

1974-2024

50



מאירס ג'וינט
ברוקדייל

**כיצד מממנות מערכות
בריאות את שירותי בריאות
הנפש וכיצד הן שולטות
בהוצאות, ובפרט בהוצאות
על שירותי אשפוז
פסיכיאטרי אקוטי:
תגובה מהירה לוועדת
הקאפ הפסיכיאטרי 2024**

רות וייצברג

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | אייר תשכ"ד | מאי 2024

תקציר

מחקר מהיר זה בחן כיצד מממנות מערכות הבריאות במדינות עשירות נבחרות את שירותי בריאות הנפש וכיצד הן שולטות בהוצאות ובפרט בהוצאות על אשפוז פסיכיאטרי אקוטי. המדינות שנבחרו הן קנדה, פינלנד, דנמרק, אנגליה, גרמניה וישראל. מומחים בכל מדינה אספו נתונים על קיומם של תקציבים ייעודיים לבריאות הנפש, על מנגנונים לקביעת רמות ההוצאה על אשפוז פסיכיאטרי, על שיטות תשלום לאשפוז פסיכיאטרי ועל כלים לקידום פיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה. המחקר מצא כי מערכות עם ביטוח בריאות לאומי (ממלכתי) (NHI) כמו ישראל וגרמניה אינן מקצות תקציבים ייעודיים לבריאות הנפש אך קובעות תקרות הכנסה לבתי חולים פסיכיאטריים כדי לשלוט בהוצאות האשפוז. לעומת זאת, מערכות שירותי בריאות לאומיים (NHS) לעיתים מקצות תקציבים ייעודיים לבריאות הנפש שמגבילים באופן אינהרנטי את הוצאות האשפוז. יש מגוון שיטות תשלום, כך שתקציבים גלובליים נפוצים יותר במערכות NHS, ותשלומים לפי יום אשפוז עם תקרות הכנסה נהוגים במערכות NHI. קידום שירותי בריאות הנפש בקהילה דורש השקעות ייעודיות לכך, ולא רק שליטה בהוצאות האשפוז. המדינות מיישמות כלי מדיניות מגוונים לרבות קביעת תקציבים, יצירת מנגנוני תשלום וקידום תוכניות לפיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה כדי לממן ולווסת בה בעת את ההוצאות על בריאות הנפש באשפוז ובקהילה. קובעי המדיניות יכולים לשקול אימוץ גישות רב-צדדיות המותאמות למבני המימון של מערכות הבריאות שלהם.

דברי תודה

אנו מודים לפרופ' שרי גליד על הייעוץ בנוגע לתבנית לאיסוף נתונים וממצאים. אנו מודים לעמיתינו שאספו את הנתונים למחקר זה בשמנו: שרה אלן ודיוויד רודולר (קנדה), מרג'ה-ליסה לאוקקונן, טווקה הולסטר, טארו האולה, ג'אנה סוביסארי, ליינה-קאיסה טיקקן (פינלנד), אסטריד גאנצהורן אריקסן (דנמרק), מארק דיין (אנגליה), ווילם קוונטין (גרמניה).

תוכן עניינים

1	1. רקע
1	2. מטרה
1	3. שיטות
2	4. ממצאים
7	5. דיון ומסקנות
8	מקורות

1. רקע

ב-7 באוקטובר 2023, פתח ארגון הטרור חמאס במתקפת פתע על יישובי עוטף עזה ופרצה מלחמת 'חרבות ברזל'. בעקבות המלחמה עלה משמעותית הצורך בשירותי בריאות הנפש, כספי ציבור הופנו למלחמה ונשקל קיצוץ בתקציבי השירותים הציבוריים. בד בבד משרד הבריאות מתכנן להרחיב את היצע שירותי בריאות הנפש, במיוחד בקהילה, וכן לרסן את ההוצאות על שירותי אשפוז פסיכיאטרי או לפחות לשלוט בהן. משרד הבריאות פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וביקש לערוך מחקר מהיר שמטרתו ללמוד מן הניסיון הבין-לאומי על מימון הוצאות בתחום בריאות הנפש.

2. מטרה

ללמוד מן הניסיון הבין-לאומי כיצד מממנות מערכות בריאות הוצאות בתחום בריאות הנפש ושולטות בהן, ובפרט הוצאות על שירותי אשפוז פסיכיאטרי אקוטי.

