



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

הרפורמה בבריאות הנפש

סוגיות מרכזיות לדיון

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

כ"ט בכסלו תשס"ח

9 בדצמבר 2007

כתיבה: מיכל טביביאן מזרחי

אישור: ד"ר שירלי אברמי, מנהלת מרכז המחקר והמידע

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

תמצית

ב-1 בינואר 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר קבע שכל תושב במדינת ישראל זכאי לקבל סל שירותים מקופת-החולים שהוא מבוטח בה. בסל השירותים נכללו רק השירותים הרפואיים שנתנה קופת-החולים שירותי בריאות כללית ב-1 בינואר 2004, ורוב שירותי בריאות הנפש נשארו באחריות המדינה, במימון תקציבי של משרד הבריאות.ⁱ

בספטמבר 2006 נחתם הסכם בנושא זה בין משרד הבריאות ובין משרד האוצר. חלקים מרכזיים מהסכם זה מעוגנים בהצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז-2007, שהגישה הממשלה. הצעת החוק וההסכם הם הרפורמה בבריאות הנפש שמסמך זה דן בה.

הנושאים שיידונו במסמך:

1. המלצות ארגון הבריאות העולמי (WHO) לשיפור שירותי בריאות הנפש;
2. הכללת שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הכלליים;
3. תקצוב שירותי בריאות הנפש;
4. סגירת מרפאות בריאות הנפש הממשלתיות;
5. קביעת מכסות ותנאים למתן שירותים;
6. הוצאת המסווגים בקוד ⁱⁱZ מסל שירותי הבריאות;
7. תיקון חוק שיקום נכי נפש בקהילה.

כמו כן מוצגות במסמך עמדות גורמים במערך בריאות הנפש כלפי היבטים שונים של הרפורמה, ובחלק מהנושאים מוצגת סקירה משווה של המצב בכמה מהמדינות המפותחות.

1. מבוא

בשנת 1990 ציינה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (ועדת-נתניהו), כי המגמה הרווחת בעולם בתחום הפסיכיאטריה היא העברת חולים לטיפול קהילתי וצמצום מספר המיטות במחלקות הפסיכיאטריות.ⁱⁱⁱ הוועדה הצביעה על ירידה במספר המאושפזים בבתי-החולים הפסיכיאטריים בישראל וקבעה כי ירידה זו לא לוותה בפיתוח מקביל של השירותים הקהילתיים. לנוכח ממצאים אלה המליצה הוועדה כי שירותי השיקום הקהילתי יושפרו וכי יוקצו משאבים לצורך זה. עוד המליצה הוועדה כי האחריות לאספקת מכלול שירותי בריאות הנפש תוטל על קופות-החולים, וכי שירותי בריאות הנפש ישולבו ברפואה הכללית. המלצות אלה הובילו לגיבוש שתי רפורמות במערכת הבריאות בכל הקשור לסוג השירותים ולגורם המספק אותם – רפורמה מבנית ורפורמה ביטוחית.

הרפורמה המבנית הביאה לצמצום שירותי האשפוז ולהמתם בשירותים קהילתיים המוענקים בין השאר באמצעות חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000.

הרפורמה הביטוחית עניינה העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש ממשד הבריאות לקופות-החולים. החלטה ברוח זו כלולה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1995, אך יישומה נדחה, מסיבות שונות, כבר 12 שנים. בספטמבר 2006 נחתם הסכם בין משרד האוצר ובין משרד הבריאות שתכליתו העברת מלוא האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש לידי קופות-החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות (להלן: ההסכם).^{iv} כעת יש לעגן בחקיקה את הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז-2007 (להלן: הרפורמה בבריאות הנפש או הצעת החוק).

1.1 המלצות ארגון הבריאות העולמי לשיפור שירותי בריאות הנפש

בעשורים האחרונים עבר מערך בריאות הנפש במדינות רבות בעולם המערבי שינויים ניכרים. מודלים רבים הוצעו ליישום רפורמות בבריאות הנפש במדינות שונות, אולם **השוואה בין מדינות וחיקוי מודלים מחייבים זהירות רבה, מאחר ששירותי בריאות בכלל ושירותי בריאות הנפש בפרט תלויים בתרבות הארגונית של מערכת הבריאות בכל מדינה.**^v

בדוח ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) משנת 2001, הנושא את השם *Mental Health: New Understanding, New Hope*, מוצגות עשר ההמלצות המפורטות להלן לשיפור שירותי בריאות הנפש, שאפשר ליישמן בכל מדינה על-פי הצרכים ובהתאם למשאבים העומדים לרשותה:^{vi}

1. **טיפול באמצעות שירותי הבריאות הראשוניים.** הטיפול בחולי נפש ברמה הבסיסית וניהול הטיפול בהמשך ייעשו באמצעות הרופא הראשוני (שבישראל הם מכונים "רופאי משפחה"). לשם כך יש לתת לצוותי הרפואה הראשונית הכשרה מיוחדת בתחום בריאות הנפש. לפי הדוח, מתן השירותים במסגרת הרפואה הראשונית יאפשר זיהוי מוקדם, טיפול מהיר ומעקב נאות ויגדיל את נגישות השירותים ואת זמינותם.

2. תרופות פסיכותרופיות¹ חיוניות יהיו זמינות בכל רמות השירות ויכללו בסל התרופות של כל מדינה.
3. שירותי בריאות הנפש יינתנו בקהילה, ולא בבתי-חולים או במוסדות. לפי הדוח, מתן השירות בקהילה, במסגרות שונות המותאמות לחולים, מוביל לתוצאות טיפוליות טובות יותר ולאיכות חיים טובה יותר של אנשים עם הפרעות נפשיות כרוניות. יתירה מזאת, העברת חולים מבתי-חולים לשירותים בקהילה כדאית מבחינה כלכלית, עוזרת להבטיח את השמירה על זכויות החולה ועל כבודו ומפחיתה את התיוג השלילי. כדי למלא את הפער שיווצר במהלך החלפת השירותים יש להגדיל בתקופת השינוי את מספר המיטות בבתי-החולים הכלליים ולהרחיב את שירותי הטיפול הביתי.
4. הסברה אפקטיבית לציבור הרחב. הכוונה היא למסעות הסברה שמטרתם העיקרית היא הפחתת החששות והמחסומים המעכבים אנשים מלגשת לטיפול. הדבר ייעשה באמצעות הגברת המודעות לטיפולים הניתנים, לתהליך ההחלמה ולזכויות של אנשים עם הפרעות נפשיות.
5. שיתוף הקהילה, המשפחות והצרכנים בתכנון ובפיתוח מדיניות, תוכניות ושירותים בתחום בריאות הנפש. מעורבות זו, כך מצופה, תבטיח כי השירותים יותאמו לאנשים הזקוקים להם.
6. כינון מדיניות לאומית שנכללות בה תוכניות וחקיקה אשר יאפשרו פעולה משמעותית. הדוח קובע כי רפורמה במערך בריאות הנפש צריכה להתבסס על ידע עכשווי ועל התחשבות בזכויות האדם ולהיות חלק מרפורמה כוללת במערכת הבריאות.^{vii}
7. פיתוח כוח-האדם המקצועי בתחום בריאות הנפש. לפי הדוח יש להגדיל ולשפר את ההכשרה של כוח-האדם המיומן במקצועות בריאות הנפש, בכל הרמות.
8. שילוב מערכות נוספות במהלך לשיפור מערך בריאות הנפש. בדוח נאמר כי שיפור מערך בריאות הנפש צריך להיעשות בשילוב עם מערכות ציבוריות נוספות בתחומי החינוך, העבודה, הרווחה והמשפט, שעשויים להשפיע על איכות החיים של אנשים עם מוגבלות. כמו כן יש לעודד ארגונים לא ממשלתיים (NGO's) לתמוך ולהשתתף ביוזמות מקומיות.
9. פיקוח על מערכת בריאות הנפש בין השאר באמצעות מערכות מידע ממוחשבות שיאפשרו הנפקת דוחות שוטפים.
10. תמיכה במחקר בתחומי הביולוגיה והפסיכולוגיה ובתחום מתן השירותים בבריאות הנפש חיונית להרחבת הידע על הגורמים להפרעות הנפשיות, על התנהלות ההפרעות הנפשיות ועל תוצאותיהן, ועשויה להיות אמצעי חשוב לפיתוח טיפול יעיל יותר.

¹ תרופות המשפיעות על מצב הרוח כגון נוגדי דיכאון ותרופות הרגעה.

2. הכללת שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הכלליים בישראל

2.1. המתווה המוצע

הרפורמה המוצעת בתחום בריאות הנפש בישראל היא להעביר את האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש לידי קופות-החולים.^{viii} לפי דברי ההסבר להצעת החוק, מהלך זה ימנע את פיצול תחומי האחריות הביטוחית בין המדינה ובין קופות-החולים, יסייע בשילוב רפואת הנפש במערך שירותי הבריאות, המובטח על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ויבטיח רצף טיפולי בין הטיפול הגופני ובין הטיפול הנפשי מחד גיסא ובין הטיפול באשפוז ובין הטיפול בקהילה מאידך גיסא. העברת האחריות הביטוחית, כך נטען בדברי ההסבר, חיונית הן למשרד הבריאות, המבקש לקדם את תפיסת המדינה כרגולטור ולא כנותן שירותים, והן לנזקקים לשירותי בריאות הנפש, אשר יזכו לטיפול מוקדם ויעיל יותר שגם יפחית את התיוג השלילי (סטיגמה) הכרוך בטיפול נפשי.

2.2. סקירה משווה

בחלק זה של המסמך נבקש לבחון את המבנה הארגוני של מערכת בריאות הנפש בכמה מהמדינות המפותחות ונידרש לשאלה אם מדינות אלה שילבו את שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הכלליים שלהן כפי שהציע ארגון הבריאות העולמי.

בחמש משש המדינות המפותחות שנסקרו מערכת בריאות הנפש משולבת במערכת הבריאות הכללית. בשלוש מדינות: בלגיה,^{ix} בריטניה^x ושבדיה^{xi} מערכת הבריאות נבנתה באופן זה, ובשתי מדינות אחרות, נורבגיה^{xii} וספרד,^{xiii} הוחלה רפורמה בין אמצע שנות ה-80 ובין סוף שנות ה-90, שנכלל בה שילוב המערכות. יוצאת הדופן במדינות שנסקרו היא קנדה,^{xiv} שבה, מסיבות היסטוריות, לא כל שירותי בריאות הנפש משולבים במערכת הבריאות הציבורית.

במסגרת איחוד מערכות בריאות הגוף והנפש ניכרת מגמה של העברת האחריות הטיפולית והניהולית בתחום בריאות הנפש לידי הרופאים הראשוניים. **מעמדו של הרופא הראשוני בתהליך המיון והטיפול בחולה הנפש אינו אחיד במדינות שנסקרו.** בבריטניה, נורבגיה ובספרד יש לפנות לרופא הראשוני כדי לקבל טיפול במסגרת שירותי בריאות הנפש, ואילו בשבדיה החולים אינם נזקקים להפניה של הרופא הראשוני, אף שמערכות הבריאות מאוחדות. בקנדה מערכות הבריאות אינן מאוחדות, ולפיכך אין צורך בהפניה של הרופא הראשוני.

