

שירותי בריאות הנפש על פרשת דרכים: סיכויים וסיכונים לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי

אורי אבירם*

1. מבוא וסיכום

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל היתה אמורה להיכנס לתוקפה באחד ביוני 1995. היא נחשבת לאחד השינויים הגדולים שהונהג בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1994 והיא מהווה מפנה דרמטי בהשוואה לעבר, מאז ייסוד שירותי בריאות הנפש בישראל.^a

לפי התכנית החדשה של ביטוח הבריאות הממלכתי נכללים שירותי בריאות הנפש, כולל טיפול אשפוזי וטיפול אמבולטורי במסגרת שירותי הבריאות להם זכאים אזרחי המדינה. הבסיס לרפורמה הונח על-ידי דו"ח הוועדה הממלכתית - ועדת נתניהו, שהוגש ב-1990 ועל-ידי דו"ח מבקר המדינה ב-1991. הדו"חות משקפים ביקורת ארוכת טווח על מערכת הספקת שירותי בריאות הנפש בישראל המבוססת על עבודות רבות. באופן כללי, הרפורמה נגזרה משיקולים פוליטיים וכלכליים ונקבעו כמה מטרות עיקריות: העברת כל ההספקה הישירה של שירותי הבריאות מסוכנויות ממשלתיות לארגונים לא-ממשלתיים, פתרון המשבר הכלכלי של קופת-חולים הכללית, ושליטה בגידול עלויות הטיפול הרפואי על-ידי הכנסת שיקולי שוק ומערכות טיפול מבוקר (managed care systems) לזירת שירותי הבריאות.

הרפורמה מנסה לגרום לשינויים משמעותיים ביותר במבנה מערכת שירותי בריאות הנפש ובדרך הספקתם במדינה. הצלחתה או כישלונה תלוים באופן שבו היא תיושם. הרפורמה היא עדיין בגדר תכנית, ותהליך

* פרופ' אורי אבירם הוא מנהל ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד באוניברסיטה העברית בירושלים.

המחבר מבקש להודות לד"ר ענת זעירא ולהדס רוזן על הסיוע במחקר שהיה נדרש לכתובת נייר עמדה זה.

יישומה רק החל. למעשה, משרד הבריאות דחה את יישומה כבר מספר פעמים. הדחייה היתה בשל חילוקי דעות בין אגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, לבין קופת-חולים הכללית בנוגע לרמות קפיטציה וגובה המימון וכן בנוגע לעקרונות למימון מרכיבים שונים של מערכת הספקת השירות. הגירעון התקציבי של קופת-החולים והמשבר הכספי של מערכת הבריאות בכללותה, אשר התגלה לאחרונה במלוא חומרתו, עלול להיות גורם נוסף אשר יעכב את יישום הרפורמה המוצעת בתחום בריאות הנפש.

שירותי בריאות הנפש עוסקים בין היתר בתחום הסמים. הרשות למלחמה בסמים הוקמה ב-1988 כדי לתאם ולכוון המאמצים הממלכתיים לעיסוק בבעיות ההתמכרות. התחום הוא רחב ומחייב התייחסות מעמיקה, מעבר למסגרת שהותוותה למאמר זה.

המאמר עוסק במדיניות ובשירותי בריאות הנפש בישראל לאור הרפורמה בתחום. המאמר מתאר את המערכת בתקופה שלפני כניסת ההסדרים החדשים של הרפורמה לתוקפם והוא מספק בסיס השוואה לצורך הערכה עתידית של השינויים שיתרחשו כתוצאה מהרפורמה. סעיף 2 מתאר את התפתחות המערכת מבחינה כמותית, סעיף 3 עוסק בשירותי בריאות הנפש במוסדות וסעיף 4 עוסק בטיפול בקהילה. סעיף 5 דן בתחום של השיקום הפסיכיאטרי. סעיף 6 דן בסוגיות העכשוויות ובעיות המתמשכות של שירותי בריאות הנפש לאור הרפורמה, תוך הדגשת סיכויים וסיכונים הטמונים במדיניות החדשה.

א. מאפייני הרפורמה

- לרפורמה במערכת בריאות הנפש חמישה מאפיינים עיקריים^b:
1. הכללת שירותי בריאות הנפש בסל שירותי הבריאות הבסיסיים המסופק על-ידי קופת-החולים לפי חוק ביטוח הבריאות הממלכתי החדש.
 2. הפיכת כל שירותי בריאות הנפש הממשלתיים והציבוריים ליחידות כלכליות עצמאיות הצריכות להתחרות על השגת חוזים עם קופת-החולים.
 3. ארגון אזורי (regionalization) של שירותי בריאות נפש במסגרת מנהלות בריאות אזוריות. על פי התכנית ימונה עבור כל אזור פסיכיאטר אזורי. הפסיכיאטר האזורי יתאם ויפקח על הספקת

- שירותי בריאות הנפש באזור, ויהיה גם בעל סמכויות משפטיות כפסיכיאטר מחוזי בהתאם לחוק הטיפול בחולי הנפש מ-1991.
4. ייסודה של קרן מיוחדת (בשם רו"ת - ראשי התיבות של רווחה ותקווה), הנשלטת ומנוהלת על-ידי הממשלה בכדי להבטיח טיפול בחולים פסיכיאטריים ממושכים שאושפזו ליותר משנה לפני שנכנסה הרפורמה לתוקף, וכן למימון טיפול זה.
5. ארגון מחדש של אגף שירותי בריאות הנפש בהתאם לשינוי התפקידים של משרד הבריאות. משרד הבריאות ישתחרר מהפעלתם הישירה של שירותי בריאות הנפש, ייטול על עצמו עמדת פיקוח ויהפוך לארגון הקובע מדיניות.

לפי הרפורמה המתוכננת הממשלה תשמור על תפקיד השירות הישיר שלה לגבי חולי נפש כרוניים. החלטה זו היתה פשרה שנגזרה מהתנגדות קופות-החולים שהיו מודאגות מהנטל הכלכלי של טיפול בחולי נפש כרוניים. כמו כן היא משקפת את דאגת הממשלה לרמת טיפול נאותה באוכלוסיית חולי הנפש הכרוניים המוגבלת ביותר. הממשלה דאגה שמא שיקולים כלכליים של קופות-החולים המנסות להפחית עלויות אשפוז, ישפיעו על רמת הטיפול באוכלוסייה זו. שיקול אחר בעניין זה היה מדיניות התעסוקה של הממשלה שניסתה להימנע ממשברים בתחום יחסי העבודה אשר היו עשויים להתעורר על רקע העברת חולים על-ידי קופות-החולים מבתי-חולים ממשלתיים למוסדות פחות יקרים.

מאחר שאחת הסיבות לרפורמה היתה בקרה על עלויות, קבע משרד האוצר שכלל ההוצאות לשירותי בריאות הנפש לא יעלה על הסכום שהוצא על שירותי בריאות הנפש (בערכים ריאליים) לפני יישום הרפורמה. כמחצית מההקצאה הכספית תועבר לקופות-החולים, בעוד שהסכום הנותר ינוהל על-ידי הממשלה באמצעות קרן רו"ת.

כפי שניתן לראות, הרפורמה נגזרה גם מגישה עקרונית לקידום טיפול מבוקר (managed care). מעצבי הרפורמה ציפו שהמעבר לשירותים המבוססים על תחרות חופשית על פי עקרונות כלכליים יסייע בפיקוח על עלויות, יפחית את ההתבססות על טיפול אשפוזי, יביא להגדלה בתכניות טיפול קהילתי, ובאופן כללי, ישפר את השירותים.

ב. המלצות וחלופות למדיניות

כאשר אנו בוחנים את הרפורמה המוצעת עלינו להקדיש תשומת לב רבה במיוחד לחולי הנפש הכרוניים ולאלה שמצבם חמור וממושך. למרות הבטחות רבות שניתנו על-ידי מעצבי הרפורמה, נמצאת בסכנה של "נפילה בין הכיסאות" ואי קבלת השירות לו היא זקוקה.

המלצה 1: להקדיש תשומת לב מיוחדת לחולי הנפש שמצבם חמור וממושך.

הערכת המועילות והיעילות של הרפורמה תלויה בערכים ובאינטרסים של המעריך. רפורמה זו התקבלה משום שבנקודת זמן מסוימת נתפסה על-ידי קואליציה מסוימת של קבוצות אינטרסים שונות כמסוגלת להביא שינויים בהתאם למה שנחשב על-ידי כל אחד מהצדדים כתורם לערכיו או לאינטרסים שלו. עם זאת, התאמה של קבוצות אינטרסים עשויה להתגלות כ"ברית לא קדושה", אשר תתפרק עם השתנות הנסיבות או הסטת האינטרסים שלהן.

גם השינויים שחלו בשלטון במדינה בעקבות הבחירות במאי 1996 עשויים להיות בעלי השפעה מכרעת על יישום הרפורמה המוצעת. ההערכה הסופית האם הרפורמה היתה מוצלחת או לא חייבת להיעשות בהתאם לשיפור שיחול במערכת הספקות השירות ללקוחות מערכת בריאות הנפש ובאיכות חייהם. מאחר שהגדרת תחומה של מערכת בריאות הנפש הינה רחבה, והגדרת הלקוחות הזכאים רחבה אף היא, יש לקבוע סדרי עדיפויות. חולי הנפש שמצבם חמור ומתמשך חייבים להיות בראש סדר הקדימויות.

המלצה 2: להגדיר סדרי עדיפויות ליישום הרפורמה מבחינת הלקוחות.

פעולות מסוימות צריכות להינקט מראשית תהליך היישום בכדי להבטיח את הצלחת הרפורמה. יש להבטיח שבנוסף לשירותים רפואיים יסופק מגוון רחב של שירותים קהילתיים וחברתיים לחולי נפש כרוניים, שהם הלקוחות המוגבלים ביותר של מערכת שירותי בריאות הנפש. החברה אינה יכולה לקבל בפשטות את טענת מערכת הבריאות שהספקת שירותים אלו נתונה לאחריות מערכת הרווחה החברתית, אלא יש לשלב במערכת הבריאות לטובת חולי הנפש המוגבלים. כדי להימנע מ"בריחת" משאבים לכיוון חלקים בריאים יותר של אוכלוסיית הלקוחות, יש לאמץ אסטרטגיה של ייעוד משאבים לחולי נפש כרוניים. חולי הנפש הכרוניים

והמוגבלים זקוקים לשירותי ריכוז וניהול טיפול (case management) חזקים. הבטחת הספקתם של שירותים כאלו דורשת רמה גבוהה של תמיכה בהם.

המלצה 3: להבטיח שירותים בקהילה לחולי נפש כרוניים, שהם המוגבלים ביותר.

אחד היעדים המרכזיים של הרפורמה הוא לשנות במידה רבה את כיוון זרימת החולים מטיפול אשפוזי לטיפול קהילתי. הניסיון הוא לגרום לכך שרוב הטיפול האשפוזי יהיה אפיזודי-קצר ולא למשך כל החיים. בכדי לגרום לשינוי זה, על הטיפול הקהילתי להתמך במאמצים ארגוניים וגיבוי כספי רציני. לא ניתן לצפות מבתי-החולים הפסיכיאטריים להוביל את השינוי במיקום הטיפול. יש להקים סוכנויות טיפול קהילתיות שהינן בלתי תלויות בבתי-חולים מבחינה אדמיניסטרטיבית. כמו כן יש לספק תמריצים ארגוניים ותמיכה כלכלית לשחרור חולים ולמיקומם בקהילה.

המלצה 4: ליצור אי-תלות בין סוכנויות בקהילה לבין בתי-החולים. לאור העובדה שסטיגמה עדיין פוגעת בהספקת שירותי בריאות נפש וכי חלק גדול באוכלוסייה המוגדר כזקוק לשירותי בריאות נפש אינו מקבל טיפול זה, יש לפתח אסטרטגיות חדשות להספקת שירותי בריאות נפש.

המלצה 5: לשפר הנגישות והזמינות של השירותים. הגבלת ההפניות לשירותי בריאות הנפש לאלו הנעשות על-ידי רופאי משפחה בלבד עלולה לפגוע במימוש מטרה זו של הרפורמה.

המלצה 6: להימנע מהגבלה של הפניה על-ידי רופא משפחה. ספק רב האם תחרות כלכלית וגישת שוק חופשי עשויות להוביל לטיפול פסיכיאטרי ולמערכת הספקת שירותי בריאות נפש למוגבלים ולחלשים ביותר מבין חולי הנפש. אין הממשלה יכולה לסמוך באופן בלעדי על חקיקה ועל סמכויות הבקרה שלה. עליה לשמור על שליטה כספית מסוימת ועל משאבים מיוחדים שצריכים להיות מכוונים או מוסטים כלפי אזורים או משימות מיוחדים שגישת שוק חופשי עלולה להזניח.

המלצה 7: לגבי החלשים ביותר מבין חולי הנפש - הממשלה אינה יכולה להשאיר התחום לשוק החופשי.

לבסוף, מן הראוי לפתח קבוצות סינגור חזקות של לקוחות ואזרחים, שתהיינה בלתי תלויות באנשי מקצוע, בבירוקרטיה ובממשלה. רק חוסר

תלות כספית וארגונית מוחלטת בממסד עשויה לתרום לכך שהאינטרסים של חולי הנפש יקבלו מענה נאות.

