

לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל¹

אורי אבירם²

עם תום העשור הראשון ליישומה של הרפורמה השיקומית בבריאות הנפש ניתן ואף ראוי להעריך את השינויים שחלו במערכת בעקבות רפורמה זו ולהתייחס לסוגיות שהתעוררו ולנושאים שיהיה צורך להתמודד עמם בהמשך. זוהי מטרתו של מאמר זה. לצד סקירת ההישגים של הרפורמה ותרומתה לשינויים בשירותי בריאות הנפש, המאמר עומד על הסיכונים שהיא ניצבת לפניהם ועל הסוגיות שעליה להתמודד עמן. המקורות כוללים נתונים ממאגרי נתונים ממשלתיים, מניתוחים שנעשו על הנושא ומחוות דעת של מומחים. הניתוח מתמקד באלמנטים המרכזיים המגדירים בפועל את מערך השיקום – לקוחות, תקציב, כוח אדם ושירותים – ומתייחס לסביבה התפקודית של מערך זה, וכן עומד על הטעון התייחסות, מחקר, תיקון ושיפור.

1 נוסחים קודמים הוצגו בסדנה הבינלאומית לציון עשור לחוק שיקום נכי נפש בקהילה (קיסריה, אוקטובר 2010), שאורגנה בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, בהשתתפות המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, וכן ב-International Congress on Law and Mental Health, Berlin, July 2011^{32nd}. אני מבקש להודות ליגאל גינת, ג'וני גל, דייוויד רועה, אליהו שמיר ויחיאל שרשבסקי וכן לשלושת השופטים האנונימיים על הערותיהם המועילות לגרסה הקודמת של מאמר זה. מובן שהאחריות למה שנכתב במאמר היא שלי.

2 בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

מבוא

עם תום העשור הראשון ליישומה של הרפורמה השיקומית בבריאות הנפש ניתן ואף ראוי להעריך הערכה ראשונית את השינויים שחלו במערכת בעקבות רפורמה זו ולהתייחס לסוגיות שהתעוררו ולנושאים שיהיה צורך להתמודד עמם בהמשך. זוהי מטרתו של מאמר זה.

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה נחקק בשנת 2000 ותוקצב לראשונה בשנת 2001. עשר שנים לאחר מכן, כ-16,000 איש הסובלים מנכות על רקע נפשי מקבלים שירותי שיקום בקהילה מכ-550 שירותי שיקום שונים (משרד הבריאות, 2009; משרד הבריאות, המחלקה למידע ולהערכה, דיווח אישי, 18/10/2011). מאז שהוחל ביישום הרפורמה השיקומית לפני כעשור, גדל התקציב הממשלתי לשיקום נכי נפש בקהילה (בערכים קבועים) בשיעור של כ-800%, והוא מתקרב כיום לחצי מיליארד ש"ח (משרד האוצר, 2001, 2010a; Aviram, 2011). זאת ועוד, חלקו של תקציב השיקום בתקציב הכולל של שירותי בריאות הנפש גדל באופן דרמטי. בעוד שערב יישום החוק עמד התקציב הממשלתי לשיקום נכי נפש בקהילה על כ-4% מהתקציב הממשלתי לבריאות הנפש, בשנת 2009 הוא הגיע ל-25% מתקציב זה (Aviram, Ginath, & Roe, 2012).

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה (2000) הוא אחד החוקים החברתיים החשובים שנחקקו בארץ ומן המתקדמים מסוגו בעולם (Aviram, 2011b; Drake, Hogan, Slade, & Thornicroft, 2011). החוק מתבסס על גישות מתקדמות וחדשניות לשיקום ושילוב קהילתי של אנשים הסובלים ממחלות נפש, ומשקף את מחויבות החברה לאנשים הסובלים מנכות על רקע נפשי. מטרתו לשפר את איכות חייהם ולסייע בהחלמתם ובשילובם בחברה (שרשבסקי, 2006; Aviram, Roe, & Ginath, 2012; Drake et al, 2006). חוק זה אף ראוי לתשומת לבן של מדינות אחרות השוקלות רפורמות בתחום השיקום הפסיכיאטרי (Goldman & Frank, 2012).

הרפורמה השיקומית סייעה במידה מרובה לשינויים אחרים שהתחוללו בשירותי בריאות הנפש. למעשה היא מהווה מרכיב כבד משקל בניסיונה המתמשך של מדינת ישראל להסיט את מוקד הטיפול באנשים הסובלים ממחלות נפש ממערכת המושתתת בעיקרה על בתי חולים פסיכיאטרים לקהילה (אבירם, 2007; אבירם, גיא וסייקס, 2006; Aviram, 2010). במידה לא מבוטלת ניתן לזקוף לזכות הרפורמה השיקומית את צמצום שיעור המיטות הפסיכיאטריות בארץ, את הירידה הדרמטית בשיעור המאושפזים הפסיכיאטרים וכן את קיצור משך האשפוז הפסיכיאטרי הממוצע (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2001, 2011; משרד הבריאות, 2009). אף שאין לתלות שינויים אלה באופן בלבדי ברפורמה זו, ספק רב אילו היו מתאפשרים בלעדיה.

אמנם מוקדם מדי להעריך את התוצאות ארוכות הטווח של הרפורמה השיקומית, אבל יש בידינו כבר די מידע על השינויים שחלו בעשור שחלף מאז יישומה. חשוב ביותר כבר בעת הזו, על סמך העדויות הראשוניות שבידינו, לאתר את הסוגיות שהמערכת מתמודדת עמן ולדון בנושאים המחייבים תיקון לקראת המשך יישומו של החוק לשיקום נכי נפש בקהילה.

המקורות שהניתוח מתבסס עליהם כוללים נתונים ממאגרי הנתונים של משרד הבריאות ושל הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ונתונים תקציביים המתפרסמים בספרי התקציב השנתיים. אף שמעטים הם המחקרים שבדקו היבטים שונים של הרפורמה השיקומית, אפשר להיעזר באחדות מן התוצאות שהתפרסמו עד כה. מקורות אחרים לניתוח ולמסקנות היו מספר כנסים וסדנאות שנערכו בנושא, דיוני המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה וראיונות עם מומחים.

לצורך בחינת שירותי השיקום והסוגיות הקשורות ליישום החוק אתייחס בעיקר לתחום המוגדר של השיקום בקהילה הלכה למעשה ולסביבתו התפקודית (Aldrich, 2008; Emery & Trist, 1965), כלומר לכל אותם ארגונים וגופים עיקריים המאפשרים את פעולתו ולמעשה את עצם קיומו של הארגון או התחום השירותי שבמוקד ענייננו. כיוון שהשיקום הוא חלק משירותי בריאות הנפש, יתייחס המאמר אף לשינויים שחלו במרכיבים האחרים של שירותי בריאות הנפש, שיש להם נגיעה ישירה למערך השיקום.

הניתוח יתמקד בעיקר בבחינת שלושת המרכיבים הקריטיים של המערך השיקומי (האופייניים בעצם לכל מערך שירותי): לקוחות, תקציבים וכוח אדם. מרכיבים אלה מגדירים למעשה מבחינה אופרטיבית את הארגון המעניק שירותים (Bardach, 2009). לאור אלה ייבחנו שירותי השיקום והמערך הארגוני של מערכת השיקום. הניתוח יתייחס גם לחקיקה הנוגעת לנושא וכן לבעלי העניין העיקריים ולאינטרסים השונים הנוגעים למערך שירותי השיקום לנכי נפש בקהילה.

הדיון יעסוק באוכלוסיית היעד ובשינויים שחלו בה מאז הוחל ביישום החוק. יידונו סוגיות הקשורות למקורות הכספיים להפעלת המערכת ולסדרי העדיפויות המשתקפים בהקצאות התקציביות, כמו גם לשירותים הניתנים ולחסרים הקיימים. כמו כן יידונו נושאים הקשורים להכשרת כוח אדם, למחקר ולהערכה, למערכת היחסים עם גורמים אחרים בשירותי בריאות הנפש, במערכת הבריאות והרווחה בכלל וכן אלה הנוגעים לבעלי עניין אחרים הפועלים בסביבות שבהן פועל מערך שיקום נכי הנפש בקהילה.

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה (2000) מתבסס על שני עקרונות יסודיים: (1) לאדם הסובל מנכות על רקע נפשי יש זכות בסיסית לשיקום; (2) סל שירותי השיקום שיוקצה לנכה הנפשית יתבסס על שיקול מקצועי בלבד. החוק גם מציין כי סל השירותים ניתן על בסיס תוכנית שיקום פרטנית, המעמידה במקד את האדם ואת שאיפותיו.

הזכאות לשירותי שיקום חלה מגיל 18 שנים ומעלה. היא מותנית בחוות דעת מקצועית של פסיכיאטר, הקובעת שהאדם זקוק לשירותי שיקום, ובעמידה באמות המידה של המוסד לביטוח לאומי, הקובעות שעליו להיות בעל נכות רפואית על רקע נפשי בשיעור 40% לפחות. אדם זה רשאי לפנות לוועדת שיקום אזורית, המורכבת מאנשי מקצוע בתחום השיקום, ולבקש שירותי שיקום. ועדה זו בוחנת את מצבו ואת צרכיו, ולאור ממצאיה מקצה לו שירותי שיקום מתוך סל שיקום שנקבע בחוק. סל זה כולל שירותי שיקום עיקריים וחיוניים, כמו מגורים, תעסוקה, השלמת השכלה, פעילות חברתית בשעות הפנאי, וכן סיוע למשפחות נכי נפש, רפואת שיניים ושירותי ניהול טיפול (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000).

התהליך שהוביל לחקיקת החוק – הגורמים שהיו מעורבים בו והנסיבות שאפשרו את חקיקתו – הוא רב עניין, וניתן ללמוד ממנו הרבה על רפורמות בתחום בריאות הנפש, הבריאות והרווחה ועל שינויים חברתיים בכלל. לא ארחיב בנושא זה, הן משום שהוא חורג ממוקד המאמר והן משום שנדון כבר במידת מה במקומות אחרים (אבירם, 2010א, ב; אליצור ועמיתים, 2004; המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2009; חבר ועמיתים, 2006; סייקס, 2006; שרשבסקי, 2006). ראוי לציין כאן כי ספק אם חוק הרפורמה השיקומית היה נחקק ומיושם, אילו היה פוגע בבעלי העניין העיקריים בתחום בריאות הנפש. העובדה שמומן ב"כסף חדש" ולא רק שלא פגע בבתי החולים הפסיכיאטרים, אלא אף שיפר את מצבם, היתה לדעתי גורם רב משקל שאפשר את חקיקת החוק (אבירם, 2010א; המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות, 2009).

חקיקת החוק היתה תולדה של מנהיגות ונחישות של קבוצת אנשים, ובראשם חברת הכנסת לשעבר תמר גוז'נסקי, ניצול הזדמנות ושיתוף פעולה מטעמו של הממסד המינהלי במשרד הבריאות, תמיכה (אמנם מסויגת ומותנית) מצדו של משרד האוצר וכן נסיבות מיוחדות שאפשרו להעביר הצעת חוק פרטית. אילו היתה הצעה זו מוגשת כיום, ספק אם היתה זוכה לאישור, שכן באותה תקופה יכלה הכנסת לאשר הצעות חוק פרטיות שהיו כרוכות בהוצאה תקציבית כבדה ללא אישור קודם של הממשל. לאחר שאושר חוק השיקום, כמו חוקים אחרים שהגישו חברי כנסת כהצעות פרטיות, נמנעה אפשרות כזו

באמצעות חקיקות בשנים 2002 ו-2003 במסגרת חוק ההסדרים (חוק יסוד: משק המדינה, 2002, 2003).

כמו במקרים רבים של חקיקה, יכלה הקואליציה שתמכה בחוק לסמל "ברית לא-קדושה" של גורמים שונים שחברו זה לזה ממניעים שונים ומתוך ציפייה לתוצאות שונות. בקואליציה שתמכה בחוק היו ללא ספק כאלה שראו בו בעיקר שיפור בשירותים לנכי נפש וקידום זכויותיהם ואיכות חייהם. אך היו גם אלה שלא היו חוברים לקואליציה שתמכה בחוק, אלמלא ראו בו גם מנוף לצמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות, לצמצום כוח האדם המועסק בשירות הציבורי ולחיסכון כספי (אבירם, 2010א; שרשבסקי, 2006).

