש, נמוך בהשוואה ל-55 בממוצע ה-OECD, ישראל מדורגת במקום הנמוך ה-6 מתוך 26 מדינות שדווחו ב-OECD. שיעורי בדיקות ה-PET בישראל היה 3.8 ל-1,000 נפש, גבוה בהשוואה ל-2.6 ל-1,000 נפש בממוצע במדינות ה-OECD, ישראל דורגה במקום השלישי הגבוה מתוך 11 מדינות שדווחו על בדיקות PET.

תרשים 3: שיעור בדיקות CT ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



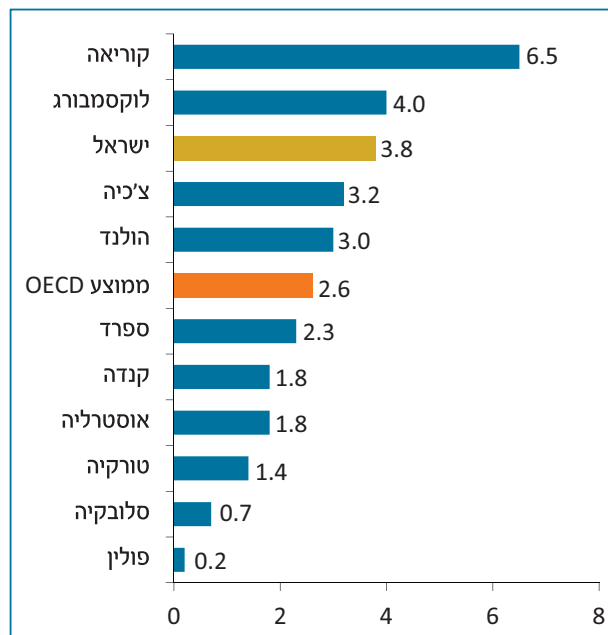
שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה.

תרשים 4: שיעור בדיקות MRI ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה.

תרשים 5: שיעור בדיקות PET ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



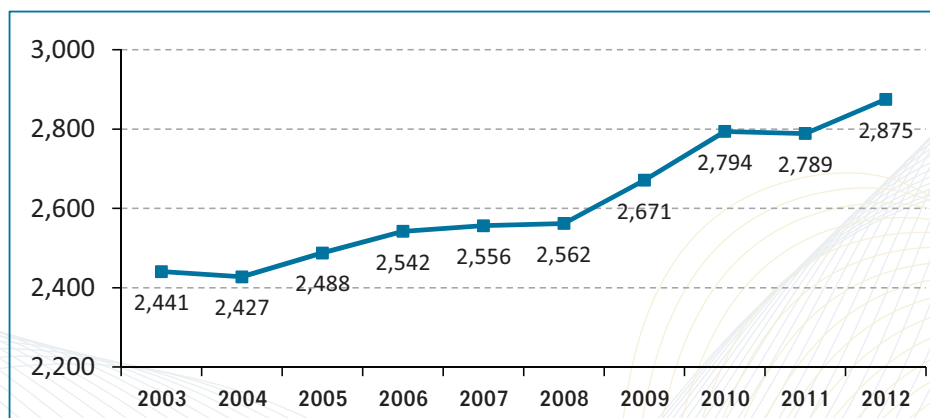
שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה.

3. ביקורים במחלקות לרפואה דחופה

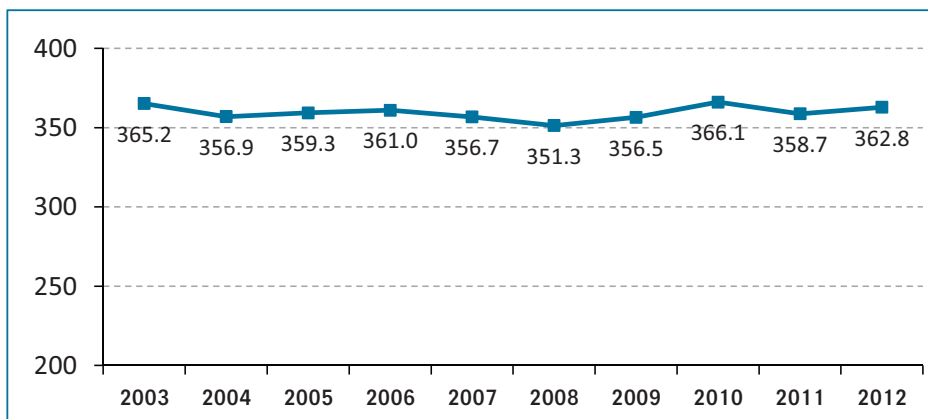
3.1 מספר ושיעור ביקורים

מספר הביקורים במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד) במגמת עלייה, 2.9 מיליון ביקורים בשנת 2012 בהשוואה ל-2.4 מיליון בשנת 2000, עלייה ב-18%. שיעור סך כל הביקורים יציב יחסית בשנים האחרונות, 36 ל-100 נפש. שיעור הביקורים גבוה בקרב תינוקות עד גיל שנה, צעירים בגיל 18-34 וקשישים בגיל 75 ומעלה. בקרב ילדים בגיל 5-17 נרשם השיעור הנמוך ביותר.

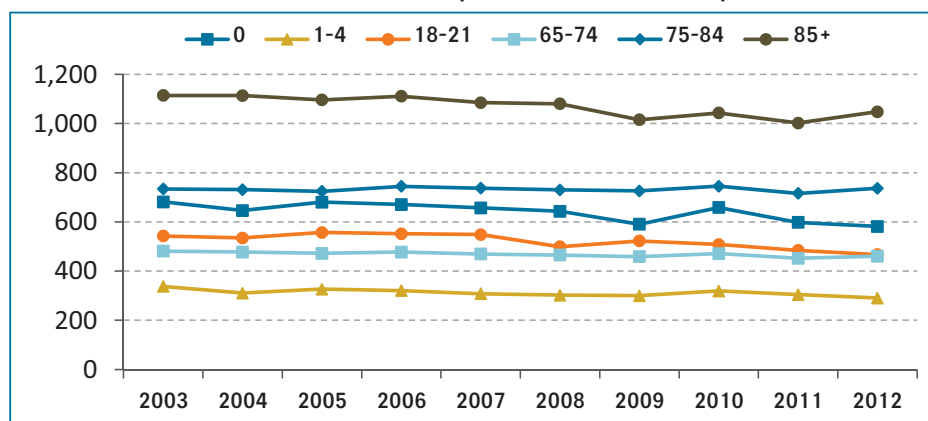
תרשים 6: מספר ביקורים במחלקות לרפואה דחופה, אלפים, 2003-2012



תרשים 7: שיעור ביקורים מתוקנן לגיל במחלקה לרפואה דחופה ל-1,000 נפש, 2012-2003



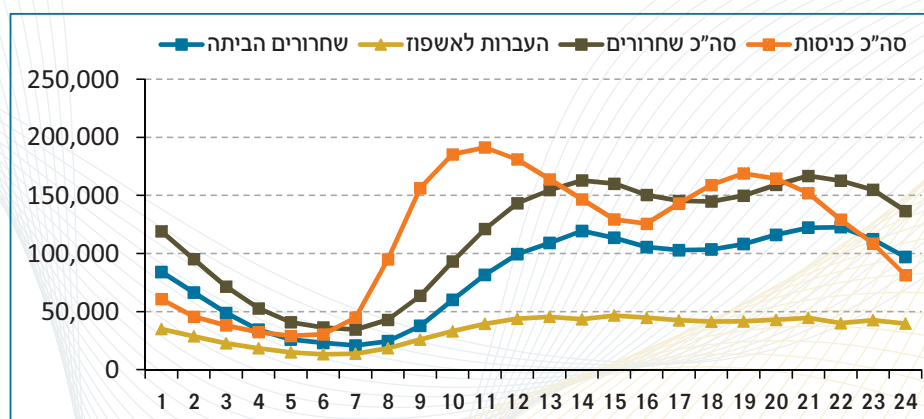
תרשים 8: שיעור ביקורים ללא יולדות במחלקה לרפואה דחופה לפי גיל ל-1,000 נפש, 2012-2003



3.2. שהיה במחלקה לרפואה דחופה

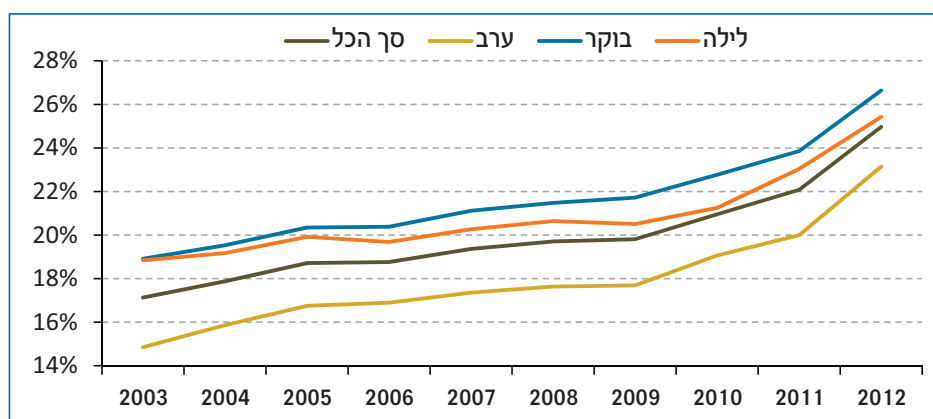
מספר הביקורים הגבוה ביותר נרשם בשעות הבוקר והצהרים, 10:00-14:00 ובשעות הערב, 18:00-21:00. מספר הביקורים נמוך יחסית בשעות הלילה המאוחרות ובשעות הבוקר המוקדמות. מספר השחרורים וגם מספר ההעברות לאשפוז יציב בין חצות היום לחצות הלילה.

תרשים 9: כניסות ושחרורים במחלקות לרפואה דחופה, מספרים מוחלטים, 2012



בשנת 2012, השהיה הממוצעת במחלקות לרפואה דחופה הייתה 3.38 שעות וחציון השהיה 2.42 שעות, עלייה מ-2.97 ו-2.13, בהתאמה, בשנת 2009. בשנת 2012, רבע (25%) מהמטופלים שהו מעל 4 שעות. שהיה שכיחה יותר במשמרת הבוקר בהשוואה למשמרת הערב, אחוז המטופלים ששהו מעל 4 שעות היה 27% ו-23%, בהתאמה, עלייה בהשוואה ל-19% ו-15%, בהתאמה, בשנת 2003.

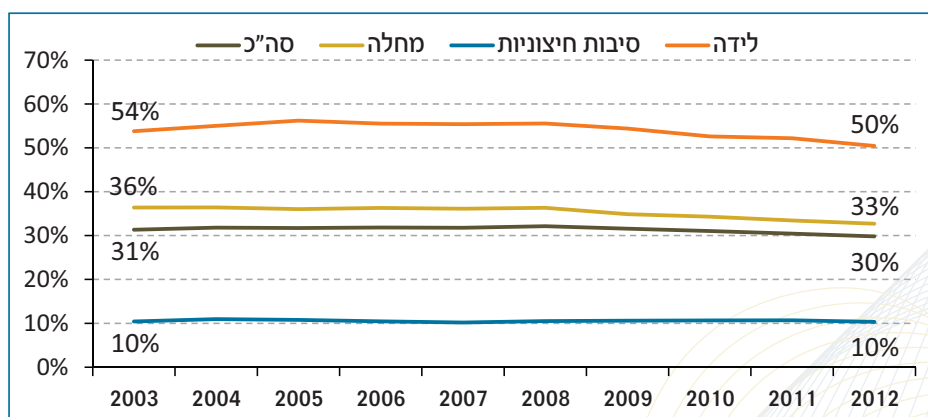
תרשים 10: אחוז הביקורים במחלקה לרפואה דחופה מעל 4 שעות לפי משמרת, 2012-2003



3.3 אחוז האשפוזים מהמחלקה לרפואה דחופה

אחוז האשפוזים מכלל הביקורים במחלקות לרפואה דחופה יציב בשנים האחרונות. בשנת 2012, כשליש (30%) מהפונים אושפזו, 27% מהפונים ללא יולדות, 33% מהפונים עקב מחלה, 10% עקב סיבות חיצוניות ו-50% מאלו שהגיעו ללידה. אחוז האשפוזים גבוה בקרב תינוקות עד גיל שנה ובגיל 50 ומעלה, האחוז במגמת עליה החל מגיל 45, בגיל צבא האחוז נמוך.

תרשים 11: אחוז האשפוזים מהמחלקה לרפואה דחופה, 2012-2003

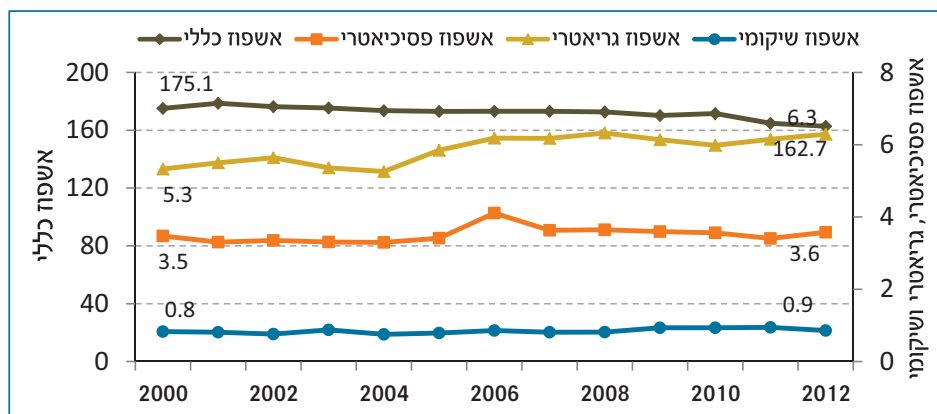


4. אשפוזים

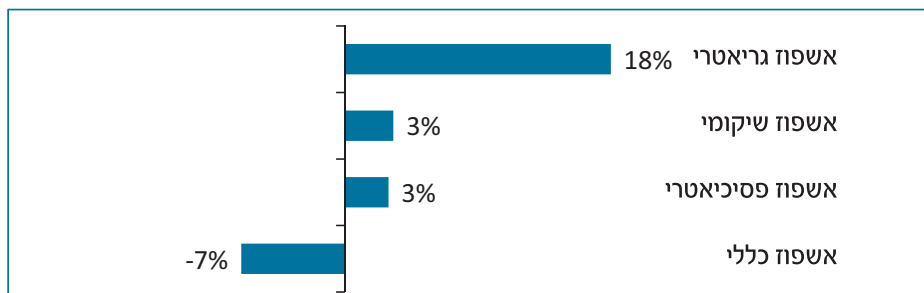
4.1. שיעור שחרורים לפי סוג האשפוז

שיעור השחרורים באשפוז הכללי במגמת ירידה, 163 ל-1,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-175 בשנת 2000, ירידה ב-7%, לעומת מגמת עלייה באשפוז הפסיכיאטרי (3%), באשפוז הגריאטרי (18%) ובאשפוז השיקומי (3%).

תרשים 12: שיעור השחרורים ל-1,000 נפש לפי סוג האשפוז, 2012-2000



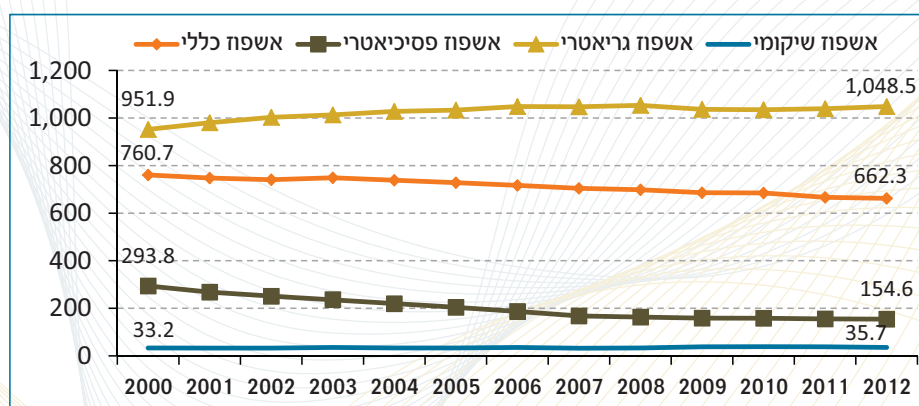
תרשים 13: אחוז שינוי בשיעור השחרורים לפי סוג אשפוז, 2012/2000



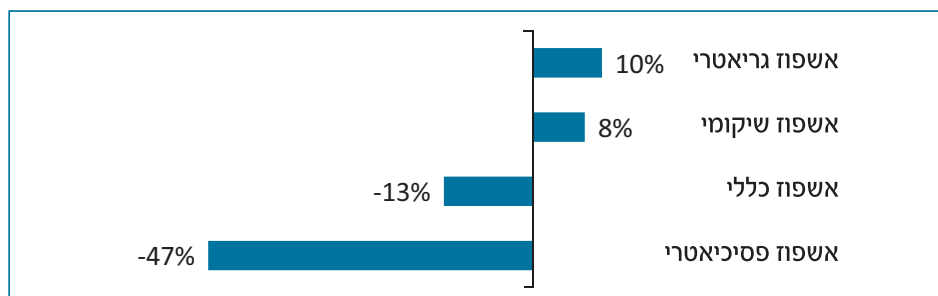
4.2. שיעור ימי האשפוז לפי סוג האשפוז

שיעור ימי האשפוז באשפוז הכללי במגמת ירידה, 663 ל-1,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-761 בשנת 2000, ירידה ב-13%. השיעור ירד באשפוז פסיכיאטרי ב-47%, לעומת עליה באשפוז הגריאטרי ובאשפוז שיקומי ב-10% וב-8%, בהתאמה.

תרשים 14: שיעור ימי אשפוז לפי סוג האשפוז ל-1,000 נפש, 2012-2000



תרשים 15: אחוז שינוי בשיעור ימי אשפוז, 2012/2000

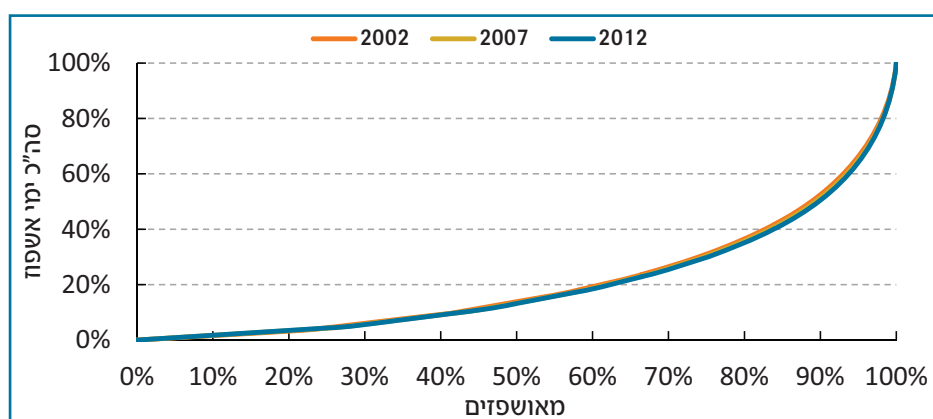


5. האשפוז הכללי

5.1. ימי אשפוז מצטברים

ההתפלגות המצטברת בשנה של ימי אשפוז לחולים שהיו מאושפדים באשפוז הכללי מצביעה על שונות גבוהה בשימוש של ימי האשפוז בין החולים. בשנת 2012, רבע (27%) מהחולים שאושפדו השתמשו ב-5% בלבד מכלל ימי האשפוז ושני שלישי (68%) מהמאושפדים השתמשו ברבע (24%) מימי האשפוז. לעומתם, ישנם חולים עם אחוז שימוש גבוה, עשירית (10%) מהחולים השתמשו במחצית (50%) מכלל ימי האשפוז ו-5%, בלבד, מהחולים שאושפדו השתמשו בשליש (33%) מסך כל ימי האשפוז באשפוז הכללי.

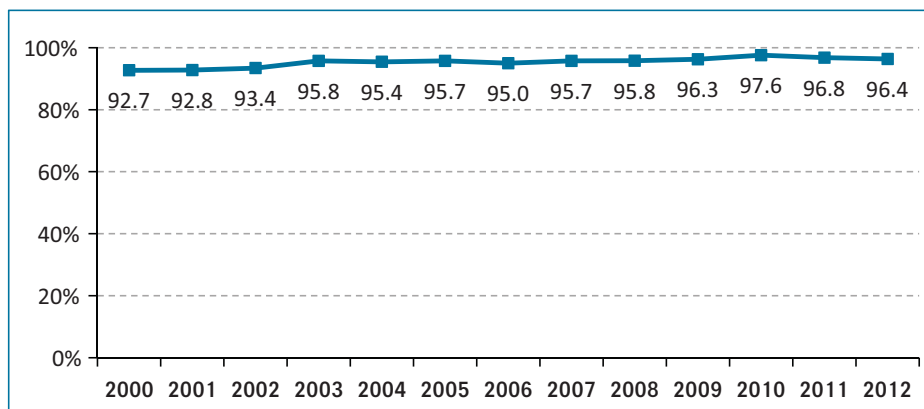
תרשים 16: סה"כ ימי אשפוז למאושפד בשנה באשפוז הכללי, אחוז מצטבר



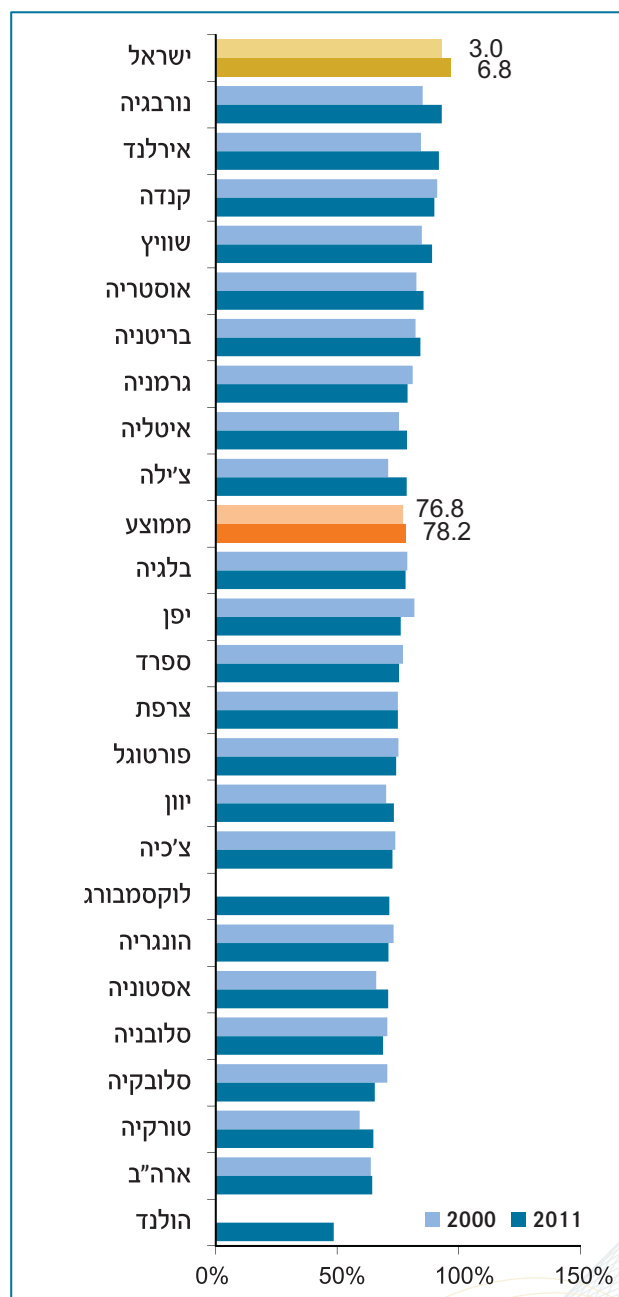
5.2. תפוסת המיטות

תפוסת מיטות באשפוז הכללי גבוהה בישראל בהשוואה לכל מדינות ה-OECD. בשנת 2012, התפוסה ירדה ל-96% בהשוואה ל-98% בשנת 2010, ירידה שהינה תוצאה של תוספת במיטות אשפוז מתחילת 2010.

תרשים 17: אחוז תפוסת מיטות בתקן באשפוז הכללי, 2012-2000



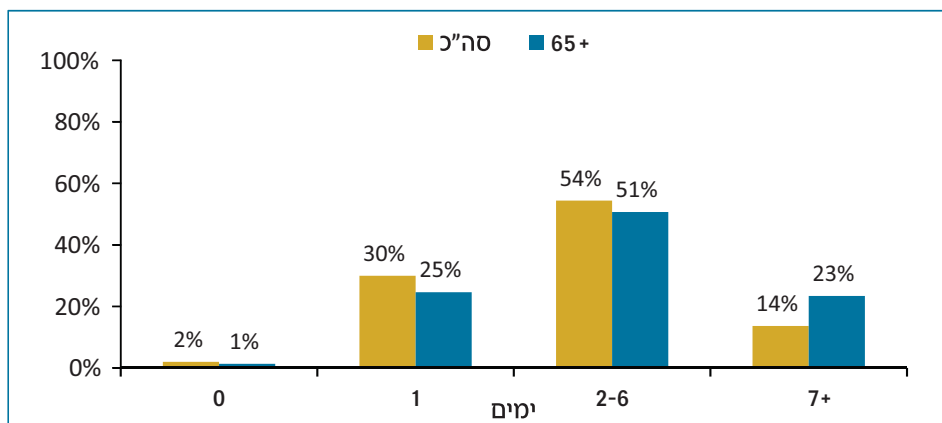
תרשים 18: אחוז תפוסת מיטות באשפוז הכללי, השוואה ל-OECD, 2000, 2011



5.3. משך השהיה

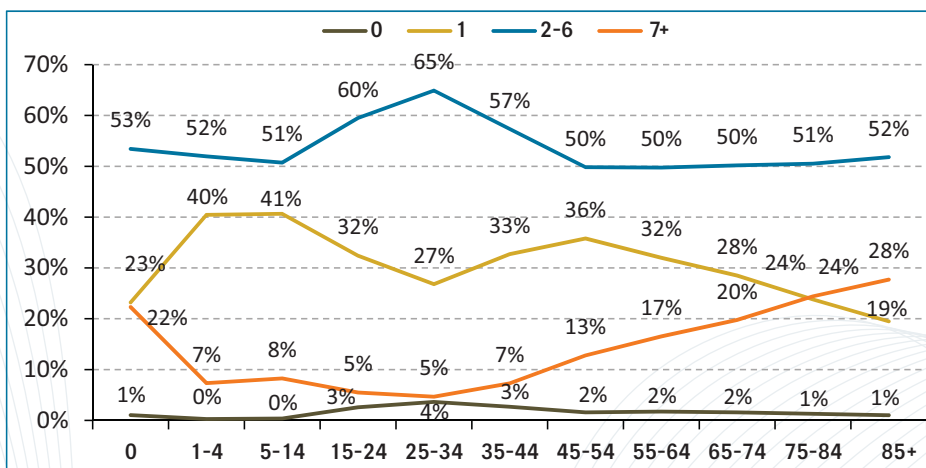
בשנת 2012, שליש (32%) מהאשפוזים באשפוז הכללי היו אשפוזים קצרים עד יום אחד, 2% התקבלו והשתחררו באותו תאריך ו-30% השתחררו יום לאחר קבלתם. לעומת זאת, 14% מהאשפוזים היו באורך שבוע ומעלה. בקרב גילאי 65 ומעלה, רבע (26%) מכלל האשפוזים היו עד יום אחד ורבע (23%) היו שבוע ומעלה.

תרשים 19: התפלגות משך השהיה באשפוז הכללי, 2012



אחוז האשפוזים הקצרים עד יום אחד יורד עם הגיל, 36% בגיל 45-54 לעומת 28% בגיל 85 ומעלה. לעומת זאת, אחוז האשפוזים שנמשכו לפחות שבוע עולה עם הגיל, 19% בגיל 85 ומעלה בהשוואה ל-5% בגיל 15-34, אחוז זה גבוה גם בקרב תינוקות עד גיל שנה, 22% בשנת 2012.

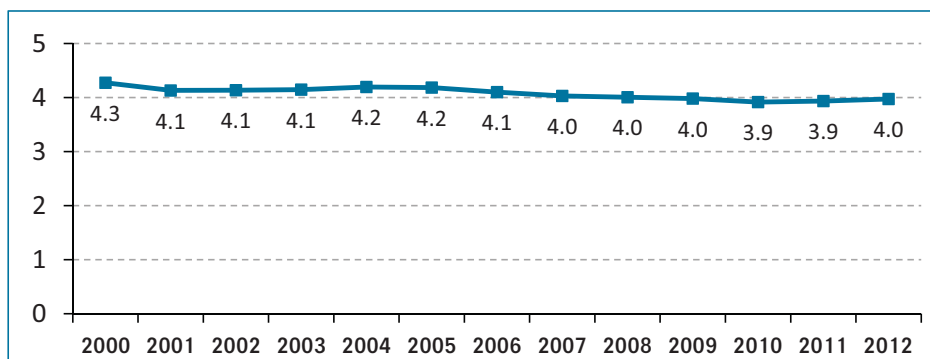
תרשים 20: התפלגות משך השהיה באשפוז הכללי לפי גיל, 2012



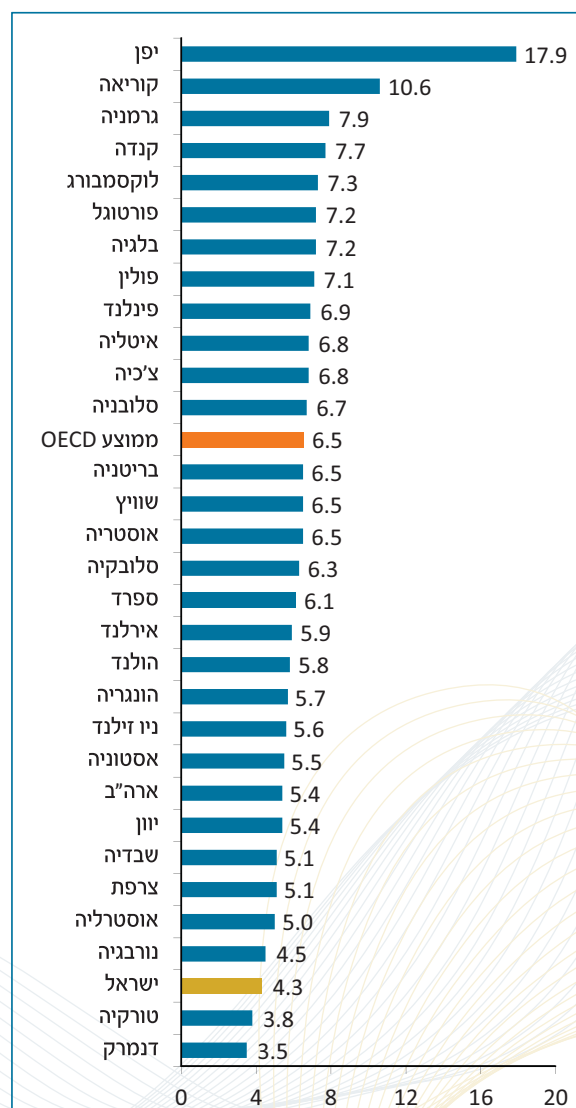
שימוש בשירותי בריאות

השהיה הממוצעת ירדה ל-4.0 ימים בשנת 2012 בהשוואה ל-4.3 בשנת 2000. ישראל מדורגת במקום הנמוך השלישי מתוך 32 מדינות ב-OECD באורך השהיה הממוצעת של חולים שהיו לפחות לילה באשפוז הכללי, 4.3 ימים בשנת 2011 בהשוואה ל-6.5 בממוצע ה-OECD.

תרשים 21: שהיה ממוצעת באשפוז הכללי, ימים, 2012-2000



תרשים 22: שהיה ממוצעת באשפוז הכללי, לא כולל אשפוזים קצרים ללא לילה, ימים, השוואה ל-OECD, 2011



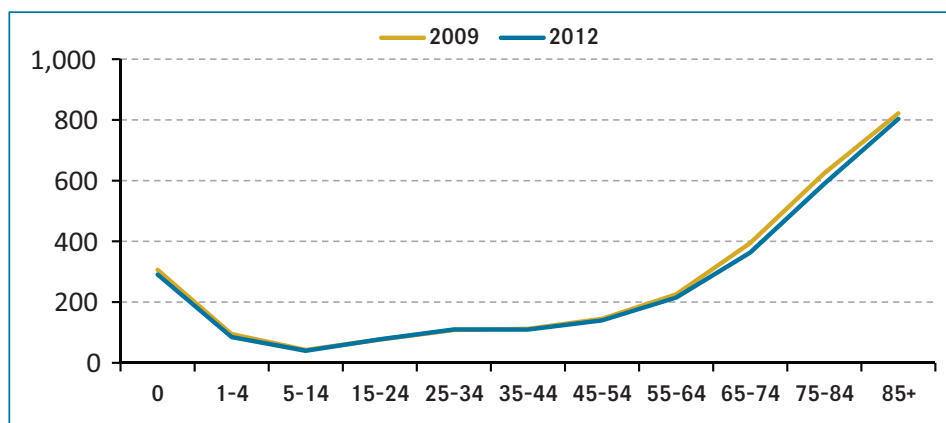
שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה.

6. אשפוז כללי ללא יולדות

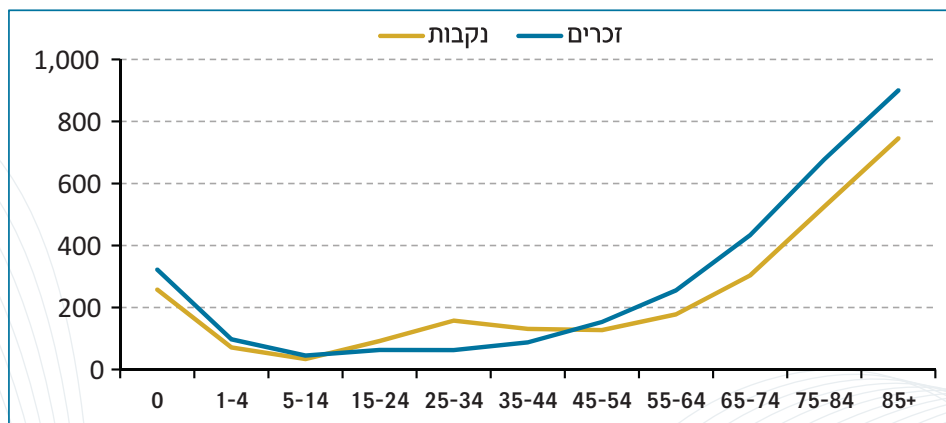
6.1. שיעור שחרורים באשפוז הכללי ללא יולדות

שיעור השחרורים באשפוז הכללי ללא יולדות במגמת ירידה, בשנת 2012 השיעור ירד ל-147, ל-1,000 נפש, 143 לזכרים ו-150 לנקבות, לעומת 151, 149 ו-153, בהתאמה, בשנת 2009. השיעור בקרב קשישים בגיל 85 ומעלה גבוה פי 5.5 בהשוואה לשיעור הכולל, השיעור בגיל 84-75 גבוה פי 4.0 ובגיל 74-65 פי 2.5 בהשוואה לשיעור הכולל. השיעור לזכרים גבוה בהשוואה לנקבות בקרב ילדים עד גיל 15 ובגיל 45 ומעלה, ואילו לנקבות השיעור גבוה יותר בגיל פריון, 15-44.

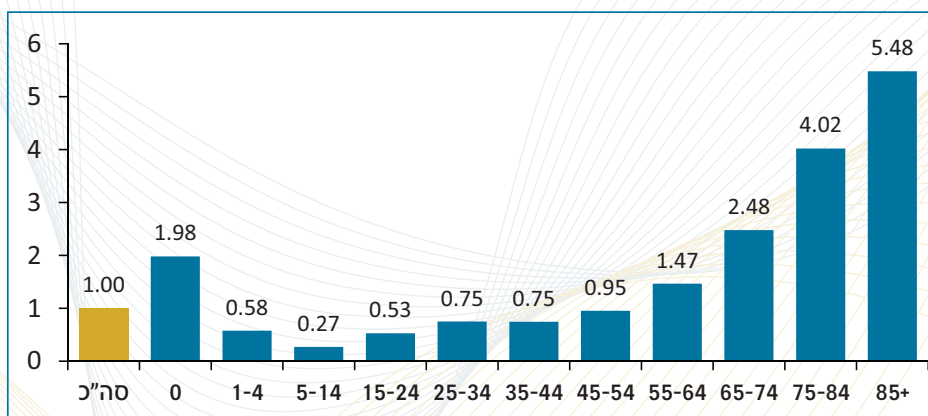
תרשים 23: שיעור השחרורים באשפוז הכללי ללא יולדות לפי גיל, 2009, 2012



תרשים 24: שיעור השחרורים באשפוז הכללי ללא יולדות לפי גיל ומין, 2012



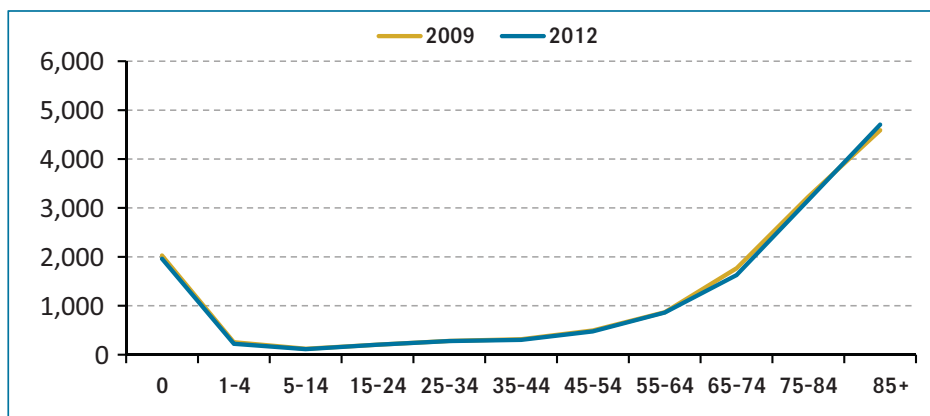
תרשים 25: שיעור שחרורים באשפוז הכללי ללא יולדות, יחס שיעורים קבוצת גילסה"כ, 2012



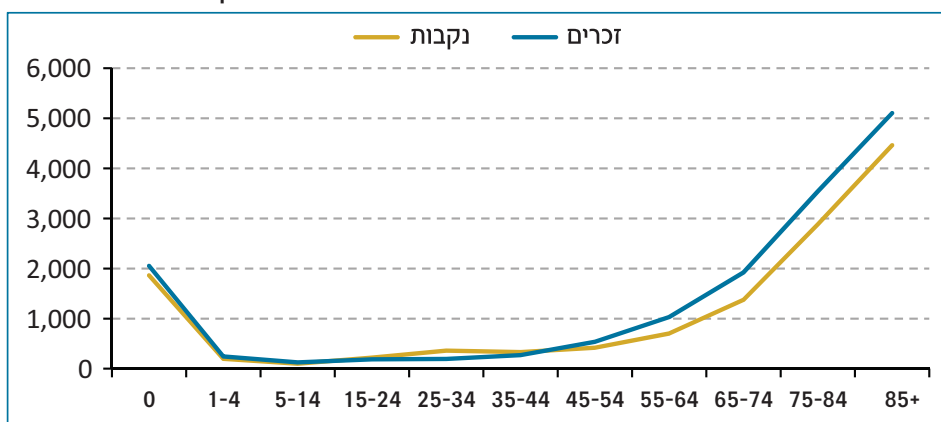
6.2. שיעור ימי אשפוז באשפוז הכללי ללא יולדות

שיעור ימי אשפוז באשפוז הכללי ללא יולדות במגמת ירידה. בשנת 2012 השיעור היה 578 ל-1,000 נפש, 581 לזכרים ו-576 לנקבות, ירידה לעומת 594 ו-577, בהתאמה, בשנת 2009. השיעור בגיל 85 ומעלה היה גבוה פי 8.1 בהשוואה לשיעור הכולל, בגיל 75-84 גבוה פי 5.5 ובגיל 65-74 פי 2.8 בהשוואה לשיעור הכולל. השיעור לזכרים גבוה בהשוואה לנקבות בקרב ילדים עד גיל 15 ובגיל 45 ומעלה ואילו לנקבות השיעור גבוה יותר בגיל 15-44.

