



■ סדרת ניירות מדיניות ■

הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים

אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל

נייר מדיניות מס' 2015.02

ירושלים, אב תשע"ה, יולי 2015

עריכה ועימוד : ענבל גפני

כתובת המרכז : רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון : 02-567-1818

פקס : 02-567-1919

דואר אלקטרוני : info@taubcenter.org.il
כתובתנו באינטרנט : www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס פרינטיב בע"מ

הרפורמה בבריאות הנפש :

סיכויים וסיכונים

אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל*

תקציר

ביולי 2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בבריאות הנפש. רפורמה זו, המעבירה את האחריות לשירותי בריאות הנפש האשפוזיים והאמבולטוריים לקופות החולים, טומנת בחובה שינוי מהותי בשירותי בריאות הנפש בארץ. נייר זה בוחן את הסיכויים והסיכונים הקשורים ליישום הרפורמה. הוא מנתח את הסוגיות העומדות בפני מבצעי הרפורמה והמדינה, שבעת ההחלטה על יישום הרפורמה נותרו ללא פתרון או הכרעה וקעת יש לתת עליהן את הדעת. כך למשל יש לבחון האם היעדים שהוצבו מבחינת שיעור המטופלים הרצוי אכן מספקים, להבטיח כי פריסת השירותים תהיה שוויונית, ולפתח חלופות הולמות לאשפוז, שיאפשרו לפגועי הנפש לקבל טיפול מתאים בקהילה ולהימנע מאשפוז שאינו הכרחי. לסיכום מונה הנייר כמה המלצות להתמודדות עם הסוגיות שהוזכרו, ועם הבעיות שעלולות לצוץ במהלך יישומה של הרפורמה, וביניהן: הקצאת משאבים מנהליים וכספיים למחקר והערכה בלתי תלויה ולקידום הרפורמה, הקמת גוף מנהלי מיוחד במשרד הבריאות שיופקד על יישומה, וחיזוק הגופים הרגולטוריים שהוקמו לצורך פיקוח ובקרה.

* פרופ' אורי אבירם, פרופסור (אמריטוס) באוניברסיטה העברית בירושלים, פרופסור במרכז האקדמי רופין, ראש המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה לשעבר, עמית מדיניות בתכניות המדיניות בתחומי בריאות ורווחה במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; שגית אזארי-ויזל, מוסד שורש, דוקטורנטית לכלכלה באוניברסיטת תל אביב. אנו מודים מאוד לחיים בלייד, חוקר מרכז טאוב, על עזרתו הרבה באיסוף ובעיבוד הנתונים. תודות גם לפרופ' דב צירניחובסקי, מנהל המחקר וראש תכנית מדיניות בתחום הבריאות במרכז טאוב, על תרומתו לחשיבה על הנושא ועל העידוד לכתיבת נייר זה. תודה גם לאינה פוגצ'ב מהמחלקה למידע ולהערכה במשרד הבריאות, לדניאל רוטנברג משירותי בריאות הנפש וליוליה קוגן על הסיוע הרב שהושיטו לנו באיסוף הנתונים ובניתוחם. לצורך המחקר ראינו גורמים רלוונטיים רבים וקצרה היריעה למנות את כולם בשמם, אולם אנו אסירי תודה לכולם. אנו מבקשים להודות גם לפרופ' דן בן-דוד ולפרופ' איל קמחי ממוסד שורש על העידוד והסיוע בכתיבת נייר זה.

תוכן עניינים

5מבוא
51. נתוני רקע
212. יישום הרפורמה – סוגיות ובעיות
293. סיכום ומסקנות
31מקורות

מבוא

בראשית חודש יולי 2015 נכנסה הרפורמה בבריאות הנפש לתוקפה. ההחלטה על הרפורמה התקבלה ביוני 2012 באמצעות צו ממשלתי (מזכירות הממשלה, 2012), לאחר שורה של ניסיונות קודמים שלא צלחו. אין ספק כי רפורמה זו, המעבירה את האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש האשפוזיים ושירותים אמבולטוריים לקופות החולים, טומנת בחובה שינוי מהותי בשירותי בריאות הנפש בארץ, הן במבנה השירותים והן בדרך הספקתם.

אמנם העיקרון והכיוון הכללי של הרפורמה היו ברורים למקבלי ההחלטות, אולם בעת שהתקבלה ההחלטה נותרו שאלות רבות שלא קיבלו מענה או שלא הייתה הסכמה לגביהן. ההחלטה הייתה לצאת לדרך ולהתמודד עם הסוגיות במהלך שלוש השנים שהוקצבו להכנה לקראת יישום הרפורמה, או במהלך יישומה. לאור בעיות שונות כמו הידע המוגבל בתחום, מידה לא מבוטלת של אי הסכמה בדבר אוכלוסיית היעד וכן היבטים אידיאולוגיים, ארגוניים ופוליטיים הקשורים לנושא, ההחלטה ליישם את הרפורמה מבלי לפתור מראש את כל הסוגיות הייתה החלטה ראויה, שאם לא כן ספק אם הרפורמה הייתה מתבצעת כלל.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הסיכויים והסיכונים הקשורים להעברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים ולשילובם במערכת השירותים הרפואיים הכללית. הנייר מנתח את הסוגיות העומדות בפני המבצעים והרגולטור, וממליץ על תיקונים ראויים או על דרכי התמודדות עם הסוגיות ועם הבעיות העשויות להתגלות במהלך יישומה של הרפורמה.

אופיו של המחקר הוא "הערכה מעצבת" – הערכה תוך כדי ביצוע השינוי. הוא התבסס הן על נתונים כמותיים והן על נתונים איכותניים מבוססי ראיונות. הראיונות המקיפים (כ-50 במספר) כללו שיחות עם הגורמים השונים הקשורים להחלטה על הרפורמה וליישומה – לרבות בכירים בקופות החולים, במשרדי הבריאות והאוצר ובגורמי ממשל אחרים, ספקים של שירותי בריאות הנפש, בתי החולים הפסיכיאטריים, אנשי מקצוע בתחום וכן עמותות של מתמודדי נפש, משפחות של אנשים הסובלים ממחלות נפש, ארגוני זכויות אדם ואנשי ציבור.

נייר המדיניות יתחיל בתיאור קצר של מטרות הרפורמה ועיקריה. לאחר מכן יובאו בקצרה הרקע שהוביל לרפורמה ומצבה של מערכת שירותי בריאות הנפש לקראת ההחלטה והיישום של הרפורמה, בדגש על השינויים העיקריים שחלו בשירותי בריאות הנפש בשני העשורים האחרונים מאז חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994). החלק העיקרי במסמך יעסוק בכמה סוגיות שנתרו ללא פתרון ובנושאים המחייבים חשיבה והתמודדות במהלך יישום הרפורמה. בחלק המסכם יובאו כמה המלצות הנובעות מניתוח המצב.

1. נתוני רקע

עיקרי הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש נועדה ליישם את חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), אשר קבע כי יש להעביר את שירותי בריאות הנפש מאחריות המדינה לאחריות קופות החולים. לפי התכנון, לאחר הרפורמה יהיה המצב בתחום שירותי הנפש מקביל להסדרים הנהוגים בשירותי הרפואה (להוציא מספר קטן של פרטים) על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עיקרי הרפורמה

מפורטים בצו מיום 10 במאי 2012 (מזכירות הממשלה, 2012) ובהסכם בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית (2012) מיום 6 ביוני 2012. אלו מבוססים בעיקרם על החלטות והסכמים קודמים שהתקבלו בנושא מאז הניסיון הראשון להעברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים ב-1995 (אבירם, גיא וסייסק, 2006), אך בעיקר על הצעת חוק שעברה בכנסת ב-2007 (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון 41, 2007).

הרפורמה מתייחסת לאחריות הביטוחית ולהסדרי המימון של שירותי בריאות הנפש, לרבות השתתפויות עצמיות. ביסודה היא מבקשת להחיל את העקרונות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי – צדק, שוויון ועזרה הדדית – גם לגבי שירותי בריאות הנפש. היא אמורה לממש את העיקרון של זמינות ונגישות לשירותי בריאות הנפש, ולהביא לפריסה הוגנת וראויה של שירותים אלו בכל חלקי הארץ ובקרב מגזרים שונים. כמו כן, הרפורמה נועדה כאמור להסדיר את התקצוב והמימון של שירותי בריאות הנפש בדומה להסדרים הנהוגים לגבי שירותי הבריאות הכלליים.

עיקרי הרפורמה כללו את העברת האחריות הביטוחית והטיפולית לשירותי בריאות הנפש מידי המדינה לקופות החולים, ושילוב שירותי בריאות הנפש במארג הכללי של שירותי הבריאות. הצו הסדיר את מימון העברת האחריות לקופות, וקבע כי לבסיס התקציב של קופות החולים ייתוסף סכום בסך של 1.54 מיליון שקלים (בערכים של מועד אישור הצו) בגין הכללת האחריות לשירותי בריאות הנפש במסגרת של השירותים לתושב. סכום זה מבטא בעיקר את עלויות האשפוז הפסיכיאטרי, העומדות על כמיליון שקלים בשנה, וכ-565,000 שקלים עבור שירותי מרפאות (מזכירות הממשלה, 2012); הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית, (2012). בפועל, מכיוון שחלק לא מבוטל מהסכומים הני"ל כבר מצויים בתקציבים המיועדים לבריאות הנפש (שעד כה נכללו בתקציב המדינה), הרפורמה אמורה להוסיף לתקציב בריאות הנפש כ-320 מיליון שקלים (במחירי 2012). סכומים אלו יתווספו לבסיס התקציב של קופות החולים ויתעדכנו מעת לעת, על פי אמות המידה החלות על עדכון התקציבים של הקופות. בדומה להסדרים הקיימים ברפואה הכללית בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובניגוד למצב בעת ששירותי בריאות הנפש היו באחריות המדינה, מרגע יישום הרפורמה רשאי אדם לתבוע את קופת החולים אם חש שלא קיבל את השירותים הכלולים בסל במלואם או בחלקם, וגם בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו.

צו הרפורמה הותיר שלוש שנים להכנות ולהתארגנות המערכת וקבע, כאמור, כי הרפורמה תיכנס לתוקפה ב-1 ביולי 2015. כמו כן, הוסכם כי בתום שלוש שנים מתחילת יישומה תתקיים הערכה תקופתית ויידונו התיקונים הנדרשים.

מכיוון ששיעור חולי הנפש המאובחנים המבוטחים בקופת חולים כללית עולה בהרבה על מספר חולי הנפש המבוטחים בשלוש הקופות האחרות (משרד הבריאות, 2012), הממשלה בחרה להגיע להסכם עם הכללית ולאחר מכן הצטרפו הקופות האחרות. הסכמים אלו אושרו בוועדת הכספים (ועדת הכספים, 2013) ונכללו בחוק ההסדרים (2013).

ההסכם בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית (2012) והצו (מזכירות הממשלה, 2012) פירטו אילו שירותים בבריאות הנפש יהיו באחריות קופות החולים ואילו יישארו בידי הממשלה – שירותי השיקום בקהילה לנכי נפש, אשפוז הסובלים מתחלואה כפולה (גופנית ונפשית), שירותים לאסירים ושירותי גמילה מסמים והתמכרויות. רשימת האבחנות הרלוונטיות לרפורמה כללה אבחנות רפואיות פסיכיאטריות בלבד, והגדירה משך טיפול ממוצע וכן את הסדרי התשלום. מעתה והלאה כל המבקש טיפול אמבולטורי או אשפוזי ידרש להמציא טופס 17 מקופת

החולים. אך בניגוד להסדרי הביטוח הרפואי למחלות הגוף, במקרה של מחלות נפש אפשר הצו להפנות לטיפול פסיכולוגי פרטי ולגבות השתתפות עצמית גבוהה מזו הנגבית עבור ייעוץ מומחה בשירותי הבריאות הכלליים.

מטרותיה של הרפורמה היו שילוב שירותי בריאות הנפש בשירותי הרפואה הכלליים, שיפור איכות הטיפול על ידי הרחבת השירותים האמבולטוריים, מניעת אשפוזים מיותרים, הגדלת מספרן של חלופות לאשפוז והרחבת פתרונות לפגועי נפש במסגרת הקהילה. קובעי המדיניות קיוו כי הרפורמה תסייע בהסרת הסטיגמה מהמטופלים בשירותי בריאות הנפש ומאנשים הסובלים ממחלות נפש בכלל.

מטרתם של מתכנני הרפורמה הייתה להגיע לשיעור של 4 אחוזים מהאוכלוסייה המבוגרת ו-2 אחוזים מאוכלוסיית הילדים שיהיו זכאים לשירותי בריאות נפש ויקבלו אותם. ההנחה הייתה כי בעקבות הרחבת שירותים אלו ניתן יהיה למנוע אשפוזים מיותרים, לייעל במידה ניכרת את שירותי בריאות הנפש וכמובן לשפר את בריאותם ואיכות חייהם של אנשים הסובלים ממחלות נפש.

המאמץ העיקרי בתקופת הביניים הושקע בהרחבת השירותים האמבולטוריים – הגדלת מספרן של המרפאות לבריאות הנפש ופריסתן בארץ (לרבות בפריפריה), וכן הכנת התשתית הארגונית והמנהלית של קופות החולים לקראת הפעלת הרפורמה והכנסת הסדרי בקרת טיפול (Managed Care) לשירותי בריאות הנפש, בדומה להסדרים הקיימים בשירותי הבריאות הכלליים.