תמיכתו של משרד האוצר בחוק וביישומו היתה קריטית. אמנם כמעט עד לשלביו האחרונים של התהליך שהוביל לחקיקת החוק התנגד לו האוצר, שכן חשש מהעלויות התקציביות שיהיו כרוכות ביישומו, אבל כשהבין שפוליטית לא ניתן יהיה לעצור את החקיקה, שינה את עמדתו. ואולם הוא התנה את תקצוב החוק בצמצום מספר המיטות הפסיכיאטריות שיביא בסופו של דבר לחיסכון כספי (תקשורת אישית, תמר גוז'נסקי, 9/2/2010; שרשבסקי, 2006; הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, 2001). כפי שנראה בהמשך, נושא הזכאות לשיקום והחשש מעלויות תקציביות בלתי מבוקרות המשיכו להעסיק את משרד האוצר והביאו אף להכללת סעיף מיוחד (ס' 12) בהצעת החוק לרפורמה בבריאות הנפש (הרפורמה הביטוחית), שעברה בקריאה ראשונה בכנסת, ואשר אמורה היתה להגביל למעשה את חוק השיקום (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 2007). עמדה זו של משרד האוצר מהווה את אחד האתגרים העיקריים של הרפורמה השיקומית לקראת כניסתה לעשור השני ליישומה.

הרפורמה השיקומית והשינויים שחלו במערך שירותי בריאות הנפש בעשור האחרון

הרפורמה השיקומית היתה אחד הגורמים העיקריים, אם לא העיקרי שבהם, שאפשרו את השינוי הדרסטי במספר המיטות הפסיכיאטריות בישראל. בעשור שבין 1999 ל-2009 הוא פחת ב-50%. באותו עשור חל גם שינוי בדפוסי האשפוז: מספר ימי האשפוז הצטמצם מאוד; משך האשפוז הממוצע התקצר במידה רבה; גם מספרם של המאושפזים הממושכים באוכלוסיית המאושפזים פחת במידה משמעותית; אנשים ששחררו מאשפוז נשארו בממוצע זמן ארוך יותר בקהילה לפני שנזקקו לאשפוז חוזר (אבירם, 2010ב; למ"ס, 2001, 2011; לרנר והורניק-לוריא, 2010; משרד הבריאות, 2002, 2009; Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012).

כד בכד עם שינויים אלה, אי אפשר להתעלם מן העובדה כי בתקופה הנידונה לא נסגר אף בית חולים ממשלתי אחד (ראו למשל בית המשפט העליון [בג"ץ], 2004), וזאת בניגוד למה שהתרחש במדינות אחרות שצמצמו במידה רבה את מספרם של המאושפזים הפסיכיאטרים וסגרו גם בתי חולים פסיכיאטרים רבים (Goodwin, 1997; Knapp et al., 2007; Leff, 2007; Mechanic, 2008; Mechanic & Rochefort, 1990). עוד ראוי לציין בעניין זה, כי שיעור הצמצום במספר המיטות הפסיכיאטריות, שנבע מסגירתם של בתי חולים פרטיים, היה גבוה בהרבה משיעור הצמצום במספרן של המיטות הפסיכיאטריות בבתי חולים ממשלתיים. בעוד ששיעור המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים הפרטיים פחת ב-84%, שיעור הצמצום של סוג מיטות זה בבתי החולים הממשלתיים עמד על 25% מסך המיטות שהיה בהם בראשית התקופה הנידונה (משרד הבריאות, 2006, 2009; למ"ס, 2002, 2011; תכתובת אישית, המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות, 4/9/2008, 27/3/2011).

זאת ועוד, אין להתעלם מכך שבפועל הוסבו חלק מהמיטות שנסגרו בבתי החולים הפסיכיאטרים הפרטיים למה שהגדיר משרד הבריאות כמגורים טיפוליים. מוסדות אלה משמשים לטיפול בנכי נפש קשים, שלא ניתן היה לשקמם במסגרת מערך השיקום בקהילה. בסוף 2008 עמד מספר המיטות במגורים הטיפוליים האינטנסיביים שפעלו במערכת על 480 והיווה 40% מתוך סך המיטות הפרטיות שנסגרו במהלך העשור (תכתובת אישית, המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות, 18/1/2010). תופעה זו דומה למה שקרה בארצות הברית בתקופה שבה התרחש תהליך האל-מיסוד, כאשר במקום המיטות שנסגרו בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים נפתחו מיטות חדשות במוסדות סיעודיים. תופעה זו הוגדרה כ-Trans-institutionalization. היא התרחשה, לא רק משום שהיה צורך במתקנים סיעודיים לאוכלוסייה שלא ניתן היה לשקמה בקהילה, אלא גם משום שהממשל היה מעוניין להחליף את הגורם המממן, לחסוך בהוצאות ולצמצם את כוח האדם שהמדינה מעסיקה (Lerman, 1982; Mechanic & Rochefort, 1978; Segal & Aviram, 1990). ניתן לשער שאינטרסים דומים היו גם בארץ. זאת ועוד, ייתכן שאחת הסיבות להסדר זה נבעה מהרצון לעמוד בהסכם שבין משרד הבריאות למשרד האוצר בדבר ההפחתה במספר המיטות הפסיכיאטריות (הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, 2001) או גם להתגבר על עיכובים שגרמו מנהלי בתי החולים הפרטיים בסירובם לשתף פעולה ובפנייתם לערכאות כדי למנוע את סגירתם (בג"ץ, 2004).

גם אם צמצום מספרן של המיטות הפסיכיאטריות בחלקן לא היה אלא הסבתן למיטות במוסדות אחרים, תאם המהלך את מדיניות הממשל, שכן הוא צמצם את המעורבות הממשלתית באספקת שירותי אשפוז, הפחית את מספר המועסקים במגזר הממשלתי ואף הביא לחסכון כספי לממשלה. כל המגורים הטיפוליים הם שירותים מופרטים שמפעילים עמותות או יזמים פרטיים. מספר המועסקים בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים פחת. בעוד מספר המועסקים במשרד הבריאות עלה במהלך העשור, מספר המועסקים בשירותי בריאות הנפש פחת במהלך אותה תקופה ב-10% בקירוב (משרד האוצר, 1999).

2008, 2009). השינוי הביא למדינה חיסכון כספי נכבד, שכן העלות הממוצעת של יום אשפוז במגורים טיפוליים היתה נמוכה בהרבה מזו שבבית החולים פסיכיאטרי; התעריף הממוצע ליום במגורים טיפוליים בשנת 2009 היה כ-40% מהתעריף לאשפוז של חולה כרוני (תעריף נמוך בהשוואה לאשפוז אקוטי) בבית חולים (אבירם, 2010א; משרד הבריאות, חוזר מנכ"ל מ-1/1/2010; ל' בוצר, שירותי בריאות הנפש, דיווח אישי, 7/11/2011).

הטענה הרווחת היא שתקציב השיקום היה למעשה "כסף חדש" שהתווסף לתקציב בריאות הנפש ולא היה כרוך בקיצוץ בתקציב בתי החולים הפסיכיאטריים, וזאת אף שמספרן של המיטות הפסיכיאטריות פחת במהלך העשור ב-50% בקירוב. בחינת תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים (בערכים קבועים) במהלך העשור תגלה שהוא אף עלה במידת מה במהלך התקופה. יתרה מזאת, בדיון זה איננו יכולים להתעלם מכך שאילו לא היה מספר ימי האשפוז בשנה פוחת במהלך העשור, בעקבות החלופה שהציעו שירותי השיקום, היתה העלות למדינה כמיליארד ש"ח נוספים מעבר להשקעתה בתקציב השיקום (Aviram, 2011a; Aviram, Ginath & Roe, 2012). כפי שניתן לראות מלוח 1, ככל שפחת מספר ימי האשפוז הפסיכיאטריים, עלה מספרם של נכי הנפש בקהילה בכלל ובמגורים נתמכים בפרט. בעוד שבשנת 2000 עמד מספרם של האנשים הסובלים מנכות פסיכיאטרית וגרים במגורים נתמכים בקהילה על כ-2000, בתום העשור הגיע מספרם ל-8,300 (משרד הבריאות, 2009; המחלקה למידע ולהערכה, משרד הבריאות, דיווח אישי, 29/7/2012). אלה היוו 54% מסך כל האנשים שקיבלו סלי שיקום מכל סוג שהוא. כאמור, באותה תקופה פחת מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים ב-50%, ומספר ימי האשפוז פחת ב-40%, מ-2 מיליון ימי אשפוז ב-1999 ל-1.2 מיליון ב-2009. אף שניתן לזקוף לגורמים שונים את הצמצום במספר המיטות הפסיכיאטריות ובמספר ימי האשפוז במוסדות פסיכיאטריים, סביר לטעון שהרפורמה השיקומית ומציאת פתרונות מגורים נתמכים לנכי נפש בקהילה היו גורם כבד משקל שאפשר צמצום זה.

משמעות הצמצום היתה חיסכון משמעותי. מספר ימי האשפוז השנתיים שנחסכו במהלך העשור 1999-2009 בהשוואה למספרם ב-1998 הגיע ל-16,631,776 ימים. על פי אומדן זהיר, אשר לקח בחשבון את העלות הנמוכה ביותר ליום אשפוז במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים (אשר יכולה לשמש גם כאומדן משוער לעלות בגין ימי אשפוז נוספים בבתי חולים פסיכיאטריים), נחסכו באותה תקופה למדינת ישראל כארבעה מיליארד ש"ח (במחירי 2009). בתקופה המקבילה עלה סך כל ההקצאות התקציביות לשיקום נכי נפש בקהילה אך במעט על שלושה מיליארד ש"ח. ההפרש בין הסכומים שנחסכו בגין הפחתה בימי אשפוז ובין ההוצאה הנוספת עבור מערך השיקום בקהילה הגיע אפוא למיליארד ש"ח (במחירי 2009). כך שבפועל אפשרה הרפורמה השיקומית לאוצר המדינה חיסכון לא מבוטל, מעל ומעבר להקצאות התקציביות עבור מערך השיקום בקהילה.

לוח 1
**חיסכון בימי אשפות כבתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלילים והתקציב לשיקום נכי נפש
 חיסכון בימי אשפות כבתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות פסיכיאטריות בקוד יוקר הבריאות ל-2009¹**

שנה	מספר נטו אשפות נטו	מספר ימי אשפות ימי אשפות	חיסכון בש"ח לפי מודר מיטה לאישפוז ממועד ²	מספר משתקמים בסוף שנה	מספר משתקמים בתחילת שנה	תקציב נכש על"ש, במחירים קבועים, 2009	תקציב לשיקום נכי נפש בקוד יוקר הבריאות	הפרש בין היסכון בעלות אשפות ותקציב שיקום נכי נפש בקוד יוקר הבריאות 2009	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	אלפי ש"ח	
1998	2,101,190	89,901	57,357	4,600	1,553	44,747	100	3,366	53,991	105.6	5.62	44,747	1,553	4,600	57,357	89,901	2,101,190	1998
1999	2,011,289	253,591	161,791	5,529	2,119	56,701	109.3	95,651	66,140	3.44	3.44	56,701	2,119	5,529	161,791	253,591	2,011,289	1999
2000	1,847,599	374,340	238,829	5,797	2,471	102,139	111.6	122,172	116,657	2.13	2.13	102,139	2,471	5,797	238,829	374,340	1,847,599	2000
2001	1,726,858	1,646,887	454,303	7,921	3,681	225,933	112.3	33,541	112,304	0.68	0.68	225,933	3,681	7,921	289,845	1,646,887	1,726,858	2001
2002	1,583,202	1,494,886	517,988	9,396	4,506	246,063	110.2	45,843	284,634	-1.93	-1.93	246,063	4,506	9,396	330,476	1,583,202	1,583,202	2002
2003	1,414,106	1,319,631	606,304	10,958	5,373	289,366	112.5	59,143	327,679	2.15	2.15	289,366	5,373	10,958	498,635	1,494,886	2003	
2004	1,204,628	1,194,629	438,360	12,247	6,149	299,322	114.3	104,481	333,879	1.52	1.52	299,322	6,149	12,247	438,360	1,414,106	2004	
2005	1,189,063	1,189,063	498,635	12,763	6,602	330,254	117.0	139,062	359,572	2.45	2.45	330,254	6,602	12,763	498,635	1,319,631	2005	
2006	1,204,628	1,204,628	572,007	14,067	7,238	375,754	118.9	169,417	402,589	1.62	1.62	375,754	7,238	14,067	572,007	1,204,628	2006	
2007	1,194,629	1,194,629	579,024	7,748	7,748	402,610	123.6	163,812	415,212	3.89	3.89	402,610	7,748	14,882	579,024	1,194,629	2007	
2008	1,189,063	1,189,063	581,937	15,469	8,302	444,818	127.4	137,119	444,818	3.13	3.13	444,818	8,302	15,469	581,937	1,189,063	2008	
2009	16,631,776	6,481,320	4,135,082					1,073,607	3,061,475								16,631,776	2009

