

## שירותי הבריאות שבאחריות המדינה: התוספת השלישית

- ❖ קידום בריאות ומניעת מחלות
- ❖ אשפוז סיעודי
- ❖ בריאות הנפש

כנס ים-המלח השלישי

2-1 מאי, 2002

דו"ח סופי  
יוני 2002

## כנס ים-המלח השלישי

### "שירותי הבריאות שבאחריות המדינה - התוספת השלישית".

מלון הייאט, ים-המלח, 1 - 2 מאי, 2002

#### תוכן עניינים

ע"מ		
3	תכנית הכנס	❖
4	רשימת משתתפים	❖
5	מבוא וסיכום – גור עופר	❖
	הרצאות פתיחה:	❖
9	בעז לב	▪
12	צבי אדר	▪
	דוחות הצוותים:	❖
	קידום בריאות ומניעת מחלות	▪
23	תמצית שאלות לדין והמלצות עיקריות ✓	
	אשפוז סיעודי	▪
39	סיכום הדיון והמלצות ✓	
44	נייר רקע ✓	
	בריאות הנפש	▪
52	סיכום הדיון ✓	
64	נייר רקע ✓	
97	דברי שר הבריאות, מר ניסים דהן	❖
101	יחזקאל דרור – "הכרעות טרגיות ופריצת דרך במדיניות בריאות"	❖
105	התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי	❖

## כנס ים-המלח השלישי

### "שירותי הבריאות שבאחריות המדינה - התוספת השלישית".

מלון הייט, ים-המלח, 1 – 2 במאי, 2002

#### **יום ד' 1.5.2002:**

10:30 – 11:00 הרשמה וכיבוד קל

11:00 – 13:30 ישיבת מליאה: יו"ר – אליק אבירם

גור עופר – דברי פתיחה

בועז לב – הרצאה

צבי אדר – הרצאה

הצגת עבודת הצוותים:

❖ ליאון אפשטיין – יו"ר צוות קידום בריאות ומניעת מחלות

❖ משה קוטלר – יו"ר צוות בריאות הנפש

❖ שי בריל – יו"ר צוות אשפוז סיעודי

13:30 – 14:30 ארוחת צהריים

14:30 – 17:00 דיונים בקבוצות

17:00 – 17:30 הפסקת קפה

17:30 – 19:30 דיונים בקבוצות

20:00 – 21:30 ארוחת ערב – יו"ר: חיים דורון

הרצאת אורח – פרופ' יחזקאל דרור:

"הכרעות טרגיות ופריצות דרך במדיניות בריאות"

#### **יום ה', 2.5.2002:**

08:30 – 10:30 דיונים בקבוצות

10:30 – 11:00 הפסקת קפה

11:00 – 12:30 דיונים בקבוצות

12:30 – 14:00 ארוחת צהריים

13:30 – 16:30 ישיבת מליאה – יו"ר: גור עופר

סיכום דיוני הקבוצות

**דברי סיכום: שר הבריאות מר נסים דהן**

**כנס ים-המלח 2002 – שלישי:**  
**"שירותי הבריאות שבאחריות המדינה - התוספת השלישית".**

**קבוצות דיון:**

<b>צוות היגויי:</b> גור עופר – יו"ר, אליק אבירם, צבי אדר, ליאון אפשטיין, גבי בן-נון, שי בריל, חיים דורון, רמי דיציאן, בעז לב, משה קוטלר, מרדכי שני			
<b>מרכזת:</b> זיוה ליטבק			
<b>מחלות</b>	<b>קידום בריאות ומניעת מחלות</b>	<b>אשפוז סיעודי</b>	<b>בריאות הנפש</b>
<b>יו"ר:</b> <b>סגן יו"ר</b> <b>מרכז צוות:</b> <b>חברי צוותי ההכנה:</b>	<b>שי בריל</b> מרק קלרפילד  צילה רוזן  טליה אדרי ג'ני ברודצקי נועז בר ניר רחל קיי איריס רסולי עמיר שמואלי אלי שמש	<b>משה קוטלר</b> חנן מוניץ  דב פסט  אורי אבירם חני אורון אבנר אליצור יהודית בורנשטיין אברהם בלייך יהודה ברוך קובי גלזר אלכסנדר גרינשפון מיכאל דוידסון שושנה הרשקו סם טיאנו יצחק לבב עמירה ליטמן דוד לרנר מיה מוהליבר שרי מוזס אמיר מנדל חיים מרגלית חיים קנובלר מירי קרן שולי שי אריק שלו אלי שמיר	<b>ליאון אפשטיין</b> עדה שפיצר  רויטל גרוס  נטע בנטור גרי גינזבורג מנפרד גרין טוני היימן חווה טבנקין אורית יעקובסון אלכס לבנטל מיכל עבאדי חווה פלטי אמיר פרידנברג שוש ריבא גדי רנרט פסח שוורצמן
<b>משתתפים:</b>	יצחק ברלוביץ יעקב גדיש מרגלית גולדפרכט יצחק גנור יעקב הרט גל הרשקוביץ זאב וורמברנד שמעון כהן אברהם מידן דן מיכאלי עוזי סלנט	זאב אהרונוסון יעל אנדורן יאיר בירנבאום שמעון גליק מיכאל דור דורית וייס חן זמיר דוד טל אסנת לוקסנברג לחיים נגן משה סקרן נימה עמית שמואל רוזנמן שמואל רשפון	זאב אהרונוסון יעל אנדורן יאיר בירנבאום שמעון גליק מיכאל דור דורית וייס חן זמיר דוד טל אסנת לוקסנברג לחיים נגן משה סקרן נימה עמית שמואל רוזנמן שמואל רשפון

## דברי מבוא וסיכום

### גור עופר

כנס ים-המלח השלישי התקיים השנה ב 1-2 למאי והשתתפו בו 110 אנשים שפעלו במליאה ובשלושה צוותי דיון. השנה הוקדש הכנס לדיון בשירותי הבריאות הנכללים בסל המסופק ישירות ע"י משרד הבריאות: האשפוז הסייעודי, בריאות הנפש, ושירותי הרפואה המונעת האישית, השירותים הנכללים ב"תוספת השלישית" של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. העיסוק בנושא בריאות הנפש, שהמכון לא עסק בו בעבר הביא לכנס קבוצה חדשה של משתתפים שגוונה את ההרכב האנושי של הכנס והעשירה את הדיונים.

בנוסף לדיונים העיקריים במליאה ובצוותים (ראה להלן) פרופסור יחזקאל דרור הוזמן כמרצה אורח לדבר על "הכרעות טרגיות ופריצות דרך במדיניות בריאות". ראשי הפרקים של ההרצאה מצורפים לחוברת זו. שתי הרצאות הפתיחה בישיבת המליאה של הכנס הוצגו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות - ד"ר בועז לב, ופרופ' צבי אדר, וגם הן מצורפות בזה. את הכנס סיכם שר הבריאות שגם דבריו מובאים בחוברת. בין שאר דבריו הזמין שר הבריאות את הנהלת המכון לפגישה עם הנהלת המשרד לדיון מפורט בהמלצות הכנס ובדרכים לביצוען.

כמה מן הבעיות משותפות לשלושת השירותים הנכללים בתוספת השלישית, ושאליהן יש התייחסות בניירות העמדה ובסיכומים הם כדלקמן:

- בעיות הנובעות מאספקת שירותים ע"י משרד ממשלתי - המגבלות הכרוכות בכך והאם ניתן להתגבר על הבעיות האלה גם אם השירותים יישארו במשרד הבריאות?
- הבעיות הנובעות מהפרדת שירותי בריאות אישיים לחולה בין הקופות למשרד.
- תת תקצוב של השירותים במשרד וחשש של הקופות מהעדר משאבים אם יועברו לאחריותן.
- החשש שהעברת השירותים תגרום לצמצום המשאבים המוקדשים לשירותים אלה בגלל סדר עדיפויות שונה של הקופות.
- האם אפשרית העברה חלקית ו/או בהדרגה של השירותים לקופות?
- במקרה של מעבר השירותים לקופות האם ניתן להבטיח מראש על הוצאה בפועל בכל קופה לתחום המועבר, לפחות לתקופת מעבר?
- האם ישנן דרכים אחרות להבטיח אספקה נאותה של שירותים אלה אם יועברו לקופות?

- קביעת סל השירותים עבור כל שירות ושירות, ונתח הקפיטציה המתאים לכל אחד מהם.

- בכל השירותים הללו אך בעיקר בתחום בריאות הנפש קיימת בעיית "סיכון מוסרי" של שימוש יתר בשירותים עם הכללתם בסל. יש לחפש דרכים להגביל זאת ע"י הגדרה מדויקת יותר של הסל וכן ע"י השתתפות עצמית של החולים (לפחות בתחום ה"פסיכיאטריה רכה").

- בהנחה שאכן קיים מצב של תת תקצוב, האם ניתן לחשוב על פתרונות בתחום התמהיל הפרטי/ציבורי? השתתפות בתשלום (לפי קריטריונים שונים לזכאות)? שיתוף הסקטור הפרטי או המל"כרי? הן לגבי המשך השירות במשרד והן לגבי המעבר לקופ"ח.

לניירות העמדה שהוצגו כמצע לדיון לבאי הכנס מצורפים גם סיכומים של צוותי הדיון וכן ההמלצות שהתקבלו בסיומם.

הנטייה הכללית של כל הצוותים הייתה לחפש דרכים להעביר את כל שלושת קבוצות השירותים הכלולים ב"תוספת השלישית" לאחריות קופות החולים ולכלול אותם בסל השירותים הציבורי. הייתה הסכמה כללית כי העברה כזו, אם תיעשה כיאות, תשפר את רמת השירות לאזרחים ותאפשר שילוב כולל של הטיפול בכל הבעיות של החולה בצורה אינטגרטיבית. העברת השירותים הללו מאחריות ישירה של משרד הבריאות גם תאפשר למשרד למלא בצורה טובה יותר את תפקידיו כמטוה מדיניות וכמפקח על פעילות המערכת. שילוב של רוב מרכיבי הרפואה המונעת הראשונית ושל החינוך לבריאות יכולה וצריכה להשתלב יפה בעבודת הרופא הקהילתי ובמיוחד אין מקום להפרדה בין תחנות לאם ולילד לבין הטיפול הבריאותי השוטף בהריון ובילודים. מהפכת הטיפול הרפואי העוברת על בריאות הנפש, המתבטאת במעבר מאשפוז לקהילה, בקצור ומקוד הטיפול הפסיכולוגי ובמעבר לשימוש רב יותר (תחליפי) בתרופות, מקרב את ענפי בריאות הנפש לבריאות הגוף ומאפשר טיפול באותן מסגרות טיפוליות. גם בתחום זה נתמך רעיון השילוב בהכרה הגוברת על מעורבות הדדית בין בעיות נפשיות לפיזיות. בתחום האשפוז הסיעודי הולך ומיטשטש הפער בין טיפול סיעודי ורפואי וגם כאן רצויה אחריות כוללת על הקשיש החולה.

המכשולים העיקריים העומדים בדרך לשילוב, פרט לאינטרסים המוסדיים, הם:

- א. המחסור בתקציבים, במשאבי אנוש ולעתים גם בתשתיות.
- ב. החשש פן הקופות לא יקדישו את המשאבים הדרושים והמיועדים לצרכים של כל אחד מהשירותים בהם מדובר.

קיום השירותים באחריות משרד הבריאות אפשרה ו/או גרמה להגבלת היקף השירותים ולעתים גם לרמת שירות נמוכה מדי ופחות זמינה. כך, לשכות בריאות הנפש לא משכו את קהל החולים, התקיים קיצוב קפדני ותור ארוך למקומות אשפוז סיעודי, והשירותים לאם ולילד של קופות החולים התחרו בתחנות הממשלתיות. למשרד הבריאות יש יכולת רבה יותר לצמצם את היקף השירותים מאשר לקופות המחויבות לסל מחייב. נובע מכך שכל מעבר של שירותים לקופות כרוך בהגדלת התקציבים ו/או במציאת דרכים חלופיות להגבלת היקפי הביקושים בדרכים המתאימות לדרך תפקוד הקופות, כמו למשל השתתפות בתשלום או הגבלות כמותיות של היקפי שירות בסל. כך, הגבלת מספר המקומות לאשפוז סיעודי נעשית במשרד הבריאות באמצעות המתנה בתור וגודל ההשתתפות בתשלום בעזרת מבחני הכנסה, והשימוש בשירותי בריאות הנפש מוגבל כתוצאה מתחושת הסטיגמה הנלווית לבתי החולים והמרפאות הממשלתיים והרמה הלא מספקת של השירות. בשני המקרים המעבר לקופ"ח יגדיל ביקושים, כולל מעבר משימוש בשירותים פרטיים בתשלום גבוה לשירות הציבורי.

לאחר הבטחה של הקצבת משאבים נאותים לקופות החולים לשם אספקת השירותים הנ"ל והתאמת נוסחת הקפיטציה לשינוי, מתעוררת השאלה הפוכה, כיצד להבטיח הקדשת משאבים מתאימה ע"י הקופות לאספקת השירותים בשלוש הקבוצות הנ"ל. בסיס ההסכם עם הקופות על פי חוק בטוח בריאות ממלכתי הוא שיש להן חופש פעולה לגבי השימוש בכספי הקפיטציה, כל עוד הן עומדות באספקת השירותים הכלולים בסל. בכל שלושת המקרים הנדונים כאן קיים חשש של הסטת כספים ושירותים מן השירותים הנוספים לשירותי הסל ה"ותיקים". לשירותי בריאות הגוף על חשבון בריאות הנפש, לשירותי בריאות על חשבון שירותי סיעוד לקשישים ולטיפול רפואי על חשבון רפואה מונעת וחנוך לבריאות. על הצוותים היה לשקול אם יש דרכים להבטיח שימוש נכון בכספים ואספקת שירותים נאותה עם המעבר לקופות או שיש להשאיר את השירותים במסגרות נפרדות, במשרד הבריאות או במערכות אחרות.

לאור הנ"ל ותוך התחשבות בבעיות ייחודיות של כל אחת מקבוצות השירותים, הגיעו הצוותים להמלצות הכלליות, המשותפות פחות או יותר, הבאות:

1. יש לשאוף להעביר את האחריות הטיפולית של כל שירותי ה"תוספת השלישית" לקופות החולים. בגלל הבעיות שהוזכרו לעיל יש לעשות זאת בהדרגה ותוך מעקב שוטף. ההדרגה דרושה על מנת להגדיר בכל מקרה את סל השירותים המחייב, על מנת להכין היטב את התשתיות הדרושות, הן של כוח אדם והן של תשתיות פיזיות, וכן על מנת לאפשר הגדלה הדרגתית של האמצעים הכספיים הדרושים, המקורות והדרכים לגבייתם.

2. שלושת הצוותים ממליצים על ייעוד התחלתי וזמני של התקציבים לשירותים השונים לפני שיהיה אפשר להוסיפם לתשלומי הקפיטציה הכלליים לקופות ללא כל הגבלה. במקרה של האשפוז הסיעודי יש אף המלצה להשאיר את הניהול התקציבי בידי גוף אחר עד אשר יובטח התקציב המלא הדרוש לשם העברה לקופות.

3. הייתה הסכמה כללית שהעברה מלאה של אספקת השירותים וממונם ע"י קופות החולים מחייב מידה זו או אחרת של הגדלת המשאבים העומדים לרשות הקופות למטרות האלה. עם זאת כל הצוותים ממליצים להמשיך להשתמש במידה זו או אחרת באמצעים להגבלת הביקושים לרמה סבירה ואפשרית מבחינת העומס על הקופה הציבורית, וכן בתשלומים ישירים ע"י מקבלי השירותים. גביית תשלום – תשלום ישיר או באמצעות בטוח משלים או פרטי - משרתת גם את מטרת הגבלת היקף השירותים. כך, הצוות של בריאות הנפש הציע להטיל מגבלה כמותית על מספר הטיפולים ב"פסיכיאטריה הרכה" וכן לגבות השתתפות עצמית מחולים הפונים למטפלים עצמאיים (אך לא לאלה הפונים למרפאות ציבוריות). בדרך דומה הציע הצוות שעסק באשפוז הסיעודי להמשיך לגבות השתתפות עצמית על פי מבחני הכנסה עבור האשפוז הסיעודי. שני הצוותים הכירו בצורך להשתמש בכל המשאבים הקיימים היום, גם לאחר העברת השירות לקופות: השתתפות עצמית ובטוחים משלימים בנוסף להגדלת האמצעים הציבוריים ועל מנת לצמצם את הצורך בהם.

ההמלצות המיוחדות לכל תחום ותחום נמצאות בסיכומי הצוותים.

בשם המכון הלאומי ברצוני להודות לשר הבריאות, לפרופ' יחזקאל דרור, למגישי הרצאות הפתיחה, לראשי הצוותים ולכל חברי הצוותים, לחברי וועדת ההגוי ולצוות המכון הלאומי, ולכל משתתפי הכנס. הנהלת המכון תמשיך לפעול להמשך המחקר בנושאי הכנס, ליישום ההמלצות ובהקדם, ולמעקב.



## התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

### בעז לב

חוק ביטוח בריאות ממלכתי ירד לעולם כששלייתו מזינה חבל טבור המתפצל לשנים. התאומים הסיאמיים - שנקרא להם לצורך האמת הפואטית "התוספת השניה" ו"התוספת השלישית" הופרדו בהמשך בפרוצדורה ניתוחית מכאיבה הנקראת "חוק ההסדרים" – אבל נניח לסאגה המשפחתית הכאובה וננסה להבין מי היו היצורים הללו – במה דמו ובמה נבדלו איש מרעותו.

התוספת השניה (להלן תש"ן) היא סל השירותים שהאחריות לאספקתו חלה על קופות החולים ועיקרו הוא שירותים "קורטיביים" שניתנו על ידי קופת חולים הכללית ב 1994 .

התוספת השלישית ( להלן תש"ל) הם שירותי הבריאות שסיפק משרד הבריאות ערב בקיעתו של החוק ועיקרו שירותי רפואה מונעת אישית, מכשירי שיקום וניידות לנכים, שירותי בריאות הנפש – בעיקר אשפוז ושירותי אשפוז סיעודי.

כוונת המחוקק, שנטל את עיקר השראתו מוועדת נתניהו, הייתה להשאיר בידי שירותים אלה את "זכות השיבה" לסל השירותים שבאחריות הקופות, וזאת בתום תקופת ביניים של שלוש שנים שנתארכה והלכה.

במהלך תקופה זו היו קופות החולים והמדינה אמורים להיערך ולשדד מערכתיהן כדי לאפשר סל כוללני המלווה את התושב מלידתו ועד מותו ( FROM CRADLE TO GRAVE ).

לא אמנה את המעלות והמגרעות אשר יש לכל אחת מהחלופות האפשריות להמשך אספקת השירות.

מול יתרונות של רצף טיפולי, מניעת כפילויות והתייעלות ואינטגרציה אנכית של שירותים בקופות החולים עומדים יתרונות של שירות ממלכתי בעל פריסה רחבה המהווה אלטרנטיבה של שרות לאזרח, מחויבות לשירותים שיש בהם תועלת חברתית וסביבתית והשקעה בבריאות לטווח ארוך.

יתרון בשירות קיים בעל ותק וניסיון רב שנים עם תועלות מוכחות, ויתרון בצד החוק ( חיסרון מצד המטופל) לפיו המדינה נותנת כפי יכולתה – ולא בהכרח על פי צרכי המטופל. יש גם ענין פעוט של אינרציה ושימור עצמי בהמשך קיומם של דברים בדרך שהיו בעבר – בלי הטירחה וההרס האפשריים בהעברה ובשינויי סטטוס קוו.

המחוקק, מול האפשרויות, לא נשאר אדיש וב 1996 תיקן את החוק והשאיר את האחריות על נושא רפואה מונעת בידי משרד הבריאות – לעולם ועד או עד שישובה החוק.

באותה הדרך הלכו גם שירותי האשפוז הסיעודי שקיבעו את מקומם ב"קודי" המשרד.  
וכדי לא להשאיר מקום לספק בוצעה הפרדת עלויות – מעלות הסל הכוללת הופרדה  
באיזמל "חוק ההסדרים" עלות סל תש"ל.

כתוצאה מילדות כה קשה התפתחו קומפלקסים רבים שחייבו התייחסות מיוחדת  
והתכנסות במקום הנמוך בעולם כדי לדון בעומק הבעיות.

להלן מספר בעיות שמחייבות קביעת עמדה

- מחויבות קופות החולים לסל שבאחריותן היא מלאה והן חייבות לספק את השירות  
בנגישות סבירה, זמינות סבירה ובאיכות. לא כן המדינה היוצאת ידי חובתה ב"ככל  
שידה משגת" ועל פי התנאים שהיו נהוגים ערב החוק.

התוצאה: תורים לאשפוז סיעודי, תורים בלתי נסבלים באספקת כסאות גלגלים  
ואביזרי שיקום וניידות, תורים לטיפול פסיכיאטרי לילדים ונוער וכיו"ב.

- לקופות החולים או ליתר דיוק ל"עלות הסל" מנגנון עדכון - מדד הבריאות – אומנם לא  
מפרגן ולא נותן שיפוי מלא – אבל מבטיח התקדמות – ולא זו אף זו שכבר נתקבע  
מנגנון של תוספת בגין דמוגרפיה וטכנולוגיה. אבל סל התש"ל – הולך ונשחק בהעדר  
פיצוי לדמוגרפיה, למחירי התשומות ולעלות הטכנולוגיה. ולא זו אף זו – כל אימת  
שחרב הקיצוץ מתנפנת היא קוצצת בראש ובראשונה בשירותים שבאחריות  
המדינה.

התוצאה: סל הולך ונשחק המפגר אחרי תאומו הסיאמי ומקפח את אלה הנזקקים  
לחסדיו.

- חלומו של מיניסטריון הוא – להיות מיניסטריון. לעסוק ברגולציה, תכנון, פיתוח,  
פיקוח – והנה משרד הבריאות הוא גם רגולטור גם ספק שירותים גם מבטח – ואולי,  
רק אולי, יש כאן שמץ של ניגוד עניינים.

אבל למטבע הזו יש עוד צדדים:

- העברה כרוכה בעלויות ניכרות וצפויה הגדלת הביקושים
- הטיפול המניעתי והטיפול באוכלוסיות החלשות אינו אטרקטיבי ועשוי להידחק  
לתחתית סולם העדיפויות של הקופות – בעוד שלמדינה יש מחויבות לאוכלוסיות  
חלשות והשקעות בריאות ארוכות טווח.

- הטיפול בתש"ל הוא בינתחומי ומערב רשויות ממשלתיות נוספות כמו ביטוח לאומי,  
עבודה ורווחה, חינוך ורשויות מקומיות – למשרד ממשלתי יש קשרי גומלין עם  
גורמים אלה.

שאלות נוספות שיש לתת עליהן את הדעת - והיריעה תורחב לגביהן:

- האם מנגנון עדכון תש"ל צריך להיות אותו מנגנון כמו תש"ן? – האם שתי התוספות צריכות להיבחן באותן אמות מידה ובאותו רצף?
- האם יש לבטל את מבחני ההכנסה בתש"ל (גריאטריה) להחיל עליהן אותם כללי השתתפות עצמית?
- האם קופות החולים מנועות על פי חוק ממתן שירותי מניעה על פי המצב הקיים?
- האם חיוני שבידי המדינה תישאר אלטרנטיבה למתן טיפול לאוכלוסיה - לשעת משבר?

ניתן לבחון את התוספת השלישית מנקודות הראות של בעלי האינטרסים השונים:

קופת החולים: הקופה מוכנה לספק כל שירות ובלבד שעלותו המלאה תכוסה על ידי המדינה. הקופה רואה יתרון ברצף שירותים ובאינטגרציה אנכית של כלל השירותים אבל חוששת מהמחויבות הנוצרת מהכללת השירותים של התוספת השלישית לכללי המשחק של התוספת השניה.

המדינה: רואה יתרון בתהליכים של ביזור השירות והעברתו מבעלות ואחריות המדינה לגורם אחר הנוטל את הסיכון.

מצד שני ציבור העובדים המפעילים את השירות רואה איום בשינוי ורוצה לשמור על המצב הקיים למרות הירידה המתמדת בנכסי השירותים עקב עדכון לא הולם של העלויות בהיבטי הדמוגרפיה, הטכנולוגיה והמחירים.

אוצר המדינה חושש מהעלות הנובעת מהעברת השירות ומוכן לתמוך בכל צעד שאין בו תוספת הוצאה. העברת השירותים לקופות יחשוף "ביקושים כבושים" ויגדיל את ההוצאה הלאומית.

והתושב? – הוא רק רוצה לקבל את השירות המירבי, מיד, בכל מקום, ללא "טרטורים", ללא השתתפות עצמית.

ולכן הוא אדיש לצורת המימון ואספקת השירות כל זמן שכל מבוקשו ניתן לו ומיד.

**אולי תסייעו ותוציאו אותנו מהסבך הזה?**

## שירותי הבריאות באחריות המדינה (התוספת השלישית)

### צבי אדר \*

#### 1. כללי

החוק לביטוח בריאות ממלכתי הטיל על המדינה את האחריות לכלל שירותי הבריאות לפרט, תוך שהוא מנתק בין יכולת התשלום לבין הזכאות לשירותים. המדינה מספקת את עיקר השירותים באמצעות ארבע קופות חולים, בעוד שירותים בתחומי הגריאטריה, הפסיכיאטריה והרפואה המונעת האישיית נותרו בידיה ולא הועברו לקופות. שירותים אלו מפורטים בתוספת השלישית לחוק.

מטרת נייר זה לאפיין את הדמיון והשוני בין שירותי התוספת השלישית ועיקר הסל. בראש הדברים אדגיש כי הניתוח להלן אינו מיועד להסביר מדוע הופרדו שירותי המדינה מהסל הכללי (הסבר פוזיטיבי), ומדוע דווקא שירותים אלה "נותרו מאחור" בניגוד לרוח החוק לביטוח בריאות ממלכתי. ניתוח כזה יכול להיות מעניין כשלעצמו, אך הוא מחייב כלים אחרים. כוונתי לדיון נורמטיבי: האם נכון, בשל תכונות ומאפיינים של שלושה התחומים, להמשיך ולהותירם באחריות המדינה. הטיעונים, בעד ונגד, אינם חדשים ברובם. הם יוצגו להלן כטיעונים אפשריים ללא התייחסות לקבוצות האינטרס הנוגעות בדבר. ניתוחם, בהמשך, יהיה מנקודת ראות יעילות ושוויוניות מערכת הבריאות בכללה.

#### 2. מסגרת ההתייחסות

נקודות המוצא לניתוח הן שני פתרונות הקצה: האחד, אשר אומץ ע"י ועדת נתניהו, בו כל שירותי הבריאות לפרט ניתנים ע"י קופות חולים, הממומנות ע"י מקורות מוגדרים. במצב זה, עלות כל הסל מועברת לקופות בשיטת קפיטציה, ומשרד הבריאות משמש "מיניסטרו" מתכנן ומפקח בלבד (שאלת עתיד מערכת האשפוז הממשלתית לא תידון כאן. כן לא אתיחס לשאלות הקשורות בתחום הביטוחים המשלימים והפרטיים). המצב הנגדי הוא המצב הקיים – מימון ישיר של שירותים אלה ואספקתם ע"י הממשלה. מהם, אפוא, השיקולים המצדיקים הותרת החלוקה הקיימת בין התוספת השניה (סל הקופות) והתוספת השלישית (סל הממשלה) לחוק? מהם שיקולי הנגד?

ראשית, יוצגו להלן הטיעונים שהועלו, ע"י גופים שונים, בדיונים קודמים. בהמשך, אנסה לארגן טענות אלה ואחרות מחדש, במסגרת ניתוח כלכלי. אסיים בדיון ובהמלצות לדרך ניתוח החלופות אשר תידונה בכנס.

---

\* יחידה לכלכלת בריאות, מכון גרטנר לאפידמיולוגיה ומדיניות הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר ומכון קובנס לניהול מערכות בריאות, הפקולטה לניהול, אוניברסיטת תל-אביב.  
תודה לגור עופר, עופרה קלטר-ליבוביץ ועמיר שמואלי על הערותיהם.

### 3. טיעונים שהועלו

רוב הטיעונים הנורמטיביים שהועלו בעד ההפרדה (השארת המצב הקיים) היו בעלי אופי פרגמטי. בחלקם הם כלליים, בחלקם ספציפיים לאחד או שניים משלושה התחומים הנדונים.

א. הטיעון התקציבי: מדובר במרכיבים "כבדים" של עלות הסל הכוללת, אשר צפויים לגדול אם יועברו לקופות. תקציבית, לא ניתן לממן סל קופות שיכיל גם אותם (במיוחד גריאטריה, בריאות הנפש: "אין מספיק תקציב לקודים").

ב. הטיעון הארגוני: מדוע לחסל מערכת פועלת היטב (במיוחד שירותי אם וילד, חיסונים) ולהחליפה במבנה חדש, לא ידוע, בעייתית? נספח לטיעון זה גם נושא העברת כוח האדם משירות המדינה לקופות, שכר, פנסיה וכו'. הסבר מרחיק-לכת יותר טוען כי לארגונים יש נטייה לשמר את עצמם, ומנהלים בהם אינם מוותרים בקלות על עמדה ומעמד.

ג. הטיעון העתי: מדובר בתחומים בהם התועלת מהוצאה היום מתממשת בטווח הארוך. הקופות "לא בנויות" לקחת על עצמן ולנהל התחייבויות אקטואריות (למשל, שירותים סיעודיים לאוכלוסייה קשישה).

ד. טיעון יכולת המיקוח: מדובר בתחומים בהם קיימים יחסי גומלין בין מדיניות הבריאות לבין מרכיבי מדיניות אחרים של הממשלה; למשרד הבריאות יתרון במיקוח מול משרדי ממשלה אחרים המפעילים שירותים תחליפיים ומשלימים לשירותי הבריאות (חינוך, עבודה ורווחה, רשויות מקומיות).

### 4. ניתוח הטיעונים

ארגון מחדש וניסוח שונה של הטיעונים הנ"ל, יקל על הניתוח הנורמטיבי בהמשך הדיון. הדיון ברובו נשען על מאפייני מערכת הביטוח הרפואי בישראל (ממשלה, ארבע קופות מתחרות, כסוכנים) המכתיבים התנהגות שונה מזו של מערכת מונוליטית (דוגמת NHS, להוציא המימד הגיאוגרפי).

#### א. הגדרת הסל

שאלת עצם האפשרות להגדיר סל בריאות בעל שוליים חדים (בין ע"י הכללה ובין ע"י הוצאה של שירותים) נדונה פעמים רבות. קיימת לדעתי הסכמה שבשתיקה, לקיום עמימות מסוימת בהגדרת גבולות הסל כגורם מייצב. גם לפני חוק הבריאות התקיימו סלי שירותים בתקציבי הקופות. גלוי אחד לעמימות המובנית בהם ניתן היה למצוא בביטוי "במידת האפשר" בתקנוני הקופות, אשר ביטא כוונה לספק שירות, ללא התחייבות ברורה. בשלושת התחומים הנדונים, הגדרת הצורך היא בעייתית. כך ברפואת הנפש, לפחות בחלק השירותים הפחות חריפים. כך בגריאטריה, שם עוסקת הרפואה בתהליך

התדרדרות מתמשך של הפרט בין הזקוקים למסגרת מגורים מוגנת, לתשושי גוף, למצב סיעודי הולך ומחמיר ותשישות נפש, לצורך בסיעוד מורכב.

כך ברפואה המונעת האישי, בה הגבול בין הנחוץ לרצוי אף הוא מטושטש. ההבדל היסודי בין אחריות הקופות לאספקת שירותי התוספת השניה לבין אחריות הממשלה לאספקת שירותי התוספת השלישית הוא בכך שאת האחרונה לא ניתן לתבוע בביה"ד לעבודה על אי אספקת שירות. זהו היורש הברור של סייג "במידת האפשר" שהיה קיים בעידן שלפני הרפורמה. בשירותים הגריאטריים והפסיכיאטריים הממשלתיים קובע התקציב את מס' הקודים לאשפוז והזכאויות האחרות של הפרט החולה, והמערכת מתקיימת גם במצב של תורים, בהם פרטים ממתנים לקוד אף אם הם עונים לקריטריונים. חשוב מזה, הקיצוב הקיים בשירותים אלה במסגרת הממשלתית יכול להיות כפוף למבחן הכנסה (Means Test), לפיו הזכאות לשירות תלויה בהכנסת משק-הבית (חוק הסיעוד), או שיעור ההשתתפות של המשפחה בסידור המוסדי של קשיש בה תלוי בהכנסה.

"הטיעון התקציבי" שנטען לעיל, נשען בעיקר על הבדל זה. לא מדובר רק ביעילות כלכלית שונה של הקופות במתן שירותי התוספת השלישית אלא בסכנה כי, לכשתוגדרנה זכויות מחייבות לשירותים אלה (ברמת המחויבות של שירותי התוספת השניה) יש לצפות לגידול משמעותי בנפח השירותים שיבוקש ויסופק. אם אכן זה שורש הטיעון, כדאי לציין כי קיימות דרכים אחרות, ואולי עדיפות, לקיים את השירותים ברמת הקופות תוך הגבלת כמותם או רמת מימוןם לזו הקיימת במצב הקיים.

