

טיפול הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות 2007-2010 - תמונת מצב

תקציר:

הקדמה: ישראל ניצבת במקום ראשון בעולם במספר טיפולי הפריה חוץ גופית לנפש, אך המידע על תוצאות טיפולי הפריה חוץ גופית בישראל חלקי בלבד. עד כה, מאמץ לכונן רשם פוריות ארצי לא צלח.

מטרות: לתאר את הפעילות בתחום ההפריה החוץ גופית בישראל בשנים 2007 עד 2010 במכבי שירותי בריאות – גורם עצמאי ובלתי תלוי, שאינו מעורב בעצמו בטיפולים. שיטות: נתונים אודות מחזורי הטיפול ושיעורי ילודה נאספו מתוך "רישום בעיות הפוריות" שבמסדי הנתונים של מכבי שירותי בריאות. ניתוח סטטיסטי בוצע בחתכים של שנה וגיל בעת תחילת מחזור הטיפול.

תוצאות: בארבע השנים שנסקרו חלה עלייה בגילן הממוצע של המטופלות מ-35.12 שנים ל-36.19 שנים; מספר הטיפולים עלה בכ-50%; ושיעור הטיפולים המוצלחים ("לידת חי") ממחזורים טריים ירד מ-18.8% ל-14.8%. כמו כן, נרשמה ירידה בשיעורי ההצלחה למחזורי טיפולים לאחר גיל 35 שנה וביתר שאת לאחר גיל 40 שנה. מעבר לגיל 43 שנה סיכויי ההצלחה מגיעים לאחוזים בודדים והעלות המשוערת של לידת חי היא 399,000 ש"ח.

סיכום: על אף ההובלה הכמותית בביצוע טיפולי הח"ג, התוצאות הקליניות בישראל אינן טובות יחסית למקובל בעולם ואף נמצאות במגמת ירידה. לדעתנו, הסיבה העיקרית לכך היא ביצוע מספר גבוה של טיפולים שמראש הסיכוי להצלחתם קטן מאוד. יש ליישם בהקדם רשם פוריות שיאגור נתונים באופן מבוקר ופרוספקטיבי מכל היחידות להפריה חוץ גופית בישראל.

טל סלע¹
יעקב סגל²
איריס גורן¹
גבריאל חודיק^{3,1}
ורדה שלוש^{3,1}
רוי הומברג²
רחל בכר²
שחר קול⁴

¹חטיבת הבריאות, מחלקת אינפורמציה רפואית, מכבי שירותי בריאות
²חטיבת הבריאות, תחום רפואת נשים, מכבי שירותי בריאות
³הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
⁴מכון בריאות האישה, חיפה, מכבי שירותי בריאות

הפריה חוץ גופית (הח"ג); טכנולוגיות רבייה; מכבי שירותי בריאות; מסד נתונים; רשם פוריות. In-vitro fertilization; Assisted reproduction technology; Maccabi Health Services; Israel; Infertility registry

