

חוק שיקום נכי נפש בקהילה: יזמות, מנהיגות וניצול הזדמנויות בעיצוב מדיניות¹

נדב פרץ-וייסוידובסקי² ואורי אבירם³

תקציר

המאמר בוחן את הנסיבות ואת התהליכים שהביאו לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, את הגורמים שביקשו לבלום את החקיקה או לקדם אותה, על רקע הניגוד החריף שבין אופיו של חוק זה לבין מגמת המדיניות החברתית בישראל באותה עת. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, הנחשב חוק חברתי מתקדם גם בהשוואה בינלאומית, מגלם שינוי בתפיסת האנשים הסובלים ממוגבלות על רקע נפשי וביחס החברה אליהם. באמצעות ניתוח המקרה ביקש המחקר לעמוד על הגורמים המכריעים המאפשרים שינוי מדיניות, הן בתחום בריאות הנפש והן במדיניות חברתית בכלל במצב של סביבות משתנות.

הבסיס התיאורטי שהנחה את המחקר היה גישתו של קינגדון, העוסקת בחבירת ערוצי מדיניות המאפשרת שינוי, והגישות הנוגעות ליזמי מדיניות בבואם לחולל רפורמות ולעצב מדיניות.

בחנו את הגורמים, את הנסיבות ואת הסוגיות העיקריות שעלו לאורך העשור שקדם לחקיקה כמו גם את בעלי העניין שהיו מעורבים במאבק שהוביל לשינוי המדיניות ולרפורמה השיקומית בבריאות הנפש.

הממצאים מעידים על חשיבותם של ערוצים המתכנסים יחדיו והיוצרים תנאים הכרחיים לשינוי ועל חשיבותם של יזמי מדיניות, הפועלים כדי להפוך את אפשרות השינוי למציאות. הדיון מציג

1 רבים תרמו לעריכתו של מחקר זה, ולצערנו קצרה היריעה מכדי להודות לכולם. אך תודה מיוחדת שלוחה לנציגי ארגון **עוצמה**, ובמיוחד ליוכי צ'יבוטרו, למירי דביר ולאלי שמיר על תרומתם הרבה.

2 בית הספר לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון.

3 בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים, ובית הספר למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין.

את תנאי האקלים המאפשרים שינוי מדיניות ואת התכונות שיזמי מדיניות זקוקים להן כדי שיוכלו להוציא חזון מהכוח אל הפועל.

מלות מפתח: עיצוב מדיניות, שיקום, בריאות הנפש, יזמי מדיניות

מבוא

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000) (להלן: חוק שיקום) נחשב חוק חברתי מתקדם גם בהשוואה בינלאומית, ומגלם שינוי בתפיסת האנשים המתמודדים עם מוגבלות על רקע נפשי וביחס החברה אליהם (אברם, 2010, 2012; שרשבסקי, 2006).

במאמר זה ננסה לבחון את התהליך שהביא לחקיקתו של החוק. ענייננו בסוגיה זו התעורר על רקע הניגוד החריף שבין אופיו של חוק זה לבין מגמת המדיניות החברתית בישראל בסוף שנות ה-90 ובראשית שנות ה-2000. ננסה אף להגיע לתובנות בנוגע לגורמים המאפשרים והבולמים שינוי מדיניות חברתית בסביבות משתנות ובנוגע לגורמים המכריעים המאפשרים שינוי כזה.

המדיניות החברתית בישראל עברה בעשור של שנות ה-90 רפורמה ניאו-ליברלית מרחיקת לכת, שמשמעותה היתה מעבר מזכויות חברתיות לעקרונות של חסד וצדקה, בד בבד עם צמצום תקציבי הרווחה (דורון, 2007). על רקע שינוי זה היה חוק שיקום נכי הנפש – חוק המבוסס על זכויות ועל כן מתוקצב – חוק חריג.

בחלקו הראשון של המאמר נציג את תפיסות השיקום הרווחות בבריאות הנפש. בחלקו השני נציג את התפיסה של יזמי המדיניות (Policy entrepreneurs) ככלי לניתוח מדיניות. לאחר מכן נציג את שיטת המחקר, ואז נפנה לחלקו העיקרי של המאמר – תיאור התהליך שהביא לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000. בעקבות התיאור נבחן כיצד ניתן להבין את הצלחתו של תהליך שינוי המדיניות על רקע השילוב בין נסיבות מבניות לבין פעולתם של יזמי מדיניות. לבסוף, לאור ניתוח המקרה, נציע מספר תובנות באשר ליחס בין נסיבות מבניות לבין פעולתם של יזמי מדיניות ובינם לבין לשינוי מדיניות חברתית בכלל.

התפתחותן של תפיסות השיקום הפסיכיאטרי

חוק השיקום בישראל משקף שינויים שחלו בחצי המאה האחרונה בטיפול באנשים המתמודדים עם מחלות נפש ובשיקומם. תחום השיקום הפסיכיאטרי התפתח במדינות המתועשות במחצית השנייה של המאה ה-20, בעקבות שינויים מרחיקי לכת בתפיסת מחלות הנפש והטיפול באנשים המתמודדים עמן. עד לשנות ה-60 של המאה ה-20 התבססה התפיסה השלטת בנוגע לטיפול באנשים המתמודדים עם מחלות הנפש על המודל הרפואי הפטרנליסטי, ולפיו הממסד הרפואי

הוא הסמכות העיקרית האמונה על טיפול באנשים עם מחלת נפש (פוקו, 2009; Aviram, 1990; Cockerham, 2014).

ההתמודדות החברתית עם מחלות נפש במהלך 60 השנה הראשונות של המאה הקודמת התבססה על טיפול מוסדי ועל הרחקת אנשים המתמודדים עם מחלת נפש מהקהילה. אלה אושפזו לאורך שנים ואף עשרות שנים, כשהם מנותקים לחלוטין מהקהילה ומחיייהם הקודמים.

מאז המחצית השנייה של המאה ה-20 הועמד מודל זה תחת מתקפה קשה. ראשיתה של מתקפה זו בתנועה האנטי פסיכיאטרית (פוקו, 2009; Szasz, 1960) ובמדיניות האל-מיסוד (de-institutionalism) (אבירם, 1988; Mechanic & Rochefort, 1990; Bassuck & Gerson, 1978). שתי אלה יצאו בתוקף נגד הנטייה הרווחת לאשפז אנשים המתמודדים עם מחלות נפש, בעיקר אם אין הם מסוכנים, וטענו שהאשפוז הממושך של אנשים עם מחלת נפש לא נועד בדרך כלל לטובתם, אלא כדי להקל על הקהילה שישבו בתוכה.

בעקבות זאת וכן לאור מגמות חברתיות וכלכליות ולאור פיתוחן של תרופות פסיכיאטריות מתקדמות (Shorter, 2014; Grob, 1994; Mechanic, McAlpine, & Rochefort, 1997; Goodwin, 1997) העמיקה הביקורת על האשפוז כעל הפתרון היחיד או העיקרי למחלות נפש; אך בה בעת הודגשו חסרונותיו של האל-מיסוד כאסטרטגיה יחידה להתמודדות עם מחלות נפש. החיסרון הגדול שבהם היה שחרור מטופלים מבתי חולים פסיכיאטריים כשאין מערכת קהילתית מספקת הערוכה לקבלם (Triffert, 1973; Isaac & Armat, 1990; Appelbaum, 1994). לנוכח מצב זה התפתחו בתחום בריאות הנפש גישות המדגישות את תהליך השיקום של מטופלים, כשהדגש הוא על שיקומם בקהילה ולא במסגרת מבודדת.

לצד ההתמודדות עם תסמיני המחלה באמצעות תרופות וכלי טיפול אחרים, גישות המתמקדות בשיקום שואפות לסייע לאנשים אלה על ידי הרחבת האפשרות שלהם להשתלב בקהילה ולקדם את שאיפותיהם ואת מטרותיהם (Carpenter, 2002; Anthony, 1993). שיקום הוא השימוש המערכתי בשילוב של דרכי פעולה שונות, שתכליתו לעודד אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית חמורה לפתח את יכולותיהם במלואן, דרך למידה ודרך תמיכה סביבתית. דגש מיוחד ניתן בגישה זו על שיקום **בקהילה**. אין הם יכולים לעשות זאת כשהם מנותקים מסביבתם ונמצאים במוסד מבודד. הם זקוקים לסביבתם הטבעית, למשפחתם ולקהילה על שלל גווניה. תפיסה זו יוצאת כנגד תפיסות המבוססות בלבדית על אשפוז (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008).

במהלך שנות ה-70 וה-80 של המאה ה-20 הלכה תפיסה זו והשתרשה בקהילה המקצועית ברחבי העולם, ואף קיבלה ביטוי במערכות בריאות הנפש של מספר הולך וגדל של מדינות (גיא, 2004; Goodwin, 1997; Knapp, McDavid, Mossialos, & Thornicroft, 2007; Slade, 2009; Thornicroft & Tansells, 2009). במחקר זה ברצוננו לבחון את תהליך היישום של תפיסות שיקומיות במערכת

בריאות הנפש הישראלית, כפי שהתבטא בחוק שיקום נכי נפש בקהילה. לשם כך נבחן תחילה את התיאוריות העוסקות בשינוי מדיניות ואת תפקידם של יזמי המדיניות בהובלתו.

עיצוב מדיניות בין נסיבות חיצוניות ליזמי מדיניות

לנסיבות יש תפקיד מרכזי בעיצובה של מדיניות חברתית. קינגדון (Kingdon, 2014) טוען, שמדיניות מתעצבת בשלושה ערוצים (Streams) מקבילים. בערוץ הבעיה גורמים שונים מגדירים נושאים שונים כבעיות חברתיות, ויש מאבק אילו בעיות יועלו לסדר היום הציבורי. בערוץ המדיניות מקודמות הצעות שונות ומתעצבים רעיונות לפתרון הבעיה, בתהליך שקינגדון מכנה "המרק הקדום של המדיניות". בעת הצורך "שולים" קובעי המדיניות פתרונות מתוך המרק בהתאם לזמינותם ולהעדפותיהם, ומאמצים אותם כתוכניות ליישום. הערוץ הפוליטי של דעת הקהל, תוצאות בחירות, יחסי כוחות פוליטיים ועוד כיוצא באלה. הוא משפיע על הסיכוי שרעיון מסוים יקבל תמיכה פוליטית.

לפי קינגדון, אין די בהתקדמות באחד הערוצים האלה בלבד. כדי שתתקבל החלטה על מדיניות, נדרשת הבשלה של שלושת הערוצים במקביל. כדי שתתעצב מדיניות חדשה בתחום כלשהו, יש צורך שבערוץ הבעיה תהיה הכרה ציבורית בבעיה שעל הפרק כבעיה חברתית, שבערוץ המדיניות תהיה הסכמה על מדיניות רלוונטית לפתרונה ושבערוץ הפוליטי ייווצר אקלים המתאים לקידומה. כאשר כל אלה קורים יחדיו, נוצר חלון הזדמנויות שקינגדון קורא לו "חלון מדיניות".

