



מערכת הבריאות בישראל, 2024: בין חוסן לאתגרים מתמשכים

נדב דוידוביץ' ונתן לב

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיחה 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' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז מקבל גם תמיכה שנתית נדיבה מתורמים פרטיים, מקרנות ומפדרציות יהודיות.

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. הצוות המקצועי של המרכז ועמיתי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים וחוקרות בולטים בתחומם באקדמיה ומומחים ומומחיות מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים מבוססי נתונים בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים שעל סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך וחלופות מדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

הפרסומים של מרכז טאוב הם על דעתם ועל אחריותם של מחבריהם בלבד. אין בהם כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

אנא צטטו מחקר זה כך:

Davidovitch, N., & Lev, N. (2024). The Healthcare System in Israel, 2024: Between Resilience and Continued Challenges. Taub Center for Social Policy Studies in Israel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14568456>

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

מערכת הבריאות בישראל, 2024: בין חוסן לאתגרים מתמשכים

נדב דוידוביץ' ונתן לב

מבוא

מערכת הבריאות בישראל נמצאת שוב בחזית, תוך שהיא מתוחה עד הקצה אך מפגינה חוסן יוצא דופן. עברה יותר משנה מאז הטבח של 7 באוקטובר, וכל חלקי המערכת בקהילה ובבתי החולים מגויסים להתמודדות הן עם השפעות המלחמה והן עם אתגרי היום-יום.

בפרק זה, כמו בכל שנה, נעסוק במגמות בהוצאה הלאומית על בריאות ובהתמודדות עם שלל האתגרים העומדים בפני מערכת הבריאות, דוגמת משבר כוח האדם במקצועות הבריאות, המחסור בצידוד ובמכשור רפואי, נגישות לשירותי בריאות והתנהגות סיכון. כמו כן נדון באריכות במערך בריאות הנפש, אשר זוכה למקום של כבוד בתהליכי קבלת ההחלטות לאחר שנים רבות של הזנחה.

בשנה האחרונה, לצד העיסוק האינטנסיבי בנושאים הקשורים למלחמה, התקבלו החלטות כבדות משקל במגוון נושאים, דוגמת כפל ביטוחי, שינוי מודל התמרוץ למחלקות הפנימיות, רפורמה בתחום בריאות הנפש והסכם שכר עם ההסתדרות הרפואית בישראל. בסיכומים לציון מלאת שנה למלחמה, מערכת הבריאות מקבלת "ציונים" גבוהים, בוודאי בהשוואה למערכות אחרות. עם זאת, ברור לכול – כפי שהתחזור לאחר משבר הקורונה – שכדי להיטיב להתמודד עם האתגרים שלפנינו, שאף הקצינו בשנה האחרונה, נדרשת השקעת משאבים מתאימה במערכת הבריאות.

בימים אלו אנחנו עדים לסכסוך עמוק בין ההסתדרות הרפואית ומשרד הבריאות על רקע הרפורמה המוצעת בחוק ההסדרים. עיקרי הרפורמה נוגעים לשינויים בסמכויות המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית ולשינויים המוצעים באופן הניהול של מערך ההתמחויות על רקע המשבר המתמשך בכוח האדם במערכת הבריאות. המשך תפקודה התקין של מערכת הבריאות מחייב שכל שינוי יעשה מתוך שיתוף פעולה בין כל הגורמים

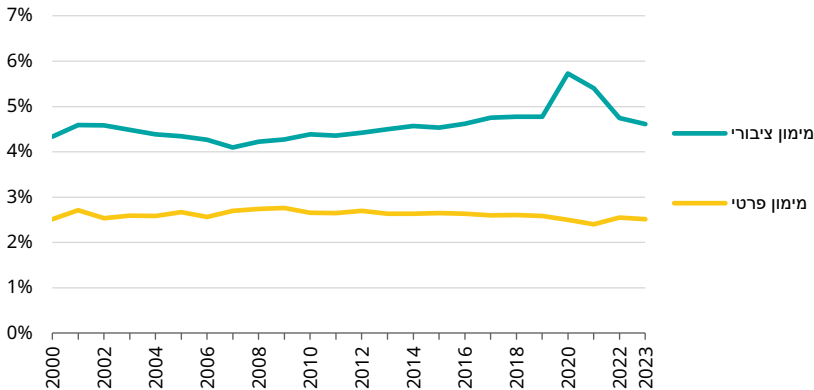
* פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב; נתן לב, חוקר אורח במרכז טאוב ודוקטורנט במסלול MD-PhD במחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

הרלוונטיים והסכמה רחבה ככל האפשר; בפרט, הפתרון למשבר כוח האדם חייב לכלול פעולות לצמצום פערי כוח האדם בין המרכז לפריפריה וחיזוק התמחויות השרויות במשבר.

ההוצאה על בריאות

בשנת 2023 עמדה ההוצאה הלאומית על בריאות במחירים שוטפים על 136.3 מיליארד ש"ח, סכום שהוא 7.2% מן התמ"ג. במחירים קבועים ירדה הוצאה זו ב-0.9% לעומת 2022, כאשר ההוצאה לנפש ירדה ב-3%. שיעור המימון הציבורי כאחוז מהתמ"ג המשיך במגמת הירידה שהחלה ב-2021 ועמד על 4.6% לעומת 4.7% ב-2022, ואילו שיעור המימון הפרטי נשאר יציב, 2.5% (תרשים 1). ב-2023 מומנו 34.8% מן ההוצאה הלאומית על בריאות על ידי הוצאות פרטיות, לעומת 33.9% ב-2022. ההוצאה הציבורית מורכבת ממימון מתקציב המדינה, אשר עמד על 40.6% מן ההוצאה הלאומית על בריאות לעומת 42.3% ב-2022, וממס הבריאות, אשר נשאר יציב ועמד על 23.2%. יתרת המימון, המגיע מתרומות מחו"ל, עמדה על כאחוז אחד, בדומה ל-2022. החלק מההוצאה הלאומית על בריאות שסיפקו מוסדות ממשלתיים עמד על 6%, ירידה מ-8.4% ב-2022, ואילו קופות החולים ויצרני שוק סיפקו 33.5% ו-56.1%, בהתאמה, עלייה לעומת 32.6% ו-54.6% ב-2022. חלקם של שירותי הבריאות שסיפקו מוסדות ללא כוונת רווח עמד על כ-4%, בדומה ל-2022 (הלמ"ס, 2023, 2024א).

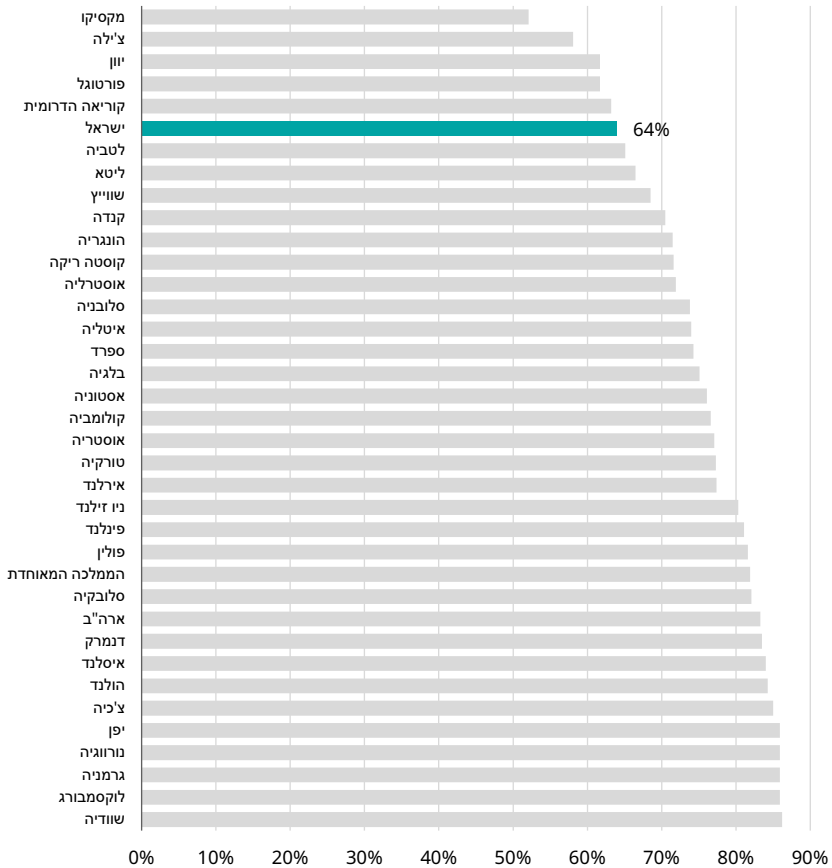
תרשים 1. המימון הציבורי והמימון הפרטי כאחוז מהתמ"ג



מקור: נדב דוידוביץ' ונתן לב, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

בהשוואה בין-לאומית, ההוצאה השוטפת לנפש במונחי שווי כוח קנייה בישראל הייתה נמוכה מרוב מדינות ה-OECD ב-2023 ועמדה על 3,803 דולר. חשוב לציין שהשוואה זו אינה מתוקנת לפי גיל, ושבחישוב מתוקנן לגיל מתקבלת הוצאה לאומית לנפש גבוהה יותר. כפי שניתן לראות בתרשים 2 להלן, ישראל נמצאת במקום נמוך יחסית לשאר מדינות ה-OECD בשיעור ההוצאה הציבורית על בריאות (כולל ממס בריאות) מתוך ההוצאה הלאומית השוטפת. רק מקסיקו, צ'ילה, יוון, פורטוגל וקוריאה הדרומית ממוקמות נמוך ממנה (הלמ"ס, 2024).