מילות מפתח:
KEY WORDS

פעילות הח"ג בעולם מסוכמת ומנוטרת על ידי גורמים רבים. בארה"ב, החברה האמריקאית לטכנולוגיות הרבייה (SART) מפרסמת את תוצאות הפעילות [6] במקביל למרכז לבקרת מחלות (CDC) [7]. באירופה, החברה האירופאית לחקר הרבייה האנושית ואמבריולוגיה (ESHRE) מפרסמת נתונים שנתיים על כלל המדינות ביבשת [8], במקביל לארגונים נפרדים במדינות השונות – CH- FIVNAT – ששוויץ [9], ה- DIR בגרמניה [10], ה- HFEA באנגליה [11] ועוד. המידע על טיפולי הח"ג בישראל הוא חלקי בלבד. משרד הבריאות אוסף מידי שנה נתונים רטרוספקטיביים מכל היחידות על מספר המחזורים ותוצאותיהם, ומפרסם אותם כסיכום ארצי [3]. עד כה, מאמץ לכונן רשם פוריות ארצי לא צלח. האגודה הישראלית לחקר הפוריות (איל"ה) פועלת בכיוון זה ורואה בו חשיבות רבה. כדבריו של יו"ר האגודה לשעבר, פרופ' איתן לוננפלד: "היעדר מסד נתונים מסודר מכל היחידות על מחזורי הטיפול מביא למחסור בכלים מחקריים ובכלי תכנון ותקצוב. מסד נתונים כזה הוא קריטי כדי לנתח השפעה של תרופות, להשוות יעילות של טיפולים ולבחון אפקטיביות של שיטות לפי הצלחות, גילים, מספר מחזורים ופרמטרים רבים ככל האפשר" [20]. על מנת לאמוד את יעילות טיפולי הח"ג בישראל פנינו אל מסדי הנתונים של "מכבי שירותי בריאות", הקופה השנייה בגודלה בישראל, המבטחת כשני מיליון מבטחים [12]. מאחר שכל טיפולי הח"ג במסגרת סל הבריאות משולמים על ידי הקופה המבטחת, נאספים בידי הקופות המבטחות נתונים מהימנים באשר למספר טיפולי הח"ג ביחידות השונות. המטרה במחקר הנוכחי היא לסכם את פעילות הח"ג במכבי שירותי בריאות ובכלל זה היקף הטיפולים, מגמות לאורך זמן, והערכת יעילות מחזורי טיפול לפי גיל האם.

הקדמה

ישראל עומדת במקום ראשון בעולם במספר טיפולי הפריה חוץ גופית (הח"ג) [1] לנפש. במחקר השוואתי שנוערך בשנת 2002, חושב כי בישראל בוצעו 1,657 מחזורי טיפול למיליון אזרחים – פי שניים מהשיעורים שדווחו עבור איסלנד והולנד, הבאות בתור [2]. לפי דיווחי משרד הבריאות, בשנת 2010 בוצעו 34,538 מחזורים בישראל בשיעור של 9.18 מחזורים ל-1,000 נשים בגילים 15-49 שנים, לעומת שיעור של 11.5 מחזורים בשנת 2000 [3]. הסיבה העיקרית לשיעור גבוה זה היא המדיניות הישראלית הליברלית המכלילה טיפולי הח"ג בסל השירותים הבסיסי המוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי-התשנ"ד [4]. לפי חוק זה "טיפול הפריה חוץ גופנית ניתנים לצורך הולדת ילד ראשון ושני, לבני זוג שלהם אין ילדים בנישואיהם הנוכחיים וכן, לאישה ללא ילדים המעוניינת להקים משפחה חד הורית". בהמשך, בשנת 1998, בעקבות המלצותיה של ועדה מקצועית, הוגבל המימון לטיפול הח"ג עם ביציות עצמיות עד גיל 45 שנים וכן הוגדרו מספר הוריות נגד, אך לא הושמה הגבלה על מספר ניסיונות להשגת לידה [5].

השתתפות נמוכה בעלויות הטיפול מצד המטופל (עד 15%) וזמינות גבוהה של יחידות טיפול, שריכוזן באוכלוסיה הוא מהגבוהים בעולם [2], תרמו אף הן לפופולאריות של הח"ג בישראל. בנוסף ליחידות הפועלות בכל בתי החולים הציבוריים (להוציא את בתי החולים בצפת, נהרייה, שלוש בתי החולים בנצרת ובאילת), פועלות בישראל עוד ארבע יחידות הח"ג פרטיות (אלישע, HMC, אסותא ת"א, אסותא ראשון).

שיטות

טבלה 1:

מספר הטיפולים ה"טריים" ומספר הלידות שהושגו בעקבותיהם בתקופה הנסקרת (CI - רווח סמך)

שנה	מספר טיפולים	מספר לידות	% הצלחה	CI 95%
2007	6369	1199	18.8%	17.9% - 19.8%
2008	7471	1357	18.2%	17.3% - 19.0%
2009	8748	1418	16.2%	15.4% - 17.0%
2010	9525	1412	14.8%	14.1% - 15.5%
סה"כ	32113	5386	16.8%	16.4% - 17.2%

טבלה 2:

מספר מחזורי הפשרה ומספר הלידות שהושגו בעקבותיהם בתקופה הנסקרת (CI - רווח סמך)

