



# פרדוקס מערכת הבריאות בישראל: בין הישגים לאומיים לשחיקה מתמשכת

נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן

מאמר זה פורסם במסגרת דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2025

נייר מדיניות מס' 16.2025

ירושלים, טבת תשפ"ו, דצמבר 2025

## 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., Natan Lev, & Ofir Gonen. *The Paradox of Israel's Healthcare System: Between National Achievements and Ongoing Erosion*. Taub Center for Social Policy Studies in Israel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17403460>

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

דואר אלקטרוני: [info@taubcenter.org.il](mailto:info@taubcenter.org.il)

אתר אינטרנט: [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

# פרדוקס מערכת הבריאות בישראל: בין הישגים לאומיים לשחיקה מתמשכת

נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן

## מבוא

תחום הבריאות בישראל הוא בבחינת פרדוקס. בחודש אוקטובר 2025 קיים משרד הבריאות מסיבת עיתונאים לאחר פרסום דו"ח השוואתי של ה-OECD בנושא מדדי בריאות של המדינות השונות. הנתונים, המתייחסים לשנת 2023, מראים כי תוחלת החיים בישראל עלתה ל-83.8 שנים (85.7 לנשים ו-81.7 לגברים), והמדינה הגיעה למקום הרביעי מבין מדינות ה-OECD – אחרי שווייץ (84.3), ספרד (84.0) ויפן (84.1). הקפיצה של כמעט שנה שלמה בתוחלת החיים בין 2022 ל-2023 מוגדרת כיוצאת דופן לטובה, שכן בניגוד למדינות אחרות שבהן נמדדה עלייה דומה לאחר ירידה חדה בתקופת הקורונה, בישראל הירידה בתוחלת החיים בזמן המגפה הייתה מתונה יחסית, ועל כן העלייה מרשימה יותר לעומת מדינות אחרות.<sup>1</sup>

מדוע אפוא מדובר לכאורה בפרדוקס? כאשר מציבים הישגים אלו לצד נתוני ההשקעה, כפי שנראה בפרק זה וכפי שעולה מנתונים משנים עברו, ההוצאה הלאומית על בריאות בישראל היא מהנמוכות ביותר בקרב המדינות המפותחות, וגם ההוצאה השוטפת לנפש במונחי שווי כוח קנייה בישראל נמוכה מזו שברוב מדינות ה-OECD. לטענה השכיחה שלפיה ישראל היא מדינה צעירה יותר ועל כן חשוב לתקנן לגיל, התשובה היא שאכן הדבר חשוב ונדרש, אך מחקרים משווים מראים כי גם לאחר תיקון לגיל האוכלוסייה ולהוצאות סיעוד ארוכות טווח,

---

\* פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב והפקולטה לרפואה, אוניברסיטת בר-אילן; נתן לב, חוקר אורח במרכז טאוב ודוקטורנט במסלול MD-PhD במחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; אופיר גונן, חוקרת במרכז טאוב.

המערכת הישראלית עדיין מוציאה פחות על בריאות, בייחוד בהוצאה הציבורית, לעומת מערכות מפותחות אחרות, תוך השגת תוצאות בריאות טובות יותר (לוי ואחרים, 2022). הפרדוקס לכאורה בין ההוצאה לבריאות הנמוכה יחסית לבין תוצאות בריאות טובות בהשוואה בין ישראל למדינות אחרות אינו חדש ונדון כבר שנים ארוכות. תרומתה של מערכת הרפואה לבריאות היא עד כ-20%, בעוד המשתנים החברתיים, הכלכליים, הסביבתיים והפוליטיים חשובים הרבה יותר (Marmot, 2011). אך עדיין מערכת הבריאות בישראל נחשבת ייחודית, והדבר נכון גם לתקופת מלחמת 7 באוקטובר, המלחמה הארוכה ביותר בתולדות המדינה. גם כאן, למרות הקשיים, מערכת הבריאות הייתה אחת מהמערכות שהגיבה באופן יחסי בצורה טובה, עוד בימים הראשונים למלחמה ועד היום.

אך האם לעולם חוסן? חוסר ההשקעה המספקת בא לידי ביטוי למשל בחוסר המיגון של המרכז הרפואי סורוקה (ורבים אחרים, בייחוד בפריפריה), שספג פגיעה קשה במלחמה נגד איראן ועדיין מתקשה לקבל מהמדינה את התקציבים הנדרשים לשיקומו ונאלץ להתבסס בעיקר על תרומות, ועד להזנחה של מערך טיפת החלב ושירות הבריאות לתלמיד באופן המקשה לעמוד במתן חיסונים בזמן ולהתמודד עם ההתנגדות לחיסונים, מה שהביא, בין היתר, למגפת חצבת (דוידוביץ' ואחרים, 2025; לוי ואחרים, 2022). מובן שכל מקרה מורכב ודורש ניתוח ספציפי, אבל בסופו של דבר כאשר ההשקעה הלאומית בתחום הבריאות נמוכה, הדבר נותן את אותותיו ופוגע במיוחד באוכלוסיות עניות ומודרות.

האתגרים של השנים האחרונות חושפים את נקודות התורפה של מערכת שהצליחה להסתמך על פרדוקס הבריאות זמן רב מדי. משבר כוח האדם הרפואי מעמיק, מספר הרופאים והרופאות הפעילים עומד על 3.5 לאלף נפש לעומת ממוצע של 3.9 ב-OECD, ותחזיות מראות שהמצב אף צפוי להחמיר בעשור הקרוב למרות המאמצים הרבים של משרד הבריאות והגורמים השונים. אמנם מספר האחים והאחיות (5.57 לאלף נפש) עלה בשנים האחרונות, אבל הוא עדיין נמוך בהרבה מממוצע ה-OECD (9.5). המחסור במיטות לאשפוז כללי (1.76 לאלף נפש לעומת 3.18 ב-OECD) ובמיטות לאשפוז פסיכיאטרי (0.37 לעומת 0.7), לצד זמני המתנה ארוכים לרפואה יועצת, בייחוד בתחומים קריטיים כמו ניורולוגיה ואנדוקרינולוגיה (כ-50 יום), מעידים על מערכת הפועלת בקצה גבול היכולת.

המערכת עומדת בפני צומת דרכים קריטי. הפרדוקס של תוחלת החיים הגבוהה לצד ההשקעה הנמוכה אינו יכול להימשך. מערכת הבריאות בישראל זקוקה להשקעה ציבורית משמעותית ומתמשכת – בכוח אדם רפואי (המשך הגדלת הכשרה בארץ והגדלת תקנים), בתשתיות בריאות בדגש על בריאות הנפש, על בריאות הציבור ועל שיקום (תחומים שנדחקו לשוליים זמן רב מדי), במיטות אשפוז, במכשור רפואי ובצמצום פערים גיאוגרפיים, חברתיים, כלכליים ומגזריים. בד בבד יש לנצל בזהירות ובתבונה את המהפכה הטכנולוגית: לאמץ כלי AI ורפואה דיגיטלית שיכולים ליעל תהליכים, לשפר דיאגנוסטיקה

וטיפול ולהפחית עומס על צוותים רפואיים, תוך הקפדה על שמירת פרטיות, אבטחת מידע, שוויוניות בגישה ושמירה על הקשר האנושי המרכזי ברפואה.

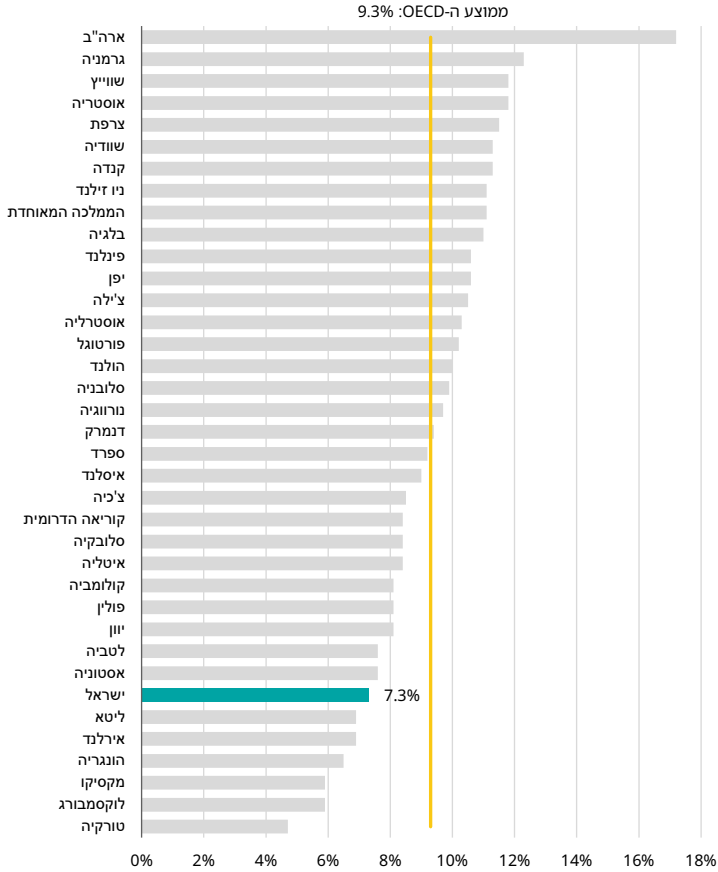
הפרק הנוכחי מציג תמונת מצב מעמיקה של מערכת הבריאות בישראל לשנת 2025, תוך התמקדות בנושאים קריטיים כגון כוח אדם, הוצאות, זמינות שירותים, צמצום פערים, מצב בריאות האוכלוסייה והשפעות המלחמה. הדוח מציג גם מבט על דרכים אפשריות להתמודדות עם האתגרים שלפנינו, כדי להבטיח שמערכת הבריאות תוכל להמשיך לשרת את כל אזרחי ישראל ברמה גבוהה בעשורים הבאים. זרקורים מיוחדים השנה מופנים לעליית המקצוע של אחים ואחיות מומחים ולמגפת החצבת, שגבתה עד כה את חייהם של 12 ילדים.

## ההוצאה על בריאות

בשנת 2024 עמדה ההוצאה הלאומית על בריאות במחירים שוטפים על 146 מיליארד ש"ח, סכום שהוא 7.3% מן התמ"ג. לעומת 2023, הוצאה זו, במחירים קבועים, עלתה ב-1.7%, וההוצאה לנפש במחירים קבועים עלתה ב-0.37%. ההוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מהתמ"ג ב-2024 הייתה נמוכה מההוצאה ברוב מדינות ה-OECD (תרשים 1). גם ההוצאה השוטפת לנפש במונחי שווי כוח קנייה בישראל הייתה נמוכה מן ההוצאה ברוב מדינות ה-OECD ועמדה על 3,941 דולרים. 33.7% מן ההוצאה הלאומית על בריאות מומנו מהוצאות פרטיות, שיעור המימון מתקציב המדינה עמד על 41.9%, ושיעור המימון ממס הבריאות על 23%. יתרת המימון, שמקורה בתרומות מחו"ל, עמדה על 1.4%. שיעור המימון הפרטי והציבורי כאחוז מהתמ"ג נותרו יציבים לעומת 2023 ועמדו על 2.5% ו-4.7% בהתאמה (הלמ"ס, 2025).

בדיוני התקציב לשנת 2024 הוצע להעלות את מס הבריאות באופן דיפרנציאלי, שינוי שיבוא לידי ביטוי בשנת 2026. העלאה זו התקבלה בהקשר של ההחלטה להגדיל את ההשקעה בבריאות הנפש, כולל הרחבת טיפולים, בדגש על המערכת הציבורית ושיפור תשתיות והכשרות, אף שבפועל ככל הנראה ההכנסות מההעלאה לא ישמשו ישירות לצרכים אלו (בן נון ואחרים, 2025). לאחר שנים רבות שתחום בריאות הנפש סבל מהזנחה, לאחרונה הוא קיבל תשומת לב יחסית רבה, כולל רפורמה מגובה בתקציבים. ואולם למרות הצרכים הרבים בתחומי הבריאות שעלו עקב המלחמה – ובפרט בתחום בריאות הנפש – ההוצאה הלאומית, ובייחוד חלקה הציבורי, עדיין נותרו מאחור. אמנם אנו לאחר שנתיים של מלחמה, אך המשך מצב זה שוחק את מערכת הבריאות על כל מרכיביה, מההקצאה לסל הבריאות, התמודדות עם הזדקנות האוכלוסייה, כולל המשבר בביטוחים הסיעודיים, ועד נושאים כמו טיפוח בריאות הציבור, הקמת בתי חולים חדשים והגדלת מספר המיטות בקצב הראוי, בייחוד בפריפריה (דוידוביץ' ואחרים, 2025; קידר ואחרים, 2024).

## תרשים 1. ההוצאה הלאומית על בריאות כאחוז מהתמ"ג, 2024



מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## כוח אדם

איכות וזמינות של כוח האדם במקצועות הבריאות הן גורם מרכזי המשפיע על מצב שירותי הבריאות. בעשורים האחרונים, ובעיקר בשנים האחרונות, מערכות הבריאות בעולם ובישראל מתמודדות עם הזדקנות מואצת של האוכלוסייה ועם עלייה בשכיחותן ובמורכבותן של המחלות הכרוניות (משרד הבריאות, 2025א). מטופלים רבים יותר חיים שנים רבות יותר עם הפרעות ומחלות רבות ומורכבות יותר, המחייבות אבחון, טיפול ומעקב אינטנסיביים. האתגר מועצם במגמה מקבילה של הזדקנות המטופלים ופרישתם לגמלאות וכן של הכשרה בלתי מספקת ביחס לצרכים (נתנזון ואחרים, 2020; סגל ואחרים, 2024).