תרשים 2. ההוצאה הציבורית כאחוז מההוצאה הלאומית על בריאות, השוואה בין-לאומית, 2023



כוח אדם

בשנים האחרונות מערכת הבריאות בישראל מתמודדת עם משבר ההולך ומחמיר בנוגע לכוח האדם במקצועות הבריאות, משבר שבעקבותיו ננקטו כמה פעולות מבורכות להגברת כמות העוסקים במקצועות הרלוונטיים, כגון רפואה וסיעוד. במקצוע הסיעוד יש מגמת עלייה בבעלי הרשאה לעסוק במקצוע במגזר הציבורי עד גיל 67: מ-6 לאלף נפש ב-2015 ל-6.6 ב-2022, וזאת לאחר מגמת ירידה שהחלה בסוף שנות התשעים. מספר בעלי הרשאה לעסוק ברפואה עד גיל 67 נמצא אף הוא במגמת עלייה: מ-3.26 לאלף נפש ב-2017 ל-3.47 ב-2022 (משרד הבריאות, 2023).

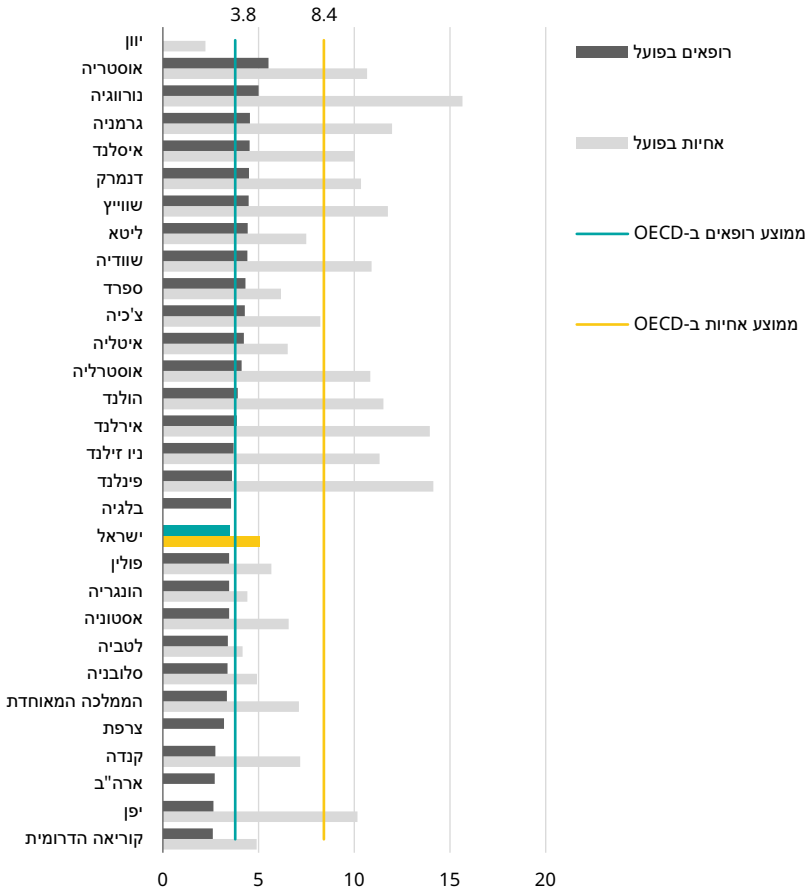
למרות עלייה זו, מספר הרופאים והרופאות והאחים והאחיות הפעילים לאלף נפש – העומד על 3.47 ו-5.04, בהתאמה (משרד הבריאות, 2023; OECD, 2024) – עדיין נמוך מממוצע ה-OECD, כפי שניתן לראות בתרשים 3 להלן. לפי תחזיות משרד הבריאות, המחסור ברופאים צפוי להחמיר עד כדי כך שב-2035 יעמוד מספר הרופאים והרופאות לאלף נפש על 3.02 למרות הגידול הצפוי במספר העוסקים בתחום (מבקר המדינה, 2024).¹ יש תחומים שבהם המחסור בכוח אדם חמור במיוחד, ובהם תחום בריאות הנפש. בין השנים 2020 ו-2022 עמד מספר הפסיכולוגים הממוצע על 1.4 בלבד לאלף נפש, וב-2022 היו רק 0.099 פסיכיאטרים עד גיל 67 לאלף נפש (משרד הבריאות, 2023). למחסור בכוח אדם יש השפעה ניכרת על מערכת הבריאות, השפעה שעלולה להגדיל את היקף ההוצאה הציבורית על בריאות בעקבות הפגיעה באיכות הטיפול, הגוררת יותר סיבוכים וטיפולים יקרים, וכן את הצורך בקצבאות נכות (מבקר המדינה, 2024).

בעקבות המחסור בכוח אדם, הצפוי להחריף בעשור הקרוב, הושם דגש מיוחד על הגדלת מספר הסטודנטים והסטודנטיות לרפואה הלומדים בישראל. למרות ההצלחה בהגדלת מספר הסטודנטים בארץ, עמד מספר בוגרי לימודי הרפואה בארץ ב-2022 על 7.24 לאלף נפש, רק חצי מן הממוצע ב-OECD (OECD, 2024). נוסף על כך, החלק היחסי של הרישיונות שהונפקו לבוגרי הארץ הולך וקטן, כאשר ב-2023 הוא עמד על 31%, לעומת 51% בשנת 2005 (מבקר המדינה, 2024; משרד הבריאות, 2023).

1 יש כמה גורמים המשפיעים על מחסור זה: גידול האוכלוסייה, הנובע הן משיעור פרייון גבוה והן מהתארכות תוחלת החיים; פרישת רופאים גמלאים, כאשר ב-2021 כ-25% מהרופאים היו מעל גיל פרישת חובה; והשפעת רפורמת יציב. ב-2022 ניתנו 34% מהרישיונות החדשים לעסוק ברפואה לבוגרי בתי ספר אשר נפסלו ברפורמה (בתי ספר הנמצאים ברומניה, מולדובה, אוקראינה, רוסיה, ארמניה, גאורגיה, סוריה, מרוקו, אזרבייג'ן, קובה, צ'ילה וגרנדה). חשוב לציין שרוב בוגרי האוניברסיטאות שהחל משנת 2025 ייפסלו על פי רפורמת יציב משתלבים בפריפריה: ב-2022 היוו בוגרים אלו 51% מכוח האדם הרפואי בנגב ו-63% מכוח האדם הרפואי בגליל, וכן שהרפורמה צפויה לפגוע בעיקר בשירותי הבריאות בפריפריה (מבקר המדינה, 2024).

לפי דוח מבקר המדינה בנושא ההכשרה הקלינית של רופאים שפורסם ביולי 2024, עדיין יש שורה של ליקויים במערך תכנון כוח האדם הרפואי בישראל. הראשי שבהם הוא מחסור במנגנון מקצועי לתכנון אסטרטגי של כוח אדם שיאפשר גיבוש תוכנית רב-שנתית בהתאם לצורכי האוכלוסייה. נוסף על כך חסרים נתונים לגבי כוח האדם הרפואי, ובייחוד לגבי רופאות ורופאים מומחים לפי תחום והערכות עתידיות לצורך ברופאים על פי התמחות ואזור גיאוגרפי. תחום נוסף אשר חסרים בו נתונים הוא הרופאים והרופאות השוהים בחו"ל, בין לצורך הכשרה זמנית ובין לעבודה קבועה, אשר להערכת משרד הבריאות ב-2022 עמד מספרם על 3,700, ואין בנמצא תוכנית סדורה להשבתם ארצה (מבקר המדינה, 2024א). נושא הרופאים הנמצאים בחו"ל חשוב במיוחד לנוכח השפעת המלחמה על הגירת כוח אדם רפואי והתגברות התופעה של "בריחת מוחות" מן הארץ. אמנם בתחילת המלחמה הייתה התגייסות חסרת גבולות של אנשי רפואה (גרינברג, 2023), אך ככל שעובר הזמן נשמעות תלונות בכינסים מקצועיים על תנועה הפוכה של הגירה, כגון עזיבה של עשרה מומחים בכירים בתחום הפסיכיאטריה, הנמצא כבר עכשיו במשבר כוח אדם חמור (דור, 2024א). בסקר שערכה באוקטובר 2024 ההסתדרות הרפואית בישראל בקרב 135 מנהלים בכירים במערכת הבריאות, 48% מהם דיווחו כי בשנה האחרונה עזבו בין רופא אחד לחמישה מן הרופאים הכפופים להם. על פי הסקר, 60% מן העוזבים עזבו בגלל המצב הפוליטי או בגלל המצב הביטחוני (דור, 2024ב). גם חזרתם של רופאים המתמחים בחו"ל הוא תחום בעייתי. סקר מתחילת 2024 שנערך בקרב יותר מ-300 מתמחים ישראלים בחו"ל הראה כי 69% לא הרגישו ביטחון גבוה בכך שיחזרו לארץ בתום ההתמחות (Seluk et al., 2024).

