

בשנתנו סוציאליזם

כתב עת בנושאי רווחה ובריאות מוציאלי

- ניתוח השוואתי של תוכניות משרד הבריאות וקופת חולים הכללית להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל
- גביית תשלומים בעד שירותים רפואיים — הניסיון של קנדה
- ביקורת שיפוטית על ועדות רפואיות לנפגעי עבודה
- מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בישראל
- עידוד העסקת הנכים — סוגיות, סקירה בינלאומית והשלכות למשק הישראלי
- מצבה הכלכלי של אוכלוסיית הקשישים: מחקר השוואתי של שבע מדינות
- איזון בטיפול בשירותים לקשיש בישראל
- הקשר בין טיב ההתייחסות אל הרשת החברתית ובין חיפוש עזרה מסוכני עזרה שונים.

בטחון סוציאלי

כתבי־עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור על־ידי

המוסד לביטוח לאומי

ירושלים * ניסן תשמ"ו * אפריל 1986

חוברת 28

בחוברת זו

פותח את החוברת מאמרם של ד"ר אלגצויג, פרופ' דה-פריז, פרופ' הלוי ד"ר צ'רניחובסקי על שתי התוכניות שהוצעו להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל — זו של משרד הבריאות וזו שהגישה קופת חולים הכללית. המחברים משווים את התועלת ואת היעילות של התוכנית ועומדים על המעלות ועל החסרונות של כל אחת מהן.

תוכנית בריאות לאומית קיימת בקנדה כבר מאז אמצע שנות ה-60. פרופ' דורון דן במאמרו בעיקר בבעיית התשלומים הנוספים שגובים הרופאים בנקודות השירות, בעיה שעוררה ויכוחים וביקורת והקרבה עתה ל"פתרונה": בעתיד הלא רחוק שוב לא יגבו הרופאים, ברוב הפרובינציות של קנדה, השלום נוסף בעד שירותיהם. פרופ' דורון ממליץ שישראל תלמד מן הניסיון הקנדי, משום שיש דמיון, למרות ההבדלים, בין שתי הארצות.

ד"ר קובובי עוסק בשאלת הביקורת השיפוטית על הוועדות הרפואיות לנפגעי תאונות עבודה וממליץ על שילוב הדוק של פעולות שתי המערכות, הרפואית והמשפטית, כדי להגיע לשיתוף פעולה פורה ביניהן שממנו ייהנו בראש ובראשונה המבוטחים.

המחלקה הססיכיאטרית הראשונה במסגרת בית חולים כללי נפתחה בארץ בשנת 1954, קובע פרופ' הלוי, למרות שבאנגליה ובארצות הברית כבר הגיעה באותה עת התפתחותן של מחלקות אלה לשלב מתקדם. המחבר מביא פרטים ונתונים סטטיסטיים על המחלקות הססיכיאטריות שבמסגרת בתי החולים הכלליים, חלקן באשפוז חולי הנפש, תפוסת המיטות ומשך השהייה, מבנה האוכלוסייה המאושפזת, כוח האדם המועל בהן ועוד.

בבעיות של עידוד העסקת נכים בישראל עוסקת נעמי ענתבי במאמרה. המחברת סוקרת את הדרכים למתן תמריצים להעסקת הנכים, את המתקרים על הנושא שנעשו עד כה וכן את המצב הקיים במדינות אחדות: יפן, שוודיה, בלגיה, גרמניה המערבית, צרפת, אירלנד, איטליה, הולנד ובריטניה.

במצבם של הקשישים באחדות מן המדינות המפותחות, אבל מנקודת הראות של מצבם הכלכלי, עוסקים לאה אחדות ויוסי תמיר. המאמר משווה בין הגעשה בשבע מדינות המשתתפות במחקר מקיף המתרכז בלוקסמבורג: קנדה, ארצות הברית, אנגליה, גרונגיה, שוודיה, גרמניה המערבית וישראל.

מאמר נוסף העוסק בקשישים הוא מאמרו של גרי גינסברג, הבוחן שתי שיטות לקביעת הרמה האופטימלית והאיזון בטיפול ("חבילת השירותים") בין השירותים המוסדיים והקהילתיים הניתנים לקשישים בישראל: בשיטה אחת משתמשים ברמות הנוכחיות של מתן השירותים או של הערכת הצרכים במדינות מפותחות אחרות בתור קו מנחה להגדרת נורמות השירות בארץ; השיטה האחרת מתבססת על צרכים נורמטיביים, היינו צרכים כפי שמגדירים אותם מומחים ואנשי מקצוע העוסקים בתחום.

אל מי פונים בני אדם לעזרה בצר להם? פרופ' ינון ומר מלמד מדקים שאלה זו על-פי מידת הסניות אל סוכני עזרה מקצועיים ולא מקצועיים, אלה המצויים בתוך הרשת החברתית ואלה המצויים מחוצה לה ומנסים להציע טיפולוגיה של הנושא על כל מרכיביו: פונים, סוכני העזרה וסוגי הרשת שבתוכה הם פועלים.

המערכת:

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

נסים ברוך

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

ד"ר ישראל כץ

פרופ' משה ליסק

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירה שמאי

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334 — 231X

דפוס אחוה, ירושלים

תוכן העניינים

	ניתוח השוואתי של תוכניות משרד הבריאות וקופת חולים הכללית להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל
5	ד"ר אבייקר אלנצויג, פרופ' אנדרי דהפריז, פרופ' חיים ש' הלוי וד"ר דב צ'רגיחובסקי
31	גביית תשלומים בעד שירותים רפואיים — הניסיון של קנדה
	פרופ' אברהם זורון
44	ביקורת שיפוטית על ועדות רפואיות לנפגעי עבודה
	ד"ר שאול קובובי
61	מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בישראל
	פרופ' ח"ש הלוי
79	עידוד העסקת הנכים — סוגיות, סקירה בינלאומית והשלכות למשק הישראלי
	נעמי ענתבי
90	מצבה הכלכלי של אוכלוסיית הקשישים: מחקר השוואתי של שבע מדינות
	לאה אחדות ויוסי תמיר
115	איזון בטיפול בשירותים לקשיש בישראל
	גרי מ' גינסברג
127	הקשר בין טיב החתייחסות אל הרשת החברתית ובין חיפוש עזרה מסוכני עזרה שונים
	פרופ' יואל ינון וטוביה מלמד
141	חקיקה ופסיקה סוציאלית: הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 60), התשמ"ד—1985; ביטוח סיעוד; אימוץ בניגוד לרצון האם הטבעית; קרן פנסיה לימאים.
	אריה וולף, עו"ד
148	פרסומים חדשים

ניתוח השוואתי של תוכניות משרד הבריאות וקופת חולים הכללית להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל*

מאת ד"ר אבי-יקר אלנצויג**, פרופ' אנדרי דה-פריז***
פרופ' חיים ש' הלוי** וד"ר דב צ'רניחובסקי****

מבוא

והמלצות להנהגת ביטוח בריאות שלא באמצע-
עות קופות חולים וולונטריות. עמדות דומות
הביעו חלק מחברי ועדות ממלכתיות שעסקו
בביטוח בריאות ומחברי דו"ח ועדת מן של
ההסתדרות הרפואית. ביטוי פורמלי לעמדת
הממשלה ניתן עם הקמתה של ועדת זוהר
ב־1978, והמשכו בעקרונות להנהגת ביטוח
בריאות ממשלתי שפורסמו בקיץ 1979.
המהלך הניב, לבסוף, הצעת חוק ממשלתית
לביטוח בריאות שהוגשה לכנסת בפברואר
1981. ההצעה, שאושרה בקריאה ראשונה,
נדונה מאז בוועדה מיוחדת של הכנסת.
הגישה החילופית, גישתה של קופת החולים
הכללית, משקפת את העמדה הרשמית של
ממשלות ישראל בעבר ואת הצעות החוק
הממשלתיות מן השנים 1971 ו־1973, המת-
בססות על ביטוח חובה לכל, באמצעות
חברות בקופות חולים מוכרות וציבוריות,
במידה רבה במתכונת השירותים הקיימים
כיום. הגישה הנוכחית, המהווה למעשה
התייחסות מפורטת לנקודות שהועלו בהצעת
החוק הממשלתית, הוגשה באפריל 1981
במסמך של קופת חולים לוועדת הכנסת הדנה
בהנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל.

שאלת הנהגתו של ביטוח בריאות ממלכתי
במדינת ישראל מלוות את המדינה מאז
צעדיה הראשונים. ועדות וקבוצות עבודה
עיבדו במשך השנים המלצות רבות ומגוונות
בנושא. חלקן הוצגו לאחר מכן בפרסומים מט-
עם גופים שונים וחלקן עובד להצעות חוק.¹
דומה, שהנושא לא ירד מעולם מסדר היום
של החברה הישראלית, הגם שבצד תקופות
פעילות מרוכזת היו גם תקופות שבהן נפסקה
כמעט הפעולה בנדון.

במשך כל השנים נסב הוויכוח הציבורי
בנושא ביטוח בריאות ממלכתי על דמותו של
הביטוח הרצוי במדינה ועל קווייה של מערכת
שירותי הבריאות האמורה להיגזר מעצם הנ-
הגתו. בשנים האחרונות שב ועלה הנושא
למרכז במת הדיונים בנושאי חברה בישראל.
לפני הציבור הוצגו שתי גישות מנוגדות:
הגישה הראשונה משקפת את עמדת ממשלת
ישראל בתקופת כהונתו של השר שוסטק
(1977—1984). הביטוי הראשון שלה, עוד
בתחילת שנות החמישים, מקורו בהצעות

* עבודה זו מתבססת על דיון-חשבון קבוצת העבודה אשר פעלה במסגרת המכון למחקר חברתי
בישראל בשנים 1982—1983. המחברים מודים לצוות המכון ולמנהלו, ד"ר ישראל כץ, על הסיוע
והתמיכה שאיפשרו ביצוע עבודה זו.

** המחלקה לאקולוגיה רפואית, בית-הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית של האוניברסיטה
העברית והדסה, ירושלים.

*** בית-הספר לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.

**** המחלקה למנהל וכלכלת בריאות ורווחה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

1 ראה: ח"ש הלוי, "הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל", בטחון סוציאלי, 17 (מרס
1979), עמ' 5—50.

של הגורמים הללו. מן ההגדרות של ביטוח בריאות ושל שירות בריאות עולה, שקיימים מספר גורמים המשתתפים בתהליך: הצרכן, המממן, המבטח ונותן השירותים. ברור, שתי-תכן זהות בין שניים או יותר מגורמים אלה. ככלל, אנו רשאים לראות בצורה פשטנית במכלול של ביטוח בריאות "משולש" של שלושה יסודות פונקציונאליים עיקריים: "מבוטח" (או "צרכן"), "מבטח" ו"נותן שירות".

יסודות אלה יכולים להיות בלתי תלויים (לפחות מבחינה משפטית) ויכולים להיות אישיות משפטית אחת.

המערכת הישראלית, בעיקר זו המרשתת על קופת חולים הכללית, מתאימה מבחינה תיאורית למקרה שכל השלושה הם אישיות משפטית אחת. מערכת זו בנויה מציבור של חברים המבטח את עצמו במסגרת שהקים ושגם מעסיק את נותני השירות.

שלושת היסודות שצוינו לעיל צריכים להופיע בכל מבנה ארגוני-כלכלי של שירותי רפואה ובריאות. מעבר להגדרה הפורמלית לגבי יחסה של פונקציה אחת לשנייה חשוב טיב הקשרים הארגוניים-כלכליים שבין היסודות הפונקציונאליים. אלה כוללים את הגובה ואת צורת ההעברה של התשלום מהצרכן למבטח ואת הגובה ואת צורת קבלת התשלום של נותן השירות מן המבטח או מן המבוטח. ברור, שייתכנו שיטות וקשרים שונים להעברת התשלום מן הצרכן למבטח. בישראל, למשל, חלק מן התשלום מתקבל בצורת מיסוי, במסגרת המיסוי הכללי של המדינה, לרבות הביטוח הלאומי; וחלק מתקבל בצורת "פרמיות" — ביטוח שקופות החולים גובות בעצמן. בנושא התשלום לנותני השירות מרבית "התשלום" אצלנו נעשה בצורה של העסקת נותני השירות בידי הגורמים "המבטחים": הממשלה וקופות החולים, אם כי בקופות החולים הקטנות מקובל יותר הניתוק

עבודה זו מציבה לעצמה כמטרה ייחודית ועיקרית עריכת ניתוח השוואתי בין שתי התוכניות המרכזיות להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל ועל-פי היבטים שונים. העבודה מתבססת על מסקנות קבוצת עבודה אשר סיימה את עבודתה באוגוסט 1983.²

דיון מפורט בהצעות וניתוחן מחייב בראש וראשונה התייחסות לעצם המושג ביטוח בריאות, מטרותיו ומגבלותיו.

ביטוח בריאות ממלכתי — הגדרות, מטרות ותפקידים

בישראל, ובעולם המערבי בכלל, שורר חוסר בהירות לגבי המושג ביטוח בריאות ממלכתי. מטרת פרק זה להגדיר בהגדרות תפעוליות את המערכת המושגית הכרוכה בביטוח בריאות ממלכתי.

ראשית, נתייחס להבחנה בין המונח ביטוח בריאות ובין המונח שירות בריאות. ביטוח בריאות מבוסס על שני עקרונות-יסוד: (א) עזרה הדדית, כלומר קופה משותפת של כלל המשתתפים בביטוח; (ב) חיסכון לצורכי בריאות, כלומר תשלומים מוגדרים מראש המנוצלים בשעת הצורך. הביטוח יכול להיות פרטי, ציבורי, או ממשלתי.

שירות בריאות ממלכתי מבוסס, לעומת זאת, על עקרון יסודי הקובע שקיים גורם אחד המבטיח את זכאות האוכלוסייה לשירותי בריאות. מתוך עקרון הממלכתיות, ניתן להקיש שהממשלה או רשות שלטונית אחרת היא הגורם הנושא באחריות להבטחת שירותים אלה לאוכלוסייה.

שירות בריאות מחייב קיומו של גורם הדואג באופן ישיר לאספקת השירותים הרפואיים. גורם זה יכול להיות פרטי, בין למטרות רווח ובין לאו, ציבורי או ממשלתי, או שילוב

2 ראה: א' אלנצויג, א' דה-פריז, ח"ש הלוי, ד' צ'רניחובסקי, בחינה השוואתית של התוכניות להנהגת ביטוח בריאות בישראל, המרכז לחקר המדיניות העברתית בישראל, ירושלים, 1983.

טימום מאשר למקסימום, ומביאה בחשבון לא רק את הרצון והשאיפה של הפרט, אלא גם את הנסיבות הכלליות שבהן השירות מוגש: התועלת שהמטופל יפיק, הכמות הכללית של שירות הניתנת לאספקה, מידת העדיפות של הפרט המיועד לקבלתה ועוד. מידת היושר ברפואה מתבטאת על-כן במידת הנגישות לשירותי הרפואה, בקבלת טיפול רפואי בכמויות ההולמות את הצרכים, ולבסוף באיכותו של הטיפול הרפואי.

אחת הדילמות היסודיות בנושא ביטוח בריאות ממלכתי היא הניגוד הפנימי בין שתי המטרות הראשונות, על המורכבות שבהן, ובין המטרה השלישית — בלימת העלויות. ראשית, כל ניסיון להרחיב את המושג "שירות הולם" — או את הרחבת הזכאות — למעגלים רחבים יותר של האוכלוסייה כרוך בהפניית משאבים רבים יותר לשירותי הבריאות. כיום ברור שהיסודות של עזרה הדדית וחיסכון אינם מספיקים לכיסוי ההוצאה לבריאות במדינת הרווחה המודרנית. שנית, ניתוק זכותו של הפרט לקבלת שירות מיכולתו לשלם עבור שירות זה כרוכה גם היא בהפניית משאבים רבים יותר לשירותי רפואה ובריאות.

הבעיה היא אפוא ניסוח האופטימום בין השגת שתי המטרות הראשונות והמטרה השלישית. לחילופין, ניתן לשאול עד כמה החברה מוכנה לשאת בנטל הכלכלי של צריכת שירותי בריאות "הולמים" של חלק מחבריה שאינם יכולים או אינם רוצים לשאת בנטל הכלכלי המלא של השירותים. ניסוחן הספציפי של המטרות הללו ומידת היכולת והנכונות של חברה לשלם עבורן משתנים מחברה לחברה ומזמן לזמן. המונחים "הולם-מים", "היקף ואיכות שירותים" ו"זכאות" הם מונחים נורמטיביים שאינם עומדים במבחן המקום והזמן בעולם של תפיסות פוליטיות-כלכליות משתנות.³

המשפטי בין הרופא ובין הקופה: הרופא מקבל מן הקופה תשלום עבור שירות (Fee for Service) כאשר הקופה היא צד שלישי (Third Party) ביחס שבין הצרכן לנותן השירות. ברור שאין הכרח שהגורם המבטח יישא במלוא האחריות הכספית עבור שירות נתון; למשל, גם בקופת חולים הכללית יש כיום השתתפות עצמית בתשלום עבור תרופות וטיפולי שיניים. במרבית המקרים נמצא ניואנסים המכילים צירופים שונים של יחסים בין שלוש הפונקציות שתוארו בסעיף זה.

מטרות ומטלות של ביטוח בריאות ממלכתי

מגמות ההתפתחות של המושג ביטוח בריאות ממלכתי הורחבו במשך השנים והן נוגעות היום במשמעויות שאין להן נגיעה למושג "ביטוח". מטרותיו המקובלות של ביטוח בריאות ממלכתי ניתנות להגדרה כדלקמן:

- א. הקניית שירותי בריאות הולמים לכל האוכלוסייה.
- ב. ניתוק התלות בין יכולתו הכלכלית של הפרט ומשפחתו ובין ההיקף ואיכות השירותים שהוא מקבל.
- ג. בלימת הגידול בהוצאה לשירותי בריאות.

באשר ל"הקניית שירותי בריאות הולמים" ו"ניתוק התלות בין יכולתו הכלכלית של הפרט ובין ההיקף ואיכות השירותים שהוא מקבל" יש להבין את מהותו של המושג מידת-יושר (Equity), או "צדק שוויוני", ברפואה, או כפי שיש המכנים אותו שלא בצדק "שוויוניות". השימוש במושג זה אין כוונתו שכל פרט יקבל כמות שווה של שירותים רפואיים; מידת היושר מכוונת יותר לאופ-

3 ראה: ח"ש הלוי, "שירות רפואי ובטוח בריאות", הרפואה, פ"ב (4) (פברואר 1972), עמ' 180—187. ראה גם ח"ש הלוי, "השוויון ברפואה", הרפואה, פ"ח (4) (פברואר 1975), עמ' 234—236. וכן ח"ש הלוי, "בין המצוי והרצוי", הרפואה, צ"ט (3—4) (אוגוסט 1980), עמ' 88—93.

המקובל כיום בסקטור "הציבורי" לא נכללים, למשל, טיפול שיניים וחלק ניכר מן השירותים תים הגריאטריים הסיעודיים. בהקשר זה יש לזכור, שמשקי הבית נושאים ב-21% מסך כל ההוצאה לבריאות, על-ידי תשלום ישיר עבור שירותים שהם אינם יכולים או שהם מעדיפים שלא לקבל מן המערכת הציבורית — כפי שניתן לראות בלוח 1.

ברור, שרעיון הצדק השוויוני בשירותי הבריאות בישראל נפגע הן לגבי האוכלוסייה הבלתי-מבוטחת והן לגבי אותם שירותים שאינם גוררים זכאות גם עבור האוכלוסייה המבוטחת. בשני המקרים ההנאה או הנגישות לשירותים תלויה ביכולתו של האזרח לממן שירותים שונים. אולם, בעוד ש"חוסר ביטוח" הוא קרוב לוודאי במידה רבה עניין של בחירה חופשית⁵, חוסר האפשרות לבחור בסוגי טיפול מסוג זה או אחר במסגרות הציבוריות הקיימות יוצר בעיה סבוכה יותר. הדבר גורר תלות בין מידת השימוש בשירות הרפואי ובין היכולת והרצון לשלם עבורו.

ניתוח המצב הנוכחי של שירותי הבריאות בישראל

בניתוח זה נבחן כמה היבטים המתייחסים ישירות לשאלה מהי מידת הנחיצות בהנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל. ראשית נבחן את הדברים מנקודת הראות של הצדק השוויוני.

כשדנים במטרה של הענקת שירותי בריאות "הולמים" לאוכלוסייה יש לבדוק הן את היקף הכיסוי של האוכלוסייה, הן את מידת הזכאות הקיימת כיום לשירותים רפואיים שונים והן את עלותם של השירותים הרפואיים הניתנים בישראל כיום.

מבחינת היקף האוכלוסייה "המכוסה" בביטוח רפואי כיום נהנים 95% בערך מן האוכלוסייה מביטוח רפואי. חלקם של הבלתי מבוטחים גבוה במיוחד בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית⁴.

מידת הזכאות לשירותים בקרב האוכלוסייה המבוטחת אינה מלאה. במסגרת הביטוח

לוח 1. התפלגות ההוצאה הלאומית לבריאות לפי מגזר מממן ומגזר מפעיל, ישראל 1978/9 (באהוזים)

המגזר	סך הכל	ממשלה	רשויות מקומיות	קופות חולים ואחרים	אחרים (פרטיים)*
מממן	100.00	60.09	1.57	17.94	20.38
מפעיל	100.00	27.17	1.50	50.94	20.38

המקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, 1982, מס' 33, ירושלים, 1983, עמ' 682—683, לוחות כ"ד/2, כ"ד/3.

* הלוח מבוסס על הנחה, שכל הוצאה של "אחרים" (לוח כ"ד/2 לעיל) היא במימון עצמי. כמו-כן יש לזכור שכמחצית מן המימון הממשלתי הוא מהעברות מס מקביל של מעסיקים למימון שירותי הרפואה.

4 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר שמוש בשירותי בריאות 1981, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 717, ירושלים, 1983.

5 ראה: E. L. Charles, R. Fein & D. Mechanic, *A Right to Health*, New York, John Wiley, 1976. ראה גם: א' דורון, "שירותי רווחה בישראל — מבט מזווית אחרת", בטחון סוציאלי 17 (מרס 1979), עמ' 56—62.

לוח 2. מספר המיפוח ל-1,000 נפש באזורים שונים ב-1980

המחלקה	כל הארץ	צפון	תיסה	תל-אביב	מרכז	ירושלים	דרום
פנימית	0.68	0.38	0.76	0.69	0.93	0.81	0.46
כירורגיה כללית	0.42	0.30	0.52	0.39	0.43	0.63	0.33
נשים	0.16	0.11	0.18	0.12	0.20	0.31	0.11
ילדים *	0.98	0.92	1.11	0.76	1.14	1.28	0.82
סך הכל מיטות כלליות	2.95	2.39	3.58	2.45	3.59	3.97	2.06
מחלות נפש	2.18	1.22	2.82	1.13	4.50	2.29	0.35
סיעוד	1.41	0.39	2.62	0.60	3.22	1.04	0.33

* עד גיל 14.

המקור: משרד הבריאות, מופדות האשפוז והיחידות לטיפול יום בישראל, האגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית, ירושלים 1981.

קופות החולים והמקורות הבאים מן הביטוח הלאומי, מעבר לתקרות ידועות המס נעשה רגרסיבי — אנשים משלמים חלקים הולכים ופוחתים מהכנסתם עבור השירותים לקופות החולים. לעומת זאת, ידוע שבעלי הכנסות גבוהות נוטים להשתמש, בדרך כלל, בשירותים יתר יותר מאשר בעלי הכנסות נמוכות.⁷ היינו, אותם אלמנטים של מימון מערכת שירותי הבריאות הבאים מגביית מיסי חבר של קופות החולים פוגמים באחד העקרונות של ביטוח בריאות סוציאלי: שמירה על שוויוניות בהוצאות הפרט בגין קיום מערכת שירותי הבריאות.

בנושא של שוויוניות יש להתייחס גם למטלה נוספת של ביטוח בריאות ממלכתי: השגת חופש הבחירה, שהוא מוגבל במערכת הציבורית בישראל לשירותים שמציעות קופות החולים. מבחינת חופש הבחירה, מערכת ה"ביטוח" הישראלית היא קרוב לוודאי מן הקשיחות בעולם המערבי. בפני הפרט עומדת הבחירה להיות מבוטח או לחדול בלבד.

מרכיב נוסף הפוגע במידת השוויון היא הנגישות השונה לשירותים הניתנים במערכת הציבורית. בהקשר זה יש משמעות לבעיית המרחקים, אפשרויות התחבורה ולמשך ההמתנה לצורך קבלת שירות. חוסר ההומוגניות של פיזור השירותים בישראל על בסיס אזורי מודגם בלוח 2. כאן יש לשקול כמובן גם את נושא הצדק השוויוני ביחס לאיכות הטיפול. אולם, מכיוון שאין אפשרות להגדיר היבט זה בצורה חד-משמעית, לא ניתן להתייחס אליו אלא בצורה כללית ביותר. בדרך כלל קיימת קורלציה חיובית בין כמות השירותים לאוכלוסיה באזור נתון ובין איכות הטיפול באותה אוכלוסיה באזור.⁸

מנקודת הראות של המימון הציבורי, קיימים מספר עיוותים הנוגעים למערכת שירותי הרפואה בישראל. ברור, שלגבי אותם מקורות הבאים ממיסוי כללי חלים כללי המיסוי הפרוגרסיבי התורמים להגדלת השוויוניות בחלוקת ההכנסות באמצעות מערכת שירותי הרפואה. לגבי החלק הבא ממיסי החבר של

6 ראה: K. L. Lohr & R. H. Brook, "Quality Assurance in Medicine, Experience in the Public Sector", R-3193-HHS, Santa Monica, Rand, October 1984.

7 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות המשפחה 79-1980, חלק א', סדרת פרסומים מיוחדים 691, ירושלים, 1982.

לוח 3. נתוני ביטוח השיעורי כוח-אדם ל-1,000 נפש ביישובים נבחרים

רמת-גן	הרצליה	נתניה	חולון	פתח-תקה	כפר-סבא
44.3	35.6	29.8	26.9	25.6	6.7
5.5	4.4	4.6	4.4	3.9	4.4
29.0	22.1	24.6	22.0	23.3	17.9

* אחוז המבוטחים בקופות הקטנות מסך-כל המבוטחים בקופות החולים. המקור: Ellenweig, 1983.

אות ומכונים מרכזיים של כל ארבע קופות החולים הקיימות בישראל. המשמעות של ריכוז כוח-אדם מקצועי ושל ציוד ומתקנים בטווח כה קצר אינה יכולה להיות אלא כפילות ואי-ניצול יעיל של הציוד. ואמנם ברמת-גן מצויים יותר רופאים ויותר עובדים לא-רפואיים לנפש משיש ביישובים דומים בישראל.⁸

טבלה 3, המתבססת על אוכלוסייה ותיקה בערים בעלות גודל בינוני, מדגימה נתון זה.

ב. הפיצול האנכי — סרבול השירותים וניתוק בין המערכת הראשונית למערכת האשפוז

תופעה נוספת המחגלה במערכת הבריאות בישראל כיום והמתקשרת למטרת היסוד של קיום שירותים הולמים היא הניתוק בין מערכת הרפואה הראשונית ובין מערכת האשפוז. ניתוק זה מתבטא בדרך כלל בחוסר אמון בין שתי המערכות ובהעדר מערכת מידע יעילה ואמינה. הוא גם גורם כפילות בתהליכי האבחון הרפואי וסרבול ביורוקרטי ובעקבותיו — בזבוז משאבים ואי-נחוח רבה למטופל.

ניתן להסביר את הניתוק בין שני הרכיבים המרכזיים במערכת הבריאות הן בשיטת ארגון השירותים והן בהבדלים בהרכב האנושי

ארגון השירותים בישראל

מן ההיבט הארגוני, בעיות היסוד של מערכת שירותי הבריאות בישראל כוללות מספר שאלות:

א. כפל השירותים — פיצול רוחבי

כפל שירותים הוא התוצר הטבעי ביותר של קיום הפיצול הרוחבי בשירותי הבריאות בישראל. במונח "פיצול רוחבי" אנו מתכוונים לקיומן של מספר קופות חולים שבדרך כלל אינן מקיימות מנגנון לתיאום וזיסות ביניהן והפעלות כיומים עצמאיים לכאורה. חוסר התיאום וגישות מנוגדות לאספקת שירותי הבריאות על-ידי הקופות מביאים לעתים לדפוס שירות בעלי הדגשים שונים. דוגמה מובהקת לכך היא אספקת שירותי אשפוז ישירים על-ידי קופת החולים הכללית בלבד וכן פיזור השירותים שלה בכל רחבי הארץ, בניגוד להתמחות הקופות הקטנות בשירותי הקהילה ולהתבססותן הבלתי שווה באזורים השונים תוך שימת דגש באזורים העירוניים. אולם, זכאן טמונה לדעתנו הבעיה העיקרית, כאשר קיימת אפשרות לכפילות, המערכת הקיימת איננה מונעת אותה. דוגמה לכך משמשת העיר רמת-גן. בעיר זו מצויים בטווח של מאות מטרים ספורים מספר מרפ-

8 ראה: A. Y. Ellenweig, "The New Israeli Health Insurance Reform — An Analysis of a National Need", *Journal of Health Politics: Politics and Law*, 8(2) (1983), pp. 166-186

לבריאות היתה בגבולות 6 אחוזים מקום המדינה ועד 1970¹¹. הוצאה זו עלתה ל-8 אחוזים בשנת הכספים 1978/9. במונחי הוצאה לבריאות לנפש עלתה ההוצאה מ-211 דולר בשנת 1970 ל-380 דולר לנפש במונחי 1980. יחד עם זאת, הוצאה זו אינה גבוהה יחסית לעולם המערבי. בארצות הברית ההוצאה בשנת 1980 היתה כ-1,100 דולר לנפש. ברם, מן הראוי להתייחס לא רק למספרים המוחלטים אלא גם לעלייה בהוצאה לשירותי רפואה, שבה חלה כאמור האצה בעיקר בעשור האחרון. בהקשר זה מתעוררות שתי שאלות:

- א. האם חלה עליית מחירים בשירותי הרפואה יחסית למוצרים אחרים במשק או שעליית המחירים נבעה מתוספת של מוצרים ושירותים שמערכת הבריאות מספקת?
- ב. מה היו הסיבות לעלייה?

לגבי השאלה הראשונה, ברור שככל שהעלייה מתבטאת במונחי מחירים ולא במונחי כמויות, הבעיה חמורה יותר. משמעות הדבר היא, שאנו משלמים יותר עבור שירות, אך איננו מקבלים באופן פרופורציוני יותר שירותים. מבדיקת הנתונים העומדים לרשותנו עולה, שמבחינה זו חלה הרעת מה במשק הישראלי, בעיקר בעשור האחרון; בעוד שההוצאה היחסית על שירותי בריאות מתוך התל"ג הלכה ועלתה, חלקם היחסי בתוצר עלה בקצב גבוה יותר. מצב זה נבע מעליות יחסיות של שכר ומחירים בשירותי הרפואה, שהן גבוהות יותר מאלה של מוצרים ושירותים אחרים במשק¹².

שלהן. ברוב אזורי הארץ לא קיימת כלל מערכת מינהלית משותפת לבתי החולים ולשירותים הקהילתיים. הדבר נובע לא במעט מכך שהבעלות על בתי החולים שונה ברוב המקרים מזו של שירותי הרפואה הראשוניים. התוצאה היא יצירת דפוסים מינהליים שונים, העדר תיאום בין שתי הרמות, והעדר מוחלט כמעט של מגע אישי בין סגל בתי החולים לסגל הרפואה הראשונית. יחד עם זאת יש לציין, שבאזורים אחדים בארץ קיימות תכונות לשילוב אנכי של השירותים, כגון: בבאר-שבע וסביבתה, בקרית אונו, באיזור בית שמש וכן בקרית היובל ובצפון-מזרח ירושלים.

גם ההבדלים בהרכב האנושי של המערכות תורמים לא מעט ליצירת הניכור ביניהן. מנתוני קופת החולים הכללית עולה⁹, שלא פחות מ-18 אחוז מרופאי הקהילה הם קשישים מעל גיל 65 — בהשוואה ל-2 אחוזים בלבד מן הרופאים במערכת האשפוז. גם במונחים של גיל ממוצע, רופאי הקהילה מבוגרים בהרבה מתבריהם במערכת האשפוז. (הגיל הממוצע של הרופאים במערכת הקהילתית של קופת חולים הוא 52.5, ב-14 שנה יותר מאשר הנתון המקביל במערכת הרפואה האשפוזית.) גם חלקם של העולים החדשים ניכר ברפואה הראשונית ויוצר קשיי תידבבות והבדלים מנטליים בין שתי הקבוצות¹⁰.

כלכלת שירותי הבריאות בישראל

הגידול בהוצאה לשירותי רפואה הוא בעיה חדשה יחסית בישראל. התוצאה הלאומית

9 קופת חולים, קופת חולים מוסדות ושירותים, 1982, המחלקה למחקר וכלכלה רפואית, פרסומים וסקרים מס' 100, תל-אביב, 1981.

10 ראה: Y. Yodfat, "Second Discussion, Integration of Hospitals and Community", *Israel Journal of Medical Sciences* 10 (1-2) (1974), pp. 10-12

11 ראה: H. S. Halevi & P. Ever-Hadani, "Health Expenditure Under Multiple Priority: Pressure", *Israel Journal of Medical Sciences* 15 (1) (1979), pp. 43-54

12 ראה: D. Chernichovsky, "Health Expenditures in Israel, Patterns and Determinants", 1983 (Unpublished).

רוקחות. דרכי הבחירה וההחלפה ייקבעו בתקנות.

נותני שירותי הבריאות יהיו בתי חולים ומוסדות אחרים שהכיר בהם משרד הבריאות לפני החלת החוק, לפי כל דין, כמוסד רפואי ציבורי הפועל שלא לשם הפקת רווחים. בהגדרה זו כלולות קופות החולים השונות, וכן נותני שירותים אחרים שיאושרו לפי כללים ומבחנים שייקבעו בתקנות בעתיד.

ביטוח הבריאות יושגת על בסיס של חלוקת הארץ לאזורי בריאות. בכל איזור יובטח מתן שירותי הבריאות על-ידי הנהלת איזור שתפקידיה יהיו לארגון, לתכנון ולתאם את השירותים ולהבטיח את נתינתם. לשם כך יהיה על הנהלת האיזור להתקשר בהסכמים עם נותני שירותי בריאות באיזור. בכל איזור יובטח מתן שירותי הבריאות על-בסיס צורכי התושבים באותו איזור ובשילוב מלא של המוסדות הרפואיים שבו — קופות חולים, בתי חולים, מכונים, מעבדות וכו'. שירותים מתוחכמים יותר יובטחו במסגרת בין-אזורית או ארצית על-ידי מינהלת הבריאות הארצית. כדי להבטיח שצורכי התושבים בכל איזור ימולאו, תוקם בכל איזור מועצת בריאות אזורית שתפקידיה לייעץ להנהלת האיזור בכל עניין הנוגע לצורכי הבריאות באיזור.

לשירותי הבריאות יהיה תקציב נפרד, ותקציב זה ייקבע בידי שר הבריאות ושר האוצר. את חלקה של המדינה בהוצאות תקציב שירותי הבריאות תקבע הממשלה והתקרה של חלק זה תיקבע בחוק.

כדי לממן את שירותי הבריאות ייגבה תשלום מכל אזרח. תשלום זה יבוא במקום התשלום הנהוג כיום ללשכות המס. התשלום יחול הן על האזרח והן על מעסיקו, בדומה למקובל היום.

דמי הביטוח ישולמו למוסד לביטוח לאומי. המוסד לביטוח לאומי יעביר את דמי ביטוח הבריאות שגבה למשרד הבריאות. משרד הב-

יחד עם זאת, הבעיה סבוכה יותר מכפי שנראה במבט ראשון מפני שתיתכן עלייה במחירים הנובעת משיפורים איכותיים או מעלות החדרת טכנולוגיות חדשות למערכת הבריאות. ההנחה הסבירה היא, שטכנולוגיות אלה מגלמות שיפורים באבחון ובטיפול הרפואי, אבל על יסוד הנתונים העומדים לרשותנו קשה מאוד להגיע להערכה של רמת השיפורים הללו.

באשר לבעיה השנייה — ניתן להצביע על שני מרכיבים שחברו יחד והביאו לגידול בהוצאה ובמחירים היחסי של שירותי הרפואה. מרכיב אחד מבטא את העלייה ברמת החיים ואת הגידול בביקוש לשירותי רפואה הנגזר מכך. קיימת עדות ברורה לכך שעם השיפור בהכנסותיהם הישראלים מוציאים יותר על שירותי בריאות, והוצאה זו מופנית לשירותים יקרים יותר. (ראה הערה 11). תופעה זו בלבד יכולה לתרום לגידול ברמת המחירים. מרכיב שני מתייחס לשימוש בשירותים יקרים יותר: הסטטיסטיקה מראה עלייה חריפה בשיעור ההוצאה לאשפוז בבתי חולים — צורת רפואה יקרה יחסית.

הצגה השוואתית של התוכנית לביטוח בריאות

הצעת החוק של ממשלת הליכוד, פברואר 1981¹³

על-פי הצעה זו יחול ביטוח הבריאות מכוח החוק על כל תושבי המדינה וינתן בישראל. ביטוח הבריאות יכלול שירותי רפואה מונעת וראשונית למיניה, בתוספת ריפוי השן, אשפוז לסוגיו, שיקום רפואי וכן אספקת תרופות ומכשירים רפואיים.

כל מבוטח יהיה רשאי לבחור ולהחליף את נותני שירותי הבריאות מבין אלה שבאזורו. בחירה זו תחול על שירותי בריאות הניתנים במרפאות, במכונים, במעבדות ובשירותי

13 חוק בטוח בריאות ממלכתי, הצעת חוק מס' 1510, ל' בשבט התשמ"א, 4.2.1981.

בריאות כגוף מייעץ עליון והרשות העליונה לאשפוז ושירותים רפואיים כגוף בעל סמכויות תכנון, אישור ובקרה של השירותים הרפואיים. כמו-כן יוקמו גופים מתאימים שישתתפו בהם כל גורמי השירותים הרפואיים ברמה האזורית.

על-פי הצעת קופת חולים לא יחול כל שינוי בבעלות על מוסדות ושירותים רפואיים, באופן גיהולם ובעצמאותם התקציבית. תקציב ביטוח הבריאות יועבר לגורמים המספקים את השירותים ישירות והוא יכלול את דמי הביטוח שמשלמים החברים, את השתתפות המעסיק ואת חלקה של הממשלה.

ניתוח השוואתי של התוכניות השונות

בלוח 4 שבעמוד הבא מובא סיכום של עיקרי ההצעות השונות. לגבי הצעת ממשלת הליכוד כלולה בטבלה גירסה מתוקנת (בסעיפים הנוגעים להיבט הארגוני) אשר מופיעה בספר התקציב לשנת 1983/4.¹⁴

ניתוח השוואתי של התוכניות להנהגת ביטוח בריאות בישראל

עקרון הצדק השוויוני העיקרון הכללי של הרחבת כיסוי וזכאות, המנחה את הצעת החוק של הממשלה ואת העקרונות של קופת חולים הכללית, מרחיב ככלל את הצדק השוויוני בשירותי הרפואה. העיקרון מבטיח שירותי רפואה לכל תושב בתוקף היותו תושב קבוע ומתבסס על מכלול רחב יותר של שירותים מאלה שהוא מקבל כיום.

ריאות יעמיד לרשותן של הנהלות האזורים והמינהלה הארצית את הכספים בהתאם לתקציב שירותי הבריאות.

על גביית דמי ביטוח בריאות יחולו הנוראות חוק הביטוח הלאומי כאילו היו דמי ביטוח לאומי.

הצעת קופת חולים הכללית¹⁴ בגיגוד להצעת ממשלת הליכוד לא הכינה קופת החולים טיטוט הצעת חוק מלאה משל עצמה, אלא הסתפקה בסעיפים חליפיים שעל-פיהם ניתן לגבש הצעת חוק אלטרנטיבית לזו שהגישה ממשלת הליכוד.

לפי עקרונות קופת חולים הכללית יחול ביטוח הבריאות מכוח החוק על כל תושבי המדינה ויבוצע באמצעות קופות החולים המוסמכות בפיקוח ממשלתי. כל אזרח יהיה זכאי למכלול שירותים רפואיים בתחומי הרפואה הראשונית, הריפויית והמונעת, באשפוז ובשיקום, בדומה להצעת ממשלת הליכוד.

חופש הבחירה של המבוטח יכלול — במסגרת קופת החולים שלו — אפשרות לקבלת השירות ברפואה הראשונית בשיטות שונות (כגון במרפאה ציבורית, אצל רופא עצמאי, במרכזי בריאות וכו'). יחד עם זאת, הרופא הראשוני (רופא המשפחה, רופא כללי, או רופא ילדים) ישמש כתובת יחידה לפגיותיו של האזרח והוא אשר יפנה את המבוטחים אל השירותים האחרים במסגרת קופת החולים.

דמי ביטוח בריאות זהים לכל קופות החולים ייגבו — בדרך שאין ההצעה מפרטת — על-פי עקרונות מוסכמים מראש. בנוסף לכך ישלמו המעסיקים, כפי שהדבר נהוג כיום, מס מקביל עבור הוצאות הביטוח של עובדיהם.

מספר גופי בקרה ברמה הארצית והאזורית יפקחו על ביצוע החוק ובהם המועצה לביטוח

14 קופת חולים — המרכז, לשכת היר"ר, "הצעת תיקונים להצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשמ"א 1981, י"א בניסן התשמ"א, 15.4.1981.

15 משרד הבריאות, הצעת התקציב לשנת הכספים 1983, חוברת י"ד, ירושלים, 1983.

לוח 4. הצגה השוואתית של התוכניות לביטוח בריאות

הצעת קופת חולים הכללית של ההסתדרות

הצעת משרד הבריאות (הצעת חוק 1981)

היבט השוואתי

העיקרון

ביטוח בריאות לכל תושבי ישראל באמצעות קופת חולים מוסמכות.

הבטחת שירות בריאות לאוכלוסייה היא חובה.

זכאות לכל תושבי ישראל ובישראל בלבד (עם

זכאות

אפשרות להסדירים).

כיסוי

נגישות

כל תושבי ישראל.

בחירה חופשית בין קופת החולים, ובמסגרת הקופה הנבחרת – אפשרות בחירה, ככל הנחת, בין שיטות שירות שונות ברפואה הראשונית.

בחירה חופשית בין שירותים נעזרים במרפאות ציבוריות, במרפאות של רופאים עצמאיים או של קבוצת רופאים, במכוניס, במעבדות ובשירותי רוקחות.

ארגון המפקחים

תפקידי משרד הבריאות

הסמכת קופת החולים בתנאי שיש לזון לפחות 50 אלף מבוטחים, אינו פועלת למטרת רווח, והן מסוגלות לתת שירותים על בסיס ארצי.

הסמכת נותני שירותים לפי תקנות שיקבע שר הבריאות.

קביעת מכתמים להשתתפות המדינה בתקציב קופת החולים (סעיף 48).

התקנת תקנות בדבר הכנת תקציב והגשתו לשר הבריאות ושר האוצר.

התקנת תקנות בהסמכת שר האוצר ושר העבודה והרווחה, ואישור ועדת הכספים של הכנסת בדבר תשלומי דמי ביטוח בריאות.

העברת דמי הנבייה של ביטוח הבריאות לצורך ביצוע החוק, קביעת קריטריונים לחילוקים לנותני שירותים על-ידי הממשלה.

א' אלנתינג, א' זולפרין, ח"ש הלוי, ד' זרנגרובסקי

הצעת קופת חולים הפלגית של ההסתדרות

לוח 4. (המשך)

הצעת משרד הבריאות (הצעת חוק 1981)

על-פי נוסח החוק שהוצא
בדברי ההסבר להצעת תקציב
משרד הבריאות לשנת 1983

ההצעה המקורית

כריסר הארצית

מכנה

מינהלה ארצית בת 9-15 חברים המסענה
על-ידי השר ואשר רוב חבריה אינם
נציגים של נותני השירותים.

תפקידים

הכסחת שירותי בריאות על בסיס ביק-
אזורי.

כריסר אזורית

מכנה

"הנהלה אזורית": אזורי בריאות פורמ-
ליים המנהלים על-ידי הנהלה בת 3-7
חברים ואשר רוב חבריה אינם נציגים
של נותני השירות.

תפקידים

הנהלה: א. לארגן, לתכנן ולתאם את
מתן שירותי הבריאות באזור ולתב-
טות את נתינתם.
ב. התקשרות בהסכמים עם נותני שירותי
הבריאות לצורך מתן השירותים באזור.

הצעת קופת חולים הפלגית של ההסתדרות

הורעדה: תיאום השירותים באיזור על
בסיס הסכמה הדדית.

לתאם את מתן שירותי הברי-
אות באיזור ולהבטיח את
נתינתם.

המחצית: לייצג לועדה ביטוח בריאות
אזורית בכל הנוגע לשירותי הבריאות.

ניתוח השוואתי של תוכניות להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל

לוח 4. (המשך)

הצעת קופת חולים הכללית של ההסתדרות	על-פי נוסח החוק שהובא בנספח לתקציב	הצעת משורר הבריאות (הצעת חוק 1981) והצעת המקורית	מכניז שירותים
נרמה והארציית בלבד, על-ידי רשות ביטוח בריאות ממלכתית.	נרמה והארציית בלבד על-ידי מינהלת בריאות ארצית.	נרמה אוורייית בלבד, על-ידי מנהלת האי- זרת	מכניז שירותים במקד ותקוח על שירותים נרמה הארציית
פיקוח על הפעלת שירותי בריאות על בסיס איזורי ובין-איזורי, אישור הקמת מסדות רפואיים או הכנסת שירותים בהם.	מינהלת והבריאות הארציית הם- קד על המנהלות האזוריות חדוד פעולתן ועל נוהגי השירותים.	פיקוח על נוהגי שירותים באזור. נרמה אוורייית	נרמה הארציית

לוח 4. (המשך)

הצעת קופת חולים הפלגת של והסתדרות

הצעת משרד הבריאות (הצעת חוק 1981)

כלפלי

תקציב כללי

תקציבי פעולה של קופות חולים עצמאיות ; מתוח :
תקציב שוטף ותקציבי פיתוח.

תקציבי בריאות אזוריים אשר ישמשו למימון פעולתם
של נותני השירותים באזור. מלוח : תקציב שוטף
בלפי.

מימון

דמי ביטוח, הקצנות, הקבולים בעד שירותים, מלוח
ומענקים.

דמי ביטוח בריאות (כולל השתתפות המעסיקים).

גביית

לגבי מעסיקים ועצמאיים — באמצעות ומסד לביטוח
לאומי (על-פי חוק מס מקביל). גביית דמי הביטוח
משכירים תיעשה על-ידי המעסיק ; אופן העברתם
אינו מפורט.

השתתפות המדינה בשיעור קבוע. חשלושים בעד
שירותים. מקבולים אחרים.
באמצעות המוסד לביטוח לאומי. הביטוח הלאומי
יעביר את דמי הביטוח שגבה לרשותו של משרד
הבריאות לצורך מימון שירותי בריאות.

השערה על חקיקה אחרת

חוק מס מקביל

במל.

ללא שינוי (גביית דמי ביטוח מהמעסיק על-פי חוק
מס מקביל).

אין התייחסות.

פרק האשפות בטל.

חוק ביטוח לאומי — אימות

ללא שינוי.

ללא שינוי.

זכויות מיוחדות על-פי חקיקה אחרת
(צה"ל, נכים, נפגעי פעולות איבה,
וכ'י)

חוק ביטוח סיעוד

לסוג והיקף השירותים ומוסיפה בסעיף 4 אפשרויות לגביית תשלום עבור שירותים. היינו, באופן עקרוני הממשלה "מחויבת" לשוויוניות רחבה יותר, אך היא גם קובעת מראש אפשרויות להסתייגות ממחויבות זו. על-פי ההגדרה, כל סייג כמותי וכל תשלום עבור שירות יפגע בצדק השוויוני. כאשר בוחנים את הנושא מבחינת התפלגות ההכנסות, סות, סייגים כמותיים מביאים ליותר צדק שוויוני מאשר תשלום עבור שירות, מכיוון שהגבלה כמותית פירושה שמעוטי הכנסה "מוכנים" לעמוד בתור זמן ממושך יותר מאשר בעלי הכנסות גבוהות. האחרונים ימירו במקרה כזה שימוש בשירותים ציבוריים לרפואה פרטית, יהיה סוג הביטוח אשר יהיה¹⁶. אחד המבחנים החשובים לצדק השוויוני ולשוויוניות בהצעות יהיה קרוב לוודאי בתחום הנגישות לשירותים. "זכאות" לשירות אינה מבטיחה את קיומו במקום מסוים ובעת נתונה. מבחינה זו, הצדק השוויוני יכתב על-פי כמה עקרונות: "בחירת חופשית", "אזור-ריות" ו"ביטוח באמצעות קופות".

במידה שתהיה בחירה חופשית בין גותני שירות, ברוח הצעת הממשלה מ-1981, קרוב לוודאי שהאזרח יבחר בשירותים שהנגישות אליהם "נוחה" לו מבחינה כמותית ו"איכותית". בחירה כזו אינה תואמת בהכרח את רעיון ה"אזוריות" שההצעה מדגישה. רעיון זה עלול לכבול את האזרח ל"איזור" שבו היקף השירות ואיכותו אינם שווים לאלה שבאיזור אחר. הוא הדין בביטוח ב"אמצעות קופות החולים", ברוח הצעת קופת חולים הכללית, העשויה לכבול את האזרח, לזמן מה, למציאות הקיימת באזורו.

ברור אפוא, שמבחינת הבטחת זכאות לשירותים מידת הצדק השוויוני המובטחת בהצעות השונות גדולה מזו הקיימת, ובהצעת הממ-שלה מ-1981 היא גדולה מאשר בזו של

תושבים שלא ביטחו את עצמם כתוצאה מאילוצים כלכליים או חוסר מוחצות מספקת, יהיו מבוטחים או זכאים לשירותי בריאות (בישראל) בתוקף היותם תושבים.

אולם, אלמנט הצדק השוויוני יהיה מודגש יותר עם ניתוק הקשר בין יכולתו הכלכלית של האזרח ובין השימוש בשירותי ובמוצרי רפואה שהוא משלם עבורם באופן חלקי או מלא במציאות הנוכחית. למשל, עקב הרחבת השוויוניות בהוצאת הפרט במערכת שירותי הרפואה.

גם הממשלה וגם קופות החולים מרחיבות את הכיסוי בשירותי הרפואה בעיקר בכל הקשור לריפוי שיניים (על-פי הצעת הממ-שלה מ-1981), לאספקת מכשירים ואביזרי עזר רפואיים ולשירותי שיקום רפואי. בתחום מים אלה, ובפרט בריפוי שיניים, קיים היום קשר בין יכולתו של האזרח לשלם ובין הטיפול שהוא מקבל ורמתו. לפיכך, אם אכן תהיה הרחבת הכיסוי כמתואר לפי פירוש נומינלי הן של הצעת החוק של 1981 והן של עקרונות קופת חולים — אין ספק שיהיה גידול בצדק השוויוני. עתה יש לבדוק הבדלי התייחסות בין שתי ההצעות לנושאי ה"זכאות" וה"כיסוי" וכן את היכולת ליישומן לפי החסבר הנומינלי.

שתי ההצעות פותחות פתח לסייגים בעיקר בנושא הזכאות לשירותים. עקרונות קופת חולים מדגישים מראש את אלמנט ה"כיסוי", השם דגש בהרחבת מעגל המבוטחים מבחינה מספרית מבלי להדגיש "זכאות" ביחס להיקף השירותים. יחד עם זאת, מבחינת היקף השירותים קופת החולים מעניקה אופציות דומות לאלה של הצעת הממשלה מ-1981.

הצעת החוק מ-1981 קובעת במפורש זכאות לכל תושבי ישראל (שם, סעיף 1), אך קובעת בסעיף 3 אפשרויות לסייגים ביחס

16 ראה: D. S. Salkever & T. W. Bice, "Certificate of Need Legislation and Hospital Cost Containment", in: M. Zuckoff, I. E. Raskin & R. S. Hanft (eds.), New York, Prodist, 1978.

יחד עם זאת, שנטל ההוצאה של השכירים חל בעיקרו על המעביד, כך שבפועל "יחוש" השכיר בנטל תשלומי הביטוח פחות מן העצמאי.

היבטים ארגוניים

בניתוח זה ננקטה גישה של הבחנה בין שני שלבים יסודיים בהנהגת ביטוח בריאות ממלכתי. השלב הראשון הוא שלב "התהליך", כלומר מסכת סך-כל הצעדים שיש לנקוט על-מנת להביא את הצעות החוק לכלל ביצוע. אנו נבחנו האם קיימת משמעות שונה ל"תהליך" עבור כל אחת מן ההצעות הנידונות. רק עם סיומו של התהליך ניתן לגשת לשלב של השוואת ה"תפוקות", כלומר התוצר הסופי של כל אחת מן ההצעות. יתתה יש לבחון את המרכיבים השונים של כל הצעה בהנחה שהם ייראו כפי שגורס המציע, ולהשוותם זה לזה.

בהשוואת שתי ההצעות מנקודת ראות של "התהליך" ניתן להבחין בשוני בין שתי ההצעות. הצעת קופת חולים אינה מעלה בעיות המורות בתהליך היישום היות שאינה גורסת שינויים משמעותיים במערכת. הצעת משרד הבריאות מ-1981 מצביעה לעומת זאת על שינוי ארגוני משמעותי בשירותי הבריאות בישראל: מבנים ארגוניים חדשים, הן ברמה הארצית והן ברמה האזורית, העברת עובדים לאיוש משרות במבנים ארגוניים אלה, תוך הימנעות מ"ניפוח" המנגנון על-ידי תוספת תקנים והכרח להתדיין עם נציגויות העובדים בעת השינוי. כל אלה הם גורמים אשר גם בהעדר אילוצים פוליטיים, עלולים להיות, לאור הניסיון שנרכש בישראל, אבני נגף קשות בדרך להגשמת הרעיון.

במצב הקיים מערכת קבלת החלטות בשירותי הבריאות מאופיינת בדיכוטומיה כמעט מלאה הנשלטת על-ידי שני "הענקים": משרד הבריאות — קופת חולים הכללית. שני הגופים גם יחד סובלים מ"תסמונת הכובע הכפול": כל אחד מהם רואה בעצמו הן גוף קובע מדיניות, מספק ומכוון

קופת חולים. אולם המבחן העיקרי תלוי בצורת ארגון השירות בשטח.

ההיבט הנוסף של הצדק השוויוני מתייחס למשמעות מימון השירותים ביחס לחלוקת ההכנסות. השאלה הנשאלת כאן היא מה יהיה הנטל היחסי על קבוצות הכנסה שונות במימון השירותים. בעוד שקיים אלמנט של גרסיביות בגביית מס אחיד לצורך מימון שירותים במצב הנוכחי, קשה למדי להשוות בין מצב זה ובין המצב המוצע. גם הצעת הממשלה מ-1981 וגם הצעת קופת חולים הכללית נאחזות בקריטריונים של הגבייה באמצעות הביטוח הלאומי, אך הצעת הממ"שלה מפורשת יותר. היא קובעת שיעור השתתפות של 8.45% מהכנסת עובד שכיר (כאשר 2.8% מגוברים מהכנסת העובד) ו-5.6% מהכנסתו של מי שאינו עובד שכיר (עצמאי). בשני המקרים המס חל עד תקרת המס — הנגבית על-ידי הביטוח הלאומי. הקריטריונים לגבייה המוצעים הן על-ידי הממשלה והן על-ידי קופת חולים הכללית הם בהגדרה שוויוניים יותר מאשר דפוסי ה"מס האחיד" הקיימים כיום במערכת, המ"אופייניים בשיעורים גמוכים המופרשים לביטוח בריאות עקב תקרת מס נמוכה מזו של הביטוח הלאומי.

יחד עם זאת, גם ההצעות החדשות אינן משוחררות מ"הבדלי נטל". בהצעת הממשלה יש הבדל בין הנטל שיפול על שכירים ובין זה שיפול על עצמאיים. עבור אותה זכאות, אי-שוויוניות זו גדלה בגלל האינפלציה והאיחור בגבייה מעצמאיים לעומת שכירים, שמיסיהם מגוברים במקור. יתרה מזו, מאחר שבגביית הביטוח הלאומי קיימת תקרת מס, שפירושה סכום שאינו גדל עם גידול ההכנסה מעבר לתקרת ההכנסה המקובלת, יוטל נטל יחסי הולך ופוחת על קבוצות ההכנסה הגבוהות ובכך יהיה משום הפרת השוויוניות, בפרט אם קבוצות אלה תצרוכנה חלקים גדולים יותר של שירות או תיהנינה משירותים איכותיים יותר. באופן מעשי יש לזכור

הפוטנציאלי המתאים ביותר לניהול במי-
ערכת הבריאות מעמדות ההשפעה?

התשובה לשאלה א' נראית לנו ברורה
למדי: בין גותני השירותים כלולים בתי
החולים הממשלתיים (סעיף 26(1)א) ולכן
נושאי תפקידים בכירים בהם אינם יכולים
להשתתף במינהלה הארצית מעבר למכסה
המותרת (רבע מכלל החברים). לעומת זאת,
אין הגבלה זו חלה על העובדים בהנהלת
משרד הבריאות ובאגפי המטה שלו. מכאן
שקיימת אפשרות שעובדים אלה ישותפו
בהנהלה הארצית ללא הגבלה החמורה המו-
טלת על-פי סעיף 13ה'. האפשרות לשתף
חברים בהנהלת משרד הבריאות במינהלה
הארצית מפחיתה מצד אחד את הסכנה
שיהיה בהנהלה תת-ייצוג לדרג הניהול המק-
צועי, אולם היא עלולה, מצד שני, לערער
גם את מעמדה של מינהלת הבריאות הארצית
כגוף ציבורי אוטונומי ברוח החוק, ולהפכה
ל"סניף" של משרד הבריאות.

תשובה נחרצת לשאלה זו דורשת התייח-
סות גם לתפקידי מינהלת הבריאות הארצית.
תפקידים אלה מוגדרים על-פי סעיף 19
לחוק כדלקמן: "תפקידה של המינהלת להב-
טיח הפעלת שירותי בריאות על בסיס בין
אזורי". כלומר, תפקיד המינהלה על-פי החוק
צנוע ביותר. למעשה מדובר בוועדה שתעסוק
בתיאום בין-אזורי, לצורך מתן שירותי-על
שאינם מצויים באזורים אחדים (כגון: גירוי-
כירורגיה, כירורגיית חזה ולב וכו'), וכן
בהסדרת הטיפול בתושבי האיזור הנזקקים
לשירות רפואי (דחוף או אלקטיבי) במתקנים
המצויים באיזור שירות אחר.

למעשה ישארו בידי המינהלה על-פי
הנוסח המקורי של ההצעה סמכויות צרות
בלבד. עיקר הסמכות בתחום התכנון, הפיקוח
והבקרה ישאר בידי משרד הבריאות. ברם,
בספר התקציב של משרד הבריאות לשנת
1983¹⁸ המשרד מתייחס גם לנושא ביטוח

הן ספק של שירותי בריאות ברמה
ארצית¹⁷.

הצעת הממשלה מ-1981 פירושה למעשה
שבירת הדיכוטומיה וקביעת כללים חדשים
שבהם יודגש תפקיד קביעת המדיניות וה-
מימון של הגורם הממשלתי ותפקיד הספק
העיקרי של קופת חולים הכללית (בתוספת
ספקים נוספים בעלי היקף קטן הרבה יותר).
מנקודת ראות של הפיצול במערכת הבריאות
יש בהצעה זו משום תרומה משמעותית
להפחתת הפיצול ולאיתוד מנגנוני הבקרה
והפיקוח על המערכת ברמה הארצית וברמה
האזורית. ברם, יש בה גם סיכון של יצירת
מנגנוני מינהל נוספים על אלה הקיימים
כיום ללא ביטול או הפחתה משמעותית של
המנגנונים הקיימים. כדי להגיע לתפוקה
החיונית הנדרשת יש צורך לבקר את הת-
הליך, וכאן אנו מגיעים להנחה מתייבת -
יש לצפות להישג ממשי אם זרק אם יובטח
קיומו של שיתוף פעולה במהלך תקופת
הביניים של הנהגת המערכת.

מן הדין בתהליך נפנה לדיון בתפוקה-
קות הצפויות של ההצעות, בהקשר זה נבחן
מה הם ההבדלים במבנה המערכת בין
שתי ההצעות.

הצעת משרד הבריאות מ-1981 מתייחסת
למינהלה ארצית בת 9-15 חברים הממונה
על-ידי השר. ההצעה מגבילה את מספר
חברי המינהלה הארצית, שהם חברים בהנה-
לה ארצית או מקומית של גותן שירותים או
עובדים בהנהלה כזו, לרבע מכלל חברי
המינהלה (סעיף 18ה'). מגישי החוק מסבירים
הגבלה זו בצורך לשמור על אי-תלות של
המינהלה בגותני השירותים. ההגבלה מעוררת
כמה שאלות:

א. האם עובדי משרד הבריאות כלולים
בהגבלה?
ב. האם הכוונה ליצור אי-תלות לא תביא
למצב מלאכותי שבו ירחק כוח האדם

17 ראה: אלנצויג (לעיל, הערה 8).

18 ראה לעיל, הערה 15.

לים ובפרט לקופת החולים הכללית כקופה הגדולה ביניהן. המועצה תמנה רשות ביטוח בריאות ממלכתית בעלת הרכב זהה. תפקידי המועצה מצטמצמים לפונקציות ייעוץ לשר הבריאות בלבד. לרשות ביטוח הבריאות. שמור, על-פי הצעה זו, תפקיד נכבד יותר. כגוף העוסק בתכנון, ברישוי, ובפיקוח. כלומר, יש כאן מגמה להעביר חלק מן התפקידים בתחום קביעת המדיניות מידי משרד הבריאות לידי רשות ביטוח הבריאות.

מן הראוי להזכיר, שביחס לרישוי (והכוונה לרישוי מוסדות בריאות ולא לרישוי מקצוע-עות הבריאות) קופת חולים מאמצת למעשה מודל הנדוג בארצות אחדות (במיוחד בארצות-הברית) של Certificate of Need¹⁹. קיימת ועדה משותפת לגופים ולארגונים שונים במערכת הבריאות הקובעת אם יש צורך לפתח או להרחיב מתקנים ואין הדבר נתון בידי משרד הבריאות (באמצעות ועדת הפרויקטים שלו) כפי שנהוג בישראל כיום. ברמת האיזור משרד הבריאות מציע את הקמתם של אזורי בריאות (סעיף 6). אין הצעת החוק מפרטת את מספר האזורים ואין היא רומזת לכך. דו"ח זוהר, ששימש להלכה בסיס להכנת הצעת החוק, מתייחס ל-22 אזורים²⁰. להערכתנו מספר אזורים כזה ינציח פערים יסודיים באיכות השירות הקיימים גם היום, יוכיח את עצמו כבלתי יעיל מבחינה ארגונית ויחייב הקמתה של מערכת מינהלית סבוכה שאינה קיימת היום ואשר תהיה מסורבלת ובלתי גמישה. ברור גם שלריבוי אזורים יש משמעות כלכלית בהעסקת כוח-אדם נוסף ובניצול בלתי רנטבילי של מתקנים וציוד.

לדעתנו, כדי לעמוד במטלה של קיום מערכת אזורית ובו-זמנית להבטיח עקרונות של שוויוניות, ארגון, מבנה סביר וחיסכון כלכלי, יש לצמצם את מספר האזורים ככל

בריאות. בסעיף הנוגע למינהלת הבריאות הארצית. מופיע נוסח של סעיף 19 שהוא שונה מזה שבהצעה שאושרה בכנסת בק-ריאה ראשונה בפברואר 1981. על-פי הנוסח המתוקן תפקידי המינהלה הארצית יהיו כדלקמן: "תפקידה של המינהלה לפקח על הנהלת האיזור ולהבטיח הפעלת שירותי בריאות על בסיס איזורי כפי שיראה שר הבריאות". משמעות השינוי בנוסח הזה רחבה ומתייחסת להפיכת מינהלת הבריאות הארצית לגוף בעל עוצמה רבה בפיקוח ובגשיאה באחריות על שירותי הבריאות. בדברי ההסבר המתלווים לנוסח המחודש מוצע גם שהסכמי ההתקשרות עם נותני השירותים ייחתמו ברמה הארצית ועל-ידי המינהלה. אם נשוב ונעיין במבנה ההנהלה לאור אי-הוודאות באשר לאופי תפקידיה, נקבל שעלולה להיווצר הנהלה שרובה אינה מורכבת ממומחים בשטח מינהל הבריאות, אם סמכויותיה תהיינה מצומצמות. שינוי תפיסתי יסודי כמו זה המוצג בנוסח המתוקן של סעיף 19 יחייב לעומת זאת הקמת מינהלה מקצועית חזקה, הכוללת בעיקרה מומחים במינהל רפואי. הצעת החוק על-פי המבנה הנוכחי שלה אינה מותאמת לכך.

לאחר שהובהרו פרטי הגופים המוצעים בהצעת הממשלה מ-1981 נפנה לתוכנית קופת חולים הכללית. בהצעת קופת חולים מופיעים שני גופים נסרדים המקבילים, במידה זו או אחרת, למינהלת הבריאות הארצית. הגוף העליון הוא מועצת הבריאות הארצית, הממנה גוף נוסף הקרוי "רשות ביטוח הבריאות. הממלכתית". מועצת הבריאות הארצית תורכב על-פי הצעת קופת חולים. מנציגי קופת החולים על-פי משקלן היחסי, מנציגי הממשלה, ומשליחי מוסדות רפואיים וארגוני עובדים. מחצית החברים במועצה יהיו גציגי קופת חולים. מבנה זה מבטיח למעשה עמדת שליטה לקופת החו-

19 ראה: סלקבר ובייס (לעיל, הערה 16).

20 דו"ח הצוות לרפורמה בשירותי בריאות (ועדת זוהר), תל-השומר, ינואר 1978.

הדיון בין גותן השירותים להנהלת האיזור יתמקד בכמות השירות שהנהלת האיזור תסכים לרכוש אצל גותן השירותים. השאלה הנשאלת מאלה היא, כיצד ייחתמו ההסכמים. אפשרות אחת היא חתימה מראש תוך התחייבות לרכישת שירותים בהיקף שייקבע. אפשרות אחרת היא התחשבנות בין הנהלת האיזור לגותן השירותים על היקף השירות בפועל בתום התקופה. לשיטה הראשונה יש יתרון בכך שהיא עשויה לשמש מנוף לבלימת עלויות, אך מאידך גיסא היא עלולה להקטין את תמריץ התחרות הגלום בהצעת החוק²¹. לעומת זאת, התחשבנות מאוחרת תאפשר תחרות בין גותני השירותים על לבו של הציבור בניסיון לספק יותר שירותים (ולקבל יותר תקבולים) אולם תמנע בקרה על כמות השימוש.

יש לציין, שבמקביל לתפיסה מחדשת של תפקידי המינהלה הארצית מגדיר משרד הבריאות מחדש, בנוסח המתוקן המופיע בספר התקציב, גם את תפקידי האיזור. על־פי נוסח זה האיזור שוב אינו אחראי לתכנון וארגון השירותים אלא לתיאום ולהבטחת נתינתם בלבד.

אין ספק, שקיימת מגמה להגדיר נושאים ברמה הארצית ואולי הדבר נובע מתוך כוונה המציאות. אם, למשל, הקריטריונים לתשלום עבור שירותים חייבים להיות ארציים (עקב הפריסה הארצית של גותני השירותים הגדולים, קרי, קופות החולים), אזי יש טעם גם בהעברת ההתקשרות למישור הארצי.

יחד עם זאת, חיזוק מעמדה של המינהלה הארצית בהצעה המתוקנת מעורר שאלה קשה בכל הנוגע למערכת היחסים העתידית בין משרד הבריאות ובין המינהלה הארצית. הדין למה שבפניה עומד משרד הבריאות ברורה: מינהלה ארצית חזקה עלולה לרוקן מתוכן חלק ניכר מתפקידי משרד הבריאות ובעיקר בתחומי התכנון, הפיקוח והבקרה, שהם תחום

שניתן. ארבעה עד שמונה אזורים הם המספר האופטימלי במדינה כמו שלנו. ייתכן שהיתרון הטמון בחפיפה האדמיניסטרטיבית למחוזות קיימים של משרד הפנים יקנה עדיפות לשישה מחוזות בלבד במערכת.

אזורי הבריאות ינוהלו על־ידי הנהלת ובה 7—3 חברים. בהקבלה למינהלת הבריאות הארצית, גם באזורי הבריאות לא יעלה מספר החברים המשמשים בתפקידים במסגרת ההנהלה של גותן שירותים כלשהו על יותר מרבע מחברי הנהלה. משמעות הדבר היא, שחבר אחד לכל היותר בהנהלת האיזור יוכל להיות נציג מובהק של אחד מגותני השיירותים הכוללים את קופות החולים, בתי החולים הממשלתיים ועוד. הדבר מוסבר ברצון לשמור על אי־תלותן ועל תדמיתן הציבורית הנייטרלית של הנהלות האזורים. דומה, שבתנאים השוררים בישראל יהיה קשה עוד יותר לעמוד על מילוי תנאי זה ברמה האזורית מאשר ברמה הארצית.

מסכת התפקידים המוטלת על האיזור על־פי הצעת משרד הבריאות רחבה ומגוונת, ומשקפת תפיסה של מבנה שירותים מפורז שבו יש לאיזור סמכויות רחבות בתחום הארגון, התכנון והתיאום של שירותי הבריאות באיזור. על־פי הצעת החוק, הנהלת האיזור היא המתקשרת בהסכמים עם גותני השירותים על בסיס אזורי. כלומר, הצעת החוק שוללת הסכמים ארציים למתן שירותים. פירושו של דבר, קופות החולים ומוסדות אחרים, שיוכרו כגותני שירותים, יאלצו לחתום על הסכמים מקומיים על־פי קריטריונים לתשלום עבור השירותים שייקבעו במשותף על־ידי שר הבריאות ושר האוצר.

היות שהקריטריונים לתשלום עבור שירותים הם ארציים ונקבעים מראש, לא נראה לנו סביר שבסיס התשלום עבור שירותים כלשהו (למשל, ביקור אצל רופא) יהיה שונה מאיזור אחד למשנהו. יש להניח, שעיקר

21 ראה: A. Donabedian, "Perspectives on the Free Choice of the Source of Personal Health Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 59 (4) (1981), pp. 586-595

באופן מוחלט. החלטותיה, במידה שהיו כאלה, לא מומשו, ולמרות הניסיונות להפיק בה רוח חיים מדי פעם היא נעלמה סופית באמצע שנות השבעים.

