



נייר עמדה בנושא

## כלכלת בריאות הנפש בישראל:

תמונת מצב, השוואה בינלאומית, היקף

והרכב רצויים, אתגרים והמלצות

המסמך הוכן ע"י הצוות הכלכלי של קואליציית הארגונים בבריאות  
הנפש

הצוות כלל את: גדי רוזנטל (ראש הצוות וכותב ראשי), ריבי צוק,

ד"ר הלה הדס, סילביה טסלר-לזוביק

חברת הייעוץ רציונל בראשות בועז סופר סייעה בהכנת העבודה

נובמבר 2023

עבודה זו מומנה באמצעות תרומתה הנדיבה

של קרן משפחת אלמוג זכאי

לשמ"ה - לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש; עוצמה - עמותת משפחות לקידום בריאות הנפש;  
משפחות בריאות הנפש; יספר"א - האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי; אנוש - העמותה הישראלית לבריאות  
הנפש; איכות בשיקום - עמותת לבריאות נפש בקהילה; עמיתים לזכויות בבריאות הנפש; האגודה לזכויות החולה

3.....	תקציר מנהלים.....
9.....	רקע ומטרות העבודה.....
10.....	ישראל – רקע ותמונת מצב.....
10.....	רקע – על ההפרעה הנפשית ורקע היסטורי.....
13.....	כשלים ואתגרים מרכזיים.....
16.....	היקף והרכב ההוצאה על בריאות הנפש בישראל.....
16.....	רקע על ההוצאה הציבורית לבריאות.....
17.....	היקף והרכב תקציב בריאות הנפש - חלוקה לפי קטגוריות.....
36.....	היקף ההוצאה על בריאות הנפש – מגמות גלובליות.....
36.....	סקירה בינלאומית.....
41.....	היקף ההוצאה הגלובלי בתחום בריאות הנפש.....
44.....	התמהיל הרצוי להוצאה הציבורית בבריאות הנפש בישראל.....
44.....	מבוא – שיטת העבודה.....
44.....	הנחות עבודה בחישוב התמהיל והסבר למהותו ותוצריו.....
46.....	ניתוח תמהיל ההוצאה הציבורית הראויה לפי רכיבי המערכת.....
67.....	האתגרים בפניהם עומדת מערכת בריאות הנפש בישראל.....
73.....	עיקרי ההמלצות.....
74.....	<b>נספח 1 – רשימת מרואיינים</b> .....
75.....	<b>נספח 2 - מועצות לאומיות – המלצות לאסטרטגיית העל 2032</b> .....
76.....	<b>נספח 3 – הרכב תקציב בריאות הנפש בישראל - חלוקה לפי קטגוריות (באורים)</b> .....
78.....	<b>נספח 4 - כלכלת השיקום בבריאות הנפש</b> .....
81.....	<b>נספח 5 – סקירה בינלאומית – מקורות</b> .....

## תקציר מנהלים

1. תחום בריאות הנפש הוא תחום רחב מאד, כמו גם רכיבי המדיניות הקשורים בו. עבודה זו עוסקת בהיבטים הכלכליים של המדיניות בתחום. הוגדרו לה שלוש סוגיות:
  - מהו ההיקף הראוי לסך ההוצאה הציבורית בבריאות הנפש?
  - מהו ההרכב הפנימי של השירותים שאמורה המערכת הציבורית לספק (התמהיל הראוי)?
  - מה הם האתגרים העיקריים ועיקרי המדיניות הנדרשים לשיפור ההיקף והאיכות של שירותי בריאות הנפש? החידוש בעבודה זאת טמון בכך שהיא, למיטב ידיעתנו, ניסיון ראשון, לפחות בהיבט הכלכלי, לבחינה כוללת של תחום בריאות הנפש, על מגוון מרכיביו, הקיימים והנדרשים. זאת להבדיל ממדיניות ושיח שהתמקדו מעת לעת ברכיב או אספקט בודד מתוך אלה.
2. בטרם מענה לסוגיות המונחות בפנינו נדרשים הסבר וניתוח של המאפיינים הנוכחיים של מערכת בריאות הנפש בישראל והקשיים הניצבים בפניה. לכך מוקדשים הפרק הראשון בעבודה והסעיפים הראשונים בתקציר.
3. אין כיום הגדרה ברורה וחד משמעית מהי מחלת נפש, אך קשיים בתחום בריאות הנפש הם השכיחים ביותר בעולם כולו, בין השאר כתוצאה מסגנון החיים המודרני, על כל היבטיו. התחלואה הנפשית מצויה בכל העולם במגמה כללית של עלייה, ואיתה עולה גם הנטל הכלכלי הישיר והעקיף הכרוך בתחלואה זו. לפי נתונים מארצות המערב, כ-30% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעה נפשית לפחות פעם אחת במשך תקופת חיים, וכ-15% לפחות סובלים מהפרעה נפשית בכל רגע נתון. חלוקה מקובלת של תחלואת הנפש היא בין התחלואה הקשה (severe) mental illness, המתבטאת בתקופות לא קצרות (לעיתים כרוניות) של שינויים משמעותיים בהתנהגות ובתפקוד, לבין תחלואה רכה, שמאפייניה פחות בולטים וממושכים. זו הראשונה דורשת מערכי טיפול ושיקום מגוונים ומורכבים. התחלואה הרכה "מסתפקת", דרך כלל, בטיפול מרפאתי בקהילה או בטיפול פרטי.
4. צריכת שירותי בריאות, לאו דווקא פסיכיאטריים, של אוכלוסיית מתמודדי הנפש גבוהה מזו של האוכלוסייה הכללית. מחקרים רבים הראו כי חולים הסובלים מתחלואה נפשית, בייחוד חולים עם תסמונות חרדה ודיכאון, צורכים שירותי רפואה עד פי שלושה יותר מאחרים. יחד אם זאת חשוב להדגיש כי בקרב אוכלוסיית התחלואה הקשה יש קבוצה משמעותית המצויה מחוץ למעגלי הטיפול בנפש ואף בגוף. הנגישות של המערכת המוסדית לקבוצה זו נמוכה, והיא משלמת על כך בתוחלת חיים נמוכה בלמעלה מעשור שנים מהאוכלוסייה הכללית, באיכות חיים ירודה ובהמשך בנטל עודף על מערכת הבריאות הכללית.
5. בעשרים השנים האחרונות חל שינוי משמעותי בשירותי בריאות הנפש בישראל. נחקק **חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000** (להלן: "חוק השיקום"), אשר תקציבו היום מתקרב ל-1.5 מיליארד ש"ח, והוקטן מספר מיטות האשפוז לבריאות הנפש עד לרמה של כ-0.4 מיטות לאלף תושבים, במטרה להעביר את מרכז הכובד של הטיפול בבריאות הנפש לקהילה. שיאה של הרפורמה בתחום התרחש בשנת 2015 עם כניסתו לתוקף של **צו**

**ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק) התשע"ב-2012** שהורה על העברת האחריות הביטוחית לידי קופות החולים עם במסגרת **חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994** (להלן: "חוק ביטוח בריאות ממלכתי"). בעקבות יישומה גברה המודעות הציבורית לנושא הטיפול הפסיכיאטרי בכלל, ולאשפוז החולים הפסיכיאטריים בבתי החולים בפרט. אולם, יש עדיין במערכת ליקויים וחוסרים רבים, עליהם, ובעיקר על משמעותם הכלכלית-תקציבית נעמוד בעבודה זו, עם מתן המלצות אופרטיביות מסוימות, תוך שימת דגש על ההיבט הכלכלי.

6. בריאות הנפש הוא נושא המלווה בסטיגמה חזקה לאורך שנים. מציאות זאת השפיעה, ועדיין משפיעה, חרף מודעות רבה יותר לאחר הרפורמה, על פיתוח התחום, קבלת החלטות ביחס אליו וקיפוחו התקציבי. החסר התקציבי, המתקיים מזה שנים רבות, לא קיבל מענה ברפורמה הביטוחית בשנת 2015 (שהחילה את האחריות הביטוחית לחלק ניכר מהשירותים בבריאות הנפש - האשפוז והטיפול המרפאתי - על קופות החולים ותחת כנפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי). לצד הישגי הרפורמה הביטוחית, באספקטים מסויימים היא אף הרעה את המצב הקיים. זאת נוכח היווצרותו של מחסור בשירותים הקיימים (תוך פגיעה חמורה בזמינותם ובאיכותם), ללא יד מכוונת ומקורות תקציביים לפיתוחם של השירותים החסרים ושל הרצף הטיפולי הנדרש.

7. קיים פער מובנה, בכל הקשור לשקיפות ולזמינות המידע ביחס לכמות המטופלים ולתקציבים המוקצים לבריאות הנפש. אלה, והעדרו של בסיס מידע חיוני נוסף, מקשים על מדידה מהימנה ואיכותית של שירותי בריאות הנפש בישראל, ועל היכולת לבצע בקרה או תהליכי קבלת החלטות מבוססי נתונים.

8. מבנה ההוצאה הציבורית לבריאות הנפש בהתאם לתקציב המדינה לשנת 2022 מוצג בטבלה 1. לצורך קבלתה של תוצאה זו נדרש היה לעבד את ההוצאות מספר התקציב של משרד הבריאות יחד עם תחשיבים ועיבודים נוספים, המוסברים בפרוט בגוף העבודה. **עיקר הקושי נעוץ בכך שמאז הרפורמה הביטוחית ב-2015 קופות החולים נושאות בחלק ניכר מעלויות השירותים בבריאות הנפש, והנתונים בעניין זה אינם נחלת הכלל ואינם גלויים לציבור.** בהסתמך על חישוב ההוצאה הציבורית לבריאות הנפש ניתן לגזור את חלק בריאות הנפש בכלל ההוצאה הציבורית לבריאות. ההוצאה הציבורית לבריאות מורכבת מתקציב המדינה הישיר (44.1 מיליארד ₪ בתקציב 2022) ומס בריאות הנגבה ע"י הביטוח הלאומי ומועבר ישירות לקופות (נאמד על בסיס שנה קודמת ב-27 מיליארד ₪). סה"כ 71.1 מיליארד ש"ח. למדד זה חשיבות לצורך השוואה בין לאומית, שתאפשר לקבוע את ההיקף הראוי להוצאה הציבורית בבריאות הנפש בישראל. מפירוט הנתונים עולה **כי סך ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש בישראל בשנת 2022 עומד על 4.1 מיליארד ₪, המהווים 5.8% מההוצאה הציבורית על בריאות.**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> הסכום אינו כולל כ-0.5 מיליארד ₪ המוקדשים לטיפול באוטזם, ורשומים כחלק מתקציב הרכש בבריאות הנפש.

טבלה 1

קטגוריה	הוצאה ציבורית 2022 (במיליוני ₪)	מסך ההוצאה על בריאות הנפש (%)	נתון / אומדן
בתי החולים הפסיכיאטרים (כולל מרפאותיהם)	1,926.9	47%	נתון + אומדן
מרפאות בקהילה	565.0	14%	אומדן
שיקום	1,373.2	33%	נתון
גמילה	81.1	2%	נתון
אחר	162	4%	נתון
<b>סה"כ</b>	<b>4,108.0</b>	<b>100%</b>	
<b>סך ההוצאה על בריאות</b>	<b>71,100.0</b>		
<b>% בריאות הנפש מסך ההוצאה על בריאות</b>	<b>5.8%</b>		

9. את הממצא אודות שיעור ההוצאה היחסית על בריאות נפש מתוך סך ההוצאה לבריאות השונו למדינות שונות ב-OECD (אנגליה, צרפת, גרמניה ועוד), על מנת לעמוד על נכונות הטענה לתקציב חסר בבריאות הנפש בישראל. ואכן גילינו, שבמדינות אלה שיעור ההוצאה הציבורית על בריאות נפש גדול פי שניים מזה המתקיים בישראל, ועומד, בממוצע, על כ-11% מסך ההוצאה על בריאות באותן מדינות. כלומר, אם יש מקום להעריך את סכום ההוצאה הרצוי בשיטת Top-Down לפי ממצאים אלה, הרי שההוצאה הציבורית על בריאות נפש בישראל במונחי שנת 2022 צריכה לעמוד על כ-7.8 מיליארד ₪. מן הראוי לציין שמדינות אלה דוגלות גם הן במדיניות המבקשת להעביר את מרכז הכובד של הטיפול בבריאות הנפש מבתי החולים לקהילה ומבצעות פעולות ורפורמות למימושה של אותה מדיניות.

10. תמונת הראי של המחסור במשאבים ציבוריים היא הנטל הכלכלי הכבד המוטל על המשפחות לצורך תמיכה במתמודדים ולצורך רכישת שירותים בסקטור הפרטי. התוצאה היא ששיעור ההוצאה הפרטית, מתוך כלל ההוצאה הלאומית לבריאות הנפש, גבוה לאין שיעור ביחס לכלל תחום הבריאות בישראל. למותר לציין את ההשפעה של מצב זה על הגדלת אי השוויון לרעת צרכני השירותים בבריאות הנפש.

11. השאלה השנייה בה עוסקת העבודה היא התמהיל הרצוי של ההוצאה על בריאות הנפש בישראל (חלוקת העוגה). הניתוח נעשה בגישת Bottom-Up. קרי: בכל אחד מהשירותים והמענים הנדרשים (מרביתם

בקהילה), נעשה אומדן ראשוני של ההוצאה הנדרשת ל-10-5 השנים הקרובות. **מדובר בניתוח מפורט שיוכל לשמש תשתית חלקית לתכנון אסטרטגי-כלכלי של בריאות הנפש בישראל, והוא נעשה כאן לראשונה.** החלוקה היחסית, באחוזים, בין השירותים הנדרשים (הקיימים ואלו שיש לפתח) מהווה את מבנה התמהיל, זה תורגם להיקפים כספיים ביחס לסכום ההוצאה הכולל הראוי, שהוסבר בסעיף הקודם.

## טבלה 2

מצב רצוי		מצב קיים (2022)		הרכיב במערך בריאות הנפש
%	סכום (מיליוני ₪)	%	סכום (מיליוני ₪)	
25%	1,950	47%	1,927	מערך האשפוז
20%	1,560	14%	570	הטיפול המרפאתי בקהילה
34%	2,652	33%	1,373	מערך שיקום
21%	1,638	0%	0	שירותים ומענים חסרים
0%		6%	243	שונות (לא ממוין)
<b>100%</b>	<b>7,800</b>	<b>100%</b>	<b>4,113</b>	<b>סה"כ הוצאה על בריאות הנפש בישראל</b>

12. התוצאה שהתקבלה מעלה כי עיקר ההוצאה הציבורית צריכה להיות בשירותים בקהילה, וזאת על בסיס ניתוח הצרכים, ולא רק מתוך גישה עקרונית. החלק היחסי הראוי למערך האשפוז, רבע מכלל ההוצאה הציבורית, מתאים למקובל ולנוהג במדינות המפותחות, שבהן עיקר מאמצי הפיתוח והשינוי ממוקדים בשירותי הקהילה, כפי שעולה מפרק הסקירה הבין לאומית.

13. החוסרים הגדולים ביותר במצב הקיים מול המצב הרצוי, אשר צריכים לקבל מענה בהחלטות על הקצאת המשאבים, באים לידי ביטוי בעיקר באלה:

– העדרם של מענים למצבי משבר קיצון ומצבים מורכבים אחרים המצריכים מענה אינטנסיבי מחוץ לשירותי אשפוז. כמעט ריק על פני הרצף הטיפולי, שהמענה לו מצוי במגוון שירותים חיוניים כגון בתים מאזנים, צוותים רב מקצועיים למתן מענה למצבי חירום ומצבי משבר קיצון, אשפוז וטיפול ביתי, מיון קהילתי וכיוצא באלה.

– העדרם של שירותים מתמחים, המותירים את חלק מצרכני השירותים בכוח ללא מענה של ממש לצורכיהם, דוגמת מתמודדי התחלואה הכפולה והפרעת אישיות גבולית.

– **העדרו של משקל ראוי ומספיק לתחום השיקום הפסיכיאטרי**, תוך הידוק הקשר ושיתוף הפעולה שבין מרכיבי השירותים העיקריים בתחום בריאות הנפש. חשוב לציין כי הרבה למעלה מעשור שנים לא הוצאו מכחים חדשים לאספקת השירותים העיקריים בשיקום. כתוצאה מכך השיקום פועל בסטנדרטים מיושנים, מחסור בתקנים, מחסור בשירותים מתאימים להיקף ומגוון הצרכים ובתעריפים לא מתאימים.

14. מערך בריאות הנפש מושתת בעיקרו על כוח האדם וההון האנושי. **המערכת, על כל חלקיה, מצויה במחסור כבד בהון אנושי, לרבות כוח האדם המקצועי, בכל הדיסציפלינות המרכיבות אותו.** משבר כוח האדם מאיים על קריסת המערכת, ולשם הדוגמה נצביע על משכי ההמתנה לטיפול המרפאתי (המשקפים חוסר סבירות קיצוני, ומשולים לעתים קרובות להעדרו של טיפול) ועל פריחתו של השוק הפרטי. הבעיה חמורה במיוחד ברפואה הפסיכיאטרית.

15. מערך שירותי בריאות הנפש מצריך שינוי מבני בסיסי ובהתאמה תמהיל הוצאה שונה. לצד הצורך הברור בהקצאתם של משאבים נוספים לתיקון הקיפוח וההזנחה של התחום, וטיפול שורש בסוגיית כוח האדם, ולצורך השגתם של היעדים, יש לאמץ מדיניות הנותנת את הדעת, בכל עת ובכל שלב:

– להתמודדות עם סוגיית התמריצים הכלכליים: כללי הפעולה הכלכליים הנהוגים במערכת אין בהם תמריץ מספק לפיתוח השירותים, ופעמים רבות יש בהם אף להוות תמריצים שליליים.  
– ליצירתה של מערכת הפועלת בשיטה של כלים שלובים ובסינרגיה בין רכיבי המערכת השונים, ברמת התכנון וברמת הביצוע, ברמת המדיניות וברמת הפרט.

16. ההמלצות העיקריות:

16.1 אימוצה של תוכנית לאומית, אסטרטגית, כוללת למערך בריאות הנפש בישראל, כולל המשאבים הנדרשים ליישומה, **תוספת של כ-4 מיליארד ₪ לסכום ההוצאה דהיום**, אשר תביא אותו לסטנדרטים המקובלים במדינות המפותחות. מימושה של תכנית זו יביא בהדרגה לשינוי בתמהיל ההוצאה הציבורית, להגדלת חלק השירותים בקהילה, שירותי השיקום ושירותי טיפול חוץ אשפוזיים החסרים ברצף השירותים ולהקטנת נטל ההוצאה הפרטית.

16.2 התוכנית האסטרטגית תכלול את כל הרכיבים החסרים שצוינו, ובכלל זה מתן מענה בקהילה למצבי משבר קיצון לרבות מענים חוץ אשפוזיים, מענים מתמחים החסרים היום הן בטיפול והן בשיקום וגיונם של המענים להשלמתו של הרצף הטיפולי, עבור מתמודדי הנפש ומשפחותיהם.

16.3 פרק מרכזי בתוכנית יעסוק בנושא ההון האנושי וכוח האדם המקצועי. אולם, מתחייבת גם פעולה מיידית לעצירת הדימום בכוח האדם על מנת למנוע סכנת קריסה של רבים מרכיביה.

16.4 יצירתו של בסיס נתונים רלוונטי, בכל הרמות, לצורך תכנון, בקרה, ומתן שירות יעיל ואיכותי. חלק אינטגרלי מהמלצה זו קשור בהנגשת המידע לכל הגורמים הפועלים, לכלל מקבלי השירות ולציבור כולו.

- 16.5 שינוי בכללי הפעולה ובמערך התמריצים שיעמדו בפני כל הגורמים הפועלים במערכת: הרגולטור, הגורמים המממנים ונותני השירות. התמריצים והכללים החדשים יניעו לפעולה לקידום ההיקף והאיכות של השירותים, תוך סינרגיה פנימית ומזעור ניגודי עניינים.
- 16.6 עיקרון תכנוני מרכזי בהקצאת המשאבים המדורגת צריך להיות התקדמות מקבילה למלוא רוחב החזית אל המבנה הרצוי, מתוך ראייה כוללת, וללא העדפה על בסיס כוח.
- 16.7 עקרון תכנוני מרכזי נוסף יהא הנגשת השירותים למתמודדים, מתן מעמד ומענה לצורכיהם של בני המשפחה המשמשים מטפל עיקרי, והבטחתו של רצף טיפולי ברמת הפרט.
- 16.8 יש לצאת בדחיפות למכרזים בתחום השיקום, אשר יגדירו סטנדרטים מתקדמים, וכל זאת תחת תעריפים מתאימים.
- 16.9 בחינת אפשרויות לשימושים בבינה מלאכותית.

## 17. לסיכום:

המערך הציבורי בבריאות הנפש סובל ממחסור מתמשך במשאבים כספיים (ועתה גם במשאבי כח אדם) ופועל תחת מאפיינים כלכליים נחותים משמעותית מהמקובל במדינות המתקדמות. רכיבים רבים נמצאים על סף קריסה. העבודה הגדירה את ההיקף הראוי להיקף ההוצאה הציבורית ואת תמהיל הרכיבים הסביר, אשר יגדיל את משקל השירותים הניתנים בקהילה. כמו כן הגדיר המסמך את החוסרים המרכזיים במערכת יחד עם המלצות על עקרונות פעולה. אלו צריכים להיעשות תחת תוכנית לאומית כוללת, יחד עם פעולות הצלה מיידיות.



## רקע ומטרות העבודה

מטרת עבודה זו היא לבסס את **תמונת המצב** הנוכחית של סקטור בריאות הנפש במדינת ישראל, בדגש על היקף ההוצאה הציבורית, הרכבה ותמהיל התחומים המתקצבים בתוכה, ולהציג ניתוח למצב הרצוי מבחינת גודל התקציב ותמהיל חלוקתו בין הרכיבים השונים, בהתבסס על ניתוח כלכלי וביצוע אומדנים. העבודה מכילה הצגה מפורטת של האתגרים בתחום בריאות הנפש בישראל ונותנת מספר **הצעות אופרטיביות** המבוססות על כלל הנתונים והממצאים שאותרו. זאת במטרה לקדם מדיניות כוללת, מתאימה וקוהרנטית, התואמת לסטנדרט העולמי, שיהיה בה לשפר באופן משמעותי את מצבם ואיכות חייהם של מתמודדי הנפש בישראל ומשפחותיהם.

העבודה מבוססת על מידע הקיים ברשת, לרבות מאמרים מדעיים, כתבות מהארץ ומחו"ל, סקירות ומאגרי נתונים ממשלתיים, מקומיים ובינלאומיים, וכן על מידע שנצבר אצל ארגוני הקואליציה אגב פעילותם הסינגורית בתחום. בנוסף, חברת רציונאל, ראינה מספר בעלי מקצוע ומומחים שונים מהגופים המרכיבים את המערכת: בתי החולים, קופות החולים, משרד הבריאות, כמפורט [בנספח 1](#). **יש לציין כי אחת הבעיות המהותיות שהתעוררה בהכנתה של עבודה זאת היא חוסר במידע נגיש, אמין וזמין.** מידע רלוונטי לא נמסר על ידי אנשי המקצוע, בגופים השונים (על אף שלכאורה מצוי ברשות אותם גורמים). כמו כן התגלו פערים בנתונים שנכללו במקורות המידע השונים (כגון: דוחות מבקר המדינה, דוחות מרכז המחקר והמידע של הכנסת וכד').

## ישראל – רקע ותמונת מצב

### רקע – על ההפרעה הנפשית ורקע היסטורי

1. הבריאות, הכוללת גם בריאות נפשית, הינה צורך בסיסי הכרחי לחיינו. ברפואה קיימת הפרדה למקצועות שונים, על מנת להגיע למומחיות רבה לצורך טיפול מיטבי. חלוקה זו שהינה הכרחית לצורך התמקצעות, טומנת בחובה גם מחויבות שלא לאבד את התמונה הכוללת. הקושי שבהפרדה בין בריאות הגוף לבריאות הנפש הינו רק אחד האתגרים בראייתה של התמונה הכוללת לנוכח המודל הביז-פסיכו – סוציאלי המשמש להבנתן של הפרעות הנפש והטיפול בהן, המחייב ראייה הוליסטית.
2. הפרעות נפשיות או הפרעות פסיכיאטריות הן מערך של תסמינים התנהגותיים, רגשיים או קוגניטיביים. מחלות נפש הן מונח שגור המתייחס למקרים חמורים של הפרעות נפשיות. שכיחותן של ההפרעות הנפשיות בעולם הולכת וגדלה, וכך גם גוברת המודעות לנושא. ארגון הבריאות העולמי מעריך כי כ-18% מהאוכלוסייה בעולם סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך החיים. יש מקורות המצביעים על שיעורים גבוהים יותר, בעיקר בקרב אוכלוסיית מתבגרים, מבוגרים צעירים ומבוגרים מעל גיל 65. בכל זמן נתון כ-10% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעות אלו. מחקרים רבים בעולם מורים ש-3%-5% מהאוכלוסייה נזקקים מדי שנה לטיפולים נפשיים, וכ-25%-33% מהאוכלוסייה יזדקקו במהלך חייהם לשירותי בריאות הנפש.

אין הגדרה מוסכמת מהי תחלואה קשה. ההגדרה הרפואית המסורתית כוללת במחלות אלה סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית ודיכאון מז'ורי, מחלות הפורצות בדרך כלל בעשור השני או השלישי לחיי האדם ושלחן השפעה מהותית על התפקוד. אנו נכלול במושג תנ"ק (תחלואה נפשית קשה) גם הפרעות נוספות, בהתאם לאמת המידה של פגיעה קשה בתפקוד. התנ"ק מהווה את הגורם העיקרי למוגבלות קשה והחולים בה מהווים את הקבוצה הגדולה ביותר של מקבלי קצבת נכות כללית. אומדנים, המבוצעים על סמך מספר מקבלי הקצבה כאמור ופרמטרים נוספים מבססים הערכה שמספר הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות מגיע בארץ לכ-300 אלף איש.

3. מחלות והפרעות נפשיות פוגעות בבריאותם הפיזית, בתפקודם, בפרנסתם, ברווחתם ובאיכות חייהם של המטופלים ובני משפחותיהם. הדבר גם מסב נזק כלכלי למשק. ההוצאה השנתית על מחלות הנפש לחברה בישראל נאמדת ב-13 מיליארד דולר, וההפסד לתוצר המקומי הגולמי של מדינת ישראל בגין אי-העסקתם של הסובלים מבעיות נפשיות נאמד ב-2.5 מיליארד דולר לשנה. מדובר בבעיה בריאותית וחברתית, שהיקפה הרחב אף צפוי לעלות<sup>2</sup>.
4. השירות בבריאות הנפש הינו רחב היקף ומורכב מטיפול רפואי, טיפול פסיכותרפויטי ומענה שיקומי בקהילה, ומאשפוז בבית החולים. שירותים אלו שלובים ומשלימים אחד את השני - ככל שהטיפול והשיקום בקהילה מפותחים ומקיפים יותר, כך קטן הצורך בטיפול אשפוזי.

<sup>2</sup> היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, מבקר המדינה, דוח שנתי 70ב (משרד מבקר המדינה, 2020).

5. עם קום המדינה, גלי העלייה ובהם פליטים וניצולי שואה רבים שסבלו ממצוקה, חייבו מענה פסיכיאטרי מידי וכולל.<sup>3</sup> ה"פתרונות הזמניים" הפכו לשגרת שירות: מוסדות פסיכיאטריים המופרדים משירותי הבריאות ומודרים מהם. מגמות עולמיות של התחזקות זכויות הפרט, ביחד עם גילויין של תרופות פסיכיאטריות מזה, ומודעות לנזקי האשפוז מזה, הביאו לתנועת האל מיסוד. באיחור מה הביאו אלה גם לשינוי אידאולוגי בגישה למתמודדי הנפש בישראל וליחזמה להעתקת מרכז הכובד בטיפול הפסיכיאטרי ממוסדות האשפוז לקהילה, שאומצה כמדיניות העל הרשמית של משרד הבריאות עוד בשנת 1972. חרף האמור, אותה מדיניות לא מומשה, ובשנת 1989, לנוכח המצוקה הקשה בכל מערכת הבריאות, ובגין המצב הקשה במיוחד במערכת שירותי בריאות הנפש והשירות הגריאטרי, הקימה הממשלה ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת מערכת הבריאות בישראל ("ועדת נתניהו").

6. מערכת בריאות הנפש עברה מספר שינויים תשתיתיים וחוקתיים, שביצועם החל עוד בשנות התשעים, ברוח ובהתאם להמלצות דו"ח ועדת נתניהו, והם מרכיבים יחדיו **רפורמה כוללת בתחום בריאות הנפש**. הרפורמה נועדה להעברת הדגש הטיפולי מבתי החולים לקהילה, על ידי פיתוח מערך השיקום בקהילה, העברתה של האחריות הביטוחית בבריאות הנפש לקופות החולים, כביתר תחומי הרפואה, וצמצום מיטות האשפוז בבתי החולים. רפורמה זאת מורכבת משלושה שלבים:<sup>4</sup>

6.1 **הרפורמה השיקומית** - בשנת 2000 נכנס לתוקף חוק השיקום במטרה "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו" (סעיף 1 לחוק). החוק עיגן את הזכאות לשירותי שיקום, וקבע מנגנון המאפשר לספק סל שירותים מותאם לצרכיו של המטופל, מתוך סל השירותים המוגדר והמפורט בתוספת לחוק. (נתונים מפורטים לגבי הפרמטרים הכמותיים של מערך השיקום ניתן למצוא [בנספח 4](#)).

6.2 **הרפורמה המבנית** - בשנת 2000 מונתה על ידי משרד הבריאות "הוועדה לתכנון פריסת שירותים אשפוזיים ואמבולטוריים בבריאות הנפש" בראשות פרופ' מרדכי שני. ועדה זו הגישה את המלצותיה למנכ"ל משרד הבריאות במרץ 2001, ועיקרן רפורמה מבנית הכוללת צמצום הדרגתי של מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי והעברת הדגש הטיפולי מאשפוז לטיפול בקהילה. המלצות ועדת שני יושמו בין השנים 2000-2005, ובעקבותיהן נרשמה ירידה משמעותית בכמות מיטות האשפוז בבתי החולים, מכ-6,800 מיטות בשנת 1988 לכ-3,500 מיטות בתחילת שנת 2015 (ירידה של כ-50%).

6.3 **הרפורמה הביטוחית** - בשנת 2012 נחתם **צו ביטוח בריאות ממלכתי** (שינוי התוספות השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב - 2012, שעיקרו העברת שירותים מהתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (בה מפורט סל השירותים שבאחריות משרד הבריאות), לתוספת השנייה באותו החוק (בה מפורט סל השירותים שבאחריות קופות החולים). כתוצאה מהחלת הצו, רוב השירותים בבריאות הנפש הועברו לאחריות הקופות,

<sup>3</sup> לאמור בפסקה זאת ראה: אורי אבירם, מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל (רסלינג, 2019); מוטי מארק, מרפא בכפייה לחולי נפש, חיבור לשם קבלת תואר דוקטור (אוניברסיטת בר אילן, 2014).  
<sup>4</sup> היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, מבקר המדינה, דוח שנתי 70ב (משרד מבקר המדינה, 2020).

ומיעוטם נותרו באחריות משרד הבריאות. הצו קבע תקופת היערכות כך שבפועל האחריות הביטוחית הועברה לקופות החולים החל מיום 1.7.2015.