תרשים 3. רופאים ורופאות ואחים ואחיות פעילים לאלף נפש, 2021-2023, השוואה בין-לאומית



מקור: נדב דוידוביץ' ונתן לב, מרכז טאוב | נתונים: OECD

משרד הבריאות ממשיך בפעולות להגדלת מספר הסטודנטים והסטודנטיות לרפואה הלומדים בארץ. בשנה שעברה בוטלו תוכניות ההכשרה לסטודנטים זרים בארץ, כך שנפתחו עוד 130 תקנים לסטודנטים ישראלים, וכן הועברו תמריצים לאוניברסיטאות ולבתי חולים ששמו לעצמם למטרה להגדיל את מספר הסטודנטים. עם זאת, פעולות אחרות – כגון הרחבת השדות הקליניים בקהילה, שינוי ועדכון של שיטות הלמידה ותמרוץ תוכניות מצוינות בפריפריה – בוצעו רק חלקית. עוד פעולות, כגון שימוש בשדות קליניים אחר הצהריים וביטול השיוך הבלעדי של בתי חולים לפקולטות מסוימות, לא בוצעו כלל (מבקר המדינה, 2024א). צעד נוסף שננקט כדי להתמודד עם המחסור הצפוי הוא פיתוח מקצועות בריאות אשר יכולים לתמוך בעבודת הרופאים ולהוריד מעומס העבודה, כגון המקצוע עמית רופא. אף שהמקצוע אושר כבר ביולי 2023, תוכנית הלימודים עדיין לא גובשה סופית. ההכשרה מתקיימת כיום בקורסים מקצועיים של משרד הבריאות, אך בקרוב היא תועבר לתוכנית לתואר שני בבתי הספר לרפואה. מחד גיסא, מהלך זה מיועד להבטיח סף הכשרה גבוה יותר, אך מאידך גיסא הוא עלול לפגוע בעמית הרופא אשר החלו לעבוד בתחום לפני קביעת תנאי הסף החדשים לתוכנית.²

צעד חשוב נוסף שנעשה בתחום כוח האדם הרפואי הוא חתימה על הסכם שכר חדש לרופאים, לראשונה זה 13 שנה. עם הצעדים שנכללו בהסכם אפשר למנות את העלייה בשכר של 9.5% לכלל הרופאים והרופאות, את האפשרות לדרוש תוספות שכר נוספות בעוד שנה, את התמריצים לשיפור השירות הרפואי ואת תוספת השכר לתחומים שהוגדרו כצורך לאומי, בהם התמחויות בבריאות הנפש, בשיקום וברפואה משפטית (תחומים שהיו במשבר עוד לפני המלחמה, אך במהלכה מצבם החמיר עוד יותר). נוסף על כל אלה נציין את מתן התגמולים למומחים בתחום הרפואה, כך שתהיה נוכחות של רופא בכיר במחלקות לרפואה דחופה בכל שעות היממה. עם זאת, יש מחלוקת לגבי כמה סעיפים בהסכם, כגון מתן אפשרות למתמחים בפסיכיאטריה לבצע תורנויות מקוצרות בכל בתי החולים והמרפאות, צעד שאמור לקצר את זמני ההמתנה בתחום אך גם מעלה חשש לשחיקת המתחמים ולפגיעה במהלך לקיצור שעות התורנות שבוצע לאחרונה. עוד נטען כי עליית השכר שעליה הוסכם אינה גבוהה דייה, וכי היא מעניקה עדיפות לרופאים ולרופאות הבכירים, אשר ממילא שכרם גבוה יותר.³

2 ראו באתר DoctorsOnly, דרישה לשקול מחדש את תנאי הסף ללימודי עמית רופא, 19.9.2024.
3 ראו באתר משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית בישראל, משרד הבריאות וכללית הסכם קיבוצי חדש לרופאים.

מיטות אשפוז בבתי חולים כלליים

מספר המיטות לאשפוז כללי (ללא מיטות לאשפוז פסיכיאטרי) לאלף נפש ממשיך במגמת הירידה שהחלה בשנות התשעים. בסוף 2023 עמד מספר זה על 1.72 מיטות לאלף נפש, נמוך מממוצע ה-OECD, העומד על 2.3 (משרד הבריאות, 2024א).⁴ מתוך כל סוגי המיטות, רק מספר המיטות לאשפוז גריאטרי נמצא במגמת עלייה בשנים האחרונות. מגמת הירידה במספר המיטות לאשפוז כללי מתרחשת למרות העלייה במספרן האבסולוטי של המיטות. ב-2023 נוספו 69 מיטות לאשפוז כללי, לעומת 461 מיטות ב-2022, וכפי שכתבנו בדוחות קודמים – נתונים אלו משקפים את הנטייה להעביר את מרכז הכובד הטיפולי מבתי החולים לקהילה.

כחלק ממתווה פיתוח מיטות האשפוז לשנים 2023–2028 מתוכננת תוספת ניכרת של מיטות לאשפוז שיקומי ולאשפוז פסיכיאטרי, ובייחוד לנוכח הצרכים שגברו בעקבות המלחמה. תוספת זו תשנה את המגמה הרווחת עד כה. בסוף 2023 ירד מעט מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי, מ-3,570 בסוף 2022 ל-3,560, ומספר המיטות לאשפוז שיקומי גדל מעט, מ-957 בסוף 2022 ל-1,001 (משרד הבריאות, 2024א). שיעור התפוסה באשפוז הכללי מוסיף לעלות לאחר הירידה שנצפתה בתקופת הקורונה, וב-2022 הוא עמד על 88.7%, השיעור הגבוה ביותר משיעורי התפוסה שנמדדו במדינות ה-OECD בשנה זו (OECD, 2024). אתגר נוסף הנוגע למיטות האשפוז הוא הפיזור הבלתי שוויוני של המיטות: במחוזות הדרום והצפון היה מספר המיטות לאלף נפש ב-2022 נמוך מן הממוצע הארצי (2.56) ועמד על 2.04 ו-1.96 מיטות לאלף נפש, בהתאמה, ואילו במחוזות תל אביב וחיפה היה המספר גבוה במידה ניכרת מן הממוצע, 3.42 ו-3.7, בהתאמה (משרד הבריאות, 2024ב).

מכשירי דימות במערכת הבריאות

לפי דוח מבקר המדינה שפורסם במאי 2024, בישראל יש 60 מכשירי MRI, 93 מכשירי CT ו-20 מכשירי PETCT, מספרים שאינם תואמים את גודל האוכלוסייה ואת הביקוש לבדיקות. גם בהשוואה בין-לאומית, מספר מכשירי ה-MRI וה-CT בישראל – 6.6 ו-9.8 למיליון נפש, בהתאמה, קטן בהשוואה למספרם ב-13 מדינות OECD שנבדקו. הצורך הגובר בבדיקות ומיעוט המכשירים גורמים להפעלת מכשירי הדימות בכל שעות היממה ומאלצים מטופלים להמתין זמן רב לבדיקה וכן להיבדק בשעות לילה מאוחרות. הגבלת השימוש במכשירי אלו נקבעה בתקנות בריאות העם (מכשירים רפואיים מיוחדים), התשנ"ד-1994, והיא נועדה לצמצם את הביקוש לבדיקות יקרות על ידי הגבלת ההיצע

של המכשירים. עם זאת, תהליך האישור להפעלת מכשירים חדשים הוא ארוך ומסורבל, כך שנוצר מצב שבו רבים מן המחוזות אינם עומדים בתקנים שנקבעו למכשיר לנפש, ומטופלים סובלים מהתארכות זמני ההמתנה באופן בלתי סביר. לכך מתווסף מחסור ברדיולוגים והתארכות זמני ההמתנה לפענוח, כך שמטופלים סובלים מתקופת המתנה ארוכה במיוחד עד לקבלת אבחון. יש גם פערים בין קופות החולים, כאשר במכבי זמני ההמתנה ל-MRI הם ארוכים במיוחד, ואילו בכללית הם הקצרים ביותר (מבקר המדינה, 2024ב).

