

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

נדב פרץ-וייסוידובסקי¹

המאמר בוחן את הנסיבות ואת התהליכים שהביאו לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, את הגורמים שביקשו לבלום את החקיקה ואת אלה שביקשו לקדם אותה, על רקע הניגוד החריף שבין אופיו של חוק זה לבין מגמת המדיניות החברתית בישראל באותה עת. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, הנחשב חוק חברתי מתקדם גם בהשוואה בין-לאומית, מהווה שינוי בתפיסת האנשים המתמודדים עם מוגבלות על רקע נפשי וביחס החברה אליהם. באמצעות ניתוח המקרה ביקש המחקר לעמוד על הגורמים המכריעים המאפשרים שינוי מדיניות, הן בתחום בריאות הנפש הן במדיניות חברתית בכלל במצב של סביבות משתנות. הבסיס התאורטי שהנחה את המחקר היה גישתו של קינגדון (Kingdon, 2014), העוסקת בחבירת ערוצי מדיניות המאפשרת שינוי, ובגישות הנוגעות ליזמי מדיניות בבואם לחולל רפורמות ולעצב מדיניות. נבחנו הגורמים, הנסיבות והסוגיות העיקריות שעלו לאורך העשור שקדם לחקיקה, וכן בעלי העניין שהיו מעורבים במאבק שהוביל לשינוי המדיניות ולרפורמה השיקומית בבריאות הנפש. הממצאים מעידים על חשיבותם של ערוצים המתכנסים יחדיו ויוצרים תנאים הכרחיים לשינוי, ועל חשיבותם של יזמי מדיניות הפועלים כדי להפוך את אפשרות השינוי למציאות. הדיון מציג את התנאים הסביבתיים המאפשרים שינוי מדיניות, ואת התכונות שיוזמי מדיניות זקוקים להן כדי שיוכלו להוציא חזון מהכוח אל הפועל.

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

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

¹ דוקטור, הפקולטה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון <https://orcid.org/0000-0002-2581-2772>

תקציר לקהל הרחב

בשנת 2000 נחקק בישראל חוק שיקום נכי נפש בקהילה, חוק שנחשב צעד חלוצי גם בהקשר הבין-לאומי. החוק ביטא תפנית מהותית במדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות נפשית: ממדיניות שהתבססה על אשפוז ממושך במוסדות, אל מדיניות הרואה בשיקום בקהילה זכות בסיסית ודרך להשתלבות בחברה. המחקר בחן את התהליך שהוביל לחקיקה, את המאבקים שהתלוו אליו ואת הדמויות המרכזיות שפעלו לקידומו או לבלימתו. נמצא כי חקיקת החוק התרחשה בתקופה שבה המדיניות החברתית בישראל נטתה לצמצום זכויות והוצאות רווחה, ולכן עצם קידומו היה יוצא דופן. ההצלחה התאפשרה הודות לשילוב בין נסיבות משתנות לבין פעולתם הממוקדת של יזמי מדיניות – שחקנים שפעלו לניצול חלון ההזדמנות, לבניית בריתות פוליטיות וחברתיות, למסגור מחדש של הבעיה ולהצגת את השיקום כפתרון חברתי וכלכלי עדיף. המחקר מראה כי חקיקת החוק לא היתה תוצאה אוטומטית של נסיבות, אלא של מאבק נחוש ועקבי של יזמים פוליטיים וחברתיים. בהתבוננות לאחור על רבע מאה ניתן לראות את השפעתו: הרחבת שירותי השיקום, עלייה דרמטית במספר המשתתפים בקהילה, וחיסכון ניכר בהוצאות האשפוז. לצד אלה נותרו אתגרים בתחום התקצוב, כוח האדם ומיצוי הזכויות. חוק השיקום הוא אפוא דוגמה ייחודית לאופן שבו יוזמות מנהיגותיות וניצול הזדמנויות יכולים לעצב מדיניות חברתית חדשה, גם בתנאים מורכבים.

מבוא

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000)² (להלן: חוק שיקום) נחשב חוק חברתי מתקדם גם בהשוואה בין-לאומית, ומבטא שינוי בתפיסת האנשים המתמודדים עם מוגבלות על רקע נפשי וביחס החברה אליהם (אבירם, 2010, 2012; שרשבסקי, 2006, 2023; Aviram et al., 2023). במאמר הנוכחי ננסה לבחון את התהליך שהביא לחקיקתו של החוק. עניינינו בסוגיה זו התעורר על רקע הניגוד החרף שבין אופיו של החוק לבין מגמת המדיניות החברתית בישראל בסוף שנות ה-90 ובראשית שנות האלפיים. ננסה אף להגיע לתובנות בדבר הגורמים הבולמים שינוי מדיניות חברתית בנסיבות משתנות, והגורמים המכריעים המאפשרים שינוי כזה.

² ביולי 2024 שונה שם החוק ל"חוק שיקום מתמודדי נפש בקהילה (חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024], 2000). מאחר שהמאמר נכתב טרם התיקון, נעשה בו שימוש בשמו המקורי של החוק.

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

בחלקו הראשון של המאמר נציג את תפיסות השיקום שרווחו בתחום בריאות הנפש במועד חקיקת החוק במחצית השנייה של שנות ה-90 של המאה ה-20. בחלקו השני נציג את התפיסה של יזמי המדיניות (Policy entrepreneurs) ככלי לניתוח מדיניות. לאחר מכן נציג את שיטת המחקר, ואז נפנה לחלקו העיקרי של המאמר – תיאור התהליך שהביא לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000. בעקבות התיאור נבחן כיצד ניתן להבין את הצלחתו של תהליך שינוי המדיניות על רקע השילוב בין נסיבות מבניות לבין פעולתם של יזמי מדיניות. לבסוף, לאור ניתוח המקרה, נציע תובנות אחדות באשר ליחס שבין נסיבות מבניות לבין פעולתם של יזמי מדיניות, ובינן לבין שינוי מדיניות חברתית בכלל.

סקירת ספרות

התפתחותן של תפיסות השיקום הפסיכיאטרי

חוק השיקום בישראל הוא חלק מגל של תמורות בטיפול באנשים המתמודדים עם מחלות נפש ובשיקומם. תמורות אלה החלו בשני העשורים האחרונים של המאה ה-20, ונמשכות עד היום. בפרק זה נסקור את השינויים שחלו באופן שבו נתפסו מחלות נפש והאנשים המתמודדים עימן בעולם ובישראל בתקופה שקדמה לתהליך החקיקה, במטרה לתת הקשר רלוונטי לסביבה שבה התרחש תהליך זה.

תחום השיקום הפסיכיאטרי התפתח במדינות המתועשות במחצית השנייה של המאה ה-20, בעקבות שינויים מרחיקי לכת בתפיסת מחלות הנפש ובטיפול באנשים המתמודדים עימן. עד לשנות ה-60 של המאה ה-20, התפיסה השלטת התבססה על המודל הרפואי הפטרנליסטי, ולפיו הממסד הרפואי הוא הסמכות העיקרית האמונה על טיפול באנשים עם מחלת נפש (פוקו, 2009; Cockerham, 2024; Aviram, 1990). ההתמודדות החברתית עם מחלות נפש במהלך שישים השנה הראשונות של המאה הקודמת התבססה על טיפול מוסדי ועל הרחקת אנשים המתמודדים עם מחלת נפש מהקהילה. אלה אושפזו למשך שנים ואף עשרות שנים, והיו מנותקים לחלוטין מהקהילה ומחיהם הקודמים.

מאז המחצית השנייה של המאה ה-20 הועמד מודל זה תחת מתקפה קשה. ראשיתה של מתקפה זו בתנועה האנטי-פסיכיאטרית (פוקו, 2009; Szasz, 1960) ובמדיניות האל-מיסוד (De-institutionalism) (אבירם, 1988; Montenegro et al., 2023; Belcher, 2022). שתי אלה יצאו בתוקף נגד הנטייה הרווחת לאשפז אנשים המתמודדים עם מחלות נפש, בעיקר אם אין הם מסוכנים, וטענו שהאשפוז הממושך של אנשים עם מחלת נפש נועד בדרך כלל לא לטובתם, אלא להקל על הקהילה שישבו בתוכה.