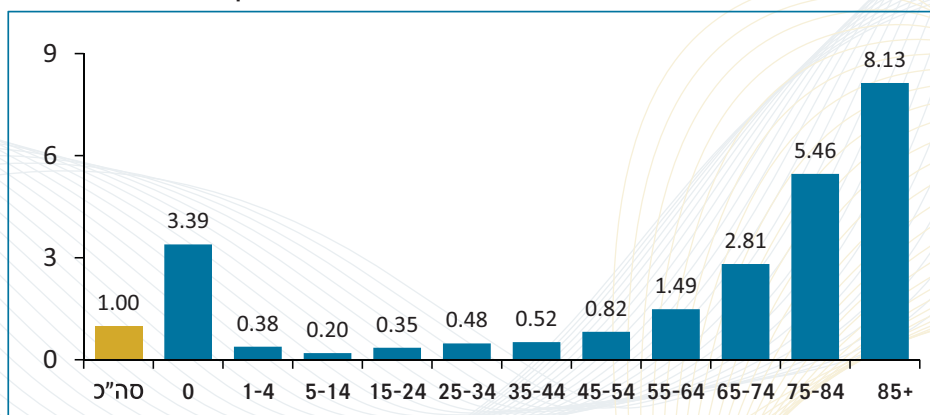
תרשים 26: שיעור ימי אשפוז באשפוז הכללי ללא יולדות לפי גיל, 2009, 2012



תרשים 27: שיעור ימי אשפוז באשפוז הכללי ללא יולדות לפי גיל ומין, 2012



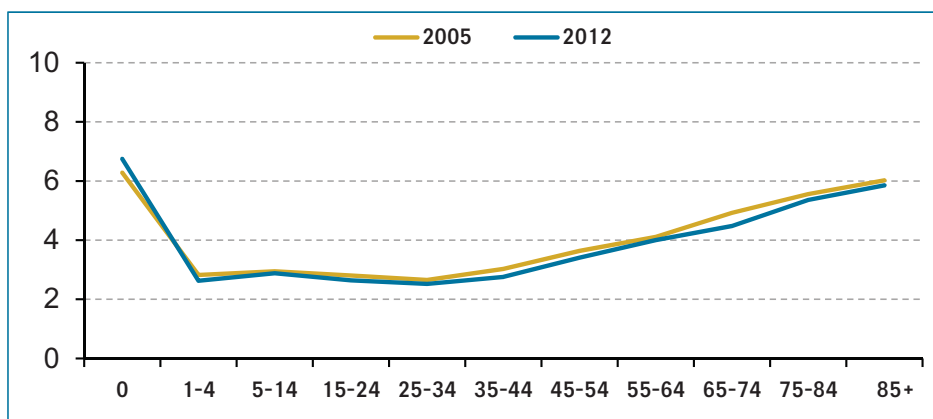
תרשים 28: יחס שיעורים ימי אשפוז באשפוז הכללי ללא יולדות, קבוצת גילסה"כ, 2012



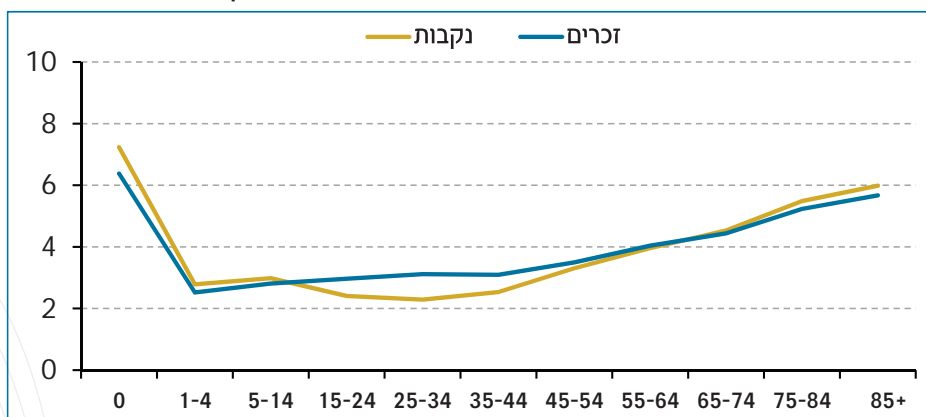
6.3. שהיה ממוצעת באשפוז הכללי ללא יולדות

השהיה הממוצעת באשפוז הכללי ללא יולדות הייתה 3.9 ימים בשנת 2012 בהשוואה ל-4.1 ימים בשנת 2005. השהיה הממוצעת באשפוז הכללי ללא יולדות עולה עם הגיל, 5.9 ימים בגיל 85 ומעלה, 5.4 בגיל 75-84 ו-4.5 בגיל 65-74. השהיה הממוצעת לזכרים גבוהה בהשוואה לנקבות בגיל 15-64.

תרשים 29: שהיה ממוצעת באשפוז הכללי ללא יולדות לפי גיל, 2005, 2012



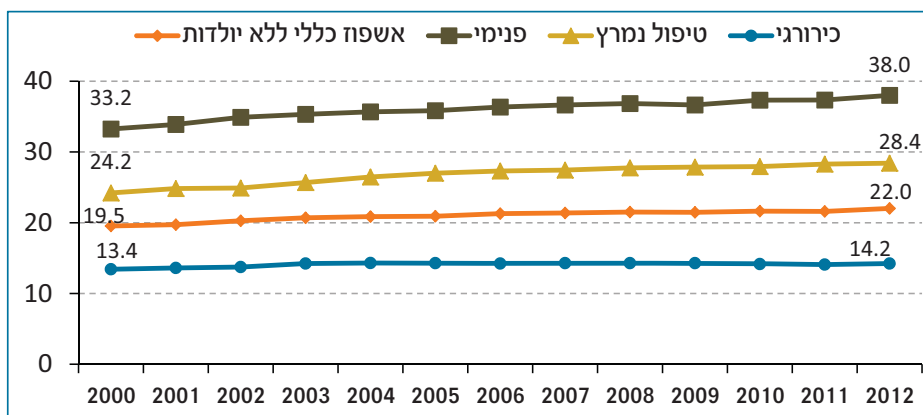
תרשים 30: שהיה ממוצעת באשפוז הכללי ללא יולדות לפי גיל ומין, 2012



6.4. אחוז האשפוזים של גילאי 75 ומעלה

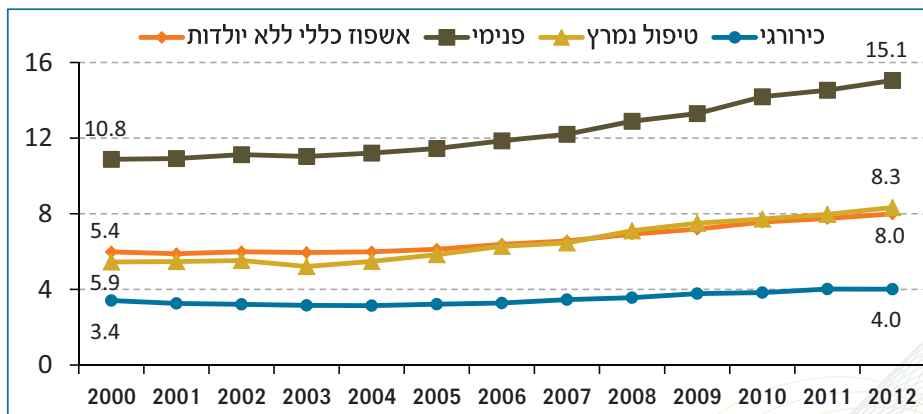
בשנת 2012, חמישית (22%) מהאשפוזים באשפוז הכללי ללא יולדות היו של גילאי 75 ומעלה בהשוואה ל-38% מהאשפוזים באגף הפנימי, 28% בטיפול נמרץ ו-14% באגף הכירורגי, עלייה בהשוואה ל-20%, 33%, 24% ו-13%, בהתאמה, בשנת 2000.

תרשים 31: אחוז האשפוזים של גילאי 75 ומעלה מכלל האשפוזים ללא יולדות לפי אגף, 2012-2000



חלקם של גילאי 85 ומעלה מכלל האשפוזים במגמת עלייה. בשנת 2012, 8% מהאשפוזים באשפוז הכללי ללא יולדות היו של גילאי 85 ומעלה בהשוואה ל-6% בשנת 2000, 15% ו-11%, בהתאמה, באגף הפנימי, 8% ו-5%, בהתאמה, בטיפול נמרץ ו-4% באגף הכירורגי לעומת 3% בשנת 2000.

תרשים 32: אחוז האשפוזים של גילאי 85 ומעלה מכלל האשפוזים ללא יולדות לפי אגף, 2012-2000

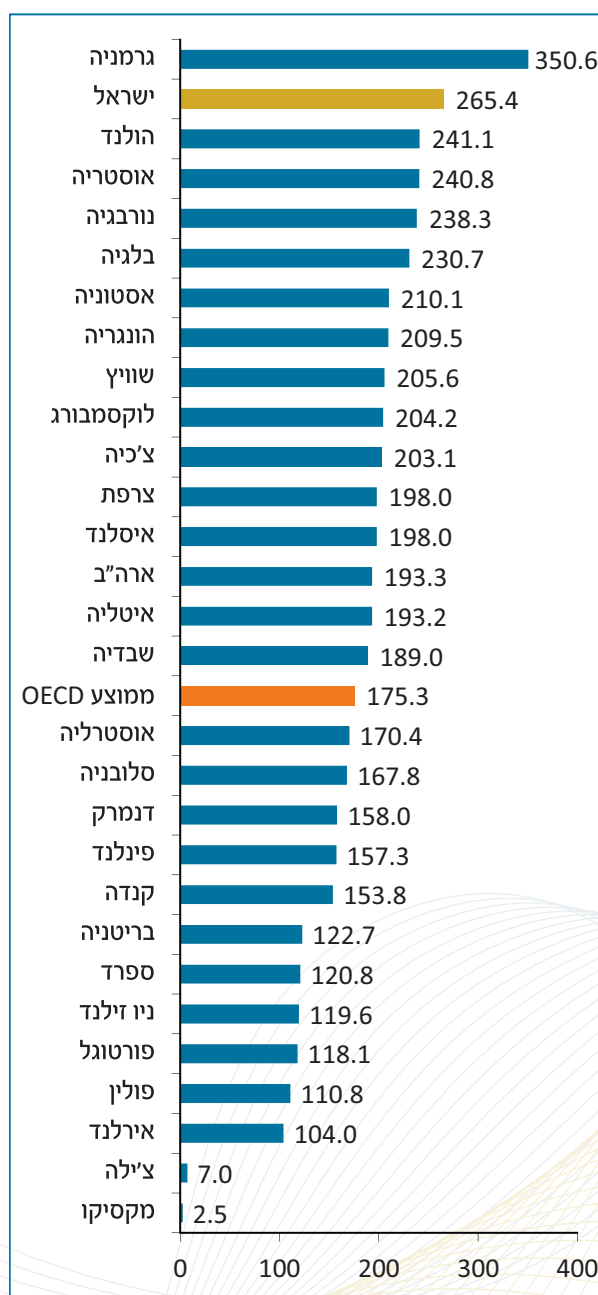


7. ניתוחים

המידע על ניתוחים מוצג בהשוואה למדינות ה-OECD, שיעור גולמי בהתאם להגדרת ניתוחים נבחרים של ה-OECD. נתוני המדינות מתייחסים לשנת 2011 או שנה אחרונה זמינה, נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

צנתור לב כלילי: שיעור צנתור לב כלילי, transluminal coronary angioplasty (קודי פעולות לפי ICD-9-CM 00.66, 36.02-36.01, 36.07-36.05, 36.09, 36.34, 37.34) בישראל היה 265 ל-100,000 נפש, גבוה בהשוואה ל-175 בממוצע ה-OECD.

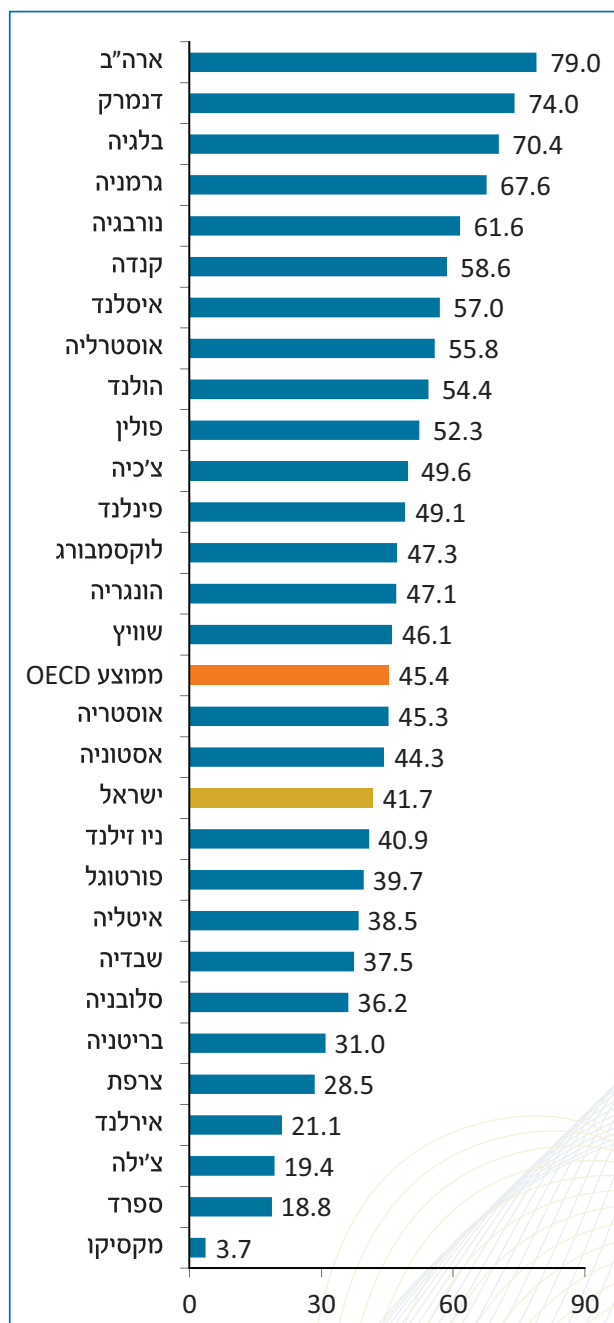
תרשים 33: שיעור צנתורי לב כליליים ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

ניתוח CABG: שיעור ניתוחי המעקפים בעורקים כליליים, coronary artery bypass graft (CABG) (קוד פעולה 36.1 לפי ICD-9-CM) היה 42 ל-100,000 נפש בישראל, נמוך בהשוואה לממוצע במדינות ה-OECD, 45 ל-100,000 נפש.

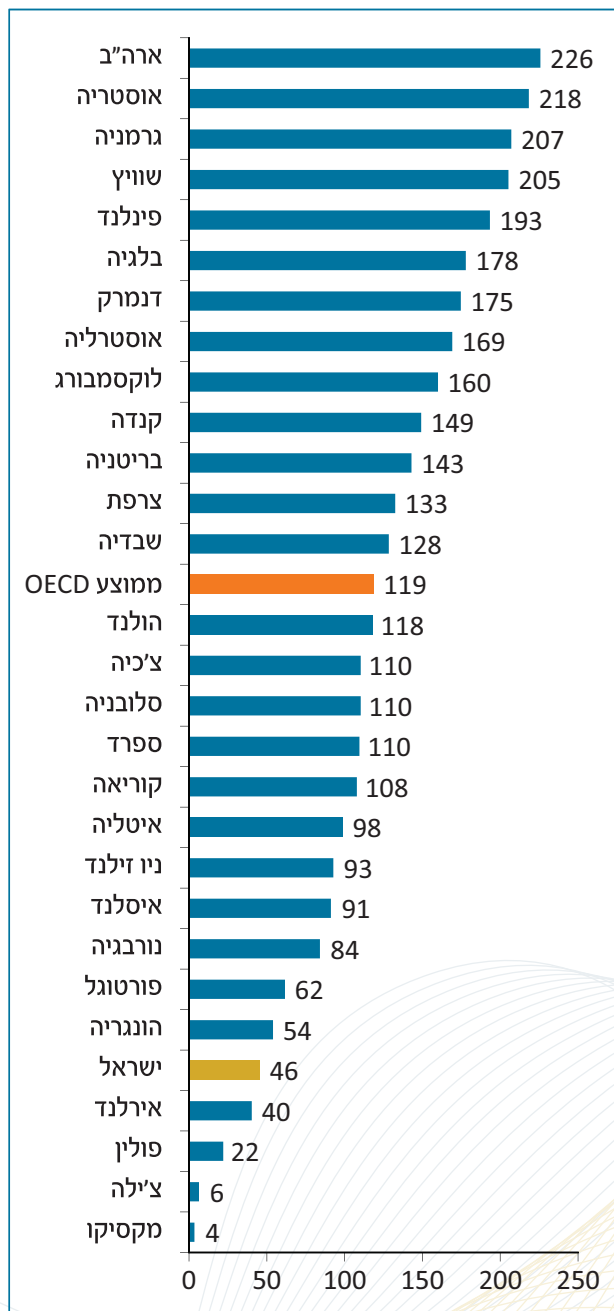
תרשים 34: שיעור ניתוחי מעקפים בעורקים הכליליים ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

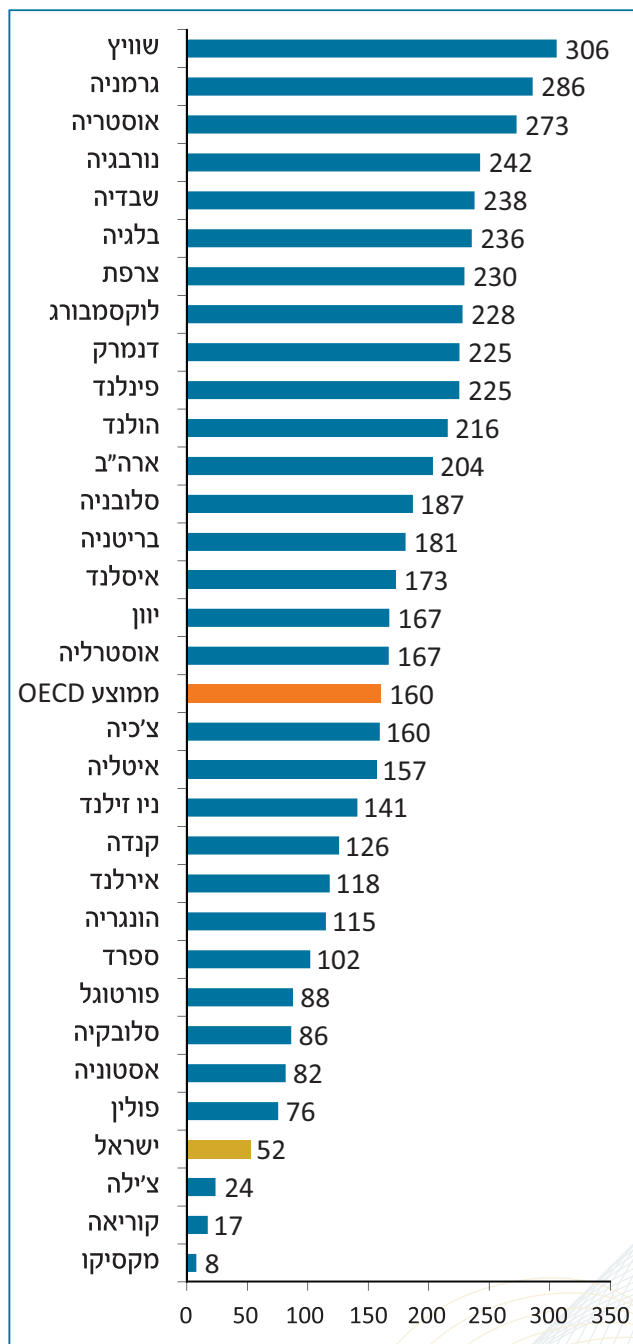
ניתוחים אורתופדיים: שיעור הניתוחים האורתופדיים בישראל נמוך בהשוואה למדינות ה-OECD. שיעור הניתוח להחלפה מלאה של מפרק הברך, total knee replacement (קוד פעולה לפי ICD-9-CM 81.54) היה 46 ל-100,000 נפש, נמוך בהשוואה ל-119 בממוצע ה-OECD. שיעור הניתוח להחלפת מפרק ירך, hip replacement (קודי פעולה לפי ICD-9-CM 81.53-81.51, 80.87-80.85, 80.77-80.70) היה גם נמוך בהשוואה לממוצע ה-OECD, 52 ל-100,000 נפש לעומת 160 ב-OECD, ישראל מדורגת במקום הנמוך ה-4.

תרשים 35: שיעור ניתוחי החלפת מפרק בך ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

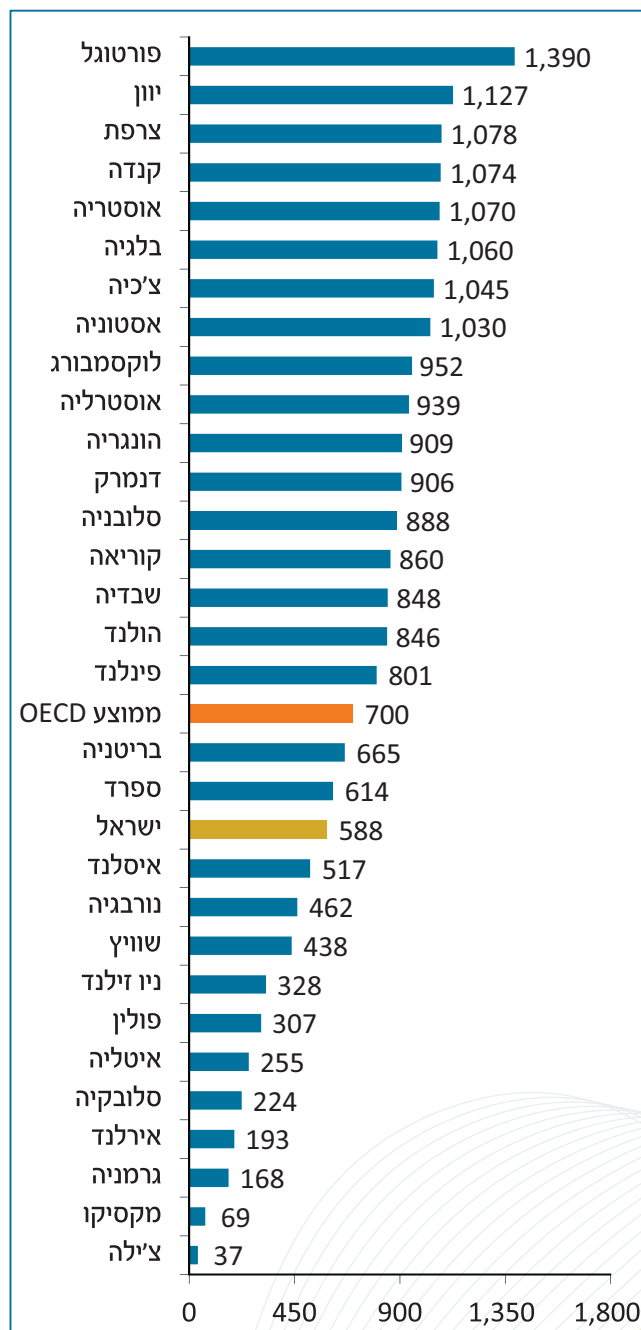
תרשים 36: שיעור ניתוחי החלפת מפרק ירך ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

ניתוח קטרקט: שיעור ניתוחי קטרקט, cataract surgery (קוד פעולה 13.1-13.8 לפי ICD-9-CM) המבוצע בבתי החולים או במרפאות בקהילה בישראל היה 588 ל-100,000 נפש, נמוך בהשוואה ל-700 בממוצע ב-OECD.

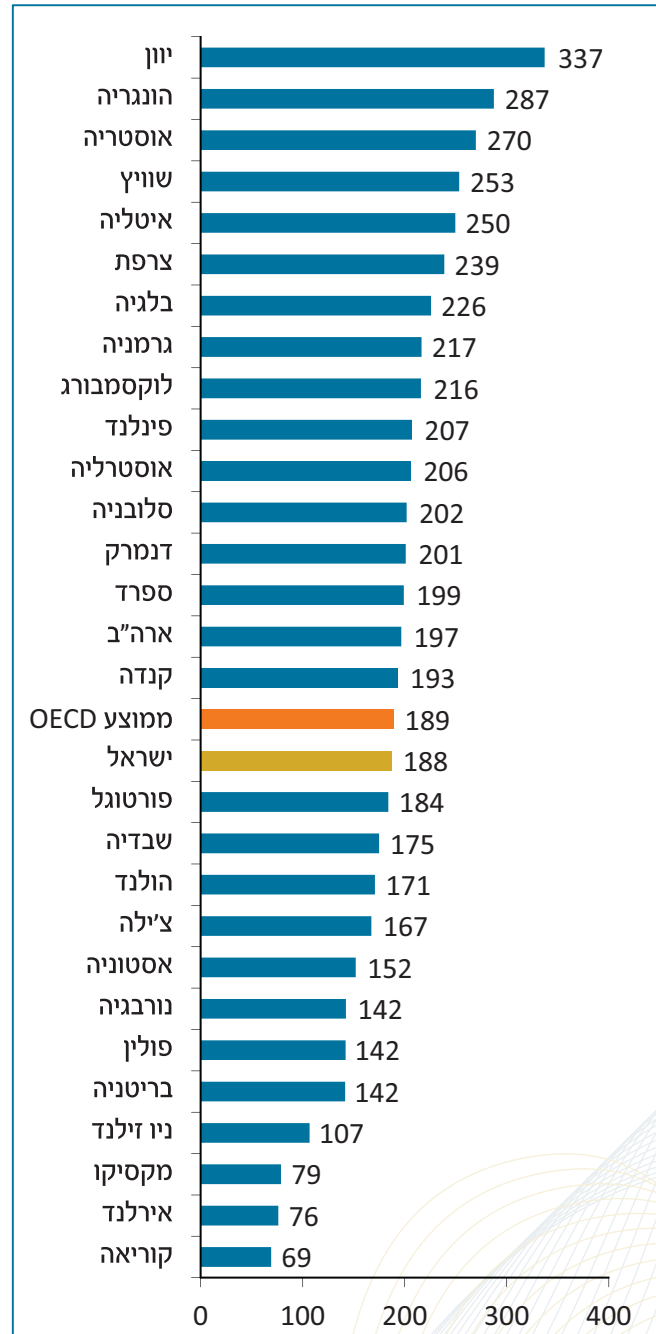
תרשים 37: שיעור ניתוחי קטרקט ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

ניתוח בקע מפשעתי: שיעור הניתוחים לתיקון בקע מפשעתי, repair of inguinal hernia (קודי פעולה 17.1-17.2, 53.0, 53.1 לפי ICD-9-CM) בישראל היה 188 ל-100,000 נפש, השיעור דומה לממוצע ב-OECD.

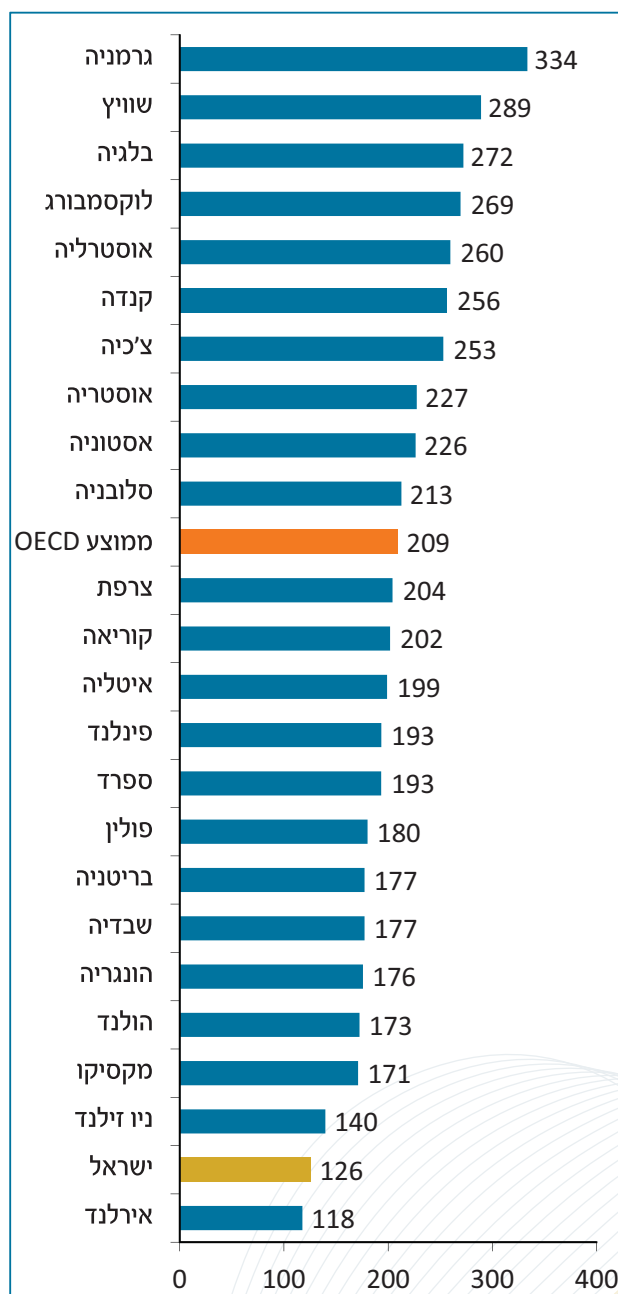
תרשים 38: שיעור ניתוחים לתיקון בקע מפשעתי ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

כריתת רחם: שיעור כריתת רחם, hysterectomy (קודי פעולה 68.3-68.7, לפי ICD-9-CM) בישראל היה 126 ל-100,000 נשים, נמוך בהשוואה ל-209 בממוצע ב-OECD, ישראל מדורגת במקום השני הנמוך מתוך 24 מדינות.

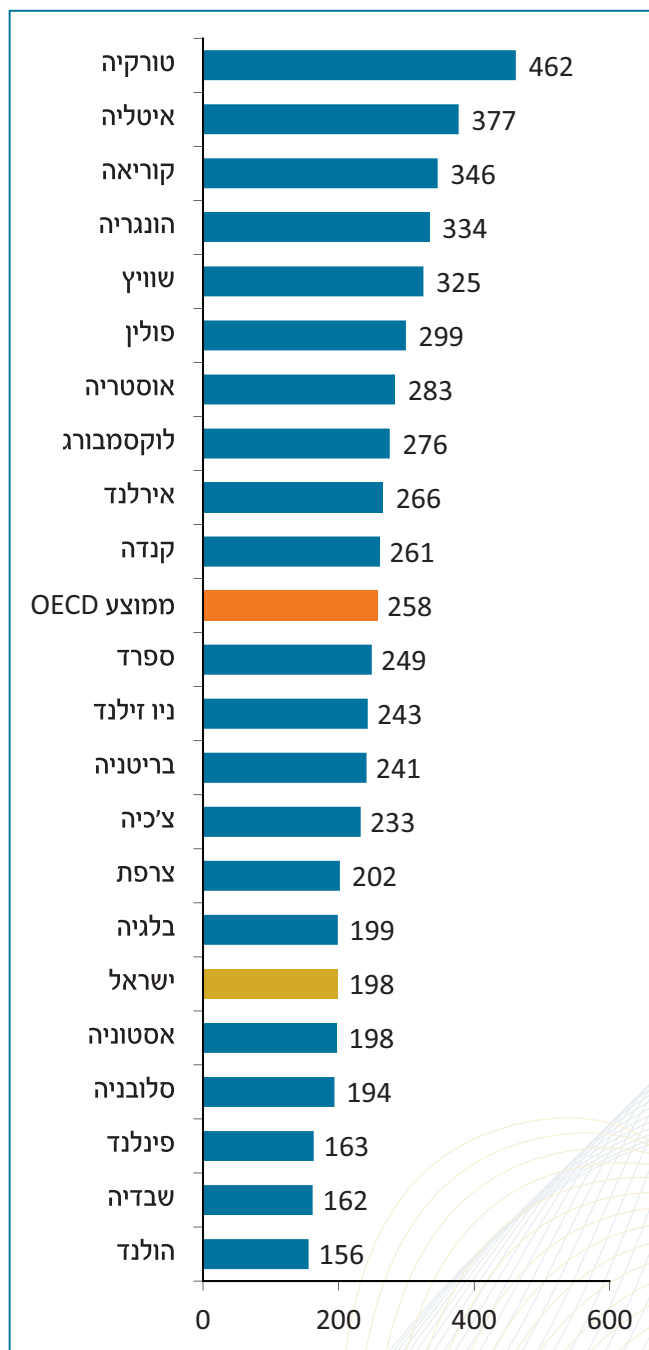
תרשים 39: שיעור ניתוחי כריתת רחם ל-100,000 נשים, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

ניתוח קיסרי: שיעור הניתוחים הקיסריים, caesarean section (קודי פעולה 74.0-74.2, 74.4, 74.99 לפי ICD-9-CM) בישראל היה 198 ל-1,000 לידות חי, נמוך בהשוואה ל-258 בממוצע ב-OECD, ישראל מדורגת במקום השישי הנמוך מתוך 22 מדינות.

תרשים 40: שיעור ניתוחים קיסריים ל-1,000 לידות חי, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2010.

מקורות המידע

1. מאגר האשפוזים, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
2. <http://stats.oecd.org>
3. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov. 2013
4. בריאות בישראל 2010, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
5. מוסדות האשפוז 2012, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות.
6. ביקורים במחלקות לרפואה דחופה 2012, גיל מרון, סתית הלל, ענבל זלץ, יעל אפלבונים, ציונה חקלאי, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות, 2013.

פרק 11

משאבי
אנוש





משאבי אנוש

ממצאים עיקריים

מספר מועסקים בשירותי הבריאות: בשנת 2012 היו 192 אלף מועסקים בשירותי הבריאות, מהם 102 אלף במקצועות הבריאות ומהם שליש רופאים ואחיות.

רופאים: שיעור הרופאים המועסקים בישראל במגמת ירידה לעומת מגמת עליה במדינות רבות ב-OECD, 3.3 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-3.2 בממוצע ה-OECD. ישראל מדורגת במקום גבוה מתוך 22 מדינות באחוז הרופאים בגיל 55 ומעלה, 40% בהשוואה ל-32% בממוצע ה-OECD. כשני שליש (60%) מהרופאים המועסקים הם מומחים. שליש מהרופאים ו-45% מהרופאים המומחים היו מועסקים ביותר ממקום עבודה אחד. בשנת 2012 עלה מספר הרשיונות החדשים ל-922 בהשוואה ל-600 במחצית השנייה של שנות האלפיים. מספר הרשיונות החדשים לבוגרי הארץ במגמת עליה, 394 בשנת 2012, לעומת כ-300 בעשור הקודם. מספר הרשיונות לישראלים בוגרי חו"ל במגמת עלייה, לעומת ירידה במספר העולים.

אחיות: שיעור האחיות המועסקות בישראל נמוך (4.8 ל-100,000 נפש) בהשוואה ל-8.8 בממוצע ה-OECD. בעשור האחרון נרשמה מגמת ירידה בשיעור האחיות. בשנת 2012 מספר הרשיונות החדשים עלה ל-1,231 לעומת 998 בשנה שעברה, המספר הגבוה ביותר ממחצית שנות האלפיים. אחוז האחיות עד גיל 45 ירד ל-41% לעומת 53% בשנת 2000.

רופאי שיניים: שיעור רופאי השיניים המועסקים בישראל דומה לממוצע ה-OECD, 0.76 ל-1,000 נפש. בשנת 2012 הונפקו 305 רשיונות חדשים, רבע לבוגרי הארץ, רבע לבוגרי ירדן והשאר לבוגרי ארצות אחרות.

רוקחים: שיעור הרוקחים בישראל במגמת עליה, השיעור גבוה בהשוואה לממוצע ה-OECD. בשנת 2012 הונפקו 308 רשיונות חדשים, 59% לבוגרי ישראל ו-31% לבוגרי ירדן.

פסיכולוגים: בשנת 2011 היו כ-6 אלפים פסיכולוגים מועסקים בשירותי הבריאות, 0.7 ל-1,000 נפש, בהתאם לסקר כוח אדם של הלמ"ס. בשנת 2012 הונפקו 571 רשיונות חדשים, מרביתם לבוגרי הארץ. כמחצית הפסיכולוגים היו מומחים בסוף 2012.

פזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, דיאטנים: מקצועות אלו לא היו מוסדרים בחוק כחמש שנים, לאחר הסדרת החוק בינואר 2009 הוחל ברישום מחדש. שיעור בעלי ההרשאה עד גיל 65 עלה בכל המקצועות, פזיותרפיסטים 0.55 ל-1,000 נפש, מרפאים בעיסוק 0.45, קלינאי תקשורת 0.40 ודיאטנים 0.22 בסוף 2012.

טכנאי שיניים, שיניים: שיעור בעלי ההרשאה עד גיל 65 במקצועות אלו בסוף 2012 היה 0.46 טכנאי שיניים ל-1,000 נפש ו-0.25 שיניים.

אופטומטריסטים: שיעור האופטומטריסטים עד גיל 65 עלה ל-0.19 ל-1,000 נפש בסוף שנת 2012.

עובדי מעבדה רפואית: בסוף 2012 שיעור עובדי מעבדה רפואית עד גיל 65 היה 1.1 ל-1,000 נפש

מקצועות עזר רפואיים: שיעור המועסקים במגמת עליה, 3.7 ל-1,000 נפש בשנת 2012 בהשוואה ל-2.7 בשנת 2000 בהתאם לסקר כ"א של הלמ"ס.

משאבי אנוש <<

רקע

משאבי האנוש במערכת הבריאות בישראל, כמו בארצות רבות, מהווים אחת התשומות העיקריות במערכת, וחשיבותם רבה לזמינות ואיכות הרפואה ובריאות האוכלוסייה.