מערכת הבריאות הישראלית נמצאת במשבר מתמשך של כוח אדם אף שמתחילת שנות האלפיים נערכים דיונים ופעולות להתמודדות עימו, כולל בכנסים ובפרסומים של מרכז טאוב. סיבות המשבר דומות לאלה של משברים במערכות בריאות אחרות בעולם, אך בישראל אתגר נוסף טמון בתלות היסטורית של המערכת בבוגרים של מוסדות להכשרת הרופאים בחו"ל, שחלקם לא עמדו בקריטריונים של איכות ההכשרה שהגדיר משרד הבריאות. כדי להביא להפסקת רישוי הסטודנטים ממוסדות לא מוכרים אלה, שאיכותם ירודה, וכדי לשפר את איכות הטיפול הרפואי בישראל יצא משרד הבריאות ברפורמת יציב. ואולם על פי הערכת המשרד, רפורמה זו צפויה להחמיר את שיעור הרופאים התת-מיטבי שכבר קיים בישראל באופן זמני עד שנת 2034. גם כאשר מספר מקבלי הרישיון יעלה הודות להגדלה הדרגתית של מקומות לימוד הרפואה בישראל, הפער במספר הרופאים לנפש עדיין אינו צפוי להיסגר.<sup>2</sup>

המשבר המתמשך בנוגע לכוח האדם מקשה על מערכת הבריאות להתמודד עם הפערים הקיימים בזמינות ובנגישות של שירותים במערכת הבריאות ועם פערים במצב הבריאות של האוכלוסייה. כחלק מההתמודדות עם אתגרים אלו העיסוק בתכנון אסטרטגי של כוח אדם במקצועות הבריאות, בייחוד בתחום הרפואה, נמצא על סדר היום של משרד הבריאות ושל מקבלי החלטות כבר שנים רבות. כפי שתואר בפרסומים קודמים, העיסוק בתחום הולך ומתעצם בשנים האחרונות, עם הקמתן של ועדות שונות<sup>3</sup> ופרסום דוח ה-OECD בנוגע למדיניות מיטבית לתכנון כוח האדם הרפואי בישראל בשנת 2023.

---

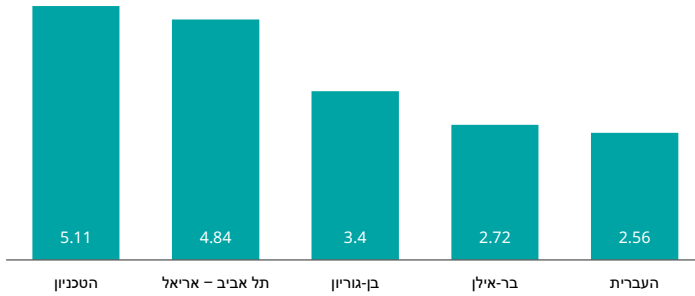
2 ראו באתר משרד הבריאות, הרופאות והרופאים החדשים ומדיניות המשרד, סיכום 2024.

3 כגון הוועדה מטעם המל"ג בראשות פרופ' רפי ביאר (2022) אשר המליצה על הגדלת קיבולת הסטודנטים לרפואה בשדות הקליניים, וועדת גמזו (2022) לתכנון ארוך טווח של כוח-אדם רפואי.

בימים אלו פועלת הוועדה לטיפול במצוקת כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות בראשות מנכ"ל משרד הבריאות, משה בר סימן טוב.<sup>4</sup> הוועדה עוסקת בהגדרת מנגנונים לעמידה ביעדים של הגדלת מספר הרופאים המקבלים את הכשרתם בישראל, בהקמת גוף לאומי לתכנון כוח אדם רפואי, בהרחבה ובהסדרה של השדות הקליניים להכשרת סטודנטים לרפואה ובקביעת מנגנון לאומי יעיל לניהולם, לרבות חלוקה שוויונית יותר שלהם בין בתי הספר לרפואה (כפי שניתן לראות בתרשים 2, חלוקת מיטות האשפוז לסטודנט לרפואה שונה מאוד בין בתי הספר לרפואה) ובהרחבה ניכרת של השדות הקליניים להתמחויות בקהילה ולא רק בבית החולים, הן עבור סטודנטים לרפואה והן במקצועות שאינם רפואת משפחה. כל אלו דורשים שינויים מרחיקי לכת ומצריכים את מעורבותם של בתי החולים, של קופות החולים, של האוניברסיטאות בדגש על בתי ספר לרפואה, של המועצה להשכלה גבוהה (מ"ג), של הוועדה לתכנון ותקצוב (ות"ת), של המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית (הר"י) ושל משרד האוצר.

בסוף אוקטובר 2025 חנך משרד הבריאות מודל חדש שלו כמה מרכיבים מרכזיים: ניהול כלכלי אחיד לתשלום עבור שדות קליניים, קביעת אמות מידה להכשרה, ניהול מרכזי של שיבוץ הסטודנטים, הגברת ההכשרה בקהילה, בחינת הכשרה בשעות אחר הצהריים, הקמת רשויות הוראה בבתי חולים ותמרוץ מוסדות ההכשרה לעמידה ביעדים, לחיזוק החינוך הרפואי ולהדרכת הטיטורים (הרופאים המומחים המנחים את קבוצות הסטודנטים בסבבים הקליניים) (ברנר שלם ואחרים, 2025). המודל ישפיע רק בטווח הארוך, על כן משרד הבריאות, משרדים רלוונטיים אחרים, כמו משרד הקליטה והאוצר, וארגונים שונים משקיעים כעת גם בקבלת מידע מדויק יותר על ישראלים הלומדים רפואה בחו"ל, כדי לחזק את הקשר איתם ולוודא שיחזרו ארצה. לצד הכשרת הרופאים, ננקטים צעדים חשובים להגדלת כוח האדם בשאר מקצועות הבריאות, להסדרת מקצועות בריאות נוספים שלא היו מוכרים עד עתה בחוק, ולפיתוח מקצועי של כוח האדם.

## תרשים 2. מספר מיטות אשפוז לסטודנט לרפואה הולמד בבתי הספר לרפואה בישראל, 2022



הערות: התרשים מתייחס רק למחלקות העיקריות – פנימית, כירורגיה, ילדים; אוניברסיטת תל אביב מקצה את המיטות עבור אוניברסיטת אריאל.

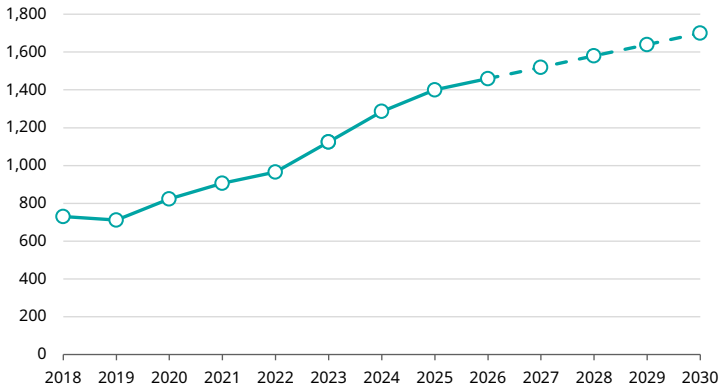
מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

מספר הרישיונות לעסוק ברפואה שהונפקו ממשיך במגמת העלייה של השנים האחרונות, ובשנת 2023 הונפקו 2,495 רישיונות חדשים לעומת 1,947 בשנת 2022. 750 (30%) מהרישיונות הונפקו לסטודנטים בוגרי תוכניות לימוד בארץ, נתון המדגים עלייה במספר הרישיונות שהונפקו לבוגרי הארץ אך ירידה בשיעורם מתוך כלל הרישיונות, 672 ו-35% בהתאמה ב-2022. לעומת זאת מספר הרישיונות שהונפקו לסטודנטים שלמדו בחו"ל ושיעורם ממשיכים לעלות, והשיעור הגבוה ביותר (54%) ניתן לסטודנטים שלמדו במדינות מזרח אירופה (משרד הבריאות, 2024א). העלייה במספר הרישיונות שניתנו לסטודנטים בוגרי תוכניות לימוד בארץ נובע מכמה תהליכים שיושמו בשנים האחרונות, ובהם הגדלת מספר הסטודנטים בתוכניות הלימודים בארץ והמרת תוכניות ההכשרה לסטודנטים זרים בארץ למסגרות הכשרה לסטודנטים מקומיים. צעדים אלו מבורכים, אך אין בהם מענה המניח את הדעת להכשרת מספר מספק של אנשי רפואה בארץ.

למרות העלייה במספר הסטודנטים שהתחילו ללמוד רפואה בישראל, נדרש זמן עד שההשפעה תבוא לידי ביטוי במספר רישיונות חדשים. בשנת הלימודים תשפ"ו (2025-2026) החלו ללמוד בישראל כ-1,400 סטודנטים חדשים במסלולי הרפואה באוניברסיטאות השונות, מספר שיא חדש של תחילת לימודים, לאחר גידול הדרגתי בשנים האחרונות (ב-2018 עמד המספר על 731 בלבד). מספרים אלו תואמים את יעדי משרד הבריאות להגדלה ולהרחבה של ממש בהכשרה הרפואית בישראל ולפתיחת בתי

ספר לרפואה חדשים (באוניברסיטת חיפה, באוניברסיטת רייכמן ובמכון ויצמן) והרחבת הקיימים. יעדי משרד הבריאות לשנים הקרובות הם להמשיך להגדיל את המספר הסטודנטים לרפואה המתחילים ללמוד בכל שנה ל-1,700 עד שנת 2030. העלייה במספר הסטודנטים מומחשת בתרשים 3.

### תרשים 3. מספר הסטודנטים המתחילים ללמוד רפואה בישראל, 2018–2025 ותחזית ל-2030

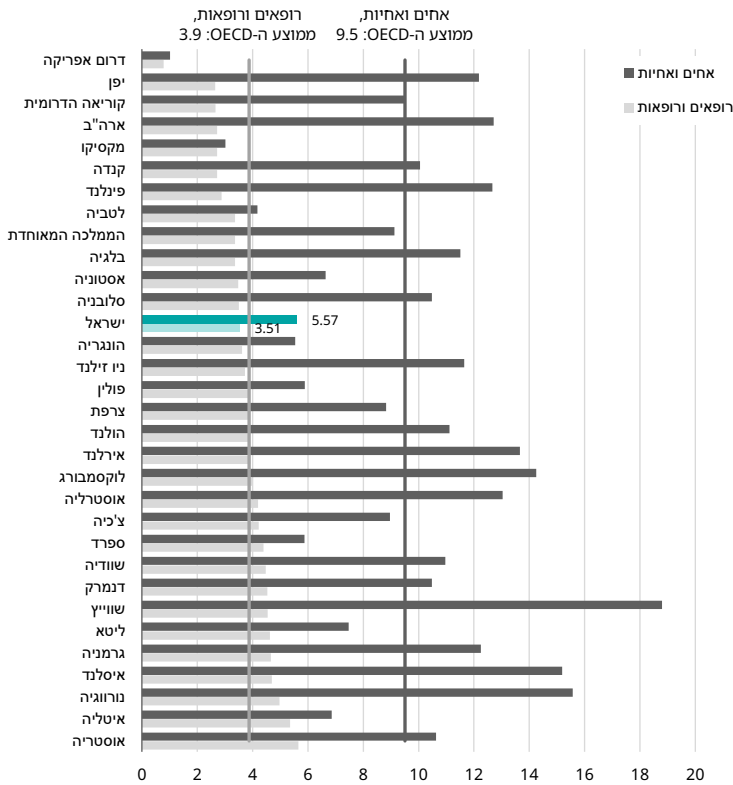


הערה: הנתונים עבור שנת 2026 ואילך מבוססים על הערכות של משרד הבריאות. מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

המחסור בטווח הקצר, בייחוד לאחר רפורמת יציב, מתבטא למשל בכך ששיעור המסיימים את לימודי הרפואה בארץ בשנת 2023 (7.2 ל-100 אלף נפש) עדיין נמוך ממוצע ה-OECD (14.5, OECD, 2023a). כפי שניתן לראות בתרשים 4, גם מספר הרופאים הפעילים בארץ קטן מהמוצע ב-OECD – 3.5 לעומת 3.9 לאלף נפש, בהתאמה, בשנת 2023 (OECD, 2023b). שיעור הרופאים המומחים עד גיל 67 נמצא במגמת עלייה מתמשכת בחמש השנים האחרונות, ועמד על 1.88 מומחים לאלף נפש בסוף שנת 2023. בסוף 2023, 21.8% מהרופאים המומחים היו בעלי התמחות ברפואה פנימית ו-14.7% היו בעלי התמחות ברפואת משפחה גם מספר הרופאים הנמצאים בהתמחות נמצא במגמת עלייה, ובשנת 2023 התחילו התמחות 2,035 רופאים, עלייה של 54% לעומת 2015 (משרד הבריאות, 2024א). בעשור האחרון שיעור המומחים בתחומי התמחות מסוימים נמצא במגמת עלייה ניכרת. הבולטים שבהם הם רפואה לשיכור (פי 10)

ורפואה דחופה (פי 2.5), בעוד בתחומים אחרים, בהם בריאות הציבור ופסיכיאטריה, השיעור נמצא בירידה (משרד הבריאות, 2024א). למרות העלייה המעודדת במספרי הרופאים המומחים והמתמחים, עדיין קיימים חוסרים נרחבים, בייחוד במקצועות המוגדרים במצוקה,<sup>5</sup> המובילים לעומסים רבים בבתי החולים ובקהילה.

#### תרשים 4. מספר הרופאים והרופאות, האחים והאחיות הפעילים לאלף נפש, השוואה בין-לאומית, 2023 או השנה המעודכנת ביותר



הערה: הנתון עבור האחים והאחיות בארצות הברית כולל בעלי ובעלות מקצוע שאינם פעילים קלינית (תפקידי ניהול וכדומה).

מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: OECD

5 רפואה פנימית, הרדמה, כירורגיה כללית, גריאטריה, רפואה דחופה, רפואה פיסיקלית ושיקום, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר, אנטומיה פתולוגית, טיפול נמרץ כללי, כירורגיה כלי דם, ניאונטולוגיה, כירורגיה ילדים, רפואה גרעינית, המטו אונקולוגיה ילדים, טיפול נמרץ ילדים.