בעקבות כך, ולאור מגמות חברתיות וכלכליות ופיתוחן של תרופות פסיכיאטריות מתקדמות (Goodwin, 1997; Grob, 1994; Mechanic et al., 2014; Shorter, 1997), העמיקה הביקורת על האשפוז כפתרון היחיד או העיקרי למחלות נפש; אך בה בעת הודגשו חסרונותיו של האלמיסוד כאסטרטגיה יחידה להתמודדות עם מחלות נפש. מחקרים על תהליכי אלמיסוד הראו גורמים רבים היכולים לקדם או לעכבם, אך אחד הגורמים העיקריים להצלחתם הוא קיומן של מסגרות שיקומיות בקהילה (Montenegro et al., 2023). לנוכח מצב זה התפתחו בתחום בריאות הנפש גישות המתמקדות בתהליך השיקום של מטופלים, ושמות דגש על שיקומם בקהילה ולא במסגרת מבודדת.

לצד ההתמודדות עם תסמיני המחלה באמצעות תרופות וכלי טיפול אחרים, גישות המתמקדות בשיקום שואפות לסייע לאנשים אלה באמצעות הרחבת האפשרויות שלהם להשתלב בקהילה ולקדם את שאיפותיהם ואת מטרותיהם (Anthony, 1993; Carpenter, 2002; Dalton-Locke et al., 2021). שיקום הוא ניצול מערכתי של שילוב של דרכי פעולה שונות שתכליתו לעודד אנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית חמורה לפתח את יכולותיהם במלואן, דרך למידה ודרך תמיכה סביבתית. אין הם יכולים לעשות זאת כשהם מנותקים מסיבתם ונמצאים במוסד מבודד. הם זקוקים לסביבתם הטבעית, למשפחתם ולקהילה על שלל גווניה. תפיסה זו יוצאת נגד תפיסות המבוססות באופן בלבדי על אשפוז (Bjørlykhaug et al., 2022).

במהלך שנות ה-70 וה-80 של המאה ה-20 הלכה תפיסה זו והשתרשה בקהילה המקצועית ברחבי העולם, ואף קיבלה ביטוי במערכות בריאות הנפש של מספר הולך וגדל של מדינות (גיא, 2004; Slade, 2009; Knapp et al., 2007; Goodwin, 1997). במחקר זה ברצוננו לבחון את תהליך היישום של תפיסות שיקום במערכת בריאות הנפש הישראלית, כפי שהתבטא בחוק שיקום נכי נפש בקהילה. לשם כך נבחן תחילה את התאוריות העוסקות בשינוי מדיניות ואת תפקידם של יזמי המדיניות בהובלתו.

עיצוב מדיניות בין נסיבות חיצוניות ליזמי מדיניות

לנסיבות יש תפקיד מרכזי בעיצובה של מדיניות חברתית. לפי גישת היובלים (Multiple Streams Approach, MSA. Kingdon, 2014; Zahariadis, 2023), מדיניות מתעצבת בשלושה יובלים מקבילים. ביובל הבעיה גורמים שונים מגדירים נושאים שונים כבעיות חברתיות, מתוך מאבק על תשומת הלב הציבורית מחד ניסא, ועל אופן המסגור של אותן בעיות מאידך ניסא. ביובל המדיניות פעילים אנשי ממשל, אקדמאים, נציגי המגזר השלישי והפרטי, אקטיביסטים ועוד. אלו מפתחים, מעצבים ומקדמים הצעות מדיניות שונות. יובל הפוליטיקה מתייחס לרמת המאקרו, החורגת מהקהילה העוסקת בנושא ספציפי. זהו הערוץ של דעת הקהל, תוצאות בחירות, יחסי כוחות פוליטיים וכיוצא באלה. התפתחויות בערוץ זה משפיעות על הסיכוי שרעיון מסוים יקבל תמיכה פוליטית (Zahariadis, 2023).

גישת היובלים מדגישה כי אין די בהתקדמות באחד היובלים האלה בלבד. כדי שתתקבל החלטה על מדיניות, נדרשת הבשלה של שלושת היובלים בד בבד. כדי שתתעצב מדיניות חדשה בתחום כלשהו, יש צורך שביובל הבעיה תהיה הכרה ציבורית בבעיה שעל הפרק כבעיה חברתית, שביובל המדיניות תהיה הסכמה על מדיניות רלוונטית לפתרונה, ושביובל הפוליטי ייווצר אקלים המתאים לקידומה. כאשר כל אלה קורים יחדיו, נוצר חלון הזדמנויות שקינגדון (Kingdon, 2014) מכנה **חלון מדיניות**.

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

גם מינטרום ונורמן (Mintrom & Norman, 2009) מדגישים את הקשר בין הנסיבות לבין פעולתם של יזמי המדיניות. הם טוענים שכדי להבין במלואה יזמות של מדיניות, בעת חקירתה יש לשים לב בעת ובעונה אחת לגורמים הקשריים ומבניים, לפעולות של פרטים על רקע גורמים הקשריים ומבניים אלה, ולאופן שבו ההקשר עיצב פעולות אלה. הנסיבות שיזמי המדיניות פועלים בהן הן קריטיות. כאשר ההקשרים הנסיבתיים מובילים במישורן לשינוי, אין

פעולתם של יזמי המדיניות משמעותית, משום שהשינוי יקרה גם בלעדיהם; כאשר ההקשרים הנסיבתיים מקשים מאוד על היתכנותו של שינוי, יזמי המדיניות ייכשלו בניסיון לשנותה. רק כאשר הסיכויים נטים נגד האפשרות של שינוי, אך עדיין יש סבירות מסוימת שהוא יתרחש, נוצר מרחב פעולה שבו פעולתם של יזמי המדיניות הופכת משמעותית.

כדי שפעולה זו אכן תהיה משמעותית, אין די בתנאים המתאימים; על יזמי המדיניות לפעול ביעילות. פריש-אבירם ואח' (Frisch Aviram et al., 2020) סוקרים את הספרות שעסקה ביזמי מדיניות ומזהים מגוון מאפיינים של יזמי מדיניות ושל אסטרטגיות שהן מאמצים. המאפיינים שהם מונים הם בניית אמון, שכנוע וחדות חברתית (Social Acuity) – היכולת לזהות בדיוק ובמהירות מצבים חברתיים. יזמי מדיניות מאמצים מספר רב של אסטרטגיות, אך המרכזיות שבהן הן קביעת סדר יום, בניית צוותים ותכנון אסטרטגי.

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

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

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

שיטה

מחקר זה מתייחס, כאמור, לתהליך שינוי המדיניות שהביא לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה. נקודת הסיום של המחקר מוגדרת היטב – 11 ביולי 2000, היום שבו הצביעה הכנסת על הצעת החוק בקריאה שנייה ושלישית. נקודת ההתחלה גמישה יותר, משום שהמחקר מתייחס לא רק למהלך החקיקה בכנסת, אלא גם לתהליכים שהובילו אליו.

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

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

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

הרקע לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה

עד מחצית שנות ה-90 של המאה הקודמת לא היה בישראל מענה מערכתי וכוללני לשיקום אנשים עם מחלות נפש קשות וממושכות.³ מבחינה חוקית היו שני גופים מחויבים לשיקומם של אנשים עם מוגבלות נפשית, מתוקף מחויבותם לשיקום אנשים עם מוגבלויות בכלל: המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה. אולם מסגרות השיקום שהפעילו אז שני גופים אלה לא הותאמו לשיקום אנשים עם מוגבלות נפשית, ולכן תועלתן היתה מוגבלת מבחינתם, ועקב כך גם השימוש שעשו בהן.

עם זאת, שנות ה-80 וראשית שנות ה-90 סימנו את ראשיתו של שינוי בתחום השיקום הפסיכיאטרי בישראל. מגמות בין-לאומיות מגוונות – ובהן הופעת הדור השני של התרופות הפסיכיאטריות וצמיחתן של התנועה האנטי-פסיכיאטרית ומגמות האל-מיסוד בכללותן – הסיטו, כאמור, את הדגש מאשפוז במוסדות לשיקום בקהילה (Mechanic et al., 2014). רוחות אלה הגיעו גם לישראל; הן חדרו לתוך בתי החולים ונשבו גם מחוצה להם. בתוך בתי החולים הפסיכיאטריים החלו בתקופה זו לקום מחלקות שיקום, שמטרתן היתה להכין את המאושפזים לחיים בקהילה; מחוצה להם החלו עמותות שונות להקים מסגרות שנועדו לסייע בשיקומם של אנשים עם מחלות נפש חמורות. על פי רוב, בין עמותות אלה לבין הממסד הרפואי ומשרדי הממשלה היה קשר חלקי, או שלא היה קשר כלל (שרשבסקי, 2015).

