



# איך השפיעה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל?

רותי וייצברג    טל נורמן

עריכת לשון: רונית כהן בן-נון  
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | אדר תשפ"ו | פברואר 2026

# תקציר

## רקע

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש נכנסה לתוקף ב-1 ביולי 2015 והעבירה את האחריות למימון שירותי בריאות הנפש ולאספקתם ממשרד הבריאות לקופות החולים. המטרות העיקריות של הרפורמה היו שיפור האיכות, הזמינות והנגישות של שירותי בריאות הנפש בקהילה, לרבות שיפור הנגישות הכלכלית – היכולת לקבל שירותים איכותיים מבלי לחוות קושי כלכלי, הנמדד על ידי גובה ההוצאה מן הכיס (להלן: הוצאה). שיפור הנגישות נעשה באמצעות הכללתם בסל הבריאות הציבורי, בכיסוי מלא או חלקי, והרחבת היצע השירותים במרפאות הציבוריות. אולם עד כה טרם נבדקה השפעתה של הרפורמה על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל הכרוך בשימוש בשירותים אלו.

## מטרה

לאפיין את מגמת הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל, הנובע מן ההוצאה על שימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה, ולבחון את השפעת הרפורמה הביטוחית על נטל זה.

## שיטה

ניתוח תיאורי של נתונים מסקרי הוצאות משקי בית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) בשנים 2008-2022. המשתנים התלויים שנותחו היו: (1) שיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש (קבוצת ההתערבות) ושיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי שיקום והתפתחות (קבוצת ההשוואה) מסך כל משקי הבית בכל שנה; (2) גובה ההוצאה השנתית הממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים אלו. בוצעו שני ניתוחי DID (Difference In Differences). ניתוח זה מעריך השפעה סיבתית של התערבות כאשר אי אפשר לבצע ניסוי מבוקר עם דגימה אקראית.

## ממצאים

לאחר החלת הרפורמה חלה עלייה הן בשיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש הן בגובה ההוצאה. שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותים אלו עלה יותר משיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות (מ-2.2% ל-2.9% לעומת מ-1.6% ל-1.8%, בהתאמה; ההבדל מובהק), ולפיכך עלייה זו נבעה ישירות מהחלת הרפורמה. נוסף על כך גובה ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש עלה במובהק (מכ-7,800 ש"ח לכ-9,000 ש"ח, בממוצע), אולם העלייה לא הייתה שונה במובהק מהעלייה בגובה ההוצאה השנתית על שירותי שיקום והתפתחות, ולכן אי אפשר לקשור בין עלייה זו ובין החלת הרפורמה.

## דיון

ממצאי המחקר מתווספים לנתונים קודמים שהראו עלייה ניכרת בהיקף השימוש בשירותי בריאות הנפש שניתנו בקהילה במסגרת סל הבריאות הציבורי לאחר החלת הרפורמה. נראה כי חרף הגידול בהיצע השירותים הציבוריים, שיעור משקי הבית עם הוצאה עלה, מה שמעיד על כך שהמערכת הציבורית נותנת מענה חלקי בלבד לביקוש. נוסף על כך העלייה בגובה ההוצאה על שירותים אלו עולה בקנה אחד עם נתונים קודמים שהראו כי נעשה שימוש רב בטיפולים פסיכותרפיים במסלול המטפלים העצמאיים או באופן פרטי לגמרי הכרוכים בהוצאות גבוהות. כל אלו מעידים על כך שהרפורמה לא הפחיתה את שיעור משקי הבית הנזקקים לשלם מן הכיס עבור שירותי בריאות הנפש.

## המלצות

פרט לפעולות משרד הבריאות להרחבת מערך ההכשרה לפסיכיאטרים ופסיכולוגים, כדאי להמשיך לקדם צעדי מדיניות להרחבה ולגיוון של כוח האדם המטפל ולהכשיר מגוון רחב יותר של אנשי מקצוע. כמו כן כדאי להמשיך לגוון את הספקת השירותים ולהציע מודלים חדשים של טיפול נוסף על מפגש יחידני עם פסיכיאטר או פסיכותרפיסט. כדאי שהיצע נוסף זה יינתן במסגרת המערכת הציבורית ללא תשלום.

כדי לנתב את המשאבים של המערכת הציבורית ביעילות רבה יותר, כדאי למשרד הבריאות לקבוע כללי זכאות לשירותים לפי אבחנה, עם פרוטוקולי טיפול מבוססי ראיות לפי אבחנה, בעדיפות לטיפולים בקהילה, קצרי מועד, לפי הצורך.

ולבסוף, כדאי לקדם מדיניות מימון פרוגרסיבית ולהגן על מיעוטי היכולת הזקוקים לשירותים מקושי כלכלי או אף מויתור על שירותים. יש להימנע מלהטיל דמי השתתפות עצמית על צריכת שירותי בריאות הנפש במרפאות הציבוריות או של קופות החולים. כמו כן כדאי לצמצם את דמי ההשתתפות העצמית לביקורים אצל מטפלים עצמאיים העובדים עם קופות החולים באמצעות הנחות, תקרות ופטורים לפי רמת הכנסה, למשל למקבלי הבטחת הכנסה.

## רקע

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש בישראל נכנסה לתוקף ב-1 ביולי 2015 והעבירה את האחריות למימון ואספקת שירותי בריאות הנפש ממשדד הבריאות לקופות החולים.

מטרותיה העיקריות של הרפורמה היו לשפר את איכות, זמינות, ונגישות שירותי בריאות הנפש בקהילה. נגישות לשירותי בריאות היא המידה שבה מבוטחים מסוגלים להשתמש בהם, והיא כוללת שלושה היבטים: היבט פיזי הקשור ליכולת להשתמש בשירותים במרחק סביר, בזמן המתנה סביר או בשעות פעילות נוחות; היבט חברתי (acceptability) הקשור בין היתר לנכונות, לרצון וליכולת לקבל את השירותים המוצעים בשפה מתאימה ובהתאמה תרבותית; והיבט כלכלי הקשור ליכולת לשלם עבור שירותי בריאות איכותיים בלי לחוות קושי כלכלי, הנמדד על ידי גובה ההוצאה מן הכיס (להלן: הוצאה).

דוח מבקר המדינה משנת 2020 מצא כי לא ניתנים מספיק טיפולים ביחס לתקציב המועבר לקופות החולים לשם החלת הרפורמה, וכי נעשה שימוש רב מדי בטיפולים במסלול המטפלים העצמאיים הכרוך בדמי השתתפות עצמית גבוהים, עקב זמינות לא מספקת של טיפולים חנם במרפאות הקופות. הוצאה מן הכיס על שירותים אלו עלולה לגרום לנטל כלכלי ואף לווייתור על טיפול. אולם עד כה טרם נבדקה השפעתה של הרפורמה על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל הכרוך בשימוש בשירותים אלו.

## מטרות

### מטרת-העל

לאפייין את מגמת הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל, הנובע מן ההוצאה על שימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה, ולבחון את השפעת הרפורמה הביטוחית על נטל זה.

### מטרות המשנה

1. לתאר את השינויים שחלו בשנים 2008-2022 בהיבטים האלה: (1) שיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית כלשהי על שירותי בריאות הנפש בקהילה; (2) גובה ההוצאה השנתית הממוצעת של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש בקהילה.
2. לבחון אם הרפורמה השפיעה על גובה ההוצאה השנתית הממוצעת של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש בקהילה.

## שיטה

ניתוח תיאורי של נתונים מסקרי הוצאות משקי בית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) בשנים 2008-2022. המשתנים התלויים שנותחו היו: (1) שיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש (קבוצת ההתערבות) ושיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי שיקום והתפתחות בקהילה (קבוצת ההשוואה) מסך כל משקי הבית בכל שנה; (2) גובה

ההוצאה השנתית בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים אלו. בוצעו שני ניתוחי DID (Difference In Differences). הניתוח האחד חישב את ההבדל בין הסיכוי של כלל משקי הבית לשלם על שירותי בריאות הנפש (קבוצת ההתערבות) ובין הסיכוי של כלל משקי הבית לשלם על שירותי שיקום והתפתחות (קבוצת ההשוואה) בתקופה שקדמה להחלת הרפורמה (2011-2014) ובתקופה שאחרי החלתה (2016-2019), ואז חישב את "ההבדל בין ההבדלים". הניתוח השני חישב, בקרב משקי בית עם הוצאות, את השינוי שחל בגובה ההוצאה על שירותי בריאות הנפש ואת השינוי שחל בגובה ההוצאה על שירותי שיקום והתפתחות בתקופה שקדמה להחלת הרפורמה ובתקופה שאחרי החלתה, ואז חישב את "ההבדל בין ההבדלים". ניתוח זה מייצר "ניסוי טבעי" מעריך השפעה סיבתית של התערבות כאשר אי אפשר לבצע ניסוי מבוקר עם דגימה אקראית. לפי הנחת המגמות המקבילות (parallel Trends), ללא ההתערבות, הפער בין שתי הקבוצות היה נשאר דומה.

## ממצאים

שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש עמד על 2.2% לפני החלת הרפורמה ועל 2.9% אחריה. לעומת זאת שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות עמד על 1.6% לפני החלת הרפורמה ועל 1.8% אחריה. הפער בין שני סוגי השירות בשיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית עמד על 0.6% לפני החלת הרפורמה ועל 1.1% אחריה. ניתוח רב-משותף מסוג רגרסיה לוגיסטית הראה כי מקדם ה-DID ( $\delta$ -ה) מובהק ( $p = .006$ ), וכי לאחר החלת הרפורמה **הפער בין שני סוגי השירות בגודל הסיכוי להוצאה שנתית גדל במובהק ב-23.8%** לעומת התקופה שקדמה להחלתה.

הסיכוי להוצאה שנתית לא היה שונה במובהק בתקופה שאחרי החלת הרפורמה לעומת התקופה שלפניה, הן עבור שירותי שיקום והתפתחות ( $OR = 0.872, p = 0.131$ ) הן עבור שירותי בריאות הנפש ( $OR = 1.080, p = 0.363$ ). הסיכוי להוצאה שנתית היה גבוה במובהק בשירותי בריאות הנפש לעומת בשירותי שיקום והתפתחות, הן בתקופה שלפני החלת הרפורמה ( $OR = 1.332, p < .01$ ) הן בתקופה שאחרי החלתה ( $OR = 1.648, p < .01$ ). **כלומר כבר לפני החלת הרפורמה היה הסיכוי להוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש גבוה ב-33% מן הסיכוי להוצאה שנתית על שירותי שיקום והתפתחות, אולם אחרי החלתה הפער גדל ל-65%**. הגידול בפער זה היה מובהק, כפי שמעידה מובהקות האינטראקציה במודל. נוסף על כך נמצא כי ארבעת המשתנים המפקחים – חמישון הוצאה, השכלה אקדמית של ראש משק הבית, מגורים במרכז וגודל משק בית – הם מנבאים חיוביים מובהקים לסיכוי לקיומה של הוצאה שנתית. **על כן אפשר לקבוע כי בעקבות החלת הרפורמה גדל שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש יותר משגדל שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות.**

ההוצאה השנתית הממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאות על שירותי בריאות הנפש עמדה על 7,827 ש"ח לפני החלת הרפורמה ועל 8,992 ש"ח אחריה. לעומת זאת ההוצאה על שירותי שיקום והתפתחות עמדה על 4,305 ש"ח לפני החלת הרפורמה ועל 4,759 ש"ח אחריה. הפער בגובה ההוצאה השנתית הממוצעת בין שני סוגי השירות עמד על 3,522 ש"ח לפני החלת הרפורמה ועל 4,233 ש"ח אחריה.

במודל הרגרסיה הלינארית הרב-משתנית, האינטראקציה בין סוג השירות ובין התקופה (מקדם ה- $\delta$ ) לא הייתה מובהקת ( $\beta = 1.139, p = .157$ ). **כלומר שיעור העלייה בהוצאה השנתית הממוצעת בשני סוגי השירות היה דומה.** אולם ההוצאה השנתית

על שירותי שיקום והתפתחות לא השתנתה שינוי מובהק בין התקופות ( $\beta = 1.201, p = .084$ ), ואילו ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש הייתה גבוהה במובהק בתקופה שאחרי הרפורמה לעומת התקופה שלפניה ( $\beta = 1.369, p < .01$ ). נוסף על כך ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש הייתה גבוהה במובהק מן ההוצאה השנתית על שירותי שיקום והתפתחות, הן לפני הרפורמה ( $\beta = 1.849, p < .01$ ) הן אחריה ( $\beta = 2.106, p < .01$ ). נמצא כי חמישון ההוצאה וראש משק בית עם השכלה אקדמית הם מנבאים חיוביים מובהקים של גובה ההוצאה השנתית, ואילו גודל משק הבית הוא מנבא שלילי מובהק. **לפיכך אף שההוצאה השנתית הממוצעת עלתה במובהק בתקופה שאחרי החלת הרפורמה רק עבור שירותי בריאות הנפש, הפער בין שני סוגי השירות לא השתנה שינוי מובהק, ולכן אי אפשר לקבוע כי הרפורמה היא שהשפיעה על השינוי בגובה ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש.**

## דיון

ממצאי המחקר עומדים בניגוד להשערת המחקר, ולפיה צפויה ירידה הן בשיעור משקי הבית עם הוצאות על שירותי בריאות הנפש הן בגובה ההוצאה השנתית, עקב עלייה ניכרת בזמינות ובהיצע של הטיפולים בקהילה שקופות החולים החלו לתת בחינם בעקבות החלת הרפורמה. העלייה המובהקת שחלה לאחר החלת הרפורמה, הן בשיעור משקי בית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש הן בגובה ההוצאה השנתית על שירותים אלו, תומכת בממצאים קודמים המעידים על גידול בצריכת טיפולים אצל נותני שירות עצמאיים דרך הקופה, הכרוכים בדמי השתתפות עצמית גבוהים.

ייתכן כי הרפורמה השיגה את אחד מיעדיה, צמצום הסטיגמה בנוגע לקבלת שירותי בריאות הנפש, ובכך הובילה לגידול בביקוש לשירותים אלו. אך על אף הגידול הן בהיצע הן בשימוש בפועל בשירותי בריאות הנפש במערכת הציבורית, הרפורמה לא הצליחה לצמצם את הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית והנובע מן ההוצאה על שימוש בשירותי בריאות הנפש, מאחר שגם לאחר החלתה יותר משקי בית משלמים מכיסם על שירותים אלו, והוצאותיהם גבוהות יותר. לנתונים על הנטל הכלכלי הכרוך בשימוש בשירותי בריאות הנפש מתווספים נתונים על ויתור על שירותים אלו, בעיקר בגלל המחיר.

שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש ועל שירותי שיקום והתפתחות בתקופת מגפת הקורונה (שנת 2020, שבמהלכה התרחשו רוב הסגרים) לא השתנה שינוי ניכר לעומת שנים קודמות (2018-2019). כלומר משקי הבית המשיכו לצרוך את שני סוגי השירות באותה מידה גם במהלך המגפה והסגרים, ייתכן שמשום שהמעבר לשימוש ברפואה מרחוק היה פשוט למדיי בסוגי שירות אלו. נוסף על כך נראה כי בתום המגפה השימוש בשירותי בריאות הנפש עלה עלייה ניכרת, זאת לעומת השימוש בשירותי שיקום והתפתחות, ככל הנראה בשל השפעת המגפה על המצוקה הנפשית. אולם השערה זו דורשת מחקר המשך.

