



שירותי בריאות לאוכלוסיות רווחה במסגרות חוץ-ביתיות במדינות בעלות הכנסה גבוהה ב-OECD סקירת ספרות בין-לאומית

רינה מעוז ברויאר ינאי קרנצלר אורי לורן

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר הוזמן על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ד | נובמבר 2023

תקציר

רקע

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 הוא החוק הקובע חובת ביטוח בריאות לאזרחי ישראל, ואת סל השירותים הרפואיים שיינתן על ידי קופות החולים. אוכלוסיות רווחה, המתגוררות במסגרות חוץ-ביתיות, מקבלות חלק משירותי הבריאות בהספקה ישירה ובמימון של משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה). בשנת 2021 הקים משרד הרווחה "מערך שירותי בריאות" שמטרתו לקבוע סטנדרטים והנחיות להספקת שירותי בריאות לאוכלוסיות שבאחריותו. המערך נועד לספק מענה הולם לאוכלוסיות רווחה, להגביר את הנגישות הפיזית והכלכלית שלהן לשירותי בריאות ולשמור על רצף של טיפול. משרד הרווחה פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך סקירה של מודלים בין-לאומיים להסדרה, הספקה ומימון של שירותי בריאות לאוכלוסיית דיירי המסגרות החוץ-ביתיות במדינות בעלות הכנסה גבוהה ב-OECD, בדגש על רפואה ראשונית ורפואה יועצת כגון פסיכיאטריה.

מטרות

לסקור מודלים של הסדרה, הספקה ומימון של שירותי בריאות לדיירי אוכלוסיות רווחה המתגוררים במסגרות חוץ-ביתיות שאינם יכולים לקבל את השירותים מחוץ למסגרות ללא סיוע מיוחד במדינות בעלות הכנסה גבוהה ב-OECD.

שיטות

הסקירה נערכה בין ספטמבר 2022 לפברואר 2023 והתבססה על מאמרים אקדמיים ועל פרסומים באתרים ממשלתיים ובאתרים של ארגוני בריאות בין-לאומיים. המדינות שנסקרו הן אנגליה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורווגיה, שוודיה ושווייץ. המדינות נבחרו כך שיהיה מגוון מודלים של קשרים המתקיימים בין שירותי בריאות ורווחה. כמו כן נערכו ראיונות עם אנשי ממשל בתפקידים בכירים מאנגליה, גרמניה ושוודיה כדי להבין את אופן פעולת מערכת הבריאות והרווחה בתחום זה במדינתם.

ממצאים

- במדינות שנסקרו יש מעטפת שמיועדת לוודא שלדיירי מסגרות חוץ-ביתיות תהיה נגישות לשירותי בריאות מיטביים, ובחלק מן המדינות יש תוכניות לאומיות ייעודיות לאוכלוסייה זו
- ברוב המדינות המודל להספקת שירותי בריאות במוסדות רווחה נשען על מערכת הבריאות הציבורית. כאשר אי אפשר לספק את השירות במסגרת הציבורית נעשות התאמות כגון הסעות, או הבאת השירות למוסד. לחלק מן המוסדות יש הסכמים עם מרפאות מקומיות או עם אנשי מקצועות הרפואה שמגיעים למוסד או מועסקים על ידו

- נמצא שלרשות המקומית תפקיד חשוב בארגון השירותים, בפיקוח עליהם ובניתוב מימון גם כשהמוסדות נשענים על מקורות פרטיים או פילנתרופיים
- הפקדת האחריות בידי הרשות המקומית, שבחלק מן המדינות אחראית גם לשירותי הרווחה, מאפשרת אינטגרציה של שירותי בריאות ורווחה ושיפור הרצף הטיפולי

סיכום

במדינות שנסקרו יש מעטפת שמיועדת לוודא שלאוכלוסיית רווחה תהיה נגישות לשירותי בריאות מיטביים, גם בהינתן דיור במסגרת חוץ-ביתית. עם זאת זוהי אוכלוסייה עם צרכים בריאותיים וחברתיים מורכבים (תחלואה כפולה, וחשיפה מוגברת לגורמים חברתיים שמשפיעים על הבריאות כגון עוני, גזענות ואלימות). על כן, האתגר העיקרי נעוץ ביישום. משום כך יש להוסיף ולחקור את המידה שבה היישום וההטמעה נותנים מענה לצורכי אוכלוסייה זו.

סקירה ראשונית זו תספק למשרד הרווחה בישראל אפשרות ללמוד ממודלים שונים, כדי לשפר את הטיפול באוכלוסיות רווחה המתגוררות במסגרות חוץ-ביתיות ולסייע במתן מענה הולם לצורכי הבריאות שלהן.

דברי תודה

תודתנו נתונה לעמיתנו על הזמן שהקדישו לנו לריאיון בנושא הסקירה ועל ההפניה למקורות המידע הרלוונטיים במדינתם:

Elke Jakubowski, Authority of Social Affairs, Hamburg, Germany

Graham Owen, Former Director of Social Services at Trosa, Sweden

Simon Bottery, Senior Fellow at the King's Fund, England

תוכן עניינים

1	1. רקע
1	2. מטרה
2	3. שיטה
3	4. ממצאים
3	4.1 אנגליה
8	4.2 גרמניה
12	4.3 דנמרק
16	4.4 הולנד
18	4.5 נורווגיה
21	4.6 שוודיה
23	4.7 שווייץ
26	5. מגבלות המחקר
27	6. סיכום ודיון
29	רשימת מקורות

1. רקע

אוכלוסיות רווחה (כגון אנשים עם מוגבלות, נוער בסיכון, דרי רחוב, חסרי עורף משפחתי, אזרחים ותיקים סיעודיים ונפגעי התמכרויות) המתגוררות במסגרות חוץ-ביתיות מתאפיינות בשיעורי תחלואה ומוגבלות גבוהים ביחס לאוכלוסייה הכללית (Mensah et al., 2019) ובחשיפה מוגברת לגורמי סיכון בריאותיים כגון עוני, חוסר ביטחון תזונתי ותעסוקתי, הדרה חברתית והתמכרויות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (משרד הבריאות, 1994). הוא החוק הקובע חובת ביטוח בריאות לאזרחי ישראל, ואת סל השירותים הרפואיים שיינתן על ידי קופות החולים. שירותי הבריאות ממומנים מכספי סל הבריאות ומתקציב משרד הבריאות. אולם, אוכלוסיות רווחה מקבלות חלק משירותי הבריאות (כגון רפואה ראשונית ורפואה יועצת) בהספקה ישירה ובמימון של משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה). הסיבות לכך רבות: (1) הניידות של דיירי המסגרות החוץ-ביתיות מוגבלת; (2) יש ביציאה שלהם מן המסגרת משום סיכון; (3) פעמים רבות קשה מאוד להפריד בין שירותי הרווחה לשירותי הבריאות המיועדים להם; (4) מתן שירותי בריאות מיטביים לדיירי המסגרות החוץ-ביתיות תלוי בהבנת מצב הרווחה שלהם, בנגישות למידע בתיק הרווחה ובחיבורים ושותפויות עם גורמים ברווחה.

בשנת 2021 הקים משרד הרווחה "מערך שירותי בריאות" שמטרתו לקבוע סטנדרטים והנחיות להספקת שירותי בריאות לאוכלוסיות שבאחריות משרד הרווחה. המערך נועד לספק מענה הולם לאוכלוסיות רווחה, להגביר את הנגישות הפיזית והכלכלית שלהן לשירותי בריאות ולשמור על רצף של טיפול. משרד הרווחה פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך סקירה של מודלים בין-לאומיים להסדרה, הספקה ומימון של שירותי בריאות לאוכלוסיית רווחה, דיירי מסגרות חוץ-ביתיות במדינות בעלות הכנסה גבוהה, בדגש על רפואה ראשונית ורפואה יועצת כגון פסיכיאטריה.

הסקירה מתמקדת בדיירי המסגרות החוץ-ביתיות, שהן בבעלות משרד הרווחה או בפיקוחו, למשל: מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות, מוסדות לילדים ונוער בסיכון ובקצה הרצף ההתנהגותי-תפקודי (שהוגדרו בסיכון על ידי מוסדות המדינה), מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה ומוסדות למתמודדים עם התמכרויות.

2. מטרה

מטרת הסקירה היא ללמוד על מודלים של הסדרה, הספקה ומימון של שירותי בריאות לדיירי מסגרות חוץ ביתיות, שאינם יכולים לקבל את השירותים מחוץ למסגרות ללא סיוע מיוחד במדינות בעלות הכנסה גבוהה ב-OECD.

3. שיטה

הסקירה התבצעה בין ספטמבר 2022 לפברואר 2023 והתמקדה במדינות: אנגליה, גרמניה, דנמרק, הולנד, נורווגיה, שוודיה ושווייץ. המדינות נבחרו כך שיהיה מגוון מודלים של קשרים המתקיימים בין שירותי בריאות ורווחה. הקריטריונים לדגימה היו:

- מדינות OECD בעלות הכנסה גבוהה
- מדינות שיש בהן רכיב של ביטוח ממלכתי
- מדינות שיש בהן מודלים שונים למימון, ארגון והספקת שירותים (כגון ניהול מרכזי לעומת מקומי, קשרים בין שירותי בריאות ורווחה בהספקת שירותי בריאות, תחרות מנהלת כדוגמת קופות חולים לעומת שירותים אחידים)

מהלך העבודה:

ראשית, התמקד צוות המחקר באיסוף מידע רקע מקובצי (Health Systems in Transition) HiT. קבצים אלו מופקים על ידי ארגון European Observatory on Health Systems and Policies במימון ה-OECD, ומפורטים בהם מבנה מערכות הבריאות במדינות שונות ופעילותן. מקבצים אלו הופק מידע רב על מבנה מערכות הבריאות במדינות שנכללו בסקירה, יחד עם מידע על החוק העוסק ברווחה, ביטוחי בריאות, חלוקת האחריות בהספקת שירותים, מימון מוסדות רווחה, קריטריונים לזכאות ועוד.

שנית, פנה צוות המחקר לאנשי מקצוע ולבעלי תפקידים בתחום הבריאות והרווחה בחלק מן המדינות שנכללו בסקירה (אנגליה, גרמניה, שוודיה ודנמרק) וביקש הפניה למקורות רלוונטיים ולמילות חיפוש. לאחר מכן נערכו ראיונות בזום עם אנשי ממשל בתפקידים בכירים מאנגליה, גרמניה ושוודיה, כדי להבין את אופן פעולת המערכת דרך עיניהם של אנשי מקצוע מתוכה. עבור כל מדינה כללה הסקירה רקע על מבנה מערכת הבריאות (מבנה הביטוח/ חלוקת האחריות להספקת שירותי בריאות בין רמות ממשל שונות), האחריות על מוסדות הרווחה ואופן ארגון השירותים ומימנם, בדגש על שירותי טיפול רפואי במוסדות הרווחה, והספקת שירותי בריאות שניתנים במוסדות רווחה ומחוצה להם.

לבסוף נאסף מידע ממאמרים אקדמיים שאותרו באמצעות מנוע החיפוש של Google, ומאתרי אינטרנט של משרדי הממשלה במדינות שנסקרו ושל ארגוני בריאות. נעשה שימוש במילות החיפוש האלה:

healthcare services in nursing homes, health services in welfare institutions, care homes regulatory, care home eligibility, welfare institutions regulatory, healthcare in care homes, health insurance, social and health services, housing services, residential care homes, social services in care homes, care homes financing, long-term care for people with disabilities, health services for people in long-term care with disabilities, health/medical services in shelters for survivors/victims of domestic/sexual violence, substance use treatment, medical/health services for people who use drugs

4. ממצאים

4.1 אנגליה

4.1.1 מבנה מערכת הבריאות

שירות הבריאות הלאומי (National Health Service – NHS) הוקם ב-1948¹. זהו גוף ציבורי המקבל תקציב מן הממשלה ומקנה לכל התושבים שירותי בריאות על פי צורך רפואי ולא על פי יכולת כלכלית (Anderson et al., 2022a). נוסף על ה-NHS, המשרד לשירותי בריאות ורווחה (Department of Health and Social Care – DHSC) וגופים נוספים מספקים את שירותי הבריאות במדינה. בשנת 2012 הועבר חוק שהעביר סמכויות מן ה-DHSC ל-NHS (UK Government, 2012), וזאת כדי לסייע לפיתוח תוכניות ארוכות טווח, שכן הממשלה שלא כמו ה-NHS מתחלפת כל כמה שנים מה שמגביל את האפשרות לתכנן תוכניות לעתיד.

ברמה הלאומית, ה-DHSC קובע את התוכנית האסטרטגית הכללית ואת התקציב השנתי של ה-NHS וממונה על מימון מערכות הבריאות והרווחה ועל הפיקוח עליהן. ה-NHS מציב יעד אסטרטגי ואחראי לשירותים מיוחדים כמו למשל שירותי בריאות במוסדות סגורים לאנשים עם תחלואה נפשית, לחיילים בצבא ולאסירים בבתי כלא (Anderson et al., 2022a).

האחריות לתכנון ולהספקה של שירותי בריאות לאוכלוסייה המקומית הייתה עד לשנת 2022 מופקדת על צוותים מקומיים ו-60% מן התקציב של ה-NHS הופנה לצוותים אלו. הם רכשו שירותים דוגמת שירותי בריאות הנפש ושירותי בריאות בקהילה בהסכמים חוזיים מספקים פרטיים או ציבוריים.

ביולי 2022 נכנס לתוקף שינוי בחקיקה שהעביר את התפקיד של הצוותים המקומיים לשותפויות בין רשויות מקומיות לארגוני NHS – (Integrated Care Boards) [ICB](#). מטרת השינוי הייתה ליצור אינטגרציה מלאה בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה ולהביא לשיתוף פעולה בין מגוון גדול יותר של שותפים כולל המגזר השלישי, ספקי שירות חברתי, ספקים של דיור ועוד, שיטפלו בסוגיות רחבות של בריאות, בריאות הציבור וטיפול רווחה. שותפויות אלו אחראיות לשירותי בריאות ורווחה יחד עם הרשות המקומית (Anderson et al., 2022b). ICB מוציאים לפועל את המדיניות של ה-NHS, והם אחראים בין השאר לוודא שה-NHS עומד ביעדים האסטרטגיים שלו, לקבל החלטות על זכאות למימון טיפול, לספק שירותי בריאות, לזהות בעיות ולהכשיר מטפלים ברשות (Department of Health and Social Care, 2022a). הרשות המקומית אחראית להפנות אנשים שיכולים להיות זכאים להשמה חוץ-ביתית (long term care) ל-ICB, לעבוד בשותפות עם ה-ICB בפיקוח על מסגרות חוץ-ביתיות, כולל תהליך של הערכת צרכים (need assessment) וקביעת הזכאות להשמה חוץ-ביתית (Department of Health and Social Care, 2022a).

¹ שירותי ה-NHS בכל אחת ממדינות הממלכה המאוחדת דומים למדי. הפרק יידון במבנה השירותים באנגליה וב-NHS אנגליה.

4.1.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

אוכלוסיות המתגוררות במסגרות חוץ-ביתיות לשהות ממושכת הן: זקנים, אנשים עם מוגבלויות, אנשים עם תחלואה נפשית, אנשים עם פגיעה סנסורית, אנשים המתמודדים עם התמכרויות ואוכלוסיות פגיעות נוספות. קבלה למסגרת חוץ-ביתית לשהות ממושכת מותנית באישור ועדה מטעם ה-NHS שחברים בה עובד סוציאלי, רופא משפחה, פסיכולוג וגריאטר (אם מדובר בגיל מבוגר). הוועדה מעריכה את מצב המבוטח לפי פרמטרים אחדים כגון אבחנה, מורכבות וצורך בשירותי בריאות ורווחה סביב השעון. שלושה כלים משמשים את הוועדה בבדיקת הזכאות: (1) [Checklist tool](#); (2) [Decision Support Tool](#) (DST); (3) [Fast Track Pathway Tool](#). תהליך ההערכה קצוב בזמן ועליו להסתיים 28 ימים מיום הגשת הפנייה (Department of Health and Social Care, 2022a).

מרגע קבלת הזכאות, האחריות לתכנון, להספקת השירות ולניהול המקרה עוברת ל-ICB. הטיפול הוא ממוקד אדם וצריך להיות מותאם לצרכיו ולשקף את העדפותיו במידת האפשר.

