

תכנית הראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש בישראל, 1972: גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים¹

אורי אבירם², ניקול דהאן³

זה שלושים וחמש שנה, שהמדיניות הרשמית של ישראל חותרת לבצע רפורמה יסודית בשירותי בריאות הנפש. בדומה למגמות במדינות המערב (אבירם, 1988; Benson, 1996; Cutler, Bevilacqua & McFarland, 2003; Goldman, 1983; Goodwin, 1997; Mangen, 1985; Mechanic, 1999), מטרת הרפורמה, להעביר את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי-החולים הפסיכיאטריים לקהילה. מראשית שנות השבעים של המאה הקודמת מנסות הרשויות, המופקדות על שירותי בריאות הנפש, להפחית את מספר המיטות הפסיכיאטריות, לצמצם את היקף השירותים הניתן בבתי-החולים הפסיכיאטריים ובמקביל לפתח שירותי בריאות נפש קהילתיים כוללניים, זמינים ונגישים לאוכלוסייה (פליק, 1978; אבירם, 1991). למרות המאמצים שנעשו עד כה ואף לא מעט החלטות, הנוגעות למדיניות בריאות הנפש שקיבלו הרשויות, לרבות החלטת הממשלה מ-2003 ומ-2006 (מזכירות ממשלת ישראל, 2003; 2006), ועל אף שינויים אחדים שחלו במהלך השנים, עד כה הניסיונות ליישום הרפורמה בבריאות הנפש לא עלו יפה (אבירם, 2005; אבירם, גיא וסייקס, 2006). המאמצים לרפורמה החלו בתכנית הראורגניזציה⁴ של שירותי בריאות הנפש, שהתפרסמה רשמית על-ידי משרד הבריאות בשנת 1972 (משרד

¹ המאמר מתבסס על חלק ממחקר מקיף על מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל (אבירם, 2005), שמומן על-ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל-השומר.

² פרופ' אורי אבירם, בית-הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים; המחלקה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית ספיר.

³ ד"ר ניקול דהאן, המחלקה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית יהודה ושומרון באריאל ובית-הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.

⁴ למרות שהמונח בעברית הינו ארגון מחדש, התכנית מוכרת בשמה הלועזי ומשום כך נמשיך להשתמש במונח זה במאמר.

הבריאות, שירותי בריאות הנפש, 1972). תכנית זו, הידועה כתכנית טרמר – על שם ד"ר לודוויג טרמר, ראש שירותי בריאות הנפש דאז ומי שהציג את התכנית – הייתה למעשה הניסיון הממשלתי הראשון לרפורמה רדיקלית בשירותי בריאות הנפש בישראל. ביסוד התכנית היה הדגם האמריקאי של מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש, שהופעל כשבע שנים קודם לכן בארה"ב (United States, 1963; 1965). כמו התכנית האמריקאית, תכנית טרמר שאפה להקים בכל אחד מהאזורים בארץ מרכז קהילתי לבריאות הנפש, אשר יהיה אחראי על הספקת שירותי בריאות נפש כוללניים ורציפים, החל בייעוץ וכלה באשפוז מלא (טרמר, 1975; 1981).

תכנית הראורגניזציה, שהייתה ספינת הדגל של שירותי בריאות הנפש ושל משרד הבריאות במשך כעשור, לא הובילה למהפך המיוחל ולמעשה לא התבצעה (אבירם, 1983; 1991). המאמר מתמקד בתכנית, בגורמים לעיצובה ובניסיונות ליישמה. ניתוח האירוע והבנת הכוחות, שפעלו בעד ונגד קידום התכנית, מאפשר לעמוד על הגורמים שמנעו את יישומה, ולהאיר את התנאים שעשויים היו לאפשר את ביצועה. למרות שתכנית הראורגניזציה של 1972 היא בגדר היסטוריה, אפשר שבעזרת ניתוח המקרה נבין טוב יותר, מה מעכב את הגשמת היעדים לרפורמה במערך שירותי בריאות הנפש בישראל עד עצם היום הזה, וכיצד ניתן ליצור תנאים נאותים לפיתוחה ולקידומה של מערכת בריאות נפש קהילתית בארץ.

חקר המקרה של תכנית הראורגניזציה של 1972 מתמקד בעשור של שנות השבעים, שראשיתו עם פרסום התכנית וסיומו עם הסכם מנצ'ל-דורון⁵ לשיתוף פעולה בין משרד הבריאות וקופת-חולים הכללית [קופת-חולים]. הסכם זה היה למעשה ניסיון נוסף לרפורמה בשירותי בריאות הנפש, שנחקר כמקרה נפרד (אבירם, 2005). הבסיס התיאורטי למחקר מצוי בתחום ניתוח מדיניות ובגישות העוסקות בקביעת סדר היום הציבורי, בתיאוריות ארגוניות העוסקות בבחירות ארגוניות ובתיאוריות הנוגעות למערכת היחסים בין ארגונים בהקשר הסביבתי שלהם (אבירם, 2005).

⁵ ההסכם נחתם בשנת 1977 על-ידי מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' י. מנצ'ל ויו"ר מרכז קופת-חולים כללית דאז, פרופ' ח. דורון. על פי עקרונותיו, הממשלה קיבלה על עצמה לכסות את ההוצאות של הספקת שירותי בריאות הנפש. משרד הבריאות וגם קופת-חולים יספקו את השירותים לכלל האוכלוסייה בכל אזור ואזור של ישראל, לכל דורש, בלי תשלום (אבירם ושניט, 1981; גינת, 1992; ועדת החקירה הממלכתית, 1990).

הממצאים מתבססים על סקירה וניתוח פרסומים של משרד הבריאות; דברי הכנסת, פרוטוקולים של ועדת השירותים הציבוריים (לימים ועדת העבודה והרווחה), שאילתות ודברי השרים; תקציבי משרד הבריאות; מסמכים מגנוך המדינה; מסמכים ממכון לבון של קופת-חולים; דו"חות מבקר המדינה; ומדגם מאמרים מעיתון "הארץ". בנוסף על כך, בוצעו ראיונות פתוחים למחצה עם קובעי מדיניות וגורמים פוליטיים ומנהליים בכירים ממשרדי ממשלה, מקופות-החולים, מבתי-חולים פסיכיאטריים ומשירותי בריאות נפש קהילתיים, שהיו קשורים לאירועים בעשור הנחקר. ריבוי סוגי המקורות חיזק את המהימנות והתקיפות של המחקר. ההצלבות בין המקורות השונים של המידע חיזקו ואיששו את הממצאים, אפשרו פריסה של הפרספקטיבות השונות, וסייעו לחפות על המגבלות של כל אחד מסוגי הנתונים כשלעצמו.

המאמר פותח בתיאור קצר של הרקע החברתי והארגוני ושל מצבם של שירותי בריאות הנפש ערב פרסום תכנית הראורגניזציה. לאחר מכן, מתוארת התכנית עצמה, האירועים העיקריים במהלך הניסיונות ליישמה, והשתקפותה וביטוייה במסמכים רשמיים של התקופה. הניתוח מתמקד ב"בעלי העניין" העיקריים של התכנית, בסוגיות העיקריות שעלו במהלך המו"מ על יישומה, בגורמים שקידמו אותה, ובגורמים שבלמו את יישומה. לבסוף, במסגרת הדיון, נבחנים התנאים, אשר עשויים לקדם ביצוע רפורמה בשירותי בריאות הנפש וכן מספר גורמים מסייעים לשינוי במדיניות בכלל.

1. הרקע לתכנית הראורגניזציה

א. הגורמים המרכזיים שפעלו במערכת הבריאות

בשנות השבעים פעלו בעיקר שני גופים גדולים במערך שירותי הבריאות בישראל: משרד הבריאות וקופת-חולים הכללית של ההסתדרות [קופת-חולים]⁶. היחסים ביניהם היו שונים מכפי שהם היום, בעיקר בהיותם מאופיינים בתלות הדדית ובתחרות מתמדת. קופת-חולים, שהייתה הספק העיקרי של שירותי הבריאות עוד מימי טרום המדינה, ביקשה לשמור על מעמדה הדומיננטי במערכת הבריאות. משרד הבריאות, שהיה ארגון חדש בהשוואה אליה, ביקש לחזק את מעמדו הממלכתי ולהיות

⁶ שמה של קופת-חולים הכללית הוסב בנובמבר 1998 ל"שירותי בריאות כללית".

הרגולטור, המבטיח מתן שירותי בריאות לכלל אוכלוסיית המדינה. יחסי הגומלין הללו היו נתונים להשפעות ארגוניות ופוליטיות, לרבות חילופי גברא בממשלות ישראל, והשתנו במהלך השנים. שנות השבעים הראשונות, עם כינון של הכנסת השביעית והממשלה החמש-עשרה, התאפיינו במעבר ממדיניות סלחנית ואף מסייעת של משרד הבריאות לקופת-חולים, למדיניות המקדימה את מטרותיו הממלכתיות של משרד הבריאות על פני הסיוע לקופת-חולים (שוורץ, 1997; 1998; 2000). זהו הרקע הארגוני-הפוליטי שבו הוצעה תכנית הראורגניזציה לשירותי בריאות הנפש.

בשנות השבעים **קופת-חולים** הייתה בעלת ותק וניסיון וזכתה להוקרה ציבורית ולתמיכה פוליטית ממסדית בישראל. תקציבה היה מורכב מדמי חברות, מכספי מגביות ומתמיכות ממשלתיות. למעשה, בשנות השבעים המדינה הייתה עדיין תלויה בקופת-חולים במידה מרובה, מפני שהיא הייתה האחראית על פיתוחם של שירותים לאוכלוסיות עולים, שירותי טיפת חלב (תחנות לאם ולילד) ותשתית אשפוז, וסיפקה ביטוח רפואי ל-80 אחוז מתושבי המדינה. אבל, שלא לשביעות רצונו של משרד הבריאות וגורמים נוספים בממשל ובציבור, הקופה הייתה גם כלי שרת של ההסתדרות הכללית ובשל זהותה הפוליטית, לצד אינטרסים כלכליים, היא הגבילה את שירותיה לאוכלוסיות מסוימות (דורון, 1992; 1997; 1997; שוורץ, 1997; 1998; 2000).

משרד הבריאות, לעומת קופת-חולים, היה בשנות השבעים ארגון צעיר. הוא קיבל לגיטימציה מעצם הקמת המדינה ונבנה בהדרגה במידה רבה בזכות ועל חשבון קופת-חולים (שוורץ, 1997; 1998; 2000). משרד הבריאות היה ארגון מורכב, בעיקר בשל התפתחותו בשלבים ובשל יחסו הדו-משמעי והלא-עקבי לקופת-החולים. בעת ובעונה אחת ובממדים משתנים הוא היה ביחס לקופה – מסתייע ומתנשא; שותף ומתנגד; מממן ומתחרה. מהצד האחד הוא ביקש להשריש את המושג של ממלכתיות ולהקים מערך שירותים נגיש וזמין בכל אזורי הארץ ולכלל התושבים, ללא הבחנה של מעמד, גזע, או השקפה פוליטית. מהצד השני הוא ינק את הידע, את כוח האדם ואת התפיסות המקצועיות מקופת-חולים ומההסתדרות, ובמידה רבה היה תלוי בקופת-חולים בהבטחת שירותי בריאות לאוכלוסייה. דווקא התנגדותו לשליחותה הארגונית המקורית של הקופה הייתה המנוף לצמיחתו. הוא התאפיין בשתי דרכי פעולה שונות במהותן מאלו של הקופה: האחת, אולי מתוך חיקוי של הארגון

האמריקאי "הדסה", ביסוסו של בית-החולים הגדול כמוקד מרכזי לטיפול, כינוך ומחקר, וזאת בניגוד לבתי-החולים הקהילתיים, ששימשו בראשית דרכם גיבוי למרפאות האזוריות של קופת-חולים; השנייה, הפקדת הכוח לקביעת מדיניות בידי הרופאים הבכירים בבתי-החולים בניגוד לשליטה של הפקידות הפוליטית, שהכתיבה את פעולתה של קופת-חולים (בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005).

להסתדרות הכללית של העובדים הייתה השפעה רבה, הן ישירה והן עקיפה, על מערך הבריאות בישראל והיא הייתה חלק בלתי נפרד מן הקונסטלציה הארגונית-חברתית בשנות השבעים. הימצאות אנשיה בו-בזמן במרכז קופת-החולים, שהייתה בחסותה, ובעמדות מפתח בממשלה, טשטשה את הגבולות בין שני הארגונים ובלמה את ההתנגשות בין השניים. מכיוון שקופת-חולים הייתה אמצעי למשיכת חברים ולתגבור תקציבי להסתדרות, ההסתדרות התנגדה בעקביות, מאז ראשית ימי המדינה, לרצון המדינה לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. גם היחס שלה לקופת-חולים היה מורכב ודו-משמעי: מצד אחד, היא הגנה עליה מפני משרד הבריאות, מתוך רצון להיעזר בה כדי לקדם את מטרותיה הפוליטיות. מצד שני, ההיבט הפוליטי היה חשוב מבחינתה מההיבטים הרפואיים, והיא גם פעלה כדי להגביל את התפתחותה העצמאית של קופת-החולים ובכך למנוע את האפשרות של זו לנתק את הקשר הארגוני עמה (דורון, 1992; 1997; שורץ, 1997; 1998; 2000).

ארגונים נוספים פעלו במערך הבריאות בישראל לצדם של משרד הבריאות וקופת-חולים של ההסתדרות. אחד מהם היה "הדסה", גוף אמריקני לא-פוליטי, שתמך ביישוב היהודי בארץ-ישראל בימי טרום המדינה ובמדינה החדשה. הדסה תפסה מקום רב חשיבות בפיתוח מערך הרפואה והבריאות בארץ. בשנות השלושים היא נסוגה מהאחריות לארגן את מערך שירותי הבריאות בארץ בגלל המשבר הכלכלי שפקד את ארה"ב והקימה (ב-1930) קופת-חולים פתוחה לכל בשם "קופת-חולים עממית". מלבד הקופה של הדסה, פעלו עוד קופות-חולים קטנות (לאומית, מכבי, מרכזית, ולימים מאוחדת ואסף), שהוקמו בעיקר כדי לספק שירותי רפואה לאוכלוסיות שלא רצו או לא יכלו להשתייך לקופת-חולים. אך כוחם הפוליטי והארגוני היה קטן בהשוואה לזה של קופת-חולים. ארגונים ציבוריים אחרים, לרבות מספר רשויות מקומיות גדולות וגם גורמים פרטיים, סיפקו גם הם שירותי בריאות בישראל. אחד הארגונים

הציבוריים היה **מלב"ן**, שלארגון האם שלו, **הג'וינט**, יש חשיבות מכרעת בהקשר לתכניות הפיתוח ולרפורמה בשירותי בריאות הנפש.

ארגון הג'וינט לקח על עצמו את קידום שירותי הבריאות לאוכלוסיות החלשות בחברה. מאז קום המדינה הארגון סייע לקדם את בריאות הציבור בישראל, הקים את מלב"ן לטיפול בעולים סיעודיים, ומשנת 1950 החל לתמוך במשרד הבריאות (מדינת ישראל, 1958) והפך בעל תפקיד קריטי בפיתוח ובמימון שירותים לשיקום, לחולי נפש ולקשישים – פיתוח השירותים לבריאות הנפש הייתה אחת משבע המטרות של מלב"ן (ג'וינט) בישראל (מכתב מ"י מרגולץ, 15.02.1970).

