

רפורמה ללא נפש:

על היעדרה של הנפש (והפסיכולוג)

מהרפורמה בבריאות הנפש

אביאל אורן

בילדות, התלבטות בנוגע לנטייה המינית ועוד. כל אלו אינם זכאים לטיפול במסגרת מערך בריאות הנפש הממלכתי החל מ-1.7.15, אלא אם כן מצבם עונה לקריטריונים של אבחנה קוד F: חרדה, דיכאון, פוסט-טראומה, סכיזופרניה וכדומה.

הדרישה לאבחנה מייצרת קשיים רבים. רובם נובעים מהעברת ה-ICD-10 מתפקידו כמדריך רפואי, לתפקיד שומר סף הקובע זכאות חוקתית לטיפול. נוצר מצב שבו מטופלים הסובלים ממצוקות חריפות אינם זכאים לטיפול. מי קבע שהמצוקה הנפשית של אישה שעברה תקיפה מינית בילדות וחווה קושי לייצר יחסים זוגיים עם גברים פחותה ממי שסובל מהפרעת חרדה מוכללת, או דיסתימיה? האם זהו אכן קריטריון ראוי לסינון? אגב, מדובר במקרה אמיתי.

אישה אשר עברה תקיפה מינית בילדות צעדה לשעריה של מרפאת בריאות הנפש באחת הקופות. היא עברה אינטימיק עם פסיכולוג. המקרה הובא לישיבת צוות, וכיוון שאין לה "מספיק סימפטומים" אלא רק קוד Z, הקופה השיבה את פניה ריקם. זו הייתה הפעם הראשונה שבה היא חשפה את התקיפה שעברה.

בעיה מרכזית נוספת היא בתחום הטיפול בילדים. ישנו מגוון שלם של בעיות ביחסי הורה-ילד (וגם בעיות בזוגיות) המקודדות קוד Z. מגיעים הורים עם דפוס של גוננות יתר הפוגם בהתפתחותו של הילד. מי יקבל את האבחנה קוד F? הילד? ההורה? החיוב באבחנה קוד F מציב את הפסיכולוג במערך הציבורי בפני דילמה קשה. הוא נדרש לטיפול קרובות לבחור בין מניעת טיפול

במאמר זה אני מעוניין "לטייל" יחד עם הקוראים בנתיביה של הרפורמה בבריאות הנפש. לטפס במדרגות הדרישה לאבחנה, לזרום בנהר הסודיות המתפצל ודולף לכל עבר, ולבקר במערך בריאות הנפש הממלכתי (אשר קרוב להיות לאתר היסטורי-ארכאולוגי). אני מעוניין גם לנוע בשביליו של מתווה הרפורמה, וגם לנסות לתור את השטח, הן בתחנות הממשלתיות הן בקופות החולים. התזה שאותה אעמיד גורסת שהרפורמה בבריאות הנפש היא מהלך מכני וכוחני. הסיסמה המובילה של הרפורמה: "האחדה בין גוף לנפש", אינה מסמלת איחוד, אלא את הכפפתו של הנפשי לגופני, ובהתאמה לכך את הכפפתו של הפסיכולוגי לרפואי ולכלכלי.

אם לא נתעורר בהקדם, הנפש ויחד עמה אלו האמורים לטפל בה (פסיכולוגים^[1]) ייעלמו מהנוף של השירות הציבורי.

תחנה ראשונה: טיפול יינתן אך ורק לבעלי אבחנה או חשד לאבחנה פסיכיאטרית קוד F על פי ה-ICD-10

אחת השאלות המרכזיות בכל שירות ציבורי היא מי רשאי ליהנות משירותיו. במסגרת מתווה הרפורמה, רשאים לקבל טיפול אך ורק מטופלים בעלי אבחנה או חשד לאבחנה קוד F. מטופלים אשר עונים לקטגוריה המכונה קוד Z, אינם זכאים לטיפול. בקוד Z כלולים מטופלים שחווים מצוקה חריפה על רקע של מצבי חיים: גירושין, בעיות ביחסי הורה-ילד, אימוץ, התעללות מינית או פיזית

