



סדרת ניירות מדיניות

חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים

אורי אבירם

נייר מדיניות מס' 2013.15

THE LAW FOR REHABILITATION IN THE COMMUNITY OF PERSONS
WITH MENTAL DISABILITIES: AN INTERIM APPRAISAL

Uri Aviram

Policy Paper No. 2013.15

* * *

הדעות המובאות להלן הן של המחברים ואינן בהכרח משקפות את דעות מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

מותר לצטט קטעי טקסט קצרים – שאינם עולים על שתי פסקאות – ללא הסכמה מפורשת, ובלבד שיינתן אזכור מלא למקור הציטוט.

המרכז נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סונגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על-ידי קרן הנרי ומרילין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי. מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המרכז www.taubcenter.org.il או בדוא"ל info@taubcenter.org.il.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים

אורי אבירם*

תקציר

מטרת הפרק היא להציג את הרפורמה השיקומית בבריאות הנפש, ולנתח את האתגרים הניצבים בפניה בראשית העשור השני ליישומה. לצד סקירת ההישגים של הרפורמה ותרומתה לשינויים שחלו בשירותי בריאות הנפש, הפרק עומד על הסיכונים שעליה להתמודד עמם. הניתוח יתמקד במרכיבים הקריטיים המגדירים בפועל את מערך השיקום ואת שירותי בריאות הנפש בכלל – לקוחות, תקציב, כוח אדם ושירותים – ויעסוק במערך הגומלין היום-יומי הסובב את השירותים האלה. במהלך העשור התרחבו שירותי השיקום לנכי נפש במידה ניכרת והביאו לחיסכון משמעותי למדינה. עם זאת, עד כה שירותי השיקום מכסים רק כחמישית מאוכלוסיית היעד, ורבים מהזכאים לסל שיקום לא מממשים אותו. כמו כן חלה שחיקה בהיקף התקציב הממוצע למשתקם. כדי שהרפורמה תשרת את אוכלוסיית היעד בצורה מיטבית, יש להתאים את השירותים והתקצוב לאופייה המשתנה של אוכלוסיית המשתקמים ולצרכים המיוחדים של קבוצות אוכלוסייה מוגדרות. עוד יש לבחון מחדש בעיות כמו איכות כוח האדם במערך הטיפול והכשרתו, ולהימנע ממצב של כשל שוק ואובדן שליטה של הרגולטור במערכת שכל השירותים בה מופרטים. לבסוף, הפרק דן בתלות ההדדית בין מערך השיקום ובין הרפורמה הביטוחית, שתצא לדרך ב-2015, ומדגיש את חשיבות תפקודה היעיל של מערכת השיקום להצלחת רפורמה זו, ולשיפור שירותי בריאות הנפש בכלל.

* פרופ' (אמריטוס) אורי אבירם, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית באוניברסיטה העברית בירושלים ופרופסור במרכז האקדמי רופין. המאמר מבוסס על הרצאה שהועברה לצוותי הבריאות והרווחה במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בתאריך 27 בפברואר 2013. להרחבה על הנושא ראו אבירם (2012).

ה חוק לשיקום נכי נפש בקהילה נחקק בשנת 2000 ותוקצב לראשונה ב-2001. חוק חברתי חשוב זה מתבסס על שיטות חדשניות לשיקום נכי נפש בקהילה ולשילובם בחברה, ונחשב לאחד המתקדמים מסוגו בעולם (Aviram, 2011; Drake, Hogan, Slade, and Thornicroft, 2011). כבר במהלך העשור הראשון ליישומו של החוק חלו שינויים דרמטיים בתחום שיקום נכי נפש בקהילה.

הרפורמה השיקומית היא מרכיב כבד משקל בניסיונה של מדינת ישראל להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש ממערכת המוסדות בעיקרה על בתי חולים פסיכיאטריים אל הקהילה – ניסיון שהחל כבר לפני ארבעה עשורים (אבירם, 2007). מטרתיה של הרפורמה היו לשלב את רפואת הנפש ברפואה הכללית, לשפר את איכות השירות ולייעלו. במידה רבה ניתן לזקוף לזכות הרפורמה כמה שינויים שהתרחשו במערכת שירותי בריאות הנפש בארץ, כמו הירידה הדרמטית בשיעור המיטות הפסיכיאטריות וקיצור משך האשפוז הממוצע (אבירם, 2012).

אוכלוסיית נכי הנפש מוגבלת ביותר מבחינה רפואית ותפקודית. היקף התחלואה הכללית בקרבם גבוה יותר מאשר אצל אלה שאינם סובלים ממחלות נפש, ושיעור התמותה בקרבם גבוה בהרבה מהשיעור בקרב בני גילים מקבילים באוכלוסייה הכללית (וינברגר, וינר ולאור, 2008). מחלות הנפש עלולות לגרום למוגבלות ולנכות קשה. ארגון הבריאות העולמי דירג אותן במקום דומה למחלות לב ולמחלות ממאירות במדד הנטל הכולל של מחלות (Global Burden of Disease), והן נמצאות בין עשרת הגורמים העיקריים המובילים לנכות בעולם (Murray and Lopez, 1996). גם שיעור הנשואים או אלה שאי פעם נישאו בקרב נכי הנפש (היכול לשמש מדד לתמיכה חברתית), כמו גם שיעורי ההשתתפות בשוק העבודה בקרבם, נמוכים בהשוואה לאוכלוסיות אחרות המקבלות קצבת נכות (פינטו, 2012). אוכלוסייה זו סובלת גם מעוני, מסטיגמה ומהדרה חברתית (President's New Freedom Commission, 2003).

