

סקירת ספרות אסטרטגיות של ארגוני טיפול מבוקר בבריאות הנפש במטרה לצמצם אשפוז



יה צנג

תמצית

האשפוז הפסיכיאטרי הוא אחד הגורמים העיקריים לגידול בנתח ההוצאות הרפואיות על בריאות הנפש בארצות הברית. ארגונים לטיפול מבוקר בבריאות הנפש (MBHOs) הם חברות שמתמחות ביישום טכניקות לניהול טיפול במטרה לספק שירותי בריאות נפש באיכות גבוהה ובמחיר נמוך. מסד ראיות נרחב מראה כי ארגוני הטיפול המבוקר בארה"ב מצמצמים בהצלחה את היקף האשפוז.

מאמר זה סוקר את האסטרטגיות העיקריות שננקטות לצמצום היקף האשפוז: ניהול השימוש בשירות, מעבר יעיל מן האשפוז לקהילה, סלקטיביות בבחירת רשת הספקים, חלוקת סיכונים בין ספקים כדי שלא לעודד טיפול במסגרת אשפוז וכן יצירת תכניות מיוחדות למי שנתונים בסיכון גבוה לאשפוז. על פי רוב הארגונים מפעילים אסטרטגיות אלה בשילובים שונים, וכך מצליחים לצמצם את מספר הקבלות לאשפוז ולקצר את משך האשפוז. אולם, לאסטרטגיות אלו יש גם השפעות שליליות, למשל צמצום לא פרופורציונלי של טיפול בילדים ובאנשים עם מחלת נפש חמורה וסיכון מוגבר לאשפוז מחדש. יש רק מספר מצומצם של מחקרים על השפעות לוואי שליליות של האסטרטגיות שארגוני הטיפול המבוקר נוקטים, ועל כן, בעת יישום האסטרטגיות המיועדות להשיג שליטה בשימוש בשירותי אשפוז, ראוי להימנע מניהול אגרסיבי מדי של השימוש בשירות, בעיקר אצל ילדים, מתבגרים ואנשים עם מחלות נפש חמורות.



האשפוז הפסיכיאטרי הוא אחד הגורמים העיקריים לגידול בנתח ההוצאות הרפואיות על בריאות הנפש בארצות הברית [1]. ארגונים לטיפול מבוקר בבריאות הנפש (MBHOs) הם חברות שמתמחות ביישום טכניקות לניהול טיפול בהפרעות נפשיות ושימוש בסמים או באלכוהול. ארגוני הטיפול המבוקר יכולים להיות עצמאיים, חלק מתכנית ביטוח בריאות (health plan) או ארגונים הנתמכים על ידי ספקים של טיפולי בריאות [2]. הם צצו לראשונה בשנות השמונים המאוחרות במטרה המוצהרת להשיג שירותי בריאות נפש באיכות גבוהה ובמחיר נמוך. כיום, מרבית טיפולי בריאות הנפש בארצות הברית מנוהלים על ידי ארגוני הטיפול המבוקר [3]. האסטרטגיות העיקריות שננקטות למטרה זו כוללות פיתוח רשתות ספקים, הערכת ביצועים, ניהול השימוש בשירות, תיאום טיפול וכן התמקחות על תעריפים לשם צמצום טיפול שנתפס כבלתי ראוי, לא יעיל או לא הכרחי [2], [4]. מסד ראיות נרחב מראה כי ארגוני הטיפול המבוקר מצמצמים בהצלחה את היקף האשפוז [5-9]. מסמך זה סוקר אסטרטגיות נפוצות של ארגוני הטיפול המבוקר שמטרתן לצמצם את האשפוז, והוא דן בהשפעות ובתוצאות הלואי של אסטרטגיות אלו.