צמצום פערי בריאות

לנוכח הצורך בתכנון ארוך טווח במערכת הבריאות, משרד הבריאות יצר מערכת לחיזוי גידול האוכלוסייה. מערכת זו מאפשרת לזהות את הצרכים הצפויים באזורים שונים במדינה. עד סוף העשור צפוי גידול ניכר באוכלוסייה בדרום, בדגש על האוכלוסייה הצעירה ועל הגיל הרך, ואילו בצפון צפוי גידול ניכר בשיעור היחסי של אוכלוסיית בני 65 ומעלה. באזור המרכז יש מגמה מעורבת, עם עלייה באוכלוסייה הצעירה בירושלים ועלייה גדולה עוד יותר באוכלוסייה המבוגרת באזור תל אביב וראשון לציון. לנוכח צורכי הבריאות השונים הנובעים מהרכב הגילים השונה באוכלוסייה, יש צורך לתכנן את פריסת תשתיות הבריאות באופן המותאם לצרכים העתידיים של כל אזור ובכך לצמצם את הפערים הקיימים בפריסת השירותים.

במחוזות ירושלים, הדרום ויהודה ושומרון מספר העוסקים במקצועות הרפואה לאלף נפש נמצא מתחת לממוצע הארצי (14.5), ואילו מחוזות הצפון, חיפה, המרכז ותל אביב נמצאים מעל הממוצע, כאשר בתל אביב המספר גבוה במיוחד ועומד על 18.5. בעשור האחרון נרשמה צמיחה ניכרת בכוח האדם במחוז הצפון ובמחוז ירושלים, אך במחוז הדרום, שבו נמצא הפער הגדול ביותר, היה שיעור הצמיחה נמוך (משרד הבריאות, 2024ב). תוכנית המענקים למתמחים בבתי חולים בפריפריה ובמקצועות במצוקה – תוכנית אשר נקבעה כחלק מהסכם הרופאים בשנת 2011 וכללה חלוקת מענקים בשנים 2011–2014, ושוב בשנים 2015–2019 – נועדה לתת מענה לפער הזה ולמשוך מאות מתמחים לאזורי הפריפריה. עם זאת, יעילותה של התוכנית אינה ברורה; יש מחסור בנתונים ובמחקרים לגבי השפעתה, וקיימת מחלוקת בין הגורמים המקצועיים לגבי מידת השפעתה והכדאיות להמשיך בהפעלתה (בלנק, 2024).

יש עוד כמה תוכניות המכוונות לצמצם את הפערים בין האוכלוסיות השונות במדינה. הדוח המלא של ועדת העשור לצמצום פערי בריאות, אשר מציג המלצות לפעילות מערכתית נרחבת כעדכון לתוכנית האסטרטגית לצמצום אי-השוויון בבריאות לשנים 2017–2020, התפרסם ואושר בידי מנכ"ל משרד הבריאות, וחברי הוועדה ממשיכים

להתכנס כדי לבצע מעקב וביקורת על ביצוע התוכנית. בשלוש השנים האחרונות פועל משרד הבריאות לקדם יחידות בריאות באשכולות האזוריים, ומתקיימת פעילות קידום בריאות ובניית תוכניות אזוריות בשבעה אשכולות שונים אשר מתייחסים לצרכים הייחודיים של כל אזור (משרד הבריאות, 2024). בשנתיים האחרונות פועלת תוכנית מערכתית לצמצום פערים ואי-שוויון בחברה הערבית, אשר כוללת הקמה של יחידות בריאות בכ-24 רשויות מקומיות ערביות, הקמה של תשתיות מקדמות בריאות ברשויות דרוזיות וצ'רקסיות, קידום מחקרים בתחום הבריאות בחברה הערבית ועבודת מטה לקידום פעילות המותאמת לחברה הערבית (משרד הבריאות, 2024).

הרפורמה לצמצום הכפל הביטוחי בבריאות

ביוני 2024 התבצעה העברה אוטומטית של מבוטחים בביטוחי בריאות פרטיים בחברות הביטוח מפוליסת "שקל ראשון" לפוליסת "משלים שב"ן". מהלך זה נעשה כחלק מהרפורמה למניעת כפל ביטוחי שנוצר עקב כך שמרבית המבוטחים בפוליסת שקל ראשון קיבלו כיסוי מקביל במסגרת השב"ן למצבים רפואיים רבים. היתרון המרכזי של הרפורמה הוא מניעת תשלום כפול על כיסוי ביטוחי דומה. נוסף על כך, פוליסת משלים שב"ן זולה בכ-30% מפוליסת השקל הראשון.⁵ למרות יתרונות אלו, הרפורמה צפויה לייקר את הפרמיות של פוליסות מסוג השקל הראשון בכ-45% למי שיבחר להישאר בהן, ואת הפרמיה של משלים שב"ן בכ-2.3%. כפי שנחשף בדיון בוועדת הבריאות של הכנסת במאי 2024, מרבית ההתייקרות תהיה עבור מבוטחים מעל גיל 66. מתנגדי הרפורמה הביעו חשש מפגיעה בתעסוקתם של רופאים מנתחים, הגדלת מספר הרופאים הפועלים באופן פרטי וחוסר מוכנות של הקופות למהלך, בעיקר בעקבות העומס שיצרה המלחמה ותקציב שאינו מספק.⁶ כדי להתמודד עם חששות אלו חשוב לחזק את המערכת הציבורית בד בבד עם יישומה של הרפורמה. נוסף על כך יש לפעול להנגשת מידע לציבור, הואיל ורובו אינו מבין את משמעות המעבר בין הפוליסות.

נגישות לשירותי בריאות

ניצול שירותי בריאות בקהילה הוא אחד המדדים לאיכות מערכת הבריאות, והוא משקף בין השאר את נגישות השירותים לכלל הציבור. בדוח של התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל לשנת 2022 (משרד הבריאות, 2023) פורסמו מדדי הביצוע של בדיקות סקר שונות בקהילה המעידים על ניצול השירותים המוצעים למבוטחי

5 ראו באתר משרד הבריאות, הרפורמה לצמצום הכפל הביטוחי בבריאות, בריאות.

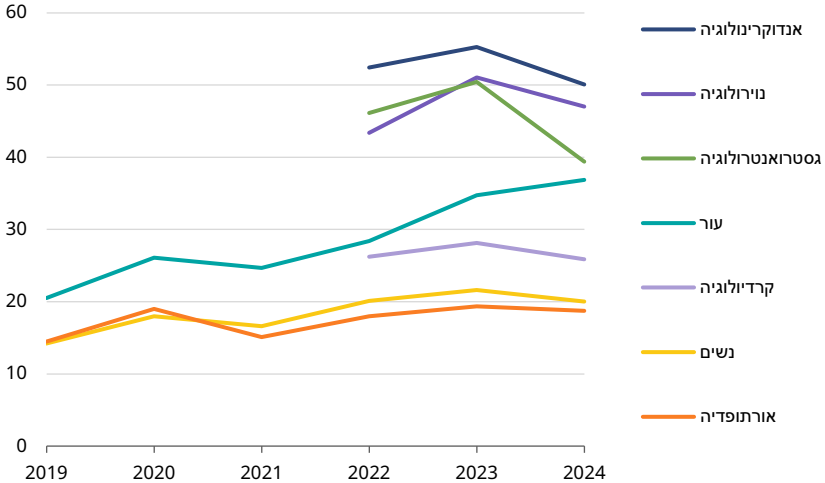
6 ראו באתר DoctorsOnly, פרמיות ביטוחי הבריאות יתייקרו בשיעור של 45%, 21.5.2024.

הקופות באזורים השונים, בקרב אוכלוסיות שונות ובקרב גילים שונים. ההשוואה היא לשנת 2019, והיא מאפשרת לבחון את המצב לפני מגפת הקורונה ולאחריה. בבחינה של שיעור הביצוע של בדיקות BMI – מדד חשוב בניטור עודף משקל והשמנה, המאפשר פעילות לקידום בריאות והתערבות מוקדמת למניעת תחלואה – נצפה המשך של מגמת הירידה שהחלה עם פרוץ המגפה: בין 2019 ל-2022 ירד שיעור ביצוע הבדיקות בקרב ילדים בני 7 מ-78.9% ל-66.4%, ובקרב בני 14-15 הוא ירד מ-78.7% ל-69.3%. בקרב בני 20-64 עמד שיעור ביצוע הבדיקה ב-2022 על 83.7%, ירידה של 5.5% מ-2019. עוד נמצא כי שיעורי ביצוע הבדיקה עולים עם הגיל, וכי הם גבוהים יותר בקרב נשים.