שאלה נוספת שבחנו ואשר קושרת את ההיבט הארגוני להיבט הכלכלי היא שאלת הכנת התקציב והאחריות להגשתו ולאישורו. התקציב מקובל ככלי המדיניות העיקרי לטווח הקצר. תהליך הכנת התקציב, קביעתו ואישורו הוא, אם כן, אמצעי בדוק לבחינת המשמעות של חלוקת הסמכות והאחריות בין הגופים השונים על-פי כל אחת מן ההצעות. הצעת הממשלה קובעת במפורש ששר הבריאות ושר האוצר יקבעו את תקציב הבריאות באיזור. היות שמדובר בקביעה ולא באישור, משתמע שגם הכנת התקציב תיעשה במשרד הבריאות (אולי בשיתוף האזורים או המינהלה הארצית). החופש המצומצם המוצע לאזורים בתחום קביעת המדיניות המרכזי — הכנת התקציב — אינו תואם את ההשקפה שיש לשמור על מעמד בלתי תלוי של אזורי הבריאות כפי שהדבר מתבטא בסעיפים המרובים הנוגעים בפירוט רב בתפקוד הנהלות האזורים ובמעמד האישי של חבריהן. אם אמנם קיימת מגמה לביזור המערכת ולהעברת משקל קבלת ההחלטות לידי האזורים, הדבר אינו מתיישב עם הסמכות המצומצמת מאוד המוקנות לאיזור ביחס לתקציבו. הדבר תמוה עוד יותר אם בוחנים את המגמות הקיימות כיום בשיירות הבריאות והמתבססות על מתן אוטונומיה תקציבית, ככל הניתן, לשיירות מרכזיים במערכת. דוגמה לכך משמשים מספר בתי חולים ממשלתיים גדולים.

בהקשר התקציבי יש לעשות הבחנה נוספת: בין המשמעות של תקציב הבריאות, שיחולק בין האזורים השונים על-פי החוק, ובין המשמעות של תקציבי נותני השירותים

מים מיניסטריאליים מובהקים. מצד שני, ויתור על קיום המינהלה וריכוז המערכת האזורית ישירות במשרד הבריאות ייצור תדמית של שירות בריאות לאומי ולא של ביטוח בריאות ציבורי. דומה, שבכך ייפגע העיקרון המנחה של ההצעה הממשלתית. הצעה זו מוכנה לשלם "מחיר" כבד של סירבול ביורוקרטי נוסף, בדמותה של המינהלה הארצית, על מנת לנתק כל קשר ישיר בין הממסד הממשלתי (משרד הבריאות) ובין מערכת אספקת שירותי הבריאות ה"מנוהלת על-ידי ההנהלות האזוריות.

ואולי כדאי ללמוד מניסיונם של אחרים? הבריטים, למשל, ביטלו מסגרת אחת בשירות הבריאות הלאומי שלהם²², היות שהגיעו למסקנה שעודף מסגרות ארגוניות גורם סירבול ביורוקרטי, עלות יתרה והעדר גמישות בקבלת ההחלטות ובמימושן.

בניגוד למעמד המרכזי המוצע לאיזור כמסגרת קובעת-מדיניות בהצעת משרד הבריאות, מציעה קופת חולים לראות את האיזור כמסגרת המתאמת בין גורמי השירותים המקומיים. על-פי הצעת קופת חולים, סמכויות ה"כנון והארגון תהיינה ברמה הארצית ולא האזורית. האיזור הוא אם כן מסגרת זולונטרית, שבה ייתכן שיתוף פעולה בין הגורמים השונים. ניסיון העבר בישראל מוכיח, ששיתוף פעולה מרצון לא הוכתר בהצלחה בדרך כלל. כך הוקמה ב-1962 "הרשות העליונה לאשפוז", שבה נשמר בקפדנות הן הייצוג היחסי השווה למשרד הבריאות ולקופת חולים והן זכות הווטו של כל אחד מן הגופים. במסכת הייסוד של הרשות נקבעו תחומי פעולה רחבים בשטח קביעת המדיניות, כגון אישור צרכים (Certificate of Need), בקרת איכות של המערכת והכנסת מסגרת תחיקתית למערכת האשפוז. בפועל נכשלה הרשות בתפקידה

22 בבריטניה נהוגה מערכת אזורית אשר כללה, עד לאחריונה, 4 רמות: משרד מרכזי, איזור, שטח ומחוז. ב-1982 הגיעו הבריטים למסקנה, שדי בשלוש רמות. אם נתאים את סדרי הגודל, הדבר מתאים לשתי רמות בלבד בישראל (גוף ארצי ומסגרת אזורית).

יתרונה הגדול של הצעת החוק הממשלתית בתנאי שתעובד כהלכה. זוהי למעשה האפשרות לעסוק בתכנון ובהערכת שירותי הבריאות על-פי קריטריונים אפידמיולוגיים, ארגוניים וכלכליים כאחד. אפשרות כזו כמעט אינה ניתנת למימוש במערכת וולונטרית, וניסיון העבר מוכיח זאת.

לעקרון ההקצאה הדיפרנציאלית קשור בקשר הדוק מושג האזוריות. מילטון רומר, למשל, מגדיר אזוריות ככלי המאפשר גם שליטה אדמיניסטרטיבית טובה יותר (במערכת שירותים אזורית כזאת מוטת השליטה רחבה פחות מאשר במערכת ריכוזית) וגם היענות משופרת לצרכים קהילתיים מן התיבט האפידמיולוגי²³. אין ספק, שהקצאה אזורית היא כלי ביטוי מובהק של הקצאה דיפרנציאלית.

העדרו של הכלי התקציבי כתמריץ לוויסות נכון של משאבים ברמה האזורית וההסתמכות על גופים מתאמים בלבד הן ברמה האזורית והן ברמה הארצית, כאשר תקציבי הפעולה יישארו בידי ארגוני השירות הרפואי (קופות חולים, בתי חולים וכו') מעלה ספק לגבי יכולת השגת המטרות התכנוניות הלאומיות ברמה הארצית והאזורית על-פי הצעת קופת חולים.

שאלה נוספת הבאה לידי ביטוי בהצעת משרד הבריאות היא שאלת תפקודו של המשרד בעתיד. מעבר לשאלת מסכת היחסים בין המשרד ובין המינהלה האזורית, שנדונה קודם לכן, נראה שמשרד הבריאות אמור לתפקד "כמיניסטריון" בנוסח משרד הבריאות הבריטי (DHSS) או האמריקני (DHHS). כלומר, לעסוק ברישוי בעלי מקצועות רפואיים, בהסמכה, בתכנון, בפיקוח ובבקרה וכן בנושאים ייעודיים כגון נושאים סביבתיים, מחקר רפואי, שעת-חירום וכדומה. משרד

(קופות החולים, בתי חולים ממשלתיים וכו'). בתקציבים אלה אין החוק עוסק כלל. ההנחה המפורשת כאן היא, שנותני השירותים יממנו את עיקר הכנסותיהם בתקציבם הם באמצעות מקורות שיועברו מתקציב האיזור.

בהצעת קופת חולים אין למעשה תקציב בריאות ממלכתי אלא תקציבים נפרדים לקופות החולים. תקציבים אלה ייקבעו על-ידן, אולם יוכנו במתכונת אחידה המפורטת בהצעה (סעיפים 44—46). הצעת קופת חולים משאירה בידי שר הבריאות סמכות לאשר את תקציבי הקופות. הדבר נובע, ללא ספק, מן הצורך לאזן את תקציבי הקופות באמצעות השתתפות ניכרת מתקציב המדינה. למעשה מוצעת כאן הנצחת המצב הקיים. בסמיכות לתקציב, העונה על השאלות התכנוניות קצרות הטווח, יש להתייחס גם למקומן של מערכת התכנון והבקרה ושל מערכת המידע. שתי ההצעות גם יחד מקדישות מקום נרחב, יחסית, לתפקידי התכנון של רשויות ביטוח הבריאות הממלכתי. בהקשר זה מן הראוי לבחון את הכלים העומדים לרשות גופים אלה. הצעת משרד הבריאות מ-1981, המייחדת תקציב פעולות נפרד לכל איזור, מאפשרת את קיומה של הקצאה דיפרנציאלית. במונח זה אנו מתכוונים לאפשרות להקצות משאבים מוגבלים המצויים במערכת (על-פי הגדרה כלכלית בסיסית לא תיתכן למעשה מערכת שהמשאבים שלה לא יהיו מוגבלים) על-פי צרכים מוגדרים. למשל, אנו נצפה להקצאה גדולה של משאבים לשירותים לקשישים באיזור תל-אביב המשופע באוכלוסייה מבוגרת ולפחות משאבים לגיל הרך. תוסעה הפוכה תהיה צפויה בעקבות הקצאה דיפרנציאלית באיזור באר-שבע, למשל.

האפשרות להקצאה דיפרנציאלית היא אולי

23 ניתוח מעניין של היבטים שונים והגדרות של מושג האזוריות, ובכללן אלה של מילטון רומר, מביא גינצברג: E. Ginzberg, "The Many Meanings of Regionalization in Health", in: E. Ginzberg (ed.), *Regionalization in Health Policy*, U. S. Department of Health Education and Welfare, Publication No. (HRA) 77-623, Washington, 1977

יש לציין, שמבחינת משמעות כלכלית גרידא, אין הבדל מהותי בין הצעת הממשלה מ-1981 ובין גישת קופת חולים הכללית. לפיכך, ההשוואה הניתנת כאן מתייחסת למשמעות הכלכלית של ההצעות תוך השוואה למצב הקיים.

יש להבחין בין שני סוגי תוצאה: התוצאה הדרושה להפעלה שוטפת לאחר שאורגנה המערכת ברוח הצעה זו או אחרת, ותוצאה הדרושה ליישום החוק, בתשקעה וריי-ארגון. בבדיקת העלות השוטפת של ההצעות תיבחן ראשית התוצאה השוטפת למשק ולממשלה בגין הרחבת הכיסוי או מעגל המבוטחים, בהנחה שמקיימים את המערכת הקיימת היום. כפי שצוין בפרקים קודמים, בעיית "כיסוי" האוכלוסייה מבחינה מספרית היא מצומצמת יחסית. יחד עם זאת, להרחבת הכיסוי תהיה משמעות כלכלית במונחי תוצאה שוטפת אשר תנבע מהרחבת הצריכה הציבורית עם הרחבת מעגל המבוטחים.

על-פי נתונים העומדים לרשותנו²⁴ יגדל מספר ה"מבוטחים" החדשים עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לפי הצעה זו או אחרת בנתוני 1979/80, ב-234,000 נפש בערך, או בשיעור של 6.0% מכלל אוכלוסיית ישראל.

עם הכנסת אוכלוסייה זו למעגל המבוטחים — בהנחה של קיום מערכת השירותים במתכונתה הנוכחית — יחולו שני שינויים מבחינת התוצאה. ראשית, תהיה תוספת תוצאה ציבורית או ממשלתית בגין הרחבת מעגל המבוטחים, אשר תנבע גם משינויים בדפוסי התנהגות. שנית, יחול שינוי בתוצאה הלא-מית אשר יתבטא בהפרש בין הגידול בתוצאה הציבורית בגין "אוכלוסיית המבוטחים החדשה" ובין הצמצום בצריכה פרטית שאוכ-לוסייה זו מקיימת כיום. בדיקה מלאה של משמעות שינוי זה ודומיו היא עניין למחקר מעמיק. בשלב זה ניתן להתייחס לסדר-גודל בלבד.

הבריאות אמור לעסוק ישירות גם בתכ-ניות הפיתוח של השירותים המסופקים על-ידי נותני השירותים. בנקודה זו רב החשש שההפרדה בין האחריות לאספקת השירות השוטפת (על-ידי נותני השירותים), הנתונה כאמור בידי אזרחי הבריאות ומי-הלת הבריאות הארצית, ובין האחריות על פיתוח השירותים (המזהוים המשך ישיר לתהליך האספקה השוטפת) עלולה ליצור סירבול, כפילויות ואי-בהירות לגבי מהות הסמכות והאחריות כלפי נותני השירותים.

ברורה גם המגמה להעביר את השירותים הממשלתיים לידי רשות ארצית מחוץ למשרד הבריאות. שירותים אלה ימצאו, על-פי הצעת הממשלה, במעמד של "נותני שירותים". קשה לראות אפשרות שבה תפקח הנהלת איזור כגוף ציבורי על נותן שירותים שתקציבו הוא חלק מתקציב הממשלה בהיותו בבעלות משרד הבריאות (למשל, בית חולים ממשלתי), ובו-זמנית תהיה היא עצמה כפופה לאותו משרד ממשלתי במסגרת חוק ביטוח הבריאות.

מכאן שיש צידוק תפעולי, משפטי ורציונלי להפרדת השירותים הממשלתיים ולהעברתם לסמכות של רשות ציבורית עצמאית.

משמעויות כלכליות

אחד המבחנים החשובים של ההצעות לביטוח בריאות ממלכתי הוא ביכולתן להביא לגידול ברמת הרווחה ושביעות הרצון של האוכלוסייה מהשינוי, ללא גידול מקביל בתוצאה, או עם גידול בתוצאה אשר "יצדיק" את השינוי.

בעוד שה"תפוקות" של המערכת מכוונות בהגדרה לאזרח, נטל התוצאה והמימון עבור שירותים — בעת צריכתו — יכולים להתחלק בין האזרח, הממשלה או גורם ציבורי אחר, כגון קופת חולים. לפיכך יש לבדוק את השינויים בתוצאה, המשתמעים מן החוק, ברמה הלאומית וברמה הציבורית-ממשלתית.

24 על-פי נתונים המתייחסים למספר המבוטחים ב-1979/80 ביחס לסך-כל האוכלוסייה לשנת זו.

לגבי סעיפים אחרים בהצעות החוק ניתן לומר באופן כללי, שכל הרחבה של מעגל הזכויות כמפורט בסעיפים 2—3 בפרק א' של הצעת החוק של ממשלת הליכוד, ובאופן מקביל בהצעת החוק של קופת חולים, תביא להגדלת העלויות. בהעדר נתונים על ההיקף המוצע של ההרחבה לא ניתן להעריך את משמעותה מבחינה כלכלית.

בנוסף לשינויים הצפויים בהוצאה הלאומית והציבורית עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בצורה זו או אחרת יבואו שינויים בעלות השוטפת כתוצאה מן הארגון מחדש. השינויים בסעיף זה קשורים לדפוסים חדשים בסדרי הגבייה, הוצאות מינהל אזורי ובהתקשרות הממשלה כ"צד שלישי" עם ספקים. בנושא הגבייה, העלות הנוכחית היא בשיעור של 8% בערך מהכנסות קופות החולים, לעומת עלות גבייה של 1% בערך במוסד לביטוח לאומי או במינהל הכנסות המדינה. הגבייה של מוסדות שלא מתוך כוונת רווח, בעיקר קופות החולים, היתה בשנת 1979/80 1,336 מיליון שקל בערך, שהם בערך 415 מיליון דולרים. בהתאם לחוק המוצע ולעקרונות קופת חולים הכללית הגבייה תתבצע על-ידי המוסד לביטוח לאומי ותעלה לפיכך 13.4 מיליון שקלים (4.2 מיליון דולר) במקום 106.9 מיליון שקל (33.2 מיליון דולר) — ההוצאה במתכונת הנוכחית. בהוצאה הלאומית ייחסכו אפוא, בגין שינויים בגבייה, בערך 93.5 מיליון שקל (כ-29.1 מיליון דולרים), שהם בערך 2.6% מן ההוצאה הלאומית השוטפת לבריאות. לעומת זאת תעלה ההוצאה הממשלתית-ציבורית בסך 13.4 מיליון שקל, המהווים תוספת של

בהשוואה בין משפחות מבוטחות לבלתי מבוטחות, סעיפי ההוצאה העיקריים להבחנה בין שתי הקבוצות הם ההוצאה לרופא פרטי וההוצאה לתרופות. בסעיפי הוצאה אלה יחול, קרוב לוודאי, שינוי בצריכה עם החלת החוק. מסקר הוצאות 1975/76 עולה, ששליש ממשקי הבית המבוטחים נזקקו לשירותי רופא פרטי²⁵. לפי נתונים המתייחסים לשנת התקציב 1979/80 היתה ההוצאה לרופאים פרטיים בשיעור של 104 מיליון שקלים (32.3 מיליון דולרים) בשנת 1979/80²⁶. ההוצאה לתרופות — שלא במימון קופות חולים — באותה שנה מוערכת ב-111 מיליון שקלים (34.5 מיליון דולר). חלקה של האוכ"ל לסייה הבלתי מבוטחת בהוצאות אלה מוערך ב-10% או בשיעור של 21.5 מיליון שקלים (6.7 מיליון דולר).

בהנחה שבמשך הזמן יאמצו "המבוטחים החדשים" דפוסי צריכה של שירותי רפואה הדומים לאלה של האוכלוסייה המבוטחת של היום, תהיה ירידה בהוצאה הפרטית לבריאות בגובה של $\frac{1}{3}$ מן הסכום שמשפחות בלתי מבוטחות מוציאות כיום; היינו, ירידה בסך של 14.3 מיליון שקלים (4.5 מיליון דולר). לעומת זאת יש לצפות לגידול של 6.4% בערך בהוצאתן של קופות החולים ומלכ"רים אחרים לרפואה ראשונית. סכום זה, במונחי 1979/80, מתבטא בסך 63.8 מיליון שקלים (19.8 מיליון דולר).

לסיכום סעיף זה, ניתן להעריך גידול נטו בהוצאה הלאומית לבריאות, בנתוני 1979/80 של 49.5 מיליון שקלים בערך (15.4 מיליון דולר); או גידול בהוצאה הלאומית השוטפת בשיעור של 1.4%.

25 "מאפיינים של משקי בית שפנו לרופא פרטי", הרפואה, צ"ח (2) (1980), עמ' 83—84.
 26 המימון "העצמי" של "מוסדות" ללא כוונת רווח ואחרים היה בסך 1,529 מיליון שקלים. ההוצאה של מוסדות ללא כוונת רווח שאינם קופות חולים היתה 482 מיליון שקלים. בהנחה שמוסדות אלה ("הדסה", "שערי צדק" וכו') מקבלים מימון ממשלתי, הרבות מס מקביל, באחוז דומה מסך הוצאתם לאחוז שמקבלות קופות חולים (60 אחוז). המימון העצמי שלהם היה בסך 192.8 מיליון שקלים. סכום זה נכלל בסך של 1,529 מיליון שקלים המוזכר לעיל. היינו, חלק המימון העצמי של קופות החולים הוא 1,336.2 מיליון שקלים (415 מיליון דולר). ראה: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 1982, מס' 33, לוחות כ"ד/2, כ"ד/3, עמ' 682—683.

מימון, לרבות אפשרות תשלומים עבור שירותים, לצורך מימון המחצית השנייה של השירותים המבוטחים בחוק.

היבטים הנוגעים לארגון השירות הרפואי

מבין ההצעות השונות להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי במדינת ישראל אופיינו הצעות תיהן של ועדת מן וועדת זוהר בהתייחסות מקיפה לשאלת ארגון שירותי הבריאות. דו"מ זה, שהן הצעת משרד הבריאות והן המלצות קופת חולים הכללית מקדישות לשאלה זאת משקל מועט יחסית.

שתי הנקודות העיקריות הבאות בכל זאת לכלל ביטוי בהקשר האמור לעיל הן שאלת הגדרתו של גותן השירות ושאלת דפוסי הפנייה של האוכלוסייה לנותני השירות הרפואי.

נותני השירותים

בהצעת משרד הבריאות קיימת התייחסות מינימלית לאופיו של גותן השירות. ההצעה מסתפקת בקביעה סתמית שנותן השירות יהיה מי שהוסמך לכך על-פי תקנות שיקבע שר הבריאות. אם נתייחס לכך מנקודת ראות פשטנית, שר הבריאות יכול לאשר לכל רופא, מכון או מעבדה לשמש גותן שירות עצמאי. מצב זה עלול כמוכח להביא לאנדר-למוסיה מוחלטת בשירותי הבריאות, שהרי קשה לראות כיצד תתפקדנה הנהלות האזורים בשעה שתיאלצנה לחתום הסכמים למתן שירותים עם מאות רבות של ספקי שירות רפואי ולקיים עמם מערכת שוטפת של

0.6% בערך מחלקה של הממשלה במימון ההוצאה השוטפת לבריאות בשנת 1979/80. ההצעה הממשלתית דנה בהקמת הנהלות אזוריות. ניתן להניח, שהנהלות אלה תתבטאנה בתוספת של 1% בערך למצבת כוח-אדם המועסק בשירותי רפואה (700-800 עובדים בסך-הכל). בשנת 1979/80 הועסקו בשירותי בריאות כ-70 אלף שכירים בהוצאה של 146.5 מיליון שקל לחודש, שהם 45.5 מיליון דולרים לחודש, או 1,758 מיליון שקלים לשנה, ללא הוצאות נוספות לרבות זכויות סוציאליות. עם התאמה עבור הוצאות אלה, השכר בשירותי הרפואה מוערך ב-2,930 מיליון שקל או 911 מיליון דולר²⁷. אנו מניחים בסעיף זה תוספת של 29.3 מיליון שקלים (9.1 מיליון דולר) הן לתקציב המדינה והן להוצאה הלאומית. כלומר, יחול גידול של 0.8% בערך בהוצאה הלאומית השוטפת לבריאות ו-1.3% במימון הציבורי של ההוצאה השוטפת על בסיס שנת 1979/80. יצוין, שבסעיף זה קיים אחד ההבדלים העיקריים בין הצעת ממשלת הליכוד להצעת קופת חולים הכללית. הצעתה של האחרונה אינה מניחה תוספת כוח-אדם מעבר למצב הנוכחי. כמו כן לא ברור אם יבוטל מנגנון "לשכת המס" של ההסתדרות שאינו משרת אך ורק את מטרות קופת החולים, אלא משמש גם כמנגנון גבייה עבור הסתדרות העובדים וממלא תפקידים נוספים.

אומדני ההכנסות של המדינה בגין החוק הם בשיעור של 2,252 מיליון שקלים בערך (כ-700 מיליון דולרים) בנתוני 1979/80. ניתן להניח, שסכום זה קרוב להתחייבות הממשלה לממן 57% מעלות החוק. ברור אפוא, שביצוע החוק לפי הצעה זו או אחרת יחייב קביעת סדר עדיפויות וקביעת שיטות

27 הנתונים לקוחים מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 1981, מס' 32, לוח י"ב/29, עמ' 360. החישוב מבוסס על ממוצע, המורכב מ-3/4 מהערכים המתייחסים לשנת 1979 בתוספת 1/4 מהערכים המתייחסים ל-1980. מאחר שנתוני השכר אינם מביאים בחשבון "הוצאות עבודה נוספות והוצאות סוציאליות שהמעביד משלם עבור העובד" (שם, עמ' 315), הותאם הסכום השנתי בסך 1,758 מיליון שקלים, המהווה 60% מסך-כל השכר. היינו, השכר מחושב בסדר גודל של 2,930 מיליון שקלים, או 910 מיליון דולר לשנת 1979/80.

מן הסכנות או היתרונות הטמונים בהצעת הממשלה.

רפוכי הפנייה

לפי הצעת משרד הבריאות תתאפשר פנייה ישירה של אזרחים הן לרופאים כלליים והן לרופאים מומחים. עקרון הבחירה החופשית יישמר עבור כל מקצועות הרפואה כאשר מדובר ברפואה הקהילתית. הצעת קופת חולים מדגישה, לעומת זאת, את רופא המשפחה ככתובת מרכזית לפניית המבוטח ומתבססת על הפניית-משנה לרופאים מומחים הנעשית באמצעותו בלבד. ברור, שיתרונות הצעת משרד הבריאות באים לידי ביטוי בכל הנוגע לקיומו המלא של עקרון הבחירה החופשית, ביחס לשיפור הנגישות של האזרח לשירותים הרפואיים ואולי אף במידת שביעות הרצון של האזרח מן השירות. לעומת זאת מבטיחה גישתה של קופת חולים הכללית שמירה טובה יותר של רצף טיפולי, מערכת מידע קלינית ואפידמיולוגית יעילה יותר וקיום יכולת בקרה על ההיקף והאופי של השירותים הניתנים.

התשובה לשאלה מהו דפוס השירות הרצוי במדינת ישראל דורשת, ללא ספק, מחקר וניטור ממושך. יחד עם זאת כדאי לציין, ששיעור ההפניה של רופאים כלליים לרופאים מומחים גבוה ביותר ועל-פי סקר שנערך בישראל לפני מספר שנים מגיע הוא לשליש בערך מכלל הביקורים²⁸ (לא כולל רפואת שיניים). אין הדבר כך לגבי רופאי משפחה מומחים; אלה אמנם עשויים לשמש כתובת מתאימה בקהילה, אולם יש לזכור שמספרם בישראל כיום אינו רב.

רפואת שיניים

בשתי ההצעות מודגשת הנטייה לכלול מר-כיבים אחדים של רפואת השיניים, ובעיקר טיפול מניעתי וטיפול במצבים חריפים, במסגרת חוק ביטוח הבריאות. הדבר נראה

התחשבות כספית. מעניין לציין, שבברי-טניה, שם קיימת התקשרות ישירה בין שירות הבריאות הלאומי ובין מגזר אחד ויחיד במערכת הבריאות — בתי המרקחת הפרטיים — משולמות עד היום מקדמות לבתי המרקחת בגלל חוסר היכולת לסכם את תהליך ההתחשבות המסורבל.

מערכת שקיימים בה נותני שירותים במספר כה רב תקשה מאוד גם על העברת מידע רפואי לצרכים קליניים ואפידמיולוגיים כאחד ותפגע, קרוב לוודאי, ביכולת לקיים רצף טיפולי נאות.

סביר להניח, שאין כוונת משרד הבריאות להגיע למצב קיצוני כמתואר למעלה. דפוס שירות הגיוני יותר על-פי הצעת הממשלה יכלול בוודאי שילוב של קופות חולים קיימות בצד קבוצות רופאים (Medical Group Practice) בעלות מגוון התמחויות ושירותים גלויים בסיסיים כתשתית למעמד המוגדר כ"נותני שירותים" בהצעת הממשלה. הקמת מסגרות חדשות למתן שירותי בריאות על בסיס של קבוצות רופאים תעודד ללא ספק את התחרות בינם לבין עצמם ובינם ובין קופות החולים הקיימות ומכך עשוי ליתגות האזרח, בעל זכות הבחירה החופשית בין נותני השירותים. יחד עם זאת, קיימת סכנה שהדבר יקרה באזורים אחדים (בעיקר באזורים המבוססים יותר) בעוד ששירותי הבריאות באזורי מצוקה ייחלשו עוד יותר.

המלצות קופת חולים הכללית מתייחסות לקופות החולים בלבד כמוסדות המורשים לספק שירותים רפואיים. בדומה להצעות הממשלה בעבר, כגון ההצעה מ-1971, מסייגת הצעת קופת חולים את ההכרה לקופות שיש בהן לפחות 50 אלף חברים והפועלות על בסיס ארצי. למעשה מדובר כאן בשמירת המצב הקיים, שבו פועלות ארבע קופות חולים ארציות בלבד. ברור, שהצעה זו לא תיצור שינויים דרסטיים במערכת ואין בה

ז. ריפוי נפגעים בפעולות התנדבות והצלת נפש.

ת. חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים.

לגבי חלק מן המקרים שהוזכרו קיימת התייחסות בחוק שמציע משרד הבריאות כאשר הקו המנחה הוא שלא תיפגענה זכויות יתר של קבוצות ידועות, המבוטחות בחוקים אחרים. הדבר נכון לגבי נפגעי צה"ל, נכים וכד'. החוק גם מאפשר המשך קיומה של מערכת רפואית נפרדת לחיילי צה"ל ולשוטרים. לגבי נושא האימהות, כיסוי הוצאות האשפוז, המעוגן בחוק הביטוח הלאומי, יועבר על-פי הצעת הממשלה מ-1981 לידי רשויות ביטוח הבריאות (הסיפא של סעיף 3). מקרה מיוחד הוא חוק ביטוח סיעוד. חוק זה אושר אמנם בכנסת, אך התקנות אשר תקבענה את היקף הזכאות עדיין מצויות בדיון.

קיימת סכנת חפיפה בין סעיפים אחדים בחוק זה ובין סעיף 2 בחוק ביטוח בריאות. המדובר בשירותי בריאות סיעודיים שאספקתם מוצעת על-פי שני החוקים. ברור, שלשם מניעת כפילויות יש לכלול שירותים אלה במסגרת אחד החוקים בלבד. דבר זה מעלה דילמה. מנקודת הראות של השירות המשולב לקשיש עדיף שכל השירותים החברתיים, הכלכליים, והבריאותיים יינתנו לאוכלוסייה במסגרת חקיקה יחידה. אולם, מנקודת הראות של השירות הרפואי אין זה רצוי לנתק מגזר שלם של שירותים רפואיים — השיירותים הסיעודיים — מן המערכת הרפואית הכוללת אשר תכוסה על-ידי ביטוח הבריאות. בכך עלול להיפגע עקרון המשכיות הטיפול הרפואי.

סיכום

שתי ההצעות להנהגת ביטוח בריאות ממלכתי המובאות בעבודה זו משקפות במידה רבה את מירב הרעיונות שהועלו במשך השנים

סביר על-פי מצב בריאות השיניים של האוכלוסייה בישראל. לעומת זאת, לא נראה לנו שבשיקולי מקבלי ההחלטות בישראל מקבל הטיפול השיקומי קדימות גבוהה והדבר נובע כנראה מאילוצים כלכליים.

ההשפעה של חקיקה נוספת על חוק ביטוח בריאות ממלכתי

החלת חוק ביטוח ממלכתי תביא ליצירת מסגרת תחיקתית אשר תרוקן מתוכן חלק מן החקיקה הקיימת היום או שהיא עלולה ליצור כפילויות משפטיות.

בעלי ההצעות עמדו על אפשרויות אלה ולכן מציעה למשל הצעת הממשלה מ-1981 לבטל לחלוטין את חוק מס מקביל (העוסק בגביית דמי ביטוח בריאות מהמעסיקים עבור עובדיהם), שכן חוק זה ייכלל במסגרת סעיפי הגבייה המוצעים בחוק ביטוח בריאות (סעיף 56). הצעת קופת חולים משמרת לעומת זאת את המס המקביל (סעיף 33א'), הגם שאין היא פוסלת את האפשרות שדמי הביטוח ייגבו מן החברים, יחד עם המס המקביל, באמצעות הביטוח הלאומי.

באשר לחקיקה הנוגעת לזכאות לשירותי בריאות, ניתן למנות את המקרים שיש בהם התייחסות לאספקת שירותי בריאות כדלקמן:

א. חוק אימהות — המסדיר שירותים ותש-לומים ליולדות.

ב. שירותי בריאות על-פי חוק נפגעי פעולות איבה וחוק נפגעי פעולות הנאצים וכן שירותי הבריאות "ללוחמים בנאציים".

ג. שירותי רפואה ושיקום לנפגעי צה"ל על-פי חוק השיקום (משרד הביטחון).

ד. חוק ביטוח סיעוד.

ה. זכויות רפואיות מיוחדות לבעלי תפקידיים (שרים, חברי כנסת, שופטים וכו').

ו. ריפוי נפגעי תאונות עבודה ומחלות מקצוע.

נותני השירות, על הבקרה של השירותים, על מקומם של מוסדות השירות הממשלתיים ועל פיתוח המערכת ובסיסה הכלכלי. בהצעת קופת חולים לא מוגדר דיו תהליך הגבייה ולא ברור מיהו הגורם האמור לעסוק בכך. כמו כן אין התייחסות מספקת למערכת יחסי הגומלין הבין-מוסדית שתאפשר ביצוע תהליכים כגון פיתוח השירותים.

במצב הנוכחי ולאור הקשיים הכלכליים שהמדינה ניצבת לפניהם נדחקה מעט שאלת הנהגת ביטוח הבריאות בגלל ההתמודדות הקשה עם שאלות היום-יום. אולם יש מקום רב לסברה שבבוא העת, ועל-פי מחזוריות המוכרת לנו היטב מאז קום המדינה, ישובו לעסוק בסוגיה זו.

הדעות לגבי סוג הביטוח הממלכתי הדרוש לנו אמנם חלוקות, אולם ברור למעלה מכל ספק שעצם הנהגתו של ביטוח כזה כפתרון (ולו גם חלקי) לבעיות הארגון והמימון הקשות שמערכת הבריאות סובלת מהן, היא חיונית לעתיד שירותי הבריאות בארץ.

לגבי הנהגת ביטוח בריאות ממלכתי בישראל, כפי שמפורט בעבודתו המקיפה של הלוי²⁰. על אף העימותים הפוליטיים והאידיאולוגיים החריפים שהיינו עדים להם בתקופה שבה גובשו שתי ההצעות (ובפרט בשנים 1979—1981) מסתבר, שמבחינת השגת מטרת השוויוניות קיים דמיון רב מאוד בין ההצעות הן ביחס להיקף הכיסוי של האוכלוסייה הנגזר מהן והן באשר לשאלת הזכאות.

מדמיון זה נגזרת גם הוצאה דומה הכרוכה בהפעלת התוכניות. מכאן, שההבדל העיקרי בין שתי התוכניות הללו מתמקד בשאלת ארגון השירותים. הגישות הניהוליות והמבניות וההתייחסות לאופן מתן השירות הרפואי לאזרח שונות בתכלית השוני ומשקפות הבדלי גישה ותפיסות של מעצבי התוכניות. שתי התוכניות גם יחד לוקות בהעדר מרכיבים בסיסיים רבים שהם חיוניים לניתוח ההצעות ולהערכתן. בהצעה הממשלתית הסרים, למשל, נתונים על טיב ההתקשרות עם

גביית תשלומים בעד שירותים רפואיים – הניסיון של קנדה

מאת פרופ' אברהם דורון*

פרובינציה והוא מורכב, נוסף על השתתפות הממשלה הפדרלית, מכספים הבאים מן התקציב הרגיל של הפרובינציות, דמי ביטוח של המבוטחים ודמי ביטוח של מעסיקים. למשל, בשתי הפרובינציות הגדולות, אונטריו וקוויבק, הכוללות כשני שלישים של האוכלוסייה הקנדית, המימון מתבצע כדלקמן: באונטריו המימון בא מדמי ביטוח של המבוטחים ומן התקציב הרגיל של הממשלה; בקוויבק אין דמי ביטוח מוטלים על המבוטחים עצמם והמימון בא ממס על שכר העבודה הנגבה מן המעסיקים והיתר – מן התקציב הכללי של הפרובינציה. בארבע הפרובינציות הקטנות שעל חוף האוקיאנוס האטלנטי המימון בא כולו מן התקציב הרגיל של ממשלות הפרובינציות. בכל מקרה, התשלום בעד שירות בנקודת הצריכה איננו מקור משאבים חשוב למימון התוכנית.

תוכנית ביטוח הבריאות הלאומית ידועה בשם Medicare והיא זוכה לתמיכה גדולה מאוד בקרב האוכלוסייה הקנדית ואין עליה עוררין בתוך חלקי הציבור השונים. התוכנית היא פופולרית משום שהיא מספקת רמה גבוהה של שירותי בריאות לכל תושבי קנדה ומשום שהיא הארידה את הסיכון של אי יכולת לעמוד בהוצאות טיפול רפואי בעת מחלה, דוגמת זה הקיים בארצות הברית השכנה והפחד הנלווה אליו. התוכנית היא גם יעילה במובן זה שההוצאה הלאומית לבריאות בקנדה היא בקרבת 8% בלבד מהתל"ג לעומת 10% ויותר בארצות הברית.

מבוא

קנדה מקיימת מאז שנות ה-60 תוכנית ביטוח בריאות לאומית המכסה את כל האוכלוסייה ומבטיחה לכל אחד מתושביה מגוון רחב של שירותים רפואיים כולל שירותי אשפוז. בגלל המבנה הפדרלי של קנדה, התוכנית מבוצעת הלכה למעשה על-ידי הפרובינציות השונות המרכיבות את הפדרציה. הממשלה הפדרלית קובעת את התנאים הבסיסיים של התוכנית ומשתתפת בדרכים שונות ובהיקף נרחב במימונה. התנאים הבסיסיים או העקרונות המרכזיים של תוכנית ביטוח הבריאות הלאומית הם: האוניברסליות של הכיסוי, כוללנות השירות, הבטחת נגישות לשירות ותנאים אחידים בהגשתו, יכולת העברה של זכויות בכל קנדה, וביצוע על-ידי מינהל ציבורי. השתתפות הממשלה הפדרלית במימון התוכנית של הפרובינציות מותנית בקיום התנאים הבסיסיים הללו.

אחד התנאים המרכזיים של התוכנית היא כאמור הבטחת נגישות לשירותי בריאות לכל אחד בשעת הצורך. תנאי זה מובטח בחלקו עקב דאגתן של הממשלה הפדרלית והפרובינציות לפיתוחה ולקיומה של רשת מקיפה של שירותי בריאות, בעיקר בתי חולים ומרכזי בריאות. אולם, הוא מובטח גם בחלקו על-ידי כך שרובם המכריע של שירותי הבריאות מוגש ללא תשלום בנקודת הצריכה. מימון התוכנית שונה במידת מה מפרובינציה ל-

* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

בעלי פרקטיקה רפואית עצמאית. הם הצטרפו רובם ככולם כדי לפעול במסגרת תוכנית ביטוח הבריאות והם מקבלים תשלום בעד השירות שהם מגישים למבוטחי התוכנית לפי השיטה של תשלום בעד יחידות השירות שהם מגישים (Fee for Service). בכל פרובינציה ציה יש תעריף קבוע בעד מגוון השירותים הרפואיים. התעריף נקבע מדי פעם במשא-ומתן בין ממשלות הפרובינציות לארגוני הרופאים באזור. כל רופא מגיש את החשבון שלו ישירות לתוכנית ביטוח הבריאות של הפרובינציה בעד השירותים שהוא (או מכונים רפואיים, מעבדות וכו') הגיש ללקוחותיו לפי התעריף שנקבע.

השיטה הזו פרעלת בצורה פשוטה למדי. כל רופא המצטרף לתוכנית מקבל מספר הי-משמש אישור להגשת חשבונות בעד שירותיו. גם לכל מבוטח בתוכנית יש מספר. כל מה שנדרש מן החולה בעת פנייתו לרופא הוא למסור לאחרון את מספר המבוטח שלו. הרופא מצדו מגיש את חשבון הטיפול שלו לפי מספר זה למינהלה האזורית של התוכנית. באופן עקרוני לא צריכה להתקיים כל העברת כספים בין הרופא לחולה. כל ההתחשבות היא בין מינהל התוכנית ובין הרופאים ולא בינה ובין מיליוני המבוטחים. דבר זה מפשט את מינהל התוכנית ומקל על ביצועה. יתר על כן, ההסדר מבטיח לכל מבוטח בחירה חופשית של הרופא, כולל רופאים מומחים. התוכנית מבטיחה גם שכל רופא נדרש לעשות מאמץ כדי לפתח את הפרקטיקה שלו על מנת שיהיו לו מספיק לקוחות שיבטיחו את הכנסתו. באופן עקרוני החולים אינם לקוחות "שבוים" של רופא המרפאה, כפי שהדבר מקובל בארץ, ולרופא לא מתבטח קלינטורה בלי שיעשה מאמץ לפתח אותה ולשמור עליה. אין להתעלם כמובן מן המגרעות הטמונות בשיטה זו. הרופאים אמנם תלויים ברצונם של הלקוחות שלהם לפנות אליהם ולבקש את

גם ההוצאות המינהליות של התוכנית נשארו נמוכות ומגיעות רק ל-3% בערך לעומת 10% בארצות הברית.¹

אולם, כמו בהרבה ארצות אחרות גם תוכנית ביטוח הבריאות הלאומית הקנדית גמ-צאת לאחורונה במוקד של ויכוח ציבורי. הוויכוח נוגע לניסיונות שונים שנעשו בשנים האחרונות להטיל תשלומים בצורות שונות על המשתמשים בשירותי בריאות. מוקד הוויכוח הוא אפוא על שחיקת העקרונות האוניברסליים של השירות עקב השימוש בתשלומים כאשר אלה מגבילים את הנגישות לשירות על-פי קריטריונים של יכולת כלכלית. האספקטים המוחשיים יותר של הוויכוח נוגעים בעיקרם לשתי סוגיות מרכזיות: האחת, רצונן של ממשלות הפרובינציות לגייס חלק מן המשאבים למימון התוכנית בדרך של גביית תשלומים בעד שירותים אחדים; והאחרת, רצונם של הרופאים הפועלים במסגרת השירות להגדיל את הכנסותיהם בדרך של גביית ישירה נוספת של תשלום מן החולים בעד השירות שהם נותנים, מעבר לתשלום המובטח להם על-פי התוכנית. דרך זו של גביית תשלומים נוספים מכונה בקנדה בשם Extra Billing. הדיון במאמר זה יתרכז בעיקר בסוגיה של גביית התשלומים הנגוסים.

הסוגיה של גביית תשלומים נוספים ניתנת לתבנה על רקע הארגון החברתי ודרכי התפעולה המיוחדים של תוכנית ביטוח הבריאות הקנדית היא קשורה בעיקר בהסדרי התשלום שנקבעו עם הרופאים. הרופאים אינם מועסקים בקנדה ישירות באמצעות התוכנית ואינם מקבלים ממנה משכורת, כפי שהדבר מקובל בקופות חולים בארץ. הם גם אינם עובדים על-פי שיטת תשלום בעד נפש המקבלת טיסול (Capitation Fee), כפי שהדבר מוסדר בשירות הבריאות הלאומי באנגליה. הרופאים הקנדיים הם להלכה אנשי מקצוע

Susan Watt & J.H. Browne, "User Charges in Health Care", *Canadian Social Work Review* (1984), p. 128

ציות השונות בקנדה, את היקף השימוש בו, את האפקט שיש לו על מבוטחי התוכנית, את הטיעונים שמעלים בעד ונגד קיומו ואת צעדי המדיניות שנקטו לאחרונה הממשלה הפדרלית וממשלות הפרובינציות כדי לטפל בנושא.

גביית התשלומים הנוספים הלכה למעשה²

ההפעלה המעשית של גביית תשלומים נוספים היא מורכבת למדי ופועלת בצורה שונה בכל פרובינציה ופרובינציה. הנקודה הבסיסית היא, שהחולה נדרש לשלם תשלום נוסף ישירות מכיסו בעד השימוש בשירות הרפואי בנקודת הצריכה.

בפרובינציית אונטריו רופאים הדורשים תשלומים נוספים חייבים למעשה לפרוש מתוכנית ביטוח הבריאות הפועלת בפרובינציה שלם שלהם. חולה שפנה לרופא שנמנע להצטרף לתוכנית הביטוח נדרש לשלם ישירות בעד השירות שהוא קיבל. אולם, החולה יכול להגיש את החשבון לתוכנית ביטוח הבריאות ולקבל את החזר ההוצאה שהיתה לו לפי התעריף שהתוכנית משלמת לרופאים הפועלים במסגרת התוכנית. התפרש בין מחיר השירות בתעריף ובין התשלום שהרופא ביקש לקבל נופל על החולה עצמו.

בפרובינציות אחרות כמו אלברטה וניו-ברונסוויק, הרופאים רשאים להמשיך ולפעול במסגרת תוכנית הביטוח ובאותה עת גם לדרוש תשלומים נוספים. באלברטה, רופא הרוצה לדרוש תשלום נוסף יכול להגיש שני חשבונות, חשבון אחד ישירות לתוכנית לפי התעריף וחשבון נוסף על הסכום — לפי התעריף הקיים — לחולה עצמו. בניו-ברונסוויק, רופא הדורש תשלום נוסף יכול לקבל

שירותם כדי לזכות ברמת ההכנסה הרצויה להם, אולם הרופאים גם שולטים בשיטה זו על היצע השירותים שהם מגישים ללקוחותיהם. כאשר היצע זה קובע את גובה ההכנסה שלהם. דבר זה מובנה במידה רבה בשיטה עצמה. לאחרונה התברר שאכן כך הוא בכמה אזורים בקנדה שבהם גדל מספר הרופאים שהצטרפו לתוכנית ולמרבית הפלא הצליח מספר הרופאים שגדל לשמור על רמת ההכנסה שלו גם כאשר האוכלוסייה באזורים הללו נשארה יציבה.

מאז הפעלת תוכנית ביטוח הבריאות הקנדית בשנות ה-60 היתה שאלת גביית התשלומים הנוספים סלע מחלוקת בין הרופאים והממשלות. אולם תוויכוח על גביית תשלומים אלה קיבל בתקופה האחרונה משמעות מיוחדת, הן בגלל האופי האידיאולוגי שקיבל והן בגלל ההשלכות המעשיות שיש לגבייה זו על העקרונות המרכזיים של התוכנית. מבחינה אידיאולוגית תוויכוח נע בין אלה התובעים איסור מוחלט של הנוהג ובין אלה, בעיקר קבוצות מאורגנות של רופאים, הרוצים לשמור בכל מחיר על נוהג זה שהיה אצלם למעין עיקרון מקודש. המרחק בין שתי העמדות הקיצוניות האלה הוא גדול מאוד ולהלכה קשה לראות איך ניתן לגשר ביניהן. אבל למעשה הגישה של שני הצדדים היא הרבה יותר פרגמטית. מבחינת ההשלכות המעשיות אין ספק שגביית תשלומים נוספים מביאה לשחיקת אחדים מן היסודות המרכזיים של התוכנית, בעיקר בתחום הנגישות והאחידות של השירות שמבוטחה יכולים ליהנות מהם בשעה שהם נזקקים לשירותים רפואיים. במובן זה גביית תשלומים נוספים יכולה להוות סכנה לעצם קיום התוכנית במתכונתה המקורית.

נבחון כעת כיצד הנוהג של גביית תשלומים נוספים מפעל הלכה למעשה בפרובינציות-

2 ראה על כך: National Council of Welfare, *Medicare: The Public Good and Private Practice*, Ottawa, 1982; Health and Welfare Canada, *Provincial Health Insurance Plans, Extra Billing/User Changes by Hospitals*, Ottawa, July 20, 1983

פעלו במסגרת תוכנית הביטוח הרפואי וגבו תשלומים נוספים.⁴ אחוז זה השתנה במשך השנים: 13.5% ב-1972, 10%—12% ב-1978 ובראשית שנות השמונים 15%—16%. אולם, נתונים אלה מסתירים את העובדה שבאזורים אחדים בפרובינציה זו אחוז הרופאים הדורש תשלומים נוספים הוא בסביבת 40% ובכמה ערים אחוז זה מגיע ל-80%.⁵ בקוויבק כאמור רופאים הדורשים תשלום נוסף חייבים לפרוש מן התוכנית. בקיץ 1985 פעלו בפרובינציה זו 6,825 רופאים כלליים. רק 11 מהם פרשו מן התוכנית בגלל רצונם לגבות תשלומים נוספים. בקוויבק היו רשו-מים באותו זמן גם 6,340 רופאים מומחים. 35 מן המומחים הללו לא השתתפו בתוכנית. בסך הכל רק שליש האחוז מכלל הרופאים הרשומים בקוויבק פרשו מן התוכנית בגלל האיסור לגבות תשלומים נוספים.⁶

בפרובינציית שעל החוף האטלנטי, כולל ג'ו פאונדלנד, נרבה סקוטיה, ניו-ברונסוויק ואי הנסיך אדוארד, כמעט כל הרופאים אינם גובים תשלומים נוספים, למרות שנתרו עוד אי-אלו אפשרויות חוקיות לעשות זאת. סך כל הגבייה הנוספת בכל הפרובינציות הללו לא עלתה בשנת 1984 על 85 אלף דולר. בשלוש פרובינציות מערביות, קולומביה הבריטית, מניטובה וסקסצ'ון נאסרה גביית תשלומים נוספים. האיסור נתקבל בקולומביה הבריטית עוד ב-1981 ובשתי הפרובינציות האחרות בשנת 1985. רק באלברטה עדיין רשאים לגבות תשלומים נוספים.⁷ בעיית התשלומים הנוספים בהיקף ניכר נשארה לכן בעיקר באונטריו ואלברטה, אך חשוב לזכור שהאוכלוסייה בשתי הפרובינציות אלה היא בערך 40% מכלל האוכלוסייה של קנדה.

את מלוא התשלום רק מן תלכוח שלו. תלכוח יכול להגיש את החשבון אחר כך לתוכנית הביטוח וזו תחזיר לו את התלכוח לפי התעריף. בקוויבק, רופא אינו יכול לפעול במסגרת תוכנית הביטוח ולדרוש תשלומים נוספים. רופא הרוצה לדרוש תשלומים נוספים חייב לפרוש מן התוכנית. יתר על כן, חולים המשלמים בעד שירות לרופאים הפרעלים מחוץ לתוכנית אינם יכולים לקבל החזר כלשהו של ההוצאה שהיתה להם.

חשוב לזכור, שמה שמתואר לעיל הם התס-דרים הפורמליים של גביית תשלומים נוספים. באופן מעשי לא כל הרופאים הדורשים להלכה תשלומים נוספים בעד שירותיהם תובעים תשלומים כאלה מכל לקוחותיהם או בעד כל סוגי ופריטי השירות שהם מגישים. לכן, המצב הוא למעשה מורכב עוד יותר.

ההיקף של גביית תשלומים נוספים

בגלל המורכבות של ההסדרים והנהגים הקיימים לגביית תשלומים נוספים קשה לקבל תמונה ברורה על היקף הגבייה הזאת. לפי האומדנים הקיימים, בראשית שנות ה-80 קרוב ל-20% מכלל הרופאים בקנדה דרשו וקיבלו תשלומים נוספים כנ"ל.⁸ היקף זה ירד מאוד בשנים האחרונות, ובעיקר בשנת 1985, בגלל שינויים בתקיקה שנתקבלו בפרובינציות אחדות שאסרו הלכה למעשה גביית תשלומים אלה. נתאר להלן את המצב כפי שהוא התייצב בקיץ 1985:

באונטריו, רק 12.5% מכלל הרופאים לא

3 ואט ובראון (לעיל, הערה 1), עמ' 131.

4 "Extra-billing: How Doctors Charge Province by Province", *The Toronto Star*, July 14, 1985, p. F1

5 Pran Manga, *The Political Economy of Extra Billing*, Ottawa, The Canadian Council on Social Development, 1983, p. 7

6 "Extra-Billing" (לעיל, הערה 4).

7 שם.

לא גבו מהם תשלומים נוספים⁹. מחקרים אחדים על האפקט של גביית תשלום בעד שירות הראו אף הם, שתשלומים מסוג זה פוגעים בעיקר באוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה כמו הקשישים, משפחות מרובות ילדים וכו'¹⁰. תופעה זו מוכרת היטב בישראל ובראצות אחרות. גביית תשלומים נוספים בידי הרופאים יוצרת שתי רמות של שירות רפואי הן מבחינת הנגישות והן מבחינת איכות השירות הרפואי המוגש.

ההשלכות של גביית תשלומים נוספים הן להלכה ולמעשה גם בכמה מישורים נוספים. אחת ההשלכות היא ההפליה הנוצרת במחיר הנדרש בעד אותו שירות. הרופאים מודים בגלוי ואף רושמים זאת לזכותם שהם דורשים תשלומים גבוהים יותר בעד שירותיהם מאנשי שים שלדעתם יכולים לשאת בתשלום זה ודורשים תשלום גמוך יותר או אף מוותרים על תשלום בכלל מאנשים ברמות הכנסה הנמוכות. מצד אחד יש כאן לכאורה לפחות מעין הסכמה אילמת לנוהג שיש לו מסורת ארוכה עוד מלפני קבלת אחריות חברתית להגשת שירותי רפואה לאוכלוסייה. הרופאים שהגישו בעבר את עיקר שירותיהם לשכבה קטנה של אנשים שיכלו לשאת בתשלומים נתנו גם להקדיש מקצת מזמנם למתן שירות ללא תשלום לעניים. זה היה מעין מעשה צדקה בתחום המקצועי שלהם. הבעיה כיום היא, ששירות רפואי נחשב צורך חיוני שכל אדם זכאי לקבל אותו כחלק מזכויות האזרח שלו. בנסיבות אלה, האפליה במחיר ומעשה הצדקה של הרופאים אינם זוכים בתמיכה ובהסכמה כבעבר. לפיכך הנוהג הזה אינו זוכה לתמיכה בקנדה, משום שתוכנית ביטוח הבריאות הלאומית מבטיחה במפורש תנאים אחידים בהגשת השירות לכל האוכלוסייה. יתר על כן, מסתבר גם שאין הרבה ממש בטענות הרופאים ולמעשה הם דורשים ומקב-

חשוב גם להדגיש, שיש הבדלים גדולים בגובה התשלומים הנוספים שהרופאים גובים, כאשר הם גובים תשלום נוסף. סקר שנערך באונטריו ב-1976 הראה, שגובה התשלומים הנוספים נע בין 9% מעל לתעריף לגבי רופאים פנימיים והגיע עד ל-35% אצל רופאים פסיכיאטרים. לפי נתונים מאוחרים יותר ובערך 50% מן הרופאים באונטריו שגבו תשלומים נוספים גבו תשלומים שעלו ב-43% מעל לתעריף⁸.

באופן כללי ניתן לומר, שגביית תשלומים נוספים, במידה שהיא קיימת, נפוצה יותר באזורים גיאוגרפיים אחדים ובין רופאים שהם בעלי התמחות מקצועית מיוחדת. הנוהג נפוץ יותר בתוך הערים הגדולות מאשר בערים קטנות או באזורים כפריים. באזורים כאלה אנשים מתקשים למצוא רופא שאינו גובה תשלום נוסף. באשר לרופאים מומחים, נמצא למשל, שרופאים למחלות עור, נשים, עיניים, מנתחים, רדיולוגים, ומרדימים גובים ברובם הגדול תשלומים נוספים.

האפקט של גביית תשלומים נוספים

ההשלכות המעשיות העיקריות של גביית תשלומים נוספים הן, שגביית כזו פוגעת באוכלוסייה בעלת הכנסה נמוכה, מקטינה את יכולת הנגישות שלה לשירותים רפואיים בשעת הצורך, ופוגעת בתנאים האחידים של השירות שהתוכנית אמורה להבטיח לכל אוכלוסיית קנדה. מחקרים שנעשו בנושא זה, למשל באונטריו ובאלברטה, הראו שאנשי שים שרופאיהם גבו מהם תשלומים נוספים נטו לדחות את פנייתם לשירותים רפואיים או להימנע מהם, בהשוואה לאלה שרופאיהם

8 מנגה (לעיל, הערה 5), עמ' 7-8.

9 Medicare (לעיל, הערה 2), עמ' 30; מנגה (לעיל, הערה 5), עמ' 11.

10 ראה, למשל: R. G. Beck, "The Effects of Co-Payment on the Poor", *Journal of Human Resource*, Vol. IX, No. 1 (Winter 1974).

בתוך הציבוריות הקנדית נמתחת על כך ביקורת רבה והיא מעוררת גם מידה רבה של התנגדות בגלל הסכנה הפוטנציאלית שלה להביא למעשה לשחיקת הבסיס הפוליטי והחומרי של תוכנית ביטוח הבריאות.¹¹

הטיעונים בזכות גביית תשלומים נוספים

מנגה, הבוחן את הסוגיה של גביית תשלומים נוספים בקנדה, מונה שבעה סוגי טיעונים המועלים על-פי רוב בכל הדיונים בנושא זה כדי לתמוך בגביית תשלום בעד שירות רפואי בנקודת הצריכה שלהם בידי המשתמשי שים.¹² לפי הטיעונים האלה גביית תשלומים נוספים יכולה להביא לתוצאות אלה:

1. להפחית שימוש יתר בשירותים ולמנוע בנבחה.
2. להכניס שוב אלמנט של מחיר לתוך השירות.
3. לתרום להקטנת כלל ההוצאה לשירותי בריאות.
4. לשמש דרך להשלמת הכנסה של רופאים לאור התעריפים הנמוכים של תשלום בעד שירותיהם.
5. לתגמל את הרופאים בעלי רמה גבוהה יותר המספקים רמה גבוהה של שירות.
6. לאפשר שמירה על רמת ההוצאה היקיימת בשירותי הבריאות.
7. לשמר את הוכחות של בעלי פרופסיה עצמאיים לקבוע בעצמם מחיר בעד שירותיהם.

טיעונים אלה דומים מאוד לאלה שהעלה פרקר במאמרו הקלסי על גביית תשלומים בעד שירותי רווחה.¹³ לפי פרקר יש להטלת

לים תשלומים נוספים גם מקבוצות אוכלוסייה בעלות הכנסה נמוכה.

מימד מפלה אחר שנתגלה בקנדה הוא, שגביית תשלומים נוספים היא למעשה תופעה הנוגעת לקבוצות מגדרות אחדות של האוכלוסייה בלבד ואינה נוגעת לקבוצות אחרות. הקבוצות שהבעיה נוגעת להם כוללת את אותם חולים הנזקקים לשירותיהם של מומחים סגור רופאי עור, או שנכללים בהן אנשים המתגוררים באזורים מיוחדים או בפרובינצי ציות אלה או אחרות של קנדה. תושבי קוויבק או קולומביה הבריטית אינם סובלים כלל מגביית תשלומים נוספים. לעומת זאת, כפי שראינו, הנוהג נפוץ באונטריו, וביתר עוצמה — באזורים אחדים בתוך פרובינציה זו. האפליה היא כאן על כן גם על רקע אזורי וגם על רקע של השתייכות לקבוצה הנזקקת לשירותי מומחים כגון רופאי עור או מנתחים.

האפליה העיקרית נוגעת כמובן לאיכות השירות הרפואי המוגש לאוכלוסייה. הנוהג של גביית תשלומים נוספים יוצר באופן מוחשי מאוד מצב שבו טיב השירות הרפואי שאדם יכול לזכות בו תלוי ביכולתו הכלכלית לשאת בתשלום הנוסף. מאחר שחלק מן הרופאים המעולים יותר ובעלי המומחיות הרפואית דורשים תשלומים נוספים, אנשים שאינם יכולים להרשות לעצמם לשאת בנטל התשלום הנוסף נאלצים להסתפק בשירות שנותנים להם רופאים ברמה נמוכה יותר או לפנות למרפאות ציבוריות שאמנם פועלים בהן רופאים מומחים, אבל תנאי הגשת השיירות בהן רחוקים מלהשביע את הרצון. למרות טענות אלה, חלק מאנשי המקצועות הרפואיים תומכים בשיטה זו של קיצוב על-פי היכולת הכלכלית ואף מצדיקים את שתי רמות השירות הרפואי הנובעות מכך. אולם,

11 Ministry of National Health and Welfare, *Preserving Universal Medicare, A Government* of Canada Position Paper, Ottawa, 1983

12 מנגה (לעיל, הערה 5), עמ' 13.

13 ראה: R. A. Parker, "Changing for the Social Services", *Journal of Social Policy*, Vol. IV, Part 4 (October 1976)

נעשה על-פי היוזמה האישית של החולים. חלק גדול מביקורים אלה נעשה על-פי הוראות הרופאים לבוא לבדיקות ולביקורים חוזרים או שהם הפניות שהרופאים מפנים לרופאים בעלי התמחויות אחרות. לגביית תשלומים ככלל, או תשלומים נוספים כפי שהדבר נהוג בקנדה, יש אפוא השפעה קטנה מאוד על גודל הביקוש ועל שימוש לרעה בו.

לעומת האפשרות של הקטנת הביקוש לשירותים הרפואיים בעזרת גביית תשלומים נוספים מאת החולים עצמם הועלה בוויכוח הנוכחי בקנדה הטיעון, שהצורך הדחוף הוא למנוע שימוש יתר או אף שימוש לרעה אצל הרופאים עצמם. הדאגה שבאה לידי ביטוי בטיעון זה היא לגבי מידת היעילות והאפקטיביות של השימוש המתרחב במגוון הגדול של טכנולוגיות רפואיות חדשות. הדגש מושם כאן בעובדה שבשעה שהשימוש לרעה בידי החולים עצמם הוא יחסית קטן ועלותו נמוכה, שימוש יתר ואף שימוש לרעה בידי הרופאים עצמם בחלק מן הטכנולוגיות הרפואיות החדשות הוא יקר מאוד מאוד.

ב. האלמנט של מחיר. הטיעון כאן הוא, שגביית תשלומים נוספים מכניסה מחדש אלמנט של מחיר לשירות אשר להלכת, לפי ההסדר הקיים, ניתן ללא מחיר. לדעת התומכים בטיעון זה מוחדרים לתוך השירות באמצעות התשלום הנוסף והמחיר שלו יסודות של שוק כלכלי היכולים להגביר את היעילות בו. אולם, התהליך של קביעת מחיר בעד התשלום הנוסף, והתפקיד שגביית תשלומים אלה ממלא, שונים במהותם מתפקידי המחיר בשוק הכלכלי החופשי. כמקובל, הרופאים אינם יכולים לפרסם את שירותיהם ואת המחיר שהם גובים בעדו. הרופאים גם נוהגים, כאמור לעיל, לתבוע תשלומים בגובה שונה בעד אותו שירות מאת הפונים

תשלומים על שימוש בשירותים חמש מטרות עיקריות: הקטנת ביקוש, גיוס משאבים, מניעת שימוש לרעה, שינוי בקדימויות, ומטרות סימבוליות. נבחון כאן אחדים מסוגי הטיעונים הללו בכלל ועל רקע שירות הבריאות הקנדי בפרט.

א. הקטנת הביקוש ומניעת שימוש לרעה בשירותי הבריאות. המונח שימוש לרעה קשה מאוד להגדרה ולכן קשה מאוד לבחון אותו ולמצוא את ממדיו הכמותיים. הנתונים הקיימים על שימוש לרעה בשירותים רפואיים, במידה שאלה מוצגים בקנדה ובארצות אחרות, הם על-פי רוב אנקדוטיים באופיים ומשקפים יותר את הדעות הקדומות של מציגיהם מאשר מציאות קיימת. מתוך מעט המחקרים שנעשו בנושא זה בשירותי הבריאות ניתן ללמוד שהיקף השימוש לרעה לפי הגדרה כלשהי הוא מינימלי¹⁴. ההנחה, שגביית תשלומים נוספים בידי הרופאים יכולה להקטין את השימוש לרעה אין לה אפוא בסיס איתן במציאות, אם כי, כפי שראינו לעיל, היא יכולה להקטין את הביקוש לשירותי רפואה בכלל בקרב קבוצות אוכלוסייה בעלות הכנסה נמוכה.

באשר לסוגיה של ביקוש יתר — חשוב להדגיש, כפי שדברים אלה מודגשים בקנדה, שרק בחלק קטן מאוד מכלל שירותי הבריאות נתונה היכולת להחליט אם להשתמש או לא להשתמש בשירות בידי האנשים עצמם. העובדות הן, שלאנשים יש שליטה מועטה בלבד על ההיקף ועל דרכי השימוש ברוב שירותי הבריאות. הקבלה לבתי חולים נמצאת בשליטתם הבלעדית של הרופאים. אשפוז עצמי אינו אפשרי אלא במקרים שוליים בלבד של מחלות נפש. אולם, שירותי האשפוז בולעים עד 70% מכלל ההוצאה לבריאות. גם בשירותים האמבולטוריים, שכלפיהם בעיקר מופנית הטענה של שימוש יתר, רק חלק קטן של ביקורים אצל רופאים

גובה התעריף. הטיעון שלהם היה, שתעריפים נמוכים מביאים בהכרח להרחבת הנוהג של גביית התשלומים הנוספים ולהעלאת גובהם. העלאת התעריפים, לפי טענתם, תשויח להביא להפחתת הנוהג של תשלומים נוספים ולהקטנת הגובה של תשלומים אלה באותם מקרים שהם נגבים. אולם התברר, בלא מעט מקרים, שהעלאה גבוהה בתעריפים בעד שירותי הרופאים לא הביאה אתה הורדה משמעותית של גביית תשלומים נוספים ושל גובהם.¹⁵

מדיניות מכוונת של שמירה על תעריפים נמוכים בעד שירותי הרופאים יכולה כמובן להעביר את נטל העלות של ההוצאות לשירותים רפואיים על שכם המשתמשים באמצעות התשלומים הנוספים שיגבו הרופאים. להלכה אפשרות כזו קיימת והיא יכולה להביא להקטנת ההוצאה הציבורית לבריאות. אולם, ספק אם מדיניות כזו היא אפשרית בשלב זה בקנדה כאשר המחויבות לשמירת שירותי הרפואה החופשיים והאוניברסליים היא חזקה מאוד.

ד. תיגמול נאות לרופאים. אחד הטיעונים הנפוצים בעד גביית תשלומים נוספים קשור בשאלת מתן תגמול נאות לרופאים. הטענות במישור זה שואבות את מקורן הן מן ההרגשה אצל הרופאים שהם אינם זוכים ברמת הכנסה מספקת בגלל התעריף הנמוך שנקבע לשירותיהם, והן מן העובדה שהסדר הקיים אינו מאפשר תיגמול נאות יותר לרופאים מעולים המספקים שירות באיכות גבוהה יותר.

ידוע לכל, שכמו אצל בעלי מקצוע אחרים, גם אצל הרופאים יש הבדלים ברמת המומחיות והמיומנות. גם השירות שהם מגישים איכותו נקבעת לפי רמת המיומנות שלהם. תעריף אחיד בעד יחידות שירות כפי שהוא נהוג בקנדה אינו יכול כמובן לתגמל באופן נאות את אותם הרופאים המעולים המגישים שירות באיכות גבוהה יותר. גביית תשלומים

אליהם. היבטים אלה אינם קיימים בשוק כלכלי חופשי ולכן הם גם עושים לבלתי אפשרי את בחירת השירות לפי גובה המחיר במסגרת שירותי הרפואה. במקרה הטוב, לגביית תשלום נוסף יכול להיות ערך סמלי בלבד בגלל הדמיון שיש לו לנוהג המקובל בשוק הכלכלי החופשי ומשום שהוא יכול להגביר את הרגשת הקניין שיש לאדם בעסקה דו-צדדית ישירה של תשלום בעד שירות. מכל מקום ברור, שהתשלומים הנוספים שהרופאים גובים בקנדה אין להם השפעה רבה על מידת היעילות של הספקת שירותים אלה לאוכלוסייה.

ג. הקטנת ההוצאה לשירותי בריאות. הדרך היחידה שבה יכולה גביית תשלומים נוספים להקטין את ההוצאה לשירותי בריאות היא באמצעות האפקט המרתיע שיכול להיות לתשלומים אלה ועל אוכלוסיית המשתמשים. הבעיה כאן היא, שהאפקט המרתיע פועל בעיקר לגבי קבוצות אוכלוסייה בעלות הכנסה נמוכה וגם לגביהן לא ברור אם אמנם יש לאפקט מרתיע זה השפעה על העלות הכללית של השירות. אנשים הדוחים את פנייתם לשירותים רפואיים ואינם משתמשים בשירותים מונעים יכולים להזדקק, בטווח ארוך יותר, לשירותים שעלותם תהיה גבוהה יותר. השאלה היא כמובן אם הציבור בכללותו מעוניין להשתמש באפקט מרתיע כזה לגבי קבוצות אוכלוסיות חלשות ולשאת בתוצאות האפשריות של צעדים מסוג זה הן מבחינת השפעתם על הלכידות החברתית והן מבחינת העלות הפוטנציאלית הגבוהה יותר שהם עלולים לגרום אחריהם ועל-פני הזמן.

פן אחר שיש לטיעון זה נוגע ליחסיהם של ארגוני הרופאים עם ממשלות הפרובינציות בקנדה בקשר עם קביעת התעריף בעד שירותי הרופאים. ארגוני הרופאים השתמשו בשנים האחרונות בנושא התשלומים הנוספים ככלי חשוב במשא-ומתן שלהם לקביעת

על-פי רוב הרופאים אינם שבעי רצון מרמת התיגמול שלהם ולא חשוב מהי צורת התיג- מול הנהגה. בישראל רוב הרופאים מועסקים במשכורת והשכר שהם מקבלים הוא הגבוה ביותר בסולם השכר הקיים במשק הישראלי. הם גם זוכים בהטבות ניכרות של רווחה הנלוות לעבודה כמו ימי חופשה, מתלה, זכויות פנסיה וכו'. כידוע, הם אינם שבעי רצון מרמת התיגמול שלהם. חלק מהם גובה גם מעין תשלומים נוספים בעד שירותיהם בצורת תשלום לבאורה בעד פרקטיקה פר- טית הניתנת ברובה במסגרת מקום העבודה. מסתבר, שקשה מאוד לתת מענה משביע רצון לתביעות הרופאים ביחס לרמת התכנ- סות שהם מצפים לה במסגרת הסדר ציבורי כלשהו בין שזה ההסדר המקובל בקנדה, בין שזה ההסדר המקובל בישראל. מאחר שבריי- אות אינה מצרך ככל מצרך אחר והביקוש לה הוא בעל משמעות מיוחדת לחיי אדם, המצב יוצר דילמה, שקשה למצוא לה תגובה ציבורית הולמת.

ה. הזכות לקבוע את המחיר בעד שירות. חלק מן הרופאים בקנדה טוען לזכות לקבוע באופן עצמאי את מחיר השירות שהם נותנים. בהקשר של הביטוח הרפואי הקנדי הם תובעים לעצמם את הזכות לגבות תשלומים נוספים בעד השירות שהם מגישים כזכות מוחלטת של בעלי פרופסיה חופשית. בגישה זו הם משקפים את צמידותם לערכי השוק הכלכלי החופשי ולאנדיווידוא- ליות פוליטי וכלכלי מוחלט. בחברה חופשית אי אפשר כמובן לשלול את זכות הרופאים לדגול בגישה זו, אך לגישה זו אין הרבה תומכים בקנדה או במרבית הארצות הדמו- קרטיות. רוב הארצות הדמוקרטיות המער- ביות מקיימות הסדרים קולקטיביים להספקת שירותים רפואיים לאוכלוסייה ובמסגרת הסדרים אלה הממשלות במדינות אלה מת- ערבות בצורה זו או אחרת בקביעת המחיר של שירותי הרופאים. ביטוי בולט ביותר לשלילת עמדת הרופאים נתן בקנדה השופט

נוספים בידי רופאים אלה מספקת להם אמנם תגמול גבוה יותר, אבל משמעותה כמובן קיצוב השירות הרפואי לפי איכותו על-פי יכולתם הכלכלית של הנוקקים לשלם בעד השירות האיכותי. השאלה היא כמובן האם רק בעלי היכולת זכאים לקבל שירות בעל איכות גבוהה יותר ואל נשכח שמדובר במסגרת של שירות אוניברסלי שנועד להגיש שירות הקשור בצרכיו של האדם ולא ביכול- תו הכלכלית.

הדרך שנקטו הרופאים בקנדה (ובמידה לא מועטה גם בישראל) לפתרון בעיה זו היא גביית תשלומים נוספים, אבל ההסדר הקיים משאיר את קביעת גובה הסכום להחלטתו של כל רופא לפי היקף הביקוש לשירותיו. הביקוש לשירותים אלה לא נקבע רק על-פי מידת המיומנות של הרופא ואיכות השירות שהוא מגיש, כי רוב החולים אינם מסוגלים להעריך את האיכות הזאת. כתוצאה מכך ניתנת לגיטימציה לגבות תשלומים נוספים להוג רחב יותר של רופאים בין שהם רופאים מעולים ובין שאינם כאלה.

