מרכז טאוב
לחקר המדיניות החברתית בישראל

שרית סילברמן ונדב דוידוביץ'

מדיניות האלרגיה למזון במערכת החינוך: עת לשינוי?

נייר מדיניות מס' 15.2026

ירושלים, חשוון תשפ"ז, אוקטובר 2026

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 צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'יין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' 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:

סילברמן, ש' ודוידוביץ', נ' (2026). **מדיניות האלרגיה למזון במערכת החינוך: עת לשינוי?** מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
https://doi.org/10.5281/zenodo.22677123

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

אתר אינטרנט: www.taubcenter.org.il

מדיניות האלרגיה למזון במערכת החינוך: עת לשינוי?

שרית סילברמן ונדב דוידוביץ'

מבוא

בשני העשורים האחרונים חלה בישראל עלייה בשכיחות של אלרגיה מתווכת IgE למזון[1] בקרב ילדים צעירים, מ-0.85% בשנת 2000 ל-2.8% בשנת 2018 (Dalal et al., 2002; Garkaby et al., 2021). מגמת עלייה דומה ניכרת בעשורים האחרונים גם במדינות מפותחות אחרות, אולם יש לנהוג בזהירות בהשוואות בין-לאומיות, שכן מחקרי שכיחות נבדלים זה מזה במידה רבה בשיטות המחקר ובהגדרות (Garkaby et al., 2021; Nachshon et al., 2019; Prescott et al., 2013). העלייה בשכיחות האלרגיה למזון מיוחסת לכמה גורמים הפועלים במשולב, ובהם ירידה בחשיפה המיקרוביאלית בשנות החיים הראשונות, המשבשת את התפתחותה של המערכת החיסונית (השערת ההיגיינה), וכן שינויים בדפוסי התזונה, כגון עלייה בצריכת מזון מעובד (Bahna, 2024). שכיחות האלרגיה למזון בישראל נותרה נמוכה מזו שבמדינות מפותחות אחרות, בעיקר בשל שיעור נמוך במיוחד של אלרגיה לבוטנים (0.2%) – שלא כמו מרבית המדינות המפותחות, שבהן אלרגיה לבוטנים היא מן השכיחות ביותר (Bahna, 2024; Garkaby et al., 2021; Nachshon et al., 2019). מקובל לייחס את השכיחות הנמוכה לחשיפה מוקדמת לבמבה, חטיף על בסיס בוטנים הנצרך בישראל כבר בגיל הינקות (Du Toit et al., 2008).

---

* ד"ר שרית סילברמן, חוקרת בכירה במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב, והפקולטה לרפואה, אוניברסיטת בר-אילן. המחברים מודים לחברי האיגוד הישראלי לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית (IAACI) על הערותיהם לטיוטה מוקדמת של המאמר.

1 אלרגיה מתווכת IgE למזון – הצורה שעלולה לגרום לאנפילקסיס ושאליה מתייחסת מדיניות מערכת החינוך בישראל – היא מצב שבו הגוף מייצר נוגדנים מסוג IgE המכוונים נגד מזון מסוים. האבחנה מחייבת הוכחה של רגישות למזון על פי תבחיני עור או נוכחות נוגדנים סגוליים בבדיקת דם, לצד היסטוריה של תגובה אלרגית לאותו מזון או מבחן תגר חיובי (Elizur et al., 2026).

המדיניות של מערכת החינוך להתמודדות עם אלרגיה למזון מעוגנת בחוזר מנכ"ל 0042 של משרד החינוך, הקובע מסגרת הנחיות בטיחות מקיפה לתלמידים עם "אלרגיה למזון מסכנת חיים" (משרד החינוך, 2017).[2] ראשית, בכל שנה הוריהם של כל התלמידים במוסדות החינוך נדרשים למלא הצהרת בריאות, ובה הם מתבקשים לדווח על רגישות של ילדיהם למזון או לחומרים אחרים, וכן על הצורך לשאת מזרק אפינפרין (להלן אפיפן) אישי – ובמקרה זה עליהם להפקיד מזרק במוסד החינוך. נוסף על כך, ילדים עם "אלרגיה למזון מסכנת חיים" זכאים לסייעת רפואית ייעודית מגן הילדים ועד כיתה ב', בכפוף למכתב מרופא בעל תעודת מומחה באלרגולוגיה המתעד אלרגיה מתווכת IgE לאחד משישה מזונות מוגדרים (חלב, בוטנים, שומשום, אגוזים, ביצים או דגים). עוד מחייבות ההנחיות הדרכה שנתית לצוות המוסד החינוכי בזיהוי תגובות אלרגיות ובמתן אפינפרין, איסור על הכנסת האלרגן המוצהר לכל מתחם בית הספר ודרישה שהתלמיד יישא את מזרק האפיפן בכל פעילות מחוץ לבית הספר.

הנחיות אלו מציבות דרישות גוברות בפני מערכת החינוך. איסור גורף על הכנסת מזונות אלרגניים, שלא היה קיים לפני חוזר 2017, נהוג כיום בכמחצית מבתי הספר היסודיים (הכנסת, 2025). מספר הסייעות הרפואיות שאושרו כמעט הוכפל, מ-4,655 בשנת הלימודים תשפ"א ל-8,676 בתשפ"ה (הכנסת, 2025; מייזל, 2025), ובכך מגלם מחויבות תקציבית כבדת משקל שרק הולכת וגדלה. בשנת הלימודים תשפ"ה הסתכם התקציב הכולל שהוקצה לסייעות רפואיות לתלמידים עם אלרגיה למזון ב-523 מיליון ש"ח (משה, 2026). עם זאת, יישום ההנחיות נותר בבחינת אתגר: בביקורות של משרד הבריאות נמצא כי ב-27% מבתי הספר שנבדקו זמינות האפיפן הייתה חסרה או חלקית (מייזל, 2025). חשש נוסף נוגע לאי-שוויון בנגישות. הזכאות לסייעת רפואית מותנית במכתב מרופא בעל תעודת מומחה באלרגולוגיה, אולם זמינותם של רופאי אלרגיה בישראל מוגבלת (Elizur et al., 2026), ומחקרים בין-לאומיים מצאו כי ילדים ממשפחות בעלות הכנסה נמוכה מתמודדים עם חסמים באבחון, וסיכוייהם לקבל מרשם לאפיפן נמוכים בהרבה מילדים ממשפחות בעלות הכנסה גבוהה יותר (Coombs et al., 2011). מאחר שילדים שלא אובחנו אינם זכאים לסיוע, המדיניות עלולה להותיר ילדים מאוכלוסיות מוחלשות ללא מענה.

לעומת מדינות אחרות, שאימצו הגבלות ממוקדות, כגון אזורים נקיים מבוטנים, מדיניותה של ישראל היא הגורפת ביותר. לשני מרכיבי מדיניות בפרט – איסור גורף על הכנסת מזונות אלרגניים לכל מתחם בית הספר ומודל הסייעות – אין מקבילה במדינות אחרות, ונראה כי הם נובעים ממאפיינים ייחודיים של מערכת החינוך בישראל. בשנות התשעים בוטלה

2 המונח "אלרגיה למזון מסכנת חיים", המשמש בחוזר מנכ"ל משרד החינוך, נחשב מטעה בעיני מומחי אלרגיה, הטוענים כי הוא תורם לתפיסות שגויות בציבור באשר להתמודדות עם אלרגיה למזון, ומעדיפים את המונח "אלרגיה מתווכת IgE למזון" (Elizur et al., 2026).

