

# מדיניות ציבורית

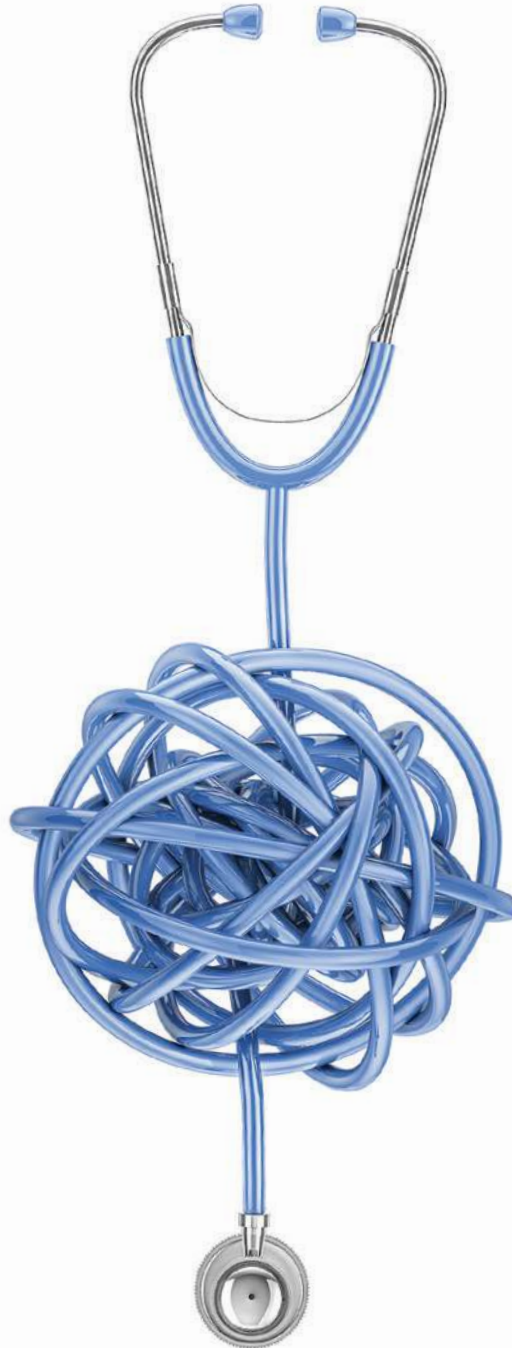
עיתון לחידושי מדיניות בישראל

04 מאחורי הקלעים  
של הרפורמה  
בבריאות הנפש  
רן כהן

08 ריאיון עם שר  
הבריאות לשעבר  
ויזם חוק סל  
שירותי הבריאות  
חיים רמון

16 אחרי הרפורמה  
ומעבר לאשפוז  
הפסיכיאטרי  
איתי קנדר

18 לא בוכים על חלב  
שנשפך?  
הדס ידגר





## אחרי הרפורמה ומעבר לאשפוז הפסיכיאטרי

החולים רעוע ביותר. אך הדבר לא מסתכם בחוסר היגינה או בדלתות שבורות.

חלק מהסערה שקמה בחודשים האחרונים, ספק בעידודה של הרפורמה, מפנה את תשומת לבנו דווקא אל בתי החולים. דף הפייסבוק "מטופלים ומטופלות שוברים שתיקה" זכה לעדנה רבה, וסוקר בכמה מכלי התקשורת. הדף לא מוחה רק על התנאים הפיזיים, אלא גם על המהות של בתי החולים הפסיכיאטריים – הכפייה, הבידוד מהעולם והאלימות הרבה בין כתליו. רוצה לומר, הדף, אשר נותן במה ציבורית לסיפוריהם של מאושפזים לשעבר, מבקש למחות על המהות הבעייתית של המחלקות האשפוזיות בבתי החולים הפסיכיאטריים.

