



הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכה

נורית ניראל, נועה אקר, ברוך רוזן, שולי ברמלי-גרינברג, רויטל גרוס

1. רקע

החוק לטיפול בחולי נפש (1955) קובע כי המדינה היא האמונה על הספקת שירותי בריאות הנפש בישראל. ואכן, רוב הספקת שירותי בריאות הנפש נעשתה עד היום באחריות משרד הבריאות (על מבנה מערכת שירותי בריאות הנפש ראו בנספח א').

בתחילת שנות התשעים של המאה העשרים פורסמו מסקנות ועדת נתניהו ודוח מבקר המדינה מס' 41, אשר ייחדו פרקים לשירותי בריאות הנפש. מסמכים אלה קראו להכללת בריאות הנפש בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, להעברת האחריות הביטוחית ממשרד הבריאות לקופות החולים, להפסקת הספקת השירותים על-ידי משרד הבריאות והתמקדותו בגיבוש מדיניות ורגולציה, פיתוח הנהלות אזוריות לשירותי בריאות הנפש, מעבר חולים לקהילה ושירותי שיקום (מרק, קפלן וגרינשפון, 2006).

בחוק ביטוח בריאות שהוחל בשנת 1995 (בעקבות המלצות ועדת נתניהו), נקבע כי האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש תעבור תוך שלוש שנים מן המדינה לקופות החולים.¹ בהתאם לכך נעשו הכנות בקופות החולים ובמשרד הבריאות לקראת רפורמה בשירותי בריאות הנפש, ואף נקבעו מספר פעמים תאריכי יעד לביצועה. אולם, ניסיונות אלו נכשלו, ובמשך 12 השנים שחלפו ממועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הרפורמה לא התבצעה, והאחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לא הועברה מהמדינה לקופות החולים. יתרה מכך, בחוק ההסדרים של שנת 1997 בוטלה החובה שנקבעה בחוק בריאות ממלכתי להעביר את השירותים שנכללו בתוספת השלישית לתוספת השנייה. בהמשך לכך, קופות החולים התנערו ממימון מיטות האשפוז הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים וממימון הטיפולים במרפאות החוץ בבתי החולים הכלליים. וכך, מדינת ישראל נטלה על עצמה את האחריות למימון שירותים אלה (חבר ואחרים, 2005). אחת המשמעויות הקשות של אי-העברת שירותי בריאות הנפש לתוספת השנייה הייתה אי-החלה של מנגנוני העדכון של התוספת השנייה על שירותי בריאות

¹ למעשה, בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי נכללו שירותי אבחון, ייעוץ וטיפול פסיכיאטרי-מרפאתי (סעיף 1/ב) ושירותי אבחון, ייעוץ וטיפול פסיכולוגי (סעיף 22/ד). אולם, בשל כפילות עם השירותים באחריות משרד הבריאות שנכללו בתוספת השלישית לחוק, החליטו חלק מקופות החולים כי אין הן רואות שירותים אלה ככלולים תחת אחריותן החוקית. זאת, אף שבפועל הן סיפקו חלק מן השירותים.

הנפש, שהתבטאה בשחיקה ריאלית חריפה בתקציב שירותי בריאות הנפש ובפגיעה בהיצע השירותים לחולים (חבר ואחרים, 2005).²

נוכח הקשיים בהעברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, העדיפו ראשי המערכת להמשיך לקדם רפורמה מבנית בשירותי בריאות הנפש, שעיקרה צמצום מספר המאושפזים ומיטות האשפוז והוצאת מטופלים לחיים בקהילה. בצד רפורמה זו, קודם תחום שיקום חולי הנפש בקהילה, על-ידי חקיקת "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" ויישומו ב-2001. כל זאת, מתוך תפיסה שיצירת תנאים לקליטת נכי הנפש בקהילה מהווה תנאי הכרחי לקידום הרכיב הביטוחי ברפורמה שעיקרו העברת האחריות לבריאות הנפש לידי קופות החולים (אבירם, גיא וסייקס, 2006).

בסוף שנות התשעים הייתה תחושה שמערכת בריאות הנפש עומדת בפני משבר, הן בשל גידול במספר החולים והן בשל צמצום במערך האשפוז ללא פיתוח מספק של שירותים קהילתיים. המועצה הלאומית לבריאות הנפש שהוקמה באותה עת לערך, לקחה על עצמה לבחון בשנית את המלצות ועדת נתניהו. לשם כך, היא הקימה ועדת היגוי (בראשות פרופ' משה קוטלר) שדנה בנושא והגישה להנהלת משרד הבריאות את המלצותיה, אשר חזרו למעשה על עיקרי המלצות ועדת נתניהו. נוסף על ועדה זו קמו שתי ועדות בראשות פרופ' מרדכי שני שתפקידן היה להעריך ולבחון את היעדים לרפורמה ולגבש את התפיסה והדרך ליישום העברת האחריות הביטוחית לחולי הנפש מהמדינה לקופות החולים (חבר ואחרים, 2005). על אף שהוחל ביישום הרכיב המבני והרכיב השיקומי, נותרה מחלוקת סביב הרכיב הביטוחי. בינואר 2003 התקבלה החלטת ממשלה (מס' 2905) כי יש להשלים את הרפורמה הביטוחית תוך שישה חודשים. ההחלטה לא יושמה בעיקר בשל היעדר הסכמה בין הגורמים השונים המעורבים לגבי עלות ההעברה ומנגנון ההעברה. עיכוב נוסף נגרם כתוצאה מאי-הסכמה בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנוגע לסגירת בית החולים אברבאנל. ביוני 2005 עתרו אישי ציבור ושלושה ארגונים המייצגים את צרכני שירותי בריאות הנפש נגד משרדי הבריאות והאוצר ומדינת ישראל בגין אי-יישום הרפורמה בבריאות הנפש (בג"צ 5777/05 "בזכות" נ' שר הבריאות). בספטמבר 2006 נחתם הסכם הרפורמה בין משרד הבריאות למשרד האוצר, אשר אושר בהחלטת ממשלה מס' 568 מיום ה-4 באוקטובר 2006 (להלן ההסכם). הצעת החוק הממשלתית לרפורמה בבריאות הנפש עברה בקריאה ראשונה ב-25 ביולי 2007. כיום, מדובר על השקת הרפורמה המלאה בינואר 2009. הדעה הרווחת במערכת כי הפעם, שלא כבעבר, המחלוקות קטנות יותר וניתנות לגישור, ועל כן יש סיכוי שהרפורמה תיושם, גם אם יש הערכות שונות לגבי מועד החלטה.

2. מטרת הרפורמה בבריאות הנפש

הרפורמה בבריאות הנפש נועדה להשיג שורה של מטרת הנגזרות מיעדים טיפוליים וכלכליים במטרה לשפר את תפקוד מערכת השירותים:

1. שילוב הטיפול בגוף ובנפש ויצירת רצף טיפולי.
2. שיפור איכות הטיפול על-ידי צמצום האשפוז והרחבת חלופות טיפוליות בקהילה.

² חוק ההסדרים לשנת 1997 קבע כי תקציב התוספת השלישית ייגזר כל שנה מתקציב המדינה, לפי היכולת הכלכלית של המדינה בכל שנה.

3. הסרת הסטיגמה מהמטופלים על-ידי שירותי בריאות הנפש.
4. הגדלת זמינות השירותים ונגישותם (פריסה רחבה וצודקת והגדלת היצע הטיפולים לטווח רחב יותר של בעיות).
5. שיפור רמת השירות (כתוצאה מהתחרות בין ספקי השירותים השונים).
6. שימוש יעיל במקורות מימון וחיסכון תקציבי (כתוצאה מהמרת שירותי האשפוז בשירותים קהילתיים).
7. שיפור מעמד המקצוע והשירות.
8. הוצאת הספקת השירותים מידי משרד הבריאות והתמקדותו בהתוויית מדיניות ובפיקוח.

3. רכיבי הרפורמה בבריאות הנפש

לרפורמה בבריאות הנפש שלושה רכיבים: מבני, שיקומי וביטוחי. יישום רכיבים אלה יוצר תהליך מתמשך של רפורמה, שהחלה להתעצב כמכלול עם המלצות ועדת נתניהו ב-1990. צמצום מספר המאושפזים ומיטות האשפוז (הרכיב המבני) החל בראשית שנות השמונים, והתגבר לאור המלצות ועדת נתניהו. הרכיב השיקומי, ששורשיו מוקדמים אף הם, קיבל ביטוי פורמלי עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשי"ס-2000 ויישומו ב-2001. הצלע השלישית הדרושה להשלמת ההיגיון הפנימי של הרפורמה, הרכיב הביטוחי, צפויה לצאת מהכוח אל הפועל בשנת 2009, ואת יישומה והשפעתה אנו מעוניינים לבחון. התמונה העולה עד כה היא של מערכת המצויה בשינוי מתמיד, זה למעלה מעשור.

הרכיב המבני מבטא את הגישה הטיפולית העומדת בבסיס מדיניות ארגון הבריאות העולמי (משרד הבריאות, 2004). גישה זו מצדדת בצמצום האשפוז הפסיכיאטרי בבתי החולים ובמניעת אשפוזים פוטנציאליים ומעדיפה שחרור מטופלים לשירותי טיפול ושיקום בקהילה. רכיב זה כולל בעיקר צמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות. במקביל, נדרשו בתי החולים הפסיכיאטריים לקצר את משכי האשפוז על-מנת להתמודד עם הגידול באוכלוסייה, בכלל, ובאוכלוסיית חולי הנפש, בפרט, ללא הגדלת מספר המיטות. יישום רכיב זה התבצע לאורך זמן עם צמצום מספר המיטות מ-2.4 מיטות ל-1,000 איש בשנת 1978 ל-0.8 מיטות ל-1,000 איש בשנת 2002 (מרק, קפלן וגרינשפון, 2006). בנוסף, ניתן לראות כי חלה ירידה הדרגתית במספר המאושפזים המוחלט (והיחס) מ-8,925 בשנת 1978 (2.4 ל-1,000 איש) ל-6,888 בשנת 1996 (1.2 ל-1,000 איש) (אבירם ורוזן, 1998). כמו כן, על אף הגדלת תקציב בריאות הנפש, חלה ירידה הדרגתית בשיעור התקציב לשירותי האשפוז מסך התקציב לשירותי בריאות הנפש, מ-80% בשנת 1994 ל-63% בשנת 2005. זאת, לצד עלייה הדרגתית בשיעור התקציב לשירותים קהילתיים (הכוללים מרפאות אמבולטוריות, שיקום ושירותי גמילה) מסך התקציב לשירותי בריאות הנפש (מ-11% ב-1994 ועד לכ-32% בשנת 2004) (משרד הבריאות, 2006). במקביל, חלה עלייה במספר המאושפזים בטיפול יום מ-300 בשנת 1970 ל-2,070 בשנת 1996 (אבירם ורוזן, 1998).