- בגלל עיגול הסכומים יש הבדלים בין הסה"כ בין השורים והשורות.
 - הכסיס לחישוב החיסכון בימי אשפות הוא סה"כ בהשוואה למספר ימי האשפות בשנת 1998.
 - מחיר יום אשפות מעודכן ל-1/1/2010 על"פ ע"י חוזר מנכ"ל משרד הבריאות ליום אשפות ממועדן במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלילים. מחיר מיטה לאישפוז ממועד בתעריף 1/1/2010 - 638 ש"ח.
 - על"ש = על שנינויי.
- מקורות: ימי אשפות, מוסדות האשפוז ויחידות ליטופול יום בישראל, תחום מידי, משרד הבריאות.
 משתקמים בקהילה: משרד הבריאות, בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2008, והמחלקה למידי והערכה משרד הבריאות.
 לרינת יופה ולאיה פונגצ'ובה, המחלקה למידי והערכה, משרד הבריאות וכן לפני קידר ולהת דורי, משרד הבריאות

הניסיון לשנות את חוק שיקום נכי נפש בקהילה

כפי שקורה עם רפורמות ככלל, כך היו פני הדברים גם עם הרפורמה השיקומית. לאור שינוי הנסיבות והשינויים בסדרי העדיפויות של הגורמים שחברו יחד להעביר את החוק, נחלשה הקואליציה שתמכה ברפורמה. הישגי הרפורמה נתונים בסכנה, ללא שדולה ציבורית חזקה, שתשמור על הישגיה, וללא קבוצת בעלי עניין חדשים (כמו למשל יזמים פרטיים המספקים שירותי שיקום, ארגוני זכויות אדם, ארגוני משפחות החוששים מפגיעה בשירותים הניתנים לבני משפחותיהם נכי הנפש), שהמשך קיומה של הרפורמה חשוב בעיניהם.

הממשל, ובעיקר משרד האוצר, השיג כבר את הפחתת מספרן של המיטות הפסיכיאטריות, את החיסכון הכספי וכן את צמצום כוח האדם והפריט חלק מהשירותים עבור נכי הנפש. מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים, אשר הצליחו להפחית את מספרן של המיטות בלי שתקציבם ייגרע ואף נמנעו מסגירת בית חולים פסיכיאטרי, הפנו את מאמציהם לשימור הקיים ולפיתוחו (כמו השגת תקציבים לשיפור התנאים הפיסיים בבתי החולים (לדעתי, בצדק). נושא השיקום תפס מקום שולי בסדר היום שלהם. אמנם אנו רואים את ראשית גיבושה של שדולה חדשה למען השיקום, אבל דומה שהיא עדיין חלשה בהשוואה לרבות אחרות בתחום הבריאות והרווחה, מה גם שאין כמעט עניין ציבורי בנושא (ראו מיעוט הכתבות על הנושא באמצעי התקשורת).

משרד האוצר, כאמור, תמך בחקיקה רק בלית ברירה (תמר גוז'נסקי, תקשורת אישית, 8/10/2007), והסכים לתקצבו רק לאחר שהגיע להסכם עם משרד הבריאות (2001) על הפחתה מקבילה במספר המיטות הפסיכיאטריות (מ' שני, תקשורת אישית, 23/9/2007). ואולם האוצר המשיך להיות מוטרד מההשלכות התקציביות של הזכאות לשיקום המוקנית לאנשים על פי חוק השיקום. לכן כאשר חזרה ועלתה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (העברת האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, כפי שקבע בשעתו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1994), התנה האוצר את תמיכתו ברפורמה זו בהכנסת סעיף מיוחד (סעיף 12) להצעת החוק שהציעה הממשלה (ר' סובל, סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר, תקשורת אישית, 14/7/2008) (שהכנסת אישרה בקריאה ראשונה), המשנה את חוק השיקום, מגביל אותו (תקציבית) ולמעשה מעקר אותו מעקרון הזכאות החשוב שהיה מובנה בו (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 2007).

השינוי שהוצע היווה סכנה גדולה לחוק השיקום. שינוי זה נכפה למעשה על משרד הבריאות בידי האוצר, שהתנה את תמיכתו ברפורמה הביטוחית בהגבלת חוק השיקום (תקשורת אישית, א' ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, 2/1/2008). גורמים שונים, כמו משרד הרווחה, הרשויות המקומיות, אנשי המקצוע העוסקים בשיקום, בני המשפחה,

ארגוני זכויות, חברו כדי לסכל כוונה זו. ואכן לאחרונה, כאשר זנחה הממשלה את ניסיונה לסיים את הליך החקיקה של הרפורמה בבריאות הנפש (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 2007) ואישרה את הרפורמה באמצעות צו (בג"ץ, 5777/05, הודעת עדכון מטעם המשיבים, 5/6/2012), הוסר האיום של שינוי חוק שיקום נכי נפש, אך האיום על יישומו ההולם עדיין עומד בעינו. יישום החוק עלול להיפגע בשל אמצעים מינהליים ותקציביים, כפי שיפורט בהמשך.

סוגיות ואתגרים העומדים לפני הרפורמה השיקומית

מערך השיקום נאלץ להתמודד עם מספר לא מבוטל של בעיות. חלקן נובעות במישורן מסוגיות של מבנה ותהליכי מתן שירותי השיקום, וחלקן מסוגיות של הסביבה התפקודית של מערך השיקום, אשר יכולת המערך עצמו להתמודד עמן מוגבלת.

מכיוון שמערך השיקום אינו פועל בחלל ריק והוא תלוי במערכות אחרות כמו אלה של בריאות הנפש, של קופות החולים ושירותי הבריאות האחרים ושל שירותי הרווחה, מה שמתרחש באותן מערכות משפיע עליו. כך משפיעים לרעה על תפקודו ועל הישגיו העיכוב בהשלמת הרפורמה הביטוחית והדחייה במועד המתוכנן ליישומה וכן הפגיעה המתמשכת במערכת האמבולטורית.

שינוי ארגוני, פיקוח ובקרה

על מערך השיקום לעבור שינוי ארגוני ולהתאים את עצמו לשינויים הגדולים שחלו במערכת בזמן קצר יחסית. בעוד הדור הראשון של המנהיגות המקצועית והמינהלית, שהובילה את הרפורמה השיקומית, היה צריך ליצור בזמן קצר יש מאין, להיות יצירתי, לגלות יוזמה, ובהעדר נהלים והסדרים מינהליים ברורים בנוגע לשיקום, נאלץ לעצב חדשים ואף לאלתר כדי לעקוף מחסומים מינהליים קיימים, אין הדור השני של המנהיגות יכול לנהוג כך. אין זה אפשרי עוד. המערכת גדלה – אם נשתמש בדימוי – מחנות מכולת שכונתית קטנה לרשת סופרמרקטים כלל ארצית. מכיוון שהמערכת מורכבת מעובדי מדינה (למשל המטה ווועדות השיקום האזוריות), מארגוני המגזר השלישי (למשל עמותות כמו אנוש) ומארגונים למטרות רווח, מתחייבים מבנה ארגוני מתאים ונהלים מיוחדים. יש צורך במטה היכול לתכנן, להקצות ולפקח ובמערכת יעילה של פיקוח ובקרה.

לאחרונה עמדו מבקר המדינה והמועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (להלן המועצה לשיקום) על התחומים המחייבים תשומת לב מיוחדת (מבקר המדינה, 2007, 2010; המועצה לשיקום, 2009). המלצותיהם כללו בין השאר את הצורך לפתח בסיס נתונים מלא שיאפשר פיקוח ובקרה שוטפים ומחקר על אלה: תוצאות השיקום, תגבור מטה מערך השיקום (המועצה לשיקום, 2005, 2006, 2007), פיתוח תקנות ונהלים ברורים, תגבור ועדות השיקום האזוריות, הערכה תקופתית שוטפת של מצב המשתמשים בשירותים, רמת שיקומם והתאמת השירותים לשינויים שחלו במצבם, התאמתם לשינויים שחלים באופייה של אוכלוסיית היעד וכן היענות הולמת לצרכים המיוחדים של הפריפריה (המועצה לשיקום, 2009; מבקר המדינה, 2010; Roe et al. 2009; Aviram, 2011b).

סדרי עדיפויות, מחקר והערכה

מזה מספר שנים מושמעת מצד גורמים בממשל, בעיקר משרד האוצר ומשרד הבריאות, וכן מצדם של אנשי מקצוע ומשתמשים בשירותים הדרישה להערכת תוצאות מערך השיקום. דרישה זו עולה בקנה אחד עם מגמות בינלאומיות בתחום שיקומם של נכי נפש בקהילה (Slade, 2002a; Roe et al., 2009; Corrigan et al., 2008; Bond, 2008; Thornicroft & Tansella, 2009; Torrey et al., 2001). חשיבותם של מחקרים מבוססי ראיות לשם הערכת תוצאות השיקום הודגשה אף אצל מומחים בינלאומיים, אשר התייחסו לאחרונה ספציפית לחוק שיקום נכי נפש ויישום בארץ (Drake et al., 2011; Goldman & Frank, 2012). למרות הצהרות חוזרות ונשנות מצד שירותי בריאות הנפש ומשרד הבריאות בדבר החשיבות שהממשל מייחס לנושא, עד כה לא נעשה בתחום זה אלא מעט (למשל: לרנר והורניק-לוריא, 2010; Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2010; Roe, Werbeloff, & Golkopf, 2010). מחקרי הערכה על תהליכי השיקום ועל תוצאותיהם חשובים לא רק מבחינה מקצועית ותקציבית, אלא גם מבחינה ציבורית. אם לא ייערכו מחקרים כאלה בקרוב, הלגיטימציה של מערך השיקום בקהילה עלולה להיפגע, ויהיו לכך השלכות על תקצובו ועל אפשרות פעולתו התקינה.

ראוי היה שבדומה להסדר הנהוג על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי יוקצה באמצעות חקיקה או על ידי הסדרים מינהליים סכום קבוע מתקציב השיקום למחקר ולהערכה. שכן כאשר הגוף המבצע (בהשתתפות מומחים מבחוץ) הוא זה אשר צריך לקבוע את סדר העדיפויות לנושאי המחקר וההערכה, הרי שבדומה למקובל בעולם, גוף בלתי תלוי לחלוטין במערכת המבצעת הוא זה שצריך לבחון את הערך המדעי של הצעות המחקר ולהקצות את הכספים למחקרים.

היענות לצורך במחקרי הערכה אינה משימה פשוטה. יהיה צורך להסכים על הנושאים להערכה, להגדיר את המשתנים שיש למדוד ולאמץ או אף לפתח שיטות מקובלות

ומתאימות למדידתם (Slade, 2002a, b). לא מעט מההתערבויות הנוהגות כיום מתבססות על גישות ואמונות שאינן מגובות בראיות. זאת ועוד, מידת ההסכמה על אמות המידה להצלחה אינה גבוהה. אין זה אומר שאין הדבר אפשרי. ניתן לאמץ מודלים קיימים ואף הוצעו הצעות ספציפיות בעניין (המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2005-2011). לאחרונה נמסר על פרויקט הערכה של מערך השיקום שהוקם באוניברסיטת חיפה במימון משותף של קרן טאובר ומשרד הבריאות (וולפסון, 2011). יש לקוות כי פרויקט זה יקדם את הנושא וכי תוצאות המחקרים שייעשו במסגרתו יסייעו למשרד הבריאות בקביעת המדיניות לשיקום נכי נפש בקהילה.

