

חיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות

מסקנות הוועדה
לקידום מערך הטיפול בהתמכרויות
ובחינת העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים

אפריל 2022

דבר שר הבריאות

דו"ח זה, מטעם הוועדה לקידום מערך הטיפול בהתמכרויות ובחינת העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, הוא בעל חשיבות רבה.

מאז כניסתי לתפקיד שר הבריאות, נחשפתי למצוקות הרבות הקיימות בתחום הטיפול בהתמכרויות. שנים של הזנחה ותיקצוב שאינו תואם את צרכי האוכלוסייה הביאו לפערים רבים שהולכים וגדלים. אני רואה זאת במו עיני. בשנה האחרונה אני נמצא בשטח ומסייר במרפאות, בתי חולים ומסגרות שונות המספקות שירותים למתמודדי בריאות הנפש. שירות אחד בולט בהיעדרו לרוחב המערכת כולה: טיפול בהתמכרויות.

תחילה חשבתי שאני נחשף אליו מאחר והתחום מנוהל בנפרד – בתווך שבין משרד הבריאות, קופות החולים, משרד הרווחה, המשרד לביטחון פנים והמגזר השלישי. סברתי שיש פערים בשירות, חוסרים ומצוקות, כפי שנחשפתי אליו בשאר השירותים בתחומים משיקים. אך הנחתי שקיימים מענים ושירותים כלשהם למתמודדים עם התמכרות ותחלואה כפולה.

נדהמתי לגלות שלא כך. דווקא בתחום הזה, האמון על אוכלוסיית קצה הזקוקה לטיפול רפואי, תרופתי, פסיכולוגי וסוציאלי באופן אקוטי, ושיכול להציל חיים, אין כמעט מערך טיפולי כלל.

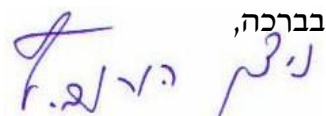
סיהיה ברור – התמכרות היא אחת המגיפות החריפות במאה ה-21. התמכרות לסמים, אלכוהול, תרופות מרשם, מין, הימורים, מסכים – היא הפרעה נפשית.

ברפורמה בבריאות הנפש ב-2015, תחום ההתמכרויות הוחרג מתחום בריאות הנפש, והאחריות הביטוחית עליו נשארה בידי משרד הבריאות. משרד הרווחה נותן מענה סוציאלי במקרי קצה קשים, ומשרד הבריאות מספק, כפי שתקראו בהמשך הדו"ח, מענה חלקי ומצומצם ביותר של טיפול תרופתי ומיטות גמילה קצרות טווח. מעבר לזה – אין.

הוועדה החשובה הזו מתווה לראשונה את הקמתו של מערך חדש בישראל לטיפול בהתמכרות. יישומו המוצלח של הדו"ח יפתח רצף מענים ושירותים שימנע התדרדרות. הוא יספק מענה מוקדם וחירומי למטופלים המתמודדים עם התמכרות, בשאיפה ליצור רצף מענים מקיף ומקצועי, אותו נוכל בבוא העת לכלול במסגרת שירותי הבריאות הניתנים באופן רציף, לפי חוק, על ידי קופות החולים.

הדו"ח הזה הוא למעשה ניסיון רציני ראשון להתמודד עם האתגר האדיר הזה. הצלחת הוועדה היא הצלחה של כולנו, לטובת בריאותם של אזרחי ישראל.

ברצוני להודות לחברי הוועדה שניגשו לנושא ברצינות, חריצות ומקצועיות, וסיפקו מסקנות חשובות ושימויות בטווח זמנים קצר. אני מקווה שזהו הצעד הראשון בפיתוח מענה כולל וראוי לאחת מהמצוקות הגדולות של זמננו.

בברכה,


ניצן הורוביץ

שר הבריאות

דבר יו"ר הוועדה

מערכת הבריאות הישראלית היא מערכת ציבורית טובה מאד, גם בהשוואה למערכות מקבילות בעולם וגם בהשוואה למערכות ציבוריות בתחומים אחרים בישראל. ישנם קשיים ובעיות, וסוגיות רבות שראוי לתקן ולשפר, אבל כן ניתן להתגאות באיכות ונגישות השירות הרפואי בישראל. עם זאת, אמירה זו לא נכונה מספיק לגבי אחד מהתחומים החשובים ביותר – בריאות הנפש. במשך עשרות שנים תחום זה לא זכה לקשב רפואי, כלכלי וניהולי מספק, והתוצאה היא שרמת השירות הרפואי לאזרחים עדיין לא מספיק טובה. בעשור האחרון יושמו מספר רפורמות וניכר שינוי, אך עדיין עבודה גדולה לפנינו.

בארבעת החודשים האחרונים הוועדה בחנה לעומק את נושא ההתמכרויות והגיעה לתובנה שזהו תחום יוצא דופן שבו השירותים הציבוריים כמעט ולא קיימים כלל. בפועל, מספר גדול של ישראלים הסובלים מהפרעה נפשית מסוג הפרעת שימוש בחומרים או התמכרות להתנהגות לא מטופלים כלל או מטופלים באופן חלקי. השירותים הציבוריים במסגרת משרדי הבריאות והרווחה, מטפלים כמעט אך ורק במקרי קצה, לא מטפלים בחלק גדול מהאוכלוסייה הרלבנטית ולא עוסקים כלל במניעה רפואית וטיפול מוקדם.

בהתאם, בעוד שעבור מרבית התחומים במערכת השאלה היא איך לשפר או להרחיב שירותים קיימים, השאלות כאן היו בסיסיות יותר: האם טיפול בהתמכרויות הוא בכלל שירות רפואי בתחום בריאות הנפש, ואם כן, אילו שירותים יש לפתח ואיך לעשות זאת.

לגבי השאלה הראשונה, התשובה של הוועדה חד משמעית: גם הספרות המקצועית וגם הנעשה במדינות אחרות מצביעים על כך שהפרעת שימוש בחומרים והפרעת התמכרות להתנהגות מוגדרות כהפרעות נפשיות, ובמרבית המדינות הטיפול בהתמכרויות מתבצע באופן דומה לטיפול בהפרעות נפשיות אחרות.

לגבי מה צריך לעשות, כאן התמונה הייתה יותר מורכבת. השאלה לא הייתה האם להעביר אחריות או שירותים קיימים, אלא איך לרתום את כל השותפים לפתרון מעשי שיגרום לכך שיהיה מענה רפואי הולם לישראלים הסובלים מהפרעות התמכרות, ולבני משפחתם הדואגים לבריאותם.

במהלך עבודת הוועדה הוצפו קשיים רבים, הן מבחינה פיננסית, הן מבחינת חוסר בכוח אדם והן מבחינת חוסר במידע על האוכלוסייה. הפתרון שנבחר, במסגרתו יפורסמו מבחני תמיכה לקופות החולים לצורך פיתוח שירותי טיפול קהילתי בהיקף משמעותי, הוא פתרון פרגמטי שזכה לבסוף לקונצנזוס מלא של כל השותפים בתהליך. ההמלצות לא יפתרו את כל הבעיות בתחום, אך כן אמורות לייצר קפיצת מדרגה מבחינת המענה הרפואי הציבורי הניתן לאזרחי ישראל הזקוקים לסיוע לצורך התמודדות עם בעיות התמכרות. כעת, האתגר לפנינו הוא יישום מוצלח ומהיר.

רן רידניק



משרד הבריאות

"The natural distribution is neither just nor unjust; nor is it unjust that persons are born into society at some particular position. These are simply natural facts. What is just and unjust is the way that institutions deal with these facts".

John Rawls, A Theory of Justice

תוכן עניינים

5.....	מטרת הוועדה
5.....	תקציר מנהלים
10.....	1. תיאור עבודת הוועדה
13.....	2. רקע : הטיפול בהתמכרויות
13.....	א. האחריות על הטיפול בהתמכרויות בישראל
13.....	ב. רקע קליני
14.....	ג. תחלואה כפולה
15.....	ד. נתונים אפידמיולוגיים מהעולם
15.....	ה. נתונים אפידמיולוגיים מהארץ
18.....	ו. העלות הכלכלית של התמכרות למשק
20.....	3. תיאור השירותים המופעלים היום על ידי משרד הבריאות לפי סוגי ההתמכרויות
20.....	א. סמים אופיאטים וחומרים
20.....	ב. תרופות מרשם אופיואידיות
21.....	ג. טיפול במצבי תחלואה כפולה
22.....	ד. טיפול אמבולטורי בהפרעת שימוש באלכוהול
23.....	ה. התמכרות התנהגותית
24.....	4. תיאור סוגי הכשרות כוח אדם המופעלות והמקודמות כיום
24.....	א. תעודת הסמכה לטיפול בהתמכרויות
24.....	ב. Fellowship
24.....	ג. הכשרה בגישות טיפול מקובלות
24.....	ד. הכשרת עובדים סוציאליים לטיפול בהתמכרויות
24.....	ה. הסמכה לטיפול בתרופה בופרנורפין
24.....	ו. קורסים לעדכון ידע
26.....	5. ניתוח המצב הקיים
26.....	א. שירותים
26.....	ב. כוח אדם
28.....	6. מסקנות הוועדה לאופן חיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות
28.....	א. מסקנות כלליות, המלצות פרטניות להפעלת התכנית
29.....	ב. היקף התקציב, תקופת היערכות והמתווה התקציבי
30.....	ג. מסקנות בנושא פיתוח שירותים
31.....	ד. דגשים לביצוע התכנית
32.....	ה. מסקנות בנוגע לפיתוח מאגר נתונים, מחקר נלווה ועבודת מטה רוחבית
32.....	ו. מסקנות בנושא הכשרת כ"א
33.....	ז. מסקנות בנושא תשתיות

מטרת הוועדה

בהתאם לכתב המינוי, הוועדה פעלה לבחינת ומיפוי אוכלוסיית המכורים הנצרכים לשירותי גמילה מהתמכרויות, והשירותים הניתנים היום. כמו כן, בחנה הוועדה את האופנים השונים לשיפור וקידום מערך הטיפול בהתמכרויות, תוך התייחסות להשתלבותן של קופות החולים במערך.

תקציר מנהלים

רקע:

1. על פי כלל גורמי המקצוע עליהם הסתמכה הוועדה, הפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים והפרעת התמכרות להתנהגות מוגדרות כהפרעות נפשיות, ונמצאות בסיווג אבחנתי הן של ICD10-11 והן של DSM5. בהתאם, במרבית המדינות המפותחות הטיפול בהתמכרויות מתבצע באופנים דומים לטיפול בהפרעות נפשיות אחרות, כך שהמצב הקיים בישראל שונה מהותית מהמצב במרבית המדינות.
2. הפרעת שימוש בחומרים הינה מקבץ של תסמינים פיזיולוגיים, קוגניטיביים והתנהגותיים הקשורה בשימוש בחומרים הגורמת לירידה משמעותית בתפקוד, או למצוקה נפשית ניכרת. ההפרעה מתאפיינת בחיפוש קומפולסיבי אחר החומרים, איבוד שליטה וקושי להפסיק את השימוש בהם, על אף הנזקים הפיזיים או החברתיים הנובעים משימוש זה. ההפרעה נעה על הרצף בין שימוש בדרגה קלה, בינונית או חמורה בחומרים פסיכו-אקטיביים, כגון סמים ואלכוהול, או בהתנהגות ממכרת, כגון הימורים או משחקי רשת.
3. במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש שיושמה בשנת 2015, הושאר 'סל שירותי בריאות הנפש לגמילה' הכולל טיפולי גמילה וטיפולים החזקתיים בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולא הועבר לאחריות קופות החולים במסגרת התוספת השנייה לחוק. בהתאם לכך, נותר הפיצול באחריות הביטוחית בין הטיפול בהתמכרויות לבין רפואת הנפש ורפואת הגוף, אשר פוגע ברצף הטיפול.
4. הטיפול במכורים כיום כולל מספר של גורמים מטפלים אפשריים, כאשר תמונת המצב העולה היא כי הטיפול הקיים כיום הוא חלקי מאוד, אינו נותן מענה לכלל אוכלוסיית היעד והממשק בין הגורמים המטפלים השונים חלקי וחסר. כמו כן, קיים חוסר בכוח אדם במערך בריאות הנפש בכלל, וכוח אדם בעל הכשרה ייעודית לטיפול בתחום ההתמכרויות בפרט.
5. הטיפול שניתן כיום מטעם המדינה מוענק בעיקר לאוכלוסיית הקצה ובהיקף נמוך. משרד הבריאות מטפל בשנה בכ-7,400 אנשים ומשרד הרווחה מטפל בכ-20,000. בפני הוועדה לא הובא בבירור היקף הטיפול האמבולטורי בתחלואה כפולה שניתן כיום על ידי קופות החולים, אך כפי שנמסר מהקופות, מדובר בשירות בהיקפים קטנים יחסית.
6. קיימת אי ודאות גדולה לגבי גודל אוכלוסיית המכורים בישראל. ניתן לומר כי לא קיים נתון ברור עליו מסכימים גורמי המקצוע. ישנם מספר אומדנים לגבי הנושא:

לפי הערכות של משרד הרווחה ישנם כ-120,000 משתמשים לרעה או מכורים בישראל.¹ עם זאת, דו"ח מבקר המדינה מצביע כי ככל הנראה מדובר בהערכת חסר, הנובעת מכך שחסרים מנגנונים לאיתור מכורים בשירותי הרווחה והבריאות. יתרה מכך, מחקרים אחרים מצביעים על כך שקהילת המכורים להימורים לבדה מונה היקף דומה.² ההשערה שמדובר בהערכת חסר עולה גם לפי מחקר של המרכז הישראלי להתמכרויות. לפי המחקר, 4% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל מכורים לסמים, 7% לאלכוהול, 4.5% להימורים ו-2.5% למשחקי מחשב. כלומר, לפי תוצאות המחקר עולה כי מספר כלל המכורים בישראל הינו למעלה מ-615,000 אלף איש.