אשפוז יכול להיות תוצאה של החמרת מחלות פסיכיאטריות, טיפול לא יעיל בעת אשפוז קודם, חוסר-היענות לטיפול מרפאות חוץ או משאבים קהילתיים לא מספיקים למשל לצורך קידום העסקה או דיור מתאים [10]. מטרת הצמצום בטיפול במסגרת אשפוז הן: הכוונת חולים לרמת הטיפול הראויה בהתאם לצרכים הקליניים; מעבר מטיפולים יקרים במסגרת אשפוז לטיפולים זולים במסגרת הקהילה או לטיפולים במסגרות ביניים אחרות; עידוד החולים להיענות לטיפולים בקהילה ולהתמיד במשטר התרופות כדי למנוע אשפוז. ככלל, גישות אלו צריכות בעיקרון לפעול על ידי מניעת אשפוזים ואשפוזים חוזרים או על ידי קיצור האשפוז. כדי להשיג מטרת אלו, אסטרטגיות שכיחות של ארגוני הטיפול המבוקר הן ניהול השימוש בשירות, מיסוד של העברה יעילה ממסגרת אשפוזית לסביבה קהילתית, סלקטיביות בבחירת רשת הספקים, חלוקת סיכונים בין ספקים כדי שלא לעודד טיפול במסגרת אשפוז וכן יצירת תכניות מיוחדות למי שנתונים בסיכון גבוה לאשפוז. האסטרטגיות דומות זו לזו, אפילו חופפות, ובדרך כלל ארגון אחד לטיפול מבוקר משתמש בכמה אסטרטגיות בעת ובעונה אחת. רוב המחקרים שעסקו בהשפעות ארגוני הטיפול המבוקר על צמצום אשפוז, עם יוצאים מן הכלל בודדים [5, 11, 12], לא הצליחו לברר מהו בדיוק תפקידה הייחודי של כל אסטרטגיה [3]. וכך, במסמך זה, אין בכוונתנו לבדד את תפקידן של אסטרטגיות מסוימות אם אין לכך תמיכה אמפירית.

ניהול השימוש בשירות

הדרך הישירה ביותר לצמצם אשפוז היא ניהול השימוש בשירות (utilization management - UM). היא מצמצמת באופן ממשי את השימוש בטיפולים במסגרת אשפוז [9]. הגדרה אחת ויחידה הקולעת בדיוק לטיבו רב-הפנים של ניהול השימוש

בשירות לא פותחה [13]. בסקירה זו אנו מאמצים את ההגדרה השכיחה ביותר לניהול השימוש בשירות בבריאות הנפש: ניהול השימוש בשירות כולל הסדר ההתחייבות לתשלום לפני הטיפול, ניטור שוטף בעת הטיפול, וניהול טיפול [14,15]. הסדר ההתחייבות מראש כרוך בקבלת אישור לכל השירותים טרם אספקתם. הניטור השוטף מתמקד באישורם של שירותים נוספים ושל משך השהייה של חולים מאושפזים. ניהול טיפול משלב את הסדר ההתחייבות לתשלום עם ניטור בעת הטיפול במקרה של טיפולים אינטנסיביים ומתמשכים יותר, והוא נוטה להתמקד במי שהם צרכני טיפול "כבדים". ניהול טיפול נוטה ליזום פעולה יותר מאשר שתי הפעולות האחרות. כמו כן, מנהל הטיפול יכול לסייע למקבלי טיפול בהשגת שירותי חברה וחינוך ושירותים אחרים הדרושים להם, כגון דיור ותחבורה.

עיקר הצמצום בימי אשפוז לא הושג על ידי הערמת קשיים על עצם האשפוז, אלא על ידי צמצום השהייה בבית החולים, שעל פי רוב הייתה ארוכה יחסית [9]. מחקרים אחדים מצאו שיעור נמוך של דחיית אספקת שירותים ראשוניים. אחד המחקרים מצא שארגון טיפול מבוקר בבריאות הנפש, בחברת ביטוח גדולה, אישר בתחילה טיפול פסיכיאטרי במסגרת אשפוז כמעט לכל החולים (98%). ואולם, אותו מחקר מצא שאושרו רק שליש מהימים המבוקשים (6.9 לעומת 19.0) [14]. כמעט כל המטופלים קיבלו אישור לאותו אורך שהייה ראשוני. פעולה לקיצור השהייה באמצעות ניטור בעת האשפוז הייתה שכיחה יותר. אחד המחקרים מצא שבהשוואה למצבים רפואיים אחרים, ניהול השימוש בשירות היה אפקטיבי ביותר בהגבלת הטיפול לחולי נפש. שיעורם באוכלוסיית המחקר היה 5.7% אבל הם היוו 54.7% מסך הצמצום בביקוש לימי אשפוז [5]. אחד המחקרים העריך שאחרי שתכנית Medicaid המבוססת על תשלום-עבור-שירות חתמה על חוזה עם חברת-בת של ארגון לטיפול מבוקר בבריאות הנפש, כ-65% מהצמצום בהוצאות על אשפוז מקורם בניהול השימוש בשירות [12].