הגדרות:

המידע על כוח האדם במקצועות הבריאות בישראל מבוסס על מקורות המידע הבאים:

בעלי הרשאה במקצועות הבריאות: המידע מבוסס על רישוי של מקצועות הבריאות בהתאם לרישום במאגרי המידע במשרד הבריאות, מאגר בעלי מקצועות רפואיים, מקצועות עזר רפואיים, פסיכולוגיה ומקצועות הסיעוד.

מועסקים במקצועות הבריאות: המידע מבוסס על סקר כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בהתאם להגדרות הסקר. בנוסף, קיימים סקרים של משרד הבריאות על רופאים ואחיות מועסקים, סקרים המבוססים על מידע מינהלי מארגוני הבריאות, סקרים המבוססים על מידע מינהלי בלמ"ס וכן סקרים ייעודיים.

מספר רשיונות: סך כל הרשיונות החדשים שמשרד הבריאות הנפיק בכל שנה בכל מקצוע.

מספר בעלי הרשאה לעסוק במקצועות הבריאות: סך כל בעלי המקצועות בסוף כל שנה שקבלו הרשאה לעסוק במקצוע בישראל, לא כולל נפטרים ומהגרים, בהתאם לעדכון ממרשם האוכלוסין.

מספר פסיכולוגים: בעלי היתר לעסוק בפסיכולוגיה בהתאם ל"חוק הפסיכולוגים, תשל"ז-1977".

שיעור בעלי מקצועות הבריאות: מספר בעלי המקצועות בסוף השנה מחולק באוכלוסיית סוף השנה.

אחוז הנשים מכלל בעלי המקצוע: אחוז הנשים מסך כל בעלי המקצוע בסוף שנה.

רופאים מומחים: רופאים בעלי תעודת מומחה אחת לפחות, לא כולל נפטרים או מהגרים, בהתאם לעדכון ממרשם האוכלוסין.

רופאי שיניים מומחים: רופאי שיניים בעלי תעודת מומחה אחת לפחות, לא כולל נפטרים או מהגרים, בהתאם לעדכון ממרשם האוכלוסין.

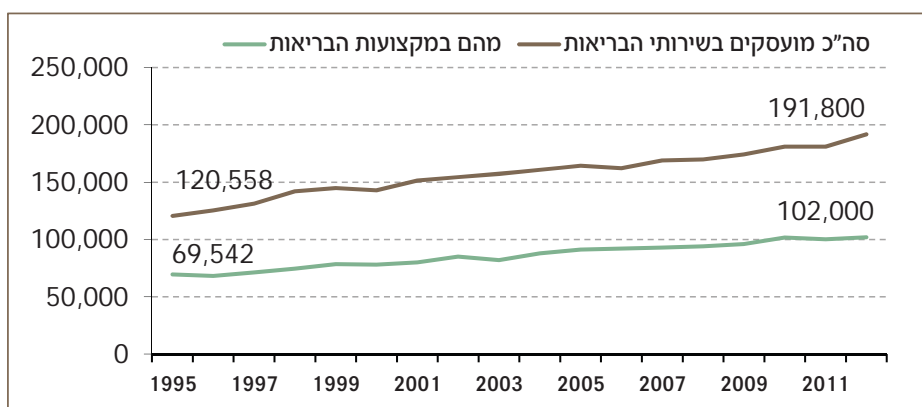
מקצועות עזר רפואיים הרשומים במשרד הבריאות: בהתאם להנחיית בית המשפט העליון מתאריך 29.4.2004, הופסקה הנפקת תעודת הכרה במעמד לבעלי מקצועות שאינם מוסדרים בחוק. משרד הבריאות ממשיך להנפיק תעודות הכרה במעמד למקצועות המוסדרים בחוק, אופטומטריסטים, עובדי מעבדה רפואית, שינניות, טכנאי שיניים, עוזרי רוקחים וגנטיקאים קליניים. בתאריך 30.7.2008 הוסדר בחוק העיסוק במקצועות פיזיותרפיה, דיאטטיקה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק; החוק נכנס לתוקף בתאריך 30.1.2009.

1. מספר המועסקים בשירותי הבריאות

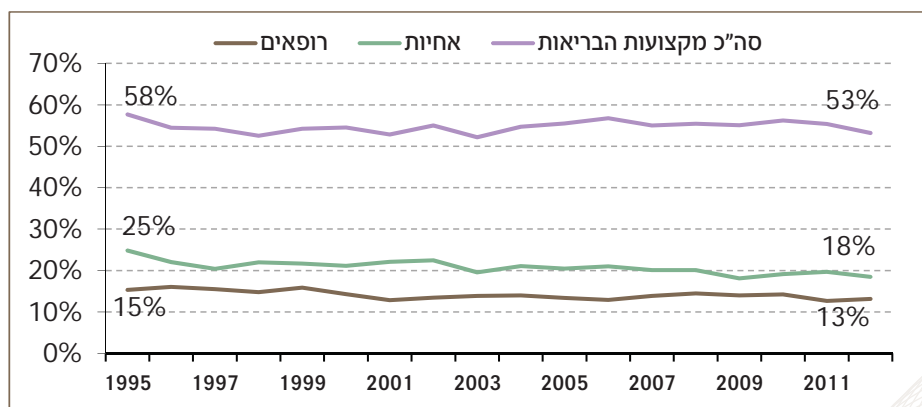
בשנת 2012 היו 192 אלף מועסקים בשירותי הבריאות, בהשוואה ל-181 אלף בשנת 2010 ו-164 אלף בשנת 2005, בהתאם לסקר כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. כמחצית (53%) מכלל המועסקים בשירותי הבריאות היו במקצועות הבריאות, אחוז יציב בעשור האחרון. בשנת 2012 היו 102 אלף מועסקים במקצועות הבריאות, מהם שליש היו רופאים ואחיות.

בשנת 2012 היו מועסקים 38 אלף אחיות, 25.7 אלף רופאים, 24.8 אלף מקצועות רפואיים אחרים, 29.1 אלף מקצועות עזר רפואיים ו-4.6 אלף רופאי שיניים, בהתאם לסקר כוח אדם של הלמ"ס.

תרשים 1: מספר מועסקים בשירותי הבריאות לפי משלח יד, 1995-2012



תרשים 2: אחוז המועסקים במקצועות הבריאות מכלל המועסקים בשירותי הבריאות, 1995-2012

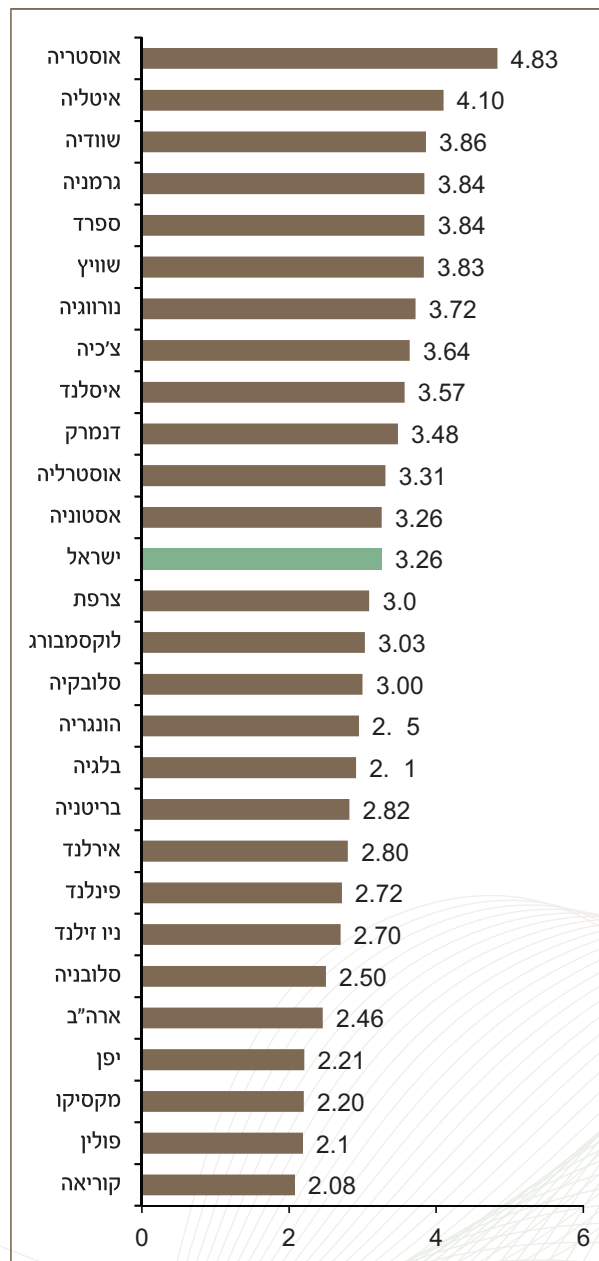


2. רופאים

2.1. רופאים מועסקים

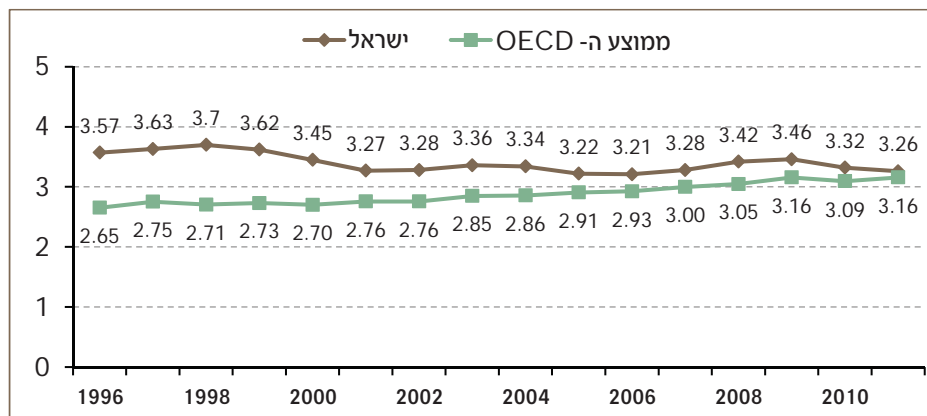
שיעור הרופאים המועסקים בישראל נמצא במגמת ירידה, לעומת מגמת עליה בממוצע מדינות ה-OECD. בשנת 2011 השיעור עמד על 3.3 ל-1,000 נפש והיה דומה לממוצע מדינות ה-OECD, אשר עמד על 3.2 ל-1,000 נפש. בעשור האחרון נרשמה מגמת עליה בשיעור הרופאים המועסקים במדינות רבות, כגון אנגליה, הולנד, דנמרק, ארה"ב, קנדה ואוסטרליה, וזאת כתוצאה ממדיניות מכוונת.

תרשים 3: שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש ב-OECD, 2011



נתוני 2011 או שנה אחרונה זמינה.

תרשים 4: שיעור רופאים מועסקים ל-1,000 נפש בהשוואה לממוצע ה-OECD, 1996-2011



ממוצע שעות עבודה: בהתאם לדיווח על מספר שעות עבודה בשבוע האחרון לפי סקר כוח האדם של הלמ"ס, רופאים עבדו בממוצע 48 שעות בשבוע ורופאות 37 שעות בשבוע. מספר שעות העבודה בקרב רופאים גבוה ב-28% לעומת רופאות. בקרב רופאים עד גיל 45 מספר שעות העבודה גבוה ב-44% בהשוואה לרופאות ובגיל 64-45 ההפרש מצטמצם ל-23%.

אחוז הנשים מכלל הרופאים: בשנים 2009-2011, 43% מכלל הרופאים המועסקים היו נשים. אחוז הנשים גבוה יותר בגילאים הצעירים, 47% מכלל הרופאים המועסקים עד גיל 45 היו נשים, בהשוואה ל-43% בגיל 55-64 ו-28% בגיל 65 ומעלה.

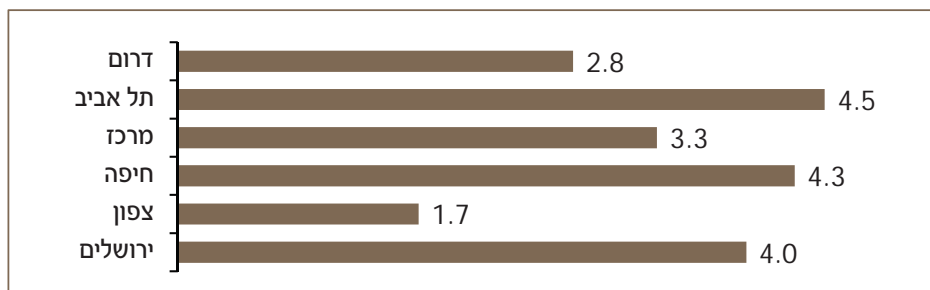
טבלה 1: אחוז הנשים מכלל הרופאים המועסקים וממוצע שעות עבודה בשבוע, 2009-2011

גיל	אחוז הנשים	ממוצע שעות עבודה		
		גברים	נשים	יחס גברים/נשים
סה"כ	42.6%	47.9	37.3	1.28
-45	47.0%	52.7	36.6	1.44
45-54	41.3%	47.7	38.6	1.24
55-64	42.6%	48.2	39.6	1.22
65+	27.9%	30.7	23.2	1.32

מבוסס על סקר כ"א של הלמ"ס.

רופאים מועסקים לפי מחוז תעסוקה: שיעור הרופאים המועסקים נמוך יותר במחוז הצפון והדרום בהשוואה לשיעור גבוה במחוזות תל אביב, חיפה וירושלים. השיעור במחוז תל אביב גבוה פי 2.5 בהשוואה למחוז הצפון.

תרשים 5: שיעור רופאים מועסקים לפי מחוז תעסוקה, 2009-2011: שיעור ל-1,000 נפש



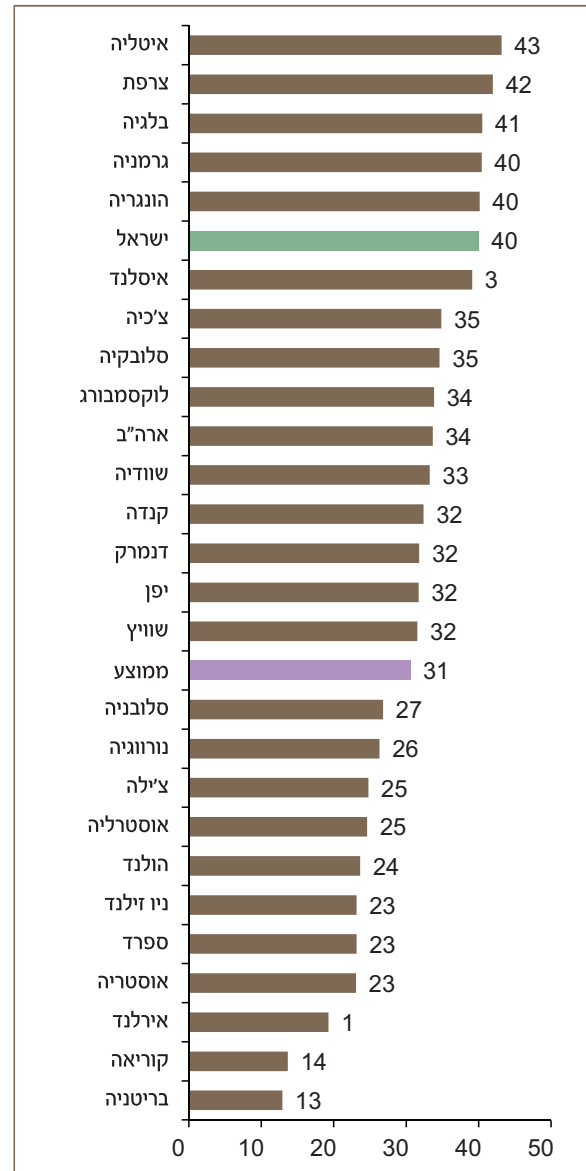
מבוסס על סקר כ"א של הלמ"ס.

רופאים מועסקים לפי מקום תעסוקה: למעלה ממחצית הרופאים המועסקים (56%) דיווחו כי הם עובדים בבתי חולים וזהו מקום עבודתם העיקרי, בהתאם לסקר כוח אדם של הלמ"ס.

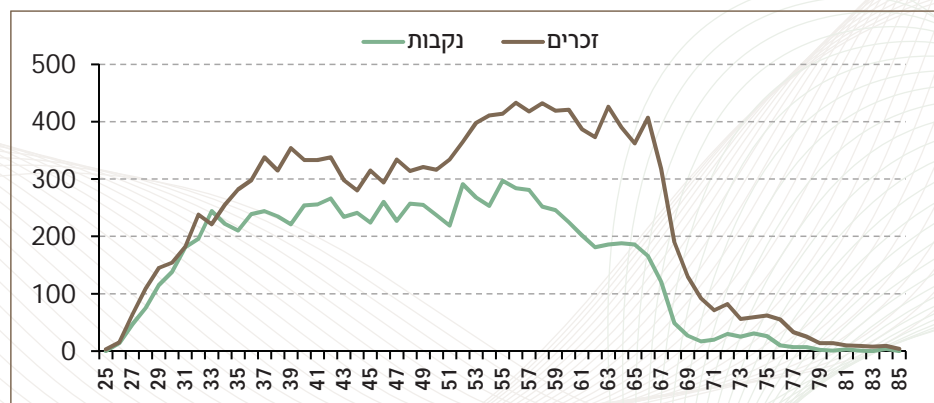
רופאים מועסקים לפי גיל: מידע מנהלי שהתקבל במשרד הבריאות ממרבית ארגוני הבריאות במהלך סוף 2012 ותחילת 2013, המבוסס על 23 אלף רופאים מועסקים¹, מצביע על הזדקנות אוכלוסיית הרופאים המועסקים והצורך בתוספת רשיונות חדשים ברפואה. שליש מהרופאים המועסקים היו עד גיל 45 ושני שלישי היו בגיל 45 ומעלה. רבע (25%) מהמועסקים היו בגיל 45-54, רבע (28%) בגיל 54-64 ו-12% בגיל 65 ומעלה. בקרב הרופאות, אחוז המועסקות עד גיל 45 (39%) גבוה יותר בהשוואה לרופאים (32%).

אחוז הרופאים המועסקים בגיל 55 ומעלה בישראל (40%) גבוה בהשוואה למוצע ה-OECD (31%) וישראל מדורגת במקום ה-6 הגבוה מתוך 27 מדינות. אחוז המועסקים בגיל 55 ומעלה בקרב רופאים (44%) גבוה בהשוואה לרופאות (33%). אחוז הרופאים המועסקים בגיל 67 ומעלה היה 7% בשנת 2012, אחוז דומה לנתון משנת 2008, שהתקבל ע"י הקבלת בעלי הרשאה ברפואה עם קובץ מס הכנסה וקובץ המפקד בלמ"ס⁴.

תרשים 6: אחוז גילאי 55 ומעלה מכלל הרופאים המועסקים ב-OECD, 2011

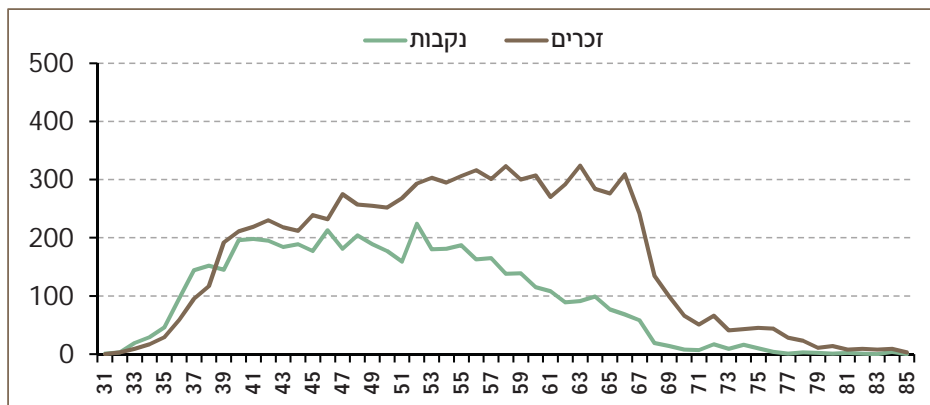


תרשים 7: מספר הרופאים המועסקים לפי גיל, 2012



מבוסס על מידע מנהלי ממרבית ארגוני הבריאות.

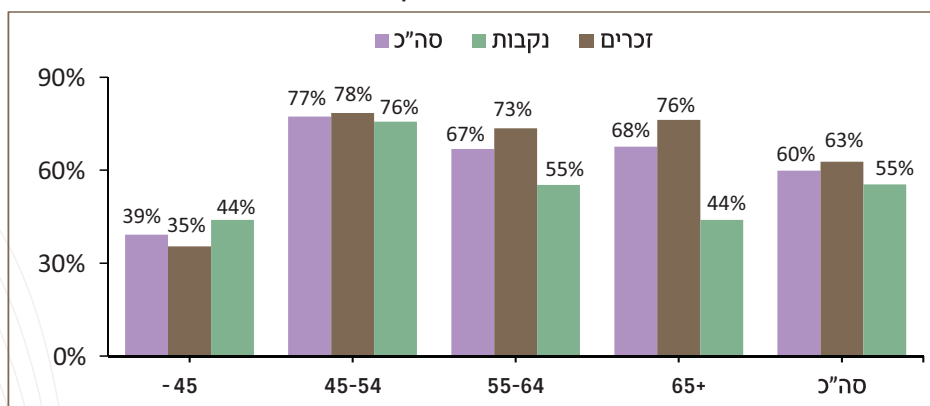
תרשים 8: מספר הרופאים המומחים המועסקים לפי גיל, 2012



מבוסס על מידע מנהלי ממרבית ארגוני הבריאות.

אחוז המומחים מכלל הרופאים המועסקים: כשני שליש (60%) מהרופאים המועסקים הם בעלי תעודת התמחות אחת לפחות, 77% בגיל 54-55 ומעלה. אחוז המומחים גבוה יותר בקרב גברים (63%) בהשוואה לנשים (55%). בגיל 55 ומעלה, 74% מהרופאים מומחים בהשוואה ל-53% מהרופאות. לעומת זאת, אחוז המומחים מכלל הרופאים עד גיל 45 גבוה יותר בקרב רופאות (44%) בהשוואה לרופאים (35%) ובגיל 54-45 האחוז דומה בקרב רופאים ורופאות.

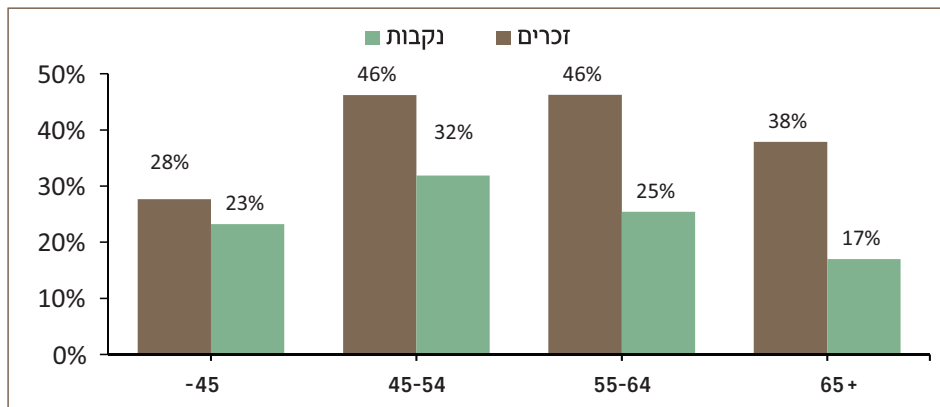
תרשים 9: אחוז המומחים מכלל הרופאים המועסקים לפי גיל, 2012



מבוסס על מידע מנהלי ממרבית ארגוני הבריאות.

מקומות תעסוקה: שליש (34%) מהרופאים מועסקים ביותר ממקום עבודה אחד, 39% מהרופאים לעומת 26% מהרופאות. האחוז גבוה יותר בקרב מומחים, מחציתם (45%) עובדים ביותר ממקום אחד, 51% מהרופאים ו-35% מהרופאות.

תרשים 10: אחוז הרופאים המועסקים בשני מקומות ומעלה לפי גיל, 2012

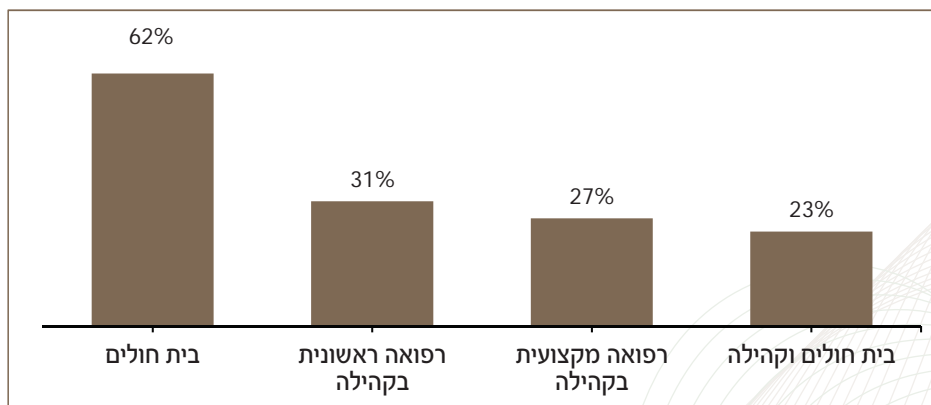


מבוסס על מידע מנהלי ממרבית ארגוני הבריאות.

בהתאם לדיווח קופות החולים, נמצא כי היו 7,173 רופאים מועסקים במרפאות ראשוניות בקהילה, כרופאי משפחה או ילדים. כמחצית המועסקים במרפאות ראשוניות (45%) מומחים ברפואת משפחה, ילדים או פנימית, 11% בעלי התמחות אחרת וכמחצית (45%) אינם מומחים, ירידה לעומת 56% בשנת 1998³.

בהתאם לכל מקומות התעסוקה שדווחו, שליש מהרופאים (31%) מועסקים כרופאים ראשוניים בקהילה, רבע (27%) כרופאים מקצועיים בקהילה, שני שליש (62%) בבתי חולים ורבע (23%) עובדים במקביל בבתי חולים ובקהילה.

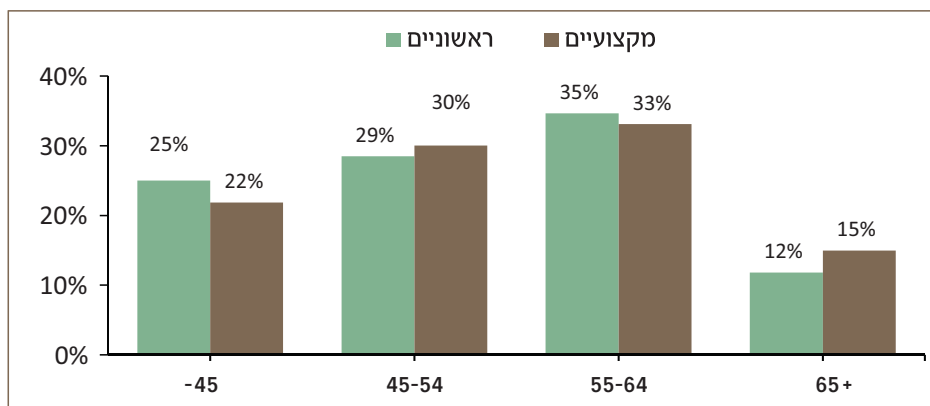
תרשים 11: אחוז הרופאים המועסקים לפי מקום תעסוקה, 2012: בהתאם לכל מקומות התעסוקה שדווחו



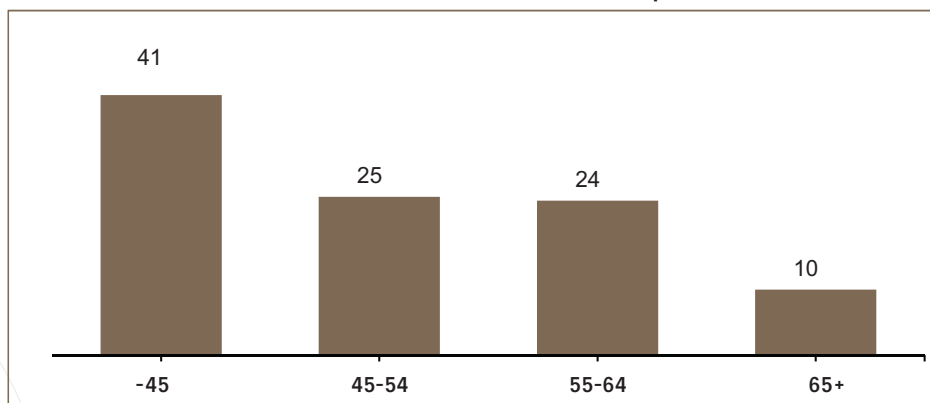
מבוסס על מידע מנהלי ממרבית ארגוני הבריאות.

אחוז הרופאים עד גיל 45 המועסקים בקהילה (25% מהרופאים הראשוניים ו-22% מהרופאים המקצועיים) נמוך יותר בהשוואה למועסקים בבתי חולים (41%). לעומת זאת, אחוז גילאי 64-55 המועסקים בקהילה (35% מהרופאים הראשוניים ו-33% מהרופאים המקצועיים) גבוה יותר בהשוואה למועסקים בבתי חולים (24%).

תרשים 12: רופאים מועסקים בקהילה לפי סוג העיסוק וגיל, אחוזים, 2012



תרשים 13: רופאים מועסקים בבתי חולים לפי גיל, אחוזים, 2012

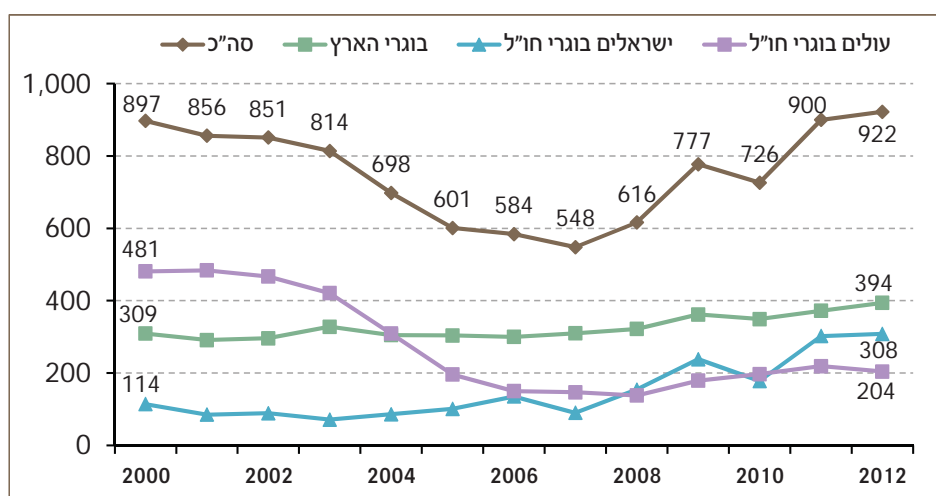


2.2. רשיונות חדשים ברפואה

במהלך חמש השנים האחרונות נרשמה עלייה במספר הרשיונות החדשים ברפואה, 922 בשנת 2012 בהשוואה ל-548 ב-2007. מספר בוגרי הארץ במגמת עליה, 394 בשנת 2012 לעומת 310 ב-2007. עליה זו הינה תוצאה של הרחבת מסגרות הלימוד הקיימות, בהתאם למדיניות משרד הבריאות. במקביל, נרשמה עליה במספר הישראלים בוגרי חו"ל, 308 בשנת 2012 בהשוואה ל-90 בשנת 2007. מספר הרשיונות לעולים שסיימו את לימודי הרפואה בחו"ל היה יציב בשנים האחרונות, לאחר ירידה בשנים 2000-2008, ועומד על כ-200 בשנה.

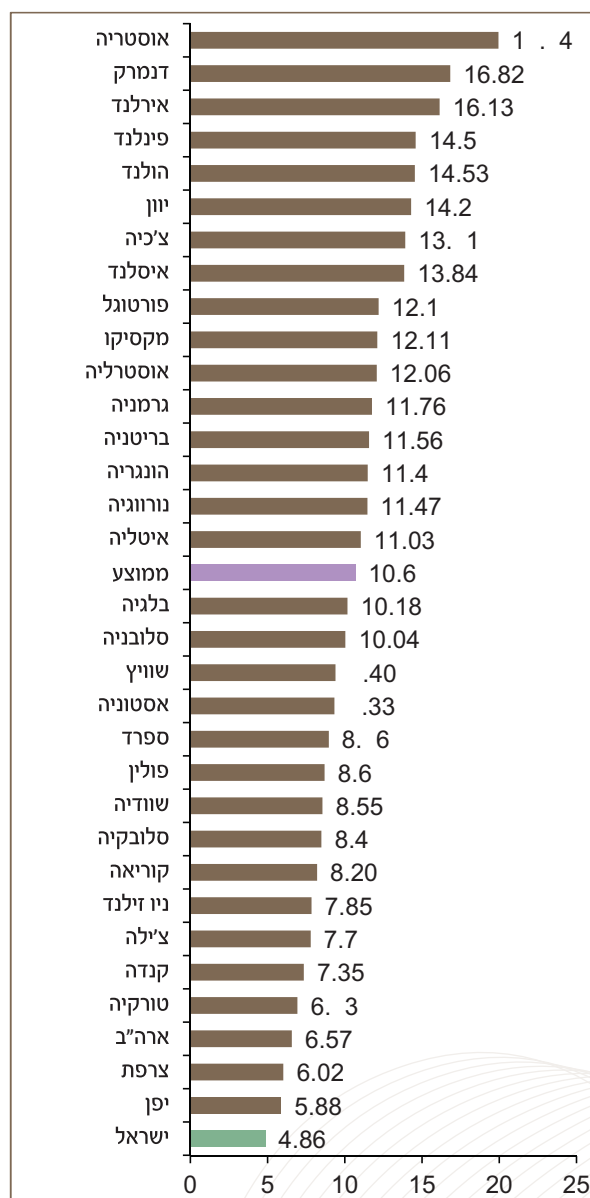
בשנים הקרובות צפויה מגמת עליה במספר הרשיונות, כתוצאה מהמדיניות להעלאת מספר המקומות ללימודי רפואה בארץ. בשנת 2012 החלו 752 סטודנטים בלימודי רפואה בישראל, נפתח בית ספר חדש לרפואה בצפת עם 123 סטודנטים ונפתחה תכנית מיוחדת לבוגרי תואר ראשון באוניברסיטת תל אביב עם 67 סטודנטים.

תרשים 14: מספר רשיונות חדשים ברפואה לפי מקום לימוד, 2012-2000



שיעור מסיימי בתי ספר לרפואה בישראל (4.9 ל-100,000 נפש או 14.5 ל-1,000 רופאים) נמוך בהשוואה לממוצע ה-OECD (10.7 ו-33.7, בהתאמה). מספר מסיימי בתי ספר לרפואה בישראל היה יציב במשך שנים ולכן השיעור היה במגמת ירידה.

תרשים 15: שיעור מסיימי בתי ספר לרפואה ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011

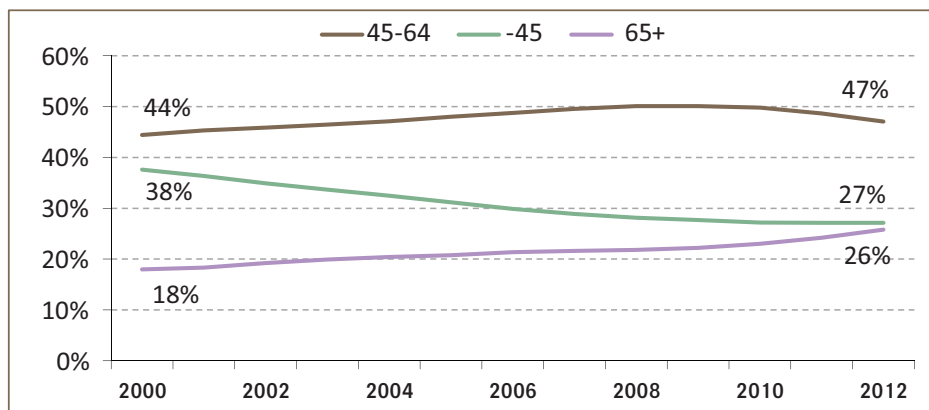


נתוני 2011 או שנה אחרונה זמינה. נתוני ישראל מבוססים על דיווח האוניברסיטאות ללמ"ס.

2.3. מספר ושיעור רופאים

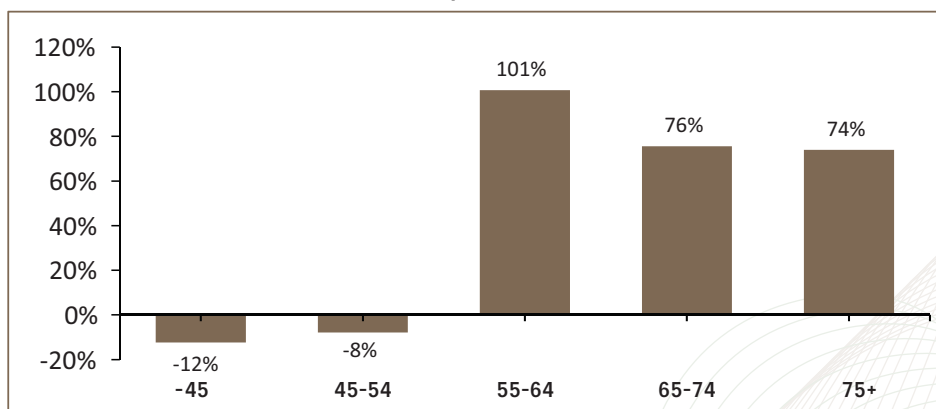
רופאים לפי גיל ומגדר: מאגר בעלי ההרשאה לעסוק ברפואה במשרד הבריאות מצביע על תהליך הזדקנות של אוכלוסיית הרופאים. אחוז הרופאים בגיל 65 ומעלה עלה מ-18% בשנת 2000 ל-26% בשנת 2012, ואילו אחוז הרופאים עד גיל 45 ירד מ-38% בשנת 2000 ל-27% בשנת 2012. יש לציין כי מגמת הירידה באחוז הרופאים הצעירים נעצרה בארבע השנים האחרונות.

תרשים 16: רופאים לפי גיל, אחוזים, 2012-2000



מספר הרופאים: בשנת 2012 נרשמה, לראשונה, ירידה במספר הרופאים עד גיל 65, 26,020 בהשוואה ל-26,064 ב-2011. מגמה זו תימשך בשנים הקרובות, מאחר ומספר הרופאים שפורשים גבוה ממספר הרופאים החדשים במערכת. מספר הרופאים בגיל 64-55 גדל פי שניים בין השנים 2000-2012, מספר הרופאים בגיל 65 ומעלה גדל ב-75% באותה תקופה ואילו מספר הרופאים עד גיל 55 ירד בעשירית.