הרכיב השיקומי מהווה ביטוי של אותה גישה טיפולית דלעיל, הדוגלת בשילוב אופטימלי בקהילה, תוך טיפול נפשי לפי הצורך. גישה זו באה לידי ביטוי החל מסוף שנות השישים ביוזמתם של ארגונים חוץ-ממשלתיים (כדוגמת מועדון "שלום ואנוש"). אולם, מתן השירותים השיקומיים בקהילה היה באחריותם של משרד הרווחה ומשרד הבריאות (שרשבסקי, 2006). ב-1997 קבעה ועדה משותפת לשני

המשרדים את תכולת סל השיקום ואת הגדרות הזכאות לשיקום (כמענה לטענת האוצר שלא ניתן יהיה להעביר תקציבים נוספים ללא תכנית המאפשרת הערכה וכימות של הצרכים). הואיל שמשרד הרווחה ביקש לוותר על חלקו בתכנית, נטל משרד הבריאות את מלוא האחריות על אוכלוסיית נפגעי הנפש. וכך, בשנת 1999 החלה מערכת השיקום לפעול במתכונת החדשה שעוצבה במשרד, שעוגנה לאחר מכן בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. החוק מאפשר לבעלי נכות נפשית של 40% לפחות לקבל שירותי שיקום שיסייעו להם להשתלב בקהילה. מערך שירותי השיקום בקהילה כולל שירותי דיור, תעסוקה, השכלה נתמכת, חונכות, חברה ופנאי ועוד. מדוח מבקר המדינה 52' לשנת 2001 עולה כי מערכת השיקום התנהלה בעצלתיים: בעוד שעל-פי נתוני המוסד לביטוח לאומי היו אז 41,000 זכאים בעלי 40% נכות נפשית בני 18-65, הרי שרק כ-8,000 מהם קיבלו שירותי שיקום. כמו כן, יצוין כי החוק אינו נותן מענה למי שנכותו פחותה מ-40%.

שני רכיבים אלה הושפעו לא רק משינוי בגישות הטיפוליות הרווחות אלא גם מהתפתחות טכנולוגית בתחום הפסיכו-פרמקולוגיה, מפיתוח שיטות טיפול קצרות-מועד ומשכלול שיטות שיקום נפגעי נפש בקהילה, אשר הפכו את העברת כובד המשקל מבית החולים לקהילה - למהלך אפשרי (משרד הבריאות, 2004).

הרכיב הביטוחי, משמעו העברת האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים באמצעות הכללת שירותי בריאות הנפש בתוספת השנייה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מהלך זה נועד, בין היתר, לפתור את ניגוד העניינים של משרד הבריאות כספק שירותים, מחד, ורגולטור, מאידך, ולאפשר לאגף לשירותי בריאות הנפש במשרד להתמקד בקביעת מדיניות ובהבטחת יישומה, ברישוי מוסדות ופיקוח על מתן שירותים, בבקרת איכות, בניהול המרשם הלאומי של מאושפזים פסיכיאטריים ועוד. מהלך זה נועד גם ליצור תחרות בין ספקי שירותי בריאות הנפש במטרה לשפר את איכות הטיפול, מחד, ולרסן הוצאות, מאידך. מהלך זה מבטא גם את הגישה המקצועית הדוגלת בטיפול בגוף ונפש כמכלול.

סל שירותי בריאות הנפש שהאחריות על הספקתו תועבר לקופות החולים הוגדר בהסכם (נספח III). בהסכם הוגדרו גם השירותים שנתרו באחריות משרד הבריאות (גמילה, אסירים, שיקום נכי נפש, ילדים אוטיסטים ואשפוז לסובלים מתחלואה כפולה של נפש ופיגור). סל השירותים שבאחריות הקופות מגדיר את סוגי ההתערבויות שמבוטחי הקופות זכאים להם, וכן, את מספר הטיפולים שזכאי לו כל מטופל בהתאם לאבחנה שקיבל. סל השירותים מגדיר גם את רמת ההשתתפות העצמית על טיפולים שונים. הסל גם מגדיר את האבחנות שאינן נכללות בתחום האחריות של קופות החולים (ראו נספח ד' להסכם).

לשם כך, קופות החולים אמורות לקבל 1,106.6 מיליון ש"ח בשנת 2007, תקציב שבשנת 2010 יגיע ל-1,226.9 מיליון ש"ח. סכומים אלה מורכבים ברובם מן התקציב המוקצה כיום לשירותי בריאות

הנפש (להוציא חלק התקציב המוקצה לשירותים שישארו באחריות משרד הבריאות³), ובחלקם ממקורות אחרים המפורטים בנספח II למסמך זה. התקציב הזה יחולק בין קופות החולים באופן הבא: כ-70% יוקצו לפי התפלגות צריכת ימי האשפוז בין קופות החולים בשנת 2005. יתרת המקורות הכספיים (30%), יוקצו בין הקופות על בסיס נוסחת הקפיטציה המופיעה בהסכם. מקדמי הקפיטציה החדשים בנוסחה זו משקפים שני פרמטרים: 1. גיל, לפי שתי קבוצות גיל {0-24} {25+}; 2. עלות ממוצעת של צריכה אמבולטורית: 15 ביקורים בממוצע לצורך קבלת טיפול נפשי ל-2% מקבוצת הגיל 0-24, ו-10 ביקורים בממוצע ל-4% מקבוצת הגיל 25+. נוסחת הקפיטציה תיבחן שוב לקראת סוף 2010. בנוסף, משרד האוצר אמור להקצות לקופות החולים סכום מיוחד ומוגבל בזמן (כשלושים מיליון ש"ח תוך שלוש שנים), מעבר לתקציב המיועד להן, המיועד לפיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה. תוספת זו מותנית בחתימת הסכמים תלת-שנתיים עם הקופות לפיתוח תשתיות בקהילה.

4. תוצאות מתוכננות ובלתי-מתוכננות של הרכיב הביטוחי ברפורמה

העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים צפויה להביא לשורה של תוצאות מתוכננות, ואף לתוצאות בלתי-מתוכננות, המעוררות ציפיות בצד חששות בקרב הגורמים המעורבים השונים.

4.1 תוצאות סופיות מתוכננות

1. **יעילות השימוש במקורות המימון וריסון הוצאות מצד קופות החולים** בעקבות המעבר למערכת תחרותית. קביעת סל שירותים מחייב, המבוסס על סדרי עדיפויות ברורים, תקטין את החריגות הכספיות ללא פיקוח והכוונה. התחרות צפויה לשפר את מוכוונות ספקי השירות לצרכני השירותים ובכך לתרום לשיפור השירות (אבירם ורוזן, 1998).
2. **הגדלת פריסה וזמינות של שירותי בריאות הנפש** באמצעות התבססות על הפלטפורמה הקיימת של קופות החולים המספקות שירותים ברחבי הארץ.
3. **צמצום משמעותי של הסטיגמה** - שילוב בריאות הנפש במערכת הבריאות הכללית עשוי לרכז את הסטיגמה השלילית המלווה את מחלות הנפש, ולעודד תפיסה שלהן כמחלות לכל דבר ועניין, המצריכות ביקור אצל רופא במרפאה ככל מחלה אחרת. יצוין, כי הסוגיה בדבר כוחה של הרפורמה להסיר את הסטיגמה ממחלות הנפש שנויה במחלוקת.
4. **יצירת רצף טיפולי גוף ונפש** - הרפורמה תאפשר מתן טיפול כוללני ומקיף לכלל מחלות הפרט ותאפשר מעקב אחר הקשרים ביניהן על-ידי רופא ראשוני יחיד. טיפול בגוף ובנפש כמכלול אמור להביא לשיפור איכות הטיפול הרפואי.
5. **שיפור מעמד המקצוע ושירותי בריאות הנפש** - הכללת שירותי בריאות הנפש במסגרות הרפואיות הרגילות צפויה לשפר את מעמדם המקצועי של הרופאים הפסיכיאטריים בקרב המקצועות הרפואיים האחרים (לא עוד "בנים חורגים" של הרפואה). שירותי בריאות הנפש אמורים לקבל

³ באחריות משרד הבריאות ישארו, בין השאר, השירותים: גמילה, אסירים, אוטיסטים, הנהלה, שיקום נכי נפש בקהילה, ניצולי שואה תשושים, מגורים טיפוליים שונים (משרד הבריאות ומשרד האוצר, 2006, פרק א', סעיף 2).

תקציבים ותקנים באופן דומה לשירותי בריאות אחרים, הן בבתי החולים והן במרפאות המקצועיות.

6. **משרד הבריאות כרגולטור** - הסרת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות תבטל את ניגוד העניינים שהיה קיים בעבר בין תפקידו כספק שירותים לבין תפקידו כרגולטור וכמפקח על ספקי השירותים, ותאפשר לו להתרכז בעיצוב מדיניות ובפיקוח על ספקי שירותי בריאות הנפש.

4.2 תוצאות לוואי סופיות ("בלתי-מתוכננות")

בנוסף לתוצאות המוצהרות בין מטרות התכנית, עשויות להיות כמה תוצאות לוואי, חלקן אף "בלתי-מתוכננות" (לפחות מנקודת המבט של חלק מן הגורמים במערכת), בשעה שייתכן שאותן תוצאות הן מקובלות ואף רצויות על-ידי גורמים אחרים.

1. **הכפפת שיקולים מקצועיים לאילוצים תקציביים** (ופגיעה בטיפול האופטימלי כתוצאה מכך) - במסגרת ההסכם שנחתם בין משרד הבריאות למשרד האוצר נקבעו "יעדים" נוקשים של אשפוז, של שהות ושל קבלות חוזרות, העומדים בפני עצמם, ללא קשר לשיקול דעת רפואי-מקצועי או למצב שיתפתח בשטח (משרד הבריאות ומשרד האוצר, 2006, פרק ב', סעיף ח'). העדפת שיקולים כלכליים על-פני שיקולים מקצועיים עלולה גם לפגוע באוטונומיה המקצועית של נותני הטיפול ולכוון לשיטות טיפול המיועדות להשגת תוצאות בזמן נתון ובמספר טיפולים מוגדר (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2002).