שנה	מספר טיפולים	מספר לידות	% הצלחה	CI 95%	% שלב ג משלב ב
2007	2228	374	16.8%	15.2% - 18.3%	35.0%
2008	2361	371	15.7%	14.2% - 17.2%	31.6%
2009	2620	432	16.5%	15.1% - 17.9%	29.9%
2010	2890	388	13.4%	12.2% - 14.7%	30.3%
סה"כ	10099	1565	15.5%	14.8% - 16.2%	31.4%

לפי מספר הלידות מסך כול הטיפולים שבוצעו. בעוד שבשנים שנסקרו חלה עלייה משמעותית של 49.5% במספר הטיפולים, שיעור הטיפולים המוצלחים פחת באופן עקבי לאורך השנים שנסקרו מ-21% (מ-18.8% ל-14.8%) (טבלה 1). שיעור ההצלחה הכללי ביחידות הפרטיות היה 17.6% (17.2-18.1) לעומת 14.6% (13.9-15.3) ביחידות הציבוריות.

הצלחות לאחר מחזורי הפשרה: גם במחזורי הפשרה ("שלב ג") חלה ירידה בשיעור ההצלחות בשנים שנסקרו (טבלה 2). שיעור מחזורי הפשרה מהמחזוריים ה"טריים" ("שלב ב") היה יציב. בשנים שנסקרו חלה עלייה של 29.7% במספר מחזורי הפשרה.

שיעור מחזורי הפשרה ממחזוריים טריים: לפי טבלאות 1 ו-2 מחזורי הפשרה מניבים שיעור הצלחות דומה למחזוריים טריים. הנתונים הכלליים מצביעים כי מחזורי הפשרה מהווים 31.4% מהמחזוריים ה"טריים", אך קיימת שונות רבה בנתון זה בין היחידות כאשר הוא נע מ-17%-67%.

הצלחות לאחר מחזוריים טריים לפי הגיל: כצפוי, חלה ירידה משמעותית בשיעור ההצלחות לאחר גיל 35 שנה, וביתר שאת לאחר גיל 40 שנה (טבלה 3). בעוד שבמהלך השנים שנסקרו חלה עלייה כללית של 49.5% במספר הטיפולים, הרי שבקרוב מטופלות בגילים 40-45 שנה חלה עלייה של 83%. בשנת 2010, 32.8% מכלל הטיפולים בוצעו בנשים מעל גיל 40 שנה לעומת 26.8% בשנת 2007 - עלייה יחסית של 22.4%.

הצלחות לאחר מחזוריים טריים בטווח הגילים 40-45 שנה: באופן עקבי, מעבר לגיל 42 שנה חלה ירידה בסיכוי ההצלחה לאחוזים בודדים (טבלה 4).

מספר הטיפולים הנדרשים להשגת הריון: בקבוצת הגיל 25-20 שנה נדרשו בממוצע 2.29 טיפולים להשגת הריון. מספר זה עלה ל-2.74 בקבוצת הגיל 25-30 שנה; ל-3.23 בקבוצת הגיל 30-35 שנה; ל-3.71 בקבוצת הגיל 35-40 שנה; ועד 4.88 בקבוצת הגיל 40-45 שנה. הממוצע הכללי היה 3.43 טיפולים להשגת הריון.

התפלגות טיפולים בין בתי חולים: בשנת 2007, 66.9% מכלל

מכבי שירותי בריאות היא קופת החולים השנייה בגודלה בישראל, המבטחת 24.9% מאוכלוסייתה, כולל 635,418 נשים בגיל הפוריות (בנות 15-45 שנים) [12]. כמו כן, בהשוואה לאוכלוסיית ישראל, מבוטחי מכבי נוטים לגור בערים, במרכז הארץ ומרוויחים משכורת גבוהה יותר. התפלגות הסיבות לחוסר פוריות במכבי נמצאה ברת השוואה לזו שבקרב שתי מירפאות פוריות גדולות של קופת חולים כללית [13].