המלצה 8: לפתח קבוצות סינגור בלתי תלויות של לקוחות ואזרחים. שינויים ושיפורים בטיפול בחולי הנפש בישראל דורשים פעולה מכוונת בתהליך יישום הרפורמה. מגמות המדיקליזציה והעמדה החזקה של בית-החולים הפסיכיאטרי במערכת, עלולים לפגוע בתהליך הרפורמה ולעכב את תהליך שינוי המערכת לכזו המדגישה טיפול קהילתי ושירותים מקיפים אפקטיביים לחולי הנפש הקשים והכרוניים, הנזקקים ביותר לשירותים אלו.

2. התפתחות המערכת

א. כללי

שירותי בריאות הנפש נוטלים כ-12 אחוז מתקציב הבריאות של המדינה. 6,750 איש, בממוצע, מאושפזים כיום ב-33 מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי וכ-100,000 איש קיבלו טיפול נפשי אמבולטורי במהלך 1995. שירותים אלו ניתנים על-ידי מערך של כ-60 מוסדות למתן שירותי בריאות נפש אמבולטוריים וכ-120 שירותי בריאות נפש אחרים בקהילה, כמו יחידות לטיפול יום, מועדונים חברתיים, דיור מוגן ושירותי שיקום.

שירותי בריאות הנפש לא היו אמנם בראש סדר הקדימויות הציבורי, אך מוגבלותם ופגיעותם של חולי הנפש ואיכות השירותים המסופקים להם היוו, מעת לעת, מקור לדאגה ציבורית. השירותים, במיוחד אלו המיועדים לחולים שמחלתם חמורה וממושכת, סופקו ישירות על-ידי בתי-חולים ממשלתיים ומוסדות ממשלתיים אחרים. רוב השירותים שסופקו על-ידי מוסדות אחרים מומנו גם הם על-ידי הממשלה.

במהלך השנים הראשונות לקיום המדינה התמקדו המאמצים העיקריים בהגדלת מספר המיטות הפסיכיאטריות ובארגון שירותי האשפוז הפסיכיאטרי. במהלך שנות הששים, כאשר ירד מספר העולים לארץ וחל שיפור בתנאים הכלכליים, עברה תשומת הלב לשירותים אמבולטוריים. מספר המרפאות האמבולטוריות כמעט הוכפל בין השנים 1965 ו-1977. תכניות לטיפול יום הפכו זמינות יותר. במהלך שנות השבעים הוכפל פי 3 מספר המיטות ביחידות לטיפול יום, וב-1985 הוא עלה על 1000. למרות ששירותי מעקב, שיקום, ותכניות טיפול קהילתי לחולי נפש ממושכים הוצהרו כמטרות של שירותי בריאות הנפש כבר

בראשית שנות השבעים, רק בשנות השמונים ניתן היה להבחין בפעילות כלשהי בתחום זה.

במהלך חמש עשרה השנים האחרונות חלה ירידה במספר המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים ובשיעורם באוכלוסייה. בסוף 1996 היו כ-6,900 חולים במוסדות פסיכיאטריים לעומת כ-9,000 ב-1978. שיעור המאושפזים לאלף באוכלוסייה ירד בכ-50 אחוז: מ-2.7 במחצית השנייה של שנות הששים ל-1.2 לאלף ב-1996. ירידה מרשימה פחות ניתן לראות במספר הקבלות לבתי-חולים פסיכיאטריים: בשנות השמונים, בין 1981 ו-1988, ירד מספר הקבלות בכ-15 אחוז, אולם הוא עלה שוב בשנים האחרונות והגיע לכ-16,000 קבלות במהלך 1995 ולכ-15,600 ב-1996. על-פני תקופה ארוכת טווח יותר, בין 1973 ל-1988, ירדו שיעורי הקבלות בכ-36 אחוז מ-3.9 ל-2.5 לאלף תושבים. העלייה של השנים האחרונות, בין 1988 ל-1996, הביאה לשיעור קבלות של 2.8 לאלף במהלך 1996, הנובעת מעלייה במספר הקבלות החוזרות.⁵

הירידה באשפוזים מוסדיים (inpatient hospitalizations) דומה למגמות במדינות אחרות, בריטניה, וארצות-הברית לדוגמא, שבהן היו קיימות נטיות לאל-ממסוד (deinstitutionalization) במהלך 30 השנים האחרונות. השינויים הללו יוחסו למספר גורמים - דמוגרפיים, חברתיים, וכן גם קליניים (השינוי שחל במגמה זו בשנים האחרונות יוחס בעיקר לשיעורי הקבלה הגבוהים יותר של העולים החדשים מבריה"מ לשעבר).

מספר המאושפזים בטיפול יום פסיכיאטרי עלה מ-300 בשנת 1970 ל-2,070 ב-1996. צמיחה דומה התקיימה בשירותים האמבולטוריים. בנוסף לכך, במהלך העשור האחרון עלה מספרם של שירותי השיקום, המועדונים החברתיים, המגורים בקהילה והסדנאות המוגנות.

ב. תקציבים והוצאות

באופן יחסי, ישראל הוציאה פחות על שירותי בריאות הנפש מאשר על שירותים רפואיים אחרים. בעוד שמספר המיטות הרפואיות הכלליות בארץ ב-1993 היה גבוה פי 1.8 מאשר מספר המיטות הפסיכיאטריות, שיעור ההוצאות על אשפוז רפואי כללי היה גבוה כמעט פי 10 מאשר לאשפוז פסיכיאטרי. נתונים בנוגע לעלות ממוצעת ליום אשפוז מגלים פערים דומים. על פי מדד של 100, המייצג את העלות העכשווית הממוצעת ליום אשפוז עבור כל בתי-החולים, העלות הממוצעת ליום

בבית-חולים פסיכיאטרי ב-1994- היתה 38.8 בהשוואה ל-174.0- בבתי-חולים כלליים.

לשירותי בריאות נפש הוקצו 11.5 אחוז מהתקציב הכללי של משרד הבריאות ל-1993-. סכום זה היה מקביל ל-135- מיליון דולר. אין נתונים השוואתיים לגבי התקציבים לשירותי בריאות הנפש המסופקים על-ידי מגזרים אחרים. הערכה גסה של כלל ההוצאות לאשפוז פסיכיאטרי מגיעה לסכום שנתי הנע בסביבות 170 מיליון דולר.

שירותי בריאות נפש הינם הסעיף השני בגודלו של עלויות ישירות (שאינן מותנות בהכנסה ממקורות חיצוניים) בתקציב משרד הבריאות. הממשלה מפעילה כ-60- אחוז מהאשפוז הפסיכיאטרי בארץ והינה אחראית למימוןם של למעלה מ-80- אחוז מהשירותים הללו. שיעור זה שונה למדי בהשוואה לחלקה של הממשלה בהפעלת כלל ההוצאות הרפואיות ומימוןן. ב-1993-, הממשלה היתה אחראית להפעלת כ-20- אחוז מכלל הוצאות שירותי הבריאות. היא היתה אחראית למימון 44 אחוז מהוצאות אלו.

לגבי התפלגות התקציב בין שירותים אשפוזיים ואמבולטוריים: שירותי אשפוז פסיכיאטריים מקבלים 90.4 אחוז מתקציב הממשלה לשירותי בריאות נפש. מבלי לכלול מינהל מרכזי ושירותים מרכזיים, שירותי אשפוז מקבלים חלק גדול אף יותר מהתקציב (93.5 אחוז). לשירותי בריאות נפש קהילתיים מוקצים כ-5- אחוז מהתקציב הכולל. מקור אחר קבע כי ההקצאה עבור שירותי אשפוז הינה 84 אחוז מהתקציב. ייתכנו שני גורמים המסבירים הבדל זה. ראשית, בתי-חולים מספקים שירותים קהילתיים מסוימים למרות ששירותים אלו אינם מופיעים כסעיף תקציבי נפרד. ההערכה היא כי למעלה מרבע מהשירותים הקהילתיים מסופק ומנוהל על-ידי בתי-חולים. שנית, חלק גדול יותר של שירותי בריאות הנפש הנרכשים על-ידי הממשלה מהמגזר הציבורי (מוסדות שלא למטרת רווח) מוקצה לשירותי בריאות נפש קהילתיים. כרבע מתקציב משרד הבריאות ל-1996- יועד לסעיף זה. כרבע מהסכום הכולל לסעיף זה יועד לשירותים קהילתיים, ו-4.5- אחוז למרפאות גמילה. השיעור הגבוה של תקציבי שירותי בריאות נפש המוקצה לשירותי אשפוז עומד בניגוד חריף לחלוקה בין טיפול אשפוזי ואמבולטורי בתקציבי שירותי הבריאות הכלליים והוצאותיהם. הוצאות עבור שירותים רפואיים אמבולטוריים ורפואה מונעת הינן גבוהות במעט

יחסית לאלו שנועדו לטיפול בבית-חולים כללי (34 ו-301 - אחוז בהתאמה). החלוקה הלא שווה של תקציב בריאות הנפש היתה קיימת מאז ומתמיד.
ג. כוח אדם

שירותי בריאות הנפש בישראל מעסיקים כ-6,250 שווי ערך משרות מלאות (מאי 1996). כ-10 אחוז רופאים, כ-30 אחוז אחיות, כ-8 אחוז פסיכולוגים, 5.4 אחוז עובדים סוציאליים, 5.3 אחוז מרפאים בעיסוק, ו-42 אחוז עובדים לא-מקצועיים, כולל תורנים, סייענים, אנשי תחזוקה וכוח אדם מינהלי. כמחצית מכוח האדם בתחום מועסק ישירות על-ידי משרד הבריאות. רק כ-9 אחוז מכלל המועסקים בתחום על-ידי משרד הבריאות היו בשירותי בריאות נפש קהילתיים.

הכשרת אנשי מקצוע לשירותי בריאות נפש קהילתיים נתקלה בקשיים. נראה כי אנשי מקצוע מעדיפים את שירותי בריאות הנפש האשפוזיים ואת השירותים האמבולטוריים המסורתיים יותר. בקרב עובדים סוציאליים נחשבים שירותי בריאות נפש כמקום רצוי לתעסוקה. לעומת זאת, אחוז קטן מאד (קטן בהרבה מאשר בארצות-הברית) של בוגרי בתי-ספר לרפואה בישראל בוחרים להתמחות בפסיכיאטריה, ורוב הפסיכיאטרים בישראל הינם מהגרים מאירופה או ארצות-הברית. מאחר שכמחצית מהאוכלוסייה בישראל היא ממוצא מזרחי (אסיה או אפריקה), הדבר יוצר פער תרבותי בין חולים לרופאים. פערים דומים התפתחו בנוגע לניצולי שואה ומשפחותיהם. במשך שנים רבות זכתה הבעיה רק לתשומת לב קטנה.

במהלך העשור האחרון התרחשו כמה שינויים בכמות כוח האדם בתחום בריאות הנפש ובהתפלגותו. מאז 1979 מספר הרופאים, האחיות ואנשי צוות מקצועיים אחרים גדל, בעוד מספר אנשי התחזוקה והמנהל נשאר זהה. אם מספר אנשי המקצוע המועסקים בשירותי בריאות נפש, ושיעורם בהשוואה לעובדים לא-מקצועיים, מהווה מדד כלשהו לאיכות השירותים, הרי שחל שיפור בשירותי בריאות הנפש בעשור האחרון. לאור העובדה שבמהלך אותה תקופה ירד באופן משמעותי מספר המאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, השינויים במספר אנשי הצוות המקצועיים והלא מקצועיים והתפלגותם הינם מרשימים אף יותר.

עם זאת, עיקר העלייה במספר אנשי הצוות חלה בשירותי אשפוז (לוח 5). אילו הכסף היה עובר אחר החולים לקהילה, הירידה של 22 אחוז במספר המאושפזים בכל בתי-החולים הפסיכיאטריים בין השנים 1979 ו-1993 היתה מביאה לשינוי קיצוני בהקצאות התקציב וכוח האדם

לשירותי בריאות נפש קהילתיים. במקום הקצאת 5 או 6 אחוז מהתקציב לשירותים קהילתיים, ההוצאות לשירותים קהילתיים היו יכולות להיות גבוהות בלמעלה מפי ארבע.

ד. ביטוח נכות והבטחת הכנסה

חוק הנכות, שיושם ב-1974, היה בעל השפעה גדולה ביותר על השירותים לחולי הנפש. ההשפעה שלו על מערכת שירותי בריאות הנפש הינה בעלת שלושה ממדים:

1. החוק סיפק קצבאות הבטחת הכנסה לחולי נפש מוגבלים.
 2. החוק קבע הקמתם של שירותי שיקום במוסד לביטוח לאומי, מימן אותם בעזרת חלק מכספי המבטחים, והציע שירותי שיקום לחולי נפש העונים על קריטריון הזכאות שנקבע בחוק ובתקנות.
 3. החוק הביא לייסודה ולמימונה של הקרן לפיתוח שירותים לנכה, אשר הפכה לאחת ממקורות המימון העיקריים לתכניות חדשות וחדשניות בתחום שיקום חולי נפש.
- זכאות לקצבאות נכות מבוססת על נכות רפואית ואובדן יכולת השתכרות. נכות רפואית של 40 אחוז ויותר, וכתוצאה מכך אובדן יכולת השתכרות של 50 אחוז לפחות הינן דרישות המינימום לזכאות לקצבאות נכות.