דיירים במוסדות רווחה מקבלים טיפול רפואי בקהילה למעט דיירי מוסדות רווחה עם צרכים ייחודיים, קרי מגבלה פיזית שאינה מאפשרת הגעה לקבלת שירותי בריאות בקהילה, או כאשר יש עדיפות לצמצום שהות מחוץ למוסד כמו במוסדות לטיפול בהתמכרויות. השירותים הנדרשים יסופקו במוסד, למשל פיזיותרפיסטים שמועסקים על ידי ה-ICB ומגיעים למוסדות (Department of Health and Social Care, 2022a).

למוסדות רווחה רבים יש הסכמים עם מרפאות NHS לצורך הספקת שירותים ייחודיים ומותאמים, למשל: הגעה של רופא משפחה/ אחות/ רופא מומחה לצורך ביקור מרוכז וקבלה של מטופלים במוסד.

כאמור, הפיקוח על שירותי בריאות במוסדות רווחה מתבצע על ידי הרשות המקומית. פיקוח נוסף מתבצע על ידי ארגון CQC (Care Quality Commission) שהוא רגולטור עצמאי של בריאות ושירותי רווחה ואחראי לשירות הרפואי ולאיכות השירות שניתן במוסדות רווחה שונים. הארגון מפקח על איכות השירותים באמצעות ביקורות שהוא עורך במוסדות רווחה ברחבי המדינה ומנגיש את המידע לציבור על ידי פרסום ציוני הביקורת ב[אתר הארגון](#).

ל-NHS יש תוכנית ייעודית לטיפול באנשים עם צרכים מורכבים בני 18+ שנקראת [NHS continuing healthcare](#) (NHS Choices, 2019). אומנם, ה-NHS אחראי להספקת שירותי רפואה ולא שירותי רווחה, שנמצאים באחריות הרשות המקומית, אך לעיתים שירותי רווחה הם חלק משירותי מניעה, מטיפולים תומכים ומרצף טיפולי. לכן ה-NHS יממנו לעיתים גם טיפול בצורכי רווחה. צורך רפואי מוגדר כטיפול במחלה, בפגיעה או במוגבלות, וניהול, שיקום או מניעה שלה (גם אם מדובר בטיפול באמצעות צוות רפואי וגם אם לא). צורכי רווחה בהקשר זה מוגדרים כצרכים הנובעים ממגבלה פיזית או מנטלית או ממחלה או קשורים אליה ומביאים לכך שהאדם מתקשה לבצע פעולות כגון שמירה על תזונה בריאה, היגיינה, הליכה עצמאית לשירותים והלבשה, כפי שמוגדר בחוק הטיפול (UK Government, 2014) המגדיר מתי לכרט או למי שמטפל בו יש צרכים שהרשות המקומית צריכה לתת להם מענה (Department of Health and Social Care, 2022b, p. 20).

ההבחנה בין צורך רפואי לצורך רווחה נעשית באמצעות הערכה רב-תחומית שמביאה בחשבון את התדירות ואת המורכבות של התמיכה הנדרשת בכמה תחומי טיפול. יש קריטריונים להבחנה בין צורך רפואי לצורך רווחה ולצורך המורכב משניהם. כדי

לסייע בהגדרה אילו צרכים צריכים להיות ממומנים על ידי ה-NHS, פותח המושג "צורך בריאות מרכזי" ואם אדם אובחן שיש לו צורך כזה ה-NHS אחראי לספק לו הן צרכי רפואה הן צרכי רווחה הקשורים לצורך הבריאות מרכזי (Department of Health and Social Care, 2022).

ייתכן שגם אם אדם אינו זכאי לקבל מימון מלא מה-NHS, ה-NHS יהיה אחראי לספק את צרכיו הרפואיים, על ידי הספקת שירותים ספציפיים או מימון חבילת תמיכה. לעיתים הרשות המקומית, ואו ה-ICB נוטלים חלק במימון (Department of Health and Social Care, 2022a). הרשות המקומית גובה מיסים מקומיים מן הציבור ומקבלת מימון מן המדינה, מכספים אלו היא מייעדת תקציב צבוע עבור שירותי הרווחה ברשות, מימון דיור מוגן ומוסדות רווחה, קידום בריאות ברשות ועוד (Naylor et al., 2015).

מן הסקירה עלה כי ישנו מהלך למיזוג שני הארגונים שאחראים למידע בריאות ורווחה אל ה-NHS. המהלך עתיד להביא לשיפור העברת המידע בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה – מערכת הבריאות תעניק למוסדות הרווחה גישה ממוחשבת למידע רפואי על אודות מטופלים, כך שהמידע יהיה זמין ולא יהיה צורך להסתמך על מידע שמספק המטופל. מהלך זה יסייע רבות לקיום רצף טיפולי, לתקשורת עם מוסד הרווחה, למתן מענה לצרכי המטופל ולשליטה קלה יותר בניהול הבריאות שלו. יוזמות מקומיות להעברת נתונים קיימות כבר, אך פתרון כלל-מערכתי טרם יושם ואתגר זה בלט כחסם בפני טיפול מיטבי בעת מגפת הקורונה (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

שמירה על רצף טיפולי בעת שחרור מן המוסד, ובעיקר העברת מידע רפואי מתקופת השהות במוסד, היא אתגר במערכת הבריאות והרווחה. דוגמה לכך הובאה בסקר שהועבר בקרב אסירים בבתי סוהר באנגליה. האסירים העידו על היעדר רצף טיפולי ועל העברת מידע לוקה בחסר בין בית הסוהר למרפאות ולמוסדות רפואיים שבהם קיבלו שירותים במהלך תקופת המאסר. האסירים המשוחררים העידו על קושי להיקלט בקהילה ועל מחסור במידע רפואי ובתיעוד רפואי מתקופת המאסר. תוכנית בשם CTI (Critical Time Intervention) מנסה לפתור את הבעייתיות על ידי הקצאת מתאמי טיפול מטעם חברות הביטוח הרפואי במימון של המדינה כדי לוודא רצף טיפולי, העברת מידע מבית הסוהר אל המרפאות ואל אנשי המקצוע הרלוונטיים ובחזרה (Lennox et al., 2019).

את שירותי בריאות הנפש באנגליה מספקים ה-NHS, הרשויות המקומיות וארגונים מן המגזר הפרטי. הטיפולים ניתנים בבתי חולים פסיכיאטריים, במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים או במוסדות פסיכיאטריים. טיפול בקהילה ניתן על ידי צוותים רב-תחומיים העובדים בשיתוף עם רופא משפחה. ישנו מגוון של שירותים המוצעים בקהילה: צוותי התערבות מוקדמת המספקים הערכה וטיפול במהלך אירוע פסיכוי ראשון; שירותי תמיכה בבית או בקהילה התומכים בחולים ובמשפחותיהם; צוותי שיקום או המשך טיפול שמטפלים בחולים לטווח ארוך; ואחיות פסיכיאטריות המסייעות לרופאי משפחה בטיפול בקשיים נפשיים הנפוצים בטיפול.

ישנם הבדלים בין שירותי בריאות הנפש ובין שירותי בריאות הגוף במימון, בחשיבות, בהכרה ובהתייחסות הפוליטית. במשך השנים עודכן תקציב בריאות הגוף באופן משמעותי הרבה יותר מתקציב בריאות הנפש, אשר כמעט לא קיבלה התייחסות תקציבית בעדכוני סל הבריאות. הבדלים במימון קשורים גם לשיטת תשלום מיושנת (block contracts) שלא ייצגה נכונה את המורכבות של קשיים נפשיים למול הטיפולים המוצעים.

בשנת 2011 הוחלה באנגליה רפורמה בתחום מימון שירותי בריאות הנפש כדי ליעל את תקצוב שירותי הרווחה ובריאות הנפש, והוכנסה שיטת תשלום לפיה ישנן חבילות תקציב של שירותי בריאות הנפש לקבוצה של 20 מצבים מובחנים. הספקים של שירותי הבריאות נדרשו להגדיר תוכן של חבילה לכל אחד מ-20 המצבים והתעריף מבוסס על העלויות של כל אחת מן החבילות האלה כפי שהגדירו הספקים (Marshall et al., 2014). טיפול במצבים שמחוץ לרשימה ממומנים על ידי הרשות המקומית (NHS – Department of Health, 2012).

4.1.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

מסגרות חוץ-ביתיות לילדים באנגליה הם באחריות לאומית. בסקירה משווה בין 24 מדינות באירופה על שירותי בריאות הניתנים לילדים במסגרות חוץ-ביתיות בלטה אנגליה במדיניות השיטתית והמקיפה שיצרה למתן טיפול רפואי הולם לילדים במסגרות חוץ-ביתיות, עם הנחיות מחייבות עבור הרשויות המקומיות לבריאות הילד ורווחתו. הנחיות אלו כוללות מינוי רופאים ואחיות אזוריים עם ניסיון בתחום, המפקחים על מתן שירותי הבריאות לילדים במשפחות אומנה או במוסדות, מייעצים ומנחים ארגונים ומפתחים תוכניות בנושא. נוסף על כך באנגליה ישנם רופאים, רופאים יועצים, אחיות ואחיות מומחיות במרפאות מקומיות האחראים לפיתוח פרקטיקה מיטבית של שירותי בריאות בקהילה לילדים במסגרות חוץ ביתיות. תפקידם כולל פיקוח, ייעוץ והכשרה (Vinnerljung & Hjern, 2018).

כחלק ממדיניות שיטתית זו למתן טיפול רפואי הולם לילדים במסגרות חוץ-ביתיות, קיימת מדיניות בנוגע להליך הערכה כולל של ילד בעת כניסה למסגרת – בריאות פיזית, בריאות השן ובריאות נפשית, וישנן פרקטיקות מקובלות להערכה הזו. כמו כן יש מדיניות ייעודית ופרקטיקות לפיקוח על חיסון ילדים ונוער במוסדות רווחה (Vinnerljung & Hjern, 2018). נוסף על כך יש נהלים לפיקוח וניטור מצב הבריאות, כולל בריאות הנפש ובריאות השן של ילדים השוהים במסגרות חוץ-ביתיות.

ההנחיות לרשויות המקומיות כוללות דרישה לשימוש בשאלון סקר לבריאות הנפש – SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), פעם בעת הקליטה במוסד ופעם נוספת לאחר תקופה של שהות במוסד. בשימוש נכון של גורמים רפואיים בעלי הכשרה מתאימה, שאלון זה הוא כלי לזיהוי ילדים בסיכון גבוה לבעיות בתחום בריאות הנפש והפניה לבדיקה מעמיקה יותר. עם זאת, נראה שלא נעשה שימוש נכון ושגרת בכלי שכן בביקורות תקופתיות שנעשו על ידי CQC נמצא שרק מיעוט מן הילדים שקיבלו ציון גבולי ב-SDQ הופנה למומחים לצורך הערכה כוללת של בריאות הנפש (Care Quality Commission (CQC), 2016a).

המדיניות של אנגליה מפורטת במסמכי מדיניות אחדים הכוללים הנחיות לרשויות המקומיות, לרבות זיהוי מדדים למעקב אחר יישומה. נקבעו חמישה מדדי ביצוע מרכזיים לשירותי בריאות לילדים במסגרות חוץ-ביתיות: (1) שיעור הילדים עם הערכת בריאות מלאה; (2) שיעור הילדים שהשלימו בדיקות שיניים; (3) שיעור הילדים המחוסנים בהתאם לתוכנית החיסונים; (4) שיעור הילדים מתחת לגיל 5 שעברו הערכת התפתחות מלאה; (5) שיעור הילדים מעל גיל 4 שהשלימו שאלון סקר בריאות הנפש (Vinnerljung & Hjern, 2018). נוסף על כך מומחים ניסחו סטנדרטים של איכות לבדיקת איכות הטיפול בילדים במוסדות. חלקם מתייחסים ישירות לבריאות, לעבודה של צוות רב-תחומי, לאופן שיתוף מידע, ולהמשך טיפול בילד במעבר בין מוסדות טיפול (Royal College of Pediatrics and Child Health [RCPCH], 2023).

כאשר ילד השווה במסגרת חוץ-ביתית מגיע לגיל 18, הוא צריך לעבור בוועדה הקובעת את זכאותו לקבלת שירותים מה-NHS כדי לעבור למוסד למבוגרים (Department of Health and Social Care, 2022a). תכנון המעבר מתחיל בשלב מוקדם, כארבע שנים לפני המעבר עצמו ונעשה בשיתוף הילד ובתיאום עם אנשי מקצועות הרפואה והרווחה – אחיות, עובדים בבריאות הנפש ועובדים סוציאליים, כדי להביא למעבר רציף ומיטבי עבור הילד (NICE, 2016).

4.1.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

ה-NHS מממן ומספק את שירותי הבריאות במעונות לבגירים עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות. השירותים ניתנים בחינם לכל אדם שמקבל הכרה לזכאות על ידי ה-ICB. הרשות המקומית מספקת את שירותי הרווחה והפיקוח נעשה על ידי ה-CQC. בשנים 2010-2011 הוקמה Better Care Fund (BCF) – קרן ייעודית לרשויות המקומיות שמטרתה לשפר את האינטגרציה בין שירותי הבריאות של ה-NHS לשירותי הרווחה של הרשויות המקומיות (NHS England, n.d). הקרן הושקה בשנת 2015 כתוספת ל-NHS, לשירותים החברתיים ולשירותי הדיור, כך שאנשים מבוגרים ואנשים עם צרכים מורכבים יוכלו לנהל את בריאותם ורווחתם בעצמם ולחיות באופן עצמאי בקהילותיהם כל עוד אפשר. שווי הקרן הוא 3.6 מיליארד ליש"ט המחולקים בין ה-NHS והרשויות המקומיות. תקציב הקרן משמש לתמיכה בתכנון טיפול משולב שיבטיח שאנשים יקבלו את הטיפול הנכון, במקום הנכון ובזמן הנכון. שימוש בתקציב הקרן הצליח לעזור לצמצם את מספר האשפוזים שלא לצורך וסייע לשפר את איכות הטיפול באנשים עם מצבים כרוניים וארוכי טווח. הקרן היא חלק מרכזי בתוכניות הממשלה לרפורמה בתחום הבריאות והרווחה, אשר נועדה לאפשר לאנשים לחיות חיים ארוכים ובריאים יותר ולהפחית את עלות הטיפול (NHS England, n.d). בשנת 2017 הוגדלה הקרן בשני מיליארד ליש"ט, כדי להפחית את הלחץ המוטל על ה-NHS ולהעביר עוד שירותים להנהלתה של הרשות המקומית (Glendinning, 2018). כאמור, ה-ICB מחליט על הזכאות לשירותים, ה-NHS מממן ומספק את שירותי הבריאות והרשות המקומית מספקת את שירותי הרווחה. עם זאת, החלוקה איננה תמיד ברורה, וחלק מן השירותים שמוגדרים כשירותי הרווחה שמספקות הרשויות המקומיות משרתים גם את השירותים הרפואיים – לדוגמה, מכשור המאפשר אשפוז ביתי. כמו כן לצד הגדרת הסמכויות במוסדות הציבוריים, מוסדות פרטיים במימון פילנתרופי מספקים שירותי בריאות ורווחה גם הם, וחלק משירותי הרווחה של הרשויות המקומיות נשענים על שיתופי פעולה עם גורמים פרטיים ו/או פילנתרופיים (NHS Digital, 2021).

4.1.5 מוסדות למתמודדים עם התמכרויות

טיפול בהתמכרויות ניתן במסגרת שירותי הבריאות הלאומיים של ה-NHS ועל ידי גופים פרטיים במימון עצמי ו/או פילנתרופי. עם זאת, ובעקבות עלייה בהתמכרויות ובתמותה כתוצאה מנזקי השימוש בסמים, יזמה ממשלת אנגליה בשנת 2021 רפורמה בטיפול בהתמכרויות והשקיעה 533 מיליון ליש"ט בחיזוק שירותי טיפול ותכלול והרחבת שירותים, לצד השקעות לאומיות באכיפה, מניעה ועוד. הוחלט להעביר את התקציבים לרשויות המקומיות במהלך שלוש שנים, ולהתחיל בחמישים הרשויות שבהן השיעורים הגבוהים ביותר של תמותה ממנות יתר ופגיעות עקב שימוש בסמים ואלכוהול. מטרת הרפורמה היו הגדלת היצע שירותי הטיפול, שיפור איכות הטיפול, הכשרה וגיוון של כוח האדם וחיזוק הרצף הטיפולי, כולל שירותי מזעור נזקים ושיקום בקהילה (HM Government, 2021).

