

רפורמה בשיטת הסלמי: תפקיד הפקידות הממשלתית בקביעת מדיניות בריאות הנפש בישראל, 1995–2009¹

חגי דרור² ומשה מאור³

מחקר זה בוחן את השפעת סדר מהלכי המדיניות, שקבעה הפקידות הממשלתית, על התפתחות המדיניות בתחום בריאות הנפש בישראל בשנים 1995-2009. המחקר מניח שזמן הוא משתנה מרכזי בהבנת תהליכי מדיניות וכך גם ההקשר המוסדי ששחקני מדיניות פועלים בתוכו. הוא מציג גישה להתפתחותה של מדיניות שבמרכזה תהליך המורכב מסדרת מהלכים ב"שטח". תהליך זה מוביל ליצירת משוב חיובי להחלטות פקידי הציבור, ומתוך כך להשפעה על מתווה החקיקה האפשרי. ניתוח מוסדי-היסטורי המשולב בראיונות עומק עם שחקני המדיניות המרכזיים בתחום בריאות הנפש מצביע על כך שמדיניות בריאות הנפש בתקופה הנדונה התאפיינה בניסיונות של הפקידות הבכירה במשרדי הבריאות והאוצר לקדם מהלכים תומכי רפורמה על ידי שימוש בכלי מדיניות שהיו בשליטתם ולא הצריכו החלטות ממשלה או התערבות פרלמנטרית. כלים אלה כללו מהלכים תקציביים, החלטות רגולטוריות ושליטה במערכי השטח בתחום בריאות הנפש. המהלכים התקציביים הם אלה שיצרו את המשוב החיובי המשמעותי ביותר ואת ה"עובדות בשטח" בתחום המדיניות הנדון. המציאות החדשה שנוצרה חייבה אפוא את החקיקה שנדרשה להשלמת הרפורמה להתבסס עליה. דפוס פעולה זה הביא לכך שלאורך זמן מומשו רבים מידי הרפורמה ללא גיבוי חקיקתי.

- 1 מאמר זה מבוסס על עבודת המוסמך של חגי דרור, שנכתבה בהדרכתו של פרופ' משה מאור. המאמר מייצג את דעותיהם של החוקרים בלבד. אין הוא מייצג את עמדתו של משרד הבריאות או גורם ממשלתי אחר כלשהו באשר לסוגיה הנדונה. הכותבים מבקשים להודות למרואיינים שהקדישו מזמנם היקר לטובת מחקר זה ולהערותיהם של שופטי המאמר.
- 2 האגף לתכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות.
- 3 החוג למדע המדינה, האוניברסיטה העברית, ירושלים.

ביטחון סוציאלי, כסלו תשע"ב, נובמבר 2011, מס' 87 : 105-142

נשלח לפרסום ב-12.8.10, התקבל ב-12.7.11

מבוא

מחקר זה עוסק בתפקידה של הפקידות הממשלתית בעיצוב ויישום רפורמה במדיניות לאורך זמן. מטרתו לבחון את השפעת סדר מהלכי המדיניות, שקבעה הפקידות הממשלתית, על התפתחות המדיניות בתחום בריאות הנפש בישראל בשנים 1995-2009. המחקר מתמקד בתהליך קביעת המדיניות כדי לחלץ מתוכו את כלי המדיניות שבאמצעותם השפיעו פקידים בכירים במשרד הבריאות ובמשרד האוצר על התפתחות המדיניות בהתאם להעדפותיהם. ההתמקדות בסדר מהלכי המדיניות כרוכה במספר הנחות תיאורטיות: (1) פקידי ציבור בכירים יכולים להשפיע על התפתחות מדיניות. (2) המשתנה העִתִי הוא מרכיב מרכזי בהבנת תהליכי מדיניות. (3) ההקשר המוסדי ששקני המדיניות פועלים בתוכו משפיע על סדר מהלכי המדיניות.

ההתמקדות בסדר מהלכי המדיניות מחייבת לאמץ גישה שבמרכזה תהליך מדיניות המורכב מסדרת מהלכים ב"שטח", המובילה ליצירת משוב חיובי להחלטות פקידי הציבור ועקב כך להשפעה על מתווה החקיקה האפשרי. משוב חיובי משמעו שהשלכות החזרה למצב הקודם מייצרות עלות גבוהה, ולכן קשה להן להתממש (Pierson, 2000). עוד מחייבת התמקדות זו אימוץ פרספקטיבה ובריינית (Gerth & Mills, 1946), המפנה את אור הזרקורים לעוצמתם של פקידי הציבור הבכירים (mandarin power) על פני השרים הנבחרים. תקופת הזמן שנבחרה למחקר זה נועדה לאפשר ניתוח של תהליך קביעת המדיניות על ציר הזמן. תחילתה של תקופה זו בכניסתו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המהווה את נקודת ההתייחסות הראשית לכל השינויים שחלו במדיניות הבריאות בישראל מאז.

ממצאי המחקר מצביעים על פקידי הציבור הבכירים במשרדי האוצר והבריאות כעל "המנוע" של הרפורמה בבריאות הנפש, ומראים שפקידים אלה הביאו לידי ביטוי את תפיסת עולמם בדבר מדיניות בריאות הנפש הרצויה. הניתוח מצביע על כך שמדיניות בריאות הנפש בשנים 1995-2009 התאפיינה בניסיונות של פקידים אלה לקדם מהלכים תומכי רפורמה על ידי שימוש בכלי מדיניות שהיו בשליטתם ולא הצריכו החלטות ממשלה. כלים אלה כללו מהלכים תקציביים, החלטות רגולטוריות ושליטה במערכי השטח בתחום בריאות הנפש. המהלכים התקציביים הם אלה שיצרו את המשוב החיובי המשמעותי ביותר ואת העובדות בשטח בתחום המדיניות הנדון. המציאות החדשה שנוצרה חייבה אפוא את החקיקה שנדרשה להשלמת הרפורמה להתבסס עליה. דפוס פעולה זה הביא לכך שלאורך זמן מומשו רבים מיעדי הרפורמה ללא גיבוי חקיקתי.

ממצאים אלה מאתגרים את המודל ההומיאוסטטי של דינמיקת מדיניות, המסביר שינוי מדיניות כפונקציה של אירוע קיצון (שוק) חיצוני. הם מאתגרים גם את מודל ה"תלות

מסלול" (path dependency), המתמקד בצמתים ובמקטעים של מדיניות, אך מדגיש את האקראיות של דינמיקת המדיניות ואת עובדת היות המדיניות בלתי הפיכה. ממצאי המחקר מראים בבירור שפקידי הציבור אמנם יוצרים מצב שבו המדיניות בלתי הפיכה, אבל הם עושים זאת על ידי קידום מהלכים בכיוון הכללי של העדפותיהם. הממצאים במחקר זה מאתגרים גם את מודל ה- process sequencing המתמקד בצמתים/מקטעים של תהליכים התלויים זה בזה מעצם היותם מותנים בנסיבות או בהזדמנויות הנובעות מתוך הסטטוס-קוו של המדיניות או מחוצה לו והיכולות לערערו, ומעצם עובדה שבכל אחד מהם ניתן לחזור למצב הקודם בכל שלב ושלב בתהליך המדיניות (Howlett, 2009). הממצאים מעידים בבירור שלצד ניצול הזדמנויות בידי הפקידות הבכירה, מקודמים תהליכים שאינם מאפשרים להחזיר את המצב בשטח לקדמותו. הממצאים גם מאתגרים את גישת מעגל המדיניות, ולפיה התפתחות המדיניות כוללת סדרת שלבים המובחנים זה מזה (הגדרת בעיה, העלאתה לסדר היום, החלטה, יישום והערכה). ההתמקדות בסדר מהלכי המדיניות מפנה את תשומת הלב למוסדות פורמליים ובלתי פורמליים המהווים כר נרחב להפעלת כלי מדיניות שאינם נובעים ישירות מחקיקה או מהחלטת ממשלה.

למאמר זה חמישה חלקים: סקירת ספרות; המודל התיאורטי; הרקע ההיסטורי-המוסדי של הרפורמה בבריאות הנפש בישראל; הניתוח האמפירי; מסקנות המחקר והשלכותיהן התיאורטיות והאמפיריות.

השפעת הפקידות הממשלתית: סקירת ספרות

קצרה היריעה מכדי לפרט את המחקרים שבהם נבחנת התפתחותה של מדיניות כההליך שלא ניתן לחלקו לשלבים ברורים הנבדלים זה מזה (Cohen, March, & Olsen, 1972; Kingdon, 1995; Nakamura, 1987; Sabatier, 1991; Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, 1999).

קצרה גם היריעה מכדי לפרט את המחקרים המצביעים על חשיבות סדר מהלכי המדיניות ועל טבעם של אירועים קריטיים או על הצטלבותם של אירועים המהווים נקודת פתיחה לתהליך מדיניות, בהסבר תוצאות המדיניות (Abbott, 1990; Mahoney et al., 2008; Pierson, 2000). ואולם התמקדות מחקר זה בפעילותה של הפקידות הבכירה מחייבת בראש ובראשונה סקירת ספרות הסובבת סביב מודלים של שינוי מדיניות ומודלים של השפעת פקידי ציבור בכירים.

נקודת מוצא נוחה לדיון היא הדפוס הא-ליניארי של התפתחות מדיניות הקרוי גם שיווי משקל מקוטע (ראו למשל, True, Jones, & Baumgartner, 2007). לפי דפוס זה מהלכי מדיניות תוספתיים נקטעים בחדות בנקודה מסוימת שבה מתחיל מהלך המוביל לשיווי מהותי של מדיניות, המתקבע כשיווי משקל חדש, שאחריו מגיעים מהלכי מדיניות תוספתיים (ראו למשל Dahl & Lindblom, 1953). העובדה שדפוס זה הוא תיאורי בלבד הפנתה את תשומת הלב המחקרית לפיתוח מודלים של שיווי משקל מקוטע, הכוללים מנגנונים סיבתיים, כגון משובי מדיניות חיוביים או שליליים (Howlett, 2009). המודל הבסיסי ביותר הוא המודל ההומיאוסטטי המבוסס על אנלוגיה של הסדרת טמפרטורת גוף האדם. לפי מודל זה, שינוי מדיניות הוא נגזרת של אירוע קיצון (שוק) חיצוני, וניתן לצפות בו, אם עוצמתו עולה על עוצמת מנגנוני הוויסות/ההסתגלות של יחידת הניתוח הנחקרת (Hitchins, 2008; Howlett, 2009). שני מודלים מורכבים יותר – מודל תלות מסלול ומודל *process sequences* – חולקים ביניהם מספר תכונות משותפות: דינמיקת מדיניות המתאפיינת בשיווי משקל מקוטע; שינוי מדיניות שנוצר בשל לחצים חיצוניים ופנימיים כאחד; קיומו של מרחב פעולה לשחקנים ולמוסדות לשם קידום שינוי מדיניות או הגבלתו (Howlett, 2009). מודל תלות מסלול מתמקד בצמתים ובמקטעים של מדיניות, אך מדגיש את האקראיות של דינמיקת המדיניות ואת עובדת היות המדיניות בלתי הפיכה (ראו Pierson, 2004). לפי מודל זה, שינויי מדיניות קורים בצמתים קריטיים של קבלת החלטות, הנוצרים בעקבות אירועים קריטיים והמביאים לבחירה אקראית במסלול מדיניות כלשהו. מרגע הבחירה, השחקנים הנהנים ממנה פועלים לשמרה ולתחזוקה על ידי הפניית השקעות כספיות וקוגניטיביות היוצרות משוב חיובי ותשואה חיובית עולה, ה"נועלת" את הבחירה באופן שאינו מאפשר חזרה למצב שקדם לה. לעומתו, מודל ה-*process sequencing* מתמקד בצמתים או במקטעים של תהליכים התלויים זה בזה מעצם היותם מותנים בנסיבות או בהזדמנויות הנובעות מתוך הסטטוס-קו של המדיניות או מחוצה לו והיכולות לערערו, ומהאפשרות הקיימת בכל שלב ושלב בתהליך המדיניות לחזור למצב הקודם (Howlett, 2009). במלים אחרות, המודל נעדר מרכיב אקראי בנקודת הפתיחה של תהליך שינוי המדיניות ובכל מהלכי המדיניות שלאחריה. שינויים מהותיים במדיניות, המשקפים שבר חד מהדרך שבה היא עוצבה, נתפסה ויושמה בעבר, נעוצים באותה בעיית מדיניות שהביאה לייזומה. שינוי המדיניות נובע אפוא ממשבר הטבוע (embedded) באופי בעיית המדיניות ולא מצמתים קריטיים אקראיים; השינוי הפיך, והמכניזם של סדר מהלכי המדיניות מבוסס על שילוב של משוב חיובי, המחזק את הבחירה בתוואי המדיניות, ומשוב שלילי, כמו למשל תגובת נגד ציבורית שיכולה לשנות ואף להפוך על פיה את הבחירה בתוואי המדיניות (Howlett, 2009). בשנים האחרונות נסקרו שני המודלים האחרונים בהרחבה במקומות רבים, ולכן אנו מניחים שהקורא מכיר את הספרות המחקרית העוסקת בהם.

המחקר שנעשה עד כה בנושא השפעתם של פקידי ציבור על התפתחות המדיניות הוא מגוון ביותר מבחינת הגישות התיאורטיות שהוא נשען עליהן. הוא נע מהתפיסה הווריינית הקלאסית בדבר עוצמתו של פקיד הציבור במדינת הביורוקרטיה המודרנית (Gerth & Mills, 1946) ועד תפיסות נורמטיביות (Wilson, 1887), ובהן כאלה המבוססות על גישת בחירה חברתית ומדגישות את האינטרס של פקידי הציבור בקידום אישי ואת האינטרס של סוכנויות ביורוקרטיות בהגדלת תקציב והשפעה של הסוכנות על גישת מנהל-סוכן (Huber & Shipan, 2002; Krause & Meier, 2003; Moe, 2006), וכאלה המבוססות על גישת הרשתות, שמניחה ביזור עוצמה וריבוי שחקני מדיניות ומדגישה את חשיבות הטקטיקה של שחקנים ואת יחסי החליפין הנרקמים ביניהם כגורמים משפיעים בקביעת המדיניות (Rhodes, 1981; Smith, 1999). ההצדקה לרוב גישות אלה היא שפקידי ציבור מקדישים את כל זמנם לפעילות בתחום המדיניות, יש להם קביעות, ניסיון, יכולת, שאיפות אישיות ומקצועיות, הם מכירים את הניואנסים בתחום המדיניות ואת ה"טריקים" של מקצועם (כן אדוני השר), והמונופול שלהם על מתן עצה לשר הוא מלא או חלקי.

