

החוק הישראלי לשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה: הישגים ואתגרים

חלק ב. לקראת העשורים הבאים ליישומה של הרפורמה השיקומית

אורי אבירם¹, מקס לכמן² וענת איפרגן³

המאמר מציין את הסוגיות העומדות בפני חוק שיקום נכי נפש בקהילה בעשורים הבאים לפעולתו. המחקר בחן את הרכיבים העיקריים של החוק, והתייחס לסוגיות שהרפורמה נאלצת להתמודד עימן. המחקר נסתייע בנתונים סטטיסטיים רשמיים ובשורת ראיונות עם אנשי מקצוע וקובעי מדיניות בבריאות הנפש, בתחום השיקום ובתחומי רווחה. נמצא כי ב-2021 הגיע מספרם של מקבלי שירותי שיקום בקהילה ל-33,412, שהם כחמישית מהאומדן של האוכלוסייה הזכאית. עם בני המשפחות, הזכאים גם הם לשירותים, מדובר בכ-4% מהאוכלוסייה הכללית. לצד ההישגים המרשימים של הרפורמה, המתוארים בחלקו הראשון של המאמר, חלק זה מצביע על כמה סוגיות הקשורות לאוכלוסיית היעד, לכוח האדם, לתקצוב, לשירותים ולסביבה הארגונית של מערך השיקום. התרשמנו כי ההקצאה התקציבית

תודות לליז אביטן, מנהל המחקר והתכנון, ביטוח לאומי; אורלי מנור, בית הספר לבריאות הציבור, הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים; אינה פונצ'וב, אנף המידע, משרד הבריאות; אלי קהן, אנף החשבות, משרד הבריאות; ניר קידר, משרד הרווחה והביטחון החברתי; וגדי רוזנטל, עמותת משפחות בריאות הנפש. עוד אנו מודים למומחים ולחוקרים רבים שניאמו להתראיין לצורך מחקר זה. תודות גם על תמיכתה של קרן המחקר לסגל האקדמי בנמלאות של האוניברסיטה העברית בירושלים במחקרו של פרופ' אבירם.

לקראת סיום כתיבת המאמר, ב-7 באוקטובר 2023, פרצה מלחמת חרבות ברזל. הנתונים במאמר נכונים לתקופה שלפני פרוץ המלחמה, ובהמשך יהיה צורך להעריך את השינויים שסביר כי יחולו בעקבותיה.

¹ פרופסור אמריטוס, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים; הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המכללה האקדמית רופין

² פרופסור אמריטוס, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה; יספר"א – האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי

³ בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים; בית הספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב

למערך השיקום אינה מאפשרת לו לעמוד כהלכה במלוא דרישות החוק. זאת ועוד, לקראת סוף העשור השני התגלו קשיים בקשרים בין מערך השיקום, רשויות בריאות הנפש ושירותי הרווחה. לסיכום הדברים, שינוי מדיניות הוא אירוע מתמשך ודינמי שראוי לבחון כל העת. מצב העניינים העולה מן המחקר ממחיש את ההכרח במעקב אחר יישומה בפועל של מדיניות, ואת הצורך במחויבות לשינוי גם לאחר חקיקת החוק והטמעתו בהצלחה. ראוי להקים ועדת מומחים בלתי תלויה שתבחן את ההתאמות הנדרשות לאור המסקנות העולות משני העשורים הראשונים ליישומו של החוק.

מילות מפתח: מוגבלות נפשית, שיקום פסיכיאטרי בקהילה, חקיקה חברתית, יישום מדיניות ציבורית

תקציר לקהל הרחב

המחקר בחן את יישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בעשרים השנים הראשונות לאחר חקיקתו, והתמקד ברכיביו העיקריים: אוכלוסיית היעד, התקציבים המופנים לטובת יישומו, כוח האדם המפעיל אותו והשירותים הניתנים במסגרתו. מאמר זה הוא השני מבין שניים המציגים את ממצאי המחקר. המאמר הראשון מתאר את העקרונות המרכזיים של החוק, את הליך החקיקה שלו ואת הישגיו בעשרים השנים הראשונות ליישומו, ואילו מאמר זה מתמקד באתגרים העומדים בפני הרפורמה, ומדגיש סוגיות שיש להתייחס אליהן לקראת המשך יישומה. נמצא במחקר כי מספרם של הזכאים לקבלת שירותי שיקום הגיע בשנת 2021 ל-33,412 אנשים – כחמישית מהאוכלוסייה הזכאית לקבלת השירותים, לפי אומדן. לצד הגידול בהיקפם של מקבלי השירותים, עלו כמה סוגיות שיש להידרש להן בהקשר של אוכלוסיית היעד של החוק, כוח האדם המפעיל אותו, השירותים המוענקים במסגרת סל שיקום, המחקר וההערכה, וכן של הסביבה הארגונית של מערך השיקום. עוד התרשמנו כי התקציב המיועד למערך השיקום אינו מאפשר לממש את דרישות החוק במלואן. עולה מן המחקר כי שינוי מדיניות הוא אירוע מתמשך ודינמי הדורש בחינה מתמדת, וכי ראוי להקים ועדת מומחים בלתי תלויה שתבחן את ההתאמות הנדרשות לאור הממצאים.

הקדמה

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה⁴ (2000; להלן, חוק השיקום) הוא מהחוקים החברתיים החשובים שנחקקו בישראל (Aviram et al., 2012) ומן המתקדמים מסוגו בעולם בתחום בריאות הנפש (Drake et al., 2011). מאמר זה הוא השני מבין שניים אשר מבקשים להדגים מקרה בוחן של שינוי מדיניות באמצעות החוק לשיקום נכי נפש בקהילה. המאמר הראשון עסק בתיאור החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, התייחס להליך שהוביל לחקיקתו, הבהיר את הבסיס הקונספטואלי להערכה וסקר את הישגיה של הרפורמה השיקומית. במאמר זה נדון באתגרים העומדים בפני מערך השיקום והשירותים הנושקים לו לקראת העשורים הבאים ליישומו, ונתייחס לאוכלוסיית היעד של החוק, לתקציב המוקצה לו, לכוח האדם המפעיל אותו ולשירותים הניתנים במסגרתו. כן נעמוד על השלכות הרפורמה הביטוחית על יישום החוק, נתייחס לסוגיות ארגוניות, ונציג המלצות לקראת העשורים הבאים.

הרפורמה השיקומית, אשר יושמה בישראל בעקבות חוק זה החל משנת 2001, הביאה לשינויים ניכרים בשיקומם ובריאותם של אנשים עם מוגבלות זו. כמו כן, היא היתה לרכיב חשוב ואף הכרחי ברפורמה הרחבה בבריאות הנפש בישראל אשר יושמה ב-2015 (אבירם, 2012; אליצור ואח', 2004; חבר ואח', 2005; 2018a, 2018b; Aviram & Azary-Viesel, 2018b). זאת במסגרת המאמצים של המדינה זה ארבעה עשורים להסיט את מוקד הטיפול באנשים עם מחלות נפש ממערכת המבוססת בעיקרה על בתי חולים פסיכיאטריים למערכות קהילתיות (אבירם, 2010, 2019; אבירם ואח', 2006; מבקר המדינה, 2002, 2007, 2010, 2016; Aviram et al., 2007).

במהלך שני העשורים הראשונים ליישומו של חוק השיקום התפתחה מערכת שיקומית מרשימה בהישגיה, אולם לקראת סיומו של העשור השני חשרת עננים החלה לכסות את מערך השיקום. הקשיים נבעו מבעיות במישור המערכתי-ארגוני ומתגובות הסביבה התפקודית (Emery & Trist, 1965; Thompson, 1967) של מערך השיקום לארגון חדש זה, שהצטרף לשירותי בריאות הנפש וניסה לתפוס את מקומו במערכת בריאות הנפש. כן התברר כי היקף התקציב המוקצה לרפורמה השיקומית אינו מאפשר לה לממש כהלכה את מלוא כוונת המחוקק.

⁴ ביולי 2024 שונה שם החוק לחוק שיקום מתמודדי נפש בקהילה (חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024], 2000). המאמר נכתב טרם התיקון ולכן נעשה בו שימוש בשמו המקורי של החוק.

מטרתו של מאמר זה על שני חלקיו היא לבחון את ההישגים של מערך השיקום בשני העשורים לקיומו, ועם זאת לנתח את הבעיות המכבידות על המשך התפקוד התקין שלו. כן ננסה להצביע על דרכים לשיפור תפקודו ותפקידו של מערך השיקום במסגרת שירותי בריאות הנפש לטובת שיקומם, רווחתם ואיכות חייהם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

נוסף על כך, באמצעות הדיון בשינוי שהתרחש בעקבות הרפורמה השיקומית בשירותי בריאות הנפש ננסה לא רק לבחון את ההשלכות על יתר שירותי בריאות הנפש ועל שירותים חברתיים אחרים, אלא גם להדגים סוגיות העומדות בפני רפורמות חברתיות בכלל, ולהתייחס לחזון ולמציאות הכרוכים בשינויי מדיניות מהותיים בשירותים החברתיים. לשיטתנו, רפורמות אינן מסתיימות בחקיקת חוק או בהחלטה על שינוי מדיניות; זו רק ההתחלה. שינוי מדיניות הוא תולדה של יישומן של החלטות במציאות מסוימת, והוא אירוע מתמשך ודינמי. הוא מוערך ונמדד כל העת לאור תוצאותיו ותרומתו למערכת השירותים לאוכלוסיית היעד של המדיניות, ולחברה בכללותה.