אלא שאין די בהיווצרותו של חלון מדיניות. חלון מדיניות הוא, כפי שנאמר לעיל, חלון הזדמנויות, ונדרש שמישהו ינצל את הזדמנויות האלה. אלה הם יזמי המדיניות המוכנים, לפי הגדרתו של קינגדון, "להשקיע את משאביהם – זמן, אנרגיה, מוניטין ולעתים אף כסף – בתקווה להחזר עתידי. החזר זה יכול ללבוש צורה של מדיניות שהם רואים בחיוב, סיפוק מעצם ההשתתפות או אף תועלת אישית כגון ביטחון תעסוקתי או קידום בעבודה" (Kingdon, 2014, p. 123). כלומר: יזמי המדיניות חותרים לקדם את המדיניות המועדפת עליהם, ובכך מאפשרים לממש הזדמנויות שפותחים חלונות המדיניות ולעצב מדיניות חדשה.

גם מינטרומ ונורמן (Mintrom & Norman, 2009) מדגישים את הקשר בין הנסיבות לבין פעולתם של יזמי המדיניות. הם טוענים שכדי להבין במלואה יזמות של מדיניות, אזי כשחוקרים אותה יש לשים לב בעת ובעונה אחת לגורמים הקשורים ומבניים, לפעולות של פרטים על רקע גורמים הקשורים ומבניים אלה ולאופן שבו עיצב ההקשר פעולות אלה. הנסיבות שבהן פועלים יזמי המדיניות הן קריטיות. כאשר ההקשרים הנסיבתיים מובילים במישרין לשינוי, אין פעולתם של יזמי המדיניות משמעותית, משום שהשינוי יקרה גם בלעדיהם; כאשר ההקשרים הנסיבתיים מקשים מאוד על היתכנותו של שינוי, ייכשלו יזמי המדיניות בניסיון לשנותה. רק כאשר הסיכויים נוטים נגד האפשרות של שינוי, אך עדיין יש סבירות מסוימת שהוא יקרה, נוצר מרחב פעולה שבו פעולתם של יזמי המדיניות הופכת משמעותית.

אלא שכדי שפעולה זו אכן תהיה משמעותית, אין די בתנאים המתאימים; על יזמי המדיניות לפעול ביעילות. מינטרום ונורמן (Mintrom & Norman, 2009) מונים ארבעה מאפיינים מרכזיים החיוניים לפעולה יעילה של יזמי מדיניות: חדות חברתית, יכולת להגדיר בעיות, יכולת לבנות צוותים והובלה באמצעות דוגמה אישית. חדות חברתית היא היכולת לזהות בדיוק ובמהירות מצבים חברתיים; היא נחוצה, משום שכאמור לעיל יזמי מדיניות יכולים להיות אפקטיביים כשנפתח חלון מדיניות, אך כדי שיוכלו לנצל, תחילה עליהם לזהות. היכולת להגדיר בעיות נוגעת להשפעת יזמי המדיניות על אופן הגדרת הבעיה שהם מתמודדים איתה ולתפקיד המרכזי של הגדרה זו על המדיניות הנבחרת. היכולת לבנות צוותים נוגעת לכך שרק לעתים נדירות יש ליזמי מדיניות הכוח לשנות את המדיניות לבדם. כדי להשפיע על המדיניות, הם נאלצים להקים קואליציות ולשתף פעולה עם גורמים מגוונים. אם כן, יכולתם לשתף פעולה ולהקים צוותי פעולה מלוכדים ויעילים חיונית להשגת מטרותם. הובלה באמצעות דוגמה אישית מאפשרת לקדם את המדיניות המוצעת בצורה מינורית, חלקית או מצומצמת, כדי להוכיח שאין היא כרוכה בסיכונים גדולים.

כהן (2012; Cohen, 2012) בוחן את האינטראקציה בין יזמי מדיניות לבין ההקשרים שהם פועלים בתוכם, ובעקבותיה מגדיר יזם מדיניות כך: "אינדיבידואל המנצל הזדמנות על מנת להשפיע על תוצאות מדיניות ציבורית לטובתו, בלי שנתונים בידיו כלל המשאבים הנדרשים לפעולה זו" (כהן, 2012, עמ' 12). הגדרה זו מגלמת בתוכה את ההבחנה של מינטרום ונורמן שהובאה לעיל, שיזמי מדיניות מצליחים להשיג את מטרותם, רק כאשר אין הסיכויים לשינוי גדולים מדי או קטנים מדי. רק כאשר אין האינדיבידואל יכול לחולל שינוי לבדו, אך יכול לעשות זאת תוך ניצול של מערך הכוחות, הוא יכול להפוך יזם מדיניות.

בהמשך לכך כהן מזהה שלושה מרכיבים המשפיעים על התזמון שבו מופיעים יזמי מדיניות (או, בניסוח שלנו, התזמון שבו שחקנים מסוימים מתחילים לפעול כיזמי מדיניות): (1) שאיפה למקסם את התועלת האישית של היזם עקב פעולה שמטרתה להשפיע על אופי המדיניות; (2) היעדר מוחלט של יכולת לחולל שינוי מדיניות בכוחות עצמו; (3) הופעתה של הזדמנות להשפיע על עיצוב המדיניות.

לאור האמור לעיל יתמקד מאמר זה בניסיון להבין את המעבר של מערכת בריאות הנפש בישראל ממודלים רפואיים מובהקים למודלים הכוללים היבטים שיקומיים, תוך התמקדות בפעולתם של יזמי מדיניות על רקע נסיבות היצונית משתנות.

שיטה

מחקר זה מתייחס, כאמור, לתהליך שינוי מדיניות שהביא לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה. נקודת הסיום של המחקר מוגדרת היטב – ה-11 ביולי 2000, היום שבו הצביעה הכנסת

על הצעת החוק בקריאה שנייה ושלישית. נקודת ההתחלה גמישה יותר, משום שהמחקר מתייחס, לא רק למהלך החקיקה בכנסת, אלא גם לתהליכים שהובילו אליו.

רוב המידע במחקר זה נאסף באמצעות ראיונות מובנים למחצה עם אלה שלקחו חלק בתהליך העיצוב של החוק. רשימת המראיינים כללה שחקנים שהיו פעילים בתהליך החקיקה ממשרדי הממשלה הרלוונטיים (בריאות, אוצר, רווחה), ממערכת בריאות הנפש, מהכנסת ומארגוני המגזר השלישי. המראיינים נדגמו בשיטת כדור השלג – הראשונים בהם נבחרו על סמך היכרותם של החוקרים עם השדה, וכל מראיין התבקש להפנות את החוקרים למראיינים אחרים שעשו להיות להם ידע רלוונטי.

בנוסף לראיונות נאסף מידע משלים משני מקורות: פרוטוקולים של מליאת הכנסת וועדותיה בדיונים הנוגעים לחוק ומסמכים ותכתובות המתייחסים לחוק. אלה האחרונים נלקחו מארכיון הכנסת, המכיל תכתובות של גורמים רשמיים בכנסת, ומארכיון עמותת **עוצמה – פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש**, המכיל תכתובת של ארגון זה עם גורמים אחרים ועוד מידע שאספה העמותה.

המידע שנאסף נותח בכלים של חקר מקרה היסטורי (historical case study), כדי לזהות את שלבי התפתחות החוק, את הגורמים השונים שהשפיעו על התפתחותו ואת יחסי הכוחות ביניהם.

הרקע לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה

עד מחצית שנות ה-90 של המאה הקודמת לא היה בישראל מענה מערכתי וכוללני לשיקום אנשים עם מחלות נפש קשות וממושכות.⁴ מבחינה חוקית היו שני גופים מחויבים לשיקום של אנשים עם מוגבלות נפשית, מתוקף מחויבותם לשיקום אנשים עם מוגבלויות בכלל: המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה. אולם מסגרות השיקום שהפעילו אז שני גופים אלה לא הותאמו לשיקום אנשים עם מוגבלות נפשית, ולכן תועלתן הייתה מוגבלת מבחינתם, ועקב כך גם השימוש שעשו בהן.

עם זאת סימנו שנות ה-80 ותחילת שנות ה-90 את ראשיתו של שינוי בתחום השיקום הפסיכיאטרי בישראל. מגמות בינלאומיות מגוונות – ביניהן הופעת הדור השני של התרופות הפסיכיאטריות וצמיחתן של התנועה האנטי-פסיכיאטרית ומגמות האל מיסוד בכללותן – הסיטו, כאמור, את הדגש העולמי מאשפוז במוסדות לשיקום בקהילה (Mechanic, McAlpine, & Rochefort, 2014).

4 כאן ובמקומות אחרים במאמר זה אנו מתייחסים לקבוצה המוגדרת בספרות כ- Severely and persistently mentally ill persons.

רוחות אלה הגיעו גם לישראל; הן חדרו לתוך בתי החולים ונשבו גם מחוצה להם. בתוך בתי החולים הפסיכיאטריים החלו בתקופה זו לקום מחלקות שיקום, שמטרתן הייתה להכין את המאושפזים לחיים בקהילה; מחוצה להם החלו עמותות שונות להקים מסגרות שנועדו לסייע בשיקומם של אנשים עם מחלות נפש חמורות. על פי רוב היה קשר חלקי או בכלל לא בין עמותות אלה למסד הרפואי ולמשרדי הממשלה (שרשבסקי, 2015).

בשנת 1993 חלה תפנית במאמצים אקראיים ובלתי מתואמים אלה, כאשר הקים האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות מחלקת שיקום. תפקידה של המחלקה היה ליזום הקמת מוסדות שיקום, לדאוג למימונם ולפקח על פעולתם. פעילות המחלקה מומנה על ידי הסטת תקציבים ממקורות שונים במשרד הבריאות; המרכזי שבהם היה צמצום מספר מיטות האשפוז בבתי החולים הפרטיים לחולי נפש והעברת הכספים שהתפנו למערכת השיקום. עם זאת נותר היקפה של מחלקת השיקום מצומצם (שרשבסקי, 2015).

התפנית הבאה בשדה השיקום הפסיכיאטרי הייתה חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994), שנכנס לתוקף בתחילת שנת 1995. חוק ביטוח בריאות ממלכתי כלל בתוכו גם רפורמה בתחום בריאות הנפש, וקבע שיש להעביר גם את המערכת הפסיכיאטרית מאחריות הממשלה לאחריותן של קופות החולים (אם כי חלק זה של החוק נכנס לתוקף שלוש שנים לאחר יתרת חלקיו).