כאמור, כל טיפולי הח"ג המתבצעים בקרב מבוטחות מכבי שירותי בריאות, נרשמים ונאספים כחלק מתהליכי ההתחשבות. במקביל, הקופה מנהלת מסדי נתונים המכילים מידע מינהלי ורפואי רב המאפשר ניתוח מעמיק של יעילות טיפולי הח"ג הניתנים למבוטחות בקופה. לידה אמנם ממומנת ישירות על ידי המדינה ועל כן לא מדווחת לקופה, אך נרשמת בכל זאת עם צירופו של הילוד כחבר בקופה. מאז נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ילודים משויכים לקופת החולים המבטחת את מקבל קצבת הילדים, לרוב האם, אלא אם כן החליטו בני הזוג אחרת.

בהקשר זה, בסוף שנת 2010 היו רק 7.12% מהזוגות הנשואים מבוטחים בקופות שונות [12]. תאריכי ההתחייבות של טיפולי הח"ג הוצלבו עם תאריכי הלידה של הילודים, כאשר התחייבות זוקפת לזכותה לידה אם התרחשה בתוך 10 חודשים מהוצאת ההתחייבות. שיטה זו מאפשרת להגיע להערכה טובה (אם כי לא מדויקת ב-100%) של שיעור ההצלחות בטיפולים. אם בעבר התוצא (Outcome measure) העיקרי בטיפולי הח"ג היה בדיקת הריון חיובית או הריון קליני, הרי שהנחת המחקר הנוכחי משקפת לידת חי (Live birth), כפי שמקובל כיום.

הגדרת סוג המחזוריים נגזרה מתוך ההתחייבויות כאשר מחזור הח"ג "טרי", הכולל שאיבת ביציות והחזרת עוברים, מזכה את היחידה המטפלת בתשלום מלא "שלב א+ב", בעוד שמחזור הפשרה מבוצע תמורת התחייבות "שלב ג" בלבד. פרטים נוספים שהפקנו מתוך מסד הנתונים כוללים את גיל האישה ביום הטיפול, בית החולים שבו בוצע וסך מחזורי הטיפול שבוצעו בכל בית חולים, לפי סוג הטיפול (מחזור טרי או הפשרה).

במאמר זה התמקדנו בשנים 2007-2010. בעת איסוף הנתונים (אפריל 2012), כל ההריונות שהושגו בשנת 2010 הסתיימו, כך שמסד הנתונים כולל ארבע שנים מלאות. באופן טבעי, הנתונים מתייחסים רק ליחידות אשר להן הסכמים עם מכבי שירותי בריאות, ועל כן קיים תת ייצוג בולט לאלו שבבתי החולים של "שירותי בריאות כללית". בנוסף, בהיעדר נתונים מפורטים על טיפולי הח"ג עצמו כגון הוריה, גיל המטופלת בעת שאיבת הביציות, מספר הביציות שהוחזרו ואיכותן וכו', לא ניתן להתייחס לשיעורי הצלחה הפרטניים של היחידות השונות.

תוצאות

לידות לאחר טיפולי הח"ג: בשנים 2007-2010 נולדו 6,951 ילודים לאחר טיפולי הח"ג, שהם 4.5% מכלל הלידות של מבוטחות הקופה (154,158). שיעור זה דומה מאוד לנתון של משרד הבריאות לגבי שנת 2009 (4.2%). לאורך השנים שנסקרו, שיעור הלידות מהח"ג היה יציב, סביב הממוצע הכולל.

גיל ממוצע ומספר הטיפולים (מחזוריים "טריים"): הגיל הממוצע של נשים שעברו הח"ג עם "החזרה טרייה" עלה בשנה אחת בערך בין השנים 2007-2010. ממוצע הגילים ביחידות הפרטיות היה 35.96 לעומת 35.44 בציבוריות. מספר הטיפולים עלה בהדרגה מ-6,369 בשנת 2007 ל-9,525 בשנת 2010 (עלייה של כ-50%).

הצלחות לאחר מחזוריים טריים: כאמור, שיעור ההצלחות נמדד

אכן מתבטאת בירידה משמעותית בשיעור ההצלחות מ-19% בשנת 2007 ל-15% בשנת 2010. לירידה זו תרם השינוי בגיל הממוצע של המטופלות, אשר עלה בשנה במהלך ארבע שנות המחקר.