בהדרגה נוכחותן של אחיות בבית הספר. בעשורים שחלפו מאז הגדילה העלייה בשכיחות האלרגיה למזון את הסבירות להתרחשות תגובות אנפילקטיות במסגרות חינוכיות. הצורך הרפואי גדל אפוא בדיוק בזמן שהיכולת לתת לו מענה נעלמה, ובתי הספר בישראל נותרו ללא צוות רפואי מיומן, כפי שקיים בבתי ספר במדינות אחרות. בבתי הספר בישראל גם אין חדרי אוכל או אזורי אכילה ייעודיים; התלמידים אוכלים בכיתותיהם, ולפיכך חשיפה לאלרגנים אפשרית בסביבת הלמידה עצמה.

שני מרכיבי המדיניות הללו אמנם משקפים מחויבות של המערכת לבטיחות התלמידים, אך כל אחד מהם מעורר קשיים משלו. איגודי אלרגיה בין-לאומיים מרכזיים, ובהם האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים והאיגוד הישראלי לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית, ממליצים שלא לנקוט איסור גורף על הכנסת מזונות אלרגניים למוסדות החינוך, מכמה טעמים (BSACI, 2024; Elizur et al., 2026; Higgs et al., 2021; Sicherer et al., 2010; Vale et al., 2015; Waserman et al., 2021). לטענתם, אין עדות מתועדת לכך שאיסורים כאלה מפחיתים תגובות אנפילקטיות, והם אף יוצרים תחושת ביטחון כוזבת, שכן בפועל ילדים ממשיכים להכניס מזונות אלרגניים לבית הספר – בפרט מזונות ללא סימון או מזונות שהוכנו בבית. האיסורים גם מגבילים את יכולתם של התלמידים האלרגיים לרכוש ולשכלל את מיומנויות הניהול העצמי שיידרשו להן בהמשך חייהם (Muraro et al., 2014; Sicherer et al., 2010), ובד בבד מטילים נטל תזונתי על ילדים לא אלרגיים, שנדרשים להימנע מהבאת מזונות בסיסיים. לבסוף, איסורים אלו עלולים לייצר קונפליקטים בין-אישיים, והם נקשרים לבריונות כלפי אותם הילדים עצמם שעליהם נועדו להגן.

למודל הסייעות, הייחודי לישראל, אין בסיס מחקרי שעל פיו ניתן להעריך את יעילותו. הרציונל שבבסיסו הוא הגברת ההשגחה על ילדים צעירים שאינם מסוגלים לנהל את מצבם בעצמם. אולם מחקרים מראים כי הסיכון לתמותה מאנפילקסיס גבוה ביותר דווקא בקרב מתבגרים ולא בקרב ילדים צעירים (Baseggio Conrado et al., 2021; Pouessel et al., 2018). מכאן שמדיניות זו, הממוקדת גיל, מקצה משאבי הגנה לקבוצת גיל אחת בעוד האוכלוסייה שבסיכון גבוה יותר נותרת חשופה. עיצוב מודל הסייעות מעורר חשש נוסף בדבר יעילותו: הסייעות מקבלות הדרכה רפואית בסיסית בלבד, ואין להן כל הכשרה חינוכית. כך מושקעים משאבים ניכרים בהצבתם היום-יומית של מבוגרים בבתי הספר – אנשים שמוכנים באופן מינימלי בלבד לתפקיד הרפואי שהוטל עליהם, וברובם אינם מצוידים בהכשרה מתאימה שמאפשרת להם לתרום למסגרת החינוכית שבה הם שוהים.

לסיכום, מדיניות האיסור על הכנסת מזונות אלרגניים למוסדות החינוך בישראל עומדת בסתירה למחקר הרפואי ולהמלצות המקצועיות, והתברר כי קשה ליישמה ביעילות; זאת ועוד, מודל הסייעות כרוך בעלות גבוהה ואינו עולה בקנה אחד עם הידוע על הסיכון לפי גיל.

ככל ששכיחות האלרגיה למזון עולה, כך הופכים שני מרכיבי המדיניות הללו לחלק נכבד יותר ויותר מחיי היום-יום של משפחות בישראל בכלל, בין שיש להן ילד עם אלרגיה מתווכת IgE ובין שלא.

במחקר זה אנו מתבססים על נתונים שנאספו מהצהרות הבריאות השנתיות של ההורים כדי לעקוב אחר מגמות אלו במערכת החינוך בישראל, תוך התמקדות בשני מדדים מרכזיים: הצהרות רגישות ונשיאת אפיפן. אנו בוחנים את המגמות בכל אחד מהמדדים לפי שלבי חינוך, תת-אוכלוסיות ומעמד חברתי-כלכלי. ממצאינו מעמידים תשתית ראייתית לבחינת היתכנותה של המדיניות הנוכחית לאורך זמן ומידת השוויון ביישומה.

שיטת המחקר

מקורות הנתונים

הנתונים בדבר הרגישות ובדבר הצורך בנשיאת מזרק אפיפן התקבלו ממשרד החינוך בעקבות בקשה לפי חוק חופש המידע, והם מבוססים על תשובות ההורים בהצהרת הבריאות השנתית בשנות הלימודים תשפ"ב–תשפ"ה. בהצהרת הבריאות יש שתי שאלות הרלוונטיות למחקר זה: "האם קיימת לתלמיד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים?" (כן/לא, ובמקרה של תשובה חיובית – סימון מתוך רשימת אלרגנים), ו"האם התלמיד/ה נושא/ת מזרק אפינפרין (אפיפן) אישי?" (כן/לא). שתי השאלות אינן מוגבלות לאלרגיה למזון; כ-86% מהרגישויות שדיווחו עליהן ההורים קשורות למזון, והיתר קשורות לרגישות לחומרים שאינם מזון, כגון עקיצות.[3]

הנתונים סופקו בשלושה קבצים מצרפיים נפרדים: שני קבצים ובהם הצהרות הרגישות והצהרות נשיאת האפיפן, כל אחד מהם מצרפי לפי רשות מקומית, אשכול חברתי-כלכלי, שכבה ושנת לימודים; וקובץ שלישי ובו נתונים לגבי נשיאת אפיפן לפי מגזר, סוג פיקוח, שכבה ושנת לימודים, אשר שימש לניתוחים ברמת הקבוצה. נתונים בדבר נשיאת אפיפן בשני הקבצים היו זמינים החל משנת תשפ"ג, ולפיכך נתוני תשפ"ב כוללים הצהרות רגישות בלבד. נתונים מקבילים לפי מגזר וסוג פיקוח עבור הצהרות הרגישות לא היו זמינים. מאחר שהנתונים החברתיים-כלכליים והנתונים ברמת המגזר וסוג הפיקוח מקורם באגרגציות נפרדות, לא יכולנו לנתח אותם בו-זמנית. תאים שבהם מספר התלמידים נמוך מחמישה לא נמסרו בנתונים המצרפיים וסומנו "פחות מ-5"; ערכים אלו נזקפו כ-3 לאורך כל הניתוח.[4] נתוני מספר התלמידים, ששימשו כמכנים, נלקחו ממאגר "מבט רחב"

3 חושב על בסיס נתונים משלימים שהתקבלו ממשרד החינוך.

4 כדי לבדוק את השפעת הזקיפה על הממצאים ערכנו ניתוח רגישות: בחנו את המגמות הארציות בשלוש הנחות – כל הערכים החסרים מקודדים כ-1 (מינימום), כ-3 (אמצע) או כ-5 (מקסימום). המגמות היו עקביות בשלושת התרחישים, ולפיכך אנו מדווחים על התוצאות תוך שימוש בזקיפת האמצע לאורך כל הניתוח.

של משרד החינוך, מאגר המספק מידע מפורט על תלמידים במוסדות החינוך בישראל. נתונים אלו הותאמו לנתוני ההצהרות לפי רשות מקומית, שכבה ושנת לימודים, ובמקרים הרלוונטיים גם לפי אשכול חברתי-כלכלי, סוג פיקוח ומגזר.

