



המרכז הבינתחומי הרצליה

בית הספר טיומקין לכלכלה

נייר מדיניות כלכלית

**האם מנגנון התמריצים, שבבסיס הרפורמה הביטוחית בשירותי
בריאות הנפש, יעודד את ייעולה ושיפור איכותה של המערכת?**

קורס כתיבת נייר מדיניות כלכלית

מוגש לידי: ד"ר אורן לוינטל

יולי 2015

מגישים:

נדב צאן 034720235

לביא קושלביץ 301536413

תוכן עניינים

3	הקדמה	1
5	שאלת המדיניות	2
5	2.1 השלכות השאלה	
5	2.2 מדוע השאלה מעניינת מבחינה כלכלית	
6	3. עיקרי ההמלצות	
7	4. חשיבות השאלה	
8	4.1 תמונת מצב בעולם	
9	4.2 תמונת מצב בישראל	
12	4.3 חשיבות יעילות מנגנון התמריצים שהרפורמה תייצר	
14	5. הרפורמה בשירותי בריאות הנפש	
17	6. ניתוח כשלי השוק העיקריים במערכת הבריאות	
17	6.1 ברירה שלילית	
18	6.1.1 המנגנון	
19	6.1.2 נוסחת הקפיטציה	
20	6.1.3 המלצות	
20	6.1.4 המלצות נוספות	
21	6.2 סיכון מוסרי	
21	6.2.1 דמי השתתפות עצמית	
24	6.2.2 סיכון מוסרי בבריאות הנפש	
25	6.2.3 המלצות	
26	7. סיכום	
27	8. תודות	
28	9. ביבליוגרפיה	

נייר מדיניות זה עוסק בשאלה האם האופן בו תוכננה הרפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש, מייצר מנגנון תמריצים נכון, אשר ביכולתו להוביל לבניית מערכת בריאות נפש איכותית ויעילה יותר מהקיימת ערב הרפורמה.

הנייר מציג את מצב מערכת הבריאות הנפש בארץ, עת חוקקו את חוק שירותי הבריאות הממלכתי בשנת 1995 (חוק שהיה מתקדם מאוד בגישה הכוללנית שלו), ועד היום, עם החלת הרפורמה הביטוחית במערכת בריאות הנפש. בנייר סקרנו מאמרים רלוונטיים מהארץ ומהעולם, ניסינו להבין מהו מנגנון התמריצים הקיים, מהם כשלי השוק הנפוצים, ומהם הכלים להתמודדות עם כשלים אלו, במערכת הבריאות הכללית בכלל ובמערכת הבריאות הנפשית בפרט. ראינו כי קיימת חפיפה רבה בין המערכות, וכי מסיבות שונות, המצב במערכת בריאות הנפש רגיש הרבה יותר.

מיקוד הנייר הוא בשני כשלי שוק מרכזיים, המאפיינים את מערכות הבריאות בארץ ובעולם, ברירה שלילית (Adverse Selection) וסיכון מוסרי (Moral Hazard). נציין בעיות נוספות הקיימות במערכות הנ"ל, אך לא נעמיק בהן יתר על המידה.

נראה כי מתווה הרפורמה הנוכחי, מעניק מידה רבה של כח בידיהן של קופות החולים, אשר עלולות ליצור ביקוש עודף/ חסר לשירותי בריאות נפש, ולגרוף רווחים על חשבון המטופלים. אין ספק שנדרש פיקוח משמעותי של משרד הבריאות (הרגולטור בתחום) וגופים ממשלתיים אחרים, בכדי לוודא שביצוע הרפורמה ישפר את מצב מערכת בריאות הנפש, יטיב עם כלל בעלי העניין (המטופלים וקופות החולים כאחד), וימנע חוסר יעילות ובזבז כספי ממשלה ומשלמי המיסים.

דברים אלו מקבלים משנה תוקף נוכח [החלטת וועדת העבודה, הרווחה והבריאות](#), ברשות ח"כ אלי אלאוף, מתאריך ה-10 ביוני 2015, על הקמת ועדת משנה למעקב אחר הרפורמה בבריאות הנפש.

בנושא זה (יעילות כלכלית) מתמיהה עוד יותר העובדה שהכסף אותו תעביר הממשלה לקופות החולים (תוספת של כ-300 מיליון ש"ח, מעבר לתגמולים בגין הטיפול בחולי הנפש) אינו מוקצה ישירות לטובת הרפורמה (הכסף אינו "צבוע"). מה שמעלה את החשש כי קופות החולים יעשו בכסף, שימוש לצרכים אחרים בקופה. לאור שיחות שביצענו עם מספר פסיכולוגים ופסיכיאטרים, העובדים בשירות קופות החולים ובתי החולים הפסיכיאטריים (האחרונים תוקצבו בכ-1.7 מיליארד ש"ח), החשד הופך מובהק עוד יותר, שכן להתרשמותנו, הקופות טרם נקטו בצעדים הנדרשים ליישום ראוי של הרפורמה. (לכל הפחות, קיבלנו את הרושם



שעובדי בתי החולים הפסיכיאטריים וקופות החולים, לא תודרכו בנושא ואינם יודעים כיצד הדברים יתנהלו עם החלטה של הרפורמה)

המלצתנו העיקרית בנייר מדיניות זה, אם כן, נוגעת למנגנון התגמולים לפיו הממשלה משלמת לקופות החולים (בין היתר, נוסחת הקפיטציה, אשר לדעתנו יש צורך ברענון הקריטריונים שלה), והקמת ועדה ייעודית לבחינת דמי ההשתתפות העצמית הנכונים, תוך התאמתם למעמדם הסוציו-אקונומי של המטופל.

שאלת המדיניות

"האם מנגנון התמריצים, שבבסיס הרפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש, יעודד את ייעולה ושיפור איכותה של המערכת"

השלכות השאלה

השאלה תבחן מחדש את יעילות מנגנוני התמרוץ לקופות החולים ותמליץ האם יש מקום לערוך, לשנות או להוסיף לחוק מנגנונים נוספים. המחקר נשען על מקרי בוחן של מדינות אשר יישמו את המודלים ונתונים עדכניים.

תתי שאלה:

- מהם החסמים הנוכחיים בפני השימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה כיום?
- האם קיימים פערים בדפוסי השימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה בין קבוצות אוכלוסיה (על"ב אזור גיאוגרפי, מעמד סוציו-כלכלי ועוד), שאינם נובעים ממצב בריאותי?
- האם נכון לאמץ את מנגנוני הקפיטציה הקיימים כיום לגבי הסל הבסיסי או שמא יש לבצע התאמות במנגנון זה לסל הייחודי של בריאות הנפש? ומהן ההתאמות הנדרשות?
- האם נכון לעשות שימוש בדמי השתתפות עצמית כדי לפתור בעיות ביקוש במערכת בריאות הנפש? כיצד יש לקבוע את דמי ההשתתפות?

מדוע השאלה מעניינת מבחינה כלכלית

המדינה השקיעה משאבים רבים וכספי ציבור ברפורמה ו"הפרטת" שירותי בריאות הנפש. בחינת הכדאיות והיעילות של המעבר תבחן האם כספי הציבור שולמו לטובת מהלך שיטיב עם השירות הטיפולי לאזרחים בכלל ולאוכלוסיות החלשות בפרט. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מהווה ציון דרך משמעותי בהיסטוריה של מערכת הבריאות בישראל, זהו חוק בעל חשיבות חברתית ממדרגה ראשונה. החוק נועד להבטיח שכל שכבות האוכלוסיה יהיו זכאיות למינימום מסויים של שירותים רפואיים. החוק קבע גם את כללי המשחק במערכת, שיבטיחו שמטרות החוק אכן יוגשמו בצורה היעילה ביותר. אולם, על פניו נדמה כי יישומו של החוק הלכה למעשה נעשה באופן חלקי ולא מספק. שלושת המנגנונים העיקריים האמורים להבטיח יעילות ושוויוניות של המערכת – פיקוח על השירותים המסופקים על ידי הקופות, תחרות, ומנגנון ההקצאה של המשאבים לקופות - הופעלו רק באופן חלקי (אם בכלל). יתרה מכך, מידת האפקטיביות שלהם בהשגת המטרות לא נבחנה באופן מספק. אין זה מאוחר, אף לאחר כניסת החוק לתוקף, לבצע את השינויים הנדרשים כדי שהמשאבים האדירים המופנים למערכת הבריאות מדי שנה ימצאו את דרכם אל אלה שאכן זקוקים להם יותר מכול.

לדעתנו, בהתבסס על הדיון שקיימנו לעיל, מנגנון תגמול קופות-החולים הרפורמה לבריאות הנפש חייב לעבור שינוי מהותי אם ברצוננו להבטיח מערכת שירותי בריאות יעילה ושוויונית.

מנגנון התגמול של קופות-החולים צריך להכיל את המרכיבים הבאים:

- נוסחת קפיטציה עם הרחבה ניכרת של משתנים נוספים, ביניהם נכות, מצב סוציו-דמוגרפי, תעסוקה ועוד.
- הקמת ועדה ייעודית, שתמדוד את עק' הביקוש לשירותי בריאות הנפש, ותעדכן את דמי ההשתפות העצמית בהתאם.
- תגמול בצורת מענקים מיוחדים לפרויקטים בעלי עדיפות - השתתפות בהוצאות עבור מבטחים יקרים במיוחד.
- תגמול על עמידה ביעדי איכות, זמינות, נגישות ושביעות רצון (במיוחד של האוכלוסיות החלשות והחולות).