מעבר יעיל מאשפוז לקהילה

עוד אסטרטגיה יעילה לצמצום אשפוז היא יצירת מעבר יעיל (תכנית מעקב, תכנית שחרור) כדי לשפר את רצף הטיפול במטופלים ששוחרו מבתי החולים. מעקב הולם הוא גם רכיב חיוני בבקרת טיפול של חולים בסיכון גבוה. תכנית מעקב מצמצמת את הסיכון לאשפוז ולאשפוז חוזר. חוקרים העריכו ש-40 עד 60 אחוז מהמאושפזים אינם מצליחים ליצור קשר עם ספק של טיפולי חוץ אחרי שחרורם מבית החולים [17]. למעשה, ארגונים לטיפול מבוקר ביקשו שהצוות המטפל בחולה בעת האשפוז יארגן פגישת מעקב עם מרפאת חוץ ליום עד שלושה ימים לאחר השחרור. הצוות מתקשר טלפונית לחולה בתוך 24 שעות מהשחרור כדי לוודא שנקבעה פגישה למרפאת חוץ וכדי להזכיר למטופל להגיע אליה. בכמה ארגוני טיפול מבוקר חברי צוות שבו והדגישו את החשיבות של טיפול המעקב או של הקביעות ביצירת קשר עם מטופלים כדי לוודא שהכול בסדר ולעודד היענות של המטופלים לטיפול המעקב בקהילה. לדוגמה, מחקר אחד הראה שתכנית מתוגברת לשחרור מבית החולים בארגון טיפול מבוקר בבריאות הנפש הגבירה את הנוכחות בביקורי המעקב שבקהילה ל-78% לעומת רמה התחלתית של 55% [18].

סלקטיביות בבחירת רשת הספקים

עוד כלי שארגוני טיפול מבוקר משתמשים בו הוא סלקטיביות בחתימה על חוזה עם ספקים ובתי חולים. רשת ספקים שנבחרה בקפידה יכולה להביא הן לשיעורי אשפוז נמוכים יותר והן לקיצור משך האשפוז. ארגוני טיפול מבוקר מגבילים את מספר הספקים ברשת על ידי בחירה בספקים בעלי מאפיינים מועדפים, כגון כאלה עם היסטוריה של פחות דפוסי טיפול אינטנסיביים ונכונות לשאת ולתת על מחירים נמוכים יותר [19, 20]. לדוגמה, בעת הבחירה בבתי חולים שעמם חותמים חוזה, מלבד הבחירה בבתי חולים שהתעריפים שלהם ליום אשפוז נמוכים יחסית, אסטרטגיה אפשרית נוספת היא לבחור בתי חולים שמטפלים במקרים חמורים באופן אגרסיבי ובכך מצמצמים את משך האשפוז של המטופלים [20]. כמו כן, ארגוני טיפול מבוקר משרטטים פרופיל של ספקים (למשל, על ידי מעקב אחר אינטנסיביות הטיפול שכל אחד מהם מספק). אם מוטל על הספק איום ממשי שייפסל מלהיות שותף בחוזים עתידיים או שמטופלים יופנו לספקים אחרים ברשת, יש בכך כדי לשנות את התנהגותו [11]. שרטוט פרופיל כזה מהווה תמריץ לספקים לקבוע גבולות לשימוש בטיפולים יקרים על פי רף שהרשת קובעת (במפורש או במשתמע) לגבי כמות הטיפול הניתן לאירוע. מחקר אחד מצא שרוב הצמצום שחל בעקבות הנהגת טיפול מבוקר בבריאות הנפש בקרב אוכלוסייה גדולה של אנשים מועסקים היה בזכות תמריצי רשת [11]. מחקר נוסף העריך שכ-30% מהצמצום בהוצאות על אשפוז בארגוני טיפול מבוקר נובעים מסלקטיביות בבחירת הספק [12].

סלקטיביות בבחירת רשת הספקים עלולות להיות תופעות לוואי בלתי צפויות לגבי הטיפול בחולים [21]. אחד המחקרים מצא שסלקטיביות בבחירת רשתות הספקים גורמת לעתים קרובות לארגוני טיפול מבוקר לשלוח אנשים המתאשפזים בתכיפות לבית חולים אחר בכל פעם, ובכך משתבש רצף הטיפול. אשפוז בבית חולים שאינו מכיר את מצב החולה גורר בעקבותיו זמן רב יותר לייצוב מצבם של "חולים חוזרים" אלו ומאריך את משך האשפוז.

