



האומנם אין מקום לרפואה משלימה בסל שירותי הבריאות?

טיפול רפואה משלימה ב"מאונדרד" צילום: גונן שמר

לצד צמיחת שירותי הרפואה האינטגרטיבית בקופות ובבתי החולים ולפופולריות שלה בקרב הציבור, מערכת הבריאות עדיין לא השכילה להסדיר את התחום בישראל על כרוניקה של התעלמות מרפואה מבוססת ראיות, המשתלבת כיום בסל הטיפולים המסורתי אך מסובסדת חלקית בביטוחים המשלימים בלבד

הונתן ניסן



דמה כי תחום הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית עבר מהפכה של ממש ביחס הקהילה הרפואית כלפיו, במודעות אליו וליכולתו, וכן בהיקף השימוש. מה שנחשב בעבר כ"רפואה אלטרנטיבית" הפך להיות רווח יותר כ"רפואה

משלימה" ובעשורים האחרונים קיבל גם את השם "רפואה אינטגרטיבית". המינוח אמנם נשמע כסמנטיקה או מיתוג מחדש ותו לא, אך הוא כולל בתוכו שינוי תפיסתי – מרפואה שנחשבה כאלטרנטיבית לרפואה הקונבנציונלית, לרפואה המשלימה את הרפואה הקונבנציונלית ועד לרפואה של ממש, מבוססת ראיות, המשתלבת בסל הטיפולים האפשרי של הרופא המטפל. עם השנים, התחום החל לצבור תאוצה בביסוסו המדעי, בין אם זה לחיוב כשחלק מהטיפולים הוכחו

כיעילים באופן קבוע ובין אם זה לשלילה, כשחלק אחר מהטיפולים הודגם כלא יעיל ואף מזיק. כל זה בא לידי ביטוי במספר הפרסומים בספרות הרפואית שרק הולך ועולה, כשמחקרים משמעותיים בתחום מפורסמים בירחונים הרפואיים המובילים בעולם. חשוב לציין כי למרות שהמחקרים של השנים האחרונות מתחילים לבסס תשתית מדעית משמעותית לרכיבים של הרפואה האינטגרטיבית, אין זה אומר כמובן שהתחום נטול בעיות, במיוחד כשנעשה בו שימוש לא מבוקר או מוסדר. עם זאת, כשמדובר על טיפולים בטוחים ומבוססים מחקרית באופן משמעותי יחסית, בטיפול בהתוויות ספציפיות, נראה כי התחום משתלב אט אט לתוך הרפואה הקונבנציונלית. מעבר לכך, נראה כי היקף השימוש ברפואה אינטגרטיבית הולך ועולה עם השנים. מסקרים שנערכו על ידי ה-NIH (המכוניסם הלאומיים

לבריאות) וה-CDC (המרכזים לבקרת מחלות ומניעתן) האמריקאיים, נראה כי בעשורים האחרונים השימוש בשירותים אלה נמצא במגמת עלייה משמעותית⁽¹⁾. במקביל לשימוש הגובר בשירותי רפואה משלימה, ניכר כי גם ההוצאה הציבורית על שירותים אלה גדלה. למשל, מחקר אמריקאי הראה כי בשנת 1990 פנו כ-34% מתושבי ארה"ב למקצועות הרפואה המשלימה והוציאו מכיסם הפרטי 14.6 מיליארד דולר בשנה על טיפולים בתחום זה, בעוד שב-1997, פחות מעשור מאוחר יותר, עלה מספר המשתמשים לכ-43% מתושבי ארה"ב, שהוציאו כ-21.2 מיליארד דולר⁽²⁾. בישראל מעט יותר קשה להעריך את היקף השימוש – ניכר שחלק משמעותי מהטיפולים המשלימים נעשה לא במסגרת הציבורית, וגם מה שכן לא שקוף באופן יוצא דופן לעיני הציבור. לפי דו"ח הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת

2009 במרפאות הרפואה המשלימה של קופות החולים נרשמו למעלה מ-2.7 מיליון ביקורים (במדינה שבאותה עת היו כ-7.5 מיליון איש)⁽³⁾. בהתחשב בכך שאחוז לא מבוטל מהרפואה המשלימה מבוצע במסגרת פרטית, ניכר כי אחוז הישראלים המשתמשים בשירותי הרפואה המשלימה הוא אחוז לא מבוטל. מחקר שהתבסס על סקרים שבוצעו בישראל בשנים 1993, 2000 ו-2007, הראה כי אחוז השימוש ברפואה אינטגרטיבית עלה בעקביות – 6%, 10% ו-12%, בהתאמה, בקרב אוכלוסיית היהודים החיים בערים ונמצאים בקבוצת הגילאים 45–75⁽⁴⁾. "ככל שעוברות השנים ניכר כי השימוש ברפואה משלימה ואינטגרטיבית הולך ועולה", מציינת ד"ר דורית גמוס, מנהלת השירות לרפואה משלימה ואינטגרטיבית במרכז הרפואי שיבא, לשעבר היו"ר המייסדת של החברה לרפואה משלימה בהסתדרות הרפואית בישראל. "המגמות

