

זיהוי מנבאים של צריכת שירותי בריאות הנפש בישראל

תקציר:

הקדמה: תקציב סל הבריאות הוגדל לאחרונה כדי לממן את הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. הצוות הבין־משרדי שנדרש לקבוע את חלוקת המקורות בין הקופות המליץ לחלק את כספי האשפוז לפי חלקן ההיסטורי של הקופות בסך עלות האשפוז. את כספי השירות האמבולטורי הומלץ לחלק על ידי הוספת ראש הוצאה לנוסחת הקפיטציה הקיימת. חלוקה כזו אינה מפצה את הקופות על חולים הצורכים שירותים רבים, ומתמצת אותן לבחור מבוססים זולים בשיטות שונות.

מטרות: לזהות מנבאים של צריכת שירותי בריאות הנפש בישראל, כדי לבנות נוסחת קפיטציה שתשמש להקצאה יעילה והוגנת של תקציב בריאות הנפש. **שיטות מחקר:** נאספו נתונים לגבי הוצאות פרטניות על אשפוז פסיכיאטרי בקרב כלל המאושפזים בישראל בשנים 2012–2013 (n=27,446). בנוסף, נאספו נתונים לגבי ההוצאות הכוללות על טיפול אמבולטורי ובאשפוז של כל המטופלים באותן שנים במירפאה ציבורית אחת (n=6,115). נתקבלו נתונים לגבי מאפיינים דמוגרפיים וקליניים של המטופלים. נבדקה השפעתם של משתנים מסבירים אלו על ההוצאות על שירותי בריאות הנפש.

תוצאות: ההוצאה השנתית הממוצעת למאושפז עמדה על כ־50,000, ולמטופל במירפאה הייתה כ־1,700 לשירותים אמבולטוריים וכ־7,000 לשנה להוצאות הכוללת אשפוזים. שייכות לקבוצת גיל של מבוגרים ואבחנה פסיכיאטרית של הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ניבאו צריכת שירותים מוגברת הן באשפוז, הן במירפאה והן באופן כולל. מין זכר, רווקות, דת יהודית ומגורים בפריפריה ניבאו הוצאה מוגברת בעיקר באשפוז. המשתנים ניבאו עד 30% מהשונות.

מסקנות: ניתן לנבא באופן חלקי את ההוצאות על שירותי בריאות הנפש בישראל על פי גורמים דמוגרפיים וקליניים.

דיון: בשל מגבלות המחקר מומלץ לחזור עליו תוך שימוש במאגרי מידע מלאים הקיימים בארץ.

סיכום: מנבאים של צריכת שירותי בריאות הנפש יכולים לשמש בחישוב מקדמים לחלוקת התוספת לסל הבריאות עבור בריאות הנפש.

יואב כהן^{1,2,3}
עמיר שמואלי³

¹המרכז הירושלמי לבריאות הנפש, בית חולים איתנים
²הפקולטה לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים
³בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית של האוניברסיטה העברית והדסה על שם בראון, ירושלים

מילות מפתח:

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש; צריכת שירותים; נוסחת הקפיטציה.
Mental health insurance reform; Service consumption; Predictors; Capitation formula

:KEY WORDS

הקדמה

רק בתאריך 01.7.2015, בעקבות צו של שר הבריאות. לקראת הרפורמה החלו משרד הבריאות וקופות החולים בתהליך של היערכות והקמת שירותים חדשים. לצורך כך הוגדל תקציב הסל ב־1.167 מיליארד ₪ למימון אשפוזים וב־0.752 מיליארד ₪ למימון שירותים אמבולטוריים. בצד הסוגיות הקליניות והטיפוליות העולות משינוי זה, עולה שאלת הקצאת המקורות הנוספים לקופות החולים. הצוות הבין־משרדי שנדרש לנושא המליץ לחלק את כספי האשפוז לפי חלקן ההיסטורי והצפוי של הקופות בסך עלות האשפוז [1]. בנוסף, הומלץ לחלק את הכספים לשירותים האמבולטוריים על ידי הוספת ראש הוצאה לנוסחת הקפיטציה הקיימת, המבוססת על גיל בלבד. דרך חלוקה זו לוקה בחסרון