## המלצות

פרט לפעולות משרד הבריאות להרחבת מערך ההכשרה לפסיכיאטרים ופסיכולוגים, כוח אדם יקר, אשר אורכת זמן רב, כדאי להמשיך לקדם צעדי מדיניות להרחבה ולגיוון של כוח האדם המטפל (skill-mix) ולהכשיר מגוון רחב יותר של אנשי מקצוע. לדוגמה פסיכותרפיסטים, עובדים סוציאליים, מטפלים באומנות, תומכי בריאות הנפש, עמיתים מומחים ומאמני חוסן, ולהאציל

עליהם סמכויות. כמו כן כדאי להמשיך לגוון את הספקת השירותים ולהציע מודלים חדשים של טיפול נוסף על מפגש יחידני עם פסיכיאטר או פסיכותרפיסט, כגון טיפול קבוצתי, טיפול מרחוק או טיפול המבטא שילוב של מודלים. **כדאי שהיצע נוסף זה יינתן במסגרת המערכת הציבורית ללא תשלום**

כדי לנתב את המשאבים של המערכת הציבורית באופן יעיל יותר, כדאי למשרד הבריאות לקבוע כללי זכאות לשירותים לפי אבחנה, עם פרוטוקולי טיפול מבוססי ראיות לפי אבחנה, בעדיפות לטיפולים בקהילה, קצרי מועד, לפי הצורך.

**בצד מדיניות כוח האדם והספקת שירותי בריאות הנפש, כדאי לקדם מדיניות מימון פרוגרסיבית ולהגן על מיעוטי היכולת הזקוקים לשירותים מקושי כלכלי או אף מויתור על שירותים. יש להימנע מלהטיל דמי השתתפות עצמית על צריכת שירותי בריאות הנפש במרפאות הציבוריות או של קופות החולים. כמו כן כדאי לצמצם את דמי ההשתתפות העצמית לביקורים אצל מטפלים עצמאים העובדים עם קופות החולים באמצעות הנחות, תקרות ופטורים לפי רמת הכנסה, למשל למקבלי הבטחת הכנסה.**

# תוכן עניינים

1	1. רקע
3	2. מטרת המחקר
4	3. שיטה
4	3.1 קובץ הנתונים ואוכלוסיית המחקר
4	3.2 סטטיסטיקה תיאורית וניתוחים סטטיסטיים
8	4. ממצאים
8	4.1 סטטיסטיקה תיאורית של מאפייני משקי הבית שנכללו בניתוחים
8	4.2 התפלגות משקי הבית לפי ארבעת המשתנים המפקחים
9	4.3 מגמות השינוי בדפוסי ההוצאה על שירותי בריאות הנפש ועל שירותי שיקום והתפתחות בקהילה במשך השנים
12	4.4 ניתוחי DID לבחינת השפעת הרפורמה על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית הנובע מן ההוצאה על שימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה
17	5. מגבלות המחקר
18	6. סיכום ודיון
18	6.1 עלייה בשימוש בשירותי בריאות הנפש ובגובה ההוצאה השנתית בעקבות החלת הרפורמה
19	6.2 עלייה במודעות ובביקוש לשירותי בריאות הנפש ואי-יכולת של המערכת הציבורית לספק את הצרכים
20	6.3 השפעת מגפת הקורונה על השימוש בשירותי בריאות הנפש
21	7. מסקנות והמלצות
23	עוד פרסומים של המכון בנושא
24	רשימת מקורות
27	נספח א: שיעורי ההיענות לסקר
28	נספח ב: ניתוחים דו-משתניים
32	נספח ג: מבחן מגמות מקבילות בין שני סוגי השירות

## רשימת לוחות

13	לוח 1: הסיכוי להוצאה שנתית כתלות בסוג השירות בקהילה, בתקופה ובאינטראקציה ביניהם
15	לוח 2: גובה ההוצאה השנתית כתלות בסוג השירות בקהילה, בתקופה ובאינטראקציה ביניהם

## רשימת לוחות בנספחים

- 27 לוח א-1: ראשי משקי הבית שהשיבו לסקר בשנים 2008-2022 ונכללו בניתוחים, לפי שנה
- 27 לוח א-2: משקי בית שהשיבו לסקר בשנים 2008-2022 ונכללו בניתוח הנתונים, לפי מאפייני רקע
- 32 לוח ג-1: הסיכוי להוצאה שנתית בתקופה שלפני החלת הרפורמה (2011-2014) כתלות בסוג השירות בקהילה, בשנה ובאינטראקציה ביניהם
- 33 לוח ג-2: גובה ההוצאה השנתית בתקופה שלפני החלת הרפורמה (2011-2014) כתלות בסוג השירות בקהילה, בשנה ובאינטראקציה ביניהם

## רשימת תרשימים

- 9 תרשים 1: התפלגות משקי הבית, לפי קבוצת המחקר ולפי המשתנים המפקחים
- 10 תרשים 2: משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי שנה
- 11 תרשים 3: משקי בית עם הוצאה שנתית גבוהה על שירותי בריאות הנפש (יותר מ-6,700 ש"ח) מתוך כלל משקי הבית עם הוצאה על שירותים אלו, לפי שנה
- 12 תרשים 4: הוצאה שנתית ממוצעת על שירותים בקהילה בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים אלו, לפי סוג השירות ולפי שנה
- 14 תרשים 5: משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי סוג השירות ולפי תקופה
- 16 תרשים 6: הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים בקהילה, לפי סוג השירות ולפי תקופה

## רשימת תרשימים בנספחים

- 28 תרשים ב-1: משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי חמישון הוצאה ושנה
- 29 תרשים ב-2: משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי השכלה אקדמית של ראש משק הבית ושנה
- 30 תרשים ב-3: הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים בקהילה, לפי חמישון הוצאה ושנה
- 31 תרשים ב-4: הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים בקהילה, לפי השכלה אקדמית של ראש משק הבית ושנה

# 1. רקע

[הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש בישראל](#) (להלן: הרפורמה) נכנסה לתוקף ב-1 ביולי 2015 והעבירה את האחריות למימון ואספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. מטרתיה העיקריות של הרפורמה היו לשפר את איכות, זמינות, ונגישות השירותים בקהילה (משרד הבריאות, 2022). בכך היא התווספה לשתי רפורמות קודמות: הרפורמה המבנית שהתגבשה בשנות התשעים והעבירה את מוקד הטיפול הפסיכיאטרי מבתי החולים לקהילה, והרפורמה השיקומית שיושמה בשנת 2001 והגדירה סל זכאות לשירותים לשם שיקומם ושילובם של נכי נפש בקהילה (סמואל ואלרועי, 2019). שתי הרפורמות הראשונות נתנו מענה בעיקר לאוכלוסיית נכי הנפש הקשים ולחולים הכרוניים בבריאות הנפש, הצורכים שירותי אשפוז ושיקום, ואילו הרפורמה הביטוחית נוגעת גם לאוכלוסייה הסובלת מהפרעות נפש קלות יותר, הזקוקה אף היא לטיפולים פסיכותרפיים ופסיכיאטריים, שעיקר המענים המיועדים לה ניתנים במרפאות בקהילה (מבקר המדינה, 2020).

ערב הרפורמה, התקציב השנתי שהקצה משרד הבריאות לשירותי בריאות הנפש, בשונה מתקציב סל הבריאות הציבורי, לא התעדכן בקביעות ולכן נשחק שחיקה ניכרת במשך השנים (Rosen et al., 2015). עד אותה עת שירותי בריאות הנפש ניתנו בבתי החולים הפסיכיאטריים ובמרפאות ציבוריות בקהילה בבעלות משרד הבריאות. אולם השירותים בקהילה היו מוגבלים עקב זמינות נמוכה, ולכן הנגישות להם הייתה מוגבלת, ורבים נאלצו לפנות למערכת הפרטית ולשלם על הטיפול מכיסם או לוותר על טיפול נחוץ (כהן, 2016).

הסכם הרפורמה שנחתם ב-30.5.2012 כלל שלב היערכות בשנים 2012-2015. בפרק זמן זה קופות החולים נדרשו לגייס מטפלים, לפתוח מרפאות חדשות ברחבי הארץ ולהגדיל מאוד את הזמינות של שירותי בריאות הנפש בקהילה. לשם כך הוקצו 60 מיליון ש"ח. ואכן עד יולי 2015 הוקמו 67 מרפאות חדשות לבריאות הנפש על פי פריסה שסוכמה בין הקופות ובין משרד הבריאות, גויסו מטפלים למרפאות הקופה בכ-50 מרפאות, וקופות החולים חתמו על הסכמים עם ספקי שירות ועם מטפלים עצמאיים (מבקר המדינה, 2020).

נגישות לשירותי בריאות היא המידה שבה מבוטחים מסוגלים להשתמש בהם, והיא כוללת שלושה היבטים: היבט פיזי הקשור ליכולת להשתמש בשירותים במרחק סביר, בזמן המתנה סביר או בשעות פעילות נוחות; היבט חברתי (acceptability) הקשור בין היתר לנכונות, לרצון וליכולת לקבל את השירותים המוצעים בשפה מתאימה ובהתאמה תרבותית; והיבט כלכלי הקשור ליכולת לשלם עבור שירותי בריאות איכותיים מבלי לחוות קושי כלכלי (Evans et al., 2013; Gulliford et al., 2002). שיפור הנגישות לשירותי בריאות נפש איכותיים בקהילה תוכנן להיעשות במסגרת הרפורמה בשלושת היבטים אלו. בהיבט הפיזי, באמצעות שיפור הזמינות על ידי פתיחת מרפאות חדשות בפריסה ארצית רחבה והרחבת שעות הפעילות; בהיבט החברתי, באמצעות העברת הטיפול הנפשי מבתי החולים לקהילה ושילוב של שירותי בריאות הנפש במסגרות הבריאות הכלליות תוך כדי יצירת גישה כוללת לבריאות והפחתת הסטיגמה החברתית בנוגע למחלות נפש; ובהיבט הכלכלי, באמצעות הכללת שירותי בריאות הנפש בסל הבריאות הציבורי (משרד הבריאות, 2022).

בעקבות החלת הרפורמה טיפול פסיכותרפי ניתן במרפאות קופות החולים חינם, וביקור אצל פסיכיאטר ניתן בתשלום דמי השתתפות עצמית רבעונית שנעה בשנת 2024 בין 30 ש"ח ל-39 ש"ח (לכל קופת חולים תעריף משלה), בדומה לביקור אצל שאר הרופאים היועצים. נוסף על כך במסגרת סל הבריאות הציבורי מבוטחי הקופות יכולים לקבל טיפול אצל פסיכותרפיסט עצמאי העובד עם הקופה, בתשלום דמי השתתפות עצמית בסך כ-150 ש"ח למפגש (בלנק, 2023; משרד הבריאות, 2024). לעומת זאת על הפונים לקבלת טיפול פסיכותרפי אצל מטפלים פרטיים שאינם עובדים עם קופות החולים לשלם סכומים גבוהים יותר, היות שהמחירים בשוק הפרטי אינם מפוקחים (Rosen et al., 2015).

התקציב המוגדל שהקצתה המדינה לשירותי בריאות הנפש במסגרת הרפורמה אכן הוביל להגדלת היצע השירותים, וזו הביאה לעלייה בצריכת שירותי בריאות הנפש במערכת הציבורית בשנים 2012-2019 (מגנזי ואח', 2025). בהיבט החברתי נראה כי הרפורמה תרמה להעלאת המודעות ולצמצום הסטיגמה בנוגע לבריאות הנפש, היות שיותר אנשים צורכים שירותים אלו. השינויים בתפיסות הציבור, נוכח שני אירועי משבר שפקדו את המדינה – מגפת הקורונה ומלחמת חרבות ברזל, הגבירו אף הם את הביקוש לטיפול נפשי (מבקר המדינה, 2025).

אך גם לאחר החלת הרפורמה, נראה כי הנגישות לשירותים עדיין מוגבלת, בין היתר בשל עלייה בביקוש. דוח מבקר המדינה משנת 2020 הצביע על זמני המתנה ארוכים למפגשי אבחון וטיפול פסיכותרפי בקהילה (150 ימים במוצע), על מחסור במרפאות של הקופות ביישובים פריפריאליים ועל מחסור חמור בפסיכיאטרים בבתי החולים ובפסיכותרפיסטים במרפאות הממשלתיות ובמרפאות הקופות (מבקר המדינה, 2020; ראו גם סמואל ואלרועי, 2019). עוד צוין בדוח כי לא ניתנים מספיק טיפולים ביחס לתקציב המועבר לקופות החולים נוכח החלת הרפורמה, וכי נעשה שימוש רב מדי בטיפולים במסלול המטפלים העצמאיים הכרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית גבוהים, עקב זמינות לא מספקת של טיפולים חינם במרפאות הקופות (מבקר המדינה, 2020). הוצאה מן הכיס (להלן: הוצאה) על שירותים אלו עלולה לגרום לנטל כלכלי (הנמדד על ידי גובה ההוצאה) ואף לוותר על טיפול (UHC watch, 2024). אולם עד כה טרם נבדקה השפעתה של הרפורמה על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל הכרוך בשימוש בשירותים אלו.

## 2. מטרות המחקר

### מטרת-העל

לאפיין את מגמת הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל, הנובע מן ההוצאה על שימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה, ולבחון את השפעת הרפורמה הביטוחית על נטל זה.

### מטרות המשנה

1. לתאר את השינויים שחלו בשנים 2008-2022 בהיבטים האלה: (1) שיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית כלשהי על שירותי בריאות הנפש בקהילה; (2) גובה ההוצאה השנתית הממוצעת של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש בקהילה.
2. לבחון אם הרפורמה השפיעה על גובה ההוצאה השנתית הממוצעת של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש בקהילה.

## 3. שיטה

### 3.1 קובץ הנתונים ואוכלוסיית המחקר

במחקר נותחו נתונים מסקרי הוצאות משקי בית של הלמ"ס בשנים 2008-2022. הסקר מבוצע מדי שנה, החל משנת 1997 ונאספים בו נתונים על ההוצאות וההכנסות של משקי הבית בישראל ועל המוצרים שבבעלותם. כדי לקבל ייצוג לכל השבועות במהלך השנה הנבדקת, נתוני הסקר נאספים במשך כ-13 חודשים, מינואר של שנת הסקר ועד ינואר של השנה שאחריה. אוכלוסיית הסקר כוללת את כל משקי הבית בישראל, למעט בקיבוצים לא מופרטים ובשבטים בדואים. מדגם הסקר כולל כ-10,000 דירות (משקי בית) בכל שנה, ושיעור ההיענות בו בשנים 2008-2022 נע בין 89.4% בשנת 2008 ל-43% בשנת 2022 (7. דופז, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], תקשורת בין-אישית, 21 בינואר 2025). שנת 2022 היא השנה האחרונה שעבורה פורסמו נתוני הסקר נכון למועד כתיבת הדוח (למ"ס, 2022).