שניכרות בארץ נצפות במקביל גם בעולם, וניכר כי בחלקים מסוימים של הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית, ישראל אף מקדימה את העולם". ד"ר גמוס מוסיפה: "זה לקח לא מעט זמן ומאמץ עד שהגענו לשם, אבל בסוף הרפואה המשלימה נכנסת יותר ויותר כטיפול לגיטימי, ואף הכרחי, גם בעיני הרופאים שאינם מהתחום. ב'שיבא' למשל, השירות של מטפלים מהתחום חוצה מחלקות ודיסציפלינות רפואיות, בזמן שכי-60 מטפלים שלנו נמצאים ברחבי בית החולים במחלקות השונות, לאחר הכרה עמוקה של מנהלי המחלקות בערך המוסף שהם מסוגלים לתת למטופלים שלהם".

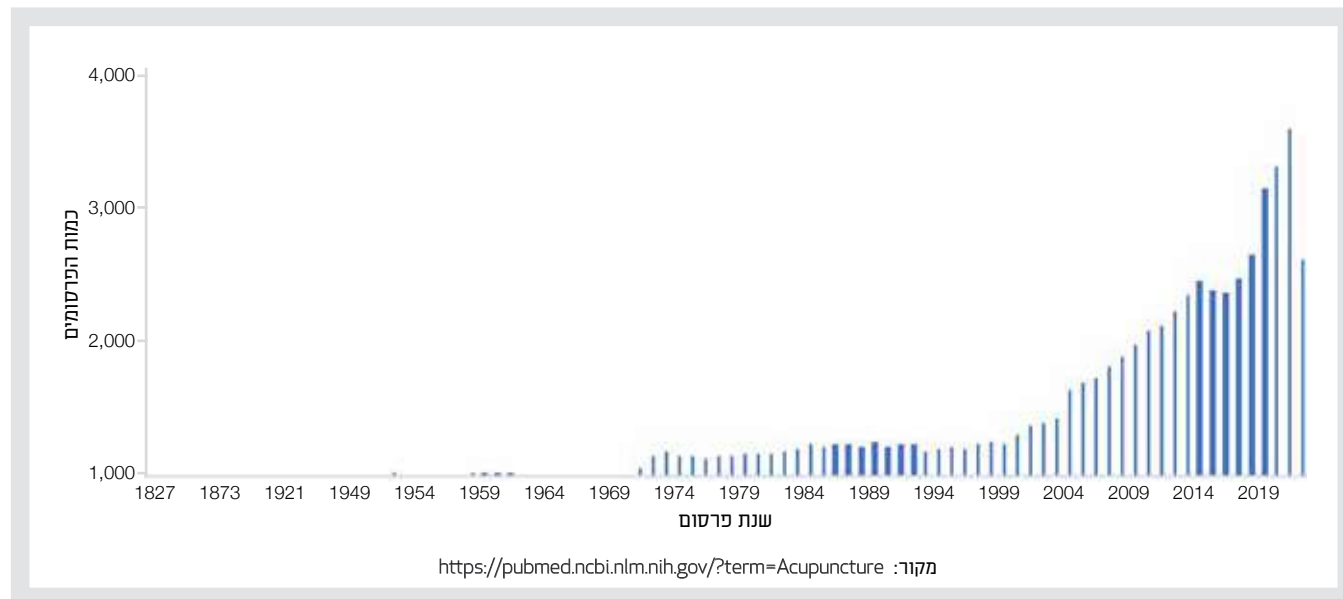
מחקר בתחום הרפואה האינטגרטיבית

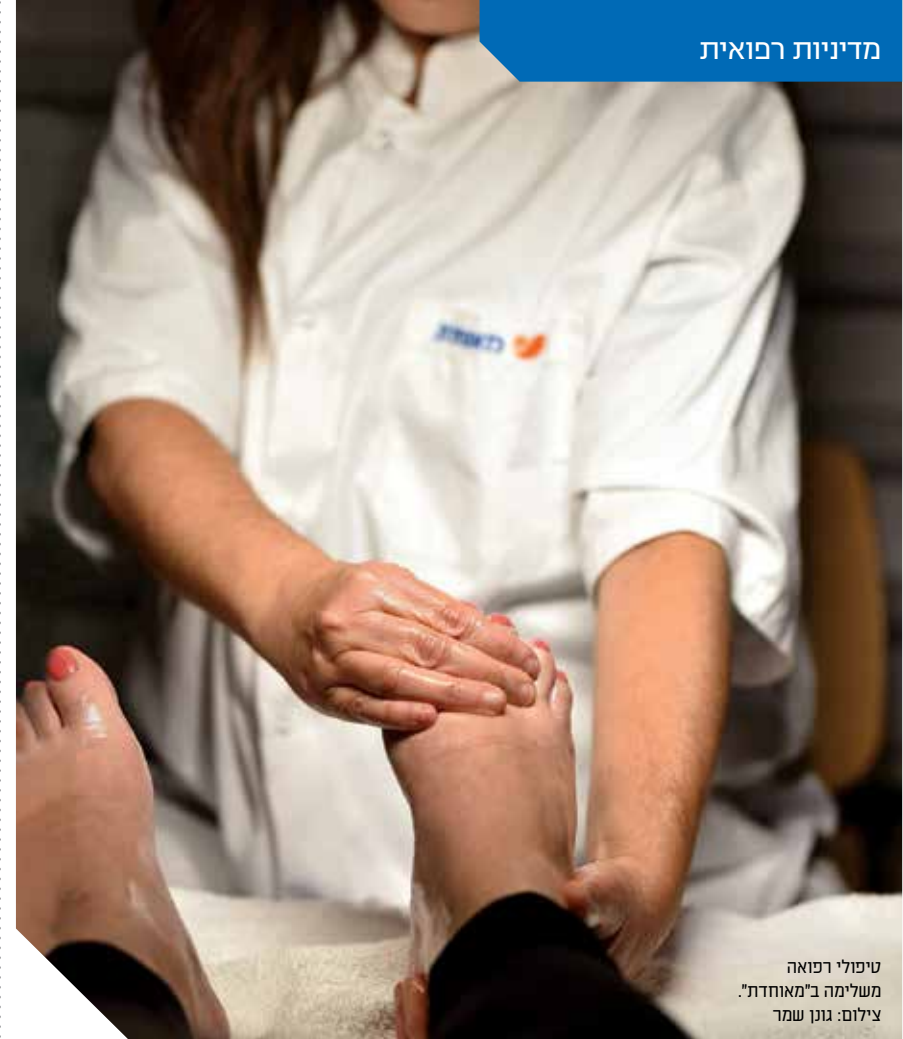
כפי שהוגדר על ידי ה-American Board of Integrative Medicine והקונסורציום של מרכזי

אדם הסובל מכאבים כרוניים שמעוניין בדיקור סיני ואינו בעל ביטוח משלים יאלץ להיפרד ממאות שקלים לביקור. בנוסף, גם במידה שיש לו ביטוח משלים, הוא יוגבל למספר טיפולים מצומצם בקופות הגדולות



תמונה 1: כמות הפרסומים האקדמיים כפי שמופיעים תחת מילת החיפוש "Acupuncture" (דיקור סיני) במאגר הספרייה הלאומית האמריקאית לרפואה (PubMed) לאורך השנים





טיפול רפואה משלימה ב"מאונחת". צילום: גונן שמר

