

גיל זיהוי אוטיזם בישראל: פערים קהילתיים וחברתיים- כלכליים

שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה

המחקר נערך בתמיכתן הנדיבה של קרן ברכה, קרן ון ליר ויד הנדיב

סדרת מחקרי הגיל הרך של מרכז טאוב

מחקר מס' 21, ירושלים, טבת תשפ"ו, ינואר 2026

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב הוא מכון מחקר על-מפלגתי ובלתי תלוי העורך מחקרים איכותיים בנושאי חברה וכלכלה בישראל. המרכז מציג בפני מקבלי ההחלטות המובילים ובפני כלל הציבור בישראל תמונה רחבה המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית מדיניות ציבורית.

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'יין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' רוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז מקבל גם תמיכה שנתית נדיבה מתורמים פרטיים, מקרנות ומפדרציות יהודיות.

היוזמה לחקר ההתפתחות ואי השוויון בגיל הרך

היוזמה לחקר ההתפתחות ואי השוויון בגיל הרך של מרכז טאוב נועדה לקדם מחקר על השפעת סביבתם של ילדים בגיל הרך על הישגיהם בעתיד ולהפיץ ידע עדכני בנושא. מטרתה לסייע בקידום מדיניות אפקטיבית לשיפור התנאים הסביבתיים שבהם ילדים בישראל מבליים את שנות חייהם הראשונות, כדי לשפר את הישגיהם ולצמצם פערים חברתיים-כלכליים בקרבם.

את פעילות היוזמה מלווה ועדה מייצגת המורכבת מאנשי ונשות אקדמיה מובילים, קובעי וקובעות מדיניות ופעילים ופעילות של ארגוני החברה האזרחית, המחויבים לקידום ויישום מדיניות אפקטיבית בתחום הגיל הרך בישראל. פעילות היוזמה נתמכת על ידי קרן ברכה, קרן ברנרד ון ליר ויד הנדיב.

מכון המחקר KI

מכון KI הוא מוסד עצמאי ללא כוונת רווח שהוקם בשנת 2019 ומקום מושבו בשרון. משימת הליבה של המכון היא יצירת השפעה חיובית משמעותית על בריאות האדם באמצעות מחקר חישובי. הצוות הרב-תחומי של KI מורכב ממדעני נתונים מומחים לבניה מלאכותית ולמידת מכונה וחוקרים קליניים מנוסים, המבצעים מחקרים פורצי דרך באמצעות שיטות חישוביות מתקדמות לניתוח נתוני עתק (big data). במחקרים אלה נוצרים ידע חדש ותובנות בנושאי בריאות ומפותחים כלי חיזוי התומכים בקבלת החלטות של מדענים, מטפלים וקובעי מדיניות.

אנא צטטו מחקר זה כך:

Silverman, S., Amit, G., & Sadaka, Y. (2026). *Timing of Autism Recognition Among Israeli Children: Community and Socioeconomic Factors*. Taub Center for Social Policy Studies in Israel and KI Institute. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18266391>

גיל זיהוי אוטיזם בישראל: פערים קהילתיים וחברתיים- כלכליים

שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה

מבוא

בשני העשורים האחרונים חלו ברחבי העולם שינויים משמעותיים בדפוסי האבחון של הפרעת הרצף האוטיסטי. שכיחות האבחנה בעולם מוערכת כיום ב-1 מתוך 100 ילדים (Zeidan et al., 2022), ויש מדינות שמדווחות על שיעורים גבוהים אף יותר. בארצות הברית, נתוני המעקב של המרכזים לבקרת מחלות ומניעתן (CDC) מראים עלייה בשכיחות מ-1 מתוך 150 ילדים בשנת 2000 (שווה ערך ל-7 מתוך 1,000) ל-1 מתוך 31 ילדים בשנת 2022 (32 מתוך 1,000) (Shaw et al., 2025). בבריטניה מדווח כיום על שכיחות של כ-1%-2% (Roman-Urrestarazu et al., 2021).

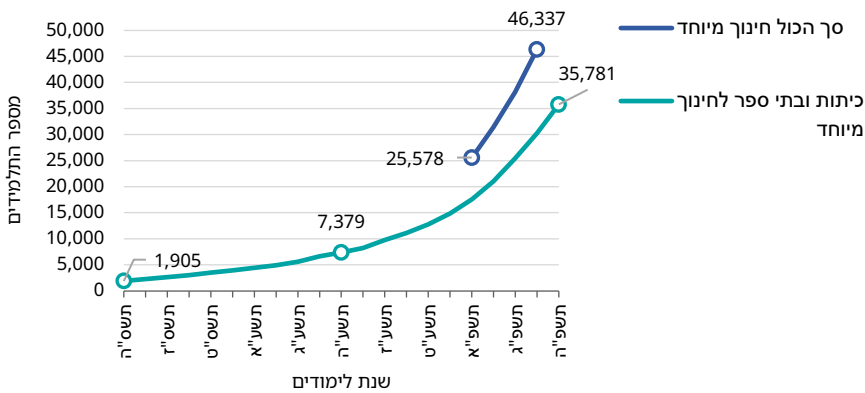
בישראל עלתה שכיחות האבחנה של הרצף האוטיסטי מ-4.5 לכל 1,000 בקרב ילידי שנת 2000 ל-22.2 לכל 1,000 בקרב ילידי 2018 (הלמ"ס, 2024). ניתוחים עדכניים מראים כי שכיחות אבחנות הרצף האוטיסטי הוכפלה בין 2017 ל-2021 (Dinstein et al., 2024). מגמות אלו משתקפות גם במערכת החינוך הישראלית (תרשים 1), שם גדל מספר תלמידי החינוך המיוחד בכיתות ייעודיות לרצף האוטיסטי מ-1,905 תלמידים בשנת הלימודים תשס"ה (0.11% מכלל התלמידים) ל-35,787 תלמידים בשנת הלימודים תשפ"ה (1.4% מכלל התלמידים).¹ כאשר כוללים תלמידי חינוך מיוחד המשולבים בכיתות חינוך רגיל,

* מחקר זה הוא פרי עבודתם המשותפת של חוקרי היוזמה לחקר ההתפתחות ואי השוויון בגיל הרך, שפעילותה מתאפשרת בזכות תרומתן הנדיבה של קרן ברכה, קרן ון ליר ויד הנדיב, וחוקרי מכון המחקר KI. ד"ר שרית סילברמן, חוקרת בכירה במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; ד"ר גיא עמית, חוקר בכיר במכון המחקר המחקר KI; ד"ר יאיר צדקה, מנהל המכון להתפתחות הילד של משרד הבריאות בבאר שבע וחוקר במכון KI ובאוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

1 מחושב באמצעות "מבט רחב" של משרד החינוך - מסד נתונים המתוחזק על ידי משרד החינוך, המספק מידע מפורט על רישום תלמידים במוסדות חינוך בישראל ומציע נתונים על מספרי תלמידים במוסד, מוסגים לפי אזור גיאוגרפי, פיקוח, מגזר וסוג (חינוך רגיל או חינוך מיוחד).

נראה כי שיעור התלמידים על הרצף האוטיסטי עלה מ-1.1% בתשפ"א ל-1.8% בתשפ"ד, והערכות נוכחיות מצביעות על כך שכ-2% מכלל התלמידים מאובחנים על הרצף כמוגבלות עיקרית.² מגמה זו בולטת אף יותר במסגרות גני ילדים, שם שיעור התלמידים על הרצף האוטיסטי כמעט הוכפל – מ-1.3% ל-2.4% באותה תקופה. בסך הכול, לאורך 20 השנים שבין תשס"ה לתשפ"ה חלה עלייה מכ-1 לכל 1,000 תלמידים ל-20 לכל 1,000 תלמידים, וניכר מעבר מעליות הדרגתיות בעשור הראשון לגידול אקספוננציאלי בשנים האחרונות.

תרשים 1. מספר התלמידים (גן-כיתה י"ב) על הרצף האוטיסטי במערכת החינוך



מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: משרד החינוך

שינויים בקריטריוני האבחון תרמו לעלייה בשכיחות האבחנות ברחבי העולם (Maenner et al., 2023). המהדורה החמישית של המדריך האבחוני והסטטיסטי להפרעות נפש (DSM-5) שפורסמה בשנת 2013 כללה שינוי משמעותי בקריטריוני האבחון של הרצף האוטיסטי ואיחוד אבחנות קרובות נוספות, ובכלל זה תסמונת אספרגר, לכדי אבחנה אחת של הרצף האוטיסטי (American Psychiatric Association, 2013). אף שחוקרים חזו שהשינויים בקריטריוני האבחון יהיו מצמצמים ויובילו לירידה באבחוני הרצף האוטיסטי (Kulage et al., 2014; Maenner et al., 2014), לאחר יישום ה-DSM-5 דווקא נמשכה מגמת העלייה. הדבר מצביע על כך שההגדרה המאוחדת של הרצף האוטיסטי תרמה לעלייה, והשפעותיה ניכרו יותר ככל שהשינויים הוטמנו בפרקטיקה הקלינית.

2 נתונים לשנים תשפ"א-תשפ"ד התקבלו ישירות ממשרד החינוך, והם כוללים תלמידי חינוך מיוחד המשולבים בכיתות רגילות.