היחידה הסטטיסטית שהסקר מודד היא משק הבית, ומוצגים בו נתונים הן ברמת משק הבית הן ברמת הפרט, כאשר עבור כל משק בית מוגדרים ראש משק הבית ושאר הפרטים הגרים בו. נתוני ההוצאות בסקר מתייחסים להוצאות החודשיות של כל משק הבית, ולכן זהים עבור כל הפרטים באותו משק בית. על כן במחקר נכללו רק תצפיות של ראשי משק בית. כדי להבטיח את ייצוגיות המדגם, הנתונים נותחו באמצעות משקולות שחושבו על ידי הלמ"ס עבור כל שנת סקר.

### 3.2 סטטיסטיקה תיאורית וניתוחים סטטיסטיים

כדי לבדוק את השפעת הרפורמה על דפוס ההוצאות של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש ערכנו ניסוי טבעי (natural experiment) שבו קבוצת ההתערבות הייתה משקי בית עם הוצאות על שירותי בריאות הנפש בקהילה, וקבוצת השוואה הייתה משקי בית עם הוצאות על שירותי שיקום והתפתחות בקהילה. בניתוח הנתונים בדקנו אם חל שינוי בדפוסי ההוצאות של משקי הבית בכל סוג שירות בתקופה שאחרי החלת הרפורמה (2016-2019) לעומת התקופה שקדמה לה (2011-2014).

משקי בית שיש להם הוצאות על שירותי שיקום והתפתחות נבחרו לשמש קבוצת השוואה מכמה סיבות. ראשית, אופי השירותים דומה מאוד לזה של שירותי בריאות הנפש, היות ששניהם נועדו לספק מענה לצרכים מתמשכים הכוללים טיפולים בתדירות גבוהה יחסית, לרוב לאורך זמן. שני סוגי השירותים אף שייכים למקצועות הבריאות (פרט לפסיכיאטרים). שנית, בשנים שנבדקו (2011-2019) לא התרחש שינוי מדיניות בכיסוי, בגובה דמי ההשתתפות העצמית או באספקת שירותים אלו במסגרת סל הבריאות הציבורי – מלבד תיקוני אינפלציה לגובה דמי ההשתתפות העצמית של כלל סוגי השירותים. ושלישית, ההוצאות על שירותים אלו לא אמורות להיות מושפעות מן הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, ולפיכך אם דפוס ההבדלים בין שתי התקופות שונה בין שני סוגי השירותים, נוכל להסיק על קשר סיבתי בין כניסתה לתוקף של הרפורמה ובין השינוי בדפוס ההוצאות של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש בתקופה שלאחר מכן. זאת משום שהשוואה לשירותי שיקום והתפתחות מנטרלת השפעות אחרות על דפוס ההוצאות על שירותי בריאות הנפש שאינן קשורות לרפורמה (כמו גידול האוכלוסייה או אירועים כלכליים), היות שהן משפיעות במידה שווה על דפוס ההוצאות בשני סוגי השירותים.

בסקר, בדומה למשתנה הוצאות על שירותי בריאות הנפש, משתנה ההוצאות על שירותי שיקום והתפתחות יכולות לכלול דמי השתתפות עצמית בביקור במימון ציבורי (תשלום רבעוני), דמי השתתפות עצמית בביקור במימון ביטוחי הרשות של הקופות או הביטוח המסחרי, או תשלום ישיר (מלא) על ביקורים פרטיים (ללא הוצאות על תרופות פסיכיאטריות). מדיניות תשלומי דמי ההשתתפות העצמית לשירותים אלו במסגרת סל הבריאות הציבורי מוצגת בתיבה 1. יש לציין כי טיפול פסיכותרפי במרפאות ציבוריות השייכות לקופות החולים או למשרד הבריאות ניתן בחינם גם לפני החלת הרפורמה וגם אחריה.

### תיבה 1: מדיניות תשלומי דמי ההשתתפות העצמית לשירותים במסגרת סל הבריאות הציבורי (משרד הבריאות, 2024)

#### מדיניות תשלומי דמי השתתפות עצמית לשירותי בריאות הנפש:

- ביקור אצל פסיכיאטר: ביקור ראשון ברבעון: 22 עד 35 ש"ח, משתנה על פי קופת החולים
- ביקור לטיפול פסיכותרפי במרפאות קופות החולים או משרד הבריאות: ללא תשלום
- ביקור אצל פסיכולוגים עצמאיים: 61 ש"ח לביקור ראשון ו-148 ש"ח לביקורים נוספים
- ביקור לטיפול של פסיכותרפיה קבוצתית לאחר הביקור הראשון: 68 ש"ח לביקור

#### מדיניות תשלומי דמי השתתפות עצמית לשירותי שיקום והתפתחות:

- ביקור אצל אנשי מקצוע במקצועות הבריאות והשיקום: 28 ש"ח לביקור
- פיזיותרפיה: 36 ש"ח לרבעון, ללא קשר למספר הביקורים
- ביקור במרפאות להפרעת קשב וריכוז: 33 ש"ח לביקור

## 3.2.1 המשתנים שנבדקו

### משתני הסקר

ההוצאה העיקרית שנבחנה במחקר היא **הוצאה על שירותי בריאות הנפש** – משתנה c363077 בסקר, המציין את גובה ההוצאה החודשית על טיפולים פסיכולוגיים או פסיכיאטריים אמבולטוריים. לצורך השוואה נבחנה גם **ההוצאה על טיפולים שיקומיים והתפתחותיים** – משתנה c363143 בסקר, המציין את גובה ההוצאה החודשית על ביקורים אצל מטפלים שיקומיים והתפתחותיים, כגון קלינאית תקשורת, פיזיותרפיסטים/ות ומרפאים/ות בעיסוק בקהילה.

### משתנים תלויים

כדי לבחון את דפוסי ההוצאה השנתית לאורך זמן יצרנו שני משתנים תלויים: (1) משתנה הדמה 'קיום הוצאה שנתית על השירות' (1/0), שבאמצעותו נבחן השיעור השנתי של משקי בית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש / שיקום והתפתחות, מכלל משקי הבית שהשתתפו בסקר בכל שנה; (2) המשתנה הרציף 'גובה ההוצאה השנתית על השירות', שאותו יצרנו על ידי הכפלה ב-12 של ההוצאה החודשית המדווחת בסקר עבור כל סוג שירות. סכומי ההוצאה השנתית (בש"ח) בשנים השונות עברו תיקון לאינפלציה

על פי השינוי שחל במדד המחירים לצרכן עד לאותה שנה בהשוואה לשנת 2008 (השנה המוקדמת ביותר שנבדקה). בניתוחים השתמשנו בסולם לוגריתמי של גובה ההוצאה השנתית כדי להתמודד עם בעיית הציוד בהתפלגות של משתנה זה.

משתנים בלתי תלויים מנבאים

כדי לבחון את השפעת הרפורמה בבריאות הנפש, שיישומה החל כאמור ביולי 2015, יצרנו את המשתנה הבינרי 'תקופה', שבו רמת הבסיס היא 'לפני הרפורמה' (2011-2014), והרמה השנייה היא 'אחרי הרפורמה' (2016-2019). כדי להשוות בין שירותי בריאות הנפש לשירותי שיקום והתפתחות יצרנו את המשתנה הבינרי 'סוג השירות בקהילה', שבו רמת הבסיס היא 'שירותי שיקום והתפתחות' (משקי בית בקבוצת ההשוואה), והרמה השנייה היא 'שירותי בריאות הנפש' (משקי בית בקבוצת ההתערבות).

משתנים בלתי תלויים מפקחים

כדי לפקח על ההשפעה האפשרית של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של משק הבית על גובה ההוצאות, בכל הניתוחים הסטטיסטיים נכללו ארבעה משתנים בלתי תלויים מפקחים (fixed effects): (1) גודל משק הבית (מספר נפשות, רציף); (2) מגורים בפריפריה<sup>1</sup> (כן/לא); (3) ראש משק הבית אקדמאי (כן/לא); ו-(4) 'חמישוני הוצאה שנתית'<sup>2</sup> (ראשון – 0-80,621 ש"ח; שני – 80,622-118,460 ש"ח; שלישי – 118,461-160,815 ש"ח; רביעי – 160,816-224,262 ש"ח; חמישי – 224,262 ש"ח ויותר). בחרנו לפקח על רמת החיים של משקי הבית באמצעות נתוני הוצאות ולא באמצעות נתוני הכנסות, משום שבמקרים רבים נתוני ההכנסות לוקים בתת-דיווח ולכן מדויקים פחות; כדי לפקח על השפעות אפשריות אחרות במשך השנים, נוסף על השפעת הרפורמה, כללנו את המשתנה 'הרציף שנה'.

### 3.2.2 המודלים הסטטיסטיים

כדי לבדוק את השפעת הרפורמה על דפוס הוצאות משקי הבית על שירותי בריאות הנפש ערכנו שני ניתוחים מסוג DID (Difference in Differences Analysis). ניתוח זה מעריך השפעה סיבתית של התערבות כאשר אי אפשר לבצע ניסוי מבוקר עם דגימה אקראית. DID מייצר "ניסוי טבעי" על ידי חישוב ההשפעה של ההתערבות (המשתנה הבלתי תלוי) על התוצאה (המשתנה התלוי). זאת על ידי השוואה בין השינוי הממוצע לאורך זמן במשתנה התוצאה בקבוצת ההתערבות ובין השינוי הממוצע לאורך זמן בקבוצת ההשוואה. בבסיס הניתוח ההבנה ולפיה אם האירוע לא התרחש, ההבדלים בין קבוצת הטיפול לקבוצת הביקורת נשארים דומים לאורך זמן.

<sup>1</sup> חלוקת משקי הבית למגורים בפריפריה (1) ומגורים לא בפריפריה (0) נעשתה על פי מדד פריפריאליות של הלמ"ס שבו הציון 1 מציין אזור פריפריאלי והציון 5 מציין אזור מרכזי. משקי בית שציונם 1-2 נכללו בקטגוריה 1 ומשקי בית שציונם 3-5 נכללו בקטגוריה 0.

<sup>2</sup> חלוקת משקי הבית לחמישוני הוצאה שנתית נעשתה יחד עבור השנים 2008-2022, על פי משקולות שחושבו על ידי הלמ"ס עבור כל שנה ולפי ההוצאה השנתית של משק הבית. ההוצאה השנתית חושבה על ידי הכפלה ב-12 של המשתנה c3 בסקר, שמציין את סך ההוצאה החודשית של משק הבית, ותוקנה לאינפלציה ביחס למדד המחירים בשנת 2008.

הניתוח האחד חישב את ההבדל בין הסיכוי של כלל משקי הבית לשלם על שירותי בריאות הנפש (קבוצת ההתערבות) ובין הסיכוי של כלל משקי הבית לשלם על שירותי שיקום והתפתחות (קבוצת ההשוואה) בתקופה שקדמה להחלת הרפורמה (2014-2011) ובתקופה שאחרי החלטה (2016-2019), ואז חישב את "ההבדל בין ההבדלים". זאת כדי לבחון אם השינוי (הסיכוי לשלם לפני ואחרי הרפורמה) בקבוצת ההתערבות שונה במובהק מן השינוי בקבוצת ההשוואה. הניתוח השני חישב, בקרב משקי בית עם הוצאות, את השינוי שחל בגובה ההוצאה על שירותי בריאות הנפש ואת השינוי שחל בגובה ההוצאה על שירותי שיקום והתפתחות בתקופה שקדמה להחלת הרפורמה ובתקופה שאחרי החלטה, ואז חישב את "ההבדל בין ההבדלים". זאת כדי לבדוק אם השינוי שחל בגובה ההוצאה (לפני ואחרי הרפורמה) בקבוצת ההתערבות שונה במובהק מן השינוי שחל בקבוצת ההשוואה.

כשלב מקדים לניתוחים בדקנו שאכן יש מגמות מקבילות (parallel trends) בין שני סוגי השירות (בריאות הנפש; שיקום והתפתחות), הן בסיכוי להוצאה שנתית כלשהי הן בגובה ההוצאה השנתית, בתקופה שלפני הרפורמה (2011-2014) – תנאי הכרחי לביצוע ניתוחי DID (ראו סעיף 4.4 בפרק הממצאים). בשלב הבא בנינו שני מודלי DID של גרסיה רב-משתנית: (1) מודל גרסיה לוגיסטית שכלל את כל משקי הבית וניבא את הסיכוי לקיום הוצאה שנתית כלשהי; ו-(2) מודל גרסיה לינארית שכלל רק את משקי הבית עם הוצאה שנתית כלשהי על אחד השירותים לפחות וניבא את גובהה. שני המודלים כללו את המשתנים המנבאים הבלתי תלויים: תקופה, סוג השירות בקהילה, ואת האינטראקציה ביניהם, וארבעה משתנים בלתי תלויים מפקחים המפורטים בסעיף 3.2.1. מקדם העניין, ה- $\delta$ , שהוא אומדן ה-DID הוא האינטראקציה בין סוג השירות ובין התקופה – שכן הוא משקף את השינוי שחל בקבוצת ההתערבות בתקופה שלאחר הרפורמה:

(1) מודל גרסיה לוגיסטית לניבוי הסיכוי להוצאה שנתית כלשהי

$$\text{Logit}(P(\text{Any Expenditure}_{i,t} = 1)) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Service} + \alpha_2 \text{Period} + \delta(\text{Service} \cdot \text{Period}) + \alpha_3 \text{HHs' Size} + \alpha_4 \text{Expenditure Quintile} + \alpha_5 \text{Periphery} + \alpha_6 \text{HH's Academic}$$

(2) מודל גרסיה לינארית לניבוי גובה ההוצאה השנתית

$$Y(\text{Log Annual Expenditure}_i) = \beta_0 + \beta_1 \text{Service} + \beta_2 \text{Period} + \delta(\text{Service} \cdot \text{Period}) + \beta_3 \text{HHs' Size} + \beta_4 \text{Expenditure Quintile} + \beta_5 \text{Periphery} + \beta_6 \text{HH's Academic} + \varepsilon$$