יש לציין כי כל האומדנים לגבי אוכלוסיית היעד מתייחסים לאוכלוסיית המכורים, אך אינם בהכרח שווים לגודל האוכלוסייה המטופלת הפוטנציאלית, כאשר לפי מחקרים בינלאומיים 10% בלבד מהסובלים מההפרעה פונים לטיפול.³

בהתאם, ניתן לומר כי קיימת אי ודאות לגבי גודל אוכלוסיית היעד, אך אין ספק כי היא גדולה משמעותית מזו המטופלת כיום.

7. נוכח האמור לעיל, הוועדה סבורה כי הטיפול הניתן היום הוא חלקי ולא מספק – מטפל רק בחלק קטן מאוכלוסיית היעד, ממוקד בעיקר באוכלוסיית הקצה ולא עוסק כמעט בכלל במניעה רפואית וטיפול מוקדם. הוועדה סבורה כי יש צורך בפעילות משמעותית, אשר תערב את קופות החולים, לצורך שיפור המצב.

עיקרי ההמלצות:

8. נושא הטיפול בהתמכרויות אשר עמד בפני הוועדה הינו סוגיה מורכבת. השירות הניתן כיום למטופלים בתחום ההתמכרויות הינו חלקי ולא מספק; משרדי הבריאות והרווחה מטפלים בעיקר באוכלוסיות הקצה ובפועל לא ניתן מענה כלשהו לרוב אוכלוסיית היעד ולא קיים כמעט בכלל עיסוק במניעה ובאיתור מוקדם.

לצד זאת, קיימת אי ודאות גדולה לגבי גודל אוכלוסיית היעד, ומכאן, גם אי ודאות כספית ותפעולית גדולה לגבי עלות וישימות תהליך העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים. כמו כן, לנוכח אורכי התורים הקיימים כיום בתחום ישנו צורך לוודא שלא תיווצר פגיעה בטיפול הניתן כיום במערך בריאות הנפש בכללותו.

9. לאור האמור, הוועדה סבורה כי לא בשלה העת להעביר לקופות החולים את האחריות המלאה של הטיפול הרפואי בתחום ההתמכרויות, אך כן ניתן לקדם תכנית אופרטיבית אשר במסגרתה הקופות יפתחו שירותי טיפול קהילתי בהיקף משמעותי לאוכלוסיית המכורים.

10. באופן כללי, ניתן להגיד כי השאלה אינה האם להעביר את השירותים הקיימים לטיפול במכורים לאחריות הקופות, אלא האם ואיך לייצר בהובלת הקופות את השירותים הנדרשים (שאינם קיימים היום כלל) לטיפול במכורים.

11. בהתאם, הוועדה ממליצה לגבש תכנית אופרטיבית אשר תוביל לשיפור המצב הקיים באמצעות קביעת הישגים מדידים בתחום. שיפור השירות ייעשה על ידי שימוש ביתרונות של קופות החולים כמי שמרכזות את כלל הטיפול הפיזי והנפשי של

¹ דו"ח מרכז המחקר ומהידע של הכנסת. המידע הקיים על אוכלוסיית הסובלים מהתמכרות בישראל. 2020.

² דו"ח מבקר המדינה 69 בשנת 2019. בנושא היבטים בטיפול המדינה לתחום התמכרויות, עמ' 1473.

³ דו"ח מרכז המחקר ומהידע של הכנסת. הטיפול בהתמכרות להימורים בישראל, 2022.

לקוחותיהן כמבטחות וכנותנות שירותים לאוכלוסייה זו. כל זאת, לטובת שיפור הטיפול באוכלוסייה הרלבנטית.

12. התכנית תפעל לטובת פיתוח ויצירת מענים לאוכלוסייה המצויה על כלל רצף השימוש – שימוש לרעה, התמכרות ותחלואה כפולה; ועבור הסוגים השונים של שימוש/התמכרות: חומרים (אלכוהול, קנאביס וסמים אחרים ותרופות מרשם) והתנהגויות. התכנית תפעל לפיתוח ולהרחבה של שירותי מניעת התפתחות התמכרות, זיהוי ואיתור מוקדם, שירותים אמבולטוריים, שירותים מונעי אשפוז ושירותים אלטרנטיביים.

13. התכנית תכלול פרסום מבחני תמיכה לצורך מימון הפעילות על ידי הקופות, שבמסגרתם תידרש הגשת תכנית אופרטיבית של הקופות אשר תאפשר על ידי המשרד. משך זמן היישום המוצע של התכנית הינו מאמצע 2022 עד סוף שנת 2025 (שלוש שנים וחצי). במהלך תקופה זו תישמר האחריות הביטוחית הקיימת כיום, ללא העברתה לקופות, ובמקביל תימשך הפעילות של משרד הבריאות באספקת השירותים הניתנים על ידו כיום, ללא פגיעה בהיקף השירותים הללו.

14. כמו כן, יובהר כי המלצות הוועדה מתייחסות לשירותים שבאחריות מערכת הבריאות וכי גם קבלת ההמלצות אינה יכולה או צריכה לפגוע בסמכות ובאחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים למתן שירותים בתחום. בהתאם, הוועדה אינה ממליצה להעביר שירותים אלה לאחריות קופות החולים אלא ממליצה לשמור על פעילות משרד הרווחה ועל השירותים הניתנים על ידו כיום.

15. השירותים הרלבנטיים שיספקו הקופות הם שירותי זיהוי ואיתור מוקדם ומניעת התפתחות התמכרות וכן שירותים קהילתיים לטיפול בהתמכרות על כלל רצף השימוש (שימוש לרעה, התמכרות ותחלואה כפולה), עבור כל סוגי החומרים (אלכוהול, קנאביס, סמים אחרים ותרופות מרשם), ולהתמכרות התנהגותית למין (במסגרת פיילוט) ולהימורים.

16. עבור תקופת ההיערכות (עד סוף שנת 2022) יוקצו 85 מיליוני ₪.

17. על פי התכנון, סך התקציב השנתי שיוקצה לפעילות הקופות בשנות התכנית (2023-2025) הוא 85 מיליוני ₪ שייכנסו לבסיס התקציב בשנת 2023 ויקודמו בהתאם למדדים הדמוגרפיים ומדד המחירים הרלבנטי של סל הבריאות, ע"פ החלוקה הבאה:

- 60 מיליוני ₪ לטובת טיפול קהילתי במתמכרים לחומרים (אלכוהול, קנאביס, סמים אחרים ותרופות מרשם) ובתחלואה כפולה באמצעות מבחני תמיכה שיפרסם משרד הבריאות וימומנו ממקור תקציבי ייעודי שתקצה לכך הממשלה, שהינו תוספתי ולא חלופי לתקציב המשרד הקיים לתחום.
- 25 מיליוני ₪ לטובת טיפול קהילתי במתמכרים להימורים וכן פיילוט ייעודי ממוקד לטיפול בהתמכרות למין, באמצעות מבחני תמיכה שיפרסם משרד הבריאות וימומנו ממקור תקציבי ייעודי שתקצה לכך הממשלה, שהינו תוספתי ולא חלופי לתקציב המשרד הקיים לתחום.

18. יובהר כי הוועדה סבורה שתקציב זה יאפשר קידום תכנית אופרטיבית משמעותית לפיתוח שירותים, אך כפי שהוצג בהרחבה בדיוני הוועדה, הוא לא יאפשר טיפול בכלל אוכלוסיית היעד. בהתאם, הציפייה מקופות החולים היא למצות באופן מלא את התקציב לטובת פיתוח שירותים קהילתיים לטיפול בהתמכרויות, אך אין דרישה מהן

לטפל בכלל אוכלוסיית היעד. בעתיד, ככל שיוחלט להרחיב את היקף המטופלים, ובהינתן שמבחינה תפעולית ומקצועית יהיה הדבר אפשרי, יהיה צורך באומדן תקציבי מעודכן שיכלול התאמה של היקף התקציב המוקצה לנושא זה.

19. בדו"ח עצמו מפורטים בהרחבה עקרונות המתווה המקצועי שיקודם. כל קופה תגיש תכנית אופרטיבית שתוגש לאישור משרד הבריאות לצורך מבחני התמיכה. התכנית שתגבש הקופה בהתאם לעקרונות אלה, תתמקד בשירותים שצוינו לעיל.

20. כפי שפורט בפרק ההמלצות, בשנה וחצי הראשונות תתמקד התכנית, במידה רבה, בהיערכות הכוללת הכשרת וגיוס כוח אדם מטפל, פיתוח תשתיות מתאימות, התאמות מחשוב וטכנולוגיה ופעולות נדרשות נוספות, ובהמשך תתמקד יותר ויותר באספקת השירותים עצמם למטופלי הקופות. מתווה התקציב לתקופת ההיערכות ואופן חלוקתו בתקופה זו מפורט בהרחבה בפרק ההמלצות.

21. הוועדה ממליצה שכל תכנית פעולה תתבצע כאמור באופן הדרגתי, תוך מעקב מלווה ובחינת ההשפעה על כלל מערך בריאות הנפש, לרבות המערך הקיים בקופות החולים לאחר הרפורמה בבריאות הנפש, ועל גורמים מטפלים משיקים (כגון משרד הרווחה). בהתאם, יתקיים מחקר מלווה לתכנית, אשר יתבצע עבור משרד הבריאות על בסיס הנתונים שיתקבלו מקופות החולים ובמסגרתו ייאספו ויעובדו, בין השאר, נתונים אודות: פרופיל מטופלים, בעיות רפואיות נלוות, סוגי חומרים בשימוש, היקף כוח האדם, כמות מגעים ועמידה ביעדים. המחקר יפעל תוך שיתוף פעולה עם גורמים בין-לאומיים רלבנטיים.

22. בנוסף, האגף יפרסם מדי שנה, את תוצאות הפעלת התכנית, לרבות פירוט על הפעילות שבוצעה והערכה עדכנית של אוכלוסיית היעד. בסוף שנת 2025, המשרד יגיש לממשלה דו"ח מקיף, שיבוצע בשיתוף עם ארגונים בינ"ל ובסנכרון עם המחקר המלווה, על הפעילות שנעשתה, היקף כוח האדם שהוכשר, כמות המטופלים וניתוח של הצלחת התכניות האופרטיביות שיקדמו הקופות. כחלק מהדו"ח תתבצע בחינה של פעילות הקופות וכן אמידה עדכנית של גודל אוכלוסיית היעד הרלבנטית, אמידת איכות הטיפול שסיפקו הקופות למטופלים ובחינת ההשפעה על שאר מערך בריאות הנפש.

23. לאחר השלמת עבודת המטה, ולאחר קבלת תמונת מצב ברורה הרבה יותר של היקפי הפעילות ואופן הפעילות המומלץ לטיפול בהתמכרויות, תתבצע חשיבה נוספת אודות פעילות הטיפול במכורים במסגרת עבודת הקופות, וכן תיבחן שוב שאלת העברת האחריות הביטוחית הכוללת אליהן.

24. במקביל, מברכת הוועדה את הודעת משרד רה"מ על כוונתו לבצע עבודת מטה נוספת בסוגיה בהמשך וכתמיכה להמלצות דו"ח זה, תוך התמקדות בסוגיות רוחביות וממשקים בין משרדי החינוך, הרווחה, בט"פ, רשויות מקומיות ובריאות, ותוך עבודה ממוקדת ליצירת מאגר נתונים רוחבי בנושא אל מול הלמ"ס וגורמים נוספים. כן מדגישה הוועדה את חשיבות נושא ההסברה והחינוך בנושא (אשר לא היו בתחום אחריות הוועדה) ומברכת את כוונת משרד רה"מ לעסוק גם בנושא זה.

25. הוועדה מברכת על הצהרת ארבעת הקופות על כך שהן מסכימות למתווה המפורט בדו"ח ושבכוונתן להשתתף בתכנית באופן מלא ולנצל את המשאבים המוקצים להן.

26. בהתאם, הוועדה מברכת על כך שנוצר קונצנזוס מקצועי לגבי אופן הפעולה בשנים הקרובות, לפיו, לא נכון כעת להעביר את האחריות הביטוחית לקופות החולים, ומאידך גיסא, כן קיים הגיון מקצועי במעורבות פעילה ואקטיבית של הקופות בפיתוח שירותים

קהילתיים לטיפול בהתמכרויות, במסגרת מבחני תמיכה שיקדם משרד הבריאות.
הוועדה מצפה מכל הגורמים הרלבנטיים בממשלה, בקופות החולים ובמערכת הבריאות
לפעול בהתאם להבנות אלה בשנים הקרובות.

1. תיאור עבודת הוועדה

הקמת הוועדה

בהמשך להחלטת ועדת השרים לענייני חקיקה, מינה מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' נחמן אש, ועדה בין משרדית לקידום מערך הטיפול בהתמכרויות ובחינת העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים. תפקיד הוועדה היה לפעול לבחינה ומיפוי של אוכלוסיית המכורים ומערך השירותים הניתנת כיום. הוועדה התבקשה להגיש את המלצותיה לאופנים לשיפור וקידום מערך הטיפול בהתמכרויות, וכן להמליץ האם להעביר לקופות החולים את האחריות על שירותי הגמילה והטיפול בהתמכרויות, וככל שכן באיזה אופן.

