משרד הבריאות
האגף לבריאות הנפש

מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות הבריאות

הסדנה לדיון בסוגיות למחקר
הערכת הרפורמה הביטוחית
בבריאות הנפש

מסמך מסכם

עורכת: נורית ניראל

הסדנה מומנה בסיוע מיכאל ואנדריאה דוברוף

ינואר 2009

תוכן עניינים

1. מבוא 1
2. רקע 1
2.1 מטרות הרפורמה בבריאות הנפש 3
2.2 רכיבי הרפורמה בבריאות הנפש 3
3. מושב הפתיחה: קווים להערכת הרפורמה הביטוחית 5
4. מושב ראשון: רפואה ראשונית ובריאות הנפש 7
5. מושב שני: השימוש בשירותים והיבטים כלכליים 9
6. מושב שלישי: השפעת הרפורמה על הצרכן 11
7. סיכום 13
ביבליוגרפיה 16
נספח א': סדר היום של הסדנה 18
נספח ב': רשימת המשתתפים 19

1. מבוא

בחודש ינואר 2008 נערכה סדנה לדיון בסוגיות למחקר הערכת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. הסדנה נערכה ביוזמה משותפת של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, של משרד הבריאות ושל המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות. כל אלה חברו לצורך גיבוש "סדר היום" למחקרי הערכה אפשריים של רפורמה זו ויזמו סדנה בת-יום כפורום לתהליך של סיעור מוחין להצפה ולזיהוי סוגיות החשובות למחקר.

לשם כך, כונסו חוקרים ממכוני מחקר ומאוניברסיטאות, אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש והמינהל בקופות החולים ובמשרדי הממשלה ונציגי מועצות לאומיות וארגוני צרכנים, אשר תרמו מנקודת מבטם לדיון והאירו את הנושאים שמן הראוי לבדקם ללא הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. הסדנה עסקה בשלושה מוקדים עיקריים לדיון, ועל-פיהם בהתאם לכך, חולקה למספר מושבים שכל אחד מהם דן בהיבט אחר של הרפורמה: דברי רקע וקווים להערכת הרפורמה, רפואה ראשונית ובריאות הנפש, השימוש בשירותים והיבטים כלכליים והשפעת הרפורמה על הצרכן. כל מושב נפתח בהצגת הנושא ונקודות מרכזיות בו ועל בסיס ההצגה התנהל אחר כך דיון בין משתתפי הסדנה (מבנה הסדנה מוצג בנספח א').

כאמור, מטרת הסדנה הייתה לזהות את הנושאים והפרמטרים שחשוב לעקוב אחריהם במחקר הערכה של הרפורמה הביטוחית. מתכנני הסדנה סברו כי מוקדי ההערכה צריכים לנבוע מהבנה עמוקה של מהות השינוי, ההיסטוריה שלו, מטרותיו והחששות המתלוים אליו. לשם כך, נשלח מראש למשתתפים חומר רקע על נושאים אלה (ניראל ואחרים, 2008), והם הוצגו בקצרה במושב הפתיחה של הסדנה. מידע מפורט יותר על מהות השינוי, מטרותיו, והחששות הנלוים אליו הוצג בפתיחת כל אחד מן המושבים.

מסמך זה מסכם את עיקרי הדיונים בסדנה, את הסוגיות והשאלות המרכזיות שזוהו במהלכה כחשובות להערכה ואת הרציונל לבחירתן. המקורות למסמך זה הם מסמך רקע שהוכן מראש לקראת הסדנה, תמצית הצגת הנושא לפני כל מושב וסיכום הדיון בכל אחד מהמושבים. את נושא הדיון ברפואה ראשונית ובריאות הנפש הציגו פרופ' חנן מוניץ ונורית ניראל. את נושא הדיון בהשפעת הרפורמה על הצרכן הציגו פרופ' רויטל גרוס וד"ר דפנה לוינסון, ואת נושא הדיון בנושא הסוגיות המחקריות העולות מההיבטים הכלכליים של הרפורמה הציגו גבי בן-נון ושולי ברמלי-גרינברג.

2. רקע

החוק לטיפול בפגועי נפש (1955) קובע כי המדינה היא האמונה על הספקת שירותי בריאות הנפש בישראל. ואכן, רוב שירותי בריאות הנפש מסופקים עד היום על-ידי משרד הבריאות. בתחילת שנות התשעים של המאה העשרים פורסמו מסקנות ועדת נתניהו ודוח מבקר המדינה מס' 41, אשר ייחדו פרקים לשירותי בריאות הנפש. מסמכים אלה קראו להכללת בריאות הנפש בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, להעברת האחריות הביטוחית ממשרד הבריאות לקופות החולים, להפסקת הספקת השירותים על-ידי משרד הבריאות והתמקדותו בגיבוש מדיניות ורגולציה, פיתוח הנהלות אזוריות לשירותי בריאות הנפש, מעבר חולים לקהילה ושירותי שיקום (מרק, קפלן וגרינשפון, 2006).

בחוק ביטוח בריאות, שהוחל בשנת 1995 (בעקבות המלצות ועדת נתניהו), נקבע כי האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש תעבור תוך שלוש שנים מן המדינה לקופות החולים.[1] בהתאם לכך, נעשו הכנות בקופות החולים ובמשרד הבריאות לקראת ביצוע הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, ואף נקבעו מספר פעמים תאריכי יעד לביצועה. אולם, ניסיונות אלו נכשלו, ובמשך 12 השנים שחלפו ממועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הרפורמה לא הגיעה לכדי ביצוע, והאחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לא הועברה מהמדינה לקופות החולים. יתרה מכך, בחוק ההסדרים של שנת 1997 בוטלה החובה שנקבעה בחוק בריאות ממלכתי להעביר את השירותים שנכללו בתוספת השלישית לתוספת השנייה. אי-לכך, התנערו קופות החולים ממימון מיטות האשפוז הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים וממימון הטיפולים במרפאות החוץ בבתי החולים הכלליים. וכך, מדינת ישראל נטלה על עצמה את האחריות למימון שירותים אלה (חבר ואחרים, 2005). אחת המשמעויות הקשות של אי-העברת שירותי בריאות הנפש לתוספת השנייה הייתה שמנגנוני העדכון של התוספת השנייה לא הוחלו על שירותי בריאות הנפש. הדבר התבטא בשחיקה ריאלית חריפה בתקציב שירותי בריאות הנפש ובפגיעה בהיצע השירותים לחולים (חבר ואחרים, 2005).[2]