אי יכולתה של גישת הרשתות להסביר שינוי מדיניות (Rhodes, 2006; Richardson, 2000) מקהה את הרלוונטיות שלה למחקר זה, שמטרתו לעסוק דווקא באי-יציבותה ובאי-המשכיותה של מדיניות. גם הגישות התיאורטיות שאומצו עד כה בניסיון לעמוד על השפעת הפקידות הממשלתית על התפתחות המדיניות אינן חפות מבעיות. גישות אלה התייחסו למוטיבציה ולתפקיד של פקידי הציבור מפרספקטיבה של בעיית השליטה של הדרג הפוליטי (כלומר שרי ממשלה) על הביורוקרטיה. באמצעות "צילום מצב" של בעיות השליטה של הדרג הפוליטי עסקו גישות אלה בפתולוגיות ביורוקרטיות, כגון אי היענות של פקידי ציבור לדרג זה. זאת ועוד, העיסוק בקשר בין פקידי הציבור לבין הדרג הפוליטי התמקד בניתוח תוכנן של החלטות מדיניות, תוך התעלמות ממאפיינים תהליכיים ומוסדיים בעלי השפעה פוטנציאלית על התפתחות המדיניות, ובעקיפין גם על תוצאותיה (Page 2003, 2006a, 2006b, 2006c).

בשנים האחרונות המחקר נוטה לאמץ דווקא נקודת מבט שונה על פעילות פקידי הציבור – כזו ההופכת את פירמידת ההשפעה המסורתית ומתמקדת בעוצמתו של הסוכן אל מול המנהל (Carpenter, 2001; Moe, 2006). קרפנטר, לדוגמה, מבסס את השפעתם של פקידי הציבור על הדרג הפוליטי דרך יכולתם לצבור מוניטין ארגוני ולנצל על מנת לכפות את סדר עדיפויותיהם על הדרג הפוליטי. תהליך זה של יצירת אוטונומיה ביורוקרטית נעשה על ידי יצירת מוניטין ייחודי ובניית רשתות מגוונות של קשרים עם קבוצות אינטרס ותקשורת שתומכות בפעילות הסוכנות הממשלתית ובתוכניות המדיניות שלה (Carpenter, 2001, 2010). אוטונומיה ביורוקרטית מאפשרת לסוכנות הממשלתית

להוציא לפועל תוכניות מדיניות עוד בטרם עיגונן של אלה בחקיקה או לגרום לעיגונן בחקיקה אף שמיקומן בסדר העדיפויות של נבחרי הציבור נמוך בהשוואה לחלופות אחרות. לטענתו של קרפנטר, ככל שהבירוקרטיה אוטונומית יותר ובעלת רשת קשרים מגוונת ורחבה יותר, כך גובר הסיכוי שהדרג הפוליטי יאמץ את המדיניות המועדפת עליה. מאור (Maor, 2007) אף טוען שאוטונומיה בירוקרטית מתאפשרת, גם כאשר עצמאותה של הסוכנות הבירוקרטית נפגעת בידי הדרג הפוליטי. הסיבה לכך היא שאוטונומיה בירוקרטית יכולה לנבוע מהמוניטין של הבירוקרטיה בתחום פעולתה – מומחיות, יעילות, אפקטיביות, נייטרליות וכדומה – ולא דווקא מהסדרים מוסדיים רשמיים. לכן סוכנויות בירוקרטיות נוטות לפעול נמרצות כדי לשמר את בסיס המוניטין שאותו הן תופסות כרלוונטי ביותר לפעילותן. הן עושות זאת, בין היתר, באמצעות טיפוח מצוינות מדעית (Maor, 2007), ניסיון להרחיב את תחולת סמכותן הרגולטורית, כשיש איום על המוניטין שלהן (Maor, 2010), יידוע מינימלי של הציבור בדבר שגיאות שעשתה הסוכנות הבירוקרטית (Maor, 2011), קיצור זמני החלטות אכיפה, כשיש איום על המוניטין שלהן (Maor & Sulitzeanu-Kenan, forthcoming), ונקיטת אסטרטגיה תקשורתית של אי-תגובה ("שתיקה אסטרטגית") בתחומים שבהם לסוכנות מוניטין רב ואסטרטגיית תגובה בתחומים שאינם נופלים בקטגוריה זו (Maor & Gilad, 2011).

לממד הזמן תפקיד חשוב בהבנת התהליך שבו הסוכנות הבירוקרטית צוברת מוניטין ייחודי ומפתחת כלי מדיניות המאפשרים לה לתת ביטוי לעליונותה המקצועית והאחרת בטרטוריה נתונה. פירסון טוען, שמכיוון שתהליכים חברתיים הם ממושכים ומורכבים, על החוקרים במדעי החברה לאמץ פרספקטיבת זמן רחבה, להימנע מהסקת מסקנות על סמך "צילום" המציאות ברגע נתון ולקחת בחשבון משתני זמן של תהליכים היסטוריים, כגון משוב חיובי ותלות מסלול (Pierson, 2000, 2004). סבטייר וג'נקינס-סמית' טוענים, שהבנת הדינמיקה של שינוי מדיניות מחייבת אותנו לחקור טווחי זמן של עשר שנים לפחות (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, 1999). גם פוליט (Pollitt, 2008) רואה צורך לקחת בחשבון את ממד הזמן בניתוח תהליכי מדיניות בשל משקלם הרב של אירועי עבר והשפעתם על מדיניות בהווה ובעתיד. פוליט אף מציע לאמץ נקודת מבט שלוקחת בחשבון תופעות הקשורות בממד הזמן כחלופה לגישת מעגל המדיניות, וזאת כדי לא להחמיץ את חשיבות מועד ההתרחשויות עצמו כמשתנה מסביר של המדיניות. זוהי גישה הדומה לגישתו של פירסון שטוען שבשל התמשכותם של תהליכים חברתיים לא רק מה שמתרחש חשוב, אלא גם מתי הוא מתרחש (Pierson, 2000, 2004). פירסון הראה כיצד חקיקה או תוכניות מדיניות, שהוחלט עליהן בנקודת זמן נתונה, מגדירות את האפשרויות הזמינות והניתנות למימוש בהמשך. בכך הוא הבהיר שיש חשיבות לתזמונם (timing) של אירועים מסוימים על פני ההיסטוריה ולסדר האירועים (sequence) בכל אירוע. גישה דומה לגישתו של פירסון אימצו בין היתר גם טוואהי (Tuohy, 1999)

והאקר (Hacker, 2004) שחקרו את תהליכי קביעת מדיניות הבריאות בקנדה ובארצות הברית.

בשנים האחרונות גברה אפוא בקרב מדעני החברה ההכרה בבעייתיות הנובעת מהתמקדות בתוכנן של החלטות מדיניות במנותק מההקשר של תהליך קביעת המדיניות. אף שפירסון טוען, שבמקום שבו שחקנים מסוימים בוחרים מראש את סדר האירועים, הגורם המסביר את המדיניות הוא המבנה המוסדי ולא מאפייני ממד הזמן (Pierson, 2004, p. 62), אין בטענה זו כדי להעיד שאין השחקנים "בוחרים" מהלכים בהתאם ל"השלכות הטמפורליות" שלהם. במלים אחרות, העדפותיהם של השחקנים בנוגע למצב העולם הרצוי עשויות להוביל להעדפות בנוגע לסדר האירועים הרצוי, דווקא משום חשיבותו של סדר האירועים בקביעת מצב העולם העתידי. במקרה כזה סדר האירועים המיושם הוא פרי השילוב בין המבנה המוסדי לבין שני סוגי ההעדפות של השחקנים – העדפות בנוגע למצב עולם רצוי והעדפות בנוגע לסדר אירועים. כאמור, למרות ריבוי הגישות באשר לתפקידם של פקידים בכירים בתהליך המדיניות, אף לא אחת מתייחסת לאפשרות שהפקידות הממשלתית עשויה להשפיע לא רק על תוכן המדיניות, אלא גם על תזמון מהלכיה. הספרות הקיימת איננה נותנת מענה לבעיה זו ואיננה מציגה מודל שיסביר באיזו מידה ובאיזה אופן תופעה זו רווחת ועד כמה היא משמעותית.

גם הספרות הנוגעת לרפורמה בבריאות הנפש בישראל לא חקרה את ממד התהליך של קביעת המדיניות (אבירם, 2007; אבירם ודהאן, 2007; אבירם ועמיתים, 2006; גיא, 2004; סייקס, 2006; Aviram, Guy, & Sykes, 2007). מחקרים אלה מתמקדים בעיקר בתוכן המדיניות ובקבוצות העניין השונות בשדה המדיניות של בריאות הנפש ואינם מתייחסים להשפעת הפקידות על תהליך המדיניות ודרכו על תוצאות מהלכי הרפורמה. לפי ספרות זו, דפוס המדיניות בתחום בריאות הנפש בישראל מייצג "כשל מתמשך" להוציא לפועל את הרפורמה וזאת בשל פערי אינטרסים בין השחקנים השונים, כשלים בתהליכי המשא ומתן ובחלופות המדיניות שעמדו על הפרק ונסיבות היסטוריות וחברתיות שמאפיינות את תחום בריאות הנפש ואת החברה הישראלית. גישה זו עומדת לביקורת במחקר המובא כאן.

מסגרת תיאורטית

נקודת המוצא למסגרת התיאורטית היא הגדרת המדיניות כרצף של החלטות ושינויים בשטח המתרחשים על פני זמן. לפי גישה זו, תזמון מהלכי המדיניות וסדר הופעתם אינו ידוע מראש. תהליך המדיניות יכול לכלול גם רצפים ללא החלטות ורצפים ללא כל שינוי

בשטח. תפיסה זו מאפשרת להבין שינויי מדיניות שהתחוללו ללא החלטת ממשלה וללא חקיקה או תוכניות מדיניות שלא הובילו כלל לשינוי. מודל זה מניח ששחקני מדיניות המעוניינים במימוש תפיסת עולם מסוימת מניעים את ההחלטות והשינויים האלה. מודל זה מניח גם, שהמבנה המוסדי, כלומר חוקי המשחק הפורמליים והבלתי פורמליים, הוא שקובע את מרחב הפעולה של השחקנים, את דרכי השפעתם ואת מועדיה. המדיניות היא תהליך ממושך, אשר השילוב המתקיים במסגרתו בין תוכן לבין תזמון מהלכי מדיניות מכתוב את האפשרויות הזמינות "במורד ההיסטוריה". מכיוון שסדר האירועים עשוי להשפיע על המדיניות שתינקט לא פחות מאשר תוכן החלטות המדיניות, שחקנים יהיו מעוניינים לתזמן מהלכים באופן שיקדם את תפיסת עולמם באשר למצב הרצוי בתחום המדיניות הנדון.

שחקני מדיניות פועלים, בין היתר, לאור ההשלכות הצפויות של סדר האירועים על המצב הרצוי בתחום המדיניות הרלוונטי. העדפותיהם של השחקנים בנוגע למצב הרצוי ואילוצים מוסדיים בתחום המדיניות הנתון מובילים אותם לפתח העדפות בנוגע לסדר האירועים הרצוי. סדר האירועים המיושם הוא פרי השילוב בין המבנה המוסדי המגדיר את חוקי המשחק ואת עוצמות השחקנים לבין שני סוגי ההעדפות של שחקני המדיניות – ההעדפות בנוגע למצב הרצוי בתחום המדיניות והעדפות בנוגע לסדר האירועים הנגזר ממנו. סדר האירועים איננו "תוצר לוואי" או ביטוי חיצוני של ניסיונות השחקנים להשיג את מטרותיהם, אלא כלי להשגת אותן מטרות. תפלול של סדר האירועים – לדוגמה, אי המתנה עד לחקיקת חוקי רפורמה, אלא שימוש בכלי מדיניות לקידום מהלכים שיגבילו את הרשות המחוקקת בבואה לחוקק חוקי רפורמה בתחום מדיניות נתון – יכול לסייע במימוש מטרותיו של שחקן מדיניות.

העיקרון העולה מתפיסה זו של תהליך המדיניות הוא ששחקני מדיניות המעוניינים במימוש תפיסת עולם מסוימת בתחום מדיניות כלשהו ישאפו לייצר סדר מהלכים שיסייע להוצאתה לפועל של תפיסה זו. שחקנים אלה ישאפו בראש ובראשונה להשתמש בכלי המדיניות המצויים בשליטתם כדי לקדם מהלכים היכולים לסייע במימוש מטרותיהם. מדובר בעיקר בשימוש בכלי מדיניות ובמהלכים המייצרים משוב חיובי ועל ידי כך מחוללים שינויים בשטח, המסייעים להתבססות תפיסת השחקנים באשר למצב הרצוי בתחום המדיניות, אך גם עשויים להגביל שחקנים אחרים בכואם לעצב חוקים ורפורמות. במקרה של פקידות ממשלתית, אף שאילוצים מבניים יחייבו את הפקידות לפנות לערוצים הפורמליים (החלטות ממשלה וחקיקת חוקי רפורמה), היא תעדיף להמשיך בשימוש בכלי מדיניות המצויים בשליטתה כדי לקדם מהלכים היכולים לסייע במימוש מטרותיה, כל עוד לא נחקקו חוקי הרפורמה.

חמישה כלי מדיניות יכולים להיות נתונים, במידה זו או אחרת, להשפעתם של פקידי ציבור בכירים: שליטה על מערך שטח, נהלים בירוקרטיים, תקציב, החלטות ממשלה

וחקיקה. שליטה על מערך שטח מאפשרת ליזום מדיניות "מלמטה" ולייצר עובדות בשטח שיכתיבו שינוי בכיוון מסוים (Page, 2006a), בין היתר בשל כוחם של דרגי שטח ועובדי הקו הראשון, כלומר פקידי הציבור הבאים במגע ישיר עם הציבור במסגרת מילוי תפקידם (Street-Level Bureaucracy) (Lipsky, 1980). נהלים בירוקרטיים, בעיקר כשהם נקבעים בידי פקידים בעלי סמכות רגולטורית בתחום מסוים, יכולים להשפיע, הן על מבנה המערכת הנמצאת תחת פיקוח ממשלתי והן על התנהגות השחקנים בה ועל תפיסותיהם. נהלים, מעצם טבעם, נתונים בדרך כלל לשליטה בלבדית של הפקידות, ויש חסמים מעטים מצד שחקנים אחרים על שימוש בהם. התקציב מהווה כלי בסיסי לשינוי מדיניות, והוא עשוי לייצר משוב חיובי באופן דרמטי. הסתת תקציבים יכולה לגרום ל"יבוש" תקציבי של פתרונות וגופים מסוימים ולהתפתחותם של אחרים, ולפיכך לייצר עלות גבוהה מאוד לחזרה למצב הקודם. לפקידי משרד האוצר ולזרועותיהם במשרדי הממשלה השונים עוצמה בלתי מבוטלת בתחום זה. החלטות ממשלה הן כלי משמעותי להשפעה על המדיניות, בעיקר כאשר מבנה המשטר מתאפיין בדומיננטיות של הרשות המבצעת. חקיקה גם היא כלי משמעותי להשפעה על מדיניות, משום שהיא מגבילה את האפשרויות העתידיות לפתח מדיניות בכיוון המנוגד לרוח החוק. חקיקה עשויה לחייב שינוי מדיניות או להגדיר "קנסות" משמעותיים על חריגה מהחוק, ובכך להגדיל את עלות החזרה למצב הקודם. חקיקה, מעצם טבעה, מצויה בדרך כלל בשליטת השחקנים הפוליטיים, ולכן הכללתה ככלי של הפקידות עלולה לערפל את המסר המרכזי של העבודה. אולם היא נכללת בכלי המדיניות של הפקידים, כיוון שפוטנציאל ההשפעה שלהם על החקיקה הוא גבוה.