חלוקת סיכונים כדי שלא לעודד אשפוז

לאופן התשלום של ארגוני הטיפול המבוקר יש השפעה על אופן ניצול הטיפול בעת האשפוז – גם על שיעור האשפוזים וגם על אורך האשפוז. השימוש בקפיטציה טהורה אינו נפוץ בתשלום לספקים. טיפוסי יותר שמשתמשים בשיטות של חלוקת עלויות, כגון care-rate withhold ו-supply-side cost-sharing, ואז הספקים אינם מקבלים עליהם את מלוא הסיכון לעלויות השירותים. כלומר, הם חשופים לסיכון רק מעל סף מסוים [22]. בשיטה של חלוקת סיכונים ספקים חשופים לסיכון שכספם יאבד אם הטיפול שהם מספקים הוא טיפול יקר; כך יש להם תמריץ לפתח שירותים יצירתיים כדי לצמצם טיפולים שעלותם גבוהה, למשל אשפוז חלקי וטיפולי בית, שאינם ממומנים בשיטת התשלום עבור שירות (fee-for-service) [23].

עם זאת, לחלוקת הסיכונים בין ספקים יכולות להיות תוצאות נלוות. כאשר משלמים לספקים בשיטת חלוקת הסיכונים או בשיטת הקפיטציה, יש ראיות לכך שפחות טיפולי

חוץ נרשמים לחולים [3, 24], דבר שעלול להגדיל את מספר האשפוזים בטווח הארוך. כמו כן, חלוקת סיכונים מעודדת ספקים לאמץ ניהול אגרסיבי של שימוש בשירות או למנוע מחולים במחלה חמורה, שהעלויות בעבורם גבוהות, את האפשרות להשתמש בשירות; או להעביר חולים מטיפול בפסיכותרפיה לטיפול תרופתי [3].

תכניות מיוחדות לאנשים הנתונים בסיכון גבוה להתאשפז

חלק גדול מהאשפוזים הפסיכיאטריים הוא של אנשים בעלי הפרעות נפשיות רציניות החוזרות על עצמן. התמריצים שארגוני טיפול מבוקר משתמשים בהם מעודדים ספקים לפתח התערבויות יצירתיות לשיפור בריאותם הנפשית של המבוטחים [23]. רבות מן ההתערבויות המיוחדות האלה, שהוכח כי צמצמו אשפוזים פסיכיאטריים לאוכלוסייה זו, יכולות להיות מיושמות על ידי ארגוני טיפול מבוקר. אחדות מההתערבויות מבוססות-הראיות, שנבדקות ומוערכות על ידי הסוכנות למחקר ואיכות של טיפולי בריאות בארצות הברית (AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality's), מוצגות בקצרה בסעיף זה [16]. אפשר למיין אותן לשלוש קטגוריות: שירותי תמיכה במעבר; חלופות קצרות-מועד לאשפוז; וגישות ארוכות-טווח לצמצום אשפוז פסיכיאטרי.

שירותים לתמיכה במעבר לאחר השחרור מבית החולים הם התערבויות קצרות מועד שמצליחות לסייע לחולים לעבור מטיפול במסגרת אשפוז לטיפול בקהילה. התערבויות תומכות אלו כוללות:

1. שירותים שלאחר הטיפול: שיחות טלפון שבועיות למעקב, ביקורי בית ושירותי הדרכה לבני משפחתו של החולה [25, 26] או הדרכה מותאמת אישית למטופל [27].
2. תוכנה ממוחשבת לתמיכה בקבלת החלטות: תוכנה כזו מתמקדת בחיזוק ההתאמה בין השירותים הניתנים בעת האשפוז לבין שירותי קהילה על ידי הנפקת הצעות לקבלת שירותים מסוימים המבוססים על תנאים קליניים ופסיכו-פתולוגיים של חולים כדי למלא את צורכיהם האישיים [28].
3. שירותי שחרור מאשפוז לתקופת המעבר: שני חלקים למודל זה: (א) תמיכת עמיתים למשך שנה. במשך זמן זה מתנדבים עמיתים מסייעים לחולים לבנות קשרי ידידות ומלמדים אותם כישורים שימושיים לצורך המעבר לקהילה. (ב) תמיכה מתמשכת שמספק צוות בית החולים כדי ליצור יחסים תרפויטיים עם ספק הטיפול בקהילה. בפעילויות נכללות שיחות טלפון ופגישות על כוס קפה [29].