מספר הרישיונות החדשים לעסוק במקצועות האֶחִיּוּת נמצא גם הוא במגמת עלייה בעשור האחרון, ובשנת 2023 הונפקו 4,102 רישיונות לעומת 929 בשנת 2010. גם מספר האחים והאחיות לאלף נפש נמצא במגמת עלייה, ומספר בעלי המקצוע עד גיל 67 לאלף נפש עלה ל-6.8 בסוף 2023 לעומת 6.6 ב-2022 (משרד הבריאות, 2024א). אחד הגורמים המרכזיים התורמים לעלייה זו הוא הגידול במספר המסיימים לימודי סיעוד בארץ, אשר עמד על 32.1 ל-100 אלף נפש בשנת 2023, נתון נמוך מממוצע ה-OECD, שעמד על 45.8. מספר האחים והאחיות הפעילים בארץ בשנת 2023 היה נמוך מממוצע ה-OECD – 5.57 לעומת 9.5 לאלף נפש, בהתאמה (OECD, 2023c), כפי שניתן לראות בתרשים 4.

מגמה התורמת עד מאוד לפיתוח כוח האדם במקצועות הסיעוד היא אחים ואחיות המסיימים קורסים על-בסיסיים או התמחות קלינית. אחים ואחיות אלו מקבלים סמכויות נרחבות בטיפול הקליני וכך תורמים להתמודדות עם עומס המטופלים. בסוף 2023 היו 693 אחים ואחיות בעלי התמחות קלינית, ו-28,655 בוגרי קורסים על-בסיסיים (47% מכלל האחים והאחיות בעלי הרשאה). אף שמספרם של אלו נמצא בעלייה, בשנים האחרונות מספר מקבלי הרשאות חדשות של קורסים על-בסיסיים נמצא בירידה, ובשנת 2022 היו 2,070 מקבלי הרשאות חדשות לעומת מעל 3,000 שקיבלו ב-2020 (משרד הבריאות, 2024א).

## זרקור

# אחים ואחיות מומחים בישראל

איתן ברודסקי ונדב דוידוביץ'

### רקע

מרכיב מרכזי בעיצוב מחדש של מערכת הבריאות ושל עבודת הרופא הוא מעבר מדפוס העבודה הקלאסי של רופא יחיד שעליו מוטלת האחריות הבלעדית על הטיפול, לשיטה שבמרכזה עבודת צוות וחלוקת האחריות והסמכות בין חבריו. במסגרת המודל, הרופא או הרופאה משתפים פעולה עם אחים ואחיות מומחים קליניים ועם עוזרי ועוזרות רופא, וכל בעל מקצוע משתמש במיומנויות ובמטען הפרופסיונלי שבו יש לו יתרון (סגל ואחרים, 2024; Sguanci et al., 2025). אימוץ תפיסת הפעלה חדשה זו ברפואה הקלינית הוא בעל פוטנציאל לשיפור ניכר באיכות וביעילות של הטיפול תוך התמודדות עם העומסים במערכת הבריאות. תהליך זה יפנה זמן-רופא יקר ויאפשר פריסת שירותים רפואיים הן בטיפולים פרונטליים והן ברפואה מרחוק (סגל ואחרים, 2024). שינוי תפיסת היסוד הישנה והפיכת הרופא והרופאה ממטפל יחיד שנעזר בעת הצורך בבעלי מקצועות אחרים, לגורם מרכזי, אך לא בלעדי, בקבוצת העמיתים הדגים השפעה חיובית על סגירת פערים בשוויון ובנגישות השירות (Nozu et al., 2024; Sguanci et al., 2025; Song et al., 2025). הצגת תפקידם של האח והאחות המומחים היא מטרתו העיקרית של חלק זה (לעוזרי רופא הוקדש פרק הזרקור בדוח מצב המדינה לשנת 2023. ראו דוידוביץ' ואחרים, 2023, עמ' 275-277).

\* ד"ר איתן ברודסקי, מרכז הסבת אקדמאים לאֶחִיות, בית הספר האקדמי לאֶחִיות ע"ש שיינברון, המרכז הרפואי איכילוב, ומרצה בחוג למדעי האחיות באוניברסיטת תל אביב.

## הגדרות בעולם

תפקידים חדשים ומתקדמים של אחים ואחיות מומחים קיימים זה עשורים בצפון אמריקה ואוקיאניה ומוטמעים בשנים האחרונות גם במרבית מדינות אירופה, בסין ובמזרח הרחוק (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023; De Raeve et al., 2024; Song et al., 2025). המדינות נבדלות הן בשמות שהן מעניקות לבעלי תפקידים אלו והן בסמכויות המקצועיות ובמידת העצמאות הניתנות להם. בחלק מהמדינות מדובר בקבוצת אחים ואחיות הומוגנית בעלת מרחב פעולה אחיד, ובאחרות מדובר במכלול של תת-קבוצות הנבדלות זו מזו בעיסוקן, בתפיסתן העצמית ובמיצובן ביחס למקצוע הרפואה.

מערכות בריאות שונות נבדלות גם בתנאי הבסיס הנדרשים כדי שאח מוסמך יהפוך לאח בתפקיד התמחותי מתקדם (De Raeve et al., 2024; Nozu et al., 2024). בהיעדר קונצנזוס בין-לאומי בנוגע להיקף סמכויותיהם, המאפיינים הספציפיים של המיומנויות וההכשרות הנדרשות בתפקיד זה מעוצבים מתוך ההקשר הלאומי והמקומי שבו הם פועלים (ICN, 2020). עם הזמן, וככל שאחים ואחיות מומחים הופכים לבעלי תפקיד ותיק ומוכר יותר ויותר, הולך ומתגבש סטנדרט המגדיר אותם ככאלה שרכשו בסיס ידע ברמת מומחיות גבוהה וכבעלי כישורי קבלת החלטות מורכבות ויכולות קליניות הנדרשות לעשייה סיעודית מגוונת (ICN, 2020). במרבית המדינות נדרש שאחים ואחיות אלו יהיו בוגרי לימודים אקדמיים מתקדמים (תואר שני ומעלה) ובעלי ניסיון מקצועי בכל הקשור לאבחון ולטיפול במצבי בריאות וחולי מוגדרים בתחומי התמחותם (נתנזון ואחרים, 2020; משרד הבריאות, 2024ד).

בעוד הגדרות התפקיד ודרישות הסף נמצאות בשלבי פיתוח והטמעה שונים במדינות שונות, יש הסכמה רחבה שכאשר מגדירים היטב את התפקידים והסמכויות, כולל אופן הכפיפות לרופאות ולרופאים במערכת, ישנה תרומה חיובית מצידם של האחים והאחיות המומחים. תרומתם באה לידי ביטוי בהרחבת הנגישות, במענה למצבי חירום ולמצבים כרוניים הדורשים תיאום ורצף טיפולי, בשיפור תוצאות הטיפול, בקידום טיפול

ממוקד-מטופל ובהתמודדות עם פערי בריאות (סגל ואחרים, 2024; Mackavey et al., 2025; Nozu et al., 2024; Porter et al., 2024; Sguanci et al., 2025; Song et al., 2025). הכשרתם המקצועית של אחים ואחיות מומחים בעולם מאפשרת להם ליטול חלק במיומנויות שבעבר היו בלעדיות לרופאים ולרופאות, כגון סיוע בקבלת המטופלים והשחרור הרפואי, הפניה לבדיקות דימות וכתובת מרשמים. בשנים האחרונות החל משרד הבריאות בישראל בהרחבה הדרגתית של סמכויותיהם של האחים והאחיות ובבניית תפקידי אֶחִיות חדשים ומתקדמים (כרמלי, 2021). התהליך מתקדם, אך לא עובר באופן פשוט, בעיקר בשל מתחים בין משרד הבריאות לבין ההסתדרות הרפואית, שעיקרם שאלת הכפיפות של האח המומחה. לאחר סכסוך עבודה ודיונים רבים בנושא, בסופו של דבר התקבלה הסכמה לגבי אח או אחות מומחים בקהילה אל מול ההסתדרות הרפואית, בדגש על כפיפותם לרופאים.<sup>6</sup>

## התפתחות התפקיד בישראל

הצעד הראשון בהרחבת הסמכויות בישראל היה העברה של 61 פעולות חריגות לעשייה השוטפת של האחים והאחיות, ומאז הועברו לסמכותם פעולות רבות נוספות. בין השאר הם הוסמכו לקבל החלטה על הגבלה פיזית של מטופל, הפניית המטופל לצילום חזה ושלד, החלטה על מתן חמצן והפסקתו למבוגר באשפוז, על הזרקת גלוקגון במצב של סכנת חיים ועל טיפול בחבישות ומשחות בפצעי לחץ.

בשלב הבא בתהליך הרחבת הסמכויות קידם משרד הבריאות את הטמעת התפקיד של אח או אחות מומחים בקהילה ובתפקידים מוגדרים בבית החולים (משרד הבריאות, 2024ד). לשם כך פותח מסלול ייחודי המאפשר לאחים ולאחיות מנוסים, בעלי השכלה אקדמית רחבה והכשרה מתאימה, להתמחות בתחומים ייעודיים באֶחִיות. הכשרת אחים ואחיות מומחים בישראל החלה בשנים 2009–2010 (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023). שנים אחדות לאחר מכן עוגן התואר

---

6 ראו באתר משרד הבריאות, אחות מומחית בקהילה.

"אח מומחה" מבחינה חוקתית<sup>7</sup> ומינהלית, כולל הסדרת הליך ההכשרה, הרישוי והכפיפות המקצועית למנהל הרפואי של היחידה שבה הוא עובד.

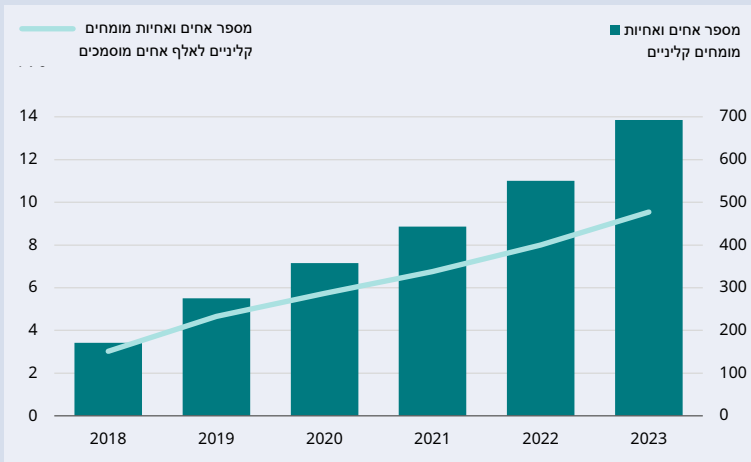
בשנת 2023 חלה התקדמות נוספת ותוקנה פקודת הרוקחים, צעד שאפשר לאחים ואחיות מומחים לרשום מרשמים למטופליהם בהתאם לתחום מומחיותם (משרד הבריאות, 2024ד; ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023). בפרסום בשנת 2024 ריכז משרד הבריאות את עיקרי העיסוק של האח המומחה, בהתאם לסמכויות שאישר מנכ"ל המשרד. תחומי העיסוק רחבים מאלה של אח מוסמך רגיל. בהתאם להרשאה הניתנת לאח או לאחות המומחים ממנהל היחידה הרפואית או מהרופא הממונה, הם יכולים לבצע בדיקה והערכת מצב של המטופל. עוד הם עוסקים בוויסות ואיזון מחלות במטרה לאפשר תפקוד יום-יומי ואיכות חיים, וכן במתן ייעוץ, הכוונה והדרכה למטופלים, למשפחות ולצוות הרפואי. הם פועלים לאיתור מוקדם ככל האפשר של חריגות במצבו של המטופל, מפנים להמשך אבחון, התערבות ומעקב וקובעים תוכנית טיפול כולל מתן הוראות טיפוליות ותרופתיות (משרד הבריאות, 2024ד). הצורך בהכשרה רחבה מזו של אח מוסמך שאינו מומחה בא לידי ביטוי בחובת הלימודים במסגרת תוכניות ההתמחות בענף המומחיות. הדרישות כוללות הכשרה בהיקף של שנה אקדמית במוסד לימודים שהוכר לשם כך על ידי ראש מינהל האחיות וכן עמידה בהכשרה מעשית בענף המומחיות במשך 400 שעות לפחות והצלחה במבחן רישום ממשלתי (משרד הבריאות, 2024ד; נתנזון ואחרים, 2020).

המומחיות הראשונה שזכתה להכרה הייתה בתחום הטיפול התומך ומאז נוספו תחומי מומחיות, ובהם גריאטריה, אונקולוגיה והמטולוגיה, סוכרת, קהילה, פגים, כירורגיה, מדיניות ומינהל, כאב ושיקום ותחומים נוספים (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023; סגל ואחרים, 2024). נכון לשנת 2025, יש 18 תחומי מומחיות פעילים וכמה תחומים נמצאים בגיבוש והכנה (ועדת הבריאות של הכנסת, 2025). אחים ואחיות מומחים הם דמויות מפתח במערכת הבריאות בהבטחת האיכות, הרצף והבטיחות של הטיפול (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023; סגל ואחרים, 2024; Mackavey et al.,

7 תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד-2013.

שילובם במערכת הבריאות מייעל את ניצול המשאבים, ומפנה זמן-רופא לאוכלוסיות שבהן תרומתו הכרחית ביותר. בדרך זו נשמר הזמן האפקטיבי של הרופאים והרופאות, לצד שיפור באיכות הטיפול הכוללת (סגל ואחרים, 2024). הרחבת תחומי המומחיות והגדלת מספר האחים והאחיות המומחים הקליניים (תרשים 5) מעלה הזדמנות לחיזוק מקצוע האֶחִיות עצמו, להגדלת האוטונומיה שלו ולגיבוש זהות מקצועית מוגדרת ומובחנת. פיתוח מסלולי קריירה ואופק התפתחותי, העצמה מקצועית והגשמה אישית מסייעים בצמצום שחיקה ומבטיחים השפעה רחבה יותר של אחים ואחיות על מערכת הבריאות ועל יכולתה להתמודד עם אתגרים ומשברים (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023; Porat-Dahlerbruch et al., 2025b).