החיוב באבחנה קוד F מציב את הפסיכולוג במערך הציבורי בפני דילמה קשה. הוא נדרש לעתים קרובות לבחור בין מניעת טיפול מאדם הנזקק לו, לבין "הדבקה" של אבחנה שגויה. בשלב זה איננו יודעים לבטח מה ההשלכות של אבחנה שגויה, אך עשויות להיות לה השלכות חריפות על ביטוחי חיים, קבלה לעבודה, גיוס לצה"ל, מאבקי משמורת ועוד

אביאל אורן הוא מתמחה בפסיכולוגיה קלינית, פעיל ב"בנפשו", מתמחים בפסיכולוגיה למען מערך בריאות הנפש הממלכתי. 050-7563704, Benafshenu.org@gmail.com

[1] כיוון שמרביתם של הפסיכולוגים בשירות בריאות הנפש הציבורי הם פסיכולוגים קליניים, המאמר מתייחס בעיקר לאוכלוסייה זו. יחד עם זאת, אני סבור שהתהליכים המתוארים מייצגים מגמה חברתית גלובלית במדינת ישראל, וכי גם יתר הפסיכולוגים ייפגעו מההשלכות של מגמה זו במוקדם או במאוחר. בימים אלו פועל בשטח גם צוות מאבק השכר למען הפסיכולוגיה הציבורית שמורכב מפסיכולוגים מכלל החטיבות. צוות זה מגלה דאגה מקיומם של תהליכים דומים גם ביתר תחומי המומחיות.

מאדם הנזקק לו, לבין "הדבקה" של אבחנה שגויה. בשלב זה איננו יודעים לבטח מה ההשלכות של אבחנה שגויה, אך עשויות להיות לה השלכות חריפות על ביטוחי חיים, קבלה לעבודה, גיוס לצה"ל, מאבקי משמורת ועוד.

לבסוף, הדרישה לאבחנה קוד F מהווה דוגמא מובהקת לאופן שבו המערכת עוברת לפעול על פי המודל הרפואי: "הנפש הופכת לגוף". בכירי משרד הבריאות מסבירים שהאבחנה נדרשת על מנת להבין את המצוקה ולתכנן תוכנית טיפולית. הדבר אולי נכון עבור פסיכיאטרים המנסים להתאים תרופות. עם זאת, זוהי אינה שפתו הטבעית של הפסיכולוג, בין אם הוא עובד בשיטה הפסיכודינמית, בין אם הוא עובד בשיטה ההתנהגותית-קוגניטיבית, או כל שיטה אחרת. אין זו

דרכנו "לכלוא" את המטופל בקופסה אבחנתית עם הגיעו אלינו. מטופלים רבים מגיעים אלינו כשהם חשים מבודדים מסביבתם וממציאות עולמם. מבט רפואי המתבונן עליהם כאובייקט וממשיג את הקושי שלהם באופן החיצוני להווייתם,

לא יסייע לנפשם הדואבת. זוהי אינה הדרך לפתוח בטיפול.

בהקשר זה עולה דילמה אתית נוספת. האם על הפסיכולוג לידע את המטופל באבחנה שניתנה לו? פסיכולוגים רבים אינם נוהגים כך, מהסיבות שאותן מניתי לעיל. מנגד, לאבחנה עלולה להיות השלכה מעשית על חייו של המטופל, וזכותו החוקית היא להיות מידע שגרשמה לו אבחנה בתיקו הרפואי. הפסיכולוג שוב נקרע בין גישתו הטיפולית, לבין השפה הרפואית שנכפתה עליו ועל מטופליו.

ההחרגה של קוד Z הייתה אולי נסבלת, אם בעידן הרפורמה מטופלים

עם הפרעות קשות כגון סכיזופרניה היו זוכים סוף סוף לפסיכותרפיה. עם זאת, גם האחרונים נדחים על ידי הקופות, אשר אינן ערוכות לבצע פסיכותרפיה למטופלים עם הפרעות פסיכיאטריות "קשות" ומספקות להם ברוב המקרים של המקרים טיפול תרופתי בלבד.