חברי הוועדה (לפי א'-ב')

גב' לימור איזנברג, מנהלת המחלקה להנחיות מקצועיות, מינהל סיעוד, משרד הבריאות
 ד"ר הדר אלעד, ראש האג לרפואה קהילתית, משרד הבריאות
 ד"ר שגית ארבל אלון, רופאה ראשית, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 רוי"ח שירה ארנון, סגנית ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות
 ד"ר טל ברגמן-לוי, ראש אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות
 מר חגי ברוש, מנהל תחום בכיר טיפול ושיקום, המשרד לביטחון פנים
 רוי"ח ליאור ברק, סמנכ"ל לפיקוח על קופות חולים ושב"ן, משרד הבריאות
 מר מוריס דורפמן, מנהל כספים, מכבי שירותי בריאות
 מר רועי דרור, אגף ממשל וחברה, משרד ראש הממשלה
 מר חיים הופרט, סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות
 עו"ד רננה מיסקין, הלשכה המשפטית, משרד הבריאות
 גב' מוריה מליחי, סגנית מנהל אגף בקרה על קופ"ח ושב"ן, משרד הבריאות
 פרופ' יובל מלמד, המועצה הלאומית לבריאות הנפש
 מר עופר מרגלית, סמנכ"ל כספים, מאוחדת
 גב' איריס נהרי, סגנית מנהל שירות הטיפול בהתמכרויות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
 גב' תאיר סרי-לוי, כלכלנית, אגף תקציבים, משרד הבריאות
 מר יהודה צוראל, כלכלן, אגף תקציבים, משרד הבריאות
 מר איתי קלטניק, מנהל רגולציה וציות, מאוחדת
 ד"ר פאולה רושקה, מנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות, משרד הבריאות
 מר רן רידניק, ראש חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית, משרד הבריאות
 מר רועי רייכר, אגף התקציבים, משרד האוצר
 גב' רות רלב"ג, מנכ"לית שירותי בריאות כללית
 ד"ר מרנינה שוורץ, מנהלת בריאות הנפש ופסיכיאטרית ראשית, לאומית שירותי בריאות
 רוי"ח הראל שרעבי, ראש חטיבת כספים ורכש, לאומית שירותי בריאות
 כיו"ר הצוות משמש מר רן רידניק, ומרכז הצוות מר יהודה צוראל.

התנעה

בנובמבר 2021 החלה עבודת הוועדה בפגישת התנעה בראשות מנכ"ל משרד הבריאות. במסגרת הפגישה הוצגו רציונל הוועדה, חברי הוועדה והלו"ז הצפוי עד להגשת ההמלצות. כמו כן, במסגרת הפגישה הוצגה סקירה מטעם משרד הבריאות של תחום הטיפול בהתמכרויות כפי שהוא קיים כיום, לרבות השירותים הניתנים על ידי משרד הבריאות.

הצגת תחום הטיפול בהתמכרויות

בפגישתה השנייה, הציגה ד"ר פאולה רושקה, מנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות, את השירותים הרפואיים בתחום הטיפול בהתמכרויות. ההצגה כללה את מדיניות הטיפול, נתונים אפידמיולוגיים, סקירה של השירותים שבאחריות משרד הבריאות וכן התמקדות בשירותים לתחלואה כפולה ולמכורים לאופיאטיים. הגב' איריס נהרי, סגנית מנהל שירות הטיפול בהתמכרויות במשרד הרווחה, הציגה את מערך הטיפול בהתמכרויות במשרדה ומאפייני השירותים וסקרה את האוכלוסיות המקבלות מענה והיקפן.

סיור

ביום 21/12/2021 התקיים סיור שטח בו חברי הוועדה ביקרו במקומות הבאים:

- "רטורנו" – הכולל מרכז גמילה לבנות מתבגרות ולנשים צעירות באחריות משרד הבריאות וקהילה טיפולית לנוער ולמבוגרים באחריות משרד הרווחה.
- מרפאת "יסעור" – מרפאה לטיפול תרופתי ממושך במכורים לאופיאידים (סמים ותרופות מרשם) ולטיפול רפואי בהפרעות שימוש באלכוהול.
- אשפוזית "לצידך" – מסגרת בתנאי פנימייה לטיפול גמילה בנשים מכורות במעגל הזנות, בעלות הפרעה פוסט-טראומטית מורכבת, בנפרד מגברים, המיועדת לנשים מעל גיל 18 ולטרנסג'נדריות.

הליך שיתוף ציבור

הוועדה קיימה ישיבות שימוע ציבור בתאריכים 3-5.1.2022, בהם השתתפו הגורמים הבאים:

- ויקטוריה מרכז גמילה מאלכוהול – עמותת מעל הסם
- האגודה לקרימינולוגים קליניים בישראל
- החטיבה לפסיכולוגיה שיקומית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל
- עמותת "אליס", משפחות ואימהות למכורים יוצאי חבר העמים
- עמותת בית אור אביבה
- מהות – הרשות העירונית לחוסן וביטחון קהילתי
- להאיר את עומר
- האגודה לבריאות הציבור
- מרפאת אדלסון לטיפול ומחקר במכורים לאופיאטים
- המרכז הישראלי להתמכרויות
- עמותת נווה מלכישוע
- אנוש – העמותה הישראלית לבריאות הנפש
- אילס"ם, החברה הישראלית לרפואת התמכרויות, הר"י
- שפ"י – משרד החינוך, קרן רוט איטח
- אשפוזית טמרה למגזר ערבי

הצגת עמדות קופות החולים

במספר פגישות הציגו קופות החולים את עמדתן לגבי תחום הטיפול בהתמכרויות והעברת אחריות הטיפול לקופות החולים. הוועדה ביקשה מהקופות להתייחס לשתי סוגיות מרכזיות בהן היא דנה : האם התמכרות היא תופעה פסיכיאטרית ככל התופעות, וכן הערכה להיקף המטופלים המכורים.

2. רקע : הטיפול בהתמכרויות

א. האחריות על הטיפול בהתמכרויות בישראל

הטיפול בהתמכרויות ניתן באופן משולב על ידי משרד הבריאות ומשרד הרווחה, וחלוקת העבודה היא באופן בו משרד הבריאות אמון על הטיפול הרפואי (גמילה וטיפול תרופתי ממושך) ומשרד הרווחה אמון על טיפול ושיקום פסיכוסוציאלי.

תכולת הסל על פי התוספת השלישית כפופה לשירותי הבריאות שנתנה המדינה לפרט במועד הקובע, והכל לפי התנאים והתשלומים שהיו נהוגים ערב תחילתו של חוק זה ושפירסם שר הבריאות ברשומות.⁴ מאז המועד הקובע ועד ליום זה, משרד הבריאות נתן שירותים בתחום הגמילה מסמים ומאלכוהול. על אף שמשרד הבריאות הפעיל פרויקטים בשירותים נוספים, הם היו מוגבלים בהיקפם, ולא השפיעו על המהות הבסיסית של השירותים שניתנים ע"י המשרד.

בהיבטי החקיקה, במסגרת הרפורמה לבריאות הנפש (בשנת 2015), תחום בריאות הנפש עבר מהתוספת השלישית לתוספת השנייה לחוק ולכן מצוי באחריות קופות החולים. כמו כן, 'סדנאות גמילה מעישון' נמצאות גם הן בתוספת השנייה לחוק והינן בתחום האחריות של קופות החולים. עם זאת, גם לאחר הרפורמה, 'סל שירותי בריאות הנפש לגמילה' נשאר במסגרת התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובו מפורטים שירותים שבאחריות משרד הבריאות לספק בתחום ההתמכרויות.

מצב זה, לפיו במסגרת הרפורמה לבריאות הנפש תחום ההתמכרויות לא עבר לאחריות הקופות, הותיר פיצול באחריות הביטוחית בין הטיפול בהתמכרויות לבין רפואת הנפש ורפואת הגוף. פיצול המענה הטיפולי בין בריאות הנפש לבין טיפול בהתמכרויות יוצר הפרדה בין שתי האוכלוסיות ומגביר את הסטיגמה השלילית לאוכלוסיית המכורים. הפרדה זו פוגעת גם ברצף הטיפול שלהם, שכן לא קיים מנגנון להעברה שוטפת של מידע בין משרד הבריאות וקופות החולים אודות המטופלים. מצב זה עלול להביא להחמרה חוזרת ונשנית במצב הנפשי של המטופלים, בייחוד במטופלים הסובלים מתחלואה כפולה, ולעיתים להביא למתן טיפולים תרופתיים ממכרים לאנשים הסובלים מהתמכרות פעילה.

במצב הקיים כיום, משרד הבריאות, באמצעות המחלקה לטיפול בהתמכרויות באגף בריאות הנפש, משמש למעשה בשני הכובעים – הן כרגולטור והן כמבטח המפעיל ומפתח שירותי טיפול.

ב. רקע קליני

הפרעת שימוש בחומרים (SUD) הינה הפרעה פסיכיאטרית המתאפיינת ברצף שימוש מזיק בחומרים עד למצב של תלות (התמכרות) והיא נמצאת בסיווג אבחנתי הן של ICD10-11 והן של DSM5. ההפרעה מתאפיינת בחיפוש קומפולסיבי אחר חומר פסיכואקטיבי אחד או יותר על חשבון פגיעה בתפקוד וירידה תפקודית הולכת וגוברת (ירידה ביכולת לעבוד, ללמוד, בעיות בתחום המשפחתי, הזוגי, הבין אישי ועוד). כאשר אדם מגיע לתלות שהיא פיזית ונפשית, מתרחשים שינויים נוירופלסטיים במוח, אשר ברמת חומרה מסוימת נהפכים לבלתי הפיכים, וההפרעה הופכת להיות כרונית עם התלקחויות חוזרות.

לצד הפרעת שימוש בחומרים קיימת הפרעה להתמכרות התנהגותית. על סמך המידע המחקרי שהתווסף בשנים האחרונות גם מספר התנהגויות קומפולסיביות כגון הימורים פתולוגיים, התמכרות למין והתעסקות יתר במשחקי מחשב, אשר הוכרו בהתמכרויות

⁴ סעיף 7(א)(2) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994.

התנהגויות בשל קיום שינויים במסלולי התגמול במוח זהים לאלה של ההפרעות שימוש בחומרים, ומבחינה קלינית קיום תופעות כגון תסמיני גמילה וכמיהה לחזרה התעסקות בהתנהגויות אלה ועל כן נכללו בסיווגים האבחנתיים הפסיכיאטריים. התמכרות התנהגויות דומה להתמכרות לחומרים בשל ההיסטוריה הטבעית של ההפרעה, היווצרות קושי לשלוט בתנועה, עיסוק קומפולסיבי בהתנהגות, שינויים במסלולים המוחיים ותגובות לטיפול.^{5, 6}

הגישה הטיפולית המקובלת בעולם הינה גישה ביו-פסיכו-סוציאלית הנותנת מענה הן להיבטים הביולוגיים והן להיבטים פסיכו-סוציאליים. להתמכרות קיימת נטייה גנטית לצד גורמים אפיגנטיים (מצבי דחק מוקדמים, עוני, היעדר דמויות הוריות, השתייכות לחברות שוליים ועוד). בשנת 2016 ועדת המומחים בעצרת האו"ם המיוחדת בנושא מדיניות סמים התייחסה להפרעה זו כבעיה של בריאות הציבור. בשנים האחרונות, לצד הגישה הטיפולית הדוגלת בגמילה והימנעות טוטאלית מחומרים, קיבלה תאוצה הגישה של מזעור נזקים והיא מיושמת במדינות רבות בעולם כולל בישראל.

ג. תחלואה כפולה

תחלואה כפולה מוגדרת כשילוב של הפרעה נפשית ממושכת ומובהקת לצד התמכרות התנהגויות או להתמכרות לחומרים. ההתמכרות כוללת, בין היתר, הפרעת שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בחומרה בינונית עד גבוהה, התמכרות להימורים או התמכרות למין. כמו כן, ישנם מצבים של תחלואה משולבת בהם קיים שילוב בין התמכרות לחומרים או התמכרות התנהגויות לצד הפרעה נפשית מובהקת יחד עם הפרעה גופנית קשה כגון: שחמת כבד, סרטן ריאות, AIDS או שחפת ("תחלואה משולשת").

תחלואה כפולה הנה הפרעה נפוצה מאוד, כך שעל פי נתוני מחקר של ה-"Epidemiological Catchment Area" הימצאותה עומדת על 47% בקרב מטופלים עם סכיזופרניה ו-56% בקרב מטופלים עם הפרעה בי-פולארית.

ככלל, מטופלים עם תחלואה כפולה דורשים טיפול מורכב יותר והם בעלי פרוגנוזה קשה יותר לעומת מטופלים ללא תחלואה כפולה. מטופלים רבים עם תחלואה כפולה צורכים יותר מחומר פסיכו-אקטיבי אחד, כאשר קנאביס ואלכוהול הם החומרים בשימוש השכיח ביותר אצלם.

בקרב מטופלים בתחלואה כפולה, מחלת הנפש פורצת בגיל מוקדם יותר ביחס לשאר המטופלים בבריאות הנפש. כמו כן, ניתן לזהות עלייה בתדירות האשפוזים, תקופות אשפוז ארוכות יותר במצטבר, תסמינים דיכאוניים ופסיכוטיים חמורים יותר, וכן גם יותר מקרי אלימות ואירועי אובדנות.

כמו כן, מטופלים בתחלואה כפולה נוטים שלא להיצמד לטיפול התרופתי, ובכך ישנו סיכון מוגבר לאשפוזים חוזרים, החמרה חוזרת במצבם הנפשי וחזרה לשימוש. שילוב שתי ההפרעות ביחד גורם להחמרה והחרפה במצבם הנפשי והפרוגנוזה שלהם קשה יותר ביחס

⁵ J.E. Grant, M.N. Potenza, A. Weinstein, A. Gorelik, Introduction to behavioral addictions, Am. J. Drug Alcohol Addiction. 2010, 36(5):233-240.

⁶ N.M. Petry, K. Zajec, M.K. Ginley. Behavioral Addictions as Mental Disorders: to be or not to be? Annual Rev Clin Psychol, 2018, 7(14):399-423.

למטופלים בעלי הפרעה נפשית בלבד, זאת אף בקרב מטופלים בתחלואה כפולה שכן משתפים פעולה עם הטיפול התרופתי על רקע שימוש בסמים.⁷

כך למשל, השימוש בחומרים מחמיר את מחלת הסכיזופרניה. למטופלים עם סכיזופרניה המשתמשים בחומרים נגרמים לקויים מוחיים שונים, למשל, ירידה בנפח במספר אזורים במוח. שינויים אלה קשורים בעיקר להשלכות נזיר-טוקסיות ארוכות טווח של שימוש בסמים.⁸

בנוסף לתחלואה כפולה, בה יש שתי הפרעות מובהקות זו לצד זו קיימים גם מצבים של פסיכוזה משנית לסמים ואלה מצבים שלעיתים דורשים אשפוז פסיכיאטרי בשל היותם מצבים חריפים אך לא דווקא דורשים טיפול פסיכיאטרי אמבולטורי ארוך, אלא גמילה וטיפול בחלק ההתמכרותי.