הבריאות האקדמיים לרפואה אינטגרטיבית (הכוללים את מרבית האוניברסיטאות המכובדות בארה"ב), רפואה אינטגרטיבית (בשונה כאמור מרפואה משלימה או אלטרנטיבית) היא התחום ברפואה המאשש מחדש את חשיבות היחסים בין המטפל והמטופל, מתמקד באדם השלם, מבוסס ראיות ועושה שימוש בכל הגישות הטיפוליות המתאימות, אנשי מקצוע בתחום הבריאות וריסציפלינות כדי להשיג בריאות וריפוי מיטביים⁵.

שירותי הרפואה המשלימה מגוונים וכוללים שיטות טיפול שונות המבוססות על עקרונות והיסטוריה שונים וכוללים בין היתר דיקור סיני, רפלקסולוגיה, שיאצו, טאי צ'י, שימוש בצמחי מרפא, הומיאופתיה, פלדנקרייז, פרחי באך, כירופרקטיקה ועוד.

המחקר בנושא התקדם ככל שעברו השנים. ד"ר גמוס מסבירה כי "ראשיתה של הרפואה האינטגרטיבית והמשלימה הוא במסורות רפואיות עתיקות, כמו למשל הרפואה הסינית הקיימת כ־3,500 שנה. עם התפתחות הגישה המחקרית, המדעית והרפואית ועם תחילת העיסוק ברפואה המשלימה, פורסמו בנושא בעיקר מחקרים

הרפואית, נכתב כי "כיום משמשת האקופונקטורה (שיטת הדיקור הסיני) לטיפול במגוון רחב של בעיות רפואיות. בשנים האחרונות חלה התקרמות רבה בביסוס התיעוד המדעי לשיטת טיפול זאת. בתחום המחקר התווספו אלפי מאמרים ברמה בינונית עד גבוהה בכתבי עת מדעיים בנושא הטיפול באקופונקטורה ואף במאגרי מידע המקובלים על הקהילה הרפואית. עשרות אלפי מאמרים מוגשים ב־PUBMED (מאגר הספריה הלאומית האמריקאית לרפואה) מרמה של תיאורי מקרה ועד מחקרים פרוספקטיביים, כפולי סמיות, שנעשו מול שיטות טיפול אחרות. גם בגוף המחקר והידע הנודע Cochrane קיימים דיונים בשיטות הטיפול בדיקור והמלצות ספציפיות בנוגע לטיפולים אלה".