תחנה שנייה: סודיות

סודיות ודיסקרטיות הן אבני בניין בסיסיות בטיפול

הדרישה לאבחנה מייצרת קשיים רבים. רובם נובעים מהעברת ה-ICD-10 מתפקידו כמדריך רפואי, לתפקיד שומר סף הקובע זכאות חוקתית לטיפול

הפסיכולוגי. אין צורך להרחיב על כך. עם זאת, במתווה הרפורמה ישנן פרצות רבות המביאות לכך שנפשו של המטופל נחשפת ללא שליטתו. הדבר מתחיל מכך שרופא המשפחה מידע על דבר האבחנה של המטופל בתחום בריאות הנפש, ועל היותו בטיפול פסיכולוגי (וכמובן על טיפול תרופתי). עבור אנשים רבים הדבר מהווה חסם המונע מהם לפנות לטיפול במערך הציבורי. הדבר תקף במיוחד עבור אלו המתגוררים בקהילות קטנות, ועבור המגזרים החרדי, הערבי והאתיופאי. בנוסף, לעתים קרובות המידע דולף ועובר הלאה, למשל הפניות לבדיקת דם שמופיע עליהן הכיתוב "הפרעת אישיות גבולית", או "ניסיון אובדני". גננת שמפסיקה את עבודתה לאחר שאחד ההורים בגן (רופא משפחה)

הופך מודע למצבה הנפשי. גם ברמה הפרקטית, אנשים רבים חוששים שיראו אותם ממתינים לתור לחדר הפסיכולוג או הפסיכיאטר בסניף קופת החולים המקומי, או שהמזכירה תתייחס בקול רם לבעיותיהם הנפשיות. בנוסף, מאז החלתה

של הרפורמה, מידע על אודות בריאות הנפש נחשף עם כל ויתור סודיות לגורם חיצוני: מעסיקים, מכון כושר, ליגת נוער לכדורגל ועוד.

אנשי המנהלה של הקופות חודרים גם לתוך הנעשה בפגישה הטיפולית עצמה. בקרים, מנהלים שונים, פקידים האמונים על הערכת סיכונים, כל הללו חשופים לסיכומי הפגישות עצמן. ישנם פסיכולוגים אשר ערים לכך, וכתוצאה הרשומה הקלינית מעוקרת מתוכן. אחרים, מפקידים את כמוסות נפשם של המטופלים בידי גורמי המנהלה.

ושוב עולה השאלה, היכן מתבצע

האיחוד המובטח בין גוף לנפש? מדוע לא להעניק לסובייקט המטופל את האוטונומיה על נפשו? הרי ניתן לידע את המטופל בדבר הסיכונים הכרוכים באי העברת מידע לרופא המשפחה, ולאפשר לו לבחור. אם יבחר שהמידע יישאר חסוי, אזי יהא עליו לחתום על טופס שבו הוא מצהיר שהוא מודע לסיכונים. אגב, ראוי ליישם מודל זה גם בחלקים נרחבים בבריאות הגוף. עם זאת, זהו אינו המודל הרפואי, שבו הרופא הוא בעל הסמכות והמטופל מהווה אובייקט לבחינה הכפוף למרותו.

נראה שבמסגרת הרפורמה המגבלות הפכו לעיקר, והמחשבה על צרכיו של המטופל לטפל. זאת, במקום שנקודת המוצא תהיה מה המענה המיטבי עבור המטופל

תחנה שלישית: אלוהי הרפורמה והסגידה לבירוקרטיה

נכחתי באופן פיזי ווירטואלי בעשרות דיונים בשנה האחרונה שעניינם הרפורמה בבריאות הנפש. 99% מהמלל הוקדש לשאלות הבאות: "מה זה מגע?" "איך יעבור המידע מהתחנה לקופה?" "איך מיידעים את המנהלה שנערכה שעה טיפולית?" "המטפל צריך לשלוח מייל בתחילת הפגישה למזכירה (על חשבון זמנו של המטופל כמובן)", "כמה מגעים יספק ביום כל פסיכולוג?" "האם ניתן לטפל בלי טופס 17?" "כמה מגעים יהיו בכל מנוי?"... הררי מילים שעוסקות במה שקורה סביב השעה הטיפולית ומעט מאוד מחשבה על מה שאמור להתרחש במהלכה. כמעט תמיד נקודת המוצא היא איך אפשר לתת למטופל כמה שפחות וכמה שיותר מהר.