2. **פגיעה במערכת השיקום** - ההסכם כולל תמריץ כלכלי (מכוון) לקופות להגבלת הפניית מטופלים לשיקום. ההסכם קובע כי קופות החולים תשתתפנה במימון 20% מעלות פתרונות הדירור למבוטחים שלהן (תעברנה לתקציב השיקום סכום בשיעור זה בעבור כל משוקם שהוא מבוטח שלהן). לשם כך, יועברו 33 מיליוני ש"ח מתקציב השיקום לכיסוי עלות הסל, על-מנת לאפשר לקופות לשאת בעלות השתתפותן במימון השיקום. בנוסף, משרד הבריאות יעביר בהדרגה, בשנים 2007-2011, "תקציב תמיכה" שיגדל מדי שנה בשלושה מיליוני ש"ח לשנה (עד ל-15 מיליוני ש"ח בשנת 2011). התקציב יועבר לכל קופה בהתאם לשיעור המבוטחים שלה, **בתנאי ששיעור המשוקמים שלה לא גדל ביחס לשיעור המשוקמים בשנת 2006**. קופה ששיעור המשוקמים שלה גדל, אך לא ביותר מ-10%, תקבל חצי מתקציב התמיכה המגיע לה. כספים שלא יחולקו לקופות יחזרו לתקציב השיקום. אולם, צמצום מספר מיטות האשפוז והעברת הטיפול לקהילה צפויים להביא לגידול במספר הנזקקים לשיקום בקהילה. מכאן, שהצבת התמריץ להגביל את שיעור המופנים לשיקום מעלה את הסיכון לפגיעה בנזקקים לו.

3. **הסוגיה התקציבית** - במשרד האוצר טוענים כי העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים עלולה להביאן לדרוש תוספת תקציב. מנגד, טוענים בקופות החולים כי מדובר בהוספת נטל תקציבי ללא מימון הולם. במישור המעשי, ישנה מחלוקת על התוספת שקופות החולים תקבלנה בגין העברת שירותי בריאות הנפש אליהן, וקופות החולים טוענות כי חסרים להן 300 מיליון ש"ח. הקופות מעוניינות להציע טיפול "אופטימלי" ללא הגבלת מחיר, ומשרד האוצר רוצה לקבוע "תקרה" ו"סל" על-מנת להבטיח ריסון תקציבי ויציבות פיננסית של הקופות. יוזכר, כי המחלוקת

התקציבית הייתה הגורם המרכזי לאי-יישום הרפורמה באמצע שנות התשעים (סייקס, 2006). חשוב אפוא לפתור אותה לשם יישום הרפורמה ב-2007 (ראו הרחבה בסוגיה התקציבית בנספח II).

4. **חוסר בהירות ועמימות בנוגע למעמד המרפאות הקיימות והמשך העסקת העובדים.** ההסכם הכתוב קובע מסלול ברור של סגירת מרפאות והפחתת תקנים מדי שנה (בשנים 2007-2010) עד לסגירתן המוחלטת של כל המרפאות הציבוריות. ההסכם מותיר פתח למשרד הבריאות להעביר את הבעלות על מרפאות בריאות הנפש לגורם חוץ-ממשלתי (קופות חולים או גורם אחר) כתחליף לסגירתן. בכירי משרד הבריאות מבטיחים כי המרפאות לא תסגרנה עד שקופות החולים תתחייבנה לפתח חלופות משלהן. אולם, הצהרות אלה מבוססות על הבנות עם משרד האוצר ואינן מעוגנות בכתב. כמו כן, נראה כי חלק מקופות החולים אינן מעוניינות לקחת תחת חסותן את מרפאות בריאות הנפש במתכונתן הנוכחית, ככל הנראה בשל שיקולים הקשורים ליעילות הפעילות בהן (שמר, 2006).

5. **חשש מחסמים בקבלת הטיפול עקב הגבלת מספר הביקורים וקביעת תעריפי השתתפות עצמית.** ההסכם מגדיר את מספר הביקורים שלהם זכאים המטופלים בהתאם לסוג האבחנה וסוג הטיפול. הגדרה זו מעלה חשש שהגבלת מספר הטיפולים תפגע באיכות הטיפול. בנוסף, ההסכם קובע תעריפים להשתתפות עצמית בביקור אצל מטפל (תוך אבחנה בין טיפול פסיכותרפי לטיפול נפשי אחר, ובין טיפול במרפאה לבין טיפול אצל מטפל עצמאי שהקופה התקשרה עמו בקשר חוזי). סעיפים אלה בהסכם מעלים חשש ליצירת חסמים בזמינות הטיפול בקרב המתקשים לשלם וחשש לפגיעה בשוויון בין מטופלים.

6. **היעדר מענה לאוכלוסיית קוד Z.** אוכלוסייה זו כוללת אנשים הנזקקים לטיפול עקב אירועי חיים (כגון פיטורין, גירושין ונפגעי אלימות). אנשים אלה יכולים כיום לגשת למרפאות בריאות הנפש הממשלתיות ולקבל טיפול בחינם. ההסכם החדש אינו נותן מענה לאוכלוסייה זו במסגרת סל השירותים (משרד הבריאות ומשרד האוצר, נספח ד'). יצוין כי התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המגדירה את סל השירותים שהקופות מחויבות לתת למבוטחיין, כוללת שירות פסיכולוגי. במסגרת שירות זה נכללים בין היתר שירותי אבחון, הערכה וייעוץ פסיכולוגיים, התערבות פסיכולוגית בשעת משבר וטיפול פסיכולוגי במקרים מוגדרים. עם זאת, שירות זה כרוך בתשלומי השתתפות עצמית גבוהה יחסית לתשלומי ההשתתפות העצמית לשירותי הרפואה המקצועית בקופות.

5. תוצאות ביניים

יישום הרכיב הביטוחי ברפורמה כרוך בתהליכי ביניים הנוגעים הן למשרד הבריאות, הן לקופות החולים והן לספקי השירותים בשטח (מטפלים בבריאות הנפש ורופאים ראשוניים). תהליכים העשויים להביא לתוצאות ביניים ארגוניות ולתוצאות ביניים הקשורות לבעלי העניין, דהיינו, לגורמים המעורבים בתהליך.

5.1 תוצאות ביניים ארגוניות

א. סגירת מרפאות משרד הבריאות

על-פי הסכם הרפורמה, כל המרפאות האמבולטוריות של משרד הבריאות אמורות להיסגר (עד סוף דצמבר 2010), ולא תיפתחנה חדשות. כתחליף לסגירת המרפאות הקיימות, משרד הבריאות רשאי להגיע להסכמה עם קופות החולים או עם גורמים אחרים ולהעביר לבעלותם את המרפאות. תקני העובדים במרפאות יופחתו מדי שנה עד לסיום העסקתם על-ידי האגודה לבריאות הציבור במקביל לסגירת המרפאות. עובדים אלה יועברו לבתי החולים הממשלתיים אם הם מתאימים, וכן, יוצעו להם תנאי פרישה מיוחדים. בד בבד, המסגרות השיקומיות המופעלות על-ידי משרד הבריאות בבתי החולים הממשלתיים יועברו לגורם חוץ-ממשלתי.

ב. פיתוח שירותים לחולים קלים ופגיעה בשירותים לחולים הקשים

לפי הערכות שונות, הרפורמה צפויה לחולל שינוי בהיקף ובתמהיל המטופלים (משרד הבריאות ומשרד האוצר, 2006; בלייד, 2006). בין העוסקים בנושא רווחת ההערכה כי מספר המטופלים יגדל בעקבות שיפור הנגישות והזמינות של שירותי בריאות הנפש (מ-2% מהאוכלוסייה הבוגרת ל-4%-5%). כמו כן, צפוי כי יגדל שיעור הפונים הסובלים מתסמונות קלות של דיכאון וחרדה, יחסית לסובלים מהפרעות יותר קשות (אבירם, גיא וסייקס, 2006). יש הטוענים כי הדבר יגרוור בעיקר פיתוח והרחבה של שירותים לחולים קלים או לאנשים השרויים במשבר חיים. זאת, מאחר שהטיפול בהם קצר יותר ועל כן זול יותר, דבר המהווה תמריץ לקופות למשוך אליהן חולים אלה. שירותים אלו עשויים אמנם לתת מענה טוב לחלק מן החולים, בעיקר הקלים, אולם, הם עלולים גם לבוא על חשבון פיתוח שירותים לחולי הנפש הקשים שעלות הטיפול בהם גבוהה יותר.

ג. היערכות קופות החולים לקראת הרפורמה

היערכות קופות החולים צריכה להיעשות במישורים שונים: ראשית, צריכה להתקבל החלטה על אופן מתן השירותים: הספקתם על-ידי רופאי הקופה, קניית שירותים מרופאים עצמאיים הקשורים לקופה בחוזה או שילוב של שניהם. שנית, צריכה להתקבל החלטה על אופי השירותים. החלטה זו אפשר שתגזור תמהיל של עו"סים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים, שיהיה שונה מהמקובל היום. שלישית, הקופות צריכות להיערך ולהתארגן לקראת יישום הרפורמה (תשתית, חוזים, לוגיסטיקה).

ד. בריאות הנפש ורפואה ראשונית

להעברת האחריות על בריאות הנפש יש השלכות על עבודתו של הרופא הראשוני, על מערך הרפואה הראשונית ועל מבוטחי הקופות. עם יישום הרכיב הביטוחי של הרפורמה תטופלנה מחלות הנפש ככל מחלה אחרת. שינוי זה עולה בקנה אחד עם מדיניות ארגון הבריאות העולמי הדוגלת בשילוב שירותי בריאות הנפש במערכת שירותי הרפואה הכלליים. המגע הראשוני ייעשה אצל רופא ראשוני שיאבחן את המחלה ויתן את הטיפול המתאים או יפנה למומחה לבריאות הנפש לטיפול מעמיק יותר. שינוי זה מתרחש באופן חלקי מזה מספר שנים, ורופאי המשפחה רואים עצמם כבר היום כתובת למצוקה נפשית בקהילה (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2002). ההכשרה שהם עוברים מתאימה לטיפול ב"פסיכיאטריה רכה". התגברות השימוש בתרופות לטיפול במחלות נפש מאפשרת לרופאים הראשוניים להעניק את הטיפול הנדרש ללא צורך בהתמחות נוספת.

