

תוכן עניינים

מבוא	3
פרק א - רפואת בריאות הנפש בישראל	5
א.1. מחלות נפש ומערך בריאות הנפש בישראל	5
א.2. האחריות על אספקת שירותי בריאות הנפש	6
פרק ב – העברת שירותי בריאות הנפש מהמדינה לקופות החולים	7
1.1. הרקע לרפורמה	7
2.2. עיקרי הרפורמה ומטרתה	8
ב.3. רכיבי הרפורמה :	9
פרק ג – מטרות הרפורמה ואופן קליטתה בידי קופות החולים	12
ג.1. מטרות הרפורמה	12
ג.2. קליטת הרפורמה בקופות החולים	13
פרק ד – האופן בו השפיעה הרפורמה על מצב המטופלים ועל הנגישות לשירות	14
ד.1. מצבם של המטופלים	14
ד.2. הנגישות לשירות	20
סיכום	24
ביבליוגרפיה	28

מבוא

מדיניות משרד הבריאות שאפה שנים רבות לבצע רפורמה בשירותי בריאות הנפש הניתנים לתושבי המדינה (נירל ואח', 2009). מטרת הרפורמה הינה העברת עיקר שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים וממרכזי השירות של משרד הבריאות אל קופות החולים בקהילה. מדיניות זו אינה ייחודית דווקא לישראל, אלא היא תואמת גישות חדשניות, הרווחות במדינות העולם המערבי, בתחום שירותי בריאות הנפש, הגורסות כי לצורך מתן מענה הולם לחולי נפש, רצוי כי מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש יהיה במרפאות בקהילה (אבירם, 2005). הטיפול הקהילתי נתפס כמתאים יותר וכנגיש יותר עבור המטופלים. כמו כן, על פי אותן גישות, הפרדת הטיפול במחלות הנפש מן הרפואה הכללית נוגדת באופן מוחלט את התפיסה ההוליסטית של בריאות האדם, הרואה במחלות הגוף והנפש ככרוכות זו בזו. בשל כך, נטען, יש לשלב בין הידע, המענה הראשוני למטופלים, ההכוונה להם זוכים, המעקב והאשפוז (לוי, 2004).

על רקע הגישות הללו, ניתן להבין כי בבסיס הרפורמה עומד שינוי תפיסתי שתכליתו להביא לשיפור איכות הטיפול בחולי הנפש באמצעות הנהגת שינויים מערכתיים והצעת מתווה חדשני לשילוב בקהילה (לוי, 2004). כמו כן, תכלית הרפורמה הינה להנגיש את שירותי בריאות הנפש עבור קהל רחב יותר, תוך הפחתת הסטיגמה החברתית השלילית המוצמדת לחולי הנפש, המהווה גם היא חסם בדרך לפנייה לקבלת השירות (ניר וכמראני, 2017).

על אף שבמשך שנים רבות הרפורמה עמדה במרכז ענייני בריאות הנפש בישראל, בפועל, רק בחודש יולי בשנת 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, המבטאת למעשה את "השלב האחרון" ברפורמה. במסגרת הרפורמה הביטוחית, הועברה האחריות לאספקת השירותים בתחום בריאות הנפש מידי משרד הבריאות אל קופות החולים, במעין הליך של הפרטה. למהלך זה, קדמו כשני עשורים שלמים של ניסיונות כושלים מצד משרד הבריאות לבצע את הרפורמה (אלרועי וסמואל, 2019). בעוד משרד הבריאות ניסה לפעול לשינוי החוק הרלוונטי לשירותי בריאות הנפש, עליו ארחיב במסגרת העבודה, כדי להעביר את כלל האחריות לקופות החולים, הן מצידן, התנגדו לקבל על עצמן אחריות למתן השירותים, בין היתר, בטענה כי הן חסרות המשאבים הדרושים, בהם תשתיות וכוח אדם (לוי, 2004).

כיום, לאחר שהוחלה הרפורמה, ניתנים שירותי בריאות הנפש במסגרת מרפאות הקהילה. כאמור לעיל, ניתן לומר, כי שירותי בריאות הנפש במדינה הופרטו, וזאת בשל העובדה כי עברו מבעלות ממשלתית לבעלות פרטית, ומצויות כיום בידי קופות החולים. מעצם הפרטת השירותים, הדבר השפיע על המערכת כולה, הן על קופות החולים בהיבטים שונים והן על המטופלים, על איכות השירות הרפואי אותו הם מקבלים, על טיב השירות, על מידת הנגישות אליו ועל היבטים שונים של המענה הרפואי, למשל דיסקרטיות בטיפול וכדומה.