לפי נתוני משרד הבריאות בשנת 2010 בוצעו בישראל 34,538 טיפולי הח"ג [3]. במסד שלנו נמצאו דיווחים על 12,415 טיפולים לשנה – כשליש מסך הטיפולים. מספר זה מתיישב עם שיעור הייצוג של נשים בגיל הפוריות בקופת חולים מכבי (כ-26% מהאוכלוסייה), כאשר את הפער ניתן להסביר על ידי הבדלים דמוגרפיים של אזור מגורים ומעמד סוציאקונומי המשפרים את הנגישות לטיפולים. נמצאה גם זהות גבוהה בין הדו"ח של משרד הבריאות לבין המיידגם הנוכחי, עבור שיעור לידות מהח"ג מסך כל הלידות, 4.1% לעומת 4.5%, ושיעור הצלחת הטיפולים, 16.2% לעומת 14.5%, בהתאמה.

למרות הנתונים שצוינו לעיל, יש להדגיש מספר הסתייגויות לתוצאות. פיזור הטיפולים בבתי החולים מושפע באופן מובהק מזהות המבטח. מאחר שהנתונים הנוכחיים כוללים רק מבטחות של מכבי שירותי בריאות, מיוצגות ביתר יחידות שחתמו הסכמים עם הקופה. בנוסף, לא ניתן היה לזהות בוודאות טיפולים מתרומת ביצית הנכללים בין מחזורי הפשרה. טיפולים שבוצעו מחוץ לישראל שיעיקרם מתרומת ביצית אף הם אינם נכללים. העבודה מסתמכת על נתונים מינהלתיים שלעולם לא יאפשרו את הדיוק של עבודה פרוספקטיבית עם שיטות מחקר ברורות.

בשנת 2010, שיעור של 33% מכלל המטופלות היו מעל גיל 40 שנה לעומת 27% בשנת 2007. בקבוצת הגיל 40-45 שנה, מטופלות הרו בממוצע לאחר 4.88 טיפולים. באותה קבוצת גיל שיעור ההצלחה למחזורים טריים הוא 6%, כך שבממוצע כללי בוצעו 16 טיפולים להשגת הריון. אותן מטופלות שיש להן סיכוי סביר משיגות הריון לאחר כחמישה ניסיונות בממוצע. השאר ממשיכות לנסות טיפולים רבים נוספים, עם סיכויי הצלחה קלושים. לעומת זאת, הומברג וחב' [14] מצאו שבכל טווח הגילים, סיכויי ההריון בין ניסיון 7-20 נותרו יציבים (15%).

במבט שנתי, שיעורי ההצלחה של מחזורים טריים פחתו באופן עקבי בכל שנה לאחר גיל 40 שנה, בעוד שלאחר גיל 43 שנה נצפו שיעורים של פחות מ-5% עבור כל תקופת המחקר. נתונים דומים תוארו לאחרונה: שיעור ילודה לטיפול של 7.4% בקרב בנות 40-43 שנה לעומת 1.1% בנשים שגילן גבוה מ-43 שנה [15].

היחידות בישראל נבדלות באופן מובהק באשר למספר מחזורי ההפשרה המבוצעים מכלל המחזורים הטריים. כיוון ששיעור ההצלחות דומה, ככל שקיימים יותר מחזורי הפשרה, כך עולה הסיכוי להשיג הריון מוצלח משאיבה אחת. למרות שהנתונים שבידינו משקפים רק חלק קטן מהפעילות של חלק מהיחידות, ההבדלים בדפוסי הטיפול משמעותיים ולדעתנו מוסברים על ידי הפרוטוקולים השונים הנהוגים ביחידות. לדוגמא, גידול העוברים עד לשלב הבלסטוציסטים עשוי לסגן החוצה עוברים בעלי סיכוי נמוך יותר להריון ולהשאיר להחזרה לרחם עוברים "טובים". אסטרטגיה זו עשויה להקטין את מספר העוברים הנותרים להקפאה, אך לשפר את הסיכוי להשיג הריון במחזור הטרי. הנתונים הספציפיים לגבי היחידות השונות אינם מראים מיתאם הפוך בין שיעור מחזורי ההפשרה לבין שיעור ההצלחות במחזורים הטריים.