#### ב. השפעות חיצוניות ומוצרים ציבוריים

בניתוח כלכלי, להשפעות חיצוניות תפקיד מרכזי בהצדקת מעורבות ממשלה בפעילות הסקטור הפרטי. כך גם במוצרים ציבוריים. אף כי ההשוואה שלפנינו היא רק בין הממשלה, במובן הצר, לבין ביזור בין סוכנים ציבוריים שלה, קבוצת הטיעונים הגדולה ביותר בעד ונגד ריכוזיות המערכת (המצב הקיים) קשורה לקיומן של השפעות כאלה, תוך ענפיות ומחוץ לענף, בתחומים ובשירותים הנדונים.

#### ב1. השפעות חיצוניות בין פרטים (Consumption externalities)

הדוגמאות המידיות הן בתחום המניעה. חיסונים לפרט משפיעים על התועלות (ולעיתים העלויות) של פרטים אחרים. הטענה היא כי במבנה מבוזר לא תיקחנה הקופות בחשבון את התועלת והעלות לפרטים שאינם חבריהן, ובכך תמעטנה באמידת התועלת מהתערבויות מניעה. דוגמאות אחרות הם מצבי חולי בהם הנפגעים ממחלה הם בני משפחת החולה, לעתים יותר ממנו עצמו. מחלות נפש מסוימות, דמנציה חריפה ומצב סיעודי קשה הן דוגמאות בולטות: הפגיעה היא בפרטים אשר אינם בהכרח מבוטחי אותה קופה. במחלות נפש מסוימות (אלימות, סמים) תת-טיפול פוגע בציבור כולו (היבט מוצר

ציבורי). גם כאן הטיעון הוא בעד ריכוזיות של המימון, הסמכות והאחריות במסגרת ממשלתית. טיעון נוסף בכוון זה הוא כי התערבות חיצונית במשפחות של אנשים נכים עשויה להשפיע על מרקם היחסים, כולל יחסי-הממון, של התא המשפחתי, ועל-כן צריכה להיעשות ע"י גוף בעל ראייה כוללת של רווחת המשפחה כולה.

## ב2. השפעות חיצוניות בין שירותים בסל הבריאות

הטענה המרכזית נגד קיום שירותים באחריות ישירה של הממשלה היא קיום יחסי גומלין וסינרגיה בין מניעה, במובן הרחב, לריפוי, בין שירותים בגילים שונים, בין בריאות הגוף לבריאות הנפש.

מאידך גיסא, אם כל השירותים יינתנו ע"י הקופה, יוטל עומס רב על שירותי הרפואה הראשונית בקהילה (מרפאות, רופאים עצמאיים). טענה נפוצה נגד הרחבת אחריות הרופא הראשוני היא מצבם הנוכחי של שירותים אלה (8-10 דקות לחולה) וחוסר היכולת (הטכנית) של הרופא האישי להתמודד נכון עם הנטל הנוסף. הסכנה, לדעת המחזיקים בדעה זו, היא של "העברה לכאורה" של השירותים לקופות, כשבפועל רמתם יורדת. שתי העמדות, בעד ונגד, מתריעות נגד מצב של "טרטור" חולים (ובריאים) בין המערכות, הן במסגרת הקופות (לרופאים מקצועיים, בדיקות מיותרות וכו'), הן בממשלה (לאחריות הקופה וחזרה).

ברמת ניתוח כללית יותר, הויכוח נוגע בשאלת ההקצאה היעילה (והצודקת) של תקציב הקופות. כידוע, ההקצאה הפנימית של מקורות הקופה אינה תואמת, בד"כ, את הקריטריונים לפיהם התקבל התקציב. פונקציית המטרה של קופה אינה זהה בהכרח להשאה של טובת הכלל. בויכוח הקיים על נוסחת הקפיטציה קיימת עמדה לפיה הקפיטציה היעילה אינה בהכרח זו "ההוגנת" לקופות השונות. נוסחת קפיטציה נכונה צריכה לתמרץ את הקופות להקצאה יעילה בין חולים ושירותים, כך שהתועלת (הבריאותית) השולית של השקל האחרון המוצא על כל שירות/חולה תהיה זהה לכל השירותים. שירותי התוספת השלישית יכולים להיחשד בהפרה של כלל זה. לפי עמדה זו, לכן, אם הממשלה מעונינת ששירותים מסוימים יסופקו ברמה אופטימלית, עליה לספקם בעצמה.

בהקשר זה ראוי להעיר כי "יצור עצמי" של השירותים ע"י הממשלה אינו בהכרח המכשיר היחיד, או האופטימאלי, ליצירת הזהות בין העלות והתועלת התקציבית לבין זו החברתית. אפשר לחשוב, לחליפין, על תמריצים לקופות לנהוג עפ"י הכדאיות הכוללת למשק, כמו ע"י השתתפויות במימון לצורותיהן השונות, שיעורי השתתפות דיפרנציאליים של המשתמשים, הוראות וכללי התנהגות.

### 3. השפעות חיצוניות בין שירותי הסל ושירותים אחרים

התופעה של "גירוש" בעיות למגרש השכן (OPP, OPM) קיימת כאמור גם בקשרי הגומלין שבין מערכת הבריאות כולה למערכות אחרות (חינוך, רווחה, שלטון מקומי ועוד). היא נובעת, בהכרח, מקיום סב-אופטימיזציה בכל מערכת ניהולית מבוצרת, כולל בסקטור הציבורי

מבחינה זו, טוענים תומכי הריכוז, יכולתה של המערכת להתמודד בתהליכי מיקוח, חוץ ותוך תקציביים, עם רשויות אחרות, היא גדולה יותר במבנה בו השירותים הנדונים מאורגנים בסמכות ואחריות הממשלה.

### ג. העדפת-זמן

הספרות הכלכלית הנורמטיבית תומכת ברובה בטענה כי מחיר ההון החברתי צריך להיות נמוך יותר ממחיר ההון הפרטי. לכן, יש להוון תוכניות השקעה והוצאה במחיר-הון (שערי ריבית) נמוכים יותר מאלה הנצפים בשוק ההון (3-4% בספרות האנגלית והאמריקאית של השנים האחרונות. ככל שמחיר ההון גבוה יותר, הערך הנוכחי של תועלת או עלות עתידית נמוך יותר).

קופות החולים, במידה בה הן יכולות "ללוות מהעתיד" עומדות בפני מחירי הון גבוהים יותר, מה שמצדיק, מבחינתן, הקטנה במשקלן של תועלות עתידיות. בניתוח ארגוני-פוליטי של המערכות הנבחנות, טיעון זה מוחמר. האופק הפוליטי של מקבלי ההחלטות, הן בממשלה והן בקופות, קרוב ביותר. כתוצאה, מיוחס משקל יתר לתוצאות (עלויות ותועלות) בשנה - שנתיים הקרובות, ומשקל מבוטל להתממשות בעתיד הרחוק יותר. קוצר ראות זה הוא סינונימי למחיר הון גבוה ביותר, בהרבה מעל מחיר ההון הפרטי או הציבורי הנורמטיבי.

משום שטענה זו תקפה לכל הסקטור הציבורי בישראל, כולל הקופות, אפשר להשתמש בה לכאורה נגד שתי החלופות. עם זאת, בבחינה מדוקדקת יותר, נראה כי חלופת העברת האחריות לקופות נחותה יחסית, כנטען בסעיף 3 לעיל. זאת בשל הניידות-בכוח של מבוטחים בין הקופות (האפשרות שהמבוטח היום ינדוד לקופה אחרת בעתיד), בשל אי הוודאות התקציבית שמלווה את הקופות ביחסיהן עם הממשלה ובשל מבנה התחרות בין הקופות, המעודד החלטות קצרות טווח. (בעקיפין, אולי גם משום שהמבוטחים עצמם, כלקוחות הקופה, מייחסים משקל נמוך מדי לתוצאות בטווח הארוך). זאת ועוד. לפני הרפורמה הותנו שירותים מסוימים של הקופות ב"ותק" המבוטח בקופה. במידה והקצאת שירותים כמו מיטות במוסדות גריאטריים, אכן הושפעה ע"י ותק המבקש, היה בכך מניע לקופה ולחבריה להתקשר בקשר ארוך טווח. כידוע, ממד הותק עבר מן העולם בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובכך אבד גם השיקול הזה.



אנליטית, אפשר לראות את העיוות בהעדפת הזמן של הקופות גם כהשפעה חיצונית. טובת הדור הבא, בוגרי העתיד שהם כעת ילדים, או זקני הדור בעתיד שהם היום צעירים, אינה מקבלת את המשקל הנכון בהקצאת המקורות. לפי ראייה זו, גם אם בממשלה קיימת מידה של מיופיה, לא עומד לה טיעון זליגת השפעות ההתערבות למתחרים. לכן, נורמטיבית חייבת היא, בראש ובראשונה, לייצג את דור העתיד.

#### ד. יתרונות לגודל ושיקולי יעילות נוספים

אל מול היתרון של שילוב כל השירותים במסגרת הקופות. מועלית טענה על יתרונות לגודל ולריכוז של שירותים מסוימים, בעיקר ברפואה המונעת, כאשר אלה ניתנים במסגרות מקומיות (בתי ספר ומרכזים קהילתיים למשל).

אלה הם שיקולי יעילות ב"ייצור" השירותים, לפיהם הפרדה של האוכלוסייה ומתן השירות במסגרת הקופות תייקר את עלות השירות ותפגע באיכותו.

מנגד אפשר לטעון כי, במידה ואכן קיימים יתרונות כאלה (למשל, בישובים קטנים), קיימים מודלים של שיתוף-פעולה ופצוי-הדדי בין הקופות, או בין קופות לבין ספקי-שירות (Providers) ציבוריים או פרטיים. ראה גם סעיף 5, להלן. כמו-כן ניתן כמובן להצביע על חוסר היעילות הנובע מפיצול שירותי הבריאות הציבוריים בין קופה לבין ספק השירותים הממשלתי.

#### ה. שווינויות

האופי הכלכלי של התחרות בין הקופות עלול לגרום להתנהגות של בחירה מפלה, "הסרת שמנת" וכשלי שוק נוספים. כתוצאה מהם רמת ואיכות השירותים אינם הומוגניים בין אוכלוסיות שונות. לפי טענה זו, יש יתרון בהצעת שירותים מסוימים באופן מרכזי ואחיד, ללא אבחנה בין מבוטחי קופות שונות, בעלי ביטוחים משלימים, ביטוחים פרטיים וכו'. יש הרואים גם בהעדר שווינויות סוג של "כשל-שוק" המחייב התערבות מתקנת בדומה לכשלי השוק האחרים. גם אם טענה זו נכונה, נזכיר שנית ש"התערבות" יכולה להיות בכלים שונים, לאו דווקא ע"י אספקה ישירה של השירותים ע"י הממשלה (ראה גם סעיף 5 להלן).

מנגד אפשר לטעון כי דווקא האספקה הישירה של שירות ע"י הממשלה מאפשרת פרוגרסיביות והפלייה-מתקנת. בבסיס החוק לבטוח בריאות לאומי עומד הכלל "מכל אדם לפי יכלתו, לכל אדם לפי צרכיו". הפרוגרסיביות בחלוקת הרווחה, אם כן, הוגבלה ברובה להשגת שוויון אנכי בצד המיסוי, לא בצד ההוצאה. למעשה, החוק אסר על הקופות להתחשב בהכנסה, להתנות שירותים בתשלום וכיו"ב, כדי למנוע "הסרת שמנת" ע"י העדפת מבוטחים אמידים על עניים. מנגד, החוק הקיים מאפשר מבחני הכנסה בשירותי התוספת השלישית הניתנים ע"י הממשלה. וטוב שכך, אומרים התומכים, משום שיכולת המערכת להשיג פרוגרסיביות רק בצד המיסוי היא מוגבלת. לפי טענה זו, העברת

השירותים בהם מיישמת הממשלה מבחני הכנסה לאחריות הקופות, תפגע במערכת הבריאות הציבורית. ממה נפשך: אם יבוטלו מבחני ההכנסה, תפגע הפרוגרסיביות הקיימת בצד ההוצאה, וכן תגדל ההוצאה הציבורית (ר' לעיל). אם יותר לקופות להתנות שירותים בהכנסה, תפגע אנושות יכולת החוק למנוע העדפת עשירים על ידי הקופות, ותיפרץ פירצה רחבה ל"הסרת-שמנת" על-ידן. יש הטוענים כי גם אם ההוצאה לקופה על כל מבוטח זכאי תהיה בלתי-תלויה בהכנסת המשפחה (למשל ע"י השתתפות ממשלתית/ביטוח לאומי דיפרנציאלית, "תמיכה בנצרך ולא במצרך"), הרי עצם קיום המידע על היכולת הכספית של משקי הבית תשפיע על התנהגות הקופות בכיוון אותו ניסה החוק למנוע.

## 5. דיון

לאחר שנמנו הטוענים השונים בעד ונגד ריכוז והפרדת שירותי התוספת השלישית משירותי סל הקופות, מגיע שלב ההערכה: כיצד לשקול טענות "בעד" מול טענות "נגד" כך שניתן יהיה להגיע להכרעה. כאן, לדעתי, אי אפשר יותר להתייחס אל כלל שירותי התוספת השלישית כמקשה אחת, ויש לפרק את הדיון וליחד אותו לכל תחום שירותים ותת תחום ספציפי.

בכנס זה אורגנו צוותי החשיבה לפי תחומים ראשיים: גריאטריה, רפואת הנפש, שירותי מניעה. לכן מוצע כי רשימת הטוענים שלעיל תשמש כל צוות כזה בדיונו, באופן ספציפי ומפורט ככל האפשר. לפני שאתייחס לפירוט הנדרש, אבקש לחזור ולהדגיש מספר שיקולים כלליים:

### א5. אחריות, מימון, ביצוע - בסופו של יום, האחריות והמימון לשירותי הרפואה

הציבוריים הן של הממשלה. הממשלה מאצילה אחריות וסמכות (יש אומרים – לא במינוחים הנכונים) ומעבירה משאבים ל"סוכנים" – הקופות. כמו בשירותי התוספת השנייה, אחריות ומימון הקופה אינם מחייבים ביצוע ע"י הקופה (ולהיפך).

הקופות רוכשות שירותים רבים מגופים ציבוריים ופרטיים (וכאמור, לעיתים גם זו מזו). לעומת זאת ביצוע שירותי התוספת השלישית ע"י הממשלה וספקים מטעמה מכתוב, בעיקר, מימון ממשלתי ישיר (המצב הקיים).

ב5. את מרבית הטוענים שנמנו ונותחו לעיל אפשר לאפיין ככשלי שוק, במובן הרחב. כמו בשאלה הכללית אילו שירותים צריכים להיות ציבוריים (ומה יש להותיר לסקטור הפרטי), יש לעמת את כשלי השוק הפוטנציאליים מול הכשל הבירוקרטי האופייני לממשלות ולארגונים גדולים. בין כך ובין כך, משאותר כשל, כגון השפעה חיצונית מסוימת, עולה שאלת הצורך להתמודד אתו ולתקנו.

5ג. לרשות הממשלה (במובן הרחב) מגוון של כלי התערבות אפשריים ("יותר מדי" כלים) להתערבות מתקנת. אם ניקח לדוגמה (מתחום אחר, הקשור לרפואה המונעת הציבורית) התערבות ממשלתית בכשל השוק המלווה התנהגויות של זיהום הסביבה, קל לזהות חלופות התערבות שונות, כגון: מס-זיהום (ע"ע מחיר פיגוביאני, Pigou), בגובה הנכון, מכירת "רשיונות זיהום" במכרז (ברמה הרצויה), צווים אישיים והתערבות לא שוקית של הממשלה (Command and control), סובסידיות למנקי-סביבה, חינוך, מחקר ועוד. לעיתים קרובות, אף אם קיים רציונל להתערבות הממשלה (בעניננו – לריכוז בידי הממשלה), הכלי הנבחר אינו תואם את הרציונל. בתחומים בהם אנו דנים, דוגמה אחת היא מדיניות חיסונים לתלמידי בי"ס: אם רוצים להבטיח כיסוי מלא בעלות נמוכה, הכלי של "ייצור" השירות ישירות ע"י שירותי בריאות ציבור ממשלתיים אינו בהכרח הכלי האופטימאלי, ובוודאי לא היחיד האפשרי.

5ד. ההבדל היסודי בין שני המודלים, המשך קיומו העצמאי של סל התוספת השלישית מול העברה לקופות ומיזוג שני הסלים למסגרת התוספת השניה לחוק, הוא באחריות ובשיטת המימון. איחוד הסלים יחייב העברת המקורות הכספיים לקופות. אם כתוצאה מזאת אובדים יתרונות שהיו לריכוז, קיימים כלים בידי הממשלה להשיגם בדרכים אחרות. בהקשר זה, כדאי אולי להזכיר את הברור מאליו: הוספת שירותי הגריאטריה, הפסיכיאטריה ובריאות הציבור תחייב כמובן שינוי יסודי בנוסחת הקפיטציה, ואולי לא רק במשקלים היחסיים של קבוצות-גיל המשמשים בה. זהו כוון מחשבה הראוי לדיון נפרד, אך במסגרת דיון כזה לא תהיה מניעה לשקול גם קיום קפיטציה שונה למרכיבים שונים בסל הכולל, מרכיבים מותנים ב"ביצועים" מדידים של הקופות, ועוד.

5ה. קפיטציה תלוית-הכנסה (באופן ישיר או עקיף – ראה לעיל) מסכנת את אשיות החוק לביטוח בריאות ממלכתי. דרך אחת להמנעות מפגיעה בהפרדה בין השיויוניות האנכית (במיסוי) והשיויונית האפקית (בשירותים), יכולה להיות מנגנון ממשלתי/ביטוח לאומי (לא זול!) של פצוי דיפרנציאלי למשקי הבית (Reimbursement) בהתאם להכנסתם, נגד קבלות של הקופה, כאשר זו גובה תשלומים אחידים מכל מבוטחיה. מנגנון זה יכול לשמש גם להחזר-הוצאות עבור צריכת תרופות, ועוד.

5ו. ולבסוף, חשוב לזכור כי כל שינוי מהמצב הקיים, גם אם הוכח כרצוי מעבר לכל ספק, הוא שינוי ארגוני לא פשוט. לכן, מוצע לשקול גם שנויים בחלקים, בשלבים, עם תקופות-ביניים לביצוע ההתאמות הדרושות במערכות הקיימות.

## 6. הצעה

מוצע כי מתכונת הדיון בצוותי כנס תכיל, בין השאר, דיון פרטני בכל שירות משירותי התוספת השלישית והתייחסות ליתרונות ולחסרונות היחסיים של השארתם במסגרת הקיימת/ העברתם לאחריות הקופות (תוספת שניה). השאלות הן:

- א. הגדרה חדה של השירות והזכאות לו. אפשרית?
  - ב. סדרי הגודל (תקציבים, עלויות, עובדים), בהווה והערכה לחלופה של העברה לקופות
  - ג. השפעות חיצוניות וקשרי גומלין (הערכות ספציפיות וכמותיות במידת האפשר)
    - בין הווה לעתיד (בין עיתוי הוצאה להתממשות תועלת). האם יש הבדל בין החלופות?
    - בין שירות בתוספת השלישית לבין שירותי סל הקופות? תיאור קשרי הגומלין והקשר ליעילות הטיפול ולעלותו.
    - בין קופות (בתנאי ניידות ובחירה, הקופה שמוציאה אינה זו המפיקה יתרונות). האם מהווה גורם בשירות הספציפי? האם ניתן לתקן הטיה זו? כיצד?
    - בין מערכת הבריאות למשרדי ממשלה אחרים, המשפיעים על התוצאה
  - ד. יתרונות לגודל ולריכוז. קיימים? מדידים? דרכים חליפיות להשגתם במסגרת מבוצרת?
  - ה. Private public mix בהספקה; מידת ההישענות על הסקטור הפרטי (מוסדות סיעודיים, מסגרות לחולי-נפש) והשוק הפרטי, בהקשר של יכולת מעקב והבטחת איכות.
  - ו. שוויוניות ותחרות
    - הבדלים צפויים בשוויוניות אופקית ואנכית.
    - האם ההקצאה הפנימית של הקופות לשירותים אלו, בתנאי תחרות, תתאם את היעילות והשוויוניות במערכת כולה.
    - אם לאו, דרכים חליפיות להבטחת שוויוניות כאשר התחומים באחריות הקופות.
  - ז. השפעה צפויה על הקפיטציה.
- הרשימה – חלקית, וניתן להוסיף עליה שיקולים שלא הזכרו. להבטחת פוריות הדיון, כדאי כי חלופות למצב הקיים תהיינה מפורטות במידת האפשר, וכי להצדקתן יוכנו טיעונים מסודרים, כמותיים או ניתנים להערכה אובייקטיבית.

יש להניח, לאור נסיון העבר, כי בכנס גם תושמענה קריאות להגדלת התקציבים העומדים לרשות התחומים שיידונו. למען יעילות הדיון, מוצע להפריד את שאלת התקצוב הכולל משאר השאלות.

#### הערות:

<sup>a</sup> השפעה חיצונית קיימת כאשר רווחת פרט (או פירמה) מושפעת ע"י מעשי אחר. מוצר ציבורי הוא מוצר (או שירות) אשר (א) צריכתו משותפת (ב) נגיש לכל. יש הרואים במוצרים ציבוריים סוג של השפעות חיצוניות. השפעות חיצוניות יכולות להיות חיוביות או שליליות. המשותף לכולן הוא פער בין טובת הפרט (המחליט) וטובת הכלל, המהווה "כשל-שוק": השוק התחרותי אינו נותן להן מענה.

<sup>b</sup> "Other Peoples' Problems", "Other Peoples' Money" במבנה ארגוני מבוזר סמכות ואחריות, כל חלק בארגון משיא את פונקצית-המטרה החלקית שלו, במיוחד (אך לא רק) כאשר הוא פועל במסגרת מגבלת-תקציב.

<sup>c</sup> נושאים כגון זיהום אויר, זיהום מקורות מים, זיהום טרמי, זיהום רעש, זיהום קרקע ע"י חמרים מסוכנים, וגם נושאים הקרובים יותר לענייננו כמו זיהום אוכלוסיות בהמות-מאכל בזנים עמידים של חיידקים עקב שימוש לא נכון באנטיביוטיקות כתוספי מזון, ונושאים אחרים מתחום הרפואה המונעת הציבורית.

# קידום בריאות ומניעת מחלות

## **קידום בריאות ומניעת מחלות**

### **תמצית שאלות לדין והמלצות עיקריות**

**שאלה I: מה העקרונות לקביעת האפשרות והצורך במניעה?**

נדונו עקרונות יסוד במניעה והודגש הקושי להנחיל תפיסת עולם מניעתית לאוכלוסייה, וכן הקושי ביישום אפקטיבי של פעולות חינוך לבריאות וקידום בריאות המכוונות לשינוי התנהגות של פרטים.

**שאלה II: מה העקרונות להכללת פעולות בסל הבריאות לעדכון?**

#### **עקרונות כלליים**

1. קיים צורך שמשרד הבריאות יקים ועדה מקצועית שתדון בנושאים הבאים:
  - א. קביעה מפורטת של פעולות מניעה ראשונית ואבחון מוקדם שאזרחי המדינה זכאים להם. ההמלצות תתבססנה על הידע המדעי הקיים (Evidence Base)
  - ב. תמחור עלות פעולות המניעה המומלצות
  - ג. דרוג הפעולות לפי סדר עדיפויות (הקריטריונים לדרוג ייקבעו ע"י הוועדה)
  - ד. השוואת הפעולות המומלצות לפעולות שניתנות היום, וכן השוואת העלות של ביצוען להיקף המשאבים הקיימים
2. משרד הבריאות יקבע את התוכן של סל המניעה בהתאם להמלצות הוועדה ולמשאבים הקיימים
3. כל פעולת מניעה שלא נכללה בסל המניעה המפורט בסעיף 2 תובא לדין ב"ועדת הסל" הקיימת תוך תחרות בין הטכנולוגיות הקשורות למניעה ואלו המוצגות בטפול הקורטיבי. כלומר, הומלץ שפעולת מניעה (ראשונית או אבחון מוקדם) תחשב על ידי הוועדה כ"טכנולוגיה" שאינה שונה מפעולת אבחון או טפול בתחום הקורטיבי.
4. יצורפו ל"ועדת הסל" אנשי מקצוע בתחום המניעה.
5. יידון הצורך בקביעת קריטריונים נוספים שינחו בחינת פעולות המניעה בועדת הסל. למשל: השפעה כלכלית וחברתית מעבר למערכת הבריאות.

## **צמצום פערים**

1. הומלץ כי הועדה שתדון בתוכן פעולות המניעה להן זכאית האוכלוסייה תתייחס גם לנושאים הבאים:
  - א. קביעת קריטריונים לזיהוי פערים במצבי בריאות הניתנים להשפעה ע"י פעולות מניעה.
  - ב. אמידת היקף הבעיה וכן חומרת התוצאה הבריאותית.
  - ג. חיזוי השפעה אפשרית של פעולות מניעה (בהתבסס על ממצאי מחקר מדעי).
2. הודגש הפוטנציאל הקיים להרחבת היישוג וכן להגדרת סמכויות התפקוד הסיעודי בקהילה לצורך צמצום פערים.
3. הודגשה החשיבות שיש לתכנן וביצוע משותף של פעולות לצמצום פערים על ידי שרותי בריאות ומגזרים אחרים בחברה.

## **פעילות משותפת עם מגזרים אחרים**

יש לקיים דיון במשרד הבריאות יחד עם מגזרים אחרים כדי לקבוע קריטריונים לפעולות משותפות ולמימון. זאת, לאור התועלת הכלכלית של פעולות מניעה במגזר אחר, והצורך לניצול אופטימלי של משאבים הקיימים במגזרים אחרים ובמגזר הבריאות לצורך מניעה.

## **שאלה III. על מי האחריות לביצוע פעולות המניעה (הן בנושאים שבמסגרת שירותי הבריאות, והן בנושאים שהם באחריות בין-מגזרית)**

ברוב דעות התקבלה המלצה שבאופן עקרוני, על מנת להבטיח רצף טיפול, רצוי שכלל התחום של המניעה הראשונית (כולל שירותי אם וילד) יינתן על ידי קופות החולים. עם זאת הודגש שיש לבדוק מרכיבים של תהליך היישום ובכלל זה נושא העלויות, כדי להבטיח שהעברת שירותי אם וילד לקופות לא תפגע באיכות השירות. צוין גם כי יש לתכנן את היישום כך שלא ייווצר פיצול בתוך הקופות בין השירות המניעתי והקורטיבי.

הומלץ כי הביצוע יהיה במספר שלבים:

- א. השלמת תהליך לקביעת התכולה של פעולות מניעה, התמחיר, וקביעת עדיפויות כפי שפורט בסיכום והמלצות סעיף IIא'.
- ב. על בסיס זה משרד הבריאות ידון עם הקופות בתהליך של העברת האחריות כולל קביעת תקציב מתאים וכללי העדכון לתקציב.



- ג. באיזורים בארץ שבהם לחלק מהקופות אין אפשרות לוגיסטית או כלכלית לספק שירותי אם וילד, והקופות לא הגיעו ביניהן להסכם משותף על אספקת השירות, ניתן לשקול את מתן השירות ע"י משרד הבריאות. במקרה זה השירות יינתן על ידי משרד הבריאות **לכלל האוכלוסייה** באיזור המוגדר. לא יהיה מצב של מתן שרות באיזור מסויים גם ע"י המשרד וגם ע"י הקופות שכן אז העלות תהיה כפולה.
- ד. ברור הוא שהתהליכים הנ"ל יתבצעו לאורך תקופה מסויימת וההעברה תהיה בזמנית בכל איזור.
- ה. יוגדרו דרכי הפיקוח של משרד הבריאות על מתן השירותים בקופות החולים ועל הקצאת המשאבים הנדרשים למניעה, כדי להבטיח שיעמדו במטרות שייקבעו.
- ו. כל התהליך ילווה ע"י מחקר והערכה כדי לבחון את התוצאות.

#### שאלה IV. מה המידע הדרוש לקבלת החלטות בתחום המניעה?

- א. הוצע שהמכון הלאומי יוציא קול קורא מיוחד בנושאי מניעה. נושאים ספציפיים למחקר שעלו בדיוני הצוות כוללים:
- סיכום הניסיון וההערכה של פעילות קידום בריאות וחינוך לבריאות בישראל
  - מיפוי פעולות המניעה הראשונית המתבצעות במערכת הבריאות ובסקטורים אחרים
  - זיהוי פעולות מניעה שיהיו אפקטיביות לצמצום פערים בבריאות
  - בחינת האפקטיביות של אסטרטגיות שונות לקידום בריאות וחינוך לבריאות, וזיהוי סיבות לחוסר אפקטיביות
- ב. הוצע שהמכון הלאומי יקיים דיון על המידע הדרוש בתחום המניעה, בהמשך לפעולות של המכון בעבר בנושא זה.

## א. מבוא

מטרה מרכזית של שירותי בריאות ברחבי העולם הינה למנוע התפתחות של מחלות בשלב המוקדם ביותר האפשרי. רצון זה מקפל בתוכו אפשרות להקטין עד כמה שניתן תחלואה ותמותה וכן לשפר את איכות החיים. סקירה של שירותי המניעה הניתנים ב-15 מדינות אירופה מלמדת כי קיימת שונות בין המדינות באשר להיקף וסוג שירותי המניעה הנכללים בסל השירותים הלאומי ובאשר לתנאי אספקתם לאוכלוסייה (תדירות, תשלום וכד'). בזמן ששירותי בריאות בכלל ובריאות הציבור בפרט כוללים פעולות המכוונות למטרות אלו, קיימות אפשרויות מרובות למניעה המתבצעות גם בסקטורים מחוץ למגזר הבריאותי.

כבר בתחילת המאה ה-20 הגדירו Leavell & Clark את תחומי המניעה. הם חילקו את הפעולות לרמות שונות של מניעה כדלהלן:

### I מניעה ראשונית: פעולות המתבצעות לפני שחל שינוי פתולוגי או אחר בגוף האדם.

רמה זאת כוללת שתי תת רמות:

- א. **קידום בריאות:** פעולות המתבצעות בדרך כלל לגבי כלל האוכלוסייה המכוונות לסיכוני בריאות למשל תזונה נכונה, מניעת זיהום אוויר, מניעת התנהגות מסכנת בריאות. חלק משמעותי מפעולות אלו מתבצעות מחוץ למערכת הבריאות.
- ב. **מניעה ספציפית:** פעולות המכוונות למניעת מחלה מוגדרת ספציפית. למשל: חיסונים.

II **מניעה שניונית:** כוללת פעולות המתבצעות לאחר שהתהליך הפתולוגי התחיל, כלומר אין כבר אפשרות למניעה ראשונית. גם כאן שתי תת רמות:

- א. **גילוי מוקדם:** כולל פעולה אשר מתבצעת לאדם שנחשב בריא (בנוגע למחלה ספציפית) אבל שבו התהליך הפתולוגי התחיל ואפשר ע"י בדיקה לגלות את הנגע או גורם הסיכון לפני המועד שהיה מתגלה התהליך הקליני הרגיל. אבל קיימת דרישה משלימה ליכולת הגילוי וזה קיום של התערבות אשר תשנה את מהלך המחלה או מבחינת תמותה, נכות או איכות חיים. לדוגמא גילוי מוקדם של מומים מולדים, ביצוע ממוגרפיה, גילוי יתר לחץ דם.
- ב. **טיפול רפואי:** מטרת הטיפול הרפואי באדם חולה הינה למנוע הידרדרות במצבו ובמידת האפשר להביא לריפוי. לכן שלב זה מהווה מניעה במובן הרחב של המילה.

III **מניעה שלישונית:** המחלה קיימת והטיפול לא הצליח לרפא. המטרה היא להגיע לרמה תפקודית איכותית הגבוהה ביותר האפשרית.

- א. **מניעת מוגבלות:** רצון למנוע באדם חולה מוגבלויות המובילות לנכות.
- ב. **שיקום:** קיימת מוגבלות והמטרה היא להחזיר את האדם לרמה תפקודית מקסימלית אפשרית.

**IV מניעה רבעונית:** בשנים האחרונות התווספה רמה נוספת הקובעת את החובה של החברה לאפשר לאדם למות בכבוד.

בתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוגדרו פעולות להן זכאי האזרח הישראלי בתחום קידום הבריאות ומניעת התפתחות של מחלות מסויימות (להלן: פעולות המניעה). נושאים אלו נשאו באחריות ישירה של משרד הבריאות. אבל, התוספת השלישית כוללת רק חלק קטן מסך כל אפשרויות המניעה. בפרט, התוספת השלישית אינה מתייחסת לפעולות מניעה שבאחריות קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק.

כנס ים-המלח השלישי של המכון הלאומי הוקדש אמנם לנושא התוספת השלישית, אולם היווה הזדמנות נדירה להעלות לדיון את כלל תחום המניעה באוכלוסיית ישראל.

דיוני הועדה התמקדו במניעה ראשונית וגילוי מוקדם (מהרמה השניונית) בלבד<sup>1</sup>. לגבי פעולות אלה בחנו מהם העקרונות המנחים בקביעת האפשרות והצורך למניעה; מהם העקרונות המנחים להכללת פעולות מניעה בסל הבריאות ולעדכון; וכן נדונה האחריות הארגונית והמקצועית לביצוע פעולות המניעה.