הרפורמה השיקומית: לקראת העשורים הבאים

הדור הראשון של המייסדים של מערך השיקום, שמרביתם עדיין מפעילים את המערכת מאז היווסדה, היה צריך ליצור במהירות יש מאין, לגלות יצירתיות ולא אחת לאלתר. המערכת גדלה וצמחה במהירות רבה, ולא יכלה תמיד להתאים עצמה לשינויים ולדרישות של מערכת ארגונית מורכבת ולסביבה תפקודית שנאלצה להסתגל ל"שכן" החדש שהגיע לקהילת שירותי בריאות הנפש.

עם כניסתו של מערך השיקום לעשור השלישי לפעולתו עליו לעבור שינויים ארגוניים. בין השאר, יש צורך להתייחס לנושאים כמו מערך מידע אמין, תכנון רב-שנתי, שקיפות מינהלית, מערך מטה מתוגבר, שדרת ניהול וביצוע המותאמת לגודל הארגון ולמורכבותו, ומערך סדור של טיפול בתלונות. זאת ועוד, מערך הפיקוח והבקרה אינו מותאם דיו לסוג המשימות של השיקום ולערכים המקצועיים שלו: חסר בו כוח אדם; לא נבחנת כראוי מידת ההלימה של התוכניות המיושמות בפועל ליעדים שלהן; ולמרות פרויקטים שהחלו לפעול בתחום, עדיין לא קם מערך מחקר מוצק להערכת תוכניות השיקום ולקידומן (מבקר המדינה, 2007, 2010, 2016).

נוסף על כך, יש צורך בביסוס מערכת יחסים יציבה של מערך השיקום עם הסביבה התפקודית שלו (Aldrich, 2008; Aviram, 1979a, 1979b; Emery & Trist, 1965), כמו האגף לבריאות הנפש, הגורמים המשתייכים לאגף כמו בתי החולים והמערכות האמבולטוריות (קופות חולים), מערכות קהילתיות אחרות דוגמת משרד הרווחה, רשויות מקומיות ומפעלי השירותים מן המגזר הפרטי, וכמובן המתמודדים עצמם ובני משפחותיהם שבקהילה (מבקר המדינה, 2007, 2010, 2016).

כפי שראינו בחלק א', הרפורמה השיקומית הביאה לשינויים מבניים חשובים בשירותי בריאות הנפש כבר בעשור הראשון ליישומה, ומגמה זו המשיכה גם בעשור השני. מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי, מספר ימי האשפוז ומספר המאושפזים פחתו לאין שיעור בתקופת יישומו של החוק (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2009, 2019, 2023; אגף דוברות, תקשורת והסברה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תכתובת אישית, 2 בינואר 2022). הגם שאין להקל ראש בחשיבותם של שינויים אלו (המכונים בחלקם הרפורמה המבנית), ניתוח הנתונים מגלה כמה עובדות מטרידות. בניגוד למדינות אחרות שיישמו רפורמות בבריאות הנפש, ובהן לצמצום מספרן של המיטות לאשפוז פסיכיאטרי התלוותה סגירתם של בתי חולים ממשלתיים לחולי נפש (ראו למשל Goodwin, 1997; Mechanic & Rochefort, 1990), בישראל לא נסגר ולו בית חולים פסיכיאטרי ממשלתי אחד. יתרה מזאת, עיקר הירידה במספרן של המיטות לאשפוז פסיכיאטרי בארץ נבע מירידה במספר המיטות בבתי חולים פרטיים, מסגרתם של חלק מבתי חולים אלו או מהסבת הגדרתן (ועלותן) של חלק מהמיטות (אבירם, 2012).

בנושא זה חשוב לאזכר את הביקורת שהשמיע מבקר המדינה (2007), ובה הצביע על כך שתקציב האשפוז של בתי החולים לא צומצם חרף הירידה במספרן של המיטות לאשפוז פסיכיאטרי, וטען כי יש להפנות תקציבים מתקציבי האשפוז לקהילה. ייתכן שהשארית תקציב האשפוז בהיקפו הקודם – למרות השינוי במספר המיטות – נבעה מחסר תקציבי של מערכת האשפוז, ואולי גם משיקולים פוליטיים שמטרתם לזכות בתמיכת מערכת האשפוז בחוק השיקום.

זאת ועוד, בדוח אחר מעיר מבקר המדינה (2010) למשרד הבריאות כי תקציבי האשפוז גבוהים בהשוואה לתקציבים המיועדים לטיפולים אמבולטוריים ושיקומיים בקהילה. נראה כי מגמה זו נמשכה, ונכון ל-2019 כ-50% מכלל התקציב שהוקצה לשירותי בריאות הנפש בישראל יועד לבתי החולים הפסיכיאטריים. סכום זה עולה על הסכום שהושקע במערך השיקום ובשירותים האמבולטוריים יחד: 31% מהתקציב הוקצה למערך השיקום, ו-12% לשירותים האמבולטוריים (שלפמן, 2021). זאת חרף הביקורת של מבקר המדינה (2007, 2010) בעניין והירידה הניכרת בשיעור האשפוזים.

עובדה מטרידה נוספת בהקשר זה נוגעת לתקציב הממשלתי שאושר בינואר 2022. מתוך תוספת תקציבית מיוחדת לבריאות הנפש, שאושרה נוסף על התקציב הרגיל לתחום זה, חלק הארי של התקציב הוקצה לבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש (משרד הבריאות, 2021), וספק, לדעתנו, אם צורכי מערך השיקום זכו לתשומת הלב הראויה.

ראוי לציין כי לאחרונה דן בג"ץ (2022) בתביעת איגוד הפסיכיאטריה בישראל נגד משרד הבריאות בטענה של צפיפות יתר בבתי החולים, ולמעשה בתביעה לתוספת מיטות אשפוז. ארגון "בזכות", שהצטרף כידיד בית המשפט, טען כי ראוי יותר לפתח מענים בקהילה (רזניק, 2022). נוסף על כך, לאחרונה פעל ארגון זה במטרה לעכב תוכניות של האגף לבריאות הנפש ומשרד הבריאות להקים מוסדות עבור אנשים המאושפזים לפרקי זמן ממושכים שיוצאו מבתי החולים הפסיכיאטריים, ולנסות למצוא עבורם פתרונות שיקומיים בקהילות השונות. אומנם חשוב לשחרר את בתי החולים הפסיכיאטריים מטיפול מתמשך באנשים שאינם זקוקים לטיפול אקוטי או לאשפוז מתמשך, וכמובן להעניק לאנשים אלה מענה המותאם יותר לצורכיהם, אך יש להימנע מהעברתם למוסדות סגורים ללא ניסיון לשקמם בקהילה (ארגון בזכות, 2022).

אחת הטענות שרווחו בשעתו, בעיקר בקרב אנשי משרד האוצר, היתה כי ההקצאה התקציבית לרפורמה השיקומית היא "כסף חדש", כלומר תוספת לתקציב, מעל ומעבר למה שהוקצב לשירותי בריאות הנפש קודם לכן. אולם המעמיק בניתוח מגמות התקציב יגלה שלטעון זה אין שחר. אכן, הסעיף המיועד לתקצוב שירותי השיקום והכספים שזרמו לשירותים אלו הם חדשים, אולם ככלל, לא זו בלבד שהמדינה לא הוסיפה כספים לתקציב בריאות הנפש, אלא שהיא חסכה סכומים נכבדים כבר במהלך העשור הראשון שחלף מאז הוחל ביישום החוק, עקב הירידה הניכרת במספר המאושפזים. יש להניח שהחיסכון בשני העשורים הראשונים ליישום חוק השיקום עמד על 2 מיליארד שקלים לפחות, בלי להביא בחשבון את החיסכון בגין הפחתת הצורך בהוספת תשתיות לאור הגידול במספר המאושפזים (Aviram, 2017; Aviram et al., 2012). לפיכך ניתן לטעון כי לא רק שהמדינה לא הוסיפה כסף לתקציב בריאות הנפש, היא אף לא ניצלה במלואו את הכסף שנחסך עקב הפחתת האשפוזים לטובת תגבור שירותי השיקום והשירותים האמבולטוריים בקהילה.

מחדל נוסף לדעתנו, שצוין כבר במחקר שעסק בהערכת העשור הראשון של הרפורמה השיקומית, נוגע בהימנעות מ"צביעת" התקציב המועבר לקופות החולים לטובת שירותי בריאות הנפש (Aviram, 2017; Aviram & Azary-Viesel, 2018a, 2018b). כך תקציב זה, העומד על מחצית מסך כל התקציב הממשלתי לבריאות הנפש, נבלע בתקציב הכללי של קופת החולים. משום כך אין לדעת כמה מתוך התקציב הושקע בפועל בשירותי בריאות הנפש האמבולטוריים,

ואם הקופה השקיעה את מלוא הכספים שהועברו לתקציבה בשירותים שעבורם קיבלה את הכספים. לצערנו, לאחרונה נחשף ביומון הארץ כי קופות החולים אכן משתמשות בחלק מהכסף שתוקצב עבור בריאות הנפש לצרכים אחרים (אפרתי, 2022). מעניין מה היה האינטרס, הן של קופות החולים הן של האוצר, למדיניות זו, וראוי לבחון לעומק מה היו תוצאותיה או נזקיה. מכיון שמערכת בריאות הנפש על שלושת חלקיה העיקריים – אשפוז, מרפאות ושיקום – פועלת ככלים שלובים, מדיניות זו שצוינה פוגעת לדעתנו גם בשירותי השיקום.