השירותים הכלולים ברפורמה הם שירותי בריאות ב-NHS כגון טיפול רפואי בהתמכרות, שירותי בריאות הנפש, שירותי רפואה ראשונית וטיפול בתחלואה כפולה, וגם שירותים בקהילה שניתנים על ידי ארגוני החברה האזרחית, כולל החלפת מזרקים, מניעה בקהילה וחלוקת התרופה נלוקסון למניעת תמותה ממנות יתר. הרפורמה מעודדת גם אינטגרציה בין השירותים בתוך ה-NHS ובין פעילות אחרת באמצעות תיווך בין ה-NHS לרשויות המקומיות, שילוב בין שירותי בריאות הגוף לבריאות הנפש, וכן בין הטיפול הקליני לקהילתי, בדגש על אוכלוסיות ספציפיות ברמת פגיעות גבוהה, כולל חסרי בית, מתמודדי נפש, נפגעי ונפגעות אלימות מינית וכלואים. כגוף מתכלל, הרשויות המקומיות אחריות לקבוע מנגנוני תמרוץ, פיקוח, שירותי רווחה כגון תמיכה סוציאלית, סיוע בשיכון וייעוץ תעסוקתי, והערכת שירותים שניתנים במסגרת הרפורמה. ה-NHS ממונה על הספקת שירותי הבריאות, ותוקצב במסגרת הרפורמה כך שירחיב משמעותית את שירותי הטיפול בהתמכרויות ואת הכשרת כוח האדם. ברמה הלאומית נבנה מערך מדדי איכות עבור השירותים הממומנים במסגרת הרפורמה. נתונים על אודות שיעורי התמכרות, תמותה, היענות לטיפול וכד' מופצים ברמה הלאומית והמקומית (HM Government, 2021).

4.1.6 מוסדות לנשים שחוו אלימות במשפחה

ה-NHS מוביל מרכזים בין-תחומיים לנפגעי אלימות מינית (sexual assault referral centers), כולל נפגעות אלימות במשפחה. למרכזים מוקצה תקציב ייעודי מן הממשלה כחלק מן המאבק באלימות במשפחה והם מציעים שירותי רפואה דחופה ותמיכה, מעקב רפואי ופסיכו-סוציאלי, וחיבור עם שירותים כגון ה-independent sexual violence advisor – יועצים עצמאיים להתמודדות עם אלימות מינית.

החברה האזרחית מובילה שירותים רבים לתמיכה בשורדות אלימות מינית ואלימות במשפחה, כגון מערך מקלטים ומרכזי סיוע, וה-NHS הוא הגורם שמכנה לשירותים אלו ומאפשר ניתוב תקציבים ציבוריים לטובת השימוש בהם. שירותי הבריאות למי שנמצאת במקלט/מרכז מסופקים על ידי מערך הרפואה הציבורית הרגילה שהוכשרה לכך, או על ידי שירותי בריאות פרטיים של המקלט/מרכז.

כחלק משירותי הבריאות של ה-NHS, שורדות אלימות מינית זכאיות לשירותי בריאות הנפש לכל החיים, ובאסטרטגיית-העל של ה-NHS יש יעד אסטרטגי שמטרתו לוודא ששירותי בריאות הגוף ובריאות הנפש ניתנים במקביל, במשולב ולאורך זמן (Macdonald, 2021). צוותי רפואה ראשונית מוכשרים לזהות אלימות במשפחה ולהתמודד עימה על פי הנחיות שהוגדרו על ידי משרד הבריאות. כמו כן למערכת הממוחשבת של המוסדות הרפואיים יש מנגנון להפניה לטיפול של מי שאותרה כנפגעת. מנגנון זה גובש ומופעל על ידי ארגון אזרחי.

4.2 גרמניה

4.2.1 מבנה מערכת הבריאות

גרמניה היא איחוד פדרלי של 16 מדינות (federal states). כל מדינה פדרלית היא אוטונומית והיא אחראית לתכנון בתי החולים ושירותי בריאות הציבור בשטחה. בגרמניה מודל של ביטוח חובה אוניברסלי לאזרחים ותושבים מרמת הכנסה מסוימת ומטה. עבור

מי שהכנסתו מעל הרף המינימלי שנקבע יש שתי אפשרויות ביטוח: הראשונה היא ביטוח ציבורי והשנייה היא ביטוח פרטי. כדי לשמור על אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה מהוצאות רפואיות כבדות וכדי למנוע מצב של ויתור על שירות רפואי בשל התשלום הנדרש עבורו, אנשים שהכנסתם נמוכה מחויבים בביטוח בריאות ציבורי. סף ההכנסה הקובע את חובת הביטוח מתעדכן מדי שנה. המדינה מממנת, מימון מלא או חלקי, את ביטוח החובה של אדם שמציג את מצבו הכלכלי ומראה שאין באפשרותו לשלם עבור הביטוח. מי שהכנסתו פוטרת אותו מחובת ביטוח ציבורי, יכול לרכוש שירותי בריאות באופן פרטי או לבטח עצמו בחברות שונות לבחירתו (Blümel et al., 2020).

ביטוח הבריאות הציבורי-ממלכתי הוא רחב וכולל טיפול פליאטיבי, טיפול גריאטרי, שירותי אשפוז ושיקום כללי וסיעודי. אם אין למטופל יכולת לממן את ההשתתפויות העצמיות הנדרשות, המדינה מסבסדת אותן. חלק מן הביטוחים המשלימים שמוצעים במדינה כוללים גם הם סבסוד של ימי אשפוז. קופות החולים בגרמניה הן גופים עצמאיים ללא מטרות רווח המבטחים את האזרחים והתושבים בביטוח החובה, אך הן אינן מעסיקות עובדי בריאות ואינן מספקות את השירותים בעצמן. שירותי הבריאות מסופקים למבוטחים בשלושה ערוצים: רפואה כללית ורפואת שיניים בשירות אמבולטורי, שירותים רפואיים בבתי חולים ואשפוז או טיפול ארוך טווח במוסדות ייעודיים. שלושת הערוצים הללו כפופים להסכמים עם הקופות המבטחות. הקופות מנהלות משא ומתן עם ארגוני רופאים וארגוני בתי חולים בנוגע לתגמול עבור השירותים המסופקים ומקיימות בקרת איכות על ספקי שירותים הקשורים עם הקופה בקשר חוזי (Blümel et al., 2020).

הרשויות המקומיות אחראיות להסדרה ולמימון מוסדות הרווחה ולהספקת שירותי בריאות ורווחה עבור אוכלוסיות זקנים, אנשים עם מחלות נפש, נוער בסיכון ונשים מוכות. משרד הרווחה מעניק תקציבים לרשויות המקומיות ואלו בוחרות אם להעביר את התקציב לקופות החולים (בשיטת קפיטציה), שיקימו ויפעילו מוסדות רווחה, או להקים בעצמן מוסדות רווחה ציבוריים. הרשויות המקומיות מעניקות תקציבים לקופות החולים ואלו משתמשות בהן ביצירת חוזים והסכמי עבודה עם ספקי שירותי בריאות, רופאים עצמאיים ובתי חולים (Blümel et al., 2020).

4.2.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

זכאות למימון שירותי רווחה ושהות במוסדות רווחה נקבעת על ידי ועדה בשם The Medical Review Board – TMRB. כדי להיות זכאי לשירותים, על הוועדה לקבוע כי הצורך רלוונטי לשישה חודשים לפחות והמימון לא יעלה על תעריף חודשי שנקבע מראש עבור שהות במוסד רווחה. ועדה זו גם קובעת את רמת המימון (מבין חמש רמות – grades). שהות של פחות משישה חודשים במוסדות אלו ממומנת על ידי קופות החולים ומבטחים פרטיים (אם היא כלולה בסל הבריאות) (Blümel et al., 2020).

כאמור, כל מדינה היא אוטונומית ולכל מדינה יש שיטה שונה של ממשל, תיאום, מימון, ארגון והספקת שירותי בריאות במוסדות רווחה, מה שהופך את העניין למעט מורכב כיוון שקשה לשמור על אחידות ועל סטנדרט זהה. נוסף על כך, יש הבדל בדרך ההספקה של שירותי בריאות למוסדות מסוג אשפוז ממושך ופנימיים ולמוסדות אחרים כמו מוסדות רווחה לילדים עד גיל 18. דיירים במוסדות לאשפוז ממושך מכוסים על ידי ביטוח סיעודי נפרד (חובת הביטוח הסיעודי החלה ב-1995), ובדומה לביטוח בריאות כללי, גם כאן יש אפשרות לביטוח ציבורי או ביטוח פרטי.

ישנם שני מודלים נפוצים של מתן טיפול רפואי לדרי מוסדות רווחה בהתאם לאופי המוסד ולצורכי הדיירים. האחד, מתן טיפולים בקהילה. המוסד עשוי לפקח, לסייע בקביעת תורים, בהסעות, בליווי וכדומה. התשלום הוא לרוב לפי שירות ספציפי (fee for service) והוא ניתן דרך הביטוח הרפואי של המטופל ולא באמצעות הביטוח הסייעודי. מטופל שאינו משויך לרופא בקהילה יופנה על ידי המוסד למרפאה אמבולטורית בקרבתו המוסד; המודל השני, טיפול על ידי רופא המועסק על ידי המוסד ומספק את השירות במוסד עצמו. מודל זה נפוץ במוסדות שבהם לדיירים יש מגבלה פיזית או היעדר עצמאות, כגון מוסדות גריאטריים או מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי (Federal Ministry of Health, 2016).

מכיוון שמרבית השירותים הרפואיים ניתנים בקהילה, גם עבור דיירים במוסדות רווחה, ביטוח החובה מכסה את עלויות הטיפולים בהיקף הקבוע בחוק. כאשר עלות הטיפול ו/או השירות הנדרש עבור המטופל גבוהה מן העלות המרבית שהביטוח מכסה, ישתתף המטופל בהוצאות הטיפול. אם אין באפשרות המטופל לממן את ההשתתפות העצמית המוטלת עליו, ישנה אפשרות לפנות לרשות המקומית בבקשה לסיוע במימון הטיפול (Blümel et al., 2020). בשל העובדה שפנייה לסיוע מן הרשות המקומית נחשבת למסורבלת וגוזלת זמן, אזרחים מבקשים ומקבלים סיוע מארגונים כמו The German Caritas Association, The German Red Cross או The Diakonie Deutschland.

שירותי בריאות הציבור במדינה מספקים שירותים פסיכו-סוציאליים למטופלים במוסדות רווחה ולאנשים שאינם מבטחים בביטוחים משלימים ונמצאים תחת השגחה מוסדית. במקרה שבו הדייר צריך לקבל שירותים ואין לו אפשרות להגיע אליהם פיזית, המוסד יזמין מטפל למוסד עצמו, במימון הביטוח של האדם או במימון המוסד (המחוז), כאשר לאדם אין ביטוח.

עובדי מוסדות הרווחה אינם מוכשרים בהכשרה ייחודית. ההכשרה שהם מקבלים היא הכשרה כללית למקצוע, ובמידת הצורך הם מקבלים הכשרה פנימית כחלק מתהליך הקבלה לעבודה בתחילת ההעסקה. יחד עם זאת, בשנים האחרונות עולה שיעור כוח האדם הסייעודי במוסדות שיש לו הכשרה נוספת כגון ריפוי בעיסוק. בדרך זו הופך סל השירותים לרחב יותר עבור דיירים במוסדות רווחה כי השירותים מוצעים בהם בשגרה, כאשר היקף ההעסקה נקבע לפי הצורך במוסד (Jakubowski, E), תקשורת בין-אישית, 13.12.22).

המדיניות בגרמניה היא רפואית יותר מאשר רווחתית. תחום הרווחה בגרמניה מפותח וישנם מגוון מנגנונים למתן סיוע ושמירה על רווחת הציבור, אך המדיניות הגרמנית שמה דגש רב יותר בכוח אדם רפואי ובהספקת שירותי רפואה כעמוד תווך מרכזי לשמירה על רווחת הציבור. בשל כך, גרמניה משקיעה משאבים רבים בניסיון להקל על מצוקת כוח האדם הסייעודי ואף להגיע לפתרונה. על פי התכנון, עד שנת 2030 יחסס בין משרות סיעוד מאוישות למשרות שאינן מאוישות יהיה 1:1. המחסור בכוח אדם סיעודי ניכר יותר בקרב אחיות מוסמכות (RNs – Registered Nurses) (Team Careloop, 2020). מחסור זה מאלץ את גרמניה לנקוט בכמה צעדים הנוגעים לארגון שירותי הבריאות: ראשית, גרמניה מייעדת מענקים כספיים לאחיות שיהגרו לגרמניה ויעבדו בה כאחיות. כמו כן בגרמניה נפתחים בתי ספר חדשים לסיעוד כדי להכשיר כוח אדם למערכת. שנית, גרמניה משקיעה כספים רבים ברפואה מונעת, בקידום בריאות, בצמצום הצורך בשירותי בריאות (בדגש ברפואה דחופה) ובשירותי רפואה מקוונים שאינם מצריכים צוותי רפואה פיזיים (Reiff et al., 2020).

ארגון ציבורי עצמאי בשם The Institute for Quality Assurance in Health Care, שחוקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות בגרמניה בסמכות המדינה, מפקח, בין היתר, על שירותי בריאות שניתנים במוסדות רווחה, ומייצר מערך בקרה ופיקוח אחיד בין מערכות הבריאות והרווחה (World Health Organization [WHO], 2020).

4.2.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

האחריות למסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18 מוטלת על הרשות המקומית. שירותי הבריאות למסגרות אלו מסופקים על ידי ספק חיצוני שמגיע למסגרת וממומן על ידי המדינה הפדרלית. בגרמניה אין מדיניות מוסדרת לתהליך הקליטה של ילדים ונוער במסגרת ולהערכת מצב בריאותם ואין נהלים או פרקטיקות נהוגות בנוגע לבדיקות שגרתיות בעת השהות במסגרת (Vinnerljung & Hjern, 2018).

4.2.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

בגרמניה יש ביטוח סיעודי ייעודי עבור שהות במעון לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות. ביטוח זה משולב כתוספת מנדטורית לביטוח הבריאות, הן במסלול הציבורי הן הפרטי, כך שכל אזרח בגרמניה מכוסה בעת הצורך לאשפוז ממושך בעקבות מוגבלות. כל אזרח המוכר כזכאי למימון בגין מוגבלות בוחר בין קבלת מענק כספי לאשפוז ביתי, או לאשפוז מוסדי. כאשר התמיכה מן הביטוח לא מספיקה לאשפוז, ישנם ערוצי תמיכה נוספים מן הרשות המקומית. אפשר להתייעץ עם רופא משפחה בנוגע לאפשרויות הטיפול השונות במוגבלות. לעיתים ייעוץ כזה ניתן בבית החולים לאחר תאונה או אירוע שהוביל למוגבלות. משרד הבריאות הפדרלי ומחלקת הטיפול הממושך (Department of Long-Term Care) קובעים את המדיניות, והרשות המקומית מרכזת את השירותים בשטח. כמו כן גוף רב-תחומי בשם Federal Joint Committee קובע את סל השירותים המכוסים בביטוח. באופן כללי, לרשות המקומית תפקיד הולך וגדל בתיאום שירותי הבריאות והרווחה לזקנים ולאנשים עם מוגבלויות, מכיוון שהיא זוהתה כגוף עם יכולת לשמור על רצף טיפול ועל טיפול אינטגרטיבי. ארגוני בריאות עצמאיים מספקים את שירותי הבריאות באמצעות חוזים עם קופות החולים. ה-Institute for Quality Assurance in Health Care מפקח על השירותים וגם מייצר מערך בקרה ופיקוח אחיד בין מערכות הבריאות והרווחה. גופים מוסמכים, כגון ה-Medical Service of Health Insurance עושים את הבקורות בשטח ומספקים הנחיות לגופים עצמם. תוצאות הבקורות של ה-Health Insurance Medical Service מתפרסמות באתר ציבורי (WHO, 2020).