יודגש כי בבריטניה, נורבגיה ובשבדיה שירותי בריאות הנפש ניתנים לא רק במערכת הבריאות. למעשה הרפורמה שהוחלה במדינות אלה קבעה כי על שירותי הרווחה ועל הרשויות המקומיות מוטלת האחריות להענקת שירותים סוציאליים לחולי נפש בתחומי הדיור, התעסוקה והרווחה.

2.3. ניתוח הניסיון הבין-לאומי

דוח ארגון הבריאות העולמי קובע כי יש חשיבות רבה לשילוב שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הכלליים, משום שהוא יפחית את התיוג השלילי (סטיגמה) המאפיין את שירותי בריאות הנפש ויגדיל את נגישותם לאוכלוסייה. נוסף על כך, הפרעות נפשיות ותפקוד גופני קשורים זה לזה ולעתים קרובות משפיעים זה על זה, ולכן שירות משולב יעודד זיהוי מוקדם וטיפול טוב יותר. עם זאת, לשילוב מלא של

מעריך שירותי בריאות הנפש ברמה הקלינית והניהולית ובמערכות המידע יש כמה חסרונות, הקשורים בין השאר לסיכון הזכות לחיסיון רפואי, לחוסר היכולת לשמור על תקציבים ייעודיים ולקושי לשמר את הזהות המקצועית של המטפלים.^{xv}

על בסיס מחקרים אשר נועדו לעקוב אחר תוצאות הרפורמה בבריאות הנפש בספרד בפרספקטיבה של 20 שנה^{xvi} ועל חוות דעת של אנשי מקצוע בישראל^{xvii} מוצגים להלן היתרונות והחסרונות העיקריים של שילוב בריאות הנפש במערכת הבריאות הכללית:

יתרונות:

1. יצירת גורם מקצועי אחד שאחראי לבריאות הגוף והנפש – ברוב המדינות שבהן שירותי בריאות הגוף והנפש מאוחדים נדרשת הפניית הרופא הראשוני לקבלת שירותי בריאות הנפש, בשל הצורך בגורם מקצועי שמכיר את המטופל ומנתח את המידע על בריאותו מתוך הסתכלות הוליסטית המשלבת את בריאות הגוף והנפש. יש טוענים כי מהלך זה יוביל לאבחון מהיר יותר ובשל כך להגברת יעילות הטיפול.
2. הרחבת נגישות השירותים – שירותי בריאות הנפש ברמתם הבסיסית יינתנו במסגרת המרפאות הראשוניות, לצד שירותי הרפואה הכללית, וכך תגדל נגישותם. במסגרת הרפורמה בספרד, למשל, נוצרו מסגרות טיפול חדשות בעבור חולי הנפש ומספר הפסיכיאטרים גדל במידה ניכרת.
3. הפחתת התיוג השלילי – שילוב המערכות מאפשר מתן שירותים שוויוניים לחולי הנפש בלא תיוג שלילי. מחקרים חברתיים שנערכו בספרד הוכיחו כי ההתייחסות החברתית לחולי הנפש השתנתה באופן משמעותי, ובין השאר ניכרת שם ירידה של ממש במספר מקרי ההפליה על רקע מחלת נפש.

חסרונות:

1. מניעת האפשרות לפנות לטיפול באופן ישיר – יש הטוענים כי הכנסת גורם מתווך או מווסת למערכת מונעת זרימה ישירה ובלתי אמצעית של מטופלים אליה.
2. קשיים בטיפול במסגרת הרפואה הראשונית – בספרד התקשו מנהלים רבים במערכת הבריאות הראשונית להבין את ההיבטים השונים של מחלות הנפש ושל הטיפול בהן, בפרט בכל הקשור למחלות שרחוקות מהמודל הביולוגי-תרופתי.
3. העדפת שיקולים מערכתיים-כלכליים – יש חשש שהחלטות בדבר טיפול בחולי נפש יתקבלו לא מתוך שיקול ענייני בלבד אלא גם מתוך שיקול מערכתי-כלכלי, שכן בטיפול נפשי לסוגיו הדבר אפשרי יותר מאשר בתחומים אחרים.
4. קשיים בשמירת חסיון החולה – אם יינתנו שירותי בריאות הנפש במרפאות המקצועיות של קופות-החולים, ולא במרפאות ייעודיות לבריאות הנפש, לא יוכלו חולי הנפש לשמור על פרטיותם בעת ההמתנה לקבלת טיפול. זאת ועוד: מערכת גבייה ביורוקרטית תחשוף את שמו של כל אדם המסתייע בשירותי בריאות הנפש. החשש הוא כי מרגע שאדם יפנה לטיפול במרפאה יועבר מידע עליו לגורמים נוספים, כמו למשל במקרה של התחשבות בין מוסדות, וכי במקרים של ערעור על משך הטיפול, על אורכו, על האינטנסיביות שלו ועל ההצדקות לכך, ייחשפו גם פרטים אבחוניים ואישיים.

3. תקצוב שירותי בריאות הנפש

על-פי ההסכם בין משרד הבריאות ובין משרד האוצר, עלות סל שירותי בריאות הנפש (במחירי שנת 2006) היא 1,226.9 מיליון ש"ח, בחלוקה שלהלן: ^{xviii}

מיליוני ש"ח	
748.9	אשפוז
63.7	אשפוז יום / טיפול יום
414.3	טיפול אמבולטורי
1,226.9	סך הכול

לפי ההסכם, בשנה הראשונה יועברו לקופות-החולים 1,106.6 מיליון ש"ח, ובכל אחת משלוש השנים שאחריה יוגדל הסכום, עד שיגיע למלוא העלות שנקבעה לסל.

במהלך השנים, וכחלק מהרפורמה המבנית, יחולו שינויים בחלק היחסי של מרכיבי התקציב, כך שהמרכיב האשפוזי יקטן והמרכיב האמבולטורי (המרפאתי) יגדל, כמפורט להלן (במיליוני ש"ח):

שנה ראשונה	שנה שנייה	שנה שלישית	שנה רביעית	
769.4	769.4	769.4	769.4	אשפוז
337.2	377.3	417.4	457.5	אמבולטורי
1,106.6	1,146.7	1,186.8	1,226.9	סך הכול

התקציב הראשוני לשירותי בריאות הנפש בשלוש השנים הראשונות אינו בגובה עלות סל השירותים המלא (1,226.9 ש"ח), משום שלפי משרד הבריאות בשנים אלה לא יגיעו השירותים האמבולטוריים למיצוי מלא. ההפחתה בעלות הסל בשנים הראשונות מתבססת על העובדה שממוצע הטיפולים כיום נמוך בהשוואה לממוצע הטיפולים שעל-פיו הרפורמה מחושבת. לאחר ארבע שנים יועבר התקציב המלא, מתוך הנחה שבזמן זה יגיעו השירותים האמבולטוריים בקהילה לידי מיצוי, ויינתנו ל-4% מכלל המבוגרים ול-2% מכלל הילדים. ^{xix}

הקצאת המקורות לקופות-החולים תיעשה בעדכון נוסחת הקפיטציה הקיימת בתיקון השפעת הגיל על ההוצאה האופיינית בבריאות (ראו הסתייגויות מכך בהמשך חלק זה).

3.1. תקציב הטיפול האמבולטורי: הנחות יסוד

כיוון שהמחלוקות העיקריות בין הממשלה ובין קופות-החולים הן על תקציב הטיפול האמבולטורי, יתמקד המסמך בתקציב זה.

תקציב הטיפול האמבולטורי המוצע ברפורמה נקבע על בסיס שלוש הנחות:

א. היקף האוכלוסייה שתזדקק לשירותי בריאות הנפש – התקציב המוצע נקבע לפי ההערכה שיינתנו שירותים ל-4% מכלל המבוגרים ול-2% מכלל הילדים (בהמשך מוסבר מדוע נקבעו שיעורים אלה דווקא).

ב. ממוצע טיפולים לפונה – התקציב המוצע נקבע לפי ממוצע של עשרה טיפולים למבוגר ו-15 טיפולים לילד.

ג. עלות שעת טיפול – התקציב המוצע נקבע לפי עלות של 167 ש"ח ליחידת טיפול.

קופות-החולים חולקות על כל ההנחות שבבסיס התקציב שנקבע לטיפול האמבולטורי במסגרת הרפורמה:

1. לגבי היקף האוכלוסייה שתזדקק לשירותי בריאות הנפש – לפי נתוני משרד הבריאות, האוכלוסייה המקבלת שירותי בריאות הנפש במרפאות הציבוריות היא 2% מכלל המבוגרים ו-0.8% מכלל הילדים. בשיעור זה לא נכללים מי שמקבלים שירותים במרפאות קופות-החולים או בשוק הפרטי, שכן אין אפשרות לאמוד את גודלה של קבוצת אוכלוסייה זו. מתוך הנחה שיהיה גידול בצריכת שירותי בריאות הנפש לאחר הרפורמה, ובהתאם למקובל בעולם המערבי, ההערכה היא כי יינתנו שירותים ל-4% מכלל המבוגרים ול-2% מכלל הילדים. לפי משרד הבריאות, קביעת השיעורים צריכה להתבסס גם על הגידול הריאלי האפשרי בצריכת השירותים ועל כוח-האדם המקצועי הקיים לשם יישום הרפורמה.^{xx}

לטענת נציגי שירותי בריאות כללית ונציגי קופת-חולים מאוחדת, קבוצת האוכלוסייה שתזדקק לשירותי בריאות הנפש גדולה יותר, ובספרות העולמית מדובר ב-5% מכלל המבוגרים וב-2.7% מכלל הילדים.^{xxi} הגב' שרי מוזס, מנהלת המחלקה לבריאות הנפש והתפתחות הילד ב"מכבי שירותי בריאות" (להלן: "מכבי") מסכימה עם ההערכה של נציגי שירותי בריאות כללית בדבר שיעור המבוגרים שיפנו לטיפול, אולם מוסכמת עליה הקביעה כי שיעור הטיפול בילדים יהיה 2%.^{xxii}

קופות-החולים מבקשות לערער גם על חישוב התקציב לפי 7 מיליוני תושבי מדינת ישראל בארבע השנים האחרונות, שכן כבר כיום מספר התושבים במדינה הוא 7.1 מיליונים, והוא גדל בקצב של כ-2.5% בשנה בממוצע.^{xxiii}

3. לגבי ממוצע הטיפולים לפונה – ממוצע הטיפולים שנקבע מוסכם על שירותי בריאות כללית ועל "מכבי". לטענת נציגי קופת-חולים מאוחדת, לעומת זאת, מספר יחידות הטיפול יהיה גדול מזה שנקבע בהנחות התקציביות, ולכן יש ליצור רשת ביטחון תקציבית אשר תיתן מענה כלכלי לחריגה מהותית מהערכה זו, אם תהיה.^{xxiv}

2. לגבי עלות שעת טיפול – משרד הבריאות תמחר יחידת טיפול על-פי עלותה במרפאות הממשלתיות, בסך 143 ש"ח. קופות-החולים טענו שאין באפשרותן להציע שירותים במחיר זה, ולפיכך נקבע כי עלות שעת טיפול תהיה 167 ש"ח.^{xxv} מקופות-החולים נמסר כי עלות יחידת טיפול גבוהה מהמחיר שקבע משרד הבריאות. לפי נציגי שירותי בריאות כללית המחיר בפועל הוא 184–200 ש"ח,^{xxvi} לפי נציגי קופת-חולים מאוחדת וקופת-חולים לאומית עלות יחידת טיפול אמבולטורי היא כ-190 ש"ח,^{xxvii} ולפי נציגי "מכבי" העלות היא 200 ש"ח.