לכל אחד מכלים אלה מאפיינים המשתנים בהתאם למבנה המוסדי; למשל: יכולתה של הפקידות להפעיל את כלי המדיניות; יכולתם של שחקנים אחרים למנוע מהפקידות את השימוש בו; יכולתו של כלי המדיניות לייצר משוב חיובי. ההנחה היא שככל שכלי מדיניות רבים יותר נתונים לשימוש הפקידות וככל שמעטות המגבלות על השימוש בכלי מדיניות אלה, כך תוכל הפקידות להוציא לפועל את המהלכים המועדפים עליה במועד הנוח לה, ולכן תהיה לה השפעה רבה יותר על סדר המהלכים ועל תוצאות המדיניות. מכאן ניתן לנסח את ההשערה הזו:

ככל שיש בידי הפקידות הציבורית כלי מדיניות מייצרי משוב חיובי ויכולת לעשות בהם שימוש במועד המתאים לה, כך המדיניות צפויה לשקף את עמדת הפקידים.

אם מודל זה תקף, אזי בעת ניתוח מדיניות על פני זמן אנו צפויים לראות, שהמדיניות בפועל עולה בקנה אחד עם עמדותיהם של אותם שחקנים שלהם השפעה על סדר המהלכים, וכן שכאשר הפקידות הציבורית דומיננטית, המדיניות נושאת אופי של סדרת

מהלכים שאותם יזמה הפקידות ככוונה להוציא לפועל את תפיסת העולם המועדפת עליה באמצעות שימוש בכלי מדיניות המייצרים משוב חיובי.

מתודולוגיה

מחקר זה מתבסס על ניתוח מוסדי-היסטורי של הרפורמה בבריאות הנפש בשנים 1995-2009, בשילוב עם 12 ראיונות עומק עם שחקני המדיניות המרכזיים בתחום מדיניות זה – דרגי מנכ"ל, סמנכ"ל, רכזי תחום, ראש מנהלת רפורמה וכדומה. מטרת הראיונות היתה לנסות ולהבין את תפיסותיו של שחקן המדיניות באשר למצב הרצוי בתחום בריאות הנפש בישראל, באשר ליכולתו המעשית להפעיל כלי מדיניות עוד לפני חקיקת חוקי רפורמה ובמהלכה ובאשר לחשיבות סדר המהלכים ותזמונם בתחום המדיניות הנדון, וכן את תפיסותיו בדבר מהלכים של שחקני מדיניות אחרים. לשם כך נערכו ראיונות פתוחים שארכו כשעה והוקלטו בשלמותם. במהלך הראיון נעשה ניסיון לעמת את המרואייין עם תפיסותיהם של שחקני המדיניות האחרים את המציאות בתחום המדיניות הנדון לאורך התקופה הנבחנת, ובעיקר בכל הנוגע לתזמונם של מהלכי מדיניות ותפלול סדר האירועים.

הרפורמה בבריאות הנפש מייצגת ניסיון שהחל לפני כ-15 שנים, לחולל שינוי מדיניות רחב היקף לאורך זמן. העובדה שהרפורמה עוגנה בהחלטות ממשלה, עלתה לסדר היום של הכנסת כהצעת חוק ממשלתית ונידונה בכנסת מספר פעמים, יצרה מקרה חקר קלאסי המאפשר לנתח את אלה: (א) את ניסיונותיהם של פקידי הציבור להפעיל שורה של כלי מדיניות לצורך השפעה על התפתחות המדיניות; (ב) את האפקטיביות של כלים אלה, כלומר את יכולתם לייצר משוב חיובי לשינויים בשטח; (ג) את המידה שבה כלי המדיניות שיושמו היו אלה הנתונים במידה הרבה ביותר להשפעתם של פקידי הציבור.

לצורך זיהוי מהלכים מייצרי משוב חיובי ייבחנו "עלויות" בארבעת המישורים שמציג פוליט (Pollitt, 2008, p. 146) – כלכלי, קוגניטיבי, תרבותי ומוסדי. לפי גישה זו, מסלול מדיניות (policy path) יכול להשתרש ולייצר משוב חיובי, משום שאי אפשר לחזור לאחור קוגניטיבית (השתכנענו בעמדה מסוימת), מוסדית (יש צורך, למשל, לערוך בחירות חדשות), תרבותית (הנורמות השתרשו בחברה) או כלכלית (העלויות הכספיות גבוהות מדי).

מכיוון שמדובר בתהליך שנמצא בעיצומו קשה אמנם להסיק מסקנות, אבל דווקא התמשכותו של התהליך יכולה לפרוס לפני החוקר את מגוון המהלכים שנקטו פקידי ציבור בכירים, כדי לחולל שינויים בשטח בהתאם להעדפותיהם. לאחר הצגת

ההתפתחויות ההיסטוריות, יוצג ניתוח אמפירי שיבחן את מידת ההשפעה של סדר המהלכים על התפתחות המדיניות וכן יבדוק אם הכלים והמהלכים שנקטו הפיקו משוב חיובי שסייע בהתבססות תפיסת עולמם של פקידי הציבור באשר למצב הרצוי בתחום המדיניות הנדון.

רקע היסטורי-מוסדי

הרפורמה בבריאות הנפש סובבת סביב העברת מרכז הכובד של הטיפול בחולי הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים אל הקהילה, תוך שילוב בין רפואת הנפש לרפואת הגוף. העקרונות שבבסיס הרפורמה נועדו לאפשר את שילובם של החולים בחיי הקהילה, תוך שיפור איכות חייהם ושיפור התוצאות הקליניות (אליצור ועמיתים, 2004). עקרונות אלה הם חלק ממגמה כלל עולמית המכונה אל-מיסוד (Deinstitutionalization) ונתמכת בידי ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2001). מגמה זו החלה בשנות ה-60 וה-70 של המאה ה-20 כתגובת נגד לגישה שנהגה ברוב מדינות המערב עד אז, ולפיה הטיפול המקובל בחולי הנפש היה הרחקתם מהחברה למוסדות פסיכיאטריים (אבירם וגינת, 2006; חבר ועמיתים, 2005). גם בישראל נעשו ניסיונות להקים מערכי בריאות נפש קהילתיים כבר לפני כ-40 שנים. בשנת 1972, לדוגמה, נעשה ניסיון לחלק את הארץ לאזורים ולהקים מערך של מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש על בסיס אזורי (תוכנית טרמר). בשנת 1978 נחתם הסכם בין קופת החולים הכללית לבין משרד הבריאות בנוגע לחלוקת האחריות על מימון ואספקה של שירותי בריאות הנפש, על בסיס אזורי (הסכם מנצ'ל-דורון). אולם ניסיונות אלה להקים מסגרות קהילתיות חלופיות לאשפוז הפסיכיאטרי לא צלחו (אבירם, 2007; אבירם ודהאן, 2007; חבר ועמיתים, 2005).

ועדת נתניהו, שמונתה בשנת 1988 לצורך בחינת שירותי הבריאות בישראל, המליצה לכלול את שירותי בריאות הנפש בשירותי הבריאות הציבוריים, שהחובה לספקם חלה על קופות החולים, ולשלב את שירותי בריאות הנפש, האשפוזיים והקהילתיים כאחד, בשירותי הרפואה הכללית (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990). למרות זאת הותיר חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 את האחריות לשירותי בריאות הנפש מחוץ לסל שמספקות קופות החולים. החוק קבע שעד להעברת השירותים הללו לאחריות קופות החולים ימשיך משרד הבריאות לספקם (מדינת ישראל, 1994). מנכ"ל משרד הבריאות בעת חקיקת החוק, מרדכי שני, וראש שירותי בריאות הנפש במשרד, מוטי מרק, וצוותו המקצועי ראו בחוק הזדמנות לשינוי מערכתי בתחום בריאות הנפש. הם סברו שהכללת שירותי בריאות הנפש

בשירותים שתחת אחריות קופות החולים היא האמצעי המתאים ביותר להשגת המטרה של פיתוח מערכת שירותי בריאות נפש קהילתית, באופן שעולה בקנה אחד עם התפיסות הרפואיות המקובלות בתחום (Mark et al., 1996 ; Mark & Shani, 1995), ולכן יזמו מהלך להכללת שירותי בריאות הנפש בסל השירותים שיספקו קופות החולים. ביולי 1995 כתב מרק לבכירי הפסיכיאטרים בארץ ש"החלת החוק מהווה צעד ראשון והכרחי ביצירת רפורמה" (גיא, 2004, עמ' 90).

מובילי הרפורמה תכננו ליישם את המהלך ב-1 ביוני 1995, חצי שנה לאחר כניסתו של החוק לתוקף. לשם כך חתם שר הבריאות אז, אפרים סנה, על צו להעברת שירותי בריאות הנפש מהתוספת השלישית לחוק (שירותים שבאחריות המדינה) לתוספת השנייה (שירותים שבאחריות קופות החולים), וכן פורסמו תקנות וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות בהתאם (גיא, 2004). ב-31 במאי 1995 התכנסה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לדיון בתוכנית. הוועדה קראה לשר הבריאות לעכב את הפעלת התוכנית והודיעה שהיא סבורה שקופות החולים והמערכת הקהילתית אינן ערוכות לה. לאחר הדיון פנה יו"ר הוועדה ליועץ המשפטי לממשלה בבקשה שיורה לשר הבריאות להימנע מביצוע המהלך (גיא, 2004, עמ' 106-112). בעקבות זאת הושעה הצו של השר סנה. המהלך היחיד מתוך הרפורמה המתוכננת שיצא לפועל בראשית יוני 1995 היה מינוי פסיכיאטרים מחוזיים, שלא הצריך אלא שינוי ארגוני פנים-משרדי, שהיה מצוי בשליטה מלאה של משרד הבריאות.

לאחר כישלון הניסיון להעביר את האחריות הביטוחית ביוני 1995, נקבע ה-1 בינואר 1996 כתאריך היעד הבא לביצוע המהלך. בהמשך החליטה הנהלת משרד הבריאות לדחות את המהלך עוד בשלושה חודשים, ל-1 באפריל 1996. לקראת אפריל ערכה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות עוד דיון בנושא, ובו הוחלט לדחות שוב בחודש את יישום המהלך. בהמשך אותו חודש נערך בוועדה עוד דיון, שבו אושר המהלך, אך בכפוף למספר תנאים ובכללם אישור היועץ המשפטי לממשלה. בישיבה שנערכה בסוף מארס 1996 אצל היועץ המשפטי לממשלה אישר היועץ את העברת האחריות הביטוחית, בתנאי שתושג הסכמת משרד האוצר לכך. אבל מכיוון שמשרד האוצר לא נתן את הסכמתו עד למועד ההעברה המתוכנן במאי 1996, נדחה המהלך שוב, הפעם ל-1 בינואר 1997. לבסוף, כאשר ועדת העבודה, הרווחה והבריאות נדרשה לנושא לקראת ינואר 1997, הוחלט שלא לערוך הצבעה, וכך נדחתה הרפורמה, הפעם בלי שנקבע תאריך יעד חדש לביצועה.

באוגוסט 1996, במקביל לדיונים בכנסת, החליט ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, זאב קפלן, לנסות להשיג את מטרות הרפורמה בדרך אחרת, והורה להכפיף את המרפאות הקהילתיות של משרד הבריאות לבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. על ידי כך הוא קיווה להמריץ את בתי החולים לנייד משאבים מהאשפוז לקהילה (גיא, 2004, עמ' 159). לקראת סוף שנות ה-90 נראה היה שמערכת בריאות הנפש בישראל עומדת לפני

משבר. מספר חולי הנפש עלה בהתמדה, מערך האשפוז הצטמצם, חסרו אמות מידה קליניות להגדרת הצורך באשפוז, ומספר האשפוזים שלא לצורך הלך והתרבה. כל זאת כאשר השירותים הקהילתיים נותרו בלתי מפותחים (חבר ועמיתים, 2005, עמ' 329). לאור זאת החליטה המועצה הלאומית לבריאות הנפש, למנות באוגוסט 1999 ועדה שתפקידה לבחון בשנית את המלצות ועדת נתניהו ואת הצורך ברפורמה במערכת בריאות הנפש בישראל. בראש הוועדה עמד משה קוטלר. דו"ח ועדת קוטלר הוגש למנכ"ל משרד הבריאות, בעז לב, באוקטובר 2000. הדו"ח נשאר נאמן לעקרונות התפיסה הרפואית של בריאות נפש קהילתית ושילוב רפואת הנפש ברפואה הכללית ברוח מסקנות ועדת נתניהו ועקרונות הרפורמה שהציע משרד הבריאות בתקופת כהונתו של מוטי מרק כראש שירותי בריאות הנפש (חבר ועמיתים, 2005, עמ' 329).

בנובמבר 2000 מינה מנכ"ל משרד הבריאות, בעז לב, ועדה "לתכנון פריסת שירותי אשפוז ושירותים אמבולטוריים בבריאות הנפש", בראשות מרדכי שני. תפקידי ועדה זו היו להעריך ולבחון את היעדים המקצועיים לרפורמה בבריאות הנפש. בכתב המינוי של הוועדה כתב המנכ"ל כי "שירותי בריאות הנפש נמצאים במהלכה של רפורמה מתמשכת שתכליתה אופטימיזציה של הטיפול בחולה הנפש", וביקש מחבריה להמליץ על ההכנות הנדרשות ליישום המלצות המדיניות וכן על לוח זמנים ליישומן (משרד הבריאות – המנהל הכללי, 21.11.2000). במאוס 2001 הוגשו מסקנות ועדת שני למנכ"ל משרד הבריאות. הוועדה המליצה להרחיב את השירותים בקהילה ולצמצם את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי, כאשר במיטות שיוותרו יאושפזו אך ורק חולים "פעילים" (אליצור ועמיתים, 2004; המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא, 3.4.2001). עקרונות אלה היו המשך ישיר לתפיסת העולם של פקידי משרד הבריאות מראשית שנות ה-90, ועלו בקנה אחד עם ההצעות הקודמות לרפורמה שהציגו מרדכי שני ומוטי מרק וועדת קוטלר.

התפיסה בדבר העברת מוקד הטיפול לקהילה והתמקדות בתי החולים הפסיכיאטריים בחולים פעילים חייבה מתן מענה שיקומי בקהילה לחולים הלא-פעילים שישוחררו מבתי החולים. לפיכך החליט משרד הבריאות, כבר באמצע שנות ה-90, לצאת בפרויקט ניסיוני שבו הוגדר סל שירותי שיקום בקהילה שיהיו זכאים לו נכי נפש בעלי דרגת נכות של 40% ויותר, אשר נכותם הוכרה לאחר 1 בינואר 1997. באותה תקופה החלה ח"כ תמר גוז'נסקי לגבש הצעת חוק לשיקום נכי נפש בקהילה. אנשי משרד הבריאות חברו לח"כ גוז'נסקי וסייעו לה בבניית החוק על פי עקרונות הניסוי שערכו. בשנת 2001 נכנס לתוקפו חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תוך התנגדות משרד האוצר וללא תקציב ייעודי למימושו, פרט לתקציבים שכבר שימשו לצורך זה, טרם החקיקה.