תרשים 17: אחוז שינוי במספר הרופאים לפי קבוצות גיל, 2012/2000



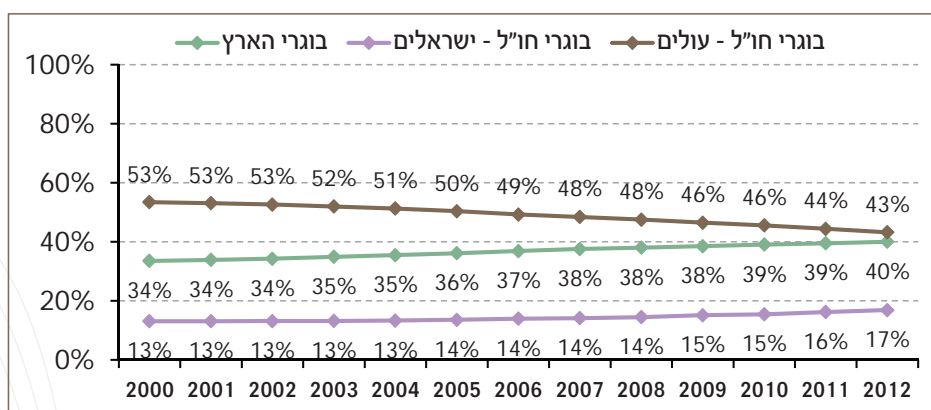
אחוז הנשים מכלל הרופאים נמצא במגמת עליה בעשורים האחרונים ורשם עליה מ-39% בשנת 2000 ל-41% בשנת 2012. בגילאים הצעירים האחוז גבוה יותר, אחוז הנשים בקרב רופאים עד גיל 45 עלה מ-43% בשנת 2000 ל-47% בשנת 2012. אחוז הנשים מכלל מקבלי הרשיונות החדשים ברפואה עלה והגיע ל-49% בשנים 2006-2007, אולם בשנים האחרונות האחוז ירד שוב ובשנת 2012 עמד על 42%.

טבלה 2: אחוז הנשים מכלל הרופאים ומכלל הרשיונות החדשים ברפואה, 2012-2000

שנה \ גיל	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000
רשיונות חדשים	42.3	43.0	44.9	43.8	43.2	48.5	48.8	43.8	41.9
סה"כ רופאים	40.9	40.9	40.8	40.7	40.5	40.5	40.3	40.1	38.6
-45	46.8	47.2	47.2	47.2	47.1	47.0	46.5	46.3	43.2
45-54	42.6	42.1	42.0	41.1	40.5	39.9	39.2	38.0	33.9
55-64	36.5	35.6	34.6	34.0	33.3	32.7	32.6	32.5	35.8
65+	37.6	38.2	38.8	39.5	40.1	40.5	40.7	40.7	38.8

רופאים לפי מקום לימוד: אחוז בוגרי הארץ מכלל הרופאים נמצא במגמת עלייה, 40% מכלל הרופאים עד גיל 65 היו בוגרי הארץ בסוף שנת 2012, בהשוואה ל-34% בשנת 2000. גם אחוז הישראלים בוגרי חו"ל במגמת עלייה, 17% ב-2012 בהשוואה ל-13% ב-2000. לעומת זאת, אחוז העולים בוגרי חו"ל נמצא במגמת ירידה, 43% בשנת 2012 בהשוואה ל-53% בשנת 2000.

תרשים 18: רופאים עד גיל 65 לפי מקום לימוד, אחוזים, 2012-2000

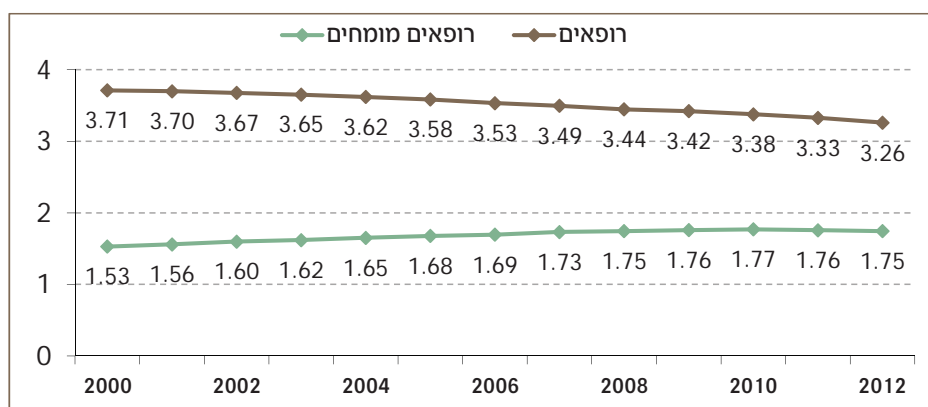


שיעור הרופאים: שיעור הרופאים בישראל נמצא במגמת ירידה, המושפעת מהזדקנות אוכלוסיית הרופאים ומתוספת נמוכה יחסית של רשיונות חדשים. בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק ברפואה, שיעור רופאים עד גיל 65 ירד מ-3.58 ל-1,000 נפש בשנת 2005 ל-3.26 בשנת 2012, ירידה של 9%.

2.4. רופאים מומחים

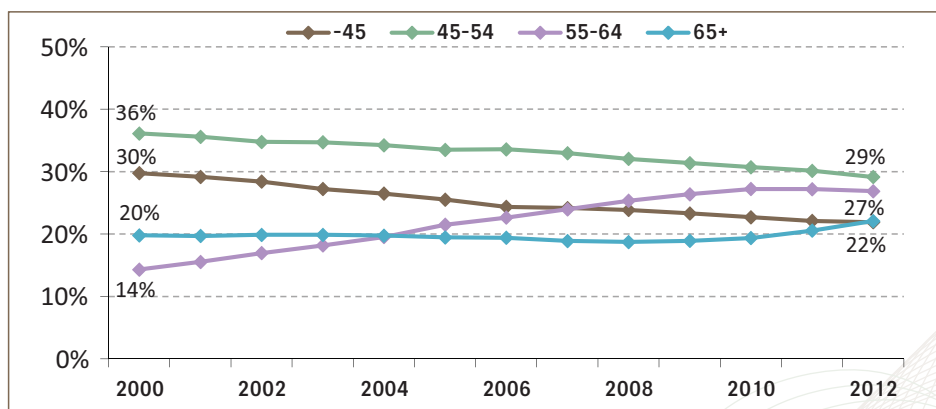
בשנת 2012 נוספו 652 מומחים חדשים ברפואה, כמחציתם נשים. שיעור הרופאים המומחים יציב בשנים האחרונות לאחר מגמת עליה עד סוף שנות האלפיים. בסוף שנת 2012 השיעור עמד על 1.75 מומחים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, עליה של 14% בהשוואה ל-1.53 בשנת 2000.

תרשים 19: שיעור רופאים ורופאים מומחים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2000-2012

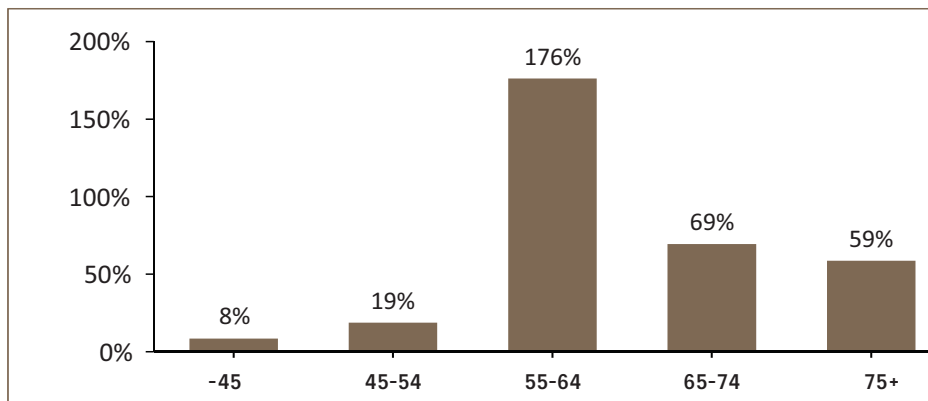


רופאים מומחים לפי גיל ומגדר: אחוז המומחים עד גיל 45 מכלל המומחים נמצא במגמת ירידה, 22% בסוף 2012 לעומת 30% בשנת 2000. לעומת זאת, אחוז המומחים בגיל 55 ומעלה נמצא במגמת עליה, 49% בסוף 2012 ו-34% ב-2000. בשנים 2000-2012 גדל מספר המומחים בגיל 64-55 פי 1.76 בהשוואה לעליה של 19% בלבד במספר המומחים בגיל 45-54.

תרשים 20: רופאים מומחים לפי גיל, אחוזים, 2000-2012



תרשים 21: אחוז שינוי במספר הרופאים המומחים לפי קבוצות גיל, 2012/2000



אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים נמצא במגמת עליה, 37% בסוף 2012 בהשוואה ל-30% בשנת 2000. בקרב מומחים עד גיל 45 אחוז הנשים גבוה יותר, 51% בסוף 2012 בהשוואה ל-39.5% בשנת 2000.

טבלה 3: אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים, 2012-2000

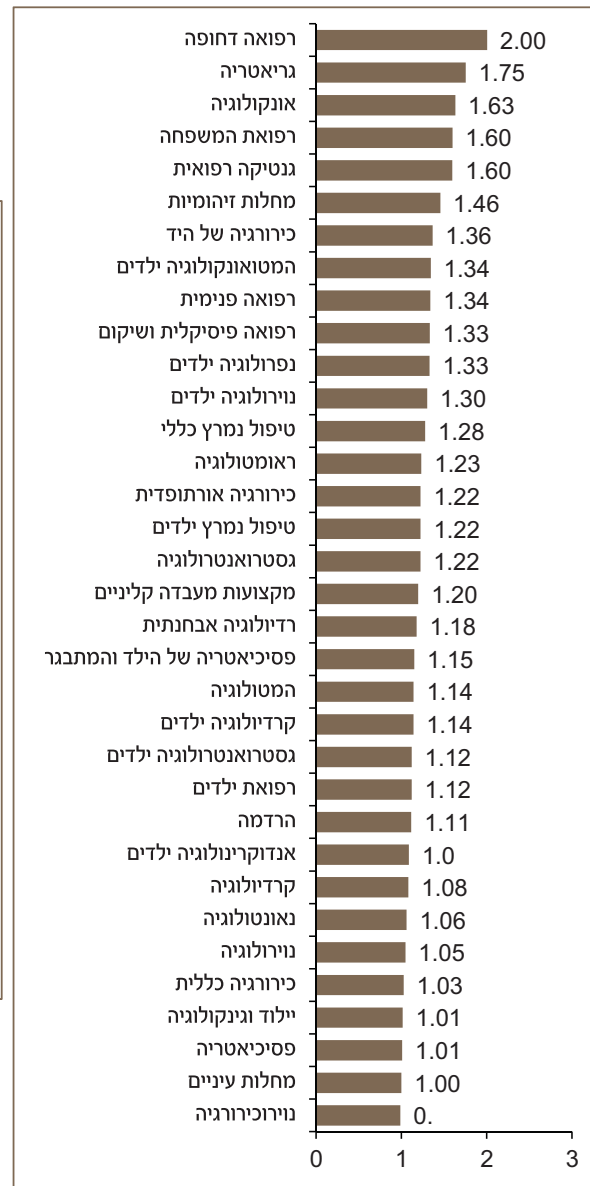
שנה \ גיל	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000
רשימות חדשים	47.5	43.7	45.2	48.9	47.5	51.0	47.7	47.6	45.1
סה"כ	36.6	36.1	35.8	35.5	34.9	34.5	33.7	33.1	30.2
-45	51.3	51.2	50.6	50.2	49.4	48.4	46.8	46.3	39.5
45-54	40.8	39.5	39.0	37.7	36.4	35.3	34.0	31.8	24.9
55-64	28.6	27.1	25.6	24.4	23.2	22.5	22.0	21.6	22.2
65+	26.2	27.0	27.8	29.0	29.8	30.4	30.6	30.9	31.6

אחוז המומחים מכלל הרופאים עד גיל 65 נמצא במגמת עליה, 54% בשנת 2012 בהשוואה ל-41% בשנת 2000. אחוז הנשים במגמת עליה, 40% מהמומחים עד גיל 65 ו-51% מהמומחים עד גיל 45, לעומת 30% ו-39%, בהתאמה, בשנת 2000. מחצית מהמומחים עד גיל 65 הם בוגרי הארץ ושליש עלו ארצה בשני העשורים האחרונים. חמישית מהמומחים הם בעלי שתי התמחויות או יותר ו-2% עם 3 התמחויות ומעלה.

משרד הבריאות פועל לעידוד והפניית רופאים למקצועות במצוקה, הרדמה, טיפול נמרץ, נאונטולוגיה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר, נויורולוגיה ילדים והתפתחות הילד, גריאטריה, רפואה פסיקלית ושיקום וכן גם למקצועות עם חשש למצוקה בעתיד, פתולוגיה, רפואה פנימית, רפואת משפחה וכירורגיה כללית.

בעשור האחרון, גדל שיעור המומחים עד גיל 65 במרבית מקצועות הרפואה, משנת 2000 השיעור עלה פי שניים ברפואה דחופה, בשלושה רבעים בגריאטריה, בשני שליש באונקולוגיה, ברפואת המשפחה ובגנטיקה רפואית, במחצית במחלות זיהומיות, בשליש בכירורגיה של היד, המטאונקולוגיה ילדים, רפואה פנימית, רפואה פסיקלית ושיקום ונוירולוגיה ילדים וברבע בטיפול נמרץ כללי וראומטולוגיה.

תרשים 22: שיעור שינוי בשיעור המומחים עד גיל 65, 2012/2000

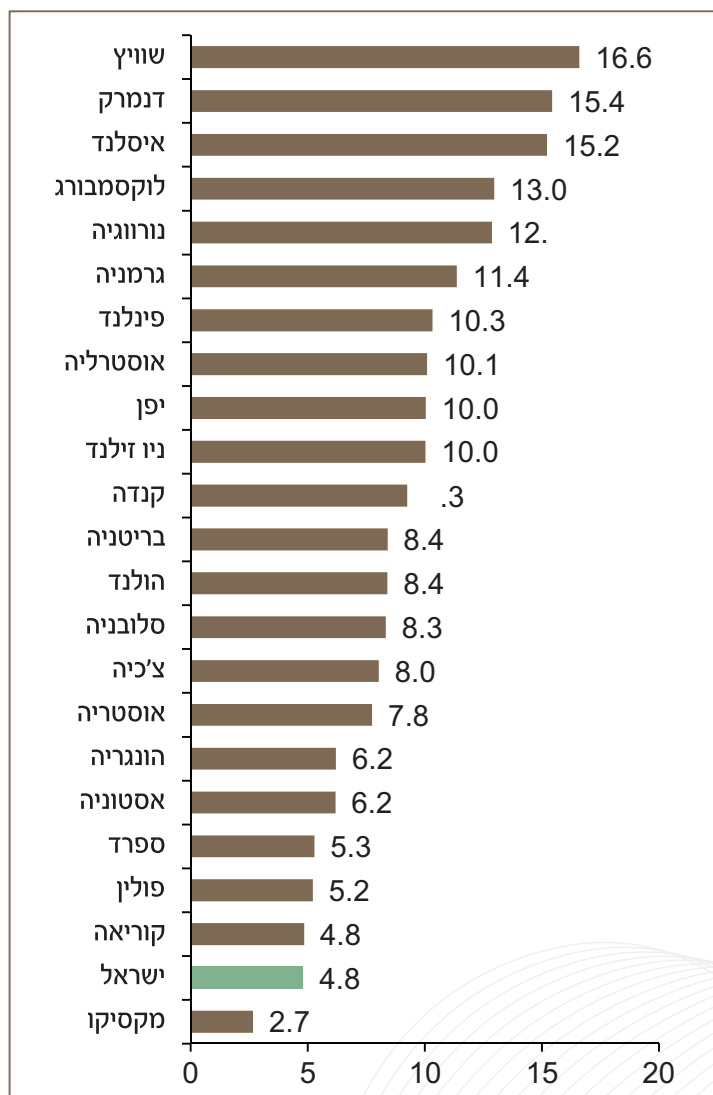


3. אחיות

3.1 אחיות מועסקות

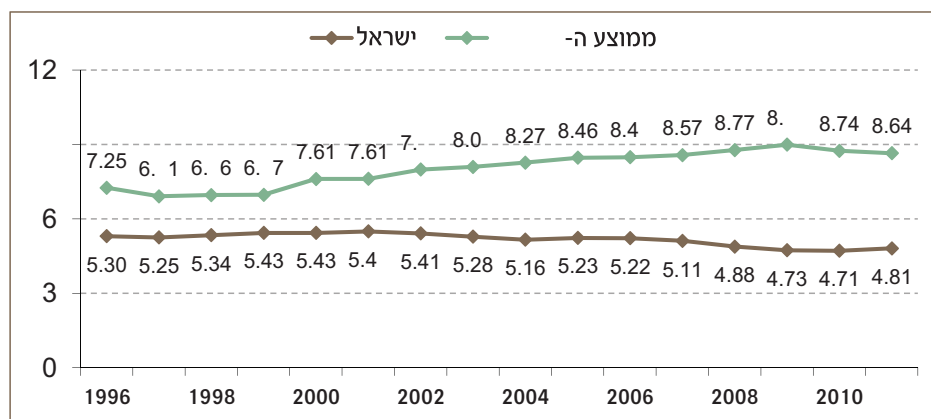
שיעור האחיות המועסקות בישראל (4.8 ל-1,000 נפש) נמוך בהשוואה לממוצע ה-OECD (8.8). משנת 2000, נרשמה ירידה (-1.1%) בישראל בשיעור האחיות המועסקות, לעומת עליה במדינות רבות (עליה שנתית ב-1.6% בממוצע ה-OECD).

תרשים 23: שיעור אחיות מועסקות ל-1,000 נפש ב-OECD, 2011



נתוני 2011 או השנה האחרונה הזמינה.

תרשים 24: שיעור אחיות מועסקות ל-1,000 נפש, בהשוואה ל-OECD, 1996-2011



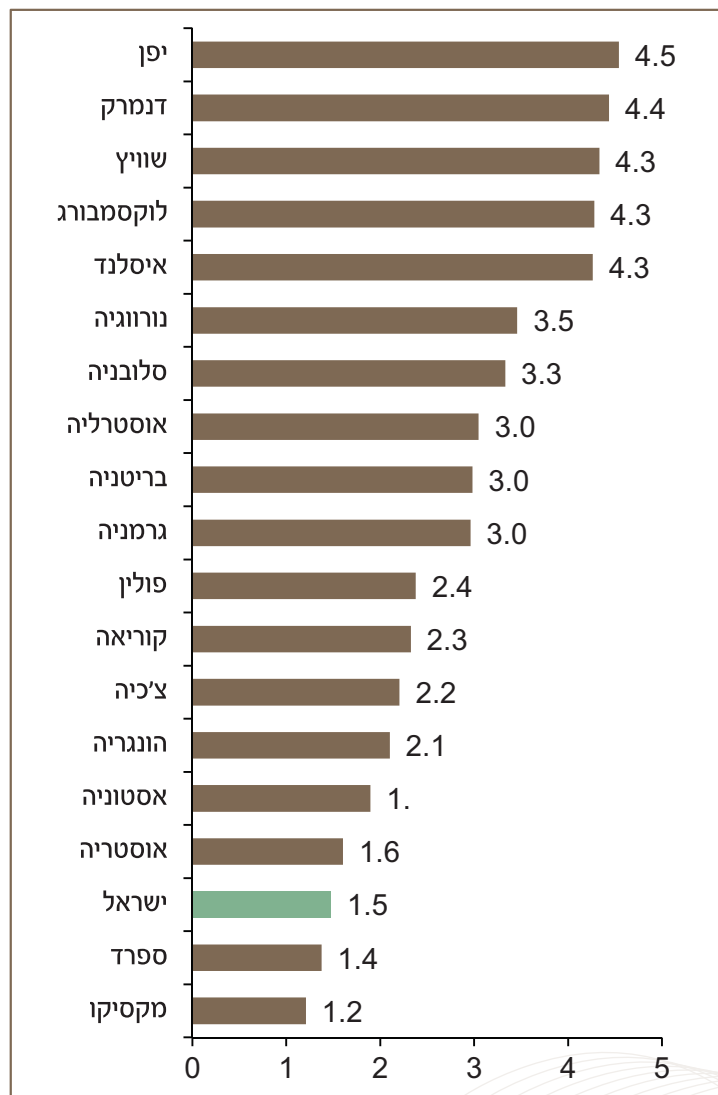
טבלה 4: מספר אחיות מועסקות, מספרים מוחלטים באלפים, 1995-2012

1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
32.1	32.7	36.6	36.7	37.1	36.2	33.3	36.3	37.6	38.0

מבוסס על סקר כ"א של הלמ"ס.

היחס בין שיעור האחיות המועסקות לבין שיעור הרופאים המועסקים נמוך בישראל. מספר האחיות המועסקות גבוה פי 1.5 בהשוואה לרופאים המועסקים, לעומת יחס גבוה יותר, פי 2.8, בממוצע ה-OECD. היחס הנמוך מושפע בעיקר מהשיעור הנמוך של האחיות המועסקות.

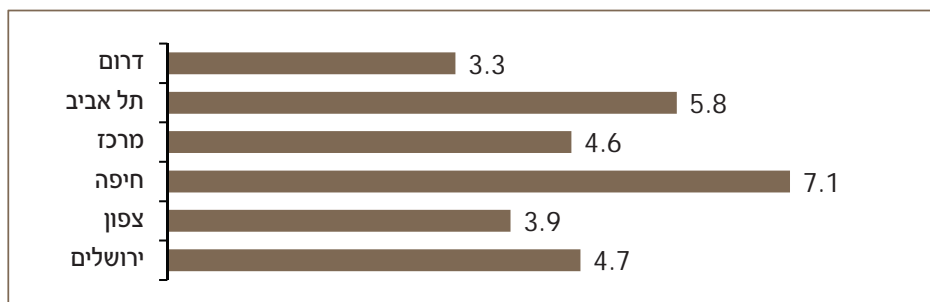
תרשים 25: יחס שיעורים אחיות מועסקות/רופאים מועסקים ב-OECD, 2011



נתוני 2011 או השנה האחרונה הזמינה.

בהתאם לסקר כוח אדם של הלמ"ס, אחוז האחיות עד גיל 45 מכלל האחיות המועסקות במגמת ירידה, 53% בשנת 2011 בהשוואה ל-61% בשנת 2001. כשלושה רבעים (71%) עבדו בבתי חולים, כמקום העבודה העיקרי, אחוז יציב בשני העשורים האחרונים. אחיות עבדו בממוצע 38 שעות בשבוע, לפי דיווח מספר שעות העבודה בשבוע האחרון של הסקר, בממוצע השנים 2009-2011. שיעור האחיות המועסקות נמוך במחוזות הצפון והדרום בהשוואה לשיעור גבוה במחוזות חיפה ותל אביב.

תרשים 26: שיעור אחיות מועסקות לפי מקום העבודה העיקרי, 2009-2011

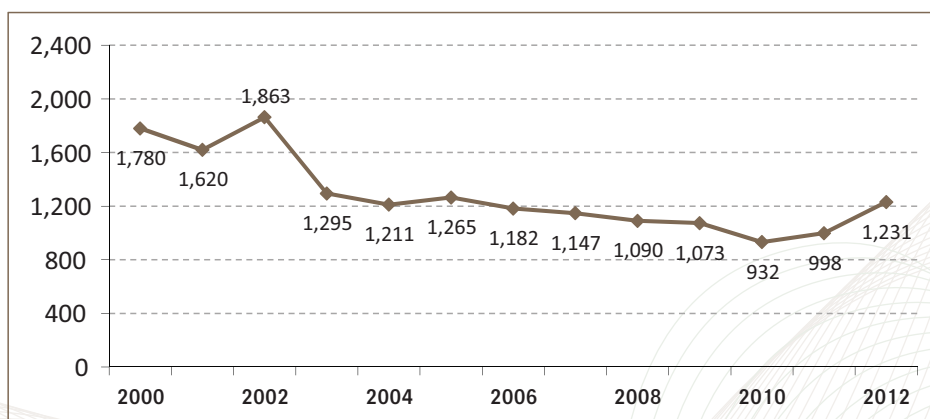


מבוסס על סקר כ"א של הלמ"ס.

3.2. רשיונות חדשים בסיעוד

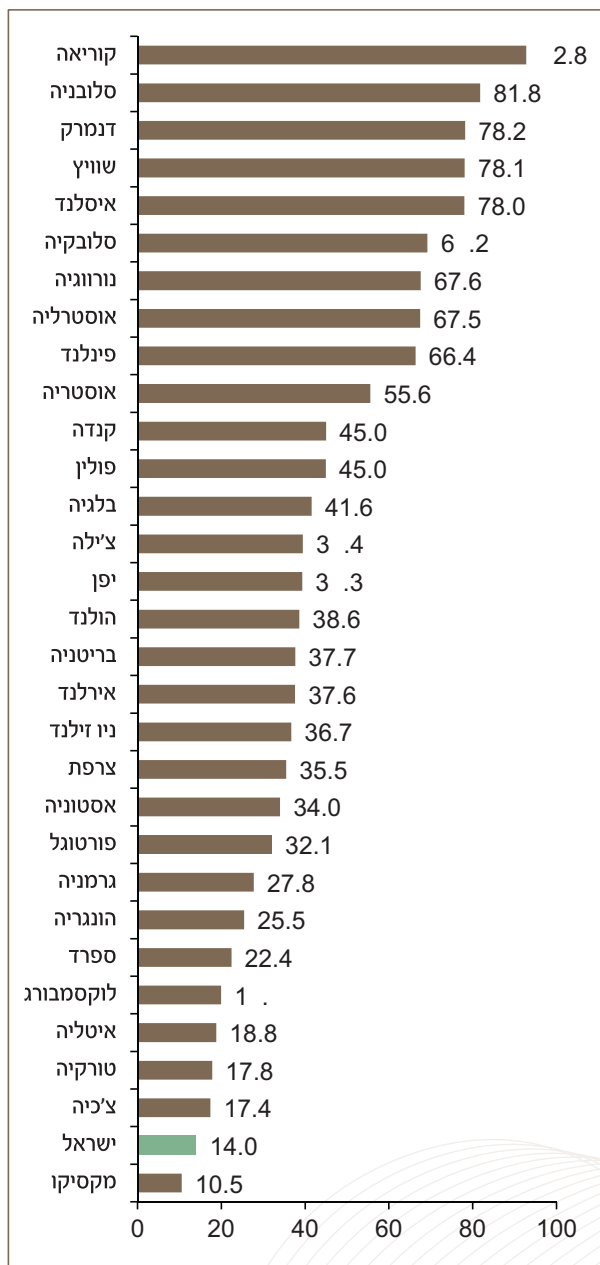
בשנת 2012 נרשמה עליה במספר הרשיונות החדשים במקצועות הסיעוד, סך הכל נוספו 1,231 רשיונות חדשים ללא הסבות ממעשיות למוסמכות (1,206 מוסמכות ו-25 מעשיות) בהשוואה ל-998 בשנה שעברה, המספר הגבוה ביותר ממחצית שנות האלפיים. תוספת זו באה בעקבות פרויקט גיוס אינטנסיבי של סטודנטים ללימודי סיעוד והענקת מלגות, שהחל בשנת 2009 ותוצאותיו יבואו לידי ביטוי גם בשנים הבאות. מרבית ההרשאות לסיעוד בשנים האחרונות הן לאחיות מוסמכות, זאת בהתאם למדיניות משרד הבריאות, שאין הכשרה לאחיות מעשיות פרט לאחיות מעשיות מחו"ל במסגרת מדיניות קליטת עליה.

תרשים 27: מספר רשיונות חדשים בסיעוד, 2000-2012



שיעור מסיימי בתי ספר לסיעוד נמוך בישראל (14.0 ל-100,000 נפש) בהשוואה לממוצע ה-OECD (42.8).

תרשים 28: שיעור מסיימי בתי ספר לסיעוד ל-100,000 נפש ב-OECD, 2011: שיעור ל-100,000 נפש

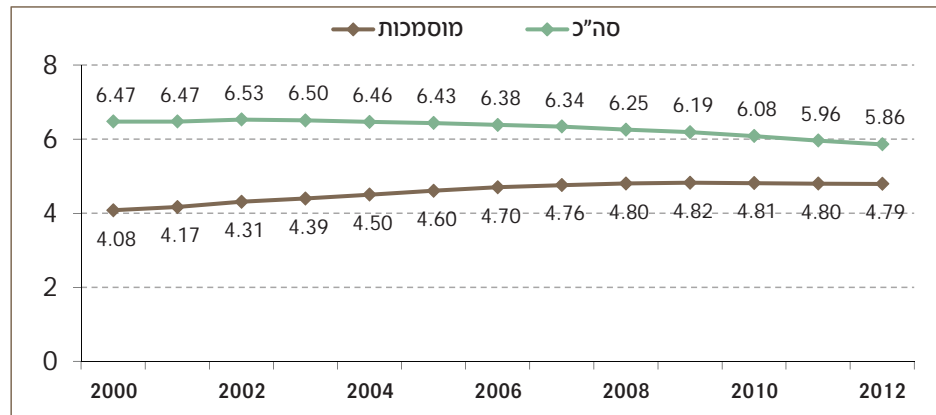


נתוני 2011 או השנה האחרונה הזמינה, נתוני ישראל מתייחסים לשנת 2012.

3.3. שיעור אחיות עד גיל 65

בהתאם לרישום במשרד הבריאות במאגר בעלי ההרשאה לעסוק בסיעוד, שיעור האחיות עד גיל 65 ירד ל-5.86 בסוף 2012 בהשוואה ל-5.96 בשנה שעברה, ירידה ב-9% משנת 2005.

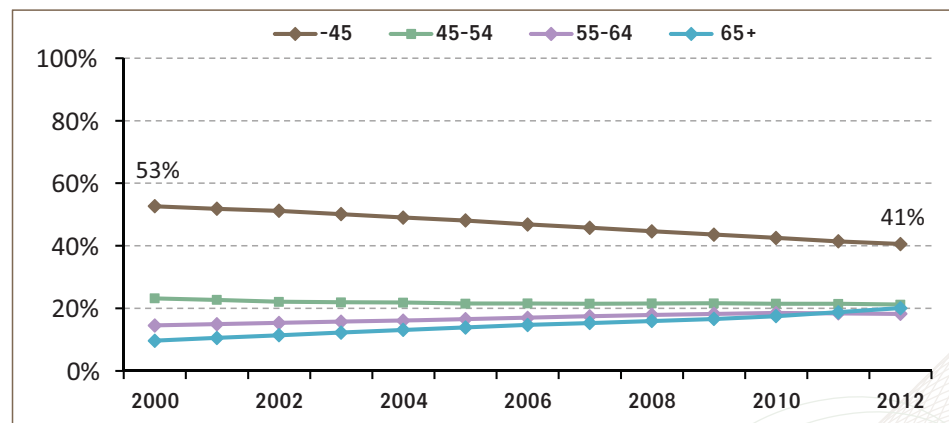
תרשים 29: שיעור אחיות עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2000-2012



3.4. אחיות לפי גיל

אחוז האחיות עד גיל 45 במגמת ירידה, 41% בשנת 2012 בהשוואה ל-53% בשנת 2000, לעומת מגמת עליה של אחיות בגיל 65 ומעלה, מ-10% בשנת 2000 ל-20% בשנת 2012

תרשים 30: אחיות לפי גיל, אחוזים, 2000-2012

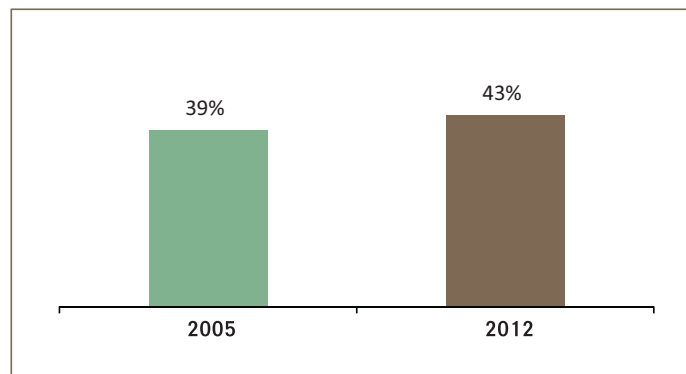


בסוף שנת 2012, מרבית (82%) האחיות עד גיל 65 היו מוסמכות בהשוואה ל-63% בשנת 2000, בהתאם למדיניות משרד הבריאות בשנים האחרונות.

3.5. אחיות בוגרות קורסים על-בסיסיים

שיעור האחיות המוסמכות בוגרות קורסים על בסיסיים במגמת עליה, בסוף 2012 היו 16,308 אחיות מוסמכות עד גיל 65 בוגרות קורסים על בסיסיים, 2.0 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-1.98 בשנת 2000. אחוז האחיות המוסמכות בוגרות קורסים על בסיסיים במגמת עליה, 43% ב-2012 בהשוואה ל-39% בשנת 2000.

תרשים 31: אחוז האחיות המוסמכות עד גיל 65 בוגרות קורסים על בסיסיים מכלל המוסמכות



תרשים 32: שיעור אחיות עד גיל 65 בוגרות קורסים על בסיסיים ל-1,000 נפש, 2012

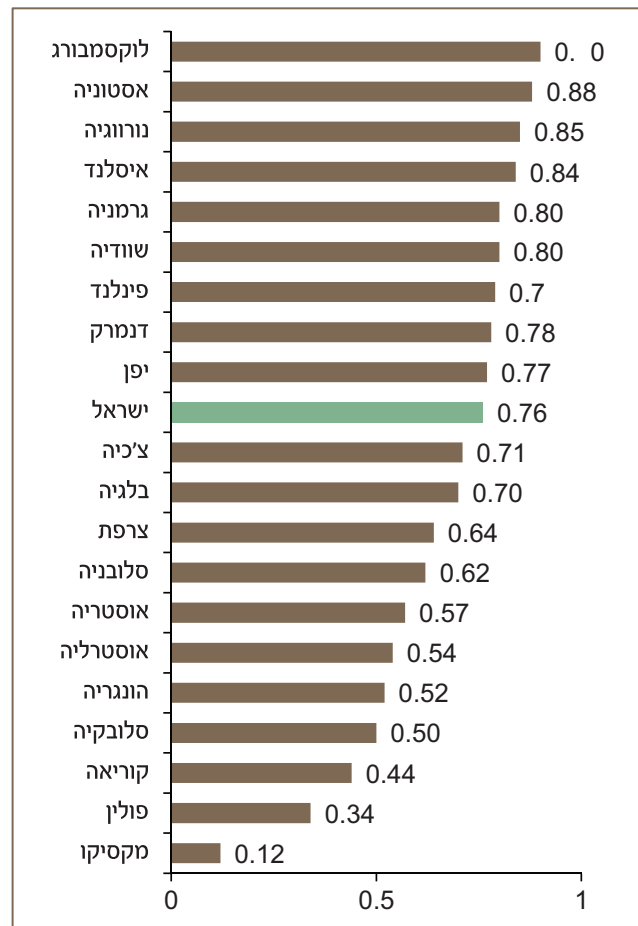


4. רופאי שיניים

4.1. רופאי שיניים מועסקים

שיעור רופאי השיניים המועסקים בישראל, בהתאם לסקר כוח אדם של הלמ"ס, דומה לשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, 0.76 ל-1,000 נפש.

תרשים 33: שיעור רופאי שיניים מועסקים ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011

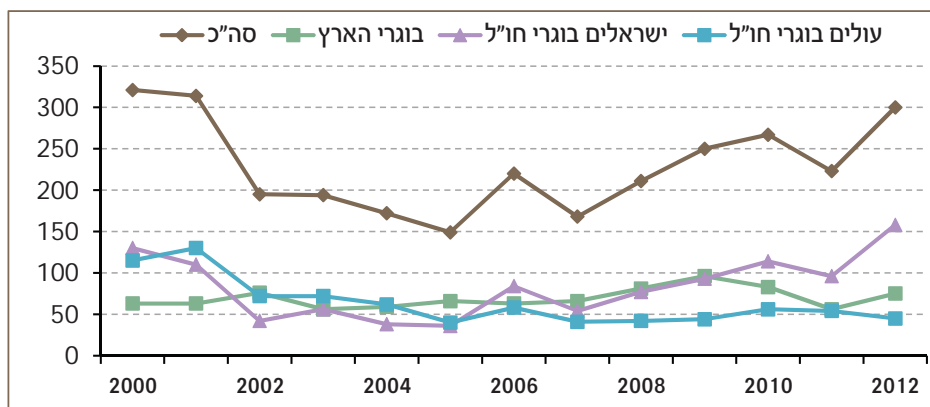


נתוני 2011 או שנה אחרונה זמינה.

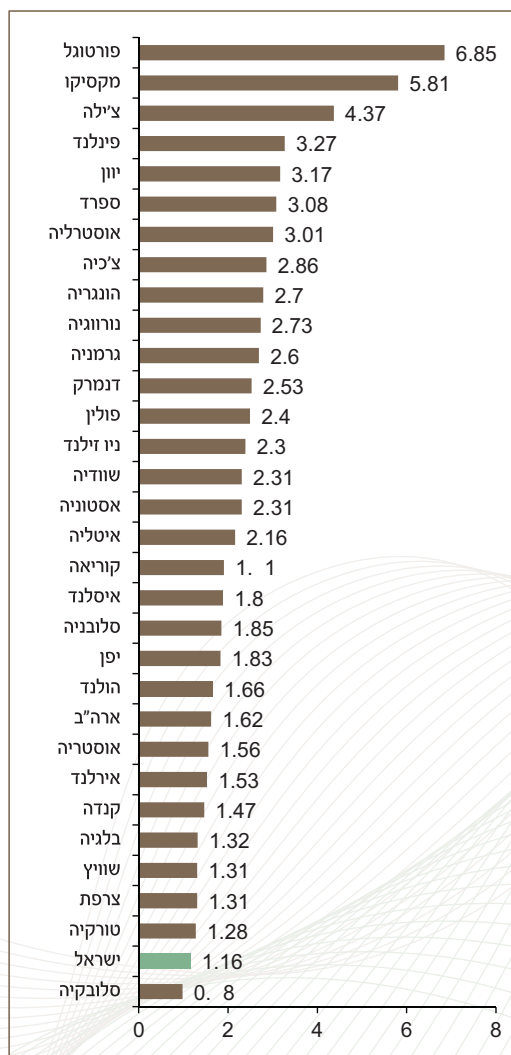
4.2. רשיונות חדשים ברפואת שיניים

בשנת 2012 הונפקו 305 רשיונות חדשים ברפואת שיניים, מהם 25% לבוגרי הארץ, 38% לבוגרי מזרח אירופה ו-25% לבוגרי ירדן, סוריה ומצרים.

תרשים 34: מספר רשיונות ברפואת שיניים לפי מקום לימוד, 2012-2000



תרשים 35: שיעור מסיימי לימודי רפואת שיניים ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



נתוני 2011 או שנה אחרונה זמינה.