3. שיטות

מחקר מהיר זה נערך בשיטה איכותנית. יצרנו תבנית אחידה לאיסוף נתונים שאפשרה להשוות ביניהם באמצעות שאלות על מימון שירותי בריאות הנפש ואשפוז פסיכיאטרי אקוטי (ראה שאלות בקופסה 1 להלן). כדי ללמוד ממדינות עם משאבים והקשרים דומים לישראל, דגמנו כמה מדינות שבהן שיעור מיטות הטיפול האקוטי הפסיכיאטרי וכוח האדם דומה: קנדה (מחוז אונטאריו), פינלנד, דנמרק ואנגליה. בכל המדינות הללו יש מערכות שירותי בריאות לאומיים (National Health Service – NHS), ולכן אספנו נתונים גם מגרמניה, כדי ללמוד ממדינה שבה מערכת בריאות עם ביטוח בריאות לאומי (ממלכתי) (National Health – NHI Insurance) וקופות החולים בה מתחרות זו בזו, כמו בישראל. מומחים מן המדינות שנדגמו הזמנו לאסוף את הנתונים עבורנו על ידי מענה על שאלות התבנית. חילצנו את הנתונים מן התבניות ואספנו אותם בלוח מסכם. לאחר מכן ניתחנו את הנתונים, השוונו ביניהם וסיכמנו את הממצאים.

קופסה 1: שאלות למחקר מהיר בנושא מימון שירותי בריאות הנפש ואשפוז פסיכיאטרי

- א. האם יש תקציב ייעודי לטיפול בבריאות הנפש במדינה? איך הוא קשור לתקציב הבריאות הכולל? אילו שירותים כלולים בתקציב הייעודי (האם נותרו שירותי בריאות נפש מחוץ לתקציב הזה)?
- ב. האם יש תקציב ייעודי לטיפול פסיכיאטרי אקוטי? האם טיפול זה ניתן אך ורק על ידי מוסדות ציבוריים (במימון ציבורי)? [נשאל מכיוון שיש מוסדות פסיכיאטריים פרטיים במקומות מסוימים, שהם מחוץ לתקציב]
- ג. אם כן, כיצד נקבע התקציב לשירותי בריאות הנפש/אשפוז פסיכיאטרי אקוטי במדינה?
- ד. אם לא, האם ההוצאה על שירותי בריאות הנפש מוגבלת בדרך כלשהי? כיצד?
- ה. האם מספר המיטות מוגבל או מוסדר, או נקבע בנפרד?
- ו. האם שירותי בריאות הנפש באשפוז משולמים ישירות על ידי הביטוח הציבורי או שהם ממומנים מתקציב נפרד?
- ז. כיצד הגורמים המממנים (כגון קופות חולים, המבטח הציבורי, מערכת הבריאות הלאומית) משלמים עבור שירותי אשפוז פסיכיאטרי אקוטי? לדוגמה לפי יום אשפוז, תקציב גלובלי, תשלום לפי אבחנה (Diagnosis Related Group – DRGs), תשלום לפי שירות (Fee For Service – FFS)
- ח. האם יש תקרה או מנגנון שמגבילים את ההוצאה הציבורית על אשפוז פסיכיאטרי? אם כן, כיצד זה מוגדר?
- ט. האם בתי חולים פסיכיאטריים ממלאים תפקיד בפיתוח חלופות אשפוז בקהילה?
- י. האם ישנם כלים כלכליים לקידום פיתוח שירותי בריאות נפש בקהילה? למשל, תמריצים לפיתוח שירותי אשפוז כחלופה לטיפול באשפוז או לקיצור משך האשפוז הפסיכיאטרי?

4. ממצאים

בישראל, הקאפ קובע את מסגרת התקציב לאשפוז פסיכיאטרי לכל גורם משלם (קופת חולים). הקאפ נקבע על בסיס נתוני שימוש בעבר ומספר המיטות הפסיכיאטריות. מדינות אחרות קובעות גם הן תקציבים ברמת הגורם המשלם, אך בדרך כלל תקציבים אלו אינם מיועדים לבריאות הנפש או לאשפוז פסיכיאטרי. יוצאת הדופן היא גרמניה, שלה שיטת תקצוב וקאפ דומה לזו של ישראל.

לוח 1 מסכם את הממצאים בכל מדינה.

