

פרק 7. בריאות

7.1	מצב בריאות
7.2	מוגבלות
7.3	תפיסות של מצב בריאות
7.4	התנהגויות מסכנות בריאות ומקדמות בריאות
7.5	קידום בריאות
7.6	אמצעים
7.7	הוצאות לבריאות
7.8	שימוש בשרותי בריאות
7.9	בעיות רפואיות שונות

פרק 7 – בריאות

7.1 מצב בריאות

שני האינדיקטורים המקובלים ביותר לתיאור של מצב בריאות האוכלוסייה הם: תוחלת חיים ושיעור תמותת תינוקות. אינדיקטורים נוספים מתארים את מצב בריאות האוכלוסייה, ביניהם: שיעורי תמותה, סיבות מוות והארעות של מחלות לסוגיהן. ערכי האינדיקטורים הללו מציבים את מצב הבריאות של האוכלוסייה בישראל לצד מדינות מפותחות אחרות.

7.1.1 תוחלת חיים

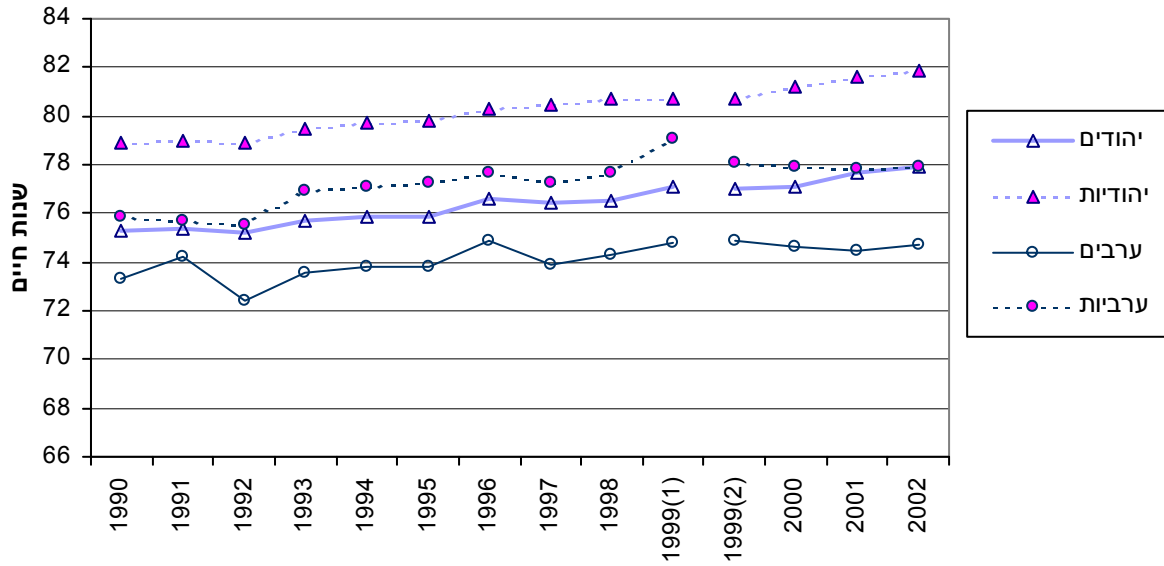
תוחלת החיים בישראל גבוהה, ומתארכת בהתמדה. בשנת 2002, תוחלת החיים של הגברים הגיעה ל-77.5 שנים, (גידול ב-0.2 שנה לעומת שנת 2001), ותוחלת החיים של הנשים הגיעה ל-81.5 שנים (גידול ב-0.3 שנים לעומת שנת 2001). העלייה בתוחלת החיים החל ב-1990 היא ב-3.1 שנים בקרב הנשים ו-2.6 שנים בקרב הגברים.

תוחלת החיים של אוכלוסיית היהודים ואחרים גבוהה מתוחלת החיים של האוכלוסייה הערבית. ההפרש בין הגברים בשתי הקבוצות מגיע ל-3.2 שנים (77.9 שנים בקרב יהודים ואחרים לעומת 74.7 שנים בקרב ערבים) וההפרש בין הנשים בשתי הקבוצות מגיע לכדי 4 שנים (81.9 שנים בקרב יהודיות ואחרות לעומת 77.9 שנים בקרב ערביות). פערים אלו הולכים ומתרחבים. בשנת 2000 היה הפרש תוחלת החיים בין גברים יהודים ואחרים לערבים 2.6 שנים ו-3.3 שנים בין יהודיות ואחרות לערביות.

לפי האומדנים של ארגון הבריאות העולמי, בשנת 2002 תוחלת החיים של הנשים בישראל הייתה דומה לתוחלת החיים של הנשים ביוון ובהולנד, נמוכה מתוחלת החיים של הנשים בצרפת, אוסטרליה, קנדה ושוודיה וגבוהה מתוחלת החיים של הנשים בארה"ב ובבריטניה. תוחלת החיים של הגברים בישראל הייתה דומה בשנה זו לתוחלת החיים של הגברים בקנדה, גבוהה מתוחלת החיים של הגברים באוסטרליה, ארה"ב בריטניה, הולנד, יוון פורטוגל וצרפת ונמוכה מתוחלת החיים של הגברים ביפן ושוודיה.

ארגון הבריאות העולמי מפרסם אינדיקטור נוסף – תוחלת חיים הבריאים (Healthy Life Expectancy), אינדיקטור זה מתבסס על תוחלת החיים של האוכלוסייה, שיעורי התמותה ומצב הבריאות בה ומודד את משך החיים הבריאים הצפוי לאדם בלידה באוכלוסייה זו. בשנת 2002 הייתה תוחלת החיים הבריאים של הגברים 70.5 שנים, בדומה לקנדה ולאוסטרליה. תוחלת החיים הבריאים של הנשים בשנה זו הייתה 72.3 שנים, בדומה להולנד ולבריטניה.

**תרשים 1 – תוחלת חיים בלידה, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין
2002-1990**

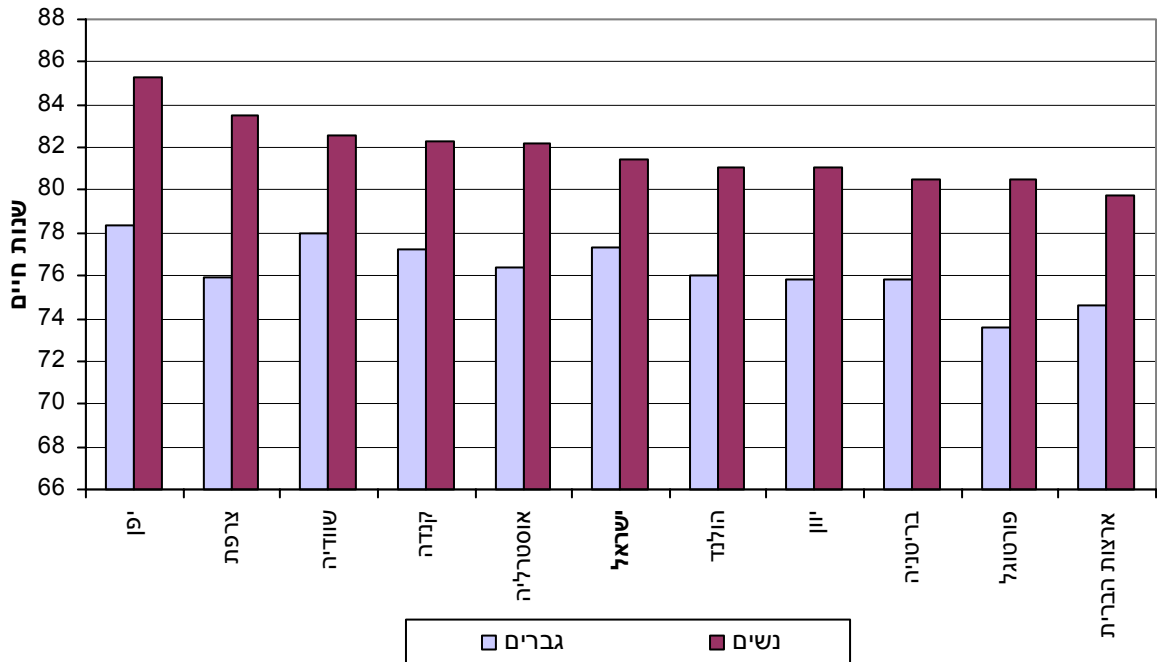


(1) עד שנת 1998 נערך החישוב על בסיס: יהודים ובני דתות אחרות.

(2) בשנת 1999 – גם על בסיס קבוצות אוכלוסייה. ראה גם "הגדרות והסברים כלליים".

מבוסס על: פריט 30 (למ"ס) ברשימת המקורות

**תרשים 2 – תוחלת החיים במדינות מפותחות נבחרות
2002**



מבוסס על: פריט 79 (ארגון הבריאות העולמי, WHO) ברשימת המקורות

7.1.2 תמותה

שיעור התמותה המתוקנן² בכלל האוכלוסייה בישראל בשנת 2002 הגיע ל-546 ל-100,000 נפש, לעומת 553 ל-100,000 נפש בשנת 2001 (ירידה של כ-1.3%). בהשוואה לשיעור התמותה בשנת 1990, 649 ל-100,000 נפש, חלה ירידה של 16% בין השנים 1990 ל-2002. שיעורי התמותה של הגברים גבוהים משיעורי התמותה של הנשים – בשנת 2002 היו שיעורי התמותה של הגברים 642 ל-100,000 נפש לעומת 468 ל-100,000 בקרב הנשים, כלומר, קיים פער של 28% בין שיעורי תמותת הגברים והנשים. ב-1990 הפער היה קטן יותר, ועמד על 23%.

7.1.3 תמותת תינוקות

בתחילת שנות ה-70 היה שיעור התמותה הממוצע 21.9 תינוקות ל-1,000 לידות חי, אך במרוצת השנים הצטמצם בעקיבות שיעור תמותת התינוקות. במהלך העשור האחרון חלה ירידה כוללת של כ-50% בשיעור תמותת התינוקות בישראל: משיעור של 9.9 תינוקות ל-1,000 לידות חי ב-1990, לשיעור של 5.5 תינוקות ל-1,000 לידות חי בשנת 2000. בשנת 2003 עמד שיעור תמותת התינוקות על 5.3 תינוקות ל-1,000 לידות חי.

