

טיוטא

הרפורמות בבריאות הנפש בישראל

אבנר אליצור, יהודה ברוך, יעקב לרנר, מרדכי שני

ערכה והביאה לדפוס: דלית נחשון-שרון

כתובת המרכז: רחוב רב אשי 4, 93593 ירושלים

טלפון: 02-6790471

פקס: 02-6792676

Email: info@taubcenter.org.il

אתר באינטרנט: www.taubcenter.org.il

הדפסה: דפוס מאור-ולך, ירושלים

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל הוא מוסד פרטי ללא כוונת רווח, בלתי תלוי, ולא פוליטי. מטרתו הן לסייע לעיצובה של המדיניות הציבורית לרווחתם של תושבי ישראל באמצעות מחקר וחינוך בנושאי מדיניות חברתית, ולתרום למעורבות הציבור בעיצוב המדיניות על-ידי העשרת הדיון הציבורי המתלווה, או צריך להתלוות, לתהליך קבלת ההחלטות במדינה. המרכז שואף לתרום גם להבהרת הבעיות החברתיות של ישראל לידידי ישראל בחו"ל. בעבודתו של המרכז מושם דגש מיוחד על שילוב אמיץ של הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. אין המרכז נוקט עמדה בסוגיות הנידונות על-ידי אלא מציג ומסביר את סוגיות המדיניות והשלכותיהם של הפתרונות המוצבים להן, ומעלה הצעות חלופיות לפתרון בעיות. פרסום זה, ככל פרסומי המרכז, הוא על דעתם ואחריותם של מחבריו בלבד. אין בו כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים, ואת התומכים בפעולותיו.

חבר נאמנים:

יושב ראש: הנרי טאוב

יושב ראש כבוד: אפרים קציר

היינץ אפלטון, ריימונד אפשטיין, אלן בטקין, רלף י. גולדמן, סילביה הסנפלד, מילטון וולף, קארין וולף וכסלר, לואיס י. זורנסקי, ישראל כ"ץ, ג'והן ס. קולמן, ג'ונתן קולקר, יעקב קופ, ברט רבינוביץ, יוג'ין ריבקוף, סטיבן שייגר, מיכאל שניידר

יועצים מחו"ל:

הנרי ארון (Brookings), פיטר הלר (IMF), ברטון א. וייסברוד (NorthWestern Univ.), רוברט לייטון (Brookings), יואל פליישמן (Duke Univ.), לורנס קליין (University of Pennsylvania), ג'נט רותנברג-פאק (Wharton), הרמן ד. שטיין (Case Western University)

מועצה:

שמואל נ. אייזנשטדט, חיים אדלר, מאיר בוזגלו, יגאל בן-שלום, אלי בן-רפאל, רבקה בר-יוסף, בנימין גדרון, יוסף גינת, ארנון גפני, סרג'ו דלה-פרגולה, דוד דרי, ג'ימי וינבלט, צבי זוסמן, משה ליסק, ז'ק מישל, יעקב מנציל, ריטה סבר, אלעד פלד, חוה פלטי, דב צ'רניחובסקי, יוסף קטן, אריה שירוס, יצחק שנל, גבי שפר, עמנואל שרון

סגל המרכז:

יהודית אגסי (מזכירות ופרסומים), חיים אדלר (רכז חינוך), יואל בלנקט (רכז מחקר בסיסי), נחום בלס (חוקר), לורה ברס (קשרי חוץ), ארנון גפני (רכז כלכלה), ג'ימי וינבלט (רכז הקצאת משאבים), אהרן כהן (תחזוקה), דלית נחשון-שרון (עורכת), דב צ'רניחובסקי (רכז בריאות), יוליה קוגן (מחקר), מרינה קונין (מחקר), יוסף קטן (רכז רווחה), יעקב קופ (מנהל)

הרפורמות בבריאות הנפש בישראל

אבנר אליצור, יהודה ברוך, יעקב לרנר, מרדכי שני

תוכן העניינים

5	1. מבוא וסיכום
8	2. רקע היסטורי
14	3. שיקום חולי נפש בקהילה – הרפורמה המבנית
18	4. בחינת ההצלחה בקריטריונים שהוצבו
23	5. הרפורמה הביטוחית (ההיבט התקציבי)
27	6. אחרית דבר
32	מקורות
34	נספח 1: השוואה בינלאומית: שיעור מיטות פסיכיאטריות לאלף נפש
35	נספח 2: רקע לסוגיית השיקום בקהילה
36	נספח 3: פירוט של לוחות, לפי סוגי מחלקות

הרפורמות בבריאות הנפש בישראל

אבנר אליצור, יהודה ברוך, יעקב לרנר, מרדכי שני*

1. מבוא וסיכום

בעשורים האחרונים התפתחה התנועה לאל-מיסוד, שהביאה לידי רפורמות מרחיקות לכת בטיפול בחולי הנפש במדינות רבות בעולם המערבי¹. התפתחות הטיפול בחולי נפש, כולל התנועה לאל-מיסוד בפסיכיאטרייה, צמחה מתוך אידיאולוגיות ותהליכים חברתיים אשר אפיינו את המאה העשרים. מודלים רבים הוצעו ליישום רפורמות אלו במדינות שונות עם זאת השוואה בין מדינות וחקי מודלים מחייב זהירות רבה, מאחר ששירותי בריאות בכלל ושירותי בריאות נפש בפרט, תלויים בתרבות הארגונית של מערכת הבריאות במדינה.

מדינת ישראל, כמו מדינות רבות אחרות בעולם, מחויבת לרפורמה בבריאות הנפש. יישומה המושכל של הרפורמה בארץ מותנה לא רק בהבנת התהליכים החברתיים אלא גם בהתאמתה של הרפורמה לתפיסות המקצועיות והחברתיות, אשר עמדו ביסוד הקמת שירותי בריאות הנפש בארץ עד כה.

לתהליך האל-מיסוד בישראל תרמו כמה התפתחויות, חלקן מעוגנות בגישה התומכת בשמירה על זכויות החולה ואף ביוזמות חקיקה, שנגעו לכך במהלך השנים, וחלקן נבעו מהאילוצים התקציביים למול הצרכים של מספר החולים, אשר גדל בתקופות השונות. חוק ביטוח הבריאות הממלכתי נתן דחיפה למגמה, שהקו המרכזי שלה מכוון לשיקום חולי הנפש בקהילה. על בסיס החוק הוצעה רפורמה מבנית, אשר יישומה נמצא בשלבים הראשוניים.

* פרופ' אבנר אליצור, פרופ' לפסיכיאטרייה ופסיכותרפיה באוניברסיטת תל-אביב, לשעבר מנהל ביה"ח אברבנאל.

ד"ר יהודה ברוך, מינהל הרפואה, משרד הבריאות.
ד"ר יעקב לרנר, מנהל מכון פאלק לחקר בריאות הנפש, לשעבר מנהל בתי-החולים כפר שאול ואיתנים.

פרופ' מרדכי שני, מנהל המרכז הרפואי המשולב ע"ש שיבא ויו"ר הנהלת מכון גרטנר.

¹ Thornicroft G., & Bebbington P., 1989; Haug H-J. & Rossler W., 1990; Lamb H.R., 1993; Okin R.L., 1995; Fakhoury W., Priebe S., 2002.

בשנת 2000 (נובמבר) הוקמה הוועדה לתכנון פריסת השירותים בראשות פרופ' מרדכי שני, והיא הציגה תפיסה מרכזית, שיש להיכנס לתהליך שבו במחלקות לבריאות הנפש יהיו אך ורק חולים "פעילים" וחולים "פעילים ממושכים", וכי מקומם של החולים הזקוקים לשיקום אינו בבתי-החולים. תאריך היעד שנקבע ליישום התהליך שהחל ב-2001 הוא בשלהי 2005. תוך כדי עבודת הוועדה החל גם דיון עם נציגי האוצר במטרה לייעל את המערכת ולהבטיח שהקריטריונים, שיוצבו ליישום הרפורמה, יעמדו במבחן המימון התקציבי. לצורך הבקרה נקבעו קריטריונים, המושתתים על מתודולוגיה מקובלת בתחום, אשר באמצעותם ניתן להעריך את ההצלחה ביישום מדיניות של הטיפול הקהילתי².

הערכת התוצאות של תהליך האל-מיסוד מחייבת הסתכלות כוללת ומערכתית על רצף השירותים הנדרש לבריאות הנפש. הרפורמה שהוצעה, אשר יישומה נמצא, כאמור, בשלב האחרון של תהליך, נבחנת בעבודה שלפנינו בקריטריונים של איכות ויעילות הטיפול. הבחינה מתייחסת לכל מגוון החולים, המטופל בשירותים המוצעים, על פני הרצף שבין האשפוז לבין הטיפול בקהילה בפריסה אזורית מתאימה. הקריטריונים הבאים אמורים לשקף את הרצף האמור:

1. הכלת שיעור הקבלות לאשפוז
2. הקטנת מספר המיטות לאשפוז פעיל ממושך
3. הקטנת משך שהייה הממוצע של החולה באשפוז
4. פיתוח השירותים הקהילתיים לבריאות הנפש ושילובם במסגרת השירותים הניתנים על-ידי רופא המשפחה
5. שיפור רצף הטיפול לקהילה
6. השמת חולים כרוניים לא-פעילים במסגרות הולמות בקהילה
7. ביטול מיטות אשפוז של חולים כרוניים לא-פעילים
8. מגוון רחב יותר של שירותי קהילה, המותאמים לצורכי החולים
9. שילוב מנהלי ומקצועי של השירותים באזור תחת הנהלת גג אחת
10. שילובן של מיטות אשפוז פסיכיאטרי במסגרת בית-החולים הכללי.

² Uffing H.T., Ceha M.M., Saenger G.H, 1992 ; אליצור, א., 1998.

כחלק מהתהליך הוקמה ועדת המעקב, וחבריה היו פרופ' אבנר אליצור וד"ר יעקב לרנר. הוועדה ריכזה ממצאים רבים מתהליך הבקרה, שנערך על פני שלוש השנים, בהן הוחל ביישום הרפורמה (2000-2003). באופן כללי הוועדה מצאה, כי ישנה התקדמות של הרפורמה המבנית לקראת היעדים שהוסכם עליהם עם האוצר, אך יחד עם זאת עלו בבדיקה ממצאים המחייבים נקיטת צעדים משמעותיים, הנדרשים כדי להבטיח שהרפורמה אכן תשיג את יעדיה. מדובר בעיקר בממצאים הבאים:

1. לא חל שינוי בשיעורי כלל הקבלות לשנה
2. עלייה בשיעור הקבלות באשפוז כפוי ובאשפוז על פי צו בית משפט
3. חלה ירידה מתונה בלבד במשכי האשפוז ובאשפוז החוזר
4. מיטות האשפוז לא צומצמו בקצב המצופה
5. מאידך יש להצביע על כך, שנמנעה תופעת החולה הכרוני החדש
6. וכמו כן הסתבר, שהחולים הממושכים החדשים אינם הופכים, בהכרח, לאוכלוסיית אשפוז כרונית ממושכת. הם משתחררים בהדרגה תוך 4 שנים, נקלטים היטב בקהילה, והצפי לאשפוזם החוזר אינו שונה משל יתר החולים.