שילובם של המרכיבים במנגנון התגמול לקופות, ביחד עם הגברת הפיקוח על השירותים שאותם מספקות הקופות ובחינה מדוקדקת של התחרות בין הקופות, יגדילו ללא ספק את היעילות והשוויוניות במערכת. אופן השילוב של ארבעת המרכיבים הללו והפיכתם למנגנון של תגמול אפקטיבי הוא משימה כלל לא פשוטה הדורשת עבודת הכנה יסודית ומקצועית. אולם אין ספק שהדבר אפשרי, וגם אם התוצאה לא תהיה מושלמת, סביר שתהיה טובה יותר ממודל התגמול הקיים היום.

חשיבות השאלה

מחקרים בעולם מראים כי הבריאות הנפשית היא הגורם הבודד המשמעותי ביותר לאושרם האישי של בני-האדם¹. נכון איפוא שכולנו נדאג לבריאות הנפשית שלנו. בטבלה 1 ניתן לראות את מס' האנשים בעולם, החולים במחלות נפשיות נפוצות (דיכאון, חרדה והפרעות קשב וריכוז), כפי שאמד האו"ם בשנת 2013: (טבלה מס' 1)

Table 3.2: Global estimates of the prevalence of common mental disorders¹³

	Percent of the world's population	Total number of cases in the world
Depression (incl dysthymia)	6.8	404 million
Anxiety disorders	4.0	272 million
Childhood behavioral disorders (ADHD, conduct disorder)	1.2	85 million

הנתונים מראים כי מאות מיליוני אנשים חולים במחלות הנפשיות הנפוצות, מיליונים רבים אחרים חולים במחלות נפשיות אחרות, שאינן מצוינות בטבלה. האומדנים מלמדים כי מעל 10% מאוכלוסיית העולם סובלת מדיכאון קליני או הפרעות חרדה משתקות. מחלות אלו נמצאו כגורמות הבודדים המשפיעים ביותר על נכות והיעדרות מעבודה, דבר אשר מלווה בעלויות עצומות למשק, במונחים של סבל אנושי ובזבוז כלכלי².

משסקרנו את היקף המחלות, יש מקום לדבר מעט על משמעויות כלכליות בעולם: מחקר מקיף של ארגון הבריאות העולמי (W.H.O) מצא כי בשנת 2004, מחלות נפשיות, הפרעות נירולוגיות וצריכת סמים, היוו כ-13% מהנטל הכלכלי העולמי של כל המחלות. יתרה מכך, הדיכאון לבד, מהווה כ-4.3% מהנטל העולמי, והוא בין הגורמים הבודדים הגדולים ביותר המובילים לנכות, במיוחד בקרב נשים³.

בנוסף, לפי הפורום הכלכלי העולמי (World Economic Forum) שהתכנס בשנת 2011 בג'נבה, ההשפעה הגלובלית המצטברת של הפרעות נפשיות (כאשר מודדים אותן במונחים

¹ UN SDSN, World Happiness Report. (2013)

² שם

³ World Health Organization. (2013)

של אובדן תפוקה כלכלית בארה"ב) מסתכם בכ-16.3 טריליון דולר, בין השנים 2011 ל-2030.⁴

אין ספק כי העלויות למשק הגלובלי, הנלוות למחלות נפשיות אינן מבטלות כלל (בלשון המעטה). אולם, וכפי שנראה בהמשך, ההוצאה הממוצעת הגלובלית על מחלות אלו נמוכה משמעותית מן הראוי, ללא התייחסות לתועלת הכלכליות העשויות להתלוות לטיפול נאות במחלות נפשיות.

נשאלת השאלה הכלכלית, מדוע כדאי להשקיע בטיפול במחלות נפשיות?

נכון להיום, לאור ההתפתחויות בטיפולים פסיכולוגיים ותרופתיים, טיפולם כדאיים כלכלית למחלות נפשיות אכן קיימים. טיפולים אלו מובילים לשיעורי החלמה בגובה 50% ויותר, יוצא מכך ונוכח החיסכון שהם מייצרים, שהעלות נטו למשק של טיפולים אלו יכולה בהחלט להיות נמוכה ביותר עד כדי אפסית.⁵ יתרה מכך, במחקרו של רייס (1990) נמצא כי גובה העלויות העקיפות על המשק, שווה לפעמיים העלויות הישירות של הטיפול במחלות נפשיות. זאת נוכח העובדה כי הפרעות נפשיות משיתות עלויות על החולה, משפחתו/ה ועל החברה בכללותה.⁶

פוטנציאל התרומה הכלכלית של טיפול במחלות נפשיות נחקר במספר אופנים וע"י מספר גופים, כך למשל: מחקר של ארגון המדינות המפותחות (OECD) משנת 2012, העלה כי בקרב מדינות אלו, התעסוקה הייתה גבוהה בכ-4% אילו חולי הנפש באותן המדינות עבדו באותה המידה ששאר האוכלוסיה "הבריאה" עובדת. טיפול במחלות אלו היה מוביל לצמצום שיעור ההיעדרות מהעבודה ומגדיל את התעסוקה בכ-1%. תפוקת העובדים החולים במחלות נפשיות, המסוגלים לעבוד, הייתה עולה ומגדילה את התעסוקה בכ-1% נוספים. סה"כ, המחקר הראה כי פוטנציאל התרומה לתעסוקה במשק, נוכח טיפול ראוי במחלות אלו, היה עולה בכ-6% לעומת היקף התעסוקה בשנת 2012 במדינות ה-OECD.⁷

מחקר של האו"ם, מצא כי משרדי אוצר במדינות בעלות הכנסה גבוהה, בד"כ מציגים אובדן של כ-1.5% מהתמ"ג, בעקבות תשלומי קצבות נכות ואובדן הכנסות ממסים, בשל מחלות נפשיות.⁸

תמונת מצב בעולם

אז לפני שנדון במקרה הישראלי הפרטני, נציג את המגמות העולמיות העכשוויות בתחום: על אף התועלות הכלכליות החיוביות נטו, הנלוות להשקעה וטיפול במחלות נפשיות שהוצגו לעיל, המצב בעולם אינו מזהיר. לפי מחקר של ארגון הבריאות העולמי (W.H.O), במדינות

Geneva: World Economic Forum. (2011)⁴

UN SDSN, World Happiness Report. (2013)⁵

Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2000)⁶

OECD. (2012)⁷

UN SDSN, World Happiness Report. (2013)⁸

בעלות הכנסה נמוכה ובינונית, בין 76% ל-85% מאלו בעלי הפרעות נפשיות חמורות, לא זוכים לטיפול בהפרעה שלהם; במדינות בעלות הכנסה גבוהה, הנתונים מעודדים מעט יותר, אך לא מספקים, ועומדים על בין 35% ל-50%. יתרה מכך, נכון לשנת 2013, על אף המספרים שהוצגו קודם לכן, ועל אף התועלות הכלכליות למשק, אף ממשלה לא השקיעה יותר מ-15% מתקציב הבריאות שלה על בריאות נפשית. יש לציין, כי אפילו במדינות אשר השקיעו 15%, ההשקעה הנ"ל הסתכמה בכ-1% מהתמ"ג של אותה המדינה¹⁰.

הנתון שהוצג לעיל הופך עוד יותר משמעותי, כשבודקים את ההוצאה הממוצעת העולמית על בריאות (כולל בריאות הנפש), כאחוז מהתמ"ג. הממוצע העולמי כיום עומד על כ-10%¹¹. כלומר הרוב המכריע של ההוצאה הציבורית על בריאות הוא על בריאות כללית, ואילו ההוצאה על בריאות הנפש במקרה הטוב, עומדת על 10% מההוצאה על בריאות (1% מתוך 10%). ממוצע מדינות ה-OECD מלמד כי בעוד ההוצאה לבריאות הנפש (כאחוז מהתמ"ג) עומד על כ-0.5%, אומדן עלות התחלואה הנפשית (כאחוז מהתמ"ג) עומד על 4%-3%. כלומר גם אם נגדיל משמעותית את ההשקעה הממשלתית בבריאות הנפש, המשק יוכל להרוויח¹².

ניתן לראות, ובדומה לרפורמה בבריאות הנפש אותה אנחנו בוחנים בעבודה זאת, כי בכל הנוגע לאופן הטיפול במחלות נפשיות, רוב מדינות ה-OECD מתרחקות מטיפול בבתי חולים כדרך עיקרית של מתן טיפול, ועוברים אל עבר טיפול המבוסס קהילה בה קיים צוות רב-תחומי¹³.

בנוסף, במדינות רבות בעולם, שירות הבריאות ציבורי וחינמי. כך למשל, בבריטניה, ה-NHS (National Health Services) מספק את מרבית השירותים שלו בחינם למרבית אזרחי בריטניה. בשלהי שנת 2008, ולאחר מחקר מקיף של NICE

(National Institute for Health and Clinical Excellence) הממשלה הבריטית השיקה תוכנית רחבת היקף (בהשקעה של 300 מיליון פאונד עד שנת 2010, ו-400 מיליון פאונד נוספים עד לשנת 2015) להנגשתם וטיובם של שירותי בריאות הנפש. תוכנית זאת נקראת IPAT (Improving Access to Psychological Therapies), והצלחתה אינה מוטלת בספק. כך למשל, מעל מיליון אנשים כבר טופלו במסגרת התוכנית. חשוב מכך, מעל 45,000 איש חזרו לעבודה והפסיקו לקבל דמי מחלה והטבות אחרות¹⁴.