עד להחלת חוק הביטוח הבריאות הממלכתי בשנת 1994 הייתה אספקת שירותי בריאות הנפש בישראל באחריות המדינה. הפרדת השירותים הפסיכיאטריים מכלל הרפואה היא בלתי רצויה לדעת רוב הנוגעים בדבר. הכללת הפסיכיאטריה בסל הבריאות הבסיסי שמספקות קופות החולים חיונית כדי להדגיש את היותה של הפסיכיאטריה תחום רפואי, להפחית סטיגמה ולשפר את איכות השירות. לאורך השנים נעשו ניסיונות ארוכים וכושלים להכליל את שירותי בריאות הנפש במסגרת סל הבריאות ("הרפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש"). דבר זה קרה לבסוף

פסיכיאטריות בבתי חולים בישראל בין השנים 2012–2013. לגבי שירותים אמבולטוריים התקבלו נתונים ממירפאה ציבורית אחת – מירפאת קריית היובל של המרכז הירושלמי לבריאות הנפש. בשל בעיות של זמינות מידע במשרד הבריאות נבחרה מירפאה זו כמייצגת כ-50 מירפאות ממשלתיות שקיימות בארץ. עבור כל פרט שהיה מאושפז בשנתיים אילו התקבלו נתונים על מספר כולל של ימי אשפוז וסוג האשפוז (מלא/יומי). במירפאה התקבל מידע על מספר המגעים לסוגיהם. לגבי כלל המטופלים נתקבלו נתונים דמוגרפיים וקליניים שונים. נעשה איחוד נתונים של מטופלים במרפאת קריית היובל אשר היו מאושפזים בתקופת המחקר.

כל הנתונים הועברו באופן לא מזוהה לחוקרים. לגבי כל פרט חושב סך ההוצאות על בריאות הנפש (המשתנה התלוי) באשפוז בלבד, במירפאה בלבד וסכום כולל באשפוז ובמירפאה. נבדק הקשר בין משתנים מסבירים אפשריים לבין המשתנה התלוי. המשתנים הבלתי תלויים היו גיל, מין, מצב משפחתי, דירוג חברתי-כלכלי של יישוב המגורים (לפי נתוני הלמ"ס), דת/לאום, ואבחנה ראשית לפי ICD-10. אבחנות קובצו לקטגוריות לפי מספר נבדקים עם כל אבחנה ולפי שיקולים תיאורטיים. לא היו מספיק נתונים על מוצא עדתי, ניסיון אובדנות בחודשים האחרונים ושימוש בסמים ואלכוהול, ואילו לא נכללו ניתוח. לבדיקת קשר בין שני משתנים נעשה בהתאם לסוגם שימוש במקדם המתאם של פירסון, תבחין t או ANOVA.

זיהוי הגורמים המנבאים את צריכת שירותי בריאות הנפש באשפוז נעשה על ידי תסוגה (רגרסיה) ליניארית מרובה. כל הניתוחים בוצעו באמצעות תוכנת SPSS, גרסה 24. נעשו ניתוחים נפרדים לגבי צריכת שירותים באשפוז בלבד לפי קובץ המאושפזים, וצריכת שירותים במירפאה בלבד או גם במירפאה וגם באשפוז לפי הנתונים ממרפאת קריית היובל. נמצא שעוצמת המדגם היא 100% עם טעות מסוג I של 5% להוכיח לדוגמה הבדל של יום אשפוז אחד בין גברים ונשים. המחקר אושר על ידי ועדת הלסינקי של המרכז הירושלמי לבריאות הנפש.

תוצאות

נתוני אשפוז: לפי קובץ הנתונים של משרד הבריאות, 27,446 אנשים אושפזו בין השנים 2012–2013 בבתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בישראל. מכלל המאושפזים 61% היו גברים. הגיל הממוצע של המאושפזים היה 41.1 ± 17.2 (טווח 5–99 שנים). 64% מהמאושפזים היו ילידי ישראל ו-81% היו יהודים. 41% מהמאושפזים היו רווקים ו-20% נשואים. החציון של הדירוג החברתי-כלכלי היה 6 (טווח 1–10). האבחנה הראשית השכיחה ביותר (52%) הייתה בקבוצת האבחנות בספקטרום הסכיזופרניה. אבחנות אילו כוללות סכיזופרניה, הפרעה סכיזו-אפקטיבית והפרעות פסיכוטיות אחרות. 15% מהמאושפזים אובחנו כלוקים בהפרעה במצב הרוח: דיכאון, הפרעה דו קוטבית והפרעות נלוות. ל-7% ניתנה הפרעה של הפרעות חרדה.