ההוצאה הכוללת המוטלת על החברה בגלל מחלות נפש והשלכותיה הכלכליות לא נמדדו עד כה בישראל. הוצאה זו חורגת הרבה מעבר לתקציב הממשלתי המוקדש לשירותי בריאות הנפש, המגיע כיום לכשני מיליארד שקלים. לכך יש להוסיף, בין השאר, את תקציבי קופות החולים המוקדשים לבריאות הנפש, את קצבאות הנכות המוענקות לכ-70,000 נכי נפש על ידי המוסד לביטוח לאומי, את כספי הרשויות המקומיות המוקצים לנושא, את התמיכות לדיוור שמעניק משרד השיכון, וכן סכומים לא מבוטלים המשולמים לטיפולים נפשיים באמצעות המגזר הפרטי (שמיר, 2006). נוסף לכך, יש לקחת בחשבון את הנזק הכלכלי הנגרם

למשפחות המטפלות בנכי נפש בגלל הפסד ימי עבודה והוצאות נוספות, וכן את המחיר הנפשי והכלכלי של שיעורי תחלואה גבוהים יותר בקרבן לעומת מקבילותיהן באוכלוסייה הכללית (Gallagher and Mechanic, 1996). על סמך אומדן שנעשה בבריטניה על המחיר הכלכלי והחברתי של מחלות נפש (The Sainsbury Centre, 2003), בהתאמה לגודל האוכלוסייה ולרמת החיים בישראל (לפי התוצר המקומי הגולמי לנפש), העלות השנתית של מחלות נפש לחברה מגיעה ל-13 מיליארד דולרים. שיקומם של נכי נפש ושילובם בשוק העבודה יכול לחסוך לחברה סכומים ניכרים, נוסף לתועלת האישית למשתקמים ולשיפור איכות חייהם. גם בנושא זה לא נערך עדיין אומדן בארץ, אולם בהתאם לתוצאות מחקרם של קסלר ואחרים בארצות הברית (Kessler et al., 2008) (בהתאמה לתוצר לנפש בישראל), ההפסד לתוצר המקומי הגולמי בגין אי העסקתם של נכי נפש בארץ נאמד ב-2.5 מיליארד דולרים לשנה. אמנם האומדנים הללו אינם מדויקים, אך אין ספק שיש בהם כדי להדגיש את התועלת הכלכלית והחברתית הגלומה בהתמודדות ראויה עם מחלות נפש ובשיקומם של נכי הנפש בקהילה.

1. החוק לשיקום נכי נפש בקהילה

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה (2000, להלן: חוק השיקום) מתבסס על שני עקרונות:

א. לאדם הסובל מנכות על רקע נפשי יש זכות בסיסית לשיקום.

ב. סל שירותי השיקום שיוקצה לנכה הנפש יתבסס על שיקול דעת מקצועי.

החוק גם מציין כי סל השירותים ניתן על בסיס תכנית שיקום פרטנית, המעמידה במוקד את האדם ואת שאיפותיו.

אדם שגילו 18 שנים ומעלה רשאי לבקש שירותי שיקום מוועדת שיקום אזורית, המורכבת מאנשי מקצוע בתחום השיקום, לאחר שנמצא כסובל ממחלת נפש, נבדק, עמד באמות המידה של הביטוח הלאומי ונקבע כסובל לפחות מ-40 אחוז נכות רפואית, על פי חוות דעת מקצועית של פסיכיאטר. ועדת השיקום בוחנת את צרכיו, ומקצה לו שירותי שיקום מתוך סל השיקום שנקבע בחוק. הסל כולל שירותי שיקום חיוניים – החל במגורים מוגנים, שירותי תעסוקה, השלמת השכלה ופעילות חברתית בשעות הפנאי וכלה ברפואת שיניים, סיוע למשפחות נכי הנפש ושירותי ניהול טיפול. על פי החוק, את הסל קובע שר הבריאות בהיוועצות עם שר האוצר.

המחוקק, ברצותו להבטיח שהרשות המבצעת לא תוכל לערוך שינויים בהרכב הסל בעצמה, קבע כי כל שינוי מחייב את אישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת (חוק השיקום, 2000).

מן התהליך שהוביל לחקיקת החוק ניתן ללמוד הרבה לא רק על רפורמות בתחום בריאות הנפש, אלא גם על רפורמות בתחום הבריאות והרווחה בכלל. הפרק הנוכחי לא ירחיב בנושא, מפני שהגורמים והנסיבות שהובילו לחקיקת החוק נידונו בהרחבה כבר במקומות אחרים (למשל, אבירם, 2012; אליצור ואחרים, 2004; חבר ואחרים, 2005; שרשבסקי, 2006). עם זאת, ראוי לציין בקצרה כי חקיקת חוק זה הייתה תולדה של מנהיגות ונחישות של קבוצת אנשים, ובראשם חברת הכנסת תמר גוז'נסקי, של ניצול הזדמנות ושיתוף פעולה של הממסד המנהלי במשרד הבריאות, של תמיכה מצד משרד האוצר (אמנם מסויגת ומותנית, אך חיונית) וכן של נסיבות מיוחדות שהיו קיימות באותה עת, שאפשרו חקיקת הצעות חוק פרטיות בהיקף כספי כמו זה שהיה כרוך בחוק המדובר. אפשרות זו נמנעת כיום בשל חקיקות חוק ההסדרים שהתקבלו בשנים 2002 ו-2003.

אוכלוסיית היעד של החוק

החוק אמנם קובע באופן ברור מיהי האוכלוסייה הזכאית, אולם הגדרתה, איתורה וכן מדידת התפוצה של מחלות הנפש באוכלוסייה רחוקה מלהיות פשוטה. סוגיות הקשורות בהגדרה מהי מחלת נפש, באבחנה הפסיכיאטרית ובתקפותה וכן באפדימיולוגיה של מחלות נפש נידונו כבר בהרחבה בספרות (למשל, Mechanic, McAlpine, and Rochefort, 2013), ולא כאן המקום לחזור ולדון בהן.

על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי ב-2012, מספרם של מקבלי קצבת נכות בגין אבחנות פסיכיאטריות הגיע לכ-70,000 בני אדם בסוף 2011. נתון זה הוא אומדן חסר, שכן הוא כולל רק את אלה שפנו לוועדות ואת אלה שלא רק ענו לקריטריון של נכות רפואית, אלא הוגדרו כמי שאיבדו כושר השתכרות. קבוצת נכי הנפש עומדת על כשליש מבין מקבלי קצבאות הנכות, והיא הגדולה ביותר בקטגוריה זו. זו גם הקבוצה הגדולה ביותר שמקבלת קצבאות בנות 75 אחוז ומעלה מקצבת הנכות המקסימלית.

