

מבקר המדינה | דוח שנתי 70 ב | 2020



משרד הבריאות

היבטים ברפורמה להעברת
האחריות הביטוחית בבריאות הנפש



היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש

רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה השלישית בבריאות הנפש להעברת האחריות הביטוחית מהמדינה לקהילה - לארבע קופות החולים: הכללית, מכבי, מאוחדת ולאומית. עד אותו מועד סיפקה המדינה את השירותים בעיקר בבתי החולים הפסיכיאטרים ובמרפאות לבריאות הנפש. מטרת הרפורמה הן בין היתר, הרחבת נגישות השירותים וזמינותם, שיפור איכות הטיפול והפחתת התווית השלילית (הסטיגמה) המוצמדת למטופלים בבריאות הנפש. בשנת 2018 התבסס תקציב הרפורמה בסך 2.3 מיליארד ש"ח על יעד לטיפול ב-4% מכלל המבוגרים וב-2% מכלל הילדים (עד גיל 18), לפי ממוצע של 9 מפגשים טיפוליים (להלן - מגעים) למבוגר לשנה ו-12 לילד.

נתוני מפתח

150 ימים

זמן המתנה ממוצע לטיפול פסיכותרפיה למבוגרים וילדים בשנת 2018

400 מיליון ש"ח

ניתנו לקופות החולים כתוספת לתקציב בריאות הנפש במסגרת הרפורמה (נכון לשנת 2018)

18%

האאוטסיי בעולם סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך החיים

280 משרות

כ-80 משרות ("תקנים") של פסיכיאטרים אינן מאוישות וכ-100 משרות חסרות בבתי החולים הפסיכיאטריים והכלליים; כ-100 פסיכיאטרים נוספים חסרים בבתי החולים של הכללית ובקופות החולים

142 ש"ח

דמי השתתפות עצמית של המבוטח עבור מפגש אצל מטפל עצמאי לטיפול פסיכותרפי; עלות חודשית של כ-570 ש"ח

27%

מהמגעים שתוקצבו במסגרת הרפורמה בשנת 2017 - חלקם לא ניתנו בפועל ולגבי חלקם יש מחלוקת בין משרד הבריאות לקופות החולים אם ניתנו

400 משרות

של פסיכותרפיסטים חסרות במרפאות הממשלתיות ובקופות החולים

פעולות הביקורת

מפברואר עד אוקטובר 2019 בדק משרד מבקר המדינה את הרפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש. במסגרת זו נבדקו השירות האמבולטורי¹ הניתן למטופלים; היבטי תקצוב של הרפורמה; בחינת יישומה על ידי משרד הבריאות; התחשבות בין קופות החולים לבתי החולים; והיבטי כוח אדם בתחום. הבדיקות נעשו בעיקר במשרד הבריאות, בארבע הקופות, ובכמה בתי חולים פסיכיאטריים.



תמונת המצב העולה מן הביקורת

- 1. זמני ההמתנה לבדיקה ממיינת - אבחון ("אינטייק") ולהמשך טיפול פסיכיאטרי ופסיכותרפי עלולים להיות ארוכים ביותר עד כדי המתנה של 12-16 חודשים. הדבר עלול לפגוע במטופלים, להחמיר את מצבם הנפשי, לגרום לנזקים למשפחתם ולסביבתם הקרובה ולהפחית את השפעת הטיפול.
- 2. קופות החולים לא פיתחו מענה לצורך ביקורי בית אצל מטופלים, לא הקימו צוותי משבר ואין מענה למצבי חירום דחופים. הניסיון להסדיר מענה מיידי למקרי חירום באמצעות מד"א נפשי לא קודם.
- 3. קופות החולים אינן מעסיקות פסיכותרפיסטים בהיקף מספק, דבר הגורם לזמני המתנה ארוכים במרפאות במרבית האזורים בארץ, ולכן המטופלים פונים למטפלים עצמאיים אגב תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של כ-570 ש"ח לחודש. הדבר מהווה חסם לקבלת טיפול.
- 4. יש מרפאות שאינן מספקות מידע באתרי האינטרנט על זמן ההמתנה המוערך. באתרי האינטרנט של מכבי, מאוחדת ולאומית אין הבחנה בין פסיכותרפיסטים המעניקים שירות ללא תשלום לבין פסיכותרפיסטים עצמאיים שהשירות שהם מעניקים כרוך בדמי השתתפות עצמית. רשימת המרפאות, הכוללת מידע על זמני ההמתנה הממוצעים שפורסמה באתר משרד הבריאות, לא עודכנה והיא נכונה לתחילת שנת 2018.
- 5. למשרד הבריאות אין נתונים איכותיים על הטיפוליים האמבולטוריים שמעניקות קופות החולים ועל ניצול תקציב הרפורמה, ולכן הוא מתקשה להעריכה. כן אין באפשרותו לוודא כי הקופות השקיעו את התקציב שניתן להן לייעודו - לטובת הרפורמה, וכי מסגרת התקציב אכן מספקת מענה הולם לצורכי הציבור בתחום זה.
- 6. נכון לספטמבר 2019 טרם יושבו ערעורים מצד הכללית על אשפוזים פסיכיאטריים בשלוש השנים הראשונות לרפורמה בהיקף של כ-22% מסך החשבונות של בתי החולים, המסתכמים בכ-280 מיליון ש"ח.
- 7. ביישובים הערביים נמצא השיעור הנמוך ביותר של מטופלים בתחום בריאות הנפש והוא מתחת למכסה המצופה לפי הסכם הרפורמה.
- 8. ניכר מחסור חמור בפסיכיאטרים בכלל ובקרב המגזר הערבי בפרט. על אף תוכניות המענקים שפעלו לסירוגין כבר משנת 2011, המחסור בפסיכיאטרים אינו צפוי להיפתר גם בשנים הקרובות. כן ניכר מחסור בפסיכותרפיסטים בשירות הציבורי.

1. טיפול אמבולטורי הוא טיפול שנעשה בבית חולים או במרפאה וביום הטיפול משתחרר המטופל לביתו.



הסכם הרפורמה קבע תוספת של כ-300 מיליון ש"ח (נכון לשנת 2012) שנועדה להרחבת השירותים האמבולטוריים, סכום המתעדכן לפי קצב קידום הסל ועומד כיום על כ-400 מיליון ש"ח.

בשנת 2017 חלה עלייה ניכרת בהשוואה לשנת 2016 בשיעור של כ-20% במספר המגעים האמבולטוריים שנתנו קופות החולים, אולם המספר עדיין נמוך מזה שתוקצב בשנת 2017.

עיקרי המלצות הביקורת

🔦 על משרד הבריאות בשיתוף קופות החולים להגדיר את זמני ההמתנה שעל מערך שירותי בריאות הנפש לעמוד בהם ואת הדרכים לעמוד ביעדים הללו. על המשרד לבחון פרסום נתונים השוואתיים של זמני ההמתנה בין הקופות כאמצעי לשיפור השירות.

🔦 על משרד הבריאות בשיתוף קופות החולים לבחון את פריסת המרפאות הקיימת, אילו שירותים נדרשות הקופות לספק והיכן, בהתאם לכמות האוכלוסייה ולמאפייניה בכל אזור, כך שיספקו את השירותים במרחק סביר מתוך התאמת התרבות והשפה למגוון האוכלוסיות השונות, לרבות החרדית והערבית.

🔦 ראוי שבאתרי האינטרנט של קופות החולים תיעשה אבחנה ברורה בין המטפלים המעניקים שירות חינוך ללא השתתפות עצמית לבין המטפלים העצמאיים, אשר פנייה אליהם כרוכה בדמי השתתפות עצמית.

🔦 על קופות החולים להסדיר את השירותים המיועדים להתערבות במצבי משבר לרבות בדרך של ביקורי בית וצוותי משבר כנקבע בהסכם. ראוי כי משרד הבריאות ישלם את בחינת שירות "הבתים המאזנים". על המשרד להנחות את הקופות בנושאים אלו ולקיים בקרה בנושא.

🔦 על משרד הבריאות לממש את סמכותו כמאסדר (רגולטור) ולרכז את הנתונים הדרושים להערכת היקפי השירותים ואיכותם ולקבוע אם התקציב נוצל כראוי על ידי קופות החולים. על הקופות להעביר למשרד באופן שוטף את כל המידע הדרוש לו לשם הערכת הישגי הרפורמה ולשם קיום בקרה ומעקב שוטפים על השירותים.

🔦 ראוי שמשרד הבריאות וקופות החולים בשיתוף הר"י והאיגודים המקצועיים יכינו תוכנית הצופה את הפערים במספר הפסיכיאטריים בשנים הקרובות לרבות במגזר הערבי, ויסכמו על פעולות שיש לנקוט כדי לגשר על פני הפער הצפוי. נדרש שהמשרד יקבע יעדים להעסקת כוח אדם בתחום הפסיכותרפיה ויבחן אם הקופות עושות די בכל הנוגע לניצול התקציב להעסקת כוח אדם לייעודו.

סיכום

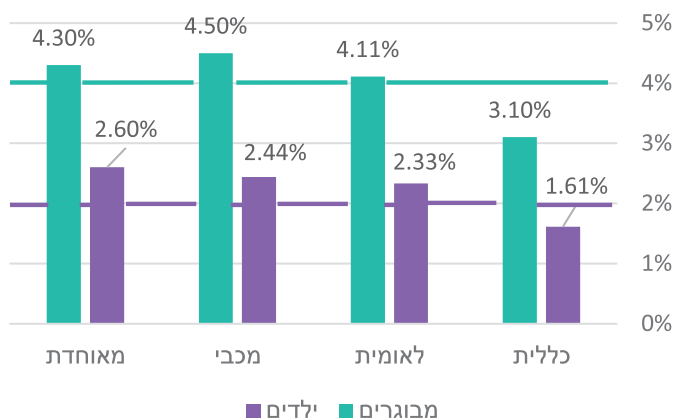
משרד הבריאות שבע רצון מהרפורמה אף שלדעתו יש לשפר בה תחומים אחדים. בביקורת עלה שיש קשיים ביישום הרפורמה, וכי זמני ההמתנה לקבלת טיפולים לעיתים ארוכים ביותר ומגיעים ל-12 עד 16 חודשים. על המשרד לפעול בשיתוף קופות החולים להערכת הישגי הרפורמה, לקיום בקרה על השירותים הניתנים לציבור, לקביעת יעדים לחיזוק מערך בריאות הנפש בקהילה ולקידום טיפול זמין ונגיש לכל האוכלוסייה.

2. מסגרת המיועדת לבגירים הנמצאים במשבר נפשי חריף ומהווה תחליף לאשפוז.

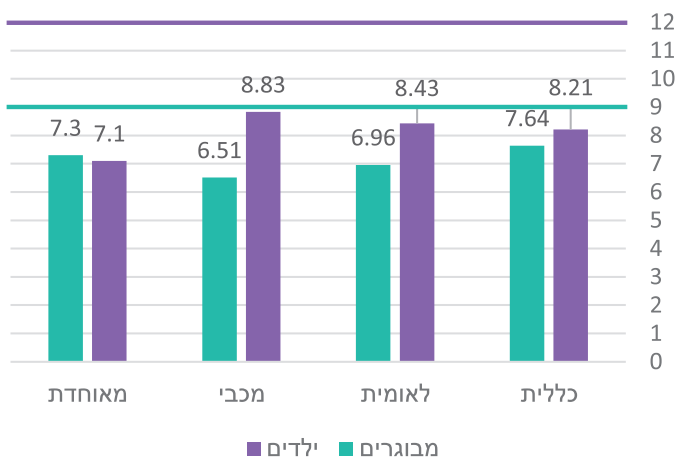


**שיעור המטופלים ומספר המגעים שקיבלו
בכל אחת מקופות החולים (2017)³**

שיעור המטופלים מכלל מבוטחי הקופה, 2017



מספר מגעים ממוצע 2017



המקור: על פי נתונים שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות ונתונים שהציגה מאוחדת בדוח פנימי שלה (דוח מגמות) לשנת 2017

3. הקווים האופקיים בתרשים משקפים את היעדים, שנקבעו בהסכם הרפורמה לטיפול בילדים ולטיפול במבוגרים.

היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש

מבוא

הפרעות נפשיות או הפרעות פסיכיאטריות¹ הן מערך של תסמינים התנהגותיים, רגשיים או קוגניטיביים. מחלות נפש הן מונח שגור המתייחס למקרים חמורים של הפרעות נפשיות². שכיחותן של ההפרעות הנפשיות בעולם הולכת וגדלה, וכך גם גוברת המודעות לנושא. ארגון הבריאות העולמי מעריך כי כ-18% מהאוכלוסייה בעולם סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך החיים. יש מקורות המצביעים על שיעורים גבוהים יותר, בעיקר בקרב אוכלוסיית מתבגרים, מבוגרים צעירים ומבוגרים מעל גיל 65. בכל זמן נתון כ-10% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעות אלו; בין 2%-1% מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש קשות או ממושכות; 3%-5% מהאוכלוסייה נזקקים מדי שנה לטיפולים נפשיים; וכ-25%-33% מהאוכלוסייה יזדקקו במהלך חייהם לשירותי בריאות הנפש. אומדנים, המבוצעים על סמך שיעורים אלו, מבססים הערכה שמספר הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות מגיע בארץ לכ-100,000-150,000 איש³.

מחלות והפרעות נפשיות פוגעות בבריאותם הפיזית של המטופלים⁴, בתפקודם, בפרנסתם, ברווחתם ובאיכות חייהם של המטופלים ובני משפחותיהם. הדבר גם מסב נזק כלכלי למשק. ההוצאה השנתית על מחלות הנפש לחברה בישראל נאמדת ב-13 מיליארד דולר, וההפסד לתוצר המקומי הגולמי של מדינת ישראל בגין אי-העסקתם של הסובלים מבעיות נפשיות נאמד ב-2.5 מיליארד דולר לשנה. מדובר בבעיה בריאותית וחברתית, שהיקפה הרחב אף צפוי לעלות.

1 הפרעות אלה מוגדרות בסיווג ICD-10 (מסמך של ארגון הבריאות העולמי המכיל קטלוג של כל המחלות הידועות כולל הפרעות נפשיות) וב-DSM-5 (ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקני המאבחן ומסווג את הפרעות הנפש על פי תסמיניהן).

2 כגון סכיזופרניה (שסעת - הפרעה נפשית כרונית מורכבת השייכת לקבוצת מחלות פסיכוטיות) והפרעה דו-קוטבית (מאניה דיפרסיה - הפרעה נפשית המתאפיינת בשינויים במצב הרוח).

3 אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, "הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים", נייר מדיניות מס' 2015.02, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (יולי, 2015).

4 מחקרים מראים כי תוחלת החיים של אנשים הסובלים ממחלות נפש קצרה בכ-20 שנה לגברים ובכ-15 שנה לנשים, למשל:

Graham Thornicroft (2011). "Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality", *The British Journal of Psychiatry* (2011) 199, 441-442
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>.



הטיפול בהפרעות ובמחלות הנפשיות יכול להיעשות באמצעות טיפול פסיכיאטרי שבעיקרו מבוסס על תרופות, באמצעות טיפול פסיכותרפי או באמצעות שילוב ביניהם. קיימים סוגים שונים של טיפולים פסיכותרפיים⁵. חלקם יכולים להימשך חודשים ואף שנים, וחלקם בנויים כטיפולים קצרי מועד. הטיפולים הפסיכיאטריים ניתנים על ידי רופאים מומחים בפסיכיאטריה (להלן - פסיכיאטרים) ורופאים מומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (להלן - פסיכיאטרים לילדים). טיפולי הפסיכותרפיה ניתנים בעיקר על ידי פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים, וגם באמצעות גורמי מקצוע אחרים שהוסמכו לכך⁶.

מחקרים מראים כי לטיפולים פסיכותרפיים יש כדאיות כלכלית עבור מערכות בריאות ועבור כלל המשק⁷: בהערכת עלות-תועלת שנעשתה בקנדה נמצא כי כל השקעה בטיפול פסיכולוגי החזירה את עצמה ביחס של שניים לאחד⁸; תוצאות דומות העלה מחקר שבוצע בצרפת⁹. מטא-אנליזות¹⁰ רבות מצאו שהתערבויות פסיכולוגיות הביאו להפחתה בצריכת שירותי בריאות וימי מחלה¹¹. מחקר גרמני שנערך על כ-22,000 נבדקים מצא כי מתן טיפולים פסיכולוגיים במסגרת ציבורית הפחית את ימי האשפוז ואת צריכת שירותי הבריאות¹². תוצאות דומות עלו ממחקר ישראלי עדכני שנערך על מדגם של 1,675 מחברי קופות החולים שבחן טיפולים

5 בין היתר: טיפול קוגניטיבי-התנהגותי קצר מועד (CBT), טיפול דינמי, טיפול באומנות, פסיכואנליזה, טיפול בהפרעות אישיות גבוליות (DBT), טיפול לסובלים מהפרעה פוסט-טראומטית (EMDR, PE), טיפול בנטיית אובדניות (IPTA).

6 פסיכולוגים קליניים נדרשים להעניק חלק מסוגי הטיפולים, לבצע פסיכו-דיאגנוסטיקה ולהדריך מתמחים. עובדים סוציאליים מתמקדים בטיפולים בסביבת המטופל, בני משפחתו והקהילה ועוסקים גם בנושא מיצוי זכויות, סל שיקום ועוד.

7 E. Mumford, H. J. Schlesinger, G. V. Glass, C. Patrick, and T. Cuedon, (1984). "A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment", *American Journal of Psychiatry*, 141 (10), 1145-1158.

8 H. M. Vasiliadis, A. Dezetter, E. Latimer, M. Drapeau, and A. Lesage (2017). "Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of Medicare for depression in Canada", *Psychiatric Services*, 68(9), 899-906. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600395>.

9 A. Dezetter, X. Briffault, C. Ben Lakhdar, and V. Kovess-Masfety (2013). "Costs and benefits of improving access to psychotherapies for common mental disorders", *J. Ment Health Policy Econ*, 16(4), 161-177.

10 מטא-אנליזה היא מגוון שיטות שמטרתן להשוות ולצרף תוצאות שהושגו במספר מחקרים.

11 G. O., Gabbard, S. G. Lazar, J. Hornberger, and D. Spiegel (1997). "The economic impact of Psychotherapy: a review", *American Journal of psychiatry*, 154(2), 147-155; J. A. Chiles, M. J. Lambert, and A. L. Hatch (1999). "The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.

12 U. Altmann, A. Zimmermann, H. A. Kirchmann, D. Kramer, A. Fembacher, E. Bruckmayer, I. Pfaffinger, F. Von Heymann, E. Auch, R. Steyer, and B. M. Strauss, (2016). "Outpatient Psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insurants over 5 Years", *Frontiers in psychiatry*, 7, 98, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00098>.



דינמיים (מנעד טיפולים המתבססים על שיטות ומונחים פסיכואנליטיים), שנמשכו בממוצע שנה וחודשיים¹³.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות) קובע כי כל תושב במדינת ישראל זכאי לקבל, באמצעות קופות החולים, שירותי בריאות בהתאם לסל השירותים הקבוע בחוק (להלן - סל שירותי הבריאות). עם חקיקת החוק נקבעו כמה תחומים, וביניהם בריאות הנפש, שבתום תקופת ביניים בת שלוש שנים, יועברו מאחריות המדינה באמצעות משרד הבריאות לאחריות הקופות. המועד להעברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מהמדינה אל הקופות נדחה פעמים מספר. רק במאי 2012, לאחר כשני עשורים, התקבלה החלטת ממשלה¹⁴ להעביר בצו ממשלתי את האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש מן הממשלה אל הקופות כחלק מסל שירותי הבריאות במסגרת הרפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש (להלן - הרפורמה או הרפורמה הביטוחית). הצו (להלן - צו הרפורמה) הוצא במאי 2012¹⁵, ונקבע בו כי ייכנס לתוקף כעבור שלוש שנים. ביוני 2012 נחתם הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנוגע להעברת שירותי הבריאות ולהתנהלות הצדדים בתקופת הביניים עד כניסת הצו לתוקף (להלן - הסכם הרפורמה). תקופת הביניים נועדה לאפשר לקופות לפתח תשתיות ושירותים ולמשרד הבריאות להיערך לתפקידו כמתווה מדיניות ומפקח. ביולי 2015 נכנסה הרפורמה לתוקף.

העברת האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים היא חלק מרפורמה כוללת בבריאות הנפש המורכבת משלושה שלבים:

- ♦ "הרפורמה המבנית", שבמסגרתה צמצם משרד הבריאות את מספר המיטות הפסיכיאטריות מכ-6,800 מיטות בשנת 1988 לכ-3,500 בתחילת שנת 2015 (ירידה של כ-50%).
- ♦ "הרפורמה השיקומית" במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ולפיה המשרד מספק שירותי שיקום לכ-27,000 נכי נפש בקהילה¹⁶.
- ♦ "הרפורמה הביטוחית", שבה עוסק דוח זה, ושכאמור במסגרתה הועברה ביולי 2015 האחריות הביטוחית למתן שירותים בתחום בריאות הנפש מן המדינה אל הקופות.

13 R. Yonatan-Leus, A. Strauss, and Kuper Kzaz (2018, June). "Assessing the Association between Outpatient Psychotherapy and Health Care Utilization", Paper presented in the 49th international annual meeting of the society for psychotherapy research in Amsterdam.

14 החלטת ממשלה מס' 4611, מיום 10.5.12.

15 צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספות השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב-2012, ק"ת 7154 (29.5.12).

16 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 66 א (2016), בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 545.



בעוד ששתי הרפורמות הראשונות נתנו מענה בעיקר לאוכלוסיית נכי הנפש הקשים ולחולים הכרוניים בבריאות הנפש (הצורכים שירותי אשפוז ושיקום), הרפורמה הביטוחית נוגעת גם לאוכלוסייה הסובלת מהפרעות נפש קלות יותר, הזקוקה אף היא לטיפולים פסיכותרפיים ופסיכיאטריים, שעיקר המענים המיועדים לה ניתנים במרפאות בקהילה. רוב שירותי בריאות הנפש סופקו לפני הרפורמה באמצעות מרפאות בבעלות ממשלתית שפעלו בשטחי בתי החולים הפסיכיאטריים או במקומות אחרים, בהיותן מסונפות אליהם, וכן במרפאות בריאות הנפש של שירותי בריאות כללית. בסך הכול פעלו בארץ כ-100 מרפאות בכ-50 יישובים.

מטרות הרפורמה הביטוחית כוללות, בין היתר: איחוד רפואת הגוף והנפש בקופות החולים; הרחבת הנגישות לשירותי בריאות הנפש; הגדלת זמינות השירותים; שיפור איכות הטיפול הניתן בבריאות הנפש, לרבות מניעת אשפוזים; הפחתת התווית השלילית המוצמדת למטופלים; שיפור רצף הטיפול בין האשפוז לקהילה; התייעלות מערך בריאות הנפש¹⁷; והגברת מודעות הציבור לזכויותיו לקבלת שירותים. נכון לשנת 2018, הסכום המיועד לבריאות הנפש בסל שירותי הבריאות, לאחר הצמדה ליוקר המחיה ולגידול הדמוגרפי, עמד על 2.3 מיליארדי ש"ח.

הסכם הרפורמה קבע אילו שירותים יעברו לאחריות קופות החולים. במסגרת התקציב האמבולטורי¹⁸ נקבע כי יטופלו 4% מאוכלוסיית המבוגרים ו-2% מאוכלוסיית הילדים (עד גיל 18).

ההסכם הגדיר כי תוקם מינהלת לבריאות הנפש (להלן - מינהלת הרפורמה), שתפעל כגוף מייצץ למנכ"ל משרד הבריאות, ובמסגרת זו תאסוף מידע על תהליך הרפורמה ותגבש המלצות למדיניות¹⁹. באפריל 2018 מינה מנכ"ל המשרד ועדה לבחינת הסדרי התחשבויות ואחריות הקופות לעניין הרפורמה בבריאות הנפש, שבראשה עומד עובד האגף לתכנון תמחור ותקצוב (להלן - הוועדה לבחינת הרפורמה). בינואר 2019 מינה יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש²⁰ תת-וועדה לבחינת הפערים בשירותים הקהילתיים בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש, וזו הגישה את המלצותיה ביולי 2019.

17 N. A. Cummings, and G. R. VandenBos (1981). "The twenty years Kaiser-Permanente experience with psychotherapy and medical utilization: Implications for national health policy and national health insurance", *Health Policy Quarterly*, 1(2), 159-175.

18 טיפול אמבולטורי הוא טיפול שנעשה בבית חולים או מרפאה וביום הטיפול משתחרר המטופל לביתו.

19 בראש המינהלת עומד מנכ"ל משרד הבריאות וחברים בה נציגים של משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים, עמותות הפועלות בתחום ואנשי מקצוע. המינהלת הפסיקה להתכנס באפריל 2017, ועד מועד סיום הביקורת לא חודשו דיוניה.

20 המועצות הלאומיות הן גופים מקצועיים היועצים להנהלת משרד הבריאות בתחומי הרפואה השונים.



פעולות הביקורת

בחודשים פברואר עד אוקטובר 2019 בדק משרד מבקר המדינה היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש. במסגרת זו נבדקו אופן מתן השירות האמבולטורי הניתן למטופלים, כולל לחולים במחלות נפש בשילוב התמכרויות; היבטי תקצוב של הרפורמה; בחינת יישומה על ידי משרד הבריאות; התחשבות בין קופות החולים לבתי החולים; היבטי כוח אדם בתחום. הבדיקות נעשו במשרד הבריאות (להלן גם - המשרד) באגף לבריאות הנפש שבחטיבת הרפואה ובחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים²¹; בארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות): שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית); בבתי החולים הפסיכיאטריים - המרכז לבריאות הנפש שער מנשה (להלן - שער מנשה), המרכז הירושלמי לבריאות הנפש, המרכז לבריאות הנפש באר שבע, המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא תל השומר (להלן - שיבא) והמרכז לבריאות הנפש גהה שבבעלות הכללית. בבדיקות השלמה נערכו, בין היתר, במשרד האוצר, באוניברסיטאות, במועצה להשכלה גבוהה (להלן - המל"ג) ובמרכז החוסן בשדרות²².

השירות למטופלים במסגרת הרפורמה

משרד מבקר המדינה בחן את השירותים הניתנים ארבע שנים לאחר כניסת הרפורמה לתוקף: זמני ההמתנה עד קבלת הטיפול, נגישותם והיקפם.

זמינות התורים לקבלת טיפול במערך בריאות הנפש ושקיפותם לציבור

מחקרים מראים כי מטופלים הסובלים מתחלואה נפשית זקוקים לטיפול בתוך זמן סביר כדי שמצבם לא יורע²³. חוק ביטוח בריאות קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. הדבר היווה בסיס לזכויות חברי קופות החולים בהסכם הרפורמה.

21 החטיבה אחראית על 24 בתי חולים ממשלתיים, ובכללם בתי החולים לבריאות הנפש.

22 מרכזי החוסן מעניקים תמיכה וסיוע רב-מקצועי למתמודדים עם מצבי משבר, חירום ואסון.

