

# הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995–1997: הזדמנות שהוחמצה

מאת אורי אבירם, \* דליה גיא\*\* וישראל סייקס\*\*\*

מאמר זה בוחן את הניסיונות לרפורמה בתחום בריאות הנפש בהקשר של "חלון ההזדמנויות" שנפתח עם חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מנותחים בו הגורמים לכישלון המאמצים לרפורמה שכללה, לפי החוק, את העברת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים. המחקר התמקד בתקופה של שלוש שנים, שנקבעה לצורך יישום הרפורמה. המטרה היתה לנתח את הגורמים שבלמו את יישום הרפורמה ולנסות ולהבין מה יכולים להיות הגורמים שהיו עשויים לסייע בהשגת השינוי המתוכנן. המחקר התמקד בבעלי העניין, בסוגיות העיקריות שהם נחלקו עליהן, בתהליך עצמו ובתוצאותיו. ניתוח הממצאים מצביע על חששם של בעלי העניין העיקריים מלקיחת סיכונים, על העדר אמון הדדי ביניהם, על אי-הסכמות באשר לנתונים, על אמביוולנטיות רבה במערכת לגבי הצורך או העיתוי של הרפורמה, ועל אינטרסים מנוגדים אף בתוך הארגונים המעורבים. לבסוף, העדר קואליציה תומכת, מנהיגות ומחויבות פוליטית לנושא, וחוסר עניין ציבורי ברפורמה לא יצרו את התנאים הסביבתיים והתברתיים הדרושים לשינוי המתוכנן.

\* בית-ספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

\*\* הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות ובית-הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה, חיפה.

\*\*\*נקודת מפנה: מערכות לומדות להצלחה. ג'וינט-מכון ברוקדייל. ירושלים.

המאמר מבוסס על שלוש עבודות מחקר שנעשו בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות: א' אבירם, מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל; ד' גיא, חקר תהליך תכנון הרפורמה בכריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, 1995–1998; י' סייקס, השימוש בנתונים בניסיון העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשרד הבריאות לקופות החולים, חקר מקרה: 1995–1996. המחברים מבקשים להודות למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות על עזרתו בביצוע המחקרים. נוסח מוקדם של המאמר הוצג ככנס הראשון של הפורום למדיניות חברתית בישראל, שנערך בבית-הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים, ב-1 בפברואר 2004. עיקר הממצאים הוצגו גם בכנס The Fourth International Conference on Social Work in Health and Mental Health, שהתקיים בקוויבק, קנדה, במאי 2004.

## מבוא

חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשס"ד-1994, היתה חלון הזדמנויות לרפורמה בתחום בריאות הנפש. מאז שנות השבעים, המדיניות הרשמית של ממשלת ישראל היא להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי-החולים הפסיכיאטריים לקהילה (אבירם, 1991; טרמר, 1975; Aviram, 1991, 1996). על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשס"ד-1994, נקבעה מדיניות להעברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים תוך פרק-זמן של שלוש שנים מכניסת החוק לתוקפו וכלילת שירותים אלה במסגרת של הבריאות שכל תושב זכאי לקבל מקופות החולים (בן נוו, ברלוביץ, שני, 2005; גרוס, רוזן, שירום, 1999; Rosen, 2003).

מתכנני הרפורמה בתחום בריאות הנפש ראו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי הזדמנות לשינוי מהותי במדיניות ובדרך מתן שירותי בריאות הנפש. הם סברו, שהרפורמה הביטוחית, שהיינו העברת האחריות להספקת שירותי בריאות נפש לקופות החולים, תסייע לרפורמה מבנית אשר תביא להתפתחותה של מערכת שירותי בריאות נפש קהילתית המושתתת על עקרונות החוק, לפיהם שירותי הבריאות צריכים להיות זמינים, שוויוניים ונגישים לתושב במקום מגוריו (גרוס, רוזן, שירום, 1999א); חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשס"ד-1994; (Shemer & Vienonen, 1995). עקרונות אלה, ותמריצים כלכליים לקופות החולים, היו אמורים לצמצם את השימוש בשירותי אשפוז ולקדם הקמת שירותים קהילתיים (אבירם, רוזן, 1998; מרק, פלדמן, רבינוביץ, 1996).

הרפורמה המוצעת בבריאות הנפש היתה מבוססת על עקרונות מתקדמים של שילוב ואינטגרציה של שירותי בריאות הנפש במערך שירותי הבריאות (Mechanic, 1994a). היא אימצה את העקרונות של (Coleman) Mainstreaming and Integration (Mechanic, 1993; Patrick, 1976). התפיסה היתה, שאין להפריד בין בעיות גוף ונפש, ולתועלת האדם והחברה יש לשלב את השירותים הבאים להתמודד עם אחת מן השתיים, או עם שתיהן בו-זמנית (מעוז, 1998; Sartorius et al., 1990). לעומת מערכת המבוססת על בתי-חולים פסיכיאטריים, שירותי בריאות נפש קהילתיים נחשבו בעיני המומחים כטובים יותר מבחינה טיפולית, ראויים יותר מבחינה אנושית, ובדרך-כלל גם עדיפים מבחינה כלכלית (Bloom, 1984; Stein, 1992).

יוזמי הרפורמה בבריאות הנפש תכננו שלא להמתין לסימו של כל פרק-הזמן שנתן המחוקק ולהתחיל ביישומה כבר ב-1 ביוני 1995, שישה חודשים לאחר תחילת היישום של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ניסיונם לא צלח בידם והם נאלצו לדחות חמש פעמים את המועד המתוכנן ליישומה (1.6.95, 1.1.96, 1.4.96, 1.5.96, 1.1.97) (גיא, 2004). לאחר שוועדת העבודה והרווחה (1996ד') דחתה ב-9.12.1996 את בקשת

משרד הבריאות לאשר את יישום ההעברה של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים בתאריך היעד החמישי (1.1.97), החליטו הרשויות לוותר בשלב זה על הניסיון ליישם את הרפורמה בזמן שהוקצב לכך על-פי כוונת המחוקק. לבסוף, חוק ההסדרים לשנת 1997 (חוק ההסדרים 1996) סגר למעשה את "חלון ההזדמנויות" להכללת שירותי בריאות הנפש בתחום אחריותן של קופות החולים במסגרת זמן נתון של שלוש שנים. בסופו של דבר, עד לכתיבת שורות אלה, לא בוצעה העברת האחריות הביטוחית על תחום בריאות הנפש לקופות החולים.

המחקרים שאנו מדווחים עליהם מתייחסים לניסיון ספציפי לרפורמה בפרק-זמן של שלוש שנים. אולם, למעשה הם חלק ממחקר רחב המנתח את המגמות במדיניות בריאות הנפש בארץ. מחקר זה מנסה להבין מדוע עד כה, במשך למעלה משלושים שנה, לא הצליחה מדינת ישראל ליישם את המדיניות שאימצה להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי-החולים לקהילה. אנו מנסים לנתח מה הם הגורמים המעכבים שינוי ומה היו יכולים להיות התנאים שהיו מאפשרים את הרפורמה.

הסוגיות המעסיקות אותנו במחקר זה אינן אופייניות רק לישראל. ניסיונות דומים לרפורמה התרחשו ומתרחשים גם במדינות אחרות (גיא, 2004; סלר, 1999; Goodwin, 2001; Stefansson & Hansson, 1997). בחלק מן המדינות הניסיונות היו מוצלחים יותר, באחרות היו דומים להעדר ההצלחה או להצלחה חלקית בלבד כפי שקרה בארץ. אנו מקווים, שניתוח המקרה שנדווח עליו ישפוך אור על הגורמים המעכבים ועל אלה העשויים לאפשר רפורמה בבריאות הנפש, יתרום לתחום בריאות הנפש עצמו ויקדם את ההבנה בכל הנוגע ליישום מדיניות ולשינוי מדיניות בכלל.

כאמור, ניתוח המקרה מתייחס לתקופה של שלוש שנים, מראשית 1995 ועד סוף 1997. זוהי "תקופת הביניים" שנקבעה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי להעברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים ולשילובם בסל הבריאות.<sup>1</sup>

המאמר מתחיל בתיאור קצר של הרפורמה המתוכננת בבריאות הנפש תוך התייחסות לרקע של מערכת בריאות הנפש בארץ. המאמר כולל הצגה קצרה של מאפייני השיטה הקיימת בתחום בריאות הנפש והגורמים שתמרו לדעתנו לכישלון המתמשך בהעברת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש לקהילה. החלק הבא של המאמר עוסק בהבהרת המסגרת התיאורטית והבסיס המושגי של המחקר, שיטת המחקר שנקטנו ובסיס הנתונים שלו. החלק הדין בממצאים העיקריים מתאר את בעלי העניין, הסוגיות המרכזיות, הקונפליקטים ותהליך המשא-ומתן המתרחש בתקופה הנחקרת.

1. קיים ויכוח האם אכן קבע החוק במפורש תקופת ביניים של שלוש שנים להעברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים. ניתוח לשוני ותכליתי של החוק מוכיח לדעתנו שהמחוקק הקציב לכך פרק-זמן של שלוש שנים. כמו-כן, זה היה הפירוש המקובל של גורמים שונים בממשל ובכנסת ועל-פי זה נהגו הרשות המבצעת והמחוקקת בעניין.

בהמשך, הדיון בממצאים מתמקד בבעיות הקשורות לתהליך המשא-ומתן ובניתוח האינטרסים והמגבלות של "השחקנים הראשיים" תוך מתן הסברים לכישלון ביישום החקיקה. בנוסף לכך, אנו מנסים להבין את הבעייתיות הנובעת מן הסביבה הפוליטית והחברתית שהיתה קיימת בתקופה הנחקרת. לבסוף, בהתבסס על הניתוח שבוצע, אנו בוחנים מספר מסקנות ראשוניות המתייחסות לתנאים ולאמצעים שהם הכרחיים ליישום רפורמות מסוג זה בבריאות הנפש, ומציגים מספר הערות והארות על הגורמים העיקריים המשפיעים על תכנון והטמעה של שינוי במדיניות בכלל.

---

### הרפורמה המתוכננת בבריאות הנפש (1995–1997)

---

הרפורמה בבריאות הנפש<sup>2</sup> שתכנן משרד הבריאות לשנת 1995 כללה חמישה מרכיבים עיקריים (אבירם, רוזן, 1998; Mark & Shani, 1995):

1. הכללת שירותי בריאות הנפש בסל שירותי הבריאות הבסיסיים, שקופות החולים מספקות.
2. הפיכת כל שירותי בריאות הנפש הממשלתיים והציבוריים ליחידות כלכליות עצמאיות, שצריכות להתחרות על השגת חוזים עם קופות החולים.
3. ארגון אזורי של שירותי בריאות הנפש במסגרת מינהלות אזוריות.
4. ייסוד קרן מיוחדת, בשליטה ובניהול של משרד הבריאות, כדי לממן ולהבטיח טיפול לחולים פסיכיאטריים ממושכים וכדי להקל על קופות החולים לקבל את האחריות לשירותים פסיכיאטריים במסגרת סל הבריאות (קרן "רו"ת" – רווחה ותקווה).
5. ארגון מחדש של אגף שירותי בריאות הנפש והתאמתו לתפקד כמיניסטריון המשוחרר מאחריות ישירה להספקת השירותים.

הצורך ברפורמה בתחום בריאות הנפש השתקף בצורה ברורה כבר בדוח ועדת נתניהו (ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ועיעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990). היתה הסכמה רחבה בקרב אנשי מקצוע, מומחים וצרכנים, שמערכת בריאות הנפש – המטפלת באוכלוסייה חלשה וחסרת ישע במיוחד – רחוקה מלענות על צורכי אוכלוסייה זו. עמדה זו והצורך בתיקון המערכת באו לידי ביטוי גם

---

2. לימים, המערכת החלה להבחין בין מרכיביה השונים של הרפורמה, מבחינה ביטוחית ומבנית. בתקופה שהמחקר עוסק בה לא היתה הבחנה כזו והביטוי "רפורמה" התייחס למכלול של השינוי המוצע בבריאות הנפש.