4.2.5 מוסדות להתמודדות עם התמכרויות

בגרמניה, המדיניות והספקת השירותים לטיפול בהתמכרויות מתקיימות כשיתוף פעולה בין הממשל הפדרלי והרשויות המקומיות, במסגרת אסטרטגיה לאומית למדיניות הטיפול בסמים והתמכרויות משנת 2012. מקורות המימון עבור שירותי טיפול בהתמכרויות מגוונים וכוללים מימון מן הממשל הפדרלי, קרנות הפנסיה, הביטוח הרפואי, הרשויות המקומיות, ארגונים קהילתיים, ארגונים פילנתרופיים וגופים פרטיים. רוב הטיפול בהתמכרויות ניתן ללא אשפוז, אך יש גם מערך אשפוז שכולל מוסדות ציבוריים ופרטיים, ולרפואה הראשונית תפקיד מרכזי כגורם המפנה לטיפול. שירותי הבריאות במוסדות הציבוריים ניתנים על ידי מערך הרפואה הציבורית, ובמוסדות פרטיים הרפואה לרוב פרטית ובהעסקה פרטית ישירה של אנשי המקצוע במוסד. גרמניה אימצה את גישת

מזעור הנזקים (harm reduction), כולל מערך שימוש מבוקר בהרואין, חלוקת מזרקים נקיים וחלוקת נלוקסון ברמה הקהילתית. במרכזי מזעור הנזקים ניתנים שירותי בריאות כגון בדיקות צהבת, HIV ועוד, סיוע לאי-ביטחון תזונתי, ייעוץ לאורח חיים בריא, שירותי בריאות הנפש ועוד. מרכזים אלו גם שער כניסה לשירותים ציבוריים נוספים, כולל שירותי רפואה ראשונית, שירותי רווחה ועוד. המימון למרכזים אלו מקומי, והפעלת המרכזים נעשית על ידי ארגוני החברה האזרחית (European Monitoring and Evaluation Action Programme [EMCDDA], 2019b).

4.2.6 מוסדות לנשים שחוו אלימות במשפחה

ההתמודדות עם אלימות במשפחה בגרמניה ומדיניות התמיכה בשורדות אלימות מעוגנות בתוכנית הפעולה השנייה של הממשל הפדרלי למאבק באלימות נגד נשים משנת 2007, בהובלת המשרד לענייני משפחה, זקנים, נשים וילדים. התוכנית מתקצבת את הפעילות, מגדירה סמכויות וקובעת סטנדרטים לטיפול. מעורבות מערכת הבריאות מתבטאת בהכשרתה לזהות ולתת טיפול לנפגעות ולנפגעים ולהפנות אותם לגורמים מקצועיים ברווחה ובמישור המשפטי (Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, 2007). המשרד לענייני משפחה, זקנים, נשים וילדים מממן את הפיקוח על התערבויות לזיהוי וטיפול בפגיעה מינית בבתי חולים. טיפול ושיקום רפואי, פיזי ונפשי כלולים בביטוח הרפואי הלאומי, כולל שירותי תמיכה למשפחות הנפגעות. קיים קו חם לאומי שמופעל על ידי ארגוני חברה אזרחית, תחת פיקוח רב-תחומי במימון פדרלי ובהובלת לשכה מיוחדת במשרד לענייני משפחה, זקנים, נשים וילדים. קו חם זה מספק ייעוץ ראשוני ומכנה לרשת המקלטים את מי ששרדה והוכרה כנפגעת מאלימות במשפחה ו/או מאלימות מינית. שירותי רפואה לשהות במקלטים ניתנים במסגרת שירותי הבריאות הרגילים, אך טיפול פסיכולוגי ושירותים ספציפיים נוספים מסופקים, לעיתים, על ידי המקלטים עצמם (Floriani & Dudouet, 2021).

4.3 דנמרק

4.3.1 מבנה מערכת הבריאות

מערכת הבריאות בדנמרק היא ציבורית והתושבים מבוטחים בביטוח בריאות חובה (Tikkanen et al., 2020). האחריות להספקת שירותי הרפואה מפוצלת בין השלטון המחוזי (regions) לרשויות המקומיות (municipalities). על אף הפיצול ישנם ערוצים של שיתוף פעולה ותיאום ביניהם (Olejaz et al., 2012).² חלוקת האחריות מתקיימת כדלהלן:

משרד הבריאות אחראי לחקיקה ולמתן קווים מנחים בתחום הבריאות. 'רשות הבריאות' (Danish Health Authority) היא חלק ממשרד הבריאות ותפקידה לייעץ למשרד, לציבור ולרשויות במגוון סוגיות הקשורות לבריאות. רשות הבריאות אחראית גם לתוכנית לאומיות (Danish Health Authority, 2023). משרד הבריאות, משרד האוצר והארגון המייצג של המועצות האזוריות והרשויות המקומיות מקיימים משא ומתן על התקציב הלאומי לבריאות ועל קביעת יעדים שנתיים להוצאה על בריאות.

² בשנים האחרונות ישנה מגמה של מרכז המערכת שנעשה באמצעות סדרה של רפורמות, כמו תכנון מרכזי של התמחויות, ייסוד מערכת לאומית של אקרדיטציה ומיזוג מחוזות ורשויות.

כמו כן מערכת הבריאות מחולקת בין רמות שלטוניות: השלטון המחוזי אחראי לבתי חולים כלליים ופסיכיאטרים, לנשים הרות, לשירותי פסיכיאטריה בקהילה ולמוסדות לאנשים עם מוגבלות. הרשות המקומית אחראית לקידום בריאות ומניעת תחלואה, לבתי אבות וטיפול בית, לטיפול באנשים עם מחלות נפש השוהים בבתי אבות, לתחנות טיפת חלב (כולל בדיקות סקר ומניעת תחלואה בילדים), וכן לטיפול בקשיים הקשורים בהתמכרות לסמים ולאכזריות. הרשות המקומית אחראית גם להספקת שירותי רווחה, כולל מתן דמי רווחה (דמי מחלה ופנסיה לאנשים עם מוגבלות) וטיפול בזקנים ובאנשים עם מוגבלות, כולל מחלות נפש. כמו כן הרשות המקומית אחראית למימון והספקת של שירותי גמילה, לניהול, פיקוח והפעלה של מוסדות גמילה שונים ולהספקת שירותי בריאות במוסדות גמילה סגורים שבהם אין לדיירים אפשרות לצאת ולקבל שירות רפואי בקהילה (Olejaz et al., 2012).

4.3.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

הרשות המקומית אחראית לקביעת זכאות למימון שהות במוסד רווחה והערכת צרכים מתבצעת על ידי מנהל טיפול (case managers) מטעמה. קיימת תשתית מיוחדת לניהול טיפול בקשישים הגרים בקהילה: כל אזרח בן 75+ זכאי לשני ביקורים שנתיים לפחות של מנהל הטיפול מטעם הרשות. במסגרת הביקורים נעשית הערכת צרכים רב ממדית (כולל פונקציונליות, רווחה, תנאי מגורים ועוד). לרוב, הביקורים מתבצעים על ידי האחיות המחוזיות אך לעיתים גם על ידי מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים או עובדים סוציאליים. מנהלי הטיפול עוברים קורס הכשרה של שבועיים בהערכת צרכים שמקנה להם תעודת מעריך מוסמך (Schulz, 2010).

הרשות המקומית אחראית לספק ולממן דיור לאנשים עם מוגבלות שכלית ולמחוסרי בית. התעריף נקבע מקומית (ובפיקוח משרד האוצר) וישנם גם מענקים מן המדינה (block grants). עבור מוסדות לאנשים עם צרכים ייחודיים כמו מרכזי טיפול בהתמכרויות, מוסדות לילדים ולנוער בסיכון, מוסדות לנשים שחוו אלימות במשפחה, בתי אבות ועוד, ניתנים גם תקציבים ומענקים ממשרד הרווחה. חלק מן המוסדות מופעלים על ידי בעלי מקצוע המועסקים על ידי הרשות. עם זאת, התקשרויות עם סוכנויות פרטיות ללא מטרת רווח הופכות לנפוצות יותר בניסיון לספק שירותי בריאות חסכוניים יותר. סוכנויות אלו חשובות מכיוון שהן מספקות שירותים נייחים והמדינה משתמשת בשירותיהן כדי לספק שירותי בריאות במוסדות סגורים ועבור מטופלים שאינם נייחים; כדי לענות על צורכיהן של אוכלוסיות אשר זקוקות להתאמות ספציפיות; וכדי להבטיח הספקת שירותים במסגרת הזמן הקבועה בחוק.

הפיקוח נעשה ברמה המקומית ובהינתן היתר מרשות הבריאות הדנית אשר מפקחת על השירותים שניתנים ומבקשת להבטיח שירותים על פי חוק בכל מוסד שהוא, פרטי או ציבורי כאחד, ושתיהן מבצעות ביקורות שנתיות (CMS, 2021).

שירותים עבור מטופלים עם מחלות נפש מפוצלים בין הרשויות ובין השלטון המחוזי. השלטון המחוזי אחראי לשירותי הבריאות, והרשות המקומית לשירותי הרווחה, למעט חלק מן המוסדות לאשפוז פסיכיאטרי, שעדיין מנהלים על ידי השלטון המחוזי אבל במימון הרשות. משום כך ישנה חפיפה בחלק מן השירותים הפסיכיאטריים הניתנים על ידי השלטון המחוזי והרשות המקומית, דבר הפוגע במאמץ לנהל מערכת יעילה ובהירה. כדי לסייע בתיאום הפעולות בין הרשויות לשלטון המחוזי בטיפול באנשים עם מחלות נפש, ישנם הסכמי בריאות שנתיים שנחתמים בין השלטון המחוזי לרשות המקומית. הסכמים אלו כוללים התייחסות מפורטת לטיפול בבריאות הנפש, לרבות הסוגיות האלה: חלוקת משימות בין השלטון המחוזי לרשות המקומית בנוגע לאנשים עם

מחלות נפש, לרבות אחריות לילדים ובני נוער, ולחולים עם מחלת נפש בשילוב עם התמכרות; קביעת הנחיות לתיאום בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה; קביעת נהלים בנוגע למעבר מידע רלוונטי בין בית החולים, הרופא המטפל והעירייה ביחס לאשפוז ולשחרור, ובנוגע לזמינות הצדדים להמשך דיאלוג ותיאום; קביעת הנחיות להעברת המטופל לאחר שחרורו מבית החולים להערכת צרכים בגישה בין-תחומית ורב-מגזרית; קביעת הנחיות להתייחסות מתאימה לצורכי ילדים של הורים עם מחלות נפש; קביעת הנחיות לביצוע מעקב (follow up) אחר ההסכם על ידי שני הצדדים (השלטון האזורי והרשות המקומית) (Olejatz et al., 2012).

4.3.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

האחריות למסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18 מוטלת על הרשות המקומית. בדנמרק אין מדיניות מוסדרת לתהליך הקליטה של ילדים ונוער במסגרת ולהערכת מצב בריאותם, אין אנשי מקצוע רפואי שאחראים לטיפול הניתן במסגרת ואין נהלים או פרקטיקות נהוגות בנוגע לבדיקות שגרתיות בעת השהות בה (Vinnerljung & Hjern, 2018).

מודל מוצלח לטיפול במסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18 פותח על ידי אחיות בקהילה ברשות המקומית Mariagerfjord. ברשות זו, האחריות לפיקוח על שירותי הבריאות הועברה מרשות הרווחה המקומית לשירותי הבריאות המקומיים וכך האחיות האזוריות יכולות ליישם פרקטיקות אחידות בכל המסגרות שבאחריותן. למשל, ביקורי הערכה שנתיים בתוך מסגרות חוץ-ביתיות, בבתי אומנה או במוסדות חינוך; יישום הנחיות אחידות בנוגע לזיהוי בעיות בריאות שדורשות מענה רפואי; ביצוע חיסונים בהתאם להנחיות; בדיקות שגרתיות כגון משקל וראייה; מעקב אחר מצב בריאות הנפש; והתמודדות עם סוגיות הקשורות בבריאות מינית. נמצא כי במעקבים אלו כ-40% מן הילדים נזקקו לטיפול רפואי כלשהו. כמו כן מתבצעים הדרכה וייעוץ בנוגע לתזונה, שינה והתפתחות הילד, חלוקה של אמצעי מניעה בחינם, כתיבת דוחות התקדמות ועוד. האחיות עובדות בשיתוף רפואי ילדים ומנהלי מקרים מטעם הרשות לרווחת הילד (Vinnerljung & Hjern, 2018).

4.3.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

שירותי הבריאות עבור השוהים במעונות לבגירים עם מוגבלויות כלולים במערכת הבריאות הציבורית. המדיניות נקבעת ברמה הממשלתית, אך תנאי הזכאות, ההשמה במסגרות וארגון השירותים מנוהלים על ידי הרשות המקומית, במודל של ביזור שירותים. דנמרק אסרה בשנות ה-80 על הקמת מוסדות ציבוריים למגורים קבוצתיים דמויי בתי חולים (congregate living) לשיכון אנשים עם מוגבלויות (וזקנים) ובמקום זאת, המוסדות מספקים חדרים פרטיים לדיירים הזכאיים למגורים במוסד, כולל בגירים עם מוגבלות קיצונית שלא מאפשרת המשך מגורים בבית. ייתכן תשלום על שכר דירה, אך שירותי הבריאות שניתנים במוסדות אלו משולמים במסגרת שירותי הבריאות הציבוריים. לצד המערך הציבורי, יש גם מוסדות פרטיים שבהם שירותי הבריאות פרטיים גם כן (WHO, 2019).

לשלטון המחוזי הסמכות לקבוע מדיניות בנוגע לתפוסה המותרת במוסדות ולמכשור הקיים, ולהביא כוח אדם רפואי למוסדות הציבוריים. המוסדות הפרטיים אינם כפופים לפיקוח על תפוסה ולהנחיות כוח אדם כמו המוסדות הציבוריים, כל עוד הם עומדים בעקרונות הבטיחות והאיכות. המשרד לעניינים חברתיים והפנים, יחד עם השלטון המחוזי והרשות המקומית בנו במשותף מערך של 23 מדדי איכות כולל נתונים על אודות מספר המטופלים, מספר ביקורי בית, כוח האדם במוסד, הכשרות וכד'. המוסדות

מפוקחים בהתאם לציון במדדי האיכות לפי בדיקות סקר, בקרות מתוכננות ובקרות פתע על ידי הרשות לבריאות. מדי שנה נציגי הממשל הלאומי מקיימים בקרות במוסדות, אך הרשות המקומית מקיימת קשר הדוק יותר לבקרה ופיקוח עליהם. לצד המערך החוץ-ביתי, דנמרק פועלת לשפר את תנאי האשפוז הביתי עבור אנשים עם מוגבלויות, בין היתר באמצעות הנגשת מידע רפואי למטופל, חיזוק הרפואה מרחוק, קו חם ליעוץ רפואי והספקת שירותים עד הבית (WHO, 2019).

4.3.5 מוסדות להתמודדות עם התמכרויות

רשות הבריאות מתווה את מדיניות ההתמודדות עם התמכרויות ברמה הלאומית, והרפואה הראשונית במערכת הציבורית מהווה גורם "שומר סף" לכיסוי ולהספקת הטיפול האינדיווידואלי. קבלת שירותים במסגרת סל הבריאות הלאומי מותנית בקבלת אישור מגורם מכנה ברפואה הראשונית. רשויות מקומיות אחראיות להגדיר תוכנית טיפול אישית ולספק את הטיפול, כולל שירותים סוציאליים ורפואיים. הנגישות לטיפול מחויבת להינתן עד 14 ימים מיצירת הקשר הראשונית, ויש אפשרות לבחור בשירותים במסגרת המערכת הציבורית והפרטית, כשהטיפול ניתן בחינם, כשיתוף פעולה בין מגזר הבריאות למגזר הרווחה. טיפול אמבולטורי קיים באמצעות מרכזי טיפול בסמים ומרכזי מזעור נזקים, שפתוחים לציבור גם ללא הפניה מן הרפואה הראשונית. אשפוז במוסד קיים לרוב עבור טיפול ניקוי רעלים (detox) ולצורך מגורי מעבר (halfway houses). חלק מן המוסדות הם בבעלות ציבורית, חלק בבעלות פרטית, וישנם מוסדות ייעודיים לבני נוער. רוב המטופלים מקבלים שירותים ללא צורך בדיוור במסגרות חוץ-ביתיות, ואפשר גם להשתלב במוסדות לפרקי זמן קצרים (EMCDDA, 2019a).