האתגרים והביקורת על הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית

למרות האמור לעיל, באותו נייר עמדה צוינו כמה מגבלות הקשורות במחקר בנושא: "על אף הניסיון המצטבר בתחום הדיקור, ישנו קושי מתמשך בהבנת המחקרים ממספר סיבות: התאמת המחקרים הקליניים לטכניקת הטיפול באקופונקטורה; חוסר אחידות בצורת ביצוע מחקרים באקופונקטורה; קושי בביצוע ובפיענוח של שימוש בסמיות או כפול סמיות ובעיית היעדר המימון למחקרים בתחום זה ידועה אף היא". בעיות מתודולוגיות אלו, שנאמרו בהקשר למחקר בתחום הדיקור, יכולות כמוכן להיכלל גם כמגבלות במחקר של טיפולים נוספים בתחום.

בנוסף, למרות הבסיס המדעי הענף שנבנה בשנים האחרונות, עדיין רפואה אינטגרטיבית היא לא נושא שמחליק בקלות בגרון לכל הרופאים, בין השאר עקב החסרונות הטבועים בבסיס תחום זה. חסרונות ראויים לציון כוללים את הסכנה של שימוש ברפואה משלימה כרפואה אלטרנטיבית ונתיחת הרפואה הקונבנציונלית ואת השימוש הלא מוסדר בתחום שעלול להוביל לטיפול לא מקצועי. בנוסף, ישנם טיפולים בתחום שאינם מזיקים אך מוכחים כי הם אינם מועילים לצד טיפולים שלא הוכחו כמועילים ואף עלולים להזיק.

כך למשל, בשנת 2003 נאסרה לשימוש במספר מדינות תרופה צמחית ששימשה לטיפול בחרדות, במיוחד בקרב חולי מחלות ממאירות, על רקע דיווחים של מקרי אי ספיקת כבד ועל ארבעה מקרי מוות שאירעו עקב נטילת התרופה⁶. דוגמה נוספת היא מחקר שבדק 15 צמחי מרפא, מהנפוצים ביותר בארה"ב, והמליץ לאסור שילוב של חמישה מהם

בטיפול המקובל ולנקוט זהירות מוגברת בשימוש בעוד ארבעה מהם, במיוחד בשילוב עם תרופות אונקולוגיות⁹. מחקר זה הוא דוגמה אחת מיני רבות להשפעה הפוטנציאלית המזיקה שנחקרה לא מעט של האינטראקציה הבין תרופתית של צמחי מרפא עם תרופות קונבנציונליות. עם זאת, למען ההגינות, חשוב לציין כי גם אינטראקציה בין תרופות קונבנציונליות היא סיטואציה שכיחה, אם כי רמת ההוכחה המדעית לתועלת שלהן במרבית המקרים עדיפה משמעותית.

ראוי אם כך לשאול האם ניתן לבטל באבחה אחת את כל תחום הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית בגלל טיפולים מסוימים שעלולים להיות מזיקים, והאם אין מקום לבחון כל טיפול לגופו ואת המחקר מאחוריו? וגם, האם יכול להיות שדווקא הסדרה של התחום היא הפתרון לחלק מהחסרונות הללו?

נראה כי תחום הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית הוא תחום רחב שכולל לצד טיפולים שהוכחו במחקרים רבים כמסייעים, טיפולים שנראה כי אינם עוזרים ואף מזיקים. חשוב אפוא להבדיל גם בין טיפולים כמו צמחי מרפא שעלולים לגרום לתופעות לוואי או לאינטראקציה עם תרופות אחרות לבין טיפולים עם שיעור סיכונים נמוך עד אפסי, כמו דיקור סיני, טאי צ'י או רפלקסולוגיה.

למשל, מחקר שהתפרסם ב־2010 באחד מירחוני הרפואה הנחשבים ביותר בעולם, ה־New England Journal of Medicine, הראה כי טאי צ'י שיפר משמעותית את איכות חייהן של חולות פיברומיאליגיה, תסמונת כאב עם טיפול תסמיני בלבד. אמנם המחקר שפורסם לא היה מטא־אנליזה גדולה ומורכבת שכללה איסוף מידע ממספר רב של מחקרים, אך הוא הראה תוצאות מצוינות לטיפול לא תרופתי שאינו כולל תופעות לוואי ושיפר משמעותית את איכות חייהן של המטופלות.