ג'וינט-מלב"ן מיקד את תמיכתו במשרד הבריאות בעיקר בשתי דרכים – החזקת מוסדות ומיטות אשפוז, והקצאות תקציב וכוח אדם לפרויקטים של משרד הבריאות. חוקי המס האמריקאיים, שאסרו להעביר כספי תרומות לפרויקטים ממשלתיים, שלא על-ידי הקמת אגודה או קרן משותפת, עודדו (או חייבו) את משרד הבריאות להקים אגודה בשם "האגודה לקידום הטיפול והמחקר הפסיכיאטרי והרפואי". בהתאם לכך, גם ג'וינט-מלב"ן ומשרד הבריאות הקימו קרן משותפת בתחום בריאות הנפש בשם "קרן הנאמנות לפיתוח שירותים פסיכיאטריים" (להלן, קרן הנאמנות) (גנזך המדינה, תיקים 7336/8, 7324/4, 7341/6; מרגולץ, 1978; מני-לנגפוס, ללא תאריך). קרן זו נוסדה בשנת 1957 ופעלה במשך למעלה משלושים שנה. היא הייתה אמצעי לעודד את משרד הבריאות להשקיע בתחום בריאות הנפש ואפשרה לג'וינט לתמוך כספית בפיתוח התחום (ר' למשל משרד האוצר, תקציב משרד הבריאות לשנת הכספים 1972/73). בעוד שבעשרים השנים הראשונות לפעילותה, סייעה הקרן לממשלה בעיקר בפיתוח ובהרחבה של שירותים קיימים, החל בשנות השבעים הוסב מוקד פעילותה לפיתוח מודלים חדשניים, המשקפים את המגמות החדשות בתחום בריאות הנפש בעולם המערבי, כמו למשל פיתוח מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש. השינוי במוקד פעילות הקרן השתקף החל ב-1977 בהסבת שמה של הקרן מ"הקרן לפיתוח שירותים פסיכיאטריים" ל"קרן לפיתוח שירותים בתחום בריאות הנפש".

ב. שירותי בריאות הנפש

פרוץ מלחמת העולם והיעלמותה של האופציה להחזיר את חולי הנפש לארצות מוצאם, הקמת המדינה ופתיחת השערים לפי חוק השבות לכל יהודי באשר הוא, והאירועים הקשים שפקדו את ישראל לצד תנאי חיים

קשים של מרבית האוכלוסייה – כל אלה העמידו את מערך הבריאות בפני הצורך להתמודד עם התרבות מקרים פסיכיאטריים בקרב ניצולי השואה, בקרב דור המייסדים ובקרב העולים כאחד (אבירם ושניט, 1981; בריל, 1974; דגן, 1988).

השירותים הפסיכיאטריים של צה"ל עברו בתום מלחמת השחרור לחסות משרד הבריאות (קפלן, קוטלר וויצטום, 2001; Miller, Broza & Barzilai, 1968). שירותים אלה היו בשנות השבעים רק חלק מינורי משירותי בריאות הנפש שניתנו בישראל, לצד השירותים שהוקמו על-ידי ממשלת המנדט הבריטי, מוסדות פסיכיאטריים פרטיים, שהוקמו למטרות רווח בתקופת טרום המדינה, וכמה מוסדות ציבוריים שלא למטרות רווח; ולצד אלה של קופת-חולים.

יחסה של קופת-חולים לתחום בריאות הנפש היה אמביוולנטי. למעשה, שירותי בריאות הנפש בקופת-חולים התפתחו בכורח הנסיבות, בלחץ המבוטחים, ובדרך-כלל ללא מדיניות פורמאלית (אבירם, 1991; רמון, 1981). מצד אחד, שירותי בריאות הנפש של קופת-חולים היו בעלי מוניטין והם נחשבו לבעלי רמה מקצועית גבוהה. היוקרה שלהם בתחומי הפסיכיאטריה התבטאה, בין השאר, בעובדה שמוסדותיה היו בין היחידים שהוכרו כמרכזי הכשרה אוניברסיטאיים ושלרבים מרופאיה היה מינוי אוניברסיטאי. אך מצד שני, הם נותרו שוליים במכלול הפעילות השוטפת של הקופה וגם במכלול השירותים הפסיכיאטריים בישראל, שהרי שיעור המיטות הפסיכיאטריות במוסדות קופת-חולים בארץ לא עלה על 7 אחוזים מסך-כל המיטות לחולי נפש במדינה (פופר והורוביץ, 1989; קופת-חולים, 1990). המנהלים "הלא-רפואיים" של קופת-חולים גרסו, כי מחלות כרוניות ושירותי מניעה, לרבות בתחום בריאות הנפש, הם בתחום אחריות הממשלה (בריל, 1974; ח. מוניץ, ראיון, 23/6/2002), מפני שכל אלה אינם שייכים לרפואה הכללית וזו בלבד אמורה, לדעתם, להיות בטיפול (ח. דורון, ראיון, 28/7/02).

עם קום המדינה, משרד הבריאות נאלץ להתאים את עצמו למציאות במערך הבריאות. היות שקופות-החולים נשאו בנטל האשפוז האקוטי של חבריהן, משרד הבריאות קיבל את האחריות בעיקר לשני סוגי אוכלוסיות: (א) חולים שלא היו מבוטחים באחת מקופות-החולים; (ב) חולים שהיו מבוטחים באחת מקופות-החולים אבל זכויותיהם לאשפוז – עד שישה חודשים בלבד – מוצו. הבעיה העיקרית של משרד הבריאות הייתה, אם כן, האשפוז של האוכלוסיות החלשות ושל חולים

כרוניים, ובעיקר של עולים, קשישים וחולי נפש. משרד הבריאות, בשל דלותו במבנים ובשירותים, ניצל את התשתית הארגונית הקיימת ותקצב באופן מלא או חלקי את המוסדות הפסיכיאטריים, שפעלו זה מכבר. כמו ברפואה הכללית, האוריינטציה של משרד הבריאות בתחום בריאות הנפש הייתה אשפוזית בעיקרה. המגמה של טיפול בתי-חולים הלמה גם את הצורך להתמודד עם ריבוי המקרים הפסיכיאטריים בעקבות המלחמות והעליות, שהיו מנת חלקה של ישראל בשנותיה הראשונות. מגמה זו הואצה בשל התחרות הבין-ארגונית במערך הבריאות הישראלי (שוורץ, 1997; 1998; 2000; Grushka, 1968). התחיקה שנוגעת לטיפול בחולי נפש שחוקקה אז בישראל שיקפה תפיסה זו ואף עיגנה וחיזקה אותה (אבירם ושניט, 1981; אבירם, אדמון, אייזנשטדט וקנטר, 2000; אליצור, 1994; רמון, 1981).

האוריינטציה האשפוזית של משרד הבריאות הייתה קשורה גם בשיקולים כספיים, היות שהמגבית היהודית המאוחדת (UJA) שילמה את מרבית הוצאות האשפוז השוטפות.⁷ כמו כן, מגמת האשפוז הייתה נוחה למשרד הבריאות מפני שהפיתוח המבני של בתי-החולים ורכישת ציוד רפואי התבססו במידה ניכרת על תרומות. הדבר עולה לדוגמה מדבריו של שר הבריאות ויקטור שם טוב לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת ב-1975, בהדגישו כי הגברת רוטשילד תרמה את העלות הכספית הדרושה להקמתם של שני בתי-חולים פסיכיאטריים.

האוריינטציה האשפוזית של משרד הבריאות באה לידי ביטוי גם במבנה הארגוני של המשרד ובהסדרים התקציביים. האגף המרכזי במשרד הבריאות היה אגף הריפוי או האשפוז. כוח האדם הבכיר במסגרתו נבחר בהתאם והורכב רובו ככולו ממנהלי בתי-חולים. למעלה משני-שלישים של תקציב המשרד הופנו לשירותי האשפוז.

בראשית שנות השבעים עבר מספר המיטות הפסיכיאטריות בכל מוסדות האשפוז בארץ את קו שמונת האלפים והשיעור הגיע לשיא שלא היה כמותו – 2.7 לאלף תושבים באוכלוסייה הכללית (לעומת 1.3 בשנת 1948 ו-0.8 ב-2003) (אבירם, 1983; 1991; משרד הבריאות, 2004). בתי-

⁷ הדבר מתגלה במזכר סודי, שכתב המשנה ליועץ המשפטי לממשלה ב-8/5/1972 למשרדי האוצר, המשפטים והבריאות, בקשר להצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שעמדה אז על הפרק. הוא מפרט את חלקה העצום של המגבית בהוצאות האשפוז בתי-החולים הממשלתיים של קופת-חולים ושל בתי-החולים הפרטיים, הן לנוקקים והן למבוטחי קופת-חולים. לדוגמה, קופת-חולים שילמה רק 30 אחוז מעלות יום אשפוז והמגבית השלימה את היתר.

החולים הפסיכיאטריים תוקצבו באופן ישיר על-ידי אגף הכספים של משרד הבריאות. חוסר השליטה הארגונית של ראש שירותי בריאות הנפש בתקצוב הותיר את ההשפעה על קביעת המדיניות בתחום בריאות הנפש בידי אגף האשפוז (אבירם, 1991).

מצבה של מערכת בריאות הנפש ערב פרסומה של תכנית הראורגניזציה היה עגום. בין השאר, הדבר בא לידי ביטוי בדו"ח מבקר המדינה מס' 21 (מבקר המדינה, 1970), שעמד על מגבלותיו של מערך האשפוז על פי סוגי אוכלוסיות ועל פי סוגי כוח העבודה שבו. מלבד בתי-החולים הפרטיים ועלות מערכת האשפוז, שהיו המוקד לביקורת חוזרת ונשנית במשך כל שנות קיומו של משרד הבריאות, הוא הדגיש את הליקויים של הטיפול הקהילתי: "ממצאי הביקורת משקפים מצב בתחום הרגיש והמעציב של הטיפול בחולי נפש, אשר אינו משביע רצון וודאי אינו הולם את הרמה שבה ישראל רוצה הייתה למצוא עצמה בכל הנוגע לחלשים בחברה" (שם, עמ' 257).

2. תכנית הראורגניזציה

א. ניצנים ראשונים לשינוי בשירותי בריאות הנפש

תפיסות חדשות, שקראו לשינוי במערך בריאות הנפש במדינה וראשיתה של המגמה הקהילתית החלו כבר בשנות השישים, בעת כניסתו של ד"ר לואי מילר לתפקיד ראש שירותי בריאות הנפש. הגם שעיקר תשומת הלב הייתה נתונה עדיין להקלה על מצוקת האשפוז, רוחות חדשות החלו לנשוב. שנתון הממשלה של 1960 משקף את התפנית שחלה אז. הוא מדווח על "ארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש במשרד", על "מגמה בולטת של הפחתת האשפוז הממושך" ועל "הגברת הזיקה למניעה ושיקום". הוא אף דיווח על "ראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש על בסיס אזורי" אגב "שילוב כל שירותי בריאות הנפש באזור" ואגב הגברת ה"תיאום" ביניהם (מילר, 1981). יחד עם זה, הרוחות החדשות התבטאו בעיקר ברמת ההצהרות ובתכניות מעורפלות לעתיד. תכנית הראורגניזציה של מילר הקדימה את תכנית הראורגניזציה של טרמר ועל כן יש המכנים את תכנית הראורגניזציה של 1972 בשם "תכנית טרמר-מילר".

בפועל, מי שהגיש את תכנית הראורגניזציה וקידם אותה היה ד"ר לודוויג טרמר, עם שובו בשנת 1969 משנת השתלמות במכון הלאומי

לבריאות הנפש בארה"ב (NIMH). ד"ר טרמר קיבל עליו לנהל את שירותי בריאות הנפש במקומו של ד"ר מילר, שהתמנה לפסיכיאטר ארצי ראשי. טרמר נסע לארה"ב ב-1968, כדי ללמוד מקרוב על תכנית המרכזים הקהילתיים של הנשיא קנדי, שהופעלה בארה"ב בשנת 1963 וב-1965 מטרתו הייתה לקדם תכנית דומה בישראל. לפני נסיעתו ידע טרמר, אשר עבד קודם לכן במוסד שנתמך על-ידי מלבי"ן, שהנהלת מלבי"ן (ומוסד האם, הגיוניט) מעוניינת לקדם את תחום בריאות הנפש הקהילתית ותתמוך בתכניתו (טרמר, ראיון, 2/3/2004). ד"ר סטנלי יולס, אחד משלושת חברי הוועדה המייעצת של הגיוניט ושל קרן הנאמנות, היה בראשית שנות השישים סגנו של ד"ר פליקס, ראש המכון הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב, והיה מעורב בהכנת התחיקה האמריקאית של המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש בזמן ממשל קנדי (Felix, 1967).

טרמר העלה את הרעיון להקים מרכז קהילתי לבריאות הנפש כניסוי מקדים לתכנית הראורגניזציה. הוא הציע להקים מרכז קהילתי ביפו, שיהיה אחראי לשירותי בריאות הנפש לאזור יפו ודרום תל-אביב, אזור שמנה 110,000 תושבים (גנזך המדינה, תיק 7341/5, משרד הבריאות, משרד ראשי – מרכז קהילתי יפו, מדינת ישראל, שנתון הממשלה, 1971, 1972)⁸. הוא שכנע את משרד הבריאות להזרים כספים להקמת המרכז הקהילתי לבריאות הנפש במבנה בית-החולים הצרפתי ביפו כבר בקיץ 1970, בהנחה שהגיוניט יאשר למפרע את השתתפותו בפרויקט ויתמוך כספית ביישום התכנית. ואכן, החל בראשית שנות השבעים הקצתה קרן הנאמנות כספים להכשרת כוח אדם מקצועי לשירותי בריאות נפש קהילתיים ולפיתוח תכניות קהילתיות לבריאות הנפש (מרגולץ, 1978; מני-לנגפוס, ללא תאריך; גנזך המדינה, תיק 7341/6, משרד הבריאות – משרד ראשי, קרן נאמנות).

ב. תכנית הראורגניזציה, 1972

תכנית הראורגניזציה התפרסמה רשמית בשנת 1972 (משרד הבריאות, 1972), שנתיים לאחר שד"ר טרמר שלח את הצעתו המקורית למנכ"ל משרד הבריאות, ד"ר גז'בין, ב-5/1/1970 (גנזך המדינה, תיק 7341/5,

⁸ פרוטוקול של ישיבה מס' 9 (10/9/1970), וישיבה מס' 10 (15/9/1970), של הקרן לפיתוח שירותי בריאות הנפש.

משרד הבריאות, משרד ראשי, מרכז קהילתי יפו). ב-26 במרץ 1972 ד"ר טרמר הציג לראשונה את התכנית בוועדה לשירותים ציבוריים של הכנסת (הוועדה לשירותים ציבוריים של הכנסת, 26.3.72, פרוטוקול מס' 104) וב-1975 הוא פרסם את התכנית בכתב העת "בריאות הציבור" (טרמר, 1975).

תכניתו של ד"ר טרמר הייתה דומה לתכנית האמריקאית, בהציעה פריסה של רשת מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש ברחבי הארץ. התכנית הדגישה את מטרתה הכפולה: לספק שירותים טיפוליים לסוגיהם, בהתחשב בצורכי הנזקקים להם, בזמן בו נחוצים שירותים אלה ובקרבת מקום מגוריהם של הנזקקים; וכן לספק שירותי מניעה על פי העיקרון הנ"ל, כדי למנוע התפתחות של פתולוגיה של הפרט, המשפחה והחברה (טרמר, 1975, 1981). בתכנית הושם דגש על שני מושגי היסוד של הגישה הקהילתית בתחום בריאות הנפש: האחד, אזוריות (נגישות); השני, כוללות הטיפול (רצף ומגוון שירותים והמשכיות טיפול).

התכנית המקורית הציעה להקים בכל אזור בישראל מרכז קהילתי אזורי לבריאות הנפש, שישרת אוכלוסייה של כ-150,000 נפש. כל מרכז אמור היה להציע לפחות חמישה שירותים עיקריים: (1) אשפוז מלא; (2) שירותי חירום; (3) שירותים של מרפאת חוץ; (4) שירותים של אשפוז חלקי; (5) שירותים ייעוציים וחינוכיים. בנוסחים מאוחרים יותר של הצעת התכנית נוספו גם שירותי אבחון. כמו כן, בניסוח מאוחר יותר של עקרונות התכנית, הייתה גם המלצה למנות מנהל אזור, פסיכיאטר, הכפוף במישרין לשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, שתפקידו לווסת את השימוש במסגרות לסוגיהן (טרמר, 1975; 1981).