גם בתייעוד עישון ומדידת לחץ דם נצפה המשך מגמת הירידה. בתייעוד עישון ירד הביצוע מ-89.3% ל-79.7% בקרב בני 16-74. במדידת לחץ דם ירד התייעוד מ-92.5% ל-87.8% בקרב בני 20-54, ומ-80.8% ל-72% בקרב בני 55-74, כאשר בקרב בני 55-74 היה שיעור התייעוד גבוה יותר ככל שהמבוטחים היו מבוגרים יותר וממעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר. בקרב בני 65 ומעלה נצפתה ירידה בשיעור מתן טיפול לאוסטאופורוזיס לאחר שבר בצוואר הירך, מ-32.8% ל-29.7%, ושיעור הטיפול היה גבוה יותר בקרב נשים. בקרב תינוקות נצפתה ירידה בשיעור ביצוע בדיקת המוגלובין, מ-88.5% ל-83.6%. בבדיקות לגילוי מוקדם של סרטן השד והמעיים הגס לא נצפו שיפורים בשיעורי הביצוע או בצמצום פערים בין אוכלוסיות, אך נצפתה עלייה בבדיקת הסקר לסרטן צוואר הרחם, מ-52% ל-55% (משרד הבריאות, 2023ב).

נתון נוסף המעיד על נגישות לשירותי בריאות הוא זמני ההמתנה לרפואה יועצת בקהילה. כפי שניתן לראות בתרשים 4, ברוב ההתמחויות עלה ממוצע ימי ההמתנה עד 2023, ובין 2023 ל-2024 נרשמה ירידה קלה ברוב ההתמחויות. יוצא דופן הוא תחום העור, שהמשיך לעלות – מ-34.75 ימי המתנה ברבעון הראשון של 2023 ל-36.87 ברבעון הראשון של 2024. כפי שניתן לראות להלן בתרשים 4, התחומים שבהם נרשמו זמני ההמתנה הארוכים ביותר הם אנדוקרינולוגיה ונוירולוגיה (סביב 50 ימי המתנה), לעומת אורתופדיה ורפואת נשים, שבהם נרשמו זמני ההמתנה הקצרים ביותר (כ-20 יום).

תרשים 4. ממוצע ארצי של ימי המתנה לרפואה יועצת בקהילה



הערה: עבור התחומים אנדוקרינולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, נירולוגיה וקרדיולוגיה היו נתונים זמניים רק משנת 2022 ואילך.

מקור: נדב דוידוביץ' ונתן לב, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

צעד חשוב שנעשה לאחרונה (ביולי 2024) לשיפור שירותי הבריאות הוא אישור חוק ניוד מידע רפואי, התשפ"ד-2024. מטרת החוק לאפשר ניוד מהיר של מידע רפואי בין ארגונים שונים במערכת הבריאות, בכפוף להסכמת המטופל. אישור החוק הוא פעולה מבורכת לשיפור הרצף הטיפולי ולהמשכיות הטיפול בין גורמים שונים. נוסף על כך, חוק זה יכול להוביל לצמצום בכפל בדיקות וטיפולים ולייעל את השימוש במשאבי המערכת.

תמונת מצב הבריאות

בהשוואה למדינות ה-OECD, ישראל ממשיכה להחזיק במקום טוב יחסית במדדי החיים העיקריים, אך קיימת שונות גבוהה בין קבוצות אוכלוסייה ובין אזורים גיאוגרפיים. ב-2022 חזרה תוחלת החיים הממוצעת בישראל לרמתה מלפני משבר הקורונה ועמדה על 82.8, עלייה של שנה לעומת 2012. תוחלת החיים בלידה עלתה מאז 2017, ובשנת 2022 היא עמדה על 84.9 לנשים ו-80.9 לגברים, בעיקר בעקבות צמצום תמותת התינוקות והיפגעות ילדים בשנות החיים הראשונות. תוחלת החיים בגיל 65 עלתה מאז 2017

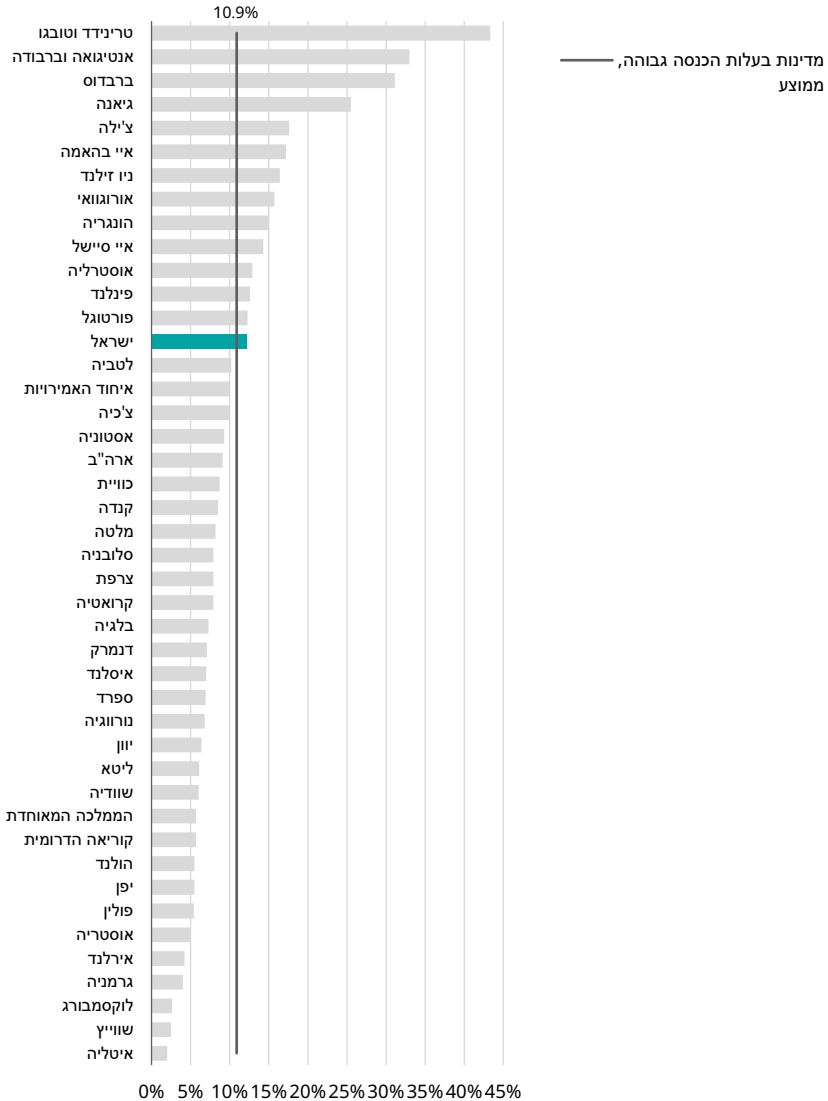
ועמדה ב-2022 על 22.1 לנשים ו-19.4 לגברים. בהשוואה בין-לאומית, תוחלת החיים בלידה גבוהה מממוצע ה-OECD ואף השתפרה לאורך השנים: מאז 2012 עלתה תוחלת החיים בישראל ב-9.5 חודשים, לעומת עלייה של 7 חודשים בממוצע ב-OECD.

כאמור, למרות הנתונים הטובים של ישראל במדד זה, יש שונות ניכרת בין קבוצות אוכלוסייה שונות ובין אזורים גיאוגרפיים. בשנת 2022 עמדה תוחלת החיים בלידה באוכלוסייה הערבית על 79.8 שנים, לעומת 83.3 בקרב יהודים ואחרים. בשנות הקורונה נצפתה ירידה בתוחלת החיים בכל הקבוצות, אך הפגיעה החמורה ביותר הייתה בחברה הערבית. שיעורי התמותה לאלף נפש משקפים מגמה דומה, כאשר ההפרש בין הקבוצות עלה מ-0.8 ב-2020 ל-1.4 ב-2021. ב-2022 חזר ההפרש בשיעורי התמותה לרמה שלפני הקורונה, אך עדיין יש פער ניכר בין הקבוצות – 5.6 לאלף נפש באוכלוסייה הערבית ו-4.7 בקרב יהודים ואחרים. אשר לשונות על רקע גיאוגרפי, תוחלת החיים בדרום ובצפון בקרב כל קבוצות האוכלוסייה נמוכה מן הממוצע הארצי. פערים אלו נובעים בעיקר מן ההבדלים ברמות ההכנסה, אך גם מגורמים אחרים, כגון הבדלים באורח החיים, בנגישות לתשתיות בריאות וברמת המודעות לשירותי בריאות (משרד הבריאות, 2024ב).