ההדגשה באשר לחולים הפעילים היא, שנשמר שיעור הקבלות לאשפוז (בממוצע לאלף נפש). אולם, יש להתריע על כך שעם גידול האוכלוסייה יעלה מספרם של החולים המתקבלים, ולכן יהיה צורך להקפיד ביחס ליחידות החורגות במשך השהייה הממוצעת ובאחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום, על מנת לא ליצור מחסור במיטות חריפות. מה עוד, שגם מקצועית, כאמור, המגמה היא לקצר את משך האשפוז ולהעביר הטיפול למסגרות קהילתיות.

באשר לחולים "הממושכים", שחלקם הגדול היה אמור להשתחרר למסגרות קהילתיות ומספרם היה אמור להצטמצם ל-1,200 בסוף 2005. התחושה היא, כי היעד הנו בהישג יד, כאשר יושלם תהליך העברתם של החולים מבתי-חולים פרטיים למסגרות החלופיות (מדובר ב-750 חולים). הקטנת מספר החולים הממושכים החדשים, המתווספים כל שנה, יבטיח שהמאזן בין החולים הממושכים המתווספים והמשתחררים יישמר ברמה שנקבעה. יעד זה הושג באמצעות הפעלת הפרויקט של מתן סל שיקום בקהילה. ניתן להצביע על כך, שהחולים שהשתחררו מבתי-חולים נקלטים במסגרות שיקום קהילתיות. אוכלוסייה זו, בניגוד לחשש, כאמור, שומרת על יציבות ולא ניכרות לגביה תופעות הלוואי השליליות של התפתחות דיירי רחוב או הגברת הנטייה לשוב לאשפוז.

חשוב להדגיש, כי הרפורמה המבנית חייבת להיות מלווה ברפורמה הביטוחית (כלומר, בהעברת האחריות על הטיפול הרפואי והנפשי של חולי הנפש לידי קופות-החולים). אולם קשה לראות כיצד האחרונה מביניהן תתבצע בשנת 2005 ודומה שכבר מדובר על דחייתה בשנה. יש להדגיש כי, גם כשתתבצע העברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש מהמדינה לקופות-החולים, לא יסתיים התהליך ויש צורך בהקמת צוות מעקב לאומי (ובו נציגי משרדי הבריאות, האוצר, קופות-החולים וכן החולים ובני משפחותיהם).

ברצוננו להתריע על כך, שכל עיכוב יישא השפעה רבה על התהליך אשר נמצא בראשיתו. בנוסף לכך, יש להפנות את תשומת הלב לכך, שיש צורך בהמשך הפניית משאבים לשיקום ולטיפול האמבולטורי; ובתוך כך יש לדאוג לכך, שרצף הטיפול בין בית-החולים למרפאה הקהילתית לא ינותק, כפי שקורה ברפואה הכללית. כל התיקונים המוצעים חייבים להתבצע מבלי שיופר האיזון הנכון בין חולים קשים לקלים, כפי שקורה בכמה ארצות באירופה.

2. רקע היסטורי

ניתן לאפיין כמה תקופות בהתפתחות שירותי בריאות הנפש בישראל, הן משקפות במידה רבה את האידיאולוגיה הטיפולית והגישות החברתיות, הפוליטיות והכלכליות בכל אחת מהן. ראוי להדגיש, כי השינויים בישראל לא היו כה קוטביים כמו בכמה מארצות המערב.

איזונים מורכבים בין ארבעה גורמים עיקריים עיצבו את הקמתם והפעלתם של שירותי בריאות נפש במדינה: הגורם הפטרנליסטי של מחויבות המדינה לספק שירותי רפואה לאזרח, הגורם של שמירת שלום הציבור מפני החולים המסוכנים, הגורם האתי של שמירה על זכויות החולה והגורם הכלכלי. להלן מוצגת בחינה קצרה של התפתחות שירותי בריאות הנפש בארץ, המתבססת על האיזונים האמורים³.

בשנים הראשונות למדינה התאפיין הטיפול בחולי הנפש בגישה ממסדית, הוא התמקד באשפוז החולים בבתי-חולים לעיתים קרובות ולתקופות ארוכות. הגישה נבעה מצד אחד, מתפיסה מקצועית של בית-החולים כמוקד למיומנות מקצועית גבוהה ויעילה ומהגישה הציבורית

³ תיאור מפורט ניתן למצוא אצל גינת 1992; לרנר-פופר, 1993; ומרק וחבי, 1995.

הסטיגמטיות, שתמכה בהרחקת חולה הנפש "המסוכן" מהחברה. מצד שני, היא נבעה מן הצורך לתת מענה מיידי למספר גדול של חולי נפש שהגיעו לארץ עם גלי העלייה המסיביים. התוצאה הייתה עלייה דרמטית במספר מיטות האשפוז במוסדות, שסבלו ממצוקה בכוח אדם ובתשתיות, מאחר שהמשאבים שהוקצו למוסדות הפסיכיאטריים היו מוגבלים מאוד. סוגיית זכויות החולה הייתה באותה העת בשוליים והזכויות נשענו על חוק טורקי לטיפול בחולי נפש, אשר נחקק בשנת 1892. בתי-החולים הפסיכיאטריים, שהיו בארץ טרם קום המדינה היו ברובם פרטיים. בהדרגה, כתוצאה מהלחץ הציבורי להוספת מיטות אשפוז, נבנו בתי-חולים במימון המדינה או הסתדרות העובדים. כך הוקמו בית-חולים אברבנאל (1945), בית-חולים טלבייה (1949), בית-חולים "כפר שאול" (1950) ובית-חולים "מזרע" (1953).

1955 עד 1972: עליית המודעות לזכויות החולה והתחלת טיפול קהילתי

בתקופה השנייה החל קידום זכויות החולה באמצעות חוק לטיפול בחולי נפש על-ידי פרופ' ויניק (1955). חוק זה היה בזמנו אחד החוקים המתקדמים ביותר בעולם, הוא ביטא תחילתו של שינוי בעמדה החברתית כלפי חולי הנפש. בחוק הישראלי הושם דגש על שמירת זכויות החולה באשפוז, כאשר בתי-החולים, אשר הפכו למרכז ידע ולימוד מקצועי, פיתחו גישות חדשות למתן זכויות אוטונומיות לחולים.

אולם הגישה הפטרנליסטית והלחץ הציבורי הכבד הביא לידי פיתוח מואץ של מיטות אשפוז בבתי-החולים הפסיכיאטריים. שיעור המיטות הגיע לשיא של 2.4 לאלף תושבים בשנת 1970. במקביל החל פיתוח של מודלים ראשוניים של גישות טיפוליות חדשניות בבתי-החולים, אם כי הם היו בשוליים.

בתקופה זו החלה לראשונה גם יצירה של תשתיות קהילתיות, שכללה מספר הוסטלים לחולים כרוניים ומספר מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש, כולל אשפוז יום. אולם התשתית הייתה דלה ביותר והטיפול בחולים במסגרת אשפוז מוסדי ממושך נותר שולט בגישה הטיפולית.

בקרבת הציבור החלה להתפתח ביקורת כנגד החוק, כלפי טיב השירותים בבתי-חולים ונגד דלות השירותים בקהילה. החוק נמצא בלתי יעיל בהגנה על זכויות החולה בבתי-החולים, בהם התפתחו שלוש רמות של טיפול על פי מוסד ההשתייכות, עם בחירה מפלה של החולה הכרוני, כאשר בבתי-החולים הממשלתיים החלו להתרכז חולים כרוניים רבים.

1972 ועד 1990: הרחבה הדרגתית של המערך לטיפול קהילתי

בשנת 1972 הציע ד"ר טרמר "הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש – תוכנית אינטגרטיבית כוללת"⁴. הבסיס לתכנית היה מקצועי פסיכיאטרי, לפי העיקרון של טיפול במסגרות המגבילות למזער (Least restrictive environment). הטיפול הושתת על רצף טיפולי, שהחל באשפוז קצר בבתי-החולים ונמשך בטיפול קהילתי במערך של מרפאות פסיכיאטריות לבריאות הנפש, הממוקמות באזורים השונים של הארץ.

בשנת 1978 נחתם הסכם בין מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' יעקב מנצ'ל, לבין פרופ' חיים דורון, מנכ"ל קופת-החולים הכללית, על קפיטציה לאומית של משאבי בריאות נפש באחריות הממשלה. המגמה הייתה לשלב את קופת-חולים של ההסתדרות בשירות המוצע. הסכם זה הבטיח אספקת שירותי בריאות נפש כוללניים לכל אזרחי המדינה, על בסיס אזורי, ללא בחירה מפלה. ההסכם לא נחתם כחוק גם על-ידי חשב משרד הבריאות ולכן לא היה לו תוקף מעשי. כעבור שנה הודיע מנכ"ל משרד הבריאות לקופת-החולים הכללית על ביטול ההסכם.

באופן הדרגתי, החל מעבר של נקודת הכובד מהאשפוז לקהילה, שיעור המיטות ירד למינימום של 1.3, חל צמצום של מיטות פרטיות והתפתחו מרפאות לבריאות נפש קהילתיות. החוק החדש לטיפול בחולי נפש 1991 הביא חיזוק נוסף בזכויות החולה. כל זאת ללא יצירת תופעות נלוות של דיירי רחוב או הפניית יתר של חולים למסגרות משפטיות.

ועדת נתניהו (1990): דגש על הצורך בארגון השירותים

בשנת 1988 הוקמה על-ידי ממשלת האחדות, בראשות יצחק שמיר, ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת מערכת הבריאות בישראל, בראשה עמדה השופטת שושנה נתניהו ומסקנותיה פורסמו במחצית השנייה של 1990⁵.

מסקנות הוועדה תמכו בתוספת משאבים ייחודית לתחום בריאות הנפש, ובארגון מחודש של שירותי בריאות הנפש, תוך שימת דגש על השירות הקהילתי. הוועדה תמכה בשילוב האשפוז הפסיכיאטרי במערך האשפוז של בתי-החולים הכלליים, ובשילוב המרפאות לבריאות הנפש במסגרת השירותים הרפואיים הכלליים. ההחלטה על תוספת משאבים ייחודית לתחום בריאות הנפש (בניגוד להחלטה העקרונית של הוועדה לא

⁴ גינת, 1992.

⁵ דין וחשבון של ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, ירושלים, 1990.

להוסיף תקציבים למערכת הבריאות) המחישה את הכרת חברי הוועדה בהיותו של תחום זה אחד מתחומי הבריאות דלי התקציב והמוזנחים ביותר במדינת ישראל. ההמלצות היו:

1. להטיל את האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש על הקופות
2. לקיים את רצף הטיפול בין מערכת האשפוז לשירותים הקהילתיים
3. לשלב את שירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית
4. להקצות משאבים לשיפור ופיתוח שירותי השיקום והקהילה.