במסמכים רשמיים שונים ובדוחות ביקורת, כמו למשל דוח מבקר המדינה (מבקר המדינה, 1991).

מטרותיה של הרפורמה המתוכננת היו לשפר את זמינות השירותים ונגישותם, לייעל את שירותי בריאות הנפש מבחינה כלכלית, להתאים את השירותים לצורכי הלקוחות ולהביא לשחרור חולים מאשפוז לקהילה. מעצבי הרפורמה האמינו, שבאמצעות העברת האחריות לקופות החולים ולשינוי הארגוני במערכת יוכנסו שיקולים כלכליים ותחרות, שיוזילו את השירותים וישפרו את איכותם. הם קיוו, שהשינויים יביאו לתגובות שרשרת שיסיטו את זרימת החולים מאשפוז לקהילה ובסופו של דבר יהפכו את הקהילה למוקד הטיפול בנכי הנפש (אבירם, רוזן, 1998; מרק, פלדמן, רבינוביץ, 1996; Mark & Shani, 1995).

לפי מסמך של שירותי בריאות הנפש מיום 21 באוקטובר 1996 בעניין הרפורמה, ניתן לזהות ארבעה סוגים של טיעונים בעד ביצועה:

1. אידיאולוגי – קורא לתפיסה אינטגרטיבית רב-ממדית של האדם ולהסרת ההפרדה בין גוף לנפש.
2. חברתי – מקדם שוויון זכויות לחולי נפש, הפחתת סטיגמה והגברת ההתייחסות הנורמטיבית למחלות אלה.
3. מקצועי – מדבר על כך, שהרפורמה תהווה תמריץ להתייעלות ולהתפתחות של המערכת, לפיתוח של שירותים קהילתיים ולשיפור פריסת השירותים.
4. כלכלי – צופה חיסכון כתוצאה מהמרה של שירותי אשפוז בשירותים קהילתיים.

---

### הבעיות המתמשכות של מערכת שירותי בריאות הנפש

---

אי־אפשר להבין את הרפורמה שהוצעה ואת הבעיות שהיה עליה להתמודד אתן ללא התייחסות לבעיות המרכזיות המלוות את מערכת בריאות הנפש מאז שנוסדה. כמובן שמערכת זו לא היתה יכולה להימלט מן הסוגיות העיקריות שכל מערכת בריאות נפש מודרנית מתמודדת אתן. הידע המוגבל על האטיולוגיה של מחלות נפש והפרעות נפשיות ועל שיטות הטיפול בהן משפיע על תחום בריאות הנפש. לא מעטות מגישות הטיפול הנהוגות חסרות בסיס אמפירי מוצק. יותר מאשר בכל תחום רפואי אחר, קיימת בתחום בריאות הנפש אי־הסכמה באשר לבעיות שהמערכת צריכה לכסות, האוכלוסייה הזכאית לשירותים וטווח השירותים שהמערכת אמורה לספק (Aviram, 1991; Mechanic, 1994b).

נוסף על סוגיות אלה מערכת שירותי בריאות הנפש בארץ מתמודדת עם שלוש בעיות הקשורות ביניהן:

1. פיתוח מוגבל של שירותי בריאות נפש קהילתיים.
2. דומיננטיות של מערכת בתי החולים לחולי נפש.
3. מדיקליזציה של שירותי בריאות הנפש.

בעיות אלה משקפות הן סוגיות ארגוניות וכלכליות והן גורמים תרבותיים-חברתיים מבניים. המשך קיומן של בעיות אלה והשפעתן על המערכת מוסבר ברקע ההיסטורי של שירותי בריאות הנפש בארץ (מילר, 1981; קפלן, קוטלר, ויצטום, 2001), באמונות ובגישות מסורתיות לבעיות בריאות הנפש ולדרכי ההתמודדות אתן ובשורה של אינטרסים שצמחו והשתרשו במהלך השנים (אבירם, 1991; גינת, 1992; Aviram, 1996).

שורת הגורמים שמנינו מסבירה מדוע, בניגוד למדיניות הרשמית שננקטה מאז שנות ה-70 המוקדמות (טרמר, 1975), פיתוח השירותים הקהילתיים היה עד לעשור האחרון מוגבל ומרכז הכובד נשאר במערכת האשפוז. עובדה זו לא רק שהיא משתקפת בכך, שמרבית התקציב הציבורי לשירותי בריאות הנפש נשאר בבתי החולים הפסיכיאטרים (משרד הבריאות, 2000, 2004; Aviram, 1996), אלא שהדבר השפיע גם על תרבות הטיפול. כל זה עומד, כאמור, בניגוד לגישות טיפול מתקדמות ואף בניגוד למדיניות המוצהרת של הממשלה (אבירם, 1991; Aviram, 1996).

---

## הבסיס התיאורטי והמסגרת המושגית של המחקר

---

הבסיס התיאורטי של מחקר זה מצוי בתחום המדיניות הציבורית וגישות העוסקות בקביעת סדר-היום הציבורי, בתיאוריות ארגוניות העוסקות בבחירות ארגוניות ובתיאוריות הנוגעות למערכת היחסים בין ארגונים והקשר הסביבתי שלהם, בהסתמך על גישות תיאורטיות לבחירה ארגונית (Cohen, March & Olsen, 1972). קינגדון (Kingdon, 1995) טוען, שתהליכי קביעת סדר-היום הציבורי כוללים שלושה מרכיבים (Streams): בעיות, מדיניות ופוליטיקה. שלושתם מתפתחים ומתקיימים בדרך-כלל באופן בלתי תלוי ביניהם עד שנסיבות מסוימות (Downs, 1972) פותחות "חלון הזדמנות" המאפשר ליוזמים ולתומכים בשינוי המדיניות לקדם לסדר-היום הציבורי את רעיונותיהם לרפורמה (Kingdon, 1995). רעיון לשינוי במדיניות יישאר על סדר-היום הציבורי רק אם בתחרות הקיימת על סדר-יום זה תיתפס הבעיה כבת פתרון, ובתנאי שקואליציה פוליטית תתגייס לתמוך בפתרונה. קואליציות כאלה תלויות בקיומם של בעלי עניין (Stakeholders) – יחידים, קבוצות וארגונים – החוברים יחד, ובדינמיקה

של אמצעי התקשורת ודעת הקהל שנוצרת בקשר לבעיה. למרות שההנעה של קובעי המדיניות ושל אמצעי התקשורת עשויה להיות שונה בדרך-כלל (Dearing & Rogers, 1996), ובמרבית המקרים במדינות דמוקרטיות גורמים אלה הם בלתי תלויים זה בזה (Linsky, 1986), קיים מתאם חזק בין סדר הקדימות של אמצעי התקשורת ובין סדר-היום הציבורי (McComb & Shaw, 1972).

הבהרות נוספות לשינוי במדיניות מצויות בתיאוריות ארגוניות ובין-ארגוניות. סקירת הספרות בתחומים אלה מצביעה על שתי גישות אלטרנטיביות (Aldrich & Pfeffer, 1976). האחת טוענת, ששינוי מדיניות מותנה בתנאי סביבה – פוליטיים, חברתיים וכלכליים – שהם חיצוניים לארגון ומחוץ לטווח שליטתו (Emery & Trist, 1989; Kanter, 1965). הגישה השנייה טוענת, שהצלחה או כישלון של שינוי במדיניות יכול להיות מוסבר בדינמיקה הקיימת בארגון עצמו. בהתאם לתיאוריה זו, יש לייחס כישלון של רפורמה במדיניות לקונסטלציה הארגונית המתנגדת לשינוי (Perrow, 1979; Starbuck, 1983).

גישה תיאורטית שלישית, המציגה עמדת ביניים בין שתי הגישות המנוגדות האלה, טוענת שקיימת מערכת של יחסי ביניים בין הארגונים הנוגעים בדבר לסביבתם (Thompson & McEwin, 1958). לארגונים יש מידה של שליטה על התנהגותם והם מגיבים לתנאי סביבה ומשפיעים עליהם. גישות אינטראקציוניות אלה מתמקדות ברשתות של ארגונים ובתהליכי תקשורת המשמשים ארגונים (Mintz & Schwartz, 1985).

תיאוריות ארגוניות ומחקרי מדיניות תרמו להבנה כיצד אינטרסים פוליטיים (Hynes, 1987) וקואליציות פוליטיות וארגוניות (Knoke & Pappi, 1991) משפיעים על קביעת מדיניות. לפיכך, אנו סוברים, שניתן יהיה לאתר ולזהות את הקבוצות והארגונים שהתנגדו לרפורמה בבריאות הנפש בתקופה הנדונה ולתאר ולהבהיר את התנאים והמהלכים שהיו עשויים לאפשר את הרפורמה.

המסגרת המושגית שתשמש אותנו לניתוח מבנה המערכת ולבחירת הארגונים וקבוצות האינטרס סביב תוכנית הרפורמה תבחן את התפיסות השונות של תחומי המערכת באשר לטווח הבעיות, אוכלוסיית היעד ומגוון השירותים הקיים וזה שניתן להציעו (Levine & White, 1961), ואת העמדות השונות כלפי האלמנטים הקריטיים של המערכת, דהיינו, לקוחות, מקורות כספיים, כוח-אדם ולגיטימציה ציבורית של המערכת (Levine, White & Paul, 1966). ניתוח תהליך המשא-ומתן ייעזר בתיאוריות חליפין (Homans, 1958; Levine & White, 1961) בעניין השימוש באלמנטים אלה והשליטה על זרימתם במערכת.

## שיטת המחקר ומקורות המידע

זהו "חקר מקרה" (יוסיפון, 2001; Stake, 1995). המחקר התייחס לתקופה של שלוש שנים, 1995–1997. שנים אלה היו פרק־הזמן שלדעת הגורמים השונים במערכת (וכאמור, גם לדעתנו) הוקצב לממשל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי להעברת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים. המאמר מתבסס על נתונים שנאספו בשלושה מחקרים. חלק מן הנתונים נאספו במחקר שבחן את השימוש בנתונים ובמידע בקבלת ההחלטות במהלך הניסיון להעביר את האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים (סייקס, בדפוס; Sykes 2003). מחקר נוסף עסק באופן ספציפי בתכנון הרפורמה בביטוח הבריאות הממלכתי ובניסיונות ליישומה תוך התמקדות בגורמים ובבעלי העניין שקידמו ובלמו אותה (גיא, 2004). המחקר השלישי עסק במגמות במדיניות בריאות הנפש ובגורמים שבלמו את העברת מוקד הטיפול בבריאות הנפש ממערכת האשפוז לקהילה או שהיו יכולים לסייע בכך (אבירם, 2005; Aviram & Sykes, 2004).

מחקר זה (וגם המאמר) התמקד באינטרסים, בכוחות שפעלו ובסוגיות שעלו במשא-ומתן ובתהליך שהתרחש ובתוצאותיו. בנוסף לבחינת הסוגיות והתהליך שהתייחס לרפורמה הביטוחית, בחן המחקר גם את הרפורמה המבנית הנלווית לרפורמה זו והתייחס לסוגיות שעלו בהקשר של הניסיון להעביר את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבת־החולים לקהילה.