רפורמה מתוכננת זו העניקה למשרד הבריאות (בתמיכת משרד האוצר) מוטיבציה להקמתה ולאחר מכן להרחבתה של מערכת השיקום. העברת האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש מידיה של המדינה לידי קופות החולים דרשה מהלך ארגוני מורכב של העברת האחריות הביטוחית והתפעולית של תחום זה. לפי עדויותיהם של אלה שהיו מעורבים במהלך זה העדיפה המדינה לעשותו בתיאום עם הקופות, כשהיא מסתמכת על הנחת משרד הבריאות שהקופות יעדיפו לקבל חולים הנמצאים בתהליך שיקום על פני חולים מאושפזים שהצפי הוא שימשיכו להיות מאושפזים עוד זמן רב. בכך העניקה המדינה למשרד הבריאות מוטיבציה חזקה לקדם ולפתח את מערכת השיקום. כחלק מתהליך הרפורמה התגבשה אף בשלב מסוים יוזמה להקים קרן ייעודית (קרן רו"ת - רווחה ותקווה), המיועדת אך ורק לאנשים המאושפזים במחלקות פסיכיאטריות לטווח ארוך (אברם, גיא וסייקס, 2006). מצב עניינים זה הדגיש את האשפוז ארוך-הטווח כמכשול בדרכה של הרפורמה ואת אפשרות השיקום כפתרון לקושי זה.

העברת בריאות הנפש לקופות התבררה כמורכבת מכפי שצפה המחוקק, והיא לא יצאה לפועל כמתוכנן, אלא נדחתה שש פעמים, עד לתאריך היעד שנקבע בחוק, 1.1.1998, וגם אז נדחתה החלטה בלי שנקבע מועד חדש (אבירם, גיא וסייקס, 2006; גיא, 2004).⁵

לדחיות חוזרות ונשנות אלה הייתה השפעה מרחיקת לכת על הקמת מערכת השיקום הפסיכיאטרי. ככל שגדלה הבהירות שתהליך העברת בריאות הנפש לקופות החולים מורכב, כך גדל האינטרס של משרד הבריאות להעניק לקופות הטבה בדמות מערכת שיקום מפותחת, שתקל עליהן לבלוע את הגלולה (ובו בזמן תזיל את עלויות תקציב המדינה בגין אשפוזים, כשחולים יטופלו בקהילה).⁶ כאשר הוחלט שלא ליישם את העברת מערכת בריאות הנפש לקופות החולים, בשנת 1998, כבר הייתה מערכת שיקום נרחבת למדי. מכיוון שההעברה נדחתה, אך לא ירדה מהפרק, עדיין היה עניין להסדיר את מערכת השיקום, שהיה כר פורה ליוזמות חקיקה בתחום השיקומי.

בשלב זה, מעט לפני תום המועד הקבוע בחוק לביצוע הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, הגישה ח"כ תמר גוז'נסקי את הצעת חוק **שיקום פגועי נפש וחלופות אשפוז**. הצעת החוק נכתבה ביזמת היילי רוזנבלום, מטפלת באמנות, פעילה כנגד אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים ולמען שיקום בקהילה ומפעילה של מסגרת שיקום ברמת גן ולאחר מכן ביפו. הצעת החוק הייתה מצומצמת יחסית והתמקדה בפתרונות תעסוקה. היא עברה בקריאה טרומית ב-19 בנובמבר 1997, למרות התנגדות הממשלה.

הגורמים הפעילים בחקיקת החוק

לאחר הקריאה הטרומית חדלה רוזנבלום ממעורבותה בתהליך החקיקה, וח"כ גוז'נסקי פנתה כמקובל לגורמי הממשל הרלוונטיים להיוועץ בהם לצורך קידום החוק. בתוך כך היא נכנסה לעובי הקורה וחקרה את מרחב הפעולה שלה. היא התודעה למסגרות השיקום הקיימות, לגורמים הפעילים ולבעלי האינטרסים בתחום ולמדה את הצרכים בשטח. אז הקימה קואליציה חדשה, שהשותפים המרכזיים בה, מלבדה, היו מחלקת השיקום בשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות וארגון **עוצמה**. תהליך זה אפשר לה לקדם את הצעת החוק, לגייס לה תומכים, לעצב אותה כך שתיתן מענה לצורכי המתמודדים ולגרום לכך שתהפוך לחוק שישימש בסיס

5 הרפורמה יושמה רק ב-1 ביולי 2015, וגם זאת ללא חקיקה, אלא בצו שהוציא שר הבריאות.

6 לדיון נרחב בקשר בין כישלון המאמצים לחולל רפורמה ביטוחית לבין גידול ההשקעה במערכות שיקום ראו את עבודותיהם של דליה גיא (2004) ואורי אבירם (Aviram, 2010). מובן שיש לקחת בחשבון שהממשל סבר שפיתוח מערכת שיקום יאפשר לצמצם את מספר המאושפזים ולהפחית עלויות בתקציב המדינה. אכן נמצא קשר בין ירידה בימי האשפוז לבין גידול במספר המשתקמים (ראו אבירם ואזרי-ויזל, 2015)

למערכת שיקום. כל המרואיינים הסכימו שאילולא פעולתה היסודית של גז'נסקי, לא היה חוק זה הופך מציאות.

לצדה פעלו ארגוני המתמודדים והמשפחות. הארגון המרכזי (אם כי לא היחיד) שפעל למען קידום החוק היה ארגון **עוצמה**, שייצג משפחות של מתמודדים. ארגון זה קיבל גיבוי מקצועי ומשפטי מארגון **בזכות**, שקם כדי לקדם את זכויות האדם של אנשים עם מוגבלויות.

ארגונים אלה, וארגון **עוצמה** במיוחד, מילאו מספר תפקידים מרכזיים בקידום החוק:

1. הם קידמו את תחום השיקום בכלל, ואת החוק בפרט, בכל מסגרת מקצועית שנערך בה דיון רלוונטי. בזכות עבודת סנגור נחושה ואפקטיבית, הם הצליחו למנוע את הורדת הנשא מסדר היום, והדגישו את חשיבותו.

2. הם הקפידו לשמש כ"סמן ימני" בכל הנוגע לאינטרסים של המתמודדים (ושל המשפחות). הם אלה שייצגו בכל דיון את טובת המתמודדים ונאבקו עליה. בכך הם הגבילו את יכולתם של תומכי השיקום – ובפרט של ח"כ גז'נסקי ושל נציגי מחלקת השיקום – להעדיף שיקולים ארגוניים או פוליטיים על שיקולים הנוגעים לטובת המתמודדים. אך בה בעת הם אפשרו לאלה האחרונים להציג את עצמם כבעלי עמדת פשרה מתונה – בין עמדת המתנגדים לעמדת ארגוני המשפחות – ולהגדיל את הסיכוי להתקבלותה.

3. הם הביאו את קולה של אוכלוסיית היעד וייצגו אותה בדיונים. תפקיד זה היה חיוני במיוחד בעבודה מול נציגי ציבור – חברי כנסת ושרים – ואפשר להדגיש את חשיבותו של החוק, ולהבהיר מה הם האינטרסים של הצרכנים ומה אינם.

השותף השלישי המרכזי בעיצוב החוק היה משרד הבריאות. בשונה משני השותפים האחרים, משרד הבריאות הוא גוף מורכב, ויחידות שונות בו מייצגות אינטרסים שונים. על העמדה שניקוט משרד הבריאות ניטש מאבק מתמיד בין שני גורמים: מצד אחד מחלקת השיקום באגף בריאות הנפש, שהאינטרס שלה היה להגדיל ככל הניתן את התקציבים הניתנים לשיקום ואת מספר המתמודדים הזכאים לשיקום; מצד אחר מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים בכלל – ומנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, שנמצאים תחת אחריותו של משרד הבריאות בפרט – שהאינטרס הארגוני שלהם היה להשאיר את רוב המתמודדים ואת רוב התקציבים תחת אחריותם, ולכן מערכת שיקום נרחבת הייתה איום מבחינתם. מאבק זה התנהל, בעיקרו, על תמיכת המנהל המרכזי של משרד הבריאות – מנהלת שירותי בריאות הנפש, דרך מנכ"ל המשרד ועד לשר.

מניעי התומכים והמתנגדים

זיכור, למרות התנגדות הממשלה לחוק, הוא עבר בקריאה טרומית. אז, כמקובל בתהליך החקיקה, פנתה ח"כ גז'נסקי למשרד הבריאות, המשרד הממשלתי הרלוונטי. אחרי שעברה מספר ידיים, הגיעה הפנייה לשולחנו של יחיאל שרשבסקי, מקימה של מחלקת השיקום במשרד הבריאות, שעמד בראשה לאורך תקופת החקיקה. שרשבסקי זיהה בחוק הזדמנות להתגבר על חסרון המסגרת הארגונית-המשפטית לפעולתה של מחלקת השיקום, קושי שהלך והחריף עם התרחבותה של מערכת השיקום הפסיכיאטרי. זאת ועוד, החוק עבר בקריאה טרומית כחודשיים לפני תום התקופה שנקבעה להעברת בריאות הנפש לידי קופות החולים, כשהיה כבר ברור שהמהלך לא ייצא לפועל ושיש למצוא פתרון חלופי לשיקום. לכן השתכנע שרשבסקי שיש למסד את השיקום בחקיקה, חבר לגז'נסקי, והם החלו לפעול ביחד לקידומה. הם זכו, כפי שנראה להלן, לתמיכה של גורמים שונים, בעיקר מחוץ למשרד הבריאות (כמו **עוצמה ובזכות**). מידת התמיכה בקרב גורמים רבים במשרד הבריאות הייתה חצויה ולא אחידה.⁷

עמדתם של מנהלי בתי החולים בנוגע למהלך של הרחבת ההיבט השיקומי בטיפול במתמודדים בתחום בריאות הנפש הייתה מורכבת, ואף עברה תמורות לאורך התקופה. ברמה ההצהרתית הביעו רוב נציגי המערכת הפסיכיאטרית, ומנהלי בתי החולים בתוכם, תמיכה בפיתוח מערכת שיקום, אך בה בעת הם פעלו מאחורי הקלעים כדי לסכל את הקמתה, כפי שהעידו מספר מרואיינים, ובעיקר אלה שבאו מתוך הממסד הפסיכיאטרי.