המתנגדים לגביית תשלומים נוספים אינם מתעלמים מן הקושי הקשור בתיגמול נאות לרופאים מעולים, אך הם חושבים שהבעיה ניתנת לפתרון גם ללא צורך להזדקק לגביית תשלומים נוספים. לדעתם הפתרון הוא בקבי- עת תעריף מדורג (כמו דרגות משכורת) שישקף את הניסיון, המומחיות וגורמים נוספים של איכות השירות הדיפרנציאלית שמגישים הרופאים. מדדים אלה יכולים להי- קבע באופן אובייקטיבי יותר והם עדיפים על התגמול הנקבע על-פי מקרה בדרך של גביית תשלומים נוספים.

הסוגיה של רמת התיגמול של הרופאים בכלל, ותיגמול דיפרנציאלי של רופאים מעולים בפרט, קשורה קשר הדוק במעמד המיוחד שהרופאים תובעים לעצמם בסולם ההכנסות בחברה בת זמננו. הרופאים בקנדה, כמו בארצות רבות אחרות, הם הקבוצה המקי- צועית במסגרת השירותים החברתיים הזוכה ברמת התגמולים הגבוהה ביותר. אולם,

ללא תשלום ישיר בנקודת הצריכה. המדיניות הקיימת בעניין זה משותפת ברוב המקרים לשתי רמות השלטון — זו של השלטון הפדרלי וזו של שלטונות הפרובינציות.

הממשלה הפדרלית הקנדית הנהיגה בשנים האחרונות מדיניות מוצהרת שהתנגדה לגביית התשלומים הנוספים. חילופי השלטון שאירעו בסתיו 1984 העלו לשלטון ממשלה שמרנית חדשה. אמנם לממשלה החדשה אין אותה מחויבות שהיתה לממשלה הליברלית שקדמה לה לבטל את גביית התשלומים הנוספים, אבל היא המשיכה לקיים את המדיניות שקבעה קודמתה. סטייה מן המדיניות הזאת נחשבה בעיני פרשנים כמעשה של איבוד לחצת פוליטי שאין לצפות לו מן הממשלה השמרנית.¹⁷ הממשלה החדשה גם השאירה בידי ממשלות הפרובינציות את חופש הפעולה לנקוט צעדים הנראים להן כדי להגשים את המדיניות הקודמת.

הצעדים המעשיים שנקטו הממשלות הפדרליות עד כה כדי לצמצם ולחסל את הנוהג של גביית תשלומים נוספים הסתכמו בשני מעשה חקיקה ברורים: חוק אחד אשר על חברות ביטוח פרטיות או הסדרי ביטוח וולונטריים אחרים, כמו למשל Blue Cross, להציע תוכניות ביטוח נגד הסיכון של גביית תשלומים נוספים בידי רופאים בעד שירותים רפואיים המכוסים בביטוח הבריאות הממלכתי.¹⁸ איסור זה, הקיים מאז שנות ה-60, אמנם לא מנע גביית תשלומים נוספים, אבל יצר הלכה למעשה תמריצים נגדו. חוסר האפשרות לגלגל תשלומים אלה על צד שלישי היה אמור להרתיע את הרופאים מלתבוע תשלומים נוספים מתוך ידיעה שהנזקים להם לא יוכלו לעמוד בהם בכוחות עצמם. האיסור נתן גם תמריץ לאנשים

הול, שעמד בראש ועדה מלכותית לבדיקת ההסדרים לביטוח רפואי בקנדה. הוא קבע לאחרונה:

"The emphasis on the freedom to practice should not obscure the fact that the physician is not only a professional person but also a citizen. He has moral and social obligations, as well as self-interest to do well in his profession. The notion held by some that the physician has an absolute right to fix his fees as he sees fit is incorrect and unrelated to the mores of our time. The nineteenth century 'laissez-faire' concept has no validity in its application to medicine, dentistry, law, or to any other organized group. Organized medicine is a statutory creation of legislatures and of Parliament. When the state grants a monopoly to an exclusive group to render an indispensable service it automatically becomes involved in whether those services are available and on what terms and conditions..."¹⁶

באיוה מידה אפשר לקרב את הרופאים לעמדה זו היא כמובן שאלה אחרת. הקיצור ניות שהרופאים גוקטים בעמדתם מגבירה את אפשרויות הסכסוך שתוצאותיו פוגעות בשירותי הבריאות הניתנים לציבור כולו.

המדיניות הקנדית לגבי גביית תשלומים נוספים

המדיניות וההולכת ומתגבשת בקנדה היא לאסור בהדרגה על הרופאים לגבות תשלומים נוספים. מדיניות זו היא פרי הכרה גוברת שעל מנת להבטיח נגישות לשירותי רפואה ללא מחסומים ותנאים אחרים בהגשתם, יש לדאוג לכך ששירותים אלה יוגשו

16 ראה: E. Hall, *Canada: National Provincial Health Program for the 1980s. A Commitment for Renewal*, Ottawa, Health and Welfare Canada, 1980, p. 23

17 ראה: Leonard Shifrin, "Provinces Feel the Pressure to Ban Doctors Extra-Billing", *The Toronto Star*, February 2, 1985

18 Canada Health Act, 1984, sections 18, 19 and 20(a)(b)

סידה את השלטון בבחירות שהתקיימו במאי 1985. את מקומה תפסה ממשלת מיעוט ליברלית שתומכת בה המפלגה הסוציאל-דמוקרטית (The New Democratic Party). שתי מפלגות אלה התחייבו להביא לסיום הנוהג של גביית תשלומים נוספים בפרו-בינציה בהקדם ואת למרות התנגדות חלק מציבור הרופאים ואיזמם לפתוח בשביתות²². טובים הסיכויים, שהממשלה החדשה תעביר חקיקה בנושא זה בזמן הקרוב. אם אכן תתקבל חקיקה כזו יבוא לקצו במרביתה של קנדה, פרט לכיסים בודדים כמו אלברטה, הנוהג של גביית תשלומים נוספים.

המדיניות של הממשלה הפדרלית הקנדית וזו של הפרובינציות העיקריות שלה משקפות את ההכרעה הערכית והפוליטית שהתגבשה בארץ זו, לפיה שירות רפואי אוניברסלי ואחד ניתן לביצוע ללא תשלום בנקודת הצריכה וגביית תשלומים נוספים אין לה הצדקה בהקשר החברתי הקיים. הכרעה זו התקבלה למרות ההתנגדות שגילו חלק מן הרופאים וכן חוגים באוכלוסייה התומכים בשוק כלכלי חופשי גם בתחום הרפואי. הכרעה זו עדיין נמצאת בחלקה בשלב של התגבשות סופית. אולם, כפי שנראה היום, יש סיכוי שההכרעה למען שירות רפואי חופשי ברובו ישתרש ברובה של קנדה וגם הרופאים יקבלו אותו במידה זו או אחרת של הסכמה, כפי שאירע בכל אותן פרובינציות שהגשימו הלכה למעשה את המדיניות הזאת במשך השנים האחרונות.

דיון

כמה מן החיבטים של תוכנית ביטוח הבריאות הקנדית כפי שתוארו במאמר זה נותנים לנו דוגמה טובה של ניסיון לספק שירות

הנוקטים לשירותים רפואיים להשיג שירותים אלה מרופאים שאינם דורשים תשלום נוסף, ביחזעם שתשלום זה יצטרך לבוא מכיסם הפרטי. להתרעה הנעוצה במדיניות זו היתה השפעת מה, אבל כפי שהוכיחה המציאות לא היה בכוחה למנוע לגמרי את גביית התשלומים הנוספים.

מעשה החקיקה האחר, שכיוון באופן נמרץ ותקיף יותר לעודד את ממשלות הפרובינציות למנוע את הנוהג של גביית תשלומים נוספים, התקבל ב-1984¹⁹. על-פי חוק זה הוטל עונש כספי כבד על הפרובינציות שעדיין מתירות גביית תשלומים נוספים. העונש הוא הפחתת הקצבות הממשלה הפדרלית למימון תוכניות ביטוח בריאות בשיעור של דולר אחד כנגד כל דולר הנגבה כתשלום נוסף. הפרובינציה של אונטריו, למשל, שהמשיכה להתיר גביית תשלומים נוספים, סבלה מהפסדים כספיים בשיעור של 50 מיליון דולרים בערך לשנה²⁰. מדיניות ענישה זו היתה אמורה לתת דחיפה חזקה לפרובינציות לנקוט צעדים מעשיים לביטול הנוהג של גביית תשלומים נוספים.

מעקבות מדיניות הממשלה הפדרלית נקטו רוב ממשלות הפרובינציות בשנה-שנתיים האחרונות צעדים לאסור בדרך זו או אחרת את גביית התשלומים הנוספים. כאמור, ועדיין נשארו שתי פרובינציות שבהן מותרת היום גביית התשלומים הנוספים — אונטריו ואלברטה. המקרה של אונטריו משקף היטב את הלחץ הקיים לבטל את הנוהג. הממשלה השמרנית ששלטה בפרובינציה ציה זו ללא הפסקה מאז שנות ה-40 נטתה להמשיך ולהתיר את הנוהג, למרות הלחץ הציבורי עליה ועל אף ההפסד הכספי שנגרם לה. אולם, גם היא רמזה עוד ב-1984 שיייתכן שתביא בהדרגה להפסקת הנוהג תוך מספר שנים²¹. הממשלה השמרנית באונטריו הפ-

19. סעיף (2)(1)20.

20. אונטריו תוכל לקבל כספים אלה בחזרה אם תאסור על גביית תשלומים נוספים עד 1987.

21. "Ontario May End MD's Extra-Billing", *Toronto Sunday Star*, October 21, 1984

22. "MD Strike Possible if Extra-Billing Banned", *The Globe & Mail*, May 31, 1985

הברית. קנדה מושפעת מאוד, בתחומי חיים רבים, מאורח החיים האמריקני. אולם, בתחום שירותי הבריאות הקנדים, כמעט ללא הבדל של השקפה פוליטית, הראו נחישות דעת לנהוג באופן שונה לחלוטין משכניהם האמריקניים ולקיים מערכת שירותי בריאות באחריות חברתית מלאה — בניגוד לשוק החופשי ברפואה הקיים בארצות הברית. התישג החברתי בתחום זה הוא מרשים מאוד. לתרשבי קנדה מובטח שירות רפואי באיכות גבוהה, ברמת הוצאה ציבורית נמוכה מזו הקיימת בארצות הברית, וזאת בביטחון חברתי מלא: וכל קנדי יודע שאינו צריך לחשוש, במקרה של מחלה הדורשת טיפול רפואי ממושך ויקר, שן יתרושש מבחינה כלכלית או שיהפך למקרה סעד.

שנית, אצל רוב-רובו של הציבור הקנדי קנתה לה אחיזה חזקה ההכרה שאין לפתור את הבעיות של הבטחת שירותי בריאות אוניברסליים ושל מימנם בדרך של הטלת תשלומים ישירים על הנוזקים לשירותים אלה בנקודת הצריכה. בניגוד לשיטה הקיימת בארצות הברית, ולקולות החזקים הגשמעים בארץ שיש לווסת את השימוש בשירותי בריאות ועל-ידי הטלת תשלומים ישירים, הקנדים פועלים באופן נמרץ לבטל את הנוהג של גביית תשלומים נוספים במידה שנוהג זה עדיין נותר בתוקף (באונטריו ובכמה מקומות נוספים). חשיבותה של עמדה זו ממחישה שגם בחברה קפיטליסטית ניתן להתמודד עם הבעיות הכרוכות בהגשת שירותים רפואיים ולפתור אותן לא רק בדרכים שמכתיב השוק הכלכלי החופשי. לכל אלה המטיפים בישראל השכם והערב להרחיב את יסודות השוק הכלכלי החופשי גם על הרפואה הציבורית ראוי להתבונן וללמוד מן הניסיון הקנדי.

שלישית, היכולת שמגלים הממשל בקנדה, על רמותיו השונות, וארגוני הרופאים להגיע להבנה ולפשרה ביניהם ובדרך זו להבטיח את הפעלתם של הסדרי הביטוח הרפואי בדרך מסודרת ומשביעה רצון. בלי הבנה

רפואי כוללני ועל בסיס אוניברסלי, ובלי שמי שנוקק לשירות זה יצטרך לשלם עבורו בנקודת הצריכה. כפי שראינו, ניסיון זה כרוך בקשיים לא מעטים והוא טומן בחובו את הדילמה העומדת בפני כל חברה דמוקרטית הנוטלת על עצמה את האחריות לספק שירותים רפואיים לכלל האוכלוסייה. הדילמה קשורה מצד אחד ברצון לראות בשירותים הרפואיים שירות חיוני תשונה במהותו משירותים ומצרכים שאדם יכול לרכוש לעצמו בשוק החופשי. לכן קיימת הסכמה שצריך לקבל אחריות חברתית כלפיו ולהבטיח שלכל אדם תהיה נגישות לשירותים אלה. מצד שני, קיים הצורך להתמודד עם אותם דעות וחוגים באוכלוסייה המעדיפים שהמדינה תקבל על עצמה אחריות מוגבלת בלבד בתחום שירותי הרפואה והמתנגדים שתהיה נגישות לשירותים אלה ללא תשלום בנקודת הצריכה. הבולטים בין מתנגדים אלה מצויים במקצוע הרפואה ועצמו, הרואים זאת כזכות של אנשי פרופסיה לקבוע באופן עצמאי את מחיר השירות שהם מגישים. הם מעוניינים כמובן להגן בדרך זו גם על האינטרס שלהם, המבטיח להם רמת הכנסה גבוהה. בעיה חשובה מאוד בכל ההקשר הפוליטי-חברתי הזה הוא הצורך לשמור על מסגרת ההוצאה הציבורית לשיירותי בריאות, שגדלה בקצב מהיר מאוד בשנים האחרונות והגיעה בארצות רבות עד ל-8% ואף ל-10% מכלל ההכנסה הלאומית, ולמנוע את העלאתה בעתיד מעבר לגבולות הקיימים.

בתקופה זו של משבר הפוקד את שירותי הבריאות הציבוריים בישראל חשוב להתבונן בניסיון הקנדי ולנסות ללמוד כיצד החברה הקנדית מנסה להתמודד עם הדילמות ועם הבעיות של הבטחת שירותים רפואיים אוניברסליים ופתוחים לכלל האוכלוסייה. מה שמעניין בניסיון הקנדי הוא שהוא מתרחש בכמה מישורים. ראשית, הקנדים מסרבים באופן מוחלט להיות מושפעים מן הניסיון של השכן הגדול שלהם בדרום — ארצות

איפשרה להקים את המערכת ולהפעילה עד כה ללא זעזועים. חשוב לציין, שהרופאים הצליחו גם להגיע להישגים נאים בתנאי העבודה והתשלומים שזכו להם במסגרת הביטוח הרפואי, דבר המאפשר קיום מערכת יחסים נאותים בין המקצוע המאורגן ובין הממשל בנושא זה. אין להסיק מכך שיחסים אלה בין הרופאים ובין הממשל מתנהלים תמיד על מי מנוחות, אבל האווירה הכללית הקיימת מאפשרת לפתור את חילוקי הדעות המתעוררים במסגרת דרכי המשא-ומתן וב"רוח המתנגדות המאפיינים על-פי רוב את החיים הציבוריים בקנדה.

ההסדרים החברתיים בתחומי ביטוח הבריאות כמו בתחומי שירותים חברתיים אחרים שנוצרו בתקופת האחרונה במרבית הארצות המתועשות התבססו ברובם על למידה חברתית של הנעשה בארצות אחרות. נראה, שחשוב שנבחר את הניסיון בתחום זה של ארץ כמו קנדה. קנדה היא אמנם ארץ גדולה ועשירה, אך במובנים רבים יש דמיון בינה ובין מדינת ישראל. קנדה היא מדינת מהגרים שבאו אליה מעשרות ארצות ומתרבויות שונות. זרם ההגירה נמשך בה עד עצם היום הזה. קנדה היא גם ארץ שהצליחה לשמור על אווירה פוליטית ונוהגי חיים שהמתינות והאחריות החברתית לרווחתו של האדם ממשיכים לשלוט בה. אין ספק, שאנו, במדינת ישראל, יכולים ללמוד ממנה בתחום שירותי הבריאות כמו בתחומים אחרים.

כזאת ורצון לשיתוף פעולה בין הגורמים השונים קשה לקיים מערכת שירותי רפואה בארץ רחבת ידיים והטרונגנית מבחינה חברתית, כלכלית ואזורית כמו קנדה. נכונות זו יש לייחס לשני גורמים מרכזיים. האחד — המסורת של מתינות יחסית בחיים החברתיים והפוליטיים בקנדה. למרות האינטנסיביות הגבוהה של החיים הפוליטיים, הן ברמה הפדרלית והן ברמה של הממשל המקומי, הנוהג הוא שהחלטות חשובות מתקבלות בדרך של משא-ומתן ופשרה. ואלה מאפיינים גם את המשא-ומתן המתקיים בין ממשלות הפרובינציות ובין ארגוני הרופאים. שני הצדדים יודעים יפה, שבעת הצורך לא יהססו הממשלות להשתמש בכוחן ולהעביר חקיקה מתאימה. ראש הממשלה הליברלי החדש של אונטריו, דיוויד פיטרסון, שהחליטתו נחושה לבטל את הנוהג של גביית תשלומים נוספים בפרובינציה, הודיע שיעשה הכל כדי להגיע להבנה ולהסכמה עם הרופאים בנושא זה, אך הוא ציין גם שיהיה מוכן, אם יהיה צורך בכך, לדאוג שהדבר ייעשה באמצעות חקיקה²⁸.

גורם אחר הוא המתינות היחסית של ארגוני הרופאים ביחסם להסדרי הביטוח הרפואי הממלכתי ונכונותם לפעול במסגרתו. ושוב, למרות ההשפעה האמריקנית החזקה, ארגוני הרופאים הקנדיים נוקטים ברובם עמדה שונה לגמרי מעמיתיהם האמריקניים בעניין הביטוח הרפואי. עמדה שונה זו

ביקורת שיפוטית על ועדות רפואיות לנפגעי עבודה

מאת ד"ר שאול קובובי *

געי עבודה ללא ביקורת משפטית ? ואם היתה ביקורת כאמור, על שום מה ראה המחוקק, חמש-עשרה שנה אחרי תחילת החוק (1.4.1954) לחדש חידושים ולערוך בדק-בית? מן התשובה שתינתן להלן יתברר מה יגעים היו הדברים במשך השנים הללו, ובמיוחד בימי בראשית של הפעלת חוק הביטוח הלאומי⁴ (1.4.1954).

הצעד הראשון נעשה בעליל "כרגל שמאל": במשך למעלה משנתיים הופעלו ועדות רפואיות בלי שהותקנו תקנות הביצוע שבהן היתנה החוק את הפעלתן; לפי הסעיפים 8 ו-9 שבתוספת החמישית לחוק המקורי (סעיף 61 בנוסח המשולב) צריך היה לקבוע בתקנות את "העקרונות המבחינים" לקביעת דרגת נכות, למינוי רופאים, להרכבת ועדות, לסדרי עבודתן ולתנאים שבהם ניתן לערער לוועדה רפואית לעררים. רק ביוני 1956 הותקנו התקנות⁵ (להלן — תקנות הנכות) וזאת בעקבות פסק-דין של בית-הדין המקומי בחיפה, שמתח ביקורת חריפה על עצם העובדה שוועדות רפואיות הוקמו, פעלו והכריעו בשאלות עקרוניות — על סמך הוראות פנימיות, ללא תקנות מאת שר

הקדמה

ערב צאתה לפגרת הקיץ, ביולי 1969, קיבלה הכנסת תיקון לחוק הביטוח לאומי¹ לפי נוסף — בין שאר תיקונים לחוק העיקרי² — סעיף 64א, שזו לשונו:

"החלטת הוועדה הרפואית לעררים ניתנת לערעור, בשאלת חוק בלבד, לפני בית-הדין לערעורים שלפי סעיף 244".

בית-הדין שבו מדובר (בית-הדין לערעורים לביטוח לאומי) לא היה אמור, מלכתחילה, להפעיל ולו פעם אחת, את הסמכות החדשה שהוענקה לו, שכן בהיפתח שנת השיפוט החדשה, בתום פגרת בתי-המשפט (1.9.1969), קם והיה בית-הדין לעבודה והחליף את בית-הדין לביטוח לאומי³. מכאן, שהביקורת השיפוטית מכוח סעיף 64א הופיעה, למן הרגע הראשון, על-ידי בית-הדין הארצי לעבודה. (על המצב החדש, החל מיום 1.1.1986 — ראה להלן.)

עולה השאלה: וכי לפני כן — לפני היות סעיף 64א — פעלו הוועדות הרפואיות לנפ-

* שופט בבית-הדין הארצי לעבודה.

- 1 ספר חוקים 569, תשכ"ט (25.7.1969), עמ' 206.
- 2 חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשכ"ח—1968; ספר חוקים 530, תשכ"ח (1.7.1968), עמ' 108.
- 3 חוק בית-הדין לעבודה, תשכ"ט—1969; ספר חוקים 553, תשכ"ט (27.3.1969), עמ' 70; סעיף 40 וסעיף 1 לתוספת הראשונה.
- 4 חוק הביטוח הלאומי, תשי"ד—1953; ספר חוקים 137, תשי"ד (27.11.1953), עמ' 6.
- 5 תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז—1956 (קובץ תקנות 612, תשט"ז, עמ' 864).

המקומי לביטוח לאומי סמכות "ייחודית לפסוק בכל תביעה של מבוטח נגד המוסד" "בכל ענין הנוגע לביטוח לפי חוק זה" וזמאידך גיסא העמידו כמחסום לפניו החלטת של ועדה רפואית?

בתי-הדין שאלו את עצמם: מה טעם בהענקת סמכות שמנועים מלהפעילה? ה"קושייה המתסכלת גרמה לכך שבהתחלה לא הופעל פיקוח ראוי על התלטות הוועדות הרפואיות. המכשול הוסר בהינתן, בבית-המשפט העליון, פסק-דין בעניין יחיאל קרדה.⁶

פסק השופט ברנזון, שהאמור בסיפא של סעיף 11 הג"ל מהווה אמנם כלל רציונל העושה את קביעתה המוסמכת של ועדה רפואית ל"רציה הותכת שאינה ניתנת לסתירה" בכל שאלה עובדתית-רפואית, אך לא כש"המדובר בהחלטה המבוססת "על הנחה משפטית או על פי פירוש סעיפי חוק", שכן בית-הדין לביטוח לאומי מוסמך "לברר שאלות אלה ולהכריע בהן". בעקבות דברים אלה החל זורם מחצריו של בית-הדין לביטוח לאומי זרם ראשון של הלכות המבקרות את פעולותיהן של הוועדות הרפואיות והמורות להן את הדרך שיילכו בה — דרך התוק. להלן דוגמאות מספר:

— ועדה רפואית אינה רשאית לכפור בתאונת עבודה שהכיר בה פקיד התביעות ואף לא לקבוע דרגת נכות "סמלית" ללא זיקה לפגימה כל-שהיא שברשימת הלי-קויים.¹⁰

— באין ברשימה פגימה ההולמת את מומו של הנכה, יש לקבוע דרגת נכות לפי הפגימה הקרובה ביותר למקרה ולא לקבוע דרגת נכות בעלמא.¹¹

העבודה.⁶ על-פי הסדר מינהלי בין המוסד לביטוח לאומי ובין משרד הביטחון "הוס-מכו" הוועדות הרפואיות, שפעלו במסגרת חוק התגמולים לנכי צה"ל, לקבוע גם את דרגת נכותם של נפגעי העבודה. את מלאכת התקנת התקנות דחו לעת מצוא, מסתמא על סמך הסברה, הנכונה כשלעצמה, שעל-פי סדר מימוש זכויות הנפגעים לא תוגשנה תביעות לגימלאות נכות בחודשים הראשונים של הפעלת החוק ולא יודקו מיד לוועדות רפואיות. הלכה למעשה לא הוגשו תביעות לגימלאות נכות לפני ספטמבר 1954, ומספרן במשך שנה בערך לא הגיע ל-400.⁷

בתקנות הנכות דאגו לאשרר את כל מה שנעשה לפני כן ללא סמכות. הוראת-מעבר (תקנה 45 (א) לתקנות הנכות) נתנה תוקף למפרע לכל דרגת נכות שנקבעה לפני פרסום התקנות ברשומות, כאילו נקבעה "לפי תקנות אלה".

משהחלו ועדות רפואיות לקבוע דרגת נכות לנפגעי עבודה, החלו הגכים שסברו שמגיעה להם דרגת נכות גבוהה מזו שנקבעה להם לפנות לבית-הדין לביטוח לאומי. בכך נת-קיים הכתוב בסעיף 11 לתוספת החמישית לחוק, שנאמר בו:

"קביעת-דרגת הנכות לפי הסעיפים 8 או 9 לתוספת זו, היא תנאי מוקדם לכל תביעה בפני בית-דין... והקביעה תחייב את בית-הדין".

דא עקא, שכל אימת שנפתח הליך של ערעור על החלטת ועדה רפואית טענו נציגי המוסד לביטוח לאומי שקביעתה של הוועדה מחייבת את בית-הדין. מה תועילו אפוא חכמים בתקנתם כאשר העניקו לבית-הדין

6 תב"ל ח"י (תיק ביטוח לאומי, חיפה) 48/55; נפתלי קרויטורו; פב"ל א', 27.
7 ד"ר ח' לחמן, "נכות כתוצאה מתאונת עבודה", ירחון העבודה והביטוח הלאומי, כרך ז', חוברת 10 (אוקטובר 1955), עמ' 7.
8 סעיף 104 (3) בחוק המקורי; סעיף 232 (א) (3) בנוסח המשולב.
9 בג"צ 359/61; פ"ד ט"ז 825.
10 חיים כהנוביץ; עב"ל (ערעור ביטוח לאומי) 57/62; פב"ל ז' 237.
11 יוסף צור; תב"ל; ת"א 50/62; פב"ל ח' 91 (אושר בעב"ל 27/63).

בית-הדין ניתן לערעור לפני בית-הדין הארצי לעבודה אם נתקבלה רשות לכך מאת נשיא בית-הדין הארצי לעבודה או סגנו".

התיקון — שתוקפו מיום 1.1.1986 — בא להקל את העומס הרובץ על בית-הדין הארצי בשבתו כערכאת ערעור על ועדות רפואיות שונות. אם יידרש בית-הדין הארצי גם להבא לסוגיות שהן נשוא הסקירה דנן, יהא זה רק לאתר מיון מבוקר, בעת מתן הרשות לערער.

מכל מקום ברי, שהלכות בית-הדין הארצי, שנפסקו במשך למעלה משש-עשרה שנה (עד 31.12.1985), תעמודנה על תילן להבא ולא ייגרע מכוחן המחייב.

פעולתה של ועדה רפואית לעררים לנפגעי עבודה — בראי הפסיקה

הביקורת השיפוטית המופעלת מבעד לעדשת סעיף 64א לחוק נוגעת לכל מעשייה של ועדה רפואית לעררים. שדה פעולתה של הוועדה גדור ותחום בעזרת ההוראות והמבחנים שב-תקנות הנכות, ומנוחה על-פי יעקרונות שיסודם במשפט המינהלי — כשכל אלה צריך שיובנו ויתפרשו בדרך התולמת את רוחו של ביטחון סוציאלי. מכאן, שהנושאים הנסקרים להלן חלקם טכניים וחלקם בעלי היבט רחב וכללי.

הרכב ועדה רפואית

תקנות הנכות מורות שוועדה מדרג ראשון מורכבת מפוסק אחד או, לפי הצורך, משני

— לא תוקף הוועדה הרפואית מחצית אחוזי הנכות על חשבון מצב קודם אם אין היא יכולה להצביע על פגימה מוגדרת התואמת את המצב הקודם¹² ;

— ועדה רפואית לעררים רשאית להפחית את אחוזי הנכות אף ללא ערר מטעם המוסד (תקנה 30 לתקנות הנכות), אך היא חייבת לנמק את החלטתה ובמקרה של אי-בהירות וספקות יש להחזיר את העניין לוועדה לצורך הנמקה¹³ ;

— אישור רפואי המעיד שחלה החמרה במצבו של הנכה אינו אלא "אשרת כניסה" לדיון מחדש (תקנה 36 לתקנות הנכות) ואינו מחייב את הוועדה, שהיא גוף סטטוטורי סוברני¹⁴.

ובחזרה לסעיף 64א, השיבותו של הסעיף אינה רק במה שהוא מורה לעשות, אלא גם במה שהוא פוסל או מונע, במשתמע או מכללא: אין ערעור על החלטת ועדה רפואית מדרג ראשון שעליה ניתן לערער בפני ועדה רפואית לעררים. הערעור מוגש ישירות לבית-הדין הארצי, משמע שאין פנייה לבית-הדין האזורי. שלישית — הערעור הוא בשאלת-חוק בלבד, להזכיר ולהדגיש (כאילו דרוש הדבר) שאין ערעור בשאלה "שבעוב-דה" או בשאלת רפואה. מחיצה הרמטית הוצבה אפוא בין שדה הרפואה לשדה המש-פט: יעסקו הרופא והמשפטן איש-איש בתחומן, ובל יבוא האחד להתנבא במלכות רעהו.

האמור בפסקה הקודמת נשאר שריר וקיים, חרף תיקון מס' 55 שנתקבל לאחרונה בחוק הביטוח הלאומי¹⁵, ולפי החלף סעיף 64א בנוסח חדש שלהלן:

"החלטת הוועדה הרפואית לעררים ניתנה לערעור, בשאלה משפטית בלבד, לפני בית-הדין האזורי לעבודה; פסק-דינו של

12 צבי שמואל; עב"ל 18/64; פב"ל ט' 166.

13 מיכאל קסמן; תב"ל אשקלון 3/66; פב"ל י' 105.

14 נתן גולשני; עב"ל 21/68; פב"ל י"א 79.

15 תיקון עקיף בסעיף 5 לחוק בית-הדין לעבודה (תיקון מס' 13), התשמ"ה—1985; ספר חוקים 1156, התשמ"ה (7.8.1985). תוקפו של סעיף 5 — מיום 1.1.1986.

נכות. ההחלטה הנ"ל אכן בוטלה, אך נדחתה העתירה שבית-הדין יפסוק בעצמו שנכותו של הנפגע כתוצאה מהתאונה היא בשיעור 100%. טעמו של בית-הדין היה כי "לא יטול לעצמו את הסמכויות שהמחוקק הועיד לוועדות הרפואיות, אלא במקרים יוצאים מן הכלל, בהם הטעות גלויה על פניה ותיקון הטעות אינו מצריך מידע רפואי"¹⁶.

בית-הדין גם לא יתערב כאשר נראה שהקו המבדיל בין שני סעיפי-פגימה דק ביותר והוועדה סמכה את ידה על סעיף אחד בעוד שהרופא מטעם הנכה סמך על סעיף אחר¹⁷.

בהתעורר שאלה מתחום הרפואה שיש להשיב עליה כדי לקבוע אם אירוע כלשהו הוא בבחינת פגיעה בעבודה, יפסוק בית-הדין בשאלת הקשר הסיבתי על סמך עדות רפואית. אולם משנקבע שהאירוע הוא בגדר פגיעה בעבודה, ועדה רפואית היא המוסמכת לקבוע אם קיים קשר סיבתי בין הפגיעה לנכות¹⁸.

בית-הדין הארצי לא יתערב בהחלטת-ביניים של ועדה רפואית הקובעת דרגת נכות זמנית, שכן בהחלטה מעין זו לא מתעוררת שאלת חוק, מה שאינו כן בהחלטת סופית¹⁹, וגם לא יתערב בהחלטת ועדה לתעורר ביועץ שאינו רופא גם "אם פעולתה מחייבת או מצריכה ידע שמחוץ לתחום ידי-עתם של חבריה"²⁰.

סירובה של ועדה רפואית להזמין רופאים שהנפגע ביקש כי יוזמנו להופיע לפניו,

פוסקים רפואיים¹⁶, ואילו ועדה רפואית לעררים מורכבת משלושה רופאים¹⁷. אך, כפי שנפסק, אין יסוד משפטי לטענה שצריך שיישב בה יותר ממומחה אחד לתחום רפואי כלשהו¹⁸; שינוי הרכב הוועדה במהלך דיו-ניה הוא הריגה מסמכות ואינו חוקי. אולם, אם מתברר בדיעבד שהנפגע קיבל את מלוא הסעד שהגיע לו מוועדה כזאת, אין להתזיר את הדיון לוועדה נוספת¹⁹.

רופא שטיפל בנפגע בעת אשפוזו אינו פסול לשבת כחבר בוועדה רפואית לעררים הדנה בעניינו²⁰. אולם, אין למנות לחבר בוועדה רפואית רופא שחיווה את דעתו על נכותו (במשפט נזיקין) — למען ייראה שצדק נעשה, וזאת בלי שיתעורר כל ספק בדבר יושרו המוסרי והמקצועי של הרופא²¹.

היקף הביקורת השיפוטית וסייגיה

בית-הדין הוא תקובע אם אירוע זה או אחר הוא בגדר פגיעה בעבודה ולוועדה הרפואית הסמכות לקבוע אם קיים קשר סיבתי בין הפגיעה בעבודה ובין הנכות ובאיו מידה קיים הקשר (סעיף 61 (א) (1) לחוק). לכן ביטל בית-הדין הארצי החלטת ועדה רפואית לעררים ששללה כל קשר סיבתי בין מצבו של נכה (עיוורון) ובין תאונה שנפסק לגביה שהיא תאונת עבודה וקבעה לו 0 אחוזי

- 16 תקנה 2 (ב) לתקנות הנכות.
 17 תקנה 27 (ב) לתקנות הנכות.
 18 אהרון מחפוד; דב"ע לח/832-01. פורסם ב"לקט פסקי-דין — ועדות רפואיות לנפגעי עבודה", היוצא לאור מטעם המוסד לביטוח לאומי, עמ' 211 (להלן — לקט).
 19 יוסף כהן; דב"ע לח/1539-01; לקט 225.
 20 סלח עטאלה; דב"ע שם/128-01; לקט 293.
 21 שמעון בן-חמו; דב"ע שם/277-01; לקט 294.
 22 עוזי מועלם; דב"ע לה/345-01; פד"ע ז' 353.
 23 יוסף דזלר; דב"ע לג/40-0; פד"ע ד' 407.
 24 יוסף אוריאל ואח'; דב"ע שם/101-0; פד"ע י"ב 34.
 25 שולמית שרבני; דב"ע לד/158-0; פד"ע ו' 81.
 26 דניאל כהן; דב"ע לא/25-0; פד"ע ב' 326.

"בשאלה המתעוררת עקב קביעת דרגת נכותו של הנפגע". אין סיבה שעורך-דין יוצא מכלל ייעוץ כאמור, כגון על מנת להדריך את הוועדה בניסוח חלק מהחלטתה, פן תיכשל בניסוחה היא, ובלבד שלא תיעזר בו בניסוח פרוטוקול הדיונים והחלטתה באופן שיאפשר התחמקות מביקורת משפטית.²⁸

חובת ההנמקה

במרכזם של ערעורים רבים עומדת הטענה, שהוועדה הרפואית לעררים דחתה חוות דעת של מומחה רפואי — שהגיש טענות לנכות — בלא שנימקה כלל או די הצורך על שום מה ראתה לדחותה. בית-הדין חזר והטעים שגם אילמלא הוראות תקנה 24 לתקנות הנכות, חייבת ועדה רפואית הפועלת כגוף מעין-שיפוטי לנמק שלילת חוות-דעת על-ידה כל אימת שחוות-הדעת עצמה מנומקת, שכן החלטת הוועדה נתונה לביקורת שיפוטית והחלטת סתמית עלולה להכשיל את מלאכת הביקורת. מידת ההנמקה תהא כמידת ההנמקה שבחוות-הדעת הרפואית. מאמידה כגון "הוועדה עיינה בחוות-הדעת", לא יידע הנפגע את הסיבה לכך שנקבעה לו דרגת נכות נמוכה מזו שרופא אחר ראה כנכונה ובית-הדין לא יוכל לבחון אם שיקולי הוועדה עומדים במבחן המשפטי המחייב.²⁹ ההנמקה צריכה לאפשר לא רק לרופא אחר לעמוד על מהלך מחשבתה של הוועדה, אלא גם לבית-הדין לעשות כן כדי לוודא אם הוועדה נתנה פירוש נכון לחוק.³⁰

אינו פוסל את החלטתה²⁷; אך אי-קיום בדיקה כלשהי על-ידי הוועדה הוא פגם משפטי המצדיק את התערבותו של בית-הדין.²⁸

פרוטוקול הדיונים

דיוגיה של ועדה רפואית, מסקנותיה והחלטתה, צריך שישתקפו במסמך שיעיד שהחליטים התנהלו כהלכה, יגלה את מהלך מחשבתה של הוועדה ויאפשר לקיים ביקורת כחוק על החלטתה. כל אלה עולים מן האמור בתקנה 24 לתקנות הנכות, המחייבת שדיוני הוועדה "יירשמו בפרוטוקול" ושהחלטתה הקובעת את דרגת הנכות "תהיה בכתב ויצורפו אליה הממצאים והנימוקים". רישום דיונים בפרוטוקול פירושו רישום עיקרי הדברים למען תדע ערכאת הערר מה שהתרחש בדרג הראשון. המשבצת "סיכום ומסקנות" שבטופס יכולה להיחשב "פרוטוקול" באין רישום המלמד שהוועדה שקלה את יישום תקנה 15 ומה תיז נימוקיה לאי-יישומה, בעוד שהעלו לפניה את נימוק המקצוע, ההחלטה פסולה.³⁰ אם החזיר בית-הדין תיק לוועדה רפואית, ירשום רושם הפרוטוקול כ"נימוקי הערעור" בטופס הדו"ח, את מספר תיק בית-הדין ויביא לידיעת חברי הוועדה את נוסח פסק-הדין, בין שיקריאו לפנייהם ובין שייתן אותו להם לקריאה. אך אסור לו לתמצת, לפרש או לצטט חלקים בלבד מפסק-הדין.³¹

תקנה 27 (ג) לתקנות הנכות מאפשרת לוועדה לקבל חוות דעת מיועץ "לא רפואי"

- 27 שמואל אסלטי; דב"ע לא/42-0; פד"ע ג' 136.
 29 נסים עמר; דב"ע לא/45-0; פד"ע ג' 25.
 30 אשר בטרמן; דב"ע ל/15-0; פד"ע ב' 147.
 31 סהיל בולוס; דב"ע לו/913-01; לקט 157; איסמעיל עגינה; דב"ע לט/228-01; לקט 256.
 32 גבריאלי וינר; דב"ע לג/130-0; פד"ע ה' 73.
 33 יגאל הניג; דב"ע לד/258-0; פד"ע ו' 225; צבי סימן-טוב; דב"ע ל/11-0; פד"ע ב' 133; אשר בטרמן; דב"ע ל/15-0; פד"ע ב' 147; שמואל בנימין; דב"ע לה/333-01; פד"ע ז' 361; צבי מנחם; דב"ע לב/120-0; פד"ע ד' 73.
 34 משה שריקי; דב"ע לה/129-0; פד"ע ז' 206.

תלויה בכך שוועדה רפואית קבעה ש"הנכות נובעת מהפגיעה בעבודה"⁴¹. הקביעה, שקיים קשר סיבתי כאמור הוא בסמכותה הבלעדית של הוועדה הרפואית ובית-הדין לא יתערב בכגון דא אלא במקרים נדירים, בגין טעות שבחוק.

הנחיה ברורה ניתנה לוועדות רפואיות לראשונה פענין שהתברר בו שוועדה רפואית לעררים חזרה ובה מקביעה קודמת שלה עצמה (בגלגול קודם של אותו עניין), לפיה הנכות אכן נובעת מן הפגיעה. בית-הדין עמד על ההבדל שבין קביעת דרגת הנכות ובין קביעת הקשר הסיבתי בין הנכות ובין הפגיעה בעבודה.

אחוז הנכות הוא לעתים עניין דינמי והוא נקבע מהיום למחר, ואילו הקשר הסיבתי "ענין סטטי הוא ופניו לעבר". אם תוכר סמכותה של ועדה רפואית לבטל החלטה קודמת הקובעת קשר סיבתי, יכול להיווצר מצב דומה אפילו בעוד עשר שנים "והרי אין הדעת סובלת שיטת ביטחון סוציאלי עם מקסימום אי-ביטחון לנפגע עבודה...⁴² (ההדגשות הוספו).

עניין כה מרכזי וחשוב כמו הקשר הסיבתי בין פגיעה בעבודה לנכות אינו יכול להיות מוכרע על דרך הספק. דרושה החלטה ברורה על דרך השלילה או החיוב והדעת אינה סובלת שזכותו של נפגע לקבל קיצבה תישלל "מחמת ספק בלבד כעולה מקביעת הוועדה הרפואית", כי "יתכן שהתסמונת הנורו-וסקולרית המתוארת כעת היתה קיימת בצורה מסוימת כבר אז"⁴³.

אם דו"ח הוועדה סובל שני פירושים ואין לדעת לאיזה מן השניים הכוונה, יחזור העניין לוועדה על מנת שתבהיר לאיזה פירוש התכוונה.³⁵

ועדה רפואית לעררים יכולה להגיע למסקנה שונה מזו של ועדה קמא אף אם ממצאייהם זהים, שכן "עצם הערעור בא בעיקרו לבחון את המסקנות של הדרג הראשון, ואין פסול בכך שהדרג הגבוה מגיע למסקנות שונות מדרג קמא". אך מוטב שבמקרים ידועים תגמק הוועדה לעררים את הטעם לשינוי המסקנות.³⁶

ועדה רפואית לעררים חייבת להתייחס לתעודות רפואיות שהיו לנגד עיני הוועדה מדרג ראשון.³⁷

רק עם מתן הנימוקים שהגיעו להחליט כפי שהחליטה מסיימת ועדה רפואית לעררים את מלאכתה שכן רק אז מתאפשרת הביקורת המשפטית כמתחייב מהחוק, ומקל וחומר כשהמדובר ביישום תקנה 15.³⁸ העדר הנמקה לאיישום תקנה 15 היא פגם משפטי.³⁹

בבוא ועדה רפואית לקבוע דרגת נכות המתייחסת לזמן עבר עליה לעגן את החלטה ולהסתייע בראיות אחרות, כגון מסמכים ותעודות רפואיים.⁴⁰

סוגיית הקשר הסיבתי

היותו של אדם נכה אחרי פגיעה בעבודה אינו עושה אותו לזכאי לגימלת נכות. הזכאות

35 ראובן ויינברג; דב"ע לט/438-01; לקט 275.

36 יוסף גלבוס; דב"ע לו/838-01; לקט 144.

37 אהרון מחפז; דב"ע לח/832-01; לקט 211.

38 ארמנד ביטון; דב"ע לז/602-01; לקט 180.

39 עיסא כורי; דב"ע לו/872-01; לקט 147.

40 חומש אקרים; דב"ע לט/230-01; לקט 251.

41 סעיף 61 (א) (1) לחוק.

42 רוחי יוסף אלחטיב; דב"ע ל/6-0; פד"ע א' 157; וכן: דב"ע ל/21-0 (איציק סטרוה) פד"ע ב' 181.

43 צבי סימן טוב; דב"ע ל/11-0; פד"ע ב' 133.

דב"ע ל/11-0 (שהוזכר בפסקה הקודמת)
בוו הלשון:

"עורכים כביכול חשבון עובר ושב, מחיי-
בים את החשבון באחוזי הנכות שהיו
לנפגע לפני הפגיעה, ומזכים את החשבון
באחוזי הנכות שנמצאו בנפגע בעת בדיק-
תו על-ידי הוועדה, והתפרש בין השניים
נותן את דרגת הנכות עקב הפגיעה"⁴⁴.

אם החליטה הוועדה שיש להפחית מן הנכות
הכוללת אחוזי נכות בגין מצב קודם, היא
תעשה זאת "רק על סמך נתונים מוכחים
מעברו הרפואי ולפי פריטים רשומים
מי שבתקנות הנכות"⁴⁵. (ההדג-
שות במקור). באין פריט ההולם את הפגיעה
הקודמת, תנהג הוועדה בדרך ולפי המבחנים
הנתוגים לקביעת דרגת נכות מחוץ למבחנים,
היינו "לפי הפגיעה הדומה לה"⁴⁷, אך בשום
פנים לא תזכה הוועדה באחוזי נכות "לפי
אומדן בלבד", כגון זקיפה סתמית "כדי מח-
צית" מנכותו הנוכחית של הנפגע, על חשבון
מום קודם"⁴⁸.

ניכוי בגין נכות קודמת יכול להיות מ-0%
עד 100% "הכל לפי הנסיבות"⁴⁹. סעיף
63 (א) מורה להתעלם מ"מום, פגם או ליקוי
מלידה, כתוצאה ממחלה, וכו'...". משמע,
שלצורך "חשבון עובר ושב" אין הכרח
להביא בחשבון רק מצב שהיה בו "נכות"
כמוגדר בסעיף 59 לחוק (איי-כולת "לעשות
עבודה שבן גילו ומינו מסוגל לעשותה") ודי
שימצא שהנפגע לוקה ב"מום או פגם" בגין
מצב קודם⁵⁰. לגבי ועברו הרפואי של הנפגע
תסתמך הוועדה על מסמכים או על עדויות
רפואיים. בית-הדין יתערב רק אם הקביעה

סעיף 61 (א) (1) לחוק מסמך ועדה רפו-
אית, ואותה בלבד, לקבוע אם "הנכות נובעת
מהפגיעה בעבודה ובאיזו מידה היא נובעת
כך". משמע, שרק היא מוסמכת לקבוע שה-
נכות אינה נובעת מן הפגיעה. אך אל לה
לוועדה רפואית לדחות "על הסף" אפשרות
של קשר סיבתי בין התאונה ובין פגיעה
כלשהי מטעם זה בלבד שאותה פגיעה "לא
הוזכרה בטופס התביעה לדמי פגיעה על
נספחיו ולא קיבלה את אישורו של פקיד
התביעות"⁴⁴.

"חשבון עובר ושב"

סוגייה זו, כקודמתה (הקשר הסיבתי), מקורה
בסעיף 61 (א) (1) הנ"ל, אלא שהפעם מושם
הדגש במלה מידה ("ובאיזו מידה היא
נובעת כך"). להבנת הדברים במלוא מש-
מעותם יש להידרש להוראת חוק נוספת,
לסעיף 63 (א) לחוק, לפיו —

"בקביעת דרגת נכות לא ישימו לב לכל
מום, פגם או ליקוי מלידה או כתוצאה
ממחלה, מתאונה או מכל סיבה אחרת
שהיו לפני הפגיעה שבקשר איתה
מוערכת דרגת הנכות, וכן כל מום, פגם או
ליקוי, שבאו ממחלה, מתאונה או מכל
סיבה אחרת אחרי פגיעה בעבודה
כאמור, אם אינם תוצאה ישירה מאותה
פגיעה בעבודה".

דרך יישומם במשולב של שני הסעיפים הללו
61 (א) (1) ו-63 (א) הותוותה בפסק-הדין

44 ארמנד נחמיאס ; דב"ע מא/560-01 ; פד"ע ט"ו 114.

45 פד"ע ב' 137.

46 יוסף פליישמן ; דב"ע לז/85-01 ; לקט 162.

47 גודל קלוג ; דב"ע לא/33-0 ; פד"ע ב' 320.

48 יצחק שילה ; דב"ע לח/1514-01 ; לקט 223.

49 משה ליינר ; דב"ע לט/173-01 ; לקט 248.

50 יצחק דבלינגר ; דב"ע לו/458-01 ; לקט 133.

12ג במסגרת התקנות בדבר קביעת דרגת נכות לגפגעי עבודה.

בתקנה 12א כתוב לאמור, שוועדה רפואית "תקבע את דרגת הנכות המצטברת לאחר שפקיד התביעות יאשר שהתקיימו בנכה העבודה הנסיבות כאמור בתקנה 12". נפסק, כי "כל שעל פקיד התביעות לעשות הוא לקבוע, קביעה ראשונית, אם צרוף הדרגות עשוי לזכות את הנכה בקצבת, ואל לו לשים עצמו במקום ועדה רפואית"⁵¹.

בתקנה 12 נקבעו הנסיבות לצירוף דרגות נכות בזו הלשון:

"(1) כתוצאה מהאופי המצטבר של הנכות צמצם נכה העבודה בדרך קבע את הכנסתו מעבודה או ממשלח יד ב-50% או יותר...

(2) צרוף דרגות הנכות מעבודה עשוי לזכות את הנכה באחת מאלה:

(א) קיצבה במקום מענק.

(ב) ...

נפסק, שסעיף 63א אינו דורש ש"הפגיעה בכושר ההשתכרות" תהיה "תוצאה מהאופי המצטבר של הנכויות" (כאמור בתקנה 12(1)), אלא תבוא "עקב האופי המצטבר של הנכויות". המחייב הוא לשון החוק והתיבה "עקב", כפי שפורשה בהקשר להגדרת תאונת עבודה, מלמדת שיראו קשר סיבתי מספיק בין האופי המצטבר של הנכויות ובין הפגיעה בכושר ההשתכרות, אף אם אותו קשר לא פעל באופן בלעדי⁵². עוד נפסק, שאין לפרש את הדיבור "קיצבה במקום מענק" (תקנה 12(2)(א)) כמחייב פירוש לפיו יש לצרף מענק למענק. לו לכך התכוונו, ניתן היה לכתוב "קיצבה במקום מענקים". הנוסח הקיים מתיישב עם פירוש אחר: צירוף מענק למענק וגם

אינה מעוגנת די הצורך בראיות כאמור; באין ראיות כאלה, לא תנכה הוועדה אחוזי נכות בגין העבר⁵¹.

שיטת החשבון עובר ושב אינה ישימה לגבי פגימה שבאה אחרי הפגיעה בעבודה שאליה "לא ישימו לב" אם איננה "תוצאה ישירה" של הפגיעה בעבודה (סעיף 63(א) סיפא). תחילה תברר הוועדה הרפואית אם פגימה זו היא תוצאה "ישירה" כאמור, ואם תקבע שלא — לא תתייחס אליה ותקבע את דרגת הנכות על-פי הפגימה שנבעה ישירות מן הפגיעה בעבודה⁵². אם תקבע שהפגימה החדשה היא אכן תוצאה "ישירה" אולם חלקית בלבד, אך לא ניתן להוכיח "חלקיות" כזו — תיזקף הנכות כולת, בגין הפגימה החדשה, על חשבון הפגיעה⁵³.

הוועדה שבסעיף 63(א) נועדה "לבדוד" את דרגת הנכות כתוצאה מן הפגיעה בשוא הברור מכל שאר ליקויי נכות המתקיימים במבוטח מכל סיבה שהיא, בין שבאו לפני ובין שבאו אחרי הפגיעה בעבודה.

בשנת 1973 הוסיפה הכנסת לחוק את הסעיף 63 שהסמיך את שר העבודה לקבוע בתקנות נסיבות לפיהן אפשר להגדיל את דרגת הנכות על-ידי הבאה בחשבון של נכות קודמת, הנובעת אף היא מפגיעה בעבודה "אם עקב האופי המצטבר של הנכויות נפגע במידה ניכרת כושר השתכרותו של הנכה מעבודה". בדברי ההסבר להצעת החוק נאמר שלעתים, עקב האופי המצטבר של הנכות, "נגרע כושר השתכרותו של הנכה, במידה העולה בהרבה על מה שהוא זכאי לפי כל דרגת נכות בנפרד" (ה"ח 998, תשל"ב, 331; 338).

מכוח סמכותו לפי סעיף 63א התקין שר העבודה את התקנות 12, 12א, 12ב

51 אברהם פולק; דב"ע לר/392-01; לקט 124.

52 יהושע זינגר; דב"ע לה/165-01; פד"ע ז' 214.

53 מרקו גולדשטיין; דב"ע לח/523-01; פד"ע י' 151.

54 חיים אדלר; דב"ע שם/132-0; פד"ע י"ב 144.

55 מגדל קרטנשטיין; דב"ע מא/147-0; פד"ע ז"ג 211.

צירוף קיצבה למענק. "גם כד מתקיים הכתוב, לפיו הנכה עשוי לזכות בקיצבה במקום מענק' הגם שהמענק מצטרף לקיצבה, נבלע לתוכה ותסיכום הוא קיצבה גדולה יותר, במקום מענק".

לעניין צמצום ההכנסה, שעליו מדובר בתקנה 1(1) נפסק, שמבוטח המבקש להוכיח שחל צמצום בהכנסתו מעבודה או ממשלח-יד "דרך קבע", חייב להראות שלפחות במשך זמן סביר אכן צומצמה הכנסתו כשי-עור שנקבע בתקנות 58ג.

דיון מחדש

משנקבעה לנכה דרגת נכות "סופית" יודעים בדרך כלל שה"סופיות" אינה אלא ארעית עד שתקבע דרגת נכות "סופית" חדשה. אך טבעי הדבר שלא ידאו בקביעת ועדה רפואית על אודות גופו ונפשו של אדם מעין מעשה בית-דין, כאילו הוקפאו הליכי נפש וגוף. יחד עם זאת, החלטה של ועדה רפואית הקובעת את דרגת הנכות "לצמיתות" מחייבת את כולי עלמא, ובראש וראשונה את המוסד לביטוח לאומי, החייב לשלם לנפגע גמלת נכות בהתאם להחלטת הוועדה. יש לשים לב ללשון שנקט המחוקק. בסעיף 62 הוגדרה "דרגת נכות שאינה יציבה" כדרגת נכות לזמן מוגבל או כדרגת נכות זמנית. בסעיף 69 (א) הוגדרה דרגת נכות עבודה יציבה כדרגה "שאינה לזמן מוגבל ואינה דרגת נכות מעבודה זמנית" ומבהיר בית-הדין:

"לא בכדי השתמש המחוקק במושג 'דרגת נכות יציבה' (סעיף 69) ... ולא נקט במושג דרגת נכות 'לצמיתות' או דיבור דומה. פירוש המלה 'יציב' הוא: מצב

שבזמן קביעתו אין רואים כוודאי שישונה בעתיד הנראה לעין, בעוד ש'קבוע' בא לתאר מצב שבזמן קביעתו לא נראה כי ישונה. ההבדל בין השניים ברור, ואכן ניתן, במקרים מסוימים, לשנות דרגות נכות יציבה" 54.

כיצד משנים דרגת נכות "יציבה" ? על-ידי דיון מחדש (תקנות 36 ו-37 לתקנות הנכות). אילמלא האפשרות של דיון מחדש, משהיתה הוועדה קובעת את דרגת נכותו של אדם היתה הקביעה מחייבת סופית ועומדת בעינה כל חייו של הנפגע 55.

תקנה 36

וזו לשון התקנה, במה שדרוש לענייננו:

36. (א) עברו ששה חדשים מאז נקבעה לאחרונה דרגת נכותו של נפגע ורופא שאושר במיוחד לכך... אישר ובכתב... כי הפגימה שבקשר אליה נקבעה דרגת הנכות הוחמרה או שנתגלתה פגימה חדשה, רשאי הנפגע לבקש קביעת דרגת נכותו מחדש...

(ב) ...

(ג) הדיון בקביעת דרגת נכותו מח-דש של הנפגע ייעשה רק אם ההחמ-רה או הפגימה החדשה הן תוצאה מהפגיעה בעבודה שבקשר אליה נקבעה דרגת הנכות".

האישור הרפואי הפותח הליך לפי תקנה 36 אינו צריך להתבסס על המצב הרפואי האוב-ייקטיבי בעבר ובהווה. עליו להשוות את מצבו של הנפגע היום עם האמור בהחלטת הוועדה שקבעה את נכותו היציבה בטרם טען להחמרה 56.

53 יעקב בלייברג; דב"ע מד/9-0; דב"ע מה/48-0; פד"ע י"ז 86.

54 רוברט גזיאל; דב"ע לב/81-0; פד"ע ג' 368.

55 אליהו אספהני; דב"ע לה/117-01; פד"ע ז' 337.

56 עסא כורי; דב"ע לו/872-01; לקט 147; יהודה רוט; דב"ע לז/51-0; פביל י"ד 51.

שבמקרה הראשון דרוש אישור רפואי, כל מה שנחוק במקרה השני הוא "בקשה" מאת רופא מוסמך שמינה המוסד לתפקיד זה. משמע, שהכוונה היא שהסמכות תופעל משי-קולים ענייניים, קרי — שיקולים רפואיים — כשלנגד עיני הרופא המוסמך מצוי "נתון של שינוי במצב, אם כי אותו שינוי אינו חייב להיות שינוי מוכח בפניו ודי שבידיעתו המקצועית ובגסיונו יהיה כדי לשמש יסוד סביר שחלוף הזמן הביא לשינוי"⁵⁷.

תקנה 30 וה"תיקון לחומרא"

זכותו של הנכה לדעת לפני מה הוא עומד, שהוזכרה בסעיף הקודם, צריך שתעמוד לו שבעתיים אם יש בדעתה של ועדה רפואית לפעול ל-*reformatio in pejus*. וזו לשון תקנה 30:

"ועדה לערעורים רשאית לאשר החלטת הועדה, לבטלה או לשנותה, בין שנתבקשה לעשות זאת ובין שלא נתבקשה, בין שהמערער הוא הנפגע ובין שהוא המוסד".

אין לומר שהקוץ שבאליה סמוי או מוצנע ואף-על-פי-כן ספק רב אם נמצא מבוטח אחד היודע שעררו בפני ועדה רפואית לעררים עלול להסתיים בכך שיצמצמו או יבטלו את זכותו לגמלת נכות. אך השאלה, יותר משהיא משפטית, היא שאלה של גהות ציבורית במערכת הביטחון הסוציאלי. בהיותו ער לדבר, נהג המוסד לביטוח לאומי גמישות מירבית כל אימת שנתגלה במהלך ערעור שוועדה רפואית לעררים החליטה על "תיקון לחומרא" בלא שנתבקשה לעשות זאת.

האישור הנ"ל משמש "אשרת כניסה" ואין בו כדי להשפיע על פעולות הוועדה הרפואית. זו תקבע תחילה אם חלה "החמרה" ואם קיים קשר סיבתי בין ההחמרה ובין הפגיעה בעבו-דה, ורק אז תפעיל את סמכותה לקבוע דרגת נכות מחדש⁵⁸, לרבות הסמכות מכוח תקנה 15⁵⁹. כדי לקבוע אם חלה "החמרה" או שנתגלתה "פגימה חדשה" תערוך הוועדה השוואה בין ממצאי קודמתה ובין ממצאיה היא, ולא תערוך השוואה בין "המצב הקלי-ני" דאז ובין "המצב הקליני" דהיום⁶⁰.

בהליך לפי תקנה 36 הוועדה אינה רשאית לפסול קביעה של ועדה קודמת — שווה לה במעמד — שהכירה בהחמרת ליקוי בגופו של הנפגע. הוועדה קשורה בהחלטת קודמתה לעניין הקשר הסיבתי⁶⁰.

תקנה 37

תקנה 37 מקבילה במידת-מה לתקנה 36: בתום שישה חודשים "רשאי רופא מוסמך לבקש קביעה מחדש של דרגת הנכות". נכה המוזמן להתייצב בפני ועדה רפואית מכוח תקנה 37, זכאי לדעת שהוא עומד לפני אפ-שרות שיפחיתו מאחוזי הנכות שנקבעו לו בשעתו. רצוי שהדבר יצוין במפורש בהזמנה ועדיף לשלוח לנכה גם העתק החומר שהוגש לוועדה לשם הפעלתה. בהעדר צעדים כאלה, כשהנוגע בחבר אינו יודע מראש לפני מה הוא עומד, הדין פסול מעיקרו⁶¹.

לדיון מחדש — הן לפי תקנה 36 והן לפי תקנה 37 — יש צידוק אם חל שינוי בנתו-נים ששימשו לקביעה הקודמת, אך בעוד

57 גבריאל וינר; דב"ע לג/130-0; פד"ע ה' 73.

58 חורי מטאנס מרזור; דב"ע לו/308-01; לקט 120.

59 חיים בן-שבת; דב"ע לז/426-01; פב"ל י"ד 57.

60 איסר שידלובר; דב"ע לז/1309-01; לקט 204.

61 אבו פארס מרוקה; דב"ע לח/1324-01; לקט 220.

62 עובדיה שליבו; דב"ע מג/98-0; פד"ע ט"ז 211.

מהותו של העניין מחייבת שרופא הבדק פלוני יוכל לבטא את מלוא השקפתו על סמך ממצאיו, בלא שיהא כבול על-פי נוסח הערר. בית-הדין הארצי לעבודה, משנדרש לשאלה, פסק⁷⁰ שלשונה של תקנה 30 אכן עונה כלשונה וכרוחה להלכת וייפ, אך בכפוף להיבט נוסף המתחייב מסעיף 61 (א) (1) לחוק הביטוח הלאומי (ראה סעיף "חשבון עובר ושב" דלעיל) לפיו ועדה רפואית מוס-מכת לקבוע "באיו מידה" הנכות גובעת מן הפגיעה בעבודה, כלומר את מידת הקשר הסיבתי. וכבר צוטטה ההלכה האומרת, שהקשר הסיבתי "עניין סטטי הוא ופניו לעבר"⁷¹. סמכותה של ועדה לעררים, מכוח תקנה 30 — לאשר, לבטל או לשנות — מוסבת כל-כולה ובאופן בלעדי, על החלטת ועדה רפואית מדרג ראשון, וספק רב אם הוועדה לעררים יכולה "לבטל או לשנות" החלטה קודמת של ועדה רפואית לעררים שקבעה על-פי חשבון עובר ושב מה היתה דרגת הנכות בגין פגיעה שלפני התאונה. שהרי זוהי קביעה לעניין מידת הקשר הסיבתי — ופניה לעבר.

ההלכה החדשה, יחסית, בעניין וייפ (בג"ץ 296/83), שתזכר עוד להלן, פירטה את הטעמים שבהוראה, דוגמת תקנה 30, ושמה קץ לפסיקה שדגלה בפירוש שונה שעיקרו היו: בהעדר ערר מטעם המוסד, ועדה רפואית לעררים אינה רשאית לגרוע מן האחוזים שנקבעו רק מפני שהיא עצמה גר-רסת שדרגת הנכות גבוהה מדי⁶⁸; ועדה רפואית לעררים לא תדון אלא בערר שיש לפניה⁶⁴; בדין מחדש (תקנה 36) אין הוועדה רשאית לדון בפגימה שלא צוינה באישור הרפואי⁶⁵; היא רשאית לדחות את הבקשה ולקבוע שלא היתה החמרה או להחליט שהיתה החמרה ולהגדיל את אחוזי הנכות בהתאם, אך לא להפחית אחוזי נכות שלא במסגרת דיון לפי תקנה 37⁶⁶. ובמקביל: הוועדה אינה רשאית להגדיל את אחוזי הנכות בהליך לפי תקנה 37 כאשר בקשת המוסד היתה להפחיתם⁶⁷; בהיותה מוגבלת, בדיוניה, למה שיש לפניה לא תדון ועדה רפואית במספר תאונות, אלא תדון בכל אחת מהן בנפרד, ולא בהשפעתה המחמירה של תאונה אחת על רעותה⁶⁸.

תקנה 15

משקלה של תקנה אחת זו שקול כמעט — הן בתודעת המבוטחים (כמשקל "סגולי"), והן, הלכה למעשה, בזירה המשפטית — כנגד משקלן של מאה הפגימות ויותר שב-תוספת לתקנות הנכות. התקנה באה להסיט

עניין וייס — בג"ץ 296/83

ועדה רפואית לעררים, שפעלה במסגרת תקנות מס הכנסה, החליטה על "תיקת לחומרא". בג"ץ פסק, שלא רק שלשון התקנה דשם (תקנה 20 לתקנות מס הכנסה) הגדירה את סמכות הוועדה לעררים באופן רחב, אלא

63 ישראל בוטראשוילי; דב"ע לט/120—01; לקט 243; נפתלי אסולין; דב"ע לר/281—01; לקט 116.

64 איציק סטרול; דב"ע ל/21—0; פד"ע ב' 181.

65 אליהו בן-נזן; דב"ע לט/646—01; לקט 262.

66 אהרון גמליאל; דב"ע לר/129—01; פב"ל י"ג 18.

67 בשארה מוסה; דב"ע לח/629—01; לקט 210.

68 ישראל בוטראשוילי; דב"ע מא/533—01; לקט 298.

69 מאיר וייס; בג"ץ 296/83.

70 אפרתי ששון; דב"ע מג/1403—01; (לא פורסם).

71 רוחי יוסף אלחטיב; דב"ע ל/6—0; פד"ע א' 157.

תשומת לב למקצועו של האדם, היינו המקצוע שבו הוא עוסק דרך קבע ועליו פרנסתו. מי שיש לו יותר ממקצוע או מעיסוק אחד, יובא גם המקצוע השני בחשבון. אולם מקצועו של תלמיד בחופשתו מלימודים אינו בבחינת מקצוע לעניין תקנה 15.⁷⁸

מדו"ח הוועדה הרפואית צריך שיהא ברור מהי דרגת הנכות ההולמת את הפגימה בהתאם למבחנים, ומהי דרגת הנכות המוגבלת דלת שהוועדה רואה לנכון לקבוע "בשים לב למקצועו"⁷⁹. — בהתייחסות למקצוע (שלפני התאונה) יש לשקול באיזו מידה פועלת הפגימה הקונקרטיית באדם שבאותו מקצוע, במידה רבה יותר מאשר באדם שבעבודתו אין לפגימה משקל מיוחד.⁸⁰ העובדה, שהמבוטח שוקל להפסיק את עבודתו כשכיר ולפתוח עסק עצמאי אינה משחרת את הוועדה הרפואית מחובתה לשקול בצורה עניינית אם הוא זכאי להפעלת תקנה 15 ואת שיעור הפעלתה.⁸¹ הוועדה אינה צופה פני עתיד כי אם פני הווה ועבר וצריך שתהא סבורה שהנכה כבר עתה "אינו מסוגל לחזור לעבודתו..." או שהנכות כבר "הביאה לירידה ניכרת... בהכנסותיו".⁸² הפעלת התקנה אינה עניין המותנה בשיקולים רפואיים בלבד, אלא גם בשיקולים כגון ירידה בהכנסות ואורך זמנה של ההגבלה.⁸³

כגוף מעין-שיפוטי ועדה רפואית אינה רשאית למסור את תפקידה לאחר, אך היא רשאית לבקש אינפורמציה בענייני כספים לעניין תקנה 15. אינפורמציה זו צריך שתובא לידיעתו של הנפגע כדי שיוכל להגיב עליה בהופיעו בפני הוועדה.⁸⁴ והיא כוללת את דו"ח חוקר המוסד לעניין ירידה בהכנסותיו תי.⁸⁵

את אלומת אורו של הזרקור מן הנכות אל הנכה, מן הנזק השווה לכל-נפש-וגוף לאותו ניוק הטוען לנזק מיוחד. לשון אחר — מן האובייקטיבי לסובייקטיבי. להלן לשון התקנה, במידת הדרוש לענייננו:

"(א) הוועדה רשאית לקבוע דרגת נכות יציבה קטנה או גדולה עד מחצית מזו שנקבעה לה במבחנים... בשים לב למקצועו, לגילו או למינו של הנפגע..."

(ב) הוועדה תתחשב במקצועו של הנפגע כאשר להעיתה הוא אינו מסוגל לחזור לעבודתו או לעיסוקו או כאשר לדעתה הנכות הביאה לירידה ניכרת ולא לזמן מוגבל בהכנסותיו.

(ג) הוועדה לא תתחשב בגילו, במינו וב-כשר העבודה של הנפגע אם הם כבר הובאו בחשבון במבחנים.

(ד) "..."

כשאלה ראשונה, לפי סדר הכתוב, ישאלו כיצד לפרש את המלה "רשאית". תשובתו החד-משמעית של בית-הדין הארצי היתה, שהוועדה חייבת, מיוזמתה היא, לתת את דעתה לתקנה כשם שהיא מעיינת, מיוזמתה היא, בכל הפריטים ופריטי-המשנה לקביעת אחרוני הנכות.⁸⁶

תקנה 15 (א): מקצועו של הנפגע

שיטת הגימלאות הנהוגה בביטוח נפגעי עבודה: היא; השיטה הפונקציונלית. יישומה העקיב יכול, במקרים אחדים, להביא לעוול בולט ועוול זה באה תקנה 15 לאזן תוך מתן

72 דניאל כהן; דב"ע לא/25-0; פד"ע ב' 326.
73 ציון מוטהדה; דב"ע לה/128-01; פד"ע ז' 365.
74 יוסף מלמד; דב"ע שם/1694-01; פד"ע י"ג 327.
75 שמואל בנימין; דב"ע לה/333-01; פד"ע ז' 361.
76 אברהם כהן; דב"ע מב/1164-01; פד"ע ט"ז 91.
77 מויסה קנדל; דב"ע לח/693-01; לקט 196.
78 כחה אמיר; דב"ע לו/976-01; לקט 160.
79 אמיל שוורץ; דב"ע לח/1764-01; לקט 232.
80 מרדכי ברבי; דב"ע לח/1071-01; לקט 219.

בבית-המלאכה שבבית-הסוהר⁸¹. ולהבדיל — גם לגבי חבר קיבוץ יש לשקול יישום תקנה 15⁸², וזאת תוך מתן תשומת לב לפרובלמטיקה המיוחדת בקשר למבוטחים חברי קיבוץ⁸³.

תקנה 15 (א) : הגיל

הגיל, כגורם שיש להתחשב בו ביישום תקנה 15, מובא בחשבון בהקשר לכושרו של אדם להשתכר: גיל מבוגר יכביד על עשיית המלאכה, גיל צעיר עלול להקשות על הנפגע להתגבר על מגבלותיו בראשית דרכו בחיי העבודה. גיל אמצעי — גיל נייטרלי — אינו מכשלה לכאן או לכאן⁸⁴ ואל לה, לוועדה הרפואית, לראות בגיל נייטרלי גורם ממתן, המושך כאילו "כלפי מטה". בגיל נייטרלי אין להתחשב, לא למען הגדלת אחוזי הנכות ובוודאי לא למען הפחתתם⁸⁵. גיל מבוגר כשלעצמו, אינו מונע יישום תקנה 15. יש להתחשב בקשיים המיוחדים שאצל אדם מבוגר לעניין הסבה מקצועית, לעצם האפשרות להשיג עבודה ולעמוד בהתחרות בשוק העבודה⁸⁶ והוועדה תשקול אם הפגיעה הפיזיולוגית חמורה יותר מבחינת התעסוקה אצל אותו אדם בגלל גילו⁸⁷. כשהנפגע הוא גימלאי, אין להביא

את תקנה 15 (א) יש ליישם לפי דרגת הנכות "נטו" של המבוטח, היינו אחוזי הנכות בגין התאונה, לאחר ניכוי מצב קודם (חשבון עובר ושב)⁸¹. הגדלת אחוזי הנכות מכוח תקנה 15 יכולה להיעשות רק במסגרת אותו הליך שבו נקבעה דרגת הנכות הצמיתתה⁸². אם בהליך לפי תקנה 36 לא קבעה הוועדה הרפואית שחלה החמרה בפגימה או שנתגלתה פגימה חדשה כתוצאה מן התאונה, היא אינה יכולה להפעיל את סמכותה לפי תקנה 15⁸³. רק כאשר נקבע שחלה חמרה, יש מקום לדון בהפעלת תקנה 15. אם הדיון מחדש היה במסגרת תקנה 37 ונקבע שחלה "הטבה" במצבו של הנפגע, אין מקום להפעיל את תקנה 15⁸⁴.

