



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 | 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

לאפיינ 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 החלטה (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 החלטה, 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 (δ -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 להחלטה.

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 החלטה ($OR = 1.648, p < .01$). **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 החלטה 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- δ) 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.