לעתים נדירות ביותר הדיונים עוסקים בשאלה למה המטופל זקוק, מה הטיפול המיטבי עבורו. כמובן, תמיד ישנן מגבלות של תקציב, כוח אדם וכדומה. עם זאת, נראה שבמסגרת הרפורמה המגבלות הפכו לעיקר, והמחשבה על צרכיו של המטופל לטפל. זאת, במקום שנקודת המוצא תהיה מהו המענה המיטבי עבור המטופל. לדוגמא, המודל המרכזי בקופות (ואט-אט גם בתחנות הממשלתיות) הוא הטיפול קצר המועד. טיפול קצר מועד עשוי לסייע רבות להרבה מטופלים. עם זאת, מטופלים רבים, בעיקר אלו המגיעים לשירות הציבורי, זקוקים לטיפול ארוך יותר. שוב, הנפש מוכפפת. הפעם לא לרפואה, אלא לבירוקרטיה ולכלכלה.



תחנה רביעית: שר"פ בריאות הנפש

מטרותיה הרשמיות של הרפורמה חיוביות ומרשימות: מתן מענה טיפולי ל-4% מאוכלוסיית המבוגרים ו-2% מאוכלוסיית הילדים במדינה. מדובר בכ-266,000 מטופלים. הרבה פחות מהצורך בשטח, אך הרחבה ניכרת של המערך ממשלתי טרום הרפורמה (כ-54,000 מטופלים).

הבה ניקח את קופת חולים מכבי כמקרה מבחן. על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי בשנת 2013 היו חברים בקופת חולים מכבי כ-25% מהאוכלוסייה (2,014,875 אזרחים). בהנחה שההתפלגות בין מבוגרים לילדים נשמרת בתוך אוכלוסיית המבוטחים בקופה, המשמעות היא שבקופת חולים מכבי אמורים להיות מטופלים 52,789.7 מבוגרים ו-13,863.34 ילדים, סך הכול: 66,652 בשנה. עם זאת, על פי הנתונים

שהציגה ד"ר אורית שטיין במנהלת הרפורמה בסוף חודש יוני 2015, קופת חולים מכבי מעסיקה במרפאות האורגניות כ-25 פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בלבד. אם נצא מתוך הנחה שקופת חולים מכבי מעסיקה כ-15 פסיכיאטרים (הערכת יתר), אזי מכבי מעסיקה כ-40 מטפלים.

40 המטפלים של מכבי נדרשים לתת מענה ל-66,652 מטופלים בשנה. בתחשיב של 10 מגעים בממוצע (חלק ילדים וחלק מבוגרים) מדובר ב-666,520 מגעים לשנה, 55,543.3 מגעים לחודש ו-13,885.8 לשבוע. המשמעות היא שכל מטפל ידרש לבצע 347.14 מגעים בשבוע, 69.43 ביום. יש להזכיר, ש"מגע" של פסיכותרפיה אורך 50 דקות.

קופת חולים מכבי דיווחה בישיבת מנהלת הרפורמה בסוף חודש יוני 2015 על 16 מרפאות לבריאות הנפש. במקביל, דווח על תקינה ארצית של 10.4 פסיכיאטרים (0.65 פסיכיאטר למרפאה), 11 פסיכולוגים (0.68 פסיכולוג למרפאה) ו-14 עובדים סוציאליים (0.875 עו"ס למרפאה).

מדובר בתקינה מצומצמת ובלתי סבירה, אשר מביאה להערכה כי קופת חולים מכבי תתקשה עד מאוד לעמוד ביעדי הרפורמה.