### 1. מקורות

מחקר זה מבוסס על מספר מקורות:

- סקירה וניתוח ספרות מקצועית. סקירה וניתוח של ספרות מקצועית, מישראל ומארצות אחרות, העוסקת בניסיונות להכניס רפורמה בבריאות הנפש.
- דו"חות של גורמים מוסמכים, שהתייחסו לצורך ברפורמה בבריאות הנפש בישראל, למהלכים דומים בארצות אחרות, ולתהליכים של שינוי מדיניות בבריאות הנפש ובתחומים חברתיים בכלל.
- דיוני ועדת הכנסת. פרוטוקולים של ועדת העבודה והרווחה של הכנסת מדיונים שיוחדו לסוגיה של העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים.
- תקציבים. ניתוח תקציבי משרד הבריאות לשנים הנחקרות.
- ניתוח מאמרים בעיתונות הכתובה. סקירה וניתוח מאמרים שהופיעו בעיתון "הארץ" בשנים 1995–1997, שהיה להם קשר לתחום בריאות הנפש, ובמיוחד לתהליכי הרפורמה.
- ראיונות. בנוסף למקורות הכתובים קוימו ראיונות עומק פתוחים עם מקבלי



ההחלטות שכללו מגוון של אנשים מן המערכת הפוליטית (שר הבריאות ויושב-ראש ועדת העבודה והרווחה של הכנסת), מן הממשל (מנכ"לים ובעלי תפקידים מרכזיים במשרדי הבריאות והאוצר), מקופות החולים, מבתי-חולים פסיכיאטריים (מנהלים), ומשירותי בריאות הנפש בקהילה. כמו-כן רואינו גורמים צרכניים. מרואיינים ראשונים היו מקור מידע לאיתור מרואיינים נוספים, במטרה לאתר ולראיין את כל מי שמילא תפקיד חשוב בתהליך. בסך הכל רואינו 60 איש. חלק מהם רואינו יותר מפעם אחת.

## 2. מגבלות המחקר

אחת הסוגיות המתודולוגיות בחקר המקרה שביצענו היא מרחק הזמן בין האירועים עצמם ובין ביצוע המחקר (שש עד תשע שנים). עובדה זו היתה עלולה להעיב על מהימנות הראיונות – במיוחד עם אנשים שעדיין נושאים בתפקידים במערכות השונות. מאידך גיסא, עצם מרחק הזמן שבין האירועים בפועל ומועד ביצוע המחקר יכול היה להוות בעיה בכל הנוגע לדברי המרואיינים ולפרשנותם. על-מנת להמעיט בהשפעתן של מגבלות אלה נעשה במחקר שימוש רב בחומר ארכיוני ובוצעה הצלבה בין דברי המרואיינים ובין המסמכים השונים.

חקר המקרה משלב בין ספרות מקצועית, דוחות מן התקופה ותיעוד ראשוני כמו פרוטוקולים של ועדות, מכתבים מאותה תקופה, ופרטים שהופיעו בעיתונות. חומרים אלה היוו את הבסיס העיקרי להבנת "העובדות" של מה שקרה, כאשר הראיונות השלימו את החסר, הרחיבו והבהירו נושאים לא ברורים. ראיונות אלה עזרו בגיבוש תובנות הנובעות מהבנת הפרספקטיבות השונות ואף המנוגדות של הגורמים השונים שהיו מעורבים בתהליך.

---

## ממצאים

---

המצאים מצביעים על הגורמים האינטרסנטיים השונים שפעלו בהקשר של תוכנית הרפורמה, על הסוגיות העיקריות שעלו ועל תהליך המשא-ומתן עצמו. להלן פירוט האירועים העיקריים שהתרחשו, הכוחות שפעלו והאינטרסים שבאו לידי ביטוי, הסוגיות העיקריות שהצדדים התמודדו עמן, והקשיים והבעיות העיקריות שהתגלו במשא-ומתן. נדגים את מורכבות הנושאים שעלו ואת ניגודי האינטרסים באמצעות דיון בשתי סוגיות מרכזיות הנוגעות לרפורמה. האחת קשורה למעמדם של בתי-החולים הפסיכיאטריים לנוכח התוכנית להסטת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי-החולים לקהילה, ולדרך שבה בתי-החולים התמודדו עם דילמה זו. הסוגיה השנייה

תעסוק בחולי הנפש הכרוניים ובהסדרים הארגוניים והכספיים שיידרשו לטיפול בהם ולשיקומם בקהילה במידה שהרפורמה תצא לפועל.

### 1. תיאור התהליך

עיקר המשאומתן על יישום הרפורמה כנדרש על-פי החוק התרחש בין 1 בינואר 1995, מועד החלת חוק בריאות ממלכתי, לסוף דצמבר 1996. לקראת סוף 1996 החליט הממשל שלא יוכל לעמוד בטווח הזמן להעברת האחריות לקופות החולים שאליו התכוון המחוקק. הדבר בא לידי ביטוי בחוקי ההסדרים לשנים 1997 ו-1998 (חוק ההסדרים, 1996, 1997).

על-פי התוכנית של משרד הבריאות הרפורמה המוצעת היתה אמורה להיכנס לתוקפה באחד ביוני 1995, חמישה חודשים אחרי שנכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשס"ד-1994.<sup>3</sup> כאמור, לפי תפיסת הגורמים השונים במערכת, החוק נתן ארכה של שלוש שנים לביצוע המעבר בתחום בריאות הנפש (כמו גם בתחומי הגריאטריה ובריאות הציבור), בהנחה שיהיה צורך לבנות תשתיות חדשות בקופות החולים בשעה שהמערכת כבר תהיה עסוקה מאוד בהסתגלות להיערכות החדשה. אולם קברניטי תוכנית הרפורמה חשבו לנצל את חלון ההזדמנויות שנפתח עם שינוי המדיניות וההיערכות הארגונית של מערכת הבריאות הכללית, כדי לשלב את שירותי בריאות הנפש במערך הבריאות הכללי, ולא להמתין לסיום התקופה. פרופ' שני הדגיש בוועדת העבודה והרווחה (1995ב): "המערכת היתה בסטגנציה. צריך להחליט אם המצב יישאר בסטגנציה או ללכת קדימה". הרעיון היה, שעל-מנת "ללכת קדימה" יש לבצע את המעבר "לפני שיתבררו הבעיות של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי עם כל העלויות הנוספות והאפשרויות לגירעונות." (ראיון עם מ' שני ביום 20.8.2003). ואכן התברר, שכך אמנם קרה.

על-מנת לקצר את תקופת הביניים ולהקדים את החלת החוק לתחום בריאות הנפש נפגשו נציגי משרד הבריאות עם גורמים בקופות החולים כדי לקבוע עקרונות עבודה לפי ההסדר החדש (משרד הבריאות, המנהל הכללי, סיכום פגישה ביום 25.4.95). ב-31 במאי 1995, יום אחד לפני היום שבו התכוונו להחיל את השינוי בחוק, ביקשו שר הבריאות ומנכ"ל המשרד את אישורה של ועדת העבודה והרווחה (1995א), שבראשותו של ח"כ יוסי כץ. בישיבה זו של הוועדה עלו מספר סוגיות, שהעיקריות שבהן היו: – מעמדה של הוועדה בניסיון לשינוי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

3. שר הבריאות ד"ר אפרים סנה חתם על צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשנ"ה-1995, מיום 23.5.95, שפורסם ברשומות (קובץ תקנות 5682). לפי צו זה, שבוטל רטרואקטיבית ב-31.10.96, הועברו שירותי בריאות הנפש מן התוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (שבאחריות המדינה) לתוספת השנייה (שבאחריות הקופות).

- מידת המוכנות של קופות החולים לספק את השירותים הנדרשים בקהילה.  
 - הצורך בתכנון כוללני, שישולבו בו גורמים ממשלתיים אחרים - בעיקר משרד העבודה והרווחה והמוסד לביטוח לאומי - כדי שגם הם יתרמו את חלקם לארגון מחדש של מערך הטיפול והשיקום בבריאות הנפש.  
 בפועל דחתה הוועדה את הבקשה לקיצור תקופת הביניים ונכנסה לתהליך שבו צומצמה במידה רבה סמכותו של משרד הבריאות, בעוד שהוועדה התנתה בכל פעם את השינוי המוצע בהסכמתם של גורמים נוספים, כגון יועצים משפטיים, קופות החולים, משרד האוצר.

לאחר תפנית זו הופיעו נציגי משרד הבריאות וארגונים נוספים, שהיה להם עניין לקדם או לחסום את הרפורמה, בפני הוועדה חמש פעמים נוספות<sup>4</sup> במהלך השנה וחצי שלאחר מכן (ועדת העבודה והרווחה, 1995; ועדת העבודה והרווחה, 1996א, 1996ב, 1996ג, 1996ד). בכל הישיבות היתה הסכמה למגמה של העברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, אבל עם הסתייגויות לגבי טיב ההיערכות לקראת השינוי, ומידת הישימות של השינוי בתנאים התקציביים שהציבו משרד הבריאות ומשרד האוצר. בכל פעם, לאור הסתייגויות אלה, דחתה הוועדה את מועד יישום התוכנית ודרשה להמשיך בטיפול בכיוונים שנראו נחוצים.

במהלך התקופה, בעקבות הבחירות שהתקיימו לאחר רצח ראש הממשלה יצחק רבין ז"ל וחילופי השלטון, החליף חבר הכנסת מקסים לוי מן הליכוד את חבר הכנסת יוסי כץ ממפלגת העבודה בתפקיד יושב־ראש ועדת העבודה והרווחה. בישיבה של הוועדה שהתקיימה ב־9 בדצמבר 1996 (ועדת העבודה והרווחה, 1996ד), כמעט עמדו הצדדים על סף הסכם. משרד הבריאות ומשרד האוצר הסכימו לבצע את העברת האחריות על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים ולהעביר לשם כך את המימון לקופות החולים, אך נותר פער קטן יחסית של בין 30 ל־70 מיליון ש"ח; החישוב הנמוך היה של המדינה והגבוה - של קופות החולים. נראה, שהפער הקטן יחסית לא שיקף את החשש של הצדדים הנוגעים בדבר מלקחת את הסיכונים שראו (כל צד מבחינתו) ברפורמה. בנקודה זו הופסקו המגעים, שכן קופות החולים טענו שאינן מוכנות לבצע את ההעברה בתנאי תת־קצוב (קראוז, 1996א, 1996ב). מבוי סתום זה נותר בעינו במשך ארבע שנים, שבהן המעבר המוצע של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים כמעט נשכח.

## 2. "בעלי העניין" בתהליך

"השחקנים" הראשיים בתהליך המשא־ומתן ייצגו את הארגונים שהיה להם אינטרס הקשור לשלושת האלמנטים הקריטיים של מערכת שירותי בריאות הנפש: לקוחות,

4. בתאריכים: 12.6.95, 14.2.96, 28.2.96, 30.4.96, 9.12.96.

כסף וכוח־אדם. הסוגיות העיקריות נגעו בהגדרת טווח הבעיות שהמערכת תהיה אחראית להן, אוכלוסיית היעד, תקצוב המערכת וסוג השירותים והיקפם.

הגורמים העיקריים שהיו מעורבים ישירות במשא־ומתן לגיבוש תנאי ההעברה היו: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות, קופות החולים, ובעיקר קופת חולים כללית, משרד האוצר, משרד העבודה והרווחה, ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. בנוסף לאלה היו עוד מספר גורמים אינטרסנטיים, אולם הם היו מחוץ למעגל העיקרי של הנושאים ונותנים. למרות זאת, לעתים היתה מעורבותם בתהליך רבה והשפעתם על תוצאותיו היתה ניכרת. גורמים אלה, שניסו להשפיע בהופעותיהם בפני ועדת העבודה והרווחה, ובפגישות "מאחורי הקלעים" עם הגורמים המחליטים, היו: מנהלי בתי־החולים הפסיכיאטריים, ארגוני העובדים, בעיקר אלה של עובדי בתי־החולים הפסיכיאטריים, נציגי הפרופסיות השונות בתחום בריאות הנפש, נציגים של המשפחות של נכי נפש, עמותות, ארגונים ויזמים המספקים שירותי בריאות נפש בקהילה במימון המדינה.

למרות שקשה לכמת את מידת השפעתם של בעלי העניין השונים, על־פי ניתוח החומר שביצענו נראה לנו, שמעורבותם ומידת השפעתם של בני המשפחות, של עמותות, של יזמים ושל נציגי הפרופסיות השונות היתה קטנה בהשוואה לזו של בעלי העניין האחרים.