הן בגרמניה (שבה כאמור מערכת בריאות עם ביטוח בריאות ממלכתי וקופות חולים מתחרות), הן במדינות שבהן מערכות בריאות לאומיות (אנגליה, דנמרק, פינלנד, קנדה), הגורמים המשלמים (אזורים או קופות חולים) מקבלים את התקציב למערכת הבריאות מן הממשלה באמצעות נוסחת הקצאה (קפיטציה). במערכות הבריאות הלאומיות אין תקציב ייעודי לבריאות הנפש או לטיפול פסיכיאטרי באשפוז. הגורמים המשלמים (אזורים) חופשיים לקבוע איזה חלק מן התקציב יוקדש לבריאות הנפש. החלטה זו מתקבלת בדרכים שאינן שקופות: בסיס היסטורי, משא ומתן או תיעדוף מדיניות. באנגליה יש תקציב מינימום לכל שירותי בריאות הנפש. למעט קנדה, במדינות הנסקרות, לאזורים אין תקציב ייעודי לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי.

לגרמניה יש תקציבים אינדיקטיביים לבריאות הנפש ותקציבים אינדיקטיביים ספציפיים לטיפול בקהילה ולאשפוז, אך אלו אינם תקציבים ייעודיים. בפועל, תקציבים אלו קובעים שתי תקרות (קאפ) – לטיפול בקהילה ולאשפוז. תקרת הטיפול בקהילה קובעת "נפח" שירותים מקסימלי שעובדי בריאות הנפש יכולים לחייב כל קופת חולים. נוסף על כך ישנם תקציבים פרטניים למרפאות בריאות הנפש (שהם מיועדים במיוחד לרופא או פסיכולוג). כדי לחרוג מן התקציב המרפאתי, רופאים פסיכיאטרים או פסיכולוגים נדרשים לאישור מקופת החולים כדי לספק את השירות. הקאפ באשפוז הפסיכיאטרי דומה לזה הישראלי. מעבר לתקרה, קופת החולים משלמות את תעריף יום האשפוז בהנחה של 85% (בית החולים מקבל 15% מן התעריף). התקרה נקבעת על בסיס הכנסות בשנה הקודמת, עלויות חזויות ותקנון לאינפלציה רפואית.

מספר המיטות (ושיעורן לאוכלוסייה) ירד משמעותית במשך הזמן בכל המדינות. מגמה זו הייתה חלק ממדיניות מכוונת להסטת הטיפול הפסיכיאטרי לקהילה, שכן אין ראיות חותכות לכך שטיפול באשפוז יעיל יותר מטיפול בקהילה. כמו כן אין ראיות חותכות לכך שרמת המומחיות או סוג המקצוע של המטפל משפיעים על מועילות הטיפול.

ההוצאות על בריאות הנפש אינן מוגבלות באף מדינה באופן ישיר למעט בגרמניה. בקנדה הוצאות אלו מוגבלות על ידי קביעת התקציב לאשפוז הפסיכיאטרי, ובאנגליה "תחרות" עם שירותי בריאות אחרים היא הגורם המגביל. נוסף על כך באנגליה ובדנמרק התקציב או זמינות הספקים הם הגורמים המגבילים.

כל המדינות שבהן מערכות בריאות לאומיות משלמות לאשפוז פסיכיאטרי באמצעות תקציבים גלובליים, אך לא ברור כיצד תקציבים אלו נקבעים. אך לא אחת מן המדינות האלה מיישמת קאפ המגביל את שירותי האשפוז הפסיכיאטרי, וההוצאה על אשפוז פסיכיאטרי מרוסנת על ידי התקציב, באמצעות ניהול הנחיות קליניות או היצע. גרמניה משלמת לבתי חולים פסיכיאטריים לפי יום אשפוז, מתוקנן לתמהיל המטופלים (אבחנה, חומרת מחלה, קבוצות גיל) וכן לפי קודים לשירותים מסוימים (קודי OPS), למשל לטיפול קבוצתי. תעריף יום האשפוז יורד עם משך האשפוז (הימים הראשונים יקרים יותר). כאמור, גרמניה קובעת קאפ לבתי חולים.

בתי החולים אינם מעורבים רבות בפיתוח טיפול בקהילה. חלקם עושים זאת בעקיפין על ידי קיצור משך האשפוז והעברת הטיפול לקהילה. בקנדה ובגרמניה בתי החולים מספקים טיפול פסיכיאטרי במרפאות חוץ ובקהילה. מרבית המדינות מקדמות פיתוח של שירותי בריאות נפש בעיקר על ידי הקצאת כספים ייעודיים לתוכניות מיוחדות, או שינוי מדיניות ההפניות כך שתהיה העדפה לטיפול בקהילה.