ועדת נתניהו המליצה, כי השירותים יושתנו על בסיס של 5-6 אזורים למתן שירותים. במסגרת כל הנהלה אזורית ימונה פסיכיאטר אזורי, שסמכויותיו יוגדרו וחלק מתפקידו יהיה לתאם בין הקהילה לבין מערך האשפוז, ובכך ליצור את הרצף הטיפולי עבור החולים. באותה תקופה התווספה תרומה נוספת לחיזוק עמדות ועדת נתניהו – חקיקת חוק טיפול בחולה הנפש ב-1991⁶. חוק זה השווה את זכויותיו של חולה הנפש לאלו של החולה הגופני והדגיש שהמטרה העיקרית של אשפוז חולה נפש בבית-חולים פסיכיאטרי היא קבלת טיפול רפואי ולא הגנה על הציבור.

בשנות התשעים העמיקו הקשיים סביב שירותי בריאות הנפש בישראל זאת בגלל חוסר כל מעש בתחום זה. בהעדר תשתית קהילתית מספקת כחלופה לאשפוז, העדר משאבים לשיקום ולטיפול בחולי הנפש בקהילה, ובהעדר תמריץ כלכלי מתאים החמירה התופעה של "אשפוז יתר מיותר". המערכת הפסיכיאטרית כולה נותרה בתת-תקצוב והיא הוזנחה ובודדה מהרפואה הכללית.

באותה התקופה נמשכת, ללא כל הכוונה, המגמה של ירידה הדרגתית בשיעור המיטות ועלייה בשיעור הקבלות למיטה. מצב זה מייצג יעילות גבוהה יותר של השימוש במיטות האשפוז וקיצור משך האשפוז, במיוחד של החולה הפעיל. כמו כן ירד אחוז המיטות הכרוניות בארץ (ראה לוח 1).

⁶ חוק לטיפול בחולי נפש 1991, ספר החוקים 1339 8/1/91.

לוח 1. אינדיקטורים של התפתחות שירותי בריאות הנפש בארץ, 2000-1958 (שיעורים ל-1000 נפש)

2000	1995	1990	1980	1970	1958	
0.7	0.7	0.7	1.2	1.4	1.3	שיעור קבלה ראשונה
2.2	2.1	1.9	2.1	1.9	1.0	שיעור קבלה חוזרת
0.9	1.2	1.5	2.2	2.4	2.1	סה"כ שיעור מיטות*
0.3	0.4	0.37	0.46	0.4	0.4	שיעור מיטות אקוטי
						שיעור מיטות ממושכות
0.6	0.8	1.13	1.74	2.0	1.7	**
						שיעור מיטות בבית-
0.04	0.04	0.03	0.02	#	#	חולים כללי
294	414	495	712	915	734	שיעור ימי אשפוז
88	90	89				תפוסה נטו (%)
0.4	0.4	0.3	0.3	0.1	אין	שיעור מיטות יום בפועל
22	25	26	41	42	38	מספר מוסדות אשפוז

* ראה בנספח 1 טבלת השוואה למדדים בינלאומיים.

** אשפוז ארוך משנה.

יש להדגיש, עם זאת, כי הצלחתה של הרפורמה הנדרשת לשירותי בריאות הנפש תלויה בשיפור בכל רצף השירותים הנדרשים לטיפול בחולה. פיתוח השירותים בקהילה בעבר היה איטי מאוד ובלתי מספק ביחס לצרכים. הקצאת המשאבים לפיתוח שירותי קהילה במיוחד הייתה מצומצמת ביותר. בנוסף לכך, שיטת התשלום לבתי-החולים הייתה על בסיס תקצוב היסטורי, שנקבע בעבר על פי מספר מיטות. שיטה זו היוותה תמריץ להשאיר בבתי-החולים מספר גבוה של מיטות, ולא להשקיע מאמצים בשחרור החולים לקהילה. חולים רבים נותרו בבתי-החולים ללא הצדקה רפואית, בעיקר כאכסניה למגורים או כפתרון למשפחות "שהתעייפו" מלטפל בבן המשפחה החולה. לעומתם, חולים קשים אחרים נותרו בקהילה ללא פתרון שיקומי הולם.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994): מימון ומתן רוב שירותי בריאות הנפש נשארו באחריות המדינה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נכנס לתוקפו ב-1.1.1995, הוא קבע שכל תושב במדינת ישראל זכאי לקבל סל שירותים רפואיים בסיסי מקופת-החולים בה הוא מבוטח. בסל השירותים נכללו רק השירותים הרפואיים אותם סיפקה קופת-החולים הכללית ב-1.1.1994 (התוספת השנייה לחוק). אולם, שירותי אשפוז בבריאות הנפש, כמו אשפוז סיעודי, מכשירי שיקום ובריאות הציבור (התוספת השלישית לחוק) נשארו באחריות המדינה, במימון תקציבי של משרד הבריאות.

בשנת 1995 החל משא ומתן עם קופת-החולים הכללית במטרה לכלול את שירותי בריאות הנפש בתוספת השנייה לחוק. נציגי משרד הבריאות הסכימו להקצאה של 40 מיליון ש"ח תוך המשך מימון חולי הנפש הכרוניים ואף דובר על הקמת קופה ממשלתית, שתיקרא קופת רו"ת (רווחה ותקווה). מקור תקציבה של קופת רו"ת, אשר הייתה ממשיכה לגדול בממדים לא ברורים, היווה בעיה קשה ולמעשה הנושא לא קודם.

סעיף 69 לחוק ביטוח בריאות, אשר קבע כי שירותים אלו יועברו לקופת-החולים בתום שלוש שנים, בוטל בחוק ההסדרים 1997. בסעיף המתוקן נקבע, כי שירותי הבריאות בתוספת זו יישארו באחריות המדינה ללא הגבלת זמן, עד להחלטה אחרת בהסכמת שרי הבריאות והאוצר. להחלטה זו, שהותירה את שירותי בריאות הנפש בתוספת השלישית, הייתה משמעות חמורה וקשה מבחינת התקציב הכולל של שירותי בריאות הנפש. פגיעתו של חוק ההסדרים בשירותי בריאות הנפש נשכה גם בעניין העדכון השנתי – בחוק ביטוח הבריאות הממלכתי נקבע, שתקציב התוספת השנייה לחוק יעודכן מדי שנה לפי מדד יוקר הבריאות. בנוסף נקבע, כי התוספת השנייה תתעדכן מדי שנה בגין שינויים דמוגרפיים (גידול האוכלוסייה) ובגין תוספת העלות כתוצאה מהכנסת טכנולוגיות חדשות. אולם חוק ההסדרים 1997 קבע, שהתוספת השלישית לא תעודכן בהתאם למנגנונים בהם מעודכנת התוספת השנייה. בחוק נקבע שתקציב התוספת השלישית ייגזר כל שנה מתקציב המדינה לפי יכולתה הכלכלית של המדינה באותה שנה. התוצאה הבלתי נמנעת הייתה שחיקה קשה בתקציב שירותי בריאות הנפש, שהגיעה לשיאה בתקציב לשנים 2003 ו-2004. בשנת 2004 היו רשומים בישראל (במוסד לביטוח לאומי) כ-50 אלף נכי נפש, אוכלוסיית היעד המיידית של השירותים הללו.

3. שיקום חולי נפש בקהילה – הרפורמה המבנית

במהלך שנות התשעים התקיימו דיונים שונים בנושא חולי הנפש בקהילה (ראה בהרחבה בעניין זה בנספח 2 לעבודה). במהלך הדברים הוקמה בנובמבר 2000 "ועדה לתכנון פריסת שירותים אשפוזיים ואמבולטוריים בבריאות הנפש", בראשות פרופ' מרדכי שני.

המלצות ועדת שני וההסכם בין משרדי הבריאות והאוצר:

התפיסה המרכזית בדו"ח הייתה, כי יש להגיע בשנת 2005 למצב בו יהיו במחלקות לבריאות הנפש אך ורק חולים פעילים וחולים פעילים ממושכים, וכי מקומם של החולים הזקוקים לשיקום אינו בבתי-החולים. לוועדה היו **חמש** המלצות מרכזיות לשינוי המצב הקיים:

- יש להגדיל את משקלם של השירותים הקהילתיים ובמקביל לצמצם את מספרן של מיטות האשפוז. השאיפה היא, שבשנת 2005 יהיו 3,500 מיטות אשפוז, בהן 1,870 מיטות פעילות למבוגרים ו-360 מיטות פעילות לילדים ונערים (נקבעו יעדים לגבי השתייה הממוצעת וכן לגבי שיעורי כוח אדם לסוגי המיטות השונות).
- יש להפוך באופן הדרגתי את בתי-החולים לבריאות הנפש למרכזים מאוחדים לבריאות הנפש, בהם תהיינה **שתי מסגרות – האחת אשפוזית והשנייה אמבולטורית** (כולל טיפול יום). בתוך מהלך זה יש לבצע אינטגרציה בין המרכזים לבריאות הנפש ומרכזי הרפואה הכלליים האזוריים הגדולים הסמוכים להם, תוך שמירת האוטונומיה המקצועית, הניהולית והתקציבית של בתי-החולים הפסיכיאטריים.
- יש להפוך את האגף לשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות לאגף מטה, שיהיה אחראי לגיבוש והובלה של מדיניות לאומית בבריאות הנפש, תוך צמצום תפקידו כ"**ספק שירותים**".
- יש להגדיר את תפקידו של **הפסיכיאטר האזורי/מחוזי** וצוותו.
- כדי לתגבר את המערך הקהילתי, יש להקצות לפחות **150 תקנים נוספים לשירותים אמבולטוריים**.

במקביל נחתם הסכם במרץ 2000 בין אגף התקציבים במשרד האוצר ומשרד הבריאות, כי מספר מיטות האשפוז הפעיל בסוף שנת 2005 יהיה 3,500 מיטות (0.5 מיטות לאלף נפש באוכלוסייה של 7 מיליון נפש). עוד נקבע, כי בנוסף ל-120 מיליון ש"ח, אותם העביר משרד הבריאות למשאבים לשיקום במשך השנים, האוצר הקצה בשנת 2001 לשיקום 60 מיליון ש"ח, כך שתקציב השיקום הקהילתי הגיע ל-180 מיליון ש"ח.