על פי אומדנים שונים, ניתן להעריך שמספרם של האנשים הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות בישראל מגיע כיום לכ-100,000 (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1998; שטרך, שרשבסקי, נאון, דניאל ופישמן, 2009). זוהי אוכלוסיית היעד העיקרית של שירותי השיקום. לנתון זה ראוי להוסיף גם את בני המשפחה

הקרובים המטפלים בנכה נפש, שכן העול הפיזי, הנפשי, הבריאותי והכלכלי הכרוך בטיפול ובדאגה לבן משפחה הסובל ממחלת נפש הוא גדול ביותר (Gallagher and Mechanic, 1996). על פי אומדני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מספרם של נכי הנפש והקרובים המטפלים בהם מגיע לכ-350,000 איש – כמספר התושבים בעיר בינונית בארץ.

2. הרפורמה השיקומית והשינויים המבניים בשירותי בריאות הנפש בעשור האחרון

כבר במהלך העשור הראשון ליישומו של חוק השיקום חלו שינויים דרמטיים בשירותי השיקום לנכי נפש. על פי נתוני משרד הבריאות (2001, 2008 ו-2013), מספר האנשים הסובלים מנכות נפשית המקבלים שירותי שיקום גדל מ-4,000 בשנת 1999 ל-16,000 ב-2009, וכיום המספר כבר מתקרב ל-20,000 (על פי הדיווח של הממונה על שיקום נכי הנפש במשרד הבריאות). השירותים השיקומיים ניתנים באמצעות כ-600 תכניות שונות, כולן מסופקות על ידי עמותות ויזמים פרטיים. התקציב הממשלתי לשיקום נכי נפש בקהילה גדל באותה תקופה פי שמונה (בערכים קבועים), ומגיע כעת לכחצי מיליארד שקלים. חלקו של תקציב השיקום בתקציב בריאות הנפש, אשר עמד בראשית התקופה על פחות מ-4 אחוזים, מגיע בתום העשור הראשון ליישום החוק לרבע מן התקציב הממשלתי לשירותי בריאות הנפש (Aviram, Ginath, and Roe, 2012).

הרפורמה השיקומית הייתה אחד הגורמים העיקריים שאפשרו את השינויים הדרמטיים במערכת האשפוז. בעשור שבין 1999 ל-2009 פחת מספרן של המיטות הפסיכיאטריות ב-50 אחוז. מספר ימי האשפוז השנתיים בסוף התקופה היה נמוך ב-43 אחוז ממספרם בראשיתה. משך האשפוז הממוצע התקצר במידה משמעותית, שיעורם של המאושפזים לתקופה ממושכת מבין אוכלוסיית המאושפזים פחת במידה ניכרת, ומשך השהות בקהילה של אלה ששוחררו מאשפוז לפני שנזקקו לאשפוז נוסף התארך בממוצע במידה ניכרת (אבירם, 2010ב, 2012; למ"ס, 2002, 2011; משרד הבריאות, 2002, 2009, 2013; Hornik-Lurie, Zilber & Lerner, 2012).

הגם שאין להקל ראש במשמעותם של שינויים אלו, המכונים "הרפורמה המבנית", ניתוח הנתונים יגלה כמה עובדות מטרדיות. בניגוד למדינות אחרות שיישמו רפורמות בבריאות הנפש וליוו את צמצום מספרן של המיטות הפסיכיאטריות בסגירת בתי חולים ממשלתיים לחולי נפש (ראו למשל Goodwin,

1990; Mechanic & Rochefort, 1997), בישראל לא נסגר אף לא בית חולים ממשלתי אחד. נוסף לכך, עיקר הירידה במספרן של המיטות הפסיכיאטריות בארץ נבע מצמצום מספרן של המיטות בבתי חולים פרטיים, ואף מסגירתם של חלק מבתי חולים אלו.

מן הראוי לציין כי חלק לא מבוטל מן המיטות בבתי החולים הפרטיים שכביכול בוטלו למעשה הוסבו, והמוסדות שהן שכנו בהם הוגדרו כמגורים טיפוליים או מגורים טיפוליים אינטנסיביים – בדומה למה שהתרחש בארצות הברית, שם נפתחו מיטות חלופיות במוסדות סיעודיים שונים במקום מיטות שבוטלו במוסדות פסיכיאטריים (Segal and Aviram, 1978; Lerman, 1982). בארץ תופעה זו של הסבת מיטות אשפוז למגורים טיפוליים קרתה לא רק משום שלא ניתן היה לשקם במסגרת הקהילה אוכלוסייה שהייתה מאושפזת בעבר בבתי חולים פרטיים וסבלה ממוגבלות חמורה, אלא גם מפני שהממשל היה מעוניין לשנות את הסדרי המימון ולהוזילם – דבר שהתאפשר לאור השינוי בהגדרת אופיין של המיטות. במרבית המקרים המיטות אף נשארו באותו מתקן, ורק הגדרתן שונתה.

התהליכים שהתרחשו במסגרת הרפורמה המבנית והרפורמה השיקומית תאמו גם את מדיניות הממשל לצמצם את כוח האדם שמעסיקה הממשלה ולהוזיל את העלויות. מהנתונים בהצעות תקציב המדינה לעשור שבין 1999 ל-2009 עולה כי בעוד מספר המועסקים במשרד הבריאות עלה במהלך העשור הראשון של שנות האלפיים, מספרם של המועסקים בשירותי בריאות הנפש באותה תקופה פחת ב-10 אחוזים בקירוב. השינויים הביאו לחיסכון כספי ניכר גם בעלויות הטיפול, שכן העלות הממוצעת של יום אשפוז במגורים טיפוליים או יום שהות במגורים נתמכים במסגרת שירותי השיקום בקהילה נמוכה בהרבה מעלויות האשפוז בבתי חולים ממשלתיים או פרטיים לחולי נפש.

טענה רווחת, בעיקר בקרב אנשי משרד האוצר, היא שההקצאה לשיקום היא "כסף חדש", כלומר תוספת לתקציב, מעל ומעבר למה שהוקצב לשירותי בריאות הנפש קודם לכן. אולם המעמיק בניתוח מגמות התקציב יגלה שלטעון זה אין אחיזה במציאות. אכן, הסעיף המיועד לתקצוב שירותי השיקום והכספים שזרמו לשירותים אלו הם חדשים. אולם ככלל, המדינה לא רק שלא הוסיפה כסף לתקציב בריאות הנפש, אלא חסכה סכומים נכבדים במהלך העשור שחלף מאז תחילת יישום החוק. ללא שירותי השיקום, ובעיקר ללא המגורים הנתמכים למיניהם, לא ניתן היה להפחית בצורה ניכרת את מספרם של המאושפזים – ובשל עלותם הגבוהה, המדינה הייתה נאלצת להוציא לפחות כמיליארד שקלים נוספים מעבר למה

שהשקיעה בשירותי השיקום בקהילה (Aviram, Ginath, and Roe., 2012). פירוש הדבר הוא שהמדינה לא ניצלה את כל הכסף שחסכה מהפחתת האשפוזים לטובת שירותי שיקום של נכי הנפש בקהילה.

3. לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה : אתגרים והזדמנויות

בבחינת האתגרים העומדים בפני המופקדים על יישום חוק השיקום ראוי להתייחס לאלמנטים הקריטיים המגדירים את המערכת: אוכלוסיית היעד, המקורות הכספיים להפעלת מערך השיקום, כוח האדם המיועד להפעלתו, ארגון המערכת המבצעת, והכלים והשירותים העומדים לרשות המערכת בהתאם לחוק. מכיוון שפעולת מערך השיקום תלויה בסביבתו התפקודית, דהיינו באותם ארגונים ובעלי עניין המשפיעים על פעולתו של מערך השיקום, יש להתייחס אף אליהם.

הניסיון לשנות את חוק השיקום

ייחודו של חוק השיקום, ובמידה לא מעטה אף עוצמתו, נובעת מכך שהוא מעוגן בחקיקה. שינוי החוק עלול לפגוע בו באופן קשה, ונראה כי משרד האוצר עלול ליזום שינוי כזה.

לקראת סופו של העשור הראשון ליישומו של חוק השיקום, ובעת שהממשל ניסה להשלים בחקיקה את הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש ולהעביר את האחריות לשירותי האשפוז והמרפאות בבריאות הנפש לקופות החולים, נעשה ניסיון לשנות את חוק השיקום, ולמעשה לעקר אותו מאחת מאבני היסוד שבו. משרד האוצר התנה את תמיכתו ברפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש בהכנסת סעיף לחוק המוצע, אשר בין השאר היה אמור להגביל את הזכאות לשירותי שיקום ולהתנות אותם במגבלה תקציבית – היינו, להציב סכום מרבי לסל שיקום, ללא קשר למספר הזכאים לשירותי שיקום על פי הקריטריונים הרפואיים. ככלל, לאורך העשור היה משרד האוצר מוטרד מן ההשלכות התקציביות של הזכאות המוקנית לאנשים על פי חוק השיקום. אמנם לאחרונה זנח הממשל את ניסיונו להעביר את הרפורמה הביטוחית בחקיקה ואישר אותה ב-2012 באמצעות צו, ללא הסעיף המשנה את חוק השיקום, אך הסכנה לחוק לא חלפה. משרד האוצר, בשל רצונו לשלוט בהתחייבויות התקציביות של המדינה, עלול לנסות שוב לשנות

את חוק השיקום, אם באמצעות חקיקה ואם באמצעים מנהליים ותקציביים, כפי שיפורט להלן.

אוכלוסיית היעד

בתום העשור הראשון ליישומו של החוק התברר שמערך השיקום רחוק מלשרת את מרבית האוכלוסייה הפוטנציאלית לשיקום. נתוני שנתון בריאות הנפש שפורסמו ב-2013 מראים כי מספר האנשים שקיבלו סל שיקום בסוף 2010 עמד בסך הכל על 15 עד 20 אחוז מהאומדן של האוכלוסייה הזכאית לשירותי שיקום. גם אם מביאים בחשבון שרק חלק מן הזכאים הפוטנציאליים ירצו לקבל סלי שיקום, הרי עדיין פירושו של דבר שמרבית האוכלוסייה הזכאית נמצאת מחוץ למעגל הנהנים מהחוק. משרדי הבריאות והאוצר קבעו כי המספר המרבי של המשתקמים במערכת במצב קבע יגיע ל-22 אלף. אלא שמספר זה אינו מתיישב עם האומדנים, ולו הזהירים ביותר, שערכו מומחים המכירים את המצב לאשורו, ולפיו סך כל האוכלוסייה הזכאית מגיע ל-100 אלף. אין ספק שאחד האתגרים הניצבים בפני המערכת הוא להגדיל את מספרם של נכי הנפש הזכאים המקבלים שירותי שיקום בפועל, וכן להביא בחשבון את השינויים הנחוצים בתכנון ובהקצאת המשאבים בעקבות הגידול הדמוגרפי של האוכלוסייה הכללית.

נוסף למספר המשתקמים, גם אופי אוכלוסיית היעד של מערך השיקום דורש תשומת לב. בעוד שהגל הראשון של המשתקמים כלל רבים שהשתחררו מבתי חולים פסיכיאטריים לאחר תקופות אשפוז ארוכות, כיום רבים מהפונים הם אנשים צעירים בראשית מה שמכונה "הקריירה הפסיכיאטרית" שלהם. אופי הבעיות שעמן מתמודדת אוכלוסייה זו וצרכיה שונים מאלו של המשתקמים שהשתחררו ממוסדות לאחר תקופות אשפוז ארוכות. הספרות המקצועית מלמדת ששיטות ההתערבות השיקומיות שונות במידה לא מעטה מאלה שהיו אופייניות לאוכלוסיית המטופלים בראשית התהליך, ושעלויות הטיפול והשיקום עברה גבוהות יותר מאלו שהתאימו לגל הראשון.

כל תכנון של מערך השיקום יצטרך להתייחס לאפיונים של מגזרי אוכלוסייה ספציפיים ולקבוצות גיל מובחנות, תוך הסתמכות על ידע בנושאים כמו שיעורי התחלואה ואופייה בקבוצות אוכלוסייה אלו. המערכת תצטרך להקדיש תשומת לב מיוחדת לאוכלוסייה המבוגרת, שבה שיעור הסובלים מנכות פסיכיאטרית גבוה בהשוואה לגילאים צעירים יותר.

תקציבים

כפי שהוסבר לעיל, 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 הייתה מזערית, והן משום שהדבר אינו מעיד על כך שהכספים שהוקצו להקמה ולפיתוח של מערך השיקום תואמים כהלכה את דרישות החוק ואת צורכי המערכת. זאת ועוד: בעוד שבתכנון המקורי סבר המחוקק שהתקציבים עבור השיקום יגדלו גם על ידי איגום תקציבים מרשויות אחרות, בפועל ניכרת תופעה של רשויות מקומיות אשר בעבר סיפקו שירותים לנכי נפש במסגרת תקציבי השירותים החברתיים שלהן, וכיום הן מפנות את הנזקקים למערך השיקום וחדלות להקצות כספים מתקציבן.