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

בסוף שנות התשעים שררה תחושה שמערכת בריאות הנפש עומדת בפני משבר, הן בשל גידול במספר החולים והן בשל צמצום במערך האשפוז ללא פיתוח מספק של שירותים קהילתיים. המועצה הלאומית לבריאות הנפש, שהוקמה באותה עת לערך, לקחה על עצמה לבחון בשנית את המלצות ועדת נתניהו. לשם כך, היא הקימה ועדת היגוי (בראשות פרופ' משה קוטלר) שדנה בנושא והגישה להנהלת משרד הבריאות את המלצותיה, אשר חזרו למעשה על עיקרי המלצות ועדת נתניהו. בנוסף על ועדה זו, קמו שתי ועדות בראשות פרופ' מרדכי שני שתפקידן היה להעריך ולבחון את היעדים לרפורמה ולגבש את התפיסה והדרך ליישום העברת האחריות הביטוחית לחולי הנפש מהמדינה לקופות החולים (חבר ואחרים, 2005). על אף שהוחל ביישום הרכיב המבני והרכיב השיקומי, נותרה מחלוקת סביב הרכיב הביטוחי. בינואר 2003 התקבלה החלטת ממשלה (מס' 2905) כי יש להשלים את הרפורמה הביטוחית תוך שישה חודשים. ההחלטה לא יושמה, בעיקר בשל היעדר הסכמה בין הגורמים המעורבים השונים לגבי עלות ההעברה ומנגנון ההעברה. עיכוב נוסף נגרם כתוצאה מחלוקת בין משרד הבריאות למשרד האוצר בנוגע לסגירת

---

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

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

2.1 מטרות הרפורמה בבריאות הנפש

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

1. שילוב הטיפול בגוף ובנפש ויצירת רצף טיפולי.
2. שיפור איכות הטיפול על-ידי צמצום האשפוז והרחבת חלופות טיפוליות בקהילה.
3. הסרת הסטיגמה מהמטופלים בשירותי בריאות הנפש.
4. הגדלת זמינות השירותים ונגישותם (פריסה רחבה וצודקת והגדלת היצע הטיפולים לטווח רחב יותר של בעיות).
5. שיפור רמת השירות (כתוצאה מהתחרות בין ספקי השירותים השונים).
6. שימוש יעיל במקורות מימון וחיסכון תקציבי (כתוצאה מהמרת שירותי האשפוז בשירותים קהילתיים).
7. שיפור מעמד המקצוע והשירות.
8. הוצאת הספקת השירותים מידי משרד הבריאות והתמקדותו בהתוויית מדיניות ובפיקוח.

2.2 רכיבי הרפורמה בבריאות הנפש

הרפורמה בבריאות הנפש היא תהליך מתמשך שהחל להתעצב כמכלול עם המלצות ועדת נתניהו ב-1990. הרפורמה כוללת שלושה רכיבים: מבני, שיקומי וביטוחי. צמצום מספר המאושפזים ומיטות האשפוז (הרכיב המבני) החל בראשית שנות השמונים, והתגבר לאור המלצות ועדת נתניהו. הרכיב השיקומי, ששורשיו מוקדמים אף הם, קיבל ביטוי פורמלי עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש״ס-2000, ועם יישומו ב-2001. הצלע השלישית הדרושה להשלמת ההיגיון הפנימי של הרפורמה, הרכיב הביטוחי, הייתה אמורה לצאת מהכוח אל הפועל בשנת 2009. הסוגיות המחקריות הכרוכות בהערכת יישומו של רכיב זה והשפעתו נדונו בסדנה זו.

הרכיב המבני מבטא את הגישה הטיפולית העומדת בבסיס מדיניות ארגון הבריאות העולמי (משרד הבריאות, 2004). גישה זו מצדדת בצמצום האשפוז הפסיכיאטרי בבתי החולים ובמניעת אשפוזים פוטנציאליים ומעדיפה שחרור מטופלים לשירותי טיפול ושיקום בקהילה. רכיב זה כולל בעיקר צמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות. במקביל, נדרשו בתי החולים הפסיכיאטריים לקצר את משכי האשפוז,

הרכיב השיקומי מהווה ביטוי של הגישה הטיפולית דלעיל, הדוגלת בשילוב אופטימלי בקהילה, תוך מתן טיפול נפשי לפי הצורך. גישה זו באה לידי ביטוי החל מסוף שנות השישים ביוזמתם של ארגונים חוץ-ממשלתיים (כדוגמת מועדון "שלום ואנוש"). אולם, מתן השירותים השיקומיים בקהילה היה באחריותם של משרד הרווחה ומשרד הבריאות (שרשבסקי, 2006). ב-1997 קבעה ועדה משותפת לשני המשרדים את תכולת סל השיקום ואת הגדרות הזכאות לשיקום. הואיל שמשרד הרווחה ביקש לוותר על חלקו בתכנית, נטל משרד הבריאות את מלוא האחריות על אוכלוסיית נפגעי הנפש. וכך, בשנת 1999 החלה מערכת השיקום לפעול במתכונת החדשה שעוצבה במשרד, שעוגנה לאחר מכן בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. החוק מאפשר לבעלי נכות נפשית של 40% לפחות לקבל שירותי שיקום שיסייעו להם להשתלב בקהילה. מערך שירותי השיקום בקהילה כולל: שירותי דיור, תעסוקה, השכלה נתמכת, חונכות, חברה ופנאי ועוד. מדוח מבקר המדינה 52ב' לשנת 2001 עולה כי מערכת השיקום התנהלה בעצלתיים: בעוד שעל-פי נתוני המוסד לביטוח לאומי היו אז 41,000 זכאים לשירותי שיקום (לפי החוק - בעלי 40% נכות ומעלה נפשית בני 18-65), הרי שרק כ-8,000 מהם קיבלו שירותי שיקום.

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

הרכיב הביטוחי משמעו העברת האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים, באמצעות הכללת שירותי בריאות הנפש בתוספת השנייה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מהלך זה נועד בין היתר לפתור את ניגוד העניינים של משרד הבריאות כספק שירותים, מחד, וכרגולטור, מאידך, ולאפשר למשרד הבריאות להתמקד בקביעת מדיניות ובהבטחת יישומה, ברישוי מוסדות ופיקוח על מתן שירותים, בבקרת איכות, בניהול המרשם הלאומי של מאושפזים פסיכיאטריים ועוד. מהלך זה נועד גם ליצור תחרות בין ספקי שירותי בריאות הנפש במטרה לשפר את איכות הטיפול, מחד, ולרסן הוצאות, מאידך. הוא מבטא גם את הגישה המקצועית הדוגלת בטיפול בגוף ונפש כמכלול. סל שירותי בריאות הנפש שהאחריות על הספקתו תועבר לקופות החולים הוגדר בהסכם. בהסכם הוגדרו גם השירותים שנותרו באחריות משרד הבריאות (גמילה, אסירים, שיקום נכי נפש, ילדים אוטיסטים