לכיסוי הרחב של סל הבריאות הישראלי בנושא הח"ג יש מחיר כלכלי כבד. לפי מחירון משרד הבריאות, מחזור שלם של הח"ג מתקצב בכ-10,500 ש"ח [16]. אם ניקח לדוגמא מטופלות בגיל 43 שנים ומעלה: בשנים שנסקרו בוצעו 3,460 מחזורים טריים בקרב נשים בקבוצת גיל זו, בעלות כללית משוערת של 36,330,000 ש"ח. השקעה זו הניבה 91 לידות, או השקעה של 399,000 ש"ח בכל לידה. בשנת 2006, 5.4% מהוצאת מכבי בנשים יחסו לאי פוריות – יותר מסוכרת (3.5%)

טבלה 3:

מספר הטיפולים והצלחות (לידת חי) לאחר מחזורים טריים לפי גיל המטופלות (CI-רווח סמך)

שנה	גיל	מספר טיפולים	מספר לידות	הצלחה %		CI 95%	
				הצלחה	CI 95%		
2007	סה"כ	6337	1197	18.9%	17.9%	-	19.9%
	20-25	153	38	24.8%	18.0%	-	31.7%
	25-30	899	232	25.8%	22.9%	-	28.7%
	30-35	1919	496	25.8%	23.9%	-	27.8%
	35-40	1668	319	19.1%	17.2%	-	21.0%
2008	סה"כ	7436	1357	18.2%	17.4%	-	19.1%
	20-25	199	58	29.1%	22.8%	-	35.5%
	25-30	904	249	27.5%	24.6%	-	30.5%
	30-35	2046	537	26.2%	24.3%	-	28.2%
	35-40	2177	378	17.4%	15.8%	-	19.0%
2009	סה"כ	8705	1416	16.3%	15.5%	-	17.0%
	20-25	203	72	35.5%	28.9%	-	42.0%
	25-30	957	250	26.1%	23.3%	-	28.9%
	30-35	2186	508	23.2%	21.5%	-	25.0%
	35-40	2692	455	16.9%	15.5%	-	18.3%
2010	סה"כ	9477	1411	14.9%	14.2%	-	15.6%
	20-25	238	56	23.5%	18.1%	-	28.9%
	25-30	1042	274	26.3%	23.6%	-	29.0%
	30-35	2106	487	23.1%	21.3%	-	24.9%
	35-40	2983	395	13.2%	12.0%	-	14.5%
2007-2010	סה"כ	31955	5381	16.8%	16.4%	-	17.2%
	20-25	793	224	28.2%	25.1%	-	31.4%
	25-30	3802	1005	26.4%	25.0%	-	27.8%
	30-35	8257	2028	24.6%	23.6%	-	25.5%
	35-40	9520	1547	16.3%	15.5%	-	17.0%
	40-45	9583	577	6.0%	5.5%	-	6.5%

הטיפולים בוצעו בבתי חולים פרטיים, ושיעור זה עלה ל-74.1% בשנת 2010.

דיון

לראשונה, מובאים נתונים מבוקרים לגבי תוצאות טיפולי הח"ג בישראל על ידי גוף חיצוני שאינו מעורב בטיפולים עצמם. שיעור הלידות לאחר טיפולי הח"ג מכלל הלידות נותר יציב לאורך השנים שנסקרו, וזאת למרות עלייה של 50% במספר הטיפולים שבוצעו. כיוון שמספר הלידות הכללי לא עלה באותו השיעור, יש להסיק מכך ששיעור הטיפולים המוצלחים פחת לאורך השנים שנסקרו. מגמה זו

ובר השוואה למחלות לב (5.9%) [17]. לטיפול הח"ג יש בנוסף מחיר בריאותי משמעותי. ילדים הנולדים מהח"ג מצויים בסיכון מוגבר להיוולד מוקדם יותר, במשקל נמוך יותר, ולהזדקק לטיפולים מתקדמים כמו טיפול נמרץ לעומת אלו הנולדים לאחר הפריה טבעית [18]. לטיפולים אלו ולהשלכות שלהם לעתיד הילוד מחיר כלכלי נוסף. קיימות גם השפעות על בריאות האימהות העוברות הליך כירורגי פולשני ונחשפות לסכנת גירוי יתר של השחלות; שיעור הסיבוכים בלידה גבוה יותר בנשים אלו [19].