במרכזי שימוש מבוקר בסמים לאנשים עם התמכרויות (Drug Consumption rooms – DCR's), יש צוות סיעודי העובד 24/7 ומעניק טיפול תרופתי ושירותי בריאות נוספים. הרשות המקומית מממנת הכשרה ייעודית במסגרת המוסד עבור ההתמודדות הייחודית, טכניקות הזרקה ייחודיות, סיוע בשליטה בהתפרצויות ועוד. נוסף על כך השהות במוסד ממומנת כולה על ידי הרשות המקומית ואין השתתפות עצמית של הדיירים. אם המטופל מגיע לטיפול פעם נוספת, הרשות המקומית רשאית לממן רק אחוז מסוים מן השהות, והשאר ימומן על ידי המטופל עצמו ומשפחתו, או על ידי חברת הביטוח שלו, אם יש לו ביטוח תואם (Kappel et al., 2016).

4.3.6 מוסדות לנשים שחוו אלימות במשפחה

דנמרק היא אחת משש מדינות באיחוד האירופי העומדות בסטנדרטים של אמנת איסטנבול³ לכמות מספקת של מקלטים נאותים לנשים ששרדו אלימות במשפחה (Floriani & Dudouet, 2021). המדיניות נקבעה בתוכנית פעולה לשנים 2019-2022 למניעת אלימות פיזית ופסיכולוגית במערכות יחסים אינטימיות על ידי ועדה בין-משרדית בהובלת המשרד להזדמנויות שוות, משרד המשפטים והמשרד לילדים ועניינים חברתיים. התוכנית כוללת חיזוק השירותים האמבולטוריים כולל ייעוץ וטיפול פסיכו-סוציאלי; שיפור התנאים במקלטים ובמרכזים האמבולטוריים (מוסדות לא רפואיים כמו מקלט, בית ספר או כלא שבהם

³ אמנת איסטנבול היא אמנה בין-לאומית של המועצה האירופית למניעה ומאבק באלימות כלפי נשים ואלימות במשפחה. האמנה מדגישה כי אלימות נגד נשים אינה בעיה פרטנית אלא סוגיה הנוגעת לכלל הציבור במדינה, ומציבה סטנדרטים למניעה, הגנה, שיפוט ומעקב אחר יישום (Council of Europe, n.d).

השירותים הרפואיים ניתנים בתוך המוסד עצמו); חיזוק שירותי שיקום של הפוגע; שיפור יכולות המערכת לטפל בסוגים שונים של אלימות (פיזית, מילולית ואלימות ברשת); פיתוח שירותים לילדים ובני נוער; ושיפור היכולת לזהות סממני אלימות, בין היתר, במערכת הבריאות (Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2019).

חובה על הרשויות המקומיות לוודא כמות מספקת של מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה, אך המקלטים עצמם מופעלים על ידי ארגוני החברה האזרחית, והמימון משלב בין מימון לאומי, מקומי ופילנתרופי. שירותי הבריאות לדיירות במקלטים ולמטופלות במסגרות אמבולטוריות ניתנים במסגרת הרפואה הציבורית. בסך הכול ישנם 53 מקלטים עבור נשים, ו-6 לגברים נפגעי אלימות מינית ואלימות במשפחה. ישנם גם תשעה מרכזים ייעודיים עבור נפגעות אונס, חלקם מוצבים בבתי חולים ומופעלים על ידם. במרכזים אלו ניתנים שירותי בריאות, בדיקות, סיוע פסיכולוגי, ייעוץ למשפחה והפניה לגורמים מקצועיים נוספים. במסגרת הטיפול במרכזים אין חובה להזדהות בשם ואין חובת דיווח למשטרה (Floriani & Dudouet, 2021).

4.4 הולנד

4.4.1 מבנה מערכת הבריאות

החל משנת 2006, מערכת הבריאות בהולנד מבוססת על מודל של תחרות מנוהלת שבו לאזרחים יש אפשרות לבחור ביטוח מספקים שונים: קופות חולים ומוסדות בריאות פרטיים; הספקים מעניקים לכל אזרח במדינה סל בריאות בסיסי אוניברסלי, במסגרת ביטוח חובה ו"מתחרים" על המבוטחים. כאשר אדם אינו יכול לממן את הביטוח, המדינה תסבסד עבורו את הסל הבסיסי, לעיתים סבסוד מלא. משרד הבריאות, הרווחה והספורט בהולנד ממלא תפקיד של פיקוח וסיוע לשוק הבריאות, וכחלק מביזור האחריות על שירותי הבריאות והרווחה, הרשות המקומית נוטלת תפקיד מרכזי יותר בהתאמת השירותים ובשמירה על רצף טיפולי (Kroneman et al., 2016).

4.4.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

הזכאות לשהות במוסדות רווחה או לקבלת טיפול במסגרת אשפוז ביתי תלויה באישור ועדה ייעודית (CIZ – Centre for Needs Assessment) שמונתה על ידי הממשלה הלאומית. הוועדה בוחנת את צורכי המטופל בהתאם לחוות דעת ברפואה הראשונית וקובעת את חבילת הסיוע הנדרשת בהתאם למצב המטופל ודרישות הטיפול עצמו. אשפוז ביתי הוא באחריות הרשות המקומית והוא מכוסה במסגרת הסל הבסיסי. מטופל יכול לקבל תקציב אישי מן המדינה (שנקבע על ידי ועדת CIZ) למימון טיפול סיעודי ביתי עצמאי, והוא רשאי לצרוך שירותים באופן שיבחר במסגרת התקציב (Kroneman et al., 2016).

המימון לשהייה במוסדות רווחה מורכב ממימון מן הרשות המקומית, מכיסוי במסגרת הסל הבסיסי ומהשתתפות עצמית. אם ועדת ה-CIZ קובעת שלמטופל זכאות לשהות במסגרת חוץ-ביתית, השהייה במסגרת ממומנת מתקציב המדינה, או לחלופין, המטופל מקבל תקציב לקרן ייעודית לתשלומי שירותי סיעוד. שירותי בריאות במסגרת אשפוז ביתי מכוסים במסגרת הסל הבסיסי, והמדינה מחייבת את חברות הביטוח הרפואי לבצע התאמות עבור המבוטחים כדי להעניק את השירות. שירותים סוציאליים וטיפול סיעודי במסגרת אשפוז ביתי ממומנים על ידי הרשות המקומית (Kroneman et al., 2016).

4.4.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

האחריות למסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18 מוטלת על הרשות המקומית. בהולנד אין מדיניות מוסדרת להספקת שירותי בריאות במסגרות, אך יש אנשי מקצוע רפואי המועסקים בהן ואחראים לטיפול הרפואי בהן. כמו כן אין מדיניות מוסדרת לתהליך הקליטה של ילדים ונוער במסגרת ולהערכת מצב בריאותם, ואין נהלים או פרקטיקות נהוגות בנוגע לבדיקות שגרתיות בעת השהות במסגרת (Vinnerljung & Hjern, 2018).

4.4.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

רפורמות בתחום האשפוז הממושך שהוחלו בהולנד בשנים 2007 ו-2015 הובילו לכך שלרשות המקומית סמכות מוגברת לארגן שירותים חוץ-ביתיים, בין היתר, לבגירים עם מוגבלויות. עם זאת, שירותי הסייעוד והרפואה במסגרות חוץ-ביתיות ממומנים ומכוסים על ידי ביטוח הבריאות, וחברות הביטוח ומוסדות הטיפול בונים חוזים עצמאיים להספקת שירותים. גם שירותי בריאות באשפוז ביתי ממומנים על ידי ביטוח הבריאות, ונעשה מאמץ לאפשר לבגירים עם מוגבלויות להישאר בבית עם הסיוע הנדרש (Maarse & Jeurissen, 2016; van Ginneken & Kroneman, 2015). המעונות לבגירים עם מוגבלויות מחוברים לרשתות אקדמיות כדי להבטיח טיפול מיטבי וכדי לפתח פרקטיקות מיטביות ספציפיות לתסמונות נפוצות שגורמות למוגבלויות. רשתות אלו ממומנות מתקצוב ממשלתי, ממימון ישיר של המוסדות עצמם (תקציב של כמיליון אירו בשנת 2022) ומתרומות. מטרתיהן הן ביצוע מחקרים, הפצת תובנות ממחקרים וליווי יישומן. צוותי מחקר, בהם סטודנטים לרפואה, פועלים במוסדות לשהייה ממושכת, מבצעים מחקרים ומסייעים במתן שירותי רפואה. פועלות שש רשתות וכן ועדת היגוי בין-רשתית המאפשרות שיתוף תובנות ממחקרים ושיתוף פעולה בין-מוסדי ביישום. בין היתר, הן מסייעות בהגדרת מאפייני מחלות נדירות ובהגדרות מערך טיפול בהתאם לצרכים, ובפיתוח לומדות והכשרות עבור אנשי המקצוע בשטח (Koopmans et al., 2022).

מיזם הרשתות יוצר "מעבדות חיים", קרי מוסדות רווחה שבהם סטודנטים מבצעים מחקרים ובד בבד מסייעים בהספקת שירותים לדיירים – בעיקר שירותי ייעוץ, מניעה וקידום בריאות. מרבית הפעילות מתקיימת במוסדות סיעודיים והיא כוללת התערבויות מחקריות רבות במטרה לשפר את חוויית השהות של הדיירים, את מצב בריאותם, את עצמאותם ואת רמת החיים שלהם במוסד שבו הם שוהים (Verbeek et al., 2019).

4.4.5 מוסדות להתמודדות עם התמכרויות

בהולנד רוב הטיפול בהתמכרויות מתבצע במרכזים אמבולטוריים, ומגוון שיטות טיפול נמצאות בסל הבריאות הבסיסי. עם זאת, ניקוי רעלים, שיקום ואשפוז פסיכיאטרי מתבצעים במסגרות חוץ-ביתיות. הרשויות המקומיות והשלטון המחוזי אחראים לתכנון וריכוז שירותי הטיפול. חלקם ניתנים במערכת הציבורית וחלקם על ידי ארגונים פרטיים. לאחר רפורמה בשירותי בריאות הנפש שהוחלה ב-2014, הטיפול בהתמכרויות מתבצע בשלושה שלבים: זיהוי ברפואה הראשונית, חיבור למערכת בריאות הנפש, ולאחר מכן קבלת טיפול ייעודי. מקור המימון לטיפול בהתמכרויות הוא תקציבי הביטוח, כששירותים סוציאליים וטיפולים כגון טיפול בעזרת הרואין ודוור נתמך נעשים כחלק מיזמות לאומיות ייעודיות (EMCDDA, 2019c).

הולנד היא חלוצת גישת "מזעור נזקים", בין היתר בעקבות עלייה בשימוש בהרואין בשנות ה-70 וה-80, ולצד שיעורי HIV גבוהים בקרב אנשים עם התמכרויות לסמים באמצעות הזרקה. מערך שימוש מבוקר וחלופת מזרקים מתקיים כשיתוף פעולה בין החברה האזרחית, המשתמשים בסמים עצמם ושירותי בריאות הציבור. בהתאם לכך, ישנם ברחבי המדינה מרכזי מזעור נזקים לשימוש מבוקר, קבלת טיפול וייעוץ וחיבור עם שירותי בריאות, חיבור של עובדים סוציאליים לקבלת שירותים כגון דיור ופעילות יומית, חיבור לטיפול, רפואה ראשונית ושירותי בריאות הנפש, וחיבור לשירותים נוספים כגון ביטוח לאומי, תמיכה כלכלית וסיוע בתשלום חובות. ישנם 24 מרכזי מזעור נזקים שפרוסים ב-19 ערים בהולנד (EMCDDA, 2019c).

4.4.6 מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה

מודל הניהול של מערך המקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה בהולנד מבוזר. המדיניות נקבעת על ידי משרד הבריאות, הרווחה והספורט, והמימון מורכב ממימון ממשלתי ופילנתרופי, כאשר המימון הממשלתי מנותב על ידי הרשויות המקומיות לארגוני חברה אזרחית שמנהלים ומפעילים את המקלטים. לרוב, השהייה במקלטים היא בין שלושה לשישה חודשים, והשירותים שניתנים בהם כוללים ייעוץ פסיכו-סוציאלי ומשפטי, וחיבור ותיאום טיפול עם שירותי בריאות, שניתנים במסגרת מערכת הבריאות הרגילה. נכון לשנת 2021, היו בהולנד 26 מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה, כמחצית מכמות המקלטים הנדרשים כדי לעמוד בעקרונות אמנת איסטנבול. לצד מערך המקלטים, יש מרכז לאלימות מינית שממומן על ידי משרד הבריאות, הרווחה והספורט, ומפעיל 16 מרכזי סיוע לנפגעות אונס במוסדות רפואיים, שמספקים שירותי בריאות, סיוע פסיכולוגי והפניה לשירותים נוספים ולטיפול אמבולטורי/טיפול המשך (Floriani & Dudouet, 2021).

4.5 נורווגיה

4.5.1 מבנה מערכת הבריאות

מערכת הבריאות בנורווגיה מבוזרת למחצה. ארבעה ארגוני בריאות אזוריים (Regional Health Authorities – RHAs) אחראים לארגון ולהספקה של הרפואה היועצת, והרשויות המקומיות אחראיות להספקת רפואה ראשונית ושירותי רווחה. משרד הבריאות אחראי לרגולציה, פיקוח ובקרה על השירותים. טיפול בבתי חולים, אשפוז פסיכיאטרי וטיפול בהתמכרויות ממומנים ממענקים ייעודיים מן הממשלה ל-RHAs. חלק ממערך הרפואה היועצת ממומן מתקציבים ייעודיים לפי מודל מימון מבוסס אבחנה (DRG). טיפולים בבריאות הנפש, אמבולטוריים, ביתיים או אשפוזיים, נכללים בסל הבריאות הבסיסי ומסובסדים על ידי המדינה. באשפוז קיימת השתתפות עצמית, וכאשר מדובר באוכלוסייה חלשה הרשות המקומית מסייעת במימון ההשתתפות, בהתאם לצורך ולמצב המטופל (Saunes et al., 2020).

4.5.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

זכאות לשהייה במוסדות רווחה מותנית בהיעדר יכולת לקבל שירותים באופן עצמאי. ועדה הפועלת באחריות הרשות המקומית מעריכה את מידת עצמאותו של מבקש השירות ואת צרכיו. הוועדה כוללת רופא משפחה ונציגים מן השירותים החברתיים. אם למטופל אין אפשרות להגיע להערכה, יגיעו נציגים אליו לביתו ויבצעו אותה. ייתכן שאדם ימצא זכאי רק לחלק מן השירותים, כמו טיפול יום, אך ללא טיפול לילה (Saunes et al., 2020).

רוב מוסדות הרווחה הם בבעלות הרשויות המקומיות, ושיעור קטן מן המוסדות בבעלות פרטית. חלק מן המוסדות הפרטיים מקבלים גם מימון ציבורי, וחלק ממומנים באופן עצמאי לחלוטין. במוסדות רווחה ציבוריים יש השתתפות עצמית בהתאם ליכולת המטופל לשלם (Saunes et al., 2020).

כל המוסדות מעניקים שירותי רפואה מותאמים לאוכלוסיית הדיירים לפי הצורך. אם הדייר מעוניין בכך, הוא רשאי להגיש בקשה לסיוע בדיור או להגיש בקשה למגורים בקהילה ואז הוא מקבל שירותי בריאות עד הבית יחד עם שירותי הסעה וכדומה (Helsenorge, 2020).

במוסדות ברשויות הגדולות יש במקרים רבים צוותים בעלי מומחיות ייעודית לתחומי תוכן שונים, למשל, דמנציה וסוגי מוגבלות שונים (Sogstad et al., 2020). כמו כן אפשר להזמין ביקורים מרוכזים של רופא משפחה בבתי אבות ובמוסדות רווחה (Marandi, 2021).