## 4. ממצאים

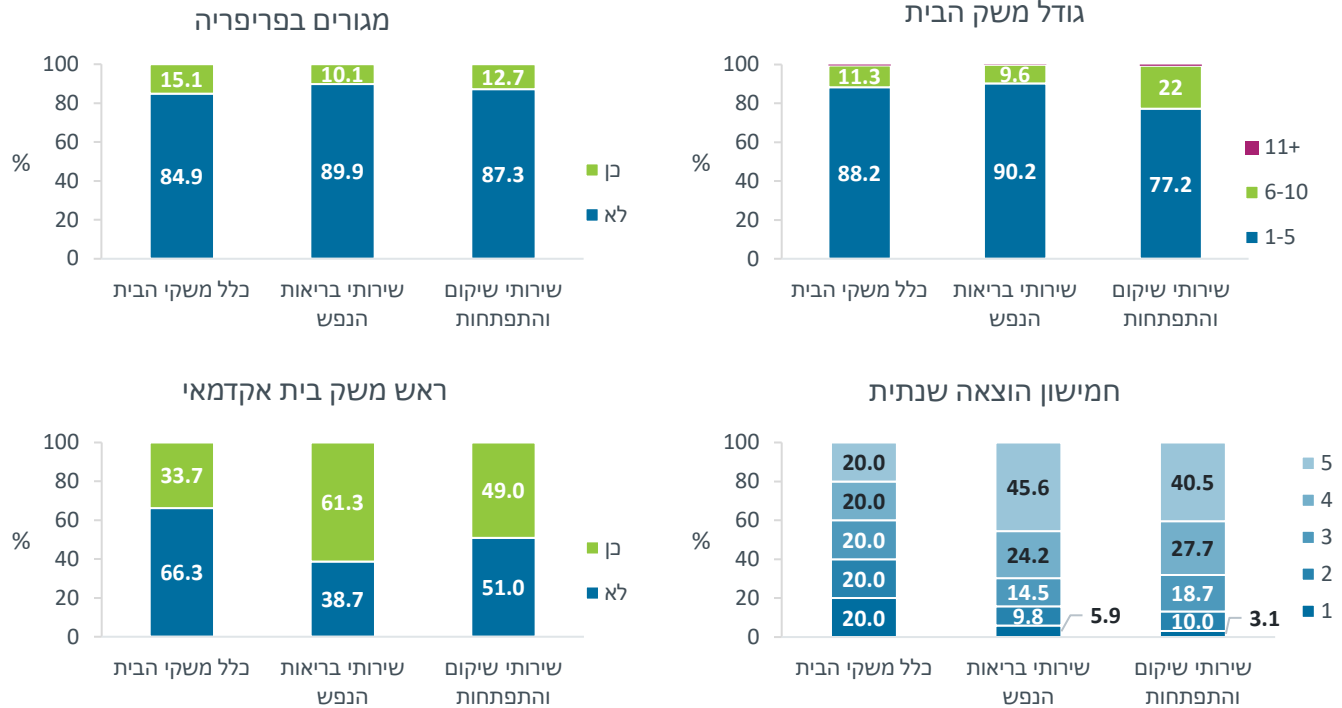
### 4.1 סטטיסטיקה תיאורית של מאפייני משקי הבית שנכללו בניתוחים

קובץ הנתונים הסופי כלל מספר גולמי של 111,376 תצפיות של ראשי משק בית שהשתתפו בסקר בשנים 2008-2022. המספר המשוקלל של כל ראשי משקי הבית שנכללו בניתוחים הוא 36,869,901. המספר הגולמי והמשוקלל של ראשי משקי בית שהשיבו לסקר בשנים 2008-2022 ונכללו בניתוחים ואחוז ההיענות לסקר מוצגים ב**לוח א-1** בנספח א. התפלגות משקי הבית שהשיבו לסקר בשנים 2008-2022 ונכללו בניתוחים, לפי ארבעת מאפייני הרקע המפורטים בסעיף 3.2.1, מוצגים ב**לוח א-2** בנספח א.

### 4.2 התפלגות משקי הבית לפי ארבעת המשתנים המפקחים

**תרשים 1** מציג את התפלגות משקי הבית לפי כל אחד מארבעת המשתנים המפקחים: כלל משקי הבית שנכללו בנתונים (כלומר ממוצע של כל התקופה, 2008-2022); משקי בית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש (2.7% מכלל משקי הבית;  $n = 2,894$ ); משקי בית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות (1.7% מכלל משקי הבית;  $n = 2,007$ ). מן התרשים עולה כי לעומת משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותי שיקום והתפתחות, בקרב משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש יש שיעור גבוה יותר של משקי בית קטנים (1-5 נפשות; 77.2% לעומת 90.2%, בהתאמה), של משקי בית מאזורים לא-פריפריאליים (89.9% לעומת 87.3%), של משקי בית מחמישון הוצאה עליון (40.5% לעומת 45.6%, בהתאמה) ושל משקי בית עם ראש משק בית אקדמאי (49.0% לעומת 61.3%, בהתאמה).

**תרשים 1: התפלגות משקי הבית, לפי קבוצת המחקר ולפי המשתנים המפקחים^ (באחוזים)**



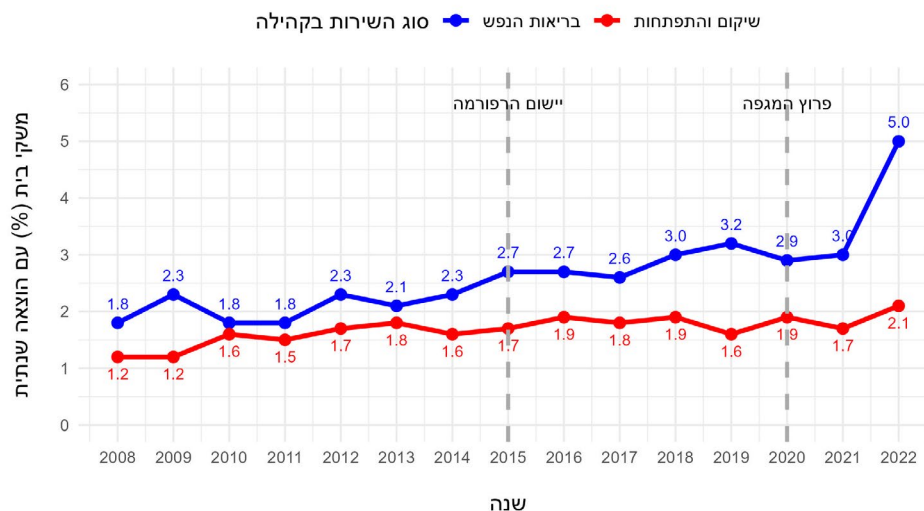
^ כלל משקי הבית – n = 111,376; משקי בית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש – n = 2,894; משקי בית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות – n = 2,007

**4.3 מגמות השינוי בדפוסי ההוצאה על שירותי בריאות הנפש ועל שירותי שיקום והתפתחות בקהילה במשך השנים**

**4.3.1 משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה מכלל משקי הבית**

בשלב ראשון בדקנו את מגמות השינוי בשיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש ובשיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי שיקום והתפתחות, מכלל משקי הבית בכל שנה בין השנים 2008 ל-2022 (תרשים 2). התרשים מראה כי בשיעור משקי הבית עם הוצאה על בריאות הנפש חלה עלייה בין 2008 ל-2021 (מ-1.8% ל-3.0%), וב-2022 הוא קפץ והגיע ל-5.0%. לעומת זאת בשיעור משקי הבית עם הוצאה על שיקום והתפתחות חלה עלייה מתונה יותר, בין 1.2% בשנת 2008 ל-2.1% בשנת 2022.

## תרשים 2: משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי שנה (באחוזים)



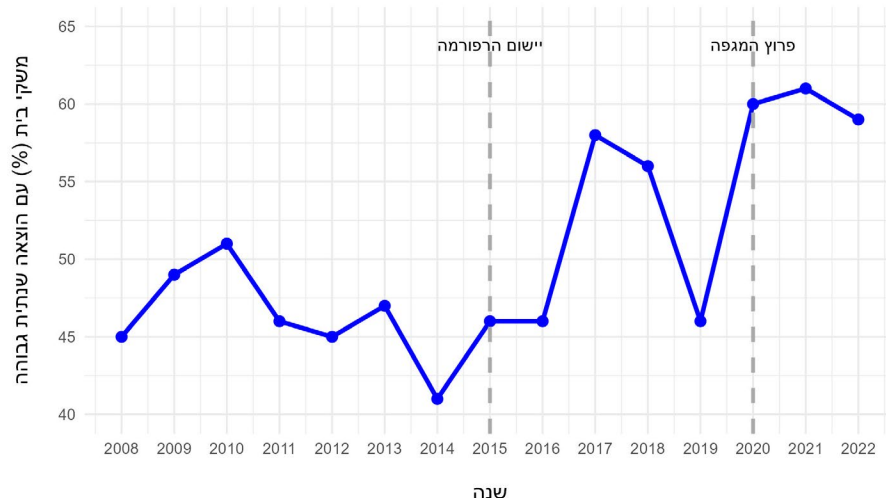
כלל משקי הבית – 111,376; משקי בית עם הוצאה על שירותי הנפש – 2,894; משקי בית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות – 2,007.

נמצא כי בשני סוגי השירותים, ככל שהחמישון גבוה יותר ובראש משק בית עומד אקדמאי, כך שיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית גבוה יותר (ראו תרשימים **1-ב** ו-**2-ב** בנספח ב). עוד נמצא כי שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות היה יציב יותר במשך השנים בכל חמישון ההוצאה ובשתי קבוצות ההשכלה של ראש משק הבית והדגים כערים קטנים יותר, הן בין חמישון ההוצאה הן בין רמת ההשכלה של ראש משק הבית, זאת לעומת משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש.

בשלב הבא בדקנו את מגמות השינוי בשיעור משקי הבית ששילמו על שירותי בריאות הנפש שניתנו על ידי מטפלים פרטיים או מטפלים עצמאיים העובדים עם הקופות (ולא פנו לקבלת טיפול חינוך במרפאות הקופות). על בסיס חוזרי מנכ"ל המציינים את גובה דמי ההשתתפות העצמית בשירותי הבריאות השונים בכל קופת חולים, חישבנו שבשנים 2008-2022 סך דמי ההשתתפות העצמית הממוצע של מפגש אצל מטפל עצמאי העובד עם הקופה היה כ-139 ש"ח. בהנחה שכל מטופל ערך כארבעה מפגשים בחודש, חישבנו שההוצאה השנתית הממוצעת של משק בית עבור טיפול אצל מטפל עצמאי לאדם אחד הייתה כ-6,700 ש"ח. לפיכך הנחנו שמשקי בית שהוציאו יותר מ-6,700 ש"ח בשנה צרכו שירותי בריאות נפש אצל מטפל פרטי או שילמו על טיפולים אצל מטפל עצמאי עבור יותר מאדם אחד. חישבנו את שיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית גבוהה על שירותי בריאות הנפש (יותר מ-6,700 ש"ח) בניסיון לבחון מגמות שימוש בשירותים פרטיים. אף שמדד זה לא מדויק ו"מתלכלך" אם יותר מאדם אחד באותו משק בית צורך שירותים פרטיים, הוא נותן אינדיקציה לשימוש בשירותים אלו.

**תרשים 3** מציג את מגמת השינוי שחלה בשיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית של יותר מ-6,700 ש"ח על שירותי בריאות הנפש מכלל משקי הבית עם הוצאה על שירותים אלו. שיעור זה קפץ ב-11 נקודות האחוז בשנת 2017, שנתיים לאחר החלת הרפורמה, מ-46% בשנים 2015-2016 ל-57%, ועלה ל-60% ויותר עם פרוץ מגפת הקורונה בשנת 2020.

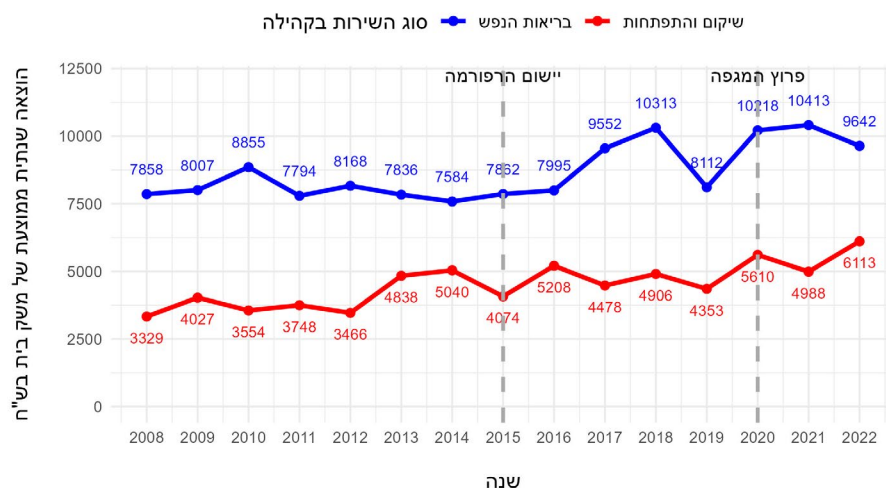
**תרשים 3: משקי בית עם הוצאה שנתית גבוהה על שירותי בריאות הנפש (יותר מ-6,700 ש"ח) מתוך כלל משקי הבית עם הוצאה על שירותים אלו, לפי שנה (באחוזים; n = 2,894)**



### **4.3.2 הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה**

**תרשים 4** מציג את מגמת השינוי בהוצאה השנתית הממוצעת של משקי בית על שירותי בריאות הנפש ועל שירותי שיקום והתפתחות, בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים אלו. מן התרשים עולה כי בשנים 2008-2022 הייתה ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי בריאות הנפש גבוהה (8,909 ש"ח) מן ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי שיקום והתפתחות (4,664 ש"ח). מן התרשים עולה עוד כי ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי שיקום והתפתחות עלתה מ-3,329 ש"ח ל-6,113 ש"ח והייתה במגמת עלייה מתונה אך יציבה במשך השנים. לעומת זאת ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי בריאות הנפש עלתה מ-7,584 ש"ח בשנת 2008 ל-10,413 ש"ח בשנת 2021. היא שמרה על יציבות עד שנת 2016, שנה לאחר החלת הרפורמה, ועמדה בממוצע על 7,974 ש"ח במשך תקופה זו. אך משנת 2017 עלתה עלייה ניכרת, פרט לירידה נקודתית בשנת 2019 שתיקנה את עצמה בשנת 2020, ומשנת 2021 חלה ירידה מתונה.

תרשים 4: הוצאה שנתית ממוצעת על שירותים בקהילה בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים אלו, לפי סוג השירות ולפי שנה (בש"ח; בריאות הנפש  $n = 2,894$ ; שיקום והתפתחות  $n = 2,007$ )



באופן כללי, בשני סוגי השירותים ההוצאה השנתית הממוצעת הייתה גבוהה יותר ככל שחמישון ההוצאה גבוה יותר וכאשר בראש משק בית עומד אקדמאי (ראו תרשימים **ב-3** ו**ב-4** בנספח ב). ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי שיקום והתפתחות שמרה על יציבות במשך השנים והדגימה פער קטן וקבוע למדי בין שתי קבוצות ההשכלה ובין ארבעת החמישונים הנמוכים. לעומת זאת ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי בריאות הנפש הייתה תנועתית יותר במשך השנים, בעיקר לאחר החלת הרפורמה, ובמיוחד בארבעת החמישונים הנמוכים, והפערים בין החמישונים ובין שתי קבוצות ההשכלה היו גדולים יותר, זאת לעומת ההוצאה השנתית הממוצעת על שירותי שיקום והתפתחות.

## 4.4 ניתוחי DID לבחינת השפעת הרפורמה על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית הנובע מן ההוצאה על שימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה

### 4.4.1 בחינת מגמות מקבילות בין שני סוגי השירות לפני החלת הרפורמה

כדי להבטיח שאפשר להשוות בין שירותי שיקום והתפתחות ובין שירותי בריאות הנפש בניתוחי ה-DID, וידאנו שיש מגמות מקבילות בין שני סוגי השירות בשנים שקדמו להחלת הרפורמה (2011-2014) עבור שני המשתנים התלויים – הסיכוי להוצאה שנתית כלשהי וגובה ההוצאה השנתית. לשם כך, עבור כל משתנה בנינו שני מודלים: האחד כלל את המנבאים 'שנה' ו'סוג השירות', והאחר כלל גם רכיב מנבא של אינטראקציה בין 'שנה' ל'סוג השירות'. מבחן המשווה בין טיב שני המודלים (likelihood ratio test) הראה כי הוספת רכיב האינטראקציה לא שיפרה שיפור מובהק את טיב המודלים, הן את טיב המודל לסיכוי להוצאה שנתית כלשהי ( $Chi-squared(1) = 0.826, p = 0.363$ ) הן את טיב המודל לגובה ההוצאה השנתית ( $F(1) = 5.458, p = 0.059$ ).