מלבד השינויים בקריטריוני האבחון, העלייה בשכיחות אבחנות הרצף האוטיסטי קשורה למספר גורמים נוספים. מודעות גוברת בקרב הורים, אנשי חינוך ונותני שירותי בריאות הובילה לזיהוי טוב יותר של תסמיני אוטיזם ולשיטות סיקור מוקדמות יותר. הפרקטיקה המומלצת כיום מתמקדת בזיהוי ואבחון בגיל שבין שנתיים לשלוש במקום בגיל מאוחר יותר בילדות, וכך מאתרת מקרים שעלולים היו להיות מוחמצים או מזוהים מאוחר הרבה יותר (Guthrie et al., 2019; Hyman et al., 2020). נוסף על כך, הפחתת הסטיגמה סביב מוגבלויות נירו-התפתחותיות הקלה על משפחות לחפש אבחון ותמיכה; מחקרים מצביעים על קשר שלילי עקבי בין סטיגמה ובין התנהגות של חיפוש עזרה במצבי בריאות הנפש (Clement et al., 2015). שינויים אלו במודעות ובגישות הופכים את שירותי התמיכה הכלכליים והחינוכיים המקיפים של ישראל לילדים על הרצף האוטיסטי, ובכללם קצבאות נכות שנעות בין 3,700 ל-8,800 שקלים בחודש, לתמריצים חזקים במיוחד למשפחות המעוניינות באבחון רשמי (Amit et al., 2024). חוקרים מצביעים גם על גורמים סביבתיים אחרים, כגון גיל הורי מתקדם וגורמי סיכון טרום-לידתיים ולידתיים שונים (Emberti Gialloreti et al., 2019). שלל גורמים אלו – שינויים במסגרת האבחונית, מודעות מוגברת, שירותים זמינים והשפעות סביבתיות אפשריות – תורמים לצמיחה המשמעותית באבחנות הרצף האוטיסטי.

ואולם על אף תרומתם של גורמים אלו לזינוק בשכיחות אבחנות הרצף האוטיסטי, השפעתם על מגזרים שונים בחברה הישראלית לא הייתה אחידה. מחקר ארצי שבחן ילדים שנולדו בשנים 2000–2012 תיעד שיעורי אבחון גבוהים יותר באופן עקבי בקרב קבוצות ממעמד חברתי-כלכלי גבוה יחסית (Segev et al., 2019). נתונים עדכניים הן מהלמ"ס והן ממשרד החינוך מאשררים את אי-השוויון החברתי-כלכלי הזה, וחושפים שכיחות גבוהה יותר של אבחנות הרצף האוטיסטי בקרב ילדים מאזורי מגורים המאופיינים במדדי רמה חברתית-כלכלית גבוהים יחסית בהשוואה לילדים מאזורים שבהם מדדי הרמה החברתית-כלכלית נמוכים יותר. כך למשל, בקרב קבוצות ילדים שנולדו בין 2013–2018, שיעורי האבחנה הגיעו לשיא של 30 לכל 1,000 באשכולות חברתיים-כלכליים 7–8, בהשוואה ל-15 לכל 1,000 באשכולות הנמוכים ביותר (הלמ"ס, 2024). דפוס זה משתקף גם במערכת החינוך, שם באוכלוסיית התלמידים הכללית 58% מהילדים שייכים לאשכולות חברתיים-כלכליים 5–10, בהשוואה ל-76% בקרב תלמידים שאובחנו כאוטיסטים – נתון שמשקף ייצוג גדול יותר של קבוצות מאשכולות גבוהים באוכלוסיית האוטיסטים (סילברמן ובלס, 2025). הבדלים מבוססי הכנסה הם אמנם מתונים יותר, אך גם הם נותרו עקביים לאורך תקופות זמן; בקרב ילדים ממשפחות בעלות הכנסה גבוהה יותר ניכרים באופן עקבי שיעורים גבוהים יותר של אוטיסטים (הלמ"ס, 2024).

ילדים ממשקי בית במעמד חברתי-כלכלי נמוך, אף שהם מיוצגים פחות באוכלוסיית האוטיסטים, נמצאים דווקא בסיכון גבוה יותר לעיכובים שפתיים ותקשורתיים. מחקרנו הקודם, שעשה שימוש בנתוני טיפת חלב, מצא קשר חזק בין השגת אבני דרך שפתיות להשכלת האם, שהיא אינדיקטור מרכזי למעמד החברתי-כלכלי של המשפחה (עקיבא ואחרים, 2024). מצאנו קשר עקבי בין השכלת אם נמוכה ובין עיכוב בהשגת אבני דרך שפתיות. השגה מאוחרת של אבני דרך אמנם כלי אבחוני כשלעצמה, אך היא מעידה על סיכון מוגבר לעיכוב התפתחותי או מוגבלות. מחקרים הראו שעיכובים שפתיים הם סמנים מוקדמים חשובים לאבחנת אוטיזם בהמשך במסגרות בריאות ציבוריות (Nitzan et al., 2023).

ממצאים אלו חושפים פרדוקס בולט: ילדים ממשקי בית ממעמד חברתי-כלכלי נמוך חשופים לסיכון גבוה יותר של הקשיים השפתיים והתקשורתיים המאפיינים את הרצף האוטיסטי, אך נמצאים בייצוג חסר משמעותי בקטגוריה האבחונית הזאת, המתרחבת במהירות. פרדוקס זה מקצין עוד יותר בהשפעת מגוון גורמים כגון תפיסות הנוגעות לפנייה לשירותי בריאות, נגישות של שירותי בריאות ועמדות כלפי הערכות התפתחותיות. גורמים אלו עלולים לתרום לשיעורי פנייה נמוכים יותר בקהילות מסוימות, לרבות אוכלוסיות חרדיות, בדואיות וערביות. השילוב של תבניות אלו, גורמים חברתיים-כלכליים וגישה דיפרנציאלית לשירותי אבחון יוצר אתגרים מורכבים שמחריפים את אי-השוויון בשיעורי אבחנות האוטיזם בישראל (Koller et al., 2021). נוצר כאן אפקט מתיו קלאסי: למרות מערך התמיכה הנרחב בילדים אוטיסטים בישראל, משאביו מנוצלים באופן פרדוקסלי דווקא על ידי משפחות בעלות משאבים רבים יותר ויכולות ניווט במערכת, וכך הפערים האבחוניים מעמיקים במקום להצטמצם (Pavolini & Lancker, 2019).

ההבדלים המתועדים בשיעורי אבחנות האוטיזם לפי מעמד חברתי-כלכלי מעלים שאלה חשובה: האם פערים אלו משפיעים גם על מועד האבחון של ילדים ועל קבלת הזכויות הנגזרות ממנו? אנו משערים שההתקדמות שחלה בשימוש בכלי אבחון מוקדם לא הועילה לכל הקבוצות באופן שווה. גורמים קבוצתיים והבדלים ביכולת המשפחות לנווט במערכת הבריאות עלולים לגרום לעיכובים שיטתיים בקרב אוכלוסיות מסוימות (Koller et al., 2021). הדבר חשוב מכיוון שכאמור, הפרקטיקה המומלצת ממליצה על אבחון בגיל שנתיים-שלוש כדי שתוצאות ההתערבות יהיו אופטימליות (Dawson et al., 2010; Hyman et al., 2020; Zwaigenbaum et al., 2015); אבחון מאוחר מפחית את האפקטיביות של ההתערבות. מחקר זה בוחן אפוא כיצד תזמון האבחון משתנה כתלות במעמד חברתי-כלכלי וקבוצת האוכלוסייה, ומסייע לנו להבין מה מניע דפוסים אלו.

נתונים ושיטות סטטיסטיות

מקורות הנתונים

המחקר משלב נתונים מקיפים ממערכת תחנות טיפת חלב עם נתונים מהמוסד לביטוח לאומי כדי לבחון את הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי של אזור המגורים וקבוצת האוכלוסייה ובין מועד קבלת הזכות לקצבה בגין אבחנת אוטיזם. מערכת טיפת חלב מציעה שירותי בריאות מניעתיים אוניברסליים לילדים מלידה ועד גיל שש. מערך הנתונים של טיפת חלב, שמקורו במשרד הבריאות, כולל הערכות התפתחותיות לאורך זמן ומידע דמוגרפי על המשפחה עבור כ-70% מאוכלוסיית הגיל הרך בארץ. המוסד לביטוח לאומי מנהל תיעוד מקיף של כל קצבאות הנכות, ובכלל זה מידע מפורט על זכאויות לקצבאות. נוסף על נתונים אלו, האזור הגיאוגרפי הסטטיסטי של כתובת המגורים הוצלב מול טבלאות חיצוניות של הלמ"ס ושל ארגון הנתונים Points (פוינטס, 2019), המספקים משתנים סוציו-דמוגרפיים לכל אזור. כל הנתונים ששימשו במחקר זה היו אנונימיים לגמרי והיו זמינים דרך פלטפורמת תמנ"ע, תשתית המחקר בנתוני עתק של משרד הבריאות.

אוכלוסיית המחקר

הניתוח כלל את כל הילדים שנולדו החל מ-1 בינואר 2014, שהוערכו לפחות פעם אחת בטיפת חלב והיו זכאים לקצבה מהביטוח הלאומי בשל אבחנה ברצף האוטיסטי עד לתאריך 19 במרץ 2023 (להלן קצבת אוטיזם). לילדים שנכללו בניתוח היו רשומות בשתי המערכות – של טיפת חלב ושל המוסד לביטוח לאומי – וכך יכולנו לשלב בין נתוני התפתחות מוקדמים ובין מידע על קצבאות אוטיזם.

משתנה התוצאה

המשתנה התלוי היה הגיל המוקדם ביותר שבו היה הילד זכאי לקצבת אוטיזם, המחושב כזמן מיום הלידה של הילד עד ליום האישור הראשון של הקצבה. הזכאות לקצבה משמשת כמדד עקיף לתזמון האבחון הרשמי, שכן כדי להגיש בקשה לקצבה נדרש אבחון קליני; מדד זה משמש כאינדיקטור אחיד בכלל האוכלוסייה למועד שבו הילד הוכר כאוטיסט במערכת הבריאות.

משתני המחקר

כל ילד אופיין בעזרת אוסף משתנים ובהם מאפיינים דמוגרפיים של האם, מדדים הקשורים ללידה והערכות התפתחותיות לאורך זמן. לוח 1 מציג את רשימת המשתנים המלאה לפי מקור הנתונים.