במקרים רבים נמצא, שלנציגים שונים מאותו ארגון או מגזר היו עמדות שונות לגבי תוכנית הרפורמה. להלן מספר דוגמאות לכך:

- התמיכה של הנהלת שירותי בריאות הנפש ברפורמה, לעומת התייחסות זהירה או אף התנגדות בקרב מנהלי בתי־החולים הפסיכיאטריים.
- הסתייגויות במשרד הבריאות מעצם הרפורמה או מן העיתוי שנבחר ליישומה, לעומת עמדה תומכת של הנהלת המשרד והשר.
- תמיכת מנהלי בתי־חולים פסיכיאטריים של קופת חולים כללית ברפורמה, לעומת התנגדותם של גורמים אחרים בקופה, שחששו מן הסיכון הכספי לקופת החולים שהיה כרוך ברפורמה.

העמדות השונות שיקפו בדרך־כלל את הערכת יתרונותיה וחסרונותיה של הרפורמה בנוגע לשירותים או לאינטרסים הארגוניים והפרופסיונליים של הנוגעים לעניין. לא פעם היו העמדות שהובעו בפומבי שונות מאלה שהובעו מאחורי הקלעים, או שהשתקפו מן הפעולות שנקטו בעלי העניין. בעוד שברמת ההצהרה היתה הסכמה לגבי חשיבותה של הרפורמה ותמיכה רחבה בצורך לבצעה, פעלו רבים מבעלי העניין על־מנת לדחותה, לעכבה או אף להכשילה. כמו־כן, הממצאים מצביעים על מידה לא מבוטלת של אמביוולנטיות במערכת כלפי הרפורמה, הן לגבי תוכנה והן בנוגע למועד המתאים ליישומה.

כאמור, התמיכה ברפורמה נבעה משיקולים ערכיים, מהערכת התועלת הטיפולית שתצמח כתוצאה מן השילוב של בריאות הנפש במערכת הרפואית הכללית, ומן הצורך לשדרג את שירותי בריאות הנפש הקיימים. היו גם שיקולים ארגוניים וכספיים כבדי-משקל, שראו ברפורמה הזדמנות לייעול המערכת ולחיסכון בעלויות או, כפי שנציין בהמשך, לשיפור מעמדו המקצועי או הארגוני של ארגון זה או אחר במערכת. גם בין אלה שתמכו באופן כללי ברפורמה היו חילוקי דעות בנוגע לתנאים שבהם היה ראוי לבצע את ההעברה לקופות החולים. חילוקי דעות אלה התייחסו בעיקר לרמת הסיכון – למטופלים או לארגון – שנבעה מעצם התוכנית להעברה לקופות או מן העיתוי שנבחר לכך. היו גם גורמים שהתנגדו לרפורמה בכללותה על רקע ההערכה שהיא תפגע באינטרסים שלהם. אלה כללו בעיקר את ועדי-העובדים של עובדי בתי-החולים, נציגי ארגוני בריאות הנפש בקהילה (ראו, למשל, ברק, 1996), ונציגי בני משפחה של נפגעי נפש (ראו, למשל, אלגזי, 1996).

### 3. הסוגיות העיקריות

- המשא-ומתן להעברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים נסב סביב מספר סוגיות. לגבי חלק לא מבוטל מהן היתה מחלוקת בין הצדדים. בסופו של דבר, לגבי מרביתן לא הצליחו להגיע לעמק השווה. להלן נמנה את העיקריות שבהן:
- (1) הסמכות לקבלת ההחלטה. האם משרד הבריאות רשאי להחליט באופן חד-צדדי על קיצור תקופת הביניים, ואם לא, מי עוד צריך להסכים למהלך.
  - (2) האם להעביר ומתי. האם שירותי בריאות הנפש צריכים להיכלל בסל השירותים שקופות החולים מספקות, ואם כן – מתי ראוי לבצע זאת.
  - (3) נתוני המערכת. מה הם הפרטים המלאים והמהימנים של נתוני המערכת לגבי המשתמשים, העלויות והשירותים.
  - (4) תחזית ביקושים. מה הצפי לגבי הביקושים לשירותים בעקבות הרפורמה.
  - (5) היקף ההעברה. מה ייכלל בסל השירותים, מה ימשיך להיות באחריותו של משרד הבריאות ומה יימסר לידי משרד ממשלתי אחר.
  - (6) מבוטחים פגיעים ונפגעי נפש כרוניים. מי הם המבוטחים הפגיעים ביותר ומי צריך להיות אחראי לטיפול הרפואי והסוציאלי בהם.
  - (7) עלויות נוספות לקופות החולים. מה תהיה העלות הנוספת לקופות החולים.
  - (8) רמת המימון. מהו הסכום שיהיה זמין לקופות החולים לשם מימון שירותי בריאות הנפש, ומי יישא באחריות התקציבית אם ההוצאות בפועל יעלו במידה רבה על המימון המוצע. האם הממשלה צריכה לתת רשת ביטחון לקופות החולים.
  - (9) ייעוד. האם הכסף המוקצה לקופות החולים צריך להיות חלק מתקציב גלובלי, או הקצאה ייעודית לבריאות הנפש.

(10) חלוקת האחריות. מה צריכה להיות חלוקת האחריות בין משרדי הממשלה השונים (בעיקר בריאות ורווחה) על השירותים הסוציאליים ושירותי השיקום לנפגעי נפש.

#### 4. העמדות של הגורמים השונים

להלן נציג את העמדות השונות של הגורמים שמנינו כלפי הסוגיות והיכן התגלו חילוקי דעות. נציין מה היו הנקודות שלגביהן הגיעו הגורמים המעורבים להסכמה והיכן נותרו פערים.

משרד הבריאות. עמדת הגורמים השונים במשרד הבריאות לא היתה אחידה. בעוד שהנהלת המשרד והשר תמכו בדרך-כלל לאורך התקופה ברפורמה, גורמים בכירים אחרים במשרד הבריאות חששו מפני אובדן השליטה על הכספים המיועדים לבתי-החולים הפסיכיאטריים לטובת קופות החולים. עניין זה היה חשוב עבורם, במיוחד על רקע העובדה שעל-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי הם כבר איבדו את שליטתם במקורות המימון בכל התחומים, למעט תחום בריאות הנפש, גריאטריה, בריאות הציבור ומכשירי שיקום ('י' גינת, ראיון ביום 27.3.2001). גורמים אחרים סברו, שראוי היה לתת למערכת להסתגל תחילה לשינוי כתוצאה מיישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי ורק אחר כך ליישם רפורמה נוספת (ראיון עם ג' בן נון ביום 2.9.2003). בנוסף לכך, לאור הגירעון שנוצר בתקציבי קופות החולים לאחר יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בן נון, 1999), היה חשש ממחויבות כספית נוספת במצב של חוסר ודאות.

שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות. מימד מרכזי ברפורמה היה שינוי מהותי ביחסי הכוחות במערכת הפסיכיאטרית בין מנהלי בתי-החולים, שעד אז נהנו ממעמד נכבד ומכוח רב במערכת הפסיכיאטרית, ובין המטה של השירות לבריאות הנפש, שהיה לאורך שנים חסר מעמד וכוח (Aviram, 1996). עבור ד"ר מוטי מרק, ראש שירותי בריאות הנפש בתקופה הנדונה, שראה ברפורמה את המשימה המרכזית שלו כראש השירות (מרק, פלדמן, רבינוביץ, 1996; Mark & Shani, 1995), העברת תקציבי בתי-החולים לקופות החולים לא היוותה איום – מכיוון שגם על-פי ההסדר שהיה קיים במשרד הבריאות בתי-החולים הפסיכיאטריים תוקצבו ישירות מתקציב המשרד בלי שתהיה להנהלת שירותי בריאות הנפש שליטה על כך. בנוסף לכך ראוי לציין בהקשר זה, שלצד הרפורמה הביטוחית תוכננה גם רפורמה מבנית שכללה ארגון-מחדש של מטה השירות. לפי תוכנית זו היו אמורות לקום לשכות של פסיכיאטרים אזוריים שיהיו אחראים לפיקוח ובקרה באזור ושיהיו כפופים למטה השירות (ארידור, 1995). הרפורמה המבנית היתה אמורה לחזק את הנהלת שירותי בריאות הנפש.

משרד האוצר. בשלבים הראשונים של התהליך לא היה למשרד האוצר עניין רב ברפורמה. למעשה, אנשי האוצר ראו בכך עניין פנימי של משרד הבריאות. התנאי שהציבו היה, שמסגרת התקציב הקיים לבריאות הנפש במשרד הבריאות לא תשתנה, משמע שהרפורמה לא תחייב השקעה נוספת של משרד האוצר. יחד עם זאת, בעמדת משרד האוצר בא לידי ביטוי החשש שבשל ההעברה יהיה גידול רב בהוצאותיהן של קופות החולים, שיביא לפנייה למשרד האוצר להשלמת הפערים או הגירעון שייווצר כתוצאה מן השינוי. כפי שציין פקיד בכיר לשעבר במשרד האוצר, באותן שנים, לאחר ההשקעה הגדולה בתוכנית ההבראה של קופת חולים כללית, השקיעו במשרד האוצר מאמץ רב לשכנע את קופות החולים שהן לא יוכלו להמשיך להישען על קופת האוצר (ח' פלץ, ראיון ביום 9.7.03). למרות שגורמים שונים במשרד האוצר ראו ברפורמה הזדמנות להפחית את מעורבות המדינה (משרד הבריאות) כספק שירותים וכמעסיק, מטרה שמשרד האוצר תומך בה, התייחסו אנשי המשרד הזה בספקנות לסיכוי ליישמה וחששו להשקיע בכך מאמץ. החששות נבעו מניסיון העבר ומן הקשיים שנתקל בהם משרד האוצר בניסיונותיו ליישם שינויים מבניים במשרד הבריאות (ר' סובל, ראיון ביום 27.2.05).

קופות החולים. בקופות החולים היה חשש, שהן יימצאו במצב של תת-תקצוב, במיוחד לאור הצורך בהגדלת המימון בתקופת העברתם של שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. החשש ביטא צפי שבעקבות ההעברה יגדל מאוד הביקוש לשירותי "הפסיכיאטריה הרכה"<sup>5</sup>. חשש נוסף נבע מאי-הוודאות לגבי היקף הגידול בביקושים (קראוז 1996א, 1996ב; ועדת העבודה והרווחה, 1996ד). בנוסף לכך, הקופות חששו לקבל אחריות על תחומים שלא היה להם ניסיון רב בהם: השיקום, שבו לא היה לכל הקופות כל ניסיון בו, והטיפול הפסיכיאטרי האמבולטורי, שבו עסקו הקופות הקטנות קודם לכן רק במידה מצומצמת (א' קפלן, ראיון ביום 30.7.2003; ש' שי, ראיון ביום 26.8.2003).

ועדת העבודה והרווחה של הכנסת. חוק ביטוח בריאות ממלכתי העניק לוועדת העבודה והרווחה של הכנסת את האחריות לפקח על יישום החוק. תפקיד זה העמיד את הוועדה במאבקי שליטה, בעיקר מול משרד הבריאות ומשרד האוצר, שאנשיהם העדיפו לפעול באופן עצמאי, ללא מעורבותה של הוועדה. יחסי כוחות אלה עמדו מאחורי סירובו של יושב-ראש הוועדה, חבר הכנסת יוסי כץ, להיות "חותמת גומי", כדבריו, לאישור קיצור תקופת הביניים. מעבר לכך, חבר הכנסת כץ היה ער מאוד לניסיון אישי

5. המונח "פסיכיאטריה רכה" הוא ביטוי שגור במערכת לתיאור שירותים אמבולטוריים הניתנים למגוון רחב של בעיות נפשיות (כמו מצבי חרדה ודיכאון לא קשים), בניגוד לשירותי אשפוז הניתנים לאנשים הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות.