היבט נוסף שנדון בכנס ים-המלח קשור לפערים הקיימים בין קבוצות אוכלוסייה והאפשרות לצמצום באמצעות מניעה ראשונית וגילוי מוקדם. אירגון הבריאות העולמי, כבר לפני יותר מ-20 שנה בכנס "אלמה אתה", הגדיר כעדיפות ראשונית את הקטנת הפערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה. במדינת ישראל קיימים פערים אלו במדדים שונים, למשל: שעורי תמותה לפי מעמד סוציו-אקונומי של היישובים, רמת השכלה, הכנסה ממוצעת והיקף האבטלה. בנוסף, תמותת תינוקות של נשים בעלות 16 שנות לימוד ויותר הינה רבע מזאת של נשים בעלות פחות מ-4 שנות לימוד. הפרוגנוזה של נשים חרדיות בירושלים עם סרטן שד הינה גרועה יותר מזו של נשים חילוניות – ממצא זה קשור, קרוב לוודאי, לחוסר ביצוע של פעולות של גילוי מוקדם.

במסגרת דיון כולל על פעולות מניעה יש חשיבות לבחון גם את הממשק שבין שירותים אלו לפעולות המתבצעות במגזרים אחרים. שכן, לפעולות המתבצעות מחוץ למערכת הבריאות יש משמעות מבחינת התועלת הבריאותית כמו גם משמעות כלכלית לשירותי הבריאות.

<sup>1</sup> לא עסקנו בנושא מניעה בתחום בריאות הנפש כי נושא זה נדון בקבוצה אחרת.

במקביל, לפעולות המניעה הנעשות בשירותי הבריאות ישנה השפעה כלכלית וחברתית רחבה יותר.

תפקידי המגזרים שמחוץ למערכת הבריאות לא נכללו בנושא בכנס ים-המלח, אולם בתחום המניעה אי אפשר להתעלם מהם. מגזרים מרובים בחברתנו עוסקים בפעילות מניעה (בדרך כלל ראשונית) כחלק מהתפקוד השוטף.

מגזרים אלו כוללים:

- א. הרשות המקומית באחריותה על מערכות מרובות כגון סניטציה, חינוך רווחה.
- ב. מגזרים ברמה ממלכתית, כגון תחבורה בתחום תאונות דרכים; איכות הסביבה בנושא זיהום אוויר; מערכת החינוך בהתייחס להתנהגות מסכנת בריאות של מתבגרים; מסחר ותעשייה בנושא טיב המזון ואספקת מזון בעל תכונות בריאותיות חיוביות; חקלאות בתחום איכות התוצרת מבחינת חומרים מסכנים, טריות התוצרת ופיקוח על מקורות המזון.

קיימת חשיבות מיוחדת לבחון היבט זה של פעולות המניעה עקב ההשפעה הנרחבת על בריאות האוכלוסייה והמשמעות הפוטנציאלית להורדת היקף התחלואה והתמותה. בנוסף, קיימת גם תרומה אפשרית לחסכון בהוצאות הבריאות. קשה עדיין כיום לאמוד את היקף החסכון, אולם אין ספק שברמה ממלכתית יש להתייחס לחסכון זה בהחלטות על הקצאת משאבים.

יחסי הגומלין בין מגזר הבריאות לבין מגזרים אחרים בחברה לא זכו עד עתה להתייחסות המתאימה לא ברמה הממלכתית ולא במגזרים עצמם. זאת למרות שלפעולות מניעתיות בתחום הבריאות יש השפעה חשובה מבחינה חברתית. מניעת מחלות או סיכון בגיל ההתבגרות ומבוגרים צעירים יכולים להביא להקטנת איבוד שנות עבודה פורייה של אזרחים וכן להורדת היקף איבוד ימי עבודה.

לאור זאת, במהלך הדיון בכנס ים-המלח הייתה התייחסות גם לממשק הקיים עם מגזרים אחרים העוסקים במניעה או שיכולים להנות מפעולות מניעה שנעשות בשירותי הבריאות.

## ב. סוגיות בקביעת מדיניות למניעה

במסגרת כנס ים-המלח דנו בארבע סוגיות עיקריות:

- א. מה העקרונות לקביעת האפשרות והצורך במניעה? (בהתייחס במיוחד לתפקיד המניעה בצמצום פערים במצב הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה)
- א. מה העקרונות להכללת פעולות בסל הבריאות ולעדכנו? (ההתייחסות כללה הן את הסל המוגדר במסגרת חב"ב והן שירותים שבאחריות בין-מגזרית)

III. על מי האחריות לביצוע פעולות המניעה (הן בנושאים שבמסגרת שירותי הבריאות, והן בנושאים שהם באחריות בין-מגזרית)

IV. מה המידע הדרוש לקבלת החלטות בתחום המניעה?

החומר שהופץ למשתתפי הכנס כלל 12 נספחים (ראה פירוט בסוף המסמך) ובהם חומר רקע רב, שהיווה בסיס לדין בשאלות אלה.

### **I. מה העקרונות לקביעת האפשרות והצורך במניעה?**

נדונו עקרונות לקביעת תחומי הפעילות בהם מומלץ לבצע פעולות מניעה ועקרונות לבחירת פעולות מניעה ספציפיות שייכללו בסל.

**נקודת המוצא** היא הצורך בהנחלת תפיסת עולם מניעתית לכלל האוכלוסייה על מנת להפחית את הסיכונים למחלה עתידית. עם זאת, הודגשה החשיבות של התייחסות דיפרנציאלית לקבוצות אוכלוסייה בעלות צרכי מניעה שונים (למשל: קבוצות גיל, מוצא, מעמד סוציו-אקונומי).

### **נדונו עקרונות יסוד בתחום המניעה:**

1. מניעה ראשונית חלה על כלל האוכלוסייה וכוללת מגוון נושאים ולא רק חיסונים והתפתחות בגיל הרך.
2. מניעה כוללת פעולות המתבצעות גם מחוץ למערכת שרותי הבריאות.
3. למניעה השפעה על מדדים שמחוץ למערכת שרותי הבריאות (למשל, ירידה בהיקף איבוד ימי עבודה).
4. אם מניעה הינה מוצלחת אזי אין לכך בהכרח ביטוי הנראה לעין, ולכן ההשגים לא נראים ולא ידועים לציבור הרחב.
5. קיימות דוגמאות לשרלטנות בתחום המניעה ואין מערכת פיקוח שמטרתה להגן על האוכלוסייה בפני המלצות לא מבוססות.
6. בדרך כלל יש עדיפות למניעה הראשונית על השניונית אבל יש להתייחס למשמעות המניעה לגבי כל מחלה בנפרד.
7. חשוב לתת עדיפות לפעולות מניעה המותאמות לאוכלוסיות בעלות תכונות שונות (גיל, קבוצה אתנית, מעמד סוציו-אקונומי, וכו')
8. העקרונות הבאים מהווים בסיס לקביעת הצורך והאפשרות לפעולות המניעה:

- מחלה שמשפיעה על מספר רב של אנשים
- חומרת התוצאה (סיכון גבוה לתמותה או תחלואה)

- פעולות שנמצאו אפקטיביות בהפחתת הסיכון לתחלואה/תמותה או בשיפור באיכות החיים ומניעת הידרדרות.

בדיון הודגש הקושי להנחיל תפיסת עולם מניעתית לאוכלוסייה, וכן הקושי ביישום אפקטיבי של פעולות חינוך לבריאות וקידום בריאות המכוונות לשינוי התנהגות של פרטים.

## II א. מה העקרונות להכללת פעולות בסל הבריאות ולעדכון?

בועדה נדונו עקרונות לקביעת הפעולות שייכללו בסל הבריאות. הייתה הסכמה בין חברי הועדה לגבי העקרונות הבאים:

- **יעילות הטכנולוגיה:** בהסתמך על ממצאי מחקרים בין לאומיים
- **מקובלות:** התערבות שמתקבלת על הדעת מבחינה ציבורית
- **ישימות:** התערבות שקיים סיכוי גבוה שניתן ליישם אותה
- **עלות תועלת של ההתערבות:** מצד העלות יש להתחשב בעלות הכספית אך גם בעלויות נוספות כגון סיכונים בריאותיים בהפעלתה. מצד התועלת הודגשה החשיבות של בחינת התועלת במובן הרחב: לפרט (הפחתת סיכון לתחלואה או שיפור בתוחלת חיים או איכות חיים) וכן לחברה (חסכון באבדן ימי עבודה, בתשלומי קצבאות נכות, בהוצאה על שירותי בריאות, וכד')<sup>2</sup>.

הקריטריון של עלות/תועלת נדון באריכות:

1. הודגש שמניעה עולה כסף ואסור להתייחס למניעה **רק** כחסכון.
2. הודגש כי חשוב להשתמש במדדי עלות / תועלת (או עלות/יעילות) בדירוג העדיפות שיש לתת לפעולת מניעה מסויימת, אולם קריטריון זה אינו בלעדי.
3. נעשתה אבחנה בין שלושה "מצבים" שונים הקשורים לעלות / יעילות:

- אם הפעולה חוסכת משאבים למבטח עצמו (קופות), למשל חיסון נגד הפטיטיס A או בדיקת סקר למניעת CF, המימון צריך להיות על ידי הקופות אשר תרווחנה מכך.

- אם הפעולה חוסכת משאבים למערכת הבריאות בכללותה<sup>3</sup>, למשל בממוגרפיה, המימון צריך להיות על ידי משרד הבריאות במסגרת הסל

<sup>2</sup> את העלות נטו של ההתערבות ניתן לחשב כך: (עלות ההתערבות+עלויות נוספות) – (חסכון בשימוש בשירותי בריאות) – (חסכון באבדן ימי עבודה).

<sup>3</sup> כאשר העלות של QUALY היא פחות מהתלוי (GNP) לאדם (כ-15,000\$ לשנה)

- אם התועלת העיקרית הינה לחברה<sup>3</sup> (חסכון באבדן ימי עבודה), למשל חיסון נגד Varicella או חיסון נגד דלקת ראות לבני 45-64, רוב המימון צריך להיות על ידי מקורות של האוצר / ביטוח לאומי ולא מתקציב הבריאות.

במפגש זה נדונו בהרחבה שתי שאלות נוספות:

1. האם יש לדון בעדכון סל המניעה במסגרות נפרדות מאלו הדנות בעדכון הסל הקורטיבי?
2. האם יש צורך להקצות משאבים נפרדים (ייעודיים) למניעה ראשונית וגילוי מוקדם בנפרד מההקצאה לטיפול הקורטיבי?

### סיכום והמלצות (II)

1. קיים צורך שמשרד הבריאות יקים ועדה מקצועית שתדון בנושאים הבאים:
  - א. קביעה מפורטת של פעולות מניעה ראשונית ואבחון מוקדם שאזרחי המדינה זכאים להם. ההמלצות תתבססנה על הידע המדעי הקיים (Evidence Base)
  - ב. תמחור עלות פעולות המניעה המומלצות
  - ג. דרוג הפעולות לפי סדר עדיפויות (הקריטריונים לדרוג ייקבעו ע"י הוועדה)
  - ד. השוואת הפעולות המומלצות לפעולות שניתנות היום, וכן השוואת העלות של ביצוען להיקף המשאבים הקיימים
2. משרד הבריאות יקבע את התוכן של סל המניעה בהתאם להמלצות הוועדה ולמשאבים הקיימים
3. כל פעולת מניעה שלא נכללה בסל המניעה המפורט בסעיף 2 תובא לדין ב"ועדת הסל" הקיימת תוך תחרות בין הטכנולוגיות הקשורות למניעה ואלו המוצגות בטפול הקורטיבי. כלומר, הומלץ שפעולת מניעה (ראשונית או אבחון מוקדם) תחשב על ידי הוועדה כ"טכנולוגיה" **שאינה שונה** מפעולת אבחון או טפול בתחום הקורטיבי.
4. יצורפו ל"ועדת הסל" אנשי מקצוע בתחום המניעה.
5. יידון הצורך בקביעת קריטריונים נוספים שינחו בחינת פעולות המניעה בועדת הסל. למשל: השפעה כלכלית וחברתית מעבר למערכת הבריאות.

## **אב תפקיד המניעה בצימצום פערים במצב בריאות**

הייתה תמימות דעים שלפעולות מניעה (גם ברמה ראשונית וגם באבחון מוקדם) יש פוטנציאל חשוב לצמצום פערים במצבי בריאות באוכלוסייה. (מובן כי גם לטיפול הקורטיבי, שלא נדון בכנס, יש פוטנציאל דומה).

נדונו שני היבטים עיקריים של הנושא:

### **1. תכונות של אוכלוסיות המעמידות אותן בסיכון**

- ביולוגיות -גיל, מין
- חברתיות - הכנסה, מוצא, השכלה, איזור מגורים, דת ודתיות

### **2. מדדים של אספקת שרותים**

- שרות התלוי בדרישה
  - מידת היישוג (Reaching out) של השרות
  - מעמד השרות (נכלל בסל, נכלל בביטוח משלים)
  - מחיר השירות (חינם, השתתפות סימלית/משמעותית, תשלום מלא)
- הודגמו פערים במצבי בריאות (תמותה, תחלואה, התנהגות מסכנת אומקדמת בריאות).

## **סיכום והמלצות (אב)**

1. הומלץ כי הועדה שתדון בתוכן פעולות המניעה להן זכאית האוכלוסייה תתייחס גם לנושאים הבאים:

- א. קביעת קריטריונים לזיהוי פערים במצבי בריאות הניתנים להשפעה ע"י פעולות מניעה.
- ב. אמידת היקף הבעיה וכן חומרת התוצאה הבריאותית.
- ג. חיזוי השפעה אפשרית של פעולות מניעה (בהתבסס על ממצאי מחקר מדעי).

2. הודגש הפוטנציאל הקיים להרחבת היישוג וכן להגדרת סמכויות התפקוד הסייעודי בקהילה לצורך צמצום פערים.

3. הודגשה החשיבות שיש לתכנון וביצוע משותף של פעולות לצמצום פערים על ידי שרותי בריאות ומגזרים אחרים בחברה.



## **אג פעולות מניעה משותפות למערכת הבריאות ומגזרים אחרים** **(או במגזרים אלו בלבד)**

הייתה תמימות דעים כי אין ספק שחלק משמעותי של המניעה הראשונית מתקיימת במגזרים האחרים, למשל בנושאי:

- סיכון סביבתי
  - התנהגות בני נוער
  - עידוד מוצרי מזון "בריאים" (למשל בשר דל שומן)
  - טפול בסיכון סביבתי
  - עקרונות מיסוי - סיגריות / סובסידיה לקרם הגנה משמש
  - מניעת תאונות דרכים
- נושאים אלו הינם באחריות משרדי ממשלה אחרים (איכות סביבה, חקלאות, עבודה, חינוך, תחבורה וכו') וכן רשויות מקומיות ו-NGOs.

### **סיכום והמלצות (II ג)**

יש לקיים דיון במשרד הבריאות יחד עם מגזרים אחרים כדי לקבוע קריטריונים לפעולות משותפות ולמימון. זאת, לאור התועלת הכלכלית של פעולות מניעה במגזר אחר, והצורך לניצול אופטימלי של משאבים הקיימים במגזרים אחרים ובמגזר הבריאות לצורך מניעה.

### **III על מי האחריות לביצוע פעולות המניעה?**

נדונו שני היבטים של השאלה:

1. הארגון האחראי לביצוע

2. הגורם המקצועי האחראי לביצוע

#### **הארגון האחראי לביצוע**

היתה הסכמה שפעולות באבחון מוקדם הכלולות (או תכללנה) בתוספת השניה הינן באחריות ביצועית של הקופות.

הוסכם גם שתכנון ואחריות לביצוע (או להעברה לגופים אחרים) של פעולות קידום בריאות ברמת האוכלוסייה כולה, הינם באחריות משרד הבריאות.

לפיכך, הדיון התמקד בפעולות מניעה ראשונית אישית.

## מניעה ראשונית - פעולות מניעה אישיות

נתונים שנמסרו על ידי משרד הבריאות וקופות החולים מלמדים כי כיום מפעיל המשרד 600 תחנות אם וילד, שרותי בריאות כללית נותנת את השירות ב-443 נקודות (כולל בסקטור ההתיישבות ובישובים קטנים), לאומית מפעילה 60 נקודות שירות, מכבי מפעילה 33 נקודות שירות ומאוחדת 11.

הנתונים לגבי העלות הכספית של מתן השירות כיום אינם ברורים. לא קיבלנו מידע המאפשר השוואת היקף הפעולות והעלויות בין קופות החולים. במשרד הבריאות מוקצבים לנושא 340 מ' ש. משרותי בריאות כללית לא נמסרו נתונים. במכבי התחזית היא שעלות אספקת השירות לכל הילדים המבוטחים בקופה תגיע ל-60 מ' ש ובמאוחדת ל-64 מ' ש. בלאומית העלות היא 2107 ש למתן השירות לילדים בגיל 0-2.

נדונו שתי חלופות לגבי אחריות ארגונית לפעולות אלה: משרד הבריאות וקופות החולים. כדי לבחון את החלופות הובאו בחשבון מספר רב של שיקולים:

### א) מבחינת האוכלוסייה:

1. מידת הכיסוי של האוכלוסייה הזכאית כדי לקבל את התוצאה הטובה ביותר
2. נוחיות הלקוח
3. רצון (העדפות) הלקוח (פרופ' חוה פלטי מצאה כי נשים הרות מעדיפות לקבל שרות בקופות או באופן פרטי; ואילו אמהות מעדיפות לקבל שרות לתינוקות בטיפות חלב)
4. משמעות החלופות מבחינת עלות ללקוח

### ב) מבחינת הסגל המקצועי:

1. מיומנות הסגל, גם הסיעודי וגם הרפואי
2. רצון הסגל לבצע את הפעולות

### ג) מבחינת הארגונים:

1. העדיפות אשר תינתן לפעולות מניעה בארגון
2. ניצול משאבים מוקצים למניעה למטרה זאת או העברתם לנושאים אחרים
3. מבנה השרות של הארגון: קופות המבוססות על רופא עצמאי (ולא רופא שמשרת אוכלוסייה פחות או יותר קבועה); התנאים לשרות מניעתית - זמן, ציוד, מקום פיזי
4. שוני בעלות השרות בארגונים שונים
5. רצף טיפולי, כפילויות של שרות, וניצול תשתיות
6. קיום ניגוד עניינים במשרד הבריאות בין תפקידו כמיניסטריון ותפקידו כמספק שרות

7. ניסיון העבר החיובי בישראל של תפקוד טיפות החלב
8. הקיצוץ המתמיד של תקציבי הרפואה המונעת במשרד הבריאות (כתוצאה מחוסר הקצאה ייעודית למניעה) לעומת מנגנון השומר על היקף תקציבי הקופות. הובע חשש לירידה מתמדת עתידית בתקציב הרפואה המונעת אם לא יכללו בסל מוסכם באחריות הקופות או משרד הבריאות. הובעה הדעה שקל יותר לקצץ מתקציב המשרד מאשר מההקצאה לקופות.
9. נכונות בקופות לקבל את האחריות לפעולות מניעה בתנאי של העברה תקציבית מתאימה (גם מנהלי הקופות הביעו את הסכמתם).
10. צויין הצורך בשינוי תקנון / חקיקה כדי לבצע את העברת האחריות לקופות על כל מרכיביה
11. צויין הנסיון הלא מוצלח בארצות אחרות בהן הועבר השרות המניעתי הראשוני לרפואה הראשונית. עם זאת צויין כי לא ניתן בהכרח להסיק מנסיון של מדינות אחרות בהן התנאים שונים.

### **סיכום והמלצות (III א')**

ברוב דעות התקבלה המלצה שבאופן עקרוני, על מנת להבטיח רצף טיפול, רצוי שכלל התחום של המניעה הראשונית (כולל שירותי אם וילד) יינתן על ידי קופות החולים. עם זאת הודגש שיש לבדוק מרכיבים של תהליך היישום ובכלל זה נושא העלויות, כדי להבטיח שהעברת שירותי אם וילד לקופות לא תפגע באיכות השירות. צויין גם כי יש לתכנן את היישום כך שלא ייווצר פיצול בתוך הקופות בין השירות המניעתי והקורטיבי.

הומלץ כי הביצוע יהיה במספר שלבים:

- א. השלמת תהליך לקביעת התכולה של פעולות מניעה, התמחיר, וקביעת עדיפויות כפי שפורט בסיכום והמלצות סעיף III א' בעמ' 8.
- ב. על בסיס זה משרד הבריאות ידון עם הקופות בתהליך של העברת האחריות כולל קביעת תקציב מתאים וכללי העדכון לתקציב.
- ג. באיזורים בארץ שבהם לחלק מהקופות אין אפשרות לוגיסטית או כלכלית לספק שירותי אם וילד, והקופות לא הגיעו ביניהן להסכם משותף על אספקת השירות, ניתן לשקול את מתן השירות ע"י משרד הבריאות. במקרה זה השירות יינתן על ידי משרד הבריאות לכלל האוכלוסייה באיזור המוגדר. לא יהיה מצב של מתן שרות באיזור מסויים גם ע"י המשרד וגם ע"י הקופות שכן אז העלות תהיה כפולה

ד. ברור הוא שהתהליכים הנ"ל יתבצעו לאורך תקופה מסויימת וההעברה תהיה בו זמנית בכל איזור.

ה. יוגדרו דרכי הפיקוח של משרד הבריאות על מתן השירותים בקופות החולים ועל הקצאת המשאבים הנדרשים למניעה, כדי להבטיח שיעמדו במטרות שייקבעו.

ו. כל התהליך ילווה ע"י מחקר והערכה כדי לבחון את התוצאות.

מיעוט מחברי הצוות התנגדו להמלצה זו. הטיעונים העיקריים שהועלו היו: ההשגים הגבוהים של שירותי אם וילד כיום שאינם מצדיקים שינוי רדיקלי; הגמישות הקיימת כיום כאשר שירותי אם וילד מוכנים לעמוד ביעדים ואף לקבל על עצמם משימות נוספות לפי הצורך, ללא תוספת תקציב; צורך בהתמחות מיוחדת במתן שירותי בריאות הציבור שאינה קיימת בקופות החולים; העדר מערכת מידע שתאפשר פיקוח הולם על מתן השירות והקצאת משאבים למניעה בקופות; חוסר יעילות כלכלית: באותו איזור יינתנו שירותים זהים על ידי ארבע קופות במקום על ידי ספק אחד; וכן טענה שגם בקופות החולים שירותים אלו ינוהלו בסופו של דבר בנפרד מהשירות הקורטיבי ולפיכך העברה לקופות תנציח את הפיצול במערכת (בין קופות ובתוך קופות).

### **III הגורם המקצועי**

הדיון בנושא זה לא מוצה עד תום. הועלו שתי חלופות:

א. המצב הקיים: שרות באחריות רפואית וביצוע סיעודי

ב. שרות באחריות סיעודית עם ייעוץ רפואי.

הנושא מחייב דיון מעמיק בהיבטים שונים של חלוקת אחריות וסמכות של הגורמים השונים בשרותים הקהילתיים כולל רופאים ואחיות. הובעה הדעה שבישראל מאגר איכותי עם מומחיות של כח אדם סיעודי המסוגל לנהל את מערך המניעה, לא התקבלה החלטה לסיכום.

### **IV המידע הדרוש לקבלת החלטות בתחום המניעה**

נושא זה עבר כחוט השני בכל דיוני הצוות. קיים חוסר מידע לגבי ביצוע נוכחי של פעולות מניעה, תוצאות בשטח של פעולות קיימות, עמדות האוכלוסייה ואנשי מקצוע לגבי הנושא, עלויות מבוססות לגבי מרכיבים שונים של מערכת השירותים.

## סיכום והמלצות (IV)

א. הוצע שהמכון הלאומי יוציא קול קורא מיוחד בנושאי מניעה. נושאים ספציפיים למחקר שעלו בדיוני הצוות כוללים:

- סיכום הניסיון וההערכה של פעילות קידום בריאות וחינוך לבריאות בישראל
- מיפוי פעולות המניעה הראשונית המתבצעות במערכת הבריאות ובסקטורים אחרים
- זיהוי פעולות מניעה שיהיו אפקטיביות לצמצום פערים בבריאות
- בחינת האפקטיביות של אסטרטגיות שונות לקידום בריאות וחינוך לבריאות, וזיהוי סיבות לחוסר אפקטיביות

ב. הוצע שהמכון הלאומי יקיים דיון על המידע הדרוש בתחום המניעה, בהמשך לפעולות של המכון בעבר בנושא זה.

## רשימת נספחים שהופצו למשתתפי הכנס

- נספח 1: גרוס ר. השוואה של שירותי רפואה מונעת ב-15 מדינות באירופה
- נספח 2: התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
- נספח 3: ריבא ש. ובנטור נ. אי שוויון ברפואה מונעת
- נספח 4: שפיצר ע. ואפשטיין ל. מניעה בסקטורים שמחוץ לשירותי הבריאות
- נספח 5: פלג ק. תוכניות למניעת היפגעות: סקירת תוכניות והשפעתן, בארץ ובחו"ל
- נספח 6: גינסברג ג. גרין מ. טבנקין ח. רנרט ג. מתווה תורה
- נספח 7: ריבא ש. ובנטור נ. העקרונות לזיהוי וטיפול בפערים בתחום המניעה
- נספח 8: לבנטל א. שירותי בריאות מונעים לקהילה ולפרט במדינת ישראל – ע"י מי?
- נספח 9: סלנט ע. היימן א. פרידנברג א. יעקובסון א. עבאדי מ. לבנטל א., הצהרת כוונות ראשונית של תת-הועדה לנושא מיקום השירות המונע הניתן היום ע"י המדינה במסגרת התוספת השלישית; נתונים על היקף השרות שניתן על ידי משרד הבריאות; נתונים על עלות השרות הניתן על ידי משרד הבריאות, עמדות ונתונים של קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית
- נספח 10: יעקובסון א. רפואה מונעת – האם נדרש להארגון?
- נספח 11: היימן ט. עמדת מכבי לגבי האחריות לתחום אם וילד
- נספח 12: פלטי ח. מחקר הערכה על שירותי בריאות מניעתיים לנשים בהריון וילדים עד גיל שנה וחצי

# אשפוז סיעודי

## אשפוז סיעודי

### סיכום הדיון:

#### הדיונים התנהלו על פי הסדר הבא:

1. הסכמה על הבעיה
  2. הגדרת אמות מידה לפתרון טוב
  3. דיון בחלופות השונות למתן שרות
  4. השוואה בין החלופות לפי אמות המידה שנקבעו
  5. המלצה על חלופה מועדפת
1. הגדרה מוסכמת של הבעיה – מדוע יש צורך בשינוי המצב הנוכחי ?
- למרות ההוצאה הלאומית הגבוהה המוקדשת לטיפול בקשיש בישראל, מוטל נטל כבד (כלכלי, פיזי, נפשי) על הקשיש המוגבל בתפקוד ומשפחתו
  - בבית – בעיקר נטל פיזי, נפשי ופחות כלכלי
  - במוסד סיעודי – בעיקר נטל כלכלי ופסיכולוגי
  - אין תמריץ לקופות להשקיע בשרותים לקשיש המוגבל הנמצא בקהילה על מנת לדחות מוגבלות ובמיוחד מיסוד
  - פיצול שרותים הגורם לחוסר יעילות
  - תקופת המתנה ארוכה למוסד סיעודי
  - משרד הבריאות עוסק בהספקת שרותים במקום בתכנון, בקרה וקביעת מדיניות
  - ההבדל בהיקף ההשתתפות העצמית בין חולה סיעודי לסייעודי מורכב מאלץ את החולה ומשפחתו לבחור בטיפול המגביר סבל אבל מבטיח פחות השתתפות עצמית (למשל בחירה בהזנה דרך צינור באף (זונדה) במקום ישירות לקיבה (PEG))
  - הובהר שבמצב הנוכחי, אין בחוק ביטוח בריאות ממלכתי רציפות בין סל השרותים (התוספת השניה) לאשפוז הסיעודי (התוספת השלישית). כמו כן, חוק הסיעוד המנוהל ע"י הביטוח הלאומי והעוסק בשרותי סיעוד בבית הקשיש, מנותק גם הוא משאר השרותים.
  - סוכם שלמרות שהתוספת השלישית אינה מתיחסת לקשיש המוגבל בתפקוד הנמצא בבית, יש לנסות למצוא פתרון שיתן מענה לכלל הקשישים המוגבלים בתפקוד, בבית ובמוסד.
  - בשלב ראשון ניתן לכלול רק חולים באשפוז סיעודי ומקבלי 150% גימלת סיעוד בבית.

## 2. הגדרת אמות מידה לפתרון טוב

- מקל הנטל הכלכלי על החולה והתומך העיקרי
- מסייע להשארות החולה בבית - מפחית הנטל הפיזי והנפשי על החולה ומשפחתו
- נותן תמריץ לפתח שירותים לתמיכה בחולה הסיעודי בבית ובתומך העיקרי
- נותן תמריץ למניעת הדרדרות בתפקוד – ע"י פיתוח שרותי שיקום והערכה גריאטרית (מניעה ראשונית שניונית ושלישונית)
- מכיל חסמים להגדלת הביקוש
- אינו מגדיל משמעותית ההוצאה של כלל הציבור
- אינו פוגע בהיקף סל השירותים הקיים (התוספת השניה)
- בעל ישימות גבוהה
- תורם להשגת יעילות גבוהה
- מבטיח שוויוניות בקבלת השרות

## 3. החלופות שנדונו

### א. המשכת המצב הקיים + שינוי מבני במשרד הבריאות

סוכם שרצוי לבצע הפרדה באגף לגריאטריה במשרד הבריאות בין הבקרה לרכישת שרותים.

### ב. העברת האחריות הטיפולית בחולה הסיעודי המאושפז לקופות החולים (העברת התוספת ה-3)

המימון יבוא מהעברת תקציב הקודים שישנו כיום לקופות והמשכת מדיניות ההשתתפות העצמית הנהוגה כיום. התקציב יהיה יעודי לאשפוז סיעודי.

**היתרונות:** יצירת רצף טיפולי; יצירת תמריץ ל כתובת אחת לטיפול אקוטי וממושך עם צמצום הביורוקרטיה הקיימת כיום כתוצאה מריבוי הגורמים המטפלים; שחרור משרד הבריאות לתפקידיו כמיניסטרו.

**החסרונות:** בהעדר תוספת מקורות כספיים, לא תהיה הקלה בנטל הכספי על הפרט; קיימת סכנה לגידול בביקוש לאשפוז סיעודי כי הקופות לא תוכלנה "להסתתר" מאחורי הנימוק של תקציב מוגבל; לקופות יהיה קשה לאמת הכנסות כבסיס להשתתפות עצמית ולגבות אותה; לא יוצר תמריץ לקופות להשקיע במניעה, בשיקום, הערכה גריאטרית ובפיתוח יחידות לטיפול בית (מאחר והתקציב "צבוע" לאשפוז סיעודי; הקופות תגבלנה את בחירת הקשישים לאותם מוסדות איתם הן קשורות; תיפגע יכולת האכיפה של משרד הבריאות על מוסדות בלתי תקינים;



ג. העברת האחריות לטיפול בקשישים המוגבלים בתפקוד (בבית ובמוסדות הסייעדיים) לקופות החולים.

המימון יכול לבוא מהמקורות הבאים:

1. **הטלת מס סוציאלי נוסף** המיועד למימון ביטוח סיעודי חובה, בשיעור של 1% מהשכר, תכניס כ-1.4 מיליארד ₪. ניתן לגבות המס במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או ע"י הביטוח הלאומי (בדומה לחוק סיעוד). היתרון הברור הוא הקלת הנטל על הפרט ומשפחתו. החיסרון – הגדלת הנטל הכלכלי הגבוה כבר היום, על כלל הציבור. ההמלצה היא שהסכום יצורף לתקציב הקופות ולא יהיה מסומן.
2. **ביטוח כל אזרחי המדינה באמצעות ביטוח פרטי** – הכוונה לביטוח חובה כאשר המדינה מממנת את מעוטי היכולת. היתרון בהצעה נובע מהצפייה שגוף עסקי יתנהל ביעילות וימנע מגרעונות. החיסרון הצפוי הוא שינתן סיוע בכסף ולא בשירותים. הממשלה תסייע במימון הביטוח למיעוטי היכולת.
3. **יצירת ביטוח סיעודי משלים מיוחד במסגרת הקופות, שיהיה חובה.** היתרון הוא בכך שהמקור הכספי למימון הטיפול הסיעודי יהיה בשליטת הקופות. דבר זה עשוי להפחית את החשש מקבלת האחריות לטיפול בחולים אלו. גם כאן מוצע שהממשלה תסייע במימון הביטוח למיעוטי היכולת. הועלתה הסתייגות לגבי היכולת של הקופות להמנע מניצול סכומי הכסף הנצברים לפתרון בעיות שוטפות.

כמקור כספי נוסף וכן כדי לרסן את הצריכה, ניתן להמשיך במדיניות של השתתפות עצמית פרוגרסיבית וכן לאפשר במסגרת החוק תקופת המתנה מוגדרת מראש.

מבחינת ארגון השרותים חלופה זו עדיפה מאחר ונוצר רצף טיפולי עם כתובת אחת לטיפול אקוטי וממושך, המאפשר צמצום הביורוקרטיה הקיימת כיום, כתוצאה מריבוי הגורמים המטפלים; כמו כן מתאפשר שחרור משרד הבריאות לתפקידיו כמיניסטרו.