נכון להיום, הפתרון של קופת חולים מכבי הוא הסדרי שר"פ (שירות רפואה פרטי) למיניהם. כך, בישיבת מנהלת הרפורמה דווח ש-83% מהמטופלים בקופת חולים מכבי מטופלים אצל מטפלים עצמאיים - 12,500 איש מתוך 15,000. כלומר, 83% מהמערך הציבורי בקופת חולים מכבי מבוסס על שר"פ. תחת הנחה זהירה של 2 מגעים לחודש

עבור מטופל, המשמעות היא ש-3 מיליון ש"ח מכספי משלם המסים מושקעים מדי חודש במערך שר"פ בריאות הנפש.

מהו הסדר השר"פ? המטופל מופנה למטפל עצמאי. הוא משלם כ-130 ש"ח לפגישה, הקופה משלימה עוד כ-120 ש"ח (כמובן, בתנאי שיש אבחנה קוד F). עם זאת, הקופה עצמה מתקצבת על ידי המדינה על פי תחשיב של כ-230 ש"ח לפגישה. תחשיב זה כולל בניית מרפאות רב צוותיות, תקורה וכדומה. למעשה, הקופה לוקחת את התקציבים שהמדינה העבירה לה על מנת שתבנה מרפאות אורגניות שבהן יינתן טיפול בחינם ללא עלות בכלל אזורי הארץ, ומפריטה את התקציבים הללו למטפל העצמאי. לעתים קרובות, המטופל כלל אינו מודע על זכותו לקבל את הטיפול בחינם ללא עלות, ומופנה היישר להסדר המטפלים העצמאיים. אגב, במאחדת ובלאוומית המצב אינו טוב בהרבה מאשר במכבי. נכון לסוף חודש יוני לאומית דיווחה על שני תקנים לפסיכולוגים בכל רחבי

הארץ. מאוחדת במובנים רבים נערכה היטב לרפורמה, אך גם שם מספר מהמטופלים שמקבלים טיפול ללא עלות (In-House)

הוא נמוך יחסית, ומטופלים רבים מופנים למסלול השר"פ.

משמעותו של מנגנון שר"פ היא גם שהקופות לא מפתחות מרפאות רב מערכתיות. אחד מיתרונותיו של המגזר הציבורי היה תמיד היכולת שלו להעניק טיפול רב מערכתי ורב צוותי למטופלים. חשיבה משותפת של פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מרפא בעיסוק וכדומה. דווקא המטופלים עם המצוקה הגדולה יותר זקוקים למענה זה. לעתים קרובות מודל העבודה בקופות הוא של קליניקה

פרטית. לדוגמא, באחת הקופות מתוך עשר שעות משרה, הפסיכולוג נדרש לבצע מגעים "ישירים" מול המטופלים כ-8-10 שעות. ישנם כאלה שיטענו שהדבר מאפשר יותר "מגעים" ויותר "טיפול". עם זאת, מניסיונו אנו יודעים שהפסיכולוג גם נדרש לזמן על מנת לחשוב את נפשו של המטופל ולעבד את התכנים העולים בטיפול. לעתים קרובות בסיוע של מדריך או קולגה. בסופו של דבר, אולי נערכים יותר "מגעים", אך איכות הטיפול שמקבל המטופל נמוכה יותר. חשוב לציין, שאין בקופות תקינה עבור פסיכולוגים. קופות

החולים כלל אינן מחויבות להעסיק אותנו. ישנו חשש סביר שהצורך לעמוד ביעדי הרפורמה (4% מבוגרים ו-2% ילדים), לצד היעדר חובה לספק פסיכותרפיה, יוביל לפתרונות שונים אשר אינם עולים בקנה אחד עם טובת נפשו של המטופל. לדוגמא, ישנן מרפאות בקופות שבאופן מוצהר אינן מספקות פסיכותרפיה פרטנית עבור ילדים ומבוגרים, אלא קבוצתית בלבד. פסיכותרפיה פרטנית מקבל רק מי שהממון מצוי בכיסו ויכול לפנות להסדר המטופלים העצמאיים. במקומות שונים עולה הרעיון לבצע "overbooking" בפסיכותרפיה. כלומר, כל מטפל יזמין יותר מטופלים ממה שהוא יכול לראות ביום נתון על מנת "לכסות" על מקרים של ביטולים. אפשרות נוספת היא קיצור

השעה הטיפולית בחצי. כמו כן, ישנו חשש שיעשה שימוש אינטנסיבי בטיפול פסיכיאטרי-תרופתי על חשבון פסיכותרפיה.