לוח 1. משתני המחקר, לפי מקור הנתונים

מקור הנתונים	קטגוריית המשתנה	משתנים ספציפיים	ערכים
מאפיינים דמוגרפיים של האם	מאפיינים דמוגרפיים של האם	מצב תעסוקתי	מועסקת, לא מועסקת, סטודנטית
		מצב משפחתי	נשואה, רווקה, גרושה, אחר
טיפת חלב	מאפייני הלידה	קבוצת אוכלוסייה	יהודית, לא יהודית (ערבית מוסלמית, ערבית נוצרית, דרוזית, בדואית, אחר)
		גיל האם בלידה	20 ומטה, 21-40, מעל 40
		ארץ לידה	ישראל, ברית המועצות לשעבר, אתיופיה, אחר
מאפייני הלידה	מאפייני הלידה	גיל ההיריון בלידה	פחות מ-28 שבועות, 28-31 שבועות, 32-36 שבועות, 37 שבועות ומעלה
		משקל לידה	2.5-4 ק"ג, פחות מ-2.5 ק"ג, מעל 4 ק"ג
		ציוני אפגר	פחות מ-8, 8 ומעלה
מאפייני הילד	מאפייני הילד	סוג לידה	דקה אחת וחמש דקות לאחר לידה לידה טבעית, לידה מסייעת, ניתוח קיסרי
		מין	זכר, נקבה
		ציוני אבני דרך ההתפתחותיות	ראו להלן
מאפייני הילד	מאפייני הילד	אזור סטטיסטי	1,553 אזורים
		משתנה התוצאה	גיל הזכאות לקצבת אוטזים
מקורות חיצוניים	משתנה ברמת האזור	אשכול חברתי-כלכלי	1-10
		שיעור האוכלוסייה החרדית	מדד בחמש רמות: אין, נמוך, בינוני, גבוה, גבוה מאוד. קובצו כ"אזור חרדי" (בינוני, גבוה, גבוה מאוד) ו"אזור לא חרדי" (אין, נמוך)

מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; משרד הבריאות

האשכול החברתי-כלכלי מסווג יישובים ל-10 רמות (1 = הנמוך ביותר, 10 = הגבוה ביותר) על בסיס הכנסה, השכלה ותעסוקה. קיבצנו את עשרת האשכולות לחמש קטגוריות (צמד אשכולות 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10). בהתאם לנתוני האוכלוסייה, רק 5% מהילדים נמצאים בקטגוריה הגבוהה ביותר (9-10), דבר שמגביל את יכולת הזיהוי של מגמות. לכן, אשכולות 7-8 הם נקודת ייחוס טובה יותר למעמד חברתי-כלכלי גבוה. השתייכות דתית ברמת המשפחה בקרב האוכלוסייה היהודית (למשל חילונית, דתית-לאומית או חרדית) לא הייתה זמינה במערך הנתונים שלנו. בהיעדר נתון זה, שיעור האוכלוסייה החרדית הוא משתנה הנתון ברמת שכונת המגורים, שבעזרתו בחנו כיצד דפוסי אבחון אוטזים

עשויים להיות שונים בין מגזרים בחברה הישראלית. אזורים המסווגים כ"לא-חרדיים" כוללים שכונות שבהן אין תושבים חרדים או שיש בהן שיעור נמוך של תושבים חרדים, והם עשויים לכלול אוכלוסיות יהודיות חילוניות, דתיות-לאומיות, מסורתיות ואחרות, וכן שכונות מעורבות יהודיות-ערביות.

ניתוח סטטיסטי

ניתוח הנתונים נעשה בשני שלבים. ראשית חישבנו מדדים של סטטיסטיקה תיאורית ובחנו דפוסים בסיסיים של גיל הזכאות לקצבה, מרובד לפי משתנים עיקריים כגון אשכול חברתי-כלכלי ושיעור אוכלוסייה חרדית באזור המגורים. שנית, בנינו מודלים של רגרסיה ליניארית עם אפקטים מעורבים כדי להעריך את הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים לגיל הזכאות לקצבה.

המודלים כללו משתנים מנבאים דמוגרפיים ברמת המשפחה ומשתנים מנבאים הקשורים ללידה והתפתחות ברמת הילד כמשתני בקרה (לוח נ'1' בנספח). נכללו חותכים מקריים (random intercepts) עבור 1,553 אזורים גיאוגרפיים סטטיסטיים כדי לפקח על גורמים ברמת האזור שאינם נצפים, ואילו משתנים מנבאים חברתיים-כלכליים ברמת האזור נכללו במודל כאפקטים קבועים. משתנים גיאוגרפיים התבססו על מידע מ-Points ומהלמ"ס, כולל אשכולות חברתיים-כלכליים מקומיים ושיעור אוכלוסייה חרדית בכל אזור (מסווג כאין, נמוך, בינוני, גבוה או גבוה מאוד).

בניתוח משני בחנו משתני בקרה נוספים ותת-קבוצות ספציפיות:

פיקחנו על המצב ההתפתחותי של הילדים באמצעות הכללת הניקוד ההתפתחותי המרבי שלהם (ציונים גבוהים מעידים על סיכון גבוה לעיכוב התפתחותי) לאורך כל הביקורים בטיפת חלב מהלידה ועד גיל שלוש. הציונים חושבו עבור הערכות אבני דרך בתחומי שפה, חברה, מוטוריקה גסה ומוטוריקה עדינה (Bilu et al., 2023).

בנינו מודלים נפרדים עבור תת-קבוצות של ילדים על בסיס מגזר (יהודים/לא יהודים), ועבור ילדים יהודים – על בסיס שיעור האוכלוסייה החרדית בשכונת המגורים.

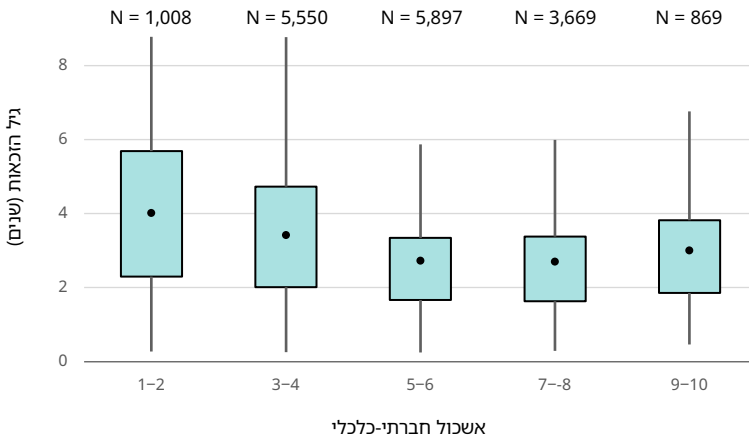
ערכים חסרים במשתנים קטגוריים הוגדרו כקטגוריה נפרדת. כל הניתוחים בוצעו באמצעות Python גרסה 3.9 ו-R גרסה 4.2 (חבילת lme4 גרסה 1.1-31).

תוצאות

סטטיסטיקה תיאורית

קבוצת המחקר כללה 16,993 ילדים שהיו להם גם רשומות בטיפת חלב וגם זכאות לקצבאה בגין אוטיזם מהמוסד לביטוח לאומי. קבוצה זו מהווה 69.6% מכלל הילדים עם קצבאות הקשורות לרצף האוטיסטי בנתוני המוסד לביטוח לאומי, נתון המתאים לשיעור הארצי של ילדים המיוצגים במאגר טיפת חלב. אוכלוסיית המחקר כללה ברובה זכרים (76%) ויהודים (73%), והיה בה ייצוג לילדים מקהילות ערביות מוסלמיות (8.8%), ערביות נוצריות (0.7%), דרוזיות (0.5%) ובדואיות (0.4%) (לוח נ'1 בנספח). גיל הזכאות הממוצע לקצבת אוטיזם היה 3.0 שנים (סטיית תקן 1.7 שנים); הטווח הבין-רבעוני (IQR) של גיל הזכאות היה 1.8–4.0 שנים (לוח נ'1 בנספח). תזמון הזכאות השתנה לפי מאפיינים דמוגרפיים: בנות קיבלו זכאות מעט מאוחר יותר מבנים (3.2 לעומת 3.0 שנים), וילדים יהודים קיבלו זכאות מאוחר יותר בהשוואה לילדים ערבים מוסלמים (3.0 לעומת 2.8 שנים).

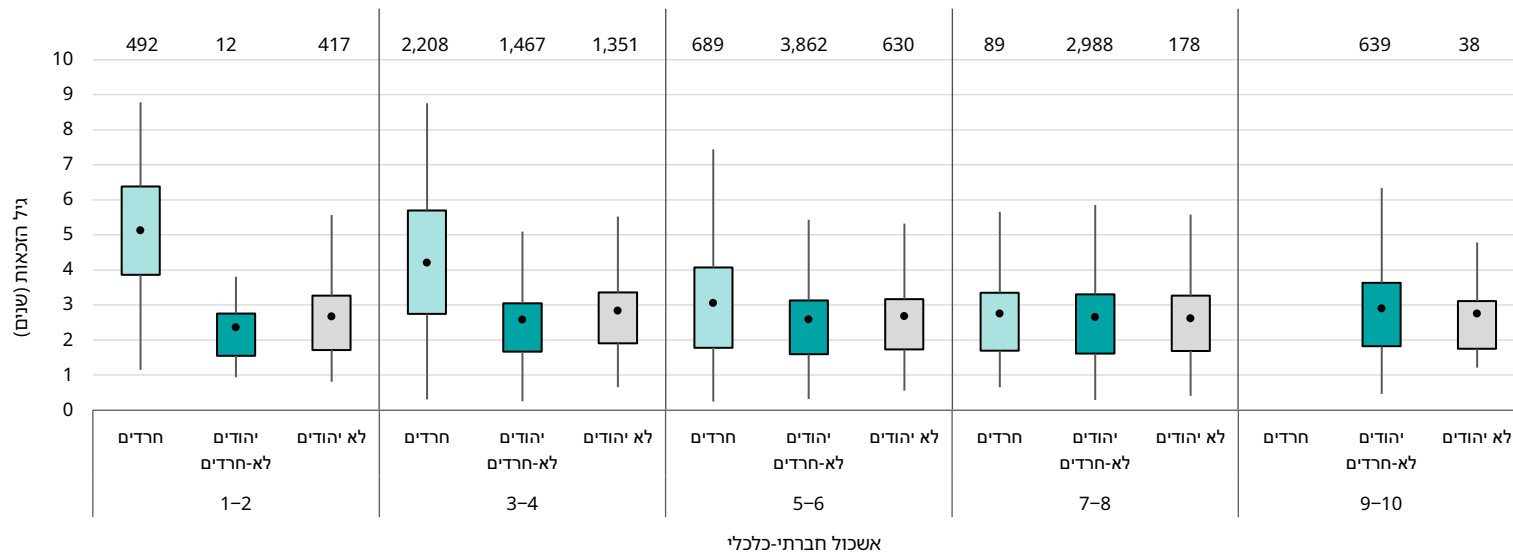
תרשים 2. גיל הזכאות לקצבת אוטיזם לפי אשכול חברתי-כלכלי (לא מותאם)