4.5.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

האחריות למסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18 נחלקת בין הרשות המקומית, השלטון המחוזי והמדינה (Vinnerljung & Hjern, 2018). נעשים מאמצים ברמה הלאומית להביא לשיתוף פעולה בין סוכנויות מקומיות לרווחת הילד (יש כ-400 רשויות מקומיות) ובין ספקי בריאות מחוזיים (כ-19 מחוזות), כשהמיקוד הוא בטיפול בקשיים נפשיים אצל ילדים במסגרות האלה. השמה במסגרת חוץ-ביתית בנורווגיה היא המוצא האחרון. רבים מן הילדים שמגיעים למסגרות אלו מגיעים בגילים מבוגרים יותר (Vinnerljung & Hjern, 2018). במחקר שבדק את בריאות הנפש של ילדים במסגרות חוץ-ביתיות נמצא כי 76% מן הילדים עמדו בקריטריונים ללפחות דיאגנוזה אחת מתוך ה-DSM, כשהנפוצות ביותר היו דיכאון, דיסתימיה, חרדה, הפרעות קשב וריכוז ואספרגר. שיעור התחלואה הכפולה שנמצא היה גבוה. מחקר זה היה חלק מסדרת מחקרים אשר תרמו לפרסומם של כמה דוחות ממשלתיים עם המלצות למדיניות שתביא לחיזוק שיתוף הפעולה בין שירותי הבריאות והרווחה (Lehmann & Kayed, 2018); למשל, המלצה שהרפואה הראשונית תהיה אחראית לסקירה הראשונית של המטופל בטרם הפנייתו לשירותי בריאות הנפש, ולכתיבת המלצה מפורטת שבה ייכלל תיאור מצב הילד והנסיבות להפניה, התפתחות, משפחה, התערבויות קודמות, וההערכה בדבר השירות הנצרך (Vinnerljung & Hjern, 2018).

בנורווגיה מודל ייחודי של שיתוף פעולה מורחב בין משרד הבריאות ושירותי הרווחה. על פי המודל בכל מסגרת חוץ-ביתית יש חובה למנות תפקיד "אחראי לטיפול בקשיים נפשיים". המדינה מפעילה תוכנית הכשרה לעובדים במסגרות לילדים בתחום בריאות הנפש. כמו כן יש המלצה של משרד הבריאות למנות רופאים ייעודיים שיהיו אחראים לטיפול בבריאות הגוף והנפש (בדומה לקיים באנגליה), והמלצה להגדיר את אופן שיתוף הפעולה בין שירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה לילדים (Skjærpe et al., 2022).

4.5.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

מחוץ למוסדות בריאות (בתי חולים ומרפאות), המענה לבגירים עם מוגבלויות הוא באחריות הרשות המקומית. עד גיל 67, המטופל מנותב לטיפול ביתי (residential care), כלומר, קבלת טיפול סיעודי צמוד בתוך בית המטופל כהעדפה על פני מגורים במעון ייעודי. מערך המעונות הסייעודיים מיועדים לאנשים עם מוגבלויות מעל גיל 67, אך גם בגילים אלו ברירת המחדל היא לאפשר חיים עצמאיים בבית במקום מעבר למסגרת החוץ-ביתית. כ-90% מן המעונות הסייעודיים הם בניהול ישיר של הרשות המקומית, וכ-97% מן השירותים באשפוז ביתי מסופקים על ידי הרשויות המקומיות (Grodem, 2018).

מקורות המימון של הרשויות המקומיות לאשפוז ממושך הם מיסים כלליים, תקצוב ייעודי מן הממשלה והשתתפויות עצמיות עבור חלק מן השירותים בהתאם ליכולת המטופל. המדינה קובעת סטנדרטים לטיפול, מספקת הכשרות ועורכת בקרות, אך הביצוע נעשה על ידי הרשויות המקומיות, תוך שונות גבוהה מרשות לרשות. פיקוח ובקרה נעשים על ידי ה-Norwegian Board of Health Supervision, כולל במוסדות בבעלות הרשויות המקומיות, וגם במיעוט המוסדות הפרטיים (Grodem, 2018).

4.5.5 מוסדות להתמודדות עם התמכרויות

בשנת 2015 השיקה נורווגיה את תוכנית הפעולה לטיפול בהתמכרות לאלכוהול וסמים (2016-2020), שכללה, בין היתר, אסטרטגיית מימון כללי לטיפול בהתמכרויות, מניעה, התערבות מוקדמת ושיקום, בדגש באינטגרציה בין השירותים ושמירה על רצף טיפולי. משרד הבריאות אחראי לקביעת המדיניות. רשות הבריאות מרכזת את יישום צעדי המדיניות שקשורים בטיפול רפואי וגם תמיכה סוציאלית. הרשויות המקומיות אחראיות למתן שירותי מניעה, לשירותי שיקום אמבולטורי, לתמיכה פסיכו-סוציאלית, ולשירותי בריאות בסיסיים כגון בדיקות ומתן הפניה לשירותים בתוך מערכת הבריאות. שבעה מרכזי סמים והתמכרויות עוסקים במגוון נושאים, בהם מניעה, יישוג (outreach), התערבות מוקדמת, והתמקדות באוכלוסיות ספציפיות בסיכון כולל מהגרים, מבקשי מקלט, ילדים עם בעיות התנהגות, מעשנים צעירים וזקנים. יישוג ייעודי לצעירים קיים ביותר מ-100 רשויות מקומיות (EMCDDA, 2019d).

המימון ומתן השירותים נעשים באופן מבוזר כך שאין גורם יחיד שמממן או מבצע. טיפול ניתן כחלק מן המערך הרפואי הציבורי, ובאמצעות הגעה של רופאים כלליים מן הרפואה הציבורית למרכזי הטיפול החוץ-ביתיים. מרבית השירותים הם ציבוריים, כולל שירותי בריאות ורווחה, אבל יש גם ארגונים פרטיים ללא מטרות רווח שזוהו כשותפים בהספקת השירותים, בבחינת צרכים, בתיאום טיפול ובמתן תמיכה סוציאלית (EMCDDA, 2019d).

נורווגיה אימצה את גישת מזעור הנזקים כחלק מן הרפורמה הלאומית כולל מניעת תמותה ממנות יתר על ידי חלוקת נלוקסון, ומניעה וטיפול בצהבת בקרב משתמשי סמים בהזרקה. הרשויות המקומיות מקימות ומנהלות את מרכזי מזעור הנזקים, ו-22% מן הרשויות המקומיות בנורווגיה מספקות מזרקים נקיים במרכזים אלו. במרכזי מזעור נזקים ניתנים גם שירותי בריאות נוספים כגון בדיקות רפואיות ראשוניות, חיסונים, כולל נגד צהבת, חלוקת מזרקים נקיים, חלוקת נלוקסון למניעת תמותה ממנות יתר, חלוקת מזון וחומרי היגיינה, והפניות לטיפולים רפואיים בתוך מערכת הבריאות (EMCDDA, 2019d).

4.5.6 מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה

נורווגיה היא אחת משש מדינות באיחוד האירופי שיש בה כמות מספקת של מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה שעומדים בעקרונות אמנת איסטנבול. המקלטים, חלק ממערך "מרכזי המשבר" (crisis centers), מנוהלים על ידי גוף לאומי בשם "Secretariat of the Shelter Movement", וממומנים על ידי תקציבים לאומיים שמועברים לרשות המקומית ולארגונים שמפעילים את המקלטים. לרוב, המקלטים מספקים שירותים שאינם רפואיים, כולל סיוע פסיכו-סוציאלי, משפטי וכד', אם כי המקלט הייעודי לשורדות סחר בבני אדם כן מספק שירותים רפואיים. מרכזי אלימות מינית בתוך המוסדות הרפואיים כגון בתי חולים ומרפאות בקהילה מספקים שירותים רפואיים בחינם, ללא צורך בהפניה, וללא תלות בדיווח למשטרה. שירותי בריאות ניתנים במרכזים אלו על ידי צוות המוסד הרפואי, כולל בדיקות רפואיות, בדיקות הריון, סיוע פסיכו-סוציאלי, חיבור לשירותי המשך ועוד. הקו החם לנפגעות פועל בחינם ופתוח כל הזמן (Floriani & Dudouet, 2021).

4.6 שוודיה

4.6.1 מבנה מערכת הבריאות

בשוודיה מערכת בריאות עם כיסוי אוניברסלי ושיעור בעלי הביטוח הוולונטרי נמוך (10% מן האוכלוסייה). המדינה, באמצעות המשרד לבריאות ורווחה (Ministry of Health and Social Affairs), אחראית להתוויות מדיניות הבריאות. לפי חוק הבריאות מ-1982 האחריות לבריאות התושבים מופקדת בידי השלטון המחוזי (regions) והרשויות המקומיות (municipalities). החוק מעניק לשלטון המחוזי ולרשויות המקומיות חופש פעולה לתכנן ולארגון השירותים (Janlöv et al., 2023).

השלטון המחוזי אחראי למימון ולהספקה של שירותי בריאות לתושבים, ורוב בתי החולים ומערך הרפואה הראשונית נמצאים בבעלותו. הרשות המקומית אחראית לשירותי בריאות בבתי הספר ולשירותי בריאות ורווחה לזקנים, לאנשים עם מוגבלויות ולחולים פסיכיאטריים באשפוז ממושך; רוב מוסדות הרווחה פועלים במימון ציבורי, ומיעוטם במימון פרטי. חלק מן המוסדות הפרטיים מקבלים גם מימון מן המדינה (Janlöv et al., 2023).

בשנת 1992 חוקק בשוודיה חוק שמהווה את הבסיס למערכת שירותי הבריאות. החוק הגדיר את תחומי האחריות של השלטון המחוזי והרשות המקומית ונתן להם אוטונומיה רבה. מאז נעשו כמה רפורמות לשיפור השירותים הניתנים, זאת באמצעות אינטגרציה בין שירותי הבריאות והרווחה שברשויות המקומיות; כך הרשות המקומית אחראית למימון וארגון שירותים לזקנים, לאנשים עם מוגבלות פיזית ולמתמודדי נפש. כמו כן הרשות המקומית מחויבת להסדיר המשך טיפול למטופלים לאחר טיפול אקוטי ו/או גריאטרי בבית חולים. שירותי בריאות הנפש הם חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות והם ניתנים כמו שאר שירותי הבריאות הן באשפוז הן בקהילה, כולל טיפול בילדים ונוער ובמכורים לסמים או אלכוהול (Janlöv et al., 2023).

ב-2015 הוקמה ועדה המורכבת מעשר סוכנויות ממשלתיות כדי לפתח את שירותי הבריאות והרווחה. אחת מן הסוכנויות האלו היא - The National Board of Health and Welfare (NBHW) סוכנות ממשלתית האמונה על פיקוח שירותי בריאות ורווחה במדינה ועל התווית נורמות לשלטון האזורי. ה-NBHW מפתחת סטנדרטים מבוססי עובדות, הנחיות ומערכות מעקב אחרי יישום, איכות הטיפול והכשרת אנשי המקצוע בתחום (כולל רופאים, רופאי שיניים ואנשי מקצועות הסיעוד) וכן אוספת מידע ומבצעת מחקרים. כל המידע על אודות בריאות ושירותי רווחה מאוגם ב-NBHW, ולספקי השירותים ישנה חובת דיווח על פי חוק. סוכנות נוספת בשם IVO (The Health and Social Care Inspectorate) אמונה על פיקוח על שירותי בריאות ורווחה ועל שירותים לאנשים עם מוגבלויות. אומנם השלטון המחוזי אחראי לשירותי הבריאות בתחומו, אך IVO מפקחת על ספקי הבריאות ועל עמידתם בסטנדרטים של בטיחות (Janlöv et al., 2023).

בשנת 2018 חוקק [חוק שיתוף פעולה בעת שחרור מאשפוז מבית החולים](#), זאת כחלק ממהלך לקידום טיפולי בריאות ושירותי רווחה איכותיים עבור אנשים שאחרי שחרורם מאשפוז זקוקים לסיוע משולב ונדרש תיאום בין השירותים. החוק קובע שבעת השחרור מאשפוז והעברת האחריות לטיפול הרפואי מן השלטון המחוזי לרשות המקומית, יש לוודא שקיימים התנאים לקבלת הטיפול קרי, החלפת מידע בין ספקי השירותים והמטופל וקביעת תוכנית טיפול. תוכנית הטיפול כוללת תכנון המשך טיפול בדגש בשיקום והיא נכתבת בשיתוף המטופל והרופא המטפל (בשיתוף צוות המרפאה הקהילתית ושירותי סוציאליים). כאשר התנאים הללו מתקיימים, האחריות לטיפול הרפואי מועברת לרשות המקומית (Janlöv et al., 2023).

4.6.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

זכאות למימון שהות במוסד רווחה נקבעת לאחר קביעת תוכנית פעולה על ידי הגורם הרפואי המטפל. הרשות המקומית, בהתייעצות עם השלטון המחוזי, קובעת את רמת המימון שהרשות תספק בהתאם לתוכנית הרפואית, לרמת התפקוד של המטופל ולמצבו הכלכלי (Janlöv et al., 2023).

שירותי בריאות לדיירי מסגרות חוץ-ביתיות ניתנים כחלק משירותי הבריאות בקהילה. במוסדות שבהם נמצאים דיירים אשר עדיפה הישארותם במוסד (מוסדות לטיפול בהתמכרויות, נוער בסיכון), יסופקו השירותים הרפואיים במוסד עד כמה שאפשר, ובחלק מן המוסדות תיתכן אפשרות לשירות הסעות במימון הרשות המקומית. עם זאת, בשוודיה יש עדיפות לצמצום שהות במוסדות רווחה. על כן החוק מאפשר למדינה לקבוע עבור אדם פעילות שיקומית/טיפולית כלשהי כמו הגעה למפגשים חברתיים, או קביעת תור והגעה לרופא באופן עצמאי, כדי להגביר את עצמאותו ואת מיומנויות היום-יום שלו ולהחזירו אל הקהילה (Backe-Hansen et al., 2013).

מחוסרי בית מקבלים שירותי לינה מארגונים לא ממשלתיים בעלי מימון עצמאי, אשר נתמכים על ידי הרשויות המקומיות. שירותי הבריאות למחוסרי בית ניתנים בקהילה למעט שירותי מניעה שניתנים בתוך מסגרות דיור ציבוריות במימון הרשות המקומית (Pleace et al., 2018).

4.6.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

האחריות למסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18 מוטלת על הרשות המקומית. בשוודיה אין אנשי מקצוע רפואי ייעודיים שאחראים לטיפול הרפואי שניתן במסגרות. אומנם ב-2017 הוחלה מדיניות חדשה בנוגע לתהליך הקליטה של ילדים ונוער במסגרות ולהערכת מצב בריאותם, אך בעת ביצוע הסקירה הנוכחית מדיניות זו לא הוטמעה ואין פרקטיקות מקובלות לכך. כמו כן אין נהלים או פרקטיקות נהוגות בנוגע לבדיקות שגרתיות בעת השהות במסגרות.

במחוז Uppsala בשוודיה אומץ מודל אמריקני לטיפול בילדים ונוער במסגרות חוץ-ביתיות. על פי המודל בית החולים האוניברסיטאי במחוז (המשרת 360 אלף תושבים) משמש כ"בית רפואי" – מוקד רפואי אחד לכל המחוז ובו נעשית הערכת בריאות מלאה (בריאות פיזית, נפשית ובריאות השן) לכל הילדים שנקלטים במסגרות חוץ-ביתיות. נוסף על כך מוצעים שירותים רפואיים רב-תחומיים ומתאמים טיפול עבור הילדים השוהים בהן (Vinnerljung & Hjern, 2018).

4.6.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

מעונות לבגירים עם מוגבלויות קיימים בכל הרשויות המקומיות בשוודיה, אך מספר המיטות במערכת הציבורית הולך ומצטמצם ומטופלים מנותבים כמה שאפשר לקבלת שירותי סיעוד ובריאות בבית. אף שהרשות המקומית היא הגורם האחראי למערך הסיעודי לבגירים עם מוגבלויות, שירותי הבריאות בתוך המוסדות ובבית המטופל מנוהלים וממומנים על ידי השלטון המחוזי.

בשונה ממדינות אחרות באירופה, מדיניות הטיפול הממושך בבגירים עם מוגבלויות בשוודיה איננה משולבת עם מדיניות הטיפול הממושך בזקנים, מכיוון ששירותים לאנשים עם מוגבלויות מעוגנים בחוק נפרד (The Disability Act) (Sweden Sverige, 2013).

החוק שומר על המערך הסיעודי לבגירים עם מוגבלויות על אף השחיקה בשירותים לזקנים (Schön & Heap, 2018). לצד מערך המעונות הציבורי, קיימים מוסדות פרטיים, ולשלטון המחוזי ולרשות המקומית מותר להקצות משאבי טיפול ממושך אליהם כדי שיספקו את השירותים. בין רבע לשליש משירותי הבריאות עבור בגירים מתחת לגיל 65 במעונות סיעודיים ניתנים על ידי ספקים פרטיים (Meagher & Szebehely, 2013).