ייתכן שהסגולה הנסתרת ביותר ברפורמה, הן מעיני מבקריה והן מעיני אוהדיה, היא הניתוק של תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים מצינור המימון הממשלתי הישיר, וחיבורו מחדש למסלול העקיף של סל הבריאות וקופות החולים. לכאורה, השינוי הזה יכול להחדיר את רכיב החירות גם אל ענף האשפוזים, ולעשותו דומה יותר לענף השיקום. כלומר, דינמי ופרוגרסיבי יותר. אלא ששני חסמים עומדים בדרכה של הליברליזציה הזו. ראשית כול, **הסכם האזוריות** הוא הסכם ארכאי, אשר כובל כל אדם אל בית חולים אחד, לפי מקום מגוריו. שנית, **ה"קפינג"** (המכסות), האומר שמעל אחוז תפוסה מסוים (95%), שמעליו כמעט תמיד נמצאים בתי החולים, לא ישלם המזמין – קופות החולים במקרה הזה – מחיר מלא על האשפוז. שני החסמים האלו חוסמים כל אפשרות לשחרור "שוק האשפוזים" וליצירת תמריץ כלכלי עבור בתי החולים לנקוט חדשנות. הם מבטיחים זרם קבוע של "לקוחות" וגבייה של תעריף סטטי עבורם.

נניח שאותם שני חסמים חוזיים-משפטיים היו מתפוגגים; אילו מין חידושים היו יכולות לדרוש קופות החולים, בעידוד הציבור הרחב, מבתי החולים? שלושה דגמים ישנים-חדשים עולים כאפשרות ריאלית במציאות הישראלית:

- **טיפולים ביתיים.** לישראל עבר והווה עשירים בתחום של טיפולים ביתיים, גם במקרים "קשים" כמו פסיכוזות (שמיעת קולות וכדומה). בתחילת שנות ה-70 פעלו בתחנת הקיבוצים שבדרום הארץ שלושה פסיכולוגים שלאחר מכן נהיו למפורסמים בתחומם – ד"ר אליצור, ד"ר קאופמן וד"ר מינוחין (זה האחרון ידוע כתורם הבולט ביותר לטיפול המשפחתי הסיסטמטי). בתחנת הקיבוצים טיפלו השלושה בפסיכוזות על ידי מה שהם כינו "טיפול קהילתי" – היינו, גיוס של הסביבה כולה להטבת מצבו של הפרט. שנים רבות לאחר מכן, בימינו אנו, מצויים שני שירותים משפחתיים-סביבתיים לרשותם של אלו הסובלים ממשברים נפשיים קשים – **עמותת מרחבים** ו**יחידת הטיפול הביתי** בבית החולים אברבנל, שהוזכר לעיל. עיינתי במחקרים הפנימיים של שני השירותים הללו, והם זוכים להצלחה אדירה. לא רק זאת, אלא שהעלות

הגעתה של הרפורמה הביטוחית, באיחור קליל של 20 ומשהו שנה, הביאה עמה גם התעוררות ציבורית אדירה. זו, בתורה, שפכה אור על כמה מהסכנות האפשריות של הרפורמה בבריאות הנפש – תיוג פסיכיאטרי, צמצום רוחב יריעת הטיפול הנפשי ועוד. אלא שנכון לזמן כתיבת השורות הללו, לא הוקם שום גוף פיקוח חיצוני למרפאות החדשות. יתרה מזאת, גם לא סומנו דיים הצדדים החיוביים של הרפורמה – ההיבטים של המהלך הכביר הזה שביכולתם לפתוח דלת לעתיד חדש לגמרי.

**” ייתכן שהסגולה הנסתרת ביותר ברפורמה, הן מעיני מבקריה והן מעיני אוהדיה, היא הניתוק של תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים מצינור המימון הממשלתי הישיר, וחיבורו מחדש למסלול העקיף של סל הבריאות וקופות החולים. לכאורה, השינוי הזה יכול להחדיר את רכיב החירות גם אל ענף האשפוזים, ולעשותו דומה יותר לענף השיקום. כלומר, דינמי ופרוגרסיבי יותר ”**

בשנת 2000 חוקק חוק שיקום נכי נפש בקהילה. החוק הסדיר את מערכת היחסים בין המדינה לבין שירותי השיקום של בריאות הנפש כמערכת יחסים בין גולטור לבין קשת רחבה של ספקים, הניזונים מוואצ'רים. בריאיון שנערך לפני כשנה עם יחיאל שרשבסקי, אדריכל המערכת השיקומית הישראלית, הוא מתאר את החירות כלבה של המערכת – המתמודד מומשג בה צרכן, והוא חופשי לבחור את השירותים שמתאימים לו. עם כמה סייגים קטנים, אני יכול לומר שעבודתי במשך כמה שנים כמתאם טיפול במערך השיקומי, מאששת את תפיסת העולם הזאת. יש לו לאדם הנעזר בשירותי השיקום מידה רבה של חופש, והחופש הזה מפרה את המערכת כולה.