בתכניתו של טרמר הודגשו שתי נקודות: הראשונה נוגעת למקומה של התכנית המוצעת במערך שירותי בריאות הנפש; השנייה עוסקת בטיעון המרכזי להצדקת התכנית. בנוגע למיקום התכנית במערך הבריאות, הזכיר טרמר את התנאים הנדרשים להצלחתה – שיתוף פעולה עם סוכנויות בריאות ורווחה אחרות והתאמתה למסגרת הכללית של תכנון שירותי בריאות הנפש ושירותי הבריאות בכלל. לפחות ברמה ההצהרתית, טרמר הכיר בחשיבות שיתוף הפעולה עם קופת-חולים וזאת בשל תפקידה ומעמדה במערכת הבריאות ובשל העובדה, שהמרכזים הקהילתיים אמורים היו לשמש מסגרת גג לכלל התושבים, לרבות חברי קופת-חולים. עקרונות האזוריות והכוללניות של תכנית הראורגניזציה תאמו את השאיפה של משרד הבריאות לארגון ממלכתי של שירותי הבריאות בכלל

על בסיס אזורי. בנוסף לכך, בהצעת התכנית הדגיש טרמר את נקודת התורפה המרכזית, שהטרידה את שירותי בריאות הנפש ושימשה כאחת העילות להצדקת קיום המרכז האזורי – חתירה לירידה משמעותית בהיקף האשפוז, אשר תאמה שני אינטרסים של המשרד: ביטול הצורך בשימוש בבתי-חולים פרטיים, שמצבם היה גרוע, רמת השירות בהם הייתה ירודה מאוד והם היו מושא לביקורת ציבורית⁹; והקטנת ההוצאות לאשפוז, שהכבידו מאוד על תקציב משרד הבריאות ועל תקציב המדינה בכלל.

ג. אי-שיתוף קופת-החולים בתכנון

בפועל הקשר והתיאום עם קופת-חולים לצורך קידום התכנית היו בעייתיים (ד"ר טרמר, ראיון, 2/3/2004). ד"ר טרמר שלח את התכנית לד"ר חיים דורון, יו"ר מרכז קופת-חולים, בסתיו 1970. בחינת ההתכתבויות, ההתבטאויות ומערכת היחסים בין שני הגורמים מצביעה על אמביוולנטיות לגבי שיתוף פעולה ומתחים רבים ביחסי הגומלין. משרד הבריאות הריץ את תכנית יפו בסיוע של ג'וינט-מלבי"ן ולא היה זקוק בשלב הזה לקופת-חולים, היות שלא היו מגבלות כספיות כמו שהסביר זאת ד"ר טרמר בישיבת הוועדה לשירותים ציבוריים (26.03.1972, פרוטוקול מס' 104). גם צמצום הסיוע של משרד הבריאות לקופת-החולים, שהחל בשנים 1970-1972, היה בפני עצמו סיבה להתגברות המתח בין שני הארגונים ולהחמרה בקשרי הגומלין ביניהם. בישיבה שהתקיימה בסוף שנת 1972 בין משרד הבריאות ובין קופת-חולים בנושא פיתוח שירותים פסיכיאטריים, הציג ד"ר טרמר בעצמו בפעם הראשונה בפני קופת-חולים את תכנית הראורגניזציה. זו הייתה למעשה הפעם הראשונה, שבה גם ביקש משרד הבריאות מקופת-חולים להשתלב בהקמתם של מרכזים באזורי הארץ, וזאת בתנאי שהם ישרתו את האוכלוסייה כולה. מתוך פרוטוקול הישיבה עולה שאכן, מבחינה קונספטואלית, לא היו פערים בין שני הגופים. עם זאת, קופת-חולים הפגינה מורת רוח על חוסר התקשורת בין משרד הבריאות ובינה, כפי שאמר ד"ר דורון: "אין חילוקי דעות אידיאולוגיים לגבי התכנית" אבל

⁹ בפרוטוקול מס' 104 של ועדת השירותים ציבוריים, סיפר השר שם טוב (26.03.72), כי "על-ידי הקמת מוסדות חדשים לאשפוז ועל-ידי הקמת מרכזים קהילתיים... נחסל את האשפוז הפרטי לחולי נפש. זוהי המטרה שאנו חותרים לקראתה".

התכנית "עשויה להתנפץ בהעדר קומוניקציה" ... "אנשי קופת-חולים אינם יודעים את התכנית וכל יום נקבעות עובדות חדשות"¹⁰.

הניסיונות לשיתוף פעולה עם קופת-חולים לצורך יישום תכנית הראורגניזציה נמשכו עוד כמה שנים, אך ההצלחה הייתה קטנה ביותר. באפריל 1972 הוקמה על-ידי הפסיכיאטר הארצי הראשי, ד"ר מילר, ועדה לתכנון לשירותי בריאות הנפש באזור ירושלים על פי עקרונות תכנית הראורגניזציה. מכתבו של פרופ' ויניק, מנהל בית-החולים טלביה ונציג קופת-חולים בוועדה, מצביע גם הוא על המתח ששרר בין שני הארגונים. במכתבו מה-6/11/72 הוא כותב: "זכור לך בוודאי, שהפניתי את תשומת לבם של חברי הוועדה, שללא הסכמת מרכז קופת-חולים, אף תכנית לא תהיה ברת ביצוע" (גנזך המדינה, תיק 7325/14).

המתח הביא את שני הארגונים שנפגשו "בארזה"¹¹ במאי 1973 להחליט על הקמה של **צוות משותף לגיבוש הסופי של תכניות פיתוח שירותי בריאות הנפש בארץ**. הצוות הורכב משני אנשים, ד"ר טרמר מטעם משרד הבריאות וד"ר קרסילובסקי מטעם קופת-חולים. בינתיים היו עוד עימותים והקשיים בשטח נמשכו (אבירם, 2005).

הקשיים ביישום תכנית הראורגניזציה והצורך בשיתוף הפעולה של קופת-חולים באו לידי ביטוי גם בדו"ח מבקר המדינה לשנת 1973. בדו"ח הציע מבקר המדינה למשרד הבריאות, גם "לשקול הפעלת הסדר של עיון מחדש, באורח תקופתי ושיטתי, בעניינו של כל חולה נפש המאושפז תקופה ממושכת ... באופן ארצי, במסגרת שירות בריאות הנפש ובין במסגרת של כל בית-חולים, בנפרד ובפיקוח השירות" (דו"ח שנתי, מבקר המדינה מס' 24 לשנת 1972-73, עמ' 266). לצורך כך הוקמה **ועדת תיאום של השירותים הפסיכיאטריים בין משרד הבריאות לבין קופת-חולים**. ועדת התיאום אמורה הייתה להיפגש על בסיס שבועי.

גם בחינת האירועים לאחר מכן מצביעה על כך, שלא היה מקום לאופטימיות וכי שיתוף הפעולה לקידום התכנית נתקל בקשיים. הדבר עולה מן הפרוטוקולים של ישיבות הוועדה שהתקיימו בימים 9 ו-19

¹⁰ טענת האי-מעורבות ואיום בניפוץ המו"מ, שמבטאים ראשי קופת-חולים בישיבה זו (13.09.1972), חזרו על עצמם שנה מאוחר יותר (4.10.1973), כמדווח בפרוטוקול הישיבה הראשונה של רשות האשפוז העליונה (גנזך המדינה, תיק 7325/14 – חוק בריאות – כרך ה').

¹¹ "ארזה" הוא שמו של בית הארחה, הסמוך לירושלים, שבו נהגו נציגי משרד הבריאות וקופת-חולים להיפגש פעם בשנה כדי לערוך משא ומתן על גודל התמיכה של משרד הבריאות לקופה. הנוהג נמשך עד שנת 1977 (ריאיון עם דורון, 28.07.2002).

בדצמבר 1973. בתחילת הישיבה שני הארגונים הסכימו לעיקרון היסודי, כי "השירותים יינתנו לכלל האוכלוסייה על בסיס אזורי ללא הבדל השתייכות לקופת-חולים, ותוך תיאום בין מוסדות הפסיכיאטריים של משרד הבריאות וקופת-חולים בכל אזור". אם לפני שנות השבעים, קופת-חולים ראתה במתן השירותים לכלל האוכלוסייה גורם המפחית מן הייחודיות שלה לעומת קופות-החולים האחרות, בהתחשב בהתפתחות השירותים של משרד הבריאות, משקלו של חשש זה פחת בשיקול דעתה של הקופה. קופת-החולים ראתה בצעד זה הכרה בחשיבותה במערך של בריאות הנפש, ואות לרצון של משרד הבריאות לקחת אותה כשותף בתכנון ובביצוע. היה כדאי לה להסכים לשרת את כלל האוכלוסייה, בפרט אם תקבל תמורה כספית נאותה עבור מתן השירות לאלה שאינם חברים בקופה.

במהלך הישיבות של ועדת התיאום של השירותים הפסיכיאטריים בין משרד הבריאות לבין קופת-חולים, הצדדים הגיעו להסכמה בדבר מיפוי של מערך המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש בארץ. הוסכם על עשרים מרכזים כוללניים ברחבי הארץ וכן על חלוקת האחריות עליהם בין משרד הבריאות ובין קופת-חולים, כאשר חלקם היה באחריות משותפת של שני הארגונים. מפה זו הייתה בגדר הצעה בלבד, שהייתה טעונה אישור סופי של המוסדות העליונים של שני הארגונים. לדוגמא, ירושלים נמסרה לאחריותו של בית-החולים טלביה ומרפאת קופת-חולים (בתיאום בין ד"ר קרסילובסקי וד"ר מילר). למרות שהצדדים הגיעו להסכם, שיתוף הפעולה בפועל היה רחוק מלהשביע רצון.

העוסקים בתכנון חברתי מדגישים, כי בפיתוח מדיניות יש לכלול את שלבי היישום של התכנית בפועל בשדה (Wildavsky, 1973). אפשר לבחון את מידת היישום של תכנית הראורגניזציה והמעבר ממגמת האשפוז למגמה הקהילתית בעזרת ניתוח ההקצאות התקציביות בשנות השבעים.

ד. ההקצאות התקציביות לתכנית הראורגניזציה

הניתוח של הצעות התקציב של משרד הבריאות מלמד, כי אמנם בהתחלה הצליחה התכנית לגרום לשינוי-מה במבנה התקצוב בשירותי בריאות הנפש בישראל, אולם הישגי התכנית היו מוגבלים בהיקפם ולא החזיקו מעמד זמן רב. העניין הראשוני של משרד הבריאות בתכנית הראורגניזציה ובתכניות קהילתיות לבריאות הנפש התבטא בראשית

שנות השבעים גם בהקצאות התקציביות שלו, הן באמצעות תקציב המדינה והן באמצעות תקציבה של קרן הנאמנות.

בשנת התקציב 1972/73 הוקצו כספים רבים באופן יחסי לתכניות קהילתיות אך חלק לא מבוטל מהתקציבים הופנה לפיתוח המרכז הקהילתי לבריאות הנפש ביפו, שאמור היה לשמש כדגם למרכזים האחרים שיקומו על פי התכנית. הקצאת התקנים של כוח אדם במרכז הייתה מעל לסטנדרטים המקובלים במשרד הבריאות. גם תרומה, שהוקצתה בשעתו לבית-החולים בטירת הכרמל, הופנתה על-ידי הגוינט למרכז ביפו. בשנים שלאחר מכן הכספים המיועדים לתכניות הקהילתיות הוסיפו לזרום בעיקר באמצעות קרן הנאמנות (גנוך המדינה, תיק 7341/6, משרד הבריאות-משרד ראשי, קרן הנאמנות; מני-לנגפוס, ללא תאריך; מרגולץ, 1978). אך ההקצבות המיוחדות לנושא בריאות הנפש הקהילתית בתקציב המדינה דעכו (אבירם, 1983; 2005).

הצעות התקציב, שהגיש משרד הבריאות לכנסת בין השנים 1970-1980 וההסברים הנלווים אליהן (משרד האוצר, 1972-1980), משקפות היטב את מדיניות המשרד ואת כוונות הממשלה בתחום בריאות הנפש. ככלל, אפשר להתרשם כי השנים 1972-1974, שבהן הוחלט לאמץ את תכנית הראורגניזציה, היו שנים יוצאות דופן בהעדפה שניתנה בהן לשירותי בריאות הנפש בקהילה (אך כאמור היא התמקדה בעיקר במימון המרכז הקהילתי לבריאות הנפש ביפו). עם זאת, שירותי האשפוז הפסיכיאטרי לא איבדו מחשיבותם התקציבית. לפחות בראשית שנות השבעים, מדיניות התקציבית המוצהרת של משרד הבריאות הייתה מדיניות דואלית, שצידדה בו-בזמן במדיניות אשפוזית ובפיתוח מערך השירותים לבריאות הנפש בקהילה. בפועל, נותרה תכנית טרמר ניסיון בראשיתו, אשר לא בא לידי ביטוי בהקצאות הממשלה במסגרת תקציב המדינה (אבירם, 1983; משרד האוצר, 1972-1980).

לבד מתקציבי 1972/73, 1973/74, בהם נעשו הקצאות בפועל ליישום תכנית הראורגניזציה, התמיכה בתכנית הייתה מעטה ואוזכרה בתקציבי המדינה רק ברמה ההצהרתית (אבירם, 1983). גם ההצהרות על פיתוח שירותים קהילתיים לבריאות הנפש התמקדו בעיקר בצורך בהפחתת מיטות אשפוז (משרד האוצר, 1973-1980). למרות ההצהרות על צמצום במספר המיטות הפסיכיאטריות, הנתונים מראים כי מספרן בשנות השבעים עולה, בעיקר בבתי-חולים פרטיים (אבירם, 1983). ייתכן שהדבר

נגרם כתוצאה מהקפאת הבנייה של בתי-חולים ממשלתיים מאמצע שנות השבעים ומהעדר חלופות קהילתיות באותן שנים.

ה. הביקורת בדו"חות מבקר המדינה

הקשיים ביישום תכנית הראורגניזציה באים לידי ביטוי גם בדו"חות מבקר המדינה. מבקר המדינה הדגיש את הליקויים הרבים ביישום המלצות המשרד ואת העובדה, שלמרות הביקורת לא ביצעו שירותי בריאות הנפש ומשרד הבריאות שינויים של ממש ליישום תכנית הראורגניזציה. דו"ח מבקר המדינה לשנת 1972 התריע, כי "לביצוע התכנית [הראורגניזציה] לא נקבע לוח זמנים ואף לא מועד להפעלתה המלאה" (מבקר המדינה, 1972, עמ' 295-296). הדו"ח השנתי מס' 26 לשנת 1975 הוא היחיד שיש בו נימה חיובית בנוגע לשיפור מערכת בריאות הנפש בישראל. לעומתו, דו"ח מס' 27 לשנת 1976 חוזר להיות ביקורתי ביותר בנוגע לקידום תכנית הראורגניזציה ולתשומת הלב המעטה שהוקדשה לבריאות הנפש הקהילתית (מבקר המדינה, 1975; 1976). דו"ח 30 לשנת 1979 (מבקר המדינה, 1979), אשר מסכם את העשור בנוגע לטיפול בחולי נפש, מתאר את הפיצול של מערך הבריאות, דן בתכנית הראורגניזציה ובשילוב השירותים הפסיכיאטריים בארץ וכן בוחן את ההסדרים הכספיים הנוגעים לשירותי בריאות הנפש. דו"ח זה התמקד גם במרכז הקהילתי הכוללני לבריאות הנפש ביפו וטען, כי "הפעולות הנערכות בתחנות [לבריאות הנפש] אינן מקיפות את כל השירותים הדרושים. בין התחנות אין חלוקת תפקידים מתוכננת בתחומי הטיפול השונים. פעילותן ומעורבותן של התחנה למבוגרים ושל התחנה לילועץ לנוער בעבודה קהילתית מצומצמת, וניתן היה להרחיב בכוח האדם המקצועי הקיים" (מבקר המדינה, 1979, עמ' 270).