23 מחקר מדעי שבוצע בבריטניה מצא כי ככל שעוברים יותר מארבעה שבועות מהפנייה לטיפול ועד תחילתו, כך השפעת הטיפול פוחתת בהדרגה (Clark et al. (2017). "Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data", The Lancet 391 (2018), pp 679-686.



פנייה לשירותי בריאות הנפש מתחילה בבדיקה ממיינת - אבחון ("אינטייק") שיכולה להיעשות על ידי כמה בעלי מקצוע כגון: רופא מומחה לפסיכיאטריה (להלן - פסיכיאטר), פסיכולוג או עובד סוציאלי²⁴. לאחר מתן האבחנה, יפנה המאבחן את המטופל לטיפול פסיכיאטרי או לטיפול פסיכותרפי, שאותו יבצעו לרוב פסיכולוג או עובד סוציאלי. מדובר, אם כן, בשתי נקודות זמן שבהן נדרש המטופל להמתין: עד האבחון ולאחר מכן עד תחילת הטיפול. לפיכך, כדי לאמוד את זמני ההמתנה למטופלים מרגע פנייתם למערך בריאות הנפש ועד קבלת הטיפול בפועל, יש להביא בחשבון את שני זמני ההמתנה הללו.

מדידת זמן ההמתנה לטיפול תלויה במשתנים רבים, שחלקם נוגעים לזמינות השירות: האם יש מטפל המתאים לצרכיו ולמאפייניו של המטופל והאם יש מקום טיפול מתאים. האחרים נוגעים להעדפות המטופל בכל הנוגע למועד הטיפול, למיקומו הגיאוגרפי ולזהות המטפל, למשל מבחינת שיוכו המגדרי. זמינות הטיפול מושפעת ממשתנה נוסף: קשה להעריך את מועד סיום הטיפול במטופל, שכן מספר הטיפולים אינו קבוע מראש, ולכן קשה לתכנן מראש מתי יוכל מטפל להתפנות למטופל חדש המתין בתור.

זמני המתנה לקבלת טיפול במערך בריאות הנפש

השיטה הנהוגה בקופות החולים למדידת זמן המתנה עד תחילת הטיפול הפסיכותרפי היא מדידה רטרואקטיבית. כך למשל, זמן ההמתנה לטיפול יימדד ממועד קבלת הפנייה לטיפול פסיכותרפי לאחר האבחון ועד לתחילתו. בשיטה זו אינם מובאים בחשבון אותם מטופלים אשר בשל זמן ההמתנה הארוך עד לתחילת הטיפול, ויתרו עליו כליל או שפנו לטיפול בשוק הפרטי. לו ממתנינים אלו היו נכללים במדידה, סביר שזמן ההמתנה הממוצע היה מתארך. כפי שעלה בביקורת, למשרד אין נתונים על הטיפולים האמבולטוריים בתחום בריאות הנפש שמעניקות הקופות, ולפיכך אינו יכול להפיק נתונים מלאים על אודות זמני ההמתנה לאחר האבחון ועד קבלת טיפול פסיכותרפיה (ראו להלן בפרק "הקושי של משרד הבריאות לרכז נתונים מקופות החולים בנושא אספקת השירותים ועלותם"). ואולם, על פי בדיקה מדגמית שביצע המשרד בשנת 2018, עמדו זמני ההמתנה לאחר האבחון ועד לקבלת טיפול פסיכותרפיה בשנה זו על כ-150 ימים בממוצע ולפסיכיאטריה על כ-40 ימים בממוצע.

בביקורת נמצא כי בחלק מהמקומות זמני ההמתנה לאבחון ולהמשך הטיפול ארוכים ביותר. להלן דוגמאות לזמני ההמתנה הארוכים שנמצאו בשנת 2019:

24 את האבחנה שניתנת בעקבות האבחון, על בסיס המדריך הרפואי של ארגון הבריאות העולמי הכולל הפרעות נפשיות, יקבעו במידת הצורך, רק פסיכולוג או פסיכיאטר.

זמן המתנה לאבחון: המתנה לאבחון לילדים במרכז הרפואי ברזילי באשקלון (להלן - ברזילי) ובמרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל של הכללית (להלן - שניידר) עומדת על כ-6 חודשים ובמרפאת הילדים של הכללית בטייבה על כ-12 חודשים.

זמן המתנה לטיפול פסיכותרפיה: בכללית המתנה לפסיכותרפיה במרפאת מבוגרים בקלנסווה עומדת על כ-16 חודשים, במרפאת הילדים בטייבה על כ-15 חודשים, במרפאת ילדים בסורוקה בבאר שבע על כ-12 חודשים ובמרפאת מבוגרים בראשון לציון על כ-11 חודשים; במכבי במרפאות מבוגרים בראשון לציון, בחיפה ובקריית שמונה המתנה של כ-11 עד 12 חודשים ובמרפאת ילדים ברחובות כ-10 חודשים; במאוחדת במרפאות ילדים באשדוד, ברחובות ובמודיעין המתנה של יותר מ-12 חודשים; בלאומית במרפאת מבוגרים בנתניה המתנה של כ-6 חודשים.

זמן המתנה לטיפול פסיכיאטריה: נמצאו זמני המתנה ארוכים גם לטיפול פסיכיאטריה, כך למשל: במרפאת ילדים של הכללית בסורוקה בבאר שבע כ-8 חודשים ובאילת כ-7 חודשים; במרפאת ילדים של מכבי במודיעין כ-4 חודשים; במרפאת ילדים של מאוחדת במודיעין כ-6 חודשים; בשניידר כ-6 חודשים.

עולה שזמני ההמתנה לאבחון ולהמשך הטיפול הפסיכיאטרי והפסיכותרפיה עלולים להיות לעיתים ארוכים ביותר, ובחלק מהמקרים שנבדקו הם מגיעים עד 12-16 חודשים. עיכוב בטיפול הוא דבר לא רצוי, שכן הוא עלול לפגוע במטופלים, להחמיר את מצבם הנפשי וכן לגרום לנזקים למשפחתם ולסביבתם הקרובה. זמני המתנה סבירים נדרשים בהתאם לנקבע בהוראות חוק ביטוח בריאות. יישום דרישה זו, בהתחשב במכלול השיקולים והאיזונים, יבטיח את כוונת הרפורמה.

זמני המתנה לקבלת טיפול לתושבי עוטף עזה

אזור עוטף עזה שוכן בחלקו הדרומי של מישור החוף ובחלקו המערבי של הנגב, בתחומי המועצות האזוריות חוף אשקלון, שער הנגב, שדות נגב ואשכול. יישובי עוטף עזה ממוקמים קילומטרים ספורים מסביב לרצועת עזה (עד 7 ק"מ), וכוללים את העיר שדרות, וכן מושבים וקיבוצים באזור. ביישובי עוטף עזה מתגוררים כ-65,000 תושבים. מאז שנת 2000 (19 שנים) וגם בעת הביקורת, האזור חשוף לירי רקטות ופצצות מרגמה ותושביו נתונים באיום מתמיד. מצב החירום המתמשך הביא לכך שתושבים רבים, מבוגרים וילדים כאחד, סובלים תדיר מתופעות של טראומה, ירידה בתפקוד ותסמינים פיזיים ונפשיים נוספים. בשל כך בחן משרד מבקר המדינה את הנעשה שם.



תושבי עוטף עזה יכולים לקבל את שירותי בריאות הנפש בכמה מקומות: למשל בברזילי, הממוקם כ-20 ק"מ מהעיר שדרות; במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע הממוקם כ-45 ק"מ משדרות; בשלוחה של ברזילי הפועלת בעיר שדרות ומספקת שירותי פסיכיאטריה למבוגרים בלבד; ואצל ספקי שירות בכמה יישובים בעוטף עזה הקשורים בהסכמים עם חלק מקופות החולים.

מבדיקת זמני ההמתנה לשירותים, הניתנים באחריות קופות החולים, נמצא כי בברזילי ימתינו מבוגרים כחודש לאבחון, ולאחר מכן כחודשיים עד שלושה לתחילת הטיפול הפסיכותרפי; ילדים ימתינו כחצי שנה לאבחון וכשלושה עד ארבעה חודשים לטיפול פסיכותרפי. במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע, מבוגרים ימתינו שבועיים עד שלושה שבועות לאבחון וחודשיים לתחילת טיפול פסיכותרפי, וילדים ימתינו חודש עד חודש וחצי לאבחון ועוד חצי שנה עד שנה לתחילת הטיפול הפסיכותרפי. בשלוחה בשדרות ימתינו מבוגרים לאבחון כשבועיים. עוד נמצא כי בחלק מהקופות שיעור הילדים המקבלים טיפול בבריאות הנפש בשדרות ובנתיבות (שאינה חלק מיישובי העוטף אולם מרוחקת כ-16 ק"מ מהגבול) נמוך בהרבה מן הממוצע הכולל בקופה.

מכאן שזמן ההמתנה של ילדים המתגוררים בעוטף עזה, מרגע הפנייה לקופות החולים ועד לתחילת הטיפול הפסיכותרפי, הוא ממושך ומגיע ל-7 עד 13 חודשים בהתאם למקום שבו ניתן השירות. יש לציין כי מדובר בזמן המתנה הדומה לזה המאפיין אזורים אחרים בארץ.

המשרד ציין בתשובתו כי בשל הקושי לגייס אנשי מקצוע המוכנים להעניק שירות באזור, על קופות החולים לבחון דרכים לשיתוף פעולה שיביא לגיוס פסיכיאטר ילדים וכוח אדם נוסף, כדי לתת מענה באזור אשקלון ושדרות, וכדי לשתף פעולה באופן דומה גם באזורים שונים בארץ.

נוכח המצוקות הייחודיות הנגרמות עקב המצב הביטחוני האזורי, ראוי שקופות החולים ימפו את המקומות שבהם זמני ההמתנה ארוכים, ובכלל זה ביישובי עוטף עזה, ויבחנו דרכים לקיצורם.



מרכזי חוסן בעוטף עזה: משנת 2007 (כ-12 שנים) פועלים בעוטף עזה חמישה מרכזי חוסן בניהולה של הקואליציה הישראלית לטראומה²⁵ בנפרד משירותי בריאות הנפש שבאחריות קופות החולים. מרכזי החוסן הוקמו במטרה להעניק תמיכה וסיוע רב-מקצועי בתקופת רגיעה ובשעת חירום ליחידים, למשפחות ולקהילות המתמודדים עם מצבי משבר, חירום ואסון ולחזק את חוסנם²⁶. מרכזי החוסן פועלים נוסף על שירותי בריאות הנפש ומעניקים טיפול המתמקד בתופעות שנגרמו לתושבים על רקע המצב הביטחוני בלבד ולא טיפול נפשי לזקוקים לו מסיבות אחרות. מרכזי החוסן עובדים בשיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות באזור. מאפריל 2018 עד פברואר 2019 טופלו במרכזי החוסן בעוטף 4,708 אנשים, ומהם כ-60% ילדים.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי החל לבנות, בשיתוף עיריית שדרות, מרכז חוסן ממוגן חדש שיעניק טיפול ויעסוק בהכשרת פסיכותרפיסטים ועובדים קהילתיים. כמו כן, בשנת 2020 צפוי להיפתח מרכז חוסן באשקלון.

קביעת סטנדרטים לזמני המתנה על ידי משרד הבריאות

עד כניסת הרפורמה לתוקף, משרד הבריאות וקופות החולים, אשר סיפקו שירותים בתחום בריאות הנפש, לא אספו נתונים על זמני המתנה לקבלת טיפול. בהסכם הרפורמה התחייב המשרד כי עד סוף שנת 2018 לא יחייב את הקופות בסטנדרטים חדשים בתחום בריאות הנפש. בביקורת עלה כי זמני המתנה ארוכים, ואולם בנסיבות הקיימות אין דרך להשוות בין זמני המתנה לפני הרפורמה ולאחריה. לפיכך בחן משרד מבקר המדינה את זמני המתנה בפועל (ראו לעיל).





בדצמבר 2018 העביר האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות למנכ"ל המשרד הצעה לסטנדרטים אשר יגדירו את זמני המתנה לשירותי בריאות הנפש. לפי הצעה, זמן המתנה המרבי לאבחון יהיה 30 יום ולתחילת טיפול פסיכיאטרי או פסיכותרפי יהיה 4-6 שבועות נוספים, לאחר מועד האבחון. האגף ביסס את הצעתו על מחקרים מדעיים בנושא ועל השוואה לסטנדרטים לזמני המתנה במדינות שונות בעולם המערבי, כמוצג בלוח 1:

25 מרכזי החוסן פועלים בשיתוף משרד הבריאות, משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים, משרד החינוך, משרד העלייה והקליטה, המשרד לשוויון חברתי והמוסד לביטוח לאומי; הקואליציה הישראלית לטראומה הינה עמותה רשומה העוסקת בתחום החוסן, הערכות לחירום, מענה פסיכו-סוציאלי וטיפול בטראומות הנובעות ממצבי מצוקה ולחץ, בשיתוף עשרות ארגונים.

26 מבקר המדינה, דוחות על הביקורת בשלטון המקומי לשנת 2015 (2015), בפרק "היערכות הרשויות המקומיות לטיפול בנפגעי חרדה בשעת חירום והטיפול בהם במהלך מבצע צוק איתן ובעקבותיו", עמ' 107.



לוח 1: סטנדרטים לזמני המתנה במדינות שונות

מדינה	סטנדרט לטיפול בבריאות הנפש
 בריטניה	נקבע כי הסטנדרט לזמן ההמתנה המרבי ל-75% מהמטופלים, שהופנו לטיפול פסיכותרפי, יהיה 6 שבועות מיום הפנייה, עבור 20% נוספים יהיה 18 שבועות מיום הפנייה ²⁷ , ועבור 5% הנותרים לא נקבע זמן המתנה מרבי
 דנמרק	נקבע שזמן ההמתנה המרבי לאבחון יהיה 30 יום ו-30 יום נוספים עד תחילת הטיפול ²⁸
 הולנד	נקבע שזמן ההמתנה המרבי לאבחון יהיה 4 שבועות ו-6 שבועות נוספים עד תחילת הטיפול
 קנדה	בחלק מהמדינות בקנדה נקבע שזמן ההמתנה המרבי לתחילת טיפול יהיה 30 יום

בהסתמך על מחקר שפירסם ה-OECD ב-2013²⁹, הציע האגף לבריאות הנפש לעודד עמידה בסטנדרטים, למשל באמצעות מתן תמריצים או הטלת סנקציות בהתבסס על תנאים מוגדרים, כמו מידת ניצול התקציב שהועבר לקופות החולים בתחום זה.

סגן שר הבריאות³⁰ מסר בפברואר 2019³¹ כי הגדרת זמני המתנה היא נדבך מרכזי בהשלמת הרפורמה, וצעד זה עשוי להבהיר לקופות החולים ולמקבלי השירותים את השירות שלו הם זכאים, מכוח חוק ביטוח בריאות. הצורך בקביעת זמני המתנה מוגדרים מקבל חיזוק גם מנקודת מבטם של אנשי מקצוע בתחום. לדבריו, משרד הבריאות משקיע מאמצים בהגדרת זמני המתנה תוך כדי למידה מתחומי בריאות אחרים ומן המתרחש בעולם. עוד מסר כי הוועדה לבחינת הרפורמה עתידה להגיש את מסקנותיה בחודשים הקרובים, ובעקבותיה יפורסם חוזר מנכ"ל בנושא.

Guidance to support the introduction of access and waiting time standards for mental health services in 2015/16, NHS England / Medical Directorate / Mental Health Team. 27

Denmark Ministry of Health, Health care in Denmark - an overview, 2017. 28

Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), "Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?" OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. 29

בפברואר 2020 כיהן כשר הבריאות ולמען הנוחות מכונה סגן השר בדוח זה. 30

מכתב מיום 25.2.19 לכמה עמותות בתחום בריאות הנפש בנושא סטנדרט זמינות לטיפול נפשי בקהילה. 31



מנכ"ל משרד הבריאות מסר ביולי 2019 למשרד מבקר המדינה שבמסגרת התוכניות האסטרטגיות של המשרד, הוא עוסק בהגדרת זמני המתנה סבירים במערכת הבריאות באופן כללי וצפוי לפרסם חוזר המנחה את קופות החולים לקבוע אמת שירות (Service Level Agreement - SLA) לזמני המתנה לכמה תחומים לרבות בתחום בריאות הנפש. באוגוסט 2019 הפיץ המשרד את טיוטת החוזר³² להערות הקופות, ולפיה יקבעו ויפרסמו הקופות את היעדים למשכי ההמתנה המרביים עד האבחון ואחר כך עד תחילת הטיפול. המשרד מצפה כי עצם הפרסום, במרחב הציבורי והתחרותי שבו פועלות הקופות, ישפר את זמני ההמתנה. עד ינואר 2020 לא הפיץ המשרד חוזר סופי.

גורמים בקופות החולים ובמשרד האוצר מסרו במהלך הביקורת כי קביעת סטנדרטים בדבר זמני ההמתנה תגרום להשקעת משאבים בתחום בריאות הנפש באופן מוגבר על פני תחומים אחרים (כגון: אונקולוגיה, ניתוחים ובדיקות דימות), תיצור עיוות באופן הקצאת המשאבים ותיתן עדיפות לחובת העמידה בסטנדרט על פני שיקולים רפואיים בראייה מערכתית לטובת כלל המטופלים.

משרד הבריאות מסר בתשובתו לממצאי הביקורת בינואר 2020 (להלן - תשובת המשרד) כי זמני ההמתנה נובעים מן העלייה התלולה בביקוש לשירות ומהקשיים התקציביים שבהם נתונות קופות החולים, אולם אין להשלים עם המצב הקיים. לאור העובדה שצמצום התחלואה הנפשית משפר גם מדדי בריאות נוספים ושהקופות קיבלו את הזמן הנדרש להתארגנות, עולה צורך שהמשרד ינקוט צעדי רגולציה נוספים בתחום. אם קביעת היעדים עבור זמני ההמתנה לא תביא לשיפור, המשרד יבחן את הצורך להתערב בקביעת זמני המתנה מרביים.

אגף תקציבים במשרד האוצר מסר בתשובתו לממצאי הביקורת בינואר 2020 (להלן - תשובת אגף תקציבים) כי ההצעה לקביעת סטנדרטים לזמני המתנה אינה עולה בקנה אחד עם עקרונות חוק ביטוח בריאות, הקובע כי שירותי הבריאות יינתנו בתוך זמן סביר, אך במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים. הסיבה לכך היא שקביעת זמני המתנה תעוות את הקצאת המשאבים, לנוכח העובדה שאין תשובה חד-משמעית לשאלה אם שירותי בריאות הנפש דחופים יותר משירותי בריאות אחרים. מנגד, קיצור זמני ההמתנה לכל המערכת עלול לפגוע במטופלים הזקוקים לטיפול דחוף על פני מטופלים אחרים, ולקצר את משך הטיפול המוקדש לכל מטופל. נוסף על כך, העלות התקציבית למהלך זה עומדת על עשרות ואף על מאות מיליוני ש"ח, ואין לכך הצדקה בהיעדר נתונים מספיקים להתבסס עליהם. עם זאת יש מערך תמריצים לעידוד הקופות להגברת הפעילות בשירותים מסוימים הכולל, בין היתר: מבחני תמיכה, כללי התחשבות ומחירים.

32 טיוטת חוזר ראש חטיבת רגולציה, בריאות דיגיטלית ומחשוב: "פרסום יעדי קופות החולים למשך תור לשירותים רפואיים", (20.8.19).



הכללית מסרה בתשובתה לממצאי הביקורת בדצמבר 2019 (להלן - תשובת הכללית) כי עד שהמדינה לא תפעיל תוכנית לאומית לטיפול במחסור ברופאים ובמטפלים בתחום בריאות הנפש ועד שפריסת השירותים הגיאוגרפית והמגזרית לא תהיה אחידה, קשה להגדיר סטנדרטים לזמני ההמתנה.

מכבי מסרה בתשובתה לממצאי הביקורת בדצמבר 2019 (להלן - תשובת מכבי) כי הוסיפה כוח אדם בתחום אולם לנוכח המחסור החמור בפסיכיאטרים קשה לקבוע זמני המתנה.

גם בהתחשב בעמדתם המקצועית והעניינית של קופות החולים ושל משרד האוצר, ראוי להביא בחשבון את צורכי הציבור הנזקק לשירותי בריאות הנפש ואת החשיבות בזמן המתנה סביר לקבלת השירות, ולאזן ביניהם לבין שאר תחומי הבריאות. אף שיש תחומים חשובים ואף חורצי גורלות, שלא נקבעו עבורם זמני המתנה, ועל כן לכאורה, עלולים להיפגע בשל הצורך בעמידה בסטנדרטים שייקבעו עבור בריאות הנפש, אין לפסול את כוונת המשרד לקבוע סטנדרטים כאלו. הגדרת סטנדרטים למערך בריאות הנפש יכולה לשמש מצפן שאליו על מערכת הבריאות לכוון. זמני ההמתנה הארוכים מלמדים כי קשה להסתמך על מנגנוני הוויסות הפנימיים של הקופות להקצאת המשאבים לתחום בריאות הנפש.

על משרד הבריאות בשיתוף קופות החולים להגדיר את זמני ההמתנה שעל מערך שירותי בריאות הנפש לעמוד בהם ואת הדרכים לעמוד ביעדים הללו. לצורך כך ראוי שייקבעו יעדים הדרגתיים רב-שנתיים. כמו כן, על המשרד לבחון פרסום נתונים השוואתיים על אודות זמני ההמתנה בין הקופות כאמצעי לשיפור השירות. מדובר בפעולה שמערכת הבריאות כבר מורגלת בה ולמדה את יתרונותיה, דוגמת הסטנדרטים שקבע המשרד בשנת 2010 ברפואת שיניים³³. הדבר חיוני בעיקר בתחום בריאות הנפש מאחר שישנם מטופלים המתקשים לעיתים לעמוד על זכויותיהם החוקיות בשל מצבם הנפשי.

33 למשל: חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושירותי בריאות נוספים מס' 12/10, "שירותי רפואת השיניים לילדים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי - קווים מנחים לקביעת סטנדרט השירות" (12.9.10); חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 1/10 - "שירותים בתחום התפתחות הילד" (12.1.10); חוזר המנהל הכללי מס' 9/2018, "זמני המתנה לניתוחים פרוצדורתיים בבתי חולים" (28.3.18).

פרסום מידע לציבור על אודות זמני ההמתנה לקבלת טיפול במערך בריאות הנפש

מתן מידע לציבור על אודות זמני ההמתנה לקבלת טיפול הוא חיוני לצורך איתור הגורם המטפל הזמין והמתאים ביותר. הדבר נכון בעיקר בתחום בריאות הנפש, המאופיין במטופלים המתקשים לעיתים עקב מצבם הנפשי לאתר את הגורם המטפל ולעמוד על זכויותיהם. לכן על קופות החולים לתת מידע נגיש וברור בתחום זה. הדבר עשוי גם לשפר את השירות לאזרח בזכות התחרות שנוצרת בין הקופות אגב שקיפות המידע.

לפני כניסת הרפורמה לתוקף נקבעו התורים לשירותי בריאות הנפש ישירות מול כל אחת מהמרפאות, ולציבור לא הייתה אפשרות לקבל מידע על זמני ההמתנה לשירותים במרפאות הציבוריות. בעקבות הרפורמה חלו שינויים בתחום זה:

ניתן לקבוע תור לאבחון, לטיפול פסיכיאטרי ולטיפול פסיכותרפי המבוצעים במרפאות קופות החולים באחת הדרכים האלה: במוקדי זימון התורים של הקופות, באתרי האינטרנט או ישירות במרפאת בריאות הנפש של הקופות; אצל ספקי השירות - במרפאות הממשלתיות ובעמותות; אצל מטפלים עצמאיים ישירות מולם. לא עומדת לרשות המטופלים מערכת מידע מרכזית המתממשת למערכות ניהול התורים של הקופות, שיכולה לספק מידע על כלל התורים, ושתאפשר למצוא את התור הזמין והמתאים ביותר עבורם, ולכן הם נדרשים לבדוק באופן פרטני מול כל גורם את זמינות התורים.

משרד הבריאות פרסם באתר האינטרנט שלו את רשימת המרפאות בתחום בריאות הנפש וכן מידע על אודות השירותים שניתנים בהן, זמני ההמתנה הממוצעים לאבחון, למעקב פסיכיאטרי ולטיפול פסיכותרפי. הנתונים נאספו בשיתוף פעולה עם קופות החולים ועם בתי החולים, והם מעודכנים לחודשים ינואר-פברואר 2018 ומשקפים הערכה לזמן המתנה ממוצע לטיפול.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי הוא פועל למציאת מתכונת לשיתוף יומנים של כלל ספקי קופות החולים בכלל המקצועות הרפואיים כדי ליעל את אופן קביעת התורים וכדי לטייב את מדידת זמני ההמתנה בהתאם לסדרי העדיפויות והמשאבים. ניסיונו בעבר ליזום עדכונים שוטפים בנושא זמני ההמתנה לא זכה להיענות גבוהה מצד הקופות, אף שבאחריותן לעקוב אחר התורים ולווסתם בין ספקי השירות.

מכבי מסרה בתשובתה כי בשל אופי הטיפול הפסיכותרפי קיים קושי מובנה לעדכן מהם זמני ההמתנה, זאת בניגוד ליתר תחומי הרפואה.



אף שפרסום המידע באינטרנט הוא צעד חיובי שעשוי להביא לשקיפות כלפי הציבור ולשפר את השירות לאזרח, יש מרפאות שאינן מפרסמות את המידע על אודות זמן ההמתנה המוערך. יתרה מכך, הרשימה באתר משרד הבריאות לא עודכנה מאז פרסומה, והיא נכונה לתחילת שנת 2018.

משרד מבקר המדינה מעיר לקופות החולים ולמשרד הבריאות כי במתכונת המופעלת כיום, הציבור אינו יכול לקבל מידע מרוכז, ממוקד ומלא בדבר זמינות התורים לטיפול המתאים ביותר, בכלל המסגרות לרבות אצל ספקי השירות. לפיכך נדרשים המטופלים לפנות בעת ובעונה אחת לכמה נותני שירותים כדי לאתר את המענה ההולם ביותר לצרכיהם. קושי זה מתחדד לנוכח העובדה שמדובר בתחום רגיש ובמטופלים הנתונים לא פעם במצוקה.

על קופות החולים לשקול להסדיר מנגנון שיאפשר להציג לציבור מידע מעודכן בדבר זמני ההמתנה בתחום בריאות הנפש במכלול מסגרות השירות, תוך כדי הסדרת ממשק ביניהן לבין ספקי השירות ולפרסמם באתריהן. ראוי גם שישקלו פעולה משותפת עם משרד הבריאות כדי שהמידע יפורסם באופן כלל-ארצי, כפי שכבר נעשה לגבי פרסום זמני ההמתנה באמצעות המערכת למדידת תורי המתנה לרופאים יועצים בכמה תחומים³⁴.

