

האוניברסיטה העברית בירושלים
בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל

המשכיות של פרויקטים: שיתוף ציבור במדיניות בריאות בישראל

עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית
בהדרכת ד"ר גלית כהן-בלנקשטיין

מוגשת על ידי: נועה אקר-עמרני
ת"ז: 036288256

28 בדצמבר 2008
א' בטבת התשס"ט

שלמי תודה

אני רוצה להודות למנחה שלי, ד"ר גלית כהן-בלנקשטיין שדירבנה אותי להתקדם, שכיוונה אותי בשאלותיה ושהדריכה אותי כשנתקלתי בבעיות ובקשיים.

תודה גדולה שלוחה למרואיינים שהקדישו מזמנם היקר וחלקו עימי את תובנותיהם לגבי פרויקטים בהם השתתפו. אני מודה לעמיתי במכון ברוקדייל שעודדו אותי ללמוד את הנושא. תודה גם למכון ראות, מקום העבודה הנוכחי שלי, שנתן לי חופשת לימודים נדיבה ושבמסגרת העבודה בו נחשפתי לגורמים שמאפיינים פרויקטים מצליחים ומתמשכים.

אחרונים חביבים – תודה למשפחתי האהובה שתמיד ליוותה אותי ועזרה, תמכה, דחפה והמריצה. ולרם, שבלעדי האהבה והתמיכה שלו (הכביסות, הבישולים והקניות) לא הייתי מגיעה למעמד זה.

תוכן העניינים

1	מבוא	1
4	סקירת ספרות	2
4	2.1 המשכיות של פרויקטים קהילתיים	2.1
5	2.1.1 משתנים הקשורים לתכנון וליישום הפרויקט	2.1.1
6	2.1.2 משתנים הקשורים למבנה הארגוני	2.1.2
8	2.1.3 משתנים הקשורים לסביבה הקהילתית	2.1.3
8	2.2 שיתוף ציבור בפרויקטים קהילתיים	2.2
10	2.2.1 סוגיות מרכזיות בביקורת המתודה של שיתוף ציבור	2.2.1
12	2.2.2 שיתוף ציבור בעיצוב מדיניות בריאות	2.2.2
13	2.3 מן הכלל אל הפרט: פרויקטים של שיתוף ציבור בתחום הבריאות בישראל	2.3
13	2.3.1 פרויקט רשת ערים בריאות	2.3.1
15	2.3.2 סקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות	2.3.2
16	2.3.3 פרלמנט הבריאות	2.3.3
17	2.3.4 המשכיות פרויקטים של שיתוף ציבור במדיניות בריאות בישראל	2.3.4
19	3. מבנה דעת והשערות	3
19	3.1 שאלת המחקר	3.1
19	3.2 השערות המחקר	3.2
23	4. מערך המחקר	4
23	4.1 סוג המחקר	4.1
23	4.2 אופן איסוף הנתונים	4.2
24	4.3 אוכלוסיית המחקר	4.3
25	4.4 ניתוח הממצאים	4.4
25	4.5 סטנדרטים של איכות במחקר ומגבלות המחקר	4.5
27	5. הצגת הממצאים	5
27	5.1 פרויקט רשת ערים בריאות	5.1
30	5.2 סקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות	5.2
33	5.3 פרויקט פרלמנט הבריאות	5.3
41	6. דיון	6
41	6.1 הלימה עם המטרות, הערכים והפעולות של הארגון	6.1
41	6.1.1 הלימה בין מטרות הפרויקט למטרות ולערכים של הארגון המפעיל	6.1.1
41	6.1.2 הלימה בין צרכי הפרויקט לפעולות ולמשאבים של הארגון	6.1.2
42	6.2 ההתנהלות בקואליציה	6.2
42	6.2.1 עוצמה ארגונית	6.2.1
43	6.2.2 ישוב מחלוקות	6.2.2
43	6.2.3 וולנטריות ורשתיות	6.2.3
44	6.3 אם אין לי מי לי: תרומתו של יזם המדיניות	6.3
45	6.4 מי שטורח בערב שבת, אוכל בשבת	6.4
45	6.4.1 גיבוש חזון משותף	6.4.1
46	6.4.2 מימון	6.4.2
46	6.4.3 פרסום	6.4.3
47	6.4.4 הכשרת צוות	6.4.4
47	6.4.5 השארת האופציות פתוחות	6.4.5

47	6.5 מורכבות ועומק שיתוף הציבור
49	6.6 תועלת נתפשת של הפרויקט
49	6.6.1 הוכחת מועילות הפרויקט
50	6.6.2 תגובתיות
51	7. סיכום
54	8. רשימת מקורות
58	9. נספחים
58	9.1 נספח א' – שאלון
60	9.2 נספח ב' – תמלילי הראיונות
	9.2.1 ראיון עם ד"ר מילכה דונחין
	9.2.2 ראיון עם גבי ענת שמש
	9.2.3 ראיון עם גבי מלכה שמעוני
	9.2.4 ראיון עם מר גבי בן נון
	9.2.5 ראיון עם ד"ר ברוך רוזן
	9.2.6 ראיון עם פרופ' רויטל גרוס
	9.2.7 ראיון עם ד"ר כרמל שלו
	9.2.8 ראיון עם ד"ר נורית גוטמן
	9.2.9 ראיון עם מר רונן גופר

תרשימים

20	תרשים 1: מודל קונצפטואלי
40	תרשים 2: מאפיינים עיקריים של מקרי הבוחן

1. מבוא

הרעיון לעבודה התבשל כשעבדתי כעוזרת מחקר במכון ברוקדייל. במהלך עבודתי במכון נחשפתי לפרויקט 'פרלמנט הבריאות'. פרלמנט הבריאות היה מיזם לשיתוף ציבור שנערך בשיתוף משרד הבריאות, במסגרתו נתבקשו נציגי ציבור לחוות דעתם על סוגיות מרכזיות במדיניות הבריאות בישראל. הפרויקט זכה לשבחים מהמשתתפים ומאנשי משרד הבריאות בזכות הדיונים המעמיקים של המשתתפים ובזכות דו-השיח שהתפתח בין הציבור לאנשי מערכת הבריאות.¹ ובכן, שאלתי את עצמי, אם הוא היה כל כך טוב, מדוע הוא לא המשיך? עבודה זו, שבדקה את פרלמנט הבריאות ופרויקטים נוספים, אמורה לתת תשובה התחלתית לשאלה: **אילו משתנים משפיעים על המשכיותם של פרויקטים של שיתוף ציבור?**

'המשכיות' בהקשר של עבודה זו היא קיום מתמשך לאורך זמן של פעולות הקשורות לפרויקט או קיום פרויקט, שאינו רציף מטבעו לאורך זמן, מספר פעמים במרווחים קבועים. סוגיית המשכיות היא רלוונטית, מן הסתם, רק כאשר הפרויקט עצמו הוא נחוץ ומועיל. אלמלא כן, מוטב לסיים את הפרויקט או לשנותו. הספרות בתחום קובעת כי המשכיות איננה תוצר לוואי של תהליך יישום מוצלח אלא תוצר של משתנים רבים ביניהם הכנה מדוקדקת, השגת משאבים ותמיכה ארגונית, מנהיגות ויכולת תגובה לנסיבות משתנות. לפיכך, יש לבחון המשכיות של פרויקט כשלב העומד בפני עצמו בתהליך עיצוב ויישום המדיניות.

ביקשתי לבחון את סוגיית המשכיות בפרויקטים של שיתוף ציבור בהם סוגיה זו מאתגרת במיוחד. 'שיתוף ציבור' הוא שיטה לעיצוב מדיניות המבוססת על טכניקות מגוונות שבאמצעותן עוברים מידע, ערכים וסדרי עדיפויות מהציבור הרחב לקובעי המדיניות ולהיפך. שיטה זו אמורה להפוך את המדיניות המעוצבת לשיקוף נאמן של רצון הציבור, צרכיו והעדפותיו.

למה זה חשוב? שאלת המשכיות היא חשובה ביותר לפרטים ולגופים המשקיעים ביצירת פרויקטים חדשים. כל עוד תופעת המחסור היא המאפיין המרכזי של הקיום האנושי, נצטרך להחליט על סדרי עדיפויות בהקצאת משאבים. פיתוח יוזמה חדשה, העלאתה לסדר היום המוסדי, גיבוש תמיכה של בעלי עניין והוצאתה אל הפועל דורשים השקעה ראשונית רבה. פרויקטים מועילים בעלי תוחלת חיים ארוכה יניבו תשואה רבה יותר להשקעה הראשונית בהקמתם.

לכן, יזמים חברתיים, המעוניינים לזכות במימון או בתמיכה פוליטית וציבורית, נדרשים כיום להוכיח כי לפרויקט שלהם יש סיכוי להשיג את מטרותיו שוב ושוב. סוגיה זו חשובה לכל פרויקט שהוא – מהשקעה בפתחת עסק ועד פיתוח תכנית לימודים – אולם יש לה חשיבות רבה במיוחד כאשר היוזמה היא ציבורית וממומנת מכספי הציבור, וכאשר עוסקים בפרויקט רגיש ועדין של שיתוף ציבור, המערב אנשים רבים שנותנים אמון ותולים ציפיות בגורם המארגן.

המגמה לשתף את הציבור בתהליכי קבלת החלטות והקריאה בספרות להוסיף ולהעמיק אותה יוצרת קושי בפני ארגונים המעוניינים להבטיח את המשכיות פעילויותיהם. זאת, משום שלציבור עצמו עשויה להיות השפעה רבה על המשכיות של פרויקט, שאינה בשליטת המוסדות המפעילים אותו. המתח בין הרצון לשתף את

¹ כך למשל כותבים רועי בן משה, ראש תחום תמחור באגף לתקצוב ולתמחור במשרד הבריאות, וד"ר ארנה טל, מנהלת האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות: "השתתפותנו בפרלמנט חשפה אותנו לשיח ציבורי ברמה גבוהה בסוגיות העוסקות בבריאות ובמדיניות בריאות. [...] דו שיח מרתק התנהל בין המשתתפים ובין יועצי התוכן, שתרם להפריה הדדית בגיבוש המסקנות וההמלצות". פרלמנט הבריאות – עמדות והמלצות. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות והמרכז לחינוך קהילתי ע"ש חיים ציפורי, 2003. עמ' 77.

הציבור לבין הדאגה להמשך קיום הפרויקט מעלה את חשיבות התהייה על קנקנם של המשתנים המשפיעים על המשכיות פרויקטים של שיתוף ציבור.

חרף חשיבות הנושא לכל יזם של מדיניות ציבורית, ניכר כי הספרות העוסקת בנושא בכלל ובישראל בפרט, מצומצמת למדי (Pluye et al., 2004; Mancini & Marek, 2004; St. Leger, 2005). על כן, יש להרחיב את הבנתנו אודות האופן בו משתנים מסוימים תורמים להמשכיות של פרויקטים.

על מבנה המחקר בקצה המזלג. את שאלת המחקר בדקתי באמצעות חקרי-מקרה של שלושה פרויקטים לשיתוף ציבור בתחום הבריאות בישראל: פרויקט 'פרלמנט הבריאות', פרויקט 'רשת ערים בריאות' וסקר 'דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות'. חקרי המקרה התבססו על שורה של ראיונות עומק עם אנשים שמילאו תפקידי מפתח בפרויקטים ושייצגו מגוון נקודות מבט אודות כל פרויקט.

בבחירת המשתנים הבלתי-תלויים צמצמתי את מוקד העבודה לעיסוק בגופים המפעילים את הפרויקטים ולא בחרתי במשתנים העוסקים בציבור המשתתפים. ההתמקדות נבעה מהיכולת להשפיע השפעה מכוונת וממוקדת על משתנים מוסדיים. יכולת זו הופכת את ממצאי העבודה לבעלי עניין ליזמי מדיניות. כמו כן, אילוצים טכניים הגבילו את יכולתי לבדוק את ציבור המשתתפים.

ממצאים. על אף הקושי להגיע למסקנות כוללות על סמך חקרי-מקרה מצאתי כי רבים מהמשתנים שהופיעו בספרות כתורמים להמשכיות אכן עלו כחשובים גם במקרים שבדקתי. כך לדוגמה, נוכחות יזם מדיניות שיש לו בעלות על הפרויקט ושדואג לקדם אותו, עלתה כמשתנה מרכזי שתורם להמשכיות. ממצאי המחקר איששו משתנים נוספים כמו: הוכחת מועילות הפרויקט בפני בעלי העניין ויכולתו להגיב לנסיבות משתנות תרמה לשימור התמיכה שלהם בקיומו; הלימה בין מטרות הפרויקט למטרות ולערכים של הארגון המפעיל תרמה למחויבות של הצוות לקיום הפרויקט; והסכמה על מטרות ועל חלוקת תחומי אחריות בין שותפים בקואליציה תרמה למיעוט מחלוקות ולהתנהלות "חלקה" של הפרויקט.

בד בבד, חלק מהמשתנים התגלו כלא משמעותיים במקרים שבדקתי. כך, נראה כי הכנת תכנית פורמלית להמשכיות איננה הכרח המציאות אם בפועל ננקטים צעדים להבטחת המשכיות כמו: הבטחת מימון, גיבוש חזון משותף ופרסום הישגים. בנוסף, לא עלתה מסקנה חד-משמעית באשר לצורך בידע או בניסיון קודם בתחום. מסקנה זו מעודדת, כיון שהיא מותירה פתח לצמיחתם של יוזמות ופרויקטים במסגרות חדשות שנעדרות ניסיון קודם.

חלק מהממצאים היו מפתיעים, במובן זה שהם עלו באופן אינדוקטיבי מחקרי המקרה ולא נשענו על תיאוריה מוקדמת. ממצאים אלה הם: התמקדות במטרה המשותפת וויתור על האגו מבטיחים את הפעולה של הארגון המשתף כגוף לכיד ומכוון מטרה לאורך זמן; פתיחת הארגון המשתף למשתתפים וולונטריים המעוניינים להשפיע על הפרויקט מבטיחה מחויבות גבוהה של השחקנים למטרה שמקדם הפרויקט; טוויט רשת של קשרים עם בעלי עניין פוטנציאליים ועם בעלי ידע או ניסיון רלוונטי תורמת להחלפת מידע אודות בעיות, צרכים ופתרונות. רשת זו יוצרת מעטפת של תמיכה בפרויקט; ופישוט תהליך שיתוף הציבור מקל על הארגון המשתף ומעלה את הסיכויים להמשכיות הפרויקט.

מבנה העבודה. פרק 2 סוקר את הספרות בתחום המשכיות ובתחום שיתוף הציבור. בפרק השלישי מוצגות שאלת המחקר, השערות המחקר והמודל הקונצפטואלי. הפרק הרביעי מפרט את מערך המחקר. הפרק

החמישי הוא הצגה נראטיבית של שלושת הפרויקטים שבחנתי. בפרק השישי נערך דיון אינטגרטיבי של הממצאים ביחס להשערות ולתיאוריה. הפרק השביעי מסכם את המסקנות העיקריות של העבודה.

2. סקירת ספרות

בפרק זה אבחן את הספרות העוסקת ב'המשכיות' ו'בישיות' ציבורי. אציג את הגדרות המושגים, את הסוגיות המרכזיות הנדונות בספרות ואת המשתנים הרלוונטיים לבדיקת שאלת המחקר.

2.1 המשכיות של פרויקטים קהילתיים

מחזור החיים של יוזמה ציבורית מתואר לעיתים קרובות כתהליך לינארי שמתחיל בהעלאת סוגיה לסדר היום, ממשיך בתהליך קבלת החלטות ומסתיים בשלב היישום. תיאור זה הוביל לתפיסה לפיה התמשכות של יוזמה היא תוצר לוואי של יישום מוצלח (Harvey & Hurworth, 2006). לפי יין (1981), תפיסה זו אינה מציגה תמונה שלמה של חדשנות ארגונית וחברתית כיון שהיא מתעלמת מתהליכי המיסוד המכוונים שמתרחשים אחרי היישום. תהליך המיסוד (institutionalization) הופך יוזמות חדשניות לחלק מהתהליכים השגורים בארגון עד כי אלה אינן נתפשות כחידוש.

מחקרים חדשים (Harvey & Hurworth, 2006; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Pluye et al., 2004) טוענים כי תהליך הבטחת המשכיות של יוזמה מתרחש במקביל לשלב היישום שלה ולא אחריו. פעולות שנעשות בשלב היישום משפיעות על הבטחת המשכיות ופעולות שנעשות לשם הבטחת המשכיות תורמות ליישום מוצלח, כלומר יש השפעה הדדית בין שני השלבים. לפיכך, לשיטתם, לא רק שיש לפעול בצורה מודעת להבטחת המשכיות, אלא גם יש לעשות זאת החל משלב תכנון הפרויקט. אותם מחקרים מתנערים מהמונח 'מיסוד' משום שאין הוא אוצר בתוכו את ההיבטים של דינמיות, התאמה ושינוי לאורך זמן ועל כן הם מעדיפים את המונח 'המשכיות' (Sustainability).

התפיסות השונות לגבי התופעה הניבו שפע של מונחים כגון sustainability, institutionalization, maintenance, durability, continuation (Scheirer, 2005; Goodman et al. 1993). מונחים אלה מייצגים גם תפיסות שונות: בעוד סטקלר וגודמן (בתוך Shediac-Rizkallah & Bone, 1998) סבורים כי מיסוד פירושו חיוניות ארוכת טווח של תכנית חדשה והטמעתה בפעילות הארגון, מנצ'יני ומארק (2004) מגדירים המשכיות כתועלת מתמשכת של פרויקט ללא קשר להמשכיות של פעילות מסוימת. ההגדרה של המשכיות עשויה, אם כן, להתייחס לדברים שונים.

שדיאק-ריזקאללה ובון (1998) זיהו שלוש משמעויות עיקריות אליהן מתייחסות הגדרות של המשכיות. המשמעות הראשונה מתייחסת להמשכיות של התועלות ארוכות הטווח העולות מן הפרויקט, גם לאחר סיומו. דוגמה לכך היא התועלת הנמשכת של מבצע החיסון העולמי נגד אבעבועות שחורות, הנובעת מהכחדת המחלה. המשמעות השניה היא המשכיות של פעולות הפרויקט עצמן במסגרת הארגון היוזם. המשמעות השלישית מתייחסת להמשכיות במובן של הטמעת יכולות כמו העלאת מודעות, נגישות למידע או יכולת ליישב מחלוקות בקרב הקהילה המשתתפת בפרויקט. כך למשל, הקמפיין נגד קטיפת פרחי בר העלה את הסוגיה למודעות הציבור הרחב ותרם לשינוי התנהגותי שנמשך זמן רב גם לאחר תום הקמפיין. במסגרת עבודה זו אתייחס למושג המשכיות במובן של התמשכות פעולות רציפות של הפרויקט לאורך זמן או של חזרה מרובה על הפרויקט במרווחי זמן קבועים.

מדוע בכלל המשכיותם של פרויקטים חשובה? ברי כי יש פרויקטים שזניחתם מבורכת כיון שהם לא הביאו תועלת או שנמצאו דרכים טובות ויעילות יותר להשגת אותן מטרות (St. Leger, 2005). השאלה אם פרויקטים שאינם מועילים דיים אכן נזנחים היא שאלה חשובה והסיבות התורמות להנחתם של מוסדות ופרויקטים שאבד עליהם הכלח ראויות למחקר בפני עצמן. אולם, כאשר פרויקטים מועילים יש חשיבות רבה להמשכיותם. זאת, בשל מספר סיבות (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998):

1. המשכיות חשובה כאשר מטרת הפרויקט עדיין לא הושגה או כאשר הבעיה שהפרויקט נועד לפתור עלולה לצוץ בשנית עם הפסקתו. למשל, הפסקת מסע הסברה בנוגע לדרכי ההידבקות באידס ואמצעי המניעה המתאימים עלולה לגרום להעלאת שיעורי ההידבקות בקרב צעירים שלא נחשפו למידע.

2. המשכיות חשובה על מנת למצות את מלוא הפירות של הפרויקט, במיוחד לאור ההשקעה ההתחלתית הגדולה ביצירת תוכנית יש מאין. הפסקת פרויקט מועיל באיבו משמעותה אובדן של השקעה רבה מצד הארגון והאנשים המעורבים בעיקר לאור הקושי של העלאת סוגיה לסדר היום המוסדי והבאתה לכדי יישום.

3. המשכיות חשובה ללימוד התוצאות ארוכות הטווח של הפרויקט, להפקת לקחים ולשיפורו.

4. המשכיות חשובה כיון שהפסקה חטופה של פרויקט מועיל עלולה ליצור אכזבה ותסכול בקרב קהילת היעד ולחבל בסיכוייהם של פרויקטים עתידיים לזכות בתמיכה קהילתית.

תועלות מרובות אלו מעודדות יזמים חברתיים לפעול למען הבטחת המשכיות היוזמות שלהם. זאת ועוד, בעידן של צמצום משאבים ועלייה בציפיות, הממשלה וקרנות פילנתרופיות דורשות מיזמים להוכיח כי ביכולתם לבנות בסיס יציב שיאפשר תמיכה ארוכת טווח בפרויקט, גם לאחר תום תקופת המימון, על מנת להבטיח את התשואה המירבית לכספן (Goodman et al. 1993, The Finance Project, 2002; Swerissen & Crisp, 2004).

העדר קונצנזוס סביב פירושה של 'המשכיות', והיותה משתנה רציף ולא דיכוטומי תרמו להעדר סטנדרטים אחידים ומקובלים למדידה של המשכיות: מה יש לשמר? כיצד להבטיח המשכיות, ובאיזו מידה? מי אחראי להבטחת המשכיות? מהי מסגרת הזמן המתאימה לבחינה אם אכן מתקיימת המשכיות? (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). כמו כן, בשל החפיפה בין שלב המשכיות לשלב היישום קשה לעיתים להבחין בין משתנים המשפיעים רק על היישום, למשתנים המשפיעים רק על המשכיות ולמשתנים המשפיעים על שניהם (Pluye et al., 2004). שדיאק-ריזקאללה ובון (1998) הציעו מסגרת מושגית, הכוללת שלוש קבוצות של משתנים העשויים להשפיע על רמת המשכיות. בהשראת מסגרת-על זו אציג את המשתנים המרכזיים המופיעים בספרות.

2.1.1 משתנים הקשורים לתכנון וליישום הפרויקט

חזון. החזון הוא הבסיס המשותף לפעילות, וגיבושו הוא הצעד הראשון בדרך להשגתו. החזון אמור להציב יעד מושך שעונה על הצרכים של הקהילה או של בעלי עניין אחרים, ולהבהיר מהן המטרות שנגזרות ממנו וכיצד להשיגן. גיבוש חזון תוך שיתוף כלל בעלי העניין המעורבים, מלכד את כל בעלי העניין סביבו ומבטיח את

התגייסותם גם בעתות משבר. בעזרת החזון ניתן לשכנע עוד שותפים פוטנציאליים להצטרף ולקחת חלק בקידומו, לבסס את התמיכה הקיימת בו ולגייס משאבים והשפעה פוליטית. (The Finance Project, 2002; Baum et al. 2006).

מועילות התוכנית. תנאי סף להבטחת המשכיות הפרויקט הוא הוכחה של מועילותו. כלומר, הוכחה שהפרויקט אכן משיג את המטרות שהתכוון להשיג, שהוא פועל ביעילות ושקיים עדיין צורך להמשיך אותו. הוכחת מועילות הפרויקט תעשה על ידי מדידה של תוצאות ותפוקות של הפרויקט כנגד היעדים שהוצבו ושיפור הפרויקט בהתאם למחקרי הערכה. הוכחת המועילות תושג גם באמצעות הפצת מידע אודות הפרויקט וחשיפתו באמצעי התקשורת. הערכות ראשוניות אודות מועילות הפרויקט עשויות לסייע במינוף הישגיו ובביסוס תמיכה וזרימת משאבים לאורך זמן. באופן זה, הוכחת מועילות הפרויקט תורמת להמשכיות. (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; The Finance Project, 2002; Mancini & Marek, 2004).

מימון. להשגת מימון לאורך זמן יש השפעה קריטית על סיכויי המשכיות של פרויקט (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998). תהליך הבטחת מימון לאורך זמן פירושו זיהוי צרכים תוך הבחנה בין הטווח הקצר לטווח הארוך, מיפוי המשאבים הדרושים ואיתור מגוון מקורות להשגתם. הבטחת מימון לאורך זמן כוללת הן מקסום המשאבים הקיימים כולל משאבים שווי-כסף (כמו מתנדבים, מקום כינוס או ציוד) והן פיתוח ערוצי מימון חדשים. מימון לטווח ארוך המסתמך על גורמי מימון שונים כמו ממשלה, קרנות, קהילה ומשתתפי הפרויקט יהיה חסין יותר בפני תנודות הנובעות מאילוצים תקציביים שפוקדים חלק מהגופים המממנים (The Finance Project, 2002; Mancini & Marek, 2004).

הכשרה. פרויקטים הכוללים מרכיבים של הכשרה הם בעלי סיכוי גבוה יותר להמשכיות יחסית לפרויקטים שאינם כוללים הכשרה. ראשית, הכשרת הצוות יוצרת בו מחויבות כלפי הפרויקט ורתימה של הארגון לקידומו. בעלי ההכשרה עשויים גם להוות קבוצת לחץ התומכת בהמשכיות הפרויקט. שנית, הכשרת הצוות תורמת לשיפור הכישורים והיכולות בארגון ולאיכות בה נעשה הפרויקט. התמקצעות הצוות מגדילה את הסיכוי להצלחת הפרויקט (Mancini & Marek, 2004). בנוסף, אלה שקיבלו הכשרה יכולים להמשיך להועיל לאחרים ולהכשירם. כך, הם פועלים לשימור התועלות העולות מן הפרויקט גם אם הוא הסתיים באופן רשמי. (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998).

גיבוש תכנית להמשכיות. הארווי והוורוורת' (2006) מראים כי חשיבה מוקדמת על המשכיות כבר בשלב תכנון הפרויקט תורמת להשגתה בפועל. תכנית מסודרת להמשכיות תאפשר לכל בעלי העניין בפרויקט להבין לאן הם רוצים להגיע וכיצד יעשו זאת (The Finance Project, 2002). תכנית מעין זו כוללת מרכיבים רלוונטיים דוגמת מימון, רתימת שותפים, גיבוש החזון והבטחת תמיכה של בעלי עניין. התכנית צריכה לפרט את המכשולים בהם הפרויקט צפוי להיתקל וכיצד הוא יתמודד איתם. תכנית כזו מאופיינת מטבעה ארוך הטווח בדינמיות ובהתאמה מתמדת לתנאים משתנים.

2.1.2 משתנים הקשורים למבנה הארגוני

עוצמה ארגונית. בוסרט מגדיר עוצמה ארגונית כארגון לכיד, שמקדם מטרות התואמות את מטרת הפרויקט, בעל מנהיגות חזקה ובעל יכולות מקצועיות גבוהות. במחקר שהוא ערך נמצא קשר חיובי בין עוצמה ארגונית

להמשכיות (Bossert in Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). שדיאק-ריזקאללה ובון (1998) מוסיפים כי ארגונים יציבים ובוגרים היו בעלי יכולת לתת תמיכה מקצועית וגיבוי לפרויקטים חדשים. התגייסות המנגנון המקצועי של הארגון מבטיחה שמירה על רמה מקצועית נאותה ועל קיום פרויקט איכותי ובכך תורמת להמשכיותו (The Finance Project, 2002).

אינטגרציה עם מטרות ופעילויות קיימים. סיכויי ההמשכיות של פרויקטים העומדים בפני עצמם פחותים מסיכויי המשכיותם של פרויקטים המשולבים היטב בפרקטיקות הרגילות ובמערכות השגורות בארגון. מידת ההטמעה של הפרויקט בארגון תלויה בהתאמה של הפרויקט החדש למטרות שמקדם הארגון ולפעילויותיו (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). דונחין ואח' מוסיפים כי ניסיון קודם של הארגון עם עולם התוכן (כמו קידום בריאות) או עם שיטות הפעולה (דוגמת שיתוף ציבור) של הפרויקט תורם להמשכיותו ולהצלחתו (Donchin et al, 2006).

מנהיגות. המשכיות הפרויקט תלויה ביצירת רצון טוב להמשיכו. רצון זה יושג על ידי אינדיווידואלים בעלי השפעה אשר מחויבים לחזון של הפרויקט ומוכנים להשתמש בעקביות ובהתמדה בכח ובמוניטין שלהם כדי ליצר תמיכה והסטה של המשאבים הקהילתיים לטובתו. אנשים אלה מצויים לרוב בתפקיד ניהולי בארגון והם בעלי יכולת להגיע לפשרות ולהבנות הנדרשות ליצירת תמיכה בפרויקט. הימצאותם לאורך זמן תתרום להמשכיותו של פרויקט (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; The Finance Project, 2002; Baum et al, 1973; Mancini & Marek, 2004; Pressman & Wildavsky, 1973).

מנהיגי פרויקטים הם האנשים אותם מכנה קינגדון 'יזמי מדיניות' (Kingdon, 1995). אנשים אלה יכולים להגיע מתוך המנהל הציבורי, מהפוליטיקה, מארגונים חברתיים או מהאקדמיה והם פועלים כדי לקדם מדיניות ההולמת את השקפת עולמם. לאנשים אלה יש כשרון לזהות פתיחה של חלון הזדמנויות, במהלכו נפגשים זרמי הבעיות, הפוליטיקה והמדיניות, להעלות לסדר היום את הפתרון אותו גיבשו מבעוד מועד ולהביא ליישומו. לפי קינגדון, יזמי המדיניות מאופיינים בהתמדה, בתביעה לגיטימית שיקשיבו להם מתוקף הניסיון הרב שלהם או מתוקף העמדה בה הם אוחזים ובקשרים פוליטיים או יכולת מוכחת לנהל משא ומתן.