אוכלוסיית היעד

על פי אומדנים זהירים, האוכלוסייה הזכאית לשירותי השיקום הפסיכיאטרי הגיעה בשנת 2020 לכ-150,000 בני אדם.⁵ גם אם נניח כי רק מחצית מאוכלוסייה זו זקוקה לשירותי שיקום או מעוניינת בהם, הרי מדובר בסך הכול ב-75,000 נפש. לפיכך, על פי הנתונים במהלך 2021 ולפיהם מקבלים שירותים של שיקום בקהילה 33,412 אנשים (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2023), רק כ-40% מאוכלוסיית היעד מקבלת שירותי שיקום.

כאמור בחלק א', לאורך שנות יישומו של חוק השיקום חלו שינויים באופייה של אוכלוסיית המשתקמים ובשיעורן של קבוצות מסוימות מתוכה, ויש לצפות כי המערכת תהיה ערה לשינויים ותתאים את עצמה אליהם. על כן, כל תכנון של מערך השיקום יצטרך להתייחס למגרי אוכלוסייה ספציפיים ולקבוצות גיל מובחנות, תוך הסתמכות על ידע בנושאים דוגמת שיעורי התחלואה ואופייה בקבוצות אוכלוסייה אלו, וכן על אפיוני הקבוצות בכלל. הנתונים מצביעים על כך ששיעור מקבלי שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית בארץ, המהווה כ-20% מהאוכלוסייה בישראל, נמוך משיעורם באוכלוסייה (Haj-Yahia et al., 2019; Kaplan et al., 2019; Roe et al., 2019; Lurie & Fleischman, 2019). גם מבקר המדינה (2010) הצביע על כך שהמענה של שירותי השיקום לאוכלוסייה הערבית איננו מספק. נוסף על כך, המערכת תצטרך להקדיש תשומת לב מיוחדת לאוכלוסייה המבוגרת, אשר שיעורה במהלך השנה מקרב כלל המשתקמים עלה ב-137% בשנים 2001–2021. במהלך 2021 מספר המשתקמים בגיל 65 ומעלה עמד על 2,880 איש (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2023).

עוד אנו סבורים ששירותי השיקום בקהילה אינם יכולים ואף אינם צריכים להוות מענה מספק לצרכים של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית נוסף על בעיות רפואיות

⁵ נכון לאוכלוסיית בני 18 ומעלה בשנת 2020, מדובר ב-24 אנשים ל-1,000 נפש (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021).

ומוגבלויות מורכבות אחרות. חשוב שאנשים אלה יוכלו לקבל תמיכה הולמת גם מהמרפאות האמבולטוריות של קופות החולים ומגורמי רווחה אחרים. לאור ההמתנה הארוכה לשירות מהמרפאות האמבולטוריות בקהילה (מבקר המדינה, 2010, 2020), ראוי לפעול לשיפור השירות לאוכלוסייה מורכבת זו.

מתכנני חוק השיקום הניחו כי שירותי הרווחה הקיימים בקהילה ימשיכו לסייע לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית הזכאים להם ובכך יחזקו את שיקומם בקהילה, אך התברר כי ההפך קרה. שירותי רווחה רבים של הרשויות המקומיות ראו בחוק השיקום הזדמנות לחיסכון בתקציביהם, והפנו אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, שהיו זכאים לתמיכה של שירותי הרווחה המקומיים, למערך השיקום. למשל, בזמן מגפת הקורונה, ברבות מהרשויות המקומיות שחולקו בהן סלי מזון לנזקקים באמצעות שירותי הרווחה, מקבלי סל שיקום לא נמנו עם הזכאים לתמיכה זו (הוועדה המיוחדת לענייני רווחה ועבודה, 2020; מצלאוי, 2020). מבקר המדינה (2016) התייחס לחשיבות של שיתוף הפעולה בין משרדי הבריאות והרווחה לצורך הטיפול באוכלוסיות שלהן צרכים מורכבים, והעיר על ליקויים בעבודתם המשותפת.

בהקשר זה, לאחרונה נחקק בישראל חוק המבטיח זכאות לשירותי רווחה לאנשים עם מוגבלות (חוק שירותי רווחה לאנשים עם מוגבלויות, 2022). לצערנו, מוגבלות פסיכיאטרית אינה נמנית עם המוגבלויות המקנות זכאות לשירותים לפי החוק, אולם הובהר בו כי אדם הזכאי לשירותים במסגרת חוק השיקום יוכל לקבל זכויות גם במסגרת חוק זה אם הוא מתמודד – נוסף על מוגבלות הפסיכיאטרית – גם עם אחת המוגבלויות המצוינות בו. נראה כי מדובר בחוק מתקדם ומבטיח עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית המתמודדים עם מוגבלות נוספת, אולם יהיה חשוב להעריך אותו ואת חשיבותו לאוכלוסיית המשתקמים לאחר יישומו בפועל.

סוגיה נוספת שעלתה במהלך המחקר על יישום החוק נוגעת לשאלה אם רצוי ואפשרי לטפל בקהילה באנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית הזקוקים לרמה מסוימת של פיקוח, מחד גיסא תוך הימנעות מיצירת "מיני" בתי חולים בקהילה (כפי שקרה בתקופת האל-מיסוד בארצות הברית. ראו Segal & Aviram, 1978), ומאידך גיסא תוך התגברות על אינטרס אפשרי של מערכת השיקום – כמו של מערכות ארגוניות בכלל – להעדיף לעיתים מתן שירותים לאנשים שהסבירות להצלחת שיקומם גבוהה. הסוגיה מעוררת שאלות בדבר מידת ההתאמה של אנשים לשיקום וכן בדבר היכולת לנבא זאת, בעיקר לאחר תקופה ממושכת של אשפוז. שאלות אלה מחייבות התייחסות לממצאים אמפיריים ולשיקולים תאורטיים וחברתיים. בעניין זה ניסינו לבדוק את מספרן של הפניות לוועדות השיקום אשר נענו בדחייה, לצד הנימוקים לכך. נושא זה אינו מתפרסם בדוחות הסטטיסטיים וראוי שייאסף, ידווח ויהיה חשוף לביקורת.

כאמור, לאוכלוסיית היעד של שירותי השיקום יש להוסיף 200,000–250,000 בני משפחה המטפלים בהם וזקוקים לשירותים תומכים החיוניים לתהליך השיקום. נכון לאוכלוסיית בני 18 ומעלה בשנת 2021, אלה מהווים 32–40 אנשים ל-1,000 נפש (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2022). יש לציין כי בנתונים שמפרסם משרד הבריאות בנוגע למערך השיקום אין התייחסות לתמיכה הניתנת למשפחות, אף שהנושא נדון ומוצג כשינוי מרכזי במערך. לא ברור מדוע פעילות זו אינה מדווחת, אף שהיא מופעלת באופן משמעותי החל מ-2006, וראוי שהנתונים על אודותיה יפורסמו, כעל השירותים האחרים במערך השיקום.

אף כי אין בידינו נתונים מלאים על מספר בני המשפחה המקבלים תמיכה, הנחיה ושירותי שיקום אחרים כנדרש על פי חוק השיקום, ספק אם שיעור מקבלי השירותים שבהם מגיע אף לשיעור של המתמודדים עצמם. עד כה לא נעשה מחקר באשר לעלות למשפחה, אולם אין ספק שהיא ניכרת מבחינה כלכלית ונפשית, ודאי כאשר המשתקם מתגורר בבית המשפחה (דביר ושמיר, 2017). בחלק ממדינות הרווחה הוגדר התפקיד של המשפחות כמטפלות, וקיימת חקיקה מסודרת לתמיכה במשפחות אלה (ראו בבריטניה, 2014 Care Act). לצערנו, נושא זה לא זכה עד כה לתשומת לב מספקת, שלא לדבר על חקיקה ראויה. אנו סבורים כי יש לסייע למשפחות אשר מטפלות בבן משפחה המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית ולקדם חקיקה בנושא, כפי שנעשה במדינות אחרות. סיוע הולם למשפחות עשוי אף למנוע אשפוזים והתערבויות נוספות, ובכך להביא גם לחיסכון כספי (שליו, 2020).

תקציבים

בעשור הראשון ליישום החוק גדלו תקציבי השיקום בצורה מרשימה, וחלקם בתקציב שירותי בריאות הנפש גדל אף הוא. שינויים אלו עלולים להטעות במידת-מה, הן משום שבראשית התקופה ההקצאה המיועדת לשיקום היתה מזערית, הן משום שאין בכך משום עדות לכך שהכספים שהוקצו להקמה ולפיתוח של מערך השיקום תואמים כהלכה את דרישות החוק ואת צרכי המערכת. למעשה, בישיבת המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, שהתקיימה ב-12 בינואר 2023, נאמר במפורש שהתקציב המוקצה למערך השיקום אינו מאפשר לו למלא כהלכה את מלוא דרישות החוק. זאת ועוד, בעוד בתכנון המקורי, כאמור, סבר המחוקק שהתקציבים עבור השיקום יגדלו גם באמצעות איגום תקציבים מרשויות אחרות, הרי בפועל כיום, במקרים רבים הרשויות מפנות את הנזקקים משירותים שמומנו בעבר באמצעות תקציבן למערך השיקום (הוועדה המיוחדת לענייני רווחה ועבודה, 2020; מצלאוי, 2020).