מורכבת.

תחנה חמישית: המערך הממשלתי

במשך השנים מערך תחנות בריאות הנפש הממלכתי היווה את "ביתם" של הפסיכולוגים (בעיקר הקליניים) בשירות הציבורי. החשיבה במערך זה הייתה פסיכולוגית בעיקרה ובמסגרתו של מערך זה הוכשר וגדל דור העתיד. בחודשים ובשנים שקדמו להחלתו של מתווה הרפורמה הובטח על

ידי בכירי משרד הבריאות שמערך זה ימשיך לפעול. הרי הרעיון הוא להוסיף מטופלים, ולא להעבירם מהתחנה הממשלתית לקופת החולים. לאחר 1.7.15, התחנות הממשלתיות נהיו לספקיות של הקופות. הקופות משלמות לתחנות כ-120 ש"ח עבור מגע בממוצע (כתלות בסוג המנוי). תשלומים אלו אמורים לממן את פעילותן של התחנות.

אני מזכיר, שהקופות עצמן אמורות לבנות ולנהל מרפאות אורגניות על פי תחשיב של 230 ש"ח למגע. מנגד, התחנות מצופות לעמוד באותה המשימה בתקציב נמוך בהרבה. המשמעות היא קיצוץ בישיבות צוות, בהכשרות, בסמינרים, בחשיבה מערכתית, בעבודה מערכתית סביב המטופל ועוד. כלומר, הנמכת איכות

הטיפול שאותה המטופל מקבל. מעבר לכך, משרד הבריאות אינו מסתיר את השאיפה לסגור את התחנות כמה שיותר מהר. רק בימים האחרונים נודע ש-11 מרפאות המסונפות

**כיצד ייתכן שטרם הרפורמה
54,000 איש טופלו ללא
עלות בשירות הציבורי
(חלק משמעותי מהם
בפסיכותרפיה), ואילו לאחר
החלת הרפורמה וריבוע
התקציב, מספר המטופלים
גדל במעט יותר
מפי שניים, אך חלק משמעותי
של המטופלים החדשים
משלמים על הטיפול מכיסם?**

בזמן שאנו מתווכחים על חובת בחינה או אי חובת בחינה על הרורשך, המקום שלנו במערך הציבורי נעלם. ואם אנחנו נעלמים, אז גם הנפש נעלמת, והמטופלים לא מקבלים את הטיפול הראוי. בחודשים האחרונים מתנהלים דיונים בתוך עולם הפסיכולוגיה סביב הרפורמה. ישנם הטוענים ששורש הרע טמון בהתנגדות ההיסטורית של פסיכולוגים

לרפורמה. אחרים טוענים שאם היינו עובדים יותר על פי טיפולים מבוססי ראיות אז מקומנו היה נשמר. אחרים מסבירים שהבעיה נעוצה בחוסר היעילות של התחנות הממשלתיות, ושיש צורך לקצץ בהדרכות ובסמינרים וכך "להוכיח" את יעילותנו לממסד הרפואי. לפתע, הדרכה, סמינר וחשיבה צוותית הופכים מהכרח שעליו מבוסס המקצוע למותרות. סביר להניח שחלק מהטענות נכונות במידה כזו או אחרת. עם זאת, השקט, ההכנעה וההאשמה העצמית שבהם אנו מקבלים כמגזר את סגירתו של

מערך בריאות נפש שבו יש לנו מאות תקנים, ללא חלופה הולמת בקופות, מעוררי תדהמה. תופעה שאין לה אח ורע בעולם השירות הציבורי.