7. שני התחומים המרכזיים אשר עברו במסגרת הרפורמה הביטוחית לאחריות קופות החולים הם האשפוז הפסיכיאטרי (לרבות אשפוז יום) והטיפול הנפשי האמבולטורי. התחומים שנשארו באחריות משרד הבריאות ולא עברו לאחריות קופות החולים במסגרת הרפורמה כוללים בעיקר שירותי שיקום הניתנים מכוח חוק השיקום, ושירותים שנתרו בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: שירותי הגמילה מסמים והתמכרויות, ושירותי טיפול בריאותי מקדם (סל טב"מ) לילדים על הרצף האוטיסטי עד גיל 7 בגנים טיפוליים ובמעונות יום (בהם לא ניגע במסגרת מסמך זה).

8. הסטת מרכז הכובד בתחום בריאות הנפש מבתי החולים לקהילה:

8.1. מטרתה של הרפורמה הייתה לבסס את הטיפול בקהילה, תוך צמצום, ככל הניתן, של אשפוזים לא הכרחיים ואשפוזים חזרים. חרף זאת, ניתוח תקציב בריאות הנפש, שיוצג בהמשך מסמך זה, מעלה כי נכון לשנת 2022, כמחצית מההוצאה הציבורית בתחום בריאות הנפש בישראל הינה במערך האשפוז.

8.2. המדיניות הדוגלת בהסטת הטיפול במתמחדי נפש מבתי החולים לקהילה ופעולות למימושה, נהוגים במדינות העולם המפותח כבר שנים רבות (יפורט בהמשך). מימושה בישראל הולך ומתעצם, אולם בקצב איטי יחסית ועם כוחות שוק רבים הפועלים במקביל ומקשים על המעבר.

8.3. הצורך ביישום המדיניות הנ"ל, תוך פרוט האתגרים הכרוכים בכך, מפורטים במסמך הכולל את המלצות המועצה הלאומית לבריאות הנפש והמועצה הארצית לשיקום בדבר אסטרטגיית העל של משרד הבריאות לעשור הקרוב.<sup>5</sup> **חוט השני למסמך זה הינו הגדרת הקהילה כנקודת המוצא לכל שינוי במערכת בריאות הנפש**, תוך הגדרת יעד של צמצום ימי אשפוז ומתן מענים בקהילה למצבי משבר. לפרוט ראה

[נספח 2.](#)

<sup>5</sup> מועצות לאומיות – המלצות לאסטרטגיית העל 2032, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

9. **פער מובנה בין יעדי הרפורמה לביצועה בפועל** - השינוי המבני הנדרש למערך שירותי בריאות הנפש מורכב במיוחד בשל האתגר ביצירת רצף טיפולי. גורמים רבים מקשים על הטיפול המערכתי:
- 9.1. חוסר ההומוגניות של אוכלוסיית הנזקקים לשירותי בריאות הנפש וריבוי הלקויות והצרכים של אוכלוסיית התנ"ק.
- 9.2. ציר הזמן מבחינת גיל הנזקק ותנודתיות בעוצמת הסימפטומים.
- 9.3. ריבוי ומגוון הגופים המטפלים, והממשקים הרבים שבין מערכות הבריאות, החינוך והרווחה.
- 9.4. מתח מתמיד בין טיפול מטריציוני שהינו לעיתים קרובות צוק העיתים לבין ביזור השירותים והמענים השונים שלעיתים קרובות מייצר הרבה יותר מרווח "בין הכיסאות" מאשר חפיפה.
10. חרף ההסכמה מקיר לקיר לעניין הצורך ברפורמות השונות, בהעדרו של כושר ביצוע של המערכות הציבוריות, כמו גם העדר הסכמה על הדרכים לביצוען, מייצר תקרת זכוכית לשינוי המבני. אין הכוונה שאין כיוון חיובי אלא **שבהעדר צעדים מתכללים וללא הקצאת תקציבי מעבר – יהיה קשה להביא לפריצת דרך** ולכל היותר יתרחשו תיקונים אבולוציוניים אך לא רבולוציוניים.
11. **משבר כח אדם חמור** מאפיין את כל המקצועות הנדרשים במערכת בריאות הנפש. המשבר נובע הן מחוסר אבסולוטי בפסיכיאטרים והן מפערי שכר בין הסקטור הציבורי לפרטי בכל המקצועות כולם, פערים המביאים לעזיבה מאסיבית של השירות הציבורי בתחום. מחסור קשה של כוח אדם מתאים מתקיים גם ביחס למשרות המדריכים במערך השיקום, המתקצבות בשכר מאוד נמוך, ונכון להיום אינן מצריכות הכשרה מקצועית קודמת לביצוע התפקיד.
12. **מערכי שירות נפרדים ולא מסונכרנים**. בשל שיטת ה"טלאי על טלאי" של הרפורמה בבריאות הנפש, נוצר מצב שבו מתקיימות שלוש מערכות מרכזיות כמעט במקביל: הראשונה בבתי החולים עם היצע נוקשה וקשיח, גמישות אפסית מצידם לעניין הסטה לקהילה, ותוך מעורבות גם בטיפול אמבולטורי רחב היקף יחסית; ומצד שני, שתי המערכות הקהילתיות: מערך הטיפול המרפאתי, באחריות קופות החולים באופן בלעדי ובהקצאה חיצונית של תקציבים ממשרד הבריאות, ומערך השיקום, שמכוח חוק השיקום מצוי באחריות המדינה ופועל בתקציב ייעודי ובאמצעות מיקור חוץ.
- הלכה למעשה **פועלות היום מערכות מקבילות ברמה התפיסתית עם סנכרון מועט ביניהן**. מצב זה מקשה היום על יצירת כלים שלובים כשכל צד פועל בהתאם ליתרון היחסי שלו. יש לפעול לכך שהמערכות החליפיות יהפכו למערכות משלימות.
- מדיניות ציבורית ראויה, בראיה לטוח הארוך, חייבת לשקלל את הסוגייה הזו ולהבין כיצד ניתן לייצר WIN-WIN. לצורך כך **יש להקצות תקציבים "עודפים" כהוראת שעה שיכולים על נקלה להפוך חלק מבסיס התקציב על ציר הזמן**. יש להחליט מהם היעדים בראיה של חמש שנים קדימה, להבין מה התקציבים הנדרשים בהבשלה מלאה, ולהקדים אותם, כדי לייצר מעבר חלק ומתואם ככל שניתן בין האשפוז והטיפול בבתי החולים לטיפול ולשיקום בקהילה.

### 13. שיווי משקל בעייתי בין הביקוש להיצע של השירותים:

13.1. היחס הנוכחי בהיצע של רכיבי השירות בעיקר, בין מערך בתי החולים לבין השירותים בקהילה, אינו עונה על הצורך והביקושים לרצף הטיפולי. הוא תוצאה של סיבות היסטוריות ושל הכוח העודף של מערכות האשפוז<sup>6</sup>. כמו כן אין כיום שיווי משקל נכון בין השירותים הממומנים ישירות ע"י תקציב המדינה (בעיקר שירותי השיקום) לבין אלו הממומנים על ידי קופות החולים (אשפוז וטיפול מרפאתי). כך גם ביחסיות בתוך המימון הקופתי, בין האשפוז, לבין הטיפול המרפאתי בקהילה ומענים נוספים בקהילה (כולל חלופות אשפוז), שכיום כמעט ולא קיימים. את הפרק להלן, המנתח את התמהיל הכספי הרצוי לשירותים השונים, ניתן לראות גם כבסיס חלקי להתקדמות לקראת שיווי משקל כזה. בעיית העדר שיווי המשקל מאפיינת גם את התפלגות ההון האנושי במערכת, שמצוי היום במשבר אקוטי. כתוצאה מכל אלו אין גם שיווי משקל נכון בין השירות הציבורי לבין השירות הפרטי. פערי התגמול ביניהם יחד עם תנאי עבודה נוספים, מובילים להסטה הולכת וגוברת לשוק הפרטי. זהו מרכיב מרכזי במשבר ובקריסה של השירות המרפאתי, בעיקר בקהילה וגם בבתי החולים. למותר לציין את האפקט של תהליכים אלו על עליה בתעריפי השירות הפרטי ובהגדלת אי השוויון בטיפול בבריאות הנפש, בניגוד מוחלט לרוחו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

13.2. ההנחה הראשונה היא כי חולים המצויים במצב אקוטי פעיל ברובם מאובחנים ומטופלים, בעוד שהחולים האחרים, מצויים בתת – טיפול, לא מקבלים טיפול ראוי או שכלל לא אובחנו כנדרש (זאת ממגוון טעמים: העדר שירותים מתאימים חמינים, קשיי מוטיבציה ואוריינות, פערי מידע, סטיגמה וסטיגמה עצמית ועוד). מכיוון שכך, סביר להניח שהגדלת ההיצע של מסגרות בקהילה תיתן מענה הן לביקוש הסמוי והן להסטה הנדרשת מבתי החולים. מנגד, מערך האשפוז סובל מצפיפות בלתי נסבלת, תקינה חסרה וחוסר יכולת להעניק מענים מתמחים. בשל כל אלה נקודת המוצא לניתוח התמהיל הראוי הינה שמירה על היקף הפעילות בבתי החולים והגדלה מאסיבית של ההיצע בקהילה.

### 14. מכשולים ליצירת שיווי משקל הולם:

14.1. **מערכת תמריצים בעייתית** מובילה להקצת משאבים לא יעילה, להעדר תוצאות ראויות ולבזבז כספי ציבור. מערכת התמריצים הנוכחית אינה תומכת בפיתוח המערכת לכיוונים המתאימים. בעיקר יש לציין את מיעוט התמריץ לקופות החולים, להן אין רצון להתחרות על מתמודדי הנפש ולפתח את הרפואה הקהילתית עבורם, זאת בהיותם צרכנים "יקרים", שהשירות עבורם ממושך ועתיר כח אדם. בנוסף לבתי החולים תמריץ להיות בתפוסה מלאה, על מנת להבטיח לעצמם הכנסה מירבית. משכך, מנקודת המבט של הקופות, ההוצאה על אשפוז הופכת להוצאה קבועה. תחת אילוצים אלה אין תמריץ להגדלת היצע השירותים ולפיתוח חלופות אשפוז.

14.2. העדר נתונים הנדרשים לתכנון כולל.

14.3. חולשת הרגולטור הממשלתי, בין השאר עקב הפיצול באחריות לשירותים (לדוגמה: השירותים הניתנים לאנשים עם ריבוי מוגבלויות) תורמת אף היא את חלקה לתת ההיצע של המשאבים והשירותים.

<sup>6</sup> ראה בנושא זה הרחבה בספרו של פרופ' אורי אבירם "מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל – בין קדמה לקיפאון" (רסלינג 2019).

14.4. כמו במרבית מערכות הבריאות אין לצפות מכוחות השוק החופשי לפתור את הבעיה. בבריאות הנפש, כאמור, הם פועלים בכיוון ההפוך. הסדרה זו לא תוכל להיעשות אלא באמצעות יצירתיות וגמישות בין כלל הגורמים המטפלים. הן מהפן הכלכלי והן מהפן המקצועי/טיפולי ראוי שההסדרה הנדרשת תתרחש בתהליך מדורג.

15. **העדר איזון ותכנון** - מערכות כלכליות מחפשות תדיר את ההשקעה האופטימלית בשקל השולי, תוך יצירת תכלול בין מרכיבי המערכת השונים ותוך הקצאה אופטימלית של המשאבים בכל אחד מחלקי המערכת; מערכות בריאות מחפשות לתת מענה הולם מבחינת השירות הרפואי ויצירת היצע נרחב שמייצר ביקוש כמעט אינסופי, כשהשיקול הכלכלי, לכאורה אינו מעניין. ברם, כל מדיניות של כלכלת בריאות מכילה אלמנטים סותרים אלה, ועל המדיניות המתכללת לקחת בחשבון את כל הרכיבים ולהביא לא רק לאיזון אלא גם להחלטה מודעת על ההשקעה של השקל השולי. לעיתים רבות, המערכות פועלות שלא על בסיס ניתוח מסודר אלא על בסיס צרכים כלליים ומאבקים ציבוריים. המערכת סובלת מתשתית נתונים פיזיים וכלכליים רעועה, כך שהחלטות הקצאה מתקבלות פעמים רבות ללא תשתית אמפירית מתאימה ובוודאי שללא ניתוחי עלות – תועלת הולמים. כמו כן מוביל הדבר לשימור המערכת הקיימת ולהימנעות מ"החלטות קשות" הכרוכות בשינויים מבניים.

הכרחי כי מדיניות ציבורית כה חשובה שתועלתה גבוהה לאין שיעור מההשקעה בה, תתבסס על הקצאה אופטימלית של המשאבים תוך התקדמות רוחבית בכל רכיבי המערכת. יש להשתדל כי החלטות ההקצאה תהיינה על בסיס אסטרטגיה כוללת מוסכמת וללא מאבקים של "משיכת השמיכה הקצרה" בין רכיבי המערכת. יש חשיבות עליונה לשימור והגדלת ההון האנושי (הסובל מתהליכי התכווצות מואצים, בעיקר בפסיכיאטריה), תוך הקפדה על חוסנם של השחקנים השונים ושמירה על קיומו של רצף טיפולי מלא ומערך שיש בכוחו לספקו. הדבר מחייב שעיקרון השקל השולי יופעל בנפרד בכל אחד מהחלקים העיקריים במערכת וללא הפרת העיקרון של התקדמות רוחבית לקראת תמהיל שירותים רצוי. חשוב לשמור על איזון בין שיקולים של מניעת סבל ופיתוח השירותים, לבין שיקולי יעילות ובכלל, מה המשמעות של השקל השולי: האם במונחי יעילות (היכן שתורם לתוספת תפוקה הרבה ביותר), או במונחי תועלת, היכן שהתרומה להקטנת סבל היא הגדולה ביותר? אלה שני שיקולים שנדרש איזון ביניהם, אחרת יש חשש שמקום הסבל הכי גדול יישאר אחרון בתור.

## היקף והרכב ההוצאה על בריאות הנפש בישראל<sup>7</sup>

רקע על ההוצאה הציבורית לבריאות

16. ההוצאה הלאומית הכוללת לבריאות בישראל נמוכה לעומת הממוצע במדינות ה-OECD. תרשים 4 להלן מציג את ההוצאה הלאומית השוטפת מהתוצר ואת ההוצאה הלאומית השוטפת לנפש במדינות ה-OECD<sup>8</sup>:

**תרשים 4: ההוצאה הלאומית השוטפת על בריאות מהתוצר ולנפש ב-OECD (PPP, דולרים ארה"ב, 2019)**

המדינה	שיעור מהתוצר (%)	לנפש (PPP, דולרים)
מקסיקו	5.5	1,154
קולומביה	7.3	1,213
טורקיה	4.4	1,340
לטביה	6.3	1,973
צ'ילה	9.1	1,159
הונגריה	6.4	2,222
פולין	6.3	2,292
סלובקיה	6.9	1,354
יוון	7.8	1,384
אסטוניה	6.8	2,579
ליטא	6.8	2,638
<b>ישראל</b>	<b>7.3</b>	<b>3,089</b>
סלובניה	8.3	3,224
פורטוגל	9.6	3,379
קוריאה הדרומית	8.0	3,384
צ'כיה	7.8	3,426
ספרד	9.0	3,616
איטליה	8.7	3,649
ניו זילנד	9.3	4,204
<b>ממוצע OECD</b>	<b>8.8</b>	<b>4,224</b>
פינלנד	9.1	4,578
בריטניה	10.3	4,653
איסלנד	8.8	4,811
יפן	11.1	4,823
אוסטרליה	9.3	5,187
אירלנד	6.8	5,276
צרפת	11.2	5,376
קנדה	10.8	5,418
בלגיה	10.3	5,428
לוקסמבורג	5.4	5,558
דנמרק	10.0	5,568
שוודיה	10.9	5,782
אוסטריה	10.4	5,851
גרמניה	11.7	6,646
נורווגיה	10.5	6,647
שווייץ	12.1	7,732
ארצות הברית	17.0	11,072

בתרשים לעיל ניתן לראות כי משקל ההוצאה מהתוצר בממוצע במדינות ה-OECD בשנת 2019 היה 8.8% וההוצאה לנפש הייתה 4,224 דולר, בהשוואה ל-7.3% ו-3,089 דולר בישראל.

17. תרשים 5 להלן מציג את משקל המימון הממשלתי מההוצאה הלאומית השוטפת על בריאות במדינות ה-OECD. גם כאן ניתן לראות בבירור שישראל מפגרת מאחור (מימון ממשלתי של 64% לעומת ממוצע של 74%)<sup>9</sup>:

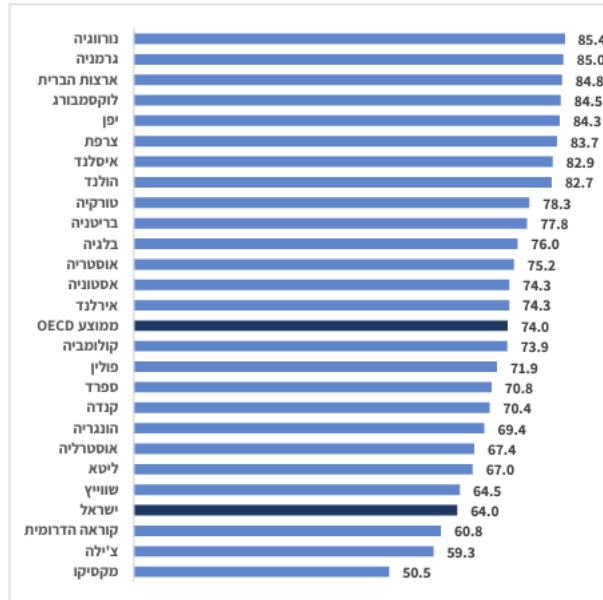
<sup>7</sup> העבודה נשוא פרק זה בוצעה על ידי חברת רציונל.

<sup>8</sup> מאגר הנתונים באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה <https://rb.gy/2jit5y>

<sup>9</sup> תקצוב מערכת הבריאות בישראל וניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2021 ו-2022, מרכז המחקר והמידע, כנסת ישראל, אוקטובר 2021.



**תרשים 5: המימון הממשלתי כשיעור מההוצאה הלאומית השוטפת על בריאות במדינות ה-OECD (2019)**



18. בשל נקודת המוצא המתוארת לעיל, נמנענו מהשוואה של הערכים המוחלטים של ההוצאה הציבורית על בריאות נפש בישראל לאלו הנוהגים במדינות ה-OECD, ונדרשנו לאיתור החלק היחסי של בריאות הנפש בכלל ההוצאה הציבורית לבריאות. כפי שיפורט בהרחבה בהמשך פרק זה, לא רק שההוצאה הציבורית לבריאות בישראל מלכתחילה נמוכה מזאת הנהוגה במדינות ה-OECD, תחום בריאות הנפש בישראל נמצא הרבה מאחור בהשוואה לתחומי הבריאות האחרים בישראל, עם הוצאה של 5.8% מתוך סך ההוצאה הציבורית לבריאות, לעומת טווח ההוצאה במדינות ה-OECD – כ-11% בממוצע, כלומר, כמעט פי שניים מההוצאה בישראל (כפי שיוצג בסקירה הבינלאומית בפרק הבא).

**היקף והרכב תקציב בריאות הנפש - חלוקה לפי קטגוריות**

19. את ההוצאה לבריאות הנפש בישראל ניתן לחלק למספר קטגוריות בהתאם למערכות השונות הפועלות בתוך השדרה הטיפולית של תחום מורכב זה. על מנת להתחקות אחר סכום ההוצאה הציבורית הכוללת לבריאות הנפש נציג בהמשך פרק זה את הרכב ההוצאה על בריאות הנפש בישראל, כפי שהיא נהוגה היום, תוך מתן הסבר על מהותו ותפקידו של כל רכיב כאמור, וחישוב או אומדן של ההוצאה הציבורית בגין אותו רכיב. הקטגוריות הן כדלהלן:

- מערך האשפוז – בתי חולים לבריאות הנפש ומחלקות הפסיכיאטריות של בתי החולים הכלליים והציבוריים
- מרפאות בקהילה – טיפול אמבולטורי
- שיקום

- גמילה
  - אחר – אובדנות, הפרעות אכילה והוצאות נוספות בסעיף רכש בבריאות הנפש בתקציב משרד הבריאות, ללא שיוך ספציפי.
20. נכון להיום, לא קיימת חלוקה ברורה של ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש בישראל לפי הסקטורים השונים. חלק מסעיפי ההוצאה נמצאים תחת תקנות ברורות בתקציב הבריאות, אך חלק גדול מהם נמצא תחת תמהיל סעיפי ההוצאה של קופות החולים, ללא הגדרה מדויקת, מה שמקשה על ההפרדה, ואי לכך, על הניתוח והבקרה. פנינו למנהלי תחום בריאות הנפש בקופות החולים השונות, אך לצערנו לא התקבל מענה כלל, או שלא הייתה נכונות למסירת המידע ושקיפות הנתונים. לפיכך, במקומות בהם לא היה ניתן לקבל נתון יציב בדבר ההוצאה, נעשה שימוש באומדנים מושכלים כפי שיפורט בהמשך.

## 21. מערך האשפוז

- 21.1. בישראל פועלים 10 מרכזים לבריאות הנפש (בתי-חולים פסיכיאטריים): שמונה ממשלתיים ושניים של שירותי בריאות כללית. כמו כן, פועלות מחלקות פסיכיאטריות בחלק מבתי החולים הכלליים והציבוריים.
- 21.2. בתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים

מנתוני תקציב המדינה לשנת 2022, עולה כי ההוצאה על בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים עומדת על 1.054 מיליארד ₪ (סעיף 93 בתקציב המדינה), כאשר 318.3 מיליון ₪ נוספים מועברים מתקציב משרד הבריאות (סעיף 24) על מנת לגשר על הפער בין התקציבים המועברים מקופות החולים בגין האשפוזים, בהתאם לרפורמה בבריאות הנפש, לבין ההוצאה של בתי החולים על האשפוזים בפועל. כמו כן, קיים סעיף נוסף לרכש שירותי אשפוז בסך כ-79 מיליון ₪, אף הוא מתקציב משרד הבריאות.

### **חשוב לציין כי הוצאה זו כוללת בתוכה גם את ההוצאה על השירותים האמבולטוריים הניתנים במרפאות של בתי חולים אלה.**

- 21.3. בטבלה הבאה פרוט של אופן חלוקתו של סעיף התקציב העיקרי (סעיף 93 לתקציב המדינה) בין בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. עוד צוינו בה מספר המיטות שבכל בית חולים כאמור.

עלות למיטה	מספר מיטות	תקציב	בית חולים פסיכיאטרי
0.39	314	123.98	מרכז רפואי מזור
0.42	233	98.60	מרכז רפואי מעלה הכרמל
0.40	430	170.17	מרכז רפואי שער מנשה
0.42	263	111.40	מרכז רפואי לב השרון
0.42	296	125.51	מרכז רפואי בת ים (אברבנאל)
0.36	442	159.35	מרכז רפואי באר יעקב (מרחבים)
0.43	333	142.35	מרכז רפואי ירושלמי
0.39	314	122.75	מרכז רפואי באר שבע

עלות למיטה	מספר מיטות	תקציב	בית חולים פסיכיאטרי
		<b>1,054.10</b>	<b>בתי חולים פסיכיאטריים</b>
		<b>318.29</b>	<b>סובסידיה למרכזים ממשלתיים</b>
		<b>79.02</b>	<b>רכש שירותי אשפוז בריאות הנפש</b>
<b>0.55</b>	<b>2,625.00</b>	<b>1,451.41</b>	<b>סה"כ תקציב בתי חולים</b>

21.4. בנוסף, בטבלה מעלה ניתן לראות את האומדן להוצאה השנתית הממוצעת למיטת אשפוז – 0.55 מיליון ₪ בשנה. החישוב נעשה באמצעות חלוקת התקציב הכולל (כמפורט בסעיף 21.2 ובטבלה) במספר המיטות הכולל בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים.<sup>10</sup> אומדן זה ישמש אותנו בהערכת ההוצאה על אשפוזים בתחום בריאות הנפש בבתי החולים הכלליים ובבתי החולים הפסיכיאטריים שבבעלות קופ"ח כללית, בהם לא נעשית הפרדה מסודרת, בהיבט התקציב, בין מיטות אשפוז פסיכיאטרי לבין מיטות אשפוז של תחלואות אחרות.

21.5. בתי חולים פסיכיאטריים בבעלות שירותי בריאות כללית:

- כללית הינה גם מבטחת וגם בעלת בתי חולים. כללית מפעילה ארבעה עשר בתי חולים, מהם שני בתי חולים פסיכיאטריים.
- על מנת לחשב את ההוצאה על האשפוז בתחום בריאות הנפש בבתי החולים הפסיכיאטריים בבעלות הכללית, נבצע אומדן לפי מספר מיטות האשפוז<sup>11</sup>.
- את חישוב האומדן של ההוצאה על אשפוז בבי"ח הפסיכיאטריים של הכללית והשירותים האמבולטוריים במרפאות שבבעלותם, ניתן לראות בטבלה הבאה (במיליוני ₪):

תקציב מוערך (במיליוני ₪)	עלות ממוצעת מוערכת למיטה**	מס' מיטות*	בית חולים בבעלות הכללית
91.78	0.55	166	גהה
76.86	0.55	139	שלוותה
<b>168.64</b>	<b>0.55</b>	<b>305</b>	<b>סה"כ בתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית (במיליוני ₪)</b>

\* בהתאם לדו"ח ועדת מלמד

\*\* בהתאם לאומדן העלות הממוצעת למיטת אשפוז (סעיף 21.4 לעיל).

<sup>10</sup> דו"ח הוועדה בנושא מערכת האשפוז במרכזים לבריאות הנפש, פרופ' יובל מלמד, 2022, משרד הבריאות.  
<sup>11</sup> דו"ח ועדת מלמד (ה"ש 10).

21.6. מחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים:

- שילוב מחלקות פסיכיאטריות במרכזים רפואיים כלליים הינו מגמה עולמית. במדינות המתקדמות קיים שיעור גבוה של מיטות פסיכיאטריות במרכזים הרפואיים הכלליים.
- בישראל, מרבית מיטות האשפוז הפסיכיאטריות נמצאות בבתי חולים ייעודיים לבריאות הנפש ורק כ-16% ממיטות האשפוז הפסיכיאטריות נמצאות בבתי חולים כלליים.. מצב זה הינו תולדה של תהליכים היסטוריים ולא פרי תכנון מסודר.
- גם כאן, בדומה לחישוב שנעשה בבי"ח של הכללית, על מנת לחשב את ההוצאה על האשפוז בתחום בריאות הנפש בבתי החולים הכלליים, הכוללת בתוכה את השירותים האמבולטוריים במרפאות לבריאות הנפש המופעלות על ידי כל אחד מהם, נבצע אומדן לפי מספר מיטות האשפוז.
- את חישוב האומדן של ההוצאה על אשפוז במחלקות הפסיכיאטריות והשירותים האמבולטוריים במרפאות של בתי החולים הכלליים, ניתן לראות בטבלה הבאה:

תקציב	עלות	מס'	בית חולים כללי
17	0.55	30	ברזלי
14	0.55	25	גליל
22	0.55	39	הדסה
6	0.55	10	הלל יפה
11	0.55	20	הסקוטי
11	0.55	20	העמק
41	0.55	75	הרצוג
2	0.55	3	הרצליה
19	0.55	35	זיו
31	0.55	56	מעיני הישועה
4	0.55	8	סורוקה
17	0.55	30	איכילוב
22	0.55	40	רמב"ם
87	0.55	158	שיבא
3	0.55	6	שניידר
<b>307</b>	<b>0.55</b>	<b>555</b>	<b>תקציב מוערך מחלקות</b>

\* בהתאם לדו"ח ועדת מלמד

\*\* בהתאם לאומדן העלות הממוצעת למיטת אשפוז (סעיף 21.4 לעיל).

21.7. לפיכך, סך ההוצאה הציבורית על אשפוז ושירותים אמבולטוריים בבתי החולים עומדת על כ-1.93 מיליארד ₪ בשנת 2022, בחלוקה הבאה:

סוג מוסד	מס' מיטות	% מתוך כמות המיטות	תקציב מוערך (במיליוני ₪)	הערות
בי"ח פסיכיאטריים ממשלתיים	2,625	75%	1,451.41	נתון מתקציב המדינה
בי"ח כלליים	555	16%	306.87	אומדן
בי"ח פסיכיאטריים של הכללית	305	9%	168.64	אומדן
<b>סה"כ</b>	<b>3,485</b>	<b>100%</b>	<b>1,926.92</b>	

## 22. חלופות בקהילה לאשפוז פסיכיאטרי

הגדלת המגוון וההיקף של חלופות קהילתיות לאשפוז פסיכיאטרי היא יעד חשוב של המערכת. לפרוט והרחבה ראה הסעיפים המתאימים בפרק על תמהיל השירותים. בשנה הנידונה, 2022 ניתן מימון רק בסכום זניח על ידי הקופות (מלש"ח בודדים). לקראת סוף 2022 פרסם משרד הבריאות מבחני תמיכה גם לחלופות אשפוז. מבחן תמיכה הוא מימון ייעודי לקופות החולים, בגין מתן שירותים שאינם כלולים בסל הבריאות, המוצע להן במסגרת קול קורא בהיקף תקציבי נתון. ב-2022 לא היה כל ביצוע של המבחנים. ההוצאה בסעיפים אלו צריכה להילקח מתוך ההוצאות הכוללות של הקופות על בסיס מידע חיצוני. להוצאה הנ"ל אין ביטוי כספי ישיר בתקציב המדינה.

## 23. מרפאות בריאות הנפש בקהילה

כאמור, מאז הרפורמה הביטוחית קופות החולים הן גם הגורם המממן את כלל הטיפול המרפאתי (כולל מרפאות בתי החולים) וגם גורם המעניק בפועל שירותי טיפול מרפאתי בקהילה.

23.1. טיפול נפשי מרפאתי הוא טיפול נפשי הניתן במרפאות קהילתיות וכולל מגוון של טיפולים נפשיים כמו ייעוץ, טיפול ומעקב על ידי צוות רפואי (רופא פסיכיאטר, אחות פסיכיאטרית), טיפול פסיכותרפי, טיפול פסיכו-סוציאלי (לרבות הכנה והפנייה לסל שיקום), הדרכה וקשר עם בני משפחה של מתמודדים.

23.2. עד יולי 2015 היו שירותי בריאות הנפש הציבוריים באחריות משרד הבריאות. השירות המרפאתי ניתן בפועל במרפאות ממשלתיות, מרפאות בתי חולים, מרפאות קופות חולים ומרפאות של עמותות מהן רכשה המדינה שירותים. השירות סופק בפנייה ישירה של המתמודד צרכן השירות לספק השירות.

23.3. עם כניסתה לתוקף של הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, ב-1 ביולי 2015, עברה האחריות הביטוחית למתן הטיפול הנפשי המרפאתי לקופות החולים, כך שלשם קבלת השירות, על המבוטחים לפנות לקופת החולים כדי להסדיר את קבלת השירות. אותו מערך שירותים ציבורי ממשיך להתקיים ואף להתרחב באופן מסוים, גם אם מוגבל ולא מספק, עם הוספת מרפאות ונקודות שירות חדשות אשר מקימות הקופות בעצמן. בהמשך לרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש השירות המרפאתי ניתן במישרין על ידי קופות החולים, או על ידי מגוון של ספקי שירות: בתי חולים ציבוריים, עמותות או ספקים פרטיים.