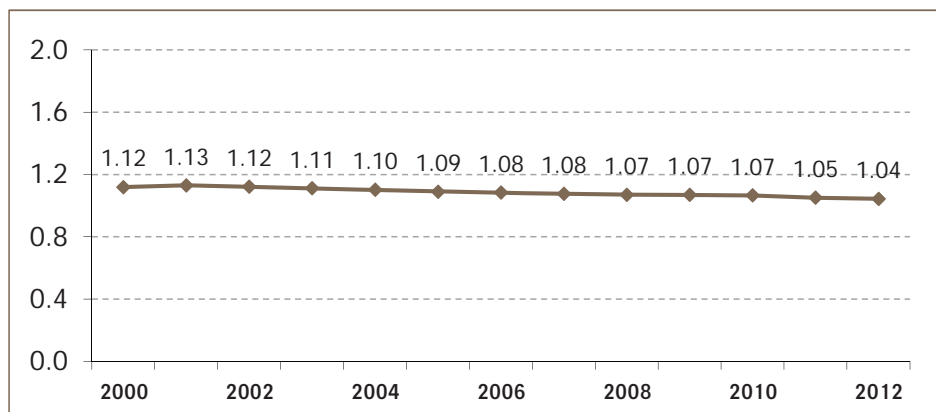
4.3. רופאי שיניים לפי גיל ומגדר

בהתאם למאגר המידע על בעלי ההרשאה לעסוק ברפואת שיניים, אחוז רופאי השיניים עד גיל 45 מכלל רופאי השיניים הרשומים נמצא במגמת ירידה, 35% בסוף 2012 לעומת 52% בשנת 2000. אחוז הנשים מכלל רופאי השיניים היה 38% בשנת 2012 ובקרב רופאי שיניים עד גיל 45 האחוז גבוה יותר, 42% בהשוואה ל-36% בשנת 2000. כרבע מרופאי השיניים הם בוגרי הארץ וכמחציתם הוכשרו במזרח אירופה. רבע מרופאי השיניים עלו ארצה בשני העשורים האחרונים.

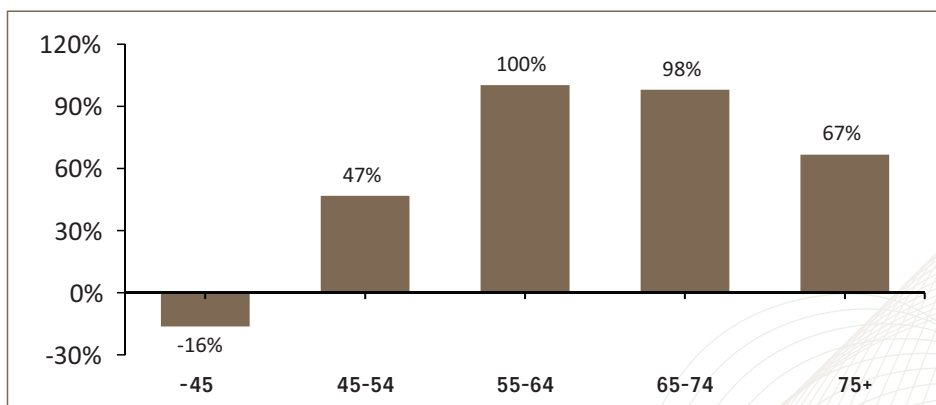
4.4. שיעור רופאי השיניים עד גיל 65

שיעור הרופאים עד גיל 65 ירד ל-1.04 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-1.12 בשנת 2000, ירידה ב-7%.

תרשים 36: שיעור רופאי שיניים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



תרשים 37: אחוז שינוי במספר רופאי השיניים לפי קבוצות גיל, 2012/2000

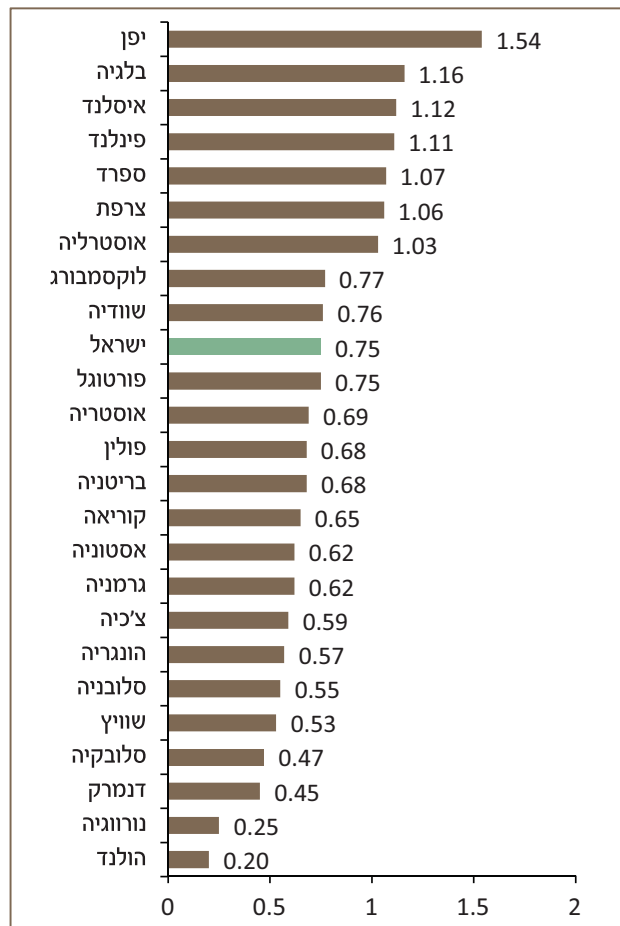


5. רוקחים

5.1. רוקחים מועסקים

שיעור הרוקחים המועסקים בישראל במגמת עליה, השיעור גבוה בהשוואה לממוצע ה-OECD.

תרשים 38: שיעור רוקחים מועסקים ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011

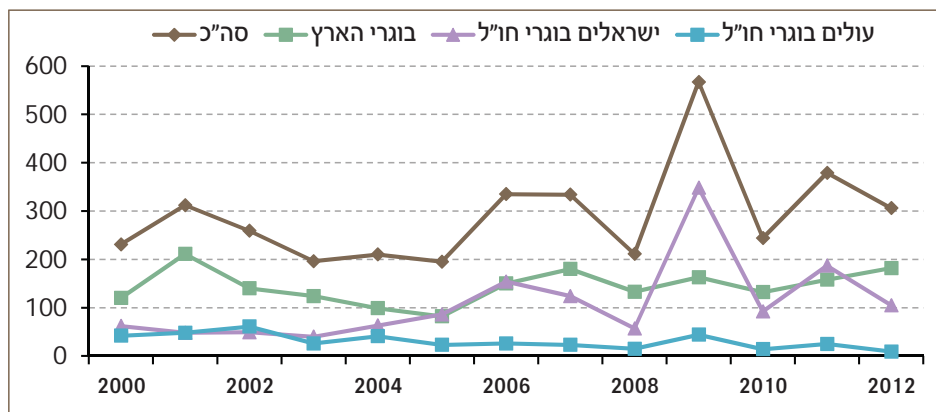


נתוני 2011 או שנה אחרונה זמינה.

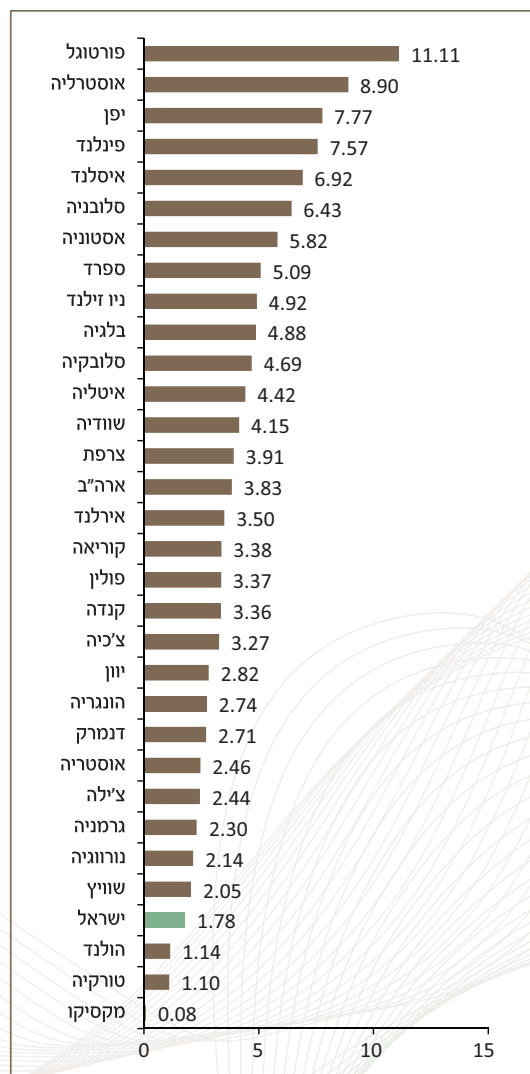
5.2. רשיונות חדשים ברוקחות

בשנת 2012 הונפקו 308 רשיונות חדשים ברוקחות, 59% הונפקו לבוגרי ישראל ו-31% לבוגרי ירדן. למעלה ממחצית הרשיונות החדשים הונפקו לנשים.

תרשים 39: מספר הרשיונות החדשים ברוקחות לפי מקום לימוד, 2000-2012



תרשים 40: שיעור מסיימי לימודי רוקחות ל-100,000 נפש השוואה ל-OECD, 2011



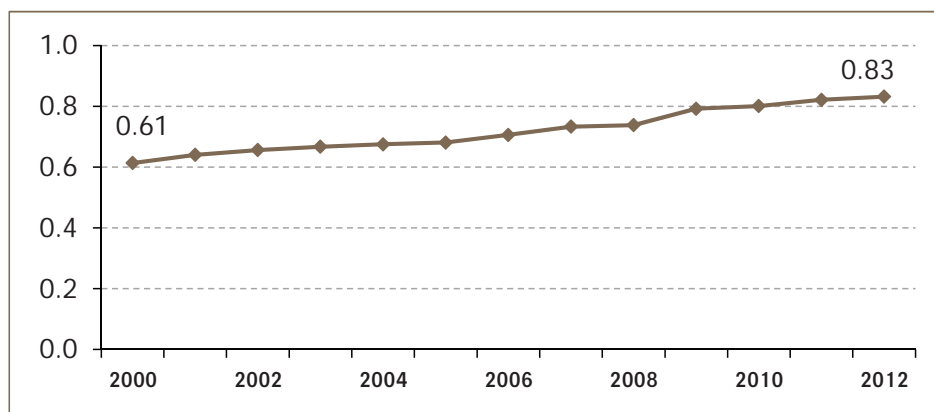
5.3. רוקחים לפי גיל ומגדר

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 6,649 רוקחים עד גיל 65. מחצית הרוקחים היו עד גיל 45, 56% בשנת 2012 ו-49% בשנת 2000. למעלה ממחצית (58%) הרוקחים נשים. מחצית (52%) הרוקחים עד גיל 65 היו בוגרי ישראל, 17% בוגרי מזרח אירופה ו-16% בוגרי ירדן.

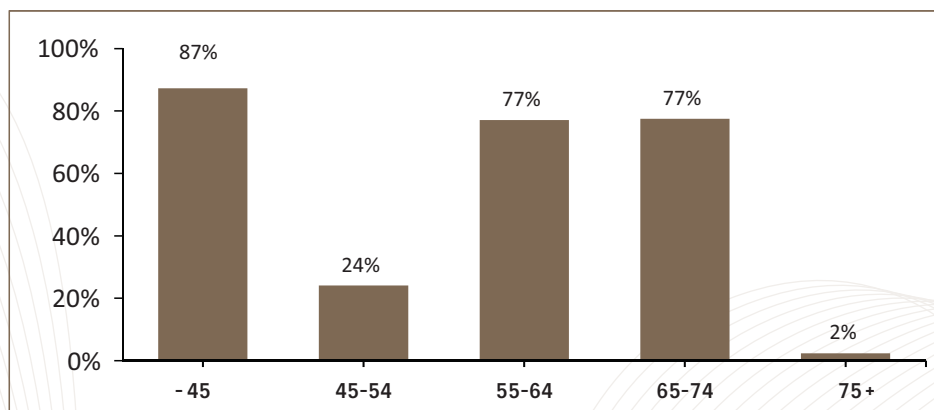
5.4. שיעור הרוקחים עד גיל 65

שיעור הרוקחים עד גיל 65 במגמת עליה, 0.83 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.61 בסוף 2000, עליה ב-36%.

תרשים 41: שיעור הרוקחים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



תרשים 42: אחוז שינוי במספר הרוקחים לפי קבוצות גיל, 2012/2000

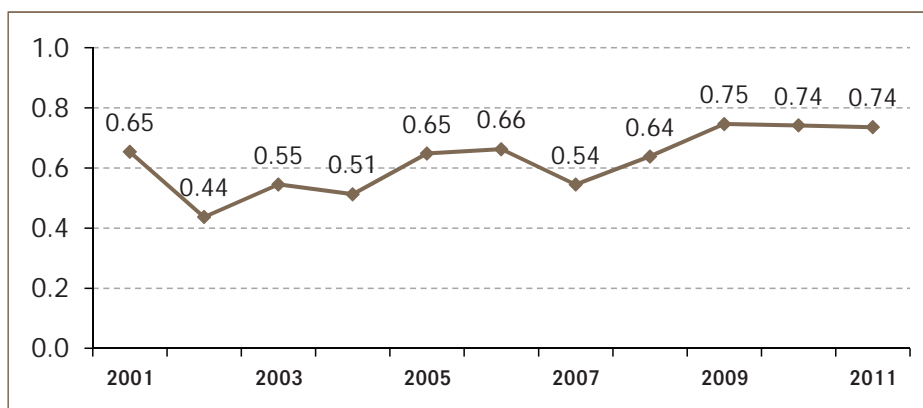


6. פסיכולוגים

6.1. פסיכולוגים מועסקים

בהתאם לסקר כוח אדם של הלמ"ס היו מועסקים כ-6 אלפים פסיכולוגים בשירותי הבריאות בישראל, 0.7 ל-1,000 נפש בשנת 2011.

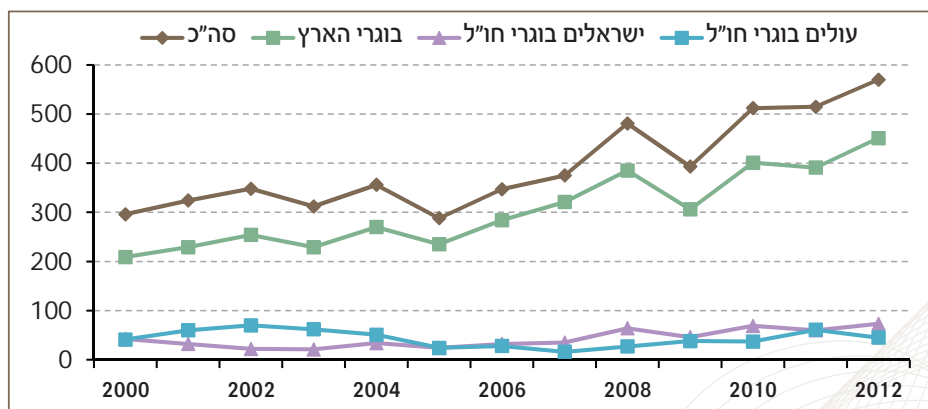
תרשים 43: שיעור פסיכולוגים מועסקים בשירותי הבריאות ל-1,000 נפש, 2001-2011



6.2. רשיונות חדשים בפסיכולוגיה

בשנת 2012 נוספו 571 בעלי היתר חדשים לעסוק בפסיכולוגיה בהשוואה ל-300-350 לשנה בעשור הקודם. מרבית בעלי ההיתר החדשים הוכשרו בישראל בשני שליש בתחילת שנות התשעים.

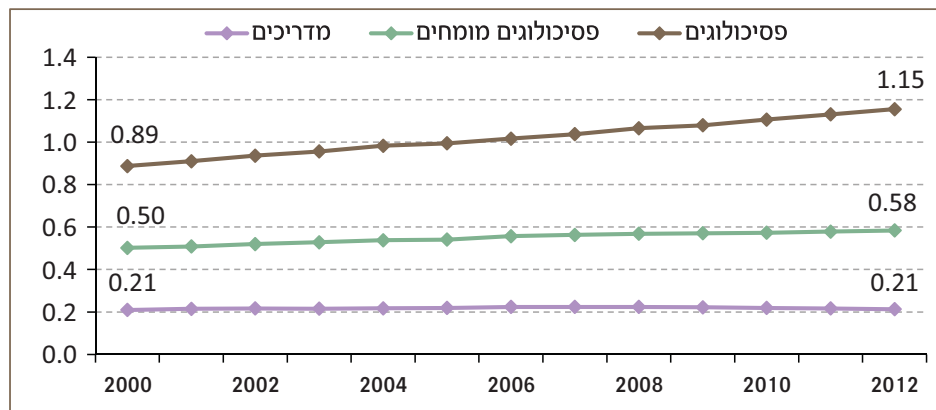
תרשים 44: מספר רשיונות חדשים בפסיכולוגיה לפי מקום לימוד, 2000-2012



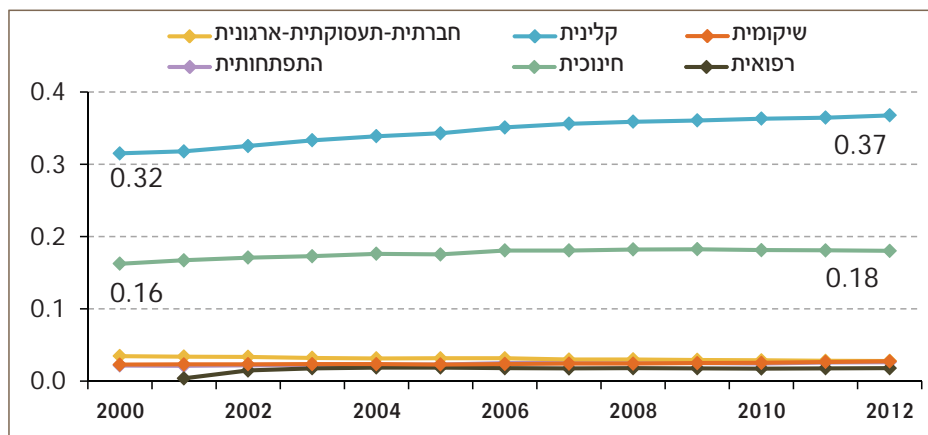
6.3. מספר ושיעור פסיכולוגים

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 9,218 פסיכולוגים עד גיל 65. השיעור במגמת עליה, 1.15 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-0.89 בסוף 2000, עליה ב-30%. שיעור המומחים עד גיל 65 עלה ל-0.58 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-0.50 בסוף 2000, עליה ב-16%. מחצית (54%) הפסיכולוגים היו מומחים. מחצית (56%) מהפסיכולוגים המומחים היו בעלי התמחות בפסיכולוגיה קלינית ורבע (28%) בחינוכית.

תרשים 45: שיעור פסיכולוגים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2000-2012



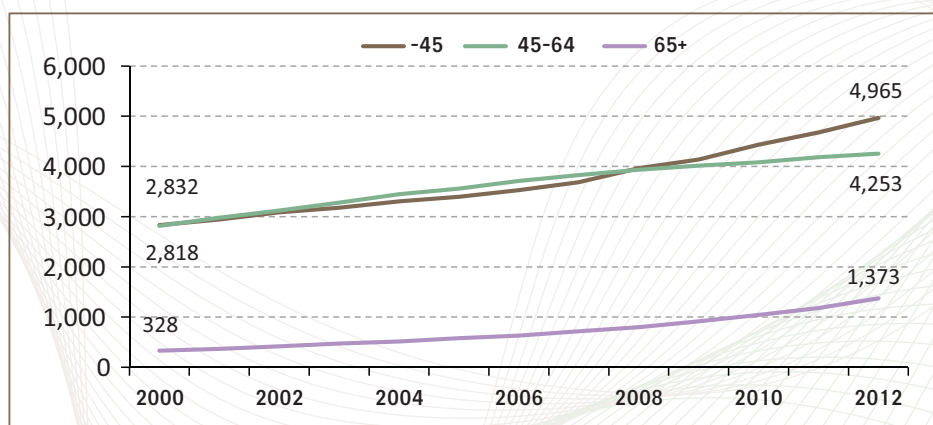
תרשים 46: שיעור פסיכולוגים מומחים עד גיל 65 ל-1,000 נפש לפי התמחות, 2000-2012



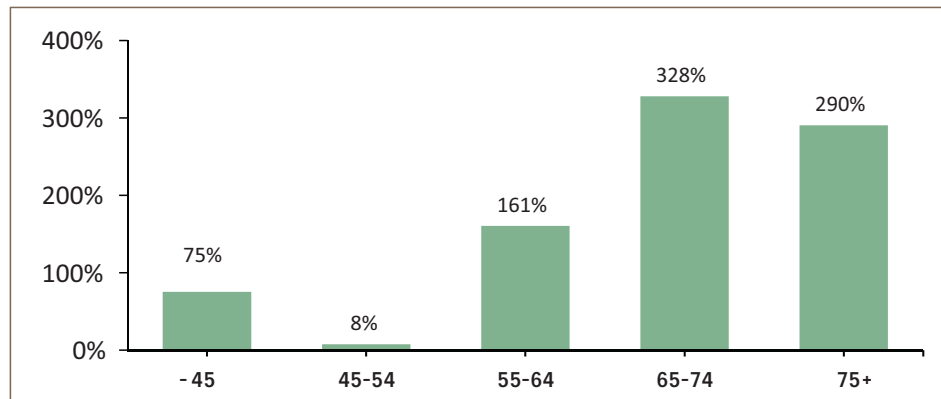
6.4 פסיכולוגים לפי גיל ומגדר

כשלושה רבעים מכלל הפסיכולוגים הם נשים. כמחצית הפסיכולוגים הם צעירים עד גיל 45, 47% בשנת 2012, אחוז יציב בעשור האחרון. כשלושה רבעים מכלל הפסיכולוגים הם בוגרי הארץ.

תרשים 47: מספר פסיכולוגים לפי גיל, 2000-2012



תרשים 48: אחוז שינוי במספר הפסיכולוגים לפי קבוצות גיל, 2012/2000

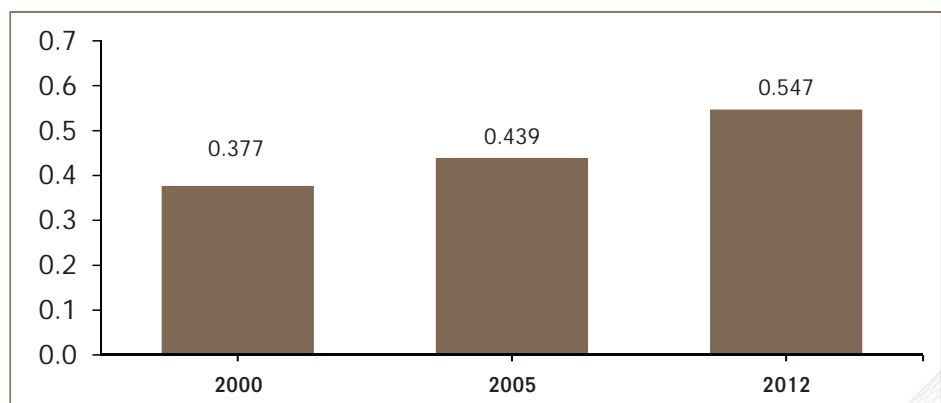


7. פיזיותרפיסטים

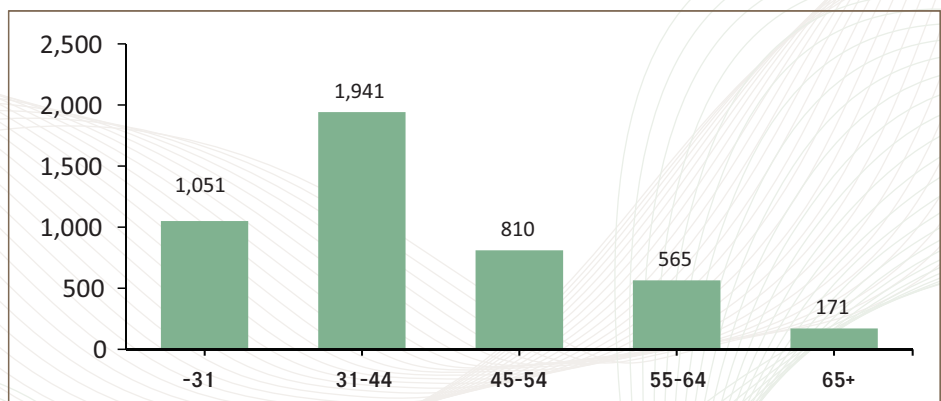
מקצוע הפיזיותרפיה לא היה מוסדר בחוק כחמש שנים, מתאריך 29.4.2004 עד 30.1.2009. לאחר שינוי החוק, היה צורך בחידוש תעודות המקצוע והוחל ברישום מחדש בהתאם לחוק.

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 4,367 פיזיותרפיסטים עד גיל 65. שני שליש (66%) היו עד גיל 45 ו-4% בגיל 65 ומעלה. שיעור הפיזיותרפיסטים עד גיל 65 במגמת עליה, 0.55 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.38 בשנת 2000, עליה ב-45%. כשלושה רבעים (71%) מכלל הפיזיותרפיסטים נשים.

תרשים 49: שיעור פיזיותרפיסטים עד גיל 65 ל-1,000 נפש



תרשים 50: מספר פיזיותרפיסטים לפי גיל, 2012

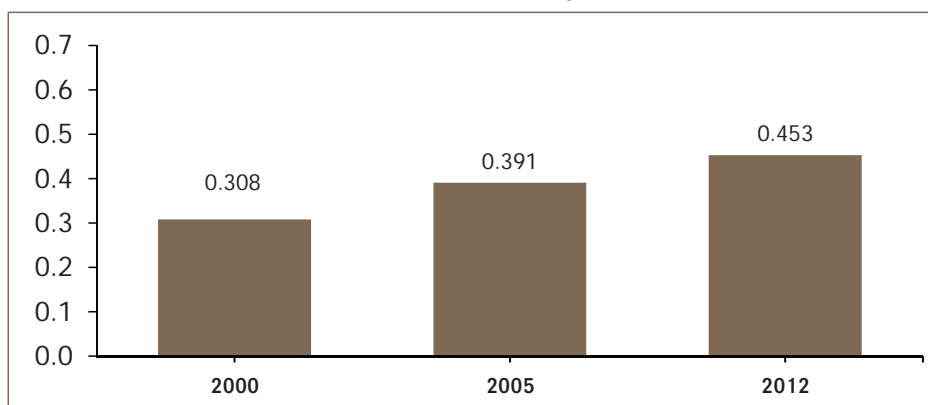


8. מרפאים בעיסוק

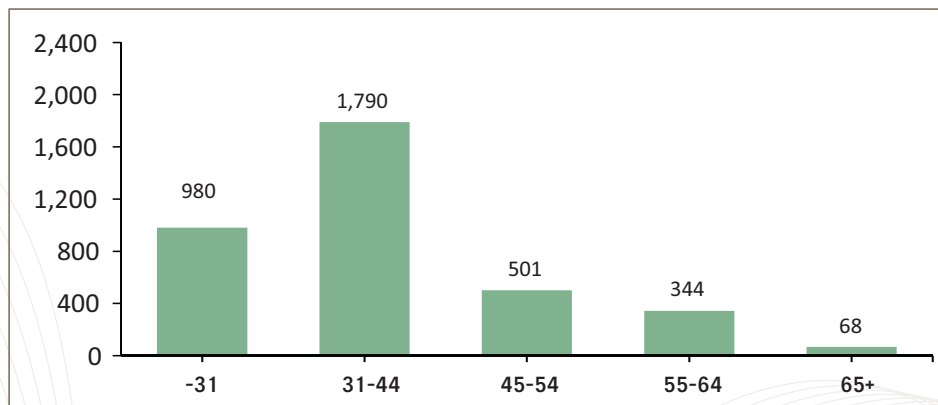
המקצוע ריפוי בעיסוק לא היה מוסדר בחוק כחמש שנים, מתאריך 29.4.2004 עד 30.1.2009. לאחר שינוי החוק, היה צורך בחידוש תעודות המקצוע והוחל ברישום מחדש בהתאם לחוק.

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 3,615 מרפאים בעיסוק עד גיל 65. שלושה רבעים (76%) היו עד גיל 45 ו-2% בגיל 65 ומעלה. שיעור המרפאים בעיסוק עד גיל 65 במגמת עליה, 0.45 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.31 בשנת 2000, עליה ב-47%. מרבית (97%) המרפאים בעיסוק נשים.

תרשים 51: שיעור מרפאים בעיסוק עד גיל 65 ל-1,000 נפש



תרשים 52: מספר מרפאים בעיסוק לפי גיל, 2012

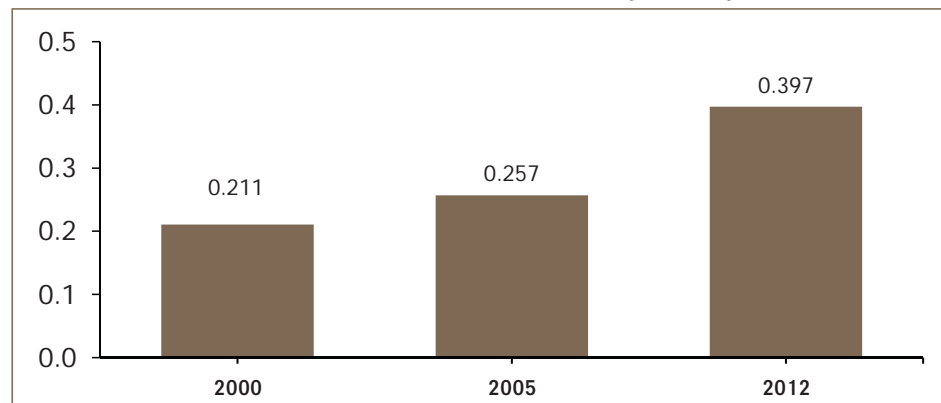


9. קלינאי תקשורת

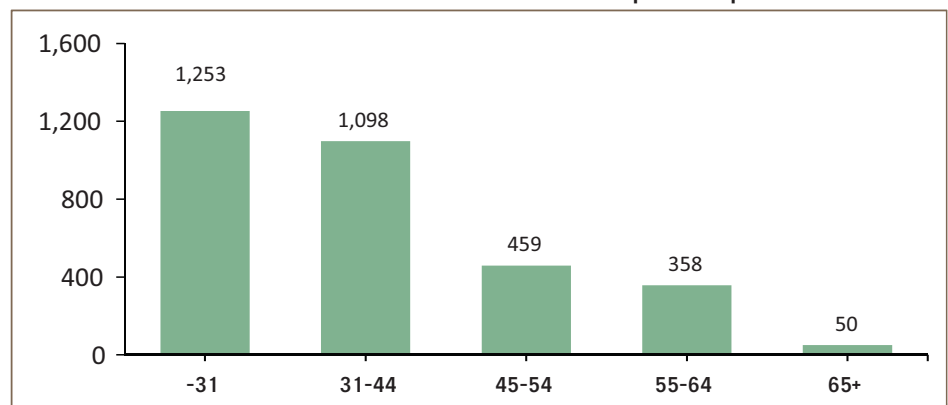
המקצוע קלינאות תקשורת לא היה מוסדר בחוק כחמש שנים, מתאריך 29.4.2004 עד 30.1.2009. לאחר שינוי החוק, היה צורך בחידוש תעודות המקצוע והוחל ברישום מחדש בהתאם לחוק.

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 3,168 קלינאי תקשורת עד גיל 65. שלושה רבעים (73%) היו עד גיל 45 ו-2% בגיל 65 ומעלה. שיעור קלינאי התקשורת עד גיל 65 במגמת עליה, 0.40 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.21 בשנת 2000, עליה ב-88%. מרבית (91%) קלינאי התקשורת נשים.

תרשים 53: שיעור קלינאי תקשורת עד גיל 65 ל-1,000 נפש



תרשים 54: מספר קלינאי תקשורת לפי גיל, 2012

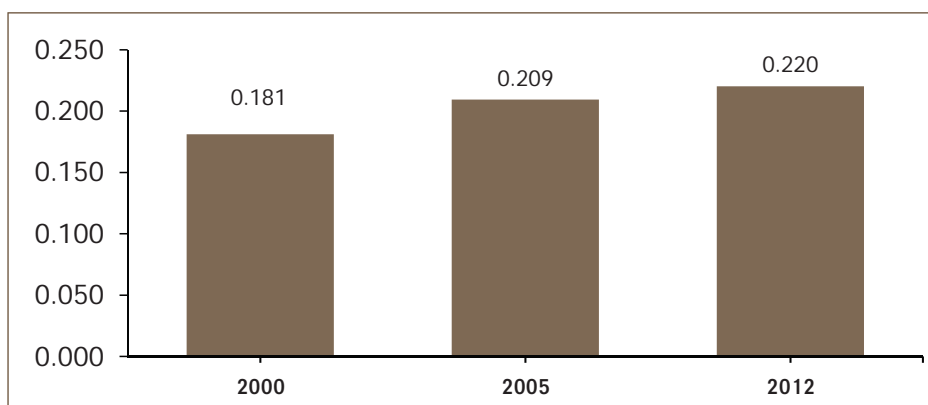


10. דיאטנים

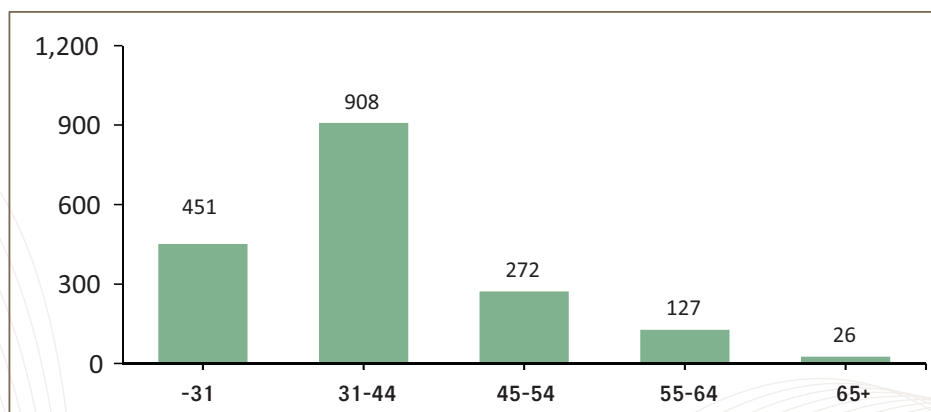
המקצוע דיאטטיקה לא היה מוסדר בחוק כחמש שנים, מתאריך 29.4.2004 עד 30.1.2009. לאחר שינוי החוק, היה צורך בחידוש תעודות המקצוע והוחל ברישום מחדש בהתאם לחוק.

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 1,758 דיאטנים עד גיל 65. שלושה רבעים (76%) היו עד גיל 45 ו-1% בגיל 65 ומעלה. שיעור הדיאטנים עד גיל 65 במגמת עליה, 0.22 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.18 בשנת 2000, עליה ב-22%, מרביתם (96%) נשים.

תרשים 55: שיעור דיאטנים עד גיל 65 ל-1,000 נפש



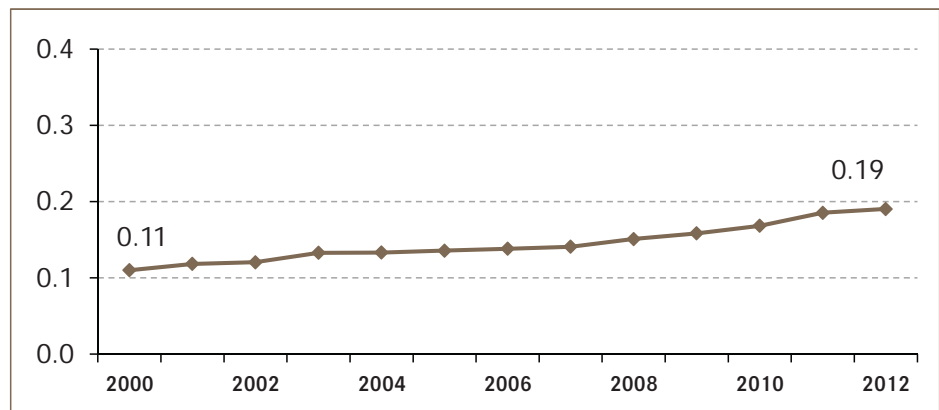
תרשים 56: מספר דיאטנים לפי גיל, 2012



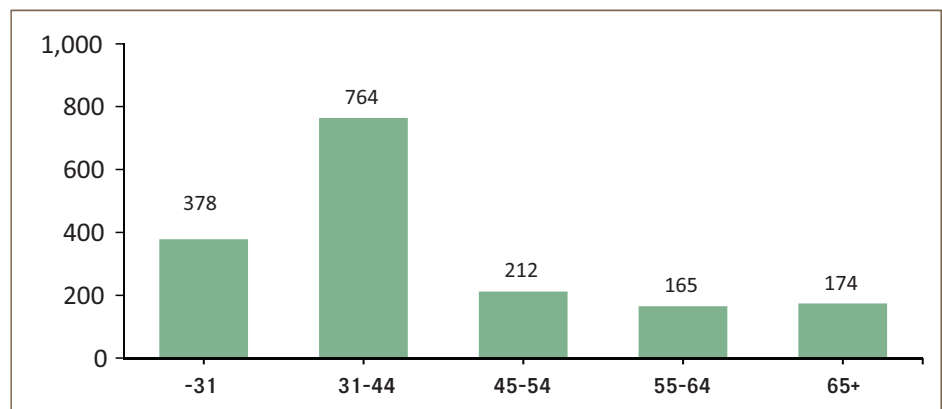
11. אופטומטריסטים

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 1,519 אופטומטריסטים עד גיל 65. שני שלישי (67%) היו עד גיל 45 ו-10% בגיל 65 ומעלה. שיעור האופטומטריסטים עד גיל 65 היה 0.19 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.11 בסוף 2000, עליה ב-73%. קרוב לשני שלישי (59%) מכלל האופטומטריסטים היו נשים.