3. מושב הפתיחה: קווים להערכת הרפורמה הביטוחית

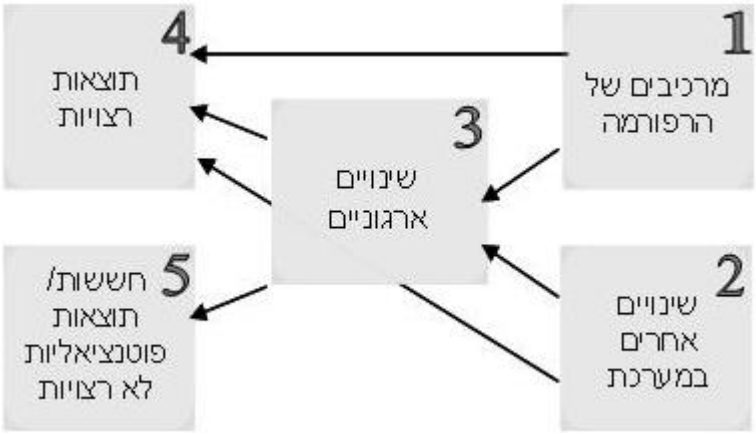
הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש נועדה להשיג שורה של מטרות הנגזרות מיעדים טיפוליים וכלכליים במטרה לשפר את תפקוד מערכת השירותים. אחד מיעדיה העיקריים הוא שיפור זמינות ונגישות הטיפול, לרבות קיצור זמני המתנה, צמצום המרחקים ממקום המגורים למוקדי הטיפול, הגברת תשומת הלב לפסיכיאטרייה הרכה (כגון חרדה ודיכאון), הפחתת הסטיגמה וצמצום חסמים כספיים וצרכים לא מסופקים.

יעד נוסף בעל חשיבות עליונה הוא שיפור הקשר בין הטיפול הנפשי לטיפול הפיזי. יעד זה כולל בתוכו שלוש מטרות משנה: הספקת טיפול נפשי הולם ואיכותי על-ידי רופאים ראשוניים; הספקת טיפול פיזי הולם לפגועי נפש (כולל ברפואה המונעת) ושיפור הקשר בין רופאים ראשוניים למומחים לבריאות הנפש. יעד זה אף קשור ישירות ליעד מרכזי נוסף, אשר עומד בבסיס הרפורמה: המשך המעבר מאשפוז לשירותים בקהילה. לרפורמה הביטוחית יש כמובן גם יעדים טיפוליים, לרבות שיפור איכות הטיפול ושיפור איכות חייהם של אנשים עם תסמונות נפשיות ושל משפחותיהם. בנוסף לכך, במישור המקצועי באה הרפורמה לשפר את מעמד הטיפול הנפשי ואת מעמדם של המטפלים.

לרפורמה יש גם מטרות כלכליות, ביניהן, צמצום ההוצאה על שירותי בריאות כלליים והגדלת התקציב הממשלתי לבריאות הנפש. עוד ניתן למנות בין יעדיה של הרפורמה את השוואת הזכות לקבלת הטיפול ולבחירתו בין בעיות נפשיות לבין בעיות פיזיות וניצול יעיל יותר של שירותי השיקום.

תרשים 1 להלן מציג את מודל השינוי במערכת בריאות הנפש שעליו מבוססת הערכת הרפורמה הביטוחית. המודל משמש בסיס לחשיבה ולדיון על הסוגיות הכרוכות בהערכת השלכות הרפורמה המבנית על הנושאים הכלולים במודל.

תרשים 1: מודל השינוי במערכת בריאות הנפש



1	**רכיבי הרפורמה הביטוחית** ◆ העברת האחריות מהממשלה אל קופות החולים ◆ הגדרת סל השירותים של בריאות הנפש ◆ נוסחת הקפיטציה	4	**תוצאות רצויות** ◆ שיפור הקשר בין שירותי בריאות הנפש לשירותי הבריאות הכלליים ◆ שיפור ביעילות, בנגישות ובזמינות ◆ שיפור מעמד הפסיכיאטרים ◆ רמות מימון ממשלתי גבוהות יותר ◆ שינוי בתפקיד הממשלה ◆ יותר תשומת-לב לבעיות בריאות נפש קלות-מתונות
2	**שינויים אחרים במערכת** ◆ רפורמה מבנית ◆ רפורמה שיקומית	5	**חששות/תוצאות פוטנציאליות לא רצויות** **א**. חששות הקשורים לתמריצים, למניעים ולפעולות של קופות החולים ◆ הימנעות מטיפול בחולים הקשים ביותר או מתן טיפול-חסר ◆ הפעולות לחיסכון בעלויות יפגעו באיכות הטיפול ◆ דגש-יתר על טיפול תרופתי ◆ שיתוף פעולה בלתי-מספיק עם שירותי הרווחה והשיקום ◆ לא יהיה מספיק דגש על הכשרה מקצועית **ב**. חששות הקשורים לתכנון הרפורמה וליישומה ◆ מחסומים בפני שירותי שיקום נחוצים ◆ מרפאות ממשלתיות ייסגרו בטרם עת ◆ רמות המימון של הממשלה יצטמצמו במשך הזמן
3	**שינויים ארגוניים** ◆ ממשלה - תיקוני-ביניים בתכנית הרפורמה ◆ קופות החולים ◆ החלטות "הספקה/קנייה" ◆ תפקיד הרופאים הראשוניים ◆ הרכב אנשי המקצוע ◆ תמהיל הגישות הטיפוליות		

כיוונים למחקר

- לעמוד על המידה שהרפורמה השיגה את יעדיה (התוצאות הרצויות) והאם התממשו החששות מתוצאותיה.
- לבחון את הרפורמה, לא רק מן ההיבט התקציבי, אלא גם מן ההיבט של בריאות האוכלוסייה - האם הרפורמה מעניקה בריאות טובה יותר לאוכלוסייה. במחקר מסוג זה יש לחפש מדדים מתאימים להערכה ולהחליט מהם ההיבטים החשובים ביותר למדידה, וכיצד למדוד אותם.
- לבדוק את איכות השירותים הניתנים עם החלת הרפורמה: התנהלות הקופות מבחינת מגוון וסוג השירותים שהן ייתנו, תגובת הפסיכולוגים והפסיכיאטרים לשינויים והשלכות נוספות.
- בחינת עלות ההערכה המחקרית של הרפורמה, תוך דגש על אינטראקציה בין מערכות מידע מנהליות להערכה המחקרית.