עבודה זו תבחן את תהליכי העברת שירותי בריאות הנפש מהמדינה לידי קופות החולים, והשפעת תהליכים אלה על מצב המטופלים והנגישות לשירות אחרי הרפורמה. הפרק הראשון בעבודה יסקור את רפואת בריאות הנפש בישראל ויסביר מי נושא באחריות לספק את אותם השירותים. הפרק השני, יעסוק ברקע לרפורמה ובהתהוותה, לרבות דיון בוועדות השונות שנקבעו לתת המלצות בשלב טרום הרפורמה. הפרק השלישי, יסקור את מטרות הרפורמה ואופן קליטתה בקופות החולים והפרק הרביעי ידון במכלול ההשפעות של הרפורמה על המטופלים, על מצבם וכן על הנגישות לשירות. פרק זה יתמקד בשני היבטים:

פרק א - רפואת בריאות הנפש בישראל

א.1. מחלות נפש ומערך בריאות הנפש בישראל

מחלות נפש הן מבין הגורמים המרכזיים ביותר לחולי ולמוגבלות. שכיחותן של מחלות נפש באוכלוסייה במדינות המפותחות, ובתוכן ישראל, עומדת על כ-25% מכלל האוכלוסייה, קרי 1 מכל 4 אנשים נזקק למענה בתחום רפואת הנפש (לוי, 2004). ארגון הבריאות העולמי (WHO) מתייחס אל מחלות הנפש כאל גורם לנכות ואף דירג אותן במקום דומה למחלות לב ולסוגים שונים של מחלות ממאירות. כמו כן, על פי מחקרים רבים, תוחלת החיים של אנשים הלוקים במחלות נפש חמורות ומושכות קצרה ב-10-20 שנים לעומת אנשים בריאים. יתר על כן, נמצא, כי הלוקים במחלות הנפש סובלים גם מקושי חברתי שהוא תולדה ישירה של הסטיגמה השלילית המצמדת להם וההדרה החברתית ממנה הם סובלים (אברם, 2019). כך למשל, נמצא כי שיעורי האבטלה ואי ההשתתפות בכוח העבודה של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות נעים בין 80%-90% (טל ואחי, 2009).

המענה הרפואי למחלות נפש, ניתן במסגרת שירותי בריאות הנפש (ברה"ן). שירותי בריאות הנפש בישראל בנויים משני רבדים:

האשפוז הפסיכיאטרי – האשפוז הפסיכיאטרי הוא שירות הניתן במסגרות של אשפוז מלא או חלקי (אשפוז יום). סוג האשפוז ומשכו תלוי במצב החולה ובצרכיו הטיפוליים. ככלל, נהוג לבחור באופציה של אשפוז, כאשר הטיפול במרפאות הקהילה אינו מסוגל לתת את המענה המתאים לצרכים של החולה (לוי, 2004). על פי אתר משרד הבריאות (2020), במערך האשפוז הפסיכיאטרי בישראל מצויים: 10 בתי חולים ממשלתיים, 2 בתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית, בית חולים ציבורי אחד, 2 בתי חולים פרטיים ו-10 מחלקות אשפוז פסיכיאטרי בבתי החולים הכלליים.

מבחינה טיפולית, אנשי מקצוע סבורים כי אשפוז פסיכיאטרי צריך לשמש כמוצא אחרון בלבד, ורק לאחר שמוצו אפשרויות הטיפול במרפאות. ההנחה היא כי האשפוז כרוך בהשלכות שליליות על המאושפז ועל בני משפחתו. כמו כן, לאשפוז פסיכיאטרי מתלווים גורמים שליליים, בהם סטיגמה, ניתוק ממערכות חברתיות, פגיעה חמורה בדימוי העצמי של המטופל ופיתוח תלות במערכת האשפוזית (ברמן וזילבר, 1998).

שירותי רפואת הנפש בקהילה – נוסף על מערך האשפוז, שירותי בריאות הנפש מתקיימים גם במרפאות ובמרכזים בקהילה (לוי, 2004). שירותים אלו, באופן עקרוני, הם עדיפים על פי אנשי המקצוע. המדיניות המוצהרת במדינות המערביות, ביניהן ישראל, היא לפעול להביא לצמצום האשפוז הפסיכיאטרי, תוך פיתוח חלופות מתאימות לטיפול נפשי במסגרות הקהילה (ברמן וזילבר, 1998).

בשירותי בריאות הנפש הקהילתיים בישראל נכללים מערך טיפול אמבולטורי פסיכיאטרי ושירותי שיקום פסיכיאטריים. שירות אמבולטורי בהגדרתו, הינו טיפול אשר אינו כרוך באשפוז בבית חולים והוא מרכיב מרכזי במערך בריאות הנפש. בין השירותים הניתנים במרפאות ניתן למנות מניעת בעיות נפשיות, איתור מוקדם שלהן, פסיכותרפיה, ביקורי בית, טיפול ומעקב בתחומים השונים