ואולם לאחר שהתחוור להם שהמערכת מתקדמת לקראת הקמתה של מערכת שיקום, שינו מנהלי בתי החולים את האסטרטגיה שלהם והצטרפו למגמה של הרחבת שירותי השיקום, אך חתרו שאלה יוקמו בתוך בתי החולים, בסמיכות פיסית אליהם, או למצער יהיו עמם ביקה ארגונית הדוקה. מולם ניצבו מחלקת השיקום ונציגי ארגוני המשפחות, שהדגישו את חשיבות השיקום בתוך הקהילה. הוויכוח בין הצדדים התנהל סביב השאלות האלה: האם השיקום ייעשה בבית החולים או בקהילה? מהי קהילה? האם קהילה יכולה להתקיים בתוך בית חולים? למראית עין נטתה כף המאזניים במובהק לצדם של מנהלי בתי החולים. מחלקת השיקום, כמתואר לעיל, הייתה באותה עת מחלקה צעירה, עם משאבים מוגבלים וכוח ארגוני מוגבל. מנהלי בתי החולים, לעומת זאת, נתפסו אז, וגם היום, כבעלי הכוח האמיתיים באגף בריאות הנפש. חוקרים שונים אף

7 דרור ומעוז (2011) טענו שהשפעת הפקידות הממשלתית הבכירה במשרד הבריאות על חקיקת חוק השיקום הייתה מכרעת, והתבטאה במהלכים שנעשו ב"שטח". אכן יחיאל שרשבסקי, שהיה אמנם אחראי על מחלקת השיקום בשירותי בריאות הנפש, אבל לא נחשב חלק משדרת הפקידות הבכירה במשרד הבריאות, השפיע רבות על עיצוב החוק. אולם ממצאי המחקר שלנו חולקים על טענתם של דרור ומעוז. תמיכת הפקידות הבכירה בחוק השיקום הייתה לכל היותר מעורבת ופזרנית. התומך המרכזי בחקיקה בדרג הבכיר של משרד הבריאות היה פרופ' שני, שלא החזיק באותה עת בתפקיד רשמי במשרד. ראשי אגף בריאות הנפש ומנכ"ל המשרד נעו בין תמיכה להתנגדות במהלך התקופה, וגיוס תמיכה זו היה חלק מרכזי מהמאבק על החוק, כפי שנפרט להלן.

טענו, שהמוניטין שלהם וכוחם עולים על אלה של ראשי האגף (ראו למשל אבירם ואזארי-ויזל, 2015). כמעט כל ראשי האגף עברו, לאחר שסיימו את תפקידם, לניהול של בית חולים, ונראה שתפסו מעבר זה כקידום. שכרם של מנהלי בתי החולים גבוה לאין ערוך מזה של מנהל האגף, ועשוי להגיע עד פי שניים ויותר. יתרה מזאת, ראשי איגוד הפסיכיאטריה הם מנהלי בתי חולים (אבירם ואזארי-ויזל, 2015).

ואולם ידה של מחלקת השיקום הייתה על העליונה, ותמיכתו של המשרד בתהליך החקיקה הובטחה (אם כי ברמות משתנות של מחויבות, כפי שיתואר להלן) משלוש סיבות מרכזיות: האפקטיביות הפוליטית של העומד בראש מחלקת השיקום, יחיאל שרשבסקי, ושל מנכ"ל המשרד בעבר, פרופ' מרדכי (מוטקה) שני; אינטרסים חיצוניים (של משרד האוצר בעיקר), מעבר למאבק זה, שהשפיעו על מאזן הכוחות; מתן פיצוי חלקי למנהלי בתי החולים על פגיעה אפשרית בהם.

מחלקת השיקום, ובייחוד מקימה וזה שעמד בראשה במהלך תקופת החקיקה ואחריה, יחיאל שרשבסקי, נקטו שני אמצעים עיקריים שהביאו לשינוי מאזן הכוחות: (1) הם ניהלו שדלנות אפקטיבית מול שדרת הניהול בתוך משרד הבריאות, החל בראש אגף בריאות הנפש, דרך מנכ"ל משרד הבריאות וכלה בשר. (2) הם רקמו קשרים עם גורמים מחוץ למשרד הבריאות, שהיו שותפי אינטרסים של מחלקת השיקום, בראש ובראשונה עם משרד האוצר, שמעורבותו תתואר להלן, אך גם עם ארגוני המשפחות, עם ח"כ גול'נסקי ועם רבים אחרים. קשרים אלה, שהתנהלו על פי רוב מאחורי הקלעים ולעתים אף חרגו מהנהלים, שימשו לא רק לגיוס תמיכה בעמדתם, אלא אף לתיאום עמדות ולגיבוש אסטרטגיות השפעה פוליטיות מתואמות, והיו משאב נכבד לקידום עמדתה של המחלקה בתוך המשרד ומחוצה לו.

גורם כבד משקל אחר בהכרעת המאבק הפנימי באגף בריאות הנפש היה השפעתם של האינטרס המערכתי של משרד הבריאות להשלים את העברת האחריות על בריאות הנפש לקופות החולים ("הרפורמה הביטוחית") והאינטרס של אגף התקציבים באוצר לקדם את השיקום כמנוף לצמצום האשפוזים. גורם זה נסקר לעיל, אך בשל חשיבותו נרחיב אודותיו להלן.

כמתואר לעיל, החלה מעורבותו של משרד הבריאות בתהליך החקיקה בסוף 1997, כשהיה ברור לכל הצדדים שלא יצלח הניסיון להעביר את תחום בריאות הנפש לקופות החולים במסגרת שלוש השנים שהוקצו לכך בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (חוק הסדרים במשק המדינה [תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997], התשנ"ז-1996). התפיסה במשרד הבריאות הייתה שמערכת שיקום מפותחת, שתצמצם את מספר המאושפזים בבתי החולים ואת העלות התקציבית של בריאות הנפש, תקל על קופות החולים "לבלוע את הגלולה המרה" ולהסכים

לקבל אליהן את תחום בריאות הנפש.⁸ משום שמשרד הבריאות ראה בהשלמת רפורמה זו אינטרס שלו, ביקשו בכיריו לקדם את מערכת השיקום.

עוד אינטרס מערכתי ששירת את קידום מערכת השיקום היה זה של אגף התקציבים במשרד האוצר. מסיבות שיתוארו בהרחבה להלן ראה אגף התקציבים את הקמתה של מערכת שיקום רחבה כאינטרס שלו. מעבר לכובד השפעתו של אינטרס זה ברמה הבין-משרדית, הייתה לו השפעה רבה גם ברמה התוך-משרדית, במשרד הבריאות: מכיוון שאגף התקציבים הוא השחקן החשוב ביותר במדיניות הממשלה בכלל ובתחום הבריאות בפרט (אסיסקוביץ, 2011; כהן, 2012), שאפו גורמים בתוך משרד הבריאות לתת עדיפות לתחום השיקום. אלה חשבו שאם המשרד יקדם תוכניות שאנשי אגף התקציבים חפצים ביקרן, יראו אלה האחרונים בחיוב תוכניות שבכירי משרד הבריאות מבקשים לקדם.

בנוסף לגורמים אלו, כדי למתן את התנגדותם של מנהלי בתי החולים לתוכנית ולמזער את הנזק שיגרם החוק מנקודת מבטם להם ולבתי החולים שבניהולם, ננקטו צעדים אחדים:

1. ניתנה עדיפות לצמצום מספר המאושפזים בבתי החולים הפרטיים על פני בתי החולים הממשלתיים. בשנת 1998 – ראשיתו של הפיילוט של החוק – היו מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים פרטיים 2,012 בני אדם, 31.9% מבין כלל המאושפזים. עשור לאחר מכן, בשנת 2008, כעבור תקופה שבה הוחל חוק שיקום במלואו, ירד מספר המאושפזים בבתי החולים הפרטיים ל-228 בני אדם, ירידה של 88%. אמנם באותה תקופה חלה ירידה במספר המאושפזים בכל סוגי המוסדות, אך במונחים יחסיים קטן חלקם של בתי החולים הפרטיים בכלל מיטות האשפוז ל-6.6%, והירידה במספר המיטות בבתי החולים הפרטיים אחראית ל-62% מהצמצום הכולל במספר המיטות (משרד הבריאות, 2008, 2012).

צמצום מיטות האשפוז בבתי החולים הפרטיים נומק באיכותם המקצועית הירודה וביכולת הפיקוח המצומצמת של המדינה עליהם. ואולם לאור הראיונות וניתוח החומר ניתן להניח, שתרתם לכך גם מאזן הכוחות בתוך משרד הבריאות – כוחם הפוליטי של בתי החולים הפרטיים בתוך המשרד נפל בהרבה מזה של בתי החולים הממשלתיים.

2. לא קיצצו בתקציבי בתי החולים. אמנם צמצום מספר מיטות האשפוז היה אמור לצמצם גם את תקציבי בתי החולים, אבל למרות הירידה החדה במספר מיטות האשפוז, נותרו תקציביהם כשהיו (אבירם ואזארי-ויזל, 2015). גם כאן סיפקו לכך הצדקה מקצועית מוצקה.

8 חיוק לטענה בדבר חששן של קופות החולים מהעברתם של החולים הכרוניים לטיפולן ניתן למצוא בכך שהניסיון הראשון להעברת בריאות הנפש לקופות החולים (שלא צלח) כלל הסדר ולפיו לא יעברו חולי הנפש הכרוניים לאחריות הקופות ותוקם עבורם קופת חולים מיוחדת (קופת חולים **רות**) (אבירם, גיא וסייקס, 2006)

בין כל הגורמים במערכת שררה הסכמה שבתי החולים מצויים בתקצוב חסר מתמשך, שפגע קשות באיכות הטיפול. צמצום מספר המאושפזים ללא קיצוץ בתקציב אפשר להעלות את גובה התקציב למאושפז ולשפר את איכות השירות (מה גם שגדל שיעור החולים האקוטיים בין אוכלוסיית המאושפזים, ועלות הטיפול בחולים האקוטיים גבוהה יותר). עם זאת, גם כאן ניתן להניח שלא רק השיקול המקצועי מילא תפקיד, אלא גם השיקול הפוליטי.

3. נשמר מעמדם האישי של מנהלי בתי החולים. משכורתו של מנהל בית חולים פסיכיאטרי נגזרת מסיווג גדלו של בית החולים, שנקבע על פי מספר מיטות האשפוז. צמצום מספר מיטות האשפוז איים אפוא לפגוע במעמדם ובמשכורתם של מנהלי בתי החולים. לכן, כחלק מתהליך קידום החוק, הוקפאו דרגותיהם של מנהלי בתי החולים (ושל האחיות הראשיות), כך שישקפו את גודל בית החולים טרם החקיקה.⁹

המאבק בתוך האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, בין תומכי השיקום לתומכי האשפוז, נסב על תמיכתם של גורמים במעלה ההיררכיה הניהולית במשרד. שלוש רמות הניהול הרלוונטיות למאבק זה היו ראש אגף בריאות הנפש, שר הבריאות ובמידה פחותה גם מנכ"ל המשרד. לזהותם של המחזיקים בתפקידים אלה בתקופת הרלוונטיות הייתה השפעה מכרעת על קידומו של החוק.