ההוצאה הממוצעת למטופל על אשפוז בתקופת המחקר הייתה 96,579 ₪ (48,290 ₪ לשנה). הטווח היה 406–

אחד בולט והוא היותו של הפיצוי לקופה קבוע לנפש, כלומר מבוסס על ההנחה כי כל המבוטחים דומים. במצב כזה הסכנה טמונה בעידוד קופות החולים לבחירת מבוטחים שאינם צורכים היקף גבוה של שירותי בריאות הנפש (Risk selection, Cream skimming) [2]. בנוסף הקופות עלולות לפעול להקטנת היקף ואיכות הטיפול במבוטחים יקרים כדי להרתיע אותם מלהצטרף אליהן.

בהתאם לכך, אחת הטענות נגד הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש היא שהנפגעים העיקריים יהיו אילו הלוקים במחלות פסיכיאטריות קשות, אשר הקופות יימנעו מלטפל בהם. פיתרון נכון יותר לחלוקת הכספים המיועדים לשירותי בריאות הנפש הוא להצמיד את גובה התשלום לסיכון הרפואי ולהוצאה הצפויה של המבוטח (התאמת סיכון – Risk adjustment) [2]. בשיטה זו נקבע מקדם המשקל את גובה התשלום שמקבל המבטח, לפי הגורמים המגבירים את הסיכון לצריכת השירותים. כיום, מחולק תקציב סל הבריאות לטיפולים רפואיים בין קופות החולים לפי מספר המבוטחים של כל אחת מהן (קפיטציה). חלוקה זו מותאמת לסיכון בצורה חלקית על ידי שקלול המין, שייכות לקבוצות גיל ומגורי המבוטח בפריפריה ("נוסחת הקפיטציה"). מכיוון שבריאות הנפש לא נכללה בסל הבריאות, לא נערך עד היום ניסיון להכליל מדדים שלה בנוסחה.

בדיקה של התאמת הסיכון בביטוח ציבורי לשירותי בריאות הנפש נעשתה בעיקר בארה"ב. מחקרים בנושא מצאו יכולת ניבוי חלשה-מתונה של צריכת שירותים פסיכיאטריים על סמך משתנים דמוגרפיים וקליניים שונים. מודלים שכללו מין, גיל, מוצא אתני, מצב נישואין, זכאות לשירותי רווחה, אבחנות כלליות ופסיכיאטריות, צריכת סמים ואלכוהול, הוצאות בשנים קודמות ומדד תפקודי, הסבירו עד 16%–20% מהשונויות של הוצאות על בריאות הנפש ועד 32% מהשונויות על הוצאות כלליות על בריאות [4,3]. עד היום לא נערך בארץ מחקר לגבי מנבאים של צריכת שירותי בריאות הנפש. במחקר זה שמנו לעצמנו למטרה להשלים את הפער הקיים ולנצל לעדכון נוסחת הקפיטציה. למרות הממצאים מארה"ב, המראים גם שהתאמת הסיכון היא בעלת יכולת מוגבלת למנוע פגיעה במבוטחים יקרים [6,5], ייתכן כי בארץ יימצאו גורמים מנבאים שונים של צריכת שירותי בריאות הנפש. כמו כן, חשוב להעלות את הנושא לבחינה ציבורית, כדי למנוע אפליית מבוטחים בעלי הפרעות פסיכיאטריות קשות.

מטרות

המטרה במחקר הייתה זיהוי מנבאים של צריכת שירותי בריאות הנפש בישראל על ידי ניתוח מאפיינים קליניים ודמוגרפיים שונים של אוכלוסיית המאושפזים והמטופלים במרפאות בריאות הנפש בישראל. השערות המחקר היו כי מין זכר, גיל מבוגר, מגורים בפריפריה ואבחנה של מחלות פסיכיאטריות קשות ינבאו פנייה מוגברת לשירותי בריאות הנפש.