דווקא כשנשאלת ד"ר גמוס לגבי דעתה על גישה מתירנית לגבי טיפולים ברפואה המשלימה, לפיה "גם אם זה לא הוכח מאוד מחקרית, וגם אם זה פלצבו, זה עוזר קצת, ואם משהו עוזר, אז זה גם משהו", היא מציגה גישה בלתי מתפשרת: "זו גישה נחמדה, אך התחום מתקדם וכבר צריך להציג קבלות. צריך להמשיך ולחקור את הטיפולים ולשים דגש מיוחד על טיפולים עם הוכחות משמעותיות, כמו למשל את העדויות באשר לדיקור סיני לטיפול בכאב כרוני או במצבים דלקתיים, שהן כל כך משמעותיות שקשה להתעלם מהן".



ד"ר דורית גמוס, מנהלת השירות לרפואה משלימה ואינטגרטיבית במרכז הרפואי שיבא. צילום פרטי

"נכון להיום, אין הסדרה של התחום, אף טיפול משלים לא קיים בסל שירותי הבריאות ובקופות המבוטחים מסתמכים בעיקר על הביטוחים המשלימים. במקביל, הציבור דווקא השכיל להתקדם ולנצל את היתרונות הטמונים ברפואה המשלימה"



אי הסדרת התחום בישראל וצמיחת השירותים בקופות ובבתי"ח

למרות שניכר כי הסדרה של מקצועות הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית היא צורך ממשי, כיום כמעט ואין במדינת ישראל הסדרה בתחום, זאת למרות שבמהלך השנים נבחנה הסוגיה על ידי גורמים מקצועיים והועלו הצעות להסדרה.

ההתייחסות הראשונה בחוק לענייני רפואה משלימה היא ככל הנראה בפקודת הרופאים 1976 שקובעת, בין היתר, כי העיסוק ברפואה מותר אך ורק לרופאים מורשים, ובאחר הסעיפים מצוין כי "מי שאינו רופא מורשה לא יעסוק ברפואה ולא יתחזה, במפורש או במכללא, כעוסק ברפואה או כמו כן לעסוק בה", כשהגדרת המונח "עיסוק ברפואה" רחבה, והיא מתייחסת במפורש גם לריפוי באמצעות

דיקור. עם זאת, ישנם כמה סייגים בפקודה, כולל מתן היתר למנכ"ל משרד הבריאות לקבוע הוראות לעיסוק בדיקור בפיקוח של רופא מורשה¹⁰.

כעשור לאחר מכן נחקק חוק השימוש בהיפנוזה 1984, שאוסר על שימוש בהיפנוזה על ידי מי שלא הוסמך בידי המדינה לכך ומותיר את העיסוק רק לרופאים, לרופאי שיניים או לפסיכולוג מומחה. החוק הוא ייחודי בנוף הרפואה המשלימה, שכן לפניו ומאו שחוקק לא נחקק חוק דומה אחר הקשור לרפואה משלימה.

בשנת 1988 התכנסה הוועדה הציבורית הראשונה בתחום הרפואה המשלימה, ועדת אלון לבדיקת נושא הרפואה המשלימה בישראל, ותוצאותיה התפרסמו בשנת 1991. הוועדה הגדירה את המצב החוקי של הרפואה המשלימה בישראל כ"רחוק מלהשביע רצון" והמליצה <

טיפול בדיקור סיני
אילוסטרציה: שאוטרסטוק



עדות לגישה השטחית של מערכת הבריאות אל הרפואה המשלימה: כמעט כל סוגי הטיפולים ממומנים באופן זהה על ידי הביטוחים המשלימים, בעוד שהטיפולים היותר מוכחים כמו דיקור סיני עומדים בשורה אחת לצד טיפולים פחות מוכחים כמו הומאופתיה

לשנות את הוראת הסעיף בפקודת הרופאים בדבר ייחוד העיסוק במקצוע הרפואה, באופן שייקבע שטיפולים מסוימים יישארו בידי רופאים מוסמכים, ויותר לעוסקים ברפואה אלטרנטיבית לערוך טיפולים שאינם מסבים נזק או מהווים עבירה על החוק במי שמבקש זאת מרצונו החופשי⁽¹⁾. ד"ר גמוס מספרת כי לאחר פרסום המלצות דו"ח ועדת אלון החלו להיפתח מרפאות לרפואה משלימה בבתי החולים. הראשונה שבהן היתה בבית החולים אסף הרופא, וכמה שנים לאחר מכן בשנת 1994, הוקמה מרפאה גם ב"שיבא", אליה הצטרפה כשנה לאחר הקמתה. דו"ח מבקר המדינה שפורסם ב־1995 ציין כי "הפעולות שנקט משרד הבריאות בתקופה שחלפה ממועד הגשת המלצות ועדת אלון ועד למועד הביקורת אינן מספיקות" וכי "אי הסדרת התחום יוצרת סכנה של הטעיית הציבור". לדברי ד"ר גמוס, עם הזמן הרפואה המשלימה החלה להיכנס לקופות החולים כחלק מהביטוחים המשלימים, כאשר לקראת סוף שנות ה־90 של המאה הקודמת ותחילת שנות ה־2000, הרפואה