במדד תמותת תינוקות לאלף לידות חי ישראל נמצאת במצב טוב יחסית. בעשור האחרון ירד שיעור התמותה בכלל האוכלוסייה בישראל במידה ניכרת, כ-22%. ב-2021 עמד השיעור בישראל על 2.8 לעומת ממוצע של 3.9 במדינות ה-OECD, אך פער זה לא השתפר מאז שנת 2012. שיעור תמותת התינוקות, שירד ל-2.4 ב-2020, התייצב ב-2022, והוא זהה לשיעורו ב-2021. בשנת 2022 היה הבדל ניכר בין האוכלוסייה הערבית לשאר האוכלוסייה במדד זה – 5.1 לעומת 2.1, בהתאמה. סביר להניח שניתן לייחס את הפערים הללו בין החברות למאפיינים הייחודיים לחברה הערבית, כגון נישואים בתוך המשפחה, שיעור נמוך של בדיקות גנטיות ונגישות מוגבלת לתשתיות בריאות האישה והילד. מבחינה גיאוגרפית, שיעור תמותת התינוקות גבוה במיוחד באזור הדרום, כאשר הסיכוי לתמותה בשנת החיים הראשונה גבוה פי 2.8 באזור זה לעומת אזור המרכז (משרד הבריאות, 2024ב).

אי-ביטחון תזונתי הוא תופעה הקשורה למגוון בעיות בריאות, ומהווה אתגר משמעותי גם במדינות מפותחות. בישראל היקף התופעה נרחב מן הממוצע (תרשים 5). לפי מדד FIES של ארגון המזון והחקלאות של האו"ם (FAO), בהשוואה בין-לאומית, שיעור הנמצאים באי-ביטחון תזונתי חמור או בינוני בשנים 2021–2023 במדינות בעלות הכנסה גבוהה עמד על כ-10.9% בממוצע. לעומת זאת, בישראל שיעורם היה כ-12.2% בשנים אלו.⁷

תרשים 5. שיעור הנמצאים באי-ביטחון תזונתי בינוני וחמור במדינות בעלות הכנסה גבוהה, השוואה בין-לאומית, 2021-2023



אורח חיים והתנהגות סיכון

תמונת המצב לגבי אורח החיים מורכבת מן ההתנהגויות הנפוצות בקרב האוכלוסייה וממדדי בריאות המשקפים את השפעת דפוסי ההתנהגות על בריאות האוכלוסייה. התנהגויות אשר השפעתן על הבריאות ידועה הן עישון, הרגלי אכילה ופעילות גופנית, ומדדים מרכזיים המשקפים את השפעתן כוללים משקל ותחלואה כרונית נפוצה, כגון סוכרת ותחלואה לבבית.

עודף משקל והשמנה, כפי שהם מתבטאים במדד ה-BMI, הם גורמי סיכון לתחלואה הקשורים גם באורח חיים. בין שנת 2020 ל-2022 נצפתה בקרב ילדים בני 7 עלייה בהימצאות השמנת יתר, לאחר ירידה בשנים 2015-2019, ובקרב בני 14-15 שיעורי ההימצאות עולים בהתמדה מאז 2018. שיעורי עודף המשקל בקרב מבוגרים בני 20-64 נותרו יציבים מאז 2019, אך שיעורי השמנת היתר נמצאים בעלייה מתונה בתקופה זו, ובייחוד בקרב נשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך (משרד הבריאות, 2023ב).

הרגלי אכילה נכונים הם גורם חשוב ביותר בשמירה על משקל תקין ועל מצב הבריאות. לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2023, יש מקום רב לשיפור בהרגלי האכילה בקרב בני 20 ומעלה. אמנם מאז שנת 2017 חלה ירידה בצריכת משקאות ממותקים, אך 21% מהאוכלוסייה עדיין שותים לפחות שלוש כוסות של משקאות ממותקים ביום. 54% אוכלים חטיף מתוק לפחות פעמיים בשבוע ו-30% אוכלים חטיף מלוח בתדירות דומה. פחות מ-32% אוכלים דגים או מאכלים שיש בהם דגנים מלאים פעמיים בשבוע, ופחות מ-37% אוכלים שתי מנות פרי ושלוש מנות ירקות ביום. לעומת זאת, 62% אוכלים קטניות פעמיים בשבוע (הלמ"ס, 2024ב).

גם פעילות גופנית היא גורם חשוב בשמירה על המשקל ועל אורח חיים בריא. לפי נתוני הסקר החברתי, יותר ממחצית מבני ובנות 20 ומעלה עוסקים בפעילות גופנית באופן קבוע, ומי שעוסקים בפעילות גופנית מאופיינים במדדי איכות חיים גבוהים יותר. בקרב המשיבים לסקר, בעלי משקל תקין עסקו בפעילות גופנית בתדירות גבוהה יותר מאנשים בעלי משקל חריג (הלמ"ס, 2024ג). כדי שפעילות גופנית על בסיס קבוע תתקבע כהרגל לטווח ארוך, חשוב להתחיל בה כבר בגיל צעיר. אך לפי סקר התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל לשנת 2023, שנערך כחלק מסקר בין-לאומי (HBSC-WHO), התלמידים בישראל נמצאים בתחתית הדירוג בביצוע פעילות גופנית בהשוואה בין-לאומית, כאשר רק 11% מבצעים פעילות גופנית יום-יומית של שעה לפחות, ו-17% אינם עוסקים בפעילות גופנית כלל (הראל-פיש ואחרים, 2023).

עישון הוא גורם סיכון התנהגותי חשוב נוסף המביא לתחלואה כרונית ופוגע בבריאות. בין שנת 2019 ל-2022 עלה שיעור העישון בקרב בני ובנות 16-74 ב-1.6%, בייחוד בקרב גברים מהמעמד החברתי-כלכלי הנמוך ביותר. אצל נשים השיעורים הגבוהים היו דווקא בקרב המעמד החברתי-כלכלי הבינוני-גבוה, ואילו במעמד הנמוך ביותר נמדדו השיעורים הנמוכים ביותר (משרד הבריאות, 2023ב). נתונים מן הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2023 מראים כי 25% מן האוכלוסייה מעל גיל 20 מעשנים, ואילו 25% נחשפים לעישון פסיבי בסביבתם לעיתים קרובות (הלמ"ס, 2024ד).

לאורך זמן, אורח החיים מביא להתפתחות מחלות כרוניות. סוכרת היא מחלה כרונית נפוצה, אשר התפתחותה קשורה בין השאר באורח החיים ואשר מובילה לסיבוכים ולתחלואה נלווית. ב-2022 היה שיעור הימצאות הסוכרת גבוה ב-0.4% מן השיעור ב-2021, ועמד על 10.2%, כאשר ההימצאות עולה עם הגיל. עם זאת, עלייה ניכרת נצפתה גם בבעלי בדיקה מאוזנת של רמת המוגלובין מסוכרר, מ-70.8% ב-2018 ל-77% ב-2022, וירידה ניכרת בבעלי בדיקת המוגלובין מסוכרר לא מאוזן. זוהה כי שיעור בעלי בדיקת המוגלובין מסוכרר מאוזן עולה עם העלייה בגיל. כמו כן נצפו פערים ניכרים בין מבוססים על רקע חברתי-כלכלי, כאשר שיעור האיזון יורד עם הירידה במעמד החברתי-כלכלי (משרד הבריאות, 2023ב).

תחלואה כרונית נוספת הקשורה באורח חיים היא תחלואה לבבית, ומדד רמות הכולסטרול קשור בסיכון לתחלואה זו. משנת 2018 נצפתה עלייה של 1.3% בשיעור בעלי רמת כולסטרול מאוזנת בבני 35-74. בשנת 2022 עמד שיעורם על 85.4%, עם שיעורי איזון גבוהים יותר בקרב צעירים. נצפתה גם עלייה בשיעורי האיזון בהתאם לעלייה במעמד החברתי-כלכלי (משרד הבריאות, 2023ב).

תחום נוסף אשר מושפע מאוד מאורח החיים, ובייחוד מן ההרגלים המתפתחים כבר בגילים צעירים, הוא בריאות הנפש. לפי סקר התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל לשנת 2023, 57% מן התלמידים בישראל חוו שני סימפטומים המעידים על פגיעה בבריאות הנפש יותר מפעם בשבוע בחצי השנה האחרונה של שנת הלימודים 2022-2023 (לפני המלחמה), עם הימצאות גבוהה יותר בקרב בנות. 30% דיווחו על תסמין נפשי יום-יומי; 64% דיווחו על תסמין גופני לפחות פעם בשבוע; 20% סובלים מחרדה גבוהה; ו-31% סובלים מרווחה נפשית ירודה (הראל-פיש ואחרים, 2023).