3.2 תקציב הטיפול האמבולטורי: טענות קופות-החולים בדבר תקציב חסר

להלן הנושאים אשר לטענת נציגי קופות-החולים לא תוקצבו כלל או לא תוקצבו כנדרש במסגרת ההסכם. **הסכומים שקופות-החולים דורשות, אלא אם כן צוין אחרת, הם בעבור כלל קופות-החולים (גם אם הדרישה היא של קופת-חולים אחת).** לסיכום חלק זה תוצג טבלה המסכמת את דרישות קופות-החולים לתוספת תקציבית.

יש לציין כי קופות-החולים ביקשו שתקציב הטיפול האמבולטורי, שהוא לב הרפורמה בבריאות הנפש, יוכנס גם הוא להצעת החוק, כפי שנעשה בתקציב האשפוז הפסיכיאטרי.

1. הפחתה בגין מקורות קיימים – ממשרד הבריאות וממשרד האוצר נמסר כי לפי התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, נכללים בסל השירותים שקופות-החולים נותנות גם שירותי בריאות הנפש הניתנים במרפאות קופות-החולים שבקהילה. לטענת נציגי המשרדים האמורים, כאשר נקבעה, בשנת 1995, עלות סל הבריאות, היה תקציב קופת-חולים כללית (כפי שנקראה אז) בתחום הפסיכיאטריה 120 מיליון ש"ח. לפיכך קיים בבסיס התקציב לשירותי בריאות סכום המיועד לבריאות הנפש, שיש להפחיתו בעת תקצוב הרפורמה.^{xxviii}

לטענת נציגי קופות-החולים "מכבי" ומאוחדת, העובדה שקופות-החולים מקצות סכומים לנושא בריאות הנפש לפני משורת הדין וכדי להעניק שירות טוב יותר לא אמורה להיות בעוכריהן בתקצוב הרפורמה.^{xxix} מקופת-חולים לאומית נמסר כי אין כיום כל הוצאה מטעמה על שירותי בריאות הנפש בקהילה, ולכן כל הפחתה תקפח אותה.^{xxx} לפי שירותי בריאות כללית יש רק 11 מיליון ש"ח בבסיס התקציב לכלל קופות-החולים, ולכן יש לנכות מהסכום שנקבע לשירותי הפסיכיאטריה (120 מיליון ש"ח) את הסכום הזה. לפיכך, דרישת נציגי שירותי בריאות כללית בנושא זה היא בסך 109 מיליון ש"ח.^{xxxi} לטענת נציגי קופת-חולים מאוחדת, אם תתקבל טענת המשרד שאין ליצור כפל תקציב, יש לחשב את מחירי שירותי בריאות הנפש של קופות-החולים כפי שהיו עם כניסת חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקפו, בסך 11 מיליון ש"ח (במחירי שנת 2006). לחלופין, הוצאות קופות-החולים כיום בעבור שירותי פסיכיאטריה בקהילה הן 45 מיליון ש"ח לשנה.^{xxxii}

2. הפרש בעלות השירות האמבולטורי – תקציב השירות האמבולטורי מבוסס על ההנחות שפורטו לעיל. מכיוון שקופות-החולים מערערות על הנחות אלה, יש פער בין התקציב שנקבע לבין עלות השירותים בפועל. לפי שירותי בריאות כללית הפער נאמד ב-181 מיליון ש"ח^{xxxiii} (115 מיליון ש"ח פער בהערכת היקף השימוש, 54 מיליון ש"ח פער בתחשיב העלות של יחידת טיפול, ו-12 מיליון ש"ח בשל בסיס אוכלוסייה לא מעודכן); לפי "מכבי" הפער נאמד ב-104 מיליון ש"ח^{xxxiv} ולפי קופת-חולים מאוחדת ב-210 מיליון ש"ח.^{xxxv}

3. תקציב פיתוח – על-פי ההסכם יקצה משרד האוצר בשלוש השנים הראשונות של הרפורמה סכום כולל של 30 מיליון ש"ח, כלומר 10 מיליון ש"ח בשנה, לפיתוח שירותי בריאות הנפש בקהילה. נציגי קופות-החולים טוענים כי סכום זה רחוק מלענות על הצרכים. לפי "מכבי" נדרש סכום נוסף של 90 מיליון ש"ח,^{xxxvi} לפי שירותי בריאות כללית נדרש סכום נוסף של 60 מיליון ש"ח,^{xxxvii} ולפי קופת-חולים מאוחדת נדרש סכום נוסף של 40 מיליון ש"ח.^{xxxviii} מקופת-חולים לאומית נמסר כי הסכום הדרוש לה עצמה (בניגוד לסכומים הנזכרים לעיל, שהם לכלל קופות-החולים) הוא 13 מיליון ש"ח.^{xxxix}

קופות-החולים חולקות גם על פריסת התקציבים, בטענה שאת עיקר ההשקעות בפיתוח יש לעשות בתחילת יישום הרפורמה, וכל פיגור בהקמת התשתיות הנדרשות יפגע בשירותים שהן יוכלו לתת.

4. עלות הביקורים בחדרי מיון בבתי-חולים פסיכיאטריים – ממשרד הבריאות נמסר כי עלות זו, המתומחרת בכ-3 מיליון ש"ח, אינה נמצאת בבסיס התקציב, ויש להוסיפה.^{xl} קופות-החולים דורשות תקציב למימון עלות זו בסך 3–6 מיליון ש"ח בשנה.^{xli} מקופת-חולים מאוחדת נמסר כי אם קופות-החולים תישאנה בפטור מתשלום השתתפות עצמית במיון בבתי-החולים הפסיכיאטריים, יש לגבות את הסכומים בתוספת תקציבית לקופות-החולים.

5. עלות הטיפול בנזע (שוק) חשמלי – הטיפול בנזע חשמלי יקר מאוד בהשוואה לטיפולים פסיכיאטריים אחרים (כ-800 ש"ח לטיפול), משום שהוא דורש כוח-אדם מיוחד, רופא מרדים וכוננות של טיפול נמרץ. במשרדי הממשלה עלה החשש שאם יחושבו הטיפולים בנזע חשמלי בממוצע עלות הטיפולים תעדיפה קופות-החולים לשלוח את המבוטחים לאשפוז (שבו יטופלו בנזע חשמלי במסגרת עלות האשפוז) מלתת את הטיפול בעצמן. ממשרד הבריאות נמסר כי יש נכונות לקבוע מחיר גבוה יותר בעבור טיפול בנזע חשמלי, אולם עדיין קשה להעריך את מספר האנשים שטיפול זה דרוש להם.^{xliii} קופות-החולים מעריכות את התקציב השנתי הנדרש בגין טיפול בנזע חשמל בסך 5–6 מיליוני ש"ח.

6. הקמת מערך ניהול ובקרה – קופות-החולים מבקשות לתקצב גם את המערך הארגוני הנדרש לניהול שירותי בריאות הנפש והבקרה עליהם. נציגי "מכבי" מעריכים כי תקורות הניהול יסתכמו ב-5% מעלות הרפורמה, כ-61 מיליון ש"ח,^{xliiii} ואילו נציגי קופת-חולים מאוחדת מעריכים את הסכום הנדרש ב-20 מיליון ש"ח.^{xliv}

ממשרד הבריאות נמסר כי התקורות הניהוליות כלולות בתקציב, שכן יש פער בין המחיר המלא שלפיו קופת-החולים מתקצבת ובין המחיר שהיא תשלם בפועל. יתר על כן, לקופת-החולים יש תמריץ להפעיל מערך בקרה כדי להביא לחיסכון בעלויות אשר יממן גם את כוח-האדם הנדרש לשם כך.^{xlv}

7. מימון הטיפול בכספי הביטוח הלאומי – חלק ממימון האשפוז בבתי-החולים נעשה באמצעות קצבאות הביטוח הלאומי של המאושפזים. התפיסה היא שאדם מאושפז אינו נזקק לחלק מהקצבה שלו, הדרוש לקיום, שכן הוא מקבל שירותים בסיסיים במסגרת שהוא מאושפז בה. כיום בתי-החולים גובים את הכסף מהמוסד לביטוח לאומי. **לפי ההסכם, בתי-החולים יקבלו את כל התשלום מקופות-החולים, ואלה תיזרשנה לגבות את הכספים המגיעים להן מהמוסד לביטוח לאומי.** ממשרד הבריאות נמסר כי יש אפשרות שבתי-החולים ימשיכו לגבות את כספי הביטוח הלאומי, כשירות שיינתן לקופות-החולים בתשלום. קופות-החולים מבקשות שהשירות הזה יינתן להן חינם, או לחלופין יתוקצב בכ-2 מיליוני ש"ח.^{xlvi}

8. ניכוי ההשתתפות העצמית מעלות סל שירותי הבריאות – מכל סכום המצורף לעלות סל הבריאות מנוכים 5.38% בגין השתתפות עצמית של המבוטחים (בהצעת חוק ההסדרים אף מתוכננת העלאת שיעור הניכוי בגין השתתפות עצמית כדי 6.45%). לטענת נציגי קופות-החולים, בתחום בריאות הנפש כמעט שלא נגבה מהמבוטחים תשלום השתתפות עצמית, כיוון שחלק גדול מהם פטורים מתשלום (נכי נפש זכאי ביטוח לאומי) או שאין אפשרות לגבות אותו מהם. לפיכך קופות-החולים מבקשות להוסיף לתקציב שנקבע את הסכום שמנוכה בגין השתתפות עצמית. לפי נציגי קופת-חולים מאוחדת מדובר בכ-84 מיליון ש"ח.^{xlvii}

xlvi סיכום הדרישות של קופות-החולים לתוספת תקציבית

דרישת קופות-החולים לתוספת תקציבית (במיליוני ש"ח)			הנושא
מאוחדת	"מכבי"	כללית	
120	120	109	הסכום שהופחת בגין מקורות קיימים בבסיס סל השירותים הפסיכיאטריים
14			ההפרש בין העלות שבהסכם ובין העלות שהוצגה בעבר (1,241 מיליון ש"ח)
210	104	^{xlix} 181	ההפרש בעלות השירות האמבולטורי
40	90	60	תקציב הפיתוח (חד-פעמי)
6	3		עלות ביקורים בחדרי מיון בבתי-חולים פסיכיאטריים
5	5	6	עלות הטיפול בנזע חשמלי
20	61	15	הקמת מערך בקרה וניהול
	2		מימון הטיפול בכספי הביטוח הלאומי
84		60	ניכוי השתתפות עצמית מעלות הסל
499	385	431	סך כל התוספת התקציבית

3.3. נושאים תקציביים נוספים

1. העברת מקדמות מימון לבתי-החולים – בסעיף 17ח של הצעת החוק נקבע כי בשנת 2008 תעביר כל קופת-חולים לאוצר המדינה סכום השווה ל-21% מסך תקרות הצריכה (ראו להלן) שלה בכלל בתי-החולים הממשלתיים בתוספת 5.3 מיליוני ש"ח, כהלוואה. לפי דברי ההסבר להצעת החוק, בתי-החולים הממשלתיים נוהגים לתת לקופות-החולים שירותי אשפוז פסיכיאטרי בתנאי אשראי אשר יוצרים פער בין מועד ההוצאה ומועד ההכנסה. לפיכך מוצע לקבוע סכום שישימש הלוואה לצורך גישור שוטף על פער זה.