לסיכום, הן תיאור ההתרחשות, הן תקציבי המדינה והן דו"חות מבקר המדינה מעלים, כי קידום המדיניות הקהילתית היה ממוקד בעיקר סביב המרכז הניסיוני לבריאות נפש קהילתית ביפו, בעוד שתכנית הראורגניזציה הכלל-ארצית דעכה ובעצם כלל לא יושמה.

3. בעלי העניין העיקריים והסוגיות העיקריות

מדוע מידת היישום של תכנית הראורגניזציה הלכה למעשה הייתה דלה? מה היו הגורמים שבלמו את יישומה, ומה היו התנאים, שהיו עשויים לסייע לה ולאפשר את קידומה? כדי להשיב על שאלות אלה, יש להצביע על בעלי העניין העיקריים בתחום בריאות הנפש בתקופה הנדונה, לנתח את האינטרסים שלהם בנוגע לתכנית ולבחון את הסוגיות העיקריות שעלו בהקשר לניסיונות ליישם את התכנית.

בעלי העניין בתכנית הראורגניזציה היו הארגונים העיקריים במערכת – משרד הבריאות וקופת-חולים. הקונפליקט העיקרי ביניהם נגע למידת השליטה שלהם על שלושת המרכיבים הקריטיים – לקוחות, כסף וכוח אדם. ארגון הגוינט (באמצעות מלב"ן) היה אף הוא מעורב במידה מרובה בתהליך בעוד שהארגונים המקצועיים – ההסתדרות הרפואית, הסתדרות הפסיכולוגים ואיגוד העובדים הסוציאליים – בשל מקומם החברתי דאז, נותרו פסיביים למדי, למרות ההשלכות המרובות שיכלו להיות לתכנית על חבריהם. כל אחד מן הארגונים האלה לא ייצג בהכרח עמדה אחידה אלא היו בתוכו ניגודי אינטרסים פנימיים.

א. משרד הבריאות

תכנית הראורגניזציה הייתה אטרקטיבית למשרד הבריאות. היא השתלבה בתכניות האסטרטגיות של המשרד ואף נתנה מענה לבעיות שוטפות. היא הייתה תכנית חדשנית, שפותחה בארה"ב ותאמה את הגישות המתקדמות בתחום בריאות הנפש. אין להקל ראש באטרקטיביות של תכנית כזו למדינה צעירה, בעיקר כאשר בסוף שנות השישים, לאחר הניצחון במלחמת ששת הימים, "האוריינטציה האמריקאית" בישראל גברה (שגב, 2005), ונוצרה פתיחות רבה לאמץ תכניות אמריקאיות בתחומי הרווחה והבריאות. גם שיפור המצב הכלכלי בסוף שנות השישים תרם לנכונות לאמץ תכניות פיתוח חדשניות בתחום החברתי. בנוסף לכך, התכנית השתלבה בתכניות האסטרטגיות של המשרד וברצונו לחזק את מעמדו ואת תכניותיו הממלכתיות ונתנה מענה לפתרון בעיות שוטפות של שירותי בריאות הנפש, שהעיקו תקציבית וציבורית על קובעי המדיניות במשרד. רבים במשרד הבריאות תמכו בתכנית מסיבות אלה, אולם, עם זאת, היו במשרד גורמים שהסתייגו מהתכנית ואף כאלה שניסו להכשילה.

1) **לאגף לבריאות הנפש** במשרד הבריאות, השחקן הראשי במערכה, היו אינטרסים מקצועיים וארגוניים רבים. ראשי האגף ראו בתכניתו של טרמר הזדמנות להנעת שינוי מהותי במבנה שירותי בריאות הנפש בישראל ובדרך הספקתם וחלופה אטרקטיבית, ברוח המגמות החדשניות בעולם בתחום בריאות הנפש, לתכנית האשפוז ארוכת הטווח שאומצה קודם לכן. המטרה המקצועית שלהם הייתה לשפר את השירותים לאוכלוסיית נפגעי הנפש, ובכך לזכות להערכה ויוקרה מקצועית. הם גם קיוו כי, בדומה לתכנית המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש בארה"ב, שעקפה את הרשויות המסורתיות – המדינות, שסיפקו עד אז את שירותי בריאות הנפש (Bachrach, 1996; Grob, 1991; 1994) – גם תכנית הראורגניזציה תאפשר לעקוף את שירותי קופת-חולים ואת האוטונומיה של בתי-החולים הפסיכיאטריים. היה בכך כדי להעניק לאגף שליטה ארגונית ותקציבית ולחזק את מעמדו במערכת.

לצורך קידום המטרה, השכילו טרמר, הצוות שלו ותומכיו במשרד הבריאות לגייס את תמיכתם של השר והמנכ"ל של המשרד בתכנית הראורגניזציה, תוך הדגשת יתרונותיה בהקשר לאינטרסים הכלליים של המשרד, לחיזוק מעמדו הממלכתי ולהקלה על מצוקת האשפוז הפסיכיאטרי.

2) **הנהלת משרד הבריאות**. מסקירותיו של השר שם טוב על פעולות המשרד בשנים 1970, 1973 ו-1975 עולה, כי הגישה הקהילתית חלחלה לתוכו, בעיקר בשנת 1973, בעת שטרמר היה ראש האגף לבריאות הנפש. גם ד"ר פדה, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, אימץ את הגישה ותמך בתכנית. אלא, שכפי שהעיד טרמר, תמיכת השרים והמנכ"לים בתכנית הייתה נעדרת מחויבות עמוקה, שכן, כאמור, תחום זה היה משני בחשיבותו במשרד הבריאות (אבירם, 2005).

3) **הנהלת משרד הבריאות** ראתה בתכנית מתכון להקטנת הוצאות הממשלה על אשפוז ושיפור השירות לנפגעי נפש. התכנית הייתה אמורה למנוע אשפוזים ולצמצם את מספרן של המיטות הפסיכיאטריות, בפרט בבתי-החולים הפרטיים, שרמת השירות בהם הייתה ירודה. כלומר, שהתכנית נתפסה בהנהלת המשרד כמענה הולם לביקורת הציבורית שנגעה לעלות ולטיב השירותים לחולי נפש.

4) עוד תאמה התכנית, שהתבססה על פריסה אזורית של מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש ביוזמת משרד הבריאות ובהנהלתו, את מטרות משרד הבריאות לחיזוק מעמדו הממלכתי ביחס לקופת-חולים. **קובעי**

המדיניות במשרד הבריאות, שניסו לקדם את הממלכתיות שלו, לרבות אלו שניסו לקדם תכניות לביטוח בריאות ממלכתי, ראו בתכנית בתחום בריאות הנפש מעין "הקדמה", ניסוי ומקרה מבחן לתכנית הרחבה של המשרד בתחום הבריאות בכלל (ו. שם-טוב, ראיון, 31/7/2002, ל. טרמר, ראיון, 2/3/2004). נראה היה להם, שיהיה קל יותר לקדם תחילה את תכניותיהם במסגרת שירותי בריאות הנפש, הן בשל ההיקף המצומצם שלהם, יחסית, והן מפני שלמשרד הייתה שליטה רבה יותר בתחום זה לעומת תחומים אחרים של המערכת.

5) המרכיב של מניעה וטיפול מוקדם של בעיות בריאות הנפש דיבר לליבם של אנשי בריאות הציבור במשרד הבריאות, אשר הצטרפו למאמץ להטות את כף המאזניים מהעדפת בתי-החולים לכיוון של פיתוח שירותים בקהילה.

6) עוד נראה, כי משרד הבריאות הבחין באטרקטיביות של תכניות חדשניות שפותחו בארה"ב באותה תקופה, לשם גיוס תרומות לשירותי בריאות הנפש בארץ. התכנית נתפסה כהזדמנות להשגת מקורות מימון נוספים לפיתוח שירותים. במיוחד איתר המשרד את העניין של ארגון הגיוינט ואת הפוטנציאל לתמיכה כספית באמצעות קרן הנאמנות. אמנם הממשלה נדרשה להשתתף במחצית התקציב של קרן הנאמנות, אולם למעשה חלקו של הגיוינט עלה לעתים על חלקה של המדינה בקרן. במקרים רבים אף הסיטה הממשלה תקציבים רגילים, שבלאו הכי היו אמורים לתקצב את המערכת, כדי שיופיעו כחלקה בתקציב הקרן.

7) משרד הבריאות היה תלוי במשרד האוצר בכל הנוגע לשינויים מבניים בעלי משמעות תקציבית. משרד האוצר היה אם כן גורם מפתח באישור התכנית אך מעורבותו בכל הקשור לתכנית הראורגניזציה הייתה מעטה. ההסדר עם גיוינט ישראל היה נוח לו וכל עוד התכנית לא הכבידה על האוצר הוא נתן את הסכמתו. לא זאת בלבד, אלא שבנוסף לתוספת התקציבית מתמיכת הגיוינט ותורמים פוטנציאליים אחרים, התכנית הבטיחה צמצום ההוצאות כתוצאה מהפחתת מספר מיטות האשפוז. אולם, האוצר לא היה מוכן להשתמש בחיסכון שנוצר או עשוי היה להיווצר מצמצום מספרן של מיטות האשפוז, כדי לתקצב טוב יותר את הפעלת המגמה הקהילתית, ובכך הוא מנע ממנה לקבל תאוצה (י. לרנר, ראיון, 15/5/2002; ח. מוניץ, ראיון, 23/6/2002). כאשר התכנית דרשה מחויבות כספית נוספת מצד המדינה, כפי שקרה ב-1977/78 בהסכם

מנצ'ל-דורון בין משרד הבריאות וקופת-חולים, משרד האוצר התנגד לה (אבירם, 2005).

8) תכנית הראורגניזציה איימה על **אגף האשפוז** במשרד הבריאות ובעיקר על **בתי-החולים הממשלתיים לחולי נפש**, שתפסו את התכנית כאיום על המודל הרפואי-אשפוזי שהם ייצגו, ועל המעמד הארגוני והתקציבי הדומיננטי שלהם במערכת. לכן **מנהלי בתי-החולים**, שרבים מהם ישבו בתפקידים בכירים באגפי המשרד, עשו כל שביכולתם להכשיל את התכנית ולעכב את יישומה (ראיון, י. גינת, 15/5/2002; טרמר, ראיון, 2/3/2004; ש. הבר, ראיון, 2/11/2002). הבעיות שהתגלו כתוצאה ממדיניות האל-מיסוד בארה"ב ואי-הבהירות של המושג בריאות נפש קהילתית (שתידון בהמשך המאמר) (אבירם, 1988; Mechanic & Rochefort, 1990) היוו טיעון מקצועי רב משקל במאבקם של המתנגדים לתכנית.

9) במסגרת המאבק הם גייסו במשרד הבריאות את **אנשי אגף הכספים ואנשי משרד האוצר**, שחששו אף הם מאובדן שליטה (י. גינת, ראיון, 15/5/2002; ו. שם טוב, ראיון, 31/7/2002). לכן, למרות שאנשי הכספים ראו את הפוטנציאל של צמצום שיעורי האשפוז, רבים מהם היו ספקניים לגבי הסיכויים של התכנית לצאת לפועל בטווח הקרוב, ולא רצו לוותר על שליטתם הכספית במערכת על-ידי תקצוב ישיר של בתי-החולים לחולי נפש. אחת הטקטיקות של **מנהלי בתי-החולים** הייתה, להצטרף כביכול לתומכי התכנית, כדי לזכות בנתח מכספי הפיתוח לתכניות קהילתיות, שנוספו לתקציבים הקבועים, ובכך להבטיח שהתכנית תבוצע באמצעותם ובשליטתם. הם הכריזו שבתי-החולים הם "מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש" ובמהלך השנים השתלטו ארגונית על מרפאות קהילתיות רבות שסופחו אליהם (אבירם, 1983; 1991; אבירם, גיא וסייקס, 2006).

ב. קופת-חולים

כאמור, בשנים שבהן נרקמה תכנית הראורגניזציה, ועד למהפך הפוליטי של 1977, עת הימין עלה לשלטון, הממשלות ששלטו בארץ לא רצו, או לא כל כך יכלו, מטעמים פוליטיים וביצועיים כאחד, לפגוע בקופת-חולים של ההסתדרות (דורון, 1992; 1997; שוורץ, 2000). בכירי קופת-חולים דגלו בגישה הקהילתית, אך תכנית הראורגניזציה הייתה בעיניהם איום על העצמאות ואף על העליונות של ארגונם במערכת הבריאות.

1) תכנית הראורגניזציה נתפסה על-ידי **ראשי קופת-חולים** בכלל ו**ראשי שירותי בריאות הנפש של הקופה** בפרט כאיום על האוטונומיה והשליטה שהייתה להם על שלושת המרכיבים הקריטיים של המערכת: לקוחות, תקציבים וכוח אדם. העובדה שתכנית הראורגניזציה תוכננה על-ידי אנשי משרד הבריאות ללא שיתופם חרגה מהנוהג שהיה עד אז. התהליך נתפס על-ידי הנהגת קופת-חולים כאיום, הן סימבולי והן ממשי, כלפי מעמדה הדומיננטי של קופת-חולים במערכת הבריאות בארץ.

2) **הנהלת קופת-חולים**, אשר התנגדה בעקביות לתכניות לביטוח בריאות ממלכתי, ראתה בתכניתו של טרמר ניסיון של משרד הבריאות להחיל בתחום בריאות הנפש דגם ומקדימון לביטוח בריאות ממלכתי, אשר עלול היה לפגוע בעצמאותה ולסכן את התמריץ של מבוטחיה להשתייך לקופה. גם **ההסתדרות הכללית** חששה מאפשרות זו ומן האיום בפגיעה באינטרס של האנשים להשתייך להסתדרות בגלל עניינם בשירותי קופת-חולים.

3) קופת-חולים חששה גם מפגיעה במערכת בריאות הנפש שלה ומהסלקטיביות שהתאפשרה לה בבחירת חברים ובמתן זכויות מועדפות על פי שיקול דעת פנימי של הרופאים הפסיכיאטריים בקופה ובעקבות זה מאובדן היתרון שהיה לה על הקופות האחרות.

4) קופת-חולים חששה לפגיעה בהמשך המימון של המערכת הפסיכיאטרית שלה על-ידי המדינה או בהתניית המימון בפקוח מטעם המדינה.

5) תכנית הראורגניזציה נתפסה על-ידי **הגורמים המקצועיים בתחום בריאות הנפש בקופת-חולים** כאיום על העצמאות המקצועית והארגונית והמעמד הבכיר של הפסיכיאטרים בקופת-חולים לעומת עמיתיהם בשירות המדינה. הדבר היה עלול להתבטא באטרקטיביות של קופת-חולים לעומת שירותי בריאות הנפש של המדינה, בתחרות על כוח אדם מקצועי לשירותי בריאות הנפש, על תנאי העסקתו ועל המעמד המקצועי והאקדמאי הבכיר שלו.

6) קופת-חולים, שבעבר הייתה הנהנית העיקרית מכספי תרומות לפיתוח מערכת הבריאות, ראתה בתכנית גורם מתחרה רב משקל לקבלת כספי תרומות מחו"ל לפיתוח שירותיה. אנשי קופת-חולים הבינו שתכנית הראורגניזציה עשויה הייתה לזכות לתמיכה כספית מחו"ל, מכספי הגיוינט או מתורמים אחרים וחששו שחלקם ייגרע בתמיכות אלה.