הערה: התיבות מראות את קו החציון ואת הרבעון הראשון והשלישי. הקווים משתרעים לערכים בטווח של IQR 1.5. הנקודות השחורות מייצגות את ערכי הממוצע.
 מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; משרד הבריאות

הניתוח הראשוני (תרשים 2) חשף פערים חברתיים-כלכליים ניכרים בתזמון הזכאות. ילדים מהאשכולות החברתיים-כלכליים הנמוכים ביותר (1-2) קיבלו זכאות בממוצע 1.3 שנים מאוחר יותר מקבוצות המעמד החברתי-כלכלי הבינוני-עליון (אשכולות 5-8) (גיל 4.0 לעומת 2.7 שנים). בניתוח לפי קבוצת אוכלוסייה, הבדלים חברתיים-כלכליים אלו היו מרוכזים בלעדית בקרב ילדים יהודים, שהראו דפוס בולט של ירידה הדרגתית בגיל הזכאות מ-4.0 שנים באשכולות הנמוכים ביותר (1-2) ל-2.7 שנים באשכולות בינוניים-עליונים (5-8), ואילו בקרב ילדים לא יהודים נצפתה באופן עקבי זכאות בגיל מוקדם יותר (2.4-2.9 שנים) על פני כל רמות המעמד החברתי-כלכלי. עם זאת, לאחר ריבוד לפי הרכב הדתיות של השכונה, השפעת המעמד החברתי-כלכלי בקרב ילדים יהודים לא-חרדים נעלמה לחלוטין (תרשים 3). הפערים נותרו בקרב תושבי שכונות שיש בהן רוב חרדי: בשכונות כאלה, ילדים קיבלו זכאות באיחור משמעותי (4.7 שנים) בהשוואה לילדים יהודים בשכונות לא-חרדיות, שאצלם גיל הזכאות היה באופן עקבי מוקדם יותר (2.7 שנים) בכל רמות המעמד החברתי-כלכלי.

תרשים 3. גיל הזכאות לקצבת אוטיזם לפי אשכול חברתי-כלכלי עבור ילדים יהודים המתגוררים באזורים חרדיים לעומת אזורים לא-חרדיים, ועבור ילדים לא יהודים



הערה: המספרים מעל התרשימים מציינים את מספר הילדים בכל קבוצה.

מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; משרד הבריאות

תוצאות הניתוח הרב-משתני

מודלים של רגרסיה עם אפקטים מעורבים (לוח נ'2 בנספח) אישרו את הדפוסים שנצפו בניתוח הסטטיסטי התיאורי. השתייכות לאשכולות חברתיים-כלכליים גבוהים יותר (5-6 ו-7-8) נותרה קשורה באופן חזק לזכאות מוקדמת יותר לקצבה, בהשוואה לקבוצה החברתית-כלכלית הנמוכה ביותר (אשכולות 1-2). קשר זה נשמר גם לאחר פיקוח על המצב ההתפתחותי של הילדים. גורמים נוספים שנמצאו קשורים לאבחון מוקדם יותר, כללו אימהות רווקות ואימהות ילידות אתיופיה או ברית המועצות לשעבר. לעומת זאת, גורמים שנמצאו קשורים לאבחון מאוחר יותר כללו מגורים באזורים עם שיעורים בינוניים, גבוהים וגבוהים מאוד של אוכלוסייה חרדית (בהשוואה לאזורים לא-חרדיים) וגיל אם צעיר בעת הלידה (20 שנים או פחות). העקביות של ממצאים אלו בשימוש בגישות אנליטיות שונות מחזקת את הביטחון בדפוסים הנצפים של אי-שוויון באבחון ואת השלכותיהם על התערבות במדיניות.

בחנית המודלים של תת-קבוצות מגזריות (לוח נ'3 בנספח) מאששת שהקשר בין גיל הזכאות לאשכול חברתי-כלכלי ניכר בעיקר באוכלוסייה המתגוררת בשכונות חרדיות; בקרב ילדים יהודים המתגוררים באזורים לא-חרדיים, וכן בקרב ילדים לא יהודים, לא קיים קשר כזה. תוצאה זו מחוזקת על ידי מודל משלים (לוח נ'4 בנספח), שכלל רק אוכלוסייה לא-חרדית (גם יהודית וגם לא יהודית). כמו כן, מודל זה הראה שילדים ערבים מוסלמים וילדים ללא לאום מתועד (שסביר כי הם לא יהודים) קיבלו זכאות לקצבה בגיל מבוגר מעט יותר בהשוואה לילדים יהודים (3 חודשים יותר עבור ערבים מוסלמים, ו-5.5 חודשים יותר עבור ילדים עם רשומות חסרות), וקשרים אלו נותרו בעינם בעת פיקוח על המצב ההתפתחותי של הילדים (מודל 2).

דיון

המחקר חושף הבדלים משמעותיים במועד האבחון וההכרה בתסמונת הרצף האוטיסטי בין קבוצות באוכלוסייה המגוונת בישראל, ומראה כי הפערים הגדולים ביותר קשורים לשיעור החרדים בשכונת המגורים יותר מאשר למעמד החברתי-כלכלי. בחינה ראשונית של הנתונים הצביעה על קיומו של קשר בין גורמים חברתיים-כלכליים ובין הבדלים בתזמון האבחון: קיים פער ממוצע של 1.3 שנים בגיל הזכאות לקצבת אוטיזם בין קבוצות המעמד החברתי-כלכלי הנמוך ביותר ובין קבוצות המעמד הבינוני-גבוה, והפער נשמר בעת פיקוח על גורמים דמוגרפיים וגורמים שקשורים בלידה. עם זאת, פיקוח על הרכב שכונת המגורים חשף שמגורים באזורים שבהם יש רוב חרדי הם המשתנה העיקרי העומד בבסיס אי-השוויון הזה, ומשתנה זה מבטל לחלוטין השפעות חברתיות-כלכליות. ילדים משכונות ששיעור האוכלוסייה החרדית בהם גבוה מקבלים זכאות לקצבת אוטיזם שנתיים

מאוחר יותר, בממוצע, בהשוואה לבני גילם משכונות לא-חרדיות. באוכלוסיות לא יהודיות הדפוסים שונים: שיעורי האוטיזם בהן נמוכים משמעותית, ובקרב המאובחנים תזמון הזכאות אינו קשור למעמד חברתי-כלכלי. כל ממצאי המחקר נשארים בעינם גם לאחר הוספת פיקוח על הערכת ההתפתחות בפועל של הילדים, והדבר מעיד על כך שהבדלים קשורים ככל הנראה לחסמים מערכתיים לאבחון וזכאות לקצבה, ולא להבדלים אמיתיים בקשיים ההתפתחותיים עצמם.

בקרב משפחות לא יהודיות, גיל הזכאות מוקדם ואחיד באופן עקבי. נתון זה, בשילוב השיעורים הנמוכים של אבחון אוטיזם במשפחות אלו, קשור למספר גורמים: שונות חברתית-כלכלית מעטה בקהילות אלו, חסמים של זיהוי מוגבלות שאפשר לתייגם כ"תרבותיים" (למשל תפיסה שונה לגבי מוגבלות, או סטיגמה שונה כלפיה), או דפוס שבו בקהילות אלו מי שמגיעים להערכה ולאבחון של אוטיזם הם בעיקר ילדים שתסמיניהם חמורים וניכרים יותר.

בקרב משפחות יהודיות בשכונות לא-חרדיות חשפו הממצאים דפוס שסתר את ההשערות הראשוניות שלנו. צפינו למצוא השפעות חברתיות-כלכליות על תזמון הזכאות, אולם במשפחות אלו נמצא שוויון יוצא דופן בתזמון הזכאות בכל אשכולות המעמד החברתי-כלכלי. כאשר מביאים בחשבון את השכיחות הנמוכה יחסית של אבחנות אוטיזם בקהילות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, נראה כי המחסום העיקרי בקהילות אלו אינו נגישות שונה של אבחון מוקדם, אלא הבדלים בדפוסי הפנייה להערכה. הדבר עולה בקנה אחד עם דפוסי השכיחות של אבחנות אוטיזם לפי מעמד חברתי-כלכלי שתוארו במבוא, ומצביע על פער בזיהוי והכרה בבעיה על ידי המשפחה ולא על פער בתזמון האבחנה.