- תקציב זה גדל ב-35 מיליון ש"ח לשנה בשנים 2002 ו-2003, ב-25 מיליון ש"ח נוספים ב-2004, וב-2005 עליו לגדול ב-25 מיליון ש"ח נוספים.
- בהסכם עם האוצר נבחרו כמה מדדים, אשר שיפור בהם ייצג את תהליך הרפורמה ותשמש בקרה על ביצועה. המדדים נקבעו כך שהם ישקפו את מדיניות רצף הטיפול, המוסכמת והמקובלת מצד אחד, ומאידך יאפשרו בקרה על חריגות ברמה הארצית וברמה היחידתית, כאשר המדדים ייבדקו לתקופות של חצי שנה⁷.
1. שיעור הקבלות לאשפוז לא יעלה על 3.2 לאלף.
 2. שהייה ממוצעת של חולים באשפוז פעיל עד שנה תהיה 33 ימים ב-2005 (אמנם הדבר לא נאמר מפורשות בהסכם, אך הכוונה הייתה לשהייה ממוצעת של מבוגרים).
 3. אחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום אחרי השחרור ירד מ-16 ל-12 אחוז.
 4. אחוז החוזרים לאשפוז עד 180 ימים ירד מ-38 ל-36 אחוז.

ועדת הבקרה לבחינת הרפורמה

על מנת לקדם את הנושא, הוקמה ועדת בקרה של שניים מהמחברים (פרופ' אליצור וד"ר לרנר), כחלק מוועדת הרפורמה. תפקיד ועדת הבקרה היה לאסוף נתונים, היכולים לשקף באמינות את ההתנהגות הרפואית של מערכת האשפוז בעבר, ובהמשך יאפשרו מעקב אחר הביצוע בפועל במהלך הרפורמה. המטרה הייתה לבדוק, באיזו מידה המערכת תעמוד בביצוע הפרמטרים שייקבעו בהסכם עם האוצר. הניתוח התבסס על המגמות, המשקפות את ההתנהגות המקצועית, שאפיינו את המערכת האשפוזית במשך השנים, בהנחה שהתנהגות זו משקפת מגמות יציבות. ניתוח ההתנהגות המקצועית של המערכת באשפוז התבסס על המדדים הבאים, המייצגים תרשים זרימה של חולים, מקהילה לאשפוז וחוזר חלילה:

1. מספר הפונים לבדיקה במיון בית-חולים
2. התפלגות הפונים לפי גורם מפנה – הפניה עצמית או גורם רפואי
3. אחוז הקבלות מהפונים למיון
4. שיעור הקבלות מהאוכלוסייה

⁷ טווח של חצי שנה מאפשר בקרה צמודה יותר, זהו פרק זמן המשקף טוב יותר את חלקם של בית-החולים ושל הקהילה בשחרור ובקליטה מסודרת בקהילה. מאידך נמצא גם מתאם גבוה בין חזרה לאשפוז תוך 180 יום למספר של שתי קבלות חוזרות ומעלה תוך שנה.

5. ממוצע משך אשפוז עד שנה
6. אחוז הנשארים באשפוז מעל שנה
7. חזרה לאשפוז אחר 30 יום מהשחרור
8. חזרה לאשפוז בין 31 ל-180 יום מהשחרור.

ועדת הבקרה ניתחה את הדיווחים על קבלות ושחרורים מבתי-החולים הפסיכיאטריים, כפי שהועברו לקובץ המאושפזים במשרד הבריאות⁸. בקובץ נכללו נתונים דמוגרפיים, כמו גיל, מגדר, עדה, מקום מגורים, ונתונים קליניים, כמו צורת קבלה על פי החוק, קבלה חוזרת, אבחנה, מסגרת אשפוז, ומשך אשפוז מעל שנה למתקבלים חדשים (הנתונים אפשרו גם לבצע ניתוחי שונות, כדי לאתר משתנים מתווכים).

יישום הרפורמה

כחלק מהעברת הדגש ממיסוד לטיפול קהילתי היה צורך להפחית את מספר מיטות האשפוז ובעיקר את המיטות לאשפוז הממושך, כשכל חולה ממושך, שאיננו זקוק לטיפול אשפוזי, יועבר למסגרת מתאימה בקהילה והשיקום יתאפשר בעזרת תקציב סל השיקום. שני גורמים סייעו לקבל החלטה להקטין בצורה משמעותית את מספר המיטות: האחד, שהיית 750 חולים, אשר לא היו חולי נפש פעילים, בבתי-חולים פרטיים, בהם 30 אחוז חולים גריאטריים, 12 אחוז מפגרים, 30 אחוז התאימו למגורים טיפוליים ולטיפולים אמבולטוריים ו-10 אחוזים התאימו להוסטל כוללני. הגורם השני היה השונות שנמצאה במשך השהייה בין בתי-החולים לחולי נפש, שאפשרה להפחית כ-800 מיטות בבתי-חולים פסיכיאטריים ציבוריים.

בהתייחס למספר המיטות הפעילות החרירות ההנחה הייתה, שמספרן יישאר פחות או יותר ללא שינוי, למרות גידול האוכלוסייה. על מנת להשיג זאת, נקבע שמשך השהייה יתקצר מ-38 יום בשנת 2000 ל-33 יום בשנת 2005. מאידך, כדי למנוע "דלת מסתובבת" בעקבות קיצור האשפוז, יש להוריד את אחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום מן השחרור מ-16 ל-12 אחוז, ואחוז החוזרים תוך 180 יום מ-38 ל-36 אחוז, כל זאת עד שנת 2005 (ראה לוח 2). ועדת הרפורמה הגדירה את משך השהייה הממוצעת כשהייה באפיזודה של אשפוז מלא. מבחינה זו, מעבר לטיפול יום נחשב לסיום האפיזודה האשפוזית ולאן דווקא השחרור ממצבת בית-החולים.

⁸ באדיבות דניאלה נהון.

לוח 2. השינוי המתוכנן במדדי האשפוז עד שנת 2005

קבלות חוזרות מהשחרור 180-31 יום מהשחרור (%)	קבלות חוזרות 30 יום מהשחרור (%)	שהייה ממוצעת במחלקה פעילה	מספר מיטות לאשפוז ממושך	מספר מיטות לאשפוז פעיל	
22.0	16	38	3,300	1,800	2000
22.0	16	37	3,150	1,800	2001
22.5	15	36	2,700	1,950	2002
23.0	14	35	2,200	2,100	2003
23.5	13	34	1,700	2,200	2004
24.0	12	33	1,200	2,300	2005

בהמשך התברר, שקיים פרמטר נוסף, שלא נלקח בחשבון בתכנון, שיש לו השפעה על השהייה הממוצעת – אחוז הקבלות של חולים שאשפוזם נמשך מעבר לשנה. קבלות אלו לא נכנסו לחישוב השהייה הממוצעת של האשפוז הפעיל, ועל כן הם לא השפיעו על חישובה אולם עליהם להיות כלולים בחישוב מספר המיטות הפעילות הנדרשות, ולכן הוסיפה ועדת הבקרה את הפרמטר הזה לנתוני המעקב.

כדי לאפשר פעילות מוגברת במחלקות הפעילות, כך ששחרור החולים ימנע חזרות לאשפוז וקליטה טובה בקהילה, הוחלט לקבוע שיעור כוח אדם דיפרנציאלי בין שני סוגי המחלקות: פעיל ופעיל ממושך, במקום שיעור כוח אדם גלובלי של 0.9 לכל מיטת אשפוז. לפי חלוקה חדשה זו יהיה תגבור יחסי בכוח אדם של מחלקות פעילות (ראה לוח 3).

לוח 3. שיעור כוח האדם ומספר מיטות האשפוז המתוכננות ל-2005

שיעור כוח אדם למיטה	מספר המיטות	סיווג מיטות האשפוז
1.135	2,100	מבוגרים פעיל
0.880	1,040	מבוגרים ממושך
1.350	360	ילדים ונוער
	3,500	סה"כ

לאור קביעת מספר המיטות הנדרש ברמה ארצית חושבה פריסת המיטות על פי שישה אזורי אשפוז ולפי שני מדדים: "צורך" מול "דרישה" במיטות אשפוז, על פי ממדים של גודל האוכלוסייה מחד ושל שיעור הקבלות לאשפוז בפועל בכל אזור מאידך. הוחלט כי הממד

לפריסת המיטות יהיה מספר הקבלות בפועל, המשקף את רמת הפעילות בפועל, למרות שהוא עלול להיות כפוף למדיניות מקומית של בית-חולים.

4. בחינת ההצלחה בקריטריונים שהוצבו

ועדת הבקרה ניתחה את השתנות הממדים אחת לחצי שנה, בהשוואה ליעדים שהותוו בהסכם, כדי להעבירם לאוצר. עד כה הצטברו ממצאים, המייצגים את תהליך מעקב הבקרה אחר ביצוע הרפורמה בשנים 2000-2003. התוצאות משקפות את השתנות הממדים על פי החלוקה לפי גיל (מבוגרים / ילדים ונוער), ולפי מסגרות אשפוז (בתי-חולים / מחלקות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים). באופן כללי, הסיכום מצביע על כך שבשלוש השנים 2000-2003 המערכת עמדה רק בחלק מן היעדים.

1. שיעור הקבלות לאשפוז נשמר ברמה של 2.8 קבלות לאלף תושב לשנה.

2. בשהייה הממוצעת לא חל שינוי משמעותי במשך השנים, הן במחלקות למבוגרים והן במחלקות לנוער וילידים. כתוצאה מכך נפתח פער של שלושה ימים בין השהייה הממוצעת בפועל לבין היעד שנקבע עם האוצר (סטיית התקן חשפה את השונות הרבה בין בתי-החולים ואפשרה להתמקד בבתי-החולים, שהפער אצלם היה גבוה במיוחד).

לוח 4. שהייה ממוצעת בכל המחלקות*

שנה	מספר שחרורים	שהייה ממוצעת בפועל (סטיית תקן)	סטיית תקן	לפי ההסכם עם האוצר
2000	18,390	38.6	52.7	38
2001	17,966	39.4	52.7	37
2002	18,596	37.4	50.3	36
2003	19,075	38.1	51.3	35

* ראה פירוט של הלוח, לפי סוגי המחלקות, בלוח מספר 4 בנספח 3.

בכדי להבדיל בין מבוגרים ובין ילדים ונוער נקבע בטיטות הסכם הרפורמה הביטוחית (אליה נתייחס בסעיף הבא), כי יעד השהייה הממוצעת במחלקות הפעילות למבוגרים יישאר 33 ימים ואילו השהייה הממוצעת בכלל המחלקות לילדים ונוער לא תעלה בשנת 2006 על 62

ימים. בשנת 2003 החלו לדון עם הנהלות בתי-החולים בהם השהייה הממוצעת הייתה גבוהה בשיעור ניכר.

השונות הניכרת בין בתי-החולים מדהימה, כאשר בבתי-החולים הממשלתיים משך השהייה הממוצעת של מבוגרים, שמשך אשפוזם עד שנה ב-2003, נע בין 30.4 ימים ו-49.2 ימים. בית-חולים ציבורי, בו השהייה הממוצעת הייתה 66.4 ימים, בלט במיוחד. שונות כזו נמצאה גם במחלקות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים – בין 16.3 ו-39.2 ימים. ניתוח הנתונים במשך השנתיים האחרונות מלמד כי הדבר נובע מהתנהגות שונה של בתי-החולים השונים. בחלק מהמקרים הדבר נבע משגרה, שלא הופרה על-ידי גורם חיצוני אשר יתריע. במקומות אחרים רווחה הגישה שעדיף אשפוז ארוך, עם חזרה קטנה ביותר לאשפוז תוך 180 יום, על פני אשפוז קצר עם חזרה גבוהה יותר לאשפוז חוזר. מעשית מסתבר, כי הן מבחינה אנושית והן מבחינה כלכלית, עדיפה שהייה קצרה גם אם משמעותה שיעור קצת יותר גבוה של אשפוז חוזר.

3. אחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום: בממד זה לא חל שינוי משמעותי, על כן גם נוצר פער בין התוצאות בפועל לבין היעד שנקבע בהסכם.

לוח 5. אחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום מהשחרור*

שנה	מספר שחרורים	אחוז החוזרים תוך 30 יום בפועל	לפי הסכם האוצר
2000	17,543	16.6	16
2001	17,199	15.9	16
2002	17,796	15.6	15
2003	18,095	16.8	14

* פירוט הלוח, לפי סוגי המחלקות בלוח 5 בנספח 3.

4. אחוז החוזרים בין 31 לבין 180 יום. אמנם על פי ההסכם נקבע מודד של חזרות לאשפוז עד 180 יום לאחר השחרור. אולם מאחר שערך זה כולל בתוכו גם את המודד של חזרות תוך 30 יום, העדפנו להציג את המודד הנקי של 180-31 יום. ניתוח מודד זה מראה כי המערכת עמדה ביעדים שנקבעו על פי ההסכם.

לוח 6. אחוז החזרות לאשפוז תוך 180-31 יום מהשחרור*

שנה	מספר שחרורים	אחוז החוזרים תוך 180-31 יום בפועל	לפי ההסכם עם האוצר
2000	17,543	22.5	22.0
2001	17,199	23.5	22.0
2002	17,796	23.6	22.5
2003	18,095	23.1	23.5

* פירוט הלוח, לפי סוגי המחלקות, בלוח 6 בנספח 3.

כדי לעקוב אחר השינויים במספר מיטות האשפוז לחולים ממושכים פעילים הוספנו שני מדדים חשובים לצורך הבקרה: מספר החולים מבין המתקבלים, שנשארים באשפוז מעל שנה (חולים ממושכים חדשים); והסך-הכולל של החולים הממושכים הפעילים, שנשארים באשפוז בסוף כל שנה.

5. מספר החולים המתקבלים הנשארים באשפוז מעל שנה. התוצאות מצביעות על ירידה בולטת במספר וגם באחוז החולים הנשארים באשפוז מעל שנה, זאת בכל הגילים. תופעה זו לא הביאה לעליית השהייה הממוצעת של חולים פעילים.

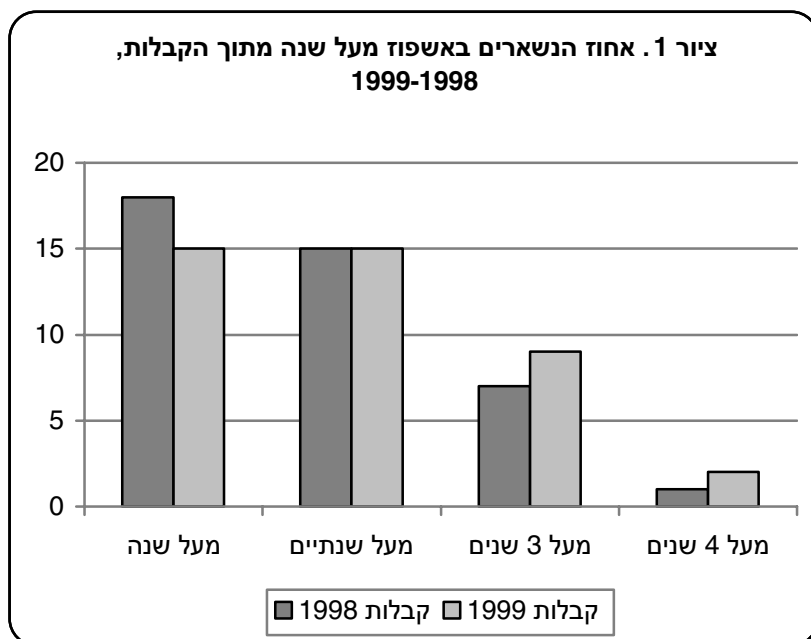
לוח 7. מספר החולים המתקבלים, הנשארים באשפוז מעל שנה

שנה	מחלקות	מספר קבלות	נשארים מעל שנה	אחוז
2000	מבוגרים	14,583	595	4.1
	נוער	1,186	32	2.7
	ילדים	149	9	6.0
2001	מבוגרים	14,110	454	3.2
	נוער	1,190	27	2.3
	ילדים	183	8	4.4
2002	מבוגרים	14,600	395	2.7
	נוער	1,104	23	2.1
	ילדים	201	6	3.0

אפשר לייחס את הירידה באחוז הנשארים וגם את הירידה במספר המוחלט (מ-595 מבוגרים כרוניים חדשים ב-2000 ל-395 ב-2002) להפעלת סל שיקום, המאפשר כנראה לשחרר מוקם יותר את החולים הקשים יותר.

6. מספר החולים הממושכים באשפוז. התברר כי ישנן שתי אוכלוסיות

שוונות של חולים ממושכים: האחת היא של החולים הממושכים החדשים, והשנייה היא של החולים הממושכים, שהם בעלי ותק רב באשפוז. התוצאות הדגימו כי החולים הממושכים החדשים אינם בהכרח חולים שיהפכו לאוכלוסיית אשפוז כרונית ממושכת. קבוצת חולים זו משתחררת בהדרגה תוך 4 שנים (ראה ציור 1). ניתוח התוצאות הראה כי הם נקלטים טוב בקהילה והצפי לאשפוזם החוזר איננו שונה משאר החולים. החולים הממושכים הוותיקים גם הם משתחררים בהדרגה לקהילה. עד כה השתחררו החולים העצמאיים יותר מביניהם והתוצאות הראו כי גם הם נקלטים טוב בקהילה והצפי לאשפוז חוזר איננו שונה משאר החולים. עדיין אין לנו נתונים, האם כך יהיו הדברים גם לרובד היותר קשה של החולים הוותיקים.



מסתבר שקיימת ירידה בשיעור ניכר של החולים הממושכים (לוח 8). עד שנת 2003 הירידה היתה בעיקר בחולים הממושכים הוותיקים ובמספר החולים הממושכים החדשים לא חל כמעט שינוי, כי במקום המשתחררים התווסף מספר כמעט שווה של חולים ממושכים חדשים. החל ב-2003 ניכרת מגמת הקטנה גם במספר החולים הממושכים החדשים, מפני שחלה ירידה במספר החולים הממושכים החדשים המתווספים. מבין החולים הממושכים נמצאים כ-900 בבתי-חולים פרטיים, שרובם יעברו למסגרות חלופיות.

לוח 8. חולים ממושכים (אשפוז רצוף מעל שנה), נתונים לסוף כל שנה

שנה	סך-הכל	4-1 שנים	מעל 4 שנים
2000	2,806	776	2,190
2001	2,577	736	1,814
2002	2,432	742	1,635
2003	2,160	632	1,498

7. הגורמים המשפיעים על משך השהייה. נוכח השונות שהתגלתה בין היחידות התעורר הצורך לבדוק האם קיימים גורמים מתווכים, היכולים להשפיע על התוצאות לעומת הגורם של מדיניות בית-החולים. ניתוח שונות של המשתנים הדמוגרפיים והקליניים בוצע ביחד עם משתני משך האשפוז והחזרה לאשפוז אחרי השחרור. המשתנים שנמצאו במתאם עם משך השהייה הממוצעת היו: גיל מתחת ל-20 וכן מעל 65, מוצא יהודי, היסטוריה של אשפוז חוזר, אשפוז תחת הוראת אשפוז, ואבחנה של סכיזופרניה. התברר שגם למדיניות הקיימת במסגרות האשפוז יש השפעה מובהקת על משך השהייה הממוצעת מעבר לשאר המשתנים. משתנים שנמצאו במתאם עם אחוז גבוה של חוזרים לאשפוז היו: גיל מתחת ל-65, היסטוריה של אשפוז חוזר, אשפוז קצר מ-7 ימים, אשפוז בהסכמה, אבחנה סכיזופרניה. עוד התברר שגם למדיניות הקיימת במסגרות האשפוז יש השפעה מובהקת על אחוז החוזרים לאשפוז, מעבר לכל שאר המשתנים. הממצאים אפשרו בקרה ממוקדת ביחידה בה נמצאה סטייה מהממוצע הארצי בממדים השונים.

5. הרפורמה הביטוחית (ההיבט התקציבי)

בשלהי 2001 החלו דיונים בין נציגי משרד הבריאות ונציגי הקופות על העקרונות להעברת האחריות הביטוחית לבריאות הנפש לקופות-החולים. המגמה הייתה להעביר באופן מלא, החל בינואר 2005, את האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים, במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשמ"ד-1994, כך שכל תושב בישראל יהיה זכאי לסל שירותים פסיכיאטריים, מוגדר ומפורט. נקבע כי משרד הבריאות ימשיך להיות אחראי לאספקת שירותי גמילה מסמים והתמכרות ולאשפוז של 70 אסירים בכלא רמלה. השאלה המרכזית הייתה, מהו הצפי לגידול בשיעור פניות האזרחים לשירותי בריאות הנפש עם החלת החוק. לאחר דיונים רבים נקבע, כי הצפי הוא להגיע לשיעור פניות של 2 אחוזים מאוכלוסיית הילדים והנוער ו-4 אחוזים מאוכלוסיית המבוגרים. משמעותה הכספית של גישה זו היא הכפלת היקף שירותי בריאות הנפש הניתנים כיום לאוכלוסיית ישראל. סוגיה אחרת הייתה, האם בריאות הנפש תיכלל בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות או שמא תיוחד לה תוספת חדשה – התוספת

הרביעית, כך שניתן יהיה לעקוב אחר ההוצאה הייחודית לבריאות הנפש. קופות-החולים העדיפו שתינתן תוספת מסוימת לבריאות הנפש, כך שגירעון שייווצר יחייב הקצאה נוספת לתחום זה, אולם לאור ההתנגדות הנמרצת של אגף התקציבים באוצר החליט שר הבריאות דאז על העברת בריאות הנפש לתוספת השנייה לחוק.

בינואר 2003 החליטה ממשלת ישראל על העברת שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים, אולם מעשית חלפה כמעט שנה, ללא התקדמות, היות שהחלטת הממשלה לא לוותה בהקצאה תקציבית לנושא. בשלהי 2003 הוחל בדיונים בין משרד הבריאות ואנשי האוצר, כאשר הייתה נכונות ברורה באוצר לכלול את בריאות הנפש בתוספת השנייה של החוק. דיונים רבים התקיימו במשך מאות שעות עבודה, תוך ירידה לפרטים.