תרשים 57: שיעור האופטומטריסטים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



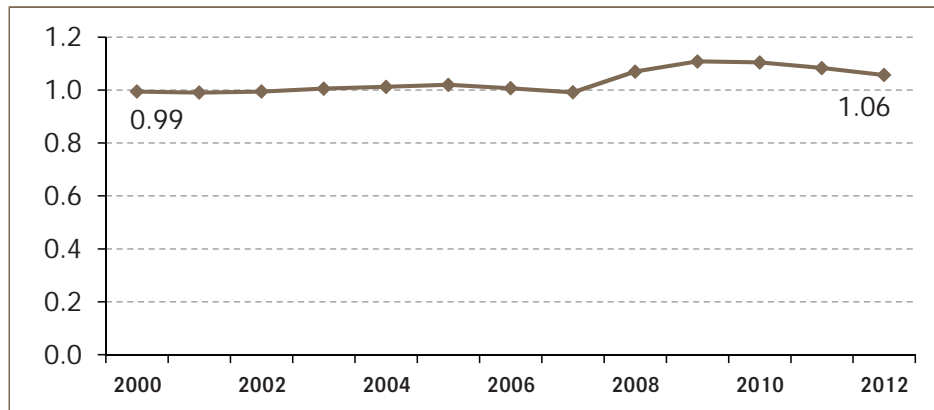
תרשים 58: מספר אופטומטריסטים לפי גיל, 2012



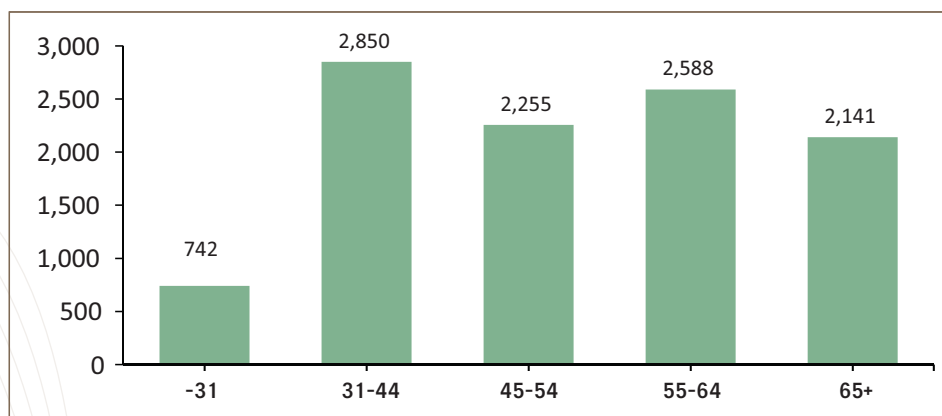
12. עובדי מעבדה רפואית

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 8,435 עובדי מעבדה רפואית עד גיל 65. שליש (34%) היו עד גיל 45 ו-20% בגיל 65 ומעלה. שיעור עובדי המעבדה הרפואית עד גיל 65 במגמת עליה, 1.06 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.99 בסוף 2000, עליה ב-6%. מרבית (84%) עובדי המעבדה הרפואית נשים.

תרשים 59: שיעור עובדי מעבדה רפואית עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



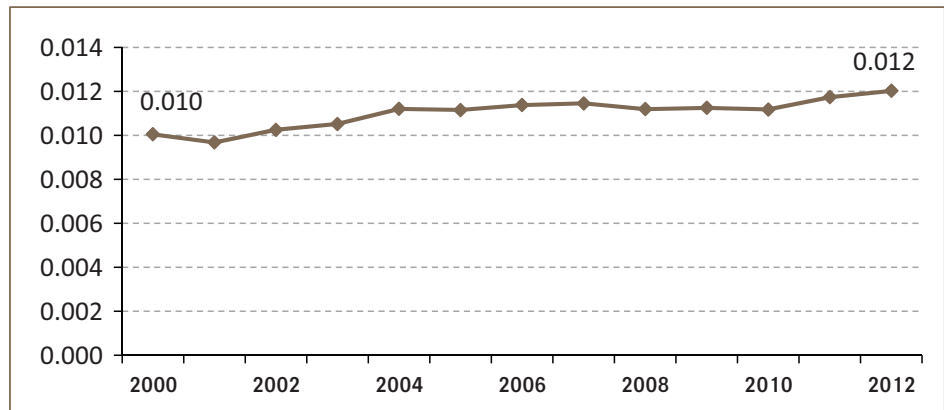
תרשים 60: מספר עובדי מעבדה רפואית לפי גיל, 2012



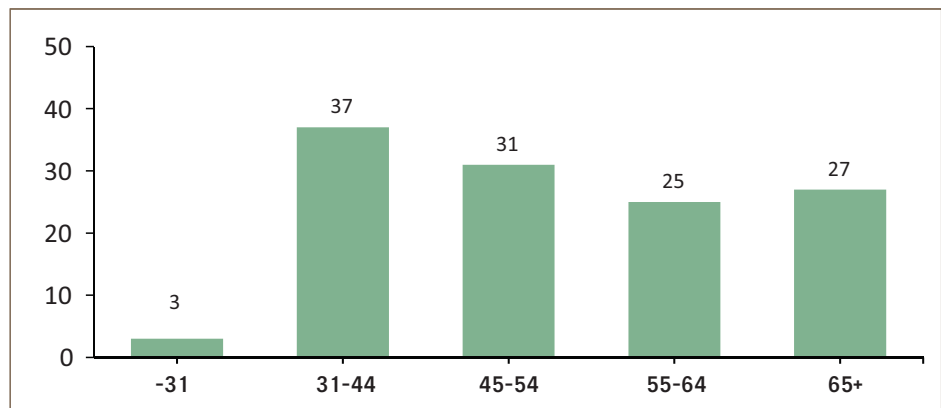
13. גנטיקאים קליניים

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 96 גנטיקאים קליניים עד גיל 65. שליש (32%) היו עד גיל 45 ו-22% בגיל 65 ומעלה. שיעור הגנטיקאים הקליניים עד גיל 65 היה 0.012 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.010 בשנת 2000, עליה ב-20%. מרבית (93%) הגנטיקאים הקליניים נשים.

תרשים 61: שיעור הגנטיקאים הקליניים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



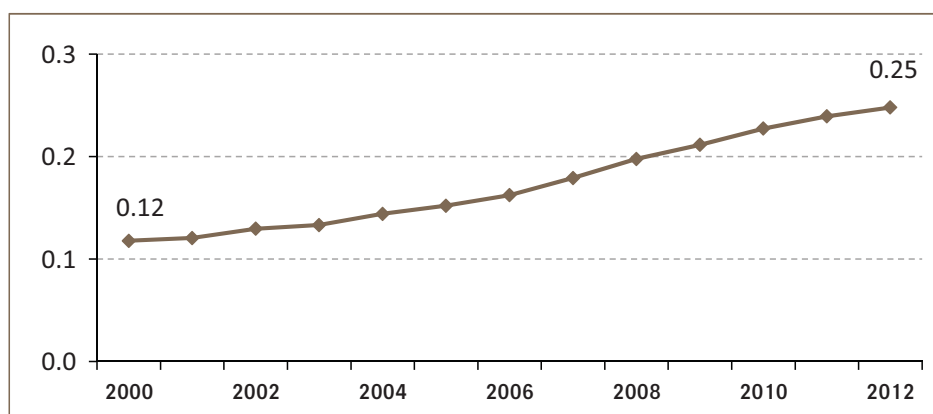
תרשים 62: מספר גנטיקאים קליניים לפי גיל, 2012



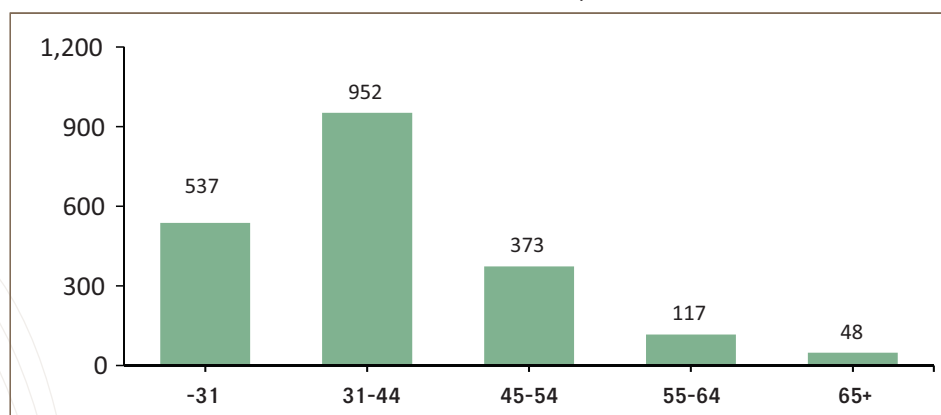
14. שינויות

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 1,929 שינויות עד גיל 65. מרבית (73%) השינויות היו עד גיל 45 ו-2% בגיל 65 ומעלה, וכמעט כולן (99%) נשים. שיעור השינויות במגמת עליה, 0.25 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.12 בסוף 2000, עליה פי 2.1.

תרשים 63: שיעור שינויות עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2000-2012



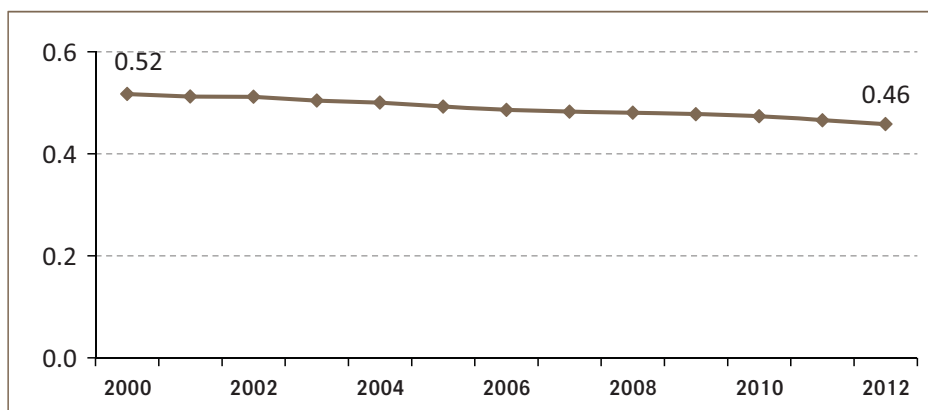
תרשים 64: מספר שינויות לפי גיל, 2012



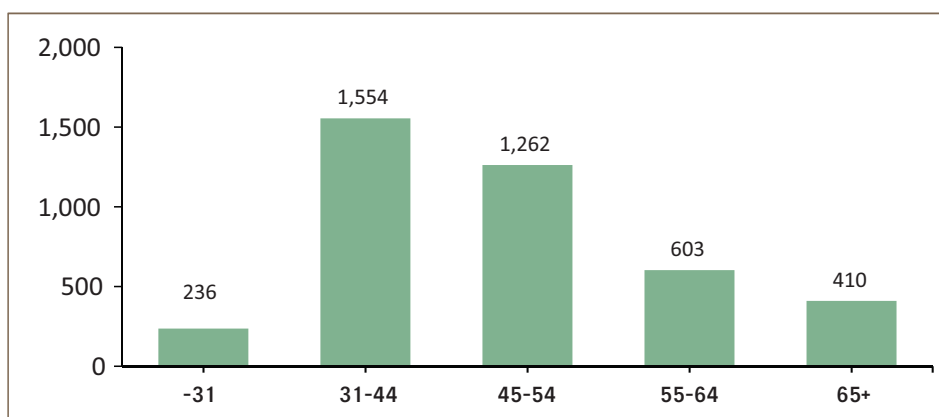
15. טכנאי שיניים

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 3,657 טכנאי שיניים עד גיל 65. קרוב למחציתם (44%) היו עד גיל 45 ו-10% היו בגיל 65 ומעלה. שיעור טכנאי השיניים עד גיל 65 ירד ל-0.46 ל-1,000 נפש בסוף 2012 בהשוואה ל-0.52 בסוף 2000, ירידה ב-11%. רבע (23%) מטכנאי השיניים נשים.

תרשים 65: שיעור טכנאי השיניים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



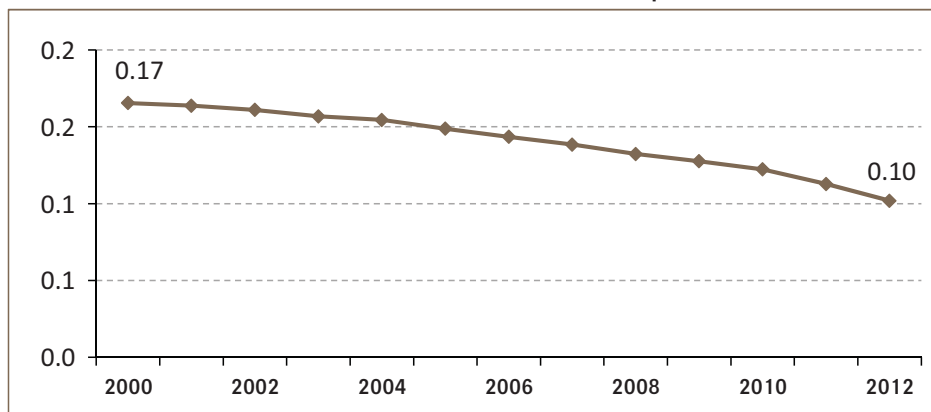
תרשים 66: מספר טכנאי שיניים לפי גיל, 2012



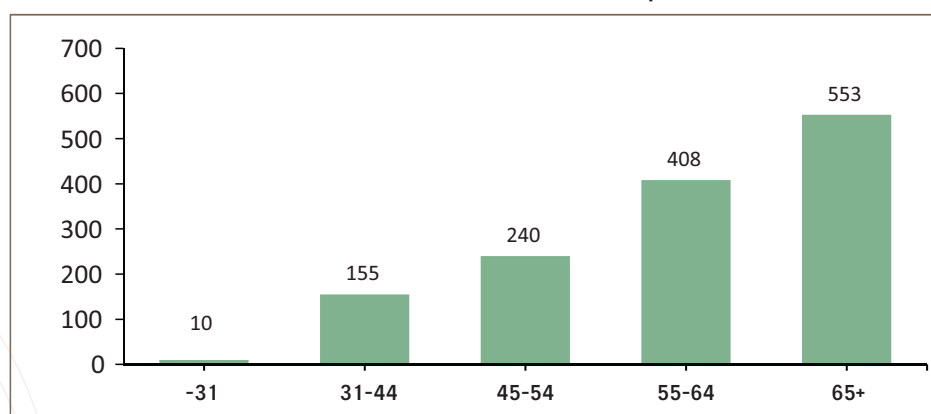
16. עוזרי רוקחים

בהתאם לרישום במאגר בעלי ההרשאה לעסוק במקצועות הבריאות, בסוף 2012 היו 813 עוזרי רוקחים בעלי הרשאה. שיעור עוזרי הרוקחים במגמת ירידה, 0.10 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-0.17 בשנת 2000.

תרשים 67: שיעור עוזרי רוקחים עד גיל 65 ל-1,000 נפש, 2012-2000



תרשים 68: מספר עוזרי רוקחים לפי גיל, 2012



מקורות המידע

1. כוח אדם במקצועות הבריאות 2012, עוזרי רונית, קרגר חיים, גולדברגר נחמה, חקלאי ציונה, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב, משרד הבריאות, 2013.
2. השנתון הסטטיסטי לישראל 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
3. הרופא הראשוני בישראל: שיעור מכלל הרופאים ופוטנציאל המצטרפים לרפואה ראשונית, דינה פלפל, ענת שמש, אמה סמטניקוב, מיכאל דור, אוניברסיטת באר שבע ומשרד הבריאות, 2000.
4. מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, טוביה חורב, ענת שמש, פמלה הורוביץ, דיאנה נקמולי לוי, ציונה חקלאי, פנינה צדקה, נעמה רותם, מוריה ג'ורג', משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2012.
5. אגף המידע, עיבודים מתוך סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
6. <http://stats.oecd.org>
7. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov 2013.
8. Haklai Z., Applbaum Y., Tal O., Aburbeh M., Goldberger N. Female physicians: Trends and likely impacts on healthcare in Israel. Israel Journal of Health Policy Research 2013, 2:37.

פרק 12

משאבים
פיזיים





משאבים פיזיים >>

ממצאים עיקריים

מוסדות אשפוז: בסוף 2013 היו 373 מוסדות אשפוז בישראל, מתוכם 287 מוסדות סיעוד ו-86 בתי חולים. מרבית בתי החולים (45) הינם בתי חולים לאשפוז כללי, 12 לאשפוז פסיכיאטרי, 27 לאשפוז גריאטרי ו-2 בתי חולים לאשפוז שיקומי.

מספר מיטות אשפוז: בסוף 2013 היו 44,257 מיטות אשפוז בתקן, מתוכן כשליש (35%) לאשפוז כללי וכמחצית (56%) לאשפוז גריאטרי וסיעודי.

תוספת מיטות אשפוז: מתחילת 2010 נוספו 2,162 מיטות אשפוז בתקן, מתוכן נוספו 739 מיטות לאשפוז כללי, 1,182 מיטות סיעודיות ו-308 מיטות לגריאטריה פעילה, לעומת ירידה ב-26 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי וירידה ב-41 מיטות לאשפוז שיקומי.

מיטות לאשפוז כללי: בסוף 2013 היו 15,330 מיטות לאשפוז כללי בתקן. החל משנת 2010 נוספו 739 מיטות לאשפוז הכללי, לאחר תקופת יציבות של ארבע שנים. בשנים 2010-2012 נוספו 381 מיטות ובמהלך 2013 נוספו 358 מיטות נוספות לאשפוז הכללי. שיעור המיטות לאשפוז כללי ממשיך במגמת ירידה, ל-1.88 מ-1,000 נפש בסוף 2012, ירידה ב-16% מסוף 2000 וירידה ב-2% מסוף שנת 2010. שיעור המיטות המתוקן לגיל במחוז הצפון והדרום נמוך בהשוואה לשיעור בשאר המחוזות. שיעור המיטות המתוקן לגיל בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, ישראל מדורגת במקום השלישי הנמוך מתוך 28 מדינות ה-OECD בסוף 2011.

מיטות לאשפוז פסיכיאטרי: מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי נמצא במגמת ירידה ועמד על 3,425 מיטות בסוף 2013, 8% מכלל מיטות האשפוז. שיעור המיטות ירד במחצית משנת 2000 ועמד על 0.43 מיטות ל-1,000 נפש בסוף 2012. השיעור נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, ישראל מדורגת במקום ה-11 הנמוך מתוך 34 מדינות ה-OECD בסוף 2011.

מיטות לאשפוז גריאטרי: בסוף 2013 היו 24,799 מיטות לאשפוז גריאטרי בתקן, 56% מכלל מיטות האשפוז. משנת 2000 מספר המיטות לגריאטריה פעילה עלה במחצית ומספר המיטות לגריאטריה ממושכת עלה בשליש. בשנים 2010-2013 נוספו 1,490 מיטות לאשפוז גריאטרי, מהן 1,182 מיטות סיעודיות ו-308 מיטות לגריאטריה פעילה. שיעור כלל המיטות לאשפוז גריאטרי נמצא במגמת ירידה מאמצע שנות האלפיים ובסוף 2012 עמד על 63.4 מיטות ל-1,000 בני 75 ומעלה, ירידה של 9% משנת 2007.

מיטות לאשפוז שיקומי: בסוף 2013 היו 703 מיטות לאשפוז שיקומי בתקן, 1% מכלל מיטות האשפוז. שיעור המיטות יציב בעשור האחרון, 0.09 מיטות ל-1,000 נפש בסוף 2012.

מיטות לאשפוז יום: בסוף 2013 היו 1,588 מיטות לאשפוז יום בתקן. השיעור עמד על 0.2 ל-1,000 נפש בסוף 2012.

עמדות: בסוף 2013 היו 1,156 עמדות רפואה דחופה בתקן, 14.5 ל-100,000 נפש, 1,395 עמדות לטיפול בדיאליזה בתקן, 15.8 ל-100,000 נפש, 437 עמדות ניתוח ו-778 עמדות התעוררות בתקן, 5.4 ו-9.8 ל-100,000 נפש, בהתאמה ו-272 עמדות לידה בתקן, 13.9 ל-100,000 נשים בגיל הפריור.

מכשור רפואי: שיעור המכשור הרפואי נמוך בישראל בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD. שיעור מכשירי ה-CT בישראל מדורג במקום הרביעי הנמוך מתוך 30 מדינות ה-OECD ושיעור מכשירי ה-MRI מדורג במקום השני הנמוך בהשוואה ל-OECD בסוף 2011.

משאבים פיזיים

רקע

משרד הבריאות מנפיק תעודת רישום למוסדות הרפואה בישראל אחת לתקופה. התפלגות המשאבים הפיזיים במוסדות האשפוז מבוססת על עדכון תעודות הרישום שהאגף לרישוי מוסדות רפואה מנפיק באופן שוטף.

הגדרות

מוסדות אשפוז: מספר מוסדות האשפוז מוצג בהתאם לתעודות הרישום שמשרד הבריאות מנפיק.

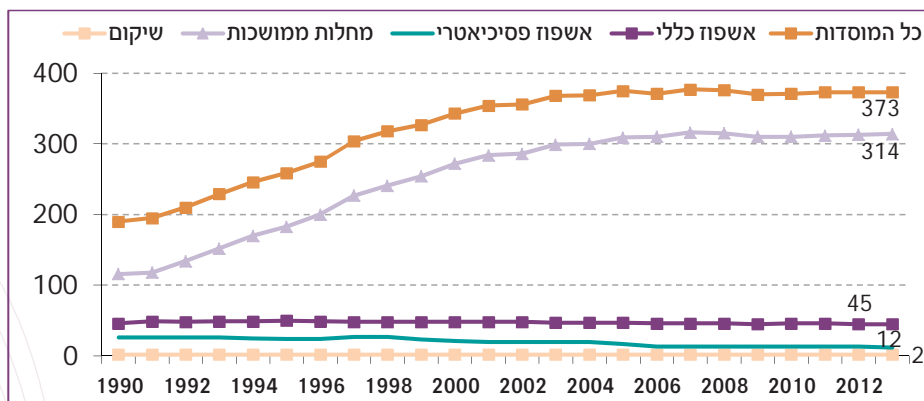
מיטות בתקן: מיטות בהתאם לתעודת הרישום שמשרד הבריאות מנפיק לכל מוסדות האשפוז.

שיעור מיטות אשפוז: מוצג בהתאם למספר המיטות בתקן בסוף השנה, שיעור ל-1,000 נפש.

1. מוסדות אשפוז

בסוף 2013 פעלו 373 מוסדות אשפוז בישראל, בהתאם לתעודת הרישום שמשרד הבריאות מנפיק, מהם 45 לאשפוז כללי, 12 לאשפוז פסיכיאטרי, 314 למחלות ממושכות, ו-2 מוסדות לאשפוז שיקומי. כעשירית מהמוסדות היו עם 300 מיטות אשפוז ומעלה, מהם 20 מוסדות לאשפוז כללי, 5 לאשפוז פסיכיאטרי ו-10 למחלות ממושכות, וכמחצית היו עם למטה מ-50 מיטות, 9 לאשפוז כללי ו-159 מוסדות למחלות ממושכות.

תרשים 1: מספר מוסדות אשפוז לפי סוג אשפוז, 1990-2013



ה-OECD מסווג את מוסדות האשפוז לשתי קבוצות, בתי חולים ומוסדות סיעוד:

« בתי חולים - hospitals

« בתי חולים כלליים - general hospitals

« בתי חולים פסיכיאטריים - mental health hospitals

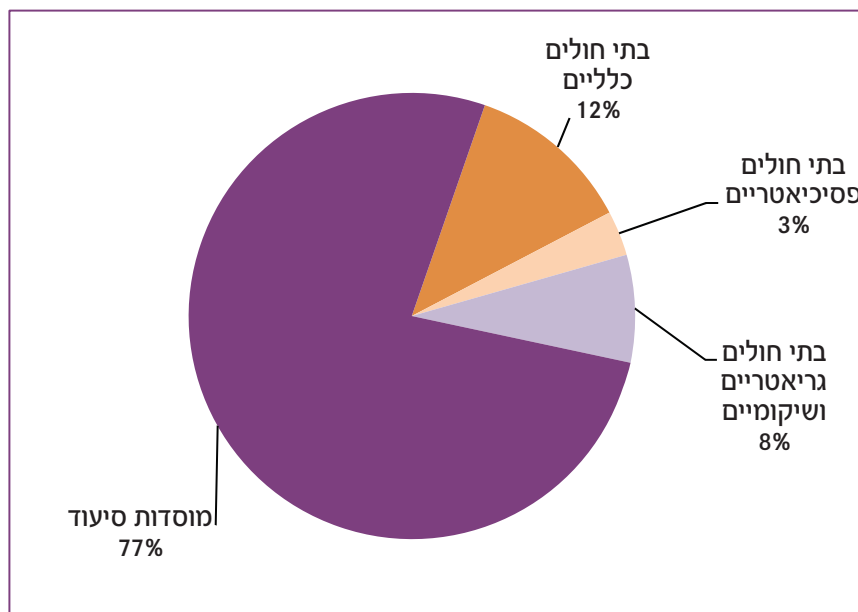
« בתי חולים מיוחדים - specialized hospitals כולל בתי חולים לשיקום ובתי חולים גריאטריים ואינו כולל מוסדות

שמרבית מיטות האשפוז הן לאשפוז סיעודי.

« מוסדות סיעוד - residential long-term care facilities, כולל מוסדות לאשפוז סיעודי בעיקר.

בהתאם להגדרות אלו בסוף 2013 היו בישראל 86 בתי חולים, מהם 45 בתי חולים כלליים, 12 בתי חולים פסיכיאטריים, 29 בתי חולים מיוחדים (גריאטריים ושיקומיים) ו-287 מוסדות סיעוד, שכוללים בעיקר מיטות לגריאטריה סיעודית ומיטות לתשושי נפש.

תרשים 2: מוסדות אשפוז בהתאם לסיווג ה-OECD, אחוזים, 2013



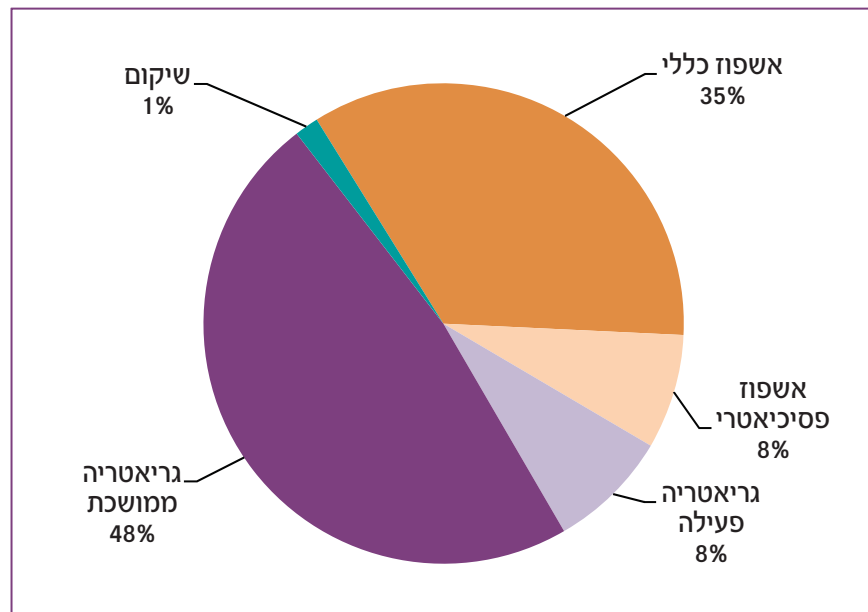
טבלה 1: מספר מוסדות אשפוז בהתאם לסיווג ה-OECD, 1995-2013

שנה	סה"כ	בתי חולים				מוסדות סיעוד	
		אשפוז כללי	אשפוז פסיכיאטרי	אשפוז גריאטרי	אשפוז שיקומי	סה"כ	סה"כ
1995	89	50	26	11	2	173	262
1996	88	49	25	12	2	188	276
1997	90	48	27	13	2	214	304
1998	90	48	27	13	2	228	318
1999	85	48	23	12	2	242	327
2000	85	48	21	14	2	259	344
2001	89	48	20	19	2	265	354
2002	89	48	20	19	2	267	356
2003	88	47	20	19	2	280	368
2004	89	47	20	20	2	280	369
2005	86	47	17	20	2	289	375
2006	82	46	14	20	2	290	372
2007	84	46	13	23	2	293	377
2008	84	46	13	23	2	292	376
2009	85	45	13	25	2	285	370
2010	86	46	13	25	2	285	371
2011	87	46	13	26	2	286	373
2012	86	45	13	26	2	287	373
2013	86	45	12	27	2	287	373

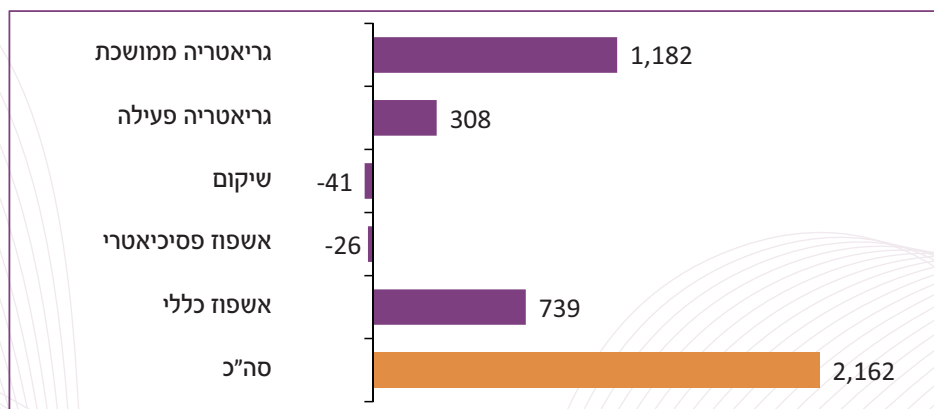
2. מיטות אשפוז

בסוף 2013 היו 44,257 מיטות אשפוז בתקן, מתוכן כשליש (35%) באשפוז כללי וכמחצית (56%) באשפוז גריאטרי. במהלך השנים 2010-2013 נוספו 2,162 מיטות אשפוז בתקן, מתוכן 739 מיטות באשפוז הכללי, 308 מיטות בגריאטריה פעילה ו-1,182 מיטות בגריאטריה ממושכת. לעומת זאת, מספר המיטות באשפוז פסיכיאטרי ירד ב-26 ומספר המיטות באשפוז שיקומי ירד ב-41 באותה התקופה.

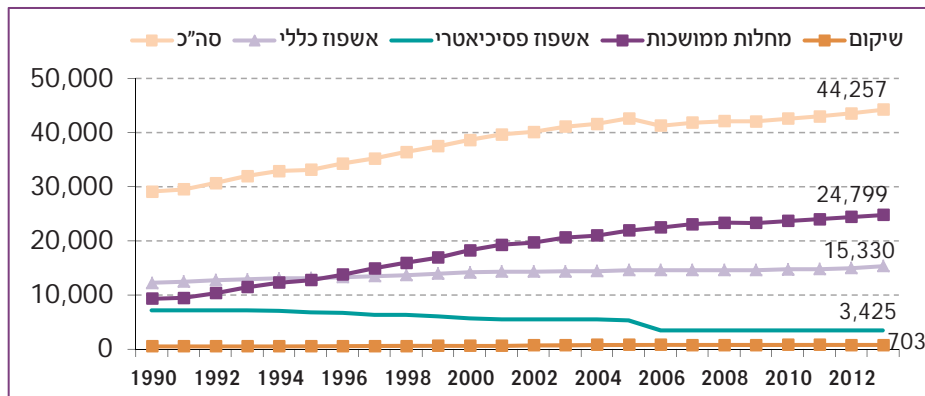
תרשים 3: מיטות אשפוז בתקן לפי סוג, 2013



תרשים 4: שינוי במספר מיטות אשפוז, 2013/2009

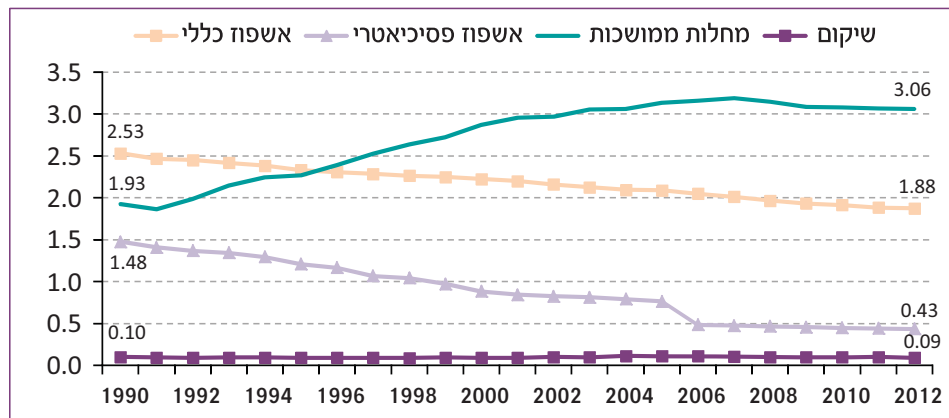


תרשים 5: מספר מיטות אשפוז לפי סוג אשפוז, 1990-2013: כולל מיטות בבתי חולים ובמוסדות סיעוד



שיעור מיטות האשפוז נמצא במגמת ירידה בישראל. מסוף שנת 2000 שיעור המיטות לאשפוז כללי ירד ב-16%, שיעור המיטות הפסיכיאטריות ירד במחצית, שיעור המיטות לאשפוז גריאטרי עלה ב-7% ושיעור המיטות לשיקום נשאר יציב. בשנים 2010-2012 נוספו מיטות אשפוז, אך עדיין שיעור המיטות היה במגמת ירידה. שיעור המיטות לאשפוז כללי ירד מסוף שנת 2010 ב-2%, השיעור לאשפוז פסיכיאטרי ירד ב-3%, לאשפוז שיקומי ירד ב-9% ובאשפוז הגריאטרי נרשמה ירידה של פחות מאחוז.

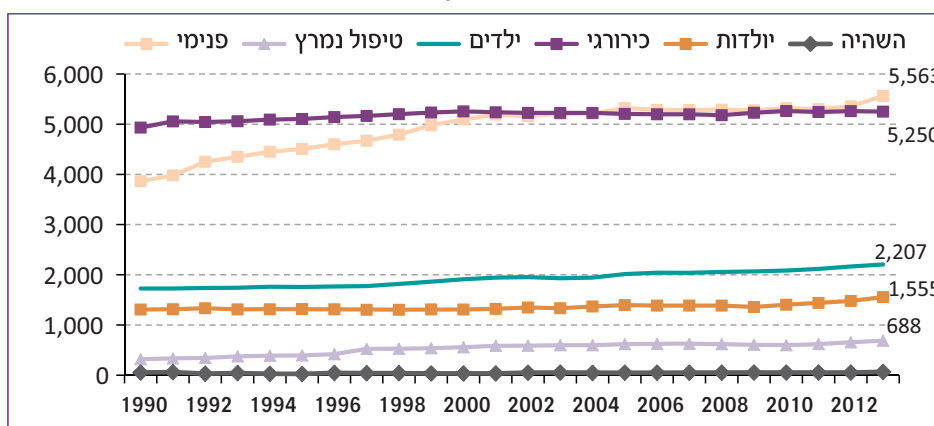
תרשים 6: שיעור מיטות אשפוז לפי סוג אשפוז ל-1,000 נפש, 1990-2012: כולל מיטות בבתי חולים ובמוסדות סיעוד



2.1. מיטות לאשפוז כללי

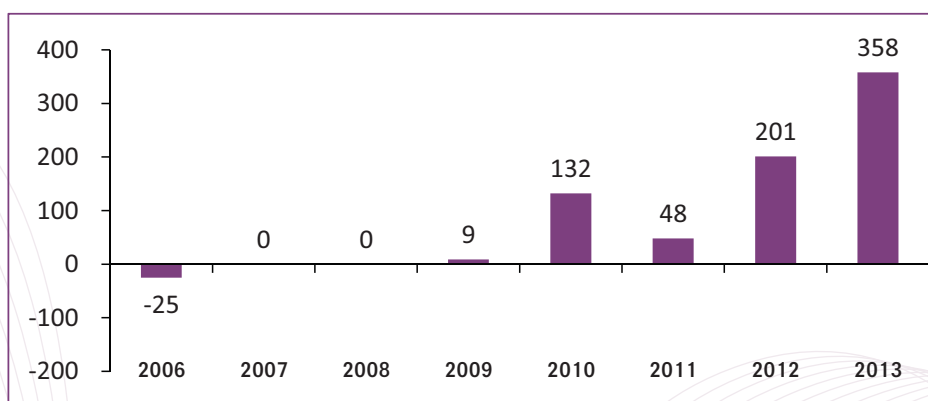
בסוף שנת 2013 היו 15,330 מיטות לאשפוז כללי בתקן, 35% מכלל מיטות האשפוז, לעומת 42% בשנת 1990. כשליש (36%) מהמיטות לאשפוז כללי היו באגף הפנימי, כשליש (34%) באגף הכירורגי, 14% באגף הילדים, 10% ביולדות ו-4% בטיפול נמרץ.

תרשים 7: מספר המיטות לאשפוז כללי לפי אגף, 2013-1990



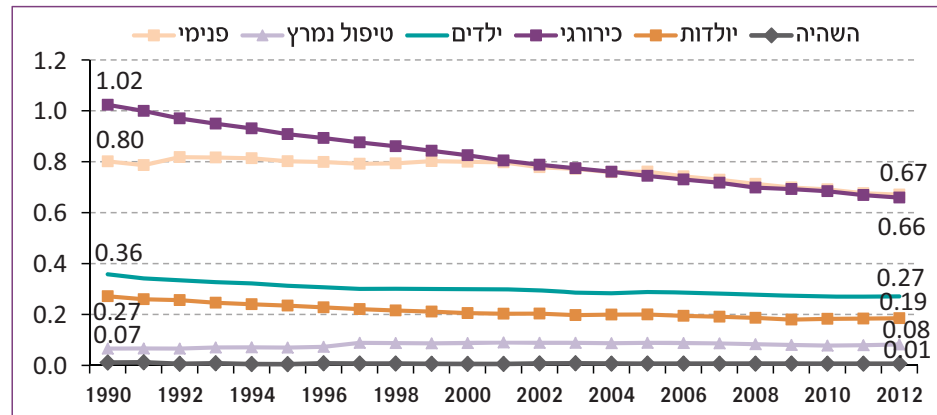
מספר המיטות לאשפוז כללי נותר ללא שינוי בשנים 2007-2008, לאחר ירידה של 25 מיטות במהלך 2006. החל משנת 2010 ועד סוף 2013 נוספו 739 מיטות לאשפוז כללי בתקן, מתוכן 358 נוספו במהלך שנת 2013.

תרשים 8: שינוי שנתי במספר המיטות לאשפוז כללי, 2013-2006



שיעור המיטות לאשפוז כללי ממשיך במגמת ירידה. מסוף שנת 2000 נרשמה ירידה ב-20% בשיעור המיטות באגף הכירורגי, ב-16% בשיעור המיטות באגף הפנימי, ב-10% בשיעור המיטות ביולדות ובאגף הילדים וירידה ב-6% בטיפול נמרץ.