העובדה שהנכה יכול להשתקם אינה צריכה להישקל. שיקום מקצועי הוא זכותו של הנפגע ואין ליצור מצב שבו העובדה הרצויה שנכה שיתף פעולה ועשה לשיקומו תפגע בקיצבתו⁸⁵. השאלה איננה אם הוא יכול להשתקם במקצוע אחר, אלא אם איננו מסוגל לחזור לעבודתו או אם הנכות הביאה לירידה ניכרת ולזמן שאינו מוגבל בהכנסותיו⁸⁶.

דבר היותו של אדם אסיר אינו רלוונטי. השאלה היא האם האסיר יכול או שאינו יכול לחזור לעבודתו מלפני המאסר בגין הליקוי שנגרם לו עקב תאונת עבודה

- 81 ראונו וינברג; דב"ע לט/634-01; לט/438-01; לקט 275; יצחק דבלינגר; דב"ע לו/458-01; לקט 133; יצחק שילה; דב"ע לח/1514-01; לקט 223; אריה דינרמן; דב"ע לט/99-01; לקט 241.
- 82 נפתלי אסולין; דב"ע לו/281-01; לקט 116.
- 83 חורי מטאנס מרוזק; דב"ע לו/308-01; לקט 120.
- 84 אליהו אספהני; דב"ע לה/117-01; פד"ע ו' 337, 340; אגון קליין; דב"ע לח/1619-01; לקט 227.
- 85 שמואל בנימין; דב"ע לה/333-01; פד"ע ו' 361.
- 86 יצחק לויאשוילי; דב"ע מג/1749-01; פד"ע ט"ז, 180; יצחק לויאשוילי; דב"ע לח/1355-01; לקט 221.
- 87 גימיל עבדול ראוף חסדייה; דב"ע לח/1012-01; פד"ע י' 372.
- 88 ראונו חרש; דב"ע שם/41-01; לקט 291.
- 89 אליעזר מלכין; דב"ע לד/33-0; פד"ע ה' 274.
- 90 סימון חיים; דב"ע לט/681-01; לקט 279.
- 91 אברהם יחזקיאלי; דב"ע מג/1445-01; מג/1508-01; פד"ע ט"ז 183.
- 92 אליהו אחיון; דב"ע לו/504-01; לקט 135; קרול הלפרין; דב"ע לו/861-01; לקט 188.
- 93 שהרבי ג'ורג'יה; דב"ע לח/99-01; לקט 215.

דין הצהרתי שבו ייאמר ש"העניין טרם בשל להחלטה סופית בשאלת יישום תקנה 15 ויבא לפני ועדה רפואית בבוא העת"⁹⁷.

תקנה 15 (ג) — כושר העבודה

ההוראה שבתקנה 15 (ג) מונעת יישום תקנה 15 כל אימת שהגודם המאפשר את יישום זה (גיל, מין, כושר העבודה) כבר הובא בחשבון ב"מבחנים". הדברים אמורים בעיקר בקשר לכושר העבודה. סימני שאלה ומידת-מה של התלבטות ליוו את פירושו של פריט 35 (1) שברשימת הפגמות. עניינו של הפריט הוא "ארטריטיס" המשפיע, לפי סולם חומרות עולה, על "כושר הפעולה הכללי". השאלה מה בין "כושר העבודה" ובין "כושר פעולה כללי" לא היתה "סמאנטית" גרידא וזכתה לפירוש נרחב בפסיקה:

"פריט 35 (1) אינו מביא בחשבון כושר עבודה, אלא רק כושר פעולה כללי, וכלל לא בטוח שהגבלת כושר הפעולה הכללי באצבעות יד שמאל, עת המדובר בתופרת או בכתבנית, נכון יהיה לפעול לענין תקנה 15 כשם שהיו פועלים במקרהו של עורך-דין... בתקנה 15 (ג) בקשו למנוע מצב שבו אותו נתון — מקצועו של הנכה — ישמש פעמים להוספה על דרגת הנכות שנקבעה לצד המבחנים, ולא בקשו לשלול כליל התחשבות במקצועו של הנכה. כך גם מנקודת-מבט של מטרת תקנה 15 (ג) מגיעים למסקנה שאין בפריט 35 (1) לשלול הפעלתה של תקנה 15 (א)"⁹⁸.

בחשבון את הגימלה המשתלמת לו. השאלה היא האם הנכות מכבידה במיוחד על הנפגע בשים לב למקצועו, לכושרו להשתכר ולגילו⁹⁴.

אין לבטל יישום קודם של תקנה 15 המתייחס לגיל, אם תוך-כדי דיון מחדש מתברר שהפגימה הוחמרה ובפריט החדש שיושם הובא בחשבון "כושר העבודה" כך שאי-אפשר היה ליישם תקנה 15 (ב) מפאת הסייג שבתקנה 15 (ג)⁹⁵.

תקנה 15 (ב) — נוסח חדש

בתקנה 15 המקורית (1956) דובר בקביעת דרגת נכות גדולה יותר "בשים לב למקצועו, לגילו או למינו של הנפגע". נוסחה זו מצויה גם בתקנה דהיום⁹⁶, אלא שנוספה ההוראה שבתקנה 15 (ב) המחייבת את הוועדה להתחשב במקצועו של הנפגע "כאשר לדעתה הוא אינו מסוגל לחזור לעבודתו או כאשר לדעתה הנכות הביאה לירידה ניכרת ולא לזמן מוגבל בהכנסותיו".

בית-הדין הארצי עמד על הסכנה הטמנה נה בגישה "הסובייקטיבית" שבנוסח המתור-קן, המחייב שכבר בעת דיוני הוועדה יתקיים אחד התנאים שבתקנה 15 (ב): "אינו מסוגל...". או "הנכות הביאה לירידה ניכרת...". והיה, אם במצעד שבו התייצב הנפגע לפני הוועדה טרם פוטר מעבודתו ושכרו לא פחת — לא יהיה מקום ליישם לגבי תקנה 15 בגין "מקצועו" אף-על-פי שברור שבעתיד יפסיד משכרו בין אצל אותו מעביד ובין אצל מעביד אחר. הפתרון למניעת העוול יכול להיות אחד משני אלה: "הצהרת חבות" שייתן בית-הדין, או פסק-

94 שרגא שפר; דב"ע לז/491-01; פד"ע ט' 145.

95 דוד שלוש; דב"ע לט/1628-01; לח/1712-01; לקט 266.

96 קובץ תקנות 3131; תשל"ד (14.2.74), ע' 663.

97 ג'מיל עבודת ראוף חסדייה; דב"ע לח/1012-01; פד"ע י' 372.

98 רחל אדרי; דב"ע שם/766-01; פד"ע י"ג 272 בעמ' 275, 276.

"הרשות"

על קיומו של גוף הקרוי "הרשות" למדין מן ההוראה שבתקנה 16 א לתקנות הנכות המורה, שאין ליישם תקנה 15 לגבי "נכות של 20% ומעלה", "אלא לאחר התייעצות עם הרשות האמורה בתקנה 18 א". בתקנה אחרונה זו מוגדרת "הרשות" כ"ועדה המורכבת מפקיד השיקום... מרופא מוסמך ומעובד המוסד שנקבע לכך על-ידי מנהל ביטוח נפגעי עבודה".

נראה, שהוועדות הרפואיות ו"הרשות" עצמה לא עמדו תמיד על משמעות המלה "התייעצות", כך שנוצרה אט-אט מעין תלות של הוועדות הרפואיות במוצא-פיה של "הרשות". בית-הדין העמיד את הדברים על מקומם בציינו, שוועדה רפואית אכן חייבת להיוועץ ב"רשות", אולם לאחר שנתנה את דעתה לעמדה שהובעה, ההחלטה בידה בלא שתהא קשורה כלל בעצת "הרשות". כדי שזו תוכל למלא כראוי את תפקיד הייעוץ שבידה, רצוי שתובא לסנייה הצעה מנומקת של הוועדה הרפואית ו"הרשות" תתייחס במנו-מק להצעת הוועדה.¹⁰²

הוועדה הרפואית אינה "ממליצה" לפני "הרשות" על הגדלת דרגת הנכות, אלא מע-בירה לה עמדה או הצעה מנומקת כדי לקבל עליה את חות הדעת של "הרשות". את החלטתה היא רושמת תוך ציון שהתייעצה עם "הרשות" ואין היא "מקבלת המלצה" או "דוחה המלצה"¹⁰³. שכן, עקרון יסודי במשפט המינהלי הוא, שהמחליט חייב להפעיל את שיקול דעתו על יסוד נתונים עובדי-דתיים שהיו לפניו ולא לאמץ מסקנה של

אין ליישם תקנה 15 על פגימה לפי פריט 34 (הפרעות פסיכו-נוורוטיות) שבו כלול האלמנט של הגבלת כושר העבודה⁹⁹, או על פגימה לפי פריט 9 (2) ב (אנגינה פקטור-ריס) — מאותה סיבה¹⁰⁰.

אולם, מאחר שתקנה 15 (ג) מורה על אי-יישום התקנה למקרה שכושר העבודה כבר הובא בחשבון במבחנים — נפסק שהתקנה תהיה ישימה לגבי דרגת נכות שנקבעה מחוץ למבחנים, כגון דרגת נכות "מותאמת" שנקבעה מכוח הוראות תקנה 31 (ב) לתקנות הנכות.¹⁰¹

האיסור לפי תקנה 15 (א) יכול שיהא מסויג. כך נפסק בעניינינו של מבוטח שנפגע במספר פגימות כתוצאה מתאונת עבודה, ובכלל זה נכות של 10% לפי פריט 34 ב, פריט הכולל כאמור הגבלת כושר העבודה, ולא היה מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת כפועל בניין. הוועדה הרפואית קיבלה את המלצת ועדת הרשות וקבעה לו דרגת נכות גדולה ב-25% בעד "נכותו הרפואית מלבד סעיף פסיכיאטרי".

בית הדין פסק, שהיה מוצדק להתעלם מן הנכות לפי פריט 34 לצורך יישום תקנה 15 אך לא כך עמד העניין כאשר באו לשקול את מידת היישום והגדילו את דרגת הנכות ב-25% בלבד: "היה מקום להתחשב במצבו של הנפגע כשלמות, היינו כולל המגבלות בתחום הנפשי". לשון אחר: הפגימה לפי פריט 34 (ב) אינה יכולה לזכות את הנפגע בתוספת אחוזים (10% נשאר 10%), אך יכולה גם יכולה להכריע בשעה שמעריכים את היותו של הנכה מסוגל לחזור לעבודתו¹⁰¹ א.

99 יעקב אזולאי; דב"ע לט/589-01; לקט 260.

100 דוד שלוש; דב"ע לט/1628-01; לח/1712-01; לקט 266.

101 אברהם בן-אסולין; דב"ע לט/1825-01; לקט 289.

101 א יחיה חליל; דב"ע מג/790-01; פד"ע י"ז 58.

102 מנשה קמל; דב"ע לה/11-01; פד"ע ו' 175; ג'מיל עבדול ראוף חסיידה; דב"ע לח/1012-01;

פד"ע י' 372.

103 קרול הלפרין; דב"ע לו/59-01; לקט 105.

התאונה לא חזר לאיתנו¹⁰⁸. אם דרוש לחזע-
דה, כדי להגיע להחלטה, שהנפגע יאושפו
בבית-חולים למטרת הסתכלות, היא רשאית
לדרוש את האשפוז ובלבד שתקבע את
תנאיו ומטרותיו, ובמידת האפשר — את
דרכי הבדיקה ומהותן¹⁰⁹.

מזת המערער: מת המערער בעוד ער-
עורו — במסגרת תקנה 36 — תלוי ועומד
בפני ועדה רפואית לעררים, זכאים שאירץ
להמשיך בערר¹¹⁰.

הארכת מועד: המועד להגשת ערעור
לבית-הדין קבוע בתקנות הביטוח לאומי
(מועד להגשת ערעור על החלטות מסוימות),
תשל"ז—1977, ולא בחוק בית-הדין לעבו-
דה והתקנות לפיו. אין בית-הדין רשאי לה-
אריך את המועד¹¹¹.

התייצבות אישית: הנפגע חייב
להתייצב אישית בפני ועדה רפואית כדי
לעמוד לבדיקה — להוציא המקרים המנויים
בתקנות 33 ו-34. עורך-דין לא יוכל לתו-
סיע במקומו אלא לצדו, למען השמעת טע-
נות משפטיות. רק רופא — שטיפל בנפגע
מטעם שירות רפואי מוסמך — רשאי לייצגו
בפני ועדה רפואית לעררים, במסגרת הו-
ראות תקנה 35 לתקנות הנכות¹¹².

ערעור בטרם עת: החליטה הוועדה
מדרג ראשון, שדרוש לה חומר נוסף לק-
ביעותיה, אין מקום לערער כל עוד לא
סיכמה הוועדה את העניין ונתנה את החל-
טתה. לפיכך החלטת ועדה רפואית לער-
ר

גוף אחר. וזהו היחס בין ועדת "הרשות"
המייצעת ובין הוועדה הרפואית לעררים
שתפקידה — להכריע. עיקרון חשוב אחר
הוא שהוועדה הרפואית חייבת לתת למער-
ער הזדמנות להתייחס להמלצות ועדת-
"הרשות"¹⁰⁴ ואם החליטה הוועדה, בעקבות
המלצת "הרשות", שלא ליישם את התקנה;
עליה לאפשר לנכה להתייחס לאותה המל-
צה ולהביא ראיות וטענות בקשר לכך¹⁰⁵.
ובוודאי שכן יהיה, אם הוועדה שוקלת לש-
נות את דעתה בעקבות חוות דעתה של
"הרשות". מאידך גיסא, אין פגם בכך שווע-
דה רפואית פונה לסקיד התביעות כדי לקבל
אינפורמציה בקשר לירידה בכושר ההשתכ-
רות של הנכה¹⁰⁶.

הלכות שונות

תחולת הקביעה: קביעת דרגת נכות
אינה אקט דקלרטיבי כי אם קונסטיטוטיבי.
קביעתה של ועדה רפואית "יוצרת" (קו-
בעת) את דרגת נכותו של הנכה לפי המצב
ביום הקביעה. תקנה 20 לתקנות מאפשרת
קביעת דרגת נכות ממועד מוקדם ממועד
הבקשה, וכן, בשים לב לשינויים הצפויים,
לקבוע דרגת נכות שונה מתאריך מאוחר
יותר¹⁰⁷.

אשפוז: אם היה האשפוז לשתי מטרות,
האחת הקשורה בפגיעה בעבודה והשנייה לא
— זכאי הנפגע לדרגת נכות זמנית לגבי
תקופת האשפוז כל עוד האיבר שנפגע עקב

104 שמואל הקר; דב"ע לז/292-01; פב"ל י"ד 65; מאירה פישר; דב"ע לט/29-01; לקט 236.

105 אליעזר גוטליב; דב"ע לט/1457-01; לקט 285.

106 מרדכי יצחק; דב"ע לט/1634-01; לקט 287.

107 הליל שולמי; דב"ע לד/78-0; פד"ע ה' 378.

108 איסמעיל עגינה; דב"ע לט/288-01; לקט 256.

109 שולמית שרבני; דב"ע לד/158-0; פד"ע ו' 81.

110 איטר שידלובר; דב"ע לז/1309-01; לקט 204.

111 אנדרי זיסרמן; דב"ע מא/98-9; פד"ע י"ב 237.

112 ראובן פלה; דב"ע לז/1212-01; לקט 189; ישראל בוטראשוילי; דב"ע מא/533-01; לקט 298.

יכריע הידשבראש. הוועדה אינה רשאית להעביר את העניין לגוף אחר שיכריע במ"קומה¹¹⁶.

סוף דבר

ביצועו, הלכה למעשה, של ביטוח נפגעי עבודה מביא, מטבע הדברים, למפגשים תכופים בין נציגי שתי דיסציפלינות: רפואה ומשפט. כך, כשמדובר בבירור אם אירוע כלשהו הוא תאונת עבודה או אם מחלה כל-שהי היא מחלת מקצוע או "מיקרו-טראוי-מה" וכך, מקל וחומר כשמדובר בערעור לפי סעיף 64 א לחוק, אשר לגביו דאג המחוקק להטעים שהוא יהיה "בשאלת חוק בלבד" או, כלשון הסעיף החדש, "בשאלה משפטית בלבד". בעניין זה פועלות שתי המערכות, הרפואית והמשפטית, לא כמקבילים שאינם נפגשים, אלא כחוטים השזורים זה בזה במרקם אחד, תוך שמירה על ייחודם.

הערכה הדדית והבנת של האחת את של-י חותה של רעותה, הביאו ל"שכנות טובה" בין שתי המערכות ולשיתוף פעולה, שהג-הנים הימנו הם — בראש ובראשונה — המ-בוטחים.

רים בטלה מעיקרא אם ניתנה כטרם נתנה הוועדה קמא את החלטתה¹¹⁸.

פגיעה באצבעות: לפי פריט 45, כל פגיעה באצבעות עומדת בפני עצמה, אפילו יש פגמות אחדות באותה אצבע. המלים "סיכומי אחוזי נכות לכל פגימה" אין פירושן סיכום אריתמטי. הסיכום יהיה משוקלל¹¹⁴.

שתי פגמות בעלות דרגת נכות שווה: ביסודה של תקנה 12 (כיום סעיף 1 בחלק ג' לתוספת לתקנות הנכות) נמצאת ההגחה, שבמקרה של מספר פגמות יש משקל רב יותר לפגימה החמורה ולה יש לייחס את אחוזי הנכות שנקבעו במבחנים. אחוזי הנכות בגין פגמות נוספות הם בבחינת אחוזי נכות משלימים. ייתכן שקיימת לקונה בכך שאין תשובה למקרה שנגרמו שתי פגמות ולצדן, במבחנים, אחוזי נכות שווים. הפתרון הוא לייחס לאחת הפגמות את המשקל המלא — לפי המבחנים — ואותה יראו כפגימה שלה יש "אחוז הנכות הראשון במעלה"¹¹⁵.

החובה להחליט: תקנה 32 לתקנות הנכות קובעת, שהחלטת הוועדה תינתן פה אחד או ברוב דעות, ובאין רוב דעות —

113 ציון בנימין; דב"ע לט/1401—01; לקט 283.
114 יוסף כהן; דב"ע לו/226—01; לקט 198; אליעזר רוזנפלד; שם/1128—01; פד"ע י"ג 57; חיים אשרף; דב"ע לח/843—01; לקט 213.
115 מנשה קמל; דב"ע לה/11—01; פד"ע ר' 175.
116 ארמון חסין; דב"ע לה/421—01; פד"ע ט"ז 361.

מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים בישראל

מאת פרופ' ח"ש הלוי*

מבוא

הפסיכיאטריים הותאם לשלבי הטיפול, והחולה עובר לעתים מסוג מוסד אחד לסוג אחר וממתקן למשנהו בהתאם למצבו ולסיכויי שיפורו.

השינוי המעמיק שחל בגישה לטיפול במחלת נפש תואר בארצות הברית כך: "מן הימים של בתי סוהר, בתי מחסה לחולי רוח, בתי מקלט, בתי חולים מרוחקים ומבודדים לחולי נפש וכדומה, הגענו כעת לנקודה שבה הושטת טיפול פסיכיאטרי למצבים חריפים בבית חולים כללי היא אולי דרך הטיפול המקובלת ביותר"². העתקת מרכז הכובד של הטיפול מבית החולים הסגור והמנותק מן העולם החיצוני נתנה דחיפה להקמת צורות חדשות של טיפול, שהקו המציין אותן הוא שמירה במידת האפשר על הקשר בין החולה ובין משפחתו וסביבתו והחזרתו בהקדם האפשרי לקהילתו. כך נוצרו מתקני הטיפול הפסיכיאטריים, שהוכתרו בשמות שונים, שלפעמים יש חפיפה בין תסקידיהם ולפעמים יש ביניהם פיצול יתר, כמו כפר עבודה, בית חולים-יום, מחלקה פתוחה, בתי מלאכה מוגנים, "בית בחצי הדרך" (Half Way Home).

הקמת מחלקות פסיכיאטריות במסגרת בית חולים כללי היתה אחת ההתפתחויות בכיוון

לפני שלושים שנה, בשנת 1954, נפתחה בבית החולים הממשלתי רמב"ם בחיפה מחלקה פסיכיאטרית, ביזמתו והנהלתו של ד"ר ז' סליגלמן ז"ל — המחלקה הפסיכיאטרית הראשונה במסגרת בית חולים כללי בישראל. היתה זאת היענות להתפתחויות שחלו בטיפול בחולי נפש במחצית הראשונה של המאה הנוכחית. כתוצאה מהתפתחויות אלה חדלו לראות בבתי חולים לחולי נפש בתי סוהר ומקומות מקלט ל"משוגעים" חסרי מרפא, שנגזר עליהם לבלות את שארית חייהם מאחורי סגור וברית, כדי למנוע מהם לפגוע בסביבתם הקרובה (משפחתם) והרחוקה יותר (הקהילה). הובן, שהתחלואה הנפשית ודרכי הטיפול בה מטובכות ומודכבות אולי יותר מאשר התחלואה הגופנית, אבל יחד עם זה ניתן וצריך לטפל בה. באותו זמן הונתגו גם דרכי טיפול ותרופות חדשות שהיו פרי מחקר מעמיק. עקב כך נוצרו צורות רבות ושונות של מוסדות ומתקנים לטיפול בחולי נפש. הטיפול נעשה דינמי והוא תורכב משלבים שונים. גם השימוש בשירותים

* המחלקה לאקולוגיה רפואית, בית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.
1 במאמר של א' גרוגר וא' חפץ, "האשפוז הפסיכיאטרי בבית-הכללי — מאפיינים ומגמות", הרפואה כרך ק"ו, חוב' א' (1.1.84), עמ' 37 נזכר, שהמחלקה הראשונה במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה הוקמה ב-1947 על ידי דר' ג'רלד קפלן ושרתה אז אורחים ואנשי צבא. היא נסגרה ב-1949.
לא מצאתי שום סימנים למחלקה זו בתומר שברשותי ולא ברור לי מה היה ליקף פעולתה. לפי הנ"ל הוקמה המחלקה עוד לפני הכרות המדינת, כשבית החולים היה ברשות ממשלת המנדט.
2 ראה: Herbert C. Schulberg, "Psychiatric Units in General Hospitals: Boon or Bane?" *Amer. J. Psych.*, 120 (July 1963), p. 30.

לארץ ובארץ, שלא נעשה די בכל הנוגע לתי-
עוד הדברים, לסיכום המצב ולבירור הפרטים
לשם הסקת מסקנות.

מלאת שלושים שנה להקמת המחלקה
הפסיכיאטרית הראשונה בבית חולים כללי
בישראל היא הזדמנות נאותה לסכם במידת
האפשר את ההתפתחויות בישראל, הן כדי
ללמוד מתוך הנתונים המצויים, והן כדי
להצביע על המידע החסר ולתת דחיפה למח-
קר נוסף. לרשותי עמדו בעיקר שני מקורות
מידע: א. סדרת הפרסומים השנתיים (מאז
1961) של משרד הבריאות, על "מוסדות
האשפוז (והיחידות לטיפול יום) בישראל —
נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי
מוסדות ומחלקות"; ב. הקבצים על קבלות
ושחרורים הנערכים בבתי החולים הממשל-
תיים הכלליים, שמכינה היחידה לאוטומציה
של משרד הבריאות, והמופץ בצורה מוגבלת.
המקור הראשון מקיף את כל מוסדות האש-
פוז המורשים לפעול במדינת, והשני כולל רק
את בתי החולים הממשלתיים הכלליים, ובהם
גם את המחלקות הפסיכיאטריות. שני המקו-
רות מביאים רק נתונים מינהליים ודמוגר-
פיים, ואינם נוגעים בצד הרפואי והאבחנתי.
לכן לא היתה אפשרות ללמוד על ההרכב
הגנזולוגי של החולים המאושפזים במחלקות
אלה. יש להדגיש עוד, ששני המקורות הללו
עוסקים באשפוזים ולא בחולים. לכן, אם
אושפז חולה פעמים מספר בתוך שנה אחת
(מה ששכיח אצל חולי נפש) הדבר נרשם
כאשפוזים אחדים.

התפתחות המחלקות הפסיכיאטריות

כפי שכבר נזכר, נפתחה המחלקה הפסיכיאט-
רית הראשונה בבית חולים כללי בישראל
בשנת 1954 בבית החולים הממשלתי רמב"ם

זה. מחלקות אלה נתקבלו בברכה אצל ציבור
החולים ומשפחותיהם, משום שלא היתה
להם ה"סטיגמה" שהיתה קשורה בבתי החולים
לחולי נפש, שבציבור הרחב עדיין שמרו על
שמם הישן — "בתי משוגעים". בין אנשי
המקצוע היו בצד הספקנים והמהססים באשר
לחידוש זה גם כאלה שהתלהבו, שציפו
שהדבר יביא לחיסולם של בתי החולים המיו-
חדים לחולי נפש. תקוות אלה קיבלו חיזוק
מן ההתפתחויות המבטיחות שהיו בטיפול
התרופתי והקהילתי במחלות נפש. התרופות
החדשות מונעות או מחלישות את התוקפנות
של חולי הנפש ועל כן מפחיתות במידה
גיכרת את הסכנה הצפויה מן החולים לעצמם
ולסביבתם. הטיפול הקהילתי מקל על החזקת
החולה מחוץ למסגרת מוסדית אשפוזית. עוד
ב-1974 נאמר בדו"ח של ועדה על הטיפול
בחולי נפש בארצות הברית: "התנאים הפי-
סיים לטיפול בחולה הנפש על-פי רוב אינם
מתאימים לתפקידם; המתקנים מיושנים ולא
יעילים. בית החולים הכללי, שבו יש שילוב
של שירותים רפואיים עם תנאים לטיפול
בחולי הנפש, משרת טוב יותר את צורכיהם
של חולי הנפש. בעזרת תכנית משולבת וכול-
לנית אפשר לאשפז כל חולה בבית חולים
כללי לשם אבחון וטיפול"³. באנגליה קבע
החוק לבריאות הנפש משנת 1961: "לא יהיה
מחסום חוקי לאשפוז כל החולים, בכל בית
חולים, יהיה אשר יהיה". ושר הבריאות קבע
בהקשר זה: "הטיפול התוך-מוסדי בחולי נפש
חייב להיעשות בבית חולים כללי, ולא במוס-
דות גדולים ומבודדים".

מובן, שהנהגת דרך טיפול חדשה דרשה
מחקר ומעקב, כדי לברר ולבסס את היתרונות
והמגרעות של כל סוג מתקן ומוסד, אילו
סוגי חולים מתאימים לכל אחד, ואת מהלך
הטיפול בכל אחד מהם (שכיחות קבלות חוז-
רות, אורך הטיפול והאשפוז, עלות וכו').
למרבה הפליאה מתאוננים מחברים בחוק-

3 מובא לפי: מ' עשהאל וק' מאיר, "שירותים פסיכיאטריים במסגרת בית חולים כללי", רופא המשפחה, כרך י', חוב' 2 (אוגוסט 1981), עמ' 196.

לוח 1. התפתחות המחלקות הפסיכיאטריות והמיטות בהן, 1961—1982

סוף שנת	מספר המחלקות	מספר המיטות	- פרטי השינויים
1961	3	86	בתחילת 1961: רמב"ם 25 מיטות, הדסה 10, שיבא 46. בדצמבר נוספו בבית החולים הדסה 5 מיטות.
1962	3	106	רמב"ם: יוני ויולי - 35, מאוגוסט - 45 מיטות.
1969	3	121	הדסה: מאוקטובר 30 מיטות.
1971	4	141	באפריל נפתחה בבית החולים בעפולה מחלקה פסיכיאטרית ובה 20 מיטות.
1972	5	167	במרס נפתחה בבית החולים ברזילי באשקלון מחלקה פסיכיאטרית ובה 26 מיטות.
1973	5	168	בהדסה נוספה מנובמבר מיטה אחת.
1977	6	193	בפברואר נפתחה בבית החולים קפלן ברחובות מחלקה פסיכיאטרית ובה 25 מיטות.
1978	7	210	בפברואר נפתחה בבית החולים הממשלתי זיו בצפת מחלקת פסיכיאטרית ובה 17 מיטות.
1980	8	209	באפריל הופחתו בבית חולים קפלן 5 מיטות. במאי נפתחה בבית החולים של קופת חולים כרמל בחיפה מחלקה פסיכיאטרית ובה 15 מיטות; ביולי * נסגרו בהדסה 11 מיטות.
1982	8	221	באפריל נסגרו בבית החולים רמב"ם 5 מיטות. בבית החולים ברזילי נוספו 4 מיטות; ביוני נוספו בבית החולים זיו בצפת 13 מיטות.

המקור: משרד הבריאות, "מוסדות האשפוז (ויחידות לטיפול יום) בישראל".

* החודש שבו נסגרו מיטות אלה לא צוין במקור וגם לא בדו"ח של הדסה, 1980. הוא נקבע על סמך מספר ימי המחלה ואחוז התפוסה.

איכילוב בתל-אביב, סורוקה בבאר-שבע ועוד. בבתי חולים כלליים ממשלתיים (כולל עירוניים-ממשלתיים) היו בסוף 1982 בסך הכל 5,660 מיטות כלליות, כולל 146 מיטות פסיכיאטריות (2.6%); בבתי החולים הכלליים של קופת חולים היו בסך הכל 3,615 מיטות, ובתוכן 55 מיטות פסיכיאטריות (1.5%); הדסה קיימה בשני בתי החולים שלה בירושלים 775 מיטות כלליות, כולל 20 פסיכיאטריות (2.6%).

לשם השוואה - בארצות הברית היו כבר ב-1920 מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, ומספרן גדל בשנת 1945 ל-176. והיו סוף לגדול ל-548 בשנת 1956, שבה היו

בחיפה. שנתיים אחרי זה (1956) נפתחה מחלקה פסיכיאטרית בבית-החולים הדסה בעין-כרם שבירושלים, ובשנת 1959 נפתחה המחלקה השלישית בבית-החולים הממשלתי ע"ש שיבא בתל-השומר. יותר מעשר שנים חלפו ועד שנפתחה עוד מחלקה פסיכיאטרית בבית-החולים המרכזי לעמק של קופת חולים הכללית בעפולה (1971).

בסך הכל היו בארץ בשנת 1982, לפי נתוני משרד הבריאות, 42 מוסדות לאשפוז כללי, ובהם 8 מחלקות פסיכיאטריות (ראה לוח 1). זאת אומרת, ב-80% מן המוסדות אין מחלקות כאלה. עם המוסדות הללו נמנים בתי חולים גדולים, כמו בילינסון, עירוני-ממשלתי

מיטות לטיפול בחולי נפש (ראה לוח 3). מספר המיטות במחלקות הפסיכיאטריות גדל יחסית יותר ועלה בקפיצות עם פתיחת מחלקות חדשות ועקב הכנסת שינויים בקיבולן של מחלקות קיימות. מספר הקבלות למחלקות הפסיכיאטריות גדל במשך התקופה כמעט כפליים ואחוזן מסך כל הקבלות לאשפוז פסיכיאטרי גדל יותר מכפליים, גם הודות להאטה שחלה בשנים האחרונות במספר הקבלות הכולל למיטות פסיכיאטריות. מספר

ב-11% מכל בתי החולים הכלליים מחלקות כאלה⁴. בשנת 1971 היו ב-1,039 בתי חולים כלליים, מתוך 5,656 בתי חולים הכלליים בארצות הברית, מחלקות פסיכיאטריות, כל-כך ב-18.4% מהם⁵.

על חלקן של המחלקות הפסיכיאטריות בתוך כלל האשפוז הפסיכיאטרי ניתן לעמוד מתוך לוח 2.

במשך כל התקופה (חריץ מן השנתיים האחרונות) חל גידול איטי במספרן הכולל של ה-

לוח 2. חלקן של המחלקות הפסיכיאטריות (מ"פ) בבתי חולים כלליים באשפוז הכולל של חולי נפש, 1961-1982

שנה	מספר המיטות		קבלות		ימי אשפוז		%
	סה"כ	מ"פ	סה"כ	מ"פ	סה"כ	מ"פ	
1961	5,071	86	7,877	546	1,998,746	27,600	1.38
1962	5,413	106	8,633	641	1,907,319	32,749	1.72
1963	5,415	106	8,972	594	2,056,834	39,210	1.91
1964	5,816	106	9,925	642	2,191,498	39,772	1.81
1965	6,043	106	10,039	676	2,259,450	38,579	1.71
1966	6,379	106	10,256	695	2,377,954	39,096	1.64
1967	6,498	106	10,844	773	2,475,200	36,816	1.49
1968	6,854	106	11,212	714	2,589,080	39,678	1.53
1969	6,943	121	11,455	693	2,624,350	41,860	1.59
1970	7,152	121	12,108	852	2,706,243	42,594	1.57
1971	7,382	141	12,980	1020	2,755,632	52,383	1.90
1972	7,998	167	13,620	1155	2,841,993	59,188	2.08
1973	7,991	168	14,175	1491	2,859,437	52,468	1.83
1974	8,075	168	13,590	1303	2,925,112	55,885	1.91
1975	8,175	168	14,852	1197	2,940,836	58,939	2.00
1976	8,205	168	14,149	1292	3,007,569	60,343	2.01
1977	8,408	193	13,500	1473	3,020,178	62,595	2.07
1978	8,608	210	13,741	1673	3,081,004	63,575	2.13
1979	8,837	210	13,541	1778	3,082,765	70,902	2.30
1980	8,556	209	14,113	2175	3,028,182	74,810	2.37
1981	8,410	209	14,262	2010	2,962,203	73,546	2.48
1982	8,292	221	13,967	1916	2,902,259	75,113	2.59

המקור: משרד הבריאות, 'מוסדות אשפוז (והיחידות לטיפול יום) בישראל'.

4 שולברג (לעיל, הערה 2), עמ' 30.

5 עשהאל ומאיר (לעיל, הערה 3), עמ' 196.

לוח 3. מדדי הגידול במיטות, קבלות וימי אשפוז במחלקות פסיכיאטריות (מ"מ) בבתי חולים כלליים ובכלל המיטות לחולי נפש (שנים נבחרות, 1961—1982. הבסיס = שנת 1961 = 100).

השנה	מיטות		קבלות		ימי אשפוז	
	סה"כ	מ"מ	סה"כ	מ"מ	סה"כ	מ"מ
1961	100	100	100	100	100	100
1966	126	123	130	127	119	142
1971	146	164	165	187	138	190
1976	162	195	180	237	150	219
1981	166	243	181	368	148	266
1982	163	257	177	351	145	272

יום; לעומת זאת, בשנות השבעים השהייה הממוצעת נעה בין 40 ל-50 יום לחולה, והיו 4 שנים שבהן היתה השהייה קצרה מ-40 יום. בעוד שהשהייה הממוצעת היתה בירידה, לא ניכרת מגמה דומה בתפוסת המיטות, למרות שגדל מספר המחלקות והמיטות. מספר הקבלות שגדל במידה ניכרת שמר על תפוסה גבוהה (90%—95%) של המיטות.

מבדיקת תנועת החולים התברר שקיימות שתי קבוצות של מחלקות פסיכיאטריות: האחת כוללת את המרכזים הרפואיים הגדולים — שיבא, רמב"ם וחדסה; השנייה מקיפה את המחלקות הפסיכיאטריות שבבתי החולים האזוריים. בראשונים תפוסת המיטות יותר גבוהה ועולה על 90%, בעוד שבאחרונים היא יותר נמוכה. יוצא מכלל זה בית החולים כרמל, שלמרות שהוא שייך לקבוצה השנייה, תפוסת המיטות בו עולה על 100%. השהייה הממוצעת במרכזים הרפואיים הארציים היתה גבוהה (סביב 50 יום לחולה), ובבתי החולים האזוריים — רק כ-30 יום (בבית החולים קפלן 24.5 יום). כתוצאה מכך היה סבב החולים למיטה (היינו: מספר קבלות על מיטה לשנה) נמוך במידה ניכרת במרכזים הרפואיים מאשר בבתי החולים האזוריים.

ימי האשפוז במחלקות הפסיכיאטריות גדל בעקיבות במשך השנים הנסקרות, למרות שהיו כמה שנים בודדות שבהן נעצר הגידול. בעוד שמספר המיטות במחלקות הפסיכיאטריות גדל פי 2.6, גדל מספר הקבלות פי 3.5 ומספר ימי האשפוז — פי 2.7. בכל שלושת המדדים היה הגידול ניכר יותר במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים מאשר בכלל מתקני האשפוז לחולי נפש.

תנועת החולים

על תנועת החולים בכל המחלקות הפסיכיאטריות של עתה החולים הכלליים בתקופה הנסקרת ניתן לעמוד מתוך לוח 4.

העלייה במספר הקבלות למחלקות הפסיכיאטריות היתה גדולה מן העלייה במספר ימי האשפוז והתאפשרה הודות לקיצור תקופת השהייה של החולים במחלקות אלה. למרות שהיו תנודות בשהייה הממוצעת, ניכרת מגמה לקיצור השהייה, בעיקר בחלק השני של התקופה הנסקרת: בשנות השישים נמשכה השהייה בין 50 ל-60 יום לחולה; בשתי שנים היא עלתה אפילו על 60 יום ובשלוש שנים ירדה מעט אל מתחת ל-50

לוח 4. תנועת החולים במחלקות הפסיכיאטריות של בתי החולים הכלליים, 1961—1982

השנה	מספר המחלקות	מספר המיטות א	מספר הקבלות	מספר היציאות	מספר ימי האשפוז	אחוז תפוסת המיטות	שהייה ממוצעת (ימים) ב
1961	3	86	546	546	27,600	93.0	51.5
1962	3	106	641	607	32,749	94.3	48.3
1963	3	106	594	599	39,210	101.3	64.5
1964	3	106	642	640	39,772	102.5	59.3
1965	3	106	676	678	38,579	99.7	58.6
1966	3	106	695	693	39,096	101.0	55.6
1967	3	106	773	774	36,816	95.2	47.4
1968	3	106	714	703	39,678	102.3	54.7
1969	3	121	693	691	41,860	104.5	61.3
1970	3	121	852	846	42,594	96.4	49.8
1971	4	141	1020	1003	52,383	105.5	50.7
1972	5	167	1155	1127	59,188	99.4	50.4
1973	5	168	1491	1531	52,468	86.0	38.3
1974	5	168	1303	1272	55,885	91.1	40.1
1975	5	168	1197	1182	58,939	96.1	48.3
1976	5	168	1292	1300	60,343	98.1	47.3
1977	6	193	1473	1460	62,595	89.8	41.2
1978	7	210	1673	1644	65,575	85.5	38.8
1979	7	210	1778	1782	70,902	92.5	38.8
1980	8	209	2175	2101	74,810	100.2	34.2
1981	8	209	2010	2012	73,546	96.4	36.2
1982	8	221	1916	1919	75,113	94.1	37.5

המקור: משרד הבריאות, "מוסדות אשפוז (והיחידות לטיפול יום) בישראל".

א בסוף השנה.

ב החישוב נעשה בדרך של הכפלת השהייה הממוצעת של כל מחלקה פסיכיאטרית במספר התולים היוצאים ממנה וחלוקת הס"ה במספר היוצאים מכל המחלקות הפסיכיאטריות יחד.

המיטות ביחס למחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הממשלתיים, אך גם זה רק לשנה אחת (ראה לוח 5).

לגבי תפוסת המיטות במחלקות הפסיכיאטריות, יש עניין בעונתיות האשפוזים. אין נתונים על מספר הקבלות לפי תודשי השנה, אבל מצויים מספרים על אחוז תפוסת

שנבדקו, 1976—1982, היו, כפי שניתן לצ-
 פות, למעלה מ-95% מן האשפוזים מסיבת
 מחלה. המחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים
 ע"ש שיבא בולטת בכך ש-5.9% מן המקרים
 שנתקבלו היו בגלל מקרה אסון. בבית חולים
 ברזילי היו מקרים רבים יחסית שאושפזו לא-
 חר לידה. עשרה מתוך 16 מקרים כאלה שנת-
 קבלו ב-4 המחלקות הפסיכיאטריות במשך
 שש השנים אושפזו במחלקה הפסיכיאטרית
 באשקלון. מספר זה יבלוט עוד יותר אם
 נביא בחשבון שמספר הלידות בבית חולים
 זה קטן מאשר בשיבא או ברמב"ם, ועולה רק
 במקצת על זה שבבית החולים זיו⁶.

מין וגיל של המאושפזים

לגבי המין והגיל של החולים שיצאו מן
 המחלקות הפסיכיאטריות יש נתונים רק
 על בתי החולים הממשלתיים והדסה. סולם
 הגילים במוסדות אינו שווה ולכן ההשוואה
 אינה מדויקת. נתוני בתי החולים הממשל-
 תיים מתייחסים לשנות הלוח 7-1976 ולשנות
 התקציב 1978/9—1981/2, בהתאם לפעולתה
 של כל מחלקה בשנים אלה (ראת לוח 6).

לוח 6. התפלגות המאושפזים שיצאו ממחלקות
 פסיכיאטריות בבתי החולים הממשלתיים הכלליים
 לפי המין בשנים 1976, 1977, 1978/9—1981/2
 (באחוזים)

סה"כ	זיו	ברזילי	רמב"ם	שיבא	סה"כ
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סה"כ
45.6	32.8	47.1	40.4	52.5	זכרים
54.4	67.2	52.9	59.6	47.5	נקבות

המקור: קבלות ושחרורים בבתי חולים ממשל-
 תיים.

לוח 5. אחוז תפוסת המיפוזת במחלקות
 פסיכיאטריות בבתי חולים ממשלתיים כלליים
 לפי חודשים (אפריל 1980—מרץ 1981)

חודש	שיבא	רמב"ם	ברזילי	זיו
אפריל 1980	92.3	93.0	110.1	101.6
מאי	98.7	96.8	102.8	99.4
יוני	90.9	81.8	99.9	105.1
יולי	80.9	57.1	98.3	106.3
אוגוסט	82.3	51.9	98.1	108.7
ספטמבר	99.9	68.5	76.9	111.6
אוקטובר	98.4	93.5	86.7	117.3
נובמבר	96.7	88.7	97.6	120.0
דצמבר	103.2	93.8	100.7	120.3
ינואר 1981	101.4	94.3	96.6	106.1
פברואר	97.0	88.0	97.2	95.6
מרץ	104.1	94.4	103.6	85.9
ממוצע שנתי				
שקול	95.5	83.4	97.4	106.5

המקור: קבלות ושחרורים בבתי החולים הממ-
 שלתיים.

התמונה אינה אחידה. בשני המרכזים
 הרפואיים היתה ירידה בתפוסה בקיץ 1980.
 בבית החולים על-שם שיבא היא ניכרה
 ביוני ובעיקר — בחודשים יולי ואוגוסט;
 ואילו בבית החולים רמב"ם נמשכה התפוסה
 הנמוכה גם בספטמבר. בבית החולים ברזילי
 היתה ירידה רק בספטמבר ובמידה קטנה —
 באוקטובר. ואילו בבית חולים זיו היתה
 התפוסה למעלה מ-100% במשך כל השנה
 כמעט, ורק בחודשים פברואר ומרץ 1981
 היתה ירידה קלה, ואילו בחודשים אוקטובר
 עד דצמבר היה לחץ מיוחד על המיטות. אין
 להסיק מסקנות משנה אחת, אבל אולי כדאי
 לעקוב אחרי העונתיות במחלקות הפסי-
 כיאטריות ולכדוק אותה בהיקף יותר רחב.
 לגבי בתי החולים הממשלתיים קיימת
 חלוקה של הקבלות לפי סיבות. בשש השנים

6 לנתונים נוספים ראה: מרים סופר ומיכאל רהב, "מגמות במפת האישפוז הפסיכיאטרי בישראל בשני
 העשורים האחרונים", המחלקה למידע והערכה, שרותי בריאות הנפש, משרד הבריאות. הוצג בכנס
 השנתי השני של האגודה הישראלית לאפידמיולוגיה, באר שבע, פברואר 1984 (משוכפל).

נרשם רק באשפוזו הראשון. הרישום כולל בס"ה 69,050 חולים. להערכת עורכי הרישום לא נכללו בו עשרים אלף חולים בערך בגלל סיבות טכניות שונות.) הסיכום מעלה, שאחוז הגברים שאושפזו במתקן לחולי נפש (52.7%) היה גבוה בחמישה אחוזים בערך משל הנשים (47.3%). נתון זה מתאים כמעט בדיוק למפקד חולי הנפש 1964, אבל הוא שונה מסקרי הקבלות והיציאות, שבהם היה אחוז הנשים גבוה יותר. יכול להיות שדבר זה נובע מן ההבדלים בשהייה הממוצעת של שני המינים, או מפני שקבלות חוזרות שכיחות יותר בין נשים.

אשר להתפלגות לפי גיל: במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים ע"ש שיבא היו כמעט 19% מן החולים מתבגרים בגילים 15—19. אחוז זה עולה בהרבה על שיעורי המאושפזים בגילים אלה בבתי החולים ברזילי וזיו, והוא גדול במידה ניכרת גם מאחוז גילאים אלה ברמב"ם (12.5%). בבית החולים ברזילי היו כמעט שליש מן החולים מן הגילים 30—44, בעוד שבשלוש המחלקות הפסיכיאטריות האחרות היה חלקם פחות מרבע. בבית החולים ע"ש שיבא היה אחוז בני 45—64 נמוך. לגבי קשישים בני 65 ומעלה יש הבדל בין המחלקות הפסיכיאטריות בצפון ובין אלה בדרום הארץ: בבתי החולים רמב"ם וזיו עלה חלקם ל-14%—15, בעוד שבבתי החולים שיבא וברזילי הוא היה רק 8%—9 (ראה לוח 7).

בהשוואה לסקרים של שנות השישים בולט המספר הגדול יותר של ילדים וצעירים שנמצא בהם. בסקר היציאות 1957 היו 0.3% מבין החולים בני פחות מ-10 ועוד אחוז

בסך הכל יצאו בשש השנים הללו מן המחלקות הפסיכיאטריות יותר נשים מאשר גברים. חלקן של הנשים היה גדול בערך ב-10% מזה של הגברים. תמונה זאת אינה נכונה לגבי כל ארבע המחלקות: בבית החולים ע"ש שיבא היה אחוז הגברים גדול ב-5% משל נשים; במחלקות פסיכיאטריות אחרות היה אחוז הנשים גדול אבל במידה שונה: בבית החולים רמב"ם היה שיעור הנשים שיצאו בערך 60%; בבית החולים ברזילי היה ההפרש רק 5% לטובת נשים, ואילו בבית החולים זיו היו הגברים רק כשליש מכל חולי המחלקה, לעומת שני שלישים נשים.

סביב שנת 1960 נערכו 3 סיכומים ארציים של מאושפזים פסיכיאטריים במדינה. בשנת 1957 סוכמו הנתונים על חולי נפש שיצאו ממוסדות אשפוז פסיכיאטרי⁷. נמצא שהיו ביניהם 47.1% זכרים ו-52.9% נקבות. בשנת 1958 סוכמו הפרטים על הקבלות לאותם מוסדות אשפוז⁸ ונמצא שאחוז הזכרים בהן היה 48.1% ושל הנקבות — 51.9%. בשנת 1964 נערך מפקד של חולי נפש שהיו מאושפזים ב-1 ביולי במוסדות לחולי נפש⁹ ונמצא עודף של זכרים (52.2% לעומת 47.8% של נקבות).

שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות סיכמו את נתוני רישום חולי הנפש, המתנהל מאז שנת 1950¹⁰. ברישום זה נכללו כל החולים שנתקבלו לאשפוז באחד המוסדות או המחלקות הפסיכיאטריות שבהם ניתן טיפול לחולי נפש במשך 30 שנה (1950—1980). בניגוד לסקרים שהוזכרו לעיל, מדובר כאן בחולים ולא באשפוזים, כי כל חולה

7 משרד הבריאות, "סיכומים על חולי הנפש שיצאו ממוסדות אשפוז פסיכיאטרי, 1957", ירושלים, 1959, עמ' 6 (משוכפל).

8 ח"ש הלוי, "התחלואה במחלות נפש בישראל (קבלות למוסדות אשפוז פסיכיאטריים בשנת 1958)", משרד הבריאות, ירושלים 1960, עמ' 42.

9 ראה: H. S. Halevi, E. Naor & Z. Cochavy, "Census of Mental In-Patients (July 1, 1964): Final Report", Ministry of Health, Jerusalem, 1969, p. 147.

10 ראה: M. Rahav, M. Popper & D. Nahon, "The Psychiatric Case Register of Israel: Initial Results", *Isr. J. Psych. Relat. Sci.*, 18/4 (1981), pp. 251-267.

לוח 7. החולים שיצאו ממחלקות פסיכיאטריות לפי גיל (אחוזים): בתי חולים ממשלתיים —
1976—1977, 1978/9—1981/2 ובתי חולים הרסה 1976—1981¹¹

הדסה	סה"כ בתי חולים ממשלתיים	זיה	ברזילי	רמב"ם	שיבא	
1158	6447	757	1606	1748	2336	מספר האשפוזים
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	אחוזים — סה"כ
0.5	0.2	0.3	—	0.5	0.0	14—5
*23.7	12.3	3.5	6.3	12.5	18.9	19—15
37.9	28.6	29.8	28.0	22.9	32.9	29—20
14.9	24.5	24.8	32.2	20.8	22.0	44—30
10.7	23.5	27.4	25.5	28.7	17.2	64—45
12.2	8.7	12.4	5.5	12.2	7.1	74—65
	2.2	1.8	2.5	2.5	1.9	75 ומעלה

המקור: קבלות ושחרורים בבתי החולים הממשלתיים ודחור"ת סטטיסטיים שנתיים של הדסה.
א. 15—24. ב. 25—44. ג. 45—54. ד. 55—64. ה. 65 ומעלה.

4.04% היו בני 6—15 ו-17.76% היו בני 16—20. לעומת זאת, בגילי הזקנה היו במחלקות הפסיכיאטריות 10.9%, לעומת 7.31% בלבד ברישום. דבר זה מתבאר בוודאי בחלקו לאור השינויים הדמוגרפיים שחלו באוכלוסיית המדינה במשך 30 שנות הרישום. בשנות המדינה הראשונות היה חלקם של הזקנים (בני 65 ומעלה) קטן, בעוד שאוכלוסיית הילדים היתה גדולה; במשך השנים חל גידול ניכר באוכלוסיית הזקנים וירידה יחסית באוכלוסיית הצעירים. אף-על-פי ש- אחוז הילדים הצעירים (בני 1—5) ברישום קטן מאוד, מפליא הדבר ש-58 ילדים כל כך צעירים קיבלו טיפול במתקני אשפוז פסיכיאטריים. בגילים 6—10 היה מספרם 687. בעזרת הרישום ניתן אולי לברר יותר פרטים על חולים אלה, ולקבוע את סיבות האשפוז, המוסדות שבהם אושפזו ופרטי הטיפול והמעקב¹².

אחד היו בני 10—14; על-פי סקר הקבלות 1958 היו 0.9% מבין החולים בני פחות מ-10 ו-8.8% בגיל 10—19; ובמפקד 1964 היו 1.8% מן החולים למטה מגיל 15. כל השיעורים תאלה גבוהים במידה ניכרת מ-0.2% מחולי ארבע המחלקות הפסיכיאטריות שנמצאו בגיל עד 15. אמנם המספרים המוחלטים אינם גדולים, ובכל זאת ההבדלים ניכרים מאוד.

שתי עובדות בולטות מתוך השוואת מספרי סקר הרישום עם הנתונים המובאים בלוח 7. בגילים צעירים — עד 20 — האחוזים ברישום הרבה יותר גדולים מאשר בין היוצאים מן המחלקות הפסיכיאטריות. במשך שש השנים היה אחוז היציאות מארבע המחלקות הפסיכיאטריות בגילים עד 15 רק 0.2% ובגילים 15—19 — 12.3% מכל היוצאים. לעומת זה היו לפי הרישום 0.08% מן החולים בגיל ילדות צעירה ביותר (עד 5), עוד

11 סופר ורהב (לעיל, הערה 6).

12 ההנחות הנ"ל מקבלות אישור גם בחלוקת הקבלות הראשונות לכלל האשפוז הפסיכיאטרי בשנים 1966 ו-1982.

יצא מכלל זה. לעומת זה נראה הבדל בשהיית החולים במחלקות פסיכיאטריות במרכזים הרפואיים ובבתי החולים האזוריים: שהיית החולים בראשונים ארוכה במידה ניכרת מאשר באחרונים. הנתונים על השהייה בארבע המחלקות הפסיכיאטריות לפי סיבות הקבלה גם הם אינם מגלים מגמות מיוחדות. מספר המקרים בכל משבצת — חוץ ממחלה — היה קטן וקשה להסיק מסקנות מן המספרים האלה.

היבט שונה על השהייה מגלה התפלגות החולים לפי אורך שהייתם. גם על כך קיימים נתונים רק עבור בתי החולים הממשלתיים ובצורה קצת שונה עבור הדסה (ראה לוח 9).

לוח 9. החולים שיצאו ממחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ממשלתיים לפי מספר ימי שהייתם במחלקה (אחוזים)

ימי שהייה	שיבא א	רמב"ם א	ברזיליא	זיו ב
מספר החולים	2378	1756	1617	757
אחוזים — סה"כ	100.0	100.0	100.0	100.0
1	13.8	3.0	9.8	7.3
2—4	10.1	5.4	10.8	19.1
5—14	15.3	14.1	23.6	19.8
15—21	8.7	8.9	11.4	12.3
22—28	6.6	7.3	9.5	7.0
29—35	5.6	8.0	6.5	5.4
36—59	14.3	21.2	11.8	14.1
60—89	11.7	17.2	7.2	8.6
90 ומעלה	13.9	15.0	9.4	6.3

המקור: קבלות ושחרורים בבתי החולים הממ"טיים.

א סיכום של שנות לוח 7—1976 ושנות תקציב 1981/2—1978/9.

ב סיכום של שנות תקציב 1981/2—1978/9.

בין 40 ל-50 אחוז מכל החולים שהו במחלקה פסיכיאטרית עד שבועיים; רק בבית החולים רמב"ם נמוך אחוז זה —

שהייה ממוצעת

שלושים יום נחשבים לגבול של שהייה ממוצעת בבית חולים כללי. השהייה הממוצעת של חולי נפש היתה אחד המכשולים בדרך אשפוזם של חולי נפש בבתי חולים כלליים. הטיפול התרופתי החדש, המרגיע את החולה ומקצר את תקופת אשפוזו, הקל על חדירת המחלקות הפסיכיאטריות לבתי חולים כלליים. יש על כן חשיבות לניתוח השהייה הממוצעת במחלקה פסיכיאטרית על רקע התכונות הדמוגרפיות והרפואיות של החולים, כדי לקבוע את הסוג המתאים ביותר לטיפול בהן (ראה לוח 8).

לוח 8. השהייה הממוצעת של חולים שיצאו מן המחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים ממשלתיים כלליים לפי הגיל

גיל	שיבא ב	רמב"ם ב	ברזיליב	זיו ג
סך הכל ד	43.3	48.9	35.1	29.9
5—14	(1.0)	38.6	—	(70.5)
15—29	41.7	46.8	36.9	27.5
30—44	41.2	49.3	34.7	40.5
45—64	48.9	52.5	32.6	28.9
65—74	55.1	49.5	44.7	33.6
75 ומעלה	36.9	35.1	24.8	31.7

המקור: קבלות ושחרורים בבתי החולים הממ"טיים.

א ממוצעים שחשבו מפחות מ-10 מקרים מופיעים בסוגריים.

ב ס"ה של שנות לוח 7—1976 ושנות תקציב 1981/2—1978/9.

ג ס"ה של שנות תקציב 1981/2—1978/9.

ד כולל "גיל לא ידוע".

לא נתגלו מגמות בולטות בשהייה הממוצעת לפי הגיל, חוץ מקיצורה אצל הזקנים ביותר, בני 75 ומעלה. בשלוש מחלקות פסיכיאטריות היתה השהייה בגילים אלה קצרה מבכל יתר קבוצות הגיל, ורק בית החולים זיו בצפת

"אובייקטיבית" על מידת ההשתלבות של המחלקה הפסיכיאטרית במערכת הכללית של בית החולים ועל מידת שיתוף הפעולה בינה ובין המחלקות הטיפוליות האחרות. אין במקורות פרטים על המחלקות שמתוכן או אליהן נעשו ההעברות (ראה לוח 10).

לפי הנתונים הקיימים, ומאחר שרישום החולים והסטטיסטיקה של בתי החולים מתנהלים לפי מחלקות, נרשמת כל העברה בין מחלקתית כיציאה מהמחלקה הראשונה וקבלה למחלקה השנייה. דבר זה מנפח במידת מה את מספר החולים המאושפזים בבית החולים, כי אותו חולה עשוי להימנות מספר פעמים, אפילו במהלך אשפוז אחד, אם הועבר — פעם או יותר — ממחלקה למחלקה. מספר ימי האשפוז במחלקות השונות מביא בחשבון את ההעברות, ולזכות כל מחלקה נזקף מספר הימים שהחולה שהה בה למעשה.

האחוז הממוצע של העברות בין-מחלקתיות בכל המחלקות הפסיכיאטריות במשך כל תקופות פעילותן בשנים 1961—1981 היה 9.5% מן הקבלות ו-4.8% מן היציאות. גם בכל מחלקה פסיכיאטרית בנפרד אחוז ההעברות גדול יותר בין הקבלות מאשר בין היציאות. המחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים כרמל, שהיא היוצא מכלל זה, היא הצעירה ביותר ויכול להיות שעדיין לא הגיעה להשתלבות מלאה עם המחלקות האחרות. כפי שניתן לצפות, גדול אחוז ההעברות במרכזים הרפואיים, בעלי המספר הרב של מחלקות. במקצועות שונים, מאשר בבתי החולים האזוריים. אבל גם באחרונים התעברות הבין-מחלקתיות מגיעות לאחוז גבוה למדי. גם בשכיחות ההעברות הבין-מחלקתיות נתגלו תנודות במשך התקופה הנסקרת (לוח 11).

התנודות היו בשני הכיוונים: לאתר ירידה באה עלייה. בבית החולים הדסה היה אחוז ההעברות מן המחלקה הפסיכיאטרית 10.6% בשנת 1961. הוא ירד ל-3.1% ב-1971 וחזר ועלה ל-10.5% בשנת 1981. מאמצע שנות השישים עד אמצע שנות השבעים

פחות מרבע. מספר ניכר של חולים שהו במחלקה רק יום אחד; חלקם בשיבא מגיע כמעט ל-14%. בגבולות של 5 שבועות שהו יותר חולים במחלקות הפסיכיאטריות שבבתי החולים האזוריים מאשר במרכזים הרפואיים (שיבא 60.1%, רמב"ם 46.7%, ברזילי 71.6%, זיו 70.9%). בקבוצת הביניים, מ-5 שבועות ועד חודשיים, היו ברמב"ם 21% ובשלוש המחלקות האחרות פחות מ-15%. ואילו בדרגות השהייה הארוכה של חודשיים ומעלה היו יותר מרבע מן החולים במרכזים הרפואיים, לעומת כ-15% בבתי החולים האזוריים. חולה אחד בערך מתוך שבעה נשאר במחלקות הפסיכיאטריות שבמרכזים הרפואיים יותר משלושה חודשים.

פירוט תקופות השהייה של החולים בהדסה יותר מצומצם. הנתונים לשנים 1976—1981 מקיפים 1,179 מאושפזים. האחוז שנשארו במחלקה הפסיכיאטרית רק יום אחד היה נמוך (5.9%) יותר מאשר במחלקות הפסיכיאטריות שבבתי החולים הממשלתיים. כ-שליש מחולי הדסה שהו במחלקה הפסיכיאטרית עד 15 יום, וקרוב למחציתם — למעלה מחודש. לא ניתן פירוט לקבוצה גדולה זאת.

העברות בין-מחלקתיות ופטירות

העברות בין-מחלקתיות פירושו העברות של חולה ממחלקה למחלקה באותו בית חולים. הסיבה להעברה כזאת יכולה להיות הערכה לא נכונה בשעת קבלתו הראשונית לבית החולים, ועל כן יש צורך להעבירו למחלקה שונה מזאת שנתקבל אליה; סיבה אחרת להעברה יכולה להיות הצורך לתת לחולה — נוסף לטיפול של מחלקתו הראשונית — גם טיפול של מחלקה אחרת. העברות כאלה הן עדות למידת השילוב ושיתוף הפעולה בין המחלקות. ההעברה נעשית לאתר הידברות מוקדמת בין שתי המחלקות הנוגעות בדבר ולאחר שהוסכם ביניהן איזה טיפול יינתן לחולה. במקרה שלנו יש ערך מיוחד לעדות

לוח 10. העברות בין-מחלקתיות במחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, 1961—1982

יציאות ממחלקה פסיכיאטרית			קבלות למחלקה פסיכיאטרית			התקופה	בית החולים
העברות			העברות				
%	מס'	סה"כ	%	מס'	סה"כ		
6.4	485	7577	11.9	902	7570	1982—1961	שיבא
4.6	288	6259	8.0	502	6280	1982—1961	רמב"ם
5.7	196	3406	15.6	531	3409	1982—1961	הדסה
2.1	51	2390	5.2	126	2404	1982—1971	עמולה
3.8	109	2849	6.7	193	2871	1982—1972	ברזילי
3.7	48	1292	7.0	91	1306	1982—1977	קפלן
4.0	37	927	5.7	55	958	1982—1978	זיו
2.7	13	488	1.9	10	509	1982—1980	כרמל

המקור: משרד הבריאות, "מוסדות האשפוז (היחידות לטיפול יום) בישראל".

לוח 11. העברות בין-מחלקתיות במחלקות הפסיכיאטריות בשנים 1961, 1971, 1981 (אחוזים מתוך קבלות ויציאות)

	יציאות			קבלות		
	1981	1971	1961	1981	1971	1961
שיבא	12.4	6.0	3.8	17.9	11.7	16.0
רמב"ם	5.3	3.8	4.1	9.0	7.2	13.3
הדסה	10.5	3.1	10.6	21.8	14.0	17.4
עמולה	1.2	2.6	—	4.8	11.5	—
ברזילי	6.2	*2.2	—	8.8	*7.6	—
קפלן	2.6	—	—	7.6	—	—
זיו	3.2	—	—	3.8	—	—
כרמל	2.9	—	—	1.4	—	—

המקור: משרד הבריאות, "מוסדות האשפוז (היחידות לטיפול יום) בישראל".
א 1972.

לשם טיפול בתולים הנדונים; ד. שינוי בהרכב הרופאים או בגישתם לשיחוף פעולה בין המחלקה הפסיכיאטרית ובין המחלקות האחרות.

אשר לפטריות: אחוז הפטריות במחלקה פסיכיאטרית מעיד במידת מה על יעילות הטיפול (ראה לוח 12).

היה אחוז ההעברות מן המחלקה הפסיכיאטרית בהדסה נמוך, ונע בין אחוז אחד לשלושה, והחל מ-1975 חלה עלייה תלולה — 6%—10%. ייתכנו כמה גורמים לתנודות אלה: א. שינוי בהרכב האבחנתי של החולים; ב. שיטות טיפול חדשות; ג. פתיחת מחלקות או שירותים חדשים, שניתן לנצלם

לוח 12. פטירות במחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, 1961-1982

בית החולים	מספר היציאות	מהן פטירות	%	יציאות בלי העברות	מהן פטירות	%
סה"כ	25,188	85	0.34	23,961	85	0.35
שיבא	7,577	24	0.31	7,092	24	0.34
רמב"ם	6,259	10	0.16	5,971	10	0.17
הדסה	3,406	27	0.79	3,210	27	0.84
עפולה	2,390	5	0.21	2,339	5	0.21
ברזילי	2,849	15	0.53	2,740	15	0.55
קפלן	1,292	1	0.08	1,244	1	0.08
זיו	927	1	0.11	890	1	0.11
כרמל	488	2	0.41	475	2	0.42

המקור: משרד הבריאות, "מוסדות האשפוז (היחידות לטיפול יום) בישראל".

המחלקה הפסיכיאטרית לעומת העלות של בית חולים לחולי נפש. ההשוואה כוללת רק את כוח האדם הרפואי והמקצועי ולא את עובדי המינהל והמשק. ניתן להגות, שההבדל בין המחלקות הפסיכיאטריות למחלקות הכלליות, וכן בין מחלקה פסיכיאטרית ובין בית חולים לחולי נפש, בכל הנוגע להוצאות הכלליות ולכוח האדם המשקי, קטן מאשר לגבי הסגל הרפואי (ראה לוח 13).

לגבי לוח 13 יש להביא בחשבון את המגבלות וההסתייגויות האלה: (א) הנתונים מתייחסים רק למחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הממשלתיים ובהדסה. קופת החולים הכללית לא השתתפה בהכנת הפרוטוקול הגדון, ועל כן המחלקות הפסיכיאטריות שהיא מפעילה אינן מופיעות; (ב) השיעורים חושבו על סמך מספר המיטות התקני במחלקה פסיכיאטרית. לא הובאו בחשבון מרפאות פסיכיאטריות באותם בתי חולים, מיטות לחולי יום ושלוחות, שכמה מחלקות מפעילות ביישובים סמוכים. בבית החולים רמב"ם פועל בית חולים יום המיועד ל-15 חולים ובבית החולים ברזילי — בית חולים יום המיועד ל-20 חולים. היחידה בבית

אחוז הפטירות בין היציאות מכל המיטות הפסיכיאטריות במדינה היה 2.1 בשנת 1961 ו-1.9% ב-1981. התמותה במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים היתה נמוכה בהרבה, ביחוד אם נביא בחשבון שהמחלקות הפסיכיאטריות בכללותן גם במספרים הכוללים. השאלה שאין בידינו לענות עליה בהקשר זה היא: האם התמותה הנמוכה נובעת מהרכב מחלות יותר נוח, או משיטות הטיפול וההשגחה הנקוטות במחלקה הפסיכיאטרית, או אולי מן ההרכב הדמוגרפי השונה?

כוח אדם

הבעיה האחרונה שנדון בה היא בעיית כוח האדם, בעיה זו קשורה עם עלות המחלקה הפסיכיאטרית. אין בידינו תמחיר או חישובי עלות של מחלקה פסיכיאטרית במסגרת בית חולים כללי, אבל בהתחשב בעובדה שהוצאות כל כוח אדם הן בערך שני שלישים מסך כל העלות של יום אשפוז כללי ניתן לקבל בעזרת כוח אדם מושג על עלות

לוח 13. שיעור העובדים הרפואיים והפרה-רפואיים למיטה במחלקה פסיכיאטרית, אוקטובר 1979

הדסה	זיו	ברזילי	רמב"ם	שיבא	
.35	.29	.23	.19	.25	סך הכל רופאים
.10	.06	.12	.12	.09	מהם: רופאים מומחים
.44	.53	.50	.40	.43	סיעוד — לפי תקציב
.13	.06	.04	.14	.10	סיעוד למעשה: מוסמכות
.23	.29	.38	.20	.32	מעשיות
.05	.12	.08	.03	.01	כוח-עזר
.06	.24	.19	.10	.11	פסיכולוגים
—	.21	.14	.09	.07	עובדים סוציאליים
—	.06	.06	.07	.05	מרפאים בעיסוק
.10	.15	—	—	.04	מוכירות רפואיות
—	—	.04	—	—	מורה
.03	—	—	—	—	פסיכופרמקולוג

המקור: משרד הבריאות, פרופיל שרותי בריאות בישראל, סקר שרותים במוסדות אשפוז, אוקטובר 1979, כרך א', ירושלים, תשמ"א 1981.
א כולל מזכירה.

לשיעור במחלקות הכלליות. השיעור של כוחות סיעוד היה בכל חמש המחלקות הפסיכיאטריות קרוב לשתי מיטות על עובד. ברמה המקצועית של עובדי הסיעוד היו הבדלים ניכרים: בשלושת המרכזים הרפואיים חלקן של האחיות המוסמכות גדול מאשר בבתי החולים האזוריים, שבהם גדול חלקם של כוחות העזר. לעומת זה, בבתי החולים האזוריים גבוהים יחסית השיעורים של פסי-כולוגים ועובדים סוציאליים. שיעורם במחלקות הפסיכיאטריות עולים בבתי החולים ברזילי וזיו במידה ניכרת על אלה של שיבא ורמב"ם. בהדסה לא צוינו כלל עובדים סוציאליים. כנראה שמחלקה פסיכיאטרית זו נעזרת בשירות הסוציאלי הכללי של בית החולים. יש מקום לבדוק מהי השיטה היעילה יותר במובן הרפואי והכלכלי.

בהשוואת השיעורים האלה של בתי החולים הממשלתיים לחולי נפש נמצא, ששיעורי הרופאים ועובדי הסיעוד למיטה נמוכים בבתי החולים לחולי נפש מאשר במחלקות

החולים ברזילי, באשקלון, מפעילה גם שלו-חות בקריית גת, בשדרות ובקריית מלאכי. גיתן להניח, שעול השלוחות נופל על רופאי המחלקות הפסיכיאטריות, ואילו השתתפותו של הסגל הסיעודי והפרה-רפואי בהפעלתן קטן; (ג) במחלקות פסיכיאטריות אחדות מועסקים עובדים שמימונם אינו כלול בתקציב ובא מבחוק. בבית חולים רמב"ם דבר זה חל על שני רופאים, בבית חולים זיו על רופא אחד ובבית חולים ברזילי על שלושה עובדים פרה-רפואיים. השיעורים שחשבו מביאים בחשבון גם את העובדים שמחוק לתקן התקציבי; (ד) מספר עובדי הסיעוד המועסקים למעשה היה קטן במחלקות פסיכיאטריות אחדות ממה שנקבע בתקציב, וזאת למרות שהועסקו גם כוחות עזר.

שיעור הרופאים הגבוה ביותר היה בבית החולים הדסה (0.35) והנמוך ביותר בבית החולים רמב"ם (0.19). בשלוש המחלקות הפסיכיאטריות היה השיעור בין 3 ל-4 מיטות לרופא (0.25—0.33), היינו דומה

אום, על סמך הנחתנו הנ"ל שעליהם נופל בעיקר עול תפקידי החוץ. לימי האשפוז המחושבים לפי ההנחות הנ"ל, והכוללים את האקוויולנט של בית חולים יום זה-מרפאות, קראנו "יחידות עבודה" (ראה לוח 14).

את מספר יחידות העבודה הנ"ל ייחסנו למספר הרופאים לפי המצב באוקטובר 1979. את התוצאה הגדרנו כמספר יחידות עבודה שנתי ממוצע לכל רופא ב-1979 (ראה לוח 15).

העומס הכבד ביותר מוטל על רופאי המח-לקה הפסיכיאטרית בבית החולים רמב"ם; אבל אם לבסס את השיעור רק על רופאים מומחים פסיכיאטריים העומס הכבד ביותר היה על רופאי המחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים זיו. מידת ההבדל בין מספר יחידות העבודה המחושב על סך כל הרופאים ועל המומחים בלבד מראה, שקיים שוני רב מאוד באיש מחלקה פסיכיאטרית בפסיכיאטרים מומחים. בחלקו הדבר נובע אולי מן התפקי-דים השונים שממלאים בתי החולים בשטח ההוראה הרפואית וההתמחות לרופאים.