ד. נתונים אפידמיולוגיים מהעולם

הפרעות שימוש בחומרים מהוות גורם מוביל לתחלואה ולתמותה בעולם כולו והן בעלות השפעה גלובלית על בריאות, איכות חיים, ביטחון ופריון עבודה. הפרעות שימוש בחומרים גורמות לנזקים רחבים בתחום החברתי והכלכלי הכוללים עלויות נכבדות לתחומי הבריאות, העבודה, מערכת אכיפת החוק והרווחה.

על פי הערכה של ה-UNODC (גוף המחקר של האו"ם), מספר האנשים הסובלים מהפרעת שימוש בחומרים בעולם עומד על כ-35.3 מיליון בשנת 2017, נתון המלמד על עלייה בהפרעה בהיקף של כ-15% מאז שנת 2009. ישנה עלייה במספר המשתמשים בחומרים פסיכו-אקטיביים, כאשר קיים סיכון מוגבר לעלייה במגמה זאת לאור הצפת שוק הסמים בחומרים חדשים וממכרים בעוצמה גבוהה כגון NPS (חומרים פסיכו-אקטיביים חדשים) הגורמים בנוסף להתמכרות גם לתחלואה פסיכיאטרית קשה.⁹

נכון לשנת 2019, 5.5% מאוכלוסיית העולם בגילאים 15-64 דיווחו על שימוש בחומרים במהלך השנה האחרונה. קנאביס הינו החומר הפסיכו-אקטיבי בשימוש הנרחב ביותר בעולם עם הערכה של 188 מיליון אנשים המדווחים על שימוש בו.¹⁰ כמו כן, השימוש באלכוהול מהווה את סיבת המוות הרביעית העולם.¹¹ לצד זאת, ממחקרים בינלאומיים עולה כי קיימת תופעה של תת-טיפול בהתמכרויות, וכי 10% בלבד מהסובלים מההפרעה פונים לטיפול.¹²

ה. נתונים אפידמיולוגיים מהארץ

שימוש בחומרים

⁷ Regier et al Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from ECA study.1990, jama264: 2511-2518.

⁸ Florentin, Rosca, Raskin, Bdollah-Abram, Neumark, Psychiatric Hospitalizations of chronic psychotic disorder patients with and without Dual Diagnosis: Israel 1993-2016, J of Dual Diagnosis, 2019, 15(3):130-139.

⁹ World Drug Report, 2019 (United Nations Publications, Sales n.E.19.XI.8).

¹⁰ Ibid

¹¹ Degenhardt et al, The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories,1990-2016, A systematic analysis for the global burden of disease study 2016., Lancet Psychiatry, 2018 1;5 (12):987-1012.

¹² דו"ח מרכז המחקר והמידע של הכנסת. הטיפול בהתמכרות להימורים בישראל, 2022.

קיימת אי ודאות גדולה לגבי גודל אוכלוסיית היעד וקיים חוסר בהירות בהגדרת סוג האוכלוסייה. לפי הערכות של משרד הרווחה ישנם כ-120,000 משתמשים לרעה או מכורים בישראל.¹³ עם זאת, דו"ח מבקר המדינה מצביע כי ככל הנראה מדובר בהערכת חסר, הנובעת מכך שחסרים מנגנונים לאיתור מכורים בשירותי הרווחה והבריאות. יתרה מכך, מחקרים אחרים מצביעים על כך שקהילת המכורים להימורים לבדה מונה היקף דומה.¹⁴

כמו כן, על פי מחקר של המרכז הישראלי להתמכרויות, 4% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל מכורים לסמים, 7% לאלכוהול, 4.5% להימורים ו-2.5% למשחקי מחשב. לפי תוצאות המחקר עולה כי מספר כלל המכורים בישראל הינו למעלה מ-615,000 אלף איש. עוד עלה במחקר כי שיעור ההתמכרויות לסמים בישראל דומה למדינות המערב, בעוד ששיעור המכורים לאלכוהול נמוך יותר באופן השוואתי ושיעור ההתמכרויות להימורים גבוה יותר.¹⁵

במחקר של הרשות למלחמה בסמים שנערך בשנת 2017, דווח כי 27% מגילאי 18-65 שהם משתמשים בקנאביס. 6.4% במדגם דיווחו על שימוש בתרופות הרגעה, 5.2% על שימוש באופיואידים וכ-2% על סמים נוספים (בעיקר קוקאין, LSD ואקסטזי).¹⁶

במחקר האפידמיולוגי האחרון שבוצע על אוכלוסיית מבוגרים יהודים בישראל שסקר 2,012 גברים ו-2,013 נשים עלה כי 19% עשו שימוש בחומרים מכל סוג (אלכוהול או סמים) וכי 12.9% סבלו מהפרעת שימוש בסמים. עוד התגלה כי שימוש באלכוהול וקנאביס יחד הוא נפוץ בקרב משתמשים בחומרים פסיכו-אקטיביים.¹⁷

הימצאות הפרעת שימוש בחומרים הייתה נמוכה בקרב נשים לעומת גברים ביחס לכלל החומרים, ופרט ביחס לתרופות הרגעה בהן שיעור השימוש של נשים היה פי 2.5 לעומת הגברים. ככלל, החומרים הנפוצים ביותר בקרב גברים היו אלכוהול, קנאביס והשילוב ביניהם, כאשר בקרב נשים היו אלכוהול, קנאביס ותרופות הרגעה.¹⁸

כמו כן, מהמחקר עלתה מגמה של הפחתת צריכת אלכוהול וקנאביס עם הגיל, כאשר נטייה הפוכה נרשמה בנוגע לשימוש בתרופות הרגעה, שמהווה כאמור תופעה נפוצה בקרב נשים, לה עלייה של כ-11% בשימוש בקבוצת הגיל 60+ ביחס לקבוצות גיל נמוכות יותר.¹⁹

סקר HBSC מטעם ה-WHO משנת 2019 בחן את דפוסי השימוש בחומרים ממכרים בקרב בני נוער וערך השוואה בין-לאומית בנושא. מן הסקר עולה כי שיעור ההתמכרות למשקאות אלכוהוליים בקרב התלמידים בישראל עומד על 7.2%, והינו נמוך ביחס ל-46 המדינות שהשתתפו בסקר ומדורג במקום הרביעי לפני האחרון. יחד עם זאת, חשוב לציין כי חלה עלייה בהיקף ההשתכרות בקרב בני הנוער בישראל, שכן, בסקר הקודם משנת 2014 ישראל דורגה במקום האחד לפני אחרון.

¹³ דו"ח מרכז המחקר ומהידע של הכנסת. המידע הקיים על אוכלוסיית הסובלים מהתמכרות בישראל, 2020.

¹⁴ דו"ח מבקר המדינה 669 לשנת 2019. בנושא היבטים בטיפול המדינה לתחום התמכרויות, עמ' 1473.

¹⁵ Deloitte & ICA. Assessing the direct costs to Israeli economy from addiction to drugs, alcohol perception drugs and gambling. Israel center for addiction, 2019. Executive presentation.

¹⁶ Bonny-Noach H, Harm reduction drug policy in Israel: What has been accomplished and what still needs to be done? Isr J Health Policy Research, 2019, 8(1):75-9.

¹⁷ Lev Bar-Or Kor, Jajuli & Lev Ran, 2021, the epidemiology of substance use disorders among the Adult Jewish Population in Israel, European Addiction Research, DOI: 10.1159/0000513776.

¹⁸ Ibid

¹⁹ Ibid

עוד עולה מהסקר כי ישראל מדורגת במקום ה-28 ביחס לשאר המדינות שהשתתפו בסקר, מבחינת שיעורי השימוש בקנאביס, עם כ-10% מהתלמידים. יצוין כי בסקר הקודם, שנערך בשנת 2014, דורגה ישראל במקום ה-26 עם כ-6% מהתלמידים. כלומר, גם בהיבט זה, בפועל, חלה עלייה בהיקף השימוש.²⁰

על פי נתוני ה-OECD משנת 2019, ישראל מדורגת במקום השלישי לפני הסוף ביחס לצריכת אלכוהול בליטרים לנפש בקרב גילאי 15 ומעלה. יצוין כי חלה עלייה בצריכה בישראל מהיקף צריכה של 2.8 ליטר בשנה בשנת 2010 להיקף של 3.1 ליטר בשנה בשנת 2019, זאת בניגוד למגמה הכללית ב-OECD המלמדת על ירידה בממוצעי הצריכה.²¹

בשנים האחרונות קיימת מגמת ירידה בשימוש בהרואין וסמי רחוב אופיאטיים, לצד עלייה בשימוש בתרופות משככות כאבים אופיאידיות (כגון אוקסיקונטין ופנטניל) וליריקה. בין השנים 2000-2008 השימוש בתרופות אופיאידיות חזקות, שהינן בעלות פוטנציאל גבוהה להתמכרות, עלה ב-47% ובין השנים 2009-2016 עלה ב-60% נוספים.^{22 23}

אמנם אין נתונים מדויקים על היקף ההתמכרות לתרופות אופיאידיות, אך ניתן להסיק על עלייה בהיקף המכורים מעצם העלייה בשימוש בתרופות אלו. נתונים מקופות החולים שהתקבלו במהלך 2016 הראו שבין השנים 2014-2016 חלה עליה של 36% בשימוש ב-DDD (Daily Dosage) של אוקסיקודון, פנטניל ומורפין.²⁴ בין השנים 2011-2016 הרישום של אופיאידים בישראל עלה ב-125% בהשוואה לעלייה ברישום הממוצע בקרב מדינות ה-OECD.²⁵

בשנים האחרונות משרד הבריאות מדווח על פניות חוזרת למסגרות טיפול בשל שימוש מזיק או התמכרות לקנאביס. מנתוני פניות למלר"ד בגין שימוש מזיק או התמכרות לקנאביס עולה כי בשנת 2019 פנו 190 איש וכי מספרם עולה משנה לשנה, בעיקר בקבוצת הגיל 15-24. כמו כן נרשמו 137 מקרים באשר לאשפוזים פסיכיאטריים עם מצבים פסיכויטיים על רקע שימוש בקנאביס. רוב המתקבלים לאשפוז היו גברים (115) ורק כ-22 נשים.²⁶ מדובר בעלייה מתמדת בפניות למלר"ד בין השנים 2015-2019 בקבוצת הגיל 18-24 וגם בקבוצת הגיל 25-44.

הטיפול במסגרות משרד הבריאות

לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2019 טופלו בעשר אשפוזיות הגמילה שמפעיל המשרד 3,416 איש. החומר הפסיכו-אקטיבי הנפוץ ביותר בקרב מטופלים אלה הינו אלכוהול,

²⁰ דו"ח מבקר המדינה לשנת 2021. טיפול הרשויות המקומיות בתופעות הסמים ואלכוהול בתחומן.

²¹ רני ניסמן, נעם שיפרו, "מערכת הבריאות בישראל בראי oecd, מנהל אסטרטגיה כלכלי, משרד בריאות, דצמבר 2021.

²² Ponizovsky A & al, Changes in consumption of opioid analgesics in Israel 2009 to 2016: An update focusing on oxycodone and fentanyl formulations/ Pharmaco-epidemiology and Drug safety, 2018, 27(5): 535-540.

²³ Shapira & Roska Mountain or molehill? A scoping review of evidence on an opioid use problem in Israel. Doi.org/10.1080/09687637.2021.1922609, 2021.

²⁴ Zeira G; The issue of the addiction to prescription drugs in Israel. Report to the Drug and Alcohol Committee. Knesset. Fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/72ac5188-79d2-e611-80ca-00155d02699/2_72ac5188-79d2-e611-80ca-00155d02699_11_10420.pdf

²⁵ INCB (2018), International Narcotics Control Board, www.incb.org

²⁶ רושקה, ספיבק, גולדמן, אוסטיין, סכום פעילות המחלקה לטיפול בהתמכרות, משרד הבריאות, 2019.

ולאחר מכן קנאביס, אופיאטיים ותרופות הרגעה (בסדר יורד). כמו כן, נרשמה עלייה בפונים עם התמכרות משולבת של חומרים והתנהגות ממכרת.

במרכזים האמבולטוריים לטיפול תרופתי ממושך ניתן מענה טיפולי "הוליסטי" (יפורט בהמשך) המיועד לבוגרים המכורים לסמים אופיאטיים או אופיאוידיים ואשר נכשלו בלפחות שני ניסיונות גמילה. בשנת 2019 טופלו 3,895 איש, מהם 3,109 טופלו במתדון (כ-80%) והיתר טופלו בבופרנורפין. מספר הקבלות החדשות למרכזים אלה עמד על 631.

הטיפול בתחלואה כפולה במשרד הבריאות

במחקר שנערך בשנת 2008 בקרב חולים פסיכיאטרים המאושפזים בבית החולים כפר שאול בירושלים נמצא כי 24% מהם משתמשים בסמים.²⁷ מחקר מאוחר יותר הראה כי 14% מהמטופלים באשפוזם הראשון דיווחו על שימוש בחומרים.²⁸

במחקר אפידמיולוגי נוסף, שנערך בישראל בין השנים 1963-2016 על אשפוז של אנשים עם פסיכוזה כרונית, עלה כי שליש מהמאושפזים עם פסיכוזה כרונית סבלו מתחלואה כפולה. כמו כן, נמצא שיעור גבוה יותר של תחלואה כפולה בקרב גברים (37.7%) לעומת נשים (12.7%). בנוסף, שיעורים גבוהים במיוחד של תחלואה כפולה (כמעט 50%) נמצאו בקרב עולים גברים מאתיופיה. בהשוואה לאנשים ללא שימוש בחומרים, המטופלים עם תחלואה כפולה היו בגיל ממוצע צעיר יותר באשפוזם הראשון, אושפזו לתקופות קצרות יותר, אך היו להם מספר גבוה יותר של אשפוזים ומספר כולל של ימי אשפוז גבוה יותר. עוד יצוין, כי מספר האשפוזים בצו בית המשפט היה גבוה פי 3 בקרב מאושפזים עם תחלואה כפולה.²⁹

1. העלות הכלכלית של התמכרות למשק

כפי שעולה ממספר מחקרים שנסקרו, זיהוי, איתור וטיפול מוקדם של צריכת חומרים פסיכו-אקטיביים צפויים להביא לחסכון משמעותי בהוצאה הציבורית. טיפול מוקדם עוזר למנוע היווצרות של מחלה מוחית כרונית, מעלה את הסיכויים לגמילה מוחלטת ובכך עוזר לצמצם את מספר המכורים המגיעים לאשפוז, מכורים שעלותם למערכת הבריאות גבוהה יותר.