מתסכל של אנשים שנפגעו בגלל החסר הגדול של שירותי בריאות הנפש בקהילה. בעקבות ניסיון זה הוא בחן מקרוב את הרפורמה והגיע למסקנה, שמשרד הבריאות מנסה "למכור סיסמה של 'בית חולים לקהילה' כאשר הקהילה לא מוכנה." (י' כץ, ראיון ביום 20.8.03). בראיון נוסף הדגיש חבר הכנסת כץ את האמביוולנטיות של בעלי העניין ואת פעולותיהם הסמויות לעצירת הרפורמה. לדבריו, "ישנו חדר הוועדה בו מדברים הנציגים השונים לפרוטוקול וחדר יו"ר הוועדה בו נאמרים לא פעם דברים אחרים". אל חדר היושב-ראש הגיעו, לדבריו, גורמי ממשל, פרופסורים מן האקדמיה ונציגי המשפחות, שחששו מסגירת מיטות אשפוז לפני שיוכנו חלופות בקהילה. פניות אלה נפלו על אוזן כרויה (י' כץ, ראיון ביום 15.6.2003).

משרד העבודה והרווחה. לאור הרפורמה היתה ציפייה באותן שנים לשחרור אנשים רבים מבת-חולים פסיכיאטריים לקהילה. גורמים במערכת הרווחה חששו, שכתוצאה מכך יתווסף עומס על לשכות הרווחה המקומיות, שגם כך פעלו לפי הערכת משרד העבודה והרווחה באותה תקופה בתקצוב חסר. יש לזכור, שמשרד העבודה והרווחה מתקצב חלק מתקציבי לשכות הרווחה ומבחינתו הרפורמה היתה מגדילה את מחויבות המשרד לרשויות המקומיות. כמו-כן, לאור מצבן הכספי הרעוע של רבות מן הרשויות המקומיות היה ספק אם הן יוכלו לממן את חלקן בתקציב שיידרש לטפל באנשים שישוחררו מבת-החולים. גורמים בכירים במשרד, כולל שרת העבודה והרווחה אורה נמיר (סער, 1995), ומנהל אגף השיקום שלמה פרקש (ועדת העבודה והרווחה, 1996) נקטו עמדה ברורה – להיאחז בסטטוס קוו, שבו הטיפול בחולי נפש אינו באחריות משרד העבודה והרווחה, ועל-מנת להסיר ספקות הודיעו, שהמשרד אינו מוכן ליטול מחויבות כלשהי במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש (משרד העבודה והרווחה, 1996). לעומת עמדתה של הנהלת משרד העבודה והרווחה, היו אחרים במערכת הרווחה המקומית והארצית, בעיקר בדרגי הביניים, שתמכו בהתגייסות המערכת שתיתן את חלקה במערך משולב התומך במשתחררים מבת-החולים לחולי נפש כמו באלה עם מחלות נפש שכבר חיו בקהילה.<sup>6</sup>

מנהלי בתי-חולים פסיכיאטריים. מנהלי בתי-החולים הפסיכיאטריים של קופת חולים כללית ראו ברפורמה יתרון ארגוני ומקצועי. יישום הרפורמה היה נותן לקופת חולים הכללית (שביטחה בערך שני-שלישים מאוכלוסיית המדינה) שליטה על רוב תקציבי הפסיכיאטרייה במדינה, מה שהיה פותח הזדמנויות לפיתוח מערכת בריאות הנפש בקופת החולים. מאידך גיסא, מנהלי בתי-החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים חששו, לאחר שנים של עצמאות תפקודית ותקציב מובטח, שיהיה עליהם להיות תלויים

6. עמדות אלה השמיעו בזמנו באוזני המחברים ראש השירות לפרט ולמשפחה, וסגנית המנהלת של שירותי הרווחה בעיריית ירושלים.



בבקרת קופות החולים. בעוד שהם תמכו בדרך-כלל באופן פורמלי ברפורמה, הם גם דאגו להדגיש את החששות שלהם ואת הסכנות הכרוכות בה (להב, 1994) ולעתים אף פעלו מאחורי הקלעים כדי לבלום אותה (גיא, 2004). אחרים, בניסיון להגן כביכול על שלום החולים, הילכו אימים על הציבור בתארם תופעות שליליות העלולות להיווצר כתוצאה מן הרפורמה המתוכננת (פישר, 1994).

עובדי בתי-החולים הפסיכיאטריים. העובדים האלה עמדו מול איום של קיצוץ בהיקף התעסוקה בבתי-החולים וחששו, שתיפגע פרנסתם. הם סברו, שהסבה לקהילה תביא לירידה גדולה בשכרם.

עובדי המרפאות האמבולטוריות של משרד הבריאות. אלה חששו, שבעקבות הפיקוח ההדוק של קופות החולים על פעילותן הכספית של המרפאות יתערבו הקופות גם בתהליך המקצועי של קבלת ההחלטות במרפאות ויעדיפו שיקולים כלכליים על-פני שיקולים מקצועיים (פלדמן, גרוס, ניראל, ברש, 1996).

מטפלים בשירות לבריאות הנפש. פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, שבצד משרתם הציבורית הצנועה עבדו גם במרפאות משגשגות במגזר הפרטי, ניצבו מול האפשרות שבעקבות טיפול טוב, לא מתייג וזמין בקופות החולים, יקטן הביקוש לשירותים אלה במגזר הפרטי ומקור הכנסתם ייפגע (שמיר, בדפוס).

בני משפחה של נכי נפש. רבים מבני המשפחות של נפגעי הנפש ומי שהופיעו בשמם בפני הגורמים השונים שהיו מעורבים ברפורמה חששו, שמטופלים המצויים בקבוצת הסיכון – חולים כרוניים וחולים קשים – עלולים להיפגע בעקבות מעבר שירותי בריאות הנפש לקופות החולים וההתמקדות בפן הכלכלי ולאבד את מעט ההגנה שזכו לה במערכת הישנה (אלגזי, 1996; אלדר, 1996).

##### 5. ניגוד אינטרסים ואמביוולנטיות בנוגע לרפורמה

הסוגיות הנוגעות לרפורמה היו מורכבות וכפי שראינו, ניגודי אינטרסים בין-ארגוניים ואף תוך-ארגוניים, אמביוולנטיות, "משחק כפול" בין עמדות מוצהרות ועשייה בפועל באו לידי ביטוי לאורך המשא-ומתן. נדגים זאת בעזרת ניתוח שתי סוגיות מרכזיות: מעמד בתי-החולים הפסיכיאטריים והקשר שלהם עם הקהילה, והשלכות תוכנית הרפורמה על שירותי השיקום עבור נכי נפש.

סוגיות בקשר שבין בתי-החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים ובין הקהילה. הרפורמה היוותה איום קיומי על בתי-החולים הפסיכיאטריים. בעוד שעד עתה היתה זרימת המשאבים ההכרחיים לקיומם ולפעילותם פחות או יותר מובטחת, העברת האחריות לקופות החולים נתפסה כמכניסה מידה לא מבוטלת של אי-ודאות למערכת. בתי-החולים הפסיכיאטריים

היו נאלצים להתחרות ביניהם וגם עם גורמים חדשים ולא מוכרים וההחלטה לגבי השימוש בהם היתה נתונה לקופות החולים. מטרתה של הרפורמה היתה לתגבר את השירותים הקהילתיים ולצמצם את מידת השימוש בשירותי אשפוז. תגבור שירותי קהילה, הכולל דגש על אשפוזים קצרים בבתי-חולים כלליים, טיפול אמבולטורי במסגרת קופות החולים, וטיפול שיקומי במסגרות הממוקמות והמשולבות בקהילה, היוו, מבחינתם של בתי-החולים הפסיכיאטריים, סיכון למעמדם הדומיננטי במערכת.

מובילי הרפורמה היו ערים לקשיים שיעמדו בפניהם לאור מרכזיותם של בתי-החולים הפסיכיאטריים (מרק, פלדמן, רבינוביץ, 1996): למרות המדיניות הרשמית של משרד הבריאות מאז שנות ה-70 לקדם את השירותים הקהילתיים בבריאות הנפש, תמונת המצב ערב הרפורמה הצביעה על העדפה תקציבית ברורה לטובת בתי-החולים ועל מיקום של שירותים "קהילתיים" בתוך בתי-חולים פסיכיאטריים או בשליטתם הארגונית (אבירם, רוזן, 1998; Aviram, 1996).

מכאן ברורים שלושה כיוונים אופרטיביים להעברת מרכז הכובד של המערכת אל

הקהילה:

- העברת תקציבים מבתי-החולים אל שירותים בקהילה.
- מיקום שירותים, פרט לאשפוז כרוני, בתוך הקהילה.
- השקעה גדולה ביצירת תשתיות בקהילה.

לאור הסיכונים לבתי-החולים נקטו אלה טקטיקות של הישרדות, שכללו, בין השאר, סיפוח של שירותים קהילתיים לבתי-החולים והפיכת בתי-החולים ל"מרכזים לבריאות הנפש" המספקים מגוון שירותים, לרבות שירותים אמבולטוריים ושירותי שיקום. כמו-כן, כפי שצינו, הם דאגו להזהיר את קובעי המדיניות ואת הציבור מפני הקשיים והסכנות הכרוכות ברפורמה ואף שיתפו פעולה עם ארגוני המשפחות של נפגעי הנפש או שכנעו אותם להעלות חששות מפני יישום הרפורמה (גיא, 2004).

ככל שחלף הזמן התרבו התהיות האם אכן מובילי הרפורמה פועלים "עם הפנים לקהילה", או שמא היה, במקביל לתוכנית הרפורמה, סדר-יום סמוי שהביא אותם בפועל לחזק את בתי-החולים הפסיכיאטריים על חשבון שירותי הקהילה. במהלך שנות המשא-ומתן על הרפורמה התפתחו תהליכים מקבילים, שהצביעו על העדר מחויבות אמיתית לפיתוח שירותי בריאות הנפש בקהילה, ואף להעדפה של בתי-החולים ודאגה לשימור כוחם. התהליכים הללו היו:

- העדר תכנון ופיתוח בתחום הקהילתי-שיקומי.
- שמירת התקציבים בבתי-החולים הפסיכיאטריים.
- קיצוצים נרחבים בשירותי בריאות הנפש בקהילה.
- הרחבת תחומי הפעילות של בתי-החולים למתן שירותים אמבולטוריים ושיקומיים.

– הכפפה מינהלית של שירותי הקהילה לבתי־חולים בטיעונים של התייעלות. באביב ובקיץ של שנת 1996 יזם ראש שירותי בריאות הנפש דאז, ד"ר ז' קפלן, מהלך של ארגון מחדש של השירות, שכלל את הכפפת המרפאות הקהילתיות לבריאות הנפש לבתי־החולים הפסיכיאטריים והפיכתם של אלה ל"מרכזים קהילתיים כוללניים". היוזמים הציגו את המהלך כחלק מן הרפורמה שנועד לייעל את המערכת ולהבטיח רצף טיפולי (ד"ר ז' קפלן, מזכר לסמנכ"ל משאבי אנוש, משרד הבריאות, 18.8.1996). המהלך חולל סערה במערכת שירותי בריאות הנפש ובעיקר בשירותים הקהילתיים של מערכת זו (ת' זוכוביצקי, ראיון ביום 5.8.02). למרות ההתנגדות והפעולות שנקטו גורמים שונים כמו מועצת הפסיכולוגים (פרופ' א' מאיר וגב' מ' שיינמן, מועצת הפסיכולוגים, מכתב לשר הבריאות מיום 6.7.96) והסתדרות האקדמאים במדעי החברה והרוח (א' גולן, מכתב לד"ר קפלן, מיום 17.12.96), המהלך יושם. לדעת המתנגדים, נגד המהלך הזה את המלצות ועדת נתניהו וגם את כוונות המחוקק, והוא נעשה גם בניגוד לניסיון שנרכש בארצות אחרות כמו איטליה, שבה הוכפפו, במסגרת רפורמה קהילתית, בתי־החולים לשירותים הקהילתיים (Goodwin, 1997), וגם בניגוד לממצאים אמפיריים שנתגלו בישראל (לוינסון, פופר, 1992).