מבחינה כלכלית יש כאן מעבר מתקציב לסל שירותים גם באשפוז הסיעודי. צפויה הכבדה בנטל הכלכלי לכלל האוכלוסייה. קיימת סכנה לגידול בהוצאה לאשפוז סיעודי כי הקופות לא תוכלנה "להסתתר" מאחורי הנימוק של תקציב מוגבל; לקופות יהיה קשה לאמת הכנסות כבסיס להשתתפות עצמית ולגבות אותה;

מאידך צפויה הקלה בנטל הכלכלי לחולים הסיעודיים ולמשפחותיהם.

היתרון בחלופות א ו-ג הוא יצירת תמריץ כלכלי לקופות החולים להשקיע במניעה, בשיקום, הערכה גריאטרית ובפיתוח יחידות לטיפול בית. מאידך, קימת הסכנה שהקופות תנצלנה את הכספים לחולה המוגבל בתפקוד למטרות אחרות.

ד. העברת האשפוז הסיעודי לאחריות הביטוח הלאומי (מעבר מתקציב הקודים לסל שרותים)

סוכם לא לדון בחלופה זו מאחר ומידת הישימות שלה קלושה.

**המלצות:**

- א. אין להעביר לקופות החולים את חבילת האשפוז הסיעודי, עם תקציב הקודים ותקנות ההשתתפות העצמית בלבד.
- ב. על מנת להבטיח את רצף הטיפול בחולה המוגבל בתפקוד, מוצע להעביר האחריות לטיפול הסיעודי בחולים אלו לקופות החולים, הן בבית והן במוסד. בשלב ראשון ניתן לכלול רק מאושפזים מוסד סיעודי ומקבלי 150% גימלת סיעוד בבית.
- ג. מוצע שמימון הטיפול הלא רפואי בקשיש יהיה מכספי מס סוציאלי. כספים אלו יצורפו להוצאה הציבורית הקיימת כיום (כמיליארד ₪ לאשפוז סיעודי ו-0.67 מיליארד ₪ למקבלי 150% גימלת סיעוד). מכאן שיש צורך בתוספת מקורות של לפחות 1.2 עד 1.9 מיליארד ₪, כדי עבור לסל שרותים.

כחסם להגברת הביקוש, תמשך גבית השתתפות עצמית מהחולה ומשפחתו.

ד. השינוי יבוצע בשני שלבים:

1. העברת האחריות למתן השרות לחולה המוגבל בתפקוד בבית ובמוסד לידי קופות החולים, כאשר עבור כל חולה הקופה מקבלת החזר מהגוף הגובה (למשל ביטוח לאומי).

2. העברת האחריות התקציבית לקופות, בנוסף לאחריות למתן השרות.

ה. שלב 2 מותנה בהסכמה על:

1. מנגנון עדכון התקציב.
2. מנגנון הקצאה התקציב לקופות.
3. המשכת גבית השתתפות עצמית מהחולה ומשפחתו.
4. הביטוח הלאומי יבצע את ההערכה התפקודית, הערכת הכנסות וקביעת ההשתתפות העצמית (לאשפוז במוסד ובבית), על מנת לשמור על השויוניות.
5. הגדרת סל שרותים מוסכם למוגבל בתפקוד בבית ובמוסד.
6. החלטה על האם לאפשר בבית רק שירות בפועל או גם כסף.

ו. עקב התארכות תוחלת החיים, יש צורך לבחון ולעדכן את נוסחת הקפיטציה. זאת במיוחד על מנת למנוע ניצול כספים שינתנו לטיפול לא רפואי של קשישים מוגבלים בתפקוד לצרכים רפואיים.

- ז. מומלץ לא לאבד את הכספים המושקעים בביטוחים המושלמים של הקופות. נציגי הקופות הביעו נכונות להגדיר סל בסיסי לביטוח משלים, שיכלול גם ביטוח סיעודי . דבר זה יאפשר ניידות בין הקופות מבלי לפגוע בזכויות הביטוח המשלים.
- ח. מומלץ בתקופת הביניים, עד להעברת האחריות לקופות, לבצע הפרדה באגף לגריאטריה במשרד הבריאות בין הבקרה לרכישת שרותים.

## נייר רקע

התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מגדירה את השירותים שהמדינה נתנה לפרט במועד הקובע, ולפיכך מחייבת לפי חוק להמשיך ולתיתם, עד לשינוי החוק או העברת השירותים לקופות החולים. כל זאת בתנאים ובתשלומים שהיו נהוגים ערב כניסת החוק לתוקף.

הפיסקה השניה בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, דנה בנושא הגריאטריה, הכולל:

- אשפוז חולים סיעודיים גריאטרים
- אשפוז תשושי נפש
- אשפוז נכים סיעודיים צעירים
- אשפוז חולים פסיכוגריאטרים

▪ לפי התוספת, והודעה על התנאים והתשלומים שפורסמה, האשפוז כאמור כרוך בהשתתפות המאושפז ומשפחתו בעלות הטיפול, לפי יכולתם הכלכלית, החל מגובה 32% מקצבת הזיקנה ליחיד, ועד מלוא העלות.

## פירוט רמות התפקוד

רמת תפקוד	עצמאי בטיפול אישי	עצמאי בניהול משק בית
עצמאי	כן	כן
תשוש	חלקי	לא
סיעודי או תשוש נפש	לא	לא

## נתונים מספריים

נכון לסוף שנת 2000 היו במדינה 622,900 בני 65+ (9.8% מהאוכלוסיה).

נכון לסוף שנת 2001 היו במדינה 44,428 חולים סיעודיים ותשושי נפש לפי הפירוט הבא:  
16,500 במוסדות סיעודיים ברשיון

1,000 במוסדות ללא רשיון – (על פי הערכה של האגף לגריאטריה)

26,928 מקבלי 150% גימלת סיעוד בבית (לא ידוע איזה % מהם מעוניין באשפוז במוסד)

## הבעיה

- **האחריות למתן טיפול אישי ולניהול משק הבית של החולה הסיעודי מוטלת כיום בעיקר על החולה עצמו ובני משפחתו.** עקב כך, החולה ומשפחתו ניצבים מול נטל כספי כבד (עלות מוסד סיעודי לחודש היא לפחות כ-8,500 ₪ וטיפול בבית בעזרת עובד זר - 5,000 ₪). זאת בנוסף לעול הפיזי והנפשי הכרוך בטיפול ובדאגה מתמדת לקשיש הסיעודי.
- **סיוע מוגבל לטיפול בחולה הסיעודי בבית** – הסיוע הציבורי לחולה בבית ניתן מכוח חוק סיעוד (סל שירותים). החולה זכאי למכסימום 16 שעות טיפול לשבוע.
- **המתנה לקבלת סיוע** – הסיוע הציבורי לאשפוז ניתן ע"י משרד הבריאות לנזקקים בלבד, מכוח תקציב. מאחר והאשפוז הסיעודי מוגבל בתקציב, גם הזכאים לסיוע נאלצים להמתין, לעתים במצב קשה. כיום ממתינים כ-2000 איש. משך ההמתנה הממוצע הוא כארבעה חודשים.
- **פיצול השירותים** – כפי שניתן לראות מטבלת המימון לפי רמות תפקוד, קיים ריבוי גורמים, שלכל אחד מהם אחריות מוגבלת לסיוע לקשיש החולה. דבר זה מצריך התרוצצות בין הגורמים השונים בכל מקרה של שינוי ברמת התפקוד. כמו כן, העדר גורם אחד, המרכז את הטיפול בחולה הקשיש בשלבים השונים של מחלתו גורם לעומס מיותר בניסיון לקבל את הסיוע המתאים.

### **פירוט רמות התפקוד והגורם המסייע למימון אשפוז ממושך**

גורם מסייע למימון טיפול במוסד	גורם מסייע למימון טיפול בבית	רמת תפקוד
הרווחה	חוק סיעוד (ביטל"א)	תש"ש
משרד הבריאות	חוק סיעוד (ביטל"א)	סיעודי או תש"ש נפש
קופ"ח	קופ"ח	סיעודי מורכב

- **העדר תמריץ לקופות להשקיע ברפואה מונעת ושיקום** – זאת עקב העובדה שהקופות אינן נושאות בנטל המימון של הטיפול בחולה הסיעודי.

**ניתן לחלק את הבעיה לשניים:**

- מימון הטיפול בחולה הסיעודי
- ארגון השירותים

## מימון הטיפול בחולה הסיעודי

### **אמדת ההוצאה הלאומית לטיפול בחולה הסיעודי בשנת 2001**

לפי נספח א', ניתן לראות שיש צורך ב-2.8 עד 3.5 מיליארד ₪ לשנה, כדי לממן ההוצאה הלאומית לחולים סיעודיים.

חשוב להדגיש שהנתונים הסופיים המוצגים מבוססים על הערכה בלבד.

ההוצאה הציבורית לטיפול בחולים סיעודיים עומדת כיום על 1.6 מיליארד ₪.

מכאן שיש צורך בתוספת מקורות של לפחות 1.2 עד 1.9 מיליארד ₪, כדי לעבור לסל שרותים.

### **אופציות למימון**

- **המשך המצב הקיים** - היתרון העיקרי נובע מהיכולת לרסן את ההוצאה לאשפוז סיעודי. זאת ע"י התבססות המימון על תקציב מוגדר מראש. בנוסף, השיטה מונעת צריכת יתר של השרות, עקב ההשתתפות העצמית ויכולת המדינה לאמת את ההכנסות של הפרט ולגבות את ההשתתפות העצמית. מאידך, הנטל על הפרט ומשפחתו בשעתם הקשה נשאר כבד כמות שהוא.
- ניתן כמובן להקל בתנאי הזכאות לסיוע של משרד הבריאות. הדבר יגדיל את מספר החולים הזכאים לסיוע אולם מחייב הגדלת התקציב עקב ירידה בהכנסות מהשתתפות עצמית.
- **הטלת מס סוציאלי נוסף** המיועד למימון ביטוח סיעודי חובה, בשיעור של 1% מהשכר, תכניס כ-1.4 מיליארד ₪. ניתן לגבות המס במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או ע"י הביטוח הלאומי (בדומה לחוק סיעוד). היתרון הברור הוא הקלת הנטל על הפרט ומשפחתו. החיסרון – הגדלת הנטל הכלכלי הגבוה כבר היום, על כלל הציבור.
- **ביטוח כל אזרחי המדינה באמצעות ביטוח פרטי** – הכוונה לביטוח חובה כאשר המדינה מממנת את מעוטי היכולת. היתרון בהצעה נובע מהציפיה שגוף עסקי יתנהל ביעילות וימנע מגרעונות. החיסרון הצפוי הוא שינתן סיוע בכסף ולא בשירותים.
- **יצירת ביטוח סיעודי משלים מיוחד במסגרת הקופות, שיהיה חובה.** היתרון הוא בכך שהמקור הכספי למימון הטיפול הסיעודי יהיה בשליטת הקופות. דבר זה עשוי להפחית את החשש מקבלת האחריות לטיפול בחולים אלו.
- **כמקור כספי נוסף וכן כדי לרסן את הצריכה, ניתן להמשיך במדיניות של השתתפות עצמית פרוגרסיבית וכן לאפשר במסגרת החוק תקופת המתנה מוגדרת מראש.**

## ארגון השירותים

### החלופות למתן השירות הן:

- **המשך המצב הקיים**, לפיו הביטוח הלאומי מטפל בחולים הסיעודיים בבית ומשרד הבריאות בחולים באשפוז סיעודי. **היתרון** במצב הקיים נובע מהנסיון המקצועי והניהולי שהצטבר בביטוח הלאומי ובמשרד הבריאות. דבר זה מבטיח עבודה לפי קריטריונים מקצועיים אחידים בכל אחד מהגורמים הללו (מאידך, זה אינו מבטיח תיאום בין הגורמים). כמו כן, קיום מנגנון מרכזי להקצאת קודים מאפשר וויסות בין המחוזות השונים, לפי הצורך. **החסרונות** פורטו בסעיף הבעיה.
- **שיפור המצב הקיים** - בדיקה קפדנית יותר של המתאשפדים בקוד, כדי לאמת שהצורך אכן קיים וקביעת קדימויות בהתאם; שיפור הטיפול בגביית ההשתתפות העצמית, מבלי שהדבר יעכב קבלת הקוד; הגדלת ההקצאה מתקציב האוצר כדי לצמצם את מספר הממתינים; חיזוק החלופה של טיפול בחולה הסיעודי בביתו על-ידי הגדלת גימלת הסיעוד ופיתוח שירותי בית על-ידי הקופות; הגברת התיאום בין גורמי המימון השונים (תכנית שטסמן).
- **העברת האחריות לקופות החולים – היתרונות**: יצירת רצף טיפולי; יצירת תמריץ לקופות להשקיע במניעה, בשיקום, הערכה גריאטרית ובפיתוח יחידות לטיפול בית; כתובת אחת לטיפול אקוטי וממושך עם צמצום הביורוקרטיה הקיימת כיום כתוצאה מריבוי הגורמים המטפלים; שחרור משרד הבריאות לתפקידיו כמיניסטרו.
- **החסרונות**: בהעדר תוספת מקורות כספיים, לא תהיה הקלה בנטל הכספי על הפרט; קיימת סכנה לגידול בביקוש לאשפוז סיעודי כי הקופות לא תוכלנה "להסתתר" מאחורי הנימוק של תקציב מוגבל; לקופות יהיה קשה לאמת הכנסות כבסיס להשתתפות עצמית ולגבות אותה; הקופות תגבלנה את בחירת הקשישים לאותם מוסדות איתם הן קשורות; תיפגע יכולת האכיפה של משרד הבריאות על מוסדות בלתי תקינים; הקופות עלולות להשתמש בתקציבי הסיעוד למטרות טיפול אקוטי.
- אם המעבר יהיה כרוך גם במעבר לסל שירותים, הדבר יחייב תוספת תקציבית גדולה מאד.
- **העברת האחריות על אשפוז סיעודי למוסד לביטוח לאומי – היתרונות**: יצירת כתובת אחת לחולים הסיעודיים בבית ובמוסד; קיים כבר מנגנון לאימות הכנסות וגביית ההשתתפות העצמית וכן מנגנון מקצועי להערכת מוגבלות בתפקוד; קיימים סניפים בכל הארץ; הצטבר נסיון בעבודה עם סוכנויות כח אדם, אותו ניתן ליישם גם לגבי עובדים זרים.
- **החסרון**: בסיס השירותים שהביטוח הלאומי מספק הוא ביטוח לפי סל שירותים. לפיכך, יהיה קשה מאד לספק שירות המבוסס על תקציב.

- **פתרון משולב** - העברת האחריות למוסד לביטוח לאומי לתקופת מעבר מוגדרת, שבמהלכה יוערכו ההוצאה הכספית והמערך הארגוני הכולל, ועם סיומה האחריות תועבר לקופות החולים. נוסף ליתרונות שצויינו לעיל, פתרון זה יאפשר הערכה מדוייקת של עלות המרכיב הסיעודי, כדי לאפשר תקצוב הולם של הקופות ולמנוע ערעור מצבן הכספי.

### **המלצות:**

**בתחום המימון:** המעבר לסל שירותים מחייב הגדלה ניכרת של המקורות הכספיים, שאיננה נראית אפשרית כיום. לפיכך, מוצע להמשיך בשיטת המימון הנוכחית על-פי תקציב לאשפוז המוסדי, בשילוב סל השירותים על-פי חוק סיעוד.

**בתחום ארגון השירותים:** אין ספק שמבחינה מקצועית, החלופה הטובה ביותר היא העברת האחריות לקופות החולים. אבל, היות שהקופות עובדות לפי סל שירותים, נראה לנו שהן לא תוכלנה לרסן את הביקוש לאשפוז סיעודי. כמו כן, היות שאין ביכולתן לאמת הכנסות ולגבות השתתפות עצמית ביעילות, צפוי שגרעוןן אך יגדל. אי לכך, החלופה המועדפת היא שיפור המצב הקיים.

חלק מהצוות בדעה שניתן למנוע פגיעה כלכלית בקופות ע"י:  
קביעת היקף ההשתתפות העצמית וכן תקופת המתנה ע"י חקיקה.  
יצירת מנגנון לעדכון תקציב הקודים (קפיטציה?), תקציב יעודי לסיעוד(?).  
גביית ההשתתפות העצמית ע"י הביטוח הלאומי (מתוך הנחה שיש לו יותר כלים לקביעת הכנסות החולה ומשפחתו ולגביית ההשתתפות העצמית).



## נספח א'-חישוב ההוצאה הלאומית לשירותי סיעוד-אומדן לשנת 2001

### חישוב המרכיב של החולים הסיעודיים בבית (מקבלי 150% גימלת סיעוד)

נכון לסוף 2001	מספר מקבלי גימלה	נתח מקבלי הגימלה	נתח בהוצאה	עלות (מיליארד ₪)
תשושים - 100%	81,672	75%	67%	1.338
סיעודיים - 150%	26,928	25%	33%	0.662
סך מקבלי גימלת סיעוד	108,600	100%	100%	2.000

### לזאת יש להוסיף את ההוצאה לעובד זר:

עלות לחודש ב-\$	עלות לשנה ב-\$	שער	עלות לשנה ב-₪	עובדים זרים ל-1/3 ממקבלי 150% גימלת סיעוד	עובדים זרים לכלל מקבלי 150% גימלת סיעוד	עלות ל-1/3 (במיליארדי ₪)	עלות לכלל (במיליארדי ₪)
700	8,400	4.66	39,144	8,967	26,928	0.351	1.054

### חישוב המרכיב של החולים הסיעודיים באשפוז סיעודי

#### סך מיטות סיעודיות

עלות שנתית (במיליארדי ₪)	מספר המיטות	הוצאה לקודים
1.2	12,000	מרכיב ציבורי
0.936		מרכיב פרטי
0.264		מימון פרטי-במוסדות ברישוי
0.450	4,500	מימון פרטי במוסדות ללא רישוי
0.075	1,000	סה"כ חולים סיעודיים במוסדות
1.725	17,500	

### חישוב המרכיב של חולים סיעודיים הממתינים לקוד

מספר ממתינים	2000
משך המתנה (חודשים)	4
עלות אישפוז סיעודי לחודש	8500
עלות ביטול המתנה (מיליארדי ₪)	0.068

ריכוז ההוצאה הלאומית לסיעוד בהנחה של-1/3  
ממקבלי 150% גימלת סייעוד יש עובד זר

ריכוז ההוצאה הלאומית לשירותי סייעוד לשנת 2001 ( במיליארדי ₪ )	
0.662	חוק ביטוח סייעוד - מקבלי 150% בלבד
0.351	עלות עובד זר ל-1/3 מקבלי 150%
0.936	אשפוז סייעודי (משרד הבריאות)
0.789	אשפוז סייעודי (פרטי)
0.068	ביטול המתנה
2.806	סך ההוצאה

ריכוז ההוצאה הלאומית לסייעוד בהנחה שלכלל  
מקבלי 150% גמלת סייעוד יש עובד זר

ריכוז ההוצאה הלאומית לשירותי סייעוד לשנת 2001 ( במיליארדי ₪ )	
0.662	חוק ביטוח סייעוד - מקבלי 150% בלבד
1.054	עלות עובד זר לכלל מקבלי 150%
0.936	אשפוז סייעודי (משרד הבריאות)
0.789	אשפוז סייעודי (פרטי)
0.068	ביטול המתנה
3.509	סך ההוצאה

ניתן לראות שלשנה יש צורך במקורות כספיים בהיקף של 2.8 עד 3.5 מיליארד ₪, למימון ההוצאה לחולים סייעודיים.

ההוצאה הציבורית לטיפול בחולים סייעודיים עומדת כיום על 1.6 מיליארד ₪. מכאן שיש צורך בתוספת מקורות של לפחות 1.2 עד 1.9 מיליארד ₪, כדי עבור לסל שרותים.

# בריאות הנפש

## בריאות הנפש

### סיכום הדין

האם רצוי לבצע את שתי הרפורמות שלעיל בו-זמנית או שרצוי לבצע אותן בזו אחר זו ? השאלה שעלתה לדין כאן היתה האם רצוי לבצע את שתי הרפורמות הגדולות שלעיל בו-זמנית או שרצוי להמתין להשלמת הרפורמה המבנית ורק אז להתחיל בביצוע הרפורמה הביטוחית.

#### עיקרי הדין:

- כל הדוברים הסכימו שיש לבצע את שתי הרפורמות במקביל מהנימוקים הבאים:
- הוצאת חולים לקהילה וקיצור משכי השהיה באישפוז, כפי שמתחייב מהרפורמה המבנית, לא יתכנו ללא שיפור ניכר בטיפול האמבולטורי בבריאות הנפש. שיפור כזה יכול לבוא רק אם קופות החולים תיטולנה את האחריות עליו. למשרד הבריאות אין רקע או גישה מתאימה לפיתוח שירותים קהילתיים.
  - הרפורמה המבנית מחייבת שינויים רבים בדפוסי העבודה וההרגלים של עובדי מערך בריאות הנפש הממשלתי. הרגלים אלה התבססו משך שנים וקשה יהיה לשנותם ללא גורם מוטיבציה חזק בדמות הרפורמה הביטוחית.
  - בעשר השנים הבאות הפסיכיאטריה כמקצוע תהפוך להיות ביולוגית יותר וקרובה יותר לרפואה הכללית מכפי שהדבר נראה כיום. ההפרדה הקיימת כיום בין בריאות הנפש והרפואה הכללית פוגעת בהתקדמות המקצוע. שתי הרפורמות המבנית והביטוחית מחויבות המציאות.
  - במהלך הרפורמה המבנית שתמשך מספר שנים ישוחררו משאבים לטיפול האמבולטורי. רצוי לנצל חלון הזדמנויות זה, ולהעביר משאבים אלה לידי קופות החולים לפיתוח שירותי ברה"נ בקהילה. עיכוב העברת האחריות הביטוחית והוספת המשאבים ישוחררו למערכת הממשלתית רק יפריעו להעברת האחריות הביטוחית בעתיד.

בצד ההסכמה ששתי הרפורמות רצויות ונדרש לבצען במקביל, סברו כמה מהמתדיינים שיש לתחזק את הרפורמה הביטוחית בשינויים נוספים במערך הטיפול הקיים בקהילה:

### **חיזוק הקשר בין רפואה ראשונית ובריאות הנפש**

רופאי המשפחה רואים עצמם גם היום ככתובת למצוקה נפשית בקהילה. ההכשרה שהם עוברים מתאימה לטיפול במה שמוגדר "פסיכיאטריה רכה", אך הזמן הקצר המוקצה לכל מפגש ברפואה ראשונית גורם להם לחשוש מכניסה לנושאים כאלה.

שילוב הרפואה הראשונית בטיפול בפסיכיאטריה ה"רכה" יכול להפחית את העומס הצפוי על תשתיות בריאות הנפש אם וכאשר תופעל הרפורמה הביטוחית. שילוב כזה עשוי גם לצמצם את מספר הביקורים אצל הרופא הראשוני אשר, על פי ההשערה, נגרמים בחלקם ע"י בעיות בריאות נפש שלא קיבלו מענה נאות.

### **שינוי בתוכן השירות הניתן במסגרת הטיפול הנפשי הציבורי**

הרפורמה הביטוחית תביא לעליה במספר הפונים לטיפול נפשי. משאבי כח האדם המוגבלים יחייבו הכשרה מיוחדת לצוותים שישוחררו מעבודה בבתי חולים ושינויים בדפוסי עבודה הקיימים כיום במרפאות הציבוריות. יהיה צורך בהקפדה על טיפולים קצרי מועד ושימוש בשיטות טיפול בדוקות יחסית (evidenced based treatment) בכל הנוגע להפרעות לא-פסיכוטיות.

### **חיזוק מערכות התמיכה הקהילתיות הלא-רפואיות**

האוכלוסיה ה"חדשה" שתכנס למערך הטיפול בבריאות הנפש בעקבות הרפורמה הביטוחית, מגדירה מצוקה נפשית בשפה לא רפואית ונעזרת כיום בשירותי רווחה למיניהם שאינם רפואיים. יש לשמור ולחזק את מערכות התמיכה הלא-רפואיות (רווחה, ארגונים אחרים) התומכות כיום באוכלוסיה בשעות מצוקה ולשתף איתן פעולה גם לאחר הרפורמה הביטוחית. חשוב להמנע ממדיקליזציה של תחומים שאצל חלק גדול מהאוכלוסיה אינם מוגדרים כך.

### **בי"ח פסיכיאטרי ובי"ח כללי – איזה יחסים הדדיים עדיפים ?**

במסגרת ארגון השירותים החדש בעידן שלאחר הרפורמה המבנית והביטוחית השאלה שעלתה לדיון היתה: איזה יחסים הדדיים רצוי שיתקיימו בין בית החולים הפסיכיאטרי ובית החולים הכללי.

המודלים הקיימים כיום ליחסים בין בתי החולים הם:

מחלקה פסיכיאטרית בתוך בי"ח כללי – מחלקות כאלה מקבלות בדרך כלל חולים אקוטיים או חולים באפיזודה ראשונה של מחלה ממושכת.

בי"ח פסיכיאטרי ליד בי"ח כללי – בי"ח פסיכיאטרי הנמצא בסמיכות פיזית לבית חולים כללי.  
בית חולים פסיכיאטרי מבודד .

### עיקרי הדיון:

הוסכם על כל הדוברים כי אין הבדל עקרוני בין הטיפול הפסיכיאטרי והכללי וניתן לשלב מיטות אקוטיות פסיכיאטריות באגף אקוטי של בית החולים ומיטות ממושכות באגף למחלות ממושכות אחרות. שילוב כזה יקדם מאוד לדעת כולם את בעיית הסטיגמה שבאישפוז הפסיכיאטרי.

הדיון בנושא נסב סביב כמה צירים :

**אופיו של בית החולים הפסיכיאטרי ובית החולים הכללי** - בית החולים הכללי הוא דינמי יותר, ופועל בקצב מהיר יותר מבתי החולים הפסיכיאטריים. שילוב בין שני סוגי בתי החולים יתרום לקידום הפסיכיאטריה , לשילובה ברפואה הכללית ולשיפור איכות הטיפול הפסיכיאטרי.

העובדה שבתי החולים הכלליים פועלים במסגרת חוק ביטוח בריאות כבר כמה שנים שימשה כהסבר אפשרי להבדל בדינמיות בין סוגי בתי החולים. רפורמה ביטוחית בבריאות הנפש תתרום על פי הסבר זה, גם לשיפור איכות וקצב העבודה בבתי החולים הפסיכיאטריים.

**היתרון הכלכלי** – שילוב מחלקות או יצירת מערך משולב של בתי החולים יאפשר חסכון ניכר בתשתיות רפואיות ולוגיסטיות וחסכון בעלויות השוטפות.

**הבדלים בין פסיכיאטריה ובריאות כללית בנושא ה"רצף הטיפולי"** - עקרון ה"אזוריות" נחשב לרצוי בפסיכיאטריה משום שהוא מחזק את ההיכרות של צוות בית החולים עם החולים באזור. בבריאות הכללית אין הכרח בשמירה על עקרון האזוריות, וחוק בריאות ממלכתי מתיר בחירה חופשית. שילוב מחלקות פסיכיאטריות אקוטיות הפועלות על פי עקרון האזוריות בין מחלקות אקוטיות אחרות בבית חולים כללי יאפשר להגשים את כל היתרונות שבשילוב בלי לפגוע בעיקרון הטיפולי .

### **בשולי הדיון צוינו עוד שתי נקודות:**

ההנחה כאילו בתי החולים הפסיכיאטריים העתידיים ישרתו רק חולים במצבים אקוטיים אינה ריאליות וגם בעתיד יהיה צורך באישפוז ממושך בהיקף מסוים.

מאז העברת הרפורמה בבריאות הכללית פיתחו קופות החולים אלטרנטיבות לאישפוז בכל תחומי הבריאות הכללית. סביר להניח שגם בפסיכיאטריה יקרה דבר דומה וחלק מהאישפוז האקוטי הפסיכיאטרי יהיה בבית.

### **מניעה בתחום בריאות הנפש**

הנתונים האפידמיולוגיים על תחלואה בתחום בריאות הנפש בכל העולם קשים ביותר. משאבי כח אדם המושקעים בטיפול אינם מביאים לצמצום בהיקפי התחלואה ולכן נשאלת השאלה האם לא כדאי לחשוב על מניעה כדרך לצמצום היקפי התחלואה.

כאשר מדובר במניעה מבחינים בשלשה סוגים:

מניעה ראשונית - לפני חשיפה לגורם המחלה, מניעה שניונית- אחרי חשיפה או אחרי אבחנה (מניעה לאחר אבחנה מוגדרת לפעמים גם מניעה שלישונית).

הדיון עסק בשאלה איזה סוגי מניעה בתחום בריאות הנפש חשוב להפעיל בישראל כיום.

### **עיקרי הדיון:**

כל הדוברים היו מאוחדים בדעה כי אין כל טעם לדבר על מניעה ראשונית בתחום בריאות הנפש.

אם מדובר במניעה ראשונית בקבוצות הנחשבות לקבוצות סיכון מתעוררות הבעיות הבאות:

מניעה סלקטיבית מחייבת שימוש ב-MARKERS ביולוגיים או אחרים ובשלב זה אין מרקרים ספציפיים מספיק לשימוש קליני. קיים קושי בהגדרת המחלה בתחום ברה"נ ובהגדרת נקודת הזמן שבה יש צורך להתחיל בטיפול. קשה לבדוק את יעילות פעולת המניעה משום שבדיקה אמפירית כזאת מצריכה שנים של מעקב.

בנוסף, גם אנשים בקבוצות סיכון מוגדרות כמו בני משפחה קרובים של חולה מוכר זקוקים למוטיבציה כדי להשתתף בתוכניות מניעה וכאשר אמצעי הטיפול הקיימים אינם מושלמים – קשה לשכנע שהמניעה תעזור ולא תגרום רק להגברת הסטיגמה.

אם מדובר במניעה ראשונית לכלל האוכלוסיה כמו למשל בתכניות חינוך והדרכה, בנושא אנורקסיה או במניעת התאבדות – יש עדויות חלקיות לכך שהנזק שתכניות כאלה גורמות עלול להיות גדול יותר מהתועלת האפשרית במניעה.

לסיכום נקבע שגם על פי הניסיון הקיים ברפואה הכללית, אין דוגמאות למניעה ראשונית טובה ולכן לא כדאי ויקר מדי לנסות להכנס לנושא הזה בפסיכיאטריה.

דעה שונה הובעה בדיון ביחס למניעה בתחום הפסיכיאטריה המתבצעת בילדות המוקדמת ואשר ניתן לשלבה במסגרת הטיפול הרגיל של טיפות חלב. כאן נראה היה שזו הזדמנות שאסור להחמיץ לאור האפשרות לנצל את האחיות המנוסות של טיפות חלב. בשלב זה הוחלט שיש לקבל נתונים נוספים לגבי העלות- תועלת של התערבות בגיל הרך. ( ראה תקציר "מניעה בגיל הרך" בנספח) .

### **מצב הידע והדילמות סביב המניעה הודגמו בדיון באמצעות נושא הפוסט-טראומה:**

להפרעה פוסט טראומטית יש ההתחלה ברורה מאוד והיא עלולה להפוך להפרעה ממושכת. הסימפטומים טיפוסיים והם מופיעים כמעט מיד. אין ב"הלם" הראשוני סטיגמה רבה ואנשים פונים בדרך כלל מיד לבית החולים. כלומר, מכל בחינה אפשרית ניתן היה לראות בנושא הפוסט-טראומה אתגר מניעתי.

אלא שקשה לנבא מי יעבור את ההלם ויחזור למצב רגיל ומי ישאר עם הפרעה ממושכת הן משום

שמנגנוני התחלואה הקובעים מי יחלים ומי לא - לא ידועים, והן משום שככל הנראה חלק מגורמי ההחלמה – אינם רפואיים כלל: תנאי סביבה נוחים או הפוגה ברצף של פגועי טרור יכולים להשפיע מאוד על סיכויי ההחלמה .

בניגוד למניעה ראשונית שלגביה הוחלט שאינה רצויה, נחשבה מניעה שניונית, דהיינו מניעת הדרדרות או החרפה במצב קיים על ידי כל המשתתפים לחיונית לרפורמה המבנית המוצעת. גם כאן מצב הידע אינו מושלם אך בכמה מחלות מוכרות הידע הקיים מאפשר הפעלה. בדיון הוצג מודל לאישפוז בית המופעל בישראל בקנה מידה קטן. המודל מיישם את כל הידוע כיום במניעה שניונית בסכיזופרניה ומצליח במידה רבה למנוע התדרדרות והחרפה במצבי מחלה אלה.

הדיון בנושא המניעה העלה מספר שאלות נוספות:

**ארועים של פגיעה המונית – איפה יהיה מוקד ההתערבות הטיפולית וכיצד יש להעריך אליהם?**

מן הניסיון בישראל ממלחמת המפרץ ומארוע גז הסארין ביפן עולה שהאתר הקריטי להתערבות טיפולית הוא בית החולים. 70% מהפונים לבתי החולים בארועים אלה היו נפגעי דחק וחרדה. לאור ניסיון זה פותחה כבר בישראל תורה מסודרת כיצד יש להפעיל בתי חולים במקרים דומים.