שיתוף פעולה אפקטיבי. פרויקטים קהילתיים, שמתמודדים עם בעיות מורכבות ורב-תחומיות, כרוכים במקרים רבים בפעולה בקואליציה. סבטייר מצייר תמונה אידילית של קואליציה אשר מתאחדת סביב ערכים, אמונות ליבה ועקרונות מדיניות משותפים (Sabatier, 2007). הקואליציה מתאפיינת לדידו בחזון משותף, באמון גבוה ובנכונות לחלוק משאבים. פעולה בקואליציה מאפשרת גם מיצוי של היכולות והיתרונות היחסיים של כל אחד מהשותפים (כך, 2006). עם זאת, פעולה במסגרת קואליציה מעוררת קשיים כיון שיצירת שיתוף פעולה בין ארגונים כרוכה ב"גישור בין מגוון של ערכים ואינטרסים" (Schopler בתוך כך, 2006). על כן, הקמה של קואליציה יציבה ומוצלחת תלויה בקיום מספר תנאים מרכזיים: זיהוי בעלי העניין הרלוונטיים, גיבוש חזון משותף, הבהרת דרכי העבודה, קביעת אופן קבלת החלטות וחלוקה ברורה של תחומי אחריות (Mancini & Marek, 2004).

ווילדבסקי ופרסמן (1973) גורסים שגם כאשר עיצוב הפרויקט הוסכם על דעת כל השותפים, עלולה הקואליציה להתגלות כמכילה גופים בעלי השקפות ואינטרסים שונים או כמקדמת מספר מטרות במקביל. השונות בין הארגונים עלולה לגרום למחלוקות שיתעוררו רק בשלבים מתקדמים של הפרויקט וישפיעו הן על

אפקטיביות ההסכמות שהושגו בעת הקמת הפרויקט והן על המשכיותו (כץ, 2006). ווילדבסקי ופרסמן מונים שבע סיבות לעיכוב פרויקט או להפסקתו גם כאשר השותפים מסכימים על מטרת-העל. בינהן הם כוללים העדפה לקידום פרויקטים אחרים, משימות אחרות דוחקות של כל ארגון וארגון, חוסר סמכות וכח לקדם את הפרויקט, חוסר תחושת דחיפות או אי הסכמה בנוגע לאופן היישום.

2.1.3 משתנים הקשורים לסביבה הקהילתית

תגובתיות. היכולת של פרויקט להתאים את עצמו לצרכים ולנסיבות מקומיים ולסדרי עדיפויות משתנים של הקהילה או של בעלי העניין היא תנאי חיוני (Mancini & Marek, 2004). פרויקט דינמי שמגיב לצרכים משתנים מבטיח מתן מענה רלוונטי לקהל היעד ומצדיק את המשך קיומו. תכניות מתמשכות הן תכניות גמישות שהשכילו לנצל הזדמנויות, לצפות קשיים ולהיערך לקראתם (The Finance Project, 2002).

השתתפות קהילתית. הספרות מצביעה על קשר חיובי בין השתתפות הציבור בתכנון וביישום הפרויקט לבין המשכיותו. מחקרים ספורים לא מצאו קשר כזה פרט להשתתפות במימון התכנית. המנגנונים שבאמצעותם ההשתתפות הקהילתית מגבירה המשכיות הם השתתפות שמחוללת שינוי בהתנהגות סיכון ומייצרת תועלת מתמשכת וכן מעורבות רגשית שתורמת לתחושת בעלות על הפרויקט ולרצון לשמר את מסגרת הפעולה שלו (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Baum et al. 2006; The Finance Project, 2002). יש לזכור, כי השתתפות קהילתית מותנית בהימצאותם של משאבים מינימליים דוגמת ידיעת קרוא וכתוב, נגישות לתחבורה או השגחה על ילדים. בקהילות חלשות, בהן בעיות נוספות מתחרות על המשאבים המצומצמים, יהיה קושי לקיים פרויקט לאורך זמן.

תמיכת בעלי עניין במעטפת החיצונית. תמיכה של בעלי עניין כמו פוליטיקאים, אנשי אקדמיה או ארגונים בעלי זיקה לפרויקט תורמת להמשכיותו (Scheirer, 2005; Baum et al. 2006). כך למשל, דונחין ואח' מצאו כי המשתנה המנבא בצורה הטובה ביותר הצלחה של תכנית לקידום בריאות היא מחויבות פוליטית של מקבלי ההחלטות. עוד הם זיהו כי היעדר מחויבות תרם לחוסר המשכיות ולהפסקת התכנית (Donchin et al, 2006). בעלי העניין במעטפת החיצונית, שיש להם מוניטין והשפעה ציבורית, עשויים לתרום לשינוי סדרי עדיפויות, להסטת משאבים לטובת הפרויקט, להגברת הנראות הציבורית של הפרויקט ולגיוס דעת הקהל. בכך, הם מגדילים את הסיכויים שהפרויקט ימשך (The Finance Project, 2002).

סקירת-על של 19 מחקרי הערכת המשכיות של תוכניות בתחום הבריאות (Scheirer, 2005) העלתה כי המשתנים שנמצאו בעלי החשיבות וההשפעה הרבים ביותר היו: תגובתיות - המידה בה התכנית מסוגלת להשתנות לאורך הזמן בהתאם לנסיבות; מנהיגות - קיומו של מנהיג, המוביל את הפרויקט; התאמה של הפרויקט למטרות הארגון המפעיל ולפרוצדורות הנהוגות בו; קיומה של תועלת נתפשת בקרב הצוות ומשתתפי הפרויקט (גם אם זו אינה תועלת אובייקטיבית שנמדדה במחקר); ותמיכה של בעלי עניין בקהילה הסובבת.

2.2 שיתוף ציבור בפרויקטים קהילתיים

המושג 'שיתוף ציבור' נתון בדיון ובפרשנות מתמשכים. לא פלא שישנן בספרות הגדרות שונות לשיתוף ציבור אשר שמות דגש על היבטים שונים שלו. להלן מספר הגדרות לדוגמה:

1. Citizen participation is a categorical term for citizen power (Arenstein, 1969, p. 216)

2. שיתוף, בשונה מצורות אחרות של השתתפות פוליטית, הוא פעולה 'מלמעלה'. תכליתו לטפח אפיקי נגישות אל מקבלי החלטות וליצור פורום לדיון פומבי אשר יאפשר ליחידים לבטא השקפות ואינטרסים ולהשתתף בקביעת מדיניות (וקסמן ובלאנדר, 2002, עמ' 6)

3. A process by which individuals voluntarily take part in either formal or informal activities, programmes or discussions to bring about a planned change or improvement in community life, services or resources (Bracht in Chinitz, 2000, p. 91)

4. Public Participation encompasses a group of procedures designed to consult, involve and inform the public to allow those affected by a decision to have an input into that decision (Smith in Rowe & Frewer, 2000, p. 6)

בעוד שתי ההגדרות הראשונות מבליטות את שאלת יחסי הכוחות בין מארגני השיתוף לבין המשתתפים (ויש המתייחסים גם לסוגיית יחסי הכוחות בין המשתתפים לבין עצמם ובין המשתתפים לבין המודרים), שתי האחרונות מדגישות את המגוון הרב של הפרוצדורות שנכללות תחת הכותרת שיתוף ציבור. ההגדרה השלישית מציינת את האופי ההתנדבותי של שיתוף ציבור ואת התרומה לשיפור איכות החיים של המשתתפים ואילו הגדרות שתיים וארבע מתייחסות למעורבות של פרטים בקביעת מדיניות.

חקר מקרה שערכו וובר, טולר וקרומר (2001) ממחיש את חוסר הבהירות של ההגדרה של שיתוף ציבור. החוקרים זיהו חמישה סוגי שיח שונים באשר ל'שיתוף ציבור טוב' בקרב המשתתפים בפרויקט שיתוף ציבור בנושא מדיניות הייעור בניו-אינגלנד: חלק סברו כי חשיבות התהליך נעוצה בהיותו תהליך לגיטימי, חלק גרסו כי מהות התהליך היא חיפוש אחר ערכים משותפים, אחרים חשבו כי עצם העניין הוא מימוש ערכים דמוקרטיים של הוגנות ושוויון ואילו אחדים התייחסו לשוויון בעוצמה כמהות המרכזית של התהליך. לבסוף, היו אנשים שהדגישו את הצורך לעודד מנהיגות שתקבל החלטות. מחקר מקרה זה עולה שמשתתפים שונים באותו פרויקט עשויים להחזיק בעמדות שונות כלפי התהליך, מטרתו והתוצאות הרצויות שלו.

ישנן שיטות שונות לקיים שיתוף ציבור. אלה נעות מיידוע הציבור על מדיניות של הממשלה או של השלטון המקומי, עבור בסקרים, שימועים פומביים, ועדות מייעצות, חבר מושבעים אזרחי וכלה בשותפות ובהאצלת סמכויות שוות לקבלת החלטות (Arenstein, 1969, Beierle 1999). השיטות השונות ניתנות לסיווג על פי כיוון זרימת המידע (חד-סטרי / דו-סטרי מהממשלה לציבור או להיפך), על פי מידת האינטרקציה בין קבוצות בעלות אינטרסים מנוגדים (אינטרקציה אפסית בשיטה של סקר ואינטרקציה גבוהה בדיונים מלבנים), על פי סוג הייצוג (המשתתפים הם שליחים נבחרים ומייצגים של קבוצה או שהם מייצגים רק את עצמם ואת דעתם הפרטית), ועל פי התפקיד שנועד לציבור בתהליך קבלת ההחלטות (מידע, מיעץ או מחליט) (Beierle, 1999).

השיטות השונות נועדו לשרת מטרות שונות. בעיקרון, ניתן להבחין בספרות בשתי גישות-על: הגישה הראשונה רואה בשיתוף הציבור מטרה בפני עצמה והגישה השנייה רואה בשיתוף ציבור אמצעי להשגת מטרות אחרות (Abelson & Eyles, 2002; Cohen-Blankstein & Gadot-Perez, unpublished). הגישה הראשונה מציבה בראש מעייניה מטרות משנה הנוגעות לחינוך הציבור למודעות ציבורית ולמעורבות אזרחית דמוקרטית,

לפעולה למען האינטרס הכללי, להגברת ההון החברתי, להעצמה ולחיזוק תחושת המסוגלות הפוליטית. לעומת זאת, הגישה הרואה בשיתוף ציבור אמצעי להשגת מטרות אחרות מציבה לנגד עיניה מטרות כמו גיוס לגיטימציה ציבורית למדיניות הממשלה או הקטנת ההתנגדות אליה, מיצוי ידע מהציבור ושיפור תהליכי קבלת ההחלטות, שיפור היענות הממשלה לצרכים ולהעדפות שמביעים האזרחים ושיפור השירותים הממשלתיים.

הגישה הראשונה, הרואה לפנייה את התושב כאזרח מעורב, תשתמש בשיטות מלבנות (deliberative) שמבוססות על הקניית ידע בנושא הנדון, על דיון בין בעלי דעות שונות ועל הגעה להכרעה מושכלת תוך ראיית טובת הכלל (Murphy, 2005; Abelson et al., 2003; Guttman, 2007). לעומת זאת, הגישה השנייה, הרואה את התושב כצרכן שירותים, תיטה יותר להשתמש בשיטות כגון: פרסום מידע, סקרים ושימועים פומביים, המאפשרות זרימה של מידע, ערכים והעדפות בין הצרכנים למספקי השירותים ולהיפך (Beierle, 1999; Lowndes et al., 2001; וקסמן ובלאנדר, 2002).

ניתן להיווכח כי שיתוף ציבור זוכה לתמיכה גם מאלה הדוגלים באדם כאינדיווידואל המתפקד כצרכן בשוק והן מאלה הדוגלים באדם כפרט השייך לקהילה סולידרית, מעורבת ואכפתית. לא בכדי זכה שיתוף הציבור לפופולריות רבה מימין ומשמאל. סיבות נוספות להשתרשות שיתוף הציבור במדינות המערב מיוחסות לירידה בתפקוד הממשלה המרכזית (לאור הציפיות הגבוהות שנתלו בה לאחר מלחמת העולם השנייה), לצורך של הממשלה לקנות לגיטימציה למהלכיה, לחובת הממשלה להיות אחראית בפני הציבור (accountable) ובעלת היענות גבוהה לדרישותיו (responsive), לשחיקה באמון במוסדות שלטוניים, לחוסר עניין בפוליטיקה, לתחושת חוסר היכולת הפרט להשפיע על מהלכים פוליטיים ולחשש מפני התפוררות חברתית ואובדן ההון החברתי (וקסמן ובלאנדר, 2002; Abelson & Eyles, 2002; Rowe & Frewer, 2000; Abelson et al., 2003).

2.2.1 סוגיות מרכזיות בביקורת המתודה של שיתוף ציבור

תהליכי שיתוף ציבור עלולים לעורר בעיות וסוגיות שונות אשר זוכות לדיון נרחב בספרות. במסגרת זו אתייחס למקצת מאותן בעיות וסוגיות בקצרה. בעיה אחת נוגעת לציבור המשתתפים בתהליך השיתוף. ראשית, עולה השאלה מיהו הציבור? האם מדובר במשתמשים פוטנציאליים בשירות הנדון (תושבי שכונה מסוימת) או בכלל האזרחים משלמי המסים? שנית, מהו אופי הייצוג הרצוי - האם המשתתפים מייצגים רק את דעתם האישית (כבסקר) או שהם מייצגים קבוצה בעלת אינטרס מסוים? האם הם נציגים לגיטימיים של אותה קבוצה (למשל, האם אשה שמשתתפת בתהליך מהווה בהכרח נציגה לגיטימית של קבוצת הנשים בארץ)? שאלת הייצוג עולה ביתר שאת נוכח הנוהג לא לשלם למשתתפים עבור השתתפותם (למעט החזרי הוצאות). כתוצאה מכך נוצרת הטיה לטובת בעלי האמצעים, בעלי הפנאי ובעלי אינטרס חזק שנוטים להשתתף בתהליכי שיתוף ציבור לעומת אלו החסרים את היכולת והאמצעים להגיע ולהשתתף. הטיה זו עלולה לתרום לקידום אינטרס צר של קבוצה קטנה ולהגדלת פערים ולא לפעולה לטובת הכלל (Thomson et al. 2005; Lenaghan, 1999; Irvin & Stansbury, 2004; Jordan et al. 1998).

בעיה שניה המוזכרת בספרות נוגעת לחסמים העומדים בפני השתתפות של פרטים בפרויקטים של שיתוף ציבור. בעיה זו קשורה לשאלת הייצוג דלעיל, כיון שככל שפחות אזרחים מוכנים להשתתף או כאשר קבוצות

מסוימות מדירות את רגליהן לגמרי משיתוף ציבור, נפגעות המידה בה המשתתפים בפועל מייצגים את כלל הציבור והלגיטימיות של החלטותיהם. החסמים המוזכרים בספרות נחלקים לשני סוגים עיקריים: חסמים חומריים וחסמים אישיים ופסיכולוגיים. החסמים החומריים כוללים בין השאר קשיי תחבורה, אילוצי זמן, צורך בסידור לילדים ומחסור במשאבים כספיים (King et al., 1998). החסמים האישיים והפסיכולוגיים כוללים הון אנושי נמוך, חוסר אמון ביכולת להשפיע (Arnstein, 1969; King et al., 1998), חוסר עניין בתהליך (Lowndes et al., 2001), חשש מקבלת הכרעות קשות הנוגעות לסדרי עדיפויות (Jordan et al., 1998; Abelson & Eyles, 2002) וקושי לקבל החלטה ללא מידע שלם ומלא, אשר אינו תמיד בנמצא (Abelson & Eyles, 2002).

בעיה שלישית נוגעת לתועלת של תהליך השיתוף. בהעדר הגדרה מוסכמת ואחידה לשיתוף ציבור לא ברור מהי התועלת שמצפים להפיק ממנו ומי אמורים להיות הנהנים העיקריים ממנו. יש הסבורים כי התועלת נגזרת מעצם ההשתתפות של האזרחים ואילו אחרים סבורים שחשוב להצביע על תועלות נוספות הנובעות מהתהליך כגון שיפור תהליך קבלת ההחלטות באופן התורם להקצאה יעילה של משאבים (Abelson & Eyles, 2002). ארווין וסטנסבורי מציגים סוגיה זו במטריצה ובה בצד אחד מופיעים שני סוגים של תועלות: תועלת מהתהליך עצמו ותועלת מתוצאות התהליך ובצד השני מופיעים שני סוגים של נהנים: המשתתפים והממשלה (Irvin & Stansbury, 2004). הם מציינים כי במקרים בהם העלות הכרוכה בהוצאת תהליך שיתוף ציבור אל הפועל עולה על התועלת שבו, עדיף לקבל החלטות בשיטה ההירארכית המקובלת של top-down. גם ביירלה מציין כי שיתוף ציבור אינו רצוי בכל מצב והוא עשוי להתאים להחלטות בעלות היבטים ערכיים וחברתיים (Beierle, 1999).

בעיה רביעית נובעת ממתחים בין הפרוצדורה למטרות התהליך. לעיתים הפרוצדורה עצמה מהווה מכשול בפני השגה מלאה של מטרות התהליך. כך למשל, תהליך שיתוף ציבור מלבן שואף להביא להכרעה מושכלת של המשתתפים באופן המייצג את דעת הציבור (לו היה מיועד בפרטי המדיניות ומשתתף בדיון מלבן). תהליך זה הינו בהכרח מועט משתתפים ועובדה זו פוגמת ביכולתם לייצג את כלל הציבור ולזכות בלגיטימציה (Abelson et al., 2003; Lenghan, 1999). גוטמן זיהתה מתח אחר שנוצר אף הוא בתהליכי שיתוף ציבור מלבנים. היא מראה שמתן כלים למשתתפים במטרה לשפר את יכולתם לשקול הכרעות על בסיס ראיות תוך ראיית טובת הכלל, עלולה לגרום להם לאמץ את נקודת המבט הקיימת של מקבלי ההחלטות או של העדים המומחים (קואופטציה) ובכך לפגום במטרה של מיצוי דעת הציבור האותנטית כלפי המדיניות שעל הפרק (Guttman, 2007 ראה גם Abelson et al., 2003).

בעיה חמישית קשורה לשאלת האפקטיביות בפועל של תהליך שיתוף ציבור. שיתופי ציבור הם בדרך כלל בעלי מעמד מייעץ או ממליץ והמלצותיהם אינן מחייבות את מקבלי ההחלטות, שהינם בעלי המנדט הדמוקרטי להחליט ובעלי החובה לתת דין וחשבון בפני הציבור (וקסמן ובלאנדר, 2002; Lowndes et al., 2001). על כן, המשתתפים מביעים לעיתים קרובות חשש מחוסר השפעה של המלצותיהם במיוחד לאור הזמן והמאמץ שהושקעו בתהליך (שלו וגוטמן, לא פורסם; Abelson & Eyles, 2002; Abelson et al., 2003). הבעיה העיקרית היא שהתעלמות מהמלצות הציבור עלולה לחזק את חוסר האמון במוסדות הציבוריים ולקעקע את

תחושת המסוגלות להשפיע ואת העניין במעורבות פוליטית. זאת, בניגוד למטרות המוצהרות ששיתוף הציבור אמור להשיג (וקסמן ובלאנדר, 2002; Irvin & Stansbury, 2004; Lowndes et al., 2001).

2.2.2 שיתוף ציבור בעיצוב מדיניות בריאות

בספרות ישנה התייחסות לשיתוף מטופלים בתהליך קבלת ההחלטות אודות הטיפול הניתן להם אישית, אך בסקירה זו אתמקד אך ורק בשיתוף ציבור הנוגע למדיניות בריאות ציבורית. שיתוף ציבור בתהליכי קבלת החלטות ובעיצוב מדיניות בריאות רווח מאד בעולם, בין השאר משום שנושא הבריאות קרוב לליבם של האזרחים ונוגע באופן אישי לכל אחד ואחת. מגוון השיטות לשיתוף ציבור רחב בדומה לשיטות המקובלות בתחומים אחרים וכולל בין השאר: יידוע הציבור, סקרי שביעות רצון, שימועים ציבוריים, שיתוף אזרחים בועדות מייעצות וחבר מושבעים אזרחי (Ridley & Jones, 2001; Ham & Coulter, 2001). כמו כן, אזרחים מוזמנים להשפיע על מגוון נושאים החל מסוגיות טכניות של בקרת איכות מעבדות, עבור בשאלות מדיניות כגון הקצאת משאבים או עריכת בדיקות גנטיות לילודים וכלה בדילמות ערכיות במסגרת ועדות אתיקה לאישור עריכת ניסויים בבני אדם (Hiller et al., 1997; Dyer, 2004).

שיתוף ציבור במדיניות בריאות רווח מאד בתחום הקצאת המשאבים. הסיבות לכך הן: היכולת המוגבלת ליצור סדר עדיפויות בהסתמך על שיקולים כלכליים ורפואיים בלבד; רצון לעמת את הציבור עם הצורך להקצות משאבים במחסור; רצון לקנות לגיטימציה להקצאת המשאבים באמצעות תהליך שקוף; וחוסר רצון של מקבלי החלטות לשאת באחריות הבלעדית להחלטות לא-פופולריות (Ham & Coulter, 2001). מספר מדינות התייעצו עם הציבור לגבי הקצאת המשאבים הציבוריים בתחום הבריאות. בינהן ניתן למנות את: דנמרק, הולנד, מדינת אורגון בארה"ב (לגבי מדיקאייד), פינלנד, שוודיה וניו-זילנד. אבלסון ואח' (2003) טוענים כי תהליכי שיתוף ציבור דליברטיביים הופכים להיות יותר ויותר נפוצים בתחום הקצאת משאבים לבריאות בבריטניה ובניו-זילנד בשל העניין לעורר שיח ציבורי, לבחון לעומק את דעת הציבור אודות סוגיות מורכבות וליצור קונצנזוס סביב הערכים המנחים את הקצאת המשאבים.

שיתוף ציבור בתחום הבריאות צריך אף הוא להתמודד עם הדילמות שפורטו לעיל. כאשר מערכות הבריאות הן ציבוריות, תהליכי שיתוף ציבור צריכים להתמודד גם עם דילמה הקשורה לזהות ציבור המשתתפים (Murphy, 1999; Lenaghan, 2005). דילמה זו אמנם אינה ייחודית לתחום הבריאות אך בולטת ביותר בו, כיון שבסופו של יום כולנו צרכנים של שירותי הבריאות. הדילמה נובעת משני הכובעים שחובש הציבור: בכובע אחד הציבור הוא צרכן שירותי בריאות (בפועל או בכח) והוא מעוניין לקבל מהר את כל השירותים באיכות הטובה ביותר ללא קשר למחירם. בכובע השני, הציבור הוא אזרח משלם מסים אשר שוקל שיקולים נוספים כגון יעילות, השפעה על שוויון והשפעה על צרכים מתחרים. אינטרסים אלה עלולים להתנגש זה עם זה ולכן, חשוב לברר בתהליכי שיתוף ציבור בתחום הבריאות מי הציבור המשתתף ותחת איזה "כובע" הוא פועל. בהתאם לכך, יש לשתף את ציבור הצרכנים בשאלות של שיפור השירות ולשתף את ציבור האזרחים בשאלות על מדיניות כוללת (Lenaghan, 1999).

2.3 מן הכלל אל הפרט: פרויקטים של שיתוף ציבור בתחום הבריאות בישראל

בישראל, כמו במדינות מערביות אחרות, נהוג לשתף את ציבור האזרחים בחלק מתהליכי עיצוב המדיניות. כך למשל, נקבע בחוק התכנון והבנייה – 1965 כי על הרשות המקומית לספק מידע לציבור באשר להפקדת תכנית תכנון עיר והציבור רשאי להגיש התנגדויות לתכנית. וקסמן ובלאנדר (2002) מציגות דוגמאות למגמה חיובית של שיתוף ציבור בישראל בתכנון עירוני, במנהלים הקהילתיים ובעיצוב מודלים חדשים בחינוך. מגמה זו התרחבה משנות ה-80 ואילך. גם בתחום מדיניות הבריאות מופעלים תהליכי שיתוף ציבור בישראל (Chinitz, 2000). כך למשל "ועדת הסל", המדרגת את הטכנולוגיות שיכנסו לסל הבריאות, כוללת נציגי ציבור שאמורים להוסיף שיקולים ציבוריים וערכיים לשיקולי הועדה. בנוסף, הועדה מפרסמת החל מהשנה (2008) את סיכום דיוניה בפומבי (אתר משרד הבריאות).

בעבודה זו נבחנה המשכיות של פרויקטים של שיתוף ציבור במדיניות בריאות באמצעות לימוד של שלושה פרויקטים מרכזיים: פרויקט רשת ערים בריאות, סקר דעת הציבור על תפקוד מערכת הבריאות ופרויקט פרלמנט הבריאות. להלן, תיאור קצר של כל פרויקט והישגיו.

2.3.1 פרויקט רשת ערים בריאות

הפרויקט ניוזם על ידי ארגון הבריאות העולמי (סניף אירופה) ב-1987 ופעלו בו בתחילה 35 ערים. מטרת הפרויקט היא להעלות את נושא קידום הבריאות למודעות מקבלי ההחלטות בעיר ולעגן אותו במדיניות העירונית על מנת לחולל פעולה מתמשכת של קידום בריאות ורפואה מונעת (Tsouros, 1995; Donchin et al., 2006). הצורך בתכנית פעולה מעין זו התחזק לאור העלויות התופחות של הרפואה הטיפולית, והיעילות היחסית של קידום אורח חיים בריא ומניעת מחלות (Ashton et al., 1986).

הערים המשתתפות בפרויקט נדרשות ליזום פעילויות מקדמות בריאות, העולות בקנה אחד עם מטרות שהציב ארגון הבריאות העולמי. מטרות אלה כוללות בין השאר צמצום פערים בריאותיים ("בריאות לכל"), סינגור לעיצוב מדיניות ציבורית מקדמת בריאות ("אמנת אוטווה") וחשיבה בת-קיימא (אגינדה 21) פעילויות אלה צריכות להתקיים באופן המקדם מדיניות שוויונית, מחויבות פוליטית, שיתוף ציבור, שיתוף פעולה בין-מגזרי וחשיבה בת-קיימא (אתר רשת ערים בריאות; Donchin et al., 2006).

הערים המשתתפות מתחייבות להשיג תמיכה פוליטית של מקבלי ההחלטות בעיר, למנות מתאם בריאות עירוני, לגבש, תוך שיתוף הציבור, תכניות עירוניות לקידום בריאות ולהשתתף בפעולות רשת ערים בריאות (WHO). הרשת נועדה לאפשר למידה הדדית מניסיון של ערים אחרות והעברה של רעיונות וחידושים הקשורים לקידום בריאות (Tsouros, 1995). מתאמי הבריאות העירוניים הם יזמים חברתיים, האמונים על זיהוי חלונות של הזדמנויות, אשר מאפשרים לרתום את השחקנים השונים בזירה על מנת לקדם את מטרות הפרויקט (De Leeuw, 1999).

ישראל הצטרפה לפרויקט בשנת 1988, עם הכללתה של העיר ירושלים. מאז, הצטרפו עוד 47 רשויות מקומיות נוספות, המרכיבות את הרשת הישראלית. יש לציין, כי חלק מהרשויות הפסיקו למעשה את פעילותן ברשת או לא קיימו פעילות רציפה לאורך כל שנות חברותן. הרשויות המקומיות אמורות לקדם את המטרות דלעיל בהתבסס על אותם עקרונות של שיתוף ציבור, שוויוניות, מחויבות פוליטית, שיתוף פעולה בין-מגזרי וחשיבה

בת קיימא. הרשת הישראלית פועלת בסיועם של גורמים רבים התומכים בפרויקט: משרדי ממשלה (בריאות, חינוך, הגנת הסביבה ורווחה), קופות חולים (כללית, מכבי ומאוחדת), מרכז השלטון המקומי, החברה למתנ"סים, ביה"ס לבריאות הציבור של הדסה באוניברסיטה העברית וארגונים שונים ("בטרס", אגודת המילניום, האגודה למלחמה בסרטן, החברה להגנת הטבע, יד שרה, "אנוש", עמותת יסמין אלנגב).

הרשת מכשירה את מתאמי הבריאות העירוניים ומקדמת אסטרטגיות לקידום בריאות בסביבה עירונית דוגמת: "עיר נקייה מעישון", "הזדקנות בריאה ופעילה" או "עיר פעילה" (ערים בריאות בישראל, 2008). אולם בפועל, כל מתאם בריאות אחראי לבחירה ולהפעלה של פרויקטים שמתאימים לפרופיל הבריאותי והסביבתי של עירו ומתיישבים עם עקרונות הרשת. כך שבערים החברות ברשת עשויים לפעול פרויקטים שונים (ודומים) כתלות בצרכי הישוב ובבחירת מתאם הבריאות העירוני. דוגמאות של פרויקטים שפועלים כיום בישראל:

◆ ירוחם – בשנת 2002 הוקמו בירוחם בשיתוף עם קופת חולים מכבי שבילי הליכה מסודרים ומטופחים המעודדים את תושבי העיר לעסוק בהליכה בקביעות, במקביל אורגנו קבוצות הליכה למבוגרים ולילדים דרך המתנ"ס המקומי ודרך קופות החולים (מכבי וכללית). עד היום ישנן קבוצות הליכה מאורגנות שמשמשות בתשתית הקיימת לצד קבוצות הליכה ספונטניות שקמו בעקבות הפרויקט; פרויקט נוסף שפועל בירוחם מזה חמש שנים הוא "עניין של מידה" – פרויקט חינוך לתזונה נכונה המיועד לקבוצות גיל שונות בבתי הספר ובגנים בעיר. הפרויקט מופעל בשיתוף משרד הבריאות וקופת חולים כללית. במסגרת הפרויקט עוברים הילדים שבעה מפגשים עם רופא ילדים, דיאטנית ויועצת בית הספר שבהם הם לומדים על תזונה נכונה. חלק מההרצאות מיועדות גם להורי הילדים; השנה (2008) החלו להעביר בירוחם סדנה מקצועית לליצנות רפואית לבני נוער בכתות ז'-ח'. הפרויקט נערך בשיתוף אגף הנוער במועצה המקומית, המתנ"ס המקומי ותכנית עמ"ן (עיר מתנדבת נוער). 30 בני הנוער שהתקבלו לסדנה עברו הכשרה של פעם בשבוע במשך ארבעה חודשים, בה הם למדו על הרקע, המהות והטכניקה של ליצנות רפואית. בני הנוער מתנדבים במרפאות בישוב. כיום מתנהל המיון לקראת פתיחת הסדנה השניה.