בהתאם להסכם בין משרד האוצר ומשרד הבריאות (2001), בחמש השנים הראשונות ליישום החוק היה תקצוב שירותי השיקום מבוסס על תכנית רב-שנתית. לעומת זאת, משנת 2006 התקציב מבוסס על תוספות שנתיות שנקבעות במשא ומתן שנתי (ולאחרונה אף דו-שנתי). בדוחות הביקורת לשנים 2009–2010 מבקר המדינה עמד על כך, וציין כי העקרונות שלפיהם התקציב מתעדכן מדי שנה אינם ברורים ואינם מבוססים על תכנון רב-שנתי, הפתוח לביקורת מקצועית וציבורית.

מכיוון שהאוכלוסייה המקבלת שירותי שיקום היא רק כחמישית מהאוכלוסייה הזכאית לסל שיקום, התקציב צריך לאפשר להגדיל את מספרם של המשתקמים מהמאגר הפוטנציאלי, עד שאוכלוסיית המשתמשים תגיע לפחות ל-50 אחוז מאוכלוסיית היעד. נוסף לכך, התקציב צריך לשקף את הגידול הדמוגרפי ואת השינויים באופייה של אוכלוסיית המשתקמים, וכן בעיות מיוחדות של הפריפריה החברתית והגיאוגרפית; כל אלו מחייבים להגדיל את התקציב הממוצע למשתקם. אלא שניתוח התקציב הממשלתי שהוקצה לשיקום עבור המחצית השנייה של העשור שלאחר יישום החוק מעלה כי בניגוד לצורך, וחרף הצפי לגידול במספר המשתקמים, התקציב הממוצע למשתקם פחת והוא רחוק מלענות כהלכה על צורכי המערכת.

שירותי הדיוור הם תחום מרכזי וחיוני ביותר בסל השיקום. כפי שעולה מנתוני השנתון של שירותי בריאות הנפש ל-2013, כ-60 אחוז ממקבלי סל השיקום זוכים למגורים נתמכים. כמו כן, רוב נכי הנפש המתגוררים במגורים נתמכים מקבלים ממשרד השיכון סבסוד לשכר הדירה. אלא שהרמה הנמוכה יחסית של הסובסידיה לדיוור, וכן קצבת הנכות הנמוכה שרוב נכי הנפש מקבלים מהמוסד לביטוח לאומי,

מונעות מרבים מהמשתקמים למצוא מגורים במקומות המועדפים עליהם ובקרבת בני משפחותיהם. הדבר גם מקשה עליהם לעבור להסדרי דיור נתמך אינטנסיביים פחות, המגבילים את האדם במידה פחותה יותר, מפני שהסדרים כאלו יקרים יותר. עובדות אלו דוחקות רבים מהמשתקמים לפנות למגורים בפריפריה ובשוליים החברתיים והגיאוגרפיים. מצב זה עלול להוביל ליצירת "גטאות" של נכי נפש, כפי שקרה במקומות אחרים בעולם (Aviram and Segal, 1973; Isaac and Armat, 1990) ולפגוע בזכויות המשתקמים, באיכות חייהם ובשיקומם בכלל.

אחת הסיבות לפגיעה באיכות השיקום היא התמחור הלא ריאלי במכרזים של שירותי השיקום. ללא תמחור סביר נמנעים רבים מהיזמים הפוטנציאליים מלהשתתף במכרזים, מה שמביא לצמצום או להיעדר תחרות ומוביל לתלות של הממשלה ביזמים המעטים המפעילים את השירותים – שמצדם נאלצים לפגוע באיכות השירותים כדי לא להפסיד כסף – שכן הממשל חייב שתהיה לו אפשרות ליישם את דרישות החוק ולהבטיח שירותי שיקום.

לאור כל זאת, יש לבדוק את הנושא ולתקצב את המכרזים בצורה שתאפשר תחרות אמיתית, ובה בעת תבטיח פיקוח ובקרה נאותים ותמנע כשל שוק שיביא לפגיעה באיכות שירותי השיקום ובזכויות המשתקמים.

לא ניתן לסיים את הדיון על נושאים הקשורים לתקציב שירותי השיקום מבלי להתייחס לרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, שמתוכנן ליישמה בשנת 2015.

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש ותקצוב שירותי השיקום בקהילה

הרפורמה הביטוחית והעברת השירותים האמבולטוריים והאשפוזיים בבריאות הנפש לאחריות קופות החולים נועדה להביא לשיפור השירותים, לצמצם את מספר האשפוזים ואת משכם ולהגדיל את הביקוש לשירותי השיקום בקהילה בקרב הזכאים שעד כה לא קיבלו את הטיפול הדרוש. אולם ללא מענה הולם של שירותי השיקום בקהילה, ספק אם הרפורמה הביטוחית תצליח. האם הצורך הגובר בשירותי השיקום בקהילה נלקח בחשבון בעת תכנון הרפורמה הביטוחית?

הרפורמה הביטוחית אמורה לשפר את מנגנון התקצוב של שירותי בריאות הנפש. בפסיקת בג"ץ מ-21 ביוני 2012 נקבע כי ישונו אמות המידה שלאורן מתעדכן תקציב קופות החולים, ובאחריותה של המדינה לשפר את מנגנון קביעת התקציב המועבר לקופות – ולמעשה להגדיל את התקציב. השאלה שצריכה להטריד את כל החרדים לרמת שירותי בריאות הנפש היא האם שינויים אלו ישתקפו גם בהגדלה בפועל של התקציב המופנה אליהם. אין ודאות שכל התקציבים המועברים לקופות

החולים לשם קליטת שירותי בריאות הנפש אכן יזרמו ליעדם, שכן תקציבים אלו אינם ייעודיים לתחומים מסוימים (למשל בריאות הנפש) ואופן השימוש בהם נתון לשיקול דעתן של קופות החולים. בשל התחרות בשירותי קופות החולים בין התחומים השונים, יש סכנה שחלק מכספי בריאות הנפש יזלגו לשירותים אטרקטיביים יותר למבוטחים, להתמחויות אחרות ולשדולות חזקות יותר. לאור זאת, על המדינה להבטיח שלפחות בתקופה הראשונה – כעשור או שניים לאחר הרפורמה, עד שיתייצבו שירותי בריאות הנפש ועד שתיווצר להם שדולה מקצועית, מינהלית וציבורית חזקה – יסומנו הכספים המיועדים לבריאות הנפש ויהיה פיקוח על דרכי הוצאתם. יש להניח כי שיפור השירותים האשפוזיים והאמבולטוריים בעקבות הרפורמה עשוי גם לשפר את שירותי השיקום בקהילה.