ראש אגף בריאות הנפש הוא הממונה הישיר על מערכת בריאות הנפש (אך לא על בתי החולים, הכפופים למנכ"ל המשרד), ולכן לעמדתו השפעה מכרעת על התפתחות מערכת השיקום. באופן מסורתי שאף ראש אגף בריאות הנפש להתמנות עם סיום תפקידו כמנכ"ל בית חולים, והיה זקוק להמלצתם של מנהלי בתי החולים. לכן מבחינה ארגונית הוא היה מחובר למנהלי בתי החולים ונטה לייצג את האינטרסים שלהם. מלבד זאת יש לשער שלא היה לו תמריץ לפגוע במערכת שראה עצמו כחלק ממנה בעתיד.

ואולם בחלקה הגדול של התקופה הנידונה במאמר זה (קדנציה ראשונה עד מאי 1996 וקדנציה שנייה מיולי 1999) עמד בראש אגף בריאות הנפש ד"ר מרדכי (מוטי) מרק, שהגיע מצה"ל, שם היה הממונה על מחלקת בריאות הנפש (ולאחר הקדנציה הראשונה שלו אף חזר לתפקיד זה). מרק היה מחויב ללא סייג למאמצי השיקום. למעט זיקתו הרופפת למדי לבתי החולים, קשה למצוא הסבר למחויבותו; ניתן אולי לתלות אותה בעמדות אישיות או בנטייה אידיאולוגית.¹⁰ היו

9 תקשורת אישית, מיכאל שניידמן, 30 באפריל, 2014.

10 ראוי לציין שלאחר שסיים את תפקידו כראש אגף בריאות הנפש ומונה למנהל בית החולים אברבנאל, פעל ד"ר מרק לסגירתו ולהעברת מיטות האשפוז שבו לבתי חולים כלליים, גישה הנתמכת בעקרונות הטיפול הקהילתי.

אשר היו סיבותיה, היו למחויבות זו תוצאות: מרק הוא זה שהקים, בתקופת כהונתו הראשונה, את מחלקת השיקום, ותרם להרחבתה; בכהונתו השנייה נכנסה החקיקה להילוך גבוה, ונעשו מהלכי עיצוב החוק העיקריים, לקראת קריאה שנייה ושלישית.

מרק כיהן, כאמור, שתי קדנציות במהלך עיצוב החוק. בין שתי הקדנציות החזיק בתפקיד ראש אגף בריאות הנפש ד"ר (כיום פרופסור) זאב קפלן. לפי עדויות המרואיינים,¹¹ היו עמדותיו של קפלן כלפי סוגיות השיקום בכלל וכלפי החוק בפרט מורכבות. קפלן הגיע לתפקיד ראש אגף בריאות הנפש לאחר שניהל את בית החולים הפסיכיאטרי בבאר שבע. מאגף בריאות הנפש המשיך לניהול מחלקת בריאות הנפש בצה"ל, אך זמן מה לאחר מכן חזר לנהל את בית החולים סורוקה.

ואכן לפחות בראשית דרכו כראש האגף נראה היה שעמדתו של קפלן מושפעת חלקית לפחות מתפקידו הקודם ומתפקידו בעתיד הצפוי. אז החזיק בעמדתם של מנהלי בתי החולים, החוששים ממגמות השיקום או אף מתנגדים להן. ואולם במהלך כהונתו הוא גילה אהדה גוברת כלפי מערכת השיקום, אם כי עיקר מעייניו תמיד היו נתונים לבתי החולים. לכל אורך כהונתו החזיק בעמדה ששיקום יכול להיעשות גם בתוכם, ולא רק בקהילה – רשמית אמנם תמך קפלן במאמצי החקיקה, אבל נראה שמחויבותו כלפיה נמוכה, והוא לא פעל בנחישות כדי לקדמה – עמדה זו, שהייתה אחת מנקודות המחלוקת העיקריות ביחס לחוק, נדחתה סופית רק בעת הדיונים לקראת קריאה שנייה ושלישית, כאשר קפלן כבר לא היה בתפקידו.

בתקופת החקיקה כיהנו שני מנכ"לים במשרד הבריאות (פרופ' יהושע שמר ופרופ' גבי ברבש). לפי עדויות המרואיינים, הייתה השפעתם על תהליך החקיקה מצומצמת, וייתכן שלא הציבו את תחום השיקום במקום גבוה בסדר העדיפויות שלהם, אלא העדיפו להעביר את האחריות עליו לפרופ' מרדכי שני, שהשפעתו על התהליך הייתה מהותית. פרופ' שני כיהן כמנכ"ל המשרד בראשית שנות ה-90, והוא זה שאישר ודחף את הקמת מחלקת השיקום בשנת 1993.

בשנים מאוחרות יותר לא מילא שני תפקיד רשמי במשרד, אך כל המרואיינים הסכימו שהשפעתו במשרד הייתה מכרעת, בפרט בתחום הרפורמה השיקומית. שני אף עמד, כמוזכר לעיל, בראש הוועדה הבין משרדית שתכננה את הפיילוט, והיה היו"ר הראשון של המועצה לשיקום נכי נפש.

שני תרם רבות לקידומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה. הוא תמך בעקיבות בהקמתה של מערכת שיקום נרחבת ומגובה בחוק, ונרתם ככל יכולתו למען קידומו, בערוצים פורמליים ולא פורמליים. לפעולתו של שני הייתה השפעה מרחיקת לכת, הן על תמיכתה בחוק של צמרת המשרד והן על תמיכתם של גורמים מחוץ למשרד, בייחוד של משרד האוצר.

11 למרבה הצער סירב פרופ' קפלן להתראיין למחקר זה.

שר הבריאות הוא הסמכות העליונה במשרד הבריאות, ובסמכותו להחליט על תמיכת המשרד בחוקים או על התנגדות להם. ואכן חלק גדול מהמאבק הפנים-משרדי על חוק השיקום התבטא בשדלנות אצל שרי הבריאות, שהתחלפו לאורך השנים.

שרי הבריאות בתקופת החקיקה היו יהושע מצא (עד 6 ביולי, 1999) ושלמה בניזרי. המרואיינים מתארים מאבק נמרץ על עמדתם של השרים, שכלל תהליך ארוך של שכנוע ומאמץ עיקש ועקיב לרקום קשרים עם אנשים המקורבים להם, ובמיוחד עם הסגל המצומצם שלהם, כדי לזכות בקול אוהד בסביבתם. נגישות לאנשי מפתח בסביבת השרים, הן מצא והן בניזרי, הייתה לדבריהם כלי מפתח לשכנועם ולהבאתם לידי תמיכה בחוק.

בשני המקרים, המרואיינים מתארים את תמיכת השרים כגורם המרכזי שהביא להתממשות החוק, מחד גיסא, וכתוצאה מקרית, כמעט אקראית, של נגישות למקורבים ומפגשים עם השר בנסיבות כאלה ואחרות, מאידך גיסא. מתוך דבריהם ניתן לשער אפוא, שבנסיבות אחרות, כמו נגישות נמוכה יותר לשר או עמדה אחרת שלו, לא היה מעשה החקיקה מגיע לכדי מימוש.

לאחר סקירה זו של השתלשלות המאבק סביב החוק בתוך משרד הבריאות, נפנה כעת לתאר את גלגוליו במשרד האחר שהשפעתו על החקיקה היתה כבדת משקל – משרד האוצר.¹² למשרד האוצר ולאגף התקציבים שלו, שהיה הגוף הרלוונטי בחקיקת חוק השיקום, יש כוח עצום בעיצוב מדיניות בישראל, ובפרט בעיצוב מדיניות בריאות. וחלק מהחוקרים אף מגדירים אותו כבעל כוח ווטו לגבי מדיניות שאינה מקובלת עליו (אסיסקוביץ, 2011; כהן, 2012). לכן נודעה לעמדתו של משרד האוצר השפעה מכרעת על התפתחות החקיקה. עמדתו של משרד האוצר והגורמים שהשפיעו עליה תוארו כבר במספר הקשרים בעבודה זו, אך כעת נציג אותם בשלמותם.

נציגי אגף התקציבים תמכו בהתלהבות בהרחבת מערכת השיקום הפסיכיאטרי. מספר מרואיינים הדגישו את חשיבותה של תמיכת האוצר, מזה, ואת אופן השגתה, מזה. תמיכה זו הושגה לאחר מאמצים רבים שהשקיעו תומכי מערכת השיקום – במחלקת השיקום במשרד הבריאות, בכנסת ובמגזר השלישי – דרך הערוצים הפורמליים והבלתי פורמליים.

המרואיינים מאגף התקציבים מנו שלוש סיבות לתמיכתם בשיקום: השפעת השיקום על חיי המשתקם, העלאת הפרודוקטיביות וחיסכון כספי.

12 גם משרד הרווחה היה חלק מתהליך החקיקה, אבל תרומתו למבנהו הסופי של החוק הייתה מועטה, ואין מעורבותו נוגעת לנושאים הנידונים במאמר זה.

השפעת השיקום: נציגי האגף – וחלק מהמרוויינים האחרים – הקפידו לציין שתמיכת האגף בתהליך השיקום נבעה, בין השאר, גם מההכרה בהשפעתו החיובית על המשתקמים עצמם, ולא רק משיקולים של שמירת מסגרת תקציב המדינה, כפי שמקובל לטעון כלפיהם.

העלאת הפרודוקטיביות: אדם העובר תהליך שיקום מוצלח מתחיל לכלכל את עצמו ולא זקוק עוד לתמיכת המדינה. טיעון זה רלוונטי במיוחד לשיקום תעסוקתי. כששיקום כזה צולח, המשתקמים משתלבים בתעסוקה בשכר בשוק החופשי, מפסיקים לקבל קצבאות מהמדינה, ואם הכנסתם גבוהה דיה, אף מתחילים לשלם מסים. משום שלא בהכרח היא מקטינה את תקציבי מערכת בריאות הנפש, השפעתה התקציבית של הגברת הפרודוקטיביות אמנם עקיפה, אבל עשויה להיות כבדת משקל.

חיסכון כספי: עלות האשפוז בבית חולים פסיכיאטרי גבוהה מאוד, גבוהה בהרבה מהסכום המושקע בשיקום. לכן השקעת כספים במערכת שיקום יכולה להשתלם מבחינת התקציב,¹³ אם תביא לשחרור המשתקם מאשפוז.