◆ קרית ביאליק – קרית ביאליק הצטרפה לרשת ערים בריאות בשנת 2001 ומאז פועלת בה מתאמת בריאות ואיכות סביבה. אחד הפרויקטים הראשונים שנעשו בעיר (ב-2003) היה קורס רקמ"ה (רשת ארצית לקיימות מקומית) שנערך בשיתוף רשת ערים בריאות, מרכז הש"ל והמשרד להגנת הסביבה. מטרת הקורס להכשיר תושבים כנאמני עיר בריאה, להעמיק את היכרותם עם מושגים הקשורים לקיימות ולתת להם כלים להובלת מנהיגות סביבתית מקומית. בקורס השתתפו 30 תושבים שניסחו יחד עם המארגנים חזון סביבתי לקרית ביאליק. כל קבוצת משתתפים לקחה על עצמה להוביל פרויקט מסוים בעיר כמו למשל ניקוי הכניסה לעיר ושימוש בפסולת ליצירת מיצג סביבתי המקדם את פני הבאים. הקורס לא זכה להמשכיות, אולם רבים מהפרויקטים שנוצרו בו עדיין מתוחזקים. כך, אותו מיצג סביבתי משומר ומטופל על ידי תלמידי אחד מבתי הספר בעיר שקיבלו הסמכה של בית ספר ירוק; פרויקט אחר שפועל בעיר מזה חמש שנים הוא קורס החייאה להורים, תושבים וגננות אשר מופעל על ידי טיפת חלב בעיר במימון משרד הבריאות והעיריה. חשיבות הקורס נובעת מהעובדה שמרבית התאונות בגיל הרך מתרחשות בבית ולכן יש להקנות להורים כלים למתן עזרה ראשונה לילדים. הקורס מתקיים מדי חצי שנה וכולל שלושה מפגשים עם צוות מקצועי.

◆ קרית גת – קרית גת הקימה מחלקת בריאות ב-1991 כמענה לצורך של התושבים שהועלה על ידי נציגים של התושבים במסגרת פרויקט שיקום שכונות. המחלקה נועדה לתאם ולקשר בין המערכות בנושאי בריאות ואיכות הסביבה. קרית גת הצטרפה לרשת ערים בריאות ב-1993. החל מ-1998 מופעלת בעיר מרפאת שיניים קהילתית שנותנת שירות לתמידים (כתות א-י"ב), לקשישים, לנפגעי נפש ולמטופלי מחלקת הרווחה. המרפאה עורכת כ-20,000 טיפולים בשנה ובנוסף מפעילה מערך הסברה בבתי הספר על בריאות השן. המרפאה הוקמה בעקבות סקר שערך משרד הבריאות שמצא כי התחלואה בקרב ילדי קרית גת כפולה מהממוצע הארצי ומשולשת בקרב העולים בעיר. מחלקת הבריאות הציגה את ממצאי הסקר בפני ועד ההורים המרכזי והוא נרתם כשותף לפרויקט. המרפאה ממומנת על ידי העירייה, משרד הבריאות וההורים (באמצעות אגרת בריאות השן); פרויקט נוסף שהחל לפעול ב-1998 הוא מרכז מידע ויעוץ לנוער. המרכז כולל צוות רב מקצועי של עובדים סוציאליים, אחות, דיאטנית ומדריכי רחוב. הצוות עוסק בכל בעיות גיל ההתבגרות דוגמת: התמכרויות, סכסוכים במשפחה, קונפליקטים עם בני זוג, התאבדויות ונשירה ממערכת החינוך על בסיס גישה טיפולית הוליסטית. המרכז פועל מדי יום משעות אחר הצהריים עד לפנות בוקר ונותן מענה לכ-500 בני נוער בשנה. הוא מופעל בשיתוף מועצת הנוער העירונית ובסיוע מתנדבים (בני נוער ומבוגרים). הפרויקט ממומן על ידי על"ם, שותפות 2000, משרד הבריאות ומשרד הקליטה.

◆ מעלה אדומים – מעלה אדומים מתאפיינת באוכלוסיה צעירה. לכן, מרבית הפעילויות בתחום הבריאות נעשות במסגרת מערכת החינוך, אשר דרכה ניתן להגיע גם לאוכלוסיית ההורים. אחד הפרויקטים הפועלים בעיר הוא "גנים מקדמי בריאות". הפרויקט החל ב-1998 וכיום 50 מתוך 75 הגנים בעיר הינם גנים מקדמי בריאות. במסגרת הפרויקט עברו הגננות, הסייעות וההורים השתלמויות והרצאות בנושאים דוגמת בריאות השן, תזונה, יוגה והרפיה וזהירות בדרכים. התכנים משולבים במסגרת הפעילות היומיומית בגנים. הפרויקט מופעל על ידי העירייה ומשרד החינוך; פרויקט נוסף שמופעל בעיר מזה שמונה שנים הוא "חוגי הורים". מדובר בקורס בן עשרה מפגשים המועבר על ידי מנחה מקצועי, שעוסק בחיזוק הסמכות ההורית ובמצבי מצוקה במשפחה. הקורס מבוסס על ראייה הוליסטית לפיה הבריאות הפיזית, החברתית והנפשית משפיעות זו על זו. הפרויקט מופעל על ידי העירייה והרשות למלחמה בסמים וקיים עד היום עשרות מחזורים.

2.3.2 סקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות

מכון ברוקדייל הוא מכון מחקר מוביל בתחום המחקר החברתי היישומי בישראל והוא כולל מרכז המתמחה בחקר מדיניות בריאות (מרכז סמוקלר). המרכז עומד בקשר שוטף עם כלל השחקנים החשובים במערכת הבריאות בארץ: משרדי הממשלה, קופות החולים ונציגי ארגוני חולים. הוא עורך מדי שנתיים סקר מקיף של דעות ועמדות הציבור בנוגע ליישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. הסקר מצוי בלב העשייה המחקרית של המרכז והמשכיותו מתיישבת עם מטרת מכון ברוקדייל: להרים תרומה לעיצוב מדיניות על ידי מעקב מתמשך אחר נושאים חשובים (Rosen, 2007).

סקר דעת הציבור על מערכת הבריאות מתבסס על ראיונות טלפוניים עם למעלה מ-1800 משתתפים, המייצגים את האוכלוסיה בישראל. הסקר נערך מדי שנתיים למן חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995), ועד היום נערכו שבעה סקרים. הסקר מזהה צרכים ובעיות של צרכני שירותי הבריאות ומעלה אותם על סדר היום של

בכירי מערכת הבריאות. בכך הוא מספק למקבלי החלטות ולנותני שירותים במערכת הבריאות מידע ונתונים, שיאפשרו להם לקבל החלטות מושכלות.

בסקר נבדקים נושאים קבועים והוא מאפשר זיהוי של מגמות ושל שינויים בהן לאורך השנים. בנוסף, בכל סקר משולב פרק המתמקד בנושא עדכני כמו קידום בריאות ברפואה הראשונית, התנסויות של חולים כרוניים או דפוסי צריכת שירותי בריאות הנפש. הפרק המיוחד מאפשר, כאמור, להעלות סוגיות לסדר היום הציבורי. דוגמה בולטת להצלחה של מכון ברוקדייל להסב את תשומת הלב הציבורית היא הסיקור הנרחב של הממצאים אודות ויתור של חולים על תרופות בשל עלותן. במקרים אחרים, הפרק המיוחד נותן מידע על סוגיות שכבר נמצאות בראש סדר העדיפויות של בכירי מערכת הבריאות. כך, הסקר מתאים עצמו למציאות המשתנה, ולצרכים הנוכחיים של מקבלי החלטות ושל הציבור.

הישגיו של הסקר מתבטאים בשינויים שעורכים מערכת הבריאות וקופות החולים במדיניותן בעקבות פרסום הממצאים. דוגמאות בולטות לשינויי מדיניות בעקבות הסקר הן (Rosen, 2007):

- ◆ ביטוח משלים – סקר 97' זיהה כי רק לשיעור נמוך מאד של חולים כרוניים יש ביטוח משלים. בעקבות ממצאי הסקר התברר כי קופות החולים הגבילו את רכישת הביטוח המשלים על ידי חולים כרוניים. בתגובה חוקקה הכנסת חוק שחייב את קופות החולים לקבל כל פונה לביטוח המשלים.
- ◆ הנחות ותקרת הוצאה לזכאים – ממצאי סקר 99' הצביעו על כך שחולים הזכאים להנחות ולהגבלת תקרת ההוצאה על דמי השתתפות, אינם מודעים לזכאותם. ממצא זה יכול לשמש הסבר אפשרי לויתור של חולים על טיפול ועל תרופות. בעקבות הממצאים דרשה הממשלה כי קופות החולים יתנו פטור או הנחה אוטומטיים לזכאים.
- ◆ בדיקות ממוגרפיה – סקר 03' מצא כי שיעורי בדיקות הממוגרפיה באחת מקופות החולים הם נמוכים מאד יחסית ליתר הקופות. הממצאים הלא-מחמיאים דירבנו את הקופה לשנות את מדיניותה ולפעול כדי לשפר את ביצועיה (ואכן ניכר שיפור בסקר העוקב). כמו כן, הסקר מצא כי שיעורי בדיקות הממוגרפיה בקרב בעלי הכנסות נמוכות ובמגזר הערבי הן נמוכות יחסית. ממצאים אלה הניעו מספר קופות חולים לפעול לצמצום הפערים בין האוכלוסיות השונות.

2.3.3 פרלמנט הבריאות

פרויקט זה נערך בשנת 2003 ביוזמת יו"ר מכון גרטנר לחקר אפידימיולוגיה ומדיניות בריאות, פרופ' מרדכי שני ומנכ"ל משרד הבריאות ד"ר בעז לב. את הפרויקט הובילו חוקרים ממכון גרטנר ומאוניברסיטת תל אביב שחברו לאנשי המרכז לחינוך קהילתי ע"ש ציפורי (אתר משרד הבריאות).

ברקע לפרויקט עומדים עלייה מתמשכת בהיצע הטכנולוגיות הרפואיות ובמחירן לצד תקציב מוגבל. רקע זה הכריח את ראשי מערכות הבריאות בעולם לקבל הכרעות קשות בנושא תעדוף טכנולוגיות רפואיות ולהתמודד עם השפעות הכרעותיהם על השוויוניות במערכת הבריאות. במדינות רבות דוגמת ניו זילנד, בריטניה, שוודיה והולנד נערכו התייעצויות עם הציבור לגבי חלוקת המשאבים הראויה במערכת הבריאות (שלו וגוטמן, לא פורסם). נסיבות אלו והמגמה העולמית לשיתוף ציבור בקביעת סדרי העדיפויות הובילו את מערכת הבריאות הישראלית ליזום את פרויקט פרלמנט הבריאות.

פרלמנט הבריאות עסק בסוגיות של סדרי עדיפויות במערכת הבריאות משני היבטים: הראשון, החלטה על קריטריונים להוספת טכנולוגיות לסל התרופות, והשני, סוגיית השוויוניות במערכת הבריאות (אתר משרד הבריאות). הפרויקט התנהל בשיטה של דיון מלבן, שנועדה לא רק לחשוף את העדפות המשתתפים אלא גם לזהות את הסיבות שהניעו אותם לבחור בסדרי העדיפויות האלה.

הפרויקט התבסס על שישה פרלמנטים אזוריים, בהם השתתפו 154 אזרחים שאמורים היו לייצג את מגוון האזרחים בארץ ובמיוחד קבוצות חלשות. במסגרת הפרויקט נערכו שני מפגשים בני שלוש שעות על כל סוגיה. המפגשים כללו לימוד הסוגיה באמצעות חומרי רקע ותשאול מומחים מלווים, דיון מלבן בקבוצה וגיבוש מסקנות והמלצות.

ההישג המרכזי של פרלמנט הבריאות הוא יצירת מודל מעשי לשיתוף ציבור בתהליך קבלת החלטות שמבוסס על השיטה הדליברטיבית. המודל מאפשר הבנה מעמיקה יותר של העמדות הערכיות של הציבור בהשוואה לסקר. על כן הוא מהווה כלי חשוב בידי מערכת הבריאות לשיפור תהליך קבלת החלטות בנושא תעדוף סל הבריאות.

הישגים נוספים של הפרלמנט (אתר משרד הבריאות; שלו וגוטמן, לא פורסם):

◆ יצירת שיח אזרחי בנושאי מדיניות בריאות – פרלמנט הבריאות יצר שיח בקרב ציבור אזרחים שהרכבו כלל גברים ונשים, יהודים וערבים, צעירים ומבוגרים, ותיקים ועולים. אלה דנו בסוגיות מורכבות בתחום הבריאות.

◆ יצירת מחויבות אזרחית – הפרלמנט הוכיח כי ניתן לגייס לתהליך מורכב וממושך אזרחים חסרי ידע קודם. האזרחים זומנו באופן אקראי ונרתמו למשימה האזרחית תוך הבעת נכונות ללמוד את הנושא, להתמודד עם סוגיות ערכיות קשות ולקחת חלק בתהליכי קבלת החלטות מתוך רצון להשפיע על המדיניות.

◆ גיבוש המלצות למדיניות – ציבור המשתתפים גיבש את עמדותיו בשאלות שנדונו וניסח שורה של המלצות כתוצאה משיח ומדיון מלבן.

חרף ממצאים חיוביים אלה, ועל אף שהפרויקט מוצג בגאווה באתר משרד הבריאות, הוא לא זכה להמשכיות מעבר לפרלמנט היחיד שנערך ב-2003.

2.3.4 המשכיות פרויקטים של שיתוף ציבור במדיניות בריאות בישראל

על מנת לבחון את המשתנים המשפיעים על המשכיות הפרויקטים דלעיל, יש לסקור תחילה את המשכיותם בפועל. המשכיות היא בין השאר פרי של המאפיינים הייחודיים של הפרויקט. המשכיות של רשת ערים בריאות, המפעילה פרויקטים רציפים שונה מהמשכיות של סקר עמדות הציבור, המתרחש אחת לשנתיים. אחת הסיבות לכך היא שמתודות השיתוף הנבחרות להפעלת הפרויקט מטילות אילוצים שונים (כלכליים ואחרים) על הארגונים שמפעילים אותם.

פעילותה של רשת ערים בריאות כמסגרת נמשכת מ-1990 ואילך. היא כוללת בתוכה ערב-רב של פרויקטים המופעלים ברמה המקומית בשיתוף פעולה עם גורמים ממלכתיים (רשויות מקומיות, ומשרדי ממשלה) ועם ארגוני המגזר השלישי. מרבית הפרויקטים פועלים ברציפות לאורך כל השנה. חלק מהפרויקטים הם חדשים (כמו פרויקט הכשרה בליצנות רפואית בירוחם שהחל השנה), חלקם מופעלים כבר מספר שנים (כמו פרויקט

"גנים מקדמי בריאות" שפועל במעלה אדומים מ-1998 ואילך) או שהתשתית הפיזית והקהילתית שהוקמה עדיין משמשת את הציבור להשגת מטרות הפרויקט (דוגמת מסלולי הליכה וקבוצות הליכה שהוקמו ב-2002 בירוחם), וחלקם הופעלו והופסקו (כמו פרויקט רקמ"ה שהופעל הקרית ביאליק ב-2003).

לכאורה, ריבוי הפרויקטים והשונויות ביניהם מטילה עומס רב על רשת ערים בריאות מבחינת תקציבים, הכנת חומרים ופעילויות, גיוס תמיכה וניהול הפרויקטים. אולם, בפועל, העומס על הרשת קטן מהמשוער מכיון שהפעילות מבוזרת למתאמי הבריאות העירוניים, מרבית התקציבים מגיעים מהרשויות המקומיות או משותפים אחרים, וכן, שיתוף הציבור הוא מינימלי ומסתכם ביידוע הציבור אודות צעדי המדיניות שנקטים ברמה העירונית לקידום בריאות. פעילות הרשת מתמקדת לפיכך, בגיוס תמיכה ראשונית בעיר, בהכשרת מתאמי הבריאות, בליווי מקצועי שוטף וביצירת קשרים בין חברי הרשת. בזכות מבנה זה, יכולה הרשת כמסגרת ארגונית להתקיים מתקציב מצומצם המגיע ממשרד הבריאות ומדמי החבר שמשלמות הרשויות המקומיות ולהתבסס על עבודה של שלושה אנשים בלבד: יו"ר הועד המתאם, רכזת מנהלית ורכזת פרויקטים.

סקר עמדות הציבור של מכון ברוקדייל מתקיים משנת 1995 ואילך והוא הסקר הנרחב ביותר שמקיים מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות. הסקר אורך שלושה חודשים והוא מתקיים אחת לשנתיים. הסקר דורש תחזוקה של הקואליציה התומכת בפרויקט, עבודת הכנה, גיוס מראיינים והכשרתם, ניהול הראיונות ועיבוד הנתונים. בסך הכל, הפרויקט מצריך היערכות ייעודית של יחידת עבודת השדה במכון ועבודה אינטנסיבית של שלושה חוקרים, המהווים שליש מחוקרי מרכז סמוקלר, למשך חצי שנה לפחות. הואיל ותקצוב הפרויקט מגיע מהתקציב הגרעיני של המכון, קיומו מדי שנתיים בא על חשבון קיום פרויקטים אחרים, ולכן המשכיותו תלויה בשימור התמיכה והרצון הטוב בהמשכיותו. עם זאת, מבחינת מתודה לשיתוף ציבור, סקר הוא אמצעי יחסית פשוט ומקובל ליישום, ולכן אינו דורש מאמצים יוצאי דופן לא מצד הארגון המפעיל ולא מצד המשתתפים.

פרלמנט הבריאות אף הוא אינו פרויקט רציף אלא ארוע שארך כחמישה חודשים, ואמור היה לחזור על עצמו במרווחים קבועים. הפרויקט לא זכה, כאמור, להמשכיות מעבר לקיומו בפעם הראשונה ב-2003. הפרלמנט היה פרויקט מורכב ביותר שכלל עבודת הכנה ממושכת של תכנים ושל פעילויות, עריכת מדגם ארצי ממנו נבחרו כמאה משתתפים, קיום פגישות ודיונים מלבנים בהנחיית מנחים ממרכז ציפורי בשישה פרלמנטים אזוריים ברחבי הארץ, גיוס יועצי תוכן מומחים לליווי הקבוצות, הפקת שני כנסים ארציים (פותח ומסכם), תיעוד התהליך, עיבוד התוצרים לכדי המלצות למדיניות והפקת לקחים. הפרויקט העסיק כשמונה אנשי מטה ועוד כעשרים מנחים, מתעדים ורכזי קבוצות.

המורכבות הגדולה של הפרויקט מבחינת מתודה לשיתוף ציבור ומבחינה ארגונית – שישה פרלמנטים אזוריים ושיתוף פעולה של חמישה ארגונים – הטילו אילוצים כבדים על הקואליציה המארגנת. מורכבות הפרויקט הצריכה מהארגון המפעיל משאבים כלכליים, משאבי זמן וקשב לאורך למעלה משנה, יכולת גבוהה להתנהל בקואליציה מרובת משתתפים ויכולת ניהול וארגון של הפרויקט עצמו. זאת ועוד, מתן מעמד מייעץ לציבור חייבה נכונות של ועדת הסל לקחת בחשבון את המלצות הציבור ולא להסתמך רק על שיקול דעת מקצועי בתהליך קבלת החלטות. המשתתפים, מצידם, נדרשו להקדיש זמן, להתמיד בהשתתפות, לדון בדילמות אתיות קשות בהסתמך על המידע שברשותם ולקבל החלטות כואבות.

3. מבנה דעת והשערות

3.1 שאלת המחקר

תהליכי שיתוף ציבור נועדו להשגת מטרות חשובות של קידום דמוקרטיה השתתפותית ו/או של שיפור השירותים הניתנים לאזרח. בנוסף, לכל פרויקט קהילתי יש את המטרות הייחודיות שלו. בהנחה שפרויקטים אלה אכן תורמים להשגת שלל המטרות העומדות בבסיסם, נשאלת השאלה מה משפיע על המשכיותם של תהליכים אלה. לפיכך שאלת המחקר היא:

כיצד משתנים נבחרים תורמים להמשכיות של תכניות קהילתיות המשתפות את הציבור?

יוזר, כי השימוש שנעשה בעבודה זו במונח 'המשכיות' הוא במובן של התמשכות חוזרת של פעולות שמקיים הארגון המשתף ולא במובן של תועלות מתמשכות או של העצמת יכולות.

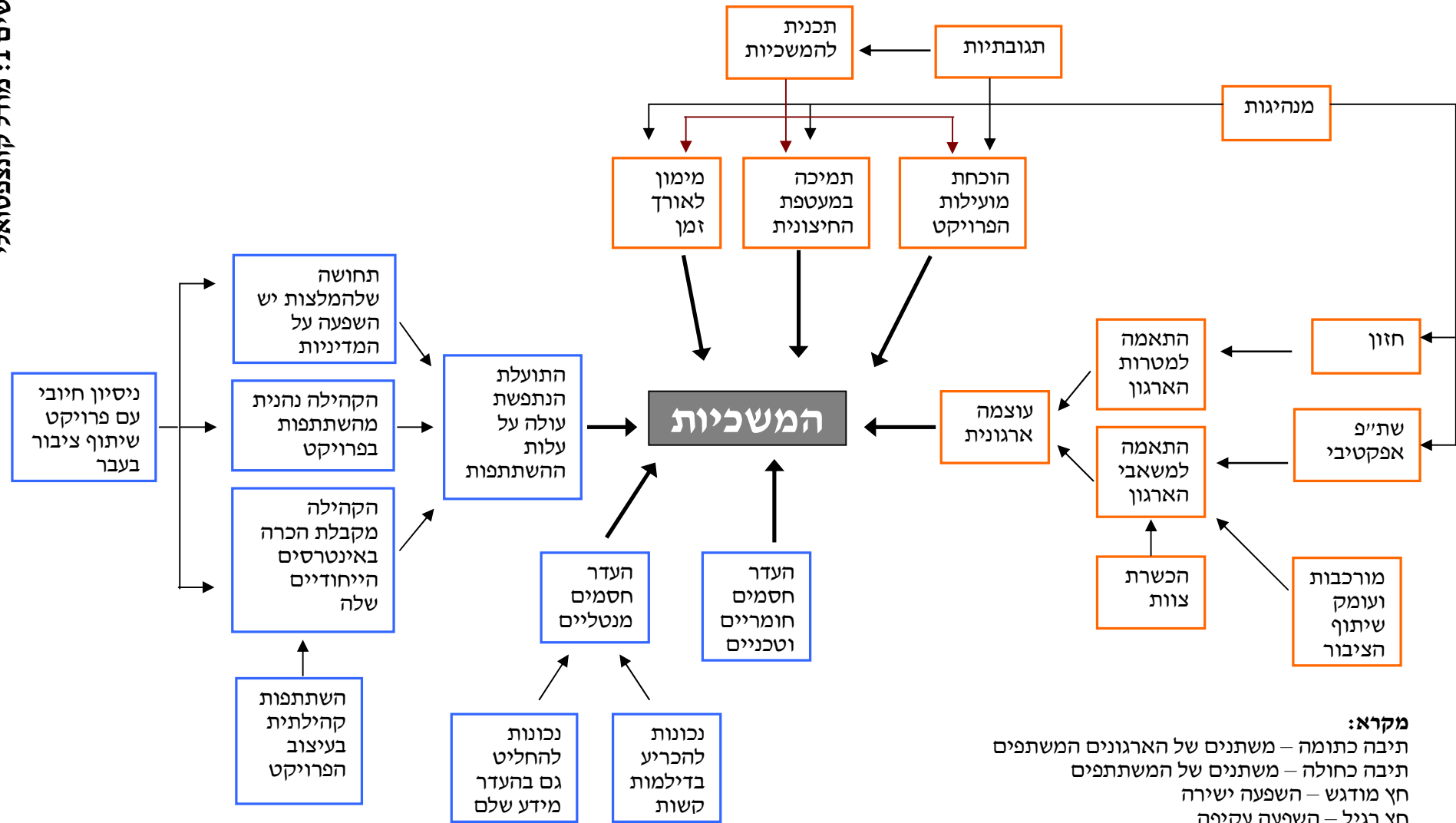
מסקירת הספרות ניתן לזהות משתנים אשר משפיעים על המשכיות הפרויקט מצד ציבור המשתתפים כמו למשל, העדר חסמים חומריים. לצד זאת, ישנם משתנים אשר משפיעים על המשכיות הפרויקט מצד הארגונים המשתתפים, כמו לדוגמה הבטחת מימון ארוך טווח וגיוון מקורות המימון. משתנים אלה מתוארים במודל הקונצפטואלי בהמשך (תרשים 1).

3.2 השערות המחקר

את שאלת המחקר בחנתי בחינה דדוקטיבית. כלומר, בחרתי משתנים שהופיעו בספרות המחקר ובדקתי אם הם מתקיימים במקרי הבוחן. במידה וכך היה, למדתי באיזה אופן הם משפיעים על המשכיות. בשלב גיבוש השערות המחקר החלטנו להתמקד רק במשתנים הקשורים לארגונים המשתתפים.

ההתמקדות נובעת משתי סיבות עיקריות. ראשית, משתנים מוסדיים הם משתנים שניתן להשפיע עליהם ביתר קלות ובכוונת מכוון. לכן, הם עשויים להיות בעלי ערך ועניין גדולים יותר עבור יזמים ומוסדות הפועלים בזירה הציבורית. שנית, אילוצים טכניים הגבילו את יכולתי לבחון במסגרת מחקר זה את המשתנים הקשורים לציבור המשתתפים. עם זאת, יש עניין רב לבחון משתנים אלו הרלוונטיים לכל פרויקט קהילתי ובמיוחד לפרויקטים של שיתוף ציבור.

לאחר ההתמקדות במשתנים הקשורים לארגונים המשתתפים, בחרתי ארבעה משתנים בולטים בספרות, על מנת לבדוק אם הם מתקיימים בפרויקטים שנבחנו ובאיזו מידה הם משפיעים על המשכיותם.



השערה ראשונה

ככל שפרויקט שיתוף הציבור הולם את המטרות והערכים של הגורם המשתף ומתאים לפעילויות הרגילות שלו ההסתברות להמשכיות גדלה

ההשערה הראשונה מבוססת על המשתנה ששיירר (2005) מכנה: התאמה של הפרויקט למטרות הארגון המפעיל ולפרוצדורות הנהגות בו. משתנה זה הופיע אצל שדיאק-ריזקאללה ובון (1998) כ'אינטגרציה עם שירותים קיימים'. לפי המודל שלהם, למידת ההתאמה של הפרויקט החדש למטרות הארגון ולפרויקטים קיימים או לנהלי עבודה שגורים בארגון יש השפעה חיובית על המשכיותו. משתנה זה עולה בקנה אחד עם ההבחנה של דונחין ואחי' (2006) לפיה ככל שלארגון יש היכרות עם תחום התוכן או תחום הפעילות המדובר, כך גדל הסיכוי שהפרויקט יתמשך.

בחינת השערה זו תתרום להבנתנו לגבי בית הגידול האידיאלי לפרויקטים חדשניים: האם רצוי שארגון יארח כל יוזמה חדשנית בצל קורתו או שארגונים צריכים להיות בררנים לגבי היוזמות אותן הם מאמצים.

השערה שניה

מידת העוצמה הארגונית של הגורם המשתף משפיעה לטובה על המשכיות הפרויקט

ההשערה השניה מתייחסת למשתנה העוצמה הארגונית כפי שהוגדר על ידי בוסרט (בתוך Shediac-Rizkallah & Bone, 1998): ארגון לכיד, שמקדם מטרות התואמות את מטרת הפרויקט, בעל מנהיגות חזקה ויכולות מקצועיות גבוהות. למעשה, משתנה זה מתכתב גם עם המשתנה של שיתוף פעולה אפקטיבי בקואליציה שהוא תנאי לקיום עוצמה ארגונית בארגון רב-משתתפים.

הצורך להגיע להסכמות ולפשרות לגבי מטרות, דרכי פעולה וחלוקת עבודה לאורך כל הפרויקט מקשה על ההתנהלות היומיומית של הארגון המשתף ומקטין את הסיכוי ליישם את הפרויקט, לא כל שכן להמשיכו לאורך זמן. מכאן עולה הצורך בארגון יציב, כלומר בארגון בו נקבעו דרכי העבודה ותחומי האחריות בצורה ברורה ומקובלת על כל המשתתפים. יציבות הארגון מתבטאת גם במנהיגות בארגון או במילים אחרות בדרך מוסכמת ליישוב מחלוקות ולקבלת החלטות. כמו כן, יש צורך בארגון הממוקד בהשגת מטרה, שמשותפת ומקובלת על כל המשתתפים. ארגון כזה, החדור תחושת דחיפות לקידום מטרה אחת ברורה, יכול להוביל את הפרויקט לאורך זמן.