מכיוון ששירותי השיקום נותרים באחריות המדינה, יש להבטיח שהם יעודכנו תוך התחשבות בשינויים דמוגרפיים, בהתייקריות במשק ובתוספות נדרשות בגין עדכונים של טכנולוגיות התערבותיות מוכחות, וכן בגין צרכים מיוחדים של אוכלוסיות ספציפיות בפריפריה הגיאוגרפית והחברתית של המדינה.

כוח אדם

כוח האדם המפעיל את השירותים הוא מרכיב חיוני הקובע את איכותם, ואף את מידת יישומו של החוק עצמו. בהתייחסו להיערכות כוח האדם במהלך העשור הראשון ליישומו של חוק השיקום, מבקר המדינה קבע בדוחות לשנים 2007 ו-2010 שכוח האדם המנהל את השירות, מפעיל את ועדות השיקום ועוסק בפיקוח ובקרה רחוק מלהספיק להפעלתו התקינה והראויה של מערך השיקום.

מכיוון שמערכת השירותים כולה מופעלת בידי יזמים פרטיים, ובהיעדר דרישות מצד הממשל לכוח אדם ברמה מקצועית גבוהה שיפעיל את השירותים, אין להתפלא שפעמים לא מעטות כוח האדם אינו תואם את הרמה המקצועית הנדרשת לצורך ביצוע המשימות של השיקום. כדי לשנות את המצב, חשוב שהמדינה תחמיר את הדרישות במכרזים לאיכות ראויה של כוח אדם, על המשמעות התקציבית הכרוכה בכך.

לאור העובדה שתחום השיקום של נכי נפש צעיר יחסית, יש צורך לפתח תכניות להכשרת כוח אדם בענף, אם במסגרת מאמץ לפתח מקצוע ייחודי לעיסוק בשיקום נכי נפש בקהילה (רועה ואחרים, 2011) או במסגרת המקצועות הקיימים. יש להגביר את המאמץ לפתח הכשרה מקצועית הולמת, הן ברמה אקדמית והן במסגרת תכניות שונות שאינן מובילות לתואר אקדמי.

בעניין זה ראוי גם להדגיש את החשיבות בהכשרת כוח אדם של בעלי נכות נפש וכמובן בהעסקתם. אמנם במהלך העשור האחרון נעשו מאמצים לא מבוטלים בתחום זה, ואף היו הישגים הראויים לציון (דודאי והדס-לידור, 2009), אבל אלה רחוקים עדיין מהרצוי, בעיקר כאשר מדובר בהעסקה בשוק החופשי של אנשים הסובלים מנכות פסיכיאטרית.

שירותים

מאז שחוק שיקום נכי נפש בקהילה עוצב בכנסת בשנות התשעים של המאה הקודמת, לא הוערך סל השיקום ולא הוכנסו בו שינויים. החלטות כאלו צריכות להתקבל על סמך הערכות אמפיריות של הסל הקיים וידע מצטבר על הנושא מהעולם ומהארץ, וכן על בסיס שיקולים תקציביים וסדרי עדיפויות מוגדרים. חשוב לציין שקביעת סדרי העדיפויות צריכה אמנם להיות מבוססת על ידע, אך היא כרוכה גם בשיקולים חברתיים ומחייבת דיון ציבורי בהשתתפות מומחים, אנשי מקצוע, מחוקקים וכמובן גם בני המשפחות והמתמודדים עצמם.

בין הנושאים שהתבררו כבר במהלך העשור הראשון ליישום החוק המחייבים תשומת לב נכללים תופעת ה"הוסטליזציה" – קשיים במעבר של נכי נפש למגורים מגבילים פחות בקהילה; בעיות במיצוי זכויות ובבחירת שירותים; שיעור משתקמים נמוך במגזר הערבי; זמן המתנה ארוך לפתרונות דיור, רמת סבסוד נמוכה לשכר דירה והיעדר אפשרות בחירה באזורים מסוימים; היעדר 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; וקשיים בפתרונות שיקום תעסוקתי במסגרת השוק החופשי. כמו כן, יש צורך להרחיב את האפשרות להשלמת השכלה ללימודים לקראת התואר הראשון ולהשלמת השכלה לנוער מתחת לגיל 18.

כפי שעולה מהנתונים שפרסמו שירותי בריאות הנפש, ונכללו אף בדוחות מבקר המדינה, אחד הנושאים המחייב תשומת לב מיידי הוא העובדה שרבים מנכי הנפש לא מממשים את סל השיקום שהוקצה להם. על סמך בדיקות שנערכו, בין רבע לשליש מאלה שאושר להם סל שיקום לא מממשים אפילו מרכיב אחד מהשירותים שהוקצו להם, ורבים אחרים בוחרים לממש רק חלק מהסל. ייתכן שהסיבה לכך היא בעיות בתהליכי הקצאת השירותים ובכוח האדם האמון על הטיפול, ואין ספק כי נושא זה מחייב בדיקה.

מכיוון שהמרכיבים השונים של מערכת שירותי בריאות הנפש פועלים ככלים שלובים, מערך השיקום תלוי בתפקודן של המערכת האשפוזית והמערכת האמבולטורית, כמו גם במערכות בריאות ובשירותים חברתיים. הפגיעה המתמשכת במרפאות הקהילתיות (Aviram, 2010) והיעדר שיתוף פעולה יעיל עם הרפואה הפיזית, עם המערך הקליני בבריאות הנפש ועם שירותי הרווחה המקומיים – כפי שקורה כיום – יביאו ללא ספק להשלכות שליליות על תפקודה של מערכת השיקום בקהילה, ויפגעו ביכולתה למלא את ייעודה. הרפורמה הביטוחית, המיועדת להיכנס לתוקפה ב-2015, אמורה לתקן מצב זה, אולם עדיין מוקדם לקבוע שהשינוי אכן יתרחש.