23.4. השירות המרפאתי ניתן במגוון אופנים:

- מרפאות רב מקצועיות - בהן צוות רב מקצועי של מטפלים - רופאים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועוד. במרפאות אלו ניתנים שירותים פסיכיאטריים, פסיכותרפיה, ושירותים נוספים.
- נקודות שירות - בהן ישנם אנשי בריאות הנפש אך לא תמיד בכל המקצועות, ולכן לא תמיד יהיו בהן גם שירותים פסיכיאטריים וגם שירותי פסיכותרפיה.
- קליניקות של פסיכיאטר / רופא יועץ לאזון - בהן נמצא רופא באוחד, ללא צוות בריאות נפש נוסף.
- מסגרות לטיפול יום - מיועדות למתן טיפול אינטנסיבי במענה למצב משברי, או במצבים אחרים המצריכים טיפול אינטנסיבי.

23.5. דה - יורה, הזכאות למספר טיפולים בבריאות הנפש אינה מוגבלת. כל אדם זכאי לטיפול נפשי לפי שיקול דעת מקצועי של מטפלו, בהתאם לצרכיו ומצבו.<sup>12</sup> דה פקטו, זכאות זו אינה ניתנת למימוש במערכת הקיימת.

23.6. בנוסף למסגרות הטיפול המרפאתי בהן ניתן לקבל טיפול פסיכותרפי בחינם, רשאית הקופה להציע למטופלים שמעוניינים בכך שירות באמצעות מטפלים עצמאים בקליניקה פרטית והכרוך בתשלום על ידי המטופל (קבוע ואחיד לכל הקופות).

23.7. **מקורות המימון של סל השירותים שבאחריות קופות החולים - רקע כללי**<sup>13</sup>

מימון הסל מגיע משלושה מקורות: דמי ביטוח בריאות, הנגבים מהתושבים באמצעות המוסד לביטוח לאומי; סכום נורמטיבי, שהינו סכום הקבוע בחוק, של ההכנסות מהשתתפות עצמית של המבוטחים בעבור שירותי בריאות; סכום מתקציב המדינה, שמשלמים את ההפרש בין עלות הסל בפועל לבין הסכום המתקבל משני

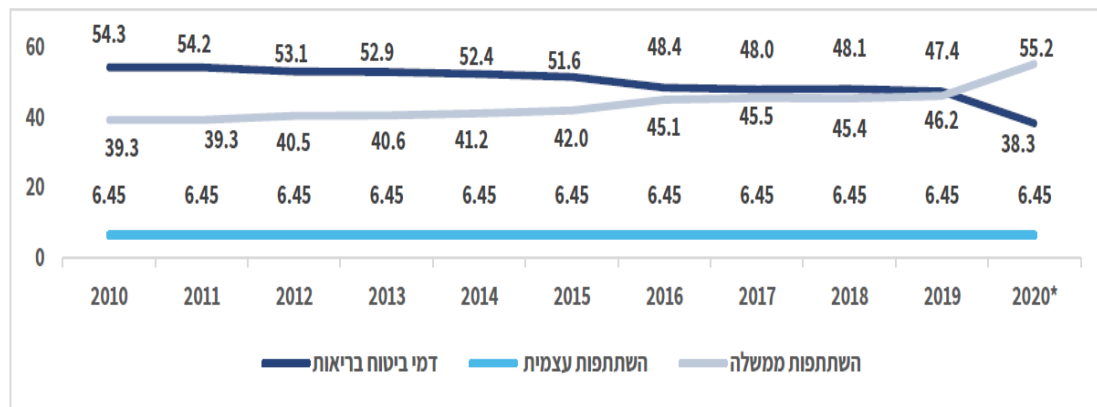
<sup>12</sup> משרד הבריאות שאלות ותשובות בנושא הרפורמה בבריאות הנפש אתר משרד הבריאות בקישור:

[https://www.health.gov.il/Subjects/mental\\_health/reform/Pages/FAQ.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/reform/Pages/FAQ.aspx)

<sup>13</sup> חדוה קפלינסקי, תקצוב מערכת הבריאות בישראל וניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2021 ו-2022, מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2021).

המקורות הראשונים. הסכום המוקצה מתקציב המדינה, לצד ההכנסות מדמי ביטוח בריאות, מחולקים לקופות החולים על פי נוסחת הקפיטציה.<sup>14</sup>

בשנת 2019 תקציב סל שירותי הבריאות באחריות קופות החולים היה 53.7 מיליארד ש"ח, עלייה של 5% בהשוואה לשנת 2018, 25.5 מיליארד ש"ח מדמי ביטוח בריאות, 3.5 מיליארד ש"ח השתתפות עצמית ו- 24.8 מיליארד ש"ח השתתפות ממשלה. על-פי אומדן, בשנת 2020 תקציב הסל היה 56.4 מיליארד ש"ח, 21.6 מיליארד ש"ח מדמי ביטוח בריאות, 3.6 מיליארד ש"ח השתתפות עצמית ו- 31.1 מיליארד ש"ח השתתפות ממשלה. להלן טבלה המציגה את התפלגות המימון של סל שירותי הבריאות לפי מקורות המימון (ב-%) בשנים 2010-2019:



### 23.8. הקצאת עלות הסל בין קופות החולים:<sup>15</sup>

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את העקרונות לחלוקת הכספים שהמדינה מקצה למימון הסל בין קופות החולים. המרכיב המרכזי במקורות המימון (כ-90%) היא נוסחת הקפיטציה, המשקללת את מספר המבוטחים בהתאם לגילם, מינם, וריחוק מקום מגוריהם ממרכזי אוכלוסיה. המוסד לביטוח לאומי מעביר את כספי מס הבריאות לקופות החולים בהתאם לחלקה של כל קופה במספר המבוטחים המשוקלל. כתוצאה מכך שהתקציב לקופ"ח ניתן ומנוצל, ברוב המקרים, כמקשה אחת, לא קיימים נתונים נגשים במקורות המידע לחלק התקציב המיועד לבריאות הנפש בכלל, ולחלק המיועד לטיפול המרפאתי בקהילה, בפרט. לפיכך, נציג אומדן, בהתבסס על הערכות מושכלות, במטרה לכמת את התקציב המיועד למטרה זו. האומדן יעשה על בסיס ממוצע בין שתי שיטות, בהסתמך על נתונים מדו"ח מבקר המדינה לשנת 2020:

- שיטה 1 - הסל האמבולטורי במחירי 2012 ששימש בסיס לרפורמה, כשהוא מתואם לשנת 2022, לפי עליית מספר המבוטחים בקופות ועליית מדד יוקר הבריאות, ובניכוי אי ביצוע.

<sup>14</sup> קפיטציה היא כינוי לנוסחה המשמשת לקביעת אופן הקצאת המקורות לקופות החולים מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתאם לנוסחה מחולקים מדי שנה המקורות לקופות החולים לפי חלקן של הנפשות המתוקננות בכל קופת חולים ביחס לסה"כ הנפשות המתוקננות בקופות החולים תוך התחשבות בתבחינים נוספים המתעדכנים מעת לעת.

<sup>15</sup> חדוה קפלינסקי, תקצוב מערכת הבריאות בישראל וניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2021 ו-2022, מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2021).

- שיטה 2 - חישוב לפי מספר מגעים, כשהוא מתואם לפי עליית מספר המבוטחים בקופות ועליית מדד יוקר הבריאות לשנת 2022.

### 23.9. שיטה 1 - חישוב ההוצאה הציבורית השנתית על טיפול מרפאתי בקהילה עפ"י הסל האמבולטורי שעמד בבסיס הרפורמה:

עיקרי הרפורמה מפורטים בצו מיום 10 במאי 2012 (מזכירות הממשלה, 2012). הצו הסדיר את מימון העברת האחריות לקופות וקבע כי לבסיס התקציב של קופות החולים יתווסף סכום נטו בסך של 1.54 מיליארד ₪ (בערכים של מועד אישור הצו, קרי 2012) בגין הכללת האחריות לשירותי בריאות הנפש במסגרת סל השירותים לתושב<sup>16</sup>. בהתאם להסכם הרפורמה התקציב השנתי הכולל המתווסף לסל שירותי הבריאות עבור שירותים בתחום בריאות הנפש יעמוד על 1.64 מיליארד ₪: סל אשפוז בסך 1.08 מיליארד ש"ח וסל אמבולטורי בסך 0.56 מיליארד ש"ח. התקציב הנ"ל כולל תוספת בסכום של כ-300 מיליון ש"ח, שנועדה בעיקרה להרחבת מערך השירותים האמבולטוריים (בשנת 2018 גדלה התוספת לכ-400 מיליון ש"ח עקב עדכונה בהתאם לקצב גידול הסל)<sup>17</sup>. נוסף על כך, לאחר כניסת הרפורמה לתוקף בוטלו שירותי בריאות הנפש שסיפקו הקופות באמצעות השב"ן<sup>18,19</sup>.

מקורות המימון לסל, בסך כולל של כ- 1.64 מיליארד ש"ח, כפי שנקבעו בהסכם הרפורמה, מפורטים להלן בלוח 5 (מתוך דוח המבקר):

לוח 5: מקורות מימון סל שירותי בריאות הנפש (במחירי 2012, במיליוני ש"ח)	
1,541	תוספת לעלות סל שירותי הבריאות, נטו
24	קצבאות ביטוח לאומי למאושפזים ממושכים
25	השתתפות עצמית נורמטיבית* - 1.5%
50	קופות החולים - מתוך מקורות קיימים בבסיס הסל
<b>1,640</b>	<b>סך הכול</b>

המקור: הסכם הרפורמה.

\* השתתפות עצמית נורמטיבית - סכום ההכנסות מהשתתפות עצמית שעל פי החוק יש להביא בחשבון כאחד ממקורות המימון של סל שירותי הבריאות לצורך קביעת שיעור השתתפות תקציב המדינה במימון עלות הסל.

<sup>16</sup> הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים, אורי אבירם ושגית אזארי-וזל, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל (2015).  
<sup>17</sup> מתבסס על שיחה עם הכלכלן של אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות וכן על שיחות עם מנהלי מחלקות בריאות בקופות החולים.  
<sup>18</sup> שב"ן (שירותי בריאות נוספים) - חוק ביטוח בריאות ממלכתי מאפשר לקופות החולים להציע שירותים נוספים מעבר לקבוע בחוק, בתמורה לתשלום נוסף לקופות עצמן. שירותים נוספים אלה נקראים גם "ביטוח משלים". גובה התשלום נקבע בהתאם לגיל המבוטח. הביטוח המשלים מהווה רובד נוסף לסל הבסיסי. [קישור](#) לויקיפדיה.  
<sup>19</sup> היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, מבקר המדינה, דוח שנתי 70ב (2020).



### מקדמי התאמה ל-2022 (חישובים מפורטים ניתן לראות [בנספח 3](#)):

- מדד יוקר הבריאות - השינוי במדד יוקר הבריאות בין השנים 2012 ל-2022 הינו גידול של 15.9%.
- מספר המבוטחים בקופות החולים<sup>20</sup> - השינוי במספר המבוטחים בקופ"ח בין השנים 2012 ל-2022 הינו גידול של 19%.

**מכאן, שמקדם התאמה משולב הלוקח בחשבון את השינוי בשני המדדים הינו 38%.** המשמעות של מקדם זה הינה שהסל האמבולטורי במונחי 2022 עומד על 560 מיליון ₪ X גידול של 38% = **772.8 מיליון ₪**. דוח המבקר על ההיבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש (דוח שנתי 70ב) מראה אי ביצוע של 27% במונחי מספר מגעים (לשנת 2017), כלומר, 27% מהמגעים שתוקצבו במסגרת הרפורמה בשנת 2017 לא בוצעו - בחלקם לא היה ביצוע בפועל ועל חלקם קיימת מחלוקת בין משרד הבריאות לבין קופות החולים בדבר ניצול התקציב. המחלוקת נובעת משיעור העמסת התקורות, וכן, בשאלה האם ביקור אצל רופא משפחה ייחשב כמגע בהיבט של בריאות הנפש, שהרי שירות זה ניתן גם טרם הרפורמה, ועל כן, עפ"י משרד הבריאות לא צריך לבוא במנין<sup>21</sup>. לפיכך, לשם השמרנות נניח אי ביצוע של 25% - כלומר, 75% ביצוע בסל האמבולטורי בפועל - 772.8 מיליון ₪ X 75% = **580.2 מיליון ₪**.

### 23.10. שיטה 2 – חישוב לפי מספר מגעים

תקציב סל השירותים האמבולטוריים בתחום בריאות הנפש - שהתווסף לסל הבריאות המועבר לקופות החולים בהתאם להסכם הרפורמה - חושב על בסיס הנחה כי 4% מהמבוגרים (מעל גיל 18) ו-2% מהילדים (עד גיל 18 כולל) יידרשו לטיפול, וכי יידרשו בממוצע 9 מגעים למבוגר לשנה ו-12 מגעים לילד.

כדי להעריך אם מספר המגעים שנתנו קופות החולים בפועל תואם את מספר המגעים שעל בסיסו חושב התקציב לשירותים האמבולטוריים על פי הסכם הרפורמה, השווה משרד מבקר המדינה את הנתונים המטוייבים שהעביר משרד הבריאות לביקורת, לכמות המגעים שהיה על הקופות לתת בהתאם לתקציב הרפורמה, וכן את כמות המגעים שהיה על הקופות לתת בהתאם למספר מבוטחיהן (מספר המגעים שמוצג להלן אינו כולל מגעים שהעניקו רופאי משפחה ורופאי ילדים). ההשוואות מובאות בלוחות 6 ו-7 שלהלן:

<sup>20</sup> חישוב מפתח חלוקת כספי ביטוח בריאות בין קופות החולים ליום 1.2.2022  
[https://www.btl.gov.il/Medinyut/Situation/haveruth1/2022/Pages/capitatie\\_022022.aspx](https://www.btl.gov.il/Medinyut/Situation/haveruth1/2022/Pages/capitatie_022022.aspx)  
<sup>21</sup> היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, מבקר המדינה, דוח שנתי 70ב (2020).

לוח 6: הפער בין מספר המגעים שהיו צריכים להינתן בהתאם לתקציב הרפורמה לבין אלו שניתנו בפועל (מעוגל לאלפי ש"ח), 2017

קופה	תקציב אמבולטורי 2017 במיליוני ש"ח	כמות מגעים מחושבת לפי תקציב ותעריף 265 ש"ח לטיפול (כולל תקורה)*	כמות מגעים בפועל**	הפרש	באחוזים
הכללית	401	1,513,000	912,000	-601,000	-40%
מכבי	182	688,000	596,000	-92,000	-13%
מאוחדת	89	336,000	321,000	-15,000	-4%
לאומית	59	221,000	181,000	-40,000	-18%
<b>סה"כ</b>	<b>731</b>	<b>2,758,000</b>	<b>2,010,000</b>	<b>-748,000</b>	<b>-27%</b>

\* עלות המגע מבוססת על הנתונים כפי שמובאים בהסכם הרפורמה וכוללת תקורות.  
\*\* כמות המגעים (ללא מגעים שנתנו רופאי משפחה ורופאי ילדים) כפי שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות וכפי שדיווחה מאוחדת בדוח המגמות.

לוח 7: חישוב הפער בין מספר המגעים שהיו צריכים להינתן בהתבסס על מספר חברי קופות החולים לאלו שניתנו בפועל (מעוגל לאלפים), 2017

קופה	מספר חברי קופות חולים	כמות מגעים לפי תקצוב הרפורמה*	כמות מגעים בפועל**	הפרש	באחוזים
הכללית	4,500,000	1,442,000	912,000	-530,000	-37%
מכבי	2,222,000	714,000	596,000	-118,000	-17%
מאוחדת	1,198,000	375,000	321,000	-54,000	-14%
לאומית	713,000	227,000	181,000	-46,000	-20%
<b>סה"כ</b>	<b>8,633,000</b>	<b>2,758,000</b>	<b>2,010,000</b>	<b>-748,000</b>	<b>-27%</b>

\* כמות המגעים בהסכם חושבה לפי 2% מהילדים \* 12 מגעים ו-4% מהמבוגרים \* 9 מגעים.  
\*\* כמות המגעים (ללא מגעים שנתנו רופאי משפחה ורופאי ילדים), כפי שדיווחו הכללית, מכבי ולאומית למשרד הבריאות וכפי שדיווחה מאוחדת בדוח המגמות.

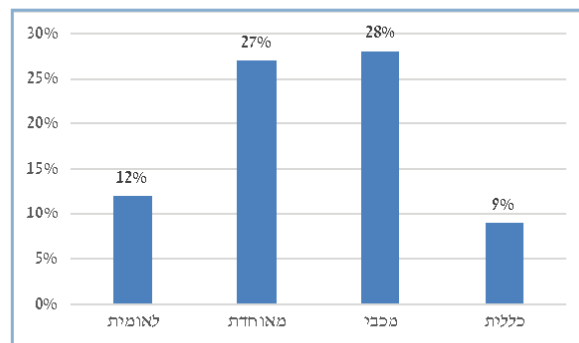
מהלוחות הנ"ל ניתן לראות באופן ברור כי כמות המגעים הכוללת שנתנו הקופות בשנת 2017 נמוכה בכ-750 אלף מגעים מהכמות שתוקצבה בהסכם הרפורמה – כלומר, אי ביצוע של 27%.

על מנת לעמוד על ההוצאה בה נשאו קופות החולים באמצעות מספר המגעים, יש להתייחס גם לעלותו הממוצעת של מגע ולחלוקה בין הקופה למטופל (במידה וקיימת השתתפות עצמית). טיפולי ברה"נ הכלולים בסל האמבולטורי יכולים להינתן באחת משלוש דרכים:

- במרפאות קופות החולים – ללא השתתפות עצמית.
- במרפאות הממשלתיות ואצל ספקי שירותים (הבאים בהסכם עם קופ"ח) – באמצעות התחייבות הקופות (טופס 17) ובמימון מלא של הקופה.
- אצל מטפלים עצמאיים שעובדים עם קופות החולים – תמורת תשלום דמי השתתפות עצמית של המטופל והשלמת ההפרש ע"י הקופה.

- בהתאם לכך, ייתכנו שלוש צורות אפשריות להתקשרות של הקופה מול מטפל, כמפורט בנספח 3. לצורך פשטות החישוב, נניח עלות אחידה של 100 ₪ לקופת החולים בגין כל ביקור אצל מטפל עצמאי, וכן, נניח כי עלות הטיפול אצל מטפל שכיר בקופ"ח זהה לזו של ספק חיצוני שבא בהסכם עם קופ"ח, כלומר 265 ₪ כולל תקורות. בתרשים 4 להלן מובאים נתונים שהציג האגף לבריאות הנפש למועצת הבריאות באוקטובר 2018 בדבר שיעור המגעים שניתנו למבוגרים במסלול המטפלים העצמאיים מכלל המגעים בבריאות הנפש בקופות החולים:

תרשים 4: שיעור המגעים למבוגרים במסלול המטפלים העצמאיים מכלל המגעים, 2017



על פי נתוני משרד הבריאות ומאוחדת.

לשם הפשטות ועקב היעדר הנתונים לגבי שיעור המגעים לילדים (מתחת לגיל 18) במסלול המטפלים העצמאיים, נניח שיעור זהה לזה אצל המבוגרים.

בטבלה הבאה ניתן לראות את חישוב ההוצאה של הקופות (באלפי ₪) על השירותים לפי קופה, בנתוני 2017 (באלפים):<sup>22</sup>

קופת חולים	מספר חברי קופות חולים*	כמות מגעים בפועל*	שיעור המגעים במסלול המטפלים העצמאיים	כמות המגעים במסלול המטפלים העצמאיים	סך ההוצאה על מטפלים עצמאיים**	סך ההוצאה על יתר השירותים האמבולטוריים***
כללית	4,500	912	9%	82	8,208	219,929
מכבי	2,222	596	28%	167	16,688	113,717
מאוחדת	1,198	321	27%	87	8,667	62,097
לאומית	713	181	12%	22	2,172	42,209
<b>סה"כ</b>	<b>8,633</b>	<b>2,010</b>	<b>18%</b>	<b>357</b>	<b>35,735</b>	<b>437,952</b>
				<b>סה"כ הוצאה לפי עלות המגעים במונחי 2017</b>		<b>473,687</b>

\*לפי תשלום של 100 ₪ לטיפול מקופ"ח  
\*\* לפי תשלום של 265 ₪ כולל תקורות

<sup>22</sup> היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, מבקר המדינה, דוח שנתי 70 (2020).

במטרה לבצע את ההתאמה לשנת 2022, נלקחו הנתונים על מספר המבוטחים בקופות החולים בשנת 2022<sup>23</sup>, וכן, חושב השינוי במדד יוקר הבריאות בהתאם לתאריך האחרון ממנו נלקחו הנתונים בדוח המבקר, אוגוסט 2018, כפי שצוין לעיל בסעיף זה – גידול של 5.1% (חישוב מפורט ניתן לראות [בנספח 3](#)). לפיכך, אם ניקח בחשבון את העלייה במדד יוקר הבריאות, העלויות לקופ"ח עבור הטיפולים הנכללים בשירותים האמבולטוריים הם:

• עלות אצל מטפל מטעם קופ"ח/ספק חיצוני – 265 ₪ \* גידול של 5.1% = **278.5 ₪**

• עלות אצל מטפל עצמאי - 100 ₪ \* גידול של 5.1% = **105.1 ₪**

בטבלה הבאה, יוצג חישוב אומדן ההוצאה על שירותים אמבולטוריים (באלפי ₪) שניתנו ע"י קופות החולים בשנת 2022 על בסיס כמות המגעים שבוצעו (באלפים). כמות המגעים חושבה לפי תקצוב הרפורמה שלוקח בחשבון 4% מהמבוגרים ו-2% מהילדים, 9 מגעים למבוגר ו-12 מגעים לילד (עם הנחת אי ביצוע של 25%):

קופת חולים	מספר חברי קופת חולים	הערכת כמות מגעים*	שיעור המגעים במסלול העצמאיים	כמות המגעים במסלול העצמאיים	סך ההוצאה על מטפלים עצמאיים**	סך ההוצאה על יתר השירותים האמבולטוריים***
כללית	4,735	1,138	9%	102	10,759	288,269
מכבי	2,475	595	28%	167	17,499	119,245
מאוחדת	1,265	304	27%	82	8,624	61,789
לאומית	706	170	12%	20	2,139	41,570
<b>סה"כ</b>	<b>9,181</b>	<b>2,206</b>	<b>17%</b>	<b>371</b>	<b>39,021</b>	<b>510,874</b>
					<b>סה"כ הוצאה לפי עלות המגעים במונחי 2022</b>	<b>549,895</b>

\*לפי הנחת אי ביצוע של 25%  
\*\*לפי תשלום של 105.1 ₪ לטיפול לאחר התייקרויות  
\*\*\*לפי תשלום של 278.5 ₪ לטיפול כולל תקורות לאחר התייקרויות

**לסיכום, לפי שיטה זו, סך ההוצאה על הטיפול המרפאתי בקהילה (ללא מרפאות בתי החולים הכלולות בהוצאות בתי החולים) לשנת 2022 עומדת על כ-549.9 מיליון ₪.**

23.11. על מנת לקבל אומדן מהימן ככל הניתן, נעשה ממוצע בין שתי השיטות. את חישוב הממוצע ניתן לראות בטבלה הבאה:

<sup>23</sup>[https://www.btl.gov.il/Mediniyut/Situation/haveruth1/2022/Pages/capitatia\\_022022.aspx](https://www.btl.gov.il/Mediniyut/Situation/haveruth1/2022/Pages/capitatia_022022.aspx)

שיטה	הוצאה (במיליוני ₪)
חישוב לפי סל אמבולטורי מתואם	580.2
חישוב לפי מספר מגעים	549.9
<b>ממוצע</b>	<b>565.0</b>

23.12. לשלמות התמונה, נציין כי תחת סעיף זה קיים גם סעיף ההוצאה של אגד מרפאות יפו, שהן מרפאות בבעלות ממשלתית המעניקות טיפול אמבולטורי. אומנם קיים עבורן סעיף תקציבי נפרד בסך 30 מיליון ₪ בתקציב הבריאות<sup>24</sup>, אולם הן מהוות ספק של קופ"ח ומקבלות את המימון בפועל מהן, ובמועד עריכתו של הסכם הרפורמה לא היו חלק ממערך האשפוז. לפיכך, אם נוסיף הוצאה זו לאומדן שקיבלנו, ככל הנראה ייווצר כפל, משום שסביר להניח כי בתוך האומדן כבר נלקחת בחשבון הוצאה זו המסווגת, בהסכם הרפורמה, תחת מרפאות בקהילה.

23.13. לפיכך, על בסיס ממוצע בין שתי השיטות שנבחנו, סך ההוצאה על הטיפול המרפאתי בקהילה לשנת 2022 עומד על כ-565 מיליון ₪.

#### 24. שיקום פסיכיאטרי בקהילה:

24.1. חוק השיקום מבטא את ההכרה החברתית בזכותם של אנשים עם מוגבלות נפשית להשתלב בחיי הקהילה, והוא מעניק לאנשים עם נכות נפשית בשיעור של 40% לפחות את הזכות לקבלתם של שירותי שיקום בקהילה. כאמור בחוק, מטרתו: "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש, כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם, ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו".

24.2. האחריות למתן שירותי השיקום מוטלת על פי חוק על שר הבריאות. האגף לבריאות הנפש, באמצעות מטה השיקום הארצי וצוותי סל שיקום האזוריים, מופקדים על מתן השירותים כאמור.

24.3. סל שירותי השיקום קבוע בתוספת לחוק והוא כולל שירותי דיור, תעסוקה, פנאי וחברה, השכלה, שירותי סמך, חונכות ותיאום טיפול, ושירותים למשפחות. משרד הבריאות מפתח ומגדיר את פרטי השירותים שבסל שירותי השיקום, ומפקח על הפעלתם, הכל בהתאם לחוק ולעקרונות העשייה השיקומית מוכוונת ההחלמה.

24.4. שירותי השיקום מסופקים לזכאי השירות במיקור חוץ. מטה השיקום מופקד על מארג ההתקשרויות עם גופים פרטיים רבים מאד (עמותות וחברות פרטיות, מאה לפחות) הפועלים בפריסה ארצית, אזורית או

<sup>24</sup> תקציב המדינה לשנת 2022 בקישור: <https://www.gov.il/he/departments/policies/tableau>

מקומית. מערך השיקום (המטה ועובדי סל השיקום האזוריים) מפקחים על מתן שירותי השיקום על ידי ספקי השירותים כאמור.

24.5. תקציב השיקום מתקבל ישירות ממשד הבריאות (סעיף 24) תחת סעיף ייעודי בסך של כ-1.37 מיליארד ₪ ב-2022<sup>25</sup>.

24.6. ההוצאה הציבורית לשיקום ומספר מקבלי סל שיקום 2018-2020

24.7. הנתונים הכספיים במיליוני ₪ ומתואמים למחירי 2022 ע"פ מדד תשומות הבריאות<sup>26</sup>.

2018	2019	2020	2021	2022	
1,084	1,139	1,241	1,306	1,373	<b>הסכום (מלש"ח)</b>
27,413	29,269	30,982	32,921	35,751	<b>מקבלי הסל (אנשים)</b>
39,543	38,915	40,056	39,671	38,404	<b>הסכום לאדם</b>

הסכום לאדם מקבל שירות, שהוא אומדן לערך הכספי של סל השירותים, ירד בארבעת השנים מכ-40 לכ-38 אלף ₪. זו ירידה ראלית של 3%, אך הסיגנלים המגיעים מהשטח מעידים על שחיקה גדולה בהרבה. נתונים וניתוחים כלכליים נוספים של שירותי השיקום מובאים [בנספח 4](#).

## 25. גמילה:

25.1. תחלואה נפשית כפולה (להלן: "תחלואה כפולה" או "אבחנה כפולה") מוגדרת כקיומם, בו-זמנית ואצל אותו אדם, של שימוש לרעה או התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים, כלומר לסמים ולאalkohol, ביחד עם הפרעה נפשית נוספת. ההפרעה הנפשית וההתמכרות הן כרוניות ובעלות מהלך של החמרה ונסיגה. לדברי גורמי המקצוע, בין שתי ההפרעות ישנם יחסי גומלין. מחד, שימוש בחומרים עלול לגרום ולהוביל להפרעה נפשית או להחמיר תסמונת פסיכיאטרית הנמצאת ברקע, ומאידך הפרעה נפשית עלולה לגרום או להחמיר הפרעה של שימוש בחומרים.

25.2. גורמי מקצוע בתחום בריאות הנפש סבורים, כי על הטיפול באוכלוסיית החולים בתחלואה כפולה להיות אינטגרטיבי, כלומר טיפול הנותן מענה והתייחסות לשתי הבעיות, למחלה הנפשית ולהתמכרות, בו-

<sup>25</sup> תקציב המדינה 2022 - <https://www.gov.il/he/departments/policies/tableau>

<sup>26</sup> כפי שמפרסם הלמ"ס ונמצא בקובץ פרמטרים ומדדים של אגף אסטרטגיה במשרד הבריאות

זמנית על-ידי צוות רב-מקצועי המוכשר בתחום בריאות הנפש וההתמכרויות. תהליך הטיפול כולל גמילה גופנית ולאחריה טיפול ושיקום, המכוונים גם למניעה של החזרה לשימוש בחומרים ממכרים.<sup>27</sup>

25.3. חרף האמור וכמפורט להלן, הטיפול בחולים בתחלואה כפולה מתחלק כיום בין כמה גורמים, והם: משרד הבריאות, קופות החולים והשירות להתמכרויות במשרד העבודה, הרווחה והביטחון החברתי (להלן: "משרד הרווחה").

25.4. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקף בשנת 1995, הותיר את האחריות למתן שירותי בריאות הנפש בישראל בידי משרד הבריאות, ובתוך כך את הטיפול בחולים בתחלואה כפולה. הרפורמה הביטוחית העבירה את האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לידי קופות החולים, למעט שירותי בריאות הנפש לגמילה שנותרו באחריות משרד הבריאות. לפיכך, הטיפול בחולים בתחלואה כפולה נחלק בין משרד הבריאות האמון על תהליך הגמילה הפיזית מחומרים ממכרים, לבין קופות החולים האמונות על הטיפול הנפשי באוכלוסייה זו. כמו כן, השירות להתמכרויות במשרד הרווחה מטפל במכורים הנקיים משימוש בסמים ומאחזים מבחינה נפשית, הפונים למסגרות שבאחריותו, ומעניק להם טיפול נפשי ושיקומי בתחום ההתמכרויות בלבד.

25.5. לסיכום, האחריות על תחום הגמילה וההתמכרויות מתחלקת בין שני משרדי ממשלה וקופות החולים כגורם מבטח, כאשר החלק של משרד הבריאות באחריות למתן שירותי נפש לגמילה, בא לידי ביטוי בסעיף ייעודי בתקציב הבריאות (סעיף 24), העומד על סך של כ-81 מיליון ₪ ב-2022.<sup>28</sup>

## 26. אחר:

26.1. תחום בריאות הנפש בתקציב משרד הבריאות (סעיף 24), כולל, תחת הקטגוריה "אחר", סעיפי תקציב שלא ניתן לשייך בצורה חד משמעית לאף אחת מהקטגוריות שפורטו מעלה, או לחילופין, תקציב זניח יחסית, שככל הנראה לא עומד בזכות עצמו, אלא משויך בדרך זו או אחרת לקטגוריות מעלה, ללא יכולת לבצע שיוך חד-חד ערכי.