כמו כן, מכורים המשתמשים בחומרים ממכרים נמצאים בסיכון מוגבר לחלות במחלות שונות, וכך עשויים להשית עלויות נוספות על מערכת הבריאות (מעבר לטיפול הבריאותי בהתמכרות).³⁰ מעבר לכך, הטיפול צפוי לסייע לאוכלוסיית היעד להישאר במסלול חיים נורמטיבי (הכולל תעסוקה, לימודים, וכדומה) תוך הפחתת הסיכוי שתישען על שירותי רווחה ושירותי שיקום (במימון המדינה), ובכך להביא לחסכון כלכלי נוסף.

בפני הוועדה הוצג דו"ח מטעם המרכז הישראלי להתמכרויות אשר מטרתו הייתה להעריך את עלויות נזקי ההתמכרות למשק הישראלי. יצוין כי המחקר העריך רק את העלויות למשק ולא את העלויות הפרטיות כמו טיפולים נפשיים וגמילה. לטענתם, עלות נזקי ההתמכרויות

²⁷ Katz, Durst, Shufman, Bar-Hamburger & Grunhaus, Substance Abuse in hospitalized psychiatric patients, 2008, Isr Med Assoc J, 10(10):672-675.

²⁸ Ponizovsky, Rosca, Haklai, Goldberger, Trends in Dual Diagnosis of severe mental illness and substance use disorders, 1996-2010, Drug and alcohol dependence, Doi.org/10.2016/jdrugalcdep/2015/01.009.

²⁹ Florentin, Rosca, Raskin, Bdollah-Abram, Neumark, Psychiatric Hospitalizations of chronic psychotic disorder patients with and without Dual Diagnosis: Israel 1993-2016, J OF Dual Diagnosis, 2019, 15(3):130-139.

³⁰ דו"ח מבקר המדינה 69 בשנת 2019. בנושא היבטים בטיפול המדינה לתחום התמכרויות, עמ' 1468.

למשק הישראלי נאמדת בכ-7 מיליארד ₪ בשנה. מתוכם, 2.8 מיליארד ₪ הם העלות המושתתת על הציבור כדוגמת הוצאות על טיפולים, הליכי אכיפה ומשפט וקצבאות רווחה; ו-4.2 מיליארד ₪ הם העלויות הנובעות מפגיעה בפריון העבודה.³¹ סך עלות הנזקים מהתמכרויות לחומרים כמו סמים, אלכוהול ותרופות מרשם עומדת על כ-6.3 מיליארד ₪, והעלות מהתמכרויות להימורים היא כ-700 מיליון ₪. עוד העריך המרכז הישראלי להתמכרויות כי מדי שנה מבוצעות בישראל גניבות בהיקף 50 מיליון ₪ כדי לממן את ההימורים.³²

מחקר שבדק את העלות הכלכלית של אנשים עם הפרעת שימוש באופיואידים עבור קופ"ח כללית, הראה שהפרעה זו גרמה לגידול של פי 5 בעלויות, בהשוואה לקבוצת הביקורת. הגידול בעלויות היה קשור בעיקר לשירותי אשפוז שהשימוש בהם היה גבוה פי 9 מאשר בקבוצת הביקורת. השירות השני בעלותו היה רפואה דחופה, שבו השימוש היה גדול פי 7 מקבוצת הביקורת. האבחנה הנפוצה ביותר בקרב מאושפזים ופונים לרפואה דחופה עם הפרעת שימוש באופיואידים היה שימוש מזיק ובנוסף הפרעות במערכת הנשימה.³³

³¹ Deloitte & ICA. Assessing the direct costs to Israeli economy from addiction to drugs, alcohol perception drugs and gambling. Israel center for addiction, 2019. Executive presentation.

³² Ibid

³³ Miron O & al, Association of opioid use disorder with healthcare utilization and cost in a public health system, 2021 unpublished.

3. תיאור השירותים המופעלים היום על ידי משרד הבריאות לפי סוגי ההתמכרויות

א. סמים אופיאטים וחומרים

אשפוזיות לגמילה (שירותי גמילה פנימייתיים)

תהליך הגמילה הגופנית מתבצע על פי רוב במסגרות גמילה בתנאי פנימייה (אשפוזיות), המלווה בטיפול רפואי ובהתערבויות פסיכו-סוציאליות, המעודדות את המטופל להמשיך בתהליך הטיפול לאחר הגמילה הפיזית. תהליך הגמילה במרכזים ציבוריים, שהינם ברישיון ובפיקוח משרד הבריאות, אורך כ-3 שבועות. יצוין כי במקרים בהם תהליך הגמילה מורכב ומסובך, ניתן להאריכו לתקופה של ארבעה שבועות, באישור חריג של המפקח האזורי במחלקה לטיפול בהתמכרויות. בקרב אוכלוסיית הצעירים והמתבגרים תהליך הגמילה לעיתים מורכב יותר, ועל כן הוחלט לאפשר תהליך גמילה משולב בטיפול נפשי נלווה האורך עד כ-3 חודשים.

נכון לשנת 2021, קיימות 13 אשפוזיות גמילה ציבוריות במימון המשרד ברחבי הארץ, ואשפוזית גמילה אחת ארצית לתחלואה כפולה במרכז לבריאות הנפש באר שבע ובה 15 מיטות.

מרכזים לטיפול תרופתי ממושך עבור מכורים לסמים אופיאטיים

התמכרות לסמים אופיאטים הינה מחלה כרונית של המוח, בעלת התלקחויות חוזרות ועל כן הטיפול המיטבי בהפרעה זו הינו טיפול הוליסטי, רב תחומי, לפי גישת ניהול מחלה.

לאור העובדה שמדובר במחלה כרונית, הטיפול המומלץ הינו טיפול אחזקתי ע"י מתן תרופות אגוניסטיות מלאות או חלקיות לצד טיפול פסיכוסוציאלי ושיקומי.

ישנם 13 מרכזים לטיפול תרופתי ממושך עבור מכורים לאופיאטים, המפוזרים ברחבי הארץ. כמפורט לעיל, מרכזים אלו מיועדים למכורים בוגרים אשר נכשלו בשני ניסיונות גמילה בעבר. מרכזים אלה נותנים מענה רפואי, סוציאלי, רוחני, משפחתי ושיקומי תחת קורת גג אחת. כמו כן, מתקיימות בהם התערבויות מקדמות בריאות לרבות טיפול ומניעה של מחלות זיהומיות אשר נפוצות בקרב חלק מאוכלוסיות המכורים.

התרופות הניתנות במרכזים אלה כוללות מתדון, אגוניסט מלא/חלקי לקולטני מיו, בופרנורפין, דלתא וקאפה. תרופת בופרנורפין משולבת עם נלקסון (Suboxone) נכנסה לסל התרופות בשנת 2013 וניתנת ללא עלות במרכזים ציבוריים. לאור הכנסת תרופה זו לסל התרופות, הטיפול בבופרנורפין הוחלף בטיפול בבופרנורפין יחד עם נלקסון (סובוקסון) אשר מפחית את הסיכוי לשימוש מזיק בתרופה וסחר בה. התרופה קיימת גם בצורת טבליות תת-לשוניות, וגם בצורת פילם.

בשנת 2021 נרשמה בארץ טכנולוגיה חדישה של זריקת בופרנורפין ארוך טווח. הזריקה ניתנת כיום למטופלים מאוזנים, מתפקדים ולא להלאה שלא מצליחים להתאזן על התרופה וממשיכים ליטול סמי רחוב. התרופה נכללת בסל התרופות ומפחיתה את הצורך להגיע למרכזי טיפול בתדירות גבוהה, את התלות של המטופלים במקום הטיפולי ואת הסטיגמה.

ב. תרופות מרשם אופיאטיות

בדומה למגמה בעולם, בשנים האחרונות החלה להתפתח בארץ תופעת השימוש המזיק וההתמכרות לתרופות מרשם משככות כאבים אופיאטיות, אם כי ממדיה לא הגיעו לכדי מגיפה, כפי שקרה בארצות הברית לדוגמה. התופעה נובעת מסיבות שונות שעיקרן: יד קלה של רופאי המשפחה במרשם התרופות; מרשמים הניתנים לתקופות ארוכות ללא מעקב

הולם; לא נעשה תהליך זיהוי של גורמי סיכון אצל המטופל הספציפי ולא מועבר למטופל המידע הייעודי על הסיכונים בנטילת התרופה.³⁴ בנוסף, לעיתים תרופות אלה ניתנות גם במקרים של כאב קל או בינוני מבלי למצות ניסיון לטיפול בתרופות מזיקות וממכרות פחות. כמו כן, בשטח קיים מיעוט של רופאי כאב, דבר הגורר לתורי המתנה ארוכים עבור מעקבים.

משרד הבריאות פועל למיגור התופעה בדרכים שונות וביניהן חבר לשתי קופות חולים (מאוחדת ומכבי) לפיתוח שירותים מונגשים למטופלים בקופות. במסגרת הפעילות המשותפת המשרד מממן את תרופות הסובוקסון שנמצאות בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ואת הרופא הנרקולוג בעל ידע רחב בתחום התמכרויות (באמצעות הספקים שנמצאים בהתקשרות עם המשרד), כך ששירותים אלה ניתנים במרפאת הקופה. הקופות מצידן מספקות את האכסניה ומספקות לרופא הנרקולוג גישה למחשב בקופה לשם יצירת רצף עבודה ראוי. בנוסף לכך, הקופות מארגנות הכשרות וימי עיון לרופאים זאת על מנת להעלות את המודעות לנושא בעיית ההתמכרות בקרבם. כיום קיימות בקופת חולים מכבי 2 מרפאות: ברמת השרון וביפו ועתידה להיפתח מרפאה נוספת בחיפה. בקופת חולים מאוחדת קיימות 3 מרפאות: בחדרה, בירושלים ובבאר שבע.

ג. טיפול במצבי תחלואה כפולה

אשפוז פסיכיאטרי לטיפול בתחלואה כפולה

כפי שהוצג לעיל, על פי הערכות כ-33% מהאשפוזים הפסיכיאטריים הינם על רקע מצב של תחלואה כפולה. בשנים האחרונות נפגעי נפש המתאשפזים באשפוז פסיכיאטרי עושים לעיתים שימוש מתמשך בחומרים פסיכו-אקטיביים, במיוחד קנאביס וסמי פיצוציות. חומרים אלה בעלי השפעה שלילית על מהלך מחלתם הנפשית ולעיתים גורמים להחרפות פסיכוטיות המביאות את המטופל לאשפוזים חוזרים, זאת בשל היעדר התייחסות טיפולית ייחודית בקהילה לנושא של שימוש בחומרים ולנושא הפסיכיאטרי בו זמנית לפי הגישה האינטגרטיבית המקובלת בעולם.

הטיפול הנדרש עבור אוכלוסייה זו במחלקות האשפוז הוא טיפול אינטגרטיבי הכולל גם טיפול בבעיית ההתמכרות וגם טיפול בבעיה הפסיכיאטרית. על מנת לתת מענה לאוכלוסייה זו, ההולכת וגדלה, הוקמו במספר בתי חולים פסיכיאטריים מחלקות לתחלואה כפולה או שנעשתה הסבת מיטות לצורך זה. בבתי חולים בהם הצוות התמקצע במתן טיפול הוליסטי זה, שולבו מדריכים נקיים המהווים גורם טיפולי נדרש וחיוני לטובת הצלחת הטיפול ושיפור מצב המטופלים. המדריכים מבצעים פעולות שונות כגון: בדיקות שתן לגילוי חומרים, קבוצות עזרה עצמית לפי גישת 12 צעדים, קבוצות לבני משפחה וחיבור לשירותי גמילה בקהילה.

במחלקות אלו מתאשפזים רק מטופלים הסובלים מהפרעה פסיכוטית פעילה במקביל להתמכרות לחומרים (להבדיל מאשפוזית גמילה לתחלואה כפולה בה הקבלה היא רצונית בלבד ונדרש מצב נפשי מאוזן לשם ביצוע תהליך הגמילה).

³⁴ דף מידע בטיחותי למטופל אודות הסיכון לתלות והתמכרות לתרופות ממשפחת האופיואידים (המסמך הוכן על ידי המחלקה לניהול סיכונים ופורסם באתר משרד הבריאות).

https://www.health.gov.il/unitsoffice/hd/mti/drugs/risk/doclib/opioids_he.pdf

להלן מסגרות האשפוז לתחלואה כפולה הקיימות כיום:

שם המוסד	ספק
1 מחלקה סגורה גברים/נשים לב השרון פרדסיה	מרכז לבריאות הנפש לב השרון
2 מחלקה סגורה גברים בת ים	מרכז לבריאות הנפש אברבנאל
3 מחלקה סגורה גברים ירושלים	מרכז לבריאות הנפש כפר שאול
4 מחלקה סגורה גברים ירושלים	מרכז לבריאות הנפש איתנים
5 מיטות במחלקה סגורה כרונית חדרה	מרכז לבריאות הנפש שער מנשה
6 פעילות על מחלקתית נהריה	מרכז לבריאות הנפש מזור
7 פעילות על מחלקתית פתח תקווה	מרכז לבריאות הנפש גהה
8 פעילות על מחלקתית השרון	מרכז לבריאות הנפש שלוותה

מרפאות אמבולטוריות לטיפול בתחלואה כפולה

לאור החלוקה הקיימת כיום בין משרד הבריאות לקופות החולים, המרפאות האמבולטוריות שמספקות טיפולים פסיכותרפיים ופסיכיאטריים אינן מתמחות במתן מענה לטיפול באנשים עם הפרעת שימוש בחומרים או התמכרות. נכון להיום לא קיימות כמעט מרפאות לטיפול אינטגרטיבי מבוסס ראיות למטופלי תחלואה כפולה.