בדיקת השערה זו תלמדנו על התנאים המקדימים הדרושים לארגון רב-משתתפים על מנת שיוכל להוביל פרויקט לאורך זמן.

השערה שלישית

נוכחותו ופעילותו המתמדת של יזם מדיניות שמקדם את הפרויקט תורמת להמשכיות

ההשערה השלישית מתבססת על משתנה המנהיגות שזוהה במחקרים שונים כמשתנה בולט (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; The Finance Project, 2002; Baum et al.2006; Mancini & Marek, 2004; Pressman & Wildavsky, 1973; Scheirer, 2005). פעילות מתמדת של יזם מדיניות ויכולתו לרתום את כל

השותפים לעבודה משותפת ומתואמת לקידום הפרויקט חשובה להמשכיותו במיוחד כאשר הארגון המשתף הוא קואליציה של מספר ארגונים. תחלופה של יזם מדיניות עלולה לפגוע במחויבות של הארגון לפרויקט ולסכן את המשכיותו (Pressman & Wildavsky, 1973).

בירור השערה זו יסייע לנו להבין אם פרויקט יכול להימשך מעצמו או שהוא תלוי בהימצאותו של יזם מדיניות שדואג בהתמדה להמשכיות הפרויקט.

השערה רביעית

להכנה מראש של תכנית פעולה להבטחת המשכיות יש השפעה חיובית על השגתה בפועל

קיומה של תכנית להמשכיות היא משתנה שמופיע בספרות כבעלת תרומה משמעותית להבטחת המשכיות הפרויקט (Harvey et al., 2006; The Finance Project, 2002). ההשערה מבוססת על ההנחה ש"סוף מעשה במחשבה תחילה" כלומר, שהכנה מראש של תשתית להמשכיות תשפיע באופן חיובי על הפעולות הנקטות במהלך יישום הפרויקט אשר ישפיעו על השגתה בפועל.

בדיקת השערה זו תלמדנו אם הכנת תכנית מגובשת להמשכיות היא תנאי הכרחי להשגתה או שניתן להמשיך פרויקט גם בלעדיה.

השערה חמישית

למורכבות ולעומק שיתוף הציבור יש השפעה שלילית על המשכיות הפרויקט

שיתוף הציבור מטיל אילוצים על הארגונים המשתפים. ככל ששיתוף הציבור משמש פחות כאמצעי ויותר כמטרה בפני עצמה, מורכבות הפרויקט הולכת וגדלה. ההשקעה בפרויקט גדלה בהתאם למורכבותו. בעוד שבפרויקטים המסתפקים ביידוע ציבור נדרש רק פרסום פומבי של צעדי המדיניות העתידיים, בפרויקטים המבוססים על דיונים מלבנים נדרשים הארגונים המשתפים להשקיע ביישוג הציבור, בפיתוח מודל ההשתתפות ובעיבוד המלצות הציבור לכדי מדיניות. פעולות אלה מחייבות השקעת משאבים כלכליים, זמן, יחס אישי, הקשבה לדעות שונות ונכונות לויתור על שיקול דעת מקצועי לטובת דעת הציבור. מורכבות הפרויקט ועלויותיו השונות עשויים גם להשפיע על מידת המשכיותו.

4. מערך המחקר

4.1 סוג המחקר

המחקר הוא מחקר אמפירי המבוסס על ניתוח איכותני של שלושה מקרי בוחן (multiple case report). ככלל, המחקר האיכותני דוגל בתפיסה הוליסטית של תופעות והוא מניח שההקשר בו התרחשו התופעות הן חלק בלתי נפרד מהתופעה (Stake, Patton בתוך שקדי, 2003). על כן, ראיתי לנכון להציג ראשית ניתוח ובו תיאור של כל פרויקט כנראטיב עלילתי עשיר אך ממוקד בסוגיית ההמשכיות (המסתמך על היכרות כללית של הקורא עם הפרויקט על בסיס התיאור המופיע בסעיף 2.3 לעיל). לאחר מכן ערכתי דיון בממצאים בהתאם לקטגוריות תיאורטיות.

המחקר האיכותני אליבא דשקדי (2003) הוא מחקר אינדוקטיבי שמוזהה "דפוסים מארגנים שקיימים בעולם שנמצא תחת חקירה אמפירית ולא מתוך השערות מחקר נתונות מראש" (שקדי, 2003). המחקר שערכתי נע בין הקוטב הדדוקטיבי לאינדוקטיבי במובן זה שיצאתי לאיסוף הנתונים מצוידת בהשערות מחקר שפורטו לעיל אולם שמרתי על פתיחות ועל עירנות שאיפשרו לגלות באופן אינדוקטיבי משתנים חדשים שלא חיפשתי, ושעלו מעולמם של המרואיינים.

4.2 אופן איסוף הנתונים

את מקרי הבוחן בחנתי כארוע, כפי שנחווה על ידי האנשים שנטלו בו חלק. בהתאם לכך, בדיקת השערות המחקר נעשתה על ידי ראיונות עומק עם אנשי מפתח בפרויקטים. עם כל מרואיין קיימתי ראיון עומק אחד. הראיונות התבססו על שאלון מובנה למחצה (נספח א') שגיבשתי על בסיס השערות המחקר, תוך ניסיון להפוך את המשתנים התיאורטיים למשתנים אופרטיביים. עם זאת, בפועל, השאלון היה עבורי רק כלי עזר להכוונת הראיון לנושאים שעניינו אותי ולא דבקתי בשאלות ככתבן וכלשונן. לפיכך, הראיונות היו פתוחים והתנהלו כשיחה שאיפשרה למרואיינים להציג את סיפורו של הפרויקט מנקודת מבטם תוך מתן דגשים לפרטים החשובים בעיניהם. אופי הראיון איפשר לי מחד גיסא להפריך או לאשש את השערות המחקר שגיבשתי ולבחון משתנים שבלטו בספרות הקיימת ומאידך גיסא הותירו מקום לשיחה קולחת ולמשתנים חדשים לצוץ.

על מנת לבחון את השערת המחקר הראשונה שאלתי את המרואיינים שאלות לגבי הארגון שלהם כגון: באיזו מידה הפרויקט מתאים למטרות ולערכים של הארגון שלך? באיזה אופן קשור הפרויקט לפעולות אחרות של הארגון? האם יש בארגון ניסיון דומה בפרויקטים דומים? אילו משאבים הארגון נותן לפרויקט?

על מנת לבחון את השערת המחקר השנייה ביקשתי מהמרואיינים לספר לי אילו ארגונים חברים בקואליציה, כיצד נרתמו כל הארגונים לקואליציה ואם יש גוף או אישיות דומיננטיים שמוביל אותה. בנוסף, שאלתי אם התגלעו מחלוקות בין חברי הקואליציה וכיצד הן נפתרו.

על מנת לבחון את השערת המחקר השלישית ביקשתי מהמרואיינים לספר לי על היזם או על 'המשוגע לדבר' שמוביל לדעתם את הפרויקט. בפרט שאלתי: מה גרם לו להתמיד בקידום הפרויקט? אילו משאבים עמדו לרשותו?

על מנת לבחון את השערת המחקר הרביעית שאלתי אם גובשה מראש תכנית עבודה להבטחת המשכיות הפרויקט. כשנעניתי בשלילה, המשכתי לשאול אם ננקטו פעולות אחרות להבטחת המשכיות ופירטתי פעולות מסוימות שזוהו בספרות כתורמות להמשכיות של פרויקטים.

את השערת המחקר החמישית בחנתי על סמך ניתוח מידת המורכבות של כל אחד מהפרויקטים, כפי שעלתה מתיאוריהם של המרואיינים.

4.3 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר היא פרויקטים לשיתוף ציבור במדיניות בריאות בישראל. מתוך אוכלוסיית המחקר נבחרו שלושה פרויקטים המייצגים מגוון שיטות לעריכת שיתוף ציבור: רשת ערים בריאות משתמשת בפרסום מידע וביישוג על מנת ליידע את הציבור על מדיניות בריאות ברמה המקומית. זאת כדי להשיג את המטרה של שיפור בריאות הציבור; סקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות שואב מידע מן הציבור כדי להשפיע על תהליך קבלת ההחלטות ולבסס אותו על מידע אמין; פרלמנט הבריאות מיידע את הציבור אודות מדיניות הבריאות הממלכתית ומשתמש בשיטות דליברטיביות כדי לגבש המלצות למדיניות. מטרת הפרלמנט היא להעצים את המשתתפים ולעורר מעורבות אזרחית מושכלת בתחום הבריאות.

בכל פרויקט בחרתי לראיין שלושה אנשי מפתח (סך הכל תשעה מרואיינים), שנטלו חלק מרכזי בתכנון וביישום הפרויקטים. התפקידים ואופני ההשתתפות השונים של כל אחד מהמרואיינים סיפקו למחקר נקודות מבט מגוונות על הפרויקטים. ריבוי הזוויות אפשר לי לעמת בין קולות שונים וליצור בשלב הראשון של הניתוח נראטיב מאוזן ואותנטי של כל פרויקט.

בפרויקט רשת ערים בריאות ראייתי את ד"ר מילכה דונחין, מרצה בבית הספר לבריאות הציבור בהדסה עין-כרם ויו"ר הוועד המתאם של הרשת (ראה סעיף 9.2.1 בנספח). אף שד"ר דונחין לא יזמה את הפרויקט, היא גויסה אליו והוצבה בראשו כשעוד היה בחיתוליו ומאז, הפרויקט מזוהה עימה. ראייתי גם את גב' ענת שמש, אחת מנציגות משרד הבריאות בוועד המתאם של הרשת (ראה סעיף 9.2.2 בנספח). שמש סיפקה לי את זווית הראייה של משרד הבריאות, שהוא גם אחד החברים בקואליציה. בנוסף ראייתי את גב' מלכה שמעוני, מתאמת הבריאות בעיריית אשדוד (ראה סעיף 9.2.3 בנספח). גב' שמעוני היא למעשה הזרוע הארוכה של הרשת ברשות המקומית. היא יוזמת פעילויות ורותמת שותפים ברמה המקומית לעשייה שעולה בקנה אחד עם עקרונות רשת ערים בריאות. הבחירה לראיין את גב' שמעוני נבעה מהרצון לבדוק את המשכיות הפרויקט מזווית קרובה ל"שטח" ובשל העובדה שאשדוד היא אחת מהערים הותיקות ברשת.

בפרויקט סקר דעת הציבור על תפקוד מערכת הבריאות ראייתי את מר גבי בן-נון, לשעבר סמנכ"ל במשרד הבריאות וחבר בוועד המנהל של מכון ברוקדייל (ראה סעיף 9.2.4 בנספח). בן-נון היה ה"משוגע לדברי", הוא הכיר בנחיצות הסקר עבור מערכת הבריאות ובחשיבות עריכתו בגוף ניטרלי ואובייקטיבי ולכן תמך תמיכה מתמשכת בקיום הסקר על ידי מכון ברוקדייל. כמו כן ראייתי את ד"ר ברוך רוזן, מנהל מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות במכון ברוקדייל, שכראש היחידה קידם את הפרויקט וליווה אותו מתחילתו (ראה סעיף 9.2.5 בנספח). לבסוף, ראייתי את פרופ' רויטל גרוס, חוקרת בכירה במכון ברוקדייל (ראה סעיף 9.2.6 בנספח). פרופ' גרוס היא המנהלת בפועל של הסקר ומצויה בקשר הן עם ועדת ההיגוי והן עם המרואיינים שנמצאים במגע עם הציבור.

בפרויקט פרלמנט הבריאות ראייתי את ד"ר כרמל שלן, לשעבר מנהלת היחידה לאתיקה וזכויות בריאות במכון גרטנר (ראה סעיף 9.2.7 בנספח). שלו ערכה קודם לפרלמנט הבריאות מחקר מקדים בנושא שיתוף ציבור בהחלטות בתחום מדיניות בריאות. עקב כך, היא לקחה חלק פעיל בועדה המקצועית שהובילה את עיצוב ויישום הפרויקט. ראייתי גם את ד"ר נורית גוטמן, מרצה בחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב (ראה סעיף 9.2.8 בנספח). ד"ר גוטמן הייתה שותפה של ד"ר שלו הן במחקר המקדים והן בפרלמנט הבריאות והובילה את הצד המתודולוגי של קיום דיון מלבן. כמו כן, ראייתי את מר רונן גופר, לשעבר מנהל היחידה לדמוקרטיה השתתפותית במרכז לחינוך קהילתי על שם חיים ציפורי (ראה סעיף 9.2.9 בנספח). מרכז ציפורי היה אחד השותפים בקואליציה שהפעילה את פרלמנט הבריאות והוא היה אמון על עיצוב הפרויקט ועל הנחיית הקבוצות בפועל.

4.4 ניתוח הממצאים

כל הראיונות הוקלטו במכשיר הקלטה והועברו לכתב מילה במילה. במידה והיו קטעים לא ברורים או קטעים שנאמרו לאחר שכובה מכשיר ההקלטה, השלמתי את הראיונות מהפרוטוקול שכתבתי במהלך הראיון. כאשר היו קטעים לגמרי בלתי מובנים ובלתי ניתנים לשחזור, ציינתי זאת במפורש בגוף הראיון. בנוסף, צוינו גם הפרעות למהלך הראיון. תמליל הראיונות מצורף בנספח ב'.

ניתוח הממצאים נערך במתכונת של ניתוח איכותני. בניתוח בחנתי את הנראטיב שמציג כל אחד מהמראיינים, את החשיבות שהוא מייחס למשתנים שונים המשפיעים על המשכיות, את הדמויות אותן הוא מזכיר ואת יחסי הכוחות בינהן. לאחר מכן, קיבצתי את דבריהם של המראיינים לקטגוריות תיאורטיות (LaRossa, 2005), שנשענו בתחילה על השערות המחקר הראשוניות עימן יצאתי לדרך. תוך כדי ניתוח תכני הראיונות ומיפוי הקטגוריות, צצו קטגוריות חדשות של משתנים רלוונטיים, העשויים להשפיע על המשכיות של פרויקטים. המשתנים החדשים היו או משתנים שהוזכרו בספרות ועלו ממקרי הבוחן גם כאשר לא שאלתי עליהם מפורשות או משתנים חדשים לגמרי.

4.5 סטנדרטים של איכות במחקר ומגבלות המחקר

מהימנות פירושה באופן מסורתי ש"חוקרים אחרים, החוזרים על אותם תהליכי מחקר, יהיו מסוגלים להגיע לאותן תוצאות" (Yin בתוך שקדי, 2003). במחקר איכותני לא נעשה בדרך כלל שחזור מדויק של מחקר קודם על ידי חוקרים אחרים והמהימנות מושגת על ידי שמירה על שקיפות של תהליך המחקר, ניתוח הממצאים והסקת המסקנות ושיפוט של הקוראים את הסבירות בה התקבלו החלטות החוקר (Arksey & Knight בתוך שקדי, 2003). בהתאם לכך, הוצגו תהליכי גיבוש מערך המחקר בפרק זה וניתן למצוא בנספחים את השאלון בו השתמשי בראיונות (נספח א') ואת תמלילי הראיונות (נספח ב').

המחקר האיכותני גורס כי כל תופעה היא תלויה הקשר ונסיבות (שקדי, 2003). מכאן נבע הצורך להציג עוד לפני הדיון בממצאים את הדמויות המרכזיות בפרויקטים, את האינטרסים של הארגונים אותם הן מייצגות ואת התפיסה החוויתית שלהם את הפרויקט (פרק 5). הייחודיות של כל פרויקט ופרויקט מגבילה את יכולתי להסיק מסקנות מכלילות ולפתח תיאוריה על בסיס מקרים ספציפיים. על כן, השתדלתי לתאר כל פרויקט 'תיאור עשיר' שיאפשר לקורא לחוות את הפרויקטים מנקודת מבטם של המראיינים ועל ידי כך לספק לו די

מידע על מנת להחליט אם יהיה זה מתאים להכליל ממקרה הבוחן לפרויקט אחר שהוא מכיר. העובדה שבחנתי רק שלושה מקרים מגבילה אף היא את יכולת ההכללה של המחקר. בד בבד, ניסיתי לזהות דפוסים חוזרים בין המקרים, אשר קובצו לקטגוריות תיאורטיות-אנליטיות. דפוסים אלה הם מסקנות ראשוניות מהמחקר והן עשויות לפתוח נתיבים חדשים למחקר עתידי.

5. הצגת הממצאים

5.1 פרויקט רשת ערים בריאות

פרויקט רשת ערים בריאות נוצר בעקבות הכנס הבינלאומי הראשון לקידום בריאות באוטווה, שבמהלכו ניסח ארגון הבריאות העולמי את אמנת "בריאות לכל". ד"ר לבנטל, נציג משרד הבריאות לכנס, חזר לארץ וצירף את ירושלים לפיילוט שמטרתו הייתה לבחון את ישימות "בריאות לכל" ברמה המקומית. ב-1990 הוא ארגן סדנה בהשתתפות מרצה בכיר מחו"ל, אנשי מקצוע בארץ ורשויות מקומיות. בסדנה זו יוסדה הרשת הישראלית בה היו חברות ירושלים, תל אביב, נתניה ורמת השרון. באותה סדנה השתתפה גם ד"ר מילכה דונחין, שירשה כעבור שנה את ד"ר לבנטל בתפקידו כיו"ר רשת ערים בריאות.

אף שד"ר דונחין לא יזמה את הפרויקט, היא עמדה בראשו מ-1991 והלאה. היא מתוארת בפי המרואיינים כמשוגעת לדבר: "היא הייתה בהחלט משוגעת לעניין ולא מוותרת על שום דבר. אני מורידה את הכובע על העקשנות שלה והדבקות במטרה", "היא פשוט מדביקה בהתלהבות שלה את האחרים" (שמש ממשרד הבריאות). שמעוני, מתאמת הבריאות בעיריית אשדוד מתארת את ד"ר דונחין כאדם מאחורי הרשת הישראלית: "ד"ר מילכה דונחין, שקשה בלעדיה והיא האחת והיחידה. ולדעתי כל עוד היא נמצאת זה רק הולך ומתרחב הנושא של רשת ערים בריאות. ההתמדה שלה, האמונה שלה ברעיון והמרץ הבלתי נדלה שלה. זה מתנה". ד"ר דונחין עצמה מסבירה מדוע היא קשורה כל כך לפרויקט הזה: "מהרגע הראשון שנודע לי על כל הרעיון הזה, זה מאד מצא חן בעיני הרעיון, כי למעשה הרעיון הזה זהה לחלוטין לחינוך שאני קיבלתי פה בבית הספר לבריאות הציבור. [...] לכן זה דיבר אלי. אני חיה ונושמת את הדבר הזה". היא מספרת על תחושתה בישיבת העבודה הראשונה בה השתתפה ביוון: "[למדתי] שהתפיסה שלהם זהה לחלוטין לתפיסה שהייתה לי של איך צריך לעבוד. הרגשתי שהגעתי הביתה. ולכן נורא שמחתי לקבל על עצמי את התפקיד הזה כיון שזה בדיוק מה שלמדתי ומה שחשבתי שנכון לעשות" [הדגשות שלי – נ"א].²

עד מהרה נכחה ד"ר דונחין לדעת כי שיטת העבודה של ד"ר לבנטל – לחזר אחרי רשויות מקומיות על מנת שיצטרפו לרשת – אינה מתאימה לה: "אני ניסיתי לעשות מהלך כזה בעזרת מרכז השלטון המקומי לפני כמה שנים וראיתי שאין לי זמן לזה וגם זה לא נכון לעשות. כי מי שלא חשב בינו לבין עצמו על הרעיון והגיע למסקנה שהוא רוצה, חבל על הזמן שלי... אחרי שאמר 'רוצה אני' אני מייד מתייצבת". רשויות מקומיות עשויות לשמוע על הפרויקט בכמה ערוצי מידע: דרך אתר האינטרנט של הרשת, דרך העדכון הרבעוני שמופץ ברשת לחברים, דרך לשכות הבריאות המחוזיות, דרך הכנס השנתי של הרשת ובעיקר דרך קשרים אישיים – "מפה לאוזן" – עם אנשי מקצוע המשמשים שגרירים באזור מגוריהם. כך לדוגמה מספרת ד"ר דונחין: "במקרה היינו [ד"ר דונחין ופרופ' צ'רניחובסקי – נ"א] בכנס בחו"ל ושם סיפרתי לו על ערים בריאות, והוא נדלק על הרעיון והוא השגריר הכי טוב שלנו בדרום".

רשויות מקומיות או ארגונים ללא כוונת רווח ששומעים על הפרויקט ומבקשים להצטרף יכולים להצטרף. הצטרפותם מתבטאת בהשתתפות פעילה בפעילויות הרשת ובתשלום דמי חבר. לדברי שמש, "הגישה של מילכה היא שאם המטרות זהות, בואו פשוט נכניס את כולם". לפיכך, הרשת כוללת משרדי ממשלה, קופות

² נ"א – נועה אקר

חולים, ארגונים דוגמת האגודה למלחמה בסרטן ורשויות מקומיות ואזוריות אשר כולם חברים באסיפה הכללית. מכל קבוצה (למשל אלכ"רים או רשויות מקומיות) נשלחים נציגים לוועד המתאם של הרשת, אשר הוא הגוף שמנהל את הפעילות ברשת.

לרשת ערים בריאות יש חזון ברור ומוגדר. החזון והיעדים הנגזרים ממנו נבחנים מעת לעת בתהליך חשיבה מחדש שבוחן את הרלוונטיות שלהם למציאות עימה מתמודדת הרשת. לפי ד"ר דונחין, הואיל והחברות ברשת היא וולונטרית, "מי שלא מזדהה עם המטרות של הארגון, אינו חבר בארגון". גם שמעוני מעידה על החברים ברשת ש"כולם שם באותו ראש". עובדה זו תורמת אולי להתנהלות בקואליציה. שמש אומרת כי "אין מחלוקות מאד קשות. לפעמים מחלוקות מקצועיות [...] אבל זה סיפור אחר לגמרי, כי צריך לשכנע בדרך מקצועית". חילוקי הדעות האלה נפתרים על ידי החלטה של רוב החברים בוועד המתאם.

לעומתה, ד"ר דונחין סוברת כי המחלוקות אינן ענייניות אלא "על בסיס של אגו". מחלוקות כאלה נפתרות על ידי ד"ר דונחין באמצעות שיחות אישיות "שיחות הבהרה שאני עורכת אותן. כשאני מרגישה שיש איזושהי בעיה, אני מייד פותרת". ד"ר דונחין ניחנה בתכונה שמסייעת לה בכך: "אני תמיד מכריזה על עצמי כנטולת אגו, כי אני מאמינה שרק ככה אפשר לעבוד בשותפות". שמש מרחיבה בנושא:

עם כל הביקורת היא לא נעלבת, היא פשוט ממשיכה הלאה [...] לא מקבלת שום דבר לרעה. היא לא אומרת: 'טוב הם מבטלים אותי אז אני לא אעבוד איתם'. [...] כלומר, האגו שלה זה ממש לא פונקציה. ממש לא פונקציה. העיקר זה להגיע למטרה.

הואיל והפעולה ברמה המקומית נעשית על בסיס גישה מערכתית-כוללנית, היא נבנית גם על יצירת קואליציות. הקואליציה המקומית כוללת את כל הגורמים הרלוונטיים כמו קופות חולים, אגפי חינוך, רווחה וספורט בעיריה ומתנ"סים בהתאם לפרויקט המסוים שעומד על הפרק. באשדוד ניתן לראות כי הגישה של ד"ר דונחין לניהול קואליציה ולפתרון מחלוקות משוכפלת גם ברמה המקומית. שמעוני מסבירה שכדי לרתום אנשים יש "לותר על האגו". היא מתארת את התפקיד שלה כמתאמת בריאות עירונית כך:

קראתי לתפקיד שלי בלרינה, כי פה את צריכה לרקוד ולרחף כמו בלרינה כדי לא לפגוע באף אחד. לגרום לאדם לחוש שהוא רצוי, שהתרומה שלו חשובה, שהוא חלק בלתי נפרד. ולא לדרוך על אף אחד. כי אם לא, אם תתחילי להיכנס להתנגשויות, להתנגחויות את פשוט מפספסת. וזה פשוט חבל לדעתי כי הרעיון הוא חשוב.

מעבר לליווי בהכנת תכנית לקידום בריאות על בסיס פרופיל הבריאות העירוני, פעילויות הרשת מתמקדות בהכשרת מתאמי הבריאות העירוניים וביצירת רישות ביניהם: "עשינו קורס הכשרה למתאמים העירוניים. קורס של 120 שעות, שבו לומדים מה זה בריאות וקיימות ומקבלים המון כלים לעבודה בשטח" (ד"ר דונחין). לדברי שמעוני,

מה שטוב בכל הישיבות הוכנסים שאנחנו לומדים אחד מהשני, אחד עוזר לשני. [...] מרימים טלפון ושואלים 'אני רוצה לעשות כך וכך'. שמעתי שעשית. איך עשית? איך התגברת על המכשול הזה? שיתוף פעולה והפרייה הדדית זה קורה בכל המפגשים [...] בכל המפגשים את מכירה ולומדת שיש עוד ארגונים ומטרות אחרות, איך את יכולה להתחבר אליהם למען הפעילות פה.

הכשרת אנשי השטח תורמת לדעת שמעוני להמשכיות הפרויקט וליכולתו להתקיים גם במקרה בו ד"ר דונחין תעזוב: "מילכה היא אדם שלא לוקח לעצמו. מילכה תמיד מכשירה עוד אנשים ומדביקה. הרעיון הוא זה, שאת

נדלקת לרעיון ואת מנסה במקום שלך לפתח את הרעיון". שמעוני פועלת באשדוד בצורה דומה. היא מאמינה כי הגברת המודעות בקרב כל פרט בקהילה מאפשרת המשכיות של הפרויקט גם מעבר למסגרת הפורמלית שלו, באופן שהאזרחים המודעים פועלים בכוחות עצמם כשגרירים של הרעיון: "אני באה ומסבירה לך מה את יכולה כאזרחית לשפר את החיים שלך, לשמור על ניקיון סביבתך. את כבר מתקוממת כבן אדם – אני לא צריכה להיות אחרייך". מדובר כאן בהמשכיות במובן של הטמעת יכולות והעצמה של הקהילה.

לרשותה של הרשת עומדים משאבים מסוגים שונים. ראשית, הרשת מתקצבת על ידי משרד הבריאות ש"רואה בפעילות של רשת ערים בריאות פעילות ראויה וחשובה, וזה חלק ממטרות המשרד" (שמשי). עם זאת, תקציב זה לא מובטח מראש לאורך זמן ויש לחדשו מדי שנה בועדה לקידום בריאות. בנוסף, הרשת ניזונה מדמי החבר שמשלמים השותפים בקואליציה. הרשויות המקומיות מממנות בנוסף את הפרויקטים שמתקיימים אצלן. ניסיונות גיוס כספים מתורמים נחלו בינתיים כשלון, בין השאר בגלל הסטטוס המשפטי של הרשת, שהיא יחידת סמך של המרכז לשלטון מקומי.

שנית, מבחינת כח אדם משרד הבריאות מעמיד לרשות הרשת את היכולות הסטטיסטיות הקיימות באגף לכלכלת בריאות ואת העזרה של לשכות הבריאות המחוזיות: "אנחנו עובדים בשיתוף פעולה הדוק עם לשכות הבריאות המחוזיות. [...] קודם זה נעשה על בסיס וולונטרי, על בסיס קשרים טובים. היום, כבר יש הנחיה [של המשנה למנכ"ל, ד"ר לב – נ"א] וזה נותן לגיטימציה כי מי שחשב שזה מחוץ להגדרת התפקיד שלו יודע שזה לא מחוץ לתפקיד שלו". תוספת כח אדם מושגת גם באמצעות דבקות העובדים במטרה. שמש מספרת: [ד"ר דונחין] מקדישה גם זמן פרטי שלה [...] היא עובדת לבד. ממש בהתנדבות"; "היא מצליחה לסחוב את כל האנשים [...] לעשות הרבה יותר ממה שמקבלים במשכורת. אנשים משקיעים הרבה שעות מעבר למה שהשכר מאפשר". גם ד"ר דונחין מעידה על רכזת הפרויקטים שעובדת ברשת בתור פריילנסרית כי "היא עובדת המון בהתנדבות".

שלישית, לדברי ד"ר דונחין יש לה "את הגיבוי של המשרד [משרד הבריאות – נ"א] וזה נותן בהחלט תמיכה". נוסף על כך יש לה "את התמיכה של הדסה שזה לא פחות חשוב כי היא מקדישה המון זמן" (שמשי). כלומר, ד"ר דונחין מנהלת את הפרויקט, כשם שחוקרים אחרים בבית הספר לבריאות הציבור משתתפים בועדות מקצועיות ומלווים פרויקטים: "זה לא משהו זר לבית הספר" (ד"ר דונחין). משאב נוסף הוא הידע המקצועי של ד"ר דונחין ושל מספר אנשי מקצוע הפועלים ברשת.