אף שאנשי האוצר הקפידו להדגיש שתמכו בחוק משלוש הסיבות שנמנו לעיל, סברו רבים מהמרוויינים שהסיבה העיקרית היתה החיסכון הכספי ושתי הסיבות האחרות שימשו רק ככיסוי.¹⁴

על פניה, מפתיעה תמיכתם של אנשי משרד האוצר בכלל, ושל אנשי אגף התקציבים בפרט, ברפורמה השיקומית. מפנה האלף הוא התקופה שבה עברה המדיניות החברתית והכלכלית בישראל תהליך ניאוליברליזציה מואץ. משרד האוצר עמד בראש החץ של תהליך זה, ופעל ליישום מדיניות ניאוליברלית במגוון תחומי מדיניות (דורון, 2007; פלד ושפיר, 2005), ובמערכת הבריאות במיוחד (אסיסקוביץ, 2011; כהן, 2012). על כן הייתה עמדה זו אמורה להוביל את אגף התקציבים להתנגדות למערכת שיקום המבוססת על זכאות אוניברסלית, עיקרון סוציאלי דמוקרטי המנוגד לגישה הניאו ליברלית (Esping-Andersen, 1990).

ואולם אף שמערכת השיקום פעלה לפי מספר עקרונות שהיו מנוגדים לתפיסה הניאו ליברלית, היו בה עקרונות אחרים ברוחה, ובהם הפרטה והשקעה חברתית. מערכת השיקום שהוקמה התבססה על שיקום באמצעות ארגוני מגזר שלישי וארגונים למטרות רווח. המשמעות הייתה הסטת תקציבים ממערכת ממשלתית ברובה (בתי החולים הממשלתיים) למערכת המבוססת על

13 בדיעבד הוכחה צדקתו של טיעון זה. בעשור הראשון להפעלתו הביא חוק שיקום נכי נפש לחיסכון של כמיליארד ש"ח, שהם עלות ההוצאה, אילו היו המשתקמים נשארים בבתי החולים. (אבירם 2012)

14 ראו למשל פרטוקול מס' 20 מוועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת ה-15, 19 באוקטובר, 1999.

מיקור חוץ (מערכת השיקום). צעד זה תאם את עקרון היסוד של הגישה הניאו ליברלית – צמצום המגזר הציבורי ומתן עדיפות למנגנוני שוק או שוק-למחצה.

את גישת ההשקעה החברתית הציעה "הדרך השלישית", אך לקראת סוף שנות ה-90 הלחלה גם לגישות ניאו ליברליות (Jensen, 2010). הוצאות בתחומים חברתיים, לפי גישה זו, נמדדות גם, או בעיקר, בתועלת שיביאו בעתיד למדינה, ובייחוד בחיסכון עתידי בהוצאה. כפי שצוין לעיל, תפסו שיקולים מסוג זה מקום מרכזי בתמיכתו של אגף התקציבים בפיתוח מערכת השיקום.

ואולם אף שבזכות עקרונות אלה תמך אגף התקציבים בפיתוח מערכת שיקום, הוא לא חייב לעשות זאת דרך חקיקה. מנקודת מבטם של אנשי האגף הייתה חקיקה מחייבת את המדינה להקצות סל שירותי שיקום מוגדר מראש לכל מי שעומד בקריטריון שייקבע, ואילו הקמת מערכת שיקום שאינה מבוססת על חקיקה הייתה מאפשרת לנציגי משרד האוצר לתקצב את המערכת תוך איוון בין יכולות תקציביות לצרכים שיקומיים, כאשר ההקצאה התקציבית, ולכן גם הגדרת אותו איוון, נותרת בידם. כך היו יכולים לקדם את העקרונות של מיקור חוץ של שירותים חברתיים ושל השקעה חברתית, בלי לקדם במקביל את עקרונות השירות האוניברסלי ומבוסס הזכויות.

עמדה זו – של תמיכה בהרחבתה של מערכת השיקום לצד התנגדות להגדרתה בחקיקה – הייתה ייחודית לאגף התקציבים, והציבה אותו במיקום בעייתי מבחינת יכולתו ליצור בריתות ולקדם אותה. האינטרס העיקרי של אגף התקציבים היה להרחיב את מערכת השיקום, ולכן בני בריתו היו תומכי השיקום, ובייחוד אלה מתוך משרד הבריאות. עם זאת, אלה שתמכו בשיקום תמכו בהתלהבות גם בתהליך החקיקה. לכן כשניסו נציגי אגף התקציבים לקדם את העמדה של הרחבת השיקום ללא חקיקה, הם נותרו ללא תומכים. ייתכן שזה ההסבר לכך שמשרד האוצר, שבדרך כלל משיג את מטרותיו, נכשל הפעם, למרות כוחו הרב.

ככל שהתקדם תהליך החקיקה, זיהו אנשי האגף שיכולתם לקדם את הפתרון הרצוי מבחינתם הולכת ומצטמצמת. ייתכן גם שהבינו שעקב התמיכה הרחבה בחוק, הסיכוי שיעלה בידיהם לעצור קלוש. מסיבות אלה בחרו לתמוך בו, ולהטות אותו ככל הניתן לכיוון האינטרסים שלהם. בזכות תמיכה זו הצליח האגף להשיג מספר הישגים, שצמצמו את אי שליטתו בתקציב, עקב החקיקה. ההישג המרכזי היה הסכם שנחתם בין המשרד לבין פרופ' מרדכי שני, בשמו של מנכ"ל משרד הבריאות. הסכם זה התנה את הסרת התנגדותו של משרד האוצר לחוק ולאחר מכן את תקצובו בקביעת יעדים נוקשים של צמצום מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים וקיצור מספר ימי האשפוז הממוצע לאדם בבתי חולים אלה; כלומר: בפועל הוא התנה את הקצאת הכספים למערכת השיקום בכך שכספים אלה ייחסכו במערכת האשפוז.

ראוי לציין שמעט לאחר חקיקת החוק, תוקן חוק יסוד: משק המדינה (חוק יסוד: משק המדינה [תיקון מס' 6], התשס"ג-2003), והוצבה מגבלה ולפיה הצעות חקיקה פרטיות של חברי כנסת,

שעלותן התקציבית עולה על 5 מיליון שקלים ואין הממשלה תומכת בהן, זקוקות לתמיכה של 50 חברי כנסת כדי לעבור. אף שחוק זה זכה לתמיכת הממשלה, ולכן נראה שהיה עובר גם לנוכח מגבלה זו, עצם קיומה היה מעניק כוח למשרד האוצר, והיה יכול לאלץ את תומכי החוק להתאים את עמדתם לעמדתו.

דיון: תרומתם של יזמי מדיניות לעיצוב חוק שיקום נכי נפש בקהילה

התיאוריה של קינגדון (Kingdon, 2014), על התהליכים המובילים להתפתחותה של מדיניות חברתית, והתיאוריה של מינטרום ונורמן (Mintrom & Norman, 2009), המתארת את פעולתם של יזמי מדיניות, שהוצגו בפתח המאמר, מסייעות להסביר את השתלשלות העניינים בעיצובו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, כפי שתוארו לעיל.

ראשית נבחן את התפתחותו של חוק השיקום לאור גישת הערוצים של קינגדון (Kingdon, 2014). כזכור, קינגדון הבחין בין שלושה ערוצים מקבילים שבהם מדיניות מתעצבת: ערוץ הבעיה, ערוץ המדיניות והערוץ הפוליטי. כדי שמדיניות תצא לפועל, על שלושת הערוצים להבשיל ולהיפגש בנקודת זמן אחת.

בערוץ הבעיה, ניתן לראות את הבשלתה של התפיסה ולפיה אשפוז ארוך טווח בבתי חולים פסיכיאטריים הוא בעיה חברתית וכלכלית, שיש לפעול לצמצומה. ברמת המקרו הבשילה של בעיה זו, כמתואר לעיל, עם הופעתן של התרופות הפסיכיאטריות מהדור השני והגידול בהוצאות האשפוז לצד צמיחתן של תנועת האנטי-פסיכיאטריה ומגמות האל-מיסוד. ברמת המיקרו קיבלה בעיה זו דחיפות גבוהה, עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועמו הניסיונות להעביר לקופות החולים את האחריות על בריאות הנפש. לנוכח ניסיונות אלה נתפס אשפוז ארוך טווח כפגיעה במאושפזים, מצד אחד, וכנטל על המערכת המונע רפורמה, מהצד האחר. במצב זה הוגדר אשפוז ארוך טווח כבעיה חברתית הדורשת מענה.

התהליך בערוץ המדיניות היה מורכב יותר. כזכור, קינגדון מקביל את המתרחש בערוץ זה ל"מרק הקדום" (Primeval Soup) של המדיניות, ומתאר תהליך שבו פתרונות שונים רוחשים בשדה המדיניות, בתהליך מתמיד של התגבשות ושינוי. בעת הצורך קובעי המדיניות "שולים" את הפתרון המתאים, כדי להתמודד עם בעיה שעלתה על סדר היום. המאבק בערוץ המדיניות היה המאבק המרכזי בהקשר של חוק השיקום, כפי שתואר לעיל. ניתן לראות שכאשר ביקשו קובעי המדיניות להתמודד עם הבעיה של אשפוז פסיכיאטרי ארוך טווח, הם שלו מ"המרק של המדיניות" שלושה רעיונות מרכזיים – שיקום בבתי החולים הפסיכיאטריים, שיקום בקהילה שלא באמצעות חוק ושיקום בקהילה בחקיקה. גם בתוך הקבוצה שתמכה בשיקום בקהילה התחולל

מאבק בין מספר רעיונות הנוגעים לאופן הביצוע של השיקום – בין אם ללא חקיקה, כדרישת משרד האוצר, ובין אם בחקיקה, כדרישת הקואליציה שקידמה את החוק. תפקידם העיקרי של יזמי המדיניות, כפי שנראה להלן, היה לשכנע את קובעי המדיניות להעדיף את הפתרון של שיקום בקהילה באמצעות חקיקה, וזהו, למעשה, המאבק שתואר לעיל.

הערוץ השלישי, הפוליטי, השפיע על עיצובו של החוק פחות משני האחרים, אך גם בו היו מספר גורמים כבדי משקל: (1) בעלי התפקידים (מראש אגף בריאות הנפש עד לשר הבריאות) התחלפו פעמים מספר בתהליך החקיקה, ועל כן נדרשו מאמצי שכנוע חוזרים ונשנים. (2) גיוס התמיכה בממשלה דרש פעילות מתמדת של יזמי המדיניות. (3) המצב הפוליטי אפשר להעביר חקיקה פרטית (גם אם בשלב מסוים אף בגיבוי ממשלתי). (4) באותה תקופה נוצר "חלון הדמנויות" פוליטי, בשל האפשרות של חברי כנסת להגיש הצעות חוק פרטיות בעלות תקציבית גבוהה. (5) הסיטואציה המיוחדת של ח"כ גז'נסקי, שזכתה להערכה מכל סיעות הבית, אך הייתה משוחררת מאילוצים פוליטיים, מפלגתיים או קואליציוניים, אפשרה לה לקדם את מטרתה באופן האפקטיבי ביותר.