4.6.5 מוסדות להתמודדות עם התמכרויות

בשוודיה רשות לאומית לטיפול בהתמכרויות שמספקת טיפול בחינם במסגרות חוץ-ביתיות לפרקי זמן של עד שישה חודשים. הרשות המקומית מספקת שירותי ניקוי רעלים, שירותי בריאות הנפש למתמודדים עם התמכרויות ושיקום בטווח הארוך באמצעות שירותי הרווחה ומסגרות ייעודיות כגון בתי מעבר ומוסדות פרטיים. אפשר לקבל הפניה לטיפול מן הגורם הרפואי ברפואה הראשונית. ישנם 13 מרכזי מזעור נזקים שמציעים החלפת מזרקים, טיפול רפואי וסוציאלי, בדיקות רפואיות וחיסונים, ומחלקים נלווים למניעת תמותה ממנות יתר. כמו כן מזרקים נמכרים בבתי מרקחת למי שמחזיק בהפניה לכך (EMCDDA, 2019c).

השלטון המחוזי אחראי לטיפול בבריאות הנפש, אך הרשות המקומית אחראית לטיפול באנשים המתמודדים עם התמכרות. האחריות המשותפת גורמת לאי-בהירויות ומובילה להפניות של מטופלים ממחלקות חירום פסיכיאטריות למרפאות עירוניות לטיפול בהתמכרות, וחזרה. המצב הזה מקשה על טיפול באנשים עם תחלואה כפולה שמתמודדים גם עם בעיות בבריאות הנפש וגם עם התמכרות. בחקיקה שבוצעה על ידי הממשלה בשנת 2021 מוצע שהאחריות תועבר לשלטון המחוזי, כך שארגון אחד יספק את כל סוגי הטיפול הקשורים לבעיות נפש, כולל התמכרות (Janlöv et al., 2023).

4.6.6 מקלטים לנשים שחוו אלימות במשפחה

שוודיה היא אחת משש מדינות באיחוד האירופי שעומדת בסטנדרטים של אמנת איסטנבול עם כמות מספקת של מקלטים נאותים לנשים ששרדו אלימות במשפחה. כמו כן יש קו חם זמין 24/7 שמופעל על ידי The National Centre for Knowledge on Men's Violence against Women, במימון ממשלת שוודיה. מערך המקלטים ממומן ברובו מתקציבים פדרליים שמנותבים למקלטים דרך הרשות המקומית. קיים גם מימון פילנתרופי, אבל הוא מהווה רכיב שולי יותר במימון. המקלטים ומרכזי סיוע נוספים מספקים שירותים פסיכו-סוציאליים, ייעוץ משפטי וסיוע בהפניות/תיאום טיפול. לרוב, המקלטים עצמם אינם מספקים שירותי בריאות. לעומתם, מרכזים לסיוע לנפגעות אונס, שממומנים מתקציבים פדרליים המנותבים דרך הרשות המקומית (עם מעט מימון פילנתרופי), מספקים שירותים רפואיים ושירותי בריאות הנפש (Floriani & Dudouet, 2021).

4.7 שווייץ

4.7.1 מבנה מערכת הבריאות

מערכת הבריאות בשווייץ אוניברסלית, ופועלת במודל של תחרות מנוהלת. כל תושב נדרש לרכוש ביטוח בריאות ממבטחים פרטיים ללא מטרות רווח, והמדינה מסבסדת את הביטוח לאנשים בעלי הכנסה נמוכה. הכיסוי כולל את רוב הרופאים, טיפול בבתי חולים, תרופות, מכשירים וטיפול ביתי. אפשר לרכוש ביטוח פרטי משלים עבור שירותים שאינם מכוסים בביטוח החובה למשל כדי להבטיח מבחר גדול יותר של רופאים (De Pietro et al., 2015).

שירותי הבריאות מבוזזים. חוקים ורגולציות ברמת המדינה מופעלים במקרים נדירים ולמחוזות ("קנטונים") יש אוטונומיה להפעיל מדיניות בריאות עצמאית. המחוזות אחראים לארגון השירותים בתחומן הגאוגרפי, והשירותים ניתנים ברובם בידי ספקים פרטיים. בתי החולים בשווייץ הם פרטיים וכך גם מרבית מוסדות הרווחה ומוסדות האשפוז הממושך. המחוזות אחראים למימון מוסדות להתמודדות עם התמכרויות, טיפולים פליאטיביים ומוסדות אשפוזיים לבריאות הנפש (De Pietro et al., 2015).

4.7.2 שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה

שהות במוסד רווחה עשויה להיות כרוכה בהשתתפות עצמית, שביטוח משלים עשוי לצמצם ואף לבטל לחלוטין. במצב כזה, הרשות המקומית קובעת תנאי זכאות למימון השירותים (De Pietro et al., 2015).

שירותי בריאות לדיירי מוסדות רווחה ולאנשים המטופלים בטיפול ביתי כלולים במערכת הבריאות הציבורית, ומתאפיינים בביזור ובתחרות מנוהלת כמו שאר מערכת הבריאות. חלק מן המוסדות מציעים שירותי בריאות ושירותי סיעוד בתוך המוסד עצמו, וחלק מפנים לקבלת שירותים במוסדות הבריאות. החלטות על מיקום קבלת השירותים ועל דרך קבלתם מתקבלות על פי הכיסוי הביטוחי של המטופל ומצבו הבריאותי. במקרים דחופים יש זכאות ל-14 ימים של קבלת שירותים בתוך המוסד, ולאחר מכן יש צורך בהמשך טיפול במערכת הבריאות הרגילה.

רמת הסבסוד משתנה כתלות במצב הכלכלי של המטופל ובטיפול הנדרש. קיימת השתתפות עצמית מוגבלת לטיפול, אך כאשר אין בידי המטופל אפשרות לממן את חלקו, השלמת התשלום נעשית על ידי המחוז. הארגון המבטח מתווך את מימון השירותים מן הסל הציבורי, לרוב גם את השהות עצמה במוסד הרווחה. מוסדות רווחה מבטיחים קבלת טיפול רפואי בהתאם לסל הבסיסי, ואם הדייר במוסד מבוטח בביטוח משלים, הוא יכול לקבל את השירותים מספק השירות או בתיווך הארגון המבטח.

תפקידן של הרשויות המקומיות בתחום האשפוז הממושך במוסדות רווחה הוא בעיקר פיקוח והספקת שירותי תמיכה סוציאלית לקבוצות חלשות. אם במוסד דיירים שאינם יכולים להגיע ולצרוך שירותים בקהילה, הארגון המבטח אחראי להתאים את השירותים עבורם. אם המוסד מאופיין באוכלוסייה עם קושי לצאת מן המוסד לצורך קבלת שירות רפואי, הרשות המקומית תממן ביקורים רציפים של רופאי משפחה, צוות סיעודי ואף רופאים מומחים יועצים (De Pietro et al., 2015).

4.7.3 מסגרות חוץ-ביתיות לילדים עד גיל 18

כאמור, בשווייץ יש חקיקה ברמת המדינה רק במקרים ספציפיים ואין מדיניות נפרדת עבור ילדים הגרים במסגרות חוץ-ביתיות, מלבד החוק להגנת הילד מ-2012 (Nett, 2012). כמו כן אין משרד או סוכנות ממשלתית עם אחריות בלעדית לרווחת הילד. האחריות היא ברמת המחוז או הרשות המקומית ואין מדיניות אחידה לכולן. השיבוץ במסגרות חוץ-ביתיות נעשה בהתאם לגיל, למגדר ולצורך חינוכי או טיפולי, עם שונות גבוהה בין המחוזות (Gabriel & Keller, 2016).

4.7.4 מעונות לבגירים (בני 18+) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות

מערך הדיור והטיפול הסיעודי הממושך עבור בגירים עם מוגבלויות מבוזז: למחוזות הסמכות הסטטוטורית להפעיל את מערך השירותים, אבל מותר להם להטיל סמכויות על הרשות המקומית. שירותי הבריאות בתוך מעונות ניתנים על ידי קופות החולים או

ספקי בריאות פרטיים, וטיפול רפואי מכוסה על ידי הביטוח הרפואי אך מותנה בהפניה מן הרופא המטפל. שירותים נוספים, כגון סוגים שונים של שירותי בריאות הנפש ושיקום, כרוכים בהשתתפות עצמית, אבל אפשר לקבלם במסגרת ביטוח ייעודי למוגבלות (Invalidity Insurance, ביטוח חובה לכל אזרח בשווייץ). ארגוני החברה האזרחית מספקים סיוע כלכלי לקבלת שירותים במקרה שמדובר בשירותים ללא הפניה, או במקרה שמדובר בתושבים ללא מעמד אזרחי מוסדר. חלק מן המעונות הם בבעלות ציבורית, חלק בבעלות פרטית עם תקצוב ציבורי וחלק בבעלות פרטית בלבד. טיפול סיעודי ביתי מסופק על ידי ספקי הביטוח המשלים, ספקי "Home-Care" פרטיים, או עמותות ללא מטרות רווח (Trein, 2018).

4.7.5 מוסדות להתמודדות עם התמכרויות

מדיניותה של שווייץ להתמודדות עם התמכרויות עודכנה בשנת 2017 והתבססה על גישות מסוף המאה ה-20 שהתמקדו בהתמכרות כבעיה של בריאות הציבור (van der Stel, 2015). עקרונותיהן של גישות אלו היו: מניעה, טיפול, מזעור נזקים וצמצום הנגישות לסמים. לצד עקרונות אלו הדגישה המדיניות המעודכנת את הצורך באינטגרציה של השירותים וביצירת רצף טיפולי, היערכות לכניסתם של סמים חדשים והבחנה לראשונה בין הרגלי שימוש חברתיים בסמים בעלי סיכון נמוך, לשימוש בסמים בסיכון גבוה להתמכרות.

מגוון רחב של שיטות טיפול להתמודדות עם התמכרות מוכרות ומכוסות במסגרת שירותי הבריאות הציבוריים, כולל שימוש מבוקר בהרואין, וגם הפניה מרופא ממערך הרפואה הראשונית שמאפשרת לקבל הרואין תרופתי הביתה (Federal Office of Public Health, 2020). רוב הטיפול ניתן ללא צורך באשפוז או שהייה ממושכת במסגרת חוץ-ביתית, אך יש מערך יוקרתי, פרטי, עם רמת שירות ותמיכה גבוהות של מוסדות אשפוז פרטיים לטיפול בהתמכרויות, שמשרתים את אזרחי שווייץ אך גם אוכלוסיות אחרות בעולם. במוסדות אלו ניתנים שירותי בריאות פרטיים (Federal Department of Home Affairs, 2020).

4.7.6 מוסדות לנשים שחוו אלימות במשפחה

מספר המקלטים בשווייץ לנשים שחוו אלימות במשפחה אינו עומד בעקרונות אמנת איסטנבול. המקלטים הקיימים מופעלים על ידי עמותות, ומתאפשרת בהם שהייה ללא תשלום למשך 35 ימים במימון מחוזי. מדיניות השהייה במקלט לאחר פרק זמן זה משתנה ממחוז למחוז. רוב המקלטים ממומנים מימון פרטי ופילנתרופי ומיעוטם ממומנים מימון מלא וישיר על ידי הממשלה הלאומית. השירותים שניתנים במקלטים משתנים בהתאם לארגון המפעיל והמדיניות הקנטונית. כמו כן ישנם מרכזי סיוע בערים הגדולות לנפגעות אלימות מינית שממומנים חלקית מתקציב ממשלתי ומפילנתרופיה, ובהם מסופקים שירותי בריאות, כחלק ממערך שירותי הבריאות הציבוריים. אין קו חם לאומי לנשים בשווייץ, אלא קווים מחוזיים (Floriani & Dudouet, 2021).

5. מגבלות המחקר

1. סקירה זו מוגבלת לשבע המדינות שנכללו בה ולמידע שהיה זמין באנגלית או שאפשר היה לתרגמו לאנגלית, במסגרת הזמן שבו נעשתה הסקירה. צוות המחקר בדק בשיטתיות שאלות על מתן שירותים לאוכלוסיות מוגדרות, אך נמצא כי יש שונות רבה בתוך כל אחת מן המדינות, בשל ביזור סמכויות ועצמאות רבה שניתנת ברמה האזורית לארגון שירותי הבריאות, ובשל הסדרים מקומיים ופטרונות יצרתיים בהספקת השירותים ובתיאום בין הגורמים המספקים אותם. מטבע הדברים, תמונת המאקרו שמספק דוח זה לא אפשרה לרדת לעומקם של הבדלים אלו.
2. הסקירה הוגבלה בחלוקה גסה למוסדות המשרתים ארבע אוכלוסיות, אך בחלוקה זו אין התייחסות לשוני שקיים בתוך כל אוכלוסייה. לדוגמה, לבגירים בני 30+ עם מוגבלות נפשית יש צרכים שונים מלבגירים בני 67+ עם מוגבלות פיזית, ולאוכלוסייה עם התמכרות להרואין יש צרכים שונים מלמתמודדים עם התמכרות לאלכוהול. כמו כן ישנה גם תחלואה כפולה וחפיפה משמעותית בין האוכלוסיות בסקירה. למשל, לנשים עם מוגבלות יש סיכוי גבוה יותר להיות חשופות לאלימות במשפחה (WAVE, 2021), ולבגירים עם תחלואה נפשית יש סיכוי גבוה יותר להתמכרות (Regier et al., 1990). לכן חשובה לא רק הספקת השירותים בתוך כל מוסד בפני עצמו, אלא חשובה גם היכולת של המוסדות השונים לשתף פעולה זה עם זה כדי לוודא מענה הולם – לדוגמה, מתן טיפול בהתמכרות לשוהות במקלט לנשים שחוו אלימות במשפחה, או התאמה מבנית של מקלט לנשים שחוו אלימות לנשים עם מוגבלויות.
- יש שונות רבה מאוד בין האוכלוסיות שנבחנו ונדרש מחקר המשך שיבחן את "מסע המטופל" של כל אוכלוסייה. כמו כן לנוכח ריבוי המצוקות והצרכים הבריאותיים והחברתיים המורכבים שיש לאוכלוסיות המתגוררות במסגרות חוץ-ביתיות, יש מקום להוסיף ולחקור את המידה שבה היישום וההטמעה נותנים להן מענה.
3. מקורות המידע העיקריים בסקירה זו היו מסמכי מדיניות המתארים את המדיניות הרשמית של כל מדינה ומסמכים של עמותות וארגוני חברה אזרחית שסוקרים מדיניות זו ולעיתים מבקרים אותה. במקרים רבים לא נמצאו מחקרים עדכניים שיציגו תמונת מצב בנוגע ליישום המדיניות בפועל. כמו כן חסרה נקודת המבט של צרכני השירותים שתשקף את חווית המטופל ותאמת את המידע שנמסר על ידי הרשויות.

6. סיכום ודין

בסקירה זו הוצגו מודלים של הסדרה, הספקה ומימון שירותי בריאות לדיירי מסגרות חוץ-ביתיות כגון בגירים (+18) עם מוגבלויות התפתחותיות, שכליות ופיזיות, ילדים ונוער בסיכון ובקצה הרצף ההתנהגותי-תפקודי, נשים שחוו אלימות במשפחה ומתמודדים עם התמכרויות.

נדגמו מדינות ב-OECD בעלות הכנסה גבוהה ובעלות רכיב של ביטוח ממלכתי, שיש בהן מודלים שונים למימון השירותים, לארגוןם ולהספקתם: ניהול מרכזי לעומת ניהול מבוזר, קשרים בין בריאות ורווחה בהספקת שירותי בריאות, מודל של תחרות מנוהלת כדוגמת קופות חולים לעומת שירותים אחידים.

נמצא שבמדינות שנסקרו יש מעטפת שמיועדת לוודא שלאוכלוסיות אלו יש נגישות לשירותי בריאות גם בהינתן דיור במסגרת חוץ-ביתית, ובחלק מן המדינות יש תוכניות לאומיות ייעודיות לאוכלוסיות אלו.