לעומת זאת, אצל תושבי שכונות חרדיות נחשף דפוס מורכב יותר של חסמים, הכולל גם פערים בשכיחות המתועדת של התסמונת וגם עיכובים בתזמון האבחנות. ילדים בקהילות אלו מקבלים זכאות לקצבה שנתיים מאוחר יותר בממוצע בהשוואה לילדים בשכונות לא-חרדיות (בגיל 4.7 לעומת 2.7 שנים). דפוס זה יוצר חסרונות מצטברים: לא זו בלבד שילדים מקהילות חרדיות נוטים פחות לקבל אבחנת אוטיזם – הילדים המאובחנים מקבלים זכאות לקצבה שנים לאחר חלוף הזמן הקריטי להתערבות מוקדמת, כאשר ההתערבויות פחות יעילות וקשה יותר לשנות את מסלול התפתחות.

הממצאים מעלים שאלות חשובות לגבי זיהוי אוטיזם בישראל במציאות שבה כ-2% מכלל התלמידים מאובחנים עם אוטיזם, ושיעור זה מוסיף לעלות. תוצאות המחקר מראות שרוב התלמידים המאובחנים מגיעים מקבוצות מבוססות יותר בחברה – בניגוד לדפוסים בין-לאומיים במדינות מפותחות, שבהן אבחנות אוטיזם היו בתחילה שכיחות יותר באוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי גבוה יותר ובקרב קבוצות הרוב, אולם בחלוף הזמן, עם הגברת המודעות ושיפור נגישות האבחון, הגיעו גם לקהילות מוחלשות שקודם לכן

לא זכו לשירות מספק (Maenner et al., 2023; Russell et al., 2022; Zeidan et al., 2022). כך למשל, בארצות הברית הפער בשכיחות האבחנה לא רק נסגר אלא התהפך, וב-2020 שיעור זיהויי האוטיזם בקרב ילדים שחורים בני 8 היה גבוה יותר מאשר בקרב ילדים לבנים (Maenner et al., 2023). בישראל, לעומת זאת, לא מצאנו דפוס כזה של שיעורי אבחנות גדלים בקרב אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך ובאוכלוסיות מיעוט. אבחנות אוטיזם עדיין מרוכזות בקהילות יהודיות לא-חרדיות ממעמד חברתי-כלכלי גבוה יחסית, בשעה שקבוצות אחרות נותרות במידה רבה מחוץ למערכת האבחונת אף שהילדים בהן נמצאים בסיכון מוגבר לבעיות התפתחות (עקיבא ואחרים, 2024). הממצאים מצביעים על תת-זיהוי שיטתי באוכלוסיות ספציפיות, ואתגר המדיניות הוא להבטיח שהמשאבים המיועדים להתערבות מוקדמת יגיעו לכלל הילדים שיכולים להפיק מהם תועלת.

חלופות מדיניות

הפערים העולים ממחקר זה מחייבים התערבויות מדיניות דחופות שיבטיחו גישה שוויונית לזיהוי מוקדם של תסמונת הרצף האוטיסטי ולתמיכה בילדים המאובחנים. ממצאינו מצביעים על צורך בשתי גישות משלימות: מנגנוני סיקור אוניברסליים, ומערכות תמיכה ממוקדות לאוכלוסיות מוחלשות.

יישום סיקור אוניברסלי לאוטיזם בתחנות טיפת חלב

הדרך המבטיחה ביותר לטיפול באי-השוויון באבחון אוטיזם בישראל טמונה במינוף התשתית הקיימת של מערך בריאות האם והילד. מחקרנו הקודם, שהתבסס על אותו מאגר נתונים, הראה שאפשר לנבא במדויק סיכון לאוטיזם מתוך נתונים על השגת אבני דרך התפתחותיות, שנאספים בשגרה בתחנות טיפת חלב (Amit et al., 2024). כאשר מודל הניבוי הזה יושם בגיל 18-24 חודשים – תזמון אידיאלי לאבחון מוקדם – הוא השיג ביצועים טובים יותר משאלון לזיהוי אוטיזם בקרב פעוטות (M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers). זוהי נקודה קריטית: גישה זו אינה דורשת השקעה בתשתית נוספת, היא משתמשת באבני דרך שכבר מוערכות באופן שגרתי, ואפשר לשלבה בקלות בתהליכי עבודה קליניים קיימים. וחשוב מכול, המודל מציג ביצועים שווים על פני קבוצות אוכלוסייה ורמות חברתיות-כלכליות שונות, והוא מספק סינון אובייקטיבי וסטנדרטי שאינו תלוי ביכולת המשפחה לעמוד על זכויותיה או לנווט בסבך הבירוקרטיה. זוהי דוגמה נוספת לפוטנציאל של טיפת חלב ככוח משווה חזק בשירותי הבריאות בישראל: כמעט כל המשפחות משתמשות בשירותי הגוף הזה, ללא קשר למעמד חברתי-כלכלי, והוא מספק גישה אוניברסלית למעקב התפתחותי שיכול לזהות ילדים בסיכון, לפני שהבדלים במשאבי המשפחה יוצרים חסמים לזיהוי ולהתערבות.

התערבויות ממוקדות לאוכלוסיות מוחלשות

למרות היתרונות הרבים של סיקור אוניברסלי, סיקור כזה לבדו אינו יכול לטפל בחסמים המורכבים העומדים בפני משפחות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, שכן זיהוי ילדים בסיכון לאוטיזם אינו מבטיח שיקבלו אבחנה רשמית או גישה לשירותי תמיכה. הממצאים מראים כי אי-השוויון בתזמון האבחנה נשמר בלא קשר למצב ההתפתחותי בפועל, ומכאן שמחסומים מערכתיים ולא גורמים קליניים הם שמניעים אותו. התערבויות ממוקדות צריכות לכלול ליווי פרואקטיבי למשפחות מקהילות מוחלשות, על ידי רכזים ייעודיים שינחו את המשפחות לאורך התהליך – מהסיקור הראשוני ועד גישה לשירותים. תוכניות הסברה בקהילה יכולות לספק שירותי סיקור ותמיכה בשכונות שבהן יש שיעור גבוה של אוכלוסייה חרדית או משפחות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך. התערבויות מדיניות נוספות צריכות לכלול הכשרה ברגישות תרבותית לנותני שירותים, חומרי חינוך מותאמים לקהילה, ותוכניות גישור שמפחיתות חסמים בתוך מסגרות קהילתיות קיימות.

סיכום

שיעורי האבחון של אוטיזם מוסיפים לעלות וכוללים כעת 2% מכלל התלמידים בישראל, ועימם חל גידול בהיקף ההשמות בחינוך המיוחד. התערבות מוקדמת עשויה להביא לתוצאות הטובות ביותר כאשר היא מתחילה לפני גיל שלוש, ולכן עיכובים באבחון מזיקים לילד וגם אינם יעילים מבחינה כלכלית.

מחקר זה חושף הבדלים משמעותיים בתזמון אבחנות אוטיזם בישראל. שיעור גבוה של אוכלוסייה חרדית בשכונת המגורים משפיע על הפערים יותר מאשר מעמד חברתי-כלכלי. ילדים משכונות שבהן שיעור האוכלוסייה החרדית גבוה מקבלים זכאות לקצבאות אוטיזם שנתיים מאוחר יותר, בממוצע, בהשוואה לבני גילם מקבוצות אחרות; עיכוב זה מתרחש בתוך חלון זמנים קריטי שמאפשר התערבות מוקדמת, שבו הטיפול הוא האפקטיבי ביותר. הממצאים גם מחזקים תצפיות קודמות: תמיכה בילדים אוטיסטים ניתנת בעיקר לילדים יהודים משכונות לא-חרדיות וממשפחות ממעמד חברתי-כלכלי בינוני עד גבוה. נוצר כאן אפקט מתיו קלאסי, שבו משאבי התמיכה הנרחבים בישראל מגיעים דווקא למי שמלכתחילה מצבם טוב יותר.

אפשר לצמצם את אי-השוויון באמצעות מינוף החוזקות הקיימות של ישראל והתגברות על חסמים נקודתיים. סיקור אוניברסלי לאוטיזם דרך תחנות טיפת חלב יכול לאפשר זיהוי מוקדם יותר של ילדים בסיכון, בלי שתידרש לכך תשתית חדשה, על בסיס מדדים התפתחותיים שכבר נבדקים באופן שגרתי. עבור קהילות חרדיות ואוכלוסיות מוחלשות אחרות, תוכניות הסברה ממוקדות ותמיכה רגישה תרבותית יכולות לגשר על הפער בין זיהוי ובין קבלת שירותים.

לישראל יש את התשתית והמומחיות הנדרשות כדי להבטיח גישה שווה לזיהוי אוטיזם ולקבלת תמיכה בזמן, ללא קשר לרקע משפחתי וקהילתי. נדרשים שינויים מערכתיים כדי להבטיח שהתערבות מוקדמת תגיע למי שזקוק לה ביותר, ולא רק למשפחות שמצליחות לנווט בקלות רבה יותר במערכות בירוקרטיות מורכבות.

מקורות

הלמ"ס (2024). **נתונים על אנשים על הרצף האוטיסטי מתוך מרשם אנשים עם מוגבלות לרגל יום המודעות העולמי לאוטיזם 2025 – נתוני 2023**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

סילברמן, ש', ובלס, נ' (2025). **משבר החינוך המיוחד בגני הילדים: מספרים, מגמות ופערים**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

פוינטס. (2019, דצמבר). **מדד פוינטס**. Points Location Intelligence.

עקיבא, פ', עמית, ג', גירשוביץ, א', נבון, י', צדקה, י', שביט, י', וסילברמן, ש' (2024). **התרחבות אי-השוויון החברתי-כלכלי בהשגת אבני דרך בהתפתחות השפתית בגיל הרך בישראל, 2022-2016**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).

Amit, G., Bilu, Y., Sudry, T., Avgil Tsadok, M., Zimmerman, D. R., Baruch, R., Kasir, N., Akiva, P., & Sadaka, Y. (2024). **Early prediction of autistic spectrum disorder using developmental surveillance data**. *JAMA Network Open*, 7(1), Article e2351052.