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

התפנית הבאה בשדה השיקום הפסיכיאטרי היתה חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994), שנכנס לתוקף בתחילת שנת 1995. חוק זה כלל גם רפורמה בתחום בריאות הנפש, ובפרט בתחום השיקום, וקבע שיש להעביר גם את המערכת הפסיכיאטרית מאחריות

³ כאן ובמקומות אחרים במאמר זה, אנו מתייחסים לקבוצה המוגדרת בספרות כ-Severely and persistently mentally ill persons.

הממשלה לאחריותן של קופות החולים (אם כי הרפורמה בתחום בריאות הנפש – הידועה בתור "התוספת השלישית" – יועדה להיכנס לתוקף שלוש שנים לאחר יתר חלקיו).

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

העברת בריאות הנפש לקופות החולים התבררה כמורכבת מכפי שצפה המחוקק, והיא לא יצאה לפועל כמתוכנן, אלא נדחתה שש פעמים עד לתאריך היעד שנקבע בחוק, 1 בינואר 1998, וגם אז נדחתה החלטה בלי שנקבע מועד חדש (אבירם ואח', 2006; גיא, 2004).⁴ לדחיות חוזרות ונשנות אלה היתה השפעה מרחיקת לכת על הקמתו של מערכת השיקום הפסיכיאטרי. ככל שגדלה הבהירות שתהליך העברת בריאות הנפש לקופות החולים מורכב, כך גדל האינטרס של משרד הבריאות להעניק לקופות הטבה בדמות מערכת שיקום מפותחת, שתקל עליהן לבלוע את הגלולה (ובו בזמן תוויל את עלויות תקציב המדינה בגין אשפוזים, כשחולים יטופלו בקהילה).⁵ כאשר הוחלט שלא ליישם את העברת מערכת בריאות הנפש לקופות החולים, בשנת 1998, כבר התקיימה מערכת שיקום נרחבת יחסית. מכיוון שההעברה נדחתה אך לא ירדה מהפרק, היא המשיכה להוות מוטיבציה נוספת לייצר הסדרה של מערכת השיקום. מוטיבציה זו שימשה כר פורה ליוזמות חקיקה בתחום השיקומי.

⁴ הרפורמה יושמה רק ב-1 ביולי 2015, וגם זאת ללא חקיקה, אלא בצו שהוציא שר הבריאות.

⁵ לדיון נרחב בקשר בין כישלון המאמצים לחולל רפורמה ביטוחית לבין גידול ההשקעה במערכות שיקום ראו את עבודותיהם של דליה גיא (2004) ואורי אבירם (Aviram, 2010). מובן שיש להביא בחשבון שהממשל סבר שפיתוח מערכת שיקום יאפשר לצמצם את מספר המאושפזים ולהפחית עלויות בתקציב המדינה. ואכן נמצא קשר בין ירידה במספר ימי האשפוז לבין עלייה במספר המשתקמים (ראו אבירם ואזארי-ויל, 2015).

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

הגורמים הפעילים בחקיקת החוק

לאחר הקריאה הטרומית פרשה רוזנבלום ממעורבותה בתהליך החקיקה, וחברת הכנסת גוז'נסקי פנתה כמקובל לגורמי הממשל הרלוונטיים להיוועץ בהם לצורך קידום החוק. בתוך כך היא נכנסה לעובי הקורה וחקרה את מרחב הפעולה שלה. היא התוודעה למסגרות השיקום הקיימות, לגורמים הפעילים ולבעלי האינטרסים בתחום, ולמדה את הצרכים בשטח. אז הקימה קואליציה חדשה, שהשותפים המרכזיים בה, נוסף לה, היו מחלקת השיקום בשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות וארגון "עוצמה". תהליך זה אפשר לה לקדם את הצעת החוק, לגייס לה תומכים, לעצב אותה כך שתיתן מענה לצורכי המתמודדים ולגרום לכך שתהפוך לחוק שימשמש בסיס למערכת שיקום. כל המוראיינים הסכימו שאילולא פעולתה היסודית של גוז'נסקי לא היה חוק זה הופך מציאות.

לצידה פעלו ארגוני המתמודדים והמשפחות. הארגון המרכזי (אם כי לא היחיד) שפעל למען קידום החוק היה ארגון "עוצמה", שייצג משפחות של מתמודדים. ארגון זה קיבל גיבוי מקצועי ומשפטי מארגון "בזכות", שקם כדי לקדם את זכויות האדם של אנשים עם מוגבלויות. ארגונים אלה מילאו כמה תפקידים עיקריים בקידום החוק:

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

2. הם הקפידו לשמש "סמן ימני" בכל הנוגע לאינטרסים של המתמודדים (ושל המשפחות). הם אלה שייצגו בכל דיון את טובת המתמודדים ונאבקו עליה. בכך הם הגבילו את יכולתם של תומכי השיקום – ובפרט של חברת הכנסת גוז'נסקי ושל נציגי מחלקת השיקום – להעדיף שיקולים ארגוניים או פוליטיים על שיקולים הנוגעים לטובת המתמודדים. אך

בה בעת הם אפשרו לאלה האחרונים להציג את עצמם כבעלי עמדת פשרה מתונה – בין עמדת המתנגדים לבין עמדת ארגוני המשפחות – ולהגדיל את הסיכוי להתקבלותה.

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

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

מניעיהם של התומכים ושל המתנגדים

כזכור, למרות התנגדות הממשלה לחוק, הוא עבר בקריאה טרומית, ואז, כמקובל בתהליך החקיקה, פנתה חברת הכנסת גז'נסקי למשרד הבריאות, המשרד הממשלתי הרלוונטי. אחרי שעברה ידיים אחדות, הגיעה הפנייה לשולחנו של יחיאל שרשבסקי, מקימה של מחלקת השיקום במשרד הבריאות ומי שעמד בראשה לאורך תקופת החקיקה. שרשבסקי זיהה בחוק הזדמנות להתגבר על היעדר מסגרת ארגונית-משפטית לפעולתה של מחלקת השיקום, קושי שהלך והחריף עם התרחבותה של מערכת השיקום הפסיכיאטרי. זאת ועוד, החוק עבר בקריאה טרומית כחודשיים לפני תום התקופה שנקבעה להעברת בריאות הנפש לידי קופות החולים, כשכבר היה ברור שהמהלך לא יצא לפועל ושיש למצוא פתרון חלופי לשיקום. לכן שרשבסקי השתכנע שיש למסד את השיקום בחקיקה, חבר לגז'נסקי, והם החלו לפעול ביחד לקידומה.

כפי שנראה להלן, הם זכו לתמיכה של גורמים שונים, בעיקר מחוץ למשרד הבריאות (כמו "עוצמה" ו"מכות"). התמיכה בקרב גורמים רבים במשרד הבריאות היתה חצויה ולא אחידה.⁶

המאבק בתוך משרד הבריאות

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

ואולם לאחר שהתחוויר להם שהמערכת מתקדמת לקראת הקמתה של מערכת שיקום, מנהלי בתי החולים שינו את האסטרטגיה שלהם. הם הצטרפו למגמה של הרחבת שירותי השיקום, אך חתרו לכך שאלה יוקמו בתוך בתי החולים, בסמיכות פיזית אליהם או למצער עם קשר ארגוני הדוק עימם. מולם ניצבו מחלוקת השיקום ונציגי ארגוני המשפחות, והדגישו את חשיבות השיקום בתוך הקהילה. הוויכוח בין הצדדים נסב על השאלות האלה: האם השיקום ייעשה בבית החולים או בקהילה? מהי קהילה? האם קהילה יכולה להתקיים בתוך בית חולים? למראית עין, כך המאזניים נטתה במובהק לצידם של מנהלי בתי החולים. מחלוקת השיקום, כמתואר לעיל, היתה באותה עת מחלקה צעירה, שמשאביה וכוחה הארגוני מוגבלים. מנהלי בתי החולים, לעומת זאת, נתפסו, אז וגם כיום, כבעלי הכוח האמיתיים באגף בריאות הנפש. חוקרים שונים אף טענו כי המוניטין שלהם וכוחם עולים על אלה של ראשי האגף. כמעט כל ראשי האגף עברו, לאחר שסיימו את תפקידם, לניהול של בית חולים, ונראה שתפסו מעבר זה כקידום. שכרם של מנהלי בתי החולים גבוה לאין ערוך מזה של מנהל האגף, ועשוי להגיע עד פי שניים ויותר. יתרה מזאת, ראשי איגוד הפסיכיאטריה הם מנהלי בתי חולים (אבירם ואזארי-ויזל, 2015).