בשנים הראשונות ליישום החוק התקציב למשתקם (המתוקנן על פי השכר החציוני של שכירים ב-2020, ראו לוח 1) עלה במידה ניכרת, בשיעור של 61% מ-19,619 שקלים לאדם בשנת 2001 ל-31,600 שקלים לאדם ב-2005. עם זאת, בשנים שלאחר מכן לא חל שינוי ניכר בתקציב, כך שב-2010 הוא עמד על 31,819 שקלים לאדם – גידול בשיעור של 1% בלבד. במהלך העשור האחרון התקציב למשתקם הוסיף לעלות; ב-2015 הוא עמד על 34,829 שקלים (גידול בשיעור של 9%) וב-2020 הגיע ל-39,668 שקלים לאדם. בסך הכל, התקציב למשתקם הכפיל את עצמו במהלך עשרים השנים האחרונות (ראו תרשים 1).

לוח 1: הוצאה ציבורית על שיקום בקהילה של מתמודדי נפש, 2001–2020

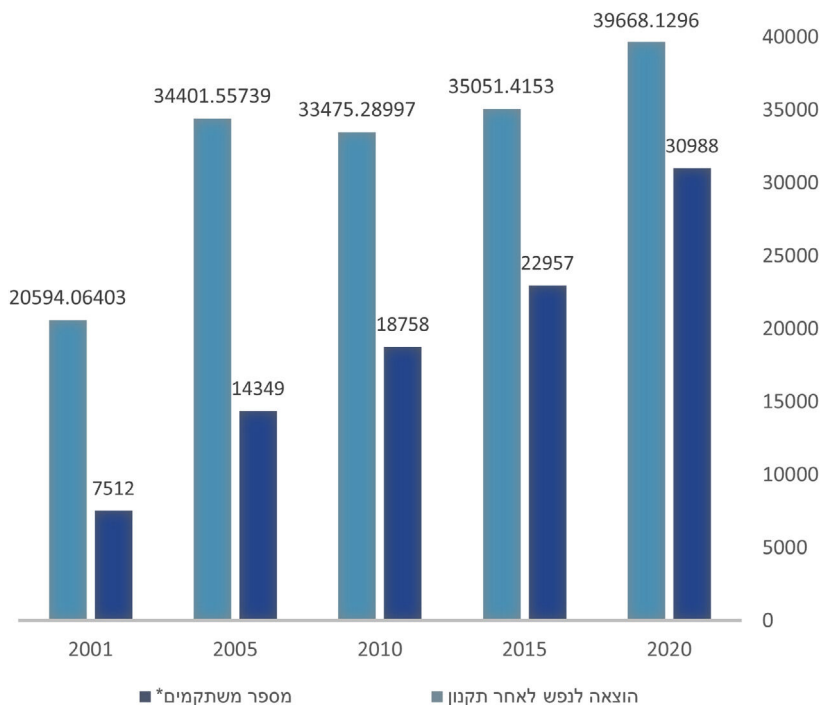
הוצאה מקורית (בשקלים)*	הוצאה לאחר תקנון (בשקלים)**	
2001	12,897	20,594
2005	21,273	34,402
2010	24,691	33,475
2015	31,467	35,051
2020	39,668	39,668

* הנתונים מתוך הפרסומים של אגף החשב הכללי (2001, 2005, 2010, 2015, 2020) ותכתובות אישיות (אגף החשבות, משרד הבריאות, 22 באפריל 2022)

** גובה ההוצאה בכל שנה הותאם לרמת המחירים של 2020 על בסיס השכר החציוני של שכירים לחודש עבודה (המוסד לביטוח לאומי, 2003, 2007, 2012, 2017). מכיוון שנתוני השכר פורסמו רק עד 2018, נעשה אומדן של השכר החציוני בשנת 2020. החישוב נעשה באמצעות הוספת שיעור השינוי שחל בשכר הממוצע מסוף 2018 לסוף 2020. גובה השכר החציוני של שכירים בשנים הרלוונטיות (בסוגריים שיעורי הגידול): 2001 – 4,685 (-); 2005 – 4,626 (-1.3%); 2010 – 5,518 (19.3%); 2015 – 6,716 (21.7%); 2020 – 7,481 (11.4%)

יש לציין כי חישוב זה מתייחס לתקציב בפועל, ובשל כך אינו מביא בחשבון את היערכות המערכת מבחינה תקציבית לגידול פוטנציאלי באוכלוסיית היעד ובמספר המשתקמים. ואכן, מבקר המדינה (2007, 2016) העיר בכמה מקרים על צמצום ואף על אי-קיום ועדות שיקום לאור מחסור במשאבים.

תרשים 1: הוצאה ציבורית על שיקום בקהילה של מתמודדי נפש, 2001-2020



* מספר המשתקמים במהלך השנה; מספר זה גדול בכ-18% בממוצע ממספר המשתקמים בסוף השנה

ראוי לציין גם כי בהשוואה למדינות מפותחות אחרות בעולם, התקציב הכולל לשירותי בריאות הנפש בישראל הוא נמוך. מתברר גם שחלק ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות הנפש בישראל גבוה בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, וגבוה בהרבה מחלק ההוצאה הפרטית בכלל שירותי הבריאות בישראל. מובן שיש בכך תרומה לאי-השוויון ביכולת של אוכלוסיות ממעמדות נמוכים יותר לצרוך שירותי בריאות נפש מן השוק הפרטי (פורום ארגוני בריאות הנפש, 2021).

זאת ועוד, בתקציב שאושר לשנת 2022, תקציבים בהיקף של 50 מיליון שקלים לשנה אשר אושרו למטרות של שיקום בקהילה – ובהן פתיחת מסגרות דיור בקהילה, הוצאת מאושפזים כרוניים מבתי החולים ותמיכה לבתים מאזנים בקהילה – לא הועברו בסופו של דבר לתקציב מערך השיקום. במקום זאת, הוחלט שיתופעלו במסגרות אחרות. האם נתונים אלה מצביעים על עצירת הרפורמה השיקומית ועל דעיכת השפעתה על מערכת בריאות הנפש בישראל?

כזכור, מרבית שירותי השיקום מופעלים על ידי יזמים פרטיים, והמדינה מתקצבת אותם ומפקחת עליהם. אחת הטענות הרווחות בעניין זה היא כי תמחור המכרזים של שירותי השיקום אינו ריאלי, והוא אחת הסיבות לפגיעה באיכות השיקום (בית המשפט המחוזי בחיפה, 2022; דוד, 2020). בתחום הדיור, למשל, ספקי השירותים טוענים כי הם מתקשים לספקם כהלכה עקב תמחור שאינו הולם את העלויות בפועל ובשל ליקויים אחרים באופן המימון של המסגרות. לאור זאת, בעת כתיבת המאמר מתנהלים הליכים משפטיים נגד משרד הבריאות; עמותות של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ובני משפחותיהם פועלות לשינוי המצב (צוק ואח', 2022); והנושא אף נדון בכנסת ישראל (ועדת הבריאות, 2022). התמחור נמוך אף מהנהוג במסגרות מקבילות באחריות המדינה: התמיכה במגורים מוגנים לנזקקים לשירותי הרווחה על פי הנחיות משרד הרווחה והשירותים החברתיים עולה במידה ניכרת על גובה התמיכה לשירותי מגורים לאנשים המקבלים אותם לפי חוק השיקום המופעל על ידי משרד הבריאות. לאחרונה, בעקבות פסיקת בג"ץ, עלה גובה הסיוע בשכר דירה הניתן למשתקמים (ליידנר, 2023). עוד למדנו שהתשלומים הנהוגים לצוותים בשירותי הרווחה עולים על אלה המוקצים על פי המכרזים לצוותים בשירותי השיקום של משרד הבריאות (בית המשפט המחוזי בירושלים, 2017).

עקב מורכבויות אלה, רבים מהיזמים הפוטנציאליים נמנעים מהשתתפות במכרזים, מה שמביא לצמצום או להיעדר תחרות וכן לתלות של הממשלה ביזמים המעטים המפעילים את השירותים, שכן הממשל חייב ליישם את דרישות החוק ולהבטיח שירותי שיקום. זאת ועוד, התמחור הלא-ריאלי של המכרזים גורם לעיתים לפגיעה באיכות השירותים עקב הצורך של היזמים לנסות להימנע מהפסד כספי. התרשמנו אף כי קיימת תופעה של יזמים המשתתפים במכרזים ומציעים הצעה נמוכה שעלולה למנוע מהם רווח או אף לגרום להפסד, מתוך כוונה לתקן את ההסדרים בהמשך ובמטרה לזכות במכרזים גדולים יותר בעתיד. בעיה נוספת שמבקר המדינה העיר עליה (מבקר המדינה, 2007, 2016) היא בחירת ספקי שירותים ללא עריכת מכרזים כלל. אין ספק כי הנושא דורש בחינה מעמיקה. יש צורך לתקצב את המכרזים בצורה שתאפשר תחרות אמיתית, ובה בעת תבטיח פיקוח ובקרה נאותים ותמנע כשל שוק אשר יביא לפגיעה באיכות שירותי השיקום ובזכויות המשתקמים.