ההחלטה להפוך את בתי־החולים למרכזים כוללניים ולהכפיף להם את המרפאות הקהילתיות תרמה להפחתת התנגדותם של מנהלי בתי־החולים הפסיכיאטריים למהלכים של הנהלת שירותי בריאות הנפש. המהלך עלה בקנה אחד עם העניין של מנהלי בתי־החולים הללו להרחיב את השפעתם ולשמר את התקציבים ברשותם (גיא, 2004). השאלה שצריך לשאול היא, האם סייע המעשה למהלכים לקידום הרפורמה המתוכננת או בלם אותה? אם אמנם העובדה שבסופו של דבר הרפורמה לא יושמה מעידה על התשובה הנכונה, נראה שהמהלך שנעשה תרם לבלימת הרפורמה.

חולי נפש כרוניים, שירותי השיקום והתוכנית לרפורמה "נופלים בין הכיסאות". עם חקיקת החוק לביטוח בריאות ממלכתי והניסיון להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים, עלו ביתר שאת שאלות הנוגעות לטיפול ולסעד של נכי נפש בקהילה ולשירותי השיקום עבורם. לפי אומדנים אחדים מדובר בקבוצה גדולה אשר מנתה, באותה תקופה שבה דנו ברפורמה, 36,000 בני אדם (בערך 1.2 אחוזים מן האוכלוסייה הבוגרת בארץ). התברר, שבכל זמן נתון בערך 90 אחוזים מנפגעי נפש אלה מצויים בקהילה. בגלל רמת המוגבלות הקשה של רבים מהם הם היו זקוקים במידה רבה לשירותי רווחה ושיקום (אבירם ואחרים, 1996, 1998). אי אפשר היה להתעלם מן הסוגיות שעלו בקשר לקבוצה זו. העיקריות שבהן שעלו במהלך המשא־ומתן מפורטות להלן.

– כאשר מדובר ב"שירותי בריאות הנפש", במסגרת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי", האם השירותים החברתיים של דיור, תעסוקה, ופנאי כלולים במסגרתם או לא?

- האם נכון יהיה להעביר שירותים חברתיים לקופות החולים, שאין להן ידע וניסיון באותם תחומים?
  - מה לעשות עם אותן מסגרות ועמותות שעסקו בתחום השיקום ושכבר פעלו בשטח? איך להתייחס להתקשרויות ביניהן ובין משרד הבריאות? כיצד לדאוג שלא ייפגעו מן המעבר?
  - מדוע משרד הבריאות הוא הנושא באחריות לשירותי שיקום לחולי נפש, בעוד שאוכלוסיות אחרות עם צרכי שיקום מקבלות מענה ממשרד העבודה והרווחה? האם לא עדיף להעביר את שירותי השיקום הקיימים לאחריות משרד העבודה והרווחה?
- קברניטי הרפורמה ניסו מספר אסטרטגיות באשר לאשפוזם ולשיקומם של חולי נפש כרוניים:

בשלב ראשון, על-מנת להפיג את חששות הקופות מן הטיפול בחולים הכרוניים, הציעו להשאיר את האחריות (ואת התקציב) לאוכלוסייה זו (חולים פסיכיאטריים כרוניים שהיו מאושפזים במשך יותר משנה) בידי משרד הבריאות (קופת רו"ת). קופות החולים שהסכימו להסדר (משרד הבריאות, סיכום פגישה, ביום 25.4.95) חזרו בהן לאחר שהתברר להן, ששליש מן התקציב השנתי של שירותי בריאות הנפש יישאר בידי משרד הבריאות (ראו דבריו של אביגדור קפלן, מנכ"ל קופת חולים כללית, בוועדת העבודה והרווחה, 1996א).

לאחר שהוחלט להיענות לבקשת הקופות ולהעביר לאחריותן גם את הטיפול בחולים הכרוניים, תכנן משרד הבריאות לכלול את השיקום של נכי הנפש במסגרת האחריות שהיתה אמורה לעבור לקופות החולים. ניסיון זה עורר התנגדות הן מצד הקופות, שטענו שהשיקום הוא מחוץ לתחום הרפואי, והן מצד העמותות הפועלות בתחום השיקום, שחששו לגורלן לאחר שהאחריות תעבור לקופות החולים (ראו דברי יושב-ראש אגודת אנוש, ש' כהן, ועדת העבודה והרווחה, 1995א, 1996א ו-1996ב). בשלב זה הוחלט להשאיר את תחום השיקום במסגרת משרד הבריאות, ונחתמו הסכמים עם העמותות הקיימות.

במקביל, היו ניסיונות, שלא צלחו, למצוא את הדרך להעביר את הטיפול בתחום השיקום נפגעי הנפש למשרד העבודה והרווחה. משרד העבודה והרווחה התנגד לכך והאחריות לשיקום נכי נפש נשארה בידי משרד הבריאות (משרד העבודה והרווחה, חוזר המנהל הכללי מיום 30.4.96). בקשר לכך מן הראוי לציין, שהיו במשרד הבריאות גורמים שאף שמחו שלא לאבד את נתח התקציב שיועד לשיקום (גיא, 2004, עמ' 161-162).

## 6. סוגיות בתהליך המשא-ומתן

מספר בעיות נגעו לדרך שבה התנהל המשא-ומתן על השינוי:

העדר שיתוף פעולה בין יזמי הרפורמה ובין גורמים אחרים במערכת. את הרפורמה בשירותי בריאות הנפש ובמשרד הבריאות תכננו היזמים "מלמעלה" וניסו ליישמה ללא שיתוף נאות של הגורמים העיקריים שבהם תהיה תלויה הצלחתה. הן קופת חולים כללית והן גורמים במשרד הבריאות ובבתי-החולים הפסיכיאטרים, שלרפורמה היו השלכות כבדות משקל על עתידם, לא שותפו במידה נאותה. כפי שכתב פרופ' דן מיכאלי, יושב-ראש המועצה והדירקטוריון של קופת חולים כללית, לד"ר זאב קפלן, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות: "המשרד קובע לעצמו תוכניות אך מקיים מעט מאוד התייעצויות. זה בדרך-כלל גורם רק לעיכובים ולמעצורים בביצוע תוכניות אבל כנראה שקשה לשנות נוהלי עבודה במשרד." (קופת חולים כללית, 1996).

אי שיתוף הרשות המחוקקת. בראשית התהליך לא שיתפו מתכנני הרפורמה בעניין את ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, שהיא הוועדה המוסמכת לטפל בחקיקה הנוגעת לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. למעשה, התוכנית לרפורמה הובאה לראשונה בפני הוועדה רק יום אחד לפני שמשרד הבריאות התכוון שהיא תיכנס לתוקף. עובדה זו עוררה תמיהה אצל חברי הוועדה, וחזקה את דרישתם למלא תפקיד של ממש בתהליך, גם במחיר של דחייה חוזרת של יישום הרפורמה (ועדת העבודה והרווחה, 1995א).

העדר הסכמה על נתונים ותחזיות. לא היתה הסכמה לגבי המידע והנתונים על היבטים שונים של מערכת בריאות הנפש, ובמיוחד באשר לתחזיות על ההשלכות של הרפורמה מבחינת הצפי של עלייה בביקוש לשירותים אמבולטוריים ("הפסיכיאטריה הרכה") ועלותם (ח' מוניץ, ראיון ביום 10.7.2003).

העדר אמון הדדי. הובעה חשדנות רבה כלפי המניעים של הצדדים השונים. כל צד חשש, שהאחר מנסה לנצל את המצב שנוצר עקב השינוי הממשמש ובא כדי להרוויח על חשבוננו. עניין זה כלל, למשל, טענות הדדיות קשות בין משרד הבריאות לקופת החולים, בין משרד הבריאות למשרד העבודה והרווחה, ובין בתי-החולים הפסיכיאטריים ובין שירותי בריאות הנפש בקהילה (ש' שי, ראיון ביום 4.6.2003).

העדר עבודת מטה מסודרת. לא היתה עבודת מטה מסודרת ברמה הנדרשת לשינוי כה גדול במערכת שירותי בריאות הנפש, הכרוך בשיתוף פעולה של המשרד עם קופת החולים, אנשי מקצוע, העובדים והארגונים היציגים שלהם (ראו התייחסותם של רפי רוטר, מנכ"ל קופת חולים מכבי, ועוזי סלנט, מנכ"ל קופת חולים מאוחדת, בוועדת העבודה והרווחה (1996א)).

## דיון

הניסיון להצביע על גורמים שתורמו לחוסר ההצלחה ביישום הרפורמה מראה, שהיו הן בעיות מבניות והן בעיות בתהליך המשא-ומתן עצמו. חלק מן הבעיות נוגעות למערכת הספציפית שחקרנו וחלקן נוגעות לבעיות מבניות חברתיות של החברה הישראלית ולעיתוי של הניסיון לשינוי. נתחיל בבעיות מבניות הנוגעות בעיקר לגורמים השונים שהיו בעלי עניין בקשר לרפורמה המוצעת ולבעיות הנובעות מעצם הסוגיה או הבעיה שהרפורמה באה לתקן.

### 1. העדר קואליציה חזקה שתתמוך ברפורמה

את הרפורמה תכננו כאמור "מלמעלה" גורמים במינהל שירותי בריאות הנפש ובמשרד הבריאות. גורמים רבים במשרד הבריאות לא תמכו בה, או היו אמביוולנטיים לגביה. כמו-כן, העמדה לגבי הרפורמה אצל רבים מן המגזרים בשירותי בריאות הנפש היתה מסויגת, חוששת או מתנגדת (מ' מוהיליבר, ראיון ביום 26.8.2003; מ' קוטלר, ראיון ביום 14.5.2003).

### 2. קיומה של אופוזיציה חזקה

היתה אופוזיציה חזקה, שחששה מאוד מן השינוי. בתי-החולים הפסיכיאטריים והממסד הפסיכיאטרי הקשור אליהם חששו מפגיעה בשיטות הטיפול המקובלות, במוסדות המסורתיים במערכת ובבסיס הכוח שלהם. העובדים במערכת האשפוז חששו כאמור למקום עבודתם, או להרעת תנאי העבודה שלהם.

### 3. העדר תמיכה של משרד האוצר

תמיכת גורמי הממשל המרכזיים, ובעיקר זו של משרד האוצר, חיונית לכל רפורמה בשירותים החברתיים. במקרה שחקרנו, משרד האוצר כמעט לא היה מעורב בעניין, ולעיתים אף התייחס אליו באדישות. המשרד הזה התנה את הסכמתו לרפורמה בבריאות הנפש בכך שלא תגרום חריגה ממסגרת התקציב הקיימת.

### 4. העדר שדולה פוליטית

לא היתה שדולה פוליטית שתתמוך ותקדם את הרפורמה. נושא בריאות הנפש אינו נחשב אטרקטיבי בעיני המחוקקים שלנו. יוזמי הרפורמה לא עשו מאמץ לשתף את המחוקקים ולגייס את תמיכתם.

**5. העדר שדולה ציבורית**

הסובלים ממחלות נפש ובני משפחותיהם לא היו מאורגנים כהלכה באותה תקופה. ארגוני "המתמודדים", נכי הנפש, וארגוני המשפחות היו חלשים בתקופה הנדונה, באמצע שנות ה-90. אלה שהתייחסו לרפורמה הביעו התנגדות משום שחששו שצמצום מספר המיטות לפני שהוקמה תשתית קהילתית מתאימה יעמיס על המשפחות עול נוסף.

**6. חוסר עניין בתקשורת**

התקשורת לא מצאה עניין רב ברפורמה. במהלך התקופה שחקרנו לא נכתב ביומן "הארץ" ולו גם מאמר מערכת אחד בנושא. הסקירה שערכנו הצביעה על כך, שכאשר התקשורת עסקה בנושא, היו אלה ידיעות שדיווחו בעיקר על הסכנות ועל ההיבטים השליליים של הרפורמה. ספק אם תוכנית לשינוי מהותי בשירותים החברתיים יכולה לעלות לסדר-היום הציבורי ולזכות לתמיכה בלי שתיהנה מהתעניינות בתקשורת. העדר עניין רב בתקשורת מצביע על חוסר עניין ציבורי בנושא, או משקף אותו. אין לדעת האם ניסו מתכנני הרפורמה לעניין את התקשורת, אבל גם אם ניסו, הדבר לא עלה בידם.