4. מושב ראשון: רפואה ראשונית ובריאות הנפש

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

ממחקרים שנעשו בארץ ובעולם עולה כי שיעור צריכת השירותים הרפואיים על-ידי נפגעי נפש גדול יותר משיעור צריכתם על-ידי האוכלוסייה הכללית. כך, למשל, 78% מהמדווחים על מצוקה נפשית הגיעו לביקור אצל רופא ראשוני בשלושת החודשים שקדמו לעריכת המחקר, לעומת 65% בקרב האוכלוסייה הכללית (גרוס ואחרים, 1998). לעתים, תלונה על סימפטום פיזי מהווה רק "כרטיס כניסה" לטיפול אצל רופא ראשוני (מעוז, 1998), אולם, הרקע לבעיה הוא למעשה נפשי.

אבחון מדויק של מחלת הנפש עשוי לחסוך עלויות למערכת, הן על-ידי פתרון שורש הבעיה (ולא סימפטום שלה) והן על-ידי צמצום צריכת השירותים הרפואיים בידי נפגעי נפש. כמו כן, במקרים מסוימים טיפול נפשי יהיה זול יותר מטיפול תרופתי (גרוס ואחרים, 1998). בנוסף, אנשים רבים עם בעיות פסיכו-סוציאליות מגיעים לשירותי רפואה ראשונית בשל היותם נגישים מאוד. מרביתם אינם פונים או מופנים לשירותי בריאות הנפש מסיבות שונות (מעוז, 1998):

1. סיבות הקשורות למטופל - הפונה אינו מסכים לאבחון שבעייתו נפשית, חרד מהפנייה לשירותי בריאות הנפש או חושש ממחלה גופנית רצינית שטרם נתגלתה.
2. סיבות הקשורות למטפל - הרופא הראשוני אינו יודע כיצד לבשר לחולה כי מדובר במחלת נפש או שאינו רוצה "לאבד את המטופל".

3. סיבות הקשורות למבנה השירותים - חוסר תקשורת בין השירותים השונים, חוסר הבנה של השירותים הניתנים והפתרונות האפשריים בשירות המקביל.

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

השאלה הבסיסית העולה מסוגיה זו היא מה תהיה חלוקת העבודה בין המטפל הראשוני למומחה לבריאות הנפש. בארץ, עשויים לפעול מודלים של שירות, בהם לרופא הראשוני יש אחריות רבה הן על הטיפול כמכלול בבעיות של המטופל (פיזיות ונפשיות) והן על יצירת תמונת מצב אינטגרטיבית. במודלים אחרים, לרופא הראשוני יש אחריות פחותה על נושאים אלו, ותפקידו מתמצה בעיקר בזיהוי נכון של הבעיות השונות והפניית המטופל למומחה מתאים. בכל מקרה, אופן חלוקת העבודה והממשקים בין המטפל הראשוני למומחה בריאות הנפש עלולים להוות כר לאי-הבנות (מצד נותני השירותים והמטופלים כאחד) ולנפילת מטופלים בין הכיסאות בשל חוסר אינטגרציה והמשכיות בטיפול. דרוש, אם כן, מחקר שיבחן את המודלים הארגוניים השונים, שבחרו קופות החולים, לקשר בין הרפואה הראשונית לבין הטיפול בבריאות הנפש ואת המייחד אותם מבחינת אופן חלוקת האחריות ומידת שיתוף הפעולה בממשק שבין הרופא הראשוני למומחים בבריאות הנפש.

באופן עקרוני, רופאי המשפחה שהתמחו בישראל למדו להתמודד עם מצוקות נפשיות במסגרת לימודיהם, אך לא ניתן לומר זאת בוודאות לגבי אלו שהתמחו בחו"ל. עם זאת, נראה כי עיקר הבעיה אינה בהכשרתם של הרופאים להתמודד מצוקות נפשיות, כי אם במידת נכונותם להתמודד עם נושא זה. חלקם אינם מביעים רצון לטפל במצוקות נפשיות, ומביעים חשש מעומס עבודה נוסף שיוטל עליהם. רבים מהם מתקשים לדבר על בעיות נפשיות עם מטופליהם. ניתן לפתור בעיה זו באמצעות הכשרת רופאי המשפחה להתמודד עם מטופלים במצוקות נפשיות והרחבת ידיעותיהם בתחום רפואת הנפש.

מכאן שחשוב לחקור את עמדותיהם של הרופאים הראשוניים כלפי טיפול פסיכיאטרי ראשוני מכמה היבטים:

א. האם יש נכונות מצד הרופא לקחת על עצמו את הטיפול בחולה?

ב. אם כן, באילו תנאים?

ג. האם יש נכונות לשיתוף פעולה עם מומחי בריאות הנפש, כולל קבלת הדרכה מהם?

ד. מהי, להערכת הרופא, מידת הידע המקצועי שלו בטיפול בבריאות הנפש?

ה. מהן תחושותיו לגבי מיומנויות התקשורת ומידת ההיכרות עם חולים אלו?

כיוונים למחקר

- לבחון האם חלו שינויים באופי הטיפול (שיטת הטיפול, מינון התרופות, ייזום שיחה וייעוץ של הרופא) ובהפניה למומחים.
- לבדוק את חלוקת תחומי האחריות בין המטפלים השונים, את אופי שיתוף הפעולה ביניהם, את הנסיבות או המקרים שנדרשת עבודה של צוות רב-מקצועי, ואף, את השפעת הרפורמה על מידת האמון בין המקצועות השונים בבריאות הנפש.
- לעמוד על המידה שהמטפלים הראשוניים חשים כי קיבלו הכשרה מתאימה ומספקת לטיפול במחלות נפש ואת היענותם למילוי הסמכות החדשה שהוטלה עליהם.
- לבחון איזו הכשרה צריך הרופא הראשוני לקבל - ידע מקצועי, מיומנויות תקשורת, היכרות עם החולים.
- לברר אם חל שיפור במידת הזמינות והנגישות של שירותי בריאות הנפש.