כוח אדם

כוח האדם המפעיל את השירותים הוא רכיב חיוני הקובע את איכותם, ואף את מידת יישומו של החוק עצמו. מבקר המדינה (2007, 2010, 2016), בהתייחסו להיערכות כוח האדם במהלך העשור הראשון ליישומו של חוק השיקום, קבע שכוח האדם המנהל את השירות, מפעיל את ועדות השיקום ועוסק בפקיח ובקרה ובתיאום טיפול רחוק מלהספיק להפעלת התקינה והראויה של מערך השיקום. אין ספק כי יש לפתח ולהבטיח מדדים נאותים להיקף כוח האדם הנדרש לשירותי השיקום, בהתאם למשימות. יש לציין כי חרף מרכזיותו של כוח האדם במערך השיקום וחיוניותו להצלחת משימות המערך, הנתונים על היקפו ואופיו של כוח האדם המועסק במסגרת מטה מערך השיקום ובמסגרת השירותים אינם מפורסמים. לנוכח חשיבות הנושא, וכן לאור הסוגיות העולות בנוגע לעניין זה לאורך שנות יישומו של החוק, ראוי שיתבצע מעקב אחר הנתונים ושהם ייכללו בפרסומים של האגף לבריאות הנפש.

לפי הערכות שקיבלנו, כ-70% מכוח האדם העובד בשירותי השיקום אינו מקצועי. מדובר באנשים המאיישים את משרות ההדרכה, החונכות והליווי. אלה נדרשים רק ל-12 שנות לימוד (אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות, תכתובת אישית, 27 בספטמבר 2023), משתכרים על פי ההסכמים שכר מינימום, ובמרבית המקרים לא קיים עבורם מסלול קידום. במשרות אלה קיים קושי בגיוס כוח אדם, היקף התחלופה גבוה ביותר, ויש להניח שרמת השירות ראויה לשיפור. אנו סבורים כי שיפור בתנאי התעסוקה עשוי להביא ליתר יציבות בכוח האדם, ובכך לשפר את רמת השירות.

באשר לכוח האדם המקצועי, ראוי לבדוק עד כמה כיום, יותר מעשרים שנה מאז תחילת יישומו של החוק, נדרש רקע של הכשרה ספציפית בשיקום פסיכיאטרי כתנאי לתעסוקה בתחום, ואם אנשי המקצוע העוסקים בשיקום בקהילה נדרשים להשתלמויות בנושא. ראוי אף לבחון את מידת המעורבות של האוניברסיטאות בהוראה ובהכשרה בתחום השיקום. לדעתנו, טרם התגבש מסלול קידום ראוי בתחום השיקום הפסיכיאטרי בקהילה. כוח האדם המקצועי מגיע ממקצועות שונים (בעיקר ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית), ומסלול הקידום במקצועות אלו עדיין אינו משקף כהלכה את תחום השיקום בקהילה. בשעתו התקיים דיון בסוגיית יצירת מקצוע ספציפי בשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית (רועה ואח', 2011), אולם בין שיתפתח מקצוע ספציפי בשיקום פסיכיאטרי בין שהתמקצעות בשיקום אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית תמצא מקומה במסגרת ההכשרה של המקצועות השונים, חשוב לשמור במערכת צוות מיומן, ובכך לאפשר ליווי יציב ורציף. פיתוחו של מסלול קידום חיוני להשגת מטרות אלה.

בהקשר זה, חשוב לציין את פעילותו של בית הספר לשיקום במהלך העשור האחרון. דוח שיצא בשנים האחרונות על בית הספר (האגף לביקורת פנים, 2020) ביקר את התנהלותו מבחינה מינהלית ותוכנית, והציע לבחון מחדש סוגיות בסיסיות בהתנהלותו אם אכן ימשיך לפעול באותה מתכונת. בעניין זה, חשוב להידרש לעוד כמה שאלות: האם הכשרה בבית הספר לשיקום היא תנאי להעסקה? האם הלימודים מחייבים עבודה בתחום השיקום לאחריהם? האם השכר משקף את רמת ההכשרה? אין לנו ספק שבית הספר לשיקום הוא גורם חשוב בקידום כוח האדם העוסק בשיקום פסיכיאטרי, ועקב כך בקידום התחום, אך עליו להתמודד עם הביקורת ולתקן את הנדרש אשר בסמכותו, לצד הצורך בשינוי מדיניות רחב יותר אשר יאפשר את השינויים הנדרשים.

שירותים

למיטב ידיעתנו, מאז עוצב בכנסת חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנות ה-90 של המאה הקודמת, לא נעשה שימוש במנגנון לעדכון הסל המעוגן בחוק, וסל השיקום לא הוערך כראוי. מבקר המדינה (2010, 2016) העיר על כך והציע לבחון את הסל, וכן טען כי גם כאשר נוספים שירותים חדשים, הדבר נעשה בלי שנקבעות אמות מידה ברורות להפעלתם. החלטות בעניין עדכון הסל צריכות להתקבל על סמך הערכות אמפיריות של הסל הקיים, ידע מצטבר על הנושא מהעולם ומהארץ, והתייחסות לשינויים בגודל ובהרכב האוכלוסייה של הפונים לשיקום. ראוי שיובאו בחשבון, למשל, הגידול במספרם ובשיעורם של הצעירים והקשישים הפונים לשיקום, פנייה של אנשים עם צרכים מורכבים כמו ריבוי מוגבלויות, תחלואה כפולה והפרעות אישיות, וכן שינויים ברקע ובתרבות של חלק מהפונים לשירותי השיקום. נוסף על כך, יש להתייחס כמובן לשיקולי תקציב ולסדרי עדיפויות מוגדרים. חשוב לציין שקביעת סדרי העדיפויות צריכה אומנם להיות מבוססת על ידע, אך היא כרוכה גם בשיקולים חברתיים ומחייבת דיון ציבורי בהשתתפות מומחים, אנשי מקצוע, מחוקקים וכמובן גם בני המשפחות והמתמודדים עצמם.

על אף העלייה שחלה בהיקף פעילותן של ועדות השיקום והמעקב וכן בשיעור מימוש השירותים, שעמדנו עליה בחלק א', האחרון עדיין מחייב תשומת לב (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2023; תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תכתובת אישית, 13 במרץ 2022). בעוד למרבית הפונים לוועדות השיקום אושרו שירותי שיקום (שיעור האישורים עמד על 90%-92% בשנים 2010-2020), הרי שיעור גבוה מהשירותים המאושרים אינם מנוצלים. ממוצע שיעור המימוש (בתוך 60 יום מקבלת האישור) עבור כלל השירותים בשנים 2010, 2015 ו-2020 עמד על 40%

בלבד, ועל 39% בשנת 2021. ניתן היה לשער שעבור שירותי הדיוור והתעסוקה ידווח שיעור מימוש גבוה יותר, אולם גם בשירותים אלה רבים לא ניצלו את זכאותם: עבור שירותי הדיוור, ממוצע שיעור המימוש בתוך 60 יום ממתן האישור בשנים 2010, 2015 ו-2021 נע בין 54%-ל-58%, ואילו בשירותי התעסוקה הוא היה נמוך יותר ואף ירד עם השנים: מ-41% בשנת 2010 ל-39% בלבד ב-2021. גם מבקר המדינה (2007, 2010, 2016) העיר על בעיה זו, ואף כי היא נמשכת לאורך השנים, לא ברור אם מקורה נעוץ בקשיי בירוקרטיה, בהקצאה לא מתאימה או בסיבות אחרות (Moran et al., 2015), וראוי שהנושא יבדק וייחקר לעומק.

כפי שראינו בחלק א', יש לציין כי בתחום אחד של סל השיקום – תיאום הטיפול – ניכר שיעור מימוש גבוה יחסית. בתחום זה שיעור המימוש עלה מ-44% ל-83% בשנת 2015, אף שבשנת 2021 הוא ירד ל-50%. האם נתונים אלה, לצד הנתונים בדבר העלייה במימוש שירותי ההשכלה, הפנאי והחברה, מצביעים על תהליכי התמקצעות של מערך השיקום ועל מאמץ לבנות תוכניות שיקום הרגישות למטרות האישיות של המשתתפים? נושא זה ראוי למחקר, והוא בעל חשיבות תאורטית ומעשית כאחד.

הזכרנו גם את הסוגיה של ברירת האוכלוסייה המתאימה לשיקום, אשר מעלה את השאלה אם ניתן לטפל במסגרת הקהילה באנשים שנזקקים לפיקוח ברמה מסוימת, בלי ליצור "מיני" בתי חולים בקהילה. נושא זה, כאמור, אף הועלה לאחרונה על ידי ארגון "בזכות" (2022) בהקשר של מכרז שפורסם על ידי משרד הבריאות ויושם בינתיים. בסוגיה זו נקשר גם האינטרס של מערכת השיקום, בדומה למערכות ארגוניות אחרות, להעדיף אוכלוסיות שהסבירות להצלחת תהליך השיקום שלהן היא גבוהה. כפי שצינו, בהקשר זה חשוב שייאספו נתונים על מספר הפניות לשיקום שנדחות, ועל השיקולים לדחייה. נושא זה אינו נכלל בדוחות הסטטיסטיים המפורסמים.