על אף שקופת-חולים קיבלה בברכה את רעיון האזוריות, שכן היא עצמה פעלה בכיוון זה, היא התנגדה לתכנית הראורגניזציה מפני שראתה בה איום על מעמדה ועל עצמאותה הארגונית והפרופסיונאלית במערכת. גם ההסתדרות לא הייתה מוכנה לוותר על התועלת הפוליטית והכלכלית, שהייתה תלויה בחוסנה הארגוני והכלכלי של קופת-חולים. כפי שיתברר להלן, שיתוף הפעולה מצידה של קופת-חולים בקידום התכנית, מוגבל ככל שהיה, נבע מסיבות כספיות. להנהלת קופת-חולים היה עניין ראשון במעלה בהמשך תמיכת המדינה בשירותי בריאות הנפש שלה, ובמיוחד בכיסוי הגירעון של מערכת זו (ח.דורון, ראיון, 28/7/2002).

ג. ארגון הג'וינט

ארגון הג'וינט היה אחד "השחקנים הראשיים" בפעולה לקידום תכנית הראורגניזציה. פעולתו התאפיינה בתמיכה בתכניות חדשות במשך כמה שנים, תוך התנית תרומתו הכספית והמקצועית בהשתתפות הולכת וגוברת של המדינה, עד שהיא קיבלה את מלוא האחריות לתכנית. בזכות התמיכה שלו, קיבל הג'וינט מידה רבה של שליטה על קביעת התוכן והמהות של תכניות המשרד, ובדרך זו צבר כוח והשפעה על עיצוב מערכת הבריאות בישראל.

למעשה, הייתה תלות הדדית בין הג'וינט ובין הממשלה. מצד אחד, המדינה הייתה תלויה בכספי הג'וינט, באמצעות מלב"ן, מפני שהם תגברו את התקציב השוטף של המדינה לטיפול בקשישים ובנכים, לרבות חולי נפש ממושכים; ומצד שני, ארגון הג'וינט היה תלוי בנכונותה של ממשלת ישראל לקדם תכניות, שנראו אטרקטיביות לחבר הנאמנים שלו ולתורמים פוטנציאליים, כי זאת הייתה הדרך להצדיק את קיום הארגון ולחזק את הלגיטימציה הציבורית שלו.

יתרה מזו, מדינת ישראל, בגלל ממדיה המצומצמים, גילה הצעיר והזדקקותה לסיוע חיצוני, הייתה בעבור צוות היועצים האמריקאי של הג'וינט מעין מעבדת ניסוי ליישום תכניות מתקדמות מבחינה מקצועית בבריאות הנפש. דומה שלא הייתה יכולה להיות תכנית אטרקטיבית יותר מתכנית הראורגניזציה, שהועתקה מתכניתו של הנשיא קנדי. תכנית זו זכתה, כאמור, ליוקרה רבה בארה"ב ובעולם כולו והייתה פרי עבודתו של אחד מיועצי הג'וינט, שהיה בזמנו אחד מראשי המכון הלאומי לבריאות הנפש בארה"ב (ס. יולס, דיווח אישי). הג'וינט היה מעוניין בהצלחת התכנית עד כדי כך, שהיה מוכן להעלים עין מהעובדה, שלעתים המדינה

לא השלימה את חלקה בתקציבי קרן הנאמנות או, שבניגוד למוסכם, היא השתמשה בתקציבים רגילים למימון פעולות שוטפות, כדי להציג את השתתפותה בפרויקטים של הקרן.

ד. ארגונים מקצועיים בתחום בריאות הנפש

תכנית הראורגניזציה הציעה שינוי מהותי במערך שירותי בריאות הנפש, כך שמי שעסק בתחום בריאות הנפש לא יכול היה להישאר אדיש כלפיה. הרעיון לא היה חדש, שהרי גם בארץ החלה לחדור התודעה למגמת אל-מיסוד והגישה של בריאות נפש קהילתית קיבלה ביטוי בביטאונים המקצועיים של התקופה (רמון, 1981) ובחיבורים של בריל (1960; 1974). פרסומים אלה דנו בגישה הטיפולית הביו-פסיכו-סוציאלית, בחשיבות של איכות הקשר שבין המטפל לבין המטופל, בחיזוק המערכת הקהילתית וביתרונות של כוללניות הטיפול. המקצועות העוסקים בתחום בריאות הנפש, בפרט הרופאים והארגון הפרופסיונאלי שלהם (ההסתדרות הרפואית בישראל [הר"י]) מצד אחד תמכו בתכנית מבחינה רעיונית. אבל, מצד שני, הם חששו מפניה, שכן הגישה הקהילתית חיזקה את מעמדם של מקצועות העזרה האחרים וסיכנה את הדומיננטיות של הרופאים במערכת הביורוקרטית והמקצועית של בריאות הנפש. לעומתם, ארגוני הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים תמכו בדרך-כלל בעקרונות שהתכנית ייצגה וראו בה אף הזדמנות לחיזוק מעמדם. יחד עם זה, בתקופה הנחקרת, הארגונים המקצועיים היו עסוקים בשאלות קיום בסיסיות יותר ומידת מעורבותם והשפעתם על תהליך היישום של התכנית הייתה מוגבלת ביותר.

קולם של ארגוני הנכים וארגונים אזרחיים בתחום בריאות הנפש, כמו ארגוני משפחות וארגוני ה"מתמודדים", לא נשמע בוויכוח על תכנית הראורגניזציה. חלק מארגונים אלה לא היה קיים עדיין באותה תקופה (כמו ארגוני משפחות או ארגוני המתמודדים) ואחרים לא השמיעו את קולם, בין אם משום שהנושא לא העסיק אותם או משום שבתרבות הארגונית והפרופסיונאלית בארץ באותה תקופה, מעורבותם לא הייתה צפויה או לא נחשבה עדיין כלגיטימית.

לסיכום, כמה גורמים סייעו לייזום ולפיתוח תכנית הראורגניזציה. התכנית שאפה לספק שירותים רציפים על בסיס אזורי נגיש לכל אזרח והייתה מהפכנית בתפיסתה. היא סיפקה חלופה אטרקטיבית ברוח המגמות החדשניות בבריאות הנפש. הלגיטימציה שלה ואף המוניטין שלה

נבנו על היותה העתקה של התכנית האמריקאית של ממשל קנדי. המציאות שנוצרה בארץ לאחר הניצחון במלחמת ששת הימים, אווירת האופטימיות הכללית והשיפור במצב הכלכלי היו קרקע נוחה לפיתוחן של תכניות בתחומי הרווחה החברתית והבריאות. שיקולים פוליטיים ציבוריים וכספיים השתלבו במכלול הגורמים שהניע את הממשל לתמוך בתכנית. מלבד הרווח הפוליטי שבהפחתת הביקורת הציבורית הנוגעת לאשפוז, השתלבה התכנית עם תכניותיו האסטרטגיות של משרד הבריאות ועם האינטרסים הארגוניים שלו (אבירם, 2005). גם העובדה שהתכנית הביאה מקורות כספיים מחוץ למערכת הממשלתית והציפייה שלא רק שהיא לא תחייב השקעות כספיות ליישומה אלא תמשוך משאבים נוספים לתגבור ושיפור המערכת, הוסיפה אטרקטיביות לתכנית והייתה בסיס לתמיכה בה.

עם כל זאת, התכנית למעשה לא יושמה. כפי שראינו, חלק גדול מבעלי העניין חששו מפני התכנית ורבים אף התנגדו לה ופעלו על מנת לסכלה. להלן ננתח את הגורמים העיקריים שבלמו את יישום תכנית הראורגניזציה.

4. הגורמים שבלמו את יישומה של התכנית

למרות שתכנית הראורגניזציה זכתה לתמיכה לא מעטה בראשית שנות השבעים, למעשה, מידת יישומה והישגיה היו מוגבלים בהיקפם ולא החזיקו מעמד זמן רב. ניתוח הגורמים הבולמים מצביע על ארבעה רבדים: ארגוניים, קונספטואליים, חברתיים-פוליטיים, וכאלה הקשורים לנסיבות ולהתרחשויות בתקופה (ראה להלן).

א. המבנה הארגוני של מערך הבריאות ואופיו

ניתוח הממצאים מגלה כי המבנה הארגוני של מערכת הבריאות לא הטיב עם יישום התכנית ועם קידומה של מדיניות בריאות נפש קהילתית. **1) מקומה של קופת-חולים במבנה הכלל-ארגוני של מערך הבריאות.** השילוב של שירותי קופת-חולים במערך הבריאות הממלכתי העסיק את מקבלי ההחלטות. ניתוח הממצאים מצביע על מידה לא מבוטלת של אמביוולנטיות של משרד הבריאות ושירותי בריאות הנפש בנוגע למערכת היחסים העתידית עם קופת-חולים. מעמדה הדומיננטי של קופת-חולים במערכת ומאמציה לשמור עליו תרמו למתח שנוצר במערכת היחסים

שבין הגוף הממשלתי – משרד הבריאות, ובין הגוף העיקרי באספקת שירותי הרפואה בארץ – קופת-חולים. העובדה שמשרד הבריאות מילא בו זמנית שני תפקידים, רגולטור ומספק שירותים ישירים, הגבירה עוד את המתח בין שני הגופים הללו.

התעלמותם ההתחלתית של טרמר, קרן הנאמנות ומשרד הבריאות מקופת-החולים זירזה אולי את הקמתו של המרכז הקהילתי לשירותי בריאות הנפש ביפו, אבל עיכבה את המשך פיתוח המדיניות ויישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש. הייתה זו טעות מצדם של מתכנני תכנית הראורגניזציה להימנע מלשתף את קופת-חולים בתהליך מראשיתו, לאור המעמד הבכיר שהיה לה בראשית שנות השבעים במערכת הבריאות בכלל ובבריאות הנפש בפרט. לאור הידע והניסיון שהיה לקופה באספקת שירותים קהילתיים (שוורץ, 1997; 1998; 2000; בן נון, ברלוביץ ושני, 2005), נראה, כי לא היה אפשר לבצע רפורמה רדיקלית כמו זו שתוכננה ללא הסכמתה של קופת-חולים.

(2 מערכת היחסים בין משרדי הממשלה. בריאות נפש קהילתית, על מרכיבי המניעה והשיקום שבה, היא תחום אפור הנמצא בעיקר בין תחום הרפואה לבין תחום הרווחה. חלוקת האחריות בין כמה משרדים כרוכה לרוב בירידה בתפקוד של כל אחד מהם בהקשר לתכנית, וזאת בשל "העברת הכדור" לשדה האחר וההעדפה להשקיע משאבים בתחומי האחריות הבלעדית או העיקרית של המשרד. דו"ח מבקר המדינה מס' 21 לשנת 1971 מצביע במפורש "על הצורך ביתר תיאום ... בינו [משרד הבריאות] לבין משרד הסעד לגבי הטיפול במספר סוגים של חולי נפש" (עמ' 258). הוא אף מתריע על אשפוזם הבלתי רצוי של מפגרים רבים בבתי-חולים לחולי נפש "מאחר שחסר תיאום נאות בין משרד הסעד ובין משרד הבריאות" (עמ' 249). גם טרמר הצביע על קשיים בשיתוף הפעולה בין המשרדים ברמת המטה במהלכה של ישיבה, שהתקיימה במסגרת ועדת השירותים הציבוריים (26.3.1972, פרוטוקול 104). מחקרי הערכה שבוצעו הטילו ספק אם אמנם היישום המקומי של התכנית ביפו התאפשר במלואו ללא תיאום בין-משרדי (ברזון, אבירם ודרום, 1980; Aviram & Brachot, 1978), אך אין ספק כי היישום של התכנית בקנה-מידה ארצי בלא תיאום בין-משרדי היה בלתי אפשרי.

(3 מבנה ארגוני פנים-משרדי. "הצורך ביתר תיאום בין הגורמים השונים במשרד הבריאות עצמו" הוזכר אף הוא בדו"ח מבקר המדינה מס' 21 לשנת 1971 (עמ' 258). הסקירה על מבנה משרד הבריאות מצביעה על

חוסר יציבות במקומו של האגף לבריאות הנפש ועל חולשתו בתוך המשרד. הבעיה העיקרית הייתה, שהאגף לא קיבל שום סמכות מעשית ותקציבית יחד עם עצמאותו העניינית-מקצועית, ואגף האשפוז או אגף הכספים הם שהכריעו בסוגיות השונות שעלו ללא התחשבות יתרה בעמדותיהם של ראשי שירותי בריאות נפש (אבירם, 2005; מבקר המדינה, 1979: 30).

4) המדיקליזציה של מערכת בריאות הנפש. הרקע ההיסטורי של מערכת בריאות הנפש, גישה קונספטואלית ואינטרסים פנים-ארגוניים חברו יחד והיוו גורם רב משקל בבלימת הניסיונות ליישם את תכנית הראורגניזציה. גורמים אלה, שניתן לכנותם באופן כולל כ"מדיקליזציה" של שירותי בריאות הנפש (Aviram, 1996), חיזקו את מגמות האשפוז ועכבו את המעבר לבריאות נפש קהילתית. מגמת המדיקליזציה השתקפה בעיקר בגורמים הבאים:

- **מונופול הממסד הרפואי.** מאז הקמת אגף "שירותי בריאות הנפש" ישבו בראשו מנהלי בתי-חולים ופסיכיאטרים מחוזיים. צמרת זו, שהייתה הממסד הרפואי, הייתה מעונינת לשמור על עצמאותה, מעמדה וכוחה במערכת ועל כן טיפחה את מגמת האשפוז (גינת, 1992). כוחו של הפסיכיאטר המחוזי אף חוזק בחוק (אבירם, 1991; אליצור, 1994). התכנית של טרמר (1975) איימה על בתי-החולים לחולי נפש ועל הממסד הרפואי, שחששו משבירת המונופול ומאובדן מעמד הבכורה שלהם במערכת. הם לא רצו לצאת מבתי-החולים וראו בתכנית של טרמר איום ישיר. באותה עת, הגוף החזק בשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות היה הפורום של מנהלי בתי-החולים הממשלתיים לחולי נפש. לדעתו של גינת, קבוצת לחץ חזקה זו הייתה הסיבה העיקרית לאי-הצלחתו של מהלך הראורגניזציה (י. גינת, ריאיון, 15.05.2002).

- **שיטת התקצוב.** מאז הקמת המדינה, שיטת התקצוב הנהוגה במדינה הפלתה לטובה את מערכת האשפוז (אבירם, 1991; גינת, 1992; רמון, 1981). המדינה תקצבה את בתי-החולים ישירות כיחידות עצמאיות, בעיקר על בסיס היסטורי ולפי מספר מיטות ותפוסתן. המבנה התקציבי במשרד הבריאות, שיטת התקצוב של מערכת בריאות הנפש ועמדת משרד האוצר לא אפשרו מעבר כספים, שנחסכו בזכות המדיניות הקהילתית או שעשויים היו להיחסך בעתיד,

מצמצום מיטות אשפוז פסיכיאטריות ויכלו לשמש לקידום תכנית הראורגניזציה.

• **כוח אדם – הכשרה וסטטוס.** גינת (1992) טוען, כי עיקר ההכשרה הפסיכיאטרית נעשתה בבת-החולים ועסקה במידה רבה בסימפטומים אינדיבידואליים. גישה זו ביטאה אינטרסים פרופסיונליים-פוליטיים של הממסד הפסיכיאטרי, לרבות העדפה של טיפול קורטיבי על פני מניעה ושיקום. גישה זו תפסה את בעיות בריאות הנפש כעניין רפואי גרידא, חיזקה את האינטרסים הארגוניים והפרופסיונאליים הרפואיים והכבידה אף היא על התמודדות רב-מערכתית עם בעיות בריאות הנפש.