חסמים בנגישות לשירותי בריאות הנפש

הסכם הרפורמה הקצה 60 מיליון ש"ח עבור הקמת מרפאות לבריאות הנפש על ידי קופות החולים. בתקופת ההיערכות לרפורמה (יולי 2012 עד יוני 2015) הקימו הקופות מתקציב זה 67 מרפאות לבריאות הנפש בהתאם לפריסה שסוכמה ביניהן לבין משרד הבריאות, וכן הוסיפו מטפלים בתחום בתוך מרפאות הקופה בכ-50 נקודות שירות. כמו כן חתמו הקופות על הסכמים עם ספקי שירות ועם מטפלים עצמאיים. כיום ניתנים שירותים בתחום בריאות הנפש בכ-110 יישובים ברחבי הארץ³⁵.

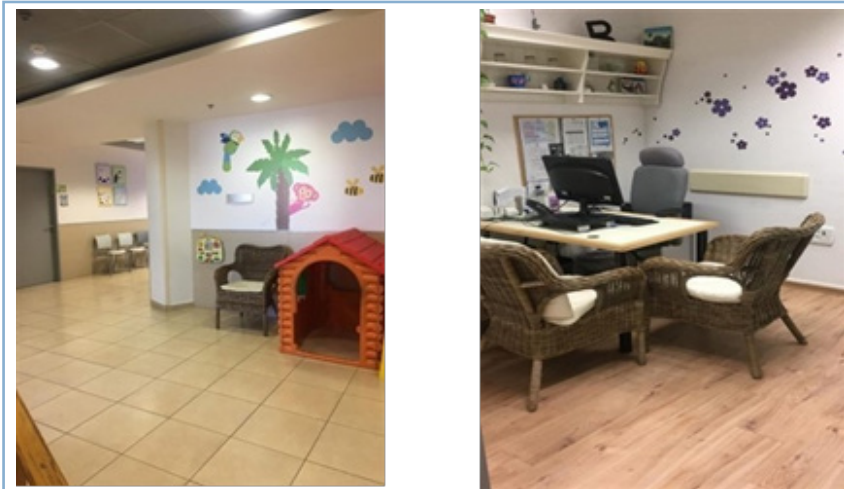
34 עיניים, אורתופדיה, נשים, אף אוזן גרון ועור.

35 השירותים בבריאות הנפש ניתנים במרפאות למבוגרים או לילדים המספקות מגוון רחב של השירותים בתחום או בשלוחות המספקות רק חלק מהשירותים בהיקף ובתדירות משתנים.

לוח 2: יישובים שבהם פתחו קופות החולים מרפאות בריאות נפש מתחילת הרפורמה

מרפאות בריאות נפש של קופות החולים לפי יישובים	הכללית - נפתחו מרפאות ייעודיות ב-31 יישובים: אילת, אשדוד, באקה אל-גרבייה, בית שאן, בית שמש, דימונה, חדרה, חיפה, טבריה, טייבה, יבנה, יוקנעם, ירושלים, כפר סבא, כרמיאל, מגדל העמק, מודיעין, משגב, נצרת עילית, עפולה, ערד, פתח תקווה, קלנסווה, קריית מלאכי, קריית שמונה, ראשון לציון, רהט, רעות, שפרעם, תל אביב, תל מונד.
	מכבי - נפתחו מרפאות ייעודיות ב-24 יישובים: אופקים, אשדוד, באר שבע, בני ברק, דימונה, הרצליה, חיפה, ירוחם, ירושלים, כרמיאל, מודיעין, מודיעין עילית, נצרת עילית, נתבות, נתניה, ערד, קריית גת, קריית מוצקין, ראשון לציון, רחובות, רמת גן, רמת השרון, רעננה, תל אביב.
	מאוחדת - נפתחו מרפאות ייעודיות ב-21 יישובים: אילת, אשדוד, באר שבע, בית שמש, בני ברק, בת ים, גבעת שמואל, חדרה, חיפה, ירושלים, ירכא, מודיעין, מודיעין עילית, מעלה אדומים, נס ציונה, נתניה, פתח תקווה, ראשון לציון, רחובות, רמלה, תל אביב.
	לאומית - נפתחו מרפאות ייעודיות ב-4 יישובים: אשדוד, ירושלים, יוקנעם עילית, נתניה.

תמונות 1 ו-2: מרפאות בריאות נפש שהוקמו בעקבות הרפורמה באחת מקופות החולים





בביקורת עלה שבפריסת שירותי בריאות הנפש של קופות החולים, עדיין ניכר מחסור בחלק מהשירותים ביישובים מסוימים. כך למשל נמצא כי בירוחם, בנתיבות ובמצפה רמון הנמצאות כולן בפריפריה ומשויכות לאשכול חברתי-כלכלי 3, אין כלל שירותי פסיכותרפיה, והמטופלים נאלצים לנסוע, בדרך כלל פעם בשבוע, לעיתים בליווי בני משפחה, עשרות קילומטרים לקבלת הטיפול. לעומת זאת, יש יישובים שבהם פועלות נקודות שירות רבות לכלל סוגי הטיפולים המאפשרות לקבל טיפול בקרבת מקום המגורים, דוגמת רוב היישובים בגוש דן.

חוסר יכולת לספק שירותים בגלל מעבר כוח אדם להעסקה בקופות החולים: לפני כניסת הרפורמה לתוקף העניקו המרפאות הממשלתיות שירות למבוטחי כל הקופות. פריסת מרפאות הקופות הנוספות התבססה על כך שהמרפאות הממשלתיות הקיימות, נכון למועד חתימת הסכם הרפורמה, ימשיכו לספק שירותים. ואולם, אחרי שנכנסה הרפורמה לתוקף נסגרו כמה מרפאות ממשלתיות, ובחלקן צומצמו השירותים בשל מצוקת כוח אדם - בעקבות מעבר פסיכיאטרים ופסיכותרפיסטים למרפאות הקופות, לעיתים בשל תנאי עבודה משופרים שהוצעו להם. בעקבות זאת, בחלק מן האזורים שבהם הופסק מתן השירות במרפאות הממשלתיות שסיפקו מענה למבוטחי כל הקופות, נוצר מחסור ממשי בשירותי בריאות הנפש באותן הקופות שלא פיתחו שירות חלופי חדש באותם האזורים.

כך למשל נסגרו מרפאות ממשלתיות ביישובים אשדוד, טייבה, כרמיאל וראשון לציון. מטופלים שנזקקים לשירותי בריאות הנפש באזורים הללו צריכים לפנות ליישובים מרוחקים, לדוגמה: מבוטחי מאוחדת המתגוררים בטייבה יאלצו לפנות לפסיכיאטר בכפר סבא, שאינו שייך למגזר הערבי. כמו כן צומצמו שירותים עד כדי הפסקת קבלת מטופלים חדשים, בין היתר, ביישובים הרצליה, טירה, פרדסיה (המרכז הרפואי ממשלתי לבריאות הנפש לב השרון [להלן - לב השרון]), פתח תקווה, צפת (המרכז הרפואי זיו) ורמת גן (במרפאת שיבא). מטופלים חדשים מופנים לשירותים שהקופות פיתחו ולספקי שירות אחרים מרוחקים יותר.

אף שתהליך העברת שירותי בריאות הנפש האמבולטוריים ממרפאות ממשלתיות למרפאות בקופות החולים תואם את מטרות הרפורמה לחיזוק השירותים בקהילה, הלכה למעשה נוצר מחסור בשירותים באזורים מסוימים.



משרד הבריאות מסר בתשובתו כי במסגרת המסקנות המתגבשות של הוועדה לבחינת הרפורמה מינה המנכ"ל צוות משותף למשרד ולקופות החולים אשר יבחן, בין היתר, את פריסת המרפאות והצרכים הנקודתיים באזורים שונים בארץ.

על משרד הבריאות בשיתוף קופות החולים להעריך מחדש את פריסת המרפאות הקיימת ולבחון אילו שירותים נדרשות הקופות לספק והיכן, בהתאם לגודל האוכלוסייה ואופייה בכל אזור, כך שיעמדו בדרישות חוק ביטוח בריאות ממלכתי לאספקת שירותים במרחק סביר, ובפרט באזורי הפריפריה. ראוי להביא בחשבון את היתרונות הקיימים בהימצאות המרפאות הממשלתיות סמוך לבתי החולים, ובכך שיש בהם התמחויות ייחודיות אשר יכולות לתת מענה למטופלים הסובלים מתחלואה נפשית קשה.

חוסר התאמה של שירותי בריאות הנפש לאוכלוסיות ייחודיות

נודעת חשיבות רבה להתאמת הטיפול הפסיכותרפי והפסיכיאטרי לרקע של המטופל לא רק בהיבט הקליני אלא גם בהיבט האישי. כמו כן שמורה חשיבות לשפה שבה ניתן הטיפול ולהכרת מאפייני תרבות המטופל. מורכבות מבנה האוכלוסייה בישראל דורשת התאמה למגזרים ולקבוצות האוכלוסייה השונות: העדה האתיופית, המגזר החרדי, המגזר הערבי, הפזורה הבדואית, עולים מצרפת וממדינות חבר העמים. הביקורת העלתה שמידת ההתאמה הייחודית למטופלים לוקה בחסר (בנושא המחסור החמור בכוח אדם פסיכיאטרי ופסיכותרפי המותאם לטיפול באוכלוסיות השונות ראו להלן בפרק "כוח אדם למתן השירותים בתחום בריאות הנפש"). להלן הפרטים:

נגישות וזמינות לא מספקות של שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית: מחלת נפש מלווה בתווית שלילית בקרב החברה בכלל ובקרב האוכלוסייה הערבית בפרט. יחס החברה לטיפול נפשי פעמים רבות שלילי, והידע על תרופות פסיכיאטריות מועט. על רקע זה קשה לרתום את המשפחה לטיפול, ואף קיימת תופעה של הסתרת חולי הנפש. בקרב החברה הערבית מתעורר קושי נוסף לנוכח העובדה שאת מרבית הטיפולים מעניקים מטפלים יהודים, בשפה העברית, ולכן הטיפול אינו מתאים לתרבות הערבית ולשפת האם של המטופל. כדי לאפשר לאוכלוסייה הערבית לממש את זכותה לקבלת טיפול נפשי, יש לאפשר שירותים בפריסה מספקת ובזמינות סבירה תוך כדי התאמת התרבות והשפה. מצב שבו יש לכאורה פריסה סבירה של שירותים מותאמים תרבותית ושפתית אולם זמני ההמתנה לקבלתם ארוכים, אינו מאפשר לאוכלוסייה לממש את זכותה לטיפול.



נכון לשנת 2013 מנתה האוכלוסייה הערבית בישראל כ-1.63 מיליון נפשות, ומהם כ-47% ילדים וכ-53% מבוגרים³⁶. מספר המטופלים מהמגזר עמד על כ-6,500 (מוסלמים, דרוזים ונוצרים), שהיו כ-12% מכלל מטופלי בריאות הנפש. שיעור זה נמוך משיעור האוכלוסייה הערבית מכלל האוכלוסייה שעמד באותה שנה על 20.6%³⁷. בהתאם ליעדי הרפורמה (טיפול ב-2% מקרב הילדים וב-4% מקרב המבוגרים) ובהתאם לגודל האוכלוסייה הערבית בשנת 2018 - שמנתה 1.86 מיליון נפשות, ומהם כ-44% ילדים וכ-56% מבוגרים³⁸, ניתן היה לצפות כי בעקבות הרפורמה יקבלו טיפול כ-41,000 מבוגרים וכ-16,000 ילדים מאוכלוסייה זו.

מאחר שבידי משרד הבריאות אין נתונים על אודות שיעור המטופלים בחברה הערבית מתחילת הרפורמה ועד היום, משרד מבקר המדינה בדק את שיעור המטופלים בבריאות הנפש בכל היישובים בארץ בשנת 2018, בהשוואה למדדים מקלים מאלו שנקבעו (טיפול ב-1.5% במקום 2% מקרב הילדים וב-3% במקום 4% מקרב המבוגרים), כדי לראות את שיעור המטופלים בחברה הערבית. להלן ריכוז ממצאי הבדיקה:

לוח 3: יישובים שבהם 10,000 תושבים לפחות מתחת לגיל 18 ושיעור המטופלים נמוך מ-1.5%

שם יישוב	חברי קופות החולים מתחת לגיל 18	מטופלים מתחת לגיל 18	שיעור מטופלים מתחת לגיל 18	מאפייני אוכלוסייה
טמרה	12,035	57	0.47%	מגזר ערבי
רהט	31,979	248	0.78%	מגזר ערבי
תל שבע	10,687	83	0.78%	מגזר ערבי
שפרעם	13,115	124	0.95%	מגזר ערבי
סח'נין	11,443	114	1.00%	מגזר ערבי
נצרת	24,953	273	1.09%	מגזר ערבי
קריית גת	17,140	215	1.25%	פריפריה
בני ברק	91,737	1,234	1.35%	מגזר חרדי

36 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2013, לוח 2.3.

37 גדעון זעירא, מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי (30.7.14).

38 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2018, לוח 2.3.



שם יישוב	חברי קופות החולים מתחת לגיל 18	מטופלים מתחת לגיל 18	שיעור מטופלים מתחת לגיל 18	מאפייני אוכלוסייה
ירושלים	365,344	5,089	1.39%	אחר
ביתר עילית	34,457	492	1.43%	מגזר חרדי
נתיבות	14,797	219	1.48%	פריפריה

לוח 4: יישובים שבהם 10,000 תושבים לפחות מעל לגיל 18 ושיעור המטופלים נמוך מ-3%

שם יישוב	חברי קופות החולים מעל לגיל 18	מטופלים מעל לגיל 18	שיעור מטופלים מעל לגיל 18	מאפייני אוכלוסייה
באקה אל-גרבייה	17,809	222	1.25%	מגזר ערבי
כפר מנדא	11,545	207	1.79%	מגזר ערבי
יפייע	12,216	224	1.83%	מגזר ערבי
כפר כנא	13,535	252	1.86%	מגזר ערבי
ערערה	12,287	233	1.90%	מגזר ערבי
ריינה	10,763	210	1.95%	מגזר ערבי
ג'דידה-מכר	13,415	270	2.01%	מגזר ערבי
כפר קרע	12,039	245	2.04%	מגזר ערבי
נצרת	52,958	1,122	2.12%	מגזר ערבי
טמרה	21,270	451	2.12%	מגזר ערבי
אום אל-פחם	33,112	708	2.14%	מגזר ערבי
כוכב יאיר	6,723	150	2.23%	אחר
דיר חנא	6,844	159	2.32%	מגזר ערבי
סח'נין	20,123	469	2.33%	מגזר ערבי
בית ג'ן	7,934	190	2.39%	מגזר ערבי
מג'דל שמס	7,516	181	2.41%	מגזר ערבי
ביר אל-מכסור	5,934	143	2.41%	מגזר ערבי



שם יישוב	חברי קופות החולים מעל לגיל 18	מטופלים מעל לגיל 18	שיעור מטופלים מעל לגיל 18	מאפייני אוכלוסייה
מג'ד אל-כרום	9,577	232	2.42%	מגזר ערבי
חורה	7,189	180	2.50%	מגזר ערבי
קדימה-צורן	13,308	346	2.60%	אחר
נחף	7,772	213	2.74%	מגזר ערבי
שפרעם	27,053	745	2.75%	מגזר ערבי
כפר קאסם	14,026	392	2.79%	מגזר ערבי
ג'יסר א-זרקא	8,261	234	2.83%	מגזר ערבי
בנימינה-גבעת עדה	8,965	258	2.88%	אחר
ראמה	5,822	170	2.92%	מגזר ערבי
מיתר	5,508	161	2.92%	אחר
טייבה	26,486	788	2.98%	מגזר ערבי

מלוחות 3 ו-4 עולה כי מרבית היישובים שבהם ניתן הטיפול לשיעור הקטן ביותר של חברי קופות החולים הם יישובים ערביים.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי מאחר שעשרות המרפאות ונקודות השירות שפתחו קופות החולים במגזר הערבי אינן מספקות - נדרשת הרחבתן, אולם המחסור בכוח אדם הדובר את השפה מקשה על כך. הכללית מסרה בדצמבר 2019 כי פתחה מרפאות ביישובי המגזר הערבי (אום אל - פחם, באקה אל-גרבייה, טייבה ורהט) שבהן פועלים צוותים מן המגזר כדי לאפשר נגישות תרבותית ושפתית.

נגישות וזמינות לא מספקות של שירותי בריאות הנפש באוכלוסייה החרדית: גם באוכלוסייה החרדית קיים קושי תרבותי לקבל שירותים בתחום בריאות הנפש מקופות החולים. שירותים חלופיים בתחום ניתנים על ידי ארגוני חסד, פעילים ציבוריים ועמותות, חלקם שלא דרך הקופות. לפיכך, הנגשה תרבותית של השירותים למגזר זה צריכה להביא בחשבון היכרות עם עולם המושגים התרבותי שלו, התמודדות עם סוגיות הקשורות בדת ובהשתייכותו הקהילתית של המטופל,



מצבים טיפוליים וביטויים ייחודיים למטופלים בהפרעות פסיכיאטריות מסוימות, כמו פסיכוזת והפרעות טורדניות כפייתיות (OCD).

עד החלת הרפורמה המעיטה האוכלוסייה החרדית להשתמש בשירותי בריאות הנפש במסגרות הציבוריות, והשירותים ניתנו בעיקר על ידי עמותות³⁹. עם כניסת הרפורמה נקטו קופות החולים צעדים ראויים ופיתחו שירותים מותאמים לאוכלוסייה החרדית מבחינת מיקום המרפאות ומאפייני הצוותים. כך למשל התחשבו בצורך של חלק מהחרדים לקבל את הטיפולים דווקא במרפאות מרוחקות ממקום מגוריהם, על ידי מטפלים שאינם מהמגזר, מתוך כוונה לשמור על חשאיות ופרטיות.

הביקורת העלתה כי ביישובים המעטים בארץ, הנושאים צביון חרדי מובהק, היה שיעור המטופלים בקרב הילדים נמוך מ-1.5% (במקום 2% לפי הסכם הרפורמה) ובקרב המבוגרים נמוך מ-3% (במקום 4% לפי ההסכם)⁴⁰. בכללית - בביתר עילית, בכפר חב"ד, במודיעין עילית וברכסים; במכבי - בביתר עילית, בבני ברק וברכסים; ובלאומית ובמאוחדת בבני ברק.

בביקורת נמצא שיש מקרים שבהם מטופלים חרדים לא קיבלו שירותים מפאת חוסר התאמת המטפל לאוכלוסייה החרדית ולנוכח מרפאה שאינה מותאמת לאוכלוסייה. בקשותיהם לקבלת טיפול מותאם נענו בשלילה. כך למשל, מבוטח של מאוחדת המתגורר בירושלים, חיכה חצי שנה לפסיכולוג, אחר כך המתין כחצי שנה לאבחון ועוד כחצי שנה לטיפול - בסך הכול שנה וחצי. המטפלת שלו לא התאימה לאוכלוסייה החרדית, אולם משביקש להחליפה, נתקל בסירוב; מבוטחת של הכללית מתגוררת ביישוב שבו אין מרפאה, היא נשלחה ליישוב אחר, שבו המרפאה לא הייתה מותאמת לאוכלוסייה החרדית.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי היצע המטפלים מהמגזר החרדי מצומצם, וכי קופות החולים משקיעות מאמצים בהנגשת השירותים, אולם מדובר בתהליך ארוך שנים ומורכב.



39 דוגמת פרויקט "אל הנפש" שמפעילה עמותת ידידות טורונטו, ובמסגרתו מוענקים טיפולים פסיכותרפיים למגזר החרדי בעבודה משותפת עם מוסדות חינוך וללא מימון קופות החולים; עמותת "בית חם" הפועלת משנת 1997 ומפעילה שש מרפאות ביישובים אלעד, אשדוד, בית שמש, בני ברק, ירושלים ומודיעין עילית.

40 נלקחו יישובים שבהם מעל 1,000 חברי קופות החולים מהאוכלוסייה הרלוונטית כדי להימנע מהטעיות סטטיסטיות בקבוצות אוכלוסייה קטנות.



נוכח הפערים הקיימים בשיעור המטופלים בבריאות הנפש ביישובים שבהם מתגוררת אוכלוסייה ערבית ואוכלוסייה חרדית, עולה חשש כי נגישותם וזמינותם של שירותים המותאמים למטופלים מבחינת התרבות ומבחינת השפה אינן מספקות.

על קופות החולים, בשיתוף משרד הבריאות, למפות את היישובים שבהם קיים מחסור ולתכנן מענה שיספק מענה הולם לצורכי כל אוכלוסייה ואוכלוסייה, על פי מאפייניה.

שירות לחולים במחלות נפש בשילוב התמכרויות

יש קשר מובהק בין תחלואה נפשית ובין התמכרות לסמים ולא לכוהול. מחקר מגלה כי 47% מחולי הסכיזופרניה ו-56% מהחולים בהפרעה דו-קוטבית (מאניה דיפרסיה) יתמכרו לסמים או לאלכוהול⁴¹. עם השנים ניכרת עלייה במספר החולים הללו⁴². בקרב חלק מהחולים המחלה הנפשית היא העיקרית וההתמכרות נלוות למחלה, ואילו בקרב אחרים ההתמכרות היא הבעיה העיקרית. יש לציין כי לא תמיד ניתן להבחין בין סוגי החולים.

כאמור, הסכם הרפורמה העביר את האחריות למתן שירותי בריאות הנפש אל קופות החולים וקבע כי שירותי הגמילה מסמים ומהתמכרויות לא יעברו לאחריות הקופות, למעט הטיפול במשברים נפשיים חריפים כגון פסיכזה, דיכאון או התנהגות תוקפנית המחייבים אשפוז שיהיו באחריות הקופות. הליך הגמילה הגופנית באשפוזיות ובתחנות לטיפול תרופתי נלגמלים נותרו באחריות משרד הבריאות. בדוח קודם של מבקר המדינה⁴³ עלה כי קיימת מחלוקת בין הקופות לבין המשרד בדבר חובתן לספק שירותים למטופלים הללו. מבקר המדינה העיר כי עולה חשש כי חברי הקופות אינם מקבלים טיפול, וכי על המשרד כמאסדר להבהיר על מי מוטלת האחריות ולנקוט פעולות שיבטיחו את קבלת השירות בקהילה.

41 A. M. Ponizovsky et al., "Trends in dual diagnosis of severe mental illness and substance use disorders, 1996-2010", Israel, **Drug Alcohol Depend** (2015).

42 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 168** (2018), בפרק "מעריך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש", עמ' 531; **דוח שנתי 166** (2016), בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 575; **דוח שנתי 160** (2010), בפרק "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545.

43 מבקר המדינה, **דוח שנתי 169** (2019), בפרק "היבטים בטיפול המדינה בהתמכרויות למיניהן", עמ' 1455.



פסיכיאטרים, המטפלים בסובלים מהפרעות נפשיות בשילוב התמכרויות, נתקלים מאז כניסת הרפורמה במקרים שבהם קופות החולים מערימות קשיים על מתן התחייבות לטיפול במסגרות המשלבות טיפול נפשי וטיפול בהתמכרות או מסרבות כליל לכך, בטענה שהאחריות לנושא מסורה למשרד הבריאות. כתנאי לקבלת טיפול דורשות הקופות כי ההפרעה הנפשית תהיה השלטת לעומת ההתמכרות, ולעיתים גם שהמטופלים יאובחנו כסובלים ממחלות נפשיות קשות ולא רק מהפרעות. הדבר יוצר דין ודברים יומיומי מול הקופות בנושא פרשנות חומרת ההפרעה והדומיננטיות שלה, אף על פי שהלכה למעשה שיעור גבוה מהמטופלים בבריאות הנפש סובלים גם מהתמכרויות. מאחר שמדובר באוכלוסייה מוחלשת, עלולים המטופלים לוותר על קבלת הטיפול.

משרד הבריאות מסר באוקטובר 2019 כי אף שבהסכם הרפורמה הובהר שהאחריות לשירותי גמילה לא עברה לקופות החולים, הטיפול בבעיות הנפשיות במטופלים המשתמשים גם בחומרים ממכרים הוא באחריות הקופות. למרות זאת הקופות אינן מעניקות את השירות בכל המקרים.

עולה כי בשל פרשנויות מנוגדות של הסכם הרפורמה בדבר האחריות לסובלים ממחלות נפש בשילוב התמכרויות, אלו נתקלים בקושי לקבל את שירותי בריאות הנפש, ובחלק מהמקרים הטיפול ניתן על ידי רופאים שאינם מתמחים בתחום. מומלץ כי משרד הבריאות וקופות החולים יפעלו לשם הסדרת הנושא ויאפשרו לאוכלוסייה זו לקבל טיפול ראוי ומתאים.

ביקורי בית ושירות למטופלים במצבי משבר וחירום נפשיים

על פי הסכם הרפורמה, סל השירותים האמבולטוריים כולל, בין היתר, התערבות במשברים, מעקב תמיכה, אחזקה וביקורי בית. מטרות השירותים האלה הן לחזק את המטופלים השוהים בקהילה לרבות במערך השיקום, למנוע את התדרדרותם הנפשית, למנוע אשפוזים ראשונים וחוזרים, לצמצם את תופעת "הדלת המסתובבת" (יציאה מאשפוז וחזרה לאשפוז בתוך זמן קצר) ולהפחית את מספר האשפוזים בכפייה. היעדר שירותים במצבי משבר וחירום מגביר את פנייתם של המטופלים לחדרי מיון בבתי חולים פסיכיאטריים שבהם ניתן השירות ללא תשלום⁴⁴.

44 לעומת זאת, הפנייה לחדרי מיון בבתי חולים כלליים, שבהם יש מחלקות פסיכיאטריות, כרוכה בתשלום.



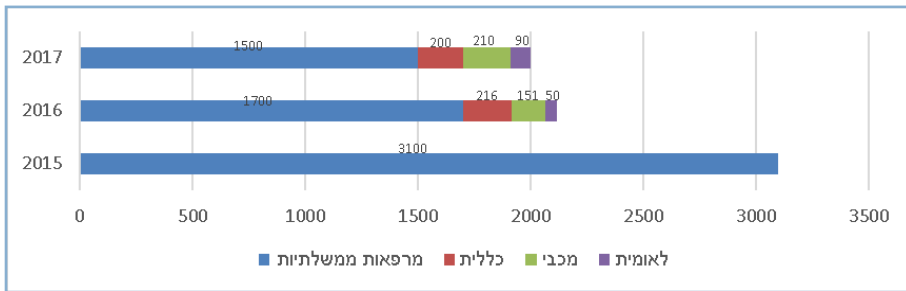
ביקורי בית

ביקורי בית מחליפים ביקור של המטופל במרפאה. מטרתם להרחיב את מקבלי הטיפול הנפשי גם לאוכלוסייה המסרבת להגיע למרפאות לקבלת טיפול, לאוכלוסייה הסובלת מבעיות פסיכיאטריות חמורות או ממחלות פיזיות קשות ולמנוע חזרת מטופלים לאשפוז. הצוותים מעריכים את מצבו הנפשי של המטופל, בוחנים את סביבת מגוריו, מתייחסים לבני משפחתו ולגורמים המטפלים בו דרך קבע ומעניקים את הטיפול הפסיכיאטרי והפסיכותרפי ככל שנדרש.