הפסיכיאטריות שבבתי החולים הכלליים. שיעור הרופאים למיטה נע בבתי החולים לחולי נפש בין 0.03 (מורע וכפר שאול) ל-0.09 (איתנים וטירת הכרמל): השיעור הנמוך ביותר במחלקה פסיכיאטרית — בבית החולים רמב"ם — גדול פי שניים מן השיעור הגבוה בבית חולים פסיכיאטרי. שיעור האח-יות בבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש היה בין 0.21 ל-0.38 ושיעור עובדי סיעוד למיטה היה נמוך בהם מאשר במחלקות הפסיכיאטריות.

ניסינו להשוות את עומס העבודה על כל רופא בהתחשב גם בהיקף העבודה המבוצעת מחוץ למחלקה הפסיכיאטרית. חלק זה מורכב מן הטיפול בחולי יום ומן המרפאות בבתי החולים ובשלוחות. הנחנו, ששלושה ימי טיפול בחולי יום שווים ליום אשפוז אחד וש-5 ביקורים במרפאות (של בית החולים או בשלוחות) שווים גם הם ליום אשפוז. היחס הזה אינו אלא הנחה שרירותית, וניתן לשפרו ולשכללו בעזרת מעקב ומחקר מפורט. היות שאין כל מידע על חלוקת הזמן של סגל המחלקה הפסיכיאטרית בין המתקנים השונים, עשינו חישובים אלה רק לגבי הרופ-

לוח 14. מספר יחידות עבודה במחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ממשלתיים ובהרפה, 1979

סך הכל	מרפאות ^א		חולי יום		מחלקה פסיכיאטרית		
	יחידות עבודה	ביקורים	יחידות עבודה	ימי טיפול	יחידות עבודה	ימי אשפוז	
19,972	1,468	7,340	1,791	5,372	16,713	16,713	שיבא
19,148	1,957	9,785	1,509	4,526	15,682	15,682	רמב"ם
12,212	2,158	10,790	824	2,471	9,230	9,230	ברזילי
6,448	540	2,700	—	—	5,908	5,908	זיו
12,060	1,000	5,000	53	160	11,007	11,007	הדסה

המקור: משרד הבריאות, "מוסדות אשפוז (ויחידות לטיפול יום) בישראל" ופרופיל שירותי הבריאות.

א 1978. ב כולל שלוחת קרית אונו.

ג כולל השלוחות בקרית גת, שדרות וקרית מלאכי.

ד לא כולל שלוחת חצור.

לוח 15. מספר יחידות עבודה שנתי ממוצע לרופא במחלקה פסיכיאטרית בבתי חולים ממשלתיים כלליים ובהרסה, 1979

הדסה	זיה	ברזילי	רמב"ם	שיבא	רופאים בסה"כ*
1096	1290	2036	2253	1736	
4020	6448	4071	3482	4991	רופאים מומחים

א כולל רופאים במימון חוץ.

אחרי מלחמת העולם השנייה, בשנות החמי"ש שים של המאה הנוכחית. שינוי הגישה למחלות נפש מצד אחד והתרופות החדשות, המאפשרות להרגיע את החולים הנרגזים ולהחזיקם שלא בתנאי "מאסר" חמור ואפילו במחלקות פתוחות, נתנו תאוצה למגמה הזאת. ב-1960 כבר היו באנגליה 82 יחידות כאלה, כשבכל אחת מהן עד 24 מיטות, ואילו לשנת 1975 תוכננו 168 יחידות עם 50-74 מיטות בכל אחת מהן¹³. ד"ר ג'ורג' גודבר, ששימש במשך שנים רבות מנהל משרד הבריאות באנגליה, אמר בהרצאה באפריל 1960¹⁴: "במקום פחד והסחת דעת, שהיו במשך דורות חלק מן הגישה המושרשת בציבור למחלת נפש, באות אהדה והבנה, שהן תכונות חיוניות לטיפול טוב במחלת נפש. שינוי זה איפשר את הנהגת בתי חולים של יום כהתפתחות הגיונית של שירות תולי חוץ... בטווח הארוך, כמו גם בטווח הקצר, ניתן לעזור ליותר אנשים על-ידי הקמת יחידות פסיכיאטריות למקרים חריפים בבתי חולים כלליים אזוריים, במקביל למרפאות ולשירותי בית חולים של יום כאשר זה אפשרי. היות שיחידות אלה למקרים חריפים מפסיקות על-פי רוב את הזרימה לבתי החולים הגדו-

דיון וסיכום

כבר בימי הביניים נזכרות מחלקות פסיכיאטריות בחדות בבתי חולים כלליים. מחלקה כזאת נזכרת בבית החולים בקהיר, במצרים, במאה הי"ד¹⁵. אחרי זה מוצאים מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי בברצלונה אשר בספרד במאה הט"ו. במאה הי"ח נמצאות מחלקות דומות בבולוניה שבאיטליה, בקויבק ובניו-יורק שבצפון אמריקה, בלונדון ובמוסקבה. תומאס גאי, שהקים את בית החולים שלו בלונדון במחצית הראשונה של המאה הי"ח, הקצה בו 20 מיטות בשביל "מטורפים חשוכי מרפא"¹⁶. מחלקה זו התקיימה עד 1861, אבל במשך תקופת קיומה היתה מבודדת מיתר המחלקות. מה שמציין את כל המחלקות הפסיכיאטריות "הקדומות" הוא, שהן לא הוקמו לשם טיפול בהפרעות נפשיות, כי אם לשם בידוד החולים הגופניים ששכבו בבית החולים וסבלו גם מהפרעות נפשיות.

תנועה בעלת מגמה ברורה לשלב מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים קמה לאחר מלחמת העולם הראשונה וקיבלה תנופה

13 גרונר חספץ (לעיל, הערה 1), עמ' 37.

14 ראה: C. P. B. Brook, "Psychiatric Units in General Hospitals", *Lancet*, 26, IX (1964), p. 684.

15 ראה: J. Crawford Little, "A Rational Plan for Integration of Psychiatric Services to an Urban Community", *Lancet*, 30, XI (1963), pp. 1159-1160.

16 G. E. Godber, "The Evolution of Hospital Psychiatric Services", *Roy. Soc. Hlth Jour.*, 81 (1961), pp. 3-4.

השפעת המחלקות הפסיכיאטריות על בתי החולים הכלליים ועל בתי החולים לחולי הנפש, ואיך מסתגלים האחרונים למצב החדש? מרובות גם הבעיות לגבי החולה: אילו אבחנות ואילו סוגי חולים מתאימים ביותר למחלקה הפסיכיאטרית ומי הם החולים העשויים להפיק מהן את התועלת המרבית? מהי השהייה הממוצעת בבתי החולים לחולי נפש ובמחלקות הפסיכיאטריות בקבוצות חולים דומות במובן הדמוגרפי והרפואי? מה מספר הקבלות החוזרות ותכיפותן בשתי המסגרות? איך נשמר הקשר בין החולה למשפחתו ובינו ובין קהילתו במחלקה הפסיכיאטרית בהשוואה אה לבית חולים לחולי נפש? ועוד ועוד. ואחרונה אחרונה הבעיה הכלכלית: מהי העלות ליום אשפוז ולמקרה אשפוז בבית חולים לחולי נפש ובמחלקה פסיכיאטרית? בהערכת העלות יש להביא בחשבון את מידת השיקום הרפואי, החברתי והתעסוקתי של החולה, קבלות חוזרות, עמדת המשפחה וכו'. מובן, שנוסף לכל הגורמים הנמדדים יש למחלקה הפסיכיאטרית היתרון הגדול שאין לה ה"סטיגמה" של בית החולים לחולי נפש ("בית משוגעים") והחולים מסכימים להתאשפז במחלקה פסיכיאטרית ביתר קלות מאשר בבית חולים מיוחד לחולי נפש.

התפתחות המחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים בישראל התחילה כאשר באנגליה ובארצות הברית היא כבר נמצאה בשלב מתקדם. בשנות החמישים נפתחו, כאמור, שלוש מחלקות בבתי החולים הראשיים של שלושת אזורי הארץ. אמנם הן היו גדולות יחסית וקלטו מספר ניכר של חולים, אבל בגלל ריכוזן בשלוש הערים הגדולות ואזורי "היניקה" הגדולים הן לא יכלו להיות חלק מן המערכת הפסיכיאטרית הקהילתית ולקיים את הקשר עם סביבתו של

לים לחולי נפש, הן תורמות תוך זמן קצר להקלת הצפיפות בהם".

באותו זמן, בתחילת שנות ה-60, היו תקוות גדולות, שהתייחדות בבתי החולים הכלליים יביאו לפתרון הבעיה של אשפוז פסיכיאטרי. האיזור המטרופוליטני של צפון-מזרח לונדון צפה¹⁷ שרבע מכל המיטות הפסיכיאטריות יהיה ביחידות כאלה. לדברי מאמר ראשי בכתב-העת *Lancet* בסוף 1963¹⁸ משרד הבריאות הבריטי תולה תקוות בהיעלמותה, תוך 15 שנים, של האוכלוסייה הנוכחית של חולי נפש הנוקקת לשהייה ממושכת, ומצד שני מזהיר הכותב כי "שינוי האוריינטציה המוצע לפסיכיאטרית בכיוון של בית החולים הכללי הוא קפיצה לתוך האפלה"...

התפתחות דומה היתה בארצות הברית. מחלקות בודדות היו כבר בתחילת המאה, אבל ב-1920 הגיע מספרן ל-32 בלבד: ב-1956 עלה המספר ל-548. חדירת הפסיכיאטריה לבית החולים הכללי היתה מלווה לעתים בקשיים ובהסתייגות מצד רופאי בית החולים, שסירבו לשתף פעולה עם המחלקה הפסיכיאטרית ולעתים לא גענו לבקשות התייעצות שהפנו אליהם הפסיכיאטרים¹⁹.

במאמרים שפורסמו בשנות ה-60 חוזרת ונשנית התלונה על חוסר מחקר ומעקב מספיקים על מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. כבר הזכרנו את דברי ה-*Lancet* על קפיצה לאפלה. מקורות אחרים היו יותר ספציסיים וציינו שעדיין לא למדו במידה מספקת עד כמה השתלבו המחלקות הפסיכיאטריות באמת בריקמה הכללית של בית החולים, ועד כמה נוצר קשר אורגני ביניהם: באיזו מידה המחלקות הכלליות נזקקות למחלקה הפסיכיאטרית ולהיפך? מה היא

17 ברוק (לעיל, הערה 14).

18 Editorial "Psychiatry in General Hospitals", *Lancet*, 30, XI. (1963), p. 1149

19 ראה: S. Bloomberg, "Problems Associated with the Introduction of a Psychiatric Unit into a Rural General Hospital", *Amer. J. Psych.*, 130/1. (Jan. 1973), pp. 28-31

של משרד הבריאות, בתור הגורם החייב לתכנן את השירותים ולכוון את התפתחותם לעתיד. יש לקבוע מסגרת מחייבת לכל המוסדות לאיסוף הנתונים, שתתבסס על הגדרות אחידות ותאפשר השוואות בין סוגים שונים של חולים וחלקים שונים של האוכלוסייה. חשוב לדאוג מלכתחילה שתהיה אפשרות להשוות בין אוכלוסיית מחלקות פסיכיאטריות והישגי הטיפול בהן ובין אוכלוסיית בתי החולים לחולי נפש. בשלב שני יהיה צורך לשלב את המחלקה הפסיכיאטרית בתוך המערכת הכללית של הפסיכיאטריה הקהילתית כדי שיהיה אפשר ליצור בסיס לתכנון כולל של השירותים הפסיכיאטריים על בסיס ניסיון מתועד ועובדות חיים, ולא רק לפי הנחות תיאורטיות וניסיון שנקנה בארצות אחרות, בתנאים ובנסיבות שונים משלנו. חשוב ללמוד גם את זרימת החולים בין המתקנים השונים — בית חולים לחולי נפש, מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, בית חולים יום, אוסטל, מרפאה, מרכז לבריאות הנפש וכו'.

ישראל, בתור מדינה קטנה, יכולה במאמץ מסוים להשתלט על החומר הרלוונטי במלואו, מבלי להזדקק למדגמים שלעתיים מכבידים על העיבוד, במיון החומר הרב-ממדי, ומעמדי דים בספק את התוצאות. גם היום, בשנות המצוקה הכלכלית, מוציאים סכומים ניכרים לריכוז ועיבוד של סטטיסטיקות שערכן ה-ממשי לתכנון ופיתוח השירותים מצומצם. בפיקוח קפדני ובשיתוף עם כל המוסדות הנוגעים בדבר ועובדיהם ניתן להפעיל תוכנית מקיפה ומעמיקה לריכוז ועיבוד של מידע על הטיפול בבריאות הנפש במדינת ישראל.

החולה. גם היום עדיין יש בארץ אזורים שאין בהם מחלקה פסיכיאטרית. המחלקות הקיימות לא דאגו להבהרת השאלות שנמנו לעיל, כדי לבסס את הצורך במחלקה פסיכיאטרית בבתי חולים כלליים, את התועלת המיוחדת שבהם ואת התחומים שבהם הן יעילות ביותר.

מוסדות קופת חולים פיגרו, ועדיין מפגרים, בעניין המחלקות הפסיכיאטריות. פרסום ה"מוקדש לשירותי בריאות הנפש בקופת חולים"²⁰ לא הזכיר ב־1980 אף במשפט אחד את קיומן של שלוש המחלקות הקיימות בבית החולים בעפולה מאפריל 1971, בבית החולים קפלן מפברואר 1977 ובבית החולים כרמל ממאי 1980.

לאחרונה הופיע מאמר הסוקר את בעיית המחלקות הפסיכיאטריות מתחילתה²¹, אבל הוא מביא בעיקר את ההתרשמויות של המחברים ואת הנחותיהם, מבלי לבססן על נתונים עובדתיים וסטטיסטיים. הנתונים המעטים המובאים במאמר מעניין זה מתייחסים כמעט רק למחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים רמב"ם ולשנה אחת בלבד.

קיים הרשם, שהמחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים עדיין לא יצאו במובן ידוע מגדר ניסיון, ועדיין לא נקבעו בבירור יעדיהן וקווי פעילותן. בעבודה זאת עשיתי ניסיון לסכם מתוך החומר המצוי את מירב הנתונים על מחלקות אלה. לאורך כל העבודה צוין חוסר התיאום הקיים בין המוסדות השונים באשר לריכוז החומר, מיונו וסיווגו. דבר זה מקשה על עיבוד הנתונים הכולל ועל השוואה בין המוסדות. בירור כל הבעיות הנוגעות למחלקות הפסיכיאטריות הוא מעניינם של כל מוסדות הרפואה בארץ ובראש וראשונה

20 קופת החולים של הסתדרות העובדים בארץ ישראל, המחלקה לשירותי בריאות הנפש, תאגף הרפואי — ההנהלה המרכזית, "שירותי בריאות הנפש בקופת חולים 79—1970", תל-אביב, מאי 1980.

21 גרונר וחפץ (לעיל, הערה 1), עמ' 37—39.

עידוד העסקת הנכים – סוגיות, סקירה בינלאומית והשלכות למשק הישראלי

מאת נעמי ענתבי *

כיום בתחום המוגדר של סידורם בעבודה. כך, לדוגמה, תייבת כל חברה, המעסיקה 10 עד 20 עובדים, להעסיק נכה מלחמה אחד. כמו כן דואגות התקנות לשמור לנכי מלחמה תפ-קידים מוגדרים כמו: מכירת כרטיסים, שמירה במגרשי חניה ומחסנים, סדרנות, סקידות בלשכות מודיעין, שמשות בבתי-ספר ושו"ערוות.

נראה, שקבוצה אחת של נכים – נכי מלחמה – זכאית לסידור בעבודה מכוח תקנות העסקת נכי מלחמה. אך ברור לכל, של-נכה מלחמה ולכל נכה אחר – מלידה, עקב תאונת עבודה או בגלל מחלה כלשהי – יש צורך אובייקטיבי זהה בעזרה במציאת עבודה. לכן מתעוררת השאלה, האם הזכויות המוענקות בתקנות להעסקת נכי מלחמה, לאור אופיין המוגבל, מספקות את ציפיותיו הלגיטימיות של הנכה במדינת רווחה (מילר, פרוקצ'יה וקרצ'מר, 1979).

גישות שונות לגבי קליטתו של הנכה בעבודה

הגישה המסורתית לשיקום מקצועי דוגלת בהשקעה במשאבי אנוש. הכוונה לייעוץ פסיכולוגי לנכה שמעניקים אנשי מקצוע ול-הפנייתו לעבודה בסדנאות מוגנות, או בכל סביבה בלתי תחרותית אחרת. גישה שונה היא גישת ה"ergonomics", לפיה יש לאסוף אינפורמציה על אודות צור-

מבוא

מלאכת שיקום הנכים היתה, עד מלחמת העולם השנייה, נחלתם של ארגוני התנדבות למיניהם, שטיפלו בבעיות הפסיכולוגיות והפיזיולוגיות כאחד. כחלק מן המאמץ הם פיתחו בתי מלאכה מוגנים (Sheltered Workshops), שהנכה הועסק בהם בעבודה מתאימה. העניין בבעיות השיקום גבר לאחר מלחמת העולם השנייה, כאשר גדל מספר הנכים במידה משמעותית והביקוש לכוח עבודה במדינות התעשייתיות עלה על ההיצע. שיקום הנכים הפך להיות נושא בעל חשיבות לאומית, והממשלות השונות הקצו לצורך זה תקציב מתאים ואף תמכו בארגוני ההתנדבות הקיימים. העניין התולך וגובר בבעיות השיקום והעובדה, שנכים הזוכים לטיפול נאות יכולים לתפקד בחברה, הביאו לפיתוח תוכניות שיקום שונות. בעבודה זו ננסה לתאר ולנתח את הדרכים, שבהן ניתן להגביר את המוטיבציה של המעסיקים להעסיק נכים ולפתח עיסוקים לנכים.

המצב המשפטי בישראל

תקנות העסקת נכי מלחמה קובעות את מכלול הזכויות לסידורם בעבודה לפי חוק חייבים משוחררים, 1949. תקנות העסקת נכי מלחמה הן דוגמה למתן זכויות מיוחדות לנ-

* האגף למחקר ו/כנון, המוסד לביטוח לאומי.

החלפת ציוד ובלאי, תשלומי ריבית והחכרת הציוד המתאים, הדרושים כדי לאפשר את עבודת הנכה.

נראה, שהעסקת עובדים מוגבלים מטילה על המעסיקים נטל כספי, עובדה שכמובן אין בה כדי לשמש תמריץ להעסקתם בחברות פרטיות, המעוניינות קודם כל ברווחים. סביר להניח, שהברות ייטו להעסיק נכים רק במידה שיקבלו תמיכה ממשלתית, אשר תקזז את ההוצאה הנוספת שגורמת העסקתם. בהנחה שהתמיכה הממשלתית ניתנת לפרוייקטים שהם בעלי תועלת חברתית, יש מקום לדון ברווח החברתי הנובע מהעסקת נכים.

התועלת החברתית הנובעת משיקומם של הנכים

נבדוק תחילה מה הם הגורמים השונים המושיעים משיקומו המקצועי של המוגבל ומשתלבותו בעבודה פרודוקטיבית.

א. הנכים ובני משפחותיהם: עקב השיקום המקצועי עולה הפיריון של הנכה, ובהתאמה עולה גם שכרו. סביר להניח, שתרומתו לעבודות הבית השונות ולטיפול בילדים גדלה גם היא, מצבו הכללי (ה-*well-being* שלו) משתפר, ותלותו בזולת מצטמצמת. בדרך כלל הדבר משפיע גם על בני המשפחה הקרובים של המוגבל המשוקם. ההשפעה על היצע העבודה אינה ברורה, מכיוון שייחכן שעקב שיקום הנכה בן המשפחה לא יהיה חייב לצאת לשוק העבודה, או להיפך — שעקב שיקומו של המוגבל והפחתת התלות בבני המשפחה האחרים יוכלו גם אלה לצאת כעת לשוק העבודה.

ב. החברות המעסיקות עובדים מוגבלים: החברות המעסיקות עובדים מוגבלים הן הגורם השני המושפע משיקומו של המוגבל. כפי שנאמר לעיל, קליטתו של

רת העבודה והבעיות הכרוכות בה. זאת או מרת, לנתח את דרישות התפקיד והמאמץ הנדרש לשם ביצועו, כשהמטרה היא לצמצם ככל האפשר את הקשיים הכרוכים בביצוע העבודה על-ידי שינוי התפקיד והתאמתו לעובד המוגבל.

לפי גישה זו, עיקר ההשקעה הוא הון פיזי, והיא בנויה על רצון לשלב את הנכה בעבודה במפעל תחרותי. קליטתו של העובד הנכה במפעל תחרותי אפשרית, אך בדרך כלל היא כרוכה בהוצאות נוספות, שהן פועל-יוצא מן השינויים הנדרשים בתהליך העבודה עצמו ובהתאמתו לעובד המוגבל. נציין מספר מאפיינים של מפעל הקולט עובדים מוגבלים בנוסף לעובדיו הלא מוגבלים:

- א. מיכון העבודה וההשקעה בציוד והון מתאימים. השקעה זו מפצה על מוגבלותו ופרינו הנמוך, יחסית, של העובד המוגבל.
- ב. יצירת אפשרות לחלוקת עבודה יעילה בין עובדים מוגבלים ולא מוגבלים.
- ג. קיום אפשרות לשינוי התפקידים הקיימים ופיתוח תפקידים אחרים על מנת לאפשר את עבודתו של המוגבל.
- ד. אימון הנכה לקראת תפקידו.
- ה. העסקת צוות משגיחים גדול יחסית.
- ו. הרחבת ביקורת איכות המוצר.
- ז. מתן טיפול רפואי הולם.

מחקר העוסק בניתוח הוצאות של פירמה המעסיקה מוגבלים (Cho, 1981) העלה, ששיעור ההוצאות הנוספות הנגרמות כתוצאה מהעסקת העובדים המוגבלים הוא בערך 25% מסך ההוצאות של המפעל. ההוצאה הממוצעת להעסקת עובד מוגבל גבוהה ב-40% מזו הכרוכה בהעסקתו של עובד לא מוגבל. הדבר נובע בעיקר מן ההוצאות הגבוהות, יחסית, הכרוכות באימון¹ העובד המוגבל, מבזבוז חומרי גלם, הוצאות הובלה,

1 ההוצאות לאימון עובד מוגבל גבוהות פי 13 מן ההוצאות לאימון עובד לא מוגבל.

מחת לו ולמשפחתו. קשה לתת אומדן כמותי של תועלת ישירה זו, הצריכה לכלול גם הערכה של ניידותו הגדולה יותר של הנכה, הפחתת תלותו בזולת והגדלת הסיפוק העצמי מי שלו, הגידול הצפוי בתרומתו למשק הבית, ההשפעה על שינוי היצע העבודה של שאר בני המשפחה ושיפור תפקודה ושילובה של המשפחה בחיי הקהילה.

דרכים למתן תמריצים לתעסוקת נכים

הדיון שלהלן ישא תחילה אופי כללי, ולאחר מכן נציג מספר מודלים תיאורטיים ואמפיריים העוסקים בנושא. עיצוד המעסיקים להעסיק נכים יכול להיעשה שות כדלקמן:

1. מתן הלוואות בריבית נמוכה על-מנת לאפשר השקעות נחוצות בציוד ולשם כיסוי ההוצאות הנוספות הכרוכות בהעסקת העובד המוגבל.
2. מתן סובסידיה לשכר בצורה של זיכוי מס כאחוז מן השכר המשולם לעובד. סובסידיה זו מקטינה את עלות השכר למעביד ועשויה להגדיל את היקף התעסוקה באופן ישיר, בכפוף לגורמים נוספים המשפיעים על שיקולי המעביד האם להעסיק עובדים נוספים. נמנה את הגורמים האלה:

(א) יש להניח, שלגבי חלק מן המעסיקים הזכאות לסובסידיה תשמש מעין איתות באשר לכישוריו של העובד, ולכן למרות הוצאות השכר הנמוכות יותר תהיה רתיעה מלהעסיק עובד זה. כמו כן ניתן להניח, שרבים מן המעסיקים יירתעו מן העבודה הביורוקרטית הנלווית להעסקת העובדים הללו.

(ב) יחס המעבידים לסובסידיה לשכר תלוי בגמישות הביקוש שלהם לעובדים. ככל שגמישות הביקוש גדולה יותר, כן יביא שינוי קטן בהוצאות השכר לשינוי גדול, יחסית,

העובד המוגבל כרוכה עבור החברות המעסיקות בהוצאה נוספת, הממומנת באופן חלקי או מלא בעזרת סובסידיות ממשלתיות. בהערכת ההוצאות הנוספות לחברות המעסיקות נכים יש להבחין בין הוצאות השייכות לתהליך הייצור ובין הוצאות אחרות. לדוגמה, הוצאות השייכות לתהליך הייצור הן: אימון העובד המוגבל, פיתוח ושינוי התפקיד כדי להתאימו לצורכי העובד המוגבל, הוספת כוח אדם כתוצאה מהרחבת ההשגחה וביקורת האיכות והענקת העזרה לאדם המוגבל. כמו כן, צפוי אובדן רב יותר של חומר גלם. הוצאות אחרות הן, לדוגמה, הצורך בהשגחה רפואית מתאימה, הספקת ארוחות וסיפוק דרכי גישה נוחים למפעל.

ג. משלם המסים: הוא מושפע בעיקר קיסין משיקומו של המוגבל. עקב שיקומו מופחתים לעתים תשלומי ההעברה הניתנים לנכה, ועם זאת גדלות ההכנסות הממשלתיות עקב תשלומי מס ההכנסה ממשכורתו. לעומת זאת גדלות הוצאות הממשלה עקב מתן סובסידיות למפעלים המעסיקים עובדים מוגבלים.

מחקר שנעשה ביפן העלה, שמשיקומו של העובד המוגבל נהנים גם הוא עצמו וגם משלם המסים (Cho, 1981). המפעל עצמו נמצא על גבול הכדאיות, ובמקרה המיוחד שנבדק במחקר זה לא כיסתה התמיכה את מלוא ההוצאות הנוספות שהיו כרוכות בהעסקת העובד המוגבל.

ד. התועלת החברתית: נראה, שהרווח החברתי הנובע משיקום הנכה הוא חיוני. בי. הוצאות החברה הן: (א) ההוצאות לשיקומו של הנכה, לעומת ההוצאות שהיו כרוכות באחזקתו אילו לא שוקם; (ב) ההוצאות הכרוכות בהעסקת העובד המוגבל במפעלים תחרותיים, הנובעות הן מהתאמת מקום העבודה לצורכי הנכה, והן ממתן פיצוי לחברה המעסיקה כדי שתיאות להעסיקו.

התועלת מהעסקתו של הנכה מורכבת מערך תפוקתו של העובד המוגבל לאחר תהליך השיקום ומן התועלת האישית הצו-

- או לנכה (Haveman & Palmer, 1982).
 התוצאות העיקריות מלמדות כי:
1. תוכניות היוצרות מקומות עבודה מגדי-לות את התעסוקה יותר מאשר תוכניות לה-קלות בתשלומי מסים.
 2. יש להיזהר מכך, שהמטרות הראשונות של הגדלת התעסוקה לא תישחקנה עקב אפקט התחלופה.
 3. התמריצים לתעסוקה הנובעים מן התוכ-ניות הישירות (הסובסידיות) יוצרים לחץ אינפלציוני קטן יותר, ודבר זה נכון במיוחד כאשר מכוונים את התוכניות לקבוצות עם עודף היצע, כך שהגידול בתעסוקתן לא יביא לעלייה בשכר.
 4. בטווח הארוך יש לתוכניות הישירות (הסובסידיות) השפעה מועטת בלבד על סך האבטלה, וזאת אם השכר מתאים את עצמו באופן הופשי ותלוי בעודף ההיצע והביקוש בשוק העבודה.
 5. לתוכניות העקיפות (כמו תוכניות התע-סוקה הציבוריות) יש השפעה על סך התע-סוקה יותר מאשר על תעסוקת קבוצת היעד.
 6. בתוכניות הישירות יכולה להיווצר בעיה באשר לאיכות התפוקה.

מודלים תיאורטיים

להלן יוצגו מספר מודלים תיאורטיים המנת-חים את השפעת התמריצים השונים להגדלת התעסוקה בתנאים שונים של המשק.

א. במודל הראשון² מניחים מצב של חוסר שיווי משקל ומנסים לבדוק את השפעות המאקרו של הסובסידיות לתעסוקה. בשוק העבודה ובשוק הסחורות יכול להיות עודף היצע או ביקוש, שכן זהו מודל המתייחס לטווח קצר, שבו יש צמידות בין השכר למ-חירים. כמו כן יש להבחין בין שלוש קבוצות בשוק העבודה. קבוצת היעד, שתיא הקבוצה שאת תעסוקתה רוצים להרחיב, הקבוצה

בביקוש לעבודה. במקרה זה יש לבדוק את השפעת ההכנסה ואת השפעת התחלופה, וה-אם הן פועלות באותו כיוון של הגדלת הבי-קוש לעבודה.

השפעת התחלופה מעודדת את המעביד להעדיף את הנכה כגורם ייצור זול על-ידי הורדת המחיר היחסי של עבודתו. אפקט ההכנסה גורם לכך, שמספר רב יותר של עובדים ייצר כמות גדולה יותר של מוצרים. הקטנת הוצאות השכר תוריד את מחיר המו-צר, ולכן צפוי גידול בכמות המבוקשת של מוצר זה.

(ג) השפעת משך הזמן של מתן הסובסי-דיה. כאשר המעביד יודע, שהסובסידיה לשכר היא זמנית, שנדרשות הוצאות נוספות כדי להכשיר את העובד לתפקידו או שיש צורך בהשקעות בהון ובציוד כדי לאפשר לו לתפקד במפעל, הוא עלול להימנע מלהעסיק עובדים נכים. יש צורך להקפיד שתשלום הסובסידיה יהא לטווח ארוך, כך שההש-קעה בעובד המוגבל תהיה כדאית.

(ד) רמת התחלופה בין הון לעבודה. אם התחליפיות גבוהה, קל יותר לשלב עובדים מוגבלים.

(ה) השפעת הסובסידיה לשכרם של הנכים על הביקוש לעובדים אחרים. הקטנת ההו-צאות לשכרם של עובדים אחרים תגדיל את העסקתם. אך באשר לעובדים האחרים יש לבדוק את מבנה השוק. אם סך הייצור יגדל, אין הכרח שתעסוקת העובדים האחרים תק-טן (דיון מפורט יובא בהמשך).

מחקרים שעסקו בנושא

מחקרים שונים שנערכו בנושא התמריצים להעסקת נכים עסקו בשאלה באיזו מידה ניתן להגדיל את תעסוקתם של מגזרים אלה בעזרת תוכניות תעסוקה ממשלתיות או סובסידיה לשכר, הניתנת לחברה המעסיקה

השכר — הסובסידיה לשכר לא תהיה בעלת השפעה חזקה, שכן התעסוקה פשוט תעבור מן האנשים שאינם מקבלים תמיכות לאלה הזוכים בהן, אלא אם כן הסובסידיה תהיה גבוהה עד שתכסה את כל האוכלוסייה.

לעומת זאת, אם האבטלה נובעת מהשפעת תשלומי ההעברה על חוסר הרצון לעבוד, לסובסידיה הקטנה ביותר תהיה השפעה מרובה. האפקטיביות של הסובסידיה תלויה בגמישויות הביקוש שבשוק. יש לשים לב לכך, שכאשר האבטלה מבנית, ההוצאה ליציאת מקום עבודה בתקציב נמוכה יותר מאשר ההוצאה לשכר המשולם לפי שכר מינימום. בהשוואת שתי האסטרטגיות — סובסידיה לעומת יצירת מקומות עבודה ציבוריים — יש חשיבות לגמישות הביקוש של המגזר הפרטי לעבודה של המגזר הזקוק לתמריץ, ותמיד קיים ספק לגבי מידת הצלחתו של התמריץ להביא להגדלת התעסוקה בקבוצת היעד. אם מצליחים לכוון את הסובסידיה כך שאכן תשפיע על קבוצת המטרה, אזי אם האבטלה היא מבנית הסובסידיה יכולה להייתר יעילה יותר. כאשר הסובסידיה לקבוצת המטרה מכסה את כל הקבוצה, גם המובטלים וגם משלמי המסים מרוויחים מן הסובסידיה המכוונת, ואין כל הבדל אם האבטלה היא מבנית או מסוג אחר.

נוכל לסכם בינתיים ולומר, ששני החוקרים הראשונים מצאו, שהאפקטיביות של הסובסידיה תלויה בתנאים מאקרו-כלכליים ובתנאי שוק העבודה. גם בזמן של גיאות וגם בזמן של שפל עדיף העילות של הסובסידיות בהגדלת התעסוקה ובהפחתת הלחצים האינפלציוניים ומירב השפעתן הטובה ביותר מופיעים דווקא כאשר האבטלה היא מבנית אך הסובסידיה מכוונת לכל קבוצת המטרה.

ג. המטרה במחקר³ השלישי היתה להעריך את האפקטיביות של זיכוי ממס על משרות

שאינה מהווה מטרה ספציפית כלשהי וקבוצת האנשים שאינם שייכים לכוח העבודה. כשמביאים בחשבון את ההשפעות התקציביות של העלייה והשינוי בהכנסות, העלות נטו של הסובסידיה לתעסוקה מכוונת ממזמנת על-פי קיצוץ התקציב בנושאים אחרים. התוצאות הנצפות הן כדלהלן:

1. השפעת הסובסידיה תלויה בצורת אי שיווי המשקל גם בשווקים האחרים, ולא רק בקבוצת היעד. ברוב המקרים התעסוקה עולה גם בקבוצת היעד וגם בכלל האוכלוסייה. אם כן אפשר לומר, שהסובסידיה הניתנת לתעסוקה מצליחה להגדיל אותה יותר מאשר הרחבה כללית בהוצאות הממשלה.
2. השפעת התמריץ להגדלת התעסוקה תהיה הגדולה ביותר כאשר לא יהיה עודף היצע בשוק הסחורות.
3. הסובסידיה לתעסוקה יכולה להביא להפחתת הלהצים האינפלציוניים.
4. לסובסידיה יש השפעה בכל מצב של מחזור העסקים, אך היא יותר אפקטיבית בזמני העלייה והירידה במחזור העסקים. לעומת זאת השפעה באמצעות מדיניות ממזמנת תקציבית היא אפקטיבית יותר בזמני השיא או השפל.

ב. מודל שני⁴ נועד לעזור למצוא את האופן היעיל ביותר להגדיר את האוכלוסייה, שכדאי להשקיע בה בצורת תמריצים וסובסידיות כדי להגדיל את התעסוקה. ההנחה היא, שקיים משק שבו אין שיווי-משקל קלאסי בשוק העבודה של קבוצת המטרה. חוסר התעסוקה אף מוגבר עקב ההשפעה של תשלומי ההעברה הממשלתיים המשפיעים על רמת התכנסה.

המחבר מצא, שהאפקטיביות של תוכניות סובסידיה תלויה בסוג האבטלה. אם האבטלה היא מבנית — כלומר, ששכר מינימום מגביל את האפשרות להוריד את הוצאות

3 העבודה בוצעה בידי George E. Johnson (Haveman & Palmer, 1982).

4 נערך בידי Jeffrey M. Perloff (Haveman & Palmer, 1982).

בוצה עם הכישורים הנמוכים על חשבון תוֹ-ספת כלשהי באבטלתה של קבוצת בעלי הכישורים. ממצא זה עולה בקנה אחד גם עם ממצאיהם של ביילי וטובין, שהניתוח שלהם מראה ששוק עבודה עם עודף ביקוש לעובדים בעלי כישורים ושכר גבוהים תורם לאינפלציה בשכר יותר מאשר שוק בעלי השכר הנמוך.

החישובים בעבודה זו נערכו על בסיס נתוני 1978 בארצות הברית. עולה מהם, שכדי להוריד את האבטלה ברמת אינפלציה נתונה מ-5.64% ל-5.14% יש צורך בסובסידיה של 1.24%—4.86% מן השכר. האחוז המדויק תלוי בגמישות התחלופה בין הקבוצה בעלת השכר הנמוך לקבוצה בעלת השכר הגבוה. כדי להוריד את האבטלה ב-2% נוספים, זאת אומרת לרמה של 5.04%, יש צורך בסובסידיה הגדולה ב-60% מזו שחושבה לעיל.

אפשר לומר, אפוא, שהתוצאות הנ"ל מלמדות, שתוכניות הסובסידיה הן בגדר אפשר, וכי בעזרת סובסידיה מוכוונת אפשר ליצור בערך 500,000 מקומות עבודה (בארצות הברית), בלי להביא לגידול בלחצים האינפלציוניים. לפי חישובים אלה נראה, שעלות תקציבית של מקום עבודה היא \$10,000—25,000 לשנה. עלות זו גמוכה בהרבה מסכום תכסף שהיה נדרש, אילו נייסנו ליצור מקומות עבודה בדרך של הגדלת הביקוש.

ד. בעבודה אחרת⁵ מנסה החוקר לבדוק את המצב, כסובסידיה ניתנת לעובד ולא למעביד. הוא טוען, שהסובסידיה לעובד משיפיעה על צד ההיצע בשוק העבודה יותר מאשר על צד הביקוש, והאפקט שלה יהיה זהה לזה של הסובסידיה למעביד. טענתו היא, שהסובסידיות לעבודה המשתלמות באמצעות העובד יביאו לגידול בתעסוקה

אחדות. במקרה הראשון המחבר בודק את המצב במודל רגיל של שיווי משקל, במשק עם שני מגזרים, כשהמחירים והשכר גמישים. בתנאים אלה הסובסידיה המוכוונת מביאה להגדלת התעסוקה של קבוצת היעד, ואם היצע העבודה אינו קשיח, אזי גם סך התעסוקה במשק גדל.

המחבר ניסה לבדוק גם את השפעות הסובסידיה על השינויים בתפוקה ובשכר ואת האפשרות לתקן באמצעות עיוותים בהקצאת המקורות. כאשר הוא מנתח את השפעת הסובסידיה על האבטלה הוא מוצא, כמו בשני המחקרים הקודמים, שהשפעתה תלויה בתנאים הספציפיים של המשק, והבעיה היא למצוא את מערכת ההנחות המתאימה ביותר למצב.

עבודות אמפיריות

בפרק זה ננסה לבדוק מהי תבנית ההנחות הקרובה ביותר למציאות, ומהי תוצמת התוצאות של המחקרים התיאורטיים בסביבה הכלכלית הרלוונטית.

א. המטרה העיקרית במחקר הראשון⁶ שאליו אנו מתייחסים כאן הייתה לבדוק עד כמה הסובסידיה יכולה להקטין את האבטלה בלי לתת חיזוקים ללחצים האינפלציוניים. המחבר בנה משוואה של שכר מצרפי, שבה שיעורי האבטלה בשתי קבוצות תעסוקה שונות מבוטאים על-ידי משתנים מסבירים. מכאן הוא קיבל מערכת של שיעורי אבטלה בקבוצות המתאימות השונות עם שיעור אבטלה מצרפי שאינו גורם להסלמה בשכר.

שיעור ההפחתה באבטלה שהתקבל הוא בין 0.5% ל-0.7% פחות מכפי שאפשר היה להשיג בתוכניות מאקררו-כלכליות רגילות. במצב כזה נוצרת אבטלה פחותה של הק-

5 בוצעה בידי Donald A. Nichols (Haveman & Palmer, 1982).

6 בוצעה בידי Robert J. Lerman (Haveman & Palmer, 1982).

דדת עבודה יותר מאשר גורמים אחרים. החסרון העיקרי שלה טמון בכך, שהשפעתה על השינוי בחלוקת ההכנסות במשק נמוך מזה של תשלומי ההעברה למשפחות, והענקת הסובסידיות אינה מבטלת את הצורך בהם. לדעת המחברים, צריך לדאוג לכך שעקב הסובסידיות לא ייגזלו מקומות עבודה מידי המפרנסים של המשפחות לטובת כוח העבודה המשני (נשים וילדים). לכן חשוב לדאוג גם לכך שהסובסידיות תינתנה רק לאנשים שיהיו מפרנסים ראשיים. החוקרים מנתחים שני מצבים: האחד עם המגבלה של גדל המשפחה והשני בלי מגבלה זו ומשווים אותם לתשלומי העברה ישירים. הם מנסים להעריך כיצד רווחי המשפחה משתנים עקב תוכניות וסובסידיות ומתחשבים בעובדה שהמקבלים משנים את אופן עבודתם בתגובה לתמריצים הטמונים בתוכניות השינוי.

הממצאים העיקריים שלהם הם כדלקמן:

1. הסובסידיה לשכר יכולה להביא להקטנת היצע העבודה נטו, אך בהיקף קטן יותר מאשר תשלומי העברה המותנים בהכנסות בלבד.

2. 1/3 מן התקציב לסובסידיות לעובד מקוון על-ידי הורדה מתשלומי ההעברה והמסים המוגדלים.

3. אם המטרה היא הגדלת ההכנסה של העניים, אזי תשלומי העברה ישירים הם האמצעי היעיל ביותר. אולם אם משתמשים במדדים אחרים של יעילות כלכלית, אזי סובסידיה לשכר, המותנית בגודל המשפחה, מסייעת לחלוקת ההכנסות יותר מאשר תשלומי ההעברה הישירים.

4. בעבודה שתידון להלן⁷ המחברים מרכיזים בנושא העיוותים, שמתן הסובסידיה יכול ליצור. הסובסידיה ניתנת כדי להגדיל את התעסוקה. חברות הרוצות לקבל את הסוב-

יותר מאשר סובסידיות המשתלמות באמצעות המעביד.

בהתבססו על סקרי כוח אדם שנערכו בארצות הברית הוא אומר, שזיכויי מס המוצע ענקים למשרות ולקבוצות ידועות, ותוכניות שונות אחרות שביצוען נעשה באמצעות המעביד, לא עזרו לחלק גדול מן האוכלוסייה הנוקטת. כאשר האבטלה מקורה בקשיחות של השכר כלפי מטה, תוכנית לתמריצים באמצעות המעביד תביא לתזוזה בהיצע מקומות עבודה כלפי קבוצות היעד, אך לא תקטיין את סך האבטלה. לעומת זאת, כאשר סובסידיה משולמת ישירות לעובד, היא מקטיינה את האבטלה ומגדילה את סך התעסוקה. כמו כן, סובסידיה הניתנת לעובד חוסכת מן המעביד את השינויים הביורוקרטיים הנדרשים.

המחבר גורס גם, שסובסידיה הניתנת לעובד תגדיל את שכרו של הפועל הפשוט ותעשה את העבודה מושכת יותר עבורו מאשר קבלת תשלומי העברה. סובסידיה לעובד תשפיע על אותם עובדים, שגמישות ההיצע שלהם לעבודה גדולה מ-1, וקבוצות אלה הן בעיקר הצעירים, הנשים והנכים.

נוכל לסכם ולומר, שהסובסידיה לעובד גורמת לחץ מינימלי על הביקוש במשק, ולכן אינה תורמת לאינפלציה ופועלת לשינוי בחלוקת העבודה לטובת קבוצת היעד.

5. בעבודה שלהלן⁸ המחברים מנתחים את השפעות התמריצים השונים על התפלגות מקומות העבודה וההכנסות בין הקבוצות השונות, ומשווים את התמריצים לשכר תחרותי, הוא השכר הנקבע בשוק חופשי, לתשלומי העברה שהממשלה נותנת לתושבים בלא קשר לעבודתם או למס הכנסה שלילי המאפשר לממשלה לעזור לאותם תושבים עובדים שהכנסתם נמוכה. היתרון העיקרי שיש לסובסידיה לשכר הוא בכך שהיא מעו-

7 נכתבה בידי David Betson & John H. Bishop (Haveman & Palmer, 1982).

8 נערכה בידי John H. Bishop & Charles A. Wilson (Haveman & Palmer, 1982).

זיכויים לכל סוג של מס, שתבחר החברה ושגוף הפועל בתיאום עם מערכת המסים יהיה אחראי על קביעת רמות הסובסידיה, התעודות ושאר הביורוקרטיה הכרוכה בכך.

ה. המתקר האחרון¹⁰ בותן את מערכת הסובסידיות לתעסוקה הקיימת בארצות מערב אירופה, שבה רוב המערכות מדגישות את התעסוקה נטו ואת ההשפעה נטו על התקציב. כמעט לא מוקדשת תשומת לב להתפלגות התעסוקה, להשפעת התוכנית על האינפלציה או על האבטלה.

תוכניות אלה באירופה אינן מוצגות כמפעל נפרד, אלא כחלק מן המדיניות הכללית בשוק העבודה, ולכן קשה לנתח את השפעות התמריצים ולנסות לראות אילו שיי-גויים חלו בתעסוקה כתוצאה מן הסובסידיות, ומה משקל השינויים שחלו בה כתוצאה מסי-בות אחרות.

לסיכום המחקרים השונים, שתמציתם הוצגה עד כה, ניתן להצביע על המגמות העיקריות האלה:

1. באופן יעקרוני קיימת השפעה חיובית של הסובסידיה לתעסוקה על רמת התעסוקה וה-אינפלציה. המציאות מלמדת, שהסובסידיה יכולה להביא לירידת האבטלה בשיעור ניכר מבלי להגביר את האינפלציה, וזאת תוך עלות הנראית סבירה ואפשרית.
2. האפקטיביות של הסובסידיות היא הגדולה ביותר בשעת הסתמנותן של מגמות השפלה והגיאיות במחזור העסקים, אך לא בנקודות השפל והגיאיות.
3. השימוש בסובסידיות להגדלת התעסוקה טוב במיוחד כאשר יש כבר התערבות חיצונית בשוק או כאשר קיימים אילוצים מבניים וחוקיים שונים. דוגמה לכך היא קיום חוק שכר מינימום.
4. הגדרת קבוצת המטרה יכולה לסייע

סידיות יכולות לצמצם את הוצאותיהן בשנה אחת כדי להגדילן יותר בשנה אחרת, וכך לקבל סובסידיה יותר גדולה. לתוכניות הסוב-סידיות יש שלוש דרכים אפשריות למנוע עיוותים. האחת תקבע סף תעסוקה קבוע, וכמו כן רק חברה המצליחה להגדיל את התעסוקה בה מעל לסף זה תקבל את הסוב-סידיה. השנייה היא לקבוע סף תעסוקה המתעדכן מדי שנה. והשלישית היא לקבוע סף המייצג את התעסוקה בזמן השיא.

במצב של סף קבוע יהיה עיוות מועט ביותר בזמן שהחברה צומחת, אך הוא לא יהיה רלוונטי כאשר עסקי החברה מצטמצמים. כאשר הגבול משתנה מדי שנה העיוות יהיה הגדול ביותר. זאת, מאחר שיהא בכך תמריץ לחברה להפחית את התעסוקה בת-קופה אחת יותר מאשר בתקופות אחרות במגמה להביא את הסובסידיה למקסימום על-ידי הגדלת התפוקה והתעסוקה. בתוכנית של תעסוקה עם גבול שיא השפעת העיוותים היא בינונית. במחקר זה ראינו את חשיבות אופן קביעת הקריטריונים למתן הסובסידיה, והשפעתם על מידת התמריץ להגדלת התעסוקה.

ז. בעבודה הבאה " מתפשים המחברים את המשמעויות האדמיניסטרטיביות של תכונות שונות של תוכניות הסובסידיות לתעסוקה. הכוונה כאן להתלטה על הזכאות, הן של העובד והן של החברה ולמכניזם הדרוש כדי לחשב את הסובסידיה. הם מצאו, שרבות מן התוכניות המוצעות מעוררות הרבה קשיים טכניים. יש הבדלים במשמעות הסובסידיה בין אזורים שונים של המדינה, יש סובסי-דיות שהן שוליות מאוד ומיועדות למטרות מצומצמות ביותר, ויש החלטות הכוללות בתוכן מבחן אמצעים. הם מציעים לעומת זאת הסדר אדמיניסטרטיבי פשוט, ומציעים כמו כן להשתמש במערכת המס על-ידי מתן

9 נערכה בידי George J. Corcagno & Walter C. Corson (Haveman & Palmer, 1982).

10 נערך בידי Peter Schwange (Haveman & Palmer, 1982).

דים במפעלים אלה הם מוגבלים. בתי חרוץ-שת אלה נמצאים בתחרות בשוק הפתוח, ובתפעול המפעל נעזרים בדעות ובהצעות של מומחים לפתרון בעיות השיקום ובסובסידיות ממשלתיות למימון ההוצאות הנוספות עקב העסקת הנכים.

הסובסידיות ניתנות בצורה של הלוואות בריבית נמוכה. 70% מהוצאות הבנייה, קניית המכונות והציוד ממומנים בעזרת הלוואות, שהריבית עליהן היא 5%, בעוד שהריבית הכללית במשק היא 9%. לעתים קרובות מפעל גדול "מאמץ" מפעלים קטנים אלה.

קיים הסכם חבילה המגדיר את התנאים להעסקת הפועלים המוגבלים ואת ההטבות למפעלים המצטרפים לכך. הממשלה מממנת אספקת ארוחות מסובסדות, מקום לינה וטייפול רפואי. יש לזכור, שקביעת היחס האופטימלי בין עובדים מוגבלים לעובדים רגילים תלוי בגודל הסובסידיה המתקבלת מהממשלה.

שוודיה

בשוודיה קיים חוק הנקרא "Promotion Employment Act", שמטרתו לעודד תעסוקת נכים בשוק הפתוח. המעסיקים מתבקשים לספק אינפורמציה על הרכב צוות המפעל, על תוכניות הפיתוח ועל התוכניות להעסקת העובדים. כאשר המעסיק אינו מעודד העסקת נכים, הממשלה יכולה לפתוח אתו במשא-ומתן ואף להכריח אותו לקבל עובדים רק באמצעות לשכת התעסוקה. הממשלה מצדה עוזרת בסובסידיות, בעבודת הנכה עצמה וברכישת ציוד מיוחד לצורך העבודה. הממשלה מקווה לעודד, בעזרת הסובסידיות, את המעסיקים להעסיק נכים, שתפוקתם נמוכה יחסית. על כל נכה הנעזר במשא-ומתן בעובד אחר המעסיק מקבל עזרה ממשלתית, ואם הנכה עצמאי בעבודתו, העזרה ניתנת לו אישית. כמו כן, כפי שנאמר,

רבות במתן תשובה לשאלה, האם הסובסידיה תגשים את מטרתה. אם לא מפרסמים ברבים מהי מטרת מתן הסובסידיה היא יכולה לגרום להעברת התעסוקה מקבוצה אחת לשנייה ולא להגדלה כללית שלה.

5. יש מקרים שיעיל יותר לתת סובסידיה לעובד, אך לשם כך יש לבדוק את הסיבות לחוסר התעסוקה בקבוצת היעד. ברוב המקרים הסובסידיה לעובד אפקטיבית להשגת גידול בתעסוקה בקרב עובדים נכים יותר מאשר סובסידיות למעביד היוצרות גידול בביקוש.

כמובן שבמצב של תשלום לעובד אפשר למקד את תשלומי הסובסידיה למשפחות ידועות ובעלות תכונות ידועות, שדווקא אותן רוצים לקדם.

6. כללים אדמיניסטרטיביים שונים יכונים, כמובן, להשפיע על התוצאות. דוגמאות לכללים אלה הם צורת קביעת גבול התעסוקה, שמעליו תשלום הסובסידיה, בחירת הגוף המבצע ואופן ביצוע תשלומי הסובסידיה, הבסיס שלפיו הסובסידיה משולמת (האם יהיה זה מספר שעות העבודה, רמת ההכנסות של החברה או שכר העבודה), וכן שיטת ההחלטות לגבי הזכאות לסובסידיה.

המצב בארצות אחרות¹¹

יפן

ביפן קיים חוק המחייב העסקת מוגבלים במגזר הפרטי והציבורי בשיעור של 1.5% מן המועסקים, ובארגונים ללא מטרות רווח — בשיעור של 1.9% מן המועסקים. מפעלים המעסיקים יותר מ-300 עובדים, אך אינם מעסיקים מספיק עובדים מוגבלים, חייבים לתרום לקרן מיוחדת הנקראת קרן לקידום המוגבלים.

בשנת 1979 הוקמו ביפן 60 בתי חרושת בתחום התעשייה הקלה. כ-50% מן העוב-

כן חייב המגזר הציבורי להעדיף בהזמנות שלו מקומות עבודה מוגנים.

צרפת

בחוק משנת 1955 נכללת הצהרה על חובת העסקתם של נכי מלחמה ושל אלמנות מלחמה בשיעור של 10% מן העובדים בחברות פרטיות, המעסיקות לפחות 10 עובדים מעל גיל 18 במעמד קבוע. חוק זה הורחב גם לגבי נכים מתאונות עבודה. אנשים המשתתפים בהכשרה מקצועית מקבלים תשלום של 90% משכר המינימום.

בחוק משנת 1974 יש דרישה שהמעסיקים, הן הציבוריים והן הפרטיים, יעדיפו העסקת נכים. קיימות כמובן גם סדנאות עבודה מוגנות, והמדינה מסבסדת את תפעולן.

חברות המספקות עבודה לנכים מקבלות עזרה כספית.

נכים שאינם מתאימים לעבוד בשוק הפיתוח יכולים לקבל עבודה במקומות מוגנים. קיימת גם אפשרות להביא עבודות לביתו של הנכה.

אירלנד

האחריות לשקם את הנכה ולסדר לו מקום עבודה מוטלת על משרד העבודה. למטרה זו המשרד יכול להקים ארגונים, סדנאות, חוות, גנים וכדומה.

איטליה

ההתעניינות מופנית בעיקר לנכי מלחמות. יש לשכות תעסוקה המיועדות למצוא עבודה להם ולנכים מתאונות עבודה. החוק משנת 1948 מחייב להעסיק אנשים שהחלימו משהפת בשיעור של 10% מן העובדים, הן במגזר הפרטי והן במגזר הציבורי. כמו כן חובה להעסיק טלפוניסטים עיוורים. אף הוקמו סדנאות לסייע לעבודת הנכים.

מ־1968 יש חובה להעסיק נכים במגזר הציבורי הפרטי לפי אחת מן הקטגוריות האלה:

הממשלה עוזרת בקניית ציוד מתאים לעבודתו של הנכה, משלמת את הוצאות אימונו והתמחותו של המוגבל בעבודה מסוימת ורוכשת לנכה עזרים טכניים מיוחדים כדי שיוכל לבצע את העבודה.

בלגיה

האגודה הלאומית הבלגית לנכי מלחמה אחראית למצבם החומרי והמוראלי של נכי המלחמה. טיפול רפואי לכל סוג של נכים ניתן חינם, בהתאם לצו שהוצא בשנת 1959. יש ועדה הקובעת את מחירי העזרים הטכניים, שהנכים זקוקים להם, והיא זו הנותנת אישורים ליצרנים. כמו כן ניתן עידוד לחינוך המקצועי. במטרה לעודד את העסקתם של עובדים נכים הממשלה עוזרת למעסיקים במימון ההוצאות הנלוות להעסקת הנכים, וכן היא עוזרת לעובדים הנכים במימון הביטוח וכלי העבודה ונותנת להם הלוואות. הממשלה מסייעת גם בהקמת בתי מלאכה מוגנים ובתחזוקתם.

החוק משנת 1973 הטיל כחובה על כל המעבידים במגזרים התעשייתיים, המסחרי והחקלאי, המעסיקים יותר מ־20 איש, להעסיק נכים בפרופורציות שנקבעו. חובה זו קיימת גם ברשויות הציבוריות. נכים שאינם מסוגלים לעבוד במקומות רגילים יכולים למצוא עבודה במקומות מוגנים.

דנמרק

ב־1.4.1976 התקבל חוק חדש, ובו דרישה להעדיף העסקת נכים במקומות תעסוקה ציבוריים.

גרמניה המערבית

בחוק משנת 1974 הוטלה חובה להעסיק אחוז ידוע של נכים, הן בחברות פרטיות והן ציבוריות, שבהם מועסקים 16 עובדים לפחות. הממשלה יכולה לקבוע שינויים באחוז הנכים המועסקים, ואחוז זה נע בין 5% ל־10% בהתאם לאופי החברה. הנכים הקשים זכאים לתוספת של 6 ימי חופשה. כמו

עסיק נכה נוסף על כל 50 עובדים נוספים.	25%	נכי מלחמה
יש אפשרות להרחיב חוק זה ולחייב גם חב- רות המעסיקות פחות מ-20 איש להעסיק נכה. כמו כן יש סדנאות ומקומות עבודה לנכים.	15%	נפגעי עבודה
	15%	נפגעים ממחלות בתעסוקה יתומים ואלמנות של נכי מלחמה נפגעי עבודה
	15%	נכים כלליים
	15%	חירשים אלמים
בריטניה	5%	
חברה פרטית בע"מ מעסיקה נכים בעבודה. החברה נוסדה ב-1945 בידי הממשלה. ב-1975 היו לה 87 בתי חרושת, והיא הע- סיקה 8,273 נכים קשים.		הולנד
כמו כן קיימת בבריטניה מכסה של עוב- דים נכים, שחברות חייבות להעסיק.		כל חברה שבה עובדים יותר מ-20 איש צריכה להעסיק לפחות נכה אחד, ואם היא מעסיקה יותר מ-50 איש היא חייבת לה-

ביבליוגרפיה

- בלומנטל, אלחנן, "שקום נכים 1971/1972", סקר מס' 14, המוסד לביטוח לאומי, 1974.
- מיינפרד, אגן, "תהליכי שיקום של נפגעי עבודה: מימצאים ממערכת דיווחים שהופעלה בתקופה 1971-76", סקר מס' 22, המוסד לביטוח לאומי, 1978.
- פלוריאן, ו', "דעות מעבידים על נכים כעובדים ונכונותם להעסיקם", בתוך: מגמות שיקומיות, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, 1974.
- א"ל מילר, א' פרזקצ'יה, וד' קרצ'מר, זכויות הנכים בישראל - הצעות לקראת רפורמה, ירושלים, המכון למחקרי חקיקה ולמשפט השוואתי ע"ש הרי סאקר, 1979.
- Cho, "Japanese Model Factory Employment of Handicapped", *Evaluation Revue*, Vol. 5 No. 4 (August 1981).
- Cho & Schuerman, "Economic Costs and Benefits of Private Gainful Employment of the Severely Handicapped", *Journal of Rehabilitation* 46 (3) (August 1980).
- Conley, "Cost Benefit Analysis of the National Rehabilitation Program", *Journal of Human Resources*, Vol. 4 (1971).
- Fitzpatrick, Mary, *Putting the Targeted Jobs Tax Credit Back to Work*, 1980.
- Hamermesh, "Subsidies for Jobs in the Private Sector", *Creating Jobs*, Washington D.C., Brookings Institution.
- Haveman, R. H. & Palmer, J. L., *Jobs for Disadvantaged Workers. The Economics of Employment Subsidies*, Brookings Studies in Social Economics, 1982.
- Ministry of Labor of the Swedish Government, *More Handicapped Persons Must Get a Job*.
- Noble, "The Limits of Cost Benefit Analysis as a Guide to Priority Setting in Rehabilitation", *Evaluation Quarterly*, Vol. 1, No. 3 (August 1977).
- Perloff & Watcher, "Job Tax Credit", *American Economic Revue*, Vol. 69, No. 2 (May 1979).
- Rouault, G. Y., *The Handicapped and Their Employment*, 1978.

מצבה הכלכלי של אוכלוסיית הקשישים: מחקר השוואתי של שבע מדינות

מאת לאה אחדות ויוסי תמיר*

מבוא

על רקע המגמות האחידות שהסתמנו בהן צאה לביטחון סוציאלי לאוכלוסייה הקשישה מעניין לבחון בפרספקטיבה בינלאומית את מצבם הכלכלי של הקשישים בראשית שנות השמונים. רווחתה של האוכלוסייה הקשישה, על קבוצותיה השונות, בכל אחת מן המדינות תלויה בגורמים רבים, כמו גיל הפרישה המקובל בכל מדינה, מידת הגמישות והליברליות ביחס לגיל הפנסיוני, נדיבות תוכניות הפרישה של הביטוח הסוציאלי, התפקיד שממלאים הסדרי הפנסיה התעסוקתית במערכת הכוללת של הבטחת הכנסה לקשישים ודפוסי המגורים של הקשישים (קשישים הגרים לבד לעומת קשישים הגרים עם ילדיהם). במסגרת מחקר זה לא נציג תיאור מסורט של מאפיינים מוסדיים, אלא רק ניתוח השוואתי אמפירי של מצבם הכלכלי של הקשישים במדינות המשתתפות במחקר בינלאומי על הכנסות.¹

הספרות התיאורטית והאמפירית בנושא מדידת עוני ואי שוויון בהתחלקות הכנסות

במרוצת שני העשורים האחרונים הל גידול מואץ בהוצאה לביטחון סוציאלי במדינות המתועשות. מאז 1960 ועד ראשית שנות ה-80 גדלה ההוצאה לביטחון סוציאלי בשיעור הגדול כמעט פי שתיים משיעור הגידול בתוצר הלאומי הגולמי. הגידול היה ניכר במיוחד בתשלומי ההעברה לאוכלוסייה הקשישה, שהפכו להיות המרכיב העיקרי בסך ההוצאה לביטחון סוציאלי במרבית המדינות המפותחות. הגידול הריאלי בהוצאה על פנסיות לקשישים במדינות החברות ב"ארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי" (OECD) נמשך גם לאחר המשבר הכלכלי שפקד את מדינות המערב באמצע שנות השבעים. בראשית שנות השמונים היתה ההוצאה לפנסיות זיקנה בערך 9% מהתל"ג בגרמניה המערבית, 5% בערך בשוודיה ובאנגליה וכ-3% בארצות הברית (OECD, 1983).

* האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.

1 מטרתו הכללית של מחקר ההכנסות הלוקסמבורגי (Luxembourg Income Study — LIS) היתה שיפור הניתוח העוסק בתיבטים השונים של התחלקות הכנסה ובהשלכותיה של מדיניות הרווחה על רווחתה של האוכלוסייה בפרספקטיבה בינלאומית. במסגרת פרויקט זה נעשה ניסיון להתגבר על חלק מן המגבלות הכרוכות במחקר השוואתי. לצורך זה רוכזו בשלביו הראשונים של המחקר (1982—1984), נתוני מיקרו לא מעובדים משבע מדינות במקום אחד בלוקסמבורג. הנתונים מכל מדינה ומדינה מוינו מחדש, במגמה ליצור בסיס השוואתי עבור יחידת ההכנסה, מרכיבי ההכנסה לסוגיהם והמשתנים הדמוגרפיים שינחתו בשיטות מתודולוגיות זהות. המדינות המשתתפות במחקר הלוקסמבורגי הן: קנדה, ארצות הברית, אנגליה, נורווגיה, שוודיה, גרמניה המערבית וישראל. סדרות נתוני המיקרו המצויים במאגר הנתונים הבינלאומי, ששימשו בסיס למחקרים ההשוואתיים, הם: קנדה — סקר הוצאות משפחה, 1981; ארצות הברית — סקר האוכלוסייה השוטף; אנגליה — סקר הוצאות משפחה, 1979; גרמניה — סקר השלומי העברה, 1979; שוודיה — סקר התחלקות הכנסות ורמת חיים, 1979; נורווגיה — קובץ משלמי מס, 1979; ישראל — סקר הוצאות משפחה, 1979 (המשך העברה בע' הבא).

ביטוח הסוציאלי או מן המערכת התעסוק-
תית).

חלק א של המאמר מתאר את המאפיינים
הדמוגרפיים של האוכלוסייה הקשישה. חלק
ב דן בבעיית ההגדרה של "משפחה פורשת"
ומשווה את גודל האוכלוסייה הפורשת לפי
הגדרות אלטרנטיביות. חלק ג מנתח את
התרומה היחסית של כל אחד ממקורות ההכ-
נסה לרמת תחיים כלל המשפחות הקשישות
ושל המשפחות הפורשות לפי אחת מן ההגד-
רות האלטרנטיביות. חלק ד בוחן את
התחלקות ההכנסה בקרב המשפחות הקשי-
שות משתי נקודות מבט: אי-שוויון התחל-
קות ההכנסה בין קבוצות גיל ובתוך כל
קבוצת גיל, ואילו חלק ה מתייחס לתחולת
העוני ולהרכב האוכלוסייה הענייה. החלק
האחרון של המחקר כולל דיון בקשרי הגומי-
לין בין מספר משתנים שהוצגו קודם. הוא
מתמקד בהשפעת המאפיינים המוסדיים וה-
דמוגרפיים על גודל האוכלוסייה הפורשת
והרכב הכנסתה ובקשרים האפשריים בין
הרכב הכנסות ובין מאפייני התחלקות הכנס-
ות.

א. מאפיינים דמוגרפיים של המשפחות הקשישות

המשפחות הקשישות חולקו לארבע קבוצות
גיל בהתאם לגיל ראש המשפחה: 55—59,
60—64, 65—74 ו-75+. כפי שמראה לוח
1, התפלגות המשפחות לפי גיל ראש
המשפחה משתנה באופן ניכר בין המדינות.
השיעור הגבוה ביותר של המשפחות שרא-
שן שיהן בגיל 55 שנה ויותר נמצא בנורווגיה,
בגרמניה המערבית ובאנגליה. בקנדה וב-

— למשל: אטקינסון (1983), דנציגר וטאו-
סינג (1982) ודנציגר, ואן דר גאג, סמולנסקי
וטאוסינג (1982) — בחנה בהרחבה את
המדדים האלטרנטיביים שבהם משתמשים
בניתוח מצבה הכלכלי ורווחתה של האוכלו-
סייה. היא התייחסה למושגי "התכנסה" שעל
פיה מודדים מצב כלכלי (תצרוכת לעומת
הכנסה גולמית או הכנסה נקייה) ולמושגי
היחידה הנחקרת (משפחה, משק בית). בשלב
זה של הפרויקט התייחסנו, בבחינת מצבם
הכלכלי של הקשישים, להכנסה הכספית בל-
בד. הכנסה לא כספית (רכוש, תצרוכת, חיס-
כון) ואינדיקטורים אחרים למצב כלכלי עדיין
לא נחקרו. כמו כן, בחרנו לנתח את ההכנסה
הכספית של המשפחה. במדידת העוני
ואי השוויון השתמשנו בהכנסה המותאמת
לגודל משפחה, כאשר הסקלה האקוויוולנטית
היתה אחידה לכל המדינות.

אחת השאלות החשובות העולות במחקרים
השוואתיים של האוכלוסייה הקשישה היא
איך להגדיר "משפחה פורשת". לאור ההבד-
לים בין המדינות ביחס לגיל הפרישה
ולדפוסי העבודה של הקשישים, התגדרה
הדמוגרפית הרגילה לפרישה (גיל 65+)
היא במידה ידועה שרירותית ובעייתית,
במיוחד במחקר המתייחס להכנסות משפחה
ולא להכנסות פרטים. לפיכך השתמשנו בהג-
דרות אלטרנטיביות לפרישה, המבוססות לא
רק על גיל ראש המשפחה, אלא גם על
הרכב ההכנסות של המשפחה. המכנה המשו-
תף לכל ההגדרות שיוצגו במחקר הוא, שגיל
ראש המשפחה הוא 55 שנה ויותר (הגיל
המינימלי לפרישה במדינות הנסקרות), ואילו
ההבדל ביניהן נובע מהתייחסות שונה להרכב
הכנסות המשפחה, במיוחד היחס בין הכנסות
מעבודה ובין הכנסות מפרישה (פנסיה מה-

בכנס שיערך בלוקסמבורג ביולי 1985 הוצגו המחקרים ההשוואתיים הראשונים. בשלב זה הם התמקדו
בהצגת הממצאים האמפיריים בלבד בנושאים האלה: עוני, התחלקות הכנסות ומצבן הכלכלי היחסי
של קבוצות אוכלוסייה ספציפיות כמו קשישים ומשפחות חד-הוריות. המאמר שיוצג להלן דן במצבה
הכלכלי היחסי של האוכלוסייה הקשישה ושל האוכלוסייה הפורשת בפרספקטיבה בינלאומית בראשית
שנות השמונים.

לוח 1. התפלגות המשפחות לפי גיל ראש המשפחה (באחוזים)

סה"כ אוכלוסייה	גיל ראש המשפחה					54 ומטה	המדינה
	+ 75	74—65	64—60	59—55	+ 55		
100.0	12.1	15.2	8.3	9.0	44.5	55.5	נורווגיה
100.0	11.7	17.5	5.9	8.3	43.4	56.6	מערב גרמניה
100.0	9.2	16.8	6.9	9.2	42.2	57.8	בריטניה
100.0	11.6	14.1	7.9	6.6	40.3	59.7	שוודיה
100.0	7.2	15.6	8.2	8.2	39.2	60.8	ישראל
100.0	7.5	12.0	6.9	7.9	34.3	65.7	ארצות הברית
100.0	6.6	10.6	6.7	7.6	31.5	68.5	קנדה

הנשים היחידות גבוה מזה של הזוגות ללא ילדים. בשוודיה, בנורווגיה ובגרמניה המערבית בית הנשים היחידות הן קצת יותר מ-50% מכלל המשפחות בקבוצת הגיל +75. בארצות הברית, בקנדה ובאנגליה הן מהוות בערך 45%. בישראל רק 23% מכלל המשפחות של חות בקבוצת הגיל +75 הן משפחות של נשים יחידות, בעוד שאחוז הזוגות ללא ילדים הוא גבוה יחסית, 47%. הבדל זה בין ישראל ובין שאר המדינות נובע כנראה משיעור הגירושין הנמוך יחסית בה.

האחוז הנמוך ביותר של גברים יחידים בקבוצת הגיל +75 נמצא בישראל ובגרמניה (11% בקירוב) והגבוה ביותר בשוודיה ובנורווגיה (17%—18%). הבדל אחר בין המדינות מתייחס לטיפוס המשפחה המכונה "אחר". אלה הם משקי בית של קשישים ללא ילדים, אך הגרים עם מבוגרים אחרים, שיש להם קרבה לראש המשפחה או לבת הזוג שלו. בישראל ובקנדה 20% בערך מן המשפחות הקשישות בגיל +55 נמנות עם טיפוס משפחה זה; בארצות הברית ובאנגליה — בערך 17%, ובגרמניה — בערך 11%. חלקן של משפחות אלה גבוה יותר בקבוצות

ארצות הברית אחוז המשפחות הקשישות הוא הנמוך ביותר, בעוד ששוודיה וישראל נמצאות באמצע הסולם, אם כי הן קרובות יותר לקבוצת המדינות הראשונה.²

גם כאשר בוחנים את אחוז המשפחות הקשישות על-פי ההגדרה המקובלת, היינו שגיל ראש המשפחה הוא 65 שנה ויותר, דירוג המדינות נשמר במידה רבה. השונות בין המדינות בולטת מאוד בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר, +75. בנורווגיה אחוז ה-משפחות בקבוצת גיל זו גדול כמעט פי שתיים מאשר בקנדה.