5. מושב שני: השימוש בשירותים והיבטים כלכליים

משמעותו של הרכיב הביטוחי של הרפורמה הוא העברת האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. סל שירותי בריאות הנפש, שהספקתו תהיה מעתה באחריות קופות החולים, הוגדר בהסכם וכך גם סוגי ההתערבויות שמבוטחי הקופות זכאים להם ומספר הטיפולים שכל מטופל זכאי לו בהתאם לאבחנה שקיבל. סל השירותים קובע את רמת ההשתתפות העצמית על טיפולים שונים. הסל גם מגדיר את האבחנות שאינן נכללות בתחום האחריות של קופות החולים. בעבור הספקת השירותים, קופות החולים אמורות לקבל 1,106.6 מיליון ש״ח בשנת 2007, תקציב שבשנת 2010 יגיע ל-1,226.9 מיליון ש״ח. סכומים אלה מורכבים ברובם מן התקציב המוקצה כיום לשירותי בריאות הנפש (להוציא חלק התקציב המוקצה לשירותים שישארו באחריות משרד הבריאות[3]), ובחלקם ממקורות אחרים. התקציב הזה יחולק בין קופות החולים באופן הבא: כ-70% יוקצו לפי התפלגות צריכת ימי האשפוז בין קופות החולים בשנת 2005; יתרת המקורות הכספיים (30%) יוקצו לקופות על בסיס נוסחת הקפיטציה המופיעה בהסכם. מקדמי הקפיטציה החדשים בנוסחה זו משקפים שני פרמטרים: 1. גיל, לפי שתי קבוצות גיל {0-24} {+25}; 2. עלות ממוצעת של צריכה אמבולטורית: 15 ביקורים בממוצע לצורך קבלת טיפול נפשי ל-2% מקבוצת הגיל 0-24, ו-10 ביקורים בממוצע ל-4% מקבוצת הגיל +25. נוסחת הקפיטציה תיבחן שוב לקראת סוף שנת 2010. בנוסף, משרד האוצר אמור להקצות לקופות החולים סכום מיוחד ומוגבל בזמן (כשלושים מיליון ש״ח תוך שלוש שנים), מעבר לתקציב המיועד להן, המיועד לפיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה. תוספת זו מותנית בחתימת הסכמים תלת-שנתיים עם הקופות לפיתוח תשתיות בקהילה.

אופן הקצאה זה מעלה את השאלה האם קופות החולים יערכו סינון מבוטחים פגועי נפש? ייתכן כי יש צורך לכלול בנוסחת הקפיטציה משתנים נוספים למשתנה הגיל (כגון מצב סוציו-אקונומי וקבלת קצבת

---

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

ככל הנראה, מקורות המימון שיעמדו לרשות קופות החולים לביצוע הרפורמה יתווספו לסך מקורות החוק, דהיינו, לא יהיו מיועדים לנושא בריאות הנפש בלבד (הקצאה בלתי-צבועה). על כן, בנוסף לבחינת נוסחת הקפיטציה עצמה, יש לבחון את יתרונותיה ואת חסרונותיה של הקצאה בלתי-צבועה - כיצד תושפע השקעת קופות החולים בתחום בריאות הנפש מאופן חלוקת המשאבים בין הקופות?

בנוסף על כך, יש לבחון כיצד תשפיע העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות על דפוסי הצריכה של שירותים אלה. לאור ההנחה כי יש כיום שימוש חסר בשירותי בריאות הנפש בקהילה, עלינו לאתר את החסמים הנוכחיים בפני הצריכה ולבדוק האם קיימים פערים בדפוסי השימוש הנוכחיים בין אוכלוסיות או בין אזורים גאוגרפיים. יש לזכור, כי יש הטוענים כי עיגון הזכאות לשירותי בריאות הנפש תחת אחריותן של קופות החולים יביא דווקא לשימוש עודף (בעיקר בפסיכיאטרייה הרכה). שימוש בשירותי בריאות הנפש לפי סוג השירות גם הוא נושא שיש לחוקרו. נושא חשוב לא פחות שיש לבדוק קשור למנגנוני ההשתתפות העצמית המוצעים ברפורמה ובחינה כיצד הם עשויים להיות חסם בפני שימוש עתידי.

בנוסף להעברת האחריות לקופות החולים, יתוגברו במסגרת הרפורמה מערכי שירותי בריאות הנפש הקהילתיים. תגבור המערך הקהילתי עומד בבסיס הרפורמה, הן כתחליף לשירותי האשפוז הפסיכיאטרי והן כתחליף לשירותים רפואיים כלליים בקהילה. דרוש מחקר שילווה את המהלך ויבדוק את השינויים במערך האשפוז, לעומת השינויים במערך הטיפול הקהילתי מהיבטים שונים, כגון שימוש בשירותים ועלויות.

היבט נוסף שכדאי לבדוק בעקבות מעבר שירותי בריאות הנפש לאחריותן של קופות החולים, הוא כיצד יתגבשו דפוסי ההתחשבנות בין קופות החולים ובין בתי החולים לבריאות הנפש, ועד כמה יהיו שונים מדפוסי ההתחשבנות ברפואה הכללית.

כיוונים למחקר

השפעות על המשק ועל תקציב המדינה

- לזהות את התועלת הכללית למשק מההשקעה בטיפול נפשי (בעיקר בטיפול בחולים כרוניים)
- לבדוק כיצד השפיעה הרפורמה על סך ההוצאה הלאומית על בריאות הנפש ועל שיעורה מסך ההוצאה הלאומית על בריאות
- לבדוק כיצד תשפיע הרפורמה על ההוצאה הלאומית על תרופות
- לבחון את אופן חלוקת תקציב בריאות הנפש (קהילה מול בתי החולים, מרכז מול פריפריה)
- לבדוק את עלות הבקרה על הקופות בעקבות הרפורמה
- לבחון את השלכות הרפורמה על הקשר בין שירותי בריאות הנפש לשירותי הרווחה בהיבט התקציבי

השפעות על המטופל ועל משפחתו

- לבחון את ההשפעה הכלכלית של הרפורמה על בני המשפחה של המטופל (כושר ההשתכרות של המשפחה)
- לבדוק כיצד תשפיע הרפורמה על מעבר המבוטחים בין הקופות
- לבדוק כיצד תשפיע הרפורמה על ההוצאות על בריאות פיזית
- לבחון את נושא ההשתתפות העצמית של המבוטחים על טיפול נפשי
- לעמוד על ההבדלים בצריכת שירותים בין אוכלוסיות שונות (חולים קשים מול קלים, גילאים שונים, מרכז-פריפריה, מעמד סוציו-אקונומי)
- לבחון את השפעת הרפורמה על הגיל הרך וילדים
- לבדוק האם הרפורמה הביאה לשימוש עודף בשירותי בריאות הנפש, בעיקר בפסיכיאטרייה הרכה

התנהגות הקופות בעקבות הרפורמה

- לבחון את נוסחת הקפיטציה להקצאת הכספים בין הקופות, וכן, את ההקצאה לכל קופה, כדי לבדוק את אופן השימוש שהקופות עושות בתקציב שהן מקבלות
- לעקוב אחר התנהגות הקופות כתוצאה מהגדלת הסל: אלו תמריצים כלכליים עשויים להנחותן? האם עלול להיות להן תמריץ שלילי לבחור בטיפולים זולים יחסית?
- לבחון כיצד יפעילו קופות החולים את התקרות/מכסות הטיפול וכיצד ישפיעו התקרות על אופן הפעלת השירות ועל מתן הטיפול
- לעמוד על המידה שהקופות שומרות על עקרון השוויוניות בעקבות השינוי
- לבחון את השפעת הרפורמה על הקשר שבין אשפוז לקהילה
- לבנות תשתיות של מידע זמין בעבור המחקר
- השפעת הרפורמה על הביטוחים המשלימים
- לבחון את האפקטיביות של שירותי השיקום
- לזהות את דפוסי היערכות הקופות לרפורמה: כיצד יפותחו השירותים הקהילתיים - רכש מגורמים פרטיים או ציבוריים? האם יועסקו הרופאים כעובדי הקופה או כעצמאיים? האם יוקמו מרפאות לבריאות הנפש או שמא ישולב הטיפול הנפשי במרפאות הכלליות?