מחלות נפש ונכות נפשית: היקף הבעיה

ארגון הבריאות העולמי דירג את מחלות הנפש במקום דומה למחלות לב ולמחלות ממאירות מבחינת נטל התחלואה הכולל (Global Burden of Disease), והן נמנות עם עשרת הגורמים העיקריים המובילים לנכות בעולם (Murray and Lopez, 1996). נוסף לנכות ולמוגבלות החברתית הנובעת ממחלות הנפש, סובלים פגועי הנפש מסטיגמה ומהדרה חברתית (Corrigan, 2005; Goffman, 1963; Link, 1987; Link, Struening, Rahav, Phelan, and Nuttbrock, 1997). ייתכן כי מסיבות אלו בעיית התפקוד של פגועי הנפש אינה זוכה לדיון ציבורי ראוי, ומעטים מודעים להיקף הבעיה ולהשלכותיה: ארגון הבריאות העולמי מעריך כי בכל זמן נתון כ-10 אחוזים מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש וממצוקה נפשית, וכי בין רבע לשליש מהאוכלוסייה יזדקקו במהלך חייהם לשירותי בריאות הנפש. אחוז עד שניים מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש קשות וממושכות הגורמות לירידה ניכרת בתפקוד ולמוגבלות קשה (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1998; אבירם ורוזן, 2002; WHO, 2001). נוסף לסובלים ממחלת נפש קשה וממושכת, רבים באוכלוסייה סובלים מבעיות נפשיות הפוגעות בתפקודם, בפרנסתם ובאיכות חייהם, גורמות לפגיעה במשפחותיהם וברוחתן, ומהוות מעמסה ניכרת על שירותי הבריאות ועל החברה בכללותה.

הרפורמה אמנם קובעת מיהי אוכלוסיית היעד אולם הגדרתה, איתורה וכן מדידת התפוצה וההתפלגות של מחלות הנפש באוכלוסייה רחוקות מלהיות פשוטות. סוגיות הקשורות בהגדרה מהי מחלת נפש, באבחנה הפסיכיאטרית ובתקפותה וכן באפדימיולוגיה של מחלות נפש נדונו כבר בהרחבה בספרות (למשל, Mechanic, McAlpine, and Rochefort, 2013), ולא כאן המקום לחזור ולדון בהן.

חוסר אחידות בהגדרת התחום ובמידה מוביל לטווח אומדנים רחב של תפוצתן והתפלגותן של מחלות נפש באוכלוסייה. מחקרים שנערכו בארצות הברית העריכו כי במהלך שנה אחת

חמישית עד רבע מתושבי המדינה סובלים ממחלות נפש, מבעיות נפשיות ומהתמכרויות (Narrow, 2001; WHO, 2001; U.S. Surgeon General, 1999; Rae, Robins, and Rieger, 2002). הערכות אחרות טוענות כי קרוב למחצית התושבים יסבלו בזמן כלשהו במהלך חייהם מסימפטומים נפשיים למיניהם (Srole et al., 1962; Leighton et al., 1963). אך למרות השונות הרבה בין תוצאות המחקרים השונים שניסו לאמוד את שיעור הסובלים ממחלות נפש ומבעיות נפשיות בקהילה (Dohrenwend, 1975; Dohrenwend and Dohrenwend, 1974), קיימת הסכמה רחבה כי בין 1 ל-2 אחוזים סובלים ממחלות נפש חמורות וממושכות, וכי 3 עד 5 אחוזים מהאוכלוסייה נזקקים מדי שנה לטיפולים נפשיים. אין ספק אפוא כי מדובר בבעיה בריאותית וחברתית רחבת היקף ורצינית ביותר. נוסף לכך, כאמור, נפגעים באופן ישיר ועקיף גם בני משפחותיהם של הסובלים ממחלות נפש. מדובר לא רק בצער ובמצוקה שהדבר גורם לבני המשפחה, אלא גם בהשלכות על מצבם הכלכלי ועל איכות החיים של בני המשפחות ואפילו על בריאותם הפיזית (Gallagher and Mechanic, 1996; Gubman and Tessler, 1987).

מחלות הנפש מהוות גורם רב משקל בהוצאה הלאומית לבריאות. ההוצאה הכוללת המוטלת על החברה בגלל מחלות נפש והשלכותיה הכלכליות לא נמדדה עד כה בישראל. עם זאת, ברור כי הוצאה זו חורגת הרבה מעבר לתקציב הממשלתי המוקדש לשירותי בריאות הנפש, המגיע כיום לכ-2.5 מיליארד שקלים לשנה (משרד האוצר, 2014). לכך יש להוסיף, בין השאר, את תקציבי קופות החולים המוקדשים לבריאות הנפש; את קצבאות הנכות המוענקות מהמוסד לביטוח לאומי לכ-75,000 נכי נפש (המוסד לביטוח לאומי, 2014); את הקצבאות הניתנות לנכי משרד הביטחון בגלל בעיות נפשיות; 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, כאמור, 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 בקרב משפחות המטפלות בנכי נפש לעומת מקבילותיהן באוכלוסייה הכללית (Gallagher and Mechanic, 1996). יש לקחת בחשבון גם את הנטל הכספי והארגוני על שירותי הרפואה הכללית בגין הטיפול בנפגעי הנפש, וכן את הנזק הכלכלי שנגרם למשק כתוצאה מאובדן ימי עבודה של נפגעי הנפש ושל בני המשפחה המטפלים בהם, ומאי העסקתם של נכי נפש. 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 – בן נון וקידר, 2007; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011), העלות השנתית של מחלות נפש לחברה בישראל מגיעה ל-13 מיליארד דולרים. זאת ועוד, בהתאם לתוצאות מחקרם של קסלר ואחרים בארצות הברית (Kessler et al., 2008), ההפסד לתוצר המקומי הגולמי בגין אי העסקתם של נכי נפש בארץ נאמד ב-2.5 מיליארד דולרים לשנה (אבירם, 2012). אמנם האומדנים הללו אינם מדויקים, אך אין ספק שיש בהם כדי להדגיש את המחיר הכלכלי הגבוה של מחלות נפש לחברה ואת התועלת הכלכלית והחברתית הגלומה בהתמודדות ראויה עם מחלות נפש ובשיקומם של נכי הנפש בקהילה.

כאמור, על פי האומדנים הבין-לאומיים 3 עד 5 אחוזים מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש ומהפרעות נפשיות למיניהן ונזקקים לטיפול מדי שנה, ואלו יכולים להיחשב כאוכלוסיית היעד של הרפורמה בבריאות הנפש. מתוכם, על פי אומדנים שונים, ניתן להעריך שמספר הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות מגיע לכ-150,000–100,000 (אבירם, 2007; אבירם ואחרים, 1998; המוסד

לביטוח לאומי, 2014; שטרוד, שרשבסקי, נאון, דניאל ופישמן, 2009; Aviram, 2010). על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, מספרם של מקבלי קצבת נכות בגין אבחנות פסיכיאטריות הגיע ב-2013 לכ-74,500 בני אדם. אלא שנתון זה הוא אומדן חסר, שכן הוא כולל רק את אלה שבחרו להגיש תביעה למוסד ושלא רק ענו לקריטריון של נכות רפואית, אלא הוגדרו כמי שאיבדו כושר השתכרות. קבוצת נכי הנפש מהווה כשליש מבין מקבלי קצבאות הנכות, והיא הגדולה ביותר בקטגוריה זו (המוסד לביטוח לאומי, 2014). זו גם הקבוצה הגדולה ביותר שמקבלת קצבאות נכות בנות 75 אחוז ומעלה מהקצבה המקסימלית. יש להדגיש כי המספר הנ"ל מתייחס רק לחלק קטן, הגם שהוא נזקק ביותר לשירותים, מאוכלוסיית היעד הרחבה של החוק. לאומדן מספרם של חולי הנפש, המהווים את אוכלוסיית היעד של הרפורמה, ראוי להוסיף גם את בני המשפחה הקרובים המטפלים בנכי הנפש ובסובלים ממחלות נפש, שכן כאמור העול הפיזי, הנפשי, הבריאותי והכלכלי הכרוך בטיפול ובדאגה לבן משפחה הסובל ממחלת נפש הוא גדול ביותר.

על פי אומדני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לגודל האוכלוסייה בארץ ולגודל הממוצע של משק הבית בישראל, ניתן להעריך כי מספרם של חולי הנפש הקשים והממושכים ושל הקרובים המטפלים בהם מגיע לכ-350,000–400,000 איש – כמספר התושבים בעיר בינונית בארץ (אבירם, 2013). מובן שלפי האומדנים שצוינו לעיל, מספרם הכולל של חולי נפש ושל הסובלים מהפרעות נפשיות ובני משפחותיהם גבוה עשרות מונים.

מגמות ותמורות במדיניות שירותי בריאות הנפש

הניסיונות לרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל קשורים למגמות החדשות בעולם בתחומי הטיפול, הסייעוד והדאגה לנפגעי נפש. השינויים המהותיים שחלו בארבעת העשורים האחרונים הם גישת "אל-מיסוד" (deinstitutionalization) ותפיסות חדשות לגבי המבנה ושיטות הטיפול (Goldman, 1983; Goodwin, 1997; Grob, 1991; Mechanic, McAlpine, and Rochefort, 2013). אף על פי שהנושא מורכב, ניתן להגדירו באמצעות שלושה שינויים בולטים: ירידה דרסטית בשיעורי האשפוז, פיתוח שירותים קהילתיים ושינוי בגישה הטיפולית.

מה הביא לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בעולם? היה זה שילוב של נסיבות, ולא בהכרח תולדה של תכנון רציונלי מדוקדק. העיקריות שבהן היו: תחילת השימוש בתרופות פסיכו-אקטיביות; התרחבות מדינת הרווחה והעברת תמיכות כספיות ואחרות לנכים; עלויות אדירות של מערכת בתי החולים לחולי נפש והמעמסה על תקציבי המדינות; והתוצאות המאכזבות של המערכת המושתתת על בתי חולים לחולי נפש. מערכת זו כשלה בהגשמת שלוש המטרות העיקריות של כל מערכת בריאות נפש, שהן פיקוח חברתי, טיפול הומני ועלויות נמוכות. גם תנועת זכויות האזרח הייתה מרכיב רב משקל בין הגורמים שהביאו לשינוי (אבירם, 1988; Bassuk and Gerson, 1978; Goodwin, 1997; Mechanic and Rochefort, 1990).

אי אפשר להבין את הרפורמות שהוצעו בארץ ואת הבעיות והקשיים בניסיונות ליישמן ללא התייחסות לבעיות המרכזיות המלוות את מערכת שירותי בריאות הנפש בארץ מאז שנוסדה. מובן שמערכת זו לא הייתה יכולה להימלט מהסוגיות העיקריות שעמן מתמודדת כל מערכת בריאות נפש מודרנית. הידע המוגבל על הגורמים למחלות נפש ולהפרעות נפשיות ועל שיטות הטיפול בהן משפיע על התחום כולו. לא מעט מגישות הטיפול הנהוגות חסרות בסיס אמפירי מוצק, ורבים מן השירותים הקיימים אינם מבוססים על תוצאות מוכחות של ההתערבות. יותר מאשר בכל תחום רפואי אחר, קיימת בתחום בריאות הנפש אי הסכמה באשר לבעיות שהמערכת צריכה להתמודד

עמן, ביחס לאוכלוסייה הזכאית לשירותים ובנוגע לטווח השירותים שהמערכת אמורה לספק (אבירם, 1991; אבירם ולבב, 1981; Mechanic, 1994a, b).

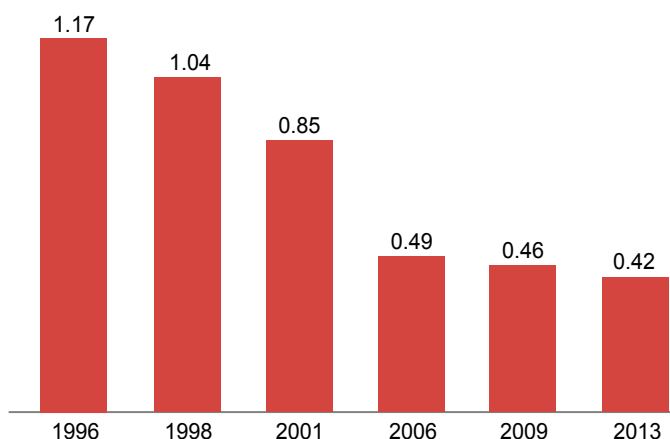
נוסף לסוגיות העולמיות מתמודדת מערכת שירותי בריאות הנפש בארץ עם שלוש בעיות עיקריות, הקשורות זו לזו: פיתוח מוגבל של שירותי בריאות נפש קהילתיים, דומיננטיות של מערכת בתי החולים לחולי נפש ומדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש (Aviram, 1996). בעיות אלו משקפות הן סוגיות ארגוניות וכלכליות והן היבטים תרבותיים-חברתיים מבניים. ההסברים להמשך קיומן והשפעתן על המערכת הם הרקע ההיסטורי של שירותי בריאות הנפש בארץ (בריל, 1974; דגן, 1988; זלשניק, 2008; מילר, 1981; קפלן, קוטלר וויצטום, 2001), אמונות וגישות מסורתיות לגבי בעיות בריאות הנפש ודרכי ההתמודדות עמן ושורה של אינטרסים שצמחו והשתרשו במהלך השנים (אבירם, 1991; גינת, 1992; Aviram, 1996).

הרפורמה הביטוחית אמורה להשלים שתי רפורמות חלקיות שהתרחשו ב-20 השנים האחרונות בשירותי בריאות הנפש. הראשונה היא הרפורמה המבנית, דהיינו ההפחתה במספרן של המיטות הפסיכיאטריות, בשיעורי המאושפזים, במספר ימי אשפוז במהלך השנה ובמשך אשפוז. רפורמה זו החלה באמצע שנות התשעים של המאה הקודמת. השנייה היא הרפורמה השיקומית, שעוגנה בחקיקה בשנת 2000 (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000). כפי שמראה תרשים 1, בעקבות הרפורמות פחת שיעורן של המיטות הפסיכיאטריות ב-65 אחוז בין 1996 ל-2013 (מ-1.17 ל-0.42 מיטות לאלף נפש).