המשלימה היתה כבר במרבית קופות החולים. בשנת 2002 הועלתה הצעת חוק להסדרת העיסוק בדיקור סיני שהועלתה לקריאה שנייה ושלישית, אך לבסוף לא אושרה. באותה שנה הוקמה גם בהסתדרות הרפואית החברה הישראלית לרפואה משלימה, בראשות ד"ר גמוס שכינה בתפקיד כחמש שנים. "בשנת 2004 הוקמה ועדה נוספת במטרה לעשות הסדרה של התחום. כשישבנו מול הנציגים של משרד הבריאות, הם אמרו לנו שהם לא יורעים כיצד ניתן לרשות מקצועות שהם לא אקדמיים, וכי אם רפואה משלימה תיכנס לאקדמיה, הם יוכלו לעבוד על תהליכי הרישוי", מספרת ד"ר גמוס. "ניגשנו לעבודה ובנינו תכנית אקדמית לרפואה משלימה, כשלקראת סוף דיוני הוועדה, המכללה למינהל בשיתוף אוניברסיטת בן גוריון הגישה תכנית אקדמית למל"ג לתואר ברפואה משלימה. לצערנו, בסופו של דבר החליט המל"ג בדיון שנערך כי אין מקום באקדמיה לרפואה משלימה עקב סוגיית חוסר הבסיס המדעי שלה, ובוה התפורה הועדה ללא תוצאות. מאז לא היתה התקרמות בנושא", מציינת

מימון ציבורי לשירותי רפואה משלימה?

כאמור, כיום טיפולי הרפואה המשלימה והאינטגרטיבית אינם כלולים בסל שירותי הבריאות. מעניין לציין כי דווקא אגף השיקום במשרד הביטחון מציג גישה מתקדמת בנושא, כשנכי צה"ל שפגיעתם הוכרה כפוסט טראומה, פגיעה נפשית או פגיעת ראש זוכים מאגף השיקום להחזר הוצאות בסך 6,000 שקל לשנה לרפואה משלימה וטיפולים אלטרנטיביים.

גוף ממשלתי נוסף שמראה פתיחות לתחום הוא הביטוח הלאומי, המאפשר לנפגעי תאונת עבודה לקבל מימון לטיפולי רפואה משלימה ישירות מהביטוח הלאומי בהיקף מוגבל ורק במתקני קופות החולים ובאמצעותן. מודל זה של הביטוח הלאומי מייצר למעשה מעיין "הסדרה" קלה של הטיפול, שכן הוא מייצר סינון, גם אם לא משמעותי, למטפלים המשתתפים בהסדר בלבד, כך שהם חייבים להיות שייכים למתקני קופות החולים, שם כביכול אמור להיות סינון מסוים של המטפלים. לקופות החולים גופי רפואה משלימה הנותנים שירותי רפואה משלימה במחיר מחירון לכלל הציבור, במחיר מעט מופחת לחברי הקופה ובמחיר מסובסד משמעותית לחברי הביטוח המשלים. עם זאת, הביטוחים המשלימים מציעים שירות מוגבל בעיקר בקופות הגדולות. כך למשל, "כללית" מציעה במסגרת הביטוח המשלים של "כללית מושלם" מימון של 60% מעלות הטיפולים ומגבילה אותם רק ל־20 טיפולים בשנה. גם ב"מכבי" המצב דומה, עם הנחה בגובה של כ־68% ממחיר המחירון לחברי "מכבי שלי", הנחה המוגבלת ל־20 טיפולים בשנה. בקופות הקטנות, לעומת זאת, המצב מעט שונה. ב"מאוחדת" ההגבלה תקפה ל־54 טיפולים בשנה בהשתתפות עצמית מופחתת לבעלי "מאוחדת שיא" ו־36 ל"מאוחדת עדיף", ובקופת חולים לאומית, לבעלי הביטוח המשלים אין הגבלה כלל על כמות הטיפולים השנתית בעלות מופחתת.