מתיאור זה עולה שהתנאים ששררו במערכת בריאות הנפש במחצית השנייה של שנות ה-90 יצרו מצב עניינים המתכתב עם התיאוריה של מינטרום ונורמן (Mintrom & Norman, 2009). מחד גיסא נוצרו תנאים מבניים המאפשרים לחולל רפורמה בשיקום; אך מאידך גיסא לא הובילו תנאים אלה במישרין לשינוי, בשל חסמים רבים על הדרך. כפי שמתארים מינטרום ונורמן, מצב כזה הוא כר פורה לפעילותם של יזמי מדיניות.

במהלך שנות ה-80 וה-90 חלו מספר שינויים שקידמו את היתכנותה של רפורמת השיקום. שני גורמים שונים הובילו לשינוי ברמה הגלובלית: (1) הופעתן של התרופות הפסיכיאטריות מהדור השני, שאפשרו טיפול אפקטיבי יותר במחלות נפש קשות וכן טיפול בחולי הנפש במסגרות קהילתיות; (2) פריחתן של התנועה האנטי-פסיכיאטרית ומגמות האל-מיסוד, ובעקבותיה הפנמה של תפיסות שיקומיות בתוך מקצוע הפסיכיאטריה. לצד חלחולן של תפיסות אלה מהעולם לישראל, פעלו גם גורמים מקומיים שקידמו את חלון המדיניות לחקיקת החוק: חוק ביטוח בריאות ממלכתי והרצון להעביר את תחום בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים היו גורם מוסדי כבד משקל, כמו גם תמיכתו של משרד האוצר בפיתוח מערכת השיקום במקביל לצמצום מערכת האשפוז.¹⁵

אך לא די היה בגורמים אלה כשלעצמם, כדי לחולל את רפורמת השיקום, כפי שמעיד יותר מכול כישלוננו של הניסיון למסד מערכת שיקום כחלק מהרפורמה הביטוחית במסגרת חוק ביטוח

15 תמיכת משרד האוצר היא תנאי מוסדי כבד משקל שאפשר את פעולתם של יזמי המדיניות ואת העברת החוק. אך בו בזמן החוק הוא תוצאות פעולתם של יזמי מדיניות. עוד על כך בהמשך.

בריאות ממלכתית במחצית שנות ה-90 של המאה הקודמת. אז הפעילו גורמים רבי עוצמה – ובראשם מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים – את מלוא כובד משקלם נגד המהלך.

מצב כזה – אפשרות לקדם מדיניות בד בבד עם אפשרות הכישלון – דורש את פעולתם של יזמי מדיניות. כפי שעולה מהתיאור שלעיל, רבים מהם ראויים להכרה בחלקם בחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה. חלקם אף היו "שחקני וטו" (Tsebelis, 2002), ואלמלא תרומתם, לא היה החוק קורם עור וגידים. אך בחינת ההגדרה "יזמי מדיניות" מעלה שהיא חלה רק על ארבעה גורמים שהשתתפו בחקיקת החוק: ח"כ תמר גוז'נסקי, ראש מחלקת השיקום יחיאל שרשבסקי, ראשי ארגון **עוצמה**¹⁶ ופרופ' מרדכי שני.

ואם נבחן את הגדרתו של כהן (2012, עמ' 12) לזים מדיניות שהובאה לעיל – "אינדיבידואל המנצל הזדמנות על מנת להשפיע על תוצאות מדיניות ציבורית לטובתו, בלי שנתונים בידיו כלל המשאבים הנדרשים לפעולה זו" – נראה שכל אחד מארבעת הגורמים (ואף ארבעתם יחדיו) חסר את המשאבים הנדרשים כדי להשלים את חקיקת החוק, אך הם ניצלו את ההזדמנות שזיהו כדי להשפיע על המדיניות, במקרה זה באופן מקיף ומוצלח. כעת נבחן את פעולתם של הארבעה אל מול המאפיינים של יזמי מדיניות, שזיהו מינטרום ונורמן.

חדות חברתית – היכולת לזהות בדיוק ובמהירות מצבים חברתיים. כל ארבעת הזימים הפגינו חדות חברתית: תמר גוז'נסקי זיהתה בעיה שאינה מטופלת מחד גיסא, אך בעלת פוטנציאל לשינוי מאידך גיסא. מעבר לכך, כשהשתנו התנאים בין הקריאה הטרונית לקריאה הראשונה, ידעה גוז'נסקי לזהות שינוי זה, לשנות את אופיו של החוק ולאמץ בני ברית חדשים (את ארגון **עוצמה** ואת אגף השיקום במשרד הבריאות), ואף ניצלה את האפשרות החוקית להגיש הצעת חוק פרטית, שהייתה נייטרלית מבחינה פוליטית, ולגייס תמיכת חברי כנסת רבים. נציגי ארגון **עוצמה**, בעזרת ארגון **בזכות**, ידעו לבחון את חלופות החקיקה השונות שקודמו במחצית שנות ה-90, ולזהות את זו שהיה לה הסיכוי הגבוה ביותר (בניגוד לעמותות אחרות, שהתמקדו בניסיונות חקיקה אחרים שנכשלו). יחיאל שרשבסקי זיהה את ההזדמנות הנכונה לחתור לחקיקת חוק, חבר לח"כ גוז'נסקי, ותוך שיתוף פעולה עם **עוצמה** הצליח להביא לתמיכת הממשלה בהצעת החוק. פרופ' מרדכי שני ידע, כשהנושא התגלגל לפתחו, לזהות את ההזדמנות שרפורמת השיקום מזמנת למערכת בריאות הנפש ולמערכת הבריאות בכלל וגם את הבריתות הפוטנציאליות שמאפשרות קידום של הנושא.

16 המונח "יזמי מדיניות" מתייחס לאינדיבידואלים, ולא לשחקנים חברתיים. ואכן ניתן לנתח את פעולותיהן של כל אחת מהעומדות בראשו של ארגון **עוצמה** – פאולה לנגר, יוכי צ'יבוטרו, מירי דביר ומאחר יותר גם אלי שמיר – כפעולות של יזמות מדיניות בפני עצמן. עם זאת, עקב רמת התיאום הגבוהה ביניהן והפעולה המשותפת שלהן, ניתן לנתח את פעולותיהן הקולקטיביות כפעולה של יזם מדיניות אחד, וניתוח כזה מפשט את התמונה ומקל על הבנתה.

הגדרת בעיות – הגדרת הבעיות היתה אחד עמודי התווך של המאבק על חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה. חלק מרכזי מתהליך החקיקה היה המאבק על הגדרת המושגים "שיקום" ו"קהילה". כפי שנטען לעיל, ככל שהתקדם תהליך החקיקה, שאפו מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים להגדיר שיקום באופן שישאיר חלק גדול מפעילות השיקום בתוך בתי החולים. תומכי החוק – ונציגי **עוצמה** בראשם – ניהלו מאבק נמרץ על הגדרת הבעיה באופן שיקדם הקמת מערכת שיקום בקהילה התואמת את התפיסה השיקומית.

מאבק זה, על הגדרת מושג השיקום, גילם את הפער בין המודל הרפואי של מחלת הנפש וההתמודדות עמה לבין המודל השיקומי. בעוד האחד מתמקד בהתמודדות עם תסמיני המחלה ועם גורמיה, האחר מתמקד בשיקום יכולות התפקוד של החולים בה (Carpenter, 2002; Cockerham, 2014). ניתן לתאר את רפורמת השיקום כניסיון להסיט את כובד המשקל מהמודל הרפואי למודל השיקומי. ארגון **עוצמה** הוביל את המאמץ להגדיר שיקום על פי המודל השיקומי, תוך הדגשה של יכולות תפקודיות וניתוק מאוריינטציות רפואיות ומבתי החולים הפסיכיאטריים.

בניית צוותים – גם מאפיין זה היה אחד עמודי התווך במאבק. כל המרווינים במחקר זה – ובייחוד יזמי המדיניות שבהם – הדגישו את חשיבות התקשורת בין התומכים בחוק. הישגם הבולט של שלושה מיזמי המדיניות – גולנסקי, שרשבסקי וארגון **עוצמה** – היה הקמתה של קואליציה, שהצליחה לפעול בצורה אפקטיבית להעברת החוק, וכך הצליחו להתגבר בכוחות משותפים על המכשול המרכזי שכל יזם מדיניות נתקל בו – אין לו די כוח להביא למימוש היוזמה שלו לבדו. עם זאת נשאה קואליציה זו אופי ייחודי. היא לא הוגדרה כקואליציה, לא בידי משתתפיה ולא בידי גורמים חיצוניים. לא נערכו פגישות של הקואליציה, בהשתתפות כלל חבריה ורק הם, אלא רק פגישות (רבות ותכופות) שבהן השתתפו שניים מתוך השלושה. למרות זאת הצליחו שלושתם ליישם מדיניות מתואמת, ולכן ניתן לראות בהם קואליציה בפועל.

מכיוון שחברי קואליציה-בפועל זו השתייכו למשרדי ממשלה שונים ואף למגזרים שונים, הייתה התקשורת ביניהם חשובה מאוד, אך גם מורכבת מאוד – חשובה משום שלא היו ערוצי תקשורת סדירים, ומורכבת משום שפעמים רבות נדרש לעקוף גורמים ארגוניים בכירים, שלא היו חברים בקואליציה, אך היו הגורם המורשה לנהל פגישות מחוץ לגוף הארגוני. רבים מהמרווינים הדגישו את חשיבותם של ערוצי תקשורת לא פורמליים, כגון פגישות בבתי קפה ושליחת נציגים זוטרים לפגישות, ככלי לעקוף את המכשולים ולשמר את התיאום בתוך הקואליציה.

כאן נכנס תפקידו המרכזי והקריטי של פרופ' שני. מיקומו של שני – נטול תפקיד רשמי, אך בעל רקע כמנכ"ל המשרד ובעל הקשרים והיוקרה הנגזרים מתפקיד זה – ואופיו אפשרו לו להקים בריתות אפקטיביות במיוחד. הרקע הפורמלי שלו אפשר לו נגישות למוקדי כוח, בעוד שמעמדו הבלתי פורמלי באותה העת אפשר לו תקשורת משוחררת ממחויבויות ארגוניות. כך הצליח שני לגייס תמיכה לחוק בקרב בעלי תפקידים בכירים במגוון משרדים ועמדות פוליטיות.