תרשים 1

מספר מיטות אשפוז פסיכיאטריות לאלף נפש

(שנים נבחרות) 1996–2013



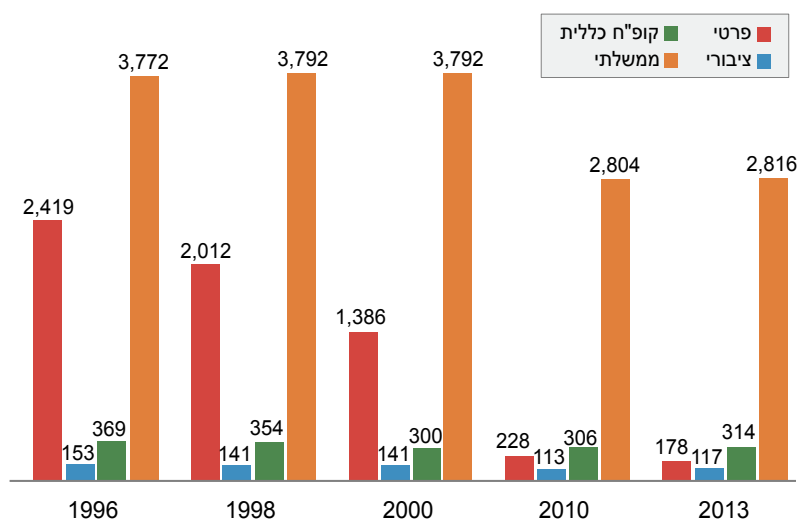
מקור: אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב
נתונים: משרד הבריאות

הירידה במספר מיטות האשפוז נובעת בעיקרה מסגירת בתי חולים פרטיים לחולי נפש, אשר רמת הטיפול והתנאים בהם היו מקור לביקורת ציבורית מתמשכת. בשנים 1996–2011 נסגרו 6 מבין 8 בתי החולים הפרטיים במערכת. ב-1996 מספר המיטות בבתי חולים אלו היה 2,419, ואילו

בסוף 2013 עמד המספר על 178 בלבד – כלומר, מרבית המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים הפרטיים (93 אחוז) נסגרו, הישג לא מבוטל לכלל הדעות (משרד הבריאות, 2006, 2012; דיווח אישי מיום 1 ביוני 2015). באותו פרק זמן מספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים הממשלתיים פחת ב-25 אחוז – מ-3,772 ל-2,817 מיטות, אך אף לא בית חולים ממשלתי אחד נסגר (תרשים 2).

תרשים 2 מיטות אשפוז פסיכיאטריות לפי בעלות

(שנים נבחרות) 1996–2013

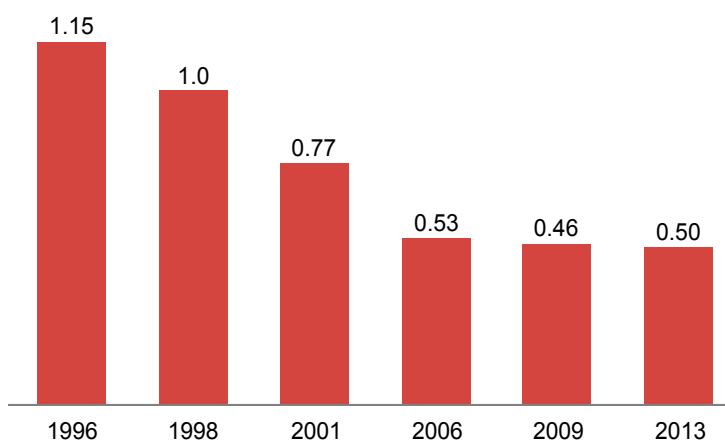


מקור: אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב

נתונים: משרד הבריאות

במקביל חלה ירידה גם בשיעור המאושפזים באשפוז מלא: מ-1.15 מאושפזים לאלף נפש ב-1996 ל-0.5 ב-2013 (תרשים 3).

תרשים 3
מספר המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים
 אשפוז מלא, לאלף נפש, 1996–2013 (שנים נבחרות)

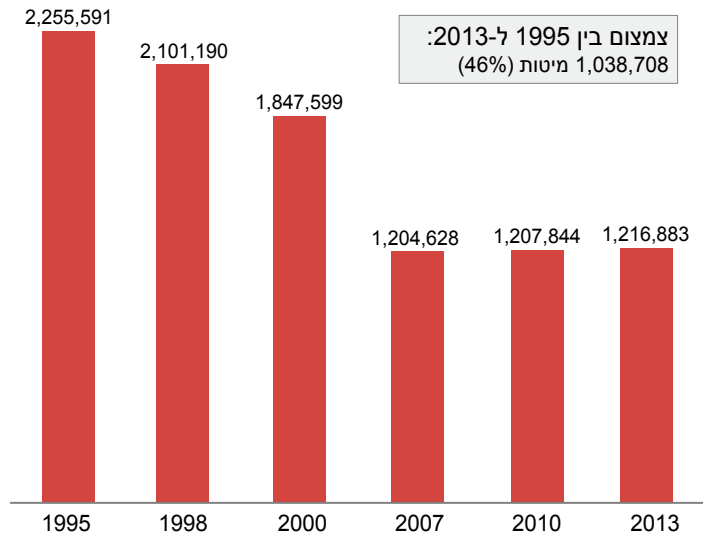


מקור: אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב
 נתונים: משרד הבריאות

בין השנים 1995 ל-2007 חל צמצום דרמטי במספר ימי האשפוז השנתיים. בעוד שב-1995 הגיע מספר ימי האשפוז ל-2,255,591, בשנת 2007 מספר ימי האשפוז השנתיים היה 1,204,628, כלומר ירידה של 47 אחוז בפרק זמן של 12 שנים. החל מ-2007, במקביל לסיום הירידה הדרסטית במספרן של המיטות פסיכיאטריות, התייצב מספר ימי האשפוז השנתיים סביב 1,200,000 (תרשים 4).

תרשים 4
מספר ימי אשפוז במוסדות פסיכיאטריים

אשפוז מלא, 1995–2013 (שנים נבחרות)



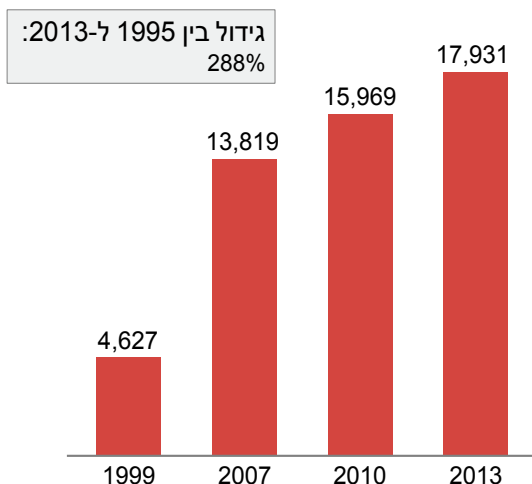
מקור : אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב
נתונים : משרד הבריאות

גם משך האשפוז התקצר במידה ניכרת באותו פרק זמן. בשנת 1996 משך השהייה הממוצעת של מאושפזים בבית החולים היה 151 יום, ואילו ב-2011 הגיע המספר ל-68 ימים – ירידה של 55 אחוז (משרד הבריאות, 2006, 2012). ראוי לציין כי עד שנת 2000 מספר ימי האשפוז השנתיים בקטגוריה הנ"ל היה אף גבוה יותר ונע בין 180 ל-339 לשנה. החל משנת 2001 (השנה הראשונה ליישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה) מספר זה פחת בהתמדה מדי שנה (אבירם, 2013; אליצור, ברוך, לרנר ושני, 2004; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006, 2014; משרד הבריאות, 2004, 2006, 2012; המחלקה לדיווח והערכה במשרד הבריאות, דיווח אישי, 2014).

הרפורמה השיקומית הייתה השינוי הגדול השני שהתרחש בשירותי בריאות הנפש בתקופה הנדונה (אבירם, 2010; שרשבסקי, 2006, בדפוס; Aviram, Ginath and Roe, 2012). החוק לשיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000) היווה פריצת דרך. בעקבות חוק זה, שקודם ביוזמתה של חברת הכנסת לשעבר תמר גוז'נסקי, ניתנה הקצבה מיוחדת לשיקומם של נכי נפש בקהילה, ובשנת 2013 הגיע הסכום לכ-600 מיליון שקלים (משרד האוצר, 2006, 2014; משרד הבריאות, 2006, 2012, 2014). בשנים מאז חקיקת חוק השיקום הולך ומוקם במסגרת שירותי בריאות הנפש מערך שירותים קהילתיים, לרבות מגורים מוגנים, תעסוקה מוגנת, השלמת השכלה, מועדונים וכדומה, שרק לפני שנים אחדות היו בבחינת חלום בלבד (שרשבסקי, 2006, בדפוס; אבירם, 2010, 2013). בסוף 2013 סיפקה מערכת השיקום בקהילה שירותים לכ-18,000 נכי נפש, לעומת כ-4,600 בשנת 1999 (משרד הבריאות, 2001, 2006, 2012, 2014 – ראו תרשים 5).

5 תרשים מספר מטופלים בשירותי שיקום

(שנים נבחרות) 1999–2013

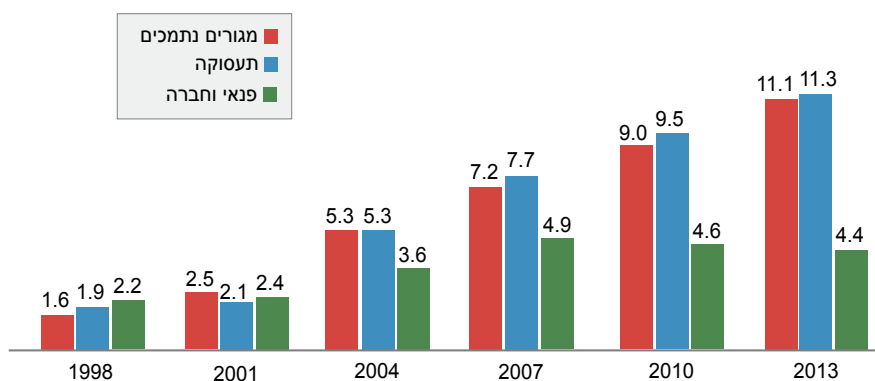


מקור: אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב
נתונים: משרד הבריאות

מספר נפגעי הנפש במגורים נתמכים בקהילה גדל פי שישה מאז שהחוק נכנס לתוקפו, והגיע ב-2013 ל-11,300 נתמכים (תרשים 6). גידול בשיעור דומה התרחש בתחום התעסוקה המוגנת (משרד הבריאות, 2012, 2014).

6 תרשים מספר משתקמים לפי שירותים עיקריים

(שנים נבחרות) 1998–2013, באלפים

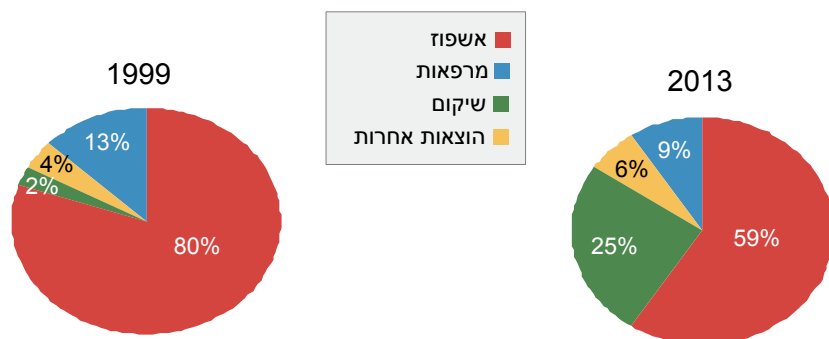


מקור: אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב
נתונים: משרד הבריאות

השינויים הללו באים לידי ביטוי גם בהתפלגות התקציב של שירותי בריאות הנפש בתקופה הנדונה. בעוד שבשנת 1999, ערב חקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, חלקם של שירותי השיקום בתקציב הממשלתי לשירותי בריאות הנפש היה 2 אחוזים בלבד, בשנת 2013 הוא הגיע ל-25 אחוז. חלקם של שירותי האשפוז היה בראשית התקופה 80 אחוז מתקציב זה, והוא פחת ל-59 אחוז בשנת 2013 (תרשים 7). יש להניח שלפחות בשנים הראשונות ליישום הרפורמה השיקומית היה קשר בינה ובין הירידה במספר המיטות הפסיכיאטריות וימי האשפוז (תרשים 8).

תרשים 7

התפלגות תקציב שירותי בריאות הנפש, 1999 ו-2013

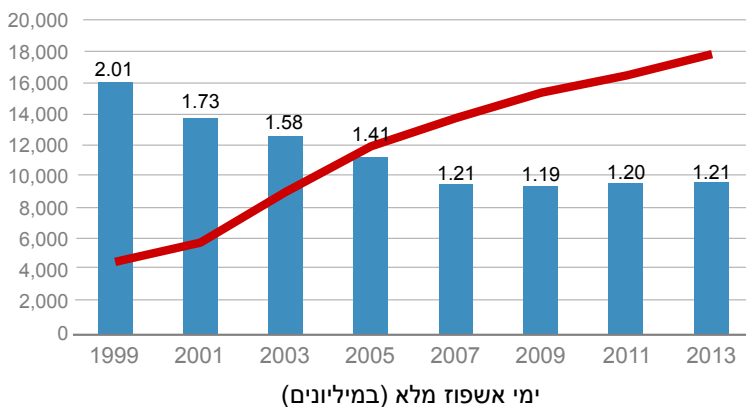


מקור: אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, מרכז טאוב נתונים: משרד הבריאות, תקציב המדינה

תרשים 8

מספר ימי אשפוז ומספר המשתקמים, 1999–2013

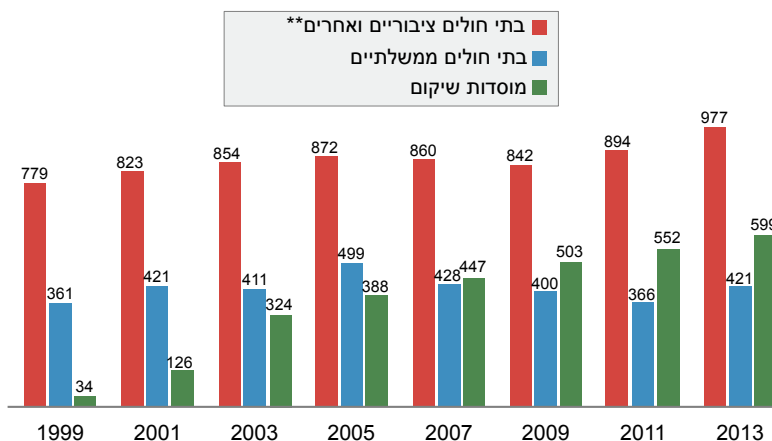
מספר המשתקמים



מקור: אורי אבירם וחיים בלייך, מרכז טאוב נתונים: משרד הבריאות

עם זאת, למרות הירידה הדרסטית בשיעור המאושפזים ובימי האשפוז ב-14 השנים שחלפו מאז חקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, לא נסגר אף בית חולים ממשלתי לחולי נפש והתקציב הכולל לשירותים אשפוזיים גדל (בערכים קבועים) בכ-20 אחוז בין השנים 1999 ל-2013 (תרשים 9).