שיטות מחקר

מקובץ האשפוזים של משרד הבריאות התקבלו נתונים לגבי כלל המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים ומחלקות

4 (טווח 1–10). קבוצת האבחנות הראשיות השכיחה ביותר הייתה הפרעות חרדה (28%), לאחריה קבוצת האבחנות בספקטרום הסכיזופרניה (16%). השלישית בשכיחותה הייתה קבוצת האבחנות של הפרעה במצב הרוח (15%). ההוצאה הממוצעת על שירותים פסיכיאטריים למטופל במירפאה הייתה 3,428 ₪ לתקופת המחקר (1,714 ₪ לשנה). הטווח היה 134,073–54 ₪ לתקופת המחקר. ההתפלגות הייתה לא נורמאלית. ניסיון לנרמל את ההתפלגות על ידי טרנספורמציה לוגריתמית לא הביא לשיפור מספק. נמצאו הבדלים מובהקים בהוצאה הממוצעת על שירותים אמבולטוריים בקבוצות הגיל השונות לפי מבחן ANOVA (F=4.215, p=0.000). הצריכה הייתה הגבוהה ביותר בין הגילים 5–54 שנים ונמוכה יותר מגיל 55 שנים ומעלה. נשים צרכו יותר שירותים אמבולטוריים עם הוצאה ממוצעת של 3,705 ₪ לעומת 3,152 ₪ בקרב גברים (t=-3.470, p=0.001). ההוצאה הממוצעת לשירותים אמבולטוריים הייתה שונה באופן מובהק בחלוקה לקבוצות לפי ארץ לידה (F=4.528, p=0.011). בתבחין Post-hoc (בונפרוני) נמצא כי ילידי אסיה ואפריקה צרכו פחות שירותים לעומת ילידי הארץ או ילידי אמריקה, אירופה או אוקיאניה – 2,595 ₪ לעומת 3,487 ₪ ו-3,552 ₪ בממוצע, בהתאמה. יהודים צרכו יותר שירותים מלא יהודים באופן מובהק – 3,556 ₪ בממוצע לעומת 2,439 ₪ (t=6.823, p=0.000). היה הבדל מובהק בהוצאה הממוצעת לפי מצב משפחתי (F=8.238, p=0.000). הוצאתם של גברים גרושים על שירותי בריאות הייתה הגבוהה ביותר בממוצע – 4,000 ₪ לעומת 3,675 ₪ בקרב רווקים, 3,003 ₪ בקרב נשואים ו-2,306 ₪ בקרב אלמנים. נמצא הבדל מובהק בין ההוצאה הממוצעת בין קבוצות הנבדקים מיישובים בדירוג חברתי-כלכלי שונה (F=9.710, p=0.000). יחד עם זאת, לא נמצא הבדל בין נבדקים מיישובים בדירוג חברתי-כלכלי נמוך (1–6) לבין נבדקים מיישובים בדירוג גבוה. השייכות לקבוצת אבחנות מסוימת הייתה קשורה באופן מובהק להוצאה הממוצעת (F=2.894, p=0.003). אנשים שאובחנו עם סכיזופרניה והפרעות נלוות הוציאו בממוצע 3,244 ₪ על שירותים אמבולטוריים לעומת 1,569–2,666 ₪ בקבוצות האחרות. בניתוח רב משתנים עם מודלים דומים לאלו שנעשה בהם שימוש בנתוני האשפוז, נמצא כי שלושת המודלים ניבאו בצורה מובהקת חלק מהשונות בהוצאות על שירותים אמבולטוריים. שיעור השונות המוסברת היה נמוך – 2.2% עבור המודל הרחב ביותר. משתנים שניבאו בצורה מובהקת צריכה מוגברת של שירותים אמבולטוריים למטופלי המירפאה לפי המודל הזה היו שייכות לקבוצות הגיל של 25–54 שנים, דת יהודית ואבחנה של הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה.

נתוני מירפאה ואשפוז: 624 מטופלים במירפאה (10.2%) היו מאושפזים במהלך תקופת המחקר. ההוצאה הממוצעת על שירותים פסיכיאטריים כוללים למטופל במירפאה הייתה 14,035 ₪ לתקופת המחקר, כלומר 7,018 ₪ בשנה (הטווח 54–725,106 ₪ סטיית התקן 151,961 ₪). ההתפלגות הייתה לא נורמאלית עם זנב ימני ללא יכולת לשיפור עם טרנספורמציה לוגריתמית. בניתוח דו משתנים נמצאו גורמים מנבאים דומים – מין זכר, קבוצות גיל 15–34 שנים, מצב משפחתי של רווק ואבחנה של הפרעה בספקטרום הסכיזופרניה. בניגוד לנתוני המירפאה והאשפוז בנפרד, יהודים צרכו פחות שירותים