למלחמת 7 באוקטובר הייתה השפעה ניכרת על אורח החיים ועל בריאות האוכלוסייה בישראל. מחקר שבחן את הרגלי הפעילות הגופנית של ילדים מתחילת המלחמה זיהה ירידה בשיעור הילדים העוסקים בפעילות גופנית לפחות יומיים בשבוע, מ-60% ל-50%, ועלייה מ-27.2% ל-35.7% בשיעור הילדים בני 5-8 הצופים במסכים מעל שלוש שעות

ביום⁸. בסקר שנערך בקרב צעירים וצעירות בני 18-34, 17% דיווחו שמצב הבריאות הפיזית שלהם החמיר בעקבות המלחמה, ובמיוחד בקרב נשים ובקרב בעלי מוגבלות קודמת. בתחום בריאות הנפש התמונה עגומה אף יותר, כאשר 50% דיווחו שהמצב החמיר; 71% דיווחו על תחושות מתח או חרדה לעיתים קרובות; ו-61% חשו מדוכאים, בייחוד בקרב נשים, צעירים ערבים ובעלי מוגבלות קודמת (בן סימון וקונסטנטינוב, 2024). לפי נתוני הל"מ⁹ הייתה עלייה של 11% בשיעור המדווחים על נדודי שינה אחרי 7 באוקטובר, מ-31% לפני 7 באוקטובר ל-42% אחרי 7 באוקטובר (הל"מ, 2024ה). סקר שערכה קופת חולים מכבי הצביע על הידרדרות בתפיסת הבריאות העצמית של אזרחים, שינוי לרעה בתחושת החומרה של מחלות כרוניות, ירידה בהקפדה על אורח חיים בריא, עלייה במשקל ועלייה בשיעור החוזרים לעשן לאחר שכבר הפסיקו.⁹ מחקרים אחרים מצאו הרעה ניכרת במצב הבריאות הנפשית, עם דיווחים על תסמיני דיכאון, תסמינים פוסט-טראומטיים ופחד, והוערך כי מאות אלפי אנשים עלולים לפתח הפרעה נפשית בדרגת חומרה כזו או אחרת בעקבות המלחמה (מל"מ, 2024).

מערכת הבריאות לנוכח מלחמת 7 באוקטובר 2023

מאז פרוץ המלחמה מתמודדת מערכת הבריאות עם אתגרים כבדי משקל באספקת שירותי בריאות ובמתן מענה הן לצרכים שגרתיים והן לצרכים שעלו בעקבות מצב החירום. המצב מאתגר במיוחד בהתחשב בעובדה שהמערכת הגיעה למלחמה כשהיא "מורעבת" ועם קשיי תפקוד, בייחוד בתחומים קריטיים כמו בריאות הנפש, שיקום ובריאות הציבור. המלחמה גרמה גם להתרחבות פערי הבריאות שהיו קיימים עוד קודם לכן ולקשיים שבאים לידי ביטוי בצורה לא פרופורציונלית באזורי הפריפריה. למרות כל המורכבות הזאת, מערכת הבריאות הדגימה יכולת יוצאת דופן לספק מענה לצרכים שעלו תוך למידת המצב, שימוש נבון במשאבים וקיום שיח בין בעלי עניין, כפי שהרחבנו בפרסומים קודמים (מרכז טאוב, 2023).

כחלק מתהליך הלמידה מן המלחמה הקים משרד הבריאות ועדת בדיקה לבחינת תפקוד מערכת הבריאות ב-7 באוקטובר. ממסקנות הוועדה עולה שהגורמים המקצועיים בשטח עשו כמיטב יכולתם להעניק טיפול מהיר למספר הגדול של הפצועים, שחרג מעבר לכל תרחיש שאליו התכוננו. עם זאת, נרשמו אתגרים בניהול הפינוי הרפואי ובלט היעדרו של גורם מתכלל ומתאם.¹⁰

8 ראו באתר הפקולטה לחינוך באוניברסיטת בר-אילן, מחקר: ירידה חדה בהיקף הפעילות הגופנית של ילדים בישראל.

9 ראו באתר DoctorsOnly, חצי שנה למלחמה: שינוי לרעה במצב הבריאותי של 30% מהציבור, 18.4.2024.

10 ראו באתר DoctorsOnly, היעדר תמונה כוללת בשבעה באוקטובר פגע בניהול הטיפול, 3.9.2024.

המלחמה גבתה מחיר כבד מן האוכלוסייה האזרחית ומכוחות הביטחון. בתום שנה מתחילתה נהרגו 885 אזרחים, מהם 53 ילדים; יותר מ-70 אלף איש הוכרו כנפגעי פעולות איבה וקרוב ל-13,000 הגישו בקשה לקבלת קצבת נכות קבועה, רובם המכריע על בסיס נפשי. לכל זה היה גם מחיר כלכלי כבד: מעל 370 מיליון ש"ח שולמו לנפגעים שהוכרו עם אחוזי נכות, מעל 250 מיליון ש"ח שולמו בגין שיקום ומעל 1.2 מיליארד ש"ח שולמו על טיפול רפואי.¹¹ נוסף על כך נרשמה הידרדרות במצב הרפואי בקרב אוכלוסיות שנפגעו במיוחד בעקבות המלחמה. בסקר שנערך בקרב מבוטחי מכבי, כ-80% מקרובי המשפחה של חטופים דיווחו על שינוי לרעה בתפיסה העצמית של מצב הבריאות, ודווח גם על ירידה ניכרת במשקל ועל עלייה בשימוש בנוגדי דיכאון ובכדורי שינה.¹² גם בקרב המפונים נרשמה פגיעה במצב הבריאותי. במחקר של עמותת "קרן בריאה" נחשף כי כ-30% מן הנשים שפוננו דיווחו על מצב פיזי לא תקין ו-60% דיווחו על פגיעה נפשית, לעומת 20%-ו-50% באוכלוסייה הכללית, בהתאמה.¹³

גם האוכלוסייה המתגוררת באזורי העימות ספגה פגיעה קשה – מחקר שנערך בקרב מבוטחי קופת חולים כללית דיווח על עלייה של 200% בצריכת תרופות נוגדות חרדה בקרב תושבי העוטף, לעומת 50% באוכלוסייה הכללית.¹⁴ בקרב אנשי מערכת הביטחון, מפרוץ המלחמה ועד 7 באוקטובר 2024 נפלו 726 חיילים, ו-4,576 אושפזו בעקבות אירועים מבצעיים.¹⁵ נוסף על כך, כ-15 אלף חיילים הוגדרו נפגעי דחק שפיתחו תסמינים בעקבות חשיפה לאירוע טראומטי, 18% מתוכם הוצאו מן הלחימה.¹⁶ מאז פרוץ המלחמה נקלטו בכל חודש כ-1,000 פצועים חדשים באגף השיקום במשרד הביטחון, רובם חיילי מילואים, ועל פי הערכות, עד סוף 2024 יגיע מספרם לכ-20 אלף, כ-40% מהם עם תסמינים נפשיים.¹⁷

כדי להתמודד עם כל ההשפעות הללו יש צורך קריטי בפיתוח מערך בריאות הנפש, אשר סבל מהזנחה בשנים האחרונות, לרבות זמני המתנה ארוכים ומחסור חמור בכוח אדם, כפי שצוין לעיל. יש צפי לכך שיותר מ-300 אלף אנשים יזדקקו לטיפול נפשי בעקבות המלחמה, כאשר ללא טיפול תהיה שכיחות של עד 40% של פוסט-טראומה בקרב נפגעים מהמעגל הראשון וכ-10% בקרב אוכלוסיות פגיעות, כגון אנשי מילואים, מפונים, אנשים

11 ראו באתר הביטוח הלאומי, נתוני הביטוח הלאומי לציון שנה למלחמת חרבות ברזל.

12 ראו באתר DoctorsOnly, הידרדרות בבריאותם הנפשית והפיזית של בני משפחות החטופים, 2024.2.26.

13 ראו באתר DoctorsOnly, בעקבות המלחמה: הרעה במצבן הבריאותי של נשים בישראל, 2024.9.11.

14 ראו באתר DoctorsOnly, השפעות המלחמה: זינוק בצריכת נוגדי חרדה ומשככי כאבים נרקוטיים, 2024.9.12.

15 ראו באתר צה"ל, חללי ופצועי צה"ל במלחמה.

16 ראו באתר צה"ל, ברה"ן.

17 ראו באתר משרד הביטחון, אגף השיקום למען פצועי הנפש ומתמודדי הפוסט טראומה.