פיתוח מערך הערכה יחייב מסד נתונים מלא. הנתונים הנאספים כיום על האוכלוסייה במערך השיקום ועל הפעולות הנעשות למענה הם חלקיים בלבד. ארבעת המומחים הבינלאומיים, שהשתתפו בסדנה הבינלאומית, שנערכה בארץ ב-2010 לציון עשור לחוק השיקום (Aviram, 2011b), אכן הדגישו את החשיבות של הקמת מסד נתונים, מדידת תוצרים ומגמות בשיקום וכן הערכת תוצאות מבוססות ראיות של פעולות השיקום (Aviram, 2011b; Drake et al., 2011).

ההערכות יצטרכו להתמקד, לא רק בשיטת התערבות זו או אחרת, אלא גם בהיבטים החברתיים והכלכליים של השיקום ובתרומת השיקום לחברה בכללותה, כפי שנעשה במדינות אחרות (למשל: Patronage, 1998; Patel & Knapp, 1998; Kessler et al., 2008; The Sainsbury Centre, 2003b). האומדנים הראשוניים שנעשו אינם מותרים מקום לספק בדבר חשיבותם של מחקרים אלה (אבירם, 2010א); למשל: בהתבסס על מחקרים של קסלר ועמיתיו (Kessler et al., 2008) והתאמתו לתוצר המקומי הגולמי ולגודל האוכלוסייה של ישראל (בן נון וקידר, 2007; למ"ס, 2011), ההפסד לתוצר המקומי הגולמי בגין אי העסקתם של נכי נפש בארץ נאמד ב-2.5 מיליארד דולר לשנה בקירוב. חישוב התועלות של שיקום נכי הנפש על כל מרכיביו, כמו דיור, תעסוקה, תרבות הפנאי וכו', יצטרך לקחת בחשבון גם את התועלת שתצמח למשפחות המטפלות בנכי הנפש ולכלכלה בכלל, שכן רבות מהמשפחות נאלצות להפסיד ימי עבודה בגין הטיפול בנכה הנפש בן משפחתם, וגם שיעור התחלואה הפיסית בקרבן גבוה יותר מאשר בקרב משפחות שאינן מטפלות בנכה נפש (Gallagher & Mechanic, 1996).

תנאי הכרחי לקידום מחקר והערכה בתחום הוא פיתוח והרחבה של קהיליית חוקרים המתעניינים בנושא. כיום אך מעטים עוסקים בכך. ניתן לסייע להרחבת קהיליית החוקרים על ידי מענקים ומלגות, אשר יעוררו עניין ויתאימו לאינטרסים האקדמיים של חוקרים צעירים וותיקים כאחד.

למותר לציין כי בשנים האחרונות הצטבר ברחבי העולם לא מעט ידע על שיטות התערבות יעילות ומועילות בתחום השיקום וההחלמה. כדי לקדם את הנושא, יש צורך לבנות

תוכנית רב שנתית המציבה סדרי עדיפויות למחקר ולהערכה של השירותים וכן מערכת שתרכז נתונים על תוכניות ושיטות התערבות מגובות בראיות, שהוכחו ושפעלו במדינות אחרות. אנשי מקצוע נוטים בדרך כלל לפעול על פי מודלים שהם מכירים ושהתנסו בהם בעבר, גם אם אין הוכחות ליעילותם. אין ספק כי פתיחת המערכת למה שנעשה בתחום במקומות אחרים בעולם ומתן תמריצים לניסיונות מבוקרים בארץ יעשירו ויקדמו את מערך השיקום.

אוכלוסיית יעד, תקציב, כוח אדם ושירותי השיקום

על ניתוח המשימות והאתגרים של מערך השיקום להתמקד במרכיבים העיקריים המגדירים את שירותי השיקום – אוכלוסיית היעד, המקורות הכספיים להפעלת המערכת, כוח האדם המיועד להפעלתה, ארגון המערכת והשירותים הלגיטימיים המיועדים ואלה הפועלים הלכה למעשה.

אוכלוסיית היעד – עשר שנים לאחר יישום חוק השיקום, מספרם של האנשים המקבלים סל שיקום הגיע ל-16,000 בקירוב.³ אלה הם רק 15%-20% מהאומדן של האוכלוסייה הזכאית לשירותי שיקום (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1998; אבירם ורוזן, 2002; שטרן ועמיתים, 2009; Aviram, Ginath, & Roe, 2012). גם אם נעריך שרק כמחצית (כ-50,000) מהזכאים יפנו לקבלת סלי שיקום, הרי מספר האנשים הנמצאים במערכת השיקום הוא רק שליש מהזקוקים בפועל לשירותי השיקום.

התכנון של משרד הבריאות שקבע כי המספר המרבי של משתקמים יגיע ל-22,000 בקירוב נופל בהרבה מהאומדן הזהיר ביותר שניתן לעשות. האומדן של משרד הבריאות מתבסס על הנחת גידול של 1,200 משתקמים לשנה במשך שבע שנים החל בשנת 2005.⁴ ההנחה בהסכם שבין משרד הבריאות למשרד האוצר היתה כי בתום התקופה תפסיק המערכת לגדול (תגיע ל-steady-state). לא ברור על סמך אילו הנחות נעשה תכנון זה, אולם גם על פיו היה מספר המשתקמים בסוף 2010 נמוך ב-2,250 מהמתוכנן (16,000 לעומת תכנון של 18,250).

לדעתי היתה התוספת של 1,200 משתקמים בשנה אמורה להשלים את החסר במערכת הצומחת מתוך מספר הזכאים לשירותי השיקום בראשית התקופה. בחישוב יש להוסיף גם

3 על פי נתוני המחלקה למידע והערכה של משרד הבריאות, בסוף 2010 קיבלו 15,969 איש סל שיקום. הנתון האחרון המעודכן לסוף 2011 הוא 16,509 משתקמים (תכתובת אישית, 29/7/2012).

4 סיכום בין משרד הבריאות לאוצר בנוגע להעברת מלוא האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. 17 בספטמבר, 2006. חתום בידי פרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, ורביב סובל, סגן הממונה על התקציבים.

את השינויים הדמוגרפיים שיתרחשו במשך התקופה. על פי נתוני הלמ"ס בין השנים 2005 ל-2010 גדלה ב-9% האוכלוסייה הזכאית על פי חוק לסל שיקום (גילאי 18 ומעלה). לפיכך היה מספרם של המשתקמים בסוף 2010 צריך להגיע ל-19,640 איש, המהווים תוספת של 23%. גם אם נקבל את עמדת האגף לתכנון, תמחור ותקצוב של משרד הבריאות הטוען שהתוספת של 1,200 משתקמים לשנה כוללת בתוכה גם את התוספות המתחייבות בגין השינויים הדמוגרפיים (חגי דרור, משרד הבריאות, האגף לתכנון, תמחור ותקצוב, תכתובת אישית, 20/9/2010), הרי כפי שצוין, מספר המשתקמים כיום בפועל נמוך בהרבה מהמתוכנן (ראו לוח 2).

לוח 2

מספר משתקמים מתוכנן על פי משרד הבריאות, מתוקנן על פי חישוב הכולל גם תוספות דמוגרפיות ומספרם בפועל בסוף שנה, 2010-2005

שנה	מספר משתקמים בסוף שנה	מספר משתקמים מתוכנן על פי משרד הבריאות	מספר משתקמים מתוקנן הכולל תוספות בגין גידול דמוגרפי
2005	12,247	12,500	12,250
2006	12,763	13,450	13,679
2007	14,067	14,650	15,132
2008	14,882	15,850	16,609
2009	15,469	17,050	18,112
2010	15,969	18,250	19,640

מקורות: מספר משתקמים בסוף השנה: המחלקה למידע ולהערכה, משרד הבריאות. מספר משתקמים מתוכנן על פי משרד הבריאות כולל תוספת של 1,200 משתקמים לשנה. מספר משתקמים מתוכנן + תוספות דמוגרפיות, מתבסס על תוספת של 1,200 משתקמים לשנה + תוספות בגין גידול דמוגרפי ממוצע של 1.7% לשנה על פי נתוני הלמ"ס לקבוצת הגיל של בני 18+.

כל תכנון של מערך השיקום יצטרך לקחת בחשבון מגמות דמוגרפיות מובחנות על פי מגזרי אוכלוסייה ספציפיים וקבוצות גיל ספציפיות. אלה יצטרכו להתייחס לידע מצטבר על שיעורי נכות פסיכיאטרית בקבוצות גיל שונות. למשל: ידוע כי שיעורי התחלואה הנפשית גבוהים בקרב האוכלוסייה המבוגרת מאשר אצל צעירים יותר (ראו, למשל, אבירם ורוזן, 2002; Ven den Berg et al., 2002; U.S. Surgeon General, 1999, p. 336). ספק גדול אם עד כה נלקח הדבר בחשבון בתכנון השירותים ובאומדנים של אוכלוסיית היעד. נתוני המוסד לביטוח לאומי על מקבלי קצבאות נכות, המשמשים במידה רבה לאומדן האוכלוסייה הזכאית הפוטנציאלית, אינם כוללים את אוכלוסיית הקשישים הסובלת מנכות פסיכיאטרית. הם נכללים יחד עם מקבלי קצבאות זיקנה.

אין אנו יודעים מדוע מספרם של המקבלים סלי שיקום אינו גדול יותר. יכולות להיות לכך סיבות שונות: תקציב חסר, מחסור בכוח אדם, הליכי איתור, זכאות והקצאה איטיים ומסורבלים, פעולה לקויה של מערכות אחרות הקשורות לשיקום ואולי אף מרכיבי סל השיקום עצמם. הבנת הסיבות לשיעור הנמוך יחסית של האוכלוסייה המקבלת שירותי שיקום ומאמץ כלל מערכתי להתמודדות נאותה עם הבעיה צריכים להיות בין המשימות העיקריות של המערכת עם כניסתה לעשור השני ליישום חוק השיקום.

סוגיה אחרת, שעשויה אף לשפוך אור על קודמתה, קשורה לעובדה ש-25%-30% מאלה שאושר להם סל שיקום לא מממשים אפילו מרכיב אחד מהשירותים שהוקצו להם. רבים אחרים בוחרים לממש רק חלק מהסל שהוקצה להם (אבירם, 2010; מבקר המדינה, 2007, 2010; משרד הבריאות, 2006, 2009; שטרן ועמיתים, 2009). מן הראוי לחקור בדחיפות תופעה זו ולתקן את המצב. מחסור במידע על תופעה זו של אי מימוש סלי שיקום שהוקצו מדגיש את החשיבות, שהוזכרה לעיל, של הקמת מסד נתונים מקיף על האוכלוסייה ועל שירותי השיקום הניתנים לה. דוגמה אחרת לחסרונו של מסד נתונים ראוי היא העובדה שאין לנו מידע על התפלגות האוכלוסייה הזכאית לשירותים בכלל ועל פי אזורי הארץ השונים בפרט. על מערכת השיקום להיענות על פי הנדרש לצורכי האוכלוסייה המתגוררת בפריפריה כמו גם לצרכיה של זו המתגוררת במרכז הארץ.

עוד עניין שיצטרך לקבל תשומת לב הוא אופייה המשתנה של אוכלוסיית היעד. לאחר הגל הראשון של נכי נפש ששוחררו מבתי החולים – אלה שהיו בחלקם הגדול חולים קשים וממושכים ששהו תקופות ארוכות בבתי החולים, אך למרות מוגבלותם הרבה לא היו במצב אקוטי – בא הגל השני השונה במידה מרובה מקודמו. לאור דיווחים אישיים של העוסקים בשיקום (המועצה לשיקום, 2009) מתקבל הרושם כי חלק מן הזכאים החדשים הם צעירים יותר ועם בעיות אקוטיות רבות יותר. כמו כן גדל מספרם של האנשים הסובלים מבעיות אקוטיות ואובחנה אצלם יותר ממחלה אחת (המועצה לשיקום, 2009). הניסיון בעולם וכן הספרות העוסקת בנושא מלמדים, שאוכלוסיות אלה מחייבות גישות התערבות שונות מהאוכלוסיות ששהו בעבר שנים ארוכות במחלקות האשפוז הממושך של בתי החולים הפסיכיאטרים, ושעלויות הטיפול והשיקום שלהן גבוהות יותר מאלה של הגל הראשון.