הובלה באמצעות דוגמה – מאפיין זה היה מובהק פחות בהקשר הנדון, והתבטא באופן שונה אצל יזמי המדיניות השונים. אצל שרשבסקי ופרופ' שני ניתן לראות ביטוי מובהק של הובלה באמצעות דוגמה. ראשית, הקמתן של מסגרות שיקום שלא במסגרת החוק – תחילה במסגרת מחלקת השיקום, ולאחר מכן, בהיקף רחב יותר, במסגרת הפיילוט לחקיקה – קידמה מאוד את תהליך החקיקה, כי הוכיחה שהשיקום אפשרי, שהשפעתו על המתמודדים אפקטיבית ושהוא חסכוני מבחינה כלכלית. ביטוי מובהק ממש של הובלה באמצעות דוגמה היה הקמתו של פרויקט הפיילוט, בהובלת פרופ' שני. שני לא המתין ליישום רעיון המדיניות, אלא פעל לקדמו בהיקף מצומצם, ובכך הוכיח שהוא ישים ותרם תרומה רבת ערך להעברתו כחוק.

עמדתו של ארגון **עוצמה** בנוגע להובלה באמצעות דוגמה הייתה הפוכה. ארגון **עוצמה** הוא ארגון שלא למטרת רווח, העוסק בסנגור ובמדיניות; אין הוא עוסק באספקת שירותים. הן המרואיינים נציגי הארגון והן מרואיינים אחרים ציינו עמדה זו כעמדת כוח. ארגוני משפחות אחרים, שעסקו באספקת שירותים, היו כבולים לאינטרסים הארגוניים שהכתיבו הגורמים הממנים אותם והיותם מספקי שירותים, ולא היו יכולים לנהל כרצונם את המאבק על החוק. ארגון **עוצמה**, לעומתם, יכול היה לפעול באפקטיביות, כשהוא רואה לנגד עיניו בכל עת את טובתם של המתמודדים, משום שלא כבול לאינטרסים כלשהם.

אם כן, כאשר שלושת המאפיינים הראשונים שהציגו מינטרום ונורמן התממשו במלואם אצל שלושת יזמי המדיניות, האחרון שבהם – הובלה באמצעות דוגמה – התממש רק בחלקו. מינטרום ונורמן טוענים ש"כאשר הם מובילים באמצעות דוגמה, [...] סוכני שינוי מעבירים מסר בדבר עומק מחויבותם לתוצאות חברתיות. עשויה להיות לכך השפעה כבדת משקל על אמינותם בעיני אחרים, המאפשרת להתניע שינוי" (Mintrom & Norman, 2009, p. 653; תרגום של המחברים). ניתן לראות בבירור איך ההובלה באמצעות דוגמה אכן העבירה מסר בדבר מחויבותם של יחיאל שרשבסקי ומרדכי שני לשינוי, ואיך דווקא היעדרה הוא זה שהקנה אמינות לעמדתו של ארגון **עוצמה**. משום שלא עסק באספקת שירותים, הכירו השחקנים האחרים בכך שהארגון רואה לנגד עיניו את טובת המתמודדים. דיון בסיבות האפשריות להבדלים בנוגע להשפעת הובלה באמצעות דוגמה חורג ממסגרת מאמר זה, אך נראה שקצה חוט לתשובה ניתן למצוא בעמדה של השחקנים השונים – שחקנים חוץ ממסדיים לעומת שחקנים תוך ממסדיים.

כדי להדגים את האינטראקציה המורכבת בין הנסיבות לבין פעולתם של יזמי המדיניות, כפי שמתארים אותה מינטרום ונורמן, נבקש לבחון את המקרה של עמדת משרד האוצר. בראשית פרק זה ציינו, שמקום נכבד בין הנסיבות שאפשרו את פעולתם של יזמי המדיניות תפסה תמיכת משרד האוצר בפתרונות שיקום. אך כפי שצוין, נבעה תמיכה זו, בחלקה לפחות, מפעולתם של יזמי המדיניות, ובייחוד של יחיאל שרשבסקי ומרדכי שני. שני מאפיינים בפעולתם של היזמים השפיעו על עמדת משרד האוצר במיוחד: היכולת להגדיר את הבעיה במונחים של שיקום, תוך

הדגשה של הפוטנציאל הכלכלי של התערבות בכיוון זה; בניית צוותים, תוך יצירת קשרים תרומיים עם גורמי מפתח במשרד האוצר.

כלומר: האינטראקציה המורכבת בין הנסיבות לבין פעולתם של יזמי מדיניות הובילה לכך ששני יזמי מדיניות זיהו את פוטנציאל התמיכה של משרד האוצר במהלך חקיקתי; פעולתם הפכה את התמיכה הפוטנציאלית לתמיכה בפועל; התמיכה בפועל, בתורה, היא שאפשרה ליזמי המדיניות לפעול כדי לגייס את תמיכתה של שדרת הניהול של משרד הבריאות, שהביאה להעברת החוק.

סיכום

במאמר זה ביקשנו לבחון אילו גורמים השפיעו על עיצובו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה ואת האינטראקציה בין גורמים מבניים וממסדיים לבין פעולתם של יחידים בתחום בריאות הנפש בפרט ובמדיניות חברתית בכלל. הניתוח שהובא לעיל מדגים את מערכת היחסים המורכבת בין קיומן של נסיבות מתאימות לקידום מדיניות לבין פעולתם של יזמי מדיניות. לא תמיד די בתנאים תומכי מדיניות כדי לאפשר את קידומה; נדרשים יזמי מדיניות שיפעלו כדי למצות את הפוטנציאל ולהפוך את המדיניות המוצעת למציאות. בה בעת, אין יזמי מדיניות יכולים להשיג את מטרותיהם בהעדר תנאים סביבתיים מתאימים. הצלחתם נזקקת לתנאים של תמיכה מבנית מספקת באפשרות של שינוי, כדי שיוכלו להוציא שינוי זה לפועל.

כפי שהראינו, התאפשרה חקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בזכות שילוב בין נסיבות מבניות, שיצרו חלון הזדמנויות לשינוי מדיניות ולחקיקת החוק, לבין פעולתם של יזמי מדיניות אפקטיביים, שהצליחו להפוך את ההזדמנות שנוצרה לחקיקה פרוגרסיבית ומתקדמת, שהשפיעה על חייהם של מאות אלפי ישראלים. חקיקה זו לא הייתה מתאפשרת, אילולא נוצרו הנסיבות המתאימות, אך גם לא בהיעדרם של יזמי המדיניות.

מקורות

- אבירם, א' (1988). אל ממסד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארצות הברית. **חברה ורווחה, ח**, 343-321.
- אבירם, א' (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים והיערכות לעתיד. **Medicine פסיכיאטריה, 14**, 23-14.
- אבירם, א' (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל. **ביטחון סוציאלי, 90**, 188-155.
- אבירם א' ואזארי-ויזל, ש' (2015). **הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים**, ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אבירם, א', גיא, ד' וסייקס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995-1997: הזדמנות שהוחמצה. **ביטחון סוציאלי, 71**, 83-53.
- אסיסקוביץ, ש' (2011). **לחיים יש מחיר: הכלכלה הפוליטית של רפורמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל**. ירושלים: מאגנס.
- גיא, ד' (2004). **חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, 1995-1998**. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- דורון, א' (2007). עיצוב מדיניות הרווחה בישראל, 2000-2005. בתוך י' קופ (עורך), **עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 33-58). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- דרור, ח' ומעוז מ' (2011). רפורמה בשיטת הסלמי: תפקיד הפקידות הממשלתית בקביעת מדיניות בריאות הנפש בישראל, 1995-2009. **ביטחון סוציאלי, 87**, 142-105.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, ס"ח 1469.
- חוק ההסדרים במשק המדינה (1996). תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997, ס"ח 1645.
- חוק ההסדרים (2003). חוק יסוד: משק המדינה 2002 (הצעות חוק והסתייגויות שבביצוען כרוכה עלות תקציבית; הוראת שעה), ס"ח 3130.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000. ס"ח 1746.

כהן, נ' (2012). ימי מדיניות ועיצוב מדיניות ציבורית: המקרה של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. **ביטחון סוציאלי**, 89, 5-42.

משרד הבריאות (2008). **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2008**. ירושלים: משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2012). **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2012**. ירושלים: משרד הבריאות.

פוקו, מ' (2009). **תולדות השגעון בעידן התבונה**. ירושלים: כתר.

פלד, י' ושפיר, ג' (2005). **מיהו ישראלי? דינמיקה של אזרחות מורכבת**. תל אביב: הוצאת הספרים של אוניברסיטת תל אביב.

שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל – תהליכים ואתגרים. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 357-390). תל אביב: צ'ריקובר.

שרשבסקי, י' (2015). השיקום הקהילתי בבריאות הנפש בישראל. בתוך מ' חובב, א' דובדבני וק' פלדמן (עורכים), **מהדרה להכלה: החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלות** (עמ' 71-101). ירושלים: כנרת.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.

Appelbaum, P. S. (1994). *Almost a revolution: Mental health law and the limits of change*. New York: Oxford University Press.

Aviram, U. (1990). Care or convenience? On the medical-bureaucratic model of commitment of the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13 (3), 163-177.

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

- Aviram, U. (In press). The reform of rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Lessons from the Israeli experience. *Community Mental Health Journal*. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10597-016-0058-7>
- Bassuk, E. L. & Gerson, S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 238, 46-53.
- Carpenter, J. (2002). Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work. *Health & Social Work*, 27(2), 86-94.
- Cockerham, W. C. (2014). *Sociology of Mental Disorder*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Cohen, N. (2012). Policy entrepreneurs and the design of public policy: conceptual framework and the case of the national health insurance law in Israel. *Journal of Social Research & Policy*, 3, 42.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. London: Sage Publications.
- Grob, G. (1994). *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. New York: The Free Press.
- Isaac, R. J. & Armat, V. C. (1990). *Madness in the streets: How psychiatry and the law abandoned the mentally ill*. New York: Free press.
- Jensen, J. (2010). Diffusing ideas after neoliberalism: The social investment perspective in Europe and Latin America. *Global Social Policy*, 10(1), 59-84.
- Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). Harlow, UK: Pearson.

Knapp, M., McDavid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental health policy and practice across Europe*. Glasgow: McGraw Hill Open University Press.

Mechanic, D., McAlpine, D. D., & Rochefort, D. A. (2014). *Mental health and social policy: Beyond managed care*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Mechanic, D. & Rochefort, D. A. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16, 301-327.

Mintrom, M. & Norman, P. (2009). Policy entrepreneurship and policy change. *Policy Studies Journal*, 37, 649-667.

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113.

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry*. New York: John Wiley & Sons.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Treffert, D. A. (1973). Dying with their rights on. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1041.

Tsebelis, G. (2002). *Veto players: How political institutions work*. Princeton: Princeton University Press.