באפריל 2012 פורסמו נתוני הפעילות באירופה לשנת 2007 [8]. שיעור ההצלחות הכללי היה 20.5%. מבחינת מספר הטיפולים במדינות העיקריות: צרפת – 67,572; גרמניה – 62,322; איטליה – 43,708; ספרד – 54,620; אנגליה – 46,688. לפי נתוני משרד הבריאות, בוצעו בישראל באותה השנה 26,679 מחזורי טיפול עם שיעור הצלחה של 17.1%. הנתונים בארה"ב לאותה שנה כפי שפורסמו על ידי המרכז לבקרת מחלות (CDC) מראים על שיעור הצלחה של 33% [7].

שתי ההשוואות אינן מחמיאות לתוצאות המושגות בישראל. ככל הנראה מבוצעים מחזורי טיפול רבים מיד שסיכויי הצלחתם קלושים למדי. הסיבה העיקרית לכך היא, לדעתנו, הכיסוי הנרחב של סל הבריאות בנושא, המאפשר טיפולי הח"ג גם בנשים בעלות סיכויי הצלחה נמוכים. יש מקום לדיון ציבורי ומקצועי אמין, כדי לברר האם אנו משקיעים את המשאבים המצומצמים העומדים לרשות מערכת הבריאות באופן הרציונאלי ביותר. דיון כזה עשוי להביא למסקנה שיש להפסיק טיפולי הח"ג בגיל הצעיר מ-45 שנה הנהוג כיום, ו/או להגביל את מספר הטיפולים הממומנים על ידי הקופה הציבורית למטופלת מסוימת.

לסיכום

בעוד שמספר מחזורי הח"ג ביחס לגודל האוכלוסייה בישראל הוא הגבוה בעולם, התוצאות הקליניות אינן טובות יחסית למקובל בעולם. הנתונים שבידינו מצביעים על ירידה בשיעור ההצלחות בין השנים 2007-2010. הסיבה העיקרית לכך, לדעתנו, היא ביצוע מספר גבוה מאוד של טיפולים שהסיכוי להצלחתם מראש נמוך מאוד. יש לקוות שיישום מהיר של רשם פוריות ארצי, שיאגור נתונים אמנים ומבוקרים, יאפשר שקיפות מלאה בקבלת החלטות שלהן משמעות עמוקה בחלוקת משאבי מערכת הבריאות בישראל.

מחבר מכתב: שחר קול

מכון בריאות האישה, רחוב מרקוני 10, צ'ק פוסט, חיפה
 טלפון: 04-8810766
 פקס: 073-213-2037
 דוא"ל: kol_sh@mac.org.il

טבלה 4: מספר הטיפולים והצלחות (לידת חי) לאחר מחזורים טריים לפי גיל המטופלות (בין גיל 40-45 שנה CI-רווח סמן)						
שנה	גיל	מספר טיפולים	מספר לידות	% הצלחה	CI 95%	
					-	+
2007	סה"כ	1698	112	6.6%	5.4%	7.8%
	40-41	374	38	10.2%	7.1%	13.2%
	41-42	361	30	8.3%	5.5%	11.2%
	42-43	389	21	5.4%	3.2%	7.6%
	43-44	306	17	5.6%	3.0%	8.1%
2008	סה"כ	2110	135	6.4%	5.4%	7.4%
	40-41	412	46	11.2%	8.1%	14.2%
	41-42	497	40	8.0%	5.7%	10.4%
	42-43	441	30	6.8%	4.5%	9.2%
	43-44	452	11	2.4%	1.0%	3.9%
2009	סה"כ	2667	131	4.9%	4.1%	5.7%
	40-41	524	46	8.8%	6.4%	11.2%
	41-42	576	35	6.1%	4.1%	8.0%
	42-43	554	28	5.1%	3.2%	6.9%
	43-44	556	12	2.2%	1.0%	3.4%
2010	סה"כ	3108	199	6.4%	5.5%	7.3%
	40-41	658	79	12.0%	9.5%	14.5%
	41-42	650	55	8.5%	6.3%	10.6%
	42-43	687	38	5.5%	3.8%	7.2%
	43-44	579	18	3.1%	1.7%	4.5%
2007-2010	סה"כ	9583	577	6.0%	5.5%	6.5%
	40-41	1968	209	10.6%	9.3%	12.0%
	41-42	2084	160	7.7%	6.5%	8.8%
	42-43	2071	117	5.6%	4.7%	6.6%
	43-44	1893	58	3.1%	2.3%	3.8%
	44-45	1567	33	2.1%	1.4%	2.8%