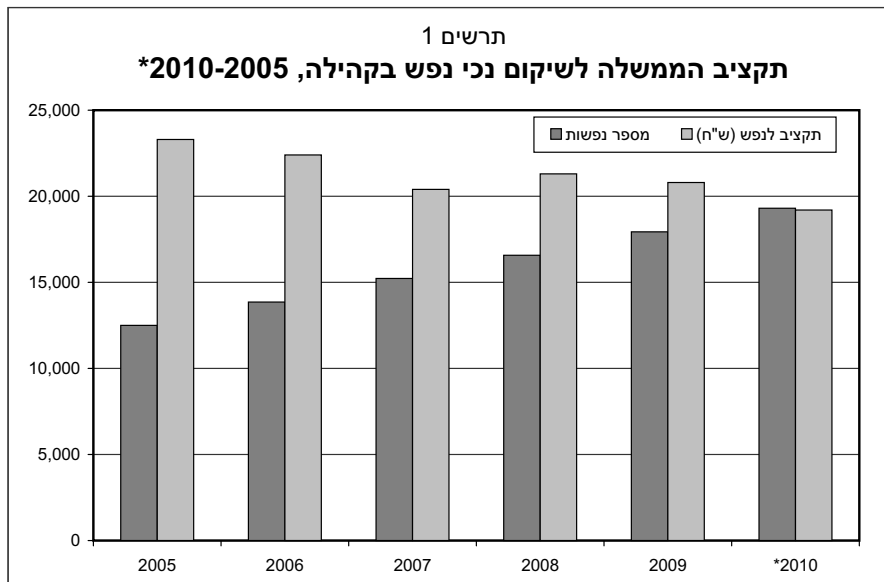
תקציבים – התקציב המושקע בשירותי השיקום הוא מרכיב קריטי של המערכת. כפי שראינו, הגידול בתקציב השיקום בעשור הראשון ליישום חוק השיקום היה מרשים. הוא גדל בערכים קבועים בערך פי שמונה, ומתקרב היום לחצי מיליארד ש"ח (אבירם, 2010א, 2010ב; משרד האוצר, 2011; Aviram, 2010). גם חלקו בתקציב משרד הבריאות גדל במידה מרשימה, מ-4% ל-25% (Aviram, 2011b).

בלי להקל ראש בנתונים אלה, אי אפשר להסתפק בהם, כאשר עלינו להיערך לעשור השני ליישום החוק. קודם כול, בראשית התקופה היה תקציב השיקום מזערי. השינויים היחסיים עדיין לא מעידים שהתקציב המיועד לשיקום אכן עונה כהלכה על הצרכים. האם הוא מספק שירותים לכל אוכלוסיית היעד או לחלק הארי שלה? האם השירותים מתאימים להחלטת המחוקק כפי שנקבעה בחוק? האם היקפם ואיכותם ראויים? האם התקציב מתעדכן בהתאם לשינויים הדמוגרפיים? האם הוא לוקח בחשבון את האופי המשתנה של האוכלוסייה? האם ההקצאות התקציביות לוקחות בחשבון צרכים שונים, כמו אלה של הפירפריה הגיאוגרפית והחברתית? ועוד עלינו לשאול, אם התקציב מוקצה על פי תכנון רב שנתי הנבחן תקופתית ומותאם לצרכים משתנים ולמצאים על שירותי השיקום. ראוי גם לבחון אם נעשה איגום תקציבים וניצול ראוי של תקציבים אחרים שנכי נפש זכאים להם או שניתן היה לגייס אותם או, שמא, לאור החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, תקציבים של רשויות אחרות שהיו מיועדים לנכי נפש נמנעים מהם או זולגים לתחומים אחרים.

בעוד שבחמש השנים הראשונות ליישום חוק השיקום היה התקצוב של שירותי השיקום מבוסס על תוכנית רב שנתית (הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, 2001), הרי שמשנת 2006 התקציב מבוסס על תוספות שנחיות שנקבעות במשא ומתן שנתי (או לאחרונה אף דו שנתי). העקרונות שלפיהם התקציב מתעדכן מדי שנה אינם ברורים ולא מבוססים על תכנון רב שנתי, הפתוח לביקורת מקצועית וציבורית. מבקר המדינה וכן המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה העירו מספר פעמים על עניין זה (מבקר המדינה, 2007, 2010; המועצה לשיקום, 2005-2009).

התקציב לחמש השנים הראשונות היה מבוסס על גידול משוער של 1,200 משתקמים בשנה. בהעדר ניסיון קודם ולאור העובדה ששירותי השיקום בקהילה היו שירות חדש, ניתן להבין ולקבל גישה פרגמטית ראשונית זו שרווחה בתקופה הראשונה ליישום החוק. אבל אין היא נכונה להמשך. גם אילו היינו מקבלים את העיקרון של תוספת משתקמים שנחית על פי הממוצע השנתי בעבר, כלומר תוספת של 1,200 משתקמים חדשים בשנה, הלכו התוספות התקציביות הממוצעות לאדם ופחתו, אף שעל רקע השינוי באופייה של האוכלוסייה, ראוי היה להגדיל את התקציב הממוצע למשתקם. כפי שכבר ראינו, הגל השני של המשתקמים מאופיין באוכלוסייה קשה יותר לשיקום מזו שהיתה בגל הראשון: היא צעירה יותר, סוערת יותר, רבים מהנמנים עמה מאופיינים באבחנות כפולות, ולכן העלויות הכרוכות בשיקומה גבוהות יותר. כמו כן, כאמור, התוספת של 1,200 משתקמים לשנה באה להשלים את הפער בין המספר המשוער של הזכאים לשיקום למספר הנמוך יחסית של אלה המקבלים היום שירותי שיקום. למספר זה יש להוסיף את השינויים הדמוגרפיים הנובעים מגידול מספרה של אוכלוסיית היעד וכמובן, בתכנון התקציבי, את השינויים שחלים במחירים. כפי שניתן לראות מתרשים 1, במקום לגדול, התקציב הממוצע השנתי למשתקם הולך ופוחת. במחצית השנייה של העשור הוא פחת ב-20%

בקירוב. בשנת 2005 עמד תקציב השיקום הממוצע למשתקם על 23,300 ש"ח, ובשנת 2010 הוא הגיע ל-19,200 ש"ח בלבד (במחירי 2005). גם אם נקבל את טענת אגף התכנון, התמחור והתקצוב במשרד הבריאות, שהתוספת של 1,200 משתקמים כוללת כבר גם את התוספות הנובעות מגידול האוכלוסייה, גם אז התקציב למשתקם פחת בחמש השנים האחרונות של העשור. התוספת של 20 מיליון ש"ח לשנה בתקציב 2011-2012 (משרד האוצר, 2011) תעמיד את התקציב הממוצע לכל אחד מ-1,200 המשתקמים החדשים לשנה, על פי אומדן האוצר, על 16,600 ש"ח למשתקם, לעומת כ-25,000 ש"ח בעשור הקודם (דרור, 2008; משרד האוצר, 2002; משרד הבריאות, 2006).



* מתוקנן על פי מדד יוקר הבריאות, תוספות בגין שינויים דמוגרפיים, תוספות משתקמים שנתית לבסיס וממוצע למשתקם.

החישובים נעשו לפי המשתנים האלה:

1. מחירי 2005, מעודכנים לפי מדד יוקר הבריאות;
2. מספר משתקמים ל-2005, בתוספת מתוכננת לבסיס של 1,200 משתקמים לשנה ותוספת בגין שינויים דמוגרפיים.

זאת ועוד, התקציב יצטרך לקחת בחשבון בעיות מיוחדות של הפריפריה הגיאוגרפית והחברתית, כמו למשל אוכלוסיית זכאים דלילה יותר מאשר באזור המרכז, והצורך לתת שירותים, גם אם מספר המשתקמים נמוך יותר מהמספר האופטימלי לאיוש שירותי שיקום המאפיין את האזורים צפופי האוכלוסייה. גם בעיות חברתיות ותרבותיות של קבוצות

אוכלוסייה ספציפיות וקשיים בגיוס מערכות תמיכה חברתיות בפריפריה בהשוואה למרכז מחייבים מענים מיוחדים ויקרים מהמוצע המקובל.

שירותי הדיור הם תחום מרכזי וחיוני ביותר בסל השיקום. כמחצית ממקבלי סל שיקום מקבלים מגורים נתמכים (משרד הבריאות, 2008).⁵ ורוב נכי הנפש המתגוררים במגורים נתמכים מקבלים ממשרד השיכון סבסוד לשכר הדירה. הרמה הנמוכה יחסית של הסובסידיה לדיור (המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, אתר האינטרנט) וכן קצבת הנכות הנמוכה שרוב נכי הנפש מקבלים מהמוסד לביטוח לאומי (המוסד לביטוח לאומי, 2009, 2010) מונעות למעשה מרבים מהמשתקמים למצוא מגורים במקומות המועדפים עליהם ובקרבת בני משפחותיהם וכן לעבור להסדרי דיור נתמך פחות אינטנסיביים, המגבילים את האדם במידה פחותה יותר, אך הם יקרים יותר. הן דוחקות רבים מהמשתקמים לשוליים מבחינה גיאוגרפית וחברתית. מצב זה עלול להוביל ליצירת "גטאות" של נכי נפש, כפי שקרה במקומות אחרים בעולם (Aviram & Segal, 1973; Baxter & Hoper, 1981; Isaac & Armat, 1990), ולפגוע כמובן בזכויות המשתקמים, באיכות חייהם ובשיקומם בכלל. זה מחייב פתרונות כלל מערכתיים שמשמעותם תוספות תקציביות לא מבוטלות.

בבחינת היקף התקצוב הדרוש לשיקום נכי נפש בקהילה, ראוי היה להשוות את רמת התקצוב לזו של שירותים דומים הניתנים לנכים בקהילה מטעם משרדים ממשלתיים, כמו משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אשר יש להם מסורת ארוכה וניסיון רב בהפעלת שירותים מסוג זה.

הדיון בהיבטים התקציביים של מערך השיקום צריך להתייחס גם לסכנה של כשל שוק, בעקבות תמחור לא ריאלי במכרזים של שירותי השיקום והשפעתו השלילית על איכות השיקום ועל זכויות המשתקמים. ללא תנאי תמחור סבירים יימנעו רבים מהיזמים הפוטנציאליים מלהשתתף במכרזים, מה שיובייל למעשה לצמצום או העדר תחרות אמיתית בין יזמים שונים. מצב זה עלול להוביל לתלות של המערכת הממשלתית, הרגולטורית, ביזמים המפעילים את השירותים, שכן הממשל חייב שתהיה לו אפשרות ליישם את דרישות החוק ולהבטיח שירותי שיקום. לאור כל זאת יש לבדוק את הנושא ולתקצב את הדרישות מהיזמים בצורה שתאפשר תחרות אמיתית ובה בעת תבטיח פיקוח ובקרה נאותים ותמנע בכך כשל שוק שיביא לפגיעה באיכות שירותי השיקום.

אמנם ניתוח הצרכים הכספיים של מערך השיקום והשימוש היעיל באמצעי המימון דורש עוד מחקרים, אבל כבר בשלב זה ניתן להעיר עוד שלוש הערות בנושא, שלושתן קשורות

5 בסוף 2011 הגיע שיעור המשתקמים במגורים נתמכים מבין כלל מקבלי סל שיקום ל-58% (9,656 מתוך 16,509) (תכתובת אישית, המחלקה למידע ולהערכה, משרד הבריאות, 29/7/2012).

לרפורמה הביטוחית המתוכננת (בג"ץ, 5777/05, הודעת עדכון מטעם המשיבים, 5/6/2012).