ואולם ידה של מחלוקת השיקום היתה על העליונה, ותמיכתו של המשרד בתהליך החקיקה הובטחה – אם כי ברמות משתנות של מחויבות, כפי שיתואר להלן – משלוש סיבות מרכזיות: האפקטיביות הפוליטית של העומד בראש מחלוקת השיקום יחיאל שרשבסקי, ושל מנכ"ל

⁶ דרור ומעוז (2011) טוענים כי השפעת הפקידות הממשלתית הבכירה במשרד הבריאות על חקיקת חוק השיקום היתה מכרעת, והתבטאה במהלכים שנעשו ב"שטח". ואומנם יחיאל שרשבסקי – שהיה אחראי למחלוקת השיקום בשירותי בריאות הנפש אך לא נחשב לשדרת הפקידות הבכירה במשרד הבריאות – השפיע רבות על עיצוב החוק. עם זאת, ממצאי המחקר שלנו אינם תומכים בטענתם של דרור ומעוז. תמיכת הפקידות הבכירה בחוק השיקום היתה לכל היותר מעורבת ופשוטה. התומך העיקרי בחקיקה בדרג הבכיר של משרד הבריאות היה פרופ' מרדכי שני, שלא החזיק באותה עת בתפקיד רשמי במשרד. תמיכתם של ראשי אגף בריאות הנפש ושל מנכ"לי המשרד נעה במהלך התקופה בין תמיכה להתנגדות, וניוסה היה חלק ניכר מהמאבק על החוק, כפי שנפרט להלן.

המשרד בעבר פרופ' מרדכי (מוטקה) שני; אינטרסים חיצוניים (של משרד האוצר בעיקר) שחרגו מעבר למאבק זה, והשפיעו על מאזן הכוחות; מתן פיצוי חלקי למנהלי בתי החולים על פגיעה אפשרית בהם. להלן תיאור של כל אחת מסיבות אלו.

מהראיונות שמחקר זה מבוסס עליהם זה עולה כי מחלקת השיקום – ובייחוד מקימה ומי שעמד בראשה במהלך תקופת החקיקה ואחריה, יחיאל שרשבסקי – נקטו שני אמצעים עיקריים שהביאו לשינוי מאזן הכוחות: (1) הם ניהלו שדלנות אפקטיבית מול שדרת הניהול בתוך משרד הבריאות, החל בראש אגף בריאות הנפש, עבור דרך מנכ"ל משרד הבריאות וכלה בשר; (2) הם יצרו קשרים עם גורמים מחוץ למשרד הבריאות שהיו שותפי אינטרסים של מחלקת השיקום; בראש ובראשונה עם משרד האוצר, שמעורבותו תתואר להלן, אך גם עם ארגוני המשפחות, עם חברת הכנסת גולנסקי ועם רבים אחרים. קשרים אלה, שהתנהלו על פי רוב מאחורי הקלעים ולעיתים אף תוך חריגה מהנהלים, שימשו לא רק לגיוס תמיכה בעמדתם, אלא אף לתיאום עמדות ולגיבוש אסטרטגיות השפעה פוליטיות מתואמות, והיו משאב נכבד בקידום עמדתה של המחלקה בתוך המשרד ומחוצה לו.

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

כמתואר לעיל, מעורבותו של משרד הבריאות בתהליך החקיקה החלה בסוף 1997, כשהיה ברור לכל הצדדים כי הניסיון להעביר את תחום בריאות הנפש לקופות החולים לא יצלח במסגרת שלוש השנים שהוקצו לכך בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (חוק ההסדרים במשק המדינה [תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997], התשנ"ז-1996). משרד הבריאות העריך כי מערכת שיקום מפותחת, שתצמצם את מספר המאושפזים בבתי החולים ואת העלות התקציבית של בריאות הנפש, תקל על קופות החולים "לבלוע את הגוללה המרה" ולהסכים לקבל אליהן את תחום בריאות הנפש.⁷ היות שמשרד הבריאות ראה בהשלמת רפורמה זו אינטרס שלו, ביקשו בכיריו לקדם את מערכת השיקום.

⁷ חיזוק לטענה בדבר חששן של קופות החולים מהעברתם של החולים הכרוניים לטיפולן ניתן למצוא בכך שהניסיון הראשון להעברת בריאות הנפש לקופות החולים (שלא צלח) כלל הסדר ולפיו חולי הנפש הכרוניים לא יעברו לאחריות הקופות, ותוקם עבורם קופת חולים מיוחדת (קופת חולים ר"ת) (אבירם ואח', 2006).

עמדת משרד האוצר

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

נוסף על גורמים אלו, כדי למתן את התנגדותם של מנהלי בתי החולים לתוכנית ולמזער את הנזק שיגרורם החוק מנקודת מבטם להם ולבתי החולים שבניהולם, ננקטו צעדים אחדים:

1. ניתנה עדיפות לצמצום מספר המאושפזים בבתי החולים הפרטיים. בשנת 1998 – ראשיתו של הפיילוט של החוק – היו מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים פרטיים 2,012 בני אדם, 31.9% מכלל המאושפזים. עשור לאחר מכן, בשנת 2008, כעבור תקופה שבה הוחל חוק שיקום במלואו, ירד מספר המאושפזים בבתי החולים הפרטיים ל-228 בני אדם, ירידה של 88%. אומנם באותה תקופה חלה ירידה במספר המאושפזים בכל סוגי המוסדות, אך במונחים יחסיים קטן חלקם של בתי החולים הפרטיים בכלל מיטות האשפוז ל-6.6%, והירידה במספר המיטות בבתי החולים הפרטיים אחראית ל-62% מהצמצום הכולל במספר המיטות (משרד הבריאות, 2008, 2012). צמצום מיטות האשפוז בבתי החולים הפרטיים נומק באיכותם המקצועית הירודה וביכולת הפיקוח המצומצמת של המדינה עליהם. ואולם לאור הראיונות וניתוח החומר ניתן להניח שתרם לכך גם מאון הכוחות בתוך משרד הבריאות: כוחם הפוליטי של בתי החולים הפרטיים בתוך המשרד נפל בהרבה מזה של בתי החולים הממשלתיים.

2. תקציבי בתי החולים לא קוצצו. אומנם הצמצום במספר מיטות האשפוז היה אמור לצמצם גם את תקציבי בתי החולים, אבל למרות הירידה החדה במספר מיטות האשפוז, נותרו תקציביהם כשהיו (אבירם ואזארי-ויזל, 2015). גם כאן סיפקו לכך הצדקה מקצועית מוצקה. בין כל הגורמים במערכת שררה הסכמה ולפיה בתי החולים מצויים בתקצוב חסר מתמשך, שפגע מאוד באיכות הטיפול. צמצום מספר המאושפזים ללא קיצוץ בתקציב אפשר להעלות את גובה התקציב למאושפז ולשפר את איכות השירות (מה גם שגדל

שיעור החולים האקוטיים בקרב אוכלוסיית המאושפזים, ועלות הטיפול בחולים האקוטיים גבוהה יותר). עם זאת, גם כאן ניתן להניח שלא רק השיקול המקצועי מילא תפקיד, אלא גם השיקול הפוליטי.