תמונת מצב בישראל

בהשוואה קצרה של התנאים במערכת הבריאות הנפשית, אותה ביצע ארגון ה-OECD, ניתן לראות שישראל נמצאת במקום ממוצע-נמוך בהשוואה לממוצע.

⁹ World Health Organization. (2013)

¹⁰ World Health Organization. Regional Office for Europe. (2008)

¹¹ Health expenditure. (2015)

¹² בן נון, ג. (2011)

¹³ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Staff. (2013)

¹⁴ IAPT, I. (2012)

כך למשל, ממוצע מדינות ה-OECD של מספר פסיכיאטרים ל-100,000 איש, עמד בשנת 2011 על 15.6 פסיכיאטרים. בישראל באותה השנה, עמד מספר הפסיכיאטרים על 16.6. מעט גובה מהממוצע.

לעומת זאת, השוואה באמצעות שימוש בשיעור החולים אשר חזרו לאשפוז בבית-החולים תוך 30 יום (שיעור המשמש כמדד לחוסר ניהול נכון של תנאים לבריאות הנפש, מחוץ לבית חולים) הראתה תמונה עגומה יותר: בישראל, שיעור החולים במחלת סכיזופרניה והפרעה דו-קוטבית, אשר אושפזו מחדש תוך 30 יום וללא כוונה ראשונית לכך, הוא מהגבוהים במדינות ה-OECD, ועומד על (נכון לשנת 2011) כ-20% ו-16% בהתאמה. בעוד ממוצע מדינות ה-OECD עומד על (נכון לשנת 2011) כ-13% ו-11% בהתאמה¹⁵.

מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל עמדה בשנת 2013 על 7.5% מהתמ"ג (79 מיליארד ש"ח). שיעור הנמוך בהרבה מחציון ה-OECD¹⁶.

לוח א – הוצאה לאומית לבריאות כאחוז מהתמ"ג, בישראל ובארצות OECD, 2000-2012

שנה	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ישראל	7.2	7.7	7.6	7.6	7.4	7.4	7.3	7.3	7.3	7.4	7.3	7.4	7.5
חציון OECD	7.7	7.9	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.5	8.8	9.6	9.4	9.2	9.3

כמו כן, ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש בישראל עמדה בשנת 2013, על 3.9 מיליארד ש"ח, שהם 0.4% מהתמ"ג, וכ-5% מההוצאה הציבורית הכוללת על בריאות¹⁷. הנתונים דומים לממוצע ההוצאה במדינות ה-OECD, אך נתון זה אינו מעודד שכן ההוצאה על בריאות הנפש בכל העולם, נמוכה מידי. (כפי שהוצג קודם לכן)

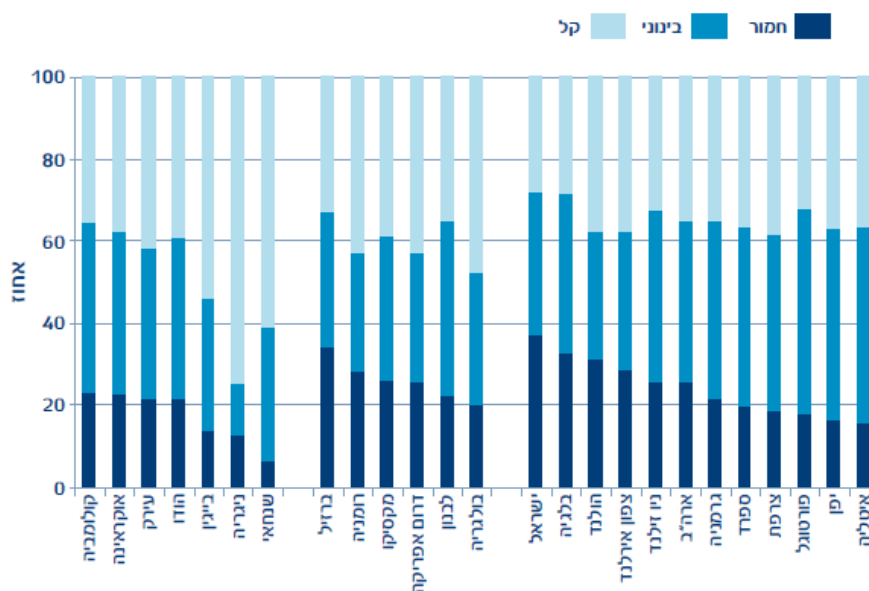
¹⁵ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Staff. (2013)

¹⁶ כץ, מ'. (2014)

¹⁷ בן נון, ג'. (2011)

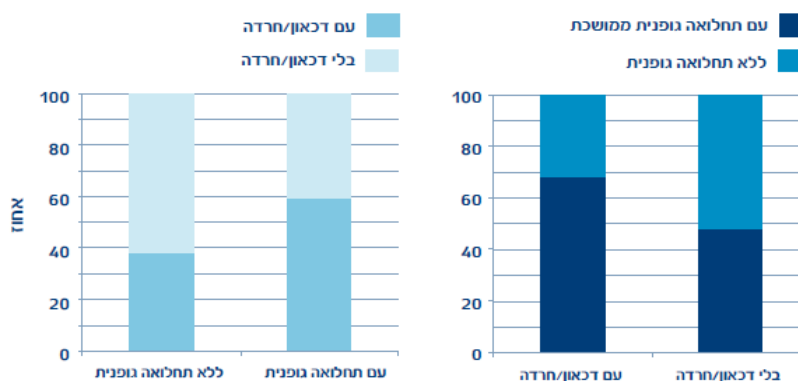
יתרה מכך, וכפי שניתן לראות ממחקר המחלקה למחקר ותכנון של האגף לבריאות הנפש של משרד הבריאות משנת 2012, בקרב המדינות המפותחות, בישראל נמצא האחוז הגבוה ביותר של חולים נפשיים ברמת חומרה חמורה:

חומרת מקרים: התפלגות דרגות חומרה של מצבי דכאון וחרדה בכלל המדינות לפי רמת הכנסה: אחוזים



נתון מדאיג נוסף מאותו המחקר, המדגים את הפגיעה במשק (הכלכלית, בין היתר) הוא כי שיעור המדווחים בישראל על תחלואה גופנית ממושכת (מחלות דוגמת מחלות לב, סכרת, מחלת כליות וכו') בקרב הסובלים מהפרעת דכאון או חרדה היה גבוה בכ-20% מאלו שלא סבלו מהפרעות אלו. מהצד השני, מי שכבר התמודד עם תחלואה גופנית ממושכת, סבל הרבה יותר מהפרעות דיכאון וחרדה, מאלו ללא תחלואה זו. (בהיקפים דומים לנק' הקודמת)

שכיחות תחלואה גופנית ממושכת באוכלוסיות עם ובלי הפרעות דכאון או חרדה (ישראל): אחוזים



ואיך נראה האשפוז הפסיכיאטרי בישראל, טרם הרפורמה בבריאות הנפש?
 "בישראל פועלים 13 מוסדות אשפוז לבריאות הנפש. מוסדות אלה, ומחלקות פסיכיאטריות
 בבתי חולים כלליים הפעילו בסוף 2012 3,467 מיטות אשפוז פסיכיאטריות, מרביתן (81%)
 בבעלות ממשלתית, 9% בבעלות כללית וכ- 7% בבעלות פרטית. שיעור מיטות האשפוז
 לבריאות הנפש נמצא במגמת ירידה מאז שנות השבעים, בהתאם למדיניות משרד הבריאות
 לצמצום שירותי האשפוז ופיתוח שירותים בקהילה¹⁸.

חשיבות יעילות מנגנון התמריצים שהרפורמה תייצר

ראשית, ומתוך דברים שלמדנו ממחקרים בינלאומיים, נדמה כי כלכלת בריאות נפש דומה
 לכלכלת הבריאות הכללית, רק חמורה יותר: קיים קושי בהנחת ההנחה של התנהגות
 אינטרסנטית של המטופלים כשמדובר במטופלים החולים במחלת נפש (מהסיבה שמחלת נפש
 פעמים רבות משפיע על שיקול הדעת); ממצאים מראים כי קיימת תגובה חריפה יותר
 לתמריצים כספיים, כגון ביטוח (כלומר עק' ביקוש לטיפולים בבריאות הנפש גמישות יותר);
 ההשלכות החברתיות והעלויות החיצוניות של מחלות נפשיות משמעותיות הרבה יותר מאלו
 של מחלות כלליות.

בנוסף, ממחקרם של ריצ'רד פרנק ותומס מקגווייר, ניתן לראות כי בחירה שלילית (Adverse
 Selection) וסיכון מוסרי (Moral Hazard) ככל הנראה פגעו בשווקי בריאות נפש בעוצמה
 יתרה¹⁹.

הרפורמה בבריאות הנפש, אשר נכנסה לתוקפה בראשון ביולי השנה (2015), מעבירה את
 מרבית האחריות לטיפול בחולים במחלות נפש מרשות ממשלתית (אשר מטרתה, על פניו, היא
 טובת הציבור גרידא), ואל ידי קופות החולים. (גוף עם מטרות רווח) נוכח הרפורמה, צריך
 לזכור כי, הפרעות נפשיות הן לעתים קרובות מצבים כרוניים אשר יוצרים נכויות משמעותיות,
 ואשר פוגעים באנשים בשלב מוקדם בחייהם. (גילאי 15 עד 30) מחלות אלו מתואמות עם
 בעיות אחרות להן עלויות חברתיות גבוהות: אבטלה, פשע, אלימות, וגידול בכמות מחוסרי-
 הבית. לרוב הבעיות הללו השלכות לא רק על האדם החולה אלא גם על אנשים אחרים.
 ומסיבות אלו, ממשלות לקחו תפקיד גדול בהנחייה וברגולציה של שיטות מסוימות של טיפול
 בתחום בריאות נפש, בעבר²⁰.