משתני התוצאה

מנתוני ההצהרות נגזרו שלושה מדדים. שיעור הרגישות ושיעור נשיאת האפיפן חושבו באמצעות חלוקה של מספר ההצהרות במספר התלמידים המתאים, לפי כל משתני הפילוח הזמינים. צירופים של רשות מקומית, שנה ושכבה שהופיעו בנתוני התלמידים אך נעדרו מקובצי ההצהרות נקבעו כאפס, כדי להבטיח שכל הרשויות ייכללו בניתוח. המדד השלישי, יחס ההצהרות, הוגדר כיחס בין שיעור נשיאת האפיפן לשיעור הרגישות, בהתאמה לפי כל משתני הפילוח הזמינים, והוא משקף את חלקן של הצהרות הרגישות המלוות בנשיאת אפיפן. רשות מקומית אחת שבה נרשמו הצהרות נשיאת אפיפן ללא הצהרות רגישות הוצאה מהניתוחים, שכן ככל הנראה מדובר בטעות ברישום הנתונים.

משתני פילוח

שלבי חינוך

הניתוחים הוגבלו לכיתות א'–י"ב; גני הילדים לא נכללו במחקר, שכן הנתונים לגביהם היו זמינים לשנת תשפ"ה בלבד, ומספר ההצהרות באותה שנה מעיד על כיסוי חלקי. הכיתות קובצו לארבעה שלבי חינוך: כיתות א'–ב', כיתות ג'–ו', חטיבת הביניים (כיתות ז'–ט') והחטיבה העליונה (כיתות י'–י"ב). כיתות א'–ב' הופרדו משאר בית הספר היסודי משום שבהן יש זכאות לסייעת רפואית. לחישוב המדדים לפי שלב חינוך סוכמו מספרי ההצהרות ומספרי התלמידים בכל השכבות שבשלב, ורק לאחר מכן חושב השיעור, כך שהאומדנים משוקללים לפי מספר התלמידים.

אשכול חברתי-כלכלי

האשכול החברתי-כלכלי הוא מדד של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) המדרג את הרשויות המקומיות בישראל בסולם של 1 (הנמוך ביותר) עד 10 (הגבוה ביותר), על בסיס הכנסה, השכלה ותעסוקה. בארבע רשויות מקומיות קידוד האשכול לא היה עקבי בין הקבצים; לרשויות אלו נקבע ערך אחיד על בסיס בדיקה צולבת בין הקבצים ועל פי סיווגי הלמ"ס. מאחר שאשכולות 9 ו-10 הן קבוצות ברמה חברתית-כלכלית גבוהה הדומות במידה רבה זו לזו, הם אוחדו לקטגוריה אחת בכל הניתוחים, ומכיוון שאשכול 1 כולל שמונה רשויות מקומיות בלבד הוא אוחד עם אשכול 2 לקטגוריה אחת.

קבוצה במערכת החינוך

הקבוצה במערכת החינוך נבנתה באמצעות שילוב סוג הפיקוח (ממלכתי, חרדי, ממלכתי-דתי) והמגזר (עברי, ערבי, בדואי, דרוזי) למשתנה אחד, המגדיר שש קבוצות במערכת החינוך הישראלית: ממלכתי עברי, ממלכתי-דתי, חרדי, ערבי, בדואי ודרוזי. סיווג זה מניח שתלמידים לומדים בדרך כלל במסגרות התואמות את זהות משפחתם. קבוצה שביעית, צ'רקסית (כ-550 תלמידים), לא נכללה בשל מספר התלמידים הקטן בה. כאמור לעיל, הניתוחים ברמת הקבוצה מוגבלים לשיעורי נשיאת האפיפן בלבד.

שיטת הניתוח

נוכח תקופת המחקר הקצרה (תשפ"ב–תשפ"ה) ואופיים המצרפי של הנתונים, הניתוחים הם תיאוריים והם ממפים את המגמות בשיעורי הרגישות, בשיעורי נשיאת האפיפן וביחס ההצהרות לפי שלב חינוך, מעמד חברתי-כלכלי וקבוצה במערכת החינוך.

תוצאות

מגמות ארציות

לוח 1 מציג את הגידול בשיעורי הרגישות ובשיעורי נשיאת האפיפן במערכת החינוך בישראל בשנים תשפ"ב–תשפ"ה. בשיעור הרגישות חל גידול של יותר מפי שניים, מ-1.22% בתשפ"ב ל-2.52% בתשפ"ה, ואילו שיעור נשיאת האפיפן עלה מ-0.37% בתשפ"ג ל-0.53% בתשפ"ה. בעוד סך התלמידים גדל בממוצע ב-1.8% בשנה בלבד, מספר הצהרות הרגישות גדל בכ-16%–17% בשנה ומספר ההצהרות על נשיאת אפיפן גדל ב-20% בשנה באותה תקופה. יחס ההצהרות נותר יציב יחסית לאורך התקופה ונע בין 19.7% ל-21%, ונראה כי הצהרות נשיאת האפיפן עלו בקצב דומה לזה של הצהרות הרגישות.

לוח 1. מגמות ארציות בהצהרות הבריאות, כיתות א'–י"ב

שנת לימודים	סך התלמידים	שיעור הרגישות		שיעור נשיאת האפיפן		יחס ההצהרות
		N	שיעור מכלל התלמידים	N	שיעור מכלל התלמידים	
תשפ"ב	1,902,613	23,294	1.22%	—	—	—
תשפ"ג	1,947,545	37,153	1.91%	7,302	0.37%	19.65%
תשפ"ד	1,977,179	43,539	2.20%	8,722	0.44%	20.03%
תשפ"ה	2,009,341	50,571	2.52%	10,619	0.53%	21.00%

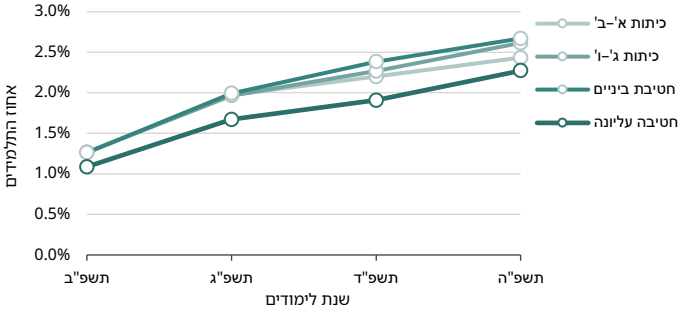
הערה: נתונים בדבר נשיאת אפיפן לשנת תשפ"ב אינם נכללים בלוח, שכן מערכת הצהרות הנשיאה טרם פעלה באותה השנה. השיעורים חושבו ביחס לסך התלמידים הרשומים בכל שנה. העמודה האחרונה מציגה את חלקם של התלמידים הנושאים אפיפן אישי מתוך אלה שהצהירו על רגישות.

מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

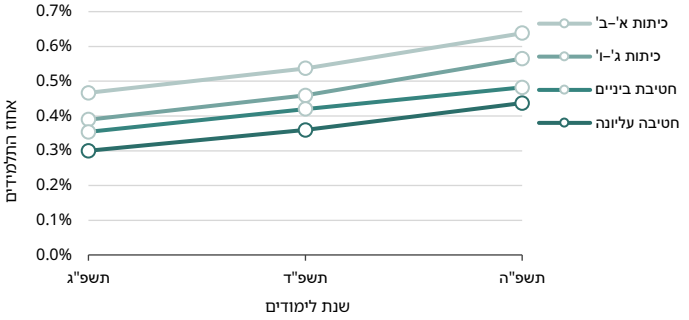
מגמות לפי שלבי חינוך

בשנים תשפ"ב–תשפ"ה עלו שיעורי הרגישות בעקביות בכל שלבי החינוך. בכיתות א'–ב', בכיתות ג'–ו' ובחטיבת הביניים השיעורים היו כמעט זהים בשנתיים הראשונות, ומתשפ"ד ואילך השיעורים בכיתות א'–ב' נמוכים מן השיעורים בשני השלבים האחרים (תרשימים 1–3). שיעורי נשיאת האפיפן ויחס ההצהרות מציגים דפוס שונה (תרשימים 2 ו-3). בכיתות א'–ב' נרשם שיעור נשיאת האפיפן הגבוה ביותר מכל שלבי החינוך בכל אחת מהשנים שלגביהן קיימים נתונים (0.47% בתשפ"ג, ועד 0.64% בתשפ"ה), וכן יחס ההצהרות הגבוה ביותר (24% בתשפ"ג, ועד 26% בתשפ"ה). ניכר כי החל מכיתה ג' שני המדדים נמוכים יותר – דפוס העולה בקנה אחד עם הזכאות לסייעת רפואית, החלה על כיתות א'–ב' בלבד ומספקת למשפחות תמריץ מדיניות ישיר לוודא שההצהרות והצורך בנשיאת אפיפן יתועדו באופן רשמי.

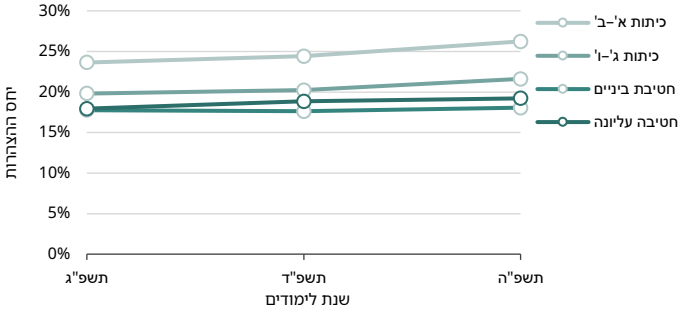
תרשים 1. שיעורי הרגישות לפי שלב חינוך



תרשים 2. שיעורי נשיאת האפיפן לפי שלב חינוך



תרשים 3. יחס ההצהרות לפי שלב חינוך

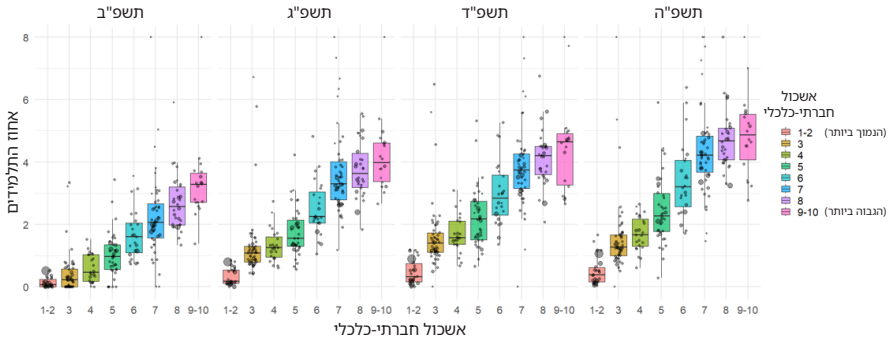


מקור לתרשימים 1–3: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים לתרשימים 1–3: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

מגמות לפי אשכול חברתי-כלכלי

בכל השנים שנבדקו נמצא פער ניכר בשיעורי הרגישות בין האשכולות: ככל שהאשכול גבוה יותר, כך גם שיעורי הרגישות גבוהים יותר. בשנת תשפ"ב נע שיעור הרגישות בין 0.28% באשכולות 1–2 לבין 3.21% באשכולות 9–10 – פער של פי 11 בקירוב (תרשים 4). עד תשפ"ה התרחב הפער במונחים מוחלטים: באשכולות 1–2 עלה השיעור ל-0.65%, ובאשכולות 9–10 ל-5.06%. בשיעורי נשיאת האפיפן נמצאה מגמה דומה: בתשפ"ג נעו השיעורים בין 0.08% באשכולות 1–2 לבין 0.86% באשכולות 9–10, ועד תשפ"ה הם עלו ל-0.12% ול-1.10% בהתאמה (תרשים 5). נוכח השיעורים הנמוכים יותר של רגישות ונשיאת אפיפן ברשויות מאשכולות נמוכים, לכאורה היינו מצפים למצוא שם יחס הצהרות גבוה יותר, בהנחה שרק המקרים החמורים ביותר מוצהרים; אולם ביחס ההצהרות לא נמצאה מגמה עקבית לפי אשכול, והשיעורים החציוניים דומים בין האשכולות (תרשים 6).

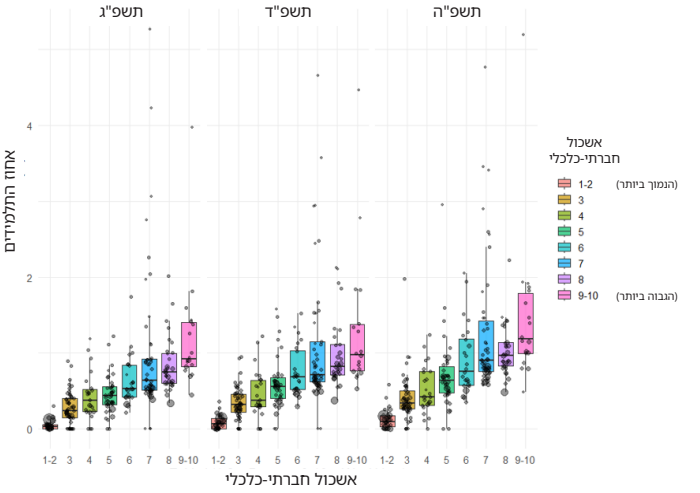
תרשים 4. שיעורי הרגישות לפי אשכול חברתי-כלכלי



הערה: כל נקודה מייצגת רשות מקומית, לפי גודל (מספר התלמידים בכיתות א'-י"ב).

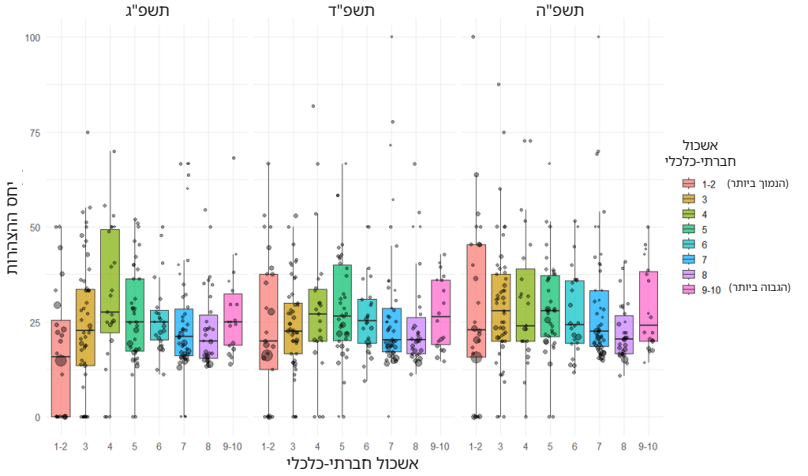
מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

תרשים 5. שיעורי נשיאת האפיפן לפי אשכול חברתי-כלכלי



הערה: כל נקודה מייצגת רשות מקומית, לפי גודל (מספר התלמידים בכיתות א'-י"ב).
מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