ביבליוגרפיה

- Nachtigall RD, International disparities in access to infertility services. *Fertil Steril*, 2006;85:871-5.
- Collins J, An international survey of the health economics of IVF and ICSI. *Hum Reprod Update*, 2002;8:265-77.
- In vitro fertilization in Israel 2010, Ministry of Health. http://www.old.health.gov.il/Download/pages/IVF_1986-2009.pdf
- Simonstein E, IVF policies with emphasis on Israeli practices. *Health Policy*, 2010;97:202-8.
- Birenbaum-Carmeli D, 'Cheaper than a newcomer': on the social production of IVF policy in Israel. *Sociol Health Illn*, 2004;26:897-924.
- Society for Assisted Reproductive Technologies. IVF success rates. 2012; Available from: <http://www.sart.org/frame/detail.aspx?id=3893>.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2007 Assisted Reproductive Technology Success Rates: National Summary and Fertility Clinic Reports. Atlanta: Department

- of Health and Human Services; 2009.
8. *de Mouzon J, Goossens V, Bhattacharya S & al*, Assisted reproductive technology in Europe, 2007: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*, 2012;27:954-66.
 9. *Limoni C*, Annual report 2011. Swiss Society for Reproductive Medicine; 2012.
 10. *Kupka MSBK, Dahncke W, Wendelken M & Bals-Pratsch M*, Summary of the 2008 Annual Report of the German IVF Registry. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 2010;7:34-8.
 11. Human Fertilisation and Embryology Authority. Fertility treatment in 2010: trends and figures. 2011.
 12. *Bandlak J*, Sick Funds in Israel, Israeli Social Security Office 2011 http://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_233.pdf
 13. *Sella T, Chodick G, Lunenfeld E & Shalev V*, Further evidence on the high prevalence of male factor infertility diagnosis in Israel. *Isr Med Assoc J*, 2011;13:386.
 14. *Homburg R, Meltzer S, Rabinson J & al*, Is there a limit for the number of in vitro fertilization cycles for an individual patient? *Fertil Steril*, 2009;91(4 Suppl):1329-31.
 15. *Serour G, Mansour R, Serour A & al*, Analysis of 2,386 consecutive cycles of in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection using autologous oocytes in women aged 40 years and above. *Fertil Steril*, 2010;94:1707-12.
 16. Ministry of Health, Cost list of out-patient services, 2012, [14/05/2012]; Available from: www.old.health.gov.il/taarifon/file_new/01012012/m010112abc.xls.
 17. *Chodick G, Porath A, Alapi H & al*, The direct medical cost of cardiovascular diseases, hypertension, diabetes, cancer, pregnancy and female infertility in a large HMO in Israel. *Health Policy*, 2010;95:271-6.
 18. *Pelkonen S, Koivunen R, Gissler M & al*, Perinatal outcome of children born after frozen and fresh embryo transfer: the Finnish cohort study 1995-2006. *Hum Reprod*, 2010;25:914-23.
 19. *Kalra SK & Molinaro TA*, The association of in vitro fertilization and perinatal morbidity. *Semin Reprod Med*, 2008;26:423-35.
 20. זמן רפואה, גיליון מס' 31, אפריל מאי, 2009, עמ' 39