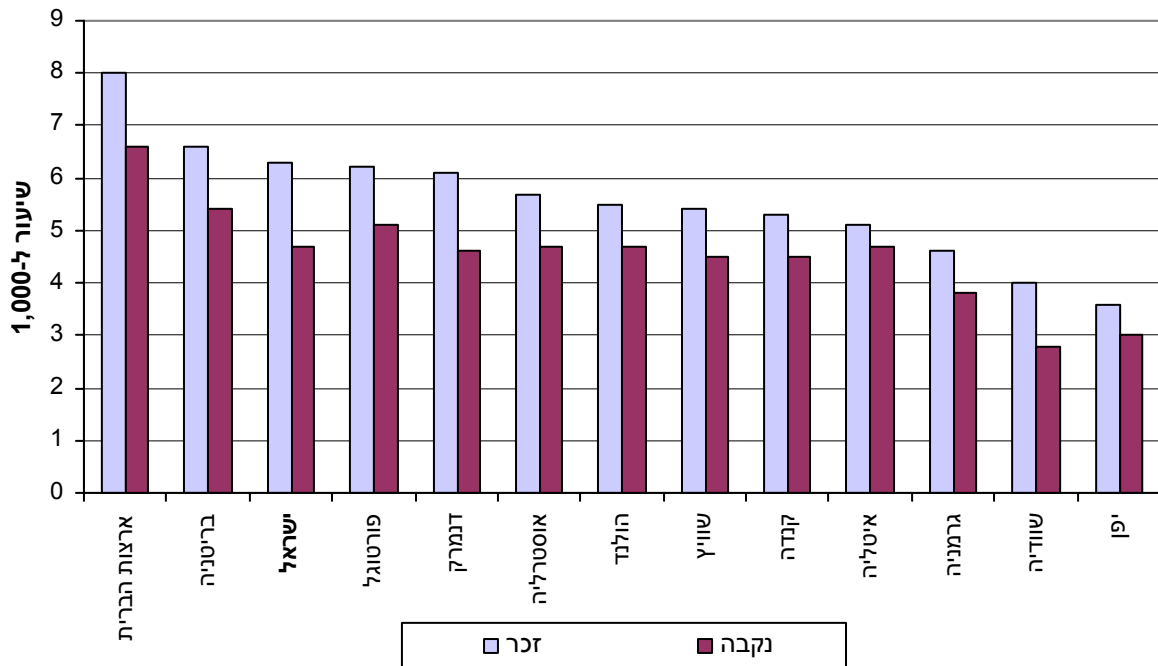
בשיעור תמותת התינוקות חלה ירידה בקרב כלל האוכלוסייה, אך עדיין קיימים פערים משמעותיים בין קבוצות האוכלוסייה השונות. שיעור תמותת התינוקות בקרב היהודים בשנת 2002 היה 4.1 תינוקות ל-1,000 לידות חי, לעומת 8.4 תינוקות ל-1,000 לידות חי בקרב הערבים (אצל המוסלמים השיעור אף גבוה במעט – 8.9 ל-1,000 לידות חי).

שיעורי תמותת התינוקות משתנים מאזור גיאוגרפי אחד למשנהו. שיעורי תמותה נמוכים נמדדים בנפות במרכז הארץ לעומת שיעורים גבוהים יחסית בנפות הפריפריה, המתאפיינות גם במדד כלכלי-חברתי נמוך יחסית ובשיעור גבוה של אוכלוסייה ערבית. שיעור תמותת התינוקות הממוצע לשנים 2000-2002 היה 5.3 בכלל האוכלוסייה, 5.1 במחוז ירושלים, 6.0 במחוז הצפון, 3.8 במחוז תל אביב ו-7.9 במחוז הדרום.

שיעור תמותת התינוקות בישראל דומה לשיעורים באוסטרליה, בפורטוגל ובדנמרק. שיעור נמוך יותר נמדד במדינות כגון: שוודיה, יפן וגרמניה, לעומת שיעור גבוה יותר שנמדד בארה"ב ובבריטניה.

² שיעורים מתוקננים לפי הרכב הגילים באוכלוסיית ישראל בעת מפקד האוכלוסין והדיר 1995.

**תרשים 3 – שיעור תמותת תינוקות במדינות מפותחות נבחרות
2002**



מבוסס על: פריט 79 (ארגון הבריאות העולמי, WHO) ברשימת המקורות

7.1.4 מומים מולדים

מומים מולדים המתגלים בימים הראשונים שלאחר הלידה, הם אחד הגורמים לתמותת תינוקות ולמצבי מוגבלות בפעוטות ובילדים. אבחון טרום לידתי ומעקב היריון עשויים להפחית את האפשרות למומים מסוימים, אולם חלק מהמקרים ניתנים לאבחון רק מאוחר יותר בחיים. למרות זאת, שיעור המומים המולדים מהווה אינדיקטור חלקי למצב בריאות ולמצבי מוגבלות באוכלוסייה.

שיעור הלידות בהן מתגלים מומים גדל מ-13.2 ל-1,000 לידות חי בשנת 1992 ל-20.6 ל-1,000 לידות חי בשנת 2001. ראוי לציין כי חלק מהעלייה בשיעור המומים המולדים עשוי לנבוע משיפור בדיווח ולא בהכרח משינוי אמיתי בשיעור המומים.

**לוח 4 – לידות עם מומים המתגלים בלידה וחייבים דיווח (1)
2001-1992**

2001	2000	1999(3)	1999(2)	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	
2,811	2,742	2,580	2,415	2,524	2,011	2,070	1,896	1,771	1,696	1,451	מספרים מוחלטים
20.6	20.1	19.2	18.4	19.5	16.2	17.1	16.2	15.5	15.1	13.2	שיעור ל-1,000 לידות חי

(1) עד שנת 1999 חושבו הנתונים בלמ"ס ע"י גף בריאות, בשנת 1999 חושבו הנתונים ע"י הלמ"ס ומשרד הבריאות, ומשנת 2000 ואילך החישובים הם של משרד הבריאות.

(2) חישוב למ"ס, גף בריאות.

(3) חישוב משרד הבריאות.

7.1.5 סיבות מוות עיקריות

דפוסי הבריאות ובעיות הבריאות במדינות המערביות המתועשות מאופיינים בירידה בשיעורי ההיארעות של מחלות זיהומיות מסוימות, לעומת עלייה בשיעורי ההיארעות של מחלות, הקשורות באורח החיים המודרני. התמותה במדינות המתועשות, כמו גם בישראל, נובעת משני סוגים עיקריים של מחלות: מחלות ממאירות ומחלות לב. בשנת 1999 שיעור התמותה ממחלות ממאירות היה 138 מקרי מוות ל-100,000 נפש, שיעור התמותה ממחלות לב היה 126 מקרי מוות ל-100,000 נפש (מתוכם 73% ממחלת לב איסכמית). בשנת 1998 מחלות הלב היו סיבת המוות השכיחה ביותר, 153 מקרי מוות ל-100,000 (שיעור התמותה ממחלת לב איסכמית היה דומה לזה של 1999), שיעור התמותה ממחלות ממאירות היה 147 מקרי מוות ל-100,000 נפש. עקב השינויים בשיטת סימול מקרי המוות החל ב-1998, לא ניתן להשוות לשיעורי שנים קודמות, אך ההשוואה בין 1998 ל-1999 מצביעה על שינוי: מחלות ממאירות הופכות להיות גורם המוות הראשון ומחלות הלב הן הגורם השני.

7.2 מוגבלות

בשנת 1998 אישרה הכנסת את חוק שוויון הזכויות לאנשים עם מוגבלות. חוק השוויון מגדיר אדם עם מוגבלות כך: "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים". הגדרה זו היא רחבה ובוחנת מוגבלות לאור היכולת לתפקד, ושונה מהגישה המסורתית בה לקות או מוגבלות נבחנו ונקבעו על פי מדדים קליניים ומצב פיזי של האדם.

בישראל אין נתונים מדויקים לגבי מספרם הכולל של אנשים עם מוגבלות ואף לא לגבי ההתפלגות לפי רמת החומרה או סוג המוגבלות³. נהוג להשתמש בנתוני הביטוח הלאומי על היקף הקצבאות המשולמות כאינדיקטור עקיף לשיעור האנשים עם מוגבלות, על אף שידוע שמדד זה הוא חסר ואינו משקף את שיעורם האמיתי באוכלוסייה. בסקר שנערך בקנדה בתחילת שנות ה-90 ובמחקרים אחרים בארה"ב נמצא ש-10% מכלל האוכלוסייה הם אנשים עם מוגבלות. באומדן זה משתמש גם האו"ם, וכן מדינות רבות, כבסיס לקביעת מדיניות ולהקצאת משאבים.

מצבי מוגבלות, מעבר להשפעתם על הבריאות ועל יכולתו של אדם לבצע פעולות יומיומיות, פוגעים ביכולת להשתלב בתחומי החיים השונים, פוגעים ביכולת להשתכר ובשביעות רצון מהחיים. מתוך נתוני הסקר החברתי שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-2003 עולה, כי 34% מבני ה-20 ומעלה דיווחו על בעיה בריאותית או מוגבלות המפריעה או מפריעה מאוד לתפקודם היומיומי. בקרב בני ה-20-64, 23% דיווחו על בעיה המפריעה בתפקוד היומיומי. מבין אלו שדיווחו על בעיה בריאותית או מגבלה המפריעה לתפקוד יומיומי, נאלצו 62% לוותר או לצמצם פעולות הקשורות בעבודה לעתים קרובות במהלך השנה שקדמה לריאיון (ראה סעיף 7.3 בפרק זה).

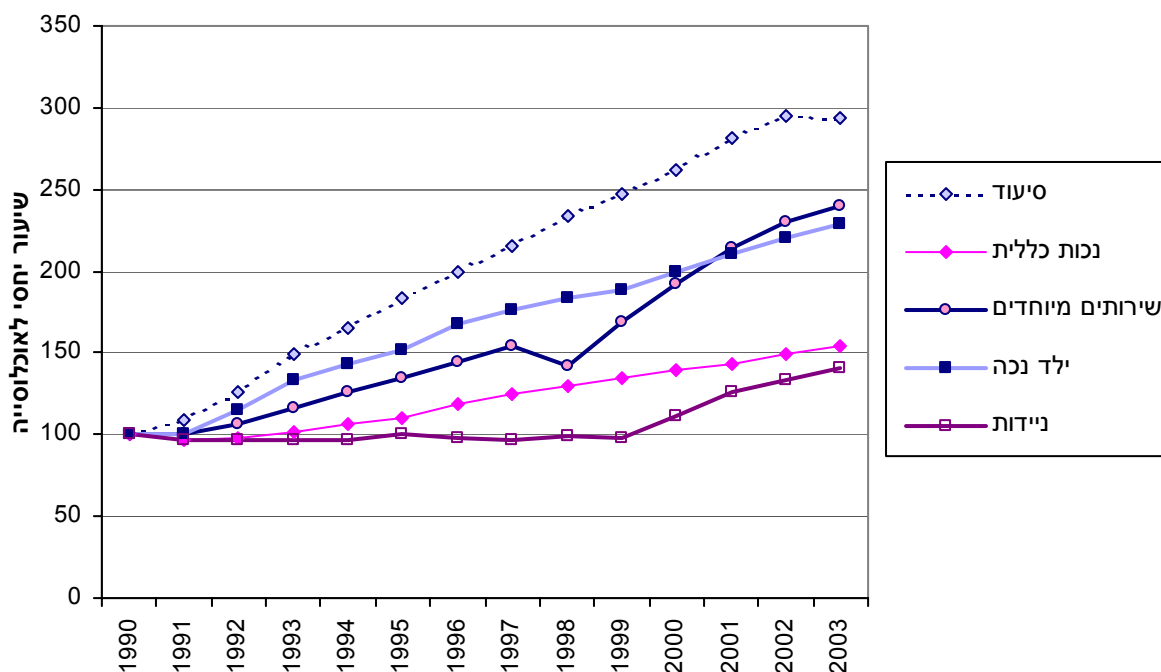
³ דו"ח מבקר המדינה, 2002.