שיקום נכי נפש בקהילה והרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

הבעיה המרכזית שהרפורמה השיקומית תצטרך להתמודד עמה בעת יישומה של הרפורמה הביטוחית נובעת מכך שבעוד ששירותי האשפוז ושירותי המרפאה בבריאות הנפש יעברו לאחריות קופות החולים, שירותי השיקום ייוותרו באחריות הממשלה. לקופות החולים יהיה תמריץ טיפולי וכספי להעביר את כל מי שראוי לשיקום בקהילה למערך השיקום הממשלתי, אולם מערך זה יהיה תלוי בתקציב המדינה וברשויות אחרות בכל הנוגע ליכולתו לספק את השירותים הדרושים. מן הצד האחר, תפקודם היעיל של השירותים האמבולטוריים ושל שירותי האשפוז, ובעיקר התיאום הנדרש בין השירותים הקליניים לשיקום לצורך המשכיות הטיפול ורמתו, לא יהיו בשליטתה המלאה והיעילה של הממשלה. מערך השיקום יהיה נתון אפוא בצבת ארגונית ותקציבית, ולסביבה התפקודית שלו (כלומר לארגונים ולמערכים המקיימים עמו קשרי גומלין קבועים ומשפיעים על תפקודו) יהיו אינטרסים שלא בהכרח תואמים את שלו או תורמים לפעילותו הראויה.

4. סיכום

הישגיה של הרפורמה השיקומית בעשור הראשון ליישומה אכן מרשימים, אך המשך הצלחתה אינו מובן מאליו. הפרק עמד על לא מעט בעיות וסוגיות המחייבים התייחסות. יש לבחון את הליקויים ואת הבעיות שהתגלו, להעריך את השירותים שניתנו, את דרכי אספקתם ואת תוצאותיהם ולפעול כדי לתקן את הטעויות תיקון. בעניין זה יש חשיבות רבה לפיתוח מערך מידע אשר יאפשר מעקב, בקרה והערכת

תוצאות. למרות הצהרות חוזרות ונשנות מצד שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות ומשרד האוצר בדבר החשיבות שהממשל מייחס למחקרים מבוססי ראיות על תוצאות השיקום, עד כה לא נעשה בתחום זה אלא מעט.

מחקרי הערכה על תהליכי השיקום ועל תוצאותיהם חשובים לא רק מבחינה מקצועית ותקציבית, אלא גם מבחינה ציבורית. יש להם חשיבות לחיזוק הלגיטימציה הציבורית של התחום, והדבר חיוני במיוחד לאור חולשתה הציבורית של האוכלוסייה שעבורה נחקק חוק השיקום. מן הראוי היה לאמץ את ההסדר הנהוג לגבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שלפיו אחוז מסוים מהתקציב מוקדש למחקר ולהערכה וההקצאה לכך מעוגנת בחוק, או לפחות בהסדר מנהלי. כמו כן, חשוב לקבוע סדרי עדיפות למחקר ולהערכה ולהבטיח שהכספים יוקצו לחוקרים באופן בלתי תלוי במערכת המבצעת, על סמך הערכה מדעית עצמאית לחלוטין.

נושא נוסף שראוי לבדיקה מושכלת הוא שאלת השתייכות מערך השיקום למשרדי הממשלה: האם יש להשאירו באחריות משרד הבריאות או להעבירו למשל, למשרד הרווחה והשירותים הציבוריים? זו אחת המשימות שהממשל יצטרך להתמודד עמה עם בוא העשור השני ליישום החוק ויישום הרפורמה הביטוחית, וחשוב ששיקולים מקצועיים וארגוניים הם שינחו את הבדיקה.

כפי שנאמר בפרק, לתפקוד יעיל ומועיל של מערכת בריאות הנפש יש חשיבות רבה לא רק מבחינת שיקומם ואיכות חייהם של המשתמשים במערכת זו, כלומר המתמודדים ובני משפחותיהם, אלא גם מבחינה חברתית וכלכלית. לפיכך, ראוי שהתחום יינה גם מפירות השיפור ברמת החיים בארץ, בדומה לתחומים אחרים בחברה. הנתונים מלמדים כי התקציב הממשלתי לבריאות הנפש אמנם לא השתנה (בערכים קבועים) בעשור האחרון, אך, כפי שמצוין בפרק של צ'רניחובסקי ורגב (2013) בספר זה, ההוצאה הציבורית לשירותי רפואה רחוקה מלשקף את הגידול שחל בתוצר המקומי הגולמי ואת העלייה ברמת החיים בארץ, ולא תאמה את השיפור שחל בתחומים אחרים של השירותים החברתיים בתקופה הנידונה.

אמנם ניתן לתקן חלק מהבעיות שהוזכרו בעזרת הגוף המבצע של השיקום עצמו, אבל חלק לא מבוטל תלוי במערכות אחרות ובגורמים שלמעריך השיקום אין שליטה עליהם. בעקבות השינויים שחלו מאז נחקק חוק השיקום, נסדקה הקואליציה שתמכה בחוק. משרד האוצר, שהיה חיוני להצלחת החוק בראשית יישומו, מבקש כיום להגביל אותו, בין שבאמצעות חקיקה ובין שבאמצעות תקציביים. הדחיות התכופות ביישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש מאז שלהי המאה הקודמת, כמו גם הפגיעה המתמשכת בשירותים האמבולטוריים,

עלויות אף הן לפגוע במערך השיקום. נוסף לכך, יש כמובן מידה לא מבוטלת של חוסר ודאות בעניין הדרך שבה תיושם סוף-סוף הרפורמה הביטוחית בעוד שנתיים, וכיצד הדבר ישפיע על הרפורמה השיקומית.

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 לנכי הנפש ולאיכות חייהם. יש לעשות מאמץ, לארגן שדולה פוליטית וציבורית, ובעזרת המתמודדים ובני משפחותיהם להעלות את הנושא על סדר היום הציבורי ולפעול לשימור, פיתוח וקידום הרפורמה השיקומית. אין ספק שיהיו לכך השלכות גם על אופן היישום העתידי של הרפורמה הביטוחית, ובסופו של דבר על איכותם ותועלתם של כל שירותי בריאות הנפש בישראל.