¹⁸ דו"ח ועדת גרמן.

¹⁹ Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2000)

²⁰ שם.

יתרה מכך, בפרט בישראל, וכפי שלמדנו מדו"ח ועדת גרמן (2013), נדרשת תשומת לב ודיוק רב יותר בהכנת מנגנון תמריצים נכון שכן: "ציבור נפגעי הנפש בישראל, ובפרט המאושפזים במוסדות לבריאות הנפש, מתקשים לרוב להביע את מצוקותיהם, לדרוש טיפול רפואי נאות, תנאי אשפוז ראויים והקצאת משאבים מתאימה. ראשית, המצב הרפואי הפסיכיאטרי לעיתים מונע מאדם פגוע נפש להביע את דעתו, ומחלת הנפש מאפשרת לעיתים להטיל ספק בעצם נכונות טענותיו. שנית, החולים במחלות הפסיכיאטריות והמוסדות המיועדים לטיפול בהם סובלים מדימוי שלילי המקשים על פגועי הנפש לקבל טיפול נאות ואף להשתלב בחברה ובתעסוקה. דימוי זה, אשר לעיתים מונע מאנשים הצריכים טיפול נפשי לפנות ולבקש אותם, פוגע ביכולת לגייס תמיכה ציבורית ופוליטית במאבק על זכותם של חולי הנפש לשירותי בריאות טובים יותר"²¹.

מכאן, כי המהלך אותו מקדמת הרפורמה האמורה (יש שיקראו למהלך "הפרטה") מחייב אותנו הכלכלנים, לבצע בדיקה מדוקדקת של אופן ההפרטה, ובעיקר לבדוק את מנגנון התמריצים המוצע בה. מנגנון תמריצים לקוי עשוי לפגוע במערכת הבריאות הנפשית, ולהגדיל באופן ניכר את העול הכלכלי שאותו פלח אוכלוסיה (אוכלוסיית חולי הנפש) משית על המשק כולו. זאת מבלי שנבחן כלל השינוי באיכות הטיפול, והתרומה של הרפורמה, לבריאות הנפשית והכללית של חולי הנפש בישראל.

²¹ דו"ח ועדת גרמן.

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש

הרפורמה הביטוחית של שירותי בריאות הנפש במתכונתה הנוכחית, יצאה לדרך לאחר חתימתו של סגן שר הבריאות דאז, ח"כ יעקב ליצמן, על הצו הממשלתי שהניע אותה בשנת 2012. יותר משלוש שנים לאחר מכן, הרפורמה נכנסה לתוקפה בתאריך 01.07.2015. שורשיה של הרפורמה, כמו גם מדוע היה בה צורך מלכתחילה, משתרעים 20 שנים לאחור, עד לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי, אשר נחקק בשנת 1994 והוחל בשנת 1995, בעקבות המלצות ועדת נתניהו.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, היה חוק מתקדם מסוגו בעולם במידת השוויוניות והנגישות לשירותי בריאות, הגלומה בו. החוק כלל שלושה מהלכים מרכזיים:

- הסדרת זכותם של תושבי ואזרחי המדינה לקבל שירותי בריאות.
- הגדרת סל שירותי בריאות.
- העברת האחריות למרבית שירותי הבריאות לקופות החולים.

על אף המלצת ועדת נתניהו להכליל את בריאות הנפש בחוק זה, תוך העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, בעת חקיקתו נותרו שירותי בריאות הנפש, הגריאטריה והרפואה המונעת מחוץ לסל השירותים שבאחריות קופות החולים²².

עם חקיקת החוק, נקבע כי תוך שלוש שנים יועבר תחום בריאות הנפש לאחריותן של קופות החולים גם כן. עד אז, הייתה הממשלה אמונה על מתן הטיפול והביטוח בתחום. אולם, מסיבות שונות, לא צלחו ניסיונות יישום העברת האחריות אל קופות החולים. בשנת 1997 אף בוטלה החובה להעברת האחריות, וזאת במסגרת חוק ההסדרים.

מאז ועד לחתימת סגן השר ליצמן, מערכת הבריאות הנפשית הוציאה לפועל מהלכים מהותיים אחרים, אשר היוו בסיס לרפורמה הנוכחית (הביטוחית). רפורמה מבנית ורפורמה שיקומית²³.

עיקר המהלכים הנ"ל עסקו בצמצום מספר מיטות האישפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים ובקידום תחום שיקום נכי הנפש בקהילה. (בין היתר ע"י העברת חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2001, ובאמצעות הקמתם וחיזוקים של מוסדות קהילתיים התומכים בהם) הדעה הרווחת בקרב הקהילה המדעית היא, שחולי נפש המשתלבים ומשוקמים בקהילה, מראים אחוזי שיקום גבוהים יותר מאשר אלו המאושפזים בבתי החולים. ובמקביל מראים אחוזים נמוכים יותר של אישפוזים חוזרים²⁴.

²² מדינת ישראל, אתר- משרד הבריאות. (2015)

²³ ניראל, נ'. אקר, נ'. רוזן, ב'. ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר'. (2007)

²⁴ טביבאן מזרחי, מ'. (2007)

בסופו של דבר, ולאחר תלאות חוזרות ונשנות של אי הסכמה, בין בעלי העניין השונים (משרד, האוצר, קופות החולים, משרד הבריאות, בתי החולים הפסיכיאטריים, משפחות המטופלים, ועוד ועוד), ולאחר חתימה בשנת 2006 בין משרד האוצר למשרד הבריאות על הסכם להעברת האחריות לקופות החולים, בשנת 2012 אישר הקבינט החברתי-כלכלי את העברת הרפורמה בצו ממשלתי. כאמור, את הצו חתם סגן שר הבריאות דאז, הרב יעקב ליצמן. בעקבות חתימת הצו נחתמו הסכמים עם קופות חולים ואושרו תוספות תקציביות שמשרד האוצר ייתן לקופ"ח לצורך עיבוי ותגבור השירותים המירפאתיים.

מימוש הרפורמה נכנס לתקופת ביניים של שלוש שנים, בהן אמורות קופות החולים להיערך למהלך. בסופן של שלוש השנים, תחול הרפורמה, או אז יהיה תחום בריאות הנפש, ברובו, תחת אחריות קופות החולים.

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, נוגעת למעשה לקביעת הגוף האחראי למימון השירותים, ולא לעצם הזכות לקבל אותם. כאמור, זכות זו, כבר נקבע בחוק ביטוח הבריאות הממלכתי ב1995²⁵.

ומהן מטרות הרפורמה בבריאות הנפש?

הרפורמה בבריאות הנפש נועדה להגדיל את איכות, זמינות ונגישות שירותי בריאות הנפש בישראל²⁶.

מתכנני הרפורמה, בניסיונם לתכנן רפורמה שתשיג את המטרה לעיל, חקרו את מערכת בריאות הנפש הקיימת, והציבו יעדים טיפוליים וכלכליים אשר יתרמו לשיפור תפקודה. תתי-המטרות של הרפורמה, נגזרות מתוך יעדים אלו, והן:

1. שילוב הטיפול בגוף ובנפש, ויצירת רצף טיפולי. (הרפורמה תאפשר מתן טיפול כוללני ומקיף לכלל מחלות הפרט, ותאפשר מעקב אחר הקשרים ביניהם על ידי רופא ראשוני יחיד. טיפול בגוף ובנפש כמכלול אמור להביא לשיפור איכות הטיפול הרפואי)
2. שיפור איכות הטיפול על ידי צמצום האשפוז והרחבת חלופות טיפוליות בקהילה.
3. הסרת הסטיגמה מהמטופלים על ידי שירותי בריאות הנפש. (שילוב בריאות הנפש במערכת הבריאות הכללית עשוי לרכז את הסטיגמה השלילית המלווה את מחלות הנפש, ולעודד תפיסה שלהן כמחלות לכל דבר ועניין, המצריכות ביקור אצל רופא במרפאה ככל מחלה אחרת)

²⁵ מדינת ישראל, אתר- משרד הבריאות. (2015)
²⁶ שם

4. הגדלת זמינות השירותים ונגישותם (פריסה רחבה וצודקת והגדלת היצע הטיפולים לטווח רחב יותר של בעיות), תוך התבססות על הפלטפורמה הקיימת של קופות החולים המספקות שירותים ברחבי הארץ.
5. שיפור רמת השירות. (כתוצאה מהתחרות בין ספקי השירותים השונים)
6. שימוש יעיל במקורות מימון וחיסכון תקציבי. (כתוצאה מהמרת שירותי האשפוז בשירותים קהילתיים, ומעבר למערכת תחרותית)
7. שיפור מעמד המקצוע והשירות. (הכללת שירותי בריאות הנפש במסגרות הרפואיות הרגילות צפויה לשפר את המעמד המקצועי של הרופאים הפסיכיאטריים בקרב המקצועות הרפואיים האחרים. שירותי בריאות הנפש אמורים לקבל תקציבים ותקנים באופן דומה לשירותי בריאות אחרים, הן בבתי החולים והן במרפאות המקצועיות)
8. הוצאת הספקת השירותים מידי משרד הבריאות והתמקדותו בהתוויית מדיניות ובפיקוח. (הסרת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות תבטל את ניגוד העניינים הקיים בין תפקידו כספק שירותים לבין תפקידו כרגולטור וכמפקח על ספקי השירותים, ותאפשר לו להתרכז בעיצוב מדיניות ובפיקוח על ספקי שירותי בריאות הנפש)²⁷