נושא נוסף שיחייב חשיבה נוגע להעסקה של משתתפים בהסדר של שכר מינימום מופחת. לאחרונה, בית הדין הארצי לעבודה (2021) פסק כי אין למנוע זכויות על פי דיני עבודה למי שמועסק במערכות של תעסוקה שיקומית. זוהי פסיקה עקרונית חשובה ביותר, הקובעת במפורש כי גם במפעלים מוגנים חלים יחסי עובד-מעביד, ומגיעות לעובד זכויות בהתאם לחוק. עם זאת, בית המשפט לא פסק בעניין שכר מינימום מופחת הנוגה בתעסוקה שיקומית, ולאחרונה דן בג"ץ בעתירה שהגישו משרד הרווחה ומשרד הבריאות על פסק הדין המדובר (קשתי, 2022). נושא זה מחייב טיפול והכרעה הן בגלל ההשפעות השליליות של מתן שכר מינימום מופחת על תהליך השיקום, הן לאור שיקולים אחרים הנוגעים לתפיסת הצדק ולזכויות של מועסק במסגרת שיקומית (מבקר המדינה, 2016).

בהקשר זה ראוי להעלות סוגיה הנוגעת לעמותות המפעילות שירותי שיקום במסגרת הפרטת ביצוע, וזכות לתנאים המקילים עליהן לגייס תרומות מן הציבור. מאמר שפורסם לאחרונה טען שבעמותה המנהלת מפעל מוגן ומשלמת למשתקמים שכר מינימום מופחת, המכ"ל מקבל שכר גבוה ביותר (חרותי-סובר, 2021). זוהי שאלה ראויה לממשל, כרגולטור: האם יש לקבוע גבולות לשכר ולהוצאות המינהליות של עמותות הזכות לתנאים מועדפים אשר מסייעים להן לגייס כסף מתורמים? שאלה זו נוגעת כמובן גם לתחומים אחרים.

נושא נוסף הלוקה בחסר נוגע לטיפול במצבי חירום נפשיים שחווים משתקמים, בין שהם נמצאים במגורים מוגנים, בין שבמתקני שיקום אחרים בקהילה דוגמת הוסטלים או קהילות נתמכות, בין שבמגורי בני משפחותיהם. בעניין זה העיר מבקר המדינה (2007) על עיכובים בהקמת מוקדי חירום פסיכיאטריים ועל מחסור בכוח אדם. היעדר צוותי חירום מיומנים להתערבות בעת משבר בקהילה עלול לגרום לאשפוזים מיותרים בבתי חולים, להתערבות משטרה ולעיתים אף להעברת המשתקם המצוי במשבר למערכת הכליאה. יתרה מזאת, היעדר טיפול ראוי ומיידי של צוותי חירום עלול לגרום להתנגדות הקהילה לשיקומם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במסגרת הקהילה, לחיזוק הסטיגמה, וכן להימנעות של בני משפחה מטיפול בבן המשפחה המתמודד עם מוגבלות פסיכיאטרית בבית המשפחה.

יש עוד נושאים שהוזכרו בחלקם במאמר זה, אשר כבר במהלך העשור הראשון התברר כי הם מחייבים תשומת לב ומענה. עימם ניתן למנות את תופעת ה"הוסטליזציה" – קשיים במעבר של נכי נפש למגורים פחות מגבילים בקהילה; בעיות במיצוי זכויות ובבחירת שירותים; שיעור משתקמים נמוך במגזר הערבי (מבקר המדינה, 2016), וגם צורך בהתייחסות לאוכלוסיות ייחודיות נוספות דוגמת יוצאי אתיופיה והחברה החרדית; זמן המתנה ארוך לפתרונות דיור; רמת סבסוד נמוכה לשכר דירה והיעדר אפשרות בחירה באזורים מסוימים (בית המשפט המחוזי בירושלים, 2017); תמיכה דיפרנציאלית בשכר דירה בהתאם לאזור המגורים שהמשתקם מעדיף לגור בו, או שראוי שיגור בו, בגלל מקום מגוריהם של בני משפחתו; היעדר התייחסות הולמת ורגישות תרבותית מספקת לאוכלוסיות מיוחדות; ליקויים ביצירת רצף טיפולי לאחר אשפוז ובתיאום בין מערכות קליניות ושיקומיות; כיסוי חלקי ולא מספק של שירותי תיאום טיפול (מבקר המדינה, 2007, 2010, 2016); וקשיים במציאת פתרונות שיקום תעסוקתי במסגרת השוק החופשי (אברם, 2012; מבקר המדינה, 2016). עוד יש צורך להרחיב את האפשרות להשלמת השכלה ללימודים לקראת התואר הראשון, ולהשלמת השכלה לנוער מתחת לגיל 18.

מכיוון שהרכיבים השונים של מערכת שירותי בריאות הנפש פועלים ככלים שלובים, מערך השיקום תלוי בתפקודן של מערכת האשפוז והמערכת האמבולטורית, וכן במערכת הבריאות הכללית ובשירותים חברתיים. אנו סבורים שהשירותים האמבולטוריים צריכים להרחיב את מוקד פעולתם הרבה מעבר לשירותים פסיכותרפויטיים, להתייחס גם לצרכים חינוניים של אנשים המתמודדים עם מוגבלויות פסיכיאטריות קשות וממושכות, ולכלול את כל ענפי הרפואה. נוסף על כך, הפגיעה המתמשכת במרפאות הקהילתיות לבריאות הנפש (אבירם, 2010), הדיווחים על המתנה ארוכה מאוד לקבלת טיפול אמבולטורי מקופת החולים של המשתתף (אפרתי, 2022; מבקר המדינה, 2010, 2020), והיעדר שיתוף פעולה יעיל ומספק עם הרפואה הפיזית, עם המערך הקליני בבריאות הנפש ועם שירותי הרווחה המקומיים (מבקר המדינה, 2016) – כפי שקורה כיום – כל אלה פוגעים ברצף הטיפול, ואין ספק כי יהיו להם השפעות שליליות על תפקודה של מערכת השיקום בקהילה ועל יכולתה למלא את ייעודה.

הערכה ומחקר

מחקרי הערכה על תהליכי השיקום ותוצאותיהם חיוניים כמובן מבחינה מקצועית ותקציבית, אך אלו עדיין לוקים בחסר. אומנם במהלך השנים נעשו כמה מחקרי הערכה – הן על ידי חוקרים מן המערכת האקדמית (התוכנית הלאומית להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה, 2018; Gelkopf et al., 2016) הן על ידי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית (ויסברג ואח', 2009; ויסברג ווסטמן, 2014; סוקרי איכות, 2019) – אך מספרם והיקפם רחוקים מלהקיף את מלוא התוכניות במערך השיקום. גם מבקר המדינה (2007, 2010, 2016) התייחס לעניין זה, העיר על מיעוט המחקרים בתחום והמליץ על תוספת משאבים למחקר.

למחקרי הערכה חשיבות רבה לחיזוק הלגיטימציה הציבורית של תחום השיקום בקהילה, והדבר חיוני במיוחד לאור חולשתה הציבורית והדרתה החברתית של האוכלוסייה שחוק השיקום נחקק עבורה. מן הראוי היה לאמץ את ההסדר הנהוג בנוגע לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולפיו שיעור מסוים מן התקציב מוקדש למחקר והערכה. אומנם הדבר לא הובטח בחקיקה, ומן הראוי שאכן ייעשה כך, אולם עד אז ניתן לקדם את הנושא באופן מינהלי. יש לקבוע סדרי עדיפויות למחקר ולהערכה מעת לעת, ולהבטיח שהקצאת הכספים לחוקרים תיעשה באופן בלתי תלוי במערכת המבצעת ועל סמך הערכה מדעית עצמאית לחלוטין. למותר לציין כי הסדר מעין זה יתרום להרחבת הקהילה המדעית אשר תעסוק בחקר שיקומם בקהילה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, ויתמוך בחקר המדיניות והשירותים בבריאות הנפש בכלל.

שיקום נכי נפש בקהילה והרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

אחת הבעיות העיקריות שהרפורמה השיקומית תצטרך להתמודד עימה בעשור השלישי להפעלתה, ואף באלה שיבואו אחריו, נוגעת לתוצאות יישומה של הרפורמה הביטוחית המיושמת החל משנת 2015 (חוק ביטוח בריאות ממלכתי [צו מס' 2, 2002], 1994). בעוד שירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים בבריאות הנפש הועברו לאחריות קופות החולים, הרי שירותי השיקום נותרו באחריות הממשלה. התוצאה היא שמצד אחד, לקופות החולים עלול להיות תמריץ טיפולי וכספי להעביר את כל מי שמתאים לשיקום בקהילה למערך השיקום הממשלתי, אשר יכולתו לספק את השירותים הדרושים תלויה בתקציב המדינה וברשויות אחרות. מצד אחר, תפקודם היעיל של השירותים האמבולטוריים ושל שירותי האשפוז, ובעיקר התיאום הנדרש בין השירותים הקליניים לבין שירותי השיקום לצורך המשכיות הטיפול ורמתו, לא יהיו בשליטה המלאה של הממשלה. מדובר במערכות נפרדות שלהן אינטרסים שונים, ואלה עלולים להוביל למחלוקות (בג"ץ, 2016; לינדר, 2016).

נוסף על כך, כפי שצוין, תוספת התקציב אשר מועברת לקופות החולים בנין קבלת האחריות לשירותי בריאות הנפש לא "נצבעה", ואין לדעת אם מלוא התקציב שיועד לשירותי בריאות הנפש שמספקות קופות החולים אכן משמש למטרתו או מועבר לתחומים רפואיים אחרים, כפי שאכן פורסם לאחרונה בעיתונות (אפרתי, 2022). אין להתפלא על שקופות החולים לא היו מעוניינות בחשיפת השימוש בתקציבן, אולם מתברר שגם אנשי משרד האוצר שניהלו את המשא ומתן על הרפורמה הביטוחית לא היו מעוניינים בכך, כדי לא לחשוף את המדינה במהלך הזמן לתביעות נוספות לתמיכה תקציבית לשירותי בריאות הנפש (Aviram & Azary-Viesel, 2018a, 2018b). לאור כל אלה, מערך השיקום יהיה נתון אפוא בצבת ארגונית ותקציבית, ולסביבה התפקודית שלו – כלומר לארגונים ולמערכים המקיימים עימו קשרי גומלין קבועים ומשפיעים על תפקודו – יהיו אינטרסים שלא בהכרח תואמים את שלו או תורמים לפעילותו הראויה.