נציגי קופות-החולים מתנגדים למימון בתי-החולים הממשלתיים, שכן לטענתם אין זה תפקיד קופות-החולים לפתור בעיות תזרים או תקציב של בתי-החולים הממשלתיים.¹ מקופת-חולים מאוחדת נמסר כי הדרישה להלוואה מקורה בהנחה שקופות-החולים ישלמו לבתי-החולים בשוטרף + 45 יום. אולם קופות-החולים זכאיות להגיע להסדרי תשלום אחרים עם בתי-החולים, ולהקדים תשלומים כדי להגיע להסכמים בתנאים נוחים יותר.ⁱⁱ

2. תקרות הצריכה – במסגרת ההתחשבות בין קופות-החולים ובין בתי-החולים נקבעה בחוק תקרת צריכה שנועדה להסדיר את תשלומי קופות-החולים לבתי-החולים. שירותי בריאות הנרכשים מעבר לתקרה זו נרכשים על-ידי קופות-החולים בעלות מופחתת במידה ניכרת. לדברי נציגי קופות-החולים, הנוסחה המפורטת בסעיף 17ג של הצעת החוק עומדת בניגוד לסיכומים ולפרוטוקולים שנערכו על בסיס דיונים רבים בין קופות-החולים ובין נציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר. בחלק מהנושאים החוק המוצע יאפשר לשנות את תקרות הצריכה ואת כללי ההנחה לפי שיקול דעתו. לטענתם, עקב האמור לעיל ייווצר פער בין השירותים שקופות-החולים מחויבות לספק על-פי חוק ובין המקורות המיועדים לכך.ⁱⁱⁱ

3. עיוות בהקצאת המקורות לטיפולים מרפאתיים – לטענת נציגי שירותי בריאות כללית, חלוקת התקציב המיועד להפעלת שירותים אמבולטוריים בידי קופות-החולים על-פי קפיטציה רגילה גורמת פגיעה חמורה בהקצאת המשאבים למבוטחים בשירותי בריאות כללית, אשר נותנת שירות לכ-70% מכלל נכי הנפש המוכרים למוסד לביטוח לאומי (מי שהוכרו להם 40% נכות ומעלה), לעומת החלק של שירותי בריאות כללית באוכלוסייה, שהוא 56% בלבד. לדבריהם, שיעור נכי הנפש בכל קופת-חולים הוא מדד אובייקטיבי שנכלל בנתוני המוסד לביטוח לאומי, ויש לתת לו ביטוי בנוסחת הקפיטציה. לפיכך, לטענת נציגי שירותי בריאות כללית, יש להקצות לקופת-החולים סכום נוסף של כ-64 מיליון ש"ח מהסכום המוקצה לאמבולטוריה.^{liii}

4. סגירת מרפאות בריאות הנפש הממשלתיות

בסעיף 4 של ההסכם שבין משרד הבריאות ובין משרד האוצר נקבע כי משרד הבריאות יעביר בהדרגה את כל המרפאות האמבולטוריות הממשלתיות או יסגורן עד 31 בדצמבר 2010. במסגרת זו תיסגרנה או תועברנה בשנת 2007 מרפאת בני-ברק בתל-השומר ושלוחת בית-החולים "רמב"ם" בחיפה, ושאר המרפאות תיסגרנה או תועברנה בשנים 2008-2009 ובמחצית הראשונה של שנת 2010.

לדברי נציגי משרד האוצר ומשרד הבריאות מוסכם כי עד סוף שנת 2010 לא ייסגרו מרפאות בריאות הנפש הציבוריות אלא יעשה מאמץ להעבירן לידי קופות-החולים או לידי גורם שלישי – יזם עצמאי (למשל האגודה לבריאות הציבור) שימכור שירותים לקופות-החולים. לדבריהם, קופות-החולים מקיימות היום דיונים בנושא זה וחלקן אף מנהלות משא-ומתן עם מרפאות מסוימות.^{liv} כמו כן החלו מהלכים לקיום ניסוי (פיילוט) שבמסגרתו יועברו מרפאות שרוב העובדים בהן מועסקים על-ידי האגודה לבריאות הציבור לידי אגודה זו.^{iv} מרפאות שלא יועברו מידי משרד הבריאות ייסגרו עד סוף שנת 2010.

לפי ארגון "בזכות" – המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות", תנאי להצלחת רפורמה שנועדה לחולל שינוי מהותי הוא הבטחת רצף מערכתי שיאפשר מתן שירותים גם בתקופת הביניים (עד סוף שנת 2010). סגירת מרפאות אלה, שגם כעת מוטל עליהן עומס עבודה עצום, בטרם פותחו שירותים מקבילים

בקהילה בידי קופות-החולים, תוביל לקריסת מערך השירותים ותפגע קשות בציבור הנזקקים לשירותי בריאות הנפש.^{lvi}

מקופת-חולים מאוחדת נמסר כי המרפאות הציבוריות הן התשתית המקצועית העיקרית לטיפול מקצועי בחולים מורכבים, ועליהן להמשיך ולהתקיים לפחות כל עוד לא נמצא פתרון הולם אחר ברמה ארצית. נציגי קופת-חולים מאוחדת רואים בהמשך קיום מרפאות בריאות הנפש בניהול ממשלתי או בניהול גוף אחר תנאי מהותי להיערכות קופת-החולים לביצוע מיטבי של הרפורמה. לטענתם, לפני העברת האחריות הביטוחית יש לעבות ולחזק את השירותים הציבוריים, ורק כשאלה יעמדו בתנאי זמינות סבירים יהיה אפשר להעביר את הרפורמה הביטוחית.^{lvii}

נציגי שירותי בריאות כללית טוענים כי יש לעגן בחקיקה את העיקרון הקבוע בהסכם, שסגירת המרפאות תיעשה בהדרגה ובד בבד עם פתיחת השירותים מטעם קופות-החולים, כדי שלא ייווצר חסר במתן שירות באזור מסוים.^{lviii}

לדברי עו"ד לאה ופנר, מנכ"ל ההסתדרות הרפואית, סגירת המרפאות בטרם פותחו שירותים מקבילים במסגרת קופות-החולים תגרום להרס המערך הציבורי של בריאות הנפש ותעמיד אנשים רבים בפני שוקת שבורה, שכן לא תהיה להם כתובת לפנות אליה לקבלת טיפול. גם עו"ד ופנר מצטרפת לדרישה לעגן בחקיקה את נושא המרפאות הציבוריות, אולם היא מבקשת לקבוע מפורשות כי לא תיסגר כל מרפאה במסגרת העברת האחריות הביטוחית לקופות-החולים.^{lix}

5. קביעת מכסות ותנאים למתן השירותים

5.1 המתווה המוצע בהצעת החוק

בסעיף 23ב של הצעת החוק מפורטים כלל שירותי בריאות הנפש שיעניקו קופות-החולים למבוטחים בהן. במסגרת זו מוגדרות חמש קבוצות אבחון, שכל אחת מהן מקיפה 2–4 אבחנות פסיכיאטריות, ולכל אחת מקבוצות האבחון נקבעו מכסות שנתיות (שנת טיפול ולא שנה קלנדרית) למספר מפגשי המיון, הטיפוליים הפרטניים, הטיפולים המשפחתיים, מפגשי ההדרכה ועוד.^{lx}

כך, למשל, נקבע בהצעת החוק כי לאנשים הסובלים מהפרעות כגון סכיזופרניה, הפרעות במצב הרוח, הפרעת אישיות אימפולסיבית והפרעת אישיות גבולית יינתנו 25 מפגשים בשנת טיפול (לקטינים – 30), ולאנשים הסובלים מהפרעות אכילה יינתנו עד 30 מפגשים בשנת הטיפול הראשונה ו-20 מפגשים בשנת הטיפול השנייה.^{lxi}

לדברי ד"ר יעקב פוליאקביץ, מנהל השירותים הפסיכיאטריים במשרד הבריאות, היקף השירותים שבהצעת החוק נקבע בוועדת סל השירותים על סמך נתונים בדבר היקף צריכת השירותים במרפאות.^{lxii}

5.2 טענות בכל הקשור לקביעת המכסות

אנשי מקצוע מותחים ביקורת הן על עצם הקביעה של מכסות לשירותי בריאות הנפש, הן על האופן שבו המכסות נקבעו והן על המכסות שנקבעו. להלן הטענות העיקריות:

1. בקבוצות האבחון מקובצות אבחנות פסיכיאטריות שהטיפול בהן שונה לחלוטין. כך, למשל, לדברי הפרופסור גבי שפיר, פסיכולוג קליני בכיר,^{lxiii} בקבוצת אבחון א' מסווגת מחלת הסכיזופרניה, שעיקר

הטיפול בה תרופתי, יחד עם הפרעת אישיות גבולית, שהחולים בה נזקקים לתמיכה פסיכותרפית אינטנסיבית לאורך זמן. ללוקים בשתי ההפרעות האלה מאושר אותו מספר של מפגשים טיפוליים.

2. טבלת שירותי בריאות הנפש המפורטת בהצעת החוק מבוססת על חישוב ממוצעים של פגישות טיפוליות לאורך שנים, בהתעלמות מידע מדעי ומניסיון קליני בכל הקשור ליעילות הטיפולית. לדברי ד"ר יופ מאירס, ראש המגמה לפסיכולוגיה חינוכית וקלינית של הילד באוניברסיטה העברית בירושלים, הטבלה אינה משקפת את הידע המקצועי על טיפול יעיל.^{lxiv} כך, למשל, לפי מחקרים שהתפרסמו בכתבי העת המובילים, טיפול מועיל להפרעת אישיות גבולית צריך להימשך שנתיים לפחות, עם שתי פגישות טיפוליות בשבוע לפחות. יותר פגישות לא יועילו באופן משמעותי ופחות פגישות לא ישיגו את האפקט הטיפולי המבוקש.^{lxv} בהצעת החוק נקבעו 25 מפגשים לשנת טיפול, ויש בכך התעלמות מהמלצות אנשי המקצוע. מחקרים מלמדים כי בבעיות של חרדה אצל ילדים, לעומת זאת, מספיק לעתים קרובות טיפול של כ-15 פגישות, ואילו בטבלה שבהצעת החוק מדובר על מספר רב יותר של פגישות, שלדעת אנשי המקצוע אין לו כל הצדקה.