²⁷ ניראל, נ'. אקר, נ'. רוזן, ב'. ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר'. (2007)

ניתוח כשלי השוק העיקריים במערכת הבריאות

אחת הבעיות החמורות במערכת הבריאות הכללית הקיימת ובזו המוצעת ע"י הרפורמה בבריאות הנפש, היא בעיית התמריצים של קופות החולים. נשאלת השאלה, האם מערכת התמריצים המובנית במודל התגמולים המוצע ע"י הרפורמה (הממשק בין קופות החולים והממשלה המממנת את הטיפול בחולים) מסוגלת להתמודד עם בעיות מערכת תמריצים ידועות, דוגמת ברירה שלילית (Adverse Selection) או סיכון מוסרי (Moral Hazard) וכדו'? בכדי לבחון את הרפורמה הביטוחית במערכת בריאות הנפש, ואת יכולה לתמרץ כראוי, ננסה להבין את המנגנונים הבעייתיים איתם היא אמורה להתמודד, וכיצד נכון להתמודד איתם.

ברירה שלילית

נסביר תחילה את בעיית הברירה שלילית (Adverse Selection) - מצב בו למבוטח מלוא הידע על מצבו הבריאותי, בעוד למבטחים קיים ידע חלקי, אם בכלל. בהתאם לכך, המבוטח עשוי להחליט האם לקנות או לא לקנות את תוכנית ביטוח ואיזה סוג ביטוח לרכוש. בדרך כלל בעלי סיכון גבוה לנצל את הביטוח נוטים יותר לרכוש ביטוח. כפועל יוצא, ניתן לשער מצב בו "המבוטחים הזולים" (האנשים הבריאים ביותר) לא יקנו ביטוח או יקנו ביטוח זול ומינימלי, בעוד "המבוטחים היקרים" שהכי זקוקים לביטוח ירצו לקנות את הביטוח היקר והמקיף ביותר. בגלל מחסור במידע, המבטח לא תמיד יכול לקבוע את הסיכון המדויק של כל פרט הרוצה לקנות את הביטוח, ולהתאים לו את הפרמיה המתאימה. כמובן שקופות החולים מודעות לבעיה המתוארת, ומודעות לעובדה שהמבוטחים הבריאים לא יעלו להם הרבה כסף (לא יצטרכו טיפולים-מגעים רבים ויקרים) ואילו המבוטחים החולים כן. מכאן נלאור בעיית האינפורציה הא-סימטרית המתוארת לעיל, קופות החולים יעדיפו למכור ביטוחים ולשרת דווקא את אלו שהכי פחות זקוקים להן. (כאמור, אנשים צעירים, בריאים, ממעמד סוציו-אקונומי בינוני-גבוה, בריאים בנפש, וכו') היות והם לא יוכלו לבחור דווקא את המבוטחים הזולים, הן תאלצנה לגבות פרמית (מחיר) ביטוח ממוצעת, המבוססת על ממוצע הסיכונים של קבוצת הפרטים המעוניינים לרכוש את הביטוח. הפרמיה הממוצעת מתבססת על הידע הכללי שלו לגבי ההפסד הממוצע הנגרם לו מביטוח הסיכון של הקבוצה. נוכח הפרמיה הממוצעת האמורה, המבוטח הזול (בעל סיכון נמוך למימוש הביטוח) יחשוב שהפרמיה גבוהה מדי ולא יקנה את הביטוח. לעומתו, המבוטח היקר (בעל סיכון גבוה למימוש הביטוח) יחשוב שהמחיר נמוך מהכיסוי של הביטוח, נוכח מצבו הבריאותי, וירצה לקנות את הביטוח. כך נוצר מצב, שהמבוטחים הזולים (והאטרקטיביים לקופה) מוותרים על הביטוח, המבוטחים היקרים לקופה רוכשים אותו, מה שמעלה את ההפסד הממוצע של חברת הביטוח בביטוח סיכון זה. עלייה בהפסד הממוצע תוביל את הקופות לעלות פעם נוספת את הפרמיה, מה שיוביל לעוד אנשים שימצאו את הביטוח יקר מידי ויוותרו עליו,

מה שבתורו יעלה שוב את ההפסד הממוצע, וכן הלאה וכן הלאה. כדור השלג המתואר, עלול להוביל לכך שלחברות הביטוח לא יהיה כדאי להציע בכלל ביטוח בריאות²⁸.

ומה קורה בפועל? ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמעט כל התגמול לקופות החולים (פרט למרכיב ההשתתפות העצמית) משולם מראש, לפי הוצאותיהן הצפויות של הקופות, ולא לפי הוצאותיהן בפועל. מודל תגמולים זה נקבע בכדי לנסות למנוע חריגה מיעדי ההוצאה הכוללים למימון הסל. יחד עם זאת, המודל מחזק מאד את תמריץ קופות החולים לברירת מבוטחים. ומדוע? היות וקשה לצפות מראש את העלות הכלכלית של החולים הקשים וכי נוכח הסיכון הגבוה הנלווה לחולי שלהם סביר שההוצאה בפועל תהיי גבוהה מזו הצפויה. בעוד הדבר הפוך (או לכל הפחות מתאזן) בנוגע לחולים הקלים, להם סיכון נמוך. מכאן שהקופות יעדיפו לבטח דווקא חולים קלים ולהימנע מגירעון תקציבי עתידי. (כאמור, אלו הם החולים שהכי פחות זקוקים לקופות ומכאן שגם "עולים" לקופות הכי מעט)

המנגנון המתואר מעלה חששות רבים לכך שיווצר מצב של הזנחת החולים הקשים ביותר, המהווים אוכלוסייה חלשה שאינה מסוגלת לדרוש את זכויותיה, תוך פיתוח מגוון טיפולים לאוכלוסייה עם סימפטומים יותר קלים, וזאת לאור שיקולים כלכליים גרידא²⁹.

ניתן לראות לכך תימוכין בעבודתם של קוטלר וזקהאוזר (2000)³⁰ אשר לגירסתם, התמריצים לברירת מבוטחים בענף ביטוח הבריאות ובענף שירותי הבריאות המבטחים והמטפלים אינם מתחרים בהכרח על כלל האוכלוסייה, אלא על האוכלוסיות הרווחיות יותר, שהן בדרך כלל אוכלוסיות הצעירים והבריאים³¹.

כמו כן, ובדומה למצב במערכת הבריאות הכללית הישראלית המתואר לעיל, הספרות המדעית מספקת עדות לכך שקופות החולים אכן נוקטות באסטרטגיות שונות של שינוי תמהיל השירותים ואיכותם, מתוך כוונה להשפיע על תמהיל המבוטחים שלהן ולבצע ברירת מבוטחים דה-פקטו³².

המנגנון

אז איך אמורים להתמודד עם בעיית ברירת המבוטחים הנפוצה במערכת הבריאות הכללית, והחמורה עוד יותר במערכת בריאות נפשית? (יוסבר בהמשך מדוע זה כך) שינוי במנגנון התגמול לקופות יכול להביא לשינוי בהתנהגות הקופות, ולשינוי בהקצאת המשאבים שלהן, בין השירותים השונים אותם הן מספקות.

²⁸ ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר'. (2003)

²⁹ סייקס, י'. (2006)

³⁰ Cutler, D. and R. Zeckhauser. (2000)

³¹ שם.

³² גלזר, ק' ומסיקה, ד'. (מרץ 2005)

ומהו מנגנון התמלוגים הנהוג בישראל? נוסחת הקפיטציה ("מס גולגולת", או תשלום פר מטופל), אשר קובעת, לפי קריטריונים ברורים שנקבעו בוועדות הכנסת והועדות המקצועיות, מהו "המכפיל" הנכון לכל מטופל. ובהתאם לכך, כמה כסף זכאית קופה לקבל, על מתן שירותים וטיפול בכל מטופל ומטופל.

נוסחת קפיטציה נכונה אמורה לתמרץ את הקופות להתחרות על החולים הכרוניים באוכלוסיה כמו על הבריאים, על הנשים כמו על הגברים, על הקשישים כמו על הצעירים, על הערבים כמו על היהודים, על יוצאי אתיופיה כמו על ילידי הארץ, על תושבי צפון הארץ כמו על תושבי הדרום והמרכז, וכן הלאה וכן הלאה.