### תרשים 5. אחים ואחיות מומחים קליניים, 2018–2023



מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

## אתגרים והזדמנויות

הטמעת תפקיד חדש של אחים ואחיות מומחים במערכת הבריאות היא תהליך מאתגר, מורכב ודינמי, הנמשך זמן רב ודורש השקעה רבה של משאבים ושיתוף פעולה מצד כלל בעלי העניין (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023; Porat-Dahlerbruch et al., 2025b). קולות שונים, בעיקר בקהילת הרופאות והרופאים ובדגש על איגודים רפואיים וההסתדרות הרפואית, הביעו חשש מעמימות בהגדרות תפקידם ובגבולות הסמכויות הניתנות להם (כרמלי, 2021; נוף שדה ואחרים, 2018), ביקורת על אי-התאמה בין אורך ההכשרה ותכניה לבין הסמכויות המורחבות, וכן חשש מעצמאות מלאה של אח מומחה והתרחקותו מעבודת הצוות, בניגוד לייעודו המקורי (נוף שדה ואחרים, 2018). סגל ואחרים (2024), המצדדים בקידום ובהטמעה של תפקיד האח המומחה, מציינים כי תמיכת הרופאים והרופאות תלויה בכך שאחים ואחיות מומחים יהיו חלק אינטגרלי מצוות המטפלים יחד עם רופאים ועוזרי רופא וכי הגדרות התפקיד יהיו ברורות ומוסכמות. ניתן להפחית את החששות מצד הרופאים והרופאות באמצעות עבודה משותפת ומתמשכת עם אחים ואחיות מומחים, וכן באמצעות חשיפה לתהליך ההסמכה שלהם והגברת ההיכרות עם יתרונותיו של התפקיד החדש בשיפור איכות הטיפול. חוקרים שונים ממליצים לעודד שיח בין-מקצועי פתוח ולחזק קשר ואמון בין הממסד הרפואי לבין האחים והאחיות המומחים באמצעות מפגשים מקצועיים ופורומים משותפים. על ארגוני הבריאות המעוניינים בהכנסת תפקיד האח המומחה לקדם תהליך שינוי תרבותי-ארגוני שיאתגר אידאולוגיות מסורתיות. בד בבד הרגולטור יבצע התאמות במדיניות הממשלתית והממסדית בדגש על חקיקה, רגולציה, מימון והקצאת תקנים. שינוי זה מחייב שיתוף פעולה ומסירות של דרגים מקצועיים וניהוליים של משרד הבריאות ושל ארגוני הבריאות וכן את הרצון הטוב והשותפות מצד האיגודים המקצועיים של מקצועות הבריאות הרלוונטיים (סגל ואחרים, 2024; Porat-Dahlerbruch et al., 2025a).

ההעתקה של מודל האח המומחה מהעולם המערבי לישראל מאותגר על ידי פערי תקינה במקצוע האֶחִיות בישראל. מפתחות התקינה הנוכחיים של המקצוע נקבעו בשלהי שנות התשעים ואין הם מותאמים עוד לדינמיות ולאֶתגרים העכשוויים במערכת הבריאות, כגון הזדקנות האוכלוסייה ועלייה במדדי התחלואה (ועדת הבריאות של הכנסת, 2025). במצב של היעדר תקנים לכלל האחים והאחיות, עולה קושי מיוחד בהקצאת תקנים ייעודיים לאחים ואחיות מומחים. מספר התקנים הייעודיים עדיין נמוך, למרות הסכמה רחבה כי הוספת תקנים כאלה יכולה להוביל לחיסכון בתקנים של רופאים ורופאות ולסייע בהורדת העומס המוטל עליהם (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023). בפועל, כיום עובדים אלו מועסקים בתקנים רגילים של אחים ואחיות או בתקנים זמניים. מצב זה עלול להוביל לכך שהאחים והאחיות המומחים ימצאו את עצמם ממלאים תפקידים זהים לאלה שמילאו לפני ההכשרה, ללא הכרה רשמית או ללא סמכויות מתאימות. בכך ייפגעו המוטיבציה שלהם ויכולת המוסדות לנצל באופן מיטבי את הידע והמיומנויות הייחודיות שלהם. היעדר תקנים ייעודיים מעכב את ההתמודדות עם העומס המקצועי הקיים במערכת הבריאות, שלשמה נוצר התפקיד של האח המומחה (ועדת הבריאות של הכנסת, 2025).

כיום במשרד הבריאות ובמשרד האוצר ישנה הבנה לגבי צורך בתקינה מתאימה, וקיימת תוכנית חומש להקצאה הדרגתית של התקנים הייעודיים. בשל המצב הביטחוני והכלכלי, פחות ממצצית התקנים המתוכננים הוקצו בפועל, וכך נוצר פער בין מספר המומחים שסיימו הכשרה ייעודית ויכולים לפעול ולהשפיע בשטח לבין התקנים שבהם ניתן לקלוט אותם (ועדת הבריאות של הכנסת, 2025). גם כאשר יימצא פתרון תקציבי לפערי התקינה, יידרשו צעדים נוספים כדי שתפקיד האח המומחה ימשיך להיתפס בקרב האחים והאחיות כאטרקטיבי ומתגמל. בין השאר יידרשו התאמות שיאפשרו תנאי השתכרות הולמים ויצירת מסלולי קידום ייחודיים (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023).

## המלצות לעתיד

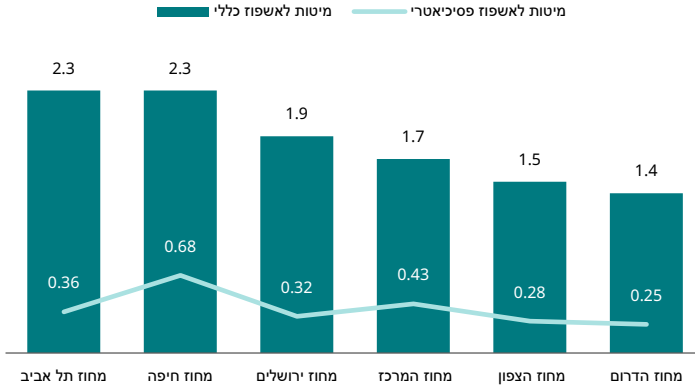
מגמות של הזדקנות האוכלוסייה והעלייה במחלות כרוניות לצד אתגרים הכרוכים במחלות זיהומיות כמו עמידות לאנטיביוטיקה או בשינויי האקלים, כל אלו מחייבים חשיבה מחוץ לקופסה ושינויים נרחבים במערכת תוך עיצוב מחדש של שיטת ההפעלה. אתגרי ההווה והעתיד מחייבים אימוץ והטמעה של דגם הטיפול המבוסס על שותפות ועבודת צוות של רופא, עוזר רופא ואח מומחה (סגל ואחרים, 2024). המשך יישום הדרגתי ומתוכנן של הטמעת התפקיד החדש של אח מומחה תוך הקצאת תקנים הולמת ושיפור ההשתכרות של אחים ואחיות אלה יאפשרו להגדיל את מספרם. הגדרה ברורה של תחומי סמכותם ואחריותם, יחד עם שמירה על פתיחות השיח עם רופאים ורופאות והנהלות ארגוני הבריאות, הן צעדים שיפחיתו התנגדויות להרחבת סמכויותיהם ומיצובו החדש של מקצוע האֶחִיות.

## מיטות אשפוז בבתי חולים כלליים

למרות העלייה במספר האבסולוטי של המיטות לאשפוז כללי (ללא מיטות לאשפוז פסיכיאטרי), מ-15,497 ב-2015 ל-16,948 ב-2023, מספר המיטות לאלף נפש בישראל ממשיך במגמת ירידה, מ-1.85 ב-2015 ל-1.76 ב-2023. נתון זה נמוך מממוצע ה-OECD, אשר בשנת 2023 עמד על 3.18 מיטות לאלף נפש (OECD, 2023d). מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי ממשיך גם הוא במגמת ירידה ובשנת 2023 עמד על 0.37 מיטות לאלף נפש, נתון הנמוך מממוצע ה-OECD, אשר עמד על 0.7 באותה השנה (OECD, 2023d).

כאשר בוחנים את הפיזור הגיאוגרפי של המיטות לאשפוז כללי ניתן להבחין בחוסר איזון בין המחוזות (תרשים 6). מחוזות הפריפריה מתאפיינים במספר נמוך יחסית של מיטות לאלף נפש. עם זאת במחוזות אלו ניכרת יציבות יחסית במספר המיטות, בעוד בשאר המחוזות מספר המיטות נשחק עם השנים (משרד הבריאות, 2025א). גם הפיזור הגיאוגרפי של המיטות לאשפוז פסיכיאטרי סובל מחוסר אחידות. במחוזות הצפון ותל אביב מספר המיטות נשאר יחסית יציב, ובשאר המחוזות ניכרת שחיקה של מספר המיטות לאורך השנים (משרד הבריאות, 2025א).

## תרשים 6. מיטות אשפוז לאלף נפש, לפי מחוז, 2023



מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

## התמודדות עם פערי בריאות

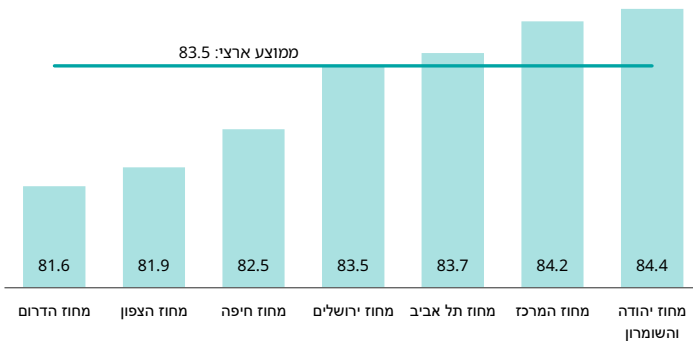
זה שני עשורים משרד הבריאות פועל עם הגורמים במערכת הבריאות ומחוצה לה לצמצום הפערים בזמינות ובנגישות של שירותי הבריאות לאוכלוסיות שונות ולצמצום פערי בריאות המשתקפים במדדי הבריאות, תוך הסתכלות לא רק על מערכת הבריאות אלא גם על מערכות אחרות כמו חינוך, רווחה, תעסוקה, סביבה ועוד. רפורמה חשובה שהמשרד מקדם בשנים האחרונות היא הרפורמה בכוח אדם רפואי שמטרתה לצמצם את פערי כוח האדם הרפואיים בין הפריפריה למרכז.

הפערים בתוחלת החיים בלידה בין החברה הערבית ליהודית ממשיכים לבלוט, וב-2023 עמדה תוחלת החיים בחברה הערבית על 80.7 שנים לעומת 84.3 בחברה היהודית (ללא הרוגי המלחמה). הפערים בתוחלת החיים בין קבוצות הגברים גדולים יותר מאשר בין קבוצות הנשים, וההפרש בין קבוצות האוכלוסייה של הגברים ממשיך לגדול בעוד ההפרש בין קבוצות הנשים הולך ומצטמצם. תוחלת החיים בקרב הגברים הערביים נפגעה באופן החמור ביותר בזמן הקורונה ורק עתה חזרה לרמה שהייתה לפני פרוץ המגפה, לעומת תוחלת החיים של שאר הקבוצות (יהודים ונשים ערביות), אשר גבוהה בהרבה ממה שהייתה ערב הקורונה (משרד הבריאות, 2025א). גם בשיעורי התמותה ובשיעורי תמותת התינוקות ישנם פערים מובהקים. בשנת 2023 שיעור התמותה בקרב יהודים ואחרים עמד על 4.1 לאלף נפש (ללא הרוגי המלחמה) לעומת 5.1 בקרב החברה הערבית, ושיעור תמותת התינוקות לאלף לידות חי עמד על 1.9 בקרב יהודים ואחרים לעומת 5.2 בחברה

הערבית וכפול מכך בחברה הבדואית. למרות הפער הנרחב בשיעורי תמותת התינוקות, בעשור האחרון ישנה מגמת ירידה גם בחברה הערבית וגם בחברה היהודית (משרד הבריאות, 2025א).

נוסף על הפערים בין קבוצות אוכלוסייה, יש פערים בולטים בתוחלת החיים ובשיעורי התמותה בין אזורים גיאוגרפיים. בשנים 2021–2023 ממוצע תוחלת החיים היה הגבוה ביותר במחוז יהודה והשומרון (84.4), בעוד במחוזות הצפון והדרום הוא היה הנמוך ביותר (תרשים 7). גם במדד שיעור תמותת תינוקות בחברה הערבית אזור הדרום בולט לרעה לעומת הממוצע הארצי, עם 9.2 מיתות לאלף לידות חי בקרב החברה הערבית בדרום לעומת 5.2 בממוצע בחברה הערבית (משרד הבריאות, 2025א).

### תרשים 7. תוחלת החיים בלידה לפי מחוז, ממוצע 2021–2023



מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

בעקבות הגידול בביקוש לשירותי בריאות, מגמה המתחזקת יחד עם הגידול הדמוגרפי, נעשתה עבודה רחבת היקף במסגרת התוכנית הלאומית לתכנון תשתיות בריאות לחיזוי הביקוש העתידי ותכנון פריסת שירותים המותאם לגידול הדמוגרפי. במסגרת התוכנית נערך ניסיון לחזות את גידול האוכלוסייה עד שנת 2030 לפי יישוב וקבוצת גיל, ולתכנן פריסת תשתיות אופטימלית של דיאליזה, בתי מרקחת ושירותים אונקולוגיים (משרד הבריאות, 2025א). תחום נוסף הנמצא בבחינה מעמיקה הוא אשפוזי בית כחלופה לאשפוזי אקוטי, לפי קריטריונים שקבע משרד הבריאות. ניתוח מספר אשפוזי הבית הראה שהטמעת מבחן תמיכה לקופות החולים ב-2020 הגדיל באופן ניכר את מספר האשפוזים

האלה. רוב ההפניות לאשפוז (87%) הגיעו מהקהילה ולא מבתי החולים, אם כי בשנה האחרונה בתי חולים נכנסים גם הם לתחום אשפוזי הבית ויוזמים הפניה לאשפוזי בית הן בקרב מבוגרים והן בקרב ילדים. חשוב לזכור כי אשפוזי בית עשויים להגדיל פערים בין אוכלוסיות. על פי נתוני משרד הבריאות, העלייה בשיעור אשפוזי הבית באזור המרכז מהירה יותר מאשר בפריפריה (שרודר ואחרים, 2023).