תרשים 9
תקציב בתי חולים פסיכיאטריים ומוסדות ושיקום
 באלפי שקלים, 1995–2013*



* מחירים קבועים ע"פ מדד יוקר הבריאות 2013

** כולל רכש מבתי חולים ורכש תחליפי אשפוז

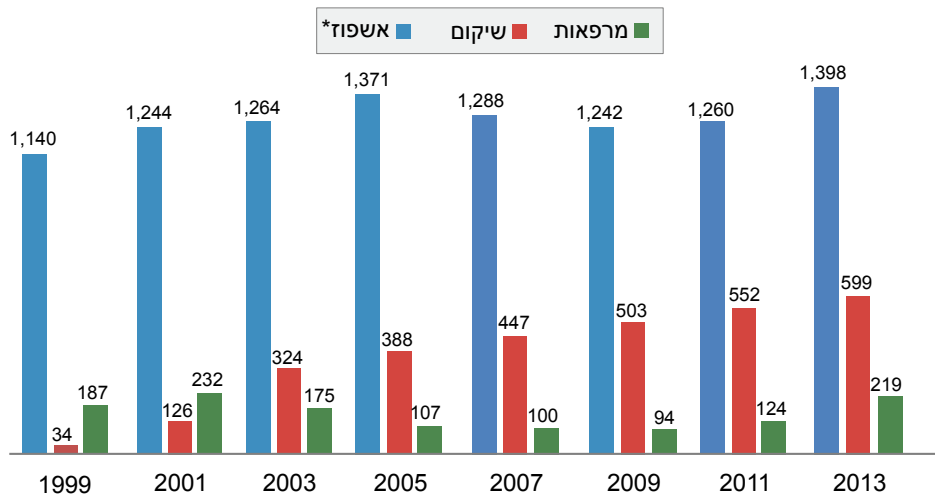
מקור: אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, מרכז טאוב
 נתונים: תקציב המדינה

כמו כן, למרות כוונת המחוקק לחזק את השירותים האמבולטוריים, בשנים שלאחר חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התרחש תהליך הפוך. בין 1995 ל-2007 פחת תקציב המרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש ב-40 אחוז (Aviram, 2010), ומידת הזמינות והנגישות לשירותי בריאות הנפש הייתה רחוקה מהרצוי. התפלגות המרפאות באזורים שונים בארץ ובקרב מגזרים מסוימים (כמו המגזר הערבי) הייתה בלתי אחידה ובלתי שוויונית (אירית אלרועי ממכון ברוקדייל, דיווח אישי מיום 9 ביוני 2015). כמו כן, המימון של שירותי בריאות הנפש היה רחוק מהצרכים ומעדכון התקציב שזכו לו שירותי הרפואה הפיזית של קופות החולים. גם תקציבי הפיתוח הופנו בעיקר למערכת האשפוז – 98.5 אחוז לעומת 1.5 אחוזים בלבד למרפאות בקהילה. נוסף לחוק לשיקום נכי נפש בקהילה, היו עוד חוקים ופסיקות שהשפיעו על המערכת, למשל, חוק טיפול בחולי נפש (1991); חוק לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות (1998); חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (1992); ופסיקות בתי המשפט בעניינם של אנשים הסובלים ממחלות נפש. אולם שינויים אלו רחוקים מלענות על הדרוש. בעוד ש-90 אחוז מחולי הנפש הכרוניים נמצאים בקהילה בכל זמן נתון (אבירם ואחרים, 1998), ובקרב הסובלים מהפרעות רגשיות וממצוקה נפשית השיעור גבוה אף יותר, רק כ-35 אחוז מתקציב שירותי בריאות הנפש מופנה

לשירותים קהילתיים, לרבות שירותים אמבולטוריים ושירותי שיקום (משרד האוצר, 2014 ; משרד הבריאות, 2006, 2012) (תרשים 7 לעיל). חלוקה זו שונה מהחלוקה בשירותי הבריאות הכלליים, שבהם כמחצית מהוצאות המערכת מושקעות בשירותים קהילתיים. כמו כן, אף על פי שהרפורמה המבנית והירידה במספר המיטות הפסיכיאטריות בשירותי בריאות הנפש (לרבות אלו שבבתי החולים הממשלתיים) הביאה לירידה יחסית בחלקו של התקציב המוקדש לבתי החולים, במונחים מספריים תוגברו תקציבי בתי החולים הממשלתיים בשנים 2013–1999 ועלו ב-25 אחוז : מ-779 מיליון שקלים ב-1999 ל-977 מיליון שקלים בשנת 2013 (במחירי 2013).

לעומת זה, חלה ירידה של כשליש בתקצוב השירותים האמבולטוריים (מרפאות) בין השנים 1999 ל-2011 (תרשים 10) : מ-187 מיליון שקלים ב-1999 ל-124 מיליון שקלים ב-2011 (במחירי 2013). דומה כי לאור תכניות הרפורמה המתוכננת ראוי היה לחזק את השירותים האמבולטוריים בתקופה זו. גם חלקו היחסי של תקציב המרפאות בתקציב הממשלתי לבריאות הנפש פחת. בעוד שבשנת 1999 הוא הגיע ל-13 אחוז מתקציב שירותי בריאות הנפש, בשנת 2013 הוא היה 9 אחוזים – וזאת כבר לאחר הזרמה תקציבית מיוחדת של למעלה מ-300 מיליון שקלים בעקבות צו הרפורמה של 2012. רק לאחר הוצאת הצו לרפורמה ב-2012 עלו התקציבים המוקצים לשירותים האמבולטוריים, ובשנת 2013 הם הגיעו ל-219 מיליון שקלים – עלייה של 75 אחוז לעומת 2011. כפי שנמסר בכנס המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ב-13 במאי 2015, לאחר ההחלטה על הרפורמה נוספו 61 מרפאות בקהילה ל-56 המרפאות הממשלתיות שהיו קיימות ערב ההחלטה על הרפורמה, ומספר מקבלי השירותים האמבולטוריים הוכפל במהלך התקופה הנדונה (ד"ר גדי לובין, ראש אגף בריאות הנפש לשעבר, דיווח אישי מיום 13 במאי 2015).

תרשים 10
תקציב שירותי בריאות הנפש לפי תחומים, 1999–2013
 במיליוני שקלים, מחירים קבועים לפי מדד יוקר הבריאות ב-2013



* אשפוז כולל רכש מבתי חולים ורכש תחלופי אשפוז.

מקור : אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, מרכז טאוב

נתונים : תקציב המדינה

גם חלקם היחסי של שירותי בריאות הנפש בסך כל ההוצאה הציבורית לשירותי בריאות נמוך בהשוואה למדינות מפותחות אחרות. בעוד שבמדינות מערביות אחדות ההקצאה עומדת על 10 אחוזים מסך כל סל הבריאות, בישראל חלקם של שירותי בריאות הנפש הוא בערך 5 אחוזים. מצב זה מאלץ רבים מנכי הנפש ומהסובלים מבעיות נפשיות ובני משפחותיהם לשלם באופן פרטי עבור שירותי בריאות הנפש, או אפילו לוותר על השירותים כליל (שמיר, 2006; שרשבסקי, 2006). בכנס שהתקיים לאחרונה בנושא דווח כי ההוצאה הפרטית לשירותי בריאות הנפש גבוהה במידה ניכרת לעומת זו בשירותי הבריאות הפיזית. בעוד שבשירותי הבריאות הכלליים החלוקה בין מימון ציבורי לפרטי עומדת על 60 אחוז לעומת 40 אחוז, בשירותי בריאות הנפש המצב הפוך: החלוקה היא 67 אחוזי מימון פרטי לעומת לעומת 34 אחוזי מימון ציבורי (ד"ר עדית סרגוסטי, מנהלת פרויקט בריאות הנפש בארגון "בזכות", דיווח אישי מיום 4 במאי 2015). יש להניח כי הירידה בתקציבי המרפאות, וכן השיעור הגבוה של המימון הפרטי לשירותי בריאות הנפש, משתקפים בממצאי המחקרים שבדקו זמינות ונגישות לשירותי בריאות הנפש. במחקרים אלו, שנערכו במכון ברוקדייל, נמצא כי רק כשליש מהנחקרים שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה פנו לטיפול נפשי, כי שיעור הפונים מאשכולות נמוכים (הכוללים בדרך כלל את יישובי הפריפריה) נמוך יותר מאשר שיעור הפנייה מאשכולות גבוהים, וכי שיעורי הפנייה בקרב ערבים שחשו מצוקה נפשית נמוכים לעומת היהודים (אירית אלרועי ממכון ברוקדייל, דיווח אישי מיום 9 ביוני 2015). אין ספק כי נתונים אלו, המעידים על מידת הזמינות והנגישות לשירותי בריאות הנפש עבור כלל האוכלוסייה, על ההתפלגות הלא שווה בקרב רובדי אוכלוסייה שונים ועל רמת המימון הפרטי לשירותים אלו, מטרידים ביותר.

הנתונים שצוינו מוכיחים עד כמה רחוקה עדיין מערכת השירותים בבריאות הנפש מן המטרה המתוכננת, שלפיה מרכז הכובד של השירותים יהיה בקהילה. מהן הסיבות למצב זה? מדוע עד כה לא יושמה הרפורמה? מהם האתגרים העומדים בפני מיישמי הרפורמה? כדי לענות על שאלות אלו יש לנתח מי היו בעלי העניין העיקריים, מה היו הסוגיות העיקריות בעת שניסו ליישם את הרפורמה ומה הייתה עמדתם של בעלי העניין בקשר אליה, ואולי אפשר יהיה להסיק מכך מהם הסיכונים הקיימים ליישומה המוצלח בעת הנוכחית. לפני ניתוח זה, ייסקרו בקצרה חמשת הניסיונות העיקריים שנעשו ב-40 השנים האחרונות – על פי רוב ביוזמת משרד הבריאות – ליישום שינוי מהותי בשירותי בריאות הנפש בארץ.

ניסיונות קודמים לרפורמות במערכת בריאות הנפש

אם הניסיון הנוכחי להביא לשינוי מהותי בשירותי בריאות הנפש בישראל יעלה יפה, יהא זה סיומו של מאמץ שנמשך כבר למעלה מארבעה עשורים. כבר מראשית שנות השבעים של המאה הקודמת מנסה המדינה לבצע רפורמה יסודית בשירותי בריאות הנפש, שמטרתה להעביר את מרכז הכובד של השירותים ממערכת המבוססת בעיקרה על בתי חולים פסיכיאטריים למערכת הממוקדת בקהילה. הניסיונות לרפורמה קהילתית בתחום בריאות הנפש בישראל תואמים את המגמות הכלליות של שינויים שהתרחשו במערכות שירותי בריאות הנפש בעולם המערבי במחצית השנייה של המאה העשרים (Goodwin, 1997; Mechanic, McAlpine, and Rochefort, 2013) אף על פי שרפורמות יסודיות בשירותי בריאות הנפש הן תהליך מורכב ומסובך, מדינות לא מעטות הצליחו בכך (Benson, 1996; Cutler, Bevilacqua, and McFarland, 2003; Goldman, 1983; Goodwin, 1997; Mangen, 1985; Whiteford, Thompson, and Casey, 2000). המכנה המשותף של

הרפורמות היה הפחתה ניכרת במספר המאושפזים, צמצום מספר בתי החולים המיוחדים לחולי נפש, הרחבת ההיצע והנגישות לשירותי בריאות הנפש בקהילה, פיתוח שירותי שיקום לנכי נפש, גיוון השירותים לנפגעי הנפש ומידה גדולה יותר של שילוב השירותים עבורם בשירותי הרפואה הכללית, וכן שינוי ההקצאות התקציביות על ידי הגדלת חלקם של השירותים הקהילתיים בתקציבי בריאות הנפש.

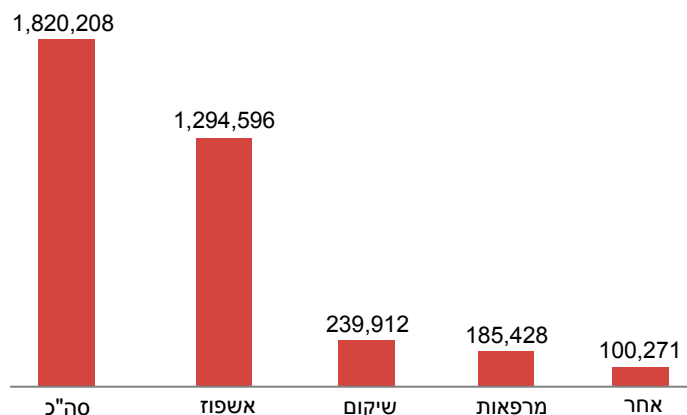
מאז ראשית שנות השבעים של המאה הקודמת נעשו חמישה ניסיונות עיקריים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל (אבירם, 2005; ועדת הכספים, 2013; Aviram, 2010). המהלך הראשון החל בתכנית של 1972 לארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש (אבירם ודהאן, 2007; טרמר, 1975; משרד הבריאות, 1972), והמשיך במהלך שני בהסכם מנצ'ל-דורון (1978) בין משרד הבריאות לקופת חולים כללית (אבירם, 2005). המהלכים הבאים היו קשורים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) ולתכניות הרפורמה של שירותי בריאות הנפש שבאו בעקבותיו (אבירם, גיא וסייקס, 2006; מזכירות הממשלה, 2006 א', ב'; מרק, פלדמן ורבינוביץ, 1996; Aviram, 2010). אלו כללו את הניסיון להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים במהלך שלוש השנים שהוקצבו לצורך זה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, את התחיקה משנת 2007 (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון 41, 2007), שלא הושלמה, ולבסוף את ההחלטה האחרונה משנת 2012 באמצעות צו ממשלתי (מזכירות הממשלה, 2012). למרות כמה התחלות צנועות והצלחות חלקיות (למשל חוק שיקום נכי נפש בקהילה-2000), ועל אף החלטות והצהרות רשמיות, לרבות החלטות ממשלה שהתקבלו בעניין (למשל, מזכירות ממשלת ישראל, 2003, 2006 א', ב'; ועדת הכספים, 2013), המאמצים לרפורמה רדיקלית לא נשאו פרי (אבירם, 2007 א', ב'; אבירם ואחרים, 2006; סער, 2006; Aviram, 2010).