6. מושב שלישי: השפעת הרפורמה על הצרכן

הרפורמה בבריאות הנפש תשפיע על היבטים שונים בחייהם של הצרכן של שירותים אלה: התנהגותו ואיכות חייו, כגון שינויים בצריכת הטיפולים, התפקוד שלו כמטופל והסטיגמה המלווה את מחלות הנפש. אחת המטרות המרכזיות של הרפורמה היא שילוב רפואת הנפש ברפואת הגוף, תוך העברת מרכז הכובד הטיפולי מהאשפוז אל הקהילה. ניתן לשער כי למהלך זה יהיו השלכות על איכות הטיפול בחולי הנפש. מכאן, שיש חשיבות רבה לבחינת הצלחתו של המהלך מן ההיבט הקליני. בשל המעבר ממסגרות האשפוז לקהילה, יש לשים דגש מיוחד על הטיפול בחולים קשים בקהילה, ולבחון כיצד השפיע עליהם המעבר בין המסגרות הטיפוליות.

מחד, ההיגיון הרפואי הטמון ברפורמה בכל הנוגע לשילוב רפואת הגוף והנפש אמור לשפר את מצבם הקליני של החולים. מאידך, יש להביא בחשבון מצב בו שחרור המטופלים לקהילה יתבצע מוקדם מדי, מבלי שהמסגרות התומכות, לרבות משפחתו של המטופל, יהיו ערוכות לכך. פגיעה באיכות הקלינית של הטיפול עלולה להתרחש גם עקב שיקולים כספיים: חיסכון בעלויות הטיפול עלול להוביל למיומנות נמוכה של מטפלים, למתן טיפול לא הולם, לקיצור משך הטיפול ולמיעוט מרפאות.

קבוצה נוספת שתושפע מהרפורמה היא חולים עם בעיות נפשיות קלות, וכן, אנשים הסובלים ממצוקה נפשית ללא אבחנה פסיכיאטרית. שכן, האחריות לטיפול תעבור לקופות החולים וייקבע סל מוגדר של שירותי בריאות הנפש שהם זכאים לקבל.

יצוין כי תגובת הקופות לכללי המשחק החדשים בעקבות יישום הרפורמה תשפיע על צרכני השירותים. מדיוני המושב הראשון עלה כי תגובות הקופות יתייחסו לתחומים מגוונים: פיתוח מודלים שונים לאספקת שירותי בריאות נפש, קבלת החלטות לגבי ההיקף וההרכב של כוח האדם שיעסוק בבריאות הנפש, קבלת החלטות לגבי מעורבות הרפואה הראשונית בטיפול בבעיות נפשיות, קביעת טיב ההכשרה והתמיכה שתינתן למטפלים ברפואה הראשונית, גיבוש דפוסי שיתוף פעולה עם גורמים נוספים העוסקים בבריאות נפש מחוץ למערכת הבריאות, קביעת גובה ההשתתפות העצמית וקביעת היצע שירותי בריאות הנפש שינתנו בביטוח המשלים.

נוסף על ההיבט הקליני, יש לבחון את הרפורמה מהיבטים נוספים בעלי השפעה על איכות שירותי בריאות הנפש שעשויים להשתנות בעקבות הרפורמה, למשל, נגישות השירותים, חופש הבחירה ושוויון: א. פריסתם של השירותים בשטח - מידת זמינותם בעבור הצרכן מבחינת זמן ומרחק הגעה ב. מתן אפשרות לצרכן לבחור את השירות המועדף עליו. בחינתן של סוגיות אלה נועדה לא רק לבחון את איכות הטיפול, אלא גם לבדוק האם נשמר עיקרון השוויון שעליו מושתת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

מן האמור לעיל נובע כי ניתן לזהות תוצאות רצויות ולא-רצויות בעקבות הרפורמה. בין **התוצאות הרצויות** ניתן למנות: שיפור איכות טיפול קליני בחולים קשים על-ידי טיפול בקהילה ושיקום; שיפור איכות טיפול בקהילה: שילוב גוף ונפש, רצף, תיאום והמשכיות הטיפול; הרחבת שירותי בריאות הנפש ושיפור זמינותם: זמן ההמתנה, המרחק, הבחירה (קידום שוויון); הסרתם של מחסומים כספיים ואחרים לטיפול (קידום שוויון); והפחתת הסטיגמה.

בין **התוצאות הלא-רצויות** ניתן למנות מניעת אשפוז ו/או שחרור מוקדם מדי לקהילה ללא טיפול תומך והעברת הנטל למשפחות; גלגול עלויות (Cost shifting) - מאשפוז לשיקום (ללא הקפדה על איכות השיקום); הזנחת מצבים "אפורים" (דמנטיה, פיגור, משברי חיים, הפרעות קלות); פגיעה באיכות הטיפול הקליני עקב שיקולים כספיים (מיומנות נמוכה של מטפלים, סוג טיפול, משך טיפול, מיעוט מרפאות); והשקעת משאבים בחולים ללא אבחנה על חשבון חולים קשים יותר.

נוסף למעקב אחר תוצאות הרפורמה, יש לעקוב אחר הסוגיות השונות שעלו בדיון לפי חתכים מרכזיים:

- **סוג הבעיה** - מחלות נפש כרוניות, חולים בקהילה עם הפרעה מאובחנת, אנשים עם מצוקה נפשית שאינה עומדת בקריטריונים של אבחנה פסיכיאטרית

- **סוג הטיפול** - מניעה, איתור ואבחון, טיפול, מעקב, שיקום
- **אוכלוסיות פגיעות** - ילדים, קשישים, עולים, ערבים, בעלי מחלה פיזית כרונית, תושבי פריפריה, עניים

בתוך כך, יש להביא בחשבון חקר סוגיות מורכבות, גם כן על-פי החתכים שפורטו לעיל: סוג הבעיה, סוג הטיפול ואוכלוסיות פגיעות. דוגמה לסוגיה מורכבת היא חקר הקצאת המשאבים לשירותי בריאות הנפש. לשם כך, יש צורך להשוות בין קבוצות אוכלוסייה הסובלות מסוג שונה של בעיה (למשל, מצוקה נפשית לא מאובחנת בהשוואה לבעלי הפרעה מאובחנת), בין קבוצות בעלות מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים (למשל קשישים לעומת צעירים) או להתייחס לסוגי טיפול שונים (למשל איתור מול שיקום).