גם מבנה הרשת תורם כאמור להגברת החוסן שלה: רעיונות ודרכי פעולה מוצגים בפני החברים והם יכולים להסתייע אחד בשני. לפי שמעוני הרשת פועלת כך: "לאט לאט המעגלים מתחברים וכך זה ממשיך. מעגלים, מעגלים, התקרבויות, והשילוב ביניהם. כל אחד שומר על הייחוד שלו, אבל יש דברים שחופפים עם כולם אז שווה לי לעבוד על הנושא החופף עם מי שבתוך העסק הזה". לשיטתה של ד"ר דונחין הרשת בנויה במידה רבה על קשרים אישיים ועל הפצת מידע 'מפה לאוזן': "יש לי שגרירים בכל מקום [...] מגיעות אלי אין סוף פניות מכל מיני ארגונים שמעוניינים לשמוע יותר על הרשת". עם זאת, המידע על הרשת לא פורץ את המעגל הארגוני ואינו מגיע לתודעת הציבור הרחב: "יש לנו עוד הרבה מה לעשות כדי שזה יגיע למודעות הציבור. זה שאנחנו צנועים לא תורם לנו" (ד"ר דונחין). שמש רואה בכך את אחד הקשיים: "גם בערים בריאות ותיקות האזרח הפשוט לא שומע על זה".

אולם הנכס החשוב ביותר העומד לרשות רשת ערים בריאות הוא ככל הנראה הרעיון העומד בבסיסה. שמעוני מדגישה כי "היום הנושא הזה של בריאות ואיכות סביבה זה הדגל של השנים האלה. האדם כבר לא מסתפק בצרכים הבסיסיים"; "הרעיון שלה [של הרשת – נ"א] .. נוגע לכל אחד ואחד". על כן ראשי רשויות מקומיות מעוניינים לאמץ את הנושא ולהצטרף לרשת: "זה מה שרוצה האזרח [...] וראש העיר רוצה את זה. אם יש לו את זה, התושבים מרוצים". גם ד"ר דונחין מספרת כי ברשויות המקומיות "יש עניין שהולך וגובר". היא אומרת שהיום הנושא אופנתי ו"כנראה שיש ברעיון משהו מושך". מבחינתה היא פועלת אך ורק לשם קידום הרעיון "אני לא הולכת בראש אני המנוע האחורי".

אף על פי כן, שמש אינה אופטימית לגבי קיומה של הרשת בזכות הרעיון בלבד: "אם לא יהיה משוגע לעניין, זה לא ילך. והקיום זה בגלל המשוגע לעניין, שצריך לדעת לרתום אנשים חצי משוגעים". לדעתה האישי ("שאינה מגובה בשום דבר"), "אם מילכה מחר תחליט שדי. נמאס לה. אני בספק שזה יתקיים." בינתיים, מבטיחה ד"ר דונחין "כל עוד אני חיה הרשת תהיה קיימת".

5.2 סקר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות

בשנת 1995, נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק יצר רפורמה משמעותית במערכת הבריאות בכך שהוא הפך את הנגישות לשירותי בריאות לזכות אוניברסלית שחלה על כל אזרחי המדינה. מר גבי בן-נון, סמנכ"ל לכלכלת בריאות במשרד הבריאות (לשעבר), שהיה מעורב בחקיקת החוק, מספר כי "לאור גודל הארוע סברנו במשרד הבריאות שחייבים לעקוב באיזושהו מנגנון הערכה אחר התהליך והיישום שלו". במקביל מכון ברוקדייל סבר כי יש לעקוב אחר יישום החוק מהיבטים שונים. עירנות כפולה זו לנחיצות במחקר הערכה שילווה את יישום החוק השתלבה בעניין האישי בנושא שגילתה פרופ' גרוס, מנהלת פרויקט ההערכה, כיון שהיה קשור לנושאים עליהם כתבה במסגרת הדוקטורט שלה באותה עת.

למשרד הבריאות היה חשוב שההערכה תבוצע על ידי גוף ניטרלי, שאינו חשוד כבעל אינטרס, על מנת שממצאיו יהיו מקובלים על כל השחקנים במערכת כמו קופות חולים ונציגי הצרכנים. בן-נון, מעצם חברותו בועד המנהל של מכון ברוקדייל, הכיר מקרוב את פעילותו ויכולותיו וחשב שהמכון הוא הגוף "שיכול לעשות את זה הכי טוב באותה תקופה". העובדה שבן-נון החזיק בשני כובעים: סמנכ"ל במשרד הבריאות וחבר בועד המנהל של ברוקדייל, סייעה לו לחבר בין היכולת של מכון ברוקדייל לצורך של מערכת הבריאות. עצם העובדה שמחצית מתקציב המכון מגיעה מממשלת ישראל הקנתה לו את היכולת להשפיע על תכנית העבודה של המכון ולהכניס לתוכה את הפרויקט הזה. לדברי בן-נון "היה לי פה מנוף [...] ברגע שקיבלנו את ההחלטה האסטרטגית הזו, התכנית הפכה לחלק מובנה בתוך תכנית העבודה של מכון ברוקדייל ולא יצאה עד היום".

בד בבד, הערכת הרפורמה נתפשה כרצויה מאד מצד מכון ברוקדייל. מחקר הערכה מספק למקבלי החלטות ולנותני שירותים במערכת הבריאות מידע ונתונים מהציבור, שיאפשרו להם לקבל החלטות מושכלות (Rosen, 2007). לפי פרופ' גרוס, פרויקט כזה נופל בדיוק להגדרת התפקיד של המכון "זה מאד מתאים לארגון להעריך רפורמות, להשפיע על מדיניות, לשפר שירותים של קופות. כל זה, זה בדיוק ה-mission שלנו". כמו כן, לרשות המכון עומדים חוקרים מקצועיים, יחידה ייעודית לעבודת שדה ותשתיות מחשוב שמאפשרות לו לקיים סקרים בהיקף כה נרחב.

בהתחלה, הסקר היה רק מרכיב אחד בתכנית ההערכה המורכבת של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לפי תכנית זו, מחקר ההערכה היה אמור להתקיים לכל הפחות ב-1995 כשנת בסיס ושוב ב-1997 על מנת לזהות שינויים במערכת הבריאות. השקת הפרויקט הייתה לדידו של בן-נון "ברמה של אינסטינקט" ולא קדמה לה עבודת מטה שהובילה להחלטה. לפיכך, גם לא גובשה תכנית מסודרת להבטחת המשכיות הפרויקט מעבר לשני הסבבים האמורים. עם זאת, כפי שמדגישים ד"ר רוזן ופרופ' גרוס, גם לא נאמר שלא תתאפשר המשכיות של הפרויקט: "אני בטוח שלא אמרנו שתי פעמים וזהו. חשבנו שאולי ייתכן משהו מתמשך [...] היינו יכולים לזרום עם זה"; "לא הייתה תכנית להמשכיות אבל גם לא הייתה תכנית ללא-המשכיות".

בשנת 1999, נערך הסקר בפעם השלישית לאור רצון לבחון שינויים משמעותיים במדיניות הבריאות שיישמו ב-1998. מאז הסקר התקבל כאחד מכלי ההערכה המרכזיים העומדים לרשות מערכת הבריאות, ולפי פרופ' גרוס "נראה שנכנסנו לאיזה מסלול שדי מובן מאליה שאנחנו עושים את זה כל שנתיים". עם זאת, יצוין כי יתר המרכיבים של ההערכה הראשונית לא זכו להמשכיות כיון שגופים אחרים דוגמת ביטוח לאומי סיפקו את הנתונים באופן שוטף, ולמכון ברוקדייל לא היה עניין להמשיך ולעקוב אחריהם בעצמו. הפרויקט שזכה להמשכיות הוא אם כן סקר של דעות ועמדות הציבור בנוגע ליישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הפרויקט לווה מראשיתו בועדת היגוי שכללה נציגים של השחקנים המרכזיים במערכת: משרד הבריאות, קופות החולים, ביטוח לאומי, משרד האוצר ובהמשך ארגוני צרכני שירותי בריאות – שחקנים עימם נמצא המרכז לחקר מדיניות בריאות בקשר שוטף במסגרת מחקרים אחרים שהוא עורך. ועדת ההיגוי מתכנסת לפני כל מחזור של הסקר ודנה בשיפור השאלות הקיימות ובנושאים החדשים שכדאי לבדוק. דיון זה מאפשר לשותפים להסתייע במכון לבחינת נושאים שמעניינים אותם ומאפשרת למכון להעלות סוגיות חדשות לסדר היום של מערכת הבריאות. לרוב, צוות המחקר של המכון מגיע עם הצעה מוכנה מראש ועליה מקיימים דיון, כאשר לכל הנוכחים יש אפשרות להביע דעה מנומקת. בתום איסוף הממצאים מתכנסת הועדה כדי לדון בפירושים.

ההשתתפות בועדת ההיגוי היא וולונטרית. מכון ברוקדייל אינו תלוי בשותפים בועדת ההיגוי מבחינת משאבים כספיים או מבחינת נתונים קליניים, ואף על פי כן הוא הזמין את כל השחקנים להשתתף בה כפי שהוא נוהג לקראת כל פרויקט גדול (ד"ר רוזן). האינטרס של המכון בהזמנת שותפים לועדת ההיגוי נעוצה ברצונו להתעדכן בנושאים שמעניינים את יתר השחקנים במערכת וברצונו להגביר את האפקטיביות של סקר דעות הציבור. לפי פרופ' גרוס כלל השחקנים במערכת הוזמנו כדי "שלקר תהיה לגיטימציה כללית, שכולם ירגישו שותפים ושישתמשו בממצאים". קופות החולים מצידן משתתפות כיון שיש ביכולתן להשפיע בדרך זו על בניית השאלון, על העלאת סוגיות לסדר היום ועל פירוש הממצאים. אלמנט הוולונטריות הוא לדעת בן-נון "הצלחה בלתי רגילה. זה הפחית התנגדויות, הפחית טענות".

מדברי המראיינים עולה שהעבודה בקואליציה רחבה של שחקנים מתנהלת בסך הכל על מי מנוחות: לכל המשתתפים ברור כי מכון ברוקדייל הוא הגוף שמוביל את הפרויקט והוא נחשב בעיניהם לגוף אובייקטיבי, המשתתפים מכירים אחד את השני לאורך שנים ארוכות של עבודה משותפת במערכת בכלל ובפרט בועדת ההיגוי ("זה מועדון", ד"ר רוזן) וכולם מוזמנים להביע דעה ולהעלות נימוקים בעד ונגד. עצם ההמשכיות הוזכרה גם כגורם שתורם לעבודה נעימה בקואליציה: "אולי זה עוזר המשכיות, שיודעים שמה שלא נכנס היום [שאלה או סוגיה – נ"א], אולי ייכנס בעתיד" (ד"ר רוזן).

מדי פעם בכל זאת התגלעו מתחים ונערכו דיונים סוערים ("כשיש ממצאים אז הויכוח יותר חי כי אז מתווכחים על פירוש הממצאים", ד"ר רוזן). המחלוקות היו אמנם ענייניות אולם לדעת פרופ' גרוס, הן קשורות גם לאינטרסים הספציפיים של כל שחקן ושחקן. כך למשל קופת חולים מכבי שהתנגדה מלכתחילה לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי טענה כי יהיה קושי מתודולוגי להסיק מהסקר אם השיפור בשביעות הרצון מקופות החולים הוא תולדה של החוק או לא, כיון שלאורך השנים יש מגמה של שיפור כזה. לדברי פרופ' גרוס: "היה ויכוח מקצועי אבל היה להם גם אינטרס. עמדה נגד החוק". דוגמה נוספת הייתה התנגדות שהעלה משרד האוצר נגד הכללת שאלות אודות ויתור על טיפול רפואי בשל מצוקה כספית בטענה שבהעדר שאלות משלימות (דוגמת מהו הטיפול עליו ויתרו או האם קיבלו טיפול חליפי) לא ברור מה ניתן להסיק מהממצאים. כדי להתמודד עם חילוקי הדעות מפרסם המכון את הממצאים בצירוף כל ההסתייגויות שמנומקות היטב, ומשפר את השאלות מפעם לפעם. הפתיחות של המכון להערות לפני ואחרי ביצוע הסקר ונכונותו לשלב בממצאים את ההסתייגויות של יתר השחקנים מסייעים לו לשמור על האובייקטיביות שלו. לדברי המרואיינים "לא היה אף פעם מישהו שאמר 'שמע, העסק הזה רקוב'" (ד"ר רוזן) "אף קופה לא טענה: טעיתם, שגיתם, רימיתם" (בן-נון).

לדברי בן-נון, סמנכ"ל לשעבר במשרד הבריאות, המשרד רואה בסקר כלי חשוב ומרכזי: "העובדה שיש לנו סדרה כל שנתיים באופן רציף [...] היא נכס אדיר מבחינת תשתיות הדעת והיכולת להבין ולהפנים ולתרגם את זה למונחים של מדיניות". סקר זה בצירוף מחקר אחר על מדדים קליניים נותנים ביחד תמונה שלמה להערכת התפקוד של מערכת הבריאות: "אני רואה אותם כפרויקטים משלימים שנותנים לנו תשובה מה אנתנו עושים בהשקעה הכספית של משרד הבריאות". קופות החולים רואות אף הן בסקר כלי חשוב להשוואת מצבם ביחס ליתר הגורמים במערכת, כלי חשוב ללמידה ולשיפור (במיוחד עבור אלו שאין להם מערכת פנימית של סקרים) וכלי לפרסום הישגיהם. עם זאת, יש לזכור כי "הקופות חשוב להן הסקר, אבל הן גם עומדות למבחן כל שנתיים. [...] הן לא במצב הכי נוח מסקר פומבי" (פרופ' גרוס). משרד האוצר, להערכת המרואיינים, לא מייחס לסקר חשיבות גדולה: "אני חושב שלמשרד האוצר לא אכפת שהסקר לא יתקיים" (בן-נון), אולם הוא מעוניין להיות שותף פעיל כל עוד הסקר זוכה להד תקשורתית ולהתייחסות פרלמנטרית. הביטוח הלאומי הוא שותף יחסית שולי בועדת ההיגוי (נותן כשריד מועדת ההיגוי של ההערכה המורכבת הראשונית) ואין לו עניין מיוחד בהמשך הסקר. ארגוני צרכני שירותי הבריאות מהווים אף הם קבוצה שמאד מתעניינת בממצאי הסקר ובקימו "להם זה מאד אכפת" (פרופ' גרוס).

מדוע אם כן, מתקיים סקר דעות הציבור כבר 12 שנה? כל המרואיינים היו תמימי דעים וסברו כי בראש ובראשונה המשכיות הסקר קשורה ל"משוגע לדבר". לדברי בן-נון:

"לפני הכל צריך להגיד. כדי שהפרויקט ישא המשכיות חייבים להיות אנשים משוגעים לדבר, שרואים את החשיבות של הפרויקט ומגבים לכל האורך. מטבעם של פרויקטים שאם אין משוגע לדבר שהם דועכים. זה לא עניין של רוע לב אלא מטבעה של בירוקרטיה ממשלתית. בפרויקט הזה היו שני משוגעים. אחד, מכון ברוקדייל שחשב שזה חשוב וגם מבחינה ארגונית זה מינף את המכון בצורה בלתי רגילה ולכן כל הזמן הוא רצה לבצע את המחקר וכן הלאה. ושנית, מישהו ממשרד הבריאות שנתן גיבוי וזה אני".

במכון ברוקדייל נאמרו דברים דומים. לחוקרים עצמם "יש [...] הרבה ניסיון ועניין בנושא, ומחויבות" (פרופ' גרוס) והם סבורים כי הפרויקט ממשיך מתוך "עניין, מתוך מחויבות, מתוך תרומה, שליחות" (ד"ר רוזן). אולם את הבכורה ב'שגוען לדבר' הם מעניקים למר בן-נון:

"פה הקרדיט המרכזי לגבי בן-נון, הוא עמד כל כך [...] הוא מאד העריך את הסקר, ראה את הפוטנציאל להשפעה ועמד על כך שהסקר יערך כל שנתיים [...] בן-נון היה דמות מאד קבועה, מאד מרכזית ומאד משפיעה גם במשרד הבריאות וגם בועד המנהל שלנו. פה אני ממש רואה את גבי בן-נון. אם הוא לא היה שם, אני לא בטוחה שהייתה כזו דרישה לעשות זאת כל שנתיים" (פרופ' גרוס).

בד בבד הוזכרו סיבות נוספות שמסבירות את ההמשכיות של הפרויקט לאורך 12 שנה, ושיכולות ככל הנראה להבטיח את התמשכותו גם לאחר עזיבת בן-נון את משרד הבריאות בשנה החולפת. אחת, החשיבות של הסקר עבור מקבלי החלטות במערכת הבריאות – הסקר הפך לכלי מרכזי עבור המערכת והוא "עונה על צורך אמיתי" (ד"ר רוזן). הסקר "התקבל על ידי הממסד של מערכת הבריאות ככלי איכותי וטוב לצרכים הפנימיים שלה. כל קופות החולים עשו שימוש בכלי הזה" (בן-נון). במצב זה, גם כאשר בברוקדייל סבורים ש"שנתיים זה לא קדוש" וניתן לערוך את הסקר פעם בשלוש-ארבע שנים, בן-נון במשרד הבריאות התעקש על קיום הסקר מדי שנתיים. גם שאר השותפים בועדת ההיגוי מצפים לסקר מדי שנתיים, ובישיבה לסיכום סקר 2007 נאמר "אז בסקר 2009 תעשו ככה..." (פרופ' גרוס).

סיבה שניה היא האיכות שבה נעשה הסקר. הסקר מקובל ככלי אובייקטיבי, אמין ומקצועי. לדברי המרואיינים מברוקדייל "אנחנו עושים עבודה טובה" (ד"ר רוזן), "אינני מכירה סקר יותר טוב מהסקר הזה" (פרופ' גרוס). לפיכך, סקרים נוספים שנעשים במערכת הבריאות על ידי גופים אחרים אינם מהווים תחרות משמעותית לפרויקט הקיים: "אנשים מבינים שזה לא זה" (ד"ר רוזן).

סיבה שלישית היא מבנה הסקר שמשלב מעקב אחר מגמות לאורך זמן ובדיקת סוגיות שעל הפרק. מבנה זה מאפשר לסקר לשמר עניין בקרב הצרכנים שלו: "באופן מובהק זה מאפשר לשמור עניין בציבור הרחב וגם קובעי מדיניות. כשחדש מתלבש על ישן זה עוד יותר טוב. תמיד יש משהו מוכר, מה שכולם מסמפטים..." (ד"ר רוזן). כמו כן, היכולת המובנית לשמור על עדכון מסייעת לניצול הזדמנויות שמעלות את חשיבותו של הסקר. כך למשל המשכיות הסקר ב-1999 נהנתה מהצורך להעריך את השינויים שחלו ב-1998 ובדומה ב-2007 הכלי שימש להערכת מצב הבסיס לקראת הרפורמה בתחום בריאות הנפש: "מה שמחזק אותנו, שהשנה הכנסנו את בריאות הנפש, שזה בייס-ליין. אם תהיה רפורמה בבריאות הנפש, אני בטוחה שיהיה רצון עז של כל הצדדים לעשות ב-2009" (פרופ' גרוס).

סיבה רביעית שהוזכרה היא מאפייניו של הגוף המפעיל, מכון ברוקדייל, שעוסק במחקר לשם שיפור המדיניות בישראל. לפי ד"ר רוזן מדובר ב"ארגון יציב. [...] יש לנו תשתית ארגונית. אנשים נשארו, הארגון נשאר, הקשרים ישנם". כמו כן, חשוב להדגיש כי המימון לצורך הפרויקט קיים כחלק מהתקציב הגרעיני של המכון, באופן שלא מחייב גיוס תרומה ייעודית לפרויקט. זאת ועוד הסקר הוא אחד מפרויקטי הדגל של המכון: "נכנסנו למסלול שהסקר מאד חשוב. הוא מעין brand name של המכון וכולם אומרים 'סקר מכון ברוקדייל'. זה הפך למשהו בתוך המערכת שהמכון לא יוותר עליו. גם אם אני ושולי [החוקרות הראשיות – נ"א] לא נהיה פה, המכון ירצה להמשיך בסקר" (פרופ' גרוס).

5.3 פרויקט פרלמנט הבריאות

פרויקט פרלמנט הבריאות ניזון על רקע עלייה מתמשכת בהיצע הטכנולוגיות הרפואיות ובמחירן לצד תקציב מוגבל. רקע זה הכריח את ראשי מערכות הבריאות בעולם בכלל ובישראל בפרט לקבל הכרעות כואבות בנושא תעדוף של טכנולוגיות רפואיות ולהתמודד עם השפעות הכרעותיהם על השוויוניות במערכת הבריאות.

לפרויקט קדם מחקר מקדים, שנערך על ידי היחידה לאתיקה וזכויות בריאות במכון גרטנר לחקר אפידימיולוגיה ומדיניות בריאות. המחקר המקדים בדק את ההיתכנות של עריכת פרויקט של שיתוף ציבור בישראל כחלק מהמגמה העולמית לשיתוף ציבור בקביעת סדרי העדיפויות בבריאות שרווחה באותן שנים.

המחקר המקדים ניוזם על ידי ד"ר בעז לב, שהיה אז המשנה למנכ"ל משרד הבריאות והקים יחד עם ד"ר כרמל שלו את היחידה לאתיקה ולזכויות בריאות במכון גרטנר. ד"ר שלו מספרת: "לדעתי, מי שיזם את התכנית [המחקר המקדים – נ"א] היה בעז לב. כי באותן שנים זה היה אופנתי בתחום הבריאות לעשות התייעצויות ציבוריות"; "זה היה פרויקט הדגל של היחידה שלי [...] כנראה שבעז ידע לאן נושבות הרוחות במכון הלאומי [לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות – נ"א] וקיבלנו מימון לשנתיים".

את המחקר המקדים הובילו ד"ר לב, ד"ר שלו, ד"ר נורית גוטמן מהחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב וד"ר ג'ף בורקאן, רופא ואנתרופולוג. ד"ר לב צירף את ד"ר גוטמן על סמך היכרות עם פרויקט אחר שעשתה עבור משרד הבריאות ועל סמך עיסוקה באתיקה של קידום בריאות. בעקבות הצטרפותה היא החלה ללמוד את הנושא של שיתוף ציבור. במסגרת זו לקחו ד"ר שלו, ד"ר גוטמן וד"ר בורקאן מודל שערך אליסטר קמפבל בנוי-זילנד ועל בסיסו פיתחו מודל להתייעצות ציבור מלבנת (דליברטיבית). המחקר המקדים היה מחקר איכותני שהראה כי ניתן לקיים דיון מלבן (דליברטיבי) בישראל: "פיתחנו כלי להתייעצות ציבורית והראינו שגם לאנשים הפשוטים ביותר כולל [...] נשים ערביות שלא ידעו קרוא-וכתוב, שיכלו להביע דעה ולדון. אז הוכחנו שזה אפשרי" (ד"ר שלו).

בעקבות מודל ההיתכנות ביקשו השותפים (פרט לד"ר בורקאן ששב לארה"ב) ליזום פרויקט ארצי של שיתוף ציבור מייעץ. בשלב זה נכנס לתמונה מנהל מכון גרטנר, פרופ' מרדכי (מוטי'קה) שני, שהיה לו עניין קודם בנושא שיתוף ציבור. לפי ד"ר שלו: "הוא היה המשוגע לדבר שהוביל לפרלמנט הבריאות, כשבעז עוד נמצא בפנים. אבל מוטי'קה הביא את הכסף. וכשמוטי'קה נמצא במשהו, הוא קובע". בשלב זה, פרופ' שני השפיע על מאפייני פרלמנט הבריאות. למשל, הוא ביקש לחזק את המחקר הכמותני של התהליך על ידי ביצוע סקר בקרב המשתתפים. בעקבות דרישה זו צורף מכון כהן לחקרי דעת קהל מאוניברסיטת תל אביב כשותף.

שותף נוסף שצורף בשלב זה היה המרכז לחינוך קהילתי ע"ש ציפורי. מרכז ציפורי היה ארגון שלקח על עצמו את השליחות לקדם דמוקרטיה השתתפותית בישראל. הוא קיים ועידות אזרחים בנושאים שונים, במסגרת יחידה ייעודית לנושא בראשות מר רונן גופר, והחל לצבור מוניטין בתחום. ד"ר גוטמן מעידה על עצמה שהיא זו שהזמינה את מרכז ציפורי להצטרף ומסבירה מדוע: "אני ידעתי שהם עוסקים בשיתוף הציבור, ולחצתי ומאד רציתי שהם יהיו פרטנרים. [...] ידעתי שהם עושים ועידות אזרחים, ושיש להם פרקטיקות איך לשתף אנשים.. חשבתי שאנחנו לא מסוגלים.. למרות שעשינו את הפרויקט הקודם". מבחינת מרכז ציפורי, העניין לקיים תהליכי שיתוף ציבור כל הזמן היה קיים, גם בתחום של מדיניות בריאות "כי יש בו נושאים קלאסיים לשיתוף אזרחים" (גופר). סביב עניין זה נוצר בשנת 2000 דיאלוג בין ד"ר לב וד"ר שלו לבין מרכז ציפורי, ו"כשבשלו אצלם העניינים. הם פנו אלינו שנעשה את זה ביחד. כשהם פנו אלינו הפניה הייתה דרך מכון גרטנר" (גופר).

הקואליציה כללה גם כן, שחקנים ממכון גרטנר עצמו, ממשרד הבריאות, ממרכז ציפורי, מהחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב וממכון כהן באוניברסיטת תל אביב. לא כל השחקנים זכו למעמד דומה, מכיל הראיונות ברור כי שלושת הראשונים היו יותר מרכזיים. כך לדוגמה אומר גופר: "באופן פורמלי היו עוד שני שותפים: מכיון שנורית באה מהחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב אז החוג היה שותף, ומכיון שמכון כהן

באוניברסיטת תל אביב עשה את הסקר הראשוני, אז גם מכון כהן היה שותף. השותפים המרכזיים היו מרכז ציפורי, משרד הבריאות ומכון גרטנר". מרכזיותם התבטאה לדידו בכך "שמה שיש להם להגיד, משפיע על רוב המרכיבים של הפרויקט. שהכסף התחלק חצי-חצי בין מכון גרטנר ומרכז ציפורי. [...] זה היה מקובל על כולם". לעומת זאת, לפי ד"ר גוטמן מכון גרטנר היה השותף הבכיר שהוביל את הקואליציה ולהבנתה עובדה זו הייתה ברורה לכל השותפים: "לדעתי כן. המרכז היה גרטנר, הוא ריכז מבחינה ארגונית. הוא ניהל הכל מבחינה תקציבית".

חוסר הבהירות של מערכת היחסים בקואליציה היה קשה עבור מרכז ציפורי: "לא היה ברור מי המזמין של הפרויקט הזה". לדידו של גופר, חוסר הבהירות היה קשור "למאבקי כח" בתוך משרד הבריאות: "דמות מרכזית כאן זה פרופסור שני, שלמרות שהוא לא היה מנכ"ל משרד הבריאות, בעזר היה אז המנכ"ל, הוא היה דמות הרבה יותר חשובה כאן. לפחות בשגרה למרות שמשותף גם בעז וגם שני, מי שקובע זה שני ולא בעז". גופר התקשה לקבל את הדומיננטיות של מכון מחקר כמכון גרטנר בתהליך וסבר כי משרד הבריאות מטבעו צריך להיות הקליינט המרכזי:

מכון גרטנר הוא מכון מחקר שיש לו אינטרסים אחרים. האינטרסים שלו הם של מדידה הערכה ומחקר שהם אף פעם לא אינטרסים לביצוע של תהליך כזה [הדגשה שלי – נ"א]. האינטרסים של תהליך כזה, המטרות שלו הן אחרות, הן ציבוריות. זה לא על מנת לשרת את תחום הידע. [...] לנו היה ברור מאד מה אנו רוצים לעשות מבחינת מכון ציפורי. אבל להם היו, אני חושב, אינטרסים סותרים בין האינטרס הציבורי הברור של משרד ממשלתי שרוצה לדעת מה הציבור חושב על מנת להשתמש בזה לצרכי מדיניות בפועל ולהשתמש בהם לתהליך קבלת החלטות לבין מכון גרטנר שהאינטרסים שלו מחקריים ובמובן הזה, במובן מסוים הם בלתי רלוונטיים לתהליך.

תחושה זו הביאה את מרכז ציפורי לדרוש במפגיע מינוי של מנהל מוגדר לפרויקט. אולם גם כשהוכרז על ד"ר לב כמנהל הפרויקט, הם לא באו על סיפוקם. הם ראו בכך מינוי סמלי בלבד כיון שהוא כיהן באותה עת כמנכ"ל משרד הבריאות: "זה לעשות צחוק מהעבודה" (גופר).

בניגוד לאנשי מרכז ציפורי, נראה כי ליתר השותפים היה נוח לעבוד במסגרת ועדת היגוי מרובת מובילים. ד"ר גוטמן מעידה על עצמה: "אני באה ממסורת בארה"ב, כשעובדים על פרויקט, עובדים בשיתוף [...] אני בכלל, מאמינה באינטר-דיסציפלינריות ובשיתוף". היא תולה את הקושי בהתנגשות בין תרבותיות ארגונית שונות: "אנחנו עבדנו כועד מנהל וציפורי מאד רצו שיהיה מנהל. וזה למה? כי בתרבות הארגונית שלהם, הייתה תרבות של מנהל בכיר. ואצלנו תרבות של אקדמאים...". גם ד"ר שלו מספרת: "אנחנו היינו באמת צוות ששותף פעולה. את לא יודעת כמה אנשים באמת בכירים.. כולנו עבדנו כצוות. מבחינה זו זה היה תהליך מאד משתף".