תרשים 6. יחס ההצהרות לפי אשכול חברתי-כלכלי

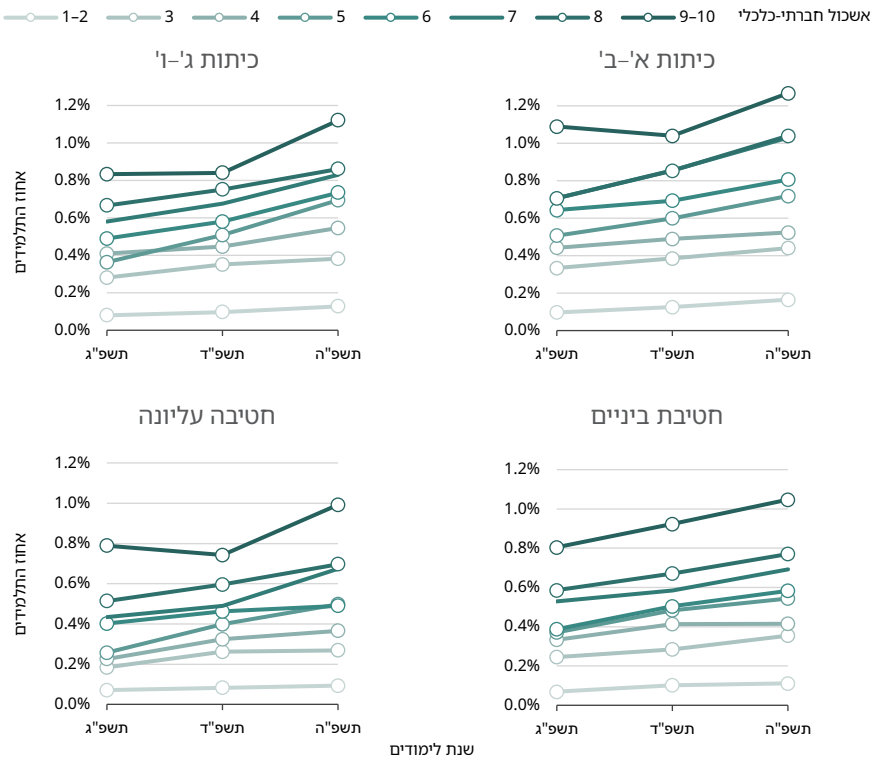


הערה: כל נקודה מייצגת רשות מקומית, לפי גודל (מספר התלמידים בכיתות א'-י"ב).
מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

נשיאת אפיפן לפי אשכול חברתי-כלכלי ושלב חינוך

כדי לבחון את הקשר בין השיעור הגבוה של נשיאת אפיפן בכיתות א'–ב' ובין המעמד החברתי-כלכלי, השווינו את שיעורי נשיאת האפיפן בין שלבי החינוך בתוך כל אשכול (תרשים 7). בכל שלבי החינוך נמצאו השיעורים הגבוהים ביותר ברשויות מאשכולות 9–10 והנמוכים ביותר באשכולות 1–2. הפער בין האשכולות היה הגדול ביותר בכיתות א'–ב': בתשפ"ג עמד שיעור נשיאת האפיפן ברשויות מאשכולות 9–10 על 1.09% לעומת 0.10% באשכולות 1–2, ועד תשפ"ה הוא עלה ל-1.27% ול-0.16% בהתאמה. באשכולות 1–2 ההבדלים בין שלבי החינוך היו זניחים, ושיעורי נשיאת האפיפן בכל השלבים היו נמוכים בהרבה מאלה שבאשכולות 9–10. ממצא זה מלמד כי תמריץ המדיניות שיוצרת הזכאות לסייעת רפואית פועל כמעט אך ורק ביישובים מאשכולות גבוהים, והשפעתו ביישובים מהאשכולות הנמוכים ביותר זניח.

תרשים 7. שיעור נשיאת אפיפן לפי אשכול חברתי-כלכלי ושלב חינוך

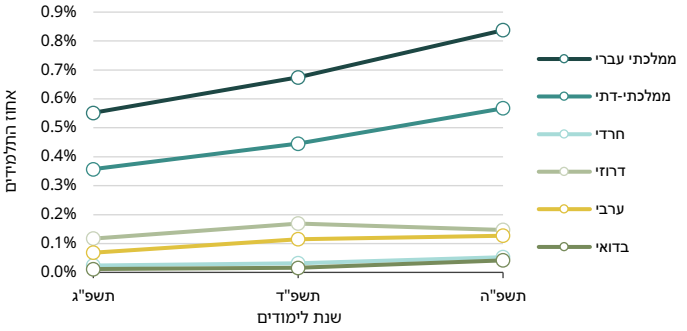


מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

מגמות לפי קבוצה במערכת החינוך

מאחר שנתוני הצהרות הרגישות לא היו זמינים לפי קבוצה במערכת החינוך, ניתוח זה מתמקד בשיעורי נשיאת האפיפן בלבד. כפי שרואים בתרשים 8, השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו בחינוך הממלכתי העברי בכל שלוש השנים, ועלו מ-0.55% בתשפ"ג ל-0.84% בתשפ"ה; ואחריו ניצב החינוך הממלכתי-דתי, שבו עלה השיעור מ-0.35% ל-0.57%. בכל שאר הקבוצות השיעורים היו נמוכים מ-0.2% לאורך כל התקופה. עוד נראה כי לאורך התקופה הנבדקת התרחב הפער בין שתי הקבוצות המובילות ובין שאר הקבוצות.

תרשים 8. שיעור נשיאת אפיפן לפי קבוצה במערכת החינוך

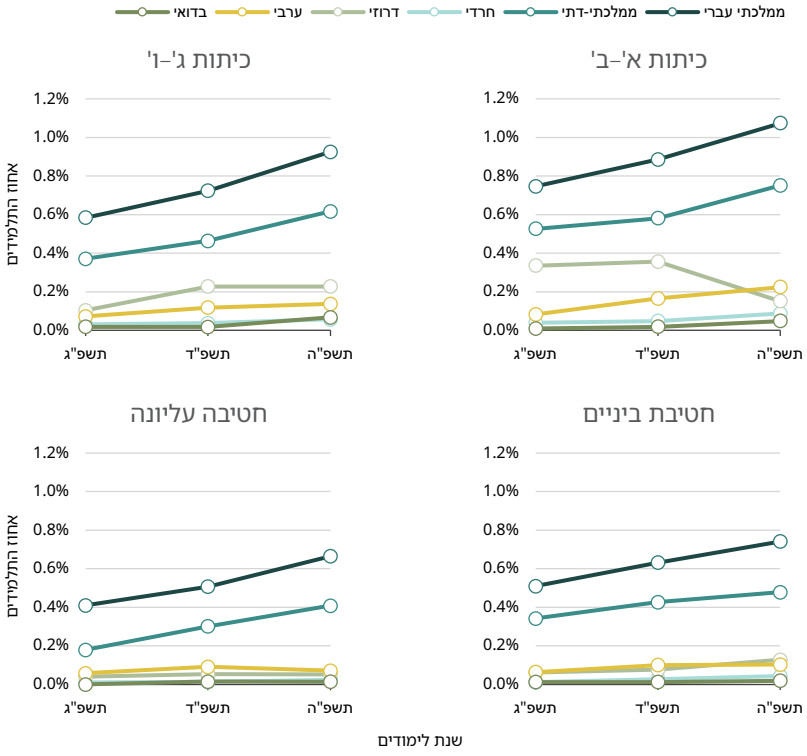


מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

בבחינת הדפוסים לפי שלב חינוך, בחינוך הממלכתי העברי ובממלכתי-דתי נמצאו שיעורי נשיאת האפיפן הגבוהים ביותר והגדלים בקצב המהיר ביותר בכל שלבי החינוך, ואילו בשאר הקבוצות נותרו השיעורים נמוכים וכמעט ללא שינוי לאורך כל התקופה (תרשים 9). רק בשתי קבוצות אלו נמצא שיעור גבוה בכיתות א'–ב' לעומת שלבי החינוך המאוחרים יותר; בכל שאר הקבוצות השיעורים דומים בכל שלבי החינוך.[5] עולה מכאן שתמריץ המדיניות שיוצרת הזכאות לסייעת רפואית בא לידי ביטוי כמעט רק במוסדות הממלכתיים העבריים והממלכתיים-דתיים, ולא נמצא לו ביטוי מקביל בקבוצות האחרות.