הצורך בהערכות למצבים כאלה בבתי החולים מתחדד לאור האפשרות שבמקרים של ארועים לא קונבנציונליים יתכן שהפרזנטציה הפסיכיאטרית תנבע מהגורם הלא



קובנציונלי – ולא דוקא מבעיה פסיכיאטרית. במקרים כאלה יתחזק הצורך באבחנה  
מבדלת של מטפלים מיומנים שיהיו מצויים ברובם בבתי החולים ולא בקהילה.

*קו הערכות שני צריך להיות רופאי המשפחה.*

מערכות הרפואה הראשונית הכללית מטפלות באפידמיות כמו שפעת כל הזמן. המערכת  
והרופאים הראשוניים לומדים מהר מאוד להכיר ולזהות את מקרי המחלה האמיתיים.  
אוכלוסיית היעד להדרכה בהתערבויות לצורך מניעה שניונית צריכה להיות לכן אנשי  
המקצוע בקהילה.

*קו הערכות שלישי צריכה להיות התקשורת.*

במתארים קשים במיוחד כמו במצבי מגפה למיניהם לא רצוי להביא את האוכלוסיה לבתי  
החולים. האוכלוסיה תצטרך להיות ספונה בביתה ולטפל בעצמה. במקרים אלה תפקיד  
התקשורת יהיה תפקיד של הרגעה והדרכה אך גם של סוכן מטפל. האוכלוסיה אשר תהיה  
מעונינת במידע תפנה ותאזין ואין חשש שריבוי ערוצים יפריע להעברת המסר.

**לאור גודלה של האוכלוסיה המוגדרת על פי סקרים כבעלת סימפטומים אך אינה פונה  
לטיפול, האם יש לעשות מאמצים ולזמן את האוכלוסיה הסימפטומטית לטיפול ?**

תסמינים של הפרעות נפשיות, על פי סקר אפידמיולוגי אינם זהים למצבי מחלה המחייבים  
טיפול.

עובדה זו ידועה מהעולם ונמצאה גם בישראל בסקר בנושא פוסט – טראומה שנערך  
לאחרונה.

המעבר מתסמינים למצב המחייב טיפול כולל מספר שלבים של שינוי בתפיסת האדם את  
עצמו כזקוק לטיפול.

בדיון שנערך בנושא הושגה הסכמה שיש להתמקד במניעה שניונית בקבוצות הפונות  
לטיפול ולא להתאמץ ולהביא קבוצות שאינן מבקשות טיפול, הן משום שכח האדם הקיים  
אינו מספק את הצרכים הקיימים ממילא והן משום שאין ודאות מוחלטת שהטיפול הניתן  
מוביל תמיד לשיפור.

### **סוגיות כלכליות מרכזיות ברפורמה בבריאות הנפש**

הדיון נסב סביב כמה סוגיות מרכזיות:

#### **כמות המקורות שיעמדו לרשות בריאות הנפש לאחר הרפורמה הביטוחית**

הובהר לדוברים כי לא תהיה עליה משמעותית בסך המקורות שיעמדו לרשות בריאות  
הנפש.

הוסכם על כולם שיש להבטיח את המשך תיקצובן והפעלתן של מסגרות המטפלות בבעיות בריאות נפש או משיקות לתחום ואשר מתקצבות ע"י משרדי ממשלה אחרים ( חינוך , רווחה , קליטה ) עיריות וגופים אחרים.

אי אפשר יהיה לכלול מקורות אלה בתקציב לבריאות הנפש אך המשך פעולתם עשוי לחסוך עלויות.

### **איך מבטיחים שהסכום שהוסכם מתעדכן**

הובהר לדוברים כי הצעת "הניסוי" ברפורמה כוללת בתוכה הסכמה של משרד האוצר לעדכון שנתי של תקציב בריאות הנפש – על פי שינויים דמוגרפיים וטכנולוגיה כפי שמתעדכן סל הבריאות הכללי.

בדיון הוסכם על כל הדוברים כי סך המקורות העומדים לרשות בריאות הנפש כיום לא יספק את הביקושים שיווצרו כאשר יוכרז שכל מבוטח זכאי לטיפול. בריאות הנפש נמצאה עד היום במצב של תת-תקצוב מתמיד וגם העדכון השנתי לא יפתור את הבעיה. הטענה היתה שיהיה צורך לרסן ביקושים בדרך אדמיניסטרטיבית כלשהי. אחד הדוברים הסביר שאין צורך בריסון מכוון משום שהיקף כח האדם הקיים כיום אינו מסוגל בכל מקרה לענות על כל הביקושים.

מצד שני נטען שיש אזורים בישראל שאין בהם שירות סביר לבריאות הנפש ולפיכך רמת הביקושים בהם נמוכה מדי. במקומות אלה צריך יהיה לפתח שירותים ותודעה מתאימה מצד הצרכנים ובכך יעלה סך הביקושים הארצי.

### **האם הכסף לבריאות הנפש יהיה מסומן**

כל הדוברים הסכימו שלאור אי הודאות הגדולה הקימת עם העברת האחריות הביטוחית חשוב לשמור את תקציב בריאות הנפש מסומן ורק לאחר מספר שנים של ניסיון ניתן יהיה להסיר את הסימון ולכלול את התקציב במסגרת תקציב הבריאות הכללי.

אחד הדוברים טען שבכל מקרה יש לשמור על סימון החלק אשר יוקדש לחולי הנפש הקשים.

### **איך מחלקים את המקורות**

הוסכם על כל הדוברים כי הקפיטציה לבריאות הנפש אינה יכולה להתבצע באותו אופן כמו הקפיטציה בבריאות הכללית. האופציות הרלבנטיות לבריאות הנפש היו: חלוקת התקציב לפי התפלגות המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים או לפי התפלגות נכי הנפש המקבלים כיום קיצבת נכות כללית על סעיף נפשי מהביטוח הלאומי.

בדיון הובעה התנגדות לשימוש בהתפלגות נכי הנפש משום שקבוצת אוכלוסיה זו זכאית כבר כיום , על פי חוק שיקום חולי הנפש , לסל שיקום המעניק הטבות ניכרות בצורת שירותי שיקום מסוג הוסטלים, מועדוני תעסוקה, מתאמי טיפול וכו'. הטענה היתה

ששימוש בהתפלגות נכי הנפש תפצה קבוצה זו פעמיים: פעם דרך הטבות חוק השיקום ופעם דרך הגדלת תקציב הקופה המבטחת אנשים אלה.

### **מנגנון התחשבות**

לדוברים הוצגה הצעה לפיה המרפאות הציבוריות תפעלנה בשיטת "מנוי". אדם הזכאי לטיפול יקבל מהקופה המבטחת "מנוי" אשר יהיה תקף לאפיזודה טיפולית. המנוי יאפשר לו לקבל את כל סל הטיפולים על פי השיקול הרפואי – ללא צורך לפנות ולקבל אישור עבור כל ביקור.

המטפלים הפרטיים יעבדו בשיטה של אישור מראש עבור מספר מצומצם של ביקורים. ההצעה הכללית זכתה לתמיכה על ידי כל הדוברים למרות שפרטיה ודרך העברת התשלום לא הוצגו בדיון.

### **השתתפות עצמית – האם להטיל**

לדוברים הוצגה הצעה לפיה שימוש בשירותי בריאות נפש של משרד הבריאות יהיה בחינם ואילו פניה לטיפול פרטי אצל מטפל המוסכם על ידי הקופה יחייב תשלום נוסף עבור כל ביקור.

כל המתדיינים תמכו בהצעה. הטענה היתה שאנשים אשר פנו עד היום לטיפול פרטי ושילמו עבורו מכיסם יקבלו עכשו השתתפות בהוצאות וכך ירוויחו מהרפורמה בשעה שאנשים אשר אינם יכולים לשלם ימשיכו לקבל את הטיפול בחינם.

בשני המקרים מופעלים מנגנונים לריסון הביקושים: הכסף בטיפול הפרטי והסטיגמה- שעדיין קימת- בטיפול במרפאה ציבורית.

**לסיכום:**

נושא הדיון	המלצות
האם רצוי לבצע את שתי הרפורמות שלעיל בו-זמנית או שרצוי לבצע אותן בזו אחר זו?	יש לבצע את שתי הרפורמות במקביל, ורצוי לתחזק את הרפורמה הביטוחית בשנייהם נוספים במערך הטיפול הקיים בקהילה.
בי"ח פסיכיאטרי ובי"ח כללי – איזה יחסים הדדיים עדיפים?	יש לשאוף לשילוב האישפוז הפסיכיאטרי באישפוז הכללי. שילוב כזה יקדם מאוד בעיית הסטיגמה שבאישפוז הפסיכיאטרי, ישפר את תפקודו ויהיה יעיל יותר מבחינה כלכלית.
איזה סוגי מניעה בתחום בריאות הנפש חשוב להפעיל בישראל כיום?	אין מקום בשלב זה לדבר על מניעה ראשונית בתחום בריאות הנפש. חיוני להגביר מאמצים ותכניות למניעה שניונית.
איפה יהיה מוקד ההתערבות הטיפולית בארועים של פגיעה המונית – וכיצד יש להערך אליהם?	קווי ההיערכות למצבי פגיעה המונית צריכים להיות: ראשון – בתי החולים שני – רופאי קהילה שלישי – מערך הסברה באמצעות רדיו וטלביזיה
האם יש לעשות מאמצים ולזמן את האוכלוסיה הסימפטומטית לטיפול?	יש להתמקד במניעה שניונית בקבוצות הפונות לטיפול ולא ולפעול להבאת קבוצות שאינן מבקשות טיפול.
האם הכסף לבריאות הנפש יהיה מסומן?	חשוב לשמור את תקציב בריאות הנפש מסומן בשלבים הראשונים של הרפורמה הביטוחית
איך מחלקים את המקורות?	הקפיטציה לבריאות הנפש צריכה להתבצע בצורה שונה מזו הפועלת בבריאות הכללית.
מנגנון התחשבות?	במרפאות הציבוריות תפעל שיטת "מנוי". תשלום אחיד עבור אפיזודה טיפולית בלי קשר למספר הביקורים בפועל
השתתפות עצמית – האם להטיל?	השימוש בשירותי בריאות נפש של משרד הבריאות יהיה בחינם ואילו פניה למטפל עצמאי תחוייב בתוספת תשלום עבור כל ביקור. (טופס ההתחייבות ישמש כבסיס פלוס השתתפות עצמית בגובה אחיד בכל הקופות

## עמדת פורום "עצמה" – פורום ארצי של משפחות נפגעי הנפש

עיקרי העמדה מתוך נייר עמדה מה- 28.4.2002

... "הכללת הפסיכיאטריה הרכה" בשירות הביטוחי הציבורי היא מבורכת ואנו תומכים בה – בתנאי שלא תיפגע ואף תקודם הרפורמה למחלות הנפש הקשות. לשם כך יש לפעול לפי העקרונות הבאים:

1. בתקופת המעבר – יש ל"צבוע" את התקציבים לתחלואה הקשה. וזאת כדי למנוע זליגתם לבניית הפסיכיאטריה הרכה .

2. העברת מוקד הטיפול הרפואי בתחלואה הנפש מבתי החולים לקהילה, ולשם כך

א. לתגבר בצורה מסיבית את הסגל והתשתיות של מרפאות בקהילה ובמיוחד מסגרת "טיפול יום" ( half-way in ) , שנועדה לתת טיפול אינטנסיבי לפי הצורך, וללא מגבלות סל לחולים קשים (בעיקר צעירים), בתקופות משבר במחלתם כדי לייצב את מצבם ולאוששם- מבלי שיגיעו לאשפוז מלא

ב. לתגבר שירות ביקורי בית (reaching- out ) של סגל רפואי, סיעודי ועו"ס – במקרים של הכחשה, סירוב, הזנחה ונשירה בכל גיל.

ג. לתגבר בצורה מסיבית את מסגרת אישפוז יום ( half-way out ) . שנועדה בעיקר עבור חלק גדול מהמשתחררים מאישפוז מלא וליצור להם רצף טיפולי בשיתוף סגל בית החולים שטיפל בהם. חשוב שאתרי אישפוז יום יהיו מעוגנים בקהילה, תוך הסכם עם מרפאות בקהילה ובתאום עם גורמי שיקום.

3. אוטונומיה ניהולית ותקציבית למרפאות בקהילה

המגמה להכפיף אותן ל"מרכזי בריאות נפש" ( שם אחר לבתי חולים ) מוטעית! לסגל המרפאות בקהילה יש לתת תמריצים בשכר, במעמד ובכבוד. אנו מצפים כי הרפורמה תעודד את קופות החולים ללכת בשילוב כמה דרכים: לפתוח מרפאות מקצועיות חדשות משלהן , להוסיף סגל רפואי, סיעודי ופסיכולוגי במרפאות הראשוניות ולתת שירות ע"י רופאים ומטפלים, בהסכם במרפאות פרטיות.

4. שיקום: כי שלא יוצר צואר בקבוק בפיתוח תשתיות שיקום – מוצע שקופות החולים ייכנסו כמפעילים ( בתשלום ) של מתקני שיקום .

5. תשתיות בתי החולים. הפער בתנאים הפיזיים בין חלק מהמחלקות בבית החולים לחולי נפש לבין בתי החולים הכלליים זועק לשמים. חובה אנושית לטפל בו בהקדם. בטווח הארוך הפתרון המנכון מבחינה חברתית הוא לצמצם ולסגור חלק מבתי החולים הפסיכיאטריים המיוחדים ולהעבירם למחלקות בבתי החולים הכלליים.

אנחנו מודעים לכך שהבעיות המבניות והכספיות הן קשות. חשוב שהציבור הרחב וגם הנהלות הקופות יבינו שאי אפשר להמשיך בקיפול המביש – יש לקחת סיכונים ולקבוע עדיפות בפיתוח שירותים כדי לכלול את בריאות הנפש עם כולם. התועלת לכלל הציבור היא גבוהה ומכרעת.

## נספח

### מניעה בבריאות הנפש בגיל הרך: חשיבות הטיפול בגיל הרך למניעת תחלואה פסיכיאטרית תקציר המצגת

שלוש השנים הראשונות לחיים הן קריטיות להתפתחות תקינה של המוח ובעקבותיה לדפוסי התנהגות תקינים. טענה זו קיבלה בשנים האחרונות אישורים אמפיריים באפידמיולוגיה, חקר התפתחות נורמלית, ובמחקרים על אוכלוסיות קליניות.

ההכרה בקיום תסמונות קליניות אשר פוגעות בתפקוד הילד הצעיר מאוד הולידה מספר רב של תוכניות מנע והתערבות מוקדמת, המיועדות הן לילדים אשר עדיין לא מראים סימני מצוקה אך חשופים לגורמי סיכון והן לילדים מאוד צעירים אשר כבר מבטאים מצוקה רגשית דרך תסמינים סומטיים (אכילה, שינה) והתנהגותיים (בכי, תוקפנות, עצבנות, ביישנות).

תכניות אלה שיפרו את מצבם של הילדים בטווח של מספר שנים קדימה. אי לכך, הומלץ להקצות משאבים ל :

- פיתוח כלי איתור תסמינים בגיל הינקות באוכלוסייה הכללית (כגון בטיפות החלב ובמרפאות הפדיאטריות).
- הכשרת עובדי בריאות בקהילה, כולל עובדי לשכות הרווחה ואחיות בריאות הציבור, בתחום הפסיכיאטריה של הגיל הרך.
- ביצוע התערבויות מוקדמות בבית ובמרפאות בקהילה.

## נייר רקע

### חסמים ובלמים לרפורמה בבריאות הנפש

#### הקדמה

הפרעות נפשיות תוארו כבר במצרים העתיקה. למעשה בכל תרבות אפשר למצוא תאורים של הפרעות אלו. נהוג להבחין בין הפרעות הנפש הקשות לבין ההפרעות היותר קלות. עקב הסטיגמה הקשורה למקצוע זה ישנה נטייה להפריד את הטיפול בין שתי קבוצות אלו. הפרדה זו לא תמיד משקפת את הנכות המלווה את התסמונות השונות ולא את הסבל הכרוך בהם. ההפרדה הסטיגמטית תרמה במשך השנים לבידוד המערכת המטפלת וחולה הנפש וכן לכך שהמשאבים שהופנו לטיפול בחולים לא הי והולמים ולא ביחס להשקעות בשטחי הרפואה האחרים.

הבנק העולמי ביחד עם ארגון הבריאות העולמי הכירו כבר ב- 1993 שהנטל הכלכלי (global burden) בתחום בריאות הנפש כפי שנמדד ביחידות DALYS (disability life years) הוא במקום השני בעולם המערבי. לאחר מחלות לב וכלי הדם. מחקרים אפידמיולוגיים מלמדים שכ- 25% מהאוכלוסיה יסבלו מהפרעה נפשית כלשהי בחייהם. ברגע נתון כ- 17-20% סובלים מהפרעה נפשית. השינוי בגישה לטיפול בחולי הנפש הקשים החלה בארה"ב בזמנו של קנדי בשנות ה- 60 ותפסה תאוצה בעולם בשנות ה- 70 וה-80 של המאה העשרים. מדינת ישראל נמנעה מהתמודדות בנושא עד לשנים האחרונות.

המלצות ועדת נתניהו (1990) היוו את הזרז לבדיקה מחודשת של שירותי בריאות הנפש במדינת ישראל.

א. הפרדה בין תפקידי המטה של משרד הבריאות כמיניסטרוני ובין תפקיד ספק השירותים שיועבר ליחידות סמך, תאגידי בריאות ומוסדות קופות החולים.

ב. העברת אחריות ביטוחית על שירותי הבריאות לקופות החולים.

ג. העברת מרכז הכובד ממערך האשפוז לשירותי בריאות בקהילה תוך חיזוק רצף הטיפול ושיפור הנגישות וזמינות של שירותי הבריאות.

בשירותי בריאות הנפש החלו לפני מספר שנים ברפורמה שהיעד המרכזי שלה יישום המלצות ועדת נתניהו. המטה הארצי של שירותי בריאות הנפש ולשכות הפסיכיאטרים האזוריים עוסקים בפעילות מנסטרונית ענפה הכוללת תכנון, פיקוח ובקרה, אבטחת איכות ועוד. במקביל, ספקי השירותים הממשלתיים אורגנו סביב מרכזי בריאות נפש אזוריים הפועלים כיחידות סמך עם מידה משמעותית של עצמאות בתכנון ואספקת שירותים.



שני יעדים חשובים אך שונים הנגזרים מהמלצות ועדת נתניהו לא הושלמו עדיין בתחום בריאות הנפש :

א. צמצום האשפוז הפסיכיאטרי והעברת מרכז הכובד לטיפול בקהילה ע"י עיבוי והרחבת מערך מרפאות בריה"נ, הקמת חלופות אשפוז לדיור (הוסטלים ודיור מוגן) ומסגרות בקהילה לשיקום תפקודי, חברתי ותעסוקתי.

ב. הכללת הטיפול הפסיכיאטרי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ע"י העברת אחריות ביטוחית לטיפול בבריאות הנפש לקופות החולים.

למרות שמדובר ב- 2 יעדים שאפשר לבצע כל אחד מהם לחוד. ברור שבביצוע 2 הרפורמות יחד יש להביא בחשבון את יחסי הגומלין שיווצרו בין הרפורמה במבנה השירותים והרפורמה הביטוחית.

אפשר לחלק את מאפייני השינוי במערכת בריאות הנפש ל-ארבעה:

א. צרכני השירות.

ב. מבנה השירותים.

ג. צריכת השירותים.

ד. אספקטים כלכליים של השינויים.

אפשר לראות את השינוי המהותי בארגון שירותי בריאות הנפש כהתחברות לקונצפטים מקובלים ב- Public Health . מפליא שמסגרת טפולית הנוגעת בכל כך הרבה בני אדם הצליחה לשרוד במבנה המבודד שלה כמסגרת נפרדת שכמעט איננה מושפעת ואיננה מושפעת מהסביבה בה היא נמצאת.

### **צרכני השירות**

הצרכנים הטבעיים של השירות הם האוכלוסיה הניתנת לאבחון לפי ICD-10. יש מקום לחלק את האוכלוסיה ל- 4 קבוצות לפי גיל. הסיבות לחלוקה לפי גיל הן פרופיל שונה של אבחנות המאפיינות את קבוצת הגיל אך לא פחות מכך מתח גבולות שונה וטיפוסי לקבוצת הגיל. המונח מתח אבחנות מתייחס לגבול שבין אבחנה או מצב (למשל סכיזופרניה, מחלה אפקטיבית דו קטבית) לבין אבחנה או מצב אחר אשר עשוי לדרוש שירותים בתחום בריאות הנפש. דוגמאות למצב כזה הוא; פיגור, דמנציה, דליריום אך גם מצבים כגון מצוקה נפשית עקב אבחנה ומצוקות חברתיות אחרות העשויות לתרום למתח גבולות.

### **יש להבדיל בין 3 סוגים של מתח גבולות:**

מתח גבולות 1: מתח בין אבחנות בתחום בריאות הנפש. דוגמה לכך הינו אדם עם אבחנה של תסמונת חרדה המפתח דיכאון מג'ורי בחומרה גבוהה. כאשר יש ניסיון לחלק בין

“Severe mental illness” הדכאון המג'ורי ו- “Soft psychiatry” תסמונת החרדה נוצר מתח גבולות זה.

מתח גבולות 2: מתח בין אבחנה בתחום הרפואה שלא בתחומי בריאות הנפש ואבחנה בתחומי בריאות הנפש.

מתח גבולות 3: כאשר הגבול הוא בין ליקוי/סבל מתחום שאיננו רפואי ותחום בריאות הנפש. לדוגמה אבטלה, אלימות בחברה וכדומה. לא ברור באם מצב נתון הינו חלק מתחום בריאות הנפש. דוגמה טיפוסית הינה הפרעת למידה.

בכל המקרים של מתח גבולות לא מדובר בטעויות באבחון אלא בבעיות אמיתיות הדורשות התייחסות והחלטות לא קלות.

כאשר דנים בשתי רפורמות רצוי לזכור שנוצר מתח נוסף בין 2 רפורמות אלו.

4 קבוצות הגילים אליהם יש להתייחס הם: ילדים 0-12, מתבגרים 13-17, מבוגרים 18-64,

אוכלוסיה מזדקנת +65, לא מדובר בקבוצות בגודל דומה לא מבחינת התחלואה, לא מבחינת טווח השנים ולא בכמות האוכלוסיה הרלוונטית.

### **ילדים**

1. אפידימיולוגיה: קבוצת גיל זו מתאפיינת בקיום תסמונות נפשיות כרוניות וקשות כאוטיזם והפרעות בהתפתחות אחרות ופסיכוזות של ילדות. בשנים האחרונות גוברת ההכרה שתסמונות נפשיות אחרות מופיעות בילדים יותר מאשר חשבו קודם דוגמה טובה הינה האבחנה של דיכאון. ההערכה היא לכ- 10% - 5 מהילדים אבחנה נפשית.

### **מתח גבולות:**

א. בריאות הנפש – חינוך. מדובר באוכלוסיה הסובלת מהפרעות למידה. הפרעת למידה יכולה להיות תוצאה של הפרעה נפשית כגון חרדה ודיכאון אך גם הפרעה ראשונית.

ב. בריאות הנפש – רווחה. הבעיה המרכזית היא אוכלוסית המפגרים. באופן עקרוני אוכלוסיה זו שייכת למשרד הרווחה אך עם זאת זו אוכלוסיה בסיכון גבוה לפתח הפרעות נפשיות נוספות. הניסיון מלמד שאוכלוסיה זו עלולה ליפול בין הכיסאות. יש לציין שבעיה זו נכונה בכל קבוצות הגילים.

ג. בריאות הנפש – התפתחות הילד/נוירולוגיה. תסמונת כ- ADHD ותסמונת טורט נמצאים לעיתים קרובות ב- 2 המקומות גם יחד.

ד. בתוך בריאות הנפש. לא ברורה זכות הילדים לשיקום.

משמעות לרפורמה המבנית: יש צורך להגדיר באופן ברור את אחריות הטיפול באוכלוסיות הבעייתיות המתוארות לעיל. יש מקום להקים צוותים שיתאמו בין בריאות הנפש ומערכות חינוך ורווחה. אין מנוס מעבודה משותפת בכל השטחים דלעיל ולכן יש מקום להקמת צוותים משותפים. קיים חסר גדול במטפלים בילדים שיקשה על ביצוע הרפורמה.

משמעות לרפורמה הביטוחית: יוצר מתח בין הרשויות השונות ואפשרות להעביר את האחריות על המטופלים במקום ליצור שיתוף פעולה בינמוסדי. המשמעות היא שחייבת להיות התייחסות לנושא תוך הגדרות של Pathway to care של האוכלוסיות המתוארות.

### מתבגרים

אפידמיולוגיה: בקבוצת גיל זו ישנה עליית מדרגה מבחינת מספר ברי אבחון בבריאות הנפש. מתחילות להופיע התסמונות הנפשיות הקשות כשיזופרניה וכן הופעה של הפרעות אכילה ותסמונות החרדה השונות. יש להניח שלכ- 15% מאוכלוסיה זו ישנה אבחנה נפשית.

מתח גבולות: דומה מאד למתואר בקבוצת גיל הילדים בתת סעיפים א + ב + ד. יש להוסיף כאן מתחי גבולות נוספים.

א. הפרעות אכילה – מתח גבולות עם אנדוקרינולוגיה וגניקולוגיה.

ב. לאחרונה מתפתח שטח חדש רפואת מתבגרים שחלק גדול בעיסוקו הוא בתחום בריאות הנפש.

ג. בריה"נ – משפטי בקבוצת גילים אלו מקובל בעולם לטפל בהפרעות אישיות אנטי- חברתיות שבקבוצות המבוגרים לא מטופלת בתחומי הרפואה.

ד. התמכרויות-בריה"נ – אוכלוסיית המתמכרים גדלה בשנים האחרונות. לעיתים קרובות לאוכלוסיה זו הפרעות נפשיות קשות כדיכאון ופסיכוזות. כמו כן זקוקה אוכלוסיה זו לטיפולים פסיכופרופיטיים. לאוכלוסית המתמכרים גם מערכת טיפול אלטרנטיבית בשירותי הרווחה ובשוק הפרטי.

משמעות לרפורמה המבנית: יש צורך דחוף לשיתוף פעולה בין בריאות הנפש והטיפול בהתמכרויות. כל רפורמה בשירותים חייבת להיות מלווה במדיניות ותוכנית טיפולית במתמכרים. יש צורך להחליט היכן מוקד הטיפול בבריאות או ברווחה.

יש צורך להחליט בנושא המתבגרים עם הפרעות התנהגות. מצד אחד מקובל בעולם שאוכלוסיה זו מטופלת בחלקה בבריאות הנפש מאידך חלק גדול מטופל במערכת החוק. קיים חוסר באנשי מקצוע בשטח זה.

משמעות לרפורמה הביטוחית: קשה להפריד בין אוכלוסיית המתבגרים המקבלת שירותים ברפואה. פירוש הדבר שאם ישנה הקצבה של טיפולים בבריאות הנפש ואין הקצבה כזו ברפואה כללית יהיה קושי גדול מאד בויסות צריכת השירותים.

### מבוגרים

כ- 25% מהאוכלוסיה סובלים בימי חייהם |מהפרעה נפשית כלשהי. מהם כ- 2% ממחלה נפשית קשה. רוב החולים מטופלים ברפואה הראשונית. עבודות מלמדות שרק כ- 5% צורכים שירותים מגופי בריה"נ. אוכלוסיה זו צורכת גם כמות גדולה של שירותי רווחה, שני מקומות אלו נותנים למעשה את מירב הטיפול באוכלוסיה זו. יש לציין שכל התסמונות הנפשיות נמצאות בקהילה ברגע נתון יותר מ- 90% מחולי שכיזופרניה הם בקהילה.

מתח גבולות: ישנו מתח גבולות בין אוכלוסית ה- Soft psychiatry אשר מפתחת לעיתים קרובות מצבים נפשיים קשים במיוחד דיכאון. התמונה הקלינית היא הפרעת חרדה או הפרעת אישיות מתמשכת עם אפיזודות דכאוניות.

כמו כן ממשיך מתח הגבולות כלפי המתמכרים ולאחרונה גם לגבי הפרעות האכילה ומתח הגבולות עם שירותי הרווחה.

משמעות לרפורמה המבנית: קיים מתח בהחלטה על חלוקת המשאבים בין החולים הקשים המשתמשים גם בשירותי אשפוז ולכן הם יקרים לבין אוכלוסיות אחרות. יש צורך בקביעת קדימויות. ישנה סכנה שהפסיכיאטריה תצמצם עצמה לטיפול רק במחלה אחת (שכיזופרניה).

משמעות לרפורמה ביטוחית: לאור השינוי שיכול להתרחש באבחנות בין הפסיכיאטריה הרכה והקשה וכאשר ישנה הקצבה שונה יכול להיות קושי בויסות הטיפולים.

### האוכלוסיה המזדקנת

אפידמיולוגיה: כ- 25% מהאוכלוסיה סובלים מהפרעה נפשית. יש לציין שבגילים אלו ישנה עליה תלויית גיל בחולים בדמנציה. לחולים אלו הפרעות התנהגות ניכרות כביטוי לדמנציה וכן אחוז גבוה של הופעת תסמונות נפשיות. המחלות הנפשיות הבולטות בגיל זה הן התסמונות האפקטיביות. אוכלוסיה זו מתאפיינת בשבירת המסגרות המשפחתיות עקב מות בני זוג.

מתח גבולות:

תסמונות נפשיות – גריאטריה: דמנציה הינה בעיה חשובה אצל האוכלוסיה המזדקנת. לאור הצפי של הזדקנות האוכלוסיה יש לצפות לעליה באוכלוסיה זו.

תסמונות נפשיות – רפואה כללית: בגיל המזדקן לחלק גדול מהחולים הפרעות גופניות נלוות. לעיתים ההפרעה הנפשית היא ביטוי להפרעה גופנית.

משמעות לרפורמה המבנית והביטוחית: המערכת הפסיכיאטרית איננה ערוכה לתת תשובות לכל החולים הדמנטיים. יש צורך בהגדרה ברורה של אחריות טיפולית. השילוב של תסמונות גופניות ונפשיות מקשה מאד על ההפרדה בין בריה"נ ורפואה בכלל.

בסכום: "מתח הגבולות" קיים בכל קבוצת הגיל. למתח זה משמעויות רבות. מצד אחד באם לא תתבצע הרפורמה הביטוחית יש להניח שתהיה נטיה להעביר פעולות מהתחום הלא מבוטח לתחום המבוטח. מאידך בהעברת האחריות לקופות ישנה סכנה של shift של שרותים הנתנים כיום מחוץ לתחומי הרפואה לתוך הרפואה וגלגול העלויות בין הרשויות השונות. הנפגע העיקרי בשני המצבים הינו הצרכן שעלול למצוא את עצמו במצב לא מוגדר ולא ברור. ברור שללא יצירת מערכת הידברות וויסות אפקטיבית יש לצפות לבעיות רבות.

### ארגון שירותי בריאות הנפש

פריסת שירותי בריאות הנפש מבטאת יותר מכל שטח אחר ברפואה לא רק את הרצוי אלא גם את המדיניות החברתית. יש להתייחס לכמה סוגיות כאשר אנו דנים בפריסת השירותים.

#### 1. מי זכאי לקבל את השירות?

למדינת ישראל אין היום סל שירותי בריאות נפש הקשור לתחלואה. יש צורך בהגדרה ברורה של סל שירותים. על הסל להיות פשוט, קל להפעלה וקשור באופן ברור לתחלואה מוגדרת.

משמעות לרפורמה המבנית: חלק גדול משירותי בריאות הנפש ניתן היום כשירות תומך במצבי חיים בתחום הרפואה ובתחומים אחרים. הגדרה ברורה של סל הבריאות בשטח בריאות הנפש עלול לגרום להתנגדויות של ספקי שירות הרגילים לעבוד במסגרת של סל בריאות שאיננו מוגדר.

משמעות לרפורמה הביטוחית: ללא סל מוסכם אין אפשרות לבצע רפורמה זו.

#### 2. מה השימוש בידע ובמימונות בתחום בריאות הנפש?

בתחום בריאות הנפש ישנם מספר גישות טיפוליות. הבולטות מביניהם - גישה ביולוגית רפואית, גישה פסיכולוגית וגישה חברתית. למרות שהרעיון של עבודת צוות

מקובל ישנו מתח בינמקצועי והבדלי גישות ניכרים. במצב כזה קשה לעתים לנווט למטרות ברורות ומוגדרות.

בשנים האחרונות אנו רואים התפתחות גדולה בידע של מדעי המוח וכן התקדמות בגישות טיפוליות, פסיכו-חברתיות. ישנו מאגר ידע גדול בתחום טיפולים פסיכולוגים קצרי מועד וממוקדים. עם זאת ניכר פיגור מסוים בארץ בשימוש בטכניקות אלו. חלק מהפיגור נובע מעמדות אידיולוגיות של נותני השירות, חלקן ממיקום לא נכון של השירותים שאיננו מאפשר שימוש בטכנולוגיות וחלקן בחסר של כח אדם מקצועי.

משמעות לרפורמה המבנית: יהיה לחץ להשתמש בידע הקיים בעולם. בכל מקרה מבנה השירותים הנוכחי לא יוכל להמשיך. רצוי להגיע למבנה העונה לצרכי החולה תוך קשר הדוק עם הקהילה הרפואית והקהילה בכלל וצורך להמשיך ולהכשיר כוח אדם מיומן. יש צורך לנייד כוח אדם לפריפריה, תהליך קשה ולא תמיד ניתן לממשו.