משתנה דמוגרפי אחר שישמש אותנו ב-השוואה בינלאומית זו על מצבן הכלכלי של המשפחות הקשישות הוא הרכב המשפחה. כצפוי, זוגות ללא ילדים ונשים יחידות הן שתי הקבוצות העיקריות באוכלוסייה הקשישה (ראה לוח 2). בקבוצת הגיל 54—55, 60—64 ו-65—74, זוגות ללא ילדים מהווים את הקבוצה הגדולה ביותר, למרות שחלקן של הנשים היחידות עולה באופן משמעותי עם הגיל, בעיקר על חשבון הזוגות עם ילדים. בקבוצת הגיל +75 המצב מתהפך. בכל המדינות, למעט ישראל, אחוז

2 בכל הלוחות שיוצגו במאמר זה המדינות מדורגות בסדר יורד לפי אחוז המשפחות שראשן בגיל 55 יותר בכלל המשפחות באוכלוסייה.

לוח 2. כונו משפחה לפי גיל ראש המשפחה

סוג המשפחה	נורווגיה		+75		+55		-65		מערב גרמניה		בריטניה		שוודיה		ישראל		ארז"ב		קנדה	
	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
סד"כ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
רווק	14	14	18	14	11	11	17	18	17	13	11	17	18	11	7	7	9	9	11	11
רווקה	33	35	52	35	41	51	44	37	47	31	29	38	37	23	26	21	28	31	26	29
זוג בלי ילדים	34	41	25	34	33	51	44	37	47	31	29	38	37	23	26	21	28	31	26	29
זוג עם ילדים	13	6	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	4	2	4	4	3	2	3	2
משפחה חד-הורית	4	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
אחר * + ילדים	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	4	7	3	2	5	2
אחר **	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
גודל משפחה	—	—	—	—	—	5	11	12	—	15	13	17	17	14	14	20	17	13	20	16
ממוצעת	2.3	2.0	1.5	2.0	2.1	1.6	1.9	2.1	1.9	2.1	2.4	2.4	1.7	1.7	3.2	3.0	2.6	2.3	2.7	2.3

* סוג משפחה זה כולל משפחות עם ילדים ועם בוגרים נוספים.
 ** כל המשפחות בלי ילדים שאינן כלולות בשלושת הסוגים הראשונים.

מצבה הכלכלי של אוכלוסיית הקשישים (מחקר השוואתי)

(5) משפחה עם הכנסה מפרישה ושהכנסתה מעבודה אינה עולה על רבע מהכנסתה הנקייה.

הגדרה (3) היא הצרה ביותר בעוד ש-(2) היא הרחבה ביותר. למטרות מחקר זה, הגדרה הכוללת הכנסות מעבודה והכנסות מפרישה כאחד, כמו הגדרות (4) ו-(5), עדי-פה על הגדרות אחרות מן הסיבות האלה: (א) חלק מן הקשישים ממשיכים לעבוד באור-פן חלקי גם לאחר שנעשו זכאים להכנסה מפרישה; (ב) מאחר שאנו חוקרים את הכנסות המשפחה ולא את הכנסות הפרטים במשפחה, אפשר שאחד מבני המשפחה פרש לחלוטין משוק העבודה אך לשאר בני המשפחה יש הכנסות מעבודה.

הגדרה (5) נבחרה להיות ההגדרה העיקרית למשפחה פורשת מאחר שבהתאם להגדרה זו הכנסות מעבודה מהוות מרכיב קטן בסך ההכנסה המשפחתית, כך שיש התחשבות לא רק ביחס שבין הכנסות מפרישה להכנסות מעבודה, אלא גם בסוגי הכנסות אחרים, בעיקר הכנסות מהון. משפחה המקיימת את תנאי הגדרה 5 תסומן כמשפחה "פורשת".

לוח 3 מציג את היחס של המשפחות הפורשות בקבוצות הגיל השונות, בהתאם להגדרות שהוזכרו לעיל. עניין מיוחד יש בממצאים המתייחסים לקבוצת הגיל שמתחת לגיל הפרישה הנורמלי, 65 שנה. הם מראים, שבשוודיה גמצא האחוז הגבוה ביותר של משפחות עם הכנסה מפרישה (55%), אך לעומת זאת מאפיין אותה האחוז הנמוך ביותר של משפחות ללא כל הכנסה מעבודה (15%). ישראל דומה לשוודיה בכך שגם אותה מאפיין אחוז גבוה יחסית של משפחות עם הכנסה מפרישה (35%) ואחוז נמוך יחסית של משפחות ללא הכנסה מעבודה (16%). גם גרמניה מאופיינת באחוז גבוה

הגיל הצעירות — 55—64 — מאשר בקבוצות הגיל 65 +³.

בישראל, המשפחות הקשישות גדולות יותר מאשר בשאר המדינות (3.2 נפשות בממוצע למשק בית). מצד שני, את שוודיה מאפיין גודל המשפחה הממוצע הנמוך ביותר, 1.7 נפשות למשפחה. דירוג המדינות לפי גודל משפחה נשמר בכל קבוצות הגיל.

ב. מי הם הקשישים הפורשים ?

ההגדרות השונות של "משפחה פורשת" שאנו משתמשים בהן במחקר זה מבוססות על שני אלמנטים: גיל ראש המשפחה והרכב ההכנסות של המשפחה. מנקודת מבט כלכלית, קיימים שני קריטריונים בסיסיים להגדרת מצב של פרישה. הראשון הוא מידת השתתפותן של המשפחות בשוק העבודה והשני הוא קיומה של הכנסה מפרישה — קצבת זיקנה ממערכת הביטוח הסוציאלי או פנסיה תעסוקתית. אפשר להגדיר משפחה פורשת על בסיס אחד משני קריטריונים אלה או על בסיס שניהם גם יחד.

בפרק זה נציג חמש הגדרות אלטרנטיביות למשפחה פורשת. כל ההגדרות מתייחסות למשפחות שראשן בגיל 55 +, אך הן שונות זו מזו בהתייחסותן למקורות ההכנסה של המשפחה ולהרכב ההכנסות:

- (1) פרישה מוחלטת משוק העבודה, היינו משפחה ללא הכנסות מעבודה.
- (2) משפחה עם הכנסה מפרישה.
- (3) צירוף של (1) + (2). היינו, משפחה עם הכנסה מפרישה, אך ללא הכנסות מעבודה.
- (4) משפחה שהכנסתה מפרישה עולה על הכנסתה מעבודה (הגדרה זו כוללת את (3)).

3 מנתוני הסקרים של שוודיה ונורווגיה לא ניתן לאתר את טיפוס המשפחה "אחר", מאחר שההתייחסות לאדם מעל גיל 18, הגר עם מבוגרים אחרים, היא כאל משפחה בפני עצמה.

לוח 3. חלקו של המשפחות הפורשות בתוך כל קבוצות גיל לפי ההגדרות השונות (באחוזים)

קבוצה	קנדה		ארצות הברית		ישראל		שוודיה		בריטניה		מערב גרמניה		נורווגיה*								
	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65							
74	64	74	64	74	64	74	64	74	64	74	64	74	64	74	64	הגדרה					
90	73	10	84	66	8	86	63	16	98	83	21	90	77	15	89	79	27	—	—	1. הגדרה ראשונית	
85	64	17	83	61	18	80	58	16	90	66	14	89	72	19	95	83	35	86	47	14	2. עם אפס שכר
99	98	25	95	91	17	100	94	35	100	100	55	99	98	26	92	91	44	—	—	—	3. עם הכנסה כלשהי מפרישה
85	64	8	79	57	6	80	58	14	90	66	14	88	71	14	87	75	26	—	—	—	4. כלי שכר אך עם הכנסה כלשהי מפרישה
91	78	11	87	74	8	88	68	17	99	94	29	91	84	19	89	82	31	—	—	—	5. עם הכנסה מפרישה שהיא נובדה משכר

* התחוגים על הכנסה מפרישה בנוורווגיה כוללים רק פנסיות פרטיות. משום כך, משתנה זה אינו אמין, ולא ניתן להשוות את נורווגיה למדינות האחרות.

זו אינה עולה על רבע מן ההכנסה הנקייה. לוח 4 מראה את יחס המשפחות הפור-שות לכלל האוכלוסייה הקשישה (55+) ואצל שני טיפוי המשפחה השכיחים ביותר בקרב האוכלוסייה הקשישה: נשים יחידות וזוגות ללא ילדים. כצפוי, בכל המדינות ובהתאם לכל הגדרות הפרישה אחוז הפורשות בקרב הנשים הבודדות גבוה מזה של כלל הקשישים, בעוד שאחוז הפורשים בקרב הזוגות ללא ילדים נמוך יותר. כל ההגדרות, מלבד זו המתיחסת למשפחות ללא הכנסה מעבודה, מראות, שאחוז הפורשות בקרב הנשים היחידות הוא הגבוה ביותר בישראל והנמוך ביותר בארצות הברית. בישראל, באנגליה, בשוודיה ובגרמניה 87%—84% מכלל הנשים היחידות בגיל 55+ הן "פור-שות" (לפי ההגדרה העיקרית), לעומת 66% בארצות הברית. בין שתי קבוצות אלה נמצאת קנדה עם 76%. בערך 50% מכלל הזוגות ללא ילדים בארצות הברית, בקנדה ובישראל הן משפחות "פורשות", לעומת 62% בגרמניה ו-54% באנגליה.

ג. החשיבות היחסית של מקורות ההכנסה השונים

אחד הממדים החשובים שעל פיהם נהוג להשוות את מצבה הכלכלי של האוכלוסייה הקשישה במדינות השונות הוא הרכב ההכנסה שלה והתרומה של כל אחד ממקורות ההכנסה לרמת חייה⁴. אנו נבחין בין הכנסה הנובעת מפעילות הכלכלית של המשפחה ובין תשלומי העברה. הכנסה הנובעת מפעילות כלכלית כוללת הכנסה מעבודה, מרכוש ומפנסיה תעסוקתית, ואילו תשלומי העברה כוללים את תשלומי ההעברה מהביטוח ה-

של משפחות עם הכנסה מפרישה (44%), אך בניגוד לשוודיה ולכל שאר המדינות נמצא בה אחוז גבוה של משפחות ללא הכנסה מעבודה (35%). השוואת אחוז המשפחות עם הכנסה מפרישה לאחוז המשפחות מגלה, שבשוודיה ובישראל יש יחסית יותר משפחות ועובדות עם הכנסה מפרישה בעוד שבגרמניה מרבית המשפחות המקבלות הכנסה מפרישה אינן ועובדות כלל.

בארצות הברית, בקנדה ובאנגליה נמצא אחוז אחוז של משפחות ללא הכנסה מעבודה, אך הן נבדלות זו מזו באחוז המשפחות עם הכנסה מפרישה. בהשוואת כל המדינות האחרות הנמוך ביותר של משפחות עם הכנסה מפרישה נמצא בארצות הברית (17%), ואילו קנדה ואנגליה ממוקמות באמצע הסולם.

לפי שאר ההגדרות, המשלבות הכנסות מעבודה עם הכנסות מפרישה, אחוז המשפחות הפורשות הוא הגבוה ביותר בגרמניה ואחריה באה שוודיה, ואילו ארצות הברית וקנדה נמצאות בתחתית הסולם.

בכל המדינות, כמעט לכל משפחה בשתי קבוצות הגיל המבוגרות ביותר יש הכנסה מפרישה וההבדל בין המדינות נובע מאחוז שונה של משפחות עם הכנסה מעבודה. בישראל, בארצות הברית ובקנדה אחוז המשפחות הקשישות עם הכנסה מעבודה הוא גבוה יחסית לזה שבגרמניה ובאנגליה. בישראל יש ל-42% מן המשפחות בקבוצת הגיל 65—74 ול-20% מן המשפחות בקבוצת הגיל 75+ הכנסה כלשהי מעבודה ואצל מרבית המשפחות הכנסה זו עולה על רבע מן ההכנסה הנקייה. זאת לעומת 17% ו-5% בהתאמה בגרמניה. גם בשוודיה יש אחוז גבוה יחסית של משפחות עם הכנסה מעבודה, אך בניגוד לישראל ולארצות הברית, הכנסה

4 דרך הטובה ביותר להערכת התרומה היחסית של מקורות ההכנסה השונים לרמת חייהם של הקשישים היא לנתח את התפלגות ההכנסה הנקייה לפי מקורות ההכנסה. אולם, הנתונים שהמחקר מבוסס עליהם אינם מאפשרים זאת מאחר שהם כוללים רק את סך כל ההכנסה הנקייה ואת סך כל תשלומי המס.

לוח 4. חלקו של המשפחה המורשת בדרך האנליטיקה הקשישה (+55) לפי ההנדרות השונות ולפי מן משפחה (באותים)

קנדה	ארצות הברית		ישראל		שוודיה		בריטניה		מערב גרמניה		נורווגיה*		הגדרה												
	ר	ס	ז	ר	ז	ר	ס	ז	ר	ס	ז	ר		ס**											
56	74	55	56	74	57	66	69	58	55	77	64	60	77	62	66	78	67	61	78	61	65	+65	גיל ראש המשפחה		
50	76	48	46	66	43	46	87	74	49	84	65	54	85	56	62	83	65	—	—	—	—	—	הגדרה ראשונית		
46	79	47	43	75	47	43	84	45	53	77	54	51	85	55	69	89	71	31	74	45	—	—	עם אפס שכר		
66	82	65	62	73	60	66	97	70	77	95	84	69	93	74	71	88	76	—	—	—	—	—	—	עם הכנסה כלשהי	
43	72	43	39	62	40	41	84	43	35	77	54	49	82	53	60	81	62	—	—	—	—	—	—	בלוי שכר, אך עם הכנסה כלשהי	
53	77	50	50	68	49	49	89	50	59	88	72	58	88	60	65	85	67	—	—	—	—	—	—	עם הכנסה מפרטית	
																									שהיא גבוהה משכר

* ראה הערה ללוח 3
 ** ס = סדיע +55, ר = רווקות, ז = זוגות בלי ילדים.

המוטל על הכנסת המשפחות הקשישות הוא הגבוה ביותר בשוודיה (30%) והגמוך ביותר בקנדה⁷ ובגרמניה (12% ו-13% בהתאמה). גם בישראל ובנורווגיה משלמות המשפחות הקשישות מס שיעור גבוה יחסית, כ-23% מן ההכנסה הגולמית. לאור העובדה שב-30% שוודיה שיעור המס הממוצע הוא 30% מההכנסה הגולמית, שלמעלה ממחציתה היא הכנסה מתשלומי העברה, ניתן להסיק שה-מיסוי על תשלומי העברה בשוודיה גבוה יחסית. בשאר המדינות הקשישים זכאים להגנות מס או שקצבות הזיקנה אינן ממו-סות, כמו בישראל ובארצות הברית.

חשוב לציין, שבחלק מן המדינות שבהן גבוה יחסית שיעור המס הממוצע, גבוהה גם יחסית השתתפות הממשלה במימון קצבות הביטוח הסוציאלי ותשלומי העברה אחרים למשפחות הקשישות. כך, למשל, בשוודיה הממשלה נושאת ב-30% בערך מן ההוצאה על הפנסיה הבסיסית של המערכת הלאומית. בישראל 15% בערך מתשלומי קצבות הזיקנה ממומנים מן המיסוי הכללי וכך גם כל מערכת השלמת ההכנסה לקשישים נוקקים. יתר על כן, גם הפנסיה התעסוקתית לעובדי ממשלה ולעובדי מוסדות ציבוריים אחרים ממומנת בידי הממשלה.

הנתונים המתייחסים להרכב ההכנסה של המשפחות בקבוצות הגיל 65-74 ו-75+ מראים את הירידה בתרומה היחסית של ההכנסה הכלכלית לרמת חייהן של המשפחות הקשישות עם עליית גיל ראש המשפחה. ירידה זו בולטת בשוודיה, בגרמניה וב-נורווגיה. בשוודיה ההכנסה הכלכלית מהווה רק 15% מסך ההכנסה של המשפחות בקבו-

סוציאלי, תמיכות סלקטיביות הניתנות לפי מבחני אמצעים והעברות בין פרטים.

1. כלל המשפחות הקשישות. לוח 5 מציג את התפלגות ההכנסה הגול-מית לפי המרכיבים של כלל האוכלוסייה הקשישה (+55) ושל המשפחות בקבוצות הגיל 65-74 ו-75+⁵.

בכל המדינות, למעט שוודיה, ההכנסה הכלכלית (לפני מסים ותשלומי העברה) היא המרכיב העיקרי בהכנסתן של המשפחות בקבוצת הגיל +55, במיוחד במדינות שאוכ-לוסייתן צעירה יחסית: ישראל, ארצות הבר-ית וקנדה. ההכנסה הכלכלית מהווה 85% מן ההכנסה הגולמית בישראל ו-79% בקנדה ובארצות הברית. לעומת זאת, בשוודיה וב-גרמניה, שאוכלוסייתן מבוגרת יותר, חלקה היחסי של ההכנסה הכלכלית גמוך: 46% ו-53% בהתאמה. בנורווגיה ובאנגליה ההכ-נסה הכלכלית תורמת 69% לסך ההכנסה מבדיקת סוגי ההכנסות המרכיבים את ההכנסה הכלכלית ועולה, שגם חלקה היחסי של ההכנסה מעבודה ומפנסיה תעסוקתית הוא הגבוה ביותר בישראל. בארצות הברית ובקנדה בולטת במיוחד ההכנסה מרכוש (13% ו-17% מן ההכנסה הגולמית בהת-אמה), ואילו החשיבות היחסית של ההכנסה מעבודה אינה שונה בהרבה מזו שבאנגליה ובנורווגיה. חלקה היחסי של ההכנסה הכלכ-לית בשוודיה גמוך לא רק בגלל חלקה הנמוך של ההכנסה מעבודה, אלא גם עקב העדר נתונים נפרדים על הכנסה מפנסיה תעסוק-תית⁶.

שיעור המס הממוצע (הכולל מס הכנסה דמי ביטוח לאומי המוטלים על העובדים)

5 הרכב ההכנסה של המשפחות הקשישות בקבוצת הגיל 55-59 ו-60-64 מוצג בלוחות 1 ו-2 של הנספח.

6 מערכת הפנסיה הלאומית בשוודיה כוללת פנסיה בסיסית (AFP) ופנסיה משלימה יחסית להכנסות מעבודה (ATP). תוכניות הפנסיה התעסוקתיות משולבות במידה רבה במערכת הלאומית. נתוני הסקר השוודי אינם מאפשרים להפריד את הפנסיה התעסוקתית מן הפנסיה שמשלמת המערכת הלאומית. שני סוגי הפנסיה נכללים בסעיף תשלומי העברה.

7 המסים הישירים כוללים את מס ההכנסה ואת דמי הביטוח הלאומי שמשלמים העובדים. נתוני המס בסקר הקנדי אינם כוללים את דמי הביטוח הלאומי, הגם שהם קיימים במערכת.

לוח 5. הרפב ההכנסה הנולדת לפני הכנסות (כל היחידות הקשורות) (באחוזים)

קטגוריה	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	מערב גרמניה	נורווגיה	סוג ההכנסות															
—65	—65	—65	—65	—65	—65	—65																
+75	+75	+75	+75	+75	+75	+75																
74	74	74	74	74	74	74																
51	62	79	53	63	79	68	75	85	15	21	46	39	51	69	24	31	33	24	54	69	1. הכנסה לפני מסים ותשלומי העברה	
13	28	66	17	32	58	21	42	64	2	12	39	17	26	54	8	17	43	6	41	61	2. הכנסה משכר	
30	22	17	24	18	13	22	13	10	13	9	7	10	10	7	4	2	2	8	6	6	5	3. הכנסה מריבית
12	6	12	13	8	25	20	14	—	—	—	12	15	8	12	12	8	10	7	3	3	3. פנסיה	
47	37	20	47	37	21	30	23	14	85	79	54	61	49	31	76	68	47	76	45	30	4. תשלומי העברה	
45	35	18	45	35	20	29	23	14	78	77	51	54	46	28	75	67	46	75	45	30	5. תשלומי העברה	
2	2	2	2	2	1	1	—	—	7	3	3	7	3	3	1	1	1	1	—	—	6. קצבאות הנדסה	
—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	7. קצבאות הנדסה
2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8. תשלומי העברה	
7	9	12	8	11	18	9	14	22	17	28	30	8	11	15	4	5	13	8	19	23	9. תשלומי העברה	
93	91	88	92	89	82	91	86	78	83	72	70	92	89	85	96	95	87	92	81	77	10. תשלומי העברה	
																					11. תשלומי העברה	
																					12. תשלומי העברה	
																					13. תשלומי העברה	
																					14. תשלומי העברה	
																					15. תשלומי העברה	

ממצא הכללי של אנליזה של מקסימום (מחקר השוואתי)

לוח 6. הרצף ההכנסה הגולמית לפני סווי הכנסות (רק היחידות הישורשות)

קטנה	ארצות הברית		ישראל		שוודיה		בריטניה		מערב גרמניה		נורווגיה		סוג ההכנסה									
	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75	-65	+75										
45	47	49	43	47	49	62	58	58	13	11	11	28	34	32	16	17	16	37	39	38	1.1	הכנסה לפני מסים
1	1	1	1	2	1	1	1	22	1	2	1	—	1	1	—	1	1	1	3	2	2	א. הכנסה משכר
34	29	31	28	25	26	30	26	25	12	9	10	13	11	11	3	2	2	9	8	9	ב. הכנסה מרנטוש	
10	16	16	14	20	22	31	31	31	—	—	—	5	22	20	13	14	13	27	28	27	ג. פנסיה	
53	51	49	56	52	50	38	42	42	87	89	89	72	66	68	84	83	84	63	61	62	ד. תשלומי העברה	
53	51	49	56	52	50	36	39	38	87	89	89	72	66	68	84	83	84	63	61	62	א. תשלומי העברה	
51	49	47	54	50	48	35	38	37	80	85	83	64	61	62	83	82	83	63	61	62	ב. ציבוריים	
51	49	47	54	50	48	35	38	37	80	85	83	64	61	62	83	82	83	63	61	62	א. קצבאות הביטוח	
2	2	2	2	2	2	1	1	1	7	4	6	8	5	6	1	1	1	—	—	—	ב. תשלומי העברה	
2	2	2	2	2	2	1	1	1	7	4	6	8	5	6	1	1	1	—	—	—	ג. תשלומי העברה	
—	—	—	—	—	—	2	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ד. תשלומי העברה	
2	2	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ה. פנסיות	
6	6	6	4	5	6	2	2	2	17	25	21	6	7	7	1	1	1	10	12	11	ו. הכנסה אחרת	
95	94	94	96	95	94	98	98	98	83	75	79	94	93	93	99	99	99	90	88	89	ז. מסים ישירים	
95	94	94	96	95	94	98	98	98	83	75	79	94	93	93	99	99	99	90	88	89	ח. הכנסה נטו	

מקור: הלשמה הכלכלית, משרד האוצר, תש"ל.

חלקן היחסי של ההכנסה מרכוש ושל הפנסיה התעסוקתית גבות אצל המשפחות ה"פורשות" יותר מאשר אצל כלל המשפחות הקשירות. ההבדל בחלקה היחסי של ההכנסה מרכוש בין שתי אוכלוסיות אלה ניכר בקנדה, בארצות הברית וב ישראל, ואילו ההבדל בין שתי אוכלוסיות אלה מבחינת חלקה היחסי של הפנסיה התעסוקתית משמעותי כמעט בכל המדינות. בשוודיה ובגרמניה חשלומי ההעברה הם חלק הארי של הכנסת המשפחות ה"פורשות", 89% ו-84% בהתאמה, ואילו בישראל הם מהווים עדיין פחות ממחצית ההכנסה הגולמית — 42%. בכל המדינות, למעט שוודיה, המשפחות הפורשות משלמות בממוצע מס בשיעור נמוך מאוד, הנע מ-1% בגרמניה ל-11% בנורווגיה. בשוודיה שיעור המס שמשלמות גם המשפחות ה"פורשות" גבוה — 21%.

ד. מאפייני התחלקות ההכנסה בקרב המשפחות הקשירות

מאפייני התחלקות ההכנסה של המשפחות הקשירות בכל אחת מן המדינות והשוואתם זה לזה ינותחו משתי נקודות מבט: התחלקות ההכנסה בין קבוצות הגיל השונות בתוך האוכלוסייה הקשירה, וזאת במטרה לבחון את מצבם הכלכלי של הקשישים בקבוצות הגיל המבוגרות ביותר ביחס לקבוצות הגיל הפחות מבוגרות. השיטה הפשוטה להעריך את מצבה הכלכלי של כל אחת מקבוצות הגיל הוא להשוות את הכנסתה הממוצעת להכנסה הממוצעת של כלל המשפחות הקשירות. בנוסף לכך, מצבן הכלכלי של המשפחות ה"פורשות" ישווה לזה של כלל המשפחות הקשירות. נקודת המבט השנייה מתייחסת להתחלקות ההכנסה בתוך כל קבוצת גיל וזאת באמצעות חלקם היחסי של החמישונים השונים בסך ההכנסה ומדדי גייני. לבחינת מצבם הכלכלי של הקשישים נשתמש בשני מדדי הכנסה אלטרנטיביים:

צת הגיל 75+; בגרמניה ובנורווגיה — 24%. לעומת זאת, הממצאים המתייחסים לישראל, לארצות הברית ולקנדה מפתיעים במקצת מאחר שההכנסה הכלכלית במדינות אלה היא עדיין המרכיב העיקרי של הכנסת המשפחות בקבוצת הגיל המבוגרת ביותר. בישראל כ-3/4 מן ההכנסה הגולמית הם הכנסה כלכלית ורק כ-1/4 הוא תשלומי העברה. בארצות הברית ובקנדה ההכנסה הגולמית מתחלקת כמעט באופן שווה בין הכנסה כלכלית ובין תשלומי העברה.

מבדיקה נפרדת של המרכיבים השונים של ההכנסה הכלכלית עולה, ש-1/4 בערך מן ההכנסה הגולמית של המשפחות בקבוצת הגיל 75+ בקנדה וקרוב ל-1/2 מהכנסתן של משפחות אלה בארצות הברית ובישראל הם הכנסה מרכוש. לעליית חלקה היחסי של ההכנסה מרכוש עשויים להיות מספר הסברים: ראשית, מחקרים שעסקו בנושא החיסכון של הקשישים הצביעו על כך שהקשישים ממשיכים לחסוך גם לאחר הפרישה, כך שהרכוש הצבור עולה עם הגיל. שנית, ייתכן שבעבר היתה גטייה גדולה יותר לחסוך מאחר שמערכות הפנסיה, בעיקר התעסוקתית, היו פחות מפותחות. שלישית, ייתכן שמבחינה אבסולוטית אין גידול רב בהכנסה ברכוש וכל הגידול מתבטא רק במונחים יחסיים, שכן סך הכנסת הקשישים יורד עם הגיל.

2. המשפחות ה"פורשות". לוח 6 מציג את הרכב ההכנסה של המשפחות ה"פורשות" לפי ההגדרה העיקרית שאנו משתמשים בה במחקר זה. הנתונים מצביעים על שונות קטנה בהרכב ההכנסה של קבוצות הגיל השונות וניתן להסיק, שבכל אחת מן המדינות האוכלוסייה ה"פורשת" היא הומוגנית במידה רבה.

בכל המדינות למשפחות ה"פורשות" בכל קבוצות הגיל יש הכנסה כמעט אפסית מעבודת, 0%—2% מן ההכנסה הגולמית, אף על פי שלפי ההגדרה חלקה של ההכנסה מעבודה יכול היה להיות גבוה יותר. לעומת זאת,

לוח 7. הכנסה יחסית ממוצעת נטו והכנסה יחסית אקוויוולנטית * נטו לפי גיל ראש המשפחה, כל המשפחות הקשישות ורק המשפחות הפורשות **

הכנסה ממוצעת נטו.

גיל ראש המשפחה	נורווגיה		מערב גרמניה		בריטניה		שוודיה		ישראל		ארה"ב		קנדה	
	+ס	+ק	ס	ק	ס	ק	ס	ק	ס	ק	ס	ק	ס	ק
סה"כ +55	77	100	79	100	58	100	81	100	64	100	68	100	63	100
59—55	—	144	81	156	60	158	85	136	49	141	91	140	67	137
64—60	—	123	79	109	58	124	87	119	54	112	86	113	67	117
74—65	83	91	82	89	61	79	89	96	63	82	72	87	66	85
+75	72	62	75	75	53	63	71	72	71	78	60	67	58	65
יחס הפיזור ***	—	2.3	1.1	2.1	1.1	2.5	1.2	1.9	0.7	1.8	1.5	2.1	1.2	2.1

הכנסה אקוויוולנטית נטו.

סה"כ +55	91	100	90	100	70	100	87	100	77	100	80	100	77	100
59—55	—	121	83	134	70	140	100	126	64	124	96	124	74	120
64—60	—	116	92	101	74	121	95	114	69	109	91	110	78	111
74—65	96	98	91	93	72	84	93	97	75	89	83	93	80	93
+75	86	76	89	86	67	73	80	80	84	87	74	78	74	78
יחס הפיזור ***	—	1.6	0.9	1.6	1.0	1.9	1.3	1.6	0.8	1.4	1.3	1.5	1.0	1.5

* ההכנסה האקוויוולנטית נטו נמדדת לפי משפחות.

** ההכנסה הממוצעת נטו של המשפחות ה"פורשות" יחסית להכנסה הממוצעת נטו של כל המשפחות הקשישות (+55).

*** יחס הפיזור הוא היחס בין ההכנסה היחסית ממוצעת נטו של בני (+75) ובין קבוצת הגיל 59—55. ק = כל המשפחות הקשישות. ס = רק המשפחות ה"פורשות".

ההכנסה הנקייה הממוצעת של כלל המשפחות הקשישות (+55) במדינות השונות⁸. הנתונים מוצגים בנפרד לכלל המשפחות ולמשפחות ה"פורשות" לפי ההגדרה העיקרית.

הנתונים מורים, שדפוס השינוי בהכנסה הממוצעת היחסית דומה בכל המדינות: ההכנסה הממוצעת היחסית יורדת באופן שיטתי מקבוצת הגיל 59—55 לקבוצת הגיל

האחד מבוסס על ההכנסה הנקייה למשפחה והשני על ההכנסה הנקייה האקוויוולנטית, היינו זו המותאמת לגודל המשפחה.

1. ההכנסה הממוצעת היחסית של קבוצות הגיל השונות

לוח 7 מציג את היחס בין ההכנסה הנקייה הממוצעת של כל קבוצת גיל זבין

8 במרבית המדינות, למעט גרמניה, אחוז המשפחות שדיווחו אפס הכנסות או הכנסות שליליות הוא כמעט אפסי. בגרמניה, בערך 2.7% מכלל המשפחות שלגביהן יש נתונים בסקר דיווחו על אפס הכנסות. מרביתן של משפחות אלה הן משפחות קשישות. גורם זה לא נלקח בחשבון בחישוב הממצאים המוצגים במאמר זה. התייחסות לבעיה זו על-ידי השמטת הרשומות הכוללות אפס הכנסה או על-ידי זקיפת הכנסה למשפחות אלה היתה משנה את התוצאות עבור גרמניה בכיוון של הקטנת אי-השוויון בהתחלקות ההכנסות וממדי העוני בה.

בולט במיוחד בגרמניה, באנגליה, בשוודיה ובקנדה. במדינות אלה נצפו הבדלים קטנים במוצעים היחסיים של שלוש קבוצות הגיל הראשונות והירידה בהכנסה הממוצעת היחסית של קבוצת הגיל 75+ היא מתונה יחסית. היחס בין ההכנסה הממוצעת היחסית הגבוהה ביותר לגמוכה ביותר הוא 1.1 בי-גרמניה המערבית ובאנגליה ו-1.2 בערך בשוודיה ובקנדה. לעומת זאת, בארצות הברית גם באוכלוסיית ה"פורשים" הסתמנה ירידה שיטתית בהכנסה הממוצעת היחסית ונמצא אי-שוויון גבוה בהתחלקות ההכנסה בין קבוצות הגיל. הממוצע היחסי של קבוצת הגיל 75+ הוא רק $\frac{1}{3}$ מזה של קבוצת הגיל 55-59. בישראל דפוס היחסים בין ההכנסות הממוצעות היחסיות של קבוצות הגיל בקרב המשפחות ה"פורשות" הפוך מזה המאפיין את שאר המדינות. ההכנסה הממוצעת היחסית עולה עם עליית הגיל ומצבן היחסי של המשפחות בקבוצות הגיל המבוגרות טוב יותר בהשוואה למצבן של קבוצות הגיל הצעירות יותר. הבדל זה בין ישראל לשאר המדינות נובע מן העובדה שבישראל ההכנסה מרכוש מתחלקת באופן מאוד לא שוויוני בין קבוצות הגיל השונות של האוכלוסייה ה"פורשת". ההכנסה הממוצעת היחסית מרכוש של קבוצת הגיל 75+ גדולה פי 10 מזו של קבוצת הגיל 55-59 וכפולה מזו של קבוצת הגיל 60-64.

לוח 7 מציג גם את ההכנסה הממוצעת היחסית במונחים של הכנסה אקווי-וולנטית המלמדת על ההשפעה של התאמת ההכנסה לגודל המשפחה. התאמת ההכנסה לגודל המשפחה אינה משנה את דירוג המדינות לפי גודלו של פער ההכנסות בין קבוצות הגיל השונות, אולם בכל המדינות היא מצמצמת את פערי ההכנסות בין קבוצות הגיל, בהשוואה לאלה שנצפו לפי ההכנסה למשפחה. יתר על כן, לפי ההכנסה האקוויולנטית, מצבו היחסי של המשפחות ה"פורשות" טוב יותר מאשר לפי ההכנסה למשפחה.

75+. בנוווגיה הירידה החדה ביותר בי-הכנסה הממוצעת היחסית מתרחשת במעבר מקבוצת הגיל 65-74 לזו של 75+, ואילו בגרמניה שיעור הירידה בהכנסה הוא הגבוה ביותר במעבר מקבוצת הגיל 55-59 לקבוצת הגיל 60-64. ממצא זה עולה בקנה אחד עם העובדה שבגרמניה יש אחוז גבוה יחסית של משפחות הפורשות באופן מוחלט כבר בגיל 60-64, ואילו בנוווגיה גיל הפרישה הוא מאוחר יותר (67 או 70). בשאר המדינות ההכנסה הממוצעת היחסית יורדת באופן החד ביותר במעבר מקבוצת הגיל 60-64 לקבוצת הגיל 65-74.

ההכנסה הממוצעת היחסית של המשפחות בקבוצת הגיל 55-59 היא הגבוהה ביותר באנגליה (158) ואחריה באות גרמניה ו-נוווגיה עם 156 ו-144 בהתאמה. ההכנסה הממוצעת היחסית של המשפחות בקבוצת הגיל 75+ היא הנמוכה ביותר בנוווגיה ובאנגליה (53) והגבוהה ביותר בישראל (78). היחס בין ההכנסה הממוצעת היחסית הגבוהה ביותר לנמוכה ביותר בכל אחת מן המדינות מהווה מדד שיש בו משום קירוב לפער ההכנסות או לאי-שוויון התחלקות ההכנסות בין קבוצות הגיל השונות. בדיקה מעין זו מלמדת, שפער ההכנסות הגדול ביותר בין קבוצות הגיל נמצא באנגליה ובנוווגיה, ואילו הקטן ביותר נמצא בישראל ובשוודיה.

השוואת המשפחות ה"פורשות" לכלל ה-משפחות הקשישות מגלה, שמצבם הכלכלי של ה"פורשים" טוב פחות. ממצא זה נכון לכל קבוצות הגיל, אך במיוחד לשתי קבוצות הגיל הראשונות. הפער בין ההכנסה הממוצעת של ה"פורשים" ובין זו של כלל הקשישים גבוה במיוחד באנגליה, שבה ההכנסה של המשפחות ה"פורשות" היא 58% בלבד מזו של כלל המשפחות הקשישות.

בכל אחת מן המדינות פער ההכנסות בין ארבע קבוצות הגיל בתוך האוכלוסייה ה"פורשת" הוא באופן משמעותי קטן יותר מזה שנמצא בכלל האוכלוסייה. ממצא זה

של 75 +. בשוודיה הכנסת העשירון העליון בקבוצת הגיל 55—59 גדולה פי 3.3 מהכנסת העשירון התחתון ויחס זה יורד עד ל-2.3 בקבוצת הגיל 75 +. כמו כן, מדד ג'יני של קבוצת הגיל 75 + קטן ב-30% בערך מזה של קבוצת הגיל 55—59. לעומת זאת, ב-ישראל למשל, היחס בין הכנסת העשירון העליון להכנסת העשירון התחתון גדל מ-5.4 בקבוצת הגיל 55—59 ל-9.6 בקבוצת הגיל 75 +, ומדד ג'יני עולה ב-45% בערך. מדדי צוות הברית גבוהים פי 2.5 ופי 2.3 בהתאמה מזה שבשוודיה.

מאפייני התחלקות ההכנסות לפי ההכנסה הנקייה האקוויוולנטית מוצגים בלוח 9¹⁰. השוואת נתוני התחלקות ההכנסה לפי ההכנסה הנקייה למשפחה (לוח 8) לאלה שלפי ההכנסה הנקייה האקוויוולנטית מלמדת, שמדדי ג'יני המחושבים על בסיס ההכנסה האקוויוולנטית נמוכים יותר, חלקו של החמי-שון התחתון גבוה יותר, ואילו חלקו של החמישון העליון נמוך יותר. ממצא זה נכון לכל קבוצות הגיל בכל המדינות¹¹. יחד עם זאת, דפוסי ההשתנות של התחלקות ההכנסה בין קבוצות הגיל דומים פחות או יותר לאלה שהתקבלו בהתחלקות ההכנסה המבו-ססת על הכנסה למשפחה.

ה. העוני באוכלוסיית הקשישים

בחלק זה של המאמר נשווה את ממדי העוני ואת מאפייניה של האוכלוסייה הענייה במדינות השונות. נציג שתי הגדרות אלטרנטיביות לעוני: על-פי ההגדרה הראשונה, משפחה השייכת לחמישון התחתון של ההכנסה הנקייה האקוויוולנטית של כלל המשפ-

2. התחלקות ההכנסה בתוך כל קבוצת גיל היבט חשוב אחר של התחלקות ההכנסה בקרב האוכלוסייה הקשישה הוא התחלקות ההכנסה של כל קבוצת גיל. לוח 8 מציג את חלקם היחסי של החמישון העליון והחמישון התחתון בסך כל ההכנסה הנקייה ואת מדד ג'יני בכל אחת מארבע קבוצות הגיל. התפלגות ההכנסה של כל קבוצת גיל נבנתה על בסיס ההכנסה הנקייה למשפחה⁹. הנתונים מראים, שדפוסי השינוי בחלקם היחסי של החמישונים בסך ההכנסה ובמדדי ג'יני בין קבוצות הגיל השונות אינם אחידים בכל המדינות. למשל, בישראל מדד ג'יני עולה באופן הדרגתי מקבוצת הגיל 55—59 לקבוצת הגיל 75 +. ואילו בשוודיה, בגרמניה, בקנדה ובאנגליה מדד אי-השוויון של שתי קבוצות הגיל המבוגרות ביותר נמוך מזה של קבוצת הגיל 60—64.

בשוודיה, התחלקות ההכנסה בכל אחת מקבוצות הגיל שוויונית יותר מאשר בשאר המדינות. נורווגיה מדורגת במקום השני, ואילו אנגליה מדורגת בדרך כלל במקום השלישי. ממצא זה בא לידי ביטוי במדד ג'יני ובחלקם היחסי של החמישונים בסך ההכנסה. בשוודיה מדד ג'יני הוא הנמוך ביותר, חלקו היחסי של החמישון התחתון הוא הגבוה ביותר, ואילו חלקו של החמישון העליון הוא הנמוך ביותר.

בגרמניה, התחלקות ההכנסה בקבוצת הגיל 55—59 היא הפחות שוויונית בהשוואה לשאר המדינות ובארצות הברית בקבוצת הגיל 60—64 ו-65—74. אי-שוויון הגדול ביותר בהתחלקות ההכנסות בקבוצת הגיל 75 + הוא בישראל.

ההבדל בין שוודיה ובין שאר המדינות, במיוחד ארצות הברית וישראל, הולכים וגדלים כאשר נעים מקבוצת הגיל 55—59 לזו

9 המשפחות מדורגות לפי ההכנסה הנקייה למשפחה וכל חמישון כולל 20% של המשפחות.

10 המשפחות מדורגות לפי ההכנסה הנקייה והאקוויוולנטית הנקייה וכל חמישון כולל 20% של הנפשות.

11 תוצאות אלו נובעות מן העובדה, שאתח המשפחות הקטנות (יחידים וזוגות ללא ילדים) בחמישון התחתון של התפלגות ההכנסה למשפחה גבוה יותר מאשר האחת שלהן בחמישון העליון.

לוח 8. חלקם בהכנסה של החמישון התחתון והעליון ומדד ג'יני בתוך כל קבוצת גיל של ראש המשפחה (מפורט על הכנסה נמו למשפחה)

קנדה	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	מערב גרמניה	נורווגיה	גיל ראש המשפחה
5.4	4.5	7.2	9.8	7.2	5.3	8.0	חמישון תחתון
38.8	39.5	38.9	32.1	38.5	46.8	34.3	חמישון עליון 59-55
0.3369	0.3527	0.3227	0.2331	0.3166	0.4210	0.2672	מדד ג'יני
4.5	3.0	6.3	10.1	6.1	5.2	7.2	חמישון תחתון
41.7	43.6	41.3	33.7	42.4	41.7	35.7	חמישון עליון 64-60
0.3797	0.4118	0.3618	0.2475	0.3648	0.3573	0.2894	מדד ג'יני
6.9	5.3	6.6	11.9	8.5	6.2	8.4	חמישון תחתון
43.9	44.6	45.4	32.3	43.2	42.0	38.9	חמישון עליון 74-65
0.3686	0.3943	0.3881	0.2126	0.3418	0.3525	0.3069	מדד ג'יני
8.3	6.0	5.5	13.2	10.0	4.8	9.9	חמישון תחתון
44.2	47.0	52.6	30.5	43.2	41.0	37.7	חמישון עליון +75
0.3564	0.4067	0.4671	0.1803	0.3183	0.3635	0.3069	מדד ג'יני

אצל כלל המשפחות הקשישות גבוהה יותר באופן משמעותי מזו שבשאר המדינות; 40% מהמשפחות הקשישות נמצאות בחמישון התחתון. בשאר המדינות נצפו הבדלים קטנים בתחולת העוני; אחוז המשפחות הקשישות העניות בשוודיה ובישראל הוא הנמוך ביותר. 21% ו-22% בהתאמה, ואילו בארצות הברית, בגרמניה, בקנדה ובנורווגיה תחולת העוני נעה בין 24% ל-27%.

בכל המדינות מסתמנת מגמה של עלייה באחוז המשפחות בחמישון התחתון עם עליית הגיל, אם כי שיעורי הגידול אינם אחידים בכל המדינות. באנגליה שיעור העוני בקבו-

חות (קשישות ולא קשישות) היא משפחה ענייה¹². בהתאם להגדרה השנייה, משפחה ענייה היא משפחה שהכנסתה הנקייה האקוויולנטית נמוכה מ-50% של ההכנסה הנקייה האקוויולנטית החציונית... (הלקוחה מהתפלגות ההכנסות של כלל המשפחות באוכלוסייה).

1. תחולת העוני לוח 10 מציג את שיעורי העוני בכלל האוכלוסייה הקשישה ובקבוצות הגיל השונות, על-פי שתי הגדרות העוני. בהתאם להגדרה הראשונה, באנגליה תחולת העוני

12 המשפחות דורגו לפי ההכנסה הנקייה האקוויולנטית והחמישונים הם חמישוני גמשות, היינו על כל חמישון נמנים 20% של הנפשות. לפי מדד עוני זה בכל אחת מן המדינות 20% של הנפשות הן עניות אך אחוז המשפחות העניות משתנה ממדינה למדינה.

לוח 9. חלקם בהכנסה של החמישון התחתון והעליון ומדד ג'יני בתוך כל קבוצת גיל של ראש המשפחה (מבוסס על הכנסה אקוויוולנטית נטו)

קבוצת	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	מערב גרמניה	נורווגיה	גיל ראש המשפחה
7.8	5.9	7.5	10.7	9.7	7.4	9.9	חמישון תחתון
35.5	37.1	40.0	29.7	32.8	42.8	32.9	59—55 חמישון עליון
0.2820	0.3143	0.3264	0.1942	0.2324	0.3539	0.2313	מדד ג'יני
6.7	4.6	6.9	11.0	8.4	6.9	10.4	חמישון תחתון
37.7	39.6	43.0	30.0	35.5	36.1	32.6	64—60 חמישון עליון
0.3136	0.3534	0.3573	0.1931	0.2803	0.2963	0.2259	מדד ג'יני
8.7	6.6	7.7	14.1	10.9	7.1	10.5	חמישון תחתון
39.7	40.8	43.7	28.5	37.6	36.7	35.3	74—65 חמישון עליון
0.3092	0.3416	0.3599	0.1426	0.2656	0.2981	0.2495	מדד ג'יני
10.0	7.0	7.4	15.1	12.0	5.6	11.4	חמישון תחתון
39.6	42.9	50.4	27.3	36.8	39.7	34.6	+75 חמישון עליון
0.2807	0.3554	0.4288	0.1258	0.2403	0.3395	0.2293	מדד ג'יני

לוח 10. תחולות עוני לפי גיל ראש המשפחה (+ 55) בהתאם לשתי הגדרות העוני

קבוצת	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	מערב גרמניה	נורווגיה	גיל ראש המשפחה
15.9	14.8	9.6	9.7	10.6	12.0	12.2	59—55
23.3	22.0	17.8	9.9	22.1	22.7	13.2	64—60
29.2	24.6	25.9	15.1	49.3	24.9	25.7	74—65
40.6	34.7	34.4	43.0	67.0	35.8	49.5	+75
27.1	24.1	21.9	21.3	40.3	25.0	27.0	סה"כ +55

משפחות שהכנסתן האקוויוולנטית נטו קטנה מ-50% מההכנסה האקוויוולנטית והחציונית נטו.

11.3	13.1	4.1	3.4	6.1	6.1	3.4	59—55
15.6	19.2	14.9	3.5	9.9	9.8	3.7	64—60
11.5	19.7	20.1	0.2	19.6	12.6	2.8	74—65
14.3	28.0	31.3	—	25.1	15.8	8.1	+75
12.9	19.9	17.6	1.3	16.3	11.8	4.5	סה"כ +55

שהיא מתחת ל-50% של ההכנסה החציונית. באנגליה, שדורגה ראשונה בדירוג המדינות לפי אחוז המשפחות הקשישות השייכות לה-מישון התחתון, אחוז המשפחות הקשישות שהכנסתן נמוכה ממחצית ההכנסה החציונית נמוך מזה שבארצות הברית ובישראל - 16.3%. גם באנגליה, הכנסתן של למעלה ממחצית המשפחות הקשישות בחמישון התחתון גבוהה מ-50% של ההכנסה החציונית. בקנדה ובגרמניה מספר המשפחות העניות לפי ההגדרה השנייה הוא בערך חצי מזה שלפי ההגדרה הראשונה.

כאשר בוחנים את אחוז המשפחות שהכנסתן נמוכה ממחצית ההכנסה החציונית בקבוצות הגיל השונות עולה, שבקבוצות הגיל 55-59 ו-60-64 יש יותר משפחות עניות בארצות הברית ובקנדה מאשר בשאר המדינות, ואילו בשתי הקבוצות המבוגרות ביותר, אחוז העניים גבוה ביותר בישראל, ואחריה מדורגות ארצות הברית ואנגליה. 31% מהמשפחות הקשישות בגיל 75+ בישראל ו-28% בארצות הברית הן עניות. בהשוואה לשאר המדינות, בישראל ההכנסה הממוצעת היחסית של קבוצת הגיל 75+ היא הגבוהה ביותר, אך מאידך גיסא, אי-השוויון בהתחלקות ההכנסה של קבוצה זו הוא הגבוה ביותר, ולפיכך גם שיעור העוני. בשוודיה יש לכל המשפחות בשתי קבוצות הגיל המבוגרות ביותר הכנסה העולה על 50% של ההכנסה החציונית

בלוח 1:1 מוצגים שיעורי העוני לפי טיפוס המשפחה, בהתאם לשתי הגדרות העוני. כללית, בכל המדינות העוני שכית יותר אצל הנשים היחידות מאשר אצל היחידים והזוגות ללא ילדים. אחוז המשפחות העניות בקרב הנשים היחידות גבוה פי 3 ויותר בקנדה, בנורווגיה ובארצות הברית ופי 2-2.5 בישראל, בשוודיה ובאנגליה, מאשר אחוז העניים בקרב הזוגות ללא ילדים. בגרמניה ההבדלים בשיעורי העוני של טיפוס משפחה אלה קטנים יותר. דירוג המדינות לפי תחולת העוני בקרב כל אחד מטיפוסי

הגיל 75+ גדול פי 6 מזה של קבוצת הגיל 55-59 (67% לעומת 11%). בשוודיה וב-נורווגיה שיעורי העוני של שתי קבוצות הגיל הראשונות כמעט זהים, ושיעור העוני בקבוצת הגיל 75+ גבוה פי 4 בערך משלהן (43% לעומת 10% בשוודיה, ו-50% לעומת 13% בנורווגיה). לעומת זאת, בקנדה, בארצות הברית ובגרמניה ובישראל שיעורי הגידול באחוז המשפחות הנמצאות בחמישון התחתון בין קבוצת הגיל 55-59 לזו של 75+ בולט פחות.

ממצאים אלה עולים בקנה אחד, פחות או יותר, עם דפוסי השינוי בממוצעי ההכנסה האקוויוולנטית היחסיים לפי גיל. לדוגמה: באנגליה היה השינוי בהכנסה הממוצעת היחסית של קבוצת הגיל 75+ הקטן ביותר בהשוואה למדינות האחרות, ואילו זה של קבוצת הגיל 55-59 הגבוה ביותר. כמו כן, הפער בין הממוצעים היחסיים של שתי קבוצות אלה באנגליה הוא הגדול ביותר. לעומת זאת בקנדה, בארצות הברית ובישראל פער זה הוא הנמוך ביותר.

בכל המדינות מספר המשפחות העניות לפי ההגדרה השנייה נמוך מזה שלפי ההגדרה הראשונה. תופעה זו נובעת מאופייה האי-סימטרי של ועקומת התפלגות ההכנסה. בשוודיה ובנורווגיה אחוז המשפחות הקשישות שהכנסתן נמוכה ממחצית ההכנסה החציונית נמוך באופן בולט בהשוואה לשאר המדינות. רק לאחוז אחד בערך מכלל המשפחות הקשישות בשוודיה ול-4.5% בנורווגיה יש הכנסה שהיא נמוכה ממחצית ההכנסה החציונית. כמו כן, בשתי מדינות אלה ההבדל במספר המשפחות העניות לפי שתי הגדרות העוני הוא הגדול ביותר, ובהן נמצא שכמעט לכל המשפחות הקשישות בחמישון התחתון יש הכנסה העולה על מחצית ההכנסה החציונית. לעומת זאת, אחוז המשפחות שהכנסתן נמוכה ממחצית ההכנסה החציונית הוא הגבוה ביותר בארצות הברית ובישראל, 19.9% ו-17.6% בהתאמה, ולמרבית המשפחות הקשישות בחמישון התחתון יש הכנסה

לוח 11. תחולות עוני לפי פוג משפחה (+ 55) בהתאם לשתי הגדרות העוני

קנדה	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	מערב גרמניה	נורווגיה	סוג המשפחה
משפחות בחמישון התחתון של ההכנסה האקווילנטית נטו.							
39.0	32.7	19.0	29.0	46.1	23.0	38.2	רווק
48.0	40.4	36.5	27.7	67.1	31.5	43.7	רווקה
15.7	14.2	15.9	11.8	34.0	22.0	12.8	זוג בלי ילדים
17.5	17.5	20.5	26.5	12.5	16.6	14.9	אחר
משפחות שהכנסתן האקווילנטית נטו קטנה מ-50% מההכנסה האקווילנטית החצינית נטו.							
17.3	27.0	19.0	2.0	21.4	11.6	8.8	רווק
21.8	33.9	32.4	0.4	29.2	13.3	6.1	רווקה
6.7	11.3	11.0	1.4	12.3	11.3	1.6	זוג בלי ילדים
10.7	14.7	16.1	8.2	3.6	9.7	3.7	אחר

בשוודיה ובנורווגיה גבוה במיוחד חלקן של המשפחות העניות בקבוצת הגיל 75+ בכלל המשפחות העניות, 60% ו-50% בהתאמה. זאת לעומת, 30% בערך, בקנדה ובארצות הברית. באנגליה ובגרמניה 38% בערך מן המשפחות הקשישות הנמנות עם החמישון התחתון הן משפחות בגיל 75+.

גם לפי הגדרה השנייה, המשפחות בקבוצת הגיל 65+ הן הרוב המכריע של המשפחות העניות הקשישות, אם כי במרבית המדינות גדל מעט חלקן של המשפחות השייכות לקבוצות הגיל 55-59 ו-60-64.

בדיקת הרכב המשפחות העניות לפי טיפוס משפחה מעלה, ושוב כצפוי, שהגשים היחידים דות הן הקבוצה הגדולה ביותר. בכל המדינות, למעט ישראל, בערך מחצית מן האוכלוסייה הענייה הן נשים יחידות. במשך אל רק 36%, וזאת מאחר שחלקן בכלל המשפחות הקשישות נמוך יותר בהשוואה לשאר המדינות. ממצאים דומים מתקבלים גם לפי הגדרה השנייה של העוני.

המשפחה דומה לדירוג לפי תחולות העוני בכלל המשפחות הקשישות.

2. הרכב האוכלוסייה הענייה בלוח 12 מוצג הרכב האוכלוסייה הענייה לפי גיל ולפי טיפוס משפחה, בהתאם לשתי הגדרות העוני. כצפוי, רובה של האוכלוסייה הענייה הקשישה מורכב ממשפחות הנמצאות בשתי קבוצות הגיל המבוגרות ביותר, ואילו חלקן של המשפחות בקבוצות הגיל 55-59 ו-60-64 קטן יחסית. ממצא זה אינו נובע רק מן העובדה שהמשפחות בקבוצות 65-74 ו-75+ מהוות 55%-67% מכלל המשפחות בגיל 55+, אלא גם מכך ששיעורי העוני בקבוצות אלה גבוהים פי כמה וכמה מאלה המאפיינים את קבוצות הגיל המבוגרות פחות. בכל המדינות, למעט ארצות הברית וקנדה, 80% עד 85% מן המשפחות הקשישות הנמצאות בחמישון התחתון הן משפחות השייכות לקבוצות הגיל 65+. בשתי מדינות אלה, שאוכלוסייתן מבוגרת פחות, האחוז המתאים הוא 67.

לוח 12. הרכב האוכלוסייה הענייה (+ 55) לפי תכונות דמוגרפיות (באתחים)

קנדה	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	מערב גרמניה	נורווגיה	
משפחות בחמישון התחתון של ההכנסה האקוויולנטית נטו.							
							קבוצת גיל של ראש המשפחה
14.4	14.2	7.8	7.2	5.7	9.2	8.6	59—55
18.1	18.4	15.6	9.4	9.0	12.3	9.1	64—60
36.1	35.9	46.7	24.9	48.8	40.1	33.0	74—65
31.4	31.5	29.9	58.5	36.5	38.4	49.2	+75
							סוג המשפחה
15.1	12.7	5.2	23.8	12.1	6.1	19.8	רווק
46.5	46.8	36.4	49.2	48.6	51.3	54.3	רווקה
19.8	22.2	29.9	23.5	32.4	31.3	16.8	זוג
18.7	18.2	28.6	3.5	6.8	11.2	9.1	אחר
משפחות שהכנסתן האקוויולנטית נטו קטנה מ-50% מההכנסה האקוויולנטית החציונית נטו.							
							קבוצת גיל של ראש המשפחה
21.4	15.2	6.3	43.5	8.3	9.9	15.6	59—55
25.6	19.3	17.2	52.2	9.9	11.2	15.6	64—60
29.7	34.7	45.3	4.3	48.0	42.9	18.8	74—65
23.3	30.8	31.2	—	33.8	35.9	50.0	+75
							סוג המשפחה
14.2	12.7	6.3	27.3	14.0	6.5	31.3	רווק
44.4	47.4	39.1	13.6	52.2	45.6	43.7	רווקה
18.1	21.5	23.4	40.9	29.0	33.9	12.5	זוג
23.3	18.4	31.2	18.2	4.8	13.8	12.5	אחר

של משפחות עם הכנסה מעבודה ולפיכך באחוז נמוך יחסית של משפחות פורשות. עם מדינות אלה נמנות ישראל, קנדה וארצות הברית; (3) מערכת הביטוח הסוציאלית של מרבית המדינות המשתתפות במחקר מאפיינת שרת דחיית פרישה מעבר לגיל 65 שנה. בשוודיה קיים הסדר של פרישה חלקית (האופציה להמשיך לעבוד באופן מלא או חלקי ובו-זמנית לקבל פנסיה) והמערכות בישראל, באנגליה, בארצות הברית וב-נורווגיה כוללות מבחן הכנסות לקשישים בגיל מסוים הממשיכים לעבוד גם לאחר שקיבלו פנסיה. הסדרים כאלה עשויים להסייע ביר באופן חלקי את המצא שבכל המדינות יש למרבית המשפחות בקבוצת הגיל 65—74 הכנסה מפרישה, אך, למעט גרמניה, רק ל-60%—70% אין הכנסות מעבודה. בגרמניה אנו מוצאים שמרבית המשפחות בקבוצת גיל זו פורשות באופן מחלט.

בחלקים האחרים של המאמר ניתחנו את הרכב ההכנסות של המשפחות הקשישות ובחנו מספר מאפיינים של התחלקות הכנסות. הצבענו על ההבדלים בין המדינות ביחס לחלקם של תשלומי ההעברה, בסך ההכנסה של הקשישים. חלקם היחסי של תשלומי ההעברה בסך ההכנסה הנמוך ביותר הוא בישראל, בארצות הברית ובקנדה. הגבוה ביותר נמצא בשוודיה ובגרמניה. נורווגיה ואנגליה ממוקמות באמצע הסולם. חקירת האוכלוסייה ה"פורשת" (לפי ההגדרה העיקרית) העלתה, שחלקה היחסי של ההכנסה מעבודה בסך ההכנסה הוא מזערי (0%—2%) בכל המדינות. לפיכך, נתוני הרכב ההכנסות של האוכלוסייה ה"פורשת" מדגישים את ההבדלים בין המדינות ביחס לתפקיד הממשלה בהבטחת ההכנסה לקשישים לאחר הפרישה לעומת החיסכון הפרטי. בישראל, בארצות הברית ובקנדה ההכנסה הכלכלית מהווה לפחות 50% מן ההכנסה הגולמית של המשפחות ה"פורשות". ייתכן שדפוסי החיסכון המאפיינים מדינות אלה בצורה של צבירת תוך כספי או חיסכון בקרנות פנסיה

1. דיון ומסקנות

במאמר זה בחנו את גודלה של האוכלוסייה הפורשת לפי הגדרות פרישה אלטרנטיביות ומספר היבטים של מצבן הכלכלי של המשפחות הקשישות במדינות המשתתפות במחקר הבינלאומי.

בהתאם למרבית הגדרות הפרישה, אחוז המשפחות הפורשות בקרב האוכלוסייה הקשישה גבוה יותר בשוודיה, בגרמניה המערבית ובאנגליה מאשר בישראל, בקנדה ובארצות הברית. מלבד ממצא כללי זה נמצא:

(א) בגרמניה המערבית, המאופיינת כשוודיה באחוז גבוה של משפחות עם הכנסה מפרישה, מרבית המשפחות עם הכנסה מפרישה אינן ממשיכות לעבוד כלל, בעוד שבשוודיה יש פחות משפחות ללא הכנסה מעבודה ויותר משפחות עם הכנסה מפרישה הממשיכות לעבוד. הבדל זה בין גרמניה המערבית לשוודיה בולט במיוחד בקבוצת הגיל 55—64.

(ב) בישראל, אחוז המשפחות ללא הכנסה מעבודה בקבוצת הגיל 55—64 דומה לזה שבארצות הברית ובקנדה, אך אחוז המשפחות עם הכנסה מפרישה גבוה יותר.

הבדלים אלה בין המדינות הם תוצאה של מספר גורמים, שניתוחם הוא מעבר למטרת מאמר זה. לפיכך נגביל את התייחסותנו לנקודות אלה: (1) כצפוי שיעור גבוה יותר של פרישה בכלל האוכלוסייה הקשישה (+55) איפיון את המדינות שבהן חלקה של קבוצת הגיל 75+ גבוה יותר (12% ב-שוודיה, בגרמניה ובנורווגיה ו-9.2% בקנדה); (2) בכל המדינות איפיינה את הנשים היחידות פרישה מוקדמת יותר (מתחת לגיל 65) מאשר שאר טיפוסי המשפחה, כגון זוגות. מצד שני, מדינות שבהן חלקן של המשפחות מטיפוס המשפחה "אחר" (קשישים הגרים עם מבוגרים אחרים) בכלל האוכלוסייה גבוהה יחסית אופיינו באחוז גבוה יחסית

הצפוי בגרמניה הוא שמערכת הביטוח הסוצי-יאלי בגרמניה, כמו בארצות הברית, משלמת רק פנסיה יחסית להכנסות מעבודה (שהיו בתקופת העבודה) ובכך נשמר במידה רבה אי-השוויון שאיפיון את ההכנסות מעבודה. לעומת זאת, המערכת הישראלית מבטיחה רק קצבת זיקנה אחידה, ואילו המערכת בשאר המדינות בנויה על שני הרבדים. יתר על כן, הנתונים על האוכלוסייה הענייה מראים שרק ל-50% מכלל המשפחות העניות בגרמניה יש הכנסה מפרישה, זאת לעומת 76% בכלל המשפחות הקשיות. בשאר המדינות יש כמעט לכל המשפחות העניות הכנסה מפרישה. בשוודיה, כמו בגרמניה, תשלומי ההעברה הם מרכיב חשוב בהכנסת הקשישים. אך מערכת הפנסיה שלה מבטיחה לכל הקשישים הכנסה העולה על קו העוני. מנתונים אלה ניתן להסיק, שההבדלים בין המדינות ביחס לאי-השוויון תלויים בין היתר גם בהתחלקות תשלומי ההעברה עצמם בין המשפחות.

במאמר זה הוצגו מספר מדדים לתיאור מצבם הכלכלי של הקשישים בפרספקטיבה בינלאומית. המדדים מבוססים על הכנסה כספית בלבד ולפיכך רצוי, במידה שהנתונים יאפשרו זאת, לפתח את המחקר ולהכליל בהשוואה הבינלאומית גם הכנסה לא כספית כמו שירותים, תמיכות בעין, עזרה בדיוור ועוד. ממדים אלה חשובים במיוחד במחקר העוסק ברווחת האוכלוסייה הקשישה. כמו כן, יש צורך לחקור באופן מפורט את המאפיינים המוסדיים והחברתיים במדינות השונות, העשויים להסביר את הממצאים שהוצגו במאמר זה.

תעסוקתית, נובעים מן המודעות לרמה הנמוכה יחסית של פנסיית הביטוח הסוציאלי. בישראל, למשל, הביטוח הלאומי מבטיח קצבת זיקנה אחידה, שאינה מאפשרת לקשיש לשמור על רמת חייו הקודמת לפרישה. לפיכך קיימת נטייה לנצל את האפשרויות האלטרנטיביות, היינו חיטכון פרטי וקרנות פנסיה תעסוקתיות.

ההכנסה הכלכלית (הכנסה מעבודה, הכנסה מרכוש ומפנסיה תעסוקתית) נוטה להתחלק באופן פחות שוויוני מאשר תשלומי ההעברה. לפיכך, ניתן לצפות למידה גבוהה יחסית של אי-שוויון בהתחלקות ההכנסות במדינות שבהן ההכנסה הכלכלית היא מרכיב חשוב יחסית בסך ההכנסה. הנתונים על הרכב הכנסות הקשישים במדינות השונות מצד אחד ועל מדדי ג'יני מצד שני תומכים במידה רבה בהשערה זו. למעט גרמניה, אנו מוצאים שככל שחלקה של ההכנסה הכלכלית גבוה יותר כך התחלקות ההכנסה היא פחות שוויונית.

הקשר בין תחולת העוני (לפי קו העוני השווה ל-50% מן ההכנסה האקוויוולנטית החציונית) ובין הרכב ההכנסות חזק פחות. שיעורי העוני בגרמניה ובמידת מה באנגליה גבוהים מאלה שהיו צפויים על בסיס חלקם היחסי של תשלומי ההעברה בסך ההכנסה, מעוד ששיעורי העוני בגרמניה ובקנדה גבוהים יותר מהצפוי.

ראוי להדגיש, שההבדלים בין המדינות ביחס לאי-שוויון התחלקות הכנסות הקשישים ותחולת העוני הם תוצאה של גורמים רבים, שהרכב ההכנסות הוא רק אחד מהם. למשל, הסבר אפשרי לאי-השוויון הגבוה מן

ביבליוגרפיה

- Atkinson, A. B., *The Economics of Inequality*, Second Edition, Oxford Clarendon Press, 1983.
- Danziger, S. & Taussing, M., *Conference on the Trend in Economic Inequality in the U.S.*, Special Report No. 11, University of Wisconsin, Madison, Wis., Institute for Research on Poverty.
- Danziger, S. & Taussing, M., "The Income Unit and the Anatomy of Income Distribution", *Review of Income and Wealth*, 25 (1979), No. 4, pp. 365-375.
- Danziger, S., Van der Gaag, S., Smolensky, E. & Taussing, M., "Income Transfers and the Economic Status of the Elderly", Discussion Paper No. 695-82, Madison, Wis., University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty.
- Kakwani, N. C., *Income Inequality and Poverty*, New York, Oxford University Press, 1980.
- Smeeding, T. G., Schmaus & S. Allegreza, "An Introduction to LIS". LIS Working Paper No. 1, CEPS, Luxembourg, 1985 (Mimeo).

נספח 2. הרבץ ההכנסה הכוללת לפני פוגי הכנסה (רק משפחות "פורשות")

קבוצה	נורווגיה *							סוג הכנסה												
	קנדה	ארצות הברית	ישראל	שוודיה	בריטניה	גרמניה	מערב גרמניה													
64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	64-60	59-55	
70	66	81	74	47	51	9	6	38	31	15	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	4	4	5	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	30	22	14	14	4	7	3	12	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	32	55	65	30	45	—	—	25	24	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
27	31	19	16	53	49	91	94	62	69	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
27	31	18	16	43	40	91	94	61	69	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
24	24	17	15	42	37	85	85	54	58	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
3	6	1	1	1	2	6	9	7	11	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
—	—	—	—	9	10	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	8	12	13	2	3	24	20	7	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
92	92	88	87	98	97	76	80	93	97	99	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96

לפי אגודות ויולפי תמ"ר

* בנוורווגיה אין משפחות "פורשות" בקבוצת הגיל 64-55.

איזון בטיפול בשירותים לקשיש בישראל*

מאת גרי מ' גינסברג**

השוואות בינלאומיות ואחר כך נבחן שיטה המבוססת על שיפוטיהם הנורמטיביים של מומחים או אנשי מקצוע בתחום הטיפול בקשישים.

דפוסי הטיפול כיום

בישראל קיימים הבדלים לא קטנים בין גפות שירותי הבריאות בכל הנוגע להוצאות על השירותים השונים הניתנים לקשישים. חישובים המבוססים על לוח 2 מראים (1) שקיים יחס הפוך חלש (אבל לא משמעותי מבחינה סטטיסטית) בין ההוצאות על טיפול קהילתי ובין ההוצאות על מחלקות למחלות גריאטריות אקוטיות ומחלקות לשיקום גריאטרי בכל גפה; (2) ככל שההוצאה על טיפול קהילתי בגפה גבוהה יותר כך ההוצאה על מיטות מוסדיות לקשישים עצמאיים נמוכה יותר (מקדם המתאם של פירסון $R = 0.66$, $T = 2.88$, $P < 0.01$). הווי אומר, לגבי הקשיש העצמאי הטיפול הקהילתי עשוי לשמש תחליף לטיפול במיטות מוסדיות. הדבר מצביע על כך שניתן לטפל בקשישים הסובלים מליקויי תפקוד קלים בתוך הקהילה ולא דווקא במסגרת מוסדית.

מבוא

מדינת ישראל הוציאה בשנת 1981 יותר מ-262 מיליון דולר (774 דולר לנפש מעל גיל 65) על שירותים לאוכלוסיית הקשישים שלה (Central Bureau of Statistics, 1980; Ministry of Health, 1981; Factor *et al.*, 1982). בערך 127 מיליון דולר, או 48.5% מן הסכום הכולל (ראה לוח 1), הוצאו על יותר מ-950,000 ימי אשפוז במחלקות של בתי חולים כלליים, שרבות מהן לא נועדו במיוחד לקשישים. לוח 1 מראה גם ש-135 מיליון דולר (399 דולר לנפש מעל גיל 65) הוצאו על טיפול מחוץ למחלקות של בתי החולים הכלליים. מתוך סכום זה הוצאו בערך 85.7% על טיפול מוסדי (65.5% על טיפול ממושך בבתי חולים למחלות כרוניות, במרכזים גריאטריים ובמעונות, ו-20.1% על טיפול במחלקות גריאטריות אקוטיות ובמחלקות לשיקום גריאטרי), ורק 14.3% הוצאו על טיפול בקהילה (כולל דיור מוגן, שירותי עזרה ביתית, ארוחות על גלגלים ומרפאות יום).

מאמר זה בוחן שתי שיטות לקביעת הרמה האופטימלית האיזון בטיפול בין השירותים המוסדיים והקהילתיים הניתנים לקשישים בישראל. תחילה נבחן שיטה המבוססת על

* Gary M. Ginsberg, "Balance of Care in Services to the Elderly in Israel", *Israel Journal of Medical Sciences*, Vol. 21, No. 3 (March 1985), pp. 230-237

Published by permission of The Manager of *Isr. J. Med. Sci.* תרגם מאנגלית עמוס פלד.

** המחלקה לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית, משרד הבריאות, ירושלים.

לוח 1. הוצאות על שירותים לקשישים בני 65 ומעלה

סוג המוסד	הוצאות	
	במיליוני דולרים	באחוזים
מחלקות בבתי חולים כלליים*	127.3	48.5
בתי חולים למחלות כרוניות, מרכזים גריאטריים ומעונות סיעודיים ²	88.6	33.8
מחלקות גריאטריות אקוטיות ומחלקות שיקום ²	27.1	10.3
טיפול קהילתי (כולל דיור מוגן) ²	19.3	7.4
סך הכל	262.3	100.0

* חושב על-ידי ההלת נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1980) לכל גיל (age-specific) על נתוני האשפוז בארץ כולה (Ministry of Health, 1981) והכפלתם בעלות האשפוז הממוצעת ברמת המחירים של אוקטובר 1981, שהיתה 132.20 דולר ליום. הנתונים אינם כוללים מחלקות לשיקום גריאטרי אקוטי הנמצאות בבתי חולים כלליים.

² Factor et al., 1982.