הניסיון האחרון, המתמש בעת כתיבת שורות אלו, החל כאשר מקבלי החלטות במשרד הבריאות הגיעו למסקנה כי הכנסת ה-18 לא תסיים את הליך החקיקה של חוק הרפורמה בבריאות הנפש (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון מס' 41, 2007) לפני סיום כהונתה או פיזור. לאור זאת הם החליטו על שינוי מסלול ודאגו להחלטה על הרפורמה באמצעות צו ממשלתי. החלטת הממשלה משנת 2012 קבעה כי הרפורמה תיכנס לתוקפה שלוש שנים לאחר הוצאת הצו, דהיינו ב-1 ביולי 2015. יש לקוות כי ניסיון זה יעלה יפה.

ראוי לציין כי במסגרת המאמצים לקדם את הרפורמה פעלו עמותות ציבוריות של בני משפחה, מתמודדים וארגוני זכויות אדם ("בזכות") וכן אנשי ציבור (הח"כ לשעבר תמר גוז'נסקי והשר לשעבר נסים דהן) והפעילו לחצים לקידום הנושא. למשל, בשנת 2005 הוגשה תביעה לבג"ץ שדרשה לחייב את הממשלה לבצע את ההחלטה לרפורמה, ובעקבות צו ביניים שהוצא באותו דיון (בג"ץ, 2005) הגישה הממשלה לכנסת הצעת חוק בנושא ב-2007. כדי לשכנע את הגורמים במשרד הבריאות שהיססו עדיין האם לתמוך ברפורמה, הוצג בפניהם ההפסד הכספי של מערכת בריאות הנפש כתוצאה מן העובדה שתקציביה לא מתעדכנים כפי שתקציבי קופות החולים מתעדכנים. ואכן, ההשתהות הממושכת בהשלמת הרפורמה מנעה משירותי בריאות הנפש סכומים ניכרים. באומדן כללי, בין השנים 1998, שנת היעד האחרונה שבה הרפורמה הייתה אמורה להיכנס לתוקפה על פי החקיקה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), ועד שנת 2009 – השנה שבה החליט סגן שר הבריאות לתמוך ברפורמה ולפעול בנדון (כנס ים המלח, 2009), מערכת בריאות הנפש הפסידה כ-800 מיליון שקלים (במחירי 2009). אומדן נוסף מ-1995 (השנה הראשונה שבה ניסו לבצע את הרפורמה הביטוחית) ועד 2013 "הפסידה" מערכת בריאות הנפש 1.8 מיליארד

שקלים (במחירי 2013 – ראו תרשים 11). סכום משמעותי זה היה יכול להתווסף לתקציבי בריאות הנפש ולסייע לרמת השירות.¹

תרשים 11
**התקציבים שהיו עוברים למערכת בריאות הנפש לו הרפורמה
 יושמה מוקדם יותר***
 לפי תחומים, 1995–2013



* ההפסד מחושב לפי סכום ההפרשים המצטבר בין עלות הסל לפי מקדמי העלות של קופות החולים ובין עלותו במונחים נומינליים.

מקור: אורי אבירם ושגית אזארי-ויזל, מרכז טאוב נתונים: משרד הבריאות

לאחר ההחלטה על הרפורמה באמצעות הצו, השכילה הממשלה להקציב לשירותי בריאות הנפש של קופות החולים לצורך ההכנות לרפורמה 320 מיליון שקלים לשירותים אמבולטוריים ו-60 מיליון שקלים לתשתיות (משרד האוצר, 2013). הקצאה תקציבית ייעודית זו סייעה להרחבה של השירותים האמבולטוריים. כאמור, במהלך התקופה הוקמו 61 מרפאות חדשות (לעומת 56 שהיו קיימות לפני מהלך זה) ומספר האנשים החדשים שקיבלו שירותי בריאות נפש אמבולטוריים זינק ב-140 אחוז, מכ-50,000 ל-כ-120,000 לשנה (ד"ר גדי לובין, ראש אגף בריאות הנפש לשעבר, דיווח אישי מיום 13 במאי 2015).

¹ ההפסד מחושב לפי סכום ההפרשים המצטבר בין עלות הסל לפי מקדמי עלות של קופות החולים ובין עלותו במונחים נומינליים.

2. יישום הרפורמה – סוגיות ובעיות

מתוך הנתונים שהובאו להלן ומתוך היכרות עם המערכת, בסעיף זה יוצגו סוגיות ובעיות מהותיות שיש לתת עליהן את הדעת כדי להבטיח הצלחה ביישום הרפורמה ובמימוש מטרותיה. הסוגיות נוגעות לשבעת האלמנטים הקריטיים המגדירים את שירותי בריאות הנפש ואת הסביבה התפקודית שהם פועלים בה (Emery and Trist, 1965), והם:

- א. לקוחות – משתמשים
- ב. תחומי הטיפול
- ג. שירותים
- ד. כוח אדם
- ה. תקציב
- ו. חקיקה והסדרה (רגולציה)
- ז. סביבה תפקודית-ארגונית

א. לקוחות – משתמשים

1. **אוכלוסיית היעד.** כאמור, אחת ממטרות הרפורמה היא להכפיל את שיעור מקבלי שירותי הנפש האמבולטוריים, ולהגיע ל-4 אחוזים מכלל המבוגרים ו-2 אחוזים בקרב ילדים. אולם גורמים בקופות החולים סבורים שאומדן זה נמוך מדי. השיעור הכלל ארצי מגיע כיום לכמחצית מהיעדים שנקבעו, והוא אינו מתפלג בצורה שווה בין כל אזורי הארץ ובין קבוצות האוכלוסייה השונות. נתונים ראשוניים של קופות החולים מצביעים כי במרכזי ערים מסוימות ובקרב אוכלוסיות מבוססות השיעורים גבוהים אף יותר מהיעד של הרפורמה כבר כיום, ואילו במקומות אחרים, בעיקר בפריפריה ובקרב אוכלוסיות ספציפיות, הוא נופל מהיעדים במידה רבה.

זאת ועוד: יש הבדלים בין קופות החולים בשיעור חולי הנפש המבוטחים באמצעותן מתוך כלל המבוטחים. אומדנים ראשוניים מצביעים על כך שהשוני בין הקופות ניכר גם בשיעור החולים הקשים והממושכים בקרב המבוטחים – נראה כי שיעורם בקופות החולים כללית ולאומית גבוה יותר בהשוואה לשתי האחרות. תכנון השירותים ותקצובם יצטרך להתמודד עם שונות זו.

ב. תחומי הטיפול

2. **אופי הבעיות הדורשות טיפול נפשי וחלוקת סמכויות בין גורמי הטיפול.** קיימת מידה לא מבוטלת של אי הסכמה בעניין אופי הבעיות הדורשות התערבות מקצועית של שירותי בריאות הנפש, שיטות ההתערבות ומשכן ומי ראוי ורשאי לטפל בפגועי נפש – רופא כללי, פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מרפא בעיסוק, אחות או אחרים. כמו כן, יש חילוקי דעות לגבי הנושאים שכל אחד מהגורמים הללו רשאי לטפל בהם. נוסף על כך, יש לתת את הדעת על הוויכוחים בדבר שיטות טיפול שונות: הרי ידוע כי לא פעם "המילה האחרונה" של הטיפול הנפשי הופכת בחלוף הזמן לטעות ויש להימנע מן השימוש בשיטה. רמה נמוכה של מהימנות

ותקפות במקצועות בריאות הנפש בהשוואה לתחומים אחרים ברפואה אף היא מקשה על המנסים להגיע להסכמה בנושאים אלו.

אמנם הרפורמה הגדירה את האבחנות הפסיכיאטריות הלגיטימיות להתערבות, אולם כאמור רמת הדיקו וההסכמה בתחום זה אינן גבוהות, וכן קיים ויכוח לגבי מניעה ראשונית ומשנית של מחלות נפש ורמת ההתערבות המוכחת. על מקבלי החלטות להיות ערים לבעיות אלו ולהיערך לפתרוןן כאשר יצו.

3. **חולי הנפש הקשים והממושכים.** האומדנים המקובלים לשיעורם של האנשים הסובלים

ממחלות נפש קשות וממושכות נע בין 1 ל-1.5 אחוזים מהאוכלוסייה, ובערך רבע או שליש מאוכלוסיית היעד של שירותי בריאות הנפש. הניסיון במקומות אחרים בעולם מלמד כי בהרבה מקרים קבוצה זו אינה עומדת בראש בסדר העדיפויות של מערכת הטיפול בבריאות הנפש. כדי להמנע מהזנחת אוכלוסייה זו תצטרך מערכת הפיקוח והבקרה, כמו גם ארגוני המשפחות וארגוני זכויות האזרח, לעמוד על המשמר.

נושא נוסף שיעמוד על הפרק יהיה אוכלוסיית המאושפזים הנחשבים לכרוניים, שעד כה נשארו בבתי החולים בגלל רמת הנכות שלהם. אוכלוסייה זו, הכוללת מאושפזים ששהו בבתי החולים למעלה משנה ברצף, תופסת בערך כשליש ממיטות האשפוז. יש להניח כי מציאת פתרונות אלטרנטיביים לאשפוז ממושך בבתי החולים יהיה אחד מהיעדים של המערכת. השיקול הכספי מהווה מניע לא מבוטל למהלך זה, אולם גם למציאת פתרונות ראויים יותר מבחינה טיפולית ואנושית עשוי להיות משקל בהחלטה כזו. ואכן, נראה כי אגף בריאות הנפש שוקד כבר כעת על פתרון לנושא זה (ד"ר טל ברגמן-לוי, ראשת אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות, דיווח אישי מיום 19 באוקטובר 2014).

הניסיון במדינות אחרות מלמד כי לא פעם שיקולים כספיים ורצון לחיסכון בעלויות גוברים על שיקולים טיפוליים ואנושיים, וההסדרים שנקטים פוגעים באיכות החיים של נכי הנפש. יש לעמוד על המשמר כדי שלא ייווצרו מיני בתי חולים או מוסדות ירודים בקהילה, ולא ישובו מראות דומים לתקופות החשוכות שבהן המוסדות הפרטיים, שהיו אמורים לטפל בחולי הנפש הכרוניים, במקרים רבים הזניחו אותם.

ג. שירותים

4. **נגישות וזמינות.** בשלב זה מידת הנגישות והזמינות של שירותים אמבולטוריים בפרופריה,

ובאזורים דלי אוכלוסין או בקרב מגזרי אוכלוסייה ספציפיים (כמו ערבים וחרדים) לוקים בחסר. אמנם, כאמור, במהלך שלוש השנים שהוקצו להכנה ליישום הרפורמה נוספו מרפאות רבות לאלו הקיימות ומספר המטופלים השנתי גדל ב-140 אחוז, אולם עדיין לא ברור האם הגידול עונה על כל הצרכים והביקוש לשירותים, וכמו כן לא ידוע מה ההתפלגות של מקבלי השירותים לפי אזורי הארץ, קבוצות אוכלוסייה או סוג הבעיות הנפשיות שלהם. קופות החולים אכן עושות מאמץ לשיפור המצב בנושא זה, אולם הדבר עדיין מחייב בדיקה והוכחה.

בהקשר זה יש חשיבות רבה להגדרה אופרטיבית ברורה לדרישות החוק למתן שירותים "בזמן סביר ובמרחק סביר". תנאי זה מופיע בין תנאי הרפורמה המחייבים את המבטחים, דהיינו קופות החולים, בדומה לדרישה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הגדרה גמישה זו הייתה נושא לביקורת רבה, בין השאר בדוחות מבקר המדינה (למשל, מבקר המדינה, 2015). מבלי

להקל ראש בבעייתיות הנוגעת לכלל המבוטחים במערכת הבריאות, היעדר הגדרה ברורה של מושגים אלו לגבי אוכלוסיית חולי הנפש היא חמורה במיוחד, שכן מדובר בדרך כלל באוכלוסייה חלשה במיוחד הסובלת, נוסף למוגבלות שלה, גם מסיטיגמה והדרה חברתית. מיישמי הרפורמה יצטרכו להקדיש תשומת לב מיוחדת לנושא זה. ראוי שיבחנו אפשרות להגדיר את המושגים בצורה ברורה, כפי שנעשה בחוק העוסק בזכאות לטיפול שיניים (חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון – רפואת שיניים, 2010).

5. משך טיפול ובקרה. האם משך הטיפול האמבולטורי הממוצע שנקבע ברפורמה, העומד על 9 מגעים למבוגר ו-12 מגעים לילד, יענה על הצרכים? קיימת אי הסכמה לגבי הערכה זו, כמו גם לגבי השאלה בידי מי תהיה נתונה הסמכות לקבוע המשך טיפול בעת הצורך. גם סוגיית הטיפול והבקרה היא תחום מלא מוקשים, אי הסכמות ומידה לא מבוטלת של חוסר ודאות. הרפורמה כוללת הפעלת מערכת בקרה בדומה לזו הנהוגה ברפואה הכללית. משך האשפוז, הטיפול האמבולטורי המתאים או העברת האדם לשיקום או לטיפולן של מערכות אחרות אמור להיקבע על פי אמות מידה מקצועיות ובאמצעות עקרונות מנהליים ובקרים. עם זאת, אין ספק כי גם שיקולים תקציביים ושיקולים אחרים הזרים לרמת הטיפול הדרושה ולא יכוחו ינחו את הגורמים השונים, וחילוקי הדעות הרבים הקיימים בין גורמי הטיפול והאסכולות השונות – כמצוין למעלה – ישפיעו גם על היכולת להחליט לגבי משך הטיפול ואופיו. כפי שיפורט להלן, גם העובדה שחלק לא מבוטל מרשויות האשפוז נמצאות בבעלות שונה מזו של קופת החולים עלולה ליצור ניגוד עניינים ואי הסכמה לגבי בקרה ולגבי משך הטיפול ואופיו.