3. מעמדם האישי של מנהלי בתי החולים נשמר. משכורתו של מנהל בית חולים פסיכיאטרי נגזרת מסיווג גודלו של בית החולים, וזה נקבע על פי מספר מיטות האשפוז. צמצום מספרן של מיטות האשפוז איים אפוא לפגוע במעמדם ובמשכורתם של מנהלי בתי החולים. לכן, כחלק מתהליך קידום החוק, הוקפאו דרגותיהם של מנהלי בתי החולים (ושל האחיות הראשיות) כך שישקפו את גודל בית החולים טרם החקיקה.⁸

המאבק על עמדתם של בכירי משרד הבריאות

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

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

ואולם בחלקה הגדול של התקופה הנידונה במאמר זה (קדנציה ראשונה עד מאי 1996, וקדנציה שנייה מיולי 1999) עמד בראש אגף בריאות הנפש ד"ר מרדכי (מוטי) מרק, שהגיע מצה"ל, שם היה הממונה על מחלקת בריאות הנפש – ולאחר הקדנציה הראשונה שלו אף חזר לתפקיד זה. מרק היה מחויב ללא סייג למאמצי השיקום. ייתכן שאפשר להסביר את מחויבותו זו בעמדותיו האישיות או בנטייתו האידאולוגית, ולצידן בזיקתו הרופפת למדי לבתי

⁸ מיכאל שניידמן, לשעבר ראש שירותי בריאות הנפש ומנהל המרכז הרפואי כרמל. תקשורת אישית, 30 באפריל 2014.

החולים.⁹ היו אשר היו סיבותיה, היו למחויבות זו תוצאות: מרק הוא שהקים, בתקופת כהונתו הראשונה, את מחלקת השיקום, ותרם להרחבתה; בכהונתו השנייה נכנסה החקיקה להילוך גבוה, ונעשו מהלכי עיצוב החוק העיקריים לקראת קריאה שנייה ושלישית.

מרק כיהן, כאמור, שתי קדנציות במהלך עיצוב החוק. בין שתי הקדנציות החזיק בתפקיד ראש אנף בריאות הנפש ד"ר (כיום פרופסור) זאב קפלן. לפי עדויות המרואיינים,¹⁰ עמדותיו של קפלן כלפי סוגיות השיקום בכלל וכלפי החוק בפרט היו מורכבות. קפלן הגיע לתפקיד ראש אנף בריאות הנפש לאחר שניהל את בית החולים הפסיכיאטרי בבאר שבע. מאנף בריאות הנפש המשיך לניהול מחלקת בריאות הנפש בצה"ל, אך זמן מה לאחר מכן חזר לנהל את בית החולים בבאר שבע.

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

בתקופת החקיקה כיהנו במשרד הבריאות שני מנכ"לים – פרופ' יהושע שמר ופרופ' גבי ברבש. לפי עדויות המרואיינים, השפעתם על תהליך החקיקה היתה מצומצמת, וייתכן שלא הציבו את תחום השיקום במקום גבוה בסדר העדיפויות שלהם, אלא העדיפו להעביר את האחריות לו לפרופ' מרדכי שני. ואכן, השפעתו על תהליך היתה מהותית. פרופ' שני כיהן כמנכ"ל המשרד בראשית שנות ה-90, והוא שאישר ודחף את הקמת מחלקת השיקום בשנת 1993. בשנים מאוחרות יותר לא מילא שני תפקיד רשמי במשרד, אך כל המרואיינים הסכימו שהשפעתו במשרד היתה מכרעת, בפרט בתחום הרפורמה השיקומית. שני אף עמד, כמוזכר לעיל, בראש הוועדה הבין-משרדית שתכננה את תוכנית החלוץ, והיה יו"ר המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה בראשית דרכה.

⁹ ראוי לציין שלאחר שסיים את תפקידו כראש אנף בריאות הנפש ומונה למנהל בית החולים אברבנאל, פעל ד"ר מרק לסגירתו ולהעברת מיטות האשפוז שבו לבתי חולים כלליים, גישה הנתמכת בעקרונות הטיפול הקהילתי.

¹⁰ למרבה הצער, פרופ' קפלן סירב להתראיין למחקר זה.

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

שר הבריאות הוא הסמכות העליונה במשרד הבריאות, ובסמכותו להחליט על תמיכת המשרד בחוקים או על התנגדות להם. ואכן חלק גדול מהמאבק הפנים-משרדי על חוק השיקום התבטא בשדלנות אצל שרי הבריאות, שהתחלפו לאורך השנים. שרי הבריאות בתקופת החקיקה היו יהושע מצא (עד 6 ביולי 1999) ושלמה בניזרי. המרואיינים מתארים מאבק נמרץ על עמדתם של השרים, שכלל תהליך ארוך של שכנוע ומאמץ עיקש ועקיב לרקום קשרים עם אנשים המקורבים להם, ובמיוחד עם הסגל המצומצם שלהם, כדי לזכות בקול אוהד בסביבתם. נגישות לאנשי מפתח בסביבת השרים, הן מצא הן בניזרי, היתה לדבריהם כלי מפתח לשכנועם ולהבאתם לידי תמיכה בחוק. בשני המקרים, המרואיינים מתארים את תמיכת השרים כגורם המרכזי שהביא להתממשות החוק מחד גיסא, וכתוצאה מקרית, כמעט אקראית, של גישה למקורבים ומפגשים עם השר בנסיבות כאלה ואחרות מאידך גיסא. מתוך דבריהם ניתן לשער אפוא שבנסיבות אחרות, כמו נגישות פחותה לשר או עמדה אחרת שלו, לא היה מעשה החקיקה מגיע לכדי מימוש.

לאחר סקירה זו של השתלשלות המאבק סביב החוק בתוך משרד הבריאות, נפנה לתאר את גלגוליו במשרד האחר שהשפעתו על החקיקה היתה כבדת משקל – משרד האוצר.¹¹ למשרד האוצר ולאנף התקציבים שלו, שהיה הגוף הרלוונטי בחקיקת חוק השיקום, יש כוח עצום בעיצוב מדיניות בישראל, ובפרט בעיצוב מדיניות בריאות. חלק מהחוקרים אף מגדירים אותו כבעל כוח וטו על מדיניות שאינה מקובלת עליו (אסיסקוביץ, 2011; כהן, 2012). לכן נודעה לעמדתו של משרד האוצר השפעה מכרעת על התפתחות החקיקה. עמדתו של משרד האוצר והגורמים שהשפיעו עליה כבר תוארו בעבודה זו בכמה הקשרים, אך כעת נציג אותם בשלמותם.

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

¹¹ משרד ממשלתי נוסף שהיה חלק מתהליך החקיקה היה משרד הרווחה. עם זאת, תרומתו של משרד זה למבנהו הסופי של החוק היתה מועטה, ומעורבותו אינה נוגעת לנושאים הנדונים במאמר זה.

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

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

העלאת הפרודוקטיביות. אדם העובר תהליך שיקום מוצלח מתחיל לכלכל את עצמו ואינו זקוק עוד לתמיכת המדינה. טיעון זה רלוונטי במיוחד לשיקום תעסוקתי. כששיקום מזה צולח, המשתתפים משתלבים בתעסוקה בשכר בשוק החופשי, מפסיקים לקבל קצבאות מהמדינה, ואם הכנסתם גבוהה דייה, אף מתחילים לשלם מיסים. היות שהיא לא בהכרח מקטינה את תקציבי מערכת בריאות הנפש, השפעתה התקציבית של הגברת הפרודוקטיביות אומנם עקיפה, אבל עשויה להיות כבדת משקל.

חיסכון כספי. עלות האשפוז בבית חולים פסיכיאטרי גבוהה מאוד, גבוהה בהרבה מהסכום המושקע בשיקום. לכן השקעת כספים במערכת שיקום יכולה להשתלם מבחינת התקציב,¹² אם תביא לשחרור המשתתפים מאשפוז.

אף שאנשי האוצר הקפידו להדגיש שתמכו בחוק משלוש הסיבות שנמנו לעיל, רבים מהמרואיינים סברו שהסיבה העיקרית היתה החיסכון הכספי, וששתי הסיבות האחרות שימשו רק ככיסוי.¹³

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

¹² בדיעבד הוכחה צדקתו של טיעון זה. בעשור הראשון להפעלתו הביא חוק שיקום נכי נפש לחיסכון של כמיליארד שקלים, שהם עלות ההוצאה אילו היו המשתתפים נשארים בבתי החולים (אבירם, 2012).

¹³ ראו למשל פרטוקול מס' 20 מוועדת העבודה והבריאות של הכנסת ה-15, 19 באוקטובר 1999.