לוח 2. ההוצאה השנתית לנפש בגיל 65 ומעלה לפי נפות (1981)

הנפה	סוג הטיפול*			
	קהילתי ושיקומיים	חולים אקוטיים עצמאיים	תשושים וסיעודיים	סה"כ
חדרה	49	155	902	1231
פתח תקוה	49	162	538	879
רמלה	39	498	305	852
רחובות	42	314	351	787
השרון	54	58	271	489
ירושלים	59	106	210	485
עס	49	158	198	460
צפת/כנרת	93	166	145	412
חיפה	42	140	140	411
יזרעאל	54	0	180	279
באר שבע	89	74	85	256
תל-אביב	43	36	75	248
אשקלון	95	41	46	190

הערכים מייצגים דולרים של ארצות הברית במחירי 1981. החישוב נעשה לפי Factor et al., 1982; Central Bureau of Statistics, 1982.

* לא כולל טיפול בבתי חולים כלליים בגלל אי זמינותם של נתוני אשפוז ספציפיים המבוססים על נפות (לבד מנתונים של מחלקות גריאטריות אקוטיות ומחלקות לשיקום גריאטרי).

שיטות ואמצעים

השוואות בינלאומיות שיטה אחת לקביעת איוון הטיפול ורמתו היא להשתמש ברמות הנוכחיות של מתן השירותים או הערכת הצרכים במדינות מפותחות אחרות כקו מנחה להגדרת נורמות השירות בישראל, לאחר עריכת התאמות רלוונטיות ספציפיות לגיל (לדוגמה, אחוז אלה שהם בני 75 ומעלה). ברם, הרמות של הבטחת הצרכים והערכתם המבוססת על סקרים למיניהם שונות זו מזו בתוך המדינות ומחוצה להן. בנוסף לכך, קיימות בעיות הנוגעות למונחים המשמשים את השירותים במדינות השונות. ניתן לעמוד על בעיות אלה מתוך הדוגמאות הנבחרות שלהלן ש־הועלו מסקרים זמינים ומהשוואות בינלאומיות. נתונים מן המערכת באנגליה זכו להתייחסות נרחבת, שכן זוהי מערכת בריאות ושירותים חברתיים לקשישים מפותחת מאוד, מקיפה מאוד ובעלת תכנון מרכזי.

שירותים קהילתיים

שירותים לעזרה ביתית. באנגליה קיבלו ב-1980 9.6% מאוכלוסיית הקשישים בני 65 ומעלה (4.8% מקבוצת הגיל 65 עד 74 ו-17.5% מקבוצת הגיל 75 ומעלה) שירותי עזרה ביתית (Annex C, 1981). דבר זה הושג על-ידי הספקת 6.5 מטפלות ביתיות לכל 1000 קשישים — בהשוואה ליעד הרשמי של 12.0 מטפלות לכל 1000 קשישים (MI, Ministry of Health, 1981).

הערכות של "צורך" (המתבטא באחוז הקשישים הזקוקים לשירותי עזרה ביתית) מגיעות עד ל-39.0% בדנמרק (Ostergaard, 1972) ו-42.0% במסצ'וסטס (Branch & Fowler, 1975). סקרים ישראליים שנערכו בבני ברק (זילברשטיין ואחרים, 1981) וב־קרית טבעון (Cibulski, 1981) הניבו הערכות של 29% מן האוכלוסייה הקשישה ו-37% מן האוכלוסייה הקשישה בקרית טבעון —

ברם, קיימים גורמים אחדים המונעים מאתנו לבדוק בדיקה מדויקת — בתוך כל נפה — את ההשערה שהטיפול הקהילתי פועל כתחליף לטיפול מוסדי. ראשית, אין בנמצא נתונים על איוון המגורים של קשישים המאושפזים במחלקות של בתי חולים כלליים (לדוגמה, המחלקה לרפואה פנימית, שלא נועדה לשרת קשישים בלבד). שנית, אין בנמצא נתונים המתייחסים לזרימות הבין-תחומיות (cross-boundary flows) — היינו, קשישים הווכים לטיפול מוסדי באיוון שונה מזה שגרו בו קודם לכן בקהילה. בעיה זו רלוונטית במיוחד, למשל, בנפות חדרה ופתח תקוה, שם יש ריכוזים גדולים יחסית של מיטות סיעודיות. שלישית, קשה לזהות את כיוון הסיבתיות. לדוגמה, אזורים שכבר יש בהם נפח גדול של מיטות מוסדיות היו אולי איטיים יותר בפיתוח שירותים קהילתיים חלופיים, ולא דווקא מחסור בשירותים קהילתיים הוא שעורר לחצים לכיוון של צמיחה קהילתית.

אף-על-פי-כן, למרות הגורמים דלעיל המונעים בדיקה מדויקת של ההשערה, יש ראיות נוספות התומכות ברעיון של החלפת טיפול מוסדי בטיפול קהילתי בקשישים. בארצות הברית נתגלה שהשימוש המוגבר בטיפול קהילתי חוסך הוצאות רבות למערכת הבריאות והרווחה (Rawlinson, 1972; Hammond, 1979; Greenberg, 1974; Burton, 1974; Brickner et al., 1976; Bell, 1973), ועקב הימנעות מאשפוזים זמניים חוזרים, כמו גם מפני שהדבר מאפשר שחרורים מוקדמים (לדוגמה, בעזרת הסתייעות אינטנסיבית במטפלות בית בתקופה הקריטית שלאחר שחרור הקשיש מבית החולים).

טיפול קהילתי, הגם שבמקרים אחדים הוא משמש תחליף לטיפול מוסדי, יכול אף לפעול כשירות משלים המאפשר מתן קשת שלמה של שירותים לקשישים. אנו נבחן כאן שתי שיטות לקביעת איוון הטיפול האופטימלי בין הקהילה למוסדות.

1000 — יותר מאשר במערב גרמניה, שבה השיעור הוא 9 מקומות ל-1000 ומאשר בדנמרק ששם השיעור הוא 3 מקומות ל-1000.

טיפול מוסדי

טיפול במעונות (residential home care). בשנת 1981 הסתכם מתן השירות במעונות באנגליה (המנוהלים בעיקר בידי הרשויות המקומיות) ב-20.4 מיטות ל-1000 קשישים (Annex C, 1981), בהשוואה לקו המנחה שהוא 25 מיטות ל-1000 (Dept. of Health & Social Security, 1976). קשישים בגיל 75 ומעלה נטו פי 6 להיכנס למעון, הן לטווח קצר והן על בסיס קבוע. בישראל מסתכם מתן שירות זה ב-31.2 מיטות ל-1000 במעונות סיעודיים וב-מרכזים גריאטריים (Factor et al., 1982; Central Bureau of Statistics, 1982).

טיפול בבית חולים. לפי הקו המנחה באנגליה (המותאם לשקף מבחינת הגילים את מבנה הגילים של אוכלוסיית ישראל) הספקת המיטות לחולי סנים (inpatients) גריאטריים אקוטיים (שהות ממוצעת של 14 יום) אמורה להיות 2.2 מיטות ל-1000 קשישים (Ginsberg, 1980). ואולם בישראל יש רק 0.9 מיטות ל-1000 קשישים (שהות ממוצעת של 14.6 יום ב-1981) (Ministry of Health, 1981).

אשר למיטות לשיקום פעיל (שהות ממוצעת של 75.4 ב-1981), הספקת השירות בישראל, המסתכמת ב-2.7 מיטות ל-1000 קשישים (Ministry of Health, 1981), עולה על הקו המנחה באנגליה, שהוא 1.5 ל-1000 (שהות ממוצעת של 56 יום) (Ginsberg, 1980). נוסף על כך, הנתון של 8.2 מיטות ל-1000 קשישים הניתנות בישראל לטיפול סיעודי (שהות ממוצעת של 204 יום ב-1981) (Ministry of Health, 1981) עולה בהרבה על הקו המנחה של 3.7 ל-1000 באנגליה (שהות ממוצעת של שנה או יותר) (Ginsberg, 1980).

יותר מפי 10 ממתן שירות זה בישראל היום, שירות שניתן כאן ל-2.6% מן האוכלוסייה הקשישה (Factor et al., 1982).

שירותי ארוחות. ב-1981 היה שיעור הארוחות שניתנו בבית ובמרכזי יום ובמוע"דוני ארוחת צהריים באנגליה בערך 55% מן הקו המנחה של 200 ארוחות לשבוע ל-1000 קשישים (Dept. of Health & Social Security, 1976). בערך 6% מן הקשישים בני 65 ומעלה קיבלו ארוחות, ובכלל 3.9% שקיבלו אותן בבתייהם הם (Annex C, 1981). יש לציין, שרבים מקשישים אלה לא קיבלו ארוחות בכל יום מימות השבוע.

במסצ'וסטס היו 33% בערך מן הקשישים זקוקים לארוחות בהשוואה ל-1.8% שקיבלו אותן בפועל (Branch & Fowler, 1975). בהולנד ניתנות ארוחות ל-8% מן האוכלוסייה הקשישה (Bloemestijn, 1978) ובמערב גרמניה ל-3% ממנה (Dieck, 1981) — הרבה מעבר לשיעור מקבליהן בישראל, שבה רק אחוז אחד בערך מן הקשישים מקבלים ארוחות.

מרכזים לטיפול יום. מרכזים לטיפול יום מעניקים לקשישים הן סיוע ישיר והן סיוע עקיף. סיוע ישיר כולל חברה (companionship), מזון, טיפול ברגליים (chiropody) ושירותים אחרים, בשעה ש-סיוע עקיף מתבצע באמצעות הקלת נטל הדאגה מעל בני המשפחה או הידידים המתגוררים עם הקשיש.

מבחינה בינלאומית, שיעור הספקת מרכזי יום נעה בין שני מקומות ל-1000 קשישים בדנמרק ל-8 מקומות ל-1000 בהונגריה (Amman, 1980). באנגליה השיעור הוא 3 מקומות בקירוב לכל 1000 קשישים (Annex C, 1981). שיעור זה דומה לשיעור הקיים היום בישראל (Factor et al., 1982).

דיוור מוגן. הקו המנחה באנגליה לדיוור מוגן הוא 25 מקומות ל-1000 קשישים, בעוד שבארץ המספר הוא 13 מקומות ל-

לגבי כל קשיש או קשישה (בכפוף לכושרו או לכושרה לתפקד) יש לשקול תבילות טיפול — ובכללן טיפול הן בקהילה והן במסגרות המבוססות על מוסדות — בהתחשב בעלויותיהן היחסיות. דבר זה מחייב לבצע את השלבים שלהלן, לא רק על בסיס חדי-פעמי, אלא כחלק מתהליך דינמי ומתמשך של תכנון, ניטור (monitoring) והערכה.

שלב מס' 1: הגדרת הקבוצות הסובלות מליקוי תפקוד על קבוצה נבחרת של מומחים להגדיר תת-קבוצות הסובלות מליקוי תפקוד מקרב הקשישים לפי סוג הנכות ודרגתה. מיון מוצע המצוי כרגע בשימוש בחלק אחד של אנגליה (Dept. of Health & Social Security, 1981) מדרג את רמות ליקוי התפקוד על-פי ארבעה תחומים אלה:

- נכות גופנית
- 0 — אין; מסוגל לטפל במשק הבית וב-עצמו;
 - 1 — קלה; לא מסוגל לטפל במשק הבית (בישול, קניות);
 - 2 — בינונית; לא מסוגל לטפל במשק הבית בעצמו;
 - 3 — חמורה; מרותק לכיסא גלגלים או למיטה.

- אישליטה על הצרכים
- 0 — שולט על צרכיו לחלוטין;
 - 1 — לפעמים אינו שולט על צרכיו;
 - 2 — אינו שולט על צרכיו בלילה באופן קבוע;
 - 3 — אינו שולט על צרכיו באופן קבוע ביום ובלילה (כולל אישליטה על שתי היציאות).

- מצב נפשי-שכלי
- 0 — אין טירוף (dementia), אין הפרעות התנהגות (כגון תוקפנות גוס-נית, שוטטות, גרימת רעש מפרוע);
 - 1 — טירוף בלי הפרעות התנהגות משמעותיות;

בשל ההבדלים הגדולים בין האומדנים שהובאו לעיל צוין כאן שניתן להשתמש בנתונים בינלאומיים רק בתור קו מנחה לשינויים כלשהם במתן שירותים. נקודת הראות הכוללת שאלה מגיעים היא, שמבחינת השימוש הכולל במיטות, מספר המיטות בישראל כיום (43.1 ל-1000 קשישים) עולה בתרבה על הקו המנחה באנגליה שהוא 32.4 ל-1000, בעוד שההספקה הכוללת של שירותים קהילתיים נמוכה מזו שבאנגליה ובמדינות אירופיות אחרות.

שיטה נורמטיבית המבוססת על המצב התפקודי

שיטה חלופית אחת היא זו המבוססת על צרכים נורמטיביים; היינו, צרכים כפי שמגדירים אותם מומחים, כגון אנשי מקצוע או עובדים בתחום הטיפול בקשישים.

הלוי ובן-בסט (1982) קבעו לא מכבר שיש צורך לערוך "מחקר על אוכלוסיית הקשישים המאושפזים — על צורכיהם מבחינת צוות סיעודי ופארא-רפואי, כמו גם מבחינת התערבויות אבחוניות (diagnosis) ומרפאות (curative). דרושה כאן השוואה תולמת של העלויות במתקנים השונים, ולמיטב ידיעתנו דבר זה לא נעשה בישראל מעולם." והם ממשיכים: "הגדרה מדויקת של צורכי הקשישים המאושפזים וקביעת מספרם המשוער עשויה להצביע על אפשרויות טיפול אחרות, לגבי חלק מהם לפחות, דרך של שירותי טיפול בית יקרים פחות, או על-ידי אשפוז במעונות סיעודיים או במתקנים לטיפול חוץ (extended-care facilities)".

בישראל העריכו גלינסקי ואחרים (1977) על-פי הממדים החברתיים, הנפשיים-שכליים, הגופניים והתפקודיים, אבל רק בעת אשפוז ושחרור מבתי חולים כלליים. ברם, כדי לקבל תמונה מקיפה אנו חייבים לא רק להגדיר את הצרכים הנורמטיביים של הקשישים המאושפזים, אלא גם את אלה של הקשישים שעדיין מתגוררים בקהילה.

2 — טירוף עם הפהעות התנהגות משמעותית;

תנאים סוציאליים

0 — תומכים (היינו הקשיש מתגורר עם קרוב או חבר תומך או שיש מי שמבקר אצלו באופן קבוע);

1 — שליליים;

שלב מס' 2: דירוג ליקויי

התפקוד של הקשיש

לאחר שהוגדרו מאפייניהם של ליקויי התפקוד יהיה צורך בדירוגים לשם הערכת דרגת ליקויי התפקוד של כל קשיש וקשישה ביחס לכלל הקשישים המקבלים כיום טיפול מוסדי וקהילתי כאחד. במצב האידיאלי יש לאסוף גם מידע על רמות הליקויים בתפקוד אצל הקשישים אשר אינם זוכים לשירותים טיפוליים כלשהם. סקר קהילתי שנערך לא מכבר בפביבות ירושלים גילה, כי 5.1% מן הקשישים אינם מסוגלים להתרחץ ללא עזרה, ו-2.3% אינם מסוגלים להתלבש לבד. הגישה של הערכה תפקודית מאפשרת לנו לזהות במישרין פונים "גבוליים" פוטנציאליים הן ברמות התלות הנמוכות (היינו אלה העשויים לחזור לקהילה) והן ברמות התלות הגבוהות (אלה העלולים לעבור לטיפול מוסדי) (Mooney, 1978).

ליקויי תפקוד אלה יש לייחס גם לגיל הקשיש, כדי לאפשר לנו לחשב את הסתברויות החילוף (transitional probabilities) של סיכויי מעבר ממצב אל-תפקודי אחד למשנהו בפרק זמן קבוע. דבר זה מוסיף מימד דינמי לתהליך התכנון, שיכלול הערכה מחדש תקופתית ובנויה בתוכה שיבצעו הימומחים לגבי צורכי היחיד.

שלב מס' 3: הגדרת חבילות

הטיפול הנאותות

שומה על המומחים להכריע אילו צירופי שירותים (חבילות טיפול) יהיו דרושים כדי לטפל בפונים עם כל אחת מן התערובות השונות של ליקויי תפקוד. לדוגמה, אדם

שאינו מסוגל לבשל ולערוך קניות (מדורג כמקרה קל בתחום הנכות הגופנית), שולט על צרכיו לחלוטין, אינו לוקה בטירות, אך חי בגפו (מדורג כשלילי בתנאים הסוציאליים), עשוי להתאים לכל אחת מחבילות הטיפול האלה:

חבילה א'. מיטה עצמאית במעון סיעודי. חבילה ב'. חיים בקהילה תוך ביקורים יומיומיים במרכז לטיפול יום (כולל הסעה); שעה אחת של עזרה ביתית ליום, שעת ביקור אחת לשבוע של עובד סוציאלי, וארוחה חמה אחת ליום המוגשת בבית.

שלב מס' 4: תמחור (costing) חבילות הטיפול וזיהוי האופציה היעילה והזולה ביותר יהיה צורך לחשב את העלויות של שירותי הטיפול השונים המהווים את חבילות הטיפול כדי לזהות את האופציה היעילה והזולה ביותר. הווי אומר, השיטה הזולה ביותר להשגת "אותה" תוצאה או תפוקה; במקרה דנו, טיפול במשך יום בקשיש הלוקה בהפרעת תפקוד. אומדני העלויות בפברואר 1983 מראים שעלות חבילה א' הנוכרת לעיל נעה סביב 13 דולר ליום, בהשוואה ל-10.50 דולר ליום עבור חבילה ב'. במקרה דנו נראה, שהאופציה היעילה והזולה ביותר (היינו, השיטה הזולה ביותר לטיפול במישהו באותה רמה של ליקויי תפקוד) היא זו הגלומה בחבילה ב' של הטיפול הקהילתי.

המחיר של 13 דולר ליום מתייחס לעלות הממוצעת של הטיפול בפונה "עצמאי" במעון סיעודי. ואולם, העלות בפועל של טיפול בפונה הלוקה בהפרעה קלה בתפקוד תהיה נמוכה מעלות ממוצעת זו; מכאן, שחשוב לבסס את אומדני העלויות הטיפול המוסדי בהתאם לרמת התפקוד של הפונים. במחקר על מעונות לקשישים ברשות מקומית אחת באנגליה (Netten & Lewish, 1979) עלו האומדנים על זמן כח אדם של הצוות (ומכאן העלויות ליחידה) בד-בבד עם עליית דרגות הנכות כדלהלן: אין נכות (4.5)

צרכים השוואתיים וצרכים מורגשים כאחד שונות זו מזו במידה ניכרת, הן בתוך המדינות והן ביניהן.

השיטה הנורמטיבית, המבוססת על צרכים כפי שהם מוגדרים בידי מומחים, היא המומי לצת כאן, שכן גלומים בה כמה וכמה יתרונות על-פני השיטה ההשוואתית בכך שהיא נותנת (1) אומדנים מדויקים יותר באשר לכמות ולסוג השירותים הדרושים, במקום קו מנחה כללי גרידא; (2) מידע על השמות ועל המאפיינים של האנשים שאמנם ישתמשו בכל שירות ושירות; (3) יסוד של יעילות חבה וזולה ביותר בתהליך קבלת התחלטות והתכנון. מערכת הטיפול היעילה והזולה ביותר בקשישים הנובעת מיישום תהליך התכנון הנורמטיבי אמורה לעשות הרבה יותר מאשר לפצות על העלויות המוגדלות הנובעות מאיסוף הנתונים שמחייבת השיטה הנורמטיבית.

ברם, יש לציין, שהשיטה הנורמטיבית — כמו גם שיטת ההשוואה הבינלאומית, אינן מביאות בחשבון באורח ישיר את רצונותיהם של הקשישים עצמם. בחירתו האישית של הפונה עלולה בתחלט להתנגש בהצעותיו של המומחה. ואכן, קשישים בעלי אמצעים כספיים נאותים מביעים לעתים תכופות את העדפותיהם על-ידי שכירת סיוע סיעודי ביתי או שהם נכנסים למוסד לטיפול ארוך-טווח.

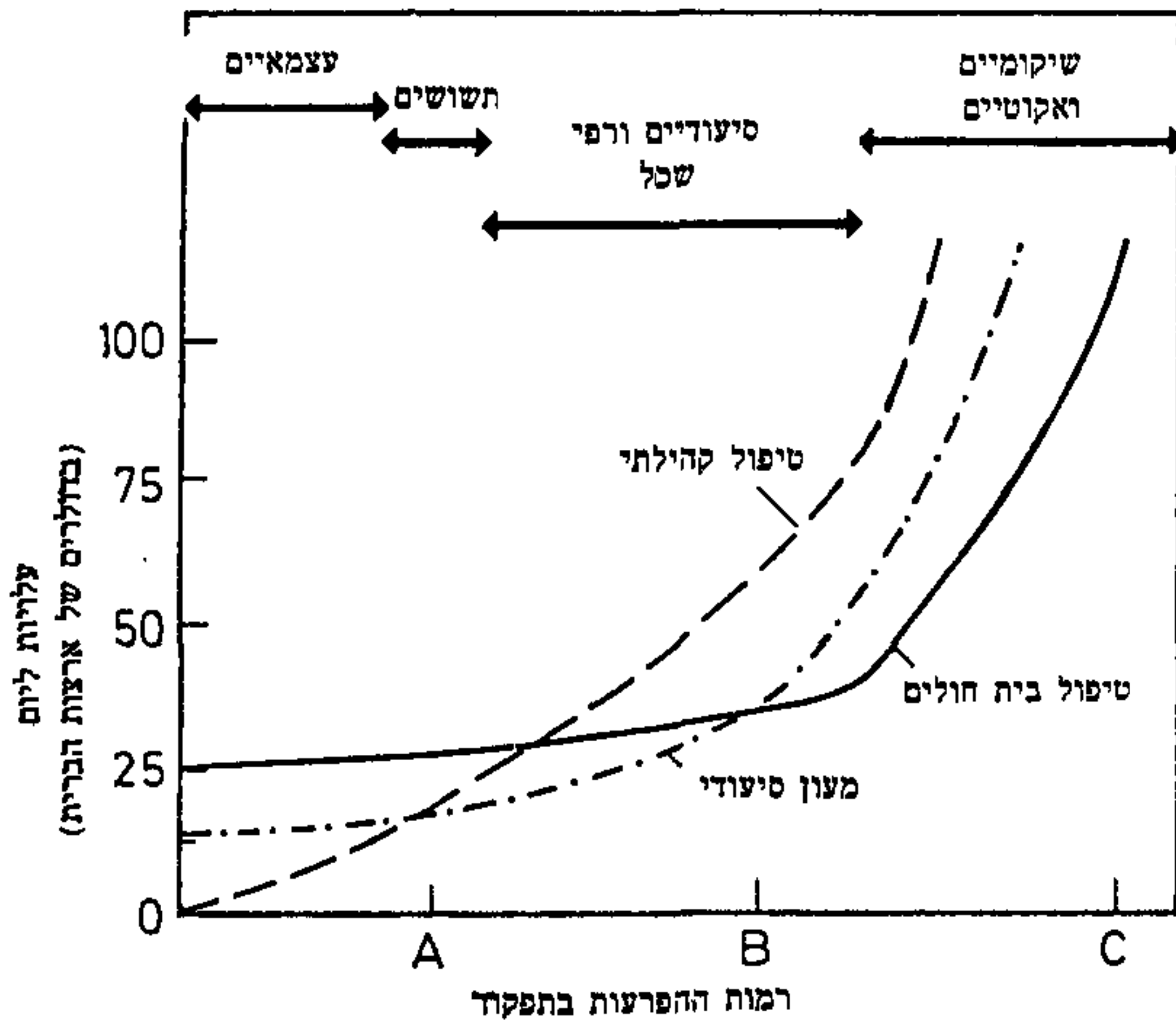
ייתכן שהיתרון החשוב בשיטה הנורמטיבית הוא, שהיא מביאה בחשבון את היחס בין עלויות השונות של הטיפול במסגרות שונות לגבי דרגות שונות של הפרעות בתפקוד. דבר זה מוסבר בצירוף 1 (ראת לתלן), המתאר את היחס הכללי בין עלויות נכריות וסוגים של אמצעי טיפול בקשישים, המבוססים על הנתונים בישראל על-פי רמות המחירים של פברואר 1983. הנתונים על העלויות הם אומדנים בלבד, אך מה שחשוב הוא הסדר הכולל של העקומות בהתאם לרמות ליקויי התפקוד האלה: (1) הפרעת תפקוד קלה (OA בצירוף) — פונים אלה חיים היום

שעות), זקוק לסיוע ברחצה (6.0 שעות), זקוק לכך שירחצוהו (8.0 שעות), רתוק לכיסא גלגלים (11.0 שעות), רתוק למיטה (12.0 שעות), לא שולט בצרכיו על שני סוגיהם (15.0 שעות). שימוש נוסף במידע מסוג זה הוא לספק נתונים להקצאה מושכלת יותר של כוח אדם, הן בתוך המוסדות המעניקים טיפול לקשישים והן ביניהם.

שלב מס' 5: צירוף של האופציות היעילות והזולות ביותר השלב הסופי הוא לצרף (aggregate) את מספרי החבילות היעילות והזולות ביותר לגבי כל קבוצה של הפחעות תפקוד מכל הרמות כדי לתת בידינו מספר כולל בדבר הכמות (העלות) האדיאלית לגבי כל סוג שירות. ניתן אז להשוות יעד אידיאלי זה למתן השירות הנוכחי לאור אילוצים תקציביים ומוסדיים; ניתן להכין תוכניות כדי להסיט את ההספקה כלפי האידיאלי ועל-ידי כך לאפשר לאנשים הנמצאים על קו הגבול בין הסוגים להתאים את עצמם ולהסתגל לאמצעי הטיפול המתאימים.

דיון

מאמר זה עושה שימוש בארבע הגדרותיו של ברדשאו (1972) לגבי צורך (מובע, מורגש, השוואתי ונורמטיבי) בהסבירו את שיטות התכנון האפשריות לאיזון אופטימלי בטיפול. דפוסי השימוש הנוכחיים נותנים בידינו מימד של צורך או דרישה מובעים. ואולם, לא יתא זה מן התבונה לבסס נורמות של תכנון על צורך מובע בשל העובדה שהספקת שירותים שהתפתחה באופן היסטורי קובעת את היקף ניצולם ("הצע יוצר ביקוש"). השוואות בינלאומיות נותנות בידנו אמת מידה להשוואה בין צרכים, וצרכים מורגשים ניתן להעריך להלכה מסקרים שבהם נשאלים אנשים לצורכיהם הנתפסים לגבי השירותים השונים. ואולם, הערכות של



ציור 1. עלויות (במחירי פברואר 1983) ורמות הפרעות בתפקוד לגבי דרכי טיפול שונות

בהפרעות תפקוד המורות במסגרת הקהילה יהיה יקר מאוד. ברם, יש לציין כי בטיפול קהילתי חלק מנטל ההוצאות (מזון, מחסה, חימום, מים וכו') רובץ ועל הקשישים ומשפחותיהם, כך שהאופציות דלעיל הן יעילות וזולות ביותר רק לגבי מערכת שירותי הבריאות והרווחה, ולא לגבי החברה בכללותה. כדי לקבל החלטה טובת חברתיות נכונות שאכן מביאות לתוצאות היעילות והזולות ביותר, שומה עלינו לכלול את עלויות הצריכה האישית ואת סידור המגורים (Wager, 1972). הכנסת האחרון פירושו הערכה של משאבי הדיור המשמשים את הקשיש המקבל טיפול קהילתי, ואשר מוקצים לשימושם של אנשים אחרים כאשר קשיש החי בגפו מוכנס לטיפול מוסדי ארוך טווח. ריבוי יחידות הדיור המוגן הוא גורם היכול לשחרר משאבי דיור כאשר הקשישים עוברים למבנים קטנים יותר, שכן

בקהילה (עם או בלי שירותים) או תופסים מיטות שנועדו לעצמאיים או לתשושים במי עון סיעודי. נראה, שכאן הטיפול הקהילתי הוא שיטת הטיפול היעילה והזולה ביותר; (2) הפרעת תפקוד בינונית (AB בציור 1) — כאן הטיפול במעון סיעודי הוא הזול ביותר, כאשר העלות הממוצעת למיטה לקשיש התשוש היא 19.80 דולר ליום, בשעה שחבילת טיפול קהילתי — המורכבת ממרכז יום, ארוחה חמה, 3 שעות של עזרה ביתית ושעתיים ליום של ביקור עובד סוציאלי או תיראפיה — תעלה בערך 27.50 דולר ליום. ואולם, משעולה רמת ההפרעה בתפקוד, מתקרבת עלות המעון הסיעודי לזו של בתי החולים; (3) הפרעת תפקוד חמורה (BC בציור 1) — כאן אשפוז הוא השיטה היעילה והזולה ביותר, ובמקרים רבים, שבהם דרושים סיעוד נמרץ וטיפול רפואי, זוהי האופציה האפשרית היחידה. טיפול בחולה הלוקה

לטיפול קהילתי, המחייבת ירידה של ממש במספר המיטות המוסדיות (Ginsberg, 1981), תהליך העברתם של הקשישים לטיפול קהילתי לא יחייב בהכרח ירידה ברמות הכוללות של מיטות מוסדיות, בשל העלייה הגדולה הצפויה באוכלוסיית הקשישים (מגיל 65 ומעלה) ובמיוחד במספר אלה שהם בני 85 ומעלה אשר על כן, אסור שתהיה אנוכיות מוסדית שתבלום שינויים לקראת טיפול קהילתי. דבר זה, בד בבד עם התקרבות החלוקה-מחדש לאזורים של שירותי הבריאות, אמור להקל על לשכות הבריאות המחוזיות (לרבות העובדים הסוציאליים המטפלים בקשישים) להחליט כיצד להקצות את המשאבים התקציביים שנועדו לקשישים בדרך היעילה והזולה ביותר באותו איזור. בתנאים נוחים אלה, יישום השיטה הנורמטיביתית יתקן, כך אנו מקווים, אי איזון בשיירותים (ובזכו משאבים) העלול להתקיים במיוחד באזורים בעלי זמינות גבוהה מקדמת דגא של מיטות מוסדיות, העלולות מצדן להאט את התפתחות השירותים הקהילתיים לקשישים.

כיום 35% מן הקשישים היהודיים חיים בבתים שצפיפותם פחות מאדם אחד לחדר (Davies et al., 1982).

סיכום ומסקנות

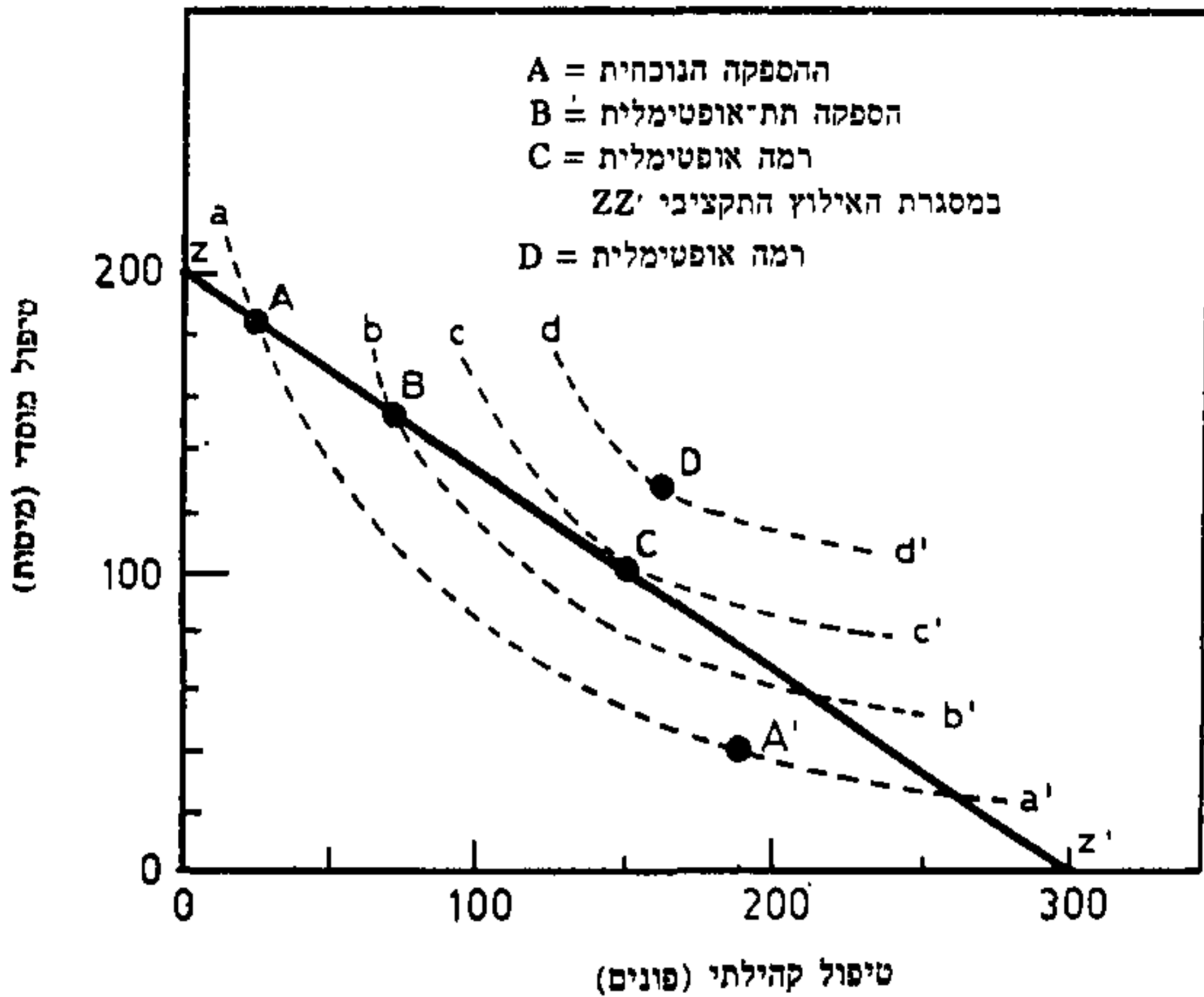
השיטה הנורמטיבית להגדרת חבילות טיפול יעילות וזולות ביותר היא זו המומלצת כאן כדי לאפשר לנו למצוא את האיזון האופטימלי בטיפול בקשישים. הספקת השירות כיום והשוואת בינלאומיות יכולות רק לסייע לתת בידינו נקודת התחלה וקווים מנחים גסים לשינוי כלשהו. הערכת צורכי החולים חייבת להתבסס באורח אידיאלי על המצב התפקודי במסגרת מערכת בקרה מתמדת המשמשת לפיקוח על הביקוש לטיפול קהילתי כמו גם לטיפול מוסדי בכל איזור. ושוב, באורח אידיאלי יש לאסוף נתונים ספציפיים לגיל על המצב התפקודי, כדי לתת בידינו אינדיקטורים לשינויים כלשהם במצב בריאותם של הקשישים במשך הזמן. שלא כמו במקרה של העברת חולי נפש

נספח :

המחשה של המעבר לאיזון אופטימלי בטיפול

על העקומה; לדוגמה, רמת ההספקה הנוכחית בנקודה A (180 מיטות ו-30 פונים קהילתיים) נחשבת כמספקת לחברה בכללותה אותה רמת תועלת או שביעות רצון כמו נקודה A' (40 מיטות ו-190 פונים קהילתיים), שילוב זול יותר העולה רק 13,333 דולר ליום. הקווים 'bb', 'cc' ו-'dd' מייצגים רמות גבוהות יותר באורח פרוגרסיבי של תועלת חברתית או שביעות רצון. כאשר הטיפול הקהילתי מוחלף בטיפול המוסדי היקר יותר ניתן לנוע על קו האילוף התקציבי לנקודה B (150 מיטות ו-75 פונים

ציור 2 מסביר את תהליך ההקצאה מחדש באיזור היפותטי לתת-קבוצה של קשישים המתפקדת באורח עצמאי. הקו ZZ' מייצג אילוף תקציבי של 16,000 דולר ליום, כאשר הנקודות הקיצוניות הן Z, ששם הכל מוצא על טיפול מוסדי (200 מיטות בעלות של 80 דולר כל אחת) ו-Z', שם הכל מוצא על טיפול קהילתי (300 פונים בעלות של 53.33 דולר כל אחד). הקו AA' מייצג עקומת אדישות המראה כי החברה בכללותה זוכה לכמויות שוות של שביעות רצון (איזוקוונטיים) לגבי כל צירופי השירותים המצויים



ציור 2. איזוקוונטים לטיפול קהילתי ומוסדי

יותר dd' (130 מיטות ו-160 פונים קהילתיים), העולה 18,924 דולר ותחורג אפוא מן האילוץ התקציבי שלנו. בטווח הקצר דבר זה אינו צריך למנוע תווה כלשהי לאורך האילוץ התקציבי הקיים לנקודה C. ואכן, תזיהוי השיטתי של המספרים ורמות ליקויי התפקוד — על צורכי השירות של כל אחת מהן לגבי הפונים הקשישים הבודדים יפעל לחיזוק הטיעון המושמע בזכות הקצאת תקציב גדולה יותר לקבוצת הפונים הקשישים, ועל-ידי כך יעביר את האילוץ התקציבי ZZ' למעלה כלפי נקודה D.

קהילתיים), המצויה על האיזוקוונט הגבוה ביותר BB' . רמת שביעות הרצון הגבוהה ביותר שניתן להשיגה במסגרת אותו אילוץ תקציבי היא בנקודה C (המצויה על האיזוקוונט cc'), שם משמשות 100 מיטות ומקבילים טיפול קהילתי 150 פונים — ועל-ידי כך מטפלים במספר כולל של 250 איש במקום המספר הכולל ההתחלתי של 210 איש בנקודה A או 225 איש בנקודה B. הגדרת החבילות היעילות והזולות ביותר על-ידי שיפוטים נורמטיביים של מומחים עשויה להוליד איזון אידיאלי בטיפול שיהיה בנקודה כלשהי D על איזוקוונט גבוה עוד

ביבליוגרפיה

- גלינסקי, ד', קודיש, מ', אבנת, א', "שיקול פונקציונלי בהערכת יחידה גריאטרית", הרפואה 93 (1977), עמ' 346-348.
- זילברשטיין, י', זלצר, מ', ארנסט, פ' ובידסנד, ב', סקר על צרכים רפואיים ופוציאליים של קשישים מוגבלים בבני ברק — שירותים נחוצים ועלותם, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים, 1981.
- Amman, A., *Open Care for the Elderly in Seven European Countries*, Oxford Pergamon Press, 1980.
- Annex C., Department of Health and Social Security, *Report of a Study on Community Care*, London, HMSO, 1981, pp. 140-147.
- Branch, L. G. & Fowler, F. J., *The Health Care Needs of the Elderly and Chronically Disabled in Massachusetts*, Survey Research Program of the University of Massachusetts, Boston, and the Massachusetts Institute of Technology — Harvard Joint Center of Urban Studies, Cambridge, Mass., 1975.
- Bloomstijn, P. J., *The Netherlands Contribution to the Research Project on Open Care for the Elderly in Eight European Countries*, The Hague, European Center for Social Welfare Training and Research, 1978.
- Bell, W., "Community Care for the Elderly: an Alternative to Institutionalization", *Gerontologist* 12 (1973), pp. 349-354.
- Bradshaw, J., "A Taxonomy of Social Need", in: McLachlan, G. (ed.), *Problems and Progress in Medical Care*, Oxford, University Press, 1972, pp. 69-82.
- Brickner, P., Janeski, J. F., Rich, G., Duque, T., Stanita, L. & Lorocco, R., "Home Maintenance of the Home Aged. A Pilot Study", *Gerontologist* 16 (1973), pp. 25-29.
- Burton, R. M., *Nursing Home Cost and Care: an Investigation of Alternatives*, Durham NC, Duke University Medical Center, Center for the Study of Aging and Human Development, 1974.
- Central Bureau of Statistics and Ministry of Health, *Diagnostic Statistics of Hospitalizations 1976*, Special Series No. 708, Jerusalem, 1980.
- Central Bureau of Statistics, *Statistical Abstracts of Israel*, Jerusalem, 1982.
- Cibulski, O., "Social Support Networks of the Elderly" (Ph. D. Dissertation, Tel Aviv University, 1981).
- Davies, A. M., Fleishman, R., Mor, V. & Factor, H., *Aging in Baka — A Profile*, Jerusalem, Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development, 1979.
- Davies, A. M., Lockard, J. & Kop, Y. (eds.), *Aging in Israel — A Chartbook*, Jerusalem, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development, 1982.
- Department of Health and Social Security, *Priorities for Health and Personal Social Services in England — A Consultative Document* London, HMSO, 1976, Chapter 5.
- Department of Health and Social Security, "Exeter Health Care District, in: *Report of a Study on Community Care*, London, HMSO, 1981, pp. 81-82.
- Dieck, M., *Social and Medical Aspects of the Situation of Older People in the Federal Republic of Germany*, Berlin, Deutsches Centrum für Altersfragen, 1981.
- Factor, H., Guttman, M. & Shmueli, A., *Mapping of the Long-term Care System for the Aged in Israel*, Jerusalem, JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development and National Insurance Institute, 1982.
- Ginsberg, G. M., *Criterion for the Supply of Health Services*, Jerusalem, Ministry of Health, Operational Research Department, 1980.
- Ginsberg, G. M., "Budgetary Influences on Psychiatric Care", *Isr. J. Psychiatr. Rel. Sci.* 18 (1981), pp. 327-330.

- Greenberg, J., "The Costs of In-Home Services", in: *A Planning Study of Services to Non-Institutionalized Older Persons in Minnesota*, Minneapolis, University of Minnesota School of Public, 1974.
- Halevi H. S. & Benbassat, J., "Trends in Hospitalization Rates of the Elderly for Acute and Chronic Diseases, Israel, 1954-72", *Isr. J. Med. Sci.*, 18 (1982), pp. 567-573.
- Hammond, J., "Home Health Care Cost Effectiveness — an Overview of Literature", *Public Health Rep.*, 94 (1979), pp. 305-311.
- Ministry of Health, Department of Planning, Budgeting, Medical Economics and Statistics, *Institutions for Hospitalization and Care Units in Israel — Statistical Information on Patient Movements by Institution and Department 1981*, Jerusalem, 1981.
- Mooney, G., "Planning for Balance of Care of the Elderly", *Scott. J. Polit. Econ.* 25 (1978), p. 149-164.
- Netten, A. & Lewish, R., *Staffing and Dependency: A Study of How Rising Dependency of Old People in Residential Homes Relates to Staffing Levels*, London Borough of Wadsworth, Social Services, Research, Development and Planning Division, 1979.
- Ostergaard, F., "Long-Range Planning in Denmark", in: Economic Commission for Europe, Seminar at Arc-et-Senance, 1972.
- Rawlinson, H., "Co-Ordinated Home Care: an Effective Alternative in Home Health Services in the United Etates", in: *Report to the Special Committee on Aging*, U.S. Senate, Washington DC, 1972, pp. 88-112.
- Wager, R., *The Care of the Elderly*, London, Institute of Municipal Treasurers, 1972.

הקשר בין טיב ההתייחסות אל הרשת החברתית ובין חיפוש עזרה מסוכני עזרה שונים

מאת פרופ' יואל ינון וטוביה מלמד *

רותי בריאות (McKinlay 1972; Gottlieb, 1976) וחיפוש עזרה בעקבות שכול (Walker, 1977; MacBride & Vachen, 1977). המחקר שלנו, להבדיל ממחקרים אלה, עוסק בתחום רחב של מצבי מתח יום-יומיים.

רשת חברתית

אנשים המבקשים עזרה מחפשים הקלה, עצה ותמיכה (Gurin et al., 1960; Weiss, 1973); זהם נוטים בדרך כלל לפנות למשפחה ולחברים. הפנייה לסוכנים מקצועיים נעשית רק כאשר קבלת עזרה מתוך הרשת החברתית אינה אפשרית (Croog, Lipson & Levine, 1972; Booth & Babchuk, 1972; Litman, 1972; Quarentelli, 1960; Brown, 1978).

גוף מקביל של מחקרים הדגיש את התפקיד המרכזי שממלאת הרשת החברתית בקבלת החלטות ובהפניה לשירותים מקצועיים. מחקרים שבהם נתבקשו נבדקים לציין את האנשים שהשפיעו על החלטתם לחפש סיוע בריאותי ממרכז רפואי חדש (Booth & Babchuk, 1972), לבקש טיפול בבית חולים פסיכיאטרי (Lieberman, 1965) או לבצע הפלה בלתי חוקית (Lee, 1969) מצאו, שהנבדקים ציינו בעיקר בני משפחה, חברים, או חברים לעבודה. מתוך כך ניתן לשער כי: שכיחות חיפוש העזרה בתוך הרשת החברתית תהיה גבוהה יותר מאשר שכיחות

חיפוש עזרה

רוב האנשים נתקלים לעתים קרובות בבעיות שונות, כגון: קשיים כספיים, ריב משפחתי, מתח, תרדה וכד'. כדי לפתור בעיות אלה בני אדם נוהגים לפנות לעתים קרובות אל אנשים אחרים בבקשת עזרה. המחקרים העלו, שאלה שדיווחו על אירועים מטרידים שהתנסו בהם, פנו בבקשת עזרה למקורות שונים (Gurin, Veroff & Feld, 1960; Lowenthal, Thurner & Chiriboga, 1975; Brown, 1978). סוציולוגים רפואיים העובדים סוציאליים, שבדקו בעיקר פנייה לשי-רותי עזרה נפשית ורפואית, הצביעו על הבחנה בין חיפוש אחר עזרה מקצועית ובין הישענות על חברים, משפחה, שכנים וכד' (Perelman, 1960), כלומר חיפוש עזרה אצל אנשים לא מקצועיים.

חיפוש עזרה מוגדר כך: "כל תקשורת המכוונת כלפי אחר שעניינה בעיה או אירוע מטריד לשם השגת תמיכה, עצה או סיוע בזמן מצוקה כל שהיא" (Gourash, 1978). חיפוש עזרה כולל אפוא הן שיחות ודיונים כלליים על אודות בעיות והן פניות ספציפיות לקבלת עזרה אינסטרומנטלית. מכאן, שבקשות לעזרה יכולות להיות מופנות לשי-כנים, חברים וקרובים כמו גם לסוכני עזרה מקצועיים: רופאים, עובדים סוציאליים וכד'. עבודות מוקדמות בתחום חיפוש עזרה התמקדו בבעיות ספציפיות, כגון שימוש בשי-

* המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.

לא-פורמליים (Brown, 1978). סוכני העזרה שהיו בני משפחה, חברים, חברים לעבודה וכד' סווגו כסוכנים לא-פורמליים, והאחרים, כמו רופאים, פסיכולוגים ושוטרים, סווגו כסוכנים פורמליים. חלוקה זו מתעלמת משתי קבוצות חשובות של סוכני עזרה: (א) אנשי מקצוע בתוך הרשת החברתית — כגון מכ"שף הכפר, מכר שהוא פסיכולוג וכד'; (ב) אנשים לא-מקצועיים מחוץ לרשת — כגון מוזגים במסבאות, נהגי מונית, ספרי נשים וכד'.

סוכני עזרה מקצועית בתוך הרשת החברתית לא זכו כלל לתשומת לב במחקר והת-ייחסות אליהם היתה כאל סוכני עזרה מקצועיים אחרים. ייחודה של קבוצה זו בהשיג וואה לקבוצת סוכני העזרה המקצועיים מחוץ לרשת החברתית מתבטא באפשרות לקבל עזרה מקצועית תוך-כדי יחס אנושי לא-פורמלי מאדם מוכר. לעתים השירות ניתן גם ללא תשלום.

סוכני עזרה לא-מקצועיים מחוץ לרשת החברתית (para-professional help agents) זכו בשנים האחרונות לתשומת לב רבה במחקר. עיקר חשיבותם הוא במתן עזרה לאלה המעדיפים לקבלה מחוץ לרשתות החברתיות שלהם תוך מגע אנושי בלתי-מחייב על-פני קיום מגע פורמלי ומחייב עם איש המקצוע. המגיע עשוי להיות הרצון להימנע ממסירת מידע שלילי על עצמם (לשם קבלת העזרה) לאדם מוכר העלול להשתמש בו כנגדם. לכן מעדיפים לפנות לאדם לא מוכר שאין חשש שהעזרה שיעניק תלווה בסיכון של שימוש לרעה במידע שגמ-סר לו (השערת "הזר ברכבת" (Simmel, 1953)).

המחקרים מורים, שאנשים פונים לקבוצה זו במקרים רבים כדי לפתור בעיות נפשיות (Cowen, McKim & Weissberg, 1981); ומתן העזרה מתבטא בעיקר בהקשבה ובמתן עצות (Gurin et al., 1960; Cowen et al., 1981). מחקרים אחרים מצאו, שכמעט כל הבעיות הנפשיות מופנות לסוכנים שאינם

חיפוש העזרה מחוץ לרשת החברתית. אם השערה זו נכונה אזי זמינות העזרה תהיה גבוהה יותר עבור אדם המקיים קשר חזק עם הרשת החברתית. מכאן ניתן לשער ששכיחות חיפוש העזרה באופן כללי, אצל נבדקים המקיימים עם הרשת החברתית קשר בשכיחות גבוהה, תהיה גבוהה יותר מאשר אצל נבדקים המקיימים עם הרשת החברתית קשר בשכיחות נמוכה.

מכאן אפשר ללמוד, שחיפוש העזרה המקצועית מושפע בין השאר מיחסיו של מחפש העזרה עם הרשת החברתית שהוא ממקם בה. המחקר שלנו מתמקד בשאלת היחס בין טיב הקשר של מחפש העזרה אל הרשת החברתית שהוא חבר בה ובין טיב המקורות הפוטנציאליים לעזרה שהוא פונה אליהם. הרשת החברתית תוארה לראשונה בידי בוט כד': "כל היחידות (יחידים או קבוצות) או חלק מהן שיהי או קבוצה באים אתן במגע" (Boot, 1957). ההגדרה האופרטיבית לית לרשת חברתית בעבודה זו תהיה דומה לזו שהציגו הנדרסון ודונקן-ג'ונס ועמיתיהם (Henderson, Duncan-Jones, McCauley & Ritchie, 1978) לגבי קבוצות ראשוניות; כלומר, קבוצת הבנויות מקרובי משפחה, חברים, שכנים וכד'. מאחר שהיחיד יכול להשיג תיך למספר קבוצות ראשוניות כאלה, וקשריו עם כל אחת מהן יכולים להיות בעלי אופי שונה, לא די בבחינת הקשרים עם רשת חברתית אחת הכוללת בתוכה את כל הקבוצות הראשוניות, אלא יש להתייחס לכל מרכיב של הרשת הכוללת כאל רשת בפני עצמה. למעשה ייבחנו 5 רשתות חברתיות שונות, ואלה הן: משפחה גרעינית, משפחה חוץ-גרעינית, חברים, שותפים לעבודה ושותפים ללימודים.

סוכני העזרה

עד עתה נהגו לחלק את סוכני העזרה לשתי קבוצות רחבות: סוכנים פורמליים וסוכנים

Evashwick, 1982, שיש בסיס הגיוני להא- מין שקיים יסוד משמעותי נוסף שלא נחקר דיו והוא תפיסת מבקש העזרה הפוטנציאלי את היחסים בינו ובין הרשת החברתית. תפי- סת היחיד את עצמו כמשתלב היטב ברשת החברתית תאפשר לרשת לפעול בכיוון חיו- בי כמקור למתן עזרה. ואולם, תחושה שהיח- סים עם הרשת כפויים על היחיד יכולה לה- ביא לתוצאות אחרות.

על מנת להבין את ההשפעה שיש לרשת החברתית על חיפוש עזרה חשוב למדוד את דרגת המעורבות של היחיד ברשת ואת צי- פיותיו ממעורבות זו. דהיינו, ברמה הפונק- ציונלית, לבדוק מהי מידת הקשר של היחיד עם הרשת, וברמה האמוציונלית, לבדוק עד כמה היחיד מרוצה מקשריו עם הרשת החכ- רתית. ניתן לתרגם זאת לשתי שאלות: (1) באיזו שכיחות נמצא היחיד באינטראק- ציה עם הרשת? (2) באיזו מידה היחיד שבע רצון מיחסיו עם הרשת החברתית? לא בהכ- רח יהיה מתאם בין שני המשתנים האלה. תיתכן שכיחות גבוהה של קשר עם הרשת, ויחד עם זאת שביעות הרצון מן הקשר עלו- לה להיות נמוכה. אפשר שאדם ירגיש שה- רשת 'חונקת' אותו. ייתכן גם מצב הפוך, שבו שכיחות הקשר עם הרשת נמוכה, אך שביעות הרצון מן הקשר גבוהה. אדם הנמצא במצב זה מעדיף לסמוך על עצמו ולפתור את בעיותיו בכוחו הוא. לפיכך השכיחות הנמוכה של הקשר רצויה מבחינתו.

צירוף השאלה הפונקציונלית עם זה האמו- ציונלית יוצר טיפולוגיה של שישה טיפוסים המבטאים צורות שונות של מעורבות ברשת החברתית (ראת לוח 2).

ארבעה מן הטיפוסים המופיעים בלוח 2 הוגדרו כבר בידי Rundall & Evashwick (1982), שהציעו את הטיפוסים האלה: משו- לב (engaged), בדל (disengaged); נטוש (abandoned) ולכוד (trapped). האדם המ- שולב ברשת החברתית הוא זה המקיים קשר חזק עם הרשת החברתית ומרוצה מכך. לאדם זה מעניקה הרשת תמיכה על-פי העקרונות

מקצועיים (Roberts, Price, Gold & Shi- ner, 1966; Ryan, 1969; Gottlieb, 1976). תופעה זו זירזה את התפתחותה של גישה חדשה לטיפול בבריאות הנפש. למשל, החלו לפתח תוכניות להדרכה ביעוץ וטיפול עבור קבוצות של מווגים במסבאות בקמפוס של קולג' בארצות הברית (Bernard, Roach & Resnick, 1981).

מתוך הנתונים שהוצגו עולה, שלגבי סוכני עזרה יש להתחשב בשני משתנים: (1) מק- צועיות סוכן העזרה; (2) מיקום סוכן העזרה ביחס לרשת החברתית. שני משתנים אלה יוצרים טיפולוגיה חדשה וברורה יותר של סוכני העזרה (ראת לוח 1).

לוח 1. טיפולוגיה של סוכני עזרה

מיקום סוכן העזרה	מקצועיות סוכן העזרה	
	לא מקצועי	מקצועי
בתוך הרשת	סוכן עזרה לא-פורמלי	מכר שהוא איש מקצוע
מחוץ לרשת	סוכן עזרה פארה-מקצועי	סוכן עזרה פורמלי

טיפולוגיה זו כוללת את כל סוכני העזרה האפשריים והידועים כיום ומאפשרת משום כך התייחסות לכל מקרה של חיפוש עזרה.

דפוס מעורבות ברשת החברתית

החוקרת גוראש מציינת ארבע דרכי השפעה של הרשת החברתית על חיפוש עזרה: (א) ספיגת חויית הלחץ שיצרה את הצורך בעזרה; (ב) מניעת הצורך בעזרה מקצועית בשל התמיכה הרגשית והאינסטרומנטלית; (ג) הפניה לשירותי עזרה מקצועיים; (ד) שי- גוי עמדות, ערכים ונורמות בנוגע לחיפוש עזרה (Gourash, 1978).

אפשר לקבל את הנחתה ויחד עם זה לסעון בעקבות מחקרים של Rundall &

לוח 2. טיפולוגיה של סוגי מעורבות ברשת החברתית

רצון שהקשר יהיה			עוצמה נתפסת של הקשר
חזק יותר	כמו שהוא	חלש יותר	
תלוי (dependent)	משולב (engaged)	לכוד (trapped)	חזקה
נטוש (abandoned)	בדל (disengaged)	עצמאי (independent)	חלשה

החברתית, אלא גם בשכיחות הפנייה לעזרה מצדו של הטיפוס התלוי שתהיה גבוהה יותר מזו של הטיפוס הנטוש. בעוד שהטיפוס התלוי אינו מתקשה ליצור קשר עם הרשת החברתית, ולכן קל ונוח לו לפנות אליה בבקשת עזרה, הטיפוס הנטוש מתקשה לייצור קשרים עם הרשת החברתית, ולכן קשה לו לפנות אליה בבקשת עזרה. התבדל בין הטיפוס העצמאי לטיפוס הבדל יתבטא ברמה ההתנהגותית בכך, ששכיחות הפנייה לעזרה של הטיפוס העצמאי תהיה נמוכה יותר מזו של הטיפוס הבדל. בעוד שהטיפוס העצמאי מעוניין בביטול הקשר עם הרשת החברתית, ולכן יימנע ככל האפשר מפנייה אל הרשת החברתית בבקשת עזרה, הטיפוס הבדל, המעוניין בקיום קשרים עם הרשת החברתית אבל בשכיחות נמוכה, יפנה אליה בכל זאת לפעמים בבקשת עזרה.

Rundall & Evashwick (1982) בדקו פניות לעזרה מסוכנים מקצועיים כמו רופא ורופא שיניים. לפי השערותם שכיחות הפנייה אל סוכנים אלה תהיה על-פי הסדר הבא (מהגבוהה אל הנמוכה): משולב, נטוש, לכוד ובדל. הרציונל להשערה זו התבסס על השימוש שאדם עושה ברשת החברתית כקבוצה חומכת. גוראש מציינת, שאחת הדרכים שבהן הרשת החברתית מעניקה תמיכה היא הפנייה האדם לעזרה מקצועית (Gourash, 1978). מתוך כך שיערו החוקרים שהשימוש בתמיכה שהרשת החברתית מעניקה לגבי העיון הפנייה לעזרה מקצועית יהיה שונה אצל כל

שציינה גוראש (Gourash, 1978) ועל כן יהיה לו נוח לפנות במצבי לחץ אל מישו מחברי הרשת. אדם הבדל מן הרשת החברתית הוא זה המקיים קשר חלש עם הרשת החברתית ומרוצה מכך. זהו ה"זאב הבודד", המעדיף להסתדר בכוחות עצמו ולפיכך ימעיט להסתייע ברשת החברתית בהיותו במצבי לחץ. אדם הלכוד ברשת החברתית הוא זה המקיים קשר חזק עם הרשת החברתית והיה רוצה שהקשר יהיה חלש יותר. אדם זה יעדיף להימנע מלהסתייע ברשת החברתית במצבי לחץ כדי להימנע מתחושת ה"חנק" המלווה כל מגע עם הרשת החברתית. אדם "נטוש" הוא מי שמקיים קשר חלש עם הרשת החברתית והיה רוצה שהקשר יהיה חזק יותר. אדם זה יעדיף להימנע מלהסתייע ברשת החברתית במצבי לחץ כדי להגביר עמה את המגע שהוא חיוני עבורו.

שני הטיפוסים הנוספים המוצעים בעבודה זו הם: (א) התלוי (dependent) — אדם המקיים קשר חזק עם הרשת אך היה רוצה קשר חזק יותר. זהו אדם המתקשה לתפקד ללא סיוע של הרשת, ולפיכך הוא יחפש סיוע מן הרשת בכל מצב לחץ; (ב) העצמאי (Independent) — אדם המקיים קשר חלש עם הרשת והיה רוצה שקשר זה יהיה עוד יותר חלש. זהו אדם המעדיף לנתק כל מגע עם הרשת, ולפיכך לא יפנה אליה כלל במצבי לחץ לשם קבלת סיוע.

ההבדל בין הטיפוס התלוי לטיפוס הנטוש אינו מתבטא רק בשכיחות הקשר עם הרשת

הרשת החברתית. שני טיפוסים המעוניינים להגביר את קשריהם עם הרשת החברתית הם: (א) התלוי, (ב) הנטוש. כפי שהוסבר לעיל ניתן לצפות ששכיחות הפנייה לעזרה של הטיפוס התלוי תהיה גבוהה יותר מזו של הטיפוס הנטוש.

אחריהם לפי הסדר תופיע שכיחות חיפוש העזרה הגבוהה ביותר אצל אנשים שעוצמת קשריהם עם הרשת החברתית גבוהה, שכן קל ונוח להם לפנות אל הרשת החברתית. שני הטיפוסים שעוצמת קשריהם עם הרשת החברתית גבוהה (בנוסף לתלוי שהוזכר קודם לכן) הם: (א) המשולב, (ב) הלכוד. כפי שהוסבר לעיל, ניתן לצפות ששכיחות הפנייה לעזרה של הטיפוס המשולב תהיה גבוהה יותר מזו של הטיפוס הלכוד.

שכיחות חיפוש העזרה הנמוכה ביותר מופיעה עתה אצל אנשים ששכיחות קשריהם עם הרשת החברתית נמוכה. אנשים כאלה מתקשים ליצור קשר עם הרשת החברתית ולכן קשה להם לפנות לרשת החברתית בבקשת עזרה. שני הטיפוסים ששכיחות קשריהם עם הרשת החברתית נמוכה (בנוסף לנטוש שהוזכר קודם לכן) הם: (א) העצמאי, (ב) הבדל. כפי שהוסבר לעיל, ניתן לצפות ששכיחות הפנייה לעזרה של הטיפוס העצמאי תהיה נמוכה יותר מזו של הטיפוס הבדל. מכאן, ששכיחות העזרה תבאה בסדר תופיע אצל הבדלים מן הרשת החברתית והאתרוניים בסדר יופיעו העצמאיים ברשת החברתית. לסיכום, שכיחות חיפוש העזרה אצל נבדקים שישווגו כטיפוסים שהם שונים במעורבותם ברשת החברתית תדורג בכל סוגי הרשתות, לפי הסדר הבא (מהגבוהה אל הנמוכה): תלוי, נטוש, משולב, לכוד, בדל, עצמאי.

מלבד הניבוי לגבי שכיחות הפנייה לעזרה ניתן אף להשוות בין שכיחות הפנייה לעזרה לסוכנים בתוך הרשת החברתית ובין שכיחות הפנייה לעזרה לסוכנים מחוץ לרשת החברתית לגבי כל טיפוס המופיע בטיפולוגיה. הניבוי הוא, שהטיפוסים משולב, נטוש

אחד מן הטיפוסים השונים בשל אופיו של הקשר המיוחד שכל טיפוס מקיים עם הרשת החברתית. לדוגמה, אדם התופס את עצמו כמי שהוא פעיל ומעורב במתרחש ברשת החברתית ישתף את חברי הרשת במעיותיו ולכן גם יקבל ייעוץ ודחיפה לפנות לעזרה מקצועית. לעומת זאת, אם אדם חש צורך ליצור אינטראקציה עם הרשת החברתית בשכיחות נמוכה יותר מזו שהוא מקיים למעשה, הוא ישתדל להימנע משיתוף חברי הרשת בבעיותיו ולכן גם לא יקבל ייעוץ ודחיפה לפנות לקבלת עזרה מקצועית. השערתם לא אומתה ונמצא שקבוצת הבדלים פנו לעזרה לא פחות מאשר המשולבים. סיבה אפשרית לממצא זה היא אי-התייחסות החוקרים לדרכים הנוספות שבהן הרשת החברתית מעניקה תמיכה. אחת הדרכים החשובות שמציינת גוראש, היא מניעת הצורך בעזרה מקצועית בשל התמיכה הרגשית והאינסטרומנטלית (Gourash, 1978), מאחר שלא נבדקה פנייה לעזרה מכל מקורות העזרה האפשריים, אלא רק פנייה לעזרה מקצועית מחוץ לרשת, סביר היה להניח שאדם שהוא בדל מן הרשת החברתית יעדיף לפנות לסוכן עזרה מחוץ לרשת מאשר לחפש עזרה שיכולה לספק לו הרשת החברתית. הסיבה לכך היא, שהוא מקיים קשרים חלשים עם הרשת החברתית ופנייה אליה תחזק את קשריו אתם, דבר שהוא רוצה למנוע. בניגוד לכך, אדם שהוא משולב ברשת לא בהכרח יפנה לעזרה מחוץ לרשת. בשל פעילותו הרבה ברשת החברתית הוא ישתף את חברי הרשת בבעיותיו, ויקבל עזרה שבמקרים רבים תהיה מספקת, כך שלא יהיה לו צורך לפנות לעזרה ממקורות אחרים.

סביר להניח, שבתנאים שווים תהיה השכיחות של חיפוש העזרה באופן כללי שונה אצל הטיפוסים השונים שתוארו לעיל. שכיחות חיפוש העזרה הגבוהה ביותר באופן כללי תופיע אצל אנשים המעוניינים להגביר את קשריהם עם הרשת החברתית, בין השאר באמצעות הפנייה בבקשת עזרה אל חברי

השיטה

ה נ ב ד ק י ם : הנתונים למחקר זה נאספו ממדגם מזדמן של 155 נבדקים. במספר מקרים לא ציינו הנבדקים את הפרט האישי המבוקש ולכן אין הסך הכל מגיע ל-155. המדגם הורכב מ-53 גברים ו-100 נשים. טווח הגילים של הנבדקים היה 19–52. מצבם המשפחתי של הנבדקים היה: (א) רווק/ה — 103 נבדקים; (ב) נשוי/נשואה — 49 נבדקים; (ג) גרושה — נבדקת אחת. מוצא אבי הנבדק היה: (א) ישראל 27 נבדקים; (ב) אירופה ואמריקה — 86 נבדקים; (ג) אסיה וצפון אפריקה — 38 נבדקים.

כלים והליך: ככלי מדידה שימש שאלון שנבנה על יסוד סקרים קודמים שערכו Brown (1978) ו-Rundall & Evashwick (1982). השאלון כלל 3 טבלאות. שתי הטבלאות הראשונות קבעו את רמת הנבדק על-פי המשתנים האלה: (1) שכיחות הקשר; (2) שביעות הרצון מן הקשר עם חברי רשתות חברתיות שונות. הטבלה השלישית קבעה את שכיחות חיפוש העזרה של הנבדק על-פי המשתנים הבלתי תלויים האלה: (1) מקצועיות סוכן העזרה; (2) מיקום סוכן העזרה — בתוך הרשת או מחוצה לה.

בטבלה הראשונה נשאלו הנבדקים על: (א) מידת הקשר שהם יוצרים עם הרשתות החברתיות השונות; (ב) תדירות התקשרות יות הטלפונית עם חברי הרשתות החברתיות השונות; (ג) תדירות הביקורים שהם מבקרים את חברי הרשתות החברתיות השונות; (ד) תדירות הביקורים שחברי הרשתות החברתיות השונות מבקרים אותם. כל נבדק דירג את עצמו לגבי כל אחת משאלות אלה על סולם מ-1 עד 8 (1 = כל יום, 8 = אף פעם). בטבלה השנייה נשאלו הנבדקים באשר למידת שביעות רצונם מן הקשר העכשווי עם הרשתות החברתיות השונות ובאילו מידה הם רוצים בקשר כזה בעתיד. על הנבדק היה

ותלוי יעדיפו פנייה לסוכני עזרה בתוך הרשת החברתית על-פני פנייה לסוכנים שמחוץ לרשת החברתית, מאחר שהם מעוניינים להגביר, או לפחות לשמור, על רמת הקשרים הגבוהה. לעומת זאת, הטיפוסים בדל, לכוד ועצמאי, יעדיפו פנייה לסוכני עזרה מחוץ לרשת החברתית על פנייה לסוכני עזרה בתוך הרשת החברתית, משום שהם מעוניינים להקטין את, או לפחות לשמור על, רמת קשריהם הנמוכה.

מכל הנאמר עד כה עולה, שראוי לבדוק חיפוש עזרה כאשר נלקחים בחשבון: (1) שכיחות הקשר עם הרשת החברתית; (2) שביעות רצון מהקשר; (3) מיקום סוכן העזרה בתוך או מחוץ לרשת החברתית; (4) מקצועיות סוכן העזרה.

ההשערות שתבדקנה במחקר זה תהיינה אפוא:

- גבוהה יותר אצל נבדקים המקיימים עם הרשת החברתית קשר בשכיחות גבוהה מאשר אצל נבדקים המקיימים עמה קשר בשכיחות נמוכה.
- שכיחות חיפוש העזרה מסוכני עזרה לא-מקצועיים תהיה גבוהה יותר מאשר שכיחות חיפוש העזרה מסוכני עזרה מקצועיים.
- שכיחות חיפוש העזרה בתוך הרשת החברתית תהיה גבוהה יותר מאשר שכיחות חיפוש העזרה מחוץ לרשת החברתית.
- שכיחות חיפוש העזרה אצל נבדקים שי-סווגו כטיפוסים שהם שונים מבחינת מעורבותם ברשת החברתית תדורג, בכל סוגי הרשתות, לפי הסדר הבא (מהגבוהה אל הנמוכה): תלוי, נטוש, משולב, לכוד, בדל ועצמאי.
- ההפרש בין מספר הפניות אל מחוץ לרשת החברתית לעומת אלה שבתוכה יהיה הגדול ביותר אצל נבדקים שיסווגו כטי-פוס עצמאי, בדל ולכוד מאשר אצל נבדקים שיסווגו כטיפוס משולב, נטוש ותלוי.

רבות בהשתתפות החברתית (לכוד, נטוש, תלוי ועצמאי), ויצר שני טיפוסים חדשים של מעורבות חברתית שייקראו להלן: נטמע (diffused) ומבודד (separated).

. הנטמעים הם אנשים המקיימים קשר חזק עם הרשת החברתית ואינם מרוצים משכיחות הקשר. טיפוס חדש זה נבנה מצירוף הטיפוסים "תלויים" ו"לכודים". אנשים אלה מתקשים להציב גבולות או ליצור הבחנה בינם ובין הרשת החברתית.

המבודדים הם אנשים המקיימים קשר חלש עם הרשת החברתית ואינם מרוצים משכיחות הקשר. טיפוס חדש זה נבנה מצירוף הטיפוסים "עצמאיים" ו"נטושים". הם מתקשים ליצור קשר עם הרשת החברתית ונוגחים על-ידה. הטיפולוגיה החדשה שנוצרה מוצגת בלוח 3.

לוח 3. טיפולוגיה חדשה של פוגי מעורבות ברשת החברתית

עוצמת הקשר	שביעות רצון	
	נמוכה	גבוהה
גבוהה	נטמע (diffused)	משולב (engaged)
נמוכה	מבודד (separated)	בדל (disengaged)

הנבדקים סווגו בצורה שלהלן:

1. נבדק מרוצה עם שכיחות קשר גבוהה סווג כטיפוס משולב.
 2. נבדק מרוצה עם שכיחות קשר נמוכה סווג כטיפוס בדל.
 3. נבדק לא מרוצה עם שכיחות קשר נמוכה סווג כטיפוס נטמע.
 4. נבדק לא מרוצה עם שכיחות קשר גבוהה סווג כטיפוס מבודד.
- המשתנה התלוי בכל הניתוחים הסטטיסטיים האלה היה סך-כל הפניות הממוצעות לארבעת סוכני העזרה השונים (ראה לוח 1) מעבר ל-14 הבעיות השונות. ציון המשתנה התלוי חושב עבור כל נבדק בצורה זאת:

לבחור בין האפשרויות האלה: לא מרוצה, הקשר חלש מדי; מרוצה מן הקשר כמות שהוא; לא מרוצה, הקשר חזק מדי.