חלופות קצרות מועד לאשפוז פסיכיאטרי מיועדות לטפל בחולים שאינם נתונים בסיכון של ממש להזיק לעצמם או לזולת. להלן שלוש החלופות:

1. טיפול במסגרת הקהילה בעת משבר: זוהי רמת ביניים של טיפול: בין טיפול סטנדרטי במסגרת הקהילה לבין טיפול הניתן באשפוז בכפייה. הטיפול ניתן מחוץ לבית כדי לטפל בהתערעות פסיכיאטרית אך הוא אינו דורש אשפוז כפוי. הוא אמור להיות מגביל פחות ויקר פחות מטיפול פסיכיאטרי רגיל במסגרת אשפוז [30].

2. אשפוזים תקופתיים קצרי מועד שנקבעו מראש: מדובר באשפוזים פסיכיאטריים מתוכננים לאנשים עם מחלות נפש חמורות. כל אשפוז קצר נמשך בין 3 ל-11 יום, פעם בשלושה חודשים [31, 32].

3. אשפוז חלקי: מדובר בתכנית אינטנסיבית קצרת טווח. האינטנסיביות שלה פחותה בדרגה אחת מזו של אשפוז, אך רבה מזו של טיפול קהילתי מסורתי. חולים מתקבלים לתכניות חלקיות כשיש להם תסמינים חריפים אך הם אינם זקוקים לטיפול של 24 שעות ביממה. אנשים המאושפזים בתכניות אשפוז חלקיות משתתפים בתכניות מובנות במשך היום, במשך 4 או 5 ימים בשבוע, ובערב הם חוזרים הביתה [33].

גישות ארוכות טווח לצמצום אשפוז פסיכיאטרי דורשות בדרך כלל מאמץ רב וממושך לשפר ולתחזק את בריאות הנפש של אנשים עם מחלות נפש רציניות. להלן חמש הגישות:

1. טיפול קהילתי אסרטיבי (ACT): מודל זה מבוסס על צוות רב-תחומי, המורכב מעובדים סוציאליים, מומחים בשיקום, אחיות ופסיכיאטר. היחס בין המטופלים לאנשי הצוות הוא 1 ל-10. צוותי הטיפול האסרטיבי מספקים מרכז ובו טיפול קהילתי מקיף, 24 שעות ביממה, שיקום ושירותי תמיכה, כך למשל הם מספקים עזרה למי שזקוקים לה – בבתיהם, במקום העבודה ובסביבות קהילתיות – בתרופות, דיור, ענייני כספים ובעיות בחיי היום-יום. היתרון בטיפול קהילתי אסרטיבי הוא שהצוות מספק כמעט את כל השירותים, וכך המטופל אינו צריך לעבוד עם כמה ספקים; החולים יכולים לקבל תמיכה במרבית המשברים הפסיכיאטריים בלי שיהיה עליהם להתאשפז, ובדרך זו הם מקבלים טיפול בסביבה הכי פחות מגבילה [34].

2. טיפול כפוי למטופלים בקהילה (OPC): לפי הספרות יש אנשים שייתכן כי יזדקקו לטיפול, גם אם אינם מעוניינים בו, כדי להימנע מאשפוז. הסיבה לכך היא השכיחות הגבוהה של אנוסוגנוזיה (כלומר, העדר מודעות של החולה למחלתו – שהוא עצמו אחד מתסמיני המחלה) במחלות נפש חמורות ונשנות. טיפול כפוי, הכרוך במעורבות הן של רופאים והן של מערכת המשפט, דורש מאנשים לקבל טיפול פסיכיאטרי בקהילה למשך פרק זמן מסוים או לחזור לבית החולים לצורך טיפול [35].

3. תמיכת עמיתים: עמיתים (חולים לשעבר המחלימים ממחלות נפש) מספקים תמיכה והנחיה לחולים בהווה. בניגוד לקלינאים אחרים, עמיתים מקבלים משכורת על שירותיהם אך אינם מדווחים למערכת בריאות הנפש [36].

4. הדרכה פסיכולוגית/פסיכיאטרית לבני משפחה: הדרכה מעין זו מערבת את בני משפחתו של החולה באמצעות קיום מפגשים שבהם מלמדים את בני המשפחה על ההיבטים השונים של המחלה וההתמודדות אתה. היא מסייעת לבני משפחה להבין טוב יותר את צורכי החולה ומשתפת אותם בתכנית הטיפול בחולים [37].