בתחילת הפרויקט ניסו הצדדים השונים לגבש יחדיו מסגרת לפרלמנט. אליבא דגופר גיבוש הפרויקט נעשה "בתהליך של הידרברות [...] על פי המחשבות שהם צברו במשך השנים על תהליכים כאלה בכלל. היו להם דעות. ואנחנו על בסיס הידע והניסיון שלנו בתהליכי שיתוף ציבור". ד"ר גוטמן מספרת כי "אנחנו ממש ישבנו יחד ובנינו עם רונן, ממש יחד, את המבנה [...] מבחינתי הוא היה שותף שווה". אולם שיתוף הפעולה השוויוני בתחילת הפרויקט לא האריך ימים: "אני ראיתי בציפורי פרטנרים שווים, עד שהם אכזבו. ואז הם הפכו לקבלן שירותים" (ד"ר גוטמן). ד"ר שלו מעידה ש"מלכתחילה היו לי ספיקות לגבי ציפורי"; "הם לא הבינו בתכנים, איך הם יכולים להיות שותף שווה?"

החיכוכים בין מרכז ציפורי לבין יתר השותפים החלו בשלבים מוקדמים של הפרויקט. לדברי ד"ר גוטמן: "היו מחלוקות גדולות מלכתחילה. הם באו עם אוריינטציה ועם אידיאולוגיה קצת אחרת". למרכז ציפורי היה ניסיון בתחום של שיתוף ציבור ודעה מגובשת על האופן בו צריך לנהל את הפרלמנט: "בתוך תהליכים כאלה יש סכימה ידועה" (גופר). מבחינת אנשי המרכז, היה להם הרבה מאד ניסיון רלוונטי לעיצוב פרלמנט הבריאות: "ועידת האזרחים זה שמונה ימים מלאים. זה לא משתווה בכלל לתהליך של פרלמנט הבריאות. זה תהליך הרבה יותר עמוק". אולם, בעקבות המחקר המקדים צברו גם ד"ר שלו וד"ר גוטמן היכרות עם תהליכי שיתוף ציבור דליברטיביים. בעקבות כך, הן רצו להשפיע לא רק על התכנים הנוגעים לבריאות אלא גם על התהליך של שיתוף ציבור – תחום שלכאורה היה המומחיות הבלעדית של מרכז ציפורי. לדברי ד"ר שלו: "אנחנו הבאנו את כל הידע המקצועי של התכנים. בנוסף, לי ולנורית היה גם ניסיון וידע לגבי התהליך. וכאן היו התקלים עם ציפורי". לתחושתה, "הם היו קצת יהירים אולי. [ציפורי: נ"א] 'אנחנו עושים כמו שאנחנו מבינים'. [ד"ר שלו: נ"א] 'רגע, בני אדם. אתם עובדים עם אנשים עם ניסיון, שאין לכם. בואו תעבדו איתנו'. הם לא שיתפו פעולה". לדעתה, לביטחון שהפגינו אנשי מרכז ציפורי לא היה במה להיאחז: "הם עשו ועידת אזרחים שמבחינה מתודית זה תינוק לעומת פרלמנט הבריאות שהיה מלאכת מחשבת מבחינת המבנה, השיטה, מבחינה תהליכית".

בחירת הנושאים לוותה לדברי ד"ר גוטמן בויכוחים רבים. פרופ' שני, מנהל מכון גרטנר, השפיע רבות על השאלות שנבחרו לדיון. לדעת ד"ר שלו מספר הנושאים לדיון (ארבעה) היה רב מדי והנושאים שנבחרו לא היו מתאימים: "הוא העמיס לתוך תהליך של שישה חודשים ארבעה נושאים. אני בזמנו חשבתי שזה לא נכון. אני גם חשבתי שצריך להביא נושאים קצת שונים...". גם ד"ר גוטמן אומרת: "היה פספוס בנושאים שנבחרו. אם היו נבחרים נושאים שמניבים המלצות חד משמעיות, נושאים אקוטיים שרלוונטיים למשרד היו מסתכלים על זה אחרת...". עוד היא מספרת:

רונן ניסה למשוך אותנו לדברים הרבה יותר פרגמטיים, שממש יכולים לפתור דברים. ובמידה רבה הוא מאד צדק. כי אז, אפשר להגיד: 'תראו זה עובד, בואו נמשיך הלאה'. אבל משרד הבריאות לא רצה את זה. הוא רצה דברים ערכיים ופילוסופיים כי זה מה שעניין אותם. הם אמרו: 'אנחנו דנים בשאלות חיים ומוות והציבור חושב שזה כל כך קל. שיבואו ויראו'. את מבינה? היה להם כאן משהו מאד אישי.

הקושי בבחירת הנושאים נבע אולי בין השאר מחוסר הסכמה על מטרות הפרויקט. אמנם ד"ר שלו סבורה "שהחזון היה מאד ברור. הנושאים לא היו ברורים", אולם ד"ר גוטמן מציגה עמדה מעט יותר מסויגת באשר לשאלה אם היה חזון משותף: "חשבנו שכן. היום אני חושבת שאולי לא". "בגדול כן [הייתה הסכמה על המטרות – נ"א] אבל אני חושבת שהמטרות לא היו מספיק ברורות ולכן בחרנו גם שאלות שלא יכלו לשמש את מקבלי החלטות". שלושת המרואיינים הסכימו כי מטרת העל הייתה משותפת לכולם: "ברמה הפשוטה", אומר גופר, "מטרת הפרויקט הייתה ברורה". מטרה זו זכתה גם לניסוח במסמך פנימי של הנהלת הפרויקט ("תכנית הפרויקט"³). עם זאת גופר נחרץ בעמדתו כי מתחת למטרה הרשמית רחשו מטרות ואינטרסים שלא מן העניין: "המטרות של הפרויקט לא היו מוגדרות היטב"; "המטרה הראשית הייתה ברורה. יחד עם זאת,

³ המטרה המרכזית: לקיים התייעצות עם נציגים מהציבור - בקנה מידה ארצי, אך במסגרת המאפשרת דיון וליבון ברמה האזורית - בשאלות ערכיות ויסודיות הניצבות בפני מערכת הבריאות בישראל. למטרה זו נוספו 4 מטרות משנה: חשיפת הציבור לסוגיות יסוד בהקצאת משאבים, העלאת מודעות, הגברת השיח הציבורי ושיתוף הציבור בתהליך קבלת החלטות לשיפור שירותי הבריאות. **התייעצות ציבורית בנושאי בריאות בישראל – תכנית הפרויקט**, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז לחינוך קהילתי ע"ש ציפורי ומכון ב. י. כהן למחקרי דעת קהל.

הרבה יעדי משנה לא היו ברורים, חלקם ארגוניים וחלקם מהותיים, לא היו ברורים ועליהם התגלעו כל הזמן חילוקי דעות"; "כל חילוקי הדעות היו מקצועיים [...] שכולם נבעו מאי הגדרה של יעדים ברורים של הפרויקט ומהאינטרסים הסותרים שהיו לגופים השונים בתוך התהליך הזה".

הפרויקט לוה לכול אורכו בקשיים רבים ושונים: חוסר הסכמה בין מרכז ציפורי ויתר השותפים על אופן בחירת המשתתפים, חוסר הסכמה על אופן ניהול הדיון בקבוצות, קשיים סביב הכנת המדריך למנחה על ידי מרכז ציפורי, חוסר שביעות רצון מרמת המנחים ועוד. קשיים אלה שפורטו בראיונות הביאו לאמירות חוזרות ונשנות כגון: "הם היו אכזבה. ציפורי היו אכזבה"; "הם לא הציגו סחורה [...] אנחנו ציפינו שהם יעשו את העבודה הזאת והם לא עשו אותה" (ד"ר שלו), "הם [המנחים – נ"א] אמרו דברים לא נכונים ופשוט לא הבינו... אנחנו ישבנו והשתגענו. טיפסנו על הקירות. אני המצאתי את התרגילים. הם לא עשו שיעורי בית"; "היו מאד לא מקצועיים" (ד"ר גוטמן). חוסר שביעות הרצון היה סוד גלוי וידוע: "היה אנטגוניזם מאד חזק ביננו לבין המנחים [...] הם גם ידעו שאנחנו מאד לא מרוצים" (ד"ר גוטמן). גופר ממרכז ציפורי אומר: "מבחינתם, אולי גם בצדק, ציפורי לא סיפק חלק מהסחורה שהם רצו שמרכז ציפורי יספק".

גופר תולה את חוסר שביעות הרצון בין השאר בציפיות מוגזמות של השותפים מגרטנר: "למכון גרטנר היה ברור מאליו מאיזושהי סיבה בלתי מובנת שמרכז ציפורי יפסיק את כל שאר הפעילויות שלו וכל הצוות של המרכז ישקיע את עצמו רק בפרויקט הזה [...] אנחנו לא עובדים בצורה כזאת"; "הרזולוציה של המסמכים שהם דרשו הייתה מאד מאד גבוהה, הרבה מעבר למה שאנחנו בדרך כלל נותנים, גם לעצמנו...". לאמירה זו היו יכולות להסכים גם ד"ר גוטמן וד"ר שלו: "אני המכשפה מהצפון מבחינת ציפורי" (ד"ר גוטמן). "נורית היא מאד מאד פדנטית. היא סופר מקצועית בדברים שהיא יודעת אותם. ובציפורי הסגנון היה אחר"; "הם בכלל לא קלטו על איזו רמה מקצועית אנחנו מדברים איתם" (ד"ר שלו). גופר מסכם "החלטנו שזה יהיה מאד רע לפרויקט אם אנחנו נענה עכשיו לכל הבקשות המוזרות שלהם".

הקשיים והמחלוקות המקצועיים התגלגלו גם לפסים אישיים: "הכל היו עניינים מקצועיים. כמובן שזה הולך גם לעניינים אישיים..." (גופר). ואכן לד"ר גוטמן היה קושי עם אישיות מסוימת בפרויקט: "והבעיה הייתה המנחה הראשי של ציפורי. אחרת לא הייתה בעיה. אילו היו מביאים מישהו אחר, לדעתי אז... אם זה היה רוני ואנחנו, לא הייתה שום בעיה". היא מתארת את התהליך כ"תקופה קשה". ד"ר שלו מוסיפה: "כמה שהפרויקט הזה היה מדהים. הוא היה רווי מתחים".

הצדדים לא מצאו דרך ליישב את המחלוקות ביניהם. הם התנצחו, התווכחו והשתמשו בסנקציות כמו איום בפיתורי מנחים. בשלב מסוים אף שולבה בתהליך מגשרת בין-ארגונית על מנת ליישב את ההדורים. אולם, הקשיים בפרויקט עשויים היו להיפתר גם על ידי קביעת בורר מוסכם מראש. לכולם היה מובן שמדובר בפרופ' שני: "הם קיבלו את זה אבל עד שהסיפור הובא בפני מוטי'קה להכרעה... [...] מה? אנחנו לא יכולים להסתדר לבד? להתבכייין לפניו? שזה אמר זה וההוא אמר זה? הדברים לא הגיעו אליו. בסוף היו דברים שכן הגיעו אליו" (ד"ר שלו). על עצמה היא מעידה שהתקשורת בינה לבין פרופ' שני הייתה מינימלית: "לא הייתה לי תקשורת טובה עם מוטי'קה, כמעט ולא הייתה לי תקשורת איתו בכלל. בשבע השנים שעבדתי במכון כמעט ולא דיברתי איתו". מבחינתה, פרופ' שני היה כמעט לא נגיש: "אהובה [רכזת הפרויקט – נ"א] הייתה מאד מרכזית בפרויקט מבחינה ארגונית [...] מבחינת הפרויקט היא הייתה זו שהיה לה קשר עם מוטי'קה".

יתכן ולמצב זה זה תרמה תחושתה כי הפרויקט הופקע מהיחידה לאתיקה וזכויות בריאות שבמסגרתה נערך הפרויקט המקדים :

היו לי את העצבים שלי על כל מיני דברים בפנים, כי זה היה תהליך מאד מאד מלחיץ. [...] לי היה אישית שם מאבק כוח שהפסדתי בו. כי אני אמרתי שאנחנו עשינו את התהליך המקדים ואנחנו צריכים להמשיך עם זה ושמנו אותי במקומי כלומר אני הייתי בסך הכל רק אחת מהצוות וזה לא היה פרויקט של היחידה.

בהתאם לכך, ד"ר שלו הרגישה במקרים מסוימים שאיננה שותפה לכל ההיבטים של הפרויקט: "זה לא היה במרחב הפעולה שלי" או שאינה זוכה להסבר אודות דברים שהוחלטו מאחורי הקלעים: "הוא [פרופ' שני – נ"א] לא מנמק, מצדיק. פשוט קובע את עמדותיו". תחושה דומה, אגב, רווחה גם אצל גופר ממרכז ציפורי. הוא מביע תחושה של חוסר יכולת השפעה על ההחלטות: "הוא [פרופ' שני – נ"א] היה יכול להחליט שזה מה שהוא רוצה", כלומר תוך התעלמות מדעותיהם של השותפים. במקרים אחרים הוא חש שמרכז ציפורי אינו משותף בכל שלבי התהליך. למשל לגבי מעמד התוצרים הסופיים "כהרגלם, הם לא שיתפו אותנו [...] הם לא עשו מאמצים גלויים להראות מה הם עושים כדי לשלב את התוצרים האזרחיים במדיניות של משרד הבריאות".

בסופו של יום המקצועיות של השותפים ומחויבותם לנושא הצליחה להביא את הפרלמנט לסיומו המוצלח בכנס מסכם שבו הוצגו לשר הבריאות, ובהמשך למועצת הבריאות, המלצות הפרלמנטים האזוריים :

תראי, כולנו אנשים אחראיים [...]. לאף אחד אין אינטרס לשבור פרויקט. המון מושקע בו, גם כסף, גם עבודה שנעשתה, גם יוקרה ומוניטין של אנשים וזה גם עניין של אחריות. לא יכולים לבטל כזה דבר באמצע. אף אחד אין לו רצון. ב', אני אומר באמת ובתמים אני האמיתי ומאמין ברצון האמיתי והכן של כל המעורבים, כולם היינו ממש בעניין של להאמין בתהליך הזה ולבצע אותו. אנחנו היינו מושקעים בו רגשית ומקצועית. לכולם פה היו כוונות מאד טובות וכולם היו אנשי מקצוע טובים שאני מאד מעריך מבחינה מקצועית (גופר).

גם ד"ר שלו וד"ר גוטמן מעידות על מחויבות גבוהה של השותפים לפרויקט: "אין ספק שהוא [ד"ר לב – נ"א] מאמין בדמוקרטיה", "הייתה קונסטלציה מדהימה. התקבץ צוות של אנשים שהאמינו בפרויקט והיו מוכנים להשקיע מזמנם וממרחם מעל ומעבר לשעות עבודה פורמליות" (ד"ר גוטמן), "זה היה פרויקט שהיה passion שלי" (ד"ר שלו).

אף שלא נאמר במפורש שלפרלמנט תהיה המשכיות, וחרף הקשיים שליוו את יישומו בפועל, האמינו השותפים שיש לארגן פרלמנט נוסף. גופר אומר: "באופן כללי הייתה כוונה שיהיה ניסיון טוב שבעקבותיו ממשיכים לעשות תהליכים של שיתוף ציבור". הוא מסביר שאם הפרויקט מצליח והגוף המשותף מאמין בנחיצות שיתוף הציבור אזי "אין סיבה לא לחזור". ד"ר שלו מאשרת כי השותפים לא התכוונו שיהיה מדובר בפרויקט חד-פעמי: "הרעיון היה להכשיר אנשים מהציבור. הרעיון היה שנעשה רוטציה, שכל פעם להחליף שלישי מהאנשים. [...] עשינו תרשים זרימה שהראה איך תהליך של פרלמנט משתלב עם מועצת הבריאות, עם ועדת הסל... בפירוש הייתה מחשבה של למסד את זה".

פרופ' שני היה אף הוא מעוניין בהמשכיות, אולם, היה לו תנאי: "אם הקבוצה ממשיכה זה יהיה לפחות לשלוש שנים. שזה לא יהיה חד פעמי" (ד"ר גוטמן). בהתחלה פנתה הנהלת הפרויקט לגייס את תמיכת מועצת הבריאות כיון שהיא הייתה בזמנו "הגוף שמוסמך פורמלית לתעדף טכנולוגיות" (ד"ר שלו) ובנוסף, היא חלשה על תקציבים. לצערם, מועצת הבריאות לא גילתה עניין בנושא ולא רצתה לקדם אותו. בעקבות חוסר ההצלחה להכניס את פרלמנט הבריאות כסעיף קבוע בתקציב משרד הבריאות, פנו פרופ' שני, ד"ר לב וד"ר גוטמן ליצירת

קשר עם תורמים, ופרופ' שני יצא למסע גיוס כספים: "פרופסור שני נסע לקליפורניה [...] כולם אמרו לא. הוא רצה.. היה לו סכום מסוים לעשות עוד פרלמנט אחד" (ד"ר גוטמן). לדעתה של ד"ר גוטמן, "ההמשכיות נפלה על בעיה תקציבית" אולם היא מוסיפה כי אנשי משרד הבריאות "לא הבינו עד כמה זה היה מוצלח. הם ראו בזה אפילו כישלון". גם ד"ר שלו אומרת "בגדול, לא היה כסף, שזה מפתח. וגם אם היה כסף לא היה רצון. רצון פוליטי שזה מנכ"ל, שזה מועצת הבריאות, זה מנהל מכון". בהמשך היא מדגישה את דעתה לפיה הפרלמנט לא זכה לסיבוב נוסף כיון ש"מוטיקה לא רצה"; "אם מוטיקה יש לו בייבי, הבייבי שלו פורח. אם הוא נוטש, הבייבי ננטש. לדעתי הוא נטש ואין לי מושג למה ומה היו הדיבורים מאחורי הקלעים".

הפרויקט הסתיים בקיץ 2003 בתחושה עזה של החמצה מצד כל השותפים. ד"ר גוטמן מסבירה את חוסר ההמשכיות, חרף העובדה שנוצרה מסגרת טובה לדיון של אזרחים בסוגיות של מדיניות בריאות, בקשיים שליוו את הפרויקט לכל אורכו, ובמיוחד הקושי עם מרכז ציפורי: "יכול להיות שזו הייתה אחת הבעיות, שנותר טעם נורא רע לאנשים ממשרד הבריאות". ד"ר שלו מסכמת את הפרויקט: "זה היה תהליך מדהים מבחינה אזרחית. תהליך מדהים!". בהמשך היא מצביעה על מקור האכזבה: "היופי של הפרויקט, שהייתה מחויבות של מערכת הבריאות. והשאלות באו מתוך מערכת הבריאות. וזו האכזבה הגדולה. כי השאלות באו ממערכת הבריאות אבל בסוף מערכת הבריאות לא עשתה פורמלית דבר עם מה שהיה מהדיון". גם גופר מסביר כי מדובר היה ב"החלום הרטוב של תהליכים כאלה" שהשפעתו בפועל הייתה נמוכה מהפוטנציאל הרב שהיה גלום בו. הוא מתרעם על פיטורי המשרד ליחסי ציבור באמצע התהליך שאמור היה להעלות את הפרלמנט על סדר היום הציבורי ולעורר סביבו שיח.

כל ההשקעה האדירה הזאת – פרויקט שלא יודעים עליו. כשאנחנו עושים פרויקט כזה כיון שהמטרה שלנו היא ציבורית, זה בכלל לא יעלה על הדעת.. אין דבר כזה. [...] היינו יכולים להתפאר בפני שאר משרדי הממשלה, להראות לציבור, ובכלל לפקידות בממשלה את התהליך הזה. כל כך הרבה פירות יכולנו לקטוף מהפרויקט הזה והרבה מהם לא נקטפו בכלל. גם בתוך מערכת הבריאות כי הם עשו משהו ממש יפה. כי נעשה פה משהו מאד יפה, מאד מרשים.

תרשים 2: מאפיינים עיקריים של מקרי הבוחן⁴

פרלמנט הבריאות	סקר דעת הציבור	רשת ערים בריאות	
היזם עומד פורמלית בראש הצוות המפעיל, מעורבותו מקוטעת. בעל השפעה על היבטים מסוימים ובעל עניין מותנה	היזם חיצוני לגוף המפעיל את הפרויקט. בעל השפעה ועניין רבים	היזם עומד בראש הצוות המפעיל. בעל עניין רב והשפעה בינונית	יזם
רחבה. שלושה ארגונים יותר דומיננטיים משני האחרים	רחבה. ארגון אחד דומיננטי	רחבה. לכל השותפים מעמד שווה	קואליציה
ענייניות, ארגונית ואישיות	ענייניות וארגונית	ענייניות ואישיות	מחלוקות
גבוהה	בינונית	בינונית -	עוצמת מחלוקות
אין גורם מוסכם לפתרון מחלוקות. בשלב מאוחר הוכנסה מגשרת בין-ארגונית	מחלוקות שאינן נפתרות בדיון מוכרעות על ידי הגוף המוכר כדומיננטי ומוביל	מחלוקות ענייניות מוכרעות בהצבעה ברוב קולות; מחלוקות אישיות נפתרות בשיחה ע"י גורם מפשר שמקובל ככזה	אופן הכרעה במחלוקות
מרכז ציפורי – גבוהה	מכון ברוקדייל – גבוהה +	הדסה – גבוהה	התאמה לערכי הארגון
החוג לתקשורת – גבוהה	משרד הבריאות – גבוהה	משרד הבריאות – גבוהה	
מכון גרטנר – גבוהה		עיריית אשדוד – גבוהה	
מרכז ציפורי – גבוהה	מכון ברוקדייל – גבוהה	הדסה – בינונית	התאמה לניסיון ולמשאבים בארגון
החוג לתקשורת – בינונית	משרד הבריאות – בינונית +	משרד הבריאות – גבוהה +	
מכון גרטנר – בינונית		עיריית אשדוד – בינונית -	
לא גובשה מראש. גובש מודל לפרלמנט נוסף בתום הראשון.	לא גובשה מראש.	לא גובשה מראש. יש תכנית עבודה הנגזרת מהחזון.	גיבוש תכנית להמשכיות מראש
תרומה חד פעמית. לא הושג מספיק מימון להמשך	קיים מימון שניתן להסתמך עליו לאורך זמן	קיים מימון שניתן להסתמך עליו לאורך זמן	נקיטת פעולות אחרות להבטחת המשכיות: מימון פרסום הכשרת אנשי השטח גיבוש חזון משותף
כושל – משרד יחסי הציבור פוטר, והפרויקט זכה לאזכורים מעטים בתקשורת ובמערכת	רב – הפרויקט זוכה לפרסום רב בתוך המערכת ובציבור הרחב	בינוני – יש פרסום בתוך המערכת אך לא בציבור הרחב	
מרכז ציפורי הכשיר את המנחים באופן שלא היה מקובל על יתר השותפים	השקעה בהכשרת המראיינים שעורכים את הסקר	השקעה רבה בהכשרת מתאמי הבריאות העירוניים	
המטרה הכללית מקובלת על כולם אך אין הסכמה על מטרות המשנה	אין חזון פורמלי אך נראה שהמטרה מקובלת על דעת כל השותפים	חזון משותף מגובש ע"י כל השותפים בסדנה ומתעדכן מעת לעת	

⁴ הטבלה נועדה לסכם לנוחות הקורא את המאפיינים העיקריים של כל פרויקט. הדירוג ניתן על סמך ניתוח דברי המראיינים. על מנת שהטבלה לא תהיה סכמטית מדי ותאנוס את המקרים לפי קטגוריות נוקשות, הוספתי פירוט מילולי בהנחה שהקורא מכיר את הפרויקטים מתיאוריהם דלעיל.

6. דיון

הדיון בפרק זה משווה את הממצאים מהפרויקטים השונים ביחס לספרות בתחום. הדיון יערך תוך כדי בחינת חמש השערות המחקר, ובחינת קטגוריות מושגיות חדשות שעלו מהממצאים בשדה.

6.1 הלימה עם המטרות, הערכים והפעולות של הארגון

6.1.1 הלימה בין מטרות הפרויקט למטרות ולערכים של הארגון המפעיל

בכל שלושת מקרי הבוחן הייתה התאמה בין ערכי הארגון ממנו באו המשתתפים לבין הפרויקט והמטרות שנועד להשיג, והתאמה זו תרמה להמשכיות הפרויקט. כך למשל, ברשת ערים בריאות, שלוש המרואיינות העידו כי הארגון אותו הן מייצגות שואף לפעול לקידום בריאות הציבור. אפשר ולכל ארגון יש סיבות משלו להחזקה בערך הזה – אפשר להניח כי הדסה תומך מסיבה מקצועית, משרד הבריאות עשוי לתמוך מנימוקי יעילות ועיריית אשדוד תומכת משיקולים פוליטיים – אולם בסופו של יום כולם מעוניינים לקדם את אותו ערך.

באופן דומה, יתכן שארגונים מעוניינים לקדם ערכים שונים, אך רואים בפרויקט אמצעי משותף להשגתם. לדוגמה בפרלמנט הבריאות, החוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב מעוניין לקדם שיח פומבי בהחלטות על מדיניות ציבורית, מרכז ציפורי מעוניין היה בהטמעת שיתוף הציבור בתהליכי קבלת החלטות ואילו היחידה לאתיקה במכון גרטנר שאפה לבחון ערכים של הציבור. כלומר, כל ארגון הניף ערך אחר כמרכזי עבורו אולם בכל זאת הייתה הלימה בין ערכי הארגון לערכים שהפרויקט אמור היה לקדם.

התאמה זו וההזדהות של המשתתפים עם ערכי הארגון דירבנה את המחויבות של המשתתפים לקידום הפרויקט והצלחתו. באופן זה היא תרמה להמשכיותו. הביטוי הבולט לכך עולה בדבריה של ד"ר דונחין, שמובילה את רשת ערים בריאות: "מהרגע הראשון שנודע לי על כל הרעיון הזה זה מאד מצא חן בעיני הרעיון כי למעשה הרעיון הזה זהה לחלוטין לחינוך שאני קיבלתי פה. בביה"ס לבריאות הציבור". גם גופר בתשובה לשאלה מדוע המשיכו השותפים בפרלמנט הבריאות להפעילו עד תומו חרף המחלוקות הקשות מסביר כי האמונה במטרות ובערכים של התהליך תרמו לכך: "אני האמנתי ומאמין ברצון האמיתי והכן של כל המעורבים, כולם. היינו ממש בעניין של להאמין בתהליך הזה בתהליך הזה ולבצע אותו".

6.1.2 הלימה בין צרכי הפרויקט לפעולות ולמשאבים של הארגון

בחינת שלושת מקרי הבוחן לא הניבה מסקנה חד-משמעית באשר לחשיבות של משתנה הניסיון הקודם ומשאבי ידע, מוניטין, כח אדם וכו' בארגון. סקר מכון ברוקדייל התבסס על מסורת של עריכת מחקרים יישומיים והארגון היה ערוך ומותאם להתמודד עם משימה כזו: "מבחינת משאבים... קודם כל החוקרים שעושים את הסקר, שולי ואני, שיש לנו הרבה ניסיון ועניין בנושא ומחויבות. יש לנו פה אפשרות לעשות עבודות שדה גדולות מבחינת שאלון ממוחשב, תשתיות, יחידת עבודת שדה שעוזרת עם מראיינים". אין ספק שהתשתית הארגונית וניסיון העבר תרמו ליכולתם להמשיך לבצע את הפרויקט.

גם לקואליציה שהפעילה את פרלמנט הבריאות היו ניסיון בעריכת פרויקטים דומים (במסגרת ועידות האזרחים או המחקר המקדים), היה כח אדם מקצועי, היו משאבי מוניטין וידע. אף על פי כן, הסכום בפועל של כל המשאבים האלה היה פחות מהסכום בכח. למעשה, עודף הידע, הניסיון וכח האדם המקצועי גרם

למחלוקת על אופן היישום, ולא היה בר סמכא מוסכם שינצל את המשאבים במלואם. כמובן שלא ניתן להסיק מכך מסקנה גורפת, כיון שיתכן ובנסיבות אחרות ריבוי המשאבים היה תורם לסינרגיה ביניהם.

להבדיל, פרויקט רשת ערים בריאות קם ללא ניסיון דומה קודם בקידום בריאות כוללני ברמה העירונית. מן הסתם נערכו בעבר פעולות לקידום בריאות (כמו מבצע חיסונים או העלאת מודעות לחשיפה לשמש) אולם אופן ומסגרת הפעולה היו שונים. כלומר, אף שלא הייתה מסגרת פעולה מתאימה מראש, הפרויקט זכה להמשכיות. באשר למשאבי ידע וניסיון קודם, מחקר ההערכה שביצעה הרשת מראה כי רקע בבריאות הציבור תרם להצלחת פעולתם של מתאמי הבריאות (Donchin et al. 2006). אך בפועל, הצלחתם של מתאמי הבריאות תלויה במידה רבה במשתתפים נוספים דוגמת היקף משרה או תמיכה פוליטית בעיר.

6.2 ההתנהלות בקואליציה

6.2.1 עוצמה ארגונית

השערת המחקר השניה הניחה כי לעוצמה הארגונית ולמידת המיקוד במטרה יש השפעה חיובית על המשכיות הפרויקט. העוצמה הארגונית קשורה לשיתוף פעולה אפקטיבי בקואליציה ולמידה בה הוגדרו מראש מטרות, דרך קבלת החלטות, אופן פתרון מחלוקות וחלוקת עבודה בין השותפים. מהממצאים עולה שהבהירות בה נקבעים עקרונות הפעולה מראש היא קריטית על מנת למנוע ערעור מתמשך על פעילות הקואליציה. בכל פרויקט ההתנהלות הייתה מעט שונה. ברשת ערים בריאות, מסגרות הפעולה הן די מוגדרות וברורות. יש ועד מתאם שאחראי על קביעת תכנית העבודה, הכשרת מתאמי הבריאות, ליווי פעילות הערים וניהול שוטף של הפרויקט (גיוס משאבים, פרסום, ניתוח ממצאים). בועד יושבים נציגי כל הארגונים החברים וההחלטות מתקבלות ברוב, כאשר לכל נציג יש קול אחד. עיקר הפעילות נעשית על ידי מתאמי הבריאות העירוניים כאשר המטה הוא גורם מלווה, תומך ומאפשר.