830,616 ₪ לתקופת המחקר. ההתפלגות הייתה לא נורמאלית עם זנב ימני, ללא שיפור לאחר טרנספורמציה לוגריתמית. נמצא מיתאם (קורלציה) חלש במובהק בין גיל לבין הוצאה על אשפוז (r=0.015, p=0.012). הקבוצות שבהן ההוצאה על אשפוז הייתה הגבוהה ביותר היו ילדים עד גיל 14 ומבוגרים בין הגילים 45–54 ו-55–64. ההבדלים בין הקבוצות היו שונים בצורה מובהקת לפי תבחין ANOVA (F=27.098, p=0.000). גברים צרכו יותר שירותים עם הוצאה ממוצעת של 103,715 ₪ לעומת 85,369 ₪ אצל נשים (t=10.586, p=0.000). ההוצאה הממוצעת לאשפוז לא הייתה שונה באופן מובהק בסיווג לקבוצות לפי ארץ לידה (F=2.165, p=0.07). יהודים צרכו יותר שירותים מלא יהודים באופן מובהק – 101,486 ₪ בממוצע לעומת 76,025 ₪ (t=12.952, p=0.000). היה הבדל מובהק ביותר בהוצאה הממוצעת לפי מצב משפחתי (F=177.07, p=0.000). ההוצאה של רווקים על שירותי בריאות הייתה הגבוהה ביותר בממוצע – 112,848 ₪ לעומת 81,848 ₪ לכל היותר בקבוצות האחרות. נמצא הבדל מובהק בין ההוצאה הממוצעת בין קבוצות הנבדקים מיישובים בדירוג חברתי-כלכלי שונה (F=10.707, p=0.000). נבדקים מיישובים מהחציון ומטה בדירוג חברתי-כלכלי (1–6) צרכו יותר שירותים אשפוז בממוצע מנבדקים מיישובים בדירוג שמעל החציון – 100,421 ₪ לעומת 89,293 ₪ (t=6.213, p=0.000). השייכות לקבוצת אבחנות מסוימת הייתה קשורה באופן מובהק ביותר להוצאה הממוצעת (F=1215.658, p=0.000). אנשים שאובחנו עם סכיזופרניה והפרעות נלוות או הפרעה התפתחותית הוציאו בממוצע 111,798 ₪ ו-109,219 ₪ לעומת – 23,416–86,805 ₪ בקבוצות האחרות.

לצורך ניתוח רב משתנים על ידי תסוגה ליניארית מרובה נבנו שלושה מודלים. המודל הראשון כולל שייכות לקבוצות גיל ומין ("המודל הדמוגרפי"). המודל השני כולל את המודל הראשון ובנוסף נתונים לגבי היות המאושפז יהודי או בן דת אחרת, מצב משפחתי והדירוג החברתי-כלכלי של יישוב המגורים שלו ("המודל הדמוגרפי-סוציאוקונומי"). המודל השלישי הוא המקיף ביותר וכולל את המודל השני ואת האבחנה שנקבעה בשחרור ("המודל הדמוגרפי-סוציאוקונומי-קליני"). הניתוח כלל 27,254 נבדקים. ככל שהמודל היה רחב יותר כך שיעור השונות המוסברת היה גדול יותר. כך, המודל הדמוגרפי ניבא 1.2% מהשונות, המודל דמוגרפי-סוציאוקונומי ניבא 5.1% מהשונות והמודל הדמוגרפי-סוציאוקונומי-קליני ניבא 30% מהשונות. משתנים שניבאו בצורה מובהקת צריכה מוגברת של שירותי בריאות הנפש באשפוז לפי המודל הרחב ביותר היו מין זכר, שייכות לקבוצות גיל מבוגרת (45–84 שנים), אך לא בצעירים או בקשישים יותר, דת יהודית, מצב משפחתי רווק, ומגורים בישוב עם דירוג חברתי-כלכלי נמוך (1–6). כל האבחנות הפסיכיאטריות נבאו צריכת שירותים מוגברת באשפוז ובפרט הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה, הפרעות התפתחותיות והפרעות אופייניות לגיל הילדות.