Bilu, Y., Amit, G., Sudry, T., Akiva, P., Avgil Tsadok, M., Zimmerman, D. R., Baruch, R., & Sadaka, Y. (2023). **A developmental surveillance score for quantitative monitoring of early childhood milestone attainment: Algorithm development and validation**. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9, Article e47315.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). **What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies**. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27.

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). **Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model**. *Pediatrics*, 125(1), e17–e23.

Dinstein, I., Solomon, S., Zats, M., Shusel, R., Lottner, R., Ben Gershon, B., Meiri, G., Menashe, I., & Shmueli, D. (2024). **Large increase in ASD prevalence in Israel between 2017 and 2021**. *Autism Research*, 17(2), 410–418.

Emberti Gialloreti, L., Mazzone, L., Benvenuto, A., Fasano, A., Garcia Alcon, A., Kraneveld, A., Moavero, R., Raz, R., Riccio, M. P., Siracusano, M., Zachor, D. A., Marini, M., & Curatolo, P. (2019). **Risk and protective environmental factors associated with autism spectrum disorder: Evidence-based principles and recommendations**. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), Article 217.

Guthrie, W., Wallis, K., Bennett, A., Brooks, E., Dudley, J., Gerdes, M., Pandey, J., Levy, S. E., Schultz, R. T., & Miller, J. S. (2019). **Accuracy of autism screening in a large pediatric network**. *Pediatrics*, 144(4), Article e20183963.

- Hyman, S. L., Levy, S. E., Myers, S. M., & Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2020). [Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder](#). *Pediatrics*, 145(1), Article e20193447.
- Koller, J., Shalev, R., Schallamach, C., Gumpel, T. P., & Begin, M. (2021). [The role of demographics in the age of autism diagnosis in Jerusalem](#). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(3), 769–777.
- Kulage, K. M., Smaldone, A. M., & Cohn, E. G. (2014). [How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis](#). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1918–1932.
- Maenner, M. J., Rice, C. E., Arneson, C. L., Cunniff, C., Schieve, L. A., Carpenter, L. A., Van Naarden Braun, K., Kirby, R. S., Bakian, A. V., & Durkin, M. S. (2014). [Potential impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates](#). *JAMA Psychiatry*, 71(3), 292–300.
- Maenner, M. J., Warren, Z., Robinson Williams, A., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., ..., Shaw, K. A. (2023). [Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020](#). *MMWR Surveillance Summaries*, 72(2), 1–14.
- Nitzan, T., Koller, J., Ilan, M., Faroy, M., Michaelovski, A., Menashe, I., Meiri, G., & Dinstein, I. (2023). [The importance of language delays as an early indicator of subsequent ASD Diagnosis in public healthcare settings](#). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(12), 4535–4544.
- Pavolini, E., & Van Lancker, W. (2019). The Matthew effect in childcare use: A matter of policies or preferences? In M. R. Busemeyer, C. de la Porte, J. L. Garrizmann, & E. Pavolini (Eds.), *The future of the social investment state: Politics, policies, and outcomes* (pp. 78–93). Routledge.
- Roman-Urrestarazu, A., van Kessel, R., Allison, C., Matthews, F. E., Brayne, C., & Baron-Cohen, S. (2021). [Association of race/ethnicity and social disadvantage with autism prevalence in 7 million school children in England](#). *JAMA Pediatrics*, 175(6), Article e210054.
- Russell, G., Stapley, S., Newlove-Delgado, T., Salmon, A., White, R., Warren, F., Pearson, A., & Ford, T. (2022). [Time trends in autism diagnosis over 20 years: A UK population-based cohort study](#). *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(6), 674–682.
- Segev, A., Weisskopf, M. G., Levine, H., Pinto, O., & Raz, R. (2019). [Incidence time trends and socioeconomic factors in the observed incidence of autism spectrum disorder in Israel: A nationwide nested case-control study](#). *Autism Research*, 12(2), 1870–1879.

- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., Valencia-Prado, M., Durkin, M. S., Howerton, E. M., Ladd-Acosta, C. M., Pas, E. T., Bakian, A. V., Bartholomew, P., Nieves-Muñoz, N., Sidwell, K., Alford, A., Bilder, D. A., DiRienzo, M., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hudson, A. E., Pokoski, O. M., ... Maenner, M. J. (2025). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years — Autism and developmental disabilities monitoring network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveillance Summaries*, 74(2), 1–22.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). [Global prevalence of autism: A systematic review update](#). *Autism Research*, 15(5), 778–790.
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Smith Roley, S., Wagner, S., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Newschaffer, C., Robins, D., Wetherby, A., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., ... Natowicz, M. R. (2015). [Early intervention for children with Autism Spectrum Disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research](#). *Pediatrics*, 136 (Suppl 1), S60–S81.

נספח

לוח נ'1. מאפייני האוכלוסייה לפי אבחון אוטיזם

גיל האבחון (שנים)		אוטיזם, N (%)	ללא אוטיזם, N (%)	
חציון (IQR)	ממוצע ± סטיית תקן			
2.6 (1.8, 4)	3 ± 1.7	16,993 (1.6)	1,040,452 (98.4)	סך הכול
				מין
2.7 (1.8, 4.3)	3.2 ± 1.8	4,096 (24.0)	509,287 (49.9)	נקבה
2.5 (1.8, 3.9)	3 ± 1.6	12,907 (76.0)	531,165 (51.1)	זכר
				קבוצת אוכלוסייה
2.6 (1.7, 4)	3 ± 1.7	12,446 (73.2)	688,964 (66.2)	יהודים
2.5 (1.9, 3.4)	2.8 ± 1.4	1,495 (8.8)	204,205 (19.6)	ערבים מוסלמים
2.6 (2, 3.4)	2.8 ± 1.2	115 (0.7)	13,664 (1.3)	ערבים נוצרים
2.7 (1.9, 3.4)	3 ± 1.5	80 (0.5)	15,350 (1.5)	דרוזים
2.2 (1.5, 2.7)	2.2 ± 0.7	61 (0.4)	21,741 (2.1)	בדואים מוסלמים
2.2 (1.7, 3.1)	2.6 ± 1.4	863 (5.1)	18,771 (1.8)	אחר
3 (2, 4.7)	3.4 ± 1.7	1,933 (11.4)	77,757 (7.5)	חסר
				ארץ לידה של האם
2.7 (1.8, 4.3)	3.2 ± 1.7	11,402 (67.1)	810,430 (77.9)	ישראל
2.2 (1.6, 3.1)	2.5 ± 1.3	2,114 (12.4)	56,259 (5.4)	ברית המועצות לשעבר
2.3 (1.9, 3)	2.6 ± 1.1	564 (3.3)	14,960 (1.4)	אתיופיה
2.7 (1.8, 4.4)	3.2 ± 1.7	556 (3.3)	39,319 (3.8)	אחר
2.6 (1.8, 3.8)	3 ± 1.6	2,357 (13.9)	119,484 (11.5)	חסר
				השכלת האם
2.6 (1.9, 3.7)	3.1 ± 1.7	270 (1.6)	19,477 (1.9)	יסודית
2.5 (1.7, 3.8)	3 ± 1.7	4,907 (28.9)	260,381 (25.0)	תיכונית
2.9 (1.9, 4.6)	3.3 ± 1.8	1,451 (8.5)	108,776 (10.5)	על-תיכונית
2.5 (1.7, 3.7)	2.9 ± 1.5	4,229 (24.9)	298,623 (28.7)	אקדמית
2.7 (1.8, 4.3)	3.1 ± 1.7	6,136 (36.1)	353,195 (33.9)	חסר
				מצב משפחתי של האם
2.6 (1.8, 4.2)	3.1 ± 1.7	12,722 (74.9)	863,649 (83.0)	נשואה
2.2 (1.6, 3.2)	2.7 ± 1.4	448 (2.6)	10,027 (1.0)	גרשה
2.2 (1.6, 3)	2.5 ± 1.3	1,239 (7.3)	32,660 (3.1)	רווקה
2.2 (2.1, 3)	2.7 ± 1.2	13 (0.1)	505 (0.0)	אלמנה
2.4 (1.8, 3.5)	2.8 ± 1.5	307 (1.8)	10,859 (1.0)	אחר
2.6 (1.8, 3.9)	3 ± 1.6	2,264 (13.3)	122,752 (11.8)	חסר