**7. העדר מנהיגות ומחויבות פוליטית**

כאשר מנסים לשנות מדיניות בתחום החברתי, בייחוד כזו הנוגעת לאוכלוסיות חלשות ומודרות, שאין ציבור חזק התומך בהן, תנאי הכרחי להצלחת רפורמה הוא קיומה של מנהיגות היכולה לגבש תמיכה ציבורית וארגונית ומחויבות פוליטית. תמיכה כזו לא היתה במידה הדרושה, לא במשרד הבריאות ולא בקרב גורמי ממשל אחרים.

**8. העדר תמריצים כספיים ומימון ביניים**

לא ניתנו תמריצים כספיים, ולא תוכנן מימון ביניים להקמת התשתיות הדרושות בקהילה. ניסיון של רפורמות שנעשו במדינות אחרות כמו בריטניה, אוסטרליה, ניו-זילנד ושוודיה מלמד, שללא מימון ביניים לא ניתן לחולל שינוי רדיקלי במערכת.

**9. בעיות אימננטיות של בריאות הנפש**

הניסיון לשינוי מערך שירותי בריאות הנפש לא היה יכול שלא להיות מושפע מבעיות מהותיות בבריאות הנפש כמו העדר הסכמה לגבי הבעיות הנכללות בתחום, שיטות הטיפול, סדר הקדימויות, הגדרת מושגים כמו מחלת נפש, סכנה וקושי לנבא סכנה, הגדרת התנהגות א-נורמלית וגם מהו הטווח של התנהגויות נורמליות בכלל. הדחיות החוזרות של מועד יישום הרפורמה גרמו מצב לא יציב במערכת בריאות

הנפש. המשכו של מצב של חוסר ודאות ואי-בהירות לגבי הרפורמה הביא לעצירת תוכניות לפיתוח המערכת (עד שתיושם הרפורמה) והחליש את מנגנוני הפיקוח והבקרה (שגם בתקופות יציבות יותר היו חלשים) על תפקודה של מערכת בריאות הנפש. הקשיים "הוציאו את הרוח מן המפרשים" של התומכים ואפשרו לבעלי העניין, שהיו מעוניינים לבלום את יישום הרפורמה, לחזק את מעמדם. באמצע שנת 1996, בעקבות הבחירות ועלייתה של ממשלה חדשה לשלטון, התרחשו שינויים בראשות משרד הבריאות. גם ראש שירותי בריאות הנפש התחלף. זמן לא רב לאחר החילופין, ולאחר שהעברת האחריות לא אושרה לתאריך היעד החמישי 1.1.1997 (ועדת העבודה והרווחה, 1996ד), החליט ראש השירות, ד"ר קפלן, "להקפיא" את תוכניות הרפורמה הביטוחית ולהקדיש את תשומת הלב להיבטים אחרים של שירותי בריאות הנפש (גיא, 2004, עמ' 171).

אחת המסקנות העיקריות שהפיקו גורמים במערכת מכישלון המאמץ להעביר את שירותי בריאות הנפש לקופות החולים היתה, שיש הכרח להתמודד עם פיתוח תחום השיקום כתנאי ראשוני לרפורמה הביטוחית והעברת מרכז הכובד של השירותים מבת-החולים לקהילה (מ' שני, ראיון ביום 20.8.2003). ביוזמתם של מנכ"ל משרד העבודה והרווחה, יגאל בן-שלום, ושל פרופ' מרדכי שני, שהוביל מטעם משרד הבריאות את הפעולות לרפורמה, נטש משרד הבריאות בשנת 1997 את הניסיון להעביר את כלל שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, והחל בניסוי משותף עם משרד העבודה והרווחה בנושא שיקום נפגעי נפש. לצורך הניסוי הסכים משרד האוצר להעניק תקציב מיוחד של 55 מיליון ש"ח, נוסף על הקצאה של משרד הבריאות של עוד 5 מיליון ש"ח (פלדמן, בראון, 2001). הניסוי כלל שני תנאים לזכאות: (1) נכות רפואית של 40 אחוזים לפחות; (2) הכרה בנכות החל מינואר 1997. ניסוי זה הכין למעשה את הקרקע לחקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000, שיזמה חברת הכנסת תמר גוז'נסקי. בהתאם לחוק זה ולהסדרי תקצוב ייעודי לנושא, משרד הבריאות מפתח את מערך השיקום בקהילה. יש הרואים בחוק השיקום גורם מרכזי שיאפשר בסופו של דבר גם את הרפורמה הביטוחית המתוכננת. ואמנם, ממשלת שרון הראשונה, בשלהי כהונתה, אישרה את תוכנית הרפורמה הביטוחית (מוכירות הממשלה, 2003), אולם, בגלל סיבות תקציביות היא החליטה לדחות את יישומה. עניין זה חורג מתקופת המחקר שלנו, אך חשבנו שראוי להזכירו בהקשר של הסוגיות שעלו במחקר זה. מידת יישומה של החלטת הממשלה והערכתה ראויה למחקר משלים למחקר זה. בנוסף לבעיות הקשורות למבנה הכוחות ולתהליך המשא-ומתן בקשר עם ניסיון הרפורמה יש להביא בחשבון מספר בעיות מערכתיות וסביבתיות:

(1) משבר כספי. לאחר ראשית תחולתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התברר, שמערכת שהיתה אמורה להיות מאוזנת (ואפילו עם עודף) צברה גירעונות, בעיקר



בגלל הסכמי השכר עם הרופאים ועם שאר העובדים במקצועות הבריאות (בן נון, 1999), שנחתמו ערב כניסת חוק ביטוח בריאות לתוקפו, וגם בגלל התחרות היקרה בין קופות החולים (ג' בן נון, ראיון ביום 2.9.2003). כאשר התבררו הבעיות הכספיות של מערכת הבריאות גברו החששות, הן של הממשלה והן של הקופות, להסכים לרפורמה שהיתה בה אי־ודאות רבה לגבי רמות הביקוש ועלותם. בהתחשב במצב, ההימור לצעוד קדימה עם הרפורמה היה גדול מדיי.

(2) משבר חברתי ופוליטי. בתקופה הנדונה, שבה היתה הרפורמה על סדר־היום, עיקר תשומת הלב החברתית והפוליטית היה נתון להסכמי אוסלו ולוויכוח סביבם. בנובמבר 1995 נרצח ראש הממשלה יצחק רבין ז"ל. הרצח וכל מה שהיה לפניו ובעקבותיו חולל רעידת אדמה פוליטית וחברתית אשר מנעה מנושאים חברתיים רבים לעלות לסדר־היום הציבורי. הבחירות הכלליות, שהתקיימו בערך חצי שנה לאחר רצח רבין, הביאו להחלפת השלטון. כתוצאה מכך התחלפו שר הבריאות ומנכ"ל משרדו, ורבים מן הנושאים שמשרד הבריאות עסק בהם, לרבות הרפורמה, נדחו עד להסתגלותה והתארגנותה של ההנהגה החדשה של המשרד.

(3) בעיות קיומיות דוחקות הצדה רפורמות חברתיות. דומה, שבמציאות שבה החברה הישראלית מתמודדת מדי יום עם בעיות קיומיות בתחום הביטחון והכלכלה, חסרה אנרגיה פוליטית וחברתית לעסוק ברפורמות חברתיות, מה עוד שקיימת מידה לא מבוטלת של אי־הסכמה לגביהן והן מתייחסות לאוכלוסיות חלשות ומודרות. כפי שנוכחנו לדעת, המשא־ומתן בעניין הרפורמה והעברת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש עלה על שרטון. מצד אחד, קופות החולים סירבו ליטול סיכון כספי ומקצועי בתנאי אי־ודאות ולקבל על עצמן את האחריות לשירותים לנכי נפש. מן הצד השני, משרד הבריאות ומשרד האוצר סירבו להעניק מימון ביניים ותמריצים כספיים לקופות החולים והם גם לא היו מוכנים ליטול סיכון ולספק לקופות החולים רשת ביטחון. כך, למרות ההסכמה הרחבה בקרב אנשי מקצוע ואנשי מינהל ששינוי המדיניות שתוכנן היה ראוי והיה יכול לשפר את השירותים ולהביא תועלת לחברה, הניסיון לרפורמה במערכת בריאות הנפש במסגרת הזמן שהוקצב לכך נכשל.

## דברי סיכום: סדר־היום הציבורי וחשיבותם של תנאי סביבה לרפורמה

נותר לנו לשאול, האם יכולים להיות הסברים מבניים לתוצאה המאכזבת של הניסיון לרפורמה? האם היו נסיבות שאולי מלכתחילה לא נתנו סיכוי להצלחת הרפורמה? וכמובן, מה צריכים להיות התנאים שיקלו על ניסיונות שינוי רדיקליים של מערכת בריאות הנפש?

על־פי גישתו של קינגדון (Kingdon, 1995), כדי שנושא יעלה לסדר־היום הציבורי יש צורך בקיומן של בעיות אמיתיות, בתוכנית של מדיניות, בקואליציה פוליטית חזקה, כל זאת בנוסף ליזמות ולמנהיגות שתדע לזהות ולנצל חלון הזדמנויות שנפתח. תנאי הכרחי לשינוי במדיניות הוא, שהנושא יעלה בעוצמה לסדר־היום הציבורי ושתיווצר אינטגרציה בין הבעיות, תוכנית המדיניות והקואליציה הפוליטית המעוניינת בשינוי. במקרה שלפנינו, הבעיות של מערכת בריאות הנפש היו ידועות ומקובלות בעיקר אצל אנשי המקצוע. לגבי הגורמים האחרים הדברים התנהלו פחות או יותר על מי מנוחות והיה סיכון של ועזוע המצב. כפי שמשקף מניתוח העיתונות, הנושא לא היה על סדר־היום הציבורי. הגם שהיתה מדיניות רשמית להביא לשינוי, לא התגבשה קואליציה תומכת, לא היתה שדולה פוליטית, המשרד המוביל, דהיינו משרד הבריאות, הפגין מידה לא מבוטלת של אמביוולנטיות, הממשל, באמצעות משרד האוצר, היה אדיש לנושא וכוחם של יוזמי הרפורמה היה חלש ולא אפשר להניע את התהליך.

נראה, שכאשר נושא כלשהוא אינו תופס מקום בקדמת סדר־היום הציבורי, לבעלי העניין החוששים מן השינוי ולארגונים הנצמדים לסדר הישן יש סיכויים טובים יותר לקבוע את תוצאות המשא־ומתן, לשמור על האינטרסים שלהם ובסופו של דבר, לבלום את התוכניות לשינוי (Aviram & Weyer, 1996). השאלה היא, האם וכיצד יוזמי הרפורמה יכולים לקדם את הבעיה המחייבת שינוי לראש סדר־היום הציבורי, ואולי הדבר כלל אינו בידם והם תלויים לחלוטין בנסיבות החברתיות של הסביבות המשתנות הנמצאות מחוץ לשליטתם.

במקרה שחקרנו, אפשר גם, שהתנאים הסביבתיים לא היו בשלים לשינוי. החברה הישראלית היתה נתונה במצב מתמיד של דאגה קיומית. מאז הקמת המדינה העסיקו אותה בעיות של ביטחון, כלכלה, יחסים בין קבוצתיים ושאלות של זהות והיא לא התפנתה לטפל בבעיות הנוגעות לאוכלוסיות חלשות ומודרות כמו זו של נפגעי הנפש. רצח ראש הממשלה יצחק רבין ז"ל, שהתרחש במהלך התקופה שחקרנו ואשר גרם טלטלה חברתית ופוליטית עמוקה, מדגים ביתר שאת את המצב שתיארנו. הסטיגמה הקשורה למחלות נפש מקרינה על המקצועות המטפלים בנושא ועל אלה המנסים לשפר את מצבם של נכי הנפש.

בנוסף לבעיות אלה, לעתים נראה שהשאלות הקיומיות מהוות גם תירוץ נוח שלא להיכנס לשדה המוקשים החברתי, המקצועי והמוסרי של הטיפול והדאגה לנכי נפש. בהעדר לחץ חברתי ופוליטי החברה מעדיפה שלא "לטלטל את הספינה" ובוחרת לנקוט גישות שמרניות ואינקרמנטליות ביחסה לצורך בשינוי וברפורמה של המדיניות.