במקביל לכך נעשתה על-ידי אגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות בדיקה של חולים מבוגרים, שהיו באשפוז מעל שישה חודשים בבתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ובבית-החולים הרצוג בירושלים. צוותים של הפסיכיאטריים המחוזיים בדקו 1,271 חולים, והם מצאו כי רק לגבי שליש מהם יש צורך בהמשך האשפוז הממושך. הבדקים מצאו כי 24 אחוז מהחולים יכלו לעבור להוסטל כוללני, 7 אחוזים להוסטל של ניצולי שואה, 10 אחוזים למסגרת של מגורים טיפולים או מגורים טיפוליים אינטנסיביים ו-9 אחוזים נמצאו שייכים למערך הגריאטרי (תשושים, תשושי נפש וחולים סעודיים).

על רקע הממצאים הוחלט, כי ניתן להקטין את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי הפעיל ל-3,150 מיטות (כולל 70 מיטות אסירים) כדלהלן: 230 מיטות ילדים ונוער; 1,960 מיטות מבוגרים פעילות; ו-900 מיטות מבוגרים פעילות ממושכות. הקטנה זו מאפשרת הקצאת כוח אדם לפי התקינה למחלקות הפסיכיאטריות הפעילות, ומאידך ניתן להפעיל ליד בתי-החולים הפסיכיאטריים 550 מיטות לחולים שאינם פעילים (הוסטל, הוסטל לניצולי שואה, מגורים טיפוליים ומגורים טיפוליים אינטנסיביים). כן נקבע כי יופעלו 330 מיטות אשפוז יום (HALF WAY OUT ו-520 מיטות טיפול יותר (HALF WAY IN), אשר מקומן צריך להיות בקהילה. בדיונים המעמיקים אף נבחנו לעומק כל סעיפי תקציב שירותי בריאות הנפש והחריגות שבהם.

סוגיה קשה בדיונים אלה עסקה בבית-החולים אברבנאל. לאור ההקטנה הרבה במספר מיטות הנפש הפעילות במערך הציבורי, היה ברור שאין מקום להמשיך ולקיים שמונה בתי-חולים פסיכיאטריים (מדובר על

שמונה בתי-חולים, כאשר בתי-החולים באר יעקב ונס ציונה אוחדו בהסכם עם הוועדים, וכן יש לראות את בית-חולים כפר שאול ובית-החולים איתנים כבית-חולים אחד, שאיחודו הסופי טרם סוכם). אי לכך, הומלץ בשעתו על סגירתו של בית-חולים אברבנאל באישור הממשלה, וההחלטה באה לידי ביטוי בתקציב המדינה לשנת 2005.

לכאורה סגירת בית-חולים מרכזי, האחראי על קליטת חולים פעילים מאזור גדול של תל אביב יפו, חולון, בתים ואזור, ובו 562 מיטות, היא צעד דרסטי מדי. מה עוד, שבשנת 2003 קלט בית-החולים הזה 1830 חולים מבוגרים פעילים, אשר לפי החישוב זקוקים לשש מחלקות פעילות. הקושי בהחלטה קשור גם בשיקול, האם לשמור על מערכת מתפקדת באופן אינטגרטיבי או לפצל את המחלקות הפעילות של בית-החולים אברבנאל בין בתי-החולים הכלליים באזור.

ההנחה הייתה, כי את השירות לחולים הפעילים ניתן יהיה לתת על-ידי חמש מחלקות (לא כולל את מחלקת הנוער) בבתי-חולים כלליים באזור. מיפוי החולים המתקבלים לאברבנאל הראה, כי כ-40 אחוז מהם באים מאזור חולון-בתים, דהיינו מדובר בשתי מחלקות אשפוז פעילות בבית-החולים וולפסון. 40 אחוז נוספים באים מתל-אביב רבתי, כך שבבית-חולים סורסקי ניתן להפעיל שתי מחלקות אשפוז פעילות ומחלקה נוספת בבית-חולים שיבא.

בדיקת החולים הממושכים, על-ידי הפסיכיאטר המחוזי, הראתה כי כ-200 חולים הם חולים כרוניים ולא פעילים וכ-60 חולים הם חולי נפש פעילים ממושכים, אותם ניתן היה להעביר לשני בתי-חולים אחרים באזור. טרם נמצא פתרון מעשי לסוגיה זו, אשר יאפשר משא ומתן רציני עם העובדים, ונכון לשעת כתיבת מאמר זה עדיין לא מסתמן פתרון.

דומה, שלמרות שהקו המנחה בסיכומים היה, ששירותי בריאות הנפש יועברו לקופות-החולים ב-1.1.2005, סביר להניח שתאריך זה יידחה ל-1.1.2006. גם כשתבצע העברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש מהמדינה לקופות-החולים, לא יסתיים התהליך. יש צורך בקיום צוות מעקב לאומי (ובו נציגי משרדי הבריאות, האוצר, קופות-החולים וכן החולים ובני משפחותיהם). בדיונים שהתקיימו לאחרונה הן עם הנהלות קופות-החולים והן עם מנהלי בתי-החולים הפסיכיאטריים, מסתמן הצורך בקיום צוות מעקב לאומי לחמש שנים. כמו כן צריכה להיות אינטראקציה ברמת קופות-החולים בין הרפואה הראשונית ובין שירותי

בריאות הנפש. זהו תהליך ארוך, אך בלעדיו לא יהיה מיזוג בין הרפואה האורגנית והנפשית.

התחלת היישום, לפי תקציב שירותי בריאות הנפש הממשלתיים, 2004
במהלך הדיונים על הרפורמה הביטוחית נעשה ניתוח מעמיק של התקציב הממשלתי לבריאות הנפש והיקף הצרכים הכספיים, באם אכן יועברו שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים. תקציב שירותי בריאות הנפש לשנת 2004 הוא כ-1.4 מיליארד ₪ (כולל 124 מיליון ש"ח של "רשת הביטחון" לגבי בתי-החולים הכלליים), שניתוחו המפורט מצביע על כמה בעיות:

1. התקציב של בתי-החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים נמצא בחסר של כ-50 מיליון ₪, הנובע משלוש בעיות עיקריות:
 - (א) תקצוב לא נכון של השכר, בעיקר בבית-החולים הפסיכיאטרי בבאר-שבע והתעלמות מההוצאה האמיתית לשכר עידוד ולפרמיות.
 - (ב) אי-התאמה בין ההסכמים הקיבוציים לגבי עבודה נוספת (בייחוד תורנויות וכוננויות) וההקצאה התקציבית.
 - (ג) חסר של 35 מיליון ש"ח בהוצאות התפעול של בתי-החולים הפסיכיאטריים, בגלל קיצוץ דרסטי של סעיפים אלה בשנים 2002 עד 2004, בלי להתייחס לעובדה שהוצאות אלה קשיחות; ובשל אי-התאמה בהקצבה להוצאות רכב, המשולמות לעובדים, כמשתמע מהסכמי השכר.
 2. חסר של כ-25 מיליון ש"ח בין התקציב וההוצאה לקניית שירותים מחוץ למערכת בריאות הנפש הממשלתיים.
 3. קיצוצים במספר הקצבות מרכזיות, בייחוד בתקציב לשירותי הגמילה מהתמכרות לסמים ולאכזוהול.
- מרכיב חשוב בתקציב משרד הבריאות הוא תקציב שיקום חולי הנפש בקהילה – 279 מיליון ש"ח בשנת התקציב 2004. מרכיב זה נשמר, בהתאם להסכם בין משרד הבריאות ומשרד האוצר ממרץ 2001, הסכם בו נקבע גם, כי כל חיסכון יישמר במערכת בריאות הנפש, סיכום אשר על קיומו הקפיד משרד האוצר. הטיפול השיקומי, כולל תקציב זה (אשר צפוי להגיע ל-304 מיליון בשנת התקציב הבאה), יישאר באחריות משרד הבריאות ולא יעבור לאחריות הקופות, גם כשתקציב התפעול של מערכת בריאות הנפש יעבור לקופות-החולים.

בבניית תקציב הרפורמה נקבע כי מחירי האשפוז בכל מערכת בריאות הנפש יהיו: 830 ש"ח - יום אשפוז של ילדים ונוער; 691 ש"ח - יום אשפוז פעיל; 531 ש"ח - יום אשפוז פעיל ממושך. כן נקבעו תעריפי אשפוז וטיפול יום וכן תעריפי השירותים האמבולטוריים. בהתבסס על נתונים אלה, עלות סל שירותי בריאות הנפש במחירי 2004 היא 1,090 מיליון ₪, שמהם כ-700 מיליון נועד לאשפוז.

הערכת החסר בין התקציב הדרוש (תקציב הנהלה ופעולות מרכזיות שיישאר במשרד הבריאות ותקציב סל שירותי בריאות הנפש) מורה על חסר של כ-180 מיליון ש"ח. סכום זה דרוש כדי לממן את העלות המשוערת של שירותי בריאות הנפש על-ידי הקופות וכן לקיים שירותים מרכזיים באחריות משרד הבריאות.

6. אחרית דבר

הרפורמה בפסיכיאטרייה, הקרויה התנועה לאל-מיסוד, בעולם ובארץ, נועדה להעביר את הדגש מטיפול בחולי הנפש במוסדות פסיכיאטריים אל הקהילה, תוך שחרורם לקהילה ומיקוד הטיפול הכוללני הפסיכו-ביו סוציאלי בהם במרכזים לבריאות נפש בקהילה. השינוי מנהיג את שילובם החברתי והמקצועי של החולים בחיי הקהילה, בחתירה להשגת כמה מטרות עיקריות:

שיפור זכויות החולה: חיים בסביבה הפחות מגבילה.

מיקוד על הלקוח: התאמת הטיפול הביו-פסיכו סוציאלי, השיקום והתמיכה לצרכיו.

תוצאות קליניות: טיפול פעיל ושיקומי באשפוז ובקהילה, המביא למניעה יעילה.

תוצאות חברתיות: מעורבות חברתית במשפחה ובקהילה, ותפקוד בתעסוקה (בעבודה).

שיפור איכות החיים: דגש על שיפור איכות החיים.

הצלחת הפעלתה של רפורמה ברפואה בכלל ובפסיכיאטרייה בפרט תלויה במסורת התרבותית, החברתית, הכלכלית והאתית של החברה בה היא מוחלת. על אותו בסיס צומחת ומקודמת החקיקה החברתית וכך גם ההקצאה התקציבית, המביאה לאיזון בין עקרונות אתיים וחברתיים.

מכאן ייגזרו, לפיכך, באילוצים הכלכליים הקיימים, הזכות לטיפול, הזכות לאוטונומיה, והזכות לביטחון הציבור.