עד כניסת הרפורמה לתוקף ביולי 2015, ביצעו את ביקורי הבית המרפאות הממשלתיות, ומיעוטן ממשיכות לבצעם⁴⁵. במרפאות הממשלתיות נעשו בשנת 2011, טרום תקופת ההיערכות לרפורמה, כ-3,200 ביקורי בית⁴⁶ ובשנת 2015 נעשו כ-3,100 ביקורי בית⁴⁷. לאחר כניסת הרפורמה ירדה בהרבה כמות הביקורים, והיא עמדה בשנת 2017 על כ-500 ביקורי בית בלבד שסיפקו קופות החולים ישירות ועוד כ-1,500 ביקורי בית שביצעו בתי החולים הפסיכיאטריים כספקי שירות של הקופות⁴⁸. להלן תרשים 1 המציג את מספר ביקורי הבית שביצעו הקופות והמרפאות הממשלתיות בשנים 2015-2017. מאוחדת אינה מיוצגת בתרשים משום שלא ביצעה ביקורי בית.

-
- 45 למשל: המרכז לבריאות הנפש על שם י. אברבנאל (להלן - אברבנאל), המרכז הירושלמי לבריאות הנפש, המרכז לבריאות הנפש באר שבע, מרכז קהילתי לבריאות הנפש יפו.
- 46 לפי נתונים שפרסם משרד הבריאות בשנתון הסטטיסטי 2012 לבריאות הנפש, בשנת 2011 בוצעו במרפאות הממשלתיות 532,809 מגעים, 0.6% מסך המגעים שניתנו היו ביקורי בית שהם כ-3,200 מגעים.
- 47 על פי נתונים שפרסם משרד הבריאות בשנתון הסטטיסטי 2015 לבריאות הנפש, בשנה זו בוצעו בבתי חולים פסיכיאטריים וכלליים בבעלות ממשלתית, בשירותי בריאות כללית ובהדסה 1,043,969 מגעים, 0.3% מסך המגעים שניתנו היו ביקורי בית שהם כ-3,100 מגעים.
- 48 בהתאם לנתונים שהתקבלו מחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, בשנת 2017 ביצעו כ-1,000 טיפולי בית באברבנאל; 180 במרכז לבריאות הנפש באר שבע; 167 במרכז הירושלמי לבריאות הנפש; 7 במרכז הרפואי לבריאות הנפש מעלה הכרמל; 110 במרכז קהילתי לבריאות הנפש יפו. שאר המרכזים לבריאות הנפש כגון: לב השרון, שער מנשה ובאר יעקב הפסיקו לבצע ביקורי בית.
- 49 כמות ביקורי הבית שביצעו המרפאות הממשלתיות בשנים 2016-2017 מבטאת הערכה על סמך נתונים שמסרה חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים.

תרשים 1: ביקורי בית שביצעו קופות החולים והמרפאות הממשלתיות, 2015-2017



על פי נתונים שנאספו במהלך הביקורת, בעיבוד משרד מבקר המדינה

מתרשים 1 עולה כי קופות החולים לא פיתחו שירות חלופי של ביקורי בית במקום זה שצמצמו המרפאות הממשלתיות.

אף שחלק מקופות החולים פרסמו הנחיות ונהלים בנושא, שבין היתר מגדירים את המצבים הדורשים ביקורי בית, נמצא כי ברוב המקרים אין להן מערך ייעודי לאספקת השירותים⁵⁰.

בתי החולים לבריאות הנפש המפעילים את המרפאות הממשלתיות הסבירו שהסיבה לאי-מתן שירות של ביקורי בית היא חוסר הכדאיות הכלכלית שבכך⁵¹. קושי זה עלה כבר בישיבת מינהלת הרפורמה מספטמבר 2015, סמוך לכניסת הרפורמה לתוקף. מועצת הבריאות⁵², בישיבה מדצמבר 2017, הציעה למשרד לחייב את קופות החולים לתת שירות של ביקורי בית למטופלים שלא יוצאים מהבית מסיבות שונות בדומה לקיים בתחומי בריאות אחרים. המשרד לא קידם הצעה זו.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי מאחר שעוד טרם הרפורמה נצפתה ירידה במספר ביקורי הבית וביתר שאת לאחריה, הנושא עלה בדיוני הוועדה לבחינת הרפורמה אשר מתכננת להמליץ על תמחור מחדש של שירות זה.

50 מחוז מרכז של מכבי מסר למשרד הבריאות, בנובמבר 2017 ובינואר 2019 כי למרות הצורך הקיים, אין להם מערך המאפשר לקיים ביקורי בית לחולים פסיכיאטריים.

51 בהסכם הרפורמה נקבע כי פעילות קופות החולים מול בתי החולים תעשה בשיטת המנויים לפיה הן ירכשו מנוי אבחוני (2 פגישות), קצר (6 מפגשים למבוגר ו-8 לילד) או ארוך (עד 30 מפגשים) במחיר הקבוע בהסכם. התשלום עבור ביקור בית המבוצע על ידי צוות של אחות ופסיכיאטר וכולל נסיעה לבית המטופל, מתומחר כביקור אחד בלבד במנוי.

52 מועצת הבריאות הוקמה מכוח חוק ביטוח בריאות, ותפקידה ליעץ לשר הבריאות בנושאים שונים הקבועים בחוק.



מכבי מסרה בתשובתה כי אין ספקים שנותנים את השירות וכי המרפאות הממשלתיות אינן מספקות שירות זה, אף שהוגדר במסגרת המנוי וכחלק מהטיפול.

מאוחדת מסרה בתשובתה לממצאי הביקורת בדצמבר 2019 (להלן - תשובת מאוחדת) כי בשנת 2019 קיימה ביקורי בית מעטים יחסית ואיפשרה מתחילת הרפורמה טיפולי פסיכותרפיה מקוונים ומנובמבר 2019 גם טיפול פסיכיאטרי מקוון.

לאומית מסרה בתשובתה לממצאי הביקורת בדצמבר 2019 (להלן - תשובת לאומית) כי אף שברפורמה נקבע כי ביקורי הבית ייעשו במסגרת המנוי, בפועל צמצמו המרפאות את השירות בהיעדר כדאיות כלכלית, וכי המשרד כרגולטור לא נקט עמדה כלפי מרפאותיו בנושא זה.

על פי עקרונות הרפורמה, מוטלת על קופות החולים האחריות לספק גם טיפולים במסגרת ביקורי בית. היות שהיקף ביקורי הבית הצטמצם בהרבה והיות שלא הוסדר מערך למתן השירות על ידי הקופות, נדרש שהוועדה לבחינת הרפורמה במשרד הבריאות תשלם את טיפולה בנושא ותגבש בשיתוף הקופות הסדר מתאים, שיאפשר את מתן שירות בהיקף ראוי.

צוותי משבר

קיימים מצבים שבהם נדרשת התערבות טיפולית מהירה, למשל במצבים שבהם חלה הידרדרות במצבו של המטופל והוא זקוק למענה ממוקד על ידי אנשי מקצוע בעלי מומחיות בתחום (להלן - צוותי משבר). צוותי משבר מספקים טיפול ייעודי המתאים לכל מקרה, הם פוגשים את המטופל או את הגורם הפונה (בן משפחה או מטפל עיקרי אחר) בבית המטופל ועוסקים, בין היתר, בבדיקה ובהערכה של מצבו הנפשי של המטופל; בהצגת חלופות והמלצות לטיפול; במתן עזרה ראשונה וטיפול עד להפניה והשתלבות במסגרת הטיפולית בקהילה; ובהערכת מסוכנות כדי לבחון את הצורך באשפוז כפוי.

טרם הרפורמה העניקו המרפאות הממשלתיות את שירות צוותי המשבר. לאחר הרפורמה הועברה האחריות גם בנושא התערבות במשברים לקופות החולים, כולל מעקב אחר המטופלים ותמיכה בהם.

התערבות מיידיית במצבי חירום נפשיים (מד"א נפשי)

מצבי חירום נפשיים, ובכללם חשש לאובדנות, הם אירועים מסכני חיים הנדרשים למענה חירום מיידי ומותאם. כיום במצבי חירום ובהיעדר פתרון אחר, המענה ניתן לרוב על ידי משטרת ישראל שמגיעה למקום ועוצרת את האדם בשל מסוכנותו



לעצמו או לסביבתו. מדובר במענה המנסה למנוע פגיעה ולא במענה נפשי מקצועי למטופל. אם מד"א מוזעק, והמטופל משתף פעולה, המפגש מסתיים בפינויו לבית חולים או בהפנייתו לטיפול בקהילה. אם המטופל אינו משתף פעולה, הטיפול נשאר בידי המשטרה. משמעות הדבר היא שלא תתאפשר בדיקה מיידית באשפוז כל עוד המטופל מסרב לכך. מצב זה עלול להיות מסוכן למטופל ולסביבתו, כאחד⁵³.

במחצית שנת 2016 פיתח האגף לבריאות הנפש מודל להפעלת שירותי חירום נפשיים (להלן - מד"א נפשי), שייתן מענה למצבים אלו באמצעות צוותי מד"א. במרץ 2017 הוצג המודל למועצה הלאומית לבריאות הנפש, וכ-60 פרמדיקים במד"א הוכשרו בנושא. על פי המודל, בעקבות פנייה למוקד, יגיעו הפרמדיקים לאירוע ולאחר התייעצות עם כונן בריאות הנפש במד"א ינקטו אחת מפעולות אלה: בהסכמת המטופל יפנו אותו למיון כללי או פסיכיאטרי; יפנו לפסיכיאטר המחוזי לצורך קבלת הוראת בדיקה כפויה⁵⁴ ויפנו את המטופל לבית חולים פסיכיאטרי; יזעיקו את המשטרה; כשאינן צורך בפינוי למיון יפנו את המטופל להמשך טיפול בקהילה. המועצה הלאומית לבריאות הנפש המליצה להנהלת משרד הבריאות ליישם את המודל⁵⁵. גם קואליציית הארגונים בבריאות הנפש⁵⁶ ביקשה ליישמו, ואף פנתה פעמים מספר למנכ"ל המשרד בבקשה להפעיל את השירות⁵⁷.

ואולם, עקב מחלוקת בין משרד הבריאות למשרד האוצר, בין היתר על אופן תגמול הפסיכיאטרים המחוזיים וסגניהם עבור תוספת הכונוניות שתידרש מהם לטענתם, לא אושר הפרויקט.

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים במשרד הבריאות הציעה באוקטובר 2018 מודל למתן שירותי חירום⁵⁸, המתבסס על צוותי חדרי המיון בבתי החולים הפסיכיאטריים, שאליהם יופנה מטופל אחרי שפנה לגורם המקצועי דרך קופת

53 על היבטים נוספים בנוגע לאובדנות ראו בדוח זה בפרק "היבטים ביישום התכנית הלאומית למניעת התאבדויות - פעולות משרדי הממשלה", עמ' 307.

54 על פי סעיף 6(א) לחוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.

55 דוח המועצה הלאומית לבריאות הנפש, 2016-2017.

56 מאגדת את האיגודים: עוצמה-פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש (ע"ר); אנוש העמותה הישראלית לבריאות הנפש (ע"ר); לשמ"ה לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש (ע"ר); האגודה לזכויות החולה בישראל (ע"ר); איכות בשיקום לבריאות הנפש בקהילה (ע"ר); ויספר"א ישראל (ע"ר).

57 לטענתם הפעלת השירות הייתה מונעת את מותו הטרגי של אדם בינואר 2019.

58 במסגרת תוכנית אסטרטגית למרכזים הרפואיים הממשלתיים בבריאות הנפש (אוקטובר 2018).



החולים או באמצעות כל גורם אחר בקהילה. כונן החירום של בית החולים ייתן מענה מתאים דוגמת ייעוץ טלפוני, הזנקת צוות חירום של בית החולים או הפניה להמשך טיפול בקהילה. אם יזנק צוות חירום, הוא ייתן ייעוץ או הפניה, טיפול במקום או שיביא את המטופל לאשפוז מרצון או בכפייה. האגף לבריאות הנפש הציע מודל נוסף, המסתמך על מודל בריטי, ולפיו מרפאות אחראיות על אזורי מגורים מוגדרים. המרפאות כוללות: צוות מרפאה המטפל במרפאה ובמידת הצורך גם מקיים ביקורי בית; צוות משבר המגיע לבתי המטופלים במצבי משבר ומעניק טיפול או מחליט על אשפוז במקרה הצורך.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי פעל מול הממונה על השכר במשרד האוצר במטרה להביא לתוספת ניכרת בשכרם של הפסיכיאטרים המחוזיים כדי שיינתנו מענה למוקד מד"א בעת הצורך, אולם הפסיכיאטרים המחוזיים, בגיבוי ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י), מתנגדים לכך. לכן, המשרד בוחן אפשרויות למתן מענה למוקד מד"א נפשי באמצעות פסיכיאטרים אחרים. המשרד הוסיף וציין כי הוא ימשיך ויקדם את הנושא בתכנית העבודה שלו לשנת 2020 גם מול משרד האוצר.

אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר מסר בדצמבר 2019 כי הוא מוכן להמשיך ולדון במתווה התגמול שגיבש עם משרד הבריאות ושנתקל בהתנגדות הר"י.

הר"י מסרה בדצמבר 2019 כי התגמול שהוצע לפסיכיאטרים עבור הפעלת המודל אינו משקף את השינוי המשמעותי בהיקף העבודה הנוספת.

נכון למועד סיום הביקורת שום מודל להתערבות מיידית במצבי חירום לא קודם ובכלל זה טרם הוסדר נושא התגמול במודל ההפעלה של מד"א נפשי. ככל שהמודל של מד"א נפשי יאומץ, מומלץ כי כלל המעורבים - משרד הבריאות, משרד האוצר והר"י, ישלימו את המשא ומתן בנושא על מנת להפעיל את המודל.

"בית מאזן" כמסגרת חלופית לאשפוז פסיכיאטרי

בית מאזן הוא מסגרת חלופית המיועדת לבגירים הנמצאים במשבר נפשי חריף אשר אינם יכולים להישאר במסגרת המגורים וזקוקים למענה אינטנסיבי יותר מטיפול אמבולטורי, במטרה לסייע להם לחזור לשגרת חייהם ולמנוע אשפוז. לפי מודל הבית המאזן, שפותח בשנות השבעים והשמונים של המאה העשרים, מנהלים כעשרה דיירים וצוות חיים משותפים בבית, המאפשר מגוון רחב של פעילויות

ותמיכה למעגל המשפחתי חברתי⁵⁹. בספטמבר 2017 פרסם האגף לבריאות הנפש הנחיות המאפשרות את הפעלת הבתים המאזנים⁶⁰ וקובעות, בין היתר, כי המסגרת תספק מעקב פסיכיאטרי, פסיכותרפיה, הדרכה משפחתית, פעילויות לשעות הפנאי וליווי פרטני על ידי מדריכים. עמדת משרד הבריאות היא שהשירות בבית מאזן הוא חוליה נוספת בטיפול האינטנסיבי ביותר בקהילה במסגרת שאיננה בתוך המתחם האשפוזי של בית החולים.

להערכת האגף כדי להבטיח את הטמעת המודל יש לשאוף להיצע של 20 בתים מאזנים עד לסוף שנת 2019. בהשוואה וצירוף תוצאות של מגוון מחקרים (מטא-אנליזה) שנערכו נמצא כי המודל מפחית את עוצמת התסמינים בטווח הקרוב בדומה למחלקות האשפוז, אך בטווח הרחוק גובר יתרונן על המרפאות בכך שהוא משפר גם את התפקוד הפסיכו-חברתי ואת חזרת המטופל לשגרה⁶⁴. דוח מיוחד שהוגש לאו"ם חיזק את ההכרה במודל זה, המציע טיפול יעיל מתוך שמירה על זכויות אדם⁶². כיום מתבצעים בארץ שני מחקרים בנושא⁶³. בנובמבר 2019 פעלו בארץ שמונה בתים מאזנים⁶⁴, וקופות החולים, למעט הכללית, חתמו איתם על הסכמים למתן השירות. בדצמבר 2019 הודיעה הכללית כי היא נמצאת במגעים מול בית מאזן להכנסת השירות כחלק משירותי בריאות הנפש.

מנתונים שהועברו למשרד מבקר המדינה⁶⁵ עולה כי שהות ממוצעת של מטופל בבית מאזן בשנים 2017 עד 2018 עמדה על 38 ימים והעלות ליום אשפוז הייתה כ-900 ש"ח; לעומת זאת, שהות ממוצעת של אשפוז במחלקה פעילה בבית חולים פסיכיאטרי⁶⁶ עמדה על כ-29 ימים⁶⁷ והעלות ליום אשפוז הייתה כ-1,170 ש"ח. מכך

59 שמעון כץ, אברהם פרידלנדר ופסח ליכטנברג, "בית סוטריה - שירות חדש למניעת אשפוז פסיכיאטרי", הרפואה-יולי 2019.

60 נוהל מס' 77.001, "אמות מידה להפעלת שירות 'בית מאזן'", 1.9.17. הנוהל עודכן במסגרת מהדורה מס' 2, אשר בתוקף מ-2.10.19.

61 T. Calton, M. Ferriter, N. Huband, and H. Spandler, "A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia", *Schizophr Bull* (2008) 34(1):181-92.

62 UN General Assembly, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the "enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health", 28.3.2017, A/HRC/35/21, available at: <http://socialprotection-humanrights.org/resource/report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-physical-mental-health-dainius-puras-ahrc3521/> [accessed 10 June 2018].

63 המחקרים מתבצעים על ידי מאוחדת וסוטריה ירושלים.

64 סוטריה ירושלים (גברים ונשים); בית של תקווה בכרמיאל; ינוב בשרון; חירם בהרדוף בהפעלת מאוחדת; תאנה במושב שדה צבי; גומא ברחובות בשיתוף בית החולים קפלן; בית מאזן לאוכלוסייה הערבית בכפר סוואעד חמירה בהפעלת מאוחדת.

65 נתונים כפי שהועברו מבית מאזן סוטריה ירושלים, לאומית ומכבי.

66 מחלקה הקולטת חולים קשים במצבי משבר הזקוקים לטיפול אינטנסיבי ואיזון מיידי של המחלה.

67 נתוני משרד הבריאות לממוצע ימי אשפוז במחלקות פסיכיאטריה פעילה בשנת 2018.

עולה כי עלות שהות ממוצעת בבית מאזן דומה לעלות אשפוז בבית חולים ועומדת על כ-34,000 ש"ח. יש לסייג חישוב זה מאחר שהמטופלים המתקבלים לבית מאזן לרוב נמצאים לפני אשפוז ראשון וקלים יותר מאלו המגיעים לאשפוז. עם זאת, יש להביא בחשבון, שאופן הפעלת הבית מאזן עשוי למנוע אשפוזים בבית חולים והתדרדרות נפשית של הדיירים, ומכאן אף להפחית את העלויות הכלכליות הכרוכות בכך.

משרד הבריאות ציין בתשובתו כי שירות זה אינו כלול בסל, כי מדובר בשירות ניסיוני בפיתוח, ובכוונתו לקדם מבחני תמיכה בנושא לקופות החולים כדי לעגנו. הכללית ציינה בתשובתה כי המיטות בבתים המאזנים נוספו על אלו הקיימות בבתי החולים הפסיכיאטריים, ולהבדיל מהן, המשרד אינו מתקצב אותן. גם מכבי ציינה בתשובתה כי עלויות הפעלת בתים מאזנים לא תוקצבו במסגרת הרפורמה והוסיפה כי הבתים הקיימים אינם פתרון מתאים וכי הפיקוח עליהם מורכב.



משרד הבריאות מסר בתשובתו כי הוא בוחן פתרונות נוספים מעבר לאלו שהוצגו לעיל, כדי לעודד את קופות החולים להרחיב את מגוון השירותים הביתיים, ובכללם ביקורי בית וצוותי משבר. קידום הנושא מותנה בסדר העדיפויות המשרדי.

אף על פי שבהתאם להסכם הרפורמה, על קופות החולים לספק שירותי בריאות נפש גם במקרי משבר, הן לא פיתחו מענה למצבי חירום דחופים. הדבר עלול לפגוע במצב המטופלים עד כדי צורך באשפוז ולעיתים מדובר אף בסיכון חיים של ממש.

על קופות החולים למלא את חובתן בהתאם להסכם הרפורמה ולהסדיר את השירותים המיועדים להתערבות במצבי משבר. על משרד הבריאות להנחות את הקופות בנושא ולבצע מעקב אחר יישום הנחיותיו.

כיוון שבתים מאזנים מעניקים מענה אנושי מכבד למטופלים, המסייע בייצובם הנפשי ומונע אשפוזים חוזרים שלהם, ראוי כי משרד הבריאות ישלים את בחינת השירות. אם בתום הבדיקה אכן יימצא כמענה איכותי ומתאים, כפי שציינו זאת גורמי המקצוע המומחים בתחום בארץ וכפי שעלה ממחקרים בעולם, ראוי שהמשרד יקבע את המקור לתקצובו, אם באמצעות הכנסתו לסל השירותים ואם בדרכים אחרות.

הנגשת מידע לציבור בנושא הרפורמה בבריאות הנפש

אחת ממטרות הרפורמה הייתה הנגשת הטיפול הנפשי לציבור באמצעות טיפול אמבולטורי שיינתן בקהילה, במקום שבו ניתנים גם שירותי בריאות אחרים, דבר שעשוי להפחית את התווית השלילית המוצמדת למטופלים. לצורך השגת מטרה זו נדרש היה להביא לידיעת הציבור את השינוי המהותי העומד בליבת הרפורמה בדבר העברת השירותים כך שהם ניתנים על ידי קופות החולים במרפאות הקהילה.

בביקורת נמצא כי לפני כניסת הרפורמה לתוקף החליט משרד הבריאות, בהמלצת מינהלת הרפורמה, להכין מערך תכנים לפרסום באמצעי התקשורת. לקראת הכניסה לתוקף של הרפורמה, ביולי 2015, נערכו כמה פעולות הסברה בנושא, למשל: המשרד מסר על כך מידע במסיבת עיתונאים ביוני 2015; ראש הממשלה וסגן שר הבריאות פרסמו בעניין הצהרה לתקשורת; המשרד וקופות החולים פרסמו על כך מידע באתרי האינטרנט שלהם; אתר "כל זכות"⁶⁸ פרסם מידע רב על הזכויות המגיעות למטופלים ולבני משפחתם; עמותות וארגונים העוסקים בתחום פועלים להעלאת המודעות לרפורמה בקרב אוכלוסיית מתמודדי הנפש ומשפחותיהם.

בישיבת מועצת הבריאות בדצמבר 2017 עלה כי מטופלים רבים אינם מודעים לזכויות העומדות לרשותם, ולכן המועצה הציעה שמשרד הבריאות יפעל לפרסום מידע על מכלול הזכויות. למרות פעולות ההסברה שנעשו לקראת כניסת הרפורמה לתוקף עלה כי הציבור, ובייחוד זה שיש לו צורך בקבלת שירותי בריאות הנפש, אינו מודע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה. כך, מסקר שנערך באוגוסט 2018⁶⁹ עלה כי 62% מהנשאלים ואף 52% מהנשאלים שחוו משבר נפשי, לא היו מודעים לכך שבעקבות הרפורמה ניתן לפנות לקופות החולים, לרבות לרופא המשפחה, כדי לקבל הפניה לטיפול נפשי. עוד עלה כי 36% מקרב הנשאלים, שהיו מודעים לרפורמה, נהגו לפנות תחילה למטפל פרטי ולא לגורם ציבורי (לרבות לקופות); שיעור זה עולה ל-48% בקרב הנשאלים שלא היו מודעים לרפורמה. מסקר נוסף שנערך בחודשים מאי-יוני 2019⁷⁰ בקרב הורים עלה כי מרביתם יעדיפו טיפול במגזר הפרטי (59%) וכרבע מהם יפנו למערכת הציבורית (23%).

68 אתר כל-זכות מופעל על ידי כל זכות בע"מ (חל"צ) שפועלת ממחצית 2017 בסיוע מיזם בין משרד המשפטים, מטה ישראל דיגיטלית במשרד לשוויון חברתי והמכון למנהיגות וממשל בג'וזינטי ישראל. מטרת המיזם היא שיפור המודעות של תושבי ותושבות ישראל לזכויותיהם/ן באמצעות אתר כל-זכות המרכז מידע מקיף על זכויות שמעניקות רשויות ציבוריות.

69 סקר שבוצע עבור עמותת אנוש, העמותה הישראלית לבריאות הנפש על ידי קבוצת גיאוקרטוגרפיה בנושא "טיפול במשברים נפשיים" (אוגוסט 2018).

70 סקר שבוצע עבור עמותת אנוש, העמותה הישראלית לבריאות הנפש על ידי קבוצת גיאוקרטוגרפיה בנושא "הענות לקבל טיפול במערכות לבריאות הנפש" (מאי-יוני 2019).



עולה מכך כי פעולות ההסברה, שבוצעו עם כניסת הרפורמה לתוקף, לא הביאו לידיעת הציבור באופן מספק את האפשרות לקבלת טיפול נפשי בקופות החולים. היעדר מודעות מצד הציבור לשינויים שחלו לאחר כניסת הרפורמה לתוקף עלול לפגוע ביכולתו למצות את זכויותיו בתחום.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי במסגרת ועדת הפרסום של מועצת הבריאות, הוא הקצה תקציב המיועד לפעולות תקשורתיות בנושא הזכויות בבריאות הנפש וכי פרסומים נוספים עתידים לצאת באפיקים שונים, בעיקר באמצעים דיגיטליים בחודשים הקרובים. הכללית מסרה בתשובתה כי היא פעלה לפרסום המידע באתר האינטרנט שלה ובמרפאות.

על משרד הבריאות ועל קופות החולים להמשיך ולקדם פעולות הסברה באופן שוטף שיביאו לידיעת הציבור את זכויותיו בתחום שירותי בריאות הנפש. ראוי שמעת לעת הם יבחנו את התועלת העולה מפעולות ההסברה. עליהם גם לחדד לפני רופאי המשפחה, רשויות הרווחה והשירות הפסיכולוגי החינוכי שבמשרד החינוך את הצורך להביא לידיעת המטופלים מידע על אודות השירות.

היבטי תקצוב של מערך בריאות הנפש

במסגרת הרפורמה שונתה גם הדרך לתקצוב שירותי בריאות הנפש:

תקצוב מערך בריאות הנפש לפני הרפורמה: מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות בשנת 1994 ניתנו שירותי בריאות הנפש על ידי משרד הבריאות במסגרת התוספת השלישית לחוק, כלומר אספקת השירותים בתחום בריאות הנפש הייתה באחריות המדינה. עד כניסת הרפורמה היו בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים אחראיים למתן השירותים הרפואיים והעניקו אותם למטופלים באמצעות תקצוב מלא של המשרד. נוסף על כך, חלק מקופות החולים סיפקו שירותי פסיכותרפיה באמצעות התוכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) או באמצעות סל הקופה.