בשנת 2003⁴ קיבלו 228,737 אנשים בגיל 18-65 עם נכויות שונות קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הביטחון. שיעור מקבלי הקצבאות השונות הוא כ-6% מכלל אוכלוסיית בני ה-18-65. מספר זה אינו כולל את הנכים המועסקים בשכר הגבוה מהקצבה, ולכן אינם זכאים לה. כ-60% ממקבלי הקצבאות הללו הם בני 45 ומעלה. מכלל אוכלוסיית הקשישים בארץ, כ-14% מקבלים קצבת סיעוד מהביטוח הלאומי. שיעור הילדים עם מוגבלות בישראל מגיע לכ-8% מכלל הילדים⁴, למעלה ממחצית הילדים עם מוגבלות סובלים מנכות עיקרית בתחום הלמידה או ההתנהגות. רק 10% מכלל הילדים עם מוגבלות מקבלים גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי.

לאורך זמן מרחיב הביטוח הלאומי את מעגל מקבלי קצבאות הנכות השונות (לדוגמא, קצבת ילד נכה הונהגה בהדרגה החל ב-1981 – בהתחלה שולמה לילדים מגיל 3 ומעלה ואח"כ לכל הגילאים). כלל התשלומים ששולמו⁵ בשנת 2002 גבוה כמעט פי 30 בהשוואה לתשלומים ששולמו ב-1975 (במחירי 2002). בין השנים 1990 לבין 2003 חלה עלייה בשיעור מקבלי קצבאות הביטוח הלאומי השונות. כך למשל, שיעור מקבלי קצבת נכות כללית עלה ב-54% וישנם כ-24 מקבלי קצבה זו על כל 1,000 איש בישראל, שיעור זכאי גמלת סיעוד עלה ב-194% (כמעט פי שלוש) בתקופה זאת, שיעור מקבלי גמלת שירותים מיוחדים עלה ב-139%, שיעור מקבלי קצבת ילד נכה עלה ב-128%, ושיעור מקבלי קצבת ניידות שהיה יציב עד לשנת 2000, עלה ב-41%. כך, בשנת 1990 היו 25 איש על כל 10,000 שקיבלו את הקצבה, בשנת 2000 היו 26 ואילו בשנת 2003 היו

33.

תרשים 5 – שיעור מקבלי גמלאות וקצבאות הביטוח הלאומי 2003-1990



מבוסס על: עיבוד מתוך נתוני המוסד הלאומי – רבעון סטטיסטי, פריט 34 ברשימת המקורות

⁴ ראה פריט 39 (ג'וינט – מכון ברוקדייל) ברשימת המקורות.

⁵ ראה פריט 35 (המוסד לביטוח לאומי) ברשימת המקורות.

7.3 תפיסות של מצב בריאות

מצב הבריאות של אדם או של חברה ניתן לתיאור במונחים רפואיים ובאופן אובייקטיבי באמצעות אינדיקטורים שונים שהוזכרו קודם, אך ניתן לתאר את מצב הבריאות של החברה גם באמצעות אינדיקטורים סובייקטיביים המתארים מקבץ הערכות בריאות של הפרטים בחברה, בתשובה לשאלות כגון "מהו מצבך הבריאותי, בדרך כלל?" או "האם יש לך בעיה בריאותית או פיזית כלשהי?".

ממצאים ראשוניים מסקר הבריאות הלאומי⁶ מגלים כי הערכת הבריאות הכללית כטובה מאוד עד מצוינת, שכיחה יותר בקרב גברים לעומת נשים ויורדת באופן כללי עם העלייה בגיל. יותר ממחצית האוכלוסייה מעריכה את מצב הבריאות הכללית כטוב מאוד או מצוין ולעומת זאת, רק 15% מעריכים שבריאותם לא כל כך טובה או בכלל לא טובה.

ישראלים מדרגים את בריאותם הנפשית במקום גבוה יותר מאשר את בריאותם הגופנית (רק 10% מהאוכלוסייה העריכה שהבריאות הנפשית שלה פחות טובה מהבריאות הגופנית). נטייה לדירוג כזה עולה עם הגיל (בקרב בני 65 ומעלה העריכו 54% את בריאותם הנפשית כטובה יותר מבריאותם הגופנית, לעומת 28% בקרב בני 21-44).

על פי נתוני הסקר החברתי⁷ נמצא כי 77% מהאוכלוסייה בגילים 20 ומעלה השיבו כי מצבם הבריאותי טוב או טוב מאוד, ו-66% ענו כי אין להם בעיות בריאותיות או פיזיות הקיימות לפחות 6 חודשים. הערכת מצב הבריאות תלויה בגיל, וכפוי – ככל שהגיל גבוה, הערכת מצב הבריאות נמוכה. בקבוצת הגיל 20-24 העריכו 96% מהאנשים כי בריאותם טובה או טובה מאוד, לעומת 39% בקבוצת הגיל 65+. הערכת מצב הבריאות דומה בשני המינים, אם כי לנשים נטייה גבוהה במקצת להערכת מצב בריאות כלא טוב או לא טוב (26% לעומת 19% אצל הגברים).

87% מבני ה-20 ומעלה שדיווחו על מצב בריאות לא כל כך טוב או לא טוב, דיווחו גם על קיומה של בעיה בריאותית, שיעור זה גבוה במידה רבה משיעור האנשים עם מצב בריאות טוב או טוב מאוד שדיווחו על קיומה של בעיה בריאותית (19%). מידת חומרת הבעיה משפיעה גם היא, כפוי, על הערכת מצב הבריאות של האדם – כאשר הבעיה מפריעה או מפריעה מאוד לתפקוד היומיומי, רק 28% העריכו את בריאותם כטובה או טובה מאוד. לעומת זאת, כאשר הבעיה לא כל כך מפריעה או בכלל לא מפריעה לתפקוד היומיומי, 72% העריכו את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד.

הבריאות הנה מרכיב חשוב בשביעות הרצון מהחיים, נמצא כי 82% מכלל הישראלים בני ה-20 ומעלה מרוצים או מרוצים מאוד מחייהם. 93% מאלו שהעריכו את בריאותם כטובה או טובה מאוד היו שבעי רצון מחייהם, לעומת 63% בקרב אלו שהעריכו את בריאותם כלא טובה או לא כל כך טובה.

הערכת מצב הבריאות קשורה לתחושת הבדידות – בקרב אנשים שהערכת מצב הבריאות שלהם כלא כל כך טובה או לא טובה קיימת נטייה רבה יותר לחוש בדידות (54%), לעומת אלו שהעריכו את מצב הבריאות שלהם כטובה או טובה מאוד (28%). הערכת מצב הבריאות קשורה גם לשביעות הרצון של אדם לגבי הקשר עם משפחתו – 78% מאלו שדיווחו על שביעות רצון רבה מהקשר עם המשפחה דיווחו גם על מצב בריאות טוב או טוב מאוד, לעומת 62% מאלו שדיווחו על שביעות רצון מועטה מהקשר עם המשפחה וגם היו בעלי

⁶ סקר הבריאות הלאומי נערך על ידי הלמ"ס במהלך החודשים מאי 2003 ועד מאי 2004, הנתונים מתוך הודעה לעיתונות מה-2/3/05.

⁷ הסקר החברתי 2003, למ"ס.

מצב בריאות טוב או טוב מאוד. קשר כזה מתקיים גם לגבי שביעות רצון מהקשר עם חברים, אך עצמתו נמוכה יותר (81% לעומת 77%).

מצב הבריאות משפיע על רווחתו של הפרט, על שביעות רצונו ועל תפקודו בתחומי חיים אחרים, אך גם מושפע מתחומים אלו. מסתבר אם כן, שאנשים שאינם מועסקים, משרתים בצה"ל או לומדים, מצבם הבריאותי (לפחות על פי הערכתם) אינו טוב. ייתכן מאוד שהמצב הבריאותי הוא זה שפוגע ביכולתם של האנשים לעבוד או ללמוד.

בקרב אלו שהעריכו את מצבם הבריאותי כטוב, 52% דיווחו על שביעות רצון גבוהה ממצבם הכלכלי, לעומת 34% מאלה שהעריכו את מצב הבריאותי כלא טוב.

7.4 התנהגויות מסכנות בריאות ומקדמות בריאות

התנהגויות המסכנות או המקדמות בריאות מושפעות מנורמות חברתיות ומפעילות הנעשית (או שאינה נעשית) ע"י המדינה ומוסדותיה. לדוגמה – חוק האוסר על מכירת משקאות אלכוהוליים לצעירים מתחת לגיל 18, או פעולות הסברה רחבות בנושאים כגון הסיכון הכרוך בעישון או היתרונות הטמונים בהרגלי תזונה נכונים. כל אלו מטרתם לעודד התנהגויות מקדמות בריאות בקרב האוכלוסייה.

7.4.1 התנהגויות מסכנות בריאות

עישון

יש קשר בין עישון לבין בעיות בריאות רבות. כיום נחשב העישון לאחד הגורמים ההתנהגותיים לתחלואה ותמותה. כבר בתחילת שנות ה-70 החל המעקב על מצב העישון בישראל, ומאוחר יותר הוחל בפיתוח תוכניות וחקיקה שמטרתן להפחית את ממדי התופעה. שיעור המעשנים נמצא במגמת ירידה: בשנות ה-70 היה שיעור המעשנים כ-40%⁸ לעומת שיעור מעשנים של 25% כיום.

בסקר "ידע, עמדות והתנהגות בנושא בריאות, 2002"⁹ שערך משרד הבריאות, נבחנו, בין היתר, הרגלי העישון של האוכלוסייה הבוגרת והמתבגרת. חלקם של המעשנים בכלל האוכלוסייה הבוגרת הוא, כאמור, 25%, הגברים מעשנים בשיעור גבוה יותר: 32%, לעומת 18.4% בקרב הנשים. שיעור הגברים המעשנים בקרב האוכלוסייה הערבית הוא 43% – גבוה משיעור העישון באוכלוסייה היהודית, 29%. לעומת זאת, שיעור הנשים הערביות המעשנות הוא 7% – שיעור נמוך בהשוואה לשיעור הנשים היהודיות המעשנות, 21%.

שיעור המעשנים בקרב בני הנוער נבדק בסקר "נוער בישראל: רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי"¹⁰, שערך משרד הבריאות. מנתוני הסקר נמצא כי כ-5% מבני הנוער מעשנים. תופעה הולכת וגוברת בקרב בני הנוער היא עישון נרגילה – עד כיתה י' מספיקים יותר מ-60% מהבנים היהודים להתנסות בעישון נרגילה. בני נוער רבים סבורים כי עישון נרגילה אינו מזיק כמו עישון סיגריות.

⁸ משרד הבריאות, מצב הבריאות בישראל, 1999, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, ספטמבר 1999.

⁹ ראה פריט 49 (משרד הבריאות) ברשימת המקורות.

¹⁰ הסקר הלאומי, נוער בישראל: רווחה חברתית, בריאות והתנהגויות סיכון במבט בין-לאומי, משרד הבריאות, נתוני שנת 2002 מתוך מדגם ארצי מייצג של בני נוער יהודים וערבים בכיתות ו', ח' ו-י'.