ממחקרים שנעשו בארץ ובעולם עולה כי שיעור צריכת השירותים הרפואיים על-ידי נפגעי נפש גדול יותר משיעור צריכתם על-ידי האוכלוסייה הכללית. כך, למשל, 78% מהמדווחים על מצוקה נפשית הגיעו לביקור אצל רופא ראשוני בשלושת החודשים שקדמו לעריכת המחקר, לעומת 65% בקרב האוכלוסייה הכללית (גרוס ואחרים, 1998). לעתים, תלונה על סימפטום פיזי מהווה רק "כרטיס כניסה" לטיפול אצל רופא ראשוני (מעוז, 1998), אולם הרקע לבעיה הוא למעשה נפשי. אבחון מדויק של מחלת הנפש עשוי לחסוך עלויות למערכת, הן על-ידי פתרון שורש הבעיה (ולא סימפטום שלה) והן על-ידי צמצום צריכת השירותים הרפואיים על-ידי נפגעי נפש. כמו כן, במקרים מסוימים טיפול נפשי יהיה זול יותר מטיפול תרופתי (גרוס ואחרים, 1998). בנוסף, אנשים רבים עם בעיות פסיכו-סוציאליות מגיעים לשירותי רפואה ראשונית בשל היותם נגישים מאוד. מרביתם אינם פונים או מופנים לשירותי בריאות הנפש מסיבות שונות (מעוז, 1998):

1. סיבות הקשורות למטופל - הפונה אינו מסכים לאבחון שבעייתו נפשית, חרד מהפניה לשירותי בריאות הנפש או חושש ממחלה גופנית רצינית שטרם נתגלתה.
2. סיבות הקשורות למטפל - הרופא הראשוני אינו יודע כיצד לברר לחולה כי מדובר במחלת נפש או שאינו רוצה לאבד את המטופל.
3. סיבות הקשורות למבנה השירותים - חוסר תקשורת בין השירותים השונים, חוסר הבנה של השירותים הניתנים והפתרונות האפשריים בשירות המקביל.

במקרים רבים, קיים תת-איתור של מחלות נפש בקרב מטופלים ברפואה הראשונית. עם זאת, איתור מחלת נפש ואבחונה אינם מובטחים טיפול הולם או הפניה למומחה בריאות הנפש. לרוב, הרופאים הראשוניים מסתפקים ברישום ובמתן תרופת הרגעה כללית (מעוז, 1998). העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים תהפוך את הרופא הראשוני לשומר סף גם לגבי תחום מומחיות זה. שינוי זה ידרוש ממנו, בין השאר, להקפיד על תקשורת אמפטיית עם החולה, להכיר את הרקע המשפחתי, החברתי והתרבותי של החולה, להשתמש בעקרונות של טיפולים נפשיים, קוגניטיביים והתנהגותיים לפתרון בעיות (מעוז, 1998) ולהכיר את שירותי בריאות הנפש השונים שאליהם יוכל להפנות חולים.

5.2 תוצאות ביניים הקשורות לבעלי העניין

הצלחת הרפורמה תלויה במספר רב של גופים וגורמים במערכת הבריאות שהם בעלי עניין בנושא (stake holders). יצוין כי, לפחות ברמה ההצהרתית, אין אף גורם המתנגד לרפורמה ולרציונל העומד בבסיסה. על-פני השטח כל הגורמים המעורבים תמימי דעים כי הרפורמה כשלעצמה ראויה, אך הם חלוקים ביניהם בנוגע לפרטים שונים בהסכם ולתוצאות הביניים של תהליך העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים. מובן מאליו שחלק מן הטענות מושמעות על-ידי יותר מגורם אחד מכיוון שלעתים הם רואים עין בעין את הסוגיות הנדונות, אם מתוך אינטרסים משותפים ואם מתוך דאגה לאותו ציבור חולים. עמדות הצדדים כלפי הרפורמה, ציפיות לתוצאות ביניים חיוביות וחששות מהרפורמה ומיפוי האינטרסים שלהם מוצגים בהרחבה בנספח III. להלן מוצגות תוצאות הביניים הקשורות לבעלי העניין.

א. תוצאות ביניים חיוביות

- ◆ הגדרת סל שירותים (המבוסס על תמחור עדכני) תבטיח את יציבותן הפיננסית של קופות החולים.
- ◆ הגדלת יכולת הבחירה של המטופל בין מטפלים שונים, מכיוון שהיצע המטפלים יהיה גדול יותר.
- ◆ שיפור אחריות הדיווח (accountability) במערכת בריאות הנפש, הן של בתי החולים הפסיכיאטריים בפני הגוף המממן (קופות החולים) והרופא הראשוני, והן של הקופות בפני צרכני בריאות הנפש (שמיר, 2006ב).
- ◆ החבירה לרפואה הכללית עשויה להגדיל את טווח הלקוחות של בריאות הנפש ולשלב אותם בתהליכי שיקום פיזיים "רגילים" (למשל בעקבות שבץ, סרטן או תאונת דרכים), ובכך לתרום לשיפור הטיפול הרפואי בכלל.
- ◆ שיפור במעמדם המקצועי של הרופאים הפסיכיאטריים כך שלא יהוו יותר "מקצוע חורג" בין המקצועות הרפואיים האחרים.
- ◆ שילוב בריאות הנפש בקופות החולים יאפשר פיקוח על מתן הטיפול על-ידי מטפלים שאינם מומחים בבריאות הנפש ויבטיח טיפול ברמה גבוהה יותר.

ב. תוצאות ביניים - חששות

חששות משיקולים ארגוניים:

- ◆ חשש מהקטנת הביקוש לשירותים במגזר הפרטי, אם השירותים במגזר הציבורי יהיו איכותיים, זמינים ופחות יקרים, ועל כן פגיעה אפשרית בהכנסות ממתן הטיפולים במסגרת הפרטית.
- ◆ חשש מפגיעה בהתמחות ובהכשרה של מטפלים.
- ◆ חשש שבשל שיקולים של עלות-תועלת יעדיפו הקופות להעביר חולים לטיפול אצל פסיכולוגים, עובדים סוציאליים או בעלי מקצועות טיפוליים אחרים, שעלות העסקתם נמוכה יותר.
- ◆ סגירת המרפאות במתכונתן הנוכחית והעברתן לקופות החולים עלולה לפגוע בקשר ההדוק שנקרם בין המרפאות למערכת הרווחה, ובכך לפגוע בטיפול הכוללני שניתן בהצלחה עד היום.
- ◆ משרד הבריאות עלול לאבד שליטה על התקציבים ועל הספקת השירותים (סייקס, 2006).
- ◆ הרפורמה עלולה לעורר התנגדות של כוח האדם הן בבתי החולים הפסיכיאטריים והן במרפאות האמבולטוריות של המשרד ולגרום לסכסוכי עבודה. המשרד יאלץ להתמודד איתם ולמצוא פתרונות לעובדים שלא ישתלבו ברפורמה.⁴

⁴ באופן עקרוני, המשרד התחייב שלא לפטר את העובדים בשירותי בריאות הנפש או להגיע איתם להסדרים מוסכמים אחרים (כמו פרישה מוקדמת או מתן חל"ת והתחייבות לקליטה חוזרת במקרה הצורך). התחייבות זו ניתנה על-ידי דב פסט, סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד הבריאות, כנס המי"ל, 2006. בהתאם לכך מצהירים ראשי המערכת כי לא תסגרנה מרפאות בריאות הנפש בטרם תתחייבנה הקופות להקמה ולפיתוח של שירותים חלופיים. הצהרות אלה מבוססות, כפי הנראה, על הבנות שהגיעו אליהן עם משרד האוצר, אך הן אינן מעוגנות בהסכם הכתוב (אלרואי דה-בר, 2006).

חששות לגבי היתכנות שיפור איכות הטיפול:

- ◆ עיקר הדגש בהסכם הוא על חיסכון בעלויות, ולא על שיפור איכות הטיפול. מדדי הבקרה שנבנו בו הם כספיים, או מדדי ביצוע שיש להם השלכות על עלויות, ולא מדדים של איכות טיפול. על כן, יש חשש שאין תמריץ לשיפור איכות הטיפול.
- ◆ יש הטוענים כי החלטה על סגירת המרפאות בעתיד פוגעת בתפקודן כבר היום, וכי כבר ניתן לראות הידרדרות מתמשכת ברמת הטיפול ובמוראל העובדים.

חששות לגבי פגיעה באוכלוסיות מיוחדות:

- ◆ התעריף הגבוה של השתתפות עצמית בביקור אצל רופא עצמאי שנקבע בהסכם עלול לעודד את הקופות להעדיף פיתוח של שירותים המבוססים על התקשרות חוזית עם מטפלים עצמאיים, והבטחת טיפולים נוספים במסגרת הביטוחים המשלימים. כתוצאה מכך, חלק מן המטופלים יתקשו לעמוד בעלות הטיפול וכך יוחרף אי-השוויון בין מטופלים על רקע יכולת כלכלית.
- ◆ נוסחת הקפיטציה (כפי שנוסחה בהסכם) אינה מספקת תמריץ מספיק לטיפול בחולים הקשים.
- ◆ אם התקציב לא יהיה מסומן (ear-marked), הקופות עלולות להשתמש בכספים הנוספים לפיתוח שירותים לאוכלוסיות אחרות ולהזניח את נפגעי הנפש.
- ◆ יש החוששים להזנחת החולים הקשים ביותר, המהווים אוכלוסייה חלשה שאינה מסוגלת לדרוש את זכויותיה, שתלווה בפיתוח מגוון טיפולים לאוכלוסייה עם סימפטומים יותר קלים בשל שיקולים כלכליים (סייקס, 2006).

חששות נוספים:

- ◆ הטענה כי נוסחת הקפיטציה אינה מעודדת דיה לכיסוי הוצאות הקופות על הטיפול בבריאות הנפש מזמינה את קופות החולים להפעיל לחצים על משרדי הממשלה במהלך קביעת נוסחת הקפיטציה.
- ◆ תקופת המעבר היא רגישה וצריכה להיות בה תוספת תקציבית ולא צמצום תקציבי. לפיכך, מובע חשש שאי-תוספת תקציבית יפגע בתהליך.