קיימות כיום 4 מרפאות מסוג זה בכל הארץ: (1) המרפאה לתחלואה כפולה בירושלים, השייכת למרכז הירושלמי לבריאות הנפש (2) המרפאה בנתניה-פולג להתמכרויות ותחלואה כפולה, השייכת לבית החולים לב השרון בשת"פ עם המרכז הישראלי להתמכרויות. (3) מרפאה לתחלואה כפולה במרכז הקהילתי לבריאות הנפש, השייך למרכז הקהילתי יפו. (4) מרפאה לתחלואה כפולה במרכז לבריאות הנפש באר שבע.

בנוסף, קיים שרות אמבולטורי לתחלואה כפולה באשדוד, במתחם של מרכז "מאור". המרכז פועל לפי הגישה האינטגרטיבית, ועל פי הסטנדרטים המקובלים בעולם. מרכז יום זה נותן מענה למטופלים בעלי תחלואה כפולה לצורך איזון מצבם הנפשי ועבודה על מניעת חזרה לשימוש לאחר שהמטופל עבר גמילה פיזית. המרכז הוקם בשת"פ עם עיריית אשדוד, הרשות לביטחון קהילתי ומשרד הבריאות. המרכז כולל חלק של מרכז יום טיפולי וחלק של שיקום המיועד למטופלים עם 40% נכות נפשית הזכאים לסל שיקום. קיים רצף טיפולי בין מרכז היום להוסטל לתחלואה כפולה "כנרת" בעיר אשדוד (שפועל במסגרת סל שיקום). בשלב זה ניתן במרכז מענה אמבולטורי רק למבוטחי קופת חולים מאוחדת שיצרה התקשרות עם המרכז.

ד. טיפול אמבולטורי בהפרעת שימוש באלכוהול

משרד הבריאות מפעיל כיום מודל טיפולי רפואי אינטגרטיבי להפרעת השימוש באלכוהול. כיום, המודל מוטמע במספר מרכזים: מערך טיפול אמבולטורי בתחלואה כפולה בבאר שבע עבור הסובלים מבעיית אלכוהול בשילוב עם בעיה במצב נפשי; טיפול בהפרעת שימוש באלכוהול דרך מרכז לטיפול תרופתי ממושך "סלע" בבאר שבע; מרכז "יסעור" לטיפול תרופתי ממושך בתל אביב; המרכז הירושלמי לבעיות סמים באלכוהול ותחלואה כפולה;

מרפאה לתחלואה כפולה ולהתמכרויות בנתניה-פולג השייכת לבית החולים לב השרון בשת"פ עם המרכז הישראלי להתמכרויות; מרכז לטיפול תרופתי ממושך בנצרת. מרכזים אלו עובדים בשיתוף פעולה ורצף טיפולי עם משרד הרווחה בנוגע למענים סוציאליים ושיקומיים הנדרשים.

המודל הטיפולי החדש כולל אבחון והערכת חומרת הפרעת שימוש באלכוהול. על פי הערכת החומרה נבחר המסלול הטיפולי המועדף: עבור מטופלים עם הפרעת שימוש באלכוהול חמורה המסלול המועדף הינו הפניה לגמילה פנימיתית. עבור מטופלים עם חומרה בינונית עד קלה, טיפול אמבולטורי. הטיפול האמבולטורי פועל על פי שני סוגי מסלולים: הראשון, מסלול גמילה טוטאלית. השני, מסלול הפחתת צריכת אלכוהול לפי מודל מזעור הנזק שהינו היום יעד מקובל בעולם כולו.

על מנת לסייע לפונים להפחית את צריכת האלכוהול נעזרים בתרופות אשר מפחיתות את ההנאה משתיית אלכוהול, מורידות את הדחף לשתות ומונעות כמיהה וחזרה לשימוש (כמו סלינקרו, נלטרקסון, אקמפרוזט ועוד). יצוין כי תרופת הסלינקרו נכנסה לסל התרופות בשנת 2022. כמו כן, במודל זה מופעלות שיטות ייחודיות הכוללות את שיטת סינקלר, CBT וראיון מוטיבציוני.

בנוסף, משרד הבריאות פועל להכללת מתן שירותים אמבולטוריים להפרעת שימוש באלכוהול במרכזים לטיפול תרופתי ממושך על מנת ליצור מרכזים לטיפול בכלל ההתמכרויות לפי מודל "one stop shop".

ה. התמכרות התנהגותית

בשנים האחרונות חלה עליה בארץ ובעולם בכמות האנשים הסובלים מהתמכרות התנהגותית, בעיקר בהתמכרות להימורים, למסכים ולמשחקי מחשב. התמכרות לאינטרנט, למסכים ולרשתות חברתיות הינה נפוצה מאוד בקרב ילדים ובני נוער ועלולה לגרום לבעיות נפשיות נלוות הכוללות הפרעת קשב וריכוז, דיכאון, חרדה ואובדנות. בעוד שמשרד הרווחה נותן מענה טיפולי להתמכרות להימורים, משרד הבריאות עד עתה לא נתן מענה רפואי ותרופתי לבעיה זו.

לאור פרסום חוק איסור צריכת זנות (הוראת שעה ותיקון חקיקה), התשע"ט-2019 ושותפות משרד הבריאות בתכנית הבין משרדית לצמצום צריכת הזנות, הוקמה לראשונה בארץ תכנית ייחודית לטיפול ושיקום במכורים למין אשר צורכים שירותי זנות. במסגרת התכנית, פועלת מסגרת אמבולטורית בבית שמש עבור 30 מטופלים, המפעילה מודל טיפולי משולב עם הדרכה פסיכו-חינוכית, טיפול קוגניטיבי ונפשי, הן עבור המכור והן עבור בת זוגו. אורך התכנית כ-6 חודשי טיפול.

4. תיאור סוגי הכשרות כוח אדם המופעלות והמקודמות כיום

א. תעודת הסמכה לטיפול בהתמכרויות

קיימים כיום קורסים אוניברסיטאיים בהובלה האקדמית של ראש המערך לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות. הקורס נמשך שנתיים: שנה ראשונה תיאורטית ושנה שנייה מעשית. בסמסטר א' של השנה השנייה יש התנסות של 100 שעות במקומות לטיפול בהתמכרויות המוכרים לכך ע"י ראש המערך לטיפול בהתמכרויות (לא כולל בתי"ח בשל בעיות של ביטוח). בסמסטר ב' עוסקים בהדרכה מעשית על מקרים לצורך העמקת הידע המעשי של הלומדים.

כיום קיימים שני קורסים בשנה: בלימודי המשך של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב ובלימודי המשך ברפואה בטכניון בחיפה ויש כ-30 משתתפים בכל קורס.

המסלול מיועד ל: פסיכיאטרים, פסיכיאטרים ילדים ונוער, רופאי כאב, רופאי משפחה, פסיכולוגים, קרימינולוגים, מרפאים בעיסוק, אחיות.

ב. Fellowship

מסלול המיועד לרופאים מומחים בפסיכיאטריה במטרה להתמקצע בתחום ההתמכרות ולספק התנסות מעשית ופרקטית. המסלול מאושר ע"י הר"י, כאשר העבודה המעשית ניתנת במקום מוכר להתמחות לתקופה של שנה וחצי במשרה מלאה או לתקופה של שנתיים בחצי משרה. כיום יש רק מוסד אחד בישראל המוכר כמוסד ל-Fellowship שהוא המרכז הישראלי להתמכרויות, בקמפוס בית חולים לב השרון.

ג. הכשרה בגישות טיפול מקובלות

הכשרה לטיפול בגישות המקובלות בעולם לטיפול בהתמכרויות: הריאיון המוטיבציוני, 12 הצעדים, CBT להתמכרויות, DBT וטיפול ממוקד טראומה, ביניהם: trauma focused, EDMR, prolonged exposure, therapy. ההכשרה ניתנת במכללות או ע"י גופים מומחים בתחום, המאשרים ע"י ראש המערך לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות.

ד. הכשרת עובדים סוציאליים לטיפול בהתמכרויות

ההכשרות לעו"ס מתבצעות בבית הספר להכשרת עו"ס של משרד הרווחה (דימול תל אביב) שם פועל קורס להכשרה לטיפול בהתמכרויות. קורס זה מיועד לטיפול במערכת הרווחה ולכן ישנה הקצאה למקומות בודדים עבור עובדים סוציאליים ממערכת הבריאות. יצוין כי לאור האמור קיים מחסור במערכת הבריאות בעובדים סוציאליים שעברו הכשרה זו, ובימים אלו משרד הבריאות מקדם קורס הכשרה ייעודי לטיפול בהתמכרות עבור עובדים סוציאליים במסגרות הרפואיות. כעת, המהלך הוכר על ידי ארגון עובדים הסוציאליים הארצי ומחכה לאישור של משרד הרווחה להכרה מקצועית בקורס זה.

ה. הסמכה לטיפול בתרופה בופרנורפין

קורס לרופאים (פסיכיאטרים, כאב) של 3 פגישות בזום להסמכה לטיפול בבופרנורפין – מתקיים פעמיים בשנה. מתבצע ע"י המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות. לאחר סיום קורס ההסמכה, הפרטים של הרופאים המסיימים בהצלחה מועברים לרוקחים המחוזיים לצורך פיקוח ובקרה.

ו. קורסים לעדכון ידע

קורס לעדכון ידע לגורמים מטפלים, פעם בשנה. מתבצע ע"י המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות. עיקרי נושאי הקורסים עוסקים בשיטות טיפול מבוססות ראיות ובעדכונים הנוגעים לשינוי במדיניות או להכללת טכנולוגיות טיפוליות חדשות.

ז. השתלמות קלינית לפסיכולוגים ועובדים סוציאליים

לאור ייחודיות הטיפול בתחום ההתמכרויות עלה הצורך בהכללת תקופת התנסות קלינית בתחום טיפול בהתמכרויות עבור פסיכולוגים קליניים ושיקומיים. בימים אלו מתקיימים מגעים עם השירות הפסיכולוגי הארצי בכדי לקדם את הכנסתה של תוספת זו. כמו כן, הצורך בהוספת תת-התמקצעות בתחום זה קיים גם עבור ההכשרה של עובדים סוציאליים קליניים ויש לקדם את המהלך מול הגורמים הרלוונטיים.

5. ניתוח המצב הקיים

א. שירותים

מניתוח השירותים הקיימים כיום באחריות משרד הבריאות עולה כי מדובר בשירותים המיועדים ברובם למקרי קצה, שבעיקרם מכורים לחומרים, אצלם קיימת כבר התמכרות של ממש ברמה שפוגעת בתפקוד התקין.

ישנו מחסור במסגרות טיפול המיועדות לאנשים עם הפרעת שימוש בדרגה קלה, ולחומרים נוספים על כל דרגות החומרה. היקף אוכלוסייה זו לא ידוע מאחר ורובם אינם מגיעים למסגרות טיפול ציבוריות ופונים למסגרות פרטיות או שלא פונים לטיפול כלל. כמו כן, קיים מחסור במסגרות טיפול המיועדות לסובלים מתחלואה כפולה.

במצב הקיים, העדר השירות המרפאתי גורם להתדרדרות במצבם של מטופלים רבים ומביא לתופעת הדלת המסתובבת. לאור המצב הנתון, קיים צורך להרחיב את המענים המרפאתיים לטיפול בבעיית ההתמכרות באמצעות הקמת מרפאות ייעודיות המתמקצעות בתחום זה או על ידי הוספת צוותים המתמחים בנושא כחלק אינטגרלי מצוותי המרפאות לבריאות הנפש.

צורך נוסף העולה מהמצב הקיים הוא בהוספת מרכיב רפואי-פסיכיאטרי לטיפול בהפרעת ההימורים. לצורך הטיפול ניתן לרשום תרופות מפחיתות דחף המורידות את ההנאה בהימורים כגון: נלטרקסון, נלמפן, Vivitrol ועוד. יש צורך בפיתוח מענים אלה לרווחת המטופלים.

עוד עולה כי הנושא של מניעה שניונית אינו מפותח דיו. בעבר נעשה ניסיון לקדם תכנית של זיהוי ואיתור מוקדם במסגרות המלר"ד לפי שיטת SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) בהמשך לפיילוט מוצלח שבוצע במלר"ד איכילוב למבוגרים ולבני נוער, אך הדבר לא צלח.

בהתאם להמלצת ה-WHO, קיימת חשיבות לקידום איתור וזיהוי מוקדם בקרב מסגרות של רפואה ראשונית. זאת לפי מודל ASSIST, הכולל בתוכו שאלון זיהוי ואיתור והתערבות קצרה ע"י צוות רפואה ראשונית המבוסס על העקרונות של הריאיון המוטיבציוני (Motivational Interviewing). לפיכך, יש מקום לבחון הטמעה של מודל זה במסגרות הרפואה הראשונית בקופות החולים.

ב. כוח אדם

מניתוח תכניות ההכשרה לכוח אדם הקיימות כיום, עולה כי כמעט שלא קיימות הכשרות לטיפול בהתמכרויות במסגרת לימודי ההסמכה למקצוע וכי חסרים אנשי טיפול עם התמחות מקצועית בתחום.

במסלולי הכשרת רופאים יש מקום לבחון הוספת מסלול התמחות בהתמכרויות לפסיכיאטרים ורופאי כאב. במקצועות המטפלים האחרים, יש מקום לבחון הוספה של קורסים להקניית ידע.