גם לפי ההסתדרות הרפואית היקף השירותים שנקבע לחלק מהאבחנות אינו סביר, ויש בו משום צמצום של סל השירותים. כך, למשל, מספר מפגשי הטיפול של חולי סכיזופרניה מוגבל ל-25 בשנה, ואף הטיפול בזריקות, אחת לשבועיים, אינו מתאפשר במסגרת הסל. דוגמה נוספת שההסתדרות הרפואית מציגה היא הגבלת מספר הטיפולים להפרעות במצב הרוח לשישה בשנה. לדברי עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל, במצב זה יוותרו חולים הסובלים מהפרעות נפשיות בלא כל טיפול. ההשלכות של מציאות כזאת תהינה הרסניות, שכן מצבם של חולים אלה רק יחמיר ויידרדר ויכביד בהרבה את הנטל על החברה כולה.^{lxvi}

3. מההסתדרות הרפואית נמסר כי משרד הבריאות הבטיח שסל השירותים לבריאות הנפש יהיה סל שירותים ממוצע, ולא ייקבע סף מקסימלי למטופל כפי שנקבע בהצעת החוק. קביעת מספר טיפולים מקסימלי תגרום לכך שקופות-החולים לא ייתנו טיפולים במספר שמתאים למצבו של כל מטופל, אלא כקבוע בחוק. בהסתדרות הרפואית סבורים כי זהו מצב חמור ומסוכן שבמסגרתו עלולים מטופלים רבים להיוותר בלא הטיפול המגיע להם.^{lxvii}

5.3 סקירה משווה

בדוח של ארגון הבריאות העולמי מומלץ שכל מדינה תקבע לעצמה את התנאים שבהם תיחשב פסיכותרפיה אמצעי יעיל, וכן את סוג הטיפול הפסיכותרפי ואת משכו.^{lxviii} לפיכך ביקשנו לבחון אילו מדינות מגבילות בחוק את מספר המפגשים הטיפוליים שיינתנו לאנשים עם הפרעות שונות:

באוסטריה אין הגבלה של מספר המפגשים, אולם נדרש כי הטיפול הרפואי יהיה הולם ויעיל ולא יינתן טיפול מעבר לנדרש.^{lxix} **בבלגיה** אין הגבלה של מספר המפגשים בטיפול,^{lxx} ו**בנורבגיה** נקבע היקף שירותי בריאות הנפש לפי צורכי המטופל.^{lxxi}

משרד הבריאות באנגליה מאמץ הנחיות של **National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)** בכל הקשור לחלוקת המפגשים ושעות הטיפול בשירותי בריאות הנפש הציבוריים. במוסד זה מועסקים אנשי מקצוע מכל הקשת הטיפולית, המתמחים במגוון של תיאוריות טיפוליות, והוא קובע הנחיות לטיפול לאחר שאנשי המקצוע הגיעו להסכמות. ההנחיות מבוססות על הוכחות מחקריות ועל שיקול דעת קליני ונועדו לאפשר את בחירת הטיפול המיטיב ביותר.^{lxxii}

בארה"ב אומצה שיטת הטיפול המנוהל (managed care), שבמסגרתה יש הגבלה של מספר הטיפולים, ויש הטוענים כי אפשר ללמוד על ההשפעות ארוכות הטווח של הגבלת הטיפולים דרך בחינת המעבר לשיטת טיפול זו.^{lxxiii} ההשפעה הברורה ביותר של גישת הטיפול המנוהל בארה"ב היא **שהטיפול נעשה לפי שיקולים של היסכון כלכלי יותר מאשר של יעילות הטיפול**. טיפולים ממושכים, גם כאשר הם נחוצים, מוחלפים בטיפולים קצרים, על-פי רוב התנהגותיים, שנועדו לפתור משברים יותר מלטפל בסיבותיהם או באישיות המטופל. הטיפולים ניתנים לפי תוכנית טיפולית סטנדרטית המבוססת על אבחון, ואת שיקול הדעת של המטפל מגבילה הדרישה לשימוש ב"טיפול לפי המדריך". כמו כן ניכרת **מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש**, אומנם כחלק ממגמה עולמית הנשענת על אמונות אידיאולוגיות ותיאורטיות, על שיקולים אדמיניסטרטיביים ועל אינטרסים מקצועיים או פוליטיים, אולם גם משיקולים של יעילות כלכלית. במסגרת זו התחזקה השפעתם של הפסיכיאטרים ושל הטיפול התרופתי על חשבון הפסיכולוגים והפסיכותרפיה. הוכח במחקר **שמספר הזכאים לטיפול נפשי הצטמצם במעבר לשיטה הקובעת את הזכאות לטיפול לפי אבחנה**. השימוש באשפוז, ובכלל זה באשפוז יום, הצטמצם באופן דרמטי, ודירוג השירות מבחינת יעילות ושביעות רצון היה נמוך. למעשה, שיטה זו משמעה שהסיכון הכספי מועבר לגורם המבטח, וזה מקבל בכך תמריץ ברור וחד-משמעי לספק כמה שפחות שירותים. שיטה זו הובילה גם להיעלמותם של שירותי מניעה ושל התערבויות מוקדמות.^{lxxiv}

6. הוצאת המסווגים בקוד Z מסל השירותים

6.1 הצעת החוק

ארגון הבריאות העולמי מסווג את כל האבחנות הרפואיות במדריך סיווג ואבחון (ICD-10) בקודים על-פי אותיות ה-ABC. הפרעות נפשיות והתנהגותיות מסווגות באות F. קוד Z מציין "גורמים המשפיעים על הבריאות וקשורים לשירותי בריאות" (Factors influencing health status and contact with health services).^{lxxv}

בקוד Z מסווגים אנשים המבקשים עזרה נפשית בהתמודדות עם משברי חיים בתחומי המשפחה והעבודה, אנשים הפונים לקבל עזרה בהתמודדות עם התמכרות, אנשים עם בעיות הקשורות לאירועי חיים שליליים שחוו בילדותם (כמו התעללות מינית) ועוד. לפי הצעת החוק, אנשים המסווגים בקוד Z לא יזכו לקבל שירותים במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי. **בנספח המצורף למסמך זה מפורטים כל המצבים הכלולים בקוד Z.**

6.2 טענות הצדדים

לפי משרד הבריאות, חוק ביטוח בריאות ממלכתי נועד לתת מענה רפואי טיפולי לאנשים הסובלים מבעיה רפואית הדורשת טיפול. מאחר שקוד Z מתאר מצבי חיים, לא נדרש למסווגים בקטגוריה זו טיפול רפואי. עם זאת, אם עקב מצב חיים מסוים אדם סובל מהפרעה תפקודית או ממצב רפואי כמו חרדה, דיכאון, בעיות הסתגלות וכדומה, הוא ייכנס לקטגוריה של קוד F ויהיה זכאי לקבל טיפול רפואי נפשי.^{lxxvi}

קופות-החולים, שיש להן אינטרס ארגוני וכלכלי בקביעת מכסות, תומכות במהלך זה, ונציגיהן מציינים כי ממוצע הטיפולים בשנה במרפאות הממשלתיות הממוחשבות היה עשרה טיפולים למבוגר ו-15 לקטין,

והמכסות שנקבעו גבוהות הרבה יותר.^{lxxvii} נוסף על כך, לפי הצעת החוק תקים כל קופת-חולים ועדת חריגים אזורית שתפקידה לאשר למבוטחים בה, לפי בקשתם, חריגה מהמכסות או מהתנאים למתן השירותים המרפאתיים. לטענת נציגי קופות-החולים, גם מתוך התפיסה המקצועית המנחה את קופות-החולים, וגם בשל העלויות הכספיות, הן יבקשו למנוע מחולים במצב קשה להגיע לאשפוז ויעדיפו להרחיב בעבורם את מכסות הטיפול.^{lxxviii}

שר הרווחה והשירותים החברתיים יצחק הרצוג סבור כי אין להוציא באופן גורף את הסובלים ממצוקות נפשיות עקב מצבי משבר מכלל הזכאים לשירותים במסגרת ביטוח בריאות ממלכתי. לדבריו, נציגי משרד הבריאות הבהירו שהטיפול באנשים הסובלים ממצוקות המתאפיינות בהיבטים נפשיים כדיכאון, חרדה וכדומה, הנובעות ממצבי חיים משבריים, נכלל בשירותים שיינתנו במרפאות, לאחר שיאובחנו על-ידי רופא שהוסמך לכך (בקוד F). כיוון שכך, משרד הרווחה מבקש לבטל בהצעת החוק את הקביעה הגורפת המוציאה את המבוטחים הכלולים בקוד Z מכלל הזכאים ולהגדיר באופן ברור יותר את מחויבות החוק למתן שירותים על-פי קוד F.^{lxxix} ההסתדרות הרפואית מבקשת כי אם יוחלט שלא להעניק למסווגים בקוד Z שירותים במסגרת סל השירותים של קופות-החולים, ייקבעו בחוק במפורש ההתערבויות המניעתיות וכן כל התערבות שאינה מסיבה רפואית.^{lxxx}

6.3 סקירה משווה

מסקירה משווה של הנעשה בתחום הנדון בחמש מדינות (אוסטריה, אנגליה, בלגיה, נורבגיה ושבדיה) עולה כי כל החמש מעמידות את שירותי בריאות הנפש שלהן גם לרשות המסווגים בקוד Z, ואינן מבחינות בין חולי נפש ובין אנשים המבקשים תמיכה נפשית בעת משבר.

בלגיה,^{lxxxii} נורבגיה^{lxxxiii} ובאנגליה^{lxxxiv} אין הבחנה בין המאובחנים בקוד Z ובין שאר החולים לעניין היקף השירותים הניתנים. באוסטריה חולים המסווגים בקוד Z זכאים לקבל טיפול במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי.^{lxxxv} בשבדיה אין מגבלה על מספר המפגשים שאדם המוגדר במסגרת קוד Z זכאי לקבל בשנת טיפול.^{lxxxvi}

7. תיקון חוק שיקום נכי נפש בקהילה

בסעיף 1 של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן: חוק השיקום), נקבע כי "מטרתו של חוק זה לשקוד על שיקום ושילובם של נכי הנפש כדי לעזור לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו". הן בהסכם והן בהצעת החוק נכרך יישום הרפורמה בשינויים בחוק השיקום, כמפורט להלן:

1. מתן השירותים יהיה כפוף למקורות המימון שיוקצן – לפי הצעת החוק יוגבל בחקיקה התקציב שיועבר לצורך מימוש חוק השיקום. בדברי ההסבר להצעת החוק נכתב כי הדבר ייעשה כדי להתאים את חוק השיקום לעיקרון הקבוע בסעיף 3(ד) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שלפיו שירותים הכלולים בחוק יינתנו על-פי שיקול דעת מקצועי, באיכות סבירה ובתוך זמן סביר, בהתאם לתקציב העומד לרשות משרד הבריאות לנושא זה.