בסקר שנערך בצה"ל¹¹ נבדק שיעור המעשנים בתחילת השירות ובסיומו. נמצא כי שיעור החיילים המתחילים לעשן במהלך השרות הוא גבוה. שיעורי המעשנים בקרב המתגייסים הם: 32% מהחיילים ו-30% מהחיילות, שיעורי המעשנים בקרב המשתחררים הם: 44% מהחיילים ו-38% מהחיילות.

לפי הסקר החברתי, בשנת 2003, 31% מבני 20 ומעלה מעשנים סיגריות. 27% מכלל המעשנים העידו כי במהלך השנה הם ויתרו על קניית סיגריות בגלל המצב הכלכלי.

חשיפה לשמש

לחשיפה לשמש השלכות בריאותיות ארוכות טווח, הנזקים שעלולים להיגרם הם ברמות חומרה שונות החל בנזק אסתטי ועד למחלות מסכנות חיים. חשיפה לשמש בגיל צעיר עשויה להוות גורם למחלות בגיל מבוגר יותר. 80% ממשך ההיחשפות לשמש מתרחשת עד גיל 20, ולכן עיקר פעולות המניעה צריכות להיעשות בשנות הילדות והנערות. בישראל שיעור התמותה מסרטן העור, המלנומה, הנגרם כתוצאה מחשיפה לשמש גבוה מהשיעור ברוב המדינות האחרות באיחוד האירופי. בשנת 1999 היו 132 מקרי מוות בגלל מלנומה, זהו שיעור של 2.2 מקרי מוות ל-100,000 נפשות, 130 מקרים היו בקרב יהודים ואחרים ורק שני מקרי מוות באוכלוסייה הערבית¹². בין השנים 1970 ו-1995 עלו השיעורים המתוקננים לפי גיל של התחלואה בסרטן העור (מלנומה): בקרב גברים יהודים פי 3, בקרב נשים יהודיות פי 2.7. באוכלוסייה הערבית, הגידול אצל הנשים והגברים היה דומה – פי 2 במהלך השנים, אך השיעורים עדיין נמוכים משמעותית מהשיעורים באוכלוסייה היהודית. גם בשיעורי התמותה חלו שינויים בין 1970 ו-1995, בכל קבוצות האוכלוסייה: בקרב הנשים היהודיות הייתה עלייה של 41%, ושל 16% בקרב הגברים היהודים. ובאוכלוסייה הערבית – עלייה של 60% בקרב הגברים ושל 30% בקרב הנשים¹³.

אלכוהול וצריכת סמים¹³

נתונים אודות צריכת אלכוהול או עישון סמים מתקבלים בעיקר באמצעות סקרים המתבססים על דיווח עצמי, ולכן ייתכן מצב של תת-דיווח לגבי היקף תופעות אלו בחברה הישראלית. תופעת צריכת הסמים והאלכוהול אינה מתארת רק התנהגות של פרט אלא דפוסים חברתיים ונורמות התנהגותיות. בעיות הנובעות מכך אינן רק בעיות ברמת הפרט ומשפחתו אלא בעיות של החברה כולה. עישון סמים ושתיית אלכוהול הם גורמים ממכרים המסכנים בריאות ונמצאו כמגדילים את הסיכוי לחלות בסרטן מסוגים שונים.

בשנים האחרונות חלה עלייה בצריכת אלכוהול וסמים הן בקרב בני הנוער והן בקרב האוכלוסייה הבוגרת. 5% מהנוער ו-10% מהבוגרים שתו משקאות אלכוהוליים יותר מ-10 פעמים בשנה, שיעור שתיית הבירה האלכוהולית בקרב הבוגרים ובני הנוער גבוה יותר. 10% מבני הנוער (בכיתות ז' עד י"ב) השתמשו בסמים, וכ-20% מהסטודנטים עישנו סמים, 250,000 ישראלים משתמשים בסמים, מהם כמעט 20,000 מכורים.

הגישה הרווחת היום לטיפול בבעיה ההתמכרות היא מניעה, לעומת הגישה שהיתה נהוגה בעבר – טיפול בבעיית ההתמכרות לאחר שזו הופיעה. הגישה החדשה נתמכת במחקרים המראים כי טיפול מניעתי יעיל מטיפול בבעיה. סיכויי הגמילה מסמים נמוכים למדי, רק 20%-30% מהמשתתפים בתוכניות גמילה למיניהן נגמלים מהשימוש בסמים.

¹¹ ראה פריט 53 (צה"ל) ברשימת המקורות.

¹² למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל, 2003, לוח 3.27.

¹³ ראה פריט 1 ברשימת המקורות.

השמנת יתר

השמנת יתר מוגדרת כמצב בו משקלו של האדם גבוה במידה ניכרת לגילו, לקומתו ולמינו. השמנת היתר היא הפרעה מטבולית שכיחה ביותר בארצות המפותחות. מחקרים מארצות אחרות וגם מישראל מראים שלמרות השכיחות השונה במדינות שונות, קיימת מגמה עולמית דומה של עלייה בהיקף התופעה של השמנת יתר. השמנת היתר נובעת מאורח חיינו המודרני, המתאפיין במעט פעילות ועבודה פיזית מחד גיסא, ושפע מזון עתיר שומן מאידך גיסא.

השמנת היתר עשויה לגרום לקיצור החיים ולהגדלת הסיכוי לתחלואה במחלות לב, לחץ דם, סוכרת ועוד. מנתוני סקר עמדות בנושאי הבריאות משנת 2002¹⁴ נמצא כי בדומה למצב במדינות מפותחות אחרות, המשקל הממוצע בישראל עלה בצורה משמעותית במהלך השנים האחרונות.

לוח 6 – משקל ממוצע וקטגוריות משקל, לפי מין 2002, 1998

נשים		גברים		יחידה	
2002	1998	2002	1998		
66	63	78	76	ק"ג	משקל ממוצע
43	..	40	..	אחוזים	שיעור בעלי משקל תקין
27	..	41	32	"	שיעור בעלי משקל עודף(1)
14	12	13	8	"	שיעור הלוקים בהשמנת יתר(2)
16	8	7	..	"	שיעור הלוקים בתת משקל(3)

(1) מדד אינדקס מסת גוף (BMI) בין 25 ל-30.

(2) מדד אינדקס מסת גוף (BMI) גבוה מ-30.

(3) מדד אינדקס מסת גוף (BMI) נמוך מ-18.5.

מבוסס על: פריט 48 (משרד הבריאות) ברשימת המקורות.

¹⁴ ראה פריט מס' 48 (משרד הבריאות) ברשימת המקורות.

7.4.2 התנהגויות מקדמות בריאות

תזונה

תזונה היא אבן היסוד ואחד האמצעים לשמירה על בריאות טובה. תזונה משפיעה גם על איכות החיים – בהקשר הפיזי של גוף בריא ורמת תפקוד טובה ובהקשר הקוגניטיבי של כושר חשיבה, ריכוז וכדומה. מנתוני הלמ"ס עולה כי ההיצע הקלורי לנפש ליום בישראל, עמד בשנת 2002 על 3,746 קלוריות. היצע זה מהווה גידול של כ-45% מההיצע שעמד לרשות האוכלוסייה בשנת 1950 וגידול של 20% מההיצע שעמד לרשות האוכלוסייה בשנת 1990. עיקר הגידול נובע מחלקם של השומנים השונים במזון – כמות השומן בשנת 2002 הוכפלה בהשוואה לכמות ב-1950, ועלתה ב-30% בהשוואה לכמות ב-1990. חשוב לציין שנתונים אלו מתארים את היצע המזון העומד לכל נפש ולא את הצריכה בפועל, אך ניתן להשתמש בנתונים אלו כאינדיקטור עקיף לרמות הצריכה של האוכלוסייה.

הרגלי התזונה השתנו בעשורים האחרונים, בד בבד עם ההתקדמות הטכנולוגית, השפע ואורח החיים המודרני. כל אלו, וגורמים נוספים, מכתיבים הרגלי תזונה המתאפיינים בצריכה קלורית גבוהה ובעיקר בצריכת מזון עשיר בשומן. במקביל, המודעות לסכנות הטמונות בצריכת מזונות לא בריאים או צריכת מזון בכמויות גדולות מהמומלץ עולה עם השנים. בשנת 2002 דיווחו 53% מהאוכלוסייה הבוגרת (בני 18 ומעלה) כי הם מקפידים על הרגלי אכילה מומלצים, לעומת 42% בשנת 1998¹⁵.

ספורט

פעילות גופנית הייתה בעבר חלק בלתי נפרד משגרת היום של האדם, ואילו בעולם המודרני אורח חייו של האדם שונה לחלוטין, ובד"כ אין הוא נדרש לפעילות מאומצת כחלק משגרת יומו.

מחקרים רבים מצביעים על קשר בין רמת הפעילות הגופנית לבין מצבי בריאות טובים (מניעת מחלות, שיפור תפקוד של מערכות שונות בגוף האדם ועוד). לפעילות גופנית תרומה גם לשיפור ההרגשה האישית, שיפור מצב הרוח, הפחתת מתח וכדומה.

בסקר "הרגלי בילוי, קריאה וספורט" שנערך ב-1999¹⁶, דיווחו למעלה ממחצית מהנדגמים כי ביצעו פעילות גופנית לפחות פעם אחת בשנה האחרונה. ככל שעולה הגיל קטן חלקם של העוסקים בפעילות גופנית. 27% ציינו כי הסיבה העיקרית שבגללה הם עוסקים בפעילות גופנית היא סיבה בריאותית.

בשנים האחרונות יש מגמת התרחבות של היקף הפעילות הגופנית, המודעות לחשיבות של פעילות זו הולכת וגוברת. בשנת 1992 דיווחו 25% כי הם עוסקים בפעילות גופנית לפחות פעם בשבוע, לעומת 52% בשנת 1999¹⁶. 62% דיווחו בשנת 1992 כי אינם עוסקים בשום פעילות גופנית לעומת 47% בשנת 1999.

¹⁵ ראה פריט 48 (משרד הבריאות) ברשימת המקורות.

¹⁶ ראה פריט 8 (למ"ס) ברשימת המקורות.

7.5 קידום בריאות

המושג קידום בריאות הוא מושג רחב שעיקרו שיפור מצב הבריאות שלא באמצעות טיפול בחולי, אלא במניעת מצבי חולי אפשריים. בבסיס קידום הבריאות עומדת הידיעה כי בריאות טובה היא תנאי עיקרי להתפתחות חברתית, כלכלית ואישית ולאיכות חיים. קידום בריאות בא לידי ביטוי ב-3 רמות: רמת הפרט – שליטת הפרט במצבו הבריאותי, רמת הקהילה – נורמות התנהגותיות המקדמות בריאות וחינוך לבריאות, ורמת המדינה – פיתוח מערך תמיכה ורפואה מונעת.

7.5.1 חיסונים¹⁷

חיסונים ניתנים לילדים במהלך שנות חייהם הראשונות, בגיל הינקות, בעיקר באמצעות תחנות לטיפול באם ובילד (טיפות חלב). לאחר מכן מושלמת תוכנית החיסונים באמצעות שירותי הבריאות במוסדות החינוך. מטרת החיסונים היא למנוע לחלוטין או להקטין למינימום את ההיארעות של מחלות זיהומיות בקרב האוכלוסייה, בעיקר האוכלוסייה הבוגרת, בה מחלות זיהומיות נוטות לגרום סיבוכים ונזק גופני.