בכל הנוגע להכשרות לאנשי מקצוע מוסמכים, יש מקום להרחיב את מספר הקורסים לקבלת תעודת הסמכה לטיפול בהתמכרויות, ולהגדיל את מספר הלומדים בקורסים לשיטות טיפול ייעודיות. כמו כן, יש צורך להגדיל את מספר המקומות ל-Fellowship. עבור אחיות, יש לבחון הוספה של מודול לטיפול בהתמכרויות בהכשרות העל בסיסיות.

עבור פסיכולוגים, יש להסדיר חשיפה או הכשרה לתחום ההתמכרויות במסגרת הלימודים האקדמיים ו/או מסלולי ההתמחות השונים.

עבור עובדים סוציאליים, יש למסד קורס הכשרה לטיפול בהתמכרויות ייעודי למערכת הבריאות שיוכר ע"י משרד הרווחה ואיגוד העו"ס.

עוד עולה, כי יש מקום להרחיב את מספר המקצועות העוסקים בתחום הטיפול בהתמכרויות כמו קרמינולוגים קליניים ושיקומיים ומרפאים בעיסוק שעברו הכשרה בתחום.

ככלל, יש למצוא מנגנון שיביא להשאת כוח האדם המוסמך לטיפול בהתמכרויות במערכת הציבורית. בנוסף לאמור לעיל, מומלץ לייצר תנאי סף אחידים לפי סקטור מקצועי להסמכה לטיפול בהתמכרויות.

6. מסקנות הוועדה לאופן חיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות

א. מסקנות כלליות, המלצות פרטניות להפעלת התכנית

מסקנות כלליות

לאור עמדות גורמי המקצוע שהופיעו בפני הוועדה, נקודת המוצא של הוועדה היא שהתמכרות היא הפרעה נפשית ככל ההפרעות, וכי יש לייצר רצף של מענים שייתן מענה לכל אוכלוסיית המכורים – משימוש לרעה, התמכרות ועד תחלואה כפולה. הטיפול הקיים כיום שניתן ע"י משרד הבריאות נותן מענה בעיקר לאוכלוסיית הקצה בשירותי האשפוזיות ומרפאות לטיפול תרופתי ממושך. על אף שיש מקום לשיפור ולטיוב השירות, המענה בתחום זה קיים ובאופן יחסי מספק. על כן, סבורה הוועדה שיש להתמקד באוכלוסיות שכיום מקבלות מענה מינימלי או אפסי, כלומר, המלצת הוועדה היא להתמקד בפיתוח ויצירת שירותים חדשים לטובת הרחבה ושיפור של רצף הטיפול.

פיתוח השירותים החדשים יעשה בעזרת ניצול היתרונות של קופות החולים כמבטחות ונותנות שירותים לאוכלוסייה זאת, תוך הכללת תחום הפרעות שימוש בחומרים והתנהגות ממכרת ל-"Mainstream" של הרפואה, בפרט בתחום בריאות הנפש.

היבט מרכזי שעלה הוא חוסר הוודאות לגבי גודל אוכלוסיית היעד, שמשמעותו היא שקיים קושי להעריך את ההוצאות הכספיות והתפעוליות של קופות החולים ממהלך זה.

היבט מרכזי נוסף הוא מצוקת כוח האדם הקיימת במערך בריאות הנפש בכלל, לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש. מצוקה זו מקשה על איתור וגיוס כוח אדם נוסף ייעודי לטיפול בהתמכרויות. זאת ועוד, קיים מחסור בכוח אדם עם הכשרה ייעודית לטיפול בהתמכרויות, דבר המגביל עוד יותר את אפשרויות הגיוס.

לפיכך, יש צורך בהקצאת משאבים עבור יצירת שירותים חדשים והכשרה מקצועית של כוח אדם ייעודי לטיפול בהתמכרויות. לצד זאת, חשוב לוודא שלא תהיה פגיעה בטיפול הניתן במערך בריאות הנפש בכללותו.

כמו כן, יש צורך באיסוף נתונים המתייחסים לאוכלוסיית המכורים והטיפול בה וביצוע מחקר נלווה שייבחן את הפעלת השירותים המוצעים ואת השפעת הפעלתם על יתר פעילות משרדי הממשלה ושוק הבריאות. בהמשך לכך, יש צורך ביצירת מקור מידע אמין ומקיף על אוכלוסיית המכורים, השלכות ההתמכרות על המכורים ודרכי הטיפול בהתמכרות.

לאור האמור, הוועדה סבורה כי לא בשלה העת להעביר לקופות החולים את האחריות המלאה של הטיפול הרפואי בתחום ההתמכרויות, אך כן ניתן לקדם תכנית אשר במסגרתה הקופות יפתחו שירותי טיפול קהילתי בהיקף משמעותי לאוכלוסיית המכורים.

הוועדה תבקש להדגיש כי המלצותיה לא עוסקות בשאלת הגדרת היקפי האחריות הקיימת כיום על פי התוספת השלישית לחוק או באחריות שתוטל בעתיד על קופות החולים ככל שיחול שינוי בתוספות לחוק. המלצות הוועדה עוסקות בשאלת הצורך המקצועי הקיים בשיפור מערך הטיפול בהתמכרויות. כלומר, המלצות הוועדה עוסקות בהגדרת הצרכים והיקפי השירות המומלצים, על פי שיקולים קליניים, ואין בהמלצות אלה כדי לקבוע את היקפי האחריות המשפטית.

בעת הזו, משרד הבריאות ימשיך לספק את השירותים שהוא מספק היום ואשר מופיעים בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולא יגרע משירותים אלה.

המלצות הוועדה מתייחסות לשירותים שבאחריות מערכת הבריאות. הוועדה מדגישה, כי גם קבלתן אינה יכולה או צריכה לפגוע באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים

למתן שירותים בתחום. הוועדה אינה ממליצה להעביר שירותים אלה לאחריות קופות החולים אלא ממליצה לשמור על פעילות משרד הרווחה ועל השירותים הניתנים על ידו כיום.

המלצות פרטניות להפעלת התכנית

בהתאם, הוועדה ממליצה על הפעלת תכנית לפיתוח השירות שתפעל בין השנים 2022-2025 ושתוביל לשיפור המצב הקיים.

כמו כן, הוועדה ממליצה כי יישום התכנית ילווה באיסוף נתונים, בדגש על היקף האוכלוסייה, אופן הכשרה וגיוס כוח האדם וביצוע מחקר מלווה שיעסוק בהשפעות המהלך. המחקר הנלווה יתמקד, בין השאר, בהשפעה על כלל מערך בריאות הנפש, ובפרט, בהשפעה על גורמים מטפלים משיקים ובהשפעה על המערך הקיים בקופות החולים לאחר הרפורמה בבריאות הנפש.

לצורך הפעלת התכנית, מוצע כי המשרד יגדיר מבחני תמיכה מתאימים למימון מתן השירותים המפורטים בדו"ח זה על ידי קופות החולים. משך זמן היישום המוצע של התכנית הינו מאמצע 2022 עד סוף שנת 2025 (שלוש שנים וחצי), כאשר בכל שנה יהיה מעקב ודיווח ממשלתי על עמידה בביצוע וככל שיידרש תיעשה חשיבה מחודשת על התכנית.

ב. היקף התקציב, תקופת היערכות והמתווה התקציבי

היקף התקציב

על פי התכנון, סך התקציב השנתי שיוקצה לפעילות הקופות בשנות התכנית (2023-2025) הוא 85 מיליוני ₪ שייכנסו לבסיס התקציב בשנת 2023 ויקודמו בהתאם למדדים הדמוגרפיים ומדד המחירים הרלבנטי של סל הבריאות, ע"פ החלוקה הבאה:

- 60 מיליוני ₪ לטובת טיפול קהילתי במתמכרים לחומרים (אלכוהול, קנאביס, סמים אחרים ותרופות מרשם) ובתחלואה כפולה באמצעות מבחני תמיכה שיפרסם משרד הבריאות וימומנו ממקור תקציבי ייעודי שתקצה לכך הממשלה, שהינו תוספתי ולא חלופי לתקציב המשרד הקיים לתחום.
- 25 מיליוני ₪ לטובת טיפול קהילתי במתמכרים להימורים וכן פיילוט ייעודי ממוקד לטיפול בהתמכרות למין, באמצעות מבחני תמיכה שיפרסם משרד הבריאות וימומנו ממקור תקציבי ייעודי שתקצה לכך הממשלה, שהינו תוספתי ולא חלופי לתקציב המשרד הקיים לתחום.

יובהר כי הוועדה סבורה שתקציב זה יאפשר קידום תכנית אופרטיבית משמעותית לפיתוח שירותים, אך כפי שהוצג בהרחבה בדיוני הוועדה הוא לא יאפשר טיפול בכלל אוכלוסיית היעד. בהתאם, הציפייה מקופות החולים היא למצות באופן מלא את התקציב לטובת פיתוח שירותים קהילתיים לטיפול בהתמכרויות, אך אין דרישה מהן לטפל בכלל אוכלוסיית היעד. בעתיד, ככל שיוחלט להרחיב את היקף המטופלים, ולאחר שמבחינה תפעולית יהיה הדבר אפשרי, יהיה צורך באומדן תקציבי מעודכן שיכלול התאמה של היקף התקציב המוקצה לנושא זה.

תקופת היערכות והמתווה התקציבי

וימלץ כי בשנים 2022-2023 תינתנה לקופות תקופת היערכות במסגרתה יוכלו להשקיע את מירב המשאבים עבור הכשרת וגיוס כוח אדם מטפל, פיתוח תשתיות מתאימות, התאמות מחשוב וטכנולוגיה ופעולות נדרשות נוספות, שיוגדרו ויאושרו על ידי המשרד במסגרת מבחני התמיכה.

שנת 2022 תוגדר כשנת היערכות מלאה במסגרתה יוקצו לקופות 85 מיליוני ₪ אשר יוכלו להיות מנוצלים באופן מלא עבור פעולות ההיערכות הנדרשות, בהתאם למפורט לעיל.

שנת 2023, תוגדר גם היא כשנת היערכות במסגרתה יוקצה לפעילות הקופות תקציב שנתי בסך 85 מיליוני ₪ (עם הקידום הנדרש) שייכנסו לבסיס התקציב. בשנה זו, מירב התקציב של מבחני התמיכה יוקצה לצורך המשך היערכות (השיעור ייקבע במסגרת מבחני התמיכה), והיתרה תוקצה לטובת הרחבת פעילות טיפולית בפועל.

החל משנת 2024, מירב המשאבים יוקצו לטובת הרחבת הפעילות הטיפולית, כאשר השיעור היחסי שיוקצה לצורך כך מסך התקציב יגדל בהדרגה וייקבע במסגרת מבחני התמיכה.

יודגש, כל האמור יהיה בכפוף למבחני התמיכה שייקבעו, ובכפוף להגשת תכניות עבודה על אופן ניצול התקציב, ואישור התכניות ע"י משרד הבריאות, ובהתאם לביצוע בפועל.

במקרה של תת ביצוע בשנת תקציב מסוימת, יפעל משרד הבריאות מול משרד האוצר לטובת מתן אפשרות להעברת התקציב לביצוע בשנה הבאה.

ככל הניתן, בתקופת ההיערכות (שנים 2022-2023), מוצע כי 80% מהסכום המוקצה להיערכות יחולק בצורה קפיטציונית ו-20% מהסכום יחולק שוויונית בין קופות החולים.

הוועדה ממליצה כי במהלך שנות יישום התכנית (עד לסוף שנת 2025) לא תשתנה האחריות הביטוחית, וכי משרד הבריאות ימשיך להפעיל את השירותים שהוא מפעיל כיום. בתום שנת 2025, ולאחר בחינת הישגי התכנית, ולצד הערכה טובה יותר של אוכלוסיית היעד, תיבחן סוגיית האחריות הביטוחית על כלל השירותים. במסגרת זו מוצע כי השירותים שמפעיל משרד הרווחה יישארו באחריותו בכל מקרה.

הוועדה מברכת על הצהרת ארבעת הקופות על כך שהן מסכימות למתווה המפורט בדו"ח ושבכוונתן להשתתף בתכנית באופן מלא ולנצל את המשאבים המוקצים להן. מכתבי הקופות מופיעים בנספח לדו"ח.

בהתאם, הוועדה מברכת על כך שנוצר קונצנזוס מקצועי לגבי אופן הפעולה בשנים הקרובות, לפיו, לא נכון כעת להעביר את האחריות הביטוחית לקופות החולים (כפי שמספר הצעות חוק פרטיות ניסו לקדם בשנה האחרונה), ומאידך גיסא, כן קיים הגיון מקצועי במעורבות פעילה ואקטיבית של הקופות בפיתוח שירותים קהילתיים לטיפול בהתמכרויות, במסגרת מבחני תמיכה שיקדם משרד הבריאות. הוועדה מצפה מכל הגורמים הרלבנטיים בממשלה, בקופות החולים ובמערכת הבריאות לפעול בהתאם להבנות אלה בשנים הקרובות.

ג. מסקנות בנושא פיתוח שירותים

כאמור, משרד הבריאות יממן עבור קופות החולים פיתוח שירותים המפורטים בדו"ח זה. האוכלוסייה הרלבנטית תכלול הן חולים אשר לא טופלו עד כה כלל על ידי הקופות והן חולים בתחלואה כפולה אשר טופלו על ידי הקופות במרפאות בריאות הנפש אך לא קיבלו טיפול במחלת ההתמכרות.

השירותים הרלבנטיים הם שירותי איתור ומניעה רפואית וכן שירותים לטיפול בהתמכרות על כלל הרצף עבור כל סוגי החומרים (אלכוהול, קנאביס, סמים אחרים ותרופות מרשם), ולהתמכרות התנהגותית למין ולהימורים (התמכרויות התנהגותיות אלו מוכרות ע"י ה-ICD11 ו-DCM5 כהפרעות נפשיות).

כאמור, אין בפירוט השירותים המומלצים כדי להרחיב את תחומי האחריות הביטוחית של משרד הבריאות ו/או קופות החולים.