לדברי מר ראובן קוגן, רפרנט בריאות באגף התקציבים שבמשרד האוצר, יש כיום פער בין אנשי המקצוע בשטח, הקוראים את החוק ומבקשים לבנות את סל השירותים הנכון ביותר בעבור נכי הנפש, ובין המציאות, שבה נקבע למשרד הבריאות תקציב שנתי שבמסגרתו הוא אמור לעבוד. לפי משרד האוצר, מערכת שיקום טובה ויעילה צריכה לדעת ליצור לעצמה סדרי עדיפויות מתוך שיקול דעת מקצועי, ומהלך זה עשוי להתקיים רק במסגרת מגבלה תקציבית. לדברי מר קוגן, בד בבד עם המגבלה התקציבית שהצעת החוק קובעת, במשרד האוצר מודעים לצורך בהגדלת תקציבה של מערכת השיקום, וכפי שאפשר לראות בטבלה המוצגת להלן, הדבר נעשה כבר לאורך שנים. לדבריו, מרגע שייקבע בחוק כי תקציב השיקום כפוף למגבלות התקציביות, יתמקד הדיון בתקציב מדי שנה בתוספת הדרושה למערכת השיקום.^{lxxxvi}

בסיס התקציב לשיקום נכי נפש בקהילה בשנים 2002–2008 (במיליוני ש"ח)

2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	
394.5	358	371	302.3	279.1	252.8	213.5	בסיס התקציב

לדברי מר יחיאל שרשבסקי, הממונה על השיקום בתחום בריאות הנפש במשרד הבריאות, קביעת מסגרת תקציבית לחוק שיקום נכי נפש בקהילה משמעותה הסכמה עם מצב שבו נכי נפש שיפנו לקבלת שירותי שיקום לא יוכלו לממש את זכאותם משום שהתקציב אזל (מצב זה התקיים בשנת 2006).^{lxxxvii}

קופות-החולים מתנגדות לכריכת שיקום נכי הנפש ברפורמה. לטענת נציגי קופות-החולים, הפיכת חוק השיקום לתלוי תקציב תעקר אותו מתוכנו ומכוונת המחוקק, שהרי אם לא יוקצה תקציב מספיק החוק לא יקום, בניגוד למטלות המפורטות בו. נציגי קופות-החולים סבורים כי הגבלת תקציב השיקום תוביל לנסיגה מהמחויבות לשיקום נכי הנפש, שהביא לקידום נכי הנפש והחברה הישראלית כאחד, ברמה הפרקטית, הכלכלית, המוסרית והבריאותית.^{lxxxviii}

לדעת אנשי משרד הרווחה, אם ייכלל שיקום נכי הנפש ברפורמה יתרבו פניות הזכאים לשיקום לשירותי הרווחה בלי שהתקיים דיון מקצועי על היכולת של שירותי הרווחה לתת מענה, הן מהבחינה המקצועית והן מבחינת התקציב וכוח-האדם.^{lxxxix}

לדברי נציגי ארגונים חברתיים מדובר בשינוי מהותי של תפיסת שירותי השיקום – מגישה המדגישה כי מדובר בזכות מוקנית לשירותי בריאות, הניתנים על-פי אבחון מקצועי, לגישה המסכימה להגביל זכות זו בתקציב. לטענת ארגון "בזכות", גם כיום מובאים בחשבון היבטים תקציביים – החל בקריטריונים לזכאות, דרך שיקול הדעת של ועדת סל השיקום וכלה בסמכות שר הבריאות לקבוע את השירותים הנכללים בסל.^{xc}

2. השתתפות קופות-החולים במימון שירותי השיקום – על-פי הצעת החוק יוסמך שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, לקבוע סכומים – מתוך חוק השיקום – שיועברו לקופות-החולים לצורך השתתפותן במימון שירותי השיקום הניתנים למבוטחים לפי חוק זה. לפי דברי ההסבר להצעת החוק, אם האחריות

לשירותים רפואיים תועבר לקופות-החולים, והשיקום יישאר באחריות המדינה, עלולים להיווצר ניגודי אינטרסים בהתנהגות קופות-החולים, ואלה עלולות לנסות להעביר את כובד הטיפול למסגרות השיקום במקום לתת שירות מלא במרפאותיהן.

לדברי מר ראובן קוגן, רפרנט בריאות באגף התקציבים שבמשרד האוצר, מערך בריאות הנפש נחלק לשלוש זרועות: טיפול מרפאתי, אשפוז ושיקום. העברת האחריות הביטוחית לקופות-החולים, כשנושא השיקום נשאר באחריות משרד הבריאות, תיצור "תפר" באחריות, בעיה מוכרת בתחומים אחרים במערכת הבריאות (למשל בתחום האשפוז הסיעודי). לפיכך, לדברי מר קוגן, אף שאין מעבירים את האחריות בתחום השיקום לקופות-החולים, אסור שהן תהיינה אדישות אליו ולשם כך הוא מציע ליצור מנגנונים לשיתוף סיכונים תקציביים המבוססים על העברת סכומים מתקציב השיקום לקופות-החולים, וחיובן, מנגד, בהשתתפות ישירה במימון מסגרות השיקום. מנגנון זה יעודד את קופות-החולים ליצור לעצמן סדרי עדיפויות ויחייב אותן להשקיע במוביליות של החולים ובהעברתם ממסגרות "כבדות" ויקרות למסגרות "קלות" וזולות יותר ("קידום חולים" – בלשון האוצר).^{xcii}

בנושא זה מעלים נציגי קופות-החולים ארבע טענות:

1. מערכת השיקום היא מערכת בפני עצמה, הנתונה באחריות בלעדית של משרד הבריאות ואמורה להישאר כך גם עם יישום הרפורמה. קופות-החולים אינן מוכנות להיות מעורבות באופן כלשהו בניהול או בתקצוב מערכת השיקום.^{xciii}

2. אין מדובר בתרגיל עקר של העברת סכום כסף לקופות כדי שהן תעברנה אותו בחזרה למדינה. הכוונה היא להשית על קופות-החולים תשלומים עודפים שיחרגו מהסכומים שהועברו אליהן.^{xciv}

3. נכי הנפש הקשים הזכאים לפי חוק השיקום הם קבוצה קטנה יחסית בכלל המטופלים והמאושפזים, ולכן הטענה כי קופות-החולים תנסינה להעביר את כלל המטופלים למסגרות השיקום אינה נכונה, ואף מקוממת. הטיפול הרפואי בנכי נפש הוא אחד מגורמי השיקום, ואינו בא במקום שירותים אחרים.^{xcv}

4. השיקום הוא שירות ייחודי שקופות-החולים אינן עוסקות בו ואינן ערוכות לתת אותו. לטענת נציגי קופות-החולים יש להעביר לאחריות קופות-החולים רק שירותים שיש להן ערך מוסף בהגשתם – בהשוואה למצב הקיים כיום.

נציגי ההסתדרות הרפואית מעלים טענות אלה:^{xcvi}

1. מסגרות השיקום עומדות על התפר שבין אשפוז לשיקום, ולפיכך יש הצדקה מקצועית ומוסרית להותיר אותן בפיקוח המערך הרפואי.

2. בהצעת החוק מפורטים הסדרים שעלולים ליצור ניגוד עניינים מובנה של קופות-החולים עם מטרות חוק השיקום, שכן יש בהם משום תמריץ כלכלי לקופות-החולים למנוע מהמבטוחים את זכאותם

לשיקום. כך, למשל, חיוב קופות-החולים להשתתף בעלויות של פתרונות השיקום יגרור בהכרח ניסיונות של קופות-החולים למנוע העברת מטופלים למסגרות אלה.

3. אין לאפשר השתתפות של נציג קופות-החולים בוועדות ההחלטה על הפניה לשיקום, גם לא כמשקיף. מדובר בהחלטה מקצועית גרידא ונוכחות נציג קופת-החולים בוועדה עלולה לשבש את השיקולים המקצועיים.



- i תחומים אלה נשארו באחריות המדינה: אשפוז סיעודי, מכשירי שיקום ובריאות הציבור.
- ii בקוד Z מסווגים אנשים המבקשים סיוע נפשי לצורך התמודדות עם משברי חיים, עם התמכרות, עם אירועי חיים שליליים וכיוצא באלה.
- iii דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, תש"ן-1990.
- iv סיכום משותף של משרד הבריאות ומשרד האוצר על העברת מלוא האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש לידי קופות-החולים ועל צמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, 17 בספטמבר 2006.
- v אבנר אליצור ואחרים, הרפורמות בבריאות הנפש בישראל, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, נובמבר 2004.
- vi World Health Organization, The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope, WHO Geneva: Office of Publications, 2001, at <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- vii World Health Organization, The World Health Report 2001, "The Way Forward: WHO Recommendations: fact sheet", Geneva: Office of Publications, 2001, at <http://www.who.int/whr/2001/media centre/en/whr01 fact sheet4 en.pdf>.
- viii סעיף 69 בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנקבע בו כי שירותים אלה יועברו לאחריות קופות-החולים בתום שלוש שנים, בוטל בחוק ההסדרים לשנת 1997. בסעיף המתוקן נקבע כי שירותי הבריאות הכלולים בתוספת השלישית לחוק יישארו באחריות המדינה בלא הגבלת זמן, עד להחלטה אחרת בהסכמת שר הבריאות ושר האוצר.
- ix Dirk Corens, Health Systems in Transition 9 (2): Belgium, 2007, pp. 1–172; Dr. Pol Gerits, Department Manager, Psychological care service, Belgium, Letter, 9 October 2007.
- x Jo Roll, Social Policy Section, House of commons Library, Letter, 19 October 2007.
- xi Elisabeth Rehnbergm, Research Service, Riksdag (The Swedish Parliament), Letter, 30 October 2007; Anna Glenngård, Frida Hjalte, Marianne Svensson, Andres Anell and Vaida Bankauskaite, Health Systems in Transition: Sweden, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- xii Roth Johnsen, Health Systems in Transition: Norway, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006; Thea Bull Skarstein, The Storting (Norway Parliament), Research Section, letter, 26 October 2007.
- xiii Antonio Durán, Juan Lara and Michelle van Waveren, Health Systems in Transition 8 (4): Spain, 2006, pp.139–146.
- xiv Gregory Marchildon, Health Systems in Transition: Canada, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- xv World Health Organization, Organization of Services for Mental Health, Geneva: Office of Publications, 2003, at http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf.
- xvi José Luis Vázquez-Barquero, José García and Francisco Torres-González, "Spanish Psychiatric Reform: What Can Be Learned from Two Decades of Experience?", Acta Psychiatrica Scandinavica 104 (suppl. 410), 2001, pp. 89–95; José Luis Vázquez-Barquero and José García, "Deinstitutionalization and Psychiatric Reform in Spain", European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 249 (3), 1999, pp. 128–135.
- xvii גבי שפיר, "הרפורמה בבריאות ויישומה בשירותי בריאות הנפש בקהילה: סיכון – איום – סיכוי", **שיחות: כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה**, כרך ט', מס' 2, מרס 1995, עמ' 151–158.
- xviii ההסכם נכתב בהנחה שהרפורמה תיכנס לתוקף ב-1 בינואר 2007. לדברי מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, כיוון שהדבר לא קרה, כל האמור בהסכם ידלג שנה קדימה, כלומר כל התקציב האמור לשנת 2007 יועבר, בהתאמות הנדרשות, לשנת 2008.
- xix מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בדצמבר 2007.
- xx ד"ר יעקב פולאקביץ, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 6 בדצמבר 2007.
- xxi פרופסור חנן מוניץ, היועץ הפסיכיאטרי לשירותי בריאות כללית, הגב' שולי שי, הממונה על שירותי בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, ומר ירדן נבו, רפרנט תקציבים בשירותי בריאות כללית, שיחת טלפון, 29

- בנובמבר 2006; מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xxii הגב' שרי מוזס, מנהלת המחלקה לבריאות הנפש והתפתחות הילד ב"מכבי שירותי בריאות", שיחת טלפון, 3 בדצמבר 2006.
- xxiii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007; מר יורם פרדינרו, סמנכ"ל רכש ובקרה בקופת-חולים לאומית, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית למשרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
- xxiv מר שמואל מועלם, שם.
- xxv מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בדצמבר 2007.
- xxvi ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- xxvii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007; מר יורם פרדינרו, סמנכ"ל רכש ובקרה בקופת-חולים לאומית, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית למשרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
- xxviii מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בדצמבר 2007; מר ראובן קוגן, רפרנט בריאות באגף התקציבים שבמשרד האוצר, שיחת טלפון, 6 בדצמבר 2007.
- xxix הגב' שולי שי, מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007; ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007; מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xxx מר יורם פרדינרו, סמנכ"ל רכש ובקרה בקופת-חולים לאומית, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
- xxxi ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- xxxii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xxxiii ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- xxxiv ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007.
- xxxv מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xxxvi ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007.
- xxxvii ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- xxxviii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xxxix מר יורם פרדינרו, סמנכ"ל רכש ובקרה בקופת-חולים לאומית, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית למשרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
- xl מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בדצמבר 2007.
- xli ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007; מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xlii מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בדצמבר 2007.
- xliiii ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007.
- xliv מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xlv מר רועי בן-משה, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 5 בדצמבר 2007.
- xlvi הגב' שולי שי, מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xlvii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007; הגב' שולי שי, מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xlviii המידע שהתקבל מקופת-חולים לאומית היה חלקי ואין אפשרות לצרפו לטבלה זו.