תקצוב מערך בריאות הנפש לאחר הרפורמה: בעקבות הרפורמה השתנתה שיטת התקצוב של שירותי בריאות הנפש, ובתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים החלו לשמש כספקי שירות של קופות החולים. המשמעות היא שהכנסות בתי החולים החלו



להיות תלויות בתקבולים מהקופות. עובדה זו הביאה את בתי החולים לשנות את תפיסת הניהול הכלכלי שלהם, והם החלו לבחון את כדאיותן הכלכלית של הפעולות שהם מבצעים ולהקפיד על גביית התשלומים מהקופות. מנגד החלו גם הקופות להפעיל מנגנוני בקרה על השירותים שהן מקבלות מבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. צו הרפורמה העביר את השירותים מהתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות אל התוספת השנייה כחלק מסל שירותי הבריאות שבאחריות הקופות. סכומים אלו מתעדכנים מעת לעת לפי קצב קידום הסל.

הסכם הרפורמה קבע כי התקציב השנתי המתווסף לסל שירותי הבריאות עבור שירותים בתחום בריאות הנפש יעמוד על 1.64 מיליארד ש"ח: סל אשפוז בסך 1.08 מיליארד ש"ח וסל אמבולטורי בסך 0.56 מיליארד ש"ח. התקציב כולל תוספת בסכום של כ-300 מיליון ש"ח, שנועדה בעיקרה להרחבת מערך השירותים האמבולטוריים (בשנת 2018 גדלה התוספת לכ-400 מיליון ש"ח עקב עדכונה בהתאם לקצב גידול הסל). נוסף על כך, לאחר כניסת הרפורמה לתוקף בוטלו שירותי בריאות הנפש שסיפקו הקופות באמצעות השב"י⁷¹.

מקורות המימון לסל, בסך כולל של כ-1.64 מיליארד ש"ח, מפורטים להלן בלוח 5, כפי שנקבעו בהסכם. יצוין כי בשנת 2018 היה הסכום המיועד לבריאות הנפש בסל שירותי הבריאות לאחר הצמדה ליוקר המחיה ולגידול הדמוגרפי 2.3 מיליארדי ש"ח.

לוח 5: מקורות מימון סל שירותי בריאות הנפש (במחירי 2012, במיליוני ש"ח)

1,541	תוספת לעלות סל שירותי הבריאות, נטו
24	קצבאות ביטוח לאומי למאושפזים ממושכים
25	השתתפות עצמית נורמטיבית* - 1.5%
50	קופות החולים - מתוך מקורות קיימים בבסיס הסל
1,640	סך הכול

המקור: הסכם הרפורמה.

* השתתפות עצמית נורמטיבית - סכום ההכנסות מהשתתפות עצמית שעל פי החוק יש להביא בחשבון כאחד ממקורות המימון של סל שירותי הבריאות לצורך קביעת שיעור השתתפות תקציב המדינה במימון עלות הסל.

71 מנגד הוספו שירותים מתחומים אחרים לשב"י, כך שעלותו נותרה ללא שינוי.

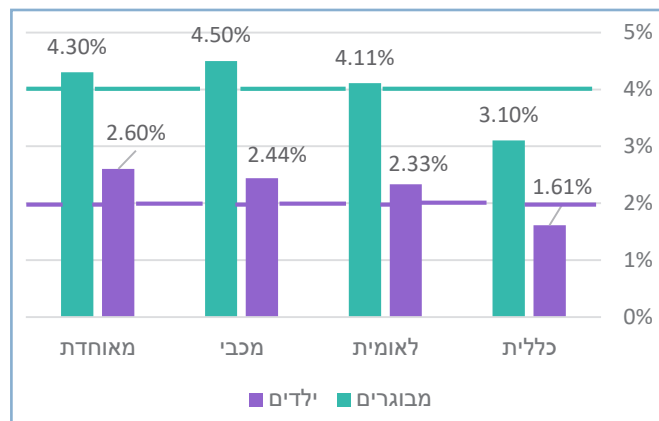


אי-מתן שירותים מספיקים בהתאם לתקציב הרפורמה

תקציב סל השירותים האמבולטוריים בתחום בריאות הנפש התווסף לסל הבריאות המועבר לקופות החולים בהתאם לנקבע בהסכם הרפורמה. התקציב חושב על בסיס הנחה כי 4% מהמבוגרים (מעל גיל 18) ו-2% מהילדים (עד גיל 18 כולל) יידרשו לטיפול, וכי יידרשו במוצע 9 מגעים למבוגר לשנה ו-12 מגעים לילד. יצוין כי בין משרד הבריאות לבין הכללית התגלעה מחלוקת, בין היתר, אם יש לכלול בחישוב השימושים שנעשו בתקציב גם את המגעים שניתנו למטופלים על ידי רופאי משפחה ורופאי ילדים, במסגרת הרפואה הראשונית (ראו להלן את פירוט נקודות המחלוקת).

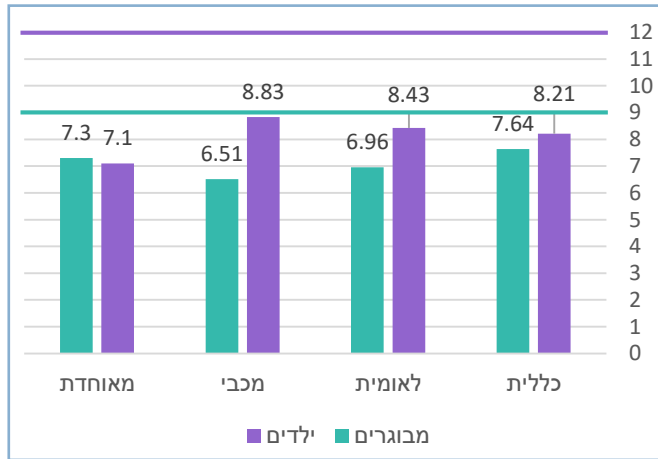
שיעור המטופלים והמגעים בשנת 2017: תרשים 2 שלהלן מציג את נתוני קופות החולים על שיעור המבוגרים והילדים שטופלו; תרשים 3 מציג את המספר הממוצע של המגעים שקיבלו (הנתונים אינם כוללים את המטופלים שקיבלו מענה על ידי רופאי משפחה וילדים ולא המשיכו לטיפול במערך בריאות הנפש)⁷²:

תרשים 2: שיעור המטופלים מכלל מבוטחי הקופה, 2017



72 הקווים האופקיים בתרשים משקפים את היעדים, שנקבעו בהסכם הרפורמה לטיפול בילדים ולטיפול במבוגרים.

תרשים 3: מספר מגעים ממוצע, 2017



* על פי נתונים שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות ונתונים שהציגה מאוחדת בדוח פנימי שלה (דוח מגמות) לשנת 2017⁷³.

** מספר המגעים ללא כאלו שבוצעו על ידי רופאי משפחה ורופאי ילדים.

מתרשימים 2 ו-3 עולה כי הציבור לא קיבל את מלוא השירותים שאותם נדרשו קופות החולים לספק: בעוד מכבי, מאוחדת ולאומית סיפקו שירותי בריאות נפש ליותר מטופלים משנקבע בהסכם, הכללית סיפקה פחות מהנקבע: רק 3.1% מהמבוגרים ו-1.6% מהילדים קיבלו טיפול במקום 4% מבוגרים ו-2% ילדים. לגבי מספר המגעים שניתנו, עולה שכל הקופות סיפקו פחות מגעים מזה שעל בסיסו חושב התקציב: פער גדול נמצא בנוגע למבוגרים במכבי ובלאוומית שסיפקו רק קצת יותר מ-6 מגעים בשנה במקום 9 מגעים; פער גדול במיוחד נמצא אצל כל הקופות בנוגע לילדים: אף לא קופה אחת התקרבה למתן 12 מגעים בשנה, והן הסתפקו ב-7-8 מגעים בשנה בלבד.

73 עבור שנת 2018 לא כל קופות החולים העבירו נתונים על אודות כמות המגעים שסופקה, ועל כן נבדקו נתוני שנת 2017.



כדי להעריך אם מספר המגעים שנתנו קופות החולים בפועל תואם את מספר המגעים שעל בסיסו חושב התקציב לשירותים האמבולטוריים ברפורמה, השווה משרד מבקר המדינה את הנתונים המטויבים⁷⁴ שהעביר המשרד לביקורת לכמות המגעים שהיה על הקופות לתת בהתאם לתקציב הרפורמה וכן את כמות המגעים שהיה על הקופות לתת בהתאם למספר מבוטחיהן (מספר המגעים שמוצג להלן אינו כולל מגעים שהעניקו רופאי משפחה ורופאי ילדים)⁷⁵. ההשוואות מובאות בלוחות 6 ו-7 שלהלן:

לוח 6: הפער בין מספר המגעים שהיו צריכים להינתן בהתאם לתקציב הרפורמה לבין אלו שניתנו בפועל (מעוגל לאלפי ש"ח), 2017

קופה	תקציב אמבולטורי 2017 במיליוני ש"ח	כמות מגעים מחושבת לפי תקציב ותעריף 265 ש"ח לטיפול (כולל תקורה)*	כמות מגעים בפועל**	הפרש	באחוזים
הכללית	401	1,513,000	912,000	-601,000	-40%
מכבי	182	688,000	596,000	-92,000	-13%
מאוחדת	89	336,000	321,000	-15,000	-4%
לאומית	59	221,000	181,000	-40,000	-18%
סה"כ	731	2,758,000	2,010,000	-748,000	-27%

* עלות המגע מבוססת על הנתונים כפי שמובאים בהסכם הרפורמה וכוללת תקורות.

** כמות המגעים (ללא מגעים שנתנו רופאי משפחה ורופאי ילדים) כפי שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות וכפי שדיווחה מאוחדת בדוח המגמות.

74 עם כניסת הרפורמה לתוקף בשנת 2015, העביר משרד הבריאות לקופות החולים הנחיות לגבי האופן שעליהן להעביר אליו דיווחים על המגעים האמבולטוריים שביצעו. כללית, מכבי ולאומית העבירו למשרד את הנתונים והוא ביצע עיבוד לנתונים אלו במסגרתו הסיר מגעים שמצא כי אינם צריכים להיכלל בספירה - נתונים מטויבים. לפיכך, יש אי-התאמה בין הנתונים שהעבירו קופות אלו למשרד ולביקורת לבין הנתונים המטויבים שהמשרד העביר לביקורת.

75 מאחר שהנתונים שמאוחדת העבירה למשרד לא היו לטענתו באיכות מספקת כדי לטייבם כפי שנעשה ליתר הקופות, הנתונים לצורך הביקורת נלקחו מדוח פנימי של הקופה (דוח מגמות) מיולי 2019. בדצמבר 2019 מאוחדת העבירה נתונים אחרים.



לוח 7: חישוב הפער בין מספר המגעים שהיו צריכים להינתן בהתבסס על מספר חברי קופות החולים לאלו שניתנו בפועל (מעוגל לאלפים), 2017

קופה	מספר חברי קופת חולים	כמות מגעים לפי תקצוב הרפורמה*	כמות מגעים בפועל**	הפרש	באחוזים
הכללית	4,500,000	1,442,000	912,000	-530,000	-37%
מכבי	2,222,000	714,000	596,000	-118,000	-17%
מאוחדת	1,198,000	375,000	321,000	-54,000	-14%
לאומית	713,000	227,000	181,000	-46,000	-20%
סה"כ	8,633,000	2,758,000	2,010,000	-748,000	-27%

* כמות המגעים בהסכם חושבה לפי 2% מהילדים * 12 מגעים ו-4% מהמבוגרים * 9 מגעים.

** כמות המגעים (ללא מגעים שנתנו רופאי משפחה ורופאי ילדים), כפי שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות וכפי שדיווחה מאוחדת בדוח המגמות.

כמות המגעים הכוללת שנתנו קופות החולים בשנת 2017 גדלה בכ-20% בהשוואה לזו שניתנה בשנת 2016⁷⁶ (כ-2,010,000 מגעים לעומת כ-1,676,000 בהתאמה), עובדה המעידה על פיתוח התחום בשנים אלו. עם זאת, מלוחות 6 ו-7, עולה כי בהתבסס על דיווחי כללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות ובהתבסס על דוח פנימי של מאוחדת, כמות המגעים הכוללת שנתנו הקופות בשנת 2017 נמוכה עדיין בכ-750,000 מזו שתוקצבה. מדובר בכ-27% ממספר המגעים שתוקצבו אך לא ניתנו בפועל. בולטת במיוחד העובדה שכמות המגעים שנתנה הכללית נמוכה בהרבה, בכ-530,000-600,000 מגעים מזו שתוקצבה, מדובר בפער של 40% בקירוב.

76 כמות המגעים ללא מגעים ברפואה הראשונית (רופאי משפחה ורופאי ילדים) כפי שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות. מאוחדת לא מסרה נתונים למשרד, ועל כן נלקחו נתונים מדוח פנימי של הקופה (דוח מגמות) לתקופה מאוקטובר 2015 ועד ספטמבר 2016.



בנושא אופן החישוב הנדרש לספירת המגעים התגלעו שתי מחלוקות עקרוניות בין משרד הבריאות לבין חלק מקופות החולים, אשר יכולות להסביר חלק מהפערים:

1. האם לכלול בספירת המגעים גם את אלה שמבצעים הרופאים הראשוניים - רופאי משפחה ורופאי ילדים. לטענת קופות החולים, הרופאים הראשוניים מספקים חלק משירותי בריאות הנפש (לרבות אבחון בסיסי, הפניות למרפאות בריאות הנפש ולאנשי מקצוע, הנפקת מרשמים לתרופות פסיכיאטריות ומעקב שוטף), וכמות הביקורים של מטופלים בבריאות הנפש אצל הרופאים הראשוניים גדולה יותר בהשוואה לכלל האוכלוסייה⁷⁷. מנגד, עמדת משרד הבריאות היא שהרופאים הראשוניים ביצעו מגעים בתחום בריאות הנפש גם טרם הרפורמה והם נכללו עוד קודם לכן בסל שירותי הבריאות; לכן, אף כי ייתכן שמספר המגעים עם הרופאים הראשוניים עלה בעקבות הרפורמה, אין מקום להעמיס את ההוצאה בגינם במסגרת תקציב הרפורמה (ראו גם בפרק בנושא הכשרת הרופאים הראשוניים למתן מענה בתחום בריאות הנפש).

יצוין כי על פי בדיקת משרד מבקר המדינה בכללית יוחסו כ-11% מתקציב הרפורמה בשנת 2018 להוצאות על ביקורים אצל רופאים ראשוניים; במאוחדת יוחסו כ-18% מהתקציב בגין רופאי משפחה שפגשו מטופלי נפש (רק לצורך חידוש מרשמים לתרופות פסיכיאטריות); במכבי ובלאומית יוחסו פחות מ-3%.

2. מחלוקת שנייה היא בשאלה אילו רכיבים לא ישירים ניתן להעמיס על תקציב בריאות הנפש האמבולטורי (731 מיליון ש"ח) ומהו שיעורם. למשל: שיעור הוצאות הנהלה וכלליות; חלק יחסי של שכר בעלי תפקידים ואנשי מקצוע התומכים בשירות נוסף על תפקידם השוטף (כגון: מנהלים, אחיות וצוות מינהלי); פחת; וביטוח אחריות מקצועית.

בשל העובדה שלמשרד הבריאות אין נתונים מלאים ומטויבים מכל קופות החולים ובשל המחלוקות בין המשרד לקופות בשאלת העמסת עלויות הרפואה הראשונית וגובה התקורות, המשרד לא יכול היה במהלך ארבע השנים שחלפו מתחילת הרפורמה, להסיק מסקנות בדבר מידת ניצול התקציב על ידי הקופות לטובת תחום בריאות הנפש בהתאם להסכם

77 מחקרים מראים כי עלויות הרפואה הראשונית המושקעות בסובלים מהפרעות נפשיות גבוהות יותר מאשר כלל האוכלוסייה. Gregory Simon, Johan Ormel, Michael Von Korff, and William Barlow (1995). "Health Care Costs Associated With Depressive and Anxiety Disorders in Primary Care", *Am J Psychiatry* 152 (march 1995): 352-357.

לעניין שיעור הביקורים אצל רופא ראשוני בקרב בעלי הפרעות נפשיות גבוה יותר מאשר בקרב כלל האוכלוסייה, ראו: Donald Cherry, Michael Albert, and Linda F. McCaig (2018). "Mental Health-related Physician Office Visits by Adults Aged 18 and Over: United States, 2012-2014", *NCHS Data Brief No. 311* (June 2018).



הרפורמה. כך נבצר מן המשרד לבחון את מידת היעילות של הרפורמה. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד שלא הסדיר את סוגיית השימושים שייכללו בתקציב הרפורמה מאז תחילת תקופת ההיערכות לרפורמה.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי בתקופה הקרובה עתידים להתקבל נתונים עדכניים בדבר היקפי המגעים והשירותים (מספר המטופלים ומספר המגעים למטופל). לדעת המשרד, כאמור, המפגשים עם הרופא הראשוני אינם נחשבים מגעים לצורך הרפורמה. עם זאת, כיוון שבכללית כל מבוטח נדרש לפנות לרופא משפחה טרם התחלת הטיפול, ייתכן שחלק מהמטופלים טופלו שלא במסגרת בריאות הנפש אלא במסגרת הרפואה הראשונית. לגבי שאר הקופות, קיימת אפשרות שמנגנוני הבקרה שהן הפעילו מנעו טיפולים שאינם לצורך, ובכך איפשרו מתן טיפול למטופלים רבים יותר, בכמות טיפולים פחותה. המשרד גם ציין כי האגף לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים עורך, בסיוע משרד רואה חשבון חיצוני, בקרה על ניצול תקציבי הרפורמה ומתייחס אגב כך גם לאופן החישוב של רכיבי ההוצאה. המשרד ציין כי הנושא נמצא על סדר יומו.

בתשובותיהן לממצאי הביקורת הציגו קופות החולים נתונים השונים מאלו שהציג משרד הבריאות (המבוססים על נתונים שהעבירו אליו הקופות ועברו בחלקם טיוב במשרד). הפערים בין הנתונים הם תוצאה, בין היתר, מהמחלוקת בנוגע לאופן החישוב של כמות המגעים ובשל העובדה שלמשרד אין נתונים מלאים ומטויבים מכל הקופות. להלן תשובותיהן:

הכללית מסרה בתשובתה כי הפער הקיים בין שיעור המטופלים לבין השיעור שנקבע במסגרת הסכם הרפורמה (כפי שמוצג בתרשים 2) סביר ביחס למספר המטופלים שלה, וכי ניתן לראות (כפי שמוצג בתרשים 3) שהיא מעניקה טיפול עמוק ומקיף יותר למבוגרים בהשוואה ליתר הקופות. עוד מסרה, כי בהתאם לאופן היערכותה לרפורמה ויישומה, יש לכלול בחישוב כמות המגעים גם את אלה שניתנו במסגרת הרפואה הראשונית. על פי החישוב שלה, כמות המגעים בשנת 2017 עומדת על שלושה מיליון בקירוב ולא כפי שמוצג בלוח 6.

מכבי מסרה בתשובתה כי כמות המגעים בפועל שהעבירה לקופה למשרד הבריאות גבוה מזה שבלוח 6, וכי בעיבוד שערך המשרד הוא הפחית את כמות המגעים שמכבי דיווחה עליהם, ומכאן שהפער המוצג אינו מדויק. מתשובת מכבי גם עולה כי לדעתה התעריף בסך 265 ש"ח למגע שעליו מבוסס התחשיב בלוח 6 נמוך מהתעריף בפועל, שכן הוא אינו מביא בחשבון את כלל העלויות העקיפות, ולכן מספר המגעים שצריכה הקופה לספק נמוך יותר.



מאוחדת מסרה בתשובתה כי היא הכשירה צוותים לביצוע טיפולים קצרי מועד שיעילותם צמצמה את מספר המגעים הנדרש.

לאומית מסרה בתשובתה כי כמות המגעים שהיא סיפקה בשנת 2017 עמד על כ-194,000 ולא על 181,000 כמוצג לעיל בלוחות 6 ו-7.

פערי העמדות בין משרד הבריאות לבין קופות החולים בדבר השירותים שיש לכלול בתחשיב השימושים של תקציב הרפורמה ואופן החישוב שלהם הבאים לידי ביטוי, בין היתר, בתגובות הקופות למול הנתונים המוצגים בלוחות 6 ו-7 לעיל, מחייבים את הצדדים לעמוד על מכלול השיקולים הקובעים את אופן ביצוע התחשיב ולגבש בהתאם מתווה מוסכם לחישוב. כך יוכל המשרד לקיים את תפקידו כגורם בקרה ולוודא כי אכן התקציב שהועבר לקופות לטובת הרפורמה מנוצל במלואו ליעודו המוגדר ומאפשר עמידה ביעדי הרפורמה.

השתתפות עצמית במימון טיפולים נפשיים

טיפול פסיכותרפי יכול להיעשות באחת משלוש דרכים: 1. במרפאות קופות החולים - ללא תשלום מצד המטופל; 2. אצל ספקי שירותים ובמרפאות הממשלתיות - באמצעות התחייבות הקופות (טופס 17); 3. אצל מטפלים עצמאיים שעובדים עם הקופות - תמורת תשלום דמי השתתפות עצמית של המטופל. בהתאם לכך, ייתכנו שלוש צורות אפשריות להתקשרות של הקופה מול מטפל:

העסקת המטפל כשכיר בקופה: שכר המטפל משולם בהתאם להיקף משרתו. המטפל מספק את הטיפולים במסגרת שעות עבודתו, וקופות החולים נושאות בתקורות הנלוות ובהן: שכירות, תחזוקת המבנה ואדמיניסטרציה. במקרה זה המטופל אינו נדרש לשלם עבור הביקור, והטיפול ניתן במרפאות הקופות.

התקשרות מול ספק שירות: קופות החולים מעניקות טיפול ללא תשלום של המטופל באמצעות ספקי שירות שיכולים להיות אחד מאלו: 1. מטפלים הקשורים בהסכם כספק שירות ומעניקים טיפול במתקני הקופה. נכון למועד עריכת הביקורת המטפל מקבל תשלום של כ-230 ש"ח עבור כל טיפול, ומסכום זה גובה הקופה כ-10% עבור תקורות. 2. עמותות הקשורות בהסכם כספק שירות, והקופה משלמת לספק בהתאם להסכם ביניהם סכום דומה כאמור. 3. מרפאות בבתי החולים לבריאות הנפש בהתאם להסכם ביניהם. השירות למטופלים ניתן אצל ספקי שירותים ובמרפאות הממשלתיות באמצעות התחייבות הקופות (טופס 17).

מטפל עצמאי: המטפל מבצע את הטיפולים בקליניקה הפרטית שלו. בחלק מקופות החולים מקבל המטפל מהקופה כ-100 ש"ח לטיפול, ונוסף על כך את דמי ההשתתפות

העצמית שמשלם המטופל, ובחלקן הקופה מעבירה למטפל העצמאי את מלוא עלות הטיפול וגובה את דמי ההשתתפות העצמית מהמטופל. גובה ההשתתפות העצמית, המעודכן לאוגוסט 2019, הוא ש"ח 59 לאבחון ו-142 ש"ח לכל מפגש של טיפול פסיכותרפי (כ-570 ש"ח לחודש)⁷⁸. קבלת טיפול ממטפלים עצמאיים אומנם נדרש למימון עצמי של המטופל, אך הדבר מאפשר לרוב לקבל טיפול מוקדם יותר מזה הזמין במרפאות הקופה או אצל ספקי השירות, הדבר גם מאפשר למטופל לבחור את היות המטפל, את מיקום הטיפול ואת שעות הטיפול.

הסכם הרפורמה קבע כי ההשתתפות העצמית הנורמטיבית לכלל השירותים המיועדים לעבור לקופות החולים בתחום בריאות הנפש תהיה 1.5% מעלות השירותים (להלן - השתתפות נורמטיבית) ולא 6.45% כמקובל בכלל שירותי הבריאות, בין היתר כדי להפחית את ההוצאה הפרטית של הציבור על השירותים הללו.

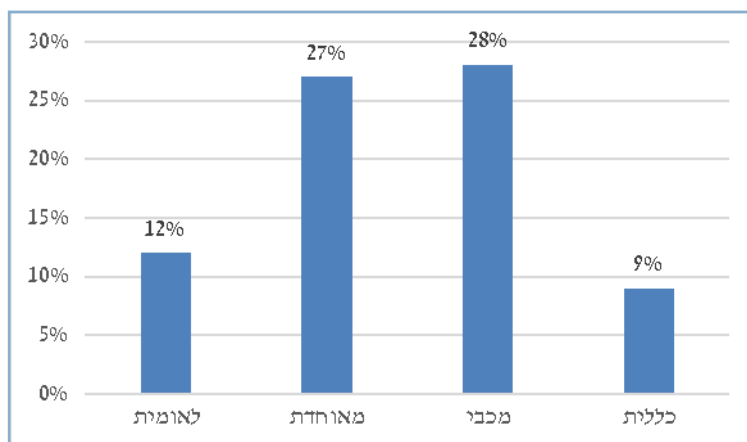
מבין שלוש האפשרויות להעסקת מטפל, החלופה הכדאית מן הבחינה הכלכלית לקופות החולים למתן הטיפול הפסיכותרפי, היא באמצעות מטפלים עצמאיים בעלות של 100 ש"ח בלבד לקופה ואף ללא נשיאה בעלות התקורות העקיפות. ואולם, במקרה זה המטופל הוא זה הנושא בנטל ההשתתפות העצמית ונדרש לשלם עבור טיפול, שהוא חלק מסל הבריאות שלו הוא זכאי ללא תשלום.

בתרשים 4 להלן מובאים נתונים שהציג האגף לבריאות הנפש למועצת הבריאות באוקטובר 2018 בדבר שיעור המגעים שניתנו למבוגרים במסלול המטפלים העצמאיים מכלל המגעים (לרבות: אבחון, טיפול פסיכיאטרי וטיפול יום) בבריאות הנפש בכללית, במכבי ובלאומית. מאוחדת לא העבירה נתונים למשרד הבריאות עד מועד הדיון במועצת הבריאות באוקטובר 2018, ובתרשים מוצגים נתונים שהיא העבירה למשרד מבקר המדינה⁷⁹. יצוין כי שיעור הטיפולים במאוחדת שניתנו במסלול המטפלים העצמאיים מתוך טיפולי הפסיכותרפיה בלבד, עמד במחוז דרום של מאוחדת על כ-54% מטיפולי הפסיכותרפיה בשנת 2018, כלומר, יותר ממחצית מטיפולי הפסיכותרפיה במחוז זה בוצעו על ידי מטפלים עצמאיים.

78 חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 2/15, "הרפורמה בבריאות הנפש - השתתפויות עצמיות ופרסום לציבור על שירותי קופת חולים", 18.5.15; חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים מס' 1/19, "עדכון תשלומים בעד שירותי בריאות ותרופות לשנת 2019", 19.8.19.

79 כמות המגעים כפי שצוינה בדוח המגמות של מאוחדת. כמות הטיפולים אצל מטפל עצמאי כפי שהועברה בחישוב ההשתתפות העצמית שגבתה מאוחדת.