26.2. סעיפי התקציב תחת קטגוריה זו<sup>29</sup>.

- אובדנות (תקנה 24071452) – מגוון תוכניות למניעת התאבדות.
- רכש שירותי אשפוז - הפרעות אכילה (תקנה 24071455) – אשפוז ותחליפי אשפוז.
- רכש שירותים ברה"נ (תקנה 24071457) – הוצאה של יחידת המטה לפסיכיאטריה בחטיבת הרפואה וועדות פסיכיאטריות.

<sup>27</sup> הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, פלורה קור דוידוביץ', מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2016).

<sup>28</sup> תקציב המדינה 2022 בקישור: <https://www.gov.il/he/departments/policies/tableau>.

<sup>29</sup> משיחה עם הגברת גאיה עופר, פרונטית בריאות אגף התקציבים משרד האוצר, מיום 01.01.2023.

נרחיב מעט על אלה:

• **מניעת אובדנות:**

עקב ההכרה בקשר הישיר הקיים בין בריאות הנפש לאובדנות, קיים סעיף תקציבי ייעודי לתחום זה בתקציב הבריאות (סעיף 24) העומד על סך של כ-16.7 מיליון ₪ בשנה ומוקדש ברובו למגוון תוכניות למניעת אובדנות.<sup>30</sup>

• **הפרעות אכילה:**

הטיפוליים בהפרעות אכילה הם חלק מהטיפולים הניתנים כיום במסגרות בריאות הנפש. הטיפול בלוקים בהפרעות אכילה מחייב טיפול משולב של צוות רב-תחומי, שבו, בין השאר, רופא פנימי, קרדיולוג, פסיכיאטר או פסיכולוג, תרפיסט משפחתי, עובדת סוציאלית, דיאטנית, אחות, מדריך לאימון גופני, גינקולוג, אנדוקרינולוג ועוד.

לטיפול בהפרעות אכילה, בדגש על רכש שירותי אשפוז וחלופות אשפוז, קיים תקציבי ייעודי בתקציב הבריאות (סעיף 24) העומד על סך של כ-3.8 מיליון ₪ בשנה.<sup>31</sup>

• **ועדות פסיכיאטריות**

ועדות פסיכיאטריות הן ועדות סטטוטוריות הפועלות מכוח חוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א -1991, להן מסורות על פי החוק סמכויות החלטה וערר שונות, ביחס לאשפוז בכפיה של מתמודדי נפש. האחריות לביצוע הוראות החוק הנ"ל ובכלל זה פעילות הועדות הפסיכיאטריות הפועלות מכוחו מוטלת על שר הבריאות.

26.3. להלן טבלה המסכמת את סעיפי תקציב משרד הבריאות תחת קטגוריה "אחר" כפי שפורטו לעיל:

קוד תקנה	שם תקנה	סכום במיליוני ₪
24071452	אובדנות	16.70
24071455	רכש שירותי אשפוז - הפרעות אכילה	3.80
24071457	רכש שירותים ברה"נ	41.92
	שונות ואחר	4.99
	<b>סה"כ</b>	<b>162</b>

<sup>30</sup> תקציב המדינה 2022 בקישור: <https://www.gov.il/he/departments/policies/tableau>

<sup>31</sup> תקציב המדינה 2022, בקישור: <https://www.gov.il/he/departments/policies/tableau>



**27. הרכב והיקף תקציב בריאות הנפש בישראל – סיכום:**

27.1. תקציב משרד הבריאות 2022 עומד על 44.1 מיליארד ₪.<sup>32</sup> מס הבריאות הנגבה על ידי ביטוח לאומי נאמד על סמך נתוני 2021 ב- 27 מיליארד ₪. לפיכך ההוצאה הציבורית על בריאות ב-2022 היא 71.1 מיליארד ₪.

27.2. משהסברנו את הרכב ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל, ביקשנו להתחקות אחר היקף ההוצאה על בריאות הנפש מתוכה.

27.3. לאחר שחילקנו לקטגוריות, הסברנו כל אחת מהן והצגנו באמצעות נתוני תקציב או באמצעות אומדנים את סך ההוצאה בגינה, להלן טבלה לסיכום הממצאים:

קטגוריה	הוצאה ציבורית 2022 (במיליוני ₪)	% מסך ההוצאה על בריאות הנפש	נתון / אומדן
אשפוז	1,926.9	47%	נתון + אומדן
מרפאות בקהילה	.0655	14%	אומדן
שיקום	1,373.2	33%	נתון
גמילה	81.1	2%	נתון
אחר ושונות	162	4%	נתון
<b>סה"כ</b>	<b>4,108.0</b>	<b>100%</b>	
<b>סך ההוצאה על בריאות</b>	<b>71,100.0</b>		
<b>% בריאות הנפש מסך ההוצאה על בריאות</b>	<b>5.8%</b>		

**הערה:** הסכום אינו כולל כ-0.5 מיליארד ₪ המוקדשים לטיפול באוטזם, ורשומים כחלק מתקציב הרכש בבריאות הנפש.

לפיכך, סך ההוצאה על בריאות הנפש בישראל בשנת 2022 עמדה על 4.1 מיליארד ₪ המהווים 5.8% מההוצאה הציבורית על בריאות שעמדה על 71.1 מיליארד ₪ בשנה זו.

הממצא בדבר שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות הנפש מתוך ההוצאה הציבורית לבריאות מבטא את ההזנחה הקשה של תחום בריאות הנפש בישראל והקיפוח העמוק ממנו סובלים מתמודדי הנפש בישראל.

<sup>32</sup> אתר מפתח התקציב: סעיף תקציבי בתקציב המדינה - תחת תת-הנושא שירותים חברתיים / בריאות. <https://next.obudget.org/i/budget/0024/2022>

## 28. בריאות הנפש בסל התרופות:

28.1. לאורך השנים המערכת גדלה באופן טבעי ואיתה תקציב הבריאות, בין השאר באמצעות התוספת השנתית

לסל התרופות והטכנולוגיות.<sup>33</sup>

בשנת 2022 עמד תקציב סל התרופות על 550 מיליון ש"ח.<sup>34</sup> מניתוח שביצע הכלכלן גדי רזנטל, שבחן את חלקה של בריאות הנפש בהחלטות וועדת הסל בשנים 2021-2010, עולה כי במהלך שנים אלה שיעור התרופות וטכנולוגיות שנוספו לסל בתחום בריאות הנפש הינו 1.6% בלבד מכלל התרופות והטכנולוגיות שנוספו בשנים הנ"ל.<sup>35</sup> שיעור העלות השנתית המצרפית של הפריטים שנוספו לסל בתחום בריאות הנפש עומד על 1.4% מהעלות המצרפית הכוללת של כלל הפריטים שנוספו לסל. בניכוי העלות של תרופה בודדת (Exetamine), שאושרה בשנת 2020, יורד חלק ברה"נ בסך העלויות השנתיות שאושרו ל-0.9%

### בלבד.

28.2. חלקה הזניח של בריאות הנפש בתוספות לסל התרופות והטכנולוגיות יכול להיות מוסבר במספר טעמים.

שיטות טיפול חדשניות ויעילות בבריאות הנפש נעוצות פעמים רבות בהון האנושי המעורב בטיפול ואינן באות בגדר טכנולוגיות, לפי הפרשנות הצרה הניתנת למונח זה. אמות המידה להקצאות חדשות נותנות משקל מכריע ל"הצלת חיים", להבדיל מהשפעה על איכותם. חידושים בתחום בריאות הנפש אינם נתפסים כ"הצלת חיים", על אף שזאת התוצאה בפועל לאורך זמן. זה המקום להדגיש כי תוחלת החיים של חולי תנ"ק נמוכה מזאת של האוכלוסיה הכללית ביותר מעשור, שלא מטעמים הקשורים במחלת הנפש. בריאות הנפש סובלת מזה שנים מקיפוח והזנחה, ככל הנראה תוך זיקה לסטיגמה חברתית עמוקה ומושרשת, שאינה פוסחת גם על אנשי מקצוע ומקבלי החלטות אחרים, וטומנת בחובה גם חוסר הכרות מספקת של התחום.

28.3. יהיו ההסברים אשר יהיו, ההיקפים המזעריים של התוספות לסל השירותים והטכנולוגיות בבריאות הנפש

אינם בהלימה למשקלה של בריאות הנפש בכלל בעיות הבריאות בישראל, ומהווים מנגנון מובנה לשחיקה מתמדת של החלק היחסי של בריאות הנפש מתוך סך ההוצאה הציבורית על בריאות, וזאת חרף החוסרים העצומים בתחום בריאות הנפש.

## 29. הוצאה פרטית על בריאות הנפש בישראל:

29.1. מסמך זה אינו עוסק בהוצאה הפרטית על בריאות הנפש בישראל. יחד עם זאת מצאנו לנכון לציין כי כל

הוצאה שאינה ממומנת על ידי המדינה, הופכת באופן ישיר לנטל על המטופל או על בני משפחתו, כתלות בחומרת מצבו.

29.2. לא אחת משפחות המטופלים קורסות תחת העומס, כשבחלק גדול מהמקרים מדובר בנטל כפול. העדרו של

מענה במסגרת הרפואה הציבורית (בין העדרו של שירות חיוני לשמירה על הרצף הטיפולי, ובין העדר זמינות סבירה של השירותים הקיימים במערכת) מחייב לא אחת פנייה לרפואה פרטית והוצאה כספית

<sup>33</sup> תקצוב מערכת הבריאות בישראל וניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2021 ו-2022, הכנסת, מרכז המחקר והמידע, 2021.

<sup>34</sup> אורלי בויז "כל מה שצריך לדעת על סל התרופות 2022", בקישור: <https://www.doctors.co.il/medical-articles/270283>.

<sup>35</sup> כלכלן, יו"ר עמותת משפחות-בריאות-הנפש, חבר הנהלה רחבה במרכז ברה"נ גהה וחבר במועצה הלאומית לברה"נ.



גבוהה. בנוסף, מספר לא מבוטל של מטופלים נדרשים להשגחה צמודה או ליווי וסיוע מתמשכים של בני המשפחה, מה שמונע גם מבני המשפחה חיים תקינים, תוך השפעה ישירה על יצירת פרנסה בצורה סבירה על ידי בני המשפחה, זאת בנוסף על הנשיאה בהוצאות הישירות של הטיפול החסר. זוהי בעצם תמונת הראי של מיעוט המשאבים הציבוריים בבריאות הנפש: החסר נופל על כתפי המשפחות, הצרות ממילא. הערכתנו היא שחלקה של ההוצאה הפרטית בבריאות הנפש גדול הרבה יותר מאשר בבריאות הכללית, ומכאן גם שאי השיוון גדול הרבה יותר, במנוגד לרוחו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

## היקף ההוצאה על בריאות הנפש – מגמות גלובליות<sup>36</sup>

### סקירה בינלאומית

30. רציונאל ערכו סקירה בינלאומית של מספר מדינות מפותחות בעולם המערבי, בהיבטים שונים בתחום בריאות הנפש. ההשוואה בין מערכות בריאות הנפש במדינות השונות מורכבת בשל שונות מבנית של המערכות במדינות השונות. בחלק מהמדינות שירותי הבריאות ושירותי הרווחה מצויים תחת קורת גג אחת. במרבית המדינות שנסקרו קיימת חלוקת אחריות בין הממשלה הפדרלית או המדינתית, לבין אחריות לשירותי בריאות נפש קהילתיים, הניתנים ברמות מקומיות שונות (על ידי מדינות במבנה של פדרציה, על ידי שלטון מקומי, או על פי חלוקה אזרית). מורכבות זאת לא אפשרה התחקות אחר תמהיל ההוצאה בבריאות הנפש במערך השירותים המלא במדינות השונות.

31. יחד עם זאת הסקירה הבינלאומית מאפשרת זיהוי של מגמות משותפות בתחום שירותי בריאות הנפש וכן השוואה בין מספר מאפיינים כמותיים הנוגעים למערך בריאות הנפש במדינות השונות.

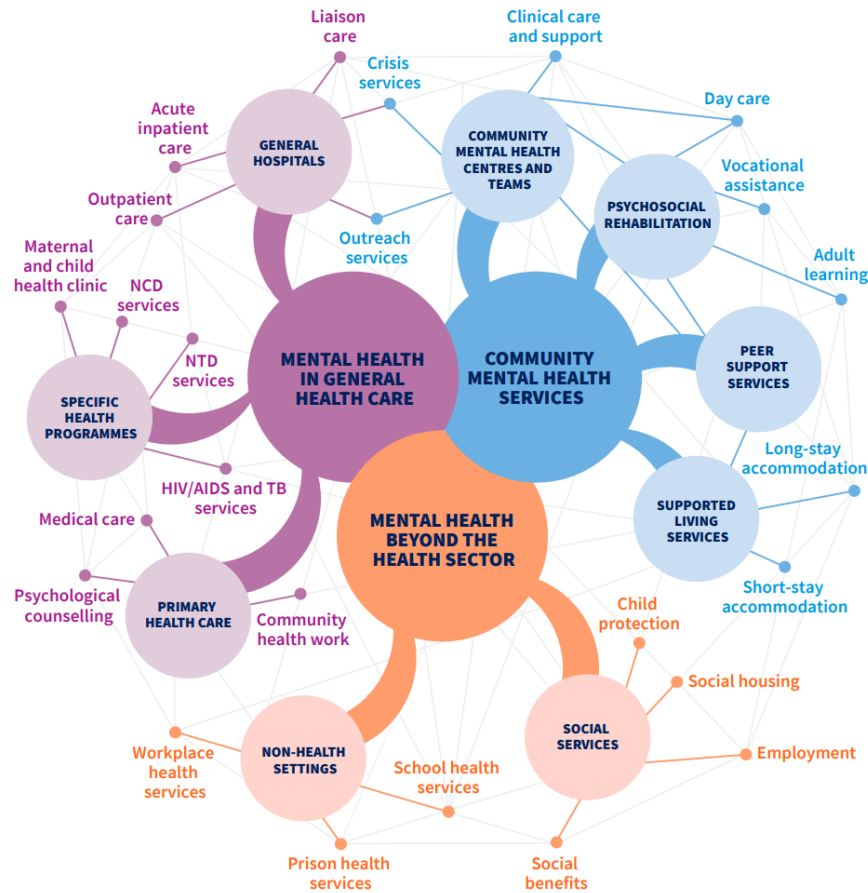
32. דוח של ארגון הבריאות העולמי מיוני 2022, עוסק בצורך לשנות ולקדם את עולם בריאות הנפש במאה ה-21 תוך שימת דגש על שינויים מערכתיים נדרשים המבטאים את גישת האל מיסוד והעברתו של מרכז הכובד של הטיפול בבריאות הנפש לקהילה.<sup>37</sup> הדוח מדגיש את הצורך בהגשתם של שירותי בריאות הנפש לצרכני השירותים, באופן שיאפשר להם לקיים את אורח חייהם הרגיל במהלך קבלת הטיפול. עוד מדגיש הדוח את חשיבותה של מערכת מגוונת של שירותים הנדרשת לחולי התנ"ק, שירותים שיש ביכולתם לקיים רצף טיפולי בהתאם לצרכים המשתנים, והמסוגלים לתמוך בחולים גם מבחינה סוציו אקונומית.

<sup>36</sup> הסקירה הבינלאומית נעשתה ע"י חברת רציונל.

<sup>37</sup> WHO -World mental health report: Transforming mental health for all (2022)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

להלן תרשים הממחיש את מודל שירותי הבריאות כפי שהוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי:  
**Model network of community-based mental health services**



33. הסקירה מגלה הכרה של המדינות הנסקרות בצורך בשינויים מבניים ובשינוי תמהיל השירותים ברוח האל מיסוד, וכן בצורך בהגדלתה של ההוצאה הציבורית לבריאות נפש. בכל אחת מהמדינות שנסקרו הושקה רפורמה בתחום בשני העשורים האחרונים, בדרך כלל ביחד עם תוכנית רב שנתית להגדלתו של תקציב בריאות הנפש (לסקירת המקורות עליהן נסמכת סקירה זו ראו- [נספח 5 – סקירה בינלאומית – מקורות](#)).

### 33.1 אנגליה

רוב שירותי בריאות הנפש מסופקים כיום על ידי שירות הבריאות הלאומי (NHS). תוכנית ארוכת טווח של השירות הגדירה מחויבות להגדלה נמשכת של חלק שירותי בריאות הנפש מתוך סך שירותי הבריאות, ולהגדלתו של התקציב לבריאות הנפש בסכום כולל של לפחות 2.3 מיליארד ליש"ט לשנה עד 2023/2024. בין יעדי התוכנית נכללו: שיפור זמינות ונגישות לשירותי הטיפול במצבי משבר נפשיים, אליהם יהיה ניתן לפנות במשך כל שעות היממה ובכל ימות השנה, לרבות באמצעות מוקד הבריאות הלאומי.

המשך פיתוחם של שירותים קהילתיים ואשפחיים, כולל טיפול שיחתי וצוותי ליאזון נפשיים, שיאפשרו את הרחבתם של מעגלי הטיפול, הן לתחלואה הקשה והן לתחלואה הרכה. הרחבת שירותים, כולל מתן שירותי בריאות נפש במסגרת בתי ספר ומכללות לשיפור שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער ולמניעה.

בשנת 2012, הוכרזה תוכנית נוספת בתחום בריאות הנפש, בתגובה להשפעתה של מגיפת הקורונה על בריאות הנפש של הציבור, אשר כללה תוספת של 0.5 מיליון ליש"ט לשירותי בריאות הנפש והמיועדת להרחבת שירותי הטיפול השיחתי ותמיכה נפשית בבתי הספר ובשירותים קהילתיים למבוגרים.

### **33.2 נורבגיה**

בשנת 1998 הושקה בנורבגיה תוכנית לאומית לבריאות נפש אשר כללה הגדלה משמעותית של המימון הניתן עבור שירותי בריאות הנפש ואת ארגונם מחדש. יישום התוכנית התבצע בשנים 1999-2008 תוך הגדרה של אסטרטגיות ויעדים ברמות לאומיות, אזוריות ומקומיות. במהלך תקופה זאת הוכפל מספר המטפלים המקצועיים בבריאות הנפש (תוך עליה בהתאמה של ההוצאה הציבורית בברהנ) וניכר פיתוח בשירותים האמבולטוריים וחלופות אשפוז.

### **33.3 שוויץ**

באוקטובר 2019 הוחל בהוצאה לפועל של יחמה ממשלתית למתן מענים מהירים למי שזקוקים לטיפול פסיכיאטרי דחוף, ובכלל זה גישה מהירה לטיפול פסיכולוגי בעיתות משבר חמינות גבוהה יותר של מטפלים מוסמכים למתן מענים למצבי משבר נפשי.

### **33.4 אוסטרליה**

בתקציב הפדרלי לשנת 2021/2022 הוקצה סכום של 2.3 מיליארד דולר על פני 4 שנים לתוכנית הלאומית לבריאות הנפש ומניעת התאבדויות. הרפורמה כוללת בין היתר את פיתוחה של רשת ארצית של מרכזים למתן טיפולים בבריאות הנפש שתכלול עד 57 מרכזים נוספים כאמור. במסגרת התקציב לשנה זו נכלל גם סכום של 117 מיליון דולר לביסוס מערכות לניטור בזמן אמת, איסוף נתונים ומניעת התאבדויות.

### **33.5 קנדה**

במאי 2012 פרסמה הועדה לבריאות הנפש בקנדה (MHCC) דוח המציג אסטרטגיה חדשה לבריאות הנפש במדינה (Changing Directions, Changing lives), המתייחס למספר תחומים.

- קידום בריאות נפשית ומניעת מחלות נפש והתאבדות בבית, בבתי הספר ובמקומות עבודה.
- טיפוח החלמה ורווחה של מתמודדי נפש, בכל טווח הגילאים, וקידום זכויותיהם.
- שילוב נכון של שירותים, טיפולים ותמיכות.
- צמצום פערים בגורמי סיכון ובנגישות לשירותי בריאות הנפש, וחיזוק מענים מותאמי תרבות.
- גיוס מנהיגות, שיפור הידע ועידוד שיתוף פעולה בכל הרמות.

בשנת 2017, הממשלה הפדרלית בקנדה התחייבה לתמוך בשירותי בריאות הנפש בסכום של 5 מיליארד דולר למשך 10 שנים. תקציב זה יועבר לממשלות המחוזות והטריטוריות לשיפור הנגישות לשירותי בריאות הנפש.

### **33.6 פינלנד**

בשנת 1990 התקבלה פקודת בריאות הנפש הפינית בה נקבעה אחריות המשרד לענייני רווחה ובריאות וגורמי המנהל הפרובינציאליים והעירוניים הפועלים תחתיו לארגון שירותי בריאות הנפש. בפקודה נקבע במפורש כי מערך השירותים ייבנה בעיקר על בסיס שירותים חוץ אשפוזיים על מנת לתמוך בעצמאותם של מתמודדי הנפש. החל מאותו מועד מתקיים בפינלנד תהליך של אל מיסוד ומעבר מטיפול נפשי מבוסס בית חולים לטיפול מבוסס קהילה.

בשנת 2020 פרסמה ממשלת פינלנד תוכנית אסטרטגית לבריאות הנפש ומניעת אובדנות לעשור 2020-2030.

### 33.7 בלגיה

החל מ-2010 מתבצעת בבלגיה רפורמה לאומית בבריאות הנפש ("רפורמה 107"), במסגרתה מתבצעת הסבה ממוסדות פסיכיאטריים ואשפוזים לשירותים קהילתיים קטנים יותר הפועלים בסביבת חייו של המטופל. הרפורמה מבוססת על עקרונות של שיקום והכלה חברתית, שיתוף פעולה בין מגזרים שונים, ויעודו של הטיפול בבתי החולים למקרים אקוטיים, תוך קיצורה של השהות באשפוז ככל הניתן.

הרפורמה מבוססת על הקמת מודל של רשתות טיפול נפשי רב-מגזריות. כל רשת, מורכבת ממכלול של שירותים חברתיים, מחלקות פסיכיאטריות, צוותים קהילתיים של בריאות הנפש ושירותי טיפול ראשוני, המשרתים אזור גאוגרפי מוגדר. על שירותי בריאות הנפש האזוריים נמנים: צוותי טיפול ביתי והתערבויות מוקדמות במחלות נפש, צוותים אמבולטוריים המציעים טיפול אינטנסיבי עבור מצבי בריאות נפשיים אקוטיים וכרוניים; שירותי מגורים לטווח ארוך.

### 34. הסקירה הבינלאומית מאפשרת לעמוד על מצבה הקשה של מערכת בריאות הנפש בישראל על דרך ההשוואה של מספר נתוני מפתח בין המצב בישראל לבין זה המתקיים במדינות אחרות.

#### 34.1 זמני המתנה

זמני המתנה לבדיקת קבלה (intake) במדינות שונות על פי דוח מבקר המדינה משנת 2020:

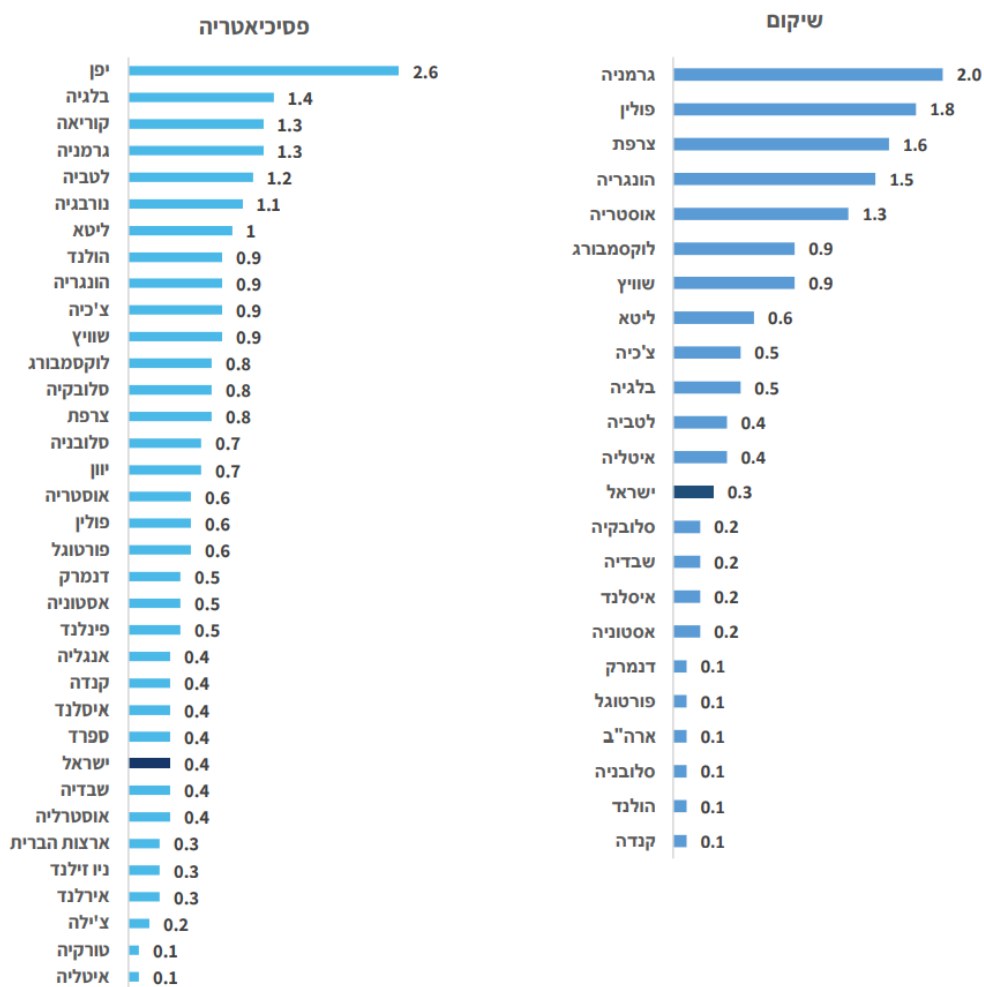
מדינה	סטנדרט לטיפול בבריאות הנפש
 בריטניה	נקבע כי הסטנדרט לזמן ההמתנה המרבי ל-75% מהמטופלים, שהופנו לטיפול פסיכותרפי, יהיה 6 שבועות מיום הפנייה, עבור 20% נוספים יהיה 18 שבועות מיום הפנייה <sup>27</sup> , ועבור 5% הנותרים לא נקבע זמן המתנה מרבי
 דנמרק	נקבע שזמן ההמתנה המרבי לאבחון יהיה 30 יום ו-30 יום נוספים עד תחילת הטיפול <sup>28</sup>
 הולנד	נקבע שזמן ההמתנה המרבי לאבחון יהיה 4 שבועות ו-6 שבועות נוספים עד תחילת הטיפול
 קנדה	בחלק מהמדינות בקנדה נקבע שזמן ההמתנה המרבי לתחילת טיפול יהיה 30 יום

בישראל לעומת זאת, זמני ההמתנה יכולים להגיע לבין 16-12 חודשים.

## 34.2 מיטות אשפוז

על פי סקירה כלכלית של מרכז המחקר והמידע של הכנסת מאוקטובר 2021, להלן השוואה בין שיעור המיטות לאלף נפש ליפול שיקומי ופסיכיאטרי ב-OECD בהשוואה לישראל, הממוקמת נמוך משמעותית בשני הקריטריונים. נציין כי על פי הגדרת ה-OECD, מיטות לטיפול שיקומי כוללות מיטות לשיקום, מיטות לגריאטריה-שיקום ומיטות לגריאטריה תת-חריפה. הנתונים בישראל עדכניים לשנת 2021 והנתונים על מרבית המדינות האחרות עדכניים לשנת 2018:<sup>38</sup>

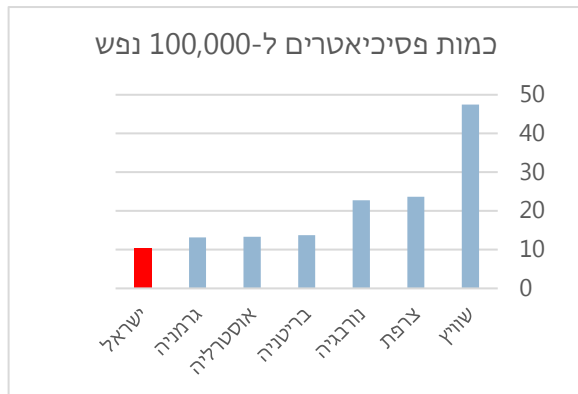
**תרשים 9: שיעור המיטות לאלף נפש לטיפול שיקומי ופסיכיאטרי ב-OECD<sup>70</sup>**



<sup>38</sup> חדוה קפלינסקי תקצוב מערכת הבריאות בישראל וניתוח הצעת תקציב משרד הבריאות לשנים 2021-2022 (מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2021).



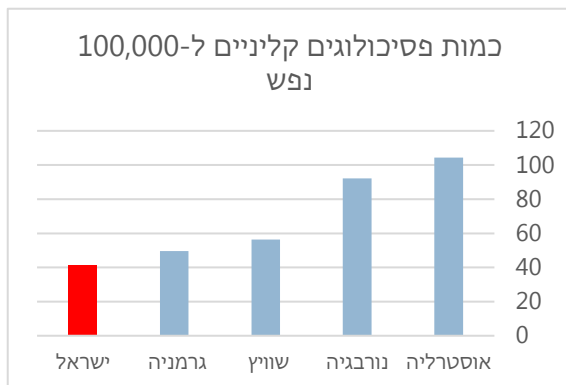
**34.3 כמות פסיכיאטרים ל-100,000 נפש (מתוך אטלס בריאות הנפש של ארגון הבריאות העולמי):**



- שווייץ (2020) – 47.47
- צרפת (2020) – 23.63
- נורבגיה (2020) – 22.77
- בריטניה (2020) – 13.76
- אוסטרליה (2020) – 13.37
- גרמניה (2017) – 13.2
- ישראל (2018) – 10.3<sup>39</sup>

**34.4 כמות פסיכולוגים קליניים ל-100,000 נפש (מתוך אטלס בריאות הנפש של ארגון**

**הבריאות העולמי):**



- אוסטרליה (2020) – 104.4
- נורבגיה (2020) – 92.12
- שווייץ (2020) – 56.37
- גרמניה (2017) – 49.55
- ישראל (2018) – 41.5<sup>40</sup>

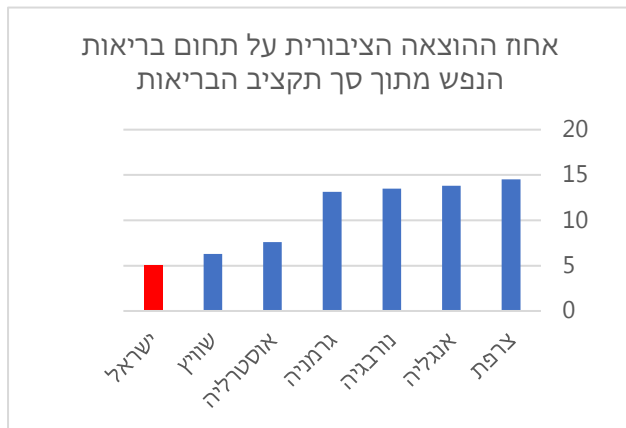
היקף ההוצאה הגלובלי בתחום בריאות הנפש

**35. מבט על מדינות ספציפיות:**

חלק יחסי להוצאה הציבורית על בריאות הנפש מתוך סך ההוצאה על בריאות נכון לשנת 2020 למדינות שונות, מתוך ה-Country Profiles של ארגון הבריאות העולמי:

<sup>39</sup> מבקר המדינה, היבטים ברפורמה בבריאות הנפש, דוח שנתי 70ב (2020)

<sup>40</sup> <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-206-Mental.pdf>



- צרפת - 14.5%<sup>41</sup>
- אנגליה - (2021/22) - 13.8%<sup>42</sup>
- נורבגיה - 13.5%<sup>43</sup>
- גרמניה - (2017) - 13.14%<sup>44</sup>
- אוסטרליה - 7.6%<sup>45</sup>
- שוויץ - 6.3%<sup>46</sup>
- ישראל (2022) - 5.8%<sup>47</sup>

36. לטובת חישוב הממוצע להוצאה על בריאות הנפש

מתוך ההוצאה על בריאות בזירה הבינלאומית ובהיעדר נתונים מלאים על מדינות העולם לטובת חישוב מדויק, נניח כי גם אם הסכום שהוקצה לבריאות הנפש השתנה עם השנים כתוצאה מגידול בתקציב הבריאות, במדד יוקר הבריאות ובמספר המבוטחים בכל מדינה, אחוז ההוצאה מתוך ההוצאה על בריאות נותר בעינו.