סיכום של שני המודלים (ראו **לוחות ג-1 וג-2** בנספח ג) מלמד כי אין עדות לסטייה מובהקת ממגמות מקבילות במשך השנים בין שני סוגי השירות בתקופה שלפני החלת הרפורמה, ולכן אפשר לבצע ניתוחי DID

#### 4.4.2 מודל רגרסיה לוגיסטית לניבוי הסיכוי להוצאה שנתית כלשהי

בשלב הראשון, מודל רב-משתני של רגרסיה לוגיסטית שכלל את כלל משקי הבית ניבא את הסיכוי של משק בית להוצאה שנתית כלשהי (0/1) באמצעות המשתנים המנבאים: סוג השירות (בריאות הנפש / שיקום והתפתחות – רמת הבסיס), התקופה (אחרי / לפני החלת הרפורמה – רמת הבסיס) האינטראקציה ביניהם, וחמשת המשתנים המפקחים (ראו סעיף 3.2.1). נמצא כי המודל מסביר כ-7.7% מן השונות בקיום הוצאה שנתית ( $Nagelkerke's R^2 = 0.077, p < .001$ ), וכי האינטראקציה בין סוג השירות לתקופה (מקדם ה- $\delta$ ) הייתה מובהקת ( $OR = 1.238, p < .01$ ). **כלומר לאחר החלת הרפורמה הפער בין שני סוגי השירות בסיכוי להוצאה שנתית גדל במובהק ב-23.8% לעומת התקופה שקדמה לה.**

נוסף על כך הסיכוי להוצאה שנתית לא היה שונה במובהק בתקופה שאחרי החלת הרפורמה לעומת התקופה שלפניה, הן עבור שירותי שיקום והתפתחות ( $OR = 0.872, p = .131$ ) הן עבור שירותי בריאות הנפש ( $OR = 1.080, p = .363$ ). הסיכוי להוצאה שנתית היה גבוה יותר במובהק בשירותי בריאות הנפש לעומת שירותי שיקום והתפתחות, הן בתקופה שלפני החלת הרפורמה ( $OR = 1.332, p < .01$ ) הן בתקופה שאחריה ( $OR = 1.648, p < .01$ ). **כלומר כבר לפני החלת הרפורמה היה הסיכוי להוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש גבוה ב-33% מן הסיכוי להוצאה שנתית על שירותי שיקום והתפתחות, אולם אחרי החלתה הפער גדל ל-65%.** הגידול בפער היה מובהק, כפי שמעידה מובהקות האינטראקציה במודל. עוד נמצא כי ארבעת המשתנים המפקחים: חמישון הוצאה, השכלה אקדמית של ראש משק הבית, מגורים במרכז וגודל משק בית – הם מנבאים חיוביים מובהקים לסיכוי לקיום הוצאה שנתית (לוח 1). **על כן אפשר לקבוע כי החלת הרפורמה הגדילה את שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש יותר מאת שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות.**

לוח 1: הסיכוי להוצאה שנתית כתלות בסוג השירות בקהילה, בתקופה ובאינטראקציה ביניהם ( $n = 134,602$ )

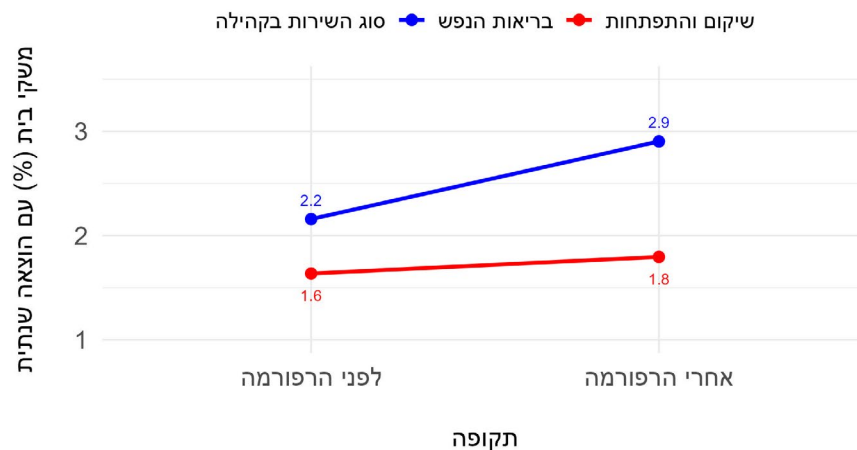
רווח בר- סמך עליון Upper CI	רווח בר- סמך תחתון Lower CI	רמת מובהקות p-value	שגיאת תקן SE	יחס סיכויים OR	משתנים בלתי תלויים מנבאים ומפקחים
0.003	0.002	<0.001	0.116	0.003	<b>קבוע</b> (נקודת חיתוך עם ציר $\gamma$ )
1.443	1.062	0.006	0.078	1.238	<b>אינטראקציה בין סוג השירות לתקופה (<math>\delta</math>)</b>
					<b>התקופה</b> (אחרי החלת הרפורמה לעומת לפני החלתה)
1.042	0.731	0.131	0.079	0.872	<b>שירותי שיקום והתפתחות</b>
1.274	0.915	0.363	0.091	1.080	<b>שירותי בריאות הנפש</b>
					<b>סוג השירות</b> (בריאות הנפש לעומת שיקום והתפתחות)
1.496	1.186	<0.001	0.079	1.332	<b>לפני החלת הרפורמה</b>
1.823	1.491	<0.001	0.084	1.648	<b>אחרי החלת הרפורמה</b>

רווח בר- סמך עליון Upper CI	רווח בר- סמך תחתון Lower CI	רמת מובהקות p-value	שגיאת תקן SE	יחס סיכויים OR	משתנים בלתי תלויים מנבאים ומפקחים
1.068	0.999	0.060	0.017	1.033	<b>שנה</b> (רציף, לעומת 2011)
2.352	1.528	<0.001	0.110	1.891	<b>חמישון הוצאה שני</b> (לעומת תחתון)
3.399	2.265	<0.001	0.103	2.765	<b>חמישון הוצאה שלישי</b> (לעומת תחתון)
4.849	3.271	<0.001	0.100	3.967	<b>חמישון הוצאה רביעי</b> (לעומת תחתון)
7.512	5.100	<0.001	0.099	6.164	<b>חמישון הוצאה עליון</b> (לעומת תחתון)
2.144	1.830	<0.001	0.040	1.980	<b>ראש משק בית אקדמאי</b> (כן לעומת לא)
1.493	1.171	<0.001	0.062	1.320	<b>אזור מגורים</b> (לא-פריפריה לעומת פריפריה)
1.130	1.089	<0.001	0.009	1.110	<b>גודל משק בית</b> (מספר נכשות, רציף, לעומת ממוצע)

$\hat{Nagelkerke's R^2} = .077$

**תרשים 5** מציג את השינוי בין שתי התקופות בשיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית, לפי סוג השירות. שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש עמד על 2.2% לפני החלת הרפורמה ועל 2.9% אחריה. לעומת זאת שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות עמד על 1.6% לפני החלת הרפורמה ועל 1.8% אחריה. הפער בין שני סוגי השירות בשיעור משקי הבית עם הוצאה שנתית עמד על 0.6% לפני החלת הרפורמה ועל 1.1% אחריה.

**תרשים 5: משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי סוג השירות ולפי תקופה (n = 133,994)**



### 4.4.3 מודל רגרסיה לינארית לניבוי גובה ההוצאה השנתית

בשלב השני, מודל רב-משתני של רגרסיה לינארית שכלל רק את משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותי בריאות הנפש או שירותי שיקום והתפתחות ניבא את גובהה (בסולם לוגריתמי) באמצעות המשתנים המנבאים והמפקחים המפורטים לעיל (ראו סעיף 3.2.1). נמצא כי המודל מסביר כ-21% מן השונות בגובה ההוצאה השנתית ( $Adjusted R^2 = 0.207, p < .01$ ). האינטראקציה בין סוג השירות ובין התקופה (מקדם ה- $\delta$ ) לא הייתה מובהקת ( $\beta = 1.139, p = .157$ ), **כלומר שיעור העלייה בהוצאה השנתית בשני סוגי השירות היה דומה.**

עם זאת ההוצאה השנתית על שירותי שיקום והתפתחות לא השתנתה במובהק בין שתי התקופות ( $\beta = 1.201, p = .084$ ), ואילו ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש הייתה גבוהה במובהק בתקופה שאחרי החלת רפורמה לעומת התקופה שלפניה ( $\beta = 1.369, p < .01$ ). נוסף על כך ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש הייתה גבוהה במובהק מן ההוצאה השנתית על שירותי שיקום והתפתחות, הן לפני החלת הרפורמה ( $\beta = 1.849, p < .01$ ) הן אחריה ( $\beta = 2.106, p < .01$ ). עוד נמצא כי חמישון ההוצאה וראש משק בית אקדמאי הם מנבאים חיוביים מובהקים של גובה ההוצאה השנתית, ואילו גודל משק הבית הוא מנבא שלילי מובהק (ראו **לוח 2**). **לפיכך אף שההוצאה השנתית עלתה עלייה מובהקת בתקופה שאחרי החלת הרפורמה לעומת התקופה שלפני החלתה רק עבור שירותי בריאות הנפש, הפער בין שני סוגי השירות לא השתנה שינוי מובהק, ולכן אי אפשר לקבוע כי הרפורמה היא זו שהשפיעה על השינוי בגובה ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש.**

לוח 2: גובה ההוצאה השנתית כתלות בסוג השירות בקהילה, בתקופה ובאינטראקציה ביניהם ( $n = 2,841$ )

משתנים בלתי תלויים מנבאים ומפקחים	מקדם $\beta$	שגיאת תקן SE	רמת מובהקות p-value	רווח בר-סמך עליון Upper CI	רווח בר-סמך תחתון Lower CI
<b>קבוע</b> (נקודת חיתוך עם ציר y)	523.142	0.138	<0.001	686.005	398.944
<b>אינטראקציה בין סוג השירות לתקופה (<math>\delta</math>)</b>	1.139	0.092	0.157	1.365	0.951
<b>התקופה</b> (אחרי החלת הרפורמה לעומת לפני החלתה)					
<b>שירותי שיקום והתפתחות</b>	1.201	0.128	0.084	1.480	0.975
<b>שירותי בריאות הנפש</b>	1.369	0.137	0.002	1.665	1.125
<b>סוג השירות</b> (בריאות נפש לעומת שיקום והתפתחות)					
<b>לפני החלת הרפורמה</b>	1.849	0.133	<0.001	2.130	1.605
<b>אחרי החלת הרפורמה</b>	2.106	0.131	<0.001	2.379	1.865
<b>שנה</b> (רצף, לעומת 2011)	0.969	0.020	0.113	1.008	0.931
<b>חמישון הוצאה שני</b> (לעומת תחתון)	1.954	0.131	<0.001	2.528	1.511
<b>חמישון הוצאה שלישי</b> (לעומת תחתון)	2.479	0.124	<0.001	3.161	1.944
<b>חמישון הוצאה רביעי</b> (לעומת תחתון)	3.631	0.121	<0.001	4.600	2.867
<b>חמישון הוצאה עליון</b> (לעומת תחתון)	5.236	0.119	<0.001	6.615	4.144

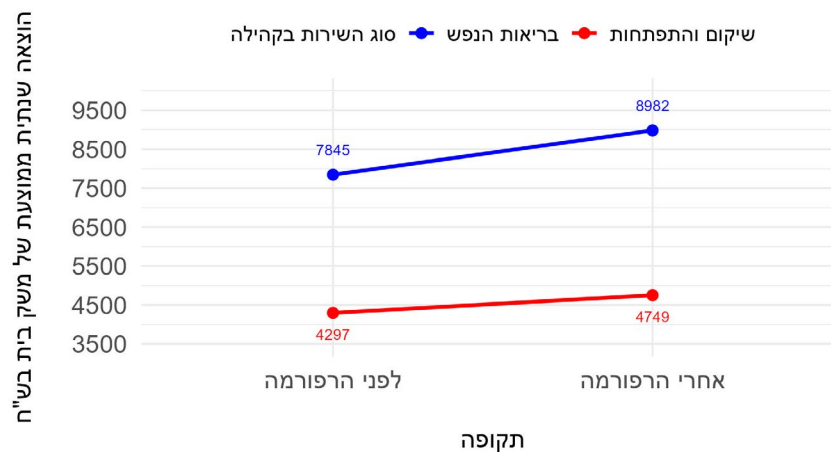
משתנים בלתי תלויים מנבאים ומפקחים	מקדם $\beta$	שגיאת תקן SE	רמת מובהקות p-value	רווח בר- סמך תחתון Lower CI	רווח בר- סמך עליון Upper CI
<b>ראש משק בית אקדמי</b> (כן לעומת לא)	1.257	0.048	<0.001	1.144	1.381
<b>אזור מגורים</b> (לא-פריפריה לעומת פריפריה)	1.141	0.073	0.071	0.989	1.316
<b>גודל משק בית</b> (מספר נכשות, לעומת הממוצע)	0.912	0.013	<0.001	0.889	0.936

Adjusted R<sup>2</sup> = .207 ^

^^ מקדם הבטא שונה בחזרה מ-Log ליחידות המקוריות בשקלים (אקספוננט)

**תרשים 6** מציג את השינוי בין התקופות בגובה ההוצאה השנתית הממוצעת של משקי הבית עם הוצאה שנתית, לפי סוג השירות. גובה ההוצאה על שירותי בריאות הנפש עמד על 7,845 ש"ח לפני החלת הרפורמה ועל 8,982 ש"ח אחריה. לעומת זאת גובה ההוצאה על שירותי שיקום והתפתחות עמד על 4,297 ש"ח לפני החלת הרפורמה ועל 4,749 ש"ח אחריה. הפער בין שני סוגי השירות בגובה ההוצאה השנתית הממוצעת של משקי הבית עמד על 3,548 ש"ח לפני החלת הרפורמה ועל 4,233 ש"ח אחריה.