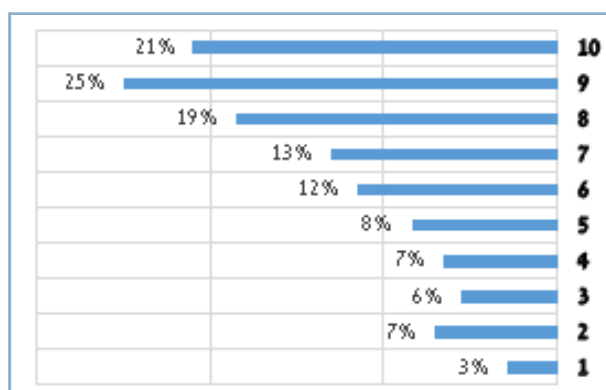
תרשים 4: שיעור המגעים למבוגרים במסלול המטפלים העצמאיים מכלל המגעים, 2017



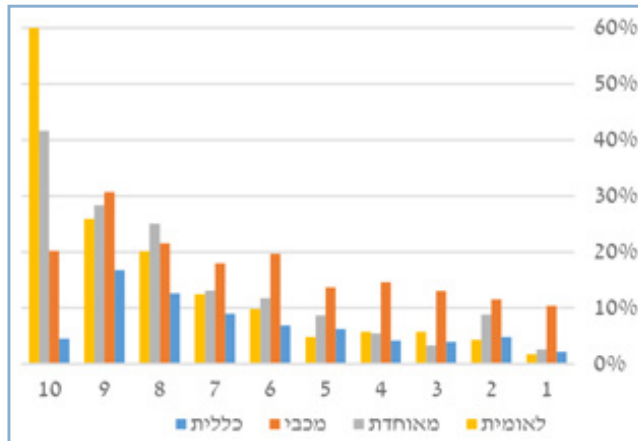
על פי נתוני משרד הבריאות ומאוחדת.

משרד מבקר המדינה אסף מקופות החולים נתונים על הטיפולים האמבולטוריים שניתנו למבוטחי הקופות בשנת 2018, ובחן את שיעור המטופלים אצל מטפלים עצמאיים מתוך כלל המטופלים בבריאות הנפש ובהתאם לאשכול חברתי-כלכלי של היישובים שבהם הם גרים. להלן ריכוז התוצאות:

תרשים 5: שיעור המטופלים במסלול המטפלים העצמאיים מסך כל המטופלים ביישובים לפי אשכול חברתי-כלכלי, 2018



תרשים 6: שיעור המטופלים במסלול המטפלים העצמאיים מסך כל המטופלים ביישובים לפי אשכול חברתי כלכלי בכל אחת מקופות החולים, 2018



מתרשימים 4, 5 ו-6 עולה כי יותר מרבע מהמטופלים של מכבי ומאוחדת שקיבלו טיפול נפשי, קיבלו אותו ממטפלים עצמאיים. לרוב שיעור המטופלים הפונים למטפלים עצמאיים הוא גבוה יותר ביישובים המשתייכים לאשכול חברתי-כלכלי גבוה יותר. מסקנה זו משקפת את העובדה שפנייה למטפלים עצמאיים כרוכה בנטל כלכלי. עולה אפוא כי שירותי בריאות הנפש זמינים יהיו אפשריים יותר למי שיכול לשאת במימון השירות.

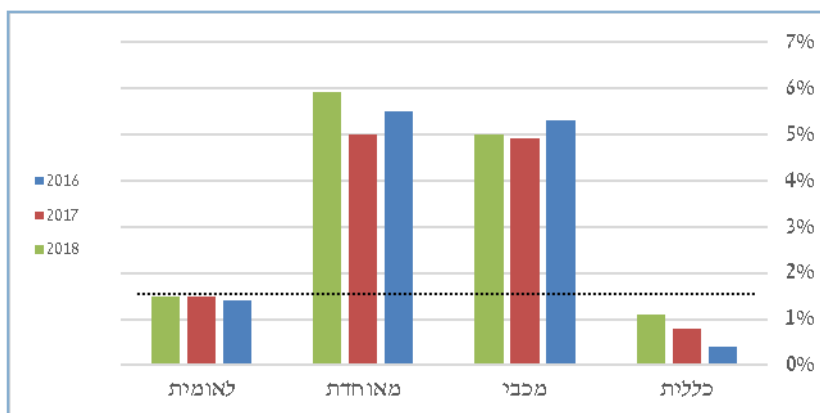
מחקרים מראים כי מתקיים קשר הפוך בין מעמד חברתי-כלכלי לבין שכיחות של הפרעות נפשיות. נמצא כי אנשים עם הכנסה שנתית נמוכה למשק בית הם בעלי סיכויים גבוהים בהרבה לסבול מדיכאון קליני עמוק (מג'ורי), וכי שיעור הפרעות החרדה בקרב מעוטי הכנסה הוא בערך פי שלושה⁸⁰. ואולם, כפי שעלה בביקורת דווקא מטופלים המתגוררים ביישובים שבאשכול חברתי-כלכלי נמוך, פונים פחות לקבלת טיפול אצל מטפלים עצמאיים, ונאלצים להסתמך על מערך השירותים הניתן ללא תשלום והכרוך, כאמור, בהמתנה ארוכה או בנסיעה למרחק רב. מגבלה זו עלולה להובילם לויתור על קבלת השירות.

80 A. W. Siegel, (2008). "Inequality, privacy, and mental health", International Journal of Law and Psychiatry, 31, 150-157.

המאמר הוצג על ידי יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי, עלון מס' 14 (דצמבר 2015).

תרשים 7 להלן מציג את שיעור ההשתתפות העצמית בפועל המהווה את תשלומי המבוטחים בבריאות הנפש מתוך סך מקורות הקופה בתחום בכל אחת מקופות החולים בהתבסס על נתונים שהן העבירו וכפי שחושב על ידי משרד מבקר המדינה⁸¹. ככל ששיעור זה גבוה יותר כך מטופלים רבים בחרו בחלופה היקרה יותר של פנייה למטפלים עצמאיים:

תרשים 7: שיעור ההשתתפות העצמית מעלות שירותי בריאות הנפש בכל אחת מקופות החולים, 2016-2018



מהנתונים שבתרשים 7 עולה פער גדול ביותר בין מכבי ומאוחדת לבין כללית ולאומית בכל הנוגע לשיעור ההשתתפות העצמית בשנים 2016-2018. כך, במכבי ובמאוחדת הגיע שיעור זה לכדי כ-5% לפחות, גבוה בהרבה מזה שנקבע בהסכם. עם זאת, עולה גם כי בכללית אומנם השיעור נמוך מזה שנקבע בהסכם, אולם שיעור זה עלה באופן חד משנת 2015 עד שנת 2017 - כמעט פי שלושה. אחת הסיבות שיכולות להסביר את שיעור ההשתתפות העצמית הגבוה במכבי ובמאוחדת היא זמינות לא מספקת לקבלת טיפול פסיכותרפי ללא תשלום במתקני הקופות או אצל ספקי השירות, דבר המאלץ את המטופל לפנות למטפל עצמאי.

81 שיעור ההשתתפות כולל את ההוצאות כפי שהעבירו הקופות בנטרול הוצאות עבור רופאי משפחה וילדים ותרופות, שלגביהם שוררת מחלוקת בין משרד הבריאות לבין הקופות. ללא נטרול הוצאות אלו השיעור בכללית עומד על 0.4%, 0.7%-1.0% בהתאמה ובמאוחדת עומד על 4.5%, 4.2%-4.9%, בהתאמה. בשאר הקופות נותר השיעור ללא שינוי.



אף שנקבע בהסכם הרפורמה שיעור השתתפות עצמית נורמטיבית בגובה 1.5%, המנגנונים הכלכליים שקבע הסכם הרפורמה לא יצרו תמריצים מספקים שיגרמו לכל קופות החולים לספק את הטיפולים בהיקף הנדרש ללא תשלום השתתפות עצמית. בפועל מטופלים רבים, ובייחוד מטופלים של מכבי ומאוחדת, מקבלים את השירות ממטפלים עצמאיים ונדרשים לשלם עבור כך השתתפות עצמית. ניתן להניח שזמני ההמתנה הארוכים לקבלת שירות בחינם במרפאות במרבית האזורים בארץ הם אחת הסיבות לכך. מדובר בהוצאה חודשית בסך כ-570 ש"ח לחודש שעלולה להוות חסם מפני קבלת טיפול לאוכלוסייה שאינה יכולה להרשות זאת לעצמה. הדבר עלול לפגוע בעקרון השוויון שעליו מושתת חוק ביטוח בריאות.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי חלק ניכר מהגידול בשיעור ההשתתפות העצמית בקופות החולים נובע מגידול במקבלי השירותים ממטפלים עצמאיים. במסגרת המלצותיה המתגבשות של הוועדה לבחינת הרפורמה, המשרד פועל להפחתה ניכרת בדמי ההשתתפות העצמית במסלול זה אולם טרם אותר מקור תקציבי לכך.

אגף תקציבים מסר בתשובתו כי בכל שינוי של דמי ההשתתפות העצמית יהיה צורך בבחינת העלויות התקציביות ובמציאת המקורות לכך.

מכבי מסרה בתשובתה כי ההשתתפות העצמית של כלל שירותי הבריאות נמוכה מזו שקבועה בחוק (6.45%), גם כאשר משקללים את ההשתתפויות בתחום בריאות הנפש, וכי לדעתה אין מקום לבדוק פרטנית את ההשתתפות העצמית בתחום בריאות הנפש. היא גם ציינה כי כל הפחתה של השתתפות עצמית צריכה להיות מלווה במקור תקציבי חלופי.

הסתדרות הפסיכולוגים מסרה בדצמבר 2019 כי חלק מהותי מטיפולי הפסיכותרפיה ניתנים על ידי מטפלים עצמאיים בעלות כספית גבוהה למטופלים. כך למשל מנתונים שהציג משרד הבריאות במועצת הבריאות באוקטובר 2018 ניתן להסיק כי כ-55% מהטיפולים במכבי וכ-18% מהטיפולים בכללית ניתנו על ידי מטפלים עצמאיים⁸².

82 מהנתונים עולה כי בשנת 2017 היו 51% מסך המגעים טיפולי פסיכותרפיה וכי מכלל הטיפולים כ-28% ניתנו במכבי על ידי מטפל עצמאי וכ-9% בכללית. מאחר שמטפלים עצמאיים עוסקים בפסיכותרפיה ניתן להסיק כי כ-55% (28/51) מטיפולי הפסיכותרפיה במכבי וכ-18% (9/51) בכללית ניתנים על ידי מטפל עצמאי.



הממצאים שלעיל מלמדים על כך שמשרד הבריאות צריך לבחון את הסיבה לחריגה בשיעור ההשתתפות העצמית בפועל משיעור ההשתתפות העצמית הנורמטיבית במכבי ובמאוחדת, ולשקול צעדים שיביאו את קופות החולים להפחית שיעור זה בהתאם ליעד שקבע הסכם הרפורמה (1.5%). בין היתר ראוי שהמשרד ישקול דרכים לעודד את הקופות כך שיוכלו לספק את שירותי בריאות הנפש ללא תשלום ולייצר מנגנונים שמטרתם למנוע חריגה כאמור.

חוסר מידע לציבור על אודות שירותי חינוך ושירותי בתשלום: נמצא כי באתרי האינטרנט של מכבי ומאוחדת⁸³ אין מידע ברור וזמין על גובה ההשתתפות העצמית בעת פנייה למטפל עצמאי. עוד נמצא כי באתרי האינטרנט של מכבי ולאומית אין אפשרות להבחין בין פסיכותרפיסטים המעניקים שירות ללא תשלום השתתפות עצמית לבין פסיכותרפיסטים עצמאיים, וכך עלול הציבור לטעות ולפנות ישירות למסלול המטפל העצמאי. כמו כן, בישיבת מועצת הבריאות בדצמבר 2017, עלה כי לעיתים מטופלים מופנים לטיפול בהשתתפות עצמית בלי שעודכנו בדבר הזכאות לטיפול ללא תשלום.

מאוחדת מסרה בתשובתה כי תפעל מיידית להוסיף קישור באתר האינטרנט שלה לפירוט גובה ההשתתפות העצמית אצל מטפל עצמאי כנדרש.

ראוי שבאתרי האינטרנט של קופות החולים תיעשה אבחנה ברורה בין המטפלים המעניקים שירותי חינוך ללא השתתפות עצמית לבין המטפלים העצמאיים, אשר פנייה אליהם כרוכה בדמי השתתפות עצמית.

83 מכבי - www.maccabi4u.co.il/4493-he/Maccabi.aspx חיפוש מיום 11.11.19; מאוחדת - www.meuhedet.co.il/זכויות-שירותים-וביטוחים/זכויות-שירותים-וביטוחים/טיפולים/טיפול-בפשי-פרטני-זוגי-משפחתי-או-קבוצתי-ילדים-נוער-ומבוגרים/ חיפוש מיום 7.1.20.

בחינת יישום הרפורמה בבריאות הנפש על ידי משרד הבריאות

הערכת יישום מדיניות נסמכת על בחינת נתונים ומדדים הנגזרים ממטרות המדיניות. גם המדריך לתכנון ממשלתי⁸⁴ קובע כי יש לקבוע מדדי תפוקה (בוחנים אם הפעולה בוצעה בהיקף ובזמן המוגדרים) ומדדי תוצאה (בודקים אם הושג השינוי המצופה בסביבה החיצונית). המדידה נדרשת כדי להבטיח בקרה ומעקב אחר ביצוע משימות מתוכננות, ובכך לחזק את הקשר בין המטה לשטח, לשפר את יעילות הביצוע ולאפשר בחינה שיטתית של גורמים להצלחה ולא-הצלחה, שבעקבותיה ניתן לקיים תהליך הפקת לקחים. המדריך מתייחס גם לצורך בקביעת יעדי ביניים המקרבים למטרה והמסמנים את השינוי שרוצים להשיג.

הביקורת העלתה שבתקופת ההיערכות לרפורמה ובארבע השנים מאז כניסתה לתוקף, משרד הבריאות לא הגדיר מדדים אופרטיביים לבחינת העמידה במטרות הרפורמה והצלחתה, וממילא הוא גם לא בחן זאת⁸⁵.

כפי שצוין לעיל, בפרק בנושא "קביעת סטנדרטים לזמני המתנה על ידי משרד הבריאות", במועד הביקורת דנה הוועדה לבחינת הרפורמה בנושא קביעת סטנדרטים הנוגעים לזמינות השירותים. כמו כן, במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות של משרד הבריאות⁸⁶ נקבע כי יש לכלול ולבחון כמה מדדים בתחום.

על משרד הבריאות לפעול על פי מדריך התכנון הממשלתי ולהגדיר תוכנית עבודה שנתית, שבמסגרתה יקבע יעדים ליישום הרפורמה ומדדים להערכת השגת היעדים. עליו להנחות את קופות החולים לפעול להשגת היעדים שנקבעו בתוכנית ולעקוב אחר השגתם. על המשרד לשקול לבצע סקר לבחינת שביעות רצון המטופלים משירותי בריאות הנפש.

84 המדריך מתווה כללי מסגרת ליישום השילוב הנדרש בין תהליכי התכנון לבין תהליכי התקצוב בממשלה.

85 ראו גם אירית אלרואי ואח', "שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה - בין מדיניות ליישום", מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (ינואר 2019).

86 "התוכנית הלאומית למדדי איכות, בתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום (אמבולנסים)", דוח מסכם לשנים 2013-2017, משרד הבריאות, מינהל איכות, בטיחות ושירות המחלקה לחקר שירותי הרפואה (דצמבר 2018).



הקושי של משרד הבריאות לרכז נתונים מקופות החולים בנושא אספקת השירותים ועלותם

חוסר בנתונים על היקף השירותים האמבולטוריים שסופקו לציבור

עם כניסת הרפורמה לתוקף בשנת 2015, נדרשו קופות החולים להעביר לאגף לבריאות הנפש דיווחים תקופתיים שונים, והאגף העביר לקופות הנחיות לגבי האופן שעליהן לדווח על הטיפולים האמבולטוריים שביצעו⁸⁷. בביקורת נמצא כי נכון לאוגוסט 2019 העבירה הכללית נתונים רק עד לשנת 2016, אחרי שחזרה בה מהנתונים שהעבירה לשנת 2017; מאוחדת העבירה נתונים לשנים 2015-2017 רק באוגוסט 2018 אולם לטענת המשרד הנתונים אינם באיכות מספקת; מכבי ולאומית העבירו נתונים כנדרש.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי לצורך ניתוח התקדמותה של הרפורמה הקים מערכת מידע (BI אמבולטורי), המבוססת על דיווחי קופות החולים על המגעים שניתנו, שבה מוגדרים מדדים שונים המאפשרים הערכה מקיפה של היבטים ברפורמה בבריאות הנפש, וביניהם: היקפי השירותים מבחינת מספרי המטופלים ופילוחים בין הספקים השונים, סוגי הטיפולים ופריסתם הגיאוגרפית. עם זאת, חלק מהקופות טרם העבירו את מלוא הנתונים עבור כל השנים באופן שבו התבקשו, עובדה המונעת קבלת תמונה מלאה והשוואתית בין הקופות.

חוסר בנתונים על ניצול התקציב לבריאות הנפש על ידי קופות החולים והיעדר בקרה על ניצולו

עד דצמבר 2018, שלוש שנים וחצי מאז כניסת הרפורמה, לא אסף משרד הבריאות נתונים כספיים מקופות החולים על אודות ניצול תקציב הרפורמה (מקורות מול שימושים) ולא הגיע עם הקופות להסכמות אילו הוצאות ייכללו במסגרת השימושים.

בדיקת הנתונים הכספיים על ידי משרד רואה חשבון מטעם משרד הבריאות התעכבה בגלל היעדר תקציב למימון הבדיקה. תקציב מתאים אושר רק לקראת סוף שנת 2018, אז החל האגף לבקרה על הקופות ושירותי בריאות נוספים במשרד לבחון אם התקציב שקיבלו קופות החולים אכן שימש לטובת שיפור מערך בריאות הנפש ובנייתו (מקורות מול שימושים). בדיקה זו טרם הושלמה וכאמור נתגלעו בעניין זה מחלוקות מהותיות בין המשרד לבין הקופות.



87 בהסכם הרפורמה נקבע כי תוקם מינהלת הרפורמה, שבין תפקידיה גם איסוף של מידע על תהליך הרפורמה וביצוע בקרה על יישומה.



בהיעדר נתונים מלאים ומטויבים במשרד הבריאות על אודות הטיפולים האמבולטוריים בתחום בריאות הנפש, השתמשה הביקורת בנתונים החלקיים שקופות החולים העבירו למשרד. למשרד אין מידע מלא ומדויק על אודות מספר הטיפולים האמבולטוריים שהעניקו הקופות, סוגיהם, שיעור חברי הקופות מכלל האוכלוסייה שקיבלו טיפול; נגישותם הגיאוגרפית של השירותים; מצב זמני ההמתנה ועוד. לגבי נתונים על אודות ניצול התקציב אין למשרד אפשרות לוודא כי הקופות השקיעו את התקציב שניתן להן לטובת פיתוח שירותי בריאות הנפש, בהתאם לנקבע בהסכם ואין לו אפשרות לבחון אם מסגרת התקציב נותנת מענה הולם בתחום בריאות הנפש. נוכח כל אלה נפגעת יכולתו של המשרד להעריך את מידת השגת יעדי הרפורמה ואת יעילות המהלך.

על משרד הבריאות לממש את סמכותו כמאסדר ולרכז את כל הנתונים הדרושים לצורך הערכת היקפי השירותים בתחום בריאות הנפש. עליו גם לבחון את איכותם ולקבוע אם הקופות ניצלו כראוי את התקציב שניתן להן. אם מתעוררות מחלוקות בין המשרד לבין הקופות עליו לשקול להקים מנגנון, בין השאר, בהשתתפות נציגי הקופות, במטרה להכריע בהן. על הקופות להעביר למשרד באופן שוטף וללא עיכובים את כל המידע הדרוש לו לשם הערכת הישגי הרפורמה ולשם קיום בקרה ומעקב שוטפים על שירותי בריאות הנפש הניתנים לציבור. רק כך ניתן יהיה לבחון את הישגי הרפורמה ברמה הלאומית ולנקוט צעדי שיפור והתייעלות ככל שיידרשו.

התחשבות בין קופות החולים לבין בתי החולים

ערעורי קופות החולים על חיובים בגין אשפוזים בבריאות הנפש

תקציב האשפוז נקבע בהסכם הרפורמה בהתאם לעלויות בפועל של השירותים שניתנו עד חתימת ההסכם. תקציב שירותי האשפוז, כפי שנקבע בהסכם במחירי נובאר 2012, עמד על כ-1.08 מיליארד ש"ח. נכון לשנת 2018 עמד תקציב האשפוז לאחר הצמדה ליוקר המחיה ולגידול הדמוגרפי על 1.5 מיליארד ש"ח. בעקבות בקרות שמפעילות קופות החולים על החיובים בגין שירותי האשפוז שהן מקבלות מבתי החולים הפסיכיאטריים, הן מוצאות לעיתים מקום לערער על כאלו שיש להן לגביהם ספק, ולכן הן משלמות רק חלק מהחשבונות ומותירות יתרה מסוימת לתשלום לשלב



הדיון בערעור: מכבי, מאוחדת ולאומית משלמות בפועל כ-88% 95 מהחשבונות, ואילו הכללית שילמה בפועל עד מחצית שנת 2018 רק כ-78%. לעמדת המשרד, כפי שנמסרה במהלך הביקורת, עלות אשפוזם של החולים הממושכים, שבגינם מוגשים מרבית ערעורי הקופות⁸⁸, נכללה בתקציב הרפורמה, שנקבע בהתבסס על עלות האשפוז ערב הרפורמה, ולפיכך על הקופות לשאת בהוצאה זו.

טיפול משרד הבריאות בערעורים שהגישו קופות החולים

הסכם הרפורמה קבע כי כללי האשפוז בפסיכיאטריה ונוהלי הבקרה יהיו בהתאם לכללים הנהוגים ברפואה הכללית. יש כמה חוזרים בנושאי התחשבנות: חוזר בנושא מחלוקות וערעורים של קופות החולים על חשבונות בתי החולים משנת 2005⁹⁰; חוזר מיוחד לגבי טיפולים בתחום בריאות הנפש משנת 2015⁹¹; חוזר הבהרות והשלמות לגבי טיפולים בתחום בריאות הנפש משנת 2017⁹².

הסכם הייצוב של הכללית לשנים 2018-2019: ההסכם נחתם באוקטובר 2018⁹³ וקובע כי בהתאם לחוזר משנת 2005 ימונה בורר (דרג ג') שיפסוק לגבי ההתחשבנות לתקופה קודמת - יולי 2015 עד דצמבר 2017. עוד קובע ההסכם כי הקופה תשלם 91% מהחשבונות שהוגשו לה על ידי בתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש לשנים 2015-2016 ו-95% מהחשבונות לשנים 2017-2018 שעמדו על סך כולל של כ-375 מיליון ש"ח, וכי הקופה תשלם בשוטף 95% מהחשבונות. בפועל, נכון לתחילת שנת 2019 מונה בורר לארבעה בתי חולים ממשלתיים לבריאות הנפש בלבד⁹⁴ מתוך תשעה, והוא אמור לדון בכלל הערעורים לרבות בנושא מטופלים

88 חוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנות התקציב 2017 ו-2018), התשע"ז-2016 קובע כי קופות החולים ישלמו לבתי החולים הכללים באופן שוטף 95% מהחשבונות. קביעה זו אינה מתייחסת לבריאות הנפש, אולם בפועל הקופות, למעט הכללית, נוהגות כך גם בבריאות הנפש.

89 חולים שיצאו מהמשבר האקוטי אך אינם יכולים להשתחרר מאשפוז בהיעדר מסגרת המשכית מתאימה ומשך אשפוזם עולה על 365 ימים.

90 חוזר המנהל הכללי מס' 23/05, "רישום חשבונאי והתחשבנות בתי חולים - קופות חולים" (19.5.05).

91 חוזר המנהל הכללי מס' 5/2015, "כללי חיוב והתחשבנות בין קופות החולים לבין מערך האשפוז בבריאות הנפש והמרפאות הציבוריות לבריאות הנפש" (21.4.15).

92 חוזר המנהל הכללי מס' 9/2017, "כללי חיוב והתחשבנות בין קופות החולים לבין מערך האשפוז והמרפאות הציבוריות בבריאות הנפש - הבהרות" (26.11.17).

93 הסכם בין הכללית למשרדי האוצר והבריאות לשנים 2018-2019 שבמסגרתו סוכם על תנאים לייצובה הכלכלי של הקופה. הסכם כזה נחתם עם כל אחת מקופות החולים.

94 המרכז לבריאות הנפש באר שבע, המרכז לבריאות הנפש - מזור, לב השרון ואברבנאל.



ממושכים⁹⁵ לשנים 2015-2017, שעמדו על סך כולל של כ-280 מיליון ש"ח.⁹⁶ במקביל שילמה הכללית את החוב בעבור ארבעת בתי החולים בסך של כ-156 מיליון ש"ח, כפי שנקבע בהסכם הייצוב.

חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים מסרה למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2019 כי הבוררות מול ארבעת בתי החולים צפויה להסתיים בתחילת שנת 2020, ולגבי החולים הממושכים אין התקדמות להשגת הבנות בין הצדדים. טרם החלה הבוררות מול יתר בתי החולים, ויתרת החוב בגינם בסך של כ-220 מיליון ש"ח טרם שולמה.

עולה מכך כי אף שנושא ההתחשבות בין בתי החולים לקופות החולים הוסדר לכאורה בחוזרים שפרסם משרד הבריאות, ואף שקיים מנגנון ליישוב ערעורים, בפועל נכון לספטמבר 2019 טרם יושבו ערעורים של הכללית בהיקף של כ-22% מסך החשבונות, המסתכמים בכ-280 מיליון ש"ח (אף על פי שחלק מן החוב בגינם שולם ללא שהוכרע הערעור בגינו).

יצוין כי בסוגיה דומה של אי-תשלום חשבונות למרכז רפואי הדסה על ידי קופות חולים פסק בג"ץ⁹⁷ כי "על צד העיקרון אכן קבועים בדין ובחוזר המנכ"ל מנגנוני ההכרעה במחלוקות בין הדסה לבין קופות החולים. הנחתנו היא גם, כי בסכסוכים הפרטניים הנמשכים מכריעים הבוררים השונים לפי ההסדרים הקיימים. עם זאת, הדעת נותנת וכך ניסיון החיים, כי המאסדר (הרגולטור), משרד הבריאות, צריך להיות מעורב בנושאים בעלי אופי עקרוני, שמטבעם אינם מתאימים לבוררות ולהפרטה, אלא מונחים לפתח משרד הבריאות. איננו יכולים לטעת מסמרות באשר לזיהוים של נושאים אלה, אך לטעמנו על הדלת שלא להיות נעולה להידרשות המשרד המאסדר סוגיות כאלה. מטבע הדברים, לא הרי התחשבות פרטנית בקשר לחשבונות מסוימות, כהרי נושאים בעלי אופי עקרוני ש'הפרטתם' בבוררות פרטית אינה הולמת, והטעונים הכרעת המאסדר [ההדגשה אינה במקור]. עם זאת אין בידינו לקבוע מראש במובהק אילו הם הנושאים העקרוניים שאליהם על המשרד להידרש, והדבר נתון לשיקולו מתוך שכל ישר והיבטים ענייניים וציבוריים. אנו יוצאים מנקודת ההנחה כי הערות אלה יהיו לנגד עיני המשרד בשעה שתבוא פניה מצד העותרת או בית חולים ציבורי אחר".