תרשים 9: שיעור המיטות לאשפוז כללי ל-1,000 נפש לפי אגף, 1990-2012



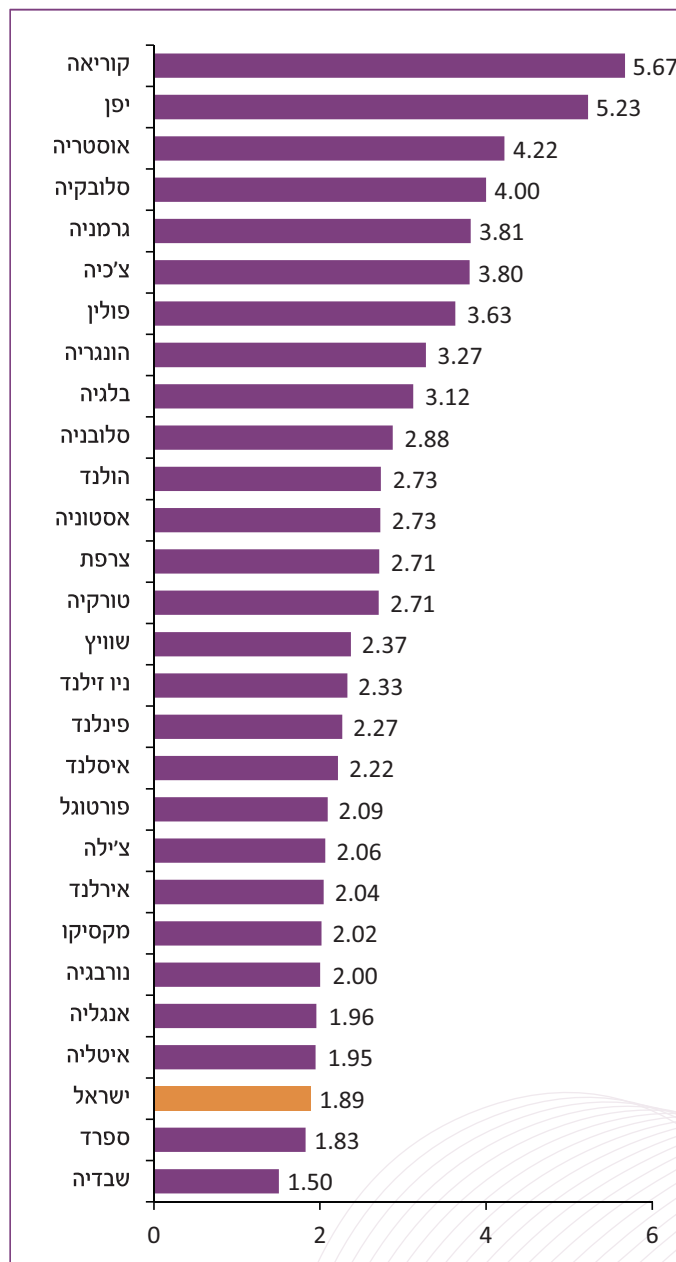
שיעור המיטות המתוקנן לגיל מצביע על הבדלים בין מחוזות, במחוז הצפון והדרום השיעור נמוך (1.7 ו-1.4 ל-1,000 נפש, בהתאמה) בהשוואה לשאר המחוזות, ואילו במחוז ירושלים וחיפה נמצא השיעור הגבוה ביותר (2.4 ו-2.3, בהתאמה).

תרשים 10: שיעור המיטות לאשפוז כללי מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש לפי מחוז, 2012



שיעור המיטות לאשפוז כללי המתוקנן לגיל נמוך בישראל בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, ישראל מדורגת במקום השלישי הנמוך מתוך 28 מדינות ה-OECD בסוף 2011, רק בספרד ושבדיה נרשם שיעור נמוך יותר.

תרשים 11: שיעור המיטות לאשפוז כללי מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



שנת 2011 או שנה אחרונה זמינה.

2.2 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי

מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי במגמת ירידה, בהתאם למדיניות משרד הבריאות לצמצום שירותי האשפוז ופיתוח שירותים בקהילה. במהלך שנת 2006 עודכנו תעודות הרישום בבתי החולים הפסיכיאטריים, ולכן נרשמה ירידה ניכרת במיטות האשפוז. בסוף 2013 היו 3,425 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן, 8% מכלל מיטות האשפוז, לעומת 15% בשנת 2000 ו-24% בשנת 1990. בשנת 2013, כמחצית המיטות (56%)

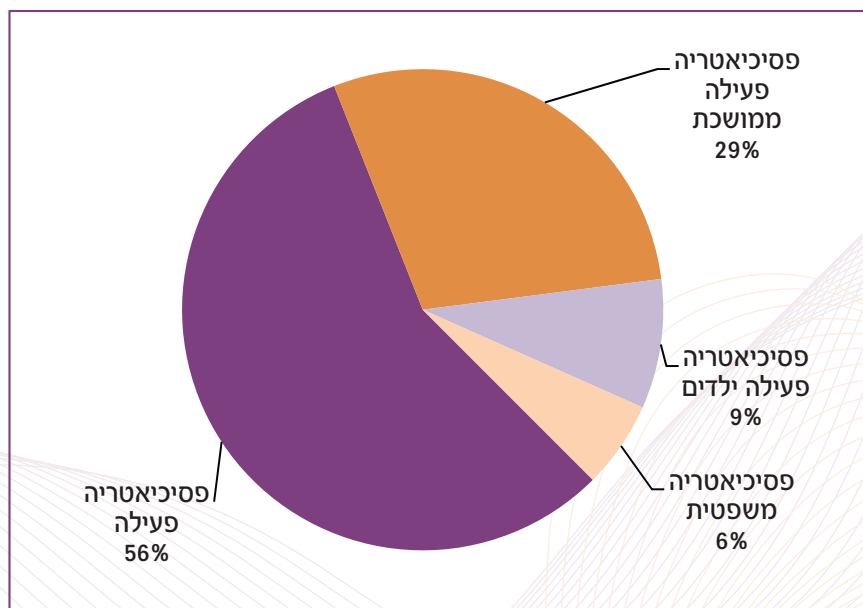
היו לפסיכיאטריה פעילה, כשליש (29%) לפסיכיאטריה פעילה ממושכת, עשירית (9%) לפסיכיאטריה פעילה ילדים ו-6% לפסיכיאטריה משפטית. מרבית המיטות היו בבתי חולים פסיכיאטריים ועשירית בבתי חולים לאשפוז כללי.

טבלה 2: מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן לפי מחלקה, 2013-2000

מחלקה	שינוי 2013/2000	2000	2010	2011	2012	2013
פסיכיאטריה פעילה ⁽¹⁾	244	1,691	1,884	1,919	1,927	1,935
פסיכיאטריה שיקום	-593	593				
פסיכיאטריה פעילה ממושכת	-600	1,592	1,077	1,042	1,042	992
פסיכיאטריה פעילה ילדים	-37	335	290	298	298	298
פסיכוגריאטריה	-1,017	1,017				
פסיכיאטריה משפטית	28	172	200	200	200	200
הוסטל	-18	18				
אוטיסטים ילדים	-15	15				
סה"כ פסיכיאטריה	-2,194	5,619	3,451	3,459	3,467	3,425
מוסדות לגמילה מסמים ⁽²⁾	270	638	865	863	865	908

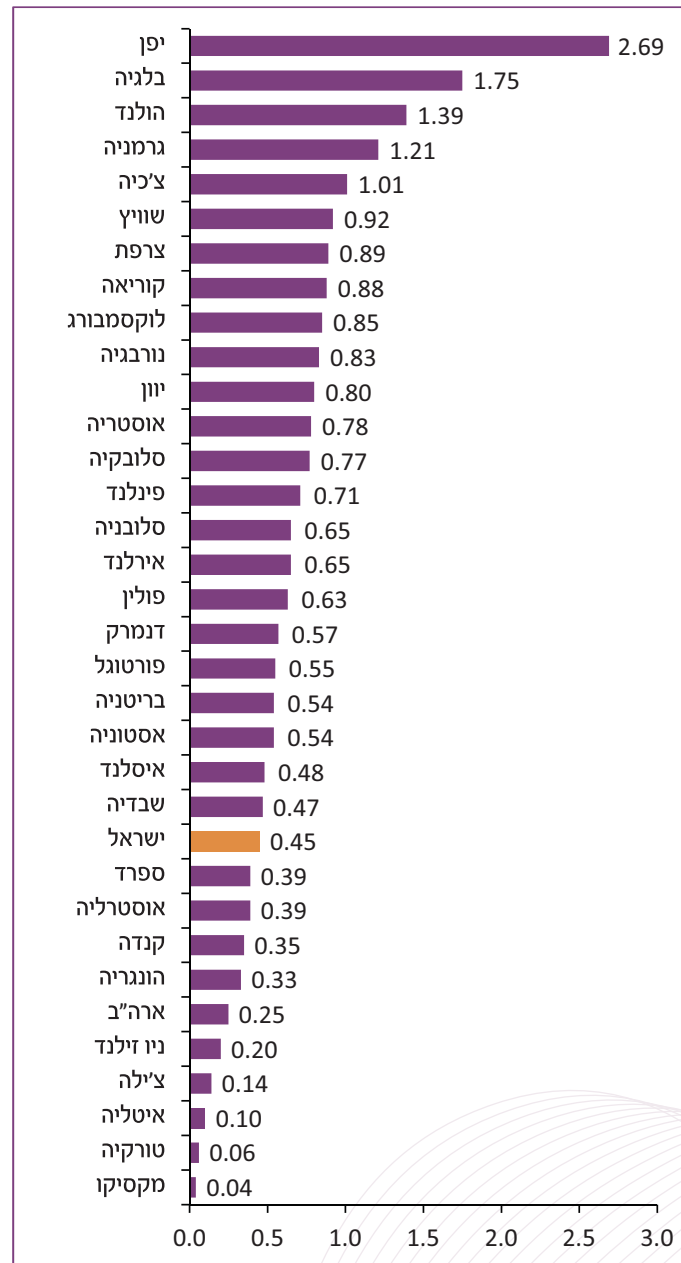
(1) כולל מיטות להפרעות אכילה ומיטות לגמילה מסמים בבתי חולים.
(2) מיטות אלו אינן כלולות במספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי.

תרשים 12: מיטות לאשפוז פסיכיאטרי לפי סוג, אחוזים, 2013



שיעור המיטות לאשפוז פסיכיאטרי נמוך בישראל בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD. ישראל מדורגת במקום ה-11 הנמוך מתוך 34 מדינות ה-OECD בסוף 2011, עם שיעור של 0.45 מיטות ל-1,000 נפש.

תרשים 13: שיעור מיטות לאשפוז פסיכיאטרי ל-1,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



2011 או שנה אחרונה זמינה.

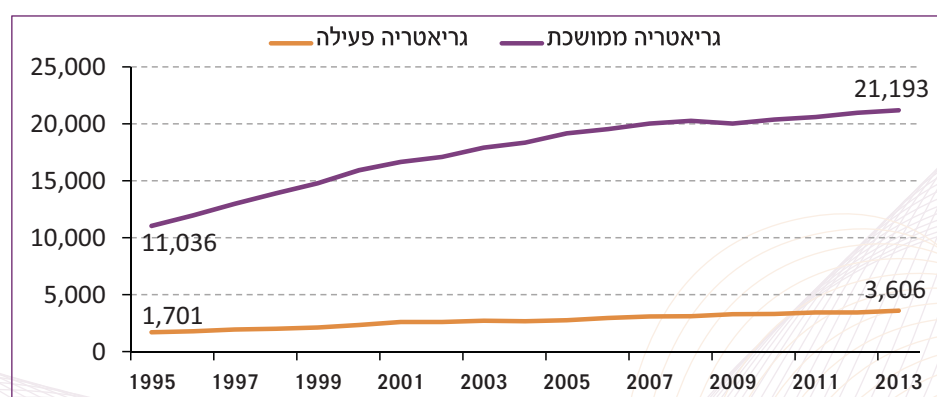
2.3. מיטות לאשפוז גריאטרי

בסוף 2013 היו 24,799 מיטות אשפוז בתקן לאשפוז גריאטרי בבתי חולים ובמוסדות סיעוד, 56% מכלל מיטות האשפוז, לעומת 47% בשנת 2000 ו-32% בשנת 1990. מרבית (85%) המיטות היו לגריאטריה ממושכת ו-15% לגריאטריה פעילה. במהלך השנים 1990-2013 גדל מספר המיטות לגריאטריה פעילה פי 2.6 ומספר המיטות לגריאטריה ממושכת פי 2.7.

טבלה 3: מספר מיטות אשפוז בתקן למחלות ממושכות לפי מחלקה, 2013-2000

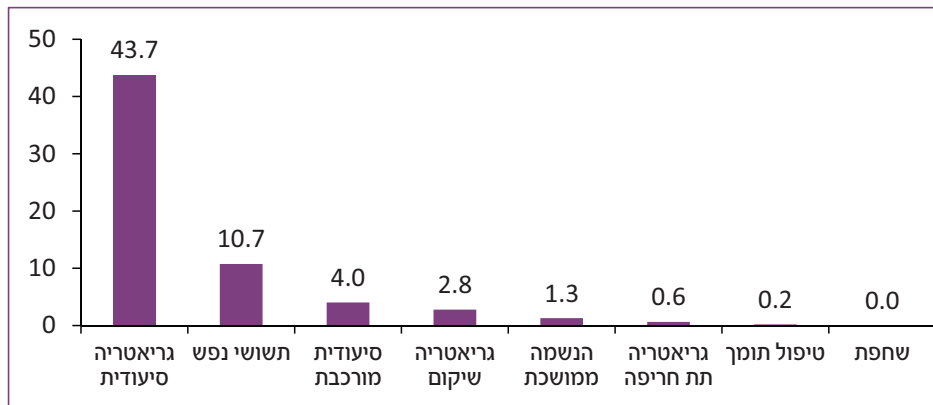
מחלקה	שינוי 2013/2000	2013	2012	2011	2010	2000
גריאטריה ממושכת						
גריאטריה סיעודית	3,780	17,002	16,837	16,617	16,512	13,222
תשושי נפש	1,479	4,191	4,138	3,970	3,857	2,712
גריאטריה פעילה						
גריאטריה שיקום	156	1,111	1,071	977	895	955
סיעודית מורכבת	382	1,620	1,554	1,654	1,707	1,238
טיפול תומך	-4	79	79	76	76	83
שחפת		10	10	10	10	10
גריאטריה תת חריפה	243	243	243	243	228	
הנשמה ממושכת	493	543	495	472	402	50
סה"כ	6,529	24,799	24,427	24,019	23,687	18,270

תרשים 14: מספר המיטות לאשפוז גריאטרי לפי סוג, 1995-2013

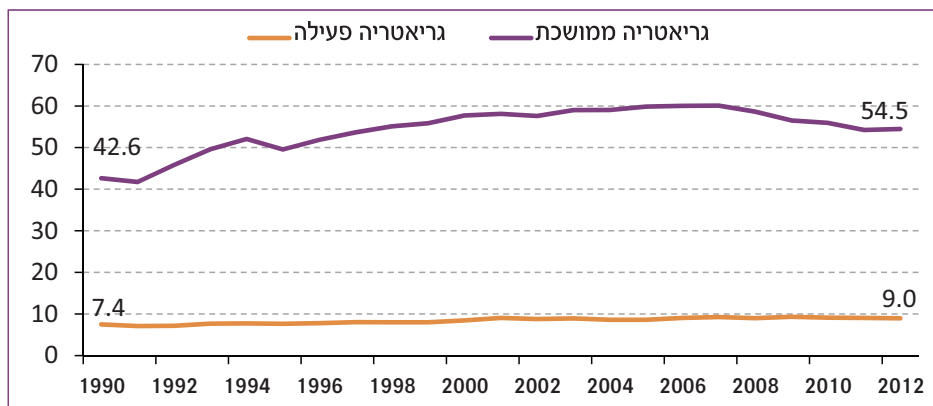


שיעור המיטות לאשפוז גריאטרי היה במגמת עלייה, אך ממחצית שנות האלפיים נרשמה ירידה. בסוף 2012 השיעור עמד על 63.4 ל-1,000 בני 75 ומעלה, לעומת 65.1 בשנת 2010 ו-69.3 בשנת 2007. ירידה נרשמה בכל המחלקות, פרט לעליה בגריאטריה תת חריפה והנשמה ממושכת.

תרשים 15: שיעור המיטות לאשפוז גריאטרי לפי מחלקה ל-1,000 בני 75 ומעלה, 2012



תרשים 16: שיעור המיטות לאשפוז גריאטרי ל-1,000 בני 75 ומעלה, 1990-2012



2.4 מיטות לאשפוז שיקומי

בסוף 2013 היו 703 מיטות לאשפוז שיקומי בתקן, 1% מכלל מיטות האשפוז. כמחצית מהמיטות היו לשיקום נוירולוגי (42%), רבע לשיקום כללי (25%), 15% לשיקום אורתופדי, 10% לשיקום ילדים, 4% לשיקום נשימתי ילדים, 3% לשיקום נשימתי ו-2% לטיפול נמרץ שיקומי. כמחצית המיטות היו בבתי חולים כלליים ומחציתן בבתי חולים לשיקום.

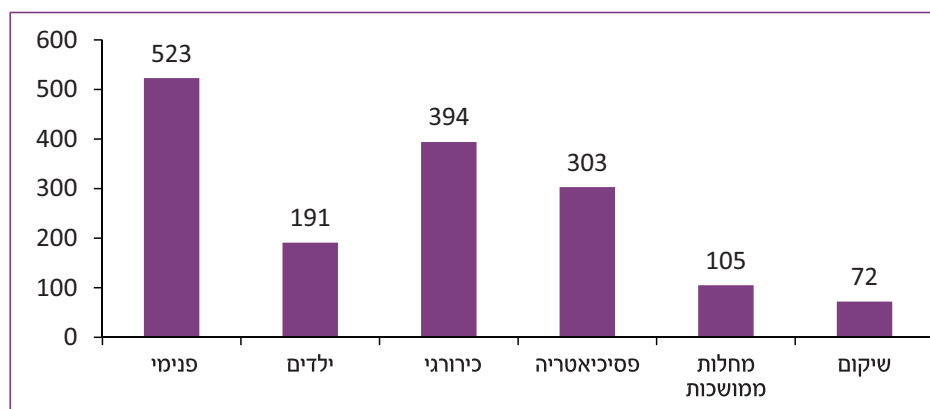
טבלה 4: מספר מיטות בתקן לאשפוז שיקומי לפי מחלקה, 2013-2000

מחלקה	שינוי 2013/2000	2013	2012	2011	2010	2000
שיקום כללי	23	175	165	165	165	152
שיקום ילדים	-35	68	68	68	76	103
שיקום אורתופדי	32	103	103	133	135	71
שיקום נוירולוגי	64	296	326	354	336	232
טיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה		15	15	15	15	15
שיקום נשימתי	2	18	18	18	18	16
שיקום נשימתי ילדים	28	28	28	28	19	
סה"כ	114	703	723	781	764	589

3. אשפוז יום

בסוף 2013 היו 1,588 מיטות לאשפוז יום, שליש מהן באגף הפנימי (33%), רבע באגף הכירורגי (25%), חמישית באגף הפסיכיאטרי (19%), כעשירית באגף הילדים (12%) והיתר למחלות ממושכות (7%) ושיקום (5%).

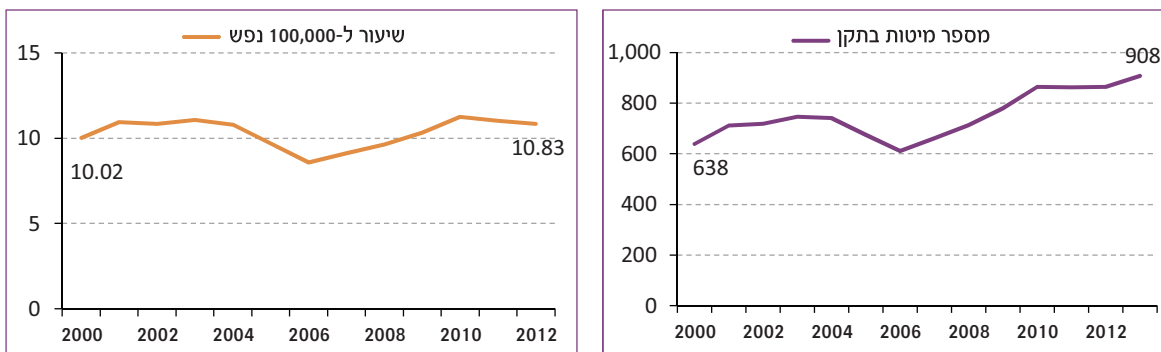
תרשים 17: מספר המיטות לאשפוז יום לפי אגף, 2013



4. טיפול בהתמכרויות

בסוף 2013 היו 908 מיטות אשפוז במוסדות לגמילה מסמים, מרביתן (84%) בפיקוח משולב יחד עם משרד הרווחה והיתר (16%) במוסדות רפואיים בפיקוח משרד הבריאות. בנוסף, קיימות 15 מיטות אשפוז לגמילה מסמים בבית החולים לבריאות הנפש בבאר שבע. שיעור המיטות לטיפול בהתמכרויות היה 198 ל-100,000 נפש בסוף 2012.

תרשים 18: מספר מיטות אשפוז לטיפול בהתמכרויות ושיעור ל-100,000 נפש, 2000-2013

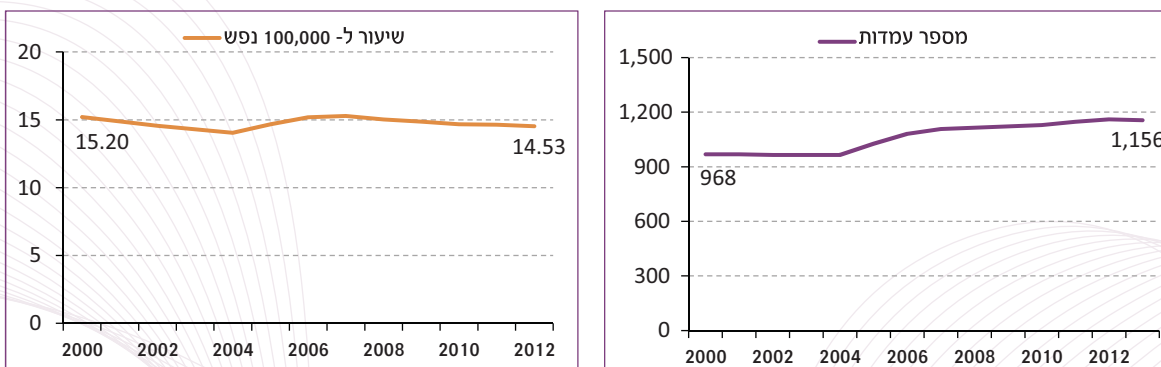


5. עמדות רפואה דחופה

בסוף שנת 2013 היו 1,156 עמדות רפואה דחופה בתקן, מהן 44% לפנימית, 29% לכירורגיה, 16% לילדים, 8% לנשים ויולדות, 3% לפסיכיאטריה ושלוש עמדות לגריאטריה.

שיעור העמדות לרפואה דחופה היה 14.5 ל-100,000 נפש בסוף 2012. במחוז ירושלים שיעור העמדות היה גבוה פי 1.6 ובמחוז חיפה פי 1.4 בהשוואה לשיעור הארצי. במחוזות הצפון, תל אביב והמרכז השיעור דומה למוצע ואילו במחוז דרום הוא נמוך פי 0.6 בהשוואה לשיעור הארצי.

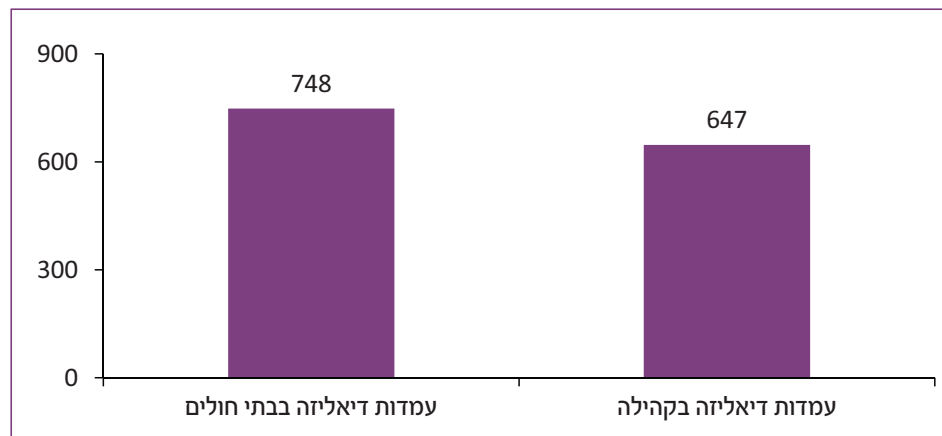
תרשים 19: מספר עמדות רפואה דחופה ושיעור ל-100,000 נפש, 2000-2013



6. עמדות דיאליזה

בסוף 2013 היו 1,395 עמדות לטיפול בדיאליזה בתקן, 54% מהן בבתי חולים ו-46% בקהילה. שיעור העמדות עמד על 15.8 ל-100,000 נפש בסוף 2012. במחוז חיפה השיעור גבוה פי 1.4 ובמחוז ירושלים פי 1.2 בהשוואה לשיעור הארצי, ואילו במחוז המרכז השיעור נמוך פי 0.7 בהשוואה לשיעור הארצי.

תרשים 20: מספר עמדות דיאליזה, 2013



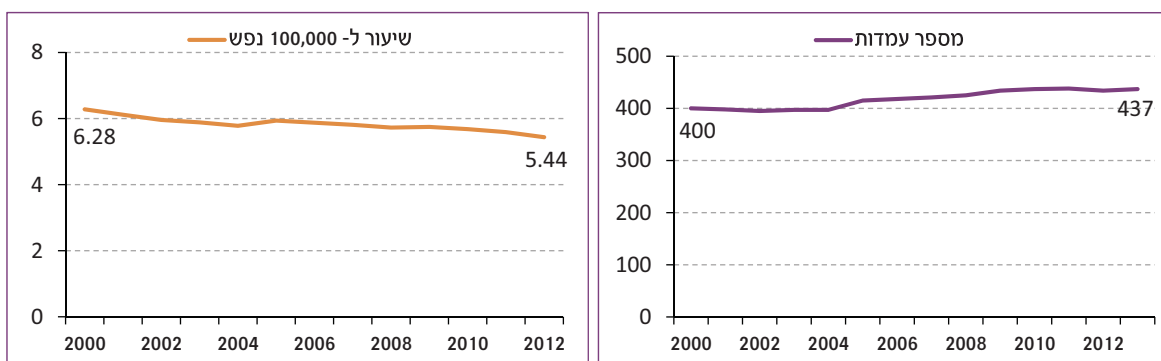
תרשים 21: שיעור עמדות דיאליזה ל-100,000 נפש, לפי מחוז, 2012



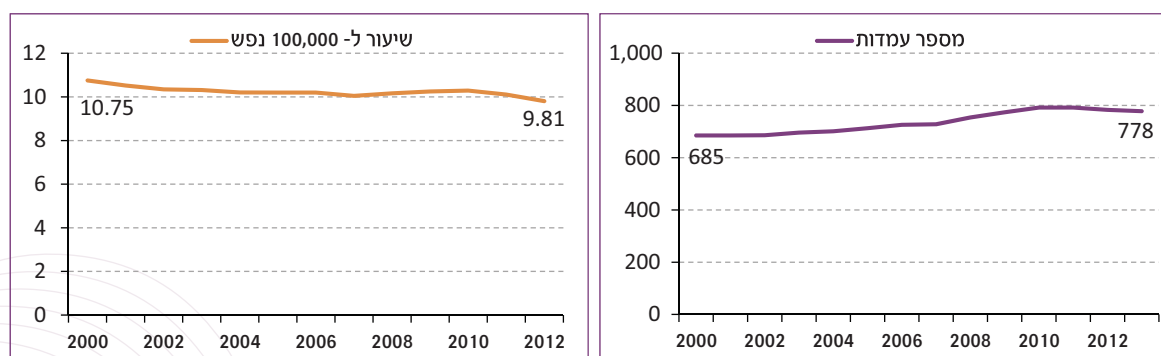
7. עמדות ניתוח והתעוררות

בסוף 2013 היו 437 עמדות ניתוח ו-778 עמדות התעוררות בתקן. שיעור עמדות הניתוח היה 5.4 ושיעור עמדות ההתעוררות 9.8 ל-100,000 נפש בסוף 2012. השיעור במחוזות הצפון והדרום נמוך בהשוואה ליתר המחוזות ובהשוואה לשיעור הארצי.

תרשים 22: מספר עמדות ניתוח ושיעור ל-100,000 נפש, 2013-2000



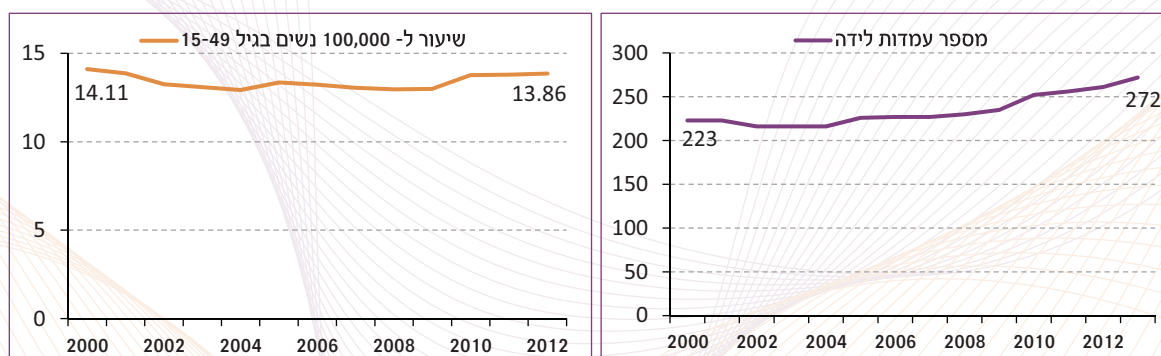
תרשים 23: מספר עמדות התעוררות ושיעור ל-100,000 נפש, 2013-2000



8. עמדות לידה

בסוף 2013 היו 272 עמדות לידה בתקן. שיעור העמדות עמד על 13.9 ל-100,000 נשים בגיל הפריור בסוף 2012. השיעור במחוזות המרכז והדרום נמוך בהשוואה ליתר המחוזות ובהשוואה לשיעור הארצי ואילו במחוז ירושלים השיעור גבוה בהשוואה לשיעור הארצי.

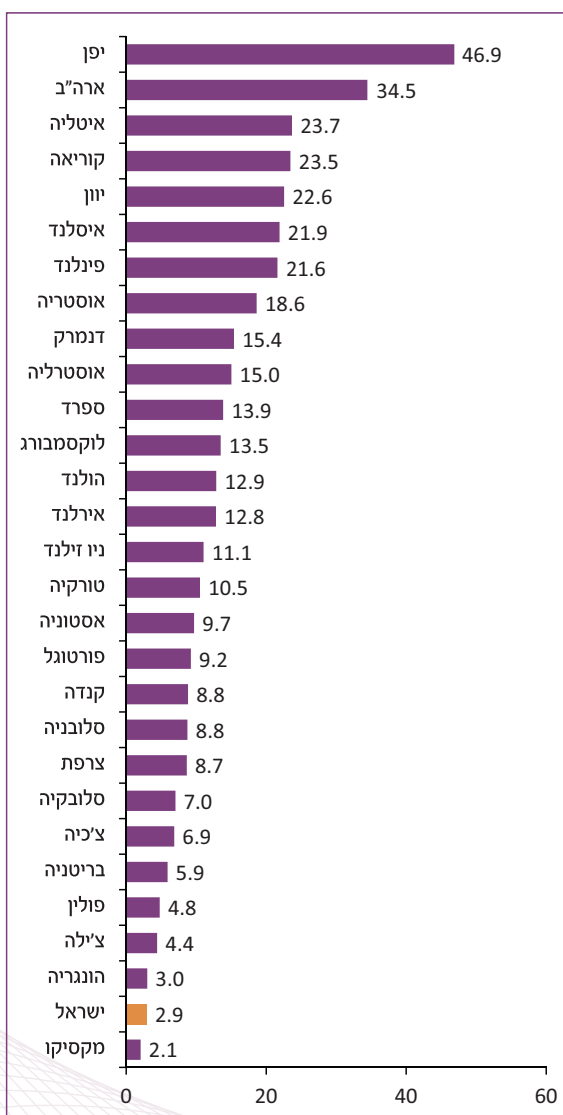
תרשים 24: מספר עמדות לידה ושיעור ל-100,000 נשים בגיל 15-49, 2013-2000



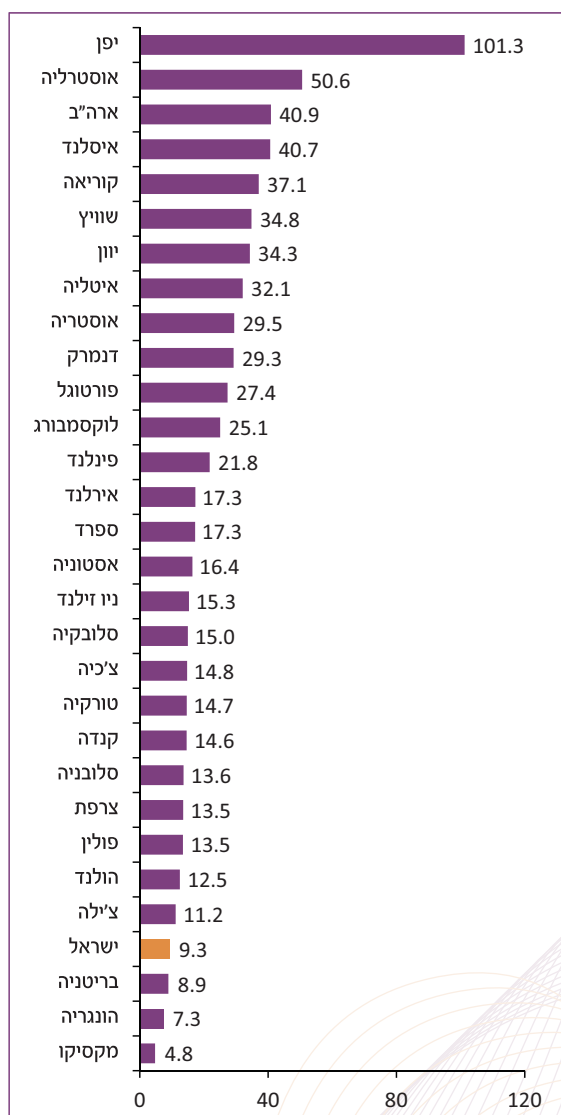
9. מכשירים רפואיים

שיעור המכשור הרפואי נמוך בישראל בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD. שיעור מכשירי ה-CT בישראל מדורג במקום הרביעי הנמוך מתוך 30 מדינות ה-OECD, שיעור מכשירי ה-MRI, מכשירי האנגיוגרפיה והמכשירים לריסוק אבנים בישראל מדורג במקום השני הנמוך, שיעור מכשירי ה-PET במקום ה-13 הנמוך ואילו שיעור מצלמות הגמא בישראל מדורג במקום ה-17 הגבוה.

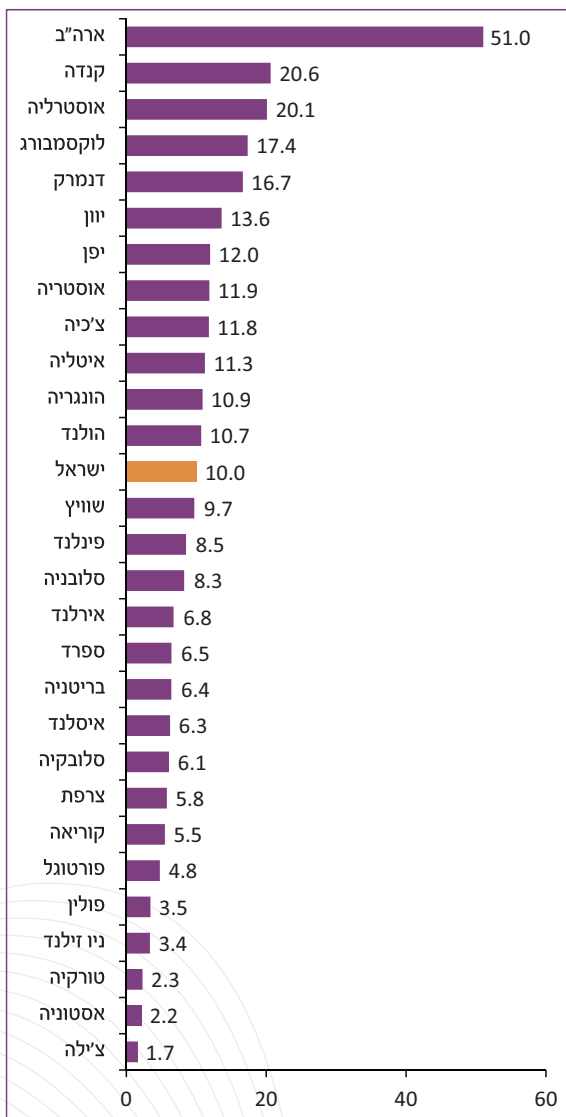
תרשים 26: שיעור מכשירי MRI ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



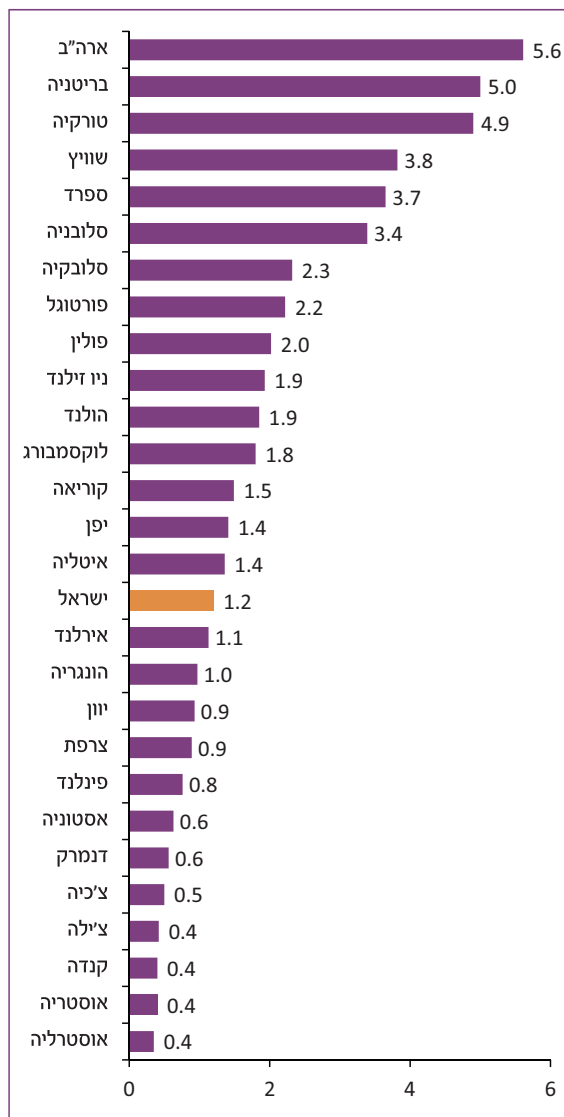
תרשים 25: שיעור מכשירי CT ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



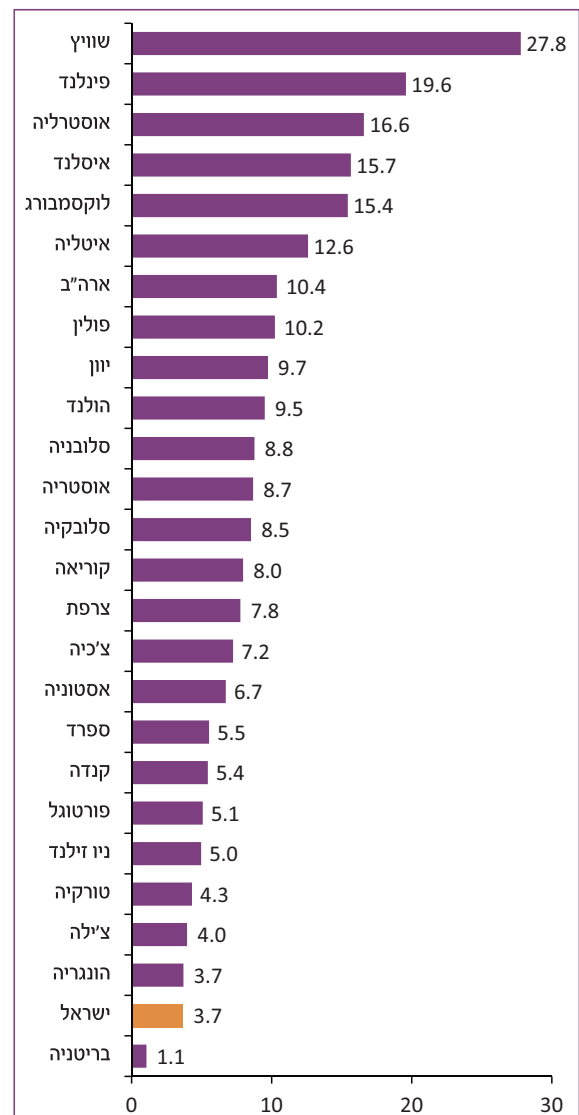
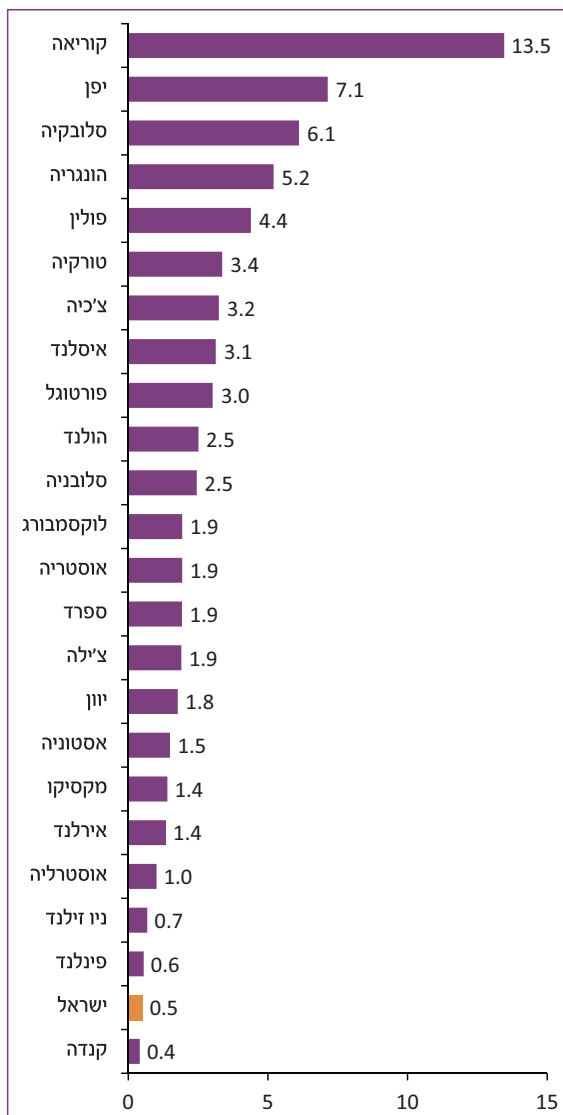
תרשים 28: שיעור מצלמות גמא ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



תרשים 27: שיעור מכשירי PET ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



תרשים 29: שיעור מכשירי אנגיוגרפיה ל-100,000 נפש, **תרשים 30:** שיעור מכשירי ריסוק אבנים (ליתוטרפטור) ל-100,000 נפש, השוואה ל-OECD, 2011



מקורות המידע

1. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2012, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב.
2. מיטות אשפוז ועמדות 2012, אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב.
3. <http://stats.oecd.org>
4. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov. 2013

פרק 13

הוצאה
לאומית
לבריאות





הוצאה לאומית לבריאות»

ממצאים עיקריים

סה"כ ההוצאה הלאומית לבריאות: ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל הייתה 73.8 מיליארד ש"ח במחירים שוטפים בשנת 2012, עלייה ב-3.7% לעומת 2011 במחירים קבועים.