5 גם בחינוך הדרוזי נמצא שיעור גבוה יותר בכיתות א'–ב' בתשפ"ג ובתשפ"ד, אולם בתשפ"ה ירד השיעור בחדות, ככל הנראה בשל מספר התלמידים הקטן (כ-31,000 תלמידים בסך הכול).

תרשים 9. שיעור נשיאת אפיפן לפי קבוצה במערכת החינוך ולפי שלב חינוך



מקור: שרית סילברמן ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: משרד החינוך, בקשה לפי חוק חופש המידע

דיון

מאז הוחל ביישום המדיניות המעודכנת בנוגע לאלרגיה למזון במערכת החינוך (2017) גדלו במידה ניכרת הדרישות המוטלות עליה. מחקר זה עוקב אחר העלייה בהצהרות הרגישות ובנשיאת האפיפן במערכת החינוך בישראל, על בסיס נתוני הצהרת הבריאות השנתית של משרד החינוך בשנות הלימודים תשפ"ב–תשפ"ה. שני המדדים גדלו ברמה הארצית: בשיעור הרגישות חל גידול של יותר מפי שניים, מ-1.22% בתשפ"ב ל-2.52% בתשפ"ה, ושיעור נשיאת האפיפן עלה מ-0.37% בתשפ"ג ל-0.53% בתשפ"ה. שני המדדים גדלו בקצב מהיר בהרבה מהגידול במספר התלמידים. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם המגמה העולמית של עלייה בשכיחות האלרגיה למזון, אך היקף הגידול בפרק זמן קצר יש בו משום רמז לכך שפועלים כאן גם תמריצי מדיניות.

בבחינת המגמות לפי שלב חינוך, שיעורי נשיאת האפיפן ויחס ההצהרות היו גבוהים במידה ניכרת בכיתות א'–ב' לעומת כל שאר שלבי החינוך, ואילו בשיעורי הרגישות לא נמצא הבדל כזה. ההבדל בין השלבים בשיעורי נשיאת האפיפן וביחס ההצהרות עשוי אמנם לשקף בחלקו שונות קלינית, שכן אלרגיות מסוימות חולפות בגיל הרך וחלק מהילדים עוברים טיפולי דה-סנסיטיזציה (הקהיה שיטתית) המפחיתים את הצורך בנשיאת אפיפן. ואולם אילו הייתה ההחלמה העצמונית הגורם המרכזי להבדל בין השלבים היינו מצפים ששיעורי הרגישות בכיתות א'–ב' יהיו גבוהים יותר, שכן הם משקפים גם ילדים שטרם החלימו. הנתונים אינם מראים זאת: שיעורי הרגישות בכיתות א'–ב' דומים לאלה שבשלבים המאוחרים יותר או נמוכים מהם. נראה סביר יותר שהזכאות לסייעת רפואית, החלה על כיתות א'–ב' בלבד, מספקת למשפחות תמריץ לוודא שנשיאת האפיפן תדווח בשלב זה יותר מאשר בשלבים אחרים, ומכאן יחס ההצהרות הגבוה. עמידה בתנאי הזכאות מחייבת יותר מהצהרה על נשיאת אפיפן: על ההורים להגיש גם מכתב מרופא בעל תעודת מומחה באלרגולוגיה המתעד אלרגיה מתווכת IgE לאחד משישה מזונות מוגדרים. עם זאת, שיעורי נשיאת האפיפן ויחס ההצהרות הגבוהים בכיתות א'–ב' (יחס הצהרות של כ-25% לעומת 18%–21% בכל שאר השלבים) מלמדים כי הזכאות משפיעה על דפוסי ההצהרה בכיתות אלו במיוחד.

במגמות לפי אשכול חברתי-כלכלי נמצא פער ניכר ועקבי בשיעורי הרגישות ובשיעורי נשיאת האפיפן: ככל שהאשכול גבוה יותר, כך השיעורים גבוהים יותר. הפער בין האשכולות הנמוכים לגבוהים התרחב לאורך תקופת המחקר בשני המדדים: בשיעורי הרגישות מ-2.9 ל-4.4 נקודות אחוז ובשיעור נשיאת האפיפן מ-0.8 נקודות אחוז לנקודת אחוז אחת. לעומת זאת ביחס ההצהרות לא נמצאה מגמה עקבית לפי אשכול, והשיעורים החציוניים דומים בין האשכולות. הפער החברתי-כלכלי בשיעורי הרגישות ובשיעורי נשיאת האפיפן עולה בקנה אחד עם ממצאים ממחקרים בין-לאומיים על פערים בנגישות לאבחון ולטיפול אצל רופא מומחה באלרגיה (Coombs et al., 2011). פערים אלו מתועדים גם בישראל: השירותים הציבוריים לטיפול באלרגיה מוגבלים, ובחלק מבתי החולים ומקופות החולים המענה חלקי בלבד או שאינו קיים כלל (מייזל, 2025). לפיכך משפחות שאינן יכולות לממן חלופה פרטית יקרה נותרות ללא נגישות לאבחון ולטיפול. ההבדלים בשיעורי ההצהרות עשויים אפוא לשקף פערים בנגישות לשירותי בריאות ולא הבדלים בשכיחות האלרגיה עצמה בין הרמות החברתיות-כלכליות.

בבחינת המגמות לפי אשכול חברתי-כלכלי ושלב חינוך, השיעורים הגבוהים של נשיאת אפיפן בכיתות א'–ב', המשקפים את השפעת הזכאות לסייעת, התרכזו ברשויות מאשכולות גבוהים (1.09% בתשפ"ג, ועד 1.27% בתשפ"ה), ואילו ברשויות מהאשכולות הנמוכים ההבדלים בין שלבי החינוך היו זניחים. מכאן עולה פרדוקס מדיניות: אף שבאופן רשמי הזכאות לסייעת רפואית היא אוניברסלית, השפעתה ניכרת בעיקר ביישובים מאשכולות

גבוהים, וספק אם היא מגיעה במידה שווה לילדים ממשפחות פחות מבוססות. אי-השוויון אינו מסתיים בשלב האבחון: גם משפחות שקיבלו אישור זכאות נתקלות במחסור בסייעות זמינות, כך שזכאות רשמית אינה מתורגמת בהכרח להגנה בפועל, ומשפחות מבוססות יכולות להשלים את החסר מכיסן.

דפוסי אי-השוויון שנמצאו לפי אשכול חברתי-כלכלי ניכרים גם לפי קבוצה במערכת החינוך: שיעורי נשיאת האפיפן היו הגבוהים ביותר בחינוך הממלכתי העברי ובממלכתי-דתי בכל שלבי החינוך, ואילו בשאר הקבוצות נותרו השיעורים נמוכים וכמעט ללא שינוי לאורך התקופה הנבדקת. גם השיעור הגבוה בכיתות א'–ב' נמצא בשתי קבוצות אלו בלבד. ממצאים אלו מתיישבים עם ממצאי מרכז המחקר והמידע של הכנסת, שדיווח כי הזכאויות לסייעת רפואית מרוכזות ברובן ביישובים יהודיים, ורק 2.8%–4.8% מכלל האישורים ניתנים ביישובים לא-יהודיים (מייזל, 2025). ההבדלים בין הקבוצות במערכת החינוך משקפים ככל הנראה שילוב של חסמים מערכתיים באבחון אצל רופא מומחה ושל שונות בשיעורי מילוי ההצהרות. אף שהצהרת הבריאות השנתית היא בגדר חובה, אין אכיפה שיטתית של מילוי ההצהרה. עם זאת, להורים לילדים עם אלרגיה ידועה יש מוטיבציה גבוהה יותר למלא אותה, ולפיכך שיעורי ההצהרות אמורים לספק אינדיקציה סבירה לשכיחות האלרגיה באוכלוסיית התלמידים. ואולם שונות בשיעורי מילוי ההצהרות בין רמות חברתיות-כלכליות ובין קבוצות במערכת החינוך עשויה להשפיע גם היא על הדפוסים שנצפו. בסך הכול, הממצאים לפי אשכול חברתי-כלכלי ולפי קבוצה במערכת החינוך מובילים לאותה מסקנה: מדיניות שהיא אוניברסלית באופן רשמי מיטיבה בפועל כמעט רק עם תלמידים בחינוך הממלכתי העברי והממלכתי-דתי ביישובים מבוססים.