בסקר עמדות הציבור ישנה הסכמה לא-כתובה שהפרויקט מנוהל בפועל ומובל על ידי שותף אחד, מכון ברוקדייל, אשר מזמין את יתר השותפים לקחת חלק בעיצוב הסקר ובפירוש ממצאיו. אף כי מדובר בהסכמה לא-כתובה, יחסי הכוחות בין השותפים הם ברורים ומקובלים על כולם. מכון ברוקדייל רואה בשותפים סמכות מקצועית, מעודד אותם להביע דעה על הפרויקט ומחוייב מצידו להתייחס להסתייגויותיהם.

בפרלמנט הבריאות, אף שהייתה הסכמה בכתב על מטרות הפרויקט ועל חלוקת תחומי האחריות בין השותפים, לא נוצרה בפועל חלוקת עבודה שהייתה מקובלת על כל השותפים. כך למשל, לד"ר שלו ולד"ר גוטמן הייתה ביקורת על איכות מסמכי הרקע שמרכז ציפורי היה אמון על הכנתם. הן הפקיעו ממנו את תחום האחריות הזה, שקשור למומחיות שבזכותה הוא צורף לקואליציה. משתנה זה – חוסר הסכמה על אופן היישום – מוזכר על ידי וילדבסקי ופרסמן (1973) כפוגע בהמשכיות של פרויקט.

כמו כן, מטרות הפרויקט לא היו מספיק ממוקדות ועל כן הפרויקט היה גדול ומורכב. בחסות חוסר המיקוד קידמו השותפים את המטרות הארגוניות או האישיות שלהם. התנהלות זו פגעה אולי באמון בין השותפים ובכוונותיהם: "למה למשל, הם כל כך רצו [את המדריך למנחה – נ"א]? כי היו להם אינטרסים מחקרניים והם רצו כמה שיותר חומרים. זו אחת הדינמיקות הקלוקלות בתוך התהליך הזה. שהם העמיסו על הפרויקט הזה אינטרסים מחקרניים" (גופר) או "בעז רצה שהציבור יבין מה הולך לקבלת החלטות. תהליך חינוכי וזה היה שונה ממישהו שרצה ממש תשובות. שני למשל. אותי המטרה שעניינה היא איך אפשר להעביר אנשים תהליך

דיליברטיבי שייצאו דברים חזקים" (ד"ר גוטמן). לחוסר בשיתוף פעולה אפקטיבי תרמה תחושה של מידור, של חוסר שקיפות ושל חוסר שיתוף בתהליכי קבלת ההחלטות בין השותפים וגם בתוך מכון גרטנר עצמו. אלה ערערו את העוצמה הארגונית של הארגון שהפעיל את פרלמנט הבריאות והקטינו את סיכויי המשכיותו.

תיאור דינמיקות ההתנהלות במקרי הבוחן מחזק את ההשערה כי למידה בה הגוף פועל כגוף מלוכד ומכוון למטרה ברורה אכן יש השפעה חיובית על היכולת להמשיך בפרויקט במסגרת הקיימת.

6.2.2 ישוב מחלוקות

בכל אחת מהקואליציות התגלעו באיזשהו שלב חילוקי דעות כאלו ואחרים. המרואיינים הבחינו בין שני סוגים של מחלוקות: מחלוקות ענייניות שבבסיסן השגות מקצועיות על אופן הפעולה של השותפים או מחלוקות בלתי-ענייניות שבבסיסן אינטרסים שונים של ארגונים החברים בקואליציה או בעיה בין-אישית. לעיתים, לדעתם, מחלוקות ארגוניות או אישיות הוסו כמחלוקות ענייניות ונתמכו בנימוקים מקצועיים: "המחלוקת הזו שימי לב היא עניינית [...] היה ויכוח מקצועי אבל היה להם גם אינטרס" (פרופ' גרוס). בפרלמנט הבריאות ארע מקרה הפוך כאשר מחלוקות ענייניות התגלגלו והפכו לטינה אישית.

מהראיונות עולה שסוג המחלוקת משפיע על אופן פתרונה: מחלוקת מקצועית תיפתר על ידי דיון המבוסס על שיקולים מקצועיים רלוונטיים והתאמת הפרויקט במידת הצורך. מחלוקת אישית עשויה להיפתר או בשיחה אישית או בסיום ההתקשרות בין הצדדים. מהראיונות ניתן להבחין בסקאלה של גישות לפתרון סכסוכים. החל בהכללה של בעלי אינטרסים שונים בתהליך קבלת ההחלטות והתחשבות בדעתם, פתרון בעיות בשיחה, דיון והכרעה ברוב, דיון שבסופו גורם יחיד מכריע, נקיטת סנקציות וכלה בבורר יחיד שמכריע. במקרה קיצון אף שולבה מגשרת בין-ארגונית מבחוץ על מנת לפתור את המחלוקות שלא יושבו בדרכים לעיל.

ממצא מעניין וחשוב שעלה מניתוח הראיונות הוא ההכרח להציב את מטרת הפרויקט לפני האגו. כלומר, על מנת שההתנהלות בקואליציה מרובת שותפים תישא פירות על יזם המדיניות או מנהל הפרויקט לייחס חשיבות עליונה להשגת המטרה, ולהמעיט בדאגה לכבודו וליוקרתו. יתכן ותנאי מוקדם לכך, הוא שדמות זו תהיה מקובלת ומוסכמת על ידי כלל המשתתפים. באופן זה, היא יכולה למחול מעט על כבודה, הואיל ומקומה מובטח ואין היא צריכה להיאבק באחרים על הכרה במעמדה. בד בבד עם הויתור על האגו של מנהל הפרויקט, עליו "לשמך" את ההתנהלות בקואליציה על ידי הקפדה מדוקדקת בכבודם של יתר המשתתפים. זאת באמצעות הבעת עניין והתחשבות אמיתית בדעותיהם, הוקרת תודה על מאמציהם ותרומתם ומתן כבוד לכל אחד ואחד.

6.2.3 וולנטריות ורשתיות

מעבר לתמיכה בהשערת המחקר, זיהיתי תוך כדי ניתוח הראיונות שני היבטים מעניינים של פעולה בקואליציה שעשויים לתרום להמשכיות הפרויקט: היבט הוולנטריות והיבט הרשתיות.

בשני הפרויקטים שזכו להמשכיות – רשת ערים בריאות וסקר עמדות הציבור – ציינו המרואיינים את היבט הוולנטריות כגורם שמבטיח כי מי שחבר בקואליציה חבר בה מתוך עניין ומחויבות לנושא וכי הוא מעוניין לפעול לקידום המטרה עליה החליטו כלל החברים: "מי שלא מזדהה עם המטרות של הארגון אינו חבר בארגון" (ד"ר דונחין). הוולנטריות משפיעה גם על דינמיקה בין חברי הקואליציה. ברשת ערים בריאות, למשל, החליטו שאין לנקוט בסנקציות כלפי חברים הואיל ורוצים לשמר את מחויבותם העקרונית למטרה גם

אם אינן מממשים אותה בפועל. בסקר עמדות הציבור, ההשתתפות הוולונטרית של החברים בוועדת ההיגוי מאפשרת להם להביע עמדה ולהשפיע על עיצוב הפרויקט ובה בעת מעניקה לגיטימציה וחשיבות לפרויקט. לשיטתו של בן-נון הוולונטריות מכשירה מראש את השטח לשיתוף פעולה: "לקבל שיתוף פעולה התחלתי של קופות החולים זה רק אם אתה בא אליהם במשותף ולא בחקיקה. לא בהכרח בתמריצים כספיים אלא באופן וולנטרי תוך שיתוף פעולה, תוך גיבוש הקריטריונים ביחד".

היבט נוסף שהוזכר בקשר לשני הפרויקטים האלה ושלא היה קיים בפרלמנט הבריאות הוא היבט הרשתיות. נראה, כי הקשרים שהשותפים רוקמים ומטפחים בהזדמנויות שונות, שקשורות או שאינן קשורות לפרויקט, תורמים לחיזוק המשכיות הפרויקט. האופנים בהם הקשרים הרשתיים תורמים להמשכיות שהוזכרו הם: גיוס שותפים ומשאבים, גיוס תמיכה ולגיטימציה, החלפת מידע, הסתייעות בקשרים למציאת פתרונות לבעיות ופרסום הפרויקט. כלומר, הקשרים הרשתיים תורמים לביסוס התמיכה של בעלי עניין במעטפת החיצונית בקיום הפרויקט או שהם תורמים במישרין להצלחתו, ובכך מגדילים את האטרקטיביות שלו ואת הסיכוי שהוא ימשך.

6.3 אם אין אני לי מי לי: תרומתו של יזם המדיניות

מסקנה צפויה מניתוח מקרי הבוחן היא שפעילותה המתמדת של דמות מרכזית המחויבת להגשמת הפרויקט תורמת להגברת סיכויי המשכיותו. מרכזיותו של פרט כזה באה לידי ביטוי באמירות מפורשות כמו: "אם לא יהיה משוגע לעניין, זה לא ילך. והקיום זה בגלל המשוגע לעניין. שצריך לדעת לרתום אנשים חצי משוגעים" (שמש) או "כדי שהפרויקט ישא המשכיות חייבים להיות אנשים משוגעים לדבר, שרואים את החשיבות של הפרויקט ומגבים לכל האורך" (בן-נון).

אנשים אלו אופיינו על ידי המרואיינים כחדורי אמונה ועניין במטרה לשמה הם פועלים. ד"ר דונחין מעידה על עצמה: "אני חיה ונושמת את הדבר הזה". ד"ר גוטמן מספרת על ד"ר לב שיזם והוביל את המחקר המקדים "אין ספק שהוא מאמין בדמוקרטיה". ד"ר רוזן מסביר כי הפרויקט עליו יחידתו אמונה ממשיך "מתוך עניין, מתוך מחויבות, מתוך תרומה, שליחות". גם שמעוני, מתאמת הבריאות באשדוד, מתארת במילים דומות את עבודתו של יזם המדיניות המקומי: "זו עבודת נמלים. לא להתיאש, להאמין, להאמין במה שאתה עושה. [...] אין אופנות. צריך להאמין".

לפיכך יזמי מדיניות מגייסים את המשאבים העומדים לרשותם ופועלים ללא לאות למימוש הפרויקט "שלהם". כך למשל, ד"ר דונחין מקריבה הרבה מזמנה הפרטי ובין השאר "נוסעת קילומטרים כדי לדבר עם ראש עיר" (שמש). ד"ר גוטמן מעידה על ד"ר שני כי "הוא לא מסוג האנשים שמוותר". ההתמדה וההמתנה לפתיחת חלון הזדמנויות מתאים הם מאפיינים בולטים של יזם מדיניות והם עלו בדבריה של שמעוני: "את עוקפת וכל פעם את חוזרת לזה. תמיד עוקפת וכל פעם חוזרת. [...] כנראה זה לא הרגע המתאים לרעיון שלי. אז מחכים. אני לא מרפה... תמיד את צריכה את השותפים המתאימים לזה, ואת הסיטואציה, ואת הזמן המתאים להעלות את הנושא מחדש" (הדגשה שלי – נ"א). עם זאת, יצוין כי רמה גבוהה של מעורבות אישית ורגשית, שהיא הכרחית עבור יזם מדיניות, עלולה לשמש מעין חרב פיפיות אם השותפים תופסים ביקורת מקצועית כביקורת אישית ונחלצים להגן על האגו שלהם (ראו הרחבה בסעיף 6.2.2 לעיל).

בפרויקטים שזכו להמשכיות – רשת ערים בריאות וסקר עמדות הציבור – היה לכל אורך הדרך יזם מדיניות שקידם את הפרויקט ודאג להמשכיותו. לעומת זאת, מהראיונות שנערכו לגבי פרלמנט הבריאות משתמע כי לא היה יזם מדיניות ברור. למעשה היו שניים: הראשון, ד"ר לב שהוביל את המחקר המקדים ועזב את מכון גרטנר עם תחילת הפרלמנט לכהונת מנכ"ל משרד הבריאות, ממנה המשיך להשפיע על הפרויקט. השני, ד"ר שני שהוביל את פרלמנט הבריאות והיה הכח הפוליטי שקידם אותו. "זו לא יוזמה של בן אדם אחד. הייתה פה באמת יוזמה משותפת של שני, של בעז" (ד"ר גוטמן). ד"ר שלו משערת שד"ר שני לא היה מספיק מחויב לפרלמנט: "אם מוט"קה יש לו בייבי, הבייבי שלו פורח. אם הוא נוטש הבייבי ננטש. לדעתי הוא נטש". לדעתה, חוסר ההמשכיות נעוצה בין השאר ב"מתחים" שהיו בין ד"ר לב לד"ר שני. רמז נוסף לכך משתמע מדבריו של גופר: "למרות שמתתף גם בעז [מנכ"ל משרד הבריאות] וגם שני מי שקובע זה שני ולא בעז. שוב, אבל זה קשור למאבקי כח בתוך משרד הבריאות".

עזיבתו של בן-נון את משרד הבריאות בשנה האחרונה והותרת פרויקט סקר עמדות הציבור ללא יזם מדיניות ברור וקבוע מעלה את השאלה אם פרויקט תלוי בהימצאותו של יזם או יכול להימשך מעצמו. לפחות לדעת חלק מהמראיינים, לאחר שפרויקט מתמסד כחלק משגרת הפעולה של ארגון מסוים, הוא יכול להתמשך גם בהעדר יזם מדיניות. פרופ' גרוס סבורה כי "נראה שנכנסנו לאיזה מסלול שדי מובן מאליו שאנחנו עושים את זה כל שנתיים" ואכן לדעתו של ד"ר רוזן "במערכת הבריאות כולם יודעים שכל שנתיים יש נתונים" ומצפים להם. אפילו ד"ר גוטמן סבורה שהמשכיות של פרויקט קשורה להפיכתו ל"חלק מהמנגנון המיעץ של המשרד". אמירות אלה מתיישבות עם הספרות (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998), ממנה עולה שמשך השנים בהן הופעל הפרויקט וזכה להתמסד הוא אינדיקציה חיובית להמשכיותו.

ממקרי הבוחן קשה ללמוד על המשכיות של פרויקט ממוסד לאחר עזיבת יזם המדיניות, כיון שאף אחד מהמקרים לא עונה בדיוק על הגדרה זו. פרלמנט הבריאות כלל לא התמסד, ברשת ערים בריאות יזמת המדיניות עדיין עומדת בראש הפרויקט ובסקר דעת הציבור ניתן יהיה ללמוד זאת רק בשנים הקרובות. בכל אופן, גם אם המשכיות כזו היא אפשרית, אין בכך לגרוע מחשיבותו של יזם מדיניות פעיל, נחוש ומתמיד להמשכיות של פרויקט, לפחות עד השלב בו הוא הופך להיות חלק ממנגנון ממוסד.

6.4 מי שטורח בערב שבת, אוכל בשבת

בכל שלושת הפרויקטים לא הוכנה מראש תכנית מסודרת להבטחת המשכיות לאורך זמן. לכן, בעצם לא יכולתי לאשש או להפריך את השערת המחקר כלשונה. בד בבד ניתן ללמוד ממקרי הבוחן כי הכנת תכנית מסודרת להבטחת המשכיות מראש לא הייתה תנאי הכרחי, וניתן היה להמשיך את הפרויקטים גם בהעדרה. עם זאת, בכל הארגונים נקטו בצורה לא מתוכננת בפעולות שזוהו בספרות כמקדמות המשכיות. לפיכך, בחנתי אם הארגונים נקטו בגיבוש חזון משותף, בגיוס כספים והבטחת מימון לאורך זמן, בפרסום הישגי התכנית ובהכשרת הצוות המפעיל.

6.4.1 גיבוש חזון משותף

מסקירת הספרות אנו למדים שגיבוש חזון לפרויקט, שמעוצב על ידי כל הגורמים הרלוונטיים, הוא בסיס לפעילות. החזון אמור להציב יעדים ולרתום את כל השותפים הפוטנציאליים לקידומו (The Finance Project, 2006; Baum et al. 2002). הממצאים העולים ממקרי הבוחן אינם חד משמעיים, אך אין הם מפריכים את

ההנחה המוצגת בספרות. שלושת המקרים מצויים על קשת שבקצה אחד שלה מצויה רשת ערים בריאות, לה יש חזון מוסכם. בתוודך נמצא פרלמנט הבריאות, שאף כי יש לו חזון פורמלי, אין הוא מוסכם בין השותפים. בקצה האחר מצוי סקר עמדות הציבור, שלו אין חזון פורמלי.

רשת ערים בריאות פועלת על בסיס חזון מוסכם, שמגובש על ידי הועד המתאם בו יושבים נציגי הארגונים השותפים ברשת. החזון מגובש ומעודכן במהלך סדנה שמתרחשת מדי שנה-שנתיים על מנת לבחון את הרלוונטיות שלו. מהחזון נגזרים אחר כך היעדים ותכנית הפעולה של הרשת. לעומת זאת בסקר עמדות הציבור אין חזון פורמלי ייחודי לפרויקט שמגובש על ידי השותפים אלא הסכמה משתמעת עם מטרות הפרויקט: "לכולם ברור שחשוב שיש איזשהו מדד אובייקטיבי" (פרופ' גרוס). בפרלמנט הבריאות, חרף העובדה שנוסחו חזון ומטרות באופן פורמלי, לא הייתה הסכמה על מטרות הפרויקט. חוסר ההסכמה התבטא בכך שכל שותף קידם את המטרה הקרובה לליבו ומשך את הפרויקט לכיוון הרצוי לו. חלק מהמטרות, דוגמת אינטרסים מחקרניים או שאלות ערכיות ולא פרקטיות, לא היו מקובלות על יתר השותפים. הערעור המתמיד על מטרות הפרויקט והביטוי שלהם בעיצובו בפועל היה מקור לויכוחים וסכסוכים רבים ופגע בעוצמה הארגונית של הפרויקט ובסיכויי ההמשכיות שלו. מכאן אנו למדים שחזון עמום עלול להותיר פתח לפרשנויות שונות שאינן תמיד מתיישבות זו עם זו. לפיכך, החזון צריך להיות מספיק ברור ומפורש. תנאי נוסף מעבר לגיבוש חזון הוא שהשותפים לפרויקט יהיו מחויבים באמת ובתמים לחזון, אחרת אין בו ערך ואין הוא תורם להמשכיות הפרויקט.

6.4.2 מימון

סוגיית הבטחת המימון לאורך זמן היא בעלת השפעה קריטית על סיכויי המשכיותו של פרויקט (Shediac- Rizkallah & Bone, 1998; The Finance Project, 2002; Mancini & Marek, 2004). פרויקט פרלמנט הבריאות מוכיח זאת: "ההמשכיות נפלה על בעיה תקציבית. לחלוטין" (ד"ר גוטמן). חוסר היכולת לגייס מימון וההסתמכות מראש על תרומה חד-פעמית לא הותירו סיכוי רב להמשכיות הפרויקט, שגם כך סבל מקשיים נוספים. להבדיל, שני הפרויקטים האחרים – סקר עמדות הציבור ורשת ערים בריאות – זוכים לתקצוב קבוע ממשרד הבריאות. יחד עם זאת, בשני המקרים אמרו המרואיינים כי תקצוב זה מותנה בהמשך האטרקטיביות של הפרויקט ואינו קבוע בחוק.

6.4.3 פרסום

"לא דיברת, לא עשית" אומר בן-נון. פרסום הישגי הפרויקט הוא מרכיב חיוני לגיוס תמיכה פוליטית בהמשכיות הפרויקט, לרתימת שותפים חדשים ולהעלאת המורל בקרב שותפים קיימים, לפיתוח דיון ציבורי בתכני הפרויקט ולגיוס משאבים. הפרסום מופנה הן פנימה – כלפי המעגלים שכבר תומכים בפרויקט או חברים באותה רשת מקצועית – והן החוצה כלפי הציבור הרחב. בכל שלושת הפרויקטים הייתה התייחסות לסוגיית הפרסום מתוך הכרה בחשיבותה. הפרסום נעשה תוך שימוש במגוון רחב של אמצעים: פרסום באמצעי התקשורת הכתובה והמשודרת, הארצית והמקומית, פרסום בכתבי עת מקצועיים, הצגת הפרויקט בפורומים מקצועיים, קיום כנס שנתי, שכירת משרד יחסי ציבור, הפצת עלון מידע רבעוני, פרסום באתר אינטרנט והסתייעות בארגונים מקבילים ובאנשי שטח שמפיצים את המידע מפה לאוזן.

גם בסוגיה זו נמצא שוני בין הפרויקטים. סקר עמדות הציבור זוכה, לדעת המרואיינים, לסיקור נרחב הן במעגלים פנימיים מקצועיים והן בציבור הרחב. הפרסום הרב תורם לעניין שמגלים השותפים בתוצאות הסקר

ולמיצובו כבעל חשיבות רבה. הפרסום תורם גם לעניין של מכון ברוקדייל להמשיכו, כיון שהוא הפך להיות מזוהה עם הסקר: "הוא מעין brand name של המכון וכולם אומרים 'סקר מכון ברוקדייל' זה הפך למשהו בתוך המערכת שהמכון לא יוותר עליו" (פרופ' גרוס). רשת ערים בריאות עושה שימוש במגוון אמצעים לפרסום ומסתמכת רבות על תפוצה מפה לאוזן. שיטות פרסום אלו מסייעות בגיוס ערים חדשות לרשת. אולם לתחושתן של המרואיינות אין די בכך. בעיקר הן חשות כי הרשת לא מצליחה לפרוץ את המעגלים החיצוניים ולהגיע לתודעת הציבור הרחב. פרלמנט הבריאות ששכר משרד יחסי ציבור על מנת לפרסם בצורה יעילה ומקצועית את הישגי הפרויקט, פיטר את המשרד במהלך הפרויקט ונותר ללא כלים שיאפשרו לו להפיץ את המודל בקרב משרדי הממשלה או לשכנע בחשיבות הפרויקט ועל ידי כך אולי לגייס את התמיכה הפוליטית והמשאבים שהיו נחוצים להמשכיותו.

6.4.4 הכשרת צוות

להכשרת הצוות המפעיל את הפרויקט בשטח יש שתי תרומות עיקריות להמשכיות הפרויקט. ראשית, הכשרה נאותה תורמת למימוש מיטבי של יעדי הפרויקט ובכך תורמת להצלחתו. הצלחת הפרויקט היא תנאי להבטחת תמיכה פוליטית ותקציבית בו לאורך זמן. כמו כן, הכשרה טובה עשויה להשפיע על יעילות הפרויקט ועל קיומו במסגרת התקציב: "פיתחנו שיטת הכשרה מאד טובה וזה רק הולך ומשתפר כל פעם. יש המון התייעלויות" (פרופ' גרוס). בכך היא מוסיפה לתרום לאטרקטיביות שלו ולנכונות להמשיך לקיים אותו.

שנית, הכשרה טובה של אנשי השטח עשויה, במקרים מסוימים, לאפשר המשכיות של הפרויקט גם בהעדר יזם המדיניות. כך לדוגמה, מתאמי הבריאות שעברו קורסים ממושכים וקיבלו כלים לקידום בריאות ברמה העירונית, יכולים בעיקרון להמשיך ולתפקד גם אם רשת ערים בריאות תתפרק, כל עוד הם מצליחים לשמר תמיכה מקומית כמובן. העובדה שמקבלי ההכשרה יכולים להמשיך להועיל לאחרים גם בתום הפרויקט באופן פורמלי מקבלת ביטוי גם בספרות (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). אולם, חשוב לזכור כי המשכיות כזו של הפעילויות לא יכולה להתקיים בשני הפרויקטים האחרים בהם אנשי השטח הם חלק בלתי נפרד מהמטה המפעיל את הפרויקט.

6.4.5 השארת האופציות פתוחות

קטגוריה תיאורטית מעניינת שעלתה ממקרי הבוחן היא השארת האופציות פתוחות. קטגוריה זו קשורה במיוחד לפרויקטים שבנויים מארועים בודדים שחוזרים במרווחי זמן קבועים, כמו פרלמנט הבריאות או סקר עמדות הציבור, ושאינם מתמשכים באופן רציף כמו רשת ערים בריאות. אי סתימת הגולל על המשכיות מאפשרת לשותפים לחשוב הלאה ולבחון אם הפרויקט נחוץ ואם יש לו עוד מה לתרום ללקוחותיו. ד"ר רוזן מספר: "אני בטוח שלא אמרנו שתי פעמים וזהו". גם גופר מעיד: "המטרה הייתה לעשות את הפרויקט באופן מוצלח ואחר כך לראות...". היבט זה חשוב במיוחד כאשר לא מגבשים תכנית להמשכיות ארוכת טווח אלא מוציאים לפועל ארוע בודד.

6.5 מורכבות ועומק שיתוף הציבור

שיתוף ציבור יכול להיעשות במגוון שיטות הנעות מפרסום מידע, שימועים ציבוריים, סקרים, ועדות מייעצות חבר מושבעים אזרחי ושותפות בקבלת ההחלטות. השיטות עונות גם על צרכים שונים: ככל שהשיטה לשיתוף ציבור יותר מורכבת והמידע נע בה בשני הכיוונים וככל שהמחויבות לאימוץ המלצות הציבור גבוהה יותר, כך

השיטה נותנת מענה לצורך בהגברת ההשתתפות הדמוקרטית של הציבור ופחות לצורך במידע מהציבור כאמצעי לשיפור תהליכי קבלת ההחלטות. ככל שהשיטה לשיתוף ציבור מורכבת יותר, היא דורשת יותר משאבים מצד הארגונים המשתפים כגון: כסף, זמן, קשב, פתיחות לדעות מנוגדות ונכונות לאמץ עמדות שמנוגדות לשיקול הדעת של המומחים בנושא.

בשני הפרויקטים שזכו להמשכיות – רשת ערים בריאות וסקר עמדות הציבור – שיתוף הציבור היה מצומצם והמידע זרם באופן חד-סטרי. עובדה זו הקלה על הפעלת הפרויקט ועל הבטחת המשכיות. ברשת ערים בריאות שיתוף הציבור התבטא ביידוע הציבור אודות צעדי המדיניות שנוקטת הרשות המקומית בתחום בריאות הציבור באמצעות פרסום ופניה דרך מוסדות עירוניים כמו מתנייסיים או בתי ספר. בערים שנבדקו (דוגמת אשדוד או קרית ביאליק) הייתה נכונות להקשיב לבקשות ולהמלצות מצד הציבור אולם לא נעשתה פעולה מכוונת לשם מיצוי מידע מהציבור.

בסקר עמדות הציבור, המידע זורם בכיוון ההפוך מהציבור למקבלי ההחלטות. הסקר נערך בקרב למעלה מ-1,800 מרואיינים ומושקע מאמץ רב בעריכת מדגם שייצג את כלל אוכלוסיית ישראל ובהגדלת שיעורי ההיענות לסקר. זאת, על מנת להימנע מייצוג יתר של קבוצות בעלות פנאי רב בין המשיבים לסקר (דוגמת פנסיונרים, עקרות בית ומובטלים). אמנם ההשקעה ביישוג הציבור היא רבה אולם היא תחומה בשלושה חודשים בלבד. כמו כן, עם השנים השתכללו השיטות לקיצור משך הראיון ולשכנוע הנשאלים להתראיין.

לעומת זאת, פרלמנט הבריאות השתמש בשיטה של חבר מושבעים אזרחי לעריכת דיונים מלבנים אודות סוגיות הקשורות לעדכון סל התרופות. שיטה זו הכריחה את הארגון המשותף לעמוד בקשר אישי עם כל אחד מהמשתתפים לאורך תקופה של כחצי שנה, להכין את חומרי הרקע, להנחות את הדיונים ולכוון את המשתתפים לסכם את הדיונים ולנסח המלצות למדיניות. בנוסף, פרלמנט הבריאות כלל למעשה שישה פרלמנטים שנוהלו במקביל – עובדה שהוסיפה למורכבות הרבה של הפרויקט.

שיטת שיתוף הציבור השפיעה על מורכבות הפרויקט. כתוצאה מכך, היא השפיעה על המשכיות הפרויקט בשני אופנים: ראשית, ככל שהפרויקט מסובך ומורכב יותר, גדל הסיכוי שהוא לא יצליח. רשת ערים בריאות היא אמנם פרויקט מסובך, אך בכל נקודת קצה מדובר בפרויקט פשוט ומוגבל בהיקפו. בנוסף, הרשת אינה תלויה בהצלחתו של כל אחד מהפרויקטים, כך שחוסר הצלחה של אחד מהם באחת מהערים אינו פוגע בהצלחת הרשת כארגון. לעומת זאת, ההצלחה החלקית של פרלמנט הבריאות (ראו הרחבה בסעיף 6.6) פגעה ללא ספק בהצדקה להמשכיותו והשפיעה על גניזתו. שנית, ככל שהפרויקט מורכב יותר הוא דורש משאבים רבים ושוניים. הרחבת היקף המשאבים הדרושים לפרויקט עלולה להוות נטל על צוואר הארגון המשותף, להקשות על יכולת גיוס המשאבים לאורך זמן ולהקטין את הסיכויים להמשכיותו. כאמור, סקר עמדות הציבור ורשת ערים בריאות זוכים למימון ומצליחים לתפעל את הפרויקטים במסגרת המשאבים שבידיהם ואילו פרלמנט הבריאות נכשל בהבטחת מימון לאורך זמן.