ואולם אף שמערכת השיקום פעלה לפי כמה עקרונות שהיו מנוגדים לתפיסה הניאו-ליברלית, היו בה עקרונות אחרים ברוחה, ובהם הפרטה והשקעה חברתית. מערכת השיקום שהוקמה התבססה על שיקום באמצעות ארגוני מגזר שלישי וארגונים למטרות רווח. המשמעות היתה הסטת תקציבים ממערכת ממשלתית ברובה (בתי החולים הממשלתיים) למערכת המבוססת על מיקור חוץ (מערכת השיקום). צעד זה תאם את עקרון היסוד של הגישה הניאו-ליברלית – צמצום המגזר הציבורי ומתן עדיפות למנגנוני שוק או שוק-למחצה.

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

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

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

לפי הראיונות שנערכו לצורך מחקר זה, ככל שהתקדם תהליך החקיקה זיהו אנשי האגף שיכולתם לקדם את הפתרון הרצוי מבחינתם הולכת ומצטמצמת. ייתכן גם שהבינו שעקב התמיכה הרחבה בחוק, הסיכוי שיעלה בידיהם לעצור קלוש. מסיבות אלה בחרו לתמוך בו, ולהטות אותו ככל הניתן לכיוון האינטרסים שלהם. בזכות תמיכה זו הצליח האגף להשיג הישגים אחדים שצמצמו

את אי-שליטתו בתקציב, עקב החקיקה. ההישג העיקרי היה הסכם שנחתם בין המשרד לבין פרופ' מרדכי שני, בשמו של מנכ"ל משרד הבריאות. הסכם זה התנה את הסכמת משרד האוצר לחוק, ולאחר מכן את תקצובו, בקביעת יעדים נוקשים של צמצום מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים וקיצור מספר ימי האשפוז הממוצע לאדם בבתי חולים אלה; כלומר: בפועל הוא התנה את הקצאת הכספים למערכת השיקום בכך שכספים אלה ייחסכו במערכת האשפוז.

ראוי לציין שמעט לאחר חקיקת החוק, תוקן חוק יסוד: משק המדינה (חוק ההסדרים. חוק יסוד: משק המדינה [תיקון מס' 6], התשס"ג-2003), והוצבה מגבלה ולפיה הצעות חקיקה פרטיות של חברי כנסת שעלוותן התקציבית עולה על 5 מיליון שקלים ואין הממשלה תומכת בהן, זקוקות לתמיכה של 50 חברי כנסת כדי לעבור. אף שחוק זה זכה לתמיכת הממשלה, ולכן נראה שהיה עובר גם לנוכח מגבלה זו, עצם קיומה היה מעניק למשרד האוצר כוח, והוא יכול היה לאלץ את תומכי החוק להתאים את עמדתם לעמדתו.

אחרית דבר: חוק השיקום בפרספקטיבה של רבע מאה

כאמור לעיל, הסקירה ההיסטורית במאמר זה מסתיימת ביום ההצבעה על החוק בקריאה שנייה ושלישית במליאת הכנסת, ב-11 ביולי 2000. עם זאת, מכיוון ששורות אלו נכתבות חודשים ספורים לפני התאריך שבו ימלאו לחוק 25 שנה, מצאנו לנכון להוסיף מילים מספר על התפתחות החוק בשנים שחלפו.

כפי שצינו לעיל, מבט רטרופקטיבי על הפעלת החוק מראה כי התקוות הגדולות שנתלו בו התגשמו במידה רבה. בעשרים השנים הראשונות לקיומו של החוק, התרחשה עלייה דרמטית של פי חמישה במספר האנשים המתמודדים עם מחלות נפש שקיבלו שירותי שיקום – מ-7,512 ב-2001, השנה הראשונה להפעלתו של החוק, ועד ל-30,988 בשנת 2020. מספרים אלו מבטאים שינוי עומק שבו מוקד תהליך השיקום עבר לקהילה, ומתמודדים רבים משתלבים בקהילות. גם מבחינה תקציבית, התקוות הגדולות שנתלו בחוק התממשו, והוא הביא לחיסכון של מיליארדי שקלים בהוצאות המדינה. לאורך השנים אף חלו שינויים במערכת השיקום ברוח החוק, והביאו להרחבת השירותים הניתנים ברוח גישת ההחלמה (אבירם, 2019; Aviram et al., 2023; Aviram, 2017).

את התקופה שחלפה מאז חקיקת החוק ניתן לחלק לשתי תקופות ברורות. בעשור הראשון לאחר חקיקת החוק, רוב מי שהגיעו לוועדות סל שיקום וצרכו את שירותי השיקום היו מתמודדים שהשתחררו מאשפוז ארוך-טווח בבתי חולים פסיכיאטריים. לאחר תקופה זו, וביתר שאת לאחר יישום הרפורמה הביטוחית, רוב הצרכנים הגיעו מהקהילה, בלי שעברו אשפוז ארוך-טווח בדרך (Aviram et al., 2023).

עם זאת, בחלוף השנים נחשפים אתגרים ניכרים שעדיין עומדים בפני מערכת השיקום. הראשון שבהם הוא שיעורי המיצוי הנמוכים. אף שמספר המשתתפים עלה מאוד, כאמור, בשנות הפעלתו של החוק, ההערכה היא שאלו מהווים רק כחמישית מהזכאים לשיקום. אתגרים נוספים נוגעים לתקצוב החסר של החוק ולמחסור בכוח אדם בעל הכשרה מתאימה (Aviram et al., 2023).

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

גישת היוכלים (Kingdon, 2014; Zahariadis, 2023) שעניינה התהליכים המובילים להתפתחותה של מדיניות חברתית, והתאוריה של מינטרומ ונורמן (Mintrom & Norman, 2009) המתארת את פעולתם של יזמי מדיניות, מסייעות להסביר את השתלשלות העניינים בעיצובו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, כפי שתוארה לעיל.

התפתחותו של חוק שיקום לאור גישת היוכלים

ראשית נבחן את התפתחותו של חוק השיקום לאור גישת היוכלים (Kingdon, 2014). כמזכור, הגישה מבחינה בין שלושה יובלים מקבילים שבהם מדיניות מתעצבת: יובל הבעיה, יובל המדיניות ויובל הפוליטיקה. כדי שמדיניות תצא לפועל, על שלושת היוכלים להבשיל ולהיפגש בנקודת זמן אחת.

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

יובל המדיניות. התהליך ביובל זה היה מורכב יותר. מכור, הגישה מתארת תהליך שבו פתרונות שונים רוחשים בשדה המדיניות בתהליך מתמיד של התנגשות ושינוי. בעת הצורך, קובעי המדיניות "שוליים" את הפתרון המתאים כדי להתמודד עם בעיה שעלתה על סדר היום. המאבק ביובל המדיניות היה המאבק המרכזי בהקשר של חוק השיקום. כאשר קובעי המדיניות ביקשו להתמודד עם בעיית האשפוז הפסיכיאטרי ארוך-הטווח, הם "שלו" שלושה רעיונות עיקריים: שיקום בבתי החולים הפסיכיאטריים, שיקום בקהילה שלא באמצעות חוק, ושיקום בקהילה בחקיקה. גם בקרב הקבוצה שתמכה בשיקום בקהילה התחולל מאבק בין כמה רעיונות בדבר אופן הביצוע של השיקום: ללא חקיקה כדרישת משרד האוצר, או בחקיקה כדרישת הקואליציה שקידמה את החוק. תפקידים העיקרי של יזמי המדיניות, כפי שנראה להלן, היה לשכנע את קובעי המדיניות להעדיף את הפתרון של שיקום בקהילה באמצעות חקיקה. זהו, למעשה, המאבק שתואר לעיל.

יובל הפוליטיקה. היובל השלישי, הפוליטי, השפיע על עיצובו של החוק פחות משני האחרים, אך גם בו מילאו תפקיד כמה גורמים כבדי משקל: (1) בעלי התפקידים (מראש אגף בריאות הנפש עד לשר הבריאות) התחלפו פעמים מספר בתהליך החקיקה, ועל כן נדרשו מאמצי שכנוע חוזרים ונשנים; (2) גיוס התמיכה בממשלה דרש פעילות מתמדת של יזמי המדיניות; (3) המצב הפוליטי אפשר להעביר חקיקה פרטית: גם אם בפועל חוק שיקום עבר בתמיכה ממשלתית, האיום בחקיקה פרטית היה משמעותי, כנטען לעיל; (4) באותה תקופה נוצר "חלון הזדמנויות" פוליטי, בשל האפשרות של חברי כנסת להגיש הצעות חוק פרטיות בעלות תקציבית גבוהה; (5) הסיטואציה המיוחדת של חברת הכנסת גו'נסקי, שזכתה להערכה מכל סיעות הבית אך היתה משוחררת מאילוצים פוליטיים, מפלגתיים או קואליציוניים, אפשרה לה לקדם את מטרתה באופן האפקטיבי ביותר.