ככל שמודל הסייעות מוסיף להתרחב, משמעות החלוקה הבלתי שוויונית הזאת היא שמחויבות תקציבית גדלה והולכת מופנית באופן לא פרופורציונלי לבתי ספר ביישובים מבוססים. בה בעת, ישראל היא למיטב ידיעתנו המדינה היחידה בעולם האוסרת באופן גורף הכנסת מזונות אלרגניים לכל מתחם בית הספר – מדיניות שגופים רפואיים בין-לאומיים ומקומיים ממליצים שלא לנקוט (Elizur et al., 2026; Muraro et al., 2014; Sicherer et al., 2010; Waserman et al., 2021). אמנם מדיניות זו התפתחה בתגובה לעלייה בשיעורי הרגישות למזון ולמאפיינים מבניים של מערכת החינוך בישראל, כמו היעדר אחיות בבית הספר והיעדר מרחבי אכילה ייעודיים, אולם הממצאים הנוכחיים, לצד היעדר בסיס ראיות מוצק ליעילותה של מדיניות זו, מחייבים לבחון אותה מחדש.

מגבלות המחקר

נתוני ההצהרות מבוססים על דיווחי ההורים. כפי שהוזכר לעיל, מילוי הצהרת הבריאות אינו נאכף באופן שיטתי, ולפיכך שכיחות האלרגיה בפועל באוכלוסיית התלמידים עשויה להיות שונה מהשיעורים המוצהרים (Elizur et al., 2026). הפערים הניכרים שנמצאו לפי אשכול חברתי-כלכלי ולפי קבוצה במערכת החינוך משקפים ככל הנראה שילוב של הבדלים אפידמיולוגיים המתקיימים בפועל, של פערים בנגישות לאבחון אצל רופא מומחה ושל שונות בשיעורי מילוי ההצהרות, אך הנתונים הזמינים לא אפשרו לנו לבודד את תרומתו של כל אחד מהגורמים הללו. נוסף על כך, מבנה הנתונים שסופקו לא אפשר ניתוח בו-זמני של המעמד החברתי-כלכלי ושל קבוצת האוכלוסייה. לבסוף, מאחר שנתוני ההצהרות ברמת הקבוצה במערכת החינוך היו זמינים עבור נשיאת אפיפן בלבד ולא עבור הצהרות הרגישות, התמונה המלאה של הפערים בין הקבוצות נותרת חלקית.

עת לשינוי: מגבלות מבניות וחלופות מדיניות

המדיניות להתמודדות עם אלרגיה למזון בישראל התפתחה על רקע מגבלות מבניות: היעדר אחיות בתי ספר והיעדר חדרי אוכל או אזורי אכילה ייעודיים, לצד עלייה בהיקף האלרגיה למזון ומחסור מתועד ברופאים מומחים באלרגיה ואימונולוגיה קלינית (Elizur et al., 2026). מבחינת המדיניות, המחסור במומחים הוא הבעיה המרכזית: הוא מצמצם את הנגישות לאבחון מדויק ומגביל את המעקב הקבוע אצל רופא מומחה, שהוא ההתערבות המבוססת ביותר על ראיות להפחתת תגובות קשות. הוא גם החסם שקובע מי יוכל לקבל את הזכאות לסייעת רפואית. נוכח ממצאי המחקר שלנו ראוי אפוא לבחון מחדש את המדיניות הקיימת. להלן שלוש הצעות לחלופות מדיניות שעשויות לשפר את המצב בתחום לאין ערוך.

1. **החזרת מודל אחות בית הספר.** מודל הסייעות כרוך במחויבות תקציבית גדלה והולכת, המחולקת באופן בלתי שוויוני וללא בסיס ראיות איתן ליעילותו. ב-15 השנים האחרונות גדל מספר הזכאים פי 20, מ-511 תלמידים בתשע"א ל-10,312 בתשפ"ה, בעוד מספר התלמידים הכולל גדל פי 1.3 בלבד (משה, 2026). בתשפ"ה הסתכם התקציב שיועד לסייעות לתלמידים עם אלרגיה למזון ב-523 מיליון ש"ח. כפי שעולה מממצאי מחקר זה, תקציבי הסייעות מופנים ברובם המכריע ליישובים מאשכולות חברתיים-כלכליים גבוהים ולחינוך הממלכתי העברי והממלכתי-דתי. תחת זאת אפשר להחזיר את מודל אחות בית הספר, שבו שוהה אחות דרך קבע במוסד החינוכי, ולספק בכך מענה עקבי, מקצועי ושוויוני.

אומדן עלות שערך לאחרונה מרכז המחקר והמידע של הכנסת מצא כי העסקת אחות בכל בתי הספר היסודיים ובחטיבות הביניים תעלה כ-462–488 מיליון ש"ח בשנה, ומכאן שהמעבר אפשרי ללא השלכות תקציביות ניכרות (משה, 2026). משרד החינוך והאיגוד הישראלי לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית תומכים במודל זה, ובכמה בתי ספר יסודיים מתוכנן פיילוט לבחינתו (משה, 2026; Elizur et al., 2026). אתגר מרכזי במהלך זה הוא המחסור באחיות בישראל, בייחוד בפריפריה. הרחבת המענה תחייב הכשרה וגיוס של אחיות נוספות כחלק מכל תוכנית מעבר. בשונה ממודל הסייעות, אחות בית הספר תעניק מענה לתלמידים בכל שלבי החינוך, ובכלל זה למתבגרים, שהם האוכלוסייה בסיכון הגבוה ביותר לתגובות אנפילקטיות קשות. מעבר להתמודדות עם אלרגיות, אחיות בתי הספר יגשרו על פער רחב יותר בתשתית הבריאות בבתי הספר: מאז הוצאו האחיות ממערכת החינוך המדינה מתמודדת עם קשיים גוברים בהיענות לחיסונים, בתמיכה נפשית ובמעקב בריאותי אחר ילדים בגיל בית הספר. השבת האחיות לבתי הספר תניב אפוא תועלות נרחבות בתחום בריאות הציבור, ולצד זאת תבטיח סביבת למידה בטוחה לתלמידים עם אלרגיה למזון.

2. **הבחנה לפי גיל.** האיסור על הכנסת מזונות אלרגניים חל באופן אחיד בכל שלבי החינוך, אולם גישה גורפת כזאת אינה מתאימה מבחינה התפתחותית וחינוכית. ככל שהילדים גדלים, מערכת החינוך אמורה לפתח את עצמאותם ואת מיומנויות הניהול העצמי שלהם כדי שיוכלו להתנהל בעולם בבטחה ובאופן עצמאי. הצורך בכך קריטי במיוחד לנוכח העובדה שהסיכון לתמותה מאנפילקסיס גבוה ביותר בקרב מתבגרים (Baseggio Conrado et al., 2021; Pouessel et al., 2018), ובמדיניות הנוכחית, דווקא קבוצת הגיל הזאת נותרת חשופה; החזרת אחיות בתי הספר תיתן לה מענה.