ב. עמימות המושג בריאות הנפש הקהילתית

המגמות שפורטו לעיל חוזקו גם לאור אי-הבהירות של המושג "בריאות נפש קהילתית" והעדר עדויות אמפיריות ליעילותה ומועילותה של מדיניות זו (Cameron, 1989; Dowell and Ciarlo, 1989; Dunham, 1969; Grob, 1987; 1991; Ozarin, 1977). המושג עצמו מתפרש באופנים שונים (אברירס ולבב, 1981). העדר ההסכמה על פירושו של המושג ועל ההגדרה של אוכלוסיית היעד, של הבעיות שמערכת בריאות הנפש אמורה לטפל בהן ושל סוג השירותים שהמערכת אמורה לספק והיקפם הכבידו על ארגונה של קואליציה תומכת בתכנית הראורגניזציה והקלו על האופוזיציה שקמה נגד התכנית. אין ספק, שעמימות המושג גרמה לקושי להעריך את תוצאות ההתערבות ולמדוד את מידת התועלת שהביאה בהשוואה לגישה ששלטה במערכת.

גם לעמימות זו הייתה השפעה על המיקום הפיזי והארגוני של השירותים הקהילתיים. רבים מאלה הוקמו בתוך בתי-החולים לחולי נפש או במסגרתם הארגונית. עובדה זו השרישה את התפיסה הרפואית-אשפוזית ועמעמה את הגישה הקהילתית. מיקומו הפיזי והארגוני של המרכז הקהילתי לבריאות הנפש אינו דבר של מה בכך. יש לו משמעות סימבולית ומעשית על עצמאות המרכז ודמותו הציבורית. גם בקביעת המיקום של המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש ברחבי הארץ, בחרו קובעי המדיניות למקם אותם ליד או בתוך בתי-החולים. דבר זה חיזק את הממסד הרפואי-האשפוזי והשפיע אף על התפיסה החברתית של מחלות נפש ושירותי בריאות הנפש.

עוד ראוי לציין, כי במחצית הראשונה של שנות השבעים החלו להתגלות מחדלים במדיניות האל-מיסוד בארה"ב, בעיקר בשל העדר מערכת קהילתית לטיפול בנפגעי הנפש, ששחררו מבתי-החולים הפסיכיאטריים (אבירם, 1988; Mechanic & Rochefort, 1990; President's Commission, 1978). המחדלים והקשיים שהתגלו בניסיון האמריקאי שימשו בידי הממסד הרפואי של בתי-החולים לחולי נפש ובידיהם של גורמים אחרים, שהתנגדו לשינוי בבריאות הנפש, כטיעון מקצועי כבד משקל נגד תכנית הראורגניזציה.

ג. העדר גורמים חברתיים ופוליטיים תומכים לקידום התכנית

גם מחוץ למערכת הבריאות, התנאים לא סייעו לקידום התכנית, שהרי לא פעלו גורמי לחץ חברתיים לקידומה של מדיניות בריאות הנפש הקהילתית ותכנית הראורגניזציה. העדר התמיכה התבטא במספר רבדים:

1) העדר תחיקה תומכת. אליצור (1994) מצביע על הקשר שבין תחיקה, המגבילה את האשפוז וכן את סמכותם של הפסיכיאטריים ובין היישום של תנועת האל-מיסוד. במהלך התקופה שבדקנו לא ניתנה גושפנקה חוקית או הסדר חוקי כלשהו למדיניות בריאות הנפש הקהילתית. החוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו-1955 המשיך להיות החוק הבסיסי, העוסק בחולי הנפש בישראל ובטיפול בהם (אבירם ושניט, 1981). הוא שיקף את המודל הרפואי-פסיכיאטרי הקלאסי וסייע למגמת האשפוז (אבירם ושות', 2000). בעשור 1970-1980, החוק עלה חמש פעמים על הפרק, אך אף הצעה לתיקון לא שאפה לספק מסגרת לתכניתו של טרמר ולמדיניות בריאות נפש קהילתית. להפך, תיקון 4-1977 (חוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955) חיזק את מעמדו של הפסיכיאטר המחוזי, ובכך חיזק גם את מגמת האשפוז.

2) העדר קבוצות אינטרס תומכות. ארבע קבוצות אינטרס עיקריות עשויות להיות חיוניות לקידומה של רפורמה בבריאות הנפש: פוליטיקאים, אנשי מקצוע, החולים ומשפחותיהם ואמצעי התקשורת (אבירם ושות', 2000). אף לא אחת מהקבוצות הנ"ל עסקה באורח פעיל בקידום המדיניות בתחום בריאות הנפש. קל וחומר, שהן לא חברו יחדיו ליצירת לובי פוליטי או שדולה ציבורית בנידון. לפוליטיקאים ולמקבלי ההחלטות לא היה כל עניין בנושא. על כך דיווח שרגא הבר, סמנכ"ל למנהל ותקצוב במשרד הבריאות בשנות השבעים והדגיש, כי "כל

הנושאים שעסקו באוכלוסיות החלשות, כמו גריאטריה, נכות ופסיכיאטריה, לא עמדו במרכז החשיבה, הדיון והשיח הציבורי" (ש. הבר, ריאיון, 2.11.2002). גם שרי הבריאות והמנכ"לים לא שמו את התכנית בראש סדר העדיפויות שלהם ולא ראו בה מנוף פוטנציאלי להצלחה בתפקידם.

ניתוח דברי הכנסת בשנות הששים משקף חוסר עניין של חברי הכנסת בנושא. הנושא של בריאות הנפש נתפס על-ידם כשולי מבחינה חברתית, בהיותו קשור לאוכלוסיית שוליים וללא כל רווח פוליטי, שישמש לפוליטיקאים תמריץ לעסוק בו ולקדמו. עד שנות השבעים היו התבטאויותיהם של חברי הכנסת בנושא של חולי נפש מעטות מאוד ביחס לשאר הנושאים (רמון, 1981). גם ניתוח דברי הכנסת בשנות השבעים משקף חוסר עניין של חברי הכנסת בתחום בריאות הנפש. גם בעשור זה התייחסויותיהם לנושא בריאות הנפש בדיוני הכנסת היו מעטות ביותר, וכאשר היו, הן לא עסקו בתכנית הראורגניזציה. זאת ועוד, חברי הכנסת שהתייחסו לתחום בריאות הנפש היו רובם במקום בינוני ומטה ברשימת המפלגות הגדולות, או היו חברים במפלגות שזכו למספר מועט של מנדטים (אבירם, 2005).

התכנית לא עניינה במיוחד גם את אנשי המקצוע בבריאות הנפש. אמנם המגמה בביטאונים המקצועיים של הפסיכיאטריים הייתה אוהדת לחשיבות ולצורך לבנות מערכת שירותים בקהילה המקומית ונשמעה בהם דרישה ברורה, שהציבור ייטול אחריות משותפת יחד עם מערך הבריאות על החולים (רמון, 1981), אבל, בשטח, פני הדברים היו שונים. "שום רופא בכיר לא שיחק במגרש הזה ולא היה חבר בוועדה [שעסקה בנושא]", הסביר שרגא הבר "זה אומר שהנושא הזה לא היה קרוב לממסד הרפואי. זה לא עניין אותם, לא בקופת-חולים ולא במשרד הבריאות" (ש. הבר, ריאיון, 2.11.2002).

הממסד הביורוקרטי של משרד הבריאות אמנם התייחס בחיוב לתכניתו של טרמר, אך לא רצה להתעמת בעניין זה עם הממסד הרפואי, שכן היה לו אינטרס לשיתוף פעולה עם ממסד זה (Aviram, 1990). למרות שהגישה של בריאות נפש קהילתית תאמה את הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית של העבודה הסוציאלית והייתה יכולה לקדם את האינטרסים המקצועיים של העובדים הסוציאליים ואולי אף לשפר את מעמדם המינורי במערכת של בריאות הנפש, הם המשיכו לדבוק בגישה הפסיכואנליטית, כדי לזכות במעמד מקצועי גבוה יותר ולא היו מוכנים

להתעמת עם הממסד הפסיכיאטרי (אבירם, 1983; Aviram, 2002). בתקופה זו ציבור החולים ובני משפחותיהם לא היו מאורגנים, לא היה להם משקל ציבורי ולא היה בידם להשפיע על המדיניות (גינת, 1992).

3) העדר תמיכה בכלי התקשורת. התקשורת משחקת תפקיד כפול ודו-כיווני: מצד אחד היא משקפת תהליכי עיצוב מדיניות, העולים על סדר היום הציבורי אך מן הצד השני, היא מייצרת ומניעה את התהליכים הללו. הסקירה של יומון "הארץ" מעלה בבירור, כי תחום בריאות הנפש תפס מקום שולי ביותר בסדר היום הציבורי במהלך התקופה כולה. הדבר משתקף במספרם המועט של הפרסומים בעיתונות שעסקו בנושא, במיקומם בעמודים הפנימיים של העיתון, ובתוכנם, שהיה בו כדי ללמד על הדימוי השלילי של חולי הנפש בעיני הציבור (אבירם, 2005).

בשנת 1972, השנה בה התקבלה תכנית הראורגניזציה כתכנית הרשמית של משרד הבריאות, היא לא הוזכרה כלל בפרסומים שנסקרו. פרט למאמר מערכת אחד שהופיע ב"הארץ" ב-1973, במהלך העשור שסקרנו, לא הוזכרה התכנית מעל דפי היומון ("הארץ", 14 בפברואר, 1973). באופן כללי, בין שהפרסומים בעיתון משקפים את דעת הקהל ובין שהם מעצבים אותה, אין ספק כי בעשור שלאחר פרסום תכנית הראורגניזציה, הנושא לא היה חלק מסדר היום הציבורי.

4) העדר תמיכה ומחויבות של הממשל. למרות שטרמר הצליח לגייס את הסכמתם של שרי הבריאות והמנכ"ל לתכנית, מידת מחויבותם אליה הייתה מוגבלת. כך לדוגמא שר הבריאות לשעבר, ו. שם-טוב, לא תלה תקוות ביישום התכנית, כי לטענתו, ללא תמיכת הממסד הרפואי לא היה סיכוי רב להצלחה (ראיון, 31/7/2002). הנושא לא עמד בראש סדר העדיפויות של ראשי משרד הבריאות והם לא ראו בו פוטנציאל להצלחה בתפקידם. דומה שללא תמיכה ומחויבות עמוקה של הגורם הפוליטי הבכיר במשרד (השר) והגורם המנהלי הבכיר בו (המנכ"ל), לא היה סיכוי ליישם רפורמה רדיקלית כמו זו שהוצעה בתכנית הראורגניזציה. אמנם תמיכה ומחויבות כזו אינם התנאי היחיד לכך, אולם ללא ספק הם תנאי הכרחי. תנאי חשוב נוסף להצלחת סוג כזה של שינוי מבני במערכת השירותים הוא תמיכת משרד האוצר, בעיקר לנוכח תפקידו הדומיננטי בקביעת המדיניות בישראל ותקצובה. מעורבות משרד האוצר בעניין הייתה במקרה הטוב שולית, אם לא נעדרה לחלוטין (אבירם, 2005).

בסיכומו של דבר, בשנים הנידונות לא הייתה קבוצת לחץ חזקה דיה כדי להתעמת עם הממסד הרפואי, שהיה חרד לשימור עמדותיו, כוחו

והתקציבים שהיו בשליטתו. תחום בריאות הנפש, כהגדרתו של שר הבריאות לשעבר, הרב נ. דהאן, היה "החצר האחורית" של מערכת הבריאות (נ. דהאן, ראיון, 2/3/2004). אנשי המקצוע, הפוליטיקאים, קובעי המדיניות והציבור הרחב, לא גילו בו עניין. בתנאים אלה, לא היה סיכוי להניע רפורמה רדיקלית מסוגה של תכנית הראורגניזציה וליישמה הלכה למעשה.

ד. גורמים סביבתיים ונסיבות בלתי-צפויות

בעוד שניתוח מעמיק של המצב עשוי היה לידע מראש את מתכנני תכנית הראורגניזציה לגבי מספר גורמים שמנינו, שעלולים היו להכשיל את סיכויי הצלחתה, היו מספר שינויים סביבתיים שלא ניתן היה לחזותם, אשר השפיעו על הסיכוי ליישומה. הספרות העוסקת במדיניות מצביעה על שינויים בנסיבות ועל הדינאמיקה של שינויים סביבתיים – פוליטיים, כלכליים וחברתיים – המצויים מחוץ לשליטה ולאפשרות החיזוי של הארגונים הנוגעים בדבר, כגורם מרכזי המשפיע על סיכויי ההצלחה של רפורמות במדיניות (Emery & Trist, 1965; Kanter, 1989). בין ההתרחשויות הבלתי צפויות מן הראוי לציין שתיים:

1) העדר המשכיות למנהיגות שקידמה את התכנית. מנהיגותו של ד"ר טרמר הייתה אחד מגורמי המפתח לפיתוח התכנית ולקידומה. הוא היה מנהיג כריזמטי, אשר ידע לנצל את הקשרים שיצר במשרד הבריאות ובגוינט – בהיותו בעבר מנהל מוסד השיקום בשער מנשה, שהיה בשעתו מוסד של מלב"ן – כדי לגייס תמיכה סביב הרעיון וקידומו. רבים מבין המרואיינים לצורך המחקר ייחסו לד"ר טרמר חשיבות רבה בקידום התכנית וראו בעזיבתו מכה אנושה לתכנית, "מפני שלא היה עוד אדם "משוגע לדבר", שימשיך את דרכו (ש. הבר, ראיון, 2/11/2002). סיום כהונתו בשנת 1975 ונסיעתו לארה"ב, ממנה לא חזר, מבטאת אולי את הערכת המצב שלו, לגבי הסיכוי הקלוש ליישום תכנית הראורגניזציה, לנוכח הקשיים שהתגלו ובעיקר המציאות שנוצרה בעקבות מלחמת יום הכיפורים. בעשור שלאחר עזיבתו של ד"ר טרמר התחלפו חמישה ראשי שירות בהנהלת שירותי בריאות הנפש, שמשך כהונתם הקצר מבטא את חוסר יכולתם להוביל את השינוי הרדיקלי, שתוכנן על-ידי טרמר.

2) מלחמת יום הכיפורים. אין ספק שהמלחמה, שהייתה אירוע קשה ובלתי צפוי, הייתה גורם רב משקל בכישלון היישום של התכנית. מלחמת יום הכיפורים בולטת במיוחד באירועים הלא-צפויים, שהתרחשו באותה

תקופה, אשר השפיעו לא רק על תכנית הראורגניזציה, אלא על החברה הישראלית בכללותה. המלחמה פרצה כשנה וחצי לאחר פרסום תכנית הראורגניזציה. האירוע הטראומטי בתולדות ישראל הפנה את כל תשומת הלב והאנרגיה הנפשית והפיזית להישרדות ולשיקום המדינה והחברה הישראלית. תכנית הראורגניזציה נדחקה לשוליים. אין לדעת מה היה קורה לתכנית אילו מדינת ישראל לא הייתה נאלצת להתמודד עם מלחמת קיום כה טראומטית ועם ספיחיה החברתיים והפוליטיים. דומה כי המציאות בישראל לאור המלחמה ולאחר מכן המהפך הפוליטי של 1977 לא הותירו לתכנית הראורגניזציה סיכוי רב.

5. התנאים הדרושים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש

המאמר מתמקד בניסיון הראשון של מדינת ישראל לבצע רפורמה מהותית בשירותי בריאות הנפש – תכנית הראורגניזציה 1972 – שנועדה להעביר את מרכז הכובד של השירותים מבתי-החולים הפסיכיאטריים לקהילה. השאלה שהעסיקה אותנו היא, כיצד קרה שהתכנית הרצויה לא עלתה יפה. ניתוח המקרה עד כה עמד על בעלי העניין, על הגורמים שהביאו ליוזמה, שסייעו לתכננה ועל אלה שבלמו אותה, וזאת כדי להסביר כיצד קרה שהתכנית הרצויה למעשה לא יושמה.