95 בהתאם לחוזר המנהל הכללי מס' 23/05, "רישום חשבונאי והתחשבות בתי חולים - קופות חולים" (19.5.05).

96 תקציב האשפוז הפסיכיאטרי עמד בשנת 2018 על 1.5 מיליארד ש"ח.

97 בג"ץ 4970/16 הסתדרות מדיצינית "הדסה" נ' שר האוצר ואח' (פורסם במאגר ממוחשב, 4.1.17).



משרד הבריאות מסר בתשובתו כי הבוררות עוסקת אך ורק בנושאים פרטניים ובחולים ספציפיים - בדבר הצורך באשפוזם ותכולת השירותים שקיבלו במהלך האשפוז, והבוררות אינה עוסקת בזהות הגורם האחראי מן הבחינה הביטוחית לנושאים כאלו או אחרים. במהלך הבוררות צפוי כי יעלו נושאים רוחביים שלא מקבלים מענה מלא בחוזרים הקיימים, ובמידת הצורך יפעל המשרד להסדרתם.

אגף תקציבים מסר בתשובתו כי עיקר המחלוקת בין משרד הבריאות וקופות החולים מתמקדת באחריות הביטוחית, וכי אין אפשרות להגיע לפתרון מיטבי לסוגיה על ידי התחשבנות בהתאם לחוזרים הקיימים, אלא נדרש שהמשרד והקופות יגיעו להסכמות בנושא. התהליך דורש את מיפוי החולים הממושכים ומציאת מסגרות שיקום עבורם תוך עריכת שינויים תקציביים מתאימים. ככלל, מינוי בורר חיצוני למשרד לצורך הכרעה במחלוקות הקיימות, הנוגעות לחוזרים הרגולטוריים, הוא צעד אחראי ושקול, מפני שהמשרד נתון בניגוד עניינים מובנה בהיותו הן המאסדר בנושא והן צד במחלוקת⁹⁸.

הכללית מסרה בתשובתה כי היא מתנגדת לכך שמשרד הבריאות ישמש גורם בורר בהכרעות שהוא עצמו צד להן. נוסף על כך, מרבית הערעורים קשורים לאשפוז חולים ממושכים על רקע היעדר מסגרות מגורים טיפוליות חלופיות מתאימות, עובדה המביאה להשתת עלות הטיפול על קופות החולים במקום על המדינה.

אומנם טוב שמשרד הבריאות עשה מאמץ ליישב מחלוקות בעניין מקרים פרטניים באמצעות בוררות, אך בשים לב לכך שהסוגיה של חולים ממושכים חורגת מהתחשבנות כספית גרידא ונוגעת לשאלת טובת המטופלים ולכלל קופות החולים, עליו לשקול אם אין מדובר בסוגיה עקרונית הדורשת את מעורבותו באסדרתה בהתאם לקביעת בג"ץ. נוכח התמשכות הליכי הבוררות רצוי שיכריע בכך בהקדם.

כוח אדם למתן השירותים בתחום בריאות הנפש

הכשרת כוח אדם נוסף על ידי הכללית בהתאם להסכם הרפורמה

כאמור, עד כניסת הרפורמה לתוקף ניתנו שירותי בריאות הנפש על ידי בתי החולים הפסיכיאטריים והמרפאות הממשלתיות המסונפות אליהם, המחלקות

98 על היבטים נוספים בנוגע לניגוד העניינים ראו בדוח זה בפרק "מעמדו המעורב של משרד הבריאות מאסדר וכבעלים של בתי חולים ממשלתיים", עמ' 875.



הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים ובתי החולים והמרפאות לבריאות הנפש של הכללית. גורמים אלו הם גם שהכשירו את כוח האדם בתחום. בשאר קופות החולים לא פעלו מרפאות לבריאות הנפש, ועל כן לא היה ביכולתן להכשיר בעצמן כוח אדם. משרד הבריאות מימן את ההכשרות שנעשו ביחידות הממשלתיות, ואת ההכשרה שביצעה הכללית הוא מימן בהיקף של כ-80 פסיכולוגים ועוד 8 פסיכיאטרים לילדים.

הרפורמה הדגישה את הצורך בהגדלת מספר הטיפולים בקהילה, ולכן ברור היה שיש להכשיר כוח אדם נוסף לעבודה בקופות החולים. הסכם הרפורמה קבע כי בתקופת ההיערכות, הכללית תביא לאישור משרד הבריאות הצעה לתוכנית להכשרת כוח אדם, ומימון ההכשרה יסוכם בין הצדדים בהמשך.

באוגוסט 2012 הציגה הכללית למשרד הבריאות תוכנית, ולפיה, בהינתן תקציב ייעודי לכך מהמשרד, תוכל להכשיר עוד 26 מתמחים בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד וכן עוד 27 מתמחים בפסיכולוגיה קלינית⁹⁹ למבוגרים ובפסיכולוגיה קלינית לילדים ונוער. המשרד לא תקצב את התוכנית, ועל כן לא הפעילה הכללית את תוכנית ההכשרה הנוספת.

באפריל 2014 העבירה הכללית למשרד הבריאות בקשה לתוספת תקציב, מעבר לתקציב הרפורמה, עבור הכשרת כוח אדם למילוי 17 משרות ("תקנים") של פסיכיאטרים, 12 תקנים של פסיכולוגים קליניים וכן עבור הקמת מערך הכשרות בתחום לצוותי רפואה ראשונית, לרבות רופאים, צוות סיעודי ומטפלים במרפאות בריאות הנפש בנושאי הפרעות אכילה ושיטות לטיפולים קצרי מועד. עלותה הכוללת של התוכנית הנוספת עמדה על כ-32 מיליון ש"ח. במהלך השנים 2014-2017 פנתה הכללית למשרד פעמים מספר בנושא והתקיימו דיונים בין הצדדים, אולם בפועל המשרד לא הקצה לכך תקציב, ולכן תוכנית ההכשרה הנוספת לא הופעלה.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי התוכנית להכשרת מתמחים לא כלולה בהסכמי הרפורמה ולא תוקצבה בהם. אף שבמסגרת ההסכם הוגדר כי המשרד יעביר לקופות החולים תקציב להכשרות מקצועיות לצוותי בריאות הנפש, בהתאם לתוכניות שיגישו הקופות ושיאושרו על ידו, מהלך זה לא הבשיל. עם זאת, המשרד הפעיל הכשרות מקצועיות בתחומים שונים כגון: טיפול בהתמכרויות; טיפול מונע בעברייני מין; רגישות תרבותית; הנמכה קוגניטיבית; ותחלואה כפולה. בהכשרות השתתפו אנשי מקצוע רבים, בין היתר אנשי הקופות, בהתאם לרקע המקצועי שלהם.

הכללית מסרה בתשובתה כי אף על פי שמשרד הבריאות לא העביר תקציב להכשרות, מאז תקופת ההיערכות לרפורמה ועד למועד זה, היא מממנת הכשרות נרחבות בתחום.

99 התמחות העוסקת בטיפול ובאבחון בבריאות הנפש.



על משרד הבריאות להמשיך ולקדם את נושא הכשרת כוח האדם על כלל היבטיו ולהמשיך ולהפעיל הכשרות מקצועיות בתחומים השונים כפי שציין בתשובתו. כמו כן, עליו לפעול בהתאם להסכם בכל הנוגע לתקצוב תכניות ההכשרה שמגישות לו קופות החולים עם אישורן על-ידו.

הכשרה לא מספקת של רופאים ראשוניים למתן מענה בתחום בריאות הנפש

הקשר הראשון והשוטף של המטופלים מתקיים אל מול הרופאים הראשוניים בקופות החולים - רופאי משפחה ורופאי ילדים¹⁰⁰ - הפונים אליהם לצורך מתן מענה רפואי בכלל התחומים, ותפקידם לאתר בעיות, בין היתר, גם בתחום בריאות הנפש. מפגש זה הוא פעמים רבות ההזדמנות היחידה עבור חלק מהמטופלים הסובלים מבעיות נפשיות, לאפשר את איתור הבעיה ולהתחיל טיפול. עוד לפני הרפורמה מילאו הרופאים הראשוניים תפקיד חשוב באיתור בעיות בתחום ובטיפול בהן. מטרת הרפורמה בבריאות הנפש היא לחזק ולהגדיל את הטיפול בקהילה. חלק חשוב מתהליך זה הוא הגדלת מעורבותם של הרופאים הראשוניים באבחון, בטיפול, במעקב אחר המטופלים ובהפנייתם למערך בריאות הנפש במידת הצורך.

במחקר שפורסם בנובמבר 2018 בנושא מעורבות רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר תחילת הרפורמה¹⁰¹ נמצא כי רופאי משפחה מעורבים באבחון במטופלים הסובלים מהפרעות נפש קלות יותר, במתן טיפול תרופתי, ובהפניה לגורמים מקצועיים בעת הצורך. במסגרת האבחון נדרשים הרופאים להתמודד עם תלונות בנושאים גופניים ולברר אם בבסיסן עומד קושי נפשי (סומטיזציה). במקרים של מחלות נפש קשות הרופאים מעבירים את האחריות לאבחון ולטיפול למערך בריאות הנפש. מעבר לכך, הם אחראים למתן תרופות שניתנו על ידי פסיכיאטר, למעקב אחר נטילתן, לבדיקות שוטפות הנוגעות לתופעות לוואי אפשריות ולמעקב אחר מצבם הגופני של המטופלים. עוד נמצא במחקר כי רופאי ילדים מעורבים בזיהוי בעיות ומדריכים את ההורים כיצד לפעול; הם אינם נותנים טיפולים תרופתיים, ובמקרים מורכבים מפנים למערך בריאות הנפש.

100 רופאי משפחה - מומחים ברפואת משפחה, ברפואה פנימית או רופאים כלליים שלא עברו התמחות; רופאי ילדים - מומחים ברפואת ילדים או רופאים כלליים שלא עברו התמחות.

101 יעל אשכנזי, יואב לך, רינה מעוז-ברויאר וחווה טבנקין, "מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש", מכון מאיר-ג'זינט-ברוקדייל (נובמבר 2018).



במסגרת לימודי הרפואה נחשפים הסטודנטים באופן מוגבל לתחום בריאות הנפש:

לימודי הרפואה הבסיסיים: במסגרתם מתקיימים קורסי חובה בתחום הפסיכיאטריה והפסיכיאטריה של הילד וכן סבב קליני במחלקות פסיכיאטריות בהיקף של כארבעה שבועות.

התמחות ברפואת משפחה: עד שנת 2012 הייתה חובת לימודים מעשיים (סבב) בפסיכיאטריה במשך שלושה חודשים. לאחר מכן בוטלה חובת ההתמחות, וכיום הלימודים המעשיים בפסיכיאטריה ופסיכיאטריה של הילד במסגרת ההתמחות ברפואת המשפחה נותרו רשות בלבד. במסגרת ההתמחות שוהים הסטודנטים במחלקות בבתי החולים ובמרפאות לרפואת משפחה, וכך הם נחשפים למטופלים הסובלים מבעיות נפשיות מעבר לבעיות הפיזיות ולהתמודדות איתם, לרבות הפנייתם למערך בריאות הנפש.

התמחות ברפואת ילדים: אין חובת לימודים מעשיים בפסיכיאטריה של הילד, והדבר נתון לבחירת המתמחה. במסגרת ההתמחות שוהים המתמחים במחלקות הילדים בבתי החולים ובמרפאות לרפואת ילדים, וכך הם נחשפים למטופלים הסובלים מבעיות נפשיות מעבר לבעיות הפיזיות ולהתמודדות איתם, לרבות הפנייתם למערך בריאות הנפש.

נוכח ההכשרה המוגבלת הניתנת במסגרת לימודי הרפואה והעובדה כי חלק ניכר מרופאי המשפחה ורופאי הילדים הם רופאים כלליים שלא עברו שום התמחות, עולה כי לחלק גדול מהרופאים הראשוניים אין הכשרה בסיסית מספקת בתחום בריאות הנפש, למעט ארבעה שבועות במסגרת לימודי הבסיס. לביקורת הוצג למשל כי לעיתים רופאים ראשוניים מעבירים ללשכות הפסיכיאטר המחוזי של משרד הבריאות, בקשות להוצאת הוראות בדיקה לצורך אשפוז כפוי, כשהן חסרות מידע נדרש וחיוני על פי החוק להוצאת הוראות בדיקה¹⁰² לדוגמה: חסר מידע על אודות כושר השיפוט של המטופל ואם יש סיכון פיזי מיידי לעצמו או לזולתו. הדבר מונע מתן מענה ראוי ומיידי למטופל ומעכב את הפעולות שעל הפסיכיאטרים המחוזיים לבצע¹⁰³.

קופות החולים מסרו במהלך הביקורת כי לאור חשיבות הנושא, הן מעבירות הכשרות בתחום בריאות הנפש, בין היתר, גם לרופאים הראשוניים. חלק מהקופות מסרו

102 סעיף 6(א) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.

103 ראו גם יעל אשכנזי, יואב לפי, רינה מעוז-ברויאר וחווה טבנקין, "מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש", מכון מאיר-גזינט-ברוקדייל (נובמבר 2018).



כי בוצעו הכשרות מקיפות בנושאים מהותיים הנוגעים בליבת המקצוע¹⁰⁴, וחלקן הסתפקו בהדרכות בנושאים טכניים¹⁰⁵. מרבית ההכשרות מועברות ברמת המחוזות והסניפים של הקופות וביוזמתם.

אף שהכשרת הרופאים הראשוניים בתחום בריאות הנפש חיונית ביותר, קופות החולים לא קבעו מהי תוכנית ההכשרה המחויבת לרופאים אלו, והן אינן עוקבות אילו רופאים עברו הכשרה כלשהי, באיזו תדירות ובאיזה היקף. נוסף על כך, הקופות שמעסיקות רופאים ראשוניים כעצמאיים אינן מחייבות אותם בהשתתפות בהכשרות.

הכללית מסרה בתשובתה כי ביטול חובת ההתנסות בפסיכיאטריה במסגרת ההתמחות ברפואת המשפחה פוגעת בהכשרת הרופאים ויש להחזירה.

מכבי מסרה בתשובתה כי היא מחייבת מתמחים ברפואת משפחה לבצע סבב בתחום הפסיכיאטריה.

איגוד רופאי המשפחה מסר למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2019 כי הוא עוסק בהערכה מחודשת של תוכנית ההתמחות. השינוי יכלול סבב חובה בפסיכיאטריה, וחשיפה לפסיכיאטריה בקהילה במרפאה הראשונית.

ראוי כי קופות החולים יבחנו את ההכשרות המקצועיות הנדרשות בתחום זה לכלל הרופאים הראשוניים שהן מעסיקות, יוודאו את ביצוען וירכזו מידע על זהות הרופאים שעברו הכשרות, תדירותן והיקפן. כמו כן, ראוי כי משרד הבריאות בשיתוף המועצה המדעית של הר"י והאיגודים המקצועיים השונים יבחנו אילו שינויים נדרשים בתוכנית ההתמחות של רופאי המשפחה ויעקבו אחר יישומם.

104 כגון: איתור וטיפול במצבים דחופים בפסיכיאטריה; מצבים פסיכויים; פוסט טראומה; דיכאון; מניעת אובדנות; פסיכיאטריה מגדרית; פסיכוגריאטריה; הפרעות אכילה; מצבי מסוכנות; דיכאון אחרי לידה; ותחלואות גופניות.

105 כגון נהלים והנחיות; טפסים וחומרי שיווק; מידע על ערוצי הטיפול; שאלוני איתור הפרעות נפשיות וקישור לאתר פנימי של הקופה המספק מידע בתחום.

המחסור בפסיכיאטרים לא קיבל מענה במסגרת הרפורמה

בארץ קיים מחסור מתמשך בפסיכיאטרים¹⁰⁶. על פי נתוני ארגון ה-OECD¹⁰⁷ משנת 2011, ישראל ממוקמת במקום העשירי בשיעור הפסיכיאטרים מתוך 28 מדינות. המחסור בבתי החולים ובמרפאות הממשלתיות אף החריף עקב הרפורמה בשל הרחבת השירות האמבולטורי. המחסור בפסיכיאטרים גורם לעומס רב על כוח האדם הרפואי הקיים, מאריך את זמני ההמתנה לטיפול האמבולטורי וגורע מאיכות הטיפול במאושפזים. ליקויים אלו כבר הועלו בדוחות קודמים של מבקר המדינה¹⁰⁸.

מנתונים שהעבירה חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים למשרד מבקר המדינה עולה כי מספר תקני הפסיכיאטריים במחלקות ובמרפאות בתי החולים הפסיכיאטרים עומד על 605, ואולם בפועל מאוישים 523 בלבד, כלומר כ-80 תקנים אינם מאוישים ועל פי הערכת יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל ממאי 2019 קיים חוסר של עוד כ-100 תקנים במחלקות ובמרפאות בתי החולים הפסיכיאטריים והכלליים. חוסר נוסף של כ-100 תקני פסיכיאטרים קיים בבתי החולים של הכללית ובכלל קופות החולים. מהאמור עולה מחסור של כ-280 פסיכיאטרים במערכת.

נכון לדצמבר 2018 היו 1,329 פסיכיאטרים, ומהם 924 עד גיל 67 (גיל היציאה לפנסיה המאוחר ביותר על פי חוק); נוסף על כך היו 320 פסיכיאטרים לילדים, ומהם 254 עד גיל 67. בשנת 2018 היו 0.103 פסיכיאטרים ל-1,000 נפש ו-0.028 פסיכיאטרים לילדים ל-1,000 נפש¹⁰⁹. בשנת 2010 היה שיעורם של הפסיכיאטרים לילדים 0.024 ל-1,000 נפש, והמשרד קבע יעד לשנת 2025 של 0.05 ל-1,000 נפש¹¹⁰. עולה כי קצב הגידול מאז שנת 2010 ועד שנת 2018 באופן יחסי ליעד שנקבע אינו מספק כדי להשיגו בשנת 2025.

ניתן למנות כמה סיבות למחסור בפסיכיאטרים, ובין השאר ריבוי משימות המוטלות על הפסיכיאטרים בשל המחסור בבעלי מקצועות אחרים: כוח אדם סיעודי ופרה-רפואי (קלינאי תקשורת ומרפאים בעיסוק) וחוסר האטרקטיביות של מקצוע הפסיכיאטריה שגורם לביקוש נמוך אליו הן בארץ והן בעולם¹¹¹. המחסור גדל

106 ראו גם מבקר המדינה דוח שנתי 168 א (2018), בפרק "מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש", עמ' 531.

107 מתוך פרוסום ארגון ה-OECD (Health Data) נתונים על מומחים בתחומי רפואה שונים לרבות בפסיכיאטריה, ולרבות נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל.

108 מבקר המדינה, דוח שנתי 168 א (2018), בפרק "מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש", עמ' 531; דוח שנתי 160 ב (2010), בפרק "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545.

109 משרד הבריאות, "כוח אדם במקצועות הבריאות 2018" (יולי 2019).

110 משרד הבריאות, "דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל" (יוני 2010).

111 מבקר המדינה, דוח שנתי 168 א (2018), בפרק "מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש", עמ' 531.



עוד יותר בבתי החולים ובמרפאות הממשלתיות מאחר שעקב הרפורמה עברו פסיכיאטרים לעבוד בקופות החולים שהציעו להם תנאי העסקה טובים יותר.

יודגש כי בקרוב צפוי גל פרישה לגמלאות של פסיכיאטרים, שעלו לישראל בראשית שנות התשעים של המאה העשרים מברית המועצות לשעבר, והדבר צפוי להעמיק את המחסור בפסיכיאטרים. מהערכה שעשה משרד מבקר המדינה למספר הפסיכיאטרים המומחים המגיעים לגיל 67 אל מול מספר הפסיכיאטרים המסיימים התמחות באותה השנה, ובהתבסס על שיעור העוברים בהצלחה את בחינת ההתמחות (כ-50%), עולה כי בשנים 2018-2022 יקטן מצאי הפסיכיאטרים ב-65, ומספר הפסיכיאטרים לילדים יזוותר ללא שינוי¹¹². הדבר צפוי להביא בשנים הקרובות למחסור של כ-350 פסיכיאטרים.

ניסיונות לעודד התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר: נוכח מצוקת כוח האדם במקצוע הפסיכיאטריה, הכריז משרד הבריאות בשנת 2011 על מקצוע הפסיכיאטריה של הילד כמקצוע במצוקה. לפיכך העניקו משרדי הבריאות והאוצר לעוסקים במקצוע מענקי תמרוץ עבור כל אחת מהשנים 2011-2014. בשנת 2015 ניתנו מענקי תמרוץ למי שהחל התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד. בשנת 2016 הופסקו כל המענקים בתחום, וניתן היה לאשר מענקים רק במסגרת ועדת חריגים. בשנת 2017 הוקצו 35 מיליון ש"ח למענקים לרופאים מומחים צעירים בבתי חולים בפריפריה, ובכלל זה בבתי חולים פסיכיאטריים. לאחר דוח מבקר המדינה בנושא אשפוז פסיכיאטרי¹¹³ ניתנו מספטמבר 2018 ועד לדצמבר 2019 מענקים למי שהחל התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד וכן למומחים לפסיכיאטריה שייקלטו בחטיבה לביטחון מרבי בשער מנשה¹¹⁴. בסך הכול נעו סכומי המענקים שיועדו למתמחים בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד בשנים 2019-2011 בין כ-130,000 ש"ח בשנת 2016 לאזור המרכז לבין כ-500,000 ש"ח בשנת 2014 באזורי הפריפריה.

112 לפי נתוני מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות (פברואר 2018).

113 מבקר המדינה, דוח שנתי 68א (2018), בפרק "מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש", עמ' 531.

114 החטיבה מיועדת לאשפוז מטופלים קשים ביותר, שלכולם רכיב של אלימות בהתנהגותם עם מוטיבים של התנהגות עבריינית והם מסכנים את עצמם ואת סביבתם. לא יינתן כפל מענק, רופא שקיבל מענק להתמחות בתחום לא יקבל מענק כמומחה בתחום במחלקות לביטחון מירבי.



משרדי הבריאות והאוצר פעלו כדי להגדיל את כוח האדם בתחום זה, אולם פעולות אלה עדיין אינן מספיקות ויש להמשיך לפעול לצמצום הפערים הקיימים.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי גיבש תוכנית מענקים במטרה לשפר את שיעורי גיוס המתמחים בפסיכיאטריה ככלל ובאוקולוסייה הערבית בפרט. לתקופה מספטמבר 2018 עד דצמבר 2019 נקבע מנגנון לחלוקת המענקים המתבסס על פערי איזוש בדגש על הפריפריה בסכומים שנעים מ-150,000 ש"ח ועד 400,000 ש"ח. המשרד מייחס חשיבות להמשך מתן מענקים בכלל ולפסיכיאטרים בפרט כמקצוע בעל עדיפות לאומית. המשרד עורך ניתוח עדכני של החסמים במקצוע ומתכוון לפעול לשיפור תנאי העסקה של פסיכיאטרים במסגרת הסכם שכר הרופאים הקרוב. אגף השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר השיב בדצמבר 2019 כי הוא עורך מחקר על מידת יעילותם של המענקים במטרה להפיק לקחים אשר ישמשו לעיצוב מדיניות התמריצים עבור עידוד התמחות במקצועות במצוקה ככלל ובפסיכיאטריה בפרט. כמה בתי חולים פסיכיאטריים מסרו כי התמריצים למתמחים שניתנו בשנים 2019-2018 סייעו למילוי מרבית התקנים החסרים, אולם הדבר לא פתר את מצוקת המומחים במרכזים אלו.

אגף תקציבים מסר בתשובתו כי יש לבחון את היעילות של המענקים שניתנו ולבדוק אפשרויות נוספות להגדלת מספר הרופאים בתחום הן באמצעות תמריצים כלכליים, והן באמצעות כלים רגולטורים אחרים, כגון צמצום משכי ההתמחויות בפסיכיאטריה, שינוי בתוכנית הלימודים, אי הגדלת תקני התמחויות במקומות מבוקשים עד מילוי תקנים פנויים.

מחסור בפסיכיאטרים מהמגזר הערבי: נכון ליוני 2017 היה שיעור אוכלוסיית המגזר הערבי בישראל 21% בקירוב, ואולם שיעור הפסיכיאטרים מהמגזר היה נמוך בהרבה: היו בסך הכול 24 מומחים בפסיכיאטריה שהם כ-2% מכלל המומחים בתחום וכן 11 מומחים בפסיכיאטריה של הילד שהם כ-4% מכלל המומחים בתחום. פערי שפה ותרבות בין הפסיכיאטר לבין המטופל עלולים לפגוע בטיפול. כדי למנוע זאת נדרש להכשיר את הפסיכיאטרים בהתאם או לשלב גורם מתווך מהמגזר בטיפול (דוגמת אחות, עובד סוציאלי או איש מינהלה). יצוין כי מטופלים מהמגזר הערבי פונים לקבלת טיפול פסיכיאטרי לא רק אצל פסיכיאטרים מהמגזר אלא גם אצל פסיכיאטרים אחרים שלא מהמגזר, ולעיתים אף מעדיפים זאת כדי להימנע מחשיפה בתוך המגזר.



המחסור בפסיכיאטרים במגזר הערבי נובע מכמה סיבות: תדמית הפסיכיאטר בחברה הערבית נמוכה בהשוואה לשאר ההתמחויות ברפואה; התגמול הכספי נמוך בהשוואה להתמחויות אחרות; ומחסור בתשתיות במרפאות לבריאות הנפש. במפגש בנושא הרפורמה במגזר הערבי בפברואר 2016 עלו כמה הצעות להעלאת היצע הפסיכיאטרים מהמגזר, וביניהן: הגדרת מקצוע הפסיכיאטר במגזר הערבי כמקצוע במצוקה; מתן תמלוגים וחלוקת מלגות לפסיכיאטרים במגזר הערבי; הגדלת מספר המרפאות ביישובים הערביים המוכרות להתמחות; חשיפת סטודנטים ערבים למקצוע הפסיכיאטריה בבתי הספר לרפואה. אולם עד מועד סיום הביקורת נותר מספר המתמחים מהמגזר נמוך מאוד.

מהאמור לעיל עולה כי ניכר מחסור חמור בפסיכיאטרים בכלל ובמגזר הערבי בפרט. שיעור הפסיכיאטרים מהמגזר הערבי מכלל הפסיכיאטרים נמוך באופן חריג, מצב שכנראה משפיע גם על מספר המטופלים בקרב המגזר. על אף תוכניות המענקים שפעלו לסירוגין כבר משנת 2011 לא נפתר המחסור, והוא אינו צפוי להיפתר גם בשנים הקרובות.