התרשים להלן, מסכם את הכתוב לעיל ומציג מודל מושגי של הערכת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. מודל זה הנו בסיס לחשיבה ולדיון על הסוגיות הכרוכות בהערכת השלכות הרפורמה המבנית בנושאים אלה:

1. נושאים כלכליים הקשורים לרפורמה ובהם הקפיטציה ונושא ההשתתפויות העצמיות.
2. השפעות הרפורמה על הצרכן (נגישות שירותים, שביעות רצון ועוד).
3. היערכות קופות החולים לשינוי.
4. השלכות הרפורמה על מערך הרפואה הראשונית (נותני השירות והמבוטחים) - הממשק שבין הרפואה הראשונית לבין בריאות הנפש.
5. השימוש בשירותים של האוכלוסייה המוגדרת כחולי נפש.
6. הקשר שבין הרפורמה הביטוחית לשירותי השיקום.

רכיבי הרפורמה הביטוחית:

- מינואר 2007 תעבור האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים
- **רכיבי הרפורמה המרכזיים:**
 - * העברת האחריות להספקת השירותים לקופות החולים
 - * הגדרת סל שירותים בסיסי לבריאות הנפש
 - * פיצוי הקופות על-פי נוסחת קפיטציה

שינויים נוספים בבריאות הנפש בישראל:

- רפורמה שיקומית ומבנית
- הקטנת מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי

פעולות נלוות של הגורמים המעורבים:

- הכספים לפסיכיאטריה במשרד הבריאות יחולקו בין הגורמים השונים
- סגירה הדרגתית של מרפאות אמבולטוריות ממשלתיות
- משרד הבריאות ינסה להפעיל את המרפאות הממשלתיות באמצעות קופות החולים או גורם אחר
- משרד האוצר יקצה כסף מיועד לתמיכה בקופות החולים לשם פיתוח שירותים לבריאות הנפש בקהילה (מעבר לקפיטציה)

תוצאות ביניים ארגוניות:

- הפחתת התקנים לעובדים בבריאות הנפש במשרד הבריאות
- לא יועסקו עובדים נוספים במרפאות במסגרת האגודה לבריאות הציבור
- פיתוח השירותים לחולים קלים תוך פגיעה בשירותים לחולים קשים
- **היערכות קופות החולים:**
 - * החלטה על קניית שירותים מול הספקת שירותים
 - * התארגנות ותכנון יישום הרפורמה
 - * שינויים אפשריים בתמהיל של עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, ופסיכיאטרים

תוצאות סופיות מתוכננות:

- הקטנת הסטיגמה של טיפולים נפשיים
- הגדלת זמינות השירותים וגישותם
- הסרת חסמים נוספים בפניה של האוכלוסייה הכללית לשירותי בריאות הנפש
- יצירת רצף טיפולי
- הגדלת היעילות בשימוש במקורות
- שיפור מעמד המקצוע והשירות
- שיפור רמת השירות
- הוצאות תפקיד הספקת השירותים מידי משרד הבריאות והרחבת תפקידו כרגולטור

תוצאות ביניים הקשורות לבעלי עניין:

- התנגדות של כוח אדם מצד בתי החולים הפסיכיאטריים (מנהלי בתי החולים)
- התנגדות של כוח אדם במשרד הבריאות ובקופות החולים
- לחצים על משרדי הממשלה במהלך קביעת נוסחת הקפיטציה
- שיתוף פעולה לקוי בין הגורמים השונים האחראים על יישום הרפורמה.
- פגיעה במוראל של העובדים בתחנות לבריאות הנפש של משרד הבריאות

תוצאות סופיות לא-מתוכננות:

- סינון ודחיה של מטופלים קשים
- פגיעה באיכות הטיפול
- פגיעה בעדכון סל השירותים בבריאות הנפש
- ויתור על טיפול בגלל המחיר
- קופות החולים ישתמשו במקורות הכספיים הנוספים לפיתוח שירותים אחרים בסל
- לא יצליחו להביא לפתיחת מרפאות לבריאות הנפש באמצעות גורם שאינו משרד הבריאות
- ביקוש-יתר לשירותים
- הרעה בקשר בין הטיפול הרפואי לשיקום
- פגיעה באוטונומיה המקצועית של המטפלים בשל העדפת שיקולים תקציביים על שיקולים מקצועיים

רשימת מקורות

אבירם, א'; גיא, ד'; סייקס, י'. 2006. "הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995-1997: הזדמנות שהוחמצה". **ביטחון סוציאלי** 71: 53-83.

אבירם, א'; רוזן, ה'. 1998. "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי". **חברה ורווחה** י"ח(1): 161-189.

אלרואי דה-בר, ה. 2006. "הפסיכיאטרים חוששים: הרפורמה תפגע בחולים". **NRG** 16.10.2006. <http://www.nrg.co.il/online/43/ART1/491/974.html> (תאריך כניסה 01.02.2007).

בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות. 2005. אתר הבית/פרסומים/הודעות לעיתונות. www.bizchut.org.il/heb/upload/.press/reformapress.html (תאריך כניסה 04.02.2007).

בליך, א'. 2006. "רפורמה לקויה". **הארץ** 26.11.2006.

בליך, א'. 2006. הרצאה: "ההשלכה המקצועית של ההסכם על החולים, הציבור ומקצוע הפסיכיאטריה". **כנס המי"ל: העברת בריאות הנפש לקופות החולים - רפורמה אמיתית או העברה תקציבית?** כפר המכביה, 20.12.2006, תל אביב.

גרוס, ר'; פלדמן, ד'; רבינוביץ', י'; גרינשטיין, מ'; ברג, א'. 1998. "מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל - מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש". **הרפואה** 34(ה): 348-341.

חבר, א'; שני, מ'; קוטלר, מ'; פסט, ד'; אליצור, א'; ברוך, י'. 2005. "הרפורמה בבריאות הנפש - מאין ולאן". **הרפואה** 144 (ה').

המוסד לביטוח לאומי, 2006. **סקירה שנתית לשנת 2005**. מנהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. 2002. **כנס ים-המלח**. מושב בריאות הנפש.

מעוז, ב. 1998. "פסיכיאטריה ורפואה ראשונית בישראל". **חברה ורווחה** י"ח(1): 65-74.

מרק, מ'; קפלן, ז'; גרינשפון, א'. 2006. "תהליך יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש: מדו"ח מבקר המדינה 1991 לתמונת מצב 2002". בתוך: **שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות**. אבירם, א'; גינת, י'. (עורכים). עמ' 81-96. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.

משרד הבריאות. 2006. **שנתון סטטיסטי 2006**. האגף לשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים.

משרד הבריאות ומשרד האוצר. 2006. **סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות**. 17.09.2006. ירושלים.

משרד הבריאות. 2004. **שנתון סטטיסטי 2004**. האגף לשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים.

סייקס, י'. 2006. "העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשרד הבריאות לקופות החולים: מדיניות במבוי סתום". בתוך: **שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות**. אבירס, א'; גינת, י'. (עורכים). עמ' 97-112. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.

פסט, ד'. 2006. דברים שנאמרו בפאנל על "היום שאחרי החלת הרפורמה". **כנס המי"ל: העברת בריאות הנפש לקופות החולים - רפורמה אמיתית או העברה תקציבית?** כפר המכביה, 20.12.2006, תל אביב.

קופותחולים. אתרי הקופות: www.meuhedet.co.il, www.maccabi-health.co.il, www.clalit.org.il, www.leumit.co.il

שטרס-כהן, ח'. 2006. הרצאה: "האם רפורמה? הצהרות ומציאות". **כנס המי"ל: העברת בריאות הנפש לקופות החולים - רפורמה אמיתית או העברה תקציבית?** כפר המכביה, 20.12.2006, תל אביב.

שמיר, א'. 2006א. "תחלואת הנפש - בת חורגת במערכת הבריאות בישראל". בתוך: **שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות**. אבירס, א'; גינת, י'. (עורכים). עמ' 137-158. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.

שמיר, א'. 2006ב. הרצאה: "העברת בריאות הנפש מנקודת מבט של ציבור המבוטחים". **כנס המי"ל: העברת בריאות הנפש לקופות החולים - רפורמה אמיתית או העברה תקציבית?** כפר המכביה, 20.12.2006, תל אביב.

שמר, י'. 2006. הרצאה: "העברת בריאות הנפש לקופות החולים - האמנם רפורמה?" **כנס המי"ל: העברת בריאות הנפש לקופות החולים - רפורמה אמיתית או העברה תקציבית?** כפר המכביה, 20.12.2006, תל אביב.

שרשבסקי, י'. 2006. "שיקום נכי נפש בקהילה בישראל - תהליכים ואתגרים". בתוך: **שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות**. אבירס, א'; גינת, י'. (עורכים). עמ' 357-387. הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.

נספח I: מבנה שירותי בריאות הנפש

עד לשנות השבעים, בתי החולים הפסיכיאטריים היו לב השירות בבריאות הנפש. מספר המיטות הפסיכיאטריות היה אז בשיאו: 2.7 מיטות ל-1,000 איש. בשנות השבעים הוקמו לראשונה מרכזים לבריאות הנפש בקהילה, וכן בתי חולים פרטיים. עם התגבשות הגישה התומכת ברצף טיפולי ובטיפול בקהילה בשנים אלה, החל טיפון-טיפין צמצום במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי. אולם, היות שהתקצוב נקבע על-פי תקני המיטות ואחוזי התפוסה, לא היה תמריץ לשחרר חולים תוך פרק זמן קצר ולפתח בעבורם חלופות בקהילה (מרק ואחרים, 2006). פיתוח השירותים הקהילתיים היה מועט, בין השאר משום שקופות החולים לא היו מעוניינות בפיתוח שירותים קהילתיים, ואף הפעילו לחץ על משרד הבריאות לקבוע את אחריות המדינה למימון ולהספקת שירותי בריאות הנפש על בסיס אזורי.

שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות כוללים כיום שבע יחידות מרכזיות: שירותי שיקום, שירותים אמבולטוריים, שירותי אשפוז, התמכרויות, פסיכיאטריה משפטית, התנהגות אוכלוסייה בשגרה ובחירום ומחקר, הערכה ותכנון. כל תושב ישראלי הסובל ממצוקה נפשית יכול כיום לפנות באופן עצמאי לבדיקה ללא תשלום במרפאה הציבורית. השירות הניתן במרפאה האמבולטורית כולל: מניעה, איתור מוקדם, מיון והערכה ופסיכותרפיה. שירות זה ניתן בידי צוות של מומחים בתחום בריאות הנפש: פסיכיאטריה, סיעוד, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית וריפוי בעיסוק. בישראל פועלות 114 מרפאות אמבולטוריות, מהן - 64 בבעלות ממשלתית, 36 בבעלות שירותי בריאות כללית ו-14 בבעלות ציבורית. חמישים אחוזים מהמרפאות הציבוריות מצויות בבתי חולים כלליים.

לצד המרפאות האמבולטוריות קיימים בישראל 20 בתי חולים פסיכיאטריים (10 בבעלות ממשלתית, 6 בבעלות פרטית, 2 ציבוריים ו-2 בבעלות שירותי בריאות כללית), ו-12 מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ומחלקה אחת בבית סוהר. שירותי האשפוז ניתנים במסגרת אשפוז מלא או אשפוז יום, בהתאם לחומרת המצב והצרכים.

בנוסף, משרד הבריאות מפעיל ארבעה מרכזים אמבולטוריים לטיפול בהתמכרויות. מרכזים אלה מספקים שירותי אבחון, טיפול פרטני, משפחתי וקבוצתי ושירותי דה-טוקסיפיקציה.

בעשור שחלף מ-1994 עד ל-2004 גדל תקציב בריאות הנפש פי 2.4 (בערכים נומינליים), אך שיעור תקציב בריאות הנפש מסך תקציב משרד הבריאות ירד מ-12.9% ל-6.2%.

לצד מערכת שירותי בריאות הנפש שמפעיל משרד הבריאות, קופות החולים חייבות, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לספק שירות מרפאתי להתייעצות לאבחון ולטיפול פסיכיאטרי (סעיף 1/ב לתוספת השנייה), וכן לספק שירות פסיכולוגי, הכולל: אבחון והערכה פסיכולוגיים, ייעוץ פסיכולוגי במרפאות ראשוניות, טיפול פרטני זוגי ומשפחתי, התערבות פסיכולוגית בזמן משבר וכיוצא בזה (סעיף 22/ד לתוספת השנייה). כמו כן, הקופות מחויבות לספק טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במצבים חריפים ובמחלות ממושכות. אף על פי כן, חלקן מספקות שירותים אלה כחלק מסל השירותים, והאחרות מספקות שירותים אלה במסגרת הביטוח המשלים שלהן. הקופות מספקות שירותי בריאות

הנפש באמצעות מרפאות שלהן ובאמצעות קניית השירותים ממרפאות משרד הבריאות או ממטפלים עצמאיים. טיפולים אלה כרוכים בהשתתפות עצמית גבוהה (שמיר, 2006א). נוסף על כל אלה, שירותי בריאות כללית מספקת גם שירותי אשפוז פסיכיאטריים בשני בתי החולים הפסיכיאטריים שבבעלותה. היקף המטופלים במסגרות חצי-פרטיות מוערך בכ-51,000 איש, לעומת כ-85,000 איש המטופלים במערכת הציבורית (שמיר, 2006א).

במקביל, קיימת מערכת נרחבת של שירותי בריאות נפש המסופק באופן פרטי. אין לנו מידע פורמלי על היקף הפעילות במסגרת זו, אולם הערכת ועדת שני משנת 2002 (שמיר, 2006א) אומדת את היקפה בכ-114,000 מטופלים. אומדן התשלום הממוצע לשנה על טיפול בשוק הפרטי עומד על 2,400 ש"ח למטופל, סכום הגבוה מהתשלום הממוצע לשנה הן למטופל במערכת הציבורית (1,600 ש"ח) והן למטופל במסגרת חצי-פרטית (אומדן של 1,800 ש"ח). עוד ידוע כי מקרב כ-3,500 פסיכיאטרים ופסיכולוגים קליניים, פחות ממחצית עובדים במסגרת הציבורית. לפיכך, היקף המטפלים הפעילים בשוק הפרטי מוערך בכ-2,000 מטפלים (שמיר, 2006א). מסקר שערך מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנת 1997 עלה כי 22.2% מהמרוואיינים שחשו מצוקה נפשית רכשו שירותי בריאות נפש במסגרות פרטיות.

נספח II: הרחבה על הסוגיה התקציבית

הנחת העבודה של משרד האוצר היא כי עלות סל שירותי בריאות הנפש יעמוד על כ-1.227 מיליארד ש"ח (משרד הבריאות ומשרד האוצר, 2006). סך התקציב לפסיכיאטריה העומד לרשות משרד הבריאות בשנת 2007 הוא 1.476 מיליארד ש"ח (59.5 מיליון ש"ח מהם הם מקורות תקציביים בהוצאה מותנית). מתקציב זה יועברו 946.5 מיליון ש"ח לקופות החולים; היתרה תוקצה לתחומים שעדיין ייוותרו באחריות משרד הבריאות, כגון: הנהלה, גמילה, אסירים, אוטיסטים ושיקום נכי נפש בקהילה. לסכום זה יתווספו העברות מביטוח לאומי בגין אשפוז ממושך (בסך 18.3 מיליון ש"ח) וכן "מקורות קיימים" (בסך 120 מיליון ש"ח), דהיינו כספים שקופות החולים מוציאות היום באופן וולונטרי מתקציבן על שירותי בריאות הנפש שהן מספקות לחבריהן. לפיכך, סך-כל המקורות המוקצים כיום לשירותי בריאות הנפש מסתכמים בכ-1.085 מיליארד ש"ח ומשרד האוצר נדרש להשלים 142 מיליון ש"ח על-מנת להגיע למלוא המימון של הסל.

$$1,226.9 = 142.1 + 120 + 18.3 + 946.5$$

תקציב לשנת 2010, במיליוני ש"ח:

<p>↑</p> <p>סך-כל עלות סל שירותי בריאות הנפש</p>	<p>↑</p> <p>השלמה ממשרד האוצר</p>	<p>↑</p> <p>מקורות קיימים בבסיס הסל</p>	<p>↑</p> <p>העברות מביטוח לאומי בגין אשפוז ממושך</p>	<p>↑</p> <p>תקציב השירותים הפסיכיאטריים במשרד הבריאות</p>
--	---	---	--	---

בהתאם להסכם, יגדל בשנת 2007 תקציב קופות החולים בסכום של 986.6 מיליון ש"ח שיצטרף ל-120 מיליון ש"ח הקיימים בקופות החולים ומוקצים כבר היום לטובת בריאות הנפש. הסכום הכולל בשנת 2007 יכסה 90.2% מסך עלות סל שירותי בריאות הנפש המשוערת. היתרה, בסך 120.3 מיליון ש"ח תתווסף לעלות הסל בפריסה שווה בשנים 2008-2010.

סל שירותי בריאות הנפש יחולק בין השירותים השונים כדלהלן: האשפוז עדיין יזכה לחלק הארי של התקציב - 748.9 מיליון ש"ח (=61%), אשפוז/טיפול יום - 63.7 מיליון ש"ח (5.2%), ושירותים אמבולטוריים - 414.3 מיליון ש"ח (33.7%) (בהתבסס על הערכה של 2.7 ביקורים במוצע בשנה בעלות של 160 ש"ח לביקור).

ההקצאה בין הקופות בשנת 2007 תעשה באופן הבא: 769.4 מיליון ש"ח (שהם כ-63% מסך עלות שירותי בריאות הנפש) יחולקו בין הקופות בהתבסס על התפלגות צריכת ימי האשפוז הפסיכיאטרי של חבריהן בשנת 2005. היתרה תחולק על-פי נוסחת קפיטציה הכוללת שתי קבוצות גיל (0-24 ו-25+). לכל אחת מהקבוצות מחושבת עלות השירותים הממוצעת על-פי צריכה אמבולטורית שנקבעה: 15 ביקורים לצורך קבלת טיפול נפשי ל-2% מהקבוצה הצעירה ו-10 ביקורים ל-4% מהקבוצה הבוגרת. חישוב קפיטציה זה יתווסף לנוסחת הקפיטציה הרגילה ויחולק במסגרתה. בלוח להלן מוצגים מקדמי הקפיטציה החדשים לכל קבוצת גיל, עם כניסת הרפורמה לתוקף.

מקדם קפיטציה	קבוצת גיל
1.52	0
0.96	4-1
0.47	14-5
0.40	24-15
0.58	34-25
0.69	44-35
1.07	54-45
1.68	64-55
2.83	74-65
3.52	84-75
4.01	85+

יצוין, כי נוסחה זו אינה מתחשבת בחומרת האבחנה הרפואית אלא רק בגיל המטופל, ולפיכך היא עלולה להוות תמריץ שלילי לקופות להשקיע בחולים קשים ויקרים. נוסחת הקפיטציה תיבחן מחדש לקראת סוף 2010.

זאת ועוד, ההסכם מעמיד שורה של תמריצים כלכליים לגופים המעורבים השונים: קופות החולים, בתי החולים והמרפאות האמבולטוריות.

נספח III: עמדות בעלי העניין, ציפיות לתוצאות ביניים חיוביות וחששות מהרפורמה ומיפוי האינטרסים שלהם

משרד הבריאות

לדברי בכירים במשרד הבריאות, המשרד מקבל את העיקרון הרווח לפיו אין להפריד בין טיפול פיזי לטיפול נפשי. בנוסף, צפוי כי הרפורמה תאפשר למשרד הבריאות להתמקד בעיצוב מדיניות ובפיקוח. אולם, במשרד יש הצופים שורה של תוצאות ביניים שליליות:

◆ המשרד יאבד שליטה על התקציבים ועל הספקת השירותים (סייקס, 2006).

◆ הרפורמה עלולה לעורר התנגדות של כוח האדם הן בבתי החולים הפסיכיאטריים והן במרפאות האמבולטוריות של המשרד, ולגרום לסכסוכי עבודה. המשרד יאלץ למצוא פתרונות לעובדים שלא ישתלבו ברפורמה. באופן עקרוני, המשרד התחייב לא לפטר את העובדים בשירותי בריאות הנפש ולנסות למצוא להם מקומות עבודה חלופיים במסגרת המשרד או להגיע איתם להסדרים מוסכמים אחרים (כמו פרישה מוקדמת או מתן חל"ת והתחייבות לקליטה חוזרת במקרה הצורך) (פסט, 2006). בהתאם לכך, ראשי המערכת מצהירים כי מרפאות בריאות הנפש לא תסגרנה בטרם הקופות תתחייבנה להקמה ולפיתוח של שירותים חלופיים. הצהרות אלה מבוססות, כפי הנראה, על הבנות שהגיעו אליהן עם משרד האוצר, אך הן אינן מעוגנות בהסכם הכתוב (אלרואי דה-בר, 2006).