**תרשים 6:** הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים בקהילה, לפי סוג השירות ולפי תקופה ( $n = 2,841$ )



## 5. מגבלות המחקר

- אין בידינו מידע על היקף השימוש בשירותי בריאות הנפש במרפאות הציבוריות. השירותים במרפאות אלו ניתנים ללא תשלום, ולכן השימוש בהם אינו בא לידי ביטוי בסקר הוצאות משקי הבית של הלמ"ס
  - אין בסקר מידע על סוג הביקורים או על מספר הביקורים למשק בית. לכן אין אפשרות לדעת אם העלייה בהוצאה על שירותי בריאות הנפש נבעה מגידול במספר הביקורים, במספר המטופלים באותו משק בית, משינוי בסוגי הביקורים (למשל טיפול פסיכותרפיה, ביקור אצל פסיכיאטר או טיפול קבוצתי) או מעלות הביקור הבודד. כמו כן אין אפשרות לדעת מי מבין הפרטים במשק הבית צרך את השירותים בתשלום
  - הנתונים בסקר אינם מאפשרים הפרדה בין תשלום על שירותים בדמי השתתפות עצמית אצל מטפלים עצמאים העובדים עם הקופה ובין תשלום על שירותים פרטיים הניתנים במחיר מלא. לכן אי אפשר לקבוע מה מקור העלייה בהוצאה על בריאות הנפש – גידול בצריכת טיפולים אצל נותני שירות עצמאים דרך הקופות, גידול בצריכת טיפולים אצל מטפלים פרטיים או שחל שינוי אחר.
- נוכח זאת יש צורך במחקר המשך שיעריך את השימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה ואת ההוצאות המפורטות על השימוש במסגרות השונות (ציבורי, עצמאי דרך הקופה או פרטי). כדי לבחון חסמי נגישות לשירותי בריאות הנפש יש לבדוק את היקף הוויתורים על טיפול נפשי בקהילה ואת הסיבות העיקריות לווייתורים אלו, לרבות ויתור בשל עלות הטיפול. כך תתאפשר הערכה מדויקת יותר של היקף הנטל הכלכלי ושל מידת הנגישות לשירותים.

## 6. סיכום ודיון

### 6.1 עלייה בשימוש בשירותי בריאות הנפש ובגובה ההוצאה השנתית בעקבות החלת הרפורמה

המחקר בחן לראשונה את השפעת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש על הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית בישראל הנמדד באמצעות בחינת גובה ההוצאה מן הכיס על שירותים אלו בקהילה. נמצא כי לאחר החלת הרפורמה חלה עלייה מובהקת הן בשיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש הן בגובה ההוצאה השנתית על שירותים אלו. העלייה שחלה בשיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש (קבוצת ההתערבות) הייתה גדולה יותר, במובהק, מן העלייה שחלה בשיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי שיקום והתפתחות (קבוצת ההשוואה). לפיכך אפשר לקבוע כי עלייה זו נבעה ישירות מהחלת הרפורמה. אולם העלייה שחלה בגובה ההוצאה השנתית על סוג שירות זה לא הייתה שונה במובהק מזו שחלה בקבוצת ההשוואה, ולכן היא אינה קשורה ישירות להחלת הרפורמה. אף על פי כן נמצא כי רק בשירותי בריאות הנפש ההוצאה השנתית בתקופה שאחרי החלת הרפורמה הייתה גבוהה יותר, במובהק, מן ההוצאה השנתית בתקופה שקדמה להחלת הרפורמה. עלייה זו חלה גם בקרב העשירונים הנמוכים. עובדה זו מעידה על השפעה כלשהי של הרפורמה על גובה ההוצאה השנתית על שירותי בריאות הנפש שהתווספה להשפעות אחרות שאינן קשורות לרפורמה ושהשפיעו על הגידול בגובה ההוצאה גם בקבוצת ההשוואה. ייתכן כי העלייה הן בשיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותים אלו הן בגובה ההוצאה קשורה להפחתת הסטיגמה – אחת ממטרות הרפורמה שהושגה.

ממצאים אלו עומדים בניגוד להשערת המחקר, ולפיה בשירותי בריאות הנפש צפויה ירידה בשני המדדים עקב עלייה ניכרת בזמינות ובהיצע של טיפולים בקהילה שקופות החולים החלו לתת חינום בעקבות החלת הרפורמה. ואכן, מגנזי ואח' (2025) דיווחו כי בשנים 2012-2019 מספר המטופלים שביקרו אצל פסיכיאטרים עלה פי 2.77, מספר המטופלים שביקרו אצל פסיכולוגים עלה פי 3.23, ומספר המטופלים שבאו במגע עם מטפל כלשהו בתחום בריאות הנפש עלה פי 3.8. אפשר שהעלייה בשימוש הן בשירותים הכלולים בסל הבריאות הציבורי הן במסגרת הפרטית נובעת מצרכים שקודם להחלת הרפורמה לא נענו וגרמו לווייתור על שירותים. נוסף על כך אפשר שהיעדר כוח אדם מספק בצד עליית המחירים במערכת הפרטית הביאו לעלייה בהוצאות על שירותי בריאות הנפש. נראה כי על אף הגידול הן בהיצע הן בשימוש בפועל בשירותי בריאות הנפש במערכת הציבורית, הרפורמה לא הצליחה לצמצם את הנטל הכלכלי המוטל על משקי הבית עקב ההוצאה על שירותי בריאות הנפש, מאחר שגם לאחר החלתה יותר משקי בית משלמים מכיסם על שירותים אלו, והוצאותיהם גבוהות יותר.

עוד נמצא כי העלייה המובהקת שחלה לאחר החלת הרפורמה הן בשיעור משקי בית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש הן בגובה ההוצאה השנתית על שירותים אלו תומכת בממצאים קודמים המעידים על גידול בצריכת טיפולים אצל נותני שירות עצמאיים דרך הקופה בשנים 2012-2019 (פי 5.05) הכרוכים בתשלום דמי השתתפות עצמית גבוהים (מגנזי ואח', 2025). על פי הסכם הרפורמה, דמי ההשתתפות העצמית בכלל שירותי בריאות הנפש שעברו לקופות החולים אמורים להוות עד 1.5%

מן העלות הכוללת של השירותים. למרות זאת דוח מבקר המדינה מצא כי בשנים 2016-2018 עמד שיעור זה על כ-5% ב'מכבי שירותי בריאות' ובקופת חולים 'מאוחדת', כנראה עקב שיעור גבוה של מבוטחים בקופות אלו הפונים לקבלת טיפול אצל מטפלים עצמאיים (28% ו-27% מכלל המבוגרים שקיבלו טיפול בשנת 2017, בהתאמה) (מבקר המדינה, 2020).

## 6.2 עלייה במודעות ובביקוש לשירותי בריאות הנפש ואי-יכולת של המערכת הציבורית לספק את הצרכים

ייתכן שהרפורמה השיגה את אחד מיעדיה, צמצום הסטיגמה בנוגע לקבלת שירותי בריאות הנפש, ובכך הובילה לגידול בביקוש לשירותים אלו. ממצאי המחקר תומכים בממצאי מחקרים אחרים המעידים על עלייה בשימוש בשירותי בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה. למשל, מהשוואת נתונים משלושה סקרים שנערכו בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל בשנים 2007, 2013 ו-2020 עולה כי בשנת 2013 ובשנת 2020, לאחר החלת הרפורמה, חלה עלייה בשיעור הפונים לקבלת עזרה מאיש מקצוע מוכר (רופא ראשוני, פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי) בעקבות מצוקה נפשית. בשנת 2007 נמצא כי 16.7% ממי שחשו מצוקה נפשית אי פעם פנו לקבלת עזרה מאיש מקצוע מוכר; 38% מבין 44% שפנו לקבלת עזרה מאיש מקצוע כלשהו (גרוס ואח', 2009). לעומת זאת בשנת 2013 ובשנת 2020 נמצא כי 36% ו-40%, בהתאמה, מן המדווחים על מצוקה נפשית בשנה האחרונה פנו לקבלת טיפול מקצועי (אלרועי ואח', 2017; סמואל וקגיה, 2023). נוסף על כך נראה כי לאחר החלת הרפורמה חלה גם עלייה בשיעור הפונים למטפלים פרטיים: בשנת 2007 24% ממי שקיבלו טיפול נפשי מקצועי טופלו מסגרת פרטית (גרוס ואח', 2009), ואילו בשנת 2013 ובשנת 2020 עלה שיעורם ועמד על 32% ו-49%, בהתאמה (אלרועי ואח', 2017; סמואל וקגיה, 2023). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים את העולה מנתונים אלו ומעידים על כך שלאחר החלת הרפורמה יותר משקי בית צרכו שירותי בריאות נפש באופן פרטי ובתשלום. אחת מן הסיבות העיקריות לפנייה למערכת הפרטית היא הזמינות הלא מספקת במערכת הציבורית. בסקר שבוצע בשנת 2013 נמצא כי הסיבה העיקרית לבחירת טיפול במגזר הפרטי הייתה קושי למצוא מטפל מתאים במגזר הציבורי (53%) ובעיות זמינות ונגישות של הטיפול במגזר הציבורי (18%) (אלרועי ואח', 2017). ועדיין בשנת 2020 חוסר זמינות במסגרת הציבורית הייתה סיבה עיקרית לפנייה למערכת הפרטית<sup>3</sup>: 33% מן המטופלים ציינו את זמני ההמתנה הארוכים בקופה; 15% לא מצאו מטפל מתאים מבחינת סוג הטיפול הנדרש או מבחינת ימי ושעות הקבלה; 3% ציינו חוסר נגישות גאוגרפית. 23% מן המטופלים לא ידעו כי יש אפשרות לקבל טיפול במסגרת הקופה. 63% ממי שבחרו לקבל טיפול במסגרת ציבורית ציינו כי הסיבה הייתה העלות הנמוכה (סמואל וקגיה, 2023).

עם זאת מנתוני הסקרים עולה כי שנתיים לאחר החלת הרפורמה העלות הכספית הכרוכה בקבלת טיפול נפשי הייתה גבוהה יותר והשפיעה יותר על ההחלטה לוותר על קבלת טיפול נפשי בשל מצוקה נפשית. נמצא כי בשנת 2007, 7% ממי שוויתרו על קבלת עזרה מקצועית עשו זאת בשל "מחיר גבוה מדי" (גרוס ואח', 2009), ואילו בשנת 2013 32% עשו זאת עקב "העלות הכספית" של

<sup>3</sup> פרט לסיבות של חסמי נגישות במערכת הציבורית, שליש מן המראיינים ציינו שאיכות הטיפול הייתה הסיבה העיקרית לבחירת המערכת הפרטית, רבע ציינו סיבות אישיות או רצון לבחור מטפל מסוים.

הטיפול (אלרועי ואח', 2017). על כן ייתכן שמשקי בית רבים שלא דיווחו על תשלום עבור שירותי בריאות הנפש בסקר הוצאות משקי בית, למעשה ויתרו מלכתחילה על טיפול במצוקה הנפשית שחשו עקב הנטל הכלכלי הכרוך בהוצאה זו. אולם מידע זה אינו מצוי בנתונים שניתחנו ולכן יש להמשיך ולבדוק את ההשערה הזו.

סקר שנערך בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לאחר החלת הרפורמה, בפברואר 2022, העלה כי כ-35% מן המשיבים חוו מצוקה נפשית משמעותית בשנה שקדמה לסקר, כ-19% ממי שחוו מצוקה נפשית משמעותית פנו לטיפול פסיכולוגי, ורק כ-63% מהם טופלו בסופו של דבר. כלומר מבין מי שחוו מצוקה נפשית משמעותית בשנה שקדמה לסקר, כ-12% בלבד טופלו בפועל. נוסף על כך כ-22% מן המשיבים דיווחו על הוצאה חודשית ממוצעת של 1,015 ש"ח על טיפולים נפשיים (ליה שחף, 2022). ממצאי המחקר מחזקים את הנתונים האלה ומראים כי אכן חלה עלייה מובהקת בהוצאה החודשית הממוצעת של משקי הבית על שירותי בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה, וכי בתקופה זו יותר משקי בית שילמו על שירותים אלו, על אף החלת הרפורמה.

### 6.3 השפעת מגפת הקורונה על השימוש בשירותי בריאות הנפש

מגפת הקורונה הגבירה את המצוקה הנפשית בקרב רבים בישראל והעלתה את הביקוש לקבלת שירותי בריאות הנפש. הממצאים מציגים שינויים בדפוסי ההוצאה על שירותי בריאות הנפש ועל שירותי שיקום והתפתחות במהלך המגפה ואחריה (**תרשימים 2** ו-4 לעיל). נראה כי שיעור משקי הבית ששילמו על שירותי בריאות הנפש ועל שירותי שיקום והתפתחות בשנת 2020, שבמהלכה התרחשו רוב הסגרים, לא השתנה שינוי ניכר בהשוואה לשנים קודמות (2018-2019). כלומר משקי הבית המשיכו לקבל את שני סוגי השירות באותה מידה גם בתקופת המגפה והסגרים, ייתכן שמשום שמעבר לקבלת שירותי רפואה מרחוק היה פשוט למדי בסוגי שירותים אלו (סמואל וקגיה, 2023). נוסף על כך נראה כי בתום המגפה עלה השימוש בשירותי בריאות הנפש במידה ניכרת לעומת השימוש בשירותי שיקום והתפתחות, ככל הנראה בשל השפעת המגפה על המצוקה הנפשית (Byrne et al., 2021), אולם השערה זו דורשת מחקר המשך.

בדומה להשפעת המגפה, מלחמת חרבות ברזל הגבירה אף היא את הביקוש לשירותים אלו (מבקר המדינה, 2025; Neria et al., 2025). על כן נחוץ מחקר המשך שיבחן את השפעת שני המשברים האלה על הנגישות לשירותי בריאות הנפש.

## 7. מסקנות והמלצות

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש תרמה ככל הנראה לצמצום הסטיגמה הכרוכה בקבלת שירותי בריאות הנפש, העלתה את המודעות לצורך בטיפול והביאה לעלייה בביקוש לשירותים אלו אצל מטפלים ייעודיים. אך למרות הגידול בהיצע שירותי בריאות הנפש במערכת הציבורית ובשימוש בהם בעקבות החלת הרפורמה, הנטל הכלכלי הכרוך בהוצאה עבור קבלתם, המוטל על משקי הבית, לא הצטמצם. שיעור משקי הבית עם הוצאה על שירותי בריאות הנפש עלה כנראה בשל העלייה בשיעור הפונים למטפלים עצמאיים העובדים עם קופות החולים (שירות הכרוך בתשלום דמי השתתפות עצמית, שלא כמו פנייה למטפלים העובדים במרפאות הציבוריות של הקופות או של משרד הבריאות, שירות הניתן ללא תשלום). נוסף על כך ההוצאה השנתית של משקי הבית על שימוש בשירותי בריאות הנפש עלתה, אך כנראה מסיבות אחרות ולא בעקבות הרפורמה.

נראה כי על אף החלת הרפורמה והעלייה הניכרת בשימוש בשירותי בריאות הנפש במערכת הציבורית, ההיצע במערכת זו עדיין לא עונה על הביקוש. משקי בית רבים פונים לקבלת השירותים בתשלום גבוה, והנטל הכלכלי של צריכת השירותים גובר ועלול להוביל למצוקה כלכלית. מנגד אפשר שיותר מבוטחים מוותרים על שירותים אלו בשל המחיר.