במרץ 1996, כ-30,000 איש קיבלו קצבאות ביטוח נכות בשל סיבות פסיכיאטריות. הם היוו כ-30 אחוז מכלל צרכני ביטוח נכות בארץ. כשלושה רבעים מקבוצה זו הוגדרו על-ידי הסטנדרטים של הביטוח הלאומי כזכאים לקיצבה צמיתה^d (על בסיס קבוע).

בית-חולים פסיכיאטרי, שבו אדם היה מאושפז למשך שלושה חודשים או יותר, זכאי ל-80 אחוז מקצבת הנכות של אותו אדם. החולה זכאי ל-20 אחוז הנותרים. בשנים האחרונות קצבאות נכות הפכו לחלק נכבד מתקציבי בתי-החולים. ניתן לתהות האם סידור כספי זה אינו פוגע בתמריץ הכספי של בית-החולים מלנסות לשחרר חולים מוקדם ככל האפשר. מינהל הביטוח הסוציאלי בארצות-הברית אינו מתיר מימון מוסדות פסיכיאטריים באמצעות קצבאות נכות בשל חשש מתמריץ שלילי למוסדות אשר עלול לעכב או למנוע שחרור חולים.

3. טיפול מוסדי - שירותי האשפוז

טיפול מוסדי פסיכיאטרי מסופק בעיקר על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים ומחלקות אשפוז פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים. קיים שוני בין יחידות אלו בנוגע לסוג הטיפול, מאפייני החולים, עלויות, צוות, כוח אדם, ורמת הטיפול. בסוף 1993 היו 40 מוסדות אשפוז פסיכיאטרי בארץ (לוח 2). לפי נתונים לסוף 1996 (לא מופיעים בלוח 2) חלה ירידה ל-33 מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי. מחצית מהמיטות הן בבתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, כ-40 אחוז מהמיטות במוסדות פסיכיאטריים פרטיים (למטרת רווח) (לוח 3). מאחר שהממשלה משלמת עבור רוב החולים בבתי-חולים פרטיים ואף מפקחת על בתי-חולים אלו, ניתן לומר כי כ-90 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות בארץ הן ממשלתיות.

במהלך חמש עשרה השנים האחרונות, למרות גידול האוכלוסייה הכללית במדינה, ירד מספר מוסדות האשפוז הפסיכיאטרי, כמו גם מספר המיטות הפסיכיאטריות. בין 1980 ל-1996 ירד מספר המוסדות בשליש, מ-50 ל-33 מוסדות. הירידה הגדולה חלה במספר בתי-חולים הפרטיים. בסוף 1996, היו מיטות אשפוז פסיכיאטרי בישראל.

כיום, ערב הרפורמה, מעל לשליש (39 אחוז) מהמיטות הפסיכיאטריות הן מיטות לטיפול ארוך טווח, כרבע (24 אחוז) לטיפול פעיל, 15 אחוז לפסיכו-גריאטריה, 10 אחוז מיטות לשיקום, 6 אחוז לילדים ומתבגרים, 3 אחוז במחלקות פסיכיאטריות של בתי-חולים כלליים, 2 אחוז מיטות אחרות ואחוז אחד לטיפול חירום, מיון ועזרה ראשונה. מיטות פסיכיאטריות אינן מתחלקות באופן שווה ברחבי המדינה. באזורי המרכז יש באופן יחסי הרבה יותר מיטות מאשר באזורי הצפון והדרום (מצב זה היה נושא לדאגה ציבורית וצוין בדו"ח ועדת נתניהו ובדו"ח מבקר המדינה לשנת 1991).

א. טיפול פעיל וטיפול ארוך טווח

למעלה משני-שליש מהחולים בבתי-חולים פסיכיאטריים ב-1995 היו בטיפול ארוך טווח (מדובר באשפוז למשך למעלה משנה). בסוף 1995 היה מספרם 4,578. שיעור התפוסה בבתי-חולים הפסיכיאטריים היה 90 אחוז ומספר ימי האשפוז הממוצע עבור אלו ששחררו במהלך השנה היה 134 ימים. מספר זה מציין ירידה ביחס לעבר, שהיא משמעותית במיוחד עבור המאושפזים פחות משנה.

המחלקות הפסיכיאטריות בבתי-החולים הכלליים ובתי-החולים הפסיכיאטריים של קופת-חולים הכללית מספקים בעיקר שירותי אשפוז פסיכיאטרי למקרים חריפים (acute). כ-40 אחוז מהקבלות לשירותי אשפוז פסיכיאטרי במהלך 1988 היו במסגרת מוסדות אלו, הכוללים רק כ-10 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות במדינה. בבתי-חולים כלליים מתקיימים רק 4 אחוז מהטיפול האשפוזי. יחס זה נמוך יותר מאשר במדינות אחרות.

בתי-החולים הפסיכיאטריים הפרטיים מספקים בעיקר טיפול ארוך טווח. למרות שקרוב ל-40 אחוז מהמיטות הפסיכיאטריות במדינה הן בבתי-חולים אלו, חלקן היחסי בכלל הקבלות הפסיכיאטריות בשנה היה רק 1.4 אחוז ב-1993. לאחרונה התקבלה החלטה במסגרת מדיניות חדשה של משרד הבריאות הקובעת שאין לעודד קבלות חדשות לבתי-חולים פרטיים. 96 אחוז מהחולים בבתי-חולים אלו מאושפזים לתקופות ארוכות העולות על שנה. איכות הטיפול בחלק ממוסדות אלו העלתה, מעת לעת, דאגה ציבורית, והיו שהגדירוה אף כחרפה.

ב. קבלות לבתי-חולים וחולים באשפוז

שיעור הקבלות (כולל ביחידות טיפול יום) ב-1994 היה 3.2 לאלף נפש באוכלוסייה הכללית. שלושה רבעים מהן היו קבלות חוזרות, כ-55 אחוז מכל הקבלות היו גברים, וכרבע היו גילאי 18-24. מספר הקבלות בשנה למיטה אחת עלה ברבע בין 1988 ל-1993, והגיע ל-2.34. שינוי זה משקף ירידה במספר המיטות, עלייה במספר הקבלות ותקופות אשפוז קצרות יותר. שיעור הקבלות הראשונות לא השתנה מאז 1986 ועומד על 0.7 לאלף נפש באוכלוסייה. בשיעור הקבלות החוזרות נרשמה עלייה קלה ב-1995 לעומת השנה הקודמת והוא עומד על 2.1 לאלף.

שיעור המאושפזים לאלף נפש באוכלוסייה היה 1.3 ב-1994. הקשישים (+65) היוו כמעט רבע מאוכלוסיית המאושפזים, שיעור הגבוה פי 2.5 מחלקם באוכלוסייה הכללית. 35 אחוז נוספים היו מגילאי 45-64. מספרם הכללי של ימי האשפוז ב-1995 היה כ-2.3 מיליון ימים. בנוסף לכך סיפקו היחידות לטיפול יום קרוב ל-40,000 ימי טיפול.

לגבי בתי-החולים הפרטיים - כמעט 60 אחוז מהקבלות בהם היו של גילאי +65. כ-60 אחוז מהקבלות הראשונות לבתי-חולים אלו אובחנו כמצבים אורגניים, בהשוואה לכ-9 אחוז, שהוא השיעור שמהווה קטגוריה אבחנתית זו מכלל הקבלות הפסיכיאטריות בארץ (1988). נתונים אלו

מדגישים את העובדה שבת-חולים הפרטיים מותאמים בעיקר לטיפול בחולים כרוניים, הזקוקים לטיפול ארוך טווח.

ג. אשפוזים כפויים

רוב הקבלות לבתי-חולים פסיכיאטריים בארץ הינן בהסכמה (82 אחוז). כ-14 אחוז התקבלו שלא בהסכמה כהוראות אשפוז (על פי דין אזרחי), ו-41 אחוז אושפזו לפי צווי אשפוז (על פי דין פלילי). אשפוז כפוי אזרחי מוגדר על-ידי החוק הישראלי כנופל בתחום הסמכות של הרפואה. החוק מסמך פסיכיאטרים מחוזיים שמונו במיוחד לשם כך להורות על הוראות אשפוז. עם זאת, במצבי חירום ניתן לאשפז בכפייה גם ללא הוראת אשפוז, גם אם יש לשחרר בתוך 48 שעות, אלא אם מוצאת הוראת אשפוז במהלך פרק זמן זה. כ-70 אחוז מהאשפוזים הכפויים האזרחיים התקבלו עם הוראת אשפוז שהוצאה על-ידי פסיכיאטר מחוזי, בעוד שהיתר התקבלו כמקרי חירום על-ידי מנהל מוסד אשפוז. כ-75 אחוז מהמאושפזים על פי צו של בית משפט התקבלו לצורך הסתכלות.⁶

ד. קטגוריות אבחנתיות וכרוניות

סקיזופרניה היא הקטגוריה האבחנתית העיקרית בקרב המתקבלים למוסדות האשפוז הפסיכיאטרי בישראל; 55 אחוז סווגו בקטגוריה זו. הפרעות אפקטיביות מהוות את הקטגוריה השנייה בגודלה, הכוללת 14 אחוז מכלל הקבלות. רק 2.6 אחוז מהחולים לא היו כלל בעלי אבחנה פסיכוטית כלשהי. אין מידע מדויק בנוגע לשיעור חולי הנפש הכרוניים בארץ. "כרוניות" הינה תלוית הגדרה, והיא משתנה בהתאם לגישה תיאורטית ולפרשנות של ממצאים. ההערכה היא שמספרם הכללי של חולי הנפש הכרוניים (בגילאי 18-64) בישראל הוא כ-36,000 וכי בכל יום נתון במשך השנה קרוב ל-90 אחוז מהם נמצאים בקהילה. ממצא זה מדגיש את חשיבות הספקתן של תכניות טיפול קהילתי לקבוצת אוכלוסייה זו.

נתונים לגבי אורך השהייה של חולים בבתי-חולים פסיכיאטריים מגלים כי בסוף 1995 למעלה משני-שלישים מהם היו מאושפזים לתקופה העולה על שנה, וכמחצית מאושפזים למשך 5 שנים או יותר. כ-65 אחוז מכלל ימי האשפוז במוסדות פסיכיאטריים במדינה במהלך שנה אחת (1993) היו עבור חולים שהוגדרו כממושכים (מעל שנה באשפוז). כשלושה עשר אחוז מן החולים הממושכים היו בני 65 ומעלה.

ה. משך האשפוז

בין 1970 ל-1995 ירד שיעור ימי האשפוז לאלף נפש באוכלוסייה הכללית ב-55 אחוז, מ-915 ל-407 ימים. משך השהות הממוצע לאלו ששוחררו ממוסדות אשפוז פסיכיאטרי ירד מ-155 ימים ב-1970 ל-135 ימים ב-1993.

בשנים האחרונות, בכדי לאפשר שחרור חולים מאשפוז לקהילה, התחילו שירותי בריאות הנפש בפרויקטים רחבי היקף של שימוש בקלואאפיף¹ לצורך טיפול במאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים. בנוסף לכך, החלו שירותי בריאות הנפש במבצע רחב של הערכה מחדש של חולים ממושכים וזאת כדי להעריך האם הם עשויים להיות מוכנים לשחרור.

4. שירותים בקהילה

יש המייחסים את הירידה במספר האשפוזים הפסיכיאטריים ושיעורם במהלך העשור האחרון להתפתחות שירותי בריאות נפש בקהילה. הוספת מרפאות קהילתיות, יחידות לטיפול יום, מרכזי בריאות נפש קהילתיים ומספר שירותי מעקב ושיקום אכן שינתה את אופי שירותי בריאות הנפש בישראל. עם זאת, יש צורך במחקרים להערכת השפעתם של שירותים אלו על הירידה במספר המאושפזים, ותרומת התפתחות שירותי בריאות הנפש בקהילה לשירותי בריאות הנפש בכלל.

התפתחותם של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בארץ הינה מעטה מהדרוש, פחותה מהרצוי, ונופלת ממה שאפשר היה להשיג. עמדה זו משקפת את דו"ח מבקר המדינה (1991), את דו"ח ועדת נתניהו, ואת דעתו של ראש שירותי בריאות הנפש, אשר ציין כי בין רבע לשליש מהמאושפזים בבתי-חולים פסיכיאטריים היו יכולים להשתחרר לקהילה. גם חלוקת תקציבי שירותי בריאות הנפש משקפת זאת. רק חלק קטן (16 אחוז בהערכה גבוהה) מתקציב בריאות הנפש הוקצה לשירותים קהילתיים.