בראשית 2001, תוך כדי עבודת ועדת שני ובמקביל להליכי חקיקת חוק השיקום, החל משרד הבריאות להתדיין עם נציגי האוצר בניסיון להבטיח גיבוי תקציבי לחוק השיקום ולשינוי המוצע בפריסת שירותי בריאות הנפש. תוצאות ההתדיינות היו חתימת הסכם בין

משרדי שבמסגרתו התחייב משרד הבריאות להפחית את מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי בישראל ולהעביר 120 מיליון ש"ח, הכסף שהתפנה, למערך השיקום. האוצר, מצדו, התחייב להוסיף למערך השיקום עוד 180 מיליון ש"ח על פני חמש שנים (משרד האוצר, אגף התקציבים, 2001). עקרונות ההסכם בין המשרדים זכו לכינוי "הרפורמה המבנית", בשל השינוי המבני במערך בריאות הנפש שנגזר מהם. לאחר שנחתם ההסכם, הקים מנכ"ל משרד הבריאות, בעז לב, עוד ועדה בראשות מרדכי שני. בכתב המינוי כתב המנכ"ל שתפקיד הוועדה "הוא גם להציע כיצד יועבר נושא בריאות הנפש (למעט נושא ההתמכרויות) לאחריות קופות החולים" (משרד הבריאות, המנהל הכללי, 19.8.2001). על בסיס עבודתן של הוועדות בראשות פרופ' שני החלו, בשלהי שנת 2001, דיונים בין נציגי משרד הבריאות לנציגי קופות החולים על הסכם בנוגע לעקרונות העברת האחריות הביטוחית על בריאות הנפש לקופות החולים.

ב-26 בינואר 2003 החליטה הממשלה על העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים בתוך שישה חודשים (ממשלת ישראל, 26.1.2003), אבל רק בשלהי 2003 החלו דיונים בין משרד הבריאות לבין נציגי האוצר בנוגע ליישום ההחלטה ולתקצובה. ההחלטה לצמצם את מספר מיטות האשפוז העלתה את האפשרות שלא יהיה צורך בכל בתי החולים הפסיכיאטריים הקיימים. בעקבות זאת, ב-15 בספטמבר 2003, התקבלה החלטת ממשלה לסגור את בית החולים הממשלתי אברבנאל בבת ים (ממשלת ישראל, 15.9.2003). ההחלטה גררה התנגדויות של הנהלת בית החולים ועובדיו ושל נציגי משפחות חולי הנפש (אליצור ועמיתים, 2004), ובסופו של דבר לא יצאה לפועל בשל התנגדות שר הבריאות אז, ח"כ דני נוה.

במקביל לדיונים על העברת האחריות הביטוחית, המשיך משרד הבריאות לבצע את הרפורמה המבנית בהתאם למתווה שנקבע בהסכם עם האוצר ב-2001. בשנים 2001-2005 עברו אלפי חולים כרוניים ששהו בבתי החולים הפסיכיאטריים להתגורר בקהילה. במהלך שנים אלה נסגרו כ-2,300 מיטות אשפוז, מהן כ-30% ממיטות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, וקוצצו כ-320 תקני כוח אדם. עודף התקציב בעקבות הקיצוץ בבתי החולים הממשלתיים נשאר כולו במערכת האשפוז הממשלתית. תקציב השיקום גדל באותה תקופה ב-120 מיליון ש"ח בקירוב (משרד הבריאות, המחלקה למידע והערכה, 2006). ב-12 בפברואר 2006 החליטה הממשלה (ממשלת ישראל, 12.2.2006) לתקן את ההחלטה שנתקבלה בשנת 2003 ולדחות את תאריך יישומה של העברת האחריות הביטוחית ל-1 בינואר 2007. כעבור שבעה חודשים, ב-17 בספטמבר 2006, לאחר שנכתבו 80 טיוטות ויותר מאז שנת 2001, נחתם הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים (להלן הסכם הרפורמה הביטוחית). ההסכם עיגן את ההסכמות שהושגו בדיונים בין משרדי הממשלה ובינם לבין קופות החולים (מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר, 17.9.2006;

מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2006). במסגרת ההסכם התחייב משרד האוצר להקצות לתחום בריאות הנפש תוספת תקציבית בהיקף של 160 מיליון ש"ח, שנועדה כולה לכיסוי הגידול הצפוי בהיקף הפנייה לטיפולים מרפאתיים.

ב-4 באוקטובר 2006 התקבלה החלטת ממשלה (ממשלת ישראל, 4.10.2006) להעביר את האחריות הביטוחית לקופות החולים, בהתאם לעקרונות הסכם הרפורמה הביטוחית, ולהעביר לכנסת הצעת חוק ברוח זו, במסגרת חוק ההסדרים לשנת 2007. אולם ניסיונות הממשלה לחוקק את התיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי במסגרת חוק ההסדרים לשנת 2007 נתקלו בהתנגדות משמעותית, ולפיכך הוחלט להגיש את הצעת החוק בנפרד מחוק ההסדרים. בעקבות ההחלטה להפריד את הצעת החוק מחוק ההסדרים הוכנו במשרד הבריאות תזכיר הצעת חוק ובהמשך טיוטת הצעת חוק ממשלתית, שהונחה על שולחנה של ועדת השרים לחקיקה. ב-1 ביולי 2007 אושרה ההצעה בוועדת השרים לחקיקה, וב-25 ביולי נידונה הצעת החוק בקריאה ראשונה בכנסת. בדברי ההסבר להצעת החוק נאמר שהחוק "מהווה שלב נוסף ברפורמה כוללת המתבצעת בפועל, מזה מספר שנים, בתחום בריאות הנפש" (משרד המשפטים, 18.7.2007). הצעת החוק אושרה במליאת הכנסת בקריאה ראשונה ברוב של 54 נגד 23, ללא נמנעים, והועברה לדיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. ב-11 בדצמבר 2007 ערכה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות דיון ראשון בהצעת החוק והחליטה להקים ועדת משנה שתדון בהצעת החוק באופן מפורט ובלוח זמנים קצר. כיו"ר ועדת המשנה מונה ח"כ רן כהן. ועדת המשנה דנה בהצעת החוק שמונה פעמים, אך לא הספיקה לסיים את עבודת הכנתה לקריאה שנייה ושלישית, טרם ההחלטה על פיזור הכנסת באוקטובר 2008.

בעקבות ההחלטה על פיזור הכנסת, פנה שר הבריאות ב-8 בדצמבר 2008 ליו"ר הכנסת, כדי שתביא את הנושא לאישור ועדת ההסכמות, המאשרת המשך דיון בהצעות חוק, גם לאחר ההחלטה הרשמית על פיזור הכנסת, בתנאי שכל סיעות הכנסת נותנות את הסכמתן לכך. בשל התנגדות סיעת הליכוד, נדחה הדיון בהצעת החוק לכנסת ה-18. ב-1 בינואר 2008, במהלך דיוני הכנסת בהצעת הרפורמה בבריאות הנפש, נכנס לתוקף סעיף 12א לחוק העסקת עובדים בידי קבלני כוח אדם (חוק פרץ). על פי החוק נועדו כ-170 עובדי קבלן שהועסקו במערך מרפאות בריאות הנפש הממשלתי להיקלט כעובדי מדינה מן המניין. בעקבות כניסת החוק לתוקף, נחתם, באוגוסט 2008, הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר (מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר, 2008), והתקבלה החלטת ממשלה (ממשלת ישראל, 4.10.08) שעניינם דחיית מועד קליטת עובדי הקבלן במערך בריאות הנפש כעובדי מדינה, כדי שהממשלה תוכל להשלים את הליך חקיקת התיקון לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

כאשר נדחתה האפשרות לקבלת הצעת החוק בכנסת ה-17, פנו משרדי הבריאות והאוצר למשא ומתן עם ארגוני העובדים בניסיון להעביר את השירותים המרפאתיים לידי האגודה

לבריאות הציבור (המלכ"ר שהעסיק את עובדי הקבלן במערך בריאות הנפש) כקבלן שירותים. במהלך המשא ומתן בין הצדדים הגישה ההסתדרות הרפואית בקשה לצו מניעה כנגד המהלך (רובין-שמואלביץ', 16.3.2009). בעקבות בקשת הצו נקלע המשא ומתן למבוי סתום, והממשלה הודיעה לבית הדין, שבשלב זה הוחלט שלא להעביר את המרפאות לגורם חוץ ממשלתי (מדינת ישראל, 30.3.2009). בהסכם שנחתם בין משרדי הבריאות והאוצר ב-31 במארכ 2009 – יום השבעת הממשלה החדשה, כאשר טרם מונה שר בריאות – נקבע שהמשרדים "ימשיכו לפעול בהתבסס על הנחת העבודה כי הליך הרפורמה בבריאות הנפש יושלם, ויפעלו לקידומו ולהשלמתו בהקדם האפשרי", תוך שהם "מתחייבים לעשות כל מאמץ להעברת האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש לידי קופות החולים עד 1.1.2010" (מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר, 31.3.2009).

תפיסות עולם, כלי מדיניות ואסטרטגיות של פקידות בכירה

חלק זה בוחן אם המודל התיאורטי שהוצג לעיל מסביר את סדר המהלכים שננקטו ואת כלי המדיניות שיושמו, במקרה של הרפורמה בבריאות הנפש בישראל בשנים 1995-2009. ניתוח זה מובא אפוא כדי לאשש או להפריך את השערת המחקר האומרת שבמקום שבו הפקידות הממשלתית דומיננטית, תעלה המדיניות בקנה אחד עם עמדת הפקידים ותתאפיין בסדרת מהלכים, שהפקידות יוזמת, המיועדים לסייע במימוש תפיסת עולמה באמצעות יצירת משוב חיובי. נבחן זאת באמצעות מענה למספר שאלות מפתח הנוגעות לתהליך קביעת המדיניות ותוך הסתמכות על דבריהם של המרואיינים בנושאים אלה.

מהי תפיסת העולם של הפקידות הממשלתית בדבר המצב הרצוי בתחום בריאות הנפש בישראל?

הניתוח ההיסטורי-המוסדי מצביע על נאמנות של הממסד הפסיכיאטרי ושל פקידי משרד הבריאות לרעיון הרפורמה בבריאות הנפש לאורך כל התקופה שמראשית שנות ה-90 ועד מועד כתיבתו של מאמר זה (יוני, 2010). מקור הרעיונות שבבסיס הרפורמה הוא בתפיסות רפואיות, ולכן אין זה מפתיע שפקידי משרד הבריאות תמכו ברפורמה לכל אורך התקופה הנידונה, וניסו לרתום גם את הדרג הפוליטי לתמוך בה. כפי שאמר ד"ר בעז לב, בעבר המשנה למנכ"ל ומנכ"ל משרד הבריאות: "האג'נדה המקצועית שלנו נקבעה מזמן, וכל מה שקרה בדרך הוא בעצם עיכובים ליישום שלה. [...] זה היה היעד, לשם הולכים, וגם כשמגיע שר חדש אתה מנסה לרתום אותו לתוך האג'נדה הזו" (ריאיון עם בעז לב,

23.3.09). גם פקידי האוצר ראו ברפורמה בבריאות הנפש הזדמנות לשינוי מדיניות ברוח המטרות ארוכות הטווח של משרדם, שעיקרן הוצאת אספקת השירותים מידי המדינה והעברתה לגופים חוץ-ממשלתיים (ריאיון עם ראובן קוגן, 4.3.09).

באיזו מידה ניתן לייחס את מהותה ועיקריה של הרפורמה לגורמים שאינם נמנים עם הפקידות הבכירה במשרדי הממשלה השונים?

גורמים רבים במערכת הבריאות ומחקרים בתחום בריאות הנפש מזכירים את המלצות ועדת נתניהו ואת חוק ביטוח בריאות ממלכתי כמתווי הכיוון לרפורמה בבריאות הנפש וככאלה המספקים את הצידוק העקרוני לרפורמה (אבירם, 2007; אבירם ועמיתים, 2006; גיא, 2004). אולם יש לזכור שוועדות חקירה כמו ועדת נתניהו הן גורם ממליץ ולא גורם קובע מדיניות, מה עוד שמסקנותיהן של רוב ועדות החקירה שהוקמו בישראל עד היום כלל לא יושמו. בכל הנוגע לחשיבותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בהתוויית מדיניות בריאות הנפש, עיון בחוק מצביע על כך שבניגוד לאמור בספרות הקיימת (אבירם ועמיתים, 2006; גיא, 2004; Aviram et al., 2007) לא הגדיר החוק תקופת ביניים להעברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, אלא קבע שמשרד הבריאות ימשיך לספק את השירותים (מדינת ישראל, 1994).

כפי שעולה מהתיאור ההיסטורי, גם הדרג הפוליטי לא יכול להיחשב כמקור לרעיון הרפורמה. כזכור, חברי הכנסת בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות דחו את אישור הרפורמה בשנים 1995-1997. גם לשירי הבריאות שכינהו בתקופה הנידונה לא ניתן לייחס את רעיון הרפורמה, שכן בעוד מהלכים ליישום הרפורמה ננקטו בעקביות, הרי שלאורך התקופה שרים באו והלכו ממשרד הבריאות. מאז שנת 1994 כיהנו במשרד הבריאות 11 שרים ממפלגות העבודה, ש"ס, הליכוד, מפלגת המרכז, קדימה ומפלגת הגמלאים. על רקע "רכבת" השרים, הגורם הקבוע באופן יחסי נותר הפקידות הבכירה, והיא זו שהפעילה לחצים לכיוון של רפורמה. לא זו בלבד, אלא שנראה שהעקרונות הרפואיים העומדים בבסיס הרפורמה חזקים ומושרשים אף יותר מזהותם של הפקידים המאיישים את תפקידי קביעת המדיניות. תעיד על כך העובדה שעקרונות הרפורמה בבריאות הנפש באו לידי ביטוי בכל הדו"חות הרשמיים ובכל מסמכי המדיניות שניסחו אנשי המקצוע בתקופה הנידונה. כפי שעולה מהתיאור ההיסטורי, העקרונות הרפואיים שבבסיס תוכנית מרק-שני לרפורמה בבריאות הנפש (Mark & Shani, 1995) זהים (בהבדלים קלים) לתוכנית ועדת ההיגוי של משה קוטלר (משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, 2000), למסקנות ועדת שני לפריסת השירותים (המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא, 3.4.2001) ולהסכמות במסגרת הסכם הרפורמה הביטוחית בין משרדי הבריאות והאוצר משנת 2006 (מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר, 17.9.2006). על תפקידה

המכריע של השדרה המקצועית במשרד הבריאות בהובלת הרפורמה ניתן ללמוד גם מדבריו של משה קוטלר: "הלחצים לא באו מהציבור[...] אם צריך להיות ישר אינטלקטואלית, הרפורמה באה מגורמים מקצועיים, כמו [פרופ' שמואל] טיאנו ואנוכי – אנשים שזה החזון ותפיסת העולם שלהם שבריאות הנפש היא חלק בלתי נפרד מהרפואה" (ריאיון עם משה קוטלר, 9.3.09).