לצד המערכת השיקומית, עומדים שני ענפים של בריאות הנפש בישראל: ענף הטיפול המרפאתי, שבו מחוללת הרפורמה מהפכה של ממש, וענף האשפוזים הפסיכיאטריים. השלישי והאחרון מוכר לציבור דרך דמותם התקשורתית של בתי החולים, ובראשם בית החולים על שם אברבנל בבת-ים. זכורה אמירתו של סגן שר הבריאות ליצמן אחרי סיור במקום כי **"בתי חולים כאלה לא ראויים אפילו למגורים של בעלי חיים"**. אכן, מצבם של בתי



אם כך, עומדות לרשותנו כמה אופציות אטרקטיביות, מוכחות מחקרית, זולות, עם רקע מקומי אבל גם עם סימוכין מהעולם כולו. הן עומדות מאחורי חסמים שביכולתו של משרד הבריאות לנטרל, אם ירצה בכך. ייתכן שכאשר יפורקו החסמים נראה גם צורות אחרות של חלופות אשפוז, והיצירתיות שמאפיינת כל כך את השווקים הישראליים תפרח גם בתחום האשפוז הפסיכיאטרי וחלופותיו. הדבר תלוי ברצונו של הציבור, במוטיבציה של המשרד ובכוחם היחסי של קופות החולים ובתי החולים הפסיכיאטריים.



שלהם מזערית ממש בהשוואה לעלותה של מיטת אשפוז בבית החולים. לאור הנתונים, בולטת במיוחד בעיית הקיבעון של מערך האשפוז הישראלי.

• **מודל סותריה.** לפני שנים מספר השם הזה היה חסר משמעות לחלוטין עבור הרוב המוחלט של צרכני שירותי השיקום, אך היום ניתן לשמוע אותו יותר ויותר. הדבר צובר פופולריות ברשת ובדינוני שולחן עגול הודות לעבודתו של מנהל מחלקת המבוגרים בבית החולים הרצוג שבירושלים, פרופ' פסח ליכטנברג. ליכטנברג פועל כדי להביא ארצה את המודל וליישבו בבירת המדינה. המודל עצמו פשוט: בית רגיל, ובו נחים ומתמודדים כעשרה אנשים עם משברים קשים שאליהם נקלעו. גם כאן, כמו במודל הטיפול הביתי, ניתן לנטרל את גורם הכפייה, משום שבבית אין אמצעי קשירה או חדרי בידוד. למרות זאת, מחקרים שנערכו בעבר בבתים כאלו, מראים שהבית הוא סביבה פחות מסוכנת, ולא יותר, עבור שוכניו מאשר המחלקה הסגורה.

• **מרכז הפוגה.** קבוצה של מטופלים לשעבר ובהווה שהתגבשה בעמותת מתמודדי הנפש לשמ"ה, מקדמת את הפתרון הזה. זהו מעין מרכז קהילתי הפועל 24/7, ומספק חוף מבטחים לכל דכפין. המרכז מצויד במיטות ובמטבח, ובו חולקים אנשים שחוו בעבר משבר נפשי חמור סיוע, תמיכה ואוזן קשבת עם אלו שחווים אותו בזמן אמת. אף על פי שהרעיון עצמו נהגה באמצע המאה הקודמת, בעיצומו של אביב זכויות האדם האמריקני, הוא התממש רק בעשור האחרון, ולכן המחקרים לגביו דלים ביותר. בכל זאת מחקרים לגבי "תמיכת עמיתים" (הרעיון שתואר כאן, של תמיכה ב"גובה העיניים" ולא דווקא מקצועית) מראים תוצאות חיוביות ביותר.