6. בחירת מקום אשפוז. מזה זמן עולה הדרישה לאפשר לאדם הנזקק לאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לבחור את מקום אשפוזו, בדומה למה שקיים במערכת האשפוז הכללית. המצדדים בכך, בעיקר ארגוני מתמודדי נפש וגורמים שונים המייצגים את זכויות האדם, סבורים כי נוסף לזכותו של האדם לבחירת מקום אשפוזו, השינוי בחוק יביא לתחרות בין המוסדות וישפר את איכות מערכת האשפוז בכללותה. מערכת בריאות הנפש התנגדה לדרישה זו ועמדה על החשיבות בשמירת הסדרי האשפוז הקיימים, שלפיהם אדם הזקוק לאשפוז מתאשפז בבית החולים באזור מגוריו. הטיעון העיקרי נגע לשיקולים מקצועיים הקשורים לטיפול בקהילה שהאדם מתגורר בה ולהמשכיות הטיפול בו, אולם, יש להניח כי גם שיקולים מנהליים עמדו ביסוד התנגדותם של בתי החולים לשינוי הסטטוס-קוו. הנושא הוכרע בבג"ץ, שבאופן עקרוני קיבל את דרישתם של התובעים, אולם מכיוון שזכות הבחירה הותנתה ברמת התפוסה בבית החולים הנבחר, והתפוסה בעת האחרונה קרובה לרוב ל-100 אחוז, בפועל לא ניתן לממש זכות זו. אלא שאם כתוצאה מן הרפורמה שיעורי האשפוז אכן יפחתו ומידת התפוסה בבתי החולים תקטן, יתאפשר מימוש הזכות לבחירת מקום אשפוז – על ההשלכות המנהליות, התקציביות והטיפוליות הכרוכות בכך.

7. אפשרות לטיפול פרטי. מעצבי הרפורמה העדיפו שהשירותים האמבולטוריים יינתנו במסגרת השירותים הציבוריים בפריסה כלל ארצית של מרפאות, אולם בגלל מסורת של הספקת שירותי בריאות הנפש בידי מטפלים עצמאיים – בעיקר במסגרת קופת החולים מכבי – נכללה ברפורמה אופציה של שירותים פרטיים בתשלום. גובה התשלום מפקח אמנם, אך גבוה במידה ניכרת מההשתתפות העצמית החלה על המבוטח במסגרת המרפאות הציבוריות. לא ברור אם

התרת הטיפולים הפרטיים הייתה אילוץ או פשרה, אך העובדה שהאופציה הזו קיימת מעלה את החשש שתיווצר מערכת נפרדת לשירותים אמבולטוריים לבעלי אמצעים, וייווצר פער באיכות בין המטפלים במערכת הציבורית ואלה שיפעלו במסגרת פרטית. אין ספק שמצב זה מנוגד לעקרונות של הרפורמה, וחשוב לעקוב אחר ההתפתחויות ולמנוע היווצרות שירותי בריאות נפש מיוחדים וטובים יותר רק למי שידו משגת לשלם.

8. מעורבותם של רופאי המשפחה בשירותי בריאות הנפש. הנחת העבודה של הרפורמה הייתה שיש לחבר את רופאי המשפחה למערך הטיפול הנפשי. אך רבים מהמרוויינים לצורך מחקר זה סברו כי רופאי המשפחה לא מוכנים או לא יכולים לקבל אחריות למשימה זו. לדבריהם, אין להם רמת ידע מספקת, אין זמן מספיק להכשרתם למשימה ולא מוקצה להם מספיק זמן שיאפשר להם להתמודד כהלכה עם צרכיהם של פגועי הנפש.

הרפורמה יצאה לדרך בלי שיתוף מלא של רופאי המשפחה, והם טוענים כי לא גייסו את האיגוד המקצועי שלהם. יתרה מכך, מתברר כי במהלך הדיונים על הרפורמה ביטל איגוד רופאי המשפחה את חובת ההתמחות בפסיכיאטריה עבור מתמחים ברפואת המשפחה. לאור כל זה, יתכן מאוד כי החיבור לרפואת המשפחה יהיה בעייתי. מכיוון שמעורבות רופאי המשפחה במערכת בריאות הנפש בהתאם לתכניות וליעדים של הרפורמה היא חשובה ביותר, האיגודים המקצועיים של רופאי המשפחה ושל הפסיכיאטריה ומשרד הבריאות חייבים להקדיש לנושא זה תשומת לב רבה.

9. מימון פעולות קהילתיות וקבוצתיות שלא נכללות בטופס 17. התפיסה המודרנית של פסיכיאטריה קהילתית רואה בפעולות הכוללות מגע עם האוכלוסייה ובחיזוק המרקם הקהילתי חלק חיוני מהשירותים בבריאות הנפש. בעבר פעולות אלו, הגם שבמידה מוגבלת ביותר, תוקצבו במסגרת התקציב הכללי של בתי החולים, המרפאה או שירותי בריאות הנפש הממשלתיים. בעקבות הרפורמה, מימון הפעילות המקצועית יהיה תלוי בעיקרו בטופסי הפנייה (טופס 17) של הקופות. יש למצוא דרכים כיצד לממן פעולות מקצועיות חיוניות אלו גם עבור פעולות שאינן נכללות כיום במסגרת הטופס.

ד. כוח אדם

10. היקף כוח האדם במערכת ורמתו. אחת התופעות שהתגלו כבר בשנות ההכנה ליישום הרפורמה הייתה מעבר של כוח אדם מקצועי מהמערכות הממשלתיות, בעיקר מבתי החולים הפסיכיאטריים, לשירותי בריאות הנפש בקופות החולים. קופות החולים, אשר נזקקו לכוח אדם נוסף לשירותי בריאות הנפש, יכלו להציע תפקידים, שכר ומסלולי קידום טובים יותר מאלו שהיו לאנשי מקצוע רבים בשירותים הממשלתיים. מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים התלוננו שרבים מהתקנים בהם נותרו פנויים, וביטאו חשש שלא יוכלו לאיישם בכוח אדם איכותי (או בכלל).

סוגיה נוספת הרובצת לפתחה של המערכת נוגעת להיקף כוח האדם הנדרש ולרמתו המקצועית. זהו אחד הנושאים שלא הוגדרו באופן ברור במסגרת הרפורמה. לאור השינויים שיחולו והצורך לחסוך בעלויות, מתעורר חשש שמא המערכות לא יקצו את מלוא התקציבים הנחוצים להכשרת כוח אדם מתאים, או יוותרו על תמריצים לגיוס כוח אדם ראוי, ובכך עלולות להיווצר פשרות בנושא – למשל העסקת כוח אדם שאינו מיומן דיו. אמנם יש לקוות

שמפעילי הרפורמה יגלו אחריות ויעסיקו כוח אדם ראוי, אך נוסף לכך חשוב שהרגולטור, האיגודים המקצועיים הנוגעים לדבר, גופים כמו נציבות המדינה וכן ציבור המטופלים במערכת יעמדו על המשמר.

ה. תקציב

11. אופן העברת התקציב לקופות החולים – האם "לצבוע את הכסף"? השאלה כיצד להבטיח שהכספים המועברים לקופות החולים עבור קליטת שירותי בריאות הנפש יגיעו ליעדם במלואם העסיקה את מעצבי הרפורמה. שירותי בריאות כללית, וכן משרד האוצר, עמדו על כך שיש לנהוג בתקציב כפי שנוהגים בכל התמחות רפואית, ולהותיר את שיקול הדעת לגבי השימוש בכספים שיתווספו לתקציב קופת החולים בידי הקופה. אחרים טענו כי יש "לצבוע את הכסף", היינו לוודא שאכן יגיע רק לשירותי בריאות הנפש, ולו בשנים הראשונות לרפורמה. הסיבה לכך היא רצון למנוע העברת כסף מהתקציבים שנועדו לשירותי בריאות הנפש ליעדים אחרים, חזקים יותר או פופולריים יותר.

בסופו של דבר גברו המתנגדים לסימון הכספים המיועדים לשירותי בריאות הנפש. עם זאת, הסכנה של בריחת תקציבים לא חלפה. לאור העובדה כי מודל התקצוב של קופות החולים מותיר אותן בחסר, ומודל התקצוב הנהוג (קפיטציה) אינו לוקח בחשבון אוכלוסיות עניות, הסכנה של העברת תקציבים אף גוברת (לגבי הצורך בתיקון המימון לקופות החולים ראו דוח מבקר המדינה, 2015, וכן המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2015). התמחויות רפואיות חזקות ושיקולים של פופולריות בתחרות הקיימת בין קופות החולים עלולה ליצור תמריץ לחסוך עד כמה שניתן בשירותי בריאות הנפש ולספק שירותים בהשקעה המינימלית הנדרשת. מובן שבמצב זה החולים הקשים והממושכים, החסרים כוח חברתי-פוליטי, יהיו ראשוני הנפגעים.

כדי למנוע מצב זה, יש לעקוב אחר השימוש בתקציבי בריאות הנפש ולמצוא דרכים להבטחת שימוש מלא בכספים שתוקצבו לבסיס התקציב עבור שירותים אלו. לפחות בשלבים הראשוניים חשוב להפעיל "אפליה מתקנת" או העדפה לנושא זה.

12. הסדרי התחשבות בגין שירותי אשפוז. אחת הסוגיות השנויות במחלוקת, המעוררת אי בהירות וחשש בעיקר בקרב האחראים להפעלת מערכת האשפוז, נוגעת להסדרי התשלום של הקופות לבתי החולים הממשלתיים בגין אשפוז פסיכיאטרי.

היעד של הסדר ההתחשבות שנקבע היה להביא איזון למערכת: למנוע אשפוזים מיותרים, אך בו זמנית גם להגן על בתי החולים הפסיכיאטריים. כדי להגן על קופות החולים מפני גידול לא מבוקר בהוצאות האשפוז מחד גיסא, ומאידך גיסא להגן על בתי החולים מפני הפחתה דרסטית במספר המאושפזים ופגיעה קשה בתקציבם – כמו גם מהחלטה של קופת חולים מסוימת לא לעבוד עם בית חולים מסוים בשל סיבות כאלה ואחרות – הוחלט כי הקופות יחויבו בתשלום בגובה 95 אחוז מגובה התשלום בשנה הקודמת, והיו פטורות מתשלום נוסף עבור תפוסה שמגיעה עד ל-108 אחוז מאשתקד. לפי ההסדר, אם שיעור האשפוז יעבור סף זה, התשלום עבור ימי האשפוז הנוספים יהיה בגובה 30 אחוז מעלותם המלאה. ההסבר לירידת הסכום הוא שהתוספת השולית עבור מאושפזים החורגים מהתפוסה הרגילה נמוכה בהרבה מהעלות הממוצעת לאשפוז במסגרת התפוסה הרגילה (חוק ההסדרים, 2013; סיכום בין

משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית, 2012). הסדר זה דומה להסדרי השעה, המתחדשים בכל פעם לתקופה של שלוש שנים, במערכת האשפוז הכללית. למרות ההסדר, גורמים הקשורים למערכת האשפוז של משרד הבריאות חוששים מהפגיעה בתקציבם, ומהקושי שהדבר יגרום לרמת השירות שיהיה בידם להעניק למטופלים. יש להניח שנושא זה יהיה אחד הנושאים העיקריים שייבדק ב-2018, שלפי התכנית אמורה להיות שנת ביצוע הערכה של הרפורמה.

ו. חקיקה והסדרה

13. העברת נתונים ושמירה על צנעת הפרט. לאור השינויים המבניים המתחייבים מהרפורמה, נוצרה דילמה בנושא העברת המידע: מצד אחד יש צורך להעביר נתונים על המטופלים לגורמי הטיפול החדשים, אך בד בבד יש לדאוג להסדרים נאותים כדי לשמור על צנעת הפרט. מטבע הדברים בנושאים הקשורים לבריאות הנפש קיימת רגישות רבה יותר מאשר בנושאים רפואיים אחרים, ואולי בשל כך ההחלטות בדבר אופן העברת המידע והדרכים לשמירת סודיות בין הגורמים השונים לא התקבלו עד החדשים האחרונים. גורמים החרדים לזכויות הפרט תבעו מקופות החולים לקבל מראש את אישור המטופל להעברת מידע לגביו מהשירותים הממשלתיים שטיפלו בו לקופות החולים. הקופות טענו מנגד כי לא ניתן להתייחס למידע בתחום בריאות הנפש באופן שונה ממידע רפואי אחר, וכי הן ידאגו לשמירה ראויה על הסודיות הנדרשת.

לאחרונה החליט מנכ"ל משרד הבריאות כי לא ניתן לקבל אישור מראש מהמטופלים, וכי יש להעביר את המידע לקופות החולים אלא אם כן המטופל מביע התנגדות מפורשת. אין ספק כי נושא זה יחייב מעקב ובחינה רגישה, כדי לבחון אם אכן נשמר איזון ראוי בין הצורך במידע הנחוץ לטיפול ראוי ובין שמירה על הסודיות הנדרשת.

14. פיקוח ובקרה של הרגולטור ומעמדו של ראש אגף בריאות הנפש. יישומה המוצלח של הרפורמה תלוי במידה לא מעטה במעמדו ובכוחו של הרגולטור ובסנקציות שביכולתו לנקוט כלפי הגורמים המבצעים במערכת בריאות הנפש. הגם שמשרד הבריאות אינו הגורם היחיד הממלא תפקיד הרגולטור (גופים כמו משרד האוצר או נציבות המדינה ממלאים תפקיד חשוב גם הם), יש לו תפקיד מרכזי בפיקוח. בפרט, אגף בריאות הנפש ומי שעומד בראשו ממלאים תפקיד מרכזי בפיקוח, בבקרה ובהסדרת דרכה של הרפורמה. בסעיפים קודמים הוזכר ניגוד העניינים של משרד הבריאות, הנובע מתפקידו כרגולטור וממונה על מערך שיקום נכי הנפש בקהילה מחד גיסא ומהיותו הבעלים של בתי החולים לחולי נפש מאידך גיסא. בדומה לכך, גם למעמדו של ראש האגף לבריאות הנפש כעובד משרד הבריאות יש השלכות על יכולתו להוביל את הרפורמה או על מידת העניין שיגלה בכך.