הכיסוי החיסוני של האוכלוסייה, תלוי במידה רבה בנגישות לשירותי הבריאות, אך קיימות קבוצות באוכלוסייה הבוחרות שלא לחסן את ילדיהן.

בשנת 2000 נע הכיסוי החיסוני של ילדים בהגיעם לגיל שנתיים בין 89% מחוסנים נגד דלקת כבד נגיפית A (חיסון חדש יחסית), ל-98% שהיו מחוסנים נגד דלקת כבד נגיפית B. שיעור המחוסנים באוכלוסייה הלא-יהודית גבוהים במעט משיעור המחוסנים באוכלוסייה היהודית. לדוגמא, ב-1999 היו 92% מהילדים היהודים עד גיל שנתיים מחוסנים נגד דלקת קרום המוח ו-96% מחוסנים בקרב הילדים הערבים. אחוזי החיסון הגבוהים והפער בין קבוצות האוכלוסייה עקבי גם עבור חיסונים אחרים. בהשוואה לנתונים משנים קודמות, במגזר היהודי מסתמנת מגמת שיפור ואילו במגזר הערבי המגמה מעורבת. שיעור המחוסנים משתנה גם בנפות השונות, לדוגמא, בשנת 1999 עבור החיסון המשולש היו שיעורי המחוסנים בנפות השונות: תל אביב – 83%, באר שבע – 84%, חיפה – 96%, חדרה – 98% באוכלוסייה היהודית ו-100% באוכלוסייה הערבית, ובצפת – 99% באוכלוסייה היהודית ו-100% באוכלוסייה הערבית.

7.5.2 אבחון טרום-לידתי

אבחון טרום-לידתי הוא שירות שמטרתו לאבחן מומים בעובר, ובכך להקטין את שיעור המומים המולדים. אבחון טרום-לידתי תלוי, בין השאר, בנגישות לשירותי בריאות, במודעות לבריאות ובקיומם של משאבים כספיים. חשוב לציין כי פנייה לאבחון או הימנעות מאבחון משקפות גם תפיסת עולם של ההורים.

משרד הבריאות מציע לאישה ההרה מעקב היריון ואבחון כחלק מ"סל הבריאות". תהליך האבחון והבדיקות הכלולות בו עשוי להשתנות כאשר האישה או בן זוגה משתייכים לקבוצת סיכון (מבחינת גיל, מוצא או היסטוריה רפואית של המשפחה). בנוסף למעקב ההיריון והאבחון המוצע באמצעות קופות החולים, קיימות בדיקות רבות נוספות המרחיבות את המעקב ומאפשרות אבחון של מומים נוספים בעובר. שיעור המומים המולדים יכול להוות אינדיקטור ליעילותו ולזמינותו של תהליך האבחון הטרומ-לידתי (ראה סעיף 1.4 בפרק זה). שיעור המומים נמצא במגמת עלייה, אך לא ניתן ללמוד מכך על יעילות האבחון, שכן ניתן לייחס חלק מעלייה זו לשיפור תהליך הדיווח בשנים האחרונות. גם שיעור לידות מת יכול להוות אינדיקטור ליעילותו של

¹⁷ ראה פריט 36 (המועצה הלאומית לשלום הילד) ברשימת המקורות.

תהליך האבחון. ירידה בשיעור לידות מת יכולה לנבוע גם מעלייה בשיעור האבחון המוקדם והפסקת היריון. אינדיקטור נוסף לעילותו של תהליך האבחון הוא הפסקות היריון עקב מום של הוולד. בשנת 2002 היו 3,396 מקרים של הפסקות היריון שסיבתם הייתה מום גופני או נפשי של הוולד, שיעור של 14.5 ל-100 לידות חי. שיעור זה נשאר יציב יחסית, בין השנים 1990 ל-2002, בטווח של 14.0-14.9 ל-100 לידות חי.

7.6 אמצעים

7.6.1 היצע רופאים ואחיות

שיעור הרופאים ל-1,000 נפש¹⁸ באוכלוסייה נמצא במגמת עלייה. בשנת 1970 היה שיעור הרופאים קרוב ל-2 רופאים ל-1,000 נפש, בשנת 1980 היה שיעור הרופאים קרוב ל-3 ל-1,000 נפש, עלייה בשיעור מתון יותר התרחשה בין 1980 ל-1990 שבה הגיע שיעור הרופאים עד ל-3.1 ל-1,000 נפש. בשנת 2000 הגיע שיעור הרופאים ל-3.7 ל-1,000 נפש. שיעור הרופאים בארץ דומה לשיעור הרופאים בצרפת, בהולנד ובפורטוגל, גבוה מהשיעור באנגליה, בקנדה וביפן ונמוך משיעור הרופאים ביוון.

בשונה משיעור הרופאים, שיעור האחיות נמצא במגמת ירידה, החל ב-7.7 אחיות ל-1,000 נפש בשנות ה-80, 6.3 אחיות ל-1,000 נפש בשנות ה-90, ועד ל-5.2 אחיות ל-1,000 נפש בשנת 2000. מכלל האחיות במערכת הבריאות, 75% אחיות מוסמכות והיתר אחיות מעשיות. שיעור האחיות בישראל דומה לשיעור האחיות באנגליה, גבוה משיעור האחיות בפורטוגל ונמוך בהשוואה להולנד (13.0), לשוודיה (8.3) ולארזה"ב (8.3).

7.6.2 מיטות אשפוז

בשנת 2002 הוצעו 40,116 מיטות אשפוז, שיעור של 6.1 מיטות ל-1,000 נפש. שיעור המיטות נשאר יציב לאורך העשור האחרון, עם תנודות קלות. ב-1980 היצע המיטות היה 6.7, ב-1990 היצע המיטות ירד ל-6.0.

כלל המיטות מיועדות ל-4 סוגי אשפוז: אשפוז כללי, אשפוז של בריאות הנפש, אשפוז כתוצאה ממחלה ממושכת ואשפוז לצורכי שיקום (בשנות ה-50 ובשנות ה-60 הוקצו גם מיטות לאשפוז בגין מחלת השחפת, והן היוו יותר מ-10% מכלל המיטות באותה תקופה). בשנת 2002 יועדו 49% מהמיטות למחלות ממושכות, 36% לטיפול כללי, 14% לבריאות הנפש ופחות מ-2% מהמיטות יועדו לשיקום. שיעור המיטות באשפוז הכללי יורד בהתמדה מ-3.2 ל-1,000 נפש בתחילת שנות ה-70, ל-3.0 בתחילת שנות ה-80 ועד ל-2.2 ל-1,000 נפש ב-2002. תהליך של ירידה בשיעור המיטות מתרחש גם בתחום של אשפוז בריאות הנפש, בשנות ה-70 וה-80 היה שיעור המיטות כ-2.5, ב-1990 הגיע ל-1.5 ובשנת 2002 עומד על 0.8 מיטות ל-1,000 נפש. לצד הירידה בשיעורי המיטות לאשפוז כללי ובריאות הנפש מתרחשת עלייה מתמדת בשיעור המיטות המיועדות לאשפוז בגין מחלות ממושכות. בשנות ה-70, שיעור מיטות האשפוז למחלות ממושכות היה מיטה אחת ל-1,000 נפש, בשנות ה-80 היה השיעור 1.4 ל-1,000 נפש, בשנות ה-90 – 1.9 ל-1,000 נפש, ובשנת 2002 הגיע שיעור זה ל-3 מיטות ל-1,000 נפש.

¹⁸ השיעורים המובאים בפסקה זו מתייחסים למספר הרופאים עד גיל 65, שיעור כלל הרופאים גבוה יותר, אך המגמות המתוארות דומות.

היצע כלל מיטות האשפוז משתנה ממחוז למחוז¹⁹: במחוז הדרום ההיצע הוא הנמוך ביותר, ועומד על 3.7 מיטות ל-1,000 נפש, במחוז הצפון ההיצע גבוה במעט, 4.1 מיטות ל-1,000 נפש, במחוז ירושלים ההיצע גבוה יותר, אך עדיין נמוך מהשיעור הארצי – 5.8 מיטות ל-1,000 נפש. במחוז ת"א ההיצע הוא 6.9 מיטות ל-1,000 נפש, במחוז המרכז 7.9 מיטות ל-1,000 נפש, ומחוז חיפה עם היצע המיטות הגדול ביותר, 8.6 מיטות ל-1,000 נפש. במחוז חיפה שיעור המיטות גבוה פי 2.4 משיעור המיטות במחוז הדרום. בשנת 2002 הייתה תפוסת המיטות מעל ל-90% בכל סוגי מיטות האשפוז.

7.7 הוצאות לבריאות

7.7.1 הוצאה לאומית לבריאות

הוצאה לאומית לבריאות כוללת שלושה רכיבים עיקריים: הוצאה ציבורית שוטפת לשירותי בריאות למיניהם (טיפול, מניעה וקידום בריאות); השקעה ציבורית בתשתית של מבנים ומכשור רפואי; והוצאה פרטית של משקי הבית לתרופות ולמכשירים.

חלקה היחסי של ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג נמצא במגמת עלייה במהלך השנים האחרונות. חלק מעלייה זו מוסבר בגידול היחסי של האוכלוסייה הבוגרת.

בשנת 1990 עמדה ההוצאה הלאומית לבריאות על 7.3% מהתמ"ג, בשנת 1995 הגיעה ההוצאה ל-7.8%, בשנת 2000 שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות היה 8.2% מהתמ"ג. מגמת העלייה נמשכה, ושיעור ההוצאה הלאומית לבריאות הגיע ל-8.7% ב-2001 וב-2002.

בשנת 2002 היה שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מסך התמ"ג בישראל דומה לשיעור בדנמרק ובנורווגיה, גבוה מהשיעור בבריטניה ובספרד ונמוך מהשיעור בארה"ב, בגרמניה, בשווייץ ובקנדה.

7.7.2 הוצאה פרטית לבריאות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוחל בינואר 1995. החוק מבקש להבטיח לכל תושב "סל בריאות" אחיד, ללא תלות באמצעיו וללא תלות בקופת החולים שבה הוא חבר. תכולתו של "סל הבריאות" והיקף השירותים אותם הוא מספק הם הבסיס לשירותים הרפואיים להם עשוי כל אדם להזדקק. חלק מהאזרחים רוכשים בתשלום נוסף שירותי בריאות שאינם כלולים ב"סל הבריאות". יכולתו של משק הבית להקצות משאבים לשירותי הבריאות הנוספים מושפעת בעיקר מרמת ההכנסה שלו.

בשנת 1992 הוציא משק בית בחמישון ההכנסה העליון עבור צריכה חודשית לבריאות פי 2.4 ממה שהוציא משק בית בחמישון התחתון. בשנת 2003 פער ההוצאות עבור צריכה חודשית לבריאות בין החמישון העליון לבין החמישון התחתון הוא פי 3.3, למרות שבכל החמישונים ההוצאה לבריאות היוותה חלק קטן יותר מכלל ההוצאה לצריכה פרטית בהשוואה לשנת 1992 (מתחת ל-5% לעומת כ-7%, בהתאמה). בשנת 2003 רמת ההוצאה עבור צריכה חודשית לבריאות של סך כל משקי הבית בישראל ירדה ב-3% יחסית לשנת 2002, בקרב החמישון התחתון ירדה ההוצאה ב-7% ואילו ההוצאה בקרב החמישון העליון נשארה בעינה. חשוב

¹⁹ ראה פריט 45 (משרד הבריאות) ברשימת המקורות.