ראוי שמשדד הבריאות וקופות החולים בשיתוף הר"י והאיגודים המקצועיים יכינו תוכנית הצופה את הפערים במספר הפסיכיאטרים בשנים הקרובות לרבות במגזר הערבי, וכי הם יסכמו על פעולות שיש לנקוט כדי לגשר על פני הפער הצפוי. כדי להתגבר על המחסור הקיים בפסיכיאטרים במגזר הערבי, ועד שיוכשר כוח האדם המתאים, ראוי כי יינתנו פתרונות ביניים לדוגמת שילוב של גורם מתווך (למשל אחות, עובד סוציאלי או איש מינהלה) מהמגזר שיסייע לפסיכיאטר להנגיש את הטיפול בהתאם לשפה ולתרבות.

המחסור בפסיכותרפיסטים בשירות הציבורי לא קיבל מענה במסגרת הרפורמה

הרפורמה בבריאות הנפש הגדילה במידה רבה את מספר הטיפולים האמבולטוריים, ובהם הטיפול הפסיכותרפי. טיפולים אלו יכולים להיעשות הן על ידי פסיכולוגים קליניים והן על ידי פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים קליניים ומטפלים באומנות שהוכשרו לכך. הטיפול הפסיכותרפי מבוסס על שיחות, והוא בעל מאפיינים ייחודיים ודורש הכרת הרקע והתרבות שמהם מגיע המטופל, עוד יותר מן הטיפול הפסיכיאטרי.



מחסור בפסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי

בדצמבר 2018 היו בארץ 13,865 פסיכולוגים בכלל תחומי ההתמחות בפסיכולוגיה, ומהם 11,856 עד גיל ¹¹⁵67; מתוך כלל הפסיכולוגים 4,635 הם בעלי התמחות קלינית הנדרשת למתן טיפולי פסיכותרפיה, 3,719 מהם עד גיל 67. שיעור הפסיכולוגים הקליניים ב-2018 עמד על 0.415 ל-1,000 נפש¹¹⁶, לעומת 0.38 בשנת ¹¹⁷2015. כ-200 סטודנטים מסיימים תואר מוסמך ("תואר שני") בפסיכולוגיה קלינית מדי שנה, ואליהם מצטרפים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל.

תהליך הכשרה בתחום הפסיכולוגיה הקלינית, כולל לימודי תואר בוגר ("תואר ראשון"), תואר מוסמך ותקופת התמחות, הנמשכת שנתיים במשרה מלאה, אולם הלכה למעשה נמשכת ארבע שנים מאחר שבשל מחסור במקומות התמחות, מרבית המתמחים מועסקים במשרה חלקית. כך התהליך שאמור להימשך כתשע שנים, נמשך כ-11 שנים¹¹⁸. תהליך ההכשרה הארוך מביא לכך שמעטים בלבד מסיימים את התמחותם הקלינית מדי שנה. לאחר כניסת הרפורמה לתוקף, עלתה כמות המלגות, המשמשות להכשרת המתמחים ולהעסקתם, מ-325 מלגות בשנת 2015 ל-542 מלגות בשנת 2019, בעוד התקציב לנושא נשאר כמעט ללא שינוי. מספר המתמחים הממתינים לקבלת מלגה עומד נכון לאוגוסט 2019 על כ-480 מתמחים, אך בכל שנה נקלטים במערכת כ-350 מתמחים בלבד.

לפי הערכות מומחים ניכר מחסור חמור בפסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי - במרפאות הממשלתיות ובקופות החולים. בשנת 2013 הוערך המחסור בהיקף של כ-300 פסיכולוגים למבוגרים וכ-200 לילדים, כלומר סך הכול חוסר של 500 תקני פסיכולוגים (מדובר בכ-1,000 פסיכולוגים שכן רובם מועסקים בהיקף של חצי משרה). הסתדרות הפסיכולוגים מסרה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2019 כי להערכתה חסרים כ-1,770 תקנים של פסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי. בשנת 2019 העריך האגף לבריאות הנפש את המחסור בכ-400 פסיכותרפיסטים (פסיכולוגים ועובדים סוציאליים).

115 תחומי ההתמחות בפסיכולוגיה הם: קלינית באבחון; קלינית בטיפול; התפתחותית; חינוכית; רפואית; שיקומית; חברתית-תעסוקתית-ארגונית.

116 משרד הבריאות, "כוח אדם במקצועות הבריאות 2018" (יולי 2019).

117 משרד הבריאות, "כוח אדם במקצועות הבריאות 2015" (נובמבר 2016).

118 כיום המעסיקים ומשרד הבריאות נושאים בעלות המלגות בחלקים שווים (50%-50%).



ארגונים מקצועיים¹¹⁹ הצביעו על שתי סיבות למחסור בפסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי שבגללן יעדיפו לעבוד במגזר הפרטי: הסיבה הראשונה היא שקופות החולים אינן מגייסות די פסיכולוגים קליניים כשכירים למתן השירות והן מסיטות חלק מהתקציב המיועד למימון הרפורמה בבריאות הנפש למטרות אחרות. המענה שניתן למטופלים הוא לפנות למסלול המטפלים העצמאיים. אפשרות זו כדאית לקופות כאמור מהבחינה הכלכלית והיא מפחיתה את התמריץ שלהן להקים מרפאות רב-מקצועיות, אשר ייתנו מענה לבעיות מורכבות. הסיבה השנייה נעוצה בקושי לאייש משרות קיימות בשל תנאי שכר והעסקה נמוכים, מאחר ששכר פסיכולוג בשירות הציבורי אינו הולם את שנות הלימוד, ההכשרה והאחריות הרבה הנדרשות ממנו¹²⁰. נוסף על כך, רובם המכריע של הפסיכולוגים מועסקים במשרות חלקיות ושכרם הוא בהתאם לכך¹²¹.

המחסור בכוח אדם ייעודי לטיפול פסיכותרפיה בשירות הציבורי (לטיפולים ללא דמי השתתפות עצמית) הנובע, בין היתר, מכך שקופות החולים לא העסיקו מספיק פסיכותרפיסטים, גורם לתורי המתנה ארוכים, העומדים על פי פרסומי משרד הבריאות על כ-150 יום במוצע לשנת 2018 לאחר ההמתנה לאבחון המבוצע לעיתים על ידי פסיכולוג קליני (כאמור לעיל בפרק בנושא "זמני המתנה לקבלת טיפול במערך בריאות הנפש").

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי אין בארץ מחסור בפסיכותרפיסטים (בעיקר פסיכולוגים ועובדים סוציאליים) שאותם יכולות קופות החולים להעסיק וכאמור, המשרד פועל להפחתת הכדאיות הכלכלית של הקופות במסלול המטפלים העצמאיים על ידי הפחתת ההשתתפות העצמית. לדברי המשרד, בשנת 2019 הצליחו חלק מהקופות להרחיב את מספר הפסיכותרפיסטים על ידי הרחבת מספר התקנים ולא בהכרח על ידי העלאת שכרם. המשרד גם הדגיש כי הסמכות לקביעת שכרם של עובדי המדינה ובכללם שכר המטפלים בבריאות הנפש מצויה אצל הממונה על השכר במשרד האוצר.

119 נייר עמדה מטעם הסתדרות הפסיכולוגים, התנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית וחיבת הפסיכולוגים בהסתדרות המח"ר בנושא "צורך דחוף בתוכנית לאומית לגיוס פסיכולוגים קליניים למערך בריאות הנפש הציבורי" (מאי 2019).

120 ראו גם ארית אלרואי ואח', "שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה - בין מדיניות ליישום", מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (ינואר 2019).

121 הפסיכולוג הארצי במשרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה 2019 כי בשנת 2017 נערכו כ-200 מכרזים לפסיכולוגים בשירות הציבורי, רק ל-100 מהם ניגשו מועמדים וב-70% מהמכרזים ניגש מועמד יחיד.

הכללית מסרה בתשובתה כי פעלה להכרה במרפאות בריאות הנפש החדשות כמוכרות להתמחות כדי לעודד פסיכולוגים מומחים ומדריכים להישאר במערכת, להגדלת כמות המתמחים ולשיפור תנאי שכר לפסיכולוגים.

לאומית מסרה בתשובתה כי היא מתקשה לגייס פסיכולוגים קליניים בשל הגבלות על שכרם כפי שקבע הממונה על השכר באוצר.

מחסור בפסיכותרפיסטים במגזר הערבי: הרחבת השירותים בקהילה במסגרת הרפורמה העלתה למודעות את המחסור בנותני שירותים מהחברה הערבית בתחום בריאות הנפש ואת היעדר המענה המתאים לצורכי האוכלוסייה. העיסוק בפסיכותרפיה חדש יחסית בחברה הערבית, ונתפס כלא רווחי ודורש מסלול לימודים ארוך ללא ודאות לגבי השלמתו. שיעור הנשירה גבוה בעיקר בשל דרישות אקדמאיות גבוהות ופערים בתרבות ובשפה. קשיים אלו מתעצמים בקבלה לתואר מוסמך ובמהלך הלימודים. המחסור בפסיכותרפיסטים מהמגזר נידון במינהלת הרפורמה, שבמסגרתה צוין כי מתוך מחסור של כ-300 פסיכולוגים למבוגרים וכ-200 לילדים, 207 מהם חסרים במגזר הערבי. מנתוני משרד הבריאות עולה כי נכון לשנת 2015, במגזר הערבי יש 58 פסיכולוגים קליניים שהם 1.4% מכלל הפסיכולוגים הקליניים בארץ¹²². כמו כן, יש 30 עובדים סוציאליים מהמגזר המועסקים בתחום בריאות הנפש בשירות הממשלתי¹²³, מתוך כ-550 עובדים סוציאליים, כלומר כ-5.5% בלבד. כאמור, המגזר הערבי מהווה כ-21% מאוכלוסיית המדינה.

במפגש שהתקיים בפברואר 2016 במשרד הבריאות¹²⁴ בנושא יישום הרפורמה בבריאות הנפש במגזר הערבי, הועלו כמה המלצות להעלאת היצע הפסיכותרפיסטים הערבים, וביניהן: הגברת המודעות והחשיפה למקצועות בריאות הנפש; העלאת שיעור המועמדים והמתקבלים לתואר בוגר ולתואר מוסמך¹²⁵ וצמצום נשירה באמצעות הקמת מסלול ישיר בפריפריה לתואר מוסמך המותאם תרבותית לאוכלוסייה הערבית; חלוקת מלגות לסטודנטים ערבים לתואר בוגר ולתואר מוסמך בסוציולוגיה ולתואר מוסמך בעבודה סוציאלית קלינית; בחינת היתכנות להעדפה מתקנת או למכסה בקבלה ללימודים; הגדלת מלגות ההתמחות בפסיכולוגיה; בחינת האפשרות לתוכנית הכשרה והשלמה אקדמיות לבוגרי חו"ל בעלי תואר מוסמך בפסיכולוגיה, שאינם עונים על דרישות הקבלה להתמחות בפסיכולוגיה קלינית;

122 מדובר בעלייה בהשוואה לשנת 2012, אז היו 37 פסיכולוגים קליניים בלבד במגזר הערבי.

123 ללא אלו המועסקים על ידי קופות החולים, עמותות וארגונים.

124 בהשתתפות נציגי אקדמיה, מל"ג, ות"ת, משרד האוצר, משרד הכלכלה, המשרד לשוויון חברתי, מנהלי מרפאות, מנהלי בתי חולים פסיכיאטריים ונציגי קופות החולים.

125 בדיון שהתקיים בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת ב-27.11.17 הועלה הקושי הקיים בעמידה בתנאי הקבלה מהבחינה המקצועית ללימודי פסיכולוגיה לתואר בוגר ועוד יותר לתואר מוסמך, אשר מהווים חסם עבור הסטודנטים מהמגזר הערבי.



הכשרת פסיכולוגים ועובדים סוציאליים ממגזרים אחרים לכשירות תרבותית ולרכישת בסיס בשפה הערבית, דבר החשוב בעיקר לטיפול בילדים; ועידוד עובדים סוציאליים בעלי תואר בוגר מהמגזר הערבי להמשיך ללימודי תואר מוסמך בתחום.

בעקבות ההמלצות פרסם משרד הבריאות, באוגוסט 2018, קול קורא לתוכנית הכשרה לפסיכותרפיה לעובדים סוציאליים ערבים בעלי תואר מוסמך, המחזור הראשון נפתח בפברואר 2019 ומשתתפים בו 13 סטודנטים. באוקטובר 2019 נפתחה במכללת אחווה הממוקמת ליד קריית מלאכי, תוכנית לימודים לתואר מוסמך ל"פסיכולוגיה קלינית רגישת תרבות". הצעה לתמיכה תקציבית של המשרד תועלה לבחינה בשנות התקציב הבאות. המשרד פעל מול המל"ג להרחבת התמיכה באוניברסיטאות ובמכללות בנושא פסיכולוגים קליניים מהמגזר הערבי, והוועדה לתכנון ותקצוב של המועצה להשכלה גבוהה (להלן - הוות"ת) פרסמה בינואר 2018 קול קורא למוסדות אקדמיים שיגישו תוכנית ללימודי ותמיכה בסטודנטים ערבים בלימודי פסיכולוגיה לתארים בוגר ומוסמך. אוניברסיטאות חיפה¹²⁶ וירושלים פועלות על פי התוכנית, ואוניברסיטת תל אביב מסרה באוגוסט 2019 כי הגישה בקשה לתמיכה, אולם לא קיבלה אישור. מעבר לכך, חלק מן האוניברסיטאות פועלות בדרכים שונות לתמיכה בסטודנטים מהמגזר להכשרתם כפסיכולוגים, כגון: הקלה בתנאי הקבלה בלי לפגוע ברמת הלימודים; קורסי תגבור לשיפור הציונים; קורסים בנושאי שונות רב-תרבותית, דתית, עדתית ומגדרית; ומתן מלגות.

יש לראות בחיוב צעדים אלה, ועל משרד הבריאות לעקוב אחר תוצאותיהם ולבחון אם הם הביאו לגידול בכוח האדם הנדרש לאספקת השירותים בתחום במגזר הערבי.

הכללית מסרה בתשובתה, כי הקצתה תקני מתמחים להכשרת פסיכולוגים קליניים מהמגזר ולהמשך העסקתם כמומחים, פעלה להשלמת פערי ידע למומחים מהמגזר שלמדו בחו"ל, וחתמה הסכמים עם ספקי שירות בהתאם.

מחסור בפסיכותרפיסטים במגזר החרדי: לאור הצורך בהגדלת היצע הפסיכולוגים במגזר החרדי, בהתאם לצרכיה הייחודיים של אוכלוסייה זו ולאור קומץ הסטודנטים החרדים הלומדים לתואר בוגר בפסיכולוגיה קלינית, יש צורך להגדיל את מספר הסטודנטים הלומדים לתואר זה תוך כדי התאמת הכלים הטיפוליים לצרכי ולמאפייניו הייחודיים של המגזר.

126 בשנת הלימודים התשע"ח (2017-2018) נקלטו ארבעה סטודנטים מהמגזר הערבי לתואר מוסמך בפסיכולוגיה קלינית, ובשנת הלימודים התשע"ט (2018-2019) נקלטו שלושה סטודנטים.



בינואר 2013 אישרה הוות"ת תוכנית לעידוד קליטת סטודנטים חרדים במוסדות המתוקצבים להשכלה גבוהה במטרה לסייע להם להשתלב בלימודי מגמות טיפוליות לתואר מוסמך בפסיכולוגיה בתוכניות הלימודיות הקיימות ולפתח כלי טיפול ייעודיים לאוכלוסייה זו, ואף פורסם קול קורא בנושא על פיו פעלה התוכנית בשנות הלימודים התשע"ד-התשע"ט ובמסגרתה החלו בלימודים כ-15 סטודנטים בכל שנה במוסדות שהשתתפו בתוכנית: האוניברסיטה העברית בירושלים, אוניברסיטת בר-אילן ואוניברסיטת בן גוריון בנגב.

בשנת 2019 הגישה אוניברסיטת חיפה לוות"ת בקשה לפתיחת התוכנית לחרדים לתואר מוסמך בפסיכולוגיה, אך נכון למועד סיום הביקורת טרם אושרה התוכנית. אוניברסיטת תל אביב מסרה באוגוסט 2019 כי לא הגישה בקשה לפתיחת תוכנית כיוון שאין באפשרותה למלא את דרישת התוכנית לקלוט ארבעה סטודנטים לפחות בכל שנה. החל בשנת הלימודים התש"ף (2019-2020) פועל במוסדות האקדמיים האוניברסיטה העברית בירושלים, אוניברסיטת בר-אילן ואוניברסיטת חיפה מודל תמיכה אשר ממשיך את עקרונותיו של הקול הקורא כאמור.

נוסף על כך, מאז שנת הלימודים התשע"ו (2015-2016) מפעילה אוניברסיטת בר-אילן קמפוס חרדי ללימודי פסיכולוגיה לתואר בוגר עבור נשים, ומספר הבוגרות מדי שנה הוא 19-25. תוכנית הלימודים לתואר מוסמך ל"פסיכולוגיה קלינית עם רגישות תרבות", שנפתחה במכללת אחווה כוללת תכנים העוסקים במאפיינים הייחודיים לטיפול באוכלוסייה החרדית.

הטיפול הפסיכותרפיים יכולים להינתן גם על ידי עובדים סוציאליים בוגרי תואר מוסמך במסלול קליני שסיימו בית ספר לפסיכותרפיה. אוניברסיטת חיפה מפעילה מסלול ייחודי ללימודי עבודה סוציאלית למגזר החרדי שבו למדו בשנת הלימודים התשע"ז (2016-2017) 85 סטודנטים לתואר מוסמך. באוניברסיטת בר-אילן לומדים במסלול הקליני לתואר מוסמך שלושה סטודנטים מהמגזר החרדי.

הכללית מסרה בתשובתה כי היא פועלת לגייס מטפלים מהמגזר החרדי, הקצתה לכך תקני מתמחים וחתמה הסכמים עם ספקי שירות בהתאם.

מחסור בפסיכותרפיסטים בעדה האתיופית: מערכת בריאות הנפש אינה מותאמת לטיפול בבני העדה בשל תרבותם ושפתם הייחודיות. לפיכך חברי קופות החולים אינם נוהגים לפנות לקבלת טיפול נפשי אלא רק במצבים קיצוניים של אלימות, התמכרויות, התנגשויות עם החוק, הזנחה עצמית קשה ואובדנות. בשנת 2017 כ-4.4% מבני העדה התקבלו לאשפוז פסיכיאטרי, אך שהם רק כ-1.7% מהאוכלוסייה. ניכר מיעוט של עובדים סוציאליים בני העדה ועוד פחות מזה של פסיכולוגים. נמצא כי בכללית יש מטפל עצמאי אחד בלבד שהוא דובר השפה האמהרית, ובשאר

הקופות אין בכלל מטפלים דוברי השפה. הפסיכולוג הראשי במשרד הבריאות מסר כי בשנת 2016 לא היו בקרב מקבלי המלגות בפסיכולוגיה מתמחים בני העדה האתיופית, בשנת 2017 היה מתמחה אחד, ובשנת 2018 היו שני מתמחים.

כדי לסייע לבני העדה האתיופית להשתלב בלימודי הפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל אביב מקילה בתנאי הקבלה של יוצאי אתיופיה בהתאם להנחיות המל"ג. גם אוניברסיטת בר-אילן והאוניברסיטה העברית בירושלים מסייעות לסטודנטים בני העדה האתיופית, באמצעות תוכנית פוירשטיין¹²⁷. תוכנית הלימודים, שנפתחה במכללת אחווה כאמור, כוללת תכנים העוסקים במאפיינים הייחודיים לטיפול גם באוכלוסייה זו.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי הוא מפעיל ניסוי חלוץ ("פילוט") בנושא הנגשת שירותים בבריאות הנפש באמצעות מגשרים יוצאי הקהילה האתיופית המעניקים שירות גישור בשפה אמהרית בבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ובבתי חולים כלליים שבהם מחלקות פסיכיאטריות¹²⁸.

הכללית מסרה בתשובתה כי הקצתה מלגות מחיה ייחודיות לפסיכולוגים מהעדה האתיופית, כדי לשפר ולהנגיש את השירות באשדוד ובירושלים.



המחסור בכוח האדם הפסיכותרפי בשירות הציבורי (לטיפולים ללא דמי השתתפות עצמית) הנובע, בין היתר, מכך שקופות החולים לא העסיקו מספיק פסיכותרפיסטים, גורם לתורי המתנה ארוכים. נדרש שמשרד הבריאות יקבע יעדים להעסקת כוח אדם בתחום הפסיכותרפיה ושיבחן אם קופות החולים עושות די בכל הנוגע לניצול התקציב להעסקת כוח אדם לייעודו.

נמצא כי ניכר מחסור חמור במיוחד בכוח אדם פסיכותרפי במגזר הערבי, במגזר החרדי ובעדה האתיופית, וכי הפעולות שנעשות טרם צלחו. למשל: בקרב האוכלוסייה הבדואית יש 2 פסיכולוגים בדואים בלבד; במסגרת המטפלים העצמאיים בכללית מתוך כ-380 מטפלים רק כ-20

127 תוכנית פוירשטיין - תוכנית לקידום מועמדים בני העדה האתיופית ושילובם באוניברסיטה שבמסגרתה מקבלים הסטודנטים הקלה בתנאי הקבלה; קורס אסטרטגיות למידה; תמיכה קוגניטיבית; שיעורי עזר ולייווי אישי. התוכנית פועלת בשיתוף מכון פוירשטיין, קרן אדמונד דה רוטשילד וקרנות נוספות המאפשרות לצעירים מהפריפריה או לבני העדה האתיופית להתקבל לאוניברסיטאות.

128 במסגרת החלטת ממשלה 609 בנושא "מדיניות ממשלתית לקידום שילובם המיטבי של יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית" (15.29.10).



הם דוברי ערבית, 2 דוברי יידיש (שפה נדרשת לחלק מהאוכלוסייה החרדית) ודובר אמהרית אחד בלבד; במכבי מתוך כ-300 מטפלים יש כ-10 דוברי ערבית, 4 דוברי יידיש ואין כלל דוברי אמהרית; במאוחדת מתוך כ-280 מטפלים יש כ-5 דוברי ערבית, 2 דוברי יידיש ואין דוברי אמהרית כלל; במאגרי המידע של לאומית אין נתונים על שפת המטפלים העצמאיים, ולכן אין אפשרות להעריך אם לאומית מסוגלת לספק שירות ייחודי למבוטחיה.

נדרש שמשרד הבריאות בשיתוף קופות החולים ימפו את החוסרים בפסיכותרפיסטים מהמגזרים השונים, וכי הם יפעלו בשיתוף המל"ג, הוות"ת והמוסדות להשכלה גבוהה להכנת תוכנית סדורה, רב-שנתית להגדלת מספר הסטודנטים אשר ישתלבו במערכת בריאות הנפש¹²⁹. נדרש שהם יכללו בתוכנית יעדים שנתיים להתקדמות, וכי המשרד יעקוב אחר השגתם. ראוי גם שהמשרד יפיק לקחים שנתיים מן התוכנית ויעדכנה במידת הצורך. כדי להתגבר על המחסור הקיים ועד שיוכשר כוח האדם המתאים, ראוי כי במרכזי האוכלוסיות הללו, ישולב בטיפול גם גורם מתווך (דוגמת אחות, עובד סוציאלי או איש מינהלה) מהמגזר שיסייע להנגיש את הטיפול בהתאם לשפה ולתרבות. גורם זה יוכל לסייע גם במתן טיפולים פסיכיאטריים הניתנים למטופלים ממגזרים אלו על ידי פסיכיאטרים שאינם בני אותו המגזר וחסרים את ההיכרות עם השפה ועם התרבות.

129 למשל: בפרויקט "דרך חדשה" שולבו עובדות סוציאליות בנות העדה האתיופית במרכזים שונים לבריאות הנפש, אשר פעלו למען בני העדה בשפתם ובהתאם לתרבותם, וכך הוסרו המחסומים לקבלת טיפול.

סיכום

היקף הסובלים מבעיות נפשיות גדל והולך, וההערכות הן כי כ-18% מהאוכלוסייה בעולם סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך החיים. בכל זמן נתון כ-10% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעות אלו, ומתוכם כ-1% מ-2% מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש קשות או ממושכות. מדובר באוכלוסייה שברירת חסרת ישע הזקוקה לכתף תומכת ולאוזן קשבת. למרות זאת אוכלוסייה זו נמנעת פעמים רבות מקבלת טיפול, בין היתר, בשל חשש מתווית שלילית ומהדרה חברתית. על כך נוספים קשיים אובייקטיביים היוצרים חסמים מקבלת טיפול. חברה בריאה יכולה וצריכה לדאוג לחוליה החלשה שבקרבה.

דוח ביקורת זה, המתמקד בשירות הניתן בקהילה עם כניסת הרפורמה שבמסגרתה הועברה האחריות הביטוחית לקופות החולים, מצטרף לסדרת דוחות שעסקו בסוגיה זו, לרבות בנושאי שיקום נכי נפש והאשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים. חוק ביטוח בריאות קבע כי קופות החולים יספקו למטופלים שירות בזמן סביר ובמרחק סביר. עם זאת, מהביקורת עולה כי השירות שמקבלים המטופלים אינו מיטבי.

משרד הבריאות אינו יכול לאמוד את הישגי הרפורמה כיוון שהוא לא קבע לה יעדים, ומכיוון שקופות החולים אינן מעבירות לו נתונים מלאים ושלמים על אודות הטיפולים שניתנו ועל האופן שבו נוצל תקציב הרפורמה. זמני ההמתנה לקבלת טיפול בקהילה ארוכים ביותר ומגיעים ל-12 עד 16 חודשים, מצב הגורם לסבל רב ולהחמרת מצבם הנפשי של המטופלים ושל סביבתם ולהפחתת השפעת הטיפול; פריסת השירותים אינה מספיקה למתן שירותים לכלל האוכלוסייה, ובעיקר לזו הנמצאת בפריפריה ובמגזרים החרדי והערבי; על אף התוספת התקציבית המשמעותית, שניתנה במסגרת הרפורמה לטובת פיתוח הטיפול במסגרת הקהילה, נראה כי קופות החולים לא סיפקו את מלוא הטיפולים שהן תוקצבו בגינם, לא העסיקו מספיק פסיכותרפיסטים ומטופלים רבים מדי נאלצו לפנות לקבלת טיפול אצל מטפלים עצמאיים; מחסור בפסיכיאטרים הוא אחת הסיבות להתארכות התורים לקבלת הטיפול. מחסור משמעותי קיים במגזר הערבי, במגזר החרדי ובקרב העדה האתיופית.

משרד הבריאות שבע רצון מהפעלת הרפורמה, אם כי לדעתו וכפי שעלה גם בביקורת, יש תחומים הנדרשים לשיפור. כדי לשפר את המערך, על כל העוסקים במלאכה לקבוע יעדים ארוכי טווח לצורך המשך בניית מערך בריאות הנפש בקהילה. עליהם לפעול למתן טיפול זמין ונגיש לכלל חלקי האוכלוסייה בהתאם לעקרון השוויון הקבוע בחוק ביטוח בריאות.