## ביבליוגרפיה

- אבירם, א' (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש: קיפאון או התקדמות. בטחון סוציאלי, 37, 71–99.
- אבירם, א' (2005). מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל: גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים. (דו"ח מחקר). מוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.
- אבירם, א', זילבר, נ', לרנר, י', פופר, מ' (1996). חולי נפש כרוניים בישראל: הגדרה, היקף ואפיונים (דו"ח מחקר). ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, מכון פאלק, ג'וינט-ישראל ובית-הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אבירם, א', זילבר, נ', לרנר, י', פופר, מ' (1998). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ומאפייניהם. בטחון סוציאלי, 53, 92–105.
- אבירם, א', רוזן, ה' (1998). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי. חברה ורווחה, 18, 161–190.
- אלגזי, י' (1996). היכן ימוקם התחליף לבית? הארץ, 22 באוקטובר, עמ' 2.
- אלדר, י' (1996). נייר עמדה של ועד הפעולה של משפחות נפגעי הנפש. 9 בדצמבר.
- ארידור, ע' (1995). ביוני תועבר האחריות למתן שירותים בתחום בריאות הנפש לקופות החולים. הארץ, מיום 6 בפברואר, עמ' 5א.
- בן נון, ג' (1999). ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בטחון סוציאלי, 54, 35–52.
- בן נון, ג', ברלוביץ, י', שני, מ' (2005). מערכת הבריאות בישראל. תל-אביב: משרד הביטחון – ההוצאה לאור.
- ברק, ד' (1996). המדינה מסירה אחריותה לחולי הנפש – מכתב למערכת. הארץ, מיום 25 במרץ, עמ' 6.
- גיא, ד' (2004). חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, 1995 – 1998. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה.
- גינת, י' (1992). ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. הרפואה, 123, 268–264.
- גרוס, ר', רוזן, ב', שירום, א' (1999א) (עורכים-אורחים). סוגיות במדיניות הבריאות בישראל ארבע שנים לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בטחון סוציאלי, 54, 11–34.
- גרוס, ר', רוזן, ב', שירום, א' (1999ב). דבר העורכים-אורחים: מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בטחון סוציאלי, 54, 5–10.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין וחשבון. ירושלים: המדפיס הממשלתי.

- ועדת העבודה והרווחה (1995א). פרוטוקול מס' 339 (31.5.95). ירושלים: הכנסת.
- ועדת העבודה והרווחה (1995ב). פרוטוקול מס' 344 (12.6.95). ירושלים: הכנסת.
- ועדת העבודה והרווחה (1996א). פרוטוקול מס' 454 (14.2.96). ירושלים: הכנסת.
- ועדת העבודה והרווחה (1996ב). פרוטוקול מס' 463 (28.2.96). ירושלים: הכנסת.
- ועדת העבודה והרווחה (1996ג). פרוטוקול מס' 476 (30.4.96). ירושלים: הכנסת.
- ועדת העבודה והרווחה (1996ד). פרוטוקול מס' 31 (9.12.96). ירושלים: הכנסת.
- טלר, י' (1999). שיקום נפגעי נפש בקהילה: תפיסות, מגמות, ויישום בארצות העולם המערבי. ירושלים: משרד הבריאות.
- טרמר, ל' (1975). הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תוכנית אינטגרטיבית כוללת. **בריאות הציבור**, 18, 1-12.
- יוסיפון, מ' (2001). חקר מקרה. בתוך: צבר בן-יהושע, נ' (עורכת). מסורות וזרמים במחקר האיכותי (עמ' 257-305). גני אביב-לוד: הוצאת דביר.
- להב, ה' (1994). ואם המצוקה פחות רועשת? הארץ, מיום 14 בדצמבר, עמ' 4.
- לוינסון, ד', פופר, מ' (1992). אשפוזים חוזרים של חולי נפש בשלוש מסגרות שונות של מעקב (פרסום סטטיסטי מס' 8). ירושלים: משרד הבריאות.
- מבקר המדינה (1991). דו"ח שנתי מס' 41 לשנת 1990 ולחשבונית שנת הכספים 1989. ירושלים: דפוס הממשלה.
- מוזכירות הממשלה (2003). החלטה מס' 2905 של הממשלה מיום 26.1.2003, הרפורמה בפסיכיאטריה.
- מילר, ל' (1981). התערבות קהילתית והרקע ההיסטורי של בריאות נפש קהילתית בישראל. בתוך: אבירם, א', לבב, י' (עורכים). **בריאות נפש קהילתית בישראל** (עמ' 27-34). תל-אביב: צ'ריקובר מוציאים לאור.
- מעוז, ב' (1998). פסיכיאטרייה ורפואה ראשונית בישראל. חברה ורווחה, 18, 65-74.
- מרק, מ', פלדמן, ד', רבינוביץ, י' (1996). מדו"ח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי: יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. חברה ורווחה, 16, 185-197.
- משרד הבריאות (2000). **בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2000**. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- משרד הבריאות (2004). **בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2004**. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- משרד העבודה והרווחה (1996). **שירותי בריאות הנפש – העברה לקופות החולים**. ירושלים: חוזר המנהל הכללי, נ"ו, מיום 30 באפריל.
- סייקס, י' (בדפוס). העברת שירותי בריאות הנפש בישראל ממשרד הבריאות לקופות החולים (1995-1997): מדיניות במבוי סתום. בתוך אבירם, א', גינת, י' (עורכים). **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות**. תל-אביב: צ'ריקובר.
- סער, ר' (1995). השרה נמיר: שחרורם של אלפי חולי נפש יסכן אותם ואת הקהילה. הארץ, מיום 16 במרץ, עמ' 6א.
- פישר, ר' (1994). אל תגידו שלא הזהרתי אתכם. מעריב, מוסף, מיום 2 בדצמבר, עמ' 22.
- פלדמן, ד', בר און, י' (2001). תוכנית סל שיקום לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה. **ביטחון סוציאלי**, 61, 80-107.
- פלדמן, ד', גרוס, ר', ניראל, נ', ברש, מ' (1996). עמדות עובדים כלפי הרפורמה במערכת בריאות הנפש בישראל: ממצאים מתוך סקר שנערך בקרב משתתפי כנס ארצי בתחום בריאות הנפש (מרס, 1995). ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל, משרד הבריאות וג'וינט-מכון פאלק, ירושלים.

- קופת חולים כללית (1996). חוק ביטוח בריאות ושירותי בריאות הנפש. תל-אביב: יו"ר מועצת קופת חולים ודירקטוריון קופת חולים. 15 בדצמבר.
- קפלן, ז', קוטלר, מ', ויצטום, א' (2001). שירותי בריאות הנפש בישראל – כיוונים ותמורות. הרפואה, 140, 440-445.
- קראו, א' (1996). קופות החולים: לא נסכים לקבל את שירותי בריאות הנפש ללא מימון נוסף. הארץ, מיום 5 בדצמבר, עמ' 7א.
- קראו, א' (1996ב'). העברת האחריות על בריאות הנפש לקופות החולים נדחתה זו הפעם הרביעית. הארץ, מיום 10 בדצמבר, עמ' 9א.
- שמיר, א' (בדפוס). תחלואת הנפש: בת חורגת במערכת הבריאות בישראל. בתוך אבירם, א', גינת, י' (עורכים). שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות. תל-אביב: צ'ריקובר.
- Aldridge, H.E. & Pfeffer, J. (1976). Environments of organizations. *Annual Review of Sociology*, 2, 79-105.
- Aviram, U. (1991). Mental health policy and programs in Israel: Trends and problems of a developing system. *Journal of Sociology and Social Work*, 18, 89-126.
- Aviram, U. (1996). Mental health services in Israel at a crossroads: Promises and pitfalls of mental health services in the contexts of the new national health insurance. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 327-372.
- Aviram, U. & Sykes, I. (2004). *Risk avoidance and missed opportunities in mental health reform in Israel*. Paper presented at the Fourth International Conference on Social Work in Health and Mental Health, held in Quebec City, Canada, in May.
- Aviram, U. & Weyer, R. (1996). Changing trends in mental health legislation: Anatomy of reforming a civil commitment law. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21, 771-805.
- Bloom, B. (1984). *Community mental health: A general introduction*. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- Cohen, M., March, J. & Olsen, J. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, 1-25.
- Coleman, J.V. & Patrick, D. (1976). Integrating mental health services into primary medical care. *Medical Care*, 14, 654-661.
- Dearing, J.W. & Rogers, E.M. (1996). *Agenda-setting*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Downs, A. (1972). Up and down with ecology: The issue attention cycle. *The Public Interest*, 28, 38-50.
- Emery, F.E. & Trist, E.L. (1965). The causal texture of organizational environment. *Human Relations*, 18, 21-32.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institution to community care*. London: Sage.
- Homans, G. (1958). Social behavior as exchange. *American Journal of Sociology*, 63, 597-606.
- Hynes, J.J. (1987). The California mental health reform act of 1985: A case study of policy reform in the post welfare state. In Duhl, L.J., Cummings, N.A. & Hynes, J.J. (Eds.). *The future of mental health services: Coping with crisis*. New York: Springer.

- Kanter, R.M. (1989). *When giants learn to dance*. New York: Simon and Schuster.
- Kingdon, A. (1995). *Agenda, alternatives, and public policy* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Knoke, D. & Pappi, F.U. (1991). Organizational action sets in U.S. and German labor policy domains. *American Sociological Review*, 56, 509-523.
- Levine, S. & White, E. (1961). Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5, 583-601.
- Levine, S., White, P. & Paul, B. (1966). Community interorganizational problems in providing medical care and social services. In Warren, R.L. (Ed.). *Perspectives on the American community* (pp. 298-311). Chicago: Rand McNally.
- Linsky, M. (1986). *Impact: How the press affects federal policy-making*. New York: W.W. Norton.
- Mark, M. & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32, 80-85.
- McComb, M.E. & Shaw, D. (1972). The agenda setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36, 176-187.
- Mechanic, D. (1993). Mental health services in the context of health insurance reform. *Milbank Quarterly*, 71, 349-364.
- Mechanic, D. (1994a). Integrating mental health services into a general health care system. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 893-897.
- Mechanic, D. (1994b). Establishing mental health priorities. *Milbank Quarterly*, 72, 501-514.
- Mintz, B. & Schwartz, M. (1985). *The power structure of American business*. Chicago: University of Chicago Press.
- Perrow, C. (1979). *Complex organization: A critical essay*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman.
- Rosen, B. (2003). *Health care systems in transition – Israel*. Copenhagen: The European Observatory of Health Care Systems.
- Sartorius, N. et al. (Eds.) (1990). *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Hargrefe and Huber.
- Shemer, J. & Vienonen, M. (Eds.) (1995). *Reforming health care systems*. Jerusalem: Gefen Publishers.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. London: Sage.
- Starbuck, W.H. (1983). Organizations and their environments. In Dunnette, M.D. (Ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1069-1123). New York: Wiley.
- Stefansson, C.G. & Hansson, L. (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 410, 82-88.
- Stein, L. (Ed.) (1992). Innovative community mental health programs. *New Directions for Mental Health Services*, no. 56. San Francisco: Jossey Bass.
- Sykes, I. (2003). *The use of data in the effort to transfer mental health services in Israel from the Ministry of Health to the health plans – A case study: 1995-1996*. Research report. Jerusalem: JDC- Brookdale Institute.

Thompson, J.D. & McEwin, W.J. (1958). Organizational goals and environments: Goal-setting as an interactional process. *American Sociological Review*, 23, 23-31.

#### דברי חקיקה שנזכרו במאמר

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, ספר החוקים, 1469.  
חוק ההסדרים (1996) (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997), ספר החוקים, 1607.  
חוק ההסדרים (1997) (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1998), ספר החוקים, 1645.  
חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס–2000, ספר החוקים, 1746.