מה אפשר לעשות? להתאחד, לשוחח,

לשתף פעולה. יש הרבה גופים שפעילים בתחום הפסיכולוגיה: הפי", איגוד הפסיכולוגים הקליניים, פורום הפסיכולוגים והעו"סים למען רפורמה מיטיבה, צוות מאבק השכר למען הפסיכולוגיה הציבורית, המח"ה, אופקים, האקדמיה ורבים נוספים. באם כל הללו יפעלו יחדיו יהיה אפשר לשפר באופן משמעותי את מתווה הרפורמה, לקבוע תקינה לפסיכולוגים בקופות, להגדיל את שעות ההדרכה המינימליות עבור מתמחים, לחתום על הסכם קיבוצי מיטיב עם משרד הבריאות, לשכנע חברי כנסת רבים

התומכים במטרותינו להניע תהליכי חקיקה שבהם תעוגן הזכות של האזרח לטיפול נפשי ראוי ועוד. לבסוף, בשנה האחרונה, במסגרת הפעילות שלי בארגון "בנפשנו", הבנתי כמה כוח ישנו לקומץ אנשים נחושים הפועלים יחדיו. הגענו לתוצאות מרשימות בכנסת, בתקשורת, בבית המשפט. ככל שנהיה רבים יותר, נוכל לקדם את הנושאים החשובים לנו.

הקופות במהותן הן חברות ביטוח. [...] עם הסרת התמריץ של מימון התקן על ידי משרד הבריאות, הן יעדיפו להעסיק פסיכולוגים מומחים [...] ולא לקחת על עצמן את האחריות למערך ההכשרה



לבית החולים באר יעקב עומדות להצטמצם לארבע מרפאות בלבד.

לא עברה שנה שלמה מאז החלתה של הרפורמה בבריאות הנפש, והמשרד מסיר את ידיו מהאחריות להכשרת דור העתיד של הפסיכולוגים. לאחרונה פורסם שמ-1.6.16 משרד

הבריאות יממן את העלות של שליש מלגה עבור כל מתמחה (7 שעות הכשרה), והמעסיק יידרש לממן את שני השלישים הנותרים. הטענה היא כי המתמחה "יכסה" את עלות ההעסקה שלו באמצעות המגעים הטיפוליים. אין זה ברור כיצד התחנות הממשלתיות הקורסות מבחינה כלכלית, אמורות לממן לפתע מכיסן 2/3 משרה עבור כל מתמחה, ומה התמריץ שלהן לעשות זאת. מנכ"ל משרד הבריאות התחייב להעניק "רשת ביטחון כלכלית" לתחנות שייכנסו לגירעון עקב השיטה החדשה. עם זאת, נראה שהוא התחייב

לכך כיוון שהוא מודע לתוכנית לצמצם באופן דרסטי

את המערך הממשלתי ולסגור אותו. לכאורה, שיטה זו אינה קשורה לרפורמה. אולם ללא המעבר לתחשיב כלכלי, לא היה

אפשר לדרוש מכל מתמחה "לכסות" את

עלות העסקתו. הגישה שמכפיפה את הנפשי לכלכלי היא זו שמאפשרת את הטיעון שעל המתמחה לממן את עצמו. הדבר לא היה אפשרי לביצוע טרם הרפורמה.

ומה אומרות הקופות על התוכנית החדשה? תודה, אבל לא תודה. כללית כבר הודיעה שלא תעסיק מתמחים במסגרת המודל החדש. הקופות במהותן הן חברות ביטוח. זה לא ב-DNA שלהן להחזיק מערכי הכשרה של פסיכולוגים. עם הסרת התמריץ של מימון התקן על ידי משרד הבריאות, הן יעדיפו להעסיק פסיכולוגים מומחים,

עובדים סוציאליים או מאמנים, ולא לקחת על עצמן את האחריות למערך ההכשרה.

סיכום

בסיומו של המסע בנבכי הרפורמה בבריאות הנפש, אני מגיע למסקנה העגומה שהפסיכולוגיה במובן הרחב של המילה, והפסיכולוגים עצמם, נותרים ללא בית בשירות הציבורי.

הצטרפו אלינו.