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

במהלך שנות ה-80 וה-90 חלו שינויים מספר שקידמו את היתכנותה של רפורמת השיקום. שני גורמים שונים הובילו לשינוי ברמה הגלובלית: (1) הופעתן של התרופות הפסיכיאטריות מהדור השני, שאפשרו טיפול אפקטיבי יותר במחלות נפש קשות וכן טיפול בחולי הנפש במסגרות קהילתיות; (2) פריחתן של התנועה האנטי-פסיכיאטרית ומגמות האל-מיסוד, ובעקבותיה הפנמה של תפיסות שיקומיות בתוך מקצוע הפסיכיאטריה. לצד חלחולן של תפיסות אלה מהעולם לישראל, פעלו גם גורמים מקומיים שקידמו את חלון המדיניות לחקיקת החוק: חוק ביטוח בריאות ממלכתי והרצון להעביר את תחום בריאות הנפש ממוסד הבריאות לקופות החולים היו גורם מוסדי כבד משקל, וכך גם תמיכתו של משרד האוצר בפיתוח מערכת השיקום בד בבד עם צמצום מערכת האשפוז. תמיכה זו היתה גורם נסיבתי חשוב, אך היא עצמה עוצבה על ידי יומי מדיניות, כמפורט להלן.

אך לא די היה בגורמים אלה כשלעצמם כדי לחולל את רפורמה השיקום, כפי שמעיד יותר מכל כישלוננו של הניסיון למסד מערכת שיקום כחלק מהרפורמה הביטוחית במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי במחצית שנות ה-90 של המאה הקודמת. אז הפעילו גורמים רבי עוצמה – ובראשם מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים – את מלוא כובד משקלם נגד המהלך.

תפקידם של יומי מדיניות בקידום חוק השיקום

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

אם נבחן את הגדרתו של כהן (2012, עמ' 12) שהובאה לעיל, ולפיה יזם מדיניות הוא "אינדיבידואל המנצל הזדמנות על מנת להשפיע על תוצאות מדיניות ציבורית לטובתו, בלי שנתונים בידי כלל המשאבים הנדרשים לפעולה זו" – נראה שלכל אחד מארבעת הגורמים (ואף לארבעתם יחדיו) חסרו המשאבים הנדרשים כדי להשלים את חקיקת החוק, אך הם ניצלו את ההזדמנות שזיהו כדי להשפיע על המדיניות, במקרה זה באופן מקיף ומוצלח. כעת נבחן את פעולתם של הארבעה אל מול המאפיינים והאסטרטגיות של יזמי מדיניות כפי שמפרטים אותם פריש אבירם ואח' (Frisch Aviram et al., 2020). סקירה מלאה של הביטויים של כלל המאפיינים שמונים פריש אבירם ואח' חורגת ממסגרתו של מאמר זה, ולהלן נציג רק את העיקריים שבהם.

חדות חברתית. היכולת לזהות בדיוק ובמהירות מצבים חברתיים. כל ארבעת היזמים הפגינו חדות חברתית: תמר גוז'נסקי זיהתה בעיה שאינה מטופלת מחד גיסא, אך בעלת פוטנציאל לשינוי מאידך גיסא. מעבר לכך, כשהשתנו התנאים בין הקריאה הטרוםית לקריאה הראשונה, ידעה גוז'נסקי לזהות שינוי זה, לשנות את אופיו של החוק ולאמץ בני ברית חדשים (את ארגון "עוצמה" ואת אנף השיקום במשרד הבריאות). היא אף ניצלה את האפשרות החוקית להגיש הצעת חוק פרטית, שהיתה ניטרלית מבחינה פוליטית, ולגייס את תמיכתם של חברי כנסת רבים.

נציגי ארגון "עוצמה", בעזרת ארגון "בזכות", ידעו לבחון את חלופות החקיקה השונות שקודמו במחצית שנות ה-90, ולזהות את זו שהיה לה הסיכוי הגבוה ביותר (בניגוד לעמותות אחרות, שהתמקדו בניסיונות חקיקה אחרים שנכשלו). יחיאל שרשבסקי זיהה את ההזדמנות הנכונה לחתור לחקיקת חוק, חבר לח"כ גוז'נסקי, ובשיתוף פעולה עם "עוצמה" הצליח להביא לתמיכת הממשלה בהצעת החוק. פרופ' מרדכי שני ידע, כשהנושא התגלגל לפתחו, לזהות את ההזדמנות שרפורמת השיקום מזמנת למערכת בריאות הנפש בפרט ולמערכת הבריאות בכלל, וגם את הבריתות הפוטנציאליות שמאפשרות קידום של הנושא.

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

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

בניית צוותים. גם מאפיין זה היה אחד מעמודי התווך במאבק. כל המרואיינים במחקר זה – ובייחוד יזמי המדיניות שבהם – הדגישו את חשיבות התקשורת בין התומכים בחוק. הישגם הבולט של שלושה מיזמי המדיניות – גו'נסקי, שרשבסקי וארגון "עוצמה" – היה הקמתה של קואליציה שהצליחה לפעול בצורה אפקטיבית להעברת החוק, ולהתגבר בכוחות משותפים על המכשול המרכזי שכל יזם מדיניות נתקל בו – היעדר כוח מספיק להביא למימוש היוזמה שלו לבדו. עם זאת נשאה קואליציה זו אופי ייחודי. היא לא הוגדרה כקואליציה, לא על ידי משתתפיה ולא על ידי גורמים חיצוניים. לא נערכו פגישות של הקואליציה בהשתתפות כלל חבריה ורק הם, אלא רק פגישות (רבות ותכופות) שהשתתפו בהן שניים מהשלושה. למרות זאת הצליחו שלושתם ליישם מדיניות מתואמת, ולכן ניתן לראות בהם קואליציה בפועל.

הספרות על יזמי מדיניות מדגישה את חשיבותם של בניית שותפויות חוצות ארגונים וחוצות מגזרים, ושל השילוב בין שותפויות תוך-ממשליות לבין שותפויות חוץ-ממשליות (Frisch Aviram et al., 2020). חשיבות זו באה לידי ביטוי גם במקרה זה. מכיוון שחברי קואליציה-בפועל זו השתייכו למשרדי ממשלה שונים ואף למגזרים שונים, התקשורת ביניהם הייתה חשובה מאוד, אך גם מורכבת מאוד: חשובה משום שלא היו ערוצי תקשורת סדירים, ומורכבת משום שפעמים רבות נדרש לעקוף גורמים ארגוניים בכירים שלא היו חברים בקואליציה, אך היו הגורמים המורשים לנהל פגישות מחוץ לגוף הארגוני. רבים מהמרואיינים הדגישו את חשיבותם של ערוצי תקשורת לא פורמליים, דוגמת פגישות בבתי קפה ושליחת נציגים זוטרים לפגישות, ככלי לעקוף את המכשולים ולשמר את התיאום בתוך הקואליציה.

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

אחד המאפיינים המופיעים בספרות הוא איסוף ראיות כדי להוכיח הישגים של הפתרון המוצע, וספציפית הנכונות להוביל באמצעות דוגמה – לפעול ליישום פתרון המדיניות המוצע בצורה מצומצמת כדי להראות את ישימותו (Arnold, 2021; Frisch Aviram et al., 2020; Mintrom, 2019; Mintrom & Norman, 2009). ראוי להתעכב על הביטוי של אסטרטגיה זו בהקשר הנוכחי, שכן הוא היה מורכב והתבטא באופן שונה אצל יומי מדיניות שונים.

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

עמדתו של ארגון "עוצמה" בנוגע להובלה באמצעות דוגמה היתה הפוכה. מדובר בארגון שלא למטרת רווח העוסק בסנגור ובמדיניות, ולא באספקת שירותים. הן המרואיינים נציגי הארגון הן מרואיינים אחרים ציינו עמדה זו כעמדת כוח. ארגוני משפחות אחרים, שעסקו באספקת שירותים, היו כבולים לאינטרסים הארגוניים שהכתיבו הגורמים המממנים אותם ולהיותם מספקי שירותים, ולא יכלו לנהל את המאבק על החוק כרצונם. ארגון "עוצמה", לעומתם, יכול היה לפעול באפקטיביות ולהציב לנגד עיניו בכל עת את טובתם של המתמודדים, משום שלא כבול לאינטרסים כלשהם.