משמעות לרפורמה הביטוחית: הפריסה הנוכחית וחסר בכוח אדם מיומן בכמה שטחים. יקשו על הספקת שירותים במיוחד באזורים פריפריים. באם יהיה שימוש בכוח אדם שלא במרפאות ציבוריות תפגע עבודת הצוות, יוצר לחץ לתפוקות במערכת שאיננה רגילה לכך. אי לכך אפשרי שתהיה התנגדות לרפורמה במיוחד בשירותים הקהילתיים.

### 3. מהם סדרי עדיפויות של מתן השירות?

מתוך הנחה שאין אפשרות לתת שירות טוטאלי יש לקבוע סדרי עדיפויות. המצב בפסיכיאטריה הוא שהסובלים מתחלואה קשה הם קבוצה חלשה שעד עתה לא ידעה ללמוד על זכויותיה. מאידך תחלואה קלה נמצאת בכל חתכי האוכלוסיה. כולל אוכלוסיות יותר מבוססות עם יכולת קנית שירותים ולחץ חברתי.

ישנה התפתחות רבה ביכולת הטיפול הפסיכולוגי והביולוגי גם בקבוצת החולים הקלים. לכן יש לצפות לעליה בדרישה לטיפול בקבוצה זו. בהעדר משאבים קהילתיים המסוגלים לתת תשובה לדרישות השירות יש להניח שיהיה צורך בשימוש ברופא ומטפל עצמאי וכן לנייד כוח אדם שיתפנה מהמגזר האשפוזי למגזר הקהילתי. שינוי כזה דורש הקמת מערכות הדרכה והכוונה מחדש. יש לצפות לקושי רב בשינוי יכולת טיפולית בקבוצת העובדים הרגילה לעבוד במסגרת אשפוזית.

מתוך מכלול המחלות הפסיכיאטריות סכיזופרניה היא מחלקה הפוגעת ב- 1% של האוכלוסיה, מופיעה בגיל צעיר, מפחיתה את תוחלת החיים בכ- 5 שנים בערך וקשורה באחוז גבוה של המקרים בנכות קשה. הערכה בעבודה שנעשתה בארץ (אבירם 1998) מעריכה שמספרם של בעלי נכות נפשית המצופה ב- 2003 הוא כ-

40000 איש, רובם סובלים מסכיזופרניה. נטל מחלה זו כה קשה שהוא צורך את רוב משאבי בריאות הנפש. הדבר גורם לנטייה לראות את השירות כמטפל במחלה אחת וגורם לדלדול היכולת הטיפולית של בעלי המקצוע בשירות הציבורי. יש מקום לחפש דרכים להעלות את הכדאיות לטיפול בקבוצה זו על ידי הכללתה בין המחלות הקשות.

משמעויות לרפורמה המבנית: יש לאתר משאבי אנוש מתאימה לטיפול בפסיכיאטריה הרכה. יש לצפות לקשיים רבים בשינוי דפוסי עבודה הנהוגים במערכת בריאות הנפש הנוכחית.

משמעויות לרפורמה הביטוחית: אין יכולת אמיתית לתת עדיפות בסל שירותים כוללני. ישנה סכנה של רצון הקופות לתגמל את האוכלוסייה היותר בריאה ופחות סטיגנטית על חשבון אוכלוסיית החולים הקשים.

#### 4. פריסת השירות:

שירותי האשפוז כיום מאורגנים ברובם בבתי חולים. בית החולים נתפס כאחראי לחולה והקהילה כתומכת. פסיכיאטריה מודרנית גורסת שהחולה שייך לקהילה ובית החולים משמש כמטפל רק בזמן אי ספיקה של החולה עקב החמרה במצבו הנפשי. שינוי בפריסות השירותים דורש השקעת כספים במבנים מתאימים. נדרשת מחשבה היכן למקם את השירותים. בעולם ראינו תנועה למיקום שירותים בבתי חולים כללים ושירותים אמבולטורים במקומות נגישים בקהילה.

משמעות לרפורמה המבנית: יש צורך בהקצאה כספית גדולה בשינוי הארגוני הן בשינוי בכוח אדם וכן במבנים.

משמעות לרפורמה הביטוחית: לא מובטח שהשינוי במבנה הארגוני אמנם יתבצע. הדבר מעלה שאלות לגבי עלויות השירות המתוכננות ואפשרויות למתן שירות נאות.

#### **בפסיכיאטריה מודרנית אנו מוצאים עקרונות המשפיעים על פריסת השרות כדלקמן:**

שחרור חולים והקמת חלופות אשפוז: רק חולים הנמצאים במצב חריף והזקוקים לטיפול אינטנסיבי בבית חולים יאושפזו. חולים אחרים הזקוקים לטיפול ממושך יקלטו במסגרות שיקום בקהילה ויקבלו טיפול מקצועי ורפואי במסגרת אמבולטורית. כדי למנוע את התפתחות תופעת חולי-נפש דיירי רחוב יש להקים מערך שיקום הפסיכיאטרי הנותן תשובה לדירור, תעסוקה וקשרים חברתיים של נכה הנפש.

האוכלוסייה ע"י הגברת הנגישות, הזמינות ואיכות הטיפול. הכללת הפסיכיאטריה בתוך כלל שירותי הבריאות תתרום להפחתת הסטיגמה הקשורה להפרעות ומחלות נפש ולמניעת מתח גבולות בתוככי הרפואה. העברה תביא ל"זליגה" של חולים המעבר

האמבולטורי: השרות האמבולטורי צריך לתת תשובה לכל ההפרעות הנפשיות. החולה הוא באחריות מערך זה. יש לדאוג להמשכיות טיפול ולגוון את הטיפול בטכנולוגיות שונות הכוללות Reaching out תמיכה במשפחות ושימוש בטכניקות ממוקדות וקצרות מועד. העברת אחריות ביטוחית על שירותי בריה"נ לקופות החולים: מטרת העל של העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים היא שיפור שירותי בריה"נ לכלל למערכות טיפול אחרות.

### **חסמים ובלמים בהכשרה של איש המקצוע**

#### **רקע**

מהות הרפורמה במבנה השירותים בבריאות הנפש מתמקדת בתהליכי אל מיסוד תוך מעבר מהדגש המושם על הטיפול באשפוז לטיפול במסגרות הקהילתיות המגבילות למזער. תהליך זה יביא שנוי בכמה היבטים חשובים להם תהייה השפעה ישירה על אפיוני עבודתו של המטפל:

1. עליה בשיעור האוכלוסייה הפונה לטיפול נפשי: הערכה מ- 2% ל- 4-5%.
2. שינוי משמעותי בתמהיל הפונים לטיפול נפשי: עליה בשיעור הפונים הסובלים מתסמונות יותר קלות של דיכאון וחרדה יחסית לסובלים מהפרעות יותר קשות.
3. שינוי במסגרות הטיפוליות אליהם יבואו או יפנו המטופלים- למרפאות רופא המשפחה, למטפלים עצמאיים ולבתי חולים כלליים או למרפאות בריאות הנפש הציבוריות.
4. שינוי בזהות המקצועית: עליה במגוון תת ההתמחויות שידרשו מהמטפל.

#### **המעבר יתבטא בשלושה היבטים:**

1. בשינוי מהותי בגישה הטיפולית של המטפל.
2. בפיתוח שיטות לטיפול אינטגרטיבי וכוללני תוך הדגשת חשיבות רצף הטיפול.
3. בשנוי בתהליך ההכשרה של המטפל.

#### **שנוי בגישה הטיפולית:**

שנוי בגישה לצרכן השרות. החל מהמחצית השניה של המאה העשרים אנו רואים שינוי חברתי המדגיש את הערכים האתיים של "כבוד האדם וחירותו" כיבוד האוטונומיה של הפרט והרחבת הזכויות הניתנות לאזרח בשטחים שונים כולל בשטח הרפואה כפי שבא לידי ביטוי ב"חוק בריאות ממלכתי" בכלל ובזכויות לחולי הנפש בפרט. אין ספק כי מגמה



זו נמצאת בעיצומה ואת השפעתה אנו רואים במגמה לערוך רויזיה ב"חוק לטיפול בחולי נפש".

### **גישתו של המטפל למטופל תשתנה בכמה היבטים:**

1. כיבוד האוטונומיה של צרכן השירות.
  2. נטישת העמדה הסמכותית של המטפל.
  3. קבלת אחריות צרכן השרות על הטיפול בו ועל תהליך החלמתו.
  4. פתוח תכנית טיפול בהסכמה הדדית ותוך דיאלוג.
  5. קבלת אחריות ארוכת טווח על בריאות הלקוח אך בהתערבויות פעילות קצרות טווח.
- השינוי בגישה החברתית-האתית לצרכן השרות, בתמהיל החולים, במעבר לשרות על פי הצע של שירותים קיימים לשרות על פי זכויות בקופ"ח יחייב שינוי מהותי ויסודי בגישה הטיפולית. אם כיום עדיין הדגש בטיפול הוא מחד בסימפטומים הפסיכו-פתולוגיים בשיטות ביולוגיות פרמקולוגיות או בטיפול פסיכותרפיה בגישה פסיכו-דינמית ארוכת טווח כאשר לא אחת אין כל אינטגרציה בין הגישה הביולוגית לגישה הפסיכולוגית, דבר הגורם להארכה נוספת לא רצויה של משך הטיפול. הגישה החדשה תצטרך לא רק לשפר את האינטראקציה בין אופנויות טיפול רב גווניות ולקצר את משך הטיפול אלא להעביר את ההדגשים לא רק בפתולוגיה אלא גם לפיתוח כישורים להתמודדות, להסתגלות ולהשתלבות חברתית תוך שיפור איכות החיים.

### **להלן כמה מהשנויים שיחולו בטיפול:**

1. שימוש בשיטות טיפול קצרות טווח שקבלו תמיכה בניסויים מחקרניים.
2. פיתוח שיטות להבניית חוזה טיפולי המבוסס על תוכנית טיפול המנסחת מטרות מוגדרות הניתנות להשגה בפרקי זמן נתונים.
3. גישה הממוקדת בצרכי צרכן השירותים ולא בגישה הטיפולית המועדפת על המטפל.
4. גישות טיפול אינטגרטיבית של שילוב בין התערבויות טיפול המבוססות על חשיבה ביולוגית פסיכולוגית וחברתית.
5. מיקוד בכוחות נפשיים וחיזוק המסוגלות להתמודדות ולהסתגלות.
6. שימוש בשיטות פסיכותרפיה על בסיס גישות קוגניטיביות, התנהגויות התנהגותיות ודיאלקטיות.
7. העמקת הטיפול המשפחתי והתמיכה במשפחת הקליינט.
8. שילוב במסגרות תמיכה חברתיות וקבוצתיות.
9. פיתוח ושימוש שיטות יעילות לשיקום נכי נפש בקהילה.

10. שימוש בשיטות להקניית מיומנויות קוגניטיביות.

11. Assertive community training.

12. לזווי מקצועי בתעסוקה נתמכת.

13. דגש נוסף על איכות חיים.

14. השקעת מאמץ הסברתי וחינוכי כנגד הסטיגמה כלפי חולי הנפש.

### **כשלים וחסמים בתהליך הרפורמה קיימים בכמה רמות:**

כשלים וחסמים בתהליך הרפורמה נובעים מתוך מציאות קיימת של פער גדול בין תפקידו של המטפל ברפורמה לבין המציאות המוכרת לנו כיום.

#### **א. כשלים וחסמים בתהליך ההתמחות:**

תהליך ההתמחות מנציח את המשך ההכשרה הממוקדת והמצומצמת באוניברסיטה. הרופאים נדרשים לזמני רוטציה קצרים. הם עוברים כל שנה ממחלקה אחת לשנייה ועובדים רק שנה במרפאה. אין להם כמעט כל חשיפה לעבודת שדה מול רופא המשפחה, לעבודת שיקום רפואי בקהילה, ולעבודת יעוץ ולאיוון בבי"ח כללי.

הפסיכולוגים עובדים בזמן ההתמחות בחלקיות של חצי משרה, משך הרוטציות בשרות הציבורי גם באשפוז וגם במרפאות הקהילתיות היא קצרה יחסית ורבים מהם ממשיכים את הרוטציות בקליניקות פסיכולוגיות פרטיות שם הטיפול נעשה באוכלוסיות נבחרות ובשיטות ארוכות טווח.

#### **התוצאה משיטות התמחות אלו:**

1. מושם דגש יתר על הוראה באשפוז פסיכיאטרי ולא בשרותי קהילה.

2. מושם דגש יתר על טיפול ב"חדר המטפל" ולא גם "ליד מיטת החולה" גם בקהילה.

3. העדר מסלול להמשך ההכשרה לפתוח מיומנויות מקצועיות.

#### **הדילמה בתהליך ההכשרה:**

האם להתמקד בחיזוק ההתמחות הייחודית האופיינית ובלבדית לכל בעל מקצוע. תהליך זה ידרוש השקעה רבה בפיתוח שיטות עבודה אינטגרטיביות הבאות לשלב בין אנשי הצוות השונים. האם להתמקד בחיזוק התמחות הרב גוונית וכוללנית המכוונת ליצור מומחים בעלי גישה כוללנית? תהליך זה יביא לערבוב תחומים בין המקצועות השונים ולקושי רב בישום. ככל פתרון הוא ללכת בדרך הביניים או אז יישאר הקושי ביצירת התמחות המשלבת את השניים.

## **ב. כשלים וחסמים במבנה השירותים הקיימים**

בניגוד לשירותים הפסיכיאטריים בכמה ארצות באירופה שם מקבל צוות רב מקצועי את האחריות לאורך זמן על הלקוח ובני משפחתו בכל השלבים של מחלתו בין באשפוז ובין בקהילה, בארץ לא כך הדבר. האחריות של כל צוות מטפל היא על אירוע מוגבל בזמן של המחלה. אין המשכיות טיפול של הצוות המטפל באשפוז על המשך המעקב בקהילה. פיצול זה נובע הן ממבנה השירותים הקיימים והן מתהליך ההתמחות שאושר על ידי המועצות המדעיות של הרופאים והפסיכולוגים. פיצול זה מונע יצירת קשר ורצף טיפול נדרש בין האשפוז להמשך טיפול בקהילה.

## **ג. כשלים וחסמים במעבר הטיפול לאחריות קופות החולים:**

הרפורמה במדיניות בריאות הנפש המשולבת בהעברת האחריות לאספקת שירותים אלו לקופות החולים, מקפלת בתוכה שורה של בעיות, אשר חלקן משותפות לשני התהליכים וישפיעו תוך תלות הדדית ביניהם.

אחת הבעיות היא האוריינטציה הטיפולית ותפיסת העולם הטיפולית של המקצועות השונים בתחום בריאות הנפש. לתפיסת עולם זו תהיה השפעה מהותית על התפתחות הרפורמה לפחות בכל הנוגע להעדפתו של המבטח, אך גם של המבוטח, באשר למטפל או לספק השרות. בקהילה טכנולוגיות רפואיות, תפיסת העולם של המנהלים וכלכלנים, לדרוש מבעלי המקצוע לקצר תהליכי טיפול במגמה לצמצום עלויות. אולם השיקולים המקצועיים של איש המקצוע הרבה יותר מורכבים ובהם אין הכלכלן מעורה.

## **הפסיכיאטר**

הדילמה שתעמוד בפני הרופא היא הבחירה בין שיקולים מקצועיים לבין שיקולים כלכליים כאשר שווי המשקל של "עלות – תועלת" איננה כה פשוטה. למשל הבחירה בין טיפול מרפאתי רצוי בעלות גבוהה של טיפול תרופתי לבין עלות ימי אשפוז. בנוסף שיקולים כלכליים יכולים להביא לשינוי דפוסי התנהגות של רופאים ולהרבות במגעים קצרים עם מטופלים על מנת להגיע לתפוקות גבוהות ולצדן עליה בשכרו של הרופא. דילמות אלה אמורות לקבל התייחסות מההיבט המקצועי, אשר יכתיב לרופא שיטות עבודה תוך שמירה על איכות מקצועית בשונה ממה שקורה היום לפחות משרות הניתן בקהילה בקופות הקטנות.

מעבר לכך יידרש גם שינוי במבנה האקדמיה וההוראה: מתן דגש יותר על הוראת הסטודנט במוסדות הקהילה ותגמול המורים בתארים אקדמאים עד פרופסורה. בפועל כיום הרב המוחלט של הפרופסורים בפסיכיאטריה נמצא בבתי החולים ומכאן ברור היכן נמצא הידע והכבוד.

## **הפסיכולוג**

הפסיכולוג נדרש בתהליך הכשרתו לטיפולים ארוכי טווח. מבחינת המבטח ישנה מגמה להעדיף את שרותיו נוכח עלות שכרו הנמוכה. נוסף לכך אופי עבודתו של עבודת הפסיכולוג העצמאי גורם לתפוקות נמוכות. אולם גישתו המקצועית לטיפולים ארוכי טווח תתקשה להתמודד היטב עם מגבלות סל השירותים מנקודת ראותו של המבטח. תשומת זמן רבות מושקעות בלמידה של הפסיכולוגים הקליניים בתהליך ההתמחות כחלק מהדרישות במקצוע זה. בין השאר, הצורך בהתנסות בהעברת מבחנים פסיכו-דיאגנוסטיים בנוסף להערכה הקלינית דורש התייחסות מחודשת הן בשל עלות הפרוצדורה והן בשל משך הזמן שהיא תובעת.

## **המרפא בעיסוק**

למרפא בעיסוק יש אוריינטציה שיקומית מובהקת. תהליך שיקום בחולי נפש קשים מטבעו מחייב לצד התערבויות קוגניטיביות קצרות טווח גם שיטות טיפול ארוכות טווח עם צורך לליווי מתמשך לאורך זמן.

בתהליך הרפורמה בהעברת האחריות לקופות האם שרות זה יישאר בתחום בריאות הנפש באחריות המבטח או הוא יישאר באחריות השיקום של משרד הבריאות. במידה וחלקו יעבור לקופות מה יהיו אבני הבוחן למעבר כזה על כל הקשיים המתעוררים בשמירת רצף הטיפול במקרים של אחריות מפוצלת. באיזה מידה המבטח יעדיף במקרה זה שימוש מוגבל בשרות כזה ע"מ לרסן הוצאות.

## **העובד הסוציאלי**

הגישה הטיפולית בעבודה סוציאלית מדגישה את הצורך בראיה כוללנית של החולה וסביבתו. היא מתמקדת בהתערבויות של כאן ועכשיו תוך דגש על גיוס כוחות פנימיים וחיצוניים על מנת לשפר את כושר ההסתגלות ולפתרון בעיות. גם עבודה מקצועית זו עומדת בטווח שבין טיפול שאמור להיות באחריות המבטח לבין התערבויות שיקום. תשומת הזמן הדרושות לו למיצי ההתערבות מסוג זה בענייניו של החולה הם גבוהות. במיוחד כאשר מדובר בפעולות כמו תווך, קישור, סינגור ותאום בין שירותים. קיים חשש כי על רקע שיקולים כלכליים לא תינתן עדיפות לגישה כזאת, אשר עלולה לעורר התנגדות בקרב אנשי המקצוע האחרים.

## **הסיעוד**

לתחום הסיעוד יכול להוות תרומה מכרעת בטיפול בבריאות הנפש בקהילה. ההתערבויות במקצוע זה הנם קצרות מועד, ממודות בבעיה, עם נגישות גבוהה למטופל בביתו, וגישה

תומכת גם בלקוחות קשים שרבים מאנשי המקצוע נרתעים מלטפל בהם. יש להניח כי מקצוע זו יהווה מענה אטרקטיבי בעידן הרפורמה. אולם תהליך ה מעורר מספר בעיות. יידרש גיוס משאבים להכשרה נוספת ייחודית למעבר מטיפול באשפוז לטיפול בקהילה. (דבר זה קיבל עדיפות באנגליה). גיוס מוטיבציה למעבר זה, ופתרון בעיות השכר שיפגע נוכח העדר משמרות ערב ולילה.

### **ארגון צוות מקצועי**

סוגיה בעייתית נוספת שיש לתת עליה את הדעת קשורה בארגון עבודת צוות בבריאות הנפש. נכון להיום מושקעות תשומות זמן רבות בישיבות צוות, הצגת מקרים לצורך גיבוש תוכניות טיפול אך גם לצורך למידה.

פעילות זו לא תמצא מענה מימוני אצל המבטח ולכן יהיה לצורך למצוא שיטות חדשות להדברות במטרה לתת תשובה לפעילות זו.

הדילמה בפיתוח ויישום שיטות טיפול קצרות מועד.

מנקודת מבטו של המבטח הניסיון מוכיח כי רוב הלקוחות, בעיקר אלה הצורכים פסיכיאטרייה קלה, מעדיפים התערבויות קצרות מועד ומתן מענה מידי למצוקותיהם. היענות לדרישה זו תתקבל בברכה ע"י המבטח, אשר במקרה זה פוגש את האינטרס של הלקוח להתערבויות קצרות טווח.

נטוש ויכוח מתמשך באשר להגדרה האפיונים של טיפול קצר מועד, מידת יעילותו, וההתוויות והלקוחות המתאימים לטיפול כזה. יחד אם זאת ניכר אמנם כי בשנים האחרונות מסגרות טיפול רבות בקהילה וגם ספקים עצמאיים עושים מאמץ להשתלם מבחינת ספק השרות קשה יותר מטיפול ארוך טווח. ההתערבות קצרת המועד דורשת מיומנות גבוהה, אשר במרכזה אבחון מדויק של הבעיה ויכולת "להתמקד" בטיפול בבעיה העיקרית.

לא ברור באיזו מידה אנשי המקצוע מיישמים גישות אלה.

כנראה שלא יהיה מנוס, אלא לפתח גישות טיפוליות ממוקדות בבעיות כאן ועכשיו, אשר תאפשרנה שימוש מושכל בזמן והבנה כי לא ניתן יהיה לעבור תוך כדי טיפול לתהליך ארוך טווח בצפייה כי בהזדמנות זו שהלקוח הגיע לטיפול יהיה ניתן לפתור את כל מצוקותיו.

העובדות המשתקפות מנתונים שנאספו בצריכת שירותי פסיכותרפיה אצל ספקים עצמאיים עולה תמונה מעניינת המעידה על כך כי רק שליש מבין אלה, אשר צורכים שירותי פסיכותרפיה (פסיכיאטריה קלה), צורכים כמות הגדולה פי שלושה מזה הקבוע

בסל. סכנה דומה קיימת גם בפסיכותרפיה התמיכתית שצריכה לקבל תשומת לב מיוחדת. נמצא כי לעיתים קרובות מתפתחת תלות בין המטופל למטפל וההפך והטיפול הופך ארוך ללא צורך. כאשר שם המשחק הוא כסף, אנו עדים לתופעה בה אין גבול ליכולת ההנמקה של המטפל והמטופל באשר לצורך.

## **1. היבטים כלכליים של הרפורמות בבריאות הנפש**

(HIE-health Insurance Experiment) הראו כי חולים הסובלים מתחלואה נפשית צורכים עד פי שלש יותר שירותי רפואה ובכלל זה גם שירותי רפואה כללית. דבר זה מהווה תמריץ ברור לביצוע הטית הבחירה. בכדי שהתמונה תהיה שלימה גם הסיכון

### **א. סוגיות בצריכת השירותים:**

הבעיה המרכזית בהעברת בטיפול בחולי הנפש לקופות החולים הינו החשש מפני הטיה בבחירת החולים (Adverse selection). מחקרים רבים, והגדול בהם המורלי (moral hazard) גדול יותר בתחום ברה"ן מאשר ברפואה הכללית, ורגיש יותר למחיר. חולי נפש ומשפחותיהם מעדיפים חברות בהן הכיסוי הביטוחי לבעיות נפשיות הינו גדול ככל האפשר ורחב ככל האפשר.

הגברת הצריכה בשירותים האמבולטוריים הוכחה אף היא במחקרי HIE-rand כאשר מטופלים בעלי כיסוי בטוח מלא (החזר ל- FFS) השתמשו פי ארבע בשירות האמבולטורי מאלו שהיו חייבים בהשתתפות עצמית של 95%. אלו פערים של פי שתיים מהמקובל לגבי תחלואה גופנית. הדבר בלט במיוחד בתחום טיפולי הפסיכותרפיה.

בארה"ב, כשלי שוק אלו, הביאו למצב של carve out. בו יש התקשרות של המעסיקים עם HMO אחת למתן הכיסוי הביטוחי עבור תחום בריאות הנפש. כיוון הפוך מהכיוון בו אנו דנים כיום. תהליך זה הביא להתפתחות של Managed Behavioral Healthcare Organization-MBHO.

היכולת של ארגוני הטיפול המבוקר לתת מענה לבעיות של הטית הבחירה והסיכון המורלי הינן גבוהות יותר כי מחד הן מוכוונות לטיפול באוכלוסיות סיכון אלו וכן היכולת שלהם להכלת עלויות רבה יותר כי אינן נובעות רק מהשפעתן על עקומת הביקוש אלא גם דרך השפעתן על ההיצע דרך יכולתן לביצוע קיצוב.

### **דרכי ההשפעה על ההיצע (שעיקרן כאמור קיצוב) כוללים:**

1. מאגר מטופלים מוגדר, שרק אליו ניתן לפנות לטיפול.
2. קביעת רמת הטיפול ודרכי הטיפול (מספר פגישות וכד', שווה ערך לסל השירותים בתחום ברה"ן שנכתב כיום ע"י ועדת פרופ' טיאנו)
3. חוזים עם מטופלים, הכוללים תמריצים להגבלת הטיפול (תיעדוף טיפול קצר מועד).
4. הפניה לטיפול רק עפ"י צורך רפואי מוגדר.
5. משוב חוזר למטפל לגבי מיקומו בטבלת מדדים מוגדרת ביחס למטופלים אחרים באותה קבוצת התייחסות.

6. חוזים קצרי מועד עם ספקים המחודשים עתית בהתאם לרמת שביעות הרצון הן של הקופה והן של המטפלים.

## ב. חלוקת הסיכון:

השאלה המרכזית כאן היא כיצד תבוצע חלוקת הסיכון בין הקופות למדינה במתן הטיפול לחולים אלו ובכדי להימנע מהבעייתיות שהועלתה בפסקה הקודמת. . . ברפואה הכללית הדבר נעשה דרך מנגנון תשלום קפיטציוני מתוקן לגיל, והעברת עיקר הסיכון על קופת החולים עם הגבלה של השירותים הקיימים בסל הבריאות. ההערכה היא כי גם בבריאות הנפש מנגנון ההתחשבות הקפיטציונית הוא הנכון ביותר, אך עם תיקון לגיל שונה לאור כך כי בקצוות החיים העלות לטיפול ברה"ן היא הנמוכה ביותר. הפוך מהמצב ברפואה הכללית. המטרה היא ליצור תמריץ לקופות להגיע למצב הרצוי גם לאחר שתקציב הפסיכיאטרי לא יהיה צבוע. כאן המקום לציין כי במסגרת הסיכון של הטית בחירה בין מטופלים קיים גם החשש כי הקופות יבנו מערכות טיפול עבור הפסיכיאטריה ה"רכה", בכדי למשוך מטופלים אלו ויזניחו את הטיפול בחולים הקשים. סיכון זה קיים במיוחד בארצנו, בגין חוק שיקום חולי נפש, בה חולה עם נכות המוכרת ע"י הביטוח לאומי בגובה 40% ומעלה מופנה לשיקום בחסות המדינה.

ישנה אפשרות לתגמול הקופות הן ע"י קפיטציה לתחום הברה"ן במשולב עם תשלום עבור מחלות קשות נפשיות, אך הדעות לגבי הסיכון והתועלת במנגנון מעין זה חלוקות. הקצאה חלק דרך מחלות קשות, חלק לכל מבוטח וחלק רטרואקטיבי יחסי (עפ"י הוצאה בפועל) – נגד כי זה מהווה תמריץ לקופה להוציא – מהווה סיכון מורלי, אך מאידך ההחזר אינו מלא ומפחית בכך סיכון זה, יתרון חשוב לשיטה זו, כי זה מהווה תמריץ לקופה לא לבזבז אך גם לא להזניח חולים אלו. לכך יש לקבוע קריטריון מאד ברור מה אתה מודד – כגון מספר ביקורים אצל פסיכיאטר, מתן תרופות דרך הרופא הראשוני.

יש מקום להקים מנגנון שיפקח על כך שהכסף ההולך לקופה עבור ברה"ן ישאר שם

## ג. תשלומי השתתפות ע"י החולים:

בתחומי בריאות הנפש הרגישות למחיר הטיפול גבוהה יותר מאשר בתחום הרפואה הכללית. דבר זה מהווה חרב פיפיות ויש להשתמש בו בתבונה. תחום הפסיכותרפיה הינו התחום הנתון ביותר לכשלי השוק של תחום הרפואה ובעיקר ל- induced demand, מאידך הוא גם התחום הרגיש ביותר למחיר עפ"י מחקרי HIE, לכן ברב במקומות בעולם חלה עליו השתתפות עצמית לסוגיה השונים. השתתפות עצמית



קיימת בחלק מהמקומות לגבי תרופות, לעיתים תלוי אבחנה או מידת הכרוניות של המחלה.

## 2. הרפורמה המבנית בברה"ן

אין עבודות מסודרות המשוות בין עבודה בקהילה לאשפוז. ההנחה הרווחת כי אלו מוצרים תחליפיים לפחות בחלקם, דהיינו, טיפול קהילתי טוב יותר בתחום הרפואה בכלל וברה"ן בפרט יקטין את הצורך לטיפול אשפוזי. ניתן לבצע כימות מגעים עם מטפלים מקצועיים מתחום הברה"ן וכן ניתן לכמת את ההוצאה על תרופות. מידת הטיפול של הרופא הראשוני קשה לכימות, אך באחרון יש גם הוצאה וגם חיסכון.

מחקרי HIE על ההבדלים בהוצאה בין טיפול מבוקר לבין תגמול פר מקרה (FFS) הראו חיסכון כספי ניכר של כ- 43% בהוצאה על טיפול נפשי בטיפול המבוקר. עיר החיסכון נבע מירידה משמעותית במספר ימי האשפוז המלא (כולל המחירים). ירידה במספר ימי אשפוז היום (רוב המחקרים), וירידה בגובה התשלום המשולם למטפלים/מוסדות הטיפול (חלק מהמחקרים).

השאלה המרכזית בתחום זה, שניתן לענות עליה ולו חלקית היא כיצד לתמרץ את בתיה"ח לתת טיפול אשפוזי אופטימלי. תימרוץ בתי חולים עפ"י אורך אשפוז או DRG נכשל בארה"ב כאשר המדד לכך היה השינוי באחוז חולים חוזרים בהשוואה לאורך אשפוז. להערכתנו התקצוב האופטימלי של בתיה"ח בתחום ברה"ן, בדומה לרפואה הכללית, הוא משולב הן פרוספקטיבית והן רטרופקטיבית. בהנחה כי נוסחת התגמול היא  $P = \alpha + \beta C$  הרי  $\alpha$  הינו סכום קבוע פרוספקטיבי, הניתן לקביעה קפיטציונית בהתאם לגודל האוכלוסייה לה נותן ביה"ח שרות אשפוזי (או כל שיטה אחרת).  $\beta$  - הינו מחיר יום אשפוז כפול מספר ימי האשפוז - C. במחקרים לעיל נמצא שי בשיטת תגמול מעין זו הייתה הפחתה של 16.2% במספר ימי האשפוז ביחס לשיטת תשלום עפ"י מספר ימי אשפוז בלבד.

תמריץ לקהילה, מורכב יותר, ויש להדיר בשלב ראשון מה המטרה לתמריץ זה מעבר למניעת אשפוז. כצפוי אין בשלב זה תוצאות ברורות ממחקרים שנעשו בנידון. התשלום לספקים פרטיים הוא לרב עפ"י ביצוע בפועל (FFS) ומשכורת לעובדים קבועים עם קביעת נורמות למספר מגעים. תמריץ כספי, יש לתת בשוליים בלבד, להערכתנו לא מעבר לפער ל + 5% למה שהיה אמור להינתן. זאת בכדי למנע

תמריץ שלילי כגון מתן יתר של תרופות אטיפיות, או מרווח גדול מדי בין ביקורות רפואיות. אם בתחום האמבולטורי של ברה"ן ככלל קשה להגדיר מטרה הרי בתחום הפסיכיאטריה הרכה הדבר קשה עוד יותר. אך גם כאן, אל לו לתמריץ לעבור + 5% בדגש על בונוסים

לטובת השגת המטרות אותם רוצים להשיג. יש להגדיר מספר יעדים מוגבלים ולא להתרחב יתר על המידה.

### **ביבליוגרפיה:**

Culyer A.J. Newhouse J.P. – “Handbook of Health Economics” –  
ch.16 “Economics and Mental Health” Frank G.R. McGuire G.T.