נוכח מגפת הקורונה ומלחמת חרבות ברזל, שני אירועי משבר שהגבירו את המצוקה הנפשית בקרב רבים, על קובעי המדיניות להיערך לעלייה חדה אף יותר בביקוש לשירותי בריאות הנפש. כדי להבטיח נגישות כלכלית (לצמצם את הנטל הכלכלי ואף את הוויתור על שירותי בריאות הנפש), יש לשפר את ההיצע של שירותים אלו במערכת הציבורית ואת הזמינות אליהם. כמו כן יש לשים לב כי גם קבלת שירותים ממטפלים עצמאיים מטילה נטל כלכלי כבד על משקי בית מיעוטי יכולת, ולכן אין להיסמך על חלופה זו יתר על המידה. **לכן כדאי לסבסד את תשלום דמי ההשתתפות העצמית לביקורים אצל מטפלים עצמאיים לבעלי הכנסה נמוכה, למשל על ידי מתן הנחות ותקרות לפי רמת הכנסה, למשל לקבלי קצבת הבטחת הכנסה.** חשוב להדגיש כי המלצה זו איננה תומכת בטיטות [תקנות ביטוח בריאות ממלכתי \(פטורים ושיעורים מוכחתים של תשלומי השתתפות עצמית\), התשפ"ד-2024](#) שמציעה להטיל דמי השתתפות עצמית על שירותי בריאות הנפש במרפאות הציבוריות או של קופות החולים. דמי השתתפות עצמית אינם כלי יעיל לריסון שימוש או הוצאות לא נחוצות כיוון שהם משפיעים הן על שימוש הכרחי הן על שימוש מיותר בשירותי בריאות, ומאחר שהאוכלוסייה שמגיבה לכלי מדיניות זה הם בעלי ההכנסות הנמוכות, מי שממילא צורכים פחות שירותים (Kolasa & Kowalczyk, 2016; Lambregts & van Vliet, 2018; Remler & Greene, 2009). הספרות מראה כי אוכלוסיות מבוססות אינן מגיבות לגובה דמי ההשתתפות העצמית, ולכן מדיניות זו מהווה חסם של נגישות כלכלית בעיקר עבור מיעוטי יכולת (Chernew et al., 2008).

אחד החסמים המרכזיים לשיפור הזמינות של שירותים ללא דמי השתתפות עצמית במרפאות הציבוריות, הן של הקופות הן של משרד הבריאות, הוא מחסור בכוח אדם עקב העדפה של מטפלים לעבוד באופן פרטי כדי למקסם רווחים ועצמאות. מאז פרוץ מלחמת חרבות ברזל משרד הבריאות כבר החל לשכר את תנאי העבודה והשכר של המטפלים במערכת הציבורית כדי למשוך אליה אנשי מקצוע נוספים. אולם חשוב להדגיש כי יש ראיות ולפיהן בהיעדר כוח אדם מספיק, עלייה בשכר במערכת הציבורית תגרום לעליית מחירים בשוק הפרטי, ומדיניות זו תעלה את ההוצאות הציבוריות והפרטיות גם יחד ללא תמורה רבה (מזר, 2014).

פרט לפעולות המשרד להרחבת מערך ההכשרה לפסיכיאטרים ופסיכולוגים, כוח אדם יקר, אשר אורכת זמן רב, כדאי להמשיך לקדם צעדי מדיניות להרחבה ולגיוון של כוח האדם המטפל (skill-mix) ולהכשיר מגוון רחב יותר של אנשי מקצוע. לדוגמה פסיכותרפיסטים, עובדים סוציאליים, מטפלים באומנות, מטפלים אחרים תומכי בריאות הנפש, עמיתים מומחים, ומאמני חוסן, ולהאציל עליהם סמכויות (Maier et al., 2022). כמו כן כדאי להמשיך לגוון את הספקת השירותים ולהציע מודלים חדשים של טיפול נוסף על מכש יחידי עם פסיכיאטר או פסיכותרפיסט, כגון טיפול קבוצתי, טיפול מרחוק או טיפול המבטא שילוב של מודלים. משרד הבריאות כבר מבצע כמה צעדי מדיניות ביצירת מקצועות חדשים והרחבת רצף המענים, דוגמת הרחבת מרכזי החוסן, שילוב מאמני חוסן בקהילה, הרחבת מערך אשפוז הבית, בתים מאזנים ומרכזים אינטגרטיביים, יצירת צוותי משבר, הרחבת ההיצע של קבוצות טיפוליות, פסיכותרפיה פרטנית וצוותים רב-מקצועיים. **כדאי שהיצע נוסף זה יינתן במערכת הציבורית ללא תשלום.**

כדי לנתב את המשאבים של המערכת הציבורית באופן יעיל יותר, כדאי למשרד הבריאות לקבוע כללי זכאות לשירותים לפי אבחנה, עם פרוטוקולי טיפול מבוססי ראיות לפי אבחנה, בעדיפות לטיפולים בקהילה, קצרי מועד, לפי הצורך.

**בצד מדיניות כוח האדם והספקת שירותי בריאות הנפש, כדאי לקדם מדיניות מימון פרוגרסיבית ולהגן על מיעוטי היכולת הזקוקים לשירותים מקושי כלכלי או אף מויתור על שירותים. יש להימנע מלהטיל דמי השתתפות עצמית על צריכת שירותי בריאות הנפש במרפאות הציבוריות או של קופות החולים.**

## עוד פרסומים של המכון בנושא

וייצברג, ר. (2024). כיצד מממנות מערכות בריאות את שירותי בריאות הנפש וכיצד הן שולטות בהוצאות, ובפרט בהוצאות על שירותי אשפוז פסיכיאטרי אקוטי: תגובה מהירה לוועדת הקאפ הפסיכיאטרי 2024. דמ-002-24.

רימון-גרינשפון, ה. וברלב, ל. (2023). מענים לילדים ונוער עם קשיים נפשיים ורגשיים: מיפוי שירותים וסוגיות מדיניות. דמ-942-23.

סמואל, ה. וקגיה, ש. (2023). מטופלים בפסיכותרפיה חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-924-23.

הרן, ד. ובכר, י. (2022). דפוסי שימוש של נכי נפש בשירותי בריאות הנפש כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית: סקר צרכנים. דמ-919-22.

רימון-גרינשפון, ה. וקורן, י. (2022). מענים בקהילה לאנשים המתמודדים עם משבר נפשי חריף: סקירה בין-לאומית. דמ-912-22.

סמואל, ה. והס, ב. (2020). דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע – שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-823-20.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

## רשימת מקורות

- אלרועי, א. וסמואל, ה. (2019). שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה – בין מדיניות ליישום. דמ-19-786. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. [https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2019/01/Heb\\_Report\\_786\\_19.pdf](https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2019/01/Heb_Report_786_19.pdf)
- אלרועי, א., רוזן, ב., אלמקייס, ע., סמואל, ה. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. דמ-17-749. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. [https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2017/09/Hebrew\\_report\\_749-17.pdf](https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2017/09/Hebrew_report_749-17.pdf)
- בלנק, ר. (2023). שירותי הפסיכותרפיה במערכת הבריאות הציבורית בישראל בדגש על שירותי פסיכולוגיה. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. [https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/fba65022-fa0d-eb11-811a-00155d0af32a/2\\_fba65022-fa0d-eb11-811a-00155d0af32a\\_11\\_20136.pdf](https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/fba65022-fa0d-eb11-811a-00155d0af32a/2_fba65022-fa0d-eb11-811a-00155d0af32a_11_20136.pdf)
- גרוס, ר., ברמלי-גרניברג, ש. רוזן, ב., ניראל, נ., ווייצברג, ר. (2009) מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים. דמ-09-538. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2018/01/538-09-Mental-Distress-REP-HEB.pdf>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס). (2022) הכנסות והוצאות משק בית, נתונים מסקר הוצאות משק הבית 2022 – סיכומים כלליים. <https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2025/1952/ta6.pdf>
- כהן, ר. (2016). מאחורי הקלעים של הרפורמה בבריאות הנפש. מדיניות ציבורית – עיתון לחידושי מדיניות בישראל, בית הספר על שם פדרמן למדיניות ציבורית ומנהל, גיליון 16, עמ' 4-6. <https://public-policy.huji.ac.il/sites/default/files/public-policy/files/16.pdf>
- ליה-שחף, א. (נובמבר 2022). התערבות טיפולית: איך להציל את הפסיכולוגיה הציבורית בישראל, החזית החברתית. <https://berl.org.il/wp-content/uploads/2023/01/%D7%94%D7%97%D7%96%D7%99%D7%AA-%D7%97%D7%91%D7%A8%D7%AA%D7%99%D7%AA-%D7%A4%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9C%D7%95%D7%92%D7%99%D7%94-%D7%A6%D7%99%D7%91%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%AA.pdf>
- מבקר המדינה (2020). היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, דוח שנתי 170. <https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-206-Mental.pdf>
- מבקר המדינה (2025). הטיפול בבריאות הנפש בעקבות אירועי שבעה באוקטובר 2023 ומלחמת חרבות ברזל. <https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2025/Swords-of-Iron-1/2025-Swords-of-Iron-100.pdf>
- מגנזי, ר., וינשטיין, א., שמואלי, ט., קודש, ע., לוינסקי, י. ושוורץ, מ. (2025). שירותי רפואת הנפש האמבולטוריים, האשפוזים והרפואה הדחופה שלוש שנים לאחר התחלת הרפורמה בבריאות הנפש. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. [טרם פורסם]. [בעקבות השינוי: שירותי רפואת הנפש במרפאות ובבתי החולים, במלאת ארבע שנים לתחילת הטמעת הרפורמה בבריאות

מזר, י. (2014). התפתחות השכר במגזר הציבורי והקשרים בינו לבין השכר במגזר הפרטי. בנק ישראל. <https://www.boi.org.il/media/wnzbe2mp/dp1403h.pdf>

משרד הבריאות (2022). הרפורמה בבריאות הנפש. נדלה ב-9.5.2025 <https://www.gov.il/he/pages/mental-health-reform>

משרד הבריאות (2024). חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 6/2024: עדכון תשלומים בעד שירותי בריאות ותרוכפות לשנת 2024. [https://www.gov.il/BlobFolder/policy/sbn06-2024/he/files\\_circulars\\_sbn\\_sbn06-2024.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/policy/sbn06-2024/he/files_circulars_sbn_sbn06-2024.pdf)

סמואל, ה. וקגיה, ש. (2023). מטופלים בפסיכותרפיה חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-924-23. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/psychotherapy-patients-five-years-after-the-mental-health-insurance-reform/>

Byrne, A., Barber, R., & Lim, C. H. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic—a mental health service perspective. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 25(2), 27-33b. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pnp.708>

Chernew, M., Gibson, T. B., Yu-Isenberg, K., Sokol, M. C., Rosen, A. B., & Fendrick, A. M. (2008). Effects of Increased Patient Cost Sharing on Socioeconomic Disparities in Health Care. *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), 1131–1136. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0614-0>

Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 546–546. Available at: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450>

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*, 7(3), 186-188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>

Kolasa, K., & Kowalczyk, M. (2016). Does cost sharing do more harm or more good? A systematic literature review. *BMC Public Health*, 16(1), 992. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3624>

Lambregts, T. R., & van Vliet, R. C. J. A. (2018). The impact of copayments on mental healthcare utilization: A natural experiment. *The European Journal of Health Economics*, 19(6), 775–784. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0921-7>

Maier, C. B., Budde, H., Pfirter, L., & Kroezen, M. (2022). Skill-mix changes: what evidence on patient outcomes and health systems? In: Maier CB, Kroezen M, Busse R, Wismar M, (eds), *Skill-Mix Innovation, Effectiveness and Implementation: Improving Primary and Chronic Care* (pp. 39-69). European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/skillmix-innovation-effectiveness-and-implementation/skillmix-changes-what-evidence-on-patient-outcomes-and-health-systems/E14E23B4D28A3DC1AED8E7694D6BD7D9>

Neria, Y., Markowitz, J. C., Amsalem, D., Levi-Belz, Y., Roe, D., Lurie, I., Bitan, D. T., Wainberg, M. & Mendlovic, S. (2025). Israeli mental health in the aftermath of the October 7 terrorist attack: risks, challenges, and recommendations. *Israel Journal of Health Policy Research*, 14, 25. <https://cris.tau.ac.il/en/publications/israeli-mental-health-in-the-aftermath-of-the-october-7-terrorist/>

Remler, D. K., & Greene, J. (2009). Cost-Sharing: A Blunt Instrument. *Annual Review of Public Health*, 30, 293–311. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090804

Rosen, B., Waitzberg, R., & Merkur, S. (2015). *Israel: health system review*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/israel-health-system-review-2015>

UHC watch. (2024). *Country page for Israel* (online database). WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/dhis2/uhcwatch>

## נספח א: שיעורי ההיענות לסקר

לוח א-1: ראשי משקי הבית שהשיבו לסקר בשנים 2008-2022 ונכללו בניתוחים, לפי שנה (במספרים ובאחוזים)

שנה	אחוז היענות	מספר גולמי $n = 111,376$	מספר משוקלל $n = 36,869,901$
2008	89.4	5,971	2,106,430
2009	91.8	6,270	2,126,219
2010	87.9	6,168	2,181,736
2011	87.9	6,051	2,215,605
2012	81.9	8,742	2,270,009
2013	81.3	9,507	2,321,879
2014	71.4	8,465	2,371,612
2015	72.0	8,550	2,413,913
2016	74.9	8,903	2,497,392
2017	75.5	9,017	2,541,169
2018	74.0	8,792	2,608,921
2019	64.0	7,824	2,698,119
2020	43.7	5,589	2,764,134
2021	48.0	6,054	2,835,786
2022	43.0	5,473	2,916,977

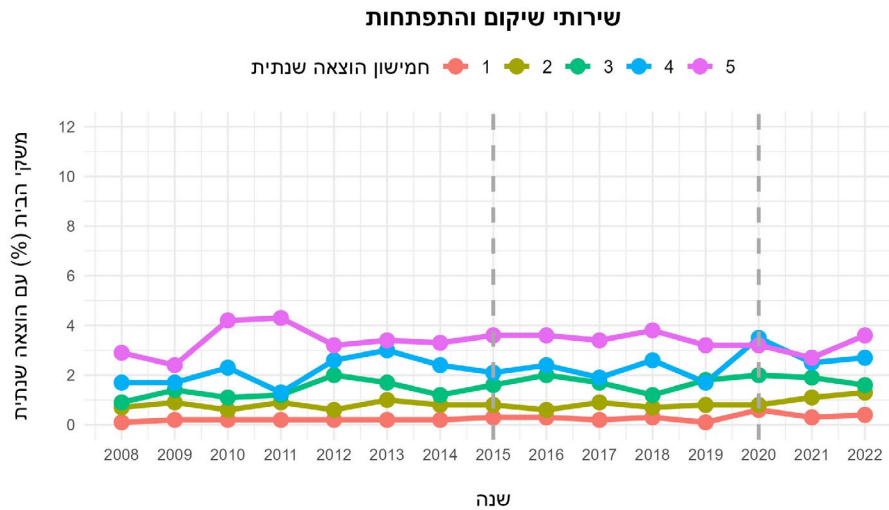
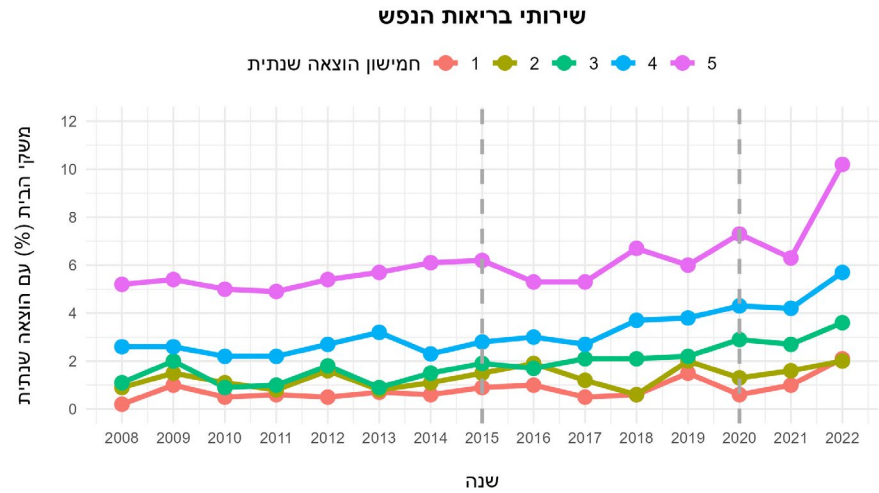
לוח א-2: משקי בית שהשיבו לסקר בשנים 2008-2022 ונכללו בניתוח הנתונים, לפי מאפייני רקע (באחוזים;  $n = 111,376$ )