נתוני מירפאה: 6,115 אנשים טופלו במירפאה לבריאות הנפש בקרית היובל בשנים 2012–2013. מבין המטופלים 50% היו גברים. הגיל הממוצע של המטופלים היה 34±18.9 שנים (הטווח חצי שנה–94). 73% מהמטופלים במירפאה היו ילידי ישראל ו-89% היו יהודים. חציון הדירוג החברתי-כלכלי היה

מבין האבחנות הפסיכיאטריות. סכיזופרניה הינה מחלה פסיכיאטרית קשה וכרונית, ורוב הלוקים בה סובלים מפגיעה תפקודית ניכרת[10]. החולים זקוקים לטיפול תרופתי ותמיכתי לאורך כל חייהם, ומתאשפים לעתים קרובות. המציאות שבה חולים בסכיזופרניה הם צרכני שרות עיקריים באשפוז ובמירפאה הביאה לחשש שהרפורמה הביטוחית בתחום תגרום לפגיעה בהם, במטרה לחסוך בהוצאות. הכנסת תקנון למקדמי הקפיטציה המבוססת על אבחנה של סכיזופרניה יכולה להגן מפני סיכון זה.

מגבלה עיקרית של המחקר היא היעדר נתונים לגבי פרטים שאינם פונים לשירותי בריאות הנפש. הנתונים שהתקבלו אפשרו זיהוי מנבאים לצריכת שירותים בטווח שבין מינימום צריכה למקסימום, אך לא עבור היעדר צריכה. מגבלה נוספת היא קבלת נתונים על שימוש בשירותי אמבולטוריים ממירפאה אחת לבריאות הנפש מתוך כ-50 הקיימות בארץ. במחקר חסרים גם נתונים על צריכת שירותים פרטית ודרך קופת חולים מעבר למירפאה הציבורית. עוד מגבלה של המחקר היא היעדר נתונים מדויקים לגבי הרמה הסוציאלקונומית. השתמשנו בניחוח רק בדירוג החברתי-כלכלי של יישוב המגורים, דבר שאפשר לנו להעריך באופן גס בלבד את השפעת גורם המגורים ב"פריפריה" על צריכת שירותי בריאות הנפש.

לסיכום

בעבודה זו הצלחנו להוכיח מבחינה עקרונית את קיומם של משתנים המנבאים את צריכת שירותי בריאות הנפש בישראל. למרות המגבלות של המחקר ניתן לומר ברמה גבוהה של ודאות כי מין זכר, שייכות לקבוצת גיל של מבוגרים (ולא ילדים, נוער וקשישים), רווקות, דת יהודית, מגורים בפריפריה ואבחנה פסיכיאטרית של הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה, ניבאו צריכת שירותים מוגברת. שחזור ממצאים אילו תוך שימוש במאגרי מידע מלאים המצויים בידי הרשויות במדינה, יאפשר שימוש במקדמי קפיטציה מתוקנים כדי לחלק את המשאבים המוקצים לשירותי בריאות הנפש. כך ניתן יהיה לפצות את המבטחים בצורה מתאימה לסיכון הכרוך במבוטחים יקרים יותר. הדבר יקטין את התמריץ לדחייה ישירה או עקיפה של מבוטחים אילו ויביא לשיפור שירותי בריאות הנפש לכלל אוכלוסיית ישראל. ●

שלמי תודה: עבודה זו נעשתה על ידי **יואב כהן** כחלק מהדרישות לקבלת תואר שני במינהל מערכות בריאות בבית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית של האוניברסיטה העברית והדסה על שם בראון.

מחבר מכותב: יואב כהן

מחלקת ילדים ונוער

המרכז הירושלמי לבריאות הנפש

בית חולים איתנים, ד.נ. צפון יהודה 90972

טלפון: 02-5705128

פקס: 02-5705243

דוא"ל: yoavk@ekmd.huji.ac.il

באופן כולל. מודל התסוגה (רגרסיה) הרחב ניבא 10.3% מהשונות, והמשתנים שניבאו בצורה מובהקת צריכה כוללת של שירותי בריאות הנפש היו שייכות לקבוצת הגיל 45-74 שנים, מצב משפחתי רווק, ואבחנה בספקטרום הסכיזופרניה. בניגוד לנתוני האשפוז, מגורים ביישוב עם דירוג חברתי-כלכלי נמוך (1-6) ניבאו צריכת שירותים נמוכה יותר. ההבדל היה קרוב למובהק סטטיסטית ($p=0.057$).