כיוונים למחקר

השפעה על איכות חייו של המטופל

- למדוד את רמת תפקוד האוכלוסייה המטופלת ולבדוק האם חל שיפור באיכות חייה
- לבדוק האם הרפורמה תגרום להחמרת המצב הנפשי עקב ההגבלה על מספר הביקורים (טופסי 17)
- לבחון את השינוי בסטיגמה, בעיקר בקרב קבוצות אוכלוסייה מסוימות, כגון חרדים
- לבדוק האם כתוצאה מהרפורמה יגבר העומס על משפחת המטופל
- לערוך סקרים אפידמיולוגיים של תחלואת נפש על-מנת לבחון את הצלחת הרפורמה מן ההיבט הקליני

השפעה על התנהגות הצרכן

- לבדוק האם עלה מספר המטופלים בעקבות הרפורמה
- לבחון האם הצרכן יודע למי לפנות ואת זמינות ונגישות הטיפולים
- לעמוד על שביעות הרצון בקרב הצרכנים לגבי כל סוגי השירותים בבריאות הנפש
- אבחנות בתחום בריאות הנפש מקנות זכויות בביטוח לאומי. אי לכך, ראוי לבחון האם גדל מספר מקרי האבחון אצל רופא המשפחה כדי לקבל זכויות בביטוח לאומי
- לבדוק את תגובת הצרכים לסל מוגדר של שירותי בריאות הנפש

השפעה על איכות השירותים

- לבחון את המידה בה מבטיחה הרפורמה שירותי חירום
- לבחון את השפעת הרפורמה על התנאים הפיזיים של מערכת האשפוז
- לבדוק אילו בעיות נפשיות מקבלות מענה ולגבי אילו יש חסר
- לבדוק האם הקופות פועלות לאיתור ומניעה של מחלות נפש

7. סיכום

הסדנה לדיון בסוגיות למחקר הערכת הרפורמה בבריאות הנפש הייתה הזדמנות יוצאת דופן לחוקרים ולאנשי מעשה לזהות, בתהליך של חשיבה משותפת, את הסוגיות שראוי להתמקד בהן בהערכת רפורמה ארגונית וחברתית חשובה כרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. הדיונים בסדנה התמקדו במספר

במהלך הסדנה נבחנו שאלות רבות הדנות בהשפעתה של הרפורמה על התנהלות הקופות, על התנהגות הצרכן, על איכות הטיפול ועל תקציב רפואת הנפש, והוצעו דרכים שונות למדוד את הצלחתה. בדיון על **קווים להערכת הרפורמה** הוצגו יעדי הרפורמה ומודל מושגי של השינוי במערכת בריאות הנפש אשר ישמש בסיס להערכה המחקרית. בדיון על **רפואה ראשונית ובריאות הנפש** הודגש כי להעברת האחריות על בריאות הנפש יש השלכות על עבודתו של הרופא הראשוני, על מערך הרפואה הראשונית ועל מבוטחי הקופות. השלכות אלה נובעות מכך שעם יישום הרכיב הביטוחי של הרפורמה תטופלנה מחלות הנפש ככל מחלה אחרת. המגע הראשוני ייעשה אצל הרופא הראשוני. הוא יאבחן את המחלה וייתן את הטיפול המתאים או יַפְנה למומחה לבריאות הנפש לטיפול מעמיק יותר. בסדנה זוהו מספר בעיות אשר עלולות להיווצר כתוצאה ממהלך זה, ולכן חשוב להעריכן:

- מטופלים נופלים בין הכיסאות בשל חוסר אינטגרציה והמשכיות בטיפול בין הרופא הראשוני למומחה לבריאות הנפש.
- אי-ודאות לגבי יכולתם ונכונותם של חלק מהרופאים להתמודד עם מצוקות נפשיות.
- חשש של הרופאים מעומס עבודה נוסף שיוטל עליהם.

במקביל, זוהתה האפשרות שהשינוי ייצור הזדמנות לחיבור טוב יותר בין הטיפול הפיזי לטיפול הנפשי שגם אליה חשוב להתייחס במחקר ההערכה.

בדיון על **השימוש בשירותים והיבטים כלכליים** הודגש כי העברת האחריות הביטוחית על בריאות הנפש ממשרד הבריאות אל קופות החולים תלווה בתוספת תקציבית אשר תינתן לקופות בגין הפעלת השירות. לאופן שבו יחולק התקציב עשויה להיות השפעה מכרעת על התנהלות הקופות בכל הנוגע לאספקת השירות ואיכותו. בתוך כך, יש לבחון את נוסחת הקפיטציה לחלוקת התקציב ואת המשמעות שיש לאי-צביעת התקציב לבריאות הנפש. שאלות כלכליות חשובות נוספות אשר עלו בסדנה, ביניהן:

- השפעת הרפורמה על ההוצאה הלאומית על בריאות הנפש
- תועלתה הכלכלית למשק
- חלוקת התקציב בין הקהילה לבתי החולים ובין מרכז לפריפריה
- השפעת הרפורמה על מעבר המבוטחים בין הקופות
- מידת השמירה על עיקרון השוויון בעקבות הרפורמה
- עלות הבקרה על הקופות

בדיון על **השפעת הרפורמה על הצרכן** עלה כי כאשר בוחנים את הרפורמה מנקודת מבטו של הצרכן, יש לבדוק היבטים שונים של השפעת הרפורמה על התנהגותו ועל איכות חייו, כגון שינויים בצריכת הטיפולים, בתפקוד המטופלים ובסטיגמה המלווה את מחלות הנפש. ניתן לשער כי לרפורמה יהיו השלכות על איכות הטיפול בחולי הנפש, ועל כן יש חשיבות רבה לבחינת הצלחתו של המהלך מן ההיבט הקליני, דהיינו לבדוק האם השתפר מצבם של החולים. עוד יש לבחון את נגישות השירות, את השפעת הרפורמה על התנאים הפיזיים של האשפוז, את השינויים במספר המטופלים, את הפעילויות למניעה ולאיתור מחלות נפש ועוד.