מאפייני רקע	קטגוריה	שיעור משקי בית
גודל משק הבית	5-1 נכשות	88.2
	6-10 נכשות	11.3
	10+ נכשות	0.5
חמישוני הוצאה	ראשון	20.0
	שני	20.0
	שלישי	20.0
	רביעי	20.0
	חמישי	20.0
מגורים בכריפריה <sup>^</sup>	כן	15.0
	לא	85.0
ראש משק הבית אקדמאי	כן	33.7
	לא	66.3

<sup>^</sup> שיעורים אלו לא כוללים משקי בית שהשתתפו בסקר בשנת 2008 משום שנתונים על מגורים בכריפריה החלו להיאסף בשנת 2009 ( $n = 5,971$ )

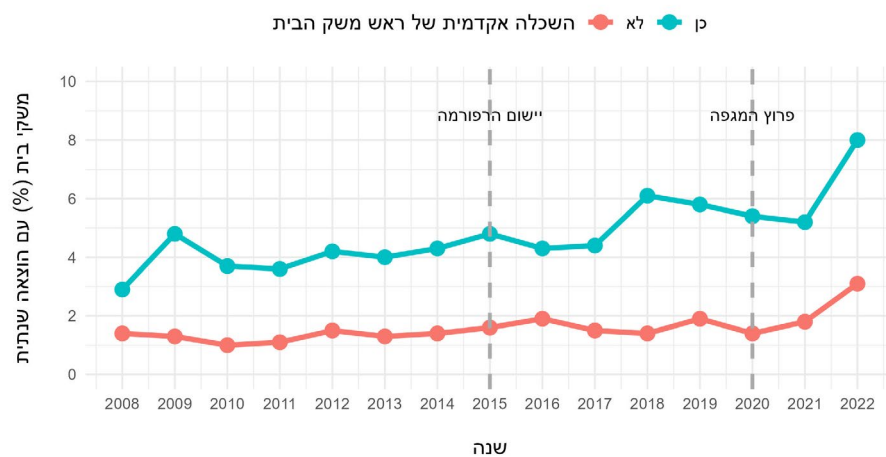
# נספח ב: ניתוחים דו-משתניים

תרשים ב-1: משקי הבית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי חמישון הוצאה ושנה (באחוזים; בריאות הנפש =  $n = 2,894$ ; שיקום והתפתחות  $n = 2,007$ )

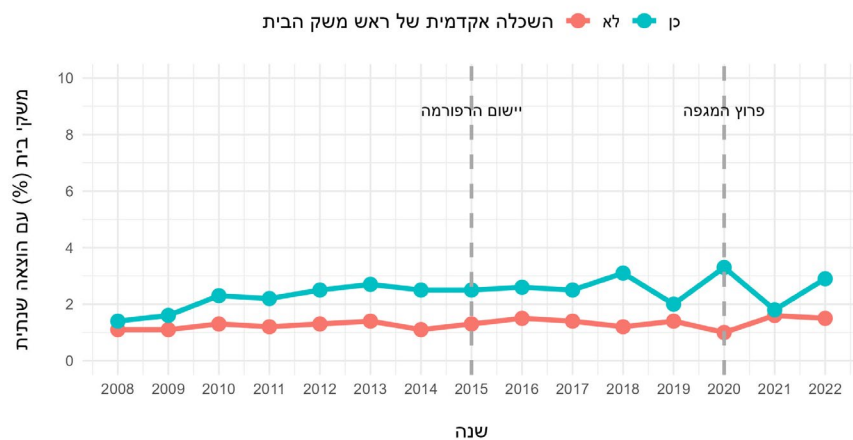


תרשים ב-2: משקי בית עם הוצאה שנתית על שירותים בקהילה, לפי השכלה אקדמית של ראש משק הבית ושנה (באחוזים);  
בריאות הנפש  $n = 2,894$ ; שיקום והתפתחות  $n = 2,007$

### שירותי בריאות הנפש

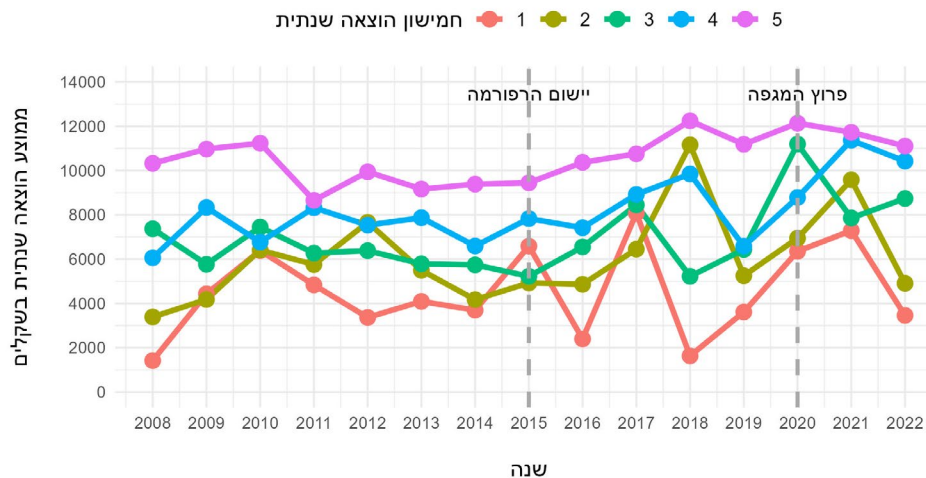


### שירותי שיקום והתפתחות

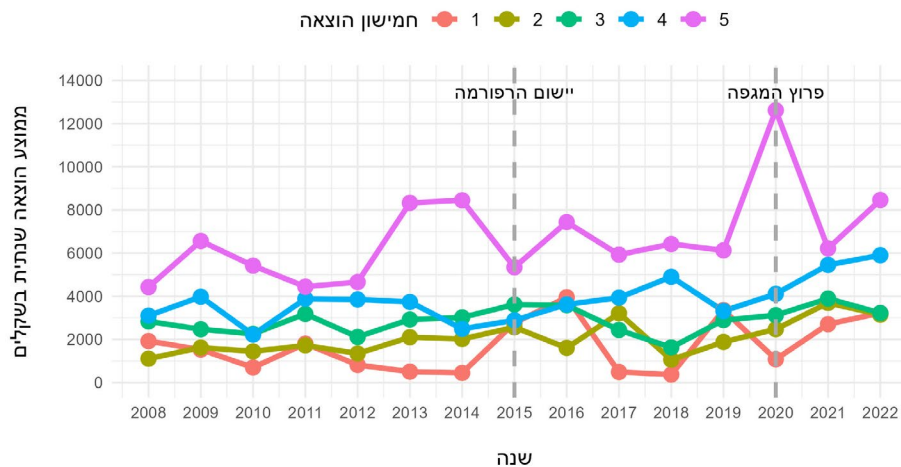


תרשים ב-3: הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים בקהילה, לפי חמישון הוצאה ושנה (בש"ח);  
בריאות הנפש  $n = 2,894$ ; שיקום והתפתחות  $n = 2,007$

### שירותי בריאות הנפש

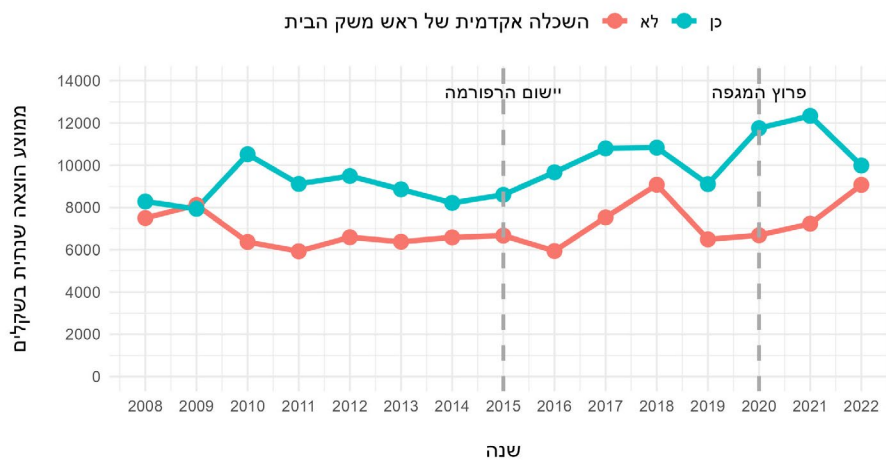


### שירותי שיקום והתפתחות

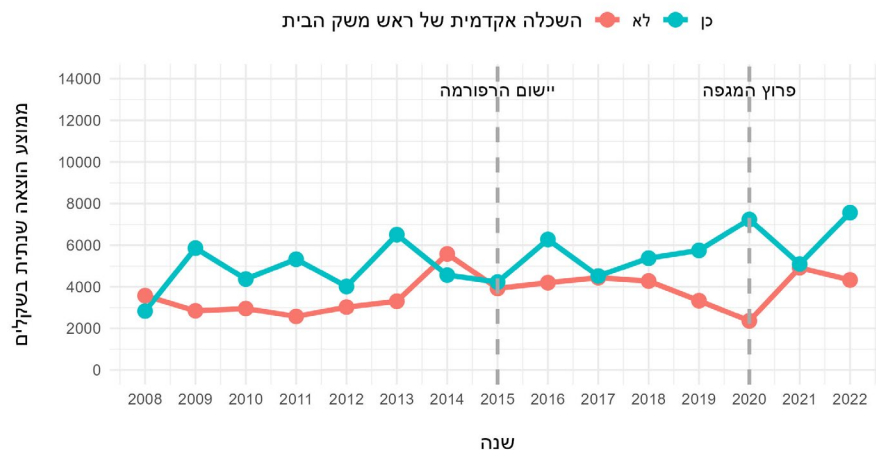


תרשים ב-4: הוצאה שנתית ממוצעת בקרב משקי בית עם הוצאה על שירותים בקהילה, לפי השכלה אקדמית של ראש משק הבית ושנה (בש"ח; בריאות הנפש  $n = 2,894$ ; שיקום והתפתחות  $n = 2,007$ )

### שירותי בריאות הנפש



### שירותי שיקום והתפתחות



## נספח ג: מבחן מגמות מקבילות בין שני סוגי השירות

לוח ג-1: הסיכוי להוצאה שנתית בתקופה שלפני החלת הרפורמה (2011-2014) כתלות בסוג השירות בקהילה, בשנה ובאינטראקציה ביניהם ( $n = 65,530$ )<sup>^</sup>

רווח בר- סמך עליון Upper CI	רווח בר- סמך תחתון Lower CI	רמת מובהקות p-value	שגיאת תקן SE	יחס סיכויים OR	משתנים בלתי תלויים מנבאים ומפקחים
0.00	0.00	<0.001	0.17	0.00	<b>קבוע</b> (נקודת חיתוך עם ציר y)
1.51	1.02	0.040	0.10	1.24	<b>סוג השירות</b> (בריאות נפש לעומת שיקום והתפתחות)
1.08	0.93	1.00	0.04	1.00	<b>שנה</b> (רציף)
1.16	0.95	0.360	0.05	1.05	<b>אינטראקציה בין סוג השירות לשנה</b>
2.98	1.57	<0.001	0.16	2.15	<b>חמישון הוצאה שני</b> (לעומת תחתון)
4.04	2.19	<0.001	0.16	2.95	<b>חמישון הוצאה שלישי</b> (לעומת תחתון)
6.33	3.51	<0.001	0.15	4.67	<b>חמישון הוצאה רביעי</b> (לעומת תחתון)
10.31	5.76	<0.001	0.15	7.63	<b>חמישון הוצאה עליון</b> (לעומת תחתון)
2.12	1.67	<0.001	0.06	1.88	<b>ראש משק בית אקדמאי</b> (כן לעומת לא)
1.44	0.99	0.070	0.10	1.19	<b>אזור מגורים</b> (לא-פריפריה לעומת פריפריה)
1.14	1.08	<0.001	0.01	1.11	<b>גודל משק הבית</b> (מספר נפשות, רציף, לעומת ממוצע)

Nagelkerke's  $R^2 = .079$  ^

לוח ג-2: גובה ההוצאה השנתית בתקופה שלפני החלת הרפורמה (2011-2014) כתלות בסוג השירות בקהילה, בשנה ובאינטראקציה ביניהם ( $n = 1,305$ )<sup>^</sup>

משתנים בלתי תלויים מנבאים ומפקחים	מקדם <sup>^^</sup>	שגיאת תקן SE	רמת מובהקות p-value	רווח בר- סמך תחתון Lower CI	רווח בר- סמך עליון Upper CI
<b>קבוע</b> (נקודת חיתוך עם ציר $\gamma$ )	650.06	0.210	<0.001	430.796	980.922
<b>סוג השירות</b> (בריאות נפש לעומת שיקום והתפתחות)	2.229	0.126	<0.001	1.743	2.852
<b>שנה</b> (רציף)	1.015	0.048	0.753	0.924	1.116
<b>אינטראקציה בין סוג השירות לשנה</b>	0.887	0.064	0.059	0.783	1.005
<b>חמישון הוצאה שני</b> (לעומת תחתון)	1.517	0.197	0.034	1.031	2.232
<b>חמישון הוצאה שלישי</b> (לעומת תחתון)	1.980	0.188	<0.001	1.369	2.864
<b>חמישון הוצאה רביעי</b> (לעומת תחתון)	2.790	0.182	<0.001	1.953	3.986
<b>חמישון הוצאה עליון</b> (לעומת תחתון)	4.129	0.179	<0.001	2.905	5.869
<b>ראש משק בית אקדמאי</b> (כן לעומת לא)	1.373	0.072	<0.001	1.191	1.582
<b>אזור מגורים</b> (לא-פריפריה לעומת פריפריה)	1.022	0.114	0.848	0.817	1.278
<b>גודל משק הבית</b> (מספר נכשות, רציף, לעומת ממוצע)	0.922	0.020	<0.001	0.886	0.960

Adjusted R<sup>2</sup> = 0.190<sup>^</sup>

<sup>^^</sup> מקדם הבטא שונה בחזרה מ-Log ליחידות המקוריות בשקלים (אקספוננט = exp)