מינטרומ ונורמן טוענים ש"כאשר הם מובילים באמצעות דוגמה [...] סוכני שינוי מעבירים מסר בדבר עומק מחויבותם לתוצאות חברתיות. עשויה להיות לכך השפעה כבדת משקל על אמינותם בעיני אחרים, המאפשרת להתניע שינוי" (Mintrom & Norman, 2009, p. 653; תרגום שלי. נפ"ו). ניתן לראות בבירור כי ההובלה באמצעות דוגמה אכן העבירה מסר בדבר מחויבותם של יחיאל שרשבסקי ומרדכי שני לשינוי, וכי דווקא היעדרה הוא שהקנה אמינות לעמדתו של ארגון "עוצמה". משום שלא עסק באספקת שירותים, השחקנים האחרים הכירו בכך שהארגון רואה לנגד עיניו את טובת המתמודדים. דיון בסיבות האפשריות להבדלים בנוגע להשפעת הובלה באמצעות דוגמה חורג ממסגרת מאמר זה, אך נראה שקצה חוט לתשובה ניתן למצוא בעמדה של השחקנים השונים: שחקנים חוץ-ממסדיים לעומת שחקנים תוך-ממסדיים.

כדי להדגים את האינטראקציה המורכבת בין הנסיבות לבין פעולתם של יזמי המדיניות, כפי שמתארים אותה מינטרום ונורמן, נבקש לבחון את המקרה של עמדת משרד האוצר. בראשית פרק זה ציינו כי בנסיבות שאפשרו את פעולתם של יזמי המדיניות תפסה מקום נכבד תמיכתו של משרד האוצר בפתרונות שיקום. אך כפי שצוין, תמיכה זו נבעה, בחלקה לפחות, מפעולתם של יזמי המדיניות, ובייחוד של יחיאל שרשבסקי ומרדכי שני. שני מאפיינים בפעולתם של היוזמים השפיעו על עמדת משרד האוצר במיוחד: היכולת להגדיר את הבעיה במונחים של שיקום, תוך הדגשה של הפוטנציאל הכלכלי של התערבות בכיוון זה; בניית צוותים, תוך יצירת קשרים תרומיים עם גורמי מפתח במשרד האוצר.

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

סיכום

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

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

יצוין כי חקיקת החוק לא התרחשה בחלל ריק, והיתה מחוברת לתהליכים מקבילים שהתרחשו בכל רחבי העולם. ארגוני הצרכנים היו בקשר שוטף הן עם ארגונים מקבילים בחו"ל הן עם אקדמאים ישראלים שהיו חלק בלתי נפרד מקהילת חוקרים בין-לאומית. רבות מהפרקטיקות שאומצו בחוק מבוססות על מודלים שאומצו ממדינות העולם. עם זאת, מאמר זה מבקש לבחון את תהליכי עיצוב המדיניות במבט מבפנים, ולכן תהליכים אלו חורגים ממסגרתו.

מקורות

- אבירם, א' (1988). אל-ממסד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארצות הברית. **חברה ורווחה**, ח, 321–343.
- אבירם, א' (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים והיערכות לעתיד. **Medicine פסיכיאטריה**, 14, 14–23.
- אבירם, א' (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל. **ביטחון סוציאלי**, 90, 155–188.
- אבירם, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל**. רסלינג.
- אבירם, א' ואזארי-ויזל, ש' (2015). **הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים**. נייר מדיניות מס' 2015.02. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אבירם, א', גיא, ד' וסייקס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995–1997: הזדמנות שהוחמצה. **ביטחון סוציאלי**, 71, 53–83.
- אסיסקוביץ, ש' (2011). **לחיים יש מחיר: הכלכלה הפוליטית של רפורמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל**. מאגנס.
- גיא, ד' (2004). **חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, 1995–1998** [עבודת דוקטור, אוניברסיטת חיפה].
- דורון, א' (2007). עיצוב מדיניות הרווחה בישראל, 2000–2005. בתוך י' קופ (עורך), **עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 33–58). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- דרור, ח' ומעוז מ' (2011). רפורמה בשיטת הסלמי: תפקיד הפקידות הממשלתית בקביעת מדיניות בריאות הנפש בישראל, 1995–2009. **ביטחון סוציאלי**, 87, 105–142.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, ס"ח 1469.
- חוק ההסדרים (2003). חוק יסוד: משק המדינה 2002 (הצעות חוק והסתייגויות שבביצוען כרוכה עלות תקציבית; הוראת שעה), ס"ח 3130.
- חוק ההסדרים במשק המדינה (1996). תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1997, ס"ח 1645.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000, ס"ח 1746.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024] (2000), ס"ח, 3251.

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

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

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

פוקו, מ' (2009). **תולדות השיגעון בעידן התבונה** (א' אמיר, תרגום). כתר.

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

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

שרשבסקי, י' (2015). השיקום הקהילתי בבריאות הנפש בישראל. בתוך ק' פלדמן, א' דובדבני ומ' חובר (עורכים), **מהדרה להכלה: החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלות** (עמ' 71–101). כנרת.

שרשבסקי, י' (2023). **התמודדות**. גפן.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Arnold, G. (2021). Does entrepreneurship work? Understanding what policy entrepreneurs do and whether it matters. *Policy Studies Journal*, 49(4), 968–991. <https://doi.org/10.1111/psj.12388>

Aviram, U. (1990). Care or convenience? On the medical-bureaucratic model of commitment of the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13(3), 163–177. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(90\)90013-s](https://doi.org/10.1016/0160-2527(90)90013-s)

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

Aviram, U. (2017). The reform of rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Lessons from the Israeli experience. *Community Mental Health Journal*, 53, 550–559. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0058-7>

Aviram, U., Lachman, M., & Ifergan, A. (2023). The Israeli law for the rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Achievements and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 185–195. <https://doi.org/10.1037/prj0000582>

Belcher, J. R. (2022). Deinstitutionalization and the development of community mental health. In C. Hudson (Ed.), *Research handbook on mental health policy* (pp. 161–171). Edward Elgar Publishing.

Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2022). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 12(5), 666–697. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>

Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*, 27(2), 86–94. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.2.86>

Cockerham, W. C. (2024). *Sociology of mental disorder*. Routledge.

- Cohen, N. (2012). Policy entrepreneurs and the design of public policy: Conceptual framework and the case of the national health insurance law in Israel. *Journal of Social Research & Policy*, 3, 42–64.
- Dalton-Locke, C., Marston, L., McPherson, P., & Killaspy, H. (2021). The effectiveness of mental health rehabilitation services: A systematic review and narrative synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.607933>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Frisch Aviram, N., Cohen, N., & Beeri, I. (2020). Wind(ow) of change: A systematic review of policy entrepreneurship characteristics and strategies. *Policy Studies Journal*, 48(3), 612–644. <https://doi.org/10.1111/psj.12339>
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. Sage Publications.
- Grob, G. (1994). *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. The Free Press.
- Jensen, J. (2010). Diffusing ideas after neoliberalism: The social investment perspective in Europe and Latin America. *Global Social Policy*, 10(1), 59–84. <https://doi.org/10.1177/1468018109354813>
- Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). Pearson.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental health policy and practice across Europe*. McGraw Hill Open University Press.
- Mechanic, D., McAlpine, D. D., & Rochefort, D. A. (2014). *Mental health and social policy: Beyond managed care*. Pearson.
- Mintrom, M. (2019). So you want to be a policy entrepreneur? *Policy Design and Practice*, 2(4), 307–323. <https://doi.org/10.1080/25741292.2019.1675989>
- Mintrom, M., & Norman, P. (2009). Policy entrepreneurship and policy change. *Policy Studies Journal*, 37, 649–667. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2009.00329.x>
- Montenegro, C., Dominguez, M. I., Moller, J. G., Thomas, F., & Ortiz, J. U. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, 1–22. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.18>
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>

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

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

Zahariadis, N. (2023). Multiple streams framework. In M. Van Gerven, C. Rothmayr Allison, & K. Schubert (Eds.), *Encyclopedia of public policy* (pp. 1–9). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90434-0_70-1