סקר שימוש בשירותי בריאות הנפש בארץ ב-1986 הצביע על כך ש-68 אחוז מהמגעים במערכת בריאות הנפש, שהתקיימו בשבוע הסקר, היו במוסדות קהילתיים. מאחר שהסקר היה מוגבל למוסדות בריאות נפש ומאחר שחולים רבים מקבלים טיפול משירותים חברתיים ומשירותי שיקום אחרים, כמחלקות המקומיות לשירותים חברתיים ושירותי הביטוח הלאומי או מאנשי מקצוע עצמאיים בתחום בריאות הנפש, ניתן

לסכם כי מספר האפיזודות הטיפוליות של חולי נפש בקהילה גדול יותר באופן מהותי. רוב השירותים הקהילתיים שאינם אשפוזיים סופקו על-ידי מרפאות אמבולטוריות, המייצגות כ-81 אחוז מקשרי הטיפול בחולים במהלך שבוע הסקר. יחידות לטיפול יום מספקות כ-10 אחוז ומועדונים חברתיים 4.5 אחוז. שיעור הייעוץ הנפשי היה כ-5 אחוז מהמגעים הטיפוליים של החולים בשבוע הסקר. כמחצית מהחולים המקבלים טיפול במוסדות קהילתיים היו בעלי אבחנות פסיכוטיות, אבחנות אפקטיביות או אורגניות, או קיבלו קצבת ביטוח נכות. קבוצה זו נחשבה באופן כללי לקבוצה של חולים מוגבלים ותלותיים. האחרים דורגו כפחות מוגבלים. ייעוץ פסיכיאטרי סופק במהלך 1994 ב-17 מבין 21 בתי-החולים הכלליים בארץ. שירותים אלו היו זמינים גם למקרי חירום.

א. טיפול יום

בסוף 1993 היו 1,906 חולים שקיבלו טיפול ב-34 יחידות לטיפול יום. מספרן הכולל של המיטות היה 1,218. 70 אחוז מהיחידות לטיפול יום וכ-80 אחוז מהמיטות לטיפול יום היו במוסדות אשפוז או נוהלו על-ידם. כ-75 אחוז מהמיטות לטיפול יום היו במוסדות ממשלתיים. מספר המיטות לטיפול יום עלה באופן עקבי מאז 1970 ובעשור האחרון (מ-1983) עלה מספר המיטות ב-25 אחוז, מ-975 ל-1218.

טיפול יום מסופק בעיקר על-ידי מוסדות ממשלתיים ומוסדות של קופת-חולים הכללית. שיעורם של חולי יום יחסית למאושפזים היה גבוה יותר במוסדות קופת-חולים מאשר במוסדות ממשלתיים. בסקר שנערך ב-1986 התברר כי 80 אחוז מהחולים בטיפול יום היו מבוגרים, 11 אחוז קשישים, 6 אחוז מתבגרים ו-3 אחוז ילדים. חל שינוי בשיעור החולים בטיפול יום בהשוואה למספר המאושפזים הכללי, מ-10 אחוז ב-1980 ל-27 אחוז ב-1993. שינוי זה הינו תוצאה של ירידה במספר המאושפזים ועלייה במספר החולים בטיפול יום במשך תקופה זו. עם זאת, בעוד ששיעור המאושפזים באוכלוסייה הכללית ירד מ-2.2 לאלף נפש ב-1980 ל-1.2 ב-1996, השינויים בשיעורי החולים בטיפול יום היו קטנים בהרבה, מ-0.3 ל-0.4 לאלף נפש באוכלוסייה הכללית במהלך אותה תקופה.

ג. שירותים אמבולטוריים

כ-100,000 נפש, או 19 מתוך כל אלף באוכלוסייה, קיבלו טיפול אמבולטורי במהלך 1995. 45 אחוז מביניהם היו קבלות חדשות. מספרן הכולל של מרפאות החוץ (כולל סניפי מרפאות) עלה כמעט ב-50 אחוז בשנים האחרונות, מ-62 ב-1988 ל-90 ב-1993 (לוח 4). בערך שני-שלישים ממוסדות אלו ממוקמים בקהילה בעוד שהיתר נמצאים במוסדות אשפוז, או קשורים אליהם. הצמיחה במגזר זה עשויה לשקף בחלקה את היערכותה המחודשת של המערכת בציפייה לחוק ביטוח הבריאות הממלכתי.

עד לאחרונה, לפני הרפורמה, סופקו שירותים אמבולטוריים ללא תשלום. מדיניות חדשה אשר בוצעה רק באופן חלקי ביותר, קבעה תשלום נמוך עבור השירות. החלטות בנוגע לסוג טיפול ולמישכו היו נתונות לשיקול דעתה של כל מרפאה.

מידע בנוגע למספר החולים המקבל שירותי בריאות נפש אמבולטוריים ומאפייניהם הינו מקיף פחות מהמידע המקביל בנוגע למאושפזים. הנתונים לגבי טיפול אמבולטורי מבוססים בעיקר על הסקר מ-1986 בנוגע לשימוש בטיפול פסיכיאטרי במגזר הציבורי. אין בנמצא נתונים על השימוש בשירותי בריאות נפש אמבולטוריים פרטיים. נתוני הסקר משקפים כהלכה את היקף הדרישות לסוג זה של שירותים ואת ההחלטות המקצועיות והאדמיניסטרטיביות בנוגע לטיפול אמבולטורי, בתקופה שהטיפול ניתן ללא תשלום, וקודם להנהגת אמצעי בקרה בשל שיקולים כספיים ואדמיניסטרטיביים בעקבות הרפורמה. על פי הערכה שנעשתה, המספר הכולל של ביקורים בשירותים האמבולטוריים לבריאות הנפש התקרב ב-1995 למיליון.

בהתבסס על הסקר נעשתה הערכה⁸ של דפוסי השימוש בשירותי בריאות נפש אמבולטוריים לגבי מבוגרים (+18) במדינה. רובם (55 אחוז) היו בקבוצת הגיל 25-44. הקשישים (+65) היו רק 8 אחוז ממקבלי השירותים. כ-70 אחוז מהקבלות החדשות לטיפול מרפאתי סיימו את הקשר עם המרפאה לאחר ממוצע של 6-8 ביקורים. יחד עם זאת, כ-75 אחוז מהמטופלים במרפאות ב-1995 היו מטופלים עם למעלה מעשרה ביקורים מרפאתיים במהלך השנה. מחצית מהם היו עם 21 ביקורים ויותר.

האוכלוסייה המטופלת במרפאות היתה מחולקת באופן כמעט שווה בין אלו עם הפרעות פסיכוטיות ואפקטיביות, לאלו המאובחנים עם

הפרעות נייורוטיות והפרעות אישיות. כמחצית מהמגעים של קבוצת בעלי ההפרעות הפסיכוטיות והאפקטיביות היו לצורך מעקב רפואי תרופתי, בהשוואה ל-10 אחוז בלבד מהמגעים עם הקבוצה השנייה. כשלושה רבעים מהמגעים של קבוצה זו מוגדרים כתרפיה אישית, משפחתית או קבוצתית. כשליש מהאוכלוסייה האמבולטורית התקבל בעקבות הפניות עצמיות, 23 אחוז הופנו על-ידי שירות בריאות נפש, 31 אחוז על-ידי שירותי בריאות כלליים. שלישי היו בעלי היסטוריה של אשפוז פסיכיאטרי ולכשליש היה מגע קודם עם שירות בריאות נפש אמבולטורי. רוב השירותים לקבוצת המאובחנים עם הפרעות פסיכוטיות ואפקטיביות סופקו על-ידי פסיכיאטרים ואחיות, בעוד שהשירותים לקבוצה השנייה סופקו על-ידי פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים.

מרכזי בריאות נפש קהילתיים (מבנ"ק) היו אחד המרכיבים המרכזיים של תכנית הארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש הישראלים מ-1972. מרכזי בריאות הנפש הקהילתיים הראשונים, אשר היו אמורים לשמש כמודלים לשאר המדינה, הוקמו באשקלון וביפו. התפיסה של תכנית מבנ"ק רחוקה מלהיות מיושמת במלואה. הסכם בין שירותי בריאות הנפש הממשלתיים לקופת-חולים כללית הושג ב-1978 כדי לקדם את תכנית בריאות הנפש הקהילתית ולהבטיח הספקה של שירותי בריאות נפש מקיפים על בסיס אזורי ברחבי המדינה. עם זאת, עד כה לא נעשתה כל הערכה שיטתית של השינויים ושל השפעתם הכוללת.

אין כל מחקר המדווח על מועילות ויעילות של שירותים אמבולטוריים. ההחלטה מי יקבל שירות אמבולטורי, איזה סוג שירות ולמשך כמה זמן נתונה לשיקול דעתם של אנשי המקצוע. ייתכן כי העלייה במספר המגעים בשירותים אמבולטוריים משקפת למעשה עלייה בכמות השירותים המסופקים לקבוצת לקוחות חדשה ולא עלייה בהיקף השירותים ללקוחות קודמים או לאלו ששוחררו לאחרונה מבתי-חולים פסיכיאטריים.

ג. שירותי בריאות נפש לשעת חירום

שירותים לשעת חירום על בסיס 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, מסופקים בעיקר על-ידי מוסדות בריאות נפש אשפוזיים ועל-ידי חדרי מיון בבתי-חולים כלליים. בתי-חולים הפסיכיאטריים של קופת-חולים כללית וחלק מבתי-חולים הממשלתיים פיתחו מחלקות קבלה מיוחדות עם יחידות השהיה בשעת חירום המספקות טיפול נמרץ לטווח קצר.

שירות טלפוני לעזרה ראשונה נפשית מסופק על-ידי ערן, ארגון ציבורי (מלכ"ר) ב-11 מקומות בארץ. חלק משירותי בריאות הנפש הקהילתיים מספקים שירותי חירום, אם כי אלה מוגבלים לשעות העבודה הסדירות. ישנו מידע מוגבל למדי על סוגי שירות אלה.

רבים ממקרי החירום בתחום בריאות הנפש נראים לראשונה בחדרי מיון של בתי-חולים כלליים. במרבית המקרים (80 אחוז), הגעתם של חולי נפש לחדרי מיון וחירום מסתיימת באשפוז, שיעור זה גבוה בהרבה מהשיעור של 30-40 אחוז המצוי במדינות אחרות. מחקר אחר גילה כי כשני-שלישים מההפניות הפסיכיאטריות לחדרי מיון בבית-חולים כללי לא היו מוצדקות. המחקר טען כי מחסור במוסדות קהילתיים אלטרנטיביים עשוי להוות חלק מההסבר לממצא זה.

5. שיקום פסיכיאטרי

עניין גובר בשיקום בתחום בריאות הנפש במהלך העשור האחרון הביא למדיניות חדשה ותכניות חדשות. עם זאת, טווח השירותים וההקצאות התקציביות לשירותי שיקום בתחום בריאות הנפש אינם עונים על הצרכים. מדיניות ותכניות בתחום השיקום הפסיכיאטרי הינן בסמכותן של שלוש סוכנויות ממשלתיות שונות: שירותי שיקום של משרד העבודה והרווחה; המוסד לביטוח לאומי; שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות.

חולי נפש לשעבר נחשבים כחלק מאוכלוסיית היעד של שירותי השיקום במשרד העבודה והרווחה. אלא ששיעורם בקרב לקוחות מרכזי השיקום המנוהלים על-ידי משרד הרווחה ברחבי המדינה הינו קטן למדי. לאור המשאבים המוגבלים, ואולי גם לאור שיקולי מדיניות אחרים, לא פותחו תכניות ספציפיות על-ידי משרד הרווחה לאנשים עם נכות פסיכיאטרית. המוסדות הקיימים בתחום זה מוגבלים ביכולתם לסייע לצורכי השיקום המיוחדים של חולי הנפש. מעבר לכך, מנהלי תכניות ויועצים בתחום השיקום מעדיפים להשקיע את מאמציהם באנשים אותם הם רואים כבעלי סיכויי הצלחה טובים יותר. הסטיגמה הנלווית למחלת נפש הינה שיקול נוסף. אלו העוסקים בשיקום הביעו דאגה שמא הכללת חולי נפש בין לקוחות מרכזי השיקום תבריח אנשים שאינם חולי נפש. כתוצאה מחוק הנכות הכללית מ-1973, מפעיל המוסד לביטוח לאומי תכניות קצבת נכות, כולל תשלומי הבטחת הכנסה, ושירותי שיקום לחולי

הנפש. כל אדם ההופך זכאי לקצבת נכות, זכאי גם לשירותי שיקום. למרות שאחד הקריטריונים לקצבאות הינו לפחות 40 אחוז נכות רפואית, גם בעלי 20 אחוז נכות או יותר זכאים לשירותי שיקום. המוסד לביטוח לאומי לא פיתח שירותי שיקום מיוחדים לבעלי נכות פסיכיאטרית והתמקד בהיבט התעסוקתי של שיקום. משרד הביטחון מספק שירותי שיקום דומים לנכי צה"ל. בנוסף לכך, הקרן לפיתוח שירותים לנכה, אשר נוסדה על-ידי הביטוח הלאומי ב-1976, סיפקה מענקי תמיכה לפיתוח תכניות שיקום חדשות בקהילה. קרן זו תמכה במספר תכניות חדשניות והפכה לגורם חשוב בפיתוח תכניות שיקום בתחום בריאות הנפש בקהילה במהלך העשור האחרון. כמו כן, קרן הנאמנות לפיתוח שירותים פסיכיאטריים בישראל, שנוסדה על-ידי ארגון הגיוינט וממשלת ישראל, הקדישה בשנים האחרונות חלק מתקציבה לפיתוח תכניות שיקום. מאז 1978, 10 אחוז מקצבאות הנכות שמקבלים בתי-החולים הפסיכיאטריים מביטוח לאומי עבור המאושפזים בהם, מוקצים לשירותי שיקום. רוב הקרנות הללו תומכות בשירותי שיקום המסופקים במסגרת בתי-חולים או מנוהלים על-ידם. מאמצים נוספים של משרד הבריאות הביאו ב-1985 להקמת "אשת", מלכ"ר לשיקום מקצועי של חולי נפש, התומך בפיתוח תעסוקה מוגנת לחולי נפש לשעבר בקהילה.