37. תחת הנחה זו, ניתן לראות כי אחוז ההוצאה על בריאות הנפש מתוך תקציב הבריאות במדינות מפותחות בעולם עומד על בין 10%-12%, כלומר, פי שניים מההקצאה במדינת ישראל – 5.8%. מכאן, עולה כי בגישת Top Down, ההוצאה על בריאות הנפש בישראל, צריכה לעמוד על כ-7.8 מיליארד ₪ בשנה (במונחי שנת 2022), על מנת להשתוות לנהוג במדינות מפותחות ולספק שירותים בהיקף ובאיכות ע"פ סטנדרטים שיתקרבו לאלו שבמדינות אירופה המתקדמות.

תוצאה זאת המשקפת את תקצובה החסר של בריאות הנפש ביחס לבעיות הבריאות בישראל באה לידי ביטוי באינדיקטורים נוספים:

- לבריאות הנפש משקל משמעותי בנטל התחלואה הכולל. מחקר שנעשה בישראל מצא כי בריאות הנפש מהווה 22% מנטל התחלואה בגילאי 18-65<sup>48</sup>. חשוב לציין שאלו הערכות חסר, שכן מתמודדי הנפש

<sup>41</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/fra.pdf?sfvrsn=d415922a\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/fra.pdf?sfvrsn=d415922a_6&download=true)

<sup>42</sup> <https://www.england.nhs.uk/mental-health/taskforce/imp/mh-dashboard/>

<sup>43</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/nor.pdf?sfvrsn=cfa468b1\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/nor.pdf?sfvrsn=cfa468b1_6&download=true)

<sup>44</sup> [https://www-](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1667127295989&auswahl-operation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2017-country-profiles/deu.pdf?sfvrsn=a788af13_1&download=true)

<sup>45</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mental-health-atlas-aus-2020-country-profile.pdf?sfvrsn=4df8cd3e\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mental-health-atlas-aus-2020-country-profile.pdf?sfvrsn=4df8cd3e_2&download=true)

<sup>46</sup> [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/che.pdf?sfvrsn=27491eb2\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/che.pdf?sfvrsn=27491eb2_6&download=true)

<sup>47</sup> מפרק "הרכב ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש בישראל" במסמך זה (שם בסעיף 27.3).

<sup>48</sup> דב צ'רניחובסקי וליאורה בוורס, מצב הבריאות ותקצוב מערכת הבריאות בראי שיטת ה-DALY, דו"ח מרכז טאוב לחקר מדיניות בישראל, נייר מדיניות 2014.18, דצמבר 2014

מאופיינים בתחלואה גבוהה יחסית גם במחלות גופניות, כך שהשפעה זו לא נכללת במדד הנ"ל ומוסיפה עליו.

- כ- 35 % מלקבלי קצבת הנכות הכללית מביטוח לאומי הם מתמודדי נפש, שיעור זה מבטא את הזכאים לקצבת נכות כללית בגין סעיף ליקוי עיקרי נפשי, ואינו מביא בחשבון רבים אחרים שחלק קטן יותר ממוגבלותם נובע מסעיף לקות נפשי.
- מראיונות שבוצעו ומשיח ציבורי – תקשורת המתקיים בימים אלה נראה שתחום בריאות הנפש מאיים להיות תחום הבריאות הראשון שקריסתו הצפויה מוחשית ומיידית.

## התמהיל הרצוי להוצאה הציבורית בבריאות הנפש בישראל

### מבוא – שיטת העבודה

38. מהרכב תקציב בריאות הנפש שהוצג לעיל, עולה כי נכון לשנת 2022, כמחצית מההוצאה הלאומית בתחום בריאות הנפש בישראל הינה במערך האשפוז. כך, על אף המדיניות העקבית המוצהרת לביסוס הטיפול בקהילה ולצמצום, ככל הניתן, של אשפוזים לא הכרחיים ושל אשפוזים חוזרים. על מנת לחולל שינוי אמיתי, שיהיה בו לקדם את הגשמתה של המדיניות הנ"ל, יש צורך לדון מחדש באופן חלוקת התקציב בבריאות הנפש בין מרכיביו השונים.

39. בפרק זה ייעשה ניסיון להגדיר באופן מנומק את התמהיל הראוי של הרכיבים השונים בהוצאה הציבורית לבריאות הנפש בישראל, במטרה לקרב אותנו, ככל הניתן, ליעדי המדיניות, שניצבו גם בבסיס הרפורמות מהעבר. הניתוח הוא בגישת Bottom Up, כלומר: תכנון כמותי סכמתי של היקף ההוצאה בכל אחד ממרכיבי התמהיל, שיוצג במחירים קבועים לשנת 2022.

40. שני שלבים בסיסיים יש במתודולוגיה של הפרק:

40.1. הראשון: חישוב העלות של המענה הראוי לשם מילוי הצרכים בכל רכיב. לאחר מכן נעשתה סכימה של

כל העלויות, ואפשר היה לנתח את חלקו היחסי (באחוזים) של כל אחד ממרכיבי תמהיל השירותים.

40.2. השני: השיעור היחסי של כל מרכיב, שהתקבל כאמור לעיל, הוכפל בסכום ההוצאה הציבורית הכוללת הראויה בבריאות הנפש ("גודל העוגה"), כפי שהתקבל בפרק הקודם על בסיס השוואות בין לאומיות בלתי תלויות. התוצר של מכפלות אלו הוא ההיקף הכספי הראוי לכל מרכיב במערכת תחת מגבלת תקציב כוללת.

41. רכיבי מערכת בריאות הנפש אליהם מתייחס הניתוח:

- מערך האשפוז
- הטיפול המרפאתי
- מערך השיקום
- שירותי טיפול בקהילה החסרים ברצף הטיפולי של השירות הציבורי.

42. מיעוט הידע המפורט על הצרכים והעדר נתונים ניכרים לאורך הפרק כולו. לעיתים לא נדירות היה צורך להניח הנחות, השתדלנו שאלו תהיינה מנומקות ככל האפשר. משכך, בכל אחד ממרכיבי המערכת ובכל סעיף, הופעלה מתודולוגיה ספציפית לחישובים, בהתאם לאופי הסעיף ולזמינות הנתונים. השתדלנו להעביר את המתודולוגיה בכל שלב בשקיפות מירבית.

### הנחות עבודה בחישוב התמהיל והסבר למהותו ותוצריו

43. חלק הניתוח העוסק במערך המרפאתי עורך אומדן של החסר בשים לב למערך השירותים הניתנים כיום. תחת הכותרת שירותי טיפול חסרים הובאו פערים ברצף הטיפולי, שלל מענים חיוניים שראוי שיינתנו בקהילה ושאינם

- ניתנים כיום. חלק מהשירותים כאמור ישולבו למערך המרפאתי, ויש להניח כי חלק אחר שלהם יינתן במסגרות שירות ייעודיות.
44. בחלוקת המערכת למרכיביה היו שני עקרונות מנחים:  
האחד: הלוגיקה הבסיסית של קטגוריות הצרכים - טיפול אינטנסיבי, טיפול במשברים, מענה מרפאתי רוטיני, שיקום ואחר.  
השני: רמת הידע על מרכיבי הצרכים חמינות המידע. עיקרון זה גרם להתייחסות נפרדת לשתי קבוצות אוכלוסיה גדולות הסובלות ממחסור ניכר במענים - תחלואה כפולה והפרעת אישיות גבולית.  
בסיום הפרק נעשה נסיון לארגן את כל סעיפי הפרק בהתאם להיגיון של העיקרון המנחה הראשון. התוצאה נותנת פרספקטיבה נוספת על המבנה הרצוי למערכת.
45. תשומת השכר מהווה את סעיף ההוצאה העיקרי בכל רכיבי המערכת. אומדני העלויות ברכיבים השונים מגלמים את רמות השכר בסקטור הציבורי ב-2022 ואינם מניחים העלאות שכר ראליות. זאת בשל ההנחה שעליית השכר נדרשת בכל הרכיבים בשעורים דומים, כך שאינה משפיעה על החלוקה היחסית של ההוצאה הציבורית בהצגת התמהיל הנדרש.
- יחד עם זאת יש לתת את הדעת לכך כי סוגיית המחסור בכוח אדם הינה אחד החסמים הגדולים המאיימים באופן ממשי ומיידי על היכולת לקיים מערך סביר של שירותי בריאות נפש.**
- העלאות שכר נחוצות כדי לספק למערכת את ההון האנושי הנדרש על מנת לספק את רמת השירות הראויה, ועל מנת שהסקטור הציבורי יוכל לשמר רמת אטרקטיביות מינימלית בהשוואה לרמות השכר בסקטור הפרטי.  
המחסור בכוח האדם נותן אותותיו כבר כיום, צפוי להחמיר, ופתרונו אינו נעוץ רק ברמות השכר. פעולות משמעותיות צריכות להתבצע באופן מיידי שכן ללא התערבות לא יהיה בנמצא כוח אדם רלוונטי, גם ללא קשר לסוגיית השכר. הדבר נכון במיוחד ביחס לפסיכיאטרים, אך המחסור, בהווה ובעתיד, ללא התערבות נוספת, קיים הן במערך הטיפולי והאשפוזי והן במערך השיקום. המחסור בכוח אדם מתקיים, בדרגת עצימות משתנה, בכל רכיבי השדרה המקצועית הנוגעת בעניין, לרבות כוח אדם לא אקדמי. אין בניתוח שנעשה הקצאת משאבים לפתרון בעיות ההון האנושי, כיון שהיא נדרשת לכל רכיבי המערך הציבורי בבריאות הנפש. אולם, ברור כי הקצאת תקציבים משמעותיים לטיפול בבעיה אקוטית זו היא תנאי הכרחי להתקדמות לקראת התמהיל הראוי.
46. המסמך מנתח את רמת ההוצאה הראויה והסבירה (הצורך) בכל רכיב במערכת, בטווח הבינוני של 5-10 שנים, כפי שהבנו את הצרכים של אותו רכיב. חשוב להדגיש כי אין כאן קביעה בדבר העדפות בין הצרכים, והוא הדין ביחס להעדפות על ציר הזמן.
47. הניתוח מצביע על המבנה הראוי של ההוצאה הציבורית לברה"נ בישראל ללא התייחסות לגורם שיממן את ההוצאה: קופות החולים, מימון ישיר של משרד הבריאות או כל דרך אחרת, וללא התייחסות לשינויים מבניים הנדרשים או כרוכים ביצירתו של תמהיל השירותים כאמור.
48. נשוב ונדגיש כי מטרתו של פרק זה היא לאפיין את מבנה ההוצאה הציבורית על סעיפיה. הראיה הכלכלית הכוללת כשהיא נבנית "מלמטה", היא אחד החידושים החשובים בעבודה, ונעשית כאן למיטב ידיעתנו לראשונה. נקיטתה של גישה זו הייתה כורח המציאות, כיוון שלא הצלחנו למצוא נתונים אמינים ממדינות ה-OECD. משכך, הדרך

היחידה שראינו כדי לתת מענה לשאלת תמהיל ההוצאות הראוי היתה להרכיב אותו מפרטיו. התוצר שהתקבל נותן לראשונה פרספקטיבה על המבנה הראוי למערכת כולה.

**אולם, אין לראות בפירוט הסעיפים תכנית אסטרטגית או תכנית אב לבריאות הנפש בישראל, הגם שפירוט זה נותן תשתית למסמך כזה, שחשוב שיעשה.**

49. הניתוח מתייחס למרכיבי השירות הניתנים, או אלו הצריכים להינתן, המצויים באחריותו של משרד הבריאות, ואינו כולל שירותים חשובים שבאחריות משרדי ממשלה אחרים. לדוגמא: מערכות פוסט-אשפוזיות ושירותים נוספים לילדים ונוער שבאחריות משרדי הרווחה והחינוך, מערכות שיקום לנגמלי סמים שבאחריות הרווחה, טיפול בריבוי מוגבלויות המפוצל בין משרד הבריאות (בריאות הנפש) למשרד הרווחה.

## ניתוח תמהיל ההוצאה הציבורית הראויה לפי רכיבי המערכת

### 50. מערך האשפוז הפסיכיאטרי:

- 50.1. כבסיס לתוספת הנדרשת שימש דו"ח ועדת מלמד<sup>49</sup>, בו נעשתה הערכה מקצועית מפורטת של צורכי מערך האשפוז הפסיכיאטרי. מהמלצות הדו"ח עולה כי התוספת הנדרשת למערך האשפוז הינה 466 מיליון ₪ בשנה. ברכיבי המערכת האחרים, שיפורטו להלן האומדן חושב באופן סכמתי ופחות מפורט מזה המוצג בדוח מלמד. על כן, נחמיר באמצעות הוספת חרבה של 100 מיליון ₪ לסכום האומדן שבדו"ח ועדת מלמד.
- 50.2. חישוב ההוצאה הנדרשת שיוצג להלן אינו כולל עלות חד פעמית של 350 מיליון ₪ המופיעה בדו"ח, המתייחסת להוצאות תשתית. הוצאות מסוג זה לא הובאו בחשבון גם ביחס לרכיבי המערכת האחרים.
- 50.3. ההוצאה הרצויה למערך האשפוז (במיליוני ₪):

רכיב	סכום במיליוני ₪
בסיס במונחי 2022	1,927
תוספת לפי דו"ח מלמד	466
חרבה (הנחת עבודה)	100
<b>סה"כ</b>	<b>2,493</b>

50.4. ההוצאה המופרטת מעלה, כוללת בתוכה את המרפאות שבאחריות בתי החולים וטיפול יום הניתנים במערך האשפוז. בבתי החולים כ-80 מרפאות, חלקן בתוך מתחם בית החולים וחלקן בקהילות הסמוכות.<sup>50</sup> ההוצאה השנתית הממוצעת למרפאה היא כ-3 מיליון ₪.<sup>51</sup>

<sup>49</sup> דו"ח הועדה בנושא מערכת האשפוז במרכזים לבריאות הנפש, פרופ' יובל מלמד, משרד הבריאות (2022).

<sup>50</sup> מקור: סכימה של רשימת המרפאות באתרים של המרכזים לברה"נ".

<sup>51</sup> מתבסס על שיחות עם מנהלי בתי חולים ומנהלי השירות המרפאתי בבתי חולים וכן על 75% מעלות המרפאה הממוצעת באגד מרפאות יפ, שעלויותיו מפורטות בתקציב הנכסים של משרד הבריאות.

50.5. תמהיל השירותים הראוי כולל מספר מסגרות שירות שפעילותן עתידה לייתר ביחס לחלק מהמטופלים את הצורך בשירותי אשפוז או לצמצמו. כך למשל הקמתן של קהילות משקמות אמורה לתת מענה לחלק משמעותי ביותר של החולים המאושפזים כיום במחלקות הממושכות, וחלופות אשפוז כגון בתים מאזנים ואשפוזי בית צפויים להקטין את היקף האשפוז במחלקות האקוטיות.

למרות זאת, הונח, בדומה לדו"ח ועדת מלמד, שסך תקני כוח האדם וההוצאה של האשפוז הפסיכיאטרי לא יקטנו ואף יגדלו. הגידול בהוצאה למיטת אשפוז המתקבל כתוצאה מצמצומו של היקף האשפוז, יהווה מקור להעלאת סטנדרט השירות, בעיקר הצורך במחלקות אשפוז קטנות יותר וגיוון כוח האדם המקצועי המטפל, ולשינויים הנדרשים במערך האשפוז שיבואו לידי ביטוי, בין השאר: בהקמת מחלקות ייעודיות מתמחות; במתן מענה ראוי ושווה לצורכי מערכת המשפט (הפרדת מאושפזים - להסתכלות בהתאם לצו שיפוטי); בהעלאת סטנדרט השירות במרפאות בתי החולים; בהעלאת סטנדרט השירות וההיקף של טיפולי היום. תנאי הכרחי לתרחיש זה הוא העלאה מתואמת של התעריף ליום אשפוז שמשלמות הקופות לבתי החולים.

## 51. המערך המרפאתי בקהילה:

אומדן ההוצאה הנדרשת ייעשה בשני שלבים:

הראשון: אומדן ההגדלה הנדרשת במשאבים הכספיים לצורך הבאת משכי ההמתנה לסטנדרט תורים מקובל במדינות המתפתחות זאת לפי תורת התורים.

השני: הרחבה והעמקה של השירות המרפאתי, שאין כיום סטנדרט מחייב לפעולתו, ושאינו בו לתת מענה הולם וראוי לצרכי מטופליו.

### 51.1. השלב הראשון: הגדלת המשאבים לצורך קיצור משכי ההמתנה

נכון לשנת 2022, הקיבולת של המערכת המרפאתית עומדת על כ-350 אלף מטופלים בשנה<sup>52</sup>.

משך ההמתנה הממוצע לתור הוא 12 חודשים (52 שבועות)<sup>53</sup>. אנו מניחים שזהו אומדן חסר לביקוש, שכן לא מובאת כאן בחשבון ההסטה לקבלת טיפול בשוק הפרטי כתוצאה מהיעדר מענה בזמן סביר בשירות הציבורי.

הסטנדרט למשך ההמתנה הרצוי<sup>54</sup> הינו 6 שבועות, ומשך הטיפול הממוצע (כולל אבחון) עומד, על פי דיווחים של מומחים בתחום, על 12 שבועות<sup>55</sup>. נציין כי הסטנדרט של 6 שבועות המתנה נקבע בטיטת

#### חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שהופצה להערות הציבור בשנת 2021, מסמך שנגזר.

לצורך הבאת משך ההמתנה לסטנדרט הרצוי בתוך שנה אחת נדרשת הגדלה של המערכת על פי היחס בין משך קיצור התורים (46 שבועות) לבין אורך התור הממוצע (12 שבועות), קרי הגדלה פי 3.83. זהו מספר הסבבים בו צריכה המערכת לגדול, כלומר, גידול ב-283%. יחד עם זאת, אם צמצום זמני ההמתנה לתורים

<sup>52</sup> על פי דיווחים של מנהלי תחום בריאות הנפש בקופות החולים במועצה הלאומית לברה"נ ובמועצה הארצית למניעת אובדנות במספר ישיבות במהלך 2022. כעולה מציטוט של ד"ר טל ברגמן, ראש האגף לברה"נ עד סוף 2022 בכתבה בעיתון גלובס בינואר 2019 ("אתם בדיכאון? חכו שנה לפסיכולוג. המסמך שחושף את כשלון הרפורמה בבריאות הנפש", הילה ויסברג, 28.01.2019). במצגת החזון האסטרטגי של משרד הבריאות שהוצגה בוועדת הבריאות בכנסת באוקטובר 2021 נאמר כ-300,000 מטופלים בקהילה, אך להערכתנו זהו נתון חסר.

<sup>53</sup> לפי דיווחי הקופות הנ"ל, פער גדול בין מרכז לפריפריה

<sup>54</sup> ראו טיטת חזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא משכי המתנה לתורים (2021), אשר התבסס על הסטנדרט הבריטי.

<sup>55</sup> מתבסס על שיחות עם מנהלי מרפאות.

ליעד הרצוי יעשה בתוך שנה אחת, הדבר יגרום לניפוח מהיר מאד של המערכת (שספק אם אפשרי), ולאחר מכן מצב של עודף קיבולת והוצאה עודפת. על כן, נניח כי צמצום התור העודף ייעשה במשך 3 שנים, קרי תוספת של 94% בשנה. גידול זה יאפשר את הבאת המערכת ליעד באופן יציב, כך שהקיבולת תתאים לביקוש השנתי בתום התקופה.

51.2. סך העלות של הטיפול המרפאתי בבריאות הנפש:

רכיב	סכום במיליוני ₪
המרפאות הקהילתיות - במונחי 2022	570
מרפאות בתי החולים <sup>56</sup>	240
<b>סה"כ הוצאה שנתית בגין הטיפול המרפאתי</b>	<b>810</b>

ניתן לראות עפ"י ניתוח זה, כי חלקם של בתי החולים בטיפול המרפאתי הוא 30%. מכאן, שהתוספת הכספית הנדרשת מורכבת מסך ההוצאה השנתית בגין הטיפול המרפאתי כפול הגידול השנתי הנדרש לטובת צמצום התורים שהוצג לעיל.

**להלן החישוב:  $94\% \times 810 = 761$  מיליון ₪ לשנה.**

### 51.3. השלב השני: הרחבה והעמקה של השירות המרפאתי

האומדן שנעשה לעיל מביא בחשבון את קיצור משכי ההמתנה לצורך קבלת השירות, ללא התייחסות לסטנדרט השירות, תוך צילום מצב קיים. למיטב ידיעתנו אין בבריאות הנפש סטנדרט שירות מרפאתי מלא ומחייב, לא בנוהל רגולטורי ולא בנהלים הפנימיים של קופות החולים או בתי החולים. להלן נצביע על חוסרים מהותיים בסטנדרט השירות המרפאתי הנוהג בפועל<sup>57</sup>.

- טיפולים פסיכותרפויטיים ניתנים לאוכלוסיית התנ"ק במשורה.
- טיפולים קוגניטיביים אינם ניתנים לא כחלק משירותי סל השיקום, ולא כחלק ממערך הטיפולים המרפאתי.
- חוסר מודעות למחלה שכיח בקרב חולי סכיזופרניה וחולי תנ"ק נוספים **ועשרות אחוזים מקרב האוכלוסיה הנ"ל מצויים מחוץ למעגלי הטיפול**. משכך על הטיפול המרפאתי לכלול אמצעי שיחור (OUTREACH) שיכללו מעקב פרואקטיבי אחרי ההתמדה בטיפול, לרבות ביקורי בית. לצד אלה יש לדאוג להנגשתו חמינותו של השירות המרפאתי. במציאות דהיום אין פריסה מספקת של מרפאות (במיוחד בפריפריה), יש קושי גדול ביכולת ליצור קשר עם נותני השירות, במיוחד במרפאות הממשלתיות, ורבים מהשירותים נעדרים מענה מותאם תרבותית, במיוחד ביחס למטופלי המגזר הערבי.

<sup>56</sup> ראה תת פרק קודם על מערך האשפוז (שם בסעיף 50.4).

<sup>57</sup> לפערים בשירות המרפאתי ראה: משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, "דו"ח מסכם: תת הועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש", יו"ר: ד"ר עידו לוריא, יולי 2019.



- אוכלוסיית התנ"ק, נדרשת לא אחת לתמיכה אינטנסיבית המוענקת ולאורך שנים על ידי בן משפחה המשמש כמטפל עיקרי (PRIMARY CAREGIVER). חרף ההכרה במשולש טיפולי, תוכניות הטיפול בפועל אינן כוללות טיפול משפחתי או תמיכה לבן המשפחה התומך.
  - עקב ביזור השירותים הניתנים לאוכלוסיות מורכבות, ועל מנת לקיים רצף טיפולי וראיה הוליסטית של המטופל, נדרש שיפור ברמת הקשר בין הגורמים המטפלים. צורך זה מחייב שיפורים מהותיים בניוד מידע והקצאתם של זמן טיפולי חמן אדמיניסטרטיבי.
  - המערך המרפאתי כמעט וחסר מענים מתמחים, ואלה מתקיימים רק לחלק מההפרעות וגם זאת באופן מקרי וספורדי. בעבודה זאת ניתחנו את הצרכים של שתי אוכלוסיות גדולות (הפרעת אישיות גבולית ותחלואה כפולה). על האוכלוסיות המשמעותיות הנוספות המצריכות התאמה של המענים נמנים גם: ילדים ונוער, פסיכוגריאטריה, התאמה לצרכים מיוחדים של ההפרעה (הפרעות אכילה, נפגעות טראומה מינית ועוד), והכל בנוסף על התאמות תרבותיות.
- יש צורך דחוף בקביעה איכותית וכמותית של סטנדרטים מרפאתיים. בהעדרם, וכן בשל מגבלות ההיקף של מסמך זה, נבטא את מכלול החוסרים בסעיף זה באמצעות תוספת פקטור להיקף המשאבים הנדרשים לעמידה ביעד של משך ההמתנה, שחושב בשלב הקודם. ההיקף הגדול של השירותים החסרים מצדיק פקטור משמעותי של 50%, קרי 665 מלש"ח.

#### 51.4. על פניו ולכאורה, כלל התוספת הנדרשת למערך המרפאתי רצוי שתינתן כולה למרפאות הקהילתיות.

האחריות הביטוחית למתן השירותים רובצת לפתחן של קופת החולים, ולצורך מתן השירותים המרפאתיים בתי החולים הינם אחת החלופות העומדות לרשות קופות החולים למילוי חבותן. הנתונים שבבסיס התחשיב דלעיל הינם ממילא, בעיקרם, נתונים כספיים כשהקצאת התקציב הכולל צריך שתעשה על בסיס הצרכים הקליניים ומאפייני השירותים.

כפי שעולה מדוח ועדת מלמד, התקינה בבתי החולים מתייחסת למחלקות האשפוז בלבד. להבנתנו, גם הלכה למעשה פריסת המרפאות של בתי החולים נתונה לשיקול דעתו של מנהל בית החולים, והיקף הפעילות בהן משתנה. נדגיש שבשנים האחרונות היקף פעילותן הולך ומצטמצם. ההנחה הרווחת הינה כי מרפאות בתי החולים אינן יכולות להגדיל את תפוקתן והיקף פעילותן.

בשולי הדברים יצוין כי גם כיום, למעלה משבע שנים ממועד כניסתה לתוקף של הרפורמה הביטוחית לא נמצא מענה מרפאתי ראוי ככלל, ולחולי התנ"ק בפרט. האחרונים הם המטופלים העיקריים של מרפאות בתי החולים.

יש צורך דחוף בגיבושה של מדיניות ברורה, שתבוא לידי ביטוי בהסכמה בין הנוגעים בדבר ובעיגון רגולטורי, של סטנדרט השירות המרפאתי לחולי התנ"ק, ושל תוכנית אב של מרפאות כאמור שתבטיח נגישות חמינות של השירותים הנ"ל למטופלים אלה. משיינתן מענה לשאלה מיהו הציבור אותו אמורות לשרת מרפאות בתי החולים יש ליצור תשתית מתאימה למתן השירות על ידי בתי החולים (בדוח ועדת מלמד המפרט את תקן

המחלקה אין התייחסות כלשהי למרפאות), ולבחון מחדש את שיטת ההתחשבות שבין קופות החולים ובתי החולים בגין מתן השירותים המרפאתיים<sup>58</sup>.

51.5. לסיכום פרק זה, ההוצאה הראויה לטיפול המרפאתי בקהילה הינה כדלהלן:

רכיב	סכום במיליוני ₪
המרפאות הקהילתיות - במונחי 2022	570
תוספת נדרשת לעמידה בסטנדרט המתנה ראוי	761
תוספת פקטור להעלאת איכות והרחבת השירותים	665
<b>סה"כ הוצאה שנתית ראויה בגין הטיפול המרפאתי</b>	<b>1,996</b>

## 52. מערך השיקום:

52.1. על מנת לאמוד את התוספת הנדרשת למערך השיקום, יש להתייחס לרכיבים הבאים:

- הגדלת מספר מקבלי סל השיקום.
- התאמת התעריפים לסטנדרט הנדרש היום.
- העלאת סטנדרט השירותים למינימום סביר.

52.2. יודגש כי הגדרת הצרכים של השיקום בעבודה זו מתבססת על מבנה המערכת הקיים. בעת שתכתב תכנית לאסטרטגיה חדשה, יש לתת דגש רב על אוטונומיה ופיתוח אישי של המתמודדים. מכשירי המדיניות בתוכנית כזו יותאמו לאסטרטגיה באוריינטציה של בניית חליפות-שיקום מוכוונת פרט ופחות מוכוונת מסגרות ומוסדות, יחד עם רכיב משמעותי של תקצוב אישי. רכיב התקציב האישי יאפשר המרה של שירותים מתוך הסל, משירות בעין לתקציב אישי, ויאפשר שילוב ממקורות עצמיים של המתמודד ומשפחתו.

52.3. עוד יודגש כי הגדרת הצרכים שלהלן בוחנת את שירותי הסל בלבד ואינה נדרשת להיבטים של המערך המשרדי, המצריך גם הוא חיזוק ורפורמה. למערך עובדי השיקום, במטה ובמחוזות, תפקיד כפול, הן פיתוח השירותים וניהולו של מיקור החוץ באמצעותו הם ניתנים, והן בנייה ומעקב אחר תוכנית השיקום האישית של כל מתמודד, ברמת הפרט.

## 52.4. הגדלת מספר מקבלי סל שיקום

**זכאות בכוח ובפועל לקבלת שירותי שיקום:** מספר מקבלי סל שיקום בפועל בשנת 2022 עמד על 35,751 איש<sup>59</sup>. מספר הזכאים הפוטנציאליים לקבלת סל שיקום (קרי: הכרה ב-40% נכות לפחות בסעיף נפשי מהביטוח הלאומי) היה 111, אלף איש בשנת 2020<sup>60</sup>. ההערכה המקובלת (למשל ע"י כלכלני אגף תכנון-

<sup>58</sup> ראו הערה 57.

<sup>59</sup> משיחה עם יו"ר המועצה הארצית לשיקום, עו"ס אבי אורן וכפי שצויין במצגת משרד הבריאות שהוצגה לוועדת הרווחה בכנסת בינואר 2023.

<sup>60</sup> בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2020, בהוצאת משרד הבריאות (2022).

תקצוב-בקרה במשרד הבריאות על בסיס הגידול בשנים קודמות) היא שמספר הזכאים גדל ב-5% בשנה. לפיכך האומדן הוא שבשנת 2022 עומד הנתון על 122 אלף איש.

**היעד הסביר למימוש:** במצגת הממ"מ (מרכז מחקר ומידע בכנסת)<sup>61</sup> שבחנה את שיעור ניצול הזכאות לשירותי סל שיקום, הוצגה הנחת עבודה של משרד הבריאות על פיה רק 70% מהזכאים "מעוניינים/ זקוקים לסל שיקום", ושיעור ניצול הזכויות נמדד ביחס לתקרה זו.