מסקנות

גיל מבוגר (אך לא קשיש) ואבחנה של הפרעות פסיכיאטריות קשות, בפרט סכיזופרניה, ניבאו צריכת שירותי בריאות נפש מוגברת, הן באשפוז, הן לגבי שירותים אמבולטוריים והן באופן כולל (אמבולטוריים ואשפוז). מין זכר, רווקות, דת יהודית ומגורים בפריפריה (מבחינה סוציאלקונומית) ניבאו גם הם צריכת שירותים גבוהה יותר באשפוז. דת יהודית נבאה גם צריכת שירותים מוגברת במירפאה, ורווקות צריכת שירותים כוללת גבוהה יותר. הממצאים שלנו מתאימים לממצאים קודמים בארה"ב הן מבחינת המשתנים המנבאים והן מבחינת אחוז השונות המוסברת (1%-30%) [4,3].

דיון

מין זכר ניבא באופן מובהק צריכת שירותים גבוהה יותר באשפוז. ממצא זה מתאים לדיווחים לגבי פרוגנוזה קשה יותר של הפרעות פסיכיאטריות קשות כמו סכיזופרניה אצל גברים, וצורך רב יותר שלהם להזדקק לאשפוז עבור אותה אבחנה [7]. בניית רב משתנים נמצא, כי צעירים מאוד וקשישים הוציאו פחות באשפוז ובמירפאה באופן מובהק. תוצאות אילו מתאימות למידע הקיים לגבי השכיחות הנמוכה של אבחנות פסיכיאטריות קשות בקרב ילדים ונוער בהשוואה למבוגרים. קשישים לוקים בהפרעות פסיכיאטריות כמו מבוגרים צעירים יותר [8], אך סביר להניח כי הם מתקשים לקבל שירותים בשל מגבלות גופניות וקשיי נגישות. מצב משפחתי של רווק ניבא באופן מובהק הוצאה יותר גבוהה, גם באשפוז וגם באופן כולל. רווקות יכולה להיות תוצאה של הפרעה פסיכיאטרית המקשה על יצירת קשרים זוגיים. הדבר יכול להעיד גם על היעדר מערכת תמיכה ועל הזדקקות רבה יותר לעזרה מקצועית. בסקירת מחקרים מערכתית בנושא נמצא, כי מצב משפחתי נשוי עשוי להגן מפני אשפוזים נשנים על רקע פסיכיאטרי [9].

יהודים צרכו יותר שירותי אשפוז ושירותים אמבולטוריים בלבד מלא יהודים. לפי הנתונים שקיבלנו, יהודים ולא יהודים פונים לקבל טיפול, לפחות באשפוז, כמו שיעורם באוכלוסייה הכללית. אם כך הדבר, הרי שיהודים ממשיכים בטיפול באשפוז ובמירפאה לזמן ארוך יותר, כנראה בהתאם להמלצת המטפלים. ניתן לשער כי יהודים נתונים פחות להשפעות שליליות של סטיגמה ולחצים חברתיים על דבקות בטיפול הנפוצים בחברה הערבית. כל האבחנות הפסיכיאטריות ניבאו הוצאה מוגברת באשפוז. האבחנה של הפרעות בספקטרום הסכיזופרניה ניבאה את ההוצאה הגבוהה ביותר

ביבליוגרפיה

1. Recommendation of the inter-ministerial team for allocation of funds according to the National Health Bill between the HMOs for mental health services (22/6/15).
2. Frank RG & McGuire TG, Economics and mental health. In: Culyer AJ and Newhouse JP. (Eds) Handbook of Health Economics. Amsterdam, The Netherlands, Elsevier, 2000, pp 894-954.
3. Kapur K, Young AS & Murata D, Risk adjustment for high utilizers of public mental health care. J Mental Health Policy Econ, 2000;3:129-137.
4. Rosen AK, Loveland SA, Anderson JJ & al, Diagnostic cost groups (DCGs) and concurrent utilization among patients with substance abuse disorders. Health Serv Res, 2002;37:1079-103.
5. McGuire TG, Achieving mental health care parity might require changes in payments and competition. Health Aff, 2016;35:1029-35.
6. Montz E, Layton T, Busch AB & al, Risk-adjustment simulation: Plans may have incentives to distort mental health and substance use coverage. Health Aff, 2016;35:1022-8.
7. Leung A & Chue P, Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. Acta Psychiatr Scand, 2000;Suppl. 401:3-38.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O & al, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 2005;62:593-602.
9. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K & al, Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. BMC Psychiatry, 2016;16:449.
10. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N & al, A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. Schizophr Bull, 2013;39:1296-306.