שירותי שיקום פסיכיאטריים מתמקדים בפיתוח מיומנויות בשלושה תחומים הדרושים לשילוב מוצלח בקהילה - תעסוקה, חיים חברתיים, ודור.

א. שיקום תעסוקתי

שירותי שיקום תעסוקתי נחשבו למפותחים היטב יחסית לסוגים אחרים של שירותי שיקום. ישנם שני סוגים של שירותי שיקום פסיכיאטריים: סוכנויות להכשרה ולשיקום תעסוקתי; ומסגרות לתעסוקה מוגנת. בעוד הסוג הראשון מדגיש את החינוך וההכשרה שבשיקום ומשלב את התכניות הללו עם שירותי טיפול, הסוג השני מתמקד בהספקת מקום עבודה קבוע ומוגן לחולי נפש מוגבלים.

שיקום תעסוקתי סופק על-ידי ארגונים שונים וברמות שונות של הכשרה מקצועית. המוסדות הפחות אינטנסיביים הם המועדונים הפסיכו-סוציאליים של "אנוש", מרכזי השיקום בטיפול יום המסופקים במסגרת מרפאות חוץ, ומוסדות טיפול יום. בסדנאות המוגנות עולם העבודה מודגש במידה רבה יותר. השיקום התעסוקתי האינטנסיבי ביותר

ניתן במוסדות המיוחדים המכניסים את האדם לעבודה תחרותית מחוץ למערכת בריאות הנפש. אין מחקרים המעריכים שירותים אלו. כיום, ישנם קרוב ל-2000 איש במערכת של תעסוקה מוגנת ברחבי המדינה. ב-1993 היו 16 שירותי שיקום זמניים בישראל, שסיפקו שירותים ליותר מ-600 איש. שמונה מהם סופקו בקהילה, בעוד השמונה האחרים היו חלק מבתי-חולים. הראשון והמפותח ביותר נוסד ב-1974 במבנ"ק ביפו, ושימש כמודל ליתר השירותים. מעורבותה של קופת-החולים הכללית בשירותי שיקום מוגבלת יותר מאשר זו של הממשלה, והשירותים הניתנים על-ידה הינם חלקיים. כ-50 איש מקבלים שיקום תעסוקתי במוסדות קופת-חולים. בנוסף לכך, פותחו מספר מסגרות של תעסוקה מוגנת במהלך השנים האחרונות כתוצאה ממאמצים מיוחדים של שירותי בריאות הנפש הממשלתיים, בשיתוף פעולה עם המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה. מאמצים אלו הובילו ב-1985 לייסוד "אשת". כיום, ישנם 9 בתי מלאכה מוגנים ב-9 ערים ברחבי הארץ. בסוף 1994, 520 חולי נפש היו מועסקים בבתי-מלאכה אלה, בהשוואה ל-230 בלבד ב-1989. פעילויות בתי-המלאכה המוגנים גדלו במהלך ארבע השנים האחרונות בממוצע של 20 אחוז לשנה. ב-1994, מספר הלקוחות בבתי מלאכה אלה הגיע ל-520. בנוסף ישנם מספר חולי נפש בין 15 יחידות התעסוקה המוגנת המופעלות על-ידי "המשקם", סוכנות שיקום ציבורית שלא למטרת רווח.

ג. שיקום פסיכו-סוציאלי

שירותי שיקום פסיכו-סוציאלי המותאמים להכשרה וחינוך לחיים בקהילה של חולי נפש, שהיו מאושפזים בעבר, החלו להתפתח בישראל בשנות השבעים המוקדמות. עם זאת, במהלך העשור הראשון, היתה התקדמות שירותים אלו איטית למדי.

רבים מהמועדונים החברתיים החדשים לחולי נפש שהתפתחו במהלך העשור האחרון משמשים כמקומות שיקום פסיכו-סוציאלי בנוסף למטרתם לספק פעילויות לשעות הפנאי עבור חולי נפש בקהילה. התפתחות מועדונים אלו הינה תוצאה של מאמצים שנקטו על-ידי "אנוש", ארגון וולונטרי שיוסד על-ידי משפחות של חולי נפש בשנות השבעים המאוחרות. באופן כללי, רשויות בריאות הנפש תמכו במאמצים אלו. כיום ישנם 60 מועדונים כאלו במדינה, ובהם מספר כולל של כ-6,000 חברים (הערכה זהירה יותר של מספר החברים במועדונים בארץ מעמידה

את המספר על 3,256 איש). בין 1988 ו-1993- היתה עלייה של כ-30 אחוז במספרם של מועדונים אלו. סקר בריאות הנפש מ-1986- גילה כי 667 מגעים של שירותים קהילתיים התרחשו במועדונים חברתיים במשך שבוע אחד. מספר זה מייצג 4.5 אחוז מהחולים בטיפול שירותי בריאות נפש לא-אשפוזיים.

מחקר שנעשה לאחרונה על "אנוש" מספק מושג-מה בנוגע למאפייני החברים במועדונים חברתיים אלו. שני-שלישים מהחברים היו גברים. קבוצת הגיל היתה צעירה יחסית. 80 אחוז היו צעירים מ-45. הגיל האופייני להצטרפות למועדון היה נמוך מ-35. לכ-90 אחוז מהחברים היתה היסטוריה של אשפוז פסיכיאטרי. בין אלו שאושפזו בעבר, הרוב (83 אחוז) אובחנו כבעלי סכיזופרניה. 75 אחוז מהנחקרים היו חברים במועדון זמן ממושך (3 שנים או יותר). המשיבים דיווחו כי הסיבה העיקרית לחברותם במועדון היתה חברתית, ועבור 30 אחוז מהם היה זה המקום היחיד שבו היו מבקרים מחוץ לביתם. במהלך העשור האחרון הממשלה הגדילה את תפקידה ואת חלקה בתקציב "אנוש". עם הכסף באה גם עלייה בשליטה ממשלתית על השירותים האלה.

ג. דיור מוגן

למרות שמאמצים בפיתוח דיור מוגן בקהילה החלו בישראל כבר לפני 35 שנה לערך, עיקר המאמץ בתחום זה נעשה במהלך עשרים השנים האחרונות. רוב שירותי הדיור המוגן הראשונים פותחו על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים וביוזמתם. רק בשנים האחרונות ננקטו מאמצים למדיניות מרכזית מתואמת על-ידי שירותי בריאות הנפש. בנוסף, הקדיש ארגון "אנוש" מאמץ מסוים בשנים האחרונות לפיתוח דיור מוגן. הערכה שבוצעה לאחרונה מצביעה על כך שב-1994- היו כ-1,350 דיירים בדיור מוגן בארץ. הערכה זהירה יותר של מספר הדיירים בדיור מוגן קבעה כי ב-1996- היו 1,150 איש בסוג זה של חלופת אשפוז.

ישנם מקורות מגוונים לתמיכה כספית במתקנים אלו. חלקם מתוקצבים באופן כולל על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים, אחרים נתמכים על-ידי ארגונים ציבוריים שלא למטרת רווח וארגונים וולונטריים, בעוד שבעבור האחרים משלמים הדיירים באופן מלא או חלקי. אנשים נכים ומוגבלים זכאים לסיוע בגובה של עד 95 אחוז משכר הדירה שלהם (עד לתקרה מסוימת). תשלומי שכירות מסופקים לזכאים על-ידי משרד השיכון. לאור עובדה זו, מפתיע למדי שמספר חולי הנפש במוסדות מוגנים

אינו גדול יותר. דיירים בחלק מהמוסדות הללו שהופעלו על-ידי בתי-חולים ממשיתים לקבל שירותים מבתי-החולים. בתי-חולים מקבלים 50 אחוז מקצבאות הנכות של ביטוח לאומי עבור הדיירים הגרים בדיור מוגן תחת פיקוחו הישיר של בית-החולים.

6. סיכויים וסיכונים שמציבה הרפורמה

א. בעיות מתמשכות

מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל אינה יכולה להימלט מהסוגיות העיקריות עימן מתמודדת כל מערכת בריאות נפש מודרנית. הידע המוגבל בנוגע לאטיולוגיה של מחלות נפש והפרעות נפשיות ולגבי הטיפול בהם משפיע במידה רבה על תחום בריאות הנפש. כדברי אחד המומחים "תחום בריאות נפש, יותר מאשר רוב התחומים הרפואיים האחרים, מציע טווח רחב מאד של גישות טיפול. בהיעדר עדויות מחקריות משכנעות, קשה לעתים להבחין בהבדל שבין התערבויות מקובלות וממוסדות לבין האופנות האחרונות"^h. גורמים אלו מסבירים את אי ההסכמה לגבי מערכת שירותי בריאות הנפש בנוגע לבעיות שעליה לכסות, האוכלוסייה הזכאית לקבל שירות, וטווח השירותים שהמערכת אמורה לספק. בנוסף לכך, המערכת נאלצת להתמודד בקביעות עם משאבים דלים וכן עם אי הסכמה לגבי חלוקת משאבים אלו ודרך השימוש בהם. בנוסף לסוגיות אלו, מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל מתמודדת עם שלוש בעיות ספציפיות השלובות זו בזו:

1. פיתוח מוגבל של שירותי בריאות נפש קהילתיים.
 2. דומיננטיות של בית-החולים הפסיכיאטרי בהספקת שירותי בריאות נפש וניהולם.
 3. מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש.
- בעיות אלו משקפות, מחד, סוגיות ארגוניות וכלכליות עכשוויות, ומאידך - גורמים תרבותיים-חברתיים מבניים וכן אמונות וגישות מסורתיות לגבי בעיות בריאות הנפש וההתמודדות עימן ולגבי בעיות חברתיות בכלל. למרות שהרפורמה הנוכחית בשירותי בריאות הנפש כוללת אפשרות וסיכוי לשיפור המערכת, היא מציבה לא מעט קשיים אשר עשויים להחריף את שלוש הבעיות הללו ולפגוע באפשרות לספק טיפול ושירות איכותי לאלו הזקוקים לו.

בניגוד למדיניות הרשמית מאז שנות השבעים המוקדמות, פיתוח שירותי בריאות נפש קהילתיים בארץ היה מוגבל למדי. הירידה המשמעותית במספר המאושפזים ושיעורם באוכלוסייה לא לוותה בעלייה מקבילה במשאבים שסופקו לשירותים קהילתיים. הקצב האיטי של פיתוח שירותי בריאות נפש קהילתיים וחולשתם היחסית משקפים את הדומיננטיות של בתי-החולים הפסיכיאטריים במערכת שירותי בריאות הנפש, ומהווים כמובן גם תוצאה של מעמדם המרכזי של בתי-חולים אלה במערכת. ניתן ליחס מעמד זה למספר גורמים: האינטרסים הארגוניים והפרופסיונליים, ההסדרים החוקיים אשר משפיעים על זרימת החולים למערכת, העקרונות הקובעים את מימון בתי-החולים לפי תפוסת מיטות, מבנה מערכת התקציב המתקצבת בתי-חולים ישירות ולא דרך שירותי בריאות הנפש, מדיניות כוח אדם הנותנת יתרון כספי לצוות בית-חולים על פני עובדי בריאות נפש קהילתיים, כמו גם מסורת היסטורית של מערכת בריאות הנפש בארץ.

מצב זה רחוק מלהועיל לפיתוח שירותים קהילתיים, ועומד בניגוד לידע בנוגע לטיפול קהילתי ולתכניות שיקום לחולי נפש ולמאושפזים לשעבר. השליטה על תקציב גדול מספקת אמנם לבית-החולים הפסיכיאטרי משאבים הדרושים לפיתוח תכניות חדשות. אכן, תכניות קהילתיות חדשניות רבות מנוהלות כיום על-ידי בתי-חולים פסיכיאטריים. עם זאת, יש לזכור שמהות קיומו (raison d'être) של בית-החולים הינה שירותי אשפוז, וכי שירותים קהילתיים זוכים לעדיפות נמוכה. אין ספק כי במצב של קיצוץ בתקציב בית-החולים, השירותים הקהילתיים הניתנים על-ידו יהיו פגיעים יותר מאשר שירותי האשפוז שלו.

מגמות אלו של חוסר פיתוח הולם של שירותי בריאות נפש קהילתיים והעמדה המרכזית של בית-החולים הפסיכיאטרי במערכת, לוו במגמה חזקה של מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש, אשר עיצבה תמיד וגם לאחרונה את המערכת. מגמה זו הושפעה מאמונות אידיאולוגיות ותאורטיות וכן משיקולים אדמיניסטרטיביים ומאינטרסים מקצועיים-פוליטיים.