5. מגוון שירותי קהילה ו/או שירותים תומכים: התערבויות אלו מציעות הדרכה בענייני תרופות, תסמינים, רצף טיפול, כישורים חברתיים, חיי יום יום, קביעת סדר יום וסוגיות משפחתיות. הן עוזרות לחולים להשתפר בהדרגה ולשמור על בריאותם הנפשית, ועל ידי כך לצמצם אשפוזים. התערבויות יעילות כוללות טיפולי יום, שיקום פסיכיאטרי ושירותים מקצועיים (אך הן אינן מתמצות בהם).

עוד השפעות שליליות של טיפול מבוקר בבריאות הנפש

ההשפעה על איכות הטיפול בעקבות הפחתת הטיפול הפסיכיאטרי-אשפוזי בארגוני טיפול מבוקר בבריאות הנפש איננה ברורה, בשל המספר המצומצם של מחקרים והתוצאות המעורבות של מחקרים אלו [9, 39]. נראה שארגוני טיפול מבוקר בבריאות הנפש בסך הכול משפרים את נגישות הטיפול, בעיקר לאנשים עם מחלות נפש מתונות [3]. ואולם, על פי עדויות אחדות יש פוטנציאל להשפעה שלילית על ילדים ומתבגרים [40] ועל אנשים עם מחלות נפש חמורות [3, 9, 41]. טכניקות לניהול השימוש בשירות והסדרי שיפוי עלולים להגביל את הגישה לשירותים אינטנסיביים, ואלה משפיעים במיוחד על הטיפול באנשים עם הפרעות חמורות, בעיקר בגלל העדר רצף בטיפול ומחוסר היכולת להגיע לשירותים אינטנסיביים יותר כגון אשפוז או דיור מוגן בקהילה [3].

לילדים יש צורך רב בטיפולי בריאות נפש. לפי הערכה מדווח שלאחד מעשרה ילדים יש הפרעה רגשית חמורה בכל זמן נתון [42]. למעשה, ההערכה היא ששכיחות ההפרעות הנפשיות החמורות אצל ילדים גבוהה משכיחותן אצל מבוגרים – כ-9 אחוזים בקרב ילדים לעומת כ-6 אחוזים בקרב מבוגרים. ככלל, בכל האוכלוסיות, השימוש בשירותי אשפוז ירד כאשר היה ניהול מבוקר. ואולם, אצל ילדים, הצמצום בשירותי האשפוז היה הדרמטי ביותר, הן בשל קושי רב יותר להתקבל לאשפוז הן בשל משך אשפוז קצר יותר: שיעור הילדים המקבלים טיפול באשפוז צומצם כמעט ב-30–40 אחוז, לעומת צמצום של 2–6 אחוזים אצל מבוגרים באותו פרק זמן [40].

עוד השפעה שלילית אפשרית מקורה במשך האשפוז המצומצם, הקשור לסיכון מוגבר לאשפוז חוזר [16, 23, 43]. אשפוזים קצרים עלולים שלא לאפשר לאנשי מקצוע מתחום הפסיכיאטריה לפתח תכניות מתאימות לשחרור מבית החולים שמטרתן העיקרית היא תמיכה בשלב המעבר. אשפוזים ארוכים יותר מאפשרים פיקוח רב יותר על החולים והזדמנות להגיע ליציבות באמצעות הטיפול. ההשלכות של משכי שהייה שונים תלויות במשאבי קהילה זמינים לאחר השחרור. למשל, משך שהייה קצר יותר יכול להיות יעיל מאוד בקהילה שמערכת בריאות הנפש בה מפותחת היטב, אך הוא עלול להיות הרסני במערכת בריאות נפש שאינה מפותחת כראוי. לפני יישום חוק השוויון בטיפול בחולי נפש ובהתמכרויות (Mental Health Parity and Addiction Equity Act) מ-2008 על ידי הממשל הפדרלי, ארגוני טיפול מבוקר אחדים, וכמוהם גם מבטחים אחרים, קבעו גבולות סך כול שנתו של ימי אשפוז, בלי קשר לאבחנה שקיבל המטופל, ובכך יש כדי להוביל לעוד שחרורים מוקדמים מדי מבתי חולים.