פריסת תשתיות בריאות בתחום המניעתי חשובה להתמודדות עם צמצום פערי בריאות. מערך טיפות החלב הוא דוגמה בולטת לתשתית בריאות חשובה המשמשת מוקד לזיהוי ולמניעה של בעיות בריאות בתחילת החיים ושמירה על התפתחות תקינה לאורך כל החיים. פריסת התחנות, שנבחנה בתוכנית הלאומית לתכנון פריסת תשתיות בריאות, מראה תמונת מצב חיובית מבחינת נגישות השירות. במאי 2024 היו בישראל 806 תחנות פעילות, ו-92% מהאוכלוסייה מתגוררים במרחק הליכה מתחנת טיפת חלב (משרד הבריאות, 2025). עם זאת, כפי שפרסמנו בנייר מדיניות בנושא טיפת חלב (דוידוביץ' ואחרים, 2025), קיימים כשלים המונעים מפעילות התחנות להשיג את מטרתן ובהם מחסור חמור בכוח אדם וחוסר התאמה לצמיחה הדמוגרפית.

בתחום השיקום רוב השירותים ניתנים בבתי החולים, אך ישנם גם שירותים המסופקים במרכזים אמבולטוריים ייעודיים. ניתוח שבוצע כחלק מהתוכנית הלאומית לתכנון פריסת תשתיות בריאות הראה כי במרכז הארץ יש מספר רב של תשתיות שיקום ובהן מרכזי יום, בתי חולים ומרפאות, ואילו בפריפריה כמעט ואין תשתיות כאלו (משרד הבריאות, 2025).

תחום נוסף שבו קיים פער הוא תחום הסרטן. המספר הגדל של חולי הסרטן המאובחנים בכל שנה, הטיפולים הארוכים והמסובכים שהם עוברים והעומס שטיפולים אלו מטיל על המערכת הרפואית מדגישים את החשיבות שבפריסה נכונה של תשתיות הטיפול. כיום רוב הטיפול מתבצע במחלקות ייעודיות בבתי חולים כלליים, מה שמקשה על מטופלים, הנדרשים לעיתים לנסוע מרחקים ארוכים כדי להגיע לטיפול. מניתוח שבוצע כחלק מהתוכנית הלאומית לתכנון פריסת תשתיות בריאות, עלה כי שמונה בתי חולים בארץ העניקו 80% מהטיפולים שניתנו בעירוי. נוסף על כך, בחינה של המרחק בין אזור המגורים למיקום קבלת הטיפול העלתה כי 39% מהמטופלים המתגוררים במחוז הדרום נוסעים לאזורים מרוחקים כדי לקבל טיפול, בעוד במחוזות חיפה והצפון אחוזים קטנים יותר נוסעים למרחקים גדולים, 18% ו-12% בהתאמה (משרד הבריאות, 2025).

במסגרת התוכנית המערכתית לשיפור מצב הבריאות בחברה הערבית פורסם מבחן תמיכה לקופות החולים שמטרתו להרחיב את השירות הרפואי הניתן לאוכלוסייה הערבית. פורסם גם מבחן תמיכה לארגוני חברה אזרחית לתוכניות מניעה וקידום אורח חיים בריא וקודמו הקמתן של 24 יחידות בריאות ברשויות ערביות ובדואיות. גם בתוכנית הבריאות לצמצום פערי בריאות בחברה החרדית קודמו תחומים רבים ובכללם הפעלת טיפת חלב

ניידת בשכונות עם כיסוי חיסוני נמוך, הפצת ידע בתחום בריאות השן, קיום הדרכות לתזונת ילדים, קיום הדרכות של אורח חיים בריא בבתי ספר המיועדות לתלמידים ולמורים ופתיחת מכינות להכשרת כוח אדם במקצועות הבריאות (משרד הבריאות, 2025א). חלק חשוב בתהליכים אלו הוא הגדלת הייצוג של עובדי בריאות במערכת, דבר שאכן קורה בעשור האחרון, אך במיוחד בקרב מקבלי החלטות. ישנם חסמים רבים ברמת הפרט והחברה ובמבנה המערכת הדורשים התייחסות כוללת (Dopelt et al., 2024). משרד הבריאות ועמותות שונות, כמו עמותת סיכוי וקרן אברהם, מקדמים תהליכים בשותפות עם גורמים רבים לגבי החברה הערבית (שוסטר ודלה, 2023). גם לגבי החברה החרדית ישנן התארגנויות שונות של אנשי בריאות חרדים להביא לשינוי (רגב ומילצקי, 2024).

מהלך חשוב נוסף שהמשרד ממשיך לקדם הוא צמצום אי-השוויון באמצעות הקמת יחידות בריאות באשכולות האזוריים וחיזוק הקידום של תחום הבריאות ברשויות המקומיות. אשכול אזורי הוא איגוד רשויות מקומיות המעודד פיתוח אזורי לשם השגת מטרות משותפות תוך איגום משאבים. בשנת 2020 פורסם קול קורא לקידום בריאות והזדקנות בריאה בשבעה אשכולות, אשר היה מיועד לתקצב הקמה של יחידות בריאות וגיוס של מתכללי בריאות אזוריים. בהמשך הורחב הקול קורא לכל 12 האשכולות, ויחידות הבריאות פועלות בחמישה צירים מרכזיים: (1) הקמת שותפויות רב-מגזריות לקידום בריאות; (2) איסוף וניתוח נתוני בריאות של תושבים; (3) רתימת הרשויות ושחקנים מקומיים להשקעה בבריאות; (4) ניצול יתרון גודל האשכול להפחתת עלויות וביצוע מיזמים משותפים; (5) הקמת תשתית אזורית לשיפור הנגישות לשירותי רפואה וקידום הבריאות. בסוף 2023 היו שותפות למיזם 111 רשויות מקומיות, ועל פי הערכות הושפעו ממנו כ-3.2 מיליון תושבים (משרד הבריאות, 2025א).

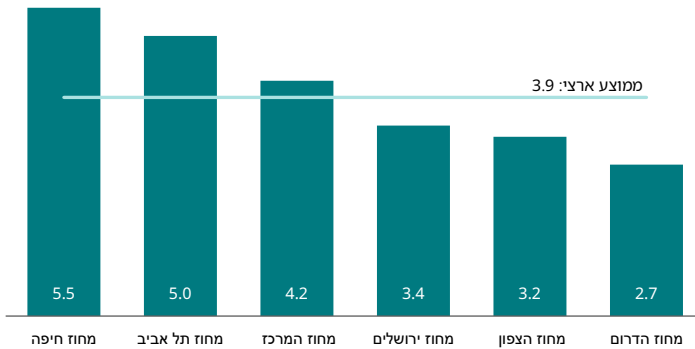
## זמינות ואיכות שירותי בריאות

הזמינות והאיכות של שירותי הרפואה מושפעות מאוד מאי-השוויון בפריסת כוח אדם במקצועות הבריאות. בחינת מספר המועסקים במקצועות הבריאות בפריסה גיאוגרפית מאפשרת להשוות בין אזורים בארץ ולזהות פערי כוח אדם המשפיעים על שירותי הבריאות.

בשנים 2021–2023 ממוצע מספר הרופאים המועסקים לאלף נפש במחוזות חיפה, תל אביב והמרכז היה גבוה מהממוצע הארצי, בעוד במחוזות הדרום, הצפון וירושלים מספרם היה נמוך מהממוצע (תרשים 8). גם ממוצע מספר האחים והאחיות המועסקים לאלף נפש בשנים אלו במחוזות תל אביב (7.7) וחיפה (6.9) היה גבוה מהממוצע הארצי (5.4), ובמחוזות הדרום (4.5), ירושלים (4.8), המרכז (4.9) והצפון (5.2) הוא היה נמוך ממנו. אף במקצועות הבריאות הנוספים יש פערים נרחבים בין המחוזות (משרד הבריאות, 2025א).

תמונת מצב זו מדגישה את פערי כוח האדם הרפואי בין אזורים גיאוגרפיים, ובמיוחד בין אזורי הפריפריה למרכז, ואת הצורך בתכנון כוח אדם הנותן מענה לאתגר זה.

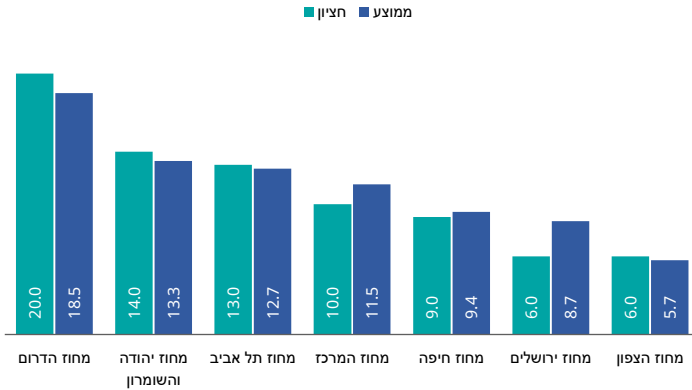
### תרשים 8. מספר הרופאים והרופאות לאלף נפש, לפי מחוז, 2021-2023



מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

המחסור בכוח אדם ואי-השוויון בפיזורו משתקפים גם בזמני ההמתנה לתורים לרפואה יועצת בקהילה. בתרשים 9 מוצג זמן ההמתנה (בימים) לרופא כלשהו באזור גיאוגרפי, כפי שנמדד על ידי התוכניות הלאומית למדידת זמני המתנה ברפואה של משרד הבריאות בין אפריל ליוני 2025. ניתן לראות כי עדיין קיימים פערים גדולים וכי במחוז הדרום זמן ההמתנה הוא הארוך ביותר.

### תרשים 9. מספר ימי המתנה לרופא כלשהו (חציון וממוצע), לפי מחוז, אפריל-יוני 2025



מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

תחום נוסף המעיד על איכות שירותי הרפואה הוא מדדי האיכות. במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה נמדדים כמה אינדיקטורים המעידים על ניצול השירותים לבדיקות הסקר שמציעות הקופות. בין הבדיקות נמצאות שתיים אשר פשוטות לביצוע וחשובות מאוד בתחום קידום הבריאות, והן מדידת BMI ותיעוד עישון. בדיקות אלו מאפשרות לזהות מטופלים הנמצאים בסיכון מוגבר בעקבות אורח חייהם, ולבצע התערבות מוקדמת למניעת תחלואה. שיעור הביצוע של מדידת BMI בקרב בני 20-64 וילדים בני 7 נמצא במגמת ירידה מאז 2019, שיעור התיעוד בגילים אלו בשנת 2023 היה 82.4% ו-66.6%, בהתאמה. בקרב ילדים בני 14-15 הייתה עלייה קטנה בשיעור הביצוע, מ-69.3% ב-2022 ל-70.4% ב-2023, ובקרב מבוגרים בני 65 ומעלה השיעור נשאר קבוע ועמד על 72.9%. גם השיעור של תיעוד העישון בקרב בני 16-74 ממשיך במגמת הירידה, מ-79.7% ב-2022 ל-79% ב-2023. הירידה בשיעור הביצוע של בדיקות אלו מעידה על מגמה מתמשכת של חוסר ניצול של שירותי הרפואה בתחום קידום הבריאות ומצריכה מענה אסטרטגי מצד מערכת הבריאות והקופות לשינוי כיוון המגמה (משרד הבריאות, 2024).

## רפורמת הסדרי הבחירה

בפברואר 2024 נכנסה לתוקף הרפורמה בהסדרי הבחירה של מטופלים מול קופות החולים. מטרת הרפורמה הייתה להגדיל את היצע השירותים העומדים לרשות המבוטחים, להקל את הנגישות לבתי חולים גדולים ולשפר את זמינות המידע והשקיפות לגבי נותני השירותים הזמינים, וכך לתרום לקיצור התורים במערכת הבריאות ולהגברת האמון במערכת הציבורית. ברפורמה נקבעו ארבעה תחומים המוחרגים מהסדרי הבחירה הרגילים: ניתוחי נשים, נויורוכירורגיה, אשפוז בבריאות הנפש ו-IVF, שבהם כל מטופל יוכל לבחור לקבל טיפול בכל מרכז רפואי בעל שירות מתאים ללא הגבלה. יתר על כן, מאוחדת וכללית נדרשו להוסיף מספר בתי חולים לרשימת הבחירה של מטופליהן וכל המידע לגבי אפשרויות הבחירה צריך להיות זמין למטופלים באופן פיזי ודיגיטלי. בעקבות הרפורמה אכן נרשם שיפור במרחק הנסיעה לבית חולים בקרב מבוטחי כללית ומאוחדת. השיפור הגדול ביותר היה למבוטחי כללית בפריפריה, אשר לפני הרפורמה נדרשו לנסוע כ-11.3 ק"מ יותר ממבוטחי מכבי ולאחריה רק 1.6 ק"מ (משרד הבריאות, 2024ב). בשנת 2025 הממוצע של מספר בתי החולים (כולל מרכזי-על ובתי חולים פרטיים) שמציעות הקופות למבוטח (בתקנון לפי גיל ומיון) עמד על 21.1 בלאומית, 27 במכבי, 9.6 בכללית ו-23.4 במאוחדת (שרודר ואחרים, 2025).

בלוח 1 מפורט מספר בתי החולים המוצעים לפי קופות בחלוקה למחוזות. ניתן לראות כי בעוד במכבי ולאומית אין כמעט שונות בין המחוזות, בכללית ובמאוחדת קיימת שונות, וההיצע הגבוה ביותר הוא במחוז הצפון.