בעיות ארגוניות ומעמדו של מערך השיקום בשירותי בריאות הנפש

מערך השיקום פועל במסגרתו הארגונית במשרד הבריאות וכפוף לאגף לבריאות הנפש. לקראת סוף העשור השני של הרפורמה השיקומית נתגלו קשיים ארגוניים בקשרים בין מערך השיקום לבין האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות. בין השאר הועלו שאלות הנוגעות למערכות היחסים, לניהול ושליטה ואף למיקומו הארגוני של מערך השיקום. אין לנו ספק כי על שירותי בריאות הנפש לפעול ככלים שלובים, אולם לעיתים מתגלות חריקות בין המערכות הארגוניות המרכיבות את השירותים הללו. אין לדעת אם לקשיים אלה לא היו מקורות מבניים ותרבותיים כפי שאנו מציינים להלן; שכן הם נבעו, בחלקם לפחות, מאי-הלימה בין התרבות הארגונית של משרד הבריאות, אשר נוסף על היותו בתפקיד של מאסדר ממשלתי הוא היה, וממשיך להיות, ספק שירותים רפואיים קליניים, לבין זו של מערך השיקום הקהילתי, שהוא ביסודו ארגון בעל אוריינטציה חברתית חזקה.

זאת ועוד, כפי שצינו, האחריות המינהלית והמקצועית לכמה נושאים חדשים הנוגעים לשירותי שיקום בקהילה אשר נכללו בתקציב לבריאות הנפש לשנת 2021–2022 לא הועברו למערך השיקום. התרחשויות אלה מלוות גם בזעזועים בהתמדת תעסוקתם של עובדים במערך השיקום ובניסוי אנשי מקצוע לתחום. האם האירועים הללו מבטאים בעיה מבנית בשירותי בריאות הנפש או ניסיון ארגוני של האגף לשפר את השירותים בבריאות הנפש, או אולי ניסיון של המערך הפסיכיאטרי להחזיר את שליטתו המלאה בתחום בריאות הנפש, שנפגעה עם הקמת מערך השיקום, ואולי גם עקב מגמות הבידול של מערך השיקום מהאגף שנתגלו או פורשו שלא כהלכה? או שמא מדובר רק באי-הבנה ארגונית ואישית בין העומדים בראש הארגון לבין העומדים בחזית השיקום בקהילה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית? ימים יגידו.

דברים לסיום

סקירה זו מלמדת על יכולתם של מחוקקים, אנשי מקצוע, גורמים במגזר הציבורי וארגונים אזרחיים להתלכד למען חזון משותף ולחולל שינוי באמצעות מאבק עיקש ומושכל. עם חקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000) השיקום הפסיכיאטרי בישראל הפך מתאוריה למציאות. החוק אפשר את הטמעתם של הערכים ושיטות הפעולה שהציעו מומחים בתחום, בעולם וגם בישראל, ושני עשורים לאחר מכן מערך השיקום בישראל הוא מפעל של ממש שהשפיע לאורך השנים על חייהם של עשרות, אם לא מאות אלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ובני משפחותיהם.

לצד הישגיה המרשימים של הרפורמה השיקומית בשני העשורים ליישומה, המשך הצלחתה אינו מובן מאליה. אומנם ניתן לתקן חלק מהבעיות שהוזכרו בעזרת הגוף המבצע של השיקום עצמו, אבל חלק לא מבוטל מהן תלוי במערכות אחרות ובגורמים שלמעריך השיקום אין שליטה עליהם. בעקבות השינויים שחלו מאז נחקק חוק השיקום, הקואליציה שתמכה בחוק עלולה להיסדק. תשומת הלב המינהלית והמקצועית נתונה למצב שנוצר עקב יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (חוק ביטוח בריאות ממלכתי [צו מס' 2, 2002], 1994). אין לדעת כיצד הדבר ישפיע על הרפורמה השיקומית, לאחר שזו האחרונה נותרה באחריות הממשלה, בעוד שירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים הועברו לאחריות קופות החולים. עוד אנו חוששים כי במשבר שילווח את המשק בכללותו, לרבות שירותי הבריאות והרווחה, בעקבות מגפת הקורונה והמלחמה המתחוללת בעת כתיבת שורות אלה עם ארגון החמאס בעזה, גם שירותי השיקום עלולים להיפגע.

כאמור, שינוי מדיניות הוא אירוע מתמשך שאינו תם עם חקיקתו של חוק. תמונת המצב העולה מן המחקר ממחישה את ההכרח במעקב אחר יישומה בפועל של מדיניות, ואת הצורך במחויבות לשינוי גם לאחר חקיקת החוק והטמעתו בהצלחה. למרבה הצער, נושא בריאות הנפש, לרבות שיקומם של נכי נפש בקהילה, נמצא בשולי העניין הציבורי. גם העובדה שמדובר באוכלוסייה חלשה הסובלת מסטיגמה ומהדרה חברתית מקרינה על יכולתה להשפיע על שינוי המדיניות לגביה.

לפיכך מוטלת אחריות מוסרית ומקצועית כבדה על אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסייה זו ועל אותם גורמים חברתיים, מעטים ככל שיהיו, החרדים לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ולאיוכות חייהם, וכן למשפחות המטפלות בהם. יש לעשות מאמץ, לארגן שדולה

פוליטית וציבורית, ובעזרת המתמודדים ובני משפחותיהם להעלות את הנושא על סדר היום הציבורי ולפעול לשימורה, לפיתוחה ולקידומה של הרפורמה השיקומית. יש מקום למנות ועדה חיצונית בלתי תלויה של מומחים שתבחן את הנושא ותציע תוכנית לתחום השיקום לעשורים הבאים. אין ספק שלוועדה מקצועית כזו, וכן להקמה ולחיוזוק של שדולה ציבורית, יהיו השפעות גם על אופן היישום העתידי של הרפורמה הביטוחית, על איכותם ותועלתם של כל שירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה בישראל, ובסופו של דבר – על איכות חייהם של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, של בני משפחותיהם ושל הקהילה בכללותה.

מקורות

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

אבירם, א' (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל. **ביטחון סוציאלי**, 90, 188-155.

אבירם, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.

אבירם, א', גיא, ד' וסייקס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995-1997: הזדמנות שהוחמצה. **ביטחון סוציאלי**, 71, 83-53.

אגף החשב הכללי. (2001). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2001 - תקנות**. משרד האוצר.

אגף החשב הכללי. (2005). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2005 - תקנות**. משרד האוצר.

אגף החשב הכללי. (2010). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2010 - תקנות**. משרד האוצר.

אגף החשב הכללי. (2015). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2015 - תקנות**. משרד האוצר.

אגף החשב הכללי. (2020). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2020 - תקנות**. משרד האוצר.

האגף לביקורת פנים. (2020). **דוח ביקורת בנושא: בית ספר הארצי להכשרה בשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש**. משרד הבריאות.

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). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

אפרתי, ע' (2022, 9 במאי). משרד הבריאות תכנן להורות לקופות החולים לקצר תורים לבריאות הנפש - וחזר בו. **הארץ**. <https://katr.net/39af9b>

ארגון בזכות. (2022, 22 במרץ). **הצטרפו אלינו ויחד נעצור את מכרז משרד הבריאות להקמת מוסדות פסיכיאטריים ("הקהילות המשקמות") כדי שאנשים המאושפזים שנים בבתי חולים פסיכיאטריים [מצורף קישור] [עדכון סטטוס].** פייסבוק. <https://did.li/vwlgt>

בג"ץ (2016). **בג"ץ 3116/16** [עתירה].

בג"ץ (2022, 5 בינואר). **בג"ץ 3205/21** [פרוטוקול דיון].

בית הדין הארצי לעבודה (2021, 10 באוקטובר). **ע"ע 30279-05-19 ע"ע 414-05-19** [פסק דין].

בית המשפט המחוזי בירושלים (2017, 8 בפברואר). **עת"מ 31736-07-16** [עיקרי טיעון מטעם עוצמה (ידידת בית המשפט)].

בית המשפט המחוזי בחיפה (2022, 10 במרץ). **ה"פ 2803-07-19** [פסק דין].

דביר, מ' ושמיר, א' (2017). צמיחת "עוצמה" – פורום ארצי של משפחות נפגעי הנפש (ע"ר): סנגור, מאבקיים ושיתופי פעולה. בתוך ע' שליו ונ' הדס לידור (עורכות), **מאי-נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה** (כרך א', עמ' 95–134). אחוה מדיה.

דוד, ל' (2020). מכרזים לרכש חברתי בישראל ככלי מאסדר של הקשר הטיפולי שיקומי: המקרה של תחום השיקום בבריאות הנפש. **מחקרי משפט, לב**, 989–1048.