הסדנה זכתה לעניין רב ולהשתתפות פעילה מצד כל הגורמים במערכת, שגם תרמו רבות לדיונים. כל ארגון וכל משתתף הוסיף לדיון תובנות יחודיות אשר נבעו בחלקן מזווית הראייה שלו. הדבר המחיש את החשיבות של המשך מעורבות כל הגורמים בליווי הרפורמה והערכתה. יתר על כן, כפי שציין אחד המשתתפים - פרופ׳ אורי אבירם, המפגש תרם ליצירת קהילה של אנשי מקצוע העוסקים ומתעניינים ברפורמה בבריאות הנפש, וחשוב להמשיך לפתח קהילה זו.

ביבליוגרפיה

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

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

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

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. 2002. **כנס ים-המלח השלישי: התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**, ים המלח, יוני 2002.

חבר, א׳; שני, מ׳; קוטלר, מ׳; פסט, ד׳; אליצור, א׳; ברוך, י׳. 2005. ״הרפורמה בבריאות הנפש - מאין ולאן״. **הרפואה** 144 (ה׳). *http://www.ima.org.il/new/inner.asp?p=4&n=1370&Par=4*.

מבקר המדינה. 1991. **דוח שנתי 41 לשנת 1990 ולחשבונות שנת הכספים 1989**. ירושלים.

מבקר המדינה. 2002. **דוח שנתי 52ב׳ לשנת 2001**. ירושלים.

מדינת ישראל. 1990. **ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, כרך ראשון**. ירושלים.

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

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

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

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

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

ניראל, נ'; אקר, נ'; רוזן, ב'; ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר. 2008. **הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכתה.** הוגש לדיון בסדנה "סוגיות במחקר הערכת הרפורמה בבריאות הנפש" שהתקיימה ב-23 בינואר, 2008 במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
http://brookdaleheb.jdc.org.il/files/PDF/Elisabet/EvaluatingMentalHealthReform-Nov07.pdf

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

נספח א': סדר היום של הסדנה

סדנה לדיון בסוגיות למחקר הערכת הרפורמה בבריאות הנפש

יום רביעי 23 בינואר, אולם מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

סדר יום

התכנסות	9:00 -8:30	
מושב פתיחה	9:00-9:45	**יו"ר:** *פרופ' ג'ק חביב*, מכון ברודקייל **דברי ברכה:** *פרופ' אבי ישראלי*, משרד הבריאות **עיקרי הרפורמה וחשיבותו של מעקב מחקרי:** *ד"ר יעקב פולאקביץ*, משרד הבריאות, האגף לבריאות הנפש **מטרות הסדנה וקווים להערכת הרפורמה:** *ד"ר ברוך רוזן*, מכון ברוקדייל
מושב א': **רפואה ראשונית** **ובריאות הנפש**	11:30 –10:00	**יו"ר:** *פרופ' אליק אבירם*, המכון הלאומי **הצגת הנושא:** *פרופ' חנן מוניץ*, שירותי בריאות כללית *נורית ניראל*, מכון ברוקדייל **דיון מונחה:** שעה ורבע
הפסקת קפה	20 דקות	
מושב ב': **השימוש בשירותים** **והיבטים כלכליים**	13:30 -12:00	**יו"ר:** *ד"ר ברוך רוזן*, מכון ברוקדייל **הצגת הנושא:** *גבי בן-נון*, משרד הבריאות *שולי בראמלי-גרינברג*, מכון ברוקדייל **דיון מונחה:** שעה ורבע
הפסקה	14:00 –13:30	ארוחת צהריים קלה (באולם הישיבות)
מושב ג': **השפעת הרפורמה** **על הצרכן**	15:30 –14:00	**יו"ר:** *ד"ר יעקב פולאקביץ*, משרד הבריאות, האגף לבריאות הנפש **הצגת הנושא:** *פרופ' רויטל גרוס*, מכון ברוקדייל *ד"ר דפנה לוינסון*, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות **דיון מונחה:** שעה ורבע
מושב מסכם	16:30 -15:30	**יו"ר:** *ד"ר ברוך רוזן, ד"ר יעקב פולאקביץ, פרופ' אליק אבירם* **דיון פתוח מונחה ודברי סיכום**

נספח ב': רשימת המשתתפים

אורי	אבירם	המועצה לבריאות הנפש
אליק	אבירם	המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות
אבי	אורן	ארגון המתמודדים
ליאת	איילון	אוניברסיטת בר אילן
דוד	אלישע	משרד הבריאות
אלן	אפטר	מרכז שניידר לרפואת ילדים
לאה	בוצר	משרד הבריאות
שרית	בייץ-מוראי	המוסד לביטוח לאומי
רחל	בלומנזון	בית החולים הפסיכיאטרי נס-ציונה
יוחנן	בן-בסט	מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ערה	בן יהוידע	משרד הבריאות
גבי	בן נון	משרד הבריאות
יוסי	בראל	שירותי בריאות כללית
ג'ון לוק	ברמי	קופת חולים לאומית
שולי	ברמלי-גרינברג	מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
רנטה	גורבטוב	בית הספר המרכזי דימול, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
רויטל	גרוס	מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
רז	גרוס	מכון גרטנר
חיים	דורון	המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות
נלי	זילבר	מכון פאלק
ג'ק	חביב	מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
אנואר	חילף	משרד האוצר
דוד	חיניץ	האוניברסיטה העברית
ציונה	חקלאי	משרד הבריאות
חוה	טבנקין	שירותי בריאות כללית
אבי	ישראלי	משרד הבריאות
אמנון	להד	המועצה הלאומית לרפואה ראשונית
דפנה	לוינסון	משרד הבריאות
יעקב	לרנר	מכון פאלק
שרי	מוזס	מכבי שירותי בריאות
חנן	מוניץ	שירותי בריאות כללית
ברנדה	מורגנשטין	המוסד לביטוח לאומי
גיא	נבון	בנק ישראל

נורית	ניראל	מאיירס-ג׳וינט-מכון ברוקדייל
עוזי	סלנט	קופת חולים מאוחדת
יעקב	פולאקביץ׳	משרד הבריאות
דב	פסט	משרד הבריאות
אילנה	פרבשטיין	משרד הבריאות
נורית	פרידמן	מכבי שירותי בריאות
רחל	קיי	מכבי שירותי בריאות
ניר	קידר	משרד הבריאות
גיורא	קפלן	מכון גרטנר
גיל	רביב	קופת חולים מאוחדת
ברוך	רוזן	מאיירס-ג׳וינט-מכון ברוקדייל
נעמי	שטרוך	מאיירס-ג׳וינט-מכון ברוקדייל
שולי	שי	שירותי בריאות כללית
אריה	שירום	אוניברסיטת תל אביב
אלי	שמיר	האוניברסיטה העברית, ארגון ״עוצמה״
ענת	שמש	משרד הבריאות
יחיאל	שרשבסקי	משרד הבריאות