## מניעה בבריאות הנפש

### מניעה ראשונית

מניעה ראשונית מתייחסת למניעת התפתחותן של הפרעות פסיכיאטריות, **בטרם אלו הופיעו**. מניעה מסוג זה יכולה לכלול מספר סוגי התערבויות:

(1) התערבות בתקופת הינקות והפעוטות - תקופת העוברות והשנים הראשונות בחייו של האדם הן שנים קריטיות להתפתחות תקינה של המח ושל היכולת ליצור התקשרות בין-אישית בטוחה. לכן לשנים אלו השפעה מכרעת על ההתפתחות הקוגניטיבית, הרגשית וההתנהגותית. לדוגמא קיימות עבודות (Susser et.al) המצביעות על כך שסוג ורמת התזונה של האם בזמן ההריון מהווים גורם סיכון להתפתחות מחלות פסיכיאטריות אצל הוולד. כיום ידוע כי הפרעות רגשיות והתנהגותיות בשנים הראשונות לחיים נמצאות במתאם גבוה עם הפרעות רגשיות והתנהגותיות בילדות ושנות בית הספר. כמו כן, הפרעות רגשיות והתנהגותיות בשנים הראשונות מהוות גורם סיכון לפיתוחן של הפרעות פסיכיאטריות בבגרות. מכאן נובעת החשיבות הרבה שבאיתור וטיפול בילדים צעירים מאד אשר מפגינים תסמינים חריגים.

בנוסף לטיפול בילדים המפגינים סימני מצוקה בשנים הראשונות, ניתן גם לבצע "התערבות סלקטיבית". התערבות סלקטיבית מיועדת לילדים אשר עדיין לא מראים סימני מצוקה אך חשופים לגורמים שונים אשר הוכחו כמגבירים את הסיכון לסטייה ממסלול ההתפתחות הנורמטיבי. גורמי סיכון אלו עלולים לכלול פגיעות ביולוגית הנובעת מסיבוכי הריון ולידה, הורה הסובל מהפרעה נפשית, עוני, אלימות וגירושין. סביר שאיתור של ילדים בסיכון וטיפול בגורם הסיכון (למשל, הדרכת ההורה ותמיכה בו, שילוב הילד בתכנית טיפולית לילדים הסובלים ממום כלשהו) יועילו במניעת התפתחותן של הפרעות פסיכיאטריות. אך כדי להוכיח זאת יש צורך במחקרים ומעקבים לאורך עשרות שנים, ועבודות מסוג זה הן נדירות, יקרות וקשות לפירוש.

(2) התערבות מניעתית ברמה קהילתית/קבוצתית - איתור קבוצות אוכלוסייה בסיכון ומתן עזרה באופן גורף. מתן עזרה יכול לכלול הקצאת משאבים כלכליים או הפעלת התערבויות טיפוליות. למשל, לאור המצב הביטחוני השורר בארץ, ניתן לשקול הפעלתן של תכניות במסגרת בתי הספר, שיתייחסו לטווח הרגשות המתעוררים בציבור בתקופה זו.

באופן כללי, הפעלת תכניות של מניעה סלקטיבית, מצריכה יכולת ניבוי לגבי השפעתן. יכולת הניבוי בבריאות הנפש באופן כללי הינה נמוכה ובעייתית.

## מניעה שניונית

מניעה שניונית מתייחסת לאפשרות לטפל באופן יעיל יותר באנשים שכבר מפגינים תסמינים רגשיים, על מנת לצמצם את היקף וחומרת ההפרעה הפסיכיאטרית המתפתחת.

(1) התערבות מוקדמת - בהפרעות נפשיות רבות להתערבות מוקדמת השפעה מכרעת על מהלך המחלה. כך, למשל, במצבים טראומטיים מסויימים התערבות מוקדמת יכולה למנוע התפתחותה של תסמונת פוסט טראומטית. לכן הכשרתם של אנשי מקצוע שונים כגון רופאי משפחה, יועצות בבתי ספר, אחיות, אנשי דת ועוד, עשויה לתרום למניעה בבריאות הנפש. הכשרה כזו יכולה להעשות ברמות שונות: הדרכת אנשי המקצוע לאיתור ואבחון תסמיני מצוקה; הנחייתם אל מי ניתן להפנות את הסובל ממצוקה רגשית; הכשרתם לתת טיפול כלשהו. הדבר נכון במיוחד לאנשי מקצוע הבאים במגע עם אנשים לאחר שאלו נחשפו לגורמי דחק (stressors) שונים, כגון הצוות הרפואי בחדר מיון, במחלקה כירורגית, וכד'. על מנת לממש מטרה זו רצוי להגדיר את תפקידו של נותן השירות הפסיכיאטרי לא רק כמטפל אלא גם כי מי שמכשיר אנשי מקצוע אחרים למיומנויות פסיכיאטריות ראשוניות.

(2) העלאת המודעות בציבור - כיום נמנעים אנשים רבים מפנייה לקבלת עזרה נפשית בשל העדר ידע - למשל, שהם אכן סובלים מהפרעה, שניתן לטפל במצוקתם, וכן אל מי הם יכולים לפנות. יש מקום להעלאת המודעות הציבורית לגבי מהן מחלות נפש, כיצד הן באות לידי ביטוי, מהן האפשרויות השונות להתמודד איתן ומתן אוריינטציה אל מי ניתן לפנות.

(3) עידוד שינויים בגישה למחלות נפש - משתנה נוסף המעכב פנייה לקבלת עזרה על רקע נפשי הינו סטריאוטיפים שהחברה מחזיקה ביחס למחלות נפש. לכן יש מקום לעבודה פסיכו-חינוכית שתשנה עמדות שליליות אלו. חינוך זה יכול להעשות באמצעות אמצעי התקשורת ההמוניים (טלוויזיה, רדיו, עיתונות), פנייה לקבוצות בסיכון וכד'. בהקשר זה, הכשרתם של אנשי מקצוע פרא-פסיכיאטרים כגון רופאי משפחה, אנשי חינוך וכו', תורמת ל"נירמול" התופעה בכך שהיא מאפשרת לקבל עזרה נפשית מאנשי מקצוע שהמגע עמם "טבעי" יותר.

(4) ייעול המערכת הפסיכיאטרית - את המערכת הפסיכיאטרית ניתן לייעל בכמה דרכים:  
(א) בנייה של כלי אבחון טובים יותר, שיאפשרו אבחון מדויק ומהיר יותר של הפרעות נפשיות, דבר שיאפשר בתורו התערבות מהירה ומתאימה יותר.  
(ב) תמיכה פסיכולוגית ו/או סוציאלית בחולים לאחר שיחרורם מאשפוז פסיכיאטרי. תמיכה שכזו, בנוסף לטיפול התרופתי, יכולה לעזור במניעת החרפה עתידית במצבו הנפשי של המטופל ובכך לצמצם את הצורך באשפוזים נוספים.

ג) לצד הצורך בתמיכה ארוכת טווח, יש מקום להכשרת מספקי שירותים פסיכיאטריים למתן טיפולים קצרי מועד, בעיקר התנהגותיים-קוגניטיביים, שיעילותם הוכחה מחקרית.

ד) בכל מקרה יש לדאוג לקיצור תורי ההמתנה לקבלת טיפול והתקווה היא שהרפורמה בבריאות הנפש תעשה זאת.

### טיפול בית בבריאות הנפש

בשנים האחרונות קיימת מגמה של קיצור האשפוזים הפסיכיאטריים, ולכן עלותם של אשפוזים אלו יורדת בטווח הקצר. עם זאת, חולים רבים חוזרים לאשפוזים נוספים, ונוצרת תופעה של "דלת מסתובבת". מערך של טיפול בית פסיכיאטרי בא לעודד המשך טיפול של הסובלים ממחלת נפש במסגרת מקום מגוריהם במקום המסגרת האשפוזית. תכנית התערבותית בבית שואפת לקצר את משך האשפוז וכן להביא לירידה בצורך באשפוזים חוזרים.

התכנית מספקת סיוע ותמיכה לחולה ומשפחתו בהתארגנות בבית וכן בהתמודדות עם התנהגויות וסימפטומים הנובעים מהמחלה. השירות ניתן ע"י רופאים, אחיות וחונכות/סומכות. השירות כולל תמיכה בתקופות משבר, הדרכת המטופל ומשפחתו בנושא הטיפול התרופתי, זיהוי סימפטומים המבשרים על החמרה, והדרכה בנושא של פעילויות המקדמות בריאות (תזונה, הגיינה, תעסוקה).

ליישום תכנית התערבותית בבית מספר יתרונות:

- מניעת סטיגמה של אשפוז
- מניעת הוספיטליזציה וכרוניזציה
- הוזלה של עלויות
- קיצור תורי ההמתנה לשירותים אמבולטוריים על-ידי הפחתת העומס על הצוות המטפל.
- המטופל נשאר בסביבתו הטבעית. עובדה זו תורמת לשימור התפקוד היומיומי של החולה, ובכך תורמת למניעת התפתחות מוגבלות ואובדן יכולת תפקודית, המאפיינים אשפוז.
- באפיזודה פסיכיאטרית ראשונה, לשבור שרשרת אשפוזים עתידיים
- הגברת ההענות לקבלת טיפול, בשל האפשרות לקבל טיפול ללא אשפוז. בכך עולה גם הסיכוי לפנייה של המטופל או משפחתו לקבלת עזרה בשלב מוקדם של המחלה.

במחקרים שהשוו בין טיפול במסגרת אשפוז לעומת טיפול במסגרת בית המטופל נמצא כי טיפולים בבית המטופל היו בעלי עלות נמוכה יותר וכן הניבו יותר שביעות רצון מצד המטופל. כמו כן, טיפול במסגרת הבית הביא לצמצום משמעותי של אשפוזים חוזרים.

יחד עם זאת, קיימים מספר חסרונות ומגבלות לתכניות התערבותיות אלו:

- התכנית תלויה במוטיבציה של המטופל ומשפחתו.
- העדר אמצעי בטיחות ובטחון של הצוות המטפל.
- העדר מוטיבציה של כח אדם כיום למתן שירות זה, בתנאי השכר הנוכחיים.

### **מניעה מדרגה שלישית**

מניעה מדרגה שלישית מתייחסת למעשה לתמיכה וטיפול המשכי (maintenance) של אוכלוסייה הסובלת מהפרעה נפשית, ומטרתה לצמצם הישנות של המחלה, החרפתה וכן לצמצם את הסיבוכים הנובעים ממחלת נפש. למשל במקרה של דכאון, פעילות מניעתית מדרגה שלישית תכלול הפעלת תכנית טיפולית שמטרתה למנוע ניסיונות אובדניים.

### **מניעה של דכאון**

המחלה האפקטיבית השכיחה ביותר הינה דכאון ללא מאפיינים פסיכויים. מדובר במחלה בעלת life time risk של 20%, כאשר מידי שנה כ- 3% מכלל האוכלוסייה מגיעים לשירותי בריאות על רקע של סימפטומים דכאוניים.

באופן כללי, ההנחה כיום הינה שהדרך הטובה ביותר למנוע התפתחות של דכאון בבגרות, במידת האפשר, היא התערבות בילדות ובגיל ההתבגרות המוקדמת. עם זאת הדבר טרם הוכח.

בפועל, מדידת היעילות של תכנית מניעתית מוגדרת ע"י ירידה בכמות החולים המדוכאים המדווחים למערכת הבריאות וירידה במספר המתאבדים. יש להתייחס בזהירות למדדים אלו, היות ושינויים חברתיים, כלכליים וגיאוגרפיים עשויים להשפיע על מדדים אלו גם כן.

למה למנוע - דכאון קל, כבר בגיל ההתבגרות, קשור בקשיים תפקודיים וחברתיים מאוחר יותר בחיים. כמו כן, קיים קשר בין דכאון שפורץ בגיל צעיר לבין התאבדות: 5% מהמדוכאים נמצאים בסכנת מוות בשל נסיון אובדני, וכן רוב הניסיונות האובדניים נעשים ע"י אנשים הסובלים מדכאון.

כמו כן, בשל אובדן ימי עבודה וכן בשל שכיחותה הגבוהה יחסית של המחלה, מדובר באחת המחלות היקרות ביותר לחברה.

השלב הראשון במניעה הינו זיהוי גורמי סיכון. גורמי סיכון לדכאון כוללים משתנים גנטיים, אישיותיים (כגון סגנון חשיבה שלילי), סביבתיים (כגון עוני או התעללות מתמשכת) ומשתנים נסיבתיים (כגון חשיפה לאירוע טראומתי או אובדן ואבל). מכיוון שקיימים מספר גורמי סיכון, תכנית מניעה צריכה להתייחס לכולם כדי למנוע דכאון.

**חשוב לציין כי עדיין לא ברור האם תכניות מניעה כדוגמת אלו שיתוארו להלן הינן יעילות, וקיים ספק רב לגבי היכולת למנוע את התפרצותו של דכאון קליני.**

### **מניעה ראשונית**

קיימות שתי אסטרטגיות עיקריות של מניעה ראשונית של דכאון: מניעה אוניברסלית ומניעה סלקטיבית.

### **מניעה אוניברסלית**

הכוונה היא לתכניות מניעה המכוונות לכלל האנשים, ללא התייחסות למי מביניהם חשוף לגורמי סיכון להפרעה דכאונית.

- נמצא כי מתבגרים העוברים משפחות אומנות רבות או אלו הגדלים במוסדות שונים הינם בעלי סיכון מוגבר לדכאון בבגרות לעומת צעירים בעלי רקע דומה שאומצו וגדלו אצל משפחה אחת. תכנית מניעה יכולה לכלול פעולות ברמה משפטית או מעשית לביסוס מדיניות של הורות קבועה.
- נמצא כי ילדים שהם תוצר של הריון לא רצוי, או הריון מוקדם (האם נמצאת בגיל ההתבגרות) נמצאים בסיכון מוגבר לסבול מדכאון. לכן ליישום והפצה של תכניות לתכנון המשפחה יכולים לעזור במניעה של דכאון.
- נמצא כי תפיסות עולם חיוביות ומיומנויות חברתיות מגינות במידה מסויימת בפני ההשפעות "המדכאות" של טראומות. לכן פנייה לילדים, במסגרת בית ספרית, ושילובם בתכניות שבאות להגביר חוויה של מסוגלות עצמית והערכה עצמית ועוזרות בפיתוח מיומנויות חברתיות, עשויה לעזור.

### **מניעה סלקטיבית**

האסטרטגיה במקרה זה היא לכוון התערבויות כלפי קבוצות בסיכון גבוה. יתרון של התערבויות אלו על פני התערבויות אוניברסליות הינו שניתן להתאימן לאוכלוסיית היעד. קיימים שני סוגי מניעה סלקטיבית של דכאון: התערבויות ממוקדות פגיעות (vulnerability-focused interventions) והתערבויות ממוקדות אירוע (event-centered interventions).

(1) התערבויות ממוקדות פגיעות (vulnerability-focused interventions) –

התערבויות אלו שואפות לשפר את העמידות של אנשים בסיכון לדכאון. גורם הסיכון הגדול ביותר לדכאון הינו קרוב משפחה, בעיקר הורה, הסובל מההפרעה. קיימות מספר דוגמאות להתערבויות שכוונו כלפי הורה מדוכא במטרה למנוע הזנחה, התעללות והתפתחות של דכאון אצל הילד. אחת ההתערבויות שנמצאה מוצלחת כללה תכנית חינוכית להורה המדוכא, שהועברה לו ע"י המטפל שלו. מטרת התכנית לשנות חלק מהמאפיינים הפסיכו-סוציאליים המתווכים בין דכאון ההורה להתפתחות דכאון אצל הילד, כמו תקשורת בין-אשית לקויה.

## 2) התערבויות ממוקדות אירוע (event-centered interventions) –

התערבויות אלו מתמקדות בפעילות מניעתית במקרים הידועים כקשורים בהתפתחות של דכאון, כגון התעללות מינית, אָבּל ואירועים טראומטיים נוספים. במקרה זה התערבויות מניעתיות כוללות פגישות עם אנשי מקצוע של בריאות הנפש, המשתמשים בטכניקות פסיכולוגיות שונות, כמו debriefing.

### **מניעה שניונית**

- גם במקרה של דכאון נמצא כי ככל שהתערבות מוקדמת יותר מרגע הופעתם של סימפטומים דכאוניים, כך התוצאה הטיפולית טובה יותר. האסטרטגיה הטובה ביותר הינה לאתר מתבגרים, באמצעות שאלונים המועברים בבתי ספר, המפגינים סימפטומים דכאוניים אך טרם פיתחו את הפרעה דכאונית במלואה, ולהציע להם טיפול.
- דכאון הינה מחלה שנוטה לשוב ולהופיע. במחקרים אפדימיולוגיים נמצא כי טיפול במחלה – תרופתי ופסיכולוגי - בפעם הראשונה שהיא מופיעה, מפחית את הסיכוי לחזרתה של ההפרעה מאוחר יותר.

### **מניעה מדרגה שלישית**

- למניעת החרפה והשנות של המחלה הדכאונית, יש מקום להמשיך את הטיפול התרופתי ו/או הפסיכולוגי גם כאשר הסימפטומים הדכאוניים פוחתים.

## מניעה של תסמונת פוסט-טראומתית (PTSD)

לתסמונת פוסט-טראומתית מאפיינים אשר מאפשרים לכאורה מניעה יעילה. תסמונת פוסט-טראומתית מתחילות מאירוע בולט וקל לאיתור. הלוקים בתסמונת מפגינים סימפטומים מוגדרים ומובהקים מייד לאחר האירוע הטרומטי. למרות כל זאת, מחקרים



מראים כי הצלחת מניעה של תסמונות אלו הינה חלקית בלבד. לכן, כל אירוע טראומתי משאיר אחריו מספר משמעותי של חולים פוסט טראומתיים כרוניים. כברוב הפרעות הנפשיות, גם ל- PTSD מספר רב של גורמי סיכון, הכוללים חשיפה לטראומה בעבר, מחלות נפשיות בעבר, חינוך ומנת משכל נמוכים.

### **מניעה ראשונית**

מניעה ראשונית כוללת מתן עזרה ראשונה נפשית באופן גורף לקבוצה הנמצאת בסיכון לפיתוח תסמונת פוסט טראומתית, למשל לאחר חשיפה קולקטיבית לאירוע טראומתי. דוגמא לכך יכולה להיות הפעלת תכנית מניעתית בבית ספר בעקבות פגיעתם של מספר תלמידים.

### **1) עזרה ראשונה נפשית**

קיימת השערה כי תגובה מיידית וקצרה לאחר החשיפה לאירוע טראומתי הינה קריטית במניעת התפתחותם של סימפטומים כרוניים. לעזרה ראשונה ארבעה עקרונות:

- 1) Proximity – העזרה צריכה להנתן קרוב עד כמה שניתן למקום בו אירע המשבר.
- 2) Immediacy – יזימת הטיפול הכי מהר שניתן.
- 3) Expectancy – הפגנת ציפייה כלפי הנפגע להתאוששות מהירה.
- 4) Simplicity – שיטת הטיפול צריכה להיות פשוטה עד כמה שניתן.

### **2) Debriefing**

בניגוד לעזרה ראשונה נפשית, ב- debriefing מדובר בתהליך ארוך ואינטנסיבי יותר. טכניקה טיפולית זו הינה תהליך של חינוך, הבעה רגשית וארגון קוגניטיבי באמצעות מתן מידע ותמיכה קבוצתית. לרוב, הטיפול ניתן במסגרת של קבוצה בה חברי הקבוצה השונים עברו חוויות טראומטיות דומות.

כל אירוע טראומתי יוצר מבנה קוגניטיבי מסויים אצל הנפגע. המבנה הקוגניטיבי כולל רשת של מחשבות, רגשות, זכרונות והתנהגויות הקשורים באירוע. באופן כללי טכניקה זו מתבססת על ההשערה כי ניתן לשנות את המבנה הקוגניטיבי של האירוע הטרומתי בכמה דרכים:

- תיאור חוזר ונשנה של האירוע על-ידי הנפגע.
- קבלת מידע על האירוע הטרומתי, על תגובות נורמליות לאירוע טראומתי ועל האופן בו מגיבים נפגעים נוספים.
- שחרור של רגשות (ventilation).
- קבלת תמיכה חברתית על-ידי השתייכות לקבוצה וקבלת פידבק ממנה.

התקווה היא שבאמצעות טכניקת ה- debriefing ייווצר שינוי במבנה הקוגניטיבי, וכן ששינוי כזה עוזר במניעת כרוניות של תגובות פוסט טראומתיות.

**עם זאת חשוב לציין כי למרות שמדובר בטכניקות מקובלות ומיושמות לא ברור עדיין מהי רמת היעילות של הטכניקות השונות, וחסרים מחקרים שיבדקו האם הן אכן עוזרות במניעת התפתחות של תסמונת פוסט טראומתית. בנוסף, נתונים מקדימים מצביעים על תמיכה מסוייגת בלבד בטכניקות אלו.**

### **מניעה שניונית**

במקרים בהם מתחילים להופיע סימפטומים של תגובות פוסט טראומתיות ניתן לנקוט בהתערבויות טיפוליות שמטרתן למנוע החרפת הסימפטומים והתפתחותה של מחלה כרונית. במחקרים שנעשו בנושא נמצא כי טיפול פסיכודינמי קצר מועד תרם להקלה בסימפטומים פוסט טראומתיים. כמו כן, נמצא כי טיפולים תרופתיים מסויימים (למשל בתרופות אנטי דכאוניות) עזרו בהקלה בסימפטומים אינטרוסיביים וכן בסימפטומים המנעותיים, המאפיינים תסמונת פוסט טראומתית.

### **מניעה של מחלות פסיכוטיות**

#### **מניעה ראשונית**

בשל נפוצותם, חומרתם והמהלך הממושך, כל מאמץ למניעת מחלות פסיכוטיות הוא מאמץ חשוב וראוי. ידוע, למשל, שחולים אשר יפתחו מחלות פסיכוטיות, מפגינים תפקוד חברתי וקוגניטיבי הנמצא בגבול התחתון של הנורמה, שנים לפני ההתפרצות הפסיכוטית. כלומר, כקבוצה אנשים אלו נבדלים מכלל האוכלוסייה. אך ברמה האינדיבידואלית מדובר באנשים הנמצאים בגבול הנורמה, ולכן אין רגישות וייחודיות לסימנים פרה-מורבידיים אלה. כמו כן, אנשים עם הסטוריה משפחתית מדרגה ראשונה של פסיכוזה הם בסיכון פי עשר מהאוכלוסייה הכללית לפתח מחלה פסיכוטית. אך גם במקרה זה, בגלל הנדירות היחסית של המחלות הפסיכוטיות, חולי של בן משפחה אינו מהווה לכשעצמו גורם מאתר לסכנה לפיתוח המחלה.

לסיכום, למרות הקושי ובשל החשיבות, יש להמשיך במחקר של מניעה ראשונית של מחלות פסיכוטיות.

#### **מניעה שניונית**

כיום, רוב ואולי אף כל הסובלים מאפיזודה פסיכוטית ראשונה, מתאשפזים במחלקה פסיכיאטרית למשך שבועות ולעתים חודשים ארוכים. האשפוז קורה בשל חוסר המוכנות

וההפתעה של המשפחה והסביבה, ולא בהכרח משום שלא ניתן לטפל באפיזודה ראשונה מחוץ למסגרת אשפוזית. לרוב, אשפוז ראשון גורר אחריו אשפוז שני, ושלישי וכן הלאה. ייתכן שמניעת האשפוז הראשון על-ידי מתן טיפול בבית החולה לפי הצורך היה יכול למנוע את שרשרת האשפוזים העתידית, משפר את הפרוגנוזה, ואולי אף מוריד עלויות.

### **מניעה מדרגה שלישית**

הרפורמה המוצעת שמטרתה, בין היתר, היא העברת הטיפול מן האשפוז אל הקהילה, עשויה להיות גורם חשוב במניעה מדרגה שלישית. כמו כן, שימוש בתרופות אנטי-פסיכוטיות חדשות עשוי להגביר את ההענות ואולי אף את היעילות של טיפול תרופתי.

## טרור כימי וביולוגי:

### **היבטים פסיכולוגיים ועקרונות מנחים להיערכות פסיכיאטרית**

איום בטרור כימי או ביולוגי גורם לחרדה גבוהה בקרב אוכלוסיות רחבות אשר תופסות את עצמן כחשופות להתקפה. בתנאים אלה מוכרות היטב תופעות של היסטריה המונית (mass hysteria) המאופיינות בסומטיזציה של חרדה. ניתן להניח בוודאות גבוהה כי איום בנשק כימי או ביולוגי, או התקפה כזו בפועל, יגרמו לנהירה של נפגעי דחק רבים אל בתי החולים. הצפה של בתי החולים בנפגעי דחק עלולה לפגוע ביכולתם לקלוט ולטפל בנפגעים הגופניים בזמן התקפת אמת.

בנוסף לכך, מציב סוג זה של טרור בעיה מורכבת באבחנה המבדלת לגבי הנפגעים גופנית לעומת נפשית, מכיוון שגם אצל אלה שנפגעו גופנית צפויים סימני חרדה (נפגעים משולבים). כמו כן חלק מהגורמים הפאתוגניים עשויים לגרום לביטויים נפשיים התנהגותיים כתוצאה מנזק מוחי (תסמונת מוחית אורגנית). במצב כזה קיים הסיכון לכך שחלק מהנפגעים לא יקבלו את הטיפול הנדרש בזמן, בעוד שאחרים יקבלו טיפול שלא לצורך.

### **עקרונות (ארגוניים ומקצועיים) להתמודדות עם ההיבטים הנפשיים של טרור כימי וביולוגי:**

א. ברמה הלאומית: יש לגבש הנחת עבודה מבוססת לגבי האיום הצפוי, ובהתאם לכך להיערך. למשל, היערכות כוללת להתקפה כימית בזמן מלחמת המפרץ.

ב. הכנה מתאימה של הציבור: יש לדאוג למתן מידע אמין, שקול וברור באשר לאופי האיום ובאשר לאמצעים ולפעולות שיש לנקוט. מערכת ההסברה, באמצעות התקשורת, צריכה להיות מתוכננת למפרע וללא אלתורים.

ג. ברמת האזור / קהילה:

1. **מוקדים אליהם יכול הציבור לפנות** - במצב דחק מתמשך, יש לתת מענה לביטויי חרדה ומצוקה של הציבור ע"י מערך שרות קיים, כמו זה של רופאי משפחה ומרפאות לבריאות הנפש, אשר יתודרכו ויאומנו בהתאם. בנוסף, חשוב לפרוס מוקדי שרות טלפוניים, לצורך מתן מידע והכוונה, ומענה למצוקה אישית.

2. **צוותים רב מקצועיים** - יש להכין צוותים רב-מקצועיים שיוכשרו מראש באופן משותף, למקרה של התקפה בפועל. צוותים אלה יורכבו מבעלי מקצוע שונים: עובדי רווחה; אנשי בריאות הנפש; רופא ואחות מבריאות הציבור; יועצים חינוכיים, גננות ומורות. הצוותים יופעלו בתחנות ובמוקדים אזוריים, במרכזי פינוי, ובמידת הצורך גם בסיוע לבתי החולים.

3. **אתרים לקליטת פונים** - בכל אזור, יש ליעד אתרים מתאימים לקליטת פונים רבים. אתרים אלה יוכשרו לצרכי מיון ובדיקה של הפונים, ולהתערבויות פרטניות או קבוצתיות בתגובות דחק וחרדה חריפות.

ד. בבית החולים:

1. **תפקידו של הפסיכיאטר** - תפקידו העיקרי של הפסיכיאטר יהיה להתמודד עם נפגעי דחק וחרדה. עליו להיות גם מוכן ומתודרך לאפשרות שהתסמינים הנפשיים וההתנהגותיים נובעים מפגיעה מוחית ע"י הגורם הכימי או הביולוגי, ולאבחנה מבדלת כזו עשויה להיות משמעות מצילת חיים. בנוסף יפעל הפסיכיאטר בייעוץ לצוותות הרפואיים, מול הנפגעים המשולבים באתרים האחרים.

2. **אתר לקליטת נפגעי דחק** - יש להכין ולתרגל אתר מתאים "לנפגעי דחק" ליד מחלקת המיון, שבו ירוכזו ויטופלו הנפגעים הנפשיים ע"י הצוות הפסיכיאטרי. המטרה קצרת הטווח של ההתערבות הינה להביא במהירות לשיקום תפקודי מינימלי ולהחזרת הנפגע לאחריות המשפחה. ההתערבויות במרכז יכללו: ראיון קבלה, שיחה טיפולית – פרטנית או קבוצתית, למשל בעקרונות של תחקור; השלמת חסכים פסיכולוגיים (שתיה, אכילה, היגיינה, מנוחה); יצירת קשר עם המשפחה או עם גורם תומך אחר; הפעלה הדרגתית של המטופלים בהכנה לקראת שחרורם.

3. **אתר למיון וטיפול ראשוני בסמוך לבי"ח** - מומלץ לתכנן אתר בצמוד או בסמוך לביה"ח שיספק אפשרות למיון, טיפול והכלה זמנית של פונים רבים, ולהוות מוקד שליטה שממנו ינותבו המטופלים בהתאם למצבם, לבית החולים או חזרה לקהילה.

ה. תקשורת:

לשימוש מתוכנן ומושכל בתקשורת יש תפקיד קריטי ביכולת השלטונות לנהל את המצב המשברי, בעיצוב התנהגות האוכלוסיה, ובתרחישים מסוימים אף כאמצעי העיקרי בהרגעה ובהדרכה לאוכלוסיה הספונה בביתה.

מתן מידע עובדתי ואמין יכול להפיג שמועות הרסניות, להפחית את רמת החרדה, ולהחזיר תחושת שליטה לנפגעים. כמו כן יכולים אמצעי התקשורת לשמש לצורך התערבות פסיכו-חינוכית, ע"י איש מקצוע, (רצוי מוכר ועם מוניטין) שיסביר על התגובות האופייניות למצב כזה ועל טכניקות פשוטות שעשויות לעזור בהפחתת החרדה ובהתמודדות עם גורמי המצוקה.

## שאלות לדין

למרות שקיימים נסיונות מניעתיים רבים למחלות הנפש השונות, עולות שאלות רבות לגבי יעילותן של תכניות התערבותיות אלו והאם בכלל ניתן לדבר על מניעה בבריאות הנפש כשם שמדברים על מניעה במקצועות רפואיים אחרים.

1) קיים קושי מהותי, הגורר עימו קושי מתודולוגי, בהגדרה חד משמעית של מחלות הנפש. במקרים רבים מדובר ברצף ולא בהבחנה קטגוריאליה בין יש/אין מחלה. כך למשל, בדכאון, קיים רצף של סימפטומים וחומרה, כאשר ההחלטה מתי מדובר בתופעה פתולוגית אינה חד משמעית. קיימות תגובות דכאוניות נורמליות, למשל במסגרת תהליך של אבל. בנוסף, נמצא כי אצל מתבגרים סימפטומים דכאוניים מסויימים הינם נורמטיביים, ולמעשה 60% מהמתבגרים מדווחים על סימפטום דכאוני אחד לפחות. באופן דומה, קיימות תגובות נורמליות לאירוע טראומתי, שהנסיין למנוע אותן עלול להיות הרסני. לכן, לא ברור באיזה רמה של חומרה יש להפעיל תכנית מניעתית.

2) הקשר הסיבתי בין גורמי סיכון שונים למחלות נפש אינו ברור באופן מוחלט. לעתים קרובות המכנזים הסיבתי הגורם למחלות אינו ידוע, וכך תכנית מניעה יכולה להיות חסרת תועלת, למרות הקשר המתאמי או הזמני בין גורם סיכון כלשהו למחלה. למשל, קיים מתאם בין עוני לדכאון. מכך משתמע שהשקעה כלכלית במתבגרים שתשפר את תנאי המחיה שלהם אמורה לעזור במניעת דכאון. למעשה, השיפור בתנאי המחיה באירופה בעשורים האחרונים היה מלווה דווקא בעלייה בשיעור הדכאון באוכלוסייה. כלומר, הקשר בין עוני לדכאון אינו ישיר. אולי עוני יוצר גורמי סיכון אחרים, כמו סביבה הורית בלתי מתפקדת. זוהי דוגמא לטיפול שאינטואיטיבית נשמע מועיל, אך קשה לברר מהו הקשר הסיבתי שעל פיו תקבע התכנית הטיפולית.

3) קיים קושי בהגדרה ומדידת יעילותן של התערבויות מניעתיות. זאת משום שדרוש follow-up ארוך שמקשה על בידוד משתנים.

4) קיימת שאלה האם תכנית מניעתית שיעילותה לא הוכחה אינה למעשה מזיקה בהיותה בזבזנית. אם תכנית מניעתית אינה עוזרת, היא גוזלת משאבים שניתן היה להשתמש בהם כדי לטפל באלו שכבר סובלים מהפרעה נפשית.

5) נזק יכול להווצר לא רק באופן עקיף (על-ידי הקצאה לא נכונה של משאבים) אלא גם באופן ישיר. למשל, נמצא שתכניות מניעתיות שנועדו למנוע הפרעות אכילה, וכוונו באופן גורף כלפי מתבגרות, דווקא העלו את שכיחותן של הפרעות אכילה, ככל הנראה על-ידי "מתן רעיונות" למתבגרות על דרכי הרזיה פתולוגיות. באופן דומה, ידוע כי לנסינות אובדניים קיים אפקט "מדבק". כלומר, חשיפת מתבגרים לסיפורי אובדנות במסגרת תכניות מניעה מעלה את מספר הנסינות האובדניים.

6) נזק אפשרי נוסף – הפעלה של תכנית מניעתית לאוכלוסייה בסיכון, בעיקר ילדים, יכולה ליצור סטיגמטיזציה וכן פגיעה בדימוי העצמי.