גני הילדים מציבים אתגרים נפרדים. ילדים צעירים עדיין אינם יכולים לשאת באחריות מלאה לאלרגיה שלהם, אך הצבת אחות בכל גן אינה חלופה מעשית, שכן כל גן פועל במבנה נפרד. בהיעדר עדויות מחקריות ליעילותו של מודל הסייעות ניתן לנקוט גישה אחרת בגני הילדים – סבסוד ארוחת עשר שאינה מכילה את האלרגן המוצהר בגנים שבהם לומד ילד עם אלרגיה למזון. אפשרות זו תצמצם את הסיכון לחשיפה תוך התחשבות בשלב ההתפתחותי של הילדים, ותהווה מענה מעשי ושוויוני יותר מסייעת רפואית צמודה.

כל רפורמה במדיניות צריכה אפוא להיות מובחנת לפי גיל, ולהביא בחשבון את המצב הרפואי, ההתפתחותי והחינוכי בכל שלב ושלב.

3. **הבטחת נגישות שוויונית לאמצעי בטיחות בסיסיים בכל בתי הספר.** המדיניות הנוכחית שמה את הדגש במקום הלא נכון. האיסורים על הכנסת מזונות אלרגניים הולכים ומתרחבים אך קשה לאוכפם, וסייעות רפואיות, שהכשרתן מוגבלת, מוצבות באופן לא פרופורציונלי בבתי ספר ביישובים מבוססים. בה בעת אמצעי בטיחות בסיסיים, כגון מזרק אפיפן בתוקף בכל בית ספר, מיושמים באופן לא עקבי. לפיכך יש לפעול לצמצום אי-השוויון בין בתי הספר בנגישות לאמצעי בטיחות בסיסיים.

מדיניות מאוזנת יותר צריכה אפוא לתת עדיפות להשבת אחיות בתי הספר, לגישות מובחנות לפי גיל ולנגישות שוויונית לאמצעי בטיחות בסיסיים כחלק מתשתית בריאות רחבה יותר בבתי הספר. פרט לאתגרים שפורטו לעיל, המדיניות הנוכחית נוטלת מהתלמיד את האחריות למצבו ומעבירה אותה לסביבתו. תפקידה של מערכת החינוך הוא הפוך: להעצים את התלמידים, לתת בהם אמון וללוות אותם עד שיוכלו לשאת באחריות הזאת בעצמם, בבית הספר ומחוצה לו, כהכנה להתנהלות בטוחה בחיים העצמאיים.

מקורות

הכנסת (2025). **מענים לילדים אלרגיים במערכת החינוך**. פרוטוקול מס' 381 מישיבת ועדת החינוך, התרבות והספורט ופרוטוקול מס' 312 מישיבת ועדת הבריאות. כנסת פתוחה.

מייזל, י' (2025). **סוגיות בטיפול במחלות אלרגיות בישראל**. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

משה, נ' (2026). **הערכת עלות להעסקת אחות בית ספרית: חלופה לסייעת מלווה לצורך רפואי עבור תלמידים עם אלרגיות למזון**. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

משרד החינוך (2017). **התנהלות מוסדות החינוך והצהרונים לשם הבטחת בריאותם של תלמידים הסובלים מאלרגיות למוצרי מזון** (חוזר מנכ"ל, הוראת קבע מס' 0042).

Bahna, S. L. (2024). History of food allergy and where we are today. *World Allergy Organization Journal, 17*(5), 100912.

Baseggio Conrado, A., Ierodiakonou, D., Gowland, M. H., Boyle, R. J., & Turner, P. J. (2021). Food anaphylaxis in the United Kingdom: Analysis of national data, 1998–2018. *BMJ*, n251.

BSACI (2024). *Model policy for allergy management at school*. British Society for Allergy and Clinical Immunology.

Coombs, R., Simons, E., Foty, R. G., Stieb, D. M., & Dell, S. D. (2011). Socioeconomic factors and epinephrine prescription in children with peanut allergy. *Paediatrics & Child Health, 16*(6), 341–344.

Dalal, I., Binson, I., Reifen, R., Amitai, Z., Shohat, T., Rahmani, S., Levine, A., Ballin, A., & Somekh, E. (2002). Food allergy is a matter of geography after all: Sesame as a major cause of severe IgE-mediated food allergic reactions among infants and young children in Israel. *Allergy, 57*(4), 362–365.

Du Toit, G., Katz, Y., Sasieni, P., Mesher, D., Maleki, S. J., Fisher, H. R., Fox, A. T., Turcanu, V., Amir, T., Zadik-Mnuhin, G., Cohen, A., Livne, I., & Lack, G. (2008). Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 122*(5), 984–991.

Elizur, A., Konfino-Shichter, V., Hagin, D., Benaor-Rot, S., Lahav-Idith, E., Kessel, A., Hershko, A., & Tal, Y. (2026). *Public policy recommendations for IgE-mediated food allergy in Israel*. Position Paper. Israel Association of Allergy and Clinical Immunology.

Garkaby, J., Epov, L., Musallam, N., Almog, M., Bamberger, E., Mandelberg, A., Dalal, I., & Kessel, A. (2021). The sesame-peanut conundrum in Israel: Reevaluation of food allergy prevalence in young children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 9*(1), 200–205.

Higgs, J., Styles, K., Bowyer, S., Warner, A., & Dunn Galvin, A. (2021). Dissemination of EAACI food allergy guidelines using a flexible, practical, whole school allergy awareness toolkit. *Allergy, 76*(11), 3479–3488.

Muraro, A., Agache, I., Clark, A., Sheikh, A., Roberts, G., Akdis, C. A., Borrego, L. M., Higgs, J., Hourihane, J. O., Jorgensen, P., Mazon, A., Parmigiani, D., Said, M., Schnadt, S., Van Os-Medendorp, H., Vlieg-Boerstra, B. J., & Wickman, M. (2014). EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: Managing patients with food allergy in the community. *Allergy, 69*(8), 1046–1057.

Nachshon, L., Schwartz, N., Elizur, A., Schon, Y., Cheryomukhin, M., Katz, Y., & Goldberg, M. R. (2019). The prevalence of food allergy in young Israeli adults. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 7*(8), 2782-2789.e4.

Pouessel, G., Turner, P. J., Worm, M., Cardona, V., Deschildre, A., Beaudouin, E., Renaudin, J.-M., Demoly, P., & Tanno, L. K. (2018). Food-induced fatal anaphylaxis: From epidemiological data to general prevention strategies. *Clinical & Experimental Allergy, 48*(12), 1584–1593.

Prescott, S. L., Pawankar, R., Allen, K. J., Campbell, D. E., Sinn, J. K., Fiocchi, A., Ebisawa, M., Sampson, H. A., Beyer, K., & Lee, B.-W. (2013). A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. *World Allergy Organization Journal, 6*.

Sicherer, S. H., Mahr, T., & the Section on Allergy and Immunology. (2010). Management of food allergy in the school setting. *Pediatrics, 126*(6), 1232–1239.

Vale, S., Smith, J., Said, M., Mullins, R. J., & Loh, R. (2015). ASCIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-schools and childcare: 2015 update. *Journal of Paediatrics and Child Health, 51*(10), 949–954.

Waserman, S., Cruickshank, H., Hildebrand, K. J., Mack, D., Bantock, L., Bingemann, T., Chu, D. K., Cuello-Garcia, C., Ebisawa, M., Fahmy, D., Fleischer, D. M., Galloway, L., Gartrell, G., Greenhawt, M., Hamilton, N., Hourihane, J., Langlois, M., Loh, R., Muraro, A., … Brozek, J. L. (2021). Prevention and management of allergic reactions to food in child care centers and schools: Practice guidelines. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 147*(5), 1561–1578.