מסמך זה סוקר את האסטרטגיות הנפוצות שבהן נוקטים ארגוני טיפול מבוקר בבריאות הנפש לצמצום טיפול בחולים במסגרות אשפוז: ניהול השימוש בשירות, מעבר יעיל מאשפוז לקהילה, סלקטיביות בבחירת רשת הספקים, חלוקת סיכונים בין ספקים כדי שלא לעודד אשפוז וכן יצירת תכניות מיוחדות לאנשים הנתונים בסיכון גבוה לאשפוז. ארגוני הטיפול המבוקר מאמצים בדרך כלל צירופים של האסטרטגיות האלה, והם מצמצמים בהצלחה את מספר האשפוזים ומקצרים את משכם. ואולם, לאסטרטגיות אלו יש גם השפעות שליליות, למשל צמצום לא פרופורציונלי של טיפול בילדים ובאנשים עם מחלת נפש חמורה וסיכון מוגבר לאשפוז מחדש. יש רק מספר מצומצם של מחקרים על השפעות לוואי שליליות של האסטרטגיות שארגוני הטיפול המבוקר נוקטים, ועל כן, בעת יישום האסטרטגיות המיועדות להשיג שליטה בשימוש בשירותי אשפוז, ראוי להימנע מניהול אגרסיבי מדי של השימוש בשירות, בעיקר אצל ילדים, מתבגרים ואנשים עם מחלות נפש חמורות.

על המחברת

יה צנג לומדת לקראת דוקטורט במדיניות רווחה בביה"ס הלר באוניברסיטת ברנדייס. היא בעלת תואר מוסמך בכלכלה מאוניברסיטת דיוק. תחומי העניין המחקריים שלה הם מיקוד על מימון ואספקת טיפולים עבור צעירים עם מחלות נפש קשות, הן בארה"ב והן בסין.

דברי תודה

מאמר זה נתמך על ידי תרומה מפילנתרופיות אנדריאה וצ'רלס ברונפמן. המחברת אסירת תודה להערותיהם של ד"ר פרנק סלואן (אוניברסיטת דיוק) וד"ר דומיניק הודג'קין (אוניברסיטת ברנדייס).

Bibliography

1. Mark, T.L., et al., *Changes in US spending on mental health and substance abuse treatment, 1986–2005, and implications for policy*. Health Affairs, 2011. **30**(2): p. 284-292.
2. National Committee for Quality Assurance. *MBHO Accreditation: Fact sheet*. 8/30/2015; Available from:[http://www.ncqa.org/Portals/0/Programs/Accreditation/NCQA%20MBHO%20Fact%20Sheet Final v2 090413 sj.pdf](http://www.ncqa.org/Portals/0/Programs/Accreditation/NCQA%20MBHO%20Fact%20Sheet%20Final%20v2%20090413%20sj.pdf).
3. Mauery, D.R.e.a., *Managed Mental Health Care: Findings from the Literature, 1990-2005*. 2006, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD.
4. Mihalik, G. and M. Scherer, *Fundamental mechanisms of managed behavioral health care*. Journal of health care finance, 1998. **24**(3): p. 1-15.
5. Wickizer, T.M. and D. Lessler, *Effects of utilization management on patterns of hospital care among privately insured adult patients*. Medical care, 1998. **36**(11): p. 1545-54.
6. Koike, A., R. Klap, and J. Unutzer, *Utilization management in a large managed behavioral health organization*. Psychiatric Services, 2000. **51**(5): p. 621-626.
7. Leff, H.S., et al., *Assessment of Medicaid managed behavioral health care for persons with serious mental illness*. Psychiatric services (Washington, D.C.), 2005. **56**(10): p. 1245-53.
8. Goldman, W., J. McCulloch, and R. Sturm, *Costs and use of mental health services before and after managed care*. Health affairs (Project Hope), 1998. **17**(2): p. 40-52.
9. Mechanic, D., *The state of behavioral health in managed care*. American Journal of Managed Care, 1999. **5**: p. SP17-SP21.
10. Schmutte, T., C.L. Dunn, and W.H. Sledge, *Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: a matched-control survival analysis*. The Journal of nervous and mental disease, 2010. **198**(12): p. 860-863.
11. Ma, A.C.T. and T.G. McGuire, *Network incentives in managed health care*. Journal of Economics & Management Strategy, 2002. **11**(1): p. 1-35.