רפורמות מהסוג האמור הופעלו במקומות שונים בעולם ונעשו כמה מחקרים מבוקרים להשוואת שיטות הטיפול בקהילה לטיפול באשפוז. מחקרים אלה הוכיחו באופן מובהק, כי השירותים בקהילה יעילים גם בהשוואה לטיפול המקובל המקביל באשפוז.⁹ הוכח כי היה ניתן לשחרר חולים רבים מבתי-החולים לקהילה והם נקלטו בצורה מוצלחת.¹⁰ שיפור השירות בקהילה הביא לידי הקטנת שיעור הקבלות והקבלות החוזרות, ולקיצור משך האשפוז¹¹ ותהליך זה הביא לכך שבת-חולים נסגרו או קטנו בהיקפם.¹²

אולם יישום בפועל של ממצאים מחקריים ברפורמות ברמה ארצית במערכות בריאות במדינות שונות נתקל בקשיים רבים. קיים קושי להתמודד בהצלחה מלאה עם ההתאמה של רעיונות ותכניות מן התיאוריה לאילוצים ולמשאבים מצומצמים וכן לאידיאולוגיות מקצועיות מתחרות.

במקומות שונים בעולם הסתבר, כי הציפייה שסגירת בתי-החולים תביא לחיסכון במשאבים, שיועברו לפיתוח שירותים בקהילה הייתה מוטעית, היות שמשאבים אלה לא הספיקו לתחליפי קהילה, שנמצאו יקרים יותר.¹³ בו-בזמן לא אושרו משאבים למימון ביניים לתשתיות. כלומר, במקומות שונים הפעולה התמקדה בסגירת בתי-החולים בקצב מהיר, מבלי שהוקצו כספים לשירותי קהילה; הצפיפות במחלקות הפעילות הייתה רבה מדי; חולים שוחררו מהר מדי לקהילה, ללא הכנה מספקת; לא הוקמו שירותי קהילה בכמות, בהיקף, במגוון, ובכוח אדם מיומן על פי הנדרש. חולים רבים לא טופלו בקהילה ולא נקלטו בה והם שבו מהר מדי לאשפוז, הפכו לדיירי רחוב או אף נעצרו על-ידי המשטרה עקב עבריינות (התופעה המכונה "קרימינליזצייה של הפסיכיאטרייה")¹⁴. חלה גם עלייה בחולים כרוניים חדשים, הסובלים מתחלואה כפולה, כתוצאה משימוש בסמים ובאלכוהול. היו מקומות, שבהם הוקמו

Thornicroft G. & Bebbington P., 1989⁹

Okin R.L., 1995¹⁰

Sytéma S. Burgess P., 1999¹¹

Fakhoury W., & Priebe, S., 2002¹²

Lamb R., 1993¹³

Munk-Jorgensen, P., 1999¹⁴

מרכזים בקהילה אך לא התקיימה בהם הכשרה מספקת לקליטת החולים ולא היה די תקציב לטיפול יעיל בשירותי קהילה. הצוות במרכזים אלו היה בעל הכשרה נמוכה ונוצרה העדפה (במרכזים אלו) לטיפול בחולים פסיכיאטריים קלים, בעוד החולים הקשים נשרו עקב חוסר היענות לטיפול.¹⁵ עוד התברר במדינות מסוימות, כי כאשר נפתחו הוסטלים בקהילה התפתחה בהם תופעת "טרנס מיסוד" בבתי-מחסה ובמקלטים, בהם רמת הטיפול והשיקום הייתה נמוכה ביותר ופחותה ברמתה אפילו בהשוואה למחלקות כנוניות ירודות בבתי-החולים.¹⁶

בישראל, לעומת זאת, תהליך הרפורמה, בתקופה 2000-2003, הניב תוצאה מאוזנת פחות או יותר. אחד הגורמים, אשר סייעו לכך, היה הקצאת תקציב רב-שנתי לקליטה ולשיקום נכי הנפש בקהילה, מהלך אשר היה מעוגן בהסכם עם האוצר וכלל במקביל תכנית לצמצום הדרגתי של מיטות האשפוז הכרוני וחיזוק כוח האדם באשפוז הפעיל בבתי-החולים. מהמעקב של ועדת הבקרה על הרפורמה, הסתבר, כי מספר המיטות לחולים כרוניים לא-פעילים קטן באופן הדרגתי ולא חל שינוי בשיעורי הקבלות לשנה. אמנם כוח אדם הוקפא ושיעור כוח האדם הנדרש לטיפול פעיל לא תוגבר, בעוד אחוז התפוסה במחלקות הפעילות הרקיע ושיעור התפוסה באשפוז כפוי במחלקות סגורות עלה והגיע ל-40 אחוז. אמנם גם הירידה במשך האשפוז לא עמדה בצפיות ואף עלתה בשנה האחרונה – ייתכן שהדבר נובע מקשיים תקציביים ומחסר בכוח אדם הן באשפוז והן בקהילה. עם זאת נמצא כי חלה ירידה בתופעת החולה הכרוני החדש, כאשר האחוז מהמתקבלים כל שנה לאשפוז ומהנשארים באשפוז למעלה משנה ירד.

אולם יחד עם זאת ישנם כמה וכמה אילוצים שטרם מצאו את פתרונם. בבתי-החולים נשאר גרעין קשה של חולים הזקוקים לאשפוז ממושך. מדובר, בדרך-כלל, בחולים בגיל מבוגר וקשיש, המאופיינים בתחלואה כפולה ובנכות גבוהה, בסימפטומים פסיכוטיים ובהפרעות התנהגותיות בולטות. אחוז החוזרים לאשפוז לאחר 30 יום משחרורם אמנם לא עלה אך הוא איננו עומד בציפיות ההסכם עם האוצר. הטיפול בבתי-החולים מתמקד יותר בטיפול תרופתי, כאשר ההכנה לשיקום בקהילה ורצף הטיפול והתיאום עם שירותי הקהילה לוקה בחסר.

¹⁵ Pijl Y. S. Kluiter H. Wiersma D., 2000

¹⁶ Van Cranach M. 2000

הבעיות ביישום הרפורמה המבנית במערכת הפסיכיאטרית קשורות בין השאר להקפאה של יישום הרפורמה הביטוחית. הרפורמה הביטוחית, כאמור, חייבת להיות משולבת כמקשה אחת עם הרפורמה המבנית. על כן, עיכובה מקרין ישירות על השירותים הקהילתיים ועל שיקום חולי הנפש בקהילה, כלהלן:

שירותי בריאות הנפש בקהילה. ברמה זו יש אמנם מעקב מדויק יותר ורציף על פעילות המרפאות אולם היקף השירותים, התקציבים וכוח אדם הוקפא ותור ההמתנה הולך ועולה, כאשר הזמינות והנגישות לטיפול מרפאתי הולכת ויורדת ומקשה עוד יותר על תהליך האל-מיסוד. למרות זאת, מדד החוזרים לאשפוז בין 31 עד 180 יום משחרורם עומד בסטנדרטים של ההסכם עם האוצר. חלק מהמרפאות איננו ערוך ולא קיבל הכשרה לקליטת החולים המשתחררים מאשפוז ובעיקר החולים הקשים יותר. לא נעשתה הכשרה נדרשת לטיפול, לא רק בחולה אלא גם במשפחה, ועל כן גם אין גיוס יעיל של המשפחה כמערכת תומכת. יש קושי רב לטפל בחולה עם תחלואה נלווית, התמכרות, וחוסר היענות לטיפול. לא הושגה המגמה, לשלב את הרופא המשפחתי בתהליך הטיפול ובמעקב אחר החולה הפסיכיאטרי בקהילה. אין לרופאי המשפחה מוטיבציה, הכשרה, ותמריץ להשתלב בטיפול זה. אחת מקופות-החולים אף הפסיקה את השירותים האמבולטוריים שסיפקה עד כה, על רקע הציפייה לרפורמה הביטוחית (למעשה ברמת שירותי בריאות הנפש בקהילה הוקפאה הרפורמה עד להחלטה אודות המעבר של הפסיכיאטריה לקופות). קיימת אי-ודאות רבה בקרב המרפאות באשר לאופן שילובן ברפורמה הביטוחית.

שיקום חולי נפש בקהילה. ברמה זו יש לציין הישגים מרשימים. הוקם מגוון רחב של שירותי שיקום בקהילה, המותאמים לצורכי החולים. קליטת החולים בסל שיקום נעשית בצורה יעילה וחולים רבים השתקמו בחיי הקהילה, בדיור מוגן ובמרכזים תעסוקתיים וחברתיים. הטיפול בדיור בקהילה הוא טוב ויש על כך בקרה יעילה. לא התפתחה כלל תופעת דיירי רחוב בקרב החולים המשתחררים ולא התפתחה התופעה של "טרנס מיסוד" בדיור המוגן. אחוז החוזרים לאשפוז מדיור מוגן הוא נמוך יותר מאחוז החוזרים מקרב החולים הפעילים המשתחררים לקהילה. אין עלייה בעבריינות חולים בקהילה. קיים עדיין קושי רב בקליטת חולים קשים יותר בדיור המוגן, במיוחד חולים בסכנת התאבדות, הפרעות התנהגות ושימוש בסמים.

הארגון בקהילה. ברמה זו נותרו בעיות רבות. רוב בתי-החולים הפסיכיאטריים לא השתלבו במרכזים רפואיים גדולים, לא נפתחו מחלקות פסיכיאטריות חדשות בבתי-חולים כלליים, אין אינטגרציה מנהלית ומקצועית של כל השירותים באזור תחת הנהלת גג אחת. השירותים בקהילה מפוצלים במסגרות ארגוניות שונות וללא קשר יעיל ביניהם. קשה מאד לנכה המשתקם להתארגן בין המוסדות השונים האמורים לטפל בענייניו. התיוג של חולה הנפש בקהילה נותר בעיה, המקשה על מציאת מקומות עבור שירותי דיור ושיקום בקהילה. לא הושקע מאמץ להכשרת צוותי כוח אדם לשיקום ותיאום טיפול בקהילה ובמקרים רבים נותר החולה מנוכר בקהילה.

עוד יש לציין, כי באופן כללי עלה במחקרים שנערכו במקומות שונים בעולם ומתוך רפורמות שבוצעו, כי מבחינה ארגונית נדרשת מערכת כוללת, אינטגרטיבית, בעלת סמכות ומשאבים כלכליים הולמים, היכולה לתאם בין כל השירותים והמקורות הכספיים בקהילה, כדי לספק את צורכי החולה המשתקם. העדר ארגון כוללני והעדר מערכת ניטור ובקרה ברמה ארצית, שתהא אחראית על איכות הביצוע של הרפורמה, פגעו בהצלחה של הרפורמה באותם מקומות. לכן כדי להמשיך ולעקוב אחר הרפורמה בשירותים בריאות הנפש בישראל, ובמיוחד לקראת הרפורמה הביטוחית, יש צורך לפתח ולעבות את המדדים להערכת תוצאות הפרמטרים הבאים: ניטור רצף הטיפול הקליני מאשפוז ובקהילה וחזרה; ניטור השתלבות ורצף הטיפול בסל שיקום; בטיחות מבחינה חברתית; הקלה בעומס המשפחה; שיפור איכות החיים ושביעות הרצון והערכת עלות תועלת.