יש יסוד סביר להניח שאותם עקרונות אף הוצגו לוועדת נתניהו בידי הפקידים, והם שהביאו לניסוח המלצות הוועדה בתחום בריאות הנפש. גם מכתבו של השר יעקב בן-יזרי ליו"ר הכנסת מדצמבר 2008 תומך בטענה בדבר מקומו של הדרג הפוליטי בקידום רעיון הרפורמה. במכתב נכתב ש"הנהלת משרד הבריאות מקדמת מהלך חשוב זה בתמיכת" (שר הבריאות, 8.12.2008). כלומר: הנהלת משרד הבריאות "מקדמת" את המהלך, ואילו השר "תומך".

באיזו מידה השתמשה הפקידות הבכירה בכלי מדיניות הנתונים לשליטתה כדי לקדם את תפיסתה באשר למדיניות הנחוצה, ומה היו המאפיינים של כלי מדיניות אלה?

התיאור המוסדי-ההיסטורי הצביע על שורה של מהלכים שנעשו כדי לחולל שינוי במבנה מערך בריאות הנפש בישראל. מהלכים אלה נעשו רובם ככולם בידי משרד הבריאות, גם בלא שהתקבלה חקיקה בנושא, ולעתים אף כתגובה לאי-אישור החקיקה בדבר הרפורמה. החקיקה נדחתה לסיוע התהליך. המהלכים שנעשו התאפשרו הן בשל המבנה המוסדי בישראל, המאפשר לממשלה לנקוט מהלכים רבים העשויים להשפיע על המדיניות אך אינם מחייבים חקיקה, והן בשל המבנה הספציפי של משרד הבריאות, שלצד תפקידו כקובע מדיניות הוא גם ספק ומפעיל שירותים (המשרד הוא בעלים של תשעה בתי חולים פסיכיאטריים ומפעיל עשרות מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש).

דוגמה ראשונה למהלך שנקט משרד הבריאות כתגובה לאי אישור החקיקה בנוגע לרפורמה בבריאות הנפש הוא הכפפת מרפאות בריאות הנפש הממשלתיות לבתי החולים הפסיכיאטריים. כזכור, הוציא את המהלך הזה אל הפועל, באוגוסט 1996, ראש שירותי בריאות הנפש, זאב קפלן, לאחר שנכשלו הניסיונות להעביר בחוק את האחריות הביטוחית לקופות החולים. קפלן השתמש בשליטתו על מערך המרפאות של משרד הבריאות, כדי ליצור מציאות חדשה שבה מנהלי בתי החולים, שהיו אחראים על מערך האשפוז, קיבלו תחת אחריותם גם את מערך המרפאות. מהלך זה הביא לשחרור משאבים כספיים וכוח אדם מהאשפוז והפנייתם לטיפול בקהילה וסייע בגיוס תמיכתם של מנהלי בתי החולים במעבר למערכת בריאות נפש קהילתית (גיא, 2004, עמ' 159).

דוגמה אחרת למהלך שנקט משרד הבריאות בהעדר חקיקה, אשר השפיע משמעותית על מבנה מערך בריאות הנפש בישראל, הוא "ניסוי השיקום" שנערך במשרד בסוף שנות ה-90. במסגרת אותו ניסוי השתמש משרד הבריאות בכלי התקציבי, והפנה משאבים תקציביים שהיו בידיו, והתפנו עקב סגירת מיטות אשפוז, לטובת פתיחת מסגרות שיקום לנכי נפש בקהילה. במקביל חברו הפקידים לח"כ תמר גוז'נסקי, שהחלה בחקיקת חוק שעולה בקנה אחד עם התוכנית שבנו ופעלה בשטח. הפקידים ראו בתהליך החקיקה הזדמנות לקביעת מדיניות בכיוון המקצועי שחפצו בו, ולכן הצטרפו ליוזמה. כך נוצר מצב שלמרות שליטתם המוגבלת של הפקידים בפעילות הכנסת ולמרות העדר חקיקה מקדימה בנושא, הכתיבו המהלכים שנעשו לדרג הפוליטי כיווני מדיניות שעולים בקנה אחד עם העדפותיה של הפקידות הבכירה.

הרפורמה המבנית שהנהיג משרד הבריאות בשנים 2001-2006 מהווה דוגמה משמעותית עוד יותר לדפוס הפעולה של שימוש בכלי מדיניות שבשליטת הפקידות. במסגרת אותה רפורמה השתמשו משרדי הבריאות והאוצר בכלי התקציבי, כדי להסיט משאבים מהאשפוז הפסיכיאטרי לשיקום נכי הנפש בקהילה. זאת ועוד, משרד הבריאות השתמש בסמכותו הרגולטורית לקביעת נהלים במערכת הבריאות, כדי להגדיר מחדש את אופי מחלקות האשפוז ותפקידי בית החולים הפסיכיאטרי ולהעביר מאות חולים כרוניים מבתי חולים ציבוריים ופרטיים למסגרות בקהילה. משרד הבריאות השתמש גם בסמכותו לקבוע מחירים במערכת הבריאות, כאשר פרסם מחיר יום אשפוז פסיכיאטרי אחיד לכל המחלקות הפסיכיאטריות בישראל מתוך כוונה להטמיע את התפיסה הכלכלית שהיתה עיקרון מרכזי בעקרונות הרפורמה. עוד השתמש המשרד בתפקידו כרוכש שירותי אשפוז כדי להפסיק את התקשרותו עם מספר בתי חולים פסיכיאטריים פרטיים. לבסוף, העובדה שמשרד הבריאות מפעיל בתי חולים סייעה לו לצמצם את מספר מיטות האשפוז ואת היקפי כוח האדם בבתי החולים הפסיכיאטריים בישראל, כשהוא משאיר את המקורות התקציביים בתוך מערכת האשפוז הממשלתית.

בניגוד לגישה של המתנה להחלטה פוליטית שתיושם בשטח רק לאחר שהדרג הפוליטי יאשר אותה, התאפיינה התקופה שבין השנים 2001-2006 בפעילות נמרצת של פקידי הממשלה לביצוע מהלכים המצויים בתחום שליטתם ויוצרים מציאות נוחה יותר למימוש עקרונות הרפורמה בבריאות הנפש. רק בשנת 2007, לאחר סדרה של החלטות ושינויים בשטח ולאחר שהתקבלה החלטה ממשלה בנושא, נעשתה שוב פנייה לכנסת כדי שתקבל החלטה על העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים.

חיזוק לטענה בדבר הגישה שנקטו פקידי משרד הבריאות לשימוש בכלי מדיניות שבשליטתם ניתן למצוא במסמך מטעם מכון ברוקדייל בנוגע לרפורמה בבריאות הנפש. כך אומרים חוקרי המכון:

נוכח הקשיים בהעברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, העדיפו ראשי המערכת להמשיך לקדם רפורמה מבנית בשירותי בריאות הנפש, שעיקרה צמצום מספר המאושפזים ומיטות האשפוז והוצאת מטופלים לחיים בקהילה. בצד רפורמה זו, קודם תחום שיקום חולי הנפש בקהילה, על ידי חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה ויישומו ב-2001. כל זאת מתוך תפיסה שיצירת תנאים לקליטת נכי הנפש בקהילה מהווה תנאי הכרחי לקידום הרכיב הביטוחי ברפורמה שעיקרו העברת האחריות לבריאות הנפש לידי קופות החולים (ניראל ועמיתים, 2008, עמ' 2).

דברים דומים על אופן הפעולה של הפקידים ועל הציפייה שהחקיקה תידחה לשלבים המאוחרים של הרפורמה אמר גם רביב סובל, בעבר סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר:

לרוב יותר קל לגורמים המקצועיים לשכנע את שרי הממשלה בנכונות המהלכים – זה לא תמיד קל, אבל זה שלב שהוא לפעמים קל – כש[השרים] יודעים שממילא תהיה עוד אינסטנציה. קל מאוד לשרים לקבל החלטה בממשלה כשהם יודעים שצפויה עוד חקיקה (ריאיון עם רביב סובל, 16.2.09).

כאשר הגיעה הרפורמה לשלב החקיקה בכנסת, יצא התהליך משליטת הפקידים והפך פומבי ופתוח להתנגדויות ולהשפעות מבחוץ. הליך החקיקה נמשך שנה וחצי ויותר ולא הגיע לידי הכרעה. מלבד זאת צצו ועלו מצד חברי כנסת וגורמים אחרים התנגדויות משמעותיות להעברת האחריות הביטוחית. תהליך החקיקה המתארך וכישלונה של הממשלה להעביר את הצעת החוק, לצד התנגדות עובדי המרפאות, הביאו לניסיון נוסף של הפקידים, להשפיע על תוצאות המדיניות באמצעות הקדמת המהלך להעברת מערך השטח של המרפאות הממשלתיות לספק חוץ ממשלתי – מהלך שנועד במקורו להתפרס על פני ארבע שנים, רק לאחר מועד השלמת החקיקה בנוגע לרפורמה בבריאות הנפש.

האם כלי המדיניות והמהלכים שננקטו יצרו משוב חיובי במונח של הגדלת העלויות הקוגניטיביות, התרבותיות, המוסדיות או הכלכליות של חזרה למצב קדם רפורמה?

כפי שניתן להסיק מהתיאור ההיסטורי, יצרו ניסוי השיקום וחקיקת חוק השיקום משוב חיובי להעברת מוקד הטיפול בחולי הנפש לקהילה. החוק שיקף נורמות חברתיות שעמדו בבסיס הרפורמה בבריאות הנפש, הדגיש את היותו של חולה הנפש פרט שווה זכויות ומשתתף בחברה ויצר תשתית חוקית להפנמת הנורמות הללו בחברה הישראלית. מהרגע שהחוק נחקק, היה קשה יותר לממשלה, ובפרט למשרד האוצר, להתעלם מהחשיבות

שייחסה הכנסת לשיקום נכי נפש ולשילובם בקהילה. החקיקה גם הגבילה את האפשרויות העתידיות לפתח מדיניות בכיוון מנוגד לרוח חוק השיקום. כך נוצרה עלות מוסדית לחזרה למצב שטרם חקיקת החוק, שכן המתנגדים למהלך נדרשו כעת לשנות את החוק בהליך פוליטי, אם היו מעוניינים לפעול כנגדו. זאת ועוד, חוק השיקום יצר שדולה ציבורית בעלת קשרים פוליטיים של יזמים פרטיים שהפעילו תוכניות שיקום. שדולה זו, באמצעות כוחה הפוליטי, הגבירה אף היא את אי הכדאיות של חזרה למצב הקודם.

למרות חשיבותו של חוק השיקום בהטמעת הנורמות החברתיות שבבסיס הרפורמה, נראה שהמהלך המשמעותי ביותר מבחינת יצירת משוב חיובי לטובת הרפורמה בבריאות הנפש היה חתימת הסכם הרפורמה המבנית בין משרדי הבריאות והאוצר. הסכם הרפורמה המבנית, שהיה פרי יוזמתם של פקידי משרד הבריאות (ריאיון עם מרדכי שני, 17.2.09), יצר את התנאים לשינוי בלתי הפיך במערך בריאות הנפש בישראל באמצעות הסטת תקציבים, כוח אדם ומטופלים בהיקפים אדירים ממערך האשפוז למערך הקהילתי. ההסכם יצר את התנאים לסגירתם של בתי חולים ומחלקות אשפוז ולהעברת המשאבים והמטופלים לטיפול קהילתי ושיקומי כחלופות לאשפוז. מרגע שהמהלכים הללו נעשו ואלפי נכי נפש עברו להתגורר ולחיות בקהילה, לא ניתן היה לשוב ולפתוח את מחלקות האשפוז שנסגרו או לשוב ולהעביר את אותם אלפים (ומאות מיליוני ש"ח) מהקהילה חזרה לתוך מערך האשפוז. במציאות החדשה שבה רוב מטופלי הנפש בישראל מצויים בקהילה גבר הלחץ להרחיב את המענה הקהילתי לאוכלוסייה זו. מעבר לעלות הכלכלית והמוסדית האדירה של החזרה למצב שטרם ההסכם, לחצה הרפורמה המבנית על הכנסת ועל מקבלי ההחלטות הפוליטיים לאשר את העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, כמהלך משלים להעברת מוקד הטיפול לקהילה. חיזוק לכך ניתן לראות בהודעת הממשלה בעקבות קבלת ההחלטה על העברת האחריות הביטוחית באוקטובר 2006, אשר מתייחסת בפירוש לכך שהמהלכים שכבר נעשו הכינו את השטח, וכעת מתחייבת החלטה בדבר העברת האחריות הביטוחית. וזו לשון ההודעה:

נקודת הזמן הנוכחית מתאימה למימוש הרפורמה, הן מבחינת מוכנותה של המערכת המקצועית, הן מבחינת נכונות קופות החולים והן מבחינת האווירה הציבורית והתרבות המקצועית והארגונית בתוך מוסדות בריאות הנפש. מעבר לכך, מכיוון שהרפורמה המבנית כבר יצאה לדרך, הרי שבשל צמצום מערך האשפוז יש לתגבר את מערך הקהילה. אי העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים תביא למצב שבו תגבור מערך הקהילה יבוצע על ידי עובדי מדינה ויקשה משמעותית את העברת הפסיכיאטריה לקופות במועד עתידי (משרד ראש הממשלה, אגף התקשורת, 4.10.2006).

מהלך אחר שיצר משוב חיובי לכיוון השלמת הרפורמה בבריאות הנפש הוא חתימת הסכם הרפורמה הביטוחית בספטמבר 2006. התקציבים שהובטחו בהסכם נועדו לשרת את מטרות משרדי הבריאות והאוצר וליצור מציאות בלתי הפיכה שבה יספקו קופות החולים

שירותי בריאות נפש קהילתיים. בכך הם ביקשו למנוע מהלך חלופי של פיתוח מערך ממשלתי המספק שירותים קהילתיים, שהיקפו התקציבי יקשה משמעותית על העברתו לגורם חוץ ממשלתי. ההבטחה לתוספת התקציב היוותה גם תמריץ להתגייסות התומכים ברפורמה להעברת החקיקה בכנסת (ריאיון עם רועי בן-משה, 21.1.09).