אם אכן הרפורמה הביטוחית תיושם במלואה בשנת 2015, כפי שקבעה לאחרונה הממשלה, יש להניח שהשירותים האמבולטוריים שיעברו לאחריות קופות החולים ישתפרו וכן שמספר האשפוזים יצטמצם ומשכם יתקצר. סביר לשער כי בד בבד עם שינויים אלה יגבר הביקוש לשירותי השיקום בקהילה. ניתן אף להניח שללא מענה הולם של שירותי השיקום, ספק אם הרפורמה הביטוחית תצליח. האם הצורך הגובר בשירותי השיקום בקהילה נלקח בחשבון בעת התכנון התקציבי לשנים הבאות?

הרפורמה הביטוחית תשפר את מנגנון התקצוב של שירותי בריאות הנפש ביחס למצב שבו תוקצבו במסגרת תקציב המדינה. יש להניח כי לאור פסיקת בג"ץ ב-21/6/2012 (בג"ץ, 8730/03, 10778/03) ישונו אמות המידה שלפיהן מתעדכן תקצוב קופת החולים, והמדינה תשפר את רמת תקצובן. שינוי זה ישתקף גם ברמת התקצוב בגין שירותי בריאות הנפש במסגרת קופות החולים. יש לקוות שהדבר יביא לתוספת תקציב לשירותי בריאות הנפש וישפר את שירותי האשפוז ואת השירותים האמבולטוריים בבריאות הנפש, כמו גם את המשכיות הטיפול באנשים הסובלים מנכות פסיכיאטרית. נושא זה מחייב שיפור (מבקר המדינה, 2010; Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012), ויהיו לו השלכות ישירות על אוכלוסיית היעד של מערך השיקום ועל רמת התפקוד של שירותי השיקום. אולם אין הדבר ודאי, שכן על פי עקרונות הרפורמה, הכספים המועברים לקופות החולים בגין הרפורמה בבריאות הנפש אינם "צבועים", ומשאירים בידי קופות החולים את שיקול הדעת בכמה, כיצד ועבור מה לתקצב את שירותי בריאות הנפש.

מכיוון שהשימוש בכספים שיועברו לקופות החולים בגין קבלת האחריות לשירותי האישפוז ולשירותים האמבולטוריים בבריאות הנפש יהיה נתון לשיקול דעתן של הקופות, יש סכנה שחלק מהכספים שיועברו לשם קליטת שירותי בריאות הנפש יזלגו למימון משימות ושירותים אחרים ("אטרקטיבים" יותר למבוטחים ולספקי השירותים או שיש להם שדולות חזקות יותר). מכיוון שהמרכיבים השונים של שירותי בריאות הנפש תלויים זה בזה, פגיעה בתקציבי הקופות שיועדו לבריאות הנפש עלולה לפגוע בשירותי השיקום. לאור זאת, על המדינה להבטיח שלפחות בתקופה הראשונה (לדעתי, במשך כעשור), עד שיתייצבו שירותי בריאות הנפש בקופות החולים ואף תיווצר קבוצת עניין מקצועית, מינהלית וציבורית המעוניינת לשמרם ולטפחם, יישמשו הכספים שיוקצו לקופות החולים למטרתם, ועליה לפקח על דרכי הוצאתם.

יש לקוות כי בעשור השני ליישום חוק השיקום, ייעשה עדכון תקציבי המבוסס על תוכנית רב שנתית, ברורה ושקופה, שהנחות היסוד ואמות המידה שלה ברורות ופתוחות להערכה תקופתית ולביקורת ציבורית. תוכנית תקציבית כזו תצטרך לקחת בחשבון את הצורך

להרחיב מאוד את מעגל מקבלי שירותי השיקום בקהילה, להתאים עצמה לאופי המשתנה של אוכלוסיית היעד, לשינויים ולשיפורים שיחולו בסל השיקום וכן להתעדכן תקופתית לאור שינויים דמוגרפיים ובהתאם להתייקרויות המתרחשות מעת לעת.

כוח אדם – כוח האדם המפעיל את השירותים הוא מרכיב חיוני הקובע את איכות השירותים ואף את מידת יישומו, היקפו ואיכותו של החוק עצמו (Drake et al., 2011). היקף כוח האדם המפעיל את שירותי השיקום ואיכותו אמנם תלויים בתקציב, אך לא רק בו. הדרישות לאיכות כוח האדם הבאות לידי ביטוי במכרזים והמשאבים המופנים להכשרת כוח אדם תלויים בהסדרים הרגולטוריים של המערכת. זאת ועוד, העובדה שמערכת שירותי השיקום מופרטת כולה מציבה אתגר מיוחד המחייב הסדרים רגולטוריים הנוגעים לפיקוח ולבקרה, להיקף כוח האדם במטה, לדרישות רמת כוח אדם ממפעילי השירותים, להכשרת כוח אדם ולמסלול קידום נאות עבורו. נושאים אלה זכו לתשומת לב בדרו"ח מבקר המדינה וכן בהמלצות של המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (המועצה לשיקום, 2009-2005; מבקר המדינה, 2007, 2010).

במערכת מופרטת, ובהעדר דרישות מצד הממשל לרמת מקצועית נאותה של כוח אדם, אין להתפלא שהיזמים מנסים להפעיל את השירותים באמצעות כוח אדם זול. על מנת למנוע מצב כזה, יהיה צורך לכלול במכרזים דרישות מחמירות להעסקת כוח אדם איכותי, שהוכשר כהלכה לתפקידו ולהבטיח מערכת פיקוח ובקרה יעילה שתוודא שאכן היזם עומד בתנאים. יהיו לכך כמובן השלכות תקציביות.

מכיוון שתחום השיקום של נכי נפש הוא תחום צעיר יחסית, יש צורך לפתח תוכניות להכשרת כוח אדם עבורו. יש גישות שונות לשאלה אם ראוי לפתח מקצוע ייחודי לעיסוק בשיקום נכי נפש בקהילה (רועה ועמיתים, 2011) או לפתח את התחום במסגרת המקצועות הקיימים, כמו עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה שיקומית וסיעוד. אולם אין ספק שיש להגביר את המאמץ לפתח הכשרה מקצועית הולמת, הן ברמה אקדמית והן במסגרת תוכניות שונות שאינן מובילות לתואר אקדמי (ראו, למשל, סיכומי דיונים של המועצה לשיקום בנושא מה-7/3/2011, 4/4/2011, יספר"א 2012).

לאחר הפסקה חידש את פעולתו בראשית שנת תשע"ב בית הספר לשיקום, שהוקם וממומן בעיקר בידי מערך השיקום הממשלתי. בית הספר מציע קורסים שונים לעובדים במערך השיקום, למתמודדים ולבני משפחה של נכי נפש, וכבר לומדים בו כ-600 תלמידים, ביניהם לא מעט מתמודדים (י' שרשבסקי, תקשורת אישית, 17/12/2011). קרן טאובר, שהיא קרן פילנתרופית, משקיעה בשנים האחרונות משאבים בפיתוח תוכניות כאלה במוסדות להשכלה גבוהה (קרן לזלו נ' טאובר). בהקשר זה ראוי להדגיש את החשיבות בהכשרת כוח אדם של מתמודדים וכמובן בהעסקתם (מרזר-ספיר, הרלב ומאוטנר, 2009; סינגר, 2010). אמנם במהלך העשור האחרון נעשו מאמצים לא מבוטלים

בתחום זה, ואף היו הישגים הראויים לציון (אורן, 2007; דודאי והדס-לידור, 2009), אבל אלה רחוקים עדיין מהרצוי, בעיקר כאשר מדובר בהעסקה בשוק החופשי של אנשים הסובלים מנכות פסיכיאטרית (המועצה לשיקום, 2011; ישיבות המועצה מה-4/4/2011, 16/5/2011). מיותר להוסיף מלים על החשיבות העניינית, האנושית והשיקומית ועל התועלת שתצמח מכך הן למתמודדים ולמשפחותיהם והן לחברה בכלל (סינגר, 2010; Solomon & Draine, 2001; Kessler et al., 2008; Bond et al., 2001, 2008). אך הדבר לא יבוא מעצמו. יש לעצב מדיניות ראויה ולהקדיש לכך משאבים.

שירותים – בפתח העשור השני ליישומה של הרפורמה השיקומית ראוי להעריך את הסל הקיים בהתאם לחוק ולבחון אם יש להוסיף או לגרוע ממנו, וזאת לאור מטרות החוק ורוחו והערכת יישומו בפועל. למשל: יש לשקול להרחיב את התמיכה בהשלמת השכלה ובלימודים על-תיכוניים ולבחון אם ראוי להרחיב את הזכויות לסל שיקום גם לצעירים בגילאי העשרה. החלטות על שינויים צריכות להיעשות על סמך הערכות אמפיריות של הסל הקיים, על סמך ידע מצטבר על הנושא מהעולם ומהארץ וכן על סמך שיקולים תקציביים וסדרי עדיפויות שייקבעו. קביעת סדרי העדיפויות כרוכה בשיקולים חברתיים ומחייבת דיון ציבורי בהשתתפות מומחים, אנשי מקצוע, מחוקקים וכמובן גם בהשתתפותם של בני המשפחות והמתמודדים עצמם.

המגמות הרווחות כיום בתחום השיקום מקדמות תוכניות המדגישות החלמה, ומעמידות את האדם, את זכויותיו ואת שאיפותיו במרכז (Corrigan et al., 2008; Drake et al., 2011; Pratt et al., 2007; President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003; Slade, 2009; Thornicroft & Tansella, 2009). מן הראוי לבחון באיזו מידה השירותים הניתנים משקפים את המטרות ואת המאויים של הלקוחות מול מגמות רווחות בקרב אנשי מקצוע רבים לבסס את עקרונות מתן השירותים על שיקולים קליניים ועל "טובת הלקוח" הנקבעת בידי מעניק השירות (Drake et al., 2011). מגמות המתבססות על גישת ההחלמה מחייבות שיתוף מתמודדים ובני משפחה בקבלת החלטות בדבר תוכניות שיקום פרטניות כמו גם בעיצוב המדיניות (Cowan et al., 2011; Drake et al., 2011; Funk et al., 2005; Gilfedder, 2010; Lefley & Johnson, 1990; The Sainsbury Centre, 2003a; Tomes, 2004). יש לציין כי במהלך שני העשורים האחרונים חלה בארץ התקדמות בתחום זה, הן מבחינה חוקית והן בפועל (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000; רופא, 1998; אתר האינטרנט עוצמה). אולם מידת המעורבות של מתמודדים ובני משפחות בעיצוב מדיניות השיקום רחוקה עדיין מהרצוי (Drake et al., 2011).

אין ספק שגישת ההחלמה והעמדת שאיפותיו של המתמודד במוקד העשייה השיקומית משקפת מגמות מקצועיות, אנושיות ומוסריות מבורכות. יחד עם זאת, בכל דיון העוסק בשירותי רווחה ובריאות, וכרוך בהשקעת משאבים חברתיים ובקביעת סדרי עדיפויות, יש

לקחת בחשבון גם תועלות חברתיות כלליות. ברבים מהמקרים התועלת האינדיווידואלית משתלבת עם התועלת החברתית. למשל: תוכניות תעסוקה המשלבות נכי נפש בשוק החופשי יצמצמו את ההפסד הכלכלי לתוצר המקומי הגולמי עקב אי העסקתם (Kessler et al., 2008); סיוע למשפחות עשוי להפחית את שיעורי התחלואה הפיסית הגבוהה בקרב המשפחות המטפלות בנכי נפש יחסית למקבילותיהן בחברה (Galagher & Mechanic, 1996). אלה הן דוגמאות לידע קיים הצריך לשמש את מקבלי ההחלטות בדיונים על שינוי ושיפור סל השיקום. אין חולק על כך שידע הוא קריטי בכל הערכה ודיון על סל השיקום ועל הרפורמה השיקומית בכלל. למרבה הצער, בשלב זה בסיס הנתונים הקיים לוקה כאמור בחסר, ואין מחקר מספק על התהליכים השיקומיים ועל תוצאותיהם (Aviram, 2011b; Drake et al., 2011).