- xlx 115 מיליון ש"ח פער בהערכת היקף השימוש, 54 מיליון ש"ח פער בתחשיב העלות של יחידת טיפול, 12 מיליון ש"ח – בסיס אוכלוסייה לא מעודכן.
- i ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגבי וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007; מר יורם פרדינרו, סמנכ"ל רכש ובקרה בקופת-חולים לאומית, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית למשרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
- li מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- lii הגבי שולי שי, מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007; מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב לנ"ל, 21 לאוקטובר 2007.
- liii ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- liv מר ראובן קוגן, רפרנט בריאות באגף תקציבים במשרד האוצר, שיחת טלפון, 6 בדצמבר 2007.
- lv ד"ר יעקב פולאקביץ, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 6 בדצמבר 2007.
- lvi הגבי סילביה סלר-לזוביק, מנכ"ל "בזכות", מכתב לפרופסור אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, ולמר רביב סובול, סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, בנושא הסדרת הסדרים פוגעים מתוך הרפורמה בבריאות הנפש, 12 בנובמבר 2006.
- lvii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- lviii הגבי שולי שי, מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- lix עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית למשרד הבריאות (ללא ציון תאריך).
- lx בשירותים המרפאתיים בתחום בריאות הנפש נכללים שירותי אבחון, הערכה, ייעוץ וטיפול, למעט טיפול משלים (אלטרנטיבי), טיפול ביופידבק ואבחון לצורך השמה, ובכלל זה השמה בעבודה או במוסד חינוך.
- lxi יצוין כי נוסף על המפגשים האישיים מפורטות בחוק מכסות נוספות – למפגשי הדרכה, לטיפולים קבוצתיים, להערכות פסיכו-דיאגנוסטיות ועוד.
- lxii לדברי ד"ר יעקב פולאקביץ, מנהל השירותים הפסיכיאטריים במשרד הבריאות, מכתב, 2 בדצמבר 2007.
- lxiii מרכז פרויד לחקר פסיכואנליטי, המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית בירושלים; בית-חולים "הרצוג" בירושלים; המרכז לאתיקה משכנות-שאננים, ירושלים, שיחת טלפון, 11 בנובמבר 2007.
- lxiv ד"ר יופ מאירס, ראש המגמה לפסיכולוגיה חינוכית וקלינית של הילד באוניברסיטה העברית בירושלים, מכתב, 29 באוקטובר 2007.
- lxv K. Lieb, M. Zanarini, C. Schmahl, M. Linehan, M. Bohus, "Borderline personality disorder", **The Lancet**, vol. 364, issue 9432, 2004, pp. 453–461.
- lxvi עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות (ללא ציון תאריך).
- lxvii שם.
- lxviii A. Roth and P. Fonagy, "What Works for Whom", **A Critical Review of Psychotherapy Research**, Guilford 2004.
- lxix Brigitte Magistris, Ministry of Health, Family and Youth, Letter, 12 November 2007.
- lxx Dr. Pol Gerits, Department Manager, Psychological care service, Belgium. Letter, 9 October 2007.
- lxxi Thea Bull Skarstein, The Storting (Norway Parliament), Research Section, letter, 26 October 2007.
- lxxii National Institute for Health and Clinical Excellence in England, at <http://www.nice.org.uk>.
- lxxiii צבי גיל, "פסיכיאטריה ופסיכותרפיה בעידן הטיפול המנוהל: הנעשה והצפוי בארץ, ולמידה מהנעשה בארה"ב", **הרפואה** 144 (1), 2005.
- lxxiv C. A. Heflinger and D. Northrup, "What happens when capitated behavioral health comes to town? The transition from the Fort Bragg demonstration to a capitated behavioral health contract", **The Journal of Behavioral health services and research** 27, 2000, pp. 390–406.
- lxxv World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007, at <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- lxxvi ד"ר יעקב פולאקביץ, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, מכתב, 2 בדצמבר 2007.

- lxxvii ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- lxxviii הגב' שרי מוזס, מנהלת המחלקה לבריאות הנפש והתפתחות הילד ב"מכבי שירותי בריאות", שיחת טלפון, 3 בדצמבר 2006; ד"ר יוסי בר-אל, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, מכתב, 6 בדצמבר 2007.
- lxxix שר הרווחה והשירותים החברתיים יצחק הרצוג, מכתב לשר הבריאות יעקב בן-יזרי, 20 באוגוסט 2007.
- lxxx עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות (ללא ציון תאריך).
- lxxxi Dr. Pol Gerits, Department Manager, Psychological care service, Belgium. letter, 9 October 2007.
- lxxxii Thea Bull Skarstein, The Storting (Norway Parliament), Research Section, letter, 26 October 2007.
- lxxxiii Jo Roll, Social Policy Section, House of commons Library, (England), letter, 19 October 2007.
- lxxxiv Brigitte Magistris, Ministry of Health, Family and Youth, Austria, letter, 12 November 2007.
- lxxxv Elisabeth Rehnbergm, Research Service, The Swedish Parliament, letter, 30 October 2007.
- lxxxvi מר ראובן קוגן, רפרנט בריאות באגף התקציבים שבמשרד האוצר, שיחת טלפון, 6 בדצמבר 2007.
- lxxxvii מר יחיאל שרשבסקי, הממונה על שיקום בתחום בריאות הנפש במשרד הבריאות, פרוטוקול ועדת הכספים של הכנסת, 5 בדצמבר 2006.
- lxxxviii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007; מר יורם פרדינרו, סמנכ"ל רכש ובקרה בקופת-חולים לאומית, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
- lxxxix שר הרווחה והשירותים החברתיים יצחק הרצוג, מכתב לשר הבריאות יעקב בן-יזרי, 20 באוגוסט 2007.
- xc הגב' סילביה טסלר-לזוביק, מנכ"ל "בזכות", מכתב לפרופסור אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, ולמר רביב סובול, סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, בנושא הסדרת הסדרים פוגעים מתוך הרפורמה בבריאות הנפש, 12 בנובמבר 2006; מר רוני שכטר, יו"ר מטה מאבק הנכים בישראל, מכתב לראש הממשלה אהוד אולמרט, 9 בספטמבר 2006.
- xci מר ראובן קוגן, רפרנט בריאות באגף התקציבים שבמשרד האוצר, שיחת טלפון, 6 בדצמבר 2007.
- xcii ד"ר אהוד קוקיה, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", מכתב לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007.
- xciii מר שמואל מועלם, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, מכתב ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
- xciv ש.ם.
- xcv עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל, מכתב לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות (ללא ציון תאריך).

רשימת מקורות

מאמרים ופרסומים

- אליצור אבנר ואחרים, הרפורמות בבריאות הנפש בישראל, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, נובמבר 2004.
- גיל צבי, "פסיכיאטריה ופסיכותרפיה בעידן הטיפול המנוהל: הנעשה והצפוי בארץ, ולמידה מהנעשה בארה"ב", הרפואה 144 (1), 2005.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין וחשבון, התש"ן-1990.
- Corens Dirk, Health Systems in Transition 9 (2): Belgium, 2007, pp. 1–172; Gerits Pol, Dr., Department Manager, Psychological care service, Belgium. Letter, 9 October 2007
- Durán Antonio, Lara Juan and van Waveren Michelle, "Health System Review, Health Systems in Transition 8 (4): Spain, 2006, pp. 139–146
- Glengård Anna, Hjalte Frida, Svensson Marianne, Anell Andres and Bankauskaite Vaida, Health Systems in Transition: Sweden, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005
- Heflinger C. A. and Northrup D., "What happens when capitated behavioral health comes to town? The transition from the Fort Bragg demonstration to a capitated behavioral health contract", The journal of Behavioral health services and research 27, 2000, pp. 390–406
- Johnsen Roth, Health Systems in Transition: Norway, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006
- Marchildon Gregory, Health Systems in Transition: Canada, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005
- Lieb K., Zanarini M., Schmahl C., Linehan M. and Bohus M., "Borderline personality disorder", The Lancet, vol. 364, issue 9432, 2004, pp. 453–461

- World Health Organization, The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope, WHO. Geneva: Office of Publications, 2001, at <http://www.who.int/whr/2001/en/>

מכתבים

- בר-אל יוסי, ראש מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, 6 בדצמבר 2007.
 - הרצוג יצחק, שר הרווחה והשירותים החברתיים, לשר הבריאות יעקב בן-יזרי, 20 באוגוסט 2007.
 - ופנר לאה, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל, לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות (ללא ציון תאריך).
 - טסלר-לזוביק סילביה, מנכ"ל "בזכות", לפרופסור אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, ולמר רביב סובול, סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, בנושא הסדרת הסדרים פוגעים מתוך הרפורמה בבריאות הנפש, 12 בנובמבר 2006.
 - מאיירס יופ, ראש המגמה לפסיכולוגיה חינוכית וקלינית של הילד באוניברסיטה העברית בירושלים, 29 באוקטובר 2007.
 - מועלם שמואל, מנכ"ל קופת-חולים מאוחדת, ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
 - פולאקביץ יעקב, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, 2 בדצמבר 2007.
 - פרדינרו יורם, סמנכ"ל רכש ובקרה הקופת-חולים לאומית, לעו"ד מירה היבנר, היועצת המשפטית של משרד הבריאות, 29 בינואר 2007.
 - קוקיה אהוד, מנכ"ל "מכבי שירותי בריאות", לגב' וילמה מאור, מנהלת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, 21 באוקטובר 2007.
 - שי שולי, מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, ליו"ר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות חה"כ משה שרוני, 21 באוקטובר 2007.
 - שכטר רוני, יו"ר מטה מאבק הנכים בישראל, לראש הממשלה אהוד אולמרט, 9 בספטמבר 2006.
- Bull Skarstein Thea, The Storting (Norway Parliament), Research Section, 26 October 2007
 - Gerits Pol, Department Manager, Psychological care service, Belgium, 9 October 2007
 - Magistris Brigitte, Ministry of Health, Family and Youth (England), 12 November 2007
 - Rehnbergm Elisabeth, Research Service, The Swedish Parliament, 30 October 2007
 - Roll Jo, Social Policy Section, House of commons Library (England), 19 October 2007

שיחות טלפון

- בן-משה רועי, סגן מנהל האגף לתכנון, תקצוב ותמחור במשרד הבריאות, 5 בדצמבר 2007.