בטבלה השלישית נתבקש הנבדק לסמן מי הם האנשים שאליהם פנה בבקשת עזרה בחצי השנה האחרונה ב-14 בעיות מסוגים שונים. רשימת הבעיות הורכבה מבעיות אשר *Cowen et al.* (1981) ו-*Brown* (1978) מצאו שאנשים מעלים אותן בשכיחות הגבוהה ביותר. ואלה הן: (1) מותו של אדם קרוב; (2) כישלון בלימודים; (3) קשיים בעבודה; (4) קשיים בחיי הנישואין; (5) קשיים עם בן-נוג; (6) חרדה; (7) עצבנות; (8) מין; (9) תוסר כסף; (10) מצב כלכלי קשה; (11) ביישנות, מבוכה; (12) גיהול ענייני יום-יום; (13) בעיות גופניות; (14) שעמום ותחושת בדידות.

התוצאות

חישוב הציונים ושיטת ניתוח התוצאות סיווג הנבדקים לפי ששת הטיפוסים המציינים את אופי מעורבות האדם ברשת החברתית נעשה על-ידי קביעת החציון של שכיחות הקשר הנתפסת בידי היחיד לגבי כל רשת בנפרד. כל ציון מעל החציון קיבל את הערך "גבוהה" וכל ציון מתחתו קיבל את הערך "נמוכה". לגבי שביעות רצון מן הקשר נעו הציונים בין 1 ל-3; ציון מתחת ל-2 פירושו "לא מרוצה - קשר חלש"; ציון מעל ל-2 פירושו "לא מרוצה - קשר חזק"; ציון 2 פירושו "מרוצה מן הקשר". צירוף שני הציונים הללו קבע לאיזה טיפוס יסווג כל נבדק. אולם, מאחר שמספר הנבדקים במספר תאים של טיפולוגיית המעורבות ברשת החברתית (ראה לוח 2) היה קטן, הוחלט לצרף תאים וליצור טיפולוגיה חדשה, שהשינוי בה הוא קביעת שני ערכים בלבד למשתנה "שביעות הרצון": (1) גבוהה = "מרוצה"; (2) נמוך = "לא מרוצה, הקשר חזק" וכן "לא מרוצה, הקשר חלש". שינוי זה ביטל 4 טיפוסים מעו-

הניתוח וההשוואה נערכו לגבי כל אחת מחמש הרשתות החברתיות השונות. האפקטים הראשיים, האינטראקציות ותהשי-וואות בין התאים על-פי מבחן Duncan מוצגים בלוחות 4—7. ככל שהמספר המופיע בלוחות הבודקים אפקטים ראשיים ואינטר-אקציות גבוה יותר כן שכיחות הפנייה לעזרה גבוהה יותר. בלוחות שבהם נעשו השוואות בין תאים על-פי מבחן Duncan תופענה לצד המספרים אותיות המציינות את עוצמת הפנייה לעזרה. ככל שהאות ראשונה יותר בסדר האלף בית שכיחות הפנייה לעזרה באותה קבוצה גבוהה יותר באופן מובהק. אם האותיות זהות פירוש הדבר שלא קיים הבדל משמעותי בין אותן קבוצות.

ממצאים

שכיחות הקשר האפקט הראשי של "שכיחות הקשר" יצא מובהק לגבי: (1) רשת משפחה גרעינית; (2) רשת קרובי משפחה; (3) רשת חברים. כיוון הפנייה לעזרה היה עקיב. בכל הרשתות הללו היתה השכיחות הממוצעת של הפנייה לעזרה גבוהה יותר כאשר הקשר היה חזק מאשר כשהקשר היה חלש. ממצא זה תואם את ההשערה, אך הוא נמצא רק לגבי חלק מן הרשתות החברתיות. לא נמצא אפקט ראשי לגבי הרשתות של שותפים לעבודה ושותפים ללימודים. בלוח 4 מוצגים ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה לפי שכיחות הקשר של מחפש העזרה עם רשתות חברתיות שונות.

מקצועיות פוכן העזרה

האפקט הראשי של "מקצועיות פוכן העזרה" יצא מובהק ($F(1,154)=91.82, P<.00001$). השכיחות הממוצעת של הפנייה לעזרה היתה גבוהה יותר כשסוכן העזרה היה לא-מקצועי (1.78) מאשר כאשר סוכן העזרה היה מקצועי (0.99). ממצא זה תואם את ההשערה.

1. על-ידי חיבור סך כל הפניות לעזרה של כל מקור עזרה בנפרד מעבר לכלל הבעיות התקבלו עשרה ציונים שונים המייצגים את שכיחות הפנייה לעזרה לכל אחד מעשרת מקורות העזרה שהוצגו לנבדק.
2. על-ידי חיבור ציוני מקורות עזרה שונים השייכים לאותו סוג התקבלו ארבעה ציונים שונים המייצגים את שכיחות הפנייה לעזרה לכל אחד מארבעת סוכני העזרה המופיעים בלוח 1.
3. על-ידי חלוקת כל ציון במספר מקורות העזרה השייכים לכל סוג של סוכן עזרה התקבלו ארבעה ציונים שונים המייצגים את שכיחות הפנייה הממוצעת לעזרה לכל אחד מארבעת הסוגים של סוכני העזרה.
4. על-ידי חיבור ארבעת הציונים וחלוקתם בארבע התקבל ציון עבור המשתנה התלוי, שפירושו שכיחות הפנייה לעזרה ל-4 סוגי סוכני העזרה השונים מעבר ל-14 הבעיות.

נערך ניתוח שונות ארבע-כיווני כאשר המשתנים הבלתי תלויים היו:

1. שכיחות הקשר הנתפסת עם הרשת החברתית.
2. שביעות הרצון מן הקשר עם הרשת החברתית.
3. מקצועיות סוכן העזרה.
4. מיקום סוכן העזרה ביחס לרשת החברתית.

שניים מן המשתנים הבלתי תלויים (3 ו-4) היו מדידות חוזרות. נערכה השוואה בין תאים על-פי מבחן Duncan כאשר המשתנים הבלתי-תלויים היו:

1. טיפולוגיית טיפוס מעורבות ברשת החברתית (על-פי המשתנים הבלתי תלויים 1 ו-2).
2. טיפולוגיית סוגי סוכני עזרה (על-פי המשתנים הבלתי תלויים 3 ו-4).

משפחה; (3) רשת חברים. כיוון הפנייה לעזרה היא עקב בכל הרשתות החברתיות למעט הרשת החברתית של חברים. השכיחות הממוצעת של פנייה לעזרה של הטיפוסים נטמע ומשולב היתה גבוהה יותר מזו של לפחות אחד מבין שני הטיפוסים המקיימים קשר חלש עם הרשת החברתית. דהיינו, הטיפוס הבדל והמבודד. ברשת החברתית של חברים שכיחות הפנייה של נבדקים שהם בדלים מן הרשת החברתית היתה הגבוהה ביותר. בין שאר הטיפוסים לא נמצא הבדל. לא ניתן לבחון אם ממצאים אלה תואמים את ההשערה המקורית, שכן היא התייחסה לטיפולוגיה של שישה סוכני עזרה. בלוח 5 מוצגים ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה לפי דפוס המעורבות ברשת החברתית.

אינטראקציה בין דפוס מעורבות למיקום פוכן העזרה

האינטראקציה בין דפוס המעורבות ברשת החברתית למיקום סוכן העזרה ביחס לרשת החברתית יצאה מובהקת לגבי רשת החברים בלבד. על מנת להבין את כיוון הפנייה לעזרה נערכה השוואה בין תאים על-פי מבחן Duncan.

מתוך ניתוחים אלה עולה, שכאשר סוכן העזרה הוא מתוך הרשת החברתית פונה אליו יותר הטיפוס הנטמע, אחריו הטיפוס המשולב ואחריהם הטיפוסים בדל ומבודד. כאשר סוכן העזרה הוא מחוץ לרשת החברתית, פונה אליו יותר הטיפוס הנטמע ואחריו הטיפוסים משולב, בדל ומבודד.

בלוח 6 מוצגים ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה לפי דפוס המעורבות ברשת החברתית ומיקום סוכן העזרה ביחס לרשת החברתית.

אינטראקציה בין מיקום פוכן העזרה למקצועיותו

האינטראקציה בין "מיקום סוכן העזרה ביחס לרשת החברתית למקצועיותו" יצאה מובהקת ($F(1,154) = 177.5, P < .00001$). על מנת להבין את כיוון הפנייה לעזרה נערכה השוואה

לוח 4. ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה לפי שכיחות הקשר של מחפש העזרה עם רשתות חברתיות שונות

שכיחות הקשר	הרשת החברתית		
	חברים	קרובי משפחה	משפחה גרעינית
גבוהה	1.99	1.45	1.75
נמוכה	1.56	1.12	1.21
משפחה גרעינית	$F(1,120) = 3.57, P < .06$		
קרובי משפחה	$F(1,151) = 3.06, P < .08$		
חברים	$F(1,154) = 5.60, P < .01$		

מיקום פוכן העזרה

האפקט הראשי של "מיקום סוכן העזרה" יצא מובהק ($F(1,154) = 201.33, P < .00001$). השכיחות הממוצעת של הפנייה לעזרה היתה גבוהה יותר כאשר סוכן העזרה היה מתוך הרשת החברתית (2.07) מאשר כשסוכן העזרה היה מחוץ לרשת החברתית (0.71). ממצא זה תואם את ההשערה.

אינטראקציה בין שכיחות הקשר לשביעות הרצון

האינטראקציה בין שכיחות הקשר לשביעות הרצון מעוצמת הקשר יצאה מובהקת רק לגבי: (1) הרשת של משפחה גרעינית; (2) רשת חברים. כיוון הפנייה לעזרה לא היה עקיב. בכל הרשתות הפנייה לעזרה היתה נמוכה יותר ברשת המשפחה הגרעינית כאשר הקשר היה חלש ושביעות הרצון ממנו גבוהה מאשר במצב שבו הקשר חזק ושביעות הרצון ממנו גבוהה. ברשת החברים הפנייה לעזרה היתה גבוהה יותר כאשר הקשר היה חזק ושביעות הרצון ממנו נמוכה מאשר במצב שבו הקשר חזק ושביעות הרצון ממנו גבוהה.

ההשוואה בין טיפוסים מבקש העזרה (לפי מבחן Duncan) יצאה מובהקת לגבי: (1) הרשת החברתית קשר בשכיחות גבוהה

לוח 5. ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה לפי דפוס מעורבות ברשת החברתית

חברים	רשת חברתית		דפוס מעורבות ברשתות חברתיות	
	קרובי משפחה	משפחה גרעינית	משפחה גרעינית	קרובי משפחה
b 1.77	a 1.63	a 1.55	a 1.55	נטמע
b 1.60	a 1.41	a 1.80	a 1.80	משולב
a 2.50	a 1.25	b 0.76	b 0.76	בדל
b 1.51	b 0.95	a 1.88	a 1.88	מבודד
F(3,120)=4.13, P < .04		F(1,120)=3.86, P < .01		משפחה
n.s		F(1, 99)=2.63, P < .04		קרובים
F(3,151)=5.52, P < .02		F(1,151)=3.49, P < .01		חברים

לוח 6. ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה ברשת החברים לפי דפוס מעורבות ברשת החברתית ומיקום סוכן העזרה ביחס לרשת החברתית

דפוס מעורבות ברשת החברים				מיקום סוכן העזרה
מבודד	בדל	משולב	נטמע	
c 2.24	c 2.55	e 2.95	a 3.97	ברשת החברים
c 0.77	e 0.64	b 0.58	d 1.03	מחוץ לרשת
F(3,154)=3.18, P < .02				חברים

פורמלי, מכר מקצועי או פארה-מקצועי. השכיחות הממוצעת של הפנייה לסוכן עזרה פארה-מקצועי היתה נמוכה משכיחות הפנייה לסוכן עזרה פורמלי או למכר מקצועי.

אינטראקציה בין טיפוס מבקש העזרה למקצועיות סוכן העזרה

האינטראקציה בין "טיפוס מבקש העזרה למקצועיות סוכן העזרה" יצאה מובהקת לגבי: (1) רשת קרובי משפחה; (2) רשת חברים. על מנת לתבין את כיוון הפנייה לעזרה נערכה השוואה בין תאים על-פי מבחן Duncan כאשר המשתנים הבלתי

בין התאים ועל-פי מבחן Duncan. כאשר סוכן העזרה היה מתוך הרשת החברתית, שכיחות הפנייה אליו היתה גבוהה יותר כשלא היה לו ידע מקצועי (3.25) מאשר כשהיה לו ידע מקצועי (1.10). כשסוכן העזרה היה מחוץ לרשת החברתית, הושגו תוצאות הפוכות: שכיחות הפנייה אל סוכן העזרה היתה גבוהה יותר כשהיה לו ידע מקצועי (0.88) מאשר כשלא היה לו ידע מקצועי (0.32).

השכיחות הממוצעת של הפנייה לעזרה היתה גבוהה יותר כאשר סוכן העזרה היה לא-פורמלי מאשר כאשר סוכן העזרה היה

לוח 7. ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה ברשתות החברתיות השונות לפי טיפוס מעורבות מבקש העזרה ברשת החברתית ומקצועיות סוכן העזרה

דפוס מעורבות ברשתות חברתיות	קרובי משפחה		חברים	
	לא מקצועי	מקצועי	לא מקצועי	מקצועי
נטמע	a 2.12	c 1.14	a 3.66	d 1.34
משולב	a 1.85	c 0.97	b 2.62	d 0.91
בדל	b 1.48	c 1.01	c 2.19	d 1.01
מבודד	c 0.98	c 0.98	c 2.16	d 0.83
קרובי משפחה	F(3,151)=2.13, P < .09			
חברים	F(3,154)=3.53, P < .01			

הסיבה לכך נעוצה כפי הנראה בהגדרה האופרציונלית של חוזק הקשר. ערכיו השונים של משתנה זה נקבעו באופן הבא: כל ציון מעל לחציון קיבל ערך אחד וכל ציון מתחתיו קיבל ערך אחר; כך שנוצר מצב שבו נבדקים בעלי ציון דומה סווגו בקטגוריות שונות. ייתכן שהיה צריך לסווג את הנבדקים על-פי התחום הבין רבעוני ולהכיל בנייתו רק את הרביע העליון והתחתון של ההתפלגות. סיווג מעין זה היה מחדד את ההבדלים בין הרמות השונות של משתנה עוצמת הקשר עם הרשת החברתית והיה מגדיל את מובהקות ההבדל ברשתות שנמצא בהן הבדל מובהק ומגדיל את הסבירות למצוא הבדל מובהק גם ביתר הרשתות שנמצאה בהן רק נטייה בכיוון המשותף ולא הבדל מובהק. סיווג זה לא נעשה מאחר שהוא היה מפתית במידה משמעותית את מספר הנבדקים דבר שהיה מקשה על ניתוח הנתונים ובעיקר על האפשרות למצוא נבדקים שסווגו כנטמעים או מבודדים, קטגוריות ששכיחות הנבדקים בהן נמוכה מזו של המשולבים או הבדלים.

מן הממצאים עולה, שנמצאה אינטראקציה בין עוצמת הקשר לשביעות רצון רק בשתי הרשתות חברתיות מתוך החמש שנבדקו: משפחה גרעינית וחברים. אולם, יש לזכור

תלויים היו מקצועיות סוכן העזרה וטיפוסי המעורבות ברשת החברתית.

מתוך ניתוחים אלה עולה, שכיוון הפנייה לעזרה היה עקיב בשתי הרשתות: כאשר סוכן העזרה הוא מקצועי, אין הבדל בשכיחות הפנייה של טיפוסי מעורבות שונים ברשת החברתית. כאשר סוכן העזרה הוא לא-מקצועי, פונים אליו יותר הטיפוסים משולב ונטמע מאשר הטיפוסים בדל ומבודד. בלוח 7 מוצגים ממוצעי שכיחות הפנייה לעזרה ברשתות החברתיות השונות לפי טיפוס מעורבות מבקש העזרה ברשת החברתית ומקצועיות סוכן העזרה.

דיון

מחקר זה בחן חמש רשתות חברתיות שונות, אולם, לא תמיד נמצאה בכולן השפעת של המשתנים הבלתי תלויים שנחקרו על חיפוש עזרה. הממצאים המשמעותיים מתייחסים על-פי רוב לרשתות של בני משפחה וחברים וחלקם אף לרשתות של שותפים לעבודה או ללימודים.

האפקט הראשי של עוצמת הקשר עם הרשת החברתית על שכיחות חיפוש עזרה יצא מובהק רק בחלק מן הרשתות החברתיות.

הטיפוסים השונים. שכיחות הפנייה לעזרה היתה גבוהה יותר אצל הטיפוסים הנטמעים או המשולבים ברשת החברים, רשת המשפחה ורשת קרובי המשפחה, מאשר אצל הטיפוסים המבודדים ברשתות אלה. הסיבה לאי מציאת הבדלים מובהקים ביותר הרשתות החברתיות דומה, כפי הנראה, לטענה שהועלתה קודם לכן בדבר קביעת ההגדרה האופרציונלית של משתנה שכיחות הקשר עם הרשת החברתית, שלא איפשרה הבחנה ברורה בין ערכי השונים של משתנה זה הקובע את דפוס המעורבות ברשת החברתית.

השפעת המשתנים "מיקום סוכן העזרה" ו"מקצועיות סוכן העזרה" יצאה מובהקת. בכך אושרו השערותינו, לפיהן:

1. אנשים מעדיפים לפנות לעזרה בתוך הרשת החברתית ולא מחוץ לה.
2. אנשים מעדיפים לפנות לסוכן עזרה לא-מקצועי מאשר לסוכן עזרה מקצועי.

קיימות חמש סיבות אפשריות לכך: (1) הזמינות הרבה יותר של סוכני עזרה לא-מקצועיים לעומת מקצועיים; (2) הנחיות של פנייה לאדם מוכר, בהשוואה לחשש מספני פנייה לאדם שאינו מוכר; (3) חשיפת חולשות בפני אדם זר היא פחות נורמטיבית מאשר בפני אדם מוכר; (4) אנשים מעדיפים את המגע האנושי הבלתי פורמלי של אדם לא-מקצועי גם כשהמחיר הוא עזרה פחות יעילה מזו שהיו מקבלים אילו פנו לאדם מקצועי; (5) פנייה לעזרה מקצועית היא בעיה כלכלית, דהיינו, פנייה מועטה לעזרה מקצועית יכולה לנבוע מכך שהיא עולה הרבה כסף במקרים רבים, בעוד שפנייה לאדם לא-מקצועי ניתנת חינם.

הטיפולוגיה החדשה שנבנתה, והמתייחסת לסוכני העזרה על-פי מקצועיותם ומיקומם, בתוך הרשת או מחוץ לה, הוכחה כפוריית, שכן נמצא ששכיחות הפנייה לכל אחד מסוכני העזרה השונים היתה אמנם שונה. מכאן, שלא ניתן עוד להתייחס לנושא של חיפוש עזרה בלי להתייחס לשאלה של

ששתי רשתות אלה הן המשמעותיות ביותר, שכן מתוך השוואה בין חמש הרשתות החברתיות השונות שנבדקו נראה, ששכיחות הפנייה לשתי רשתות חברתיות אלה גבוהה בהרבה משכיחות הפנייה ליתר הרשתות החברתיות (זוהי רק הערכה על סמך הנתונים הגולמיים והדבר לא נבדק מבחינה סטטיסטית). ייתכן שניתן להתייחס אליהן כאל רשתות חברתיות מרכזיות ואל הרשתות החברתיות האחרות כאל רשתות חברתיות משניות. סיוע לטיעון בדבר מרכזיותן של הרשתות של בני המשפחה והחברים ניתן למצוא בעובדה שהוקרים שונים נבדקו רק שתי רשתות חברתיות אלה (ראה: Rundall & Evashwick, 1982; Brown, 1978; Gourash, 1978).

קשריו של הפרט עם הרשתות המשניות הם על-פי רוב חלשים — דבר הפוגע באפשרות למצוא כמות מספקת של נבדקים שיסווגו לקטגוריות של טיפוסים שהם נטמעים או משולבים ברשתות חברתיות אלה (לדוגמה, לא נמצאו נבדקים שסווגו כנטמעים ברשת החברים ללימודים). מספר נמוך של נבדקים בתאים אחדים פוגע באפשרות למצוא הבדלים או אינטראקציות בין התאים. טיעון כזה יסייע להבין מדוע נמצאו אפקטים ראשיים ואינטראקציות בעיקר ברשתות המרכזיות שבהן היה מספר הנבדקים בכל תא גבוה יחסית לרשתות המשניות.

ההשפעה העיקרית של עוצמת הקשר עם הרשת החברתית ושביעות הרצון מעוצמת הקשר עם הרשת החברתית מתבטאת במציאת הבדלים בשכיחות הפנייה לעזרה בין ארבעת טיפוסים המעורבות ברשת החברתית שנבנו על-פי שני משתנים אלה. למרות שלא נעשה שימוש בטיפולוגיה המקורית של טיפוס מעורבות ברשת החברתית נמצאו הבדלים מובהקים בין הטיפוסים של הטיפוס-לוגיה הכללית יותר (ראה לוח 3). מאחר שטיפולוגיה זו נבנתה לאחר ניתוח הנתונים, לא ניתן להתייחס במלואן להשערות שהועלו לגבי הבדלים בשכיחות הפנייה לעזרה בין

כ"לקוחות" העיקריים של סוכני עזרה הנמצאים אים מחוץ לרשת החברתית (פארה-מקצוד-עיים ופורמליים) — הדבר מרמז על כך שיש חשיבות ל"זר ברכבת" לגבי טיפוסים אחדים.

בעיבוד הנתונים היתה ההתייחסות לרשתות חברתיות פרטניות ולא-כוללניות. דהיינו, לרשתות המייצגות חלקים שונים מעולמו החברתי של הפרט ולא לרשת חברתית אחת כוללנית המייצגת את כל עולמו החברתי של הפרט. דבר זה נעשה בשל האופי השונה של הקשרים שכל פרט מקיים עם חלקים שונים של עולמו החברתי. לכן פרט יש פרופיל של דפוסי התייחסות שונים לכל חלק מעולמו החברתי. לדוגמה, פרט יכול להיות נטמע בין חבריו, אך מבודד במשפחתו הגרעינית. פרופיל מעין זה מאפיין בעיקר פרטים החיים בחברה מודרנית שבה הקשר בין החלקים השונים של עולמו החברתי של הפרט חלשים, כך שכל חלק נתפס כישות עצמאית. בחברות פשוטות יותר פרופיל ההתייחסות הוא עקיב יותר, שכן חלקי העולם החברתי של הפרט משוקעים זה בזה, דבר המביא לתפיסתם כישות אחת ומכאן גם להתייחסות עקיבה אליהם. בעתיד יהיה צורך לבחון השפעה זו של הקשר בין מידת המובחנות המתקיימת בין חלקי השונים של העולם החברתי של הפרט ובין דפוס המעורבות בעולם החברתי על חיפוש עזרה ועל התנהגויות אחרות.

"חיפוש עזרה ממי?". השכיחות הגבוהה ביותר של פנייה לעזרה היתה אל סוכני עזרה לא-מקצועיים בתוך הרשתות החברתיות. במלים אחרות, אנשים מעדיפים לקבל עזרה מבני המשפחה, מקרובי משפחה, מחברים ומחברים לעבודה וללימודים, מאשר מסוכני עזרה מקצועיים מחוץ לרשת (רופאים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים וכד'), או מסוכני עזרה מקצועיים בתוך הרשת החברתית. שכיחות הפנייה לסוכנים לא-מקצועיים מחוץ לרשת (מוזגים, נהגי מוניות, ספרי נשים וכד') היתה הנמוכה ביותר. ממצאים אלה אינם תומכים בהשערת ה"זר ברכבת" (Simmel, 1953). על-פי השערה זו אנשים יעדיפו לפנות לעזרה מחוץ לרשת בגלל הרתיעה מפני היחשפות בפני אדם מוכר. סביר להניח אם כך, על-פי תוצאות המחקר הנוכחי, שפנייה לזר לא מוכר לשם קבלת עזרה אינה התנהגות המאפיינת את רוב האוכלוסייה.

לא נמצא שקיים סדר חשיבות שונה לכל סוג של סוכני עזרה אצל הטיפוסים השונים של מחפשי העזרה. דהיינו, כל הטיפוסים פנו בשכיחות גבוהה ביותר לסוכני העזרה הלא-פורמליים, אחריהם על-פי הסדר, לסוכני עזרה פורמליים ולמכרים מקצועיים ורק בסוף לסוכני עזרה פארה-מקצועיים. אולם יש טיפוסים הפונים לסוכני עזרה שונים בשכיחות גבוהה יותר מטיפוסים אחרים. מעניין לציין, שהטיפוסים בדל ומבודד נתגלו

ביבליוגרפיה

- Bernard, H. S., Roach, A. M. & Resnick, H., "Training Bartenders as Helpers on a College Campus", *The Personnel and Guidance Journal* (October 1981), pp. 119-121.
- Bissonette, R., "The Bartender as a Mental Health Service Gatekeeper: A Role Analysis", *Community Mental Health Journal*, 13 (1978), pp. 92-99.
- Booth, A. & Babchuk, N., "Seeking Health Care from New Resources", *Journal of Health and Social Behavior*, 13 (1972), pp. 90-99.

- Boot, E., *Family and Social Network: Roles, Norms and External Relationships in Ordinary Families*, London, Tavistock Publications, 1957.
- Brown, B. B., "Social and Psychological Correlates of Help Seeking Behavior among Urban Adults", *American Journal of Community Psychology*, 6, (5) (1978), pp. 425-439.
- Cowen, E. L., McKim, B. J. & Weissberg, R. P., "Bartenders as Informal Interpersonal Help Agents", *American Journal of Community Psychology*, 9, (6) 1981), pp. 715-729.
- Croog, S., Lipson, A. & Levine S., "Help Patterns in Severe Illnesses: The Roles of Kin Network, Non Family Resources and Institutions", *Journal of Marriage and the Family*, 34 (1972), pp. 32-41.
- Gottlieb, B. H., "Lay Influences on the Utilization and Provision of Health Services: A Review", *Canadian Psychological Review*, 17 (1976), pp. 126-136.
- Gourash, N., "Help Seeking: A Review of the Literature", *American Journal of Community Psychology*, 6, (5) (1978), pp. 499-517.
- Gurin, G., Veroff, L., & Feld, S., *Americans View their Mental Health: A Nationwide Survey*, New York, Basic Books, 1960.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., McCauley H. & Ritchie, K., "The Patient's Primary Group", *British Journal of Psychiatry*, 132, (1978), pp. 74-86.
- Lee, N., *The Search for an Abortionist*, Chicago, University of Chicago Press, 1960.
- Liberman, R., "Personal Influence in the Use of Mental Health Resources", *Human Organization*, 24 (1965), pp. 231-235.
- Litman, T. J., "The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care: A Social-Behavioral Overview", *Social Science and Medicine*, 8 (1974), pp. 495-519.
- Lowenthal, M. F., Thurner, M. & Chiriboga, D., *Four Stages of Life*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1975.
- McKinlay, J. B., "Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services: An Overview", *Journal of Health and Social behavior*, 13 (1972), pp. 115-152.
- Mitchell, R. E. & Trickett, E. J., "Task Force Report: Social Networks as Mediators of Social Support: An Analysis of the Effects and Determinants of Social Networks", *Community Mental Health Journal*, 16 (1980), pp. 27-44.
- Perelman, H. H., "Intake and Some Role Considerations", *Social Casework*, 41 (1960), p. 172.
- Quarentelli, E. L., "A Note on the Protective Function of the Family in Disasters", *Journal of Marriage and Family Living*, 22 (1960), pp. 263-264.
- Roberts, J., Price R., Gold, B., & Shiner, E., *Social and Mental Health Survey: Summary Report*, Montreal Quebec, Mental Hygiene Institute, 1966.
- Rundall, T. G. & Evashwick, C., "Social Network and Help Seeking among the Elderly", *Research on Aging*, 4 (2) (1982), pp. 205-226.
- Ryan, W. (Ed.), *Essay on the Design and Administration of Urban Mental Health Services*, Cleveland, Case Western Reserve University Press, 1969.
- Simmel, G., "The Social Role of Stranger", In: Schuler, E. A. & Gibson, D. L. (eds.), *Outside Reading in Sociology*, New York, Cromwell, 1953.
- Walker, K. N., MacBride, A. & Vachen, M.L.S., "Social Support Networks and the Crisis of Bereavement", *Social Science and Medicine*, 11 (1977), pp. 15-41.
- Weiss, R. S., "Helping Relationships: Relationships of Clients with Physicians, Social Workers Priests and Others", *Social Problems*, 20 (1973), pp. 319-328.
- Zimbardo, P. & Formica, R., "Emotional Comparison and Self-esteem as Determinants of Affiliations", *Journal of Personality*, 31 (1963), pp. 141-162.

חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה נכתבו בידי אריה וולף, עורך

הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 60), התשמ"ו-1985

חברת הכנסת ערנה סולודר (מערך) הגישה הצעת חוק זו, המתפרסמת מטעם ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.

לפי החוק הקיים, מחושבים דמי האבטלה המשולמים לעובדת, שהיתה בחופשת-לידה לפני היותה למובטלת, לפי שכרה בתקופה שקדמה לחופשת הלידה, תוך התעלמות מתוספות היוקר ששולמו במשק בתקופת היותה בחופשת לידה.

הצעת החוק באה לתקן מצב זה ולחשב את-דמי האבטלה המגיעים לעובדת כאמור, בהתחשב בשינויים שחלו בשכר הממוצע בתקופת היעדרותה מן העבודה בגלל חופשת הלידה.

ביטוח סיעוד

הצעת החוק, הקרויה בלשון פופולרית "ביטוח סיעוד", אינה אלא תיקון מספר 61 לחוק הביטוח הלאומי.

בתיקון מספר 39 לחוק הביטוח הלאומי, שנכנס לתוקפו באחד באפריל שנת 1980, נקבע לאמור:

"כל מבוטח ביטוח זיקנה וביטוח שאירים מבוטח גם ביטוח סיעוד, ואולם החוק והתנאים לזכאות בביטוח סיעוד ייקבעו בחוק, ובו ייקבעו גם המועד או המועדים לתחילת הזכאות ולמתן הגימלאות".

החל מאותו תאריך, האחד באפריל 1980, חלה חובת תשלום של דמי ביטוח ענף סיעוד. אך מאז ועד עתה לא נקבעו תנאי הזכאות והמועדים לתחילת הזכאות. קביעות אלו נעשות עתה — בתיקון מספר 61 לחוק הביטוח הלאומי.

למבוטחים בביטוח סיעוד, לצד המבוטחים בביטוח זיקנה וביטוח שאירים, ייוספו גם עקרת-בית ואלמנה בת-קיצבה.

גימלת הסיעוד מיועדת להשתתפות בכיסויי הוצאות הכרוכות במתן שירותי סיעוד למי שזקוק להם בשל ליקוי גופני, שכלי או נפשי. נקבעו שתי רמות של גימלת סיעוד:

(1) מי, שכתוצאה מליקוי תלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היום-יום, יזכה לקיצבה בשיעור 25 אחוז מהשכר הממוצע. (זהו שיעור השווה לקיצבת נכות המשתלמת לנכה שנקבעה לו דרגת אי-כשר להשתכר 75 אחוז לפחות).

(2) מי, שכתוצאה מליקוי תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היום-יום, יזכה לקיצבה בשיעור $37\frac{1}{2}$ אחוז מהשכר הממוצע.

גימלת הסיעוד תשולם לגוף שיספק את שירותי הסיעוד. אך במקרים שבהם אין שירותי סיעוד זמינים, או שלא סופקו תוך שלושה חודשים מן היום שבו נעשה הזכאי לכך זכאי לקבל גימלת סיעוד, תשולם גימלת הסיעוד לזכאי עצמו, ובלבד שהוא גר עם בן-משפחה המטפל בו. במקרה זה תהיה הגימלה בשיעור השווה ל-80 אחוז מתוך 25 אחוז של השכר הממוצע. השיעור המופחת מוצדק בהעדר הוצאות מינהליות הקשורות במתן השירותים אצל המשפחה, לעומת גופים המספקים את השירותים.

הזכאות לגימלת סיעוד תהיה מותנית במבחני הכנסה שייקבעו בתקנות. באשר לתשלום גימלת סיעוד לזכאי המטופל במסגרת המשפחה ייקבע מבחן הכנסות משפחתי. על מבחן הכנסות משפחתי זה נמתחה ביקורת רבה בכנסת ומחוצה לה.

מי שתלוי בעזרת הזולת ואין אפשרות לספק לו שירותי סיעוד, ומאידך גיסא אין לו בן משפחה הגר עמו ומטפל בו, ייהנה מעדיפות בקבלה למוסד סיעודי של משרד הבריאות או משרד העבודה והרווחה או במוסד סיעודי, שמשרדים אלה משתתפים בהחזקת המטופלים בהם. לא נתקבל הזכאי למוסד סיעודי כזה, יממן המוסד לביטוח לאומי את החזקתו במוסד אחר מתוך הכספים המיועדים, לפי הצעת החוק, להרחבת מקומות אשפוז במוסדות סיעודיים.

תקופת האכשרה המזכה לגימלת סיעוד היא עשרים וארבעה חודשים רצופים בתכוף לפני הגשת התביעה לגימלה.

גימלת הסיעוד מיועדת לסיוע במתן שירותים לטיפול אישי ובעזרה למשק בית. אי לכך אין מקום לשלם גימלה זו למי שמטופל במוסד סיעודי או במוסד שגוף ציבורי נושא ביותר ממחצית הוצאות החזקתו בו.

הזכאות לגימלת סיעוד תתחיל בתום שלושה חודשים מן האחד בחודש שבו הוגשה התביעה לגימלה, זאת כדי לאפשר בדיקה אם מתקיימים תנאי הזכאות, ולתבטח מתן סיוע למי שזקוק לו לתקופה ממושכת.

בדיקה מחדש של מצבו התפקודי של המבוטח תאפשר לעמוד על השינויים שחלו במצבו ולשנות בהתאם לכך את ההחלטה בדבר גימלת הסיעוד ושיעורה.

אתה לשנה יבדוק המוסד לביטוח לאומי אם ממשיכים להתקיים התנאים המזכים בגימלת סיעוד, כלומר — אם ניתנים השירותים בעין והיקף השירותים, ואם זכאי המקבל גימלה וגר בבית עם בן-משפחה אכן מטופל בידי בן המשפחה הגר עמו. יוקמו ועדות מקומיות לענייני סיעוד אשר תקבענה את שירותי הסיעוד שיש לספק למבוטח.

כמו כן תוקם ועדה ארצית מייעצת לענייני סיעוד, שתיעץ למוסד לביטוח לאומי בעניין פעולות פיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים ומימונם.

הצורך בהקצאת כספים לפיתוח שירותים קהילתיים ומוסדיים נובע מן המצוקה התקציבית הקשה הקיימת בתחום הטיפול הממושך ומן הגידול המהיר בהיקף הצרכים לאור חודקנות האוכלוסייה והגידול בשיעור האוכלוסייה הקשישה ביותר. הקצאת סכומים לפיתוח תיתן תגופה מחודשת להרחבת רשת השירותים הסיעודיים ולסיפוק הצרכים הגדלים.

בשנים הראשונות, בטרם יופעלו הגימלאות האישיות על-פי החוק המוצע, יוקצו סכומים מוגדרים למשרד הבריאות ולמשרד העבודה והרווחה, כדי לסייע בפתרון בעיות של מצוקה תפקודית קשה על-פי הכללים והנהלים המקובלים במערכות הסיוע הקיימות. הקצאה זו תסתיים עם הפעלת הגימלאות האישיות במסגרת החוק, בתוך שלוש חודשים לתחילתו.

ולבסוף, שתי הקלות לעומת ענפי ביטוח אחרים בביטוח הלאומי — עקרת בית ואלמנה בת-קיצבה. פטורות מתשלום דמי ביטוח סיעוד על אף העובדה שביטוח הסיעוד יחול גם עליהן. בהתחשב בייעודה של גימלת הסיעוד, לא תופחת ולא תישלל הגימלה בשל פיגור בתשלום דמי ביטוח.

אימוץ בניגוד לרצון האם הטבעית

היועץ המשפטי לממשלה ביקש מבית המשפט המחוזי בחיפה להכריז, שאפשר לאמץ את אברהם (כל השמות כאן בדויים), ללא הסכמת הוריו. בית המשפט המחוזי הצהיר, שאביו של אברהם הפקיר אותו ואמו נמנעה דרך קבע למלא את תובותיה כלפיו, על-כן בית המשפט רשאי למסור אותו לאימוץ אף ללא הסכמת הוריו.

ואלח הטילטולים שהיו מנת חלקו של אברהם, כפי שקבע בית המשפט המחוזי, אמו היתה נשואה לפלוני וילדה לו שבעה ילדים, התגרשה ממנו, ושבעת ילדיה נשארו שלא ברשותה, ארבעה במוסד ושלשה בבית תזרי אביהם. לאחר הגירושין התגוררה האם עם אביו של אברהם ונולד להם בנם זה. כאשר היה אברהם בן שנה, עזב אביו את אמו, ומאז לא קיים כל קשר עם בנו. מאז לידתו, היה אברהם בטיפולה של אשה תודית, אשר גילתה כלפיו יחס חם וגדלה אותו, אך משעמדה להינשא נאלץ אברהם לעזוב את ביתה. לאחר מכן שהה זמנית אצל שלוש משפחות, ובנוסף על אלה היה גם אצל סבתו, אם-אביו. מצבו שם היה עגום: הוא ישן על הרצפה ללא שמיכה, לא ביקר בגן ילדים, לבוש היה קרעים (כעדותה של העובדת הסוציאלית). בשנתיים שהו אצל משפחה, ובמשך כל אותה תקופה זכה לשלושה ביקורים קצרים של אמו, היא אמנם התקשרה מספר פעמים בטלפון והבטיחה לבקרו אך ההבטחות לו קוימו. ומכיוון שאברהם היה יוצא לקראת אמו וממתין לה לשוא, נגרמו לו אכזבה ועגמת-נפש. הוא סבל מחוסר הקשר שביתו ובין אמו ואמר לאחת העובדות הסוציאליות שטיפלה בעניינו, שלכל ילד יש אם ולו אין. היא לא באה לראותו — סימן ש"אינו שווה". הוא יודע שיש לו אם טבעית, הרי היא ביקרה אצלו, אבל הוא אינו יודע למי הוא שייך.

פקידת הסעד תיארה את אברהם כילד רגיש, פגיע ואינטליגנטי. הוא מדבר בעצב על חייו ותלאותיו, ולדבריו האימהות מתחלפות כמו שמתחלפות השיניים: שן נופלת ואחרת צומחת תחתיה. הוא מרגיש שאינו שייך לשום מקום. חשוב שתוא לו אם, שתוכל לענות על כל צרכיו, חזק רצונו שיחיו לו גם אם וגם אב.

בית המשפט המחוזי קבע, לאור מסכת העובדות שהובאו בפניו, שרבריה של האם שהיא מוכנה לשקול ואולי לקלוט את אברהם בביתה (והיו לה התנאים המתאימים לכך) לא היו אלא מן השפה ולחוץ, ולמעשה העדיפה שיגדל מתוך לבית, כדרך שגדלו יתר ילדיה. השופט המחוזי לא האמין שהאם תרצה או תחיה מסוגלת לשנות את דרכיה ואת יחסה לאברהם ולא סמך על הבטחתה לגלות לו דאגת-אם ולטפל בו.

בהתנהגות זו ראה השופט המחוזי הימנעות דרך קבע מלטפל בילד, ומכיוון שכך, נמצא שטובתו של אברהם דורשת שיימסר לאימוץ. כך החליט השופט למרות שנאמר לו, שאחיה של האם, המתגורר בחוץ-לארץ, יבוא עתה לעזרתה ויתמוך בה מבחינה כספית. השופט פסק כך מפני שהגיע למסקנה, שיחסה של האם אינו נובע מחוסר אמצעים, אלא מה שחסר "בעיקר הוא היחס הרגשי, אהבה שרק אם יכולה ליתן לבנה", ואשר לא ניתנה לו, האם עירערה בפני בית המשפט העליון.

אברהם נמצא למעלה משנתיים וחצי בבית משפחה, והוא נקלט בתוכה. הוא אף נקלט בבית-הספר והישגיו בלימודים יפים מאוד. מומחית בפסיכיאטריה של הילד, בעלת ניסיון של עשרים שנה, הגיעה למסקנה שלאור כל הידוע על עברו של אברהם ועל החווה שלו, אסור לנתקו היום מהמשפחה שהוא מצוי בה. ניתוק כזה יפגע בו פגיעה קשה. מכיוון שאין לאברהם שום קשר עם אמו הביולוגית, ומכיוון שהיא לא פיתחה אתו קשר כל שנות חייו, קשה להאמין שאפשר יהיה ליצור ביניהם, היום, באופן מלאכותי, קשר וחבנה מתאימים.

אביו של אברהם טען, שהוא אינו בטוח שהוא אכן אביו, אך אם יתברר שתלה אכן בנו הוא, הוא מוכן לקבלו אליו. האב אינו מערער על פסק הדין של בית המשפט המחוזי. שופט בית המשפט העליון, שיינבוים, מסכים שהאם נמנעה מלמלא את חובותיה כלפי אברהם. אין חוק אימוץ ילדים בא להעניש את ההורים. פירוט מעשי ההורים בא אך ללמד, שילד שהוריו נהגו בו כך, נתון במצוקה חקוק לעזרת התברת. במתן עזרה זו חייבת, כדברי השופט ויתקון במשפט אחר — "חברת הרוחה בימינו לקטינים חסרי-בית והורים הדואגים למחסורם ולשלום נפשם... אין בכוחו של מוסד, על-פי רוב, להעניק לילד את החום, החיבה והדאגה האינדיבידואלית שהוא זקוק להם ושהוא מוצא בחיק משפחתו אצל הוריו הטבעיים או המאמצים".

חוק אימוץ ילדים קובע: "החורה הפקיר את המאומץ או נמנע דרך קבע מלמלא חובותיו כלפיו" ואז הילד ברי-אימוץ. החובות, שהחוק עוסק בהן, אינן רק חובות חומריות (כלכלה, פרנסה), כי אם גם חובות רגשיות של מתן תשומת לב, גילוי יחס של אהבה וחיבה, הנותנים לילד את הרגשת השייכות ונוסכים בו ביטחון. הם הם עיקר חובותיהם של ההורים.

בתי המשפט התחבטו בשאלה של אימוץ בניגוד להסכמת ההורים. ניתוקו המחלט של ילד ממשפחתו, כפי שעושה האימוץ, ונטיעתו בתוך משפחה אחרת גורמים תדיר לבטים, שהרי מה יקר יותר לאדם מאשר ילדיו? צו כזה ניתן רק לשם הצלתו של ילד, הנמצא במצוקה והחסר בית חם והורים אהבים, כאשר סיפוק צרכיו אלה מכריע את הכף לעומת עמדתם של הוריו הטבעיים, שמנעו זאת ממנו.

חוק אימוץ ילדים מפרט מקרים שבהם בית המשפט רשאי לחברז על ילד שהוא ברי-אימוץ. מקרה אחד הוא — "החורה הפקיר את הילד או נמנע, ללא סיבה סבירה, מלקיים במשך שישה חודשים רצופים קשר אישי אתו". כלומר, החוק רואה בהימנעות החורה מלקיים קשר אישי ללא סיבה סבירה, במשך שישה חודשים, ניתוק הקשר בין החורה לילד. כל חורה שנהג כך ניתק את הקשר בינו ובין ילדו, וילד כזה הוא הזקוק לאותו בית חם ולהורים פסיכולוגיים, אשר יקיימו אתו קשר וישמשו תחליף לתורים הביולוגיים שזנחהו.

בהחלטה בעניין ילד, כולל בשאלת האימוץ, מכריע השיקול של טובת הילד. בדרך-כלל טובתו של ילד היא שיוגל בבית הוריו הטבעיים, אלא שלגבי הורים אשר הפקירו את ילדם או שנמנעו דרך קבע מלמלא את חובתם כלפיו, טובתו מחייבת הרצאתו מרשותם על אף התנגדותם.

לסיכום, אימוצו של אברהם הוא לטובתו, חתו גם רצונו שלו. הוא נקלט היטב במשפחה והפרדתו ממנה תגרום לו זעזוע חמור, לאחר שכבר הגיע למצב של רגיעה. הרגיעה עתה היא ודאית, בעוד ששינוי יחסה של האם מעורר ספק רב, ואין ספק מוציא מידי ודאי. שיקול החמשכויות של שהיית אברהם במשפחה שבה נקלט עדיף על שאר השיקולים.

לפיכך החליטו שופטי בית המשפט העליון לדרות את ערעורה של האם ולקיים את הקביעה שאברהם הוא בן-אימוץ.

קרן פנסיה לימאים

האיגוד הארצי לקציני ים שליד ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ-ישראל, המאגד בתוכו את כל קציני הים של צי הסוחר בישראל, לרבות רבי חובלים ומכונאים ראשיים, ביוחד עם האיגוד הארצי לימאים דירוגיים (ימאי צי הסוחר הישראלי שאינם קצינים), ייסדו וגם הפעילו קרן הקרויה "קרן הפנסיה המוקדמת לימאים". התוכנית להקמת הקרן, המאפשרת פרישה מוקדמת לימאים שהקדישו לפחות עשרים וחמש שנה מחייהם לעבודה באניות צי הסוחר, גובשה בשנת 1971. תוסכם אז בין שני איגודי הימאים לאיגוד חברות הספנות, שבמקום תוספת שכר מסוימת ותמורת עשרים ושמונה אחוז מפיצויי הפיטורין, המגיעים להם מאז ה-1 לספטמבר 1971, יפרישו חברות הספנות תוספות אלה לחשבון קרן הפנסיה המוקדמת, ואילו העובדים יפרישו אף הם משכרם סכום מסוים לצורך זה. החל משנת 1971 החלו הימאים הזמנים עם שני האיגודים האמורים להפריש לקרן 0.66 אחוז משכרם, ואילו חברות הספנות הפרישו 3 אחוזים משכר הימאים. ביוני 1979 הוגדלה הפרשת העובדים לארבעה וחצי אחוז, ואילו הפרשות חברות הספנות הוגדלו לכדי 11 אחוז.

בחודש דצמבר 1981 נחתם הסכם בין שני איגודי הימאים, איגוד חברות הספנות ו"מבטחים" (מוסד סוציאלי של העובדים בע"מ), ובו נקבע כי "מבטחים" תקבל על עצמה את ניהולה והפעלתה של הקרן, אך הפעלת הקרן כפופה לאישורו של משרד האוצר.

האיגוד הארצי לקציני ים פנה למשרד האוצר וביקש את אישורו לקרן ולתנאיה. המגעים התנהלו בעצלתיים. נערכו פגישות עם אנשי משרד האוצר, היו פניות בכתב, בעל-פה ובטלפון, אך לא ניתן האישור, ותשובה חד-משמעית לפניות החוזרות לא ניתנה. רק במרס 1984 זכה איגוד קציני הים, באמצעות יושב-ראש האיגוד המקצועי בהסתדרות, לתשובה המתנה את מתן ההכרה בקרן ואישורה בשינוי מהותי בתנאי הקרן. תשובת מנכ"ל משרד האוצר כוללת את התנאים האלה:

1. התוכנית תודית בנויה על בסיס של איזון אקטוארי מלא, אשר ייבדק מדי פעם בפעם.
2. שיעור הפנסיה המוקדמת יהיה תואם את שיעור הזכויות שצבר הימאי עד צאתו לפנסיה זו.
3. שיעור פנסיית הזיקנה (עם הגיע הימאי שבפנסיה מוקדמת לגיל 65) יהיה תואם את שיעור הזכויות שבפנסיה המוקדמת. . . .
4. בשל העובדה, ששיעור פנסיית הזיקנה לא יגדל בתקופת הפרישה המוקדמת, לא תותר בתקופה זו הפרשה נוספת לצורך צבירת זכויות פנסיה נוספות.
5. גיל הפרישה המוקדמת לא יפחת מ-55.

תשובה זו אינה מקובלת על שני איגודי הימאים. לפיכך הגיש איגוד קציני הים עתירה לבית המשפט הגבוה לצדק, להורות לשר האוצר שינמק מדוע לא יאשר את קרן הפנסיה המוקדמת לימאים, טענתו המרכזית של האיגוד היא, שהסירוב לאשר את הקרן והתנאית

האישור בתנאים דלעיל מהווים הפליה לרעה של ציבור הימאים לעומת קבוצות עובדים אחרות בישראל, אשר תנאי עבודתם מזכים אותם לצאת לפנסיה מוקדמת. יש בגישת האוצר התעלמות ממצבם המיוחד, שרירות לב חוסר סבירות.

לטענת האיגוד קיימות סיבות טובות, המצדיקות את אישור הקרן על תנאיה המיוחדים: תוכנית הקרן ממומנת כולה בידי הימאים ומעסיקהם וכפופה לבדיקות אקטואריות, בפרקי זמן קבועים, אשר בעקבותיהן יוקטנו או יוגדלו גיל הפרישה והתשלום הפנסיוני. עובדה זו מבטיחה, שהקרן תפעל רק בהתאם ליכולתה ולא תיפול למעמסה על תקציב המדינה. כמו כן, תנאי העבודה המיוחדים של הימאים גורמים שהיקף גופנית הנפשית רבה, המצדיקה את יציאתם לפנסיה מוקדמת. קשיי ההסתגלות לעבודה ביבשה מרובים, ועל כן יש להבטיח לקצין הפורש, לאחר 25 שנות עבודה, הכנסה מינימלית בלתי תלויה.

שר האוצר, בתצהיר תשובה, גורס, שהחלטתה שלא לאשר את הקרן על-פי תנאיה, ניתנה מטעמים סבירים והגיוניים, הנובעים ממדיניות כלכלית ותרבותית הנקוטה בידו.

סעיף 47 לפקודת מס-הכנסה (נוסח חדש) ותקנות מס הכנסה (כללים לאישור ולניתול קופות גמל), מסמיכים את נציג מס-הכנסה לאשר קרן או קופה כ"קופת גמל" ומעניקים הטבות ויתרונות שונים של פטור וזיכוי ממס, תשואה גדולה יותר להשקעות הקרן והסדרי העמדה מועדפים. מטרת ההטבות להשיג שתי מטרות מרכזיות:

1. הבטחת זכויותיו של העובד לעת זיקנה או למקרה נכות והבטחת השאירים במקרה פטירה ומניעת הטלת מעמסה על קופת הציבור עם סיום תקופת עבודתו הפעילה.
2. יצירת אפיק להיסכון ארוך טווח.

מדיניות משרד האוצר כיום היא לאשר קרנות פנסיה כ"קופות גמל", ולהעניק להן את ההטבות הנובעות מכך, רק אם הן תואמות את הסדרי הפנסיה המקובלים, המבוססים על מספר עקרונות יסודיים:

1. גיל הפרישה המקובל לגבר הוא 65 שנה ולאשה 60 שנה.
2. שיטת צבירת הזכויות מבוססת על שני אחוזים לכל שנת שירות.
3. ניתן לצבור זכויות רק במהלך תקופת עבודה פעילה.

אמנם קיימים הסדרי פנסיה החורגים מן הכללים האמורים, אך אלה הם הסדרים חריגים, יוצאים מן הכלל, אשר אושרו לפני שנים רבות. אלה הם נחלת העבר המתקיימים ללא שינוי עדיין, אך משרד האוצר אינו מאשר עוד קרנות פנסיה חריגות. הקרן של הימאים אינה מתיישבת עם עקרונות אלה של מדיניות האוצר. החריגות הן בגיל הפרישה הנמוך מן המקובל ובשיטת צבירת הזכויות. בגלל חריגות אלה לא נאות משרד האוצר לאשר את הקרן במתכונתה הנוכחית.

טענתו העיקרית של איגוד קציני הים היא, שהבריו הופלו לרעה לעומת קבוצות עובדים אחרות, אשר זכאיות לפרוש בגיל מוקדם מן העבודה ולקבל תשלומי פנסיה מוקדמת, שאושרו בידי משרד האוצר. שר האוצר, בתצהיר תשובתו, טען שהסדרי הפנסיה הנהוגים כיום, ואשר יש בהם תנאי פרישה מוקדמת, הונחו לפני שנים רבות ואין בהם כדי להשפיע על עמדת משרד האוצר היום. את האישור וההכרה בקרנות חריגות שהוקמו בעבר אין האוצר רוצה לבטל או לשנות, אולם מזה שנים שונתה המדיניות, ואין מאשרים חריגים כאלה.

בית המשפט הגבוה לצדק קובע, שרשות, אשר נקטה מדיניות כלשהי ומעוניינת לסטות ממנה ולהנהיג מדיניות חדשה, אינה כבולה למדיניותה הקודמת, גם אם יש כאן הפליה בין הגורמים שגהנו מהמדיניות הקודמת ובין הגורמים שייכנסו למסגרת המדיניות החדשה, השונה. כל עוד אין הפליה כלפי קרנות פנסיה אחרות המאושרות כיום, אין מקום לטענת איגוד קציני הים.

טענה נוספת בפי האיגוד — החלטת שר האוצר שלא לאשר את הקרן נגועה בחוסר סבירות ובשרירות לב. לגירסת איגוד קציני הים, לא התייחס שר האוצר, ובשמו — נציג מס' הכנסה, ברצינות לבקשה ולא הביא בחשבון את כל הגורמים הרלוונטיים לאישור הקרן חרף התנאים החריגים.

השופט לוי קובע, ששיקולי האוצר לא הרגו מתחום הסבירות. אישורה של קרן כ' קופת גמל' לפי סעיף 47 לפקודת מס' הכנסה (נוסח חדש) כרוך במתן הטבות שונות והקלות ממס לקרן, לחברה ולמעביד. אין ספק, שהטבות אלה הן מעמסה ישירה או עקיפה על אוצר המדינה. גם אם הקרן עצמה ממומנת בידי העובדים והמעבידים, גם אם תשלומי המעבידים באו על חשבון תוספות השכר שהיו הימאים אמורים לקבל, גם אם הקרן עומדת בביקורת אקטוארית, עדיין אישורה של הקרן כ' קופת גמל' הוא מעמסה על אוצר המדינה. ההקלות והפטורים השונים שהקרן מקבלת גורעים מהכנסות המדינה ממסים ובכך יש נטל תקציבי על אוצר המדינה. כאשר שר האוצר שוקל אם להעניק הטבות והקלות למגזרים שונים במשק, עליו להביא בחשבון את הנטל שיוטל על המדינה, לעומת המטרות החברתיות והכלכליות המושגות במתן החטבה המבוקשת.

במקרה שלנו, סבור השופט לוי, אכן קיימת מדיניות כללית לאישור קרנות פנסיה, המביאה בחשבון את זכויותיו של העובד מחד גיסא ואת צורכי המשק והמגמה לעודד עבודה פעילה במשך שנים ארוכות, מאידך גיסא.

לאור זאת נראת, שהחלטת האוצר שלא לאשר את הקרן הנדונה במתכונתה החריגה סבירה ואינה נגועה בשרירות לב או בחוסר תוס' לב. שר האוצר הביא בחשבון שיקולים ענייניים, ואין מקום להתערבות בית המשפט הגבוה לצדק בהחלטתו.

יש להדגיש, שסירוב נציג מס' הכנסה לאשר את הקרן כקרן פנסיה על-פי סעיף 47 לפקודת מס' הכנסה (נוסח חדש), אינו מוביל בהכרח לירידת כספי הקרן לטמיון. הקרן תוכל לתת לחבריה את הקיצבה המובטחת להם, אך בלי שהם ייהנו מן החטבות הכרוכות באישורה על-פי הסעיף הנ"ל.

צר לשופט לוי על כך שלא יוכל להושיע את האיגוד תאוצי לקציני ים, הגם שהוא מבין את תחושת חבריו, שהם ראויים לכך שיגהנו בהם לפחות באותה אמת-מידה שנהוגים בה בגימלאי צבא הקבע, הקואופרטיבים להובלה ועוד. אך דומה, שלא כלו כל הקיצים, האוצר בעמדתו כבר גילה גמישות בכתותו להכיר בפרישה מוקדמת בגיל חמישים וחמש. הוא גם גילה נכונות מה לשקול התחשבות מבחינות אחרות. לכן ממליצים שופטי בית המשפט הגבוה לצדק שהאיגוד לא ידחה את עמדת תאוצר לחלטין, אלא יגמיש את עמדתו הוא, יקבל את תנאי האוצר ויעשה להטבת תנאי הקרן, מתוך הסכמת, בעתיד. אך את עתירת איגוד קציני הים ורחים השופטים.

פרסומים חדשים

אבן-שושן, אורית, גבאי, יורם וקופ, יעקב, התחלה המשפחתית של הכנסות ומסים, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, אוגוסט 1985. 44 עמ' (שכפול).

עבודה זו עוסקת בניתוח המדיניות ההסדרים הקיימים במערכת מס ההכנסה בין הממצאים שהעלתה העבודה בולטים, למשל, מידת הקיטוב או אי-השוויון בהכנסות מיגיעה אישית ובהכנסה מעבודה הן בין משפחות שכירים לעצמאיים והן בין גברים לנשים; מס ההכנסה, בתור מכשיר להגברת השוויון, למרות שעדיין הוא עושה את פעולתו, האפקטיביות שלו למעשה קטנה ממה שנוהגים לחשוב; מידת אי-השוויון בחלוקת המס הקיימת מתבלטת כשמשווים את הישוב המס החל על יהודים עם הישוב המס לגבי הכנסות היחידה המשפחתית. ממצא נוסף הוא, שעבודתן של נשים בישראל מגבירה את אי-השוויון, משום שמשפחות אמירות נהנות ממנה יותר מאשר משפחות שאינן אמירות.

קופ, יעקב (עורך), הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1985, ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל, דצמבר 1985. 213 עמ'.

דו"ח זה בוחן ומנתח את הקצאת המשאבים הלאומית לשירותים החברתיים (הכוללים בתוכם: חינוך, בריאות, הבטחת הכנסה, שירותי רווחה אישיים, תעסוקה, שיכון וקליטה, וכן את ההיבטים החברתיים של מדיניות המסים). בספר שלושה מדורים: א. ההוצאה הממשלתית על שירותים חברתיים, כולל משקלה בתקציב המדינה והתפתחותה וכן התפתחות הצרכים לאור מגמות דמוגרפיות; ב. ההשלכות הנובעות מניתוחה של מדיניות ההוצאה הלאומית על השירותים החברתיים, כגון: חינוך ובריאות, מדיניות הכנסה, מדיניות פיסקלית ושוויון חברתי; ג. סוגיות בתחומים נבחרים (התחלה המשפחתית של הכנסות ומסים; הוצאות המס והאפשרות להנהיג בישראל תקציב הוצאות מס; מדיניות שיכון), שנחקרו במרכז בשנת הנסקרה.

Adams, Paul L., Milner, Judith R. & Schrepf, Nancy A., *Fatherless Children*, New York: Wiley Interscience, 1984. 407 pp.

האם נוכחותו של אב במשפחה באמת כה חשובה ומכרעת להתפתחותו של הילד? שאלה זו נבחנת בספר מנקודות ראות חברתיות, קליניות ותיאוריות כמו גם מנקודת ראותה של ההשקפה הפמיניסטית. המחברים (פרופסור לפסיכיאטריה של הילד, רופאה-פסיכיאטרית בבית חולים אוניברסיטאי, פסיכולוגית) מנסים לבחון באיזו מידה משפיעה עובדה העדרו של אב (בגלל מוות, נטישה, גירושין וכו') על חייהם של ילדים (בארצות הברית יש 10 מיליון ילדים במצב כזה), על הסתגלותם ללימודים, הזדהותם עם תפקידם המיני, התנהגותם ובריאותם הנפשית.

Eisenstadt, S. N. & Ahimeir, Ora (eds.), *The Welfare State and its Aftermath*, London: Croom-Helm, 1985. X+329 pp.

מדינת הרווחה אכן הצליחה. אין כל ספק שהיא שינתה לחלוטין את פני החברה במדינות המודרניות; אלא שלא תמיד בכיוון שאותו חזו מייסדיה. בשנים האחרונות התברר שהאמצעים שהנהיגה מדינת הרווחה לא מילאו אחר הציפיות ולא פתרו את הבעיות המתעוררות חדשות לבקרים. בספר זה מובאים מאמריהם של 23 מטובי החוקרים ותמומחים שהטביעו את תותמם על המחקר ועל תכנון המדיניות בעשר מדינות בעולם. ביתר וכל אחד בפני עצמו הם מנסים להעריך את ההישגים ואת התקוות הקשורים

במדינת הרווחה ואת הביקורת עליה, את הדרישה להערכה מחדש שלה, את דרכן של החברות הדמוקרטיות ואת התפקיד שצריכים למלא שירותי הרווחה בעיצוב מדיניות חברתית בתקופה שלאחר מדינת הרווחה.

Faaland, Just (ed.), *Population and the World Economy in the 21st Century*, New York : St. Martin's Press, 1982. VIII+264 pp.

ביזמת מכון נובל הנורווגי נתבנסה קבוצה קטנה של מלומדים ומומחים כדי לדון לעומק בתסריטים שונים בשביל המאה ה-21. זגושא: גידול האוכלוסייה לעומת הספקת המזון הדרוש לכלכלתה. המשתתפים בחנו ביסודיות תחומים כגון אנרגיה, מזון, התקדמות טכנולוגית ורפואי פוריות. דגש מיוחד הושם ביחסים בין "צפון" ל"דרום", בין האזורים המפותחים לאזורים המפותחים פחות של העולם.

Gandy, John, Robertson, Alex & Sinclair, Susan (eds.), *Improving Social Intervention*, New York : St. Martin's Press, 1983. 291 pp.

כאילו מידה יכול המחקר בתחום החברתי לחוביל לשיפור המעש במדיניות החברתית ובעבודה הסוציאלית? לשאלה זו מוקדש קובץ המאמרים שמחבריהם, כולם אנשי אוניברסיטאות בבריטניה ובקנדה, מבקשים לבחון את החקשר הפוליטי שבו מוחמנים ומופעלים מחקרים, את יישומם של ממצאי מחקרים בקביעת מדיניות בשירותים החברתיים האישיים, בעיות של הפעלת מדיניות הלכה למעשה ועשיית שימוש שיטתי וניתן לניבוי במחקר לשם שיפור ההתערבות החברתית בתחומי הדיוור כמו גם ברפורמה בבתי הסוחר ובמניעת עבריינות נוער.

Graynor, Adam (ed.), *Retreat from the Welfare State*, George Allen & Unwin Australia, 1983. VIII+206 pp.

הספר, שבחיבורו משתתפים חוקרי המרכז לחקר הרווחה החברתית של אוניברסיטת ניו סאות ויילס באוסטרליה, סוקר את השפעת התנאים הכלכליים המשתנים במחזורות (ואת תגובות ממשלת אוסטרליה) על ילדים, משפחות, קשישים, מובטלים, בעלי-בתים ודיירים. לאחר שבעים שנה של התפתחות והתרחבות נקלעה מערכת הרווחה של אוסטרליה למצב של אנדרלמוסיה ועל רקע השפל נבחנים מרכיביה של הרווחה החברתית, הרווחה התעסוקתית והרווחה הפיסקלית.

Jacks, Irving & Cox, Steven G. (eds.), *Psychological Approaches to Crime and its Correction, Theory, Research, Practice*, Chicago : Nelson-Hall Publishers, 1984. XII+585 pp.

זהו אנתולוגיה מקיפה בנושא של תרומת מדעי ההתנהגות לקרימינולוגיה ולענישה. שלושים ושישה המאמרים, המחקרים והדוחות חולקו לשמונה קבוצות: יסודות הגישה ההתנהגותית לעבריינות ושיקומה; תוקפנות והתנהגות אלימה; דפוסים אבנורמליים; התנהגות אבנורמלית וסוטה; ניסיון ובלאיה במוסד; שיקום ושינוי — בפרספקטיבות רחבות; שיקום ושינוי — עבריינים בוגרים; שיקום ושינוי — עבריינים צעירים.

Jerrone, Dorothy (ed.), *Ageing in Modern Society*, Croom-Helm / St. Martin's Press, 1983. 307 pp.

המשתתפים בכרך זה בוחנים את גיל הזיקנה על הרקע של שינוי חברתי וגיוון תרבותי. נושאים כגון בדידות, פשיעה וקשישים, תהליך הלמידה בגיל מבוגר, ההשפעות השליליות של יצירת סטריאוטיפים זוכים לטיפול נמרץ המציב אתגרים בפני המושגים המקובלים של צורך ויכולת.

Jones, Catherine & Stevenson, June (eds.), *The Year Book of Social Policy in Britain 1983*, London: Routledge & Kegan Paul, 1983.

זהו כרך בשורת קבצים המופיעה מזה שנים בבריטניה ואשר מטרתה להביא לפני הקוראים, ובייחוד אלה מהם שאינם יושבים בבריטניה דרך קבע, תמונה מעמיקה על המתרחש בתחום המדיניות הסוציאלית באותה ארץ. בכרך הנוכחי מבקשות העורכות לבחון, בעזרת 15 המשתתפים שתרמו מפרי עטם, את ההשפעה שהיתה לתוכניתה של ממשלת תיאצ'ר לקצץ בתקציבי הרווחה על המדיניות הסוציאלית של בריטניה — והפעם מנקודת ראות פילוסופית ואידאולוגית.

Lassiter, Robert A., Lassiter, Martha Hughes, Hardy, Richard E., Underwood, William J. & Cull, John G. (eds.), *Vocational Evaluation, Work Adjustment, and Independent Living for Severely Disabled People*, Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publishers, 1983. XVII+440 pp.

זוהי סקירה של ההערכה התעסוקתית בתחליך השיקום. נדונים מבחנים פסיכולוגיים, ניתוח עיסוקים, גישה רגם העיסוק, הערכת סיטואציה, תעסוקה-לניסוח ויישום של הנדסת תעשייה להערכת. כמו כן נידונים הסתגלות לעבודה במסגרת סדנאות לשיקום, ייעוץ אישי וקבוצתי, הסתגלות במצב של תחרות בתעסוקה, פיתוח תוכנית לחיים עצמאיים ועוד — ככל שאלה נוגעים לאנשים הסובלים ממוגבלות קשה.

Levenson, Alvin J. & Porter, Diana (eds.), *An Introduction to Gerontology and Geriatrics*, Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, Publisher, 1984. XVII+490 pp.

נוסף על סקירה רחבה של תהיבטים הביו-פסיכו-סוציאליים של ההזדקנות, דן הספר גם בשירותי חבריאות המיוחדים ובשירותים החברתיים אשר אנשי מקצוע מגישים לקשישים. כמו כן נכללים כאן נושאים כגון: תהיבטים הפיזיים של ההזדקנות, השינויים הפסיכולוגיים בשלבים המתקדמים של החיים, היבטים סוציו-אקונומיים, התוכניות והארגונים של ועבור הקשישים בארצות הברית. חלקו השני של הספר מתמקד בגישה רב-תחומית לטיפול בקשיש, ובמהלכה מתוארים תפקידי המומחים הבאים ממגוון של דיסציפלינות: רפואת המשפחה, רפואה פנימית, נוירולוגיה, פסיכיאטריה, בריאות הציבור, תזונה, ריפוי שיניים, אופטומטריה, גינקולוגיה ועוד.

Schuerman, John R., *Research and Evaluation in the Human Services*, New York: The Free Press, 1983. XIV+224 pp.

זהו ספר-מבוא למחקר בעבודה סוציאלית ובתחומים אחרים של השירותים החברתיים כגון הינוך, מדיניות ציבורית ובריאות הציבור. נדונים בו, בלשון פשוטה ולא טכנית, התפקידים והנחלים של המחקר, כיצד לתכנן מחקרים ולנתח נתונים הנובעים משאלות מחקר, הערכת תוכניות, חקר תהליכי התערבות, הערכת צרכים ופעילות-גומלין חברתית. כמו כן נידונים בו הדרישות והטכניקות של תכנון מחקרים, איסוף נתונים וניתוחם ועוד.

Spicker, Paul, *Stigma and Social Welfare*, Croom-Helm / St. Martin's Press, 1984. 227 pp.

המחבר בוחן את האופן שבו גרבק לאנשים תו — סטיגמה — עקב ליקוי פיזי, נפשי או מוסרי או בשל עוני או תלות. בספר נידונות הבעיות הקשורות במאמצים לשקם אנשים שהוטבע עליהם תו. כמו-כן נידונות הבעיות שבהן נתקלים אנשים אלה: דימוי עצמי, זהות חברתית ויחסים עם אנשים אחרים.

Tjosvold, Dean & Tjosvold, Mary M., *Working with the Elderly in their Residences*, New York : Praeger, 1983. XI+229 pp.

במעונות רבים לקשישים נעשים מאמצים גדולים לספק את צורכיהם הפיזיים והרפואיים. אבל רק מעטים יודעים כיצד להיענות לצורכיהם הריגושיים והחברתיים. ספר הדרכה זה מיועד לסייע לכל אלה המטפלים בקשישים להיות רגישים יותר לצורכיהם הלא-גופניים והוא מתבסס על מחקרים, תיאורי מקרים ועל נסיונם הרחב של המתברים בעבודה במעונות לקשישים. המתברים מתארים דרכים מעשיות וספציפיות כיצד ניתן לשפר את רווחתו של הקשיש, ליצור שיתוף פעולה עמו, לעורר תחרות, לפתח מיומנויות וכיצד להתמודד עם המוות הקרב.

Wellman, Carl, *Welfare Rights*, Totowa, New Jersey : Rowman & Allanheld, 1982. VI+221 pp.

זהו ניתוח פילוסופי של זכויות הרווחה. תוכנית הסיוע למשפחות המטופלות בילדים מעוררת שאלות שגרמו ויכוחים נוקבים על נושאים פוליטיים, חברתיים, משפטיים ומוסריים. בדיקתם של ויכוחים אלה מגלה בעיות פילוסופיות רבות וביניהן: כיצד ניתן לזהות את בעליה של זכות כלשהי? כיצד ניתן להגדיר באופן המועיל ביותר את התוכן של זכות ספציפית? האם מה שנקרא זכויות רווחה הן באמת זכויות במובנו המחמיר של המונח? כיצד ניתן להצדיק את יצירתה וקיומה של זכות לרווחה? באיזה אופן, אם בכלל, מבוססות זכויות רווחה בזכויות האדם? ועוד, כדי לפתור בעיות אלה מפתח המחבר תיאוריה שיטתית ובודק את השלכותיה המעשיות.

Yaggy, Duncan (ed.), *Health Care for the Poor and Elderly: Meeting the Challenge*, Durham, North Carolina : Duke University Press, 1984. XIV+146 pp.

האם קונה החברה (או מקבלי החלטות בתוכה) את השירותים הנכונים עבור העניים והקשישים ובפרופורציות הנכונות? האם אנו מוציאים מספיק על עידוד הבריאות ומניעת התחלואה? האם אנו מוציאים יותר מדי על שירותים רפואיים ואשפוז עבור הנזקקים למות? האם יש להגביל את מספרם של הקשישים הזקאים לסיוע רפואי במסגרת MEDICARE? כיצד ניתן לקצץ בעלות הגבוהה של שירותי הבריאות באמצעות שינויים בארגון, בהספקה או במימון? כדי לעיין בשאלות אלה נתכנסה באוניברסיטת דיוק, בניו ג'רזי, במרס 1982, הזועידה השביעית של הגנזר הפרטי, בהשתתפות רופאים, כלכלנים, אנשי חוק, מקבלי החלטות ומנהלי בני חולים. ספר זה מבוסס על החרצאות והדיונים שהושמעו באותה ועידה.