מקורות

- אבירם, א., זילבר, נ., לרנר, י., פופר, מ., (1998), חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ומאפייניהם, **ביטחון סוציאלי**, 53 : 92-105.
- אליצור, א., (1998), מיסוד ואל-מיסוד – ארגון שירותים לבריאות הנפש כתחליף, **חברה ורווחה**, י"ח 1 : 13-32
- גינת, י., (1992), ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם, **הרפואה**, 123 (8-7) : 264-268.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות, (1990), דין וחשבון, ירושלים.
- חוק טיפול בחולי נפש 1991, ספר החוקים, 1339 – 8.1.91
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994, ספר החוקים, 1449 – 26.12.94
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשי"ס-2000.
- לרנר, י., פופר, מ., (1993), מגמות האשפוז הפסיכיאטרי בשנים 1986-1990 ותחזית עד 1995, **הרפואה**, 125 (5-4) : 75-79.
- מרק, מ. פלדמן, רבינוביץ י., (1995), מדוי"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי – יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל, **חברה ורווחה**, ט"ו : 185-197.
- סיכומי ועדת ההיגוי של פרופ' קוטלר – רפורמה 2000.
- רהב, מ., (1984), מערכת מידע ארצית על שירותים פסיכיאטריים אמבולטוריים, סקירת המצוי והרצוי, משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע ולהערכה, ירושלים.
- Fakhoury, W., & Priebe, S., (2002), The Process of Deinstitutionalization: An International Overview of Current Opinion, **Psychiatry**, 15:187-192.
- Lamb, R., (1993), Lessons Learned from Deinstitutionalization in U.S., **British Journal of Psychiatry**, 162: 587-592.
- Leff, J., (ed.) (1993), The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients, **British Journal of Psychiatry**, 162: Supp. 19.
- Munk-Jorgensen, P., (1999), Has Deinstitutionalization Gone Too Far? **Eur/Arch Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 249:136-143.

- Okin, R.L, (1995), Testing the Limits of Deinstitutionalization, **Psychiatric Services**, 46 (6): 569-574.
- Pijl, Y. S., Kluiter, H., Wiersma, D., (2000), Change in Dutch Mental Health Care: An Evaluation, **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, 35:402-407.
- Sytema, S., Burgess, P., (1999), Continuity of Care and Readmission in Two Service Systems: A Comparative Victorian and Groningen Case Register Study, **Acta Psychiatry Scand.**, 100: 212-219
- Thornicroft, G., & Bebbington, P., (1989), Deinstitutionalization – From Hospital Closure to Service Development, **British Journal of Psychiatry**, 155:739-753
- Van Cranach, M., (2000), Housing for Psychiatric Patients Inside and Outside of Hospitals, **Psych. Praxis**, 27(supp 2: S59-S63) (in German).
- Uffing, H.T., Ceha, M.ýM., Saenger, G.H., (1992), The Development of De-institutionalization in Europe, **Psychiatric Quarterly**, 63.3: 265-277.

נספח 1. שיעור מיטות פסיכיאטריות לאלף נפש – השוואה בינלאומית

המדינה	1980	1990	1995	2000
אוסטריה		1.0	0.8	0.6
אוסטרליה	1.4		0.3	*0.2
איטליה	1.5	0.8	0.6	*0.2
איסלנד	2.0	1.4		
אירלנד	4.0	2.3	1.6	1.2
אנגליה	3.0	1.8		
ארה"ב	0.9	0.6	0.4	0.3
בלגיה	2.5	1.9	1.7	
גרמניה	2.0	1.8	1.3	1.3
דנמרק	1.8	1.0	0.8	*0.8
הולנד	1.7	1.6	1.6	1.4
הונגריה	1.2	1.3	0.5	1.9
טורקיה	0.1	0.1	0.1	0.1
יוון	1.4	1.2	1.1	*1.0
יפן	2.6	2.9	2.9	2.8
ישראל	2.2	1.5	1.2	0.9
לוקסמבורג	3.6	2.2	1.0	
נורווגיה	1.9	0.9	0.7	0.7
ספרד	1.1	0.7	0.6	
פולין	1.1	0.9	0.8	0.7
פורטוגל	1.0	0.9	0.7	
פינלנד	4.0	2.3	1.3	1.1
צ'כיה	1.3	1.2	1.0	1.0
צרפת	2.4	1.7	1.3	1.1
קנדה		0.5	0.4	*0.5
שבדיה	3.2	1.7	0.9	0.6
שוויץ	2.2	1.8	1.3	1.2

* נתוני 1999

מקור:

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Mental Health Policy and Service Development, 2000

נספח 2. רקע לסוגיית השיקום בקהילה

במוסד לביטוח לאומי רשומים בשנת 2004 כ-50,000 נכי נפש. אף כי דובר רבות על נושא חולי הנפש בקהילה, הדגש היה על השירותים הרפואיים ולא על שיקומם החברתי של האנשים. נעשתה אמנם הערכה של מספר חולי הנפש, ששוחררו מבתי-החולים ונזקקו לשיקום חברתי, אך קיים חסר בנתונים ובמשאבים שיאפשרו לכמת את ההיקף המלא של הנזקקות בקרבם¹⁷.

כדי לבחון את הבעיה הוחלט על-ידי משרדי הבריאות והאוצר על ניסוי בן שנתיים, שבמסגרתו הוקמו ועדות שיקום אזוריות, כאשר לאור מגבלות התקציב שעמד לרשות הניסוי, התקבלו שתי החלטות מגבילות: האחת, סל השיקום יינתן רק לנכי נפש עם נכות מוכרת על-ידי ביטוח לאומי של 40 אחוז ומעלה; והשנייה, סל השיקום יינתן רק לאלה שהוכרו כנכי נפש לאחר 1.1.1997. במקביל, החלה ח"כ תמר גוז'ינסקי בהכנת חוק שיקום חולי נפש בקהילה, מתוך הכרה שללא פתרון חברתי לנכי הנפש שישוחררו לקהילה, לא ניתן יהיה לפתור את בעיית האשפוז היתר במחלקות הפסיכיאטריות. חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, התשי"ס-2000 היווה ציון דרך משמעותי בהתמודדות עם נכי הנפש בקהילה, כאשר נקבע כי סל השיקום יינתן לחולי נפש עם נכות בשיעור של 40 אחוז לפחות. החוק כלל סיוע בשישה תחומים: הדיור, התעסוקה, השלמת השכלה, החברה והפנאי, טיפול שיניים וסיוע למשפחות.

לצורך יישומו, החוק הכיר במסגרות שהוקמו במסגרת הניסוי שקדם לחקיקה – ועדות שיקום אזוריות וכן ועדות ערר מחוזיות. במסגרת החוק נקבעה מועצה ארצית לשיקום, אשר כללה נוסף לנציג משרד הבריאות, נציגים של שמונה משרדי ממשלה נוספים וכן נציג של המוסד לביטוח לאומי. כן נכללו נציגי מוסדות להשכלה גבוהה ונציגי הארגונים המייצגים את בעלי המקצועות השונים (פסיכיאטרייה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק וסיעוד) וכן נציגי הנכים ומשפחותיהם.

בקיץ 1999 הוקמה על-ידי המועצה הלאומית לבריאות הנפש, בראשותו של פרופ' טיאנו, ועדת היגוי בראשות פרופ' קוטלר, שתפקידה היה לבחון שוב את המלצות ועדת נתניהו. ההמלצות כללו צמצום האשפוז הפסיכיאטרי, העברת הדגש לפיתוח שירותי קהילה, העברת האחריות הביטוחית לקופות-החולים ושילוב חולי הנפש ושירותי בריאות הנפש ברפואה הכללית. עוד המליצה הוועדה על חלוקת הארץ לאזורים, בראשם תעמוד מנהלת אזור, ותחת אחריותה ירוכזו כל שירותי האשפוז, הקהילה והשיקום של האזור. בהמלצות אף היה דגש על הכשרת כוח אדם ותשתיות, כולל המלצה למחשוב מערכת המידע בקהילה ובאשפוז. ההמלצות היו רקע להקמת הוועדה בראשות פרופ' שני.

¹⁷ אבירם ואחרים, 1998.

נספח 3. פירוט של לוחות 4-6, לפי סוגי המחלקות

לוח 4. שהייה ממוצעת של אפיזודה פעילה, לפי סוגי מחלקות

שנה	מחלקות	מספר שחרורים	שהייה ממוצעת בפועל (סטיית תקן)	סטיית תקן	לפי ההסכם עם האוצר
2000	מבוגרים	17,098	37.6	51.1	
	נוער	1,145	48.9	66.3	
	ילדים	147	81.4	81.4	
	סה"כ	18,390	38.6	52.7	38
2001	מבוגרים	16,666	38.1	51.1	
	נוער	1,152	52.6	66.3	
	ילדים	148	75.9	76.3	
	סה"כ	17,966	39.4	52.7	37
2002	מבוגרים	17,303	36.0	48.6	
	נוער	1,096	51.5	63.4	
	ילדים	197	79.1	77.8	
	סה"כ	18,596	37.4	50.3	36
2003	מבוגרים	17,698	36.7	49.5	
	נוער	1,167	51.7	62.9	
	ילדים	210	87.5	82.5	
	סה"כ	19,075	38.1	51.3	35

לוח 5. אחוז החוזרים לאשפוז תוך 30 יום מהשחרור

שנה	מחלקות	מספר שחרורים	אחוז החוזרים תוך 30 יום בפועל	לפי ההסכם עם האוצר
2000	מבוגרים	16,281	16.5	
	נוער	1,116	19.0	
	ילדים	146	6.8	
	סה"כ	17,543	16.6	16
2001	מבוגרים	15,932	16.0	
	נוער	1,119	14.7	
	ילדים	148	7.4	
	סה"כ	17,199	15.9	16

	15.6	16,546	מבוגרים	2002
	16.3	1,055	נוער	
	11.3	195	ילדים	
15	15.6	17,796	סה"כ	
	17.0	16,817	מבוגרים	2003
	14.7	1,098	נוער	
	11.7	180	ילדים	
14	16.8	18,095	סה"כ	

לוח 6. אחוז החזרות לאשפוז תוך 31-180 יום מהשחרור

שנה	מחלקות	מספר שחרורים	אחוז החוזרים תוך 31-180 יום בפועל	לפי ההסכם עם האוצר
2000	מבוגרים	16,281	22.9	
	נוער	1,116	19.2	
	ילדים	146	11.6	
22.0	סה"כ	17,543	22.5	
2001	מבוגרים	15,932	23.7	
	נוער	1,119	22.1	
	ילדים	148	14.2	
22.0	סה"כ	17,199	23.5	
2002	מבוגרים	16,546	23.9	
	נוער	1,055	20.8	
	ילדים	195	14.4	
22.5	סה"כ	17,796	23.6	
2003	מבוגרים	18,820	23.4	
	נוער	1,095	18.2	
	ילדים	180	11.1	
23.0	סה"כ	18,095	23.1	