לזכור כי מספר הנפשות הממוצע במשפחה נמצא ביחס הפוך לרמת ההכנסה – בחמישון התחתון יש בממוצע יותר נפשות במשפחה מאשר בחמישון העליון (4.3 לעומת 2.6).

**לוח 7 – הוצאה חודשית של משק הבית לצריכה פרטית של שירותי בריאות,
לפי חמישוני הכנסה נטו לנפש סטנדרטית
1992/93, 2002 ו-2003(1)**

יחס בין חמישון עליון לתחתון	5 חמישון עליון	4	3	2	1 חמישון תחתון	סך הכל	
1992/93							
2.4	7,330	6,161	4,861	4,135	3,020	5,102	תצרוכת חודשית של משקי בית בש"ח
2.4	515	431	347	293	216	360	הוצאה לתצרוכת בריאות – סך הכל(2)
1.0	7.0	7.0	7.1	7.1	7.2	7.1	ההוצאה לבריאות כאחוז מסך כל ההוצאה לתצרוכת
2002							
	2.6	3.1	3.3	3.6	4.2	3.4	ממוצע נפשות למשק בית
2.4	15,621	11,826	9,820	8,408	6,586	10,451	תצרוכת חודשית של משקי בית בש"ח
2.8	799	586	430	395	282	498	הוצאה לתצרוכת בריאות – סך הכל(3)
1.2	5.1	5.0	4.4	4.7	4.3	4.8	ההוצאה לבריאות כאחוז מסך כל ההוצאה לתצרוכת(3)
2003							
	2.6	3.1	3.3	3.5	4.3	3.4	ממוצע נפשות למשק בית
2.4	15,546	11,377	9,453	7,857	6,468	10,139	תצרוכת חודשית של משקי בית בש"ח
3.0	797	570	457	341	263	485	הוצאה לתצרוכת בריאות – סך הכל(3)
1.2	5.1	5	4.8	4.3	4.1	4.8	ההוצאה לבריאות כאחוז מסך כל ההוצאה לתצרוכת(3)

(1) נתוני שנים שונות לא ניתנים להשוואה, למעט אחוז ההוצאה לבריאות מתוך ההוצאה לתצרוכת, והיחס בין החמישון העליון לחמישון התחתון.

(2) כולל מסי חבר לקופות החולים.

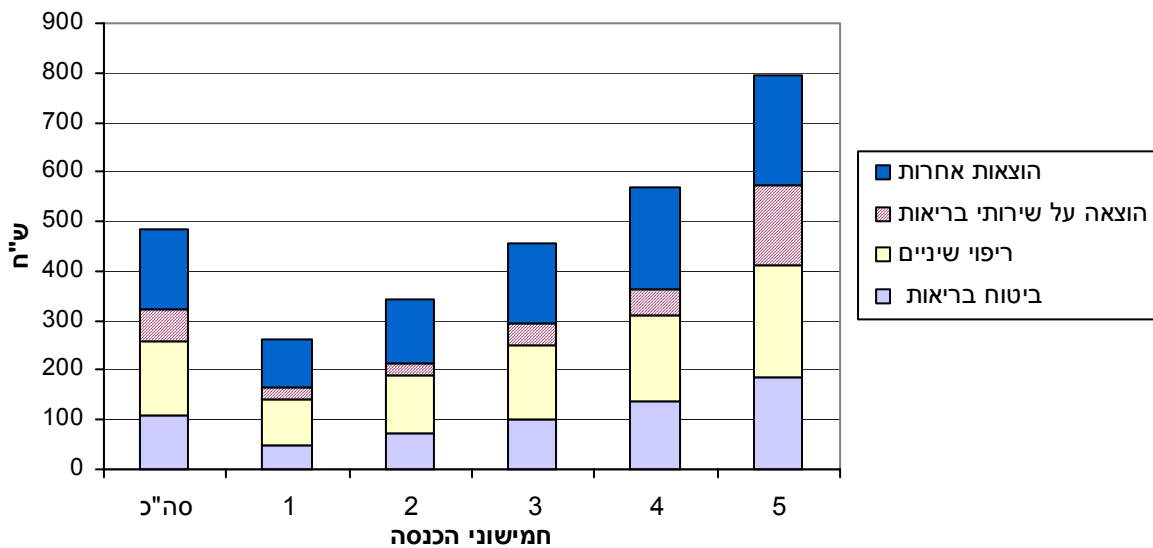
(3) לא כולל ביטוח בריאות ממלכתי הנחשב למס, והוא הוצאה שלא לתצרוכת.

מבוסס על: פריטים 21 ו-22 (למ"ס) ברשימת המקורות.

הוצאה על תצרוכת פרטית לבריאות קיימת בכל רמות ההכנסה, זוהי הוצאה נוספת למס המשלים אותו משלם האזרח עבור "סל הבריאות". אזרחים בכל רמות ההכנסה עשויים להזדקק להשלמת שירותים מעבר למה שמכיל "סל הבריאות". אולם היכולת לעשות זאת תלויה בעיקר ברמת ההכנסה של משקי הבית. ככל שההכנסה גבוהה יותר, כך ההוצאה לתצרוכת בריאות גדולה יותר. האפשרות להפנות משאבים רבים יותר לבריאות מאפשרת לאוכלוסייה הזו לזכות בשירותי בריאות משופרים באמצעות הגדלת הכיסוי הביטוחי, צריכת שירותים ברמה גבוהה יותר (למשל ע"י בחירת הרופא או מקום הטיפול הרצוי) ועוד.

סעיפי ההוצאות העיקריים של משקי הבית עבור צריכת בריאות וחלקם היחסי מכלל הצריכה, בשנת 2003, הם: ביטוחי בריאות (משלים של קופ"ח ופרטי) – 22.4%, רפואת שיניים – 31.1%, שירותי בריאות (רופא פרטי, רופא מומחה מקופ"ח, רפואה אלטרנטיבית) – 12.7% והוצאות נוספות (תרופות, חומרי רפואה ומשקפיים ועדשות מגע) – 33.8%. ההוצאות בכל הסעיפים עולות ככל שההכנסה גבוהה, אולם חלקן היחסי בכלל ההוצאה לבריאות נשאר דומה.

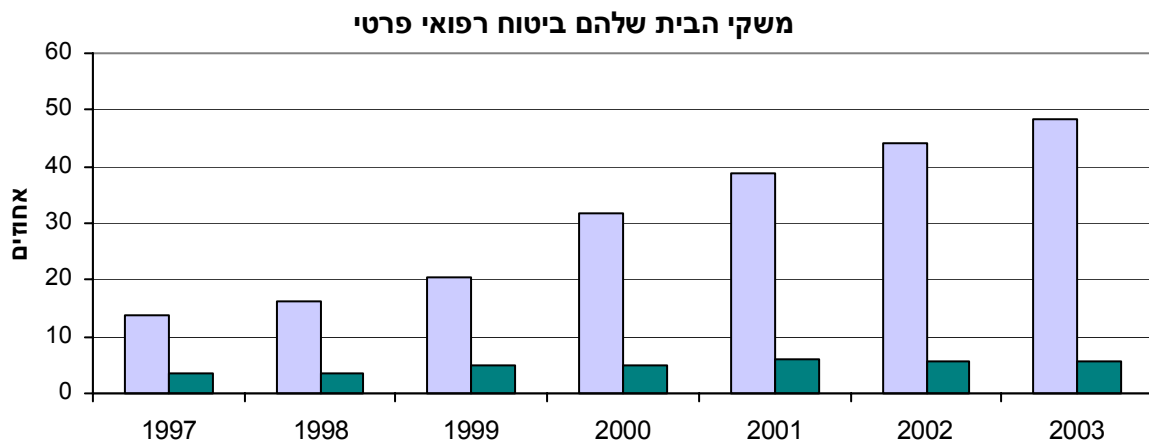
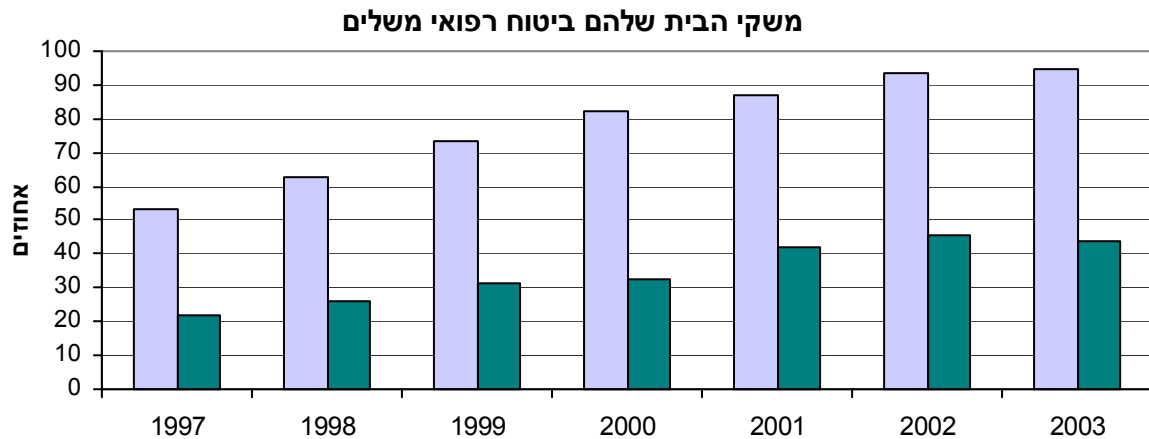
תרשים 8 – הוצאה חודשית של משקי בית לתצרוכת בריאות (בש"ח), לפי חמישוני הכנסה נטו לנפש סטנדרטית וסוג הוצאה
2003



מבוסס על: למ"ס, עיבודים של נתוני גף צריכה וכספים

התרחבות הפערים הכלכליים מגדילה את אי-השוויון בנגישות לשירותי בריאות של האוכלוסייה. למעשה קיים חשש כי אי-השוויון במערכת הבריאות יתרחב בעקבות התרחבות הפערים בשיעור הכיסוי הביטוחי הן המשלים והן הפרטי בין בעלי אמצעים לבין אלו המשתייכים לשכבות החלשות. בשנים האחרונות חלה עלייה משמעותית של שיעור משקי הבית המכוסים בביטוח בריאות משלים (ב-1997 היה ביטוח משלים ל-33% ממשקי הבית בישראל, לעומת זאת ב-2003 יש ביטוח משלים ל-75% ממשקי הבית בישראל). למרות העלייה בכיסוי הבריאותי המשלים של משקי הבית, נשמר הפער של פי 2-2.5 בין העשירון העליון לתחתון: בקרב החמישון העליון עלה שיעור משקי הבית המכוסים בביטוח משלים מ-53% ל-95% בין השנים 1997 ו-2003, ובמקביל עלה שיעור משקי הבית המכוסים בביטוח משלים גם בקרב החמישון התחתון מ-22% ל-44% בתקופה זאת. בשנים האחרונות חלה עלייה משמעותית בשיעור משקי הבית המכוסים בביטוח בריאות פרטי (לא של קופות החולים): ב-1997 רק 11% ממשקי הבית היו מכוסים בביטוח בריאות פרטי לעומת 22% בשנת 2003. אלא שהעלייה בכיסוי הביטוחי הפרטי חלה בעיקר על משקי הבית שבעשירון העליון: מ-14% מביניהם בשנת 1997 ל-49% בשנת 2003, בעוד שבמשקי הבית שבעשירון התחתון עלה הכיסוי הביטוחי הפרטי בשיעור מצומצם יחסית – מפחות מ-4% ממשקי הבית ב-1997 לכ-5.5% בלבד ב-2003. אם כך, הפערים בכיסוי הביטוח הבריאות הפרטי בין החמישונים הולך ומתרחב בקצב מהיר (ב-1997 היו מכוסים פי 4 יותר משקי בית בקרב החמישון העליון וב-2003 פי 9 יותר מאשר משקי הבית בקרב החמישון התחתון).