בהעברת האחריות הביטוחית לקופות החולים ראו יוזמי הרפורמה ומוביליה אמצעי להעתקת עיקר המשקל של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים למערכת הקהילתית. אף שלא הייתה כוונה לוותר לחלוטין על שירותי האשפוז, יישום השינויים במלואם – חיזוק המערך האמבולטורי, הרחבת טיפולי יום, פתיחת מחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים והרחבת מערך השיקום הפסיכיאטרי – היו מובילים להחלשת מעמדם הבכיר של בתי החולים לחולי נפש. מגמה זו לא נעלמה מעיניהם של מנהלי בתי החולים

הפסיכיאטריים ובעלי אינטרס אחרים, כמו צוותי המועסקים בבתי חולים אלו, וכישלון הניסיון לסגור את בית החולים הפסיכיאטרי אברבנאל, או לשלבו עם בית חולים כללי באזור (וולפסון), עקב התנגדות משרד הבריאות והעובדים יכול לשמש ביטוי מעשי לכך.

כמו עובדים אחרים במשרד הבריאות, גם ראש האגף לבריאות הנפש אינו חף מאינטרסים, ואלו עלולים להכביד עליו מלמלא תפקידו כהלכה. בבדיקה שנערכה לצורך הנייר נמצא כי כמעט כל ראשי אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות (12 מתוך 14) בין 1970 ל-2014 עברו לנהל בית חולים פסיכיאטרי עם סיום תפקידם כראשי השירות. דומה כי מעבר זה היה קידום בקריירה המקצועית שלהם, וכן הביא לשיפור ניכר בתנאי שכרם. בבדיקה שנערכה בנושא, לפי נתוני הממונה על השכר לשנים 2011–2014, שכרו הממוצע של מנהל בית חולים לחולי נפש היה גבוה בממוצע ב-90 אחוז משכרו של ראש השירות. מנהל בית חולים גדול השתכר אף יותר מפי שניים משכרו של ראש השירות. נוסף לתמריץ הכספי, נראה גם כי המעמד המקצועי של מנהל בית חולים גבוה ממעמדו של ראש השירות: ראשי איגוד הפסיכיאטריה הם מנהלי בתי חולים, וגם בעלי הדרגות האקדמיות הבכירות באים מבתי החולים הפסיכיאטריים. מן העבר האחר, הנתונים מצביעים על כך שמסלול הקידום של פסיכיאטרים לא כלל מעבר מניהול בית חולים לניהול המערכת בכללותה.

מבלי להטיל ספק ביושרה האישית והמקצועית של ראשי האגף לבריאות הנפש, המצב המתואר מטיל צל על מבנה המערכת, מעמיד בספק את כוחו המקצועי והמנהלי של ראש האגף ביחס למנהלי בתי החולים ויוצר מצב לא נוח, בלשון המעטה, למערכת הרגולציה שאמורה להוביל בהצלחה את הרפורמה.

15. מחקר והערכה. כפי שצוין בסעיפים קודמים, הרפורמה אמורה להיות מיושמת מבלי שנושאים חשובים הוגדרו מראש, וקובעי המדיניות והגורמים השונים המופקדים על יישומה יידרשו לקבוע יעדים ברורים ואמות מידה להערכה תוך כדי תנועה. יהיה צורך לבחון האם נעשה מה שאמור היה להיעשות, למשל פריסה ראויה של השירותים האמבולטוריים, והאם תוצאות ההתערבות אכן משפרות את הבריאות ואת איכות החיים של המטופלים. ידוע כי במשרד הבריאות פועלים כעת להגדיר אמות מידה להערכה. אמנם הדבר נעשה באיחור, אך מוטב מאוחר מאשר בכלל לא. סביר להניח כי גם קופות החולים יקדמו מחקר אשר יבחן עלויות וניצול תשומות, מכיוון שהדבר נוגע להיבטים הכספיים של הרפורמה. עם זאת, אין לדעת אם אכן תוקדש מספיק תשומת לב להערכת איכות ההתערבויות המקצועיות ותוצאותיהן. לפיכך, ראוי להקצות אחוז מסוים מהתקציב המיועד לרפורמה למחקר מסוג זה, ולעודד חוקרים לפנות לתחום. לצער המחברים, מתכנני הרפורמה לא כללו נושא זה בתכנון המערכת, וספק רב אם ניתן יהיה לקדם את הנושא במסגרות ההערכה הקיימות.

ז. סביבה תפקודית וניגוד עניינים

16. ניגוד עניינים. כאמור, הרפורמה הותירה (בכוונה או בלי תבונה) ניגוד עניינים מובנה. מרבית שירותי האשפוז ושירותי השיקום בקהילה של נכי הנפש נשארו בידי המדינה, באחריות משרד הבריאות. תקציב בתי החולים הפסיכיאטריים וכוח האדם המועסק בהם, ולפיכך גם מספר המאושפזים ומשך האשפוז, ימשיכו להיות עניינה של המדינה. כפי שצוין בסעיף 14 לעיל, עלול

להיווצר ניגוד אינטרסים בין קופות החולים, שמשיקולים מקצועיים ותקציביים יבקשו לצמצם את מספר המאושפזים ואת משך האשפוז, לבתי החולים, שעלולים להפסיד מכך. מרבית הגורמים שרואיינו בקשר להיקף האשפוז, הן בקרב אנשי בתי החולים הפסיכיאטריים ואנשי בריאות הנפש במשרד הבריאות והן בקרב אנשי קופות החולים, סברו כי לא ניתן יהיה לצמצם עוד יותר את שיעור המאושפזים, שכן השיעור הנוכחי של מיטות פסיכיאטריות (0.4 מיטות לאלף איש באוכלוסייה, תרשים 1 לעיל) הוא כבר נמוך ביותר. ייתכן אמנם שהסוגיה לא תעמוד על הפרק בתקופה הראשונה ליישום הרפורמה, אולם שיקולים מקצועיים, אנושיים (כמו אפשרות לטיפול במסגרת המגבילה ברמה הנמוכה ביותר האפשרית) ותקציביים שעלולים לצוץ בהמשך, וכן הניסיון במדינות אחרות, יוצר בסיס להניח שסוגיה זו תעלה בעתיד.

קושי אפשרי נוסף נוגע לעובדה שבתי החולים הפסיכיאטריים הוחרגו מרשות האשפוז שהוקמה בתקופת ממשלתו השלישית של נתניהו, בשנת 2014 (משרד הבריאות, 2014). אמנם הטוען הוא כי השארתם מחוץ לרשות האשפוז היא זמנית, אולם כידוע, פעמים רבות הזמני הופך לקבוע – מה עוד שבעניין זה אפילו לא נקבע מועד להכללת בתי החולים הפסיכיאטריים ברשות האשפוז (אם כי ייתכן שנושא זה חדל להיות רלוונטי לאור עצירת ההקמה של רשות אשפוז עם תחילת כהונתה של הממשלה החדשה).

גם שירותי שיקום נכי הנפש בקהילה נותרו באחריות המדינה. אמנם שלא כמו במערכת האשפוז, שם המדינה נותרה מעסיק ישיר, מערכת שירותי השיקום מופרטת כולה, אולם האחריות הארגונית-שירותית והתקציבית נותרה בידי המדינה – וגם כאן ההסדרים שנקבעו ברפורמה יוצרים ניגוד עניינים מובנה. מטבע הדברים קופות החולים ירצו להעביר את האדם המאושפז לשירותי השיקום מוקדם ככל שניתן מבחינה רפואית. כדי להבטיח שלבתי החולים לא יהיה אינטרס להמשיך באשפוז משיקולים כלכליים, במסגרת הרפורמה המדינה קיבלה על עצמה לשלם עבור המשך אשפוזו של אדם הנאלץ להמתין בבית החולים מעבר לעשרה ימים לאחר שוועדת השיקום החליטה כי ניתן להוציאו לקהילה (סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית, 2012, עמ' 9). אך שאלות רבות נותרו פתוחות, למשל: מי יממן את השהות העודפת בבתי החולים עד לקבלת שירותי שיקום, בתי החולים עצמם, משרד הבריאות או משרד האוצר? האם יוסכם מי ראוי לשיקום? למי תהיה הסמכות לקבוע זאת, ומה יקרה במקרה של חילוקי דעות בין קופות החולים לבתי החולים ולמשרד הבריאות? האם יהיו בידי מערך השיקום האמצעים והאפשרות לקלוט כל אדם שישוחרר מאשפוז (שכן הדבר תלוי במערכות המופרטות ובגורמים נוספים שיהפכו אותן לזמינות, כמו תקציבים ומכרזים)?

17. חלופות אשפוז. יש להניח שקופות החולים וגורמים נוספים שונים שצידדו ברפורמה – לרבות גורמים ממשלתיים ומקצועיים, ארגוני מתמודדים ומשפחותיהם וכן ארגוני זכויות אדם – יחפשו דרכים לפיתוח חלופות אשפוז, בין שמטרתם תהיה טיפול בסביבה מגבילה פחות בהתאם לצרכיו הטיפוליים של האדם ובין שמטרתם תהיה להוזיל את העלויות. עם חלופות כאלה נמנים מוסדות לטיפול יום, כמו גם פיתוח מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בקהילה. כשבוחנים את מערכת בריאות הנפש בעשורים האחרונים אי אפשר שלא להבחין שלא פותחו שירותים לאשפוז יום בבתי החולים או מחוצה להם, וכי עד כה לא נסגר אף בית חולים ממשלתי, למרות הניסיון לסגור את בית החולים הפסיכיאטרי אברבנאל ולמזגו עם בית

החולים וולפסון בחולון. לאור זאת, אין לדעת כיצד תפעל המדינה בנושא זה – בפרט במציאות של ניגוד עניינים וכשהכוח לאשר פיתוח זה נתון בידה.

18. המרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש. בתכנית המקורית של הרפורמה בבריאות הנפש הייתה כוונה לסגור את המרפאות הממשלתיות, ולאפשר לקופות החולים לפתח שירותים אמבולטוריים משל עצמם – בעידודם של גורמים במשרד האוצר וחלק מקובעי המדיניות. הדבר בא לידי ביטוי, בין השאר, בהפחתה משמעותית ברמת התקצוב של המרפאות הממשלתיות בתקופה שלאחר חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מגמה זו עוררה התנגדות חריפה בקרב עובדי המרפאות הממשלתיות, ועוררה אי נחת וחששות בקרב הנהגת בתי החולים הממשלתיים. בעקבות זאת שונה מתווה הרפורמה והוכרז כי המרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש ימשיכו את פעילותן כרגיל. הצהרת כוונות זו לא הרגיעה את חששם של עובדי המרפאות הממשלתיות, ולאחרונה הכריזו האיגודים המקצועיים שלהם (איגוד המח"ר ואיגוד העובדים הסוציאליים) על סכסוך עבודה בעניין זה (ביאור, 2015).

המרפאות הממשלתיות, הצמודות לבתי החולים או מצויות באחריותם הארגונית, חשובות למערכת האשפוז לצורך המשך טיפול ובקרה, אך קרוב לוודאי שהן שימשו גם כווסת לזרימת החולים מתוך המערכת האשפוזית ולתוכה. במהלך השנים, כנראה בעיקר בגלל שתי הסיבות הללו, סבסדו בתי החולים הפסיכיאטריים את המרפאות שפעלו במסגרתם. בעקבות הרפורמה מצב זה עלול להשתנות, הן בגלל הצורך בטופס 17 כדי לקבל טיפול במרפאה, הן בשל החשש המוגבר מגירעון כספי והן בגלל השליטה של קופות החולים בזרימת המטופלים ובבחירת המקום שבו יקבלו המבוטחים טיפול אמבולטורי. מעבר לכך, עלול להיווצר מצב שבו המרפאות הממשלתיות יטפלו בעיקר במקרים הקשים והממושכים, בעוד שהמקרים של "הפסיכיאטריה הרכה" יעדיפו את המרפאות של קופות החולים או את השירותים הפרטיים מטעמן.

3. סיכום והמלצות

סקירת דרכן של רפורמות חברתיות מגלה כי בדרך כלל הן התאפשרו כאשר נסיבות חברתיות ופוליטיות יצרו קואליציה של אינטרסים (שלא בהכרח חפפו זה את זה) שהצליחה להתגבר על התנגדויות שביקשו לשמר את המצב הקיים. בדרך כלל מנהיגות פוליטית וחברתית הייתה תנאי הכרחי להצלחת הקואליציה. כך היה גם במקרה של הרפורמה בבריאות הנפש. הגורם הפוליטי שעמד בראש משרד הבריאות (ח"כ יעקב ליצמן) ומנכ"ל המשרד (פרופ' רוני גמזו) הובילו את הקואליציה, והביאו בסופו של דבר לצו הממשלתי לרפורמה.

אולם מטבע הדברים נסיבות וסדרי עדיפויות משתנים, והקואליציה והמנהיגות שהובילה בשעתו לשינוי עלולה להתרופף, או אף להיעלם לחלוטין. במקרה של הרפורמה בבריאות הנפש המצב עדיין לא התייצב, ויש להניח כי הגורמים שיש להם מה להפסיד מהצלחתה ינסו להחלישה בהתאם לאינטרסים שלהם. כך למשל ערב השלמת נייר מדיניות זה נודע כי בלחץ אנשי מקצוע המתנגדים לרפורמה עתרו נציג הפסיכולוגים (הסתדרות המח"ר) ונציגי העובדים הסוציאליים (איגוד העובדים הסוציאליים) לבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב, וזה פסק לטובתן והורה למדינה לפתוח איתן במשא ומתן בעניין הבטחת זכויות העובדים (אך סירב לפסוק לעכב את

יישום הרפורמה) (ביאור, 2015). הגם שהבטחת זכויות עובדים הוא נושא לגיטימי וראוי, פסיקה זו – כמו גם הדיונים שהתקיימו בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת בראשית יוני וביוני, לאחר שהרפורמה נכנסה לתוקפה (ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 2015) וכן כאמור, ההכרזה על סכסוך עבודה מטעם האיגודים המקצועיים של עובדי המרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש – עלולים להקשות על יישום הרפורמה.