7) תכניות מניעתיות בבריאות הנפש תלויות במוטיבציה של הלקוחות הפוטנציאליים, שהינה לעתים קרובות נמוכה. מחקרים מראים שדווקא אותן קבוצות שהכי זקוקות להתערבויות מונעות, הן אלו שהכי פחות נוטות לשתף עמן פעולה, בשל עוני, העדר מוטיבציה או העדר אינפורמציה. יתר על כן, אנשים שסובלים מהפרעות נפשיות אינם משתתפים בתכניות מניעתיות **שאינן** נפשיות. למשל, סכיזופרנים מעשנים יותר ומראים הענות נמוכה לטיפול תרופתי לבעיות בלחץ דם. לכן, על אחת כמה וכמה השתתפותם בתכניות מניעתיות נפשיות, שהינן מסובכות יותר, הינה נמוכה. בנוסף, קיים "פרדוקס המניעה" (prevention paradox) – תכנית מניעתית שיוצרת שינויים גדולים במסגרת קהילתית מציעה שינויים קטנים בלבד לכל משתתף בודד. מכאן שהמוטיבציה לקחת חלק בתכנית מניעתית אוניברסלית הינה נמוכה. מוטיבציה נמוכה נובעת גם מסטריאוטיפים הקשורים בפנייה לקבלת עזרה על רקע נפשי.

8) לעתים קרובות אין הסכמה חד משמעית בספרות המחקרית לגבי הטיפול המניעתי הנכון למחלות הנפש השונות.

9) בכל פיגוע אנו שומעים על עשרות רבות של "נפגעי הלם" המפונים לחדר המיון ביחד עם הפצועים. פינוי זה נעשה כנראה במטרה לספק התערבות שתמנע התפתחות של נזק חמור יותר. במקרה של הפיגוע ב"דולפינוריום" נתבקשו אנשי בריאות הנפש דוברי רוסית לשוחח עם תלמידי התיכון שרוב קורבנות הפיגוע למדו בו. אלו הן דוגמאות של מניעה ראשונית סלקטיבית. למעשה, לא ברור האם היעילות של התערבויות אלו נבדקה, וכן כיצד בודקים זאת. האם התערבויות אלו אכן יעילות? מהי רמת היעילות שלהן? האם הן מזיקות? האם מישהו מבצע follow-up אחרי אוכלוסייה זו?

למרות כל השאלות הקשות האלו חשוב לציין שהפרוגנוזה של מחלות הנפש הקשות (סכיזופרניה, מחלות דו-קוטביות) מרגע שאובחנו, היא לרוב גרועה עד גרועה מאד. לכן, למרות הקושי, אין לזנוח את האופציה המניעתית. יש לשקול את האפשרות להשתמש במיון הנפשי שעוברים כל המתבגרים לקראת גיוסם לצה"ל כסינון כללי למניעת מחלות נפש. היות וסינון זה ממילא מתבצע, ועל כן לא כרוך בהוצאה נוספת או בסכנה של סטיגמה, יש לשקול את האפשרות של מעקב אחרי המקרים החריגים בין שאותם גויסו או לא גויסו לצה"ל.

• דברי שר הבריאות, מר נסים דהן

• יחזקאל דרוד – "הכרעות טרגיות ופריצות דרך במדיניות בריאות"

• התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי



## דברי שר הבריאות - מר נסים דהן

חברי הנשיאות והמועצה של המכון הלומי לשירותי בריאות, מארגני הכנס, משתתפיו, סלתה ושמנה של המנהיגים המובילים במערכת הבריאות, ידידי היקרים בראש ובראשונה אני רוצה להודות למארגני הכנס שקבלו את הצעתנו ואמצו את נושא שירותי הבריאות שבתוספת השלישית לנושא המרכזי לכנס ים המלח השנה. אני חושב שכל אחד מהנושאים בתוספת השלישית מצריך דיונים ארוכים וסיעור מוחות שכן יש לו השלכה על כל אזרח ואזרחית במדינת ישראל. יומיים של דיונים דחוסים, גם אם הינם אינטנסיביים ביותר, לא יכולים למצות את הנושא, ותסכימו אתי שלא מיצנו, ולא נמצה כנראה מהר מאוד את הנושאים. אבל, ישנה הצדקה מוחלטת לכנס זה, ולוא רק כדי לשפוך אור על נקודות בעייתיות במצב הנוכחי ולהתוות כיוונים של שיפור ושינוי. ראשי המכון – בואו אלי עם המסקנות, ההערות החכמות וההמלצות, ונמצא דרך ליישם אותם.

ידידי היקרים, תרשו לי לומר לכם גם קצת מ"האני מאמין" שלי בשלושת הנושאים שבתוספת השלישית.

לא בכדי נשאר השירותים שבתוספת השלישית באחריות משרד הבריאות. אני יכול לומר לכם, כאחד שעמד על ערש חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – אמנם אז עוד לא הייתי פוליטיקאי, אבל הייתי בצוות חשיבה, בתנועה שאני היום מייצג, כדי לגבש עמדה האם אנחנו בעד או נגד החוק. ואמרתי אז, שכדאי להמתין עוד קצת עם חקיקת החוק עד שגם הנושאים שבתוספת השלישית יהיו חלק מהחוק. מאז, עשיתי שינוי חשיבה: פעם חשבתי שכל שלושת הנושאים חייבים להיות חלק אינטגרלי מהחוק. היום, לאחר יותר משנה בתפקיד שר בריאות אני קצת חושב אחרת:

**יש לדעתי לשמור על שירותי המניעה באחריות משרד הבריאות בעוד שירותי הפסיכיאטריה והאשפוז הסיעודי צריכים לעבור לאחריות קופות החולים.**

המחוקק בחוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע תקפת מעבר של 3 שנים עד להעברת האחריות לקופות.

בינתיים מתארכת ומתארכת תקופת מעבר זו וחלק מהנושאים קובעו במסגרת התוספת השלישית לחוק זה למצב שעומד בפנינו. הויכוח הציבורי שהיה בנושא התמקד בדרכים לשילוב שלושת הנושאים האלה במסגרת החוק, ומה העלות האמיתית. לבסוף צולמה תמונת מצב לתאריך מסוים עם קצת הרחבה של הסל הבסיסי וזה היה חלק מהחוק מתוך תקווה שגם הנושאים האלה יהיו חלק מהחוק. מאז, נעשו מספר ניסיונות לצרף לחוק את הפסיכיאטריה. נעשה אפילו ניסיון אחד להעביר לקופות נושא קידום הבריאות וטיפות חלב, וזה לא צלח. היו קופות שנתנו חלק משירותים אלה, אך הם אף פעם לא היו מושלמים. יש כאלה שנתנו חלק קטן משירותי המניעה. חלק נתנו חלק קטן

מהפסיכיאטריה, חלק לא נתנו בכלל את השרות הזה. עצם העובדה שהנושאים האלה לא היו באחריות מלאה של הקופות, גרמה לכניסתם של כל מיני גורמים. הערירות, למשל, הרשויות המוניציפליות שלקחו על עצמם חלק מהטיפול, משרדי ממשלה אחרים וביטוח לאומי נכנסו לנישה הזאת החסרה, כיוון שלא היה להם אבא אחד מרכזי. וכמובן, כל אותם גופים – ארגוני צדקה ואחרים שלקחו על עצמם לתת את מה שהממשלה או הקופות או הרשויות המקומיות לא נתנו. אני כבר לא מדבר על חברות הביטוח ועוד גופים שמצאו נישה להיכנס אליה.

למה אני רוצה להוציא חלק מהשירותים בתוספת השלישית מאחריות המשרד? אני חושב לנכון שהם צריכים לצאת מהמשרד ולהינתן במסגרת "רצף הטיפול" – ואני נוטה להסכים אתכם, בראש ובראשונה, משרד ממשלתי הוא מטבעו מיניסטריון רגולטור בלבד – וכך אני רואה את המיניסטריון.

הפרדת הרשויות בין המשרד כמיניסטריון הקובע סטנדרטים ומפקח לבין תפקידו כבעלים של בתי חולים, היא צו השעה ויש לפעול מהר ובנחישות כדי להשיג הפרדה זו עליה המליצו כל המומחים וועדות החקירה בתחום מערכת הבריאות מזה שנים רבות. זה מין גוף כלאיים, כפי שהגדיר פעם אחת אחד מהפסיכיאטרים "זה פיצול אישיות בין מיניסטריון לבעל עניין שהוא בעלים ומפעיל של מיטות אשפוז" – לא רק בגלל זה. וגם לא רק בגלל הטענה שהועלתה כאן בצדק לגבי מנגנון העדכון של הסל בתוספת השלישית. לידיעתכם, מהשנה הזאת הטענה הזאת כבר לא קיימת. עבדכם הנאמן יחד עם הנהלת המשרד הקצה משאבים לעדכון השוטף גם של התחומים האלה, ואפילו יותר מאחוז אחד מסך כל התקציב. יחד עם האוצר, אנחנו נמצא את הדרך לעדכן את אותם הנושאים שנמצאים עוד בתחום המשרד גם בעתיד.

כל רפורמה שנחליט עליה ביחד לא יכולה להתבצע מהיום למחר ובודאי היא לא יכולה להיעשות בהינף יד ובמכת גרזן. היא יכולה להיעשות רק אחרי שמשלימים בראש ובראשונה את הפילוסופיה הארגונית שעומדת מאחורי זה, בנוסף יש להשלים את הכשרת הצוותים - כי כמו שאתם יודעים עובד מדינה לא כל כך שש ושמח להיות עובד של כל ארגון אחר ושיהיה הארגון החזק, הבריא והגדול ביותר. עובדי המדינה לא ששים כל כך מהר לוותר על הזכות להיות עובד מדינה.

התפיסה שאומרת "רצף הטיפול" כלומר להעביר פסיכיאטריה, גריאטריה ו/או קידום בריאות מאד חיובית, חלק ממנה מתחיל להיות כתפיסת עולם, העברת משקל הכובד לקהילה, למרפאות, לרופא המשפחה ולא לבתי החולים ואנחנו חושבים – ובצדק – ששקל אחד במניעה חוסך 10 שקלים בטיפול – אפילו יותר, ואנחנו חושבים שעצם המצאות הציבור בקהילה הוא יותר אפקטיבי, ויש קשר אמין יותר בין נותן הטיפול בקהילה לבין המטופל. ולכן עם כל הרצון הטוב שלי להפריד בין תפקידי המיניסטריון אנחנו צריכים

לעשות זאת על בסיס איתן. לא ניתן לבצע את ההעברה ללא גיבוי כספי מתאים. הניסיון של העבר הוכיח שזה חזר אלינו כבומרנג.

זה לא סוד לחבריי בהנהלת המשרד שלדעתי **קידום בריאות ומניעה** ברמה הלאומית צריכים להשאר באחריות משרד הבריאות. אני רואה חזון שאותן תחנות למניעה, שפעם קראו להן "טיפות חלב", שב-5-6 שעות ביום ממצות את עצמן במעקב אחרי נשים בהריון ובחיסונים לילדים ממלאות את עצמן בתוכן במשך כל שעות היום בקידום בריאות בקהילה. אין שום סיבה שבמשמרת שניה ושלישית באותן תחנות לא יהיה מכון כושר, שנשים ישמרו שם על הכושר שלהן, ושתהיה שם דיאטנית שתתן עצות לנוער לבעיות של אכילה, ושתהיה שם יועצת לחיי משפחה תקינים, או אפילו חוג לבישול. תקראו לזה "מתנ"ס לנושאי בריאות". כולם מבינים שמתנ"ס לתרבות וספורט הוא חלק חיוני לקהילה, וכולם מצפים שבמתנ"ס יקראו משירי ביאליק, אלתרמן ואורי צבי גרינברג (בכוונה ציינתי את כולם שלא יהיו מחלוקות) וגם מועדון הסרט הטוב וגם ישחקו כדור סל וגם כמו שאני למדתי ג'ודו במתנ"ס, אז למה שלא יהיה מרכז קהילתי לקידום הבריאות על כל המשתמע מכך, חוץ מרופאי המשפחה ורופאים מטפלים. משרד הבריאות יהיה מוכן לקחת בחזרה את כל אותם תחנות לבריאות המשפחה שהקופות אינם מתמודדות איתן. אני חושב שזה תפקידו של המשרד לתת את שרותי המניעה בנושאי קידום בריאות. אני יודע שאני בנושא הזה במיעוט אבל אני חושב שכל נושא המניעה צריך להיכנס לסל אבל ברמה הלאומית. לא שאני חושב שקופות החולים לא יכולים לעשות את זה, אבל אני חושב שמדינה שמכבדת את עצמה צריכה את הקשר הישיר בינה לבין אזרחיה בנושא של מניעת מחלות ובנושא של חיסון היא לא צריכה מתווכים באמצע. שירותי קידום בריאות ומניעה צריכים להיות מותאמים לצרכי הבריאות של התושבים ברמת השכונה: .

### **שירותי בריאות הנפש**

זה לא סוד שאין זו הבעיה הכספית שמונעת את העברת השירות מאחריות משרד הבריאות לקופות: הקופות בקשו מיליארד, אמרתי לקופות החולים: קחו מיליארד מאה ותתחילו מחר, וביחד עם משרד האוצר אנחנו מוכנים ללכת עד רפורמה בבריאות הנפש ולהעביר את כל האחריות מהיום לקופות והויכוח לא יהיה כספי. הויכוח יהיה מה יהיה בסל, מה תהיה רמת השתתפות עצמית? האם ניתן לעשות סל בחירה? ואני סומך על אנשי המקצוע, שימצאו סוף-סוף את הנוסחה הגואלת כי לדעתי צריך להעביר את בריאות הנפש לקופות ולו רק בשל סיבה מרכזית אחת – הסטיגמה. להסיר את הסטיגמה הקשה מבריאות הנפש. אני מקווה שבשנת 2003 נוכל לבשר לעם ישראל שהפסיכיאטריה עברה לקופות. ואני מקווה שהקופות לא יכנסו לגרעון כתוצאה ממעבר זה.

## גריאטריה

מעבר לבעייתיות הכרוכה בכך שאני מיניסטריון וגם מפעיל באופן ישיר מיטות יש בתחום זה מספר בעיות: כמו תור ההמתנה של כ- 2500 ממתנים, והבעיה הגדולה של ההשתתפות העצמית, הטענה הנשמעת כל הזמן היא שאדם משלם כל חייו דמי ביטוח בריאות ולבסוף כשהוא מגיע לגיל זיקנה וזקוק לאשפוז סיעודי הוא צריך לשלם כל כך הרבה כסף השתתפות עצמית. בעיות אלו יש לפתור במהלך העברת האחריות לקופות. אחד מהפתרונות שאני דוחף אליו מיום שנכנסתי להיות שר בריאות – שינוי בשיטת הקפיטציה. הסטת משקל הכובד לזקן. אם היום הקופות רודפות אחרי משפחות צעירות עם ילדים כי שם הקפיטציה גבוהה, הסטת הקפיטציה לזקן תגרום לכך שהקופות ירדפו אחרי הזקן – הרי זה שכרינו.

כפי שאתם רואים, ישנם אתגרים רבים לפני מערכת הבריאות המחייבים פתרונות. אני חוזר על הבקשה שלי מהתחלה – בואו נמשיך לחשוב כיצד אנו נותנים לעם ישראל מערכת בריאות יותר טובה, כי מגיע לו יותר.

לסיום אני רוצה להודות לחבריי במשרד הבריאות ובראשם המנכ"ל על הסיוע שהושיטו לי במהלך השנה שאני מכהן בתפקידי כשר הבריאות. אני רוצה להודות לפרופ' גור עופר, פרופ' אליק אבירם, פרופ' חיים דורון ולגב' זיוה ליטבק ששנה שלמה מארגנת את הכנס הזה, ליושבי ראש הצוותים, פרופ' ליאון אפשטיין, פרופ' עדה שפיצר וד"ר רויטל גרוס, לד"ר שי בריל, פרופ' מרק קלרפילד וגב' צילה רוזן, ופרופ' משה קוטלר, פרופ' חנן מוניץ ומר דב פסט, שבימים אלה הצטרף להנהלת המשרד וגם לנציגי משרד האוצר שהיו בפעם הראשונה שותפים לכל אורך הדיונים, לכולם ברכות.

# הכרעות טרגיות ופריצות דרך במדיניות בריאות

## פרופ' יחזקאל דרור

ראשי פרקים להרצאה בכנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות

### 1. ייחודיות תחום הבריאות

לא אחדש, אך אציין: החלטות בתחום הבריאות מחייבות שיקול המשלב ממדים רפואיים, כלכליים, חברתיים, טכנולוגיים, ארגוניים וגם פוליטיים. בראייה אחרת: תחום גדוש מקצועיות מגוונת על יתרונתיה והטיותיה, שיקולים ערכיים מנוגדים, תמחיר כלכלי מעיק, גודש של לחצים למיניהם ומורכבות מבנית יתירה. תחום מעניין ביותר, מעורר אינטלקטואלית וחשוב ביותר ערכית. אין פלא שמדיניות הבריאות נמצא בהתלבטות וגם משבר במדינה אחר מדינה, כולל מעבר מתקופת זוהר למפולות דוגמת קנדה ואנגליה.

### 2. הכרעות טראגיות

ממכלול נושאי מדיניות הבריאות בוחר אני, ראשית כל, בהכרעות טראגיות כאנדמיות בו. המושג לקוח מ:

Calabresi, Guido, and Philip Bobbit. 1979.

*Tragic Choice*. New York: Norton.

משמעותו: צריך להקריב ערכים חשובים מאד למען קיום ערכים חשובים עוד יותר, כאשר ההכרעה מה חשוב מאד ומה חשוב עוד יותר היא קשה מאד וחסרה אמות מידה מסייעות.

כלומר: הרפואה משלבת בצורה ייחודית כמעט מצב של "מזל מוסרי" ומצב של "ביש מזל מוסרי".

ברמת המיקרו: גישה הסתברותית להחלטות קליניות, כמומחש בהכללת פרק על קבלת החלטות נוכח אי וודאות במהדורות האחרונות של: Harrison's Principles of Internal

Medicine

סוגיית שיתוף החולה בהכרעות כאלה.

אולם אותנו מעניינת רמת המדיניות.

### 3. הכרעת מדיניות טראגית בכל הנוגע להקצאת משאבים

עלות הולכת וגדלה הודות להתקדמות בטכנולוגיות וחלק מהטיפולים.

יש גם מגמה הפוכה, אך היא נופלת בהשפעתה. אבל בעתיד?

שטות בלתי מוסרית היא להגיד "אין מחיר" לתוספת שנת חיים איכותית (לשים לב למושג!) בפעולות מערכת הבריאות, מה עוד ויש דרכים אחרות להוספת שנות חיים ויש גם ערכים מסוג דאגה לדור הבא וערכים קולקטיביים.

עקומת תמורה עם השקעות אחרות ועם דרכי צריכה אחרים.

צריכה: כמעט כל הוצאות הבריאות לקשישים בהגדרה חדשה של המושג + חלק גדול מההוצאה לחודשי חיים אחרונים במחלות סופניות בכל גיל.

השקעה: כמעט כל הוצאות הבריאות לצעירים ולגילי התיכון פחות טיפולים כנ"ל.

מה אומדן חלוקת ההוצאה ביניהם? לפחות 60 + אחוז לצריכה?! וגם יותר.

הערה נורמטיבית: הציונות כמערכת ערכים תובענית: הכרח להגביר ההשקעה על חשבון הצריכה, גם בבריאות. זוהי הכרעה טראגית קשה אישית וציבורית – במיוחד לאור "הפנים האנושיות" של ההכרעות לעומת נתונים סטטיסטיים.

מגבלות היכולת למשול ולקבוע מדיניות – פופוליזם גואה.

דרך התמודדות חלקית: הגדלת הוצאה לבריאות של הפרט על חשבון שימושים פרטיים אחרים – מביא לסוגיית השוויון.

דרך התמודדות נוספת: ייעול המערכת – יש הרבה מאד מה לעשות.

גם: תחושת מחיר אצל כל הרופאים, מתקופת הלימוד

+ פיקוח סטטיסטי כפי שעוד אסביר.

### 4. הכרעות טראגיות בהקשר לערכי שוויון

בריאות מצטיינת באי-שוויון בסיסי בגלל חשיבות התורשה.

סוגיית חופש הפרט להוציא משאביו למה שירצה: כולל בריאות לעומת בידור לעומת שיכון וכד'.

מעניינת מבחינה פוליטית, סוציולוגית ופסיכולוגית שנושא השוויון בבריאות זוכה לתשומת לב רבה, לעומת פערים הולכים וגדלים ומתקבלים במידה רבה כ"מובנים מאליהם" בתחומים אחרים. אני חושב שהדרמטיות של מחלות יחד עם הקלות לכאורה להבטיח על ידי צווים והקצאות שוויונות בשרותי בריאה מסבירה את התופעה, אך זה נושא הדורש דיון נפרד.

הגדרות שונות של שוויון:

א. לכולם אותו טיפול רפואי: בלתי אפשרי.

- ב. יתר טיפול לתורמים יותר לחברה ולעתיד ולאחרים. נשמע אבסורד אך יש טיעון טוב לגישה כזו לו ניתן היה להפכה ל"אוביקטיבית". לפי סוגיית המבחן של הספר על הכרעות טראגיות:...
- ג. חלוקת אקראי טעונה בצורה זו או אחרת (למשל לפי מקום מגורים) של טיב טיפול רפואי – כך חלקית למעשה.
- ד. לכולם עקרונית רצפה משותפת, בכפוף לאקראי טעון. זו הגישה השלטת גם אם אינה מובנת ומוגדרת ברורות.
- ה. קביעת "רצפה סבירה": מושג חברתי משתנה. מה למשל עם הזכות להיות יפה כולל ניתוחים פלסטיים קוסמטיים?
- ו. מה עם הזכות לרכוש טיפול טוב יותר, על ידי ביטוח משלים, רכישת שירותי בריאות פרטיים וכד' – כן, בתנאי שעומדים בעקרון פרטו מתוקן: טיפול טוב יותר לאחד לא יגרום לטיפול רע יותר לאחר.
- הערה על שר"פ: צריך לעמוד בתנאי הנ"ל, כגון הטלת מלוא העלות השולית על החולה בתוספת "מס" לשיפור הטיפול לכולם.
- המלצה: רצפה משותפת בכפוף לאקראי + זכות רכישה פרטית.
- זאת בגבולות תקציבי הבריאות הנוכחיים כאחוז מהתפוקה
- כן, עדיפות לרפואה שהיא בחזקת השקעה
- זוהי כמובן עמדה נורמטיבית ביחס להכרעה טראגית
- הדרך להקל במקצת על הכרעות טראגיות היא חיפוש "פריצות דרך".

## 5. פריצות דרך

- שום פריצת דרך לא תחסוך ההכרח בהכרעות טראגיות, פרט אולי בעתיד לא ידוע שיטות טיפול זולות ופשוטות כולל לשנת החיים האחרונה. אך יש אפשרויות רבות לשפר התפוקה במסגרת המשאבים ובכך לצמצם את מצבי הביש מזל המוסרי ולהקהות הכרעות טראגיות במקצת.
- קידום בריאות כדרך המלך, בכפוף לאי וודאות מקצועית:
  - א. אחוז קבוע מתקציב הבריאות של כל הגופים
  - ב. עוצמה ארגונית למומחים לתחום ולדוגלים בגישה
  - ג. הפעלת מערכת החינוך וצה"ל
  - ד. שימוש יתר באמצעי התקשורת

ה. הטלת תשלום מיוחד על החי בצורה הצורכת יותר שירותי בריאות: סיגריות \ משקל יתר? \ מבחני מאמץ?

● שיפור רמת הרופאים כדרך מלך שנייה

א. נושא רגיש: הנחה אקסיומטית לא רצינית שכל הרופאים טובים ושואפים כל הזמן ללמוד ולהשתפר ושכל בתי החולים וכל המחלקות באותו טיב.

ב. המחקרים הקלאסיים של אליהו כץ – מחקרים בנידון בארץ?

ג. דרך התמודדות ראשית: הערכה סטטיסטית על ידי גוף בלתי תלוי.

ד. כן, חובות השתלמות ומבחנים תקופתיים להארכת תוקף רשיון.

ה. גם פעולה נמרצת ביחס לתלונות כולל הכללת חובה להעיד בקוד האתיקה.

ו. יחד עם השתתפות עצמית גבוהה מאד בביטוח נגד תביעות, על חשבון הנתבע הנמצא אשם

● מיקצוע-יתר של כל סוגי מנהל וקביעת מדיניות בריאות: למשל במדינה כישראל לפחות שלוש עד חמישים בעלי דוקטורט בתחומים מתאימים, כולל גם כלכלת בריאות, סוציולוגיה של הבריאות, ארגון שירותי בריאות וכד'.

● אחרון אחרון חביב: משרד הבריאות כ"מוח מרכזי" לכלל מערכת הבריאות!

א. עקרון ה-subsidiarity והשלמתו המאזנת החיונית

ב. ככל שמערכת מבוזרת ורב-ממדית יותר, כן הכרחי יותר "מוח מרכזי" מעולה לקביעת מדיניות, ניסוח אמות מידה, הערכה ולימוד.

● עקרונות למשרד הבריאות:

א. יחידת הערכה הנעזרת בגורמי חוץ עם תקציב ממשי. כעקרון: לפחות X אחוז מכל תקציב פעולות חייב ללכת למעקב, הערכה והפקת לקחים.

ב. יחידה לתכנון מדיניות עם הרכב רב-מקצועי המופקדת על עיצוב חלופות מדיניות לטווח בינוני וארוך.

ג. יתר עוצמה ארגונית לקידום בריאות ומניעה.

ד. יתר עצמאות אישית וארגונית מגורמי הרפואה למיניהם, כולל צמצום שליטה של "תרבות רפואה טיפולית"

ה. בזמנו עשיתי בדיקה של משרד הבריאות במסגרת וועדת טריינין והציון של משרד הבריאות בכל אלה – להבדיל ממסירות, ידע מקצועי וכד' – היה בלתי מספיק. (זה הדין ביחס לעוד משרדים שאני ממשיך לבדוק מידי פעם). אינני יודע מה המצב במשרד הבריאות כיום – אך פריצות דרך צריכות להתחיל בו.



### תוספת שלישית

(סעיף 7 פסקה (2) של הגדרת סל השירותים הבסיסי)  
שירותי הבריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע

1. שירותי רפואה מונעת
2. גריאטריה
3. פסיכיאטריה
4. מכשירי שיקום

#### 1. שירותי רפואה מונעת

- (1) בדיקות שיגרה, חיסונים כאמור בפסקה (4), מעקב והדרכה בידי רופא ואחות ובדיקת מעבדה לאשה ההרה, לתינוקות ולילדים, בתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב);
- (2) בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות ומומים מולדים:
  - (א) בדיקות מי שפיר לנשים שהן בגיל 35 ומעלה בתחילת ההריון
  - (ב) בדיקות לנשאי טיי-זאקס ותלסמיה
  - (ג) בדיקות לגילוי מוקדם אצל ילודים למחלת תת-תריסיות ופניל-קטונוריה (PKU).
- (3) שירות מונע לקשיש
- (4) חיסונים וטיפול מונע:

(א) חיסוני שיגרה: נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B

- נגד קרמת-צפדת-שעלת-ושיתוק ילדים
- נגד חצבת
- נגד אדמת
- נגד חזרת

נגד המופילוס אינפלואנזה

(ב) חיסונים וטיפול מונע לאוכלוסיות בסיכון:

- (1) המופילוס אינפלואנזה (ריפאמפין)
- (2) מנינגוקוקים (ריפאמפין)
- (3) דלקת כבד נגיפית A (גלובולין)
- (4) דלקת כבד נגיפית B (HBIG)

## חיקוקים בביטוח בריאות ממלכתי

- (ג) נגד צפדת, נגד כלבת ונגד קרמת
- (ד) חיסונים לאוכלוסיות מיוחדות:  
השלמת חיסונים לילדים עולים ולפי הצורך, BCG.
- (ה) בדיקות שיגרה לקבוצות מיוחדות: בדיקות מנטו, צילום ריאות לפי הצורך
- (5) בריאות השן – בדיקות שיגרה, מעקב והדרכה ע"י רופא שיניים ושיננית לתלמידים; וטיפול על-פי הנהלים הנהוגים במשרד הבריאות.
- (6) תכנון המשפחה
- (7) בדיקות שיגרה, חיסונים כאמור בפסקה (4), מעקב והדרכה בידי רופא ואחות לתלמידים בבתי-ספר
- סי"ח 1595  
התשנ"ו-1996
- הערה: שירותי הרפואה המונעת הראשונית המוגדרים בסל זה ניתנים בהשתתפות המטופל (אגרת תחנות לבריאות המשפחה, אגרת בריאות השן).
- סי"ח-1630  
התשנ"ז-1997
- גריאטריה** 2. סי"ח 5682  
התשנ"ה-1995
- (1) שירותי אשפוז באחריות המדינה ובכפוף לנהלי משרד הבריאות:
- (א) אשפוז חולים סיעודיים גריאטריים
- (ב) אשפוז תשושי נפש
- (ג) אשפוז נכים סיעודיים צעירים
- (ד) אשפוז חולים פסיכוגריאטרים
- הערה: שירותי האשפוז ניתנים בהשתתפות המאושפז או משפחתו בעלות הטיפול.
- בריאות הנפש** 3. ק"ת-5682  
התשנ"ה-1995
- א. שירותים שיינתנו לחולה מאושפז או לאסיר מאושפז בלבד
1. סל השרותים בתחום האישפוז
- (1) שירותי חירום ומיון
- (2) שירותי אישפוז פסיכיאטריים, אשפוז יום
- (3) יעוץ וטיפול באשפוז בבתי חולים כלליים
- (4) טיפולים חליפיים לאישפוז כגון: דיור מוגן, הוסטלים וכדומה

2. סל שירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש

(1) שרותי איבחון, הערכה, ייעוץ וטיפול פסיכותרפויטי התערבות במשברים, טיפול אישי, משפחתי, קבוצתי, מעקב תמיכה ואחזקה, שיקום וביקורי בית; (שרותים אלה ניתנים בתשלום אגרת הטיפול הנהוגה במשרד הבריאות)

(2) שירותים לאוכלוסיות מוגדרות: בגנים טיפוליים, במועדונים, במרכז שיקום ובתעסוקה שיקומית

לענין פרטי משנה 1 ר"ד 2 –

ק"ת 5682  
התשנ"ה-1995

"חולה מאושפז" – חולה נפש שביום אי באדר או התשנ"ה (1 בפברואר 1995) היה מאושפז בבית חולים לחולי נפש מזה שנה לפחות בהתאם לדיווח לפי סעיף 39(א) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991;

"אסיר מאושפז" – אסיר המאושפז במרכז לבריאות הנפש של שירות בתי הסוהר, או המקבל בו טיפול אמבולטורי.

ק"ת 5682  
התשנ"ה-1995

ב. סל שירותי בריאות הנפש לגמילה

(1) שירותי אשפוז במוסדות משרד הבריאות (כולל עמותות הממונות ע"י המשרד).

(2) שירותים מרפאתיים.

(3) גמילה תוך ביתית.

4. רכישת מכשירי שיקום

רשימת המכשירים שמשרד הבריאות משתתף במימנם – עפ"י הנהלים במשרד הבריאות.

א. מכשירי שיקום

1. תותבות לגפיים.

2. גרבי גדם – בכל מקרה של החלפת תותבת או בית גדם עפ"י הצורך – לא יותר מפעמיים בשנה.

3. כפפה לכסוי תותבת יד.

4. אודטיזות (מכשירי הליכה).

5. נעליים רפואיות מיוחדות.

ב. מכשירים הניתנים באמצעות לשכות הבריאות

1. כסאות גלגלים ידניים למבוגרים ולילדים.

## חיקוקים בבטיוח בריאות ממלכתי

2. כסאות שרותים למבוגרים ולילדים.
  3. כסאות טיולון (BUGGY).
  4. כריות מיוחדות לכסאות גלגלים – ROHO, JAY, סיליקון, אחר.
  5. הליכונים אחוריים.
  6. רולטורים.
  7. הליכון אמות.
  8. מזרונים חשמליים נגד פצעי לחץ.
  9. כסאות ממונעים.
  10. מנועי עזר לכסאות גלגלים ידניים.
  11. זחליל – במקרים חריגים בלבד.
  12. אינסרטים.
  13. מכשירי עזר לראיה – משקפיים טלסקופיות ומיקרוסקופיות לילדים ונוער עד גיל 18.
  14. מכשירי שמועה לילדים ונוער עד גיל 18.
  15. עדשות מגע מיוחדות (לילדים בלבד).
  16. תותבות עיניים.
  17. תותבות חיצוניות אף, אוזן וכו'.
  18. פרוטזות שד (בפעם הראשונה גם הזיה).
  19. מנופים ביתיים – הידראולים בלבד.
  20. מיטות פאולר ידניות וחשמליות.
  21. מיטות פאולר HI-LOW = ידניות וחשמליות.
- ג. מכשירים הניתנים לאוכלוסייה המשוחררת לחלוטין מהשתתפות עצמית – (מקבלי קצבאות למיניהן)
1. הליכונים רגילים.
  2. מקלות הליכה לסוגיהם – חד רגליים, תלת רגליים, וארבע רגליים.
  3. קביים קנדיות.
  4. כריות ספוג למניעת פצעי לחץ.
  5. מזרוני ספוג למניעת פצעי לחץ.