לצורך עבודה זו הנחנו יעד מימוש נמוך יותר זאת מהנימוקים הבאים: רבים מהזכאים הפוטנציאליים אינם מוצאים שירות העונה על צרכיהם ורצונותיהם מתוך סל השירותים הקיים, ומטעם זה נמנעים מלכתחילה לפנות לוועדת הסל. משנת 2016 ועד שנת 2022 חלה עליה משמעותית במימוש הזכאות לשירותי שיקום - עליה של כ-45% במספר הזכאים לשירותי שיקום בדיוור ולשירותי תעסוקה, שני תחומי השירותים העיקריים בסל השיקום. לצד גידול מרשים זה, צרכני השירותים בשיקום מדווחים של הרעה משמעותית באיכותם, בחוסר צוות הולם, בשחיקת המתקנים, בצמצום מסגרות ועוד. נציין שבאותן שנים חלה ירידה במספר הממוצע של שירותי השיקום השונים בתוכניות השיקום הפרטניות, מ-2.27 למשתתפים בשנת 2016 ל-2 בשנת 2022 (ראו: [נספח 4 - כלכלת השיקום בבריאות הנפש](#)). ייתכן והדבר נובע, בין השאר, מחוסר יכולתו של המערך להכיל את קצב הגידול כאמור. בשל אלה נניח כי יעד סביר של שיעור ניצול הזכאות לשירותי שיקום לטווח בינוני הוא 50% מהזכאים.

בהתאם להנחות אלו הגידול הנדרש בהיקף ההוצאה הציבורית הנובע מהגדלת מספר מקבלי הסל הוא 50%.

## 52.5. התאמת התעריפים בשירותי השיקום בדיוור לסטנדרטים שנדרשו במכרזי העשור הקודם

שירותי השיקום בדיוור מהווים את פלח השירות העיקרי בשיקום, מבחינת משקלם בתקציב השיקום (57% בשנת 2022). לשירותים הנ"ל משקל מכריע גם מבחינת היקף ההידרשות להם - ניתן ל-60% ממקבלי השירות בשנת 2022.

ההתקשרות עם ספקי השירותים בדיוור הינה על פי תנאים החלים על כל הספקים, בהתאם להחלטות ועדת התעריפים המשרדית, כשבחינה מקפת של התעריף התקיימה לאחרונה לפני עשור<sup>62</sup>. החל ממועד זה מכיר משרד הבריאות בצורך בהוצאתם של מכרזים למתן שירותי הדיוור, לרבות עדכנונו של סטנדרט השירות ועדכון התעריפים הקבועים בהם לטווח ארוך. בשנים 2014, 2015 ו-2016 פרסם משרד הבריאות שלושה מכרזים עוקבים כאמור. בעקבות כל אחד ואחד הוגשו עתירות לביטולם על ידי ספקי שירות פוטנציאליים. כל אחד מהמכרזים כלל את תעריף השירותים שישולם לזוכים. הטענה העיקרית בעתירות לביטול המכרזים היתה תמחור בחסר. שני המכרזים הראשונים בוטלו על ידי משרד הבריאות, לאחר הגשת העתירות לביטולן ובטרם דיון. בעתירה לביטולו של המכרז השלישי ניתן פסק דין המבטל את המכרז<sup>63</sup>.

<sup>61</sup> הוצגה בדיון בנושא השיקום בוועדת הרווחה בכנסת בינואר 23.

<sup>62</sup> דוח וועדת התעריפים לענין תעריפי הדיוור בתחום שיקום נכי נפש בקהילה, ספטמבר 2013.

<sup>63</sup> עת"מ 31736-07-16 אגוש, פורום בריאות הנפש ואח' נ' משרד הבריאות (עתירה מנהלית לביטולו של מכרז הדיוור מס' 3)

הבסיס לתעריף הנדרש נלקח מחוות דעת שניתנה על ידי הכלכלן דוד בועז<sup>64</sup>, ואשר הוגשה לבית המשפט במסגרת העתירה שצויינה לעיל. בחוות הדעת ניתוח מפורט של הפער בין התעריף המוצע במכרז לבין התעריף הראוי למילוי דרישות המכרז בכל סעיפיו.

על פי חוות הדעת התעריף הראוי לשירותי הדיור הכלולים במכרז גבוה ב-21%-46% מתעריפי המכרז בפועל. לצורך הניתוח בעבודה זו נניח את אמצע הטווח של החסר לפי עבודתו של בועז, וכן 5% תוספת שהמשרד הכיר בנחיצותה. **כלומר, סה"כ החסר בתעריפים לטובת התאמה לסטנדרט הנדרש הינו 40%.**

#### 52.6. תוספת נדרשת בגין התאמת סטנדרטים – שירותי השיקום בדיור

לעתירה לביטולו של מכרז הדיור הצטרפו גם ארגוני חברה אזרחית, במעמד של ידידי בית המשפט, והצביעו על חוסרים בסטנדרט המכרז, ובין השאר:

- בנק שעות שיוקצה למפעילי השירות של הדיור המוגן על מנת לאפשר מתן מענים לצרכים החורגים משגרת תוכנית העבודה האישית.
  - תמריצים כלכליים שיאפשרו את קיומן של דירות שותפים בהן המתמודדים שוכרי משנה של ספק השירות (דיור מוגן) להבדיל משירות המתמחה בתמיכה וליווי של המתמודד במקום מגוריו (דיור נתמך).
  - השתתפות של משרד הבריאות בתשלומי שכר דירה על ידי דיירי הדיור המוגן והנתמך (ענין שהיה לאחר מכן נושא להליך משפטי נוסף בבג"צ, ואשר בו ניתן פסק דין המצהיר על זכאות כאמור מכוח שירותי סל השיקום)<sup>65</sup>.
  - סטנדרט של יחיד בחדר בכל מסגרות הדיור שבניהול ספקי השירות (הוסטלים ודירות שותפים), כפי שהוכר במסגרות דיור לאנשים עם מוגבלות המופעלות על ידי משרד הרווחה<sup>66</sup>.
- כל אלה לא באו לידי ביטוי בחוות דעת בועז שבחנה רק את הלימותו של התעריף שנקבע במכרז לדרישות המכרז.

בשים לב לכל האמור לעיל: מכיוון שהגדרת הסטנדרטים האחרונה נעשתה לפני כעשור, נוכח הניסיונות שכשלו להוצאתם של מכרזים למתן שירותי שיקום בדיור, ולצורך ביצוע התאמות לאוכלוסיות מורכבות יותר, – נדרשת עבודה מעמיקה ונפרדת. לטובת הניתוח בעבודה זו, ננקוט בהנחת עבודה שמרנית שטוענת כי התוספת הנדרשת היא של 20% בלבד.

#### 52.7. תוספת נדרשת בגין שירותי השיקום הנוספים בסל השיקום

תחום השיקום בתעסוקה, הינו תחום השירות השני בגודלו הן מבחינת משקלו בתקציב השיקום (25% בשנת 2022), והן מבחינת היקף צריכתו (37% ממקבלי שירותי השיקום בשנת 2022). עיקר השירותים בתחום

<sup>64</sup> "חוות דעת כלכלית בעניין תעריפי שיקום בדיור לנכי נפש בקהילה", דוד בועז – יועץ כלכלי, דצמבר 2014.  
<sup>65</sup> בג"ץ 3746/19 פורום בריאות הנפש ואח' נ' משרד הבריאות ומשרד הבינוי והשיכון (בג"צ שכ"ד)  
<sup>66</sup> בג"ץ 3859/18 - י"א רונית שמואלי נגד משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

התעסוקה הינם שירותי מפעל מוגן (53% ממקבלי השירותים בתעסוקה בשנת 2022) ותעסוקה נתמכת (43% ממקבלי השירותים בתעסוקה בשנת 2022).

במהלך שנת 2018 התקיימה עבודת הכנה מאומצת, לרבות הליכי שיתוף של בעלי עניין, לקראת הוצאתו המתוכננת של מכרז לשירותי תעסוקה נתמכת ותעסוקה מעברית (שירות חדש, שהצורך בו ברור והמתקשה לצמוח בסד הסטנדרטים והתעריפים הקיימים). מכרז זה, שעתיד היה להיות מפורסם בשנת 2019, לא פורסם מעולם.

באוקטובר 2021 ניתן פסק דין על ידי בית הדין הארצי לעבודה<sup>67</sup> בו נמצא כי משתקם שקיבל שירותי שיקום בדיוור מוגן זכאי לתנאים סוציאליים של עובד, מכוח יחסי עובד מעביד שהתקיימו לצד ובנוסף על מעמדו כמשתקם, פסיקה תקדימית שאינה עולה בקנה אחד עם מודל ההפעלה הנוהג של המפעלים המוגנים. פסק הדין, חשף את הצורך הדחוף ברפורמה בכל הנוגע למפעלים המוגנים וכולל קריאה למתן מענה לסוגיות השונות שהתעוררו בו ביחס לטיבו של השירות, מאפייניו והסטנדרטים להפעלתו.

כמודגם לעיל, המציאות שתוארה ביחס לשירותי השיקום בדיוור, פעילות ארוכת שנים בסטנדרטים מיושנים ובתעריפים לא מותאמים מתקיימת גם ביחס לשירותי השיקום האחרים. בהעדרם של נתונים נוספים ובשים לב לחלקו המשמעותי של השיקום בדיוור בכלל שירותי הסל, אומצה לצורך אומדן החוסרים בשיקום ההנחה כי שיעור התוספת הנדרש לצורך עדכון הסטנדרטים והתעריפים בכל שירותי השיקום זהה לזה הנדרש בשירותי השיקום בדיוור.

### 52.8. תוספת נדרשת לתקציב השיקום – סוף דבר

מכאן, שחישוב התוספת הנדרשת הכוללת הוא כדלקמן:

$$(1.5 \times 1.4 \times 1.2) - 1 = 1.52$$

כלומר, נדרשת תוספת כוללת של 152%. לפיכך, ההוצאה הראויה למערכת השיקום הינה:

רכיב	סכום במיליוני ₪
סל שיקום – במונחי 2022	1,373
תוספת נדרשת 152%	2,086
<b>סה"כ הוצאה שנתית ראויה במערך השיקום</b>	<b>3,459</b>

### 53. חוסרים ברצף השירותים למטופלים מורכבים ומענים חסרים נוספים

בנוסף על המערך האשפוזי ועל הטיפול המרפאתי הפועלים כיום, יש צורך ברצף שירותים קהילתיים נוספים למטופלים מורכבים. השירותים כאמור מצויים בחיתוליהם, או שאינם בנמצא. בתת פרק זה נסקור את אלה. בכל

שירות יובאו: איפיון תמציתי של השירות, הערכה של גודל הקבוצה הרלוונטית, הנחות העבודה, והתחשיב של סכום ההוצאה הנדרש למתן מענה סביר במהלך 5-10 שנים.

### 53.1. צוותי חירום למתן עזרה ראשונה במצבי משבר נפשי

במצבי משבר נפשי שאינם ניתנים להכלה על ידי המתמודד או סביבתו, אין כיום גורם מקצועי אליו ניתן לפנות לקבלת עזרה ראשונה. בעבודה שנערכה על ידי הכלכלן גדי רחנטל<sup>68</sup> נאמד היקף הקריאות לצד שלישי בנסיבות אלה בכ-17,500 לשנה, בהתפלגות הבאה: 5,300 אשפוזים בהוראת אשפוז כפוי של הפסיכיאטר המחוזי, 7,500 קריאות למשטרה, בהעדרו של מענה אחר, 4700 קריאות למד"א שאינן מיומנן או מוכשר למתן עזרה ראשונה נפשית.

נדרש להקים בדחיפות מוקד חירום, אשר יתאם את הקריאות ובמידת הצורך ישלח צוותים מקצועיים למקום. צוותים אלו ינהלו את האירוע, יפעלו למניעתה של החרפה ולהרגעת המצב, ויסייעו להגעתו של האדם למסגרת מתאימה. צוותים אלה יהוו תחליף לצוותים לא מקצועיים של מד"א ויצמצמו באופן דרמטי את המפגש עם כוחות השיטור הרגילים, ואת היקף המעצרים הנלווה לכך. מעצרים אלה אינם יעילים, גורמים נזק בל ישוער לאדם ולמשפחתו, ובמקרי קיצון מסתיימים בהרג שיכול היה להימנע. פעילותם של הצוותים צפויה להקטין את הצורך באשפוז, ואת היקפי האשפוז בכפיה<sup>69</sup>. הפעלתם של מוקד החירום והצוותים צפויה לחסוך עלויות מיותרות רבות, שערכן נאמד בכ-170 מיליוני ש"ח בשנה.<sup>70</sup> להלן חישוב העלות השנתית לשירות זה<sup>71</sup>:

רכיב	סכום במיליוני ₪
עלויות שכר של הצוותים	41
מוקד פניות, סיוע טלפוני ומשלוח הצוותים	4
הוצאות נוספות	5
<b>סה"כ - צוותי חירום למתן עזרה ראשונה במצבי משבר נפשי</b>	<b>50</b>

### 53.2. צוותי משבר טיפוליים וצוותים לטיפול קהילתי אסרטיבי

**צוות משבר (Crisis Team)** הינו צוות רב מקצועי ייעודי המעניק שירות טיפול אמבולטורי ממוקד, למשך תקופה קצרה, במקום מגוריו של המטופל או במקום מתאים בסביבת חייו, לאדם החווה קושי נפשי משמעותי.

<sup>68</sup> צוותי משבר נפשי – ניתוח עלות תועלת", גדי רחנטל, מרץ 2021.

<sup>69</sup> המלצות הוועדה הבינמשרדית לטיפול בהתמודדות כוחות האכיפה והביטחון עם אנשים עם מוגבלויות, דו"ח מסכם פברואר 2021.

<sup>70</sup> ראה הערה 68.

<sup>71</sup> ראה הערה 68.

השירות מיועד למקרים בהם קיימת סבירות של ממש שאלמלא ההתערבות של צוות המשבר, המטופל היה מאושפז.<sup>72</sup> מודל ההפעלה שבמבחני התמיכה שהוצאו על ידי משרד הבריאות קצב תקופה מירבית של 30 יום למתן השירות, וביקורים לפי הצורך, שלא יעלו על ביקור אחד ליום.

עוד נכלל במבחני התמיכה הנ"ל **טיפול קהילתי אסרטיבי (ACT)**, גם הוא שירות המבוסס על צוות רב מקצועי, המגיע למטופל במקום מגוריו. במבחני התמיכה נאמר כי הטיפול האסרטיבי הינו שירות חדש שאינו מעוגן בנוהל קיים, שיתקיים במודל הפעלה דומה לזה של האשפוז הביתי (אשר יתואר להלן, בפרק חלופות האשפוז), אך נבדל ממנו בתדירות הביקורים ובמשך התקופה בה יינתן.<sup>73</sup>

הנחות לחישוב העלות הכוללת של השירותים הנ"ל:

- היקף השימוש: 25% מהיקף הקריאות לציוותי חרום, 4,375 איש לשנה.
- התעריף: נשתמש בפרמטרים של מבחן התמיכה, שהוא 700 ₪ לביקור בית, עד 30 ביקורים. נניח 22 ביקורים לאדם בממוצע.

עלות שנתית כוללת: **67 מיליוני ש"ח.**

### 53.3. השלמת הרצף הטיפולי בתחלואה כפולה

התחלואה הכפולה מתאפיינת בשילוב בין מחלת ההתמכרות למחלת נפש ומחייבת רצף טיפולי רב שלבי. העדרו של הרצף הטיפולי מביא להיקף גדול של דרי רחוב חסרי מענה. רכיבי הרצף שיפורטו להלן לא כוללים את מעני הקצה שכבר נכללו בחלק העוסק בשיקום, את המחלקות האקוטיות בבתי החולים הכלולות בעלויות של מערך האשפוז, ואף לא את הטיפול האמבולטורי שהוא חלק מהמערך המרפאתי. חשוב להדגיש כי הרכיבים/שלבים שלהלן אינם בהכרח לינאריים וחד כיווניים. התחלואה הכפולה מתאפיינת במצבים רבים של חזרה לאחור, חזרה על שלבים וכד'.

**היקף הקבוצה הדורשת מענה:** מספר המתמודדים עם תחלואת נפש קשה נאמד ב-300 אלף. ההערכה המקובלת בספרות המקצועית ועל אנשי מקצוע בישראל היא כי 50%-65% מהתחלואה הקשה בבריאות הנפש, נמנית על אוכלוסיית התחלואה הכפולה. לפיכך נאמד גודלה של אוכלוסיית התחלואה הקשה ב-150 אלף איש.<sup>74</sup>

<sup>72</sup> מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים בתחום בריאות הנפש לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה – 1985, סעיף 11.

<sup>73</sup> מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים בתחום בריאות הנפש לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה – 1985, סעיף 10.

<sup>74</sup> NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE) : Guideline scope: Severe mental illness and substance misuse (dual diagnosis): community health and social care services, 2018 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/documents/severe-mental-illness-and-substance-misuse-dual-diagnosis-community-health-and-social-care-services-final-scope> ; Dr Lesley-Ann Black, Mental ill health and substance misuse: Dual Diagnosis, Northern Ireland Assembly, Research and Information Service, Paper No. 19/21, 23 March 2021 <http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/publications/2017-2022/2021/health/1921.pdf>.

**עיקרון מתודולוגי:** אומדן התקציב הנדרש צריך להביא בחשבון מתן מענה לאוכלוסיה הקיימת, וכן מתן מענה לאוכלוסיה המתווספת מדי שנה.

### **שלב 1: טיפול בדרי רחוב (העיקרון המקובל : Housing First)**

גודל הקבוצה: הנחת אנשי המקצועהיא שיש כיום כ-20 אלף איש מתמודדי נפש שהם דרי רחוב, רובם ככולם גם משתמשי סמים.<sup>75</sup> מספר זה כולל גם את הקבוצה המצויה ברגע נתון בבתי הכלא. ההנחה היא שההיקף הקיים יטופל במהלך 10 שנים, קרי 2,000 איש בשנה יחד עם תוספת שנתית של 1,500 איש (1% מהקבוצה). סה"כ: 3,500 מטופלים.

הנחות לחישוב העלות לאדם: 360 ימי טיפול בעלות של 100 ₪ ליום.  
עלות שנתית: 81 מיליוני ₪.

### **שלב 2: מערך פרה-אשפוזי**

גודל הקבוצה: אוכלוסיה נזקקת של 90 אלף איש (60% מכלל אוכלוסיית התחלואה הכפולה). יעד סביר: 50% מהקבוצה, סגירת הפער במשך 10 שנים, תוספת של 1,000 איש בשנה. מכאן סה"כ מקבלי שירות בשנה: 5,500.  
הנחות לחישוב העלות לאדם: 90 ימי טיפול לאדם, 600 ₪ ליום.  
עלות שנתית: 297 מיליוני ₪.

### **שלב 3: מערך טיפולי לאחר גמילה**

גודל הקבוצה: 5,500 איש לשנה (ראה פרוט בשלב 2).  
הנחות לחישוב העלות לאדם: 30 ימי שהות לאדם בעלות של 700 ₪ ליום.  
עלות שנתית: 115 מיליוני ₪.

### **שלב 4: קהילה טיפולית**

גודל הקבוצה: רבע מ"בוגרי" השלבים הקודמים, 1,125 איש בשנה.  
הנחות לחישוב העלות לאדם: 270 יום לאדם, בעלות של 700 ₪ ליום.  
עלות שנתית: 213 מיליוני ₪.

<sup>75</sup> מתבסס בעיקר על שיחות עם דוד אגייב, מפעיל פתרונות דיור לדרי רחוב, ד"ר יעל דליהו סגנית מנהל בית החולים הפסיכיאטרי אברבנאל וצוות מעמותת קידום המתמחה במסגרות לתחלואה כפולה.



ריכוח העלויות השנתיות להשלמת הרצף הטיפולי בתחלואה כפולה:

סכום במיליוני ₪	מספר מקבלי טיפול לשנה	השלב ברצף
81	4,500	דיוור ראשוני לדרי רחוב
297	4,500	מערך פרה-אשפוזי
115	4,500	טיפול לאחר גמילה
213	1,125	קהילה טיפולית
<b>706</b>	<b>סה"כ – תחלואה כפולה</b>	

#### 53.4. מענים להפרעת אישיות גבולית (הא"ג):<sup>76</sup>

הפרעת אישיות גבולית היא אחת ממחלות הנפש הקשות ביותר. היא מתאפיינת ברמת פגיעה עצמית גבוהה. 80% מהחולים חווים ניסיון אובדני, מהם "מצליחים" 10-15% מהאוכלוסיה. לבתי החולים הפסיכיאטרים אין למעשה מענה, תרופתי או אחר. הטיפולים הקיימים הם פסיכולוגיים-התנהגותיים, למתמודד ולמשפחתו, בעיקר טכניקת ה-DBT. טיפולים להא"ג כמעט ולא ניתנים בישראל, בעיקר בשל העול הנפשי על המטפלים. בהעדרו של מענה טיפולי, רפואי והתנהגותי, לאוכלוסיה זו ובשל הסבל הרב הכרוך בהפרעה, למתמודדים ולמשפחותיהם, יש לתת העדפה מסוימת לקבוצה זו.<sup>77</sup>

#### היקף האוכלוסיה:

הערכה מקובלת: 0.6% מהאוכלוסיה הכללית ו-20% מהתנ"ק - 57,000 איש.<sup>78</sup>

יעד סביר למענה: 75% מהקבוצה.

קצב סגירת הפער: 8 שנים.

תוספת שנתית של 2% בהתאם לגידול האוכלוסיה: 1,140 איש.

<sup>76</sup> מקור המידע וההערכות: שיחות עם מומחים בארץ ובעולם פרופ' מירי בר הלפרן (ביה"ח מקגיל בבוסטון), אנשי מקצוע רבים בישראל; ארגון "על גלי הרגש" תרגום לעברית של הדו"ח); נייר עמדה של המועצות למניעת אובדנות והמועצה לבריאות הנפש: אשפוז אנשים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית (הא"ג); נייר עמדה נגדי של ארגוני המשפחות: "על גלי הרגש" ו"משפחות בריאות הנפש" למסמך זה. (הנייר הכולל את ההערות עבר דיון בשתי המועצות אך טרם יצא מסמך מחדש).

<sup>77</sup> תת ההתייחסות במערכת הבריאות לאוכלוסיית הא"ג נזכרה בהחלטת המועצה הלאומית לבריאות הנפש מיום 23.6.22.

<sup>78</sup> Van den Bosch, L.M.C., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L. et al. Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 15, 152 (2014). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-152>.

**להלן מספר אמצעי מדיניות אפשריים לטיפול בסוגיה זו וההוצאה בגינם:**

• **אמצעי מדיניות 1: תוספת מטפלים**

הנחות: 8,265 מקבלי שירות בשנה, 30 טיפולים לאדם ולמשפחתו, 350 ₪ למגע טיפולי.  
עלות שנתית: **87 מיליוני ₪.**

• **אמצעי מדיניות 2: השלמת רצף טיפולי קדם פתרון קצה שיקומי**

תוספת אינטנסיבית יותר למקצת ממקבלי השירות השנתי.  
הנחות: 820 מטופלים בשנה (10% ממספר מקבלי השירות השנתי), 180 יום למטופל, 700 ₪ ליום טיפול (כ-25% מהעלות בקהילה השיקומית).  
עלות שנתית: **103 מיליוני ₪.**

• **אמצעי מדיניות 3: פתרונות קצה שיקומיים ייעודיים**

עלות זאת לא נכללה בסעיף השיקום מטעם כפול: האחד, משום שמרבית מתמודדי הא"ג לא מקבלים אחי נכות נפשית בשיעור של 40%, סף הזכאות לקבלתם של שירותי שיקום (נושא המצריך בחינה, אך חורג מגבולות עבודה זאת) והשני, שבדרך כלל מדובר בפתרונות ייעודיים.  
הנחות: יש צורך בפתרונות דיור לכ- 5% מכלל האוכלוסיה, תוספת של כ-600 מקומות בטווח של 5-10 שנים. בשל המורכבות בדרכי הטיפול הונח כי התעריף צריך להיות גבוה מזה הנוהג בשיקום בדיוור, והובא בחשבון סך של 550 ₪ ליום, בדומה לקהילה משקמת.  
עלות שנתית: **119 מיליוני ₪.**

• **אמצעי מדיניות 4: קו טלפוני למצב משבר (הגעה לבית) ומוקד יעודי**

הנחות: 6,000 קריאות המצריכות הגעה למקום, 15,000 לקו הטלפוני החם.  
הנחה: חצי יום עבודה, 200 ₪, לקריאה ממוצע.  
עלות שנתית: **6 מיליוני ₪.**

להלן טבלה המציגה את ריכוז העלויות השנתיות בתחום הפרעת אישיות גבולית:

האמצעי	סכום במיליוני ₪
מטפלים ייעודיים	87
רצף טיפולי	103
תוספת פתרונות קצה	191
קווי חירום	6
<b>סה"כ הוצאה שנתית – הא"ג</b>	<b>315</b>

### 53.5. קהילות משקמות

הקהילה המשקמת הינה מסגרת מגורים באוריינטציה שיקומית, המיועדת להרחבתו של רצף השירותים למטופלים מורכבים הזקוקים לטיפול אינטנסיבי. בבתי החולים הפסיכיאטרים מאושפזים כיום כ- 920 חולים ממושכים (מאושפזים לתקופה העולה על שנה). המיטות הממושכות מהוות כרבע ממיטות האשפוז. המקום הראוי לטיפול למרבית החולים הממושכים הוא הוסטל ייעודי מכבד, הקרוי קהילה משקמת. מענה זה נדרש גם לחולים בקהילה שאין מענה לצורכיהם בשירותי השיקום.

משרד הבריאות החל בביצועו של השלב הראשון להקמתם של הקהילות המשקמות: פורסמו מכרזים, הוכרו הזוכים, וב-2023 הוחל באיכלוסן של 6 קהילות משקמות המיועדות ל-420 דיירים.<sup>79</sup>  
הנחות לחישוב העלות: 700 דיירים בעלות של 600 ₪ ליום לדייר.<sup>80</sup>

עלות שנתית: **153 מיליוני ₪.**

### 53.6. חלופות אשפוז - כללי

חלופות לאשפוז פסיכיאטרי הן תוכניות טיפול שנועדו לענות על צורכיהם של אנשים הנמצאים במצוקה נפשית חריפה, אשר הטיפול בהם היה מתבצע בשגרה באשפוז במחלקה פסיכיאטרית פעילה. ברחבי העולם התפתחו מגוון סוגים של חלופות לאשפוז פסיכיאטרי בעיקר משנות התשעים של המאה ה-20. חלופות האשפוז פועלות מחוץ לכותלי בתי החולים, ונועדו לספק אפשרות נוספת שאינה כרוכה באתגרים המזוהים עם אשפוז פסיכיאטרי: עלויות אשפוז גבוהות, פיתוח תלות רגשית בסביבת בית החולים, צפיפות ואובדן פרטיות ואוטונומיה, סטיגמה וסטיגמה עצמית ועוד. בנוסף, העומס במחלקות האשפוז הפסיכיאטריות לרוב לא מאפשר את תפירתה של חליפה אישית וטיפול תומך ואינטנסיבי, הנדרשים במצב האקוטי.<sup>81</sup>

### 53.7. חלופות אשפוז - בתים מאזנים

בתים מאזנים מיועדים לאנשים הזקוקים לאשפוז, אך מעוניינים ומתאימים לקבל טיפול במסגרת בית קהילתי. המטופל ומשפחתו מקבלים התערבות ראשונית במשבר, כל אחד לפי צרכיו, כלים להתמודדות וניהול המשבר, וכן ליווי למיצוי זכויות והכנה לשיקום. בכל בית, צוות הכולל עובדים מקצועיים מתחומי הבריאות והטיפול בבריאות הנפש וכן ומדריכים/מלווים בעלי ידע מניסיון, הכל כמפורט באמות המידה לפעולתו של בית מאזן.<sup>82</sup>  
כיום פועלים בישראל פחות מ-20 בתים מאזנים. כל בית מאזן יכול לאכלס בממוצע 10 מתמודדי נפש בכל רגע נתון, ומהווה תחליף לאשפוז בבי"ח פסיכיאטרי.

<sup>79</sup> משרד הבריאות, מכרז מס' 5/2022 להקמת והפעלת מסגרות של קהילה משקמת, תאריך פרסום 16.2.2022:

<https://mr.gov.il/ilgstorefront/he/p/4000548789>

משרד הבריאות: מכרז לאספקת שירותי שיקום בדיוור עבור נכי נפש. תאריך פרסום: 19.8.2014  
<https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/1>

<sup>80</sup> ע"פ תוצאות המכרזים בקהילות המשקמות ובתוספת 10% לשיפור תנאים, כדוגמת סטנדרט דיוור של אדם בודד בחדר.

<sup>81</sup> מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של נשרד הבריאות בקופות החולים בתחום בריאות הנפש אוגוסט 2022.

<sup>82</sup> משרד הבריאות, אגף לבריאות הנפש, חחרים ונהלים, אמות מידה להפעלת שרות בית מאזן, תאריך פרסום 1.9.2017, עדכון 17.1.2023  
<https://www.gov.il/he/departments/policies/mtl-77-001>

ההפעלה הראשונית של הבתים המאזנים מעידה לכאורה על הצלחה, המשתקפת בחוויית המטופלים ובני משפחותיהם בהשוואה לאשפוז רגיל, ובירידה בשיעורי האשפוז החוזר, דבר שיש בו גם תועלת כלכלית.<sup>83</sup>  
הנחות:<sup>84</sup>

- הבתים המאזנים יכולים להוות תחליף ל-35% ממיטות האשפוז האקוטיות, בעיקר למיטות במחלקות הפתוחות. במערך האשפוז 2,750 מיטות אקוטיות ולפיכך הבתים המאזנים יכולים לשמש חלופה ל-960 מיטות במערך האשפוז.
- בנוסף הבתים המאזנים יכולו להעניק מענה מיטבי לחולים שאינם נזקקי אשפוז, אך הבית המאזן יוכל לשפר את מצבם ולקרבתם להחלמה. אוכלוסיה זאת נאמדת ב-20% מדיירי הבתים המאזנים עבורם משמש הבית המאזן חלופת אשפוז.
- הנחות נוספות: 10 מטופלים לבית, 90% תפוסה, 30 ימי שהות למטופל.
- התעריף הנוכחי המוכר על ידי קופות החולים ומשרד הבריאות הוא 900 ₪ ליום. תעריף זה אינו מכסה את עלויות ההפעלה, ובתים רבים מצויים על סף סגירה מטעם זה. משכך, לצורך ניתוח זה הובא בחשבון תעריף בסך של 1,100 ₪ ליום למטופל.<sup>85</sup>

בהתאם לכל אלה, נדרשים 130 בתים מאזנים, במימון ציבורי מלא, בעלות של 3.6 מיליוני ₪ לבית לשנה. העלות השנתית: **468 מיליוני ₪.**

### 53.8. חלופות אשפוז - אשפוז בית פסיכיאטרי

אשפוז בית פסיכיאטרי הוא שירות אמבולטורי אינטנסיבי הניתן במקום מגוריו של המטופל, למשך תקופה מוגדרת, למטופל החווה קושי נפשי משמעותי. מטרת השירות למנוע אשפוז, לקצר את משך האשפוז בבית החולים ואף לסייע במניעת התופעה של האשפוזים החוזרים. השירות הטיפולי באשפוז בית פסיכיאטרי יינתן ע"י צוות מטפלים ייעודי ובמסגרתו תותאם למטופל תוכנית טיפול אישית.<sup>86</sup> אשפוז ביתי הוא חלופה לאשפוז בבתי החולים הדורשת השגחה צמודה של מטפל עיקרי (בד"כ בן משפחה), יחד עם ביקורת רציפה של צוות מקצועי. האשפוז הביתי מצמצם את הקושי שבשהייה בבית החולים.

הנחות:

- האשפוז הביתי מתאים לכ-15% ממצבת המיטות האקוטיות כיום (ראה פרוט בתאור הבתים המאזנים), קרי: חלופה ל-411 מיטות אשפוז. לפי משך אשפוז ממוצע של 30 יום, מדובר ב-4,932 איש בשנה.
- משך אשפוז ביתי ממוצע: 7 שבועות.