כדי לתמוך ביישום הרפורמה בהתאם ליעדיה המקוריים יש חשיבות עליונה בהתארגנות של הגורמים החברתיים והפוליטיים שהצלחת הרפורמה חשובה עבורם, ויש לעשות מאמץ לארגון לובי חברתי ופוליטי שיפעל בנדון.

נוסף לכך, המערכת המופקדת על הרפורמה צריכה להקצות משאבים מנהליים וכספיים כדי לשמר ולקדם אותה. יש להקים במשרד הבריאות גוף מנהלי מיוחד בעל סמכות שיופקד על יישומה של הרפורמה, ולחזק את הגופים הרגולטוריים הקיימים שהוקמו לצורך זה, כדי שיוכלו להתמודד כהלכה עם סוגיות שיעלו במהלך היישום. כמו כן יש לעודד מחקר בלתי תלוי שיבחן הן את יישומה והן את תוצאותיה והישגיה, כדי שאפשר יהיה לבצע הערכה מעצבת לגבי תהליך היישום ולתקן את הטעוץ תיקון במהלך יישום הרפורמה.

חשוב כי המשאבים הכספיים שיוקצו לכך יהיו מיועדים ספציפית למחקר והערכה של הרפורמה ולא ייאלצו להתחרות עם גורמים אחרים, וכי למנגנון המנהלי שיוקם תהיה סמכות אכיפה. אם שתי פעולות אלו לא יתבצעו במשולב, ואם ראשי משרד הבריאות לא יעניקו את התמיכה הפוליטית והמנהלית ליישום הרפורמה, ספק אם הרפורמה בבריאות הנפש תגשים את יעדיה.

מקורות

- אבירם, אורי (1988), "אל-מיסוד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארצות הברית", **חברה ורווחה**, 8, עמ' 321–343.
- אבירם, אורי (1994), "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: קיפאון או התקדמות", **ביטחון סוציאלי**, 37, עמ' 71–99.
- אבירם, אורי (2007), "רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה", **חברה ורווחה**, 27, עמ' 127–155.
- אבירם, אורי (2007ב), "מביה"ח לקהילה: סוגיות ואתגרים בהסטת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לשירותי בריאות נפש קהילתיים", בתוך נעמי הדס-לידור ומקס לכמן (עורכים), **שיקום והחלמה בבריאות הנפש – קריאה מנקודות מבט שונות: פרקטיקה, מדיניות ומחקר**, ליתם, עמ' 95–202.
- אבירם, אורי (2010), "שינויים ב'חצר האחורית' של מערכת הבריאות בישראל: סיכויים וסיכונים בדרך לרפורמה בשירותי בריאות הנפש", בתוך חנה כץ וארז צפדיה (עורכים), **מדינה משגיחה – מדינה מפקירה: מדיניות חברתית בישראל, 1985–2008**, רסלינג, עמ' 309–334.
- 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' 188–155.
- אבירם, אורי (2013), "חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים", בתוך דן בן-דוד (עורך), **דוח מצב המדינה – חברה, כלכלה ומדיניות 2013**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 347–365.
- אבירם, אורי, דליה גיא וישראל סייקס (2006), "הרפורמה במדיניות בריאות הנפש: הזדמנות שהוחמצה", **ביטחון סוציאלי**, 71, עמ' 53–83.
- אבירם, אורי ויגאל גינת (2006), "שירותי בריאות הנפש: הקדמה", בתוך אורי אבירם ויגאל גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות**, צ'ריקובר, עמ' 10–21.
- אבירם, אורי וניקול דהאן (2007), "תכנית הראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש בישראל, 1972", בתוך אורי אבירם, גיוני גל ויוסף קטן, **עיצוב מדיניות חברתית בישראל**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 193–238.
- אבירם, אורי, נלי זילבר, יעקב לרנר, ומרים פופר (1998), "חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ומאפייניהם", **ביטחון סוציאלי**, 53, עמ' 92–105.
- אבירם, אורי ויצחק לבב (1981), "אפידמיולוגיה פסיכיאטרית בישראל: ניתוח מחקרים קהילתיים", בתוך אורי אבירם ויצחק לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל**, צ'ריקובר, עמ' 129–145.

- אבירם, אורי והדס רוזן (2002), **אומדן מספרם של חולי הנפש הכרוניים בישראל: ילדים, קשישים וכלל האוכלוסייה**, דוח מחקר מוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אליצור, אבנר, יהודה ברוך, יעקב לרנר ומרדכי שני (2004), "הרפורמה בבריאות הנפש בישראל", בתוך יעקב קופ (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים בישראל 2004**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 301–332.
- ביאור, חיים (2015), "בית הדין מחייב את המדינה לנהל מו"מ עם ההסתדרות לפני הרפורמה בבריאות הנפש", **דה מרקר**, 6 בפברואר 2015. <http://www.themarker.com/career/1.2649841>
- בית המשפט העליון (2005), **בג"ץ 5777/05, הודעת עדכון מטעם המשיבים**, 5 ביוני 2012.
- בן-נון, גבי וניר קידר (2007), **השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל, 1970-2005**, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
- בריל, פרנץ (1974), **לקראת פסיכותרפיה הומניסטית**, לוי-אפשטיין-מודן.
- גינת, יגאל (1992), "ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם", **הרפואה**, 123, עמ' 264–268.
- דגן, עי (1988), "רוח התקופה", **הארץ**, 23 בספטמבר 1988.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2006, 2011, 2014), **שנתון סטטיסטי לישראל לשנים 2006 (מס' 57), 2011 (מס' 62), 2014 (מס' 65)**.
- המוסד לביטוח לאומי (2014), מינהל המחקר והתכנון, **דוח שנתי, 2013**. http://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2013/Pages/default.aspx
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2015), **הכנס השנתי ה-11 למדיניות הבריאות, 20 שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**, תל אביב, 13 במאי 2015, הרצאותיהם של פרופ' גבי בן נון ופרופ' קובי גלזר.
- הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית (2012)**, 6 ביוני 2012.
- ועדת העבודה, הרווחה והבריאות (2015), **הודעה לעיתונות: דיון בנושא מעמדם של העובדים במרפאות בריאות הנפש של משרד הבריאות ובמרפאות הציבוריות עם יישום הרפורמה בבריאות הנפש**, 23 ביוני 2015.
- ועדת הכספים (2013), **פרוטוקול מס' 118**, 11 ביולי 2013, עמ' 10–11.
- זלשניק, רקפת (2008), **עד נפש: מהגרים, עולים, פליטים והממסד הפסיכיאטרי בישראל**, הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- <http://www.pmo.gov.il/Secretary/GovDecisions/2012/Pages/des4611.aspx>
- חוק ההסדרים (2013)**, חוק לשינוי סדרי עדיפות לאומית (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013–2014), עמ' 128–131, 29 ביולי 2013.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994)**.

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תיקון מס' 41 (2007).
- חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (1992), התשנ"ב-1992, ספר החוקים, 1391.
- חוק לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות (1998), התשנ"ח-1998.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000), ספר החוקים, 1746, 231.
- טרמר, לודוויג (1975), "הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תוכנית אינטגרטיבית כוללת", **בריאות הציבור**, 18, עמ' 1-12.
- מבקר המדינה (2015), **דוח שנתי 65' לשנת 2014 ולחשבונות שנת הכספים 2013**.
- מזכירות הממשלה (2006א'), **החלטה מס' 4702 של הממשלה: העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים**, 12 בפברואר 2006.
- מזכירות הממשלה (2006ב'), **החלטה מס' 568 של הממשלה: העברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים**, 4 באוקטובר 2006.
- מזכירות הממשלה (2012), **החלטה מס' 4611 (חכ/279): העברת מלוא האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים**, 10 במאי 2012.
- מילר, לואי (1981), "התערבות קהילתית והרקע ההיסטורי של בריאות נפש קהילתית בישראל", בתוך אורי אבירם ויצחק לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל**, צ'ריקובר.
- מרק, מרדכי, דינה פלדמן ויונתן רבינוביץ (1996), "מדוח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי: יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל", **חברה ורווחה**, טז, עמ' 185-197.
- משרד האוצר (2013), **תקציב המדינה 2014-2013**.
- משרד הבריאות (1972), **הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תוכנית אינטגרטיבית כוללת**, שירותי בריאות הנפש.
- משרד הבריאות (2014), **דוח הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן)**.
- משרד הבריאות (שנים שונות), **בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי לשנים 2004, 2006 ו-2012**, המחלקה למידע והערכה.
- סער, רן (2006), "הרפורמה בבריאות הנפש הוצאה מחוק ההסדרים", **הארץ**, 21 בדצמבר 2006.
- קפלן, זאב, משה קוטלר ואליעזר ויצטום (2001), "שירותי בריאות הנפש בישראל – כיוונים ותמורות", **הרפואה**, 140, עמ' 440-445.
- שטרוד, נעמי, יחיאל שרשבסקי, דניז נאון, נגה דניאל ונועם פישמן (2009), **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים**, דו"ח מחקר (דמ-549-09), מאיירס-גיוינט-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.

שרשבסקי, יחיאל, "השיקום הקהילתי בבריאות הנפש בישראל", בתוך מאיר חובב, אילנה דובדבני וקלרה פלדמן (עורכים), **מהדרה להכלה: החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלויות**, כנרת, עמ' 101–71 (בדפוס).

Aviram, Uri (1996), "Mental Health Services in Israel at a Crossroads: Promises and Pitfalls of Mental Health Services in the Context of the New National Health Insurance," *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, pp. 327-372.

Aviram, Uri (2010), "Promises and Pitfalls on the Road to a Mental Health Reform in Israel," *Israel Journal of Psychiatry*, 47, pp. 171-194.

Aviram, Uri, Yigal Ginath, and David Roe (2012), "Israel's Rehabilitation in the Community of Persons with Mental Disabilities Law: Challenges and Opportunities," *Psychiatric Services*, 63, pp. 110-112, ps.psychiatryonline.org.

Bassuk, Ellen L. and Samuel Gerson (1978), "Deinstitutionalization and Mental Health Services," *Scientific American*, 238, pp. 46-53.

Benson, Paul R. (ed.) (1996), "Mental Health Policy and Practice: International Perspectives," *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 3/4 (Special Issue), pp. 219-458.

Corrigan, Patrick W. (ed.) (2005), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*, American Psychological Association.

Cutler, David L., Joseph Bevilacqua, and Bentson H. McFarland (2003), "Four Decades of Community Mental Health: A Symphony in Four Movements," *Community Mental Health Journal*, 39, 5, pp. 381-398.

Dohrenwend, Bruce P. (1975), "Socio-Cultural and Socio-Psychological Factors in the Genesis of Mental Disorders," *Journal of Health and Social Behavior*, 16, pp. 365-392.

Dohrenwend, Barbara Snell and Bruce P. Dohrenwend (1974), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, Wiley.

Emery, Frederick Edmund and Erick L. Trist (1965), "The Causal Texture of Organizational Environments," *Human Relations*, 18, pp. 21-32.

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.

Goldman, Howard H. (ed.) (1983), "International Perspectives on Deinstitutionalization," *International Journal of Mental Health*, 11 (Special Issue).

Goffman, Erving (1963), *Stigma*, Prentice Hall.

- Goodwin, Simon (1997), *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*, Sage Publications.
- Grob, Gerald N. (1991), *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*, Princeton University Press.
- Gubman, Gayle D. and Richard C. Tessler (1987), "Living with the Mentally Ill: Factors Affecting Household Complaints in Familiar and Other Residences," *Schizophrenia Bulletin*, 11, pp. 727-736.
- Kessler, Ronald C., Steven Heeringa, Matthew D. Lakoma, Maria Petukhova, Agnes E. Rupp, Michael Schoenbaum, Philip S. Wang, Alan M. Zaslavsky (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, pp. 703-711.
- Leighton, Dorothea G., John S. Harding, David B. Macklin, Allister M. Macmillan, and Alexander H. Leighton (1963), *The Character of Danger: Psychiatric Symptoms in Selected Communities*, Basic Books
- Link, Bruce G. (1987), "Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection," *American Sociological Review*, 52, pp. 96-112.
- Link, Bruce G., Elmer L. Struening, Michael Rahav, Phelan, Jo C., and Larry Nuttbrock (1997), "On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse," *Journal of Health and Social Behavior*, 38, pp. 177-190.
- Mangen, Steen P. (ed.) (1985), *Mental Health in the European Community*, Croom Helm.
- Mechanic, David (1994a), "Establishing Mental Health Priorities," *Milbank Quarterly*, 72, pp. 501-514.
- Mechanic, David (1994b), "Integrating Mental Health into a General Health Care System," *Hospital and Community Psychiatry*, 45, pp. 893-897.
- Mechanic, David and David A. Rochefort (1990), "Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform," *Annual Review of Sociology*, 16, pp. 301-327.
- 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.
- 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.

- Narrow, William E., Donald S. Rae, Lee Nelken Robins, and Darrel A. Rieger (2002), "Revised Prevalence of Mental Disorders in the United States," *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 115-123.
- The Sainsbury Centre for Mental Health (2003), *The Economic Costs of Mental Illness*, Policy Paper No. 3 (June 2003), The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Srole, Leo, Thomas Langner, Stanley T. Michael, Marvin K. Opler, and Thomas A. C. Rennei (1962), *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study* (Vols. 1 and 2), McGraw Hill.
- United States, Surgeon General (1999), *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, U.S. Government Printing Office.
- Whiteford Harvey A., Ian Thompson and Dermot Casey (2000), "The Australian Mental Health System," *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 403-417.
- WHO (World Health Organization) (2001), *World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope*.