נוסחת הקפיטציה

ראשית, וכמו שתיארנו בקצרה, מטרת הנוסחה היא לתת פיצוי הוגן לגורם המבטח (קופות החולים) באופן שיבטא את צפי הצריכה החזוי של קבוצות סיכון שונות (המטופלים). נוסחת הקפיטציה שנקבעה ברפורמה בבריאות הנפש, התבססה על משתנה אחד בלבד – גילו של המבוטח. למעשה משקולות הקפיטציה נחלקו לקבוצת גיל 0-24 (אשר אחוז החולים באוכלוסיה המשתייך לקבוצה זו עומד על כ-2%) וקבוצת הגיל +25 (אשר אחוז החולים בה עומד על כ-4% מהאוכלוסייה). אכן, יש מתאם גבוה בין גיל המבוטח לבין מצב בריאותו וצריכת שירותי הבריאות שלו, אולם השימוש במשתנה זה בלבד אינו מאפשר חיזוי מלא של הוצאות הבריאות בגין המבוטח, שכן מצב בריאותו מושפע ממשתנים רבים אחרים. לצורך השוואה, ניתן לראות כי נוסחת הקפיטציה של שירותי בריאות כלליים משנת 1995 כללה פרט לגיל גם המשתנה הגיאוגרפי ואת מין המבוטח. בעדכון הנוסחה האמורה שנעשה בשנת 2010, נוספו גם מדדים (מתאמי סיכון) המתייחסים למגדר, שימוש בתרופות, וריחוק מקום המגורים ממרכזי אוכלוסייה, תוך מתן עדיפות לישובי פריפריה.

גם נוסחת הקפיטציה של שירותי הבריאות הכללים אינה מושלמת, ונדרשת בחינה מעמיקה יותר של משתנים המעידים על המצב החברתי-כלכלי של המבוטחים ושל משתני תחלואה כמתאמי סיכון, בדומה לנהוג במדינות אחרות.

אמת היא, כי ההשוואה בין נוסחה זו של שירותי הבריאות הכלליים לזו של שירותי הבריאות הנפשיים, אינה מדויקת או שלמה, אך היא ללא ספק מעלה תהיות לגבי מתאמי הסיכון של הלה. האם נכון להעניק משקולות קפיטציה למטופלי בריאות הנפש רק על סמך גיל המטופל? האם אין קשר בין היציבות הפיננסית של מבוטח לבין מצבו הנפשי? הספרות מהעולם מצביעה על הבדלים בהופעתן ובשכיחותן של בעיות נפשיות, לאורם של מאפיינים חברתיים-כלכליים שונים. כך למשל, בארה"ב, בסקר הבריאות הלאומי נמצא כי לגברים נשואים, לבעלי השכלה והכנסה גבוהים, ולא להגרים באזור עירוני, הסיכוי הנמוך ביותר להיות בעלי הפרעת רגש או חרדה כלשהי. זאת בעוד לנשים, לאנשים שאינם נשואים, לבעלי השכלה והכנסה נמוכות,

ולאלו הגרים באזור שאינו כפרי, הסיכוי הגבוה ביותר ללקות ביותר מהפרעה נפשית אחת³³.
 הבדלים בסיכויים ללקות במחלות נפשיות קיימים גם לפי מוצא אתני³⁴. אם כך, מדוע הדבר
 אינו נלקח בחשבון? מדוע אלו ברמת סיכון גבוהה יותר לחלות במחלות נפש אינם מתקצבים
 בהתאם?

עדכון נוסחת הקפיטציה יאפשר ליצור תחרות בין קופות החולים על החולים "הקשים", ולשפר
 את השוויון והאוניברסליות בקבלת טיפול ע"י קופות החולים, לכלל אזרחי ישראל.

המלצות

המלצתנו אם כן, ובהמשך ישיר לנק' הקודמת, היא עדכון נוסחת הקפיטציה, תוך שימוש במדד
 החברתי-כלכלי, היסטוריית הטיפולים של המטופל ועוד. המדד החברתי-כלכלי הינו מדד
 האומד את מיקומו בסולם החברתי-כלכלי של ישוב כלשהו בארץ, ע"י שקלול מיקומי הגיאורפי
 (ומדד הפריפריאליות) ומידת חוסנו הכלכלי. מדד זה הוא כלי חשוב למיפוי הרמה-החברתית
 כלכלית של התושבים בישראל. יהיה זה אך נכון לעשות בו שימוש בעדכון נוסחת הקפיטציה,
 או לכל הפחות לפעול עם הלמ"ס לעיצוב מדד משולב הכולל את משתנה הגיל המופיע כיום
 ואת המשתנה החברתי-כלכלי.

במהותו של דבר ועניין, אנחנו ממליצים בתוקף לבצע מחקר מקיף ומעמיק, אשר על-בסיסו
 ייקבעו מחדש מתאמי הסיכון של קבוצות הגיל השונות (0-24, ו+25) ושל המשתנים האחרים
 עליהם המלצנו בנוסחת הקפיטציה.

המלצות נוספות

- מפגשים שביצענו עם כלכלני בריאות ואנשי מקצוע מתחום רפואת הנפש, וסקירת הביקורות
 על הרפורמה, העלו מספר המלצות אשר לא עלו במחקר המתואר, אך מצאנו לנכון לצדד בהן:
- השתתפות המדינה בהוצאותיהן של קופות החולים על מבוטחים יקרים במיוחד,
 והשתתפות בגין הוצאות בלתי צפויות. זאת בכדי למנוע את דחייתן של הקופות את
 החולים הללו, ועידוד טיפול איכותי ומתמשך
 - יש לתגמל את קופות החולים לפי הצלחתן ועמידתן במדדי איכות - זמינות, נגישות
 ושביעות רצון (במיוחד של האוכלוסיות החלשות והחולות)
 - תגמול קופות החולים עבור פיתוח פרויקטים בעלי חשיבות גבוהה, ואימוץ הפרוייקטים
 בפעילות השגרתית של הקופות

³³ בן נון, ג' וברמלי-גרינברג, ש'. (2009)
³⁴ שם

סיכון מוסרי

בעיה חמורה נוספת הנפוצה במערכות כלכליות, היא בעיית הסיכון המוסרי (MORAL HAZARD).

סיכון מוסרי מוגדר בספרות הכלכלית, כמצב בו פרט או ארגון אינם נושאים באחריות לסיכון אליו הם חשופים, בעקבות רכישת ביטוח למשל, עלולים להגביר את מידת חשיפתם לאותו הסיכון, במידה וכתוצאה מכך הם נהנים מרווחה או תועלת גבוהים יותר.

ניתן דוגמא לצורך הסבר והמחשה: נניח ורכשתי ביטוח תאונות לרכב, המכסה את מלוא גובה הנזק ואשר אינו מחייב אותי כלל בדמי השתתפות. בידיעה שאני מכוסה לגמרי ע"י הביטוח, סביר ש"ארשה" לעצמי לנהוג ברכב באופן פחות אחראי. בכך אגדיל את החשיפה שלי לסיכון מעצם הנהיגה ברכב. כמובן שהדבר פועל כנגד טובת חברת הביטוח, אשר הייתה רוצה שאקטין את מידת החשיפה שלי לסיכון (אנהג באופן יותר אחראי ובטוח) כדי להקטין את הסיכוי שתצטרך לשלם את עלות הנזק, במידה ואכן תקרה תאונה.

נדמה איפוא, כי קיומו של סיכון מוסרי מביא לעיוות בהקצאת משאבים ולתימחור יתר של שירותים, נוכח הרצון של חברות להימנע מבעיה זו של לקוחותיה³⁵.

דמי השתתפות עצמית

מהם הכלים הקיימים המאפשרים להתמודד עם הבעיה ולצמצם את מידת בזבז המשאבים או עם הימנעותן של חברות הביטוח מלהציע ביטוח כלל נוכח קיומה של הבעיה? אחד הפתרונות המוצדקים כלכלית, הוא החלת דמי השתתפות עצמית על המבוטחים. רכיב ההשתתפות העצמית מהווה תמריץ כלכלי לריסון שימוש יתר ע"י המבוטחים, הנובע מקבלת שירותים אשר אינה כרוכה בתשלום ישיר של המבוטח על השירותים³⁶.

גובה ההשתתפות העצמית כמובן משתנה בין ביטוח לביטוח, בין מקרה למקרה, ונגזר ישירות מרמת הסיכון וגובה העלות הצפויה עם הפעלת הביטוח. (לצורך הדוגמא, ברפואת שיניים, גובה ההשתתפות העצמית בביצוע סתימת חור בשן יהיה נמוך מגובה ההשתתפות העצמית במקרה של ניתוח מורכב יותר דוגמת טיפול שורש. שכן עלות סתימת החור נמוכה בהרבה מעלות טיפול השורש. יחד עם זאת, הסיכוי שחור בשן יופיע גבוה מהסיכוי שיהיה צורך בטיפול שורש. לכן, והיות וגובה דמי ההשתתפות נקבעים תוך שקלול הנתונים, הפער בגובה דמי ההשתתפות בין שני המקרים משמעותי אך יהיה נמוך מהפער בעלויות הטיפול בפועל)

³⁵ בולדור, נ'. (2013)

³⁶ בן נון, ג'. (2008)

שימוש בדמי ההשתתפות לצורך הפחתת הסיכון המוסרי, מגובה במחקרים מדעיים. כך למשל, בניסוי של RAND נמצא כי השימוש בשירותים רפואיים משתנה בהתאם לשינוי בתשלום שהצרכן משלם³⁷.

אז כיצד פתרון זה של דמי ההשתתפות הוחל על מערכת הבריאות בארץ? סעיף 8(ח) בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מקנה לקופות החולים את הזכות לגבות ההשתתפות עצמית מהמבוטחים עבור חלק מהשירותים הכלולים בסל. משרד הבריאות מעדכן את התשלום המרבי שקופות-החולים רשאיות לגבות עבור שירותי בריאות ותרופות אשר אושרו ע"י ועדת הכספים של כנסת ישראל מיום 1 באפריל 2007 ואילך; תשלום זה נקבע בהתאם למדד יוקר הבריאות³⁸.