### לוח 1. בתי החולים של קופות החולים, לפי מחוז

לאומית		מאוחדת		מכבי		כללית		
מרכז על בלבד	בית חולים	מרכז על בלבד	בית חולים	מרכז על בלבד	בית חולים	מרכז על בלבד	בית חולים	
5	16.1	5	19.3	6	21	2.4	8.7	מחוז הצפון
5	16.3	5.4	17.6	6.4	21	2	7	מחוז הדרום
5.3	16	5	17.3	6	21	2.6	6.2	מחוז תל אביב
5	16	5	19	6	21	2.6	6.5	מחוז חיפה
5	16	5	18	6	21	4	7.3	מחוז ירושלים
5	16	5	17.9	6	21	2	6.7	מחוז המרכז
5	16	5	17	6	21	3.1	6.8	מחוז יהודה והשומרון

הערה: המספרים החלקיים מייצגים את מספר בתי החולים הממוצע במחוז.

מקור: נדב דוידוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

## תמונת מצב הבריאות ואורח החיים

קיום אורח חיים בריא הוא דרישה בסיסית לשם צמצום הסיכון לתחלואה ולסיבוכי בריאות. התנהגויות האוכלוסייה מבחינת הרגלי העישון, דפוסי התזונה והפעילות הגופנית, הן סימני אזהרה חשובים לסיכוני הבריאות הקיימים. יתר על כן, שיעור ההשמנה והימצאות הסוכרת הם אינדיקטורים לתחלואה נוספת ולסיבוכים עתידיים שניתן למנוע.

במשך שנים שיעור המעשנים בארץ נמצא במגמת עלייה, בכל האוכלוסיות ובקרב שני המינים, ובשנת 2023 29.3% מהגברים ו-13.7% מהנשים בארץ עישנו. בקרב גברים קיים מתאם הפוך מזה של נשים בין מצב חברתי-כלכלי לשיעור העישון – בקרב הגברים ככל שהדירוג החברתי-כלכלי נמוך יותר כך שיעור העישון עולה, ובקרב נשים המצב הפוך (משרד הבריאות, 2024).

לאחר מספר שנים של מגמת עלייה, ב-2023 נרשמה ירידה בשיעור השמנת היתר בקרב ילדים בני 7, אשר עמד על 8.1%. בקרב נערים בני 14–15 שיעור השמנת היתר ממשיך לעלות וב-2023 עמד על 14.2% בקרב הנערים ועל 12.1% בקרב הנערות. גם בקרב מבוגרים בני 20–64 נצפתה עלייה בשיעור השמנת היתר, וב-2023 הוא עמד על 23.3% בקרב גברים ועל 27.1% בקרב נשים. בקרב מבוגרים מעל גיל 65 ישנה מגמת ירידה בשיעור בעלי משקל היתר, וב-2023 הוא עמד על 26.7% בקרב גברים ו-35.3% בקרב נשים. בכל שכבות הגיל השיעורים הנמוכים ביותר של השמנת יתר נמצאו בקרב גברים ונשים במצב חברתי-כלכלי גבוה (משרד הבריאות, 2024).

שיעור הסוכרת בקרב בני 18 ומעלה נמצא במגמת עלייה ובשנת 2023 עמד על 10.5%. שיעור הימצאות הסוכרת באוכלוסייה הערבית גבוה פי 1.6 משיעור הימצאותה באוכלוסיית היהודים הלא-חרדים<sup>8</sup> ובאוכלוסייה החרדית, ובפיזור גיאוגרפי שיעור הסוכרת הגבוה ביותר נמדד בנפת נצרת (14.4%) והנמוך ביותר בתל אביב (7.8%). שיעורי הימצאות הנמוכים ביותר נמצאו בקרב גברים ונשים במצב החברתי-כלכלי הגבוה ביותר (משרד הבריאות, 2024).

מדוח של משרד הבריאות על שוויוניות בבריאות לשנת 2023 עולה שקיימים פערים נרחבים בין האוכלוסייה הערבית לממוצע בכלל האוכלוסייה. מבחינת ההתנהגות הבריאותית (משרד הבריאות 2025). הגברים באוכלוסייה הערבית מאופיינים בשיעורי עישון גבוהים יחסית, ו-37.2% מקרב הגברים בני 16–74 מעשנים לעומת 27.4% בממוצע בכלל האוכלוסייה. לעומת זאת, נשים באוכלוסייה הערבית מעשנות פחות, 5.4% לעומת 16.4% בממוצע בכלל האוכלוסייה. מבחינת התנהלות תזונתית, האוכלוסייה הערבית מאופיינת בשיעור גבוה יותר של צריכת חטיפים מלוחים, בשר אדום ומעובד ושתית

8 אוכלוסיית היהודים הלא-חרדים כוללת בתוכה את קבוצת ה"אחרים" (חסרי סיווג דתי). ההשוואה לנתוני האוכלוסייה הערבית והחרדית היא בהתאם להשוואה המופיעה בנתוני המקור.

משקאות ממותקים, ובשיעורים נמוכים יותר של אכילת דגים וירקות. לעומת זאת יש בקרבם צריכה מוגברת של פירות, דגנים מלאים וקטניות ושימוש בשמן זית בבישול. מבחינת פעילות גופנית 34% מהצעירים מעל גיל 20 באוכלוסייה הערבית עוסקים בפעילות גופנית, לעומת 60% באוכלוסייה היהודית (חרדים ולא-חרדים). מבחינת שיעורי השמנת יתר, בשנת 2023 10.4% מהילדים בני ה-7 באוכלוסייה הערבית סבלו מהשמנת יתר לעומת 8.1% בממוצע בכלל האוכלוסייה, ונמדדו שיעורים גבוהים יותר של השמנה גם בקרב בני נוער ומבוגרים. מבחינת שיעורי הסוכרת, השיעור בקרב בני 45 ומעלה באוכלוסייה הערבית גבוה יותר מהשיעור הממוצע בקרב בני גילים אלו בכלל האוכלוסייה, 26.4% לעומת 18.2%. שיעור ההימצאות עולה עם הגיל, ו-49.5% מבני האוכלוסייה הערבית בגילי 75 ומעלה חולה (משרד הבריאות, 2025א). שיעור חוסר האיזון של המוגלובין מסוכרר, מדד המעיד על תחלואה שאינה מאוזנת, היה גבוה פי 1.7 באוכלוסייה הערבית לעומת הממוצע בכלל האוכלוסייה (משרד הבריאות, 2024ג).

האוכלוסייה החרדית מתאפיינת באורח חיים ייחודי המשפיע על ההתנהגות הבריאותית בקרב הקהילה ועל מדדי הבריאות (משרד הבריאות, 2025א). מבחינת התנהלות תזונתית משקי בית באוכלוסייה החרדית מתאפיינים בצריכה נמוכה של פירות וירקות לנפש, ובשיעורי רכישה גבוהים של משקאות ממותקים, חטיפים, מאפים מתוקים וממתקים, לעומת הממוצע בכלל משקי הבית בישראל. נתון אשר יכול להיות מקושר להרגלי תזונה אלו הוא השיעור הגבוה של ילדים מהאוכלוסייה החרדית בכיתות א' ו-ז' הנמצאים בתת-גובה, פי 2 לעומת הממוצע בכלל האוכלוסייה. מבחינת פעילות גופנית רק 26% מהאוכלוסייה החרדית מקיימים פעילות קבועה, לעומת 33% בקרב היהודים הלא-חרדים, ורק 16% עוסקים בפעילות מאומצת לעומת 31%. מבחינת עישון, ישנו שיעור גבוה של נוער בני 12-18 באוכלוסייה החרדית המעשנים במסגרות החינוך. 54% מהם מתנסים לפחות פעם אחת בעישון בישיבות תיכוניות ו-80% מתנסים בתיכוניים לנוער נוסף, בעוד 11% מעשנים באופן קבוע בישיבות תיכוניות ו-37% בתיכוניים לנוער נוסף. בקרב תלמידי ישיבות גדולות (גילי 17-24) שיעור העישון גבוה אף יותר. 77% מהם התנסו לפחות פעם אחת בעישון, ו-32% מעשנים באופן קבוע (משרד הבריאות, 2025א). מצב זה מתהפך בגילים מבוגרים יותר, ושיעור המעשנים הכולל בשנת 2023 באוכלוסייה החרדית היה נמוך משיעור המעשנים בשאר קבוצות האוכלוסייה (משרד הבריאות, 2024ג). האוכלוסייה החרדית מאופיינת גם בשיעור כיסוי חיסוני נמוך הנובע מקשיים לוגיסטיים בהגעה למקום ההתחסנות, חשדנות כלפי המערכת הרפואית, חוסר ידע ולפעמים הפצת ידע כוזב ממתנגדי חיסונים. שיעור הימצאות סוכרת באוכלוסייה החרדית בגילי 35-64 גבוה במעט מהשיעור בקרב היהודים הלא-חרדים ובקרב מבוגרים מעל גיל 64 השיעור נמוך יותר (משרד הבריאות, 2025א).

## זרקור

## התפרצות חצבת בעידן שלאחר הקורונה

אפרת סלס, נתן לב ונדב דוידוביץ

בעקבות התפרצות מגפת הקורונה התגבשה ההבנה כי רק במאמץ בין-לאומי משותף ניתן למנוע הישנות של מגפות נוספות. הקרבה הרבה שבה אנו חיים, שנוצרה בעקבות ריבוי הנוסעים והנסיעות לארצות השונות בעידן המודרני, בשילוב שינויי האקלים וההשפעות שלו על המארג הביולוגי והמיקרוביולוגי, יוצרים מצב המחייב אותנו לפעול להקמת מנגנונים עולמיים למניעת מגפות ולהתמודדות עימן, כפי שקרה בעת יצירת הסכם גלובלי בהובלת ארגון הבריאות העולמי. עם זאת נראה שצורת הפעולה הזאת עדיין לא הוטמעה ברמה המעשית, כפי שמודגם בגלי הקורונה החוזרים והנשנים ובהתפרצות החצבת, שהגיעה גם לישראל.

משנת 2023 נרשמה עלייה בהיארעות מחלות הניתנות למניעה בכלל ומחלת החצבת בפרט במדינות העולם, לרבות בישראל. העלייה בשיעורי ההיארעות של חצבת בישראל נבעה ממגוון רחב של סיבות, ובעיקר מהגעה של תיירים ומבקרים חולים מחו"ל, הדבקה של ישראלים בחו"ל והתפשטות תחלואה בקרב אוכלוסיות אשר לא חוסנו, בייחוד בקרב חלקים מהחברה החרדית. התפרצות של ממש נרשמה באפריל 2025, ובמהלך פחות משמונה חודשים היו 730 מקרי אשפוז של חולי חצבת, רובם בגילי 1-4, ו-12 מקרי פטירה.<sup>9</sup> מלבד אחד שהיה מחוסן רק במנה הראשונה מתוך שתיים, כל הנפטרים לא היו מחוסנים. מספר המקרים המדווח הוא ככל הנראה קצה קרחון, היות שלא כל המקרים מדווחים (בעיקר הקלים).

\* אפרת סלס, דוקטורנטית במחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

חצבת היא אחת המחלות המידבקות ביותר. היא מועברת באוויר, בעיקר באמצעות טיפות זעירות הנפלטות בזמן שיעול או עיטוש של אדם נגוע, וכן במגע ישיר עם הפרשות מדרכי הנשימה. תקופת ההדבקה נמשכת מארבעה ימים לפני הופעת הפריחה ועד ארבעה ימים לאחריה.<sup>10</sup>

כיום גופי בריאות בין-לאומיים, כגון ארגון הבריאות העולמי, המרכזים לבקרת מחלות ומניעתן (CDC) וה-OECD, מדגישים כי הזדקק היעילה ביותר למניעת מחלת החצבת ולמיגורה היא באמצעות חיסון – אשר הציל את חייהם של כ-60 מיליון ילדים בשנים 2000–2023. החיסון מבוסס על נגיף חי מוחלש הניתן כחלק מהחיסון המשולב MMR (חצבת, חזרת ואדמת) או כחלק מחיסון MMRV, הכולל גם הגנה מפני אבעבועות רוח.<sup>11</sup>

חיסון החצבת נמצא יעיל מאוד במניעת המחלה, בטוח לשימוש וכמעט שאינו גורם לתופעות לוואי קשות. בשל רמת ההדבקה הגבוהה של הנגיף, נדרש כיסוי חיסוני של למעלה מ-95% מהאוכלוסייה לצורך השגת חסינות עדר, באמצעות שתי מנות – מנה ראשונה בגיל שנה ומנה שנייה בכיתה א'. חיסון ה-MMR אושר על ידי הרשויות הרגולטוריות בעולם כבר בשנות השבעים של המאה הקודמת, ובישראל בשנת 1988. חיסון ה-MMRV אושר בעולם בשנת 2005 ובישראל בשנת 2007. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, כ-84% מהילדים בעולם עד גיל שנתיים התחסנו במנה ראשונה של חיסון החצבת, ו-76% מהילדים קיבלו מנה שנייה (Jones, 2025). לאור חשיבות המעקב אחר שיעורי ההתחסנות, בשנת 2015 הוכנס מדד חדש לתוכנית מדדי האיכות בישראל – "מתן מנה אחת של חיסון MMR/MMRV לפעוטות עד גיל 13 חודשים בטיפות חלב". על פי דוח משנת 2024, 66% מהילדים בגילי 12–13 חודשים עמדו ביעד זה (משרד הבריאות, 2025ב).

10 ראו באתר משרד הבריאות, מחלת החצבת.

11 ראו באתר ארגון הבריאות העולמי, Measles, וכן באתר המרכזים לבקרת מחלות ומניעתן, Measles Symptoms and Complications.

למרות ההמלצות העקביות של גופי הבריאות העולמיים, של מחקרים ושל רופאים, בעשור האחרון ניכרת ירידה בשיעורי ההתחסנות. ירידה זו מיוחסת בין השאר להיסוס או סירוב להתחסן, לעימותים ומלחמות וכן לשיבושים במערכות הבריאות.