ועדיין, הסבסוד העיקרי קיים רק למבוטחים המשלמים תשלום נוסף על ביטוח בריאות מורחב במסגרת הקופה. כלומר, אדם הסובל מכאבים כרוניים שמעוניין בדיקור סיני ואינו בעל ביטוח משלים ייאלץ להיפרד ממאות שקלים לביקור. בנוסף, גם במידה שיש לו ביטוח משלים, הוא יוגבל למספר טיפולים מצומצם בקופות הגדולות. עוד עדות לגישה השטחית של מערכת הבריאות אל הרפואה המשלימה היא שכל או כמעט כל סוגי הטיפולים ממומנים באופן זהה על ידי הביטוחים המשלימים, בעוד שהטיפולים היותר מוכחים כמו דיקור סיני עומדים בשורה אחת לצד טיפולים פחות מוכחים כמו הומאופתיה. יש לציין כי בדומה לנאמר לעיל על הביטוח הלאומי, ניתוב המבוטחים לטיפול דרך הקופה באמצעות סבסוד הוא למעשה גם כן סוג של "הסדרה" קלה של התחום.

ד"ר גמוס, שכינה במהלך השנים כיושבת ראש הוועדה לשילוב רפואה משלימה בשיקום מטעם המועצות הלאומיות לשיקום, מספרת כי "במסגרת זו הגשנו לוועדת הסל הצעה להכניס את טיפולי ההיפנוזה כטיפול בכאב נוירופתי, בגוף ממשלתי נוסף שמראה פתיחות לתחום הוא הביטוח הלאומי, המאפשר לנפגעי תאונת עבודה לקבל מימון לטיפולי רפואה משלימה ישירות מהביטוח הלאומי בהיקף מוגבל ורק במתקני קופות החולים ובאמצעותן. מודל זה של הביטוח הלאומי מייצר למעשה מעיין "הסדרה" קלה של הטיפול, שכן הוא מייצר סינון, גם אם לא משמעותי, למטפלים המשתתפים בהסדר בלבד, כך שהם חייבים להיות שייכים למתקני קופות החולים, שם כביכול אמור להיות סינון מסוים של המטפלים. לקופות החולים גופי רפואה משלימה הנותנים שירותי רפואה משלימה במחיר מחירון לכלל הציבור, במחיר מעט מופחת לחברי הקופה ובמחיר מסובסד משמעותית לחברי הביטוח המשלים. עם זאת, הביטוחים המשלימים מציעים שירות מוגבל בעיקר בקופות הגדולות. כך למשל, "כללית" מציעה במסגרת הביטוח המשלים של "כללית מושלם" מימון של 60% מעלות הטיפולים ומגבילה אותם רק ל־20 טיפולים בשנה. גם ב"מכבי" המצב דומה, עם הנחה בגובה של כ־68% ממחיר המחירון לחברי "מכבי שלי", הנחה המוגבלת ל־20 טיפולים בשנה. בקופות הקטנות, לעומת זאת, המצב מעט שונה. ב"מאוחדת" ההגבלה תקפה ל־54 טיפולים בשנה בהשתתפות עצמית מופחתת לבעלי "מאוחדת שיא" ו־36 ל"מאוחדת עדיף", ובקופת חולים לאומית, לבעלי הביטוח המשלים אין הגבלה כלל על כמות הטיפולים השנתית בעלות מופחתת.

ברגש על כאבי פאנטום (תחושת כאב בגפה לאחר שנקטעה). ההמלצה נבעה מהטיפול הקונבנציונלי לכאב מסוג זה שאינו טיפול מוצלח במיוחד, ומכך שנראה כי עולה הן מהמחקר הרפואי והן מהשגרה הקלינית שלנו כי הטיפול עשוי להועיל משמעותית למטופלים. בנוסף, חשבנו שהבחירה בהיפנוזה היא בחירה מתאימה במיוחד לאור כך שזוהו תחום הרפואה המשלימה היחיד שמוסדר בארץ במסגרת חקיקה וכל מי שרשאי לעסוק בו נמצא תחת רישוי של משרד הבריאות. כלומר, כל מי שעוסק בהיפנוזה הוא איש בריאות שעבר הכשרה אקדמית מקיפה, רופא או פסיכולוג מומחה, כך שהסינון לעיסוק במקצוע כבר קיים".