אולם, אליה וקוץ בה, שכן דמי ההשתתפות עשויים להוות פתח ליצירת הכנסה נוספת למבטחים (קופות החולים) על חשבון המבוטחים. הדבר נכון במיוחד כאשר מנגנון הפיקוח על דמי ההשתתפות אותם גובה המבטח, או כאשר המערכת הציבורית האמונה על קביעת דמי ההשתתפות הנכונים, כושלים בתפקידם.

בישראל, הפך מנגנון דמי ההשתתפות לשיטה להשגת כספי המבוטחים. ממחקרה של נגה בולדור מהמרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר, משנת 2013: "ההשתתפות העצמית על חלק מהשירותים מהווה נטל כבד על ציבור המטופלים, פוגעת בשוויונות, ומרחיבה את הפערים הכלכליים באוכלוסייה, כפי שקורה בעשור האחרון"³⁹. בהינתן דמי ההשתתפות גבוהים מידי, חלק מן המטופלים יתקשו לעמוד בעלות הטיפול מה שיחריף את אי-השוויון בין השכבות השונות באוכלוסייה.

יתרה מכך, עדויות ממדינות בהן נעשה שימוש בדמי ההשתתפות לצורך ריסון הוצאות המטופלים, מראות כי ההשתתפויות העצמיות משפיעות בעיקר על אוכלוסיות ברמת הכנסה נמוכה, מה שמלמד על בעיית שוויוניות, כפי שצוין לעיל. הן מצמצמות ביקושים לשירותי בריאות חיוניים, שכן אנשים יוותרו על שירותים אלו נוכח אי-יכולת כלכלית. הדבר כמובן עלול להוביל להגדלת ההוצאות הבריאותיות, הן של המבוטחים והן של מערכת הבריאות, בעתיד. זאת, כי אי צריכת שירותים חיוניים כיום, תוביל להתדרדרות במצבם הבריאותי ולהופעת מחלות ובעיות בריאותיות אשר עלותן תהיה גבוהה בהרבה מעצם אספקת השירותים כיום. בנוסף,

³⁷ ברמלי-גרינברג, ש'. רוזן, ב' וגרוס, ר'. (2006)

³⁸ בולדור, נ'. (2013)

³⁹ שם.

השתתפויות עצמיות עלולות לגרום להסטת ביקושים מתחומי השירות הניתנים בתשלום, לתחומי שירות חנימיים, מה שכמובן מצביע על בעיית יעילות.

במחקר שבחן את ממצאי סקרי RAND בארה"ב, עלה כי, תשלומי ההשתתפות העצמית פגעו בבריאות המבוטחים בעלי הכנסה נמוכה, ובעלי בריאות ירודה. כך למשל, המחקר העלה כי הסיכוי למות מלחץ דם גבוה היה גבוה ב-14% בקרב אלו שהיו מבוטחים בתוכניות עם ההשתתפות עצמית, לעומת אלו שהיו מבוטחים בתוכניות ללא ההשתתפות עצמית⁴⁰.

יתרה מכך, על אף קיומם בישראל של מערכי הנחות, התקרות והפטורים לקבוצות אוכלוסייה חלשות, נדמה כי מנגנון תשלומי ההשתתפות העצמית במערכת הבריאות מקטינים את רמת הפרוגרסיביות של מימון מערכת הבריאות, ובמקביל מגדילים את הקשר בין השירות הרפואי הנדרש לבין האמצעים הכלכליים העומדים לרשותו של המטופל⁴¹.

סקרים בארץ מוכיחים את הממצאים אותם הצגנו לעיל, ומדגימים כיצד סל הציבורי מוגבל, בעל איכות גרועה מוביל לצורך הולך וגובר בחיפוש אחר אלטרנטיבות טיפוליות בסקטור הפרטי, מה שגורר עלייה ניכרת במידת ההשתתפות העצמית של המטופלים.

כך למשל, סקר אותו ביצעה הלשכה מהרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) בשנת 2003, הראה כי: "16% מהנזקקים לתרופות במרשם רופא ויתרו על התרופות בשל קשיים כלכליים. 45% מהזקוקים לטיפול שיניים, ויתרו או דחו טיפולי שיניים כתוצאה מקשיים כלכליים⁴²."

מנתוני הסקר השנתי של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) ומכון גיאוקרטוגרפיה בנושא אי-שוויון לשנת 2010, עולה כי: "כעשירית מהציבור בישראל נאלצים לוותר על ביקור אצל רופא בשל העלות הכספית הכרוכה בכך. בקרב השכבות החלשות, שיעור המוותרים על ביקור אצל רופא הוא גבוה פי שניים מממוצע המוותרים בכלל האוכלוסייה ומגיע ל-19%. כמו כן, שיעור המוותרים על שירותים רפואיים לילדים בקרב השכבות החלשות הוא פי שלושה מהממוצע ומגיע ל-14% לעומת 5% בכלל האוכלוסייה⁴³."

בדו"ח מבקר המדינה משנת 2007, בעיית הרגולטור בנושא קיבלה משנה תוקף, שכן בדו"ח נכתב: "העליות המשמעותיות בשיעורי ההשתתפות העצמית התרחשו בהדרגה, לאורך עשור, ואושרו ללא מדיניות מכוונת וללא ראייה כוללת של משרדי הבריאות והאוצר ולרעת החולים – שהם הנפגעים היחידים"⁴⁴.

⁴⁰ גרוס, ר'. ברמלי-גרינברג, ש' ורוזן, ב'. (2007)

⁴¹ בן נון, ג'. (2008)

⁴² שם.

⁴³ ההסתדרות הרפואית בישראל. (2010)

⁴⁴ שם.

הדבר מעלה חשש בנוגע לאופן תכנון מנגנון התמלוגים והתמריצים של מערכת הבריאות. יתרה מכך, הדבר מעלה חשש רציני לגבי האופן בו הממשלה והכנסת מוודאים כי הרפורמות המוצעות במערכת, פועלות לטובת כלל הציבור, ומוודאים כי ציבור המטופלים אינו נפגע בדרכו.

סיכון מוסרי בבריאות הנפש

בעיית הסיכון המוסרי המוצגת לעיל נכונה למערכת הבריאות הכללית בעולם המערבי, ובעיות נוספות אשר הצגנו הן תולדה של הניסיון להתמודד עם בעיה זו. אולם במערכת בריאות הנפש, הבעיה חמורה עוד יותר.

הסיבה לכך, היא העובדה שעקומות הביקוש לשירותי בריאות נפש גמישות יותר מגמישות עקומות הביקוש לשירותי בריאות כלליים. (גמישות ביחס למחיר) הגמישות הגדולה נובעת, בין היתר, בגלל שפעמים רבות טיפולים הנוגעים לבריאות נפשית, מייצרים סביבה נעימה ואף רצויה אצל המטופלים. (טיפולים פסיכותרפיים, לדוגמא) לאור גמישות זו, כל שינוי (לטובת או לרעת המטופלים) בעלויות הטיפולים ובדמי השתתפות יוביל לשינוי ניכר בכמות המבוקשת לאותם השירותים, בהשוואה לשינוי בכמות המבוקשת לשירותי בריאות כלליים עבור אותן השינוי במחיר.

מכאן, שגובה ההשתתפויות העצמיות, ומחירי הטיפולים שבמערכת בריאות הנפש, עלולים לייצר ביקושים עודפים או חסרים לשירותי בריאות הנפש. ובכך להכריע ואף לחרוץ את גורלה ומידת הצלחתה של הרפורמה בשירותי בריאות הנפש.

סקר שנעשה בארה"ב העלה כי היות והיה קיים ביטוח המכסה את עלות הטיפול הנפשי, נוצר שימוש עודף בשירותי בריאות הנפש, מה שגרר עלייה בהוצאות החברות המבטחות את החולים⁴⁵.

הרפורמה בבריאות הנפש מעבירה את האחריות הביטוחית ממשד הבריאות לידיהן של קופות החולים, היות וכך, הרי שהאופן בו הקופות יתמחרו את טיפוליהן ואת דמי ההשתתפות העצמיים (ובמקביל, האופן ומידת ההתערבות והפיקוח הממשלתיים), ישפיעו ישירות על הצלחתה⁴⁶.

⁴⁵ בן נון, ג'. (2015)

⁴⁶ בן נון, ג' וברמלי-גרינברג, ש'. (2009)



הרפורמה בבריאות הנפש, אשר נכנסה לתוקף ביולי 2015, צפויה, לפי הערכות שונות, להוביל לשינויים חסרי תקדים בהיקפי המטופלים ובתמהיל שלהם. כך למשל, מספר המטופלים ככל הנראה יותר מאשר יכפיל את עצמו, מ-2% מהאוכלוסייה הבוגרת לכ-5%, וזאת בעקבות שיפור הנגישות והזמינות של שירותי בריאות הנפש⁴⁷.

נשאלת השאלה, האם הדבר הדבר ייפגע במטופלים ובאיכות הטיפול, ייפגע בקופות החולים וכניס אותן לגירעונות, או יטיב עם כלל מוטבי המערכת.

המלצות

נוכח, הממצאים אותם הצגנו, ועל מנת להבטיח כי בעיית הסיכון המוסרי לא תיפגע בהצלחת הרפורמה בבריאות הנפש, אנחנו רואים לנכון להמליץ על מספר צעדים.