דבריו של רביב סובל, בעבר סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, על הסכם הרפורמה הביטוחית מ-2006 מבהירים את המנגנון של הפנמת העלויות הקוגניטיביות והכלכליות של המהלך:

ברור שככל שאתה מנטרל מוקשים, יותר אנשים רואים שזה קורם עור וגידים, ואז יותר אנשים קופצים על העגלה ועוזרים לך לדחוף אותה. ברור שבנתיב הזה, סיכום עם משרד האוצר על גיבוי תקציבי למהלך הוא נקודת תנופה. אומרים "אוקיי, יש לנו כבר כסף. עכשיו לא מקדמים עגלה ריקה, אלא השקים של הכסף כבר עליה". ואתה מקבל גם את ה"פוש" של משרד האוצר בתוך התהליך, לא רק כמי שכבר הסכים לשים שק של כסף על העגלה אלא גם עוזר לדחוף אותה, וכך אתה גורם לאנשים להאמין למהלך. הם אומרים: "אוקיי, הנה, יש עוד שותפים, הם הסכימו לשים כסף, זה יכול לקרות, בוא נעזור לדחוף את זה ולהביא את זה לידי מימוש." [...] בגלל הדומיננטיות של העניינים התקציביים בתוך התהליכים אנחנו לא רק דוחפים את העגלה, אנחנו גם יוצרים אותה. ברור שהסיכום הזה לא רק דוחף את העגלה, הוא בעצם זה שיצר אותה. לכן לא הייתי קורא לזה סיכום שדוחף עגלה. זה סיכום שלוקח כמה קרשים וגלגלים, הופך אותם לעגלה ונותן להם דלק לנסוע (ריאיון עם רביב סובל, 16.2.09).

המהלך האחרון שנעשה סמוך למועד כתיבת מאמר זה היה הניסיון להעביר את המרפאות הממשלתיות לאגודה לבריאות הציבור. המטרה המרכזית היתה לנסות ליצור מציאות שבה המרפאות לבריאות הנפש פועלות כראוי ובהיקפים גדולים, גם כשהשירות אינו ממשלתי. על ידי כך קיוו הפקידים לגייס תמיכה במהלך הרפורמה, להחליש את התנגדות העובדים אליה ולמנוע פיתוח מערך ממשלתי שלא ניתן יהיה להעבירו בעתיד לגורם חוץ ממשלתי. כלומר: המהלך נועד למנוע מצב שבו יהיו העלויות הכלכליות של העברת האחריות גבוהות מדי, כצפוי במקרה של הרחבת המערך הקהילתי הממשלתי, ובו בזמן לעגן קוגניטיבית את ההשלמה עם העברת האחריות הביטוחית לקופות. עקרון השימוש בכלי מדיניות לצורך הגדלת העלויות הקוגניטיביות של מהלכי מדיניות בא לידי ביטוי בדבריו של רביב סובל (להלן), שהתייחס לשיקולים הזוהים שעמדו בבסיס ההחלטה המקורית להתנות את העברת המרפאות הממשלתיות בחקיקה ובבסיס הניסיון להעביר את המרפאות לידי האגודה לבריאות הציבור טרם החקיקה:

הרי כשמישהו בא ואמר "בוא נדחה את סגירת המרפאות לארבע השנים שאחרי העברת המהלך בכנסת", הוא התכוון לומר שיהיה קל יותר לכל אנשי המרפאות לעשות את המהלך כי הם יאמינו שהוא קרה – החקיקה כבר עברה – ואז הם ישלימו איתו ולא נצטרך לריב איתם. ואז אתה מגיע לכנסת, ואתה רואה שהאופוזיציה הכי קולנית שלך זה אנשי המרפאות. אז אתה אומר, טוב, אם כך, למה לא להפוך את הסדר? בוא כבר נעשה את המהלך במרפאות, ואז האופוזיציה תהיה פחות רלוונטית, כי השינוי אצלם כבר נעשה, ואז נוכל להעביר את המהלך (ריאיון עם רביב סובל, 16.2.09).

ניתוח המהלכים שעשתה הפקידות מצביע על מגמה של שימוש בכלי מדיניות מייצרי משוב חיובי. המהלך המשמעותי ביותר בהקשר זה היה הסכם הרפורמה המבנית שיצר זיקה בין תקצוב חוק השיקום לבין צמצום מערך האשפוז. בהקשר זה יש לציין שחוק השיקום – שלא ניזום בידי פקידי משרד הבריאות, לא תוכנן מלכתחילה כחלק מהרפורמה בבריאות הנפש וגם לא הוצג בידי יוזמיו כחלק מאותה רפורמה – יצר משוב חיובי משמעותי לרפורמה, והיווה הזדמנות למימושה. ואולם ההסכם התקציבי על הרפורמה המבנית הוא שהפיתח רוח חיים בחוק השיקום, שעשוי היה להישאר כאות מתה בספר החוקים, אילולא העברת התקציבים לצורך יישומו. ההסכם יצר שינוי מהותי ובלתי הפיך במערך בריאות הנפש בישראל בשל העלויות האדירות של הניסיון לחזור למצב העולם שקדם לו. ניתוח ההתרחשויות ההיסטוריות סביב ההסכם מצביע על כך שקברניטי משרד הבריאות השתמשו בהזדמנות שזימנה להם חקיקת חוק השיקום, כדי ליצור זיקה בינו לבין מטרותיהם וכך יצרו את התנאים לשינוי יסודי ובלתי הפיך במבנה מערך בריאות הנפש – שינוי שהשליך גם על הסיכויים לרפורמה ביטוחית בבריאות הנפש.

האם "התכנסה" מדיניות בריאות הנפש לפתרון המועדף על הפקידים?

במבט לאחור ניתן לומר היום, שרוב מטרות המדיניות של הרפורמה שקידמו פקידי משרד הבריאות בשנת 1995 יצאו לפועל. הדגש הטיפולי בתחום בריאות הנפש עבר לקהילה, וכיום רוב המטופלים נמצאים בקהילה ולא באשפוז ממושך. בתי החולים הפסיכיאטריים השתנו משמעותית, והפכו למוסדות שבהם הטיפול העיקרי הוא טיפול אקוטי בחולים "פעילים", שאחריו החולים משתחררים לקהילה. מלבד זאת, במערכת הבריאות יש הסכמה רחבה בדבר הנחיצות לשלב את בריאות הנפש ברפואה הכללית ולהעביר את האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים. ברמה האופרטיבית השתנתה ההתנהלות הכלכלית של יחידות בריאות הנפש, ובתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים מתנהלים כיחידות כלכליות כמעט-עצמאיות וכן מונו פסיכיאטרים מחוזיים. המהלך העיקרי שחסר לשם השלמת הרפורמה שתוכננה הוא העברת האחריות הביטוחית

לקופות החולים והרחבת השירותים המרפאתיים הצפויה בעקבותיו. מהלך זה הגיע לשלבי חקיקה מתקדמים בכנסת ה-17 ונבלם, בין היתר, בשל פיזור המוקדם. הכנסת הנוכחית (הכנסת ה-18) אישרה לאחרונה להחיל עליו את עקרון הרציפות, וכך גוברים הסיכויים שבתקופה הקרובה יתאפשר להעביר לידי קופות החולים את האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש.

דיון ומסקנות

מחקר זה נועד לבחון את השפעת הפקידות בישראל על המדיניות באמצעות תזמון מהלכים. שאלת המחקר היתה באיזו מידה ובאיזה אופן, אם בכלל, משפיעה הפקידות הממשלתית על סדר מהלכי המדיניות כדרך להשפעה על המדיניות עצמה. לצורך כך נבחר מקרה הרפורמה בבריאות הנפש. ממצאי המחקר מצביעים על כך שבמקרה של הרפורמה בבריאות הנפש מקור המדיניות היה הפקידים במשרדי הבריאות והאוצר, אשר שאפו להוציא לפועל את תפיסת עולמם בדבר מדיניות בריאות הנפש הראויה. ניתוח המקרה מצביע על כך שהמדיניות נושאת אופי של סדרת מהלכים שיזמה הפקידות, אשר מקדמים את מימוש מצב העולם הרצוי בעיניה על ידי יצירת משוב חיובי. המדיניות בתחום בריאות הנפש התאפיינה בניסיונות של הפקידים לקדם מהלכים תומכי רפורמה באמצעות כלי מדיניות שהיו בשליטתם ואשר לא הצריכו אישור או התערבות של הכנסת, כגון הכלי התקציבי, סמכותם הרגולטורית ושליטתם במערכי השטח בתחום בריאות הנפש. המהלכים שיצרו משוב חיובי משמעותי ביותר בכיוון הרפורמה היו מהלכים תקציביים. דפוס פעולה זה הביא לכך שעל פני זמן מומשו ללא חקיקה רבים מיעדי הרפורמה שהגו הפקידים. עוד נמצא שהדרג הפוליטי לא היה דומיננטי בקביעת המדיניות, וכי המבנה המוסדי בישראל חשוב להבנת תהליכי המדיניות במקרה הנחקר, שכן הוא זה המגדיר את חוקי המשחק עבור השחקנים המשתתפים בתהליכי קביעת המדיניות.

ניתוח ההתרחשויות ההיסטוריות שהוצג לעיל מראה, שאף שהרפורמה בבריאות הנפש לא עלתה לסדר היום של הכנסת במשך עשור ויותר, בפועל נעשו מהלכים רבים העולים בקנה אחד עם הרפורמה ואשר הביאו הלכה למעשה ליישום חלקי שלה בשטח. הפקידים, שהיו דומיננטיים, אף עשו מהלכים שונים כדי להעמיד את הפורומים הפוליטיים ובפרט את הכנסת לפני עובדות מוגמרות שיקשו על קביעת מדיניות בניגוד לתפיסת עולמם. דוגמה מרכזית לכך היא הסכם הרפורמה המבנית, אשר כלל לא הובא לדיון בשולחן הממשלה או בכנסת, ואשר יצר זיקה בין תקצוב חוק שיקום נכי נפש בקהילה לבין סגירת מיטות אשפוז פסיכיאטריות, ובכך הביא לרפורמה הלכה למעשה במערך בריאות הנפש. דוגמה אחרת

היא הניסיון שהובילו הפקידים במקביל להליך החקיקה, להעביר את המרפאות הממשלתיות לספק חוץ ממשלתי, כדי לגייס תמיכה במהלך הרפורמה, להחליש את התנגדות העובדים אליה ולמנוע פיתוח מערך ממשלתי שלא ניתן יהיה להעבירו בעתיד לגורם חוץ ממשלתי. דפוס הפעולה של ביצוע מהלכים בשטח ללא קבלת החלטה מצביע כביכול על "מעגל מדיניות הפוך" שבו מהלכים של יישום מדיניות בשטח גוררים החלטות, במקום שההחלטות יגררו יישום בשטח.

מידת השפעתם על המציאות של המהלכים שנעשו ללא החלטה פוליטית מצביעה על כך שהגורם המסביר שינוי מדיניות איננו החלטה ויישומה, אלא מידת המשוב החיובי שמייצר השימוש בכלי מדיניות שנתונים בידיהם של השחקנים. ממצאי הניתוח שהוצג לעיל מצביעים על כך שמהלכי הסטה משמעותית של תקציבים וכוח אדם, אשר יצרו עלויות גבוהות לחזרה למצב הקודם, הם שהשפיעו יותר מכול על המדיניות בפועל ועל אפשרויות המדיניות העתידית. יותר מכל מהלך אחר, ההסכמים התקציביים בין משרדי הבריאות והאוצר בנוגע לרפורמה בבריאות הנפש, הם שהביאו לשינוי במערך בריאות הנפש בישראל.

ניתוח האירועים ההיסטוריים והראיונות שנערכו לצורך מחקר זה מצביעים על כך שקובעי המדיניות והפקידים מבינים את חשיבות ממד הזמן במדיניות ותופסים את המדיניות כתהליך שמתרחש על פני זמן ויש בו חשיבות לסדר המהלכים כגורם המשרת את האפשרות להגיע למצב העולם הרצוי. עובדה זו באה לידי ביטוי בדברי חברי הכנסת בדיון מליאת הכנסת בהצעת החוק להעביר את האחריות הביטוחית לקופות החולים וכן במעשי הפקידים ובדבריהם בראיונות עמם. דוגמה אחת לכך היא דבריה של ח"כ שלי יחימוביץ' על הטכניקה של "ייבוש" תקציבי טרם רפורמה (הכנסת ה-17, 25.7.2007). דוגמה אחרת היא דבריו של רביב סובל, בעבר סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר, בנוגע לשיקולים הזוהים שעמדו בבסיס ההחלטה להתנות את העברת המרפאות הממשלתיות בחקיקה ובבסיס הניסיון להעביר את המרפאות טרם החקיקה.

ממצאי המחקר סותרים את הספרות הקיימת על מדיניות בריאות הנפש בישראל (אבירם, 2007; אבירם ודהאן, 2007; אבירם ועמיתים, 2006; גיא, 2004; סייקס, 2006; Aviram, et al., 2007). לפי אבירם, גיא וסייקס, נושא הרפורמה בבריאות הנפש כלל לא עלה לסדר היום. תיאור ההתרחשויות מצביע על כך שלא זו בלבד שהרפורמה בבריאות הנפש נמצאה על סדר היום הממשלתי באופן רציף מאז דיוני ועדת נתניהו בשנת 1988 ועד תום תקופת המחקר של אבירם, גיא וסייקס, אלא שהיא נותרה על סדר היום הממשלתי גם זמן רב לאחר מכן. זאת ועוד, אבירם, גיא וסייקס מכנים את דפוס המדיניות "כשל בהעברת מרכז הכובד של בריאות הנפש לקהילה". אולם פרשנות שכזו של ההיסטוריה מונעת מהחוקרים לזהות את החשיבות של מהלכי מדיניות שאירעו לאורך ההיסטוריה, כפי שהוצגו במאמר זה, ומתעלמת מכך שמאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חלופת

המדיניות היחידה, העומדת על הפרק בתחום בריאות הנפש כבר 15 שנים ויותר, היא הרפורמה בבריאות הנפש ועמה העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים. אימוץ המונח "כישלון" לתיאור ההתפתחויות במדיניות בריאות הנפש מרמז על גישה של "צילום המציאות ברגע נתון", אשר בהסבר התוצאות אינה נותנת מקום לשינויים שחלו על פני זמן ומונעת אפשרות להסביר "הצלחות" או "הצלחות עתידיות" בהקשר של האירועים שקדמו להן. גישה זו חוטאת גם, כאמור לעיל, לעובדות ההיסטוריות שהוצגו במחקר זה, ולפיהן על פני זמן חלה הסטה משמעותית של משאבים ומטופלים מהאשפוז הפסיכיאטרי למסגרות קהילתיות לבריאות הנפש.