מקורות

- אבירם, אורי (2007), "רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה", **חברה ורווחה**, 27, עמ' 127–155.
- אבירם, אורי (2010), "שינויים בחצר האחורית של מערכת הבריאות: בדרך לרפורמה בשירותי בריאות הנפש", בתוך חנה כץ וארז צפדיה (עורכים), **מדינה מפקירה, מדינה משגיחה: מדיניות חברתית בישראל 1985–2008**, הוצאת רסלינג.
- אבירם, אורי (2012), "לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל", **ביטחון סוציאלי**, 90, עמ' 155–188.
- אבירם, אורי, נלי זילבר, יעקב לרנר ומרים פופר (1998), "חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואפיוניהם", **ביטחון סוציאלי**, 53, עמ' 92–105.
- אליצור, אבנר, יהודה ברוך, יעקב לרנר ומרדכי שני (2004), "הרפורמה בבריאות הנפש בישראל", בתוך יעקב קופ (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים בישראל**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בג"ץ 8703/03, **מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר**, פורסם באתר הרשות השופטת ב-21 ביוני 2012: elyon1.court.gov.il/files/03/300/087/h53/03087300.h53.htm
- דודאי, רונית ונעמי הדס-לידור (2009), "השיקום התעסוקתי בישראל: המפתח להגדרה חדשה של האדם עם המגבלה הנפשית בקהילה", *The Medical*, 10, עמ' 19–21.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011), **שנתון סטטיסטי לישראל 2011**.
- המוסד לביטוח לאומי (2012), **סקירה שנתית 2011**, btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2011/Pages/default.aspx
- וינברגר, טוביה, זיו וינר ונתנאל לאור (2008), "תחלואה גופנית ותמותה בסובלים מהפרעות בפסיכיאטריות", *The Medical*, 9, עמ' 18–22.
- חבר, איתן, משה קוטלר, דב פסט, אבנר אליצור, ויהודה ברוך (2005), "הרפורמה בבריאות הנפש: מאין ולאן?", **הרפואה**, 144, עמ' 327–331.

משרד הבריאות, **בריאות הנפש בישראל: שנתונים סטטיסטיים לשנים 2001, 2006, 2008 ו-2012.**

צ'רניחובסקי, דב ואיתן רגב (2013), "מערכת שירותי הרפואה בישראל", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה 2013 – חברה, כלכלה ומדיניות**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 323–348.

פינטו, אופיר (2012), **מקבלי קצבת נכות בשנת 2011: מאפיינים דמוגרפיים, רפואיים ותעסוקתיים**, סקרים תקופתיים מס. 242, מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.

רועה, דוד, אמיר טל, ורד בלוש-קלימן, יחיאל שרשבסקי, נעמי הדס לידור, עדי תלם ומקס לכמן (2011), "השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה", **ביטחון סוציאלי**, 86, עמ' 85–105.

שטרך, נעמי, יחיאל שרשבסקי, דניס נאון, נוגה דניאל ונועם פישמן (2009), **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

שמיר, אלי (2006), "תחלואת הנפש: בת חורגת במערכת הבריאות בישראל", בתוך אורי אבירם ויגאל גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות**, צ'ריקובר.

שרשבסקי, יחיאל (2006), "שיקום נכי נפש בקהילה בישראל – תהליכים ואתגרים", בתוך אורי אבירם ויגאל גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות**, צ'ריקובר.

Aviram, Uri (2010), "Promises and Pitfalls on the Road to a Mental Health Reform in Israel, *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, No. 3, pp. 171–194.

Aviram, Uri (ed.) (2011), *Rehabilitation and Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities: The First Ten Years and Beyond*, Report for International Workshop, Tel Hashomer, Israel National Institute for Health Policy Research.

Aviram, Uri, Yigal Ginath, and David Roe (2012), "A Decade to the Rrehabilitation in the Community of Persons with Mental Disabilities

- Law of Israel: Challenges and Opportunities,” *Psychiatric Services*, 63, pp. 110-112.
- Aviram, Uri and Steven P. Segal (1973), “Exclusion of the Mentally Ill: Reflection on an Old Problem in a New Context,” *Archives of General Psychiatry*, 29, pp. 126-131.
- Drake, Robert E., Hogan, M. F., Slade, M., and Graham Thornicroft (2011), “Editorial: Commentary on Israel's Psychiatric Rehabilitation Law,” *Israel Journal of Psychiatry*, 48, No. 4, pp. 227-229.
- Gallagher, Sally K. and David Mechanic (1996), “Living with the Mentally Ill: Effects on the Health and Functioning of Other Household Members,” *Social Science and Medicine*, 42, pp. 1691-1701.
- Goodwin, Simon (1997), *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*, Sage Publications.
- Hornik-Lurie, Tzipi, Nelly Zilber, and Yaacov Lerner (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, No. 24, ijhpr.org/content/1/1/24.
- Isaac, Rael Jean and Virginia C. Armat (1990), *Madness in the Streets: How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill*, The Free Press.
- Kessler Ronald C., Steven Heeringa, Matthew D. Lakoma, Maria Petukhova, Agnes E. Rupp, Michael Schoenbaum, Philip Wang, and Alan M. Zaslavsky (2008), “Individual and Societal Effects of Mental Disorders on Earnings in the United States: Results from the National Co-Morbidity Survey Replication,” *American Journal of Psychiatry*, 12, pp. 703-711.
- Lerman, Paul (1982), *Deinstitutionalization and the Welfare State*, Rutgers University.
- Mechanic, David, Donna D. McAlpine, and David A. Rochefort (2013), *Mental Health and Social Policy: Beyond Managed Care* (6th Edition), Pearson Education, Inc. and Allyn and Bacon.
- Mechanic, David and David A. Rochefort (1990), “Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform,” *Annual Review of Sociology*, 16, pp. 301-327.

Murray, Christopher J.L. and Alan D. Lopez (eds.) (1996), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability of Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Harvard School of Public Health.

President's New Freedom Commission on Mental Health (2003), *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, Publication No. SMA 03-3832, Department of Health and Human Services, President's New Freedom Commission on Mental Health.

Segal, Steven and Uri Aviram (1978), *The Mentally Ill in Community Based Sheltered Care: A Study of Community Care and Social Integration*, John Wiley and Sons.

The Sainsbury Centre for Mental Health (2003), *The Economic Costs of Mental Illness*, Policy Paper 3, June, The Sainsbury Centre for Mental Health.