לוח 1: ממצאים מאיסוף הנתונים, לפי מדינה

שאלות	ישראל	גרמניה	פינלנד	דנמרק	אנגליה	קנדה
האם יש תקציב ייעודי לבריאות הנפש?	לא	ישנם "תקציבים אינדיקטיביים" לכל תחומי הבריאות, כולל שירותים בקהילה ובתי חולים פסיכיאטריים. תקציבים אלו משמשים בסיס לחישוב התעריף הבסיסי של ה-DRGs	לא. המחוזות מקבלים את תקציב הבריאות הכולל מן הממשלה. השירותים המוצעים עשויים להשתנות בין המחוזות, מכיוון שהחקיקה אינה קובעת סל שירותים מפורט. בריאות הנפש לעובדים וסטודנטים ממומן על ידי המוסד לביטוח סוציאלי/ לאומי של פינלנד (Kela)	לא. האזורים והממשלה (משרד האוצר) מנהלים משא ומתן כדי לקבוע את תקציב הבריאות השנתי הכולל. התקציב מוקצה לאזורים לפי נוסחת הקצאה (קפיטציה), אך אין תקציב ייעודי לבריאות הנפש	לא ככזה. לכל אזור יש תקציב מינימום לבריאות הנפש. התקציב כולל את רוב השירותים, הן בעולם האשפוז הן בקהילה	לא
האם יש תקציב ייעודי לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי?	לא	כן, התקציב האינדיקטיבי לעיל	לא	לא	לא	כן, הכספים מחולקים לספקי השירות: יש תקציב לבתי חולים פסיכיאטריים, והוא נפרד מתקציב בריאות הנפש בקהילה
כיצד נקבע התקציב לשירותי בריאות הנפש / אשפוז פסיכיאטרי אקוטי במדינה?	אין תקציב ספציפי, קופות החולים יכולות להשתמש בכספי הקפיטציה שלהן לפי שיקול דעתן	תקציבים אינדיקטיביים אלו מבוססים על שימוש בעבר והכנסות חזויות בשנה הנוכחית, ומתוקננים לאינפלציה רפואית	כל מחוז מחליט כמה להקצות לטיפול פסיכיאטרי, בעיקר על פי הצורך	אין תקציב ייעודי לבריאות הנפש, כל אזור מחליט כיצד להשתמש בתקציב הבריאות שלו	החל מ-2016 תקציב המינימום נקבע כדי להבטיח שחלקה של בריאות הנפש יגדל כשיעור מן ההוצאה	תקציבי בתי החולים הפסיכיאטריים נקבעים בעיקר על בסיס היסטורי ברמה המחוזית. הם אינם כוללים את עלויות הרופאים
האם מספר המיטות מוגבל או מוסדר?	כן, משרד הבריאות מגדיר את מספר המיטות בכל מחלקה לכל בית חולים	הוא מוגבל על ידי "תוכניות בית החולים" של Lander (אזורים)	לא, ומספר המיטות הולך ופוחת עם הזמן	כן. נוסף על כך רשות הבריאות הדנית קובעת "תוכנית התמחות" המקצה את בתי החולים לאחת משלוש רמות טיפול, הקובעת איזה טיפול יכול כל בית חולים לספק. הקצאה זו מגבילה את מספר המיטות וההוצאות הפסיכיאטריות	לא	כן, מספר המיטות מוגבל בהתבסס על תקציב הטיפול הפסיכיאטרי באשפוז