עם רקע נפשי קודם ובני משפחות החטופים (משרד הבריאות, 2024). בעקבות הערכות אלו הוחלט להגדיל במסגרת תקציב 2024 את תקציב בריאות הנפש ב-1.4 מיליארד ש"ח לשנתיים הבאות. מטרת מהלך זה הן לתת מענה למחסור בפסיכולוגים ובפסיכיאטרים בשירות הציבורי על ידי מתן מענקים של מאות אלפי שקלים למתמחים בפסיכיאטריה, חיזוק בתי החולים הפסיכיאטריים וחיזוק שירותי בריאות הנפש בקהילה, כולל מיסוד תפקיד של מגישי עזרה נפשית בקהילה.¹⁸ בהמשך למאמץ זה השיק משרד הבריאות את התוכנית הלאומית "מקום לנפש", אשר כוללת חיזוק של שירותי בריאות הנפש בקהילה, הרחבת פעילותם של מרכזי החוסן, שיפור תנאי ההעסקה של אנשי המקצוע והרחבת תוכניות ההכשרה, תוך מתן דגש למערך השיקום. כחלק מהתוכנית הוקצו מיליארד ש"ח לקופות החולים בשנים 2024-2025 לחיזוק השירותים בקהילה, 400 מיליון ש"ח לשיפור תשתיות בבתי חולים פסיכיאטריים, 115 מיליון ש"ח ב-2024 לחיזוק מרכזי החוסן, תוספת של 30 מיליון ש"ח למלגות למתמחים בפסיכולוגיה ו-5 מיליון ש"ח לשירות החירום וההצלה הנפשי (משרד הבריאות, 2024).

מענה נוסף לצורך בשיפור השירות בתחום בריאות הנפש אשר מתפתח לאחרונה בארץ ובעולם הוא פיתוח כלים מבוססי בינה מלאכותית לקידום חוסן, להצעת שירותים לעזרה נפשית ראשונית ולסיוע בתהליכי האבחון והטיפול בבריאות הנפש. לפתרונות אלו יש פוטנציאל אדיר לשיפור הטיפול הנפשי ולהקלת העומס המוטל על אנשי המקצוע, אך יש בצידם גם סיכונים אשר מחייבים להתקדם בזהירות בפיתוח כלים אלו ובשילובם בפרקטיקה

למלחמה הייתה השפעה ניכרת על בריאות הציבור, הכוללת בין השאר ירידה בשיעורי ההתחסנות ועלייה במקרי התפרצות של מחלות מידבקות. מצב חירום בולט שניתן להצביע עליו הוא התפרצות נגיף הפוליו ברצועת עזה בעקבות המלחמה והפגיעה בתנאים ההיגייניים ובנגישות לחיסונים באזור. מעבר לסכנה המיידית הנשקפת לתושבי הרצועה, התפרצות זו מאיימת גם על אזרחי ישראל והיא מחייבת חיזוק של שיתוף הפעולה האזורי לביצוע מבצעי חיסון וניטור קליני ואפידמיולוגי.¹⁹ מצב זה משקף את חשיבות הלמידה מהניסיון שנצבר בזמן מגפת הקורונה כחלק מן ההיערכות לקראת מגפות עתידיות, כפי שמשקף בכמה הצהרות שפרסם איגוד בתי הספר לבריאות הציבור באזור אירופה (ASPHER, 2024; Lombatti et al., 2024).

18 ראו באתר משרד הבריאות, במסגרת הסיכום התקציבי לשנת 2024, נקבעה תוכנית לאומית למתן מענה בתחומי בריאות הנפש, השיקום, המיגון והסייבר והמכון לרפואה משפטית.

19 ראו באתר DoctorsOnly, מומחי בריאות הציבור: חשש אמיתי מהתפשטות פוליו מעזה לישראל, 20.8.2024.

סיכום

מערכת הבריאות ממשיכה להתמודד עם אתגרים ישנים כמו שחיקה בתקציבים ומחסור בכוח אדם ומשברים מתמשכים אחרים. בהקשר המאקרו-כלכלי, תקציב 2025 אינו מבשר טובות; עם זאת, תחומים שהזנחו במשך שנים, דוגמת בריאות הנפש ומערך השיקום, מקבלים כעת תשומת לב רבה ותוספות תקציב, גם אם עדיין לא באופן מספק. בתחום הטכנולוגי, מהפכת הבינה המלאכותית וההתפתחות הטכנולוגית המואצת מזמנות לנו אתגרים לא פשוטים, אך האתגר האמיתי יהיה לשלב אותן בתבונה בפעילות השוטפת ולרתום אותן לצמצום פערים ולשיפור מתמיד עבור כלל השחקנים במערכת, בדגש על אוכלוסיות בסיכון. לבסוף, שיקום הדרום והצפון מהווה גם הוא אתגר אדיר אבל גם הזדמנות יוצאת דופן לבנייה מחדש טובה יותר (building back better). ואולם כדי להצליח בכל אלה חשוב שתהיה מדיניות ברורה ומעקב אחר יישום נכון.

מקורות

- בלנק, ר' (2024). **שאלת יעילותה של תוכנית המענקים לעידוד עבודה והתמחות של רופאים בפריפריה, 2011-2019**. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- בן סימון, ב', וקונסטנטינוב, צ' (2024). **השפעות מלחמת חרבות ברזל על הצעירים בישראל: ממצאי סקר**. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- גרינברג, נ' (2023). **מידע ראשוני על המענים לצוותים הרפואיים במהלך מלחמת "חרבות ברזל"**. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- דור, ק' (2024א, 20 באוגוסט). **"בגלל המצב הפוליטי"**: עשרה פסיכיאטרים בכירים עזבו את ישראל. **כאן**.
- דור, ק' (2024ב, 30 באוקטובר). **נתונים מדאיגים: כמה רופאים עזבו את הארץ בשנה האחרונה?** **כאן**.
- הלמ"ס (2023). **הודעה לתקשורת (20.7.2023): ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2022 הייתה 7.6% מהתמ"ג**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2024א). **הודעה לתקשורת (20.8.2024): ההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2023**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2024ב). **הודעה לתקשורת (10.9.2024): לקט נתונים בנושאי בריאות ואורח חיים, מתוך הסקר החברתי 2023: תזונה והרגלי אכילה**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2024ג). **הודעה לתקשורת (22.8.2024): לקט נתונים בנושא פעילות גופנית מתוך הסקר החברתי 2023**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2024ד). **הודעה לתקשורת (30.9.2024): לקט נתונים בנושא עישון, מתוך הסקר החברתי 2023**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלמ"ס (2024ה). **הודעה לתקשורת (10.7.2024): לקט נתונים בנושא איכות השינה, מתוך הסקר החברתי 2023**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הראל-פיש, י', בן-מאיר, ל', גלעדי, א', מנור, מ', טסלר, ר', ו-וולש, ס' (2023). **נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל**. משרד הבריאות, משרד החינוך ואוניברסיטת בר-אילן.
- מבקר המדינה (2024א). **הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב**. משרד מבקר המדינה.
- מבקר המדינה (2024ב). **בדיקות דימות מתקדמות - ביקורת מעקב**. משרד מבקר המדינה.
- מלמ"ב (2024). **בריאות הנפש: המגפה שאחרי המגפה**. כנס ים המלח ה-22. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- מרכז טאוב (2023). **מלחמת 7 באוקטובר 2023 והשפעותיה על החברה והכלכלה בישראל**. בתוך: א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2023** (עמ' 19-62). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- משרד הבריאות (2023א). **כוח אדם במקצועות הבריאות 2022**. משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2023ב). **התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל**. משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2024א). **מיטות אשפוז ועמדות ברישוי – דצמבר 2023**. משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2024ב). **אי השוויון במערכת הבריאות וההתמודדות עמו, 2022**. משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2024ג). **תוכנית הבריאות המערכתית לצמצום פערים ואי-שוויון בבריאות בחברה הערבית**. משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2024ד). **מקום לנפש – בריאות נפשית ציבורית זמינה ומותאמת (התוכנית הלאומית לבריאות נפשית)**. משרד הבריאות.

ASPHER (2024). *The pandemic agreement: A springboard for urgent progress or a safety net for basic commitments?* Association of Schools of Public Health in the European Region.

Seluk, L., Weltsch, D., Segal, G., & Gilboa, M. (2024). *"Pull-Back" insights. Results of a survey of 297 Israeli physicians during and after fellowship on their motivations for returning home*. (Preprint).

Lombatti, S., Magid, A., Davidovitch, N., Middleton, J., Sheek-Hussein, M., Lopes, H., Skhvitaridze, N., Agha, H., Lopez-Acuña, D., Martínez Olmos, J., Bauernfeind, A., Prikazsky, V., Vesela, N., Petrakova, A., Privitera, G. P., Naboulet, J. P., Leighton, L., Otok, R., & Reid, J. (2024). The COVID-19 pandemic as a public health teacher — The lessons we must learn. *Public Health Reviews*, *45*, 1607232.

OECD (2024). *OECD health statistics 2024*. OECD.