**תרשים 9 – שיעור משקי הבית המכוסים בביטוח בריאות משלים ופרטי,
לפי חמישונים
2003-1997**



□ חמישון עליון ■ חמישון תחתון

מבוסס על: למ"ס, עיבודים של נתוני גף צריכה וכספים

7.8 שימוש בשרותי בריאות

7.8.1 ביקורים אצל רופא²⁰

בשנת 2000, ממוצע הביקורים אצל רופא היה 7.1 לנפש, ממוצע זה דומה לשיעור בשנת 1995 (6.9), אך נמוך מהממוצע בשנים 1990 ו-1980: 10.0 ו-8.5 בהתאמה. 74% מהביקורים בשנת 2000 היו אצל רופא המשפחה והיתר אצל רופא מומחה.

ממוצע הביקורים אצל הרופא משתנה, כצפוי, עם הגיל. בגילים 0-4 ממוצע הביקורים גבוה יחסית, בשנת 2000 עמד על 11.4 לנפש, בדומה לממוצע הביקורים בקבוצת הגיל 55-64. ירידה חדה מתרחשת בקבוצת הגיל 5-24 שנים, ולאחר מכן עלייה מתמדת עם הגיל. בקבוצת הגיל 85+ יש שוב ירידה בממוצע הביקורים לנפש.

²⁰ ראה פריט 20 (למ"ס) ברשימת המקורות.

ממוצע הביקורים אצל הרופא שונה בין גברים ונשים: אצל הנשים ממוצע הביקורים בשנה הוא 8.0, לעומת ממוצע נמוך יותר אצל הגברים – 6.2 ביקורים לנפש. אבחנה זו נכונה לכל קבוצות הגיל, למעט קבוצת הגיל 4-0 בה ממוצע הביקורים של הבנים אצל הרופא גבוה מזה של הבנות.

ממצאי סקר הבריאות הלאומי 2003-2004 (למ"ס) עולה כי 40% מאוכלוסיית בני 21 ומעלה היו במגע כלשהו עם מערכת הבריאות בתקופה של השבועיים שקדמו לריאיון, מתוכם כ-60% פנו לרופא משפחה או לרופא כללי ו-2% היו לאשפוז. בקרב בני 21-44, נשים פנו למערכת הבריאות יותר מגברים (42% לעומת 28% בהתאמה). ההבדל בין נשים וגברים מצטמצם עם העלייה בגיל, ובגיל 75 ומעלה גברים פנו לטיפול רפואי יותר מנשים.

7.8.2 אשפוזים

שיעור ימי האשפוז נמצא במגמת ירידה מתחילת שנות ה-80. בשנת 2002 הגיע שיעור ימי האשפוז ל-2,007 ימים ל-1,000 נפש, לעומת 2,040 ימי אשפוז ל-1,000 נפש בשנת 2000, 2,031 ימי אשפוז ל-1,000 ב-1990 ו-2,268 ימי אשפוז ל-1,000 נפש בשנת 1980.

מתוך 2,007 ימי אשפוז ל-1,000 נפש, 735 ימים הם באשפוז כללי, 248 ימים הם באשפוז בריאות הנפש, 989 ימים באשפוז בגין מחלות ממושכות, ו-37 ימים ל-1,000 נפש הם באשפוז לשיקום.

משנת 1975 ל-2002 חל גידול משמעותי של 175% בשיעורי האשפוז בגין מחלות ממושכות, לעומת צמצום בשיעורי אשפוז בגין בריאות הנפש (71%), וצמצום גם בשיעורי האשפוז הכללי והאשפוז לשיקום – ירידה של 28% בכל אחד מהם.

השהייה הממוצעת באשפוז בשנת 2002 נמשכה 10.2 ימים: 4.1 ימים באשפוז כללי, 102.1 ימים באשפוז לבריאות הנפש, 162.8 ימים באשפוז למחלות ממושכות ו-37.9 ימים במחלקות האשפוז לשיקום.

שהייה הממוצעת באשפוז נמצאת במגמת ירידה בכל סוגי האשפוז. באשפוז הכללי היה משך השהייה הממוצעת בשנת 1975 8.0 ימים, בשנת 1990 הגיע ל-5.3 ימים. באשפוז בריאות הנפש קיימות תנודות במשך השהייה הממוצעת, אך המגמה הכללית מאפיינת ירידה במספר ימי האשפוז הממוצע: בשנת 1975 היה הממוצע 166.4 ימים, בשנת 1980 עלה ל-287 ימים, ב-1990 ירד עד ל-148 ימים. גם משך האשפוז בגין מחלות ממושכות יורד במהלך השנים, בשנת 1975 היה משך האשפוז הממוצע 230 ימים, בשנת 1980 היה 192 ימים, בשנת 1990 הגיע ל-187 ימים. ירידה משמעותית גם במשך האשפוז במחלקות השיקום, שבהן התרחשה עיקר הירידה בין השנים 1975 ל-1980: מ-109 יום ל-57 יום, משנה זו המשיכה מגמת הירידה, עם עליות וירידות קלות.

בדומה לשיעורי הביקור אצל הרופאים, שיעורי האשפוז משתנים, כצפוי, עם הגיל. בשנת החיים הראשונה שיעורי האשפוז דומים לשיעורם בקבוצת הגיל 65-74. ירידה חדה מתרחשת בקבוצת הגיל 1-14 שנים, ולאחר מכן עלייה מתמדת עם הגיל.

7.8.3 שימוש בתרופות

בסקר הבריאות הלאומי 2003-2004 (למ"ס) נמצא כי בשבוע שקדם לריאיון, כשליש מקרב בני 21-44 דיווחו על נטילה של לפחות תרופת מרשם אחת, בהשוואה ללמעלה מ-85% מגילאי 65 ומעלה. במהלך השנה שקדמה לריאיון דיווחו 8% מהמרוויינים על שימוש בתרופות החייבות מרשם לבעיות כמו: בעיות רגשיות, בעיות בריכוז, במרץ, בשינה, או בקושי להתמודד עם מצבי לחץ (4% בקרב גילאי 21-44 ו-27% בקרב בני 75 ומעלה).

יותר משליש מבני 21 ומעלה (27% מהגברים ו-45% מהנשים) לקחו תרופות שאינן חייבות מרשם (כולל ויטמינים) במהלך השבוע שקדם לריאיון.

7.9 בעיות רפואיות שונות

לפי סקר הבריאות הלאומי 2003-2004 (למ"ס), כמחצית מהאוכלוסייה בגיל 21 ומעלה סבלה בשנה שקדמה לריאיון ממחלות כרוניות או כאב כרוני כלשהו (כולל אלרגיות עונתיות), כשליש מהאוכלוסייה סבלו משך לפחות שבועיים במהלך השנה שקדמה לריאיון מבעיות שינה (קושי להירדם, יקיצה מוקדמת והתעוררות באמצע הלילה וקושי להירדם שנית). שיעור הסובלים הן ממחלות כרוניות והן מבעיות שינה עולה עם העלייה בגיל, ובכל קבוצות הגיל שכיחות יותר התופעות הנ"ל בקרב נשים מאשר גברים.

כ-8.3% מבני 21 ומעלה בישראל עברו במהלך השנה שקדמה לריאיון תאונה, פציעה או הרעלה שחייבו טיפול רפואי. בקרב בני 21-64, אחוז הנפגעים הגברים כפול מאחוז הנשים הנפגעות. התאונות השכיחות ביותר אצל גברים הן תאונות עבודה (35% מהתאונות), תאונות דרכים (30%) ותאונות בית ופנאי (30%). אצל נשים התאונות השכיחות הן תאונות בית ופנאי (42%), תאונות דרכים (28%) ותאונות עבודה (17%). חלק מהבדלים אלו נובע מהשתתפות נמוכה יותר של נשים בכוח העבודה.

כ-20% מבני 21 ומעלה דיווחו שהיו במהלך חייהם קורבן לאלימות. כ-20% מתוכם נחשפו ליותר מסוג אחד של אלימות (כ-12% נשדדו, הוכו והותקפו או שאיימו עליהם בנשק, 6% דיווחו על פגיעה מינית, 3% הוכו בצורה חמורה ע"י הוריהם או האנשים שגידלו אותם ו-2% הוכו ע"י בן זוגם).

כ-10% מבני 21 ומעלה היו נוכחים במהלך חייהם לפחות פעם אחת באירוע טרור (כולל במהלך השירות הצבאי). אחוז הגברים שנכחו באירוע טרור גבוה פי שלושה מאחוז הנשים. כ-6% מכלל האנשים שנכחו באירוע טרור גם נפגעו בו.

לוח סיכום - בריאות

2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	יחידה	
77.5	77.3	76.7	76.6	76.1	75.9	76.3	75.5	75.5	75.3	74.7	75.1	74.9	שנים	תוחלת חיים בלידה
81.5	81.2	80.9	80.4	80.3	80.1	79.9	79.5	79.4	79.1	78.4	78.5	78.4	"	גברים
5.3	R5.1	R5.5	5.8	6.2	6.2	6.3	6.8	7.5	7.8	9.4	9.2	9.9	שיעור ל-1,000 לידות חי	נשים
..	553	578	592	607	613	608	658	645	654	678	660	649	שיעור מתוקן גיל	תמותת תינוקות
..	656	679	689	708	715	703	761	755	759	787	758	741	ל-100,000	תמותה(1)
..	470	495	514	524	530	530	573	556	567	588	577	569	"	סך הכל
..	..	..	138	147	141	147	150	148	143	134	135	134	שיעור מתוקן גיל	גברים
..	..	..	126	153	155	155	217	223	208	204	209	200	ל-100,000	נשים
..	..	..	92	110	105	104	140	140	136	130	129	127	"	סיבות מוות נבחרות(2)
..	..	..	36	44	49	66	58	57	68	66	62	57	"	שאתות ממאירות
..	..	..	19	12	11	12	11	11	10	29	23	13	"	מחלות לב
..	..	..	20	33	31	35	36	39	38	39	37	41	"	מזה: מחלת לב איסכמית
..	..	..	9	10	9	9	11	11	10	6	6	8	"	מחלות כלי הדם שבמוח
..	..	..	6	5	6	5	7	8	7	8	8	7	"	מחלות זיהומיות
3,365	3,185	2,937	2,775	2,406	2,269	2,003	1,810	1,652	1,595	1,476	1,270	1,173	מספר	סיבות חיצוניות סך הכל
415	441	466	451	486	485	517	533	521	372	408	502	475	"	מזה: תאונות עם רכב ממונע
0.52	0.49	0.46	0.45	0.40	0.38	0.35	0.32	0.30	0.30	0.28	0.25	0.24	שיעור ל-1,000	התאבדויות
0.06	0.07	0.07	0.07	0.08	0.08	0.09	0.09	0.10	0.07	0.08	0.10	0.10	"	משתמשי דיאליזה בסוף שנה
														המודיאליזה
														פריטונלית
														המודיאליזה
														פריטונלית