כרוניקה

נמצא סמן לאוטיזם בשיני החלב



הרפואי הר סיני ניתחו את מבנה השיניים של ילדים אוטיסטים לעומת קבוצת בקרה, ומצאו באמצעות קרני לייזר כי חילוף החומרים (מטבוליזם) של נחושת ואבץ המשתקף בשכבות השיניים, עשוי להצביע על נטייה לאוטיזם. הטמעת המתכות הללו בשליש השני והשלישי להריון, הייתה שונה משמעותית בקרב ילדים עם אוטיזם, כך שהחוקרים יכלו לקבוע הבדלים גם בין אחים. אין לחוקרים הסבר לתופעה, אך הם מציעים שיטה זו לאבחון מוקדם ובלתי תלוי של אוטיזם (Newsweek June 26, 2018:38). איתן ישראלי

שיעור הילדים המאובחנים בקשת האוטיסטית עלה משנת 2000 מערך של 1:150 עד לערך של 1:59 בשנת 2018. אין עדויות חד משמעיות אם השינוי המשמעותי הוא עקב אבחון יתר או שמא יש גורמים בלתי ידועים המשפיעים על התופעה. אבחון התופעה מבוסס כיום על מבחני התנהגות והבנה - שיטות הנתונות לוויכוח ואינן מדויקות דיין. במחקר חדש שנבדק בו כיצד עוברים ברחם מטמיעים חומרי מזון, נמצא כי שיני העובר לפני הלידה נוצרות בשכבות יומיות, המייצגות את קליטת החומרים באנאלוגיה לטבעות הגידול בעצים. קורטין וחב' מהפקולטה לרפואה במרכז

כרוניקה

תרופה חדשה נגד אבעבועות שחורות פותחה ואושרה לשיווק



התרופה הצילה 90% מבעלי החיים שהודבקו בנגיפים הקטלניים (Grosenbach et al. N Engl J Med 2018; 379: 44). מינון התרופה בקופים היה 10 מ"ג לק"ג למשך 14 יום, ולא רנבות 40 מ"ג לק"ג. החוקרים בדקו גם את סבילות ובטיחות התרופה בבני אדם, ומצאו כי במינון של 600 מ"ג פעמיים ביום למשך 14 יום לא נמצאו כל השפעות לוואי משמעותיות.

על בסיס תוצאות אלה הועברה התרופה לאישור ה-FDA במסלול מזורז. תרופה נוספת הנקראת ברינסידופוור מפותחת על ידי חברת כימיקס, הנמצאת במסלול אישור מזורז אף היא, כתרופה יתומה.

איתן ישראלי

לאחר מתקפת האנתרקס בשנת 2001, המליץ המכון לרפואה בארה"ב להצטייד בתרכיב נגד אבעבועות שחורות, וכן לפתח לפחות שתי תרופות נגד המחלה. נגיפי הוואריוולה שמורים היטב במרכז לבקרת מחלות ומניעתן באטלנטה, בארה"ב וכן במוסד וקטור, נובוסיבירסק ברוסיה. עקב החשש של זליגת הנגיף ממוסדות אלה, של נוכחות הנגיף בגופות בקרח העד, או של הרכבתו מחדש בשיטות ביולוגיה מולקולארית, עדיין המחלה שאימת על אוכלוסיית העולם (Nature 2018;560:281).

חברת SIGA פיתחה תרופה הנקראת TPOXX (Tecovirimat), המעכבת התרבות נגיפי פוקס בתאי אדם בתרביית, ובדקה אותה בדרגם קופים וארנבות בהשוואה לנגיפי הפוקס המתאימים.



www.doctorsonly.co.il



השורה התחתונה

The Lancet סיקור גליון מהחודש האחרון

השורה התחתונה

סקירה קצרה של עיקרי גליונות כתבי העת הרפואיים הבינ"ל.

כל מה שצריך לדעת בעתונות הרפואית < [להמשך קריאה](#)

אתר
הרופאים
המוביל
בישראל



DoctorsOnly.co.il
כל מה שמעניין רופאים

חדשות | דעות | מינויים | מחקרים | איגודים | משפט | בלוגים | [השורה התחתונה](#) | דרושים | DocTalk | ארועים