מה הם, אפוא, התנאים הדרושים למימושה של רפורמה במדיניות בריאות הנפש ולהעברת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש לקהילה? שאלה זו חשובה, היות שעד עצם היום הזה, לבד ממספר התחלות צנועות, השינוי המיוחל שעמד בבסיס התכנית טרם בוצע, וזאת על אף שנחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ועל אף החלטת ממשלה בנידון (מזכירות הממשלה, 2003; 2006). דומה כי הצגת המקרה וניתוחו יכולים לתרום להבנה טובה יותר של הקשיים העומדים בפני קובעי המדיניות, בבואם ליישם הרפורמה הלכה למעשה.

הבנת הגורמים שבלמו את קידום התכנית דרשה ניתוח של בעלי העניין החיובי או השלילי לגביה ושל כוח ההשפעה שלהם. מתברר כי חלוקת בעלי העניין אינה יכולה להיעשות רק על פי הארגונים המעורבים, אלא צריכה להבחין גם בניגודי אינטרסים בתוך הארגונים עצמם. יתר על כן, מתברר כי כסף, שליטה ואוטונומיה מקצועית וארגונית הם גורמים המשפיעים יותר מאשר הסוגיות המקצועיות, וכי הפוליטיקה והכלכלה עולים על שיקולים הנובעים מידע ומהשאיפה לרווחה חברתית.

במקרה הנידון, למשרד הבריאות, להנהלת שירותי בריאות הנפש ולארגון הגיוינט, באמצעות הקרן לפיתוח שירותים פסיכיאטריים, היה משקל רב ביוזמה ובתכנון תכנית הראורגניזציה. הם תמכו בה, לא רק משום שלדעתם היה בכוחה לשפר את השירות לנפגעי הנפש, אלא מפני שזו עלתה בקנה אחד עם תפיסת הממלכתיות ועם הרצון לחזק את מעמדם כרגולטור של מערך הבריאות, לרבות קופת-חולים ובתי-החולים הפסיכיאטריים. דומה, כי ההתעלמות ההתחלתית מקופת-חולים הזיקה לתהליך בכללותו וכי שיתוף הפעולה עמה היה הכרחי, מפני שהיא הייתה הזרוע העיקרית בהספקתם של שירותים רפואיים בקהילה. אכן, כפי שראינו, קופת-חולים חששה מהתכנית בשל סיבות רבות, אולם בוודאי שלא ניתן היה לצפות לשיתוף פעולה מצידה ללא תמרוץ כספי ניכר.

לכל שינוי בסדר גודל כמו זה שתוכנן בתכנית הראורגניזציה יש צורך במימון ביניים. אבסורד היה להניח, שאפשר היה ליישם את תכנית הראורגניזציה, שדרשה יצירת תשתית קהילתית נרחבת, במסגרת התקציב הקיים. באיחור מה, אנשי משרד הבריאות אכן הבינו זאת והם הגיעו בשנת 1977 להסכם עם קופת-חולים, שאמור היה לענות על הבעיה הכספית, אולם בגלל התנגדות משרד האוצר גם הסכם זה נכשל. עניין זה חורג ממוקד המקרה שחקרנו ומדווח בפרוטרוט במקום אחר (אבירם, 2005), אך הוא מדגיש ביתר שאת את החשיבות של שיתוף הפעולה עם משרד האוצר. שיתוף פעולה זה היה קריטי, בשל מעמדו המרכזי של האוצר בכל הנוגע לשינויים מבניים במשק ותקצובם. ללא גיוס תמיכת שני גורמים אלה והשגת שיתוף פעולה מצידם, מראש לא היה ליישום התכנית סיכוי להצליח.

אמנם מבחינה ארגונית פורמאלית מנהליהם של בתי-החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים היו שייכים למשרד הבריאות, אולם עמדתם לגבי הרפורמה הייתה שונה בתכלית מהמדיניות הרשמית של הנהלת שירותי בריאות הנפש ומזו של משרד הבריאות. כאמור, הם הסתייגו מרפורמה, שעלולה לפגוע בכוחם במערכת, בתקציבים שעמדו לרשותם ובאוטונומיה שהייתה להם, והפכו להיות גורם רב משקל באופוזיציה לתכנית. ניתוח המקרה נוגע למחסום הכבד הנעוץ במדיקליזציה של מערכת בריאות הנפש, על מרכיביה – הכוח הפוליטי, המונופול המקצועי, התקצוב הסגור והיוקרה של כוח האדם הפסיכיאטרי שבה. אופייה של מחלת הנפש על ההיבטים החברתיים

הכרוכים בה וכן התנאים להתמודדות אתה מחייב שינוי תפיסתי וארגוני, המבוסס על שיתוף פעולה רב-מערכתי של גורמי בריאות, רווחה וחינוך. משקלם הדל יחסית של כוחות חברתיים והעדרו של לחץ ציבורי למימושה של הרפורמה היו אף הם בין הגורמים שמנעו את יישומה של תכנית הראורגניזציה. שינוי מבני רדיקלי במערכת אינו יכול להתממש רק באמצעות המערכת הביורוקרטית והמקצועית. יש צורך ביצירת עניין ציבורי ולובי פוליטי לקידום הנושא. דומה, כי תגבורם של הארגונים האזרחיים בתחום בריאות הנפש ושל הארגונים המסנגרים על חולי הנפש ומשפחותיהם הוא צעד נחוץ ביותר, כדי להטות את מאזן הכוחות ולהתמודד עם העליונות הפוליטית-כלכלית-תחיקתית של מערכת האשפוז בבריאות הנפש. הספרות העוסקת ברפורמות חברתיות מדגישה זאת כתנאי הכרחי (Aviram & Segal, 1977; Aviram & Weyer, 1996; Bardach, 1972; Goodwin, 1997). אכן פעולתם של ארגונים כאלה יכולה להעלות את המודעות לחשיבות הרפורמה ולהשפיע על עיצוב דעת הקהל, והיא עשויה לשכנע פוליטיקאים בכדאיות האלקטורלית של תמיכתם ברפורמה. למותר להדגיש, כי כאשר מדובר באוכלוסיות מודרות, הסובלות מסטיגמה, כמו זו של נפגעי הנפש, יש משנה חשיבות למעורבותם של גופים אזרחיים הפועלים למען העניין. הצלחתו של ארגון National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) בארה"ב היא דוגמה לכך (Hatfield, 1987; Howe & Howe, 1987).

מבקר המדינה היה אף הוא יכול להשפיע על קידום הנושא. במהלך העשור של שנות השבעים, הוא הצביע שמונה פעמים על המציאות העגומה בתחום בריאות הנפש והעיד על מחדלי הממשלה והמערכת המבצעת בכללותה. הדו"חות שלו אף הדגישו את הצורך בעבודה משותפת בין משרד הבריאות ובין קופת-חולים. נראה שלביקורתו העניינית הייתה השפעה מעטה, אם בכלל, על יישום התכנית.

תיאום תוך-משרדי ובין-משרדי גם הוא נושא הדורש תשומת לב. נראה, כי יש חשיבות להקנות אוטונומיה ביצועית-תקציבית לתחום בריאות הנפש, ולא להותיר את האגף עם אוטונומיה רעיונית-מקצועית בלבד. ניהול תקציב עצמאי יכול להוסיף לעוצמה הארגונית, למעמד האגף לבריאות הנפש, ליכולת הביצוע שלו וכן, לשמש תמריץ לראשי האגף להישאר בתפקיד לאורך זמן. כמו כן, הדבר היה מאפשר הן מעבר של כספים מבתי-החולים לקהילה והן ניצול של חסכוניות המדיניות הקהילתית להמשך פיתוחם של השירותים הקהילתיים. במקביל, יש

כנראה צורך לספק תמריץ, כדי לעודד את המשרדים לשתף פעולה ביניהם ולאגד את כוחותיהם בהתערבות יעילה ומקיפה בתחומים רחבים, כמו זה של בריאות הנפש.

גם הסוגיה של תמיכתם של תורמים וקרנות חוץ-ממשלתיות ברפורמה במדיניות בריאות הנפש נוגעת לעניינינו. המשאבים הכספיים שברשותם ונכונותם לתרום לעיצוב מדיניות חדשה, יחד עם עצמאותם הארגונית של גורמים אלה, עשויה להיות מנוף לשינוי מדיניות. מעורבותו של הגוינט ביוזמה שהביאה לתכנית הראורגניזציה הינה דוגמא לחשיבותם של ארגונים אלה. יש לעניין אותם במדיניות של בריאות הנפש הקהילתית ולשכנע אותם ביתרונותיה הטיפוליים והאנושיים, בחשיבותה ובכדאיותה הכלכלית, ובמידת היעילות שלה לטיפול הומני בנפגעי הנפש. גם ייתכן, שלשם כך יש צורך להבהיר היטב ולחדד את ההגדרה של הגישה הקהילתית בבריאות הנפש ואת השיטות להשגתה, וכן את אמות המידה להערכתה ולאומדן מידת הצלחתה להתמודד עם התופעה של מחלות הנפש בישראל.

מידת המוכנות של שירותי בריאות הנפש בקהילה לרפורמה ולהשלכותיה היא סוגיה נוספת שעלתה מהממצאים. ההעדפה הברורה במערכת לגבי התמחות של כוח האדם המקצועי במערכת האשפוזית לעומת המערכת הקהילתית, וכן תנאי ההעסקה וזכויות העובדים בבתי-חולים לעומת אלה הניתנים למועסקים בקהילה, הייתה תמריץ שלילי לכוח אדם מעולה לקשור את גורלו התעסוקתי למערכות בריאות הנפש בקהילה. העברת מוקד הטיפול מבתי-החולים לקהילה מחייבת תשומת לב לנושא זה.

אין ספק גם, שהעדר מחויבות אישית עמוקה לשינוי, בקרב אלו שעמדו בצמרת מערכת הבריאות, קרי השרים וראשי משרד הבריאות, פגע בסיכוי ליישם את הרפורמה. יש להניח, כי אילו היו רואים ביישום הרפורמה מדד להצלחתם ואמצעי לתגמול מקצועי ופוליטי אישי, מאמציהם ליישם את הרפורמה היו גדולים יותר. הממצאים במקרה שחקרנו מלמדים, כי מדיניות אינה יכולה להישען על אדם אחד בלבד וכי יש צורך בקואליציה אישית וארגונית שתתמוך ותקדם את השינוי.

המשכיות המדיניות תלויה במחויבות של המדינה ובהקצאה תקציבית לטווח ארוך. בעולם העסקים, כאשר מקימים מפעל או מיזם חדש, משקיעים בו מתוך הנחה שבעתיד יניב פירות. אין הדבר שונה בשירות, הציבורי. לדוגמה, בקליפורניה, בשנות השישים של המאה הקודמת,

כאשר המדינה רצתה ברפורמה רדיקלית בשירותי בריאות הנפש היא הייתה מוכנה להשקיע ביישומה. כשהתברר לה, במהלך תהליך היישום של הרפורמה, כי המחוזות, שהיו הגורמים העיקריים בביצוע השינוי, גילו חששות והסתייגויות, היא אף הגדילה את שיעור השתתפותה ואת היקף המחויבות הכספית שלה (Segal & Aviram, 1978). במדינת ויקטוריה שבאוסטרליה, כאשר הממשל תכנן רפורמה בשירותי בריאות הנפש, הוא היה מוכן להשקעה נוספת מעבר לתקציב הקיים, כמימון ביניים ("דבשת" בלשוננו), כדי לאפשר את יישומה (Whiteford, Thompson & Casey, 2000). להבהרת נקודה זו אפשר גם להביא דוגמה מישראל. בשנת 2000 נחקק חוק גוזינסקי לשיקום נכי נפש בקהילה (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000). משרד האוצר תמך ביישום החוק ותקצב אותו במידה לא מבוטלת. התקציב הגיע בשנת התקציב 2005 ל-300 מיליון ש"ח (משרד הבריאות, 2006). אמנם מוקדם עדיין להעריך את התכנית, אך העדויות הראשונות מצביעות על התפתחות מרשימה בפיתוח תכניות מגוונות של סל שיקום ועל ההיקף הגדול של אוכלוסיית המשתמשים (משרד הבריאות, 2002; 2004; שטרך, שרשבסקי ונהון, 2002; שטרך ושרשבסקי, בדפוס; שרשבסקי, 2006).

בעניין זה, ראוי היה לשאול, מה היו הגורמים שאפשרו שינוי זה ומה השתנה בראשית שנות האלפיים לעומת מה שהתרחש בשנות השבעים ושבבלם אז את תכנית הראורגניזציה. מה הביא את משרד האוצר לתמוך בחוק השיקום, והאם הגורמים שבלמו את תכנית הראורגניזציה, כמו בתי-החולים הפסיכיאטריים וקופת-חולים, שינו עמדתם, נבלמו או נוטרלו. תשובה לשאלות אלה יכולה לתרום להבנת מגמות המדיניות בתחום בריאות הנפש וכן – להבנת שינוי במדיניות בכלל. אך מוקדם עדיין מלחקור זאת, מה עוד שאין זה ברור אם מה שמתרחש בתחום השיקום אמנם מצביע על תפנית מהותית, אשר תסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מהמערכת האשפוזית לקהילה, ברוח תכנית הראורגניזציה¹².

הממצאים בחקר המקרה בו עסקנו מאששים מה שנמצא במחקרי מדיניות רבים, כי שינוי מהותי של המדיניות מחייב שהנושא יהיה על

¹² אכן, דחיית יישומה של הרפורמה הביטוחית והעברת האחריות לשירותי בריאות נפש אמבולטוריים לקופות-החולים (אבירם, 2005; אבירם גיא וסיקס, 2006; סער, 2006) וסירובו של משרד האוצר להגדיל את התקציב למערכת השיקום (בג"ץ 4015/06, 2006), מעורר ספקות לגבי מהות השינויים ומידת יציבותם בתחום בריאות הנפש.

סדר היום הציבורי (Dye, 2005; Gilbert & Terrell, 2005; Goodwin, 1997; Kingdon, 1995). בעקבות גישות תיאורטיות על בחירות ארגוניות (Cohen, March & Olsen, 1972) טוען קינגדון (Kingdon, 1995), כי על מנת שנושא יעלה לסדר היום הציבורי יש צורך בקיומן של בעיות אמיתיות, בתכנית מדיניות, בקואליציה פוליטית חזקה וזאת בנוסף ליזמות ולמנהיגות, שתדע לזהות ולנצל חלון הזדמנויות שנפתח. תנאי הכרחי לשינוי במדיניות הוא, שהנושא יעלה בעוצמה לסדר היום הציבורי ושתיווצר אינטגרציה בין הבעיות, תכנית המדיניות והקואליציה הפוליטית המעוניינת בשינוי. כפי שראינו, גם אם הבעיה הייתה קיימת וכן הייתה תכנית לפתרונה, הרי העדר קואליציה פוליטית, לובי ציבורי ועניין ציבורי היו בעוכריה ומנעו את יישום הרפורמה. כמו כן, ראוי לציין, כי הספרות העוסקת בנושא חלוקה לגבי יכולתם של ארגונים ומתכננים וכן "קבוצות עניין" לנבא הזדמנויות לשינוי ולעצב את כיוונו. בעוד שגישה תיאורטית אחת מייחסת הצלחה או כישלון של שינוי במדיניות לארגונים הנוגעים בדבר ולקבוצות האינטרס המעוניינות בנושא (למשל, Perrow, 1979; Starback, 1983), הרי הגישה השנייה מייחסת את השינוי במדיניות לתנאים סביבתיים-פוליטיים, כלכליים וחברתיים, המצויים מחוץ ליכולת הניבוי והשליטה של הארגונים וסביבתם התפקודית (למשל, Emery & Trist, 1965; Kanter, 1989). אמנם לא ניתן להקיש מן המקרה שחקרנו על הכלל, אולם אין מקום לספק בדבר השפעתם של האירועים הביטחוניים והמדיניים הבלתי צפויים, שהתרחשו בעת שניסו לקדם את תכנית הראורגניזציה, על הסיכויים ליישמה והדבר מעיד על חשיבותם בכל הנוגע לעיצוב מדיניות. כמו במקרה שחקרנו, אירועים כאלה יכולים להסיט את תשומת הלב הציבורית מנושא השינוי, לבלום את הקידום של מדיניות הרווחה על מרכיביה השונים ולהותיר את התחום של בריאות הנפש בשוליים.