(המשך)

2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	יחידה	
														חולים המדווחים על מחלות כרוניות נבחרות(3)
..	..	89	..	..	..	78	..	..	58	..	..	..	שיעור ל-1,000	יתר לחץ דם
..	..	23	..	..	..	25	..	..	37	..	..	..	"	אוטם שריר הלב
..	..	34	..	..	..	31	..	..	29	..	..	..	"	סוכרת
..	..	36	..	..	..	33	..	..	25	..	..	..	"	אסטמה
			R	R									שיעור מתוקן גיל ל-100,000	היארעות שאתות ממאירות(4)
..	..	289	289	288	278								"	גברים
..	..	297	290	295	290	272.6	268.1	272.1	261.1	256.2	251.8	248.7	"	יהודים
..	..	172	191	189	167	150.0	166.4	160.8	132.9	136.4	136.3	151.3	"	דתות אחרות
..	..	298	303	301	283								"	נשים
..	..	311	310	312	301	266.3	261.4	261.6	261.3	255.7	268.8	262.6	"	יהודים
..	..	141	147	150	142	109.4	104.5	104.9	95.0	107.9	95.8	105.5	"	דתות אחרות
														מוגבלים - נכים וקשישים מקבלי קצבאות(5)
2,291	2,212	2,152	2,077	2,004	1,921	1,838	1,696	1,640	1,576	1,518	1,508	1,577	שיעור ל-100,000	בעלי נכות כללית(6) מזה:
307	293	263	232	242	211	198	184	173	159	145	139	140	שיעור ל-100,000	נזקקים לשירותים מיוחדים(6)
795	758	717	676	651	624	589	529	496	456	389	339	335	שיעור ל-100,000 ילדים בני 0-17	ילדים נכים
318	300	267	234	236	233	235	239	238	231	233	235	245	שיעור ל-100,000	נכי ניידות
14,807	14,155	13,142	12,392	11,634	10,730	9,977	9,459	8,583	7,772	6,615	5,766	5,458	שיעור ל-100,000 קשישים	נזקקים לסינון
6.05	6.09	6.07	6.04	6.03	5.98	5.96	5.90	6.02	6.04	5.91	5.87	6.04	שיעור ל-1,000	מיטות אשפוז(7) מזה:
2.16	2.20	2.23	2.25	2.27	2.29	2.31	2.33	2.38	2.43	2.45	2.48	2.53	שיעור ל-1,000	לאשפוז כללי
0.82	0.84	0.88	0.97	1.04	1.07	1.17	1.21	1.30	1.35	1.37	1.41	1.48	"	לבריאות נפש
2.96	2.95	2.86	2.71	2.63	2.52	2.38	2.26	2.25	2.17	1.99	1.87	1.92	"	למחלות ממושכות
66.68	66.98	65.99	63.65	62.91	61.49	59.42	56.97	59.79	57.26	52.98	48.83	50.12	שיעור ל-1,000 בני +75	

(המשך)

2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	יחידה	
4.1	4.1	4.3	4.3	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.9	5.0	5.3	ימים לאדם	אשפוזים (7) שהייה ממוצעת למאושפז במחלקות כלליות יציאות מאשפוז
174.8	R178.8	175.1	179.8	190.0	188.5	186.6	184.5	180.4	177.7	167.3	163.2	163.3	שיעור ל-1,000	
..	8.7	8.3	8.3	8.2	8.3	8.2	8.1	8.1	7.6	7.7	7.4	7.7	אחוז מהתמ"ג	הוצאה לאומית לבריאות (8)
..	11.7	12.1	11.3	11.1	11.1	10.8	10.6	10.3	9.8	9.7	9.2	9.2	אחוזים	הוצאה שוטפת לבריאות מתוך הצריכה
3.30	3.12	3.39	3.85	3.62	3.62	3.66	3.43	2.82	2.72	2.89	2.51	2.60	שיעור ל-1,000	מועסקים בשירותי בריאות רופאים
303	320	295	260	276	276	273	292	355	368	346	399	385	מספר נפשות לרופא	
0.93	0.68	0.78	0.93	1.07	0.91	0.76	0.90	..	..	..	..	..	שיעור ל-1,000	רופאי שיניים
1,077	1,463	1,284	1,075	933	1,100	1,322	1,109	..	..	..	..	..	מספר נפשות לרופא	
5.66	5.62	5.20	5.49	5.61	4.91	5.22	5.79	7.19	6.84	6.17	6.47	6.48	שיעור ל-1,000	אחיות (9)
177	178	192	182	178	204	191	173	139	146	162	155	154	מספר נפשות לאחות	

- 140 -

(1) שיעורים מתוקננים לפי מבנה הגילים של האוכלוסייה בעת מפקד 1995.

(2) משנת 1998 סומלו סיבות המוות לפי המהדורה העשירית של הסיווג הסטטיסטי הבין-לאומי של מחלות וסיבות נלוות. עד שנת 1997 התבסס הסימול על המהדורה התשיעית.

לכן לא ניתן להשוות השיעורים בשנת 1998 לנתונים ההיסטוריים.

(3) נתוני שנת 1996 מתייחסים לתקופה אפריל 1996 - מרס 1997. נתוני שנת 2000 מתייחסים לתקופה אוקטובר 1999 - ספטמבר 2000.

(4) משנת 1997 חושבו השיעורים המתוקננים לפי הרכב גילים מעודכן של אוכלוסיית העולם, לכן לא ניתן להשוות הנתונים משנת 1997 ואילך לנתונים בשנים קודמות.

(5) נתוני שנת 1991 מתייחסים לחודשים אפריל - דצמבר.

(6) ראה "הגדרות והסברים" לפרק זה.

(7) במיטות אשפוז ובימי אשפוז לא נכללות המיטות לתשואים.

(8) כולל מסים נטו על היבוא.

(9) אחיות מוסמכות (קוד 151) ומעשיות (קוד 152) לפי סיווג משלחי יד שנת 1994.

מבוסס על: פריטים 18, 19, 24, 25 ו-32 (למ"ס) ברשימת המקורות, וכן על למ"ס, נתוני תחום חשבונות לאומיים.

לוח השוואה בין-לאומית - בריאות

שוודיה	קנדה	צרפת	פורטוגל	ישראל	יפן	יוון	הולנד	בריטניה	ארצות הברית	אוסטרליה	יחידה	
												תוחלת חיים בלידה, 2002
78.0	77.2	75.9	73.6	77.3	78.4	75.8	76.0	75.8	74.6	76.4	שנים	גברים
82.6	82.3	83.5	80.5	81.4	85.3	81.1	81.1	80.5	79.8	82.2	"	נשים
												תוחלת חיים בריאים בלידה, 2002(1)
71.9	70.1	69.3	66.7	70.5	72.3	69.1	69.7	69.1	67.2	70.9	שנים	גברים
74.8	74.0	74.7	71.7	72.3	77.7	72.9	72.6	72.1	71.3	74.3	"	נשים
												תמותת תינוקות, 2001(2), (3)
3.7	5.3	4.6	5.0	5.1	3.1	5.9	5.3	5.5	6.9	5.3	ל-1,000 לידות חי	כל האוכלוסייה
												סיבות מוות עיקריות, 1997(4), (5), (6)
484.2	497.6	489.3	670.2	515.7	405.6	516.9	534.8	564.3	577.7	503.2	שיעור ל-100,000	כל הסיבות
4.0	4.4	6.4	9.3	9.2	8.4	4.2	6.2	4.1	9.3	4.4	"	מחלות זיהומיות
122.6	142.1	147.2	132.8	132.4	125.4	124.6	156.3	151.7	143.4	139.5	"	שאתות ממאירות
211.6	170.6	134.4	246.6	183.2	122.9	242.5	185.6	218.5	215.8	197.4	"	מחלות כלי דם
												מזה:
110.1	94.9	39.8	55.9	84.9	30.0	68.8	75.1	122.0	106.5	110.9	שיעור ל-100,000	מחלת לב איסכמית
45.2	33.3	33.1	124.8	52.4	56.7	84.0	43.5	51.8	34.8	45.6	"	מחלות כלי דם במוח
6.5	4.2	7.0	5.0	3.4	7.7	0.9	23.2	5.7	6.6	7.6	"	מחלות כלי הנשימה
33.7	37.7	53.4	44.1	32.7	37.8	36.7	26.2	26.4	50.7	35.6	"	סיבות חיצוניות
												מזה:
4.9	9.3	12.5	17.3	9.0	8.3	19.9	6.7	6.0	15.3	10.2	שיעור ל-100,000	תאונות עם רכב ממונע
11.8	11.3	16.0	4.2	5.4	14.4	3.0	8.7	6.4	10.5	11.3	"	התאבדויות
1.2	1.4	1.0	1.2	1.0	0.6	1.4	1.3	0.7	7.6	1.6	"	רצח
3.6	(8)3.9	8.2	(8)3.9	6.1	16.5	(8)4.9	10.8	4.1	3.6	(8)7.9	שיעור ל-1,000 נפש	סה"כ מיטות אשפוז, 2000
(8)2.9	2.1	3.3	3.2	3.5	1.9	(8)4.4	3.2	1.8	(8)2.8	"	"	סה"כ רופאים, 2000
(8)8.4	7.6	6.5	3.7	5.2		(8)3.9	13.0	5.3	(8)8.3	"	"	סה"כ אחיות, 2000
2.8	6.4	..	..	7.1	..	..	5.9	..	..	6.4	שיעור לנפש בשנה	ביקורים אצל רופא
											דולרים,	הוצאה לאומית לבריאות לנפש,
2,270	2,792	2,561	1,614	1,835	1,984	1,511	2,626	1,992	4,887	2,191	מחירים שוטפים	במונחי כוח הקנייה של התמ"ג, 2001(7)

(1) אומדני תוחלת החיים הבריאים לשנת 2002, מתוך דוח של ארגון הבריאות העולמי 2002, חושבו על ידי ארגון הבריאות העולמי לכל מדינה, כולל לישראל.

(2) נתוני משנתון הלמ"ס 2003 (מס' 54), לוח ע"פ נתוני OECD.

(3) נתונותי קנדה וארה"ב מתייחסים לשנת 2000.

(4) לפי מבנה גילים של אוכלוסיית העולם בשנת 2002.

(5) לפי הסיווג הבינלאומי (ICD-10-CM), מהדורה עשירית.

(6) נתוני שוודיה, ישראל וצרפת מתייחסים לשנת 1996. נתוני פורטוגל - לשנת 1998. נתוני אוסטרליה - לשנת 1995.

(7) לתמ"ג בישראל הוספו מסים נטו על היבוא.

(8) נתוני שנת 1999.

מבוסס על: פריטים 6 (למ"ס), 69 ו-71 (UN) ו-74 (WHO) ברשימת המקורות.