הוצאה לאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג: אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג יציב בעשור האחרון, 7.4 בשנת 2012. האחוז בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD.

הוצאה לבריאות לנפש: בשנת 2011, ההוצאה לבריאות לנפש במונחי כוח הקניה נמוכה בישראל, \$2,239, בהשוואה להוצאה גבוהה פי 1.5 בממוצע ה-OECD, \$3,322. ההוצאה הציבורית לנפש הייתה \$1,362 לעומת הוצאה גבוהה פי 1.8 ב-OECD, \$2,214, ואילו ההוצאה הפרטית לנפש, \$878 הייתה דומה לזו בממוצע ה-OECD, \$898.

אחוז גידול ממוצע שנתי בהוצאה הלאומית לבריאות: בשנים 2009-2011, ההוצאה הלאומית לבריאות במחירים קבועים עלתה בממוצע שנתי ב-3.4% לעומת 0.2% בממוצע ה-OECD, ואילו לפני המשבר הכלכלי, בשנים 2000-2009, אחוז הגידול בישראל היה נמוך יותר, 1.3% לעומת 4.1% ב-OECD.

אחוז המימון הפרטי: בשנת 2012, אחוז המימון הפרטי מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות ללא תרומות מחו"ל היה 39%. אחוז המימון הפרטי בישראל גבוה בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD.

אחוז המימון הציבורי: בשנת 2012, אחוז המימון הציבורי מההוצאה הלאומית לבריאות ירד ל-59% לעומת 62% בשנת 2000. האחוז מתקציב המדינה ירד ל-35% לעומת 37%, בהתאמה, והאחוז ממס הבריאות יציב, 25%. אחוז המימון הציבורי נמוך בישראל בהשוואה ל-OECD.

סוג השירות: אחוז ההוצאה במרפאות ציבוריות ורפואה מונעת מכלל ההוצאה לבריאות עלה ל-46% בשנת 2010 בהשוואה ל-44% בשנת 2000, אחוז ההוצאה בבתי חולים היה 35% ו-38%, בהתאמה. אחוז ההוצאה בבתי חולים בישראל דומה לממוצע ה-OECD.

הוצאה לתרופות וחומרי רפואה: אחוז אספקת תרופות וחומרי רפואה בקהילה ללא אספקת תרופות לבתי חולים מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות ללא מחקר היה יציב בחמש השנים האחרונות, 15%. כמחצית מההוצאה הייתה במימון ציבורי (44%) וכמחצית במימון פרטי של משקי הבית.

הוצאה חודשית ממוצעת לבריאות למשק בית: ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות למשק בית ללא מס בריאות הייתה 741 ש"ח בשנת 2011. ההוצאה גבוהה פי 3.3 בחמישון העליון לעומת החמישון התחתון, ההוצאה על שירותי בריאות הייתה גבוהה פי 9.8, על ביטוח בריאות פי 5.0, על ריפוי שיניים פי 2.2 ועל תרופות פי 1.7 בהשוואה לחמישון התחתון. רבע מההוצאה למשק בית ממוצע הייתה על ריפוי שיניים, שליש על ביטוח בריאות, 16% על תרופות, 12% על שירותי בריאות ו-14% על הוצאות בריאות אחרות. אחוז ההוצאה על ביטוח בריאות במגמת עליה לעומת ירידה באחוז ההוצאה על ריפוי שיניים.

הוצאה לאומית לבריאות »

רקע

ההוצאה הלאומית לבריאות כוללת את ההוצאות על כל שירותי הרפואה הציבוריים והפרטיים במרפאות ובמוסדות האשפוז, הוצאות על רפואת שיניים, ביטוח רפואי נוסף במסגרת קופות החולים וביטוח פרטי, הוצאות על תרופות, מכשירים רפואיים, מחקר ומינהל והשקעות במבנים ובציוד במוסדות הבריאות. המידע מבוסס על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, האחראית על עדכון נתוני החשבונאות הלאומית בישראל.

1. סך כל ההוצאה הלאומית לבריאות

בשנת 2012, ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל הייתה 68.8 מיליארד ש"ח במחירים קבועים (73.8 מיליארד ש"ח במחירים שוטפים). ההוצאה השוטפת הייתה 97% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות וההשקעה בנכסים קבועים 3%, אחוז יציב בעשור האחרון. ההוצאה הלאומית לבריאות עלתה בשנת 2012 ב-3.7% בהשוואה לשנת 2011 במחירים קבועים.

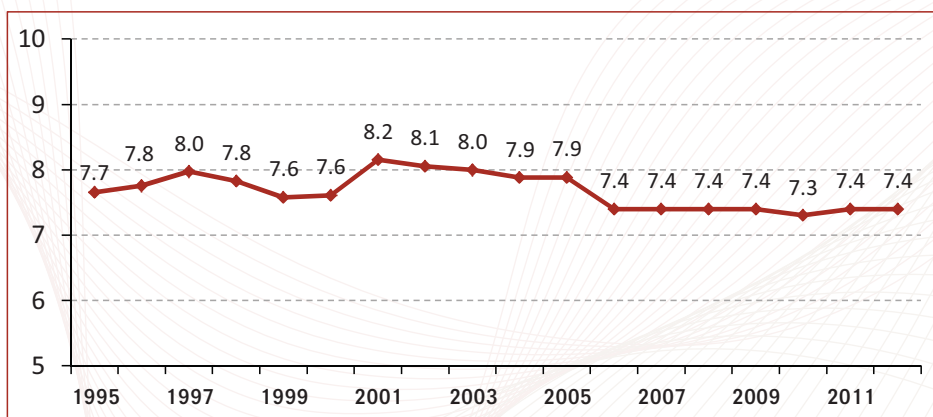
תרשים 1: אחוז השינוי בהוצאה הלאומית לבריאות לעומת שנה קודמת, במחירים קבועים, 2012-2007



ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג

אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג (תוצר מקומי גולמי) יציב יחסית בעשור האחרון, 7.4 בשנת 2012.

תרשים 2: ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג, 2012-1995

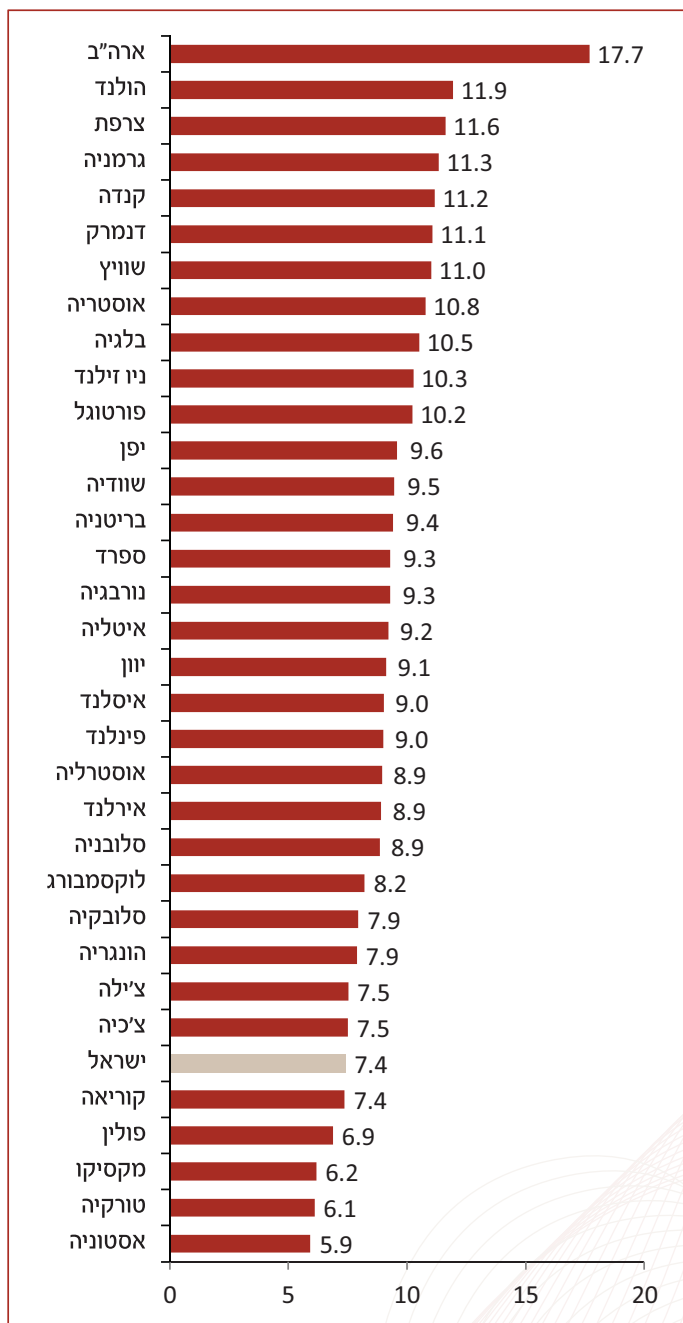


נתוני החשבונות הלאומיים של ישראל עודכנו בלמ"ס לשנים 2006-2012.

הוצאה לאומית לבריאות «

האחוז בישראל נמוך בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD. במדינות רבות הייתה מגמת עלייה, שנעצרה בשנים האחרונות כתוצאה מהמשבר הכלכלי.

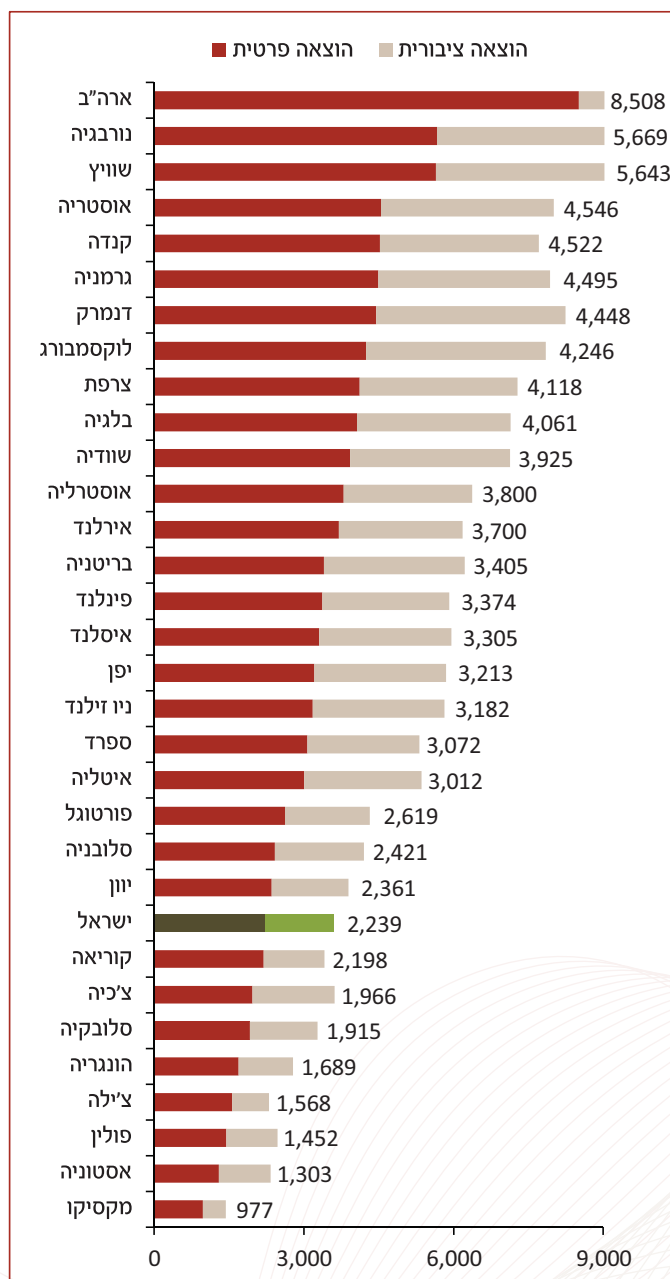
תרשים 3: ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג, השוואה ל-OECD, 2011



2. הוצאה לבריאות לנפש

ההוצאה לבריאות לנפש במונחי כוח הקניה נמוכה בישראל, \$2,239, בהשוואה להוצאה גבוהה פי 1.5 בממוצע 34 מדינות ה-OECD, \$3,322. ההוצאה הציבורית בישראל מהווה 61% בלבד מההוצאה לבריאות לנפש בהשוואה ל-73% בממוצע ה-OECD. ההוצאה הציבורית לנפש בישראל הייתה \$1,362 בהשוואה להוצאה גבוהה פי 1.8 בממוצע ה-OECD, \$2,214, ואילו ההוצאה הפרטית לנפש, \$878, הייתה דומה לזו בממוצע ה-OECD, \$898.

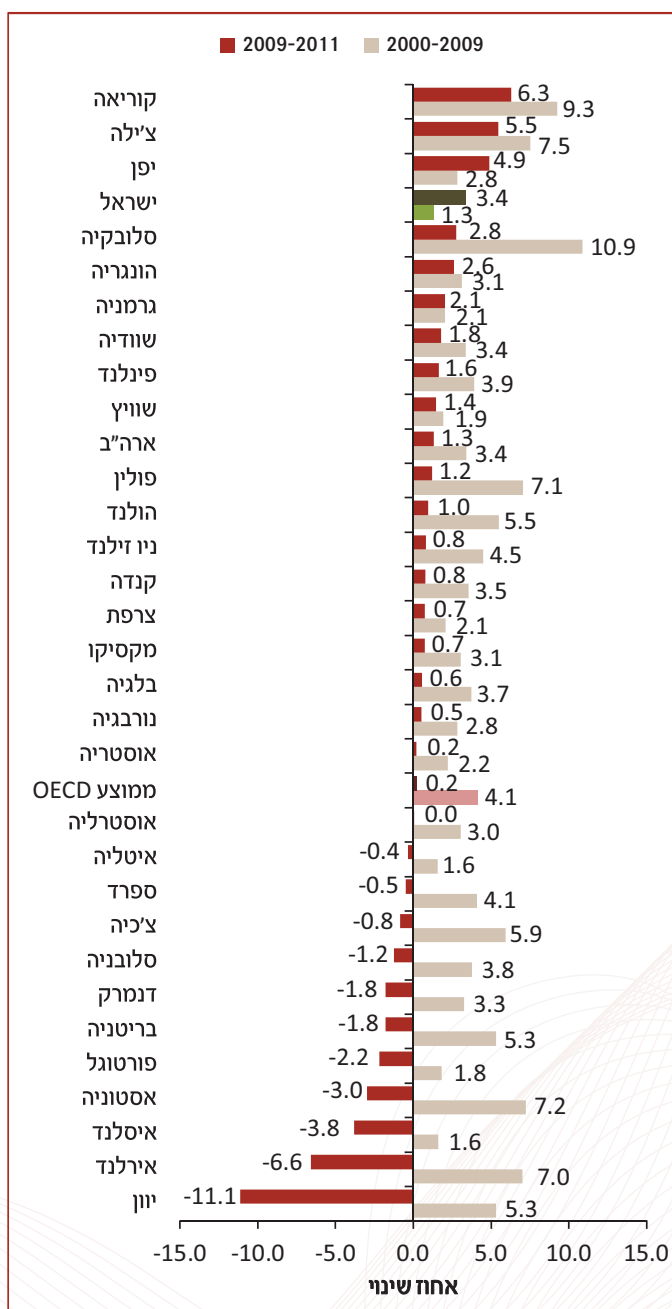
תרשים 4: ההוצאה לבריאות לנפש במונחי כוח הקניה לפי מגזר מממן (\$), השוואה ל-OECD, 2011



3. אחוז שינוי בהוצאה הלאומית לבריאות בשנים 2000-2011

בשנים 2009-2011 במרבית מדינות ה-OECD נרשמה האטה באחוז הגידול השנתי בהוצאה הלאומית לבריאות כתוצאה מהמשבר הכלכלי⁵, ב-11 מדינות נרשמה ירידה. בישראל נרשמה עלייה יחסית גבוהה בשנים אלו, אחוז השינוי הממוצע השנתי היה 3.4% בהשוואה ל-0.2% בממוצע ה-OECD. לעומת זאת, בשנים 2000-2009, לפני המשבר הכלכלי, אחוז הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות בממוצע לשנה היה נמוך בישראל, 1.3% בהשוואה ל-4.1% בממוצע ה-OECD.

תרשים 5: אחוז שינוי שנתי ממוצע בהוצאה הלאומית לבריאות במחירים קבועים, השוואה ל-OECD, 2000-2011



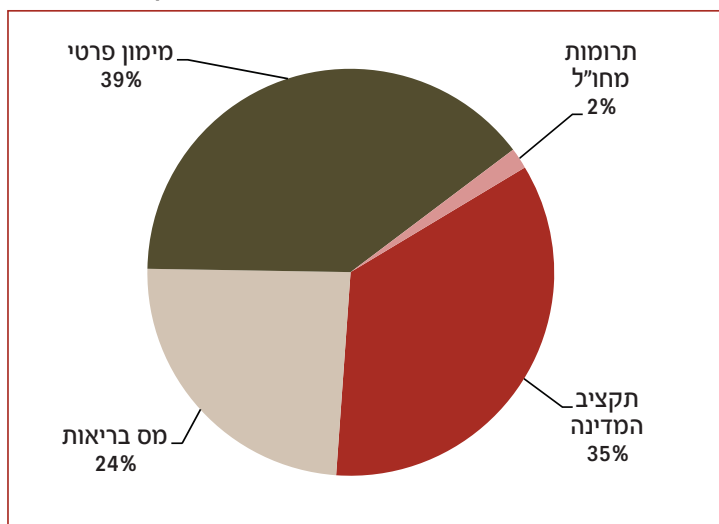
4. ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן

בשנת 2012 עלה אחוז המימון הפרטי ללא תרומות מחו"ל מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות ל-39% בהשוואה ל-38% בשנת 2011. המימון הפרטי, הכולל הוצאה של משקי בית על תרופות, שירותים רפואיים ורפואת שיניים, היה רבע (25%) מכלל ההוצאה, אחוז יציב יחסית בעשור האחרון. לעומת זאת, נרשמה עליה בהוצאה על ביטוח רפואי פרטי וביטוח נוסף בקופות, שהגיעה לעשירית מכלל ההוצאה (10% בשנת 2012) ועליה בהוצאות של חברות ומלכ"רים פרטיים. אחוז המימון הפרטי בישראל גבוה בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD.

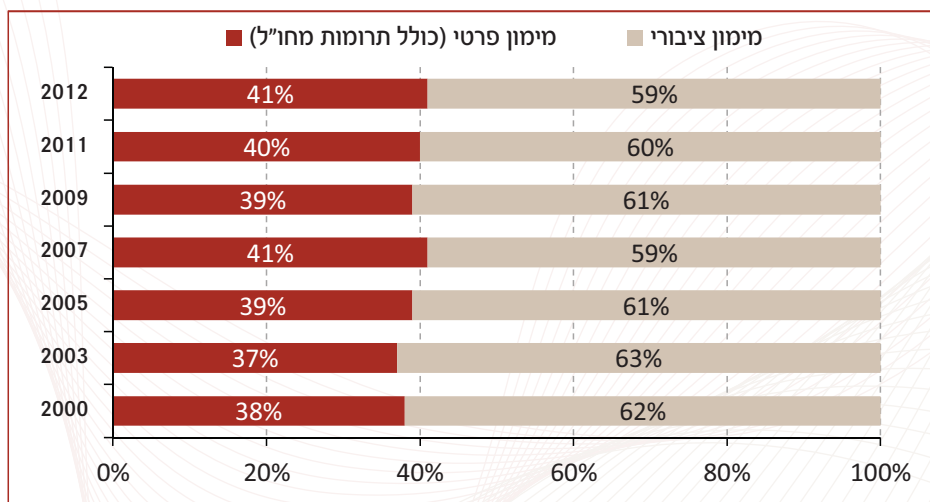
אחוז המימון הציבורי מההוצאה הלאומית לבריאות במגמת ירידה, 59% בשנת 2012 בהשוואה ל-62% בשנת 2000. המימון הציבורי כולל מימון מתקציב המדינה וממס בריאות. אחוז המימון מתקציב המדינה ירד בשנת 2012 ל-35% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות לעומת 37% בשנת 2000. אחוז המימון ממס הבריאות היה 24% בשנת 2012 ו-25% בשנת 2000, אחוז יציב בעשור האחרון. אחוז המימון הציבורי נמוך בישראל בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD.

תרומות מחו"ל מימנו 2% מכלל ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2012.

תרשים 6: ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן, 2012

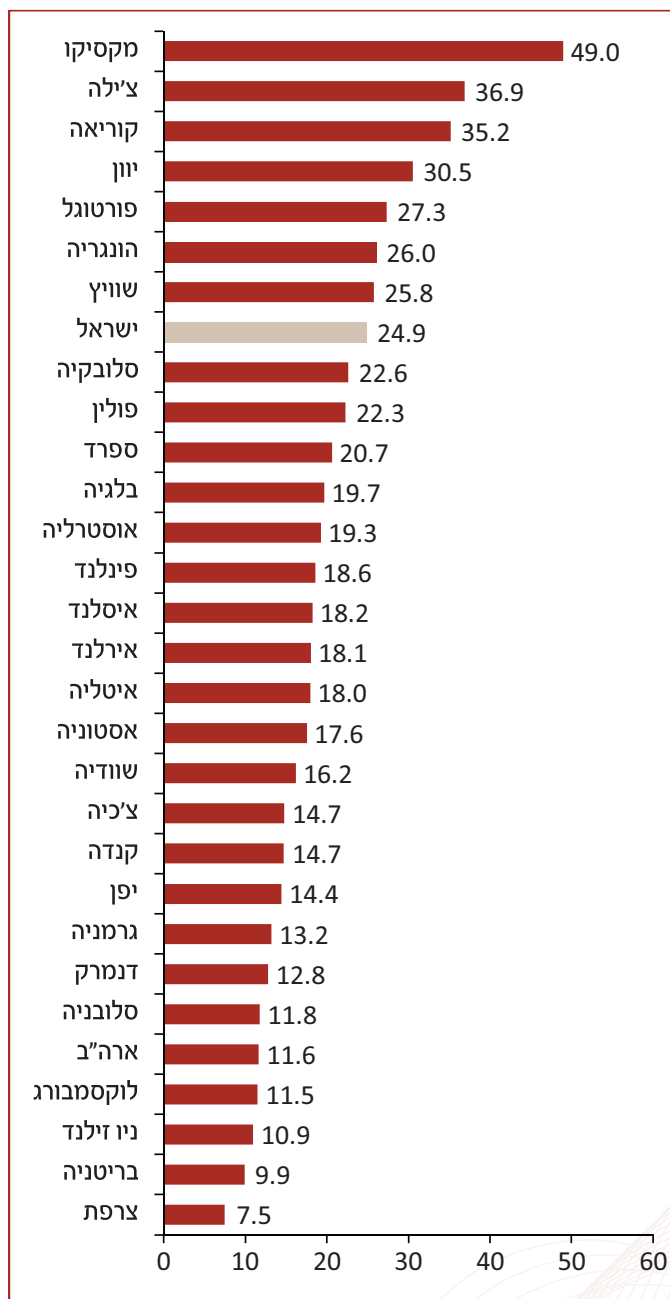


תרשים 7: ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן, 2012-2000



הוצאה לאומית לבריאות

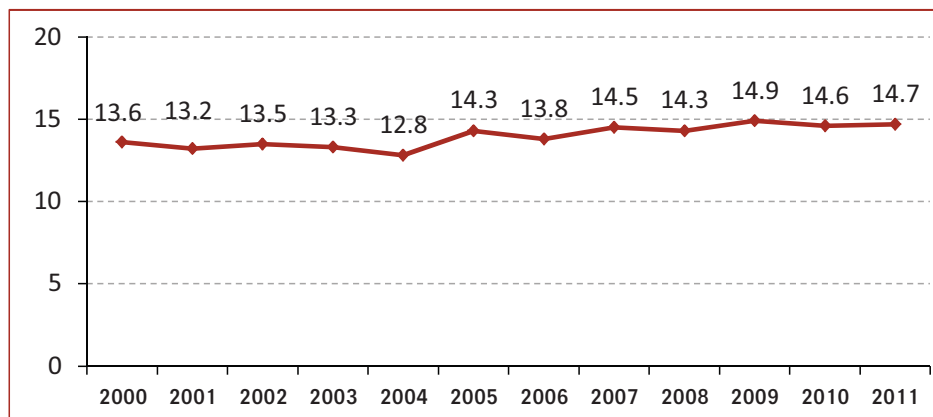
תרשים 8: ההוצאות הישירות לבריאות של משקי הבית כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות, השוואה ל-OECD, 2011, כולל הוצאה של משקי בית על תרופות, שירותים רפואיים ורפואת שיניים



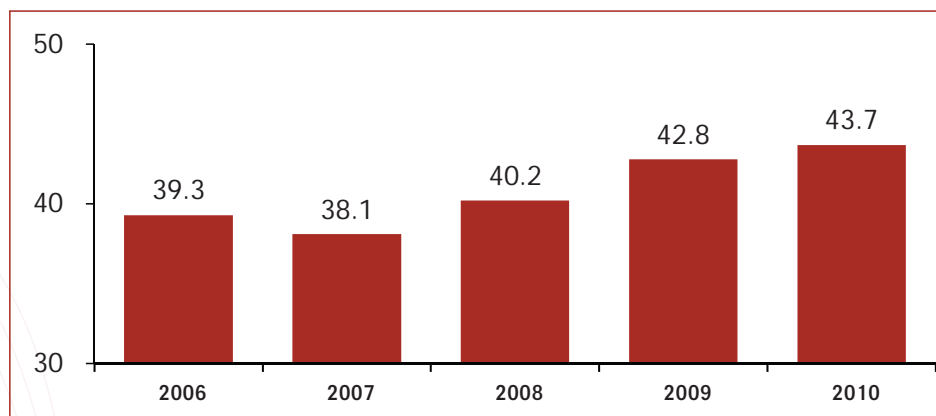
5. הוצאה על תרופות וחומרי רפואה

אחוז אספקת תרופות וחומרי רפואה ללא אספקת תרופות לבתי חולים מסך כל ההוצאה הלאומית לבריאות ללא מחקר היה 15% בשנת 2011, בהשוואה ל-14% בשנת 2000, אחוז יציב בחמש השנים האחרונות. כמחצית מההוצאה על תרופות וחומרי רפואה הייתה במימון ציבורי (44%) וכמחצית (56%) במימון פרטי של משקי הבית.

תרשים 9: אספקת תרופות וחומרי רפואה כאחוז מסה"כ ההוצאה הלאומית לבריאות ללא מחקר, 2011-2000



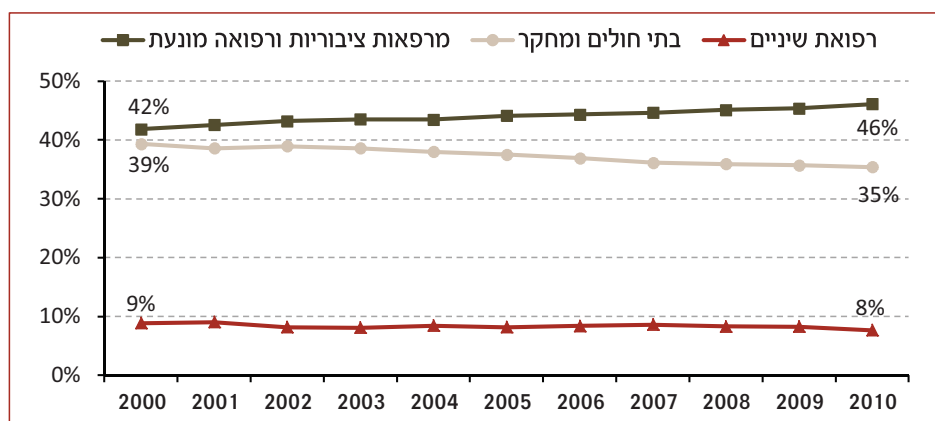
תרשים 10: אחוז ההוצאה הציבורית על תרופות וחומרי רפואה מסה"כ אספקת תרופות וחומרי רפואה, 2010-2006



6. הוצאה לאומית לבריאות לפי סוג שירות

ההוצאה הלאומית לבריאות לפי סוג השירות, כאחוז מההוצאה השוטפת, מצביעה על עליה באחוז ההוצאה במרפאות ציבוריות ורפואה מונעת ל-46% בשנת 2010 בהשוואה ל-44% בשנת 2000. אחוז ההוצאה בבתי חולים מכלל ההוצאה לבריאות היה 35% בשנת 2010, כמו בשנת 2009 וירידה מ-38% בשנת 2000. אחוז ההוצאה בבתי חולים בישראל דומה לחציון מדינות ה-OECD. ההוצאה על רפואת שיניים מכלל ההוצאה השוטפת לבריאות הייתה 8% בשנת 2010. ההוצאה על רופאים פרטיים הייתה 5% וההוצאה על תרופות וציוד רפואי שנרכשו ע"י משקי הבית הייתה 4% מההוצאה השוטפת לבריאות.

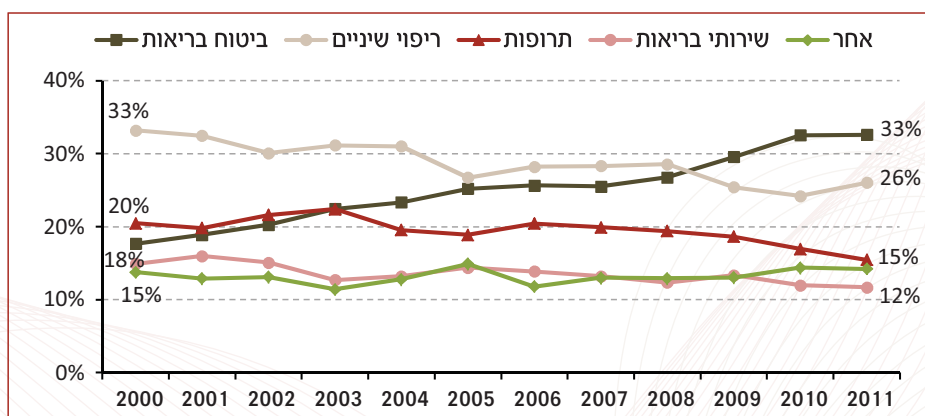
תרשים 11: ההוצאה הלאומית לבריאות לפי סוג שירות, אחוזים, 2010-2000



7. הוצאה חודשית לבריאות למשק בית

ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות למשק בית, ללא מס בריאות, הייתה 741 ש"ח בשנת 2011. רבע (26%) מכלל ההוצאה למשק בית ממוצע היה על ריפוי שיניים, שליש (33%) על ביטוח בריאות, 16% על תרופות, 12% על שירותי בריאות ו-14% על הוצאות בריאות אחרות. אחוז ההוצאה על ביטוח בריאות מההוצאה לבריאות של משק בית ממוצע נמצא במגמת עליה, לעומת ירידה באחוז ההוצאה על ריפוי שיניים.

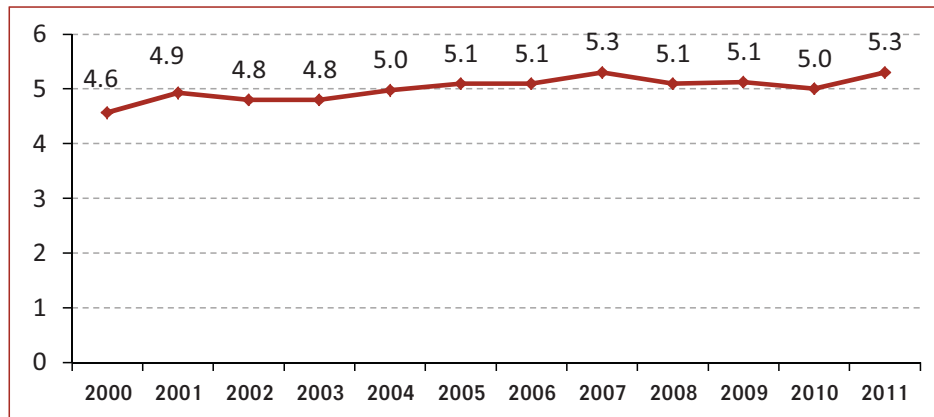
תרשים 12: הוצאה חודשית ממוצעת לבריאות למשק בית, לפי סוג ההוצאה, אחוזים, 2011-2000



» פרק 13 הוצאה לאומית לבריאות

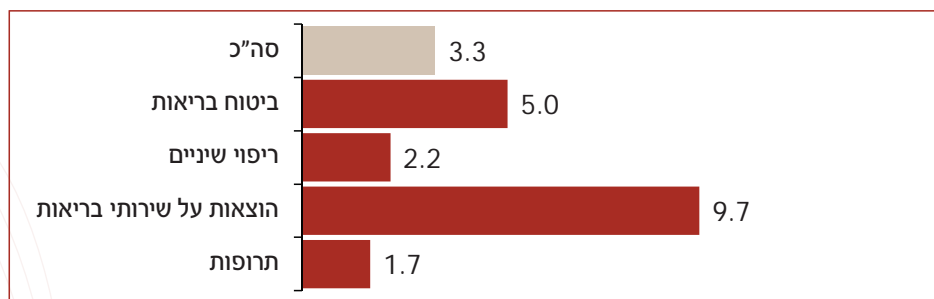
אחוז ההוצאה לבריאות, ללא מס בריאות, כאחוז מההוצאה החודשית הממוצעת לתצרוכת של משק בית ממוצע יציב בשנים האחרונות, 5.3% בשנת 2011, כמו בשנת 2007, ועליה מ-4.6% בשנת 2000.

תרשים 13: ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות למשק בית, כאחוז מסה"כ ההוצאה לתצרוכת, 2011-2000



ההוצאה החודשית הממוצעת לבריאות, ללא מס בריאות, למשק בית בשנת 2011 הייתה ש"ח 364 בחמישון התחתון לעומת ש"ח 1,188 בחמישון העליון. ההוצאה לבריאות בחמישון העליון גבוהה פי 3.3 בהשוואה לחמישון התחתון, ההוצאה על שירותי בריאות גבוהה פי 9.8, על ביטוח בריאות פי 5.0, על ריפוי שיניים פי 2.2 וההוצאה על תרופות גבוהה פי 1.7 בחמישון העליון לעומת החמישון התחתון.

תרשים 14: הוצאה חודשית ממוצעת לבריאות למשק בית, יחס בין החמישון העליון לתחתון, 2011



מקורות המידע

1. השנתון הסטטיסטי לישראל 2013, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
2. ההוצאה הלאומית לבריאות 1962-2012, פרסום מספר 1542, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013.
3. הודעה לעיתונות, ההוצאה הלאומית לבריאות 2012, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 197/2013 ועדכון מתאריך 17.09.2013.
4. <http://stats.oecd.org>
5. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing, Nov. 2013

אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

מגדלי הבירה, ירמיהו 39

ירושלים 9101002

טל: 02-5082177

health.info@moh.health.gov.il

המרכז הלאומי לבקרת מחלות (ICDC)

בניין מכון גרטנר, המרכז הרפואי שיבא

תל השומר 52621

טל: 03-7371500

icdc@moh.health.gov.il



לספר הדיגיטלי באתר משרד הבריאות