12. Lindrooth, R.C., E.C. Norton, and B. Dickey, *Provider selection, bargaining, and utilization management in managed care*. *Economic Inquiry*, 2002. **40**(3): p. 348-365.
13. Wickizer, T.M. and D. Lessler, *Utilization management: issues, effects, and future prospects*. *Annual Review of Public Health*, 2002. **23**(1): p. 233-254.
14. Wickizer, T.M., D. Lessler, and K.M. Travis, *Controlling inpatient psychiatric utilization through managed care*. *American Journal of Psychiatry*, 1996. **153**(3): p. 339-345.
15. Hodgkin, D., *The impact of private utilization management on psychiatric care: a review of the literature*. *Journal of mental health administration*, 1992. **19**(2): p. 143-57.
16. Agency for Healthcare Research and Quality, *Management Strategies to Reduce Psychiatric Readmissions* 2015.
17. Klinkenberg, W.D. and R.J. Calsyn, *Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review*. *Psychiatric Services*, 1996.
18. Cuffel, B.J., M. Held, and W. Goldman, *Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 2002. **53**(11): p. 1438-43.
19. Cuellar, A.E. and D. Haas-Wilson, *Competition and the Mental Health System*. *The American journal of psychiatry*, 2009. **166**(3): p. 10.1176/appi.ajp.2008.08091383.
20. Frank, R.G. and R. Brookmeyer, *Managed mental health care and patterns of inpatient utilization for treatment of affective disorders*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1995. **30**(5): p. 220-3.
21. Geller, J.L., et al., *The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 2000. **51**(11): p. 1385-91.
22. Hutchinson, A.B. and E.M. Foster, *The effect of Medicaid managed care on mental health care for children: a review of the literature*. *Mental health services research*, 2003. **5**(1): p. 39-54.
23. Office of Inspector General, *Mandatory managed care: Changes in Medicaid Mental Health Services* 2000, U.S. Department of Health and Human Services: Washington, DC:.
24. Rosenthal, M.B., *Risk sharing in managed behavioral health care*. *Health Affairs*, 1999. **18**(5): p. 204-213.

25. Barekattain, M., et al., *Aftercare services for patients with severe mental disorder: A randomized controlled trial*. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 2014. **19**(3): p. 240.
26. Sharifi, V., et al., *Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled study*. Community mental health journal, 2012. **48**(6): p. 766-770.
27. Lay, B., et al., *Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psycho-education and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 2015. **265**(3): p. 209-217.
28. Schmidt-Kraepelin, C., B. Janssen, and W. Gaebel, *Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 2009. **259**(2): p. 205-212.
29. Forchuk, C., et al., *Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2005. **12**(5): p. 556-564.
30. Fenton, W.S., et al., *Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness*. American Journal of Psychiatry, 1998. **155**(4): p. 516-522.
31. Merchant, D. and P.A. Henfling, *Scheduled brief admissions: patient tuneups*. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 1994. **32**(12): p. 7-10.
32. Dilonardo, J.D., et al., *Scheduled intermittent hospitalization for psychiatric patients*. Psychiatric Services, 1998. **49**(4): p. 504-509.
33. Horvitz-Lennon, M., et al., *Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997)*. The American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(5): p. 676-85.
34. Bond, G.R., et al., *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients*. Disease Management & Health Outcomes, 2001. **9**(3): p. 141-159.
35. Swartz, M.S., et al., *Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals*. The American journal of psychiatry, 1999. **156**(12): p. 1968-75.

36. Sledge, W.H., et al., *Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations*. Psychiatric Services, 2014.
37. Dixon, L., C. Adams, and A. Lucksted, *Update on family psychoeducation for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 2000. **26**(1): p. 5.
38. Prince, J.D., *Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia*. The Journal of nervous and mental disease, 2006. **194**(6): p. 397-403.
39. Dickey, B., et al., *Guideline recommendations for treatment of schizophrenia: the impact of managed care*. Archives of general psychiatry, 2003. **60**(4): p. 340-8.
40. Office of Inspector General, *Mandatory managed care: Children's Access to Medicaid Mental Health Services 2000*, U.S. Department of Health and Human Services: Washington, DC:.
41. Manning, W.G., et al., *Outcomes for Medicaid beneficiaries with schizophrenia under a prepaid mental health carve-out*. The journal of behavioral health services & research, 1999. **26**(4): p. 442-50.
42. Friedman, R.M., et al., *Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents*. Mental Health, United States, 1996. **996**: p. 71-89.
43. Wickizer, T.M. and D. Lessler, *Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients?* Medical Care, 1998. **36**(6): p. 844-850.