<sup>83</sup> פרסום על בית מאזן: חלופת אישפוז - בית מאזן, בטיפולנט - פורטל לשרותים פסיכולוגיים בישראל, 24.11.21 <https://www.betipulnet.co.il/articles/%D7%91%D7%AA%D7%99-%D7%9E%D7%90%D7%96%D7%9F>

<sup>84</sup> על בסיס שיחות עם ראש האגף לבריאות הנפש ומנהלי בתים מאזנים.

<sup>85</sup> על בסיס שיחות עם מנהלי בתים מאזנים.

<sup>86</sup> מבחנים לחלוקת כספים לצורך תמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים בתחום בריאות הנפש, 29 באוגוסט 2022.

- העלות על בסיס מבחן התמיכה לשנת 2022. זאת בהתייחס לממוצע בין אשפוז בית בעצימות גבוהה (3,635 ₪ לשבוע) ואשפוז בית בעצימות נמוכה (2,245 ₪ לשבוע), קרי: 2,940 ₪ לשבוע.

עלות שנתית: **102 מיליוני ₪**.

### 53.9. תמיכה במשפחות (Primary Caregivers) במצבי אשפוז ביתי

על המטפל העיקרי, בדרך כלל בן משפחה, מוטל עול כלכלי כבד. נטל זה מוגבר באשפוז ביתי, המצריך השגחה, באופן המונע מבן המשפחה להשתכר. לפיכך, על מנת לאפשר מיצוי של האוכלוסיה ביחס אליה ניתן להמיר אשפוז בבית חולים באשפוז בית, מוצע לשפות את המטפל העיקרי, במהלך תקופת האשפוז הביתי, בתמיכה כספית בגובה שכר המינימום (כ-5,600 ₪ בחודש, 25 ימי עבודה בחודש)<sup>87</sup>. הנחות: כמו בסעיף האשפוז הביתי.

עלות שנתית: **54 מיליוני ₪**.

### 53.10. מנהלי מקרה

צורכיהם של חולי התנ"ק מגוונים ומשתנים מעת לעת, ולפיכך תוכנית הטיפול מצריכה תאום ובחינה עיתיים. יש צורך בחליפה אישית, של מגוון שירותים, בתחומים שונים, בעצימות שונה בתחום בריאות הנפש, ובנוסף, בדרך כלל, גם מענה לבעיות גופניות כרוניות. כל אלה מביאים לצורך למעבר בין מסגרות וסוגי שירותים, ולצורך בתאום בין שירותים שונים הניתנים בו זמנית.

שירותי הטיפול מבחרים בין גורמים שונים, עובדי סל שיקום, קופות החולים, בתי החולים ומגוון גדול של ספקי שירותים בשיקום ובטיפול. מציאות החיים של החולה המורכב כוללת ממשקים עם גורמים נוספים, כגון המוסד לביטוח לאומי, האפוטרופוס הכללי, הפסיכיאטר המחוזי, הלשכות לשירותים חברתיים ועוד. הניווט בין אלה הוא משימה הרובצת לפתחם של חולים שיש להם נטייה טבעית להשאר מחוץ למעגלי הטיפול, בין בשל חוסר מודעות למצבם, בין בשל קשיי ניהול והתארגנות ובין בשל פגיעה במוטיבציה. מדובר במתמודדים החסרים ברובם אוריינטציה רפואית ודיגיטלית הנדרשת לצורך תכנונה ומימושה של התוכנית הטיפולית.

מורכבות הטיפולים באדם המתמודד והסבך הבריורקרטי בישראל (כולל הפיצול בין משרדי הבריאות, הרווחה והחינוך לגבי ילדים ונוער) הופך את המטפלים העיקריים, רובם ככולם הורים ובני משפחה, למנהלי ומתאמי הטיפול. זהו ניהול חסר ידע, לא יעיל, הגורם שחיקה וסבל למטפלים ולמתמודדים. באנגליה ובאירלנד מקובל שלכל מתמודד מוצמד, לכל ימי חייו, מנהל מקרה, פונקציה שתפקידה להבטיח יציבות ולפתור את מירב הבעיות הנ"ל.

<sup>87</sup> תמיכה כזו לבני משפחה המשמשים כמטפל עיקרי, לאו דווקא בסיטואציה של אשפוז ביתי, ניתנת כיום בבריטניה, אם כי בשעורים נמוכים ולשכבה הסוציאקונומית הנמוכה (ניתוח שנערך ע"י גדי רחנטל לצורך מחקר).

הנחות:

יעד סביר למתן השירות למחצית המתמודדים עם תחלואה קשה - 150,000 איש.

מספר מתמודדים למנהל טיפול : 88.150.

בהתאם לכך נדרש כ"א בהיקף של 1,000 איש.

עלות משרה: 250 אלפי ₪ לשנה.

עלות שנתית: 250 מיליוני ₪.

### 53.11. מניעת אובדנות

התקציב הנוכחי לפעולות מצילות חיים אלו הוא כ-20 מיליוני ₪ בשנה, כשלעיתים קרובות משרד הבריאות מסב למעלה ממחציתו לנושאים אחרים. הצרכים והאפשרויות לפעולות אפקטיביות רבים, אך גם כאן נדרשת תוכנית ספציפית.

ההנחה הצנועה לצורך עבודה זאת הינה שמירתו של מלוא התקציב הקיים בסך **20 מיליוני ₪** תוך ניצולו למטרות של מניעת אובדנות.

### 53.12. בסיס מידע

מערך בריאות הנפש סובל מהיעדר כרוני במידע. השנתון הסטטיסטי לבריאות הנפש, שגילונו האחרון מתייחס לשנת 2021, מכיל נתונים חלקיים בלבד.<sup>89</sup> המידע הנוגע לברה"נ שבאתר משרד הבריאות אינו מתעדכן וקיימת בעיה קשה של נגישות למידע חיוני של צרכני השירותים בברה"נ. למיטב ידיעתנו גם ביחס למידע שאינו פומבי, קיים מחסור בנתונים במימדים שונים: סטטיסטי, דמוגרפי, אפידמיולוגי, קליני, מחקרי, כלכלי ועוד. חסרה הגדרה מוסכמת של תחלואת הנפש הקשה ורשם אינטגרטיבי שלה (רשם SMI). אין תאום והזנת מידע מבוקרת מהקופות למשרד. ללא מידע לא ניתן לעשות תכנון אמיתי ואפקטיבי. בעלות נמוכה למדי ניתן להביא לשיפורים משמעותיים. הדבר מחייב, כמובן, תכנון נפרד. סעיף צנוע זה חיוני למימוש מרבית הסעיפים שפורטו.

הערכה ראשונית: **30 מלש"ח לשנה**.<sup>90</sup>

סכום זה צריך לשרת הקמת רשם SMI בעלות של 15 מלש"ח לשנה ועוד סכום דומה לסקרים, ניתוחים שונים, הנגשה.

<sup>88</sup> ע"פ הנתונים הרשמיים של שירותי הבריאות באנגליה, NHS, וכן שיחות עם מומחים מהארץ שהתמחו באנגליה, הסטנדרט שם הוא 100 מתמודדים למנהל.

<sup>89</sup> בריאות הנפש בישראל - שנתון סטטיסטי 2021 (משרד הבריאות, 2023).  
<https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/mtl-yearbook-2021>

<sup>90</sup> ניתוח של העלויות הנדרשות להקמה ותחזוקה של רשם SMI מצוי בדו"ח של ועדת משנה של המועצה הלאומית לברה"נ בראשות פרופ' אמיר קריבוי - "בריאות הגוף ובריאות הנפש בישראל, ניתוח מצב קיים והמלצות". הניתוח נעשה על ידי חבר הועדה, הכלכלן גדי רחנטל.

54. להלן טבלה מסכמת של ההוצאה הנדרשת בגין השירותים והמענים החסרים שפורטו לעיל (סדר הסעיפים אינו משקף סדר עדיפויות כלשהו):

קטגוריה	תיאור השירות	סכום במיליוני ₪
טיפול במצבי משבר	התערבות במצבי חרום	50
	צוותי משבר טיפוליים וטיפול אסרטיבי בקהילה	61
טיפול בתחלואות ספציפיות	השלמת הרצף הטיפולי בתחלואה כפולה	706
	הפרעת אישיות גבולית	315
קהילה משקמת	קהילה משקמת	153
חלופות אשפוז	בתים מאזנים	468
	אשפוז ביתי	102
	תשלום למטפלים הביתיים באשפוז הביתי	54
אחר	מנהלי מקרה	250
	מניעת אובדנות	20
	בסיס מידע	30
	<b>סה"כ הוצאה שנתית עבור שירותים ומענים חסרים</b>	<b>2,215</b>

55. סיכום - התמהיל הרצוי להוצאה הציבורית בבריאות הנפש בישראל

55.1. בהמשך לניתוח שהוצג בפרק זה ולניתוח הרכב התקציב (בפרק בנושא הרכב והיקף ההוצאה הציבורית על בריאות נפש בישראל), להלן טבלה המציגה את המצב הקיים במונחי שנת 2022, את התוספת הנדרשת, ואת המצב הראוי לאחר ההוספה. מכאן, יחולץ גם התמהיל הרצוי להוצאה הציבורית בבריאות הנפש בישראל:

מצב ראוי אחרי תוספת		תוספת נדרשת	מצב קיים (2022)		הרכיב במערך בריאות הנפש
%	סכום (מיליוני ₪)	סכום (מיליוני ₪)	%	סכום (מיליוני ₪)	
25%	2,493	566	47%	1,927	מערך האשפוז
20%	1,996	1,426	14%	570	הטיפול המרפאתי בקהילה
34%	3,459	2,086	33%	1,373	מערך השיקום
21%	2,206	2,206	0%	0	שירותים ומענים חסרים
0%		*(243)	6%	243	שונות (לא ממוין)
<b>100%</b>	<b>10,154</b>	<b>6,041</b>	<b>100%</b>	<b>4,113</b>	<b>סה"כ הוצאה על בריאות הנפש בישראל</b>

\* ההפחתה משום שחלק הארי של הסכום הנל הוטמע ברכיבי מערך בריאות הנפש האחרים.

55.2. הפרוט שניתן עד כה הוא של סעיפי ההוצאה. ניתן למיין את ההוצאה הראויה בהתאם לסוג השירות. בטבלה שלהלן מובאת חלוקה של סעיפי ההוצאה. מובן שלעיתים יש שרירותיות בשיוך לקטגוריות.

**פילוח סעיפי ההוצאה והצרכים לפי קטגוריות של שירות (מיליוני ₪)**

סוג ההוצאה	מצבים משבריים	טיפול אינטנסיבי	רוטיני - מרפאתי	שיקום בקהילה	אחר	סה"כ
בתי חולים		2,243	250			2,493
מרפאות בקהילה			1,996			1,996
שיקום				3,459		3,459
צוותי חרום	50					50
התערבות במשבר	61					
תחלואה כפולה		297	115	213	81	706
הא"ג	6	103	87	119		315



סוג ההוצאה	מצבים משבריים	טיפול אינטנסיבי	רוטיני - מרפאתי	שיקום בקהילה	אחר	סה"כ
קהילה משקמת				153		153
בתים מאזנים		4468				468
אשפח ביתי		102				102
מטפלים באשפח ביתי		54				54
מנהלי מקרה					250	250
מניעת אובדנות	20					20
מידע					30	30
<b>סה"כ</b>	<b>143</b>	<b>3,264</b>	<b>2,448</b>	<b>3,944</b>	<b>361</b>	<b>10,154</b>
<b>התפלגות</b>	<b>1%</b>	<b>32%</b>	<b>25%%</b>	<b>39%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>

55.3. בפרק זה נעשה ניתוח של המבנה הראוי לתמהיל העלויות הציבוריות בבריאות הנפש בגישת Bottom Up. הניסיון מראה כי גישה זו מניבה תוצאה מצרפית רצויה (גודל העוגה) שהיא גבוהה מהמתקבל בגישת Top Down, שהוצגה בפרק הקודם, המאמצת מדדים כלליים מהשוואות בין לאומיות, כדוגמת שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות הנפש מתוך כלל ההוצאה הציבורית לבריאות. יתרונה העיקרי של השיטה של Bottom Up הוא ביחס לקביעת המבנה הראוי של תמהיל העלויות (חלוקת העוגה), דבר שיש קושי בהשגת הנתונים עבורו, ולפיכך לא ניתן לבצעו על בסיס השוואה עם מדינות אחרות. כך גם בנייתו הנוכחי. התוצאה הכוללת היא שלמערכת קיים צורך בתוספת תקציב של **5.7 מיליארד ₪ ביחס לנתוני 2022, גידול של 139%**, אשר יביא את ההוצאה הציבורית בבריאות הנפש לשיעור של 13.9% מההוצאה הציבורית בבריאות. זהו יעד כולל שנראה שאפתני לעשור הקרוב, שצריך, ביחס להשוואה למדינות אירופה, לעמוד על 10-12%.

55.4. אולם, הניתוח מניב תוצאות מעניינות ביחס לשינוי בחלוקת העוגה. עיקר השינוי ביחס למצב הנוכחי הוא ירידה משמעותית במשקלו של מערך האשפח, מקרוב למחצית ההוצאה לכרבע ממנה, שיעור המשקף את הממוצע במערב אירופה. מנגד נוסף פלח גדול של מענים חסרים, רשימה ארוכה של סעיפים שכיום כמעט ואינם מקבלים מענה (בעיקר העדר מענים לרצף הטיפול הנדרש לתחלואה כפולה ולהפרעת אישיות גבולית ומענים חוץ אשפחיים למצבי משבר נפשי), אשר חלקם הכולל בתמהיל צריך להיות כ-24%, דומה לזה של האשפח. מערך השיקום צריך להיות רכיב ההוצאה הגדול ביותר, כשליש מכלל ההוצאה. חשוב להדגיש כי

השירותים החסרים הם כולם שירותים קהילתיים והקצאות לקהילה. הדבר בהלימה עם המגמות התכנוניות והשינויים במערך הציבורי בבריאות הנפש במדינות המפותחות.

55.5. התוצאה שהתקבלה ממחישה כי עיקר ההוצאה הציבורית צריכה להיות בשירותים בקהילה, וזאת על בסיס ניתוח הצרכים ולא רק מתוך גישה עקרונית. במענים החסרים יש משקל רב לאוכלוסיות גדולות שכיום כמעט ולא מקבלות מענה כלשהו, במיוחד התחלואה הכפולה והפרעת אישיות גבולית, וכן ביטוי להעדרם של מענים חוץ אשפוזיים למצבי משבר נפשיים החסרים ברצף הטיפול. החלק היחסי הראוי למערך האשפוז, רבע מכלל ההוצאה הציבורית, מתאים למקובל במדינות המפותחות, בהן עיקר מאמצי הפיתוח והשינוי הם בכיוון הקהילה, כפי שעולה מפרק הסקירה הבין לאומית.

55.6. לתמהיל שהתקבל משמעות גם בתכנון ההתקדמות על ציר הזמן. על החשיבה והתכנון האינטגרטיביים להיות דו שלביים. בשלב ראשון, בכל תקופה, יקבע סך התוספת להגדלת העוגה, ובשלב תכנוני שני חלוקתה של התוספת, בהתחשב במבנה התמהיל שהתקבל. באופן זה יישמר העיקרון של ראייה כוללת של כלל מרכיבי המערכת, וימנע ככל האפשר מצב של הקצאה על בסיס מוקדי כוח והשפעה.

55.7. בטבלה הבאה נציג את החיבור בין הגישות. מגישת ה-Top-Down בפרק הקודם ניקח את הסכום הרצוי להוצאה על בריאות הנפש בישראל כתוצאה מההשוואה למדינות מפותחות בעולם (כ-7.8 מיליארד ₪), ומגישת ה-Bottom-Up ניקח את התמהיל הרצוי (בטבלה לעיל) לצורך חלוקתו בין רכיבי השירות השונים. להלן החיבור בין השיטות, הגידול הנדרש בהוצאה והחלוקה החדשה בין הרכיבים:

מצב רצוי		מצב קיים (2022)		הרכיב במערך בריאות הנפש
%	סכום (מיליוני ₪)	%	סכום (מיליוני ₪)	
25%	1,950	47%	1,927	מערך האשפוז
20%	1,560	14%	570	הטיפול המרפאתי בקהילה
34%	2,652	33%	1,373	מערך השיקום
21%	1,638	0%	0	שירותים ומענים חסרים
0%		6%	243	שונות (לא ממוין)
<b>100%</b>	<b>7,800</b>	<b>100%</b>	<b>4,113</b>	<b>סה"כ הוצאה על בריאות הנפש בישראל</b>

55.8. מהטבלה לעיל ניתן לראות כי סכום ההוצאה על מערך האשפוז נשאר כמעט זהה (אך יהיו בו כאמור פחות מיטות אשפוז). כל הגידול הנדרש יושקע במענים הניתנים בקהילה, הן במערך השיקום, הן בטיפול המרפאתי

בקהילה והן ביצירת מענים חסרים נוספים שגם הם מוגדרים כחלק מהשירותים הניתנים במסגרת הקהילה. העדפת הקהילה כעת אינה רק עניין של השקפת עולם, אלא תוצאה של ניתוח הצרכים.

## האתגרים בפניהם עומדת מערכת בריאות הנפש בישראל

56. על פי מה שהוסבר ונותח בפרקי העבודה הקודמים, לא יהיה זה מופרז לומר כי המערך הציבורי של הטיפול בבריאות הנפש נמצא ברכיבים רבים שלו בקריסה. בפרקים הקודמים ניתחנו בעיקר את ההיבטים הכספיים-תקציביים של הבעיה. הגדרנו את ההיקף הכולל הראוי להוצאה הציבורית בבריאות הנפש ("גודל העוגה", ומכאן הגדרת המחסור הכולל כהפרש בין המצב הקיים לרצוי) ואת המבנה והחלוקה הפנימית בין השירותים השונים, הקיימים והחסרים ("פלחי העוגה"). אך לא די בכך, בכדי להבריא את מערך בריאות הנפש. בחלק זה נגדיר באופן איכותי את האתגרים העיקריים בפניהם ניצבת המערכת, זאת מעבר למשאבים הכספיים הנחוצים לה למתן שירות בסטנדרטים סבירים כמקובל במדינות המפותחות. חלק מהדברים כבר הזכרו או נרמזו, אך יש ערך להצגתם במרוכז. בכל אחד מהנושאים ינותח המחסור בתמציתיות, ולאחר מכן יוגדר האתגר.

57. להלן האתגרים:

### 57.1. העמדת פתרונות למשבר כח האדם

זוהי הבעיה המיידית, החמורה והמאיימת ביותר על המערכת. למרות שהיא הזכרה בחלקים שונים של העבודה, ראינו לנכון להתייחס אליה בראיה כוללת ולפרט יותר.

המחסור בכח אדם מקצועי בשירות הציבורי בבריאות הנפש הוא בעל אופי משולש.

היבט ראשון: מחסור אקוטי באנשי המקצוע במדינה במספר תחומים במערכת. הבעיה חריפה במיוחד בפסיכיאטריה. על פי משרד הבריאות היו בישראל ב-2020 כ-1,400 פסיכיאטרים, וההערכה היא כי רק 900-1,000 מהם פעילים. הבעיה תלך ותחריף בשנים הבאות. בחומש הקרוב יגיעו עוד 40-50% מהם לגיל פרישה. מדובר בשכבת הגיל שברובה נכנסה למעגל המקצועי עם גל העלייה מברה"מ לשעבר ב-1990. כניסת מתמחים למערכת היא בשעורים נמוכים הרבה יותר, עד 50 איש בשנה. מקצוע הפסיכיאטריה נתפש כלא אטרקטיבי ללומדי הרפואה. הסיבות לכך רבות: המצב הפיזי הירוד של המתקנים בכל מערך השירות, עומס העבודה והשחיקה הנפשית הכרוכה במקצוע, העדר ההילה הטכנולוגית בהשוואה למקצועות הרפואה האחרים, העומס לא מאפשר פינוי זמן למחקר ולהתקדמות במסלול האקדמי. בהכללה מנקודת מבטו של מתמחה פוטנציאלי, קיים מאזן שלילי בין המאמץ והשחיקה לבין התועלת מתנאי העבודה, התגמול והמעמד. הבעיה קיימת, בהיקפים פחותים, גם בפסיכולוגיה הקלינית. כאן מדובר במסלול הכשרה ארוך הנמשך 9 שנים (בהעסקה מלאה) ועד 11 שנים כשהעסקה חלקית כתוצאה מהעדר תקנים.

ההיבט השני: קשור בנטישה ואי הצטרפות לשירות הציבורי לטובת הסקטור הפרטי. הסיבה העיקרית היא פערי תגמול ניכרים, פעמים רבות של מאות אחוזים. הבעיה קיימת בכל הסקטורים המקצועיים, והיא חריפה במיוחד אצל הפסיכולוגים והפסיכותרפיסטים וכן במקצועות השיקום. לכך מתווספים התנאים הפיזיים

והשחיקה.<sup>91</sup> בעיית השחיקה במקצועות אלו חריפה במיוחד בתחלואה הכפולה ובהפרעת אישיות גבולית. לסקטור הציבורי ברפואה יש יתרונות בכך שיש בו קבוצת התייחסות ותמיכה, חשיפה לחדשנות ועוד. ואולם כיום מתגמדים יתרונות אלו מול החסרונות ובראשם פערי ההכנסה.

נוסף לכך, קיימים פערים משמעותיים בתחום השיקום, בין תקן כוח האדם לבין מצבת כוח האדם בפועל, גם בכל הנוגע לעובדים שאינם מקצועיים כגון מדריכי שיקום. על פי הנוהג כיום עובדים אלה לא נדרשים להכשרה מוקדמת ומשתכרים, דרך כלל, שכר מינימום. בנייתה של תשתית ראויה ומקצועית מצריכה הכשרה בסיסית כתנאי סף ותגמול בגין וותק והשתלמויות. אלה חיוניים גם בשים לב לשחיקה המאפיינת את התפקיד, ועל מנת להקים אופק מקצועי לשדרת העובדים בתחום.

ההיבט השלישי: הוא התחרות הפנימית בין הסקטורים בבריאות הנפש על כח האדם המצומצם שהולך ומצטמצם. הרפורמה הביטוחית העבירה את האחריות לטיפול המרפאתי לקופות החולים. כתוצאה מכך נוצרו אצלן ביקושים לכח אדם מקצועי. לקופות מערכת העדפות משלהן למקצועות הרפואיים השונים והן גם מסיטות כח אדם בין התחומים. בנוסף בשנים האחרונות מתחילים להתפתח מענים נוספים, כגון הבתים המאזנים, שאף להם צורך בכח אדם מקצועי. נוצרה איפוא תחרות חזקה על ההון האנושי. במצב של איזונים בין ההיצעים לביקושים יש חיוב רב בתחרות כזו, והיא יכולה להוות תמריץ לשיפור השרות. ואולם כאשר "השמיכה" הכללית קצרה מידי, הדבר יוצר אי יציבות כללית. בעגה המקצועית התופעה מכונה קניבליזציה.

כל הבעיות הללו חמורות במיוחד באזורי פריפריה.

לפיכך בסוגיית כח האדם המקצועי ניצבת המערכת בפני האתגרים הבאים:

- הגדלת האטרקטיביות של מקצועות בריאות הנפש השונים והיפוך המגמה לכיוון של מאזן-הצטרפות חיובי
- עזירת הדימום של היציאה ואי ההצטרפות לשרות הציבורי תוך צמצום בפערי התגמול בין הסקטורים.
- תכנון והכוונה של כח האדם מתוך ראייה כוללת של צרכי המערכת ומיזעור התחרות הפנימית.
- התייחסות מיוחדת ומתן העדפה לפריפריה.

## 57.2. נתונים ומידע

כפי שכבר הזכר בפרוט הצרכים הכספיים, נתונים עקביים ומעודכנים הינם תנאי הכרחי לכל תכנון, קביעת מדיניות ורגולציה על ביצוע המדיניות. האגף לבריאות הנפש וכן אגף כלכלה במשרד הבריאות, פועלים ללא בסיס מידע מהימן. נפרט רק מקצת הבעיות בנושא:

- העדר הגדרה מוסכמת ורחבה לתחלואת נפש קשה.

<sup>91</sup> הסתדרות הפסיכולוגים מסרה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2019 כי להערכתה חסרים כ-1,770 תקנים של פסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי. בשנת 2019 העריך האגף לבריאות הנפש את המחסור בכ-400 פסיכותרפיסטים (פסיכולוגים ועובדים סוציאליים).

- העדר רשם של תנ"ק במרבית הקופות ובמערכת המרכזית. ידע בסיסי על היקפי האוכלוסיות לא קיים, אלא רק אומדנים, שמהימנותם ותקפותם חלקיים מאד וללא עדכונים שוטפים על ציר הזמן.
- העדר מידע מסודר לגבי היקפי התורים חמני ההמתנה בשירות המרפאתי תוך פילוח לפי קופות ולפי אזורים גאוגרפיים.
- העדר הגדרות ונתונים מסודרים לגבי הרשומה השיקומית.
- אספקה חלקית של מידע מהקופות למשרד ולהפך.
- העדר מידע כלכלי על ההקצאות התקציביות, על ביצוע התקציב ועל ההוצאה המבוצעת על ידי הקופות.
- אין דיווח מסודר על ביצוע של נהלים שונים (לדוגמא: נוהל קשירות ונוהל משפחות בבתי החולים).
- חסר מידע בנוגע למימדי המיצוי של שירותים שונים וניתוח של החסמים לצריכת השירותים, ובהם שירותי השיקום.<sup>92</sup>

בפני מערכת בריאות הנפש ניצב איפוא האתגר של בניית מערך מידע מודרני ומקיף שיוכל לשרת כהלכה את קביעת המדיניות ואת הבקרה על מימושה.

### 57.3. זרימת המידע ונגישות המידע

הקשיים בזרימת המידע הם רב מימדיים. נציין כמה מהם:

- זרימה ונגישות מידע לגבי המתמודד המטופל במעבר בין מסגרות/מטפלים שונים.
- זרימת מידע בין מטפלים שונים המתמודד בו זמנית (לדוגמא: גורמי טיפול וגורמי שיקום).
- זרימת מידע בין המטה לגורמים המטפלים.
- זרימת מידע בין המשרד לבין קופות החולים.
- זרימת מידע בתוך המטה בין אגף בריאות הנפש לאגף כלכלה.
- זרימת מידע למתמודדים ולמשפחות ביחס לזכויות ולדרכי מיצוי.
- מיעוט שקיפות והעברת ידע ומידע לציבור הרחב וכתוצאה מכך שיתוף ציבור ברמה ובאפקטיביות נמוכים.

מכאן שבנוסף לשיפור במערך המידע ניצב בפני המערכת האתגר של זרימה שוטפת, מעודכנת ושקופה של מידע נגיש בכל "הצינורות".

### 57.4. הרחבה, העמקה והגדלה של זמינות השירותים והמענים תוך הבטחתו של רצף טיפולי ברמת הפרט

אתגר זה כבר פורט ואופיין בהרחבה בפרק על ההרכב הכלכלי של תמהיל השירותים.

<sup>92</sup> ראה גם: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, חסמים במיצוי הזכות לסל שיקום לנכי נפש בקהילה (מרכז המחקר והמידע, כנסת, 2023).

## 57.5. יצירה והפנמה של תמריצים כלכליים נכונים

במערך הציבורי בבריאות הנפש קיימים לשחקנים השונים תמריצים לא מתאימים, לעיתים אף שליליים. הדבר מביא לפעולה שלא בהתאם ליעדי השירות וההתייעלות של המערכת כולה ומשבש את הסינרגיה בין חלקיה.

נביא באופן תמציתי כמה דוגמאות לתמריצים כלכליים בעייתיים:

- מודל הקפיטציה (המבטא את נוסחאות ההקצאה של המשאבים הציבוריים בין קופות החולים) לא מתמרץ את הקופות להתחרות על מתמודדי נפש, בהיות הטיפול בתחלואות הנפש יקר מאד, ארוך שנים ועתיר כח אדם. הדבר מקטין את המוטיבציה של הקופות לפתח את שירותי בריאות הנפש. זוהי בעיה מהותית בשורש הרפורמה הביטוחית מ-2015.
- קופות החולים רואות בעלות האשפוז הוצאה קבועה, לכן אין להן תמריץ כלכלי בפיתוח חלופות אשפוז ושירותים המקטינים ימי אשפוז.
- לבתי החולים יש אינטרס לתפוסה מלאה, כי רק כך יכסו את עלויות ההפעלה. הדבר יוביל אותם להתנגד לפיתוח שירותים של טיפול אינטנסיבי שאינם אשפוז.
- לנותני השירות בתחום השיקום אין תמריץ כלכלי לשיפור ולהעמקת השירות.
- לממשלה, משרדי הבריאות והאוצר, אין כל תמריץ להוצאת מכרזים אפקטיביים לשירותים השונים, שהיא המממנת שלהם. במיוחד נכונים הדברים לגבי שירותי השיקום, כשעל קפיאתו כבר הורחב בתאור המערכת.

בפני מערך בריאות הנפש ניצב איפוא האתגר של בחינה מקיפה של עקרונות הפעולה הכלכליים שלו, כך שהגורמים השונים (מממנים-מבטחים, נותני שרות, ממשלה) יפעלו לאור מערך תמריצים ההולם את מטרות המערכת, ליצירתה של הסינרגיה הנדרשת בין רכיביה. הסינרגיה נחוצה הן לצורך טיפול מיטבי במתמודד והן להגברת היעילות הכלכלית.

#### 57.6. אינטגרציה בין בריאות הגוף ובריאות הנפש בקופות החולים

למרות מאמצים שנעשים בנושא, עדיין רב המפריד על המאחד. זו סוגייה חשובה במיוחד בגלל עצימות התחלואות הפיזיות אצל מתמודדי הנפש. תוחלת החיים של המתמודדים נמוכה בלמעלה מ-10 שנים בהשוואה לאוכלוסיה הכללית - פערים גדולים אלה הינם כתב אשמה מוסרי כנגד המדינה והחברה. בפני הקופות ומשרד הבריאות ניצב האתגר של הרחבת הסינכרון בין בריאות הגוף ובריאות הנפש במטרה לצמצמם באופן דרסטי את פערי הבריאות ותוחלת החיים בין האוכלוסיה הכללית לבין מתמודדי הנפש.

#### 57.7. הפחתת הנטל הכלכלי המוטל על כתפי המשפחות

כפי שכבר הזכר, תמונת הראי של המחסור במשאבים ובמענים ציבוריים היא נטל כספי גבוה המוטל על כתפי המשפחות המשמשות כמטפל עיקרי. להערכתנו, שעור ההוצאה הפרטית בבריאות הנפש גבוה בעשרות אחוזים יותר מאשר בבריאות הכללית. המעמסה על המשפחה, בכל המשימות המוטלות עליה עקב חולשת המערכת והחסר במענים, מובילה להקטנת ההכנסות של המשפחה כתוצאה מירידה בשיעור ההשתתפות בכוח העבודה ומירידה בפריון. נגזרת מיידית של הבעיה היא הגדלת אי השוויון. החל מ-2015 עת הוחלה הפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, בריאות הנפש נכללת בשירותים הניתנים לכל באמצעות קופות החולים, וכמוסדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ששם לו למטרה לפעול להגדלת השוויון בשירותי הבריאות. ואולם, בבריאות הנפש המצב הפוך והוא פועל דווקא להגדלת אי השוויון. יש חשיבות לפעול להפחתת הנטל על המשפחות ולהגדלת השוויון גם כאתגר ישיר.