בסקירה של שירותי בריאות במוסדות רווחה לילדים ונוער שנערכה בשנת 2018 (Vinnerljung & Hjern, 2018), זיהו החוקרים שלושה מודלים להספקת שירותי בריאות במוסדות רווחה:

1. מודל מדינת רווחה "מידה אחת מתאימה לכל" (one size fits all) – במודל זה אין התאמות מיוחדות לדרי המוסדות ושירותי הבריאות ניתנים במסגרת מערכת הבריאות הציבורית
 2. מודל מדינת רווחה עם התאמות מסוימות – התבססות על מערכת הבריאות הציבורית עם התאמות כגון העסקת אנשי מקצועות הרפואה על ידי המוסדות או משרד הרווחה ומדיניות מסוימת הנוגעת לבדיקה ופיקוח על מצב הבריאות של דרי המוסדות
 3. מודל שבו שירותי הבריאות במערכת הבריאות הציבורית אולם המדינה יצרה תשתית לחיזוק הבריאות של דרי המוסדות
- בסקירה הנוכחית נמצא שהמודל הנפוץ ביותר הוא המודל השני. ברוב המדינות המודל להספקת שירותי בריאות במוסדות רווחה נשען במידת האפשר על מערכת הבריאות הציבורית. כאשר אין אפשרות לספק את השירות במסגרת הציבורית נעשות התאמות כגון הסעות או הבאת השירות למוסד. לחלק מן המוסדות יש הסכמים עם מרפאות מקומיות, או עם אנשי מקצועות הרפואה שמגיעים למוסד או מועסקים על ידו, ונמצא שהרשות המקומית במדינות רבות היא שמבצעת את תפקיד ארגון ומימון ההתאמות הנדרשות. כמו כן נמצא שלרשות המקומית תפקיד חשוב בארגון השירותים, בפיקוח עליהם ובניתוב המימון, גם כשהמוסדות נשענים על מקורות פרטיים או פילנתרופיים/ארגוני חברה אזרחית/עמותות וגם במדינה בעלת ניהול מרכזי, דוגמת אנגליה. הפקדת האחריות בידי הרשות, שבחלק מן המדינות אחראית גם לשירותי הרווחה, מאפשרת אינטגרציה של שירותים ושיפור הרצף הטיפול.

באנגליה, נורווגיה ושוודיה משרד הבריאות והרווחה הם משרד אחד. אחת מן ההמלצות של ארגון הבריאות העולמי לעידוד שיתוף פעולה ולהטמעת הגישה "בריאות בכל מדיניות" היא משרדים משותפים (Leppo et al., 2013). בסקירה הנוכחית נמצא ביטוי לכך שמשרד שמאחד בין בריאות לרווחה אכן מיעל ומשפר את שיתוף הפעולה ואת הראייה הכוללת של מתן השירותים, לפחות ברמת המדיניות; אנגליה בלטה, בין השאר, במדיניות השיטתית והמקיפה שיצרה למתן טיפול רפואי הולם לילדים במסגרות

חוץ-ביתיות, ובשוודיה ישנן סוכנויות שמרכזות מידע על שירותי הבריאות והרווחה, והן גם אמונות על פיקוח על שירותי בריאות ורווחה במדינה ועל התווית מדיניות מבוססת מידע.

גישה נוספת לעידוד אינטגרציה של שירותים היא שילוב שני סוגי השירותים במוסדות אמבולטוריים. דוגמה לכך היא מרכזי מזעור נזקים, שמספקים לתמודדים עם התמכרויות שירותים כגון חלוקת מזרקים נקיים וביצוע בדיקות רפואיות, אך גם נותנים שירותים סוציאליים. בחלק מן המדינות, מרכזים אלו היו בהנהלתן של הרשויות המקומיות, ובחלקן, הופעלו על ידי עמותות.

בסקירה נמצא שישנה מגמה להעדיף טיפול סיעודי בבית או קבלת שירותים אמבולטוריים על פני אשפוז ממושך במסגרת חוץ-ביתית. מכיוון שהסקירה התמקדה בהספקת שירותי בריאות במסגרות חוץ-ביתיות, לא הורחב נושא אשפוז בית/טיפול בית במדינות, על אף החלק המרכזי שהוא ממלא במדינות.

סקירה זו מתארת את דרך הפעלת השירותים ממעוף הציפור. סקירה מסוג זה, שמסתמכת על ספרות אפורה וראיונות, אינה מאפשרת להיכנס לעומקם של דברים, למשל ליכולת היישום וההטמעה של מדיניות, להבדלים בין אזורים עירוניים לכפריים, לפערים בנגישות בין אוכלוסיות שונות בתוך מדינות, להתייחסות כללית ולא פרטנית לסוגי טיפול שונים ולהבחנה בין שירותים שונים. עם זאת, היא נותנת תמונה כללית של מודלים להסדרה, הספקה ומימון שירותי בריאות במדינות אחרות, ומהווה בסיס למחקר המשך מעמיק.

לסיכום, במדינות שנסקרו יש מעטפת שמיועדת לוודא שלאוכלוסיות רווחה תהיה נגישות לשירותי בריאות מיטביים, גם בהינתן דיור במסגרת חוץ-ביתית. עם זאת, אלו אוכלוסיות עם צרכים בריאותיים וחברתיים מורכבים (תחלואה כפולה, חשיפה לגורמים חברתיים שמשפיעים על הבריאות כגון עוני, גזענות ואלימות), והאתגר הגדול הוא ביישום. סקירה ראשונית זו תספק למשרד הרווחה בישראל אפשרות ללמוד ממודלים שונים, כדי לשפר את הטיפול באוכלוסיות המתגוררות במסגרות חוץ-ביתיות ולסייע במתן מענה הולם לצורכי הבריאות שלהן.

רשימת מקורות

משרד הבריאות (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי - התשנ"ד 1994.

https://www.health.gov.il/legislationlibrary/bituah_01.pdf

Ambea. (2022, November 28). *Vardaga*. Ambea. <https://ambea.com/our-operations/brands/vardaga/>

Anderson, M., Edwards, N., Pitchforth, E., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022a). *United Kingdom health system information*. Eurohealthobservatory.who.int.

<https://eurohealthobservatory.who.int/countries/united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland/>

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., Mossialos, E., & Policies, E. O. on H. S. and. (2022b). United Kingdom: health system review. In *apps.who.int*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354075>

Backe-Hansen, E., Højer, I., Sjöblom, Y., & Storø, J. (2013). Out of home care in Norway and Sweden – similar and different. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 193–202. <https://doi.org/10.5093/in2013a23>

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). Germany Health System Review. In *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>

Care Quality Commission. (2016). *Not seen, not heard. A review of the arrangements for child safeguarding and health care for looked after children in England*. Care Quality Commission.

https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160707_not_seen_not_heard_report.pdf

Care Quality Commission. (2022). *Care Quality Commission*. Cqc.org.uk. <https://www.cqc.org.uk/>

CMS. (2021, March 24). *Care Homes in Denmark*.

<https://cms.law/en/int/expert-guides/cms-expert-guide-to-european-care-homes/denmark>

Council of Europe. (n.d.). *The Convention in brief*. Istanbul Convention Action against Violence against Women and Domestic Violence. <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/the-convention-in-brief#>

Danish Health Authority. (2023, July 28). *Responsibilities and tasks*. Wwww.sst.dk.

<https://www.sst.dk/en/english/About-us/Responsibilities-and-tasks>

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(4), 1–288, xix.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26766626/>

NHS – Department of Health. (2012). *Gateway Ref: 18135 A simple guide to Payment by Results A simple guide to Payment by Results*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213150/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf

Department of Health and Social Care. (2022a). *National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-Incorporating the NHS Continuing Healthcare Practice Guidance (A)*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1170290/National-Framework-for-NHS-Continuing-Healthcare-and-NHS-funded-Nursing-Care_July-2022-revised_corrected-July-2023.pdf

Department of Health and Social Care. (2022b). *National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-Incorporating the NHS Continuing Healthcare Practice Guidance (B)*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1170290/National-Framework-for-NHS-Continuing-Healthcare-and-NHS-funded-Nursing-Care_July-2022-revised_corrected-July-2023.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Addiction (EMCDDA). (2019a). *The drug problem in Germany at a glance*.

European Monitoring Centre for Drugs and Addiction (EMCDDA). (2019b). *The drug problem in Norway at a glance*.

European Monitoring Centre for Drugs and Addiction (EMCDDA). (2019c). *The drug problem in Sweden at a glance*.

European Monitoring Centre for Drugs and Addiction (EMCDDA). (2019d). *The drug problem in Denmark at a glance*.

Federal Department of Home Affairs. (2020). *The Federal Council's health-policy priorities Federal Department of Home Affairs FDHA*.

Federal Ministry of Health. (2016). *The Long-term care insurance in Germany*. www.bundesgesundheitsministerium.de. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/topics/topics/long-term-care/long-term-care-insurance.html>

Floriani, E., & Dudouet, L. (2021). *Wave Country Report 2021. Wave - Women against violence Europe*. https://wave-network.org/wp-content/uploads/WAVE_Country-Report.pdf

Federal Office of Public Health. (2020). *National Strategy on Addiction*. <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

- Gabriel, T., & Keller, S. (2016). Out of home care in France and Switzerland im Spiegel von Erlebnisberichten View project Domestic Adoption in Switzerland: continuities, changes, and outcomes of irreversible family View project. *ResearchGate*, 22(3), 1950–1999. <https://doi.org/10.5093/in2013a25>
- Glendinning, C. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care United Kingdom*.
- Grodem, A. S. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Norway*.
- Helsenorge. (2020, September 22). *Children's homes, nursing homes and other housing services in Norway*. <https://www.helsenorge.no/en/help-services-in-the-municipalities/childrens-homes-nursing-homes-and-other-housing-services/>
- HM Government. (2021). *Policy Paper: From harm to hope: A 10-year drugs plan to cut crime and save lives*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1079147/From_harm_to_hope_PDF.pdf
- Janlöv, N. Blume, S. Glenngård, A.H., Hanspers, K., Anell, A., Merkur, S. (2023) Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* 25(3): i–198. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372708/9789289059473-eng.pdf?sequence=1>
- Kappel, N., Toth, E., Tegner, J., & Lauridsen, S. (2016). A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0109-y>
- Koopmans, R. T. C. M., Leerink, B., & Festen, D. A. M. (2022). Dutch Long-Term Care in Transition: A Guide for Other Countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 204–206. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.013>
- Kroneman, M., Boerma, W., Van Den Berg, M., Groenewegen, P., De, J., & Ewout Van Ginneken, J. (2016). Health Systems in Transition. *Netherlands Health System Review*, 18(2). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330244/HiT-18-2-2016-eng.pdf?sequence=5>
- Lehmann, S., & Kayed, N. S. (2018). Children placed in alternate care in Norway: A review of mental health needs and current official measures to meet them. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 364–371. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12323>
- Lennox, C., Stevenson, C., Edge, D., Hopkins, G., Thornicroft, G., Susser, E., Conover, S., Herman, D., Senior, J., & Shaw, J. (2019). Critical Time Intervention: a qualitative study of the perspectives of prisoners and staff. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(1), 76–89. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1665699>

- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69920/URN_ISBN_978-952-00-3407-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Maarse, J. A. M. (Hans), & Jeurissen, P. P. (Patrick). (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>
- Macdonald, M. (2021). *The role of healthcare services in addressing domestic abuse*. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9233/CBP-9233.pdf>
- Marshall, L., Charlesworth, A., & Hurst, J. (2014). *The NHS payment system: Evolving policy and emerging evidence. Research report*. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2017-01/2014-nhs-payment-research-report-web-final.pdf>
- Meagher, E., & Szebehely, M. (2013). *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Department of social work, Stockholm University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:667185/FULLTEXT01.pdf>
- Mensah, T., Hjern, A., Håkanson, K., Johansson, P., Jonsson, A. K., Mattsson, T., Tranæus, S., Vinnerljung, B., Östlund, P., & Klingberg, G. (2019). Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: Health technology assessment. *Acta Paediatrica*, 109(2), 250–257. <https://doi.org/10.1111/apa.15002>
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark. (2019). *Action plan for the prevention of psychological and physical violence in intimate relationships*. https://bm.dk/media/17168/voldshandlingsplan_uk_web_version_154351_e0006550011_3kpdf_final.pdf
- Naylor, C., Imison, C., Addicott, R., Buck, D., Goodwin, N., Harrison, T., Ross, S., Sonola, L., Tian, Y., & Curry, N. (2015). *Transforming our health care system. Ten priorities for commissioners*. The Kings Fund.
- Nett, J. C. (2012). Child protection in Switzerland: Description of the cultural, political and legal context. In: J.C. Nett & T. Spratt (Eds.). *Child Protection Systems: An international comparison of "good practice examples" of five countries (Australia, Germany, Finland, Sweden, United Kingdom) with recommendations for Switzerland* (pp. 13-66). Fonds Suisse pour des projets de protection de l'enfance. https://www.researchgate.net/publication/267449030_Child_protection_in_Switzerland_Description_of_the_cultural_political_and_legal_context
- NHS Digital. (2021, October 21). *Long term care: Adult Social Care Activity and Finance Report*. NHS Digital. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-activity-and-finance-report/2020-21/4.-long-term-care#long-term-care-activity-by-support-setting>

- NHS Choices. (2019). *NHS Continuing Healthcare*. NHS. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/nhs-continuing-healthcare/>
- NHS England. (n.d.). *Better Care Fund*. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/better-care-fund/>
- NICE. (2016, February 24). *Overview*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- Olejaz, M., Annegrete, Nielsen, J., Rudkjøbing, A., Hans, Birk, O., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2) , i–192. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575801/>
- Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., & Busch-Geertsema, V. (2018, December 30). Homelessness Services in Europe : EOH Comparative Studies on Homelessness. Eprints.whiterose.ac.uk. <https://eprints.whiterose.ac.uk/142819/>
- RCPCH (Royal College of Pediatrics and Child Health). (2023). *Healthcare Standards for Children and Young People in Secure Settings*. https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2023-04/rcpch_healthcare_standards_for_children_and_young_people_in_secure_settings_2023.pdf
- Reiff, E., Gade, C., & Böhlich, S. (2020). *Handling the shortage of nurses in Germany: Opportunities and challenges of recruiting nursing staff from abroad*. Wwww.econstor.eu. <https://www.econstor.eu/handle/10419/222921>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/>
- Saunes, I. S., Karanikolos, M., & Sagan, A. (2020, January 15). Norway: Health System Review. *Health Systems in Transition*. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4658828/>
- Schön, P., & Heap, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care - Sweden*. European Commission.
- Schulz, E. (2010). The Long-Term Care System in Denmark. SSRN Electronic Journal. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659621>
- Skjærpe, J. N., Joa, I., Willumsen, E., Hegelstad, W. ten V., Iakovleva, T. A., & Storm, M. (2022). Perspectives on Coordinating Health Services for Individuals with Serious Mental Illness – A Qualitative Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 15(36483581), 2735–2750. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s384072>
- Sogstad, M., Hellesø, R., & Skinner, M. S. (2020). The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Services Insights*, 13, 117863292092222. <https://doi.org/10.1177/1178632920922221>

- Sweden Sverige. (2013, June 11). *Sweden's disability policy*. <https://sweden.se/life/equality/disability-policy>
- Team Careloop. (2020, June 29). *Shortage of nursing staff – cause, outlook and solutions - Careloop*. Careloop. <https://careloop.io/en/shortage-of-nursing-staff-cause-outlook-and-solutions/>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020, June 5). *Denmark | Commonwealth Fund*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>
- Trein, P. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Switzerland*. European Commission. https://www.researchgate.net/profile/Philipp-Trein/publication/326463816_ESPN_Thematic_Report_on_Challenges_in_long-term_care_Switzerland/links/5b4f425e45851507a7aa8d8b/ESPN-Thematic-Report-on-Challenges-in-long-term-care-Switzerland.pdf
- UK Government. (2012). *Health and Social Care Act 2012*. Legislation.gov.uk. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>
- UK Government. (2014). *Care Act 2014*. Legislation.gov.uk; UK Government. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>
- van der Stel, J. (2015). Precision in Addiction Care: Does It Make a Difference? *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(4), 415–422. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654192/>
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2019). The living lab in ageing and long-term care: A sustainable model for translational research improving quality of life, quality of care and quality of work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1288-5>
- Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2018). Health and health care for children in out-of-home care. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 321–324. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12352>
- World Health Organization. (2020). *Country case study on the integrated delivery of long-term care: Germany*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5269-45033-64150>