חששות לגבי איכות הטיפול:

◆ עיקר הדגש בהסכם הוא על חיסכון בעלויות ולא על שיפור איכות הטיפול. אי לכך, מדדי הבקרה שנבנו בו הם כספיים או שהם מדדי ביצוע שיש להם השלכות על עלויות, ולא מדדים של איכות טיפול.

◆ המעבר בין שירותי בריאות הנפש והשיקום אינו רציף וקל ואינו "תפור" היטב.

◆ הקטנת היצע המרפאות נעשית בעת שמצפים להגדלת הביקושים. סגירת המרפאות לבריאות הנפש בשלב המעבר קבועה מראש ואינה מותנית בהתחייבות קופות החולים לפתוח מרפאות חלופיות. כמו כן, ההסכם אינו מבטיח תמריצים מספקים לקופות לפתח שירותים אלו.

◆ הסל המוצע אינו כולל רכיבים חיוניים לטיפול בילדים ובבני נוער (הדרכות משפחתיות, התערבויות בבתי ספר) ולטיפול במצבי משבר אחרי אירועי חיים (גירושין, פיטורין, אבל).

חששות לגבי פגיעה באוכלוסיות מיוחדות:

◆ התעריף הגבוה של השתתפות עצמית בביקור אצל רופא עצמאי שנקבע בהסכם, עלול לעודד את הקופות להעדיף פיתוח של שירותים המבוססים על התקשרות חוזית עם מטפלים עצמאיים. כתוצאה מכך, חלק מן המטופלים יתקשו לעמוד בעלות הטיפול, וכך, יוחרף אי-השוויון בין מטופלים על רקע יכולת כלכלית.

◆ נוסחת הקפיטציה (כפי שנוסחה בהסכם) אינה מספקת תמריץ מספיק לטיפול בחולים הקשים.

◆ אם התקציב לא יהיה מסומן (ear-marked), הקופות עלולות להשתמש בכספים הנוספים לפיתוח שירותים לאוכלוסיות אחרות ולהזניח את נפגעי הנפש.

חששות נוספים:

- ◆ נוסחת הקפיטציה אינה מעודנת מספיק כדי לכסות את הוצאות הקופות על הטיפול בבריאות הנפש.
- ◆ מבוטחים הזקוקים לשירותי בריאות הנפש אינם נוטים לעבור קופה, וכתוצאה מכך חסר לחץ תחרותי שיגרום לקופת החולים לשפר את איכות הטיפול.

משרד האוצר

- גם משרד האוצר תומך מאוד ברכיב הביטוחי של הרפורמה. המשרד מעוניין באופן עקרוני לצמצם עד כמה שניתן את הספקת השירותים על-ידי הממשלה, ובכלל זה את הספקת שירותי בריאות הנפש על-ידי משרד הבריאות. לפי עמדת האוצר התוצאות הצפויות הן:
- ◆ הרפורמה תאפשר למשרד הבריאות להתמקד בפיקוח וברגולציה על הספקת השירות.
 - ◆ הזכאות בסל השירותים תוגדר באופן ברור, דבר שימנע ויכוחים על אחריות.
 - ◆ הגדרת סל שירותים (המבוסס על תמחור עדכני) תבטיח את יציבותן הפיננסית של קופות החולים.
 - ◆ הרפורמה תאפשר צמצום מיטות האשפוז ל"שיעורים המקובלים" בעולם המערבי (היעד הוא 0.45 מיטות לאלף איש).
 - ◆ הרפורמה תעודד רציונליזציה של השימושים במערך השיקום באמצעות הפנמת סיכונים של עלויות השיקום על-ידי הקופות (cost sharing).

חשש:

- ◆ במשרד האוצר חוששים מפריצה תקציבית. על כן, הם רוצים להגדיר את "סל השירותים", לקבוע cap על אשפוז, לקבוע פיקוח על מחירים, לקבוע השתתפות עצמית ולקבוע פרמטרים ליעילות הטיפול.

קופות החולים

קופות החולים נבדלות זו מזו, הן ברמת ההיערכות לרפורמה והן בשיעור נפגעי הנפש הנמנים על חבריהן. שירותי בריאות כללית מפעילה שני בתי חולים פסיכיאטריים ומרפאות בריאות הנפש מימים ימימה. כל הקופות, כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת, מספקות שירותי בריאות נפש במסגרת הביטוח המשלים באמצעות התקשרויות עם רופאים עצמאיים (אתרי הקופות). כמו כן, הרפורמה בבריאות הנפש אינה נוגעת במידה שווה לכלל הקופות: מבוטחי שירותי בריאות כללית מהווים 65.5% מהמטופלים במרפאות האמבולטוריות. יתר המטופלים מתחלקים בין הקופות האחרות: מכבי (12.8%), מאוחדת (7.6%) ולאומית (9.6%). הנתונים דומים לגבי מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים (משרד הבריאות, 2006).⁵ עם זאת, נראה כי עמדותיהן של הקופות בנוגע לרפורמה הן די דומות.

⁵ התפלגות זו שונה מהתפלגות האוכלוסייה הכללית בין הקופות בשנת 2006 שהיא: שירותי בריאות כללית - 54%, קופת חולים לאומית - 10%, מכבי שירותי בריאות - 24%, קופת-חולים מאוחדת - 13%.

ככל יתר הגורמים המעורבים, גם קופות החולים מביעות תמיכה בשילוב רפואת גוף ונפש וביצירת רצף טיפולי אשפוז-קהילה. הקופות מציגות עצמן כמעוניינות להבטיח טיפול אופטימלי לחבריהן ומבקשות לתת להן את האמצעים הכספיים לעשות כן. לפיכך, מרבית חששותיהן סובבים סביב נושאי התקציב והכספים (שמר, 2006).

- ◆ קופות החולים טוענות כי התקציב המועבר במסגרת ההסכם הנו תת-תקצוב בסדר גודל של 300 מיליוני ש"ח. תקצוב זה ימנע הענקת שירות זמין ואיכותי.
- ◆ תקופת המעבר היא רגישה, וצריכה להיות בה תוספת תקציבית ולא צמצום תקציבי.
- ◆ מנכ"ל אחת הקופות הביע דעה כי צריך להעביר תקציב ייעודי (ear-marked) כדי שלא יהיה תמריץ להפנות חלק מהכספים לפעילויות הנוכחיות של הקופות (במסגרת התוספת השנייה), וכתוצאה מכך להזניח את האוכלוסייה החלשה ביותר.
- ◆ הקופות מתרעמות על ה"קנס" שהן מקבלות על כך שסיפקו שירותי בריאות הנפש באופן וולונטרי, שכן סכום זה יורד מהתקציב הכולל לשירות.
- ◆ קופות החולים טוענות כי הגדרת הסל אינה ריאלית: עלות מגע בודד גבוהה מ-160 ש"ח ותקרת הטיפולים שנקבעה לכל מחלה נמוכה מדי.
- ◆ מעבר לכך, גם בקופות החולים מובע חשש הנוגע להתגברות שיקולים כלכליים על שיקולים רפואיים-מקצועיים. חשש זה הובע במיוחד נוכח קיומה של מערכת תמריצים, המעודדת הגבלה של מספר המטופלים הנשלחים לשיקום.

ההסתדרות הרפואית (הר"י)

ההסתדרות הרפואית יצאה במסע הסברה, לפיו היא תומכת ברפורמה, אך מתנגדת להסכם שנחתם בין משרד הבריאות למשרד האוצר. התמיכה ברפורמה מבוססת על תמיכתה העקרונית של הר"י בשילוב של הטיפול בגוף ובנפש. עם זאת, לדעתה, יש לתקן פרטים רבים בהסכם או להבהירם, בטרם תצא הרפורמה לדרך.

חששות לגבי סגירת המרפאות:

- ◆ ההסכם כולל במפורש ובמפורט את כל הפרטים הנוגעים לסגירת המרפאות, אך אינו מציע תכנית פעולה קונקרטית לפתיחה של שירותים חלופיים (אלרואי דה-בר, 2006). כמו כן, סגירת המרפאות תקטין את היצע השירותים ותגדיל את העומס הקיים ממילא.
- ◆ סגירת המרפאות מבטאת ויתור על ידע וניסיון שנצברו לאורך השנים.
- ◆ החלטה על סגירת המרפאות בעתיד פוגעת בתפקודן כבר היום. כלומר ישנה הידרדרות מתמשכת ברמת הטיפול ובמוראל העובדים.

חששות לגבי פגיעה במטופלים ובאוכלוסיות מיוחדות:

- ◆ ההסכם יוצר תמריצים להמעיט בהפניה לשיקום. כתוצאה מכך, צפוי לגדול הביקוש למיטות אשפוז (הנמצאות במגמת קיצוץ) בניגוד לרוח הרפורמה.
- ◆ חשש מהגדלת אי-השוויון: הקופות עלולות להפנות את רוב מרצן למשיכת החולים המטופלים כיום באופן פרטי במסגרת "רפואה משלימה", ואילו מעוטי היכולת לא יוכלו לעמוד בעלות ההשתתפות העצמית.

- ◆ ההסכם אינו מציע מענה לאוכלוסיית קוד Z ולחולים לא-כרוניים.
- ◆ חשש מפגיעה בקבוצות החלשות שמבין חולי הנפש, ילדים וקשישים, בשל חוסר התאמה בין ההסכם לבין הצרכים בשטח.

חששות נוספים לגבי ההסכם:

- ◆ התקציב המועבר במסגרת ההסכם נתפס כתת-תקצוב בסדר גודל של 300 מיליון ש"ח.
- ◆ המטרה של ההסכם אינה ראויה: המטרה הנוכחית היא ריסון ביקושים בעוד שהיא צריכה להיות מתן טיפול אופטימלי.
- ◆ חשש שמספר הטיפולים הממוצע לכל סוג מחלה יהפוך למספר המרבי של הטיפולים, דבר שיפגע ברציפות ובאיכות הטיפול.