- מוזס שרי, מנהלת המחלקה לבריאות הנפש והתפתחות הילד ב"מכבי שירותי בריאות", 3 בדצמבר 2006.
- מוניץ חנוך, היועץ הפסיכיאטרי של שירותי בריאות כללית, שי שולי, הממונה על שירותי בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית ונבו ירון, רפרנט תקציבים בשירותי בריאות כללית, 29 בנובמבר 2006.
- פולאקביץ יעקב, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, 6 בדצמבר 2007.
- קוגן ראובן, רפרנט בריאות באגף התקציבים שבמשרד האוצר, 6 בדצמבר 2007.
- שפיר גבי, מרכז פרויד לחקר פסיכואנליטי, המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטה העברית; בית-החולים "הרצוג"; המרכז לאתיקה משכנות-שאננים, ירושלים, 11 בנובמבר 2007.

אתרי אינטרנט

- National Institute for Health and Clinical Excellence, at <http://www.nice.org.uk>
- World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision Version for 2007, at <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- World Health Organization, "Fact Sheet", The World Health Report 2001, The Way Forward: WHO Recommendations, Geneva: Office of Publications, 2001, at http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet4_en.pdf
- World Health Organization, Organization of Services for Mental Health, Geneva: Office of Publications, 2003, at http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf

נספח

**גורמים המשפיעים על מצב הבריאות וקשורים לשירותי בריאות (קוד Z00-Z99)
בהתאם לסיווג ולאבחון הפסיכיאטרי לפי ארגון הבריאות העולמי**

Z00 – בדיקה וחקירה כללית בלא תלונה או דיאגנוזה מדווחת

Z00.4 – בדיקה פסיכיאטרית כללית שאינה מסווגת

Z02 – בדיקה או מפגש למטרות אדמיניסטרטיביות

Z02.3 – בדיקה לצורך גיוס לצבא

Z02.4 – בדיקה לצורך קבלת רשיון נהיגה

Z02.6 – בדיקה לצורכי ביטוח

Z02.7 – נושאים הקשורים לאישור רפואי

Z03 – תצפית רפואית והערכת מחלות או מצבים אפשריים אחרים

Z03.2 – תצפית נוכח חשד להפרעה מנטלית או התנהגותית, ובכלל זה תצפית להתנהגות

דיסוציאלית, הצתה, פעילות בכנופיה וגניבה מחנויות – ללא הצגת הפרעה פסיכיאטרית

Z04 – בדיקה ותצפית למטרות אחרות

בכלל זה בדיקה למטרות רפואיות-חוקיות

Z04.6 – בדיקה פסיכיאטרית כללית הנדרשת מטעם הרשויות

Z50 – טיפול המערב שימוש בהליכים שיקומיים

- Z50.2 – שיקום מאלכוהול
- Z50.3 – שיקום מסמים
- Z50.4 – פסיכותרפיה שאינה מסווגת במקום אחר
- Z50.7 – ריפוי בעיסוק ושיקום תעסוקתי שאינו מסווג במקום אחר
- Z50.8 – טיפול שמעורב בו שימוש בהליכים שיקומיים ספציפיים אחרים, ובכלל זה שיקום משימוש לרעה בטבק, אימון בפעילויות חיי היומיום

Z54 – החלמה

- Z54.3 – החלמה בעקבות פסיכותרפיה

Z55 – בעיות הקשורות לחינוך ולידיעת קרוא וכתוב

Z56 – בעיות הקשורות לתעסוקה ולאבטלה

Z59 – בעיות הקשורות לדיור ולנסיבות כלכליות

Z60 – בעיות הקשורות לסביבה החברתית

- Z60.0 – בעיות הסתגלות לשינוי במעגל החיים
- Z60.1 – סיטואציה הורית לא טיפוסית
- Z60.2 – חיים לבד
- Z60.3 – קשיים תרבותיים
- Z60.4 – בידוד ודחייה חברתית
- Z60.5 – אפליה שלילית או רדיפה, נתפסות
- Z60.8 – בעיות ספציפיות אחרות הקשורות לסביבה החברתית

Z61 – בעיות הקשורות לאירועי חיים שליליים בילדות

- Z61.0 – אובדן יחסי אהבה בילדות
- Z61.1 – הוצאה מהבית בילדות
- Z61.2 – דפוס משתנה של יחסים משפחתיים בילדות
- Z61.3 – אירועים שהביאו לאובדן הערכה עצמית בילדות

Z61.4 – בעיות הקשורות להתעללות מינית, לכאורה, בילד, על-ידי אדם בתוך מערכת התמיכה הראשונית

Z61.5 – בעיות הקשורות בהתעללות מינית, לכאורה, בילד, על-ידי אדם מחוץ למערכת התמיכה הראשונית

Z61.6 – בעיות הקשורות להתעללות פיזית, לכאורה, בילד

Z61.7 – חוויה אישית של פחד בילדות

Z61.8 – אירועי חיים שליליים אחרים בילדות

Z62 – בעיות אחרות הקשורות לגדילה

Z62.0 – השגחה ושליטה הורית בלתי נאותה

Z62.1 – גוננות יתר הורית

Z62.2 – גדילה במוסדות

Z62.3 – עוינות כלפי ילד והפיכתו לשעיר לעזאזל

Z62.4 – הזנחה רגשית של ילד

Z62.5 – בעיות אחרות הקשורות להזנחה בגידול

Z62.6 – לחץ הורי בלתי נאות ואיכויות אבנורמליות אחרות בגידול

Z62.8 – בעיות ספציפיות אחרות הקשורות לגדילה

Z63 – בעיות אחרות הקשורות למערכת התמיכה הראשונית, ובכלל זה נסיבות משפחתיות

Z63.0 – בעיות ביחסים עם בן-זוג או שותף

Z63.1 – בעיות ביחסים עם הורים או חותנים

Z63.2 – תמיכה משפחתית בלתי נאותה

Z63.3 – היעדרות בן משפחה

Z63.4 – היעלמות או מוות של בן משפחה

Z63.5 – ערעור המשפחה עקב פרידה או גירושין

Z63.6 – קרוב משפחה תלותי הנזקק לטיפול בבית

Z63.7 – אירועי חיים מלחיצים אחרים המשפיעים על המשפחה והבית

Z63.8 – בעיות ספציפיות אחרות הקשורות למערכת התמיכה הראשונית

Z64 – בעיות הקשורות לנסיבות פסיכולוגיות מסוימות

Z64.0 – בעיות הקשורות להיריון לא רצוי

- Z64.2 – חיפוש וקבלת התערבויות פיזיות, תזונתיות וכימיות מסוכנות או פוגעות
Z64.3 – חיפוש וקבלת התערבויות התנהגותיות ופסיכולוגיות מסוכנות או פוגעות
Z64.4 – מחלוקת עם יועצים, ובכלל זה קצין מבחן, עובד סוציאלי

Z65 – בעיות הקשורות לנסיבות פסיכולוגיות אחרות

- Z65.0 – הרשעה בהליכים אזרחיים ופליליים ללא מאסר
Z65.1 – מאסר וכליאה מסוג אחר
Z65.2 – בעיות הקשורות לשחרור ממאסר
Z65.3 – בעיות הקשורות לנסיבות חוקיות אחרות, ובכלל זה מעצר, הליכי משמורת או תמיכה בילד
Z65.4 – קורבן לפשע או טרור (כולל עינויים)
Z65.5 – חשיפה לאסון, מלחמה או ביטויי עוינות אחרים
Z70 – ייעוץ הנוגע לגישות, התנהגות ואוריינטציה מינית

Z71 – אנשים הנפגשים עם שירותי בריאות לייעוץ או עצה רפואית שאינם מסווגים במקום אחר

- Z71.4 – מעקב וייעוץ בהקשר של שימוש לרעה באלכוהול
Z71.5 – מעקב וייעוץ בהקשר של שימוש לרעה בסמים
Z71.6 – ייעוץ בהקשר של שימוש לרעה בטבק

Z72 – בעיות הקשורות לסגנון חיים

- Z72.0 – שימוש לרעה בטבק
Z72.1 – שימוש לרעה באלכוהול
Z72.2 – שימוש לרעה בסמים
Z72.3 – חוסר פעילות גופנית
Z72.4 – דיאטה והרגלי אכילה בלתי מותאמים
Z72.5 – התנהגות מינית בסיכון גבוה
Z72.6 – הימורים
Z72.8 – בעיות אחרות הקשורות לסגנון חיים, ובכללן התנהגות של פגיעה עצמית

Z73 – בעיות הקשורות לקשיים בניהול החיים

Z73.0 – שחיקה

Z73.1 – הדגשת תכונות אישיות, ובכלל זה דפוס התנהגות אישיות סוג A

Z73.2 – חוסר ברגיעה או פנאי

Z73.3 – לחץ שאינו מסווג במקום אחר

Z73.4 – כישורים חברתיים בלתי נאותים שאינם מסווגים במקום אחר

Z73.5 – קונפליקט בתפקיד החברתי שאינו מסווג במקום אחר

Z75 - בעיות הקשורות למתקנים רפואיים וטיפול בריאותי אחר

Z75.1 – תור המתנה למתקן רפואי הולם אחר

Z75.2 – תקופת המתנה אחרת לבדיקה וטיפול

Z75.5 – טיפול מקל לתקופות חגים

Z76 – אנשים הבאים במגע עם שירותי בריאות בנסיבות אחרות

Z76.0 – מרשמים חוזרים ונשנים

Z76.5 – התחלות (הצגה מודעת), ובכלל זה אנשים המזייפים מחלות עם מוטיבציה ברורה

Z81 – היסטוריה משפחתית של הפרעות מנטליות והתנהגותיות

Z81.0 – היסטוריה משפחתית של פיגור שכלי

Z81.1 – היסטוריה משפחתית של שימוש לרעה באלכוהול

Z81.3 – היסטוריה משפחתית של שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים אחרים

Z81.8 – היסטוריה משפחתית של הפרעות מנטליות והתנהגותיות אחרות

Z82 – היסטוריה משפחתית של נכויות ושל מחלות כרוניות המובילות לנכות

Z82.0 – היסטוריה משפחתית של אפילפסיה ומחלות אחרות של מערכת העצבים

Z85 – היסטוריה אישית של גידול ממאיר

Z86 – היסטוריה אישית של מחלות מסוימות אחרות

Z86.0 – היסטוריה אישית של גידולים אחרים

Z86.4 – היסטוריה אישית של שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים

Z86.5 – היסטוריה אישית הפרעות מנטליות והתנהגותיות

Z86.6 – היסטוריה אישית של מחלות מערכת העצבים ואברי חוש

Z87 – היסטוריה אישית של מחלות ומצבים אחרים

Z87.7 – היסטוריה אישית של עיוותי צורה מולדים, מומים ואבנורמליות של הכרומוזומים

Z91 – היסטוריה אישית של גורמי סיכון שאינם מסווגים במקום אחר

Z91.1 – היסטוריה אישית של חוסר היענות לטיפול רפואי או משטר בריאותי

Z91.4 – היסטוריה אישית של טראומה פסיכולוגית שאינה מסווגת במקום אחר

Z91.5 – היסטוריה אישית של נזק עצמי, ובכלל זה התנהגות פארה-אובדנית, הרעלה עצמית או ניסיון אובדני