אחד הגורמים העיקריים לירידה בשיעורי ההתחסנות במדינות עם הכנסה גבוהה, כגון מדינות אירופה, ארצות הברית, קנדה וישראל, הוא היסוס של הורים בנוגע למתן חיסון MMR לילדיהם. בשתי סקירות שיטתיות שבחנו את הגורמים הפסיכולוגיים, החברתיים והתרבותיים המשפיעים על החלטת הורים לחסן את ילדיהם או להימנע מכך, נמצא כי החשש לבטיחות החיסון הוא הסיבה המרכזית להימנעות מהתחסנות, ובפרט המיתוס השגוי המקשר בין חיסון ה-MMR לאוטיזם. נוסף על כך, הורים רבים מביעים חוסר אמון במערכת הבריאות, ברשויות המדינה ובחברות התרופות, בשל תחושת חוסר שקיפות או חשד לאינטרסים כלכליים ופוליטיים. גורם משותף נוסף הוא התפיסה שהחצבת אינה מחלה חמורה ולכן אינה דורשת חיסון מיידי, במיוחד במדינות שבהן המחלה כמעט נעלמה. שתי הסקירות מדגישות גם את השפעת הסביבה החברתית והקהילתית, כלומר הורים מושפעים מדעות של חברים, משפחה וקבוצות אידאולוגיות או דתיות המעודדות הימנעות מחיסונים. מכלל הממצאים האלה ניתן ללמוד שההיסוס אינו נובע מהתנגדות מוחלטת לחיסונים אלא בעיקר ממידע שגוי, תפיסת סיכון מוטעית, חוסר אמון והשפעות חברתיות המעצבות את עמדות ההורים כלפי החיסון (Novilla et al., 2023; Wilder-Smith & Qureshi, 2020).

בחודשים האחרונים, בעקבות מינויו של רוברט קנדי לשר הבריאות בארצות הברית, הידוע בדעותיו נגד חיסוני שגרה, הוא החל לערער על ביטחונם ויעילותם של חיסוני שגרה בכלל ושל חיסון החצבת בפרט, ואף קידם מחקר על הקשר בין חיסון החצבת לאוטיזם, לצד עידוד השימוש ב"תרופות מפוקפקות" בעיצומה של התפרצות גדולה של חצבת בטקסס. במעשיו ובפרסום דעותיו, הוא פגע רבות באמון הציבור בחיסוני השגרה ולמרות התקופה הקצרה שהוא בתפקיד כבר גרם לירידה בשיעורי ההתחסנות (Woolf & Rosenthal, 2025).

גם משברים שונים כמו מגפת הקורונה ומלחמות או עימותים מזוינים תורמים לירידה בשיעורי ההתחסנות. לדוגמה, בהתאם לנתוני ארגון הבריאות העולמי מאזור אירופה נמצא כי בשנים שלפני מגפת הקורונה חלה עלייה הדרגתית בשיעורי ההתחסנות לחצבת, אולם במהלך התפרצות המגפה בשנים 2020–2021 חלה ירידה ניכרת בשיעורי ההתחסנות למנה הראשונה (ירידה של כ-2.1 נקודות אחוז) בכלל המדינות, ובעיקר במדינות מזרח אירופה כגון רומניה, אלבניה ומולדובה (Maugeri et al., 2024). בדומה למגפה, גם מלחמות וקונפליקטים מזוינים משפיעים רבות על שיעורי ההתחסנות. לדוגמה, מלחמת אוקראינה-רוסיה שפרצה בשנת 2022 הביאה לירידה ניכרת בשיעורי ההתחסנות לחצבת. באוקראינה נרשמה ירידה בחיסון MMR מ-88% ל-74% ואף פחות מכך. ירידה זו מיוחסת להריסת תשתיות רפואיות, הפסקת קמפיינים לאומיים לעידוד התחסנות, ניידות אוכלוסייה והיעדר גישה לשירותים רפואיים בסיסיים (Badanta et al., 2024; Holt, 2024).

הסיבות לירידה בשיעורי ההתחסנות במהלך משברים (קורונה ומלחמות) קשורות למספר גורמים עיקריים: הסבת משאבי בריאות להתמודדות עם המשבר, בעיות בשרשרת האספקה בשל סגירת גבולות וריחוק חברתי, חשש של הורים לצאת מהבית (במלחמה – מחשש מהפגזות, ובקורונה – מחשש מהידבקות), וכן הפצה נרחבת של מידע שגוי באמצעות רשתות חברתיות ואתרי אינטרנט. נוסף על כך, בשל המשברים נאלצו משרדי הבריאות לסגור תחנות טיפות חלב או לנייד צוותי בריאות לתפקידים אחרים, מצב שפגע בנגישות ובזמינות של שירותי בריאות (Badanta et al., 2024; Holt, 2024).

אחד הגורמים העיקריים שתרמו לירידה בשיעורי ההתחסנות, הן באופן כללי והן בעקבות משברים, הוא אי-אמון של התושבים במערכת הבריאות ובמדינה בכלל. במחקר שנעשה בגרמניה בקרב הורים לילדים ובחן את הקשר בין רמת האמון במערכת הבריאות ובמדינה לבין שיעורי ההתחסנות, נמצא שכאשר יש חוסר אמון במוסדות המדינה ובמערכת הבריאות חלה ירידה בשיעורי ההתחסנות, גם כאשר החיסון הוא חלק משגרת החיסונים. הורים שחשו שהמדיניות הוטלה באופן כפוי או לא שקוף הביעו התנגדות עקרונית ונמנעו מהתחסנות כדרך לשמר את תחושת האוטונומיה שלהם.

זאת ועוד, פערי ידע ואי-נגישות למידע אמין בקרב אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך חיזקו את תחושת הניכור כלפי מערכת הבריאות ואת הספק במדיניות החיסונים. ממצאים אלו מדגישים כי הכרחה של המדינה להתחסן איננה מספיקה להבטחת כיסוי חיסוני גבוה, וכי הצלחתה של מדיניות חיסונים מחייבת בניית אמון, שקיפות, שיח משתף והנגשת מידע מותאם תרבותית לכלל הציבור (Neufeind et al., 2022).

מצב זה הביא לעלייה מחודשת בהתפרצויות חצבת ברחבי העולם, בעיקר במדינות בעלות הכנסה בינונית ונמוכה ובאזורים שבהם הכיסוי החיסוני נמוך. בהתאם לכך, בשנים האחרונות נצפו התפרצויות חוזרות של חצבת גם במדינות בעלות הכנסה בינונית-גבוהה.

על פי ארגון הבריאות העולמי, בשנת 2023 דווחו כ-320 אלף מקרי חצבת ברחבי העולם – עלייה של פי 1.8 לעומת כ-170 אלף מקרים בלבד בשנת 2022. עלייה נוספת נצפתה גם בשנת 2024 ועמדה על כ-360 אלף מקרים (UNICEF, 2025). אף שבאזור אירופה מספר מקרי החצבת פחת מאז 1997, אז דווחו כ-216 אלף מקרים, והגיע לשפל של 4,440 מקרים בלבד בשנת 2016 – בשנים 2018 ו-2019 חלה עלייה מחודשת ודווחו בהן 89 אלף ו-106 אלף מקרים, בהתאמה. בעקבות הירידה בשיעורי ההתחסנות במהלך מגפת הקורונה, המקרים עלו שוב באופן ניכר בשנים 2023 ו-2024. בשנת 2024 כשליש ממקרי החצבת בעולם היו מאזור אירופה ועמדו על כ-127 אלף מקרים – פי שניים ממספר המקרים שדווחו בשנת 2023 והמספר הגבוה ביותר מאז 1997. יותר ממחצית מהמקרים דרשו אשפוז, ו-38 מקרי מוות דווחו (UNICEF, 2025).

בארצות הברית נצפתה תמונה דומה. בשנת 2000 הוכרזה החצבת כמחוסלת בארצות הברית, אך ירידה בשיעורי ההתחסנות בשנים האחרונות הובילה להתפרצויות חוזרות. לדוגמה, בשנת 2022 כ-28% מההורים בארצות הברית הביעו ספקות לגבי בטיחות החיסונים, לעומת 16% בלבד בשנת 2019. בטקסס שיעור ההתחסנות של ילדים בשנת 2023 ירד ל-94.3%, מתחת לרמת ה-95% הנדרשת לשמירה על חסינות עדר. על פי נתוני ה-CDC, ברבעון הראשון של שנת 2025 נרשמה בארצות הברית עלייה חדה בהתפרצויות חצבת עם 607 מקרי הדבקה מאומתים במדינות

שונות, מתוכם 97% מהנדבקים לא היו מחוסנים או שמעמד החיסון שלהם לא ידוע. מוקד ההתפרצות הוא בטקסס, שבה אובחנו 481 מקרים, בהם 56 אשפוזים ומוות של ילד לא מחוסן. ההתפרצות התפשטה גם למדינות שכנות כגון ניו מקסיקו (54 מקרים) ואוקלהומה (10 מקרים) (Kuppalli & Omer, 2025).

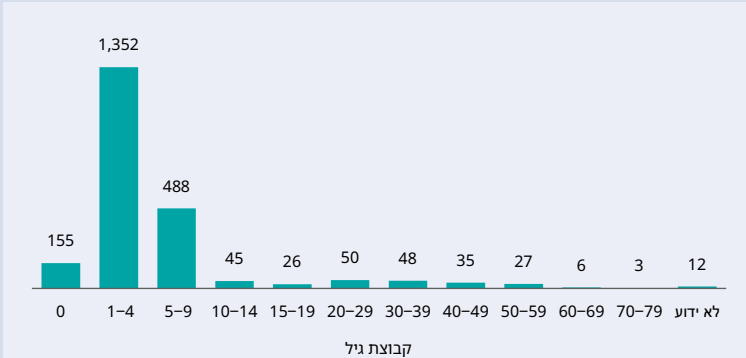
בשנים האחרונות גם בישראל נצפתה עלייה במקרי חצבת. בשנים 2018-2019 נרשמה התפרצות של המחלה כאשר כ-4,300 מקרים דווחו למשרד הבריאות. שיעורי התחלואה הגבוהים ועומס המחלה נצפו בעיקר בקרב קהילות בעלות שיעורי התחסנות נמוכים, ובראשן האוכלוסייה החרדית. ההתפרצות, שהתרחשה למרות טיפול ציבורי נרחב ויעיל מצד מערכת הבריאות, חשפה קבוצות אוכלוסייה פגיעות לצד פערים ומשאבים חסרים במערכת הבריאות הציבורית בישראל, הן בהיבט של נגישות לחיסונים והן ביכולת התגובה וההסברה לקהילות ספציפיות, כגון האוכלוסייה החרדית (Stein-Zamir & Levine, 2021).

בשנת 2024, וביתר שאת בשנת 2025, נצפתה התפרצות נוספת של חצבת. מאפריל 2025 עד דצמבר 2025 דווחו כ-2,000 חולי חצבת (תרשים 10), רובם בקרב המגזר החרדי. מתחילת ההתפרצות באפריל 2025 אושפזו כאמור 730 חולים, רובם ילדים מתחת לגיל 18, ו-12 חולים נפטרו. חשוב לציין כי על פי הערכת משרד הבריאות, כמות התחלואה מאז תחילת ההתפרצות רחבה מן המדווח ועומדת על לפחות 5,000-9,000 חולים.<sup>12</sup>

---

12 ראו באתר DoctorsOnly, התפרצות החצבת בישראל היא הטראגית ביותר בעולם המערבי, 20.11.2025.

### תרשים 10. מספר המקרים של התפרצות חצבת, לפי קבוצת גיל, 2025



מקור: נדב דיודוביץ', נתן לב ואופיר גונן, מרכז טאוב | נתונים: משרד הבריאות

לאור הירידה בשיעורי ההתחסנות והעלייה בהתפרצויות החצבת בעולם, ישנה חשיבות לבניית אסטרטגיות לעידוד התחסנות. מומלץ להעביר את האחריות ולהעצים גורמים מקומיים בתכנון ובביצוע תוכניות חיסון, מתוך הבנה שפערי התחסנות רבים נוצרים ברמה האזורית או הקהילתית. מעורבות פעילה של הקהילה המקומית ומנהיגיה, יחד עם שיפור באיכות הנתונים ובפיקוח האפידמיולוגי, יסייעו בהתאמת האסטרטגיות לעידוד התחסנות לאפיון המקומי מבחינת דמוגרפיה, תרבות, חברה, שפה וגיאוגרפיה (Cutts et al., 2021).

העלאת שיעורי ההתחסנות לחצבת דורשת יישום שורה של אסטרטגיות ממוקדות המבוססות על נוחות, אדישות ואמון (Convenience), החיסון באמצעות הקמת מערכי חיסון קהילתיים וניידים, הפועלים באזורים בעלי שיעורי התחסנות נמוכים ובהתאמה תרבותית ולשונית לקהילות המקומיות. לצד זאת, מומלץ להפעיל קמפיינים ייעודיים (catch-up campaigns) להשלמת חיסוני MMR ולשלב מערכות תזכורת אישיות וכלי מידע דיגיטליים המספקים להורים מידע אמין ומובן על

בטיחות החיסון. יש לחזק את האמון הציבורי באמצעות תקשורת שקופה, מסרים עקביים ממומחים ודמויות קהילתיות, ולעודד שיח ציבורי פתוח בעת גיבוש המדיניות. לבסוף, הצלחת ההתערבויות תלויה בהקצאת משאבים ייעודיים, בהשקעה במחקר ובהתאמת האסטרטגיות לצרכים המקומיים, במטרה לשקם את האמון ולמנוע התפרצויות עתידיות של חצבת (Thompson et al., 2023).

מצב שבו נפטרו 12 ילדים מחצבת – מחלה שיש לה חיסון יעיל ובטוח – הוא בלתי נסבל. השחיקה הנמשכת של המערכות נותנת כאן את אותותיה הברורים. ישראל חוזרת בנושא החצבת עשרות שנים לאחור. מקרי המוות ניתנים למניעה ובעיקר מציבים תמרור אזהרה בוהק לצורך לחזק את מערכת בריאות הציבור, אשר נשחקה באופן מסוכן בשנים האחרונות.