זאת ועוד, שיטת שיתוף הציבור יכולה להשפיע על התמיכה של בעלי עניין בפרויקט. כל עוד השיתוף משרת את הצרכים של הארגון המשותף כמו גיוס לגיטימציה לפרויקטים של הערים הבריאות או הפקת מידע בסקר עמדות הציבור, קל לגייס את תמיכת בעלי העניין בפרויקט. אולם כאשר שיתוף הציבור מבקש להקנות לציבור דריסת רגל בתהליך קבלת ההחלטות, הוא מאיים על הדומיננטיות של המשותף (דוגמת משרד הבריאות בפרויקט פרלמנט הבריאות) ולכן התמיכה הציבורית והפוליטית נחלשת.

6.6 תועלת נתפשת של הפרויקט

6.6.1 הוכחת מועילות הפרויקט

המשתנה של תועלת נתפשת של הפרויקט, המופיע ברשימת המשתנים המשפיעים ביותר שמצאה שיירר (2005) צץ מתוך הראיונות אף כי לא התכוונתי לבחון אותו מלכתחילה. בחינת שלושת הפרויקטים התבססה על ההנחה שהם פרויקטים מועילים שהמשכיותם מתבקשת. הנחה זו קיבלה אישוש במציאות, כאשר המרואיינים מכל הפרויקטים העידו כי העבודה שהם עושים היא מוצלחת מאד. אולם, כידוע רק שניים מתוך שלושת הפרויקטים זכו להמשכיות. אחד ההסברים שהציעו המרואיינים קשור בהנחה שהצגתי: לפרויקטים שזכו להמשכיות היה רעיון מושך, במובן זה שהפרויקט היה רלוונטי וענה על צורך ברור של הלקוחות שלהם. על סקר עמדות הציבור אמר ד"ר רוזן: "ראינו שיש בזה הרבה שימוש לקובעי מדיניות"; "זה עונה על צורך אמיתי" ובמשרד הבריאות הסכימו כי מדובר ב"אחד הכלים המרכזיים, [...] נכס אדיר" (בן-נון). גם הרעיון שמניע את רשת ערים בריאות זוכה ל"עניין שהולך וגובר" (ד"ר דונחין) הן ברמת הפרט "הרעיון שלה, [...] נוגע לכל אחד ואחד" (שמעוני) והן ברמת העיר "היא מביאה לרשות את הצורך של הרשות" (שמעוני). בהתאם לכך, לקוחות הפרויקט הם אלה שמטילים את כובד משקלם ומשקיעים ממשאביהם על מנת שהפרויקט יתמשך.

לעומת זאת, כפי שמעידים המרואיינים שפעלו בפרלמנט הבריאות, למשרד הבריאות לא היה ברור מה תרומת הפרויקט לפעילותו היומיומית. המשרד לא יכול היה להציג פירות ממשיים שהפרויקט הניב ושיצדיקו את התמיכה בהמשכיותו. ד"ר גוטמן מסבירה:

משרד הבריאות לא צריך את זה. [...] אם היו נבחרים נושאים שהיו מניבים המלצות חד-משמעיות, נושאים אקוטיים שרלוונטיים למשרד היו מסתכלים על זה אחרת... במקום זאת, הנושאים היו מאוד כלליים, לא רלוונטיים למשרד. [...] היה נושא של מעט להרבה או הרבה למעט, שוב, מה זה עוזר לועדת הסל. זה לא מספיק עוזר להם. מה זה הצלת חיים? זה מדהים! לדעתי משתמשים בזה עד היום. אבל משרד הבריאות לא יכול להראות את מבחן התוצאה.

ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם הספרות שמצביעה על כך שהפרויקט יזכה לשימור רק אם הוכחה מועילותו (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; The Finance Project, 2002; Mancini & Marek, 2004). הגופים שהפעילו את סקר עמדות הציבור ואת רשת ערים בריאות הצליחו להוכיח הצלחה בשטח וכך הצליחו לתקשר כלפי חוץ את מועילות הפרויקט. כך לדוגמה אומרת שמעוני, מתאמת הבריאות באשדוד, בתשובה לשאלה מה יקרה אם יתחלף ראש עיר: "זה צעדים של דברים שכבר מוכחים בשטח. זה יציב. [...] אני לא מאמינה שמישהו יבוא ויגיד: 'זה לא שווה כלום'. הוא ילך על זה". לעומת זאת בפרלמנט הבריאות, למרות שהקואליציה שהפעילה את הפרויקט סבורה כי הפרויקט היה מוצלח, היא לא הצליחה לשכנע את הלקוח הראשי של הפרויקט בנחיצותו: "האנשים שהיו במשרד, הם בעצמם לא הבינו עד כמה זה היה מוצלח. הם ראו בזה אפילו כישלון" (ד"ר גוטמן).

סיבה אפשרית לפערים בהוכחת מועילות הפרויקט עשויה להיות טמונה בגישה המהותית של הלקוח המרכזי כלפי התועלת מתהליך שיתוף הציבור (Abelson & Eyles, 2002). בשלושת הפרויקטים נתפס שיתוף הציבור כאמצעי להשגת מטרה אחרת ולא כמטרה בפני עצמה: בסקר עמדות הציבור, שיתוף הציבור נועד לסייע בשיפור תהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות; ברשת ערים בריאות, יידוע הציבור נועד להגדיל את התועלת מפרויקטים מקומיים ולשפר את בריאות הציבור; ובפרלמנט הבריאות, שיתוף הציבור נועד להוסיף

שיקולים ולשפר את תהליך קבלת ההחלטות של ועדת סל התרופות. הקושי להוכיח את המועילות של פרלמנט הבריאות נבע בין השאר מהעדר ההסכמה על מטרת הפרויקט ועל אופי שיתוף הציבור בו. בעוד שמפעילי הפרויקט ראו בדיון דליברטיבי מטרה בפני עצמה וחשו כי הגיעו להישגים נכבדים, אנשי משרד הבריאות שפטו את הפרויקט במונחים של שיתוף ציבור כאמצעי לשיפור קבלת ההחלטות והתאכזבו מיכולתו המועטה להשפיע.

6.6.2 תגובתיות

היבט נוסף שעלה ממקרי הבוחן הוא החשיבות של עדכון מתמיד של מאפייני הפרויקט כדי להבטיח את הרלוונטיות שלו לנסיבות משתנות ולצרכים של לקוחותיו: "אנחנו כל הזמן משנים כדי שזה יהיה רלוונטי לקביעת מדיניות וגם להיענות לנושאים שעל הפרק אצל הקופות" (פרופ' גרוס). היבט זה הוא משתנה התגובתיות שמוצג בספרות כהבטחת גמישות בתכנית והתאמתה לצרכים משתנים (Mancini & Marek, 2004; Scheirer, 2005). משתנה זה בא לידי ביטוי בכל שלושת הפרויקטים: ברשת ערים בריאות בוחנים מדי כשנה את החזון ומעדכנים אותו במידת הצורך ואילו בסקר עמדות הציבור מוסיפים סוגיות שעומדות על הפרק לשאלון הקיים ויוצרים שילוב אטרקטיבי בין יכולת השוואה לאורך זמן לשמירת האצבע על הדופק. גם בפרלמנט הבריאות נעשה עם תום הפרלמנט הראשון ניסיון להתאים את הפרויקט לצרכי משרד הבריאות.

7. סיכום

אל המסע יצאתי עם השאלה אילו משתנים משפיעים על המשכיות של פרויקטים קהילתיים המשתפים את הציבור. בהמשך התמקדתי בבדיקה אם משתנים מרכזיים שמופיעים בספרות כמשפיעים על המשכיות אכן השפיעו עליה בשלושת המקרים שבדקתי. המשתנים שנבחרו הם משתנים שקשורים לגופים המפעילים את הפרויקטים.

שלושת מקרי הבוחן לימדוני כי רבים מהמשתנים שהופיעו בספרות כתורמים להמשכיות אכן היו בעלי השפעה. המשתנים שקיבלו אישוש הם:

- ◆ **נוכחות פעילה של יזם מדיניות.** יזם מדיניות שלוקח על עצמו את המחויבות לקדם את הפרויקט ואת המשכיותו תורם בפעולותיו להבטחת המשכיות. העדר יזם מדיניות ברור ומחויב בפרויקט פרלמנט הבריאות פגעה ביכולת להבטיח את המשכיותו. עם זאת, החשיבות של משתנה זה תלויה בזמן ובנסיבות. יתכן שלאחר תקופה ממושכת שבה התמסד פרויקט והפך ל"חלק מהנוף" של מערכת מסוימת (כמו מערכת הבריאות), פוחתת החשיבות של יזם מדיניות להבטחת המשכיות. שאלה זו צריכה לעמוד למבחן בעתיד.
- ◆ **הוכחת מועילות הפרויקט לאורך זמן.** פרויקט מוצלח הוא פרויקט אשר מוכיח לבעלי העניין כי הוא משיג את מטרותיו וכי הוא מצליח לשמור על רלוונטיות לאור נסיבות משתנות. כל עוד מטרות הפרויקט משתנות את בעלי העניין, הצבעה על השגתן משמרת את התמיכה הפוליטית, הכספית והציבורית בקיום הפרויקט. הוכחת המועילות תהיה פשוטה יותר כאשר יש פרמטרים ברורים ומוסכמים מראש להצלחה.
- ◆ **הלימה בין מטרות הפרויקט לליבת המטרות והערכים של הארגון המפעיל.** הלימה זו תורמת למחויבות האידיאולוגית של מפעילי הפרויקט ברמות השונות בארגון ומדרבנת אותם לפעול להבטחת המשכיות הפרויקט. ממצא זה צריך לשמש אבן-בוחן עבור ארגונים השוקלים לאמץ או ליזום פרויקט חדש.
- ◆ **פעולה בקואליציה על בסיס הסכמה.** פעולה בקואליציה היא כשלעצמה תהליך מורכב וקשה. הסכמה אמיתית על מטרות הפרויקט, על חלוקת תחומי אחריות בין שותפים ועל שיטה להכרעת מחלוקות היא חיונית להבטחת הפעילות השוטפת.

חלק מהמשתנים התגלו כלא הכרחיים או כבעלי השפעה מועטה בשלושת הפרויקטים שנבחנו:

- ◆ **הכנת תכנית פורמלית להמשכיות.** בספרות המחקר מופיעה הטענה כי הכנה של תכנית להבטחת המשכיות מראש תורמת תרומה משמעותית לרתימת שותפים, לגיוס תמיכה ולהתמודדות עם מכשולים לאורך הדרך. בשלושת מקרי הבוחן לא נערכה חשיבה מסודרת מראש על הבטחת המשכיות הפרויקט, אולם העדר ההכנה לא פגע בהמשכיות הפרויקטים. ההמשכיות הובטחה בפועל על ידי ביצוע של צעדים אשר מהווים בדרך כלל מרכיבים בתכנית המשכיות כמו: הבטחת מימון לאורך זמן, גיבוש חזון משותף ופרסום הישגים. יתכן ומשתנה זה פחות רלוונטי לישראל שמתאפיינת בתרבות של אלתור.
- ◆ **הלימה בין צרכי הפרויקט ליזם ולניסיון קודם של הארגון המפעיל.** כל פרויקט חדש נשען על ידע קיים ומצריך יכולות חדשות. לכן ארגונים שיוזמים פרויקט חדש יצטרכו תמיד ללמוד ולא יוכלו להסתפק בהישענות על הניסיון והידע הקיים. אמנם הישענות מעין זו עשויה דווקא לתרום להגדלת סיכויי

ההמשכיות של פרויקט, אולם, במקרים שנבחנו לא נמצא כי היא הכרחית להבטחת ההמשכיות. ממצא זה מעודד, כיון שהוא מותיר פתח לצמיחתם של יוזמות ופרויקטים במסגרות ארגוניות חדשות שנעדרות ניסיון קודם.

חלק מהממצאים עלו מהמקרים עצמם ולא נשענו על תיאוריה מוקדמת. לכן, ממצאים אלה מעוררים עניין ועשויים להיות בעלי תרומה רבה. ממצאים אלה הם:

◆ **קואליציה דלת-אגו.** בשלושת הפרויקטים הארגון המפעיל היה מבוסס על קואליציה של ארגונים. מהדיון בממצאים עולה שכאשר חברי הקואליציה התמקדו בקידום המטרה לשמה חברו ונטרלו מחלוקות על בסיס אגו, הקואליציה תפקדה טוב יותר ולאורך זמן ממושך יותר. הממצא עשוי להתפתח לכדי טכניקה שימושית (אם כי אולי קשה ליישום) עבור ארגונים הנוהגים לפעול בקואליציות רבות משתתפים.

◆ **הצטרפות וולנטרית לפרויקט.** אלמנט הוולנטריות יוצר למעשה סינון ראשוני שבסופו רק שחקנים המחויבים באמת ובתמים לקידום מטרות הפרויקט נרתמים למשימה ותורמים מיכולותיהם וממשאביהם להבטחת המשכיותו. ממצא זה צריך לשמש תמרור בפני משרדי ממשלה שיכולים לחייב שחקנים להשתתף בפרויקטים שהם מקדמים.

◆ **רשת של תומכים.** פרויקטים שמבוססים על קשרים עם בעלי עניין פוטנציאליים ועם בעלי ידע או ניסיון רלוונטי נהנים מתמיכה ישירה ועקיפה בפרויקט ובהמשכיותו. רשת של קשרים מסייעת בהחלפת מידע אודות בעיות, צרכים, פתרונות, מקורות מימון אפשריים ועוד. מידע זה מסייע לפרויקט לשמור על הרלוונטיות והמועילות שלו ולהגיע למשאבים שחסרים לו. באופן זה, רשת הקשרים מסייעת להמשכיות הפרויקט.

◆ **מורכבות ועומק שיתוף הציבור.** מניתוח שלושת הפרויקטים עולה כי סיכויי ההמשכיות פוחתים ככל ששיטת שיתוף הציבור היא מעמיקה ומשתפת יותר, שכן שיתוף ציבור משפיע על היכולת להבטיח את הצלחת הפרויקט ומגדיל את העלויות הכרוכות בו. בנוסף, ככל שהתהליך משתף יותר את הציבור בתהליכי קבלת ההחלטות, עלולה להתערער תמיכת בעלי העניין בו. לפיכך, יש להבטיח כי ישנה התאמה בין שיטת שיתוף הציבור שנבחרה למשאבי הזמן, המימון והלגיטימציה הארגון המשתף.

עבודה זו מעלה תרומה למחקר במדיניות ציבורית בשני היבטים. ראשית, מסקירת הספרות ומבחינת המקרים עולה כי אין בישראל חשיבה מסודרת ושיטתית על מיצוי הפוטנציאל של פרויקטים לאורך זמן (לפחות בתחום הבריאות). היזמות והחדשנות הישראלים הפכו לשם דבר אולם בהעדר שיטה ומסגרת להפקה חוזרת של הישגי הפרויקטים, משאבים רבים יורדים לטמיון. עבודה זו שופכת אור על סוגית ההמשכיות ומהווה צעד ראשון בהעלאתה לסדר היום של קובעי מדיניות ושל יזמים חברתיים בישראל.

שנית, העבודה מוסיפה דוגמאות מישראל לגוף הידע המצטבר בתחום ותורמת לאישוש משתנים מרכזיים בספרות. כמו כן, העבודה מצביעה על משתנים חדשים שעשויים לתרום להמשכיות של פרויקטים. ההצבעה על המשתנים עשויה לשפר את סיכויי ההמשכיות של פרויקטים בישראל אם משתנים אלה ילקחו בחשבון בעת תכנון ויישום הפרויקטים.

יש לזכור, כמובן, כי הממצאים מבוססים על חקר שלושה פרויקטים בלבד בעלי מאפיינים ייחודיים, המגבילים את יכולת ההכללה של העבודה. לפיכך נותר מקום למחקר עתידי שיבחן את חשיבות המשתנים החדשים

שזוהו בפרויקטים נוספים. בנוסף, העבודה מותירה פתח למחקר עתידי של השפעת ציבור המשתתפים על המשכיות פרויקטים של שיתוף ציבור.

8. רשימת מקורות

- Abelson J., Eyles J. (2002). Public participation and Citizen Governance in the Canadian Health System, **Commission on the future of Health Care in Canada, Discussion Paper no. 7**.
- Abelson J., Forest P.G., Eyles J., Smith P., Martin E., Gauvin F. P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes, **Social Science & Medicine**, 57: 239-251.
- Arnstein S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation, **Journal of the American Institute of Planners**, 35(4): 216-224.
- Ashton J., Grey P., Barnard K. (1986). Healthy Cities – WHO's New Public Health Initiative, **Health Promotion**, 1(3):319-324.
- Baum F., Jolley G. Hicks R, Saint K. and Parker S. (2006). What Makes for Sustainable Healthy Cities Initiatives? A Review of the Evidence from Noarlunga, Australia after 18 Years, **Health Promotion International**, vol 21(4): 259-265
- Beierle T. (1999). Using Social Goals to Evaluate Public Participation, **Policy Studies Review**, 16 (3/4).
- Chinitz D. (2000). Regulated Competition and Citizen Participation: Lessons from Israel, **Health Expectations** 3: 90-96.
- Cohen-Blankshtain G., Gadot-Perez A. (unpublished). Does Commitment to community participation matter? Planning in an Arab neighbourhood in Jerusalem.
- De Leeuw E. (1999). Healthy Cities: Urban Social Entrepreneurship for Health, **Health Promotion International**, 14 (3):261-269
- Donchin M., Shemesh A., Horowitz P., Daoud N. (2006). Implementation of the Healthy cities' Principles and strategies: An Evaluation of the Israel Healthy Cities Network, **Health Promotion International**, 21(4):266-273.
- Dyer S. (2004). Rationalising Public Participation in the Health Service: The Case of Research Ethics Committees, **Health and Place**, 10: 339-348.
- Goodman R. M., McLeroy K. R., Steckler A. B. & Hoyle R. H. (1993). Development of Level of Institutionalization Scales for Health Promotion Programs, **Health Education and Behavior**, vol.20(2) : 161-178.
- Guttman N. (2007). Bringing the Mountain to the Public: Dilemmas and Contradictions in the Procedures of Public Deliberations Initiatives that Aim to Get Ordinary Citizens to Deliberate Policy Issues, **Communication Theory**, 17: 411-438.
- Ham C., Coulter A. (2001). Explicit and Implicit Rationing: Taking Responsibility and Avoiding Blame for Health Care Choices, **Journal of Health Services Research and Policy**, 6 (3): 163-169.
- Harvey G., Hurworth R. (2006). Exploring Program Sustainability: Identifying Factors in Two Educational Initiatives in Victoria, **Evaluation Journal of Australasia**, 6(1):36-44.

- Hiller E. H., Natowicz M. R. (1997). Public Participation in Medical Policy-Making and the Status of Consumer Autonomy: The Example of Newborn Screening Programs in the United States, **American Journal of Public Health**, 87(8): 1280-1287.
- Irvin R. A. Stansbury J. (2004). Citizen Participation in Decision Making: Is It Worth the Effort?, **Public Administration Review**, 64(1):55-65.
- Jordan J., Dowswell T., Harrison S., Lilford R., Mort M. (1998). Whose Priorities? Listening to Users and the Public, **BMJ**, 316.
- King C. S. Feltey K. M. Susel B. O. (1998). The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration, **Public Administration Review**, 58(4): 317-326.
- Kingdon J. W. (1995). **Agendas, Alternatives and Public Policy**. Longman publishers
- LaRossa R. (2005). Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research. **Journal of Marriage and Family**, 67: 837-857.
- Lenaghan J. (1999). Involving the Public in Rationing Decisions. The experience of Citizens Juries. **Health Policy**, 49(1-2): 45-61.
- Lowndes V. Pratchett L. Stoker G. (2001). Trends in Public Participation: Part 1 – Local Government Perspectives, **Public Administration**, 79(1):205-222
- Mancini J. A., Marek L. (2004). Sustaining Community-Based Programs for Families : Conceptualization and Measurement. **Family Relations**, vol. 53(4): 339-347.
- Murphy N. J. (2005). Citizen Deliberation in Setting Health-Care Priorities, **Health Expectations**, 8: 172-181.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.L. (2004). Making Public Health Programs Last: Conceptualizing Sustainability, **Evaluation and Program Planning** 27:121-133.
- Pressman J. L., Wildavsky A.(1973). **Implementation**. University of California press. 3rd edition: 87-124
- Ridley J., Jones L. (2001). User and Public Involvement in Health Services: A Literature Review. **Scottish Health Feedback**.
- Rosen B. (2007). **Ensuring that the leaders of Israeli Health Care and Clinicians Hear What Consumers Have to Say**. Myers-JDC-Brookdale Institute, The Smokler center for health policy research (internal correspondence).
- Rowe G., Frewer L. J. (2000). Public Participation Methods: A Framework for Evaluation, **Science, Technology and Human Values** 25(1):3-29.
- Sabatier. P. A., Weible C. M. (2007). "The Advocacy Coalition Framework" in Sabatier P. A. (ed.) **Theories of the Policy Process**, Westview Press, 2nd edition, 2007:189-220
- Scheirer M. A. (2005). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability, **American Journal of Evaluation**, 26:320-347.
- Shediac-Rizkallah M. C., Bone L. R. (1998). Planning for the Sustainability of Community-Based Health Programs: Conceptual Framework and Future Directions for Research, Practice and Policy, **Health Education Research**, 13 (1): 87-108

St Leger L. (2005). Questioning Sustainability in Health Promotion Projects and Programs, **Health Promotion International**, 20 (4):317-319.

Swerissen H. and Crisp B. R.(2004). The Sustainability of Health Promotion Intervention for Different Levels of Social Organization, **Health Promotion International**, vol. 19 (1): 123-129.

The Finance Project (2002). **Sustaining Comprehensive Community Initiatives**.

<http://76.12.61.196/publications/sustaining.pdf> (accessed 6/6/08).

Thomson R., Murtagh M., Khaw F. M. (2005). Tensions in Public Health Policy: Patient Engagement, Evidence-Based Public Health and Health Inequalities, **Qual Saf Health Care**, 14: 398-400.

Tsoulos A. D.(1995). The WHO Healthy Cities Project: Stat of the Art and Future Plans, **Health Promotion International**, 10 (2):133-141

Webler T., Tuler S. Krueger R. (2001). What is Good Public Participation Process? Five Perspectives from the Public, **Environmental Management**, 27(3): 435-450.

Yin R.K. (1981). Life Histories of Innovations: How New Practices Become Routinized, **Public Administration Review**, vol. 41 (1): 21-28

וקסמן א., בלאנדר ד. (2002). **דגמים של שיתוף אזרחים**. המכון הישראלי לדמוקרטיה, נייר עמדה מס' 26.
כץ ח. (2006). **נייר עמדה: קידום חבירות בין-ארגוניות, בינתחומיות ובין-מגזריות בשירותי רווחה**. משרד הרווחה, ירושלים.

שלו כ., גוטמן נ. (לא פורסם). **דו"ח מחקר: התייעצות ציבורית בנושא עדיפויות בסל הבסיסי**.

שקדי א. (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום**. רמות, אוניברסיטת תל אביב.

התייעצות ציבורית בנושאי בריאות בישראל – תכנית הפרויקט, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז לחינוך קהילתי ע"ש ציפורי, ירושלים ומכון ב. י. כהן למחקרי דעת קהל, אוניברסיטת תל אביב (מסמך פנימי, ללא ציון שנה).

ערים בריאות בישראל. רשת ערים בריאות, מרכז השלטון המקומי ומשרד הבריאות, 2008.

פרלמנט הבריאות – עמדות והמלצות. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות והמרכז לחינוך קהילתי ע"ש חיים ציפורי, 2003.

אתר משרד הבריאות: www.health.gov.il (כניסה: 22.3.2008).

אתר ארגון הבריאות העולמי / סניף אירופה: www.euro.who.int/healthy-cities/introduction (כניסה: 23.2.2008).

אתר רשת ערים בריאות בישראל: www.healthycities.co.il (כניסה: 23.2.2008).

בן-נון גבי, (ראיון אישי), לשעבר סמנכ"ל האגף לכלכלת בריאות במשרד הבריאות, 10.07.2008.

גוטמן נורית, (ראיון אישי), מרצה בחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב, 20.08.2008.

גופר רוני, (ראיון אישי), לשעבר ראש היחידה לדמוקרטיה השתתפותית במרכז ציפורי, 16.07.2008.

גרוס רויטל, (ראיון אישי), חוקרת בכירה במכון ברוקדייל, 16.07.2008.

דונחין מילכה, (ראיון אישי), יו"ר הועד המתאם של רשת ערים בריאות, 29.06.2008.
דן דורית (שיחת טלפון). מתאמת בריאות בקרית ביאליק. 23.12.2008.
זהבי מירה (שיחת טלפון). מתאמת בריאות בירוחם. 14.12.2008.
קראוס חנה (שיחת טלפון). מתאמת בריאות במעלה אדומים. 24.12.2008.
רוזן ברוך, (ראיון אישי), ראש מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות במאירס-גוינט-מכון ברוקדייל,
29.06.2008.
שלו כרמל, (ראיון אישי), לשעבר מנהלת היחידה לאתיקה וזכויות בריאות במכון גרטנר, 11.08.2008.
שמעוני מלכה, (ראיון אישי), מתאמת הבריאות בעיריית אשדוד, 22.09.2008.
שמש ענת, (ראיון אישי), מנהלת תחום תכנון סקרים והערכה באגף כלכלת בריאות במשרד הבריאות,
7.09.2008.
שניר מזל (שיחת טלפון). מתאמת בריאות בקרית גת. 23.12.2008.

9. נספחים

9.1 נספח א' – שאלון

שאלות להשערת המחקר הראשונה

1. מידת ההתאמה של הפרויקט למטרות ולערכים של הארגון שלך
 - א. התאמה רבה
 - ב. מתאים
 - ג. התאמה מועטה
2. באיזה אופן הפרויקט קשור לפעולות אחרות של הארגון? לאילו פעילויות מתאים? באילו משאבים של הארגון המפעיל השתמש הפרויקט (כ"א, יכולת גיוס כספים, יכולת יצירת קשר עם אנשים בשטח, פרסום, קשרים עם שותפים פוטנציאליים)? כלומר מה הארגון המפעיל נתן לפרויקט?
3. מידת השילוב וההתאמה לפעילויות הרגילות של הארגון
 - ד. התאמה רבה
 - ה. מתאים
 - ו. התאמה מועטה/ נאלצו להיערך במיוחד)
4. ניסיון קודם (מבחינת תוכן ומבחינת כלים):
 - ז. יש ניסיון עשיר – עשו פרויקטים כאלה בעבר
 - ח. יש ניסיון בדברים דומים
 - ט. אין ניסיון – נערכו במיוחד

שאלות להשערת המחקר השנייה

1. אילו ארגונים שותפים בהפעלת הפרויקט? מי מהארגון היה שותף לפרויקט (מחלקה / אדם)?
2. כיצד התקבצו כל הארגונים? מי חיבר ביניהם?
3. האם מטרות הפרויקט היו מקובלות על כולם בתחילה? ובהמשך? האם היה חזון משותף?
4. באיזו מידה היו הארגונים שותפים לעיצוב ולבניית הפרויקט?
5. האם גוף אחד היה המוביל / הדומיננטי? האם זה היה מקובל על יתר הארגונים?
6. מי היה הגוף בעל הסמכות? בעל המשאבים להוציא את הפרויקט מהכח אל הפועל?
7. האם הפרויקט היה בזדר עדיפויות דומה (גבוה / בינוני) עבור כל השותפים?
8. האם התגלעו מחלוקות/ מאבים כח בין הארגונים השותפים לפרויקט?
 - א. מחלוקות קשות
 - ב. חילוקי דעות פה ושם
 - ג. לא היו
9. מה הרקע למחלוקות?

- א. אישי/פרסונלי
 - ב. ויכוח על מטרת הפרויקט
 - ג. ויכוח על אופן הפעלת הפרויקט
 - ד. ויכוח על משאבים
 - ה. ויכוח על חלוקת סמכויות / אחריות
 - ו. אחר _____
10. כיצד התגברו על המחלוקות?

שאלות להשערת המחקר השלישית

- 1. מי יזם את הפרויקט? מי הוביל אותו בתחילה?
- 2. מדוע? מה גרם לו להתמיד ולקדם את הנושא (מה מניע אותו)?
- 3. אילו משאבים/אנשים/תמיכה הוא הצליח לגייס? כיצד עשה זאת? אילו משאבים עמדו לרשותו?
- 4. האם התחלף היזם במשך הפעלת הפרויקט (כן/לא)? אם כן, במשך כמה זמן הוא עמד בראש הפרויקט? מי החליף אותו ובמשך כמה זמן המחליף הוביל את הפרויקט?

שאלות להשערת המחקר הרביעית

- 1. האם גובשה תכנית עבודה מסודרת להבטחת המשכיות הפרויקט (כן/לא)?
 - 2. האם ננקטו פעולות כלשהן להבטחת המשכיות הפרויקט? אם כן, אילו פעולות?
- א. גיוס כספים והבטחת מימון לאורך זמן
 - ב. רתימת שותפים
 - ג. פרסום הישגי התכנית
 - ד. גיבוש חזון משותף
 - ה. הכשרת הצוות המפעיל (השקעה באנשי השטח שבחזית הפרויקט ויצירת מחויבות)
 - ו. עריכת מחקר הערכה ושינוי הפרויקט בהתאם
 - ז. אחר _____

9.2 נספח ב' – תמילי הראיונות