ראשית, יש לגבש ועדה שתבצע מחקר מעמיק ומתמשך, לבדיקת ואמידת גמישות הביקוש לשירותי בריאות הנפש ביחס למחיר. הועדה תוכל להמליץ לאורך שנות הרפורמה, האם דמי ההשתתפות אשר הוסכמו במתווה הרפורמה בעבר, תואמים את המציאות. או שמה הם מעודדים שימוש עודף/ חסר בשירותי המערכת "המפורטת".

בנוסף, ועל מנת לצמצם את הפגיעה בשכבות החלשות באוכלוסייה, יש להגדיל את פרוגרסיביות דמי ההשתתפות העצמית. ניתן לעשות זאת, בין היתר, באמצעות עדכון נוסחת הקפיטציה. (על נוסחת הקפיטציה דובר בהרחבה בנושא ברירת מבטחים) הדבר כמובן מחייב את שיתוף הפעולה המלא בין קופות החולים (הגורם המבטח) לבין הממשלה (הגורם המממן) על מנת שקופות החולים יתוגמלו נכונה עבור המטופלים. וכך יוכלו להציע לכל מטופל את השירותים הנחוץ לו, בעלות אותה הוא יכול לשאת, נוכח מצבו הכלכלי.

⁴⁷ ניראל, נ'. אקר, נ'. רוזן, ב'. ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר. (2007)

סיכום

נדמה כי הרפורמה בבריאות הנפש, אשר החלה כבר בתחילת המאה, עם הרפורמה המבנית והשיקומית, והגיעה לשיאה עם החלתה ביולי 2015 של הרפורמה הביטוחית, שיפרה ועתידה לשפר את מצבה של מערכת בריאות הנפש בישראל, ואת מצב החולים המטופלים בה.

בעוד חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הקדים את זמנו בעולם, ניתן להתרשם כי דווקא בתחום בריאות הנפש, מדינת ישראל בפיגור מסוים. מדינות רבות בעולם כבר מיישמות תוכניות שונות בבריאות הנפש, בהצלחות בלתי מבוטלות. ניכר כי הצורך בהגברת התחרותיות, גם בתחום בריאות הנפש, עשוי לתרום משמעותית לכלל המוטבים בה.

לצערנו, סיבות כאלו ואחרות מנעו את הוצאתה לפועל של הרפורמה הביטוחית לאורך שנים רבות. אך עתה, משנכנסה הרפורמה לתוקף, וברור שהיא חיונית לתיקון בעיות רבות במערכת הקיימת, עולה החובה לוודא שהרפורמה המוצעת בנויה היטב, וכי עצם יישומה לא ירע את מצב המערכת.

ראינו איפוא, כי קיומם של כשלי שוק אינהרנטיים במערכת בריאות נפש תחרותית (בה האחראיות הבלעדית בידיהן של קופות החולים) מאיימים על הצלחתה, אך אל לנו להירתע מכך. כפי שקורה כיום, הרפורמה, על אף המכשולים האמורים יוצאת לפועל, וביכולתה לשפר משמעותית את מצב בריאות הנפש בארץ.

תפקידנו, ככלכלנים בישראל, להם אחראיות חברתית ואישית, לוודא כי הרפורמה (המתכננים שלה ואלו שמוציאים אותה לפועל) ערוכים להתמודד עם כשלי שוק המתוארים בעבודה, וכי כספי הציבור משמשים וישמשו גם בעתיד לתועלתו של כלל הציבור בישראל.

אנחנו מקווים כי בעבודה הצלחנו להאיר על נק' הכשל הפוטנציאלי הכלכליות המשמעותיות ביותר, של הרפורמה. מקווים כי ישכילו חכמים וטובים מאיתנו, לעשות שימוש באלו ההמלצות.

בברכת בריאות כללית ונפשית טובה לכלל עם ישראל,

לביא ונדב



תודות

ברצוננו להודות לאנשים הבאים על העזרה בכתיבת העבודה

ד"ר אורן לוינטל, מהמרכז הבינתחומי הרצליה, אשר הקשיב לנו והנחה אותנו לכל אורך כתיבת הסמינר. תודה על שלא ויתרת לנו, ולא נתת לנו להחליף נושא בפעם השלישית.

פרופ' קובי גלזר, מאונ' ת"א, אשר נתן מזמנו ומרצו, והיווה קרן אור אשר הובילה לנק' מפנה חשובה בעבודה.

ד"ר אורלי אידן, אשר תמכה ועזרה, התלהבה והתלבטה איתנו, חייכה, הקשיבה והייתה שם בשבילנו.

הפסיכולוגים, פסיכיאטרים, אלו שבעד ואלו שנגד הרפורמה, אשר נכוננו לדבר איתנו על חשבון זמנם הפנוי, ונכוננו לגלול את תורתם בפנינו.

- בולדור, נ'. (2013) **מערכת הבריאות בישראל**. מכון גרטנר: המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשרותי הבריאות.
- בן נון, ג'. (2008) **חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות** : ההסתדרות הרפואית בישראל.
- בן נון, ג'. (2011) **אפיון מערכות הבריאות בישראל על בסיס ניתוח ההוצאה הלאומית לבריאות**. אוניברסיטת בן גוריון: המחלקה לניהול מערכות בריאות.
- בן נון, ג'. (2015) **פרספקטיבה מקרו כלכלית של שירותי בריאות הנפש**. אוניברסיטת בן גוריון: המחלקה לניהול מערכות.
- בן נון, ג' וברמלי-גרינברג, ש'. (2009) **סוגיות מחקריות העולות מהיבטים כלכליים שונים של הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש**. פסיכיאטריה: MEDICINE.TheMedical, גיליון מס' 12, יול-אוג' 2009.
- ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר'. (2003) **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל**. מכון ברוקדייל : תכנית לחקר מדיניות בריאות המשותפת לממשלת ישראל ולג'וינט.
- ברמלי-גרינברג, ש'. רוזן, ב' וגרוס, ר'. (2006) **תשלומי אגרת ביקור- מהו גודל הנטל ומי נושא אותו? ירושלים: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות**.
- גלזר, ק' ומסיקה, ד'. (מרץ 2005) **מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל: מטרות, התפתחויות והמלצות**. מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות הבריאות: תל השומר, אוניברסיטת תל-אביב ואוניברסיטת בוסטון.
- גרוס, ר'. ברמלי-גרינברג, ש' ורוזן, ב'. (2007) **מערכת הבריאות בישראל**. בית ספר רדזינר למשפטים, המרכז הבינתחומי: אתר כתב-העת "משפט ועסקים".
- ההסתדרות הרפואית בישראל. (2010) **השתתפויות עצמיות של מבוטחים בתשלומים עבור בריאות**. נדלה ב-11 ביולי 2015 מ-
<http://www.ima.org.il/MainSite/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=96>.
- הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. ירושלים: משרד הבריאות (2014).
- טביביאן מזרחי, מ'. (2007) **הרפורמה בבריאות הנפש סוגיות מרכזיות לדין**. ירושלים: מערכת "דברי הכנסת".
- כץ, מ'. (2014) **ההוצאה הלאומית לבריאות**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

- לוי, ש'. (דצמבר 2011) **המשתנה הגיאוגרפי בנוסחת הקפיטציה שתוקנה - ב 2010 והשפעתו על התקצוב בגין מבוטחים תושבי הנגב**, הכנסת – מרכז המחקר והמידע.
- מדינת ישראל, אתר- משרד הבריאות (2015). **הרפורמה בבריאות הנפש**. נדלה ב11 ביולי 2015 מ-
http://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/reform/Pages/default.aspx
- ניראל, נ'. אקר, נ'. רוזן, ב'. ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר'. (2007) **הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכה**. מאירס, ג'וינט, מכון ברוקדייל: ירושלים: מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
- סייקס, י'. (2006) **העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשרד הבריאות לקופות החולים: מדיניות במבוי סתום**. בתוך: שירותי בריאות הנפש בישראל, מגמות וסוגיות. אבירם, א'; גינת, י'. (עורכים). עמ' 97-122. תל אביב, צ'ריקובר.
- Aviram, U., Guy, D., Sykes, I. (2006) **A missed opportunity in mental health reform in Israel (1995-1997)**. Social Security, 71, 53-83 (Hebrew).
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., & Fathima, S. **The global economic burden of non-communicable diseases: a report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health** [Internet]. Geneva: World Economic Forum, (2011) (cited at 2013 July 23).
- Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (Eds.). (2000). **Handbook of health economics**. Elsevier.
- Cutler, D. and R. Zeckhauser. (2000) **The Anatomy of Health Insurance**, in: A. Culyer and J.P. Newhouse (Eds.), **Handbook of Health Economics**. Amsterdam, Elsevier, vol.1A, 563- 643.
- Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2000) **Economics and mental health**. *Handbook of health economics*, 1, 893-954.
- Health expenditure,(2015). *The worl bank*. Retrieved July 11, 2015, from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?display=graph>.
- Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. (2014) **World happiness report 2013**. Earth Institute, Columbia University.
- IAPT, I. (2012) **The first million patients**. three-year report. *Department of Health, London*.



- OECD. (2012) ***Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work***, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Staff. (2013) ***Health at a Glance 2013: OECD Indicators***. OECD.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005) **Twelve-month use of mental health services in the United States**: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 629-640.
- World Health Organization. (2013) **Mental health action plan 2013-2020**.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2008) ***Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges***. WHO Regional Office Europe.