אלו תחומי הטיפול שיינתנו על ידי קופות החולים במימון משרד הבריאות :

1. טיפול קהילתי באוכלוסיית המתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים, על כל דרגות חומרתה (אלכוהול, קנאביס, סמים אחרים ותרופות מרשם). לגבי אופן הטיפול הקהילתי בהתמכרות לתרופות מרשם, הפעילות תסונכרן עם הדגשים המקצועיים והתכנית שמקדם אגף רפואת קהילה בחטיבת רפואה במשרד הבריאות.
2. טיפול קהילתי באוכלוסיות עם התמכרות התנהגותית למין, במסגרת פיילוט; ולהימורים.
3. טיפול קהילתי באוכלוסיית התחלואה הכפולה.
4. איתור וטיפול מוקדם בממשק עם הרפואה הכללית, לרבות טיפול במכורים לתרופות מרשם. פיתוח שירותים לאיתור מטופלים בעלי חשש להפרעות שימוש בחומרים או התמכרות התנהגותית ומעורבות קצרה למניעת הידרדרות וטיפול מונע אפקטיבי עבור כל סוגי ההתמכרות.

ד. דגשים לביצוע התכנית

1. כאמור, בתקופת ההיערכות יוקצה תקציב לפיתוח תשתיות ולגיוס והכשרה של כ"א, בכפוף לאישור תכניות עבודה ולמפורט לעיל.
2. המימון יוקצה הן לפיתוח תשתיות והן לפיתוח והרחבת שירותים. מומלץ כי כספי התמיכה לטובת הרחבת השירותים יחולק קפיטציונית בין קופות החולים, על פי מנגנון המוודא כי חל גידול במספר המגעים והמטופלים, ובלבד שלא נרשמה ירידה כנגד במערך ברה"ן הקיים.
3. תנאי סף נוספים יתווספו בהדרגתיות במהלך קיישום התכנית, כך שעד לסוף תכנית זו כל קופת חולים תעמוד בכלל התנאים המפורטים לעיל:
 - a. תנאי סף לקבלת כספי התמיכה יהיה שקופות החולים יפתחו גם שירותי איתור ומניעת התפתחות התמכרות וגם שירותי טיפול.
 - b. תנאי סף נוסף הוא שקופות החולים יפתחו שירותים להתמכרות לתרופות מרשם וכן להתמכרות לשאר סוגי החומרים, לצד שירותים לטיפול בהתמכרות להימורים והפעלת פיילוט לטיפול במכורים למין.
 - c. כמו כן, הקופה תידרש שלפחות אחוז מסוים מהיקף הפעילות יהיה טיפולים פסיכותרפיים ייעודיים לטיפול באוכלוסייה זו (כגון טיפולים ממוקדים טראומה, 12 צעדים, סכמהתרפיה, DBT, CBT, גישה מוטיבציונית ועוד).
4. להלן רשימת השירותים שתכלול התכנית:
 - a. פסיכותרפיה פרטנית
 - b. פסיכותרפיה קבוצתית
 - c. טיפולי רופא
 - d. טיפולים פרא רפואיים שאינם פסיכותרפיה פרטנית/קבוצתית
 - e. אבחון והערכה
 - f. אינטייק רב מקצועי
 - g. ביקור בית
 - h. טיפול יום מבוגרים
 - i. טיפול יום ילדים ונוער
 - j. טיפול יום תחלואה כפולה מבוגרים

k. טיפול יום תחלואה כפולה ילדים ונוער

l. טיפולי מטפל עצמאי

m. בתים מאזנים

n. צוותי משבר

o. טיפול אסרטיבי

p. אשפוז בית

q. ביקור בית

r. צוות משבר

5. מבחני התמיכה יכללו מנגנון לאיסוף והעברת המידע מקופות החולים ויודגש כי העברת הכספים תינתן בהעברה מלאה של המידע כפי שיוגדר על ידי המשרד.

ה. מסקנות בנוגע לפיתוח מאגר נתונים, מחקר נלווה ועבודת מטה רוחבית

לצד הפעלת התכנית יתקיים מחקר מלווה מקיף על התכנית עליו יפקח אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות. המחקר יערך על בסיס הנתונים שיתקבלו מקופות החולים ובמסגרתו ייאספו, בין השאר, נתונים אודות: פרופיל מטופלים והיקפם, בעיות רפואיות נלוות, סוגי חומרים בשימוש, היקף כוח האדם המטפל, כמות מגעים ועמידה ביעדים.

משרד הבריאות, באמצעות אגף בריאות הנפש, יפרסם מידי שנה, את תוצאות הפעלת התכנית, לרבות פירוט על הפעילות שבוצעה והערכה עדכנית של אוכלוסיית היעד. בסוף שנת 2025, המשרד יגיש לממשלה דו"ח מקיף, שיבוצע בשיתוף עם ארגונים בינ"ל ובסנכרון עם המחקר המלווה, על הפעילות שנעשתה, היקף כוח האדם שהוכשר, כמות המטופלים וניתוח של הצלחת התכניות האופרטיביות שיקדמו הקופות. כחלק מהדו"ח תתבצע בחינה של פעילות הקופות וכן אומדן עדכנית של גודל אוכלוסיית היעד הרלבנטית, אומדן איכות הטיפול שסיפקו הקופות למטופלים ובחינת ההשפעה על שאר מערך בריאות הנפש.

לאחר השלמת עבודת מטה זו, ולאחר קבלת תמונת מצב ברורה הרבה יותר של היקפי הפעילות ואופן הפעילות המומלץ לטיפול בהתמכרויות, תתבצע חשיבה נוספת אודות הטמעת פעילות הטיפול במכורים במסגרת עבודת הקופות, וכן תיבחן שוב שאלת העברת האחריות הביטוחית הכוללת אליהן

במקביל, מברכת הוועדה את הודעת משרד רה"מ על כוונתו לבצע עבודת מטה נוספת בסוגיה בהמשך וכתמיכה להמלצות דוח זה, תוך התמקדות בסוגיות רוחביות וממשקים בין משרדי החינוך, הרווחה, בט"פ, רשויות מקומיות והבריאות, תוך עבודה ממוקדת ליצירת מאגר נתונים רוחבי בנושא אל מול הלמ"ס וגורמים נוספים. כן מדגישה הוועדה את חשיבות נושא ההסברה והחינוך בנושא (אשר לא היו בתחום אחריות הוועדה) ומברכת את כוונת משרד רה"מ לעסוק גם בנושא זה.

ו. מסקנות בנושא הכשרת כ"א

תנאים לטיפול בהתמכרויות

- רופא פסיכיאטר אינו מחויב בהכשרה ייעודית (אם כי רצוי שישתתף בקורס רפואת התמכרויות על מנת לקבל ידע נרחב ומעודכן בתחום זה), אך רופאים אחרים כן.
- מטפלים בפסיכותרפיה/אחיות נדרשים להיות בעלי הכשרה לטיפול ב-2 מתוך 5 הגישות המובילות בעולם לטיפול בהתמכרויות: הריאיון המוטיבציוני, 12 הצעדים, CBT להתמכרויות, DBT וטיפול ממוקד טראומה (Focused-Trauma).

המשך העבודה כמטפל מותנת בכך שבמהלך 3 השנים הראשונות כמטפלים בהתמכרויות יתחילו את ההכשרה לקבלת תעודת הסמכה, או בקורס על בסיסי לאחיות (באם יכלול מודולה לטיפול בהתמכרויות).

- עובדים סוציאליים יידרשו לעבור את ההסמכה לעו"ס לטיפול בהתמכרויות.

הצעות לתכניות להכשרת כוח אדם לטיפול בהתמכרויות

- מלגה או הלוואה עומדת לקורס לתעודת הסמכה לטיפול בהתמכרויות ו/או ל-Fellowship בתמורה להמשך עבודה במגזר הציבורי.
- הכרה במרפאות לטיפול בהתמכרויות כמרכזי התמחות בפסיכולוגיה לצורך הגדלת מספר הפסיכולוגים המתמחים בטיפול בהתמכרויות.
- הוספת מודולה לטיפול בהתמכרויות בקורסים העל בסיסיים לאחיות בפסיכיאטריה ובכאב.
- הוספת קורס מוכר ע"י משרד הרווחה, משרד הבריאות ואיגוד העובדים הסוציאליים לעו"ס מומחה בהתמכרויות במערכת הבריאות.
- הוספת התמחות רפואית בתחום התמכרויות בשיתוף פעולה עם הר"י.
- הגדלת כמות המוסדות המוכרים ל-Fellowship ברפואת התמכרויות.
- הרחבת מספר המטפלים המוכשרים בגישות טיפול ייעודיות.
- הרחבת מספר המקצועות המוכשרים לטיפול, כמו קרימינולוגים קליניים ושיקומיים ומרפאים בעיסוק.
- ביצוע קורסים לעדכון ידע בהיקף רחב יותר בהתאם לגידול השירות וזאת לאחר אישור התכנים ע"י משרד הבריאות.

ז. מסקנות בנושא תשתיות

בכל שנה משנות התכנית יוקצו תקציבים (המוגדרים כתקציבי היערכות) עבור פיתוח מרפאות ויצירת תשתיות פיזיות להפעלת השירותים שלעיל. התקציב יינתן בהתאם להגשת תכניות עבודה לאופן פריסת התשתיות המתוכנן של כל קופה, ובהתאם לעמידה באבני הדרך שיקבעו.

נספח – הצהרת קופות החולים על הסכמה למתווה הדו"ח



ההנהלה הראשית
המנהלת הכללית

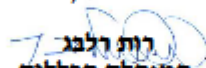
ר' בניסן תשפ"ב
07 באפריל 2022
סימננו: 1001-2049-2022-002231

לכבוד
מר רן רידניק
ראש חטיבת רגולציה ובריאות דיגיטלית, משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: טיפול בהתמכרויות - מבחני תמיכה לטובת קידום השירות במסגרת קופות החולים

בהמשך לטיטוט המתווה אשר נשלח בנושא שבנדון, כללית תשתתף ותפעל לשם יישום מבחני התמיכה אשר יפורסמו בתחום, בהתאם לתנאים אשר פורטו במסגרת המתווה.

בברכה,

רות רובינלד
המנהלת הכללית

העתק:
מר אלי לוי, סמנכ"ל וראש חטיבת כספים
הגב' רקפת לוי, ראש אגף חשבונאות ומימון
הגב' אביבה קיס, מנהלת המחלקה לבריאות הנפש



ג' ניסן, תשפ"ב
4 אפריל, 2022

לכבוד

מר רן רידניק

ראש חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית

משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: טיוטת המלצות לגבי חיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות

אנחנו מברכים על החלטת הועדה לגבי תכנית אופרטיבית ומדורגת לחיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות, תוך מעקב מלווה ובחינת ההשפעה על כלל מערך בריאות הנפש ואנו מקווים כי באופן הזה ישתפר המצב הקיים בתחום חשוב זה.

חתייחסות הקופה לטיוטת המלצות הועדה הועברה אליכם ב 28 למרץ, 2022.

במונח הקוגה לפעול להשתתפות במבחני התמיכה ולגבי תכנית אופרטיבית בחתאב, בכפוף להתאמות הנדרשות לאור התייחסותנו לטיוטת המלצות, לרבות מהן ביטוי להוצאות קבועות ותוך וודאות תקציבית.

בברכה ובכבוד רב,

מר חיים פרננדס

מנהל כללי

העתיקים

ד"ר חיים הרצל שרעבי – ראש חטיבת כספים ורכש, לאומית שירותי בריאות



ד"ר בניסן תשפ"ב
 5.4.2022
 10.22

המנהלת הכללית

לכבוד
 מר רן רידניק
 ראש חטיבת רגולציה ובריאות דיגיטלית
משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: טיפול בהתמכרויות - מבחני תמיכה לשובת קידום השירות במסגרת לופות החולים

בהמשך לטיוטת המתווה אשר נשלח במושא שבנדון, מאוחדת תשתתף ותפעל לשם יישום מבחני התמיכה אשר יפורסמו בתחום, בהתאם לתנאים אשר פורטו במסגרת המתווה.

בברכה,
 סיגל רגב רוזנברג
 המנהלת הכללית

העותק: מר עופר מרגלית-סמנכ"ל כספים
 מר איתי קלטיניק-מנהל אגף תקציבים ורגולציה

Sigal.r@meuhedet.co.il

אבן גבירול 124, ת"א 62038 סל' – 03-5202307 פקס' - 03-5242236



שירותי הבריאות הטובים בישראל

מכבי שירותי בריאות
 חטיבת כספים ובתי חולים

רח' המרד 27, תל אביב 6812509
 טל. 03-7952896

06 אפריל 2022

לכבוד
 מר רן רידניק,
 ראש חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית,
משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: חיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות

1. קיבלנו בברכה את הדוח הסופי של הוועדה לחיזוק מערך הטיפול בהתמכרויות.
2. אנחנו מברכים על כך שבחרתם במתכונת של מבחני תמיכה על מנת לחזק את מערך הטיפול בהתמכרויות וכבר בימים אלה אנו נערכים למבחנים אלה.
3. בהזמנות זאת אבקש להודות לך רן על הובלת הנושא במקצועיות רבה, תוך הבנה והקשבה לצרכים ולאתגרים של קופות החולים ומקווה שמשרד הבריאות יעמוד לצדנו גם בהתמודדות עם הקשיים שיהיו בדרך, בדגש על מחסור בכח אדם.

בכבוד רב,

מוריס דורפמן
 המשנה למנכ"ל
 ראש חטיבת כספים ובתי חולים

עותק:

פרופ' נחמן אש – מנכל משרד הבריאות
 גבי סיגל דדון-לוי – מנכלית מכבי שירותי בריאות
 די"ר מירי מזרחי-ראובני – משנה למנכ"לית וראש חטיבת בריאות, מכבי שירותי בריאות
 גבי נעה היימן – סגנית הממונה על התקציבים, משרד האוצר
 דר' גלעד בודנהיימר – מנהל מחלקת בריאות הנפש, מכבי שירותי בריאות