כבר במהלך העשור הראשון התבררו למערך השיקום מספר בעיות שראוי להתייחס אליהן בהקדם. למשל: "הוסטליזציה" וקשיים במעבר של נכי נפש למגורים פחות מגבילים בקהילה; בעיות במיצוי זכויות ובבחירת שירותים; שיעור נמוך של משתקמים במגזר הערבי; זמן המתנה ארוך לפתרונות דיור והעדר אפשרות בחירה באזורים מסוימים; העדר התייחסות הולמת ורגישות תרבותית מספקת לאוכלוסיות מיוחדות; ליקויים בהמשך טיפול אמבולטורי לאחר אשפוז ובתיאום בין מערכות קליניות ושיקומיות; כיסוי חלקי ולא מספק של שירותי תיאום טיפול; רמת סבסוד נמוכה של שכר דירה וקשיים במציאת פתרונות דיור באזורים מסוימים; קשיים בפתרונות שיקום תעסוקתי במסגרת השוק החופשי (אבירם, 2010; דודאי והדס-לידור, 2009; המועצה לשיקום, סיכומי פגישות, 4/4/2012, 16/5/2012; מבקר המדינה, 2007, 2010). עמדנו כבר על העובדה שרבים מנכי הנפש לא מממשים את סל השיקום שהוקצה להם. ייתכן שכך בשל תהליך ההקצאה, איכותו ומשכו. חשוב שהמערכת תתייחס לכך ותתקן את הטעון תיקון.

אחד התחומים שיש להקדיש לו תשומת לב מיוחדת, ויפה שעה אחת קודם, הוא תיאום טיפול. תחום זה כלול בסל השיקום ולא בכדי. בעוד שבעבר, כאשר רוב האנשים שסבלו ממחלות נפש קשות וממושכות ומנכות פסיכיאטרית שהו במוסדות וקיבלו את השירותים השונים תחת קורת גג אחת, כיום, לאור השינוי שחל בדפוסי האשפוז והטיפול והימצאותם של רוב נכי הנפש בקהילה, עליהם לקבל את השירותים מגורמים שונים. הספרות העוסקת בשיקום נכי נפש בקהילה ובהמשכיות הטיפול (Solomon, 2006; טלר, 2006) מדגישה את חשיבות התפקיד של מתאם טיפול, אשר יהיה אחראי לתיאום בין השירותים ולהבטחת מתן השירותים השונים, בהתאם לצורכי נכה הנפש, ביעילות ובאיכות טובה. מבקר המדינה (2007) העיר כבר על חסר בתחום זה. אף שלאחרונה, לאור מיזם ניסיוני משותף של משרד הבריאות וקרן טאובר (וולפסון, 2011), חל שיפור מה בשירות זה, המצב רחוק מלהשביע רצון.

מחקר שהתפרסם לאחרונה (Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012) מצביע על תחומים נוספים במערך השירותים המחייבים תשומת לב. הורניק-לוריא, זילבר ולרנר מצאו קשר בין משך השהייה הממוצע בקהילה של נכי נפש, לפני שנזקקו לאשפוז חוזר, לבין סמיכות הדיון בוועדת השיקום האזורית למועד השחרור מבית החולים. ככל שהדיון בוועדה היה קרוב יותר לשחרור מהאשפוז הפסיכיאטרי, כך היתה השהות בקהילה ארוכה יותר. מן הראוי לבדוק אפוא אם לקצב הפעילות של ועדות השיקום יש השלכות שליליות על השיקום ואם בעיות בהמשכיות הטיפול פוגעות בסיכויי המשתקם להתמיד במערכות שיקום בקהילה ולהימנע מאשפוז חוזר. משתנה אחר הנוגע למשך השהות בקהילה ולהימנעות מאשפוז חוזר היה היותו של המשתקם בשיקום תעסוקתי. עמדנו כבר על חשיבות השיקום התעסוקתי ועל הסוגיות הכרוכות בשיפור שירות זה.

אחת השאלות העומדות לפני מערך השיקום היא אם במתן סל שיקום מעדיפים סוגים מסוימים של אוכלוסיות על פני אחרות, ואם כן, מה הם הגורמים להעדפה זו. הניסיון של המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש בארצות הברית במחצית השנייה של המאה הקודמת לימד אותנו שהעדפה של קבוצת אוכלוסייה עם בעיות מסוימות על פני אחרות פוגעת ביעדי השירות וברמתו (אברם, 1988; Grob & Goldman, 1974; Chu & Trotter, 2006) ממצאי המחקר לעיל של הורניק-לוריא ועמיתיה אכן מראים, שלאחרונה שיעור המשתקמים עם תקופות אשפוז קצרות או בכלל ללא היסטוריה אשפוזית גבוהה מזה של נכים עם מגבלה פסיכיאטרית, שהיו באשפוז ממושך. האם נתון זה אכן מלמד על העדפה של קבוצת אוכלוסייה מסוימת והזנחה של האחרת? האם התופעה של הזנחת החולים הקשים יותר רווחת גם כאן? זו שאלה שעל מערך האשפוז לחקור ולהתמודד עמה בזמן הקרוב.

אין ספק שניתן לטפל ולתקן חלק מהבעיות הקשורות לאיכות השירותים ולתהליכים הנוגעים להקצאתם במסגרת מערך השיקום עצמו. פתרון של בעיות אחרות קשור לגורמים אחרים בסביבתם התפקודית של שירותי השיקום בקהילה, שמידת שליטתם או השפעתם של מערך השיקום ושירותי בריאות הנפש עליהם מוגבלת או בכלל לא קיימת. אלה כוללים בין השאר את משרד האוצר ואת התקציבים שיהיה מוכן להעמיד לרשות מערך השיקום, את אגף שירותי בריאות הנפש ומשרד הבריאות על תפקידיהם הרגולטוריים, את הרשויות המקומיות, קופות החולים ומשרדים ממשלתיים אחרים, כמו משרד הרווחה והשירותים הציבוריים, משרד השיכון ומשרד התמ"ת.

מכיוון שהמרכיבים השונים של מערכת שירותי בריאות הנפש פועלים ככלים שלובים, מערך השיקום תלוי בתפקודן של המערכת האשפוזית והמערכת האמבולטורית. הפגיעה המתמשכת במרפאות הקהילתיות והעדר שיתוף פעולה יעיל עם הרפואה הפיסית ועם המערך הקליני בבריאות הנפש יביאו ללא ספק להשלכות שליליות על תפקודה של מערכת השיקום בקהילה ויפגעו ביכולתה למלא את ייעודה בשיקום נכי נפש בקהילה.

סיכום

אין ספק שהישגיה של הרפורמה השיקומית בעשור הראשון ליישומה מרשימים. אולם המשך הצלחתה אינו מובן מאליו. עליה לבחון את הליקויים ואת הבעיות שהתגלו, לחקור ולהעריך את השירותים שסופקו, את דרכי אספקתם ואת תוצאותיהם ולתקן את הטעויות תיקון. אמנם הגוף המבצע של השיקום יכול לתקן חלק מהבעיות בכוחות עצמו, אבל כפי שראינו חלק לא מבוטל תלוי במערכות אחרות ובגורמים שלמעריך השיקום אין שליטה עליהם. בעקבות השינויים שחלו מאז עבר חוק השיקום, נסדקה הקואליציה שתמכה בחוק. משרד האוצר, שהיה חיוני להצלחת החוק בראשית יישומו, מבקש כיום להגביל את החוק, בין אם באמצעות חקיקה או באמצעים תקציביים. דחיית יישום הרפורמה בכריאות הנפש ופגיעה מתמשכת בשירותים האמבולטוריים עלולות אף הן לפגוע במעריך השיקום.

נושא אחר שיש לדון בו הוא המיקום המיטבי של מערך השיקום במסגרת משרדי הממשלה. באופן מקורי, עוד לפני חקיקת החוק ורק כאשר נעשה ניסוי ראשוני בשיקום נכי נפש בקהילה, היה שיתוף פעולה בין משרד הבריאות למשרד הרווחה (פלדמן ובר-און, 2001). אולם מכיוון שמשרד הרווחה סירב לקבל על עצמו אחריות בנדון (משרד העבודה והרווחה, 1997), נטל משרד הבריאות את מלוא האחריות ליישום החוק (שרשבסקי, 2006). מן הראוי שהנושא יידון מחדש. אף שהאוריינטציה של משרד הבריאות פרוסה על פני המרכיבים השונים של שירותי הבריאות והרפואה, בפועל המשרד מתמקד בשירותי רפואה המדגישים בעיקר רפואה אקוטית ורפואת בתי חולים. זאת ועוד, תשומת הלב העיקרית של שירותי בריאות הנפש ומערכת התמריצים של העוסקים בפסיכיאטריה אינן מופנות לשיקום. בה בעת, האוריינטציה השיקומית, שיטות העבודה והמקצועות המובילים את תחום שיקום נכי הנפש בקהילה מתאימים יותר למשרד הרווחה והשירותים הציבוריים. הפתרון לסוגיה זו אינו רק פתרון רציונלי. ללא ספק יש גם שיקולים פוליטיים וחברתיים אחרים, אבל ראוי שהנושא ייבחן ביסודיות במהלך העשור השני ליישומו של חוק השיקום.

בין אם שירותי השיקום בקהילה של נכי הנפש ימשיכו להיות באחריות משרד הבריאות או יעברו לשירותי הרווחה, העובדה שמדובר באוכלוסייה חלשה, הסובלת מסטיגמה ומהדרה חברתית, מקרינה על יכולתה להשפיע על שינוי מדיניות. מכיוון שלמרבית הצער נושא בריאות הנפש, לרבות שיקומם של נכי נפש בקהילה, נמצא בשולי העניין הציבורי, אחריות מוסרית ומקצועית מיוחדת מוטלת על אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסייה ועל אותם גורמים חברתיים, מעטים ככל שיהיו, החרדים לנכי הנפש ולאיכות חייהם. יש לעשות מאמץ, לאחד כוחות, לארגן שדולה פוליטית וציבורית, ובעזרת המתמודדים ובני משפחותיהם להעלות את הנושא על סדר היום הציבורי ולפעול לשימור, פיתוח וקידום

הרפורמה השיקומית. ראוי שנזכור, שבסופו של דבר רמתה המוסרית של החברה נבחנת על פי מידת דאגתה לחלשים המצויים בתוכה.

מקורות

אבירם, א' (1988). אל-מיסוד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארצות הברית. חברה ורווחה, 343-321, 8.

אבירם, א' (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטט מוקד הטיפול לקהילה. חברה ורווחה, 155-127, 27.

אבירם, א' (2010א). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים והיערכות לעתיד. *Medicine, פסיכיאטריה*, 14, 23-14.

אבירם, א' (2010ב). שינויים ב"חצר האחורית" של מערכת הבריאות בישראל: סיכויים וסיכונים בדרך לרפורמה בשירותי בריאות הנפש. בתוך ח' כץ וא' צפדיה (עורכים), מדינה משגיחה – מדינה מפקירה: מדיניות חברתית בישראל, 2008-1985 (עמ' 309-334). תל אביב: רסלינג.

אבירם, א', גיא, ד' וסייקס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש: הזדמנות שהוחמצה. *ביטחון סוציאלי*, 71, 83-53.

אבירם, א', זילבר, נ', לרנר, י' ופופר, מ' (1998). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואפיוניהם. *ביטחון סוציאלי*, 53, 105-92.

אבירם, א' ורוזן, ה' (2002). אומדן מספרם של חולי הנפש הכרוניים בישראל: ילדים קשישים וכלל האוכלוסייה (דו"ח מחקר). ירושלים: בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

אורן, א' (2007). מצרכנים לנותני שירות – סיפורו של גשר. בתוך נ' הדס-לידור ומ' לכמן (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות פרקטיקה, מדיניות ומחקר (עמ' 105-113). כפר יונה: ליתם.