## סיכום

כפי שהראינו בפרק זה, בעיות רבות המטרידות את מערכת הבריאות זה שנים ארוכות עדיין איתנו. המערכת איננה שוקטת על שמריה וישנן רפורמות רבות בתחומים כגון בחירת בתי חולים למבוטחי הקופות, בריאות הנפש וכן בהכשרת כוח האדם הרפואי ועלייתם של מקצועות בריאות שונים.

מנגד האתגרים בשנים האחרונות בשל מגפת הקורונה, המלחמה הארוכה בתולדות המדינה וחוסר היציבות הפוליטית, נותנים את אותותיהם. התפרטות שרי ש"ס מהממשלה, כולל שר הבריאות ויו"ר ועדת הבריאות של הכנסת, הביאה לכך שבפועל אין שר בריאות במשרה מלאה, דבר המקשה להציב את התחום בקשב הממשלתי ולהשיג תקציבים. בחודש נובמבר ועדת הסל עדיין לא החלה לפעול בשל העובדה שאין שר בריאות שיכול לחתום על מינוי חברי הוועדה. גם בשנים קודמות הדיונים החלו מאוחר בשל המלחמה, וכך אישור הסל החדש יתאחר, מה שמסב סבל רב לחולים הממתינים להחלטות.

בסקר השחיקה שעורך משרד הבריאות מאז 2018 אחת לשלוש שנים לערך, ואשר התקיים במהלך מלחמת 7 באוקטובר, מדווחת עלייה חדה בשחיקת הצוותים של מערכת הבריאות בישראל, בייחוד בקרב רופאים ורופאות מתמחים ובקרב אחים ואחיות.

מדד השחיקה הכללית עלה מ-3.4 בשנת 2021 ל-3.6 בשנת 2025 (בסולם של 1-7), וכ-40% מהעובדים נמצאים ברמת שחיקה גבוהה, עם מתאם גבוה בין שחיקה לתסמיני דיכאון. עם זאת יש גם נקודות אור: למרות השחיקה הגבוהה, רוב העובדים עדיין חשים משמעות וסיפוק בעבודה, יש שיפור בעבודת הצוות וירידה בחשיפה לאלומות.

כדי להתמודד עם האתגרים הרבים של המערכת, ובהם פערים במצב הבריאות ובכוח האדם בין אזורים בארץ ועל פי מצב חברתי-כלכלי, יישום תוכנית המתאר הארצית למערכת הבריאות והתמודדות עם המשבר בתחום הביטוח הסיעודי, נדרשת עבודה אינטגרטיבית של כל חלקי המערכת ובניית יחסי אמון – הן בין בעלי העניין השונים והן אל מול הציבור הרחב.

מערכת הבריאות היא מערכת שבסך הכול הציבור חש כלפיה אמון, אך לא לעולם חוסן. קריאות לעזיבת ארגון הבריאות העולמי מצד חברי כנסת ורוחות של קונספירציות המנשבות בעוצמה חזקה יותר מאז הקורונה, מעידות שדברים שנתפסו כברורים מאליהם כבר אינם כאלה.

עיקר חוסנה של מערכת הבריאות הוא בכוח האדם שבה ובאמון שהציבור רוחש לה. בשנים האחרונות הראתה מערכת הבריאות כי היא יודעת להתעלות במצבי חירום, אבל נדרשת עבודה רבה, רציפה ומתמשכת ולא רק בחירום. הפרדוקס שפתחנו בו את הפרק הזה – מדדי בריאות מהטובים בעולם ברוב התחומים לעומת השקעה ציבורית מהנמוכות בעולם – הוא מצב שאינו בר קיימה. שיעורי ההתחסנות הגבוהים בישראל וחזרתם ארצה של סטודנטים שלמדו בחו"ל או של ישראלים המשתלמים במרכזים רפואיים בעולם אינם מובנים מאליהם עוד. זאת גם בתקופה ששיתופי פעולה בין-לאומיים בתחום הבריאות מתבטלים השכם והערב. עלינו להציב את תחום הבריאות בסדר עדיפות גבוה, הן בהשקעה הציבורית והן בניהול המערכת, כדי שנהיה מסוגלים להעניק לאוכלוסייה שירותי רפואה וקידום בריאות מעולים המאפשרים איכות חיים ושגשוג.

## מקורות

בן נון, ג', דוידוביץ', נ', וקידר, נ' (2025). **העלאת ההשתתפות העצמית ברכישת תרופות ושירותים הכלולים בסל הבריאות: ניתוח טיוטת הצו בנושא והצעות חלופיות**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

ברנר שלם, ר', וגמן, ה', וגרינבאום-אריזון, א' (2025). **הכשרת סטודנטים לרפואה בישראל וחינוך רפואי: אסטרטגיה לאומית חדשה**. משרד הבריאות.

דוידוביץ', נ', לב, נ', ולוי, ב' (2023). **מערכת הבריאות בישראל: בין "הנורמלי החדש" ל"נורמלי הישן"**. בתוך א' וייס (עורך), **דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2023** (עמ' 263–301). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

דוידוביץ', נ', סילברמן, ש', סלס, א', וצדקה, י' (2025). **טיפת חלב בישראל לאן? מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל**.

הלמ"ס (2025). הודעה לתקשורת (13.11.2025): **הוצאה לאומית לבריאות בשנת 2024 הייתה 7.3% מהתמ"ג**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

ועדת הבריאות של הכנסת (2025). **פרוטוקול מס' 351 משיבת ועדת הבריאות, מחסור בתקני אחיות בבתי החולים ובקהילה**. 3 ביוני 2025.

כרמלי, י' (2021). **עם הסמכות באה האחריות: הרחבת סמכויות האחיות בישראל בראי דיני הרשלנות המקצועית**. אתר משפט ועסקים, המרכז הבינתחומי הרצליה.

לוי, ב', אדוט, ר', ודוידוביץ', נ' (2022א). **שירות הבריאות לתלמיד בישראל: בין הפרטה להלאמה**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

לוי, ב', בן נון, ג', ודוידוביץ', נ' (2022ב). **בחינת מנגנון העדכון של עלות סל שירותי הבריאות בשנים 1995–2020**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

משרד הבריאות (2024א). **כוח אדם במקצועות הבריאות 2023**. משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2024ב). **השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות**. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

משרד הבריאות (2024ג). **התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל: עיקרי הממצאים לתוני 2023**. משרד הבריאות והמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

משרד הבריאות (2024ד). **ריכוז הסמכויות שנוספו מעת לעת לליבת העיסוק של האחיות המומחית בחלוקה לתחומי מומחיות**. משרד הבריאות, מנהל האחיות.

משרד הבריאות (2025א). **דו"ח שוויוניות בבריאות: מדדים, פערים והמלצות מדיניות (2023)**. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

משרד הבריאות (2025ב). **התוכנית הלאומית למדדי איכות: דוח לשנים 2013–2024**. משרד הבריאות, אגף בכיר איכות ובטיחות.

נוף שדה, ע', צ'פניק, ג', גילרמן, י', רוטלוי, א', וסיקורל, א' (2018). **אחות מומחית קהילה במדינת ישראל – נייר עמדה: סקירת ספרות, ניתוח המידע והמלצות**. איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת הילדים.

ניסנהולץ-גנות, ר', וכהן, י' (2023). **אחיות מומחיות בישראל בתחומי הגריאטריה והטיפול התומך**. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

נתנזון, ר', וייס, י', ובן שמעון, ע' (2020). **אחים ואחיות בישראל: סקירת תמונת מצב ומאפיינים של ענף הסיעוד, ניתוח מגמות, השוואה בינלאומית, תחזית והמלצות מדיניות**. מאקרו – המרכז לכלכלה מדינית.

סגל, ג', מנור, א', רובינזון, ו', נגרו, ל', צימליכמן, א', וקרייס, י' (2024). הגיעה העת לשנות את פני הרפואה: מעבר מבעל מקצוע יחיד לצוות רב מקצועי לשיפור איכות הטיפול ולבלימת השחיקה האישית והמקצועית של הרופא. **הרפואה**, 163(10), 626–621.

קידר, נ', דוידוביץ, נ', ווייס, א' (2024). **ביטוח סיעודי בישראל**. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

רגב, א', ומילצקי, י' (2024). **דוח מצב החברה החרדית, 2024**. המכון החרדי למחקרי מדיניות. שוסטר, מ', ודלה, ל' (2023). **הנגשה והנכחה של השפה הערבית בבתי חולים: מחקר מדיניות**. סיכוי-אופוק.

שרודר, ח', בן מנחם, צ', רדניק, ר', ברק, ל', צ'רנו, ד', וגרינבאום אריזון, א' (2025). **השפעת רפורמת הסדרי הבחירה על מערכת הבריאות: דו"ח לשנת 2025**. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

שרודר, ח', גרינבאום-אריזון, א', בן מרדכי, ע', וצ'רנו, ד' (2023). **אשפוזי בית כחלופה לאשפוז פנימי אקוטי**. משרד הבריאות.

Badanta, B., De la Plata-Blasco, M. M., Lucchetti, G., & González-Cano-Caballero, M. (2024). The social and health consequences of the war for Ukrainian children and adolescents: A rapid systematic review. *Public Health*, 226, 74–79.

Cutts, F. T., Ferrari, M. J., Krause, L. K., Tatem, A. J., & Mosser, J. F. (2021). Vaccination strategies for measles control and elimination: Time to strengthen local initiatives. *BMC medicine*, 19(2).

De Raeve, P., Davidson, P. M., Bergs, J., Patch, M., Jack, S. M., Castro-Ayala, A., Xyrichis, A. & Preston, W. (2024). Advanced practice nursing in Europe — Results from a pan-European survey of 35 countries. *Journal of Advanced Nursing*, 80, 377–386.

Dopelt, K., Krispel, E., & Davidovitch, N. (2024). Role of grassroots public health leadership in Bedouin society in Israel in reducing health disparities. *Journal of Healthcare Leadership*, 16, 177–192.

Holt, E. (2024). War in Ukraine impacts immunization. *The Lancet Microbe*, 5(2), e108.

ICN (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. International Council of Nurses.

Jones, N. (2025). Measles makes a comeback: Four charts show where and how. *Nature*.

Kuppalli, K., & Omer, S. B. (2025). Measles: The urgent need for global immunisation and preparedness. *The Lancet (British Edition)*, 405(10489), 1565–1567.

- Mackavey, C., Henderson, C. & Morris, G. (2025). Empowering advanced practice nurses: A review of addressing global health needs. *Annals of Global Health*, 91(1), 1–9.
- Marmot, M. G. (2011). Closing the gap in a generation. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(11), 702.
- Maugeri, A., Barchitta, M., Cappuccio, G., Favara, G., Lio, M., & Agodi, A. (2024). Trends of diphtheria–tetanus–pertussis and measles vaccine coverage preceding and during the COVID-19 pandemic: An analysis of the WHO European Region from 2000 to 2022. *Vaccines*, 12(10), 1145.
- Neufeind, J., Schmid-Küpke, N., Rehfuess, E., Betsch, C., & Wichmann, O. (2022). How a generally well-accepted measles vaccine mandate may lead to inequities and decreased vaccine uptake: A preregistered survey study in Germany. *BMC Public Health*, 22(1846).
- Novilla, M. L. B., Goates, M. C., Redelfs, A. H., Quenzer, M., Novilla, L. K. B., Leffler, T., Holt, C. A., Doria, R. B., Dang, M. T., Hewitt, M., Lind, E., Prickett, E., & Aldridge, K. (2023). Why parents say no to having their children vaccinated against measles: a systematic review of the social determinants of parental perceptions on MMR vaccine hesitancy. *Vaccines*, 11(5), 926.
- Nozu, H., Tamura, H., Kudo, T., Araki, T., Sato, H., Watanabe, T., & Sasagawa, I. (2024). The role of advanced practice nurses in improving healthcare outcomes for patients with chronic kidney disease: A scoping review protocol. *PLoS ONE*, 19(4), e0301676.
- OECD (2023a). *OECD data explorer: Graduates*.
- OECD (2023b). *OECD data explorer: Physicians*.
- OECD (2023c). *OECD data explorer: Nurses*.
- OECD (2023d). *OECD data explorer: Hospital beds by function of healthcare*.
- Porat-Dahlerbruch, J., Miller, T., Boyd, J., Ellen, M. E. & Clark, R. R. S. (2025a). The international advanced practice nurse integration policy intervention taxonomy: A 10-country nominal group consensus technique study. *International Nursing Review*, 72(3), e70096.
- Porat-Dahlerbruch, J., Chen, I., Cahir, K. & Blumenthal, N. P. (2025b). Adaptation of the nurse practitioner integration model for older adult primary care models. *Geriatric Nursing*, 65, 103453. Advance online publication.
- Porter, T. H., Peck, J. A. & Thoebes, G. (2024). Nurse practitioners, physician assistants, and trust: A systematic review. *Health Care Management Review*, 49(3), 198–209.
- Sguanci, M., Mancin, S., Carù, V., Simonelli, N., Cangelosi, G., Morales Palomares, S., Ferrara, G. & Lo Cascio, A. (2025). Exploring the role of advanced practice nurses in cardiology: A scoping review. *International Nursing Review*, 72, e70054.

- Song, X., Yang, Y., Ren, W., Cai, W. & Chen, L. (2025). Development of a core competency-based family nurse practitioner curriculum framework: A modified Delphi study in the Chinese context. *Nurse Education Today*, 153.
- Stein-Zamir, C., & Levine, H. (2021). The measles outbreak in Israel in 2018–19: Lessons for COVID-19 pandemic. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(7), 2085–2089.
- Thompson, S., Meyer, J. C., Burnett, R. J., & Campbell, S. M. (2023). Mitigating vaccine hesitancy and building trust to prevent future measles outbreaks in England. *Vaccines*, 11(2), 288.
- UNICEF (2025). *European region reports highest number of measles cases in more than 25 years — UNICEF, WHO/Europe*.
- Wilder-Smith, A. B., & Qureshi, K. (2020). Resurgence of measles in Europe: A systematic review on parental attitudes and beliefs of measles vaccine. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10, 46–58.
- Wolf, S., & Rosenthal, J. (2025). *RFK Jr. is systematically undermining vaccine science and endangering health*. CAP — Center for American Progress.