הוועדה המיוחדת לענייני רווחה ועבודה. (2020, 16 באפריל). **שירותי בריאות הנפש בזמן משבר הקורונה**. הכנסת. <https://katzr.net/2ff984>

ויסברג, א', הדס לידור, נ', דודאי, ר', פלי-אלטיט, ת' ומלמד, ש' (2009). **סקר שביעות רצון ואיכות חיים של משתקמים נפגעי נפש צרכני שירותי סל השיקום באמצעות משתקמים שהוכשרו כסוקרים**. יוזמה דרך הלב.

ויסברג, א' ווסטמן, כ' (2014). **"סוקרי איכות": התוכנית לבדיקת שביעות רצון ואיכות חיים של משתקמים צרכני "סל שיקום" ממסגרות השיקום שלהם בקהילה** [מצגת]. יוזמה דרך הלב.

ועדת הבריאות. (2022, 23 בפברואר). **הצעה לדין מהיר בנושא: "מצוקתם הכלכלית של ההוסטלים לבריאות הנפש"**. הכנסת. <https://katzr.net/3a918a>

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 [צו מס' 2, 2002] (1994). ס"ח, 1469.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). ס"ח, 1746.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024] (2000). ס"ח, 3251.

חוק שירותי רווחה לאנשים עם מוגבלויות (2022). ס"ח, 2984.

חרוטי-סובר, ט' (2021, 7 באוקטובר). 700 אלף שקל למנהלים, 7 שקלים לשעה לעובד: מה קורה בעמותות "שכולו טוב". *The Marker*. <https://katzr.net/3aa7b2>

לייזנר, ב' (2023). **תוספת סיוע בשכר דירה ממשרד הבריאות למקבלי שירותי שיקום מתחום הדיור – סטטוס ביצוע** [מכתב למקבלי שירותי שיקום בתחום הדיור, משפחותיהם וספקי השירות].

לינדר, ר' (2016). הכללית לבג"ץ: "המדינה מוסיפה דרישות לרפורמה בבריאות הנפש – ללא תקצוב". *The Marker*. <https://katzr.net/bd4e74>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2021). **2.3 אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל**.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2022). **2.3 אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל**.

- מבקר המדינה. (2002). שיקום חולי נפש בקהילה. **דוח שנתי 52**, 212–217. <https://katr.net/0812f3>
- מבקר המדינה. (2007). שיקום נכי נפש בקהילה. **דוח שנתי 57**, 391–416. <https://katr.net/77f0e4>
- מבקר המדינה. (2010). סוגיות בתחום בריאות הנפש. **דוח שנתי 60**, 545–600. <https://katr.net/5fa1a6>
- מבקר המדינה. (2016). שיקום נכי נפש בקהילה. **דוח שנתי 66**, 575–631. <https://katr.net/0d1ace>
- מבקר המדינה. (2020). היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש. **דוח שנתי 70**, 771–844. <https://katr.net/66e465>
- המוסד לביטוח לאומי. (2003). **ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משתנים כלכליים שונים, 2000–2001** [לוח מס' 32]. https://www.btl.gov.il/SiteCollectionDocuments/btl/Publications/seker_189.pdf
- המוסד לביטוח לאומי. (2007). **ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משתנים כלכליים שונים, 2004–2005** [לוח מס' 32]. https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_210.pdf
- המוסד לביטוח לאומי. (2012). **ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משתנים כלכליים שונים 2010** [לוח מס' 31]. https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_240.pdf
- המוסד לביטוח לאומי. (2017). **שכר והכנסה מעבודה לפי יישוב ומשתנים כלכליים שונים 2015** [לוח מס' 31]. https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker292/seker_292.pdf
- מצלאוי, ת' (2020, אפריל). **עמותת לשמ"ה בימי קורונה – דבר המנכ"לית אפריל 2020**. לשמ"ה. <https://tinyurl.com/32ef35ca>
- משרד הבריאות. (2021, 12 באוקטובר). **תוכנית מערכתית לבריאות הנפש** [מצגת]. ישיבת ועדת הבריאות: הצגת תוכנית העבודה של משרד הבריאות בתחום בריאות הנפש.
- סוקרי איכות. (2019). **ממצאי סקר שביעות רצון ואיכות חיים עבור משתקמים העובדים במפעל תעסוקתי**. יוזמה דרך הלב.
- פורום ארגוני בריאות הנפש. (2021). **נייר עמדה – דרישות תקציביות ואחרות של בריאות הנפש בישראל**.
- צוק, ר', נתן, ה', רוזנטל, ג' וכהן, ש' (2022, 23 בפברואר). **המצוקה הכלכלית בהוסטלים לבריאות הנפש (דין בוועדת הבריאות, 23 בפברואר 2022)**. נייר עמדה.
- קשתי, א' (2022, 18 בנובמבר). המדינה מתנגדת למתן זכויות סוציאליות לעובדים עם מוגבלויות. **הארץ**. <https://katr.net/d8f73e>
- רועה, ד', טל, א', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס לידור, נ', תלם, ע' ולכמן, מ' (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לרופסיה. **ביטחון סוציאלי**, 86, 85–105.
- חניק, ר' (2022, 11 בינואר). בית המשפט העליון: "מצוקת האשפוז הפסיכיאטרי – חמורה". **ישראל היום**. <https://www.israelhayom.co.il/health/article/6957350>
- שליו, ע' (2020). **טראומה וצמיחה בקרב משפחות של אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות: מחקר נרטיבי** [חיבור לקבלת התואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב].
- שלפמן, נ' (2021, 7 בנובמבר). **מערכות בריאות הנפש והשיקום הפסיכיאטרי בישראל: אתגרים מרכזיים בהשוואה בין לאומית** [מצגת]. ישיבת המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה.

- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2009). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2008**. משרד הבריאות. <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mtl-Yearbook-2008.pdf>
- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2019). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2017**. משרד הבריאות. <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mtl-Yearbook-2017.pdf>
- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2023). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2021**. משרד הבריאות.
- התוכנית הלאומית להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה (2018). הערכת מדדי תוצאה בקרב צרכני שירותי שיקום – ינואר 2016–אפריל 2017.**
- Aldrich, H. E. (2008). *Organizations and environments*. Stanford University Press.
- Aviram, U. (1979a). Institutions and their changing environments: Structures and processes for adaptation (part I). *Administration in Social Work*, 3, 5–15. https://doi.org/10.1300/J147v03n01_01
- Aviram, U. (1979b). Institutions and their changing environments: Structures and processes for adaptation (part II). *Administration in Social Work*, 3, 181–191. https://doi.org/10.1300/J147v03n02_04
- Aviram, U. (2017). The reform of rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Lessons from the Israeli experience. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 550–559. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0058-7>
- Aviram, U., & Azary-Viesel, S. (2018a). Mental health reform in Israel: Challenge and opportunity. Part I: Fundamentals of the reform and the mental health service system on the eve of the reform. *Israel Journal of Psychiatry*, 55(3), 45–54.
- Aviram, U., & Azary-Viesel, S. (2018b). Mental health reform in Israel: Challenge and opportunity. Part II: Implementation of the reform – Issues and problems. *Israel Journal of Psychiatry*, 55(3), 55–64.
- Aviram, U., Ginath, Y., & Roe, D. (2012). Israel's rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services*, 63, 110–112. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100009>
- Aviram, U., Guy, D., & Sykes, I. (2007). Risk avoidance and missed opportunities in mental health reform: The case of Israel. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 163–181. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.03.001>
- Care Act (2014). UK.
- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's psychiatric rehabilitation law. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48, 227–229.
- Emery, F. E., & Trist, E. L. (1965). The causal texture of organizational environment. *Human Relations*, 18, 21–32. <https://doi.org/10.9783/9781512819069-004>
- Gelkopf, M., Lapid, L., Werbeloff, N., Levine, S. Z., Telem, A., Zisman-Ilani, Y., & Roe, D. (2016). A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 241, 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.106>

- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. Sage Publications.
- Haj-Yahia, M. M., Nakash, O., & Levav, I. (2019). *Mental health and Palestinian citizens in Israel*. Indiana University Press.
- Kaplan, G., Levav, I., & Nakash, O. (2019). The psychiatric epidemiological portrait of Palestinian citizens in Israel: A review of community studies. In M. M. Haj-Yahia, O. Nakash, & I. Levav (Eds.), *Mental health and Palestinian citizens in Israel* (pp. 198–217). Indiana University Press.
- Lurie, I., & Fleischman, A. (2019). Psychiatric hospitalizations among Palestinian citizens in Israel: A historical cohort study. In M. M. Haj-Yahia, O. Nakash, & I. Levav (Eds.), *Mental health and Palestinian citizens in Israel* (pp. 218–234). Indiana University Press.
- Mechanic, D., & Rochefort, D. A. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16, 301–327.
<https://doi.org/10.1146/annurev.so.16.080190.001505>
- Moran, G. S., Baruch, Y., Azaiza, F., & Lachman, M. (2015). Why do mental health consumers who receive rehabilitation services are not using them? A qualitative investigation of users' perspectives in Israel. *Community Mental Health Journal*, 52, 859–872. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9905-1>
- Roe, D., Garber-Epstein, P., & Khatib, A. (2019). Psychiatric rehabilitation in the context of Palestinian citizens in Israel. In M. M. Haj-Yahia, O. Nakash, & I. Levav (Eds.), *Mental health and Palestinian citizens in Israel* (pp. 380–390). Indiana University Press.
- Segal, S. P., & Aviram, U. (1978). *The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration*. John Wiley & Sons.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action: Social science bases for administrative theory*. McGraw-Hill.