עם זאת, היא מתארת כי "לאחר שהגשנו את המסמכים, אפילו לא זכינו להתייחסות, ובריעבר רק שמעתי בדרך עקיפה שזה הגיע לרופא שאחראי על הנושא שאמר ש'הכל קשקוש' ודחה את הבקשה על הסף". ד"ר גמוס מסבירה כי "הגישה הזו של חלק מהעוסקים ברפואה קונבנציונלית אינה מחוזה נדיר, והיא מהווה חסם לאימוץ הטיפולים המשלימים לסל הבריאות שכן הוכחו מחקרית". חוסר העניין של המדינה ומשרד הבריאות בהסדרת הנושא ומספר הוועדות המצומצם שקמו, האחרונה שבהן לפני כמעט 20 שנה, אינם מבשרים טובות לאנשים התומכים בהחלטה להכניס חלק מטיפולי הרפואה המשלימה לסל. עם זאת, הביקוש ההולך וגובר ואוסף העדויות שמצטבר עם השנים עשויים להשפיע על קובעי המדיניות לשקול את הכללת חלק מהטיפולים בסל שירותי הבריאות. "אני מאמינה כי התחומים הרלוונטיים ביותר כרגע להכנסה לסל שירותי הבריאות הם היפנוזה ודיקור לטיפול בכאב כרוני", מציינת ד"ר גמוס, "הן בגלל האמור לעיל לגבי הסדרת תחום ההיפנוזה בארץ והן בגלל הראיות החזקות לגבי יעילותם

ובטיחותם בטיפול בכאב כרוני. מעבר לכך, העלות של הטיפולים הללו היא זניחה בהשוואה לטיפולים אחרים לכאב כרוני כמו טיפולים פולשניים ומסתכמת בעיקר בעלויות של כוח האדם המבצע את הטיפול. מנגד, הנכות והסבל שנחסכים מאדם עם כאב כרוני הם משמעותיים, וגם לכך יש משמעות כלכלית כמו אוברן ימי עבודה ועומס כבד על המערכת". בהקשר זה היא מבקשת לציין את הטיפול הקיים לכאב כרוני, שכולל שימוש בתרופות כמו אופיואידים שמבוצע בהם שימוש משמעותי לרעה לעתים קרובות, לצד סטרואידים ו־NSAIDs (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs), שכוללים תופעות לוואי לא זניחות. הנחיות ה־NIH שפורסמו בספטמבר 2019 על רקע מגיפת האופיואידים בארה"ב המליצו על הקמת פרויקטים מחקריים בהובלת המרכז לרפואה משלימה (השייך ל־NIH), שהמיקוד שלהם הוא לפתח טיפולים לא פרמקולוגיים לכאב כרוני, שנותנים תמורה טובה עבור הכסף (cost-effective) כשהם מציינים את העדויות לטובת הטיפולים ברפואה משלימה כמו יוגה, דיקור, טאי צ', עיסוי, כירופרקטיקה ואוסטאופתיה.

"באופן ספציפי", אומרת ד"ר גמוס, "הם ציינו לטובה את העדויות החזקות במיוחד של הטיפול בדיקור לכאב כרוני. שנתיים קודם לכן, אותה הוועדה של ה־NIH פרסמה גם בירחון החשוב JAMA את ההמלצה שהוגדרה כ'עדויות חזקה' לשימוש בהיפנוזה כטיפול לכאב ממקור סרטני". ד"ר גמוס מסכמת: "חשוב לי לציין כי כמובן שלא כל כאב יכול להיפתר בעזרת רפואה משלימה וכי פעולות פולשניות עלולות להיות לעתים הכרחיות. עם זאת, במצבים שבהם לרפואה משלימה יש תפקיד מוכח קלינית, למה לא להקל על המטופלים ועל המערכת?".

ספרות:

1. <https://www.nccih.nih.gov/research/statistics-on-complementary-and-integrative-health-approaches>
2. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA. 1998 Nov 11;280(18):1569-75.
3. Health survey, Central Bureau of Statistics, 1 January 2009, https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/3b4c6b58-e9f7-e411-80c8-00155d010977/2_3b4c6b58-e9f7-e411-80c8-00155d010977_11_10397.pdf
4. Shmueli A, Igudin I, Shuval J. Change and stability: use of complementary and alternative medicine in Israel: 1993, 2000 and 2007. Eur J Public Health. 2011 Apr;21(2):254-9.
5. <https://www.abpsus.org/integrative-medicine-defined/>
6. NIH Consensus Conference. Acupuncture. JAMA. 1998 Nov 4;280(17):1518-24.

7. https://www.ima.org.il/userfiles/image/Ne111_Acupuncture.pdf
8. Cloutatre DL. Kava kava: examining new reports of toxicity. Toxicol Lett. 2004 Apr 15;150(1):85-96.
9. Sparreboom A, Cox MC, Acharya MR, Figg WD. Herbal remedies in the United States: potential adverse interactions with anticancer agents. J Clin Oncol. 2004 Jun 15;22(12):2489-503.
10. הסדרת מקצועות הרפואה האלטרנטיבית. מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עו"ד גלעד נווה, 2010 https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/0b566b58-e9f7-e411-80c8-00155d010977/2_0b566b58-e9f7-e411-80c8-00155d010977_11_6810.pdf
11. דין וחשבון לבדיקת נושא "הרפואה המשלימה בישראל" של ועדת אלון, 1991 <https://www.medethics.org.il/article/rc031353a/>