לוח נ'1 (המשך). מאפייני האוכלוסייה לפי אבחון אוטיזם

גיל האבחון (שנים)		אוטיזם, N (%)	ללא אוטיזם, N (%)	
חציון (IQR)	ממוצע ± סטיית תקן			
מצב תעסוקתי של האם				
2.5 (1.7, 3.8)	3 ± 1.6	7,423 (43.7)	463,559 (44.6)	מועסקת
2.6 (1.8, 4.2)	3.1 ± 1.7	2,977 (17.5)	197,509 (19.0)	לא מועסקת
2.4 (1.8, 3.9)	3 ± 1.6	395 (2.3)	41,909 (4.0)	סטודנטית
2.7 (1.8, 4.1)	3.1 ± 1.7	6,198 (36.5)	337,475 (32.4)	חסר
גיל האם בלידה				
3.6 (1.8, 5.9)	3.8 ± 2	46 (0.3)	2,805 (0.3)	20 ומטה
2.6 (1.8, 4.1)	3.1 ± 1.7	13,130 (77.3)	855,975 (82.3)	40-21
2.4 (1.7, 3.5)	2.8 ± 1.4	2,454 (14.4)	113,973 (11.0)	מעל 40
2.6 (1.8, 4)	3.1 ± 1.6	1,363 (8.0)	67,699 (6.5)	חסר
סוג לידה				
2.6 (1.8, 4.1)	3.1 ± 1.6	10,483 (61.7)	745,530 (71.7)	טבעית
2.2 (1.6, 3.2)	2.6 ± 1.4	4,277 (25.2)	180,333 (17.3)	ניתוח קיסרי
2.5 (1.7, 3.6)	2.8 ± 1.4	1,012 (6.0)	53,311 (5.1)	לידה מסייעת
3.8 (2.2, 6.1)	4.1 ± 2.2	1,221 (7.2)	61,278 (5.9)	חסר
גיל ההיריון בלידה				
2.6 (1.8, 4)	3.1 ± 1.7	14,664 (86.3)	945,701 (90.9)	37 שבועות ומעלה
2.3 (1.6, 3.5)	2.8 ± 1.6	1,637 (9.6)	65,197 (6.3)	37-32 שבועות
2.1 (1.6, 3.5)	2.6 ± 1.4	204 (1.2)	5,700 (0.5)	32-28 שבועות
2.4 (1.8, 3.6)	2.7 ± 1.4	86 (0.5)	1,658 (0.2)	פחות מ-28 שבועות
3.2 (2.1, 5)	3.6 ± 1.9	402 (2.4)	22,196 (2.1)	חסר
משקל לידה				
2.6 (1.8, 4)	3 ± 1.7	13,850 (81.5)	894,363 (86.0)	4-2.5 ק"ג
2.3 (1.6, 3.6)	2.8 ± 1.5	1,869 (11.0)	73,724 (7.1)	פחות מ-2.5 ק"ג
2.8 (1.9, 4.2)	3.2 ± 1.7	878 (5.2)	50,690 (4.9)	מעל 4 ק"ג
3.1 (2.1, 4.8)	3.5 ± 1.8	396 (2.3)	21,675 (2.1)	חסר
אפגו דקה 1				
2.6 (1.8, 4)	3 ± 1.6	15,243 (89.7)	959,307 (92.2)	8 ומעלה
2.5 (1.7, 3.8)	2.9 ± 1.6	1,020 (6.0)	40,037 (3.8)	פחות מ-8
2.8 (2, 4.6)	3.3 ± 1.8	730 (4.3)	41,108 (4.0)	חסר
אפגו דקה 5				
2.6 (1.8, 4)	3 ± 1.6	15,930 (93.7)	983,719 (94.5)	8 ומעלה
2.6 (1.7, 4.3)	3.1 ± 1.8	247 (1.5)	8,874 (0.9)	פחות מ-8
2.8 (1.9, 4.5)	3.3 ± 1.8	816 (4.8)	47,859 (4.6)	חסר

לוח נ'1 (המשך). מאפייני האוכלוסייה לפי אבחון אוטיזם

גיל האבחון (שנים)		אוטיזם, N (%)	ללא אוטיזם, N (%)	
חציון (IQR)	ממוצע ± סטיית תקן			
אשכול חברתי-כלכלי				
3.8 (2.3, 5.7)	4 ± 1.9	1,008 (5.9)	135,772 (13.0)	2-1
3 (2, 4.7)	3.4 ± 1.8	5,550 (32.7)	399,293 (38.4)	4-3
2.3 (1.7, 3.3)	2.7 ± 1.5	5,897 (34.7)	278,096 (26.7)	6-5
2.3 (1.6, 3.4)	2.7 ± 1.4	3,669 (21.6)	172,876 (16.6)	8-7
2.6 (1.9, 3.8)	3 ± 1.5	869 (5.1)	54,415 (5.2)	10-9
שיעור האוכלוסייה החרדית				
2.3 (1.7, 3.3)	2.7 ± 1.4	10,591 (62.3)	635,804 (61.1)	אין
2.3 (1.7, 3.2)	2.7 ± 1.4	2,373 (14.0)	110,967 (10.7)	נמוך
3.1 (2, 5)	3.5 ± 1.8	1,316 (7.7)	64,613 (6.2)	בינוני
2.9 (1.9, 4.2)	3.2 ± 1.7	669 (3.9)	62,865 (6.0)	גבוה
4.8 (3.4, 6.1)	4.7 ± 1.7	2,044 (12.0)	166,203 (16.0)	גבוה מאוד

מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; משרד הבריאות

לוח נ'2. מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם בכלל האוכלוסייה

מודל 2 (עם משתני התפתחות)		מודל 1 (ללא משתני התפתחות)		
סטיית תקן	אומדן	סטיית תקן	אומדן	
31.762	1311.652***	32.434	1100.791***	חותך
9.222	-4.334	9.514	-21.767*	מין (קטגוריית הבסיס: נקבה) זכר
קבוצת אוכלוסייה (קטגוריית הבסיס: יהודים)				
21.689	31.495	22.607	12.868	ערבים מוסלמים
50.521	17.663	52.435	4.263	ערבים נוצרים
63.564	85.469	66.226	80.534	דרוזים
71.141	-140.671*	73.81	-200.216**	בדואים מוסלמים
19.221	36.329+	19.871	19.173	אחר
13.096	155.030***	13.544	169.634***	חסר
ארץ לידה של האם (קטגוריית הבסיס: ישראל)				
13.293	-59.998***	13.706	-89.297***	ברית המועצות לשעבר
23.228	-35.886	24.045	-72.173**	אתיופיה
22.344	-19.59	23.102	-30.961	אחר
20.677	-35.880+	21.417	-52.868*	חסר

לוח נ'2 (המשך). מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם בכלל האוכלוסייה

מודל 2 (עם משתני התפתחות)		מודל 1 (ללא משתני התפתחות)		
אומדן	סטיית תקן	אומדן	סטיית תקן	
השכלת האם (קטגוריית הבסיס: אקדמית)				
32.802	43.186	33.961	-7.959	יסודית
11.433	2.493	11.808	-28.423*	תיכונית
16.053	-12.408	16.621	-27.328	על-תיכונית
12.579	-11.917	13.017	-31.883*	חסר
מצב משפחתי של האם (קטגוריית הבסיס: נשואה)				
24.822	-7.088	25.726	-15.562	גרושה
15.569	-76.563***	16.137	-83.705***	רווקה
140.807	-5.578	145.886	-84.054	אלמנה
29.579	24.313	30.659	34.579	אחר
22.059	-78.483***	22.855	-70.978**	חסר
מצב תעסוקתי של האם (קטגוריית הבסיס: מועסקת)				
11.968	27.250*	12.383	15.998	לא מועסקת
26.565	-34.379	27.467	-37.606	סטודנטית
10.899	43.768***	11.289	45.886***	חסר
גיל האם בלידה (קטגוריית הבסיס: 21-40)				
75.191	162.745*	77.919	164.409*	20 ומטה
11.625	-7.143	12.039	-21.007+	מעל 40
24.062	60.774*	24.803	133.237***	חסר
סוג לידה (קטגוריית הבסיס: טבעית)				
9.853	-49.017***	10.197	-59.141***	ניתוח קיסרי
16.895	-19.234	17.497	-28.784+	לידה מסייעת
18.225	410.305***	18.871	410.086***	חסר
גיל ההיריון בלידה (קטגוריית הבסיס: 37 שבועות ומעלה)				
16.413	5.981	16.935	-30.730+	37-32
40.181	-7.087	41.452	-75.486+	32-28
58.6	98.581+	60.512	6.209	פחות מ-28
50.698	-63.793	52.176	-40.784	חסר
משקל לידה (קטגוריית הבסיס: 2.5-4 ק"ג)				
16.556	3.536	17.104	-18.521	פחות מ-2.5 ק"ג
17.776	-3.121	18.403	2.105	מעל 4 ק"ג
53.457	-182.473***	54.901	-178.340**	חסר
אפגו דקה 1 (קטגוריית הבסיס: 8 ומעלה)				
18.751	27.755	19.423	25.637	פחות מ-8
53.336	4.027	55.205	4.861	חסר

לוח נ'2 (המשך). מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם בכלל האוכלוסייה

מודל 2 (עם משתני התפתחות) סטיית תקן אומדן		מודל 1 (ללא משתני התפתחות) סטיית תקן אומדן		
אפגור דקה 5 (קטגוריית הבסיס: 8 ומעלה)				
36.002	-34.919	37.251	-34.914	פחות מ-8
48.245	-37.76	50.002	-48.988	חסר
אשכול חברתי-כלכלי (קטגוריית הבסיס: אשכול 1-2)				
26.524	-26.34	27.778	-46.183	4-3
28.704	-85.382**	30.041	-94.161**	6-5
30.481	-99.789**	31.903	-87.364**	8-7
35.773	-66.859+	37.377	-4.012	10-9
שיעור האוכלוסייה החדרית (קטגוריית הבסיס: אין)				
16.45	-19.9	17.256	-10.596	נמוך
23.685	87.906***	24.878	111.920***	בינוני
30.618	140.931***	32.182	181.741***	גבוה
22.188	502.079***	23.039	603.086***	גבוה מאוד
ציון התפתחותי				
4.236	-76.149***			התפתחות שפתית
3.775	-46.574***			התפתחות חברתית
3.416	6.183+			מוטוריקה גסה
3.553	-8.222*			מוטוריקה עדינה
	104.542		112.201	SD (Intercept agas)
	500.897		518.875	SD (Observations)
	16,951		16,993	מספר תצפיות
	0.248		0.191	R ² Marg.
	0.28		0.227	R ² Cond.
	259016.4		260895.1	AIC
	259442		261289.9	BIC
	0		0	ICC
	494.35		511.9	RMSE

רמת מובהקות: *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; משרד הבריאות

לוח נ'3. מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם, לפי קבוצת אוכלוסייה