מטפלים בבריאות הנפש

הרופאים הפסיכיאטריים והפסיכולוגים מצהירים על תמיכתם העקרונית ברפורמה, אך הואיל ולרפורמה יש השפעות נרחבות על עבודתם הם מביעים חששות רבים. חששות אלה מתחלקים בין חששות מקצועיים לגבי איכות הטיפול לבין חששות ארגוניים לגבי עתידם התעסוקתי. היות שהפסיכולוגים אינם רופאים, חששותיהם מהמעבר גדולים יותר מחששותיהם של הפסיכיאטרים.

רופאים פסיכיאטרים

הרופאים הפסיכיאטרים מביעים את תמיכתם המקצועית הכנה בעיקרון השילוב בין גוף לנפש ובהקפדה על רצף טיפולי (גוף-נפש, אשפוז-קהילה). חלקם סבורים כי הרפורמה יכולה להביא עמה יתרונות נוספים למערכת, כגון:

- ◆ הקטנת הסטיגמה המלווה את נכי הנפש.
- ◆ הגדלת יכולת הבחירה של המטופל בין מטפלים שונים מכיוון שהיצע המטפלים יהיה גדול יותר.
- ◆ מחויבות בתי החולים הפסיכיאטריים לגוף המממן (קופות החולים) עשויה לשפר את תפקודם היום-יומי מבחינת שקיפות, רמת התיעוד ואחריות הדיווח (accountability) כלפי הרופא בקופת החולים.
- ◆ הרפורמה עשויה לשפר את הטיפול ברמה הראשונית והשניונית.
- ◆ החבירה לרפואה הכללית עשויה להגדיל את טווח הלקוחות של בריאות הנפש ולשלב אותם בתהליכי שיקום פיזיים "רגילים" (למשל בעקבות שבץ, סרטן או תאונת דרכים), ובכך לתרום לשיפור הטיפול הרפואי בכלל.
- ◆ טיפולים קצרי-מועד עשויים להיות טובים לאחדים (ומנגד עלולים להיות רעים לאחרים).
- ◆ שיפור במעמדם המקצועי של הרופאים הפסיכיאטריים, כך שלא יהיו יותר בעלי "מקצוע חורג" בין המקצועות הרפואיים האחרים.

חששות מקצועיים-טיפוליים:

- ◆ חשש מהעובדה שאין התחייבות כתובה ו/או תמריצים לפתוח מרפאות של הקופות במקום המרפאות הממשלתיות שתסגרנה. התוצאה עלולה להיות הקטנת היצע השירותים, זאת בעוד שהצפי הוא לגידול בביקושים.
- ◆ החלטה על סגירה עתידית של המרפאות פוגעת כבר היום בצוות ובתפקודו המקצועי, ופוגמת באיכות הטיפול (בלייד, 2006ב).
- ◆ להערכתם, התקצוב הנו תקצוב-חסר. עובדה שתפגע בזמינות ואיכות הטיפול (בלייד, 2006א).
- ◆ חשש מהסתמכות-יתר על תרופות ("מדיקליזציה" של הטיפול) על-מנת לקצר את משך/מספר הטיפולים, במיוחד של אוכלוסיית קוד Z (בלייד, 2006ב). זאת, על אף שלשירותי בריאות הנפש יש היצע טיפולים "לא חודרניים", פסיכותראפיים, שהם אפקטיביים ומביאים לחיסכון בצריכת שירותי רפואה אחרים.
- ◆ חשש מהכנסת שיקולים כלכליים על חשבון שיקולים רפואיים-מקצועיים.
- ◆ חשש שמחויבות בית החולים לגוף המממן תביא לפגיעה בעצמאות המקצועית של הרופאים ולהכפפת שיקולים מקצועיים לשיקולים הכלכליים.

שיקולים ארגוניים:

- ◆ חשש מהקטנת הביקוש לשירותים במגזר הפרטי, אם השירותים במגזר הציבורי יהיו איכותיים, זמינים ופחות יקרים, ועל כן פגיעה אפשרית בהכנסות ממתן הטיפולים במסגרת הפרטית.
- ◆ חשש מפגיעה בהתמחות ובהכשרה של מטפלים.
- ◆ חשש שבשל שיקולים של עלות-תועלת הקופות יעדיפו להעביר חולים לטיפול אצל פסיכולוגים/עובדים סוציאליים, או מקצועות טיפוליים אחרים, שעלות העסקתם נמוכה יותר.

פסיכולוגים

הפסיכולוגים, כיתר הגורמים המעורבים השונים, אינם מביעים התנגדות פומבית לרפורמה. הם מעידים על תמיכתם בשילוב הטיפול הפיזי והנפשי, ומתגאים בעובדה שכבר היום הם נוקטים טיפול כוללני ביו-פסיכו-סוציאלי. עם זאת, חוסר שביעות רצונם מההסכם גדול וחששותיהם רבים.

חששות מקצועיים-טיפוליים:

- ◆ סגירת המרפאות עלולה להביא לקטיעת טיפולים רגישים באבם.
- ◆ סגירת המרפאות במתכונתן הנוכחית, והעברתן לקופות החולים, עלולות לפגום בקשר ההדוק שנרקם בין המרפאות למערכת הרווחה, ובכך לפגוע בטיפול הכוללני שניתן בהצלחה עד היום.
- ◆ הרפורמה אינה מספקת מענה לכל מי שנזקק לטיפול פסיכולוגי-קליני, אלא רק לאלה שיעברו אבחון פסיכיאטרי. ההסכם אינו כולל התערבויות בבתי ספר או הדרכות משפחתיות, ואינו כולל טיפול במצבי משבר לאחר אירועי חיים (שטרומ-כהן, 2006).
- ◆ חשש מהכפפת שיקולים מקצועיים לשיקולים כלכליים בעקבות סתירה שמזהים הפסיכולוגים בין המטרה המוצהרת של שיפור איכות הטיפול לבין המטרה האמיתית שהיא חיסכון תקציבי (המתבטאת בהגדרת סל שירותים מצומצם, ובחישוב "רזה" של שעות טיפול).

◆ חשש שהרפורמה לא תקטין את הסטיגמה, הן משום שהמטופלים יהיו חשופים לעין כל מי שמגיע למרפאה, והן משום שכדי להעניק טיפול גם לחולים הסובלים מבעיות קלות יחסית שאינן בסל, יהיה צורך לקטלג חולים אלה תחת שמות יותר סטיגמטיים (שטרומ-כהן, 2006).

חששות ארגוניים:

- ◆ סגירת המרפאות עלולה להביא לאבדן ידע מקצועי וארגוני שנצבר לאורך שנים.
- ◆ הקפאת קליטת מטפלים חדשים למרפאות האמבולטוריות תפגע בהכשרתם של מתמחים בפסיכולוגיה.
- ◆ חשש מהקטנת הביקוש לשירותים במגזר הפרטי אם השירותים במגזר הציבורי יהיו איכותיים, זמינים ופחות יקרים.
- ◆ חשש משינויים בעבודת המטפל - שינויים הקשורים לאופי הטיפול, לשיטות הטיפול, לקשר שבין מטופל למטפל ולצורך להציב יעדים מוגדרים להשגת תוצאות בזמן נתון ובמספר טיפולים מוגדר (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2002).

הקואליציה של ארגוני הצרכנים והמשפחות הפועלים בתחום בריאות הנפש

נפגעי הנפש ומשפחותיהם מביעים באמצעי התקשורת את דרישתם לקדם את הרפורמה בבריאות הנפש ולאחד את הטיפול הנפשי והפיזי תחת קורת-גג אחת. דרישה זו עולה בפורומים שונים, בהפגנות ובעתירה לבג"צ.

הסיבה המרכזית לתמיכת הקואליציה ברפורמה היא האמונה כי העברת הטיפול לקופות החולים תאפשר הקטנת הסטיגמה השלילית המלווה את חולי הנפש. הקואליציה תומכת בעיקרון של שילוב בריאות הנפש כבר ברפואה הראשונית. סיבה נוספת לתמיכת הקואליציה בקידום הרפורמה היא הגדלת פריסת השירותים שכבר כיום חסרים, והגדלת נגישותם. הקואליציה טוענת, מעבר לכך, כי הרכיב הביטוחי חיוני להשלמת הרכיב המבני והרכיב השיקומי שכבר הוצאו אל הפועל. כלומר, יש צורך לפתח מסגרות לטיפול רפואי בקהילה שתקלוטנה את המטופלים המשוחררים מבתי החולים הפסיכיאטריים (אתר "בזכות", 2005). לדעתה של הקואליציה, שילוב בריאות הנפש בקופות החולים יאפשר פיקוח על מטפלים חסרי הסמכה ויבטיח טיפול ברמה גבוהה יותר. זאת ועוד, התחרות בין קופות החולים תביא ליתר אחריות דיווח (accountability), ובכך תאפשר את שיפור איכות הטיפול (שמיר, 2006).

עם זאת ארגוני הצרכנים והמשפחות מעלים מספר חששות:

- ◆ חשש מפגיעה במערך השיקום המוצלח לאור התמריצים המופיעים בהסכם: קופה שלא תגדיל את מספר המטופלים הנשלחים לשיקום תזכה לכספי תמיכה; ואילו קופה שמספר מטופליה יגדל עד 10%, תזכה למחצית גובה התמיכה (סעיף 12 ד-ה' להסכם).
- ◆ חשש מהזנחת החולים הקשים ביותר, המהווים אוכלוסייה חלשה שאינה מסוגלת לדרוש את זכויותיה; ופיתוח מגוון טיפולים לאוכלוסייה עם סימפטומים יותר קלים בשל שיקולים כלכליים (סייקס, 2006).

- ◆ חשש שקופות החולים תפעלנה לפי התמריצים הכלכליים המוצבים בפניהן ולא לפי שיקולים מקצועיים הרואים את טובת המטופל. כתוצאה מכך הן עלולות לשמש "שומר סף" ולחסום את הדרך לטיפולים נחוצים ולשיקום.
- ◆ חשש מהסתמכות-יתר על תרופות ("מדיקליזציה") בשל הרצון לקצר את משך הטיפול.
- ◆ סגירת המרפאות הקיימות עלולה להביא לאי-יכולת לספק מענה על הביקוש הגבוה לשירותיהן; כמו כן מובע חשש מאבדן ידע, ניסיון וביטחון שנרכשו על-ידי צוות המרפאה.
- ◆ דאגה מהיעדר מענה לבעיות של אוכלוסייה קוד Z (אוכלוסייה הסובלת ממשברים בעקבות אירועי חיים) במסגרת ההסכם.