ממצאי המחקר עומדים בניגוד לספרות "מעגל המדיניות". למרות החלטות פוליטיות כנגד הרפורמה בבריאות הנפש ולמרות אי העלאתה לסדר היום של הכנסת במשך יותר מעשור, נעשו בפועל מהלכים רבים העולים בקנה אחד עם הרפורמה ואשר הביאו הלכה למעשה ליישום חלקי שלה בשטח. הניתוח המובא כאן מעיד על כך שמקומו של הדרג הפוליטי בקביעת המדיניות היה שולי יחסית. לא זו בלבד, אלא שהפקידים, שהיו דומיננטיים, אף ביצעו מהלכים שונים כדי להעמיד את הפורומים הפוליטיים ובפרט את הכנסת לפני עובדות מוגמרות שיקשו על קביעת מדיניות בניגוד לתפיסת עולמם. למשל: חקיקת הרפורמה בבריאות הנפש נדחתה לשלב האחרון של התהליך, לאחר שהושלמו מהלכים רבים שהיו חלק מהרפורמה שרצו בה הפקידים. מלבד זאת, נראה שהחלטות הממשלה בנוגע לרפורמה בבריאות הנפש לא הצליחו לחולל שינוי במציאות, ורובן לא יושמו. דוגמה לכך היא החלטת הממשלה משנת 2003 על העברת האחריות הביטוחית, שהתקבלה מחדש ב-2006 ועדיין לא מומשה. דוגמה אחרת היא החלטת הממשלה בדבר סגירת בית החולים הממשלתי אברבנאל. גם כאשר החקיקה הנוגעת לרפורמה הגיעה לדיון בכנסת ה-17, לאחר דיונים אין קץ ואי היכולת להכריע בעד הרפורמה, נעשה ניסיון מקביל להעביר את המרפאות הממשלתיות לספק חוץ ממשלתי, כדי לגייס תמיכה במהלך הרפורמה, להחליש את התנגדות העובדים אליה ולמנוע פיתוח מערך ממשלתי שלא ניתן יהיה להעבירו בעתיד לגורם חוץ ממשלתי. לעומת החלטות הממשלה שלא יושמו, מהלכים אחרים של הממשלה שחוללו שינוי מהותי כלל לא הובאו לדיון בשולחן הממשלה או בכנסת. דוגמה מרכזית לכך היא הסכם הרפורמה המבנית שיצר זיקה בין תקצוב חוק שיקום נכי נפש בקהילה לבין סגירת מיטות אשפוז פסיכיאטריות, ובכך הביא לרפורמה הלכה למעשה במערך בריאות הנפש. הדברים שלהלן מחזקים את טענתנו:

הייתי בשתי ישיבות ממשלה שהחליטו על רפורמה. אז מה? זה יעזור? תהליך חקיקתי מבלי תשתית לא יכול להתקיים. [...]הדרך לייצר שינוי היא להתחיל ליצור את השינוי בשטח ואז להלביש עליו חותמת ולא להפך. לא לחתום ואז להתחיל לעשות את השינוי. זה כמו שאתה לא יכול להדביק סמל של ב.מ.וו לפני שגמרת

לבנות אותו. זה שתיקה את הסמל ותתלה אותו באוויר, אין לך מכונית (ריאיון עם משה קוטלר, 9.3.09).

הייתי שמח להגיד לך שזה היה סוף מעשה במחשבה תחילה. זאת אומרת שמישהו ישב פה וכתב נייר עמדה והציג חלופות. אני לא חושב שזה היה ככה. [...] זה לא בגלל שישבתי עם עצמי ועשיתי מדיניות כמו שאתה לומד בבית ספר למדיניות, שאנחנו יושבים, מגדירים בעיה ומבצעים תכנון אסטרטגי. [...] אין דבר כזה פה. אין פה החלטה מצד אחד, תוצאה מצד שני. אין דבר כזה. את הכיוון הכללי הרי כולנו רוצים, אז המון דברים מוליכים לכיוון הזה. חלק מהווקטורים מביאים את זה הצדה מעת לעת, חלק מהווקטורים מביאים את זה אחורה מעת לעת, אבל הכול יחד קורה. [...] ואיך זה קורה שזה הולך בכיוון הנכון? מסיבה מאוד פרוזאית – רוב הזמן אנחנו רוצים את זה (ריאיון עם פקיד בכיר בהנהלת משרד הבריאות, 16.3.09).

הממצאים שהוצגו לעיל מצביעים על חשיבותו של המבנה המוסדי בקביעת השחקנים המשפיעים על המדיניות. הממצאים מצביעים על כך שבמבנה משטר שבו קבוצות האינטרס חלשות יחסית, בעוד הרשות המבצעת דומיננטית, יש חשיבות מכרעת לעמדת הפקידות ולכלים העומדים לרשותה.

ממצאי המחקר מאתגרים את המודל ההומיאוסטטי של דינמיקת מדיניות, המסביר שינוי מדיניות כפונקציה של אירוע קיצון (שוק) חיצוני. הם מאתגרים גם את מודל ה"תלות מסלול", כיוון שהם מראים בבירור שפקידי הציבור אמנם יוצרים מצב שבו המדיניות בלתי הפיכה, אבל הם עושים זאת באופן מחושב ומתוכנן. אין כאן אמירה גורפת שכל פעולות הפקידות הבכירה מתוכננות ונשלטות מראש, אך הממצאים תומכים בכך שמהלכים מקודמים במידה לא מבוטלת בכיוון הכללי של העדפות הפקידות הבכירה. הממצאים במחקר זה מאתגרים גם את מודל ה-process sequencing, שכן הם מעידים בבירור שלצד ניצול הזדמנויות בידי הפקידות הבכירה, מקודמים תהליכים שאינם מאפשרים להחזיר את המצב "בשטח" לקדמותו. ממצאי המחקר מאתגרים גם את גישת "קואליציית התמיכה" (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993, 1999), שכן ההשערה המקורית של גישה זו רואה שינוי מדיניות מהותי אך ורק כפונקציה של אירוע קיצון חיצוני (Sabatier & Weible, 2007, p.19). אפילו במסגרות חדשות יותר מבית מדרשה של גישה זו הוכנסה האפשרות של שינוי מדיניות מהותי כנגזרת של אירוע קיצון פנימי או של מסלול משא ומתן המוביל הסכם (Sabatier & Weible, 2007), ולא כפונקציה של השפעה הדרגתית של קואליציית פקידי ציבור בכירים.

בדומה לממצאי הספרות המוסדית (Immergut, 2006) וכאמור אצל פירסון (Pierson, 2000, 2004), מסקנות המחקר מצביעות על כך שהמדיניות מושפעת מהמבנה המוסדי

ומהתפתחויות ומהלכים שנעשו בעבר ומשפיעים על האפשרויות הזמינות בהווה ובעתיד. ואולם יש הבדל משמעותי בין ממצאי המחקר לבין הספרות המוסדית בנוגע למקומן של החלטות בתהליך המדיניות. הספרות המוסדית מתמקדת בתנאים לקבלת החלטה מסוימת או תוכנית מסוימת ובוחרת כיצד המבנה המוסדי "מעוות" את יחסי הכוחות, כך שרק החלטות או חלופות מדיניות מסוימות הן זמינות. לעומת זאת, כפי שעולה ממחקר זה, החלטה איננה תוצאת מדיניות, אלא אמצעי להשגת תוצאה, ולכן מודל של תהליך המדיניות חייב לבחון את ההתרחשויות על פני זמן. המבנה המוסדי אמנם מגדיר למי יש אמצעים להשפיע על המדיניות, אך אין הוא מגדיר את תוצאות המדיניות, שהרי השינוי מתהווה בשדה המדיניות. התוצאות מוגדרות על ידי השימוש לאורך זמן של בעלי האמצעים (השחקנים השונים) באמצעים (ובכללם החלטות) ועל ידי מידת המשוב החיובי שיצרו המהלכים האלה. זיהוי המשתנים הללו מחייב ניתוח של ההתרחשויות על פני זמן, להבדיל מתיאור המבנה המוסדי בלבד.

בכל הנוגע למקומה של הפקידות בקביעת המדיניות, ממצאי המחקר מאששים את האמור אצל קרפנטר (Carpenter, 2001, 2010) ואצל מאור (Maor, 2007, 2010, 2011;) (Maor & Gilad, 2011; Maor & Sulitzeanu-Kenan, forthcoming;) בנוגע להשפעתה של אוטונומיה בירוקרטית. כמו כן הממצאים מאששים את דבריו של קרפנטר (Carpenter, 2001) שהפקידות היא שחקן המסוגל לכפות מדיניות שעולה בקנה אחד עם עמדותיו. אולם בשונה מהאמור אצל קרפנטר ואצל מאור, נראה שמידת האוטונומיה של הפקידות בהקשר הנחקר תלויה פחות ברשת הקשרים של הפקידים עם קבוצות אינטרס ועם המדיה או בנאמנותה של הבירוקרטיה למצוינות מדעית, ויותר במשתנים מבניים, כגון נגישות הפקידות לכלי מדיניות מייצרי משוב חיובי.

המחקר מוסיף גם על הספרות הקיימת בתחום היחסים בין הפקידים לנבחרי הציבור. הספרות בתחום זה רואה את מקור העוצמה של הפקידים בפערי המידע והמומחיות ביניהם לבין הנבחרים, אשר מאפשרים לפקידים "להסיט" את המדיניות לכיוון הרצוי בעיניהם, או בכוח הפוליטי של הפקידים כעובדים מאוגדים, אשר עשוי לאפשר להם להשפיע על השאלה מי יהיו הנבחרים (Moe, 2006). ההנחה המובלעת בספרות זו היא שנבחרי ציבור הם השחקנים הדומיננטיים בהסבר שינוי מדיניות, ותוכן החלטותיהם הוא זה המשפיע על השינוי בשטח. לאור הנחה זו, הפקידים יכולים להשפיע על המדיניות בשתי דרכים: (א) ביצוע מהלכים ללא ידיעת הנבחרים או ללא הבנתם של הנבחרים את השלכותיהם; (ב) השפעה על "מינוי" הנבחרים באמצעות התאגדות פוליטית, ועל ידי כך השפעה על המהלכים שיקדמו אותם נבחרים. לעומת גישות אלה, ממצאי המחקר שהוצגו לעיל מצביעים, שניתן להשפיע על הנבחרים גם באמצעות תזמון מהלכי מדיניות, אשר מחייב את הנבחר העתידי להתמודד עם מציאות המושפעת ממהלכים שנעשו טרם כניסתו לתפקיד. לפי גישה זו, מהלכים מייצרי משוב חיובי עשויים לכפות על נבחרים עתידיים

את מסלול המדיניות שהפקידות מעוניינת בו, ובכך מתאפשר מסלול נוסף להשפעת הפקידות על המדיניות.

מגבלתו העיקרית של מחקר זה היא היותו חקר מקרה. בשל כך יש לנקוט זהירות בעת הכללת המסקנות העולות ממנו. כמו כן, המחקר מכסה תקופת זמן ארוכה, ולכן ודאי מתעלם מפרטים מסוימים לטובת התמונה הכוללת העולה מההתרחשויות ההיסטוריות. זאת ואף זאת, מבקרי מחקר זה עשויים לטעון שתיאור ההתרחשויות והממצאים שהוצגו לעיל עולה בקנה אחד עם הספרות בנוגע ליישום מלמטה-למעלה (Bottom-Up Implementation). טענה זו מבוססת על העובדה שהממצאים מצביעים על מעורבות גבוהה של הפקידים בקביעת המדיניות ועל יישום הרפורמה בשלבים תוך יצירת שינוי בשטח. אולם ממצאי המחקר נבדלים ממודל היישום מלמטה-למעלה בשני מובנים קריטיים: (1) בשונה מהנחת היסוד בספרות העוסקת ביישום מדיניות, הממצאים מצביעים על כך שבמקרים רבים נעשו מהלכי הפקידים לא כתגובה להחלטה פוליטית שהתקבלה ולעתים בהעדר החלטה כלל. (2) בניגוד להנחה המובלעת בספרות היישום, הממצאים מצביעים על כך שמהלכי מדיניות משפיעים על התוצאות, לא מתוקף מיקומו של השחקן המבצע אותם בהיררכיה המוסדית, אלא משום המשום החיובי שמייצרים הכלים שעומדים לרשות אותו שחקן. משום כך ההבחנה הנורמטיבית בין למעלה ולמטה מאבדת תוקף בהסבר תוצאות המדיניות. במלים אחרות, המדיניות עשויה להיבנות "מהסוף להתחלה" מבחינה נורמטיבית או מבחינה רציונלית, אולם אין בכך כדי להצביע על כך שהיא נבנית "מלמטה למעלה" מבחינה מוסדית. המדיניות נבנית מהנקודה הנוחה ביותר להשפעה עבור שחקן בעל כלים מייצרי משום חיובי ועד הנקודה הפחות נוחה להשפעה עבור אותו שחקן. במקרה הנחקר השחקן המשמעותי הוא הפקידות הממשלתית, אך בהחלט ייתכן שבמדינות אחרות או בתחומי מדיניות אחרים ישפיעו שחקנים אחרים, ובכללם נבחרי הציבור, על המדיניות הרבה יותר מהפקידים.

ביקורת חלופית עשויה לטעון שתיאור ההתרחשויות מצביע על דפוס של קביעת מדיניות תוספתית, שכן הוא מדגיש את רצף המהלכים שנעשו וחוללו שינוי על פני זמן. אך המייחד את המקרה שנחקר כאן הוא העובדה שלא מדובר בשינוי תוספתי כי אם ברפורמה – שינוי מהפכני שחל בשדה המדיניות של בריאות הנפש. זאת בניגוד לספרות התוספתית הטוענת ששינויי מדיניות תוספתיים על פני זמן הם תוצאה של אי היכולת לחולל שינוי מהפכני. ממצאי המחקר מצביעים על כך שגם שינוי מהפכני עשוי להתרחש על פני זמן ובשלבים (כהן, 2010).

יש שיראו במודל שהוצג כאן מודל "קונספירטיבי", המדגיש את כוחה של הפקידות יתר על המידה וטוען כנגד עליונות הדרג הנבחר על פני הפקידים. על כך יש להשיב, שעליונות הנבחרים על פני הפקידים בישראל היא אידיאל דמוקרטי ולא דווקא מציאות הניתנת לאישוש מבחינה אמפירית, וכן שמודל המדיניות שהוצג במחקר זה איננו מחייב

דומיננטיות של הפקידות, כאמור לעיל. המודל ניתן ליישום גם בסיטואציות שבהן כלים מייצרי משוב חיובי מצויים בידי שחקנים אחרים. ביקורת אחרת על המחקר עשויה לטעון שלא סדר המהלכים הוא שמגדיר את התוצאות, אלא יש גורם מסביר משותף לסדר המהלכים ולתוצאות גם יחד. טענה זו נראית לנו בעייתית לאור ממצאי הראיונות המצביעים על כך שמקבלי ההחלטות והשחקנים השותפים לתהליכי קביעת המדיניות היו מודעים לחשיבות סדר המהלכים, וביצעו מהלכים מסוימים דווקא משום שתפסו את תהליך המדיניות כתהליך שיש בו חשיבות לסדר המהלכים כגורם המשפיע על התוצאות.

למחקר זה יש מספר השלכות מבחינתם של פקידים ונבחרי ציבור העוסקים בקביעת מדיניות. ראשית, המחקר ממקד את תשומת הלב בכך שהמדיניות היא תהליך המתרחש לאורך זמן ויש בו חשיבות לסדר המהלכים. קובעי מדיניות יוכלו להסיק ממנו שכדי לייצר מדיניות ברוח מטרותיהם, עליהם לייצר מצב בלתי הפיך או עלויות גבוהות לחזרה למצב הקודם. נבחרי הציבור יוכלו להסיק מממצאי המחקר, שככל שתפחת השפעת הפקידים ותגדל השפעת הנבחרים על השאלה אילו מהלכים בעלי משוב חיובי יינקטו, כך תשקף המדיניות יותר את עמדת הנבחרים והציבור. למרות זאת, תמיד צפויה "הטיה" לטובת מהלכים שנעשו בעבר ויצרו משוב חיובי, וכך נבחר הציבור יכול להשפיע גם על המדיניות של זה שיחליפו בתפקיד. עובדה זו עומדת בניגוד לגישה פופולרית הגורסת שמשך הכהונה הקצר של נבחרי הציבור בישראל מצמצם את יכולתם לקבוע מדיניות.