מגמות המדיקליזציה של שירותי בריאות נפש אינן ייחודיות לישראל. הן משקפות ממצאים של מחקר ביו-רפואי על מחלות נפש, במיוחד במהלך שני העשורים האחרונים, כמו גם את הנטיות החזקות של הפסיכיאטרייה לשלב את עצמה באופן מלא ברפואה ובהתמחויות

המקצועיות של מקצוע הרפואה. מגמות אלו השתקפו גם בחוק ובתקנות בנוגע לשירותי בריאות הנפש בארץ. חוק הטיפול בחולי נפש מ-1955 היה מבוסס על מודל רפואי. גם החוק החדש לטיפול בחולי נפש מ-1991 לא סטה באופן מהותי מההנחות הבסיסיות של המודל הרפואי.

ב. היתרונות והחסרונות של הרפורמה

הרפורמה במערכת שירותי בריאות הנפש נמצאת בשלביה המוקדמים. היא כוללת סיכויים רבים לשיפור מערכת הטיפול, אולם באותה עת ישנם איומים וסיכונים עתידיים: הסטנדרטים שעשויים להיקבע לגבי הזכאות לשירותים, הקריטריונים להספקת השירות, מבנה השירותים כמו גם מימונם עשויים להשפיע על יישום הרפורמה ועל הצלחתה או כישלונה.

שיפור זמינות ונגישות השירותים. אין ספק שהרפורמה טומנת בחובה סיכוי גדול. שילוב שירותי בריאות הנפש במערכת הבריאות, ומתן זכאות לכל תושב בארץ לקבל שירותי בריאות נפש כחלק מסל שירותי בריאות, הינה הישג נכבד. למרות שיש הטוענים, כי גם לפני הרפורמה שירותי בריאות נפש היו זמינים וללא תשלום לכל, למעשה זמינותם והנגישות אליהם היו מוגבלות, ולא התבססו על חקיקה. הרפורמה דורשת שקופות-החולים תספקנה שירותים פסיכיאטרים בסיסיים, כמוגדר על-ידי המחוקק והממשלה בכל אזורי הארץ, כולל אותם אזורים שכיום חסרים שירותים הולמים. שירותים פסיכיאטרים, המסופקים על-ידי קופות-החולים, ימומנו על-ידי המוסד לביטוח לאומי בהתאם לתכנית קפיטציה (אשר בסוף 1996 עדיין לא הגיעו להסכמה לגבי עקרונותיה ודרכי יישומה).

הגדלת היעילות הכלכלית של ארגוני בריאות הנפש. הכנסת שיקולים כלכליים, תחרות של שוק חופשי, ועקרונות טיפול מבוקר (managed care) למערכת שירותי בריאות הנפש טומנת בחובה סיכוי לשיפור מערכת הטיפול ומספקת לקובעי המדיניות יכולת טובה יותר לקביעת קדימויות ולפיקוח עליהן. זהו שיפור בהשוואה למצב בו שירותי בריאות הנפש סופקו בהתאם לשיקול דעתו של המטפל עם התערבות מעטה מאד של המבטח או הממשלה. למרות שיש המעדיפים את העקרונות לפיהם פעלה המערכת קודם לרפורמה, זוהי אשליה או מיתוס שבעבר לא היו קיימות כלל הגבלות כספיות, או שרק שיקולים רפואיים הנחו את השירות ללא כל התערבות מבחוץ.

הכוונת השירותים לצורכי הלקוח על-פי סדר קדימויות שייקבע.
 הפיכת שירותי בריאות נפש לישויות כלכליות עצמאיות הצריכות להתחרות על קיומן, תגדיל ללא ספק את יעילותם של ארגוני בריאות הנפש בהספקת שירותים ישירים. יש להניח כי שירותים אלו יעשו מכוונים יותר ללקוח, וכי ייווצרו מנגנונים שבאמצעותם סוכנויות אלו תבקרנה על הספקת השירותים טוב יותר מכפי שהדבר נעשה כיום. מעצבי הרפורמה קיוו שבאמצעות הכנסת שיקולים כלכליים ותחרות, ועל-ידי קביעת סטנדרטים מסוימים לפיצוי כלכלי עבור סוגים מסוימים של שירותים, יוכלו קובעי המדיניות לשנות את כיוון המערכת, ולהסיט את זרימת החולים מאשפוז לקהילה. עם זאת, יש להדגיש כי גישה זו אינה מבטיחה את איכות השירותים וכן שכל אלו הזקוקים לשירותים אמנם יקבלו אותם. כמו כן, היא עשויה להשפיע לרעה על תפקידים חשובים אחרים של ארגוני בריאות הנפש כמו הספקת הכשרה לצוותים חדשים של אנשי מקצוע.

אין להתעלם מהסיכונים העתידיים של הרפורמה. ישנן סוגיות רבות שעדיין לא הוכרעו, ואי ודאות רבה. רבים מודאגים מכך שהרפורמה תרע את רמת הטיפול בחולי הנפש בישראל, ותפגע בכל אשר הושג עד כה.
דומיננטיות לאוריינטציה רפואית ולבתי-החולים. ההנחות

בסיסיות והכיוונים היסודיים של הרפורמה הנוכחית במערכת בריאות הנפש חיזקו את מגמות המדיקליזציה של מערכת בריאות הנפש. בעיצוב הרפורמה כמו גם בתהליך יישומה, האוריינטציה הרפואית ומקצוע הרפואה לא זו בלבד שהיוו מגזר דומיננטי אלא מסתבר כי למעשה היו היחידים בתהליך זה. נראה כי למרות כוונות מוצהרות, בתי-החולים הפסיכיאטריים ישמרו על תפקידם המרכזי ועמדתם החזקה במערכת. סידורים ארגוניים למימון המערכת ממקמים שירותים קהילתיים רבים תחת מנהל בתי-חולים פסיכיאטריים ותחת סמכותם, ויוצרים חוסר ודאות רב לגבי שירותים אלו. הדבר עשוי לעכב עוד יותר את תהליך ההתפתחות האיטי של תכניות טיפול קהילתי שהיה קיים בארץ והתפתח במיוחד במהלך עשר או חמש-עשרה השנים האחרונות.

סכנת פגיעה בשירותים הקהילתיים והחברתיים ובאפשרות פיתוחם.
 כאמור, באופן מסורתי, שירותי בריאות נפש בישראל נכללו בתחום הרפואה. עם זאת, מאז 1972, השפיעו רעיונות אחרים על המדיניות לגבי תכניות טיפול קהילתי לפיתוח תכניות שיקום רחבות יותר. מדיניות זו תאמה לזו שנמצאה הכרחית לשיפור הטיפול בחולי נפש ממושכים. בודאי

שאינן להפחית מתפקידו המרכזי של מקצוע הרפואה בטיפול במחלות נפש. עם זאת, רבות מבעיותיהם של חולי הנפש החמורים והכרוניים קשורות באופן ברור למערכות אחרות של טיפול ושירותים. פירושן במונחים רפואיים בלבד עשוי לפגוע במאמצים החברתיים להתמודד כהלכה עם יתרון בעיית מחלות הנפש ובריאות הנפש באוכלוסייה.

הזנחת החולים הכרוניים ואיכול הטיפול בהם. רבים חוששים שהרפורמה תביא להזנחת חולי הנפש הכרוניים. עומס העבודה הכבד המתוכנן למרכזי הטיפול (case managers), כמו גם השוליות החברתית של חולים אלו, עשויים להוביל את קופות-החולים להספקת טיפול לקבוצה זו של חולי נפש ברמה מינימלית בבית-החולים או בקהילה. התשלום המוצע ליום (per diem) כפיצוי כספי עבור אשפוז חולי הנפש הכרוניים נקבע ברמת התשלומים הנוכחית עבור חולי נפש בבתי-חולים פרטיים. איכות הטיפול בבתי-חולים אלו היתה והינה נושא לביקורת רבה. כיצד ניתן אפוא לצפות לשיפורים?

הכיוון המוצע עלול לגרום לחיזוק מגמת המשך האשפוזים של חולים ממושכים ומוגבלים. מעצבי הרפורמה ציפו לכך ששיקולים כלכליים ייצרו תמריץ לקופות-החולים לשחרר חולים מבתי-חולים ולהפנותם לקהילה. הנתונים מראים כי קבוצת חולים זו הינה מוגבלת מאד וזקוקה לטווח רחב של שירותים קהילתיים. גם אם קופות-החולים מחליטות להשתמש בכל הכסף הנחסף על אשפוז עבור שירותים קהילתיים, ספק אם רמת התשלומים שנקבעו עבור חולי הנפש הממושכים תספיק לביסוס שירותים ברמה לה זקוקים חולים אלו. חלוקה מחודשת של התקציב אין משמעה שהוא יכוון כלפי פיתוח שירותים קהילתיים, ולפי הניסיון הישראלי, חלוקה מחדש עשויה להביא, למעשה, לצמצום התקציב הכולל לשירותי בריאות נפש.

חיסכון בשירותים אשפוזיים עלול להביא לצמצום התקציב הכולל לשירותי בריאות הנפש. כיום ישנם תמריצים ארגוניים חזקים להארכת אשפוזים ול"שמירת" חולים כרוניים באופן קבוע בבית-החולים. גודלם של בתי-החולים הפסיכיאטריים הללו ולמעשה עצם הקיום של חלק מהם, תלויים בהמשך אשפוזם של החולים בבית-החולים. הסטיגמה אשר עדיין נקשרת למחלת נפש, והסתייגות הקהילות מקבלת אנשים חולי נפש וקליטתם בקהילה, עשויים לפגוע עוד יותר במאמצים לשחרור חולים לקהילה.

אם לא יוקצו משאבים ייחודיים לטיפול בחולי נפש ממושכים, איכות הטיפול בהם עלולה להיפגע. למול זרמים חזקים אלו הפועלים כנגד שחרור חולים, ולאור רמת התשלומים הנמוכה שעל קופת-החולים יהיה לשלם לבתי-חולים עבור חולים כרוניים, קיימת אפשרות שיעדיפו שלא לדאוג למאמצי שיקום קהילתיים ולהמשיך באשפוזם של חולי הנפש הכרוניים בבתי-חולים. לאור עובדות אלו קשה לצפות את התנהגותן הארגונית של קופות-החולים. מאמצייהן למשוך את המעמד הבינוני ואוכלוסייה צעירה ובריאה עשויים ליצור סלקציה מצידן בניסיון להימנע מחולי הנפש הכרוניים או, לפחות, להחזיקם מרוחקים במוסדות פסיכיאטרים. נראה כי אם לא יוקצו משאבים מיוחדים עבור שירותים לקבוצת אוכלוסייה זו, איכות הטיפול בחולי הנפש הממושכים תהיה רחוקה מזו הרצויה ומזו המגיעה להם.

עקרונות המימון יוצרים חוסר ודאות לגבי כמות השירותים, איכותם ורמתם. שני עקרונות שנקבעו למימון שירותי בריאות הנפש במסגרת תכנית הרפורמה יוצרים חוסר ודאות בנוגע לכמות השירותים, לרמתם ולאיכותם. העיקרון הראשון היה ההגבלה שנכפתה על-ידי משרד האוצר המציבה מגבלה על הסכום הניתן להקצאה על-ידי הממשלה עבור שירותי בריאות נפש. לפי זה הסכום אינו יכול לעלות על אשר הוקצב ב-1995, בהצמדה לעליות במדד יוקר המחיה. סכום זה היה כ-255 מיליון דולרים. חסכוניות הנובעים ממערכת המנוהלת בצורה טובה יותר, כפי שמצפים אלו המובילים את מאמצי הרפורמה, עשויים להיות מועברים לשיפור השירותים. כמו כן, הכנסת רשאית להחליט האם להוסיף שירותים לאלו שכבר נכללו בסל השירותים. עם זאת, הסיכוי לפעולה זו, אשר תדרוש או העלאת מיסים או העברת כספים לשירותי בריאות נפש מענפים אחרים של שירותי בריאות, הינו קלוש, מה עוד שכל מערכת הבריאות נמצאת כיום בגירעון כספי עמוק.

אין ודאות שקופות-החולים לא יסיטו משאבים משירותי בריאות הנפש לענפי רפואה אחרים. העיקרון השני שנקבע צריך להדאיג את קובעי המדיניות בתחום בריאות הנפש אף יותר. ההוצאה היחסית הנדרשת מקופות-החולים עבור שירותי בריאות נפש לא נקבעה. למעשה, קופות-החולים רשאיות להעביר משאבים משירותי בריאות הנפש לסוגי שירותי הבריאות האחרים, כל עוד הן מספקות את סל השירותים המינימלי הנדרש לפי החוק. בתחרות על משאבים, הפסיכיאטריה לא הצליחה יחסית לענפי רפואה אחרים. במהלך חמש עשרה השנים מאז

1979, ההקצאה היחסית לשירותי בריאות נפש בתקציב הכולל של משרד הבריאות ירדה ב-15 אחוז (לוח 5).