#### 57.8. החדשנות הטכנולוגית

ככלל השירותים בבריאות הנפש הם עתירי כח אדם ואינם עתירי טכנולוגיה. שתי מגמות היוצרות הזדמנויות טכנולוגיות. האחת: המעבר ליותר שירותים הניתנים בבית המתמודד מוביל לאתגרים והזדמנויות בהכנסת רכיבים דיגיטליים לשירות. יש כאן גם פוטנציאל התייעלות להקטנה מסויימת בעתירות העבודה. השניה: מהפכת הבינה המלאכותית מייצרת הזדמנויות לא מעטות. בשלב זה נראה שהתחומים שיכולים להנות מכך ראשונים הם האבחון, הסיעוד וחלק משירותי הטיפול הראשוניים. ואולם כמו במהפכות טכנולוגיות רבות, יש מגבלה לדמיון בחיזוי האפשרויות. חשוב להדגיש כי הבינה המלאכותית מעלה אתגרים אתיים רבים, אולי בתחום בריאות הנפש במיוחד.

#### 57.9. האינטגרציה הבין משרדית במתן השירותים

מקוצר היריעה עבודה זאת והמלצותיה אינם עוסקים בסוגיות של מימון השירותים בבריאות הנפש ובפיצול בין משרדי הממשלה באחריות לשירות. אולם פטור בלא כלום אי אפשר, לפחות בהגדרת האתגר. הפיצול בין משרד הבריאות, האחראי למוגבלויות הפסיכיאטריות, לבין משרד הרווחה, האחראי על כל שאר המוגבלויות, גורם לכך שמתמודדים ומשפחות בהיקפים גדולים ומשמעותיים מוצאים עצמם נופלים בין הכיסאות וכמעט בהעדר מענים. נציין במיוחד שלוש קבוצות גדולות: האחת: מתמודדים עם ריבוי מוגבלויות, שהצרוף הנפוץ ביותר אצלם הוא מוגבלות נפשית ומוגבלות אחרת. הראשונה באחריות משרד הבריאות, האחרת באחריות

משרד הרווחה. הקבוצה השניה: מתמודדים עם תחלואה כפולה. הגמילה באחריות משרד הבריאות והשיקום בטיפול הרווחה. השלישית: ילדים ונוער, הסובלים מפיצול משולש באחריות בין משרדי הבריאות, הרווחה והחינוך. מעבר למחסור אקוטי במענים, יש כאן גם בירוקרטיה לא יעילה ומתישה. לכל משרד תהליכי אישור ודרישות אחרות. המטפל הראשוני, קרי המשפחות, נשחקות בין המשרדים.<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup> באנגליה אוחדו שרותי הבריאות והשירותים החברתיים למשרד אחד בו שרותי הרווחה מהווים אגף במשרד הבריאות והשירותים החברתיים. האחדת השירותים בנושאים הקשורים בבריאות הנפש, שהיו מפצלים עד אז, היוותה מניע מרכזי למהלך. מאז טיפול בנושאי התחלואה הכפולה וריבוי המוגבלויות מכונסים תחת אותם אגפים במערכת המשולבת.



## עיקרי ההמלצות

58. ואלה עיקרי ההמלצות:

- 58.1. אימוצה של תוכנית לאומית, אסטרטגית, כוללת למערך בריאות הנפש בישראל, כולל המשאבים הנדרשים ליישומה, תוספת של כ-4 מיליארד ש"ח לסכום ההוצאה הדימו, אשר תביא אותו לסטנדרטים המקובלים במדינות המפותחות. מימושה של תוכנית זו יביא בהדרגה לשינוי בתמהיל ההוצאה הציבורית, להגדלת חלק השירותים בקהילה, שירותי השיקום ושירותי טיפול חוץ אשפוזיים החסרים ברצף השירותים, ולהקטנת נטל ההוצאה הפרטית.
- 58.2. התוכנית האסטרטגית תכלול את כל הרכיבים החסרים שצויינו, ובכלל זה מתן מענה בקהילה למצבי משבר קיצון לרבות מענים חוץ אשפוזיים, מענים מתמחים החסרים היום הן בטיפול והן בשיקום וגיוונום של המענים להשלמתו של הרצף הטיפולי, עבור מתמודדי הנפש ומשפחותיהם.
- 58.3. פרק מרכזי בתוכנית יעסוק בנושא ההון האנושי וכוח האדם המקצועי. אולם, מתחייבת גם פעולה מיידית לעצירת הדימום בכוח האדם על מנת למנוע סכנת קריסה של רבים מרכיביה.
- 58.4. יצירתו של בסיס נתונים רלוונטי, בכל הרמות, לצורך תכנון, בקרה, ומתן שירות יעיל ואיכותי. חלק אינטגרלי מהמלצה זו קשור בהנגשת המידע לכל הגורמים הפועלים, לכלל מקבלי השירות ולציבור כולו.
- 58.5. שינוי בכללי הפעולה ובמערך התמריצים שיעמדו בפני כל הגורמים הפועלים במערכת: הרגולטור, הגורמים המממנים ונותני השירות. התמריצים והכללים החדשים יניעו לפעולה לקידום ההיקף והאיכות של השירותים, תוך סינרגיה פנימית ומיזעור ניגודי האינטרסים.
- 58.6. עיקרון תכנוני מרכזי בהקצאת המשאבים המדורגת צריך להיות התקדמות מקבילה למלוא רוחב החזית אל המבנה הרצוי, ומתוך ראייה כוללת, והמנעות מהעדפה על בסיס כוח.
- 58.7. עקרון תכנוני מרכזי נוסף יהא הנגשת השירותים למתמודדים, מתן מעמד ומענה לצורכיהם של בני המשפחה המשמשים מטפל עיקרי והבטחתו של רצף טיפולי ברמת הפרט.
- 58.8. יש לצאת בדחיפות למכרזים בתחום השיקום, אשר יגדירו סטנדרטים מתקדמים, וכל זאת תחת תעריפים מתאימים.
- 58.9. בחינת אפשרויות לשימושים בבניה מלאכותית ובדיגיטציה.

59. **לסיכום:**

המערך הציבורי בבריאות הנפש סובל ממחסור מתמשך במשאבים כספיים (ועתה גם במשאבי כח אדם) ופועל תחת מאפיינים כלכליים נחותים משמעותית מהמקובל במדינות המתקדמות. רכיבים רבים נמצאים על סף קריסה. העבודה הגדירה את ההיקף הראוי להיקף ההוצאה הציבורית ואת תמהיל הרכיבים הסביר, אשר יגדיל את משקל השירותים הניתנים בקהילה. כמו כן הגדיר המסמך את החוסרים המרכזיים במערכת יחד עם המלצות על עקרונות פעולה. אלו צריכים להעשות תחת תוכנית לאומית כוללת, יחד עם פעולות הצלה מיידיות.

## נספח 1 – רשימת מרואיינים

שם	תפקיד
ד"ר טל ברגמן	ראש אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות במועד הראיון
אבי אורן	יו"ר המועצה הארצית לשיקום
פרופ' שמואל הירשמן	מנהל בי"ח לב-השרון ויו"ר פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים
ד"ר גלעד בודנהיימר	ראש תחום בריאות הנפש, קופ"ח מכבי במועד הראיון וראש אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות כיום.
פרופ' פסח ליכטנברג	פסיכיאטר, המרכז הירושלמי לבריאות הנפש

## נספח 2 - מועצות לאומיות – המלצות לאסטרטגיית העל 2032

הנקודות המרכזיות העוסקות באתגרים ובצרכים הקיימים במטרה להסטת מרכז הכובד מבתי החולים לקהילה:

- שילוב של המרכזים הפסיכיאטרים כחלק ממרכזים רפואיים כלליים הינו חלק הכרחי של מערכת הבריאות ובריאות הנפש.
- קידום מסגרות שיקום קהילתיות על מנת לעמוד בסטנדרט המקובל ולצמצם אשפוזים.
- ייעוד חלק מתקציב השיקום לפיתוח וחדשנות וריכוז מאמץ מצד האגפים השונים במשרד הבריאות לקידום המכרזים תוך הקפדה על תמחור ריאלי ושיתוף ציבור.
- הקמת ועדה אסטרטגית בין משרדית לצורך בנייה מחדש של הקשר אל מול משרד הרווחה ממודל של "חלוקת אחריות" למודל של "אחריות משותפת". יצירת שיתופי פעולה שישפיעו על מערך המענים הלא בריאותיים הניתנים לאוכלוסיות, בדגש על מניעת תחלואה באוכלוסיות בסיכון.
- פיתוח מודלים אמבולטוריים למצבי קצה כטיפול אסרטיבי קהילתי (act) וצוותי התערבות במשבר במטרה ליצור מענה קהילתי שיוריד משמעותית את הצורך באשפוזים, בעיקר אלו שבכפיה (דבר המגביר את הטראומה הנפשית).
- פריסת השירותים האשפוזיים והקהילתיים, הטיפוליים, המניעתיים, ההתערבותיים והשיקומיים, חלוקה טובה של השירותים על מנת לענות על הצרכים הגאוגרפיים, על צרכים הספציפיים לכל מצב ולהתחשב ברצון המטופל ובני משפחתו.
- בנייה של מערכת גדלה וצומחת - מענים נקודתיים במקומות ובתחומים הנזקקים לכך. כל זאת יתאפשר עם הגדלת המערכת והתקנים מחד ועידוד אנשי המקצוע להגיע למערכת ולהישאר בה.
- תיעוד הפסיכיאטריה כמקצוע מועדף או כמקצוע במצוקה והאצלת חלק מתפקידי הרופא לעוזרי רופא שהוסמכו לכך.
- פיתוח תחומי ההתמחות, הרחבה והתאמה של ההתמחות לקהילה סביב השירותים ההולכים ומתפתחים.
- קידום התמחויות נדרשות: חסרים למערכת האשפוז כ- 40 תקני עו"ס ו-כ- 30 תקני ריפוי בעיסוק. לצורך המעבר החלק בין המערכת האשפוזית למערכת השיקומית.
- קידום מעמד עוזרי רופא - האצלת חלק מתפקידי הרופא לאנשי מקצוע שהוכשרו לכך, תוך הדרכה ופיקוח צמודים יכולים למלא חלק מהמחסור העמוק בשעות פסיכיאטר.
- עידוד מעבר של שירותים מבתי החולים לקהילה ולבית המטופל.
- אסדרת נושא בני משפחה מטפלים.
- עיצוב הקשר בין גורמי השיקום עם קופות החולים לטובת יצירת רצף בין משתקמים למניעה בהמשך רצף החיים.
- טכנולוגיות טיפוליות לא תרופתיות.

## נספח 3 – הרכב תקציב בריאות הנפש בישראל - חלוקה לפי קטגוריות (באורים)

**שיטה 1 – חישוב ההוצאה הציבורית השנתית על טיפול מרפאתי בקהילה עפ"י הסל האמבולטורי שעמד בבסיס הרפורמה - מקדמי התאמה ל-2022:**

מדד יוקר הבריאות:

סעיף 9(ב)(1) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי "עלות הסל לקופות מתעדכן מדי שנה בשיעור עליית מדד יוקר הבריאות... מרכיבי מדד יוקר הבריאות יהיו כמפורט בתוספת החמישית".

התוספת החמישית לחוק מפרטת ארבעה רכיבים למדד יוקר הבריאות: מדד השכר (58%), מדד המחירים לצרכן (23%), מדד המחירים הסיטונאיים לתרופות (17%) ומדד מחירי תשומות הבניה (2%).

בצו שאושר בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בתאריך 1 בפברואר 2006, בוטל משקלו של מדד המחירים הסיטונאיים לתרופות שעמד על 17% ובמקומו עלה משקלו של מדד המחירים לצרכן מ-23% ל-40%.

בחישוב מטה ניתן לראות את השפעתו של כל אחד מהרכיבים על מדד יוקר הבריאות ביחס לשינוי שנעשה בו בין השנים 2012-2022<sup>94</sup>:

רכיבים	% שינוי	משקל	השפעה על מדד יוקר הבריאות
מדד השכר	22%	58%	13.0%
מדד המחירים לצרכן	6%	40%	2.5%
מדד תשומות הבניה	21%	2%	0.4%
<b>סה"כ השינוי במדד יוקר הבריאות</b>			<b>15.9%</b>

**שיטה 2 – חישוב לפי מספר מגעים- אופני ההתקשרות בין הקופות לבין מטפלים**

ייתכנו שלוש צורות אפשריות להתקשרות של הקופה מול מטפל:

<sup>94</sup>חישוב השינוי במדדים:

מדד השכר

<https://www.btl.gov.il/Medinyut/GeneralData/Pages/%D7%A9%D7%9B%D7%A8%20%D7%9E%D7%9E%D7%95%D7%A6;%D7%A2.aspx>

מדד המחירים לצרכן – <https://www.boi.org.il/he/dataandstatistics/pages/Series.aspx>

מדד מחירי תשומות הבניה - <https://www.boi.org.il/he/dataandstatistics/pages/seriessearchbysubject.aspx?Level=3&slid=14>

- העסקת המטפל כשכיר בקופה – שכר משולם בהתאם להיקף המשרה וקופ"ח נושאת בתקורות הנלוות (שכירות, תחזוקת מבנה ואדמיניסטרציה). הטיפול ניתן במרפאות של הקופות ואין השתתפות עצמית של המטופל.
- התקשרות מול ספק שירות – הטיפול ניתן ללא השתתפות עצמית וקיימים שלושה סוגי ספקים:
  - מטפלים הקשורים בהסכם כספק שירות ומעניקים טיפול במתקני הקופה. נכון למועד כתיבת דוח המבקר 2020, המטפל מקבל תשלום של כ-230 ₪ עבור כל טיפול, ומסכום זה גובה הקופה כ-10% עבור תקורות, כלומר, סך של כ-265 ₪.
  - עמותות הקשורות בהסכם כספק שירות והקופה משלמת בהתאם להסכם ביניהם סכום דומה לסכום שצוין בסעיף הקודם (כ-265 ₪ כולל תקורות).
  - מרפאות בבתי החולים לבריאות הנפש בהתאם להסכם ביניהם.
- מטפל עצמאי – המטפל מבצע את הטיפולים בקליניקה הפרטית שלו. בחלק מקופות החולים מקבל המטפל מהקופה כ-100 ₪ לטיפול, ונוסף על כך את דמי ההשתתפות העצמית שמשלם המטופל, ובחלקן הקופה מעבירה למטפל העצמאי את מלוא עלות הטיפול וגובה דמי השתתפות עצמית מהמטופל. גובה ההשתתפות העצמית, המעודכן לאוגוסט 2019, הוא 59 ₪ לאבחון ו-142 ₪ לכל מפגש של טיפול פסיכותרפי (כ-570 ₪ בחודש).

## שיטה 2 – חישוב לפי מספר מגעים - התאמה לשנת 2022

במטרה לבצע את ההתאמה לשנת 2022 חושב השינוי במדד יוקר הבריאות בהתאם לתאריך האחרון ממנו נלקחו הנתונים בדוח המבקר, אוגוסט 2018.

- להלן חישוב השינוי במדד יוקר הבריאות (אוגוסט 2018 - ינואר 2022):

רכיבים	% שינוי	משקל	השפעה על מדד יוקר הבריאות
מדד השכר	7%	58%	3.8%
מדד המחירים לצרכן	3%	40%	1.1%
מדד תשומות הבניה	9%	2%	0.2%
<b>סה"כ השינוי במדד יוקר הבריאות</b>			<b>5.1%</b>

## נספח 4 - כלכלת השיקום בבריאות הנפש<sup>95</sup>

1. גודלו של סעיף השיקום וחשיבותו מצדיקים העמקה במבנה הכלכלי שלו כולל התייחסות לציר הזמן.
2. מטרת הניתוח שלהלן היא לאפיין את ההוצאה הציבורית לשיקום נכי נפש בקהילה ולנסות להבין מגמות ושינויים בשנים 2018 - 2022. מקורות הנתונים הם תקציב השיקום כפי שמופיע בפרוט לפי תקנות בתקציב משרד הבריאות, מצגות שהציגו במהלך שנים אלו ממונות השיקום באגף בריאות הנפש, בפני המועצה הארצית לשיקום ובפני ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.<sup>96</sup> נעשתה התאמה בין המקורות השונים.
3. שלוש הערות מתודולוגיות:
  - 3.1. הנתונים לעבודה מבוססים בין השאר על מצגות של ממונות השיקום בפורומים שונים, ללא אפשרות לבקורם. עם זאת נמצאה הלימה בין סך העלויות בחלוקה לפי סעיפים (כפי שדיווחו ממונות השיקום) לבין סך תקציבי השיקום בתקציב משרד הבריאות.<sup>97</sup> ביחס לנתונים על מספר מקבלי השירות בסעיפים השונים אין בידי כותב הניתוח דרך לבקר אותם. ככל הנראה נתונים אלה מבוססים על דיווחי הספקים, ולפיכך קשיים בבקרה על נתונים אלו (למשל מסיבות של אי התאמה בין הגידול המשמעותי של מערך השיקום ממועד הקמתו, לבין מספר התקנים לצורך רגולציה, שספק אם השתנה לאורך השנים) יכולים להשפיע על הממצאים.
  - 3.2. השינויים בין השנים העולים מהניתוח רגישים לשינויים בתמהילים הפנימיים של השירותים.
  - 3.3. העבודה מתארת ומנתחת את ההוצאה הציבורית לשירותי שיקום בבריאות הנפש, קרי הנתונים בפועל. אין כאן ביטוי לאי הלימה בין התעריפים לסטנדרטים הרצויים.

## 4. ההוצאה הציבורית לשיקום ומספר מקבלי סל שיקום 2018-2020

- 4.1. הנתונים הכספיים במיליוני ₪ ומתואמים למחירי 2022 ע"פ מדד תשומות הבריאות.<sup>98</sup>

<sup>95</sup> נספח זה הוא חלק מעבודה בנושא שנערכה ע"י הכלכלן גדי רחנטל.

<sup>96</sup> מצגת "מעריך השיקום בבריאות הנפש 2016-2019", רונית דודאי – ממונת שיקום ארצית, מצגת במושב פתיחה של המועצה הארצית לשיקום, 26.6.2019; בתיה לייזנר, ממונת שיקום באגף ברה"נ במשרד הבריאות, דיונים בוועדת העבודה והרווחה בכנסת ביום 16.1.2023 וביום 13.2.2023 בנושא "שיקום בקהילה, דיור ומסגרות תעסוקה למתמודדי נפש".

<sup>97</sup> נתוני סך השיקום בכל השנים הם על פי: תקציב וביצוע הוצאות הממשלה בתקציב השוטף לכל שנה, אגף החשב הכללי במשרד האוצר.  
<sup>98</sup> כפי שמפרסם הלמ"ס ונמצא בקובץ פרמטרים ומדדים של אגף אסטרטגיה במשרד הבריאות.

לוח 1					
2018	2019	2020	2021	2022	
1,084	1,139	1,241	1,306	1,373	הסכום (מלש"ח)
27,413	29,269	30,982	32,921	35,751	מקבלי הסל (אנשים)
39,543	38,915	40,056	39,671	38,404	הסכום לאדם

4.2. מהלוח עולים הממצאים הבאים:

4.2.1. ההוצאה הציבורית לשיקום עלתה בחמש השנים הללו ב-27%.

4.2.2. מספר מקבלי סל-שיקום עלה מכ-27 לכ-36 אלף איש. גידול של 33%, כ-2,100 איש תוספת נטו לשנה ממוצעת.

4.2.3. הסכום לאדם מקבל שירות, שהוא אומדן לערך הכספי של סל השירותים, ירד בששת השנים מכ-40 לכ-38 אלף ש"ח, ירידה ראלית של 3%. הדבר נמצא במתאם עם הסייגנלים המגיעים מהשטח.

#### 5. הרכב ההוצאה לשיקום והתפלגות מקבלי השירות לפי סוג השירות

5.1. בחלק זה של הניתוח נתייחס, לשם הקלה על הקריאה והניתוח, לשתי שנים מייצגות במרווחים של שלוש שנים זו מזו, 2019 ו-2022. נתוני 2022 הם אומדן שנעשה על בסיס המגמות בשנים קודמות.

#### 5.2. התפלגות ההוצאות לפי סוגי שירות

הנתונים במלש"ח ומתואמים לסכומים הכוללים לפי לוח 1 לעיל.

2019		2022 (אומדן)		
%	סכום (מלש"ח)	%	סכום (מלש"ח)	
57%	646	57%	783	דיוור
23%	258	25%	343	תעסוקה
20%	235	18%	247	אחר
<b>100%</b>	<b>1,139</b>	<b>100%</b>	<b>1,373</b>	<b>סה"כ</b>

הערה: הסעיף "אחר" כולל את מקבץ השירותים הבא (הנתונים הכספיים הם ההוצאה התקציבית באותו סעיף בשנת 2019 במיליוני ₪ ובסכומים מעוגלים): חברה ופנאי (75), סומכות (50), חונכות (35), השכלה (15), תאום טיפול (20), דנטלי (15), יעוץ משפחות (20), נגישות ובי"ס לשיקום (20).

#### 6. התפלגות מקבלי השירות לפי סוג השירות

הערת הבהרה מתודולוגית: כיון שמתמודדים רבים מקבלים יותר מרכיב אחד, הרי ברור שסך מקבלי השירות יהיה כאן גבוה ממקבלי סל השיקום (לוח 1), והוא מבטא יחידות של אדם/שירות.

2019		2022		
מקבלי שירות (איש)	%	מקבלי שירות (איש)	%	
21,350	34%	25,566	36%	דיוור
20,050	32%	23,471	33%	תעסוקה
13,860		13,420		אחר: פנאי וחברה
2,520		4,354		תאום טיפול
2,250		2,351		השכלה
3,320		*2,458		חונכות וסמך
21,950	34%	22,583	31%	סה"כ אחר
63,350	100%	71,620	100%	סה"כ אדם/שירות

\* כנראה שינוי בהגדרות

ממצאי הלוח:

- מספר המקבלים שירותי דיוור הוא כ-25.6 אלף ב-2022, עליה של 20% בהשוואה ל-2019.
- שירותי תעסוקה ניתנים ב-2022 לכ-23.5 אלף איש, גידול תקופתי של 17%
- השירותים האחרים ניתנים לכ-22.5 אלף איש. סביר להניח כי חלק מהאנשים מקבלים יותר משירות אחד בתוך הסעיף.



## נספח 5 – סקירה בינלאומית – מקורות

### אנגליה

- [https://www.researchgate.net/publication/251406837 Economics mental health and policy An overview](https://www.researchgate.net/publication/251406837_Economics_mental_health_and_policy_An_overview)
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Mental\\_health\\_in\\_the\\_United\\_Kingdom#England](https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health_in_the_United_Kingdom#England)
- [https://en.wikipedia.org/wiki/National\\_Health\\_Service\\_\(England\)#Mental\\_health\\_services](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England)#Mental_health_services)
- <https://www.longtermplan.nhs.uk/areas-of-work/mental-health/>
- <https://www.gov.uk/government/news/mental-health-recovery-plan-backed-by-500-million>
- <https://www.centreformentalhealth.org.uk/blogs/responding-governments-mental-health-and-wellbeing-recovery-plans>
- [https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/Mentalhealthfundingreport2\\_0.pdf](https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/Mentalhealthfundingreport2_0.pdf)
- <https://www.england.nhs.uk/mental-health/taskforce/imp/mh-dashboard/>
- <https://www.ice.co.il/career/news/article/832466>
- <https://www.statista.com/chart/5753/the-most-psychiatrists-per-capita/>
- [https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw\\_54403-3\\_0.pdf](https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_54403-3_0.pdf)
- <https://questions-statements.parliament.uk/written-questions/detail/2020-06-04/54973>
- <https://www.bbc.com/news/uk-england-44039996>
- <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf>
- <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-advice/IAPT/iab-velibra-sad-publication.pdf>
- <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-advice/improving-access-to-psychological-therapies--iapt-/submitting-a-product-to-iapt#published-IABs>
- <https://www.sprc.org/news/england-england%E2%80%99s-mental-health-experiment-no-cost-talk-therapy>

## נורבגיה

- [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/nor.pdf?sfvrsn=cfa468b1\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/nor.pdf?sfvrsn=cfa468b1_6&download=true)
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_in\\_Norway#cite\\_ref-Psykisk\\_helsevern\\_i\\_spesialhelsetjenesten\\_18-0](https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Norway#cite_ref-Psykisk_helsevern_i_spesialhelsetjenesten_18-0)
- <https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Norway.pdf>
- <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway#ensuring-quality-of-care>
- <https://www-oecd-ilibrary-org.rproxy.tau.ac.il/docserver/9789264208469-8-en.pdf?expires=1668344274&id=id&acname=ocid41024303&checksum=A25388E0A6089EB57AA6410A2B68F176>
- [https://www.researchgate.net/profile/Marian-Adnan/publication/280620715\\_Improving\\_Child\\_and\\_Adolescent\\_mental\\_health\\_services\\_in\\_Norway\\_Policy\\_and\\_results\\_1999-2008/links/55bf2b6c08aed621de122053/Improving-Child-and-Adolescent-mental-health-services-in-Norway-Policy-and-results-1999-2008.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marian-Adnan/publication/280620715_Improving_Child_and_Adolescent_mental_health_services_in_Norway_Policy_and_results_1999-2008/links/55bf2b6c08aed621de122053/Improving-Child-and-Adolescent-mental-health-services-in-Norway-Policy-and-results-1999-2008.pdf)
- <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2005/0011/ddd/pdfv/233840-mentalhealthweb.pdf>
- [https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/europopp\\_full\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/europopp_full_en_0.pdf)
- <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- [https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/europopp\\_full\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/europopp_full_en_0.pdf)
- <https://www.statista.com/chart/5753/the-most-psychiatrists-per-capita/>
- <https://www.ice.co.il/career/news/article/832466>
- <https://news.walla.co.il/item/3411065>
- <https://www.statista.com/statistics/1298457/norway-health-care-expenditure-mental-health-hospital/>
- <https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/boost-for-the-mental-health-and-substance-abuse-fields/id2930561/>
- <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappingsplan-psykisk-helse/id2907606>
- <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-forebyggings-og-behandlingsreform-pa-rusfeltet/id2905279/>
- <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen2023/id2900655/>

- <https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/boost-for-the-mental-health-and-substance-abuse-fields/id2930561/>
- [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/che.pdf?sfvrsn=27491eb2\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/che.pdf?sfvrsn=27491eb2_6&download=true)

### **שוויץ**

- <https://www.statista.com/statistics/1298462/switzerland-health-care-expenditure-mental-health-hospital/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734901/>
- <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201700412>
- <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland>
- <https://www.thelocal.ch/20191018/swiss-government-rolls-out-plan-for-better-mental-health-care>

### **צרפת**

- [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/fra.pdf?sfvrsn=d415922a\\_6&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/fra.pdf?sfvrsn=d415922a_6&download=true)
- <https://www.connexionfrance.com/article/French-news/French-health-minister-Agnes-Buzyn-announces-extra-40m-fund-for-mental-healthcare>
- <https://www.statista.com/statistics/1298310/france-health-care-expenditure-mental-health-hospital>
- <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>
- <https://www.expatica.com/fr/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-the-french-healthcare-system-101166/#Mental>
- <https://link-springer-com.rproxy.tau.ac.il/content/pdf/10.1057/s41253-020-00133-7.pdf>
- <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2022/08/Mental-health-and-suicide-during-the-pandemic-Series-France.pdf>

## אוסטרליה

- [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mental-health-atlas-aus-2020-country-profile.pdf?sfvrsn=4df8cd3e\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mental-health-atlas-aus-2020-country-profile.pdf?sfvrsn=4df8cd3e_2&download=true)
- <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/expenditure-on-mental-health-related-services>
- <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/budget-2021-22-stakeholder-pack.pdf>
- <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/budget-2021-22-stakeholder-pack.pdf>
- <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/budget-2021-22-stakeholder-pack.pdf>
- <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/budget-2021-22-stakeholder-pack.pdf>
- <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/budget-2021-22-stakeholder-pack.pdf>
- <https://www.aihw.gov.au/mental-health/overview/australias-mental-health-services>
- <https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/residential-services>

## קנדה

- <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html>
- [https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_Canada#cite\\_note-60](https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Canada#cite_note-60)
- <https://mentalhealthcommission.ca/about>
- <https://campusmentalhealth.ca/literature/changing-directions-changing-lives/>
- [https://www.researchgate.net/publication/291054566\\_Changing\\_Directions\\_Changing\\_Lives\\_The\\_Mental\\_Health\\_Strategy\\_for\\_Canada](https://www.researchgate.net/publication/291054566_Changing_Directions_Changing_Lives_The_Mental_Health_Strategy_for_Canada)
- [https://www.researchgate.net/publication/291054566\\_Changing\\_Directions\\_Changing\\_Lives\\_The\\_Mental\\_Health\\_Strategy\\_for\\_Canada](https://www.researchgate.net/publication/291054566_Changing_Directions_Changing_Lives_The_Mental_Health_Strategy_for_Canada)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675542/>
- <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0840470420933911>

- <https://globalnews.ca/news/8401417/provinces-federal-government-increase-mental-health-funding>
- <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics>
- <https://www.thestar.com/news/canada/2021/05/26/half-of-canadians-referred-for-mental-health-counselling-are-waiting-nearly-a-month-for-care-new-cihi-data-reveals.html>
- <https://www.eopa.ca/sites/default/uploads/files/Ontario%20Needs%20Psychiatrists%20FINAL%20-%20August%207%2C%202018.pdf>

#### פינלנד

- <https://www-oecd-ilibrary-org.rproxy.tau.ac.il/docserver/5jz1591p91vg-en.pdf?expires=1671621332&id=id&acname=ocid41024303&checksum=E4C4AB517BBEC809F9D26D3B4DB9D346>
- [https://www.researchgate.net/publication/322378518\\_Mental\\_health\\_law\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/322378518_Mental_health_law_in_Finland)
- <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/finland/75-mental-health>
- <https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Finland.pdf>

#### בלגיה

- <https://www-oecd-ilibrary-org.rproxy.tau.ac.il/docserver/9789264187566-en.pdf?expires=1671715896&id=id&acname=ocid41024303&checksum=EBC217FBE64F530532D1FACBD1F00116>
- <https://www-tandfonline-com.rproxy.tau.ac.il/doi/pdf/10.3109/09540261.2012.690337?needAccess=true>
- <https://www.expatica.com/be/healthcare/healthcare-services/mental-healthcare-in-belgium-1872854>
- <https://ja-implementation.eu/mental-health-reform-in-belgium/>
- <https://www.statista.com/statistics/1116021/average-waiting-time-first-consultation-mental-health-center-flanders>
- <https://www.statista.com/statistics/1298523/mental-health-and-substance-abuse-facility-expenditure-in-belgium>
- [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/blikvanger\\_gezondheidszorg\\_ggz\\_en\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/blikvanger_gezondheidszorg_ggz_en_0.pdf)
- [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_318\\_Mental\\_Health\\_care\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318_Mental_Health_care_Report_0.pdf)
- <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10488-018-0910-x.pdf?pdf=button%20sticky>

- [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/365607/gpb-mental-health-belgium-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/365607/gpb-mental-health-belgium-eng.pdf)
- <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/reform-107-belgiums-transition-community-based-approach-mental-healthcare>
- <https://www.walshmedicalmedia.com/proceedings/the-belgian-reform-in-mental-health-care-where-are-we-now-a-short-overview-and-state-of-progress-35718.html>