למחקר זה עשויות להיות השלכות על מגזרים רבים ועל מדינות רבות. בראש ובראשונה נראה שלמחקר השלכות משמעותיות בכל הנוגע לחקר תהליכי תקצוב והשפעתם על המדיניות. הסיבה לכך היא שברוב תהליכי התקצוב הציבוריים ברירת המחדל היא ששינויים בתקציב הופכים קבועים, ולכן עלות החזרה למצב הקודם גדולה. עובדה זו עולה בקנה אחד עם הרעיונות שהביעו פקידי האוצר בראיונות עמם. למרות מיעוט הראיונות שנערכו עם פקידי אוצר, נראה שהם הפנימו עמוקות את התובנה שמהלכי מדיניות שנעשים היום מגדירים את הפתח לאפשרויות אחרות בעתיד. גישה זו ניכרת גם בהתנהלות היומיומית של משרד האוצר בקביעת המדיניות הכלכלית בישראל. כמו כן נראה שמסקנות מחקר זה תקפות בכל מדינה שבה מבנה המשטר מאפשר לפקידות הבכירה השפעה רבה על המדיניות ובכל תחום שבו רווח "אתוס" פקידותי בדבר המדיניות הראויה, למשל במשרדי הבריאות והאוצר בישראל.

מסקנות מחקר זה מצביעות על הצורך במחקר עתידי שיבחן רפורמות מדיניות נוספות, תוך זיהוי התהליכים וההתרחשויות על פני זמן, כדי לבדוק אם אותן רפורמות החלו בנקודת הזמן שמקובל לחשוב שבה הן החלו, ומה הם הגורמים המסבירים את תהליך יישומן. כמו כן יש מקום למחקר משווה החוצה תחומי מדיניות בישראל, כדי לבחון אם הממצאים שהוצגו לעיל מאפיינים בעיקר את תחום הבריאות או שמא גם תחומים אחרים, כפי שאנו צופים. ובשל האמור לעיל, נראה כי יש צורך במחקר שיתרכז במקומו של משרד

האוצר בתהליכי רפורמה במדיניות בישראל ויבחן עד כמה משרד האוצר פועל בשיטה של תזמון מהלכים כדרך להשפעה על סיכויי המימוש של מטרות המדיניות שלו. לבסוף, יש מקום לבחון את יישום המודל במדינות אחרות, שבהן השפעת שחקנים אחרים על המדיניות עשויה להיות רבה יותר מזו של פקידי הציבור.

מקורות

- אבירם, א' (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסתת מוקד הטיפול לקהילה, חברה ורווחה, 27, 127-155.
- אבירם, א', גיא, ד' וסייקס י' (2006). הרפורמה בבריאות הנפש, 1995-1997: הזדמנות שהוחמצה, ביטחון סוציאלי, 71, 53-83.
- אבירם, א' וגינת י' (2006). שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות, הוצאת צ'ריקובר, תל אביב.
- אבירם, א' ודהאן נ' (2007). תוכנית הראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש בישראל. בתוך א' אבירם, ג' גל וי' קטן (עורכים), עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 193-238). ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אליצור, א', ברוך, י', לרנר, י' ושני מ' (2004). הרפורמות בבריאות הנפש בישראל, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים.
- גיא, ד' (2004). חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, אוניברסיטת חיפה.
- הכנסת השבע-עשרה (25.7.2007). הישיבה ה-147 של הכנסת ה-17, הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש).
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין וחשבון, המדפיס הממשלתי, ירושלים.
- חבר, א', שני, מ', קוטלר, מ', פסט, ד', אליצור, א' וברוך, י' (2005). הרפורמה בבריאות הנפש – מאין ולאן, הרפואה, 144 (ה), 327-331.
- כהן, נ' (2010). שינוי מוסדי, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית: מסגרת תיאורטית והמקרה של מדיניות בריאות בישראל. עבודת דוקטור, באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון.

- מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר (17.9.2006). סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא העברת מלוא האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים וצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות. מדינת ישראל, ירושלים.
- מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר (2008). סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בעניין מערך השירותים האמבולטוריים בתחום בריאות הנפש. מדינת ישראל, ירושלים.
- מדינת ישראל, משרדי הבריאות והאוצר (31.3.2009). סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר בנושא בריאות הנפש. מדינת ישראל, ירושלים.
- מדינת ישראל, ספר החוקים 1469 (1994). חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ירושלים
- ממשלת ישראל (4.10.2006). החלטה מספר 568: העברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים.
- ממשלת ישראל (12.2.2006). החלטה מספר 4702: העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים.
- ממשלת ישראל (26.1.2003). החלטה מספר 2905: העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים.
- ממשלת ישראל (15.9.2003). החלטה מספר 803: התייעלות במערכת הבריאות הממשלתית.
- ממשלת ישראל (4.9.2008). החלטה מספר 4056: ייעול מערך השירותים האמבולטוריים בבריאות הנפש במשרד הבריאות.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2006). הרפורמה בשירותי בריאות הנפש: עיקרי ההסכם בין משרד האוצר ומשרד הבריאות. הכנסת, מחלקת מידע ומחקר, ירושלים.
- המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא (3.4.2001). רפורמה בבריאות הנפש. המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא, תל השומר.
- משרד האוצר, אגף התקציבים (2001). שיקום נכי נפש בקהילה. משרד האוצר, ירושלים.
- משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש (2000). דו"ח ועדת ההיגוי לרפורמה בבריאות הנפש. משרד הבריאות, ירושלים.
- משרד הבריאות, המנהל הכללי (21.11.2000). ועדה לתכנון פריסת שירותים אשפוזיים ואמבולטוריים בבריאות הנפש. משרד הבריאות, ירושלים.
- משרד הבריאות, המנהל הכללי (19.8.2001). משרד הבריאות, ירושלים.

- משרד הבריאות, המחלקה למידע והערכה (2006). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2006. משרד הבריאות, ירושלים.
- משרד המשפטים (18.7.2007). הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז. הרשומות, ירושלים.
- משרד ראש הממשלה, אגף התקשורת (4.10.2006). הודעת מזכיר הממשלה, עו"ד ישראל מימון, בתום ישיבת הממשלה מיום 4 באוקטובר 2006, <http://www.pmo.gov.il/PMO/Archive/mazkir/2006/10/govmes041006.htm>, 9/7/2011
- נירל, נ', אקר, נ', רוזן, ב', ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר' (2008). הרפורמה בכריאות הנפש: מסמך רקע להערכה, מאירס-ג'וינט, מכון ברוקדייל, ירושלים.
- סייקס, י' (2006). העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשרד הבריאות לקופות החולים (1995-1997): מדיניות במבוי סתום. בתוך א' אבירם ו' גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 97-112), תל אביב: צ'ריקובר.
- רובין-שמואלביץ, עו"ד (16.3.09). בקשה דחופה למתן צו זמני במסגרת בקשת צד בסכסוך קיבוצי, רובין-שמואלביץ, הרצליה.
- שר הבריאות (8.12.2008). המשך פעולת ועדת המשנה לוועדת העבודה הרווחה והבריאות לנושא הרפורמה בכריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים.
- Abbott, A. (1990). Conceptions of time and events in social science methods, *Historical Methods*, 23 (4), 140-151.
- Aviram, U., Guy, D., & Sykes, I. (2007). Risk avoidance and missed opportunities in mental health reform: The case of Israel. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30 (3), 163-181.
- Baumgartner, F .R. & Jones, B. D. (1993). *Agendas and instability in american politics*. Chicago, Ill: University of Chicago Press, Chicago.
- Carpenter, D. P. (2001). *The forging of bureaucratic autonomy: Reputations, networks and policy innovation in executive agencies, 1862-1928*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Carpenter, D. (2010). *Reputation and power: Organizational image and pharmaceutical regulation at the FDA*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

- Cohen, M., March, J., & Olsen, J. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, 1-25.
- Dahl, R. A. & Lindblom, C. E. (1953). *Politics, economics and welfare: Planning and politico-economic systems resolved into basic social processes*. New York: Harper and Row.
- Downs, A. (1967). *Inside bureaucracy*. Boston: Little, Brown.
- Gerth, H. H. & Wright Mills, C. (Eds., trans.). (1946). *From Max Weber: Essays in sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Hacker, J. S. (2004). Dismantling the health care state. *British Journal of Political Science*, 34 (4), 693-724.
- Hichins, D. K. (2008). *System engineering: A 21st century systems methodology*. New York: Wiley.
- Howlett, M. (2009). Process sequencing policy dynamics: Beyond homeostasis and path dependency. *Journal of Public Policy*, 29 (3), 241-262.
- Huber, J. D. & Shipan, C. R. (2002). *Deliberate discretion? The institutional foundations of bureaucratic autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Immergut, E. M. (2006). Institutional constraints on policy. In M. Moran, M. Rein, & R. E. Goodin (Eds.), *The Oxford handbook of public policy* (pp. 571-557). Oxford: Oxford University Press.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd edition). New York: Harper Collins Publishers.
- Krause, G. A. & Meier, J. K. (Eds.). (2003). *Politics, policy, and organizations: Frontiers in the scientific study of bureaucracy*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Lane, J. E. (2000). *The public sector: Concepts, models, and approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lipsky, M. (1980). *Street level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage.

- Mahoney, J., Kimball, E., & Kendra, K. (2008). The logic of historical explanation in the social sciences. *Comparative Political Studies*, 42, 114-146.
- Maor, M. (2007). A scientific standard and an agency's legal independence: Which of these reputation-protection mechanisms is less susceptible to political moves. *Public Administration*, 85 (4), 961-978.
- Maor, M. (2010). Organizational reputation and jurisdictional claims: The case of the U.S. Food and Drug Administration. *Governance*, 23 (1), 133-159.
- Maor, M. (2011). Organizational reputations and the observability of public warnings in 10 pharmaceutical markets. *Governance*, 24 (3), 557-582.
- Maor, M. & Sulitzeanu-Kenan, R. (forthcoming). At every moment a reputation dies: How reputation influences US FDA enforcement. *Governance*.
- Maor, M. & Gilad, S. (2011, August). *Organizational reputations and communicative dynamics: The case of the Bank of Israel, 1998-2009*. Paper presented at the 2011 ECPR General Conference, Reykjavik, Iceland.
- Mark, M. & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32 (22), 80-85.
- Mark, M., Rabinowitz, J., Feldman, D., Gilboa, D., & Shemer, J. (1996). Reform in mental health services in Israel, *Administration and Policy in Mental Health*, 23 (3), 253-259.
- Moe, T.M. (2006). Political control and the power of the agent. *Journal of Law, Economics & Organization*, 22 (1), 1-29.
- Nakamura, R. (1987). The textbook process and implementation research. *Policy Studies Review*, 1, 142-154.
- Niskanen, W. A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine-Atherton.

- Page, E. C. (2003). The civil servant as legislator: Law making in British administration. *Public Administration*, 81 (4), 651-679.
- Page, E. C. (2006a). The origins of policy. In M. Moran, M. Rein, & R. E. Goodin (Eds.), *The Oxford handbook of public policy* (pp. 227-207). Oxford: Oxford University Press.
- Page, E. C. (2006b). *How policy is really made*. London: Public Policy and Management Association.
- Page, E. C. (2006c). *Delegation, detail and discretion: Bureaucrats and the construction of policies*. Paper presented at Annual Meeting of the American Political Science Association, August 31-September 3, Philadelphia, PA.
- Pierson, P. (2000). Not just what, but when: Timing and sequence in political processes. *Studies in American Political Development*, 14 (Spring), 72-92.
- Pierson, P. (2004). *Politics in time*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Pollitt, C. (2008). *Time, policy, management: Governing with the past*. Oxford: Oxford University Press.
- Rhodes R. A. W. (1981). *Control and power in central local relations*. Farnborough: Gower.
- Rhodes, R. A. W. (2006). Policy network analysis. In M. Moran, M. Rein & R. E. Goodin (Eds.), *The Oxford handbook of public policy* (pp. 447-425). Oxford: Oxford University Press.
- Richardson, J. (2000). Government, Interest Groups and Policy Change. *Political Studies*, 48, 1006-1025.
- Sabatier, P. A. (1991). Toward better theories of the policy process, *Political Science and Politics* 24 (2), 147-156.
- Sabatier, P. A. & Jenkins-Smith, H. C. (Eds.). (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press.

- Sabatier, P. A. & Jenkins-Smith, H. C. (1999). The advocacy coalition framework: An assessment. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process* (pp. 117-166). Boulder, CO: Westview Press.
- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (2007). The advocacy coalition framework: Innovations and clarifications. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process* (pp. 189-222). Boulder, CO: Westview Press.
- Smith, M. J. (1999). *The core executive in Britain*. Houndmills: Macmillan Press.
- True, J. L., Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2007). Punctuated-equilibrium theory: Explaining stability and change in American policymaking. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process* (pp. 155-188). Boulder, CO: Westview Press.
- Tullock, G. (1965). *The Politics of bureaucracy*. Washington DC: Public Affairs Press.
- Tuohy, C. H. (1999). *Accidental logics*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001- mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, W. (1887). The study of administration. *Political Science Quarterly*, 2 (2), 197-222.

ראיונות שערך חגי דרור⁴

בן-משה רועי, בעבר סגן ראש האגף לתכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות, ירושלים,
7.4.09 ; 21.1.09

4 התפקיד של המרואיין נכון ליום הריאיון, אלא אם כן נכתב מפורשות אחרת.

- לב בעז, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, ירושלים, 23.3.09
- סובל רביב, סגן הממונה על התקציבים, משרד האוצר, ירושלים, 16.2.09
- עבר-הדני שרונה, עו"ד בלשכה המשפטית, משרד הבריאות, ירושלים, 19.1.09
- פולאקביץ' יעקב, ראש אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות, הרצליה, 23.1.09
- פסט דב, סמנכ"ל למינהל ומשאבי אנוש, משרד הבריאות, ירושלים, 6.2.09
- קוגן ראובן, בעבר רכז בריאות באגף התקציבים במשרד האוצר (2006-2008), ירושלים, 4.3.09
- קוטלר משה, מנהל המרכז לבריאות הנפש באר יעקב-נס ציונה, באר-יעקב, 9.3.09
- רלבג רות, לשעבר סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות (2004-2009), ירושלים, 2.3.09
- שני מרדכי, ראש מנהלת הרפורמה בבריאות הנפש ולשעבר מנכ"ל משרד הבריאות, תל השומר, 17.2.09
- שרשבסקי יחיאל, ממונה שיקום, אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות, מודיעין, 29.1.09
- פקיד בכיר, הנהלת משרד הבריאות, ירושלים, 16.3.09