דברי סיכום: הדרה חברתית, בעיות קיומיות וסדר יום ציבורי

דומה שכמה גורמים עיקריים תרמו לכישלון הרפורמה בתחום בריאות הנפש: השוליות החברתית של האוכלוסייה, הסובלת מקשיים בתחום בריאות הנפש; ההדרה החברתית והסטיגמה ממנה היא סובלת; חוסר הבולטות של הנושא ומידת החשיבות המעטה שהציבור מייחס לו, בקונסטלציה של הבעיות האחרות עימן החברה נאלצת להתמודד; וכן

נסיבות התקופה. במציאות בה החברה הישראלית נאלצת להתמודד באופן מתמיד עם בעיות קיומיות, לא נותרת לה אנרגיה לעסוק בנושא הנחשב בקרב רוב הציבור כנושא מורכב, אך גם שולי, במיוחד כאשר מידת הוודאות בתוצאותיו החיוביות מוטלת בספק על-ידי הגורמים הנוגעים בדבר.

אפשר גם לומר לגבי תכנית הראורגניזציה, שהתנאים הסביבתיים לא היו בשלים לשינוי. החברה הישראלית נתונה במצב מתמיד של דאגה קיומית – מאז הקמת המדינה בעיות של ביטחון, כלכלה, שסעים חברתיים ושאלת הזהות הקולקטיבית הישראלית העסיקו את החברה, אשר לא התפנתה לטפל באופן יסודי בבעיות הנוגעות לאוכלוסיות חלשות ומודרות כמו זו של נפגעי הנפש.

יחד עם זה, לעתים נראה, שהשאלות הקיומיות משמשות גם תרוץ נוח, שלא להיכנס לשדה המוקשים החברתי, המקצועי והמוסרי של הטיפול והדאגה לאנשים הסובלים ממחלות נפש. בהעדר לחץ חברתי ופוליטי, החברה מעדיפה שלא "לטלטל את הספינה" ובוחרת לנקוט בגישות שמרניות ואינקרמנטליות ביחסה לצורך בשינוי וברפורמה של המדיניות לגבי נכי הנפש.

מקורות

- אבירם, א'. (1983). בריאות נפש קהילתית בישראל – הערכת ביניים של המדיניות. *חברה ורווחה, ה'*, 103-114.
- (1988). אל-ממסד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארצות הברית. *חברה ורווחה, ח'*, 321-343.
- (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש: קיפאון או התקדמות. *ביטחון סוציאלי, 37*, 71-99.
- (2005). *מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל: גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתית*. דו"ח מחקר. הוגש למכון הלאומי לשירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.
- אבירם, א', אדמון, צ', אייזנשטדט, מ', קנטר, א'. (2000). מגמות שינוי ושימור בחקיקה בתחום בריאות הנפש בישראל: תהליך חקיקתו של החוק החדש לטיפול בחולי נפש. *משפטים, ל"א*, 145-192.
- אבירם, א', גיא, ד', סייקס, י'. (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש (1995-1997): הזדמנות שהוחמצה. *ביטחון סוציאלי, 71*, 53-83.
- אבירם, א' ולבב, י'. (1981). מגמות וסוגיות בבריאות נפש קהילתית בישראל. בתוך: א. אבירם וי. לבב (עורכים), *בריאות נפש קהילתית בישראל* (עמ' 13-23). תל-אביב: צ'ריקובר.
- אבירם, א' ושניט, ד'. (1981). *טיפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט: אשפוז כפוי של חולי נפש בישראל*. תל-אביב: זמורה ביתן.
- אליצור, י'. (1994). בריאות נפש קהילתית בישראל. אנטומיה של כישלון. *חברה ורווחה, 14*, 103-127.
- בן-נון, ג', ברלוביץ, י' ושני, מ'. (2005). *מערכת הבריאות בישראל*. תל-אביב, משרד הביטחון, ההוצאה לאור.
- ברזון, מ', אבירם, א', דרום, א'. (1980). הערכת המשכיות טיפול במרכז קהילתי לבריאות הנפש. *חברה ורווחה, ג'*, 269-283.
- בריל, פ'. (1960). זרמים ומגמות בטיפול הנפשי. *הרפואה, נ"ח*, (י"א), 135-181.
- (1974). *לקראת פסיכותרפיה הומניסטית*. תל-אביב: לוי-אפשטיין-מודן.
- גינת, י'. (1992). ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. *הרפואה, 123*, 264-268.

- דברי הכנסת. (1970-1980) כרכים 57-89.
- דגן, ע'. (1988). רוח התקופה. הארץ (מוסף), 23 בספטמבר 1988.
- דורון, א'. (1992). שירותי הרפואה בישראל, מבט של שנות התשעים, *ביטחון סוציאלי*, 38, 5-26.
- (1997). שירותי רפואה בישראל – מבט מזווית אחרת. *ביטחון סוציאלי*, 17, 51-62.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). *דין וחשבון*. ירושלים: המדפיס הממשלתי.
- חוק טיפול בחולי נפש תשט"ו-1955. *ספר החוקים*, 187.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). *ספר החוקים*, 1746.
- טרמר, ל'. (1975). הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללנית. *בריאות הציבור*, 18, 1-12.
- (1981). הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללנית. בתוך א' אבירם וי' לבב. (עורכים), *בריאות נפש קהילתית בישראל*. תל-אביב: צ'ריקובר.
- מבקר המדינה (1967), *דו"ח שנתי 18 לשנת 1967 ולחשבונות שנת הכספים 1966*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- (1970), *דו"ח שנתי 21 לשנת 1970 ולחשבונות שנת הכספים 1969*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- (1971), *דו"ח שנתי 22 לשנת 1970 ולחשבונות שנת הכספים 1969/1970*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- (1972), *דו"ח שנתי 23 לשנת 1972 ולחשבונות שנת הכספים 1970*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- (1975). *דו"ח שנתי 26 לשנת 1975 ולחשבונות שנת הכספים 1974*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- (1976). *דו"ח שנתי 27 לשנת 1976 ולחשבונות שנת הכספים 1975*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- (1979). *דו"ח שנתי 30 לשנת 1979 ולחשבונות שנת הכספים 1978*. ירושלים: דפוס הממשלה.
- מדינת ישראל. (1958-1980). *שנתון הממשלה*. ירושלים: הוצאת המדינה.
- מזכירות ממשלת ישראל (2003). *החלטה מס' 2905 של הממשלה מיום 26/1/2003, הרפורמה בפסיכיאטריה*.

- (2006). החלטה מס' 568 של הממשלה מיום 4/10/2006, העברת האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מהמדינה לקופות-החולים.
- מילר, ל'. (1981). התערבות קהילתית והרקע ההיסטורי של בריאות נפש קהילתית בישראל. בתוך א' אבירם וי' לבב. (עורכים). *בריאות נפש קהילתית בישראל*. תל-אביב: צ'ריקובר.
- מני-לנגפוס, ש'. (ללא תאריך). *קרון נאמנות לפיתוח שירותים לבריאות הנפש: מונוגרפיה, 1957-1993*. ירושלים: ג'וינט ישראל ומשרד הבריאות.
- מרגולץ, י'. (עורך). (1978). *לקראת שירותים קהילתיים לבריאות הנפש בישראל: פעולות קרון הנאמנות בשנים 1967-1976*. ירושלים: קרון נאמנות לפיתוח שירותים לבריאות הנפש.
- משרד האוצר. (1972-1980). *הצעת תקציב לשנת הכספים (הצעת התקציב למשרד הבריאות)*. ירושלים.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש. (1972). *הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללת*. ירושלים: משרד הבריאות.
- (2002). *בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2002*. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- (2004). *בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2004*. ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- (2006). *בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2006*, ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- סער, ר' (2006). הרפורמה בבריאות הנפש הוצאה מתוך ההסדרים. *הארץ*, 21 בדצמבר 2006, עמ' 6.
- פופר, מ' והורוביץ, ר'. (1989). *מגמות באשפוז הפסיכיאטרי, 1975-1987* (פרסום סטטיסטי מס' 6). ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- פליק, א'. (1978). בריאות הנפש בישראל: מדיניות כללית. בתוך י. מרגולץ (עורך). *לקראת שירותים קהילתיים לבריאות הנפש בישראל: פעולות קרון הנאמנות בשנים 1967-1976*. ירושלים: קרון נאמנות לפיתוח שירותים לבריאות הנפש.

קופת-חולים כללית. (1980). *שירותי בריאות הנפש בקופת-חולים, 1970-1979*. תל-אביב: קופת-חולים כללית, האגף הרפואי, המחלקה לשירותי בריאות הנפש.

קפלן, ז', קוטלר, מ', וויצטום, א'. (2001). שירותי בריאות הנפש בישראל – כיוונים ותמורות. *הרפואה, 140*, 440-445.

רמון, ש'. (1981). גישות של פוליטיקאים לחולי נפש: השוואה בין חברי הכנסת וחברי הפרלמנט הבריטי. *ביטחון סוציאלי, 21*, 127-144.

שגב, ת'. (2005). *1967: הארץ שינתה פניה*. ירושלים: כתר.

שורץ, ש'. (1997). *קופת-חולים הכללית: עיצובה והתפתחותה כגורם המרכזי בשירותי הבריאות בארץ-ישראל, 1911-1937*. באר-שבע: המרכז למורשת בן-גוריון, קריית שדה-בוקר, הוצאת ספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

— (1998). *לידתה של מערכת הבריאות הישראלית*. באר-שבע: המרכז למורשת בן-גוריון, קריית שדה-בוקר, הוצאת ספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

— (2000). *קופת-חולים, הסתדרות, ממשלה: מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל, 1947-1960*. באר-שבע: המרכז למורשת בן-גוריון; קריית שדה-בוקר; הוצאת ספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

שטרוד, נ', שרשבסקי, י' ונהון, ד'. (2002). *מערכת השיקום בקהילה בבריאות הנפש: ממצאים ראשוניים על תחילת הפעלת תכנית סל שיקום לנפגעי נפש בקהילה: פונים, החלטות, שירותים ואשפוזים*. דו"ח שהוגש למכון הלאומי לחקר הבריאות ושירותי הבריאות.

שטרוד, נ' ושרשבסקי, י'. (בדפוס). *שינויים בדפוסי אשפוז של מקבלי סל שיקום בשנים הראשונות להפעלתו: ניתוח ממצאים לגבי למעלה מ-1,500 אנשים*.

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

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

- (1996). Mental health services in Israel at a crossroads: Promises and pitfalls of mental health services in the context of the new national health insurance. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 327-372.
- (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care*, 35, 615-632.
- Aviram, U., & Brachott, D. (1978). The visibility of a community mental health center. In D. Thursz, and J.L.Vigilante. (Eds.). *Social service delivery systems: An international annual. Vol. III, Reaching people: The structure of neighborhood services* (pp. 157-196). Beverley Hills, California: Sage Publication.
- Aviram, U. & Segal, S.P. (1977). From hospital to community care: The change in the mental health treatment system in California. *Community Mental Health Journal*, 13, 158-167.
- Aviram, U. & Weyer, R.A. (1996). Changing trends in mental health legislation: Anatomy of reforming a civil commitment law. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21, 771-805.
- Bachrach, L.L. (1996). The state of the state mental hospital, 1996. *Psychiatric Services*, 47, 1071-1078.
- Bardach, E. (1972). *Skill factor in politics*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Benson, P.R. (1996). Mental health policy and practice: International perspectives. *Special issue of International Journal of Law and Psychiatry*, 19.
- Cameron, James M. (1989). A national community mental health program: Policy initiation and progress. In: Rochefort, D.A. (Ed.) *Handbook of mental health policy in the United States*. New York: Greenwood Press, pp. 121-142.
- Cohen, M., March, J. & Olsen, J. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administration Science Quarterly*, 17, 1-25.
- Cutler, D.L., Bevilacqua, J. & McFarland, B.H. (2003). Four decades of community mental health: A symphony in four movements. *Community Mental Health Journal*, 39, 381-398.

- Dowell, D.A. & Ciarlo, J.A. (1989). An evaluative overview of the community mental health centers program. In Rochefort, D.A. (Ed.) *Handbook of community mental health in the United States*. New York: Greenwood Press, pp. 195-236.
- Dunham, W. (1969). Community psychiatry: the newest therapeutic bandwagon? In: Bindman, A. and Spiegel, A.D. (Eds.). *Perspectives in community mental health*. Chicago: Aldine, pp. 54-69.
- Dye, T.R. (2005). *Understanding public policy* (11th edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Emery, F.E. & Trist, E.L. (1965). The causal texture of organizational environment. *Human Relations*, 18, 21-32.
- Felix, R. H. (1967). *Mental illness: Progress and prospects*. New York: Columbia University Press.
- Gilbert, N. & Terrell, P. (2005). *Dimension of social welfare policy* (6th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Goldman, H.H. (Ed.) (1983). International perspectives on deinstitutionalization. *Special issue of International Journal of Mental Health*, 11.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. London: sage Publications
- Grob, G. (1987). Mental health policy in post-World War II America. In: Mechanic, D. (Ed.) *Improving mental health services: What the social sciences can tell us*. San Francisco: Jossey-Bass.
- (1991). *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. New Jersey: Princeton University Press.
- (1994). *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Grushka, T. (Ed.) (1968). *Health services in Israel*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Hatfield, A. (Ed.) (1987). *Families of the mentally ill: Meeting the challenges*. New Directions for Mental Health Services, No. 34. San Francisco: Jossey-Bass.

- Howe, C. & Howe, J. (1987). The National Alliance for the Mentally Ill: History and ideology. In *Families of the mentally ill: Meeting the challenges*. New Directions for Mental Health Services, No. 34, edited by A.B. Hatfield, pp. 23-33. San Francisco: Jossey-Bass.
- 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.
- Mangen, S. (Ed.) (1985). *Mental health in the European community*. London: Croom Helm.
- Mechanic, D. (1999). *Mental health and social policy: The emergence of managed care*. (Fourth Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Mechanic, D. & Rochefort, D. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16: 301-327.
- Miller, L., Broza, R. & Barzilai, N. (1968). Psychiatric and mental health services. In T. Grushka (Ed) *Health services in Israel*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Ozarin, L.D. (1977). Community mental health: Does it work? In Barton, W.E. and Sanborn, C.J. *An assessment of the community mental health movement*, Lexington, MA: Lexington Books, Ch. 9
- Perrow, C. (1979). *Complex organization: A critical essay*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- President Commission on Mental Health (1978). *Final report*. Washington, D.C.: Supt. Of Docs., U. S. Govt. Print. Off.
- Segal, S.P. & Aviram, U. (1978). *The mentally ill in community based sheltered care: A study of community care and social integration*. New York: John Wiley & Sons.
- Starbuck, W.H. (1983). Organizations and their environments. In M.D. Dannette (Ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology*. New York: Wiley.
- United States (1963). P.L. 96 "Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Act", 77 Stat. at Large, 282, pp. 88-164.

- (1965). P.L. 89-105, "Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Act, Amendment, 1965", 79 *Stat. at Large*, p. 428.
- Whiteford H, Thompson, I & Casey, D. (2000) The Australian Mental Health System. *International Journal of Law and Psychiatry*.23, 403-417.
- Wildavsky, A. (1973). If Planning is everything, maybe it's nothing. *Policy Sciences* 4, 127-153.