אליצור, א', ברוך, י', לרנר, י' ושני, מ' (2004). הרפורמה בבריאות הנפש בישראל. בתוך י' קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים בישראל (עמ' 301-332). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל,

- בית המשפט העליון, בג"ץ (2004), בג"ץ, 466/04 (כנגד כוונת ממשלת ישראל לסגור את ביה"ח אברבנאל).
- בית המשפט העליון, בג"ץ (2005) בג"ץ 5777/05, הודעת עדכון מטעם המשיבים, 5 ביוני 2012.
- בית המשפט העליון, בג"ץ (2003). בג"ץ 8730/03, 10778/03, 21 ביוני 2012 .
- בן-נון, ג' וקידר, נ' (2007). השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל, 1970-2005. ירושלים: משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- דודאי, ר' והרס לידור, נ' (2009). השיקום התעסוקתי בישראל: המפתח להגדרה חדשה של האדם עם המגבלה הנפשית בקהילה. *Medicine*, פסיכיאטריה, 10, 19-21.
- דרור, ח' (2008). הגברת האפקטיביות של מערך השיקום בהשגת יעדי התקציב: שילוב בין תמריצים כלכליים לבין פיקוח ובקרה. הוצג לפני המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, בישיבתה ב-5.5.2008 (ראו המועצה לשיקום להלן).
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2002). שנתון סטטיסטי לישראל, 2001, 52. ירושלים: הלמ"ס.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011). שנתון סטטיסטי לישראל, 2011, 62. ירושלים: הלמ"ס.
- המוסד לביטוח לאומי (2010). סקירה שנתית 2009. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- המוסד לביטוח לאומי (2009). מערכת הביטוח הלאומי בישראל בינואר 2009. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה. דו"חות פעילות שנתיים (2005, 2006, 2007). אוחזר מאתר משרד הבריאות:
<http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?pageid=4640&parentid=1654&catid=29&maincat=10>
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה. דו"ח שנתי (2009). בתוך משרד הבריאות, המועצות הלאומיות לבריאות, דו"ח פעילות שנתית (עמ' 95-103).
- המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, סיכומי פגישות. אוחזר מאתר משרד הבריאות:
<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=10&catId=29&PageId=1654>

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2009). מדוע רפורמות לא מתבצעות? הסמים בפני תמורות במערכת הבריאות. כנס ים המלח העשירי, יוני 2009. תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (עמ' 78-39).

<http://www.israelhpr.org.il/1057>.

הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר (2001). (מסומן: ש 01/0651, חתום בידי ד"ר בועז לב, מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' מרדכי שני, מנכ"ל בית החולים שיבא, ויעל אנדרון ורמוס, סגן הממונה על התקציבים (ללא תאריך). נשלח במכתב של פרופ' מרדכי שני לד"ר בועז לב ב-11 ביולי 2001 (מספר ש 01/2014).

וולפסון, מ' (2011). הפרויקט הלאומי להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום בקהילה. יספר"א, האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי, 6, 14-15.

חבר, א', שני, מ', קוטלר, מ', פסט, ד', אליצור, א' וברוך, י' (2005). הרפורמה בבריאות הנפש: מאין ולאן? הרפואה, 144, 327-331.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994). ספר החוקים, 1469.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (2007). תיקון 41 (בריאות הנפש). רשומות, הצעות חוק, הממשלה, 325, (14.7.2007), 872-897.

חוק יסוד: משק המדינה (2002) (הצעות חוק והסתייגויות שבביצוען כרוכה עלות תקציבית) (הוראת שעה). (התקבל בכנסת ב-17.6.2002) רשומות, חוברת 3130, עמ' 631.

חוק יסוד: משק המדינה (2003). (תיקון 6) (התקבל בכנסת ב-29.5.2003). רשומות, חוברת 1893, עמ' 498.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). ספר החוקים, 1746, (פורסם 21.7.2000), עמ' 231.

טלר, י' (2006) ניהול הטיפול: מודל אלטרנטיבי לטיפול בנפגעי נפש החיים בקהילה ולשיקומם. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 233-248). תל אביב: צ'ריקובר.

יספר"א, האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (2012). אוחזר מאתר האגודה: <http://www.ispraisrael.org.il/Web/About/Newsletter/Default.aspx>

לרנר, י' והורניק-לוריא, צ' (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: המשתנים המעורבים בתהליך יישומו, והקשר שלו עם דפוסי האשפוז הפסיכיאטרי – דו"ח מחקר. מכון

- פאלק לחקר בריאות הנפש ומדעי ההתנהגות. ירושלים: כפר שאול. אוחזר מאתר משרד הבריאות:
<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=10&catId=29&PageId=1654>
- מבקר המדינה (2007). דו"ח שנתי 57ב', שיקום נכי נפש (עמ' 391-404).
- מבקר המדינה (2010). דו"ח שנתי 60ב', שיקום נכי נפש (עמ' 271-284).
- מרזר-ספיר, ו', הרלב, ב' ומאוטנר ס' (2009). תוכנית "צרכנים נותני שירות". חזון ישן הופך למציאות חדשה. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 1, 211-231.
- משרד האוצר. תקציב המדינה (משרד הבריאות). תקציב לשנים 1999-2011/12.
- משרד האוצר (2008). תקציב המדינה, כוח אדם במערכות הבריאות. אוחזר מאתר המשרד:
<http://ozar.mof.gov.il/budget2007/docs2008/2008All.pdf>
- משרד הבריאות (2001). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2001. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2006). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2006. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2009). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2008. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד העבודה והרווחה (1997). תקנות עבודה סוציאלית [תע"ס] הוראה 5.17, שירותי שיקום בקהילה, גילאי 21-65.
- סייקס, י' (2006). העברת שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים: מדיניות במבוי סתום. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 97-112). תל אביב: צ'ריקובר.
- סינגר, י' (2010). חוויית המעבר ממתמודד עם מוגבלויות פסיכיאטריות ממושכות לצרכן נותן שירות. עבודת גמר לתואר מוסמך, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה.
- עוצמה – פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש (ע"ר). אוחזר מאתר הפורום:
<http://www.ozma.org.il>
- פלדמן, ד' ובר און, י' (2001). תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה. ביטחון סוציאלי, 61, 80-107.

קרן לזלו נ' טאובר. אוחזר מאתר הקרן:

<http://www.tauberfoundation.org/hebrew>

רועה, ד', טל, א', בלוש-קליימן, ו', שרשבסקי, י', הדס-לידור, נ', תלם, ע' ולכמן, מ' (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. ביטחון סוציאלי, 86, 85-105.

רופא צ' (1998). התמודדות ב"התמודדות": מפאסיביות לאקטיביות. חברה ורווחה, 18, 211-203.

שטרך, נ', שרשבסקי, י', נאון, ד', דניאל, נ' ופישמן, נ' (2009). אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. דו"ח מחקר (דמ-09-549). ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל – תהליכים ואתגרים. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 259-387). תל אביב: צ'ריקובר.

Aldrich, H. E. (2008). *Organizations & environments*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Aviram, U. (2010). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47 (3). 171-194.

Aviram, U. (2011a). The rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law of Israel: Challenge and opportunity in a changing mental health service system. In U. Aviram (Ed.), *Rehabilitation and community integration of persons with psychiatric disabilities: The first ten years and beyond*. International workshop's report. Tel Hashomer, Israel: Israel National Institute for Health Policy Research.

Aviram, U. (Ed.). (2011b). *Rehabilitation and community integration of persons with psychiatric disabilities: The first ten years and beyond*. International workshop's report, Tel Hashomer, Israel: Israel National Institute for Health Policy Research.

Aviram, U., Ginath, Y., & Roe, D. (2012). A decade to the rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law of Israel: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services*, 63, 110-112.

- Aviram, U. & Segal, S. P. (1973). Exclusion of the mentally ill: Reflection on an old problem in a new context. *Archives of General Psychiatry*, 29, 126-131.
- Bardach, E. (2009). *A Practical guide for policy analysis* (3rd Ed.). Washington, DC: CQ Press (A Division of Sage).
- Baxter, E. & Hopper, K. (1981). *Private lives, public spaces: Homeless adults on the streets of New York*. New York: Community Service Society.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blieler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Bond G. R., Drake R. E., & Becker D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (4), 280-290.
- Chu, F.D. & Trotter, S. (1974). *The madness establishment*. New York: Grossman.
- Corrigan, W. C., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practices of psychiatric rehabilitation*. New York: Guilford Press.
- Cowan, S., Banks, D., Crawshaw, P., & Crifton, A. (2011). Mental health service user involvement in policy development: social inclusion or disempowerment? *Mental Health Review Journal*, 16 (4), 177-184.
- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's Psychiatric Rehabilitation Law. *Israel Journal of Psychiatry*, 48 (4), 227-229.
- Emery, F. E. & Trist, E. L. (1965). The causal texture of organizational environment. *Human Relations*, 18, 21-32.
- Funk, M., Minoletti, A., Drew, N., Taylor, J., & Saraceno, B. (2005). Advocacy for mental health: Roles for consumer and family

- organizations and governments. *Health Promotion International*, 21, 70-75.
- Gallagher, S. K. & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other household members. *Social Science and medicine*, 42, 1691-1701.
- Gilfedder, F. L. (2010). Personal experiences of psychiatric disability as a benefit in conducting research. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34 (1), 68-70.
- Goldman, H. H. & Frank, R. G. (2012). Beyond the trends: Policy considerations in psychiatric rehabilitation. *Israel Journal of Health Policy Research, (Commentary) 1* (25) (published June 20, 2012).
<http://www.ijhpr.org/content/1/1/25>
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. London: Sage Publications.
- Grob, G. N. & Goldman, H. H. (2006). *The dilemma of federal mental health policy: Radical reform or incremental change?* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Hornik-Lurie, Z., Zilber, N., & Lerner, Y. (2012). Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel; the factors involved. *Israel Journal of Health Policy Research, 1* (24) (Published June 20, 2012).
<http://www.ijhpr.org/content/1/1/24>
- Isaac, R. J. & Armat, V. C. (1990). *Madness in the streets: How psychiatry and the law abandoned the mentally ill*. New York: The Free Press.
- Kessler R. C., Heeringa, S., Lakoma, M. D., Petuchova, M., Rupp, A. E., Schoenbaum, M., Wang, P., & Zaslavsky, A. M. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 12, 703-711.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (Eds.). (2007). *Mental health policy and practice across Europe: The future direction*

- of mental health care*. Berkshire, England: Open University Press and McGraw Hill.
- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lefley, H. & Johnson, D. (1990). *Families as allies in treatment of the mentally ill: New directions for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lerman, P. (1982). *Deinstitutionalization and the welfare state*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University.
- Mechanic, D. (2008). *Mental health and social policy: Beyond managed care* (5th ed). Boston: Pearson Education, Inc. & Allyn and Bacon.
- Mechanic, D. & Rochefort, D. A. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16, 301-327.
- Parsonage, M. (2005). The mental health economy. In A. Bell & P. Lindley (Eds.), *Beyond the water towers: The unfinished revolution in mental health services, 1985-2005* (pp.63-72). London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*, Pub no. SMA 03-3832. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, President's New Freedom Commission on Mental Health
- Patel, A. & Knapp, M. (1998). Costs of Mental Illness in England. *Mental Health Research Review*, 5, 4-10.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Amsterdam, Boston etc.: Academic Press, Elsevier.
- Roe, D., Gross, R., Kravetz, S., et al. (2009). Assessing psychiatric rehabilitation service (PRS) outcomes in Israel: Conceptual, professional, and social issues. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 4-31.

- Roe, D., Werbeloff, N., & Gelkopf, M. (2010). Do persons with severe mental illness who consume the psychiatric basket of services in Israel have better outcomes than those who do not? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 166-170.
- Segal, S. & Aviram, U. (1978). *The mentally ill in community based sheltered care: A study of community care and social integration*. New York: John Wiley & Sons.
- Slade, M. (2002a). Routine outcome assessment in mental health services. *Psychological Medicine*, 32, 1339-1344.
- Slade, M. (2002b) What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them – A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 743-753.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Solomon, P. (1992). The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*, 28, 163-180.
- Solomon, P. & Draine, J. (2001). The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 25, 20-27.
- The Sainsbury Centre for Mental Health (2003a). The mental health service user in England (by J. Wallcraft & M. Bryant) Policy Paper # 2. London: The Sainsbury Center for Mental Health.
- The Sainsbury Centre for Mental Health (2003b). *The economic costs of mental illness*. Policy paper # 3 (June 2003). London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomes, N. (2006). The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs*, 25, 720-729

- Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burnes, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., Clark, R. E., & Klatker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 45-50.
- U.S. Surgeon General (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: U.S. Gov. Print. Office.
- Ven den Berg, M., Oldehinkel, A. J., Brilaan, E. I., Bouhvys, A. L., & Ormel, J. (2000). Correlates of symptomatic, minor and major depression in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 60, 87-95.