שאלות	ישראל	גרמניה	פינלנד	דנמרק	אנגליה	קנדה
האם ההוצאה על שירותי בריאות הנפש מוגבלת באיזשהו אופן? כיצד?	כן, טיפול פסיכיאטרי באשפוז מוגבל על ידי הקאפ. טיפול בקהילה מוגבל על ידי "חבילות טיפול" – למשל עשרה ביקורים בפסיכותרפיה. אם המטופל זקוק ליותר, ניתנת חבילה נוספת, אך יש הערכה לכל בקשה. כמו כן ישנם זמני המתנה ארוכים וכוח אדם מוגבל	מוגבלת בעקיפין על ידי ההיצע (כוח האדם). נוסף על כך באזורים מסוימים, לפסיכיאטרים יש קאפ על נפח השירותים שהם יכולים לחייב. ישנם תקציבים פרטניים למרפאות (השייכות למטפל). מעבר לתקציב זה, המטפלים זקוקים לאישור מקופת החולים כדי לספק את השירות	לא	לא ישירות. התקציב מוגבל באמצעות הגבלות על הרחבת תוכניות בריאות הנפש, מגבלות בזמינות שירותים או אנשי מקצוע	לא במפורש. בפועל, "התחרות" עם שירותי בריאות אחרים מפעילה לחץ ניכר על חלוקת הכספים עבור בריאות הנפש	כן, לפי תקציב הטיפול הפסיכיאטרי באשפוז
האם האשפוז הפסיכיאטרי משולם ישירות על ידי הביטוח הציבורי? (או שמא שירותים אלו ממומנים בנפרד?)	כן	כן	הוא משולם על ידי האזורים (מחוזות שירותי רווחה)	כן, האזורים משלמים לבתי החולים הפסיכיאטריים	כן, על ידי ה-NHS	כן, על ידי כל מחוז
כיצד משלמים הגורמים המשלמים עבור האשפוז הפסיכיאטרי האקוטי?	לפי יום אשפוז, מתוקנן לגיל ולחומרת מחלה	לפי יום אשפוז מתוקנן לתמהיל מטופלים (אבחנה, חומרת המחלה, קבוצות גיל) ועל ידי תשלום לשירותים מסוימים המבוססים על קודי שירות (קוד OPS), למשל לטיפול קבוצתי. תעריף יום האשפוז יורד עם משך האשפוז (התשלום עבור הימים הראשונים גבוה יותר)	תקציבים גלובליים. מחוזות משתמשים בכלים כלכליים שונים כדי להקצות את התקציב לבתי חולים פסיכיאטריים, אך מידע זה אינו זמין	תקציבים גלובליים	תקציבים גלובליים	תקציב גלובלי (עם FFS לרופאים שעובדים שם)
האם יש תקרה (קאפ) או מנגנון שמגבילים את ההוצאה הציבורית על אשפוז פסיכיאטרי?	כן, נקבע על 60% מן ההכנסות של השנה הקודמת מכל קופת חולים. מעבר לתקרה, הקופה משלמת לבית החולים רק 40% מתעריף יום האשפוז. הקאפ נקבע לכל בית חולים ולכל קופה בהתבסס על מספר ימי האשפוז בשנה הקודמת, והתשלום שכל קופה שילמה לכל בית חולים	כן, יש קאפ "רך" לכל בית חולים. מעבר לתקרה, קופות החולים משלמות את תעריף יום האשפוז בהנחה של 85% (בית החולים מקבל 15% מן התעריף). התקרה נקבעת על בסיס שימוש בעבר (עלות) ועלויות חזויות ומותאמת לאינפלציה רכואית	לא	לא. הגורם המגביל הוא תקציב הבריאות הכולל	לא. המספר המוגבל של מיטות וכוח האדם מגביל את ההוצאה על בריאות הנפש באופן כללי, גם באשפוז	לא. הגורם המגביל הוא התקציב

שאלות	ישראל	גרמניה	פינלנד	דנמרק	אנגליה	קנדה
האם מתקני אשפוז אקוטיים לבריאות הנפש ממלאים תפקיד בפיתוח חלופות אשפוז?	בתי החולים מספקים קצת טיפול בקהילה	כן, בתי חולים יכולים לספק גם טיפול בקהילה – למשל מרפאות יום, טיפול אמבולטורי פסיכיאטרי (ייעוץ פסיכיאטרי ותרופות)	ברפואה יועצת, הטיפול בקהילה ובאשפוז שניהם תחת אותה הנהלה. זה מאפשר להנהלה להגדיר, למשל, את תפקידם של טיפולים בקהילה	לא	מאמצים מנסים לצמצם את משכי האשפוז, אך זאת בין היתר כדי לאפשר קיבולת אשפוז גדולה יותר	בתי חולים פסיכיאטריים מציעים כמה שירותים בקהילה, אך אלו תלויים ביוזמת בית החולים
האם יש כלים כלכליים לקידום פיתוח שירותי בריאות הנפש?	לא במפורש. קופות החולים לא רק משלמות, אלא גם אחראיות לספק את השירותים. אם הן לא עושות זאת, מטופלים יכולים להתלונן למשרד הבריאות או לנציב תלונות הציבור	כן, באזורים מסוימים יש תקציבי פסיכיאטריה אזוריים שמטרתם לקדם את פיתוח שירותי האשפוז או הקהילה על ידי בתי חולים	אין תמריצים קבועים במפורש לכך, אך מכיוון שהמחוזות ממומנים על ידי קפיטציה, יש להם תמריצים לחפש את תמהיל השירותים היעיל ביותר	כן, יש תקציבים ייעודיים לתוכניות ספציפיות כמו בשנת 2020 לפיתוח שירותים אמבולטוריים באשפוז יום	כלים לא כלכליים: שינויים בפרקטיקה של הפניה וטיפול, ותכנון הטיפול שלא באמצעות בקרת הוצאות כשלעצמה	כן. הגדלת המימון לטיפול בקהילה (כגון פסיכותרפיה מובנית) או לספקים (למשל מרפאות קהילתיות ויחידות לבריאות הציבור)