היעדר מדיניות להקצאה ייעודית לחולי נפש קשים וממושכים. ישנה סכנה שהקצאות התקציב לקופות-החולים עבור שירותי בריאות נפש תקטנה בעתיד בשל דרישות מענפי רפואה אחרים להגדיל את חלקם בעוגה, ובשל התחרות בין קופות-החולים על משיכת לקוחות. חולי נפש, במיוחד הכרוניים שבהם, היו תמיד בעדיפות נמוכה. גישת שוק חופשי בשירותי בריאות נפש עשויה להביא להתפתחות שירותי בריאות מתוחכמים ויוקרתיים למיעוט על חשבון שיפור שירותים בסיסיים הנחוצים לרבים. שירותי מניעה ושירותים למחלות כרוניות לא תמיד הצליחו בתחרות עם רפואה קורטיבית ורפואת חירום.

הנטל על הרשויות המקומיות וסוכנויות הרווחה החברתית עלול לגדול. אינטרסים של קופות-החולים, והעדר מדיניות המייעדת משאבים לטיפול באוכלוסיית חולי הנפש הכרוניים והמוגבלים ביותר, עשויה להוביל את קופות-החולים לספק שירותים לאוכלוסייה זו ברמת מינימום. מצב זה עשוי להביא להזנחת הצרכים החברתיים והקהילתיים הרחבים של קבוצת חולי נפש זו. ההתנהגות הצפויה של קופות-החולים לגבי חולי הנפש הכרוניים תגדיל את הנטל על הרשויות המקומיות וסוכנויות הרווחה החברתית למתן טיפול ושירות לאנשים אלו. מאחר שהמשאבים של סוכנויות אלו מוגבלים במידה רבה, ניתן להניח כי חולי נפש רבים יוזנחו. אם לא ינקטו בדחיפות צעדים מתקנים, על ישראל להיות מוכנה לראות תופעות של חולי נפש חסרי דיור (homelessness) קרימינליזציה של חולי נפש והזנחה כללית של חולי הנפש הכרוניים אשר עד כה נחסכו מארצנו.

רופא המשפחה כגורם מסנן בלבדי לעומת אפשרות פנייה ישירה לטיפול! רגרסיה ממצב נוכחי. הרפורמה מייעדת תפקיד מרכזי לרופא המשפחה במערכת שירותי בריאות הנפש. על הרופא הכללי או רופא המשפחה ליטול את תפקיד מרכזי הטיפול (case manager), אשר יקבע את חבילת הטיפול אותה יקבלו החולים. במסגרת הרפורמה הוא יהפוך למעין שומר סף (gate keeper). אין ספק כי מדיניות זו טומנת בחובה פוטנציאל גדול לשיפור הספקת שירותי בריאות מקיפים לכלל האוכלוסייה. מעבר לכך, ישנן תקוות שקופות-החולים ישפרו את הידע והמומחיות של הרופאים הכלליים שלהן בתחומי בריאות נפש. עם זאת, הכנסת גורם מסנן זה בין חולה הנפש לשירותי בריאות הנפש עלולה למנוע

מאנשים לפנות ולקבל שירותים. לדוגמה, ישנה דאגה רבה שמתמשים בסמים ימנעו מלבקש שירותים באמצעות רופא המשפחה. שירותים לקבוצה זו של לקוחות שירותי בריאות הנפש נהגו להשתמש במדיניות פתוחה המעודדת פניה ישירה.

האגף לשירותי בריאות הנפש ימשיך לספק שירותים ישירים.
 התכנית לארגון מחדש של אגף שירותי בריאות הנפש כתוצאה מהרפורמה היא שינוי רצוי ביותר אשר ציפו לו זמן רב. לפי התכנית, אגף שירותי בריאות הנפש יפסיק להיות ספק שירות ישיר וייקח על עצמו כאחריותו העיקרית את קביעת המדיניות, תאום שירותים, ובקרה ופיקוח על כלל המערכת. עם זאת, העובדה שתכנית הרפורמה קוראת לאגף שירותי בריאות הנפש להמשיך לספק שירותים ישירים לחולי נפש ממושכים באמצעות קרן רו"ת, מסכנת את מטרת הארגון מחדש של השירות. בהתאם לתכנית, קרן רו"ת תשמור כ-40 אחוז מההקצאה הכוללת עבור שירותי בריאות הנפש בתקציב משרד הבריאות. הקצאה זו דומה להקצאה לקופות-החולים עבור שירותי בריאות נפש שתסופק בהתאם לשיטת קפיטציה. יחד עם 20 אחוז הנשמרים להפעלת מינהל מרכזי של אגף שירותי בריאות הנפש, החלק הגדול יותר של התקציב יישאר תחת שליטה ישירה של האגף, בניגוד לכוונות המקוריות של הרפורמה. ניתן לצפות שאינטרסים ארגוניים חזקים ייצרו תמריץ לשמור את הכסף (ואת הכוח ההולך בד בבד עימו) ברמת המשרד המרכזי ולא להעבירו לקופות-החולים. מאחר שההגדרה של חולה נפש כרוני הזכאי לשירותי קרן רו"ת מבוססת על ההיסטוריה של החולים בעבר, קופות-החולים עשויות ללחוץ על המשרד להוסיף את חולי הנפש הכרוניים העתידיים לקרן זו. מצב זה, בשילוב עם אינטרסים להישרדות של בתי-חולים המבקשים לשמור על תפוסת המיטות שלהם, עלול לשמור את אגף שירותי בריאות הנפש כספק עיקרי של שירותים לעוד תקופה ממושכת.

ישנן גם בעיות נוספות. אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש מודאגים מכך ששיקולים כלכליים של קופות-החולים יפחיתו הקצאת תקציב להכשרה מקצועית. מאמצים להפחתת עלויות עלולים להגביל את שירותי בריאות הנפש למקרי חירום ומקרים חריפים, ולצמצם את זמינותם של שירותי מניעה, ואת אפשרות הגישה לשירותים למקרים פחות דחופים אך הדורשים טיפול פסיכיאטרי ממושך.

הפסיכיאטר האזורי-מחוזי - ניגוד אינטרסים ועמדת כוח מוגזמת!!
 אין ספק כי מאפיין חשוב של הרפורמה הינו הפריסה האזורית של

הספקת שירותי בריאות נפש. ועדת נתניהו (1990) יחסה חשיבות רבה להספקה של שירותים, ולניהול, בקרה ופיקוח עליהם על בסיס אזורי. עם זאת, התכנית לשלב את משרת הפסיכיאטר האזורי עם זו של פסיכיאטר מחוזי יוצרת תערובת של שני תפקידים החייבים להיות מופרדים. ההנחה שאותו אדם עשוי למלא את שני התפקידים, שילוב פיקוח ותאום שירותים עם האחריות החוקית לאשפוז כפוי, מבלי ליצור קונפליקט אינטרסים הינה אשליה. יתרה מזאת, הפקדת כוח רב כל כך בידי אדם אחד נראית לא בריאה עבור מערכת שעליה להיות רגישה לשמירת איזון בין חירויות הפרט והספקת שירותים פסיכיאטריים באיכות גבוהה.

הרפורמה עלולה ליצור אף אי שקט בזירת יחסי העבודה ולהשפיע לרעה על איכות הטיפול הפסיכיאטרי הקהילתי. כאמור, הרפורמה מתכננת להזרים חולים מבתי-חולים לקהילות, ולהעביר את מוקד הטיפול לקהילה. כתוצאה מכך, ירד מספר המיטות הנדרשות בבית-החולים, ובתי-חולים פסיכיאטריים או מחלקות יאלצו להסגר. התוצאה הישירה של מגמות אלו תהיה מספר גדול של צוות אשפוזי שמשירותיו יהפכו למיותרות. בניסיון להימנע מבעיות שיפגעו במערך יחסי העבודה במהלך השלבים הראשונים של תהליך הרפורמה, הממשלה הקפידה להבטיח לבתי-חולים פסיכיאטריים סובסידיות באותה רמת תקציב בתקופה טרם הרפורמה, וזאת כדי שלא לגרום לפיטורי עובדים ועל מנת להימנע מיצירת סערות במערכת. עם זאת, מדיניות זו מוגבלת בזמן. בכדי לאפשר יישום חלק של הרפורמה, על הממשלה לנסות ולהעביר כוח אדם מבית-החולים לשירותים קהילתיים. מבקרים הצביעו על כך שהדבר עשוי להשפיע לרעה על איכות השירותים הקהילתיים בשל העובדה שאנשים המוכשרים לשירותי אשפוז ורגילים אליהם, אינם מתאימים לצורכי תכניות הטיפול בקהילה, והסתגלותם לתפקידיהם החדשים עשויה להיות קשה ואף עלולה לבוא על חשבון החולים וצורכיהם.

מאז הוצעה הרפורמה בשירותי בריאות הנפש עברו כבר מספר שנים ותהליך יישומה נדחה מעת לעת. אין ספק כי דחיות אלו מצביעות על היקף השינוי המוצע ועל הקשיים להפעלת המערכת על פי תכנית זו. בסופו של דבר הצלחתה של הרפורמה תיבחן בשדה, ביישום התכנית ובתוצאותיה וכמובן ברמת השירות ובאיכות השירות שיינתן לזקוקים ולזכאים לקבלו.

הערות

- ¹ מאמר של המחבר באותו עניין התפרסם לאחרונה ב- International Journal of Law and Psychiatry, vol. 19, 1996. הפרסום הוא חוברת מיוחדת המדווחת על מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בארצות שונות. פירוט ברשימת המקורות להלן.
- הרפורמה קשורה לחוק ביטוח הבריאות שנכנס לתוקפו בתחילת 1995. לפי החוק, כל אזרחי ישראל מבוטחים ומקבלים טיפול רפואי מארגון מבטח/ספק - קופת-חולים. ביטוח בריאות הינו חובה והוא מחייב תשלום מס בריאות, המבוסס על הכנסה. המבוטח חופשי לבחור את קופת-החולים ממנה יקבל את השירותים הרפואיים.
- ² מאפיינים אלו מבוססים על מרק ושני (1995), המייצגים את עמדת הממשלה לגבי הרפורמה.
- ³ שיעור הקבלות החדשות נשאר יציב בין 1986 ל-1995. עם זאת, שיעור הקבלות החוזרות עלה מ-1.8 לאלף תושבים באוכלוסייה הכללית ב-1988 ל-2.11 ב-1995.
- ⁴ לאחרונה שונה המושג בביטוח הלאומי ל"קיצבה יציבה".
- ⁵ לפי נתונים מוקדמים יותר, שיעור האשפוזים הכפויים עשוי למעשה להיות גבוה יותר, ולהגיע ל-24 אחוז מכלל הקבלות. נתונים מוקדמים אלו נאספו לפני חקיקת חוק בריאות הנפש החדש ב-1991. ייתכן אפוא כי הם מצביעים על ירידה ממשית שחלה בשנים האחרונות במספר האשפוזים הכפויים ובשיעורם. גודל הירידה עשוי אף להיות תוצאה של נוהלי דיווח או לנבוע מרמת מהימנות הנתונים שנאספו.
- ⁶ שם של תרופה אשר נכנסה לשימוש בארץ בעשור האחרון בעיקר לגבי חולים שלא הגיבו לתרופות פסיכואקטיביות מן הדור הקודם.
- ⁷ לוינסון ועמיתיה (1996).
- ⁸ דיוויד מכניק (1994) כותב זאת בדיונו בנוגע לסדר הקדימויות בתחום בריאות הנפש.

לוח 1. מאושפזים וחולי יום ביחידות טיפול פסיכיאטרי בישראל,
שנים נבחרות: 1948-1996

1996	1993	1988	¹ 1978	1970	1958	1948	
							סוף שנה
6,888	6,866	7,036	8,925	8,038	4,188	1,197	מאושפזים
2,070	1,906	1,220	896	303	-	-	חולי יום
							קבלות לאשפוז במשך השנה
15,625	14,488	11,035	12,995	10,577	4,619	..	סך-הכל
4,141	3,699	2,933	4,853	..	2,593	..	קבלות ראשונות ²
11,484	10,789	8,102	8,139	..	2,026	..	קבלות חוזרות ²
							שיעורים לא לפי נפש
1.2	1.3	1.6	2.4	2.7	2.1	1.3	מאושפזים
0.4	0.4	0.2	0.3	0.1	-	-	חולי יום
							קבלות לאשפוז במשך השנה
2.8	2.8	2.5	3.5	3.6	2.3	..	סך-הכל
0.7	0.7	0.7	1.3	..	1.3	..	קבלות ראשונות
2.1	2.1	1.8	2.2	..	1.0	..	קבלות חוזרות

מקור: הנתונים מבוססים על קובץ המאושפזים בבת"ח פסיכיאטריים, משרד הבריאות (1994, 1997), הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1989, 1996), לגבי השנים 1958, 1970, 1988, 1993 ו-1996;

Chesler-Gampel (1970) לגבי 1948, פופר והורוביץ (1989) לגבי 1978.

¹ מ-1970 הנתונים אינם כוללים מפגרים.

² נתונים מסוימים מבוססים על אומדנים.