לא יהודים		יהודים לא-חרדים		חרדים		
סטטיית תקן	אומדן	סטטיית תקן	אומדן	סטטיית תקן	אומדן	
47.088	1148.824***	150.216	909.851***	63.662	1793.339***	חותך
מין (קטגוריית הבסיס: נקבה)						
19.374	-12.354	12.755	-1.163	21.482	-77.691***	זכר
ארץ לידה של האם (קטגוריית הבסיס: ישראל)						
25.28	-174.154***	16.312	-51.268**	48.241	-187.236***	ברית המועצות לשעבר
66.728	-104.532	26.619	-7.146	75.353	-366.342***	אתיופיה
50.225	-56.685	31.339	27.08	48.363	-103.897*	אחר
36.231	5.764	28.943	-108.714***	68.253	-27.321	חסר
השכלת האם (קטגוריית הבסיס: אקדמית)						
51.83	92.738+	51.878	-73.4	101.257	-41.12	יסודית
24.006	-17.128	14.92	-49.941***	32.448	29.605	תיכונית
36.804	0.945	23.148	-54.343*	36.418	30.376	על-תיכונית
26.688	8.437	16.836	-55.023**	33.447	23.666	חסר
מצב משפחתי של האם (קטגוריית הבסיס: נשואה)						
55.938	-30.112	30.417	24.833	83.512	-210.433*	גרושה
37.191	-10.877	18.591	-74.442***	56.181	-216.735***	רווקה
382.337	55.566	178.496	-5.307	328.963	-386.897	אלמנה
66.551	-29.65	34.669	57.090+	145.035	-29.631	אחר
37.076	-13.612	32.585	-64.809*	71.563	-200.488**	חסר
מצב תעסוקתי של האם (קטגוריית הבסיס: מועסקת)						
23.53	-29.959	17.969	-5.519	26.887	69.288*	לא מועסקת
51.463	-130.211*	38.862	-0.591	61.66	11.03	סטודנטית
24.308	39.083	14.57	68.980***	26.74	18.686	חסר
גיל האם בלידה (קטגוריית הבסיס: 21-40)						
149.202	205.896	130.961	-39.811	136.049	314.960*	20 ומטה
24.652	-24.051	14.831	-0.696	35.163	-109.939**	מעל 40
42.296	-42.093	35.002	210.291***	80.322	178.174*	חסר
סוג לידה (קטגוריית הבסיס: טבעית)						
19.751	-31.822	12.819	-58.238***	30.416	-137.961***	ניתוח קיסרי
36.231	28.99	21.798	-49.176*	47.665	-60.776	לידה מסייעת
41.79	456.807***	25.744	349.546***	38.284	501.381***	חסר
גיל ההיריון בלידה (קטגוריית הבסיס: 37 שבועות ומעלה)						
34.412	-51.296	21.207	-19.645	46.968	-47.865	37-32
82.127	-68.472	52.298	-28.697	115.667	-186.965	32-28
121.8	33.42	74.607	6.312	181.613	-61.924	פחות מ-28
98.82	16.716	68.043	-29.385	145.39	-187.64	חסר

לוח נ'3 (המשך). מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם, לפי קבוצת אוכלוסייה

לא יהודים		יהודים לא-חרדים		חרדים		
אומדן	סטיית תקן	אומדן	סטיית תקן	אומדן	סטיית תקן	
משקל לידה (קטגוריית הבסיס: 2.5-4 ק"ג)						
34.765	-16.71	21.601	-20.954	45.913	8.832	פחות מ-2.5 ק"ג
34.547	1.564	25.718	7.955	42.335	-1.866	מעל 4 ק"ג
99.87	-276.552**	72.88	-113.405	153.713	-128.736	חסר
אפגור דקה 1 (קטגוריית הבסיס: 8 ומעלה)						
38.978	24.875	24.429	26.099	53.821	65.597	פחות מ-8
98.511	61.459	80.779	8.46	123.788	-82.042	חסר
אפגור דקה 5 (קטגוריית הבסיס: 8 ומעלה)						
74.657	25.691	50.023	-74.496	86.594	-43.163	פחות מ-8
88.177	-49.791	73.201	-62.141	113.676	10.496	חסר
אשכול חברתי-כלכלי (קטגוריית הבסיס: אשכול 1-2)						
44.589	67.441	150.285	88.451	60.605	-271.587***	4-3
45.053	-20.314	149.781	77.47	66.626	-545.176***	6-5
49.548	-52.949	149.926	82.287	147.086	-534.176***	8-7
60.39	58.212	151.295	156.704			10-9
	206.304		76.036		212.995	SD (Intercept agas)
	518.532		499.267		559.813	SD (Observations)
	4,547		8,968		3,478	מספר תצפיות
	0.061		0.048		0.179	R ² Marg.
	0.189		0.07		0.283	R ² Cond.
	69881.8		136774.6		53764.5	AIC
	70145.1		137065.8		54010.6	BIC
	0.1		0		0.1	ICC
	497.37		494		546.62	RMSE

רמת מובהקות: *p < 0.05 ; **p < 0.01 ; ***p < 0.001

מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות

לוח נ'4. מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם באוכלוסייה הלא-חרדית (יהודים ולא יהודים)

מודל 2 (עם משתני התפתחות)		מודל 1 (ללא משתני התפתחות)		
סטיות תקן	אומדן	סטיות תקן	אומדן	
36.208	1171.887***	36.576	952.923***	חותך
				מין (קטגוריית הבסיס: נקבה)
10.382	18.654+	10.766	0.212	זכר
				ארץ לידה של האם (קטגוריית הבסיס: ישראל)
13.687	-34.755*	14.162	-64.592***	ברית המועצות לשעבר
24.062	19.344	24.981	-11.388	אתיופיה
25.824	16.271	26.875	12.297	אחר
22.143	-38.377+	23.031	-58.108*	חסר
				השכלת האם (קטגוריית הבסיס: אקדמית)
35.527	51.592	36.924	2.25	יסודית
12.239	-2.677	12.677	-37.731**	תיכונית
19.054	-24.704	19.812	-48.030*	על-תיכונית
13.775	-28.473*	14.303	-51.852***	חסר
				מצב משפחתי של האם (קטגוריית הבסיס: נשואה)
25.815	11.113	26.867	11.669	גרושה
15.992	-58.192***	16.641	-65.247***	רווקה
154.95	116.236	161.242	36.034	אלמנה
29.507	30.831	30.707	43.686	אחר
23.969	-76.416**	24.938	-67.860**	חסר
				מצב תעסוקתי של האם (קטגוריית הבסיס: מועסקת)
13.651	12.629	14.19	-1.25	לא מועסקת
29.839	-38.929	31.006	-41.456	סטודנטית
12.082	59.869***	12.569	61.303***	חסר
				גיל האם בלידה (קטגוריית הבסיס: 21-40)
96.47	7.849	100.411	34.728	20 ומטה
12.261	5.91	12.751	-4.472	מעל 40
25.826	81.076**	26.687	160.163***	חסר
				סוג לידה (קטגוריית הבסיס: טבעית)
10.377	-43.624***	10.79	-48.544***	ניתוח קיסרי
18.024	-19.828	18.745	-25.901	לידה מסייעת
21.502	359.251***	22.376	361.330***	חסר
				גיל ההיריון בלידה (קטגוריית הבסיס: 37 שבועות ומעלה)
17.518	8.271	18.155	-24.8	37-32
42.862	3.989	44.406	-50.072	32-28
61.597	97.242	63.854	17.521	פחות מ-28
54.608	-34.908	56.583	-9.474	חסר

לוח נ'4 (המשך). מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם באוכלוסייה הלא-חרדית (יהודים ולא יהודים)

מודל 2 (עם משתני התפתחות)		מודל 1 (ללא משתני התפתחות)		
סטטיית תקן	אומדן	סטטיית תקן	אומדן	
משקל לידה (קטגוריית הבסיס: 2.5-4 ק"ג)				
17.815	0.955	18.473	-20.104	פחות מ-2.5 ק"ג
20.046	6.658	20.854	8.861	מעל 4 ק"ג
57.818	-165.282**	59.799	-170.576**	חסר
אפגר דקה 1 (קטגוריית הבסיס: 8 ומעלה)				
19.955	21.999	20.758	25.452	פחות מ-8
61.454	39.741	63.866	23.761	חסר
אפגר דקה 5 (קטגוריית הבסיס: 8 ומעלה)				
40.622	-38.034	42.189	-43.564	פחות מ-8
55.344	-65.053	57.603	-62.747	חסר
אשכול חברתי-כלכלי (קטגוריית הבסיס: אשכול 1-2)				
31.608	47.7	32.708	43.751	4-3
33.181	20.929	34.352	28.981	6-5
34.018	4.16	35.212	29.987	8-7
37.993	34.07	39.278	107.065**	10-9
קבוצת אוכלוסייה (קטגוריית הבסיס: יהודים)				
20.536	102.288***	21.268	88.640***	ערבים מוסלמים
49.44	92.391+	51.397	80.71	ערבים נוצרים
59.65	115.778+	61.933	111.244+	דרוזים
68.827	-50.809	71.529	-104.702	בדואים מוסלמים
19.419	47.524*	20.15	27.61	אחר
14.371	154.605***	14.933	169.688***	חסר
ציון התפתחותי				
4.789	-78.689***			התפתחות שפתית
4.208	-47.643***			התפתחות חברתית
3.751	15.993***			מוטוריקה גסה
3.901	-8.566*			מוטוריקה עדינה

לוח נ'4 (המשך). מודלי רגרסיה לגיל הזכאות לקצבה בגין אוטיזם באוכלוסייה הלא-חרדית (יהודים ולא יהודים)

מודל 2 (עם משתני התפתחות)		מודל 1 (לא משתני התפתחות)		
אומדן	סטיית תקן	אומדן	סטיית תקן	
72.86		74.264		SD (Intercept agas)
484.99		504.957		SD (Observations)
12,944		12,964		מספר תצפיות
0.128		0.053		R ² Marg.
0.147		0.073		R ² Cond.
196736.9		198089.6		AIC
197117.8		198440.7		BIC
0		0		ICC
480.32		500.3		RMSE

רמת מובהקות: $p < 0.001$; $p < 0.01$; $p < 0.05$.*

מקור: שרית סילברמן, גיא עמית ויאיר צדקה, מרכז טאוב ומכון המחקר KI | נתונים: המוסד לביטוח לאומי; משרד הבריאות