5. דיון ומסקנות

סקרנו והשוונו מקורות מימון וזרימת כספים לשירותי בריאות הנפש, במיוחד לאשפוז פסיכיאטרי, בשש מדינות בעלות הכנסה גבוהה עם רמות דומות של משאבים. מדינות שבהן מערכות בריאות עם ביטוח בריאות לאומי (NHI) וגורמים משלמים מתחרים (כמו קופות חולים) אינן מקצות תקציבים לשירותי בריאות הנפש או לאשפוז, אלא קובעות תקרות (קאפ) לתשלומי אשפוז פסיכיאטרי (הקשורים לפעילות) כמנגנון לריסון הוצאות. מדינות שבהן מערכות שירותי בריאות לאומיים (NHS) וגורם משלם יחיד נוטות לעיתים להקצות תקציבים ייעודיים לאשפוז פסיכיאטרי. הקצאה זו מהווה מנגנון שמרסן את ההוצאות, ולכן אין צורך להגביל את התשלומים לבתי החולים.

התשלומים לבתי החולים והתקרה יכולים לרסן את ההוצאה על אשפוז פסיכיאטרי, אך הם כשלעצמם לא יקדמו פיתוח של שירותים בקהילה. בישראל הקאפ לא יתמרץ בתי חולים או קופות חולים לפתח שירותים בקהילה, משום ש-40% ממחירו של יום אשפוז פסיכיאטרי עדיין נמוך מעלות פיתוח שירותי טיפול בקהילה. כדי לפתח שירותים בקהילה יש לתכנן השקעות ישירות ותוכניות ייעודיות לכך, כולל גיוון סוגי הטיפול המוצעים בקהילה (למשל [בתיים מאזנים](#)). טיפול בקהילה לא יהיה בהכרח זול יותר מאשפוז, אך כדאי שהמחיר יהיה נמוך יותר מאשפוז, כדי לייצר תמריץ לקופות החולים להעביר חולים מאשפוז לטיפול בקהילה. לסיום, קופסה 2 מדגישה את הצורך העתידי בטיפול נפשי בקהילה בישראל.

קופסה 2: מלחמת 'חרבות ברזל' עשויה להגביר את הביקוש לשירותי בריאות הנפש בקהילה

בהתבסס על הניסיון מפיגועי 11 בספטמבר בארצות הברית, אנו מסיקים כי הביקוש לטיפול באשפוז לא צפוי לגדול בעקבות מתקפת הטרור של חמאס בשבעה באוקטובר ופרוץ מלחמת 'חרבות ברזל', הן בקרב מי שנפגע ישירות הן בקרב מי שנפגע בעקיפין (Jack & Glied, 2002). אלו שנזקקו לטיפול פסיכיאטרי באשפוז, כנראה כבר שוחררו. בטווח הרחוק יותר, יעלה הצורך בטיפול נפשי בקהילה לאוכלוסייה האזרחית. בעת כתיבת המסמך עדיין מוקדם לחזות את הביקוש העתידי של חיילים ויוצאי צבא לשירותי בריאות הנפש, אך הביקוש לטיפול בקהילה צפוי להיות גבוה יותר מן הביקוש לטיפול באשפוז. לכן, חשוב להשקיע בטיפול בקהילה, אולי אפילו על חשבון הטיפול באשפוז.

Jack, K., & Glied, S. (2002). The public costs of mental health response: Lessons from the New York City post-9/11 needs assessment. *Journal of Urban Health*, 79, 332-339. <https://doi.org/10.1093/jurban/79.3.332>