לוח 2. מוסדות אשפוז פסיכיאטריים לפי סוג ובעלות,
שנים נבחרות: 1975-1995

1995	1993	1987	1980	1975	
38	40	38	50	45	סך-הכל
בתי-חולים פסיכיאטריים					
14	14	12	15	12	ממשלתיים ¹
9	9	12	21	22	פרטיים (למטרת רווח)
3	3	3	3	3	קופת-חולים הכללית
2	2	2	3	3	אחרים (ללא מטרת רווח)
יחידות פסיכיאטריות בבתי-חולים כלליים					
5	7	5	4	3	ממשלתיים
4	4	3	1	1	קופת-חולים הכללית
1	1	1	1	1	אחרים (ללא מטרת רווח)

מקור: פופר והורוביץ (1989); משרד הבריאות (1989א, 1994א). שירותי בריאות הנפש,
משרד הבריאות (תכתובת אישית, יוני 1997)
¹ כולל יחידה פסיכיאטרית בכלא.

לוח 3. מספר ושיעור מיטות פסיכיאטריות בישראל לפי סוג ובעלות, שנים נבחרות: 1975-1995

1995 ¹	1993	1987	1983	1977	1975	
						סך-הכל
6,754	7,073	7,444	8,346	8,846	8,153	מספרים מוחלטים
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	אחוזים
						בתי-חולים פסיכיאטריים ממשלתיים
3,543	3,569	3,513	3,881	3,796	3,593	מספרים מוחלטים
52.5	50.5	47.2	46.5	42.9	44.1	אחוזים
						פרטיים
2,419	2,721	3,080	3,571	4,094	3,644	מספרים מוחלטים
35.9	38.5	41.4	42.8	46.3	44.7	אחוזים
						קופת-חולים הכללית
424	424	451	481	516	498	מספרים מוחלטים
6.3	5.9	6.1	5.8	5.8	6.1	אחוזים
						אחרים (שלא למטרת רווח)
125	125	143	192	248	250	מספרים מוחלטים
1.8	1.8	1.9	2.3	2.6	3.0	אחוזים
243	234	257	221	210	168	מספרים מוחלטים
3.5	3.3	3.4	2.6	2.4	2.1	אחוזים
						מחלקות פסיכיאטריות
						בבתי-חולים כלליים²
143	234	257	221	210	168	מספרים מוחלטים
3.5	3.3	3.4	2.6	2.4	2.1	אחוזים

מקור: פופר והורוביץ (1989), משרד הבריאות (1994ב), למ"ס (1996).
¹ סך-כל המיטות הפסיכיאטריות ב-1996 היה 6,695. בזמן כתיבת המאמר לא היו נתונים לגבי סיווגן.
² כולל מחלקות בבתי-חולים ממשלתיים, בבתי-חולים של קופת-חולים הכללית ובבתי-חולים ציבוריים אחרים, שאינם למטרת רווח.

לוח 4. מרפאות ומוסדות קהילתיים אחרים לפי סוג ושייכות, 1993

ציבורי (אחר)	קופת- חולים	ממשלה	סך-הכל	
			226	סך-הכל
3	10	21	34	יחידות טיפול יום
3	5	16	24	במוסד אשפוז פסיכיאטרי
-	5	5	10	בקהילה
18	² 23	¹ 49	90	מרפאות
1	8	15	24	במוסד אשפוז פסיכיאטרי
17	15	34	66	בקהילה ³
				יחידות מעקב לא אשפוזיות (במוסד פסיכיאטרי)
-	2	4	6	
-	2	14	6	יחידות שיקום תעסוקתי
-	2	6	8	ביחידת אשפוז פסיכיאטרי
-	-	8	8	בקהילה
5	1	8	16	טיפול וייעוץ בתחום הסמים
⁴ 4	1	6	11	מרפאות
1	-	2	3	טיפול יום
43	-	-	43	מועדונים חברתיים
⁵ 11	-	-	11	קו חירום
4	-	8	12	תכניות דיור מוגן בקהילה⁶

מקור: משרד הבריאות (1989א, 1994א). הנתונים אינם כוללים שירותי ייעוץ לסטודנטים

במוסדות להשכלה גבוהה.

¹ כולל סניפי מרפאות.

² בנוסף, שני סניפי מרפאה.

³ רוב היחידות קשורות מבחינה מנהלית למוסדות אשפוז פסיכיאטרי.

⁴ שירותי ייעוץ "אל-סם".

⁵ כולל 3 קווים לדוברי רוסית.

⁶ סה"כ 1989-, 177 דיירים; 285 דיירים. מקור: משרד הבריאות, 1989ב, Hammerman,

1984. מידע לגבי 1993 לא היה זמין.

לוח 5. התפתחות מערכת שירותי בריאות הנפש: מאושפזים, תקציבים וכוו-אדם, 1979; ו1993-

שיעור שינוי 1993-1979 (אחוזים)	1993	1979	
			מאושפזים
			מספרים מוחלטים
(-) 21.7	6,866	8,774	שיעורים לאלף באוכלוסייה
(-) 43.5	1.3	2.3	
			קבלות
			מספרים מוחלטים
11.8	14,488	12,958	שיעורים לאלף באוכלוסייה
17.6	2.8	3.4	
			תקציב שירותי בריאות הנפש
			סה"כ, כאחוז מתקציב משרד הבריאות
(-) 15.4	11.5	13.6	בקהילה, כאחוז מתקציב שירותי בריאות הנפש ¹
(-) 44.0	2.8	5.0	
			כוו אדם
			משרד הבריאות - סה"כ
9.7	21,032	19,176	שירותי בריאות הנפש - סה"כ
15.2	3,503	3,040	בתי-חולים פסיכיאטריים
19.1	3,292	2,763	שירותי בריאות הנפש בקהילה
(-) 24.0	211	277.5	שירותי בריאות הנפש כאחוז מסך-כל משרד הבריאות
5.0	16.7	15.9	שירותי בריאות נפש
			קהילתיים כאחוז משירותי בריאות הנפש
340	6.0	9.1	

מקור: פופר והורוביץ (1989); משרד הבריאות (1989א, 1994ב). משרד האוצר (1979); 1989; 1994.
¹כולל טיפול בהתמכרות לסמים ושירותי בריאות נפש קהילתיים המנוהלים על-ידי בתי-חולים.

מקורות נבחרים (רשימה חלקית)

- אבירם, א' (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - קיפאון או התקדמות. **ביטחון סוציאלי**, 37, 71-99.
- אבירם א', זילבר נ', לרנר י', ופופר מ' (1996). **חולי נפש כרוניים בישראל: הגדרת האוכלוסייה והערכת הבעיה** (דוח מחקר). ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש ומכון פאלק.
- אליצור, א' (1994). בריאות נפש קהילתית בישראל - אנטומיה של כישלון. **חברה ורווחה**, 14, 103-127.
- (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי: הזדמנות לתמורה בשירותי בריאות הנפש. **שיחות**, 9, 55-62.
- ברנע צ', טייכמן מ', רהב ג', גיל ר', ורוזנבלום י' (1990). **השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל: מחקר אפידמיולוגי**. ירושלים: הרשות למלחמה בסמים.
- גינת י' (1992). ארגון שירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. **הרפואה**, 123, 264-268.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 29, 40, 46, 47**; ירושלים.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, ספר החוקים 1469, 156.
- (תיקון מס' 13), תשל"ג - 1973. ספר החוקים 708, 212.
- חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א - 1991, ספר החוקים 1339, 58.
- טייכמן מ', ורהב ג' (1995). **השימוש באלכוהול ובסמים בקרב האוכלוסייה הבוגרת היהודית בישראל, 1989-1992**. חברה ורווחה, 15, 209-223.
- טרמר ל' (1975). הצעה לריאורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללת. **בריאות הציבור**, 18, 536-547.
- לוי ע', ודוידסון ש' (1988). שיקום פסיכיאטרי קהילתי בישראל. **שיחות**, 2, 202-209.
- לוינסון ד', פופר מ', הנדלסמן מ' (1993). **מאפייני יחידות המספקות שירותי בריאות נפש בישראל: סיכום ממצאי מחקר מסקר שירותי בריאות נפש ציבוריים - מאי 1986 (דוח)**. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש והמחלקה למידע ולמיחשוב.
- לוינסון ד', פופר מ', לרנר י', פיינסון מ', מרק מ' (1996). **שימוש בשירותים מרפאתיים לבריאות הנפש בישראל: שיעורים ודפוס**

צריכה. ניתוח נתונים מסקר ארצי - מאי 1986 וממעקב - 1994.
 ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה וגויינט ישראל, מכון פאלק.
 לרנר י', ופופר מ' (1993). מגמות האשפוז הפסיכיאטרי בשנים 1990-1986 ותחזית עד 1995. **הרפואה**, 125, 75-79.
 מבקר המדינה, דו"ח שנתי מס' 30, 41, ירושלים.
 מדינת ישראל (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל: דין וחשבון, כרך ראשון, דעת הרוב (ועדת נתניהו). ירושלים.
 מרק מ', פלדמן ד', ורבינוביץ י' (1996). מדו"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי - יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל.
חברה ורווחה, 16, 185-197.
 משרד האוצר, הצעת תקציב המדינה למשרד הבריאות, שנים שונות (1973, 1979, 1989, 1996), ירושלים.
 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה, (1997) **שירותים לבריאות הנפש בישראל: סקירת נתונים.**
 נוימן מ' (1993). המהפך הצפוי בשירותי בריאות הנפש והשלכותיו הציבוריות והאתיות. **שיחות**, 8, 58-64.
 פופר מ', והורוביץ ר' (1989). **מגמות באשפוז פסיכיאטרי, 1975-1987.**
 פרסום סטטיסטי מס' 6, 1988. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
 שפיר ג' (1995). יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום, סיכוי. **שיחות**, 9, 151-158.

Aviram, U. (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**, Vol 19, No.3/4, pp.327-372.

--,(1983). Community mental health in Israel: An interim policy assessment. In S. Spiro & E. Yuchtman-Yaar (Eds.) **Evaluating the welfare state: social and political perspectives** (pp. 217-231). New York: Academic Press.

- ,(1990a). Care or convenience? On the medical bureaucratic model of commitment of the mentally ill. **International Journal of Law and Psychiatry**, 13, 163-177.
- ,(1990b). Community care of the seriously mentally ill: continuing problems and current issues. **Community Mental Health Journal**, 26, 69-88.
- , & Shnit, D. (1984). Psychiatric treatment and civil liberties in Israel: The need for reform. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 21, 3-18.
- Bachrach, L. L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. **Hospital and Community Psychiatry**, 43, 453-464.
- Chesler-Gampel, J. (1970). **Official bed provision, resident patients, and total patients in care in mental hospitals in Israel, 1948-1970**. Statistical report series, no. 1. Jerusalem: Ministry of Health, Mental Health Services.
- Feinson, M., Popper, M., & Handelsman, M. (1992). **Utilization of public ambulatory mental health services in Israel: A focus on age and gender patterns**. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- Grob, G. N. (1995). The paradox of deinstitutionalization. **Society**, (Special Issue, July/August), 51-59.
- Hammerman, T. (1984). **Community sheltered residences for the rehabilitation of the mentally ill in Israel: A survey of their populations, purposes and programs**. Unpublished M.A. thesis, University of Haifa.
- Isaac, R. J. & Armat, V. C. (1990). **Madness in the streets: how psychiatry and the law abandoned the mentally ill**. New York: The Free Press.
- Kaffman, M., Nitzan, D. & Elizur, Y., (1996). Bridging Individual, Family and Community Care: A Comprehensive Treatment Program for the Chronic Mentally Ill, **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, Vol. 33, pp. 144-157.
- Levy, A. (1992). New Israeli psychiatric legislation. **International Journal of Medicine and Law**, 11, 281-296.

- Mark, M., Rabinowitz, J., & Feldman, D. (1995). Mental health reform in Israel. In J. Shemer & M. Vienonen (Eds.) **Reforming health care systems**. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Mark, M., & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **32**, 80-85.
- Mechanic, D.(1994a). Establishing mental health priorities. **Milbank Quarterly**, **72**, 501-514.
- ,(1994b). Integrating mental health into a general health care system. **Hospital and Community Psychiatry**, **45**, 893-897.
- Rahav, M. & Popper, M. (1980). Trends in the delivery of psychiatric services in Israel, 1965-1979. Ministry of Health, Mental Health Services, Information and Evaluation Unit. Paper presented at the Sapir International Conference on Development, Tel Aviv.
- Shemer, J. & Vienonen, M. (1995). **Reforming Health care systems**. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Shemesh, A., Horowitz, R., Levinson, D., & Popper, M. (1993). Psychiatric hospitalization of immigrants to Israel from the former USSR: Assessment of demands in future waves of immigration. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **30**, 213-222.
- Shinaar, A., Rothbard, A., Kanter, A., & Yung, Y.(1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. **American Journal of Psychiatry**, **147**, 1602-1608.
- Siegel, C., Handelsman, M., Haugland, G., Popper, M., Jouchovitzky, T., & Katz, S. (1993). A comparison of the mental health systems in New York State and Israel. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, **30**, 130-141.
- Vigiser, D., Apter, A., Aviram, U., & Maoz, B.(1984). Overutilization of the general hospital emergency room for psychiatric referrals in an Israeli hospital. **Public Health**, **74**, 73-75.
- Yishai, Y. (1993). Israel. In D. R. Kemp (Ed.), **International handbook on mental health policy** (pp. 109-137). Westport, CT: Greenwood Press.

